



Plano Municipal de Saúde 2018 - 2021

Edvaldo Nogueira Filho
Prefeito de Aracaju

Eliane Aquino Custódio
Vice-Prefeita de Aracaju

Waneska de Souza Barboza
Secretária Municipal da Saúde
(Decreto de 11 de julho de 2017)

José Augusto Couto Santos
Presidente do Conselho Municipal de Saúde

Equipe Técnica

Procuradoria Geral

Agamenon Alves Freire Júnior

Ouvidoria

Claudia Oliveira Pardo

Assessoria Jurídica

João Vítor Burgos Mota

Assessoria de Comunicação

Victor Bruno da Silva Vieira

Diretoria Administrativo Financeira

Mônica Cristina Siqueira Passos

Luís Roberto de Freitas
Logística

Carla Christine Santos F S Fonseca
Núcleo de Serviços

Suzana Fonseca Santos
Compras e Licitação

Adson Gomes de Oliveira
Informática e Telefonia

Maria Valdinete Silva
Gestão de Pessoas

Diretoria de Atenção à Saúde

Ana Márcia Menezes de Oliveira

Monalisa Almeida de Oliveira Fonseca
Rede de Atenção Primária à Saúde

Dalmare Anderson B de Oliveira de Sá
Rede de Atenção Psicossocial

Maria Auxiliadora Teles de Brito
Rede de Atenção Especializada

Genisete Pereira Santos
Rede de Atenção às Urgências e
Emergências

Álvaro Victor de Castro
Coordenação de Assistência Farmacêutica

Diretoria de Vigilância em Saúde

Táise Ferreira Cavalcante

Tânia Maria Santos
Vigilância Epidemiológica

Karla Magaly Bomfim Alves Lima
Atenção Saúde do Trabalhador

Maria das Graças Barros
Vigilância Sanitária

Raulinna Gomes de Souza Lima
Sistemas de Informação de Vigilância em
Saúde

Renata Alves da Silva Carvalho
Avaliação do Sistema de Informação

Núcleo de Controle, Avaliação, Auditoria e Regulação - NUCAAR

Tina Luíza Ribeiro Cabral

Rosana Maria Cardoso Oliveira
Controle e Avaliação

Ticiano Siqueira Carvalho
Coordenação de Regulação

Antônio Augusto Santana Nascimento
Coordenação de Auditoria

**Assessoria de Planejamento e
Desenvolvimento Institucional -**

Grupo de Trabalho de Elaboração do

ASPLANDI

Sayonara Ferreira de Carvalho

Camille Aragão de Arruda
Assessoria Técnica

Guadalupe Sales Ferreira
Referência Técnica em Instrumentos de Gestão

Vandecy Farias Bezerra
Secretária Executiva do Colegiado Interfederativo Regional – CIR

Maria Edinéia Fontes
Referência Técnica em Acompanhamento e Prestação de Contas de Convênios Federais

Augusto César Silva
Referência Técnica em Dotação Orçamentária

Katiane Menezes Carvalho Manguiera
Referência Técnica em Convênios

Olga Letícia Dias dos Santos
Referência Técnica em Obras de Convênios Federais

Luiz Cláudio Barreto Soares
Referência Técnica em Políticas Intersectoriais

Daisyane Fortuna dos Santos Nascimento
Assessoria Administrativa

João Sampaio Martins
Coordenação Centro de Educação Permanente em Saúde - CEPS

Plano Municipal de Saúde 2018 – 2021 (Portaria 109/2017, 13 de setembro de 2017)

Ana Débora Santana
Consultora Extraordinária de Assuntos Governamentais e CMS–segmento gestor

Sayonara Ferreira de Carvalho
Diretora da ASPLANDI

Camille Aragão de Arruda
Assessora técnica da ASPLANDI

Guadalupe Sales Ferreira
Referência Técnica da ASPLANDI

Kátia Cristina de Oliveira
Referência Técnica da ASPLANDI

João Batista Cavalcante Filho
Coordenador do Centro de Educação Permanente em Saúde

Simone Maria de Almeida Barbosa
Referência Técnica do CEPS

Nara Fabiana Mariano
Coordenadora das Linhas de Cuidado

André Baião
Coordenador do Apoio Institucional

Dalmare Anderson B. de Oliveira Sá
Coordenador da REAPS

Roberta Lisboa
Assessora Técnica da DAS

Claúdia Oliveira Pardo
Coordenadora da Ouvidoria

Taíse Cavalcante
Diretora da Vigilância em Saúde

Raulinna Gomes de Souza Lima
Coordenadora de Sistemas de Informações de Vigilância em Saúde

Tânia Maria Santos
Coordenadora da Vig. Epidemiológica

Fábio Costa
Conselho Municipal de Saúde –
Seguimento Usuário

Edilson de Jesus
Conselho Municipal de Saúde –
Seguimento Usuário

Heitor Freitas Andrade
Conselho Municipal de Saúde –

Seguimento Trabalhador.

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO MUNICÍPIO
ARACAJU. Governo Municipal Instrumento: "Plano Municipal de Saúde 2018 - 2021" Secretaria Municipal de Saúde
TÍTULO I – Instrumento: "Plano Municipal de Saúde 2018 - 2021" Apresentação – Identificação - Análise Situacional – Estrutura Administrativa, Vigilância e Atenção à Saúde – Estratégias, Diretrizes, Ações, Indicadores e Metas
Nome do Prefeito e Secretária de Saúde
Prefeito de Aracaju: Edvaldo Nogueira Filho Documentação: CPF: 190.012.745-87 RG: 519.766 (2ª via) SSP/SE Data da Expedição: 14.02.2012
Secretária Municipal da Saúde: Waneska de Souza Barboza Documentação: CPF: 694.936.505 -53 RG: 943.615 SSP/SE e-mail: saude.gabinete@aracaju.se.gov.br
Correspondência
Secretaria Municipal de Saúde de Aracaju Rua Nely Correia, 50 Bairro: Coroa do Meio CEP: 49036-245 – Aracaju -SE Telefone: (79) 3711-5007
Assessoria de Planejamento e Desenvolvimento Institucional da SMS Aracaju
Coordenador da ASPLANDI: Sayonara Ferreira de Carvalho e-mail: asplandi.saude@aracaju.se.gov.br

SUMÁRIO	Pág.
I. Identificação do Município	8
II. Análise Situacional	14
III. Estrutura da Rede Administrativa, de Vigilância e Atenção à Saúde de Aracaju	36
Rede Administrativa	36
Vigilância em Saúde	39
Coordenação de Sistemas de Informação de Vigilância em Saúde - COSIVS	40
Coordenação de Vigilância Epidemiológica - COVEPI	41
Coordenação de Vigilância Sanitária - COVISA	42
Rede de Atenção à Saúde do Trabalhador - REAST	45
Rede de Atenção à Saúde de Aracaju	46
Rede de Atenção Primária à Saúde (REAP)	46
Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASF	49
Consultório na Rua – CnR	50
Programa Academia da Cidade	51
Rede de Atenção Psicossocial (REAPS)	52
Rede de Atenção Especializada (REAE)	56
Rede de Atenção às Urgências e Emergências (REUE)	58
Conselhos Locais de Saúde	61
IV. Ações Estratégicas para melhorar a prestação de serviços à saúde das pessoas	62
ANEXO	74

Apresentação

“A Saúde é um direito de todos e dever do Estado”. Este lema vem animando os que defendem o Sistema Único de Saúde (SUS) - público, gratuito e de qualidade - muito antes de sua institucionalização. Foram vários os desafios para criar esta política pública que é considerada a mais inclusiva do Brasil. Porém, maior é o desafio em defendê-la ante o atual desmonte das variadas políticas sociais. Defender o SUS é defender a qualidade de vida de todas as pessoas e este é objetivo da atual gestão de Edvaldo Nogueira e Eliane Aquino à frente da Prefeitura Municipal de Aracaju.

O Plano Municipal de Saúde cumpre dois papéis. É uma exigência legal, que parte de uma legislação (Portaria Nº 2.135, de 25 de setembro de 2013) visando fazer com que os gestores explicitem seus projetos com transparência para favorecer a participação popular. E deve se constituir como instrumento norteador da política de saúde municipal, com o propósito de que os atores que constroem o SUS no seu cotidiano (gestores, trabalhadores e usuários) vejam, construam e participem dos caminhos propostos para Aracaju ser **uma cidade inteligente, humana e criativa**.

O planejamento é uma função estratégica de gestão assegurada pela Constituição Federal de 1988 e regulamentada pela Portaria GM nº 3.085, de 01 de dezembro de 2006. Não é um momento único, mas um instrumento que precisa ser revisitado, ter suas metas avaliadas e aperfeiçoadas. Orienta as ações e a avaliação destas, como parte de um caminho de uma reconstrução necessária - após um período da gestão anterior à frente da prefeitura que assolou praticamente todas as áreas dos serviços públicos municipais. Foi essa necessidade de reconstrução que levou à vitória a candidatura de Edvaldo Nogueira e Eliane Aquino para a prefeitura, inspirada em princípios e valores norteadores de políticas públicas que nos fez um dia, a **Capital da Qualidade de Vida**.

O Plano Municipal de Saúde 2018 – 2021 foi traçado em amplo debate com especialistas, técnicos, componentes do controle social e pessoas que vivem cotidianamente o sistema único de saúde municipal. Buscando alinhamento com outros processos de construção que o precederam: o Programa de Governo que foi construído e levou à vitória nas urnas em 2016 e o Planejamento Estratégico da Prefeitura de Aracaju.

Nosso Plano Municipal é um guia para a ação, de forma a nos aproximarmos da missão da Prefeitura: **“Tornar Aracaju referência em Qualidade de Vida, assegurar a excelência na prestação de serviços e promover o desenvolvimento sustentável onde cidadãos e cidadãs sejam protagonistas”**. Está estruturado de forma a inicialmente, apresentar a identificação do município de Aracaju e uma análise situacional que cumpre o

papel de fornecer um detalhado diagnóstico da saúde do município, seu perfil sócio demográfico e epidemiológico, sua estrutura de rede administrativa, de vigilância e de atenção à saúde, inclusive com a capacidade instalada de assistência e de gestão para a prestação de serviços à população. Com base nessa análise da realidade, o plano estrutura as ações estratégicas para avançar em direção à missão da prefeitura em 4 eixos: **Gestão, Atenção à Saúde, Vigilância em Saúde e Administrativo Financeiro**. Em cada Eixo, as ações são classificadas em Macro Diretrizes:

I Fortalecimento das Redes de Atenção à Saúde;

II Desenvolvimento de ações de promoção da saúde nas Redes de Atenção do SUS Aracaju;

III Fortalecimento das Ações de Vigilância em Saúde nas Redes de Atenção; e

IV Gestão, Controle e Participação Social em defesa do SUS e da Qualidade de Vida.

Cada uma das ações elencadas e categorizadas em diretrizes - construídas de forma participativa, com base na análise situacional e com olhos nas experiências e leituras dos atores que constroem o SUS - recebeu indicadores para a avaliação de sua evolução e uma meta a ser cumprida dentro do prazo do plano. Acompanhar a tendência dos indicadores em direção à meta é uma das formas de acompanhar a evolução do modelo de assistência à saúde no município, e verificar se estamos avançando em direção à **construção do bem estar e cidadania dos cidadãos aracajuanos**.

Em cada ação construída buscamos impregnar os valores da gestão municipal, reconhecendo a importância destes para se atingir os objetivos:

- ✓ **Inovação**
- ✓ **Gestão que promove Resultados**
- ✓ **Ética e Transparência**
- ✓ **Eficácia, Eficiência e Efetividade das políticas públicas**
- ✓ **Protagonismo do Cidadão**

O Plano Municipal de Saúde 2018 – 2021 não é um documento estático. Muito já se reconstruiu até este momento da gestão de Edvaldo Nogueira em 2017, mas muito ainda há a ser reconstruído. Planejar é essencial para a caminhada, mas sem o **movimento** em direção aos objetivos, o instrumento perde força, torna-se vazio.... Então, mais que um instrumento para cumprir a legislação, mais que um desenho dos caminhos e propostas para Aracaju voltar a ser a Capital da Qualidade de Vida, este plano é a **demonstração de um**

compromisso com as ações efetivas para continuar melhorando a assistência à saúde dos aracajuanos e um **convite**, para todos que defendem a saúde como um direito e um sistema de saúde que defenda a vida de seus cidadãos.

Este Plano Municipal de Saúde 2018-2021 foi construído tomando por base a projeção orçamentária do Plano Plurianual (PPA) 2018-2021 para a saúde, numa estimativa da seguinte ordem para o próximo quadriênio: R\$ 2.573.828.386,33 (dois bilhões, quinhentos e setenta e três milhões, oitocentos e vinte e oito mil, trezentos e oitenta e seis reais e trinta e três centavos), considerando um aumento gradativo de 7% ao ano na manutenção dos serviços de saúde essenciais. Abaixo, detalhamento anual dos valores:

ANO	VALOR EM REAIS
2018	R\$ 594.826.225,47
2019	R\$ 629.712.172,15
2020	R\$ 656.227.411,88
2021	R\$ 693.062.576,83

I. Identificação do Município

Aracaju é a capital do Estado de Sergipe. Fundada em 1855, possui população estimada em 2017 de 650.106 pessoas, o que representa 28,41% de toda a população sergipana, apresentando uma densidade demográfica de 3.413,67 hab./km².

O estado de Sergipe possui 07 Regiões de Saúde, as quais possuem municípios sedes, assumindo um papel de referência em saúde para os demais municípios da região por comportarem uma rede de atenção à saúde com ofertas, na atenção primária, atenção ambulatorial especializada e hospitalar, atendimento a urgência e emergência, com base de SAMU, dentre outras ofertas que tornam tais municípios como centrais para o fluxo da rede de atenção à saúde da região.

A Região de Saúde de Aracaju tem população estimada para 2017 de 852.138 pessoas (Quadro 1), que corresponde a 37,24% da população do estado e é composta pelos

municípios: Barra dos Coqueiros, Divina Pastora, Itaporanga d’Ajuda, Laranjeiras, Riachuelo, Santa Rosa de Lima e São Cristóvão (IBGE, 2017).

REGIÃO DE ARACAJU	População estimada para 2017
Aracaju	650.106
São Cristóvão	89.232
Itaporanga	34.101
Laranjeiras	29.700
Barra dos Coqueiros	29.807
Riachuelo	10.196
Divina Pastora	5.058
Santa Rosa de Lima	3.938
Total	852.138

Quadro 1. População Estimada para municípios da Região de Saúde de Aracaju.
Fonte: IBGE/Cidades

Aracaju, além de ser sede desta região de saúde, assume ao mesmo tempo o papel de polo estadual para ações e procedimentos de média e alta complexidade em saúde, tornando-o referência regional e estadual para todos os municípios sergipanos.

A capital ocupa uma área de 181,8 Km² e limita-se pelos municípios de São Cristóvão, Nossa Senhora do Socorro, Santo Amaro das Brotas, Barra dos Coqueiros e Itaporanga d’Ajuda (Figura 1).



Figura 1. Mapa do município de Aracaju
Fonte: IBGE/Atlas de desenvolvimento Humano

PERFIL DEMOGRÁFICO

Sobre a população de Aracaju, há uma transição demográfica que vem se dando de maneira mais acentuada ao longo dos últimos 30 anos e a pirâmide etária tem estreitado sua base com tendência a assemelhar-se à composição etária de populações de localidades desenvolvidas. Influenciada por fatores sociais e econômicos, tais como: diminuição das taxas

de fecundidade, participação da mulher no mercado de trabalho entre outros, a tendência de envelhecimento populacional será marcante nas próximas duas décadas (Figura 2).

A população Aracajuana, segundo o último censo de 2010 é prioritariamente composta por pessoas pardas e negras (66%), e adultos de 20 a 59 anos (59,6%), sendo as mulheres a maioria da população (53,3%). O predomínio de mulheres se evidencia a partir de 15 anos ou mais, onde se observa a razão de sexos menor que 100 anos de idade em que as taxas de mortalidade por causas externas (acidentes e violências) são maiores na população masculina, conforme serão discutidos posteriormente.

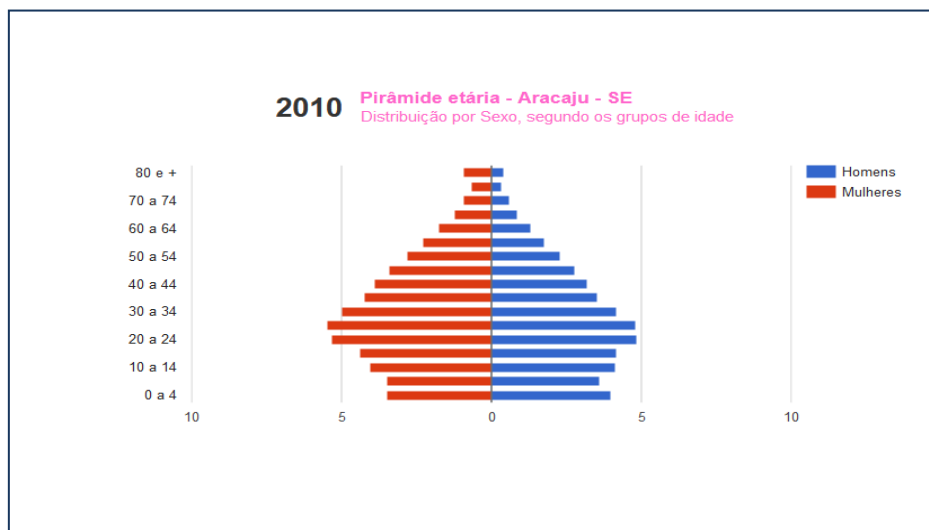


Figura 2: População de Aracaju, segundo sexo e faixa etária, 2010.
Fonte: IBGE/DATASUS

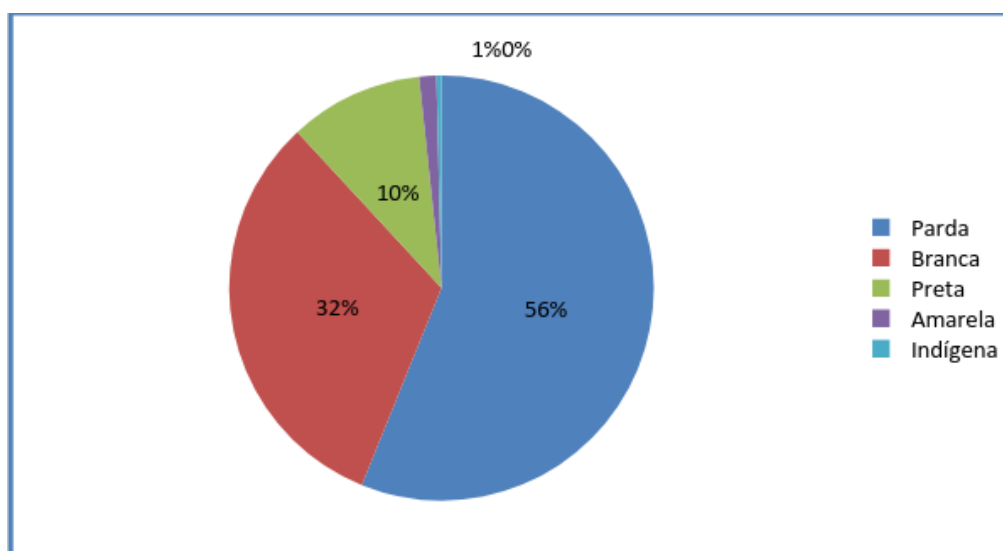


Gráfico 1. Percentual populacional segundo Raça (cor da pele) Aracaju, 2010.
Fonte: SIDRA/IBGE

Tabela 1. População de Aracaju, por sexo e faixa etária 2015.

Faixa Etária	Masculino	% Masculino	Feminino	% Feminino	Total	% Total	Razão de sexos ^a
0 a 4 anos	23948	8,06	22845	6,8	46793	7,4	105
5 a 9 anos	24010	8,08	23905	7,12	47915	7,57	100
10 a 14 anos	25901	8,72	25850	7,7	51751	8,18	100
15 a 19 anos	24321	8,19	25416	7,57	49737	7,86	96
20 a 24 anos	25034	8,43	27034	8,05	52068	8,23	93
25 a 29 anos	29227	9,84	31235	9,3	60462	9,56	94
30 a 34 anos	29767	10,02	33503	9,98	63270	10	89
35 a 39 anos	25704	8,65	29128	8,68	54832	8,67	88
40 a 44 anos	20491	6,9	23887	7,11	44378	7,01	86
45 a 49 anos	17738	5,97	21648	6,45	39386	6,22	82
50 a 54 anos	15536	5,23	19247	5,73	34783	5,5	81
55 a 59 anos	12291	4,14	15227	4,54	27518	4,35	81
60 a 64 anos	9176	3,09	12525	3,73	21701	3,43	73
65 a 69 anos	6290	2,12	8913	2,65	15203	2,4	71
70 a 74 anos	3609	1,22	5873	1,75	9482	1,5	61
75 a 79 anos	2045	0,69	4275	1,27	6320	1	48
80 anos ou mais	1923	0,65	5223	1,56	7146	1,13	37
Total	297011	100	335734	100	632745	100	88

Fonte: RIPS/DATASUS

^a Razão de Sexos - Número de homens para cada grupo de 100 mulheres, na população residente.

As quedas nos níveis de fecundidade e natalidade, o aumento da expectativa de vida e migração são evidenciados na Taxa de Crescimento da População, que ao longo das décadas vem diminuindo em todo Brasil. Em Aracaju observou-se um ligeiro crescimento entre os anos de 2001 e 2010, mas com tendência ao declínio posteriormente. Entre os anos de 2010 e 2012, o incremento médio anual da população em Aracaju foi de 1,44% (Gráfico 2).

Destarte, a proporção da população menor de 5 anos experimenta um declínio acentuado entre 1991 e 2010 (Gráfico 3), ao passo que a proporção de idosos acima de 60 anos aumenta (Gráfico 4).

Aracaju apresentou em 2012, Índice de Envelhecimento de 40,6 idosos para cada grupo de 100 pessoas menores de 15 anos, média maior que a média apresentada para a Região Nordeste. Essa situação demográfica irá refletir nos indicadores de Morbidade e Mortalidade, como por exemplo, o Coeficiente Geral de Mortalidade que tende a apresentar um aumento devido aos óbitos da população de 70 anos e mais. Esse tópico será aprofundado mais adiante.

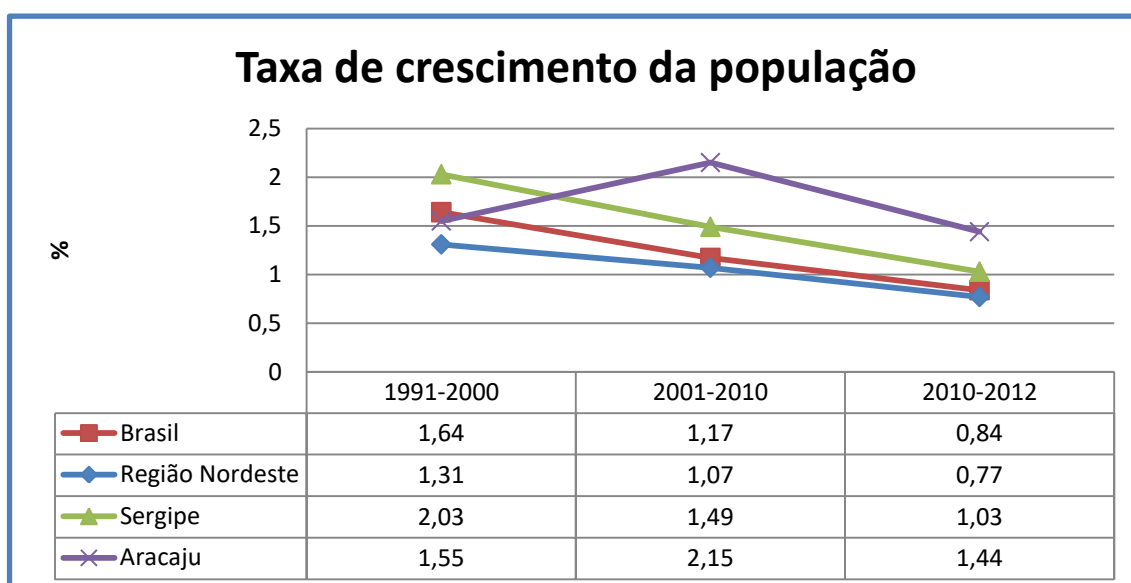


Gráfico 2. Taxa de crescimento da população (% de incremento médio anual)

Fonte: IBGE Censo Demográfico, Contagem da População, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), estimativas e projeções demográficas. RIPS/DATASUS

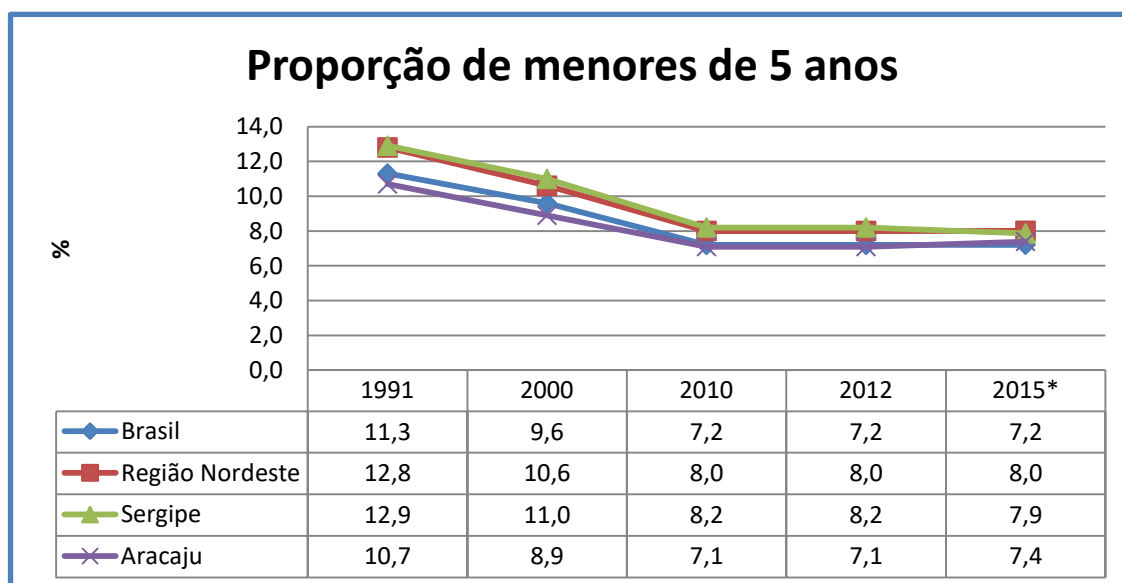


Gráfico 3. Proporção de menores de 5 anos na população

Fonte: Para os anos de 1991-2012 dados IBGE/Censos demográficos/PNAD. Para o ano de 2015, cálculo direto utilizando dados Demográficos do DATASUS.

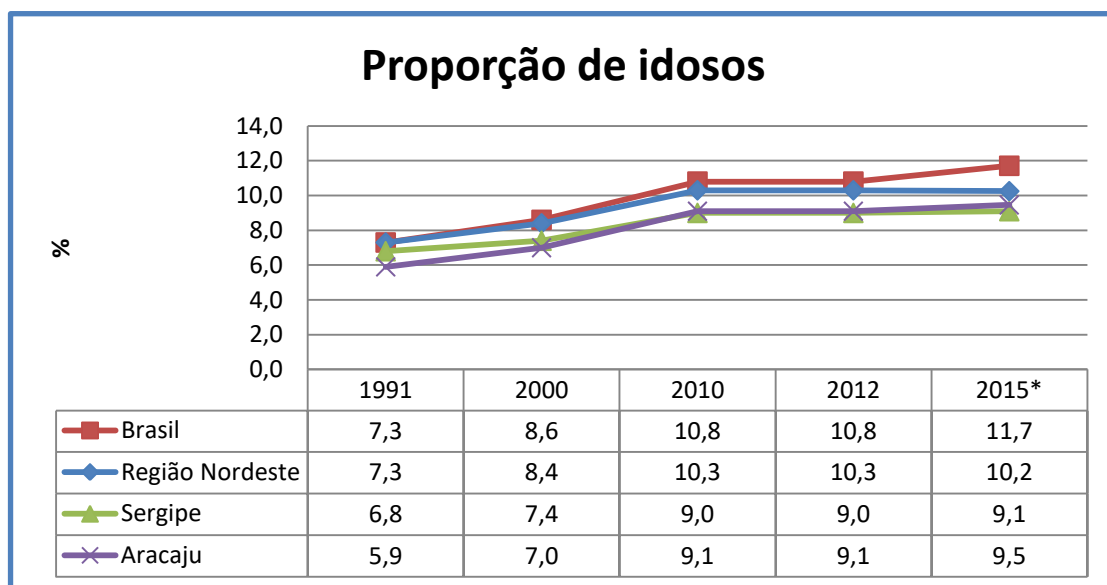


Gráfico 4. Proporção de idosos (> 60 anos) na população

Fonte: IBGE Censo Demográfico, Contagem da População, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), estimativas e projeções demográficas. Para o ano de 2015, cálculo direto utilizando dados Demográficos do DATASUS.

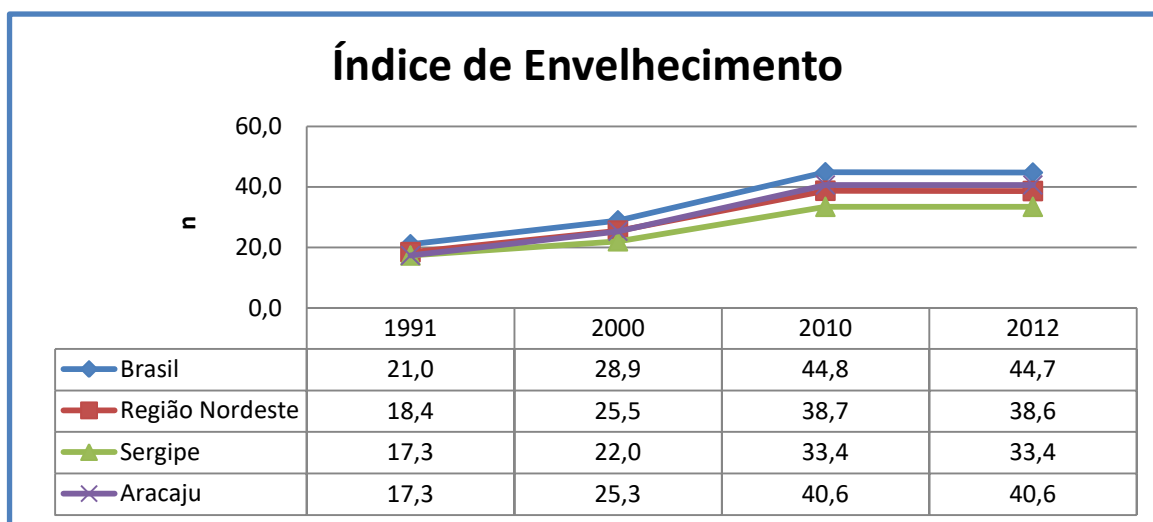


Gráfico 5. Índice de Envelhecimento*

Fonte: IBGE Censo Demográfico, Contagem da População, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), estimativas e projeções demográficas. RIPS/DATASUS

*Número de pessoas de 60 e mais anos de idade, para cada 100 pessoas menores de 15 anos de idade, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado. Valores elevados desse índice indicam que a transição demográfica encontra-se em estágio avançado.

CONDIÇÕES DE SAÚDE

Observou-se, no tópico anterior, que a transição demográfica está acontecendo em Aracaju de maneira acentuada, assim como se observa no restante do país. Por ser uma

capital essencialmente urbana, sofre influências de fatores socioeconômicos e culturais típicos de localidades em pleno desenvolvimento. Assim, como será apresentado, a posteriorio fenômeno da Transição Epidemiológica está em franca expansão, provocando uma rápida mudança no perfil de adoecimento e de mortalidade.

Além disso, e apesar da situação apresentada, ainda é preocupante, no Brasil e em Aracaju, a coexistência das doenças infecto-parasitárias e problemas da saúde reprodutiva com o incremento das causas externas e doenças crônicas, o que Mendes (2010) denomina Tripla Carga de doença.

II. Análise Situacional

Situação da Mortalidade

Mortalidade Geral

A Situação de Mortalidade de Aracaju assemelha-se ao encontrado nos demais municípios do nosso país. O Coeficiente de Mortalidade Geral (CGM) decaiu na primeira década dos anos 2000 devido à redução da Mortalidade Infantil na capital. Observa-se, na linha de tendência (Gráfico 6), que o CGM torna a crescer a partir de 2010 e o que contribuiu para essa elevação foi, e tem sido o aumento dos óbitos das pessoas acima de 70 anos.

Ao traçar a Curva de Nelson Moraes, nos anos 2000, e posteriormente no ano de 2015, observa-se que o perfil epidemiológico de mortalidade confirma a ocorrência da Transição Demográfica e Epidemiológica na cidade: redução da mortalidade infantil, aumento da expectativa de vida, com consequente aumento nos óbitos de pessoas mais velhas (Gráfico 7).

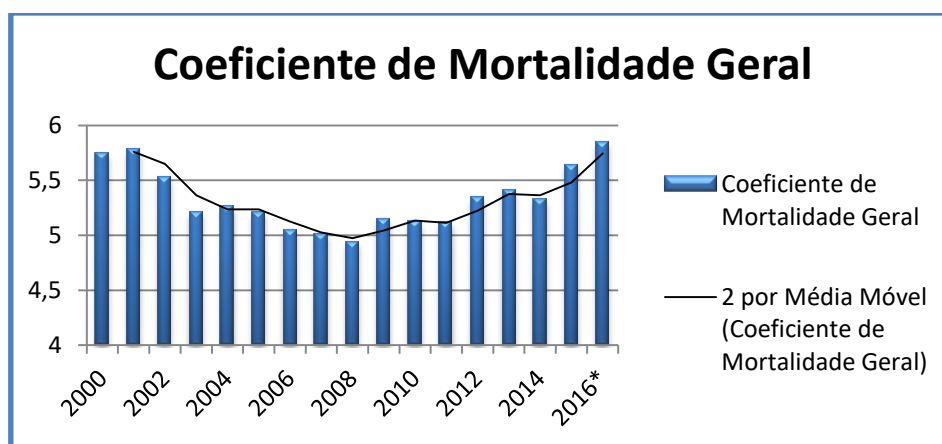


Gráfico 6. Coeficiente de Mortalidade Geral, Aracaju 2000-2016*

Fonte: SIM/COSIVS/DVS/SMS *dados sujeitos a alterações

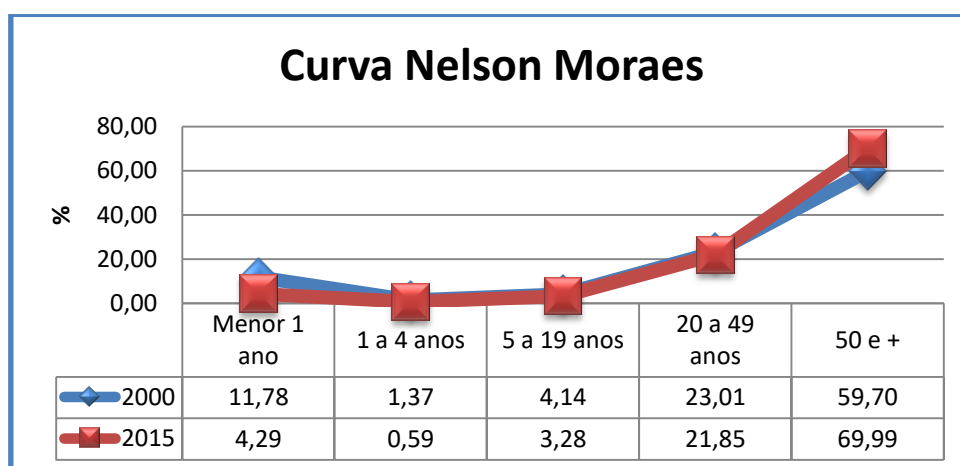


Gráfico 7. Curva de Nelson Moraes, Aracaju 2000/2015

Fonte: SIM/COSIVS/DVS/SMS *dados sujeitos a alterações

A tripla carga de doença está demonstrada na mortalidade proporcional por grupos de causas (Tabela 2), com as Doenças do Aparelho Circulatório, Causas Externas e Neoplasias, entre as principais causas de mortalidade e com a persistência das doenças infecto-contagiosas, que apesar dos grandes avanços nas áreas de saneamento e vigilância em saúde, continuam a ser uma problemática na Saúde Pública.

Ao analisar os grupos de causa da mortalidade, percebe-se que mesmo sendo a primeira causa de morte, as doenças do aparelho circulatório seguem uma tendência de redução. Em 2010 correspondiam a 24,17% dos óbitos e em 2016 21,78%. Já as causas externas apresentam, em 2010, 14,74% dos óbitos e, em 2016, 18,23% (Gráfico 8).

Tabela 2. Frequência de óbitos de residentes (não-fetais) por grupo de causa CID-10 por ano. Aracaju, 2010-2016*

Causa (Cap CID10)	2010	2011	2012	2013	2014	2015*	2016*	Total	%Total
IX. Doenças do aparelho circulatório	725	754	746	798	795	798	808	5424	23,37
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	442	424	497	562	542	626	676	3769	16,24
II. Neoplasias (tumores)	504	495	561	550	495	589	615	3809	16,41
X. Doenças do aparelho respiratório	283	295	270	289	307	319	349	2112	9,10
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	204	218	241	256	252	257	246	1674	7,21
XI. Doenças do aparelho digestivo	151	171	199	166	175	170	183	1215	5,24
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	116	133	119	128	136	162	155	949	4,09
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	89	97	95	94	87	126	141	729	3,14
XVIII. Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	135	107	103	111	101	121	129	807	3,48
VI. Doenças do sistema nervoso	85	87	114	85	106	106	112	695	2,99
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	115	87	94	84	105	105	96	686	2,96
V. Transtornos mentais e comportamentais	61	71	86	108	100	94	91	611	2,63

XVII. Malfcongdeformid e anomalias cromossômicas	36	41	45	41	48	39	39	289	1,25
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	11	20	13	16	30	17	26	133	0,57
XIII. Doenças assist osteomuscular e tec conjuntivo	14	17	22	17	18	22	24	134	0,58
III. Doenças sangue órgãos hemat e transtimunitár	19	17	24	16	19	16	14	125	0,54
XV. Gravidez parto e puerpério	9	12	3	5	6	1	4	40	0,17
VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastóide	0	0	0	1	0	2	1	4	0,02
VII. Doenças do olho e anexos	0	0	0	1	0	0	0	1	0,00
Total	2999	3046	3232	3328	3322	3570	3709	23206	100

Fonte: SIM/COSIVS/DVS/SMS *dados sujeitos a alterações

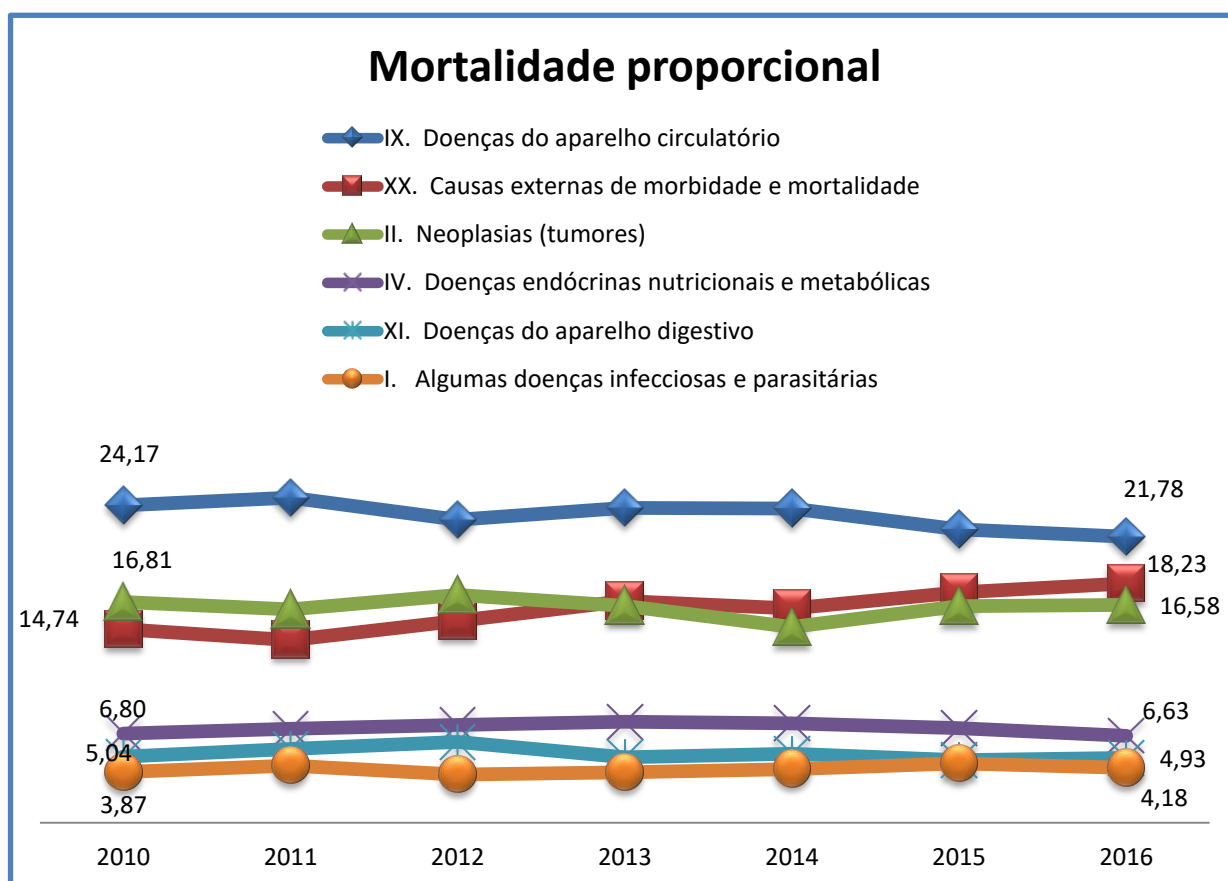


Gráfico 8. Mortalidade Proporcional por Grupos de Causas, Aracaju

Fonte: SIM/COSIVS/DVS/SMS *dados sujeitos a alterações

Considerando as mortes por Causas Externas, verifica-se que as Taxas de Mortalidade por Acidentes obtiveram uma redução nos últimos anos, principalmente no sexo masculino. Apesar disso, os homens apresentaram, em 2016, um risco 3 vezes maior de morrer por acidentes que mulheres RR 3,00 (IC 95% 2,09-4,30) (Gráfico 09).

Já os homicídios, apresentaram um aumento expressivo de 2010 a 2016 no sexo masculino, a Taxa de Mortalidade em homens saiu de 53,61/100.000 para 152,86/1000.000. O Risco de um homem morrer em 2016 por homicídio foi 39,48 vezes maior que o de mulheres (IC 95% 22,75-68,51) (Gráfico 10).

Com relação ao suicídio, Aracaju tem uma média de 32,7 casos por ano de 2011 a 2016, sendo a média masculina de 23,7 casos e feminina de 9 casos. A faixa etária da maioria dos casos vai de 20 a 49 anos, sendo o enforcamento a principal forma da efetivação do ato.

Já as tentativas de suicídio são predominantes em mulheres e com mais da metade dos casos atingindo a faixa etária de 10 a 19 anos.

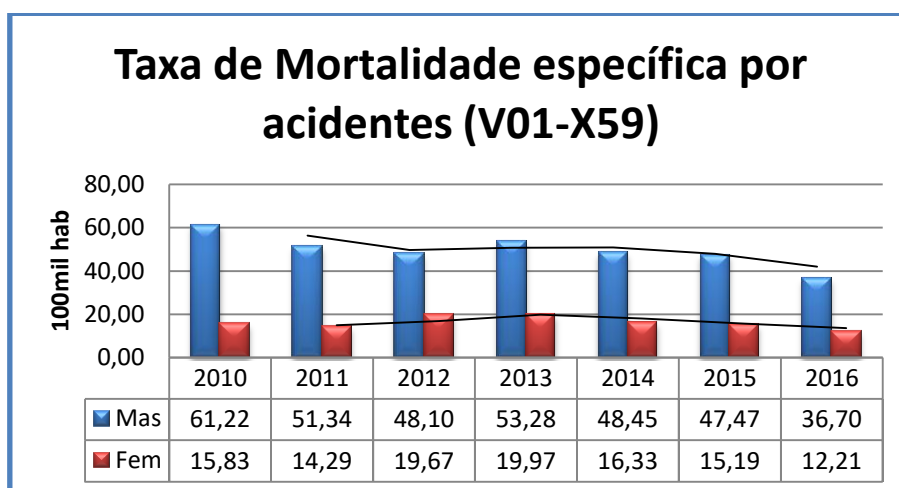


Gráfico 09. Taxa de Mortalidade por acidentes segundo sexo, Aracaju

Fonte: SIM/COSIVS/DVS/SMS *dados sujeitos a alterações

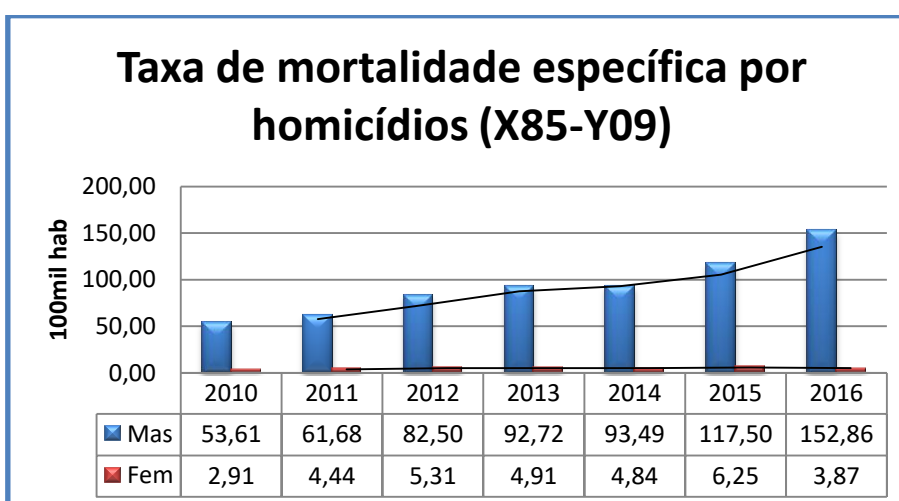


Gráfico 10. Taxa de Mortalidade por homicídios segundo sexo, Aracaju

Fonte: SIM/COSIVS/DVS/SMS *dados sujeitos a alterações

A Taxa de Mortalidade Infantil em Aracaju apresentou expressiva redução nos últimos anos, saindo de 29,92 por mil nascidos vivos para 15,03 óbitos por mil nascidos vivos (Gráfico 11/ Tabela 3).

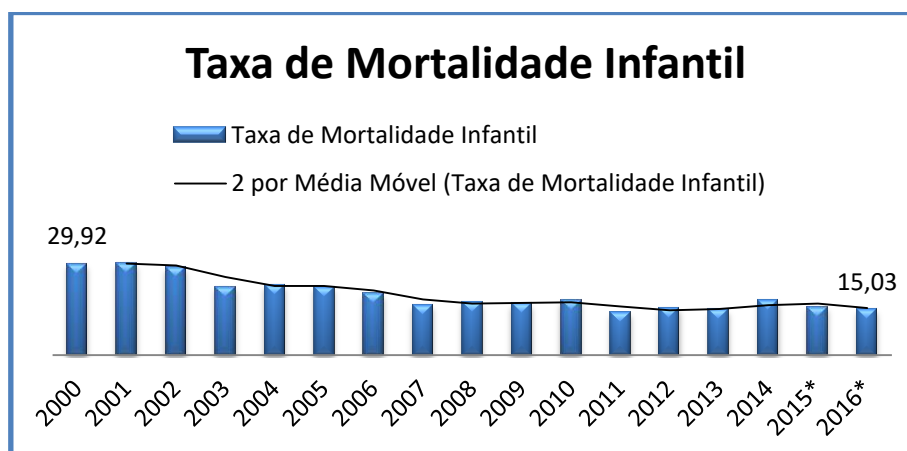


Gráfico 11. Taxa de Mortalidade Infantil, Aracaju
Fonte: SIM/COSIVS/DVS/SMS *dados sujeitos a alterações

Tabela 3. Coeficientes de Mortalidade Infantil e subcomponentes, Coeficiente de Mortalidade Materna. Aracaju 2000-2016

Coeficiente	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015*	2016*
Neonatal																	
Precoce (a)	19,13	20,05	18,6	12,4	13,28	12,68	11,04	8,96	9,97	9,7	10,46	8,52	9,6	8,64	9,6	8,49	8,99
Neonatal tardio (a)	3,66	3,53	3,42	4,17	4,21	5,01	4,67	3,33	2,81	3,98	2,56	1,95	2,56	2,67	3,65	2,9	3,19
Neonatal (a)	22,79	23,57	22,02	16,57	17,49	17,69	15,71	12,29	12,78	13,69	13,02	10,47	12,16	11,31	13,25	11,38	12,18
Pós-neonatal (a)	7,13	6,55	6,63	5,88	5,42	4,69	4,25	4,17	4,47	3,17	4,8	3,49	3,2	3,63	4,59	4,45	2,85
Infantil (a)	29,92	30,12	28,65	22,46	22,92	22,38	19,96	16,45	17,25	16,86	17,83	13,96	15,36	14,93	17,84	15,84	15,03
Perinatal (a)	37,52	38,18	38,27	27,37	25,91	25,58	22,82	21,04	22,55	22,37	22,21	19,5	21,23	18,03	20,13	19,35	18,21
Natimortalidade (a)	18,38	18,13	19,67	14,97	12,62	12,9	11,78	12,08	12,57	12,67	11,74	10,98	11,63	9,39	10,54	10,87	9,22
Materna* (b)	131,3	30,22	64,14	64,16	66,42	95,92	84,92	72,89	72,73	122,6	96,08	133,44	21,33	53,34	62,59	0	56,92

(a) Por mil Nascidos Vivos (b) Por 100.000 Nascidos Vivos
*Dados parciais sujeitos às alterações. Banco de dados considerando óbitos de residentes com ocorrência em outros municípios. FONTE: SIM-SINASC/DATASUS/COSIVS/DVS/SMS - Aracaju.

Mortalidade por Doenças Transmissíveis

Ao analisarmos as mortes por doenças transmissíveis, observa-se a persistência das mortes por doenças evitáveis e com tratamentos garantidos pelo SUS, a exemplo da Tuberculose, que levou a óbito entre 2010 e 2016, 106 pessoas. De 2010 a 2016, as doenças infecciosas intestinais corresponderam a 9,59% das mortes por doenças transmissíveis e as Hepatites virais e HIV, somados, corresponderam a 25,81% (Tabela 4).

Tabela 4. Frequência de óbitos de residentes por doenças infecciosas. Aracaju, 2010-2016*

CID10 4C Cap 01	2010	2011	2012	2013	2014	2015*	2016*	Total	% Total
Doenças infecciosas intestinais (A00-A09)	8	13	14	14	13	14	15	91	9,59
Tuberculose (A15-A19)	13	15	11	13	20	18	16	106	11,17
Algumas doenças bacterianas zoonóticas (A20-A28)	4	5	2	4	5	4	1	25	2,63
Outras doenças bacterianas (A30-A49)	45	44	37	47	50	67	63	353	37,20
Infecções de transmissão predominantemente sexual (A50-A64)	-	1	-	-	1	-	-	2	0,21
Infecções virais do sistema nervoso central (A80-A89)	-	-	1	-	-	1	1	3	0,32
Febres por arbovírus e febres hemorrágicas virais (A90-A99)	-	2	1	-	-	-	1	4	0,42
Infecções virais caracterizadas por lesões de pele e mucosas (B00-B99)	-	2	2	-	2	-	-	6	0,63
Hepatite viral (B15-B19)	6	3	3	4	6	5	7	34	3,58
Doença pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) (B20-B24)	26	34	31	31	29	33	27	211	22,23
Outras doenças por vírus (B25-B34)	1	-	-	2	-	3	6	12	1,26
Micoses (B35-B49)	-	4	2	-	-	2	-	8	0,84
Doenças devidas a protozoários (B50-B64)	7	4	7	4	4	10	11	47	4,95
Helminthíases (B65-B83)	1	5	6	4	3	3	7	29	3,06
Pediculose, acariase e outras infestações (B85-B89)	1	-	-	-	-	-	-	1	0,11
Sequelas de doenças infecciosas e parasitárias (B90-B94)	4	1	2	4	3	2	-	16	1,69
Outras doenças infecciosas (B99)	-	-	-	1	-	-	-	1	0,11
Total	116	133	119	128	136	162	155	949	100

Fonte: SIM/COSIVS/DVS/SMS *dados sujeitos a alterações

Mortalidade por Doenças Não-Transmissíveis

A mortalidade prematura (30 a 69 anos) por doenças não-transmissíveis são atualmente as principais causas de óbito precoce nas localidades em desenvolvimento. Em Aracaju, no ano de 2016, 48% dos óbitos prematuros foram pelo grupo de doenças não-transmissíveis: cardiovasculares (289), neoplasias (319), respiratórias (38) e diabetes (71). A morte por Diabetes atingiu em 2016 23,58 pessoas a cada grupo de 100 mil entre 30 e 69 anos. A Taxa de Mortalidade prematura total ficou em 238,15 por 100 mil, apresentando uma ligeira redução quando comparada com 2015, em números absolutos houve uma redução de 74 óbitos (Gráfico 12).

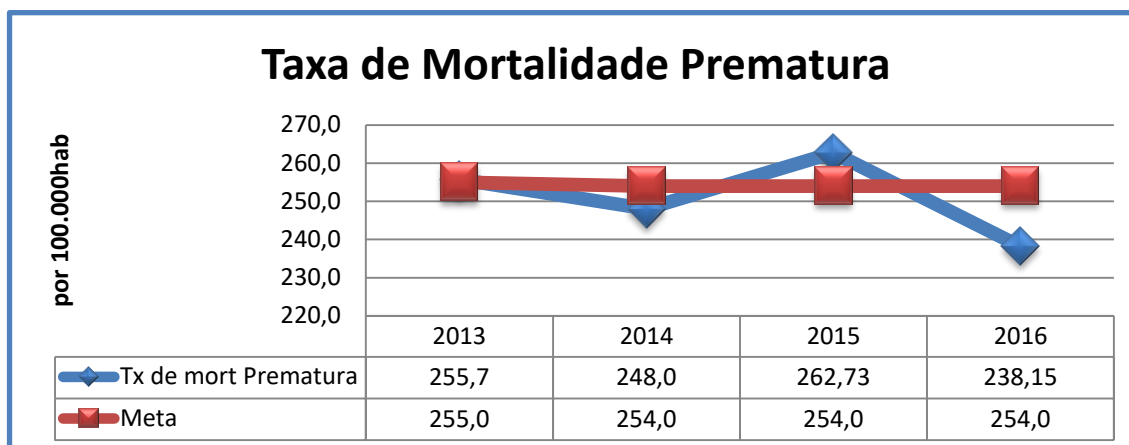


Gráfico 12. Taxa de Mortalidade Prematura, Aracaju

Fonte: SIM/COSIVS/DVS/SMS *dados sujeitos a alterações

Situação da Morbidade

Neoplasias

As Neoplasias são um problema de Saúde Pública de alta magnitude em países em desenvolvimento. A estimativa para o Brasil, biênio 2016-2017, aponta a ocorrência de cerca de 600 mil casos novos de câncer.

Em Aracaju, o número de casos novos em 2016 foi estimado em 1.460, tendo uma taxa de Incidência de 251,58 por 100.000 homens e 240,68 por 100.000 mulheres. Excluindo os cânceres de Pele não-melanoma, na população masculina, os cânceres mais frequentes são os de Próstata; Traqueia, Brônquio e Pulmão; Cólon e Reto; e Cavidade Oral. Na população feminina, os mais incidentes são Mama; Colo de útero; Cólon e Reto (Quadro 2).

Localização Primária da Neoplasia Maligna	Estimativa dos Casos Novos							
	Homens				Mulheres			
	Estado		Capital		Estado		Capital	
	Casos	Taxa Bruta	Casos	Taxa Bruta	Casos	Taxa Bruta	Casos	Taxa Bruta
Próstata	610	58,48	190	69,2	-	-	-	-
Mama Feminina	-	-	-	-	450	41,03	230	71,88
Colo do Útero	-	-	-	-	220	20,17	50	16,67
Traqueia, Brônquio e Pulmão	110	10,43	40	13,54	80	7,25	30	9,36
Cólon e Reto	70	7,18	30	11,97	100	9,04	40	12,91
Estômago	90	8,48	20	8,29	60	5,56	20	5,84
Cavidade Oral	90	8,8	30	10,36	40	3,79	**	2,32
Laringe	60	6,24	20	8,61	20	1,44	**	1,1
Bexiga	40	3,72	**	5,08	**	1,37	**	1,86
Esôfago	40	3,73	**	5,05	**	0,93	**	0,68
Ovário	-	-	-	-	60	5,47	20	7,98

Linfoma de Hodgkin	**	0,93	**	0,7	**	0,36	**	0,66
Linfoma não Hodgkin	40	3,58	**	5,39	30	2,39	**	3,96
Glândula Tireoide	20	1,96	**	0,62	40	3,78	20	4,92
Sistema Nervoso Central	50	4,65	20	6,15	40	3,6	**	4,69
Leucemias	40	3,61	**	2,99	40	3,76	**	3,26
Corpo do Útero	-	-	-	-	30	3,06	20	6,12
Pele Melanoma	30	2,6	**	5,41	20	2,12	**	3,05
Outras Localizações	320	30,74	110	40,42	330	29,83	110	34,43
Subtotal	1.620	156,03	530	193,24	1.590	144,79	630	199,51
Pele não Melanoma	450	43	160	57,07	610	55,45	130	42,83
Todas as Neoplasias	2.070	199,37	690	251,58	2.200	200,34	760	240,68

Quadro 2. Estimativas para o ano de 2016 das taxas brutas de incidência por 100 mil habitantes e do número de casos novos de câncer, segundo sexo e localização primária

*Números arredondados para múltiplos de 10 **Número de casos menor que 15.
Fonte: INCA/Estimativa 2016

Hospitalizações

De 2010 a 2016 foram hospitalizadas 109.336 pessoas (excetuando-se hospitalizações por gravidez, parto e puerpério). Destas, 12% foram por causas externas (traumatismos causados por violências e acidentes), seguidos por doenças do aparelho digestivo (colelitíase, hérnias e doenças do apêndice), doenças do aparelho respiratório (Asma e Pneumonias) e Neoplasias.

Tabela 5. Número de internações (SUS) por grupos de causa em residentes de Aracaju, 2010-2016.
*Excetuando-se Gravidez, parto e puerpério

Capítulo CID-10	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Total	% Total
XIX. Lesões enven e alg out conseq causas externas	2017	2129	1696	2101	1990	2047	1952	13932	12,74
XI. Doenças do aparelho digestivo	1926	1868	1805	1838	1836	2074	1879	13226	12,10
X. Doenças do aparelho respiratório	2082	1836	2028	1825	1385	1838	1796	12790	11,70
IX. Doenças do aparelho circulatório	1859	1721	1610	1643	1505	1746	1508	11592	10,60
II. Neoplasias (tumores)	1398	1462	1530	1549	1343	1549	1370	10201	9,33
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	1262	1264	1206	1127	927	1005	971	7762	7,10
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	1101	1036	1121	1047	1035	1106	1119	7565	6,92
XXI. Contatos com serviços de saúde	684	812	1156	1039	1294	1006	534	6525	5,97
V. Transtornos mentais e comportamentais	1293	1141	861	591	867	991	703	6447	5,90
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	684	642	643	657	786	933	814	5159	4,72
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	614	523	477	369	307	375	323	2988	2,73
XVIII. Sint sinais e achadanormexclín e laborat	237	194	230	391	260	360	391	2063	1,89
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	440	280	332	254	191	261	278	2036	1,86
XIII. Doençassist osteomuscular e tec conjuntivo	256	248	256	320	275	273	227	1855	1,70
VII. Doenças do olho e anexos	87	223	231	202	243	203	115	1304	1,19

VI. Doenças do sistema nervoso	178	141	194	182	176	248	180	1299	1,19
III. Doenças sangue órgãos hemat e transtímunitár	170	144	163	153	202	204	164	1200	1,10
XVII. Malformações congênitas e anomalias cromossômicas	156	147	165	167	174	169	162	1140	1,04
VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastóide	31	10	42	25	33	40	51	232	0,21
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	5	4	6	3	0	2	0	20	0,02
Total	16480	15825	15752	15483	14829	16430	14537	109336	100,00

Fonte: SIHDATASUS

Considerando as hospitalizações por causas externas, a maioria se dá no sexo masculino (70%). Ao analisar os grupos de causa, em todos os anos os acidentes de trânsito acometem sobremaneira a população masculina. Em 2016, 77% das internações por esta causa foi entre os homens (Gráfico 13). Da mesma maneira, o comportamento das lesões auto-provocadas, em sua maioria, ocorreu entre os homens, com exceção do ano de 2015. As internações por agressões, também são em grande parte (90%) em homens (Gráfico 14).

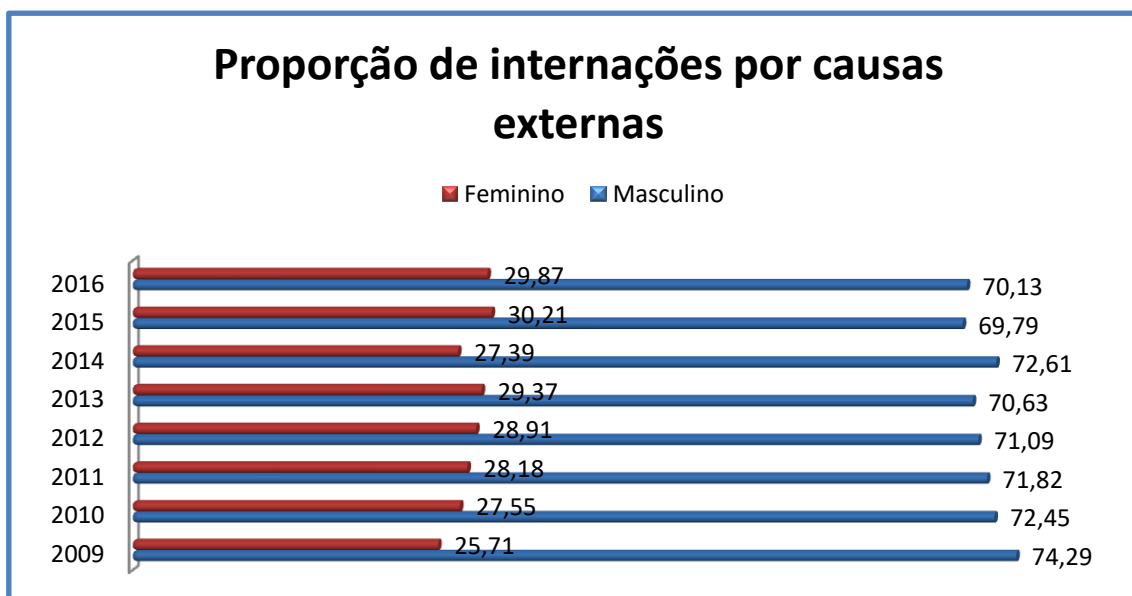


Gráfico 13. Proporção de internações por causas externas, Aracaju.

Fonte: SIM/COSIVS/DVS/SMS *dados sujeitos a alterações

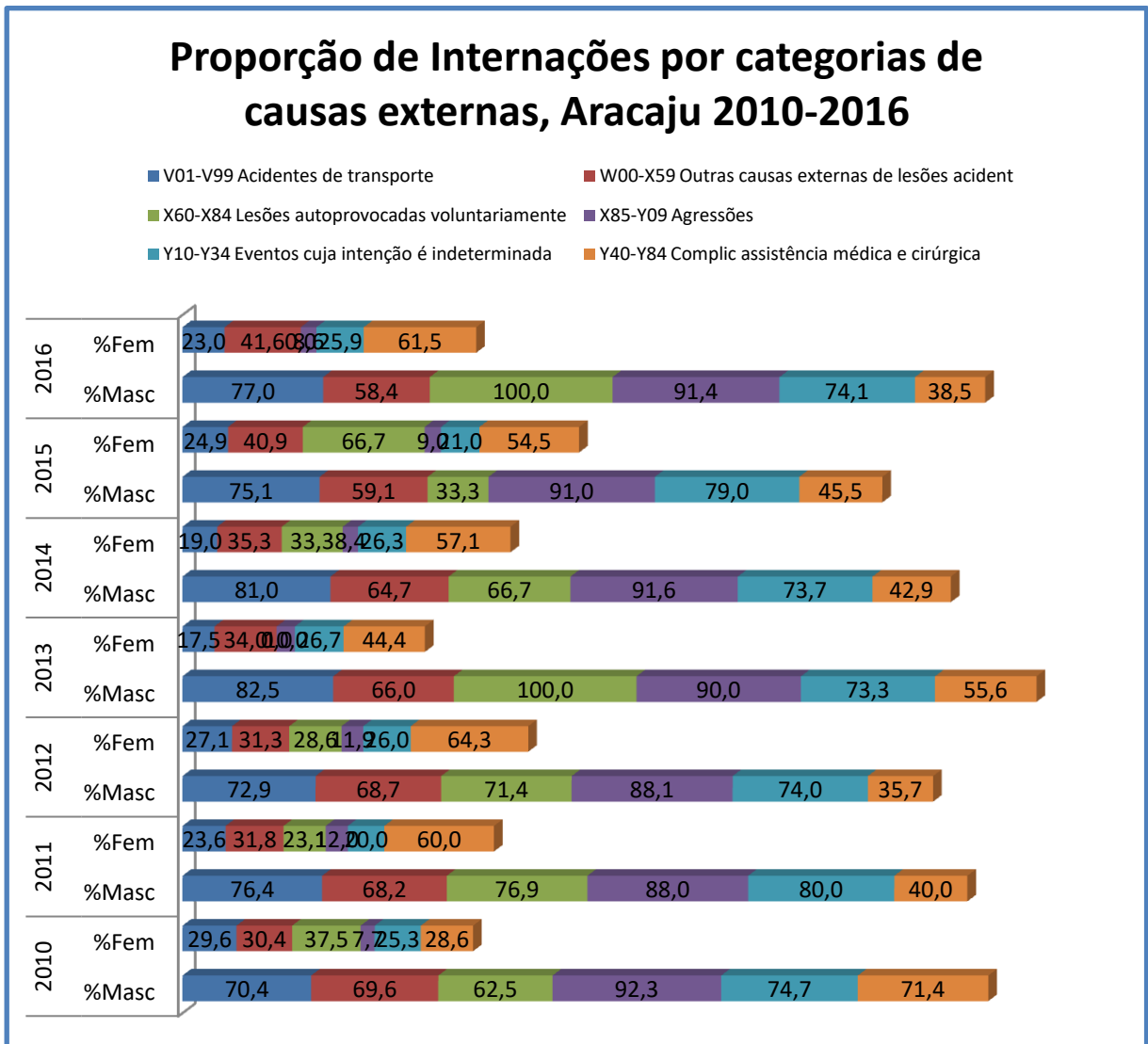


Gráfico 14. Proporção de internações por categorias de causas externas, Aracaju

Fonte: SIM/COSIVS/DVS/SMS *dados sujeitos a alterações

Não temos dados específicos em Sergipe do perfil epidemiológico de transtornos mentais em nossa população, mas Pereira e Viana trazem que *no Brasil, o mais extensivo estudo sobre prevalência de transtornos psiquiátricos na comunidade foi realizado por Naomar Almeida Filho et al. (1997) em três capitais brasileiras. Esse estudo evidenciou prevalência anual potencial de casos psiquiátricos, ajustada pela idade, que variou de 19% (São Paulo) a 34% (Brasília e Porto Alegre). Os transtornos ansiosos foram os mais prevalentes (chegando a 18%) e o alcoolismo, consistente em todos os locais pesquisados, situou-se por volta de 8%. Os quadros depressivos apresentaram muita variação, de menos de 3% (São Paulo e Brasília) até 10% (Porto Alegre).*

A Rede de Atenção Psicossocial de Aracaju tem cerca de 2.300 usuários em atendimento, com um fluxo mensal nos nossos serviços de 5.725 atendimentos.

Situação dos Determinantes e Condicionantes

De acordo com o Atlas de Desenvolvimento Humano emitido pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal de Aracaju está em 0,77, considerado alto e, comparativamente aos outros municípios do Estado, é o único com este índice (IDH) alto (Figura 3/Figura 4).

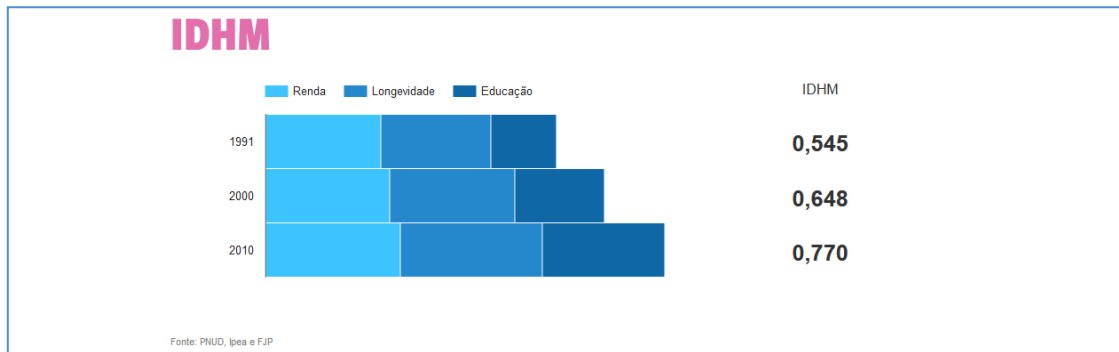


Figura 3. Índice do Desenvolvimento Humano do município de Aracaju

Fonte: Atlas de Desenvolvimento Humano, PNUD

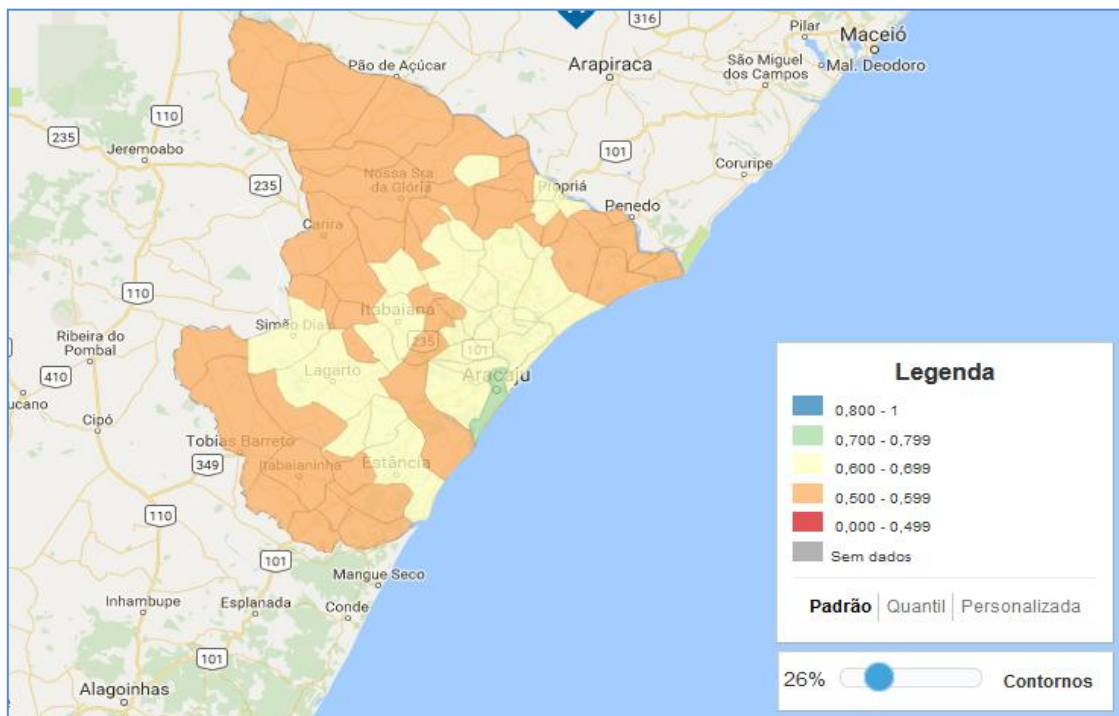


Figura 4. Mapa de Sergipe de acordo com o IDHM – índice do Desenvolvimento Humano dos Municípios.

Fonte: Atlas de Desenvolvimento Humano, PNUD

De 1991 a 2010, houve, em Aracaju, uma redução no percentual de pobres de 32,37% para 11,11% e um aumento no percentual de jovens com ensino médio completo de 14,85% para 50,71%. Apesar disso, o grau de desigualdade se manteve, com o índice de Gini em 0,62 (Quadro 3).

Indicadores	1991	2000	2010
Renda per capita ^a	513,29	700,81	1.052,03
% de pobres	32,37	24,73	11,11
% de 18 a 20 anos com ensino médio completo	14,85	24,05	50,71
Índice de Gini ^b	0,62	0,63	0,62

Quadro 3. Indicadores sociais do município de Aracaju pelos anos censitários.

Fonte: Atlas de Desenvolvimento Humano, PNUD

^aRenda per capita em reais.

^bÍndice de Gini – mede o grau de concentração de renda, zero representa uma situação de igualdade, quando todos têm a mesma renda. Quanto mais próximo de 1, maior a concentração de renda.

Dados de trabalho e rendimento de 2015 demonstram que o salário médio mensal dos trabalhadores Aracajuanos em 2015 foi de 3,1 salários mínimos e que 38,7% da população estavam ocupadas. 97,4% das crianças de 6 a 14 anos estavam na escola em 2010 e 6,6% foi a Taxa de Analfabetismo na população acima de 15 anos (29.333 pessoas). Com relação à situação de Saneamento, em 2010 o Esgotamento Sanitário estava adequado em 87,2% dos domicílios e a Urbanização de vias públicas 55,4% (Quadro 4).

Trabalho e Rendimento	
Salário médio mensal dos trabalhadores formais [2015] ¹	3,1 salários mínimos
Pessoal ocupado [2015] ¹	244.886 pessoas
População ocupada [2015] ¹	38,7 %
Percentual da população com rendimento nominal mensal per capita de até 1/2 salário mínimo [2010] ¹	35,8 %
Educação	
Taxa de escolarização de 6 a 14 anos de idade [2010] ²	97,4 %
Taxa de analfabetismo de 15 anos ou mais [2010] ²	6,6%
IDEB – Anos iniciais do ensino fundamental [2015] ³	4,3
IDEB – Anos finais do ensino fundamental [2015] ⁴	3,1
Matrículas no ensino fundamental [2015] ⁵	72.634 matrículas
Economia	
PIB per capita [2014] ⁶	23.877,2 R\$
Percentual das receitas oriundas de fontes externas [2015] ⁷	58,2 %
Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) [2010] ⁸	0,77

Território e Ambiente	
Área da unidade territorial [2016] ⁹	181,857 km ²
Esgotamento sanitário adequado [2010] ¹⁰	87,2 %
Arborização de vias públicas [2010] ¹¹	56,6 %
Urbanização de vias públicas [2010] ¹²	55,4 %

Quadro 4. Síntese dos principais indicadores socioambientais em Aracaju.

Fonte: 1. Percentual da população com rendimento nominal mensal per capita de até 1/2 salário mínimo: IBGE, Censo Demográfico 2010

2. Taxa de escolarização de 6 a 14 anos de idade: IBGE, Censo Demográfico 2010

3. IDEB – Anos iniciais do ensino fundamental: MEC/INEP - Censo Escolar 2016

4. IDEB – Anos finais do ensino fundamental: MEC/INEP - Censo Escolar 2016

5. Matrículas no ensino fundamental: Ministério da Educação, Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais - INEP - Censo Educacional 2015

6. PIB per capita: IBGE, em parceria com os Órgãos Estaduais de Estatística, Secretarias Estaduais de Governo e Superintendência da Zona Franca de Manaus - SUFRAMA

7. Percentual das receitas oriundas de fontes externas: Secretaria do Tesouro Nacional (STN) - Balanço do Setor Público Nacional (BSPN) 2015

8. Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM): Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento - PNUD

9. Área da unidade territorial: Área territorial brasileira. Rio de Janeiro: IBGE, 2017

10. Esgotamento sanitário adequado: Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão, IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

11. Arborização de vias públicas: IBGE, Censo Demográfico 2010

12. Urbanização de vias públicas: IBGE, Censo Demográfico 2010

MORBIDADE

Morbidade por Doenças Transmissíveis

As informações descritas no perfil de morbidade da população de Aracaju 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 2011 e 2016. (Tabela 06).

Tabela 06. Série Histórica das Doenças de Notificação Compulsória notificadas. Aracaju, 2011-2016.

Agravos notificados	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Total
A53 SIFILIS EM ADULTO (EXCLUÍDA A FORMA PRIMÁRIA)	104	-	-	6	2	-	112
A60 HERPES GENITAL (APENAS O PRIMEIRO EPISÓDIO)	36	57	61	51	80	36	321
A630 CONDILOMA ACUMINADO (VERRUGAS ANOGENITAIS)	167	161	202	134	136	118	918
A928 DOENÇA AGUDA PELO VÍRUS ZIKA	-	-	-	-	5	242	247
N485 SÍNDROME DA ULCERA GENITAL (EXCLUÍDO HERPES GENITAL)	22	39	52	30	28	2	173
N72 SÍNDROME DO CORRIMENTO CERVICAL EM MULHERES	48	40	22	16	19	8	153
Z206 CRIANÇA EXPOSTA HIV	23	20	31	31	28	31	164

B24 AIDS	121	117	154	207	357	300	1256
B571 DOENÇA DE CHAGAS AGUDA	-	1	-	-	-	-	1
A90 DENGUE	2854	4854	1026	1782	4543	1777	16836
A369 DIFTERIA	-	-	2	-	-	-	2
B09 DOENCAS EXANTEMATICAS	12	5	-	5	52	-	74
Z209 ACIDENTE DE TRABALHO COM EXPOSICAO A MATERIAL BIOLÓGICO	265	310	265	298	268	319	1725
Y96 ACIDENTE DE TRABALHO GRAVE	77	70	75	52	55	61	390
C80 CANCER RELACIONADO AO TRABALHO	1	-	-	-	-	-	1
L989 DERMATOSES OCUPACIONAIS	4	-	-	1	-	-	5
Z579 LER DORT	51	72	60	20	23	35	261
H833 PAIR	4	-	2	2	2	11	21
F99 TRANSTORNO MENTAL	12	5	5	3	7	7	39
B659 ESQUISTOSSOMOSE	1	4	7	3	3	2	20
A010 FEBRE TIFOIDE	-	3	-	-	1	-	4
Z21 GESTANTE HIV	17	20	30	27	33	30	157
A309 HANSENIASE	147	163	128	136	122	92	788
B19 HEPATITES VIRAIS	145	148	102	84	118	101	698
T659 INTOXICACAO EXOGENA	187	541	584	421	290	189	2212
B551 LEISHMANIOSE TEGUMENTAR AMERICANA	1	2	1	-	3	-	7
B550 LEISHMANIOSE VISCERAL	38	35	30	35	28	30	196
A279 LEPTOSPIROSE	46	21	15	21	18	11	132
B54 MALARIA	7	5	2	3	3	-	20
G039 MENINGITE	24	36	21	11	14	12	118
O981 SIFILIS EM GESTANTE	99	92	71	95	96	66	519
A35 TETANO ACIDENTAL	-	-	1	-	1	2	4
A169 TUBERCULOSE	234	214	247	267	276	268	1506
B019 VARICELA	126	86	42	41	21	30	346
A379 COQUELUCHE	9	14	19	32	8	6	88
A509 SIFILIS CONGENITA	71	122	96	105	68	101	563
A080 ROTAVIRUS	90	35	21	18	18	22	204
W64 ATENDIMENTO ANTI-RABICO	1310	1198	1154	990	1021	908	6581
X29 ACIDENTE POR ANIMAIS PECONHENTOS	582	544	636	669	619	657	3707
A539 SIFILIS NAO ESPECIFICADA	93	199	224	229	215	191	1151
R36 SINDROME DO CORRIMENTO URETRAL EM HOMEM	111	131	129	131	116	69	687
A920 FEBRE DE CHIKUNGUNYA	-	-	-	6	756	1162	1924
Y09 VIOLENCIA INTERPESSOAL/AUTOPROVOCADA	140	416	596	480	571	513	2716
B58 TOXOPLASMOSE	-	-	-	-	1	2	3
P371 TOXOPLASMOSE CONGENITA	-	-	-	-	2	-	2
Total	7279	9780	6113	6442	10027	7411	47052

*dados sujeitos a alteração

FONTE: SINAN/COSIVS/DVS/SMS-Aracaju

Tuberculose

A Tuberculose (Tb) é uma doença infecciosa de elevada magnitude e importância no mundo. Estima-se que um terço da população mundial esteja infectada com o bacilo causador da doença.

No Brasil, a tuberculose é a terceira causa de morte por doenças infecciosas e a primeira dentre as causas definidas nos usuários com AIDS.

A principal diretriz do Programa Municipal de Controle da Tuberculose é a efetivação das ações voltadas para Vigilância Epidemiológica da Tuberculose, tendo como objetivos fortalecer e ampliar as ações de prevenção, detecção precoce da doença e tratamento oportuno, com vistas a interromper a cadeia de transmissão da doença.

Embora o município de Aracaju possua uma boa infraestrutura e cobertura da Estratégia de Saúde da Família, com profissionais capacitados para diagnosticar e tratar os casos de Tb pulmonar, o controle da Tuberculose tem sido um desafio constante, chamando atenção ao estigma da doença e dificuldade na adesão ao tratamento, principalmente por parte de usuários de álcool e drogas e moradores de rua.

Dentre os indicadores de avaliação da Tuberculose, atualmente um indicador está contemplado no PQAVS (Programa de Qualificação das Ações de Vigilância em saúde). A proporção de 70% de contatos examinados de casos novos de tuberculose pulmonar com confirmação laboratorial, que permite prevenir o adoecimento e diagnosticar precocemente caso de doença ativa nessa população. O controle de contato deve ser realizado, fundamentalmente, pela atenção primária.

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.

Observando a série histórica de casos novos de todas as formas de tuberculose, entre 2011 e 2016, observa-se um número semelhante de casos em Aracaju, com uma média de 198 casos novos por ano.

A relevância da coinfeção TB/HIV faz com que seja importante analisar a dimensão do problema de forma separada. Para isso os principais indicadores são proporção de casos de Tuberculose testados para HIV que neste período foi de 74,1%, sendo destes 68,0 % negativos. O índice de coinfeção foi de 6,06%.

Do total de casos novos diagnosticados a Organização Mundial de Saúde - OMS recomenda a cura dos casos de tuberculose pulmonar bacilífera de pelo menos 85% dos casos.

Outro indicador a ser trabalhado como prioridade é a proporção de casos de tuberculose que abandonaram o tratamento, sendo aceitável uma proporção de até 5% de abandono. O alcance das metas pactuadas para esse indicador visa um melhor prognóstico do tratamento, assim como a redução do risco de ocorrência de resistência a drogas de primeira linha. Para essas situações contamos com o apoio das equipes que integram o Consultório na Rua e o Programa Redutores de Danos (PRD).

Hanseníase

A Hanseníase é uma doença infectocontagiosa de baixa patogenicidade, causada por um bacilo capaz de infectar um grande número de indivíduos, porém poucos desenvolvem a doença. Com a introdução da poliquimioterapia (PQT) há cerca de três décadas, a carga de hanseníase no mundo diminuiu consideravelmente e os Leprosários fecharam as portas, passou a ser considerada uma doença que pode ser curada, quando em uso regular da PQT, evitando deformidades e impedindo a transmissão para outras pessoas, sendo diagnosticada, tratada e acompanhada no âmbito da atenção primária à saúde.

O Programa Municipal de Controle da Hanseníase tem como objetivo facilitar a rede de atenção primária, e serviços (HU -Hospital Universitário, CEMAR – Centro de Referência em hanseníase), que atendem a pacientes com suspeita e diagnosticados com hanseníase, a assistência integral aos portadores deste agravo, bem como aos que apresentarem complicações e sequelas, decorrentes da própria doença, mesmo que já tenha concluído o tratamento. Segundo a Portaria Nº2.984, de dezembro de 2016 – PQAVS (Programa de Qualificação das ações de Vigilância em Saúde), ficou pactuado como indicador para a Hanseníase a proporção de contatos examinados de casos novos de hanseníase e como meta, 80% dos casos novos de hanseníase nos anos da coorte devem ser examinados.

Analisando a série histórica da proporção de contatos examinados, residentes em Aracaju, entre os anos de 2012-2016(dados sujeitos a alteração), observamos em 2012, 92,4% dos contatos foram examinados, e em 2016 um percentual de 64%(dados esse que ainda está sendo construído).

Apresentamos alguns indicadores de monitoramento do progresso da eliminação da hanseníase como problemas de saúde pública:

- Incidência de casos novos de Hanseníase. Entre os anos de 2011 a 2016(dados ainda que podem ser alterados), houve uma queda na incidência, de 24,2%(2011) para 19,1% em 2015.

-Incidência de Hanseníase em menores de 15 anos. Entre o período de 2011 a 2015, houve um declínio na incidência em menores de 15 anos diagnosticados em Hanseníase. Em 2011 coeficiente de 3,5, e em 2015, 1,4.

Os indicadores para avaliação da qualidade dos serviços de hanseníase:

-Proporção de cura de hanseníase entre os casos novos diagnosticados nos anos da coorte. Analisando o período entre 2012 e 2016, observa-se que em 2012, 95,1% dos casos diagnosticados foram curados e em 2016, 80,7%(dado ainda sendo construído).

Segundo a OMS, a Estratégia Global para Hanseníase 2016-2020 é a “ACELERAÇÃO RUMO A UM MUNDO SEM HANSENÍASE, incorpora a necessidade de ampliar o impulso criado no controle da hanseníase em âmbito Global e local para que as futuras gerações possam alcançar o objetivo final de um mundo sem hanseníase”.

Infecções Sexualmente Transmissíveis e AIDS

No município de Aracaju, de 1987 a novembro de 2016, foi notificado um total de 2420 casos de aids, sendo 1737 homens e 683 mulheres, nos sistemas SINAN, o que equivale a 46,7% dos casos de aids do estado de Sergipe. Dos casos 1237 foram registrados, no período de 2011 a 2016. Nos primeiros anos os números de casos estavam concentrados no sexo masculino, mas nos anos posteriores observamos uma feminização da AIDS. Observa-se que a razão entre sexos apresenta uma média de 2,7 M/F. A taxa de detecção apresenta tendência de crescimento em ambos os sexos, com uma média de 35,6 casos de aids por 100 mil hab., sendo que no sexo masculino ainda apresenta concentrações maiores que no sexo feminino. Analisando os casos de mortalidade por aids óbitos tendo como causa básica Aids (CID 10: B20 a B24) no mesmo período verificamos: 169 óbitos, destes 125 homens e 44 mulheres. 2011 foi o ano que apresentou o maior número de óbitos por aids no sexo masculino (27) com coeficiente de mortalidade de 10,0 por 100 mil hab. para 3,5 por 100 mil hab. no sexo feminino. Considerando a faixa etária a maior concentração dos casos de aids está na faixa de 30 a 39 anos (400 casos), apresentando também taxas elevadas na faixa etária de 20 a 29 anos e 40 a 49 anos, 356 e 261 respectivamente. Quanto as principais categorias de transmissão, embora haja prejuízo da análise em virtude das notificações com categoria ignorada ainda presente, observa-se no sexo masculino o aumento da transmissão na categoria homossexual com 37,8% (332) dos casos de aids, permanecendo aumento

considerável na categoria heterossexual de 30,9% (271) seguido da bissexual 15,5% (136). No sexo feminino, a forma de transmissão é predominantemente heterossexual com 92,1% casos (317), com alguns casos bissexuais e usuários de drogas ao longo dos anos. No caso das gestantes infectadas pelo HIV percebeu-se que ainda existem mulheres que descobrem a sorologia durante o parto 14,5% (19), momento não ideal, uma vez que o diagnóstico precoce possibilitaria a adoção de medidas mais efetivas para redução da transmissão vertical. Entretanto, como o momento do parto ainda viabiliza instituir o tratamento para a criança exposta deve-se realizar o teste. Verificou-se também que 50,4% (66), tiveram a evidência laboratorial durante o pré-natal e 35,1% (46) antes do pré-natal, períodos oportunos para instituir as medidas disponíveis para a redução da transmissão vertical. 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 queda dos números na série histórica, tendo os maiores registros nos anos de 2013 e 2016, com 5 e 3 casos, respectivamente, totalizando 14 casos nos últimos 06 anos. As 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. O diagnóstico precoce (com o uso de testes rápidos) e a atenção adequada no pré-natal reduzem a transmissão vertical. A presença de IST na gestação pode afetar a criança e causar complicações, como aborto, parto prematuro, doenças congênitas ou morte do recém-nascido. A atenção integral às pessoas com IST e às parcerias sexuais, no momento adequado e oportuno, interrompe a cadeia de transmissão dessas infecções e melhora a qualidade de vida das pessoas. É fundamental orientá-las sobre a prevenção da transmissão e de novas infecções, assim como sobre os sinais e sintomas, a necessidade de atendimento em uma unidade de saúde e a importância de evitar contato sexual até que a parceria seja tratada e orientada.

Sífilis em Gestante e Sífilis Congênita

A sífilis é uma Infecção Sexualmente Transmissível (IST) causada pela bactéria *Treponema pallidum*. A Sífilis Congênita é o resultado da disseminação hematogênica do *Treponema pallidum*, da gestante infectada não-tratada ou inadequadamente tratada para o seu concepto, por via transplacentária, chamada assim de Transmissão Vertical da Sífilis. (Brasil, 2007). A Organização Mundial da Saúde considera que uma doença é eliminada quando existe 0,5 caso para cada 1.000 nascidos vivos (OMS, 2010), e esta é a meta do nosso país.

A Sífilis Congênita é um grave problema de Saúde Pública e sua eliminação é uma prioridade global e está contida também no Plano Municipal de Eliminação da Sífilis Congênita do Município de Aracaju, elaborado em 2015. Uma das estratégias contidas neste Plano a implantação da realização dos testes rápidos diagnóstico de HIV e triagem da sífilis nas Unidades de saúde da família da nossa cidade âmbito da Atenção Básica.

A incidência de Sífilis Congênita expressa a qualidade do pré-natal, uma vez que a Sífilis pode ser diagnosticada e tratada em três oportunidades durante a gestação e no parto. De acordo com o SINAN, em Aracaju, verifica-se um aumento na taxa de detecção entre os anos de 2011 e 2014, com exceção do ano de 2013 onde se percebe uma discreta diminuição quando comparado ao ano de 2012. Entretanto nos anos de 2015 e 2016 observa-se uma queda da taxa de incidência dos casos. Em Aracaju a sífilis congênita vem apresentando taxas de incidência, em 2011 foi 8,6/1000 NV, em 2012, 13,2/1000NV. No ano de 2013 a taxa foi:10,5/1000NV. Em 2014 foi 11,1/1000NV. No ano de 2015 foi 7,3. E em 2016 a taxa foi 8,3/1000 NV. Uma taxa ainda acima da taxa do Brasil que foi de 6,5/1.000 nascidos vivos em 2015.

A Sífilis em Gestante nos últimos anos apresentou uma elevação no número de notificações. Isto é um reflexo do fortalecimento das ações implementadas na Atenção Básica com a testagem rápida para sífilis das gestantes na primeira consulta de pré-natal, preferencialmente. A taxa de detecção de sífilis em gestante em 2011 foi de 9,7/1.000 nascidos vivos, em 2012 subiu para 10/1.000 nascidos vivos. Em 2013, houve uma queda para 6/1000 NV. No ano de 2014 a taxa aumentou para 10/1000 NV. E nos anos de 2015 e 2016 observa-se uma queda para 9/1000 NV e 6/1000 NV, respectivamente.

Em relação à faixa etária das gestantes notificadas com sífilis de 2011 a 2016, 16,7% tinham menos de 19 anos. Mais da metade das gestantes notificadas nos anos especificados, ou seja, 52,5% eram da faixa etária de 20 a 29 anos. E 27% delas eram da faixa etária de 30 a 39 anos.

Uma vez que a gestante é diagnosticada com sífilis deve-se iniciar o tratamento imediatamente usando a dose de 7.200.000 UI de penicilina benzatina, conforme Nota Técnica Estadual nº 01/2011. Nos anos de 2011 a 2016, 91,2% das gestantes receberam o tratamento adequado para sífilis em Aracaju.

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. Elas são responsáveis por cerca de 1,4 milhão de óbitos anualmente, como consequência de suas formas agudas graves ou, principalmente, pelas complicações das formas descompensadas crônicas. 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 Aracaju, no período de 2011 a 2016 foram notificados 326 casos de Hepatite B e 265 casos de Hepatite C, Destes, confirmados por critério laboratorial 228 e 232 respectivamente. As Hepatites Virais B e C são na maioria das vezes assintomáticas, dificultando ou retardando o seu diagnóstico. Geralmente o diagnóstico da Hepatite B é realizado em pesquisa de marcadores sorológicos (HBsAg, AntiHBc Total, AntiHbcIgM e IgG) e Hepatite C com o anti-HCV e para fins de Vigilância Epidemiológica, define-se caso confirmado o indivíduo que preenche as condições de caso suspeito e que apresente o exame de biologia molecular HCV-RNA positivo.

Em campanhas de testagem rápida, no período de 2013 a 2016, com intensificação das ações com o CTA Itinerante foram realizados 19.301 testes de triagem e a distribuição de casos acumulados no mesmo período foram de 65 casos de Anti HCV e 44 de HBsAg todos encaminhados para confirmação laboratorial e seguimento com o tratamento no setor de Hepatologia do Hospital Universitário (HU). No entanto, há ainda muitos desafios a serem enfrentados para o efetivo controle dessa epidemia.

Doenças Transmitidas por Vetores:

Dengue

É uma doença febril aguda, que pode apresentar um amplo espectro clínico sendo que a maioria dos pacientes se recupera após evolução clínica leve e uma pequena parte progride para doença grave. É a arbovirose mais importante que afeta o ser humano, ocorrendo e disseminando-se especialmente nos países tropicais e subtropicais, onde as condições do meio ambiente favorecem o desenvolvimento e a proliferação do *Aedes aegypti* e *Aedes*

albopictus. Em Aracaju, a Dengue nos últimos anos vem se apresentando com situações de epidemias e endemias conforme a predominância dos sorotipos circulantes. Entre os anos de 2011 e 2016 foram registradas 16.836 notificações de casos suspeitos de dengue, tendo o ano de 2012 o de maior número de notificações com 4854 casos, já no ano de 2015 foram cadastrados 4573 casos de notificações e confirmados 2067.

Febre do Chikungunya

No mês de setembro de 2014 foi confirmada pelo Ministério da Saúde a introdução e transmissão da febre do chikungunya no território brasileiro determinando para todo município o trabalho de intensificação e alerta para ações de prevenção e orientação a todos os profissionais de saúde sobre o cuidado ao paciente com sinais e sintomas da doença. Entre 2014 e 2016 o município de Aracaju teve um total de 1924 notificações da febre Chikungunya, sendo que em 2014 apenas 8 casos da doença foram notificados, já em 2015 foram 756 notificações com 535 casos confirmados e em 2016 o número de casos notificados aumentou para 1162.

Febre do Zika e Microcefalia

É uma doença viral aguda, sendo que a maior parte dos casos apresenta evolução benigna e os sintomas geralmente desaparecem espontaneamente após 3-7 dias. No entanto, observa-se a ocorrência de óbitos pelo agravamento, aumento dos casos de microcefalia e de manifestações neurológicas associadas à ocorrência da doença. Os primeiros casos de Zika no Brasil foram confirmados a partir de abril de 2015, os casos foram ratificados pelo laboratório de referência nacional, Instituto Evandro Chagas/SVS/MS, atualmente, há registro de circulação do vírus Zika nas 27 Unidades Federadas do Brasil. Tem sido registrado em estados com a circulação do vírus Zika, Dengue e Chikungunya, o surgimento de pacientes com manifestações neurológicas, com história prévia de infecção viral. De acordo com sua importância epidemiológica foi preconizado a notificação compulsória de todos os casos suspeitos de Zika. O aumento de casos de Microcefalia foi associada ao vírus Zika, trata-se de uma malformação congênita, em que o cérebro não se desenvolve de maneira adequada. No município de Aracaju entre 2015 e 2016 foram registradas 247 notificações de casos suspeitos de Zika, sendo 5 casos em 2015 e 242 casos suspeitos em 2016. Com relação à Microcefalia foram notificados 47 casos suspeitos, sendo 43 no ano de 2015 e 4 casos em 2016.

Leishmaniose Visceral

A leishmaniose visceral em Aracaju, no período em análise, apresentou 170 casos confirmados e desses, 21 evoluíram para óbito. Isso se deve ao diagnóstico tardio da doença, tratamento inadequado e resistência dos pacientes ao tratamento. Sempre que se confirma um caso humano a equipe de campo do Centro de Controle de Zoonoses (CCZ) é acionada para fazer o planejamento e execução de medidas de prevenção e controle da LV. Dentre essas medidas temos o levantamento entomológico, inquérito canino, medidas preventivas como o controle da população canina errante e educação em saúde. O nosso objetivo é a redução de casos e óbitos por meio de ações preventivas e de combate da Leishmaniose Visceral, voltadas a identificação de áreas vulneráveis, avaliação da autoctonia, investigação do local provável da infecção, indicação de ações de preventivas de acordo com a situação epidemiológica entre outras medidas efetivas.

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. Para fins de notificação, só é registrado no SINAN os casos graves de esquistossomose. Para monitoramento das ações de controle, é utilizado o Sistema do Programa Controle da Esquistossomose/SIS PCE. Nos últimos cinco anos foram registrados 2 óbitos, em Aracaju. Precisamos deixar claro a importância desse programa que visa a redução da prevalência da infecção e a redução na ocorrência de formas graves e óbitos.

Raiva

Não houve caso de Raiva Humana no período 2011-2016. No período avaliado, foram atendidas 6.581 pessoas com agressões por animais, o que representa uma média anual de mais de 1000 atendimentos. Nos últimos anos as metas da campanha anti-rábica animal tem sido um grande desafio, com coberturas aquém do preconizado.

Doenças Imunopreveníveis

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

Os dados dos últimos seis anos apresentam quatro casos de tétano acidental, outras com tendências decrescentes são: a difteria, a coqueluche. A meningite mesmo sendo endêmica no município, 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.

A Vigilância Epidemiológica é um sistema que tem o dever de coletar, analisar e como resultado das duas primeiras ações, produzir informações importantes e repassá-las, para que medidas sejam efetuadas em tempo hábil em busca da promoção, prevenção e consequente controle da ocorrência de doenças (LEITE, ASSIS; CERQUEIRA, 2003).

O processo de descentralização da vigilância faz com que o trabalho traga respostas de verdade, já que a atuação ocorre próximo da realidade, ao contexto onde os problemas nascem. O agir próximo a origem dos problemas, torna mais rápido o desencadeamento de ações, e melhora também a capacidade dessas ações serem resolutivas (ALBUQUERQUE; CARVALHO; LIMA, 2002).

Há uma importância em qualificar a relação da Vigilância Epidemiológica e Atenção Básica, principalmente o sistema de repasse de informações, criando um vínculo e mantendo-os alertas para a detecção de situações de risco com o intuito de propor adequado direcionamento.

III. Estrutura da Rede Administrativa, de Vigilância e Atenção à Saúde de Aracaju

REDE ADMINISTRATIVA

Regiões de Saúde

O processo administrativo da Rede de Atenção à Saúde de Aracaju organiza-se por meio de divisões territoriais denominadas Regiões de Saúde, as quais comportam, prioritariamente, os serviços de Atenção Primária à Saúde. Os serviços de Atenção

Psicossocial, Ambulatorial Especializada e de Atenção às Urgências e Emergências existentes na rede são referências para as regiões de saúde, não sendo específicas de cada território regional.

Na gestão atual de Aracaju (2017 – 2020), considerando a necessidade e a importância do trabalho intersetorial, houve a iniciativa das secretarias municipais unificarem a divisão territorial como base administrativa comum e coerente com os objetivos das diversas áreas (saúde, educação, assistência social etc.), otimizando assim os processos organizativos intersetoriais e de oferta integral de ações e serviços à população aracajuana. Desta forma, foi construído e pactuado um mapa de atuação territorial em que deve se basear a organização das ações das diversas secretarias que compõem a gestão de Aracaju, respeitando as especificidades demográficas, sociais, econômicas e de riscos e vulnerabilidades, facilitando assim o processo de atenção integral à população.

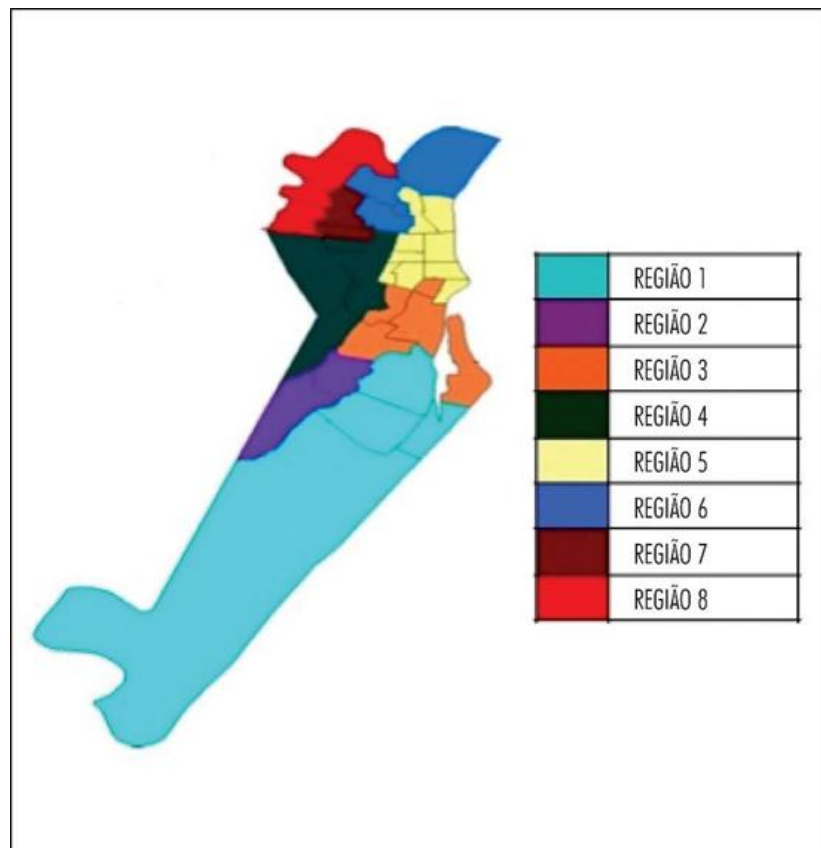


Figura 5: Mapa de Aracaju com divisão territorial por Regiões de Saúde.

Nesta conformação territorial, temos atualmente em Aracaju 08 regiões:

1ª Região: Abrange a região da praia de Atalaia e demais bairros da zona de expansão. É conhecida como zona de expansão, por ser uma grande área do município com

áreas a construir, baixa densidade demográfica, mas com aumento populacional expressivo nas últimas décadas. Caracteriza-se por ser morada de comunidades pesqueiras, além de condomínios e, tradicionalmente, casas de praia. Com o aumento do comércio, é também notável o aumento de população trabalhadora, que passa a morar na região por necessidade em residir mais próxima de seus locais de trabalho. Concernente a saúde, destaca-se que, pela distância de outros serviços, como os hospitais públicos e privados do município, a população acessa bastante as Unidades Básicas de Saúde, as quais são porta de entrada e acesso a serviços de saúde.

2ª Região: Mais a oeste da zona de expansão, região fronteira de Aracaju com São Cristóvão, a área é formada por dois grandes complexos: Santa Maria e São Conrado. Os dois surgem a partir da necessidade de moradia e das ocupações espontâneas - São Conrado acompanhando em sua maior parte áreas de mangue e marés, e o Santa Maria (anteriormente denominado "Terra Dura"), no entorno de um Lixão e também de áreas de preservação ambiental (nascentes, mangabeiras...). A população advinda de diversas regiões do estado foi se estabelecendo a partir do êxodo rural e se aglomerando dentro de suas possibilidades de moradia. Sucessivas intervenções foram urbanizando ruas, criando serviços públicos na região e conjuntos habitacionais. Houve um crescimento acentuado desta população, e novas ocupações vão surgindo à medida que o espaço atual não comporta mais moradias regulares. Há a singularidade de ser uma das populações de piores indicadores socioeconômicos, incluindo renda, violência, acesso a saneamento, entre outros que impactam diretamente nos indicadores da saúde.

3ª Região: Apesar de ser uma área de bairros povoados pela classe média, também convive com áreas de desigualdades socioeconômicas. Abrange Grageru, Luzia, Jardim Esperança, Conjunto Médici e Coroa do Meio. Essa "centralidade" faz com que os equipamentos desta região sejam demandados por população de outras áreas, que se deslocam em busca de acesso. Um exemplo do que foi citado é a UBS Dona Sinhazinha, uma das mais antigas da cidade e que é procurada por moradores de todas as classes e bairros por estar no imaginário da população como uma unidade a ser acessada para suas necessidades, independente de territorialização. Isso dificulta muito a tentativa de estabelecer um modelo de estratégia Saúde da Família nas suas características previstas. Outras unidades da 3ª região também convivem com o costume da população em co-utilizar o sistema de saúde suplementar, o que muitas vezes levam a uma exigência de saúde como bem de "consumo" e não de experiência de vínculo, de construção coletiva e cidadania.

4ª Região: Assim como a 1ª Região apresentou nas últimas décadas grande expansão do mercado imobiliário, na 4ª Região também houve crescimento para a fronteira oeste do município. A mesma abrange grandes e tradicionais bairros como Siqueira Campos e América; apresenta áreas de vulnerabilidade e baixos indicadores sociais, além de áreas muito populosas. A região da Jabotiana, expansão de classe média, em sua maioria, cresceu com diversos condomínios, comércio e serviços, resultando num aumento de trabalhadores para a área. Nesta região também se encontra a única comunidade quilombola do município, no povoado Aloque.

5ª Região: Região do Centro e adjacências comporta bairros tradicionais como Suissa e Santo Antônio. Esta região tem a peculiaridade de estar na zona de centro comercial e industrial da cidade, resultando em um acesso natural a uma população volante, de trabalhadores vindos de diversos bairros. Isso reflete em dificuldades no processo de trabalho para algumas unidades, que também precisam se programar para atender as demandas de área tão frequentada, mesmo por cidadãos do interior e de municípios da grande Aracaju. Nesta região, por exemplo, está implantada a equipe do programa Consultório na Rua, para atenção às pessoas em situação de rua de todo o município (e não somente da região).

6, 7ª, 8ª Regiões: Dividem a zona norte de Aracaju, sendo que a 6ª se aproxima dos limites leste, em direção a Nossa Senhora do Socorro, a 8ª tem o rio do Sal como limite e a 7ª abrange toda região do Bugio e adjacências, crescendo até a BR-235, limite do município. Essas regiões dividem a singular alta densidade urbana, e os problemas que dela advém. Muitos conjuntos foram erigidos nas últimas décadas a partir de ocupações desordenadas nestes locais, como o Porto Dantas e conjuntos no Lamarão (Vitória da Resistência, Moema Mary). Fenômeno que ainda continua nos prolongamentos do Bugio, Olaria e além. (Monte Sinai, Riviera Parque, Ocupação do Matadouro, Conjunto Maria do Carmo. Chama a atenção nestas regiões os altos índices de violência e necessidade de incremento de ofertas de serviços públicos.

VIGILÂNCIA EM SAÚDE

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. A Diretoria de Vigilância em Saúde em Aracaju, criada a partir de 2013, 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 município de Aracaju. Como política municipal propõe-se a minimizar os danos e riscos e atender as necessidades de saúde da população, reduzindo a morbimortalidade, 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 Urgência.

Em Aracaju, a Diretoria de Vigilância em Saúde tem como componentes a Vigilância Epidemiológica, o Sistema de Informações de Vigilância em Saúde, a Vigilância Sanitária e Ambiental e a Rede de Saúde do Trabalhador 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.

Coordenação de Sistemas de Informação de Vigilância em Saúde- COSIVS

A Coordenação de Sistemas de Informação de Vigilância em Saúde (COSIVS) foi instituída no dia 03 de abril de 2017 e é composta pelos Sistemas de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC), Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) e Comitê Municipal de Prevenção de Mortalidade Materna e Infantil (CPMMI).

Sistema de Informação Sobre Nascidos Vivos - SINASC: documento padrão de uso obrigatório em todo o território nacional, para a coleta dos dados sobre nascimento e para a lavratura da Certidão de nascimento, pelos Cartórios do Registro Civil. Através do banco de dados do SINASC obtém-se o perfil de nascimento. A equipe é composta por 01 gerente, 02 digitadoras e 01 profissional que realiza busca semanalmente dos documentos em 04 maternidades.

Sistema de Informação sobre Mortalidade - SIM: documento padrão de uso obrigatório em todo o território nacional, para a coleta dos dados sobre óbitos e para a lavratura da Certidão de Óbito, pelos Cartórios do Registro Civil. Através do banco de dados do SIM obtém-se o perfil de mortalidade. A equipe é composta por 01 gerente, 02 digitadoras e 01 profissional para realizar a busca, semanalmente, dos documentos em hospitais.

Sistema de Informação sobre Agravos de Notificação - SINAN: Formulário utilizado é a ficha de notificação e/ou investigação para agravos de acordo com a portaria nº 204 de 17 de fevereiro de 2016. Através do banco de dados do SINAN é possível realizar o diagnóstico de morbidade da população. A digitação e busca dos formulários nos hospitais é realizada pelos apoios das áreas técnicas da Vigilância Epidemiológica.

Comitê Municipal de Prevenção da Mortalidade Materna, Fetal e Infantil - CPMMFI: Os óbitos elegíveis para investigação são: fetos com peso maior de 1.500g; crianças menores de 05 anos, especialmente < 1 ano; mulheres em idade fértil – 10 a 49 anos; com causa mal definida e códigos garbage. São ações da Vigilância que possibilitam o conhecimento dos determinantes dos óbitos maternos, infantis, fetais, com causa mal definida e códigos garbage, e a proposição de medidas de prevenção e controle. Compõe a equipe: 01 gerente; 02 enfermeiras, 01 apoio administrativo e 04 estagiários de enfermagem.

Análise dos dados SIM/SINASC: Realiza elaboração de Salas de Situação; Monitoramento de indicadores e interface com SIA e SIH; produção de dados de morbidade hospitalar de interesse e dados sócio-demográficos para o relatório de gestão; calcular indicadores do SISPACTO e PQAVS quadrimestralmente para o Relatório de Gestão, ou quando necessário; elaborar dados a partir da demanda dos setores da Secretaria de Municipal de saúde. Composta por 01 enfermeira.

Coordenação de Vigilância Epidemiológica- COVEPI

A Vigilância Epidemiológica é responsável pelas seguintes áreas técnicas de: Agravos Imunopreveníveis; Programa Municipal de Controle do Aedes aegypti; Programa Municipal de Controle da Hanseníase; Programa Municipal de Controle da Tuberculose; Área de surto, MDDA e Meningites; Agravos de Zoonoses e Arboviroses (Leishmaniose Visceral, Leptospirose, Esquistossomose, Animais Peçonhentos, Dengue, Zika e Chikungunya); IST/Aids, Hepatites Virais e Sífilis ; Centro de Controle de Zoonoses; Núcleo de Prevenção às Violências/NUPEVA e Projeto Vida no Trânsito. Além do Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar (NVEH) e Centro de Informação Estratégica de Vigilância em Saúde/CIEVS/URR.

Para operacionalização da Vigilância Epidemiológica, são desenvolvidas funções específicas e intercomplementares, de modo contínuo, de forma a permitir conhecer o comportamento dos agravos selecionados como alvo das ações, e promover intervenções oportunas e eficazes. Ações desenvolvidas: coleta de dados através de busca ativa; processamento dos dados coletados; análise e interpretação dos dados coletados;

recomendação de medidas de controle; avaliação da eficácia e efetividade das medidas adotadas, atualização dos profissionais das redes assistenciais, retroalimentação das redes e divulgação de informações. Atualmente com uma equipe multiprofissional composta por médico infectologista, Enfermeiros Especialistas, Assistente Social, Farmacêutica, Psicólogo e Educador Físico, a COVEPI busca a integração efetiva com as redes assistenciais, visando a mudança e melhoria dos indicadores de saúde. Em agosto de 2017, foi realizada a I Conferência Municipal de Vigilância em Saúde, momento importante para as discussões referente à garantia das ações de vigilância no contexto de desmobilização e desfinanciamento por que passa o SUS.

Coordenação de Vigilância Sanitária e Ambiental-COVISA

As atividades desenvolvidas pela Coordenação de Vigilância Sanitária e Ambiental de Aracaju – COVISA/AJU são motivadas pela sua missão institucional de eliminar, prevenir ou minimizar os riscos sanitários para os consumidores, trabalhadores e meio ambiente mediante a avaliação e intervenção pertinentes nas etapas de produção, distribuição e comercialização de produtos e na prestação de serviços de interesse da saúde. Para o cumprimento destes objetivos, a COVISA/AJU redefiniu e realinhou estratégias de atuação visando favorecer o diálogo com a equipe e o estímulo a uma gestão mais participativa e voltada para melhoria da assistência prestada à população de Aracaju atuando em conjunto com outros órgãos da administração pública.

Para maior eficácia das ações desenvolvidas na Vigilância Sanitária e Ambiental e, por conseguinte o planejamento de médio e longo prazo faz-se necessário o acompanhamento de alguns indicadores primordiais, são eles:

Novas empresas – Acréscimo de empresas ao cadastro impactando o volume de serviço a ser desenvolvido por cada uma das gerências.

Inspeções/vistoria – Uma das principais formas de verificação da regularidade sanitária dos estabelecimentos.

Denúncias – Demanda externa que indica possíveis irregularidades nas empresas sujeitas à Vigilância Sanitária e Ambiental.

Diligências/Agiliza – Primeira etapa abertura de novas empresas ou alterações nas atividades desenvolvidas.

Empresas aptas a funcionar – Indicador da regularidade sanitária da empresa.

Alvarás emitidos – Número comprobatório das empresas que atendem os requisitos documentais e sanitários.

Ações educativas – Sensibilização da população e do setor regulado para os riscos sanitários envolvidos nas atividades econômicas.

Gerências que compõem a Vigilância Sanitária e Ambiental

A COVISA iniciou o ano de 2017 com 10 gerências. Através de avaliação e reorganização do processo de trabalho, no mês de agosto, foram redistribuídos os estabelecimentos da Gerência de Ações Estratégicas, o que determinou a redução para 09 gerências de trabalho no setor. As gerências cadastram as empresas reguladas no sistema da VISA, respondem e interagem com a população, respondem às denúncias advindas da ouvidoria, integram ações ligadas à Vigilância Sanitária e Ambiental e à saúde pública com os demais órgãos públicos. Colabora com as ações de educação em saúde na área de Vigilância Sanitária e Ambiental. Orienta o setor regulado quanto aos procedimentos necessários para prevenir os riscos contra agentes maléficos a saúde da população de acordo com o tipo de atividade desenvolvida, além da regulação das atividades submetidas às gerências.

Gerência de Alimentos: Gerência responsável pela regulação de serviços de alimentação que realizam atividades de manipulação, preparação, fracionamento, armazenamento, distribuição, transporte, exposição à venda e entrega de alimentos preparados ao consumo. Por exemplo: Bares, restaurantes, lanchonetes, bufês, fornecedores de quentinhas, cozinhas industriais etc. Esta gerência atualmente possui aproximadamente 1142 estabelecimentos cadastrados e conta com 21 fiscais.

Gerência Alimentos e Serviços Veterinários: Gerência incumbida do Licenciamento Sanitário de locais de comercialização de alimentos embalados, produtos de origem animal e onde há prestação de serviços veterinários. Atua em hiper, super e minimercados; mercearias; delicatessens; feiras livres; mercados públicos; comércio atacadista de alimentos; hospitais, clínicas e consultórios veterinários, laboratórios veterinários, e serviços de embelezamento animal etc. Esta gerência atualmente possui aproximadamente 518 estabelecimentos cadastrados e conta com 5 fiscais.

Gerência de Serviços de Saúde: Responsável por desenvolver ações de inspeção, investigação, notificação, educação sanitária e monitoramento no que se refere aos riscos

inerentes à prestação de serviços em Estabelecimentos Assistenciais de Saúde de **baixa e média complexidade**. Esta gerência licencia consultórios nas diferentes especialidades (médica, odontológica, de psicologia, de nutrição, de fonoaudiologia, de fisioterapia, de terapia ocupacional, dentre outros), além de clínicas que ofertam serviços diagnósticos. Esta gerência atualmente possui aproximadamente 1427 estabelecimentos cadastrados e conta com 10 fiscais.

Gerência de Serviços Especializados em Saúde: Esta gerência é responsável pela regulação dos estabelecimentos prestadores de serviços de saúde de **alta complexidade**, tais como: hospitais, laboratórios, serviços de radioterapia, quimioterapia, hemodiálise, atenção domiciliar, remoção de pacientes, radiologia, mamografia, ressonância magnética, tomografia computadorizada, densitometria óssea, medicina nuclear, hemodinâmica, litotripsia e outros. Esta gerência atualmente possui aproximadamente 323 estabelecimentos cadastrados e conta com 14 fiscais.

Gerência de Medicamentos e Produtos para Saúde: Inspecciona e realiza o controle sanitário de farmácias com manipulação; drogarias; distribuidores e transportadores de medicamentos e produtos para saúde; empresas de ortopedia técnica e comercialização de artigos ortopédicos; óticas; farmácias de unidades de saúde da família e centro de atenção psicossocial (CAPS); central de abastecimento farmacêutico (CAF) e serviços que manipulam nutrição parenteral e enteral. Esta gerência atualmente possui aproximadamente 506 estabelecimentos cadastrados e conta com 06 fiscais.

Gerência Serviços de Interesse à Saúde: Realiza inspeção, emissão de relatórios, autos, pareceres, análises de processos e alvarás sanitários relativos às áreas de Serviços de Interesse à Saúde, como: hotelaria, academias, estabelecimentos de ensino, salões de beleza, lavanderias, comércio varejista de cosméticos e domissanitários, gabinetes de piercing e tatuagem. Esta gerência atualmente possui aproximadamente 1004 estabelecimentos cadastrados e conta com 11 fiscais.

Gerência da Qualidade do Ar e do Solo: Gerência responsável pela implantação do sistema de monitoramento e análise da qualidade do ar e solo em áreas contaminadas e/ou consideradas de risco para a saúde da população exposta. Além disso, é responsável pela regulação através do Licenciamento Sanitário conforme legislação pertinente das empresas de coleta, transporte, armazenamento e destinação final de resíduos, estabelecimentos funerários e congêneres, indústrias de produtos de higiene e saneantes domissanitários,

dedetizadoras, distribuidoras de cosméticos e saneantes e etc. Esta gerência atualmente possui aproximadamente 169 estabelecimentos cadastrados e conta com 05 fiscais.

Gerência da Qualidade da Água para Consumo Humano: Gerência responsável pelo monitoramento da qualidade da água para consumo humano do Município de Aracaju através da coleta e análise amostrais, também investiga denúncias e surtos DTA que eventualmente tenham alguma relação com a água consumida. É responsável ainda pelo Licenciamento Sanitário das distribuidoras de bebidas e das fábricas de gelo. Esta gerência atualmente possui aproximadamente 144 estabelecimentos cadastrados e conta com 04 fiscais.

Gerência de Engenharia e Arquitetura: Gerência responsável pela avaliação de projetos básicos de arquitetura dos estabelecimentos sujeitos à fiscalização da Vigilância Sanitária, conforme legislação vigente, e responsável pela vistoria da estrutura física de tais estabelecimentos, para verificação da conformidade de execução do projeto arquitetônico aprovado. A Gerência acompanha ainda as equipes nas inspeções sanitárias de estabelecimentos que apresentem problemas de estrutura física.

Rede de Atenção à Saúde do Trabalhador - REAST

A REAST tem como função primordial o fortalecimento da Política de Saúde do Trabalhador, procurando estruturar e desenvolver ações direcionadas à saúde dos trabalhadores, formais ou informais, públicos ou privados, desempregados e aposentados, de maneira individual e coletiva.

Para consolidar esta política em nosso Município e em nossa Regional, precisamos desenvolver as ações com autonomia e resolutividade, internamente e externamente. Hoje, a REAST conta com um organograma composto por uma coordenação da rede, apoio técnico financeiro e operacional, apoio administrativo e duas frentes de trabalho: Centro Regional de Referência em Saúde do Trabalhador - **CEREST** “Anísio Dário” e a Vigilância em Saúde do Trabalhador - **VISAT**.



Figura 06: Organograma simplificado atual da REAST

O **CEREST** presta atendimento especializado ao trabalhador vítima de acidente de trabalho ou adoecido devido à atividade profissional que exercia ou está exercendo (com acolhimento e organização das linhas de cuidado), conforme Portaria MS nº 2728/2009, tendo sido habilitado em 19/05/2003 (Portaria 177), Alvará 3484/2008 e CNES 5841399. A **VISAT** é um componente do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde, como definido na Portaria GM/MS nº 3252 de dezembro de 2009 (revogada pela Portaria MS nº 1378/2013) e Portaria Municipal 016/2009, que visa à promoção da saúde e a redução da morbimortalidade da população trabalhadora, por meio da integração de ações que intervenham nos agravos e seus determinantes decorrentes dos modelos de desenvolvimento e processo produtivo. É um instrumento da REAST e é composta por uma equipe multidisciplinar, com profissionais da área de saúde e segurança.

A REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE DE ARACAJU

Rede de Atenção Primária à Saúde (REAP)

O acompanhamento da Rede de Atenção Primária à Saúde nas regiões de Aracaju é feito por uma equipe de Apoiadores Institucionais. Este grupo tem como missão olhar para o território de atuação e para o cotidiano das equipes e das Unidades Básicas de Saúde (UBS). Tem o papel de escutar, de forma qualificada, os trabalhadores, gestores e usuários destes equipamentos de saúde, acolhendo demandas, bem como o papel de atuar para a implementação dos projetos e das políticas estabelecidas e pactuadas no Plano Municipal de Saúde, nas instâncias deliberativas e de caráter tripartite da saúde (com a participação de municípios, estado e governo federal). Deve também realizar diagnóstico situacional e monitorar situações que envolvem o desenvolvimento do trabalho nas UBS, elaborar propostas para a solução de problemas identificados neste contexto, em consonância com a

gestão e o controle social que, neste caso, são representados pelos conselhos municipal e locais de saúde.

As Unidades Básicas de Saúde são as Portas de Entrada preferenciais do Sistema Único de Saúde (SUS) e tem por finalidade oferecer o primeiro contato às pessoas quando procuram o atendimento de saúde. Deve trabalhar com acolhimento das necessidades de saúde, inclusive no território, por meio das equipes de saúde da família, equipes de saúde bucal e demais profissionais de saúde da atenção básica.

Em Aracaju, as UBS, ofertam de maneira geral:

Consultas: médicas, de enfermagem e odontológicas, além daquelas realizadas pelos profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família - NASF - (fisioterapeutas, fonoaudiólogos, nutricionista, educadores físicos, farmacêuticos, psicólogos e terapeutas ocupacionais). Tem-se também, em cada UBS, acolhimento dos usuários pelos assistentes sociais que, embora não façam parte da conformação mínima da Equipe de Saúde da Família, desempenham um papel de suma importância na Estratégia. Algumas UBS são consideradas de referência para as demais por ofertarem também: consultas de Pediatria, Ginecologia e Saúde Mental (psicologia e psiquiatria)

Unidades Produtivas: são compostas por ofertas de procedimentos como inalações, injeções, curativos, vacinas e coleta de exames laboratoriais. Nas UBS existem também salas de observação para atendimento de casos agudos ou de demanda espontânea que necessitem de atendimento imediato.

Referências: a partir dos atendimentos e condutas dos profissionais das UBS, há uma estação informatizada de marcação de consultas especializadas, exames laboratoriais e de diagnóstico, localizada na recepção, a qual gerencia a liberação das vagas para os usuários vinculados àquelas UBS pelo Núcleo de Controle, Avaliação, Auditoria e Regulação – NUCAAR.

Assistência Farmacêutica Básica: Considerando a Relação Municipal de Medicamentos, há, nas UBS de Aracaju, farmácias básicas que dispensam medicamentos e alguns insumos sob exigência de prescrição médica ou odontológica. Algumas farmácias básicas da rede são referências para dispensação de medicamentos psicotrópicos, as quais respeitam as

exigências da Portaria nº 344/98 ANVISA. Atualmente, algumas UBS têm esta característica e servem de referência para as demais UBS que não realizam este tipo de serviço. Há uma proposta de ampliação desta ação em um maior número de UBS, contemplando, assim, a totalidade de regiões territoriais. Além disto, está em processo de implantação o Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica - Hórus, nas unidades com estrutura e que contém o profissional farmacêutico, bem como a qualificação do uso dos medicamentos por meio de avaliação da farmacoterapia, a partir da oferta de um curso de serviços farmacêuticos com vistas à implantação dos mesmos.

Educação em Saúde: Tanto no âmbito territorial quanto no próprio espaço das UBS há uma proposta de ação coletiva, espaços para o diálogo entre os profissionais de saúde e os usuários do serviço sobre temas de relevância para a saúde individual e coletiva, como por exemplo, aqueles voltados para doenças crônicas (diabetes, hipertensão arterial, obesidade...), doenças infecto-contagiosas (tuberculose, influenza, sífilis, hepatite, AIDS...), cuidado com o corpo, a mente e o bem-estar bio-psicossocial, temas relacionados às principais doenças e agravos que são abordados principalmente em datas ou meses específicos, a exemplo do Setembro Amarelo – foco na prevenção de depressão e suicídio, Outubro Rosa – foco na prevenção e detecção precoce do Câncer de Mama, Novembro Azul – foco na atenção à saúde do homem etc.

Na Rede de Atenção Primária, são atualmente 44 UBS, onde compartilham 137 equipes de saúde da família e 99 equipes de saúde bucal, além das equipes de referência e de apoio, dos profissionais administrativos, limpeza, segurança, etc.

Este quantitativo, no entanto, que já correspondeu a coberturas superiores a 90% não acompanhou o crescimento populacional e a cobertura da Estratégia Saúde da Família atualmente é de 69%. Além do crescimento urbano, algumas equipes foram perdidas e ou desfalcadas de profissionais por aposentadorias, exonerações, etc.

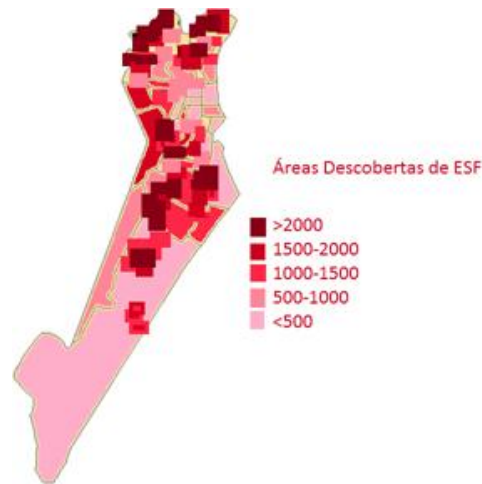


Figura 07: Áreas Descobertas de ESF

Concentração de população descoberta em congruência com outros mapas demográficos, como ocupações habitacionais subnormais, o chamado “mapa da violência”, desigualdade social e vulnerabilidades em geral.

O enfrentamento das dificuldades de cobertura e atenção a demandas específicas da equidade e da promoção da saúde conta com alguns dispositivos de programas federais implantados no município: NASF, Academia da Cidade e Consultório na Rua.

Núcleo de Apoio à Saúde da Família:

O município de Aracaju em consonância com as diretrizes do Ministério da Saúde analisou como necessária a ampliação da resolutividade da AB. Atualmente, Aracaju possui 44 unidades básicas de saúde, distribuídas em 8 regiões de saúde com 137 equipes de saúde da família. Nesse sentido fez-se necessária a implantação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família, essa proposta contempla a implantação de 09 equipes NASF no Município de Aracaju, ressaltando que foi realizado um estudo prévio das principais demandas de cada área para a escolha das categorias profissionais integrantes do núcleo de apoio.

NASF	Tipo	Credenciado	Implantado
	I	9	8

Quadro 5: Situação atual da implantação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF).

Fonte: DAB/MS

Desta forma, as áreas estratégicas focadas nesse momento de implantação dos NASF foram: práticas integrativas e complementares, reabilitação, alimentação e nutrição e

assistência farmacêutica. Serão contempladas as seguintes categorias profissionais: fonoaudiólogo, farmacêutico, nutricionista, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, professor de educação física e psicólogo. Em outubro de 2013 iniciou-se o processo de implantação das equipes dos NASF no município de Aracaju, atualmente apoiando 22 unidades, distribuídas nas 8 regiões de saúde. Conforme a PNAB, os Núcleos de Apoio à Saúde da Família são equipes multiprofissionais compostas por profissionais de diferentes áreas de conhecimento, que devem atuar de maneira integrada e apoiando os profissionais das equipes de Saúde da Família, compartilhando as práticas e saberes em saúde nos territórios sob responsabilidade dessas equipes.

Os NASF trabalham no apoio oferecido à Estratégia da Saúde da Família, no que tange prioritariamente a prevenção e a promoção de saúde. Vale ressaltar que dentro do seu escopo de trabalho, a reabilitação/tratamento e a manutenção da saúde também fazem parte, mas sendo pautadas pela lógica da Clínica Ampliada e Apoio Matricial.

Consultório na Rua (CnR):

Os Consultórios na Rua são equipes multiprofissionais e itinerantes que oferecem atenção integral à saúde para a população em situação de rua. A equipe do Consultório na Rua desenvolve atividades de maneira itinerante, nas ruas, nas unidades de saúde do território em que a população assistida se encontra (casas de Acolhimento, Centros Sociais, entre outros). Realiza atendimentos in loco, de acordo com as demandas existentes, inclusive nos períodos noturnos, seguindo um plano de cuidado individualizado. Além do cuidado direto, também atuam como articuladores da rede local, por compartilhar o cuidado de casos extremamente complexos, implicando assim os atores locais neste cuidado. Aracaju tem 01 equipe em modalidade III implantada.

Equipes CnR Modalidades	Credenciados em portaria da Atenção Básica	Implantada
III	1	1

Quadro 6: Quantitativo de equipe de Consultório na Rua

Fonte: DAB/MS

As ações acontecem de maneira integrada e compartilhada com a Atenção Básica, e quando necessário com os demais centros de atenção em Saúde, Assistência e Segurança (CAPS, Urgências, CREAS, entre outros).

Programa Academia da Cidade

O Programa Academia da Saúde, normatizado pela Portaria nº 2.681/GM/MS, de 7 de novembro de 2013, e redefinido pela Portaria nº 1.707/GM/MS, de 26 de setembro de 2016, tem o objetivo de contribuir para a promoção da saúde e produção do cuidado e de modos de vida saudáveis da população, por meio de espaços físicos dotados de equipamentos, estrutura e profissionais qualificados, denominados polos.

Os polos são espaços públicos de saúde da Atenção Básica construídos ou designados para o desenvolvimento das ações previstas e planejadas para o Programa. Aracaju, atualmente, possui 24 polos da Academia da Cidade, assim distribuídos:

PÓLO	LOCAL
ORLANDO DANTAS	AV. GASODUTO (SALÃO DA IGREJA)
BAIRRO AMÉRICA	PRAÇA FRANKLIN ROOSEVELT
BAIRRO AMÉRICA	EMEF TEIXEIRA LOTT
BUGIO	PRAÇA MINERVINO COSTA E SILVA
INÁCIO BARBOSA	PRAÇA PRÓXIMA AO BAR DO CAJUEIRO
TIRADENTES	PÇA. RONALDO CALUMBY BARRETO
SOL NASCENTE	PRAÇA ATANÁSIO DO NASCIMENTO
13 DE JULHO	CALÇADÃO
SÃO JOSÉ	PRAÇA TOBIAS BARRETO
MÉDICI	PÇA. NIVALDO ANDRADE
AUGUSTO FRANCO	PRAÇA DA JUVENTUDE
BAIRRO INDUSTRIAL	COMPLEXO DE ESPORTE
CASTELO BRANCO	PÇA GILVAN ROCHA
GETÚLIO VARGAS	ESCOLA JOSÉ ANTÔNIO DA COSTA MELO
SANTOS DUMONT	ESCOLA DE ESPORTES
MARACAJU	AV. VISCONDE MARACAJU
SOLEDADE	ESCOLA JAIME ARAÚJO
LAMARÃO	PRAÇA DA IGREJA
ZILDA ARNS	PÇA. ZILDA ARNS
STA. TEREZA	PRAÇA DAS MÃES
ROBALO	SALÃO DA PARÓQUIA STA. TEREZINHA
COROA DO MEIO	AV. DES. ANTÔNIO GOES
SANTA MARIA	ESCOLA PROF. KARDEC
MOSQUEIRO	ESCOLA ELIAS MONTALVÃO
AREIA BRANCA	PARÓQUIA BOM JESUS DOS NAVEGANTES
17 DE MARÇO	CENTRO DE ARTES E ESPORTES UNIFICADOS MARIANA MARTINS MOURA SOUSA

Quadro 7: Endereço dos polos de Academia da Cidade

Rede de Atenção Psicossocial (REAPS)

A Rede de Atenção Psicossocial de Aracaju (REAPS) tem as seguintes atribuições: acompanhamento e coordenação de serviços, resposta a demandas judiciais, consolidação de indicadores, planejamento e execução da política de saúde mental, acompanhamento de convênios e contratos ligados à atenção psicossocial, além das diversas frentes ligadas ao modelo de cuidado proposto para a rede. Para tanto, ela conta com uma equipe de coordenadores e apoiadores, que possuem funções distintas.

Os coordenadores cuidam da parte burocrática e de gestão de pessoas dos diversos serviços, além de buscarem sempre organizar um cuidado que cumpra os objetivos da clínica almejada para atenção psicossocial. Já os apoiadores têm um papel principal de observação e problematização do processo de trabalho dos diversos serviços, sendo um olhar externo que busca escutar e acolher as diversas falas e construir um adequado funcionamento da rede. Além disto, o apoio institucional da REAPS tem a função de mobilizar as seguintes frentes de trabalho: Atenção Primária, Apoio Matricial, Cuidados em álcool e outras drogas, Educação Permanente, desinstitucionalização, oficinas terapêuticas e geração de renda, cuidado ao trabalhador, alta complexidade, referência de núcleo profissional, controle social e protagonismo do usuário.

A estruturação da rede segue as diretrizes trazidas na Portaria 3088/11 do Ministério da Saúde, porém ela vai além do proposto, trazendo componentes de um modelo de cuidado em saúde mental a partir da construção local, tais como as referências em saúde mental da atenção básica e o Programa de Redução de Danos. Abaixo, o quadro 8 denota a conformação da REAPS:

Atenção Básica	Unidade de Saúde da Família e Ambulatórios de Referência em Saúde Mental; Consultório na Rua; NASF (Equipamentos sob gestão da REAP)
Atenção Psicossocial Especializada	CAPS II infanto-juvenil Arthur Bispo do Rosário; CAPS III infanto-juvenil Álcool e Droga Vida; CAPS III Álcool e Drogas Primavera; CAPS III Jael Patrício de Lima; CAPS III Liberdade e CAPS III David Capistrano Filho
Atenção a Urgência e Emergência	Urgência Mental do Hospital São José (Contratualizado)
Atenção Residencial em Caráter Transitório	Unidade de Acolhimento Adulto
Atenção Hospitalar	Serviço Hospitalar de Referência do Hospital São José (Contratualizado); Clínica de Repouso São Marcello (Contratualizado)

Estratégia de desinstitucionalização	de	Residências terapêuticas (4 módulos)
Estratégia de Redução de Danos		Programa de Redução de Danos

Quadro 8: Conformação da REAPS

O desafio nesta Rede é manter as conquistas históricas do processo de “desinstitucionalização” dos usuários em sofrimento mental, trazidos pela Reforma Psiquiátrica e consolidadas pela Lei 10.216/01. Desta forma, efetivar um cuidado que busque a reinserção psicossocial dos usuários, tendo por base o vínculo, a clínica ampliada, a construção da cidadania e da autonomia, num modelo de gestão colegiado e com a participação de todos os atores envolvidos no processo (usuários, familiares, trabalhadores e gestores). O passo seguinte de estruturação desta rede é a pactuação de leitos psiquiátricos em hospitais gerais, para atendimento das agudizações, ligados aos transtornos mentais e ao uso de substâncias psicoativas.

Para a efetivação deste cuidado é necessário que a atuação da rede seja intersetorial e intrasetorial, desta forma a REAPS trabalha em parceria com outras secretarias para efetivar a integralidade da saúde para o nosso usuário, as principais parcerias externas são feitas com a Sec. de Assistência Social e Cidadania, Sec. de Educação e Fundação Municipal de Formação para o Trabalho (FUNDAT).

Internamente, é realizado diálogo efetivo com a Rede de Atenção primária, buscando um redesenho das Referências em Saúde Mental na Atenção Básica Adulta e Infantil, bem como ampliar a parceria de ofertas inseridas na comunidade, através do Núcleo de apoio a Saúde da Família e do Consultório de Rua. Com a Rede Especializada a efetivação do diálogo têm-se dado principalmente visando ofertar cuidado adequado a crianças e adolescentes que são usuárias dos CAPS infanto-juvenis e do Centro de Reabilitação e do Centro de especialidades médicas para Crianças e Adolescentes, visando em especial os usuários com Transtorno do Espectro Autista e organizar a oferta para os pacientes acometidos pela microcefalia que necessitem do atendimento psicossocial. Segue o nosso “cardápio de oferta” da REAPS:

Centro de Atenção Psicossocial – CAPS: é um serviço de base territorial, que substitui o hospital psiquiátrico, composto por uma equipe multiprofissional e que tem por objetivo um trabalho transdisciplinar e intersetorial, focado em atividades coletivas (grupos, oficinas, etc). O perfil de usuário que acessa o serviço é de pessoas com transtornos mentais graves e persistentes, ou que fazem uso de álcool e outras drogas. A contratualização do cuidado se

dá por meio do instrumento Projeto Terapêutico Singular (PTS), que é construído com o usuário e sua família, com auxílio do técnico de referência (profissional do CAPS).

Residências Terapêuticas – RT: são casas destinadas a acolher os egressos de internações de longa permanência (dois anos ou mais ininterruptos). O propósito das RT é um olhar de cuidado e de auxílio à reconstrução do cotidiano, já que alguns dos moradores não realizavam as atividades de vida diária (tomar banho, escovar os dentes, se vestir, etc.) sozinhos, sendo assim a RT é um local de reconstrução da autonomia com um olhar compartilhado para as dificuldades individuais. A assistência a saúde desses moradores é feita como a de outros sujeitos, questões clínicas tem o ordenamento do cuidado ligado às unidades de saúde da família de referência das moradias e a atenção psicossocial é feita sob o olhar do CAPS de referência. Nas moradias é assegurada uma vivência de casa com alimentação, limpeza, lazer, tudo no sentido de produzir uma vivência de lar, e criar laços familiares entre aqueles que convivem. A Inserção das RT na comunidade permite que seus usuários tenham a vivência que lhe foi retirada em algum momento, de circulação pela cidade, da liberdade de escolha, desta forma as RT são, em sua simplicidade de lar, importantes equipamentos de apoio do processo de desinstitucionalização da loucura.

Programa de Redução de Danos - PRD: a Redução de Danos é uma estratégia de intervenção terapêutica que busca controlar possíveis consequências adversas ao consumo de drogas psicoativas, lícitas ou ilícitas, sem necessariamente interromper seu uso. Se não temos como eliminar a drogas é possível reduzir seu dano, esta é a filosofia desta prática (DIEHL et al., 2011). Na REAPS de Aracaju, esta equipe é formada por redutores de danos que atuam de forma territorializada e itinerante, atuando na oferta de educação em saúde para a população em situação de rua, incluindo: (I) população de rua em geral; (II) pessoas com transtornos mentais; (III) usuários de crack, álcool e outras drogas, e (IV) profissionais do sexo. A redução de danos funciona também como importante articuladora inter-redes, tendo em vista que sua construção de território perpassar por todos os equipamentos públicos disponíveis da saúde, assistência social, educação, etc. A redução ainda tem ações de acompanhamento de cuidado para diversos personagens, sendo local de criação de laços e de capilarização do cuidado e do estado nas comunidades.

Unidade de Acolhimento Adulto – UAA: serviço que oferece acolhimento transitório às pessoas de ambos os sexos, com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. Funciona como casa onde as pessoas que estejam em tratamento no CAPS AD III

Primavera têm apoio profissional e podem viver por determinado período. Acolhe até 10 adultos por até 6 seis meses, apoiando seus moradores na busca de emprego, estudo e outras alternativas de moradia. São espaços abertos, de acolhimento sempre voluntário.

Urgência Mental do Hospital São José: serviço de urgência hospitalar que atende a todo o estado de Sergipe, com funcionamento 24h, porta aberta para usuários de transtorno mental em surto psiquiátrico e para usuários de álcool e drogas sob efeito de substância psicoativa. Conta com médicos, enfermeiros, psicólogos e assistentes sociais, possui 9 leitos para o atendimento de urgência e mais 16 leitos de retaguarda psiquiátrica, onde os usuários podem ficar em estabilização por até 72h. Atualmente este serviço é contratado de um hospital filantrópico.

Serviço hospitalar de Referência: este serviço conta com leitos em hospitais gerais e surge da necessidade de estabilização clínica dos usuários da rede de saúde mental, atende a todo o estado de Sergipe. O usuário com necessidades de saúde decorrente do uso de álcool e outras drogas ou os usuários com transtorno mental que apresentam morbimortalidade ligadas a outras questões fisiológicas são o alvo deste equipamento. Atualmente contamos com 14 leitos femininos no Hospital São José e tínhamos 16 leitos masculinos no Hospital de Cirurgia, porém foram desativados pelo hospital unilateralmente, sendo um desafio iminente da rede a reabertura destes leitos.

Clínica de Repouso São Marcello: faz parte do componente hospitalar da rede, é um serviço contratado que atende a todo o estado de Sergipe, e possui 80 leitos de curta duração, até 3 meses, sendo 10 destes destinados a casos de usuários com dependência química. O serviço é acessado através de regulação por meio da urgência mental.

A atual gestão municipal encontrou os serviços com sérios problemas quanto ao funcionamento, tais como: profissionais em greve por atraso do 13º salário, falta de manutenção predial, déficit elevado de profissionais para o pleno funcionamento da rede. Com um início de desmonte da rede, tendo então por desafio a manutenção e ampliação desta rede e da oferta de cuidado, através da abertura de novos serviços, como a Unidade de Acolhimento Infantil, a reabertura do Serviço Hospitalar de Referência Masculino, a ampliação de leitos Psiquiátricos em Hospitais Gerais, a reforma da sede própria do CAPS Ad Primavera, a qualificação do processo de educação permanente dos profissionais da rede de atenção à saúde para o cuidado em saúde mental, dentre tantos outros desafios da manutenção de um modelo de cuidado contra-hegemônico que se baseie em vínculo, afeto,

arte e num processo desmedicalizante da vida, que busca superar a lógica médico centrada e o binômio saúde-doença como único modo de cuidado.

Rede de Atenção Especializada (REAE)

A rede ambulatorial especializada é composta por dois grandes centros. O Centro de Especialidades Médicas de Aracaju (CEMAR) Siqueira Campos, este sendo um complexo com diversos serviços, e o Centro de Especialidade Médicas de Aracaju (CEMAR) Augusto Franco, que abrange o ambulatório geral, com serviços de atenção especializada em oftalmologia, cardiologia, neurologia dentre outras, além do Centro de Especialidade Odontológica (CEO). Os pacientes que chegam a REAE são advindos das Unidades Básicas de Saúde da capital e dos demais municípios sergipanos e são acompanhados por médicos especialistas, além de, em alguns casos, serem acompanhados por equipes multiprofissionais, que especificam os tratamentos adequados para os usuários.

O Centro de Especialidades Médicas – CEMAR Siqueira Campos possui, em seu “cardápio de oferta”:

Ambulatório de Cardiologia: Consulta ambulatorial, Holter, Mapa, Eletrocardiograma e Ecocardiograma (adulto e infantil); Ambulatório de Endocrinologia: atendimento aos pacientes com Diabetes Mellitus do tipo I e II (DM1 e DM2), diabete gestacional e distúrbio endocrinológicos em geral, além de desenvolver o Programa de Glicosímetro e acompanhamento de pé diabético sem lesão;

Centro de Referência de Tuberculose e Hanseníase: também se trata de um serviço de “porta aberta” (demanda espontânea), atende usuários com tuberculose e hanseníase referenciados de outros serviços quando há dificuldade no diagnóstico, resistência do usuário em aderir ao tratamento, abandono, associação da tuberculose ao HIV, reação alérgica, dentre outras especificidades que demandam maior complexidade para o tratamento;

Farmácia: dispensa medicamentos e insumos a partir de processos judiciais, a saber: alergia alimentar, glaucoma, osteoporose, Parkinson, multivitaminas para pacientes que fizeram cirurgia bariátrica - e também da referência de tuberculose e hanseníase.

Centro de Referência em DST/AIDS/CTA: consiste num serviço de “porta aberta” (demanda espontânea) onde realiza os testes para detecção de HIV, sífilis e hepatites B e C;

Ambulatório Geral: com 12 especialidades médicas: alergia/Imunológica, psiquiatria, cirurgião plástico, dermatologista, mastologista, proctologista, urologista, cirurgião geral, cirurgião vascular, pneumologia, ortopedia, neurologia;

Ambulatório de Feridas: acolhidos pacientes com pé diabético por enfermeiros e encaminhados aos cirurgias vasculares do próprio ambulatório;

Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico – SADT: possui os serviços de Laboratório de Patologia Clínica (prestador Bioexame), Serviço de Ultrassonografia (USG Transvaginal, USG Mamária, USG Abdominal Total, USG de Articulação, USG Bolsa Escrotal, USG de Tireóide e SCAN Duplex Venoso e Arterial), Eletroencefalograma, Serviço de Saúde Auditiva (avaliação audiológica básica e atendimento fonoterápico) e Programa Mamãe Coruja com pré-natal de alto risco.

Unidade Municipal De Cirurgia Ambulatorial - UMCA: Realiza cirurgias de:

Urologia: postectomia, dilatação uretral, liberação de freio hálano prepucial, cateterismo uretral, eletrocoagulação de condilomas, exérese de cistos, biópsia de pênis, etc. Cirurgia Geral: Exérese de nevus, lipomas, cistos sebáceos, extração de unha, biópsia de pele, retirada de corpo estranho, exérese de calo, fibromas moles, ceratose, exérese de cravo plantar, verrugas vulgaris, exérese de TU de pele, etc.

Mastologia: Exérese de nódulos de mama, biópsias de mama.

Cirurgia Plástica: Exérese de TU de face, plástica de lóbulo de orelha, exérese de nevus, ceratoses, queloides, fibroma mole, plástica de orelhas de abano, etc.

Dermatologia: Biópsia de pele para hanseníase.

Cabeça e Pescoço: Biópsia de linfonodos, exérese de TU de face e pescoço, exérese de lipomas, nevus, cistos em face e pescoço, biópsia de língua, biópsia de palatos, etc.

Alergista: testes alérgicos monitorados.

Reabilitação Intelectual e Físico Motora – CER II: situado no Complexo CEMAR Siqueira Campos e faz parte da Rede de Cuidados à Pessoas com Deficiência – Rede Viver Sem Limites – tem a missão de prestar assistência de excelência e referência aos usuários que necessitam de intervenção e/ou abordagem nas áreas de reabilitação da deficiência física e intelectual mediante cuidado com equipe multiprofissional e interdisciplinar (Fisioterapia Neurológica Adulto e Pediátrica; Fisioterapia Ortopédica; Terapia Ocupacional Adulto e Infantil; Fonoaudiologia Adulto e Infantil; Assistência Social, Psicologia, Nutrição e Enfermagem).

Centro de Especialidades Médicas da Criança e do Adolescente - CEMCA: Oferece assistência multidisciplinar no nível de média complexidade, com ações curativas e de reabilitação, em 11 especialidades médicas para a criança, a saber: cardiologia, alergia/Imunológica, gastroenterologia, pneumologia, cirurgia pediátrica, ortopedia, otorrinolaringologia, homeopatia, endocrinologia, neurologia, neonatologia, bem como a

prestação dos serviços de enfermagem, nutrição, serviço social, fonoaudiologia, psicologia e psicopedagogia. O serviço também oferece consultas e os procedimentos de bota gessada e identificação de deficiências ou anomalias genéticas.

O CEMAR Augusto Franco oferta programas como o de Tabagismo, Glaucoma, além do ambulatório de oftalmologia e especialidades em acupuntura, homeopatia, angiologia, gastroenterologia, nefrologia, dermatologia, neurologia, reumatologia, otorrinolaringologia e pneumologia.

Centro de Especialidades Odontológicas – CEO: O tratamento oferecido nos Centros de Especialidades Odontológicas é uma continuidade do trabalho realizado pela rede de atenção básica. Aracaju tem 01 CEO tipo III e atende às demandas especializadas da Saúde Bucal que não exijam sedação, além de integrar a Rede Viver Sem Limites para atenção às pessoas com deficiência. Os procedimentos realizados no CEO são: Periodontia, Endodontia, Cirurgia Buco-Maxila-Facial, Radiologia, Atendimento a Pessoas com deficiência, Prótese e Odontopediatria.

Os desafios para a Rede de Atenção especializada, tão complexa no que tange à oferta de serviços e procedimentos, está principalmente na integração com as outras redes, incremento nos processos de referência e contrarreferência e também na educação permanente dos trabalhadores. É fundamental que esteja inserida num contexto de padronização, desenvolvimento de protocolos e fluxos que possam otimizar a relação entre oferta e demanda.

Rede de Atenção às Urgências e Emergências (REUE)

A Portaria GM nº 1.600, de 07 de julho de 2011 reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS), a serem implantadas em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão.

Em consonância com as diretrizes da Política Nacional, a Secretaria Municipal de Saúde de Aracaju (SMS) desenvolveu uma política de implantação e implementação de serviços, organizada a partir de uma rede assistencial com equipamentos de saúde as urgências e emergências, com complementaridade de outras redes de assistências (Rede de Atenção Primária, Rede de Atenção Psicossocial, Rede de Atenção Especializada e Rede de Atenção à Saúde do trabalhador).

A REUE possui 02 Equipamentos próprios: o Hospital Dr. Nestor Piva (Zona Norte) e o Hospital Desembargador Fernando Franco (Zona Sul), que fazem importante interface com a política da rede hospitalar de Sergipe, integrando-se ao complexo “Hospital Horizontal”, contando com a estrutura para atendimento às primeiras urgências e emergências clínicas, pediátricas, cirúrgicas e ortopédicas, durante 24 horas por dia, e urgência odontológica às noites e finais de semana. Ambos os hospitais possuem equipe multiprofissional compatível com a porta de entrada, instituída por meio de práticas clínicas cuidadoras e baseada na gestão de linhas de cuidado.

Para os atendimentos aos pacientes que não atendam aos perfis das unidades, o município de Aracaju tem contratualizados leitos de retaguarda que atendem a essa demanda, de forma a garantir a continuidade do cuidado, uma vez que desenvolve ações tanto na “porta de entrada”, prestando atendimento inicial aos casos de urgência e emergência, como também nas enfermarias clínicas e pediátricas de baixa complexidade.

Essa transferência é operacionalizada pelo Núcleo de Interno de Regulação (NIR), através da gestão de leitos da REUE. Para os casos em que há a necessidade de leito de Unidade de Terapia Intensiva – UTI, essa regulação é feita através da Central de Regulação do Estado de Sergipe obedecendo ao perfil clínico estabelecido em protocolo.

O Núcleo de Regulação Interna (NIR- Aracaju) atua como área técnica para as questões de regulação dos pacientes no âmbito dos dois hospitais e é também responsável pela interface com as centrais de regulação para delinear o perfil de complexidade da assistência na RUE e buscar vagas de internação e apoio diagnóstico e terapêutico para os pacientes internados, sempre que necessário.

O NIR conta com equipe multidisciplinar para o gerenciamento de vagas cuja finalidade é a garantia da qualidade da gestão do serviço de urgência e emergência e dos leitos de retaguarda às urgências na forma da Portaria nº 2.395/GM/MS, de 11 de outubro de 2011. Por se tratar de um serviço que iniciou em janeiro de 2016 os protocolos e fluxos estão em fase de implantação e implementação, bem como em discussão sobre a regulação de leitos do município de Aracaju conjuntamente com o NUCAAR (Núcleo de Controle, Auditoria, Avaliação e Regulação – Aracaju), bem como a Central de Regulação do Estado de Sergipe.

A média de atendimentos nos Hospitais da RUE é de 11.000 pacientes/mês atendidos no Hospital Dr. Nestor Piva (Zona Norte) e de 9.000 pacientes/mês, atendidos no Hospital Desembargador Fernando Franco (Zona Sul).

A REUE realiza também o acompanhamento dos serviços contratados, no intento de garantir a qualidade do serviço prestado. O panorama atual aponta os esforços da SMS -

Aracaju na prerrogativa de uma política pública focada na melhoria da qualidade dos serviços, ampliando a rede de suporte e cuidado, evitando que os usuários fiquem desassistidos ou que sejam internados em outras unidades hospitalares de mesma complexidade.

Há o desafio de se ter suficiência de oferta, uma vez que o crescimento populacional em Aracaju não foi acompanhado do aumento de portas de entrada, pronto-atendimentos e unidades da rede hospitalar de urgências e emergências. Percebe-se grande pressão de demanda dos casos agudos nas Unidades da Rede de Atenção Primária e nos hospitais.

Hospital Dr. Nestor Piva: localizado na zona norte da capital sergipana, dispõe de atendimento médico nas especialidades de clínico geral, ortopedia, cirurgia, durante as 24 horas, e a odontologia, que funciona durante todos os dias da semana no período noturno e aos finais de semana e feriados, durante as 24 horas.

Possuem leitos de observação e medicação, 12 leitos de internação adulto, distribuídos em 6 (seis) masculinos e 6 (seis) femininos, além de 02 (dois) leitos de estabilização adulta, distribuídos em um único pavimento. Para apoio ao diagnóstico, o hospital dispõe de exames de USG, RX, ECG e exames laboratoriais.

Na especialidade ortopédica, é realizado o “serviço ambulatorial de retorno”, em que é ofertada ao paciente uma consulta de retorno para o especialista que realizou o primeiro atendimento. Esse serviço funciona duas vezes por semana e é referência em vacinas e procedimentos de enfermagem aos finais de semanas e feriados.

O hospital atende também às urgências odontológicas durante a semana no período noturno e aos finais de semana e feriado, durante as 24 horas, em razão das Unidades Básicas e o Centro de Especialidades Odontológicas – CEO, estarem fechadas.

A distribuição do perfil do atendimento é de 80% (oitenta por cento) dos atendimentos da especialidade de clínico geral, 10% (dez por cento) da especialidade ortopédica e 10 % (dez por cento) da cirúrgica. O hospital possui leitos de internação adulta e em média 3% (três por cento) dos pacientes adultos atendidos na unidade necessitam de internação.

Hospital Fernando Franco: localizado na zona sul de Aracaju, dispõe de atendimento médico nas especialidades clínico geral, cirurgia e pediatria. Dispõem de leitos de observação e medicação, 15(quinze) leitos internação pediátrica, 02 (dois) leitos de estabilização adulta e 01 (um) de estabilização infantil, distribuídos em um único pavimento. O hospital também faz parte das unidades sentinelas referência no Estado de Sergipe e é referência em vacinas e procedimentos de enfermagem aos finais de semanas e feriados. Para apoio ao diagnóstico, o hospital dispõe de exames de RX, ECG e exames laboratoriais.

A distribuição do perfil do atendimento é de 70% (setenta por cento) dos atendimentos da especialidade de clínico geral, 20% (vinte por cento) da especialidade pediátrica e 10 % (dez por cento) da cirúrgica.

Salienta-se que o hospital possui apenas leitos de internação pediátrica, todavia, os pacientes adultos que têm necessidade de internação permanecem na observação até a alta médica ou a transferência para outra unidade hospitalar. Cerca de 2% (dois por cento) dos pacientes adultos atendidos na unidade necessitam de internação.

Na especialidade de pediatria, embora a unidade seja referência no município para atendimento de baixa complexidade, pode-se considerar um volume baixo de atendimento, assim como de internação. Em média, 4% (quatro por cento) do total de crianças atendidas na unidade necessitam de internação.

Conselhos Locais de Saúde

Os Conselhos Locais de Saúde são de suma importância para o desenvolvimento descentralizado do poder de decisão, de fiscalização e de gerenciamento dos equipamentos de saúde e das linhas de cuidado de atenção à saúde da população.

A formação dos conselhos e suas conferências e comissões se dá em cada Unidade de Saúde, a partir do Conselho Local de Saúde e validado pelo Conselho Municipal de Saúde. Este formato está presente em cada UBS, apesar de haver grande heterogeneidade da forma, composição e *modus operandis*. Em 2017, ano que se inicia uma nova gestão, diversos conselhos locais de saúde foram reativados, com apoio e iniciativa da Secretaria Municipal de Saúde, em parceria com o Conselho Municipal de Saúde. Isso demonstra que a gestão municipal, além de se tornar mais democrática e participativa, faz com que a discussão das ações se ramifique e contemple a ótica de quem se utiliza do sistema, seja como usuário ou como campo de trabalho e gestão.

Ao todo, em 2017, de janeiro a setembro, já foram reativados sete Conselhos Locais de Saúde, com a participação efetiva da gestão neste processo, por meio do apoio institucional da secretaria em sua conformação, eleição, cronogramas e mobilização.

Uma integração entre canais de comunicação com o usuário, como a Ouvidoria da Saúde e o controle social é necessária para que se possa otimizar e incrementar processos democráticos de gestão.

IV. Ações Estratégicas para melhorar a prestação de serviços à saúde das pessoas

Com o desígnio de promover uma prestação de serviços à saúde da população, com qualidade, a Secretaria Municipal da Saúde de Aracaju realiza ações de maneira estratégica através de execução de programas, projeto e atividades para atender de modo integral as pessoas do município, tudo em consonância com o que preconiza o Sistema Único de Saúde. Busca desenvolver e fortalecer a promoção e à prevenção da saúde, assim como adota medidas voltadas ao controle de determinantes e condicionantes da saúde da população atendida. Propondo-se a atender com mais qualidade os usuários e reconhecendo a importância do planejamento esta gestão elaborou o Plano Municipal de Saúde 2018-2021 assumindo o compromisso vislumbrado em fornecer melhor qualidade de vida às pessoas.

PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE 2018-2021				
MACRO DIRETRIZ I: FORTALECIMENTO DAS REDES ATENÇÃO À SAÚDE				
Ação	Indicador	Metas	Prazo	Responsáveis
Implantar o Sistema de Gestão em Saúde	Nº de serviços de saúde informatizados	100% dos serviços	2018-2021	NUINF
Ampliar as formas de conectividade dos serviços de saúde	Melhoria na velocidade de acesso a internet	100% dos serviços de saúde com melhoria	2018-2021	NUINF
Implantar a Sistematização da Assistência em Enfermagem (SAE) nos serviços de saúde de Aracaju	Percentual de serviços com SAE implantada	100% dos serviços de saúde com SAE implantada	2018-2021	DAS
Promover ações de uso racional de medicamentos	Percentual de coberturas de farmacêuticos	70%	2018-2021	CODAF
	Percentual de unidades de realizam serviços farmacêuticos	10% dos serviços de saúde	2018 2021	CODAF
DIRETRIZ I: QUALIFICAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA				
Ação	Indicador	Metas	Prazo	Responsáveis
Qualificar a produção de informação na Atenção Básica	Produção de informação por ESF implantada	100% de produção de informação pelas ESF implantadas	2018-2021	REAP
Construir Unidade Básica de Saúde 17 de Março	Construção da Unidade conforme cronograma, proposta Fundo a Fundo nº 11718406.0001140-02	100% Cumprimento do cronograma	2018-2021	NUSER
Construir Unidade Básica de Saúde Elizabeth Pitta	Construção da Unidade conforme cronograma	100% Cumprimento do cronograma	2018-2021	NUSER
Remapear o território adstrito às Unidades de Saúde da Família	Percentual de famílias cadastradas no SIS-AB	Mínimo de 50% pessoas cadastradas por ESF (sobre base estimada pelo gestor)	2018-2021	REAP
Intensificar as ações dos Agentes Comunitários de Saúde no território	Percentual de ACS em uso efetivo de tablets	80% dos ACS em uso dos tablets	2018-2021	REAP
Ampliar a Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil (EAAB)	Percentual de profissionais da UBS sensibilizadas e	50% de profissionais das UBS	2018-2021	Saúde da Criança

	capacitados na EAAB			
Promover ações intra e intersetoriais voltadas para a Saúde Integral do Adolescente	Nº de atendimentos realizados ao público adolescente na Atenção Básica	Ampliar o acesso do adolescente na Atenção Básica	2018-2021	Saúde da Criança
Reduzir a mortalidade materno, fetal e infantil	Nº de mortes materno, fetal e infantil	Reduzir o número de mortes materno, fetal e infantil	2018-2021	Saúde da Criança
Fortalecer o cuidado à saúde materno infantil intersetorialmente	Reuniões do Fórum da Rede Cegonha realizadas	01 reunião bimestral do Fórum realizadas	2018-2021	Saúde da Mulher
Aumentar o número de consultas em pré-natal em Aracaju, especialmente nos bairros com menor cobertura (17 de Março e Santa Maria)	Nº de partos em gestantes com 7 ou mais consultas de pré-natal (SINASC)	Aumentar o indicador em 15%	2018-2021	Saúde da Mulher
Monitorar, através de Sala de Situação das ESF, os casos de Cânceres de Colo do Útero e de Mama nos territórios	Monitoramentos dos casos de cânceres de colo do útero e de mama pelas ESF no território	Implantar em 100% das ESF as salas de situação	2018-2021	Saúde da Mulher
Reorganizar o Programa de Monitoramento Glicêmico na ESF	Percentual de protocolos revisados e equipes capacitadas	100% das equipes capacitadas no novo protocolo	2018-2021	Saúde do Adulto e Idoso
Qualificar o cuidado para HAS, DM, DCV	Nº de reuniões de apoio matricial realizados pelo Programa de Saúde do Adulto e Idoso nas ESF	01 reunião mensal	2018-2021	Saúde do Adulto e Idoso
Implantar linha de cuidado em obesidade	Nº de pessoas obesas acompanhadas	01 ambulatório implantado	2018-2021	Saúde do Adulto e Idoso
Construir e implementar a linha de cuidado à saúde da pessoa idosa	Percentual de equipes qualificadas para o atendimento à pessoa idosa	100% das equipes qualificadas	2018-2021	Saúde do Adulto e Idoso
Ampliar cobertura de saúde bucal no município de Aracaju	Nº de equipes de saúde bucal implantadas	Incremento de 10% no número de equipes implantadas	2018-2021	Saúde Bucal
Ampliar as ações de prevenção e de diagnóstico do Câncer de Boca	Nº de ações realizadas	01 ação anual	2018-2021	Saúde Bucal
Implementar ações de fortalecimento ao cuidado à Saúde do homem	Realização de ações voltadas para este público-alvo	01 seminário realizado e cronograma de ações de implementação	2018-2021	Saúde do Homem
Qualificar cuidado pelas equipes do NASF em Aracaju	Inserção do NASF nas linhas de cuidado de Saúde Mental na AB e linha de cuidado da criança com deficiência	100% das equipes de NASF atuando de forma articuladas com as ESF e linhas de cuidado no território	2018-2021	NASF
Acompanhar e monitorar o Programa Bolsa Família.	Percentual de famílias beneficiárias acompanhadas pelas ESF	80% de famílias beneficiárias acompanhadas	2018-2021	Coord. Serviço Social
Fortalecer o Programa Consultório na Rua	Percentual de pessoas em situação de rua atendidas nos serviços de saúde	80% das pessoas em situação de rua cadastradas no Consultório na Rua com vínculo nos serviços de saúde	2018-2021	Consultório na Rua

Construir o Plano Municipal Intersetorial de Cuidado a População em Situação de Rua	Plano construído	100% do plano construído	2018-2019	Consultório na Rua
Reorganizar o cuidado em saúde mental das Referências na Atenção Básica	Relatórios situacionais trimestrais do cuidado da saúde mental na AB	Relatórios apresentados por 100% das equipes	2018-2021	REAP
DIRETRIZ II: QUALIFICAÇÃO DA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL				
Ação	Indicador	Metas	Prazo	Responsáveis
Qualificar o cuidado à pessoa em situação de crise	Média do tempo de permanência no acolhimento noturno dos CAPS III	Diminuir tempo médio de permanência em acolhimento noturno nos CAPS III	2018-2021	REAPS
	Nº de recolhimentos noturnos em período de 6 meses	Diminuir número de recolhimentos noturnos nos CAPS III	2018-2021	REAPS
Qualificar o cuidado ofertado nos CAPS	Nº de usuários encaminhados para serviços da atenção básica	Ampliar nº de usuários encaminhados para atenção básica	2018-2021	REAPS
Desenvolver atividades de cuidado aos trabalhadores da Atenção Psicossocial	Nº de atividades realizadas	120 atividades	2018-2021	REAPS
Qualificar os trabalhadores das redes de atenção à saúde no cuidado em saúde mental	Nº de atividades de educação permanente com foco em saúde mental realizadas para os trabalhadores das redes de atenção à saúde	16 atividades de educação permanente	2018-2021	REAPS
Qualificar a produção de informação em saúde mental	Nº de indicadores implantados	1 relatório mensal produzido por cada serviço da rede	2018-2021	REAPS
Fortalecer a estratégia de redução de danos na atenção à saúde	Nº de atividades com a temática realizadas para as Redes de Atenção à Saúde	12 atividades realizadas	2018-2021	REAPS
Reestruturar a atenção hospitalar em saúde mental	Leitos contratualizados em hospital geral	Aumentar em 26 leitos	2018-2021	REAPS
Fortalecer os espaços de cogestão e articulação da RAPS	Nº de espaços de co-gestão entre trabalhadores, usuários, familiares e gestores	324 espaços colegiados por ano	2018-2021	REAPS
Realizar atividades artísticas/culturais/acadêmicas que dialoguem sobre o modelo de cuidado da atenção psicossocial	Nº de atividades realizadas	04 atividades por ano	2018-2021	REAPS
Traçar estratégias intersetoriais de	Nº de usuários inseridos	Ampliar a participação	2018-2021	REAPS

geração de renda para as pessoas com transtorno mental ou usuárias problemáticas de crack, álcool e outras drogas visando a reinserção social pelo trabalho	em atividades de geração de renda	de usuários em atividades de geração de renda		
Fortalecer os Dispositivos Residenciais Terapêuticos no Território: Residência Terapêutica e Unidade de Acolhimento	Percentual de usuários atendidos no serviço	100 % dos usuários atendidos	2018-2021	REAPS

DIRETRIZ III QUALIFICAÇÃO HOSPITAIS MUNICIPAIS

Ação	Indicador	Metas	Prazo	Responsáveis
Implantar o Protocolo de Classificação de Risco nas unidades de urgências	Percentual de pacientes atendidos conforme protocolo de classificação de risco	100% dos usuários atendidos nos serviços de urgência	2018-2021	REUE
Monitorar o tempo de atendimento por unidade com foco na melhoria contínua da assistência	Nº de prontuários analisados, considerando o registro do tempo de atendimento	2400 prontuários analisados (600 prontuários da clínica médica e pediatria por ano)	2018-2021	REUE
Qualificar a cadeia de regulação interna dos Hospitais Municipais	Percentual de fluxos e protocolos implantados	100% dos fluxos e protocolos implantados	2018-2019	REUE
Pactuar retaguarda de leitos e exames complementares	Levantamento estatístico mensal de solicitação/disponibilização de leitos de retaguarda contratualizados	100% de levantamento realizado	2018-2021	REUE
	Levantamento estatístico mensal de solicitação (necessidade)/disponibilização de exames complementares contratualizados e não disponibilizados nas unidades de urgência e emergência	100% de levantamento realizado	2018	REUE
Ampliar e adequar a enfermaria adulto do Hospital Nestor Piva	Nº de leitos de internação do hospital Nestor Piva	Incremento de 12 para 24 leitos	2018	REUE
Adequar a enfermaria pediátrica do Hospital Zona Sul Fernando Franco	Nº de leitos qualificados pelo Ministério da Saúde	15 leitos qualificados pelo MS	2021	REUE
Ampliar e adequar a infraestrutura dos Hospitais Municipais de acordo com a legislação correspondente	Infraestrutura dos Hospitais Municipais adequadas conforme legislação correspondente	50% dos critérios de infraestrutura regulamentados cumpridos	2018-2021	REUE

DIRETRIZ IV: QUALIFICAÇÃO DOS SERVIÇOS DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE AMBULATORIAL E HOSPITALAR

Ação	Indicador	Metas	Prazo	Responsáveis
Implantar linhas do cuidado para pessoa com deficiência físico-motora e intelectual	Nº de Linha do cuidado implantada	1 linha do cuidado para TEA (Transtorno do espectro do	2018-2019	REAE

		autismo) implantada		
		1 Linha do cuidado em AVC (Acidente Vascular Cerebral) implantada	2018-2021	REAE
Ampliar a oferta de cuidado através de novas modalidades de assistência (Atividade de vida diária, fisioterapia aquática, atividade externa, estimulação visual) no CER II	Nº de atividades ofertadas	1 atividade externa implantada	2018	REAE
		1 Atividade da vida diária implantada	2019	REAE
		1 Atividade fisioterapia aquática implantada	2020	REAE
		1 atividade de estimulação visual implantada	2021	REAE
Implantar ambulatório de obesidade	Ambulatório implantado	100% ambulatório implantado	2018-2021	Saúde do Adulto e Idoso
Implantar a linha do cuidado da pessoa com cardiopatia	Nº de linha do cuidado implantada	1 Linha do cuidado de cardiopatia implantada	2018-2021	REAE
Implantar serviços de odontopediatria e oftalmologia para usuários do CEMCA	Nº de serviço de odontopediatria implantado	1 serviço de odontopediatria implantado	2018	REAE
	Nº de serviço de oftalmologia implantado	1 serviço implantado	2019	REAE
Ampliar o serviço de Endodontia Centro de Especialidades Odontológicas (CEO)	Percentual de procedimentos de endodontia	ampliar em 50% os procedimentos de endodontia	2021	REAE
Ampliar a capacidade instalada do CEO	Percentual de procedimentos realizados no CEO	ampliar em 50% os procedimentos do CEO	2018-2021	REAE
Adequar e validar os protocolos de acesso definidos dentre os já publicados nacionalmente (MS e Telesaúde)	Percentual de protocolos de acesso adequados e validados	100% dos protocolos validados	2018-2021	NUCAAR
Implementar a informatização da regulação dos procedimentos ambulatoriais de alta complexidade (APAC - Autorização para Procedimentos de Alta Complexidade)	Percentual de procedimentos de APAC informatizados	90% dos procedimentos informatizados	2018-2021	NUCAAR
Implementar a informatização da regulação dos procedimentos hospitalares (AIH)	Percentual de procedimentos cirúrgicos hospitalares informatizados (AIH)	85% dos procedimentos cirúrgicos hospitalares informatizados	2018-2021	NUCAAR
Qualificar a regulação do acesso de todos os procedimentos cirúrgicos eletivos através da regulação das filas para estes procedimentos	Percentual de procedimentos cirúrgicos eletivos regulados	85% de procedimentos cirúrgicos regulados	2018-2021	NUCAAR

Realização do PROJETO CONFIRMA ARACAJU, que consiste na conscientização da importância dos usuários confirmarem e comparecerem aos procedimentos autorizados	Nº de campanhas de conscientização realizadas	1 campanha realizada	2018-2021	NUCAAR
Realização de auditoria nos contratos ambulatoriais e hospitalares	Percentual de auditorias realizadas nos contratos ambulatoriais e hospitalares	80% de auditorias nos contratos realizados	2018-2021	NUCAAR
Ampliação do número de contratos ambulatoriais fiscalizados	Percentual de contratos ambulatoriais com supervisão	100% de supervisão nos contratos ambulatoriais	2018-2021	NUCAAR
Informatização das solicitações ambulatoriais e hospitalares gerando assim BPA eletrônico	Percentual de prestadores enviando BPA eletrônico	90% dos prestadores enviando BPA eletrônico	2018-2021	NUCAAR
MACRO DIRETRIZ II: DESENVOLVIMENTO DE AÇÕES DE PROMOÇÃO DA SAÚDE NAS REDES DE ATENÇÃO DE ARACAJU				
Ação	Indicador	Metas	Prazo	Responsáveis
Ampliar do número de escolas municipais na adesão do Programa Saúde na Escola (PSE)	Aumento da cobertura do número de escolas municipais nas ações de promoção e prevenção do PSE	Cobertura de 80% das escolas municipais	2018-2021	PSE
Sensibilizar e dar suporte os profissionais da Estratégia de Saúde da Família na realização das ações do PSE	Nº de ações do PSE pelas Equipes de Saúde da Família	100% das Equipes de Saúde da Família realizando pelo menos 01 ação do PSE anualmente	2018-2021	PSE
Realizar capacitação das Equipes de Saúde da Família nos temas elencados e pactuados no PSE.	Percentual de ESF capacitadas sobre PSE	60% das ESF capacitadas	2018-2021	PSE
Implementar o Projeto Protagonismo Juvenil nas escolas do PSE	Nº de escolas municipais com o projeto protagonismo juvenil implementado	12 escolas municipais	2018-2021	PSE
Enfrentar e combater o racismo, a lgbtfofia, e outras formas de discriminação e preconceito no âmbito da SMS.	Percentual de ações de sensibilização realizadas na atenção básica	100% das UBS com ações de sensibilização realizadas	2018-2021	Promoção da Equidade
Fomentar e coordenar o processo de estruturação do Ambulatório Transsexualizador do Município de Aracaju	Nº de ações intra e intersetoriais (reuniões, rodas de conversa, grupo de trabalho, seminário, etc.)	06 ações até a implantação do ambulatório	2018-2021	Promoção da Equidade
Fomentar e apoiar a efetivação da Linha de Cuidado das Pessoas com Doença Falciforme em Aracaju	Nº de ações intra e intersetoriais (reuniões, rodas de conversa, grupo de trabalho, seminário, etc.)	04 ações anuais	2018-2021	Promoção da Equidade
Contribuir na elaboração e implementação do Plano Municipal de Atenção Integral às Pessoas em Situação de Rua.	Participação nas ações intra e intersetoriais	Participação em 100% das ações realizadas	2018-2021	CnR
Realização de ações de sensibilização, mobilização e capacitação de gestores e trabalhadores	Nº de ações de sensibilização, mobilização e capacitação de gestores da SMS Aracaju	02 ações anuais	2018-2021	Acompanhament o Casos de Violência

Ampliar a cobertura do Programa Academia da Cidade nos bairros com maior vulnerabilidade social.	Percentual de pólos do PAC nos bairros com maior vulnerabilidade social	Aumento de 20% do número de pólos nestes bairros	2018-2021	PAC
Fomentar e estimular a inclusão de novas ações e atividades que agreguem e promovam o interesse de outras faixas etárias ao PAC	Percentual de turmas, atividades e ações com crianças e adolescentes	Aumento de 100% do escopo de atividades ofertadas a este público	2018-2021	PAC
Realizar ações para reaproximar a equipe do PAC com as equipes de saúde da família	Nº de reuniões entre equipe do PAC e ESF no território	Aumento em 100% do número de reuniões e encontros por polo do PAC anualmente	2018-2021	PAC
Promover educação permanente da equipe de profissionais e estagiários do PAC	Nº atividades de educação permanente	12 atividades de Educação Permanente por ano	2018-2021	PAC

MACRO DIRETRIZ III: FORTALECIMENTO DAS AÇÕES DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE NAS REDES DE ATENÇÃO

Ação	Indicador	Metas	Prazo	Responsáveis
Implantar um observatório para diagnóstico da Vigilância em Saúde dinâmico, monitoramento e planejamento.	Nº de Observatório da Vigilância em Saúde implantado	01 observatório implantado	2018-2021	DVS/COSIVS
Implementar o Comitê de Prevenção da Mortalidade Materna, Fetal e Infantil	Aumento na realização das investigações de óbitos com códigos Garbages	incremento de 40%	2018-2021	DVS/COSIVS
Cooperar tecnicamente com a formulação do aplicativo para notificação de agravos, doenças e condições ambientais de dano para a saúde pública	Percentual de participação das etapas e estratégias de formulação do aplicativo	100% de participação	2018-2021	DVS/COSIVS
Implementar na rede de Atenção à Saúde, as Linhas de Cuidado, Notificações e monitoramento em TB/HAN, Arboviroses (dengue, Zika vírus, febre de chikungunya), Prevenção de Violência e Acidentes de trânsito, IST, HIV/AIDS, Hepatites Virais, Imunopreveníveis, Influenza, Meningite, DTHA, Surtos, doenças emergentes e zoonoses.	Percentual de unidades de Saúde da Rede de Atenção à Saúde que realizam notificações e monitoramento mensal	100% das unidades	2018-2021	DVS/COVEPI
Realizar ações de prevenção e controle das Zoonoses/CCZ, e controle populacional através do castramóvel.	Ações de prevenção e controle das zoonoses realizadas	Incrementar 40% das ações	2018-2021	DVS/COVEPI
Realizar ações de educação em saúde e campanhas no âmbito da vigilância em saúde.	Nº de ações de educação em saúde no âmbito da vigilância em saúde realizadas (CCZ, Projeto Vida no Trânsito, TB, IST/HIV/AIDS, HAN e outros)	88 ações de educação em saúde realizadas	2018-2021	DVS/COVEPI
Realizar abordagens para profissionais de saúde e população relacionadas a Prevenção de Violências e Acidentes de trânsito	Percentual de abordagens relacionadas à Prevenção de Violências e Acidentes de trânsito realizadas	100% de abordagens realizadas	2018-2021	DVS/COVEPI

Implementar as ações de Promoção, Prevenção, Diagnóstico e Controle das IST, HIV, AIDS, Hepatites Virais com apoio às OSC/ONG na realização de trabalhos educativos, promoção social e direitos humanos.	Percentual ações de Promoção, Prevenção, Diagnóstico e Controle das IST, HIV, AIDS, Hepatites Virais com apoio às OSC/ONG implementadas	100% das ações do PAM	2018-2021	DVS/COVEPI
Capacitar e atualizar os profissionais da rede primária de saúde para diagnóstico, assistência, tratamento e notificação das doenças de notificação obrigatória	Percentual de profissionais da rede primária de saúde capacitados e atualizados	100% dos profissionais da rede primária de saúde capacitados e atualizados	2018-2021	DVS/COVEPI
Implementar o CIEVS (Centro de Informação Estratégica de Vigilância em Saúde) físico, fortalecendo as respostas nas emergências de Saúde Pública	Setor CIEVS implementado com técnico responsável	100% do CIEVS implementado	2018	DVS/COVEPI
Integrar as ações da COVISA com a Rede de Atenção Primária	Nº de ações realizadas de forma integradas entre COVISA e REAP	10 ações realizadas	2018-2021	DVS/COVISA
Integrar as ações da COVISA com EMSURB e SEMA	Nº de ações realizadas de forma integrada entre COVISA e SEMA	08 ações realizadas	2018-2021	DVS/COVISA
	Nº de ações realizadas de forma integrada entre COVISA e EMSURB	08 ações realizadas	2018-2021	DVS/COVISA
Implementar ações educativas em Saúde Ambiental entre COVISA e Escolas	Nº de escolas capacitadas em Saúde Ambiental	40 escolas capacitadas	2018-2021	DVS/COVISA
Implementar as ações de Vigilância Ambiental para a redução do dano ao meio ambiente e à população em área de risco	Criação e implementação de ações da gerência da Qualidade de Solo e Ar	01 Gerência criada e implementada	2018-2021	DVS/COVISA
Desenvolver ações de prevenção, promoção e cuidado ao trabalhador rede básica de saúde de Aracaju.	Atividade de prevenção/promoção realizada nas Unidades Básicas de Saúde	100% das UBS com pelo menos 01 ação realizada	2018-2021	DVS/Saúde do Trabalhador
Refazer os mapas de riscos das unidades de saúde do município de Aracaju.	Mapa de risco finalizado nas Unidades Básicas de Saúde	100% dos mapas finalizados	2018-2021	DVS/Saúde do Trabalhador
Fortalecer o observatório da Saúde do Trabalhador	Elaboração de boletins emitidos pelo observatório	12 boletins	2018-2021	DVS/Saúde do Trabalhador
MACRO DIRETRIZ IV: GESTÃO				
DIRETRIZ I: GARANTIA DOS MEDICAMENTOS E INSUMOS BÁSICOS PARA SUPRIR OS SERVIÇOS DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE				
Ação	Indicador	Metas	Prazo	Responsáveis
Assegurar o acesso da população a medicamentos seguros, eficazes e de qualidade	Análise dos processos licitatórios	100% dos processos analisados	2018-2021	CODAF
Assegurar o acesso aos medicamentos essenciais	Percentual de medicamentos em faltas na Central de Abastecimento Farmacêutico	até 15% da relação dos medicamentos em falta	2018-2021	CODAF

Reduzir o custo da aquisição de medicamentos	Alimentar e utilizar o banco de preços dos processos licitatórios	100% de uso do banco de preços	2018-2021	CODAF
Planejamento dos processos de programação e aquisição	Percentual de itens padronizados sem ação de compras	Até 5% anual	2018-2021	CODAF
Controlar a dispensação de psicotrópicos	Percentual de farmácias que dispensam psicotrópicos em conformidade com a legislação vigente	100%	2018-2021	CODAF
DIRETRIZ II: GESTÃO, MANUTENÇÃO E DESENVOLVIMENTO INSTITUCIONAL				
Ação	Indicador	Metas	Prazo	Responsáveis
Informatizar o processo de elaboração e controle de documentos	Melhoria e controle da elaboração eletrônica de documentos	100% dos documentos	2018-2021	NUINF
Melhorar a segurança com monitoramento e alarme, e garantir a segurança das UBS	Melhoria das condições de segurança	100% das unidades de saúde	2018-2021	NUINF
Reestruturação predial das unidades de saúde que compõem a rede	Melhorar ambiência no trabalho de todas as unidades da rede SMS	100% das unidades da rede SMS atingidas	2018-2021	NUSER
Aquisição de mobiliário, equipamentos, insumos e material permanente para as unidades de saúde	Insumos, equipamentos e materiais permanentes adquiridos de acordo com as demandas de cada unidade da rede SMS	100% das solicitações demandadas atendidas	2018-2021	NUSER
Reforma de UBS com recursos federais adquiridos através do cadastro de emendas parlamentares	06 UBS reformadas Propostas nº 11718.406000/1160-01 - UBS Celso Daniel, 11718.406000/1160-04 - Fernando Sampaio, 11718.406000/1160-05 - Dona Jovem, 11718.406000/1160-11 - Carlos Hardman, 11718.406000/1160-06 - Anália Pina, 11718.406000/1160-08 - Cândida Alves.	100% das unidades de saúde cadastradas reformadas	2018-2021	NUSER
Ampliação de UBS com recursos federais adquiridos através do cadastro de emendas parlamentares	03 UBS ampliadas Propostas nº 11718.406000/1160-16- UBS Hugo Gurgel, nº 11718.406000/1160-09 - Ministro Costa Cavalcante e 11718.406000/1160-19 - Anália Pina.	100% das unidades de saúde cadastradas ampliadas	2018-2021	NUSER
Construção da Maternidade Municipal 17 de Março	Monitoramento da execução da construção da maternidade em condições adequadas de funcionamento	100% da edificação concluída	2018-2021	NUSER
Garantir manutenção preventiva e corretiva das unidades da rede SMS (predial, mobiliário e equipamentos)	Empresas especializadas contratadas para manutenção de todas as unidades da rede SMS	100% das unidades da rede SMS atendidas pelos contratos	2018-2021	NUSER

Garantir uma política humanizada de gestão de pessoas	Aumento da satisfação do servidor com a Gestão	100% de satisfação	2018-2021	NUGEP
Recomposição das equipes dos diversos serviços que compõem o SUS Aracaju	Aumento do nº de servidores com projeção de concurso público	Cobertura mínima de 70% da população	2018-2021	NUGEP
Implementar o controle eletrônico do registro de frequência de servidores	Cadastrar e acompanhar frequência dos servidores	100% de acompanhamento das frequências dos servidores cadastrados	2018-2021	NUGEP
DIRETRIZ III: FORTALECIMENTO DO CONTROLE SOCIAL E GESTÃO PARTICIPATIVA DO SUS				
Ação	Indicador	Metas	Prazo	Responsáveis
Capacitar Conselheiros Locais de Saúde	Conselheiros locais capacitados	100% dos conselheiros locais capacitados	2018-2021	CMS/CEPS
Realizar gincana entre os CAPS dos município de Aracaju	Realização de gincana	01 gincana anual	2018-2021	CMS/REAPS
Adquirir sede própria para o Conselho Municipal de Saúde	Cessão para o CMS do prédio atual	Prédio cedido	2018-2021	CMS/NUSER
Informatizar e adquirir equipamentos (mobiliário, eletrônicos, ar condicionado e bebedouro)	Levantamento de equipamentos necessários	Equipamentos adquiridos	2018-2021	CMS/NUINF
Manter veículo à disposição integral do CMS	Automóvel disponível em horário integral	01 automóvel disponível em horário integral	2018-2021	CMS/DITRA
Contratar pessoa jurídica, contábil e jornalística	01 profissional para cada categoria citada	profissionais contratados	2018-2021	CMS
Realizar reuniões com a participação dos conselheiros eleitos	Nº de reuniões realizadas	12 reuniões mensais ordinárias e 05 reuniões extraordinárias	2018-2021	CMS
Ampliar espaços democráticos de interlocução e participação popular	Eleição da gerência dos serviços de saúde	100% de gerentes de serviços assistenciais eleitos ou concursados	2018-2021	CMS/GABINETE
Capacitar integrantes das mesas diretoras dos Conselhos Locais de Saúde	Percentual de mesas diretoras capacitadas	100% de mesas diretoras capacitadas	2018-2021	CMS/CEPS
Realizar Seminário livre sobre controle social	Seminário realizado	100% do Seminário realizado	2018-2021	CMS/CEPS
Implantar Call Center da Ouvidoria em Saúde	Call Center implantado	100%	2018-2021	Ouvidoria
Firmar parceria com a Promotoria de Saúde do Ministério Público Estadual e com a Defensoria Pública Estadual.	Envio dos registros da Ouvidoria por meio de Relatórios mensais	100% de Relatórios mensais enviados	2018-2021	Ouvidoria
Reconhecer por Diploma de Excelência no Atendimento para profissionais de saúde que recebam elogios na Ouvidoria	Quantidade de diplomas disponibilizados aos profissionais elogiados	100% dos profissionais elogiados	2018-2021	Ouvidoria
Estimular a participação dos trabalhadores e usuários da Rede de Atenção Psicossocial no controle e participação social	Número de participantes (usuários, familiares, trabalhadores e gestores) nos espaços de controle e participação social	Aumento em 40% de participação (10% por ano)	2018-2021	REAPS

Garantir o orçamento anual do CMS Aracaju com autonomia Plena da Aplicabilidade sobre seu orçamento aprovado pelos conselheiros municipais.	Proposta de aplicabilidade enviada pelo CMS à SMS	Orçamento aprovado pelo CMS	2018-2021	CMS/ASPLANDI
MACRO DIRETRIZ V: POLÍTICA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE DO SUS ARACAJU				
Ação	Indicador	Metas	Prazo	Responsáveis
Implementar ações de educação permanente em saúde que contribuam para a transformação das diversas práticas de gestão e cuidado, de acordo com os princípios do SUS	Percentual de equipes de saúde em processos de Educação Permanente	Iniciar 4 processos de Educação Permanente para profissionais da Rede	2018-2021	CEPS
Reforçar e regularizar a relação com as instituições formadoras em saúde (nível superior e técnico) no intuito de aproximar a formação profissional dos princípios do SUS e qualificar a rede de assistência	Número Absoluto de Convênios assinados junto à SEPLOG e Instituições Formadoras	100% dos Convênios com Instituições formadoras regularizados	2018-2021	CEPS
Qualificar as equipes envolvidas no processo, através de ações de educação permanente e continuada	% de trabalhadores capacitados por ano	100% anual	2018-2021	CODAF
Fortalecer a articulação do eixo ensino-serviço com instituições formadoras e entidades afins	Número de estudantes recebidos pela rede	Aumento de 20% (5% ao ano)	2018-2021	REAPS
Estimular, através da educação permanente em saúde, a incorporação da arte e metodologias participativas no âmbito do trabalho em saúde.	Número de ações promovidas ou com participação do CEPS e NUPRIN.	100% das ações realizadas pelo CEPS e NUPRIN com planejamento pedagógico e metodologias ativas	2018-2021	CEPS
Instituir processos de educação à distância e produção de materiais virtuais visando ampliar o acesso às ações de educação permanente.	Acessos em Página Eletrônica	50 acessos Mensais na página eletrônica	2018-2021	CEPS
Ofertar ações de educação permanente para qualificar a participação popular.	Número Absoluto de Processos de Educação Permanente para o controle social.	Implementar 2 processos de EP/ano para o controle social (a partir de 2018)	2018-2021	CEPS
Efetivar a Escola Técnica do SUS Aracaju	Número de matrículas em Cursos Técnicos implementados pela ET SUS - Aracaju	2 Cursos Técnicos anuais (a partir de 2018)	2018-2021	CEPS
Apoio a Projetos Inovadores	1. Oficinas de Processos de Criação e Inovação em Saúde;	48 Oficinas	2018-2021	NUPRIN
Fomentar a Política Nacional de Educação Popular em Saúde – PNEPS	Oferta do projeto CURTA SUS	288 sessões do Projeto CURTA SUS	2018-2021	NUPRIN
	Oferta do Projeto CineSUSgestão	48 sessões do Projeto CineSUSgestão;	2018-2021	NUPRIN
	Oferta de Círculos de Cultura	43 Círculos de Cultura	2018-2021	NUPRIN
	Realizar de pesquisa para mapeamento de atores sociais ligados a PNEPS;	100% das regiões de saúde	2018	NUPRIN

	Criar projeto de contação de Histórias	Implementar Projeto de Contação de Histórias	2018-2021	NUPRIN
	Estruturar projeto de teatro e educação popular - SUS emCENA -	Contratar 01 técnico de referência e 03 estagiários para compor o projeto	2018-2021	NUPRIN
Contribuir para a consolidação da Política de Humanização – PNH	Ofertar Curso de Formação em Apoio Institucional na PNH;	01 Turma	2018	NUPRIN
	Qualificação das recepções em dispositivos da PNH para as diversas Redes do SUS Aracaju.	10 Turmas	2018-2021	NUPRIN
Fortalecer a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde	Ofertar oficinas de Práticas Integrativas e Complementares;	06 turmas	2018-2021	NUPRIN
	Criar Grupo de trabalho em práticas integrativas e complementares;	Implementar Grupo de trabalho	2018	NUPRIN
	Realizar pesquisa para mapeamento de ações de PICS;	100% das regiões de saúde	2018	NUPRIN
	Elaborar proposta que fundamente a criação de Política Municipal de Práticas Integrativas e Complementares.	Apresentação da proposta para ASPLANDI	2018-2019	NUPRIN
Reestruturar e ampliar o Projeto Sons no SUS	Renovação de contrato de estagiários	02 estagiários	2018-2021	NUPRIN
	Oferta de intervenções musicais	432 intervenções	2018-2021	NUPRIN
	Oferta de oficinas de experimentação musical	48 oficinas	2018-2021	NUPRIN
	Oferta do projeto SUS com Vida	24 vivências	2018-2021	NUPRIN
	Manutenção do Projeto - Coletivo Percussivo "Maria Vem com as Outras"	96 encontros	2018-2021	NUPRIN

ANEXO