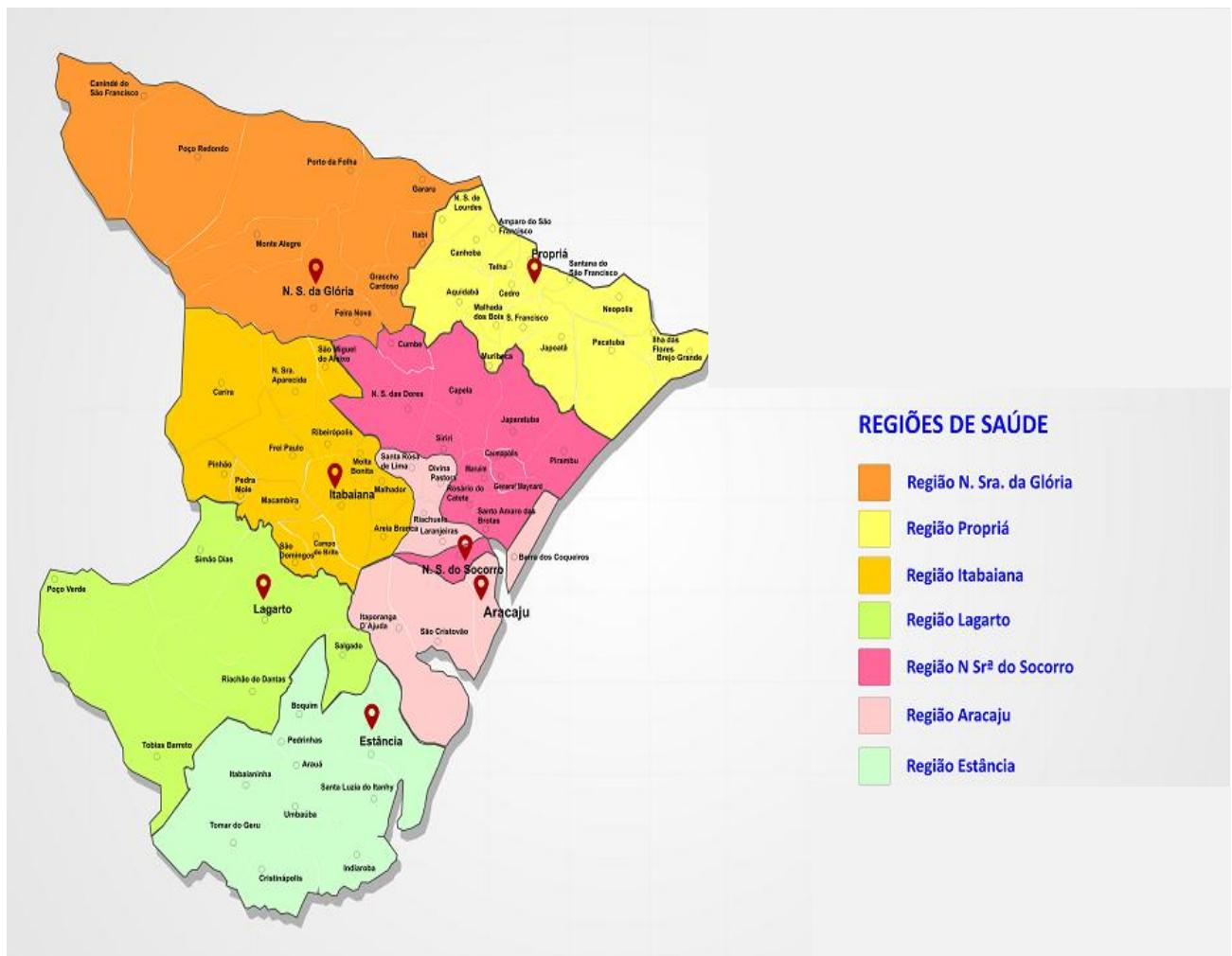




Governo de Sergipe
Secretaria de Estado da Saúde - SES

Plano Estadual de Saúde

Vigência 2016 a 2019



SERGIPE/2016



GOVERNO DE SERGIPE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

GOVERNADOR DO ESTADO DE SERGIPE
Jackson Barreto de Lima

SECRETÁRIA DE ESTADO DA SAÚDE
Maria Conceição Mendonça Costa

SUPERINTENDENTE EXECUTIVO
Francisco Marcel Freire Resende

DIRETORIA DE PLANEJAMENTO
Evandro da Silva Galdino

DIRETORIA DE ATENÇÃO INTEGRAL A SAÚDE
Rosely Mota Rocha

DIRETORIA ADMINISTRATIVA E FINANCEIRA
Ary Oliveira Tolentino

DIRETORIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE
Giselda Melo Fontes Silva

DIRETORIA DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA
Antônio de Pádua Pereira Pombo

DIRETORIA DE GESTÃO DE SISTEMAS
Márcia de Oliveira Guimarães



PLANO ESTADUAL DE SAÚDE DE SERGIPE EQUIPE DE ELABORAÇÃO

COORDENAÇÃO GERAL: Evandro da Silva Galdino – Diretor da DIPLAN.

COORDENAÇÃO PEDAGÓGICA: Lavínia Aragão Trigo de Loureiro – Coordenação de Educação Permanente e Educação Popular em Saúde/DAIS.

COORDENAÇÃO TÉCNICA: Eliane Aparecida do Nascimento – Coordenadora do Núcleo Estratégico (NEST)/DIPLAN.

APOIO TÉCNICO: Josieme Silveira de Moura, Maria Cícera Silva Alves, Ruberval Azevedo Leone - Núcleo Estratégico (NEST)/DIPLAN.

Equipe responsável em cada Diretoria ou Núcleo:

Diretoria de Planejamento (DIPLAN): Evandro da Silva Galdino; Eliane Aparecida do Nascimento – Coordenação do NEST; Antonio Marcos Oliveira – Coordenação do SIOPS; Marta Eliane Santos – Orçamento; Carla Christine S. F. de S. Fonseca – COINFRA.

Diretoria de Atenção Integral a Saúde (DAIS): Rosely Mota Rocha – Diretora; Áurea de Menezes Torres Oliveira - Coordenação de Atenção Básica; M^a do Socorro Xavier Silva – Coordenação de RAS; Sony Regina Petris – Coordenação da RAPS; Lavínia Aragão Trigo de Loureiro – Coordenação do NEEPPS; Marli Francisca Palmeira – Coordenação da REUE; Juliana Santos de Oliveira – Coordenação de Assistência Farmacêutica; Luciana Santana santos Alves – Coordenação de Atenção Especializada. (João dos Santos Lima Junior – Diretor no início dos trabalhos; Rosely Mota Rocha – assessora técnica no início dos trabalhos.)

Diretoria de Vigilância Sanitária, Ambiental e Saúde do Trabalhador (DIVISA): Antônio Pádua Pereira Pombo - Diretor; Leila Melo Franco e Maria do Livramento Anjos – GEPAI; Alessandro Xavier Bueno – GVSAM; José Laercio Fontes – GVSAT.

Diretoria de Vigilância em Saúde (DVS): Giselda Melo Fontes Silva – Diretora; Mércia Simone Feitosa – Coordenação do Núcleo de Doenças Transmissíveis; Sândala Maria Teles Santos de Oliveira – Coordenação do Núcleo de Imunização e Imunopreveníveis; Márcia Dantas Santana – Coordenação do Núcleo de Informação em Saúde; Sidney Lourdes Cesar Souza Sá – Coordenação do Núcleo de Endemias.

Diretoria de Gestão de Sistemas (DGS): Márcia de Oliveira Guimarães – Diretora; Sérgio Vasconcelos Garcez; Denise Mitidieri Correia; Marcos Aurélio Costa Trindade; Antonio Sizenando Menezes de Oliveira – Setor de Auditoria; Clovis França – Central Estadual de Regulação.

DAF: Ary Oliveira Tolentino – Diretor.

Núcleo de Gestão Estratégica e Participativa (NUGEP): João dos Santos Lima Junior – Coordenador; Vanessa Santana; Taciana Neves Munareto, Lindemberg Oliveira de Araújo, João Francisco Santos.

Unidade de Gestão de Projetos (UGP): Jacqueline Dourado Fernandes da Silva – Coordenadora; William de Jesus Santos – Assessor.

Collegiado Interfederativo Estadual: João dos Santos Lima Junior - Secretário Executivo; Margarete Hora Batista Meneses – Assessoria.

Conselho Estadual de Saúde (CES): Mesa Diretora



PARTICIPANTES DAS REUNIÕES DE ELABORAÇÃO E VALIDAÇÃO:

ACACIA PEROLINA SETTON	JOÃO FRANCISCO SANTOS	MERCIA SIMONE FEITOSA
ANA MARCIA OLIVEIRA	JOSÉ LAECIO FONTES	MONALISA FONSECA
ANALUIZA NASCIMENTO	JOSIEME MOURA	NIRLEY BORGES
ANUSCA SILVA BARROS	JULIANA OLIVEIRA	RAQUEL ARAGÃO
ARY OLIVEIRA	KATIA MARIA ARAGÃO	RONALDO CRUZ
ANTONIO OLIVEIRA DIAS	LARISSA SOBRAL	SANDRA MARTINS
ALEXSANDRO BUENO	LEILA MELO FRANCO	SERGIO GARCEZ
ANTONIO SIZENANDO OLIVEIRA	LILIANE TRINDADE	SIDNEY LOURDES SOUZA
ANTONIO MARCOS O DIAS	LIDIANE SANTOS	SILVANA VASCONCELOS
CARLA FONSECA	LIVIA ANGELICA SILVA	SHEYLA LIMA
CESAR VLADIMIR ROCHA	LORENA ANDRADE	SONY REGINA PETRIS
CLOVIS FRANÇA	LUCIANA ALVES	VANESSA SANTANA
DANIELA TEIXEIRA	LUCIANA BOAVENTURA	RUBERVAL L. AZEVEDO
DANIELE TRAVASSOS	LUIZ ROBERTO FREITAS	PATRICIA LIMA
DENISE M. CORREIA	MARIA APARECIDA SOUZA	MARIA DO LIVRAMENTO ANJOS
EILA FERREIRA	MARIA CICERA SILVA ALVES	MARCIA SANTANA
ELAINE SILVA	MARIA DA CONCEIÇÃO SANTANA	MARLI FRANCISCA PALMEIRA
ELISA VIRGINIA LEITE	MARIA DE LOURDES MENEZES	MARIA PATROCINIO OLIVEIRA
ENEIDA FERREIRA	MARIA DO SOCORRO SILVA	MARCOS TRINDADE
EULALIA LINS	MARIA GORETE CARVALHO	MARTA ELIANE SANTOS
FABÍOLA GONÇALVES	FERNANDA SILVA COSTA	GRASIELA SANTOS
IAN MATOS	IEDO FLAVIO ANDRADE	JACQUELINE DOURADO
WILLIAM SANTOS	AUREA OLIVEIRA	EVANDRO GALDINO
LAVINIA ARAGÃO	ELIANE NASCIMENTO	JOÃO LIMA JUNIOR
ANTONIO PADUA	GISELDA MELO	SANDALA TELES
MARCIA GUIMARAES	LINDEMBERG OLIVEIRA	MARGARETE HORA
ROSELY MOTA	SALVIANO MARIZ	MESA DIRETORA DO CES

PARTICIPANTES DA REUNIÃO DE APROVAÇÃO:

EDUARDO RAMOS GOMES	JOÃO DOS SANTOS LIMA JUNIOR	EVANDRO DA SILVA GALDINO
FÁBIO COSTA	MANOEL BENEDITO MARTINS	RENATA R. BUARQUE COUTINHO
VERA LUCIA TAVARES FARIAS	MARIA IZABEL LIMA CANGIRANA	AUREA DE M. TORRES OLIVEIRA
JORGE LOPES DE SANTANA	GUIOMAR SILVA CORREIA	MARIA DO SOCORRO XAVIER SILVA
CARLOS ALBERTO DE O. SILVA	MARIA TEREZINHA M. FONTES	ANUSCA SILVA BARROS
JOÃO FRANCISCO DOS SANTOS	SALATHIEL DE OLIVEIRA SILVEIRA	MARIA DO LIVRAMENTO ANJOS
MARCELO LIMA DE MENEZES	DANIELA S. S. F. DE ALMEIDA	MERCIA SIMONE FEITOSA
ANTONIO SERGIO B. ANDRADE	MARCELO D. D. FERNANDES	GISELDA MELO FONTES SILVA
GILSARIA V. F. OLIVEIRA	JOSÉ DIAS JUNIOR	ANTONIO DE PADUA P. POMBO
JAILDA DOS SANTOS PRADO	NARA OLVEIRA DA SILVA	MARIA CONCEIÇÃO LIMA
MARIA IVONE ANDRADE MELO	ISABEL CRISTINA M. DA SILVA	JULIANA SANTOS
JOSÉ AUGUSTO COUTO SANTOS	JEILSON SANTOS SE ASSUNÇÃO	LUCIANA SANTANA. S. ALVES
HEITOR FREITAS DE ANDRADE	ELIANE APARECIDA NASCIMENTO	ROSELY MOTA ROCHA
AUGUSTO TADEU R. SANTANA	MARIA HILDA DA SILVA SANTOS	ARY OLIVEIRA TOLENTINO
VARFREDO DANTAS S. FILHO	INGRID VIEIRA G. FERRERI	MARLI F. DOS SANTOS PALMEIRA
JUEREMA M. V. JESUS SANTOS	JOSIEME MOURA	LEILA MELO FRANCO



GOVERNO DE SERGIPE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

LISTA DE TABELAS, GRÁFICOS QUADROS E FIGURAS

TABELAS

Tabela 1. Distância, por Rodovia, entre a Capital do Estado (Aracaju) e os Municípios mais populosos do Estado de Sergipe.....	15
Tabela 2. População Residente, segundo a situação do domicílio e sexo. Sergipe, 2010 – 2014.....	19
Tabela 3. População Estimada por Regiões de Saú de e Município. Sergipe, 2014.....	20
Tabela 4. Número de óbito por Grupos de causa segundo CID 10. Sergipe, 2010-2015* Freqüência por Ano do Óbito segundo Causa (CID10 CAP).....	22
Tabela 5. Mortalidade Por Grupo de causa e faixa etária. Sergipe, 2013.....	23
Tabela 6. Mortalidade por Grupo de Causas e faixa etária, Sergipe 2014.....	24
Tabela 7. Mortalidade por Grupo de Causas e faixa etária, Sergipe 2015.....	25
Tabela 8. Numero de óbito por Doenças Transmissíveis. Sergipe, 2010 a 2015*.....	27
Tabela 9. Série Histórica das Doenças de Notificação Compulsória notificadas e confirmadas. Sergipe, 2010-2015.....	41
Tabela 10. Pessoas de 5 anos ou mais de idade, por situação do domicílio e sexo, segundo alfabetização2013.....	49
Tabela 11. Consumo médio per capita de água em 2014 e média dos últimos 3 anps (2012, 2013 e 2014).....	51
Tabela 12. Moradias com acesso a esgoto por unidade da federação, (em mil moradias).....	52
Tabela 13. Distribuição percentual de moradores em domicílios particulares por tipo de destino do lixo (%).	53
Tabela 14. Histórico da estimativa de excesso de peso (Índice de Massa Corporal ≥ 25 Kg/m ²) e obesidade (Índice de Massa Corporal ≥ 30 kg/m ²), em adultos (≥ 18 anos), por sexo, na capital do Estado de Sergipe.....	56
Tabela 15. Total de recursos aplicados no SUS e per capita Sergipe – 2010 a 2015.....	164
Tabela 16. Evolução da participação de cada ente federado, 2015 em relação a 2010 – Sergipe.....	164
Tabela 17. Percentual de recursos próprios aplicados em saúde – municípios e Estado – Sergipe – 2010 a 2015.....	165
Tabela 18. Recursos federais e recursos próprios do Estado aplicados no Fundo Estadual de Saúde – Sergipe 2010 a 2015.....	167



GOVERNO DE SERGIPE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

GRÁFICOS

Gráfico 1. Mortalidade proporcional por grupo de causas. Sergipe, 2010-2015*....	29
Gráfico 2. Taxa de Mortalidade por categoria de causa externa segundo o sexo. Sergipe, 2010-2015*.....	31
Gráfico 3. Proporção de internações por causas externas segundo o sexo. Sergipe, 2010-2015.....	43
Gráfico 4. Proporção de internações por categoria de causas externas segundo o sexo. Sergipe, 2010 2015.....	44
Gráfico 5. Número absoluto de notificação de violência interpessoal/autoprovocada. Sergipe,2010 - 2015.....	45
Gráfico 6. Domicílios particulares com rede coletora de esgotos, estado de Sergipe 2001 a 2014.....	52
Gráfico 7. Tratamento do Fumante na rede SUS, nos anos de 2005 a 2013.....	55
Gráfico 8. Cobertura Populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica, estado de Sergipe, 2010 -2015	78
Gráfico 9. Cobertura populacional estimada pelas equipes de Saúde Bucal, estado de Sergipe, 2010 – 2015.....	79
Gráfico 10. Proporção de internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB), Estado de Sergipe, 2013 -2015	80
Gráfico 11. Nº de internamentos por ICSAB, Estado de Sergipe, 2014 – 2015.....	81
Gráfico 12. Razão de Procedimentos ambulatoriais de Média e População Residente, por regiões de saúde ,Sergipe,2016.....	85
Gráfico 13. Razão de Procedimentos ambulatoriais de Alta Complexidade e População Residente, por regiões de saúde ,Sergipe,2016.....	85
Gráfico 14. Série Histórica das Inspeções realizadas, Licenças liberadas e Ações Educativas executadas pela GALI/VISA, 2010-2015, Sergipe.....	93
Gráficos 15 e 16. Série Histórica do Quantitativo das Inspeções Sanitárias e o Nº de Licenças Sanitárias concedidas pela GMECS/VISA,2010-2015.....	95
Gráficos 17 e 18. Série Histórica do Quantitativo das Inspeções Sanitárias e o Nº de Licenças Sanitárias concedidas pela GSS/VISA,2010-2015.....	97
Gráfico 19. Série Histórica do Total de municípios notificados das Notificações de acidentes e doenças relacionadas ao trabalho no período de 2010 a 2015,Sergipe.....	99
Gráfico 20. Percentual de Municípios com Agravos Notificados por Região, no período de 2010 a 2015, Sergipe.....	100
Gráfico 21. Numero de Notificações relacionadas a saúde do trabalhador, por grupo de causa/ano, 2010-2015, Sergipe	101



GOVERNO DE SERGIPE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Gráfico 22. Notificações relacionadas à saúde do trabalhador, por ano, no período de 2010 a 2015, em Sergipe	102
Gráfico 23. Proporção de municípios desenvolvendo ações de Vigilância da Água, 2010-2015, Sergipe.....	104
Gráfico 24. Proporção de análises realizadas em amostras de água para consumo humano quanto aos parâmetros coliformes totais, cloro residual livre e turbidez. 2010-2015.....	105
Gráfico 25. Proporção de análises realizadas em amostras de água para consumo humano quanto ao parâmetro cloro residual livre. 2010-2015.....	105
Gráfico 26. Frequência mensal de estiagem e seca em Sergipe, 1991 a 2010.	108
Gráfico 27. Numero de CCIH , 2010-2015, Sergipe	110
Gráfico 28. Notificações de Infecções Hospitalares, segundo Estabelecimentos de Saúde, 2010, Sergipe	110
Gráfico 29. Notificações de Infecções Hospitalares, segundo Estabelecimentos de Saúde, 2011, Sergipe	111
Gráfico 30. Notificações de Infecções Hospitalares, segundo Estabelecimentos de Saúde, 2012, Sergipe	112
Gráfico 31. Notificações de Infecções Hospitalares, segundo Estabelecimentos de Saúde, 2013, Sergipe	112
Gráfico 32. Notificações de Infecções Hospitalares, segundo Estabelecimentos de Saúde, 2014, Sergipe.....	113
Gráfico 33. Notificações de Infecções Hospitalares, segundo Estabelecimentos de Saúde, 2015, Sergipe	114
Gráfico 34. Casos mais relevantes de Intoxicação Humana por Medicamentos, Alimentos, Animais peçonhentos, 2010-2015, Sergipe	115
Gráfico 35. Número de municípios que alimentavam o sistema de informações SINAVISA, 2010-2015, Sergipe	116
Gráfico 36. Participação de cada ente federado no financiamento do SUS Sergipe, 2010 – 2015.....	164



GOVERNO DE SERGIPE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

QUADROS

Quadro 1. Teto, número de implantados e a proporção de cobertura populacional estimada das Equipes de Saúde da Família, Agentes Comunitários de Saúde, Equipes de Saúde Bucal e NASF, SERGIPE, janeiro/2016.....	73
Quadro 2. Hospitais Locais	87
Quadro 3. Hospitais Regionais	87
Quadro 4. Hospitais Especializados	88
Quadro 5. Hospitais Horizontais	88
Quadro 6. Maternidades	88
Quadro 7. Série histórica da pontuação de ações de VISA.....	92
Quadro 8. Quantidade de Agravos notificados X Ano	101
Quadro 9. Consumo de agrotóxico por Unidade Federada, 2007-2011.....	107
Quadro 10. Formação de Nível Técnico.....	142
Quadro 11. Ações Educacionais.....	142
Quadro 12. Pós graduação.....	142
Quadro 13. Ações Educacionais.....	143
Quadro 14. Ações Educacionais.....	143
Quadro 15. CEOS do Estado de Sergipe.....	148
Quadro 16. Rede de Urgência SE - Leitos Críticos (UTI).....	151
Quadro 17. Distribuição da Rede Urgência /SE por Região.....	151

FIGURAS

Figura 1. Territórios Sergipanos - Plano de Desenvolvimento Integrado (PDI).....	18
Figura 2. Territórios Sergipanos - Plano Diretor de Regionalização (PDR).....	18



GOVERNO DE SERGIPE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

LISTA DE SIGLAS

ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APAE	Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais
APURASUS	Sistema de Apuração e Gestão de Custos do SUS
APS	Atenção Primária à Saúde
ASPS	Ações e Serviços Públicos de Saúde
DENATRAN	Departamento Nacional de Trânsito
CADI	Centro de Acolhimento e Diagnóstico por Imagem
CADSUS	Cartão Nacional de Saúde
CAISM	Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CASE	Centro de Atenção à Saúde de Sergipe
CCIH	Comissão de Controle de Infecção Hospitalar
CECIRAS	Coordenação Estadual de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde
CEMCA	Centro de Especialidades Médicas da Criança e do Adolescente
CER	Centro Especializado em Reabilitação
CEREST	Centro de Referência em Saúde do Trabalhador
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
CES	Conselho Estadual de Saúde
CESAF	Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica
CIATOX	Centro de Informação e Análise toxicológica
CID	Classificação Internacional de Doenças
CIE	Colegiado Interfederativo Estadual
CIES	Comissão de Integração Ensino-Serviço
CIR	Colegiado Interfederativo Regional
CIRAS	Centro Integrado Raio de Sol
COSEMS	Conselho de Secretarias Municipais de Saúde
DAB	Departamento de Atenção Básica
DAF	Diretoria Administrativa e Financeira
DAIS	Diretoria de Atenção Integral à Saúde
DATASUS	Departamento de Informática do SUS
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DIPLAN	Diretoria de Planejamento
DIVISA	Diretoria de Vigilância Sanitária
DGS	Diretoria Geral de Sistemas
DT	Doenças Transmissíveis
DVS	Diretora de Vigilância em Saúde
EPS	Educação Permanente em Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
ETSUS/SE	Escola Técnica do SUS/Sergipe
FES	Fundo Estadual de Saúde
FHS	Fundação Hospitalar Saúde
FNS	Fundo Nacional de Saúde
FSPH	Fundação de Saúde Parreiras Horta
FUNESA	Fundação Estadual de Saúde
GAL	Gerenciador de Ambiente Laboratorial



GOVERNO DE SERGIPE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

GVSAM	Gerência de Vigilância em Saúde Ambiental
GVSAT	Gerência de Vigilância em Saúde do Trabalhador
HEMOSE	Centro de Hemoterapia de Sergipe
HORUS	Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica
HU	Hospital Universitário
HUSE	Hospital de Urgência de Sergipe
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IFDM	Índice FIRJAN de Desenvolvimento Municipal
INCA	Instituto Nacional do Câncer
INPE	Instituto Nacional de Pesquisas Espaciais
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
LACEN	Laboratório Central de Saúde Pública
MAC	Média e Alta Complexidade
MNSL	Maternidade Nossa Senhora de Lourdes
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Atenção à Saúde da Família
NEST	Núcleo Estratégico da SES
NUCAAR	Núcleo de Controle Auditoria Avaliação e Regulação
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PAS	Programação Anual de Saúde
PBF	Programa Bolsa Família
PDR	Plano Diretor de Regionalização
PDTP	Plano de Desenvolvimento Territorial e Participativo
PES	Plano Estadual de Saúde
PIB	Produto Interno Bruto
PMAQ/AB	Programa de melhoria do acesso e da Qualidade na Atenção Básica
PMM	Programa "Mais Médicos"
PNAD	Pesquisa Nacional de Amostra por Domicílios
PNAISP	Política Nacional da Pessoa Privada de Liberdade
PNPICS	Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares
PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
PPI	Programação Pactuada e Integrada
PQAVS	Programa de Qualificação das Ações de Vigilância em Saúde
PROVAB	Programa de Valorização à Atenção Básica
PSE	Programa Saúde na Escola
QUALIFAR	Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica
RAG	Relatório Anual de Gestão
RAIS	Relação Anual de Informações Sociais
RAS	Redes de Atenção à Saúde
RCBP	Registros de Câncer de Base Populacional
RDQA	Relatório Detalhado do Quadrimestre Anterior
READC	Rede Estadual de Atenção às Doenças Crônicas
REAMI	Rede Estadual Materno Infantil
REAPS	Rede Estadual de Atenção Psicossocial
RECPCD	Rede Estadual de Cuidados à Pessoa com Deficiência



**GOVERNO DE SERGIPE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE**

RENAMÉ	Relação Nacional de Medicamentos Essenciais
RENASES	Relação Nacional de Serviços e Ações de Saúde
REUE	Rede Estadual de Urgência e Emergência
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SARGSUS	Sistema de Apoio ao Relatório Anual de Gestão
SEED	Secretaria de Estado da Educação
SEPLAG	Secretaria de Estado do Planejamento, Orçamento e Gestão
SERFISMO	Serviço de Reabilitação Físico e Motora
SES	Secretaria de Estado da Saúde
SCNES	Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
SIA	Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS
SICLOM	Sistema de Controle Logístico de Medicamentos
SIGAU	Sistema Interfederativo de Garantia de Acesso Universal
SIH	Sistema de Informação Hospitalar
SIM	Sistema de Informação sobre Mortalidade
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SINAVISA	Sistema de Informação de Vigilância Sanitária
SIOPS	Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde
SISAGUA	Sistema de informação de vigilância da qualidade da água para consumo humano
SISCEL	Sistema de Controle de Exames Laboratoriais
SISMOB	Sistema de Monitoração de Obras
SISPACTO	Sistema de Pactuação de Indicadores de Saúde
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SRIHA	Serviço de Remoção Inter Hospitalar Assistida
SUS	Sistema Único de Saúde
SVO	Serviço de Verificação de Óbitos
TFD	Tratamento Fora do Domicílio
UFS	Universidade Federal de Sergipe
UBS	Unidade Básica de Saúde
UNACON	Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia
VIGIAGUA	Vigilância em Saúde Ambiental relacionada à Qualidade da Água para Consumo Humano
VIGIAR	Vigilância em Saúde Ambiental relacionada à Qualidade do Ar
VIGITEL	Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por Inquérito Telefônico



GOVERNO DE SERGIPE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

SUMÁRIO

PARTE I. ANALÍSE DE SITUAÇÃO DE SAÚDE.....	15
1. PANORAMA ADMINISTRATIVO DO ESTADO DE SERGIPE	15
1.1 DIVISÃO ADMINISTRATIVA DO ESTADO DE SERGIPE	16
2 PERFIL DEMOGRÁFICO	18
3. CONDIÇÕES DE SAÚDE.....	21
3.1 MORTALIDADE	21
3.2 MORBIDADE	31
4 DETERMINANTES E CONDICIONANTES DE SAÚDE.....	46
4.1 ASPECTOS SOCIOECONÔMICOS.....	46
4.2 CONDIÇÕES DE VIDA, TRABALHO E AMBIENTE	50
4.3 HÁBITOS E ESTILO DE VIDA	54
5 ACESSO ÀS AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE	56
5.1 REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE	56
5.2 NÍVEIS DE ATENÇÃO À SAÚDE	73
5.3. VIGILÂNCIA EM SAÚDE.....	89
5.4 COMPLEXO DE REGULAÇÃO.....	117
5.5 ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA	125
5.6 EDUCAÇÃO PERMANENTE E EDUCAÇÃO POPULAR EM SAÚDE	135
6.GOVERNANÇA DO SUS.....	152
6.1 INSTÂNCIAS DE CONTROLE	153
6.2 INSTÂNCIAS DE PACTUAÇÃO.....	155
6.3 GESTÃO PARTICIPATIVA	156
6.4. PLANEJAMENTO EM SAÚDE	159



GOVERNO DE SERGIPE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

6.5 INFORMACAO EM SAUDE	160
7. FINANCIAMENTO	162
7.1. RECURSOS FEDERAIS E RECURSOS PRÓPRIOS DO ESTADO	162
PARTE II - EIXOS, DIRETRIZES, OBJETIVOS, METAS E INDICADORES	168
2.1 DIRETORIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE	168
2.2 DIRETORIA DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, AMBIENTAL E SAÚDE DO TRABALHADOR	173
2.3 DIRETORIA DE GESTÃO DE SISTEMAS	184
2.4. DIRETORIA DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAUDE	189
2.5 DIRETORIA DE PLANEJAMENTO	205
2.6 COLEGIADO INTERFEDERATIVO ESTADUAL.....	209
2.7 NUCLEO DE GESTÃO ESTRATÉGICA E PARTICIPATIVA	210
2.8 CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE	212
PARTE III - MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO	215
BIBLIOGRAFIA CONSULTADA.....	216
ANEXOS	218



APRESENTAÇÃO

O Plano Estadual de Saúde do Estado de Sergipe (PES), referente ao período de 2016 a 2019, é o resultado de um trabalho coletivo realizado pelos técnicos da Secretaria de Estado de Saúde de Sergipe (SES/SE) enquanto instância formuladora e reguladora da política de saúde, de acordo com as necessidades da população e assegurando os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS).

Para sua construção utilizou-se como referência o Plano Estadual de Saúde do último quadriênio, o Relatório da VI Conferência Estadual de Saúde, o Plano Plurianual do Governo Estadual 2016-2019, o Plano Nacional de Saúde 2016-2019 e os Indicadores de saúde do SISPACTO 2016.

Conforme os princípios legais do SUS, a SES/SE submete este PES ao Conselho Estadual de Saúde (CES), buscando garantir a prática da democracia participativa, da descentralização e do controle social. Vale ressaltar que o CES participou da elaboração do PES indicando representante para estar presente nas reuniões de apresentação e validação.

O Plano Estadual de Saúde 2016-2019 está organizado de acordo com a Portaria GM/MS nº 2.135 de 2013, que orienta o processo de planejamento no SUS. Assim, este documento se divide em três partes: a primeira trata da análise da situação de saúde; a segunda contém as diretrizes, objetivos e metas para o período e, por fim, a terceira parte dispõe sobre o método de monitoramento e avaliação deste PES.



INTRODUÇÃO

O Plano Estadual de Saúde (PES) é um importante instrumento de planejamento para a gestão em saúde, fundamentado na Lei Orgânica nº 8.080/90, em seu art. 15, inciso VIII, e no Decreto nº 7.508/11, no Capítulo III, que atribui aos gestores do Sistema Único de Saúde (SUS) o obrigatório papel de realizar o processo de gestão em saúde com a implementação de instrumentos competentes para a administração da política de saúde.

A Portaria GM/MS nº 2.135/2013 estabelece diretrizes para o processo de planejamento no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e apresenta o Plano de Saúde como um instrumento central de planejamento no âmbito da saúde, por englobar a definição e implementação de ações de saúde para o período de quatro anos, e conter respostas às necessidades de saúde da população.

A Coordenação Geral da elaboração do Plano Estadual de Saúde de Sergipe 2016-2019, foi da Diretoria de Planejamento da SES/SE (DIPLAN) que teve o apoio de uma Coordenação Pedagógica do Núcleo Estadual de Educação Permanente e Popular em Saúde (NEEPPS), vinculado á Diretoria de Atenção Integral a Saúde da SES/SE (DAIS), e uma Coordenação Técnica do Núcleo Estratégico da SES (NEST), vinculado à DIPLAN, a qual teve um Grupo de Apoio Técnico na elaboração. Além disso, todas as Diretorias da SES/SE e Núcleos indicaram representantes que compuseram um Grupo de Trabalho geral que se reunião em alguns momentos para definir esboço e etapas do PES e estes representantes coordenaram em cada Diretoria e Núcleo a elaboração coletiva dos Planos que comporiam o PES da SES/SE. Nas Oficinas de validação participaram além desta equipe citada, todas as coordenações, gerencias e áreas técnicas da SES. O Conselho Estadual de Saúde (CES) teve representante indicado a participar da elaboração e dos debates e suas contribuições foram incorporadas ao documento.



PARTE I. ANALÍSE DE SITUAÇÃO DE SAÚDE

1. PANORAMA ADMINISTRATIVO DO ESTADO DE SERGIPE

Sergipe é o menor dos Estados brasileiros, ocupando uma área total de 21.910,3 km², o que equivale a 0,26% do território brasileiro e 1,4% da Região Nordeste. Limita-se ao norte com o Estado de Alagoas, separado pelo Rio São Francisco, ao sul e a oeste pelo Estado da Bahia e ao leste com o Oceano Atlântico.

É constituído por 75 municípios, agrupados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE em 13 microrregiões político-administrativas, que fazem parte de três mesorregiões, Leste, Agreste e Sertão sergipanos. O município com a maior área é Poço Redondo, localizado na mesorregião do Sertão Sergipano, com 1.220 km² de extensão. O menor é General Maynard, com apenas 18,1 km², localizado na microrregião do Baixo Cotinguiba, pertencente à mesorregião do Leste Sergipano.

A maior aglomeração urbana é a sua capital, Aracaju, estimada em 632.744 habitantes, no ano de 2014, seguida de Nossa Senhora do Socorro, Lagarto, Itabaiana, São Cristóvão e Estância.

O Estado é bem servido por uma malha viária com pavimentação asfáltica, que interliga Aracaju às sedes municipais dos 75 municípios sergipanos, tanto por meio de rodovias estaduais quanto por rodovias federais, a BR 101, que corta o Estado no sentido norte-sul, e a BR 235 que atravessa o Estado no sentido leste-oeste. O município mais próximo de Aracaju é a Barra dos Coqueiros, que dista 3 km, e o mais distante é o município de Canindé do São Francisco, que dista 199 km.

Tabela 1. Distância, por Rodovia, entre a Capital do Estado (Aracaju) e os Municípios mais populosos do Estado de Sergipe.

Municípios	Distância(Km)	Municípios	Distância(Km)
Barra dos Coqueiros	3	Aquidabã	99
Nossa Senhora do Socorro	13	Umbaúba	99
São Cristóvão	17	Simão Dias	103
Laranjeiras	21	Propriá	105
Itaporanga d'Ajuda	29	Carira	106



GOVERNO DE SERGIPE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Salgado	51	Itabaianinha	120
Itabaiana	52	Nossa Sra. da Glória	121
Estância	67	Neópolis	128
Capela	76	Tobias Barreto	129
Lagarto	76	Poço Verde	146
Nossa Senhora das Dores	77	Poço Redondo	179
Boquim	80	Porto da Folha	180
Riachão do Dantas	96	Canindé S. Francisco	199

Fonte: Departamento Estadual de Infraestrutura de Transportes (DNIT)

1.1 DIVISÃO ADMINISTRATIVA DO ESTADO DE SERGIPE

O Governo de Sergipe, a Universidade Federal de Sergipe (UFS) e Entidades Civis Organizadas realizaram estudos que identificaram 8 (oito) áreas do Estado que possuíam identidades territoriais similares, levando-se em consideração os critérios de dimensões ambientais, econômico-produtivas, geoambientais, sociais, culturais e político-institucionais. A partir das discussões e conciliações políticas do mapa sergipano e dos diagnósticos técnicos, o Governo de Sergipe definiu, para fins de planejamento das ações político-administrativas a serem implementadas, o Plano de Desenvolvimento Territorial e Participativo (PDTP), em que o Estado de Sergipe foi dividido em 8 (oito) Territórios de Planejamento, conforme estabelecido no Decreto Estadual nº 24.338, nº 24.338, de 23 de abril de 2007(Figura 1).

Para o Planejamento das Ações de Saúde de Sergipe , foi elaborado pela SES e referendado, por meio da Lei Estadual nº 6.345/2008, de 02/01/2008, o Plano Diretor de Regionalização (PDR) de 2002, que trata da organização e funcionamento do SUS/SE. Foi aprovado pela Resolução Comissão Intergestores Bipartite (CIB/SE) nº 43 de 21 de setembro de 2007, onde foi realizada a revisão do PDR, mantendo a conformação do ano de 2002, realizando apenas alterações de fluxos de quatro (4) municípios, a saber: Nossa Senhora de Lourdes e Muribeca deixam de fazer parte da Região de Nossa Senhora da Glória e de Nossa Senhora do Socorro, respectivamente, e passam a integrar a Região de Propriá; os municípios de São Miguel do Aleixo e Nossa Senhora Aparecida que saem da Região de Nossa Senhora da Glória e migram para região de Itabaiana.



GOVERNO DE SERGIPE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Em 18 de abril de 2012, o Colegiado Interfederativo Estadual (CIE), considerando o decreto presidencial nº 7.508, ratifica a divisão das Regiões de Saúde do Estado em sete (07) regiões, de acordo com a divisão dos municípios e dos suas respectivas sedes de regiões(Figura 2):

- Região de Saúde de Aracaju: Composta pelos municípios de Aracaju, Barra dos Coqueiros, Divina Pastora, Itaporanga d'Ajuda, Laranjeiras, Riachuelo, Santa Rosa de Lima e São Cristovão (Deliberação CIR Aracaju nº 03/2012);
- Região de Saúde de Estância: Formada pelos municípios de Arauá, Boquim, Cristinápolis, Estância, Indiaroba, Itabaianinha, Pedrinhas, Santa Luzia do Itanhy, Tomar do Geru e Umbaúba. (Deliberação CIR Estância nº 05/2012).
- Região de Saúde de Lagarto: Composta pelos municípios de Lagarto, Poço Verde, Riachão do Dantas, Salgado, Simão Dias e Tobias Barreto. (Deliberação CIR Lagarto nº 06/2012);
- Região de Saúde de Itabaiana: Composta pelos municípios de Areia Branca, campo do Brito, Carira, Frei Paulo, Itabaiana, Macambira, Malhador, Moita Bonita, Pedra Mole, Pinhão, Ribeirópolis, São Domingos, São Miguel do Aleixo e Nossa Senhora Aparecida. (Deliberação CIR Itabaiana nº 03/2012);
- Região de Saúde de Nossa Senhora do Socorro: Composta pelos municípios de Capela, Carmópolis, Cumbe, General Maynard, Japaratuba, Maruim, Nossa Senhora das Dores, Nossa Senhora do Socorro, Pirambu, Rosário do Catete, Santo Amaro das Brotas e Siriri. (Deliberação CIR Nossa Senhora do Socorro nº 02/2102);
- Região de Saúde de Nossa Senhora da Glória: Composta pelos municípios de Canindé de São Francisco, Feira Nova, Gararu, Gracho Cardoso, Itabi, Monte Alegre de Sergipe, Nossa Senhora da Glória, Poço Redondo e Porto da Folha. (Deliberação CIR Nossa Senhora da Glória nº 02/212);
- Região de Saúde de Propriá: Composta pelos municípios de Amparo de São Francisco, Aquidabã, Brejo Grande, Canhoba, Cedro de São João, Ilha das Flores, Jaboatã, Malhada dos Bois, Neópolis, Pacatuba, Propriá, Santana do São Francisco, São Francisco, Telha, Nossa Senhora de Lourdes e Muribeca. (Deliberação CIR Propriá nº 02/2012).



GOVERNO DE SERGIPE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Figura 1. Territórios Sergipanos - Plano de Desenvolvimento Territorial e Participativo – PDTD



Fonte: SEPLAG/Governo de Sergipe

Figura 2. Territórios Sergipanos Plano Diretor de Regionalização – PDR



Fonte: SES/SE

2 PERFIL DEMOGRÁFICO

Os cálculos estimativos da população brasileira para 2014, elaborado pelo IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) 2014, registraram que a população brasileira totalizou 204.450.649 pessoas, alcançando uma taxa de crescimento em relação a 2010 de 7,2 %. Nesse mesmo período, a população sergipana cresceu, em relação a 2010, 7,6%, totalizando 2.225.000 habitantes.



GOVERNO DE SERGIPE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

**Tabela 2. População Residente, segundo a situação do domicílio e sexo.
Sergipe, 2010 – 2014**

Situação do Domicílio e Sexo	População Residente		
	2010	2014(*)	Variação (%)
Total	2.068.017	2.225.000	7,6
Homens	1.005.041	1.089.000	8,4
Mulheres	1.062.976	1.136.000	6,9
Urbana	1.520.366	1.600.000	5,2
Rural	547.651	626.000	14,3

Fontes: (*) IBGE - Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), 2014.

O ritmo de expansão populacional dos municípios pode estar associado a uma diversidade de fatores, como o crescimento econômico do período, a mudança do grau de articulação com centros urbanos mais dinâmicos, a implantação de projetos agrícolas ou habitacionais, ou, ainda, a diferentes taxas de fecundidade. No caso dos municípios de Carmópolis, Barra dos Coqueiros e Canindé do São Francisco que apresentaram maior crescimento populacional na década 2000-2010 (44,4%, 40,5% e 39,1%, respectivamente), justifica-se pela expansão dos gastos públicos impulsionados pelas receitas de royalties de petróleo e gás, no primeiro, pelos royalties de geração de energia elétrica, no terceiro, e, no caso da Barra dos Coqueiros, pela maior integração com Aracaju.

A população sergipana, estimada em 2,2 milhões de pessoas em 2014, frente a 1,9 milhões em 2003, verifica-se que houve mudanças consideráveis na pirâmide etária do estado, na comparação dos anos de 2003 e 2014. Tradicionalmente formado por uma população bastante jovem, o Estado de Sergipe apresenta, uma população mais adulta e envelhecida do que em 2003, devido ao crescimento expressivo de pessoas com 70 anos ou mais e à taxa de natalidade descendente, aliados ao aumento da expectativa de vida.



GOVERNO DE SERGIPE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Tabela 3. População Estimada por Regiões de Saúde e Município. Sergipe, 2014.

REGIÃO	MUNICIPIO	HAB	REGIÃO	MUNICIPIO	HAB
ARACAJU (08 mun.)	Aracaju	632.744	ITABAIANA (14 mun)	Areia Branca	18.164
	Barra dos Coqueiros	28.677		Campo do Brito	17.858
	Divina Pastora	4.890		Carira	21.484
	Itaporanga d'Ajuda	33.317		Frei Paulo	15.047
	Laranjeiras	29.130		Itabaiana	93.572
	Riachuelo	10.033		Macambira	6.824
	Santa Rosa de Lima	3.913		Malhador	12.598
	São Cristóvão	86.979		Moita Bonita	11.395
	REGIÃO ARACAJU	829.683		N Sra Aparecida	8.830
	REGIÃO	MUNICIPIO		Pedra Mole	3199
ESTÂNCIA (10 mun)	Arauá	10.574	REGIÃO	Pinhão	6.440
	Boquim	26.750		Ribeirópolis	18.362
	Cristinápolis	17.911		São Domingos	10.971
	Estância	68.405		S M Miguel d Aleixo	3.902
	Indiaroba	17.385		REGIÃO ITABAIANA	248.646
	Itabaianinha	41.404		Capela	33.374
	Pedrinhas	9.449		Carmópolis	15.622
	Santa Luzia do Itanhý	13.836		Cumbe	3.985
	Tomar do Geru	13.200		General Maynard	3.231
	Umbaúba	24.545		Japaratuba	18.288
N SRA DA GLÓRIA (09 mun)	REGIÃO ESTÂNCIA	240.459		Maruim	17.151
	Canindé do São Francisco	28.279	N SRA DO SOCORRO (12 mun)	N Sra das Dores	26.240
	Feira Nova	5.573		N Sra do Socorro	177.344
	Gararu	11.724		Pirambu	9.063
	Gracho Cardoso	5.848		Rosário do Catete	10.364
	Itabi	5.017		Sto Amaro das Brotas	12.025
	Monte Alegre de Sergipe	14.853		Siriri	8.677
	Nossa Senhora da Glória	35.726		REGIÃO N SRA DO SOCORRO	335.364
	Poço Redondo	33.757		REGIÃO	MUNICIPIO
	Porto da Folha	28.492		Amparo do São Francisco	2.374
REG N S DA GLORIA	169.269	PROPRIÁ (16 mun.)	Aquidabá	21.312	
	REGIÃO	MUNICIPIO	Brejo Grande	8.218	
LAGARTO (06 mun)	Lagarto	102.257	Canhoba	4.057	
	Poço Verde	23.416	Cedro de São João	5.890	
	Riachão do Dantas	19.976	Ilha das Flores	8.597	
	Salgado	20.083	Japoatã	13.245	
	Simão Dias	40.526	Malhada dos Bois	3.653	
	Tobias Barreto	51.375	Muribeca	7.642	
	REGIÃO LAGARTO	257.633	Neópolis	18.958	



GOVERNO DE SERGIPE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

		N Sra de Lourdes	6.494
		Pacatuba	14.164
		Sant. do S Francisco	7.607
		Propriá	29.655
		São Francisco	3.847
		Telha	3.170
	REGIÃO DE PROPRIÁ		158.883
POPULAÇÃO ESTADO DE SERGIPE 2014			2.242.937

Fonte: IBGE – Resolução nº 4, de 26 de agosto de 2015, publicada no Diário Oficial da União – Seção 1 – nº 165, de 28/08/2015, pag. 98.

As Regiões de Aracaju, Nossa Senhora do Socorro e Lagarto são as mais populosas, com, respectivamente, 36,99%, 14,97 e 11,49% da população do Estado de Sergipe.

3. CONDIÇÕES DE SAÚDE

Com a transição epidemiológica tem sido observadas alterações nos padrões de morbidade e mortalidade, havendo a substituição gradual das doenças infecciosas e parasitárias e das deficiências nutricionais pelas doenças crônico-degenerativas e aquelas relacionadas às causas externas.

3.1 MORTALIDADE

- **Mortalidade Geral**

O perfil epidemiológico da mortalidade no Estado apresentados na Tabela 4, demonstra aumento dos óbitos relacionados às doenças crônicas e causas externas.

Os grandes grupos de causas de mortalidade variam proporcionalmente segundo a faixa etária examinada, conforme pode ser observado nas Tabelas 5, 6 e 7. Salienta-se que nos grupos etários das crianças, adolescentes e dos adultos (de 01 ano até 39 anos), o capítulo da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas relacionados com a Saúde (CID), apresenta que 73,3% dos óbitos dos 10 aos 19 anos e 47% na faixa etária dos 20 aos 29 anos, estão relacionados às causas externas, analisando dados fechados até 2013.



GOVERNO DE SERGIPE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

No período 2010-2015 as doenças do aparelho circulatório foram as causas mais freqüentes, respondendo por cerca de 25% (18.375) dos óbitos no período; a segunda causa foram as causas externas sendo responsável por 17% dos óbitos (12.242); a terceira causa mais prevalente foram as neoplasias com 13% dos óbitos (9.249)(Tabela 4).

**Tabela 4. Número de óbito por Grupos de causa segundo CID 10. Sergipe, 2010-2015*
Freqüência por Ano do Óbito segundo Causa (CID10 CAP)**

Capítulo CID-10	2010	2011	2012	2013	2014*	2015*
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	417	453	463	450	483	550
II. Neoplasias (tumores)	1.434	1.441	1.548	1.593	1.568	1.665
III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	89	75	72	74	70	67
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	906	981	984	982	968	1.011
V. Transtornos mentais e comportamentais	249	241	258	361	307	273
VI. Doenças do sistema nervoso	192	194	249	247	252	265
VII. Doenças do olho e anexos	2	-	-	1	0	0
VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastóide	1	-	-	2	2	4
IX. Doenças do aparelho circulatório	3.055	3.027	3.020	3.055	3.080	3.138
X. Doenças do aparelho respiratório	850	1.013	955	1.046	1.045	1.276
XI. Doenças do aparelho digestivo	576	613	651	618	623	648
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	51	51	41	53	84	75
XIII. Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	35	35	40	31	43	51
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	252	277	279	272	274	337
XV. Gravidez parto e puerpério	23	30	25	23	23	16
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	313	333	330	301	337	324
XVII. Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	121	125	143	142	136	131
XVIII. Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	595	744	824	735	779	1.153
XIX. Lesões enven e alg out conseq causas externas	0	0	0	0	0	0
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	1.781	1.764	1.955	2.165	2.168	2.409
XXI. Contatos com serviços de saúde	0	0	0	0	0	0
Total	10.942	11.397	11.837	12.151	12.242	13.393

Fonte: SIM/NSI/DVS/SES. Dados sujeitos a alteração (Banco de 11/03/2016)



GOVERNO DE SERGIPE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Tabela 5. Mortalidade Por Grupo de causa e faixa etária. Sergipe, 2013.

Capítulo CID-10	Menor 1 ano	1 a 4 anos	5 a 9 anos	10 a 14 anos	15 a 19 anos	20 a 29 anos	30 a 39 anos	40 a 49 anos	50 a 59 anos	60 a 69 anos	70 a 79 anos	80 anos e mais	Idade ignorada	Total
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	30	5	1	2	6	25	43	59	55	65	65	93	1	450
II. Neoplasias (tumores)	3	6	6	4	7	27	81	172	294	345	355	293	-	1593
III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	2	4	-	1	3	4	5	8	10	8	10	19	-	74
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	5	3	4	4	4	6	15	44	110	192	256	339	-	982
V. Transtornos mentais e comportamentais	-	-	-	1	-	11	42	77	81	52	42	55	-	361
VI. Doenças do sistema nervoso	8	9	10	8	4	11	14	26	19	21	37	80	-	247
VII. Doenças do olho e anexos	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastóide	1	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2
IX. Doenças do aparelho circulatório	1	4	2	3	9	20	76	196	354	596	717	1077	-	3055
X. Doenças do aparelho respiratório	38	10	8	4	4	14	27	49	76	135	227	454	-	1046
XI. Doenças do aparelho digestivo	5	2	-	2	3	20	43	89	122	121	104	105	2	618
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	-	-	-	1	-	-	1	2	4	8	8	29	-	53
XIII. Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	-	-	-	2	1	-	1	7	3	5	2	10	-	31
XIV. Doenças do aparelho genitourinário	-	-	-	1	3	4	11	12	28	40	58	115	-	272
XV. Gravidez parto e puerpério	-	-	-	-	4	10	8	1	-	-	-	-	-	23
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	299	1	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	301
XVII. Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	104	5	1	1	2	5	5	2	4	4	5	4	-	142
XVIII. Sint sinais e achad anom ex clín e laborat	10	4	2	3	12	22	42	60	75	93	121	287	4	735
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	11	17	11	35	237	603	452	298	150	130	99	113	9	2165
Total	517	70	47	72	299	783	866	1102	1385	1815	2106	3073	16	12151

Fonte: SIM/NSI/DVS/SES. Dados sujeitos a alteração (Banco de 11/03/2016)



GOVERNO DE SERGIPE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Tabela 6. Mortalidade por Grupo de Causas e faixa etária, Sergipe 2014

Causa (CID10 CAP)	< 01	01-04	05-09	10-14	15-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	80 e+	Ign	Total
IX. Doenças do aparelho circulatório	4	3	1	1	10	22	74	177	381	582	734	1.091	0	3.080
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	11	22	17	26	264	628	430	278	171	115	75	129	2	2.168
II. Neoplasias (tumores)	1	8	7	6	8	37	71	168	275	331	341	315	0	1.568
X. Doenças do aparelho respiratório	38	7	1	4	7	20	31	48	77	152	204	456	0	1.045
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	4	0	2	0	3	7	15	44	103	214	250	325	1	968
XVIII. Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	15	6	1	6	8	25	46	48	85	78	146	315	0	779
XI. Doenças do aparelho digestivo	4	1	1	1	2	11	54	78	112	119	110	128	2	623
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	25	8	1	3	4	42	57	57	59	70	61	95	1	483
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	334	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	337
V. Transtornos mentais e comportamentais	0	0	0	0	3	4	36	70	67	45	29	53	0	307
XIV. Doenças do aparelho genitourinário	3	2	0	0	0	4	7	11	26	35	72	114	0	274
VI. Doenças do sistema nervoso	3	5	4	5	12	14	19	17	16	19	46	92	0	252
XVII. Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	100	17	5	0	1	4	1	1	1	2	1	3	0	136
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	0	1	0	0	0	3	2	8	10	10	14	36	0	84
III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	5	3	2	1	1	5	6	8	8	6	4	20	1	70
XIII. Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	0	0	0	0	2	2	5	7	6	5	7	9	0	43
XV. Gravidez parto e puerpério	0	0	0	0	0	9	12	2	0	0	0	0	0	23
VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastóide	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	2
VII. Doenças do olho e anexos	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
XIX. Lesões enven e alg out conseq causas externas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
XXI. Contatos com serviços de saúde	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Total	547	84	43	53	325	837	866	1.023	1.398	1.783	2.094	3.181	8	12.242

Fonte: SIM/NSI/DVS/SES. Dados sujeitos a alteração (Banco de 11/03/2016)



GOVERNO DE SERGIPE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Tabela 7. Mortalidade por Grupo de Causas e faixa etária, Sergipe 2015

Causa (CID10 CAP)	< 01	01-04	05-09	10-14	15-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	80 e+	Ign	Total
IX. Doenças do aparelho circulatório	9	2	0	5	11	13	75	176	372	608	755	1.112	0	3.138
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	11	19	12	19	287	680	492	319	188	137	100	145	0	2.409
II. Neoplasias (tumores)	0	15	4	8	10	38	81	155	304	373	377	300	0	1.665
X. Doenças do aparelho respiratório	17	9	3	1	4	17	26	49	103	186	308	553	0	1.276
XVIII. Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	16	8	2	1	11	31	66	89	123	126	227	452	1	1.153
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	6	2	0	1	3	9	20	54	112	213	262	329	0	1.011
XI. Doenças do aparelho digestivo	2	2	0	0	2	15	52	108	139	106	119	103	0	648
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	33	14	7	0	4	35	59	61	64	63	93	117	0	550
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	0	1	1	0	1	4	12	16	33	49	81	139	0	337
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	324	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	324
V. Transtornos mentais e comportamentais	0	0	0	0	0	3	27	61	67	33	32	50	0	273
VI. Doenças do sistema nervoso	6	10	6	6	10	13	15	24	15	18	49	93	0	265
XVII. Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	100	10	4	2	2	0	3	2	1	1	4	2	0	131
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	0	1	1	0	0	1	3	8	3	16	14	28	0	75
III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	1	0	2	3	3	3	7	5	6	12	15	10	0	67
XIII. Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	0	0	0	1	2	5	7	3	7	5	8	13	0	51
XV. Gravidez parto e puerpério	0	0	0	0	0	12	4	0	0	0	0	0	0	16
VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastóide	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	2	0	4
VII. Doenças do olho e anexos	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
XIX. Lesões enven e alg out conseq causas externas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
XXI. Contatos com serviços de saúde	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Total	525	93	42	47	350	879	949	1.131	1.537	1.946	2.445	3.448	1	13.393

Fonte: SIM/NSI/DVS/SES. Dados sujeitos a alteração (Banco de 11/03/2016)

- **Mortalidade por Doenças Transmissíveis**

As doenças transmissíveis têm apresentado comportamento heterogêneo nas últimas décadas em todo o mundo. Por trás das mudanças estão, entre outros aspectos, o próprio progresso científico e tecnológico, as transformações econômicas e sociais de caráter mundial, que determinam modificações radicais na vida do homem, influenciando nas formas de controle, no diagnóstico, no tratamento e nas formas de transmissão.

Apesar da redução da mortalidade por doenças infecciosas, algumas dessas doenças continuam impactando sobremaneira o cenário mundial, assim como no nacional e no estadual. Conforme se observa na tabela 8, algumas doenças transmissíveis permanecem causando óbitos, que muitas vezes seriam evitados com o diagnóstico precoce e o tratamento adequado. Assim, a tuberculose por exemplo, que possui maneiras de diagnosticar e disponibilização do tratamento pelo SUS, ainda permanece causando mortes.

Destaca-se ainda a Sífilis Congênita que no período avaliado levou a 11 óbitos, interferindo no indicador de mortalidade infantil, apesar da disponibilização de testes para o diagnóstico em todas as unidades básicas de saúde.

Dentro do grupo de causas de doenças transmissíveis, verifica-se que infecção pelo HIV/AIDS, é a principal causa de mortalidade. Apesar de ser uma doença infecciosa que não tem cura, os avanços no tratamento podem garantir o aumento da sobrevida e da qualidade de vida dos portadores do HIV. A infecção pelo HIV é hoje importante fator de risco para desenvolvimento de várias doenças infecciosas. Entre elas a associação com a tuberculose está entre as mais importantes, não apenas pela interação patológica, mas por uma combinação de fatores que favorecem a evolução da doença em ambas as condições.

Tabela 8. Número de óbito por Doenças Transmissíveis. Sergipe, 2010 a 2015*.

Causa (CID10 3C)	2010	2011	2012	2013	2014	2015*	Total
A15 Tuberc respirat c/conf bacteriol e histolog	0	1	2	2	1	1	7
A16 Tuberc vias respirat s/conf bacter	35	46	39	37	54	42	253
A17 Tuberc do sist nervoso	3	0	0	0	0	0	3
A18 Tuberc de outr órgãos	1	0	0	2	1	0	4
A19 Tuberc miliar	0	1	2	4	0	2	9
A30 Hansenise	3	2	3	5	3	2	18
A39 Infecc meningogocica	2	2	8	2	1	0	15
A50 Sifilis congen	1	1	2	5	0	2	11
A87 Meningite viral	1	0	1	0	0	0	2
B01 Varicela	1	1	2	0	1	0	5
B15 Hepatite aguda A	1	0	0	0	0	0	1
B16 Hepatite aguda B	2	1	1	5	7	9	25
B17 Outr hepatites virais agudas	5	1	0	1	0	1	8
B18 Hepatite viral crônica	1	2	7	5	13	7	35
B19 Hepatite viral NE	1	2	2	1	4	1	11
B20 Doenc p/HIV result doenc infecc e parasit	47	54	55	62	64	58	340
B21 Doenc p/HIV result em neopl malig	0	1	1	0	0	3	5
B22 Doenc p/HIV result em outr doenc espec	5	12	9	7	12	4	49
B23 Doenc p/HIV result em outr doenc	1	1	0	0	1	1	4
B24 Doenc p/HIV NE	15	14	11	12	17	14	83
Total	125	142	145	150	179	147	888

Fonte: SIM/NSI/DVS/SES. Dados sujeitos a alteração (Banco de 11/03/2016)

• Mortalidade por Doenças Crônicas Não Transmissíveis

As Doenças Crônicas são doenças multifatoriais que se desenvolvem no decorrer da vida e são de longa duração. Elas respondem pelas maiores taxas de morbimortalidade e por cerca de mais de 70% dos gastos assistenciais com a saúde no Brasil, com tendência crescente e grande impacto na área de saúde pública no país sendo responsáveis por 72% das causas de mortes.



GOVERNO DE SERGIPE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

As Doenças Crônicas resultam de diversos fatores, determinantes sociais e condicionantes, além de fatores de risco individuais como tabagismo, consumo nocivo de álcool, inatividade física e alimentação não saudável.

Em Sergipe, no período de 2010 a 2015, as causas de óbito mais prevalentes foram: as doenças do aparelho circulatório ocupando 1º lugar, respondendo por cerca de 25% (18.375) dos óbitos no período; a 2ª causa foram as causas externas sendo responsável por 17% dos óbitos (12.242); a 3ª causa mais prevalente foram as neoplasias com 13% dos óbitos (9.249)(conforme já observado na Tabela 4, anteriormente).

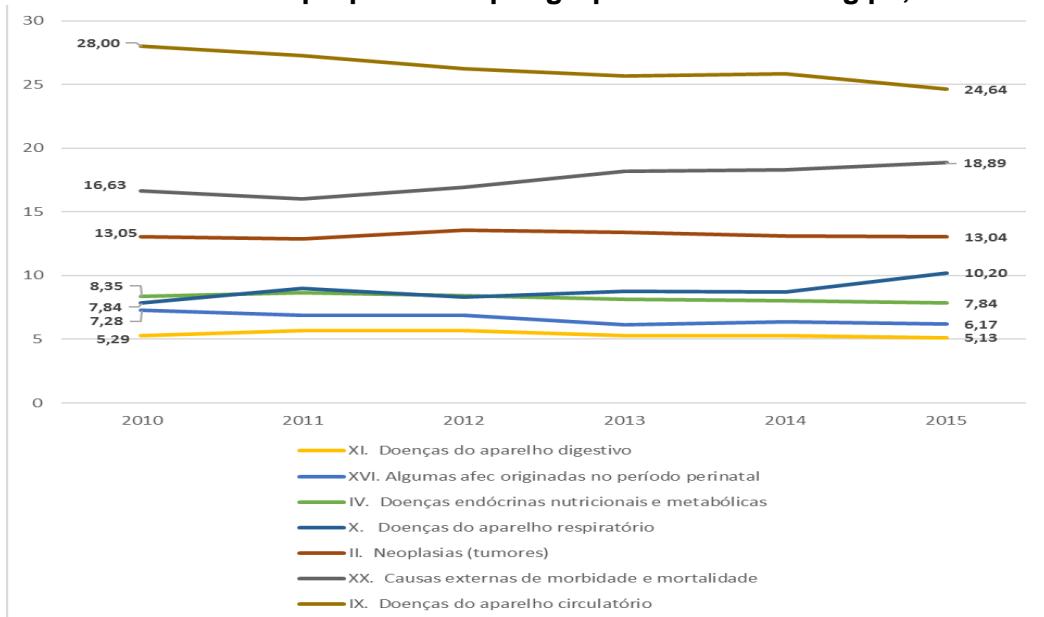
As doenças cardiovasculares são responsáveis por 29,4% de todas as mortes registradas no País em um ano. Isso significa que mais de 308 mil pessoas faleceram principalmente de infarto e acidente vascular cerebral (AVC).

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), no Brasil, uma pessoa morre a cada dois minutos, em virtude de doenças cardíacas. O principal mecanismo da doença é o acúmulo de placas de gorduras nas artérias, impedindo a passagem do sangue, o que pode provocar o infarto do miocárdio. Entre as principais causas dessas doenças estão o tabagismo, hipertensão, diabetes, colesterol alto, obesidade, sedentarismo e hábitos alimentares inadequados.

No Gráfico 1, abaixo, observa-se que houve decréscimo na taxa de mortalidade por Doenças Cardiovasculares comparando 2010 (28,00/100milhab) e 2015 (24,64/100milhab), porém ainda permanece como sendo a primeira causa mais prevalente no período analisando.



Gráfico 1. Mortalidade proporcional por grupo de causas. Sergipe, 2010-2015*



Fonte: NEST/SIM-Base Estadual/Acesso em 11/03/20. Dados sujeitos a alteração.

Causas Externas

As causas externas apresenta uma variação positiva de 2,26 (Gráfico 1) pontos percentuais entre os anos de 2010 e 2015*, demonstrando a importância deste grupo de causas como um problema de saúde pública para além de um problema social e econômico.

As categorias mais analisadas, relacionadas as causas externas, devido a sua magnitude, são os acidentes ou eventos não intencionais, os homicídios e suicídios considerados eventos intencionais. Assim como no Brasil, em Sergipe os homens são os que mais morrem, principalmente na faixa etária de 20 a 39 anos, seja por homicídio ou acidentes.

Os dados de homicídio retratam uma ascendência de 62,51 em 2010 para 112,36 em 2015* na taxa de mortalidade por 100 mil habitantes do sexo masculino, conforme figura abaixo. Porém, com relação aos acidentes de trânsito, observa-se diminuição a partir de 2014*, sendo em 2015* a taxa para cada cem mil homens, de 63,84.



GOVERNO DE SERGIPE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Os suicídios, devido a sua complexidade na prevenção e identificação precoce, exigem um olhar mais atento sobre este tipo de causa. Os dados demonstram que ocorre mais nos homens, 9,41/ 100.000 homens em 2010 e 8,57/100.000 homens em 2015*, sendo a primeira e segunda maior taxa, respectivamente, no período analisado.

Quando comparados os dados, observa-se que as mulheres morrem menos, porém segundo levantamento da Central de Atendimento à Mulher – Disque 180, no ano de 2015*, 85,85% das violências foram provocadas por pessoas com vínculo afetivo, o que caracteriza esta violência como doméstica. Segundo pesquisa do IPEA/2013 - Violências contra a mulher: Os feminicídios no Brasil, a cada 1h30 morre uma mulher no Brasil e destas 29 % morrem no domicílio, disparando reflexões e ações para que este contexto seja o mais cedo visibilizados e esta mulher acolhida na sua necessidade.

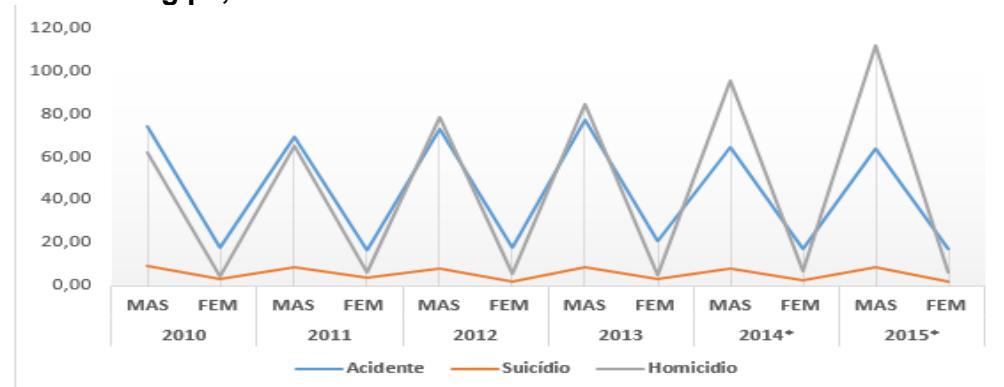
Em Sergipe, os dados de homicídio em mulheres demonstram oscilação no período analisado, sendo que se observa aumento comparando 2010, 4,26/100.000 mulheres, para 6,19/100.000 mulheres, em 2015*, conforme figura abaixo.

Em relação aos acidentes de trânsito, não se observa grande oscilação nas taxas no período, sendo em 2010, 17,43/100.000 mulheres e em 2015* a taxa por cem mil mulheres, de 17,27.

Os dados sobre os suicídios em mulheres demonstram que 2015* foi o ano que apresentou a menor taxa por cem mil mulheres, de 1,66. Quanto ao grupo etário, há um predomínio de mortes de mulheres entre 30 e 39 anos e acima de 60 anos.



Gráfico 2. Taxa de Mortalidade por categoria de causa externas segundo o sexo. Sergipe, 2010-2015*.



Categorias	2010		2011		2012		2013		2014*		2015*	
	MAS	FEM	MAS	FEM								
Acidente	74,52	17,43	69,51	16,20	72,90	17,53	77,18	20,53	64,91	17,29	63,84	17,27
Suicídio	9,41	2,87	8,64	3,48	7,80	1,72	8,28	2,77	7,73	2,56	8,57	1,66
Homicídio	62,51	4,26	65,33	5,86	78,45	5,60	84,71	5,00	95,57	6,62	112,36	6,19

Fonte: NEST/SIM-Base Estadual/Acesso em 11/03/20. Dados sujeitos a alteração.

3.2 MORBIDADE

• Morbidade por Doenças Transmissíveis

As informações descritas no perfil de morbidade da população de Sergipe foram obtidas através do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), sendo apresentados aqui a análise do comportamento de algumas doenças transmissíveis e agravos de notificação compulsória no período compreendido entre 2010 e 2015. (Tabela 9)

• Tuberculose

A tuberculose ainda é um sério problema de Saúde Pública e demonstra relação direta com a pobreza. A forma clínica pulmonar é a que mais predomina e os principais responsáveis pela manutenção da cadeia de transmissão da doença são os bacilíferos, quando não tratados adequadamente até a cura.

Observando a série histórica de casos novos de todas as formas apresentada, observa-se aumento do número de casos em Sergipe, porém aquém das estimativas. Deveria ter detectado 887 e diagnosticou 408 casos novos, o que



GOVERNO DE SERGIPE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

representa 46% do estimado em 2014. O parâmetro ideal para taxa de detecção de casos novos é acima de 70%. Considerando que o método estimado de busca de casos novos de Sintomáticos Respiratórios- SR, representa 1% da população/ ano e destes ,4% serão de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera, no ano avaliado.

Em Sergipe, o percentual 2014, foi de 74,3% e os que abandonaram o tratamento foi de 13,3%. O coeficiente de mortalidade foi de 1,9/100.000 e 2,0/100.000 habitantes em 2013 e 2014 respectivamente, apresentando tendência de aumento. Do total de casos novos diagnosticados a OMS recomenda a cura dos casos de tuberculose pulmonar bacilifera de pelo menos 85% dos casos. O controle da tuberculose é uma das prioridades de Vigilância Epidemiológica. Vale considerar a correlação da tuberculose com a AIDS, e o índice de coinfecção TB/HIV foi de 4,9%, com realização de testagem para HIV em 62,5% dos casos novos.

Do total de casos novos diagnosticados a Organização Mundial de Saúde - OMS recomenda a cura dos casos de tuberculose pulmonar bacilifera de pelo menos 85% dos casos. Em Sergipe, o percentual 2014, foi de 74,3% e os que abandonaram o tratamento foi de 13,3%. O coeficiente de mortalidade foi de 1,9/100.000 e 2,0/100.000 habitantes em 2013 e 2014 respectivamente, apresentando tendência de aumento. O controle da tuberculose é uma das prioridades de Vigilância Epidemiológica. Vale considerar a correlação da tuberculose com a AIDS, e o índice de coinfecção TB/HIV foi de 4,9%, com realização de testagem para HIV em 62,5% dos casos novos. Atualmente três indicadores estão contemplados no Sistema de Pactuação de indicadores do pacto pela saúde (SISPACTO) e no Programa de Qualificação das Ações de Vigilância em Saúde (PQAVS).

- **Hanseníase**

A hanseníase é doença infectocontagiosa para a qual, além das condições individuais, outros fatores relacionados aos níveis de endemia e às condições socioeconômicas desfavoráveis influem no risco de adoecer. A associação do baixo



GOVERNO DE SERGIPE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

perfil socioeconômico com a presença de incapacidades físicas imprime maior vulnerabilidade à população, podendo impactar negativamente a sua qualidade de vida. Além das condições individuais, outros fatores relacionados aos níveis de endemia, condições socioeconômicas desfavoráveis, precariedade na saúde, assim como o alto índice de ocupação das moradias influenciam no risco de adoecer.

A Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) inclui a hanseníase no grupo das doenças negligenciadas e outras relacionadas com a pobreza e que deve ser eliminada como problema de saúde pública no Brasil. Avaliando os casos novos de hanseníase nos últimos cinco anos em Sergipe nota-se uma situação de redução. Para o controle da hanseníase no estado, o último ano avaliado (2014), observa-se um coeficiente geral de detecção de Casos novos de 18,74/100.000 habitantes e 4,41/100.000 hab. em menores de 15 anos. Esses valores classificam o Estado como de média endemicidade para a doença. O percentual de cura na coorte alcançou 87,19% e a proporção de contatos examinados entre os casos novos de hanseníase 89,15%. Os índices alcançados ficam acima da média do Brasil.

Em Sergipe o percentual de examinados foi de 83,65% e 6,97% com grau 2 de incapacidade, ou seja uma taxa de detecção com grau II de deformidade de 1,3/100.000 hab. A avaliação e o registro de incapacidade são essenciais para a orientação e educação quanto ao cuidado, prevenir e/ou evitar a instalação de incapacidade física pós-alta. Daí a importância de examinar todos os pacientes no momento da alta.

A avaliação e o registro de incapacidade são essenciais para a orientação e educação quanto ao cuidado, prevenir e/ou evitar a instalação de incapacidade física pós-alta. Daí a importância de examinar todos os pacientes no momento da alta. Em Sergipe o percentual de examinados foi de 83,65% e 6,97% com grau 2 de incapacidade, ou seja uma taxa de detecção com grau II de deformidade de 1,3/100.000 hab.



- **Doenças Sexualmente Transmissíveis e aids**

Desde o início da epidemia da aids em 1980, até 2015 de forma preliminar, Sergipe teve 4.158 casos registrados desta doença nos sistemas SINAN, Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), Sistema de Controle de Exames Laboratoriais e Sistema de Controle Logístico de Medicamentos (Siscel/Siclom). Nos últimos anos ainda é percebido uma maior proporção de casos notificados no sexo masculino, em torno de 60% dos casos em homens em relação às mulheres.

A maior concentração dos casos de Aids está nos indivíduos com idade entre 30 a 39 anos para ambos os sexos. Em relação aos jovens, os dados apontam que, embora eles tenham conhecimento sobre prevenção de Aids e outras doenças sexualmente transmissíveis, há tendência de crescimento de HIV.

Quanto à categoria de exposição entre os maiores de 13 anos de idade, a principal via de transmissão é a sexual. Nas mulheres, 78% dos casos registrados em 2015 decorreram de relações heterossexuais com pessoas infectadas pelo HIV. Entre os homens 25% dos casos se deram por relações homossexuais, 37% por relações heterossexuais e 14 % por bissexuais.

Apesar do numero de casos ser maior entre heterossexuais a epidemia em Sergipe é concentrada em grupos populacionais com comportamentos que os expõem a um risco maior de infecção pelo HIV, como usuários de drogas, profissionais do sexo e homossexual.

A taxa de detecção de aids em Sergipe vem apresentando uma tendência de crescimento com índice de 8,7/100.000 habitantes em 2005 e 13,7/100,000 habitantes em 2014.

A taxa de detecção em menores de 5 anos tem sido utilizada como indicador para monitoramento da transmissão vertical do HIV e têm-se observado uma discreta evolução de crescimento com 8 casos em 2005 e 10 casos em 2013, com taxa de detecção de 3,7/100.000 habitantes para 5,8/100.000 habitantes respectivamente.

Quanto a taxa de detecção de gestante infectada pelo HIV também percebe-se um aumento com 33 casos notificados em 2005 e 66 casos em 2014, e uma taxa de



GOVERNO DE SERGIPE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

detecção de 0,9/1.000 nascidos vivos em 2005 para 1,9/1.000 nascidos vivos em 2014.

Às gestantes, recomenda-se o uso de medicamentos antirretrovirais durante o período de gravidez e no trabalho de parto, além da realização de cesárea para as mulheres que tem carga viral elevada ou desconhecida. Para o recém-nascido é de substituição do aleitamento materno por fórmula infantil (leite em pó) e uso de antirretrovirais.

Quanto a mortalidade, desde o inicio da epidemia em 1980 até 2014, de forma preliminar, foram identificados 1.149 óbitos tendo com causa básica Aids (CID 10: B20 a B24). Analisando o coeficiente de mortalidade padronizado observa-se uma elevação, tendo em 2005 um coeficiente de 2,9/100.000 habitantes para 3,7/100.000 habitantes em 2013.

- **Sífilis em Gestante e Sífilis Congênita**

A Sífilis Congênita é um grave problema de Saúde Pública e sua eliminação é uma prioridade global e está contida também no Plano de Ação Estadual para Eliminação da Sífilis Congênita. Uma das estratégias contidas no Plano foi realizar os Planos Regionais para Rede Cegonha, a implantação dos testes rápidos diagnóstico de HIV e triagem da sífilis no âmbito da Atenção Básica.

A Sífilis em Gestante nos últimos anos apresentou uma elevação no número de notificações. Essa elevação já é um reflexo do fortalecimento das ações implementadas na atenção básica com a testagem das gestantes no momento da consulta pré-natal. A taxa de detecção de sífilis em gestante em 2013 foi de 8,2/1.000 nascidos vivos e em 2015 subiu para 10,7/1.000 nascidos vivos.

Entretanto as gestantes continuam sendo captadas tarde. Em 2015, 26% das gestantes tiveram seu diagnóstico no 1º trimestre e 27% no segundo trimestre. Outro fator que chama a atenção é a faixa etária das gestantes notificadas com sífilis; em 2015 21% tinham menos de 19 anos. Uma vez que a gestante é diagnosticada com sífilis deve-se iniciar o tratamento. Em 2015, 89% das gestantes tiveram seu tratamento adequado na dose de 7.200.000 UI com penicilina benzatina.



GOVERNO DE SERGIPE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

A sífilis congênita ainda vem apresentando uma discreta redução no número de casos de sífilis em menores de um ano. Tendo em 2013 a notificação de 382 casos de sífilis congênita e 371 em 2015, apresentando as taxas de incidência respectivamente de 11,20 e 10,84/1000,000 nascidos vivos. Uma taxa acima da do Brasil de 4,7/1.000 nascidos vivos.

Em relação ao acesso ao pré-natal, em 2015, 82% das mães de crianças com sífilis congênita fizeram o pré-natal, e dentre essas 68,7% tiveram seu diagnóstico durante o pré-natal em Unidade Básica de Saúde (UBS), e 27,6% tiveram seu diagnóstico de sífilis na maternidade. Quanto ao tratamento dos parceiros das gestantes que realizaram o pré-natal 16,4% tiveram seus parceiros tratados e 71,7% não realizaram tratamento.

Quanto ao diagnóstico final dos casos observa-se que 92,2% foram classificados como sífilis congênita recente, 0,27% como sífilis congênita tardia, 4,04 casos de aborto por sífilis e 3,50% os natimortos.

- **Hepatites Virais**

As hepatites virais constituem um sério problema de saúde pública devido ao aumento de pessoas acometidas e pelas complicações, sobretudo das formas crônicas das hepatites B e C.

Os dados sobre a incidência e a prevalência das hepatites virais podem ser subestimados pela alta incidência de infecções subclínicas e ausência de confirmação laboratorial das infecções e pela notificação parcial dos casos.

Em Sergipe, no período de 2010 a 2015 foram confirmados por critério laboratorial 1.072 casos de Hepatite B. Na análise do número de casos por ano de diagnóstico de HB, observa-se uma tendência de crescimento. Essa ascendência pode indicar uma melhoria na detecção e notificação dos casos confirmados.

A Hepatite C é na maioria das vezes assintomática, dificultando ou tardando o seu diagnóstico. Geralmente o diagnóstico é realizado em pesquisa do anti-HCV em doadores de sangue, em campanhas de testagem rápida ou quando é feita avaliação de pacientes com elevação das aminotransferases. Para fins de Vigilância



GOVERNO DE SERGIPE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Epidemiológica, define-se caso confirmado de vírus Hepatite C (HCV) o individuo que preenche as condições de caso suspeito e que apresente o exame de biologia molecular HCV-RNA positivo.

No período de 2010 a 2015 foram realizados 66.685 testes de triagem e a distribuição de casos acumulados de HC no estado no mesmo período foi de 473 casos.

Quanto aos dados de tratamento para Hepatites Virais em Sergipe, cerca de 465 pacientes receberam antivirais para Hepatite B e cerca de 197 pacientes receberam tratamentos para Hepatite C, desde 2010 até 2015.

- **Doenças Transmitidas por Vetores**

Dengue

No estado de Sergipe, a Dengue nos últimos anos vem se apresentando com situações de epidemias e endemias conforme a predominância dos sorotipos circulantes.

Nos anos de 2014 e 2015 o Estado registrou 10.706 casos prováveis de Dengue - casos notificados, incluindo todas as classificações, exceto descartados. Atingindo uma incidência de 100,6/100.000 habitantes e 381,2/100.000 habitantes nos anos de 2014 e 2015 respectivamente. Os dados demonstram que em 2015 o Estado vivenciou um aumento significativo dos casos suspeito de dengue. Na avaliação da distribuição mensal nota-se um o pico da incidência nos meses de março e abril seguida de redução e retorno do pico no mês de setembro e posterior estabilização.

Quanto a ocorrência da dengue grave e com sinais de alerta, foi registrado nos anos de 2014 e 2015 respectivamente 9 e 2 casos de dengue grave e 10 e 2 casos de dengue com sinais de alerta. E a redução também dos óbitos por dengue com 4 óbitos em 2014 e 2 óbitos em 2015.

Febre do Chikungunya

Em 2014, foram confirmados casos autóctones da Febre do Chikungunya no Brasil e em Sergipe foram colhidas 68 amostras de casos suspeitos, com apenas 1 amostra reagente no mês de outubro, tratando-se de 1 caso importado do município de Feira de Santana (Bahia).

No ano de 2015, foram colhidas 2.619 amostras de casos suspeitos de febre do Chikungunya, sendo que no mês de junho foi identificada a primeira amostra reagente autóctone, no município de Aracaju. Encerrou-se o ano de 2015, com 125 casos confirmados laboratorialmente em 21 municípios.

Febre do Zika e Microcefalia

Em Sergipe, houve no primeiro semestre de 2015 um surto de doença de aspecto viral, que tinha como manifestação clínica sintomas associados a Febre do Zika. Encerrou-se o ano de 2015, com 380 amostras coletadas de casos suspeitos, mas dos exames processados no ano (74 amostras), não houve confirmação laboratorial do isolamento de vírus Zika em Sergipe. Embora não tenha ocorrido essa confirmação da circulação do vírus, quando o Ministério da Saúde confirmou em 28 de novembro de 2015, a relação entre vírus Zika e microcefalia, até o encerramento do ano foram notificados no estado 152 casos de microcefalia, distribuídos em 39 municípios, com 05 óbitos.

Objetivando o controle do *Aedes aegypti*, principal vetor transmissor do Dengue, Chikungunya e Zika implantou-se na SES a Sala Estadual de Situação para coordenar e monitorar as ações de mobilização e combate do vetor, por meio de uma resposta integrada e intensificada entre os vários setores as saúde e outras instituições. Quanto a Vigilância de Microcefalia, semanalmente é descrito o padrão epidemiológico da sua ocorrência no estado, além de prover os profissionais de saúde e áreas técnicas de Vigilância em Saúde com informações gerais, orientações técnicas e diretrizes relacionadas às ações de vigilância de microcefalias.

Leishmaniose Visceral

A leishmaniose visceral no estado, no período em análise, apresentou 376 casos confirmados e desses, 37 evoluíram para óbito. Isso se deve ao diagnóstico tardio da doença, tratamento inadequado e resistência dos pacientes ao tratamento.

A falta de estrutura organizacional nos municípios para a realização das ações de controle do programa e a não priorização dessas ações nos instrumentos de pactuação dos municípios com o estado, dificultam a realização das mesmas e, consequentemente, a redução do número de casos.

Esquistossomose

A Esquistossomose é uma infecção provocada por um verme – *Schistosoma mansoni* que pode evoluir desde formas leves, assintomáticas, até formas extremamente graves, com sério comprometimento do fígado e do baço, levando o paciente à morte caso não receba tratamento e cuidados adequados.

Nos últimos cinco anos, uma média de 33 municípios sergipanos vem trabalhando e alimentando regularmente o Sistema de Informação do Programa de Controle da Esquistossomose (SISPCE). Com isso, foram realizados 554.634 exames sendo 58.801 positivos, totalizando uma prevalência de 10.60%. Destes, 41.260 foram tratados com Praziquantel (70,17% tratados). Para esses tratamentos foram utilizados 385.975 comprimidos de Praziquantel. Neste período foram registrados 25 óbitos no SINAN/SES.

Raiva

O último caso de raiva humana em Sergipe foi registrado no ano de 2009. No período avaliado, existe uma média de 2.500 pessoas atendidas com agressões por animais. A cada ano o estado vem atingindo as metas de campanhas anti-rábica animal e o último caso que ocorreu positividade de raiva em animal doméstico foi em 2011. Como estratégias para melhorar a vigilância da raiva foram realizadas capacitações com os agentes de endemias dos 75 municípios.

- **Doenças Imunopreveníveis**

Em Sergipe, como em todo país, as doenças imunopreveníveis se encontram com tendência decrescente de incidência ou sem registro de casos, devido à manutenção de níveis adequados de coberturas vacinais na população. No entanto, o desafio em termos de coberturas vacinais homogêneas continua.

O último caso de sarampo ocorreu em 2001; de rubéola em 2007; tétano neonatal em 2001; outras com tendências decrescentes são: a difteria, a coqueluche e o tétano acidental. A meningite mesmo sendo endêmica no estado, observa-se uma redução do número de casos.

O Programa de Imunização vem contribuindo para a erradicação de doenças como poliomielite, eliminação do sarampo e rubéola, eliminação do tétano neonatal, redução e controle da meningite por *Haemophilus influenzae* e menigococo C, Influenza, entre outras.



GOVERNO DE SERGIPE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Tabela 9. Série Histórica das Doenças de Notificação Compulsória notificadas e confirmadas. Sergipe, 2010-2015.

Agravos notificados	2010		2011		2012		2013		2014		2015*	
	Not	inc	Not	inc	Not	inc	Not	inc	Not	inc	Not	inc
B24 AIDS	276	13,02	295	14,10	266	12,60	308	14,03	445	20,05	695	30,99
B19 HEPATITES VIRAIS	401	18,91	553	25,77	429	19,76	337	15,35	331	14,91	298	13,29
A90 DENGUE	1.858	87,64	3.830	178,48	4.637	213,57	830	37,80	2.369	106,73	8.878	395,82
A369 DIFTERIA	2	0,09	0	0,00	0	0,00	2	0,09	0	0,00	1	0,04
B550 LEISHMANIOSE VISCERAL	136	6,41	133	6,20	105	4,84	74	3,37	78	3,51	83	3,70
Z21 GESTANTE HIV	62	1,80	53	1,50	56	1,60	71	2,10	59	1,73	76	2,22
A169 TUBERCULOSE	507	23,91	569	26,52	511	23,54	622	28,33	653	29,42	634	28,27
A309 HANSENIASE	388	1,83	425	1,98	478	2,20	388	1,77	414	1,87	362	1,61
A35 TETANO ACIDENTAL	8	0,38	7	0,33	7	0,32	3	0,14	1	0,05	4	0,18
O981 SIFILIS EM GESTANTE	186	5,60	332	9,50	339	9,90	285	8,36	310	9,09	361	10,55
A379 COQUELUCHE	14	0,66	24	1,12	36	1,66	63	2,87	130	5,86	27	1,20
A509 SIFILIS CONGENITA	169	5,00	225	6,40	337	9,90	384	11,26	383	11,23	371	10,84
A010 FEBRE TIFOIDE	5	0,24	4	0,19	4	0,18	1	0,05	0	0,00	1	0,04
B659 ESQUISTOSSOMOSE	61	2,88	93	4,33	80	3,68	98	4,46	92	4,14	147	6,55
A279 LEPTOSPIROSE	138	6,51	104	4,85	61	2,81	47	2,14	66	2,97	47	2,10
G039 MENINGITE	113	5,33	102	4,75	125	5,76	67	3,05	56	2,52	50	2,23
A809 PARALISIA FLACIDA AGUDA POLIOMIELITE	15	0,71	17	0,79	13	0,60	22	1,00	11	0,50	7	0,31
B551 LEISHMANIOSE TEGUMENTAR AMERICANA	9	0,42	7	0,33	10	0,46	22	1,00	4	0,18	7	0,31
A829 RAIVA HUMANA	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
X29 ACIDENTE POR ANIMAIS PECONHENTOS	1.115	52,59	1.196	55,73	1.099	50,62	1.203	54,79	1.203	54,20	1.372	61,17
A920 FEBRE DE CHIKUNGNYA	-	-	-	-	-	-	-	-	66	2,97	3.007	134,07
Total	5.463		7.969		8.593		4.827		6.671		16.428	

Fonte: SES/DVS/NSI/SINANNET/SE.

* dados sujeitos a alteração



- **Doenças Crônicas Não Transmissíveis**

Neoplasia

De acordo com a OMS, o câncer é um problema de saúde pública, especialmente entre os países em desenvolvimento, onde é esperado que, nas próximas décadas, o impacto do câncer na população corresponda a 80% dos mais de 20 milhões de casos novos estimados para 2025.

As estimativas do Instituto Nacional do Câncer (INCA) para o ano de 2016, válidas também para o ano de 2017, apontam a ocorrência de aproximadamente 600 mil casos novos, reforçando a magnitude do problema do câncer no País.

Para Sergipe, a estimativa do INCA, para esses mesmos anos é de 4.270 (Quatro mil, duzentos e setenta)novos casos de câncer. Excluindo-se o câncer de pele não melanoma (cerca de 1.060 casos novos), ocorrerão 3.210(três mil, duzentos e dez) casos novos de câncer. Os tipos mais freqüentes em homens serão próstata (58,48%), pulmão (10,43%), cavidade oral (8,80) estômago (8,48%) e cólon e reto (7,18%). Nas mulheres, os cânceres de mama (41,03%), colo do útero (20,17%), cólon e reto (9,04%), pulmão (7,25%) e estômago (5,5%), figurarão entre os principais. Em Sergipe foi eleito como prioritários os cânceres para mulheres: mama e colo de útero e para os homens: próstata e cavidade oral pela magnitude dentro do estado.

Evidências científicas indicam que cerca de 30% dos casos podem ser evitados por ações de prevenção primária e de promoção da saúde e cerca de 40% das mortes podem ser evitadas por ações organizadas de detecção precoce (rastreamento e diagnóstico precoce) e de tratamento oportuno dos casos detectados.

Causas Externas

Em 2015 ocorreram 93.614 internações no SUS, das quais as internações por causas externas representaram 8,19%, ocupando o segundo lugar no ranking quando suprimida as internações por gravidez, parto e puerpério, patamar que

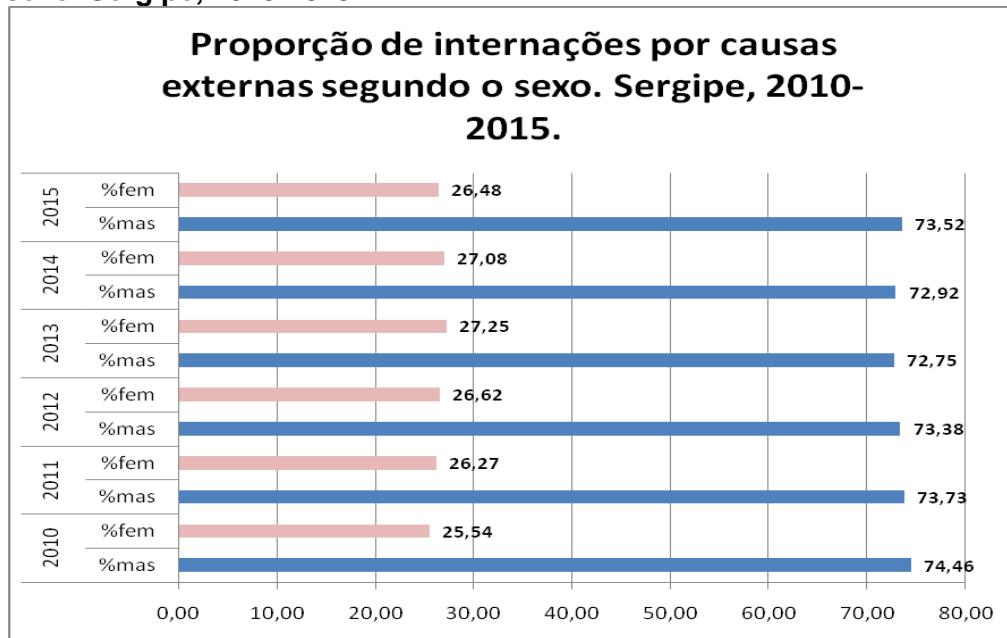


GOVERNO DE SERGIPE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

passou a ocupar desde 2011, quando superou o número de internações por doenças do aparelho respiratório. Em 2013, as internações por causas externas tornaram-se ainda mais enfática, atingindo a proporção de 9,11%, ficando não somente em primeiro lugar, assim como com a maior taxa apresentada em Sergipe, no período analisado (Gráfico 3).

Para cada internação feminina aproximadamente ocorreram três masculinas, sendo este padrão mantido em todos os anos observados. Importante ressaltar que a violência por questões culturais, como a culpabilidade que a vítima mulher se impõe e a falta de apoio familiar, como também o medo de sofrer represálias do agressor, fazem com que as internações por agressões sejam invisibilizadas nos equipamentos de internação, exigindo do profissional uma sensibilidade para identificação deste contexto. Os homens internam mais na faixa etária de 20 a 39 anos seguida dos adolescentes (10-19 anos), enquanto que entre as mulheres há uma distribuição equilibrada entre as faixas etárias a partir dos 20 anos.

Gráfico 3. Proporção de internações por causas externas segundo o sexo. Sergipe, 2010-2015.



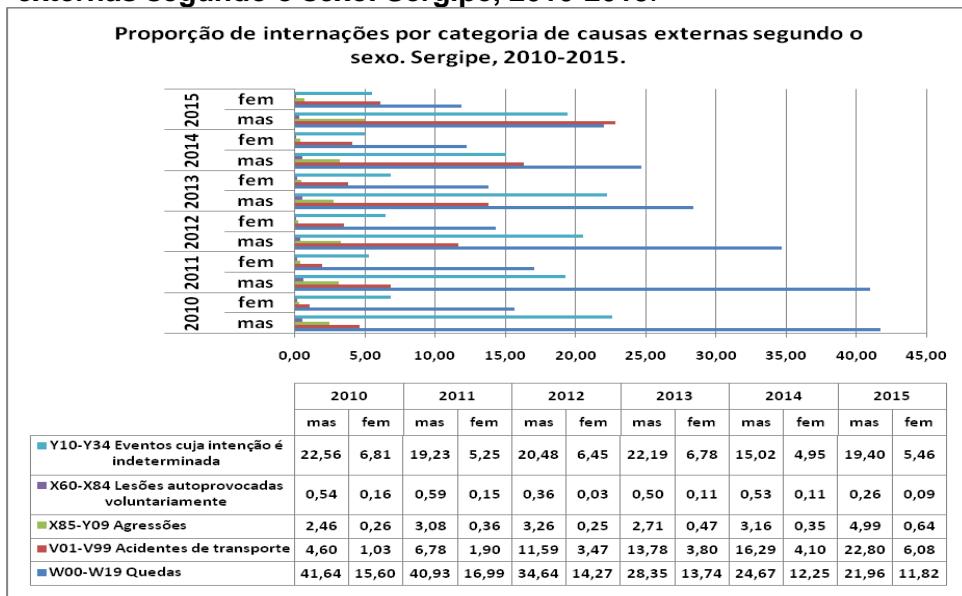
Fonte: NEST/DATASUS/SIH/Acessado em 15/03/2016.



GOVERNO DE SERGIPE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

O componente que mais hospitaliza as pessoas são quedas, seguida dos acidentes de transportes que em 2010 foi de 5,63% aumentando para 28,88% em 2015, representando uma variação positiva de 23,25 pontos percentuais, refletindo na preocupação e necessidade de investimento pelo governo do Estado de Sergipe em tecnologias, assim como parcerias, para a redução destes números.

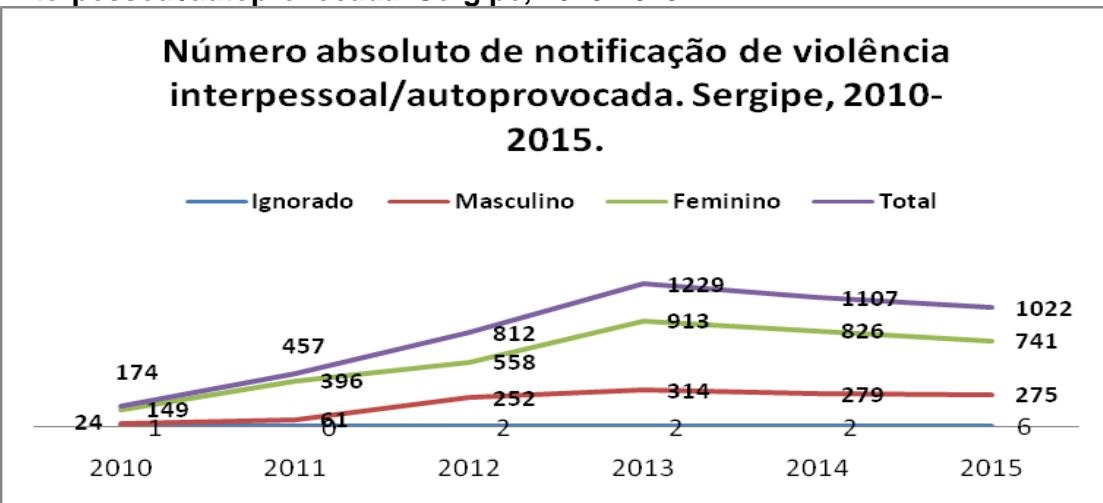
Gráfico 4. Proporção de internações por categoria de causas externas segundo o sexo. Sergipe, 2010-2015.



Fonte: NEST/DATASUS/SIH/Acessado em 15/03/2016.

As violências interpessoais e autoprovocadas passaram a ser objeto de notificação a partir da Portaria MS nº 104/2011 que foi substituída pela Portaria MS nº 1271/2014, em todos os equipamentos de saúde o que aumentou o número de notificações em Sergipe de 174 em 2010 para 1022 notificações em 2015, ou seja um aumento de 587,36%. Apesar destas terem sofrido um decréscimo de 16,84% em 2013, ápice de notificações com 1229, em comparação a 2015, com 1022 notificações.

Gráfico 5. Número absoluto de notificação de violência interpessoal/autoprovocada. Sergipe, 2010-2015.



Fonte: NEST-SES/SINAN/Base Estadual/Acessado em 15/03/2016.

Diabetes

O Diabetes Mellitus é responsável, no mundo, pelas mais altas taxas de morbimortalidade. Atualmente essa doença representa 10% do total de óbitos no mundo, com 04 milhões de mortes por ano, com grande impacto econômico nos serviços de saúde, consequência do tratamento e das complicações cardiovasculares, renais e amputações, dentre tantas outras.

Em Sergipe a Taxa de Óbitos por Diabetes Mellitus (DM) na população entre 30 a 69 anos, em Sergipe, alcançou o resultado de 21,43/100.000hab, dados parciais de 2016 do SIH/SUS.

A Taxa de Mortalidade Prematura (<70 anos) pelo conjunto das 4(quatro) principais Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) - Doenças do Aparelho Circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas -, teve como meta em 2015 alcançar 278,41 óbitos por 100mil habitantes, o resultado foi de 201,42/100.000hab. Embora apresente redução, o resultado explicita a necessidade urgente de revisão e monitoramento dos processos de trabalho e estratégias de prevenção e promoção da saúde junto as equipes de saúde dos municípios.

4 DETERMINANTES E CONDICIONANTES DE SAÚDE

4.1 ASPECTOS SOCIOECONÔMICOS

Dados extraídos da Edição dos Indicadores de Desenvolvimento Sergipano 2015, elaborado e publicado pela Secretaria de Estado do Planejamento, Orçamento e Gestão (SEPLAG), através do Observatório de Sergipe, traçam o perfil do Desenvolvimento Econômico e Social de Sergipe, os quais seguem abaixo transcritos:

- **Índice de Desenvolvimento Humano (IDH)**

Sergipe vem evoluindo positivamente no seu desenvolvimento social. Um bom exemplo é o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), no valor de 0,665, no ano de 2010, segundo o Atlas do Desenvolvimento Humano (PNUD), valor este que representa o quarto lugar no IDH da Região Nordeste, ficando atrás apenas dos Estados do Rio Grande do Norte (0,684), Ceará (0,682) e Pernambuco (0,673).

- **Índice de Desenvolvimento Socioeconômico**

O Índice FIRJAN sintetiza três áreas do desenvolvimento socioeconômico: emprego e renda; educação e saúde. Permite medir, anualmente, o nível de desenvolvimento dos municípios brasileiros e pode ser aplicado no âmbito estadual por meio da agregação dos resultados individuais de seus municípios. Varia de 0 a 1 e, quanto mais próximo de 1, mais desenvolvida é a área geográfica analisada.

Segundo os dados mais atualizados disponíveis, referentes ao ano de 2011, Sergipe alcançou o resultado de 0,59 nesse índice, o que é considerado como “desenvolvimento regular”, apresentando resultado superior à média da região Nordeste (0,55), ficando atrás, apenas, do Estado do Ceará (0,62).

- **Rendimento Médio Domiciliar Per Capita Nominal**

Ao analisar o quintil de renda, que é o rendimento médio domiciliar per capita nominal dos 20% mais pobres e dos 20% mais ricos, percebe-se que o crescimento do rendimento dos 20% mais pobres foi significativamente superior tanto em Sergipe, quanto no Nordeste e no Brasil, no período de 2001 a 2013. O que propiciou que a renda deste segmento chegassem a R\$ 125,0, R\$ 150,2, e 103,5.

Sergipe teve o quarto maior crescimento no Nordeste do rendimento médio domiciliar per capita dos 20% mais pobres, no período de 2003 a 2013, o que corresponde a 123,3%, em seguida aos estados da Piauí (228,9%), Pernambuco (142,3%) e Bahia (127,4%). O percentual está acima da média do Nordeste (114,8%) e do Brasil (101,3%).

O crescimento do rendimento médio domiciliar per capita dos 20% mais ricos em Sergipe (68,7%), no período de 2001 a 2013, foi o quarto maior da Região Nordeste, ocupando os estados do Rio Grande do Norte (89,9%), Bahia (82,5%) e Maranhão (71,9%) o primeiro, segundo e terceiro lugares, respectivamente. O percentual de Sergipe está acima da média do Nordeste (60,6%) e do Brasil (44,5%).

- **Pobreza e Desigualdade**

Sergipe é um dos Estados do Nordeste com as menores taxas de pobreza. O Coeficiente de Gini é um parâmetro utilizado para medir a desigualdade de distribuição de renda, varia de 0 a 1 e, quanto mais próximo de zero, menor a desigualdade. Em Sergipe, o indicador oscilou no período, mas caiu de 0,58 para 0,56 entre 2003-2013.

No que concerne à extrema pobreza, que é a proporção de pessoas residentes em domicílios com renda per capita entre R\$ 0,00 e R\$ 70,00, Sergipe está entre os três estados nordestinos, em 2013, com menos moradores de domicílios particulares permanentes em situação de extrema pobreza, o que corresponde a apenas 4,2 % de sua população.



GOVERNO DE SERGIPE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Ao se comparar com o resultado nacional e regional, Sergipe apresenta um percentual de extremamente pobres um pouco superior ao do Brasil (3,22%) e inferior ao registrado no Nordeste (7,05%).

Para o período de 2003 a 2013, Sergipe apresentou uma redução de 71,6% no percentual de extremamente pobres no estado, com isso, ficou entre os três Estados que mais reduziram a extrema pobreza no Nordeste.

O percentual de população em situação de pobreza é definido como a proporção de pessoas residentes em domicílios com renda per capita entre R\$ 70,00 e R\$ 140,00, Sergipe apresenta o segundo menor percentual de pessoas em situação de pobreza, com 12,09%, ficando atrás apenas do Rio Grande do Norte (11,83%). Entre os anos de 2003 e 2013, Sergipe reduziu o percentual de pobreza em 67,7%, resultado superior ao registrado no Nordeste (63,2%) e próximo ao registrado no Brasil (67,2%).

O hiato médio da extrema pobreza é o percentual médio complementar na renda domiciliar per capita necessário para que a população extremamente pobre supere a linha de extrema pobreza (até R\$ 70,00). Neste aspecto, Sergipe apresenta, em 2013, o segundo melhor resultado do Nordeste com 1,93%, depois do Estado do Piauí (1,38%). Para o Nordeste e o Brasil, os números são superiores: 3,48% e 2,25%, respectivamente.

No período de 2003-2013, Sergipe encontra-se em segundo lugar do Nordeste na redução do hiato médio de extrema pobreza (50,37%), estando o Piauí (83,33%) na primeira posição. A diminuição deste percentual foi menor no Brasil (26,23%) e no Nordeste (38,62%).

O hiato médio da pobreza é o percentual médio complementar na renda domiciliar per capita necessário para que a população pobre supere a linha de pobreza (até R\$ 140,00). Sergipe apresenta, em 2013, o melhor resultado do Nordeste com 4,83%. O Estado também apresenta bons resultados na comparação com o Nordeste (7,88%) e resultado aproximado ao nacional (4,21%).

No período de 2003-2013, Sergipe encontra-se em segundo lugar do Nordeste na redução do hiato médio de extrema pobreza (58,6%), estando o Piauí (70,0%) na



GOVERNO DE SERGIPE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

primeira posição. A diminuição deste percentual foi menor no Brasil (43,1%) e no Nordeste (47,4%).

• **População Alfabetizada (5 anos ou mais)**

Segundo a PNAD, Sergipe apresentou em 2013 uma taxa de alfabetização de 83,08%, na faixa etária de 5 anos ou mais de idade. O número de pessoas não alfabetizadas, por sua vez, representa 16,92% da população do Estado. Do total das pessoas alfabetizadas, 76% residem na área urbana e 24% na área rural.

Os não alfabetizados representam 16,92% da população, dos quais, 52% residem na área urbana e 48% na área rural. Do total de alfabetizados, 39,51% são homens e 43,57 são mulheres.

Tabela 10. Pessoas de 5 anos ou mais de idade, por situação do domicílio e sexo, segundo a alfabetização – 2013

Alfabetização e sexo	Pessoas de 5 anos ou mais de idade por situação de domicílio (em 1.000 pessoas)					
	Total	%	Urbana	%	Rural	%
ESTADO	2.068	100,00	1.489	100,00	579	100,00
Homem	1.005	48,60	713	47,88	292	50,43
Mulher	1.063	51,40	778	52,25	287	49,57
Alfabetizadas	1.718	83,08	1.307	87,78	412	71,16
Homem	817	39,51	618	41,50	199	34,37
Mulher	901	43,57	689	46,27	213	36,79
Não Alfabetizadas	350	16,92	182	12,22	168	29,02
Homem	188	9,09	95	6,38	93	16,06
Mulher	162	7,83	87	5,84	75	12,95

Fonte: IBGE, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD).



4.2 CONDIÇÕES DE VIDA, TRABALHO E AMBIENTE

• Saneamento Básico

Segundo o Estudo Trata Brasil “Perdas de Água: Desafios ao Avanço do Saneamento Básico e à Escassez Hídrica” ano 2015, no Brasil, 82,5% dos brasileiros são atendidos por algum abastecimento de água tratada, porém 35 milhões ainda não têm acesso a este serviço básico. Com relação à Coleta de Esgoto, 48,6% da população tem acesso a coleta de esgotos, porém mais de 100 Milhões de brasileiros ainda não possuem acesso a este serviço. 40% dos esgotos do país ainda não são tratados e no Nordeste, apenas 28,8% do esgoto é tratado.

No Ranking do Saneamento Básico (2013), elencando as 100 maiores cidades do Brasil, Aracaju a capital do estado, ficou em 68º colocação, melhorando significativamente sua posição em relação ao relatório do ano anterior (2012), que ficou na 80º colocação, ou seja, subindo 12 posições.

O documento “Sergipe em Números” elaborado pelo Observatório de Sergipe/SEPLAG apresenta os seguintes dados sobre o saneamento básico em Sergipe no ano 2010: Domicílios com abastecimento de água - Rede geral (%) 89,0; Outra forma (%) 11,0. Domicílios com esgotamento sanitário - Rede coletora (%) 36,10; Fossa séptica (%) 33,60; Outra forma (%) 30,30. Domicílios com coleta de lixo (%) 81,60. População que vive em domicílios com água encanada (%) 89,13. População que vive em domicílios com banheiro e água encanada (%) 82,24.

• Consumo de água per capita

Sergipe é o 5º estado do Nordeste que menos consumiu água per capita entre 2012 e 2014. O consumo médio per capita de água, (que é a média diária, por indivíduo, dos volumes utilizados para satisfazer os consumos domésticos, comercial, público e industrial, segundo o Sistema Nacional de Informações sobre Saneamento (SNIS, 2014)), é uma informação importante para as projeções de demanda, para o dimensionamento de sistemas de água e de esgotos, e para o controle operacional, todavia, deve-se ter cautela no uso de tais parâmetros, pois situações específicas, decorrentes da realidade de cada sistema, podem recomendar adequações nos valores médios (Brasil, 2016).

Tabela 11. Consumo médio per capita de água em 2014 e média dos últimos 3 anos (2012, 2013 e 2014).

Estado/Região	(l/hab.dia)	(l/hab.dia)	Variação Média / 2014
	Média últimos 3 anos	Ano 2014	
Brasil	165,3	162	-2%
Nordeste	125,3	118,9	-5,10%
Maranhão	197,1	140,8	-28,6%
Piauí	136,7	143,7	5,1%
Paraíba	136,7	125,2	-8,4%
Ceará	128,0	129,8	1,4%
Sergipe	122,7	120,7	-1,6%
Rio Grande do Norte	116,6	113,8	-2,4%
Alagoas	115,9	100,8	-13,0%
Bahia	114,1	113,5	-0,5%
Pernambuco	107,0	106,1	-0,9%
Fonte: Sistema Nacional de Informações sobre Saneamento (SNIS)–MCIDADES, 2014			

• Esgotamento sanitário

Para se obter condições sanitárias adequadas, não basta que o esgoto seja adequadamente coletado por meio de uma rede geral. É necessário que também seja tratado, caso contrário, recursos hídricos ficarão poluídos e haverá proliferação de doenças, como a diarréia, devido à contaminação da água por coliformes fecais, causando prejuízo à saúde da população e o aumento da mortalidade infantil (IBGE, 2008).

Há um inegável avanço em saneamento básico nos últimos 55 anos. Em 1960, Sergipe possuía apenas 3.200 moradias com acesso a esgotamento sanitário (moradias que têm sanitários ligados direta ou indiretamente à rede geral de coleta de esgotos.), já em 2008 esse número saltou para 270 mil moradias, Verifica-se no estado um crescimento médio anual de 14,3% do número de domicílios ligados à rede, mas há ainda muito que melhorar.



GOVERNO DE SERGIPE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Tabela 12. Moradias com acesso a esgoto por unidade da federação, (em mil moradias).1960-2008, BRASIL.

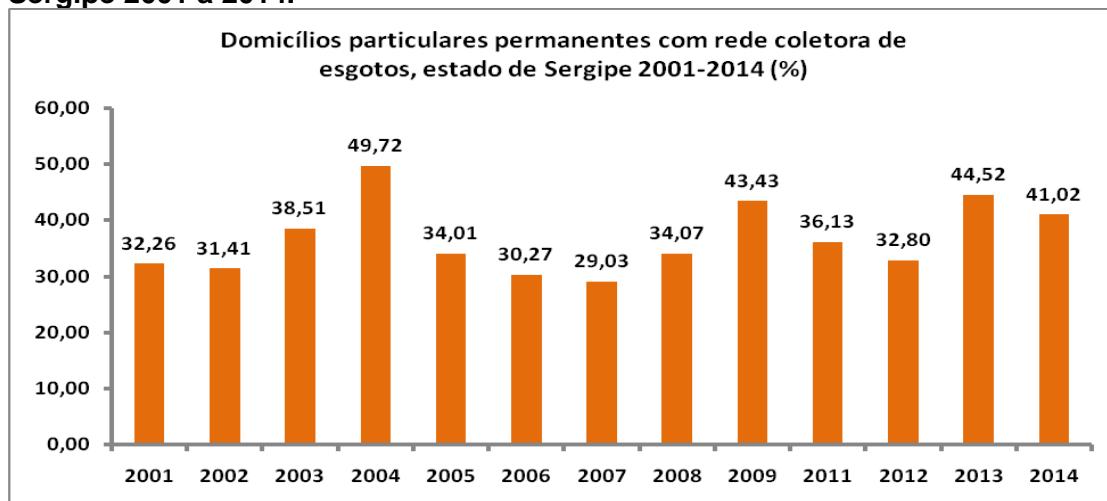
Moradias com acesso a esgoto Por unidade da Federação, (em mil moradias).						
Estado	1960	1970	1980	1991	2000	2008
Brasil	1.767,80	2.318,40	6.499,60	12.317,50	21.160,70	34.118,70
Sergipe	3,2	2,7	6,4	55,8	121,5	271,2
Maranhão	5,6	5,3	30	70	113,8	251,2
Piauí	0,1	0,6	3,2	6,7	26,5	45
Ceará	5,3	4,4	18,7	85	376,9	789,2
Rio Grande do Norte	3,4	5,8	11	36,1	111	185,8
Paraíba	8,3	9,3	39	87	245,5	471,2
Pernambuco	30,8	47,9	112,5	246,2	674,3	1.140,90
Alagoas	0,8	4,1	11,5	37,8	99,3	174,4
Bahia	39,2	38,5	125	173,8	1.094,20	1.975,30

Fonte: Instituto Trata Brasil/FGV, 2010.

(*) Trata-se do número de moradias que têm sanitários ligados direta ou indiretamente à rede geral de coleta de esgotos.

Os dados do IBGE/PNAD, informam que 41% dos domicílios particulares permanentes no Estado de Sergipe possuíam rede coletora de esgotos, em 2014.(Gráfico 8)

Gráfico 6. Domicílios particulares com rede coletora de esgotos, estado de Sergipe 2001 a 2014.



Fonte: IBGE: Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD). Indicadores de Desenvolvimento Sustentável (IDS) Brasil 2015.



• Coleta de Lixo Domiciliar

Os dados da pesquisa IBGE/PNAD, com domicílios particulares permanentes por tipo de destino do lixo, mostra que 56%, do destino dado ao lixo na zona rural é inadequado, sendo queimado, enterrado na propriedade, jogado em terreno baldio ou logradouro, comparando esses dados com o Nordeste (77,7%), Sergipe está em melhor situação. Geralmente este tipo de destino dado ao lixo ou resíduos sólidos residências também segue a mesma tendência nos aglomerados subnormais. O serviço para ser considerado adequado deverá ser coletado diretamente por serviço de limpeza; coletado em caçamba de serviço de limpeza.

Tabela 13. Distribuição percentual de moradores em domicílios particulares permanentes por tipo de destino do lixo (%).

Brasil, Região e Estados	Destino do lixo	Situação do domicílio	Ano						
			2006	2007	2008	2009	2011	2012	2013
Brasil	Queimado ou enterrado na propriedade	Urbana	1,7	1,5	1,4	1,2	1,3	1,3	1
		Rural	59,3	60,2	59,7	59,2	64,7	64,1	62,5
	Jogado em terreno baldio ou logradouro	Urbana	1	0,8	0,7	0,5	0,5	0,6	0,4
		Rural	14,8	11,6	10,8	8,4	5,9	6	4,3
	Jogado em rio, lago ou mar	Urbana	0,1	0,1	0	0	0	0	0
		Rural	0,3	0,1	0,2	0,4	0,3	0,2	0,2
	Outro destino	Urbana	0	0	0	0	0	0	0
		Rural	1,1	1,1	0,5	0,4	0,7	0,6	0,8
Nordeste	Queimado ou enterrado na propriedade	Urbana	3,8	3,4	3	3	3	3,3	2,4
		Rural	59	61,8	63,6	65,5	70,7	71,1	70,6
	Jogado em terreno baldio ou logradouro	Urbana	3	2,5	1,9	1,5	1	1,4	1
		Rural	25,5	21,2	18,9	15	9,6	9,3	7,1
	Jogado em rio, lago ou mar	Urbana	0,2	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0
		Rural	0,2	0,2	0	0,2	0,1	0,1	0
	Outro destino	Urbana	0	0,1	0	0	0	0	0
		Rural	0,8	1,4	0,3	0,1	0,5	0,5	0,3
Sergipe	Queimado ou enterrado na propriedade	Urbana	1,7	1,5	1,7	1,4	0,4	0,6	0,3
		Rural	66,7	70,7	62,9	70,5	54,4	55,9	51,8
	Jogado em terreno baldio ou logradouro	Urbana	2,4	2,6	1,7	1,7	-	0,1	0,6
		Rural	10,9	4,8	7,1	2,3	3,3	2,5	4,2
	Jogado em rio, lago ou mar	Urbana	-	-	0	-	-	-	-
		Rural	-	-	-	-	-	-	-
	Outro destino	Urbana	-	-	-	-	-	-	-
		Rural	-	-	0,1	-	-	-	0,7

Fonte: IBGE, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD).

4.3 HÁBITOS E ESTILO DE VIDA

• Tabagismo

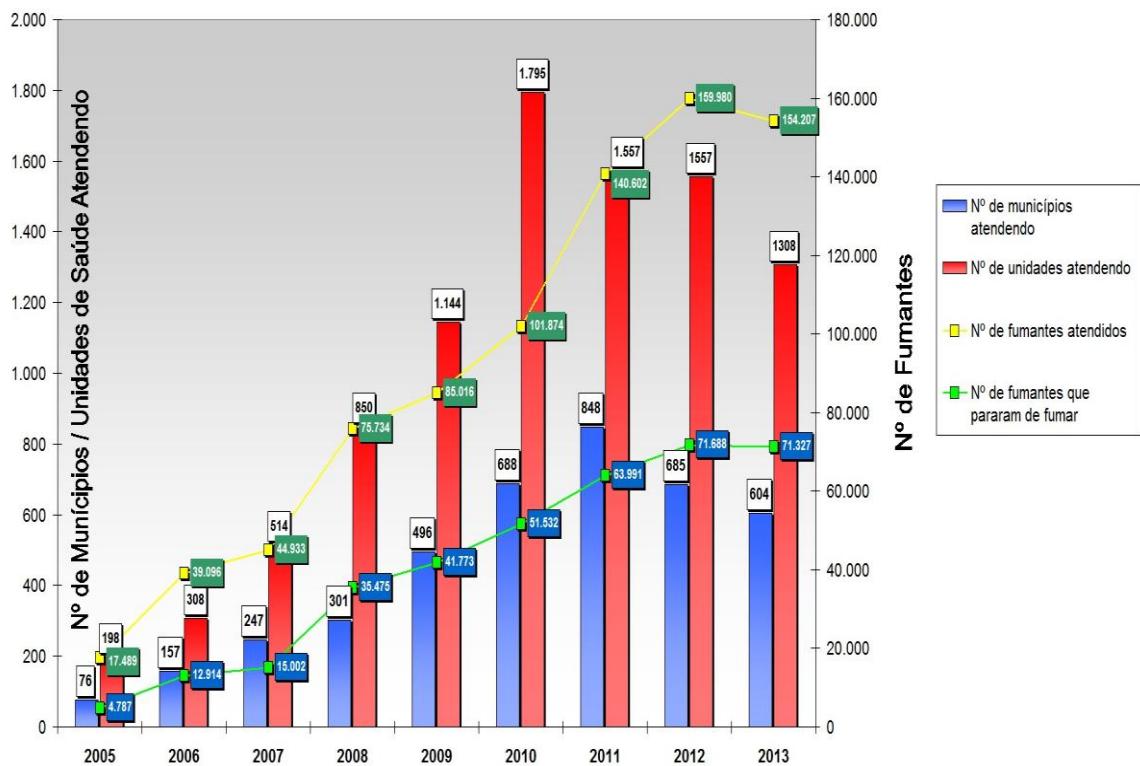
Dados da Pesquisa Nacional de Saúde realizada em 2014 mostra que no Brasil, 14,7% dos brasileiros ainda mantém o hábito de fumar, e a maior incidência ainda é entre os homens. Revela ainda que 12% dos sergipanos são consumidores de tabaco distribuídos em: homens 16,9% e mulheres 7,5%.

No Brasil, houve uma redução significativa do tabagismo. Em 1989 era de 34,2%, passando a 10,8% em 2014, ultrapassando o estimado no Plano Nacional de Doenças Crônicas para 2015 que é de 13%, com uma meta proposta para o ano de 2022 de 10% de redução.

Há uma queda significativa do tabagismo no Brasil, que em 1989 era de 34,2%, passando a 10,8% em 2014, ultrapassando o estimado no Plano Nacional de Doenças Crônicas para 2015 que é de 13%, e atingindo a meta para o ano de 2022 que é de 10%.

A cidade de Aracaju aparece como a 2^a capital com menor índice de fumantes com 6,6%, sendo o Brasil 10,8%, de acordo com dados da Pesquisa de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (2014,VIGITEL).

Gráfico 7. Tratamento do Fumante na rede SUS, nos anos de 2005 a 2013.



Fonte: Programa Estadual de Controle do Tabagismo/CERAS/DAIS/SES

O gráfico 7, mostra um aumento expressivo de adesão ao programa de Tratamento do Tabagismo no Brasil, que em 2005 era de 4.787 municípios atendendo, chegando a 71.327 em 2013.

• Sobre peso e Obesidade

A obesidade é considerada uma doença crônica caracterizada pelo excesso de gordura no organismo com desproporção na distribuição da gordura pelo corpo. Cerca de 250 milhões de pessoas no mundo apresentam sobre peso ou obesidade, sendo que quase todos os países sofrem dessa epidemia, inclusive o Brasil.

A pesquisa Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel 2012), do Ministério da Saúde, mostra que 51% da população acima de 18 anos está acima do peso ideal. O aumento atinge tanto a



população masculina quanto a feminina. Entre os homens, o excesso de peso atinge 54% e entre as mulheres, 48%.

Em Sergipe a situação se compara a do Brasil, como demonstra a tabela 14, abaixo:

Tabela 14. Histórico da estimativa de excesso de peso (Índice de Massa Corporal $\geq 25 \text{ Kg/m}^2$) e obesidade (Índice de Massa Corporal $\geq 30 \text{ kg/m}^2$), em adultos (≥ 18 anos), por sexo, na capital do Estado de Sergipe.

VIGITEL	2010	2011	2012	2013	2014
Excesso de Peso					
Total	47,2%	44,5%	51,5%	49,1%	51,0%
Homens	48,9%	47,6%	60,0%	50,4%	55,1%
Mulheres	45,6%	41,6%	44,6%	48,1%	47,8%
Obesidade					
Total	14,6%	14,6%	18,0%	17,1%	17,9%
Homens	14,6%	13,4%	19,5%	15,4%	19,0%
Mulheres	14,7%	15,7%	16,8%	18,4%	17,0%

Fonte: Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (2010, 2011, 2012, 2013, 2014)

5 ACESSO ÀS AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE

5.1 REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE

No Brasil, para superar a fragmentação da assistência no SUS, é necessário avançar na qualificação da atenção e da gestão, o que envolve aspectos técnicos, éticos, culturais e implica, em sentido amplo, na materialização do pacto social que sustenta a Política Pública de Saúde. Assim, o Ministério da Saúde propôs a instituição de Rede de Atenção à Saúde (RAS) como uma estratégia para o enfrentamento do maior desafio à consolidação do SUS. A RAS definida por meio de arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir o acesso oportuno e resolutivo ao cuidado (Ministério da Saúde, 2010 – Portaria 4.279). Tem como objetivo promover a integração sistêmica,



GOVERNO DE SERGIPE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

de ações e serviços de saúde com provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada, bem como incrementar o desempenho do sistema de saúde, em termos de acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária, e de eficiência econômica.

Em Sergipe, a Secretaria de Estado da Saúde tem buscado aderir à proposta de RAS, preconizando a organização da atenção de acordo com as cinco redes prioritárias: Rede Materno Infantil, Rede de Urgência e Emergência, Rede de Atenção Psicossocial, Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência e Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas nas sete Regiões de Saúde de forma gradativa, desde 2011.

Diante do contexto, foi elaborado em 2013 a Portaria nº 213, de 30 de julho de 2013 que institui o Grupo Condutor Único de Rede de Atenção à Saúde e as Câmaras Temáticas das Redes Prioritárias com o objetivo geral de integração sistêmica, com representatividade dos três entes federados: Ministério da Saúde, Secretaria Estadual de Saúde e Secretárias Municipais de Saúde.

Entretanto, diante das dificuldades de entendimento da conceituação de RAS e da sua integralidade, houve a necessidade de remodelagem e foi estabelecida uma nova portaria SES nº 82, 23 de março de 2016 de RAS para o Grupo Condutor Único, com extinção das Câmaras Temáticas das redes prioritárias, facilitando de forma geral a articulação e discussão do tema em um único espaço de governança.

• **Rede Materna Infantil**

O estado de Sergipe aprovou a adesão à Rede Materno Infantil em agosto de 2011, por meio da Deliberação CIE nº 72/2011, alterada pela deliberação CIE nº 179/2012 de 23 de Agosto de 2012, definindo como prioritárias as sete (07) regiões de saúde. Iniciou implementando a matriz diagnóstica, a qual permite estabelecer o primeiro “desenho da rede” de atenção materno infantil com a definição da Linha de Cuidado tendo a atenção primária à saúde como ordenadora da rede. O Plano de Ação da Rede Cegonha do Estado de Sergipe foi aprovado em 27 de dezembro de 2012, por meio da Portaria nº 3.069 GAB/MS.



GOVERNO DE SERGIPE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

O objetivo central da Rede Materno Infantil é produzir mudança do modelo assistencial. Para tanto, propõe a ampliação do acesso e qualificação dos serviços que realizam a atenção materna infantil, fundamentada nos princípios da humanização e assistência, em que mulheres, recém-nascidos e crianças têm direito à ampliação do acesso, acolhimento e à melhoria da qualidade do pré-natal; à vinculação da gestante à unidade de referência para assistência ao parto; a realização de parto e nascimento seguros, mediante boas práticas de atenção; acompanhante no parto de livre escolha da gestante; a atenção à saúde da criança de 0 a 24 meses com qualidade e resolutividade e acesso ao planejamento reprodutivo. Constitui em uma Rede de cuidados que assegura às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo, a atenção humanizada à gravidez, parto e puerpério, garantindo às crianças o direito ao nascimento seguro, crescimento e desenvolvimento saudável.

Em sua operacionalização, agrega conhecimento e metodologias para mudanças nos processos de trabalho e investimentos para incorporação de equipamentos, reformas, ampliações e construção de novas unidades, além da ampliação de custeio. Em contrapartida, os gestores comprometem-se com a inclusão de boas práticas de gestão e de cuidado, configurando-se incentivos mediante compromissos com metas e resultados.

Situações facilitadoras e dificultadoras têm norteado o processo de implementação da política de atenção materno infantil a partir das diretrizes da Rede Cegonha em nosso estado. Das facilidades encontradas, destacam-se a instituição de grupos de trabalhos que promovem a discussão de fatores condicionantes, estabelecimento de propostas e pactuações de metas e ações, com participação de gestores, profissionais e movimentos sociais, quais sejam: Fórum Peri natal, Grupo Condutor e Colegiado de Maternidades; o processo de regionalização da rede hospitalar, com disponibilidade de maternidades em todas as regiões do estado, sendo que em duas destas há mais de um equipamento de atenção ao parto e nascimento, que são as regiões de Nossa Senhora do Socorro, com duas maternidades de risco habitual, e Aracaju que dispõe de uma maternidade de risco habitual e uma maternidade de alto risco (referência para todo estado), favorecem o



GOVERNO DE SERGIPE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

acesso por território de saúde; a existência de ações prévias, como o Plano de Eliminação da Sífilis e o retrato do quadro Peri natal de Sergipe facilitaram as análises preliminares e o desenho do projeto para o estado.

As dificuldades no estado para implantação/execução da Rede Materno Infantil consistem principalmente nas fragilidades encontradas na atenção primária e nos sistemas de informação dos municípios e nas unidades de assistência ao parto que executavam as ações de maneira que infringiam os preceitos da obstetrícia moderna – as boas práticas obstétricas.

Na Atenção Primária, tendo este nível de atenção à saúde como a base ordenadora da rede, a ação da Rede Materno Infantil, permeada pelo movimento de remodelagem da atenção estabelecida pelas diretrizes, metas e objetivos da rede, tem como foco o preparo de mulheres e famílias para o planejamento da gravidez, a condução e preparação para a chegada de um novo ser.

A Rede Materno Infantil na Atenção Secundária teve Investimentos com foco no diagnóstico e tratamento precoce. É à base deste nível da atenção que tem o papel fundamental de suporte e fortalecimento das ações primárias, através da referência e contra referência.

Os equipamentos disponíveis nos territórios são parte dos investimentos pactuados nos planos de ação da Rede e contratualização de serviços estabelecidos por meios, metas e indicadores. O Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher (CAISM), equipamento da SES, com missão de ser referência estadual para a atenção ginecológica e obstétrica, oferta serviços de patologia cervical, mastologia, consultas ginecológicas, pré natal de alto risco e laboratório.

Na atenção secundária são desenvolvidas ações complementares da atenção pré natal. Os equipamentos disponíveis na rede encontram-se distribuídos da seguinte forma: CAISM que atua como referência estadual de pré natal de alto risco; Ambulatórios Regionais das Regiões de Lagarto e Estância, instalados anexos às Maternidades Zacarias Júnior e Amparo de Maria, respectivamente, oferecendo atendimento às gestantes dos municípios destas regiões de saúde; Ambulatórios Municipais das cidades de Aracaju e Itabaiana que atendem às municípios destes



municípios. Destaca-se a necessidade de fortalecimento no investimento destes serviços.

A rede de atenção Materno Infantil está organizada de forma regionalizada; composta por 9 maternidades, sendo 4 filantrópicas e 5 públicas, administradas pela Fundação Hospitalar de Saúde. A distribuição das instituições de atenção ao parto nas regiões de saúde aconteceu da seguinte forma:

- **Região Nossa Senhora da Glória** – Situada na região noroeste de Sergipe, conhecida como sertão, e concentra o maior número de pessoas em situação de pobreza e analfabetismo. Dispõe dos seguintes serviços: **Maternidade Governador João Alves Filho** - maternidade de risco habitual, de gerência do estado através da Fundação Hospitalar de Saúde (FHS). Estão previstos no plano regional, a criação de leitos PPP (pré-parto, parto e puerpério), Centro de Parto Normal (CPN) e adequação do espaço físico e ambiência. O CIR de Nossa Senhora da Glória não se propôs a assumir pré-natal de alto risco na região. O Pré-Natal de Alto Risco é referenciado à capital, através do CAISM, da esfera estadual.
- **Região Propriá** – Situada na região nordeste de Sergipe, conhecida como Baixo São Francisco. A região de Propriá é uma região de grandes dificuldades econômicas. Dispõe dos seguintes serviços: **Maternidade São Vicente de Paula** - maternidade de risco habitual, estatal, sob gestão da Fundação Hospitalar de Saúde. A mesma encontra-se em processo de aprimoramento dos processos de trabalho. Estão previstos no plano regional, a criação de leitos PPP, CPN e adequação do espaço físico e ambiência. O CIR Propriá não se propôs a assumir pré-natal de alto risco na região. O Pré-Natal de Alto risco é referenciado para capital, através do CAISM, da esfera estadual.
- **Região Itabaiana** – Situada na região agreste central de Sergipe. Os serviços disponíveis na região à atenção materna infantil são: **Hospital Maternidade São José** – instituição filantrópica e única referência para o



parto de risco habitual. Atende a todos os municípios do entorno e até de municípios fronteiriços no estado da Bahia. É credenciada pela Iniciativa Hospital Amiga da Criança (IHAC); **Ambulatório de Pré Natal de Alto Risco** – referência municipal para assistência às gestantes de risco; **Banco de Leite Humano (BLH)** – com coleta e pasteurização mensal de cerca de 280 litros de leite materno.

- **Região Lagarto** – Situada na região Centro-Sul de Sergipe. Os serviços disponíveis na região à Atenção Materna Infantil são: **Maternidade Zacarias Júnior** - maternidade de risco habitual, filantrópicas responde por grande parte dos partos da região. A mesma recebeu em Setembro de 2013 o credenciamento como IHAC e possui um BLH. O município de Lagarto conta com unidades básicas treinadas na Rede Amamenta. **Hospital Regional Monsenhor de Carvalho Daltro** - hospital geral com UTI, o que também amplia as possibilidades de atenção avançada na saúde materna. **Ambulatório Pré-Natal de Alto Risco** - o serviço oferta acompanhamento das gestantes de alto risco de Lagarto e região.
- **Região Nossa Senhora do Socorro** – Situada na região leste de Sergipe . Dispõe dos seguintes serviços: **Maternidade José Franco Sobrinho** (situada no município de Socorro) - maternidade de risco habitual, de gerência do estado através da FHS; **Maternidade Leonor Barreto Franco** – situada no município de Capela - maternidade de risco habitual, de gerencia do estado, através da FHS. O pré natal de alto risco é referenciado à capital através do CAISM, esfera estadual.
- **Região Estância** – Situada ao sul de Aracaju, O município de Estância, . Os serviços disponíveis na região à Atenção Materno Infantil são: **Hospital Maternidade Amparo de Maria** – instituição filantrópica e única referência na região para o parto de risco habitual. Atende a todos os municípios do entorno e até de municípios fronteiriços no estado da Bahia. Os municípios Boquim e Itabaianinha possuem hospitais de pequeno porte, Unidade de Pronto Atendimento (UPA), que por vezes realizam partos que chegam em período



expulsivo; **Ambulatório de Pré Natal de Alto Risco** – referência regional para assistência às gestantes de risco.

- **Região Aracaju** – A maioria dos serviços obstétricos e neonatais de maior complexidade do Estado está concentrada em Aracaju, capital do Estado. Na capital os serviços disponíveis são: **Maternidade Carlos Firpo** - Localizada no Hospital filantrópico Santa Izabel, que é conveniado ao SUS e realiza atendimentos de risco obstétrico habitual, dispõe de UTI Materna; **Maternidade Nossa Senhora de Lourdes (MNSL)** - Maternidade de alto risco referência para todo o estado, sob gestão da FHS; **CAISM** – Ambulatório de pré-natal para gestação de alto risco. É referência para maior parte dos municípios sergipanos; **CEMAR Siqueira Campos** - Ambulatório de pré-natal para gestação de alto risco para usuárias da capital.

- **Rede de Atenção Psicossocial**

Para a Política de Atenção Psicossocial proposta, a ampliação do acesso dos cuidados em liberdade para as pessoas que sofrem com transtorno mental e que fazem uso disfuncional de substâncias psicoativas, dentre elas crack, álcool e outras drogas foi constituído através da Deliberação nº 078/2012 o Grupo Condutor da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Neste mesmo ano foi aprovado através das Deliberações CIE nº 74, 117, 118, 124, 125, 126, 127, respectivamente das regiões de Aracaju, Itabaiana, Estância, Nossa Senhora do Socorro, Propriá, Lagarto, Nossa Senhora da Glória os planos nas sete regiões de saúde. Em março de 2014 houve a publicação da portaria nº 159 aprovando o Plano de Ação da RAPS do Estado de Sergipe e Municípios, algumas ações desde então estão se concretizando.

Dentro do modelo de cuidado proposto é fundamental a inclusão da atenção às pessoas com sofrimento e transtornos mentais em decorrência ou não do uso disfuncional de crack, álcool e outras drogas (lícitas ou ilícitas), nos cuidados da atenção primária da saúde, porém este se tem mostrado bastante incipiente.



GOVERNO DE SERGIPE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Como estratégias dentro da Atenção Primária à Saúde estão sendo utilizadas para garantia do acesso de pessoas com transtorno mental e/ou que fazem uso disfuncional de drogas que vivem ou se encontram em situação de rua, os Consultórios na Rua. No estado de Sergipe, em função da demanda populacional, somente o município de Aracaju possui característica para a implantação desta modalidade de assistência. Outra estratégia existente é o Núcleo de Apoio de Saúde da Família, que em alguns municípios (8) inseriram o profissional de saúde mental para ampliação do acesso e garantia do cuidado.

Na conformação da RAPS, existe a oferta do cuidado em Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) nas sete regiões de saúde para 44 municípios, destes 30 sediam este equipamento, sendo 5 municípios da região de Aracaju, 5 municípios na região de Nossa Senhora do Socorro, 6 municípios em Lagarto, 6 municípios na região de Estância, 4 municípios na região de Itabaiana, 10 municípios na região de Propriá e na região de saúde de Nossa Senhora da Glória encontra-se em 8 municípios.

Vale ressaltar entretanto, que ainda existem no estado de Sergipe 31 municípios sem a oferta de atenção a essa clientela específica que tem o cuidado ofertado através dos ambulatórios de psiquiatria ofertados nas regionais de saúde, tendo seu acesso regulado conforme a pontuação em cada região.

Os CAPS apresentam uma diversidade de complexidade na assistência e por serem serviços substitutivos a internação em hospital psiquiátrico, são considerados serviços de média e alta complexidade, porém como forma de garantir o acesso dentro deste modelo de cuidado proposto pela reforma psiquiátrica, que preconiza que a atenção seja de base territorial, descentralizada e com capilaridade, visando a garantia cuidado em liberdade, os CAPS são “porta aberta”, tendo esta como uma das principais diretrizes dos serviços territoriais e um dos princípios que compõem a estratégia de produção de saúde mental comunitária, coletiva e territorial. (Gastão, Campos. 2005).

O CAPS pode ofertar também atendimento de alta complexidade através da oferta de atenção à crise 24h, neste sentido houve a qualificação de 20% dos CAPS



GOVERNO DE SERGIPE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

AD em CAPS AD III no ano de 2015, conforme Portaria Nº 297 de 08 de abril de 2014.

Embora a atenção psicossocial produzida pelo CAPS seja de fundamental importância para a substituição do modelo de cuidado e garantia da assistência, não é por si só suficiente, necessitando, portanto de integração com outros equipamentos de saúde e inter setoriais, em forma de rede de atenção.

Nesta lógica, existem habilitadas duas Unidades de Acolhimento Adulto nos municípios de Itabaiana e Lagarto através das portarias Nº 80, de 30 de janeiro de 2014 e Nº 1.014 de 30 de setembro de 2014, respectivamente, e encontra-se em funcionamento aguardando processo de habilitação mais uma Unidade de Acolhimento Adulto na cidade de Aracaju. O acesso para essas unidades de acolhimento é referenciado pelo CAPS ao qual elas estão vinculadas, obedecendo a proposta do Projeto Terapêutico Singular.

Como complementar ao cuidado às pessoas com transtornos mentais que moravam nos hospitais psiquiátricos e que não possuíam vínculo familiar ou comunitário fora muros hospitalares, existe o Serviço Residencial Terapêutico, que para fins de financiamento são considerados como equipamento de saúde e para fins de cuidado são simplesmente moradias, sendo, portanto, seu acesso se deu para as pessoas que se encontravam morando no Centro Psiquiátrico Dr. Garcia Moreno e Casa de Saúde Santa Maria LTDA, através do Projeto Terapêutico Singular referenciado pelo CAPS que está vinculado.

Já no que consiste à internação em leitos de saúde mental em hospital geral ou em hospital especializado, a oferta no estado de Sergipe é de 67,79% dos leitos ofertados em hospital especializado, e 32,21% em Hospital Geral. Toda a oferta hospitalar encontra-se na capital do estado, tendo seu acesso regulado pela Urgência Mental do Hospital São José.

• **Rede de Urgência e Emergência**

A organização da Rede de Urgência e Emergência (RUE) tem a finalidade de articular e integrar todos os equipamentos de saúde, com o objetivo de ampliar e

qualificar o acesso humanizado e integral aos usuários em situação de urgência/emergência nos serviços de saúde, de forma ágil e oportuna, buscando sempre o acolhimento com classificação de risco e resolutividade. A RUE de Sergipe encontra-se organizada nos seguintes componentes: Promoção, Prevenção e Vigilância à Saúde; Atenção Primária à Saúde; Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) e sua Central de Regulação Médica das Urgências; Salas de Estabilização; Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h) e o conjunto de serviços de urgência 24 horas; Hospitalar; e Atenção Domiciliar. As diretrizes da RUE estão definidas na Portaria MS/GM nº 1.600 de 07 de julho de 2011.

O SAMU é o componente assistencial móvel da Rede de Atenção às Urgências que tem como objetivo chegar precocemente à vítima após ter ocorrido um agravio à sua saúde (de natureza clínica, cirúrgica, traumática, obstétrica, pediátrica, psiquiátrica, entre outras) que possa levar a sofrimento, à seqüelas ou mesmo à morte, mediante o envio de veículos tripulados por equipe capacitada, acessado pelo número "192" e acionado por uma Central de Regulação das Urgências.

O SAMU 192 Sergipe dispõe de: 01 (uma) Central de Regulação de Urgência, com equipe composta por médicos reguladores, rádio-operador e Técnicos Auxiliares de Regulação Médica (TARM), além de um avanço ao processo de regulação com a presença do enfermeiro nas 24 horas, conta com:

- 35 (trinta e cinco) Bases Descentralizadas;
- 04 (quatro) unidades de Motolâncias;
- 43 (quarenta e três) Unidades de Suporte Básico (USB);
- 16 (dezesseis) Unidades de Suporte Avançado (USA).

A Sala de Estabilização (SE) é a estrutura que funciona como local de assistência temporária e qualificada para estabilização de pacientes críticos/graves, para posterior encaminhamento a outros pontos da rede de atenção à saúde. As SE da RUE em Sergipe foram implantadas em 06 (seis) regiões de saúde do Estado, excetuando-se somente a região de Propriá, em municípios e unidades estratégicos para a configuração da rede. O Estado de Sergipe, na sua conformação da RUE, possui 19 (dezenove) Clínicas de Saúde da Família (CSF) com Sala de Estabilização 24 horas. Dentre as 19 (dezenove) CSF 24 horas com SE inauguradas,

a CSF 24h do município de Campo do Brito não disponibiliza dos equipamentos necessários para a sua operacionalização. É importante salientar que nenhuma SEencontra-se habilitada pelo MS, o qual alega que essa Política está em reestudo, estando suspensos os recursos para esta finalidade.

A UPA 24h é um estabelecimento de saúde de complexidade intermediária e que deve articular-se com a Atenção Primária à Saúde, SAMU 192, unidades hospitalares, unidades de apoio diagnóstico e terapêutico e com outros serviços de atenção à saúde, por meio de fluxos lógicos e efetivos de referência e contrarreferência, ordenados pelas Centrais de Regulação Médica de Urgências e complexos reguladores instalados na região. Em Sergipe existem 04 (quatro) UPA's em operacionalização, nos seguintes municípios: Porto da Folha, Simão Dias, Boquim e Poço Redondo.

A organização do componente hospitalar da Rede de Atenção às Urgências, no âmbito do SUS, de acordo com a Portaria 2.395/2011, “dar-se-á por meio da ampliação e qualificação das Portas de Entrada Hospitalares de Urgência, das enfermarias clínicas de retaguarda, dos leitos de Cuidados Prolongados e dos leitos de terapia intensiva, e pela reorganização das linhas de cuidados prioritárias de traumatologia, cardiovascular e cerebrovascular”.

O Plano de Ação Regional (PAR) da Rede de Urgência e Emergência de Sergipe, aprovado pelo Ministério da Saúde através da Portaria nº 1.771/2014, contempla no seu componente hospitalar: implantação de 90 (noventa) leitos de Cuidados Prolongados, habilitação de 10 (dez) leitos de UTI Adultos no Hospital Regional de Itabaiana, qualificação de 10 (dez) leitos de UTI adultos no Hospital Regional de Lagarto, qualificação de 65 (sessenta e cinco) leitos de UTI adultos e 10 (dez) pediátricos no Hospital de Urgência de Sergipe (HUSE), habilitação de 15 (quinze) leitos em Unidade de Acidente Vascular Cerebral no HUSE, qualificação de 03 (três) leitos de UTI no Hospital São José, qualificação de 04 (quatro) leitos de UTI no Hospital Universitário, implantação de 10 (dez) leitos de Unidade Coronariana e qualificação de 30 (trinta) leitos de UTI adultos no Hospital Cirurgia, qualificação de 17 (dezessete) leitos de UTI, sendo 10 (dez) adultos e 07 (sete) pediátricos no



GOVERNO DE SERGIPE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Hospital Santa Isabel, Habilitação de 328 leitos e Qualificação de 133 leitos de enfermaria Clínica de Retaguarda.

A Atenção Domiciliar é uma nova modalidade de atenção à saúde, substitutiva ou complementar às já existentes, caracterizada por um conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação prestadas em domicílio, com garantia de continuidade de cuidados e integrada às redes de atenção à saúde.

O Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) é responsável pelo gerenciamento e operacionalização das Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD) e Equipes Multiprofissionais de Apoio (EMAP). No Estado de Sergipe apenas o município de Canindé do São Francisco encontra-se com 01 (uma) equipe tipo EMAD habilitada e implantada.

• **Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência**

No Brasil atualmente, segundo IBGE, existem 45,6 milhões de pessoas que declaram possuir algum tipo de deficiência, diante do cenário o Governo Federal lança o Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência – Viver sem Limite, por meio do Decreto 7.612, de 17 de novembro de 2011, com as prerrogativas da Convenção da ONU sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência.

Em 2012, o Ministério da Saúde lançou a Portaria GM nº 793, que Institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPcD), por meio da criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com deficiência temporária ou permanente; progressiva, regressiva, ou estável; intermitente ou contínua, no âmbito do SUS.

Diante da instituição da Portaria Ministerial, a Secretaria Estadual de Saúde de Sergipe fez adesão, através da Deliberação nº015/2013 e instituiu o Grupo Condutor Estadual da Rede de Cuidados às Pessoas com Deficiência em 25 de julho de 2013, com base na Portaria nº213/13.



GOVERNO DE SERGIPE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

A RCPcD tem como objetivo ampliar o acesso e qualificar o atendimento, promover a vinculação dos pontos de atenção, garantir a articulação e a integração dos pontos de atenção, desenvolver ações de prevenção e de identificação precoce de deficiências na fase pré, peri e pós-natal, infância, adolescência e vida adulta, ampliar a oferta de órtese, prótese e meios auxiliares de locomoção (OPM), promover a reabilitação e a reinserção das pessoas com deficiência, por meio do acesso ao trabalho, à renda e à moradia solidária, em articulação com os órgãos de assistência social, desenvolver ações intersetoriais de promoção e prevenção à saúde, regular e organizar as demandas e os fluxos assistenciais da rede de cuidados à pessoa com deficiência e construir indicadores capazes de monitorar e avaliar a qualidade dos serviços e a resolutividade da atenção à saúde.

Os componentes da RCPcD serão articulados entre si, de forma a garantir a integralidade do cuidado e o acesso regulado a cada ponto de atenção e/ou aos serviços de apoio, observadas as especificidades inerentes e indispensáveis à garantia da equidade na atenção a estes usuários, quais sejam: Acessibilidade; Comunicação; Manejo clínico; Medidas de prevenção da perda funcional, de redução do ritmo da perda funcional e/ou da melhora ou recuperação da função; e Medidas de compensação da função perdida e da manutenção da função atual.

Nesse contexto, no esforço de minimizar as dificuldades, foram elaborados Planos Regionais da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência nas 07 (sete) regiões de saúde do Estado, destacados pela presença de Centros Especializados em Reabilitação nas Regiões de Lagarto (CER III), Propriá (CER III), Aracaju (CER IV) – estes em vias de construção. Estância, CER II – proposta lançada no SISMOB (Sistema de Monitoração de Obras). E qualificação de espaços já existentes a exemplo do antigo Serviço de Reabilitação Física e Motora (SERFISMO) da Secretaria Municipal de Saúde de Aracaju, hoje funcionando como CER II e aguardando do Ministério da Saúde a publicação da Portaria de habilitação do Centro Integrado Raio de Sol (CIRAS), Instituição Filantrópica e da Associação de Pais e Amigos dos Expcionais (APAE), em CER II, visto já atuarem com as deficiências física e intelectual dentro do estado de Sergipe.



GOVERNO DE SERGIPE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Em Sergipe apesar da boa cobertura da Estratégia de Saúde da Família, ainda há fragilidade na Atenção Primária em relação à rede, principalmente na identificação precoce das deficiências e seus devidos encaminhamentos, bem como inexistência de Linhas do Cuidado.

Atualmente, o desenho da RCPcD em Sergipe encontra-se da seguinte forma: Na Atenção Primária à Saúde: UBS, Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) e atenção odontológica; na Atenção Secundária: e estabelecimentos conveniados em uma só modalidade de reabilitação, Centro Médico da Criança e do Adolescente(CEMCA), Centro de Especialidade Médica; Centro de Especialidade em Reabilitação tipo II (física e intelectual) em Aracaju, funcionamento e referência estadual; CER III – Propriá e Lagarto, em vias de construção e referências regionais; CER IV Aracaju, referência estadual, com 65% da obra concluída; Entidades Filantrópicas (CIRAS) (hoje possui convênio com Estado e aguardando Portaria Ministerial de habilitação para CER II, referência região Aracaju) e APAE (já com Portaria de habilitação para CER II, referência para as demais regiões(Socorro, Propriá, Lagarto, Estância, Glória e Itabaiana), Centros de Especialidades em uma modalidade nas regiões de Saúde: Lagarto, Propriá, Estância, Nossa Senhora do Socorro; os Centros de Especialidades Odontológica (CEO): 05 (cinco) municipais(Aracaju, Canindé do São Francisco, Estância, Lagarto e N.S. do Socorro) e 07(sete) estaduais (Boquim, Capela, Laranjeiras, N.S. da Glória, Propriá, S Cristovão e Tobias Barreto) e na Atenção Terciária: Hospital Universitário (Atenção Especializada às pessoas com deficiência auditiva) e Hospital São José(Centro de Reabilitação auditiva em alta complexidade).

• **Rede de Atenção ás Doenças Crônicas**

A partir da análise da situação epidemiológica no país, o Ministério da Saúde ressaltou a necessidade de estruturação da Rede de Atenção ás Doenças Crônicas, no âmbito do SUS, que deu início a partir da publicação da Portaria GM/MS nº 252, de 19 de fevereiro de 2013, revogada pela Portaria Nº 483, de 1º de abril de 2014 que estabelece diretrizes para a organização de suas Linhas de Cuidado. A



GOVERNO DE SERGIPE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

organização dessa rede tem como finalidade fomentar a mudança do modelo de atenção à saúde, garantir o cuidado integral às pessoas com doenças crônicas; impactar positivamente nos indicadores relacionados às essas doenças; contribuir para promoção da saúde da população e prevenir o desenvolvimento desses agravos e suas complicações

Em face desses desafios e compreendendo que o estado de Sergipe também deve buscar soluções objetivas e que abranjam de forma ampla e intersetorial as questões de saúde, a SES fez adesão à Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas, através da deliberação CIE Nº 009, 14 de fevereiro de 2014 e vem monitorando ações de alimentação saudável, atividade física, prevenção ao uso de tabaco, e articulando junto a atenção primária dos municípios ações de promoção, prevenção, vigilância em saúde e assistência para redução das doenças crônicas.

Diante da situação epidemiológica o estado de Sergipe priorizou na Rede de Atenção à Pessoas com Doenças Crônicas quatro Linhas de Cuidado: Doenças Cardiovasculares, Diabetes, Sobrepeso e Obesidade e Câncer (Mama, Colo de útero, Próstata e Cavidade Oral).

Doenças Cardiovasculares

Em Sergipe, a linha das doenças cardiovasculares encontra-se em processo de discussão de diagnóstico e desenho dentro da estrutura operacional da rede, com discussão para elaboração, desde 2014, dos protocolos do Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) e do acidente vascular cerebral (AVC), fazendo interface com a Rede de Urgência e Emergência.

Diabetes

No Brasil, o rápido crescimento do diabetes traz um impacto negativo, devido à morbimortalidade precoce de pessoas em plena vida produtiva, fato este que gera sobrecarga à previdência social e continuidade do ciclo vicioso da pobreza e da exclusão social. Assim, há necessidade de revisão das práticas dos serviços de



**GOVERNO DE SERGIPE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE**

saúde pública, de forma a implantar e promover ações de saúde que incluam estratégias de redução de risco e controle desse sério e alarmante problema de saúde pública.

Diante da situação epidemiológica, o estado de Sergipe, vem discutindo a modelagem e construindo o desenho e o diagnóstico da situação sobre o município de Lagarto com a finalidade de efetivação dessa Linha junto a gestão municipal e a Universidade Federal de Sergipe/Campus Lagarto. Ressalta-se que a escolha do município de Lagarto se deu através do consenso com o Conselho de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS), por este contemplar vários pontos de atenção com densidade tecnológica diferentes e prioridade da gestão municipal em sediar o projeto piloto da Linha do Cuidado para Diabetes.

Analizando a situação dos dados sobre a mortalidade prematura na população menor que 70 anos observa-se a necessidade urgente de revisão e monitoramento dos processos de trabalho e estratégias de prevenção e promoção da saúde junto as equipes de saúde dos municípios, visando a garantia da atenção integral à saúde da pessoa idosa e dos portadores de doenças crônicas, com estímulo ao envelhecimento ativo e fortalecimento das ações de promoção e prevenção.

Atenção Oncológica

Visando a organização da Rede de Atenção à Saúde para o Controle do Câncer, o MS, revogou a Portaria Nº 741 de 19 de dezembro 2005, substituindo pela Portaria nº 140, de 27 de fevereiro de 2014, que redefine os critérios e parâmetros para organização, planejamento, monitoramento, controle e avaliação dos estabelecimentos de saúde habilitados na atenção especializada em oncologia e define as condições estruturais, de funcionamento e de recursos humanos para a habilitação destes estabelecimentos no âmbito do SUS.

Em cumprimento a Portaria nº 140/2014, a SES em articulação com o COSEMS e a FHS, estão elaborando um Plano Estadual de Atenção Oncológica, para a reorganização da rede de atenção ao paciente com câncer.



GOVERNO DE SERGIPE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Atualmente, o Plano Estadual de Atenção Oncológica em construção vem apresentando vários desafios na implementação da Linha de Cuidados, que perpassa todos os níveis de atenção, aprimorando os seus fluxos de referências e contra-referência, acesso e atendimento integral numa proposta de rede de atenção à saúde.

O Estado de Sergipe tem uma população de 2.060.017 habitantes (IBGE, 2010), com sete regiões de saúde, verifica-se a necessidade de no máximo 4 serviços para o atendimento de todos os tipos de cânceres. Atualmente o Estado possui dois (02) serviços habilitados como Unidade em Alta Complexidade em Oncologia (UNACON) – para atendimentos aos pacientes do SUS com dois (02) equipamentos de radioterapia (aceleradores lineares) e um (01) de braquiterapia de alta taxa de dose, que estão localizados na capital, Aracaju, atendendo os 75 municípios.

Sobrepeso e Obesidade

Visando reduzir a prevalência do Sobrepeso e Obesidade em Sergipe, a SES em articulação com os municípios vêm elaborando o Plano Estadual de prevenção, controle e tratamento do sobrepeso e obesidade, como Linha de Cuidado prioritária da rede de atenção às pessoas com doenças crônicas.

Para esse fim deve ser estruturada a Atenção Primária à Saúde, como centro de comunicação da rede de atenção a saúde, pois o estado apresenta um grande vazio assistencial: falta o matriciamento da atenção primária aos demais pontos de atenção, falta de oferta para demanda da secundária e terciária, bem como a regulação do acesso para as cirurgias ainda muito incipiente, realizada somente pela capital - Aracaju. Em Sergipe o único serviço habilitado para a realização de procedimentos cirúrgicos de obesidade é o Hospital Universitário, que é contratualizado pela gestão municipal.

5.2 NÍVEIS DE ATENÇÃO À SAÚDE

• Atenção Primária à Saúde

A Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, considera a Atenção Primária à Saúde (APS), o centro da Rede de Atenção à Saúde, destacando-se como ordenadora e coordenadora do cuidado, estruturada como primeiro ponto de atenção e principal porta de entrada do sistema, constituída de equipe multidisciplinar que cobre toda a população, integrando, coordenando o cuidado e atendendo às suas necessidades de saúde.

Segundo o Departamento da Atenção Básica/MS, o Estado de Sergipe possui distribuído o teto, o número de implantados e a proporção de cobertura populacional estimada das Equipes de Saúde da Família, Agentes Comunitários de Saúde, Equipes de Saúde Bucal e NASF, de acordo o quadro abaixo:

Quadro 1.Teto, número de implantados e a proporção de cobertura populacional estimada das Equipes de Saúde da Família, Agentes Comunitários de Saúde, Equipes de Saúde Bucal e NASF, SERGIPE, janeiro/2016

	EQUIPE SAÚDE DA FAMÍLIA	AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE	EQUIPES DE SAÚDE BUCAL		NÚCLEO DE APOIO A SAÚDE DA FAMÍLIA(NASF)		
			MOD1	MOD2	Tipo1	Tipo2	Tipo3
Teto	1059	5277					
Implantados	632	4173	412	02	25	10	05
Proporção de Cobertura Populacional Estimada	89,83	95,33					

Fonte: DAB/MS, janeiro/2016

No Estado de Sergipe a Coordenação é composta por apoiadores técnicos para cada região de Saúde e, absorve as áreas Técnicas da Saúde da Pessoa Idosa, Saúde do Homem, Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade, Saúde do Adolescente e monitora os programas abaixo:

Programa Saúde na Escola

O Programa Saúde na Escola (PSE) é uma parceria entre Escola e Rede Básica de Saúde, voltado para crianças, adolescentes, jovens e adultos da educação pública brasileira, com o objetivo de promover o desenvolvimento pleno desse público, aproveitando o espaço privilegiado da escola para o fortalecimento de ações de promoção à saúde na perspectiva do desenvolvimento integral e proporcionar à comunidade escolar a participação em programas e projetos que articulem saúde e educação, para o enfrentamento das vulnerabilidades que comprometem o pleno desenvolvimento de crianças, adolescentes e jovens brasileiros.

A adesão ao PSE, foi de 100% dos municípios sergipanos no ano de 2015. As ações da semana de Saúde na Escola já foram iniciadas em 2016, aguardando a publicação da nova Portaria de adesão ao PSE para o ano em curso.

Em fase de execução as ações referente a Carreta Itinerante de SB (Saúde Bucal) e Oftalmológica, programa em parceria com a UFS/Hospital Universitário (HU) e SEED (Secretaria de Estado da Educação).

Todo o processo é feito de forma direta entre o MS e Secretarias Municipais de Saúde (SMS) e o acompanhamento da execução da Obra através do Fundo e SISMOB.

Programa Academia da Saúde

O Programa Academia da Saúde é uma estratégia de promoção da saúde e produção do cuidado para os municípios brasileiros. Seu objetivo é promover práticas corporais e atividade física, promoção da alimentação saudável, educação em saúde, entre outros. O MS promove a implantação de pólos da Academia da Saúde, que são espaços públicos dotados de infraestrutura, equipamentos e profissionais qualificados.

Todo o processo é feito de forma direta entre o MS e SMS e o acompanhamento da execução da Obra através do Fundo e SISMOB.

Programa “Mais Médicos” (PMM) e Programa de Valorização à Atenção Básica (PROVAB).

O PMM é parte de um amplo esforço do Governo Federal, com apoio de estados e municípios, para a melhoria do atendimento aos usuários do SUS. Além de levar mais médicos para regiões onde há escassez ou ausência desses profissionais, o programa prevê, ainda, mais investimentos para construção, reforma e ampliação de UBS (Unidades Básicas de Saúde), através REQUALIFICA UBS, além de novas vagas de graduação, e residência

Programa de Melhoria da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ)

O principal objetivo do PMAQ é induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da Atenção Primária, com garantia de um padrão de qualidade comparável nacional, regional e localmente de maneira a permitir maior transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas à Atenção Primária em Saúde.

Dos 97,33% dos municípios sergipanos, 97,66% das Equipes de Atenção Básicae 85% de Equipes de NASF aderiram ao 3º ciclo do PMAQ em 2015.

Quanto aos CEO's, 90% dos estaduais aderiram ao PMAQ, exceto o município de Capela/SE. Este aguarda habilitação pelo Ministério da Saúde.

Telessaúde

O Telessaúde é uma ferramenta que visa aperfeiçoar os processos de trabalho em saúde através de um gerenciamento refletido criticamente por meio da Educação Permanente / Educação Continuada e Educação Profissional, na proposta de aproximação da formação acadêmica no contexto prático da realidade dos serviços de saúde que permite a qualificação do cuidado e ordenamento da rede assistencial, à medida que ocorre o matriciamento, a troca de conhecimentos e experiências entre profissionais, sendo produtor de autonomia e gerador de capacidade dialógica para o SUS. O Estado de Sergipe conta atualmente com 145 pontos implantados de uma meta de 251 (Convênio e Portaria) abrange os 75 municípios.

Política Nacional da Pessoa Privada de Liberdade (PNAISP)

A Portaria nº01GM/MS de 02 janeiro de 2014, institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional no âmbito do SUS,tendo como objetivo principal implantar equipes de saúde nas Unidades prisionais a fim de prestar uma assistência de saúde de qualidade a população privada de liberdade.

O Plano Operativo Estadual da PNAISP foi concluído e enviado ao Ministério da Saúde aguardando a aprovação pelo Departamento da Atenção Básica/MS.

Foi iniciado o processo de sensibilização de adesão à PNAISP dos gestores municipais que possuem Unidades Prisionais no estado de Sergipe, a saber: Aracaju 2(dois), Nossa Senhora do Socorro 2 (dois), São Cristóvão1 (hum), Areia Branca1 (hum), Nossa Senhora da Glória1 (hum) e Tobias Barreto 1 (hum).

Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPICS/SUS)

A PNPICS/SUS contempla sistemas médicos complexos e recursos terapêuticos, os quais são também denominados pela OMS de medicina tradicional e complementar/alternativa (MT/MCA). Envolve abordagens que buscam estimular os mecanismos naturais de prevenção de agravos e recuperação da saúde, com ênfase na escuta acolhedora, com visão ampliada do processo saúde-doença.

Em Sergipe, 15 (quinze) municípios desenvolvem através das Equipes de Saúde da Família as práticas integrativas e complementares como forma de cuidado, segundo avaliação externa do segundo ciclo do PMAQ: Aracaju 22 (vinte e dois), Barra dos Coqueiros 02 (dois) ,Boquim 01 (hum),Campo do Brito 05 (cinco), Carira 01 (hum), Cumbe 01 (hum), Itaporanga d'Ajuda 01(hum), Lagarto 01(hum), Poço Verde 02 (dois), Própria 01(hum),Riachão do Dantas 01(hum), Ribeirópolis 01 (hum) ,Simão Dias 02 (dois),Tobias Barreto 01 (hum).

Requalifica UBS

Requalifica UBS é um programa do MS, instituído em 2011, e tem como objetivo criar incentivo financeiro para a reforma, ampliação e construção de UBS, provendo condições adequadas para o trabalho em saúde, promovendo melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica. Envolve também ações que visam à informatização dos serviços e a qualificação da atenção à saúde desenvolvida pelos profissionais da equipe.

Os Apoiadores Regionais da Coordenação Estadual da Atenção Primária/SES auxiliam aos municípios quando domonitoramento. Todas as ações referentes ao Programa são efetuadas via SISMOB e Fundo Nacional de Saúde (FNS).

Análise dos Indicadores

De acordo com as orientações do MS, disponibilizadas no Caderno de Diretrizes Objetivas, Metas e Indicadores 2013 – 2015, foi definido um rol de indicadores serem utilizados nos instrumentos de planejamento do SUS e compõe o SISPACTO.

Para compor o Plano Estadual de Saúde 2016 – 2019, a SES/SE definiu os seguintes indicadores que são monitorados pela Coordenação da Atenção Básica/SES/SE (CAB/SES/SE) e pactuados no SISPACTO:

- a) Cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica
- b) Cobertura populacional estimada pelas equipes de Saúde Bucal
- c) Proporção de internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB)

a) Cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica

O indicador Cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica é pactuado anualmente pela gestão municipal e estadual tendo como meta aumentar a cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica.

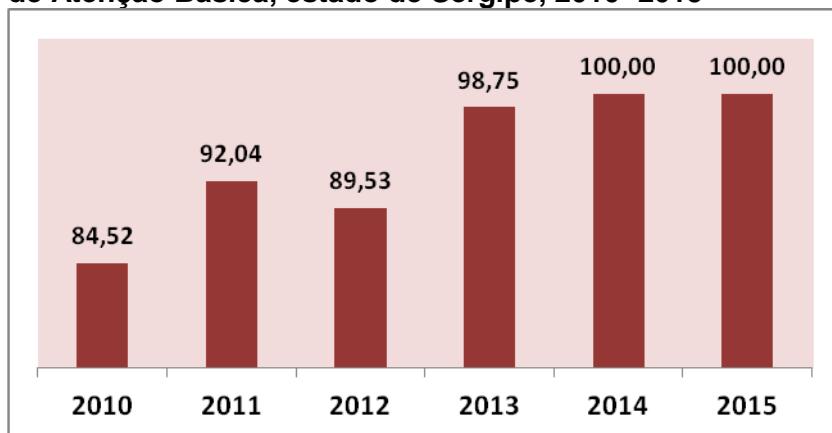
Sua relevância está na proposta da Atenção Básica de constituir-se a ordenadora do cuidado nos sistemas locorregionais de saúde, considerando sua centralidade no SUS.



GOVERNO DE SERGIPE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

De acordo com o Gráfico 8, houve um crescimento significante da Cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica entre os anos de 2010 a 2015, apresentando um resultado de 100% nos anos de 2014 e 2015. Isto significa que a população do estado de Sergipe tem 100% de cobertura da Assistência pelas equipes de Atenção Básica. Ressalta-se que este indicador inclui a carga horária dos médicos (clínicos, pediatras, ginecologistas/obstetras) que prestam assistência no território.

Gráfico 8. Cobertura Populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica, estado de Sergipe, 2010 -2015



Fonte: SCNES e DAB/MS, ref. outubro/2015.

b) Cobertura populacional estimada pelas equipes de Saúde Bucal

O indicador Cobertura populacional estimada pelas equipes de Saúde Bucal é pactuado anualmente pela gestão municipal e estadual tendo como meta aumentar a cobertura populacional estimada pelas equipes de Saúde Bucal.

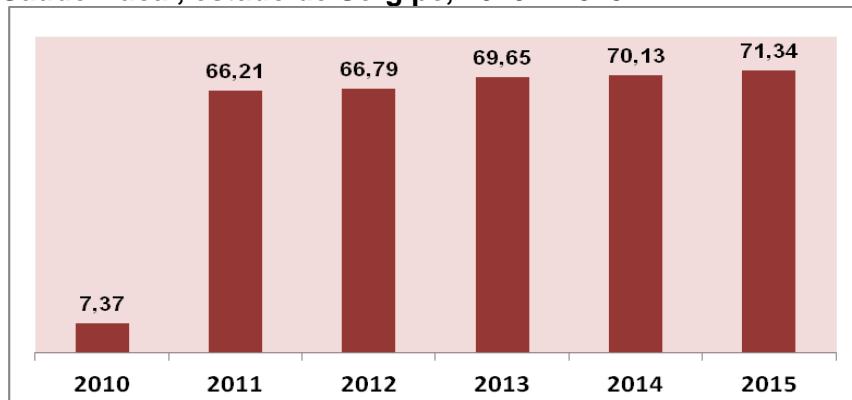
Ele mede a ampliação de acesso à saúde bucal pela população. A Fonte é o Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) de equipes da Saúde Bucal, de profissionais, especialidade, carga horária. O Monitoramento é quadrimestral e a avaliação é anual.

O Gráfico 9 evidencia que a cobertura de saúde bucal vem crescendo gradativamente. O resultado de 71,34% inclui a carga horária dos profissionais cirurgiões dentistas no setor público e das Equipes de Saúde Bucal. A Saúde Bucal pelas suas especificidades tem grandes dificuldades em ofertar uma assistência de



100% de cobertura para a população igualando a cobertura da Atenção Básica no Estado de Sergipe.

Gráfico 9. Cobertura populacional estimada pelas equipes de Saúde Bucal, estado de Sergipe, 2010 – 2015



Fonte: SCNES e DAB/MS, ref outubro/2015

c) Proporção de ICSAB (Internações por condições sensíveis à atenção básica ICSAB).

O indicador Proporção de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Básica (ICSAB) é pactuado anualmente pela gestão municipal e estadual tendo como meta reduzir o número de internações por causas sensíveis à Atenção Básica. Sua importância é avaliar a capacidade de resolução da Atenção Primária ao identificar causas de patologias (17 grupos de causas) possíveis de resolutividade na Atenção Primária, não sendo necessária a internação. É preciso levar em consideração toda uma conjuntura sócio-econômica, de saneamento básico, da estrutura da rede básica, etc.

A Fonte é o Sistema de Internação Hospitalar (SIH/SUS) e o CID10. Os Grupos de Causas (17) são: Doenças evitáveis por imunização e outras DIP, Gastrenterites infecciosas; Anemia; Deficiências Nutricionais; Infecção de Oído, Nariz e Garganta; Pneumonias Bacterianas; Asma; Bronquites; Hipertensão; Angina; Insuficiência Cardíaca; Diabetes Mellitus; Epilepsias; Infecção do rim e trato urinário; infecção da pele e tec. subcutâneo; Doença inflamatória dos órgãos pélvicos femininos e Síndrome da rubéola congênita. O monitoramento e a avaliação são anuais.

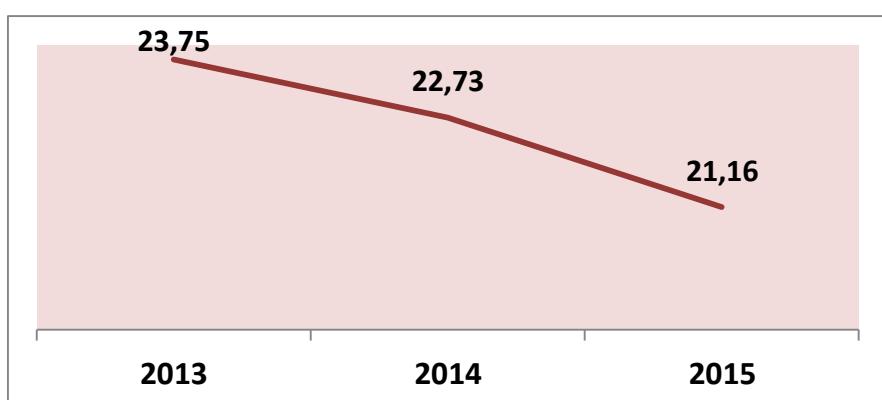


GOVERNO DE SERGIPE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Ressalta-se que este indicador foi modificado em 2013, por isso a série histórica apresentada é de 2013-2015.

De acordo com o gráfico 10, observa-se uma redução na proporção de Internações por Causas Sensíveis à Atenção Básica no estado de Sergipe, entre os anos de 2013 a 2015, apresentando uma redução de 2,59% apontando assim, a redução na internação de causas sensíveis à Atenção Básica.

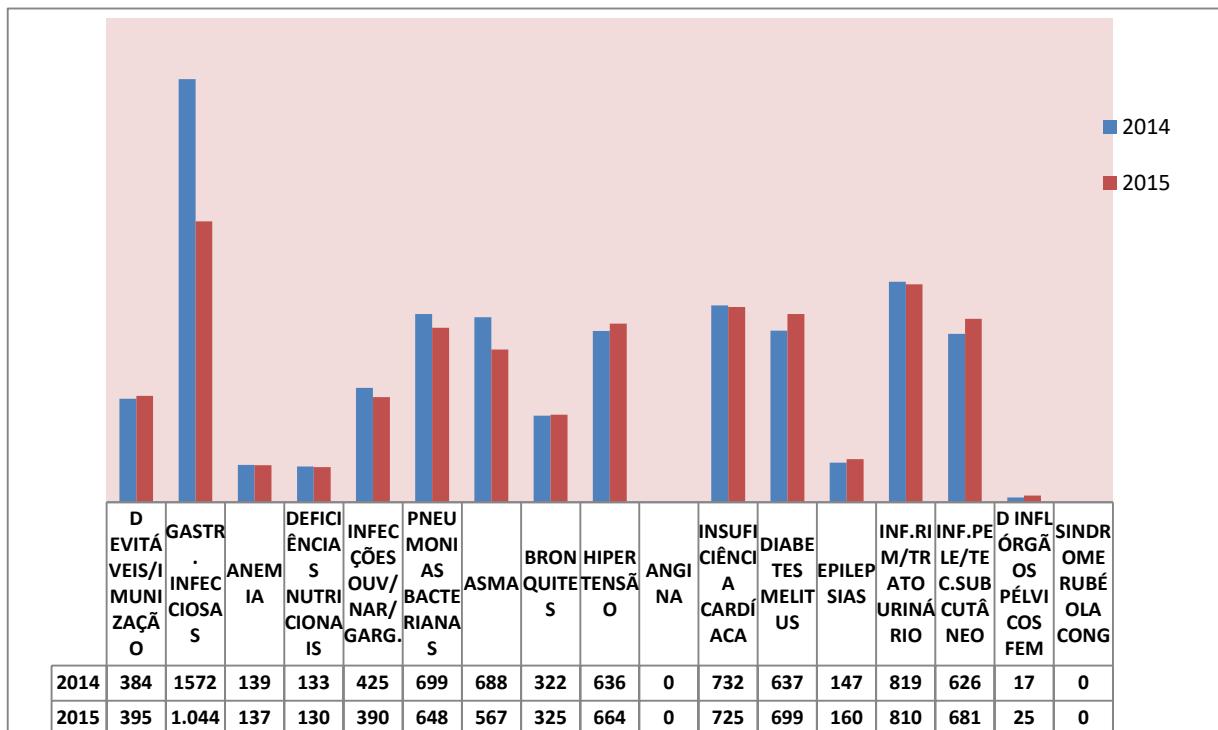
Gráfico 10. Proporção de internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB), Estado de Sergipe, 2013 - 2015



Fonte: SIH e CID10

O gráfico 11 demonstra que, no estado de Sergipe, entre 2014 e 2015, houve redução nas internações por Gastrenterites Infecciosas, Anemia, Deficiências Nutricionais, Infecções de Ouvido, Nariz e Garganta, Pneumonias Bacterianas, Asma, Insuficiência Cardíaca, Infecção Rim e Trato Urinário. O número de internamentos por Angina e Síndrome da Rubéola Congênita permaneceu zerado e ocorreu um aumento do número de internações em Doenças evitáveis por Imunização, Bronquites, Diabetes Mellitus, Infecção de Pele e Tecido Subcutâneo e Doenças Inflamatórias Pélvicas Femininas.

Gráfico 11. Nº de internamentos por ICSAB, Estado de Sergipe, 2014 – 2015



Fonte:SIH e CID10

• Atenção Secundária

A reestruturação do SUS, na perspectiva de rede de atenção à saúde, é uma estratégia de superação do modo fragmentado de operar a assistência e a gestão em saúde. No Brasil, o modelo de atenção à saúde vem sendo continuamente ajustado para o atendimento integral ao usuário, com inclusão e ampliação de serviços. Para seu desenvolvimento, busca-se horizontalidade nas relações entre pontos de atenção, que se encontram articulados, tanto para a recuperação da saúde quanto em medidas preventivas e de promoção.

Na rede de saúde, a atenção secundária é formada pelos serviços especializados em nível ambulatorial e hospitalar, com densidade tecnológica intermediária entre a atenção primária e a terciária, historicamente interpretada como procedimentos de média complexidade. Esse nível compreende serviços



GOVERNO DE SERGIPE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

médicos especializados, de apoio diagnóstico e terapêutico e atendimento de urgência e emergência.

O acesso às ações e a qualidade do cuidado oferecido aos cidadãos são princípios do sistema de saúde que refletem as práticas realizadas. Boas práticas consistem em um conjunto de técnicas, processos e atividades, entendidas como melhores para realizar determinada tarefa, consistente com os valores, objetivos, evidências da promoção da saúde e entendimento do ambiente no qual se desenvolve a prática. No âmbito dos programas e serviços de saúde, melhores práticas incluem, além da aplicação de conhecimento em situações e contextos específicos, sua realização com o emprego adequado de recursos para o alcance de resultados. Aliada à eficácia e à eficiência tecnológica, se junta a efetividade da prática, com o sentido de contribuir para o desenvolvimento e implementação de soluções adaptadas a problemas de saúde semelhantes em outras situações ou contextos.

A estrutura e organização das práticas de saúde na atenção secundária dizem respeito ao modo como estão estabelecidas as práticas de atenção à saúde, contemplando as políticas, princípios e normas que regem seu funcionamento.

Em Sergipe, o custeio das ações e serviços especializados se dá por meio de recursos financeiros transferidos do FNS para o Fundo Estadual de Saúde (FES), no bloco de financiamento da Média e Alta Complexidade (MAC), em conformidade com o que está pactuado pelo Estado de Sergipe e todos os Municípios Sergipanos por meio da Programação Pactuada e Integrada (PPI).

Os recursos financeiros da MAC, destinados ao financiamento dos procedimentos e custeio das ações de média e alta complexidade, não atendem, atualmente, às despesas para funcionamento dos Centros de Especialidades existentes, devido ao seu baixo valor, conforme a tabela SUS da MAC vigente.

Em Sergipe a Coordenação Estadual de Atenção Ambulatorial Especializada coordena três serviços que estão sob gerência direta da SES: Centro de Atenção à Saúde de Sergipe (CASE), Centro de Acolhimento e Diagnóstico por Imagem (CADI)



GOVERNO DE SERGIPE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

e o CAISM. Além de Induzir Políticas Públicas de Saúde voltadas área especializada, destacando-se:

- Programa Estadual de Triagem Neonatal;
- Programa Estadual de Alergia Alimentar ;
- Outras

Centro de Atenção à Saúde de Sergipe (CASE)

O CASE oferta:

- ✓ Acesso aos medicamentos do componente especializado da Assistência Farmacêutica no âmbito do SUS/ especializado / Portaria GM/MS 1554 / 2013, que contempla 335 tipos de medicamentos padronizados;
- ✓ Fórmulas alimentares para crianças com intolerância à lactose de 0 á 2(dois) anos de idade, que residem no estado de Sergipe e que atendam os critérios de avaliação pelo Núcleo e Alergia Alimentar, localizado no Hospital Universitário, telefone para agendamento, 79/2105-1708;
- ✓ Insulinas de alto custo após avaliação médica dos critérios de acesso;
- ✓ Atendimento a demandas judiciais, com elaboração de projetos básicos, aquisição, estoque e dispensação;
- ✓ Kits de Ostomias - Bolsas de Urostomia e Colostomia, amparados pela tabela do Sistema de Informação Ambulatorial (SIA/SUS) E Portarias de Órtese, Prótese e Meios Auxiliares de Locomoção: 1272/2013 e 2723/2014
- ✓ Órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção, amparados nas Portaria GM/MS nº 1.272/2013 e 2723/2014 da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência.

Centro de Acolhimento e Diagnóstico por Imagem (CADI)

O CADI, oferece exames de ressonância magnética RM's de alta complexidade sob regulação de acesso via Núcleo de Controle Auditoria Avaliação e Regulação (NUCAAR) para os 75 (setenta e cinco) municípios do Estado de Sergipe. São realizadas RM's de coluna lombar, cervical, ombros, joelhos, hipófise, sela turcica,



GOVERNO DE SERGIPE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

crânio e encéfalo, com e sem contraste e sem sedação, distribuídos da seguinte forma: 10 exames dia sendo 04 Ofertado e Regulado pelo NUCAAR, 01 para o Hospital de Cirurgia (Urgência) 01 Huse e 04 SES. Ressalto que o Huse e H. Cirurgia tem apenas 01 vaga, para cada um, por dia.

Centro de Atenção á Saúde Integral da Mulher (CAISM)

Este serviço é:

- ✓ Referência estadual para gestante em pré-natal de alto risco
- ✓ Referência estadual na prevenção e controle dos cânceres de colo uterino e de mama
- ✓ Referência estadual do monitoramento externo da qualidade em citopatologia;

E Oferta: Exames, consultas e procedimentos: Ultrasonografia, entre elas Doppler e Morfológica; Vídeo histeroscopia diagnóstica, com ou sem sedação; CAF (Cirurgias de Alta Freqüência) ; Punção Aspirativa por Agulha Fina e Grossa; Biópsias do Colo Útero; e Consultas especializadas: cardiologia, obstetrícia, mastologia, endocrinologia, ginecologia/Pré-Natal de Alto Risco, laboratório e outros , psicologia, além de atendimentos em enfermagem e serviço social.

Triagem Neonatal Biológica -Teste do Pezinho

A Triagem Neonatal Biológica é realizada através de testes capazes de detectar precocemente um grupo de doenças congênitas e hereditárias, geralmente assintomáticas no período neonatal.

A coleta de sangue deve ser realizada do 3º ao 5º dia de vida do bebê, nos postos de coletas distribuídos nos 75 municípios do Estado de Sergipe, bem como, nas maternidades e encaminhados ao Serviço de Referência de Triagem Neonatal no HU (SRTN-HU) pelas agências dos correios.

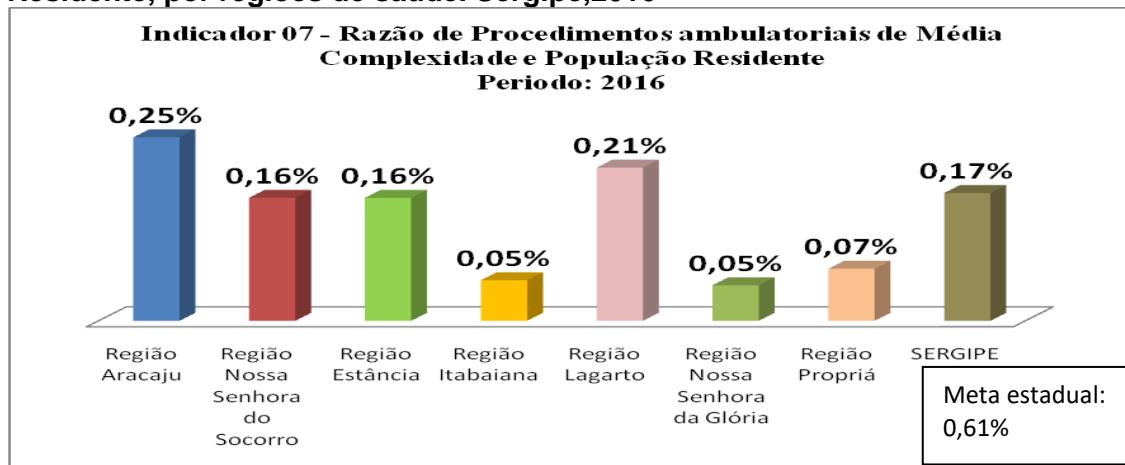
Os resultados saem em até 30 dias e são disponibilizados às unidades em que as coletas foram realizadas e, em casos positivos serão feitos contatos via assistente social do SRTN-HU para as unidades básicas de saúde, onde encaminharão os bebês para tratamento e acompanhamento específicos.



GOVERNO DE SERGIPE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

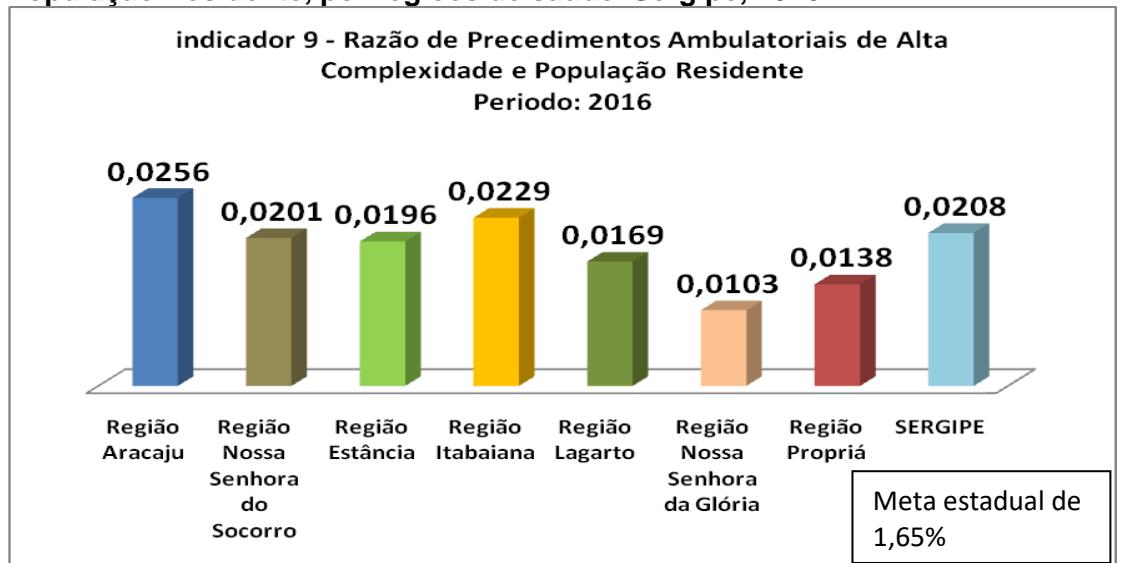
São indicadores de monitoramento e acompanhamento dos serviços ofertados de média e alta complexidade:

Gráfico 12. Razão de Procedimentos ambulatoriais de Média e População Residente, por regiões de saúde. Sergipe, 2016



Fonte: SI A/SUS

Gráfico 13. Razão de Procedimentos ambulatoriais de Alta Complexidade e População Residente, por regiões de saúde. Sergipe, 2016.



Fonte: SI A

• **Atenção Terciária**

A Atenção Terciária ou alta complexidade designa o conjunto de terapias e procedimentos de elevada especialização. Organiza também procedimentos que



GOVERNO DE SERGIPE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

envolvem alta tecnologia e/ou alto custo, como oncologia, cardiologia, parto de alto risco, traumato-ortopedia, neurocirurgia, dentre outros.

O papel dos hospitais é oferecer ao usuário do SUS atendimento de saúde especializado de média e alta complexidade, como cirurgias eletivas e tratamentos clínicos de acordo com cada especialidade. De acordo com a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP), no âmbito do SUS, “os hospitais são instituição complexas, com densidade tecnológica específica, de caráter multiprofissional e interdisciplinar, responsável pela assistência aos usuários com condições agudas ou crônicas, que apresentem potencial de estabilização e de complicações de seu estado de saúde”.

Estado de Sergipe a Atenção Terciária está estruturada de forma articulada e integrada a todas as Redes de Atenção à Saúde. Está composta por: 15 (quinze) Hospitais Locais, 06 (seis) Hospitais Regionais, 04 (quatro) Hospitais Horizontais, 03 (três) Hospitais Especializados, 08 (oito) Maternidades de Risco Habitual e 01 (uma) Maternidade de Alto Risco. Esses estabelecimentos estão localizados nas 07 (sete) Regiões de Saúde, estando a maior concentração na Região de Saúde de Aracaju, ou seja, onde existe a grande parte da população do Estado.

A população de Sergipe tem disponíveis, conforme dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) de março de 2016, 2.783 leitos hospitalares para atendimento ao SUS, sendo destes 241 leitos de Terapia Intensiva, distribuídos principalmente nos hospitais de maior adensamento tecnológico, como: 65 leitos de UTI adulto e 10 leitos de UTI Pediátricos no HUSE, 10 leitos de UTI adulto no Hospital Regional de Itabaiana, 10 leitos de UTI adulto no Hospital Regional de Lagarto, 34 leitos de Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal (UTIN) na Maternidade Nossa Senhora de Lourdes, 30 leitos de UTI adulto no Hospital Cirurgia e 10 leitos de UTI adulto, 07 leitos de UTI pediátrico e 30 leitos de UTIN no Hospital Santa Isabel.

O Estado de Sergipe possui neste nível de atenção a seguinte conformação:

HOSPITAIS LOCAIS: 15

Quadro 2. HOSPITAIS LOCAIS

HOSPITAIS LOCAIS	MUNICÍPIOS
São Luiz Gonzaga	Itabaianinha
Nosso Senhor dos Passos	São Cristovão
Haydée c I Santos	Canindé
São João de Deus	Laranjeiras
Caridade de Riachuelo	Riachuelo
Angélica Guimarães	Japoatá
Santa Cecília	Aquidaba
São Pedro de Alcântara	Capela
São Vicente de Paulo	Tobias Barreto
Neopolis	Neópolis
Hospital Zona Norte	Aracaju
Hospital Zona Sul	Aracaju
Hospital D. Caçula	Riachão do Dantas
Hospital N.S. da Conceição	Lagarto

Os hospitais locais são de gestão municipal, excetuando-se os de Tobias Barreto e Neópolis, que são de gestão da FHS/SES.

HOSPITAIS REGIONAIS: 06

Quadro 3 – HOSPITAIS REGIONAIS

UNIDADE	MUNICÍPIO	GESTÃO
Hospital Monsenhor Daltro	Lagarto	FHS
Hospital São Vicente de Paula	Propriá	FHS
Hospital Jessé de A. Fontes	Estancia	FHS
Hospital João Alves Filho	Glória	FHS
Hospital Dr. Pedro Garcia Moreno	Itabaiana	FHS
Hospital José Franco Sobrinho	Socorro	FHS

HOSPITAIS ESPECIALIZADOS: 02

Quadro 4 - HOSPITAIS ESPECIALIZADOS

UNIDADE	MUNICÍPIO	GESTÃO
HUSE	Aracaju	FHS/SES
Hospital cirurgia	Aracaju	SMS
Hospital Santa Isabel	Aracaju	SMS

HOSPITAIS HORIZONTAIS: 04

Quadro 5 - HOSPITAIS HORIZONTAIS

UNIDADE	MUNICÍPIO	GESTÃO
Hospital e Maternidade Sta. Isabel	Aracaju	SMS
Hospital Universitário	Aracaju	SMS
Hospital São José	Aracaju	SMS
Hospital Cirurgia	Aracaju	SMS

MATERNIDADES

Quadro 6 - MATERNIDADES

UNIDADE	MUNICÍPIO	GESTÃO
Mat. São José	Itabaiana	SMS
Mat. Zacarias Jr.	Lagarto	SMS
HRAM	Estâncio	SMS
Centro Ostétrico Leonor Barreto Franco	Capela	FHS/SES
Maternidade N. Senhora de Lurdes.	Aracaju	FHS/SES

OBS.: Os HR de Glória, Propriá e Socorro possuem porta aberta para a obstetrícia.

5.3. VIGILÂNCIA EM SAÚDE

• Vigilância Epidemiológica

Desde a implantação do SUS, o Sistema de Vigilância em Saúde vem passando por processos de reorganização operacional para adequar-se aos princípios da descentralização e de integralidade da atenção à saúde.

O Sistema Estadual de Vigilância em Saúde funciona como um modelo operado por entes autônomos, mas interdependentes, onde as obrigações, responsabilidades e financiamento para operacionalização da rede deverão ser firmados entre os entes públicos consensualmente para garantir a integralidade das ações no estado de Sergipe.

Como Política Estadual propõe-se a minimizar os danos e riscos e atender as necessidades de saúde da população, reduzindo a morbi-mortalidade, através de medidas que atuem sobre os fatores determinantes e condicionantes da saúde, levando ao controle, a eliminação e erradicação de doenças ou agravos.

Como Modelo de Atenção, a sua organização direciona as políticas públicas para atuarem de modo intra e intersetorial, propiciando a promoção, prevenção e a recuperação em torno de problemas e grupos populacionais estratificados por riscos. Essas ações devem ser executadas de modo integrado com a rede de Atenção Primária à Saúde, Ambulatorial Especializada e Hospitalar e Urgência.

Em Sergipe, o Sistema Estadual de Vigilância em Saúde tem como componentes a Vigilância Epidemiológica de Doenças Transmissíveis e dos fatores de riscos biológicos, o sistema de informações em Vigilância em Saúde, a Rede de Armazenamento e Distribuição de Imunobiológicos e um ponto focal para as Emergências em Saúde Pública e desenvolve as funções de notificação, investigação epidemiológica, investigação laboratorial, interpretação de dados e análise de informações, recomendações, medidas de controles e avaliação das ações executadas.



GOVERNO DE SERGIPE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

E tem como portas de entrada para a operacionalização do sistema às Clínicas de Saúde da Família e Unidade Básicas de Saúde, UPAS, Hospitais Públicos e Privados, Centro de Referência em Imunobiológicos Especiais, Núcleos de Vigilância Hospitalar, Comissões de Controle de Infecção Hospitalar, Comissões de Investigação de óbitos e Prontuários, Ambulatórios Especializados, SAMU, CAPS, Laboratórios de Saúde Pública, Centro de Hemoterapia de Sergipe (HEMOSE), Instituto Médico Legal (IML), Serviço de Verificação de Óbito (SVO), Cemitérios, Cartórios de Registro de Óbitos e nascimentos, Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), Vigilância Sanitária, Vigilância Ambiental e Saúde do Trabalhador.

No âmbito da Secretaria de Estado da Saúde o Sistema de Vigilância está estruturado pela Diretoria de Vigilância em Saúde abrangendo a Coordenação do Núcleo de Doenças Transmissíveis, Coordenação de Endemias, Coordenação de Doenças Imunopreveníveis e Imunização, Coordenação de Sistemas de Informação de Vigilância Epidemiológica e gerência de Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST/AIDS).

A Gestão do Sistema Estadual de Vigilância em Saúde é compartilhada pelo Estado e municípios e às atividades são pactuadas na CIE, tendo por base a rede de serviços e tecnologias disponíveis. Nos Programas e Protocolos das Doenças de Notificação Compulsória a exemplo de Tuberculose, Hanseníase, Doenças Imunopreveníveis e Imunização, Doenças de veiculação Hídrica, Alimentar e Sanguínea, Arboviroses e outras, estão definidos fluxos, clínica, diagnóstico, tratamento e medidas de controle. Seu principal objetivo é vigiar o território de sua abrangência pela análise permanente da situação de saúde da população e organização e execução de práticas de saúde adequadas ao enfrentamento dos problemas existentes. As ações devem transcender os espaços institucionalizados do sistema de serviços de saúde, expandindo-se a outros setores e órgãos de ação governamental e não governamental. Para o alcance dos seus objetivos de saúde deve ser condição obrigatória a integração entre a Vigilância Epidemiológica e as redes de Atenção à Saúde.

- **Vigilância Sanitária, Ambiental e Saúde do Trabalhador**

A Diretoria de Vigilância Sanitária (DIVISA) é composta por: Secretaria Executiva; Núcleo de Assuntos Jurídicos (NAJ); Núcleo de Informação em Vigilância Sanitária (NIVS); e, Núcleo de Vigipós e Gerenciamento de Risco Sanitário (NUVIG); Gerência de Educação, Planejamento e Apoio Institucional (GEPAI); Gerência de Medicamentos, Cosméticos e Saneantes (GMECS); Gerência de Serviços de Saúde (GSS); Gerência de Alimentos (GALIM); Gerência de Vigilância em Saúde Ambiental (GVSAM); Gerência de Vigilância em Saúde do Trabalhador (GVSAT); e, Centro de Informação e Análise toxicológica (CIATOX).

A atuação da DIVISA no cumprimento de sua missão não se limita apenas ao “Poder de Polícia”. A DIVISA deve buscar representatividade nas instâncias do SUS e órgãos afins; propiciar e investir na educação sanitária para formar cidadãos mais conscientes; contribuir para a ampliação ao acesso de produtos e serviços regulados pela vigilância sanitária; e, “Reducir o risco à saúde da população.”

Desenvolve ações de gerenciamento do risco sanitário tais como: análise técnica de projetos arquitetônicos, análise processual, atividades de inspeção e fiscalização, monitoramento e controle, coleta de amostras para análises laboratoriais, ações educativas, ações integrais e intersetoriais, atendimentos e denúncias, investigação com base epidemiológica e/ou indicadores de qualidade de vida, comunicação e divulgação de alertas sanitários e ambientais.

Em relação às ações quanto coordenação do sistema estadual de vigilância sanitária, realiza operações tais como: indução de políticas, assessoria aos municípios, monitoramento e avaliação - Pacto pela Saúde e a Programação das Ações de Vigilância Sanitária -, e capacitação das equipes do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS).

Em 2010 e 2011 apesar do Indicador 34 – Percentual de municípios com pactuação de ações estratégicas de vigilância sanitária –, não houve avanço em



GOVERNO DE SERGIPE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

relação ao número de pontuações na Programação das Ações de Vigilância Sanitária.

A evolução temporal das pontuações entre os municípios, o Estado e o Governo Federal se deu de forma gradativa em Sergipe. Inicialmente as Secretarias Municipais de Saúde apresentaram dificuldades para pactuarem as ações de vigilância, tendo em vista a precária estrutura organizacional que dispunham. A partir de 2012 essa tendência foi revertida e desde 2013 todos os municípios pactuam suas metas, muito embora a Vigilância Sanitária Estadual ainda atue em parceria com os municipais em alguns casos.

No contexto atual, onde o financiamento das ações de vigilância sanitária se dá de forma bipartite, com recursos oriundos do Tesouro Nacional e Municipais, a Diretoria de Vigilância reconhece que torna-se difícil avançar na descentralização das ações.

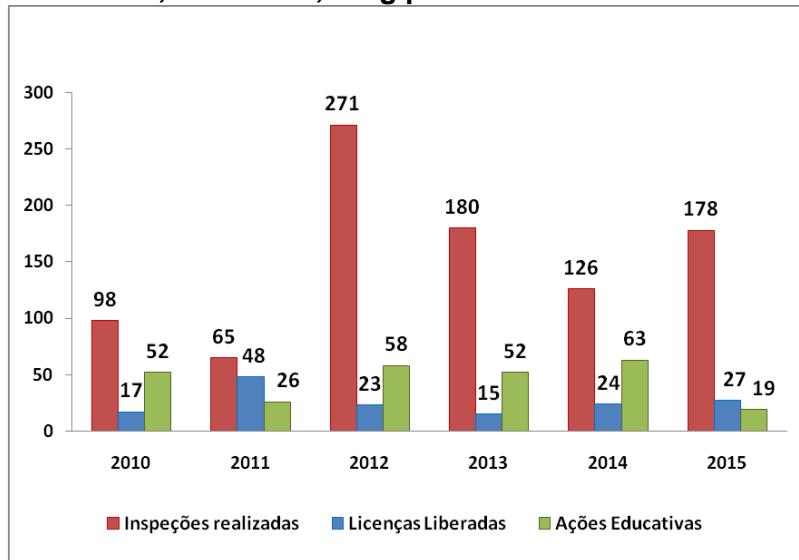
Quadro 7. Série histórica da pontuação de ações de Vigilância Sanitária. Sergipe, 2010 a 2015.

Ano	Nº municípios pactuados	% de pontuação no Estado	Instrumento de pontuação
2010	22	29,33	Pacto pela Saúde/SISPACTO,PAVS e Programação das Ações de VISA
2011	22	29,33	Pacto pela Saúde/SISPACTO,PAVS e Programação das Ações de VISA
2012	64	85,33	Pacto pela Saúde/SISPACTO,PAVS e Programação das Ações de VISA
2013	75	100,00	Pacto pela Saúde/SISPACTO,PAVS e Programação das Ações de VISA
2014	75	100,00	Pacto pela Saúde/SISPACTO,PAVS e Programação das Ações de VISA
2015	75	100,00	Pacto pela Saúde/SISPACTO,PAVS e Programação das Ações de VISA

Fonte: SISPACTO e Relatórios Anuais de Gestão – DIVISA/SES

GERÊNCIA DE ALIMENTOS - GALI

Gráfico 14. Série Histórica das Inspeções realizadas, Licenças liberadas e Ações Educativas executadas pela GALI/VISA, 2010-2015, Sergipe.



Fonte: Relatórios Anuais de Gestão – DIVISA/SES

As Ações educativas realizadas pela Gerência de alimentos tem se demonstrado constante, durante o decorrer dos anos, à exceção de 2011 e 2015. A queda na realização destas ações nestes períodos pode estar relacionada ao reduzido quadro técnico da equipe da Gerência de Alimentos e insuficiência dos materiais pedagógicos e de apoio para a realização destas atividades, o que comprometeu a programação anual.

Uma análise comparativa do ano de 2013 para 2014 mostra um decréscimo na quantidade de inspeções realizadas, justificado principalmente por conta das solicitações do Ministério Público e Vigilâncias Sanitárias Municipais e realização de diversas ações educativas e reuniões voltadas ao setor regulado. Entretanto, este quantitativo ainda é inferior ao observado em 2012, ano em que houve maior solicitação de ações pelo Ministério Público.



GOVERNO DE SERGIPE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Assim, reduziu-se o número de inspeções, dando foco à questão da educação sanitária, com promoção de palestras e atividades educativas para a população e setor regulado, como entrevistas, reuniões, treinamentos, e ações integrais entre a vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, garantindo, em 100% dos municípios, o cumprimento das normas sanitárias em ações básicas de alimentos (Boas Práticas), bem como a implementação em 14,66% (11 municípios), que equivale a 100% da meta, projetos voltados para promoção e prevenção da saúde da população relacionados a alimentos.

Em relação à liberação de licenças sanitárias, por sua vez, observa-se aumento expressivo em comparação ao ano de 2013. Esse fator está diretamente relacionado ao atendimento das legislações sanitárias e à resolução, dentro dos prazos estipulados, das não-conformidades identificadas nos estabelecimentos durante as inspeções. Considera-se, no entanto, que este quantitativo poderia ser maior, uma vez que um dos principais fatores de impedimento à liberação da licença sanitária é a falta de documentos, a exemplo da Licença do Órgão Ambiental e, principalmente, do Atestado de Regularidade do Corpo de Bombeiros, que são necessárias para liberação da licença da DIVISA. Desta forma, muitas empresas apresentam-se aptas a receberem a licença sanitária, mas não a possuem pelo fato do alvará estar condicionado à apresentação destes documentos.

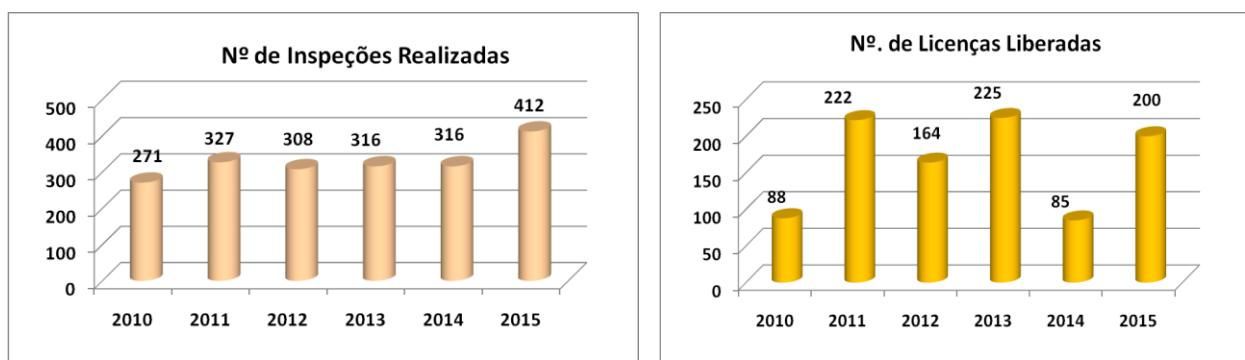
Por sua vez, em 2014, ampliou-se as ações de coleta de alimentos para monitoramento, de acordo com os programas específicos Programa de Análise de Resíduos de Agrotóxicos (PARA); Programa de Monitoramento de Aditivos e Contaminantes (PROMAC); Programa de Análise do Teor Nutricional (PATEN) e Centro Integrado de Monitoramento da Qualidade do Leite (C-QUALI Leite) a fim de atender a meta de promoção de 100% dos programas de monitoramento em alimentos. Os resultados obtidos demonstram que esta meta foi atingida, concluindo, em 2014, 100% das coletas de amostras objetivando o monitoramento dos teores de sódio, agentes toxicológicos e agrotóxicos nos alimentos.

Outro fator contribuinte foi a realização dos cursos de capacitação dos fiscais de vigilância sanitária municipais, possibilitando-os assumir atividades reguladoras que antes faziam parte das ações da coordenação da gerência de alimentos

estadual, como inspeções em restaurantes, supermercados, entre outras, dentro das pactuações. Entretanto, esta ação é contínua, visto que há grande rotatividade entre os fiscais sanitários dentro dos municípios, o que requer acompanhamento constante. Dessa forma, a GALI tem procurado exercer suas atividades em caráter de orientação e assessoria, assumindo, em termos de fiscalização, apenas o que as VISAS municipais não possuem condições de realizar.

GERÊNCIA DE MEDICAMENTOS, COSMÉTICOS E SANEANTES – GMECS

Gráficos 15 e 16 – Série Histórica do Quantitativo das Inspeções Sanitárias e o Nº de Licenças Sanitárias concedidas pela GMECS/VISA,2010-2015



Fonte: Relatórios Anuais de Gestão – DIVISA/SES

Os gráficos acima refletem o quantitativo de Inspeções Sanitárias realizadas no período que compreende 2010 a 2015 e o número de Licenças Sanitárias concedidas respectivamente para o período.

No primeiro gráfico verifica-se um número discreto e crescente no que tange às ações de Inspeção Sanitária em todas as atividades alvo de fiscalização desta gerência: farmácias, drogarias, postos de medicamentos, distribuidoras e cosméticos e saneantes. Em 2010 houve 271 inspeções, com aumento em 2011 para 327 inspeções. 2012 com 308 inspeções e uma alteração para 316 em 2013. 2014 com 316 inspeções e uma alteração para 412 em 2015.

Destaca-se um aumento significativo destas ações, principalmente no período entre 2014 a 2015, onde em 2014 foram realizadas 316 inspeções e em 2015 houve 412. Estes dados resultam de vários fatores: Aumento do número de



GOVERNO DE SERGIPE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

estabelecimentos de comércio de medicamentos, aumento do número de inspeções e crescente cumprimento destes estabelecimentos à Legislação Sanitária.

Para alcançarmos este objetivo e consequente cumprimento das metas, a GMECS, em 2014, firmou parceria com a Universidade Federal de Sergipe que, através da contratação de estagiários, permitiu que o aumento do número de funcionários fosse benéfico para intensificar as atividades gerenciais que são as relacionadas ao controle do processo de trabalho e compreendem a organização, o planejamento e/ ou a programação, avaliação e supervisão das atividades internas e monitoramento do número de estabelecimentos cuja Licença Sanitária é concedida pela Divisão de Vigilância Sanitária Estadual.

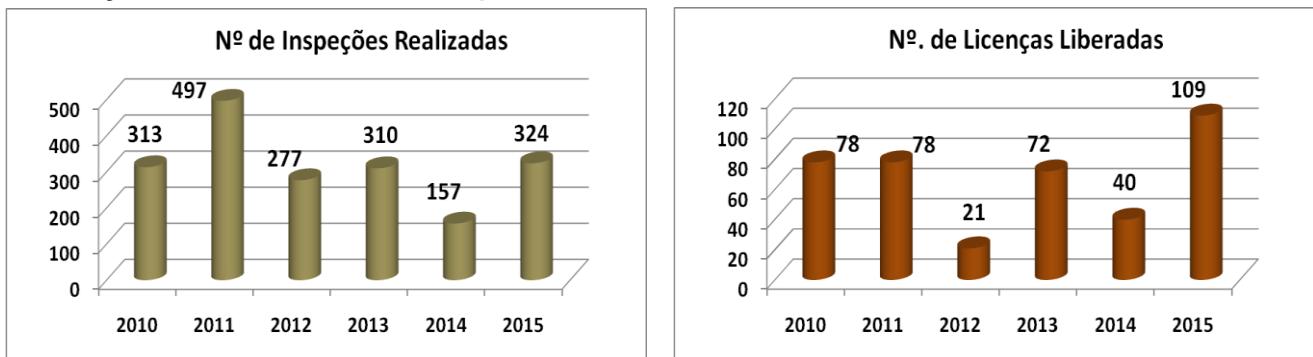
Outra ação importante foi a verificação “in loco” do cumprimento da Deliberação 109/2013, que aprova os municípios aptos a assumirem as ações do Elenco Norteador II. Na questão da municipalização há que considerar a complexidade das ações de vigilância, que dependem do maior ou menor grau de dificuldade de execução pelo município, seja por falta de profissional habilitado, seja por constante mudança no quadro de funcionário das visas municipais, dentre outros fatores. Desta forma, a DIVISA ainda permanece assumindo grande parte das ações dentro do estado.

O segundo gráfico reflete o número de Licenças Sanitárias concedidas somando em 2010, 88 licenças, para 222 licenças em 2011. Em 2012, houve 164 licenças concedidas com aumento para 225 em 2013. Merece destacar o decréscimo importante em 2014, com apenas 85 licenças e aumento de concessões de Licenças Sanitárias em 2015, totalizando 200 estabelecimentos licenciados.

Um fator que contribuiu para a intensificação das ações de comércio de medicamentos foi a parceria com o Conselho Regional de Farmácia (CRF/SE), Conselho Federal de Farmácia (CFF) que, a partir de 2015, passou a enviar para esta instituição, a relação atualizada de estabelecimentos irregulares e que, por estarem nesta situação, não estavam cadastrados no Sistema de Informação de Vigilância Sanitária (SINAVISA) e, portanto tornavam-se invisíveis ao sistema de Vigilância Sanitária.

GERÊNCIA DE SERVIÇOS DE SAÚDE – GSS

Gráficos 17 e 18 – Série Histórica do Quantitativo das Inspeções Sanitárias e o Nº de Licenças Sanitárias concedidas pela GSS/VISA,2010-2015



Fonte: Relatórios Anuais de Gestão – DIVISA/SES

Os gráficos 25 e 26 demonstram o quantitativo de Inspeções Realizadas e Licenças Sanitárias liberadas, no período de 2010 a 2015. E, requer uma análise situacional do monitoramento dos serviços de saúde, de acordo com as diretrizes do elenco norteador das ações pactuadas nos planos de Vigilância Sanitária.

Portanto, observe-se que, de modo geral, os gráficos revelam que há uma proporcionalidade entre o número de Licenças Sanitárias liberadas e o número de inspeções realizadas.

Todavia, da análise dos resultados desses índices, estabelecida anualmente, durante 05 (cinco) anos, há fatores que influenciaram o aumento e declive da curva gráfica e que devem ser apreciados, como fonte de conhecimento, para garantir maior eficiência do Planeja SUS.

O número de inspeções realizadas, em 2010, transcorreu com normalidade. No entanto, este ano, foi marcado pelo início da execução do Plano de Ação, com reuniões entre gestores e técnicos e disseminação dos casos da gripe H1N1, conhecida como gripe suína, que ocasionou considerável impacto nas ações de Vigilância Sanitária.

Em 2011, houve um aumento do número de inspeções em Estabelecimentos Assistenciais de Saúde, ainda com foco no desenvolvimento de ações voltadas para



GOVERNO DE SERGIPE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

a prevenção da pandemia supramencionada. Além da priorização das inspeções nos serviços da Hemorrede.

A Gerência de Serviços de Saúde, em 2012, teve suas ações prioritárias voltadas para a rede de laboratórios de análises clínicas e para os laboratórios analíticos de acordo com as Resoluções da Diretoria Colegiada (RDC's) 11 e 12/2012. Houve redução do número de inspeções, considerando grande fluxo de reuniões e redução do número de técnicos capacitados para atuar nesta área.

O ano 2013 foi marcado por inspeções em áreas de coletas externas para serviços de transfusão sanguínea e principalmente para ações com enfoque na Segurança do Paciente, conforme RESOLUÇÃO - RDC Nº 36, de 25 de julho de 2013. A quantidade de reuniões e capacitações, neste sentido, superou o número de licenças sanitárias liberadas, em detrimento da necessidade de adequação dos serviços.

As demandas oriundas do Ministério Público, as reuniões e treinamentos direcionados ao atendimento da Nota Técnica nº 03/2014, que trata da Prevenção e Controle do vírus Ebola, provocaram um declínio do número de inspeções, em 2014, dando lugar a oficinas e capacitações na área de educação continuada; bem como a suspensão das análises físico-químicas e microbiológicas da água, pelo Instituto Parreiras Horta.

O número de inspeções e licenças sanitárias liberadas foi aumentado consideravelmente em 2015, e permaneceu estável, sendo superado apenas pelas inspeções realizadas em 2011. É o que demonstra a ilustração gráfica e atentando-se para o fato das atuais ações em combate ao Aedes aegypti, que teve início em 2015.

Com efeito, percebe-se claramente, que o aumento ou declínio do número de inspeções está diretamente ligado as questões prioritárias, de acordo com a estratificação de risco e alguns surtos evidenciados na área de serviços de saúde; além das demandas do Ministério Público, que estabelecem prazo para cumprimento e fragiliza a realização das metas pactuadas; sem olvidar, do

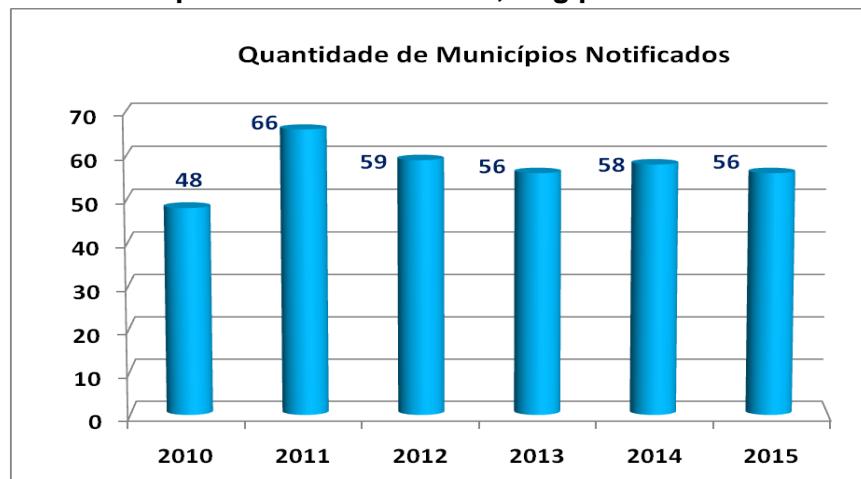
atendimento a denúncias que nem sempre, se constituem de veracidade em suas informações.

• **Vigilância em Saúde do Trabalhador**

O Indicador da Saúde do Trabalhador é considerado Universal e representa a proporção de municípios com casos de doenças ou agravos relacionados ao trabalho notificados.

Com o escopo de subsidiar a construção do próximo Plano Estadual de Saúde, versão 2016/2019, estamos apresentando para análise, uma série histórica das Notificações de acidentes e doenças relacionadas ao trabalho no período de 2010 a 2015, tendo como fonte dos eventos os municípios de residência.

Gráfico 19. Série Histórica do Total de municípios notificados das Notificações de acidentes e doenças relacionadas ao trabalho no período de 2010 a 2015, Sergipe.

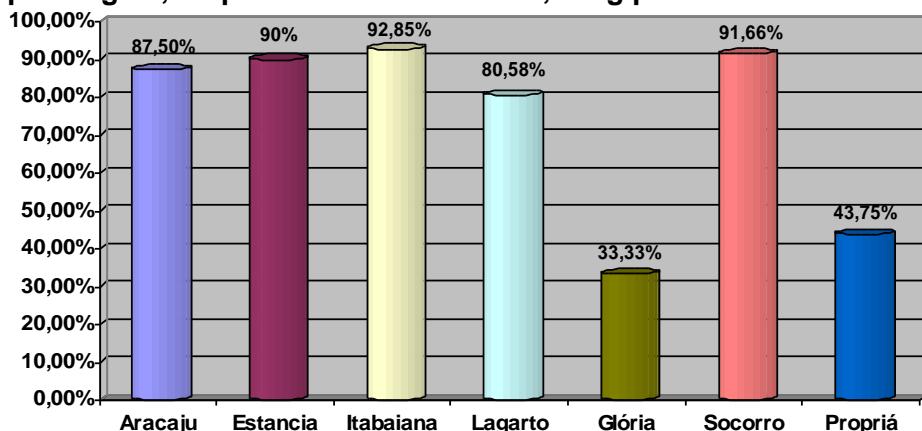


Fonte: SINANNET/DVS/SES



GOVERNO DE SERGIPE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Gráfico 20. Percentual de Municípios com Agravos Notificados por Região, no período de 2010 a 2015, Sergipe.



Fonte: SINANNET/DVS/SES

Com o olhar voltado para a planilha abaixo e o gráfico 28, que representa a quantidade de municípios notificados com doenças e agravos relacionados ao trabalho, visualizamos um crescimento positivo no ano de 2011, que coincidiu com o inicio das capacitações realizadas no período em epígrafe. Nos demais anos elencados observamos um equilíbrio que representa 74% dos nossos municípios com registros de Notificações.

É pertinente esclarecer que a Meta nacional prevista é de que 80% dos municípios devem apresentar registro de notificações de doenças e agravos relacionados ao trabalho. Pela média do período analisado, o nosso estado alcançou uma marca bem próxima da nacional.



GOVERNO DE SERGIPE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

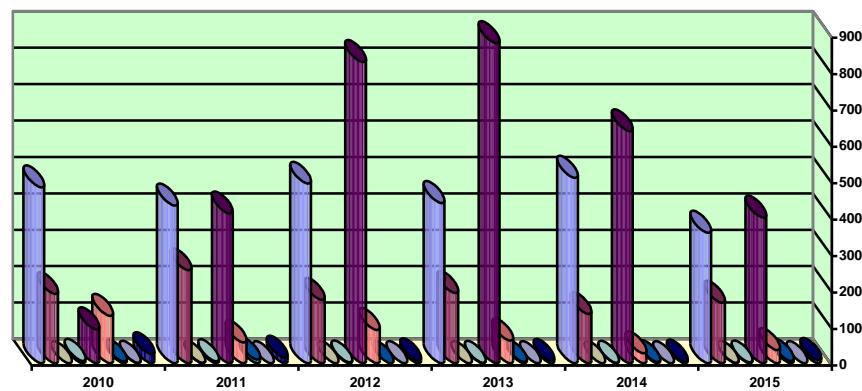
Quadro 8. Quantidade de Agravos notificados X Ano

Agravos Saúde Trabalhador	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Total
Acidente Trabalho c/Exposição a Material Biológico	483	433	493	440	509	358	2.716
Acidente de Trabalho Grave	190	255	174	193	135	166	1.113
Câncer Relacionado ao Trabalho	0	1	0	0	0	1	2
Dermatoses Ocupacionais	6	5	2	1	1	2	17
Intoxicações Exógenas	93	411	827	879	637	400	3.247
LER DORT	130	57	91	62	27	36	403
PAIR	4	10	0	3	3	6	26
Pneumoconioses	1	0	0	0	0	0	1
Transtorno Mental	25	15	8	6	4	9	67
Total	932	1.187	1.595	1.584	1.316	978	7.592

Fonte: Sinan NET

Gráfico 21. Número de Notificações relacionadas a saúde do trabalhador, por grupo de causa/ano, 2010-2015, Sergipe.

Notificações relacionadas à saúde do trabalhador, por grupo de causa, por ano, no período de 2010 a 2015, em Sergipe.

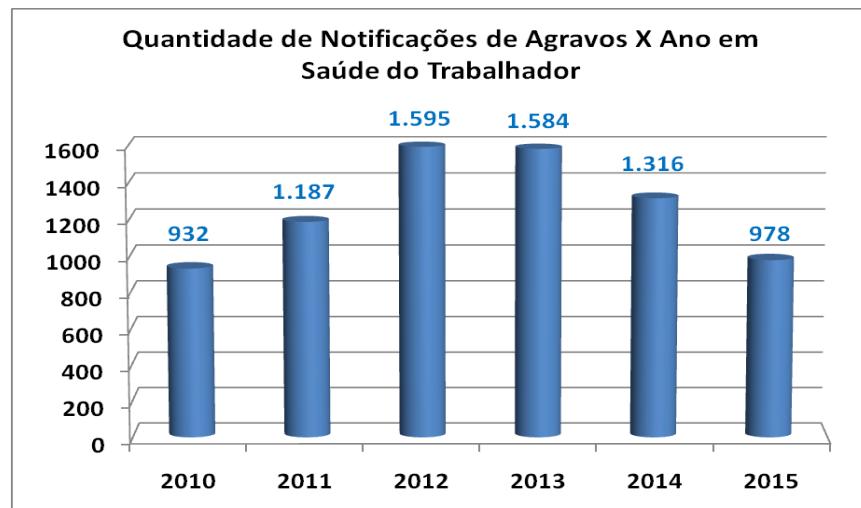


- | | |
|------------------------------------------------------|------------------------------|
| ■ Acidente Trabalho c/Exposição a Material Biológico | ■ Acidente de Trabalho Grave |
| ■ Câncer Relacionado ao Trabalho | ■ Dermatoses Ocupacionais |
| ■ Intoxicações Exógenas | ■ LER DORT |
| ■ PAIR | ■ Pneumoconioses |
| ■ Transtorno Mental | |

Fonte: SINANNET/DVS/SES



Gráfico 22. Notificações relacionadas à saúde do trabalhador, por ano, no período de 2010 a 2015, em Sergipe.



Fonte: SINANNET/DVS/SES

À luz das planilhas geradas a partir de registros no SINAN Net e dos gráficos em tela, podemos visualizar que houve um crescimento vertical no período 2010 a 2012, motivado pela inserção do Indicador da saúde do trabalhador nas pontuações realizadas através do instrumento SISPACTO, como também, pela ação educativa através das capacitações dos protocolos de capacidade diferenciada de atenção integral à saúde do trabalhador, realizadas por esta Gerência em parceria com entes intra e interinstitucional, envolvidos no processo da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora.

Com o advento do conhecimento agregado pelos atores de saúde, que operam o sistema, a tabela de registro e o gráfico alhures, nos indica uma queda das Notificações, na segunda metade da série, representada pelo período de 2013 a 2015, deixando claro, que estamos na direção certa, qual seja: o levantamento dos dados, a socialização do conhecimento e o monitoramento, certamente são parâmetros propulsores para aplicação das ações de enfrentamento da Política Nacional de Saúde do trabalhador e da trabalhadora.

No entanto, não podemos descartar a possibilidade da sub-notificação, inerente a qualquer sistema de registro o que nos motiva para intensificar o controle através do monitoramento.



GOVERNO DE SERGIPE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

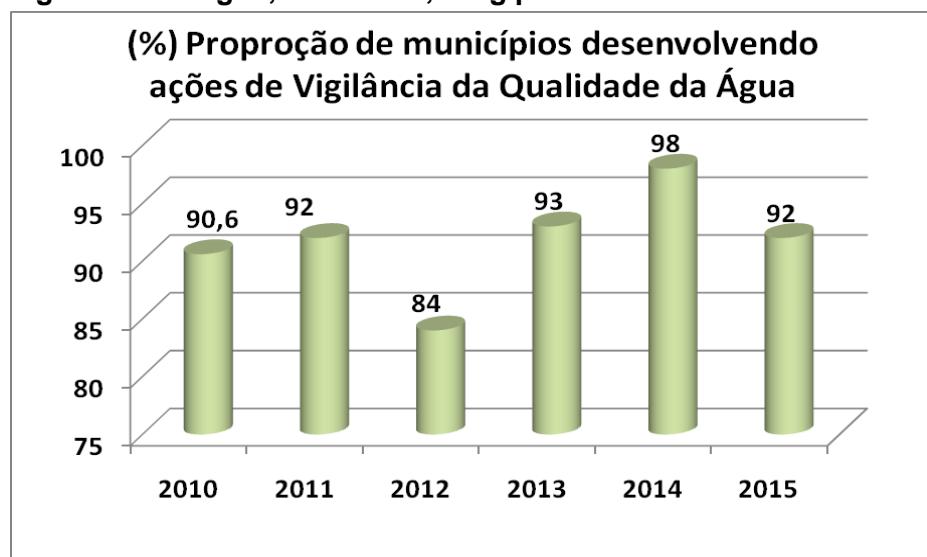
Quanto ao crescimento vertical das notificações exógenas, foram motivadas pela retirada da relação dos agravos ocupacionais registrados em rede sentinelas e inseridas na relação de notificações compulsórias de ordem geral, caracterizadas por Intoxicações com substâncias químicas, incluindo agrotóxicos, gases tóxicos e metais pesados, perdendo, por conseguinte, a característica de um agravio de cunho exclusivamente ocupacional, por se verificar também, que existe registros de Intoxicações voluntárias.

• **Vigilância em Saúde Ambiental**

Conforme definições da Portaria MS nº 2.914/2011, as ações de Vigilância da Qualidade da Água para consumo Humano (VIGIAGUA) - são de competência municipal. A GVSAM vem intensificando a descentralização destas ações. No período de 2010 a 2015, percebe-se uma evolução constante no número de municípios que executam, pelo menos, alguma ação prevista no programa (cadastro das formas de abastecimento e alimentação do sistema com informações de controle e vigilância). Em 2012, devido à implantação do Sistema Gerenciador de Ambiente Laboratorial (GAL) pelo Laboratório Central (LACEN), houveram problemas na transferência dos resultados laboratoriais disponíveis no GAL para o Sistema de Informação de Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano (SISAGUA). Assim, alguns municípios tiveram a alimentação do sistema prejudicada, reduzindo assim este indicador. Nos anos de 2014 e 2015, quase 100% dos municípios executaram as ações de vigilância da qualidade da água. Somente o município de Itabi permanece resistente à implantação das ações.



Gráfico 23. Proporção de municípios desenvolvendo ações de Vigilância da Água, 2010-2015, Sergipe.

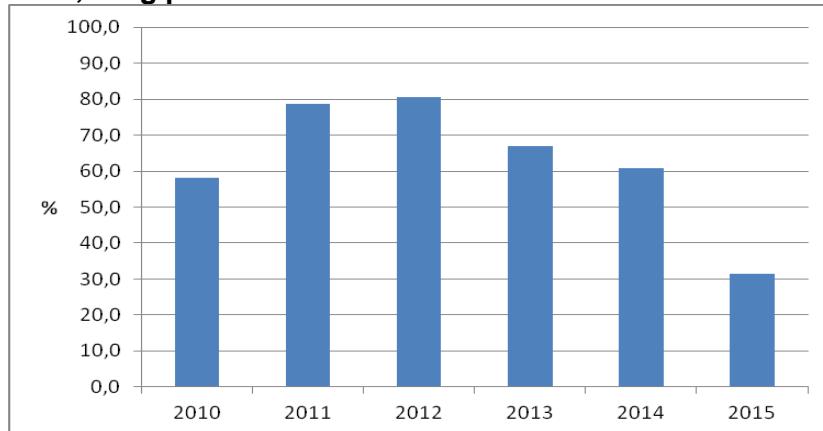


Fonte: Sistema de Informação de Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano DATASUS

Apesar da evolução observada na série histórica deste indicador, evidente no gráfico 24, verifica-se um pico de elevação nas análises realizadas no ano de 2012 e um decréscimo a partir de 2013. Este comportamento pode ser atribuído a duas causas principais: a mudança de versão do SISAGUA, ocorrida em 2014 e as constantes paralisações do laboratório. A mudança de versão do sistema ocorreu de forma tardia pelo nível federal, impedindo que os dados fossem inseridos na versão antiga. Como a assimilação da nova versão não ocorreu de forma imediata pelos técnicos municipais, muitos dados deixaram de ser digitados em 2014.

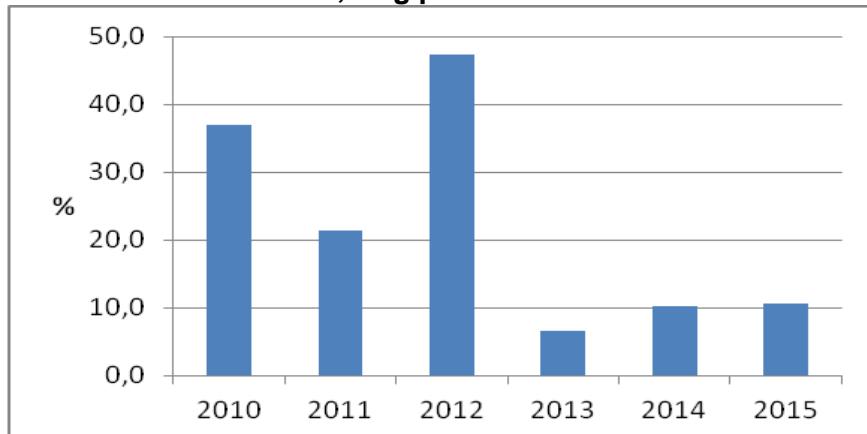
Quanto ao monitoramento da qualidade da água, por meio da análise dos coliformes totais, gráfico 24, de acordo com a Diretriz Nacional do Plano de Amostragem, que inclui o grupo de bactérias de contaminação fecal, - cuja detecção subsidia ações de vigilância da qualidade da água para consumo humano, destacam-se ainda 5 municípios cuja dificuldade na execução das ações de VIGIAGUA estende-se durante todo o período (2010 a 2015) e cuja a média do indicador está abaixo de 20%. Percebe-se que apesar de a maioria dos municípios sergipanos estarem realizando mais de 50% do número de amostras determinado em relação ao parâmetro coliformes totais, ainda há muito para avançar para qualificar este monitoramento.

Gráfico 24. Proporção de análises realizadas em amostras de água para consumo humano quanto aos parâmetros coliformes totais, cloro residual livre e turbidez.2010-2015, Sergipe.



Fonte: SISAGUA/MS

Gráfico 25. Proporção de análises realizadas em amostras de água para consumo humano quanto ao parâmetro cloro residual livre.2010-2015,Sergipe.



Fonte: SISAGUA/MS

Poluição Atmosférica

Implantação de unidades sentinela como parte das ações do Programa de Vigilância de Populações Expostas aos Poluentes Atmosféricos (VIGIAR).

A Vigilância de Populações Expostas aos Poluentes Atmosféricos (VIGIAR), tem por objetivo promover a saúde da população exposta aos poluentes atmosféricos, com prioridade para regiões onde existam atividades de natureza



GOVERNO DE SERGIPE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

econômica ou social que gerem poluição atmosférica de modo a caracterizar um fator de risco para as populações expostas em áreas metropolitanas e industriais.

A ferramenta utilizada para coleta e análise de indicadores ambientais é o Instrumento de Identificação de Municípios de Risco (IIMR). Em 2015 foram preenchidos os IIMR's dos 75 municípios do Estado. O IIMR permite a análise de 22 variáveis, que incluem também dados de saúde da população, como óbitos e agravos respiratórios. As principais fontes de informação são: Ministério do Trabalho e Emprego. Programa de Disseminação de Estatísticas do Trabalho (PDET)/ Relação Anual de Informações Sociais (RAIS); Departamento Nacional de Trânsito (DENATRAN); Instituto Nacional de Pesquisas Espaciais (INPE); Sistema de Informação do Sistema Único de Saúde (DATASUS).

Na análise sobre a notificação de casos das variáveis taxa de mortalidade e morbidade por agravos do aparelho respiratório, indicadores de saúde sensíveis à variação da qualidade do ar, verificou-se que nas faixas etárias < 5 anos e > 60 anos, no período de 2011 a 2013, houve uma baixa notificação dos casos (28%), o que implica numa baixa representatividade destes dados no período. Contudo, merecem destaque o município de Santa Rosa de Lima, com uma taxa de 36,47 para morbidade em menores de 5 anos e os municípios de Estância e Cumbe, com taxa de morbidade em maiores de 60 anos, de 17,95 e 10,59, respectivamente. A variável mortalidade tem como destaque os municípios de Canhoba e Pedra Mole, com taxas de 12,2 e 9,1, respectivamente.

Populações Expostas a Agrotóxicos

Implantação da Vigilância em Saúde de Populações Expostas a Agrotóxicos.

A situação da exposição humana a agrotóxicos representa um importante problema de saúde pública, para o qual o setor saúde vem buscando definir e implementar ações voltadas para vigilância em saúde. As intervenções sobre o problema são, em alguns aspectos, reconhecidas como de difícil implantação por transcender a capacidade de resolução do setor saúde, devido ao seu caráter interinstitucional.



GOVERNO DE SERGIPE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Os gastos mundiais com agrotóxicos crescem continuamente. O Brasil se destaca no cenário mundial como o maior consumidor de agrotóxicos, respondendo, na América Latina, por 86% dos produtos. Do total de agrotóxicos consumidos no Brasil, 58% são herbicidas, 21% inseticidas, 12%, fungicidas, 3% acaricidas e 7% outros.

Em 2011, os estados que mais consumiram agrotóxicos foram: São Paulo (346.079,2 t), Mato Grosso (132.478,3 t), Paraná (112.507,5 t), Minas Gerais (86.516,3 t), Rio Grande do Sul (71.772,9 t), Goiás (62.398,8 t) e Mato Grosso do Sul (50.609,7 t) e os que menos consumiram foram Roraima (512,3 t), Amazonas (168,1 t) e Amapá (98,7 t). O Estado Sergipe consumiu em 2011, 1.538,9 toneladas de agrotóxicos (**Quadro 9**).

Quadro 9. Consumo de agrotóxicos por Unidade da Federação, 2007 a 2011.

Região / UF	2007	2008	2009	2010	2011
BRASIL (BR)	629.767.563	820.991.122	855.432.856	1.055.574.677	1.035.996.134
NORTE (N)	16.469.201	10.992.248	11.768.025	27.544.571	19.671.384
Rondônia (RO)	2.925.628	3.441.686	4.219.528	5.546.739	5.570.961
Acre (AC)	124.395	481.232	329.298	470.395	781.035
Amazonas (AM)	236.891	92.561	281.597	129.866	168.126
Roraima (RR)	8.470.882	276.142	131.551	204.786	512.257
Para (PA)	2.922.701	3.332.606	3.393.041	5.106.476	6.694.563
Amapá (AP)	65.650	96.020	106.016	93.730	98.682
Tocantins (TO)	1.723.055	3.272.001	3.306.994	15.992.578	5.845.759
NORDESTE (NE)	51.263.795	63.676.391	79.211.884	84.019.193	92.987.412
Maranhão (MA)	5.422.803	6.524.047	8.483.540	11.557.810	12.940.785
Piauí (PI)	2.270.434	3.005.192	3.853.784	6.574.051	7.209.654
Ceará (CE)	13.002.519	14.128.496	23.642.022	9.270.314	13.511.920
Rio Grande do Norte (RN)	552.735	798.308	540.130	635.668	733.205
Paraíba (PB)	378.477	613.139	631.523	604.157	798.509
Pernambuco (PE)	4.207.145	5.449.887	4.578.035	5.356.086	5.443.499
Alagoas (AL)	2.191.448	2.609.076	2.390.530	3.420.018	3.688.719
Sergipe (SE)	471.270	694.204	840.508	1.245.899	1.538.902
Bahia (BA)	22.766.964	29.854.042	34.251.813	45.355.190	47.122.219

Fonte:Agrofit/MAPA - <http://www.agricultura.gov.br/servicos-e-sistemas/sistemas/agrofit> / VISAM/SES

A gerência de vigilância em saúde ambiental implantou em 2014 o programa de monitoramento de resíduos de agrotóxicos em água para consumo humano e desde então tem realizado coletas nos sistemas de abastecimento de água dos municípios sergipanos.



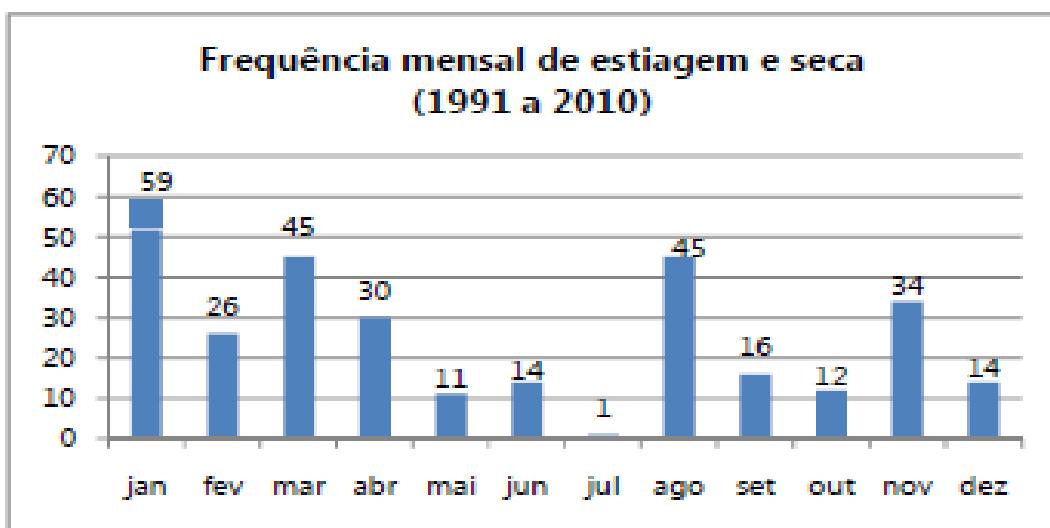
Gestão dos riscos associados aos desastres

Implantação do Plano de Prevenção, Preparação e Resposta para a gestão dos riscos associados aos desastres de vigilância em saúde ambiental relacionado aos desastres.

O Estado de Sergipe sofre regularmente eventos climáticos extremos, mais recorrentes em algumas áreas, destacando-se três tipos: as chuvas intensas (que provocam enchentes, inundações, enxurradas, alagamentos e deslizamentos de terra), as estiagens prolongadas e secas (que provocam grandes perdas na agropecuária e impactos no acesso das populações humanas ao recurso hídrico de qualidade) (Gráfico 26).

Os dados atualmente existentes, entretanto, ainda não permitem correlações consistentes entre esses eventos e a situação de saúde das populações atingidas.

Gráfico 26. Frequência mensal de estiagem e seca em Sergipe, 1991 a 2010.



Fonte: GVSAM/DIVISA/SES



- **Controle de infecção relacionada a assistência à saúde e segurança do paciente.**

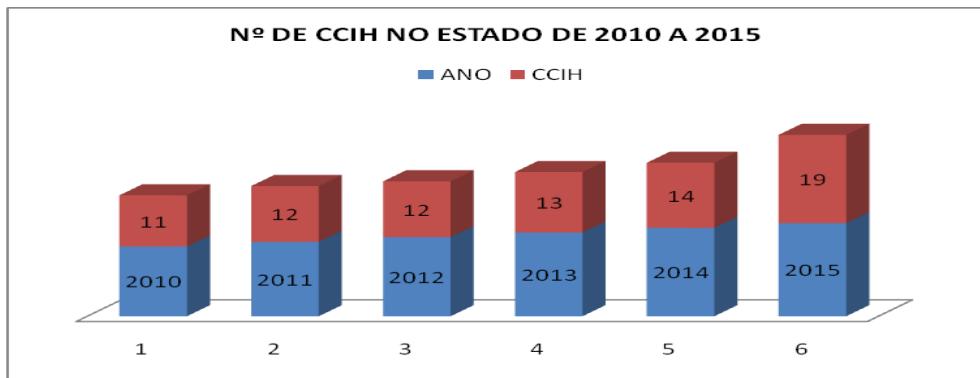
Instituição das CCIHS no estado de Sergipe

O controle de Infecção no Estado de Sergipe é relativamente novo. Apesar de existir um trabalho sendo realizado no Estado desde o ano 2000, apenas em 2013 o Estado nomeou a Coordenação Estadual de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde (CECIRAS).

Em 2010 a ANVISA tornou obrigatória a notificação das Infecções Primárias da Corrente Sanguínea (IPCS) em hospitais com 10 ou mais leitos de UTI. No mesmo ano no Estado de Sergipe, apenas 11 hospitais possuíam Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), passando para 12, 13, 14 e 19 CCIH em 2011 e 2012, 2013, 2014 e em 2015 respectivamente. Atualmente já temos 100% das CCIH constituídas na capital e estamos trabalhando também para atingir 100% dos Hospitais do interior com CCIH. Os requisitos preenchidos para a obrigatoriedade da existência de CCIH e das notificações de Infecção são: Ter leito de UTI, realizar cirurgias com próteses mamaria e realizar parto cesáreo. De 2010 a 2015, podemos ver no gráfico abaixo que houve aumento relevante do número de CCIH no Estado, isso mostra que melhoramos muito nas ações de prevenção e controle das infecções hospitalares, objetivo principal destas Comissões. Continuamos evoluindo e realizando um trabalho que impacta na redução de risco na qualidade da assistência e maior segurança para o paciente.



GOVERNO DE SERGIPE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
Gráfico 27. Número de CCIH, 2010-2015, Sergipe.

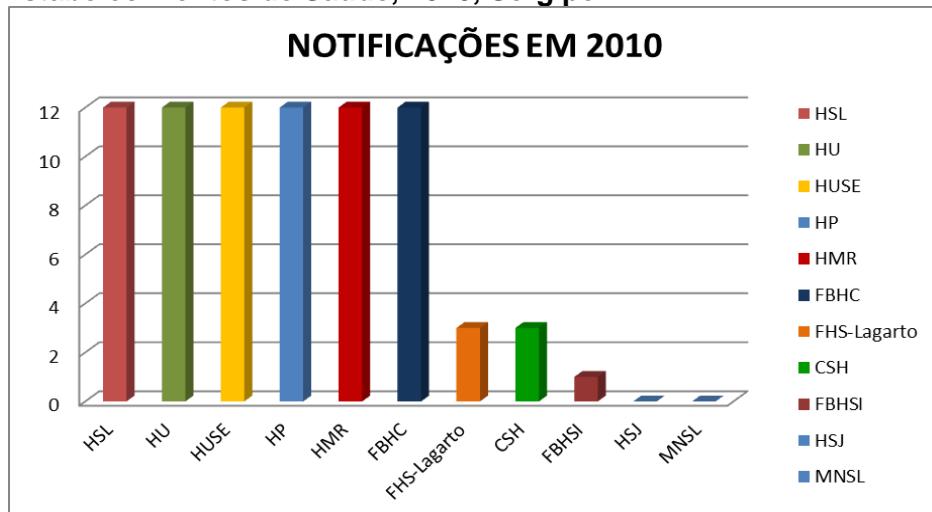


Fonte: Relatórios Anuais de Gestão – DIVISA/SES e FORMSUS/MS

Número de hospitais realizando notificações de infecção hospitalar no estado de Sergipe

Em 2010, das 11 CCIHs existentes, apenas 81,8% (9/12) realizavam notificações das IH. Sendo que apenas seis realizaram notificação em 100% dos meses.

Gráfico 28. Notificações de Infecções Hospitalares, segundo Estabelecimentos de Saúde, 2010, Sergipe.



Fonte: Relatórios Anuais de Gestão – DIVISA/SES e FORMSUS/MS

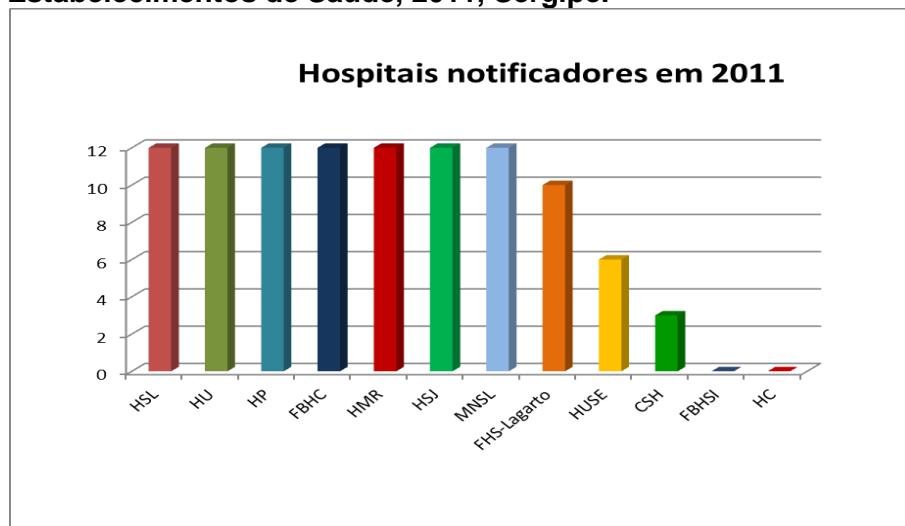


GOVERNO DE SERGIPE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Numero de hospitais realizando notificações de infecção hospitalar no estado de Sergipe em 2011

Em 2011 existiam 12 CCIH e apenas 7 realizaram notificação em 100% dos meses, um notificou 83,3% (10/12), um hospital notificou 50% dos meses (6/12), um apenas (25% dos meses (3/12) e dois não notificaram.

Gráfico 29. Notificações de Infecções Hospitalares, segundo Estabelecimentos de Saúde, 2011, Sergipe.



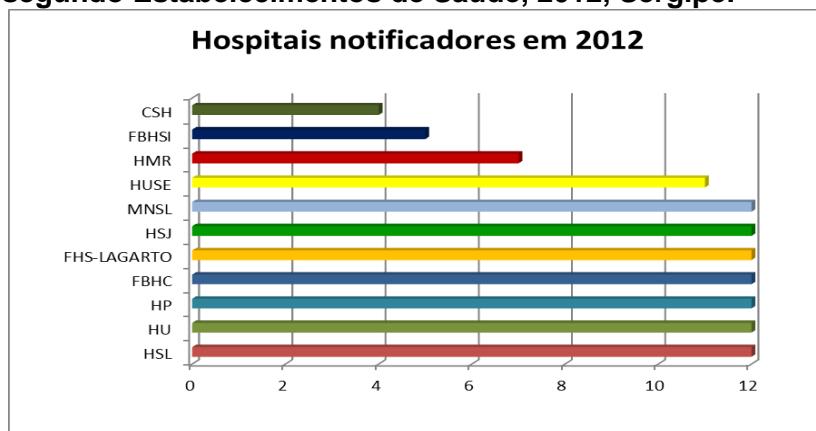
Fonte: Relatórios Anuais de Gestão – DIVISA/SES e FORMSUS/MS

Se compararmos o gráfico de 2010 com o de 2011, podemos ver que houve um progresso, tanto no numero de CCIH quanto no número de notificações. Esta evolução pode parecer pequena, mas se tratando do controle de infecção é uma conquista favorável porque temos mais unidades realizando trabalho de prevenção e controle de infecção e seguramente salvando vidas.

Numero de hospitais realizando notificações de infecção hospitalar no estado de Sergipe em 2012

Em 2012 continuamos evoluindo. Apesar de continuarmos com sete CCIHs que notificaram 100% (12/12), os outros hospitais aumentaram o numero de meses notificados. Um hospital notificou 91,6% (11/12), um notificou 58,3% (7/12), um notificou 41,6% (5/12) e um hospital notificou apenas 33,3% (4/12).

Gráfico 30. Notificações de Infecções Hospitalares, segundo Estabelecimentos de Saúde, 2012, Sergipe.

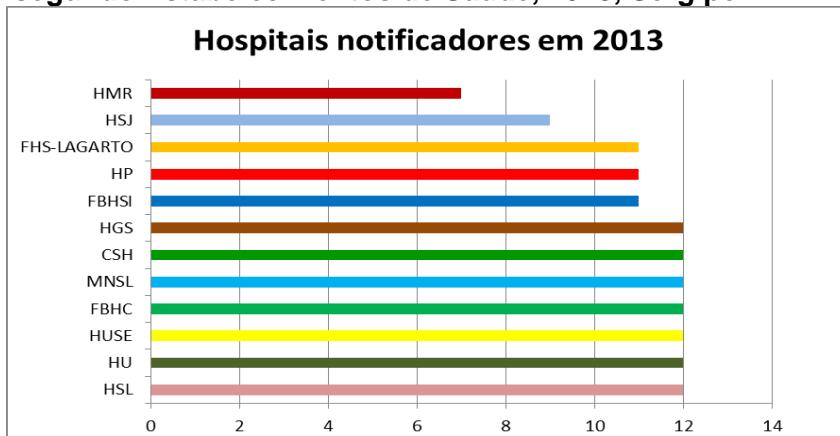


Fonte: Relatórios Anuais de Gestão – DIVISA/SES e FORMSUS/MS

Numero de hospitais realizando notificações de infecção hospitalar no estado de Sergipe em 2013.

Em 2013 evoluímos um pouco mais, já são 13 hospitais com CCIH sendo, 12 destas na capital e conquistamos o primeiro hospital regional no interior com CCIH. Ainda 7 realizaram notificação em 100% dos meses (12/12), com destaque para as maternidades de Aracaju que notificaram 100% dos meses. Três hospitais notificaram 91,6% (11/12), um notificou 75% (9/12) dos meses e um notificou apenas 58,3% (7/12).

Gráfico 31. Notificações de Infecções Hospitalares, segundo Estabelecimentos de Saúde, 2013, Sergipe.

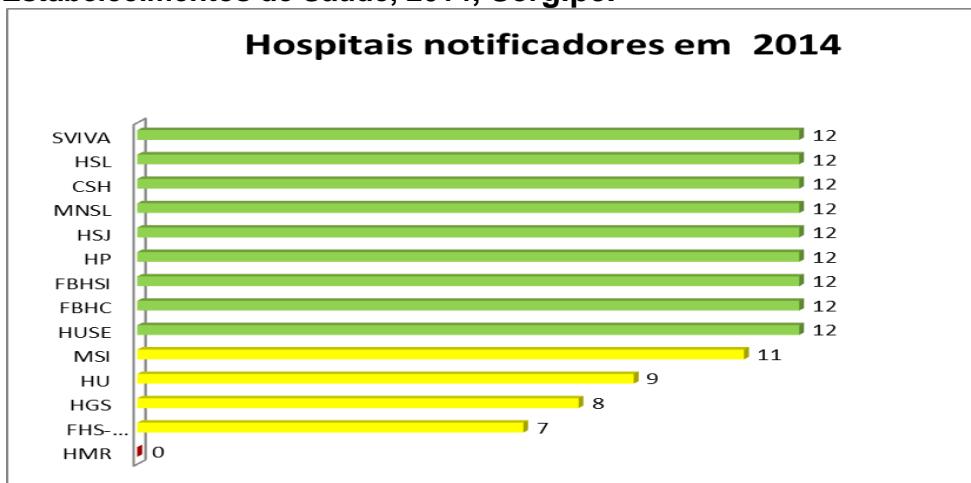


Fonte: Relatórios Anuais de Gestão – DIVISA/SES e FORMSUS/MS

Numero de hospitais realizando notificações de infecção hospitalar no estado de Sergipe em 2014

Já são 14 hospitais com CCIH, sendo que 75% dos hospitais notificaram 100% dos meses (9/12), um notificou 91,6% (11/12), um notificou 75% dos meses (9/12), um notificou 66,6%,(8/12) um notificou 58,3% dos meses (7/12) e apenas um não notificou.

Gráfico 32. Notificações de Infecções Hospitalares, segundo Estabelecimentos de Saúde, 2014, Sergipe.



Fonte: Relatórios Anuais de Gestão – DIVISA/SES e FORMSUS/MS

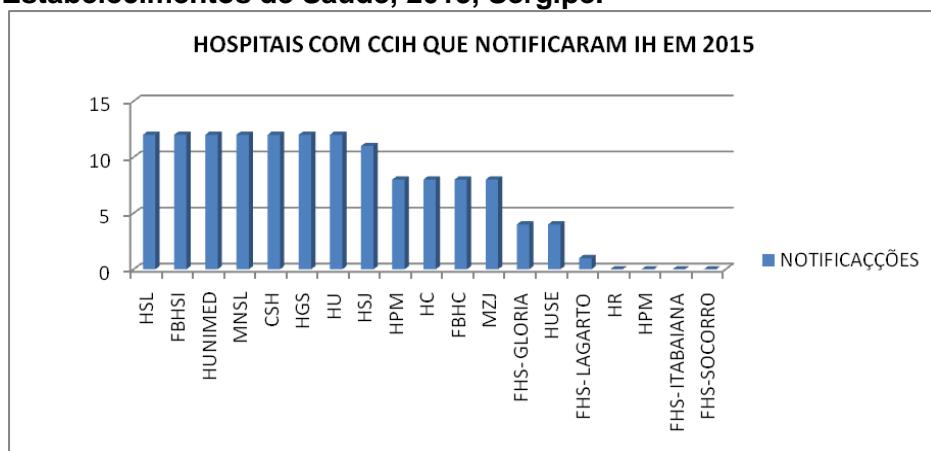
Número de hospitais realizando notificações de infecção hospitalar no estado de Sergipe em 2015

Em 2015 nosso foco foi maior na constituição das CCIH e na educação continuada. Já somam 19 CCIH constituídas e 14 hospitais notificando as IH. Tivemos alguns surtos de microrganismos multi resistentes no estado, com medidas de contenção de surto sendo instituídas. Iniciamos uma nova forma de assessoria técnica através de WhatsApp que nos permite informações e resolutividade em menor tempo, desta forma, facilitando a interação das CCIHs e a CECIRAS.



GOVERNO DE SERGIPE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Gráfico 33. Notificações de Infecções Hospitalares, segundo Estabelecimentos de Saúde, 2015, Sergipe.



Fonte: Relatórios Anuais de Gestão – DIVISA/SES e FORMSUS/MS

Em 2016 a nossa meta será de 100% das notificações dos hospitais com CCIH e continuaremos nos empenhando para constituir CCIH nos hospitais que preenchem os requisitos para monitoramento dos indicadores de IH.

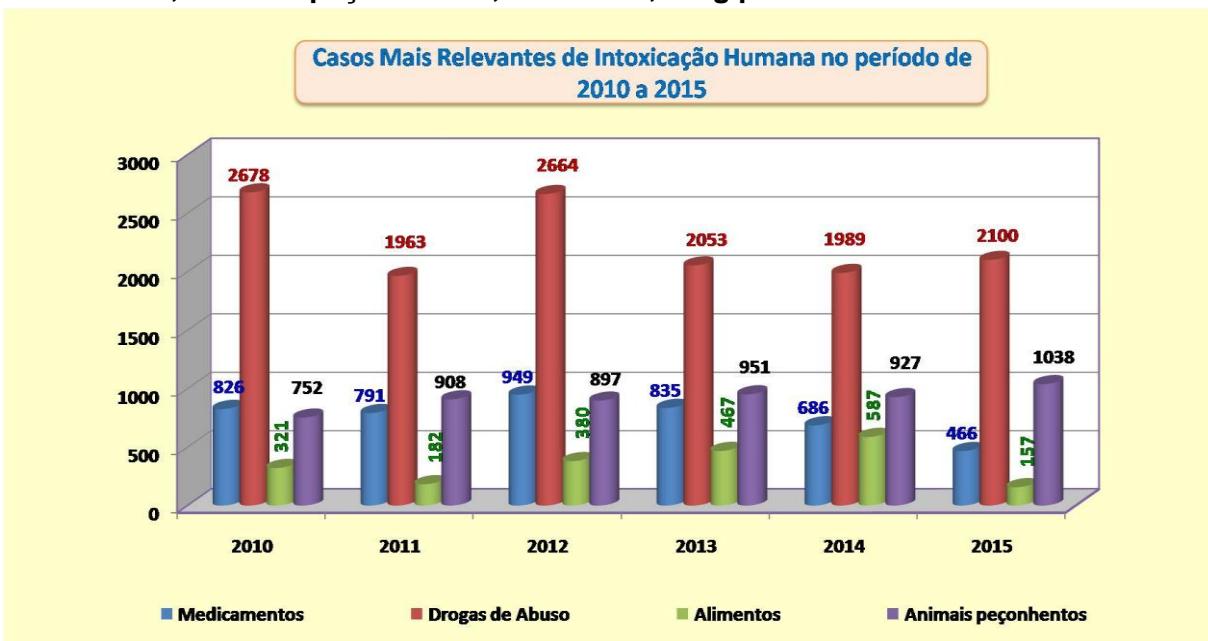
- Centro de informação e assistência toxicológica (CIATOX)**

O gráfico mostra que o agente tóxico responsável pelo maior número de casos de intoxicação humana registrados no CIATOX/SE são as drogas de abuso, seguido pelos acidentes com animais peçonhentos e medicamentos. Esses dados diferem dos registrados por outros Centros de Informação no país, onde os agentes mais frequentes são os medicamentos, seguido pelos acidentes com animais peçonhentos. Essa situação pode ser decorrente do fato da maioria dos CIATs/CEATOXs não notificarem os casos de intoxicação por drogas de abuso.

Os animais peçonhentos constituem o segundo maior registro de casos notificados, provavelmente devido à notificação obrigatória pelo Programa Nacional de Controle de Acidentes por Animais Peçonhentos, sendo dentre eles os escorpiões responsáveis pelo maior número de casos notificados.



Gráfico 34. Casos mais relevantes de Intoxicação Humana por Medicamentos, Alimentos, Animais peçonhentos, 2010-2015, Sergipe.



Fonte: Relatórios Anuais de Gestão – DIVISA/SES

O CIATOX disponibiliza, durante os plantões de 24 horas 7 dias por semana, informações e orientações quando solicitadas pelo médico e ou profissional de saúde como proceder nos eventos intoxicações e acidentes com animais peçonhentos. Orientando-os quanto aos procedimentos e condutas a serem tomadas no atendimento ao paciente desses agravos à saúde. Para tanto é utilizados várias bases de dados e protocolos padronizados pelo Ministério da Saúde.

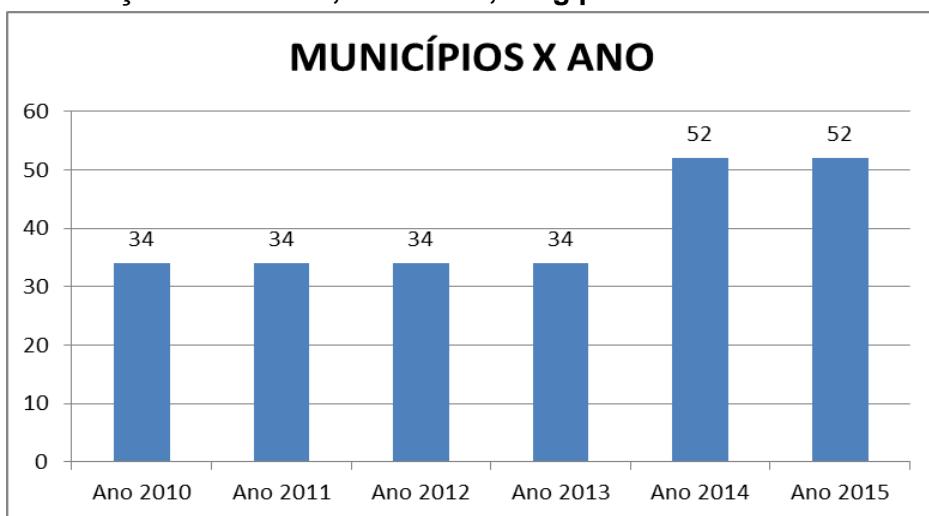
Realização de buscas ativas no PS do HUSE e unidades hospitalares de Aracaju, o funcionário se dirige aos OS e transcreve os dados do paciente do prontuário para ficha de notificação do CIATOX, após essa coleta, é realizado a produção de dados epidemiológicos nas intoxicações e acidentes com animais peçonhentos, onde faz-se o consolidado mensal, trimestral e anualmente, utilizando as planilhas do Sistema Nacional de Informações Tóxico-Farmacológicas (SINITOX).

Alimentação de dados ao SINITOX e notificação das autoridades sanitárias que compõem o sistema de regulação da ANVISA e Vigilâncias Ambiental, Epidemiológica e Sanitária.

- **Núcleo de informação em Vigilância Sanitária**

O Indicador do Núcleo de Informação leva em consideração os dados de acesso do SINAVISA para monitorar o fluxo de ações de vigilância sanitária dos 75 municípios do estado, esta ação resulta na elaboração de atividades da Diretoria de Vigilância Sanitária para desenvolver, assessorar e promover ações conjuntas.

Gráfico 35. Número de municípios que alimentavam o sistema de informações SINAVISA, 2010-2015, Sergipe.



Fonte: Relatórios Anuais de Gestão – DIVISA/SES e FORMSUS/MS

Visualiza-se que houve um crescimento vertical no período 2014 a 2015, motivado pela reestruturação do Núcleo de Informação em Vigilância Sanitária, definindo um Gestor Estadual de Sistemas de Informação em Vigilância Sanitária, que vem atuando em ações educativas através de capacitações realizadas presencialmente nos municípios periodicamente, prestando suporte remoto e realizando estudos no desenvolvimento de novas ferramentas em Grupo de Trabalho do SNVS, realizado mensalmente na sede da Anvisa em Brasília.



5.4 COMPLEXO DE REGULAÇÃO

A Regulação do Acesso operacionalizada pelo gestor público tem sido direcionada à promoção dos princípios da **equidade** e da **integralidade** do cuidado, seja por meio do controle sobre o fluxo da demanda por assistência à saúde em todas as Unidades prestadoras de serviços ou pelo redimensionamento da oferta, diminuição ou expansão, de acordo com as necessidades da população.

Para garantir a **integralidade** do acesso são necessárias operações de mudanças na produção do cuidado a partir da rede básica, secundária, da atenção à urgência bem como na atenção hospitalar, integrando todos os recursos disponíveis no Sistema de Saúde por meio de fluxos direcionados de forma singular e guiados pelo projeto terapêutico do usuário, para serem capazes de garantir o acesso seguro às tecnologias necessárias à sua assistência e ao restabelecimento de sua autonomia. Portanto, além de contribuir na otimização dos recursos de saúde existentes, a regulação do acesso busca a qualidade da ação por meio da resolubilidade, a resposta adequada aos problemas clínicos e a satisfação do usuário.

Atualmente, na grande maioria dos municípios brasileiros, as vagas hospitalares costumam ser preenchidas sem considerar a gravidade do paciente. Os leitos, em alguns casos, são disponibilizados com base em influências pessoais e vários estabelecimentos de saúde recebem diretamente pacientes procedentes de outros municípios por meio de encaminhamentos diretos entre profissionais e serviços, comprometendo a capacidade de atender sua população e a programação estabelecida com os outros municípios.

Deve ficar claro que a regulação de acesso é um conjunto de relações, saberes, tecnologias e ações dirigidas aos serviços públicos e ou privados, gerentes e profissionais de saúde e que são utilizadas para ordenar, orientar, intermediar e definir o acesso dos usuários aos serviços de saúde a partir de suas necessidades.



GOVERNO DE SERGIPE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Complexos Reguladores são estruturas que congregam um conjunto de ações da regulação do acesso à assistência, de maneira articulada e integrada, buscando adequar a oferta de serviços de saúde à demanda que mais se aproxima das reais necessidades de saúde da população. Assim, a constituição de Complexos Reguladores permite, aos gestores, articular e integrar os dispositivos de regulação do acesso como centrais de internação, centrais de consultas e exames, protocolos assistenciais com outras ações da regulação da atenção à saúde como contratação, controle assistencial e avaliação, e com outras funções da gestão como a programação e a regionalização. É o instrumento que permite absorver toda a assistência em uma estrutura de regulação, pois produz dados que estão relacionados com a resolubilidade real e não burocrática do sistema. Regular a oferta e a demanda por meio de Complexos Reguladores possibilita, portanto, a organização das ações de regulação do acesso de forma inteligente, no sentido de garantir a integralidade das ações de atenção à saúde, com qualidade e equidade.

O Complexo Regulatório de Saúde é formado por cinco (05) Centrais a saber:

- Central de Regulação de Leitos
- Central de Regulação de Urgências
- Central de Regulação Ambulatorial Especializada
- Central de Regulação do SRIHA
- Central de Regulação de Transplantes

• **Centrais de Regulação**

A Central de Regulação de internação é uma estrutura que compreende toda a ação-meio do processo regulatório, ou seja, é o local que recebe as solicitações de atendimento, avalia, processa e agenda, viabilizando o atendimento integral de forma ágil e qualificada aos usuários do sistema de saúde, a partir do conhecimento da capacidade de produção instalada nas unidades prestadoras de serviços. A informação atualizada da oferta de serviços



GOVERNO DE SERGIPE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

é instrumento fundamental no processo de regulação, pois possibilita identificar os déficits e as falhas do sistema, bem como a tomada de decisões de forma consistente, eficaz e eficiente. Existem funções específicas das Centrais Reguladoras no sistema de saúde. Para a sua operação cotidiana são utilizados recursos normativos, materiais, humanos e financeiros determinados pelo perfil epidemiológico e pela organização do modelo assistencial da região, da natureza do que regula e do território de sua abrangência.

CENTRAL DE REGULAÇÃO DE LEITOS

A Central Estadual de Regulação de Leitos é responsável por definir o acesso do usuário do SUS para um serviço de referência de acordo com a patologia informada pelo médico assistente, cabendo ao médico regulador formular perguntas objetivas e esclarecedoras para que se evitem erros, com consequentes encaminhamentos indevidos aos serviços e, principalmente, comprometimento na agilidade da assistência que será prestada aos pacientes.

- Regulação médica da atenção hospitalar às urgências;
- Controle e regulação dos leitos SUS disponíveis no Estado;
- Padronização das solicitações por meio dos protocolos assistenciais e de acesso;
- O estabelecimento de referências entre unidades de diferentes níveis de complexidade, de abrangência local, intermunicipal e interestadual, segundo fluxos e protocolos pactuados. A regulação das referências intermunicipais é responsabilidade do gestor estadual, expressa na coordenação do processo de construção da programação pactuada e integrada da atenção em saúde, do processo de regionalização, do desenho das redes;
- Exerce a autoridade sanitária no ordenamento da disponibilidade dos recursos assistenciais existentes no SUS;
- Referencia demandas às esferas superiores quando os recursos pactuados no território abrangido pela Central de Regulação forem insuficientes para garantir o acesso assistencial.

Acompanha e fiscaliza todo o processo de doação e transplante (desde a assinatura da família autorizando a doação até a entrega dos órgãos);

Realiza ações educativas, sistematicamente, em duas frentes de trabalho, através de um Plano de Mobilização Social visando ações durante todo o ano e da realização de uma Semana de Culminância, onde se comemora o Dia Nacional de Doação (27 de setembro);

Busca fazer parceria com entidades públicas e privadas ou qualquer seguimento da sociedade sobre a temática enfatizando o compromisso social;

Realiza o credenciamento de equipes e estabelecimentos para realização de transplantes;

Atendimento ao público de modo geral e para consulta sobre irregularidade na inscrição e ficha cadastral do paciente na lista estadual;

Capacita e disciplina as Coordenações Intra-hospitalares de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes (CIHDOTT);

Trabalha integrado com a Agência de Vigilância Sanitária no que diz respeito à fiscalização e acompanhamento das rotinas envolvidas no processo de doação e transplantes dos estabelecimentos de saúde cadastrados e situações afins;

Encaminha, junto com o HEMOSE, sangue para o Laboratório de Imunogenética de Marília (SP), para realização de exames de histocompatibilidade entre doadores vivos;

Disponibiliza atendimento médico, uma vez por semana, aos transplantados renais.

PERSPECTIVA DO FUTURO

- Aumento na quantidade de doação de órgãos;
- Apoio de entidades públicas e privadas para uma maior divulgação à



GOVERNO DE SERGIPE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

sociedade sobre o assunto, para assim conseguirmos um aumento no número de órgãos doados;

- Cadastrar uma equipe em Sergipe para captação de múltiplos órgãos, diminuindo o tempo do processo de doação, e ficando independente de equipes de outros Estados;
- Retomar os transplantes renais no Estado, como também iniciar o transplante de outros órgãos, como o fígado;
- Conseguir um acompanhamento ambulatorial pós operatório para os transplantados;
- Ter no Estado um Laboratório de Imunogenética para realização dos exames de HLA.

SERVIÇO DE REMOÇÃO INTRA-HOSPITALAR ASSISTIDA (SRIHA)

O Serviço de Remoção Inter Hospitalar Assistida-SRIHA funciona desde o dia 20/05/2013, promovendo REMOÇÕES ELETIVAS DE BAIXO RISCO CLÍNICO no período diurno e demandas de logística 24h, atendendo todas as Unidades da Rede da Fundação Hospitalar de Saúde – FHS, com os seguintes serviços: Transporte de logística, Atendimento à Rede Materna, Transferência de paciente, Avaliação de Especialista, Remoção para Exames/Procedimentos, Alta Social, Rota cirúrgica.

O SRIHA atua com importante ferramenta na operacionalização do Programa S.O.S Emergências, na medida em que facilita o acesso dos pacientes aos leitos de retaguarda da rede e se mostrou um elo que faltava para ligação operacional da rede.

Todas as remoções são promovidas em ambulâncias tipo A e tipo B equipadas conforme padrão do serviço, com equipe fixa composta por condutores habilitados e qualificados (em Curso de Remoção de Veículos de Urgência) sob assistência contínua de técnicos de enfermagem qualificados em Suporte Básico de Vida e reguladas por enfermeiros na base central.

O perfil dos pacientes que poderão utilizar o SRIHA será definido como *BAIXO RISCO CLÍNICO* identificado a partir da confirmação de parâmetros clínicos que



GOVERNO DE SERGIPE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

serão aferidos pelas equipes assistenciais das unidades solicitantes e que, obrigatoriamente, devem se encontrar dentro dos limites estabelecidos como referência.

Essa classificação do risco pré-remoção como “*Baixo Risco Clínico*” é obrigatória para abertura do chamado de remoção junto ao SRIHA, visto que dados desses parâmetros clínicos serão solicitados mediante o registro da solicitação de remoção, além dos dados do paciente e da unidade solicitante.

Considerando que a remoção externa de pacientes é um serviço que exige planejamento refinado e a adoção de uma série de cuidados assistenciais e que o cancelamento ou adiamento de um transporte pode representar desde agravamento da condição clínica do paciente pela espera do exame, procedimento e/ou confirmação de diagnóstico, como também, gera aumento no tempo de internação, torna-se necessário priorizá-lo para garantir a sua operacionalização.

Há de se considerar ainda que, na ausência de um serviço estruturado de remoção de pacientes de baixo risco clínico, a maioria dessas remoções acontecerá através de viaturas próprias das unidades assistenciais, de viaturas das SMS e prefeituras, veículos particulares e através do SAMU 192.

Desde Julho de 2015 o SRIHA foi inserido no Complexo Regulatório do Estado. A inserção do SRIHA no complexo otimizou a ocupação dos leitos da rede, além de aperfeiçoar a regulação de transporte de pacientes de baixo risco clínico garantindo a linha de cuidado com uma assistência segura.

NÚMERO DE ATENDIMENTO DIA/MÊS E PRODUTIVIDADE

No primeiro quadrimestre de 2015 (JAN a ABR) foram realizadas **4377** demandas diurnas e **925** demandas noturnas. No mesmo período de 2016, já realizamos **4005** demandas diurnas e **1065** noturnas, totalizando **5070** remoções, mantendo assim uma média de mais de 40 remoções diárias.

Atribuições Gerais:

- Atuar no atendimento pré-hospitalar às vítimas, em casos de urgências clínicas, pediátricas, cirúrgicas, traumáticas, obstétricas e psiquiátricas;
- Realizar gerenciamento dos recursos disponíveis na rede de saúde do estado;
- Realizar o monitoramento contínuo e em tempo-real das portas de urgência de todo o estado, através de boletins emitidos por uma sala de dados, que compila as informações e repassa aos reguladores para que estes exerçam o papel de gestor em saúde, munido de todas as informações necessárias;
- Ser capaz de refletir a relação entre a oferta disponível e as necessidades demandadas, fazendo com o que sistema funcione de uma maneira equilibrada, garantindo sempre o acesso aos cuidados em saúde para o paciente; realizando planejamento das correções necessárias quando há desequilíbrio entre a oferta e a demanda;
- Estar articulada com outros serviços em saúde como: Controle, Avaliação, Auditoria e Vigilância em Saúde, permitindo a utilização dos recursos do sistema de forma harmônica;
- É responsável pelas remoções interhospitalares de pacientes críticos;
- Participar da construção dos protocolos de acesso e fluxos assistenciais de toda a rede de saúde do estado;
- Dar cobertura a todos os eventos de grande massa do estado;
- Elaborar relatórios que ajudam a identificar e divulgar os fatores condicionantes das situações e agravos de urgência;
- Trabalhar em parceria e desenvolve ações conjuntas com outros atores envolvidos na atenção integral às urgências, como a Defesa Civil, o Corpo de Bombeiros, a Polícia Militar, a Polícia Rodoviária, os Departamentos de Trânsito, as Concessionárias de Rodovias, as Empresas Privadas de Transporte e Atendimento de Urgência, entre outros;



GOVERNO DE SERGIPE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

- Participar da formulação dos Planos de Saúde, de Atenção Integral às Urgências e de Atenção a Eventos com Múltiplas Vítimas e Desastres do estado, fornecendo dados epidemiológicos, contextualizando os agravos atendidos e identificando os fatores facilitadores e de estrangulamento das ações;
- Manter escuta médica permanente e qualificada;
- Realizar os atendimentos identificando sempre a necessidade do paciente naquele momento do chamado através do canal 192, seja ele oriundo de via pública ou de uma unidade de saúde, sempre com estratificação de risco e respeitando o princípio da equidade e definindo qual a melhor resposta para tal demanda, não se limitando apenas a conceitos médicos pré-estabelecidos ou protocolos disponíveis;
- Exercer a telemedicina;
- Realizar o monitoramento contínuo das ocorrências, principalmente aquelas realizadas pela Unidade de Suporte Básico, mas também nas de Suporte Avançado;
- Providenciar os recursos auxiliares de diferentes naturezas necessários para complementar a assistência, sempre que necessário;
- Notificar as unidades que irão receber pacientes, informando às equipes médicas receptoras as condições clínicas dos pacientes e possíveis recursos necessários;
- Respeitar os preceitos constitucionais do País, a legislação do SUS, as leis do exercício profissional médico, o Código de Ética Médica, bem como toda a legislação correlata existente.

Esta Central, também é responsável por todo o Monitoramento da Rede de Urgência do Estado, produzindo Boletins diários da situação de funcionamento de todos os equipamentos de saúde no território.



A Central de Serviços Ambulatoriais Especializados é responsável pela regulação do acesso dos pacientes às ações e serviços de saúde, aos Serviços de Apoio Diagnose e Terapia (SADT), bem como aos demais procedimentos ambulatoriais especializados ou não.

Nas ações desenvolvidas pela Central Ambulatorial Especializada, destaca-se a Regulação Estadual de Consultas e Procedimentos (Exames) via internet.

Além disso, a regulação dos procedimentos de Radioterapia executados pelo Serviço de Radioterapia do HUSE e do Hospital de Cirurgia, além da regulação de pacientes oncológicos com indicação de radioterapia que optaram pelo Tratamento Fora de Domicílio (TFD), e que neste momento por contrato firmado com a Secretaria de Estado da Saúde estão sendo realizados no serviço de Radioterapia do Hospital CHAMA em Arapiraca Alagoas.

5.5 ASSISTÊNCIA FARMACÉUTICA

O sistema de saúde engloba ações importantes de prevenção e de atenção à saúde, ao lado de outros fatores determinantes na qualidade de vida da população. Essas ações representam hoje uma preocupação de todos os gestores do setor, seja pela natureza das práticas de assistência nelas desenvolvidas, seja pelos recursos por elas absorvidos.

O processo de descentralização de serviços e ações de saúde para gestores estaduais e municipais, assumindo dessa forma o cumprimento dos dispositivos da Lei Orgânica da Saúde que regulamentam a implantação do SUS e pressupõem que o processo de descentralização implica em redistribuição de responsabilidades, redefinição de papéis dos gestores públicos e estabelecimento das relações entre as três esferas de Governo.

Entre as ações de saúde insere-se a Assistência Farmacêutica, área estratégica e estruturante na atenção à saúde do cidadão no contexto do SUS. Dela depende a resolutividade das intervenções na área assistencial, bem como de



GOVERNO DE SERGIPE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

prevenção e promoção da saúde individual e/ou coletiva, causando impacto sobre os indicadores epidemiológicos, pelas modificações qualitativas e quantitativas na utilização de medicamentos.

A Política Nacional de Medicamentos, definida por meio da Portaria do MS nº 3916/98, assim como algumas novas diretrizes de Assistência Farmacêutica apresentadas e referendadas pela Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 338/04, remetem e orientam para a prática de uma assistência farmacêutica descentralizada, pactuada entre as esferas de Governo e com ações centradas no usuário, comunidade e profissionais de saúde. Acrescente-se ainda o propósito de educação para promoção e prevenção da saúde e na necessidade de uso de medicamentos, que seja realizado tratamento com orientação adequada e por profissionais habilitados.

Após a Reforma Sanitária e Gerencial do SUS em Sergipe, a Assistência Farmacêutica passou a ser caracterizada por múltiplas ações de saúde mediante as quais se promovem a orientação para a gestão de insumos farmacêuticos, o acesso aos medicamentos de qualidade e eficácia/segurança e custo-benefício e a orientação à prática clínica para a melhor escolha farmacológica, contribuindo para o uso racional e eficiente dos medicamentos.

A Assistência Farmacêutica tem como atribuições organizar os serviços de assistência farmacêutica no Estado, de forma hierarquizada, baseada no elenco de ações desenvolvidas em cada nível de atenção à saúde, investindo no desenvolvimento de recursos humanos e na infra-estrutura para a gestão descentralizada da assistência farmacêutica de acordo com as diretrizes da Política Nacional de Medicamentos fixada pelo Ministério da Saúde através da Portaria nº 3916/98 e em atendimento à Portaria GM nº 2084/05, considerando o perfil epidemiológico do Estado e garantindo ao usuário o acesso aos medicamentos padronizados no SUS.

A Assistência Farmacêutica, esta dividida em componentes para facilitar a gestão e financiamento dos medicamentos dispensados aos usuários do SUS.



• **Componente Básico da Assistência Farmacêutica**

O Componente básico da Assistência Farmacêutica é norteado pela Portaria GM nº 1555/2013 que dispõe sobre as normas de financiamento e de execução do Componente Básico da Assistência Farmacêutica no âmbito do SUS. Conforme previsto na supracitada portaria o financiamento para aquisição dos medicamentos da assistência farmacêutica Básica ocorre de forma tripartite, com investimento de R\$ 5,10/hab/ano (cinco reais e dez centavos) da União, e R\$ 2,36 hab/ano (dois reais e trinta e seis centavos) do Estado e dos Municípios. O repasse do recurso ocorre fundo a fundo para o município e a contrapartida Estadual (2,36 hab/ano) é realizada de forma mensal ao município conforme deliberação do CIE, nº 004 em 11 fevereiro de 2015. Anualmente o Estado repassa R\$ 4.962.707,12 (quatro milhões novecentos e sessenta e dois mil setecentos e sete reais e doze centavos) como repasse para a Assistência Farmacêutica básica.

Estes recursos devem ser aplicados no custeio dos medicamentos destinados aos agravos prevalentes e prioritários da Atenção Básica, presentes na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) vigente. Também podem ser comprados com esses recursos, os medicamentos fitoterápicos estabelecidos na RENAME vigente, matrizes homeopáticas e tinturas-mães conforme Farmacopeia Homeopática Brasileira, 3^a edição. Um percentual de até 15% da soma das contrapartidas estaduais e municipais pode ser aplicado também em ações de estruturação das Farmácias do SUS, e qualificação dos serviços farmacêuticos destinados à Assistência Farmacêutica Básica.

• **Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica (HORUS)**

O Ministério da Saúde desenvolveu e disponibiliza para implantação nos Estados e Municípios, um sistema informatizado que contribui para a gestão da assistência Farmacêutica e promoção do acesso e do uso racional de medicamentos no Sistema Único de Saúde. O Sistema Nacional de Gestão de Assistência Farmacêutica (HÓRUS) possui arquitetura WEB, o que permite integração a outros sistemas do SUS, tais como o CNES e o Cartão Nacional de Saúde (CADSUS).



GOVERNO DE SERGIPE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Alem da integração a outros sistemas o HORUS permite:

- Gerenciamento estratégico dos medicamentos, uma vez que possibilita o remanejamento entre estabelecimentos de saúde e a atualização de estoques em tempo real;
- Solicitação on-line ao almoxarifado/Central de Abastecimento Farmacêutico (CAF);
- Programação de aquisição a partir do estoque disponível nos estabelecimentos de saúde;
- Acompanhamento da validade e a rastreabilidade de lotes dos medicamentos.
- Acompanhamento e a realização de dispensações parciais com a finalização dos atendimentos em outras unidades que possuam os itens prescritos não atendidos,
- Identificação do perfil dos usuários do SUS e o conhecimento do padrão de consumo de medicamentos por unidade de saúde.
- Geração de livro informatizado dos medicamentos sujeitos a controle especial (portaria 344/98)

O Sistema por oferecer uma base de dados que podem ser consolidados, facilita a elaboração de indicadores de monitoramento e avaliação dos serviços da Assistência Farmacêutica, desta forma a Sistema auxilia os Gestores de saúde na qualificação da Assistência Farmacêutica, proporcionando transparência dos serviços prestados, em consonância com as diretrizes traçadas pelas Políticas Nacionais de Medicamentos e Assistência Farmacêutica.

Desde 2011 o Estado adotou a utilização do HORUS no gerenciamento de suas ações de Assistência Farmacêutica e atualmente 59 municípios (78,7%,) estão com HORUS implantado, e 43 municípios (57,3%) com HORUS apto para utilização.

Considerando a portaria GM nº 271, de 27 de fevereiro de 2013, que institui a Base Nacional de Dados de ações e Serviços da Assistência Farmacêutica e regulamenta o conjunto de dados, fluxo e cronograma de envio referente ao Componente Básico da Assistência Farmacêutica no âmbito do SUS, considerando



GOVERNO DE SERGIPE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

que este conjunto de dados deve ser encaminhado ao Ministério da Saúde, por meio eletrônico e considerando que o Sistema HORUS atende aos requisitos da supracitada portaria e é disponibilizado gratuitamente aos municípios, o Estado previu que 100 % dos municípios (75 municípios) estariam utilizando HORUS, entretanto atingimos o percentual de 57,3% (43 municípios), sendo este resultado reflexo de:

- Falta de adesão da gestão municipal em adotar um sistema de gestão
 - Ausência de equipamentos físicos necessários ao Sistema
 - Ausência de profissional farmacêutico no município
 - Baixa qualidade da conexão de internet no município
- **Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica (QUALIFAR SUS)**

Considerando a necessidade de qualificar a Assistência Farmacêutica, com ênfase em sua inserção nas Redes de Atenção à Saúde, no âmbito do SUS, o Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde (DAF/SCTIE/MS), desenvolveu o QUALIFAR-SUS.

O QUALIFAR-SUS tem por finalidade contribuir para o processo de aprimoramento, implementação e integração sistêmica das atividades da Assistência Farmacêutica nas ações e serviços de saúde, visando uma atenção contínua, integral, segura, responsável e humanizada.

Diretrizes:

- I. Promover condições favoráveis para a estruturação dos serviços farmacêuticos no SUS como estratégia de qualificação do acesso aos medicamentos e da gestão do cuidado.
- II. Contribuir para garantir e ampliar o acesso da população a medicamentos eficazes, seguros, de qualidade e o seu uso racional, visando à integralidade do cuidado, resolutividade e o monitoramento dos resultados terapêuticos desejados.
- III. Estimular a elaboração de normas, procedimentos, recomendações e outros documentos que possam orientar e sistematizar as ações e os serviços



GOVERNO DE SERGIPE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

farmacêuticos, com foco na integralidade, na promoção, proteção e recuperação da saúde.

IV. Promover a educação permanente e fortalecer a capacitação para os profissionais de saúde em todos os âmbitos da atenção, visando ao desenvolvimento das ações da Assistência Farmacêutica no SUS.

V. Favorecer o processo contínuo e progressivo de obtenção de dados, que possibilitem acompanhar, avaliar e monitorar a gestão da Assistência farmacêutica, o planejamento, programação, controle, a disseminação das informações e a construção e acompanhamento de indicadores da Assistência Farmacêutica.

O QUALIFAR-SUS está organizado em 4 (quatro) eixos:

I. **Eixo Estrutura:** seu objetivo é contribuir para a estruturação dos serviços farmacêuticos no SUS, de modo que estes sejam compatíveis com as atividades desenvolvidas na Assistência Farmacêutica, considerando a área física, os equipamentos, mobiliários e recursos humanos.

II. **Eixo Educação:** visa promover a educação permanente e capacitação dos profissionais de saúde para qualificação das ações da Assistência Farmacêutica voltadas ao aprimoramento das práticas profissionais no contexto das redes de atenção à saúde.

III. **Eixo Informação:** objetiva produzir documentos técnicos e disponibilizar informações que possibilitem o acompanhamento, monitoramento e avaliação das ações e serviços da Assistência Farmacêutica.

IV. **Eixo Cuidado:** tem como meta, inserir a Assistência Farmacêutica nas práticas clínicas visando a resolutividade das ações em saúde, otimizando os benefícios e minimizando os riscos relacionados à farmacoterapia.

O Estado apresenta 58 municípios elegíveis no eixo de Estrutura, do quais 30 já foram contemplados (2012 a 2014) e já recebem recursos para qualificarem os seus serviços de Assistência Farmacêutica.



GOVERNO DE SERGIPE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Em 2015 o Ministério da Saúde não lançou edital para este programa, inviabilizado que novos municípios realizassem estruturação física em suas unidades, visto que estes municípios não dispõe de recurso próprio para este fim.

• **Elenco de Medicamentos**

O medicamento é considerado insumo essencial que deve ter o seu acesso assegurado com o uso racional.

A lei nº 12.401/2011 estabelece a assistência terapêutica integral, que consiste na dispensação de medicamentos e produtos de interesse para a saúde, cuja prescrição esteja em conformidade com as diretrizes terapêuticas definidas em protocolos clínicos para a doença ou agravo à saúde a ser tratado ou, no caso destes não estarem disponíveis, com base nas relações de medicamentos instituída pelo gestor federal do SUS, neste caso a RENAME.

A partir do decreto nº 7.508/2011, a atenção à saúde passa a ser organizada em Redes de Atenção à Saúde, e a RENAME passa a ser entendida como a seleção e padronização de todos os medicamentos indicados para atendimento das doenças e dos agravos no âmbito do SUS, ou seja é o conjunto de medicamentos a serem disponibilizados e ofertados aos usuários no SUS, visando à garantia da integralidade do tratamento medicamentoso.

O Estado adota a RENAME como a sua lista oficial de medicamentos, por entender que a mesma é elaborada a partir de critérios transparentes e cientificamente respaldada. Cabe a cada município elabora sua lista municipal a partir da RENAME, respeitando a divisão entre os componentes da assistência farmacêutica e o financiamento previsto na portaria GM nº 1555/2013.

As dispensações estaduais ocorrem através do componente Especializado, em conformidade com a portaria GM nº 1554/2013.

Sistema Prisional

A Política Nacional de Saúde no Sistema Prisional é uma iniciativa conjunta dos Ministérios da Saúde e da Justiça. Tem como objetivo organizar o acesso da população privada de liberdade às ações e serviços do SUS.

Em 15 de dezembro de 2014 foi assinada a Portaria nº 2.765 que dispôs sobre as normas para financiamento e execução do Componente Básico da Assistência Farmacêutica no âmbito da PNAISP, e dá outras providências. O recuso previsto nesta portaria é repassado fundo a fundo ao Estado, em parcela única, para aquisição de medicamentos é insumos previstos no componente básico da RENAME.

A fim de nortear o processo de aquisição de medicamentos e a luz do conceito do uso racional de medicamentos, padronizou-se 58 medicamentos para distribuição ao Sistema Prisional. Estes medicamentos são adquiridos pela Secretaria de Estado da Saúde e repassados ao Secretaria de Justiça para dispensação as pessoas privadas de liberdade.

- **Componente Especializada da Assistência Farmacêutica (CEAF)**

Para atender as linhas de cuidado, torna-se fundamental a articulação entre as diferentes políticas de saúde, ou seja para atendimento integral das doenças do contempladas no CEAF, é necessária uma interação entre a RENAME e a Relação Nacional de Serviços e Ações de Saúde (RENASES).

No sentido estrito do tratamento medicamentoso no âmbito da Assistência Farmacêutica, o Componente Especializado se relaciona diretamente com o Componente Básico, visto que o tratamento de muitas doenças contempladas no CEAF deve ser iniciado na atenção básica. Esse raciocínio, além de contribuir para a garantia da integralidade do tratamento medicamentoso, facilita a divisão das responsabilidades entre os entes federados.

Os medicamentos que constituem as linhas de cuidado para as doenças contempladas neste Componente estão divididos em três grupos com características, responsabilidades e formas de organização distintas. O **Grupo 1** é



GOVERNO DE SERGIPE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

aquele cujo financiamento está sob a responsabilidade exclusiva da União. É constituído por medicamentos que representam elevado impacto financeiro para o Componente, por aqueles indicados para doenças mais complexas, para os casos de refratariedade ou intolerância a primeira e/ou a segunda linha de tratamento e por aqueles que se incluem em ações de desenvolvimento produtivo no complexo industrial da saúde. O **Grupo 2** é constituído por medicamentos, cuja responsabilidade pelo financiamento é das Secretarias Estaduais de Saúde. O **Grupo 3** é constituído por medicamentos, cuja responsabilidade pelo financiamento é tripartite, sendo a aquisição e dispensação de responsabilidade dos municípios sob regulamentação da Portaria GM/MS nº 1.555, de 30 de julho de 2013, que aprova a Assistência Farmacêutica na Atenção Básica.

Grupo 1 é composto por 92 fármacos em 153 apresentações farmacêuticas, sendo que destes, 46 fármacos em 74 apresentações são adquiridos pelo Ministério da Saúde. O Grupo 2, cujos medicamentos devem ser adquiridos, financiados e dispensados pelas Secretarias Estaduais de Saúde é composto por 54 fármacos em 119 apresentações farmacêuticas.

Os medicamentos são distribuídos de forma Centralizada no CASE ,localizado no município de Aracaju, através dos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) estabelecidas pelo Ministério da Saúde, em consonância com a Portaria GM/MS nº 1554/2013.

- **Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica**

O Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica (CESAF) destina-se à garantia do acesso equitativo a medicamentos e insumos, para prevenção, diagnóstico, tratamento e controle de doenças e agravos de perfil endêmico, com importância epidemiológica, impacto socioeconômico ou que acometem populações vulneráveis, contemplados em programas estratégicos de saúde do SUS.

O financiamento dos medicamentos utilizados para o tratamento das doenças de perfil endêmico e que tenham impacto socioeconômico é executado pelo Ministério da Saúde, cabendo a Assistência Farmacêutica Estadual gerenciamento



GOVERNO DE SERGIPE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

administrativo destes insumos, sendo a sua distribuição coordenada pela Vigilância epidemiológica Estadual, Fundação de Saúde Parreiras Horta e pela Atenção Básica municipal. Fazem parte deste Componente os seguintes programas estratégicos:

- Controle de endemias, tais como Tuberculose, Hanseníase, Malária,
- Leischmaniose, Chagas e outras doenças endêmicas de abrangência nacional
- ou regional;
- Anti-retrovirais do programa DST/AIDS;
- Sangue e Hemoderivados;
- Imunobiológicos
- Programa de Combate ao Tabagismo
- Alimentação e Nutrição

Para melhorar o atendimento dos pacientes portadores de infecções oportunistas e DST, em 2012 o Estado pactuou junto aos municípios (Deliberação CIE nº 111/2011) uma lista composta por 37 medicamentos dos quais 20 são financiados pelo Estado e 17 pelos Municípios.

• Farmácia Popular do Brasil

O programa Farmácia Popular do Brasil abrange ações que se destinam ao atendimento igualitário de pessoas usuárias ou não dos serviços públicos de saúde.

Destina-se principalmente àquelas que utilizam os serviços privados de saúde, e que têm dificuldades em adquirir medicamentos de que necessitam em estabelecimentos farmacêuticos comerciais. Para expandir o acesso de medicamentos a população o Estado de Sergipe implantou nos pólos de regionais com gerencia da Fundação Estadual de Saúde (FUNESA), 04 unidades de farmácia populares com edificações próprias nos municípios de Propriá, Nossa Senhora da Glória, Estância e Tobias Barreto.

Além assegurar acesso a 112 medicamentos essências a baixo custo, a partir da implantação do Programa Ministerial “Saúde Não tem Preço”, as farmácias



GOVERNO DE SERGIPE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

populares passaram a ofertar de forma gratuita 18 (dezoitos) medicamentos para tratamento de diabetes e Hipertensão a população de abrangência.

Os medicamentos que fazem parte do elenco são considerados como essenciais na prática clínica da atenção básica, ou seja, capazes de atender as doenças e agravos de maior prevalência e impacto social como hipertensão, diabetes, úlcera gástrica, depressão, asma, infecções e verminoses. Os medicamentos são adquiridos pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), responsável pelo abastecimento das unidades e são dispensados nas unidades pelo seu valor de custo, representando uma redução de até 90% do valor de mercado.

As unidades Estaduais além de dispensarem medicamentos, ofertam a população serviços farmacêuticos, com intuito de qualificar o processo de utilização de medicamentos beneficiando o paciente. Com a implantação deste serviço detectou-se que:

- 96% dos usuários das unidades, não entendem corretamente sobre os medicamentos que estão em uso;
- 85 % dos usuários das unidades, não tomam os medicamentos corretamente;
- 62 % dos usuários das unidades, não compreendem bem os problemas de saúde

Entre os anos de 2010 a 2015 as Farmácias populares Estaduais realizaram 239.379 (duzentos e trinta e nove mil, trezentos e setenta e nove) atendimentos.

5.6 EDUCAÇÃO PERMANENTE E EDUCAÇÃO POPULAR EM SAÚDE

A Secretaria de Estado da Saúde, nos últimos anos, tem buscado fortalecer as Políticas de Educação Permanente e de Educação Popular em Saúde, enquanto referências estratégicas para o fortalecimento do SUS, uma vez que essas políticas se articulam aos princípios e diretrizes do Sistema, à atenção integral em saúde e à implantação da RAS.

A Educação Permanente em Saúde (EPS) se dá através da aprendizagem no trabalho, de maneira que o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações, possibilitando a transformação das práticas profissionais. Ela se



GOVERNO DE SERGIPE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

ressignifica e se (re) constrói nos processos de trabalho: habilidades técnicas se desenvolvem, novas tecnologias são produzidas e estratégias de enfrentamento dos nós críticos são construídas pelos diferentes atores envolvidos. Nessa lógica, a EPS parte, portanto, do pressuposto da aprendizagem coletiva e significativa.

Ao aproximar o mundo do trabalho do mundo da educação, o ambiente de aprendizagem dos profissionais e gestores configura-se no próprio espaço da gestão do SUS. Essa aproximação permite que o aprendizado seja fundamentado na reflexão das práticas cotidianas, ganhando sentido por estar alinhado à realidade dos processos de trabalho e gestão.

A implementação da Política Estadual de Educação Permanente tem como pressuposto a reunião de diversos atores estratégicos, gestores, trabalhadores, Instituições de Ensino e Controle Social, responsáveis pela formulação e desenvolvimento das políticas de formação dos trabalhadores da saúde, no nível técnico e superior, voltadas aos novos modelos de gestão e atenção à saúde. Como eixo norteador, investem no fortalecimento da integração ensino-serviço, visando à formação de profissionais, de acordo com as necessidades do SUS, com o objetivo de aprimorar os processos de gestão e atenção na saúde.

Nessa mesma perspectiva, a Política de Educação Popular em Saúde, instituída pelo Ministério da Saúde em 2012, vem reafirmar os princípios do SUS e o compromisso com a garantia do direito à saúde mediante a “implementação de políticas que contribuam para a melhoria da qualidade de vida e diminuição das desigualdades sociais, alicerçadas na ampliação da democracia participativa no setor saúde” (BRASIL, 2012), considerando a estratégia do Brasil em erradicar a pobreza no país. Desta forma, esta política está voltada para a intensificação da mobilização e do protagonismo popular na defesa do direito à saúde, valorizando a diversidade de saberes e culturas, com perspectiva de integração dos saberes populares ao cotidiano dos serviços de saúde.

O desenvolvimento da Política de Educação Permanente no Estado se dá, portanto, a partir da articulação, interlocução e engajamento da Secretaria de Estado da Saúde, através das suas diversas Diretorias e por meio do Núcleo Estadual de



GOVERNO DE SERGIPE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Educação Permanente e Educação Popular em Saúde, além das Fundações Estatais de Saúde¹, CIR, Comissão Estadual de Integração Ensino-Serviço (CIES), CIE, Instituições Formadoras, Controle Social, além de outras instituições parceiras.

Em Sergipe, a Política de Educação Permanente em Saúde tem buscado, incessantemente, a consolidação de processos de formação que dialoguem com o cotidiano de trabalho e produzam interferências nas práticas de saúde. O desenvolvimento das ações de Educação Permanente traz, em sua concepção, a produção de mudanças nos processos de trabalho e práticas de saúde existentes, a partir da problematização, reflexão e análise do cotidiano, possibilitando aos sujeitos a construção de uma visão crítica, capaz de transformar o contexto onde estão inseridos.

No contexto do Sistema Único em Sergipe, a Fundação Estadual de Saúde – FUNESA², tem papel estruturante no desenvolvimento da Política Estadual de Educação em Saúde, tendo como finalidade a qualificação e formação dos profissionais de nível médio, a Educação Permanente dos profissionais e gestores do SUS e a integração ensino-serviço, sendo responsável pela manutenção e fortalecimento da Escola Técnica do SUS (ETSUS³).

As ações também desenvolvidas pela Fundação Hospitalar de Saúde (FHS) e pela Fundação de Saúde Parreiras Horta (FSPH), no período de 2010-2015, no tocante às ações de Educação Permanente, levaram em consideração as suas peculiaridades frente às necessidades educacionais identificadas.

São objetivos da Política Estadual de Educação Permanente em Saúde:

¹ Fundação Hospitalar de Saúde – FHS, Fundação Estadual de Saúde – FUNESA e Fundação de Saúde Parreiras Horta – FSPH, criadas através da Reforma Sanitária e Gerencial do SUS em Sergipe (Lei Estadual nº 6345/2008).

² Fundação Pública, de direito privado, criada através da Lei Estadual nº 6348/2008, com a missão de prestar serviço de formação profissional e educação permanente na área de saúde pública, devendo manter a Escola Técnica de Saúde do SUS em Sergipe – ETSUS/SE, através da Reforma Sanitária e Gerencial do SUS em Sergipe (Lei Estadual nº 6345/2008).

³ A Escola Técnica de Saúde do SUS em Sergipe (ETSUS/SE) foi criada pelo Decreto Estadual nº 22.440 de 25 de novembro de 2003, regulamentada pela Lei Estadual nº 5.215 de 12 de dezembro de 2003 e constitui-se órgão formador da Educação Profissional em Saúde no Estado de Sergipe.



GOVERNO DE SERGIPE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

- Formular, desenvolver e acompanhar a implementação da Política Estadual de Educação Permanente em Saúde;
- Apoiar e fortalecer a articulação com os Colegiados Interfederativos Regionais –CIR, buscando a co-participação dos mesmos no processo de planejamento, acompanhamento e avaliação da Política Estadual de Educação Permanente em Saúde;
- Fortalecer a CIES;
- Promover a articulação da FUNESA/ETSUS com as áreas técnicas da SES, municípios e demais Fundações para a formulação de processos educacionais, a partir das necessidades de saúde identificadas;
- Apoiar, nas esferas estadual e municipal, os processos de educação permanente, como eixo transformador das práticas de gestão e atenção à saúde;
- Fortalecer o Controle Social, contribuindo com a formação e qualificação dos conselheiros para o acompanhamento das políticas de saúde;
- Desenvolver ações em parceria com as Instituições de Ensino, Gestores, Trabalhadores e Controle Social, segundo as diretrizes do SUS;
- Fomentar os processos de integração Ensino-Serviço, visando às mudanças nas formas de ensinar e praticar saúde, por meio da integração Ensino-serviço na graduação e pós-graduação;
- Implementar o Programa de Educação pelo trabalho para a Saúde (PET – Saúde), visando o aprimoramento da qualificação em serviço, na perspectiva de apoiar atividades acadêmicas que integram ensino, pesquisa e extensão e fortalecer áreas estratégicas para o SUS;
- Implementar a área de pós-graduação, visando a qualificação dos profissionais em áreas estratégicas para o SUS;
- Ampliar e Fortalecer o Programa de Residências Médicas e Multiprofissionais em saúde, em áreas prioritárias para o SUS, visando a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o SUS;



GOVERNO DE SERGIPE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

- Implantar o Colegiado Estadual de Educação Permanente em Saúde, visando ampliar a integração entre os núcleos e referências técnicas de educação permanente existentes nas três fundações estatais.

• **Comissão Estadual de Integração Ensino-Serviço (CIES)**

A Comissão Estadual de Integração Ensino-Serviço (CIES) é a instância estratégica na implementação da Política Estadual de Educação Permanente, configurando-se como co-gestora dessa Política. A sua atuação tem sido orientada pelos Planos Estaduais de Saúde, na perspectiva de induzir mudanças nos processos de trabalho em saúde, que possam contribuir com a efetivação de novos modelos de atenção e gestão, comprometidos com a produção de saúde dos indivíduos e coletivos.

Destaca-se que a CIES vem ratificar a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde através do Art. 2º da Portaria nº 1996, de 20 de agosto de 2007, conforme destacamos abaixo:

“Art. 2º - A condução regional da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde dar-se-á por meio dos Colegiados de Gestão Regional, com a participação das Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço (CIES).” (BRASIL, PNEPS, 2007).

A CIES Estadual encontra-se em fase de implementação e de re-significação do espaço junto aos seus membros e demais instituições com os quais faz interface. Tem procurado organizar o seu processo de trabalho através de reuniões ordinárias, com periodicidade mensal, buscando-se discutir o modo de condução da Política Estadual, a partir das reflexões coletivas em torno de temas da Educação em Saúde e apreciados os projetos que são submetidos à Comissão, a exemplo dos Programas de Estágio, Educação pelo Trabalho (PET Saúde), Residências Médicas e Multiprofissionais, entre outros, além do monitoramento e avaliação das ações educativas desenvolvidas no âmbito do Estado.

É importante ressaltar que a CIES Estadual, progressivamente, vem cumprido o seu papel de formuladora e articuladora da Política Estadual de Educação



**GOVERNO DE SERGIPE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE**

Permanente em Saúde, tendo entre os seus desafios, a implicação dos diversos atores estratégicos, essenciais ao processo de implementação dessa Política.

• **Telessaúde**

O Programa Telessaúde tem se constituído como uma importante estratégia/ferramenta educacional para a qualificação permanente das equipes de Saúde da Família, gestores e demais trabalhadores, a partir da utilização de multimeios (videoconferência, chats, biblioteca virtual, dentre outros), ampliando a resolutividade das equipes, a partir da denominada “Segunda Opinião Formativa” e de outras ações educacionais, tendo como diretriz a integração dos serviços de saúde às Instituições Formadoras.

A implementação do Telessaúde no Estado de Sergipe representa um avanço para a qualificação do cuidado prestado à população e para o fortalecimento da Atenção Primária em Saúde, potencializando, ainda, a integração Ensino-Serviço.

• **Pesquisa**

Um dos principais desafios, com relação à pesquisa em saúde, é o reconhecimento de que não só as tecnologias duras (máquinas, equipamentos, medicamentos, núcleos mais duros do conhecimento), ainda que indubitavelmente necessárias, compõem a produção de conhecimentos, mas também as tecnologias leves (processos de trabalho, novas relações de cuidado, invenções para a produção da integralidade da atenção) são campos importantes para a realização de pesquisas na saúde coletiva. Portanto, é fundamental o fortalecimento das políticas públicas já existentes de fomento à pesquisa, ao desenvolvimento e à inovação do SUS, bem como de avaliação de incorporação tecnológica, ambas de caráter interdisciplinar e intersetorial, as quais fortaleçam e criem núcleos, laboratórios, centros e comissões de apoio à pesquisa, baseando-se em critérios de qualidade e relevância científica e social.



- **Programa de Estágio Curricular**

O Estágio Curricular Não Obrigatório consiste em uma estratégia voltada para o estabelecimento de novas relações de SUS, que se traduzem no desafio necessário de se estabelecer mudanças nas formas de ensinar e praticar saúde, por meio da integração Ensino-serviço. Entendendo por integração ensino-serviço o trabalho coletivo, pactuado e integrado de estudantes e professores dos cursos de formação na área da saúde, com trabalhadores que compõem as equipes dos serviços de saúde, incluindo-se os gestores. Esta configuração visa à qualidade da atenção à saúde individual e coletiva, à qualidade da formação profissional e ao desenvolvimento/satisfação dos trabalhadores dos serviços (ALBUQUERQUE et al, 2008).

Dessa forma, a inserção de estudantes na gestão do SUS visa promover aproximação e preparação para a realidade profissional da sua área de formação, ampliando suas perspectivas futuras de atuação, ao mesmo tempo em que assume um caráter pedagógico e social de retorno à população do investimento financeiro feito pela sociedade na educação dos jovens nas suas profissões.

Assim, comprehende-se que a execução do Estágio Curricular Não Obrigatório no âmbito da Secretaria de Estado da Saúde, enquanto ambiente que favorece possibilidades ainda pouco exploradas e com requisitos pedagógicos imprescindíveis ao processo de ensino e aprendizagem necessários à formação de profissionais com perfil adequado para o SUS, é uma ação importante por oportunizar a aproximação de estudantes de diversas graduações à realidade de gestão do SUS, a fim de que o comprehendam como política social e espaço de produção de conhecimento e preparo, com a perspectiva de qualificar a formação de futuros trabalhadores que poderão atuar no SUS.

Além disso, com o Programa de Estágio curricular Não obrigatório, a Secretaria de Estado da Saúde pretende contribuir para o cumprimento da normatização legal que responsabiliza o SUS pelo ordenamento da formação na área da saúde.

- **Ações Educacionais**

FUNESA

Para atender à demanda de qualificação de ações educacionais, a Fundação Estadual de Saúde (FUNESA), através do Contrato Estatal, mediante os Planos de Ação Anuais dos anos de 2010 a 2015, realizaram:

Quadro 10. Formação de Nível Técnico

Ano	Quantidade de ações realizadas	Quantidade de profissionais qualificados	Carga horária (horas)
2010	02	2.118	800h
2011	02	317	900h
2012	Não informado		
2013	Não informado		
2014	Não informado		
2015	03	81	Não informado

Quadro 11. Ações educacionais

Ano	Quantidade de ações realizadas	Quantidade de profissionais qualificados	Carga horária (horas)
2010	23	5.658	786h
2011	17	5.626	380h
2012	46	3.015	2.060h
2013	44	3.816	836h
2014	50	9.849	Não informado

Quadro 12. Pós graduação

Ano	Quantidade de ações realizadas	Quantidade de profissionais qualificados	Carga horária (horas)
2012	01	124	260h
2014	06	145	Não informado

FHS

Quadro 13. Ações educacionais

Ano	Quantidade de ações realizadas	Quantidade de profissionais qualificados	Carga horária (horas)
2012	21	774	616h
2013	150	4.253	1.170h
2014	198	2.027	719h

FSPH

Quadro 14. Ações educacionais

Ano	Quantidade de ações realizadas	Quantidade de profissionais qualificados	Carga horária (horas)
2011	31	404	562h
2012	29	579	122h
2013	23	289	257h
2014	40	728	143h
2015	41	203	512h

5.7. FUNDAÇÕES DE SAÚDE

A criação das Fundações de Saúde em Sergipe, ocorreu na Reforma Sanitária e gerencial do Estado, entendendo que a administração pública direta sozinha não conseguia dar as respostas que o sistema de saúde precisava e tornar a administração dos serviços de saúde sob o controle da Secretaria de Estado da Saúde (SES) menos burocrática e mais ágil. Foram criadas as seguintes Fundações:

- Fundação de Saúde Parreiras Horta (FSPH) - Lei Nº 6.346 de 02 de janeiro de 2008;
- Fundação Estadual de Saúde (FUNESA) - Lei Nº 6.348 de 02 de janeiro de 2008;



GOVERNO DE SERGIPE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

- Fundação Hospitalar de Saúde (FHS) – Lei Nº 6.347 de 02 de janeiro de 2008.

- **FUNDAÇÃO DE SAÚDE PARREIRAS HORTA (FSPH)**

Os serviços de saúde prestados pela Fundação de Saúde Parreiras Horta - FSPH são organizados em conformidade com as diretrizes e normas do SUS, devendo servir de campo de prática para ensino e pesquisa na área de saúde.

A FSPH possui três unidades que desenvolvem e oferecem produtos e serviços de alta especificidade, incluindo o HEMOSE, gerenciadora de atividades relacionadas ao sangue que, por lei, é produto considerado de Segurança Nacional; além de LACEN, que produz diagnósticos de média e alta complexidade e SVO. As unidades operacionais da FSPH também fornecem diagnósticos de interesse de quatro vigilâncias em saúde, sendo elas: Vigilância Sanitária, Epidemiológica, Ambiental e Saúde do Trabalhador.

Estão sob gestão da Instituição todos os aspectos legais relacionados a suas atividades, sendo aplicáveis aos seus responsáveis de modo direto as punições provenientes de infrações destas leis, entre elas a Portaria do Ministério da Saúde (GM/MS) nº 2712, de 12 de novembro de 2013, que regula as atividades hemoterápicas em território Nacional. Existem, ainda, as diretrizes procedentes da ANVISA (RDC 34, de 11 de junho de 2014) e demais legislações e normas técnicas que a Instituição criteriosamente põe em prática para a execução de seus serviços em conformidade, como é sua obrigação, a fim de garantir produtos e serviços seguros e de qualidade.

Centro de Hemoterapia de Sergipe (HEMOSE)

O Centro de Hemoterapia de Sergipe tem como finalidade a promoção, o desempenho e a expansão das atividades de assistência hemoterápica, na execução da política de saúde do governo estadual. Alguns serviços prestados são:

- Captação e coleta de sangue de doadores;
- Processamento e produção de hemocomponentes;



GOVERNO DE SERGIPE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

- Fornecimento de hemocomponentes para toda a rede hospitalar pública (e privadas contratadas);
- Qualificação e monitoramento de toda a rede de serviços de hemoterapia do Estado de Sergipe (públicos e privados);
- Atendimento ambulatorial e procedimentos terapêuticos multidisciplinares a pacientes portadores de doenças benignas do sangue.

Serviço de Verificação de Óbitos (SVO)

O SVO tem a finalidade de implementar a prestação, operacionalização, execução e desenvolvimento de ações, 24 horas por dia, todos os dias da semana, criando mecanismos para oferecer condições técnicas e de infra-estrutura para a realização dos procedimentos de investigação diagnóstica e definição etiológica da causa morte de acordo com as Políticas Nacional e Estadual de Vigilância Epidemiológica e Sanitária e o prescrito pela legislação vigente.

Laboratório Central de Saúde Pública (LACEN)

O Laboratório Central de Saúde pública do Estado de Sergipe, atua para o desenvolvimento de ações de quatro Vigilâncias em Saúde (Sanitária, Epidemiológica, Ambiental e Saúde do Trabalhador). Entre outras, são suas atividades:

- Produção de diagnósticos de média e alta complexidade;
 - Controle de qualidade, qualificação e monitoramento da rede de laboratórios de Saúde Pública em todo o Estado de Sergipe;
 - Produção de insumos estratégicos distribuídos para toda a rede estadual de laboratórios de Saúde Pública.
-
- **FUNDAÇÃO ESTADUAL DE SAÚDE (FUNESA)**

A FUNESA tem por finalidade prestar serviços de saúde de atenção básica, de promoção, prevenção e proteção da saúde coletiva e individual, de formação profissional e educação permanente na área de saúde pública, por meio da



**GOVERNO DE SERGIPE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE**

ETSUS/Sergipe. Também está incluído nessa cartela de serviços o gerenciamento dos Cursos de Pós – Graduação, o TELESSAÚDE, os Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs) e das Farmácias Populares. Na Promoção e Prevenção à Saúde atua com a Brigada Estadual Itinerante de Combate às Endemias.

Educação Permanente

A Educação Permanente da FUNESA, em atendimento a esta Política, pauta seu trabalho na atualização cotidiana das práticas, seguindo os novos aportes teóricos, metodológicos, científicos e tecnológicos disponíveis, contribuindo para a construção de relações e processos que emergem do interior das equipes, com seus agentes e práticas organizacionais, e que incluem práticas interinstitucionais e/ou intersetoriais.

Escola Técnica do SUS/SE (ETSUS/SE)

A ETSUS/SE tem por missão formar trabalhadores-cidadãos comprometidos com as práticas contemporâneas e com os avanços tecnológicos do Sistema Único de Saúde - SUS, com vistas a contribuir para a melhoria da qualidade de vida da população sergipana, por meio do desenvolvimento de cursos, capacitações, aperfeiçoamentos e fomento à pesquisa.

Pós-Graduação

A Coordenação de Pós-Graduação (COPGR), integra o componente “educacional” do escopo de ações da FUNESA e tem a missão de produzir serviços educacionais em nível de pós-graduação Lato sensu e Stricto sensu, com eficiência e qualidade. O cumprimento dos objetivos da COPGR enseja:

- Articular serviços de saúde, sociedade civil e IES pública e privada;
- Organizar oficinas para elaboração de projetos de pós-graduação, conforme planejamento anual da FUNESA;
- Recomendar convênios entre a FUNESA e IES com o objetivo de legalizar a certificação dos cursos de pós-graduação;



**GOVERNO DE SERGIPE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE**

- Aprimorar e ampliar os recursos humanos que trabalham direta ou indiretamente com a assistência a saúde;
- Produzir pesquisa científica em função dos planos e prioridades institucionais, aprimorando a ciência e a assistência a saúde no âmbito do SUS.

Telessaúde

Consiste na implantação de infraestrutura de informação e telecomunicação com prioridade em zonas remotas, isoladas e marginai no país, para possibilitar o desenvolvimento contínuo a distância das Equipes de Saúde da Família. O objetivo é qualificar equipes de Saúde da Família, por meio da utilização de modernas tecnologias de informação e comunicação , capazes de promover a teleducação/teleassistência, melhorando a resolubilidade na atenção básica do SUS.

Centros de Especialidades em Odontologia

O Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) é uma unidade de saúde para cuidados odontológicos. Sua competência é de âmbito especializado, ou seja, irá ofertar uma ação após o cidadão iniciar um tratamento na Atenção Básica (cuidados nas Clínicas de Saúde da Família ou em Postos de Saúde). São serviços ofertados pelos CEOs: Cirurgia BucoMaxilo Facial, Endodontia, Periodontia, Paciente especial, Prótese Dentária e Diagnóstico bucal, com ênfase no diagnóstico e detecção do câncer de boca.



GOVERNO DE SERGIPE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Quadro 15 - Centros de Especialidades Odontológicas implantados no estado de Sergipe

MUNICÍPIO	POPULAÇÃO ASSISTIDA
CEO de Boquim	Arauá, Boquim, Salgado, Pedrinhas, Cristinápolis, Indiaroba, Santa Luzia do Itanhé, Umbaúba
CEO de Capela	Siriri, Carmópolis, Nossa Senhora das Dores, General Maynard, capela, Japaratuba, Cumbe
CEO de Laranjeiras	Divina Pastora, Laranjeiras, Riachuelo, Santa Rosa de Lima, Maruim, Rosário do Catete, Santo Amaro, Muribeca , Pirambu
CEO de N.Sra. da Glória	Feira Nova, Graccho Cardoso, Gararu, Itabi, Monte Alegre de Sergipe, Nossa Senhora da Glória, Poço Redondo, Porto da Folha
CEO de Propriá	Amparo do São Francisco, Aquidabã, Brejo Grande, Canhoba, cedro de São João, Japoatã, Ilha das Flores, Malhada dos Bois, Neópolis, Nossa Senhora de Lourdes, Pacatuba, Propriá, Santana do São Francisco, São Francisco, Telha
CEO de São Cristóvão	Areia Branca, barra dos Coqueiros, Campo do Brito, carira, frei Paulo, Itabaiana, Itaporanga Djuda, Macambira, Milhador, Moita Bonita, Nossa Senhora Aparecida, Pedra Mole, Pinhão, Ribeirópolis, São Domingos, São Miguel do Aleixo, São Cristóvão
CEO de Tobias Barreto	Poço Verde, Riachão do Dantas, Simão Dias, Tobias Barreto, Itabaianinha, Tomar do Geru

Fonte:FUNESA

Farmácias Populares

A Farmácia Popular integra o programa do Ministério da Saúde "Farmácia Popular do Brasil", criado em 2004 para ampliar o acesso da população a medicamentos básicos a preço de custo. As farmácias de Sergipe ainda contam com os seguintes serviços prestados à população:

- Dispensação;
- revisão farmacoterapêutica;
- atenção farmacêutica;
- aferição de parâmetros bioquímicos, fisiológicos e antropométricos.

Promoção e Prevenção à Saúde

A FUNESA é responsável pelo recrutamento e monitoramento da equipe da Brigada Estadual Itinerante de Combate às Endemias, composta por 50 agentes de endemias e 08 supervisores, e a contratação de 30 motorista de UBV, atuando nos 75 municípios do estado, apoiando os municípios nas ações de controle da dengue.

• Fundação Hospitalar de Saúde (FHS)

A FHS é uma entidade integrante da Administração Pública Indireta do Poder Executivo do Estado de Sergipe. Criada pela Lei nº 6.347, de 02 de janeiro de 2008,



GOVERNO DE SERGIPE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

a FHS é dotada de personalidade jurídica de direito privado, sem fins lucrativos, de interesse coletivo e utilidade pública. Possui autonomia gerencial, patrimonial, orçamentária e financeira, quadro de pessoal próprio e prazo de duração indeterminado.

Com o seu funcionamento regido pela Lei nº 6.130, de 02 de abril de 2008, a finalidade da Fundação Hospitalar de Saúde é de prestar serviços de saúde em todos os níveis de assistência hospitalar no Estado de Sergipe, inclusive o SAMU, além de poder desenvolver atividades de ensino e pesquisa científica e tecnológica na área da saúde, de acordo com os princípios, as normas e os objetivos constitucionais e legais do SUS.

A estrutura organizacional básica da FHS (quanto à sua composição, estrutura e competência) está dividida em: Conselho Curador e Diretoria Executiva. O Conselho Curador é o órgão de direção superior, administração, controle e fiscalização. É composto pelo Secretário de Estado da Saúde, por mais três membros indicados pelo Governador do Estado (entre pessoas com experiência na área de gestão hospitalar), um membro também indicado pelo governador (entre pessoas com conhecimento na área orçamentária e financeira) e por mais três secretários municipais de Saúde (indicados pelo COSEMS), devendo um deles ser o Secretário de Saúde da capital.

A diretoria executiva da Fundação Hospitalar de Saúde é subordinada à administração Estadual. Ela é responsável pela gestão técnica, patrimonial, financeira, administrativa e operacional da FHS. Sua estrutura organizacional está subdividida em três diretores: diretor geral, diretor administrativo-financeiro e diretor operacional. A nomeação do diretor-geral é de competência do secretário de Estado da Saúde, após apuração de sua responsabilidade pelo conselho curador, e a este Colegiado compete destituir os demais membros da diretoria executiva.

A Fundação Hospitalar de Saúde está sujeita às normas de controle interno e externo de fiscalização previstas legalmente e em seus estatutos. Além disso, é supervisionada regularmente pela SES, para efeito de cumprimento de seus objetivos estatutários, harmonização de sua atuação com as políticas do SUS e



**GOVERNO DE SERGIPE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE**

obtenção de eficiência administrativa e financeira, principalmente quanto à qualidade e humanização dos serviços de saúde prestados à população.

Para tal, cabe à Fundação a adoção de um plano, de um sistema de contabilidade e apuração de custos que permitam a análise de sua situação econômica, financeira e operacional, em vários setores, e a formulação adequada de programas de atividades a serem ofertadas.

Por se inserirem ao sistema loco-regional do SUS e pelas características de regionalização e hierarquização dos serviços de saúde, os serviços finalísticos da Fundação também estão sujeitos ao controle popular, exercido pelo Conselho Estadual de Saúde (CES).

Rede hospitalar e de urgência própria:

- 01 Hospital de Urgências Alta Complexidade/HUSE – Hospital de Urgências de Sergipe
- 01 Maternidade de Alto Risco/MNSL – Maternidade Nossa Senhora de Lourdes
- Hospital Regional Nossa Senhora da Glória – Gov Joao Alves Filho
- Hospital Regional de Itabaiana – Dr. Pedro Garcia Moreno
- Hospital Regional de Lagarto – Monsenhor Daltro
- Hospital Regional de Estância – Jessé Andrade
- Hospital Regional de Propriá – São Vicente de Paula
- Hospital Regional de Nossa Senhora do Socorro – José Franco Sobrinho
- Hospital Local de Tobias Barreto – São Vicente de Paulo
- Hospital Local de Neópolis
- UPA de Boquim
- SAMU 192 SE – 35 bases descentralizadas
- Hospital Regional Amparo de Maria em Estância
- Hospital Local N S dos Passos em São Cristóvão – (35 leitos contratualizados pela SES, sendo 20 regulados pelo SIGAU como retaguarda do HUSE)
- Hospital Local de Riachuelo



GOVERNO DE SERGIPE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

- Hospital Local de Capela
- Hospital N Sra do Desterro em Japoatã
- Hospital Local Sta Cecilia em Aquidabã

Quadro 16. REDE URGÊNCIA SE - LEITOS CRÍTICOS (UTI)

REGIÃO	UNIDADE HOSPITALAR	LEITOS			
		ADULTOS	PEDIÁTRICOS	UTIN	UCINCO
ARACAJU	HUSE	54	10	-	-
	FBHC	20	-	-	-
	HMSI	10	07	30	30
	HSJ	5	-	-	-
	HU	5	-	-	-
	MNSL	34	-	-	25
ITABAIANA	HRPGM	10	-	-	-
LAGARTO	HRMD	10	-	-	-
ESTÂNCIA	NÃO POSSUEM LEITOS DE UTI				
PROPRIA	NÃO POSSUEM LEITOS DE UTI				
N S GLORIA	NÃO POSSUEM LEITOS DE UTI				
NS SOCORRO	NÃO POSSUEM LEITOS DE UTI				

Quadro 17. DISTRIBUIÇÃO DA REDE URGÊNCIA /SE POR REGIÃO

REGIÃO	REDE DE URGÊNCIA
ARACAJU	01 Hospital de Urgências Alta Complexidade/HUSE – Hospital de Urgências de Sergipe 01 Maternidade de Alto Risco/MNSL – Maternidade Nossa Senhora de Lourdes COMPLEXO REGULATÓRIO ESTADUAL (Central de Regulação de Leitos- CRL e Central de Regulação de Urgências – CRU) 01 Hospital Filantrópico – Fundação de Beneficência Hospital Cirurgia 03 Hospitais locais filantrópicos: Laranjeiras, São Cristóvão e Riachuelo 02 Hospitais locais SMS Aracaju: Nestor Piva e Fernando Franco 02 Clínicas Saúde da Família 24 horas: Barra dos Coqueiros e Itaporanga 08 Bases do SAMU 192 SE
ESTÂNCIA	01 Hospital Regional Jessé Pinto 01 Hospital Regional Filantrópico e Maternidade Amparo de Maria 01 hospital Filantrópico em Itabaianinha 01 Unidade de Pronto Atendimento – UPA em Boquim



GOVERNO DE SERGIPE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

	05 Clinicas de saúde da família 24 horas: Arauá, Cristinápolis, Indiaroba, Tomar do Geru e Umbaúba 05 Bases do SAMU 192 SE
LAGARTO	01 Hospital Regional Monsenhor Daltro 01 Maternidade Zacarias Júnior - baixo risco filantrópica 01 Hospital Local filantrópico em Riachão do Dantas 01 Hospital Local Rede SES em Tobias Barreto 01 Unidade Pronto Atendimento em Simão Dias 01 Clínica de Saúde da Família em Poço Verde 05 bases de SAMU 192 SE
ITABAIANA	01 Hospital Regional Rede SES Dr. Pedro Garcia Moreno 01 Maternidade São José - baixo risco filantrópica 05 Clinicas de Saúde da Família 24 horas: Areia Branca, Campo do Brito, Carira, Frei Paulo e Ribeirópolis 04 bases do SAMU 192 SE
N SRA SOCORRO	01 Hospital Regional e Maternidade José Franco Sobrinho 01 Maternidade Leonor Barreto Franco – baixo risco 01 Hospital Local filantrópico de Capela 05 Clinicas de Saúde da Família 24 horas: Carmópolis, Maruim, N Sra das Dores, Japaratuba e Rosário do Catete 05 bases do SAMU 192 SE
N SRA GLÓRIA	01 Hospital Regional Gov. João Alves Filho 01 Hospital Local Municipal Aidê de Canindé S Francisco 02 Unidades de Pronto Atendimento: Poço Redondo e Porto da Folha 01 Clínica de Saúde da Família em Monte Alegre 05 bases de SAMU 192 SE
PROPRIÁ	01 Hospital Regional Rede SES e Maternidade São Vicente de Paula 02 Hospitais Locais Municipais: Aquiraz e Japoatã 01 Hospital Local Rede SES em Neópolis 03 bases do SAMU 192 SE

6.GOVERNANÇA DO SUS

A governança pode ser entendida como a capacidade de intervenção que envolve diferentes atores, mecanismos e procedimentos para a gestão compartilhada do Sistema. As instituições nesse quadro de gestão compartilhada e participação social interagem de forma complexa com a presença de mecanismos de controle e de pactuação entre os gestores, determinando a configuração da tomada de decisão das políticas públicas no país.



6.1 INSTANCIAS DE CONTROLE

• AUDITORIA

O Componente Estadual do Sistema Nacional de Auditoria de acordo com a Lei Estadual nº 6.345 de 02.01.2008, vem executando as seguintes atividades:

- Auditorias especiais por demanda (denuncias, estimativa de custos, avaliação de metas, outras)
 - Do Ministério Público;
 - De Secretarias Municipais;
 - Do(a) Secretário(a) de Estado da Saúde.
- Avaliação do Contrato de Ação Pública (durante sua vigência)
- Auditorias Assistenciais de qualidade (SIA e SIH)
- Auditorias de Gestão por demanda
- Avaliação física e de qualidade das UPS Co-financiadas com recursos estaduais
- Atividades de Acompanhamento, Controle e Avaliação
 - Supervisão Técnica para contratualização ou renovação de contrato pela SES;
 - Emissão de AIH's de caráter de urgência/emergência em UPS sob Gestão Estadual;
 - Perícias para emissão de AIH's de caráter eletivo para internação em UPS sob Gestão Estadual;
- Assessoramento Técnico aos municípios relativos aos Componentes Municipais de Auditoria.

• CONTROLE SOCIAL

O Conselho Estadual de Saúde de Sergipe (CES/SE) é um colegiado permanente, deliberativo, fiscalizador e consultivo onde a sociedade intervém nas ações de saúde do SUS, fazendo valer seus interesses. É um órgão composto por quantidade igual de representantes de entidades/instituições com poderes equiparados e devem funcionar e tomar decisões regularmente, acompanhando,



GOVERNO DE SERGIPE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

controlando e fiscalizando a política de saúde e propondo correções e aperfeiçoamentos em seu rumo e fortalecendo o Controle Social no SUS.

Em dezembro de 2007, com a publicação da Lei Estadual nº 6.300 e suas alterações, o controle social no Estado de Sergipe se fortaleceu, pois o CES/SE deixou de ser regulamentado por um decreto governamental, passando a ter sua própria Lei de Criação. O CES/SE é formado por 64 (sessenta e quatro) Conselheiros, sendo 32 Conselheiros Titulares e 32 Conselheiros Suplentes, de forma paritária sendo 50% usuários, 25% trabalhadores de saúde e 25% de prestador/gestor, os quais se reúnem mensalmente em sessão ordinária, conforme seu Regimento Interno e extraordinariamente sempre que necessário.

O CES/SE trabalha com as seguintes ferramentas de apoio a gestão:

- Sistema de Acompanhamento dos conselhos de Saúde (SIACS): O CES/SE e mais os 75 conselhos de saúde de Sergipe estão cadastrados no SIACS desde o ano de 2012 criando uma rede de dados junto ao Conselho Nacional de Saúde (CNS) e ao Ministério da Saúde e que resultará em um retrato detalhado da sua composição, paridade e do cumprimento de normas legais relacionadas ao SUS.
- Programa de Inclusão Digital dos Conselhos de Saúde (PID): é resultado de demanda das Conferências Nacionais de Saúde, aprovado pelo CNS, materializada pela Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP) do Ministério da Saúde que tem por objetivo contribuir para que os conselheiros nacionais, estaduais e municipais de saúde se apropriem de informações e adquiram habilidades para comunicação indispensáveis ao exercício do controle social, por meio do acesso a equipamentos de informática, informações em saúde necessárias ao desempenho do papel de conselheiro e estabelecimento de rede de intercâmbio entre os Conselhos de Saúde e está pautado em três pilares fundamentais: equipamentos, formação de conselheiros, conectividade.

O CES/SE realiza Plenárias de Conselhos de Saúde um ano antes e um ano após a realização de conferências como ferramenta de monitoramento e discussão das ações propostas.



6.2 INSTANCIAS DE PACTUAÇÃO

• Colegiado Interfederativo Estadual (CIE)

As relações interfederativas no Estado de Sergipe estão dispostas na Lei Estadual 6.345 de 02 de janeiro de 2008 e no Decreto Estadual No. 25.462 de 31 de julho de 2008 que regulamentam os Colegiados Interfederativos Estadual e Regionais do SUS Sergipe.

O SUS/SE, deve contar com um Colegiado Interfederativo Estadual, composto pelo Secretário de Estado da Saúde e pelos Secretários Municipais da Saúde o qual se reunirá periodicamente para discutir e definir, de forma consensual, a gestão do sistema de saúde no Estado, sua rede regionalizada e hierarquizada, seu financiamento e demais aspectos organizativos, técnicos e operativos

Compete ao CIE, em especial:

I – regulamentar os aspectos operacionais de municipalização e descentralização do SUS/SE;

II – definir:

- a) critérios e parâmetros para elaboração da Programação Geral de Ações e Serviços de Saúde Individuais e Coletivos;
- b) os critérios de regulação de acesso a ações e serviços de saúde a serem utilizados no Estado de Sergipe.

III – aprovar:

- a) alocação de recursos de acordo com os consensos interfederativos;
- b) a incorporação de novas portas de entrada para acesso ao sistema de saúde;
- c) o PDR proposto pela SES;
- d) as regras para a operação do Complexo Regulatório do SUS;
- e) a grade de referência de urgência e emergência do Estado de Sergipe.

IV – Decidir a respeito de questões encaminhadas pelos Colegiados Interfederativos Regionais.



- **Colegiado Interfederativo Regional (CIR)**

Compete aos colegiados interfederativos regionais:

- I – pactuar a indicação dos regulares regionais;
- II - discutir as necessidades de oferta da região;
- III - propor ao CIE as alterações e repactuações que se fizerem necessárias para a garantia de acesso aos usuários da região;
- IV - resolver as questões de descumprimento nas pactuações regionais para garantia de acesso;
- V - decidir outras questões por delegação do CIE.

6.3 GESTÃO PARTICIPATIVA

Para fomento da participação social no SUS, o Estado de Sergipe optou por estruturar um núcleo formal no organograma da SES. Desde 2008, este núcleo vem se responsabilizando pela operacionalização da gestão participativa e do apoio ao controle social no SUS/SE. O Núcleo de Gestão Estratégica e Participativa (NUGEP) é composto na sua organização por quatro componentes:

- I - Apoio ao Controle Social**
- II - Apoio à Gestão**
- III - Participação Popular**
- IV - Ouvidoria**

As ações do Núcleo têm o objetivo de fortalecer o controle social e a participação popular no Estado de Sergipe e dentro da sua missão, contribuir com o fortalecimento e qualificação da Regionalização em Saúde e da RAS, além da participação efetiva da sociedade na construção das políticas de saúde no Estado.

- **Apoio ao controle social**

No componente Apoio ao Controle Social o Núcleo dialoga e apóia o CES/SE e suas ações com os 75 (setenta e cinco) conselhos municipais de saúde, que juntos somam, aproximadamente, 750 (setecentos e cinqüenta) conselheiros.

- **Apoio à gestão**

Sistema de Apoio ao Relatório de Gestão do SUS (SARGSUS)

O NUGEP, no componente Apoio a Gestão, especificamente ao SARGSUS, é responsável pela indução da adesão ao uso do Sistema, cadastramento, capacitação de gestores e conselheiros e monitoramento.

Em Sergipe, encontram-se cadastrados no SARGSUS 75 (setenta e cinco) municípios e o Conselho Estadual de Saúde, totalizando 100% (cem por cento) de adesão.

O SARGSUS é uma ferramenta eletrônica desenvolvida pela SGEP do Ministério da Saúde em conjunto com o DATASUS, com o objetivo de apoiar os gestores municipais na elaboração, e envio do Relatório Anual de Gestão (RAG) ao Conselho de Saúde.

O NUGEP também articula junto ao CES/SE e Conselhos Municipais de Saúde, apoiando a Diretoria de Planejamento da SES, em relação ao fortalecimento da utilização das ferramentas do planejamento em saúde, como o Plano de Saúde, o RAG, o Relatório Detalhado do quadrimestre e a Programação Anual de Saúde.

- **Participação popular**

No que tange ao componente participação social, o Núcleo relaciona-se com lideranças comunitárias e com a sociedade civil dando apoio institucional, orientação, informação e fomentando a sociedade civil em Defesa do SUS.

LAIP (Lei de Acesso à Informação Pública)

A Lei nº 12.527/2011 regulamenta o direito constitucional de acesso às informações públicas. Essa norma entrou em vigor em 16 de maio de 2012 e criou mecanismos que possibilitam, a qualquer pessoa, física ou jurídica, sem necessidade de apresentar motivo, o recebimento de informações públicas dos órgãos e entidades.

A Lei vale para os três Poderes da União, Estados, Distrito Federal e Municípios, inclusive aos Tribunais de Conta e Ministério Público. Entidades privadas sem fins lucrativos também são obrigadas a dar publicidade a informações referentes ao recebimento e à destinação dos recursos públicos por elas recebidos.



GOVERNO DE SERGIPE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

No Brasil, o direito de acesso à informação pública foi previsto na Constituição Federal, no inciso XXXIII do Capítulo I - dos Direitos e Deveres Individuais e Coletivos - que dispõe:

"todos têm direito a receber dos órgãos públicos informações de seu interesse particular, ou de interesse coletivo ou geral, que serão prestadas no prazo da lei, sob pena de responsabilidade, ressalvadas aquelas cujo sigilo seja imprescindível à segurança da sociedade e do Estado".

A Constituição também tratou do acesso à informação pública no Art. 5º, inciso XIV, Art. 37, § 3º, inciso II e no Art. 216, § 2º. São estes os dispositivos que a Lei de Acesso a Informações regulamenta, estabelecendo requisitos mínimos para a divulgação de informações públicas e procedimentos para facilitar e agilizar o seu acesso por qualquer pessoa.

Em Sergipe a Regulamentação da LAIP se dá pela Instrução Normativa Conjunta No. 001/2012 PGE/CGE/SECC de 12 de setembro de 2012.

O Sistema Eletrônico do Serviço de Informações ao Cidadão (e-SIC) permite que qualquer pessoa, física ou jurídica, encaminhe pedidos de acesso a informação pública para os órgãos e entidades do Poder Executivo Estadual.

Por meio do sistema, além de fazer o pedido, é possível acompanhar o prazo e receber a resposta da solicitação por e-mail, entrar com recursos e consultar as respostas recebidas.

No âmbito da Secretaria de Estado da Saúde, o NUGEP é o responsável pelo recebimento, encaminhamento, monitoramento e resposta das demandas solicitadas através do e-SIC.

- **Ouvidoria Estadual do SUS**

A Ouvidoria Estadual do SUS em funcionamento desde a publicação da Portaria nº. 393 de 18 de agosto de 2003 apresentada, discutida e aprovada no CES/SE. Foi reestruturada através da Lei estadual nº 6.345 de 02 de janeiro de 2008 que dispõe sobre organização e funcionamento do SUS/SE, sendo regulamentada



**GOVERNO DE SERGIPE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE**

através do decreto nº. 25.890 de 07 de janeiro de 2009, que dispõe sobre a Estrutura Administrativa da Ouvidoria Estadual do SUS/SE e suas atribuições.

Como instrumento de controle social e participação popular, a Ouvidoria constitui-se como um canal de articulação entre o cidadão, usuário, trabalhador em saúde, prestadores de serviço e a gestão pública de saúde, com o objetivo de melhorar a qualidade dos serviços prestados pelo SUS, recebendo demandas com as seguintes classificações: solicitações, reclamações, denúncias, elogios, informações e sugestões, levando-os ao conhecimento dos órgãos competentes e/ou setores competentes, consolidando e qualificando a Ouvidoria como ferramenta de gestão democrática para uma melhor qualidade da atenção e do cuidado em saúde e o fortalecimento do SUS.

6.4. PLANEJAMENTO EM SAÚDE

A Portaria GM n. 2.135/2013 estabeleceu diretrizes para o processo de planejamento no âmbito do SUS e o insere no contexto da governança do SUS ao direcionar os diferentes atores do sistema para diretrizes, objetivos e metas, sendo orientado a ser desenvolvido de forma contínua, articulada e integrada.

A citada Portaria, apresenta como sendo os instrumentos para o planejamento no âmbito do SUS, o Plano de Saúde, as respectivas Programações Anuais e o Relatório de Gestão, chamando atenção de que esses instrumentos interligam-se sequencialmente, compondo um processo cíclico de planejamento para operacionalização integrada, solidária e sistêmica do SUS.

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



GOVERNO DE SERGIPE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

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

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

O Relatório de Gestão é o instrumento de gestão com elaboração anual que permite ao gestor apresentar os resultados alcançados com a execução da PAS e orienta eventuais redirecionamentos que se fizerem necessários no Plano de Saúde.

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

6.5 INFORMACAO EM SAUDE

O uso sistemático das informações em saúde contribui para o planejamento, monitoramento e avaliação das políticas e programas de saúde, de forma a reduzir incertezas no processo decisório e na transparência das ações desenvolvidas na área da saúde tanto em âmbito federal, estadual, quanto municipal, se inserindo dessa forma no âmbito da governança do sistema.

Em novembro de 2015 foi criado o Núcleo Estratégico da SES/SE (NEST), com objetivo de, rotineiramente, produzir, analisar e disseminar informação, monitorar situações de catástrofes e epidemias, gerar conhecimento, auxiliar no processo decisório e na transparência das ações desenvolvidas na área da saúde, com vistas à melhoria da qualidade de vida da população do Estado de Sergipe.

O NEST é vinculado à Diretoria de Planejamento da SES/SE (DIPLAN), sendo composto na sua estrutura organizacional de áreas responsáveis por levantamento de dados e produção de informações, desenvolvimento de estudos e análises, visto



GOVERNO DE SERGIPE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

a necessidade de implantação de uma área de referência para o monitoramento e avaliação da situação de saúde, para a disponibilização de dados e informações, produção de conhecimento e para a prospecção de cenários, de forma a contribuir para subsidiar o planejamento, o desenvolvimento e a gestão de Políticas Públicas de Saúde.

Cabe ao NEST, também, a produção dos instrumentos de gestão do planejamento em saúde, bem como a coordenação do programa de gestão de custos em saúde através do Sistema de Apuração e Gestão de Custos do SUS (APURASUS), sistema do MS e que está sendo implantado em unidades assistenciais vinculadas a Fundação Hospitalar de Saúde/SES/SE.

A Sala Estadual de Situação é coordenada pelo NEST e tem trabalhado intensamente de forma intersetorial na situação de emergência da microcefalia, nas consequências provocadas pelo *Aedes aegypti* e em estratégias para o controle desse vetor. A Sala é uma das áreas da estrutura do NEST e desenvolve outras ações de forma a monitorar e disseminar informações sobre a situação de saúde dos sergipanos.

Em conformidade com a Lei de Acesso a Informação (Lei Federal no 12.527/2011), que preconiza a transparência das informações de interesse público, o NEST disponibiliza dados, indicadores ou produtos de análise ou estudos sobre a situação de saúde estadual, regional e municipal, em seu portal (www.observatorio.se.gov.br/saude), em contas de redes sociais como twitter e facebook, visando disseminar a informação em saúde para a população, profissionais e gestores de saúde entre outros, bem como para o controle social.

O NEST tem trabalhado buscando obter ferramentas que integre os dados dos diversos Sistemas de Informação em Saúde do SUS. Há necessidade de investimento em desenvolvimento de ferramentas ou softwares de *Business Intelligence (BI)* que auxilie com maior rapidez e qualidade o processo de trabalho no NEST, de forma a contribuir com a tomada de decisão pela gestão da SES/SE, quanto para analise e acompanhamento estratégico das políticas e programas de saúde no Estado.



GOVERNO DE SERGIPE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Ha necessidade de articulação com órgãos do governo do estado e de outros estados, entidades nacionais e internacionais, incluindo as instituições de ensino e pesquisa, oficializando cooperação institucional para o alcance de novas ferramentas e tecnologias da informação, para que se coloque em prática, no âmbito da gestão estadual do SUS, processos que melhorem a tomada de decisão em saúde.

Se faz necessário, ainda, garantir a capacitação da equipe do NEST em análise de situação de saúde, em monitoramento e avaliação, sistemas de informação geográfica e de fortalecer a área de informática da SES com programadores e analistas que possam criar e dar suporte necessário ao trabalho do NEST, bem como é primordial manter o acesso a internet de qualidade como apoio necessário às realizações de pesquisa científica, uso de videoconferência, de painéis eletrônicos e do trabalho com os bancos de dados úteis às produções do setor.

Sistemas de Informação

Os Sistemas de Informação em Saúde existentes no SUS são coordenados por várias áreas da SES/SE. Cabe ao NEST a utilização dos bancos de dados que subsidiarão as análises, a definição de ações e dessa forma trabalha articulado com as várias áreas da SES.

7. FINANCIAMENTO

7.1. RECURSOS FEDERAIS E RECURSOS PRÓPRIOS DO ESTADO

Os gastos públicos com ações e serviços de saúde no Brasil em 2000, por parte do governo federal, dos estados e dos municípios, podem ser estimados em cerca de R\$ 34 bilhões de reais. Nesse ano, os gastos do governo federal com recursos próprios somaram R\$ 20,4 bilhões (60% do total) e os de estados e municípios alcançaram R\$ 6,3 bilhões (18,5%) e R\$ 7,3 bilhões (21,5%), respectivamente. (CONASS,2015)



GOVERNO DE SERGIPE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Em 2004, que seria o fim da transição estipulada pela Emenda Constitucional (EC) nº 29/2000, o governo federal já havia diminuído para 49,26% sua participação. Isso continua acontecendo e em 2013 os gastos do governo federal com ações e serviços de saúde foram de R\$ 83.043.726.306, que representaram 42,59% enquanto os estados, municípios e o Distrito Federal já arcaram com 57,41% dos recursos aplicados em saúde. (CONASS,2015)

A Lei Complementar nº 141 de 2012 (LC 141/2012), que regulamentou a Emenda Constitucional (EC) nº 29, não modificou a condição de indexação ao Produto Interno Bruto (PIB) para o piso da União o que não causou modificação, em termos de volume, no montante federal empregado no financiamento da saúde. Para Estados e Municípios, a fixação dos parâmetros mínimos permaneceu inalterada.

O que a LC 141/2012 trouxe como dispositivo mais importante diz respeito à definição da natureza das Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS), que propiciou mais clareza à destinação dos recursos por cada ente federado e permitiu um acompanhamento mais sistemático da destinação dos recursos, segundo as determinações constitucionais.

Analizando a evolução do total dos gastos públicos em saúde, em Sergipe, por esfera de governo, conforme Tabela 15 e Gráfico 36, observa-se que em 2010 a União aplicou 45,10%, o estado 34,38% e os municípios 20,51%; em 2015, em cenário diferente, a União aplicou 39,59%, o estado 33,83% e os municípios 26,58%. Isto reflete o subfinanciamento do SUS pelo governo federal, agravado pelo cenário econômico e arranjos legais como a Emenda Constitucional nº. 86, promulgada em 17/03/2015.

As transferências fundo a fundo para o Estado de Sergipe (SES e municípios) somaram R\$10.718.797.380,73 de 2010 a 2015; sendo que destes R\$ 3.657.511.213,34 destinaram-se à Secretaria de Estado da Saúde. Neste período, observa-se que a participação da União e da SES reduziu enquanto que a dos municípios aumentou. (Tabela 15)



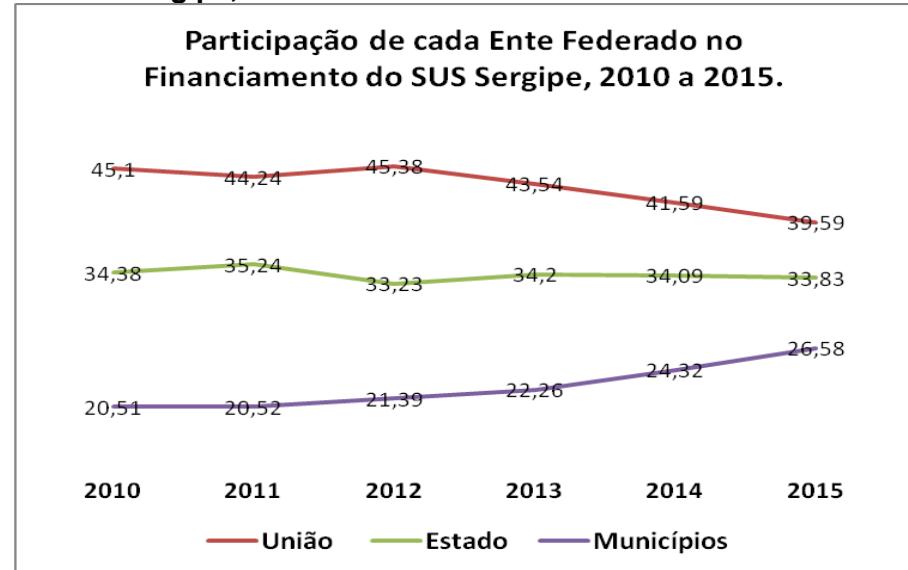
GOVERNO DE SERGIPE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Tabela 15. Total de Recursos Aplicados no SUS e Per Capta – Sergipe, 2010-2015.

Ano	População	MS	Estado Próprios	Municípios Próprios	Total	Per Capta R\$
2010	2.068.031	602.809.713,77	459.508.678,30	274.161.672,19	1.336.480.064,26	646,26
2011	2.089.819	694.621.633,51	553.409.952,22	322.180.417,38	1.570.212.003,11	751,36
2012	2.110.867	804.984.009,41	589.442.186,76	379.472.050,61	1.773.898.246,78	840,36
2013	2.195.662	826.511.798,01	649.346.284,80	422.549.160,68	1.898.407.243,49	864,62
2014	2.219.574	845.426.766,66	692.839.986,87	494.288.947,09	2.032.555.700,62	915,74
2015	2.242.937	834.153.972,22	712.964.124,39	560.126.025,86	2.107.244.122,47	939,50

Fonte :MS/SIOSP

Gráfico 36. Participação de cada ente federado no financiamento do SUS Sergipe, 2010 a 2015.



Fonte: SIOPS/MS

Analisando a série acumulada da participação de cada ente federado observa-se redução do percentual de recursos federais e aumento tanto para o estado quanto para os municípios, conforme Tabela 16.

Tabela 16. Evolução da participação de cada ente federado, 2015 em relação a 2010 – Sergipe

Período: 2010-2015			
Evolução	FEDERAL	ESTADO	MUNICIPIOS
	38,38	39,38	40,38

Fonte:SIOPS/MS

Financiamento Municipal

A fonte de dados utilizada para análise do financiamento municipal na área da saúde foi o Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos e Saúde (SIOPS). Tomando como base o ano de 2015, observa-se que todos os 75 municípios de Sergipe aplicaram no mínimo 15% dos recursos do Tesouro em Saúde, assim distribuídos: 52 municípios de 15 a 19%, 18 municípios de 20 a 24%, 5 municípios de 25 a 33%. (Tabela 17)

Tabela 17. Percentual de Recursos Próprios aplicados em Saúde – Municípios e Estado – Sergipe - 2010-2015

Municípios/Estado	2010	2011	2012	2013	2014	2015
280010 Amparo de São Francisco	16,1	15,02	15,54	15,06	15,97	15,23
280020 Aquidabã	22,6	15,1	15,5	17,92	17,51	18,28
280030 Aracaju	17,01	17,48	21,28	20,08	20,88	22,88
280040 Arauá	16,47	15,06	17,56	17,79	15,89	17,59
280050 Areia Branca	15,36	17,69	15,97	16,08	17,27	20,09
280060 Barra dos Coqueiros	15,51	17,11	15,71	21,1	18,93	28,81
280067 Boquim	16,19	15,87	15,36	15,72	17,34	17,11
280070 Brejo Grande	15,39	16,32	16,3	16,3	17,62	19,87
280100 Campo do Brito	15,49	15,71	15,98	18,68	16,05	17,04
280110 Canhoba	17,36	15,5	16,29	22,26	21,86	20,56
280120 Canindé de São Francisco	17,24	16,56	16,63	18,29	18,88	19,35
280130 Capela	18,21	15,72	15,58	15,28	15,55	18,35
280140 Carira	18,39	15,02	16,45	16,73	15,67	17,39
280150 Carmópolis	22,32	25,63	23,11	18,62	19,87	21,08
280160 Cedro de São João	15,13	15,29	17,29	18,12	16,9	20,51
280170 Cristinápolis	20,2	16,63	16,68	15,5	16,8	20,1
280190 Cumbe	17,87	16,8	19,35	17,16	18,02	16,79
280200 Divina Pastora	15,94	15	16,24	17,79	20,11	19,02
280210 Estância	15,51	15,75	15,5	15,75	18,91	15,39
280220 Feira Nova	19,43	15,41	15,06	17,74	17,07	18,89
280230 Frei Paulo	15,68	15,37	16,27	17,52	15,51	17,52
280240 Gararu	15,57	15,99	17,91	18,02	18,82	21,37
280250 General Maynard	15,4	15,76	15,6	15,33	15,78	20,88
280260 Gracho Cardoso	17,94	15,17	20,52	17,03	15,59	16,92
280270 Ilha das Flores	20,6	18,28	25,78	15,72	19,04	20,73
280280 Indiaroba	15,11	16,53	16,96	15,31	19,58	19,06



GOVERNO DE SERGIPE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

280290 Itabaiana	15,7	19,14	18,92	17,47	17,83	17,55
280300 Itabaianinha	15,47	16,4	16,79	18,34	17,45	22,72
280310 Itabi	16,29	16,09	16,45	15,6	17,08	16,17
280320 Itaporanga d'Ajuda	15,26	18,19	16,05	20,28	21,07	22,95
280330 Japaratuba	18,23	18,11	17,87	22,12	23,21	23,32
280340 Japoatã	15,83	16,25	15,35	16,79	20,95	16,67
280350 Lagarto	15,07	15,23	15,09	17,03	18,86	19,35
280360 Laranjeiras	15,64	15,18	15,91	18,67	21,1	23,78
280370 Macambira	16,33	16,88	18,1	15,89	18,39	17,62
280380 Malhada dos Bois	15,55	15,69	15,85	19,84	22,87	19,52
280390 Malhador	16,36	17,03	15,93	15,95	15,71	18,44
280400 Maruim	15,83	19,06	19,55	19,43	17,04	22,1
280410 Moita Bonita	16,74	15,27	17,94	16,66	20,3	16,94
280420 Monte Alegre de Sergipe	15,63	19,02	18,47	21,09	20,52	21,1
280430 Muribeca	16,9	17,67	15,82	17,61	18,8	18,22
280440 Neópolis	16,04	15,02	16,14	16,7	19,3	18,75
280445 Nossa Senhora Aparecida	15,48	19,02	17,8	15,65	18,99	18,05
280450 Nossa Senhora da Glória	17,07	16,47	15,73	17,4	19,5	16,47
280460 Nossa Senhora das Dores	16,13	16,16	15	17,85	15,7	16,17
280470 Nossa Senhora de Lourdes	20,28	19,12	19,16	16,62	21,76	24
280480 Nossa Senhora do Socorro	16,91	15,25	15,19	15,93	15,03	16,55
280490 Pacatuba	16,78	15,77	15,56	16,16	16,56	25,36
280500 Pedra Mole	15,77	15,16	19,53	15,89	16,76	15,77
280510 Pedrinhas	20,7	15,14	18,01	15,5	15,61	16,68
280520 Pinhão	15,66	17,64	15,9	15,92	19,62	14,78
280530 Pirambu	24,11	23,62	28,85	15,74	34,93	33,26
280540 Poço Redondo	19,97	20	28,93	15,64	28,13	27,4
280550 Poço Verde	16,69	16,45	16,39	15,24	16,68	18,58
280560 Porto da Folha	16,72	18,95	17,84	15,43	15,71	19,41
280570 Propriá	16,76	15,58	16,89	15,06	17,63	17,68
280580 Riachão do Dantas	15,89	16,2	15,59	15,48	16,91	18
280590 Riachuelo	15,5	15,74	15,88	15,68	15,83	16,83
280600 Ribeirópolis	15,62	15,59	15,74	16,54	15,26	15,71
280610 Rosário do Catete	16,73	18,62	16,13	17,32	22,03	23,08
280620 Salgado	15,45	15,7	15,56	21,81	17,8	19,63
280630 Santa Luzia do Itanhy	18,19	15,98	16,39	17,84	16,87	24,14
280650 Santa Rosa de Lima	15,82	18,88	17,64	16,5	17,36	17,07
280640 Santana do São Francisco	15,74	18,09	...	18,3	18,28	18,68
280660 Santo Amaro das Brotas	30,83	15,85	16,39	19,26	16,09	17,63
280670 São Cristóvão	15,36	17,71	15,19	15,76	19,51	17,7
280680 São Domingos	17,4	15,52	8,48	16,15	15,69	19,62
280690 São Francisco	15,83	17,3	17,62	16,47	19,87	16,36



GOVERNO DE SERGIPE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

280700 São Miguel do Aleixo	15,34	15,83	16,88	15,56	17,15	16,68
280710 Simão Dias	17,23	15,77	15,52	17,59	16,72	17,24
280720 Siriri	21,33	20,17	16,74	15,96	18,13	18,45
280730 Telha	15,42	16,16	15,06	20,96	20,4	21,47
280740 Tobias Barreto	16,11	15,23	17,44	15,54	17,95	18,87
280750 Tomar do Geru	16,07	16,2	17,03	15,19	18,75	15,38
280760 Umbaúba	15,88	16,29	17,07	20,3	16,52	19,55
ESTADO	13,02	12,69	12,77	12,93	12,72	12,4

Fonte :MS/ SIOSP

Execução do orçamento

Quanto à execução do orçamento em série histórica de 2010 a 2015, os dados demonstram que a maior fonte de recursos de financiamento na Secretaria de Estado da Saúde é a do Tesouro Estadual, 67,52% em 2010, e desde 2011 ultrapassa os 70%. Os recursos de transferências do Fundo Nacional de Saúde - FNS para o Fundo Estadual totalizaram em 2010, 32,48% aplicados e desde 2011 um pouco mais de 20%. (Tabela 18)

Tabela 18.

Recursos Federais e Recursos Próprios do Estado Aplicados no Fundo Estadual de Saúde
Sergipe
Período: 2010-2015

FUNDO ESTADUAL	2010		2011		2012		2013		2014		2015	
	MS	Proprios										
Recursos	221.020.915,77	459.508.678,30	171.418.406,86	553.409.952,22	236.536.234,17	589.442.186,76	231.543.359,91	649.346.284,80	262.375.862,31	692.839.986,87	211.979.697,00	712.964.124,39
Totais	680.529.594,07		724.828.359,08		825.978.420,93		880.889.644,71		955.215.849,18		924.943.821,39	
%	32,48	67,52	23,65	76,35	28,64	71,36	26,29	73,71	27,47	72,53	22,92	77,08

Fonte :MS/SIOSP

Perspectivas

O Plano Plurianual de Governo – PPA 2016 a 2019 prevê R\$ 3.594.268.840,80 para a SES, sendo pela fonte Tesouro R\$ 2.587.873.564,80 e pela fonte Federal R\$1.006.395.276,00 . Os recursos relativos a esse período foram definidos pela Secretaria de Estado da Fazenda e serão revistos dentro do processo de elaboração das respectivas propostas orçamentárias anuais e revisões do Plano.

PARTE II - EIXOS, DIRETRIZES, OBJETIVOS, METAS E INDICADORES

2.1 DIRETORIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

EIXO 1: Gestão do SUS e Modelos de Atenção à Saúde

DIRETRIZ 1: Reduzir e prevenir riscos e agravos à saúde da população por meio das ações de vigilância, promoção e proteção, com foco na prevenção e controle das Doenças Transmissíveis (DT) e seus determinantes e condicionantes.

OBJETIVO 1. Reduzir e prevenir riscos e agravos à saúde da população, por meio das ações de vigilância, promoção e proteção.

METAS:

- 1.1 Alcançar 80% de cobertura vacinal contra a gripe no Estado.
- 1.2 Alcançar 70% o percentual de municípios com cobertura vacinal adequada (95%) da vacina pentavalente (DTP + HB + Hib) em menores de 1 ano.
- 1.3 Manter a taxa de prevalência anual de hanseníase abaixo de 1/10.000 habitantes.
- 1.4 Aumentar para 95% a proporção de examinados entre os contatos intradomiciliares registrados dos casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes.
- 1.5 Aumentar para 90% a proporção de cura dos casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes.
- 1.6 Manter a taxa de incidência de TB de 30/100.000 habitantes.
- 1.7 Alcançar em 80% a proporção de testagem para HIV entre casos novos de TB.
- 1.8 Alcançar em 85% a proporção de cura de casos novos de TB pulmonar diagnosticados.
- 1.9 Reduzir em 10% o número absoluto de óbito por dengue.
- 1.10 Realizar 6 visitas domiciliares em 80% dos domicílios do Estado.
- 1.11 Investigar 91,23% dos óbitos em mulheres em idade fértil investigados
- 1.12 Investigar 100% dos óbitos maternos investigados
- 1.13 Investigar 92,12% dos óbitos infantil e fetal investigados



GOVERNO DE SERGIPE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

- 1.14 Aumentar para 93,78% a proporção de registro de óbitos com causa básica definida
- 1.15 Reduzir em 5% a incidência de Aids no Estado.
- 1.16 Reduzir em 5% do número de casos de sífilis congênita em menores de 1 ano;
- 1.17 Ampliação e reforma da Central de Ultra Baixo Volume (UBV);
- 1.18 Elaboração dos Projetos Complementares da Obra da Central de Ultra Baixo Volume (UBV);
- 1.19 Aquisição de Atomizadores Costais Motorizados (Termonebulizadores portáreis), Prensa Esfarfadeira para reciclagem, Balança elétrica, Chuveiros e Lavolhos de emergência;
- 1.20 Aquisição de 03 Veículos de UBV;
- 1.21 Aquisição de Equipamentos de Proteção Individual (EPI), para os Agentes de Combate às Endemias do Estado;
- 1.22 Capacitação dos Agentes de Combate às Endemias para o uso dos EPI's e sobre a Logística Reversa.

INDICADORES - DVS

INDICADOR	UNIDADE DE MEDIDA	ÍNDICE DE REFERÊNCIA	DATA DE APURAÇÃO	FONTE	PERÍODI CIDADE	FÓRMULA DE CALCULO
Cobertura vacinal contra gripe (86,02%)	%	86,02	31/12/2014	SI-PNI	Anual	Nº de maiores de 60 anos de idade vacinados contra gripe dividido pelo nº de maiores de 60 anos de idade, multiplicado por 100.
Percentual de municípios com cobertura vacinal adequada (95%) de vacina pentavalente (DTP+HB+Hib) em menores de 1 ano.	%	70%	31/12/2014	SI-PNI	Anual	Proporção de municípios com cobertura vacinal adequada na vacina pentavalente (DTP+HB+Hib) em menores de 1 ano.
Coeficiente de prevalência de hanseníase (1,30/10.000)	1/10.000	1.22	31/12/2014	SINAN/SES	Anual	Nº de casos de hanseníase em residentes, em determinado local e em tratamento em 31/12 do ano de avaliação dividido pela população total

						residente no período determinado, multiplicado por 10.000
Proporção de examinados entre os contatos intradomiciliares registrados dos casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes.	%	89.15	31/12/2014	SINAN/SES	Anual	Numerador: Nº de contatos dos casos novos de hanseníase examinados por local de residência atual e diagnosticados nos anos das coortes (PB diagnosticados no ano anterior ao ano da avaliação e MB). Denominador: Total de contatos dos casos novos de hanseníase registrados por local de residência atual e diagnosticados nos anos das coortes (PB diagnosticados no ano anterior ao ano da avaliação e MB diagnosticados dois anos antes do ano da avaliação)
Proporção de cura dos casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes.	%	87,19	31/12/2014	SINAN/SES	Anual	Numerador: Casos novos de hanseníase residentes em determinado local, diagnosticados nos anos das coortes e curado até 31/12 do ano da avaliação. Denominador: Total de casos novos de hanseníase residentes no mesmo local e diagnosticados nos anos das coortes. Fator de multiplicação: 100
Taxa de incidência de tuberculose (/100.000) – 30/100.000	1/100.000	30,08	31/12/2015	SINAN/SES	Anual	Nº de casos novos confirmados de tuberculose todas as formas em residentes, dividido pela população total residente, no período determinado, multiplicado por 100.000
Proporção de casos novos de tuberculose testados para HIV	1/100	71,65	31/12/2014	SINAN/SES	Anual (cálculo deve ser realizado tomando por base o ano anterior)	Nº de casos novos de tuberculose testados para HIV em residentes, dividido pelo nº de casos novos de tuberculose todas as formas em residentes, no período determinado,

					do período avaliado)	multiplicado por 100.
Proporção de cura de casos novos de tuberculose pulmonar bacilifera	1/100	74,54	31/12/2013	SINAN/SES	Anual (cálculo deve ser realizado tomando por base os dois anos anteriores do período avaliado)	Nº de casos novos de tuberculose pulmonar com encerramento por cura em residentes, dividido pelo nº total de casos novos de tuberculose pulmonar em residentes, no período determinado, multiplicado por 100.
Letalidade por dengue	%	0,09	31/12/2014	SINAN/SES	Anual	Número de casos de dengue com evolução óbito por dengue dividido pelo Nº de casos prováveis de dengue X 100.
Percentual dos municípios infestados pelo mosquito <i>Aedes aegypti</i> que realizaram, no mínimo 80% de visitas nos imóveis, em pelo menos, 4 ciclos de visitas domiciliares (%)	%	80%	31/12/2015	SISFAD SISPNC	Anual	1º passo – Cálculo da cobertura por ciclo Numerador: Número de imóveis visitados em cada um dos ciclos de visitas domiciliares de rotina para o controle de doenças transmitidas pelo mosquito <i>Aedes aegypti</i> . Denominador: Número de imóveis da base do Reconhecimento Geográfico (RG) atualizado. Fator de multiplicação: 100. 2º passo – Soma do número de ciclos com mínimo de 80% de cobertura de imóveis visitados. 3º passo - Cálculo do percentual dos municípios que tiveram 4 ou mais ciclos com 80% de cobertura de visita domiciliar.
Proporção de óbitos de mulheres em idade fértil – MIF investigados	%	91,23	31/12/2014	SIM /Painel de Monitoramento Mortalidade materna	Anual	Nº de Óbitos de Mulheres em Idade Fértil Investigados/Nº Total de Óbitos de Mulheres em Idade Fértil x 100
Proporção de	%	100	31/12/2014	SIM/Painel de	Anual	Nº de Óbitos Maternos



GOVERNO DE SERGIPE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Óbitos Maternos Investigados				Monitoramento Mortalidade materna		Investigados / Nº total de Óbitos Maternos x 100
Proporção de óbitos com causa básica definida	%	93,78	31/12/2014	SIM	Anual	Nº de Óbitos com Causa Básica Definida / Nº Total de Óbitos x 100
Proporção de óbitos Infantil / Fetal Investigados	%	92,12	31/12/2014	SIM/Painel de Monitoramento Mortalidade Infantil	Anual	Nº de Óbitos Infantil e Fetal Investigados / Nº Total de Óbitos Infantil e Fetal x 100
Taxa de incidência de Aids	/100.000	13,48	31/12/2013	SINAN/SES/IBGE	Anual	Número de casos novos de Aids em residentes por (dividido) população total residente no período determinado, multiplicado por 100 mil.
Numero de casos novos de sífilis congênita em menores de 1 ano de idade	unidade	379	31/12/2014	Sinan/SES	Anual	Somatório anual do número de casos confirmados de sífilis congênita em residentes.
Ampliação e reforma da Central de UBV	unidade	-	-	Relatório de Gestão e do Projeto Águas de Sergipe	Anual	Ampliação e reforma executada
Elaboração dos Projetos Complementares da Obra da Central de UBV	unidade	-	-	Relatório de Gestão e do Projeto Águas de Sergipe	Anual	Projetos Elaborados
Aquisição de equipamentos	%	-	-	Relatório de Gestão e do Projeto Águas de Sergipe	Anual	Equipamentos adquiridos/Equipamentos programados a serem adquiridosX100
Aquisição de Veículos de UBV	%	-	-	Relatório de Gestão e do Projeto Águas de Sergipe	Anual	Veículos adquiridos/Veículos programados a serem adquiridosX100
Aquisição de equipamentos de EPI	%	-	-	Relatório de Gestão e do Projeto Águas de Sergipe	Anual	Equipamentos adquiridos/Equipamentos programados a serem adquiridosX100
Capacitação dos ACE	%	-	-	Relatório de Gestão e do Projeto Águas de Sergipe	Anual	Capacitações realizadas/Capacitações programadasX100

2.2 DIRETORIA DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, AMBIENTAL E SAÚDE DO TRABALHADOR

- **Gerência de Vigilância em Saúde Ambiental (GVSAM)**

EIXO 1: Gestão do SUS e Modelos de Atenção à Saúde

DIRETRIZ 1: Reduzir e prevenir riscos e agravos à saúde da população por meio das ações de vigilância, promoção e proteção, com foco nas ações de Saúde Ambiental.

OBJETIVO 1. Avaliar a qualidade da água utilizada para consumo humano e possibilitar a verificação se o tratamento está adequado para inativar os organismos patogênicos.

META:

1.1 Alcançar 50% das análises realizadas em amostras de água para consumo humano, quanto aos parâmetros coliformes totais, cloro residual livre e turbidez, previstas na Diretriz Nacional do Plano de Amostragem da Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano.

OBJETIVO 2. Promover a saúde da população exposta aos poluentes atmosféricos, com prioridade para regiões onde existam atividades de natureza econômica ou social que gerem poluição atmosférica de modo a caracterizar um fator de risco para as populações expostas em áreas metropolitanas e industriais.

META:

2.1 Implantação de unidades sentinela como parte das ações do Programa de Vigilância de Populações Expostas aos Poluentes Atmosféricos (VIGIAR) em 50% dos municípios identificados como prioritários.

OBJETIVO 3. Consolidar a vigilância em saúde de populações expostas a agrotóxicos.

META:

3.1 Aprovar 01 Plano Estadual das Ações de Vigilância das populações Expostas a Agrotoxicos.

INDICADORES – DIVISA/GVSAM

INDICADOR	UNIDADE DE MEDIDA	ÍNDICE DE REFERÊNCIA	DATA DE APURAÇÃO	FONTE	PERIODICIDADE	FÓRMULA DE CALCULO
Plano Estadual das Ações de Vigilância das Populações Expostas a Agrotóxicos aprovado.	Unidade	0,0%	2016	-	-	-
Proporção de análises realizadas em amostras de água para consumo humano quanto aos parâmetros coliformes	%	Quantidade de análises previstas na Diretriz Nacional do Plano de Amostragem da	2016	SISAGU A	Anual	$(1,2 \times \text{PCT} + 1,0 \times \text{PT} + 1,0 \times \text{CRL})/3,2$
Percentual de Unidades Sentinelas (US) implantadas em municípios prioritários	%	0,0	2016	Instrumento de Identificação de Municípios de	Anual	Número de municípios prioritários com US/Total de municípios prioritários x 100

• Gerencia de Vigilância em Saúde do Trabalhador (GVSAT)

EIXO 1: Gestão do SUS e Modelos de Atenção à Saúde

DIRETRIZ 1: Reduzir e prevenir riscos e agravos à saúde da população por meio das ações de vigilância, promoção e proteção, com foco nas ações de Saúde do Trabalhador.

OBJETIVO 1: Aperfeiçoar a Política Estadual de Saúde do Trabalhador.

META:

1.1 Implantar 01 (um) Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) estadual.

OBJETIVO 2: Mapear as áreas de riscos para definir a estruturação e operacionalização da rede integrada de informações em saúde do trabalhador

METAS:

2.1 Aumentar em 20% o número de municípios notificando casos de doenças ou agravos relacionados ao trabalho



GOVERNO DE SERGIPE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

2.2 Realizar 01 (um) estudo das condições e do ambiente de trabalho na produção e no beneficiamento da mandioca em Casas de Farinha, localizadas na região do seu cultivo.

OBJETIVO 3: Estimular o desenvolvimento de processos de capacitação de recursos humanos em saúde do trabalhador

METAS:

3.1 Realizar 09 capacitações nos protocolos de capacidade diferenciada de atenção integral à saúde do trabalhador.

3.2 Realizar 100% das palestras educativas demandadas para os trabalhadores inseridos nos processos produtivos, dos seguimentos regulados pela VISAT.

OBJETIVO 4: Construir Plano de Monitoramento com o escopo de gerenciar a gestão das ações em saúde do trabalhador

META:

4.1 Monitorar 100% das ações pactuadas no âmbito da saúde do trabalhador, para comprovação da efetividade das metas estabelecidas, que se constitui como normas, parâmetros e indicadores.

INDICADORES – DIVISA/GVSAT

INDICADOR	UNIDADE DE MEDIDA	ÍNDICE DE REFERÊNCIA	DATA DE APURAÇÃO	FONTE	PERIODICIDADE	FÓRMULA DE CALCULO
Cobertura de CEREST estadual.	%	0%	2015	Portaria ou Decreto de implantação	Anual	$\text{Nº de CEREST implantado} / \text{Nº de CEREST programado a ser implantado} \times 100$
Proporção de municípios com casos de doenças ou agravos relacionados ao trabalho notificados	%	74%	2015	SINANNE T	Anual	$\text{Nº de Notificações} / \text{Nº de Municípios de residência} \times 100$
Proporção de Estudo realizado	%	0%	2015	publicação	3º ano do PES	$\text{Nº de Estudo programado} / \text{Nº de Estudo realizado} \times 100$

Proporção de capacitações realizadas	%	0%	2015	Lista de presença	anual	Nº de Capacitações programadas/Nº de Capacitações realizadas X 100
Proporção de palestras educativas demandadas e realizadas	%	0%	2015	Lista de presença	anual	Nº de Palestras programadas/Nº de Palestras realizadas X 100
Proporção de Monitoramento programado	%	100%	2016	PAS	anual	Nº de Monitoramento programado/Nº de Monitoramento realizado X 100

• **Gerência de Medicamentos, Cosméticos e Saneantes (GMECS)**

EIXO 1: Gestão do SUS e Modelos de Atenção à Saúde

DIRETRIZ 1: Reduzir e prevenir riscos e agravos à saúde da população por meio das ações de vigilância, promoção e proteção, com foco nas ações voltadas ao uso de medicamentos, cosméticos e saneantes.

OBJETIVO 1: Consolidar e ampliar a descentralização das ações de Vigilância Sanitária, com foco na regionalização.

METAS:

- 1.1 Ampliar de 22 (29,33%) para 75 (100%) de municípios com pactuação de ações estratégicas de vigilância sanitária.
- 1.2. Implementar medidas voltadas à promoção do uso racional de medicamentos, em (14%) dos municípios.

INDICADORES – DIVISA/GMECS

INDICADOR	UNIDA DE DE MEDIDA	INDICE DE REFERÊNCIA	DATA DE APURAÇÃO	FONTE	PERIODICIDADE	FÓRMULA DE CALCULO
1.Percentual de municípios que realizam ações de educação em saúde e Farmacovigilância.	%	29,33	2015		ANUAL	Numero de municípios que pactuaram ações em saúde e Farmacovigilância

Percentual de municípios com ações de promoção do uso racional de medicamentos sendo implementadas	%	0,0	2015	RAG/DIVIS A	ANUAL	Nº de municípios com ações de promoção do uso racional de medicamentos implementadas/nº de municípios sergipanosX100
----------------------------------------------------------------------------------------------------	---	-----	------	-------------	-------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

- **Gerência de Educação, Planejamento e Apoio Institucional (GEPAI)**

EIXO 1: Gestão do SUS e Modelos de Atenção à Saúde

DIRETRIZ 1: Reduzir e prevenir riscos e agravos à saúde da população por meio das ações de vigilância, promoção e proteção, com foco na educação permanente dos profissionais em VISA.

OBJETIVO 1: Compatibilizar as demandas de educação permanente do sistema estadual de vigilância sanitária com as demais políticas de educação permanente do SUS Sergipe.

META:

1.1 Efetivar e desenvolver 100% das atividades de educação permanente constante no Plano de Educação Permanente de 2016 a 2019 da SES, visando o desenvolvimento de ações estratégicas da VISA.

INDICADORES – DIVISA/GEPAI

INDICADOR	UNIDA DE DE MEDI DA	ÍNDICE DE REFERÊNCIA	DATA DE APURAÇÃO	FONTE	PERIODICIDADE	FÓRMULA DE CALCULO
Percentual de municípios com pactuação de ações estratégicas de vigilância sanitária	%	100	12/2015	SISPACTO	ANUAL	

- **Centro de Informação e Análise toxicológica (CIATOX)**

EIXO 1: Gestão do SUS e modelos de Atenção à saúde

DIRETRIZ 1: Reduzir e prevenir riscos e agravos à saúde da população por meio das ações de vigilância, promoção e proteção, com foco nas ações de informação e análise toxicológica.



GOVERNO DE SERGIPE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

OBJETIVO 1: Informar e orientar profissionais de saúde e população em geral sobre prevenções, tratamento, diagnóstico, notificação e prognóstico das intoxicações e acidentes com animais peçonhentos.

META:

1.1 Manter a busca ativa de casos por intoxicações e acidentes com animais peçonhentos em 100% das Unidades Hospitalares do estado.

INDICADOR – DIVISA/CIATOX

INDICADOR	UNIDADE DE MEDIDA	ÍNDICE DE REFERÊNCIA	DATA DE APURAÇÃO	FONTE	PERÍODICIDADE	FÓRMULA DE CALCULO
Nº de Unidades Hospitalares com notificações por intoxicações e acidentes com animais peçonhentos	%	-	2015	SINAN	ANUAL	Nº de Unidades Hospitalares com notificações por intoxicações e acidentes com animais peçonhentos

• **Gerência de Serviços de Saúde (GSS)**

EIXO 1: Gestão do SUS e Modelos de Atenção à Saúde

DIRETRIZ 1: Reduzir e prevenir riscos e agravos à saúde da população por meio das ações de vigilância, promoção e proteção, com foco nas ações de inspeção sanitária em serviços de saúde.

OBJETIVO 1: Consolidação e ampliação da descentralização das ações de vigilância sanitária com foco na regionalização .

META:

1.1 Garantia de 100% de inspeção sanitária nos serviços de saúde, incluindo a rede de atenção às urgências - UPA, SAMU, Prontos Socorros.

INDICADORES – DIVISA/GSS

INDICADOR	UNIDADE DE MEDIDA	ÍNDICE DE REFERÊNCIA	DATA DE APURAÇÃO	FONTE	PERÍODICIDADE	FÓRMULA DE CALCULO
Cobertura populacional do	%	75,00	01/06/2015	Banco de Dados	Anual	

Serviço de Atendimento Médico				Nacional do CGUE		
Índice de Transplantes de órgãos sólidos.	%	75,00	01/06/2015	Banco de Dados Nacional do CGUE	Anual	

- **Núcleo de Informação em Vigilância Sanitária (NIVS)**

EIXO 1: Gestão do SUS e Modelos de Atenção à Saúde

DIRETRIZ 1: Reduzir e prevenir riscos e agravos à saúde da população por meio das ações de vigilância, promoção e proteção, com foco na qualidade da informação em VISA.

OBJETIVO 1: Implantar o sistema de informação em vigilância sanitária para fortalecer o sistema Estadual de vigilância sanitária.

METAS:

- 1.1 Manter o SINAVISA (Sistema Nacional de Vigilância Sanitária) implantado nos 75 municípios;
- 1.2 Implantar o SIVISA – Sistema de Informação de Vigilância Sanitária nos 75 municípios.

INDICADORES – DIVISA/NIVS

INDICADOR	UNIDADE DE MEDIDA	ÍNDICE DE REFERÊNCIA	DATA DE APURAÇÃO	FONTE	PERIODICIDADE	FÓRMULA DE CALCULO
Quantitativo de Visas com implementação do SINAVISA	%	100,0	2015	SINAVISA	Anual	Nº de municípios com SINAVISA implementado/nº de municípios sergipanosX100
Quantitativo de Visas com SIVISA implantado	%	0,0	2015	Termo de Cooperação e RAG/DIVISA	Anual	Nº de municípios com SIVISA implantado/nº de municípios sergipanosX100



- Coordenação Estadual de Controle de Infecção Relacionada a Assistência à Saúde e Segurança do Paciente (CECIRAS)

EIXO 1: Gestão do SUS e Modelos de Atenção à Saúde

DIRETRIZ 1: Reduzir e prevenir riscos e infecções associadas à assistência à saúde, por meio de ações de promoção, prevenção e monitoramento em Serviços de Saúde.

OBJETIVO 1: Consolidar o Sistema Estadual de Vigilância Epidemiológica das IRAS prioritárias.

METAS:

- 1.1 Alcançar 90% de todos os hospitais com leitos de UTI (adulto, pediátrico e neonatal) notificando os seus dados de IPCS com regularidade de notificação de 11 a 12 meses do ano;
- 1.2 Alcançar 85% dos hospitais, que realizam parto cirúrgico, notificando os seus dados de infecção em cesariana nos 10 a 12 meses do ano;
- 1.3 Sensibilizar a sociedade, através de campanhas em datas comemorativas sobre a importância da sua participação na Prevenção e Controle de IRAS;
- 1.4 Realizar/fomentar/apoiar no mínimo 03 (três) capacitações e sensibilização dos atores envolvidos no Sistema de Vigilância Epidemiológica das IRAS sobre: (metodologia de coleta de dados, critérios diagnósticos nacionais e sobre formulários de notificação, etc);
- 1.5 Desenvolver um modelo de notificação de Infecção de Sítio Cirúrgico (ISC) com a participação de todos os níveis de atenção à saúde, com 60% dos hospitais notificantes recebendo notificações das unidades básicas de saúde em complemento à vigilância epidemiológica das IRAS, pós-alta;
- 1.6 Divulgar para a sociedade em geral relatórios anuais da situação do Controle de Infecção em Serviços de Saúde;
- 1.7 Manter as CCIHs informadas sobre 100% das Legislações de interesse do controle IRAS;
- 1.8 Publicar Boletins informativos semestral sobre dados de controle de infecção hospitalar e promover retroalimentação para as CCIHs.



GOVERNO DE SERGIPE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

OBJETIVO 2: Reduzir Infecção Primária da Corrente Sanguínea Laboratorial (IPCSL).

META:

2.1 Reduzir 25% da densidade de incidência de IPCSL nos serviços de saúde com taxa de infecção acima do percentil 90, tendo como valor de referência a mediana em 2015.

OBJETIVO 3: Participar do Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica da Resistência Microbiana em IPCSL.

META:

3.1 Identificar e monitorar 80% dos hospitais com ocorrência de microrganismos multirresistentes, assim como surgimento de novos espécimes.

OBJETIVO 4: Aumentar o índice de conformidade do Programa Estadual de Controle de Infecção Relacionado à Assistência à Saúde (PECIRAS) ao Programa Nacional de Controle de Infecção Relacionado à Assistência à Saúde (PNCIRAS) que atende aos critérios da OMS.

META:

4.1 Ajustar o PECIRAS após publicação do PNCIRAS com vigência para 2016 a 2020.

INDICADORES – DIVISA/CECIRAS

INDICADOR	UNIDADE DE MEDIDA	ÍNDICE DE REFERÊNCIA	DATA DE APURAÇÃO	FONTE	PERÍODICIDADE	FÓRMULA DE CALCULO
Notificação de IPCS	%	90%	2016	FORMSUS	Mensal	$\text{Nº de hospitais notificantes} \times 100/\text{Nº de hospitais com UTI}$
Notificação de ISC em Parto Cesárea	%	70%	2016	FORMSUS e Planilha Estadual	Mensal	$\text{Nº de maternidades notificantes} \times 100/\text{Nº total de maternidades}$
Campanhas realizadas	%	-	2016	Relatório de Gestão	Anual	$\text{Nº de campanhas realizadas} \times 100/\text{Nº de campanhas propostas}$

Índice de capacitação	%	58,3%	2016	Registros CECIRAS	Quadrim estral	Nº de capacitações feitas X 100/Nº de capacitações propostas
UBS notificante	%	Desconhecido	2016	Planilha de Notificação de ISC	Trimestral	Nº de UBS notificando ISC no município x 100/Nº de UBS no Município
Relatórios divulgados	%	-	-	Relatório de Gestão	Anual	Nº de relatórios divulgados x 100/Nº de relatórios elaborados
CCIHs informadas	%	-	-	Relatório de Gestão	Anual	Legislações divulgadas x 100/Legislações elaboradas
Boletins publicados	%	-	-	Relatórios de Gestão	Semestral	Nº de Boletins divulgadas x 100/Legislações elaboradas
Densidade de Incidência de IPCS X CVC	%	Mediana de 2015	2016	FORMSUS	Anual	Nº de IPCS associada à CVC x 1000/Nº CVC/Dia
Notificação de IPCS por MDR	%	80%	2016	Planilha Estadual de Notificação de MDR	Semestral	Nº de hospitais notificando MDR x 100/Nº de Hospitais com UTI
PECIRAS em conformidade com o PNCIRAS	Unidade	-	-	Relatórios de Gestão	Anual	-

• **Gerência de Alimentos (GALI)**

EIXO 1: Gestão do SUS e Modelos de Atenção à Saúde

DIRETRIZ 1: Reduzir e prevenir riscos e agravos à saúde da população por meio das ações de vigilância, promoção e proteção, com foco nas Normas Sanitárias de ações básicas em alimentos.

OBJETIVO 1: Consolidação e ampliação da descentralização das ações de vigilância sanitária com foco na regionalização .

METAS:



GOVERNO DE SERGIPE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

- 1.1 Promoção de 100% dos Programas Estaduais de Monitoramento de Alimentos;
- 1.2 Garantir em 85,33% dos municípios cumprimento das Normas Sanitárias de Ações Básicas em Alimentos;
- 1.3 Implementar em 100% (de 11 para 75 municípios) projetos voltados para a Promoção da Saúde relacionados a Alimentos.

DIVISA/GALI

INDICADOR	UNIDADE DE MEDIDA	INDICE DE REFERÊNCIA	DATA DE APURAÇÃO	FONTE	PERIODICIDADE	FÓRMULA DE CALCULO
Ações de monitoramento de alimentos	%	100%	2016	Relatório de Gestão	Quadrimestral e Anual	Ações executadas/ações programadasX100
Monitoramento do cumprimento das normas sanitárias em todo o ciclo dos alimentos (Boas Práticas) pelos municípios	%	-	-	Relatório de Gestão	Quadrimestral e Anual	Nº de municípios cumprindo normas sanitárias de alimentos/Total de municípios do estadoX100
Ações de Promoção da Saúde relacionados a Alimentos	%	15%	2016	Relatório de Gestão	Quadrimestral e Anual	Nº de municípios com projetos Promoção da Saúde relacionados a Alimentos/Total de municípios do estadoX100



2.3 DIRETORIA DE GESTÃO DE SISTEMAS

EIXO 1: Direito à Saúde, Garantia de Acesso e Atenção de Qualidade

DIRETRIZ 1: Ampliar e qualificar o acesso aos serviços de saúde de qualidade, em tempo adequado, com ênfase na humanização, equidade e no atendimento das necessidades de saúde, aprimorando a política de atenção básica, especializada, ambulatorial e hospitalar, e garantindo o acesso a medicamentos no âmbito do SUS.

OBJETIVO 1: Regular leitos SUS

METAS:

- 1.1 100% dos leitos SUS de terapia intensiva pediátrica regulados
- 1.2 100% dos leitos SUS de terapia intensiva neonatal regulados
- 1.3 100% dos leitos SUS psiquiátricos regulados
- 1.4 100% dos leitos SUS traumato-ortopédicos regulados
- 1.5 100% dos leitos SUS de retaguarda neurológicos regulados
- 1.6 100% dos leitos SUS de cuidados prolongados regulados
- 1.7 100% dos leitos cirúrgicos eletivos SUS regulados

OBJETIVO 2: Monitorar as centrais de regulação ambulatorial especializada

META:

- 2.1 100% das centrais de regulação ambulatorial especializada monitoradas

OBJETIVO 3: Realizar encontros para incentivar a implantação e implementação dos componentes municipais de auditoria

META:

- 3.1 Realizar 01 (um) encontro anual

OBJETIVO 4: Descentralizar agendamentos para atendimentos TFD

META:

- 4.1 Implantar o acesso via web em 100% dos municípios

OBJETIVO 5: Monitorar as portas de acesso da rede estadual de urgência e emergência



META:

5.1 100% das portas de acesso da rede estadual de urgência e emergência monitoradas

OBJETIVO 6: Regular APAC's de radioterapia e quimioterapia emitidas em sergipe

META:

6.1 100% das APAC's reguladas

OBJETIVO 7: Regular procedimento de terapia renal substitutiva (TRS)

META:

7.1 100% dos procedimentos de TRS regulados

OBJETIVO 8: Regular cirurgias oncológicas solicitadas no estado

META:

8.1 100% das cirurgias oncológicas reguladas

INDICADORES – DGS/Diretriz 1

INDICADOR	UNIDADE DE MEDIDA	ÍNDICE DE REFERÊNCIA	DATA DE APURAÇÃO	FONTE	PERÍODICIDADE	FÓRMULA DE CALCULO
Leitos SUS de terapia intensiva pediátrica regulados	percentual	0%	ago/16	SIGAU/ CNES	quadrimestral	$(nº \text{ de leitos sus de terapia intensiva pediátrica regulados} \times 100) / nº \text{ de leitos SUS existentes no CNES}$
Leitos SUS de terapia intensiva neonatal regulados	percentual	0%	ago/16	SIGAU/ CNES	quadrimestral	$(nº \text{ de leitos sus de terapia intensiva neonatal regulados} \times 100) / nº \text{ de leitos SUS existentes no CNES}$
Leitos SUS psiquiátricos regulados	percentual	0%	ago/16	SIGAU/ CNES	quadrimestral	$(nº \text{ de leitos sus psiquiátricos regulados} \times 100) / nº \text{ de leitos SUS existentes no CNES}$
Leitos SUS traumato - ortopédicos regulados	percentual	0%	ago/16	SIGAU/ CNES	quadrimestral	$(nº \text{ de leitos sus traumato-ortopédicos regulados} \times 100) / nº \text{ de leitos SUS existentes no CNES}$

Leitos SUS de retaguarda neurológicos regulados	percentual	0%	ago/16	SIGAU/ CNES	quadrim estral	(nº de leitos sus de retaguarda neurológicos regulados x 100)/nº de leitos SUS existentes no CNES
Leitos SUS de cuidados prolongados regulados	percentual	0%	ago/16	SIGAU/ CNES	quadrim estral	(nº de leitos sus de cuidados prolongados regulados x 100)/nº de leitos SUS existentes no CNES
Leitos cirúrgicos eletivos SUS Regulados	percentual	0%	ago/16	SIGAU/ CNES	quadrim estral	(nº de leitos cirúrgicos eletivos sus regulados x 100)/nº de leitos SUS existentes no CNES
Centrais Monitoradas	percentual	0%	ago/16	SIGA	quadrim estral	(Número de Centrais monitoradas X100)/ nº de Centrais Existentes
Encontros Realizados	Numero Absoluto	0	ago/16	DGS/C OAUD	anual	-
Municípios com acesso implantado	percentual	0%	ago/16	DGS/TF D	anual	(nº de municípios com acesso implantado X 100)/ nº de municípios sergipanos
Portas Monitoradas	percentual	50%	ago/16	DGS/SI GAU	anual	(nº de portas monitoradas X 100)/ nº de portas existentes
APAC's Reguladas	percentual	0%	ago/16	DGS/SI GAU	anual	(nº de apac's reguladas *100)/numero total de apac1s
Procedimentos TRS Regulados	percentual	0%	ago/16	DGS/SI GAU	anual	(nº de procedimentos regulados *100)/numero de procedimentos solicitados
Cirurgias oncológicas Reguladas	percentual	0%	ago/16	DGS/SI GAU	anual	(nº de cirurgias reguladas *100)/numero de cirurgias solicitadas



GOVERNO DE SERGIPE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

DIRETRIZ 2: Ampliar a oferta de serviços e ações de modo a atender as necessidades de saúde, respeitando os princípios da integralidade, humanização e justiça social e as diversidades ambientais, sociais e sanitárias das regiões, buscando reduzir as mortes evitáveis e melhorando as condições de vida das pessoas.

OBJETIVO 1: Aumentar o número de doação de órgãos no estado de Sergipe

META:

1.1 Adequar 100% da capacidade instalada dos hospitais regionais de Iagarto, Itabaiana e Estância para a realização do diagnóstico de morte encefálica

OBJETIVO 2: Implantar laboratórios de imunogenética e transplantes em Sergipe

META:

2.1 Implantar 01 (um) laboratório de imunogenética

OBJETIVO 3: Realizar transplante renal em Sergipe

META:

3.1 Reativar 01 serviço para realizar transplante renal em Sergipe.

OBJETIVO 4: Aumentar o índice de doação de órgãos

META:

4.1 Atingir a meta nacional de 14 doações de órgãos PMP/ano

INDICADORES – DGS/Diretriz 2

INDICADOR	UNIDADE DE MEDIDA	ÍNDICE DE REFERÊNCIA	DATA DE APURAÇÃO	FONTE	PERÍODICIDADE	FÓRMULA DE CALCULO
Capacidade instalada adequada	percentual	0%	ago/16	CNCDO	anual	$(nº \text{ de hospitais com capacidade instalada adequada} \times 100)/3$
Laboratório implantado	nº absoluto	0	ago/16	CNCDO	anual	-
Serviço reativado	nº absoluto	0	ago/16	CNCDO	anual	-

Número de doadores de órgãos	Partes Por Milhão de habitantes do Estado	4 PMP	ago/16	DGS/C NCDO/ SE	semestral	(nº de doações X 1.000.000)/nº habitantes do Estado de Sergipe
------------------------------	-------------------------------------------	-------	--------	----------------	-----------	----------------------------------------------------------------

EIXO 2: Educação e Promoção em Saúde

DIRETRIZ 3: Promover a disseminação do conhecimento científico, a educação permanente dos profissionais e a sensibilização da população, conforme necessidades do SUS.

OBJETIVO 1: Promover a disseminação do conhecimento científico, a educação permanente dos profissionais e a sensibilização da população, em relação a doação de órgãos.

METAS:

- 1.1 Realizar 02 (duas) Campanhas anuais de sensibilização da sociedade para o tema doação de órgãos em Sergipe.
- 1.2 Capacitar 70% dos profissionais de saúde de Aracaju em informações básicas para o diagnóstico de morte encefálica.
- 1.3 Capacitar 100% dos médicos, enfermeiros e assistentes sociais de Aracaju, que atuem em UTI, para realizar entrevista familiar.
- 1.4 Capacitar 100% dos médicos reguladores para identificação de potenciais doadores.

INDICADORES – DGS/Eixo 2/Diretriz 3

INDICADOR	UNIDADE DE MEDIDA	INDÍCIE DE REFERÊNCIA	DATA DE APURAÇÃO	FONTE	PERIODICIDADE	FÓRMULA DE CALCULO
Campanha realizada	unidade	0%	ago/16	DGS/C NCDO/ SE	anual	nº de campanhas realizadas
Profissionais treinados	percentual	0%	ago/16	Fonte	anual	(nº de profissionais treinados X 100)/nº de profissionais
Profissionais treinados	percentual	0	ago/16	DGS/C	anual	(nº de profissionais treinados X 100)/nº de

				NCDO		profissionais que atuam em UTI
Profissionais Capacitados	percentual	0	ago/16	SIGAU	anual	(nº de profissionais treinados X 100)/nº de profissionais que atuam em UTI

2.4. DIRETORIA DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE

EIXO 1: Direito à Saúde, Garantia de Acesso e Atenção de Qualidade

DIRETRIZ 1: Ampliar e qualificar o acesso aos serviços de saúde de qualidade, em tempo adequado, com ênfase na humanização, equidade e no atendimento das necessidades de saúde, aprimorando a política de atenção básica, especializada, ambulatorial e hospitalar, e garantindo o acesso a medicamentos no âmbito do SUS.

OBJETIVO 1: Ampliar e qualificar o acesso aos serviços de saúde, em tempo adequado, com ênfase na humanização, equidade e no atendimento das necessidades de saúde, aprimorando a política de atenção básica, especializada, ambulatorial e hospitalar.

METAS:

- 1.1 Reduzir 0,5% ao ano a proporção de internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB);
- 1.2 Reduzir 1% ao ano a proporção de exodontia em relação aos procedimentos odontológicos;
- 1.3 Incentivar 100% dos municípios à adesão ao PMAQ;
- 1.4 Implantar/Implementar os Colegiados Regionais da Atenção Primária à Saúde, nas sete regiões de saúde, com garantia de reuniões bimestrais;
- 1.5 Implantar o Telessaúde Brasil Redes em 110 UBS contempladas com o Programa de Requalificação e convênio com o Ministério da Saúde;
- 1.6 Incentivar a implantação de NASF em 04 municípios;
- 1.7 Monitorar em 100% as Ações Programáticas nos municípios prioritários (Microcefalia);



GOVERNO DE SERGIPE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

- 1.8 Incentivar, através do apoio institucional, a manutenção do índice de referência de cobertura de APS acima de 95%;
- 1.9 Incentivar, através do apoio institucional, o índice de referência de cobertura de Saúde Bucal acima 71%;
- 1.10 Incentivar a implantação da Planificação da APS em 2 das regiões de saúde;
- 1.11 Elaborar e aprovar 01 fluxo de referência e contra referência entre o serviço do CAISM e Unidades de Saúde da Família;
- 1.12 Implantar 01 fluxo de referência e contra referência entre o serviço do CAISM e Unidades de Saúde da Família, com a garantia da oferta do CAISM 100% regulada pelo Sistema;
- 1.13 Aumentar em 0,6% ao ano o número de procedimentos de média complexidade ofertado no CAISM;
- 1.14 Apoiar o processo de habilitação de 02 serviços de Referência em atendimento e acompanhamento multiprofissional a população LGBT - Lésbica, gays, travestis e transexuais no Polo UFS Lagarto e São Cristóvão;
- 1.15 Manter a cobertura estadual de CAPS em 2,88 por 100.000 habitantes;
- 1.16 Implantar 25 leitos de Saúde Mental nos hospitais gerais;
- 1.17 Implantar 5 indicadores de qualidade em 80% dos CAPS;
- 1.18 Apoiar os 75 municípios na manutenção da cobertura de, no mínimo, 78% do nº de Famílias acompanhadas nas condicionalidades de saúde do Programa Bolsa Família (PBF);
- 1.19 Ampliar em 10% a disponibilização do serviço de Cuidado Farmacêutico aos usuários das quatro Farmácias Populares Estaduais;
- 1.20 Monitorar a utilização do Sistema Nacional de Gestão de Assistência Farmacêutica (HORUS) em 100% dos municípios contemplados no Qualifar/SUS;
- 1.21 Fortalecer a agenda do Grupo Condutor da PNAISP através de reuniões mensais;
- 1.22 Fortalecer a agenda do Grupo Condutor da PNAISP com a Comissão Intersetorial de Saúde Mental/CES, através de reuniões bimestrais.



GOVERNO DE SERGIPE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

INDICADORES – DAIS/Eixo1/Diretriz 1

INDICADORES	UNIDADE DE MEDIDA	ÍNDICE DE REFERÊNCIA	DATA DE APURAÇÃO	FONTE	PERÍODO/CIDADE	FÓRMULA DE CALCULO
Proporção de internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB)	%	22,96	2015	Sistema de Informação Hospitalar - SIH	Anual	Nº de internações por causas sensíveis a Atenção Básica em determinado local e período /Nº total de internações por todas as causas no mesmo local e período X 100
Proporção de exodontia em relação aos procedimentos odontológicos	%	11,00	2015	Sistema de Informação Ambulatorial - SIA	Anual	
Proporção de municípios com adesão ao PMAQ	%	97,00	2015	Departamento da Atenção Básica do Ministério da Saúde	Anual	Nº de municípios com adesão ao PMAQ/nº total de municípios X 100
Proporção de regiões com colegiados regionais da Atenção Primária à Saúde implantados / implementados	Unid. (?)	0	2015	Instrumentos de implantação dos Colegiados Regionais de Atenção Primária à Saúde aprovados nos CIRs e CIE	Anual	Nº de regiões de saúde com o colegiado de Atenção Primária implantados/implementados/ Nº total de regiões de saúde X 100
Número de reuniões bimestrais realizadas, dos colegiados regionais de Atenção Primária à Saúde	Unid.	0	2015	Ata das reuniões dos Colegiados Regionais de Atenção Primária à Saúde	Anual	Número de reuniões bimestrais realizadas, dos colegiados regionais de Atenção Primária à Saúde
Número de UBS (contempladas com o Programa de Requalificação) com o componente do Telessaúde Brasil Redes implantado	Unid.	141	2015	Departamento da Atenção Básica do Ministério da Saúde e Núcleo do Telessaúde Sergipe.	Anual	Número de UBS (contempladas com o Programa de Requalificação) com o componente do Telessaúde Brasil Redes implantado
Número de NASF implantados	Unid.	41	2015	Departamento da Atenção Básica do Ministério	Anual	Número de NASF implantados



GOVERNO DE SERGIPE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

				da Saúde e Relatórios de visitas técnicas dos Apoiadores Institucionais		
Proporção de ações programáticas monitoradas nos municípios prioritários	%	100%	2015	Relatórios do Número de visitas realizadas pelos Apoiadores dos municípios prioritários.	Anual	Nº de ações programáticas monitoradas nos municípios prioritários/ nº total de ações programáticas desenvolvidas nos municípios prioritários X 100
Proporção de cobertura de equipes de Atenção Primária em Saúde	%	99%	2015	Número de ESF (SCNES) e estimativa populacional (IBGE)	Anual	Nº de ESF + nº ESF equivalentes X 3000/população no mesmo local e período X 100
Proporção de cobertura de equipes de Saúde Bucal	%	71%	2015	Número de ESB (SCNES) e estimativa populacional (IBGE)	Anual	Soma da carga horária dos cirurgiões dentistas/40 X 3000 x 100/ população no mesmo local e período X 100
Número de regiões de saúde com a Planificação da APS implantada	Unid.	0	2015	CONASS	Anual	Número de regiões de saúde com a Planificação da APS implantada
Número de fluxos de referência e contra referência entre o serviço do CAISM e Unidades de Saúde da Família elaborado	Unid.	0	2015	Deliberação CIE	Anual	Número de fluxos de referência e contra referência entre o serviço do CAISM e Unidades de Saúde da Família elaborado
Proporção da oferta do CAISM regulada pelo SIGAU/CRAE, fluxo de referência e contra referência	%	0	2015	Relatórios do SIGAU e CAISM	Anual	Nº de ofertas do CAISM regulados pelo SIGAU/CRAE/ nº total de ofertas no CAISM x 100
Razão de procedimentos ambulatoriais de média complexidade ofertados à população residente	%	0,60	2015	SIA	Anual	Nº de procedimentos ambulatoriais de média complexidade em determinado local e período/ população no mesmo local e período X 100
Número de serviços de referência em atendimento e acompanhamento multiprofissional a	Unid.	0	2015	CNES	Anual	Número de serviços de referência em atendimento e acompanhamento multiprofissional a

população LGBT habilitados						população LGBT habilitados
Cobertura de CAPS por 100.000 habitantes	Razão	2,88	2015	SISPACTO	Anual	(Nº de CAPS I X 0,5)+(nº CAPS II) + (Nº CAPS III x 1,5) + (nº CAPS i) + (Nº CAPS AD III X 1,5) em determinado local e período X 100.000/ População no mesmo local e período
Número de leitos de Saúde Mental implantados nos hospitais gerais	Unid.	0	2015	Portaria Ministerial de Habilitação	Anual	Número de leitos de Saúde Mental implantados nos hospitais gerais
Proporção de CAPS com os 5 indicadores de qualidade implantados	%	0	2015	Deliberação o do CIE e Sistema de Informação Ambulatori al (SIA)	Anual	Nº de CAPS com 05 indicadores de qualidade implantados / Nº total de CAPS X 100
Proporção de Famílias acompanhadas no PBF	%	78%	2015	SISPACTO	Anual	Nº de famílias beneficiárias do PBF com perfil saúde acompanhadas pela atenção primária na última vigência do ano / Nº total de famílias beneficiárias do PBF com perfil saúde na última vigência do ano X 100
Proporção de pacientes com serviço de cuidado farmacêutico realizado dentre os atendidos nas quatro Farmácias Populares Estaduais	%	18,71	2015	Relatório Anual da Coordenaç ão de Farmácias Populares da FUNESA	Anual	Nº de pacientes com serviço de cuidado farmacêutico realizado nas farmácias populares em determinado local e período/Nº pacientes atendidos nas farmácias populares em determinado local e período x 100
Proporção de municípios contemplados no Qualifar/SUS monitorados	%	0	2015	Relatórios do Ministério da Saúde	Anual	Nº de municípios no QUALIFAR-SUS monitorados/ Nº total de municípios contemplados no QUALIFARSUS X 100
Proporção de reuniões realizadas	%	100%	2015	Convocaç ão e lista de presença	Anual	Número de reuniões GC /número de meses
Proporção de reuniões realizadas	%	100%	2015	Convocaç ão e lista de presença	Anual	Número de reuniões por bimestre



GOVERNO DE SERGIPE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

DIRETRIZ 2: Aprimorar as redes de atenção e promover o cuidado integral às pessoas nos vários ciclos de vida (criança, adolescente, jovem, adulto e idoso), considerando as questões de gênero e das populações em situação de vulnerabilidade social, na atenção básica, nas redes temáticas e na rede de atenção nas regiões de saúde.

OBJETIVO 1: Aprimorar e Implementar a Rede de Atenção à Saúde nas regiões de saúde, com ênfase na articulação das Redes (Urgência e Emergência, Materno e Infantil, Atenção Psicossocial, Cuidado à Pessoa com Deficiência e Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas).

METAS:

- 1.1 Implantar 4 Serviços de Reabilitação (CER e Oficina Ortopédica);
- 1.2 Implantar a Triagem Auditiva Neonatal em 2 maternidades;
- 1.3 Implantar a Triagem Ocular Neonatal em 2 maternidades;
- 1.4 Monitorar e avaliar as ações de vigilância e investigação dos óbitos desenvolvidas pelo Comitê Estadual de Mortalidade materno, infantil e fetal (CEMMIF) em 100% dos municípios;
- 1.5 Implantar 01 Centro de Parto Normal (CPN) e 01 Casa de Gestante, Bebê e Puérpera (CGBP);
- 1.6 Adquirir 09 ambulâncias voltadas para o fortalecimento da Rota Materna;
- 1.7 Implantar 10 leitos de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) na Maternidade Nossa Senhora de Lourdes (MNSL);
- 1.8 Ampliar 30 leitos maternos na Maternidade Nossa Senhora de Lourdes (MNSL);
- 1.9 Ampliar para 04 o número de Banco de Leite Humano (BLH) na Rede;
- 1.10 Ampliar para 0,3 a razão de exames de mamografia em mulheres de 50 a 69 anos de idade;
- 1.11 Ampliar para 0,58 a razão de mulheres na faixa etária de 25 a 64 anos com 01 exame citopatológico a cada 3 anos;
- 2.12 Elaborar e aprovar 01 Linha de Atenção à Saúde da Mulher no climatério;
- 1.13 Apoiar e monitorar 08 unidades hospitalares de média e alta complexidade nas ações voltadas para a redução em 15% dos óbitos nas internações por infarto agudo do miocárdio (IAM);



GOVERNO DE SERGIPE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

- 1.14 Implantar o Colegiado Estadual da Rede Hospitalar e de Urgência, com garantia de reuniões bimestrais;
- 1.15 Implantar 45 leitos de Unidade de Cuidados Prolongados (UCP) nos Hospitais Regionais de Estância (Dr. Jessé Andrade) e de Lagarto (Monsenhor Daltro);
- 1.16 Implantar 07 leitos de Terapia Intensiva Pediátrica no Hospital de Urgência de Sergipe (HUSE);
- 1.17 Habilitar 10 leitos de UTI Adulto no Hospital Regional de Itabaiana (Dr. Pedro Garcia Moreno);
- 1.18 Ampliar em 01 acelerador linear o Serviço de Radioterapia da Unidade de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON) do HUSE;
- 1.19 Habilitar 1 unidade móvel (unidade de suporte básico) do SAMU 192;
- 1.20 Habilitar 2 unidades móveis (aeronaves) do SAMU 192;
- 1.21 Qualificar, no mínimo, 48 unidades móveis do SAMU 192;
- 1.22 Elaborar e aprovar linha de cuidado para o trauma;
- 1.23 Implantar o Hospital Especializado em Câncer Marcelo Deda Chagas;
- 1.24 Elaboração dos Projetos Complementares das Obras de Construção do Anexo da Maternidade Nossa Senhora de Lourdes;
- 1.25 Construção do Anexo da Maternidade Nossa Senhora de Lourdes;
- 1.26 Aquisição de Equipamentos Médico-Hospitalares para o Anexo da Maternidade Nossa Senhora de Lourdes;
- 1.27 Aquisição de Equipamentos Médicos-Hospitalares para o Ambulatório de Follow-up da Maternidade Nossa Senhora de Lourdes;
- 1.28 Aquisição de Equipamentos Médicos –Hospitalares, mobiliários, equipamentos e materiais diversos, equipamentos de TI e Multimídia para o CER IV;
- 1.29 Aquisição de Mobiliário e de Equipamentos Médico-Hospitalares e de Informática para o CAISM;
- 1.30 Elaboração dos Projetos Complementares da Obra de Ampliação e Reforma do Ambulatório de Pediatria do Hospital Universitário;
- 1.31 Ampliação e Reforma do Ambulatório de Pediatria do Hospital Universitário – HU;



GOVERNO DE SERGIPE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

1.32 Aquisição de Equipamentos Médico-Hospitalares para o Ambulatório de Pediatria do Hospital Universitário – HU;

1.33 Aquisição de Equipamentos Médico-Hospitalares para Serviços de Reabilitação da Universidade Federal de Sergipe nos Campus de São Cristóvão e Lagarto.

INDICADORES - DAIS/Eixo1/Diretriz 2/Objetivo 1

INDICADORES	UNIDADE DE MEDIDA	ÍNDICE DE REFERÊNCIA	DATA DE APURAÇÃO	FONTE	PERÍODO/CICLO	FÓRMULA DE CALCULO
Número de Serviços de Reabilitação implantados	Unid.	01	2015	CNES	Anual	Número de Serviços de Reabilitação implantados
Número de maternidades com a Triagem Auditiva Neonatal implantada	Unid	04	2015	Deliberação do CIE	Anual	Número de maternidades com a Triagem Auditiva Neonatal implantada
Número de maternidades com a Triagem Ocular Neonatal implantada	Unid	04	2015	Deliberação do CIE	Anual	Número de maternidades com a Triagem Ocular Neonatal implantada
Proporção de municípios com o monitoramento e avaliação das ações de vigilância e investigação dos óbitos, desenvolvidas pelo CEMMIF	%	0	2015	Atas de reuniões do CEMMIF	Anual	Nº de municípios com monitoramento e avaliação das ações de vigilância de óbitos maternos infantil e fetal desenvolvidas pelo CEMMIF/ Nº total de municípios X 100
Número de CPN e CGBP implantados	Unid.	0	2015	Portaria Ministerial de Habilitação	Anual	Número de CPN e CGBP implantados
Número de ambulâncias (voltadas para o fortalecimento da Rota Materna) adquiridas	Unid.	0	2015	Relatórios do Projeto Águas de Sergipe	Anual	Número de ambulâncias (voltadas para o fortalecimento da Rota Materna) adquiridas
Número leitos de UTI implantados na MNSL	Unid.	0	2015	Relatórios do Projeto Águas de Sergipe	Anual	Número de ambulâncias (voltadas para o fortalecimento da Rota Materna) adquiridas
Número leitos maternos implantados na MNSL	Unid.	69	2015	Relatórios do Projeto Águas de Sergipe e SCNES	Anual	Número leitos maternos implantados na MNSL
Número de BLH implantados na Rede	Unid.	03	2015	SCNES	Anual	Número de BLH implantados na Rede
Razão de exames de mamografia de rastreamento realizados em mulheres de 50 a 69 anos e população da	Razão	0,24	2015	SIA/SIH	Anual	Nº de mamografia para rastreamento realizado em mulheres residentes de 50 a 69 anos em determinado local e ano/



GOVERNO DE SERGIPE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

mesma faixa etária						população feminina na faixa etária no mesmo local e ano/2
Razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos e a população da mesma faixa etária	Razão	0,41	2015	SIA	Anual	Nº de exames citopatológicos do colo de útero realizados em mulheres de 25-64 anos em determinado município e ano/ população feminina na faixa etária de 25-64 anos no mesmo local e ano/3
Nº de linhas Atenção à Saúde da Mulher no climatério elaboradas e aprovadas	Unid.	0	2015	Ata do Grupo Condutor e Deliberação do CIE	Anual	Nº de linhas Atenção à Saúde da Mulher no climatério elaboradas e aprovadas
Número de unidades hospitalares de média e alta complexidade apoiadas e monitoradas nas ações voltadas para a redução em 15% dos óbitos nas internações por IAM	Unid.	0	2015	Relatórios técnicos e instrumentos de monitoramento e avaliação elaborados	Anual	Número de unidades hospitalares de média e alta complexidade apoiadas e monitoradas nas ações voltadas para a redução em 15% dos óbitos nas internações por IAM
Número de reuniões bimestrais realizadas, do Colegiado Estadual da Rede Hospitalar e de Urgência	Unid.	0	2015	Ata das reuniões do Colegiado Estadual da Rede Hospitalar e de Urgência	Anual	Número de reuniões bimestrais realizadas, do Colegiado Estadual da Rede Hospitalar e de Urgência
Número de leitos de UCP implantados nos Hospitais Regionais de Estância e de Lagarto	Unid.	0	2015	SCNES	Anual	Número de leitos de UCP implantados nos Hospitais Regionais de Estância e de Lagarto
Número de leitos de Terapia Intensiva Pediátrica implantados no HUSE	Unid.	10	2015	CNES	Anual	Número de leitos de Terapia Intensiva Pediátrica implantados no HUSE
Número de leitos de UTI Adulto no Hospital Regional de Itabaiana	Unid.	0	2015	Portaria Ministerial de Habilitação	Anual	Número de leitos de UTI Adulto no Hospital Regional de Itabaiana
Número de acelerador linear implantado na UNACON/HUSE	Unid.	01	2015	CNES	Anual	Número de acelerador linear implantado na UNACON/HUSE
Número de unidades móveis (motolâncias) do SAMU 192 habilitadas	Unid.	03	2015	Portaria Ministerial de Habilitação	Anual	Número de unidades móveis (motolâncias) do SAMU 192 habilitadas
Número de unidades móveis (unidade de suporte básico) do SAMU 192 habilitadas	Unid.	42	2015	Portaria Ministerial de Habilitação	Anual	Número de unidades móveis (unidade de suporte básico) do SAMU 192 habilitadas
Número de unidades móveis (aeronaves) do SAMU 192 habilitadas	Unid.	0	2015	Portaria Ministerial de Habilitação	Anual	Número de unidades móveis (aeronaves) do SAMU 192 habilitadas



GOVERNO DE SERGIPE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Número de unidades móveis do SAMU 192 qualificadas	Unid.	0	2015	Portaria Ministerial de Habilitação	Anual	Número de unidades móveis do SAMU 192 qualificadas
Nº de linhas do cuidado elaboradas e aprovadas	Unid.	0	2015	Ata do Grupo Condutor e Deliberação do CIE	Anual	Número de linhas do cuidado elaboradas e aprovadas
Elaboração de Projetos Básicos do Anexo da MNSL	unidade	-	-	Relatório de Gestão e do Projeto Águas de Sergipe	Anual	Projetos elaborados
Construção do Anexo da MNSL	unidade	-	-	Relatório de Gestão e do Projeto Águas de Sergipe	Anual	Anexo construído
Aquisição de equipamentos médico-hospitalares do Anexo da MNSL	%	-	-	Relatório de Gestão e do Projeto Águas de Sergipe	Anual	Equipamentos adquiridos/Equipamentos programados X100
Aquisição de equipamentos médico-hospitalares do Ambulatório de Follow-up da MNSL	%	-	-	Relatório de Gestão e do Projeto Águas de Sergipe	Anual	Equipamentos adquiridos/Equipamentos programados X100
Aquisição de Equipamentos Médicos – Hospitalares, mobiliários, equipamentos e materiais diversos, equipamentos de TI e Multimídia para o CER IV	%	-	-	Relatório de Gestão e do Projeto Águas de Sergipe	Anual	Equipamentos, mobiliários e materiais adquiridos/Equipamentos e materiais programados X100
Aquisição de Mobiliário e de Equipamentos Médico-Hospitalares e de Informática para o CAISM	%	-	-	Relatório de Gestão e do Projeto Águas de Sergipe	Anual	Equipamentos e mobiliários adquiridos/Equipamentos e mobiliários programados X100
Elaboração dos Projetos Complementares da Obra de Ampliação e Reforma do Ambulatório de Pediatria do Hospital Universitário	unidade	-	-	Relatório de Gestão e do Projeto Águas de Sergipe	Anual	Projetos elaborados
Ampliação e Reforma do Ambulatório de Pediatria do Hospital Universitário	unidade	-	-	Relatório de Gestão e do Projeto Águas de Sergipe	Anual	Ampliação e Reforma realizada
Aquisição de Equipamentos Médico-Hospitalares para o Ambulatório de Pediatria do Hospital Universitário	%	-	-	Relatório de Gestão e do Projeto Águas de Sergipe	Anual	Equipamentos adquiridos/Equipamentos programados X100
Aquisição de	%	-	-	Relatório de	Anual	Equipamentos

Equipamentos Médico-Hospitalares para Serviços de Reabilitação da Universidade Federal de Sergipe nos Campus de São Cristóvão e Lagarto				Gestão e do Projeto Águas de Sergipe		adquiridos/Equipamentos programados X100
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--	--	--------------------------------------	--	------------------------------------------

OBJETIVO 2: Promover o cuidado integral às pessoas nos ciclos de vida (criança, adolescente, jovem, adulto e idoso), considerando as questões de gênero, orientação sexual, raça/etnia, situações de vulnerabilidade, as especificidades e a diversidade na atenção básica, nas redes temáticas e na rede de atenção à saúde.

METAS:

- 2.1. Elaborar e aprovar 02 Linhas do cuidado de Atenção à Saúde Mental;
- 2.2. Elaborar e aprovar 04 linhas de cuidado para pessoas com condições crônicas - diabetes, cardiovascular, câncer e sobre peso/obesidade;
- 2.3. Elaborar 01 curso de Educação Permanente, em módulo (carga horária e número de módulos a definir), sobre identificação, notificação dos casos de violência interpessoal e autoprovocada e acolhimento qualificado (Rede intersetorial de enfrentamento) das pessoas nesta situação, para profissionais de nível médio e superior da rede de atenção.
- 2.4. Capacitar 01 turma do curso de Educação Permanente, em módulo (carga horária e número de módulos a definir), sobre identificação, notificação dos casos de violência interpessoal e autoprovocada e acolhimento qualificado (Rede intersetorial de enfrentamento) das pessoas nesta situação, para profissionais de nível médio e superior da rede de atenção.
- 2.5. Realizar 01 Campanha Intersetorial de sensibilização nos 20 dias de Ativismo pelo fim da violência contra as mulheres (comemorado do dia 20 de novembro a 10 de dezembro).
- 2.6. Realizar 01 Campanha Intersetorial de sensibilização para a redução dos acidentes de trânsito no período dos festejos juninos.

INDICADORES- DAIS/Eixo1/Diretriz 2/Objetivo 2

INDICADORES	UNIDADE DE MEDIDA	ÍNDICE DE REFERÊNCIA	DATA DE APURAÇÃO	FONTE	PERÍODICIDADE	FÓRMULA DE CÁLCULO
Nº de linhas do cuidado elaboradas e aprovadas	Unid.	0	2015	Ata do Grupo Condutor e Deliberação do CIE	Anual	Número de linhas do cuidado elaboradas e aprovadas

Nº de linhas do cuidado elaboradas e aprovadas	Unid.	0	2015	Ata do Grupo Condutor e Deliberação do CIE	Anual	Número de linhas do cuidado elaboradas e aprovadas.
Curso elaborado	Número absoluto	00	2016	Relatório de gestão anual	Anual	-
Capacitação realizada	Número absoluto	00	2016	Relatório de gestão anual	Anual	-
Campanha Intersetorial nos 20 dias de Ativismo realizada	Número absoluto	01	2014	Relatório de gestão anual	Anual	-
Campanha Intersetorial para a redução dos acidentes de trânsito realizada.	Número absoluto	01	2014	Relatório de gestão anual	Anual	-

EIXO 2. Valorização do Trabalho e Educação em Saúde

DIRETRIZ 1: Promover para as necessidades do SUS, a formação, a educação permanente, a qualificação, a valorização dos trabalhadores, a desprecarização e a democratização das ações de trabalho.

OBJETIVO 1: Promover a disseminação do conhecimento científico, a formação e a educação permanente dos profissionais, conforme necessidades do SUS.

METAS:

1.1 Realizar 08 ações de Educação Permanente voltadas para os Profissionais que atuam nos Componentes da Rede de Atenção Psicossocial;

1.2 Qualificar equipes da APS dos 75 municípios, através do Telessaúde, na qualificação das respostas às Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) prioritárias – diabetes;

1.3 Realizar quatro ações anuais de Educação Permanente no âmbito da Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência (RECPcD);

1.4 Promover 02 ações educativas anuais, referente a Portaria vigente dos medicamentos do componente especializado, voltadas aos gestores municipais;

1.5 Promover 03 ações educativas anuais, referente a execução do Programa Estadual de Triagem Neonatal, voltadas para os profissionais da Atenção Primária à Saúde;



GOVERNO DE SERGIPE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

1.6 Realizar 04 ações de Educação Permanente voltadas para os profissionais que atuam nas ações de atenção à saúde sexual e reprodutiva nos 75 municípios;

1.7 Realizar 04 ações de Educação Permanente voltadas para os profissionais que atuam nas ações de atenção ao pré-natal nos 75 municípios;

1.8 Aumentar para 100% a cobertura dos municípios capacitados com ações de prevenção e cessação do tabagismo;

1.9 Realizar 08 ações de Educação Permanente voltadas para os trabalhadores e gestores da Rede Hospitalar e de Urgência.

INDICADORES – DAIS/Eixo 2/Diretriz 1

INDICADORES	UNIDADE DE MEDIDA	ÍNDICE DE REFERÊNCIA	DATA DE APURAÇÃO	FONTE	PERÍODO DIDA DE	FÓRMULA DE CALCULO
Número de ações de Educação Permanente, voltadas para os trabalhadores da Rede de Atenção Psicossocial, realizadas	Unid.	03	2015	Relatórios, lista de presença, fotos e cópias da divulgação do evento e das reportagens disponíveis no site da SES	Anual	Número de ações de Educação Permanente, voltadas para os trabalhadores da Rede de Atenção Psicossocial, realizadas
Número de municípios com equipes da APS capacitadas na qualificação das respostas às DCNT prioritárias	Unid.	0	2015	Relatórios e Listas de presença	Anual	Número de municípios com equipes da APS capacitadas na qualificação das respostas às DCNT prioritárias
Número de ações de Educação Permanente, no âmbito da RECPcD, realizadas	Unid.	06	2015	Relatórios e Listas de presença	Anual	Número de ações de Educação Permanente, no âmbito da RECPcD, realizadas
Número de ações educativas realizadas	Unid.	0	2015	Relatórios e Listas de presença	Anual	Número de ações educativas realizadas
Número de ações de Educação Permanente, voltadas para os Profissionais que atuam nas ações de atenção à saúde sexual e reprodutiva nos 75 municípios, realizadas	Unid.	01	2015	Relatórios e Listas de presença	Anual	Número de ações de Educação Permanente, voltadas para os Profissionais que atuam nas ações de atenção à saúde sexual e reprodutiva nos 75 municípios, realizadas.
Número de ações de Educação Permanente, voltadas para os Profissionais que atuam nas ações de atenção ao pré-natal nos 75	Unid.	01	2015	Relatórios e Listas de presença	Anual	Número de ações de Educação Permanente, voltadas para os Profissionais que atuam nas ações de atenção ao pré-natal nos 75

municípios, realizadas						municípios, realizadas.
Proporção de municípios capacitados com ações de prevenção e cessação do tabagismo	%	67%	2015	Relatórios técnicos e lista de presença	Anual	Número de municípios programados dividido pelos municípios capacitados multiplicado por 100
Número de ações de Educação Permanente, voltadas para os trabalhadores e gestores da Rede Hospitalar e de Urgência	Unid.	04	2015	Relatórios e Listas de presença	Anual	Número de ações de Educação Permanente, voltadas para os trabalhadores e gestores da Rede Hospitalar e de Urgência

EIXO 3: Gestão do SUS e Modelos de Atenção à Saúde

DIRETRIZ 1: Reduzir e prevenir riscos e agravos à saúde da população por meio das ações de vigilância, promoção e proteção, com foco na prevenção de doenças crônicas não transmissíveis, acidentes e violências, e na promoção do envelhecimento saudável.

OBJETIVO 1: Reduzir e prevenir riscos e agravos à saúde da população, considerando determinantes sociais, por meio de ações de vigilância, promoção e proteção, com foco na prevenção de doenças crônicas não transmissíveis e na promoção do envelhecimento saudável.

METAS:

- 1.1 Elaborar e aprovar 02 Planos na Rede Estadual de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (REDCNT);
- 1.2 Apoiar e monitorar os 75 municípios para a redução em 8% da taxa de mortalidade prematura (<70 anos) por DCNT (doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas);
- 1.3 Apoiar e monitorar os 75 municípios para a redução da prevalência na obesidade em crianças, adolescentes e adultos;
- 1.4 Manter o apoio e monitoramento dos 75 municípios para a redução, em 0,5%, a prevalência do tabagismo em adultos;
- 1.5 Manter o monitoramento de 100% dos municípios com os programas Academia da Saúde e PSE implantados;
- 1.6 Incentivar a implantação da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PNPIC) em 8% dos municípios;



GOVERNO DE SERGIPE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

1.7 Incentivar a implantação das Políticas de Promoção da Equidade em 100% das Sedes de Regiões de Saúde;

1.8 Apoiar os 75 municípios na redução e prevenção de riscos e agravos a saúde da população, por meio das ações de vigilância, promoção e proteção, com foco nas DCNT e na promoção do envelhecimento saudável.

INDICADORES – DAIS/Eixo 3/Diretriz 1/Objetivo 1

INDICADORES	UNIDADE DE MEDIDA	ÍNDICE DE REFERÊNCIA	DATA DE APURAÇÃO	FONTE	PERÍODO/CIADADE	FÓRMULA DE CALCULO
Número de Planos Estaduais na REDCNT elaborados e aprovados	Unid.	01	2015	Deliberação do CIE	Anual	Número de Planos Estaduais na REDCNT elaborados e aprovados
Número de municípios apoiados e monitorados para a redução na taxa de mortalidade prematura em DCNT	Unid.	0	2015	Relatórios técnicos e lista de presença	Anual	Número de municípios apoiados e monitorados para a redução na taxa de mortalidade prematura em DCNT
Número de municípios apoiados e monitorados para a redução da prevalência na obesidade em crianças, adolescentes e adultos	Unid.	0	2015	Relatórios técnicos e lista de presença	Anual	Número de municípios apoiados e monitorados para a redução da prevalência na obesidade em crianças, adolescentes e adultos.
Número de municípios apoiados e monitorados para a redução da prevalência do tabagismo em adultos	Unid.	75	2015	Relatórios técnicos e lista de presença	Anual	Número de municípios apoiados e monitorados para a redução da prevalência do tabagismo em adultos
Proporção de municípios com o programa Academia da Saúde (implantado) monitorado	%	45	2015	Departamento da Atenção Básica do Ministério da Saúde	Anual	Nº de municípios com o Programa Academia da Saúde (implantado) monitorado / Nº de municípios com o Programa Academia da Saúde (implantado X 100)
Proporção de municípios com o PSE (implantado) monitorado	%	75	2015		Anual	Nº de municípios com o PSE (implantado) monitorado / Nº de municípios com o Programa PSE implantado X 100
Proporção de municípios com a PNPIc implantada	%	15	2015	Departamento da Atenção Básica do Ministério da Saúde	Anual	Nº de município com a PNPIc implantada / Nº total de municípios X 100
Proporção de Sede de Regiões de Saúde com Políticas de Promoção da Equidade implantadas	%	0	2015		Anual	Nº de regiões de Saúde com Políticas de Promoção da Equidade implantada / Nº total de regiões de saúde X 100
Número de municípios apoiados na redução e	Unid.	0	2015	Relatórios técnicos	Anual	Nº de município apoiados / Nº total de municípios X

prevenção de riscos e agravos a saúde da população, por meio das ações de vigilância, promoção e proteção, com foco nas DCNT e na promoção do envelhecimento saudável						100
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--	--	--	--	-----

OBJETIVO 2: Reduzir e prevenir riscos e agravos à saúde da população, considerando os determinantes sociais, por meio das ações de vigilância, promoção e proteção, com foco na prevenção de acidentes e violências.

METAS:

- 1.1 Ampliar anualmente em 20% o numero de unidades notificadoras da rede de atenção à saúde para as pessoas em situação de violência interpessoal e autoprovocada;
- 1.2 Ampliar em 100% os municípios notificadores de violência interpessoal e autoprovocada;
- 1.3 Implantar 100% das etapas do Projeto Vida no Trânsito na SES.

INDICADORES – DAIS/Eixo3/Diretriz 1/Objetivo 2

INDICADOR	UNIDAD E DE MEDIDA	INDICE DE REFERÊNC IA	DATA DE APURAÇÃ O	FONT E	PERIODI CIDADE	FÓRMULA DE CALCULO
Ampliação do número de unidades notificadoras de violência interpessoal e autoprovocada.	%	80	Dez/2015	SINA N	Quadrimestral/Anual	Nº de unidades notificadoras implantadas / sobre o nº de unidades notificadoras do ano anterior x 100
Ampliação do número de municípios que estão realizando a notificação para violência interpessoal e autoprovocada para os grupos vulneráveis.	%	37	Dez/2015	SINA N	Quadrimestral/Anual	Nº de municípios que realizaram notificação para violência interpessoal e autoprovocada para os grupos vulneráveis/ total de municípios x 100

Implantação das etapas do Projeto Vida no Trânsito na SES Sergipe.	%	00	2016	Relatórios de Gestão	anual	Projeto Vida no Transito implantado
--------------------------------------------------------------------	---	----	------	----------------------	-------	-------------------------------------

2.5 DIRETORIA DE PLANEJAMENTO

- **Sistema de Orçamento Público em Saúde (SIOPS)**

EIXO 1: Financiamento do SUS (SIOPS)

DIRETRIZ 1: Garantir o financiamento estável e sustentável para o SUS, melhorando o padrão do gasto e qualificando o financiamento e os processos de captação de recursos.

OBJETIVO 1: Analisar as informações geradas pelo SIOPS, subsidiando os processos de planejamento e gestão do SUS do Estado de Sergipe.

META: 1.1 Acompanhar bimestralmente o percentual aplicado em Ações e Serviços Públicos de Saúde – ASPS, de forma a atingir o percentual mínimo de 12% ao ano, pela gestão estadual, conforme lei complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012.

INDICADOR – DIPLAN/SIOPS

INDICADOR	UNIDADE DE MEDIDA	INDICE DE REFERÊNCIA	DATA DE APURAÇÃO	FONTE	PERÍODI CIDADE	FÓRMULA DE CALCULO
Percentual declarado periodicamente abaixo do desejado	%	8,46	05/08/2016	SIOPS/MS	Bimestral	Percentual declarado dividido por percentual mínimo exigido multiplicado por 100

- **Infra-estrutura**

EIXO 2: Direito à saúde, garantia de acesso e atenção de qualidade

DIRETRIZ 2: Ampliar a oferta de serviços e ações de modo a atender as necessidades de saúde, respeitando os princípios da integralidade, humanização e justiça social e às diversidades ambientais, sociais e sanitárias das regiões,



GOVERNO DE SERGIPE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

buscando reduzir as mortes evitáveis e melhorando as condições de vida das pessoas.

OBJETIVO 1: Ampliar e qualificar o acesso aos serviços de saúde em tempo adequado com ênfase na humanização, equidade e no atendimento das necessidades de saúde, aprimorando a Política Estadual de Saúde.

META:

- 1.1 Executar 100% das demandas solicitadas pelas áreas técnicas realizando obras, adequações, reformas e serviços solicitados;
- 1.2 Contratação de Consultoria nas áreas de Engenharia Civil e de Engenharia Clínica ou Biomédica;
- 1.3 Modernização do Parque Tecnológico do LACEN.

INDICADOR – DIPLAN/COINFRA

INDICADOR	UNIDAD E DE MEDIDA	INDICE DE REFERÊNCIA	DATA DE APURAÇÃO	FONTE	PERIODICIDA DE	FÓRMULA DE CALCULO
Demandas solicitadas referentes a obras, adequações, reformas e serviços	%	0	2015	Relatórios de gestão	anual	Demandas executadas/ Demandas solicitadas X 100
Contratação de Consultoria de engenharia civil, clínica e biomédica	unidade	-	-	Relatório de Gestão e do Projeto Águas de Sergipe	anual	Consultoria contratada
Modernização do Parque Tecnológico do LACEN	unidade	-	-	Relatório de Gestão e do Projeto Águas de Sergipe	anual	Modernização realizada

• **Núcleo Estratégico (NEST)**

EIXO 3: Informação, Monitoramento e Avaliação em Saúde

DIRETRIZ 3: Promover a produção e a disseminação do conhecimento científico, tecnológico, de análises de situação de saúde e da inovação em saúde contribuindo para a sustentabilidade do SUS Sergipe.



GOVERNO DE SERGIPE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

OBJETIVO 1. Integrar dados dos diferentes sistemas de informação, a serem utilizados em análises de situação de saúde, estudos e pesquisas.

METAS:

- 1.1 Adquirir 01 Ferramenta (Software) que integre os dados dos sistemas de informação
- 1.2 Implantar 01 Painel de Monitoramento de Indicadores

OBJETIVO 2. Elaborar e divulgar dados, análises, estudos e pesquisas, para subsidiar a tomada de decisão a nível estadual, regional e municipal.

METAS:

- 2.1 Produzir 100% das demandas programadas, considerando as necessidades da situação de saúde e demandas de gestão.
- 2.2 Divulgar 100% dos produtos elaborados;
- 2.3 Encaminhar 04 trabalhos para eventos científicos e instituições de ensino e pesquisa;
- 2.4 Implantar 01 Sistema de Informação Georreferenciada (SIG);
- 2.5 Implantar o Programa Nacional de Gestão de Custos (PNGC) através do Sistema de Apuração e Gestão de Custos do SUS (APURASUS) em 100% das unidades hospitalares do SUS sob gestão estadual programadas;
- 2.6 Capacitar 100% dos profissionais do NEST em Analise de Situação de Saúde (ASIS);
- 2.7 Capacitar 100% dos profissionais do NEST em Monitoramento e Avaliação (M&A).

INDICADORES – DIPLAN/NEST

INDICADOR	UNIDADE DE MEDIDA	ÍNDICE DE REFERÊNCIA	DATA DE APURAÇÃO	FONTE	PERIODICIDADE	FÓRMULA DE CALCULO
Software adquirido	Unidade	0	2016	Relatórios de gestão	Anual	Numero de software adquirido
Painel de Monitoramento implantado	Unidade	0	2016	Relatórios de gestão	Anual	Numero de Painel de Monitoramento implantado



GOVERNO DE SERGIPE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Demandas programadas produzidas	%	100	2016	Relatórios de gestão	Anual	Numero de demandas produzidas/numero de demandas programadas x 100
Produtos elaborados divulgados	%	100	2016	Relatórios de gestão	Anual	Numero de produtos divulgados/ numero de produtos elaborados x 100
Trabalhos científicos encaminhados para eventos científicos e instituições de ensino e pesquisa	unidade	0	2016	Relatórios de gestão	Anual	Numero de trabalhos encaminhados para eventos científicos e instituições de ensino e
Sistema de Informação Georreferenciada (SIG) implantado	unidade	0	2016	Relatórios de gestão	Anual	Numero de Sistema de Informação Georreferenciada (SIG) implantado
Programa Nacional de Gestão de Custos (PNGC) implantado nas unidades hospitalares do SUS sob gestão estadual	%	0	2016	Relatórios de gestão	Anual	Numero de unidades hospitalares do SUS sob gestão estadual com PNGC implantado/total de unidades hospitalares do SUS sob gestão estadual x 100
2.6 Profissionais do NEST capacitados em Analise de Situação de Saúde (ASIS)	%	0	2016	Relatórios de gestão	Anual	Nº de Profissionais do NEST capacitados em Analise de Situação de Saúde (ASIS)/ total de Profissionais do NEST x100

2.7 Profissionais do NEST capacitados em Monitoramento e Avaliação (M&A)	%	0	2016	Relatórios de gestão	Anual	Nº de Profissionais do NEST capacitados em Monitoramento e Avaliação (M&A)/total de Profissionais do NEST x 100
--------------------------------------------------------------------------	---	---	------	----------------------	-------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------

2.6 COLEGIADO INTERFEDERATIVO ESTADUAL

EIXO: Gestão do SUS e Modelos de Atenção à Saúde

DIRETRIZ: Aprimorar a relação federativa no SUS, fortalecendo a gestão compartilhada nas Regiões de Saúde e com a revisão dos instrumentos de gestão, considerando as especificidades regionais e a concentração de responsabilidades dos municípios, estados e união, visando oferecer ao cidadão o cuidado integral.

OBJETIVO 1: Aprimorar a relação interfederativa e a atuação da Secretaria de Estado da Saúde como gestor estadual do SUS Sergipe

METAS:

1.1 Realizar 10 Reuniões Ordinárias do Colegiado Interfederativo Estadual CIE;

1.2 Realizar 09 Reuniões Ordinárias em cada um dos 07 Colegiados Interfederativos Regionais CIR

1.3 Realizar 03 Oficinas de Qualificação dos(as) Secretários(as) Executivos(as) dos 07 Colegiados Interfederativos Regionais CIR

INDICADORES - CIE

INDICADORES	UNIDADE DE MEDIDA	ÍNDICE DE REFERÊNCIA	DATA DE APURAÇÃO	FONTE	PERIODICIDADE	FÓRMULA DE CÁLCULO
Número de Reuniões Ordinárias do CIE realizadas	Unidade	10	2015	Pautas de Convocação do CIE e Atas aprovadas	Anual	Número de Reuniões Ordinárias do CIE realizadas

Número de Reuniões Ordinárias dos 07 CIR's realizadas	Unidade	63	2015	Pautas de Convocação do CIR e Atas aprovadas	Anual	Número de Reuniões Ordinárias dos 07 CIR's realizadas
Número de oficinas de Qualificação realizadas	Unidade	0	2015	Programação e Lista de presença das oficinas	Anual	Número de oficinas de Qualificação realizadas

2.7 NUCLEO DE GESTÃO ESTRATÉGICA E PARTICIPATIVA

EIXO 1: Participação e Controle Social

DIRETRIZ 1: Fortalecer as instâncias de controle social e garantir o caráter deliberativo dos conselhos de saúde, ampliando os canais de interação com o usuário, com garantia de transparência e participação cidadã.

OBJETIVO 1: Fortalecer as instâncias do controle social e os canais de interação com o usuário, com garantia de transparência e participação social.

METAS:

- 1.1 Apoiar o Conselho Estadual de Saúde na realização das 07 (sete) Conferências Regionais de saúde da mulher em 2017;
- 1.2 Apoiar o Conselho Estadual de Saúde na realização da Conferência Estadual de saúde da mulher em 2017;
- 1.3 Apoiar o Conselho Estadual de Saúde na realização das 07 (sete) Conferências Regionais de vigilância em saúde em 2017;
- 1.4 Apoiar o Conselho Estadual de Saúde na realização da Conferência Estadual de vigilância em saúde em 2017;
- 1.5 Apoiar o Conselho Estadual de Saúde na realização das 75 Conferências Municipais de saúde em 2019;
- 1.6 Apoiar o Conselho Estadual de Saúde na realização da Conferência Estadual de Saúde em 2019;
- 1.7 Realizar 02 (dois) encontros de fortalecimento e sensibilização em ouvidoria;
- 1.8 Realizar 02 (dois) encontros de fortalecimento e sensibilização no SARGSUS;



GOVERNO DE SERGIPE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

1.9 Apoiar o cadastramento do Sistema OuvidorSUS nível II em 80% dos municípios

não sedes de região;

1.10 Apoiar a Implantação e implementação de ouvidorias do SUS nível I nas 07 (sete) regiões de saúde, com qualificação da equipe.

INDICADORES - NUGEP

INDICADORES	UNIDADE DE MEDIDA	ÍNDICE DE REFERÊNCIA	DATA DE APURAÇÃO	FONTE	PERIODICIDADE	FÓRMULA DE CÁLCULO
Número de Conferências Regionais de Saúde da Mulher realizadas com o apoio do NUGEP	Unidade	0	2015	Declaração do CES comprovando apoio do NUGEP	Quadrienal	Número de Conferências Regionais de Saúde da mulher realizadas com o apoio do NUGEP
Número de Conferência Estadual de Saúde da Mulher realizadas com o apoio do NUGEP	Unidade	0	2015	Resolução do CES instituindo a Comissão Organizadora	Quadrienal	Número de Conferência Estadual de Saúde da mulher realizadas com o apoio do NUGEP
Número de Conferências Regionais de Vigilância em Saúde realizadas com o apoio do NUGEP	Unidade	0	2015	Declaração do CES comprovando apoio do NUGEP	Quadrienal	Número de Conferências Regionais de vigilância em Saúde realizadas com o apoio do NUGEP
Número de Conferência Estadual de Vigilância em Saúde realizadas com o apoio do NUGEP	Unidade	0	2015	Resolução do CES instituindo a Comissão Organizadora	Quadrienal	Número de Conferência Estadual de vigilância em Saúde realizada com o apoio do NUGEP
Número de Conferências Municipais de Saúde realizadas com o apoio do NUGEP	Unidade	75	2015	Declaração do CES comprovando apoio do NUGEP	Quadrienal	Número de Conferências Municipais de Saúde realizadas com o apoio do NUGEP.

Número de Conferência Estadual de Saúde realizada com Apoio do NUGEP	Unidade	1	2015	Resolução do CES instituindo a Comissão Organizadora	Quadrienal	Número de Conferência Estadual de Saúde realizada com o apoio do NUGEP.
Número de Encontros de Fortalecimento e Sensibilização em Ouvidoria realizados.	unidade	0	2015	Relatório e lista de presença	Bienal	Número de Encontros realizados
Número de Encontros de Fortalecimento e Sensibilização no Sistema SARGSUS realizados.	Unidade	0	2015	Relatório e lista de presença	Bienal	Número de Encontros de Fortalecimento e sensibilização no Sargsus realizados
Inserção de pauta no CIR, Colegiado Interfederativo Regional das 07 (sete) regiões de saúde	Unidade	0	2015	Pauta e lista de presença dos CIR's	Quadrienal	Número de inserção de pautas e efetivação nos CIR's
Inserção de pauta no CIR, Colegiado Interfederativo Regional das 07 (sete) regiões de saúde	Unidade	0	2015	CIE	Quadrienal	Número de inserção de pautas e efetivação nos CIR's
Encaminhamento do Plano de Ação para implantação de Ouvidorias do SUS Nível I ao DOGES/MS.		3		DOGES / MS		Número de planos enviados ao MS/DOGES

2.8 CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE

EIXO: Participação e Controle Social

DIRETRIZ: Fortalecer as instâncias de controle social e garantir a autonomia e o caráter deliberativo dos conselhos de saúde, ampliando os canais de interação com o usuário, com garantia de transparência e participação cidadã.

OBJETIVO 1: Fortalecer e qualificar os conselheiros municipais e estadual de saúde, bem como representantes de movimentos sociais, formando multiplicadores para a garantia da Política da Equidade junto à população.

METAS:



GOVERNO DE SERGIPE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

- 1.1 Realizar capacitações com 100% dos conselheiros de saúde e representes de movimentos sociais, em Controle Social do SUS.
- 1.2 Realizar 04 (quatro) Fóruns de Saúde Mental para problematizar as violações de Direitos Humanos e refletir e pactuar ações que visem mobilizar diversos atores sociais a favor de um serviço mais qualificado levando em conta principalmente a vulnerabilidade do usuário.
- 1.3 Realizar 04 GINCAPS (Gincana Intercaps) com o objetivo de integrar usuários do serviço de Saúde Mental e profissionais.
- 1.4 Realizar capacitações em Legislação do SUS para 100% dos Conselheiros de Saúde de Sergipe e representantes de movimentos sociais.

OBJETIVO 2: Fortalecer o Controle Social no SUS com a realização de Conferências e suas etapas, Conferências Livres, Fóruns e Plenárias com o objetivo de implementar ações em saúde que garantam a integralidade do serviço ofertado.

METAS:

- 2.1. Assessorar os 75 conselhos municipais de saúde na elaboração, divulgação e execução de suas respectivas conferências.
- 2.2. Contribuir no fortalecimento das etapas das Conferências Nacional da Saúde das Mulheres em 2017, das etapas da Conferência Nacional em Vigilância em Saúde em 2017 e das etapas da Conferência Nacional de Saúde no ano de 2019 garantindo a participação popular.
- 2.3. Garantir em âmbito estadual por parte da SES/SE a divulgação das etapas municipais, estadual e Nacional da Conferência de Saúde de 2019.
- 2.4. Estimular à participação popular em 100% das Conferências de Saúde em todas as suas etapas e incluindo o controle social garantindo os recursos dos governos federal e estadual para as instâncias colegiadas.

INDICADORES - CES

INDICADOR	UNIDADE DE MEDIDA	DATA DA APURAÇÃO	FONTE	PERIODICIDADE	FÓRMULA DE CÁLCULO
Número de conselheiros municipais e estaduais, secretários executivos, e representantes de movimentos sociais		2016	CES/SE		Número de conselheiros de saúde capacitados / total de



GOVERNO DE SERGIPE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

capacitados em controle social no SUS	%			Anual	conselheiros existentes x 100
Número de Fóruns de Saúde Mental realizados.	%	2016	CES/SE	Anual	Numero de Fóruns realizados/Total de Fóruns programados x 100
Número de Gincanas realizadas	%	2016	CES/SE	Anual	Numero de Gincanas realizadas / Total de Gincanas programadas x 100
Número de Conselheiros de Saúde e representantes de movimentos sociais participantes de Capacitações sobre Legislação do SUS	%	2016	CES/SE	Anual	Números de conselheiros de saúde informados capacitados / Total de Conselheiros existentes x 100
Número de conselhos municipais assessorados	%	2016	CES/SE	Anual	Numero de conselhos municipais assessorados / Total de conselhos municipais existentes x 100
Contribuição nas etapas das Conferencias	%	2016	CES/SE	Nos anos das Conferencias	Numero de Conferencias apoiadas/Total de Conferencias realizadas x 100
Divulgação pela SES das etapas das Conferencias	%	2016	CES/SE e SES	Nos anos das Conferencias	Numero de Conferencias divulgadas / Total de Conferencias realizadas x 100
Participação popular nas Conferencias de Saúde	%	2016	CES/SE	Nos anos das Conferências	Total de participantes de movimentos populares nas confereências / Total geral de participantes x 100

PARTE III - MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

A execução deste Plano só será possível com esforço coletivo das áreas da SES/SE e da possibilidade de estabelecer parcerias intersetoriais, a fim de apoiar os gestores municipais e de ofertar uma assistência de qualidade à população sergipana.

Este Plano não é estanque, assim como todo planejamento está em constante aperfeiçoamento devido à intensa dinamicidade que a situação de saúde impõe.

O monitoramento e avaliação do PES deverá ser realizado por todas as áreas da SES responsáveis por esta proposta, bem como na perspectiva da sociedade deve ser realizada pelo ao Conselho Estadual de Saúde, que deverá estabelecer mecanismos de acompanhamento do cumprimento das diretrizes e metas para o quadriênio 2016-2019.

O processo de monitoramento e avaliação deverá se dar a partir da elaboração da Programação Anual de Saúde (PAS) de cada Diretoria e Núcleo aqui elencado e deverá ocorrer a cada quadrimestre, através da elaboração do Relatório Detalhado do Quadrimestre Anterior (RDQA), seguindo o que preconiza a Lei Complementar 141/2012, com a devida prestação de contas na Assembléia Legislativa em audiência pública e envio ao Conselho Estadual de Saúde (CES), bem como inserção no SARGSUS conforme preconiza a legislação do SUS.

Além disso, deverá ser elaborado o Relatório Anual de Gestão (RAG) que se destina à prestação de contas anual da gestão da SES, conforme o que foi planejado e alcançado a cada ano, o qual deve ser encaminhado aos órgãos de controle externo e ao CES para apreciação e deliberação, bem como inserido no SARGSUS em cumprimento a legislação do SUS.

Ainda em cumprimento à Lei nº 12.527/2011, Lei de Acesso à Informação, este PES, bem como a PAS e os RDQ e RAG devem ser disponibilizados para acesso a todo cidadão.

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS). Coleção Para Entender a Gestão do SUS, 1ª Edição. Brasília, 2015.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Diretoria de Pesquisas. Coordenação de População e Indicadores Sociais. Pesquisa Nacional de Saneamento Básico. Rio de Janeiro, 2008

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílio (PNAD). Rio de Janeiro, v. 33, p.1-133, 2013.

BRASIL. Instituto Trata Brasil. Ranking do Saneamento. Fundação Getúlio Vargas. São Paulo, 2013.

BRASIL. Instituto Trata Brasil. Perdas de água: Desafios ao avanço do saneamento básico e a escassez hídrica. Fundação Getúlio Vargas. São Paulo, 2015.

BRASIL. Ministério das Cidades. Secretaria Nacional de Saneamento Ambiental (SNSA). Sistema Nacional de Informações sobre Saneamento: Diagnóstico dos Serviços de Água e Esgotos – 2014. Brasília, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Articulação Interfederativa. Decreto Presidencial nº 7.508/2011. Brasília, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Articulação Interfederativa. Portaria GM nº 2.135/2013. Brasília, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Plano Nacional de Saúde 2016-2019. Brasília, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. Vigilância Brasil 2014: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília, 2015.

SERGIPE. Secretaria de Estado do Planejamento Orçamento e Gestão. Superintendência de Estudos e Pesquisas (SUPES). Observatório de Sergipe. Indicadores de Desenvolvimento. Aracaju, 2015.



GOVERNO DE SERGIPE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

SERGIPE. Secretaria de Estado do Planejamento Orçamento e Gestão. Governo de Sergipe. Plano Plurianual Quadriênio 2016-2019. Aracaju, 2015.

SERGIPE. Secretaria de Estado do Planejamento Orçamento e Gestão. Superintendência de Estudos e Pesquisas (SUPES). Observatório de Sergipe. Sergipe em Números. Aracaju, 2013.

SERGIPE. Secretaria de Estado da Saúde. Lei Estadual nº 6.345/2008. Aracaju, 2008.

SERGIPE. Secretaria de Estado da Saúde. Plano Estadual de Saúde 2012-2015. Aracaju, 2012.

SERGIPE. Secretaria de Estado da Saúde. Relatório Final de VI Conferencia Estadual de Saúde de Sergipe. Aracaju, 2015.



ANEXOS

ANEXO 1: Lista de presença da 38ª Reunião Extraordinária do CES que aprovou o PES 2016-2019.

ANEXO 2: Resolução CES nº 17/2016 - aprovação do PES 2016-2019

ANEXO 1



**SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE**

**Lista de Presença – Titulares
38ª Reunião Extraordinária
Data: 06/12/2016**

USUÁRIOS

Entidade: Federação das Entidades de Aracaju - FECAJU

SHEYLA ANDREA DOS SANTOS Assinatura:

Entidade: Confederação Nacional das Associações de Moradores e Entidades Comunitárias do Brasil – CONAM-BR

EDUARDO RAMOS GOMES Assinatura:

Entidade: Federação Municipal das Associações Comunitárias de Moradores de São Cristóvão - FEMACONSC

FÁBIO COSTA Assinatura:

Entidade: Sociedade em Defesa dos Moradores da invasão de Palafitas da Coroa do Meio - SOMORIPAC

ROSINEIDE SILVA DOS SANTOS Assinatura:

Entidade: Associação Comunitária de Apoio às Mulheres de Aracaju - ASCOPAMA

VERA LÚCIA TAVARES FARIAS Assinatura:

Entidade: Movimento Internacional da Paz - MINPA

JORGE LOPES DE SANTANA Assinatura:

Entidade: Força Sindical - Sergipe

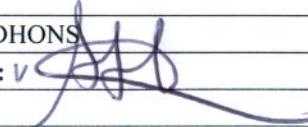
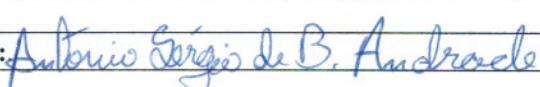
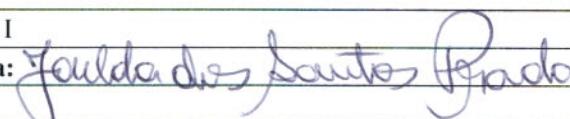
ROGÉRIO ROCHA DIAS Assinatura:

Entidade: Associação de Desenvolvimento Social de Nossa Senhora do Socorro

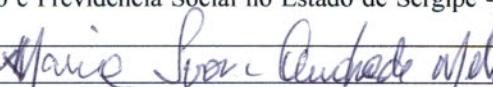
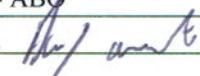
CARLOS ALBERTO DE OLIVEIRA SILVA Assinatura:

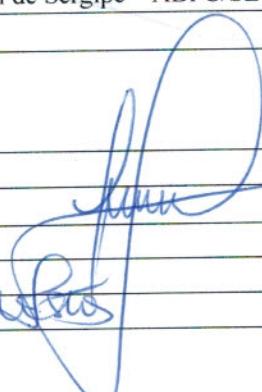
Entidade: Sociedade Nacional de Formação profissional Luz - SONAFOPROL

JOÃO FRANCISCO DOS SANTOS Assinatura:

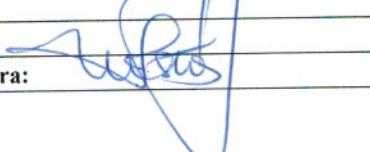
Entidade: Associação de Defesa Homossexual de Sergipe - ADHONS	MARCELO LIMA DE MENEZES	Assinatura: 
Entidade: Associação Sergipana de Redução de Riscos e Danos - ASEREDA	ANTÔNIO SÉRGIO DE BRITO ANDRADE	Assinatura: 
Entidade: Associação Internacional de Lions Clube	MARIA GLÍCIA BRAGA DE MOURA	Assinatura:
Entidade: Federação dos Trabalhadores na Agricultura do Estado de Sergipe - FETASE	GILSÁRIA VIEIRA FIGUEIREDO OLIVEIRA	Assinatura: 
Entidade: Associação dos Moradores do Conjunto Dom Pedro I	JAILDA DOS SANTOS PRADO	Assinatura: 
Entidade: Associação do Bem Estar no Lamarão - ABLESBAM	JOSÉ DA CRUZ	Assinatura:
Entidade:		Assinatura:

TRABALHADORES

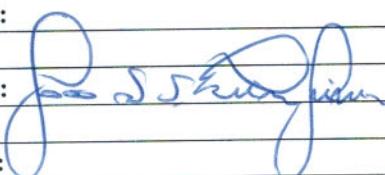
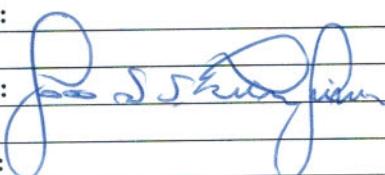
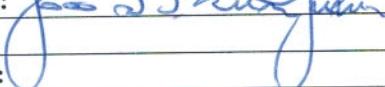
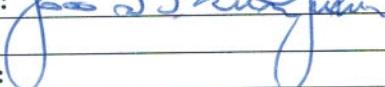
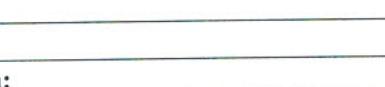
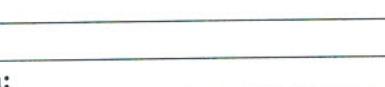
Entidade: Sindicato dos Trabalhadores em Saúde, Trabalho e Previdência Social no Estado de Sergipe - SINDPREV	MARIA IVONE ANDRADE MELO	Assinatura: 
Entidade: Sindicato dos Trabalhadores na Área da Saúde no Estado de Sergipe - SINTASA	JOSÉ AUGUSTO COUTO SANTOS	Assinatura: 
Entidade: Sindicatos dos Cirurgiões Dentistas de Sergipe - SINDESE	MARCOS LUIZ MACEDO SANTANA	Assinatura:
Entidade: Sindicato dos Psicólogos do Estado de Sergipe - SINPSI	HEITOR FREITAS ANDRADE	Assinatura: 
Entidade: Sindicato dos Agentes Comunitários de Saúde e Endemias do Município de Aracaju - SACEMA	Vinícius Ribeiro da Silva	Assinatura:
Entidade: Sindicato dos Enfermeiros do Estado de Sergipe - SEESE	SHIRLEY MARSHAL DIAZ MORALES	Assinatura:
Entidade: Associação Brasileira de Odontologia – Seção Sergipe - ABO	AUGUSTO TADEU RIBEIRO SANTANA	Assinatura: 

Entidade: Associação Brasileira de Farmácia Comunitária Regional de Sergipe – ABFC/SE
VANILDA OLIVEIRA AGUIAR Assinatura: 

PRESTADOR

Entidade: Hospital e Maternidade Nossa Senhora dos Passos
VALFREDO DANTAS SANTOS FILHO Assinatura: 
Entidade: Fundação Hospitalar de Saúde – FHS
JUREMA MÉRIA VIANA DE JESUS SANTOS Assinatura: 

PODER PÚBLICO

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
MARIA CONCEIÇÃO MENDONÇA COSTA Assinatura: 
JOÃO DOS SANTOS LIMA JÚNIOR
Assinatura: 
MARCIOLA OLIVEIRA GUIMARÃES
Assinatura: 
SECRETARIOS MUNICIPAIS DE SAÚDE (COSEMES)
ROSIANE GOMES SOUZA
Assinatura: 
GILSON CARDOSO DOS SANTOS FILHO
Assinatura: 
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE – UFS
MÁRIO ADRIANO DOS SANTOS Assinatura: 



**SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE**

**Lista de SUPLENTES
38ª Reunião Extraordinária
DATA: 06/12/2016**

USUÁRIOS

Entidade: Movimento Trabalhando Pela Juventude	
MANOEL BENEDITO MARTINS	Assinatura:
Entidade: Associação Sergipana do Homem - ASPRO	
MARIA IZABEL LIMA CANGIRANA	Assinatura:
Entidade: Associação Movimento Popular Resgatando Vidas e Cidadania Sergipana	
ERALDO RIBEIRO	Assinatura:
Entidade: Movimento Popular de Saúde – MOPS	
FRANCISCA PEREIRA DA SILVA	Assinatura:
Entidade: Coordenação dos Movimentos de Mulheres do Estado de Sergipe – CONAM-MULHER	
GUIOMAR SILVA CORREIA	Assinatura:
Entidade: Arquidiocese de Aracaju/Pastoral da Saúde	
MARIA TEREZINHA MARQUES FONTES	Assinatura:
Entidade: Força Sindical - Sergipe	
RICARDO ABEL PASSOS	Assinatura:
Entidade: Associação de Desenvolvimento Social de Nossa Senhora do Socorro	
ANA CRISTINA SANTOS ARAGÃO	Assinatura:
Entidade: Sociedade Nacional de Formação Profissional Luz	
MARIA APARECIDA VIEIRA DE SOUZA	Assinatura:
Entidade: Associação de Defesa Homossexual de Sergipe - ADHONS	
MARIA ELISANGELA DOS SANTOS	Assinatura:

Entidade: Associação Sergipana de Redução de Riscos e Danos - ASEREDA	
RENATO FELISBERTO ANDRADE SOUZA	Assinatura:
Entidade: Associação Internacional de Lions Clube	
AILTON TELES DE MOURA	Assinatura:
Entidade: Federação dos Trabalhadores na Agricultura do Estado de Sergipe - FETASE	
LÚCIO MARCOS OLIVEIRA SANTOS	Assinatura:
Entidade: Associação dos Moradores do Conjunto D. Pedro I	
SALATHIEL DE OLIVEIRA SILVEIRA	Assinatura: 
Entidade: Associação do Bem Estar no Lamarão - ABLESBAM	
JOSÉ FRANCISCO DOS SANTOS	Assinatura:
Entidade:	
	Assinatura:

TRABALHADORES

Entidade: Sindicato dos Farmacêuticos do Estado de Sergipe - SINDFARMA	
DANIELA SANTOS SILVA FERREIRA DE ALMEIDA	Assinatura: 
Entidade: Sindicato dos Trabalhadores na Área da Saúde no Estado de Sergipe - SINTASA	
MARIA DE LOURDES LIMA NUNES	Assinatura:
Entidade: Sindicato dos Cirurgiões Dentistas de Sergipe - SINDSE	
LISANDRA FERREIRA LIMA	Assinatura: 
Entidade: Sindicato dos Psicólogos do Estado de Sergipe - SINPSI	
EDMUNDO FREIRE TELES	Assinatura:
Sindicato dos Assistentes Sociais do Estado de Sergipe – SINDASSE	
ROSELY ANACLETO DE JESUS M. ALMEIDA	Assinatura:
	Assinatura:
Entidade: Sindicato dos Enfermeiros do Estado de Sergipe - SEESE	
MARCELO DANGLLYS DUARTE FERNANDES	Assinatura: 
Entidade: Associação Brasileira de Odontologia – Seção Sergipe - ABO	
CARLOS HERMÓGENES DA SILVA MEIRA	Assinatura:
Entidade: Associação Brasileira de Farmácia Comunitária – Regional Sergipe	
SIMONE DA SILVA FONTES	Assinatura:

PRESTADOR

Entidade: Hospital e Maternidade Nosso Senhor dos Passos

CAMILLA OLIVEIRA PLÍNIO

Assinatura:

Entidade: Fundação Hospitalar de Saúde - FHS

IZA CONCEIÇÃO LEÓ DO PRADO ANDRADE

Assinatura:

PODER PÚBLICO

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

FRANCISCO MARCEL FREIRE RESENDE

Assinatura:

LAVÍNIA ARAGÃO TRIGO LOUREIRO

Assinatura:

JOSÉ DIAS JÚNIOR

Assinatura:

SECRETARIOS MUNICIPAIS DE SAÚDE (COSEMES)

NARA OLIVEIRA DA SILVA

Assinatura:

ANA CRUZ DE ANDRADE

Assinatura:

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE – UFS

VALTER JOVIANO DE SANTANA FILHO

Assinatura:

CEO



**SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE**

LISTA DE PRESENÇA – CONVIDADOS

38^a Reunião Extraordinária

DATA: 06/12/2016

Nº	NOME	ENTIDADE
01	Indee Cristina Moreira de Souza	REVE/SES
02	Júlio Soárez de Araújo	CEAB/SES
03	Ediane Aparecida Nasciutto	NEST/DIPLOM
04	Maria Idéa da Silva Soárez	Conselho Municipal de S. C. M. S.
05	Engenho Dena Gamarão Ferreira	NEEPPS/DAIS/SES
06	Jaqueline M. Soárez	NEST/SES
07	Flávia S. Almeida	DIPLOM/SES
08	Renata R. Braga Coutinho	SES/CERAS
09	Almeida de M. D. D. Almeida	CEAB/DAIS/SES
10	Flávia dos Santos Souza	CERAS/SES
11	Lygia Melo	DIPLOM/SES
12	Anurice da Silveira Soárez	CEAP/SES
13	Marizete de Alencar Soárez	DIVISA/SES
14	Flávia P. Soárez	DIPLOM/SES
15	Edilene Soárez	SES/LE
16	Flávia Soárez P. Soárez	DIPLOM/SES
17	Flávia C. de S. Soárez	CERAS/SES

CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE

CONSELHO ESTADUAL DE CACDE
Praca General Valadão s/n, Centro, Aracaju/SE CEP 49010-520

Fone (79) 3205-8800/8811

E-mail: ces@saude.se.gov

CE



**SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE**

Nº	NOME	ENTIDADE
18	Jylana Sta	SES
19	Thaumere SS deis	SET
20	Coely Mota Bocha	Distriu DAIS/SES
21	Ary Oliveira Tijun	SES
22	Morli dos Ss Lameira	SES
23		
24		
25		
26		
27		
28		
29		
30		
31		
32		
33		
34		



CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE

ANEXO 2



GOVERNO DE SERGIPE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

RESOLUÇÃO N° 17 / 2016

O Plenário do Conselho Estadual de Saúde, em sua 38ª Reunião Extraordinária realizada no dia 06 de dezembro de 2016, no uso de suas atribuições que lhe confere a Lei Estadual nº. 6.300 de 19 de dezembro de 2007 e suas alterações posteriores e após deliberação entre seus membros,

RESOLVE:

APROVAR o PES – Plano Estadual de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde para o quadriênio 2016 / 2019

Aracaju, 06 de dezembro de 2016.

MARIA DA CONCEIÇÃO MENDONÇA COSTA
Presidenta do Conselho Estadual de Saúde