

ESTADO DE ALAGOAS
PREFEITURA MUNICIPAL DE MACEIÓ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE 2018/2021



MACEIÓ, 2018

Plano Municipal de Saúde de Maceió- 2018/2021. Autorizada reprodução total ou parcial dos textos, sem fins lucrativos, desde que citada fonte.

Ficha catalográfica

MACEIÓ. Secretaria Municipal de Saúde. Diretoria de Gestão e Planejamento em Saúde/Coordenação Geral de Planejamento. Plano Municipal de Saúde (PMS) 2018-2021. SMS/DGPS/CGP. Maceió. 2017.

1. Planejamento em Saúde, 2. Política Pública de Saúde, 3. Sistema Único de Saúde.

Tiragem: 1.000 exemplares



**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
DIRETORIA DE GESTÃO E PLANEJAMENTO EM SAÚDE
COORDENAÇÃO GERAL DE PLANEJAMENTO EM SAÚDE**

Prefeito

Rui Soares Palmeira

Vice-prefeito

Marcelo Palmeira Cavalcante

Secretário de Saúde

José Thomás Nonô

Secretaria Adjunta de Governança

Keylle André Bida de Lima

Secretaria Adjunta de Gestão da Saúde

Nadja Tenório Marinho

Diretoria de Gestão e Planejamento em Saúde

Sônia de Moura Silva

Diretoria de Atenção à Saúde

Lucélia da Hora Sales

Diretoria de Vigilância em Saúde

Fernanda Araújo Rodrigues

Diretoria de Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria

Deraldo Lima de Souza

Diretoria de Gestão de Pessoas

José Marinho Júnior

Diretoria de Gestão Administrativa

Karine de Andrade Lopes Cavalcante

Diretoria de Planejamento e Gestão Orçamentária

Ângela Domingues Possas

Diretoria do Fundo Municipal de Saúde

Ângela de Oliveira Santos



**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
DIRETORIA DE GESTÃO E PLANEJAMENTO EM SAÚDE
COORDENAÇÃO GERAL DE PLANEJAMENTO EM SAÚDE**

FICHA TÉCNICA

Diretoria de Gestão e Planejamento em Saúde
Sônia de Moura Silva

Coordenação Geral de Planejamento em Saúde
Vânia Maria Barros dos Santos

Organização do texto
Quitéria Maria Ferreira da Silva

Comissão Gestora do Plano

Ana Flávia Rodrigues Leão Melro
Deraldo Lima de Souza
Fernanda Araújo Rodrigues
Flávia de Macedo Citônio
Keylle André Bida de Lima
Lucélia da Hora Sales
Nadja Tenório Marinho
Sônia de Moura Silva

Comissão Técnica do Plano Municipal de Saúde

Adília Pacheco Lima
Ângela de Oliveira Santos
Ângela Domingues Possas
Antônio Fernando Silva Xavier Júnior
Ednalva Maria de Araújo Silva
Givanisy Bezerra de Melo
José Marinho Júnior
Josiene Moreira da Silva Barbosa
Karine de Andrade Lopes Cavalcante
Lizianne Elias Rodrigues
Luiza Toledo Cardoso
Maria de Nazaré Ferreira Batista
Marlene Freire do Nascimento
Maria Neuzete da Silva
Nilda Damião Vieira Teles

Ney Guedes Siqueira
Quitéria Maria Ferreira da Silva
Rafaela Cinthia de Oliveira Rocha Almeida
Rejane de Oliveira Melo
Rita Mendonça
Rozilda da Rocha Vanderlei
Sandra Torres de Oliveira
Sydneya Nunes dos Santos
Regina Soares Bezerra Santos
Thayse Maria dos Santos Agra Migliavasca
Vânia Maria Barros dos Santos
Virginia Maria dos Anjos Vieira Carvalho
Viviane de Albuquerque Santos

Elaboração do texto

Adília Pacheco Lima
Antônio Fernando Silva Xavier Júnior
Camila Silva Calaça
Dilcilete Silva de Queiroz
Givanisy Bezerra de Melo
Júlia Manoela Rocha de Oliveira
Lizianne Elias Rodrigues
Ney Guedes Siqueira
Maria Lúcia de Oliveira Barboza
Maria Elizabete Rodrigues Viana
Mariana de Carvalho Oliveira C. Paz Berg
Priscilla Lopes dos Santos Rodrigues
Quitéria Maria Ferreira da Silva
Regina Soares Bezerra Santos
Rita de Cássia Mendonça Silva
Rejane de Oliveira Melo
Sônia de Moura Silva
Thayse Maria dos Santos Agra Migliavasca
Tereza Cristina Vidal de Negreiros Tenório
Vânia Maria Barros dos Santos
Virginia Maria dos Anjos Vieira Carvalho
Viviane de Albuquerque Santos

Facilitação das oficinas

Adília Pacheco Lima
Antônio Fernando Silva Xavier Júnior
Eloiza Lopes de Lira
Givanisy Bezerra de Melo
Júlia Manoela Rocha de Oliveira
Juliana Melo de Oliveira Lima Costa
Katiane Alves da Silva

Lizianne Elias Rodrigues
Marcelo Christiano Moura de Araújo
Maria Lúcia de Oliveira Barboza
Ney Guedes Siqueira
Rejane de Oliveira Melo
Rita de Cassia Mendonça Silva
Quitéria Maria Ferreira da Silva
Sônia de Moura Silva
Vânia Maria Barros dos Santos
Virginia Maria dos Anjos Vieira Carvalho
Viviane Cristine C. de Melo Farias

Relatoria das oficinas

Ana Claudia Maria Duarte Maia
Ângela Domingues Possas
Lizianne Elias Rodrigues
Kátia Rosane Silva Lins
Kediane de Queiroz Andrade Dias
Nilda Damião Vieira Teles
Márcia de Carvalho dos Santos
Maria das Graças Xavier Ribeiro
Mariana Lopes Freire Soares
Ricardo Castro Porto
Rita de Kássia França de Lima Ramos
Thayse Maria dos Santos Agra Migliavasca
Viviane de Albuquerque Santos

Apoio da organização nas oficinas

Chrislex Maria da Cunha Messias
Djair Ferreira de Lima
Edilane Floriano dos Santos Rocha
Fernanda de Barros Cavalcante
Juliana Melo de Oliveira Lima Costa
Marcelo Christiano Moura de Araújo
Mário Jorge dos Santos Correia
Marina Gabriela de Oliveira Duarte Melro
Rodrigo Capelini da Silva
Viviane Cristine C. de Melo Farias

Revisão do texto

Viviane de Albuquerque Santos

RESOLUÇÃO Nº 18/17 DE 11 DE SETEMBRO DE 2017

A presidente do Conselho Municipal de Saúde de Maceió, Flávia de Macedo Citônio, no uso de suas competências regimentais e atribuições conferidas pela Lei nº. 4.023 de 02 de abril de 1991 e Regimento Interno.

CONSIDERANDO:

Que o Plano Municipal de Saúde (PMS) é um instrumento técnico-político, de expressão das necessidades de saúde da população e da organização do Sistema Único de Saúde (SUS) para responder as demandas e enfrentar os problemas identificados pelos diversos atores que fazem o SUS;

Que o Plano Municipal de Saúde (PMS) constitui-se um documento básico, orientador da Política Municipal de Saúde para um exercício de quatro anos, que anualmente norteia a definição da programação anual das ações e serviços de saúde prestados e as diretrizes da gestão do SUS;

Que o Plano Municipal de Saúde 2018-2021 foi construído, por meio de 08 oficinas distritais - com representantes dos segmentos de usuários, trabalhadores da saúde, prestadores e gestores do SUS, incluindo conselheiros - e 06 oficinas com equipes técnicas e gestoras da Secretaria Municipal de Saúde, contando com a participação efetiva de mais de 500 pessoas no processo de elaboração;

Que é imprescindível garantir que não haja perda na implementação das políticas de saúde constantes no Plano Municipal de Saúde;

RESOLVE: Aprovar *ad referendum* o **Plano Municipal de Saúde (PMS) de Maceió** para o período 2018-2021, com a seguinte ressalva:

Que a Secretaria Municipal de Saúde apresente a versão final do referido plano na próxima reunião ordinária do CMS/Maceió, a ser realizada no dia 26 de setembro de 2017, para que o pleno deste conselho possa apreciar e referendar o mesmo.

Flávia de Macedo Citônio

Presidente do Conselho Municipal de Saúde de Maceió

Homologo a Resolução do CMS / Maceió nº 18/17 de 11 de setembro de 2017, nos termos da Lei nº 4.023 de 02 de abril de 1991.

Rui Soares Palmeira

Prefeito de Maceió

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	12
2. PROCESSO METODOLÓGICO DE ELABORAÇÃO DO PLANO.....	16
3. ANÁLISE SITUACIONAL.....	25
3.1 - Condições de Saúde da População.....	25
3.2 – Determinantes Sociais de Saúde.....	39
3.3 - Percepção da população em relação os problemas de Saúde.....	44
3.4 - Contextualização da organização das ações e serviços de saúde.....	46
3.4.1 – Organização da rede de serviços nos Distritos Sanitários.....	48
3.4.2 - Atenção à Saúde.....	65
Atenção Primária à saúde.....	67
Atenção Especializada à Saúde.....	75
Redes de Atenção à Saúde.....	79
Assistência Farmacêutica.....	96
3.4.3 - Vigilância em Saúde.....	99
Vigilância Epidemiológica.....	101
Promoção da Saúde.....	102
Centro de Controle de Zoonoses.....	104
Vigilância Ambiental.....	105
Vigilância em Saúde do Trabalhador.....	106
Vigilância Sanitária.....	108
3.4.4 - Gestão em Saúde.....	111
Planejamento.....	111
Gestão do Trabalho e Educação em Saúde.....	115
Regulação em Saúde.....	119
Controle Social.....	122
4. FINANCIAMENTO DA POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE.....	126
5. EIXOS, OBJETIVOS, DIRETRIZES, INICADORES E METAS.....	134
5.1 - Eixo 1: Saúde com qualidade, acesso e expansão dos serviços.....	135
5.2 - Eixo 2: Gestão em saúde com inovação, eficiência e participação social	144
6. MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO.....	148
REFERÊNCIAS	152

APRESENTAÇÃO

Planejar é também distribuir poder e democratizar conhecimento. Sem planejamento, sem organização e sem persistência, resta apenas prosseguir no caminho dominado pela improvisação da rotina diária e se surpreender com os resultados alcançados, mesmo que não buscados.

Maria Testa

Figura 01 - Oficina para Construção do Plano Municipal de Saúde de Maceió- 2018/2021.



Fonte: Coordenação de Planejamento em Saúde/ SMS de Maceió/AL, 2017.

APRESENTAÇÃO

O Plano Municipal de Saúde (PMS) é um instrumento técnico-político de expressão das necessidades de saúde da população e da organização do Sistema Único de Saúde (SUS) para responder às demandas e enfrentar os problemas identificados pelos diversos atores que fazem o SUS. O PMS constitui-se um documento básico, orientador da Política Municipal de Saúde para um exercício de quatro anos, que, anualmente, norteia a definição da programação anual das ações e serviços de saúde prestados e as diretrizes da gestão do SUS.

Conforme preconiza a legislação do SUS, especialmente a Lei 8.080/90, o Decreto presidencial 7.508/2011 e a Lei Complementar 141/2012, o PMS deve ser elaborado de forma participativa e ascendente, em espaços de debates públicos com usuários, profissionais de saúde e gestores. Esse processo de elaboração do Plano, além de requisito legal, é um dos mecanismos relevantes para assegurar os princípios da descentralização e da participação social e, sobretudo, garantir a saúde como direito universal, cuja atenção deve ser prestada de forma equitativa, com qualidade e integralidade.

Nesse direcionamento, o Plano Municipal de Saúde 2018-2021 foi construído por meio de 08 oficinas distritais - com representantes dos segmentos de usuários, trabalhadores da saúde, prestadores e gestores do SUS – e 06 oficinas com equipes técnicas e gestoras da Secretaria Municipal de Saúde, contando com a participação efetiva de mais de 500 pessoas no processo de elaboração.

Enquanto instrumento institucional de gestão, o referido plano incorpora uma visão estratégica, levando em consideração a análise da situação de saúde da população, os problemas e necessidades relativos à organização do SUS e as propostas das conferências públicas do PMS e do Plano Plurianual e, ainda, da Conferência Municipal de Saúde de 2015, numa construção compartilhada com a sociedade maceioense.

O Plano Municipal traz, em sua formulação, dois eixos estratégicos, 15 diretrizes, 83 metas e 39 indicadores, que representam o compromisso assumido pelos diferentes atores sociais que conduzem o Sistema Único de Saúde no Município de Maceió.

PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE DE MACEIÓ 2018-2021

EIXOS

EIXO 1 - SAÚDE COM QUALIDADE, ACESSO E EXPANSÃO DOS SERVIÇOS

EIXO 2: GESTÃO EM SAÚDE, COM INOVAÇÃO, EFICIÊNCIA E PARTICIPAÇÃO SOCIAL

DIRETRIZES

1. Reordenamento da atenção primária à saúde.
2. Expansão da rede de serviços do SUS, com construção, ampliação e reformas.
3. Implementação da Rede Cegonha.
4. Operacionalização da Rede de Atenção às Doenças Crônicas.
5. Estruturação da Rede Psicossocial.
6. Ampliação da Rede de Urgência.
7. Reorganização da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência.
8. Implementação da Assistência Farmacêutica.
9. Aprimoramento da atenção especializada ambulatorial e hospitalar.
10. Fortalecimento e modernização da promoção e vigilância em saúde.

11. Descentralização da gestão participativa e do planejamento do SUS.
12. Organização da gestão do trabalho e da educação na saúde.
13. Consolidação dos processos de regulação e auditoria em saúde.
14. Operacionalização das ações e serviços administrativos do SUS no município.
15. Fortalecimento dos mecanismos de controle social.

INTRODUÇÃO

Planejar significa pensar antes de agir, pensar sistematicamente, com método; explicar cada uma das possibilidades e analisar suas respectivas vantagens e desvantagens; propor-se objetivos.

Carlos Matus

Figura 02 - Oficinas para construção do Plano Municipal de Saúde de Maceió-2018/2021.



Fonte: Coordenação de Planejamento em Saúde/ SMS- Maceió/AL, 2017.

1. INTRODUÇÃO

O planejamento em saúde tem sido reconhecido como método, ferramenta, tecnologia para aprimorar os processos de trabalho e instrumento de gestão da Política de Saúde. Planejamento em saúde constitui-se, também, um processo social, uma vez que sua construção envolve a participação dos diversos sujeitos coletivos que fazem o SUS – usuários/as, trabalhadores/as e gestores/as. Ao contrário do que imagina o senso comum, planejamento não é só teoria, ideologia ou utopia, porque planejar implica em compromisso com ação (PAIM, 2007).

No processo de consolidação do SUS, planejar numa perspectiva estratégica transformou-se numa prática institucional do setor nas últimas décadas, em decorrência da necessidade de se enfrentar as mudanças que foram ocorrendo nas condições de vida e saúde da população e na organização do sistema de saúde, que exige uma intervenção na realidade, pensada estrategicamente, de forma sistematizada, se antecipando aos acontecimentos e às circunstâncias.

No enfoque estratégico-situacional, a atuação planejada sobre qualquer recorte da realidade implica num esforço de entendimento entre os diversos atores sociais, de modo a permitir uma explicação abrangente sobre uma dada situação e sobre as formas de intervir diante dos problemas. Portanto, a utilização do enfoque estratégico na formulação de políticas, aliada à reorientação do processo de programação, à luz da análise dos problemas de saúde, significa, também, uma opção tecnológica para os gestores comprometidos com a construção de um modelo de atenção voltado à integralidade e equidade (TEIXEIRA, 2010).

No SUS, o planejamento foi institucionalizado em 2006, por meio do Planejamento do Sistema Único de Saúde (PlanejaSUS), que evidencia a prática de planejar no setor enquanto uma atuação contínua, articulada, integrada e solidária, que deve possibilitar a consolidação da cultura de planejamento, de forma transversal às demais ações desenvolvidas no Sistema Único de Saúde, devendo ser realizada de forma participativa e ascendente (BRASIL, 2009).

Nesse direcionamento, a participação social no processo de elaboração do Plano Municipal de Saúde, por meio de atividades que envolvam a sociedade, além de requisito legal, é um dos mecanismos relevantes para assegurar os princípios da descentralização e da participação social e, sobretudo, garantir a universidade do acesso. Por isso, o planejamento em saúde deve ser baseado na construção de consensos, mesmo entre segmentos de interesses diversos, porque participação social pressupõe a capacidade de provocar mudanças na configuração democrática no setor e implica em uma concepção de cidadania ativa, na qual os atores que fazem o SUS são politicamente iguais e capazes de pactuar, de trazer para os espaços de participação institucionalizados as diversas expressões das necessidades de saúde da população (COSTA; VIEIRA, 2012).

Os instrumentos resultantes do processo de planejamento em saúde – Plano Municipal de Saúde (PMS), Programação Anual de Saúde (PAS) e Relatórios de Gestão (RAG) – constituem-se parte do arcabouço legal do SUS, quer indicando estratégias, métodos e diretrizes para o desenvolvimento de ações e serviços de saúde, quer como requisitos para fins de repasse de recursos e de controle e auditoria. Portanto, o Plano constitui um documento de suma importância para os gestores, trabalhadores, usuários e representantes das instâncias de controle social no SUS.

Com base nos pressupostos teóricos, metodológicos e legais apresentados, o conteúdo do Plano Municipal de Saúde está organizado em cinco capítulos. O primeiro recupera o processo metodológico de construção do PMS, com destaque para os momentos de participação coletiva. O segundo capítulo traz a análise situacional, contemplando as condições de saúde da população, que inclui panorama geográfico e demográfico e as informações epidemiológicas; os determinantes em saúde; a percepção da população em relação aos problemas de saúde; e a configuração da organização dos serviços, dando ênfase aos fluxos assistenciais por Distritos Sanitários e redes de atenção à saúde. O terceiro capítulo trata do financiamento da Política Municipal de Saúde, indicando a lógica, as fontes de recursos e a avaliação do financiamento do SUS. O quarto capítulo formula a proposição para o enfrentamento dos problemas e necessidades identificadas, na qual define eixos, objetivos, diretrizes e metas para quatro anos, considerando também os

indicadores de saúde pactuados. E, por fim, o quinto capítulo apresenta os processos e instrumentos de monitoramento e avaliação do Plano Municipal de Saúde.

Enfim, o plano que segue, enquanto documento institucional macro da Política de Saúde, projeta a imagem-objetivo do SUS no Município de Maceió a ser alcançada num período de quatro anos, na busca de efetivar um sistema de saúde capaz de responder, com qualidade, resolutividade e compromisso, às necessidades de saúde e às demandas da população, consolidando a saúde como direito universal.

PROCESSO METODOLÓGICO

Educação não transforma o mundo. Educação muda pessoas. E pessoas transformam o mundo.

Paulo Freire

Figura 03 - Reunião com as áreas técnicas sobre o Programa para o Fortalecimento das Práticas de Educação Permanente no SUS.



Fonte: Assessoria de Comunicação (ASCOM) / SMS- Maceió/AL, 2017.

PROCESSO METODOLÓGICO DE ELABORAÇÃO DO PLANO

O processo de elaboração do Plano Municipal de Saúde de Maceió ocorreu em vários momentos com a participação de diversos atores que fazem o SUS, na busca de garantir os princípios que balizam a concepção do PlanejaSUS de que a construção desse instrumento técnico-político deve ser feita de forma participativa e ascendente, incorporando o enfoque estratégico-situacional como referencial teórico e metodológico. Essa concepção faz um contraponto ao planejamento burocrático e normativo, que impossibilita a adesão e a corresponsabilidade na gestão do SUS. Assim, a formulação do plano implicou exercitar uma prática coletiva, mediada por diálogos permanentes, para a formulação de estratégias que permitam viabilizar a saúde como direito.

Nesse direcionamento, enquanto arcabouço teórico-metodológico, o Plano incorporou o enfoque estratégico-situacional sugerido por Matus, tendo como referentes os Cadernos do PlanejaSUS e os autores PAIM (2007), Bahia (2009) e Teixeira (2010), especialmente o livro Planejamento em Saúde: conceitos, métodos e experiências.

Quanto ao aporte legal, o Plano fundamenta-se no Decreto 7.508/2011, na Lei 141/2012, na Portaria 2.1335/2013 – que estabelece as diretrizes para o planejamento no SUS -, nas portarias ministeriais sobre redes de atenção à saúde e na Resolução da VIII Conferência Municipal de Saúde de Maceió. Na organização dos conteúdos e estrutura do documento, foram utilizados como subsídios, ainda, os Planos Nacional e Estadual de Saúde 2016/2019, o Caderno Nacional de Diretrizes, com definição de objetivos e metas para a construção dos indicadores de saúde, e portarias específicas que regulamentam as ações e serviços do SUS em vários campos de intervenção.

O processo de elaboração do Plano Municipal ocorreu em várias etapas, que foram desde a constituição da Comissão Gestora e da Comissão Técnica, até a sistematização final do texto para aprovação do Conselho Municipal de Saúde. Nessa perspectiva, vale recuperar as etapas para a visualização do percurso metodológico de construção do Plano.

1ª ETAPA - Definição dos instrumentos e instâncias de elaboração	
Atividades	Objetivos
Elaboração de um Manual Técnico de elaboração do PMS	Orientar a equipe técnica na condução das atividades, contendo a base teórica e legal que deve subsidiar a construção de um Plano de Saúde e, também, os procedimentos metodológicos de cada momento do Plano.
Publicação de portaria interna com a Comissão Gestora e a Comissão Técnica	- Comissão Gestora: deliberar sobre os instrumentos, instâncias e prazos de elaboração do PMS; garantir a infraestrutura necessária para as atividades; validar junto ao CMS; publicar e publicizar o Plano 2018-2021. - Comissão Técnica: preparar as atividades de cada etapa de elaboração do PMS; mobilizar os públicos para participação nas atividades técnico-pedagógicas de elaboração do PMS; realizar as oficinas com a população e áreas técnicas; desenvolver e avaliar as atividades programadas; sistematizar os produtos parciais; elaborar o texto final do PMS.
2ª ETAPA – Capacitação da Comissão Técnica	
Atividades	Objetivos
Estudo da documentação para a elaboração do PMS.	Possibilitar aos membros da comissão técnica a apropriação dos conteúdos referentes à base legal, teórica e metodológica necessários para a elaboração dos instrumentos da Política Municipal de Saúde.
Oficina de capacitação dos facilitadores, relatores e apoiadores.	Exercitar os instrumentos metodológicos das oficinas distritais para discussão e priorização de problemas e necessidades de saúde com a população, profissionais de saúde e equipes gestoras.
3ª ETAPA – Elaboração de análise situacional	
Atividades	Objetivos
Levantamento das informações para a análise de situação de saúde da população	- Organizar informações para o texto de análise de situação de saúde do PMS em relação a: indicadores demográficos; indicadores socioeconômicos; indicadores de morbimortalidade; caracterização da organização dos serviços de saúde (fluxos, indicadores assistenciais, oferta de serviços, capacidade instalada, avaliação dos programas/ações e financiamento).
Elaboração de diagnósticos de situação de saúde, por DS.	- Fornecer informações sobre o perfil epidemiológico e da organização dos serviços, em cada Distrito Sanitário, para subsidiar as oficinas distritais de priorização de problemas e necessidades de saúde.

Continuação

4ª ETAPA – Realização das oficinas distritais com os atores do SUS	
Atividades	Objetivos
Oficinas nos 08 Distritos Sanitários, com participação da população, trabalhadores do SUS e gestores	<ul style="list-style-type: none"> - Identificar os problemas de saúde, com os diversos segmentos que fazem o SUS, a partir da realidade de cada DS. - Priorizar os problemas e necessidades de saúde da população para subsidiar a formulação das diretrizes e metas do Plano.
Sistematização do material das oficinas distritais	<ul style="list-style-type: none"> - Complementar a análise de situação de saúde do PMS com a leitura da população. - Indicar os conteúdos para a formulação das diretrizes e metas.
Reunião com a equipe organizadora das oficinas distritais	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar, com a equipe de facilitadores, relatores e apoiadores, as oficinas distritais, indicando resultados, dificuldades e sugestões para a continuidade do processo.
5ª ETAPA - Elaboração dos eixos, diretrizes, objetivos e metas do PMS	
Atividades	Objetivos
Elaboração de texto base com as proposições para o PMS	<ul style="list-style-type: none"> - Formular um primeiro esboço da estratégia geral e prioridades da Política de Saúde para o quadriênio, com a definição de eixos, objetivos e diretrizes do PMS, tendo por base o resultado das oficinas e as avaliações contidas nos Relatórios de Gestão.
Oficina com áreas técnicas e CMS para a elaboração das metas	<ul style="list-style-type: none"> - Validar e/ou reelaborar a proposta do PMS, com os eixos, as diretrizes e os objetivos. - Elaborar as metas para os quatro anos do PMS, considerando as necessidades da população e a capacidade instalada do sistema de saúde.
Reunião com as diretorias para validação do produto parcial	<ul style="list-style-type: none"> - Apresentar o trabalho das oficinas distritais às áreas técnicas, fazendo os ajustes necessários nas diretrizes e metas do PMS. - Indicar novas demandas a serem incorporadas como metas.
6ª ETAPA – Compatibilização do PMS com o PPA	
Atividades	Objetivos
Participação nas audiências públicas do PPA	<ul style="list-style-type: none"> - Apresentar as demandas das oficinas distritais e da SMS nas audiências públicas para serem incorporadas como propostas do PPA.

Continuação

Oficina com a Comissão Técnica para compatibilizar os instrumentos de gestão	<ul style="list-style-type: none"> - Alinhar o instrumento de planejamento e saúde (PMS) com o instrumento de planejamento da gestão pública (PPA), com vistas à elaboração do orçamento da política de saúde compatível com a necessidade da população. - Cumprir os prazos legais para a formulação do orçamento do SUS para o quadriênio.
Reunião com a Comissão Gestora para discutir instrumentos	<ul style="list-style-type: none"> - Apresentar a proposta de alinhamento do PMS com o PPA, elaborada com base nos produtos parciais das oficinas. - Validar as proposições da Política Municipal de Saúde para o quadriênio com as equipes gestoras da SMS.
Reunião com a equipe técnica do orçamento para finalizar o PPA	<ul style="list-style-type: none"> - Fazer a compatibilização final do PMS com o PPA, no sistema informatizado, inclusive com as dotações orçamentárias. - Elaborar o desenho final do alinhamento PMS e PPA.
7ª ETAPA – Sistematização final e aprovação do PMS	
Atividades	Objetivos
Elaboração do texto preliminar do PMS pela equipe técnica responsável	<ul style="list-style-type: none"> - Formular o primeiro esboço do texto final do PMS, contendo o processo de elaboração, a análise situacional, a proposição para o quadriênio e os mecanismos de monitoramento e avaliação.
Oficina com a Comissão Gestora para a análise de viabilidade	<ul style="list-style-type: none"> - Realizar a análise de viabilidade técnica, econômica e política do PMS, considerando os critérios de custo e de capacidade operacional, bem como os cenários de dificuldades para consolidação do SUS.
Reuniões para a validação do texto do PMS	<ul style="list-style-type: none"> - Apresentar o texto preliminar do PMS às áreas técnicas, equipes gestoras e representantes do Conselho Municipal de Saúde para validação e ajustes.
Finalização do texto para aprovação e divulgação.	<ul style="list-style-type: none"> - Concluir o texto em tempo hábil e enviar para a aprovação do CMS. - Publicar e publicizar o Plano em audiências públicas e mídia institucional. - Divulgar o PMS nas unidades de saúde, conselhos gestores e em outros espaços governamentais e da sociedade civil.

Fonte: DGPS/GGPS/SMS – Maceió –AL, 2017.

No percurso de construção do Plano, visualizado nas etapas descritas, merecem destaques as oficinas descentralizadas, realizadas nos oito Distritos Sanitários de Maceió, com a participação de usuários/as, trabalhadores/as da saúde, equipes gestoras da SMS, prestadores/as e representantes do

Conselho Municipal de Saúde e dos Conselhos Gestores das unidades. As oficinas distritais tiveram como objetivos avaliar a situação do setor saúde e discutir problemas e necessidades de saúde da população a serem priorizadas para os quatro anos de exercício do Plano Municipal de Saúde.

Nesse contexto, para identificação e priorização dos problemas de saúde da população e necessidades de demandas sociais que norteariam as prioridades de ação da Política de Saúde para os próximos quatro anos, a metodologia utilizada nas oficinas se referenciou na concepção de Teixeira (2010) acerca de problema de saúde. Para a autora, a definição de problema deve levar em conta as distintas visões sobre saúde existentes na sociedade, sobretudo devido à dificuldade de conceituar a saúde, entendida, genericamente, como “estado de bem estar físico, mental e social” e/ou “como resultante de fatores determinantes e condicionantes, tais como alimentação, moradia, saneamento básico, meio ambiente, trabalho, educação, lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais”.

Para Teixeira (2010), a identificação de problemas de saúde e a explicação abrangente sobre uma dada situação têm como objetivo elucidar as alternativas de intervenção para resolvê-los ou controlá-los. Com base nesse pressuposto, a autora sugere, para levantamento de problemas de saúde, a distinção entre problemas de estado de saúde e problemas de sistema e serviço de saúde. Assim, problemas de estado de saúde referem-se aos riscos à saúde, às formas de adoecimento e à morte da população. Para a identificação desses problemas, deve-se considerar a contribuição da epidemiologia, implicando a definição do que, de quando, onde ocorre e que grupos sociais são afetados pelos problemas (TEIXEIRA, 2010).

Na mesma linha de abordagem, Teixeira (2010) considera que os problemas de serviço e sistema de saúde referem-se à organização e ao funcionamento do sistema de saúde. Esses tipos de problemas podem ser descritos considerando sua insuficiência, má utilização ou má distribuição de recursos (físicos, materiais, humanos, informação ou poder), sua inadequação organizacional ou, ainda, a insuficiência de capacidade de gestão para se garantir o alcance dos objetivos pretendidos pelas políticas de saúde.

Com base nas referidas concepções, na condução metodológica das oficinas distritais, os participantes distribuídos em grupos de trabalho,

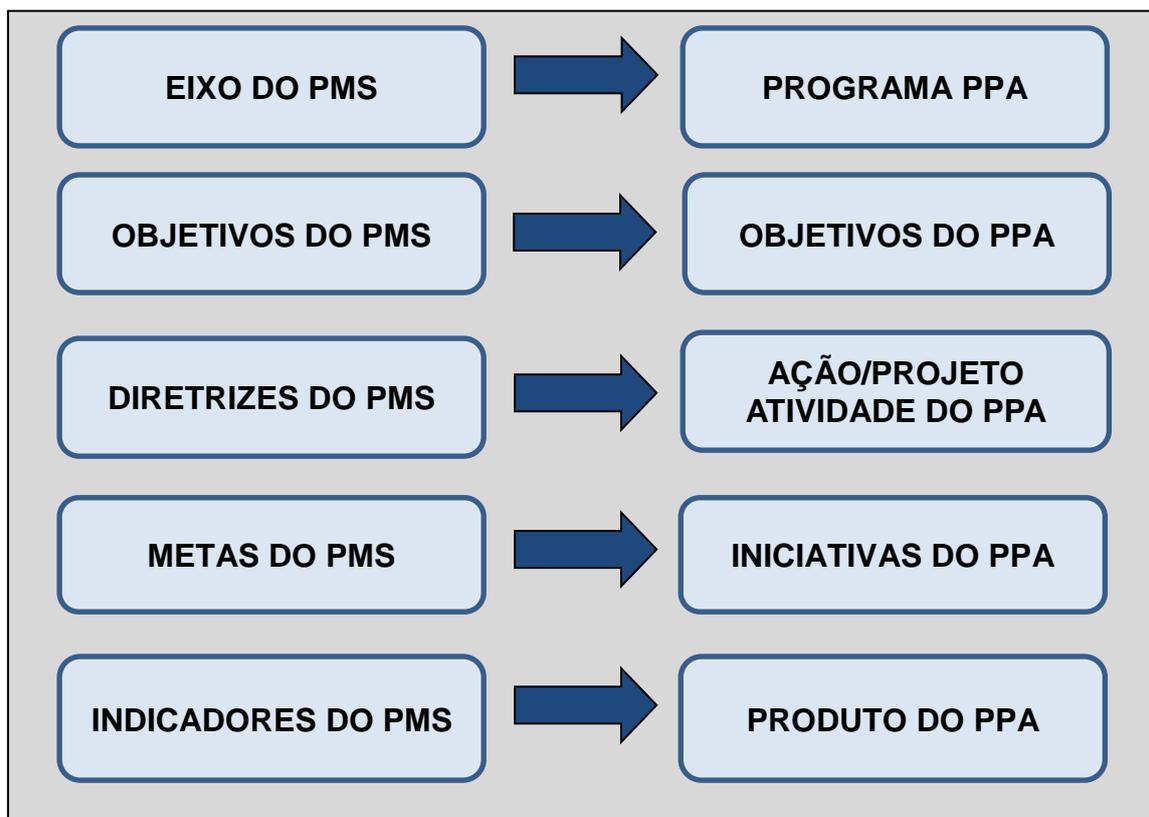
identificaram vários problemas de estado de saúde e de problemas de serviços e sistema de saúde. Em seguida, com a facilitação da equipe condutora da oficina, os participantes de cada distrito priorizaram os problemas e as necessidades de saúde do seu território.

A priorização dos problemas foi realizada com base em critérios, considerando a concepção de Teixeira (2010) e também as orientações metodológicas do PlanejaSUS, onde foi dada uma pontuação para cada problema. Dessa forma, para os problemas de estado de saúde, as prioridades foram definidas com base nos seguintes critérios: magnitude (tamanho do problema), factibilidade (disponibilidade de conhecimento, recursos, humanos e tecnológicos) e custo financeiro. Para os problemas de serviços e sistema de saúde, os critérios foram: relevância (importância do problema para o SUS) e viabilidade (capacidade técnica, financeira, política, tecnológica e gerencial para desenvolvimento das ações).

Ainda do ponto de vista metodológico, cabe ressaltar que a parte propositiva do Plano Municipal também foi construída em oficinas com as áreas e as equipes gestoras da secretaria, considerando alguns elementos de caráter estratégico e técnico-operacional. O primeiro foi de, na elaboração dos objetivos, diretrizes e metas, também incorporar as propostas da população, expressas no produto das oficinas distritais, no Relatório da VIII Conferência Municipal de Saúde e na síntese das audiências públicas. Portanto, o Plano, de fato, prima pelo princípio da participação social, que é de fundamental importância na implementação da Política de Saúde.

Segundo, as diretrizes do Plano estão alinhadas com os indicadores de saúde pactuados, de forma que as prioridades estabelecidas buscam garantir o compromisso das equipes gestoras e trabalhadores/as do SUS em alcançar os indicadores de saúde da população. E terceiro, toda parte propositiva do PMS foi compatibilizada com o Plano Plurianual, na perspectiva de integrar os instrumentos de planejamento em saúde com os instrumentos de planejamento orçamentário da administração pública, conforme visualizado no desenho de articulação entre PMS e PPA:

Figura 04 - Articulação entre o Plano Municipal de Saúde e o Programa do PPA.



Fonte: DGPS/GGPS/SMS – Maceió –AL, 2017.

O enfoque estratégico situacional também foi considerado no processo de análise de viabilidade do Plano, pelo fato de o mesmo possibilitar a compreensão de aspectos importantes para o ato de planejar. Um deles refere-se à capacidade de agir sobre uma determinada situação, que varia de ator para ator e condiciona as possibilidades de sucesso de um plano. Na concepção estratégica, não é suficiente elaborar um conjunto de propostas de metas e ações. É necessário construir a viabilidade das mesmas, ou seja, a possibilidade de sua execução, considerando as capacidades de todos os atores envolvidos naquela situação (PAIM, 2006).

A dimensão apontada foi trabalhada tanto nas oficinas distritais, quando foram priorizados problemas e necessidades, considerando a factibilidade e/ou viabilidade enquanto critérios, quanto nas discussões com as comissões gestora e técnica do plano, numa oficina específica para analisar a viabilidade do Plano. A análise de viabilidade levou em conta os aspectos a seguir:

- **Viabilidade Política:** disponibilidade de recursos de poder, isto é, a vontade política de implementar ou não o que está proposto no plano. Decorrem dos compromissos estabelecidos pelo gestor e sua equipe, reafirmada na seleção de prioridades e definição dos responsáveis pela execução do que está sendo proposto.
- **Viabilidade Técnico- Operacional:** diz respeito à disponibilidade de recursos técnicos, conhecimentos e habilidades técnicas para a execução das ações propostas, bem como dos recursos administrativos (capacidade de organização e gerenciamento para execução eficiente e efetiva das ações).
- **Viabilidade financeira:** diz respeito à disponibilidade de recursos financeiros, incluindo não apenas o dinheiro propriamente dito, mas o que pode ser obtido a partir dele (recursos físicos, humanos e materiais).

Por fim, cabe reforçar que o processo de elaboração do Plano Municipal de Saúde de Maceió foi de uma riqueza pedagógica profunda. Para além de construir, de forma ascendente e participativa, o mais importante instrumento de gestão do SUS, o processo educativo de formulação do Plano consolidou a institucionalização das referências em planejamento nas áreas técnicas da SMS, o que fortalece a estratégia de descentralização do sistema de planejamento, monitoramento e avaliação da Política de Saúde que vem sendo exercitado nos últimos anos.

A estratégia metodológica teve um efeito multiplicador, estimulando as pessoas a transformarem as experiências individuais em expressão de uma vontade coletiva, fazendo acontecer a mudança na prática cotidiana, o que contribui para fortalecer a cultura institucional de planejamento participativo no Município de Maceió enquanto dimensão relevante para a efetivação do SUS.

ANÁLISE SITUACIONAL

A principal meta da educação é criar homens que sejam capazes de fazer coisas novas, não simplesmente repetir o que outras gerações fizeram. Homens que sejam inventores, criadores e descobridores. A segunda meta da educação é formar mentes que estejam em condições de criticar, verificar e não aceitar tudo o que a elas se propõe.

Jean Piaget

Figura 05 - A peça “Mexe mexe cidadão” é um projeto da Gerência de Promoção e Educação em Saúde da SMS de Maceió/AL.



Fonte: Gerência de Promoção e Educação em Saúde. ASCOM. SMS de Maceió/AL, 2017.

ANÁLISE DE SITUAÇÃO DE SAÚDE

A análise de Situação de Saúde é um processo que permite caracterizar, mensurar e explicar o perfil de saúde-doença de uma população, incluindo os danos ou problemas de saúde, assim como seus determinantes sociais, que facilitam a identificação de necessidades e prioridades em saúde. Compreende, ainda, avaliar como o sistema de saúde está organizado para responder às demandas de saúde, identificando as intervenções e os programas apropriados e a avaliação de seu impacto (BRASIL, 2015).

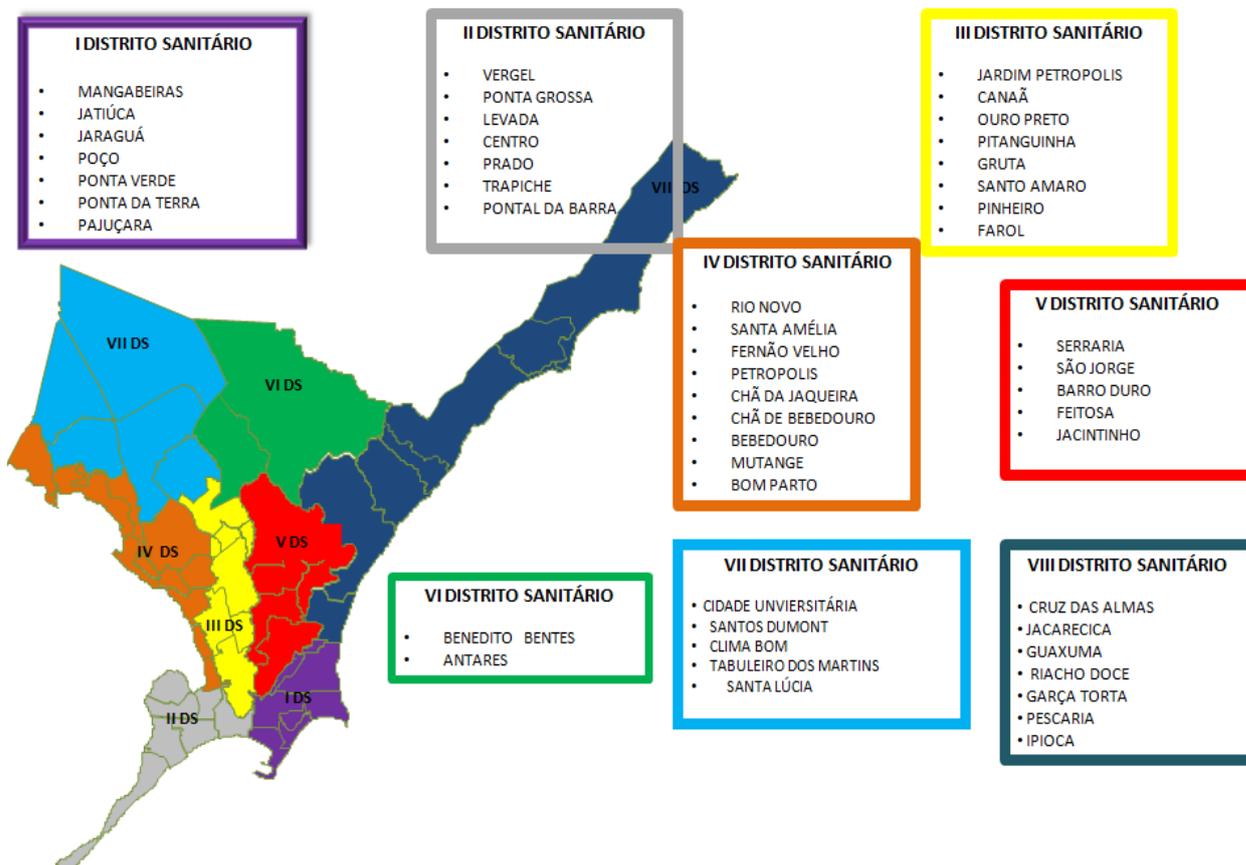
Nessa perspectiva, a análise da situação de saúde do Município de Maceió traz os elementos supracitados, por meio da caracterização do município, onde apresenta o contexto demográfico e epidemiológico que conformam as condições de saúde, as informações acerca dos determinantes sociais que impactam nas condições de vida da população, a leitura da população acerca dos problemas e necessidades de saúde e a análise sobre a organização da rede de serviços no SUS.

3.1 - Condições de Saúde da População

3.1.1 – Panorama Geográfico e Demográfico

O Município de Maceió está localizado no Estado de Alagoas e possui uma densidade demográfica de 1.989,57 hab/km², segundo o IBGE. Estima-se que menos de 0,01% ainda resida na zona rural desse município. Integra com outros doze municípios alagoanos a região metropolitana de Maceió, sendo o mais populoso de Alagoas. Maceió representa, aproximadamente, 29,94% da população do Estado de Alagoas, com uma área territorial total de 509,552 km² dividida em 51 bairros, sendo esses subdivididos em 08 (oito) Distritos Sanitários (DS), de acordo com a organização espacial desenhada pelo SUS para a oferta das ações e serviços à população.

Figura 06: Distribuição dos bairros, por Distritos Sanitários, no Município de Maceió, 2016.



Fonte: GGPS/GATC.SMS – Maceió – AL, 2017.

No ano de 2016, a população estimada pelo IBGE foi de 1.021.709 habitantes residentes em Maceió, sendo que, aproximadamente, 53,4% representa o sexo feminino e, 46,6%, o sexo masculino.

A densidade demográfica é uma medida da distribuição espacial da população e permite o estudo da concentração ou dispersão dessa população no espaço geográfico considerado. Esse indicador é importante para o planejamento urbano e para a definição de políticas de ocupação do território, informando sobre a pressão populacional e as necessidades de infraestrutura da área.

A distribuição da densidade demográfica do município, em 2016, sugere que o I, II e o V Distritos Sanitários são os que apresentam maior adensamento populacional no território, conforme indica a tabela 01.

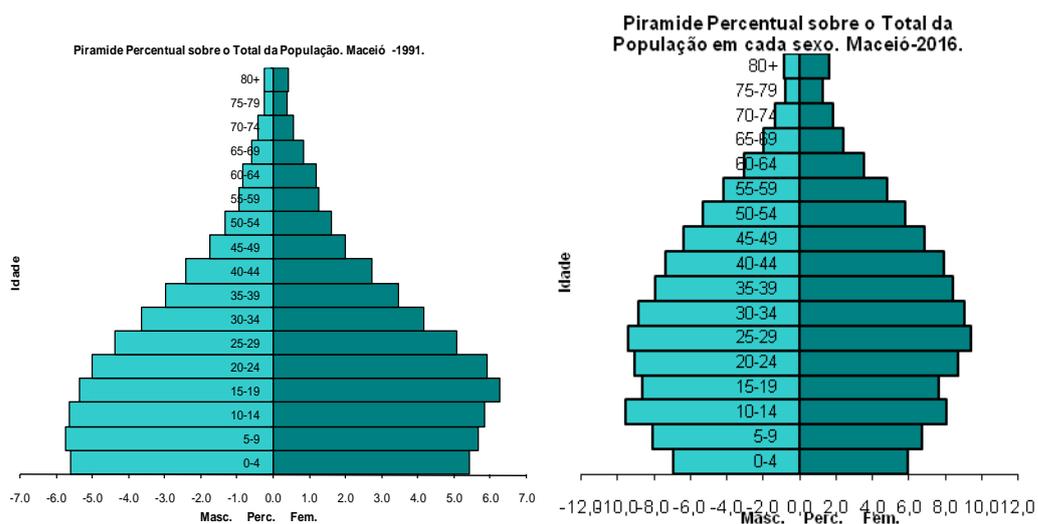
Tabela 01 - Distribuição de frequência da população, área territorial e densidade demográfica, segundo Distrito Sanitário. Maceió/AL, 2016.

Distrito	População	Área territorial	Densidade demográfica
I Distrito Sanitário	109.806	9,77	11.239,10
II Distrito Sanitário	110.936	11,38	9.748,33
III Distrito Sanitário	75.309	13,26	5.679,41
IV Distrito Sanitário	106.005	17,93	5.912,16
V Distrito Sanitário	179.255	18,490	9.694,70
VI Distrito Sanitário	122.104	30,820	3.961,84
VII Distrito Sanitário	268.739	44,100	6.093,85
VIII Distrito Sanitário	41.778	53,340	783,24

Fonte: IBGE. Processamento e análise GGPS/CASS/SMS de Maceió/AL. Dados sujeitos à revisão.

A transformação do padrão demográfico corresponde a uma das mais importantes modificações estruturais verificadas em Maceió, como pode ser visualizado na figura 07 - comparativa das pirâmides etárias, entre 1991 e 2016. Os dados revelam um envelhecimento populacional, representado pelo alargamento do topo da pirâmide e estreitamento da base. Tal mudança indica que Maceió acompanha uma tendência nacional, onde taxas de fecundidade diminuem e as populações envelhecem.

Figura 07 - Comparativo das pirâmides populacionais. Maceió/AL, 1991 a 2016.



Fonte: DATASUS. Processamento: CASS/ SMS-Maceió-AL.

A observação das taxas de fecundidade, natalidade e expectativa de vida ao nascer, na tabela 02, reforça a análise da tendência de mudanças na

estrutura etária da população maceioense. Percebe-se, na série histórica dos indicadores, uma queda nas taxas de fecundidade e natalidade, no período de 2010 a 2016, indicando alterações no ritmo de crescimento da população.

Tabela 02 - Série histórica de indicadores de Saúde de Fecundidade. Maceió/AL, 2010 a 2016.

Indicadores	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Taxa de Fecundidade Geral ^a	52,2	52,3	49,4	49,7	48,0	49,6	44,3
Taxa de Natalidade Geral ^b	16,3	16,4	15,5	15,6	15,0	15,6	13,9
Expectativa de vida ao nascer*	71,9	72,3	72,8	73,2	73,6	74,1	74,5

Nota:^a para cada 1000 mulheres residentes de 15 a 49 anos;^b para cada 1000 residentes; * crescimento médio estimado de 0,006 ao ano.

Fonte: SIM/SINASC/IBGE/GGPS/CASS/SMS de Maceió/AL. Acesso em 15/08/2017. Dados sujeitos à revisão.

A rápida transição demográfica observada em Maceió pode provocar impactos importantes nas condições de saúde da população, em decorrência do aumento da carga das doenças crônicas não transmissíveis, ocasionada pela expectativa de vida e pelo aumento da idade mediana. Essa realidade exige do sistema de saúde uma reorganização no modelo assistencial para atendimento dos problemas e necessidades de saúde da população.

Analisando, especificamente, os indicadores de natalidade, a partir da distribuição geográfica, verifica-se, na tabela 03, que, do total acumulado para o período de 2012 a 2016, ocorreram 73.515 nascimentos de mães residentes no Município de Maceió. A maior proporção dos nascimentos foi no 7º distrito sanitário, com 29,0%, seguido do quinto distrito, com 17,60.

Vale considerar que a natalidade refere-se ao número de nascidos vivos na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado, e expressa a intensidade com a qual a mesma atua sobre uma determinada população. É influenciada pela estrutura da população, quanto à idade e ao sexo. Em geral, taxas elevadas de natalidade estão associadas a condições socioeconômicas precárias e a aspectos culturais da população. O sétimo e o quinto distritos sanitários, que apresentam indicadores mais altos de natalidade, além de serem distritos com maior densidade populacional, também são compostos por bairros com perfil socioeconômico de classes populares.

Tabela 03 – Número e proporção de nascidos vivos, segundo Distritos Sanitários. Maceió/AL, 2012 a 2016.

Distrito Sanitário	2012		2013		2014		2015		2016		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
1º DS	1411	9,5	1354	8,9	1307	8,8	1387	8,9	1248	8,8	6707	9,0
2º DS	1804	12,1	1769	11,6	1759	11,8	1840	11,8	1729	12,2	8901	11,9
3º DS	1028	6,9	995	6,5	989	6,7	1043	6,7	946	6,7	5001	6,7
4º DS	1322	8,9	1322	8,7	1302	8,8	1440	9,2	1323	9,4	6709	9,0
5º DS	2574	17,3	2699	17,8	2640	17,8	2685	17,2	2342	16,6	12940	17,3
6º DS	1572	10,6	1760	11,6	1753	11,8	1910	12,3	1766	12,5	8761	11,7
7º DS	4338	29,1	4501	29,6	4314	29,1	4203	27,0	3970	28,1	21326	28,6
8º DS	605	4,1	626	4,1	672	4,5	660	4,2	613	4,3	3176	4,3
Rural	1	0,0	2	0,0	3	0,0	3	0,0	4	0,0	13	0,0
Sem Cadastro	0	0,0	0	0,0	7	0,0	30	0,2	23	0,2	60	0,1
Em Branco	228	1,5	165	1,1	104	0,7	370	2,4	153	1,1	1020	1,4
Total	14883	100,0	15193	100,0	14850	100,0	15571	100,0	14117	100,0	74614	100,0

Fonte: SINASC/GGPS/CASS/SMS de Maceió/AL. Acesso em 15/08/2017. Dados sujeitos à revisão.

Quanto à faixa etária das mães, a maior proporção encontra-se nas adultas jovens, de 20 a 39 anos, considerada a idade mais adequada para a gravidez, conforme demonstra a tabela 04.

Tabela 04 – Número e proporção de nascidos vivos, faixa etária da mãe, segundo Distritos Sanitários. Maceió/AL, 2012 a 2016.

Faixa etária	2012		2013		2014		2015		2016		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
< 15	237	1,6	237	1,6	185	1,2	184	1,2	189	1,3	1032	1,4
15-19	3323	22,3	3446	22,7	3298	22,2	3368	21,6	3056	21,6	16491	22,1
20-39	11030	74,1	11216	73,8	11096	74,7	11716	75,2	10578	74,9	55636	74,6
40 e +	293	2,0	294	1,9	270	1,8	303	1,9	294	2,1	1454	1,9
Ign	0	0,0	0	0,0	1	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,0
Total	14883	100,0	15193	100,0	14850	100,0	15571	100,0	14117	100,0	74614	100,0

Fonte: SINASC/ GGPS/CASS/SMS-Maceió-AL. Acesso em 16/05/2017. Dados sujeitos à revisão.

É importante evidenciar, na tabela 04, que o indicador relativo à proporção de mães adolescentes, entre 15 e 19 anos, se manteve acima de 20% nos últimos cinco anos, quando a Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda que os partos de mães adolescentes estejam abaixo desse percentual. Esse indicador tem como objetivo analisar as variações populacionais, geográficas e temporais da distribuição dos nascidos vivos

quanto à frequência de mães adolescentes. Nessa perspectiva, a observação da tendência do indicador deve subsidiar os processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas e ações voltadas para a promoção da saúde reprodutiva, bem como para a atenção à saúde infantil e materna, ao longo da execução do Plano Municipal de Saúde.

3.1.2 - Análise Epidemiológica

O nível de saúde de uma população também pode ser retratado a partir da visualização de alguns indicadores de morbimortalidade que, isoladamente ou combinados, mostram a transição epidemiológica pela qual vem passando o povo maceioense.

Morbidade

A análise em relação ao perfil da morbidade do Município de Maceió contribuiu para visualizar do que a população de Maceió tem adoecido e como os agravos estão distribuídos. Na Tabela 05, que apresenta as principais doenças de notificação compulsória registradas em Maceió, observa-se que, no período acumulado de 2012 a 2016, foram notificados 92.530 agravos. Nesse contexto, a maior concentração de registros foi por Dengue, com 33,2%, seguidos de Atendimento Antirrábico, com 23,7% e Acidente por Animais Peçonhentos, com 21,2%.

Esses dados demonstram que as principais causas de adoecimento da população em Maceió estão associadas às condições de saneamento e socioambientais propícias à proliferação de vetores. O fato de a dengue aparecer como primeiro agravo nas doenças de notificação compulsória, por exemplo, indica a insuficiência de ações de controle vetorial do mosquito *Aedes aegypti*, uma vez que as epidemias tendem a eclodir geralmente quando mais de 5% dos imóveis, cujo habitat é urbano e domiciliar, apresentam focos do vetor. Reflete, ainda, a baixa efetividade das ações educativas em relação ao controle do vetor, inclusive a conscientização da população quanto à adoção de comportamentos ambientais adequados.

Tabela 05 - Distribuição dos agravos de notificação compulsória confirmados. Maceió/AL, 2012 a 2016.

Agravos Compulsórios	2012	2013	2014	2015	2016	Total	%
Dengue	14429	3704	5673	3478	3440	30724	33,2
Atendimento Antirrábico	4734	4241	4662	4542	3722	21901	23,7
Acidente por animais peçonhentos	3265	3773	4683	4167	3756	19644	21,2
Violência doméstica, sexual e/ou outras violências	1108	992	1018	816	978	4912	5,3
Febre de Chikungunya	0	0	0	25	4.600	4.625	5,0
Tuberculose	601	669	631	587	622	3110	3,4
Intoxicações Exógenas	92	211	221	262	262	1048	1,1
Sífilis Congênita	222	221	227	203	163	1036	1,1
AIDS	260	222	178	173	174	1007	1,1
Hepatites Virais	117	126	111	139	129	622	0,7
Hanseníase	132	117	96	112	91	548	0,6
Sífilis em Gestante	67	64	81	79	133	424	0,5
Gestantes HIV +	51	68	66	84	71	340	0,4
Meningite	58	107	54	45	31	295	0,3
Coqueluche	6	64	100	13	9	192	0,2
Leptospirose	27	33	51	19	10	140	0,2
Doenças Exantemáticas	18	4	7	30	0	59	0,1
Doenças de Chagas Aguda	44	11	0	1	0	56	0,1
Esquistossomose	18	5	4	4	9	40	0,0
Leishmaniose Tegumentar	5	5	0	2	3	15	0,0
Leishmaniose Visceral	4	4	1	4	1	14	0,0
Tétano Acidental	2	1	4	3	4	14	0,0
Malária	2	3	2	2	2	11	0,0
Doença de Creutzfeldt-Jakob	1	1	1	0	0	3	0,0
Febre Tifóide	1	1	2	0	0	4	0,0
Doença aguda pelo vírus Zika	0	0	0	26	1.719	1.745	1,9
Síndrome da Rubéola Congênita	0	0	1	0	0	1	0,0
Total	25264	14647	17874	14816	19929	92530	100

Fonte: SINASC/ GGPS/CASS/SMS-Maceió-AL. Acesso em 16/05/2017. Dados sujeitos à revisão.

A tabela 05 indica, também, que o elevado número de casos de adoecimento da população devido aos acidentes com animais peçonhentos, a exemplo de escorpiões e cobras, denota problemas relacionados ao saneamento e às precárias condições de habitação de parcela significativa dos munícipes de Maceió, o que exige do sistema de saúde uma melhor organização do serviço e investimento em ações de prevenção e promoção da saúde.

É importante visualizar, na tabela 05, que as violências vêm ocupando o quarto lugar nas causas de adoecimento da população nos últimos cinco anos. Por isso, a prevenção das violências e a promoção da cultura da paz têm sido uma das pautas prioritárias no setor saúde, numa ação articulada entre Ministério da Saúde, Secretarias Estaduais, Secretarias Municipais e as políticas públicas setoriais, tais como educação, segurança, justiça e assistência social. Neste contexto, observa-se, na série histórica, a redução dos índices, o que sugere que as ações educativas e preventivas estão impactando positivamente na situação de saúde da população. Contudo, os números também podem indicar subnotificação das informações, o que exige do setor saúde a qualificação dos sistemas de informação conjugada à intensificação das ações de educação em saúde.

Ainda em relação às causas de adoecimento, percebe-se, na tabela 05, que a febre de chikungunya apresentou um número significativo de casos em 2016, atingindo 5% da população maceioense. Esta epidemia nova, causada por um vírus transmitido pelos mesmos vetores da dengue, a partir de 2015, tem exigido do SUS ações permanentes de vigilância, controle e divulgação de orientações para alerta à população sobre a gravidade das enfermidades.

Por fim, chama a atenção, na tabela 05, o fato de 3,55% da população, em 2016, ser acometida por tuberculose, uma doença infecciosa e transmissível que afeta prioritariamente os pulmões e, mesmo sendo curável e com investimento de baixo custo para o SUS, ainda constitui-se um grave problema de saúde pública. A incidência e/ou a persistência da tuberculose estão associadas a baixos níveis socioeconômicos e às insatisfatórias condições de assistência, diagnóstico e tratamento de sintomáticos respiratórios.

De forma geral, os indicadores evidenciam que parte significativa das causas de adoecimento da população de Maceió pode ser enfrentada com ações de promoção, vigilância e educação em saúde. Portanto, sugere que a prioridade do SUS esteja voltada para a organização da atenção primária, o que também implica em um investimento de menor custo.

Mortalidade

O perfil de mortalidade de uma população é de grande importância para o direcionamento da Política de Saúde no SUS, uma vez que permite analisar o processo de transição epidemiológica no município, evidenciando as principais causas de morte da população residente. A tabela 06, que corresponde à série histórica dos dados de óbitos em Maceió, de 2012 a 2016, demonstra que as primeiras causas de morte no município são: doenças do aparelho circulatório, com 27,3%, causas externas (violências por homicídios no trânsito), com 15,9%, as neoplasias (cânceres), com 12,5%, e as doenças do aparelho respiratório, com 9,8%.

Tabela 06 – Série histórica do número e proporção de óbitos, segundo causa básica, capítulo CID 10. Maceió/AL, 2012 a 2016.

Principais causas de mortes	2012	2013	2014	2015	2016	Total	
	N	N	N	N	N	N	%
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	291	326	356	351	365	1689	5,4
II. Neoplasias (tumores)	735	741	807	817	832	3932	12,5
III. Doenças sangue órgãos hemat. e transt. Imunitár.	22	28	38	31	32	151	0,5
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	528	515	552	594	672	2861	9,1
V. Transtornos mentais e comportamentais	55	53	49	67	80	304	1,0
VI. Doenças do sistema nervoso	132	133	122	142	161	690	2,2
VII. Doenças do olho e anexos	0	0	0	0	1	1	0,0
VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastóide	0	1	2	3	2	8	0,0
IX. Doenças do aparelho circulatório	1681	1704	1679	1736	1810	8610	27,3
X. Doenças do aparelho respiratório	518	581	585	694	707	3085	9,8
XI. Doenças do aparelho digestivo	422	398	458	386	408	2072	6,6
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	25	28	21	35	56	165	0,5
XIII. Doenças sist. osteomuscular e tec. conjuntivo	33	26	29	19	43	150	0,5
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	104	95	127	127	174	627	2,0
XV. Gravidez, parto e puerpério	3	7	13	8	3	34	0,1
XVI. Algumas afec. originadas no período perinatal	310	319	283	319	247	1478	4,7
XVII. Malf. cong. deformid. e anomalias cromossômicas	76	44	48	60	45	273	0,9
XVIII. Sint. sinais e achad. anorm. ex. clínica e laborat.	61	61	62	110	96	390	1,2
XIX. Lesões enven. e alg. out conseq. causas externas	0	0	0	0	2	2	0,0
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	1085	1148	1087	870	834	5024	15,9
XXI. Contatos com serviços de saúde	0	0	0	0	0	0	0,0
Total	6081	6208	6318	6369	6570	31546	100

Fonte: SIM/ GGPS/CASS/SMS de Maceió/AL. Acesso em 16/05/2017. Dados sujeitos à revisão.

É possível observar, na tabela 06, que as causas de morte relacionadas às doenças endócrinas nutricionais, às doenças do aparelho digestivo e às doenças do aparelho geniturinário têm aumentado nos últimos anos. Causas preveníveis e evitáveis, como as doenças infecciosas e parasitárias, também são evidenciadas, questões estas que demandam uma maior capacidade de resposta do sistema de saúde para a melhoria das condições de saúde da população.

Quanto à taxa de mortalidade geral da população maceioense, no período analisado de 2012 a 2016, a tabela 07 mostra que houve alterações a partir de 2015, com uma pequena tendência crescente nas taxas de mortalidade na maioria dos distritos sanitários. A tabela indica, ainda, que o 2º distrito sanitário possui, no contexto do município, o maior risco de morte (Taxa de Mortalidade Geral de 7,6 p/1.000 hab.).

Tabela 07 – Taxa de Mortalidade segundo Distritos Sanitários. Maceió/AL, 2012 a 2016.

Distrito de Residência	TM 2012	TM 2013	TM 2014	TM 2015	TM 2016	TM - Média
1º Distrito Sanitário	5,7	5,9	5,9	6,0	6,5	6,0
2º Distrito Sanitário	7,0	7,5	7,3	7,9	8,1	7,6
3º Distrito Sanitário	5,7	6,5	6,2	6,3	6,9	6,3
4º Distrito Sanitário	5,2	5,8	4,6	5,1	5,1	5,2
5º Distrito Sanitário	4,7	5,2	5,0	5,2	5,2	5,1
6º Distrito Sanitário	3,9	4,3	4,2	4,2	4,5	4,2
7º Distrito Sanitário	5,5	5,6	5,5	5,6	5,7	5,6
8º Distrito Sanitário	4,6	4,4	5,1	5,6	5,5	5,0
Total	6,2	6,2	6,3	6,2	6,4	6,2

Fonte: SIM/GGPS/CASS/SMS de Maceió/AL. Acesso em 16/05/2017. Dados sujeitos à revisão.

Considerando o coeficiente de mortalidade segundo o sexo, observa-se, na tabela 08, que, no período analisado, o maior risco médio de morte está entre homens e supera, em aproximadamente 1,4, o risco de morte entre mulheres.

Tabela 08 – Coeficiente de Mortalidade segundo sexo. Maceió/AL, 2012 a 2016.

Sexo	CM-2012	CM-2013	CM-2014	CM-2015	CM-2016	CM-Médio
Masculino	7,58	7,71	7,49	7,17	7,25	7,44
Feminino	4,90	4,86	5,17	5,34	5,56	5,17

Fonte: SIM/ GGPS/CASS/SMS de Maceió/AL. Acesso em 16/05/2017. Dados sujeitos à revisão.

Ainda em relação à mortalidade, quando analisado o coeficiente segundo faixa etária, verifica-se que os idosos apresentam maior proporção de óbitos em todos os anos, seguido pela faixa etária de 40 a 59 anos, conforme aponta a tabela 09. A taxa elevada de mortalidade situar-se na faixa etária acima de 60 anos está dentro do padrão da organização mundial de saúde, visto que são as idades mais acometidas pelas doenças crônicas, tais como diabetes, câncer e doenças do aparelho circulatório, que se encontram entre as principais causas de morte, conforme analisado anteriormente.

Tabela 09 – Coeficiente de Mortalidade segundo faixa etária. Maceió/AL, 2012 a 2016.

Faixa Etária	2012		2013		2014		2015		2016		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
< 01 ^a	228	3,86	216	3,58	211	3,42	225	3,63	201	3,12	1081	3,52
01-04 ^a	34	0,58	22	0,36	27	0,44	19	0,31	20	0,31	122	0,40
05-09 ^a	24	0,41	21	0,35	23	0,37	12	0,19	18	0,28	98	0,32
10-19 ^a	271	4,59	292	4,84	306	4,95	205	3,31	230	3,57	1304	4,24
20a 39 ^a	846	14,32	895	14,84	867	14,04	743	11,99	724	11,24	4075	13,25
40 - 59 ^a	1300	22,00	1324	21,96	1349	21,84	1356	21,88	1329	20,64	6658	21,65
60 e +	3205	54,25	3260	54,06	3394	54,95	3635	58,65	3916	60,82	17410	56,61
Ign	0	0,00	0	0,00	0	0,00	3	0,05	1	0,02	4	0,01
Total	5908	100	6030	100	6177	100	6198	100	6439	100	30752	100

Fonte: SIM/ GGPS/CASS/SMS de Maceió/AL. Acesso em 16/05/2017. Dados sujeitos à revisão.

O indicador de mortalidade materna estima a frequência de óbitos femininos ocorridos até 42 dias após o término da gravidez, atribuídos a causas ligadas à gravidez, ao parto e ao puerpério, em relação ao total de nascidos vivos. Nessa perspectiva, constitui-se um indicador que reflete a qualidade da atenção à saúde da mulher, ao revelar que as taxas elevadas de mortalidade

materna estão associadas à insatisfatória prestação de serviços de saúde a esse grupo, desde o planejamento familiar e a assistência ao pré-natal, até a assistência ao parto e ao puerpério. Considerando o total acumulado de 2012 a 2016, verifica-se, na tabela 10, que o indicador vem oscilando, porém, apresentou tendência de queda a partir de 2015.

Pode ser verificado, também, na tabela 10, que o 7º Distrito Sanitário apresentou o maior número de óbitos maternos, o que exige do sistema de saúde uma atenção especial para esse distrito, para que sejam avaliados o acesso e a qualidade do pré-natal oferecido às gestantes, a fim de que tenham uma melhoria nas condições de saúde reprodutiva.

Tabela 10– Mortalidade Materna segundo Distritos Sanitários. Maceió/AL, 2012 a 2016.

Distrito de Residência	2012	2013	2014	2015	2016	Total
1º Distrito Sanitário	0	0	2	0	0	2
2º Distrito Sanitário	1	0	1	0	1	3
3º Distrito Sanitário	0	0	2	1	0	3
4º Distrito Sanitário	0	0	2	1	1	4
5º Distrito Sanitário	0	1	0	0	1	2
6º Distrito Sanitário	2	0	2	1	0	5
7º Distrito Sanitário	0	4	4	5	0	13
8º Distrito Sanitário	0	1	0	0	0	1
Maceió	3	6	13	8	3	33

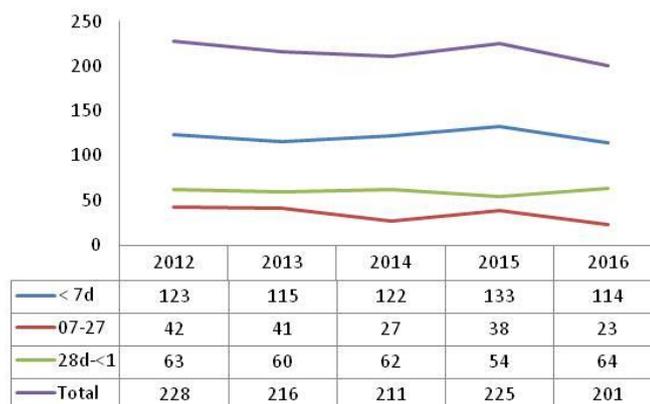
Fonte: SIM/GGPS/CASS/SMS de Maceió/AL. Acesso em 10/05/2017. Dados sujeitos à revisão.

O indicador de mortalidade infantil também é de fundamental importância para se analisar as condições de saúde e a qualidade de vida de uma população, uma vez que estima o risco de morte dos nascidos vivos durante o seu primeiro ano de vida. Este indicador pode refletir, de maneira geral, as condições de desenvolvimento socioeconômico e infraestrutura ambiental, bem como o acesso e a qualidade dos recursos disponíveis para atenção à saúde materna e infantil. Essa análise pode contribuir na avaliação dos níveis de saúde e de desenvolvimento socioeconômico da população, além de subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas e ações de saúde voltadas à atenção ao pré-natal e ao parto, bem como para a proteção da saúde infantil.

Nesse direcionamento, o gráfico 01, com o número de óbitos infantis segundo componentes, mostra que o período de 2012 a 2016 totalizou 1081 óbitos nessa faixa etária, sendo 607 neonatais precoces (<7 dias), 171

neonatais tardios (07 a 27 dias) e 303 pós-neonatais. Também pode ser visualizado, no gráfico 01, que o indicador de mortalidade infantil vem apresentando uma leve tendência decrescente, com exceção do ano de 2015, que houve aumento.

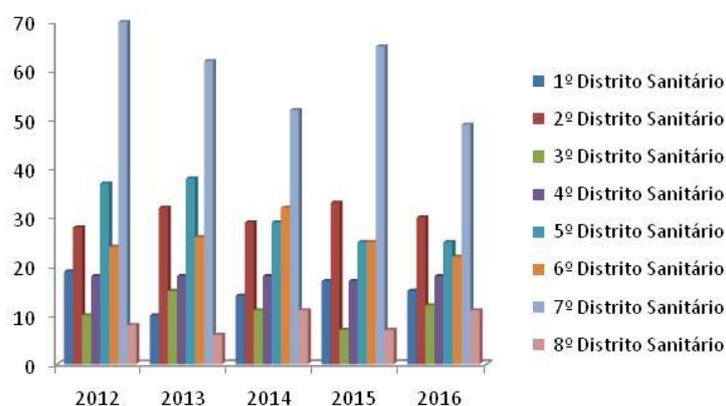
Gráfico 01 - Número de óbitos infantis segundo componentes. Maceió/AL, 2012 a 2016.



Fonte: SIM/GGPS/CASS/ SMS de Maceió/AL. Acesso em 10/05/2017. Dados sujeitos à revisão.

Quando analisado o número de óbitos segundo a distribuição nos distritos sanitários, observa-se, no gráfico 02, que o 7º distrito sanitário apresentou um maior número de óbitos infantis nos anos de 2012 a 2016, o que reforça a análise anterior da necessidade de desenvolvimento de ações prioritárias nesse distrito, voltadas à atenção integral à saúde da criança.

Gráfico 02 - Número de óbitos infantis, segundo Distritos Sanitários. Maceió/AL, 2012 a 2016.



Fonte: SIM/GGPS/CASS/SMS de Maceió/AL. Acesso em 10/05/2017. Dados sujeitos à revisão.

Na análise das condições de saúde em relação à mortalidade infantil, cabe considerar que Maceió não tem atingido o indicador pactuado, que é o da redução da taxa de mortalidade infantil em 5% ao ano, o que indica a necessidade de serem aprimoradas as políticas de atenção à saúde da criança, bem como uma maior articulação interinstitucional, para viabilização de políticas públicas que contribuam com a redução da mortalidade infantil, tais como políticas de saneamento, assistência social e geração de renda.

3.2 - Determinantes Sociais de Saúde

As condições de saúde de uma população transcendem os fatores do setor saúde porque resultam, em muito, de questões estruturais da sociedade. Por isso, fazer análise de situação de saúde implica compreender os determinantes sociais que, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), estão relacionados às condições em que as pessoas nascem, vivem, crescem, trabalham e envelhecem. Nesse sentido, determinantes sociais de saúde são fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e fatores de risco à população, tais como moradia, alimentação, escolaridade, renda e emprego. Os determinantes sociais são influenciados por decisões políticas e são os principais responsáveis pelas iniquidades em saúde, ou seja, as diferenças injustas e evitáveis entre as pessoas (FIOCRUZ, 2016).

Nessa perspectiva, alguns indicadores socioeconômicos do município chamam à atenção ao revelar que Maceió registra um quadro de vulnerabilidade social que delineia um perfil das demandas por políticas sociais e, especificamente, por ações de saúde, exigindo uma análise crítica acerca dos determinantes de saúde.

Índice de Desenvolvimento Humano

O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) é uma medida fundamental, concebida pela Organização das Nações Unidas (ONU), para avaliar a qualidade de vida e o desenvolvimento econômico de uma população. O

cálculo do IDH considera os indicadores de renda *per capita*, educação e saúde - expectativa de vida ao nascer.

De acordo com uma pesquisa realizada pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), pela Fundação João Ribeiro e pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), divulgada em 2015, Maceió ocupa o último lugar no Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) entre as vinte regiões metropolitanas analisadas, com 0,702. Tais dados indicam que este índice baixo de IDH se traduz em precárias condições socioeconômicas da população, que vão incidir, negativamente, na situação de saúde da população.

Trabalho e renda

A pesquisa IPEA/PNUD, divulgada em 2015, indica, também, que a diferença de renda *per capita* média mensal chega a R\$ 4.218,28 entre bairros de Maceió (de R\$ 214,18 a R\$ 4.432,46). E, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em 2015, a proporção de pessoas ocupadas em relação à população total era de 28,0% e o salário médio mensal era de 2,7 salários mínimos. No tocante a domicílios com rendimentos mensais de até meio salário mínimo por pessoa, Maceió tinha 38,8% da população nessas condições, o que a colocava na posição 2897 dentre as 5570 cidades do Brasil. Estes dados em relação à renda confirmam a análise anterior das precárias condições econômicas da população da capital alagoana, uma vez que parte significativa ainda encontra-se na linha de pobreza.

Educação

Em relação à educação, os indicadores do Índice de Desenvolvimento da Educação Básica (IDEB), 2015, apontam que os alunos dos anos iniciais da rede pública de Maceió tiveram nota média de 4,3. Para os alunos dos anos finais, essa nota foi de 3,0. Na comparação com os 102 municípios de Alagoas, a nota dos alunos dos anos iniciais colocava esta cidade em 33º lugar e, considerando a nota dos alunos dos anos finais, a posição passava a 53º lugar.

A Pesquisa Nacional de Amostra por Domicílio (PNAD/IBGE), 2015, declarou o número de 66 mil analfabetos na capital alagoana, o que aponta para uma diminuição deste contingente nos últimos anos, se comparado aos 88 mil registrados no censo IBGE de 2010, apresentando uma redução da taxa de analfabetismo de 11,4% para 8,3%. E, de acordo com o relatório da ONU (2016), com a redução da taxa de analfabetismo entre 2010 e 2015, o município de Maceió alcança um índice de analfabetismo bem próximo da média nacional, de 7,8%. Atualmente, estima-se que existam 13 milhões de analfabetos no Brasil, o correspondente a 8,3% da população com 15 anos ou mais, de acordo com dados (IBGE).

Apesar de os dados serem de fontes diferentes, não podendo ser plenamente comparados, eles evidenciam que as iniciativas de educação e alfabetização de jovens e adultos existentes no Município de Maceió devem ter contribuído para o resultado positivo, na redução dos índices de analfabetismo.

Saneamento básico

O saneamento básico, reconhecido pela Organização das Nações Unidas (ONU) como um direito humano, é constituído pelos serviços de abastecimento de água, de esgotamento sanitário, manejo de resíduos sólidos e a drenagem das águas pluviais urbanas. Tais serviços destinam-se à promoção da saúde e da qualidade de vida das pessoas, sendo primordiais na prevenção de doenças, como também na consequente otimização dos recursos destinados ao atendimento das necessidades da população.

Os dados divulgados pela PNAD/IBGE, em 2015, mostram os seguintes índices concernentes ao saneamento em Maceió: 47,1% de domicílios com esgotamento sanitário adequado (do tipo rede geral e fossa séptica), 57,1% de domicílios urbanos em vias públicas arborizadas e 32,7% de domicílios urbanos em vias públicas com urbanização adequada (presença de bueiro, calçada, pavimentação e meio-fio). Comparando Maceió a outros municípios do estado, a capital fica na posição 16º, 58º e 6º, respectivamente. Já em relação a outras cidades do Brasil, sua posição é 2362 de 5570 (para esgotamento sanitário), 3844 de 5570 (referente à arborização) e 1076 de 5570 (relativo à urbanização de vias públicas).

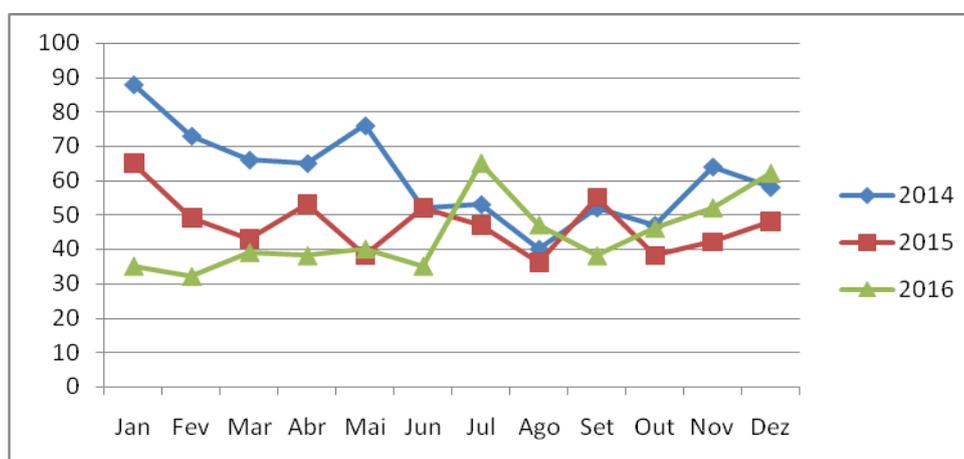
Ainda em relação ao saneamento básico, observa-se uma melhora no acesso da população aos serviços de abastecimento de água, que em 2015 atingiu 93,2% da população, segundo dados do Sistema Nacional de Informações sobre Saneamento (SNIS) do Ministério das Cidades.

Violência

A violência configura-se em vários aspectos no contexto urbano no Brasil. Nesse contexto, o perfil típico da maior parte das vítimas permanece o mesmo: homens, jovens, negros e de baixa escolaridade, conforme dados do Atlas da Violência no Brasil, divulgado pelo IPEA (2015), e do Fórum Brasileiro de Segurança Pública (FBSP). Tais fontes registram Alagoas como um dos Estados mais violentos do país, que inclui os homicídios de negros e jovens, com idade entre 15 e 29 anos, no ano de 2015. Apesar de os dados indicarem Alagoas como a unidade da federação que mais reduziu a taxa de homicídios no Brasil entre 2014 e 2015, a taxa de mortes no segmento juvenil ainda é a mais alta no país.

A capital alagoana apresenta uma realidade não diferente, uma vez que a Secretaria de Segurança Pública do Estado registra uma estatística, onde 66,4% dos Crimes Violentos Letais e Intencionais (CVLI) ocorridos em Maceió atingem a faixa etária entre 12 e 29 anos.

Gráfico 03 – Comparativo de Crimes Violentos Letais e Intencionais. Maceió/AL, 2014 a 2016.



Fonte: Secretaria de Estado da Segurança Pública/ Estado de Alagoas, 2017.

Os crimes evidenciados no Gráfico 03 representam homicídio doloso, roubo seguido de morte (latrocínio), lesão corporal com resultado morte, resistência com resultado morte e outros crimes violentos contra a pessoa que resultam em morte. No período de 2014 a 2016, o município apresentou uma leve redução quanto aos números destas ocorrências, totalizando 734 CVLI's em 2014, 566 em 2015 e 529 em 2016, como pode ser visualizado no gráfico.

De acordo com a Secretaria de Estado de Segurança Pública (2017), os bairros com maior índice de violência em Maceió são: Vergel do Lago, Jacintinho, Benedito Bentes, Clima Bom e Cidade Universitária. Tais bairros apresentam um grande contingente populacional, condições precárias da população, em se tratando de saneamento básico, habitação, segurança e renda, e, ainda, dispõem de poucos equipamentos públicos - escolas, unidades de saúde e espaços de lazer - necessários para garantir a melhoria da qualidade de vida e, conseqüentemente, uma população saudável.

Nos bairros referidos, a juventude, que consiste numa camada potencialmente ativa na população, não tem oportunidade de trabalho e garantia de políticas públicas que possibilitem a inclusão social e acaba sendo vítima da marginalidade. Nesse contexto, parcela significativa de jovens dessas periferias, sobretudo a juventude negra, figura nas estatísticas do extermínio, que indicam Maceió como uma das capitais mais violentas do mundo.

No tocante à violência contra a mulher, o cenário de violência está presente em todas as classes sociais, independente de nível cultural, econômico-financeiro, raça e credos. Sendo assim, a falsa impressão de ser o número de casos maior nas classes menos privilegiadas, ocorre em função da desigualdade social e, obviamente, pela quantidade maior de pessoas neste segmento social ser mais elevada. Conforme dados divulgados pelo Ministério Público de Alagoas, referentes ao ano de 2016, ocorreram 3.699 casos de violência contra a mulher no Estado de Alagoas.

Na capital, no ano de 2016, foram 794 casos de vítimas de violência e, no ano de 2017, já foram registradas 455 denúncias até junho. Entre essas denúncias, 217 foram por ameaça e 208 por lesão corporal, o que corresponde a 47,69% e 45,71%, respectivamente, dos casos que chegaram à 38ª Promotoria de Justiça da Capital. Os índices revelam que a violência de gênero encontra espaço no fato de o agressor se sentir mais forte que a mulher.

Outra causa de violência que contribui para elevar os índices de morbimortalidade por causas externas é a violência no trânsito. De acordo com o Ministério da Saúde (2014), os acidentes de transporte terrestre (ATT) são um grave problema de saúde pública, em virtude do impacto na morbidade e na mortalidade, principalmente da população jovem e do sexo masculino. Dados da Organização Mundial da Saúde (OMS) estimam que 1,24 milhões de pessoas morrem todos os anos nas estradas do mundo e cerca de 20 a 50 milhões de lesões a cada ano. Nesse contexto, o Brasil ocupa o terceiro lugar entre os países com maior número de mortes no trânsito e apresenta o maior risco de morte, com 22,5 óbitos por 100 mil habitantes. Em Alagoas, o perfil epidemiológico tem evidenciado que os acidentes de trânsito oscilam entre o quarto e quinto lugar entre as principais causas de morte.

Em Maceió, a Superintendência Municipal de Transporte e Trânsito (SMTT) realizou um levantamento sobre a ocorrência de acidentes de trânsito em locais com sinalização eletrônica, abrangendo os períodos de janeiro a junho de 2016 e 2017. Foram registrados 309 acidentes no primeiro semestre de 2016, número que se reduziu para 143 no mesmo período de 2017. Tais índices fazem com que as causas externas, entre elas a violência no trânsito, ocupem o quinto lugar entre as causas de morte, no ano de 2016, conforme já descrito nos dados epidemiológicos.

Os indicadores de violência no Município de Maceió mostram que o combate à criminalidade vai além do trabalho dos setores de Segurança Pública e requer a atuação destes de forma integrada às demais Políticas Públicas, a exemplo do setor saúde, que tem atuado no combate à violência, por meio do registro no Sistema de Notificação e também em ações de promoção e educação em saúde, para que possam ter o alcance dos resultados necessários.

O conjunto dos indicadores sociais e econômicos do Município de Maceió configura um contexto de vulnerabilidade social que escapa da governabilidade do setor saúde e, certamente, vai requerer da equipe gestora e dos profissionais de saúde um processo de articulação com outras políticas setoriais institucionais, realidade que exige a intervenção do estado em todas as áreas sociais e estratégicas do governo municipal, no sentido de viabilizar políticas públicas que visem a modificar os fatores condicionantes e determinantes de saúde da população.

3.3 - Percepção da população em relação aos problemas de saúde

Na perspectiva de viabilizar o processo participativo e ascendente de construção do Plano Municipal de Saúde de Maceió 2018/2021, conforme indicado anteriormente, para formulação da análise de situação de saúde, também foram realizadas oito oficinas distritais para identificação e priorização de problemas e necessidades da população.

Desse modo, as oficinas distritais utilizaram a proposta metodológica de Teixeira (2010) para levantamento e priorização de problemas com os usuários, trabalhadores, gestores e prestadores. A seguir, os problemas do estado de saúde da população, que estão descritos de acordo com a ordem de priorização dos Distritos Sanitários.

Quadro 01 - PRIORIZAÇÃO DE PROBLEMAS DE ESTADO DA SAÚDE DA POPULAÇÃO.

PROBLEMAS PRIORIZADOS	DISTRITO SANITÁRIO
Alto índice de pessoas com doenças crônicas não transmissíveis, com destaque para o câncer e as doenças do aparelho circulatório.	I,II,III, IV, V, VI, VII, VIII
Crescimento do número de pessoas com doenças crônicas não transmissíveis quanto à hipertensão, diabetes e obesidade.	I, II, III, IV, V, VI, VII, VIII
Alta prevalência e aumento da incidência das Infecções Transmissíveis Sexualmente - ISTs (sífilis, AIDS/HIV e hepatites).	I, II, III, IV, V, VI, VII, VIII
Elevado número de casos de doenças transmitidas por vetores (dengue, zika, chikungunya, leptospirose, Leishmaniose) e acidentes por animais peçonhentos (com destaque para escorpiões).	I, II, III, IV, V, VI, VIII
Elevado número de pessoas com transtornos mentais, depressão e dependência química.	II, III, IV, V, VII, VIII
Alto índice de doenças transmissíveis – hanseníase, tuberculose e esquistossomose.	I, II, III, IV, VI
Aumento dos indicadores de gravidez na adolescência.	IV, VII, VIII
Alta taxa de mortalidade por causas externas (acidentes e violências).	II, VII,
Elevado número de casos de carências nutricionais, sedentarismo e alimentação inadequada.	VI, VII
Aumento do índice de doenças bucais (cárie e periodontal).	III, V

Fonte: Oficinas de elaboração do Plano Municipal de Saúde. SMS de Maceió/AL, 2017.

Nas oficinas distritais, também foram levantados e priorizados problemas de sistema e serviço de saúde, conforme visualização dos resultados no quadro que segue.

Quadro 02 - PRIORIZAÇÃO DE PROBLEMAS DE SISTEMA E DOS SERVIÇOS DE SAÚDE.

PROBLEMAS PRIORIZADOS	DISTRITO SANITÁRIO
Insuficiência da oferta de serviços para consultas, exames e procedimentos especializados de média e alta complexidade.	I, II,III, IV, V, VI, VII, VIII
Inadequação de funcionamento do Complexo Regulador Assistencial (CORA) quanto à marcação de consultas, exames, procedimentos, fluxo de atendimento com marcação onde não há oferta e ingerência político administrativa.	I, II,III, IV, V, VI, VII, VIII
Carência de um Centro de Referência Municipal para assistência especializada para as mulheres.	I, II,III, IV, V, VI, VII, VIII
Insuficiência na manutenção preventiva/corretiva de equipamentos e materiais permanentes nas Unidades Básicas de Saúde.	I, II,III, IV, V, VI, VII, VIII
Baixa cobertura da Estratégia Saúde da Família no Município de Maceió.	I, II,III, IV, V, VI, VII, VIII
Inexistência e/ou desativação dos Conselhos Gestores nos Distritos Sanitários.	I, II,III, IV, V, VI, VII, VIII
Carência e/ou má distribuição dos profissionais nas Unidades de Saúde nos Distritos Sanitários.	I, II,III, IV, V, VI, VII, VIII
Insuficiência de ações de prevenção e promoção à saúde nas Unidades de Saúde dos Distritos Sanitários.	I, II,III, IV, V, VI, VII, VIII
Inexistência da maioria dos dispositivos (Residências Terapêuticas, CAPS III, CAPS AD e Unidades de Acolhimento) que compõem a Rede de Atenção Psicossocial.	I, II,III, IV, V, VI, VII, VIII
Insuficiência de insumos, equipamentos e medicamentos nas Unidades de Saúde dos Distritos Sanitários.	I, IV, V, VIII
Inadequação de estrutura física de Unidades de Saúde nos Distritos Sanitários quanto ao local construído e à acessibilidade às pessoas com necessidades especiais.	I, II,III, V, VIII
Subnotificação das doenças e agravos de notificação compulsória.	II,III,IV,VIII
Ineficiência da tecnologia da informação para a operacionalização dos sistemas de saúde.	II, III,IV,VIII
Precariedade das condições de trabalho nos serviços municipais de saúde.	II, III, V, VI,
Dificuldade de acesso aos serviços ofertados na Rede Materno Infantil.	I, II, V
Falta de segurança para as Unidades de Saúde, servidores e usuários nos Distritos Sanitários.	V, VII

Fonte: Oficinas de elaboração do Plano Municipal de Saúde. SMS de Maceió/AL, 2017.

É importante considerar que a maioria dos problemas priorizados nas oficinas distritais se repete, evidenciando problemas relacionados às doenças crônicas não transmissíveis (DANT's), às doenças transmitidas por vetores, às infecções sexualmente transmissíveis e ao transtorno mental e dependência química, que são, de fato, os principais problemas de estado de saúde da população maceioense. Parte significativa dessas problemáticas também foi identificada no perfil epidemiológico do município e no recorte do perfil por cada distrito sanitário.

Da mesma forma que em relação aos problemas do sistema e dos serviços de saúde, predominaram, nas oficinas, aqueles relativos à insuficiência da oferta de serviços especializados de média e alta complexidade, de serviços de atenção à saúde da mulher e de dispositivos de saúde mental, bem como a inadequação de funcionamento do Complexo Regulador Assistencial (CORA), a baixa cobertura da atenção primária, a insuficiência de ações de prevenção e promoção à saúde nas Unidades de Saúde e a desativação e/ou inexistência de instrumentos de controle social. Tais Problemáticas, em grande parte, estão voltadas para a necessidade de estruturar a atenção primária à saúde e organizar, de forma adequada, a rede de serviços do SUS e seus pontos de atenção, questões estas que já vêm sendo colocadas como prioridades nos últimos planos municipais de saúde, porém, as avaliações anuais demonstraram que o sistema de saúde em Maceió avançou pouco no enfrentamento dos problemas identificados.

3.4 - Contextualização da organização das ações e serviços de saúde

O Sistema Único de Saúde em Maceió está configurado em um modelo de organização dos serviços que visa a uma atenção à saúde universal, equânime e integral à população, na perspectiva de garantir a saúde como direito. Tomando como referência a diretriz da regionalização do SUS, no âmbito do Estado de Alagoas, Maceió é sede da 1ª macrorregião de saúde e integra, com outros onze municípios, a 1ª Região de Saúde, conforme mostra a figura 08.

Figura 08: Mapa das regiões de saúde, por macrorregião. Alagoas, 2016.



Fonte: SESAU/AL, 2016.

Para garantir a atenção à saúde da população residente e referenciada, a rede ambulatorial própria do SUS, no município de Maceió, é constituída de 75 serviços de saúde para atendimento à atenção primária à saúde e especializada, de média complexidade, distribuídos entre as categorias descritas na tabela 11.

Tabela 11 - Serviços de Saúde da rede própria, Maceió/AL, 2017.

Descrição do Serviço de Saúde	Qtd.
Unidades de Estratégia Saúde da Família (ESF)	36
Unidades Básicas de Saúde – Modelo Tradicional/Demanda Espontânea	16
Unidades Básicas de Saúde Mistas (ESF e Modelo Tradicional)	06
Unidades de Pronto Atendimento – UPA	02
Centro de Atenção Psicossocial – CAPS	05
Unidades Especializadas ¹	07
Centro de Especialidade Odontológica – CEO	02
Centro de Especialidades (PAM Salgadinho)	01
Total	75

Fonte: SCNES/GGPS/CASS/SMS-Maceió-AL, 2017.

¹ A US da Pitanguinha, que é unidade mista, também é referência em serviços especializados para o III DS. Portanto, Maceió conta com 08 unidades de saúde com atendimento especializado, sendo 01 em cada DS.

O sistema de saúde de Maceió, em sua rede própria, conta, também, com 23 dispositivos para o desenvolvimento de ações de atenção à saúde, nos níveis primário e secundário, visualizados na tabela 12.

Tabela 12 - Dispositivos de Saúde da rede própria. Maceió/AL, 2017.

Dispositivos de Saúde	Qtd
Equipes de Consultório na Rua	06
Núcleo de Apoio a Saúde da Família – NASF	08
Equipes de Serviço de Atenção Domiciliar – SAD	06
Equipe de Academia da Saúde	03
Núcleo de Cultura e Reabilitação Psicossocial	01
Total	24

Fonte: GGPS/CASS/SMS de Maceió/AL, 2017.

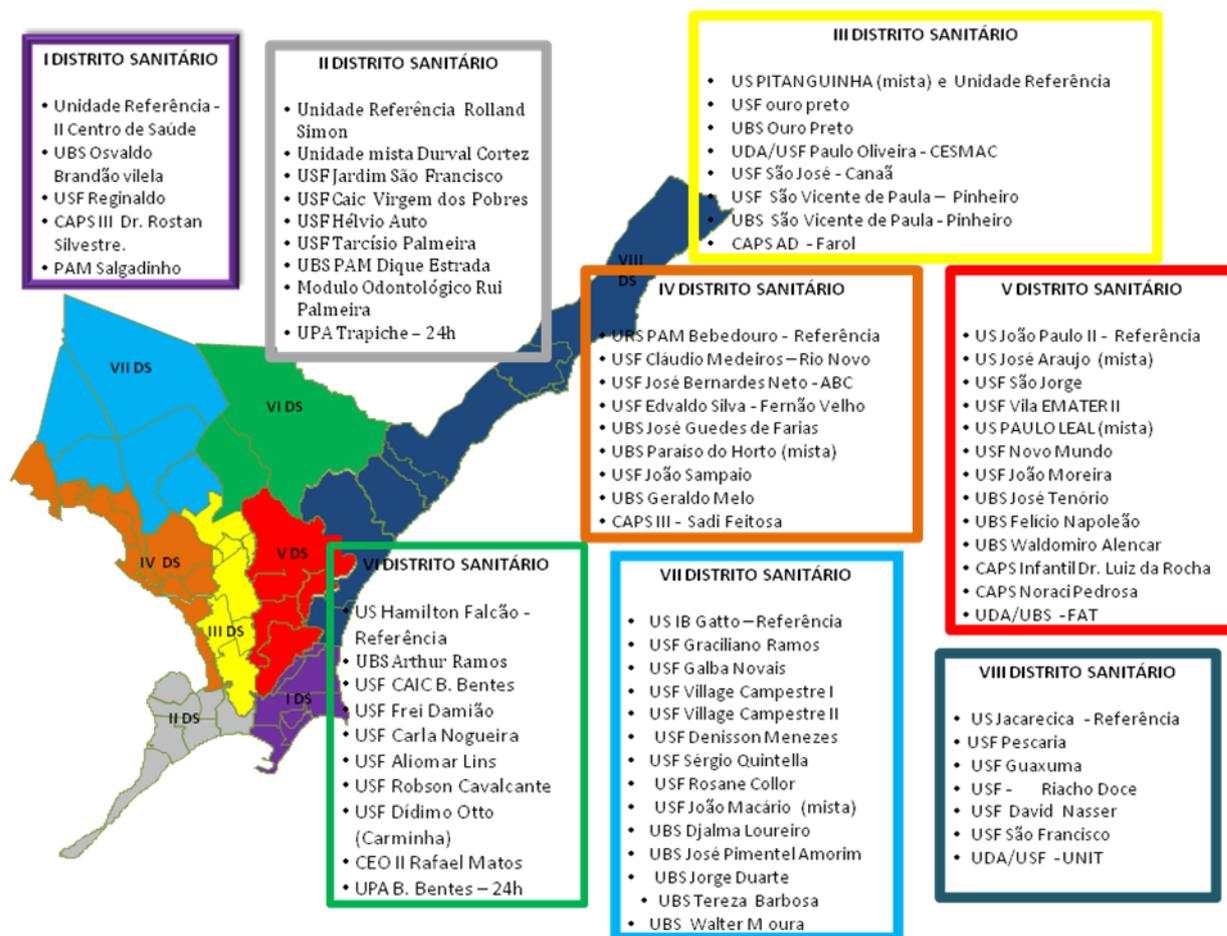
Na perspectiva de atender às necessidades de saúde da população e organizar o sistema para responder às demandas, além da rede própria, o SUS em Maceió conta com uma rede complementar de serviços, ambulatorial e hospitalar, para atendimento da população maceioense e da população referenciada de outros municípios. A rede complementar é composta por 118 instituições, sendo 03 federais, 07 públicas estaduais, 17 filantrópicas e 91 privadas (CNES/DATASUS/MS-Brasil, 2017).

Para uma melhor compreensão do funcionamento do SUS em Maceió, a análise situacional que segue apresenta a configuração das ações e serviços de saúde na distribuição geográfica por Distrito Sanitário, na lógica de funcionamento da Política de Saúde, por níveis de atenção à saúde, e na organização em redes de atenção.

3.4.1 – Organização da Rede de Serviços nos Distritos Sanitários

O Distrito Sanitário (DS) é um modelo organizativo descentralizado, que se traduz na delimitação de uma área geográfica e populacional, onde estão implantados e articulados os serviços de saúde. É uma forma de reorientação do SUS, em nível local, capaz de facilitar a vinculação da população à Unidade de Saúde e dimensionar de forma adequada a oferta de serviços na região (MACEIÓ, 2013). Em Maceió, a rede própria de serviços do SUS está estruturada em 08 Distritos Sanitários, conforme mostra a figura 09.

Figura 09 – Mapa com a rede de serviços, segundo Distritos Sanitários. Maceió/AL, 2017.

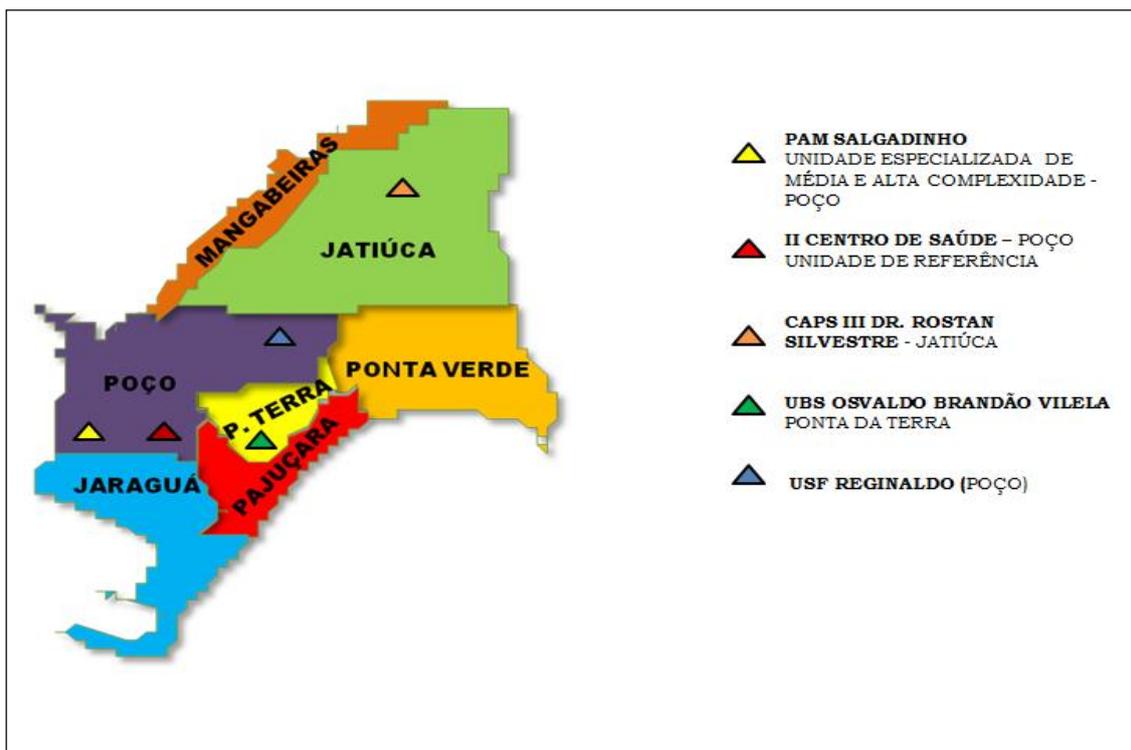


Fonte: GGPS/GATC. SMS de Maceió/AL, 2017.

O modelo de organização geográfica por Distrito Sanitário contempla uma Unidade de Referência (UR), em cada DS, para a prestação de assistência especializada à saúde. É possível visualizar, na figura acima, que Maceió convive com dois modelos de atenção na atenção primária – unidades de Estratégia de Saúde da Família (ESF) e unidades básicas (UBS), que atendem à demanda espontânea.

A configuração dos serviços de saúde de Maceió, com a rede própria e complementar ao SUS, pode ser visualizada de forma detalhada na análise que segue, por Distrito Sanitário. Ao fazer a análise por DS, além de evidenciar a distribuição da rede com a organização dos serviços assistenciais, também são apresentados alguns indicadores, que conformam o perfil epidemiológico da população de cada território.

Figura 10 – Mapa da rede de serviços do SUS no I Distrito Sanitário. Maceió/AL, 2017.



Fonte: GGPS/GATC. SMS de Maceió/AL, 2017.

O primeiro Distrito Sanitário (DS) compreende 07 bairros, localizados numa região que abrange, principalmente, a área litorânea do município, com uma população total de 109.806 habitantes e uma densidade demográfica de, aproximadamente, 11.239,10 hab/km².

Os dados de mortalidade referentes ao I Distrito Sanitário indicam que as principais causas de óbito nesse território são: doenças do aparelho circulatório (27,76%), neoplasias (17,23%), doenças do aparelho respiratório (11,77%) e causas externas (10,15%), semelhante à tendência geral do município de Maceió.

No Distrito, a cobertura da atenção básica atinge apenas 11,75% da população e está estruturada em 02 unidades de saúde, sendo 01 Unidade de Estratégia de Saúde da Família (ESF), com duas equipes, que cobre a população adstrita do Reginaldo (abrangência do bairro Poço) e 01 Unidade Básica de Saúde (UBS) de modelo tradicional, na Ponta de Terra, para atendimento da demanda espontânea de todo DS. O quantitativo de serviços indica que existe um grande vazio assistencial no primeiro distrito, com a menor cobertura de atenção básica do município.

O DS dispõe, também, de uma unidade de referência, que é o II Centro de Saúde, que oferta as seguintes especialidades: psiquiatria, colposcopia, geriatria, pneumologia, urologia, dermatologia, otorrinolaringologista, ginecologista, cirurgião pediátrico e mastologista. O II Centro também possui um posto de coleta para exames laboratoriais, núcleo de vacina, núcleo de tabagismo e Laboratório para exames de baciloscopia, sendo Referência Estadual de Tuberculose Multirresistente e Hanseníase.

A Unidade PAM Salgadinho, localizada no bairro do Poço, dispõe de diversos serviços especializados, tais como: Centro Especializado Odontológico - CEO; Centro Especializado em Reabilitação – CER III (Auditiva, Física e Intelectual); Centro de Referência para o Hipertenso, Diabético e Obeso; Referência para as Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST/HIV/AIDS) e o Laboratório de Análises Clínicas (LACLIN). O PAM presta atendimento tanto à população do Distrito, quanto à população referenciada de toda Maceió e municípios alagoanos.

O Distrito dispõe de um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), que atende a população de outros DS, devido à insuficiência de serviços de saúde mental no município. Também fica localizada no primeiro Distrito a sede do Complexo Regulador Assistencial (CORA) - setor do SUS responsável pela regulação de consultas, exames e procedimentos especializados, ofertados à população de Maceió e demais municípios do Estado de Alagoas.

Além da rede própria de serviços do SUS no Distrito, visualizada no mapa 05, com a indicação das unidades de saúde de atenção primária e atenção especializada, existem os serviços da rede complementar, que estão na abrangência do DS. A referida rede complementar é composta de prestadores, filantrópicos e privados, com 14 estabelecimentos. Desses, destacam-se as instituições que prestam serviços de órteses e próteses, fisioterapia, exames cardiológicos, citologia e patologia clínica, conforme quadro detalhado abaixo.

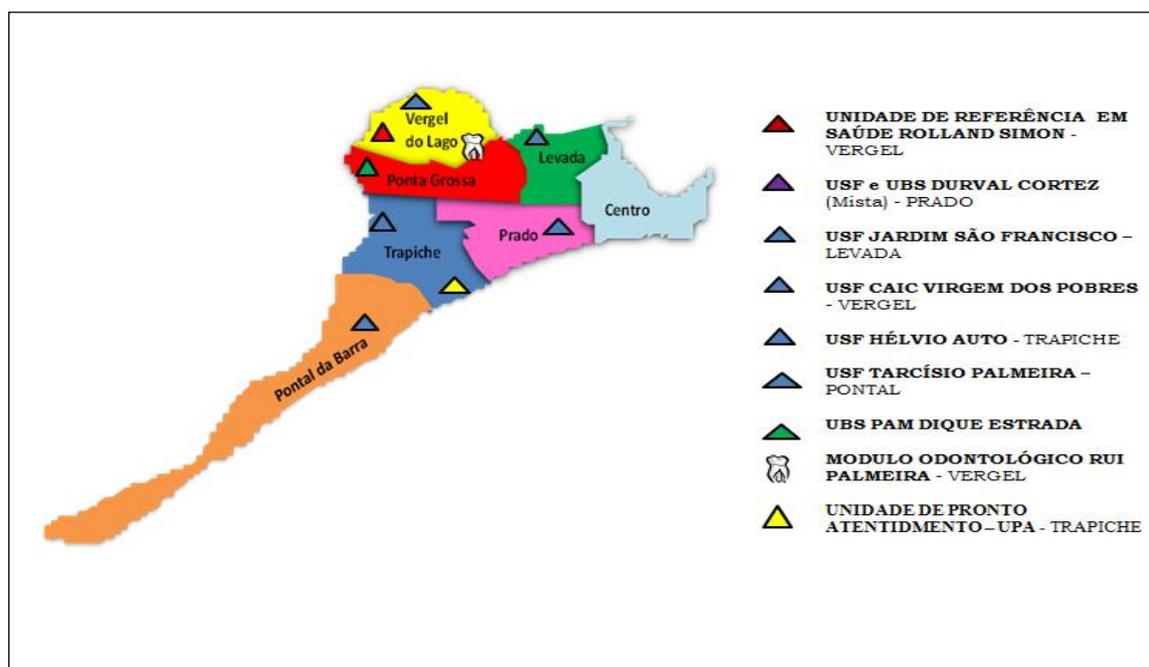
Quadro 03 – Rede complementar de serviços ao SUS do I DS. Maceió/AL, 2017.

Estabelecimento	Tipo/especialidade	Bairro
AAPPE	Consultas, exames, audiologia, órteses e próteses	Jatiúca
Casa de Saúde - Maternidade N. S. Fátima	Ortopedia	Jaraguá
Unimagem	Exames de imagem	Poço
Instituto de Doenças Reumáticas	Fisioterapia	Jatiúca
Hidroclínica	Fisioterapia	Ponta verde
Hospital Vida (CENEFRON)	Consultas, exames e TRS	Ponta Verde
Profisio	Consulta e terapia em grupo	Jatiúca
Climecor	Exames cardiológicos	Mangabeiras
DIAGNOR	Exames de imagem	Jatiúca
Centro de Oftalmo e Otorrino de Maceió	Consultas e exames de otorrino	Ponta Verde
Multyphysio	Fisioterapia	Ponta Verde
Citoanálise	Citologia e patologia clínica	Jaraguá
H-Oftalmo Hospital Oftalmológico de Alagoas	Consultas, exames e cirurgias oftalmológicas	Pajuçara
Laboratório Hormonal Fátima Cunha	Exames alérgicos	Jatiúca

Fonte: SCNES/GGPS/GATC. SMS de Maceió/AL, 2017.

O segundo Distrito Sanitário (DS) é formado por 07 bairros e apresenta uma estimativa populacional de 110.936 habitantes, com uma densidade demográfica de 9.748,33 hab/km². Na figura 11, é possível visualizar a distribuição dos serviços de saúde por bairro e modelo de atenção.

Figura 11 – Mapa da rede de serviços do SUS do II Distrito Sanitário, Maceió/AL, 2017.



Fonte: GGPS/GATC. SMS de Maceió/AL, 2017.

No distrito, a cobertura de atenção básica é de 52.73% e, conforme mostra a figura 11, o serviço está estruturado em 06 unidades de saúde, distribuídas em 04 unidades de Estratégia de Saúde da Família (ESF), 01 Unidade Básica (UBS) e 01 unidade mista, que tem os dois modelos de atenção à saúde (ESF e demanda). O distrito conta, ainda, com um Módulo Odontológico e uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA) localizada no bairro do Trapiche.

O DS dispõe de uma Unidade de Referência, no bairro do Vergel, que oferta atendimento à população nas seguintes especialidades: psiquiatria, pneumologia, urologia, dermatologia, gastroenterologia e cirurgia geral. A unidade também é referência secundária para tuberculose e hanseníase e oferta serviços de colposcopia e coleta de exames laboratoriais.

Quadro 04 – Rede complementar de serviços ao SUS do II DS. Maceió/AL, 2017.

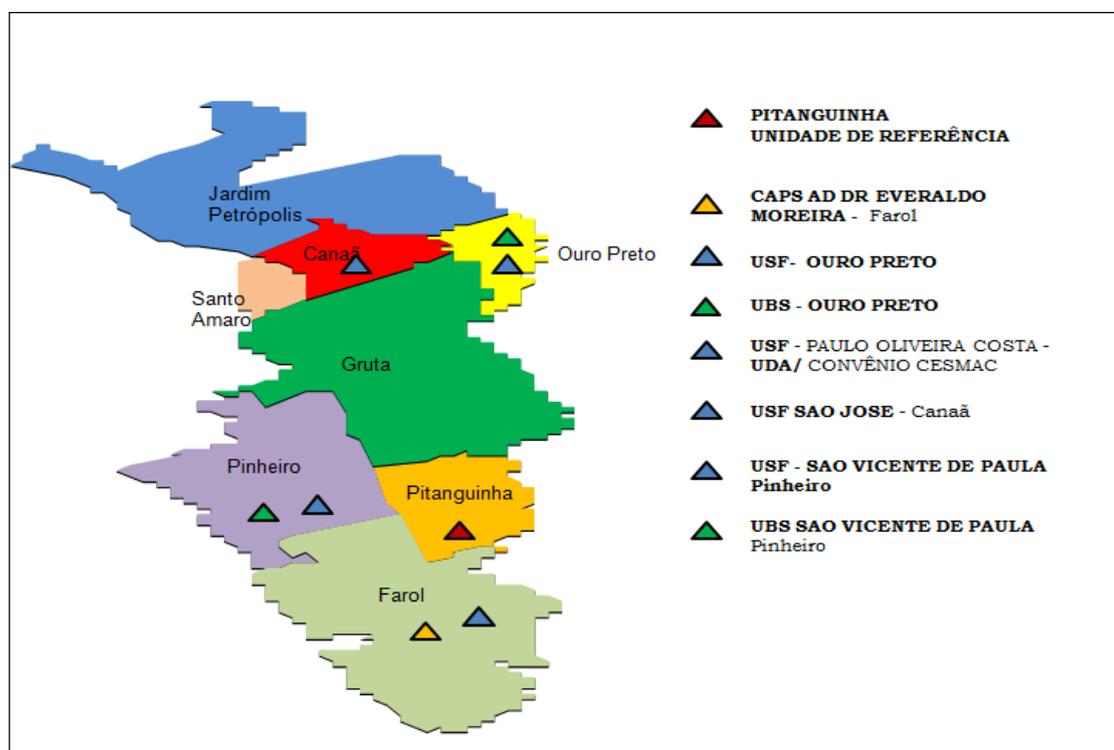
Nome da Unidade	Tipo/especialidade	Bairro
Nova Imagem	Exames de média e alta complexidade	Centro
Central de Saúde	Citologia e exames laboratoriais	Prado
Casa de Saúde Santo Antônio	Maternidade	Centro
Caixa Beneficente da Polícia Militar	Fisioterapia	Centro
IPIC – Instituto de Patologia	Citologia e exames anatomopatológicos	Centro
Laboratório Samuel Pessoa	Exames laboratoriais	Prado
Laboratório Carlos Chagas	Exames laboratoriais e patologia	Centro
Hemofílicos (Janete Portela)	Consultas e Fisioterapia	Trapiche
Clínica de Medicina Física de Alagoas	Fisioterapia	Centro
APAE	Consultas, fisioterapia, órteses e próteses	Centro
Santa Casa de Misericórdia de Maceió	Consultas, exames, cirurgias, quimioterapia, radioterapia e TRS (Terapia Renal Substitutiva)	Centro
Laboratório Adolf Lutz	Citologia e exames laboratoriais	Centro
Clínica de Reumatologia Dr. Fernando Gameleira	Fisioterapia	Centro
Pestalozzi	Exames, consultas e tratamento com pessoas com deficiência	Centro
Seoma	Consultas e tratamento de glaucoma	Centro
Instituto de Reabilitação de Maceió	Fisioterapia	Centro
CEMIM	Exames de imagem	Centro
Laboratório Martins Pinto	Patologia	Centro
Clínica de Olhos de Alagoas	Consultas e exames oftalmológicos	Centro
Quality Fisio	Fisioterapia	Prado
Hospital Nossa Senhora da Guia	Maternidade	Centro
Magis Fisioterapia	Fisioterapia	Prado

Fonte: SCNES/GGPS.SMS de Maceió/AL, 2017.

Como demonstra o quadro 04, a rede complementar ao SUS do II Distrito é composta por 22 estabelecimentos filantrópicos e privados, dentre os quais predomina a oferta de serviços de fisioterapia, patologia, consultas e exames e citologia. O distrito conta, ainda, com duas unidades hospitalares que prestam atendimento de média e alta complexidade, incluindo maternidade.

Quanto à análise das condições de saúde da população, os dados de mortalidade referentes ao II Distrito Sanitário, no ano de 2016, indicam que as principais causas de óbito, nessa região do Município de Maceió, são: doenças do aparelho circulatório (26,46%), causas externas (16,76%), neoplasias (11,97%) e doenças do aparelho respiratório (11,01%). Dentre as principais causas de adoecimento, destacam-se o acidente por animais peçonhentos, com 34,42%, seguido da dengue, com 28,485, e atendimento antirrábico, com 20,50%. Um contexto de morbimortalidade semelhante ao perfil geral do Município de Maceió.

Figura 12 – Mapa dos serviços do SUS do III Distrito Sanitário. Maceió/AL, 2017.



Fonte: GGPS/GATC. SMS – Maceió – AL, 2017.

O terceiro Distrito Sanitário é composto por 08 bairros, com uma população de 75.309 habitantes e apresenta uma densidade demográfica de 5.679,41 hab/km².

Em relação ao perfil epidemiológico, os dados de mortalidade indicam que as principais causas de óbito nesse território são: doenças do aparelho circulatório (27,0%), neoplasias (15,0%) e doenças do aparelho respiratório (12,0%). As principais causas de adoecimento da população são: em primeiro lugar a dengue, com 48,06%, em segundo lugar o atendimento antirrábico, com 22,57% e, em terceiro lugar, os acidentes com animais peçonhentos, com 20,07%.

A rede própria de serviços de atenção básica conta com 07 unidades de saúde, distribuídas da seguinte forma: 04 da Estratégia de Saúde da Família, sendo que uma é Unidade Docente Assistencial (UDA Cesmac/USF Paulo Oliveira), 02 Unidades Básicas de demanda espontânea e 01 Unidade mista (Pitanguinha – que atende ESF e demanda). Devido ao número de unidades e equipes, a cobertura de atenção básica no Distrito equivale a 66,33%, colocando o mesmo numa posição também de destaque em relação aos outros territórios.

A figura 12, com o mapa de identificação dos serviços por bairros e modelos de atenção, também permite visualizar que, no Distrito, a Unidade de Saúde da Pitanguinha também se constituía Unidade Referência para oferta de serviços especializados. Assim, existem serviços de referência na unidade para atendimento à população nas seguintes especialidades médicas: psiquiatria, pneumologia, dermatologia, urologia e mastologia. O Distrito conta, ainda, com um Centro de Atenção Psicossocial Social de Álcool de outras Drogas (CAPS AD), que atende a demanda de toda Maceió e a população referenciada de outros municípios.

A rede complementar de serviços filantrópicos e privados, visualizada no quadro 05, é composta por 32 estabelecimentos, os quais ofertam serviços especializados para a população residente e referenciada em várias áreas, incluindo exames laboratoriais, consultas em várias especialidades e atendimento em pediatria, ortopedia, oftalmologia e fisioterapia.

Comparado aos demais distritos, o terceiro DS é o que tem maior concentração de serviços privados, devido ao mesmo ser composto por bairros

localizados em regiões com maior facilidade no acesso, a exemplo do Farol. Vale considerar, ainda, que mesmo estando localizado no III DS, vários desses estabelecimentos atendem a população de todo o município.

Quadro 05 - Rede complementar de serviços ao SUS do III DS. Maceió/AL, 2017.

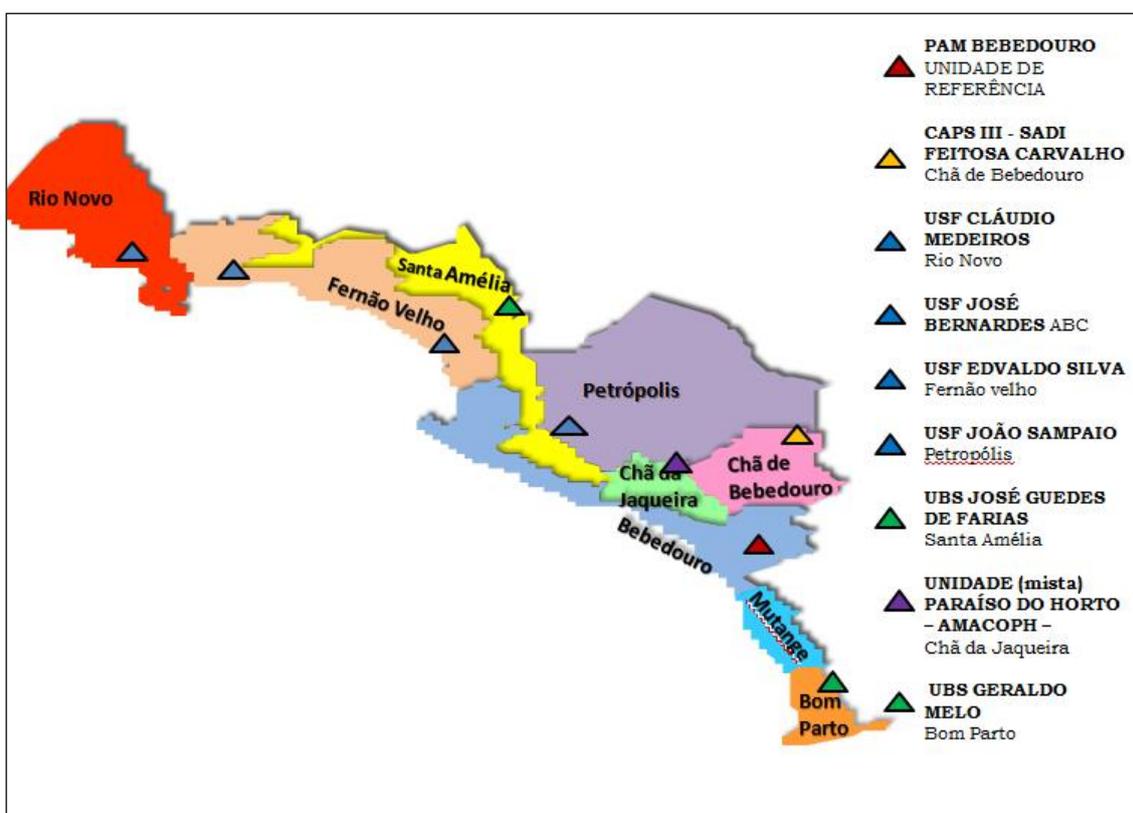
Estabelecimento	Tipo/especialidade	Bairro
Instituto de Urologia	Urologia	Gruta
LACIT	Citologia e anátomo	Pinheiro
Clínica Infantil Santa Maria	Pediatria	Farol
Hospital Sanatório	Consultas, exames e internação	Farol
Hospital Ortopédico de Maceió	Exames, tratamento ortopédico, Terapia Renal Substitutiva e consultas	Farol
Hospital do Açúcar	Consultas, exames e Terapia Renal Substitutiva	Farol
Instituto da Visão	Consultas, exames e cirurgias	Farol
Diagnose	Exames de média e alta complexidade	Farol
Endográfica	Exames endoscópicos	Pinheiro
ADEFAL	Exames, consultas, fisioterapia , órteses e próteses	Farol
Hospital de Olhos Santa Luzia	Consultas, exames e cirurgias oftalmológicas	Gruta
MEDRADIUS	Litotripsia	Gruta
Clínica de Doenças Renais LTDA	Exames, consultas e Terapia Renal Substitutiva	Pinheiro
Instituto de Olhos de Maceió - IOM	Consultas, exames e cirurgias oftalmológicas	Farol
HEMOPAC	Exames laboratoriais	Farol
UROMED	Litotripsia e exames	Farol
Laboratório Osvaldo Cruz	Citologia e exames laboratoriais	Farol
Clinimagem	Exames de média complexidade	Farol
SONOGRAPH	Exames de imagem	Pinheiro
CEPAMA	Anatomo patológico	Farol
Laboratório Marcos Peixoto	Patologia	Farol
Oculare (Saúde Integrada)	Exames, consultas e cirurgia oftalmológica	Farol
Manuale Reabilitação Física	Reabilitação física	Farol
Fisio	Fisioterapia	Farol
Fisioteravida	Fisioterapia	Pinheiro
Angioneuro	Exames de alta complexidade	Farol
FUNBRASIL	Consultas, exames e fisioterapia	Farol
CERVI	Exames, consultas e cirurgia oftalmológica	Farol
CREN – Centro de Referência e Educação Nutricional	Nutricionista	Farol
NOT	Consultas, terapias, fisioterapia e tratamento de ortopedia	Gruta
APAE Maceió Audiovisual	Consultas, exames em oftalmologia e otorrino	Farol
Histocon	Exames para doadores de órgãos	Farol

Fonte: SCNES/GGPS. SMS de Maceió/AL, 2017.

O quarto Distrito Sanitário é composto por 09 bairros e, excetuando-se os bairros de Chã da Jaqueira e Petrópolis, todos são margeados pela Lagoa Mundaú e entrecortados pela linha férrea. A população total do distrito é de 106.005 habitantes, representando, aproximadamente, 10,4% da população do Município.

O perfil epidemiológico do Distrito se assemelha aos demais, ao evidenciar que as principais causas de óbito nessa região do Município de Maceió são: doenças do aparelho circulatório (27,2%), causas externas (18,5%) e neoplasias (10,9%). Em relação à morbidade, os dados também indicam que as principais doenças de notificação compulsória, no ano de 2016, foram: Dengue (45,1%), Atendimento Antirrábico (22,7%) e Acidente por Animais Peçonhentos (22,34%).

Figura 13 – Mapa dos serviços do SUS do IV Distrito Sanitário. Maceió/AL, 2017.



Fonte: GGPS/GATC.SMS de Maceió/ AL, 2017.

Quanto à organização dos serviços, é possível visualizar, na figura 13, com a rede de serviços do SUS, que o Distrito possui 07 unidades de atenção básica, sendo 04 unidades de Estratégia de Saúde da Família (ESF) e 02 unidades básicas de modelo tradicional, que atendem por demanda espontânea, e 01 unidade mista (ESF e demanda). Esse conjunto de unidades representa uma cobertura de atenção básica no distrito de 46,27%.

A Unidade de Referência no DS é o PAM Bebedouro, com a oferta das seguintes especialidades: Psiquiatria, Cardiologia, Colposcopia, Pneumologia, Dermatologia e otorrinolaringologia e, ainda, é referência secundária para tuberculose e hanseníase. O Distrito dispõe, também, de um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS III) para atendimento à população do território e também de outras regiões de Maceió e Alagoas.

Em relação à rede complementar, o quadro abaixo revela que existem, no IV distrito, somente 04 estabelecimentos de saúde. Nestes, destacam-se a oferta de serviços de consultas e exames, psiquiatria e atendimento fisioterapêutico.

Quadro 06 - Rede complementar de serviços ao SUS do IV DS. Maceió/AL, 2017.

Estabelecimento	Tipo/especialidade	Bairro
Clínica Guri	Consultas e exames	Bom Parto
Casa de Saúde Miguel Couto	Psiquiatria	Bebedouro
Clínica de Repouso Ulysses de Pernambuco	Psiquiatria	Bebedouro
ASSISTA – Associação de Pais e Amigos do Autista	Consultas, terapia e atendimento fisioterapêutico	Santa Amélia

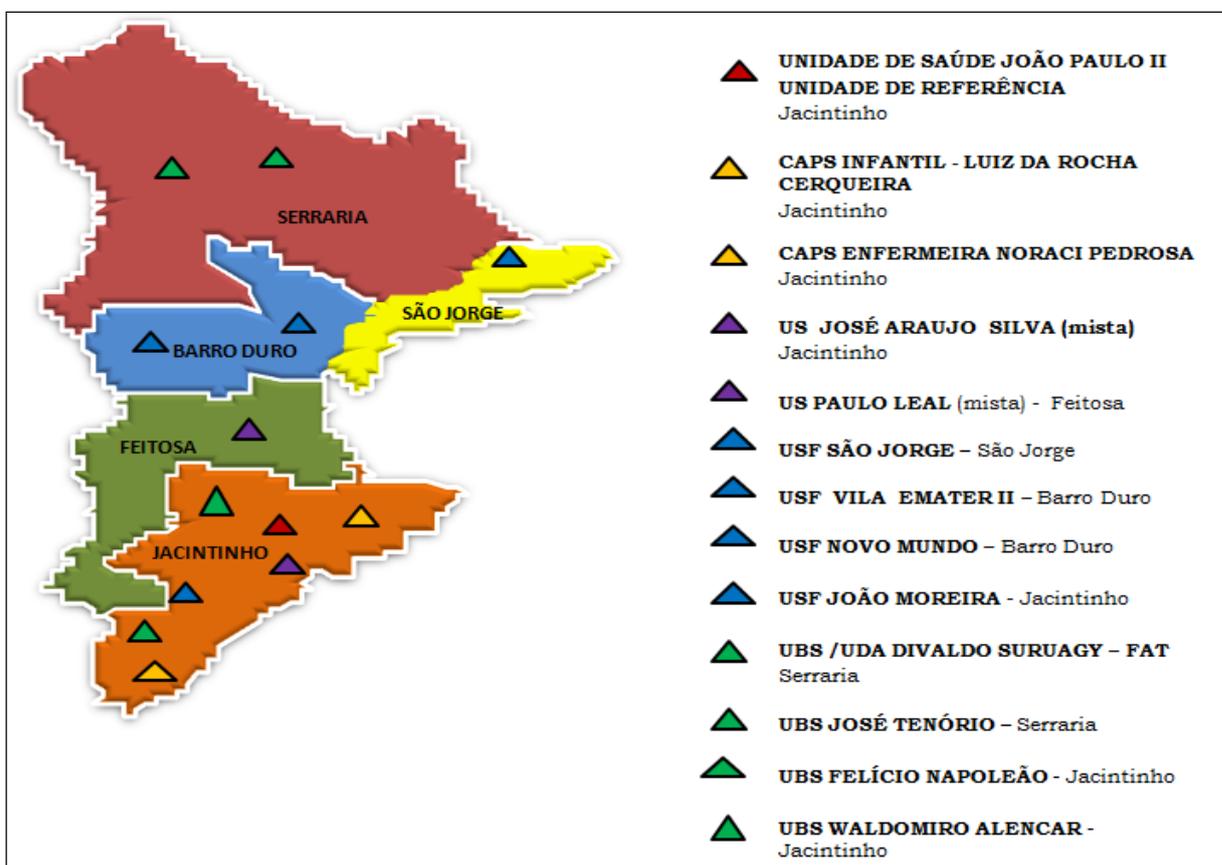
Fonte: SCNES/GGPS/GATC. SMS de Maceió/AL, 2017.

O quinto Distrito Sanitário é composto por 05 bairros, conforme visualizado na figura 14, que trata do mapa dos serviços próprios do SUS, distribuídos por bairros.

O Distrito possui uma população de 179.255 habitantes que representa, aproximadamente, 17,7% da população do Município, com densidade demográfica de 9.694,70 hab/km². O Jacintinho é uma referência no território, por se caracterizar como um dos bairros mais populosos do município e

também com altos índices de vulnerabilidade social, o que demanda uma maior atenção do sistema público de saúde.

Figura 14– Mapa dos serviços do SUS do V Distrito Sanitário. Maceió/AL, 2017.



Fonte: GGPS/GATC. SMS de Maceió/ AL, 2017.

Quanto à situação de saúde, os dados de mortalidade referentes ao 5º Distrito Sanitário, no ano de 2016, demonstram que as principais causas de óbito no território são: doenças do aparelho circulatório (27,6%), causas externas (18,4%) e neoplasias (12,5%). Já as causas de adoecimentos também se assemelham ao perfil de outros distritos e de Maceió, apresentando os seguintes índices: Dengue (35,7%), Atendimento Antirrábico (29,7%) e Acidente por Animais Peçonhentos (19,9%).

Conforme indica a figura 14, como o mapa da rede própria de serviços do SUS, o distrito dispõe de 13 unidades de saúde. Destas, 10 são unidades básicas, com 04 unidades básicas que atendem por demanda espontânea, 04 unidades de Estratégia de Saúde da Família, que atendem a população adstrita

do território, e 02 unidades mistas (ESF + demanda). Com esse número de unidades, a cobertura da atenção básica no Distrito é de 51,80%.

Dentre as unidades de modelo tradicional, uma é Unidade Docente Assistencial (UDA), conveniada com a Faculdade de Tecnologia de Alagoas (FAT). Além disso, o DS possui 02 CAPS, sendo 01 com atendimento ao público infantil.

O DS dispõe, ainda, de 01 Unidade de Referência, João Paulo II, que fica localizada no bairro do Jacintinho e oferta atendimento nas seguintes especialidades: psiquiatria, colposcopia, geriatria, urologia, dermatologia, mastologia, neuropediatria, ortopedia e cirurgia geral.

A rede complementar de prestadores privados no Distrito é composta por 04 estabelecimentos. Desses, destacam-se as instituições que prestam serviços de exames de imagem, consultas e fisioterapia, conforme quadro detalhado abaixo.

Quadro 07 - Rede complementar de serviços ao SUS do V DS. Maceió/AL, 2017.

Estabelecimento	Tipo/especialidade	Bairro
Multiclínica – Clínica Nossa Senhora de Fátima	Exames de imagem	Serraria
Reabilit Fisioterapia	Fisioterapia, terapia e consultas	Barro Duro
LABCLIN	Patologia	Serraria
Lar São Francisco de Assis	Consultas, fisioterapia e exames de otorrino	Serraria

Fonte: SCNES/GGPS/GATC. SMS de Maceió/AL, 2017.

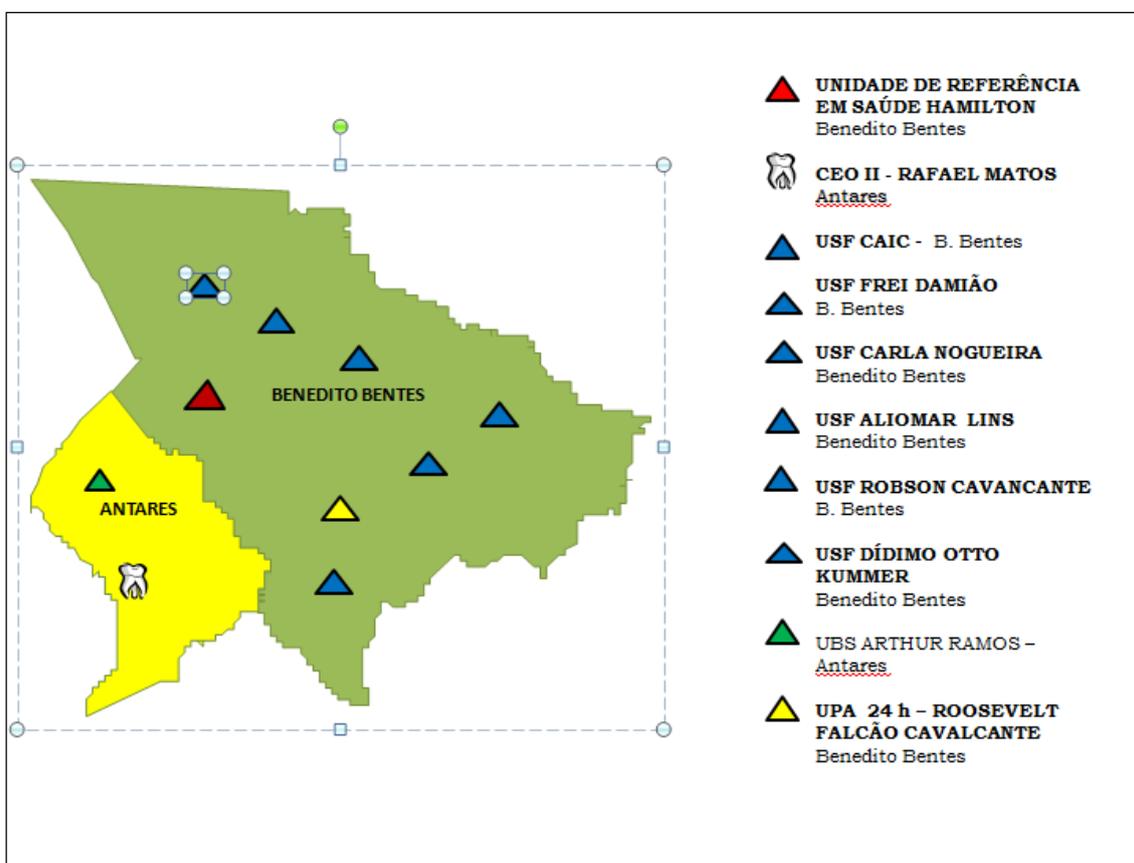
O sexto Distrito Sanitário é formado por apenas 02 bairros, sendo que o Benedito Bentes é o mais populoso de Maceió, com 100.156 mil habitantes. A população total do distrito é de 122.104 habitantes, representando, aproximadamente, 12% da população do Município de Maceió.

A figura 15, com o mapa da rede própria do SUS no VI DS, mostra que os serviços estão distribuídos em unidades de atenção primária e unidades especializadas. Assim, o Distrito dispõe de 10 unidades de saúde, sendo 01 Unidade de Referência, 07 unidades de atenção básica, 01 Unidade de Pronto Atendimento (UPA) e 01 um Centro de Referência em

Odontologia (CEO).

Das 07 unidades de atenção básica, 06 são de Estratégia Saúde da Família e 01 Unidade Básica, que atende à demanda espontânea. Esse quantitativo permite que o Distrito tenha uma cobertura da atenção básica de 51,84%.

Figura 15– Mapa dos serviços do SUS do VI Distrito Sanitário. Maceió/AL, 2017.



Fonte: GGPS/GATC. SMS de Maceió/AL. 2017.

No VI Distrito, a Unidade Hamilton Falcão é Referência para serviços especializados, localizada no Benedito Bentes, que oferta atendimento à população nas seguintes especialidades médicas: psiquiatria, geriatria e urologia.

Já a rede privada complementar ao SUS, de entidades filantrópicas e privadas, é composta, apenas, por 02 estabelecimentos, que ofertam serviços especializados.

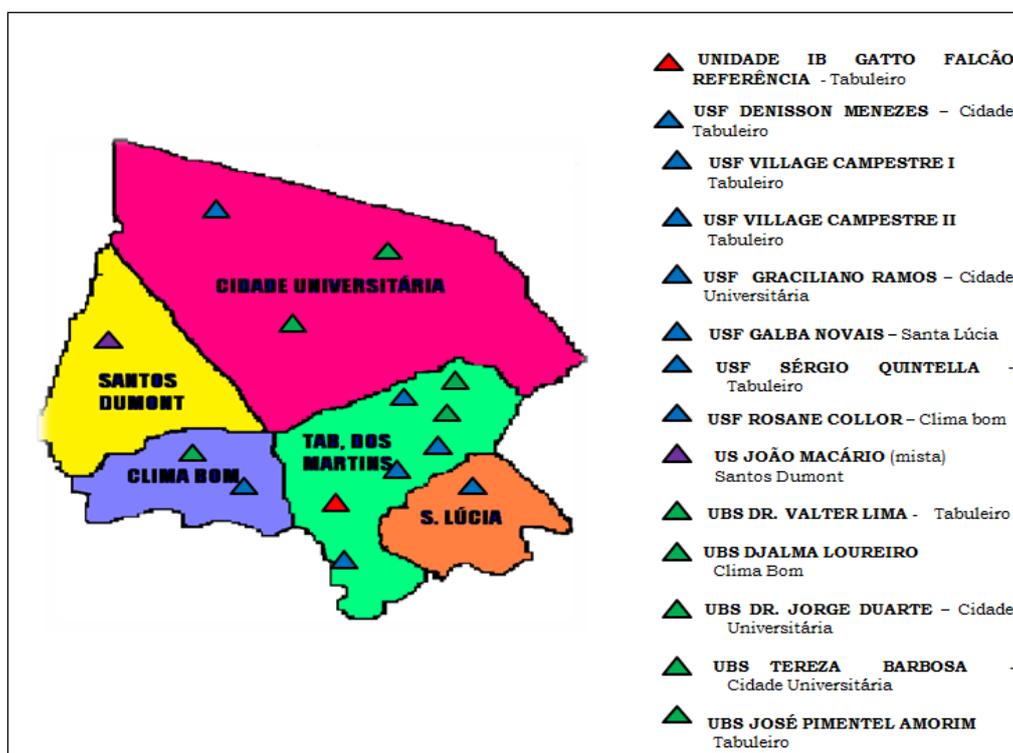
Quadro 08 - Rede complementar de serviços ao SUS do VI DS. Maceió/AL, 2017.

Estabelecimento	Tipo/especialidade	Bairro
LABOAL	Exames laboratoriais e patologia	Benedito Bentes
IOFAL	Exames, consultas e cirurgias oftalmológicas	Benedito Bentes

Fonte: SCNES/GGPS/GATC. SMS de Maceió/AL, 2017.

No tocante aos indicadores de saúde da população, os dados de mortalidade indicam que as principais causas de óbito no VI Distrito são: as doenças do aparelho circulatório, com 27,0%, as causas externas, com 20,5%, e as neoplasias, com 11,4%. E, quanto à morbidade, as principais doenças de notificação compulsória, no ano de 2016, foram: Dengue (47,5%), Atendimento Antirrábico (27,6%) e Acidente por Animais Peçonhentos (9,3%).

Figura 16 – Mapa dos serviços do VII Distrito Sanitário. Maceió/AL, 2017.



Fonte: GGPS/GATC. SMS de Maceió/AL, 2017.

O sétimo Distrito Sanitário compreende 05 bairros, comportando 268.739 habitantes, representando, aproximadamente, 26,5% da população do Município de Maceió.

O perfil epidemiológico do Distrito evidencia que, nos dados referentes à mortalidade, as principais causas de óbito no território também são as mesmas observadas em outros distritos, a saber: Doenças do aparelho circulatório (27,6%), causas externas (19,0%), neoplasias (12,5%) e doenças do aparelho respiratório (9,4%). Da mesma forma, se assemelham às principais causas de adoecimento da população: Dengue (33,62 %), Atendimento Antirrábico (29,56 %) e Acidente por Peçonhentos (25,49%).

Pode ser observado, na figura 16, com o mapa de serviços existentes no Distrito Sanitário, que a rede própria do SUS abrange 14 unidades de saúde, sendo 01 unidade de referência, que oferta atendimento especializado, e 12 unidades básicas de saúde. Dentre as 13 unidades de atenção básica, 05 unidades são do modelo tradicional, que atendem por demanda espontânea, 07 são Unidades de Estratégia da Saúde da Família e 01 unidade mista (ESF + demanda espontânea), alcançando, apenas, 36,84% de cobertura da atenção básica, por ser um dos distritos mais populosos.

A Unidade de Referência IB Gatto, localizada no bairro do Tabuleiro dos Martins, oferta atendimento nas seguintes especialidades: psiquiatria, cardiologia, colposcopia, urologia, dermatologia e mastologia. A unidade também é referência secundária para atendimento de tuberculose e hanseníase.

Em relação à rede de complementar ao SUS, o quadro 09 demonstra que existem 03 estabelecimentos privados de saúde no Distrito que ofertam serviços de fisioterapia, consultas, exames, internação pediátrica e litotripsia.

Quadro 09 - Rede complementar de serviços ao SUS do VII DS. Maceió/AL, 2017.

Estabelecimento	Tipo/especialidade	Bairro
AMAI	Internação pediátrica	Tabuleiro dos Martins
Instituto Nossa Senhora de Fátima	Consultas e exames	Tabuleiro dos Martins
Centro de Reabilitação Cícero Laurindo de Melo	Fisioterapia	Tabuleiro dos Martins

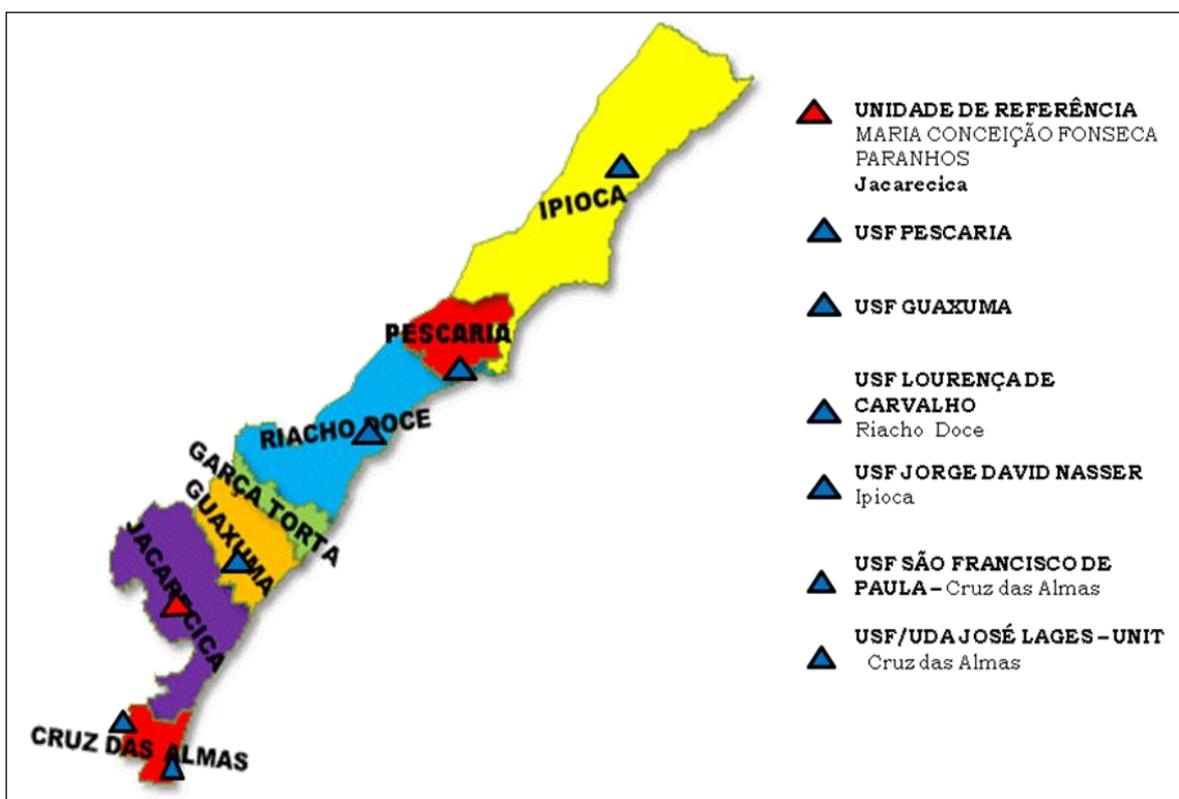
Fonte: SCNES/GGPS/GATC. SMS de Maceió/AL, 2017.

O oitavo Distrito Sanitário compreende 07 bairros que estão localizados numa região de área litorânea do município. Com uma população de 41.778

habitantes, o distrito representa, aproximadamente, 4,1% da população do Município de Maceió.

Quanto à situação de saúde da população, os dados de mortalidade indicam que as principais causas de óbito nesse território são: doenças do aparelho circulatório (26,7%), causas externas (19,5%), neoplasias (13,0%) e doenças do aparelho respiratório (9,7%). Além disso, as principais causas de morbidade são: atendimento Antirrábico (31,64%), dengue (24,94%) e acidente por animais peçonhentos (24,2%). Ressalte-se que esse foi o único distrito em que a dengue ficou em segundo lugar dentre as doenças de notificação compulsória.

Figura 17– Mapa dos serviços do SUS do VIII Distrito Sanitário. Maceió/AL, 2017.



Fonte: GGPS/GATC. SMS de Maceió/AL. 2017.

Conforme visualizado na figura 17, a rede própria de serviços no SUS, no Distrito Sanitário, é formada por 07 Unidades de Saúde. Dessas, 06 são unidades básicas de saúde com o modelo de Estratégia Saúde da Família (ESF) - que inclui a Unidade Docente Assistencial (UDA), parceria com a UNIT – e 01 Unidade de Referência para atendimento especializado. Nessa

perspectiva, em relação à atenção básica, o oitavo distrito tem a maior cobertura de atenção básica do município, com o percentual de 79,35%.

A Unidade de Referência visualizada no mapa, localizada em Jacarecica, encontra-se em reforma. Portanto, nesse território, a oferta de serviços especializados está sendo realizada, provisoriamente, na unidade do bairro Riacho Doce. Vale ressaltar que não há entidades da rede complementar localizadas nesse DS. Assim, a população desse território, quando encaminhada para as referida redes, desloca-se para outro distrito.

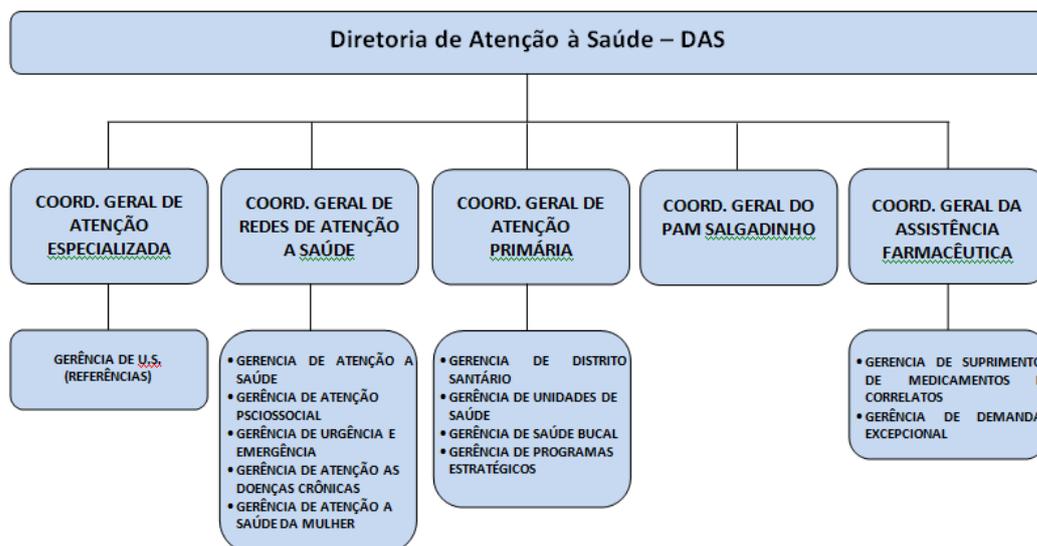
3.4.2 – Atenção à Saúde

A atenção à Saúde designa a organização estratégica do sistema e das práticas de saúde, em resposta às necessidades da população, que compreende as políticas, programas e serviços de atenção primária à saúde, bem como as ações e serviços especializados, de média e alta complexidade, que possam garantir a toda a população o atendimento mais abrangente de suas necessidades (FIOCRUZ, 2009).

O enfrentamento dos problemas de saúde requer a utilização de múltiplos saberes e práticas que implicam em relações de acolhimento, de vínculo e de responsabilização entre população usuária, trabalhadores e gestores do SUS. Assumir essa dimensão é afirmar a Atenção à Saúde, na perspectiva ético-política, na qual a intervenção sobre o processo saúde-doença é resultado da interação entre os diversos atores que fazem o SUS.

Na organização do sistema de saúde em Maceió, as ações e serviços de Atenção à Saúde são coordenados pela Diretoria de Atenção à Saúde (DAS), que tem como objetivo “Promover o acesso da população à Atenção à Saúde com ações e serviços de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, visando à organização da rede assistencial” (Maceió, 2013). Conforme o Decreto Nº. 8.398, de 09 de Março de 2017, que define a nova estrutura regimental da Secretaria, a referida diretoria tem o seguinte organograma:

Figura 18 – Organograma da Diretoria de Atenção à Saúde. SMS de Maceió/AL, 2017.



Fonte: DGPS/GGPS.SMS de Maceió/AL. 2017.

No âmbito da Atenção à Saúde, o Município de Maceió vem enfrentando o desafio de reestruturar a rede de serviços assistenciais para poder atender ao objetivo proposto pela Diretoria de Atenção à Saúde, o que requer investimento na rede física, modernização dos serviços, investimento em política de gestão pessoas e reorganização dos processos de trabalho.

Nessa perspectiva, nos últimos quatro anos, por receber um aporte significativo de recursos do governo federal para investimento na estruturação da rede física, a gestão do SUS em Maceió conseguiu implementar ações importantes para melhoria dos serviços, tais como: reformas de 27 unidades de saúde, construção de 03 novas unidades, aparelhamento, com equipamentos e mobiliários, de 65 unidades de saúde, implantação de 03 Unidades Docentes Assistenciais (UDA), Implantação de 03 Unidades de Pronto Atendimento (UPA) e reativação de vários serviços de média complexidade.

Em se tratando dos processos de trabalho e gestão de pessoas, vem sendo realizado um processo de redimensionamento dos recursos humanos, de forma a adequar melhor o quantitativo de profissionais às demanda dos serviços e, também, investimento em capacitações, implantação de ponto eletrônico e organização de fluxos assistenciais e de funcionamento das unidades. Tais ações têm contribuído para ampliar acesso e melhorar a

qualidade do atendimento, buscando atender às necessidades de saúde da população.

Em que pese os investimentos na organização dos serviços, o sistema de saúde em Maceió enfrenta muitos limites para viabilizar a Atenção à Saúde, em tempo adequado, integralidade da atenção e serviços humanizados, conforme preconiza o SUS. Como foi demonstrada na análise por DS, a cobertura da atenção primária no município é de apenas 45,21%, o que significa que mais da metade da população de Maceió não está tendo acesso aos serviços ofertados pelo sistema de saúde.

Acrescenta-se a isso o fato de as unidades não dispor de materiais e insumos necessários para atender à demanda população, parte estarem com infraestrutura inadequada para acolher os usuários e haver uma grande demanda reprimida para a assistência especializada. Esses limites ficam visíveis quando verifica-se que a maioria dos indicadores de saúde pactuados não vem sendo alcançados e quando considera-se a avaliação da própria população durante as oficinas de elaboração do PMS, que elencou problemas cruciais acerca do sistema e serviços de saúde para serem priorizados e enfrentados no próximo quadriênio.

Desse modo, cabe uma análise mais específica da Atenção à Saúde e seus desafios, a partir da estrutura organizativa da Política de Saúde em Maceió, conforme foi demonstrado no organograma da DAS.

Atenção Primária à Saúde

No SUS, a Atenção Primária à Saúde (APS) é o nível de atenção do sistema de saúde que oferece a porta de entrada prioritária de acesso para todas as necessidades dos usuários e problemas de saúde. Mesmo que outros serviços de saúde possam ser buscados pelos usuários de forma mais habitual, como a emergência, é na APS que deve ser garantido o ponto de partida para o cuidado integral e humanizado a saúde. Desse modo, o primeiro contato do usuário com o sistema de saúde na APS deve ocorrer em um espaço acessível para que a população se sinta acolhida e receba atendimento de qualidade, sempre com olhar para a integralidade (CONASEMS; COSEMS RJ, 2016).

A Atenção Primária à Saúde, comumente chamada de atenção básica, é concebida enquanto um conjunto de intervenções de saúde, no âmbito individual e coletivo, que envolve: promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação. A APS é desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias, democráticas e participativas, junto a diferentes grupos populacionais nos territórios (CONASS, 2013). A APS, estando bem organizada, garante o acesso da população aos serviços e à atenção mais adequada dos profissionais de saúde, o que resulta em redução da mortalidade e morbidade e, ainda, menores custos para o SUS.

A APS em Maceió, do ponto de vista da estrutura organizativa, funciona com 05 gerências para o desenvolvimento das ações e serviços, que são: gerência de Distritos Sanitários, Gerência de Unidades de Saúde, Gerência de Saúde Bucal e Gerência de Programas Estratégicos (conferir organograma DAS), cujas ações e serviços são implementados nas unidades de saúde. Diversos programas que ofertam ações essenciais para a população maceioense estão vinculados à Gerência de Programas Estratégicos, que são: programa de atenção à saúde da criança; programa de alimentação e nutrição; programa de atenção à saúde do adolescente; programa de atenção à saúde da mulher; programa de atenção à saúde do homem; programa de atenção à saúde do idoso e condicionalidade do Programa Bolsa Família. Além disso, existem 06 Equipes do Consultório na Rua (eCR) voltadas à Atenção à Saúde da população em situação de rua e 08 equipes do Núcleo de Apoio a Estratégia Saúde da Família (NASF), que desenvolve ações em todas as unidades que tem o modelo de atenção da ESF.

Dentre as ações que ocorrem nas unidades de saúde, vale destacar as que são implementadas pelas equipes dos NASF - compostas por 07 profissionais de nível superior de diferentes profissões, a depender do perfil epidemiológico do Distrito de Saúde que atua. Um dos seus objetivos do NASF é ampliar a abrangência da assistência na Atenção Primária, com a constituição de equipes de trabalho compostas por profissionais de diversas áreas de conhecimento para atuarem em parceria com as equipes de saúde da família, aumentando sua resolutividade. Algumas das atividades desenvolvidas pelo NASF estão descritas no quadro a seguir.

Quadro 10 – Demonstrativo das atividades desenvolvidas pelo NASF. SMS de Maceió, 2017.

ESF	ACADEMIA DA SAÚDE	CAPS
Educação permanente; Atendimento individual compartilhado; Reunião de equipe; Discussão de casos; Construção de PTS; Atendimento em grupo; Atendimento domiciliar.	Grupos educativos; Práticas corporais; Encontros comunitários; Ações para a promoção de modos de vida saudáveis.	Discussão de casos; Construção compartilhada de PTS; Apoio matricial do CAPS à AB; Grupos terapêuticos.

Fonte: DGPS/GGPS.SMS de Maceió/AL, 2017.

O NASF desenvolve projetos institucionais, sendo eles: o projeto de Apoio Institucional, que têm como objetivo acompanhar e monitorar as ações realizadas pelas equipes dos NASF's; Projeto de Expansão NASF em Maceió, com o objetivo de implantar mais sete equipes NASF's no período de 2018-2021 e participação no Projeto de Extensão Matriciamento em Saúde Mental, com o objetivo de apoiar às demandas provenientes da saúde mental nas unidades.

Além disso, estão sendo implantados dois projetos de práticas integrativas e complementares – Projeto Quintal Produtivo e Projeto de Inclusão Digital - que são sistemas e recursos que envolvem abordagens que buscam estimular os mecanismos naturais de prevenção de agravos e recuperação da saúde, por meio de tecnologias eficazes e seguras, com ênfase na escuta acolhedora, no desenvolvimento do vínculo terapêutico e na integração do ser humano com o meio ambiente e a sociedade. Os projetos e ações desenvolvidos pelo NASF têm como diretriz condutora o Apoio Matricial, realizado em duas dimensões: a dimensão assistencial, que visa à produção da ação clínica direta com os usuários vinculados à ESF; e a dimensão técnico pedagógica, produzida por meio de ações de apoio educativo com e para a equipe saúde da família.

Partindo do princípio de que a APS é a porta de entrada do sistema de saúde, as perspectivas e desafios do SUS, em Maceió, estão voltados à ampliação da oferta de serviços, aumentando a cobertura da atenção primária, melhorando o acesso humanizado e a integralidade do cuidado, com ênfase na melhoria da qualidade dos serviços ofertados e organização do processo de trabalho em todos os níveis de atenção.

Nesse direcionamento, além das ações de rotina, que são atributos da APS enquanto ordenadora do cuidado, algumas estratégias para melhorar o acesso e qualificar a Atenção à Saúde já foram iniciadas. Dentre elas, podemos citar: a separação dos modelos de atenção (demanda espontânea e Estratégia de Saúde da Família), o que amplia a oferta de ações e serviços; implantação de sistemas informatizados, nas unidades, para o acompanhamento dos indicadores de saúde; contratação e redimensionamento das equipes de profissionais de saúde, aumentando a cobertura da atenção básica; e estruturação das redes de Atenção à Saúde.

Mesmo considerando que o SUS em Maceió tem buscado avançar na organização da atenção primária em alguns aspectos, vários problemas e desafios persistem, uma vez que a avaliação do Plano Municipal 2014/2017 apontou que 53% das metas da Diretriz de Estruturação da Atenção Básica não foram executadas, devido a limites que vão desde a insuficiência e utilização inadequada dos recursos, até a desestruturação dos processos de trabalho nas unidades de saúde.

Tais problemas e desafios, no âmbito da atenção primária, ficam evidentes quando analisado o perfil assistencial, com base no resultado dos indicadores de saúde pactuados nos últimos seis anos e que permitem avaliar a qualidade, a efetividade e o acesso aos serviços de saúde do Município de Maceió.

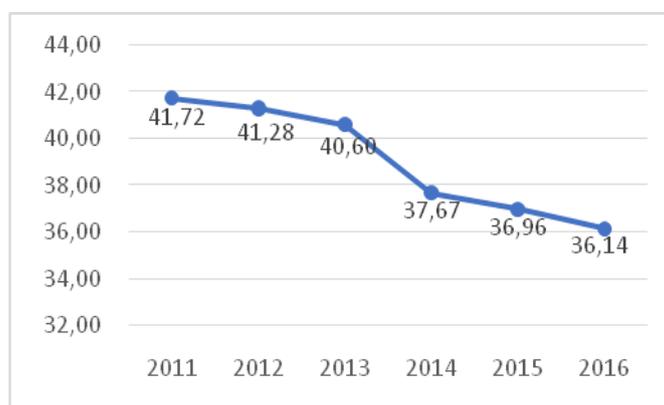
Gráfico 04 - Cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica. Maceió/AL, 2011 a 2016.



Fonte: DATASUS/IBGE/GGPS/GATC. SMS de Maceió/AL. Acesso em: 02/05/2017. Dados sujeitos à revisão.

O gráfico 04 mostra a série de um indicador universal, que permite avaliar a cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica, nos últimos seis anos. É possível observar que, no ano de 2016, a cobertura populacional de Atenção Básica do Município de Maceió foi de apenas 45,21%, o que representa uma grande problemática na organização da Rede de Atenção à Saúde do município, ao indicar que mais da metade da população do município não está tendo acesso às ações e serviços de atenção primária.

Gráfico 05 - Cobertura populacional estimada de saúde bucal na Atenção Básica. Maceió/AL, 2011 a 2016.



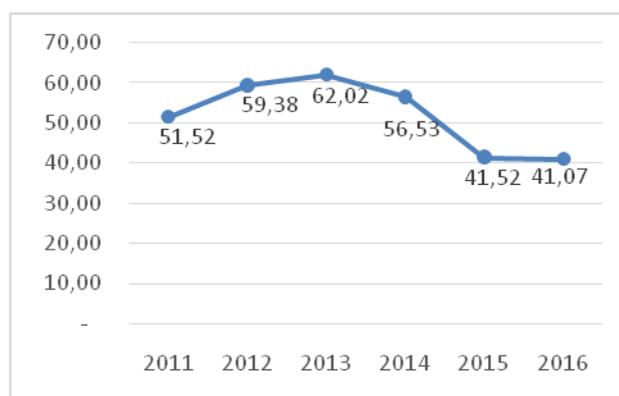
Fonte: DATASUS/IBGE/GGPS/GATC. SMS de Maceió/AL Acesso em: 02/05/2017. Dados sujeitos à revisão.

O indicador visualizado no gráfico 05 tem por objetivo medir o percentual de cobertura dos serviços de saúde bucal no âmbito da APS, sendo possível estimar a necessidade de ampliação da cobertura, auxiliando, dessa forma, no processo de planejamento do gestor local. Segundo a Política Nacional de Saúde Bucal, no âmbito da assistência, é imprescindível a ampliação e qualificação da atenção à saúde bucal, de forma a possibilitar o acesso, em todas as faixas etárias e nos diversos níveis de atenção à saúde, de modo a buscar a integralidade da atenção.

Tal política preconiza que o cuidado em saúde bucal passa a exigir a conformação de uma equipe de trabalho que se relacione com usuários e que participe da gestão dos serviços para dar resposta às demandas da população e ampliar o acesso às ações e serviços de promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal, por meio de medidas de caráter coletivo e mediante o estabelecimento de vínculo territorial.

No Município de Maceió, a cobertura populacional estimada de saúde bucal na atenção básica diminuiu de 41,72% para 36,14%, no intervalo temporal de 2011 a 2016. Vale ressaltar que tal declínio na cobertura é resultante do crescimento populacional estimado no município frente à manutenção do quantitativo de equipes de saúde bucal existente.

Gráfico 06 - Cobertura de acompanhamento das condicionalidades de Saúde do Programa Bolsa Família (PBF). Maceió/AL, 2011 a 2016.

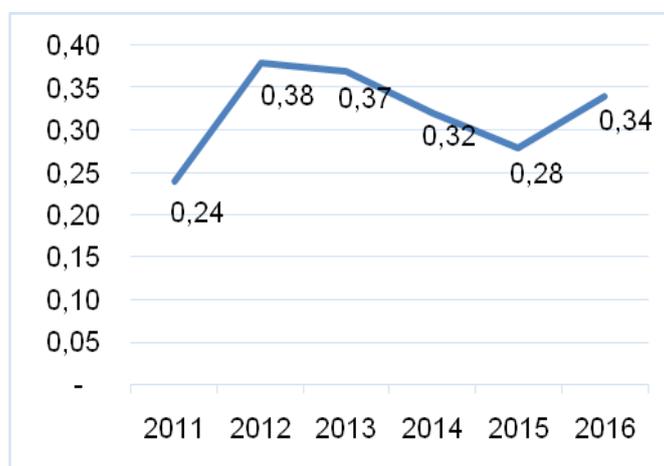


Fonte: SIGPBF/GGPS/GATC. SMS de Maceió/AL. Acesso em: 02/05/2017. Dados sujeitos à revisão.

O indicador do gráfico 06 permite monitorar as famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família (PBF) que vivem em situação de pobreza e extrema pobreza, com dificuldade de acesso e de frequência aos serviços de Saúde. No que se refere às condicionalidades de Saúde, o objetivo é ofertar ações básicas, potencializando a melhoria da qualidade de vida das famílias e contribuindo para a sua inclusão social. O PBF vincula a concessão do benefício à realização de acompanhamento de saúde dos beneficiários quanto às condicionalidades para o exame pré-natal, acompanhamento nutricional de saúde e frequência escolar de 85% em estabelecimento de ensino regular.

A meta pactuada para este indicador para o ano de 2016 foi de 64%, entretanto, o resultado alcançado foi de apenas 41,07%. É possível identificar que tal cobertura vem apresentando um declínio acentuado no período de 2011 a 2016, cujo resultado pode ser resultante de diversas problemáticas. Dentre essas, destacam-se a baixa cobertura de atenção básica do município e a falta de preenchimento correto dos formulários que alimentam o banco de dados do PBF pelos profissionais de saúde nas unidades.

Gráfico 07 - Razão de exames de mamografia de rastreamento realizados em mulheres de 50 a 69 anos, na população residente. Maceió/AL, 2011 a 2016.



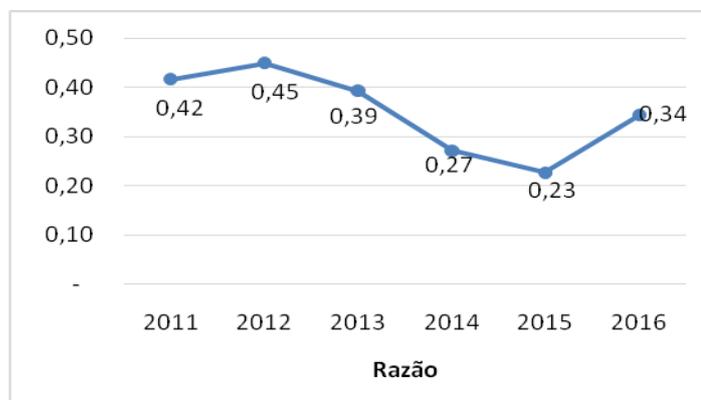
Fonte: SIA/DATASUS/IBGE/GGPS/GATC. SMS de Maceió/AL. Acesso em: 11/ 02/2017. Dados sujeitos à revisão.

O indicador visualizado no gráfico 07 permite avaliar o acesso e a realização de exames de rastreamento de câncer de mama pelas mulheres na faixa etária prioritária de 50 a 69 anos. A mamografia é o método preconizado pelo Ministério da Saúde para o rastreamento do câncer de mama na rotina da atenção integral à saúde da mulher, sendo este o único exame cuja aplicação em programas de rastreamento apresenta eficácia comprovada na redução da mortalidade do câncer de mama.

Ao avaliar a razão de exames de mamografia de rastreamento realizados em mulheres de 50 a 69 anos em Maceió, durante o período de 2011 a 2016, observa-se que houve um declínio acentuado na oferta do exame. Destaca-se, que a meta pactuada para o ano de 2016 foi de 0,50 procedimentos por mulher na faixa etária preconizada, no entanto, a oferta disponibilizada no município alcançou apenas um percentual de 0,34 procedimentos por mulher.

O não alcance do indicador sugere um maior investimento nas ações de prevenção e promoção de saúde nas unidades básicas, para que a população tenha acesso às informações sobre a rede assistencial e o fluxo para realização de exames e procedimentos.

Gráfico 08 - Razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos. Maceió/AL, 2011 a 2016.



Fonte: DATASUS/IBGE/GGPS/CASS. SMS de Maceió/AL. Acesso em: 02/05/2017. Dados sujeitos à revisão.

A oferta de exames para rastreamento de lesões precursoras do câncer de colo do útero é avaliada através do indicador de saúde- Razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos na população residente de determinado local e a população da mesma faixa etária, conforme indica o gráfico 08. Tal indicador permite analisar variações geográficas e temporais no acesso a exames preventivos para câncer do colo do útero da população feminina na faixa etária citada, subsidiando o desenvolvimento de estratégias de ação.

É possível observar que, no período de janeiro a dezembro de 2016, foram realizados 30.516 exames citopatológicos de colo uterino na população feminina compreendida entre a faixa etária de 25 a 64 anos no Município de Maceió. Ao avaliar o resultado do indicador de saúde no período mais longo, de 2011 a 2016, percebe-se uma oscilação, conforme visualizado no gráfico.

A meta do indicador de saúde pactuada para o ano de 2016 foi de 0,60 e o resultado alcançado no município foi de 0,34, revelando, assim, a baixa oferta de exames citopatológicos para as mulheres residentes de Maceió. Mesmo havendo um discreto aumento na oferta em 2016, conforme observado no gráfico, o resultado encontra-se muito abaixo da meta pactuada, situação que indica a necessidade de a atenção primária ter intervenções e estratégias mais eficazes no âmbito da atenção à saúde da mulher.

A análise dos indicadores que compõem parte do perfil assistencial de Maceió demonstrou que o município, nos últimos seis anos, não alcançou nenhum indicador de acesso pactuado, o que confirma a avaliação da deficiência na Atenção Primária. Conforme evidências em estudos e definição de portarias ministeriais, a APS possui competência para promover a resolução de 85% dos problemas de saúde da população. Por isso mesmo, deve ser organizada de forma a acolher, escutar e oferecer uma resposta positiva a maioria dos problemas de saúde da população e/ou de minorar danos e sofrimentos. Nesse sentido, a análise situacional, no que concerne à atenção primária, indicou a necessidade de o município priorizar no Plano Municipal o investimento na mesma, na busca de garantir a resolutividade e efetividade dos serviços para o alcance dos objetivos da Política de Saúde.

Atenção Especializada à Saúde

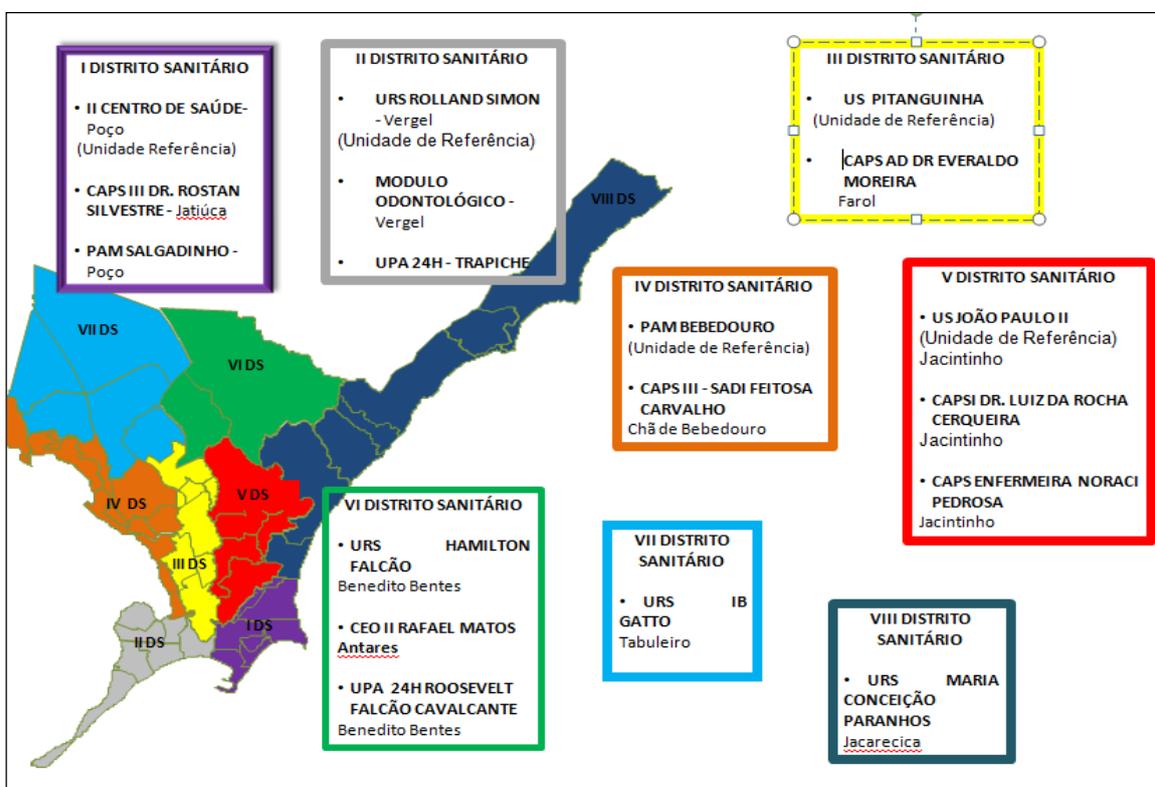
Na configuração do SUS, a atenção especializada à saúde é composta pelas ações e serviços de média e alta complexidade e caracteriza-se por promover, coordenadamente, diversos serviços especializados, ofertando à população acesso qualificado e em tempo oportuno. Assim, a finalidade da atenção especializada é realizar a atenção de modo integral aos usuários do serviço de média e alta complexidade, em todos os pontos de atenção.

Na lógica organizativa do sistema de saúde, a atenção especializada foi normatizada por meio do estabelecimento de grupos que compõem os procedimentos de média complexidade do Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA), a saber: procedimentos especializados realizados por profissionais médicos, outros profissionais de nível superior e nível médio, cirurgias ambulatoriais especializadas, procedimentos traumatológico-ortopédicos, ações especializadas em odontologia, patologia clínica, ações especializadas em saúde mental, radiodiagnóstico, anatomopatologia e citopatologia. Além disso, a atenção de alta complexidade abrange os procedimentos especializados, cujo objetivo é propiciar à população o acesso a serviços de alta densidade tecnológica e alto custo, a exemplo da assistência hospitalar e centros cirúrgicos, existindo uma série de portarias ministeriais normatizando os serviços. Dentre elas, a Portaria AS/MS nº 968, de 2002, define o elenco de

procedimentos considerados de alta complexidade ambulatorial e hospitalar, divididos nos seguintes campos: hemodiálise, oncologia, cardiologia intervêntiva, traumatologia-ortopedia, cirurgias (cardiovascular e vascular, de implante coclear, vias aéreas, região cervical, craniana, face e estômago, reprodutiva), reabilitação protética e funcional, assistência a pacientes portadores de queimaduras e obesidade, genética clínica e terapia nutricional.

Na estrutura organizacional da Secretaria de Saúde, definida no Decreto nº. 8.398, de 09 de Março de 2017, a gestão das ações e dos serviços de atenção especializada é responsabilidade da Coordenação Geral de Atenção Especializada, vinculada à Diretoria de Atenção à Saúde. Para atendimento às demandas da população quanto à atenção à saúde de média e alta complexidade, Maceió dispõe de 18 unidades com serviços especializados na rede própria. O mapa abaixo mostra a rede própria do SUS em Maceió de atenção especializada, distribuída nos Distritos Sanitários.

Figura 19 – Mapa da Rede dos Serviços Especializados do SUS. SMS de Maceió, 2017.



Fonte: GGPS/GATC. SMS de Maceió/AL, 2017.

Conforme visualizado no mapa, os dezoito serviços da rede própria de atenção especializada compreendem: 08 unidades de referências², sendo uma em cada Distrito Sanitário, 05 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), 01 Centro de Especialidades (PAM Salgadinho)- que é referência em serviços de média complexidade para todos os municípios alagoanos, 02 Unidades de Pronto Atendimento (UPA) e 02 Centros Especializados Odontológicos (CEOs).

Para acesso à rede de serviços especializados, a unidade básica de saúde direciona os usuários para as Unidades de Referência, PAM Salgadinho, CAPS, CEOs e UPAs e/ou. Além disto, Maceió dispõe de 118 serviços da rede complementar ao SUS, composta por instituições públicas (estadual e federal) e entidades filantrópicas e privadas conveniadas- os hospitais de média e alta complexidade contratualizados e serviços ambulatoriais credenciados-, buscando organizar o sistema na perspectiva de funcionamento da referência e contrarreferência.

Nos últimos quatro anos, houve melhorias na atenção especializada em relação à ampliação do acesso em alguns serviços, articulação dos pontos de atenção de média e alta complexidade das redes de atenção à saúde, redimensionamento dos profissionais de acesso, de acordo com a capacidade instalada das unidades, proporcionando melhorias nas condições de trabalho e melhor adequação das demandas da população; monitoramento da rede de serviços contratualizados, para garantir a oferta dos serviços, e levantamento da necessidade de oferta de serviços assistenciais à população (consulta e procedimentos) para auxiliar na elaboração do planejamento de saúde e no acompanhamento, no controle, na avaliação e na auditoria dos serviços de saúde prestados.

Em se tratando da rede de serviços próprios para a melhoria das unidades, foram feitas reformas na estrutura física de algumas unidades de referências e, também, reativação de serviços e aquisição de equipamentos. Todavia, o sistema de saúde tem como demanda aumentar a oferta, consultas, procedimentos especializados e leitos hospitalares, visto que há crescimento populacional no município e os casos de adoecimento passam a ser mais

²O total de 08 unidades considera também a unidade mista da Pitanguinha, que é referência em atenção especializada no III DS.

recorrentes, a exemplo do aumento de detecção de câncer, que ocasiona demanda para serviços de quimioterapias e radioterapias.

Vale considerar que o desafio da estruturação da atenção primária tem uma relação direta com a atenção especializada à saúde, uma vez que a organização do fluxo e a ampliação do acesso da população às ações de prevenção, promoção, assistência e reabilitação nas unidades de saúde ocasiona a redução dos procedimentos de média e alta complexidade, fortalecendo a assistência, na lógica de redes, e diminuindo os custos com a rede complementar.

A pouca resolutividade da atenção primária, somada à insuficiência de oferta de serviços de média e alta complexidade na rede própria do SUS, tem colocado o Município de Maceió numa situação de dependência dos prestadores, o que provoca um crescimento desordenado da execução de serviços, tanto pela via administrativa, quanto pela via judicial. Tal realidade exige do sistema de saúde local a organização e o ordenamento do acesso dos usuários aos serviços especializados, ambulatorial e hospitalar, tanto eletivamente, como nos casos de urgência. A via da judicialização, na atualidade, tem sido avaliada como uma forma implícita de privatização do SUS, pois envolve diversos interesses dos prestadores privados de serviços e medicamentos de alto custo, além de o acesso ser pouco, garantido aos usuários uma situação de vulnerabilidade social.

A perspectiva, com o novo plano de saúde, é de implantação de novos serviços de atenção especializada, estruturação e reativação de serviços já existentes, sobretudo no Centro de Especialidades do PAM Salgadinho, e aumentar a oferta de consultas e procedimentos para atendimento às necessidades da população, com qualidade e em tempo adequado. Nesse sentido, é fundamental que o sistema avance na organização das redes de atenção, evitando a fragmentação e caminhando na busca da integralidade do cuidado em saúde.

Redes de Atenção à Saúde

As Redes de Atenção à Saúde (RAS) são concebidas como uma organização horizontal de serviços de saúde, com centro de comunicação na Atenção Primária à Saúde (APS), que permite prestar uma assistência contínua e integral a determinada população - de forma humanizada, segura, com equidade, no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo e com a qualidade certa - e que se responsabiliza pelos resultados sanitários e econômicos relativos a essa população (MENDES 2011).

No SUS, a concepção de rede foi sendo sistematicamente debatida na década de 2000 e intensificada com o Pacto pela Saúde, em 2006, baseada na avaliação crítica de que o SUS é um sistema fragmentado e o atual modelo de atenção é inadequado para o enfrentamento da situação epidemiológica do país. Contudo, a RAS foi oficialmente incorporada no SUS, a partir de 2010, por 02 instrumentos jurídicos: a Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, que estabelece diretrizes para a organização das redes de atenção à saúde no âmbito do SUS; e o Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei n. 8.080/90.

As RAS são arranjos organizativos de ações e serviços de saúde de diferentes densidades tecnológicas que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado (BRASIL, 2010).

A concepção vigente na normativa do SUS é a de um sistema hierárquico, de tipo piramidal – atenção básica à saúde, atenção de média e atenção de alta complexidade. Nas RAS, a concepção de hierarquia é substituída pela de poliarquia e o sistema de saúde se organiza em pontos de atenção. Assim, todos os componentes da RAS são igualmente importantes e se diferenciam pelas densidades tecnológicas. Nesse sentido, a organização do sistema em redes tem como propósito avançar na qualificação da atenção e da gestão em saúde, na busca de garantir a integralidade do cuidado.

A RAS tem como princípio a Atenção Primária como ordenadora do sistema para redirecionar as ações e serviços, por compreender que somente com uma APS bem estruturada é possível funcionar os pontos de atenção, de forma eficiente, efetiva e com qualidade na Atenção à Saúde. Após a

publicação da Portaria 4.279/2010, que organiza, no SUS, as RAS, cinco redes temáticas prioritárias foram pactuadas para serem implantadas nas regiões de saúde do país, cujo objetivo foi adotar modelos de Atenção à Saúde que, de fato, atendam às necessidades da população, a saber: Rede Materno Infantil/Cegonha, Rede de Urgência e Emergência, Rede Psicossocial, Rede de Cuidado a Pessoas com Deficiência e Rede de Atenção às Doenças Crônicas (CONASS, 2015).

Em Maceió, as referidas redes já foram implantadas e estão em processos de estruturação, aprimoramento e/ou reorganização. A breve contextualização da organização das redes temáticas, que segue, contribui para visualizar os avanços, dificuldades e desafios da Política de Saúde no município, sob a ótica das redes de atenção.

Rede Cegonha (Rede Materno Infantil)

A Rede Cegonha é concebida como uma estratégia de mudança na atenção materno-infantil, cujo objetivo é organizar um novo modelo de atenção ao parto, nascimento e à saúde da criança, garantindo uma atenção integral à saúde, com acesso, acolhimento e resolutividade. A Rede Cegonha foi implantada, por meio da Portaria nº 1.459/2011, que estabelece como diretrizes:

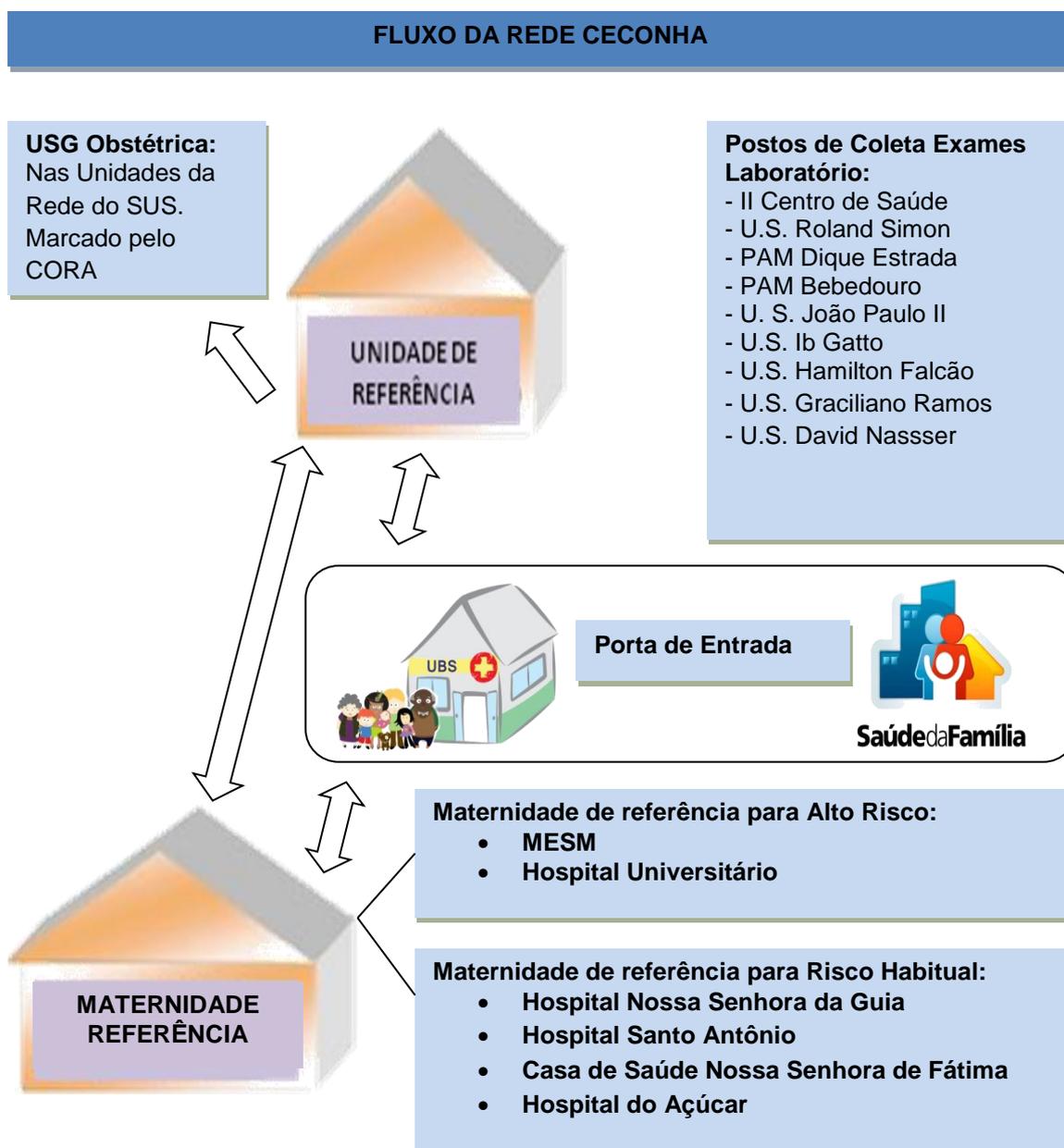
- Garantia do acolhimento com classificação de risco, ampliação do acesso e melhoria da qualidade do pré-natal;
- Garantia de vinculação da gestante à unidade de referência e ao transporte seguro;
- Garantia das boas práticas e segurança na atenção ao parto e ao nascimento;
- Garantia da atenção à saúde das crianças de 0 a 24 meses, com qualidade e resolutividade;
- Garantia da ampliação do acesso ao planejamento reprodutivo.

A Rede Cegonha foi estruturada objetivando superar os elevados níveis de segmentação e fragmentação dos sistemas de Atenção à Saúde das mulheres e crianças e tem como prioridade a redução da mortalidade materna

e infantil, por meio da ampliação e qualificação das ações e serviços de saúde, do combate à violência obstétrica, oferta de boas práticas, da redução da medicalização e mercantilização do parto (BRASIL, 2011).

Na estrutura organizacional do SUS em Maceió, a Rede Cegonha está vinculada à Coordenação das Redes de Atenção, no âmbito da Diretoria de Atenção, conforme visualizado anteriormente. O fluxo da Rede Cegonha pode ser visualizado na imagem abaixo.

Figura 20: Fluxograma da Rede Materno Infantil da Rede Cegonha. SMS de Maceió/AL, 2017.



Fonte: Gerência de Atenção à Saúde da Mulher/SMS – Maceió – AL, 2017.

Para viabilizar as diretrizes e os objetivos propostos, houve um forte investimento do Ministério da Saúde na organização das redes nos Estados e Municípios, com aporte de recursos para ampliação de consultas, exames, procedimentos ambulatoriais e, principalmente, incentivos financeiros para a implantação de leitos de UCI, leitos de UTI (Neo e adulto) e leitos de alto risco nos hospitais. Tais incentivos assumem a perspectiva de contribuir com o provimento contínuo de ações de Atenção à Saúde materna e infantil e assegurar o acesso desses públicos às ações e serviços de saúde em todos os níveis do sistema.

Avaliações e estudos sobre a Política de Saúde no Brasil têm indicado que a Rede Cegonha foi um dos programas mais completos já criado pelo governo federal. Suas ações são voltadas para todas as etapas da vida da mulher e abrangem estratégias que vão desde a orientação em relação ao cuidado com o corpo, com o uso de métodos contraceptivos, atendimento da gestante, puerperal e recém-nascido, até ações voltadas ao atendimento da criança até dois anos de idade. Ressalte-se, ainda, o investimento feito na capacitação de profissionais para executarem suas funções de forma humanizada e eficiente, contribuindo, assim, para o fortalecimento da rede (CASSIANO et al., 2014).

A Rede Cegonha vem sendo estruturada, ao longo dos últimos quatro anos, em Alagoas e Maceió, sendo coordenada por um grupo condutor, que se reúne periodicamente, cujos objetivos são: mobilizar os dirigentes políticos do SUS e a rede complementar; apoiar os processos de trabalho voltados à implementação da rede; identificar os nós críticos e as possíveis soluções para o enfrentamento dos mesmos; monitorar e avaliar os indicadores de saúde e as metas de qualidade da rede assistencial prestadora de serviços para o atendimento materno-infantil.

Em Maceió, a Rede tem apresentado resultados positivos quanto à organização do fluxo dos serviços nos Distritos Sanitários, com vinculação das gestantes às maternidades de referência, evitando a peregrinação das mulheres no momento do parto. Além disso, a Rede tem estimulado as boas práticas do pré-natal e a garantia do acesso das gestantes aos exames laboratoriais nos locais de referências nos territórios.

Um dos resultados da Rede Cegonha pode ser visualizado no quadro 11,

que apresenta os indicadores de saúde em relação ao tipo de parto nos últimos quatro anos. Os dados mostram nuances na melhoria da qualidade assistencial à parturiente no âmbito do SUS, optando pelo acompanhamento do trabalho de parto normal, que tem ultrapassado 50% da população. Ressalte-se que os partos ocorridos no SUS correspondem em torno de 80% da população gestante do Município de Maceió.

Quadro 11 – Comparativo dos tipos de parto no SUS. Maceió/AL, 2013 a 2016.

ANO	Quantitativo de parto normal		Quantitativo de parto cesáreo		TOTAL
	Nº	%	Nº	%	
2013	4.247	38,24	6.857	61,76	11.104
2014	5.077	49,60	5.157	50,40	10.234
2015	5.661	52,15	5.193	47,85	10.854
2016	5.093	50,34	5.024	49,66	10.117

Fonte:SIH/DATASUS/CASS/ SMS - Maceió-AL, 2017. Dados sujeitos à revisão.

É importante destacar, na Rede Cegonha, que o Município de Maceió conseguiu atingir a meta do Plano Municipal anterior de implantação dos 23 leitos de UTI Neonatal e 24 leitos Canguru, o que resultou na ampliação do acesso e melhoria da qualidade da assistência materno-infantil.

A perspectiva para o novo Plano Municipal de Saúde é de aprimoramento das ações da Rede Cegonha, por meio da efetivação da atenção integral à saúde da mulher e das crianças, nos serviços de atenção primária à saúde, somada à qualificação da atenção obstétrica e infantil. Enfim, o desenvolvimento dessa rede implica um conjunto amplo de medidas voltadas a garantir, dentre várias ações, o acolhimento, a ampliação do acesso, a qualidade do pré-natal e a segurança à gestante na atenção ao parto e ao nascimento.

Rede de Atenção às Doenças Crônicas

As condições de saúde de uma população são divididas em duas categorias: condições agudas e condições crônicas, que apresentam formas distintas de evolução. As condições agudas são aquelas condições de saúde de curso curto, que se manifestam de forma pouco previsível e que podem ser controladas de forma episódica e reativa, exigindo um tempo de resposta

oportuno do sistema de atenção à saúde (influenza, dengue e doenças inflamatórias). Já as condições crônicas são aquelas de curso mais ou menos longo, que exigem respostas e intervenções contínuas do sistema de saúde e da população usuária para o seu controle (doenças cardiovasculares, cânceres, diabetes, doenças respiratórias crônicas, hanseníase, HIV/AIDS e transtornos mentais). Parte significativa dos problemas do SUS, na atualidade, reflete o desencontro entre uma situação epidemiológica dominada por condições crônicas e um sistema de saúde voltado para atender as condições agudas (MENDES, 2014).

A série histórica dos indicadores de saúde no Brasil tem evidenciado que as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) são as principais causas de mortalidade, sendo a maioria dos óbitos atribuíveis às Doenças do Aparelho Circulatório (DAC), ao câncer, a diabetes e às doenças respiratórias crônicas. As principais causas dessas doenças incluem fatores de risco modificáveis, como tabagismo, consumo nocivo de bebida alcoólica, inatividade física e alimentação inadequada (CONASS, 2015).

Diante desse quadro, os gestores do SUS pactuaram a Rede de Atenção às Doenças Crônicas, por meio da Portaria GM/MS n. 483, de 1º de abril de 2014, cujos objetivos gerais são: contribuir para a promoção da saúde da população e prevenir o desenvolvimento das doenças crônicas e suas complicações; garantir o cuidado integral à saúde das pessoas com doenças/condições crônicas; disponibilizar serviços de diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e manutenção da saúde; e fomentar a mudança do modelo de atenção à saúde. A Portaria define, também, as responsabilidades para os três níveis de governo, cabendo às Secretarias de Saúde dos municípios planejar e programar as ações e os serviços necessários, considerando os serviços disponíveis, a base territorial, o perfil e as necessidades de saúde locais, organizando as linhas de cuidado que irão compor a Rede.

Conforme indicou a análise de situação de Maceió, no tocante à mortalidade, o município acompanha a tendência nacional, onde as DCNT aparecem como as principais causas de morte. Nessa perspectiva, nos últimos quatro anos, Maceió investiu na organização da Rede de Atenção às Doenças Crônicas, por meio da implementação de ações de promoção, prevenção e

assistência à população, bem como da organização dos fluxos assistenciais e processo de trabalho para o funcionamento da Rede.

Dentre as ações realizadas, podem ser destacadas a capacitação de diretores de unidades de saúde sobre a rede e os fluxos assistenciais, implantação do Centro de Referência para pacientes crônicos no PAM Salgadinho, implantação das linhas de cuidado referentes à diabetes mellitus, obesidade, hipertensão arterial e oncologia. Em todas as linhas, estão definidos os pontos de atenção disponíveis na rede de serviços, com identificação do caminho que o usuário deve fazer para garantir o acesso. Além disso, o município tem feito o monitoramento sistemático da rede complementar para verificação das metas qualitativas e quantitativas contratualizadas, que incluem o acompanhamento dos serviços para usuários com câncer.

No âmbito da promoção em saúde, Maceió tem investido nos Núcleos de Atividades físicas, que tem desenvolvido ações preventivas sistemáticas nos bairros. O resultado da última avaliação das condições de saúde e avaliação antropométrica, realizada pela Coordenação dos Núcleos de Atividade Física (NAF), em dezembro de 2016, registra que, dos 550 usuários que participam das atividades nos 09 (nove) NAF's existentes no município, 85,4% são representados por mulheres acima de 40 anos, 56% delas são hipertensas, 68% estão acima do peso e 17,6% são obesas. De 2014 a 2016, foram identificadas melhorias nas condições de saúde dos usuários, com ênfase para o estado nutricional, nas seguintes proporções: sobrepeso (75% para 68%) e obesidade (39% para 22%). O estudo também mostrou uma mudança no perfil epidemiológico dos usuários dos núcleos, com aumento do número de usuários não portadores de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), de 55% para 59%. Esse aumento é fruto do empenho da equipe da promoção em mobilizar a comunidade para adoção de hábitos saudáveis visando à melhoria da qualidade de vida.

Em se tratando da estrutura organizacional, a Rede de Atenção às Doenças Crônicas tem uma gerência técnica, vinculada à Coordenação de Redes de Atenção à Saúde, conforme demonstrado anteriormente no organograma da Diretoria de Atenção à Saúde. A referida rede não tem um único desenho de fluxo assistencial porque a lógica de funcionamento é por meio de linhas de cuidado.

Mesmo tendo organizado alguns serviços da Rede e investido em ações de promoção à saúde, o fato de as doenças crônicas terem crescido tem acarretado sérios problemas ao SUS, pois uma boa parte dos usuários já está com a saúde comprometida e depende da rede complementar para realizar o tratamento, a exemplo dos CACONS, demandando procedimentos e serviços de alto custo para o município. Desse modo, é fundamental que o sistema de saúde esteja organizado para atuar na promoção e na prevenção, evitando o adoecimento e mortes por condições crônicas e destinação de muitos recursos para procedimentos de alta complexidade que, majoritariamente, são operacionalizados por prestadores da rede privada.

Para os próximos quatro anos, o SUS em Maceió tem o desafio de implementar as linhas de cuidado, buscando aprimorar o investimento em ações de promoção e prevenção a saúde e contribuir para mudanças de hábitos. Da mesma, o município tem como perspectiva investir na implantação de serviços para a população em condições crônicas, que necessita de assistências, tais como: a implantação de academias de saúde, a estruturação do Centro de Referência para pacientes crônicos do PAM, implantar um Centro de Cuidados em Feridas para o pé diabético e implantar um Centro de Referência Oncológica Infantil.

Para de fato o SUS funcionar na lógica de redes, um grande desafio é implementar o conjunto das ações do Plano de Enfrentamento às doenças crônicas, tendo a atenção primária como ordenadora, o suporte da atenção especializada para organizar a referência e a contrarreferência, assim como os sistemas de apoio e logísticos bem estruturados.

Rede de Atenção Psicossocial

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) foi instituída pelo Ministério da Saúde, por meio da Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, com republicação em 21 de maio de 2013. A portaria define como finalidade da RAPS a criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do SUS. Existem outras

portarias ministeriais que tratam dos incentivos financeiros do Ministério para implantação, habilitação e custeio dos serviços³.

A implantação da RAPS foi motivada pelo fato de os transtornos mentais, sem dúvida, ser um dos mais desafiantes problemas de saúde pública que deve ser enfrentado pelo SUS. Os transtornos mentais encontram-se entre as principais causas de adoecimento no Brasil e no mundo, onde se destacam a depressão, o transtorno afetivo bipolar, o alcoolismo, a esquizofrenia e o transtorno obsessivo compulsivo. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (2015), cerca de 10% da população mundial dos centros urbanos consomem abusivamente substâncias psicoativas, independentemente da idade, sexo, nível de instrução e poder aquisitivo, o que traz graves consequências para a saúde.

A RAPS tem como diretrizes para o seu funcionamento o respeito aos direitos humanos, garantindo a autonomia e a liberdade das pessoas; a promoção da equidade; o combate a estigmas e preconceitos; a garantia do acesso e da qualidade dos serviços, ofertando cuidado integral e assistência multiprofissional; desenvolvimento de atividades no território, que favoreça a inclusão social com vistas à promoção de autonomia e ao exercício da cidadania. São, ainda, diretrizes, o desenvolvimento de estratégias de redução de danos; ênfase em serviços de base territorial e comunitária, com participação e controle social dos usuários e de seus familiares; promoção de estratégias de educação permanente; e desenvolvimento da lógica do cuidado para pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, tendo como eixo central a construção do projeto terapêutico singular (CONASS, 2015).

De acordo com as portarias ministeriais, a RAPS deve ser composta por serviços e equipamentos variados, concebidos como pontos de atenção, tais como: os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os Centros de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas (CAPS AD), os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), os Centros de Convivência e Cultura, as Unidades de Acolhimento (UAs) e os leitos de atenção integral (em Hospitais Gerais). A RAPS deve ter como porta de entrada, também, as unidades básicas de saúde,

³ Conferir Portaria 3.089/2011; Portaria 3.090/2011; Portaria 121/2012; Portaria 122/2012; Portaria 123/2012; Portaria 131/2012; Portaria 132/2012; Portaria 148/2012.

que se constituem em pontos de atenção fundamentais para assegurar o compartilhamento do cuidado e a atenção integral.

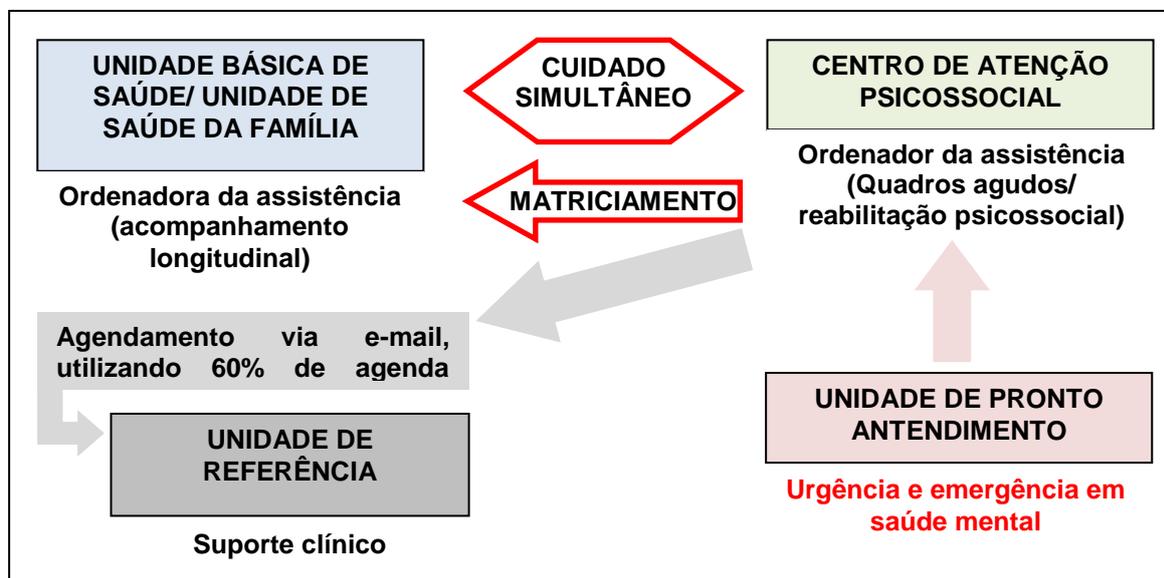
Em Maceió, as iniciativas para a implementação da RAPS vêm sendo realizadas desde 2012, porém, com uma visibilidade maior a partir de 2014, quando a rede foi colocada como prioridade no Plano Municipal de Saúde. Mesmo com essa definição na Política de Saúde, a RAPS enfrenta diversos limites para efetivação dos seus objetivos, tendo em vista que o município não dispõe dos pontos de atenção necessários à estruturação da mesma. Maceió conta apenas com 05 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), sendo 01 CAPS AD e 01 para atendimento infantil, para atendimento à população local e referenciada de outros municípios. Mesmo o governo federal já tendo enviado recursos para implantação de serviços e organização dos pontos de atenção da RAPS – UAs e CAPS AD, o município não conseguiu viabilizar esses serviços nos últimos quatro anos, o que ocasiona prejuízo para o funcionamento da rede, além de dependência da rede complementar, sobretudo as clínicas para tratamento de pessoas em dependência de drogas, que ainda atuam dentro de um modelo hospitalocêntrico.

A avaliação da Política de Saúde, no que concerne à atenção psicossocial, demonstra que, das metas do PMS anterior, somente 50% foram executadas e grande parte dessas metas foi de implantação dos serviços da RAPS. O número insuficiente de CAPS e a inexistência das Unidades de Acolhimento e das Residências Terapêuticas tanto dificultam o acesso da população, quanto comprometem a qualidade do atendimento. Além disso, o fato de o município não ter implantado os serviços gerou várias demandas de judicialização, denotando a incapacidade do sistema em responder às demandas da população.

Os processos avaliativos também vêm apontando que mesmo a RAPS não estando suficientemente estruturada para assegurar a implementação das diretrizes e objetivos propostos, nos últimos quatro anos houve avanços, no que tange à organização dos serviços e processos de trabalho nas unidades de saúde, para garantir a integralidade da atenção à população com transtorno mental e/ou dependência química, inclusive com implantação dos fluxos de atendimento, que permite ao usuário conhecer o caminho que vai percorrer no

sistema de saúde, tendo a atenção primária como ordenadora do cuidado, conforme observado na figura 21.

Figura 21– Fluxograma da Rede de Atenção Psicossocial. SMS de Maceió/AL, 2017.



Fonte: Gerência de Atenção Psicossocial. SMS de Maceió/AL, 2017.

Dentre as melhorias, vale destacar, também, as ações de matriciamento, que possibilitam fortalecer a relação dos CAPS com a atenção básica e a população usuária; a implementação do Projeto Saúde Mental Itinerante, que tem sido uma excelente experiência para identificar problemas e potencialidades dos serviços e trazer ganhos na relação entre os profissionais e a rede; a implantação do Núcleo de Cultura e Reabilitação Psicossocial, que vem agregando os oficinairos dos CAPS, desenvolvendo atividades de lazer, cultura e geração de renda e possibilitando o protagonismo dos usuários.

Em se tratando da lógica de organização interna do sistema de saúde em Maceió, conforme Decreto Municipal nº. 8.398, de 09 de Março de 2017, a gestão da RAPS é de atribuição da Gerência de Atenção Psicossocial, vinculada à Coordenação de Redes da Diretoria de Atenção à Saúde. A referida gerência tem como objetivos: promover a implantação da Política Nacional de Saúde Mental no Município de Maceió; planejar, implementar e monitorar a Rede de Atenção Psicossocial – RAPS de Maceió; promover prevenção, tratamento e reabilitação psicossocial das pessoas em sofrimento

psíquico decorrente ou não do uso de substâncias psicoativas; promover e monitorar ações de atenção à saúde mental da população pelos Serviços da RAPS, por meio da implementação de Práticas Integrativas e Complementares (PICs) e de estratégias de geração de renda; promover a desinstitucionalização das pessoas de longa permanência nos hospitais psiquiátricos de Maceió; dinamizar a participação dos usuários, familiares e dos profissionais na reabilitação e integração social das pessoas em sofrimento psíquico.

Neste contexto, a RAPS tem como grande desafio para o próximo quadriênio a implantação dos vinte e dois serviços necessários à organização dos pontos de atenção da rede. Aponta como perspectiva, ainda, matriciar as unidades de atenção básica para que os serviços funcionem na lógica de redes, tendo como porta de entrada a atenção primária à saúde, e ampliar o acesso às práticas integrativas e complementares no âmbito do SUS.

Rede de Urgência e Emergência (RUE)

A Rede de Urgência e Emergência (RUE) constitui-se em um conjunto de serviços de saúde responsáveis pelo acesso humanizado e integral aos usuários em situação de urgência e emergência no âmbito do SUS, cujo propósito é integrar os equipamentos de saúde, para ampliar o acesso e garantir o cuidado de forma ágil e oportuna. A referida rede tem como aporte legal a Portaria do Ministério da Saúde nº 1.600/2011, que reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no SUS. Posteriormente, diversas portarias foram publicadas para o estabelecimento das diretrizes e normas dos serviços que compõe RUE, que são: UPAS, SAMU 192, Sala de Estabilização, Centrais de Regulação das Urgências e os Serviços de Atenção Domiciliar (SAD). As portarias dispõem, ainda, sobre os mecanismos de repasse financeiro para implantação e/ou funcionamento das ações e serviços da rede.

A RUE tem como diretrizes a ampliação do acesso e o acolhimento aos casos agudos demandados aos serviços de saúde em todos os pontos de atenção, contemplando a classificação de risco e a intervenção adequada e necessária aos diferentes agravos, com garantia da universalidade, equidade e integralidade no atendimento às urgências clínicas, cirúrgicas, gineco-

obstétricas, psiquiátricas, pediátricas e às relacionadas a causas externas, a exemplo dos traumatismos, violências e acidentes (CONASS, 2015).

As estratégias prioritárias da rede de urgência são: qualificação das portas hospitalares de urgência e emergência; qualificação da atenção ao paciente crítico ou grave nas unidades de terapia intensiva; organização e ampliação dos leitos de retaguarda; organização das linhas de cuidados cardiovascular, cerebrovascular e traumatológica; regulação articulada entre todos os componentes da RUE; educação permanente das equipes de saúde do SUS na atenção às Urgências (ALAGOAS, 2013).

A RUE consolida-se a partir das diretrizes e objetivos citados, buscando fortalecer as linhas de cuidado para atender ao indicador de referência, que é “Reduzir a taxa de mortalidade prematura (de 30 a 69 anos) pelo conjunto das quatro principais Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) – doença do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas”.

Conforme visualizado no gráfico 09, Maceió tem melhorado o indicador de acesso a internações hospitalares por acidente, que sugere uma mudança positiva, a partir da estruturação da RUE. Trata-se de um indicador específico, que avalia a suficiência e eficiência da atenção à saúde prestada à vítima de acidentes antes e após chegada ao hospital, auxiliando na avaliação, planejamento e adequada estruturação da rede de atenção à urgência e emergência.

Gráfico 09 - Proporção de acesso hospitalar dos óbitos por acidente. Maceió/AL, 2011 a 2016.

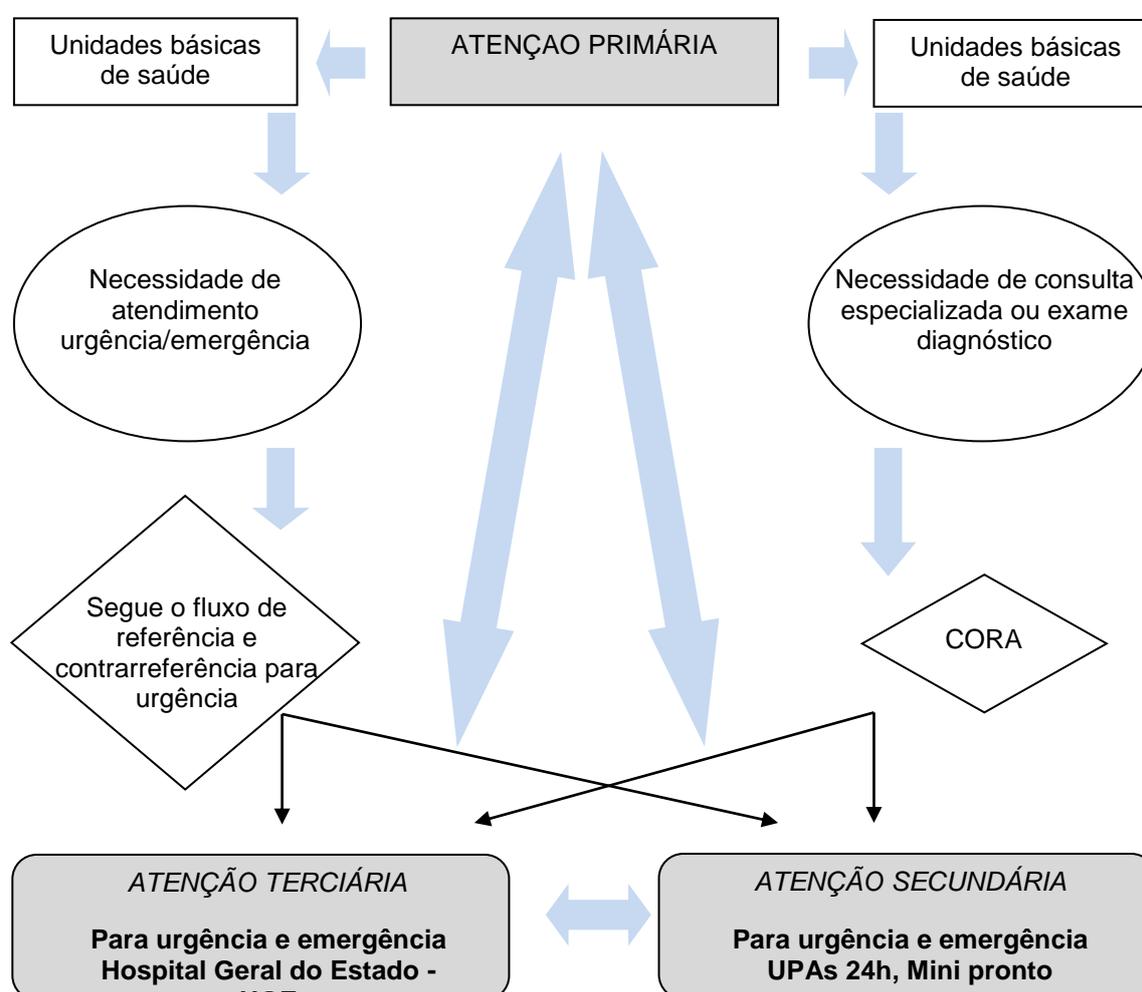


Fonte: SIA/DATASUS/GATC/SMS de Maceió/AL. Acesso em:05/05/2017 Dados sujeitos à revisão.

A proporção de acesso hospitalar dos óbitos por acidente vem aumentando no período de 2011 (52,05 %) a 2016 (59,42%), o que sinaliza um avanço na organização da rede de atenção à urgência e emergência do município.

Quanto à estrutura organizacional na SMS, a RUE, em Maceió, tem uma Gerência vinculada à Coordenação de Redes da Diretoria de Atenção à Saúde. Na dinâmica de funcionamento, a RUE pode ser visualizada na imagem abaixo.

Figura 22: Fluxo de referência e contrarreferência da RUE. SMS de Maceió/AL, 2017.



Fonte: Gerência de Atenção a Urgência e Emergência. SMS de Maceió/AL, 2017.

Na atualidade, a estrutura da RUE municipal conta com 02 Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h), que realiza mais de 21 mil atendimentos/mês de urgência e emergência. Os serviços das UPAs não são geridos diretamente pelo SUS, porque estão sob responsabilidade do Conselho Gestor das

Organizações Sociais (CGOS), com o apoio do grupo técnico de trabalho da Secretaria Municipal de Saúde. As UPA's têm realizado um número muito maior de atendimento do que tem descrito em seu contrato de trabalho, chegando a cerca de 15mil atendimentos/mês cada Unidade. Contudo, como o município terceirizou os serviços de urgências por meio de Organizações Sociais (OSs,) não tem a garantia da qualidade do atendimento, na lógica da integralidade da atenção. Além disto, a principal porta de entrada do SUS – a unidade básica – não dispõe de capacidade instalada suficiente para atender as urgências básicas, o que faz com a população se dirija aos serviços de urgência e emergência com problemas que poderiam ser resolvidos nas unidades de atenção primária à saúde.

Para atendimento a população, a RUE conta, também, com o serviço do Melhor em Casa ou Atendimento Domiciliar (SAD) e 82 leitos de retaguarda, sendo 40 no Hospital do Açúcar e 42 no Hospital Sanatório. A referida rede se complementa no município com os serviços ofertados pelo Estado: SAMU, 05 Ambulatórios 24h e o Hospital Geral.

A perspectiva para o próximo quadriênio é consolidar o fluxo de referência e contrarreferência, aprimorando a relação com as unidades de saúde de atenção primária, para, na porta prioritária de entrada do sistema, sejam trabalhados o acolhimento ao paciente e a classificação de risco do paciente que necessite de atendimento de urgência e emergência.

Rede de cuidados

A Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência foi criada pela Portaria GM/MS nº 818, de 05 de julho de 2001, que definiu a implantação de Redes Estaduais de Assistência à Pessoa com Deficiência Física para atendimento em reabilitação multidisciplinar. Nesse período, alguns serviços em Alagoas foram habilitados de acordo com o nível de complexidade, como a ADEFAL, que passou a ser referência em reabilitação de alta complexidade, e a Pestalozzi e o PAM Salgadinho, para reabilitação de média complexidade.

Em 2011, foi instituída a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência como parte do Programa Viver Sem Limites (VSL), por meio da Portaria GM/MS nº 835/04/2011 e, posteriormente, da Portaria GM/MS nº 793/04/2012,

que tratam da implantação da Rede de Cuidados e dos incentivos financeiros de investimento e de custeio para o componente de atenção especializada da mesma.

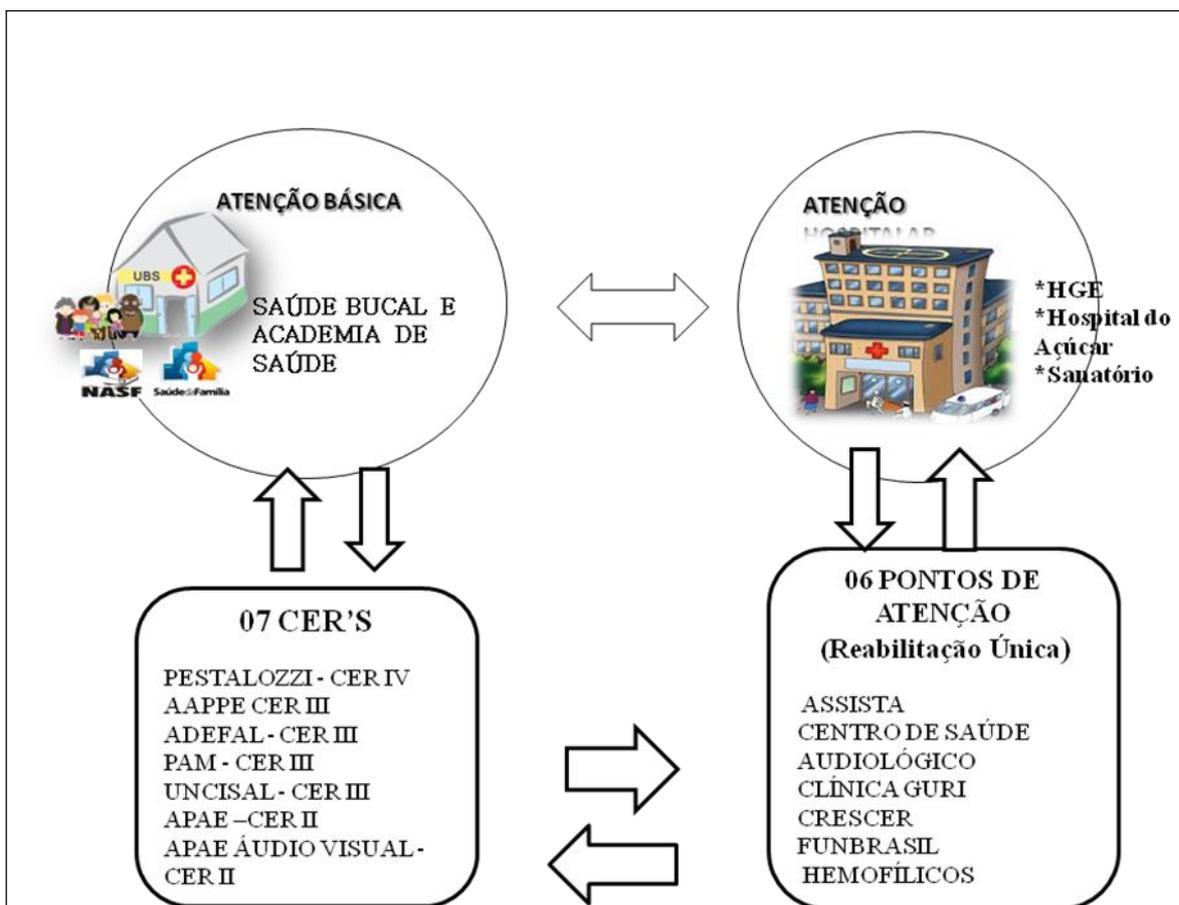
Os objetivos da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência são: ampliar o acesso e qualificar o atendimento às pessoas com deficiência no SUS, com foco na atenção integral à saúde, que contemple as áreas de deficiência auditiva, física, visual, intelectual e ostomias; promover a integração e a articulação dos serviços de reabilitação com rede de atenção primária e outros pontos de atenção especializada; desenvolver ações de prevenção de deficiências na infância e vida adulta (ALAGOAS, 2013).

Conforme orienta a Portaria GM/MS nº 793/04/2012, a rede deve ter os seguintes componentes: Centro Especializado de Reabilitação (CER), Oficinas Ortopédicas, Serviços de atenção odontológica para pessoas com deficiência, SAD e atenção hospitalar. Vale ressaltar que nessa rede o Ministério da Saúde tem como atribuições mobilizar os dirigentes do SUS em cada fase, coordenar e apoiar a organização dos processos de trabalho voltados à implantação/implementação, identificar e apoiar a solução de possíveis pontos críticos em cada fase, monitorar e avaliar o processo de implantação e implementação, e de apoiar o financiamento da Rede em todo território nacional (CONASS, 2015).

A rede tem como uma das diretrizes gerais o respeito aos direitos humanos, com garantia de autonomia, independência e de liberdade às pessoas com deficiência para fazerem as próprias escolhas. E as fases de operacionalização são: diagnóstico e desenho regional, adesão, contratualização dos pontos de atenção, implantação e acompanhamento pelo Grupo Condutor. Em Alagoas, o Grupo Condutor foi instituído pela Portaria Estadual nº 133, de 18/06/2012, com a participação do Município de Maceió, que também é referência para os municípios da 1ª macrorregião do Estado.

Obedecendo à lógica organizacional da SMS, a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência tem uma Gerência vinculada à Coordenação de Redes da Diretoria de Atenção à Saúde. E, para seu adequado funcionamento, a rede conta com vários pontos de atenção, que incluem os prestadores e privados da rede complementar ao SUS, conforme demonstra o fluxo de atendimento na figura que segue.

Figura 23: Fluxograma da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência. SMS de Maceió, 2017.



Fonte: Gerência de Atenção à Pessoa com Deficiência. SMS de Maceió/AL, 2017.

Nos últimos quatro anos, a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência enfrentou muitas dificuldades para se estruturar, sobretudo pelo fato de o município não dispor dos serviços próprios, necessários à organização da rede, a exemplo da oficina ortopédica. A implantação do CER no PAM Salgadinho foi muito difícil porque dependia de trâmites burocráticos para executar as reformas na estrutura física e equipar o serviço, que fogem à governabilidade do setor saúde, culminando em vários impasses nos processos licitatórios. O processo de contratualização da rede complementar também enfrentou muitos desafios, mas resultou em uma organização da rede, vinculando as entidades prestadoras de serviço em cada Distrito Sanitário, o que tem facilitado o acesso e a qualidade do atendimento.

Em função das dificuldades, conforme avaliação acumulada dos Relatórios de Gestão 2014/2016, somente 48% das ações da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência foram executadas. Contudo, a partir de

2016, a rede vem superando os obstáculos e apresentado resultados satisfatórios de implementação das ações programadas. Acrescenta-se a isto o fato de o Centro Especializado de Reabilitação (CER) do PAM Salgadinho estar funcionando nas modalidades de atendimento de reabilitação física, intelectual e auditiva, tendo como perspectiva ser habilitado para CER IV (reabilitação física, visual, intelectual e auditiva).

Ainda como perspectiva e/ou desafios, a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência indica a necessidade de ampliar o acesso da população às consultas e procedimentos ambulatoriais ofertados na rede, bem como a dispensação de OPM (Órteses, Próteses e Meios auxiliares de Locomoção), a estruturação e requalificação dos serviços próprios do SUS em Maceió e aprimorar as ações de articulação e integração na atenção primária à saúde para, de fato, fortalecer o SUS na lógica de redes de atenção à saúde.

Enfim, a breve configuração das redes temáticas e de seus desafios para os próximos quatro anos revelam que a forma de organização da Política de Saúde em redes de atenção tem possibilitado debater, aprimorar e reordenar o desenho dos fluxos das ações e serviços nas unidades de saúde e a organização distrital, buscando focar a atenção à saúde na população usuária, de maneira efetiva e humanizada, a fim de assegurar a integralidade do cuidado e, principalmente, ter a atenção básica como ordenadora do sistema.

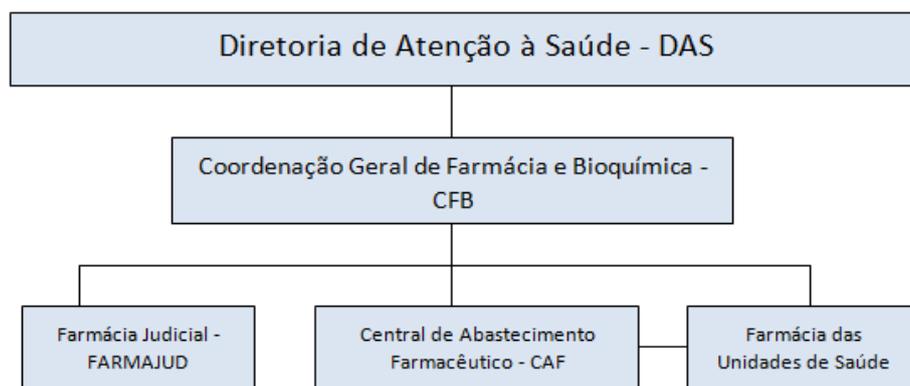
Assistência Farmacêutica

A Assistência Farmacêutica compreende um conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, tanto individual como coletivo, tendo o medicamento como insumo essencial e visando ao acesso e ao seu uso racional. Este conjunto de ações envolve a pesquisa, o desenvolvimento e a produção de medicamentos e insumos, bem como a sua seleção, programação, aquisição, distribuição e dispensação, realizadas de forma sistêmica, articuladas e sincronizadas, tendo como beneficiário maior o usuário. As ações de assistência farmacêutica são de caráter abrangente, multiprofissional e intersetorial e têm como objetivo proporcionar a melhoria no acesso da população aos medicamentos, com um serviço de qualidade (CONASEMS; COSEMSRJ,2016).

A gestão da assistência farmacêutica precisa integrar, de forma articulada, os produtos, os serviços e o fazer coletivo; a disponibilização e o uso dos medicamentos; os resultados logísticos e os clínicos e sociais. Implica, portanto, trabalhar numa perspectiva de rede para garantir o acesso da população e organizar os serviços e os processos de trabalho, considerando os diversos níveis de atuação da assistência farmacêutica (BRASIL, 2014).

Em Maceió, a gestão das ações e serviços da assistência farmacêutica está sob a responsabilidade de uma coordenação vinculada à Diretoria de Atenção à Saúde, que tem o desenho organizacional que segue:

Figura 24: Organograma da Coordenação Geral de Farmácia e Bioquímica. SMS de Maceió/AL, 2017.



Fonte: DGPS/GGPS/SMS de Maceió/AL, 2017.

A Coordenação de Assistência tem como objetivos macros: favorecer o ciclo de assistência farmacêutica, contribuindo para práticas mais racionais no que se refere à seleção, aquisição, dispensação e prescrição de medicamentos; estabelecer os mecanismos de acompanhamento, controle e avaliação das ações básicas de Assistência Farmacêutica no município, contribuindo nas avaliações sistematizadas; promover educação em saúde na área de Assistência Farmacêutica no âmbito municipal, visando ao uso racional de medicamentos.

O Município de Maceió possui 75 unidades de saúde, sendo 71 com o serviço de farmácia, que disponibilizam os medicamentos e correlatos contemplados na Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (REMUME) e Relação Municipal de Correlatos (RECOR), onde são padronizados 276 medicamentos e 172 correlatos. Esses itens são armazenados e

distribuídos para as unidades de saúde por meio da Central de Abastecimento Farmacêutico (CAF).

Nos últimos quatro anos, a Assistência Farmacêutica no Município de Maceió avançou em relação à organização dos processos de trabalho, agilizando os processos licitatórios, de forma a garantir a aquisição e dispensação dos medicamentos e correlatos. Os Relatórios Anuais de Gestão demonstram que as ações programadas relacionadas à aquisição e distribuição dos medicamentos padronizados na Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (REMUME) e na Relação Municipal de Correlatos (RECOR) tiveram uma avaliação satisfatória, uma vez que em torno de 80% dos itens foram dispensados para a população. Além disso, para contribuir no planejamento, monitoramento, controle e avaliação da gestão da assistência farmacêutica, com apoio do Ministério da Saúde, Maceió implantou o sistema Hórus em 40 unidades de saúde (incluindo a CAF e a FarmaJus), o que tem sido de fundamental importância para organizar o ciclo da assistência farmacêutica.

Em que pese os avanços citados, a gestão da assistência farmacêutica enfrenta diversos limites que interferem na qualidade do atendimento e prestação de serviços, tais como a estrutura física inadequada do setor de farmácia das unidades de saúde; deficiência na informatização no setor de farmácia das unidades de saúde; e quadro insuficiente de profissionais assistentes administrativos, inviabilizando a utilização do sistema Hórus em várias unidades.

Nessa perspectiva, os desafios da assistência farmacêutica para o próximo quadriênio são o de manter a lógica organizacional para ampliar o acesso da população aos medicamentos e correlatos; reestruturar e implementar a Assistência Farmacêutica com foco no cuidado farmacêutico aos usuários, por meio do acompanhamento farmacoterapêutico; e, implantar e implementar o laboratório de homeopatia, fitoterapia e alopáticos oficinais, visando avançar no processo de incorporação de Práticas Integrativas Complementares (PICs) na Política de Saúde.

Enfim, a avaliação do SUS em Maceió, quanto à Atenção à Saúde nas várias dimensões e áreas de intervenção que foram tratadas na referida análise situacional, demandam a formulação de medidas estratégicas que devem orientar as diretrizes futuras do novo Plano Municipal. Dentre as medidas, se

destacam aquelas que visam à melhoria do acesso da população aos serviços de saúde e a implementação das Redes de Atenção à Saúde, aprimorando a atenção primária e atenção especializada, na busca de uma maior eficácia na produção de saúde, de forma a ampliar a oferta de serviços e ações, com ênfase na equidade, humanização e integralidade da atenção.

3.4.3 - Vigilância em Saúde

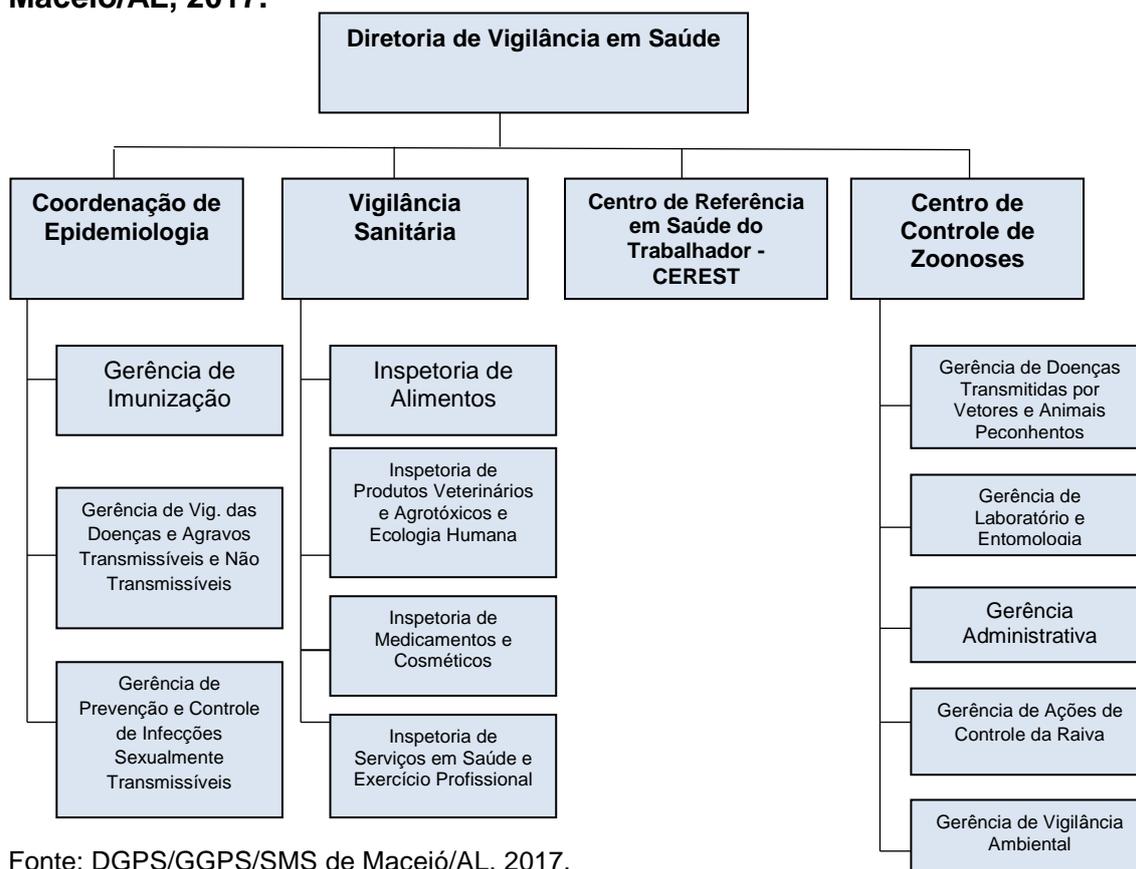
A Vigilância em Saúde é um campo da saúde pública que compreende um processo contínuo e sistemático de coleta, consolidação, análise e disseminação de dados sobre eventos relacionados à saúde, visando ao planejamento e à implementação de medidas para a proteção da saúde da população, a prevenção e controle de riscos, agravos e doenças, bem como para a promoção da saúde (BRASIL, 2013).

Na concepção abrangente de Vigilância em Saúde (VS), o objeto das ações é o controle dos fatores determinantes e condicionantes, dos riscos e dos danos à saúde da população em determinado território. A forma de organização do modelo de Vigilância em Saúde privilegia a atuação intersetorial e as intervenções, particulares e integradas, de promoção, prevenção e recuperação da saúde, em torno de problemas e grupos populacionais específicos, tendo por base para o planejamento das ações as análises de situações de saúde. Nessa perspectiva, estrategicamente, a Vigilância em Saúde constitui-se um dos pilares de sustentação do princípio da integralidade e do cuidado, devendo ser entendida como a prática da integração entre as vigilâncias epidemiológica, sanitária, ambiental e saúde do trabalhador, tendo a promoção da saúde como eixo transversal (Maceió, 2013).

Segundo o arcabouço teórico-legal do SUS, a Vigilância em Saúde é composta por seis grandes campos de intervenção, que são: vigilância epidemiológica, vigilância da situação de saúde da população, vigilância ambiental, vigilância em saúde do trabalhador, vigilância sanitária e promoção da saúde. As ações de Vigilância em Saúde envolvem práticas e processos de trabalho que visam à integralidade do cuidado e devem inserir-se na construção das redes de atenção à saúde, coordenadas pela Atenção Primária à Saúde (BRASIL, 2010).

De acordo com o Decreto nº. 8.398, de 09 de Março de 2017, que define a nova estrutura organizacional da Secretaria de Saúde, as ações e serviços de vigilância são coordenados pela Diretoria de Vigilância, cujo organograma pode ser visualizado abaixo.

Figura 25: Organograma da Diretoria de Vigilância em Saúde. SMS de Maceió/AL, 2017.



A nova estrutura buscou adequar os objetivos da Vigilância em Saúde aos serviços existentes no Município de Maceió e à lógica organizacional dos processos de trabalho, de acordo com a realidade atual. Nessa perspectiva, cabe uma avaliação geral da Política de Saúde em Maceió no que concerne à Vigilância em Saúde, considerando aos campos de intervenção da mesma e a estrutura organizativa regimental da Secretaria.

Vigilância Epidemiológica

A Vigilância Epidemiológica é definida pelo SUS como o conjunto de ações que proporciona o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos (CONASEMS; COSEMS/RJ, 2016). Cabe à Vigilância Epidemiológica realizar a coleta, o processamento, a análise, a interpretação e a divulgação de uma série de dados referentes às condições de saúde da população, bem como atuar no monitoramento e avaliação das ações necessárias para a prevenção, com adoção de medidas de controle apropriadas.

Em Maceió, a maioria das ações e serviços de Vigilância Epidemiológica está vinculada à Coordenação Geral de Epidemiologia, que comporta em sua estrutura importantes e fundamentais gerências: Gerência de Vigilância das Doenças e Agravos Transmissíveis e Não Transmissíveis, Gerência de Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, Gerência de Imunização, Gerência de Promoção e Educação em Saúde.

A avaliação da Política de Saúde em Maceió, nos últimos quatro anos, demonstra que houve avanços significativos na Vigilância Epidemiológica, inclusive com alcance de indicadores pactuados. Dentre os avanços, merece destaque: a produção de análise de situação de saúde em tempo hábil, com base nos sistemas de informação, que permitem o monitoramento do quadro epidemiológico e subsidiam a formulação, a implementação e a avaliação das ações de prevenção e controle de doenças e agravos; a ampliação da capacidade de oferta de testes rápidos após a implantação da técnica de testagem rápida, em mais de 90% das unidades de saúde do município, e realização de mutirões regulares; implantação de testagem rápida e vacinação para hepatite B nas maternidades; alcance das metas de cobertura vacinal de algumas vacinas do calendário básico e das campanhas de vacinação (BCG, influenza); redução da morbimortalidade causada pelas doenças imunopreveníveis, buscando a qualidade e a segurança dos produtos oferecidos para a manutenção e a disponibilidade em tempo oportuno.

Mesmo com resultados positivos em várias ações, os relatórios de gestão anuais apontaram que parte significativa das metas e ações da Vigilância Epidemiológica não foi alcançada, devido a problemas de organização dos processos de trabalho e/ou insuficiente investimento para viabilização dos objetivos. Dentre as dificuldades identificadas pelas áreas técnicas e equipes gestoras, destacam-se: falta de Equipamentos de Proteção Individual (EPI); atraso no envio de imunobiológicos pelo Ministério da Saúde; recursos humanos insuficientes para o atendimento as demandas, devido a licenças e afastamentos; deficiência no abastecimento de água em algumas regiões, ocasionando encerramento de alguns serviços cotidianos; baixo investimento nos serviços que necessitam de estrutura de equipamentos e materiais de consumo.

Promoção da Saúde

O contexto nacional e internacional apontou novos desafios e compromissos que motivaram o aprimoramento e a atualização da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) de 2006. A nova política dialoga com os acordos internacionais firmados pelo governo brasileiro e está articulada com as demais políticas. Ela incorpora o saber popular e tradicional às práticas em saúde e valoriza a formação e a educação permanente, que compreende mobilizar, sensibilizar e promover capacitações para gestores, trabalhadores da saúde e de outros setores. A efetivação da Promoção da Saúde nos territórios consiste no desenvolvimento de políticas, planos e programas de saúde pública com ações voltadas a evitar que as pessoas se exponham a fatores condicionantes e determinantes de doenças.

Conforme visualizado no organograma da Diretoria de Vigilância em Saúde, mesmo a Gerência de Promoção à Saúde estando ligada à Coordenação de Vigilância Epidemiológica, ela é uma política transversal, que dialoga com todos os níveis de atenção e vigilância em saúde. Dessa forma, as ações de Promoção à Saúde no Município de Maceió estão voltadas ao desenvolvimento de melhores condições de saúde individual e coletiva, exercidas sobre os condicionantes e determinantes, e estão dirigidas a provocar impacto favorável na qualidade de vida das populações. Caracteriza-

se por meio da ação intersetorial e intrasetorial e ações de ampliação da consciência sanitária, dos direitos e deveres, enfim, de ampliação de poder de cidadania.

Conforme a PNPS, compete à esfera municipal realizar ações baseadas nos temas prioritários da política, evidenciados pelas ações de promoção da saúde realizadas e compatíveis com o Plano Nacional e Municipal de Saúde, Pactos Interfederativos e Planejamento Estratégico do Ministério da Saúde, bem como Acordos Internacionais firmados pelo governo brasileiro em permanente diálogo com as demais políticas, com os outros setores e com as especificidades sanitárias, a saber: formação e educação permanente, alimentação adequada e saudável, práticas corporais e atividades físicas, enfrentamento do uso do tabaco e seus derivados, enfrentamento do uso abusivo de álcool e outras drogas, promoção da mobilidade segura, promoção da cultura de paz e direitos humanos e promoção do desenvolvimento sustentável.

Nessa perspectiva, os objetivos macros da Promoção e Educação em Saúde no Município de Maceió compreendem: 1) estimular a promoção da saúde como parte da integralidade do cuidado na Rede de Atenção à Saúde, articulada às demais redes de proteção social; 2) contribuir para a adoção de práticas sociais e de saúde centradas na equidade, na participação e no controle social, a fim de reduzir as desigualdades sistemáticas, injustas e evitáveis, respeitando as diferenças de classe social, de gênero, de orientação sexual e a identidade de gênero entre gerações étnico-raciais, culturais territoriais e relacionadas às pessoas com deficiências e necessidades especiais; 3) Apoiar o desenvolvimento de espaços de produção social e ambientes saudáveis, favoráveis ao desenvolvimento humano e ao bem-viver; 4) promover processos de educação, de formação profissional e de capacitação específicas em promoção da saúde, de acordo com os princípios e os valores expressos na PNPS para trabalhadores, gestores e cidadãos.

Tendo como parâmetro de avaliação as metas e ações da promoção em saúde nos últimos quatro anos, os dados indicam que a promoção em saúde tem apresentado resultados positivos, conseguindo realizar a maioria das metas do PMS e ações das programações anuais. Dentre as ações, vale ressaltar a implantação de 05 Núcleos de cessação do tabagismo nas unidades

de saúde e hospitais; a oferta diária de práticas corporais e atividade física em 10 (dez) Núcleos de Atividade Física-NAF, localizados nos bairros periféricos de Maceió; a promoção de ações sobre alimentação saudável, dirigida à população dos núcleos dos NAF e unidades de saúde; o desenvolvimento das ações Programa Saúde na Escola (PSE) - que integram as áreas da saúde e educação no enfrentamento de vulnerabilidades, ampliando as ações de saúde para estudantes da rede pública de educação básica e apoiando o processo formativo dos profissionais de saúde e educação, de forma permanente e continuada, que atinge 79 escolas e contempla 34.042 educandos.

Enquanto ação de articulação e mobilização comunitária, também merece destaque a instituição do Comitê Municipal de Mobilização para o Controle da Dengue e Riscos Ambientais, composto por representantes de setores e instituições diversas, que realizam ações intersetoriais e interinstitucionais, destacando o Projeto Escola Alerta “Zika Zero” e o Dia “D” Nacional de Prevenção e Controle da Dengue.

Na perspectiva de ampliação universal da Promoção da Saúde no município, tem-se como desafio a consolidação de práticas voltadas para indivíduos e coletividades em uma perspectiva de trabalho multidisciplinar, integrado e em redes, de forma que considere as necessidades em saúde da população, em uma ação articulada entre os diversos atores em um determinado território. Nesse contexto, é importante ressaltar a necessidade de ampliar as ações já existentes e buscar articulação com outras políticas e programas no âmbito do SUS (Humanização, Atenção Primária, Educação Permanente, Práticas Integrativas, Alimentação e Nutrição), para fortalecer a PNPS, com o imperativo da participação social e dos movimentos populares, em virtude da impossibilidade de que um setor sozinho responda ao enfrentamento dos determinantes e condicionantes da saúde.

Centro de Controle e Zoonoses (CZZ)

O Centro de Controle e Zoonoses (CZZ) é o órgão responsável pelo controle de agravos e doenças transmitidas por animais, criado com o objetivo de planejar, administrar e executar programas de monitoramento e controle de espécies animais urbanas, visando à profilaxia das zoonoses e doenças

transmitidas por vetores. O CCZ é composto pela Coordenação Geral, Coordenação Administrativa e Coordenações específicas das ações de Controle da Raiva, Doenças Transmitidas por Vetores e Animais Peçonhentos, Laboratório Diagnóstico e Entomologia.

O CZZ, dentre as áreas da Vigilância em Saúde, foi uma das que vinha apresentando, ao longo de quatro anos, maior dificuldade de operacionalização das ações, devido à falta de investimento na sua estruturação física, de equipamentos e de profissionais de saúde, principalmente, concernentes aos agentes de endemias. A perspectiva para os próximos quatro anos é de investimento na estruturação do CZZ, buscando alinhar os processos de trabalho e reorganizar as ações e serviços, na perspectiva de atender ao indicador pactuado para o enfrentamento de problemas sanitários recorrentes em Maceió, a exemplo dos índices de adoecimento causados pelo mosquito *Aedes aegypti*. Assim, dentre as ações do CZZ, a execução do Plano de Contingência para enfrentamento da Dengue, Zika e Chikungunya, constitui-se uma das prioridades da Política de Saúde em Maceió.

Vigilância Ambiental

No novo organograma da SMS, a partir de 2017, as ações e serviços de vigilância ambiental estão estruturados na Gerência de Vigilância Ambiental (GVA), integrada ao CCZ. A Vigilância Ambiental tem como objeto monitorar e controlar uma variedade de problemas decorrentes do desequilíbrio do meio ambiente, visando eliminar ou reduzir a exposição humana a fatores prejudiciais à saúde. Essas ações são necessárias devido aos evidentes sinais de deterioração do ambiente em escala planetária, visualizados em alguns fatores: degradação progressiva dos ecossistemas; contaminação crescente da atmosfera, solo e água; aquecimento global; disposição inadequada de resíduos industriais; contaminação de mananciais de água e péssimas condições de trabalho e moradia. Para a implementação das ações de Vigilância Ambiental em Saúde, já existem instrumentos legais do SUS, definidos por meio de leis, decretos e portarias. Especificamente, a Lei n.º 8.080/90 explicita, nos artigos 3º, 6º, 7º, 15º e 16º, a organização do Sistema

Único de Saúde (SUS) e as atribuições relacionadas à área de saúde ambiental (MACEIÓ, 2013).

No Município de Maceió, a Vigilância Ambiental tem trabalhado na implementação dos programas Vigiar, Vigisolo, Vigidesastres e Vigiágua. As avaliações dos relatórios anuais de gestão demonstram que mesmo com insuficiência de recursos humanos e equipamentos, a Vigilância Ambiental conseguiu implementar a maioria das ações programadas anualmente, apresentando indicadores satisfatórios quanto à execução das metas do Plano Municipal. Nessa perspectiva, a incorporação da Vigilância Ambiental como Gerência do CCZ teve como finalidade maximizar recursos e investimentos e organizar os serviços para melhor desenvolver as ações de monitoramento, fiscalização e controle dos vetores e problemas relativos às questões socioambientais.

Vigilância de Saúde do Trabalhador

A saúde do trabalhador é um importante componente da Saúde Pública e compreende a utilização de novas práticas de promoção de saúde e prevenção de doenças, a produção de conhecimentos, a recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos das condições de trabalho, o fortalecimento da capacidade técnica e o uso de novas tecnologias sociais que reforcem a saúde coletiva. O conceito de saúde do trabalhador adota uma visão ampla da relação entre o trabalho e o processo de saúde-doença, que supera as formas tradicionais do ambiente e seus agentes. A concepção de saúde do trabalhador, portanto, propõe uma forma de compreensão das relações entre trabalho, saúde e novas práticas de atenção à saúde e de como se dá a intervenção dos trabalhadores nos ambientes de trabalho. Busca-se com esse olhar compreender a ocorrência dos problemas de saúde à luz das condições e dos contextos de trabalho (MENDES, 1991).

Por sua vez, a Vigilância em Saúde do Trabalhador (VISAT) é concebida como uma atuação contínua e sistemática do sistema de saúde, no sentido de detectar, conhecer, pesquisar e analisar os fatores determinantes e condicionantes dos agravos à saúde relacionados aos processos e ambientes de trabalho, com a finalidade de planejar, executar e avaliar intervenções sobre

esses aspectos, de forma a eliminá-los ou controlá-los (CONASEMS; COSEMS/RJ, 2016).

No âmbito do SUS, a Saúde do Trabalhador é garantida pela Política Nacional de Saúde do Trabalhador e pela Portaria nº 2728/GM, de 11 de novembro 2009, que institui a Rede de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST), com o objetivo de estruturar a rede de serviços Sentinela em Saúde do Trabalhador. Entre seus componentes, estão os Centros Estaduais e Regionais de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST), criados por meio da Portaria nº 1823, de 23 de agosto de 2012, os quais têm o papel de prover a retaguarda técnica especializada em saúde do trabalhador para o conjunto de ações e serviços da rede SUS. Estes centros desempenham função de suporte técnico, de educação permanente, de coordenação de projetos de assistência, promoção e vigilância à saúde dos trabalhadores, no âmbito da sua área de abrangência. É definido como uma instância de apoio matricial para o desenvolvimento das ações de saúde do trabalhador na atenção básica, bem como nos serviços especializados e de urgência e emergência (CONASEMS; COSEMS/RJ, 2016).

Em Maceió, as ações de vigilância em saúde têm ficado somente sob a responsabilidade do CEREST, que atende à população residente e referenciada. O CEREST tem como objetivos: intervir nos fatores determinantes dos riscos e agravos à segurança e saúde da população trabalhadora, por meio da vigilância do processo, do ambiente e das condições em que o trabalho se realiza; Participar, em conjunto com o Estado e o Município, na definição dos mecanismos e dos fluxos de referência, contrarreferência e de apoio matricial; implementar, na Rede de Atenção à Saúde do SUS e na rede privada, a notificação compulsória dos agravos à saúde relacionados ao trabalho; capacitar os trabalhadores de diversas categorias para identificação e atuação nas situações de riscos à saúde, relacionados ao trabalho; realizar ações de regulação, monitoramento, avaliação e auditoria das ações e a prestação de serviços em saúde do trabalhador, no âmbito de sua competência.

A avaliação da Política de Saúde indica que, nos últimos anos, a gestão investiu na melhoria da estrutura do CEREST, por meio de reformas, de aquisição de equipamentos, que incluem os Equipamentos de Proteção

Individual (EPI), de insumos para as ações de rotina e de ampliação do quadro de profissionais para atuar em atividades externas. Na atualidade, o CEREST é referência no Brasil quanto à capacidade instalada para o desenvolvimento das ações e serviços. Dentre os avanços identificados nas ações de saúde do trabalhador implementadas pelo Centro, destacam-se: o aumento das notificações nos últimos anos, o crescimento das atividades de inspeções nos ambientes de trabalho e processos produtivos e a implantação das Referências Técnicas em Saúde do Trabalhador em vários municípios.

Para o próximo quadriênio, no âmbito do CEREST, os desafios são: fortalecer o matriciamento nos municípios, ampliando as ações de saúde do trabalhador; aumentar as inspeções e as notificações; melhorar os indicadores relacionados às notificações dos agravos de acidente com exposição a material biológico, intoxicações ao trabalho, LER/DORT e transtorno mental nos trabalhadores e redefinição da Rede Sentinela para o funcionamento conforme preconiza a legislação. E, enquanto desafio macro, Maceió deve estruturar melhor as ações em torno da vigilância em saúde do trabalhador para além do Centro, para, de fato, dar conta dos objetivos da vigilância em saúde, numa dimensão que é estratégica e essencial para a saúde pública.

Vigilância Sanitária

A Vigilância Sanitária (VISA) constitui-se em “*um conjunto de ações capaz de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde*” (*Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990*).

A Vigilância Sanitária atua sobre um grande número de ações de saúde coletiva, sustentada pelas mais diferentes áreas do conhecimento técnico-científico e guiada pelo conhecimento sobre as leis, incluindo a legislação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e o Código Sanitário de Maceió – lei 4227/93, que lhe permitem fiscalizar, normatizar, avaliar, orientar, intervir e, sobretudo, educar para eliminar, reduzir ou prevenir os riscos à saúde da população.

Em Maceió, com base no novo organograma - Decreto Nº. 8.398 de 09 de Março de 2017 - a VISA dispõe de 04 Gerências de inspetoria e 01 núcleo, a saber: Gerência de Inspeção de produtos veterinários agrotóxicos e ecologia humana; Gerência de inspeção de medicamentos e cosméticos; Gerência de inspeção de alimentos; Núcleo de Inspeção de serviços em saúde e exercício profissional. São, aproximadamente, 89 técnicos das mais diferentes áreas da saúde que exercem atividades de fiscalização em todos os estabelecimentos de interesse público, dos menores aos mais complexos, dentre eles, instituições de saúde, estabelecimentos comerciais, escolas, feiras, distribuidoras, clínicas veterinárias, dedetizadoras, construções, dentre outras.

A análise da organização dos serviços de vigilância em saúde evidencia que grandes desafios precisam ser enfrentados na VISA, tendo em vista que, nos últimos quatro anos, parte significativa das ações programadas não foi executada, apresentando, anualmente, um percentual de desempenho em torno de 50% a 67%. As principais ações desenvolvidas foram de fiscalização, licenciamentos, cadastros e inspeção sanitária de diversos estabelecimentos, bem como ações educativas com a população, por meio da distribuição de informativos e orientação sobre o papel da VISA. Contudo, a área técnica apontou as principais dificuldades para o fato de não atingir, na totalidade, o quantitativo de ações programadas: o reduzido número de transporte, a precária estrutura de equipamentos e a insuficiência de profissionais para o desenvolvimento de algumas funções.

De forma geral, a análise do trabalho das diversas áreas técnicas que compõem a Vigilância em Saúde, expressa nos documentos institucionais de avaliação da Política de Saúde nos últimos quatro anos, demonstra que a Vigilância em Saúde tem cumprido um papel marcante de suporte ao sistema de saúde, inclusive de subsidiar as equipes gestoras na tomada de decisões.

Para uma melhor compreensão da atuação da Vigilância em Saúde, o quadro abaixo possibilita visualizar as principais ações e serviços ofertados à população de Maceió, por meio de estruturas descentralizadas das coordenações e programas, nos distritos sanitários, bairros e/ou unidades de saúde:

Quadro 12 - Ações e Serviços de Vigilância em Saúde. Maceió/AL, 2017.

Estrutura	Qtd.	Tipo de Ação / serviço	Local
Núcleo de Vigilância Epidemiológica Distrital (NVED)	08 NVED	Composto por uma Coordenação Distrital e 50 agentes, atuando na prevenção de riscos e agravos e controle de doenças junto às populações em áreas não cobertas pela ESF.	Distritos Sanitários de Maceió
Salas de Vacina	65 U.S.	Salas nas unidades de saúde que disponibilizam todas as vacinas do calendário básico de vacinação da criança, adolescente e adulto.	Unidades de Saúde
Rede de Frio Municipal	01 Rede de Frio	Armazenamento e distribuição de vacinas para as unidades de saúde	SMS
Projeto Saúde e Prevenção nas Escolas (SPE)	17 Escolas	Desenvolvimento de ações educativas e preventivas do Programa DST/HIV/AIDS.	Escolas Públicas
Centro de Testagem e Aconselhamento	01 CTA	Serviço com equipe multidisciplinar para atendimento à população, ofertando testes rápidos para sífilis e HIV, orientação e aconselhamento.	Bloco I do PAM Salgadinho
Serviço de Testagem na Atenção Básica	90% das U.S.	Serviço descentralizado com equipe multidisciplinar da atenção básica para atendimento à população, ofertando testes rápidos para sífilis e HIV, orientação e aconselhamento.	90% das Unidades de Saúde de Maceió
Serviço de Atenção Especializada (SAE)	01 SAE	Serviço para atendimento à população e, em especial, aos usuários portadores de HIV/AIDS e outras DST, referenciados da atenção básica ou por demanda espontânea.	Bloco I do PAM Salgadinho
Plantões e visitas do CIEVS	27 Plantões	Monitoramento diário nos estabelecimentos de saúde para captação ininterrupta das notificações referentes às possíveis emergências de saúde pública de relevância municipal, estadual ou nacional.	Estabelecimentos de saúde próprios e da rede complementar.
Núcleos de Cessação do Tabagismo	05 Núcleos	Ações de promoção, prevenção e orientação para tratamento do tabagismo.	- II Centro de Saúde - CAPS AD - US Aliomar Lins – U.S. Didimo Otto - Hospital Universitário
Núcleos de atividades físicas (NAF)	10 Núcleos	Atividades físicas e práticas corporais nos bairros promovidas pelos núcleos, em articulação com as unidades de saúde. Objetivo: promover hábitos de vida saudável.	Vergel, Feitosa, Clima Bom, Santo Amaro, Jacintinho, Tabuleiro, Pitanguinha, Fernão Velho, Canaã, Salvador Lira
Programa Saúde na Escola (PSE)	72 Escolas	Trabalham quatro componentes: Avaliação das condições de saúde das crianças, adolescentes e jovens; Promoção da saúde e de atividades de prevenção de agravos; Formação – Educação Permanente e Capacitação dos Profissionais da Educação e da Saúde e de Jovens e o Monitoramento – SIMEC e E-SUS	Escolas Públicas

Fonte: Diretoria de Vigilância em Saúde/SMS de Maceió/ AL, 2017.

Enquanto desafios para o próximo quadriênio, a Diretoria de Vigilância em Saúde aponta a necessidade de priorizar o enfrentamento de problemas de organização do serviço que impactam diretamente na qualidade do atendimento à população, tais como: instalações físicas inadequadas; insuficiência de equipamentos e mobiliários de parte dos setores; precarização das relações de trabalho; ausência de processos e instrumentos informatizados para dar suporte ao trabalho das áreas técnicas e indisponibilidade de recursos para manutenção de setores estratégicos como o CCZ, VISA e vigilância epidemiológica. Estes problemas têm dificultado a execução das ações programadas e o alcance de metas pactuadas de redução dos indicadores de morbimortalidade, prevenção de riscos e danos à saúde da população e ao meio ambiente, contexto que sugere uma análise mais aprofundada da Vigilância em Saúde por parte dos gestores do SUS.

A integração entre a Vigilância em Saúde e a Atenção Primária à Saúde é condição obrigatória para a construção da integralidade na atenção e para o alcance dos resultados, com o desenvolvimento de um processo de trabalho condizente com a realidade local, que preserve as especificidades dos setores e compartilhe suas tecnologias.

3.4.4- Gestão em Saúde

Planejamento em Saúde

O planejamento tem ganhado uma importância estratégica no setor saúde, compreendido enquanto ferramenta tecnológica de gestão para ampliar a capacidade resolutiva do SUS, organizar os processos de trabalho e gerir as ações e serviços de saúde em diferentes espaços. Pensado e organizado numa perspectiva estratégica, o planejamento em Saúde envolve princípios teóricos, procedimentos metodológicos e operacionais, técnicas de gestão e organização social, que perseguem uma mudança situacional futura.

O planejamento no SUS ocorre de forma participativa, ascendente e pactuada entre gestores, trabalhadores e instâncias de controle social. Por isso mesmo, assume uma dimensão política e social, que implica discutir e compartilhar poder e saber. Desse modo, torna-se importante não somente

planejar, como dispor de um método de planejamento (CAMPUS, 2010; BRASIL, 2013).

O ato de planejar é um processo permanente e envolve lidar com situações de incertezas, considerando que a realidade é dinâmica e está em constante transformação. Por isso, o planejamento enquanto instrumento de gestão deve facilitar a direcionalidade das ações, a correção de rumos e o enfrentamento das imprevisibilidades (PAIM, 2007).

Nesse direcionamento, além da base teórica e metodológica, o planejamento em saúde tem como referenciais legais e normativos a Lei nº. 8.080/90 e a Lei 8.142/1990, que juntas formam a Lei Orgânica da Saúde; a Portaria GM/MS nº 3.332/2006, que aprova orientações gerais relativas aos instrumentos do Sistema de Planejamento do SUS - Plano Municipal de Saúde (PMS), Programação Anual de Saúde (PAS) e Relatório Anual de Gestão (RAG); o Decreto presidencial nº 7.508/2011, que regulamenta a Lei nº 8.080 e dispõe sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa; a Lei Complementar nº. 141/2012, que dispõe sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde e ratifica os instrumentos de planejamento em saúde; e a Portaria nº 2.135, de 25/09/2013, que institucionaliza o processo de planejamento, ratificando os instrumentos responsáveis pela sua operacionalidade - PMS, PAS e RAG, sendo este último elaborado, obrigatoriamente, quadrimestral e anualmente.

No Município de Maceió, o planejamento no SUS vem sendo estruturado desde 2006, quando iniciou a experiência do PlanejaSUS, por meio de investimento na estruturação de processos de trabalho, da capacitação das áreas técnicas para se apropriarem, teórica e tecnicamente, do conhecimento sobre planejamento em saúde e, principalmente, da experiência de construção dos primeiros instrumentos de programação, monitoramento e avaliação, de forma participativa e ascendente, visando a conferir direcionalidade à Política Pública de Saúde, conforme preconizado na legislação.

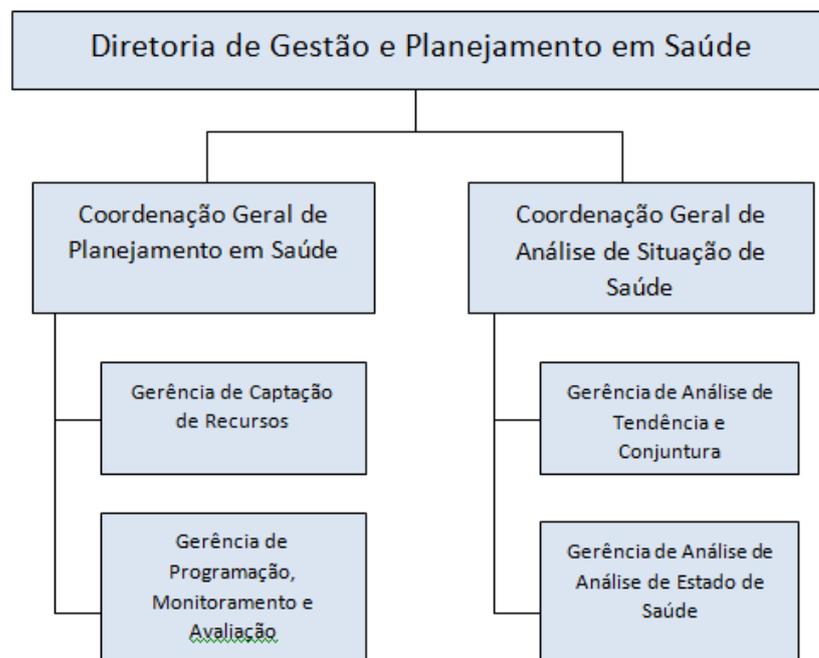
O Plano Municipal de Saúde, principal instrumento orientador da Política de Saúde, tem sido elaborado com a participação dos diversos atores sociais

do SUS desde 2006, cujos processos de construção vêm sendo aprimorados a cada quadriênio. Além de incorporar os referenciais teóricos e metodológicos do planejamento estratégico no processo de elaboração, os instrumentos de planejamento em saúde – PMS, PAS e RAG - têm sido pautados na base legal do SUS e articulados com os instrumentos de planejamento orçamentário da administração pública – PPA, LDO e LOA. Nessa perspectiva, Maceió tem uma experiência acumulada na elaboração e efetivação dos instrumentos de planejamento, monitoramento e avaliação em saúde, que tem sido referência para os demais municípios do Estado de Alagoas.

Nos últimos quatro anos, Maceió avançou na institucionalização do sistema de planejamento em saúde na Secretaria. Os elementos que constatarem esses avanços são: a implantação das referências técnicas em planejamento; a consolidação do Sistema Informatizado de Planejamento e Orçamento (SIPO); as iniciativas de descentralização do planejamento em parte das unidades de saúde; as análises produzidas pelo setor de planejamento, que têm subsidiado as equipes gestoras na tomada de decisões; a elaboração dos instrumentos de planejamento em saúde (PMS, PAS, RAG) em tempo hábil e cumprindo a legislação nas formas de publicização; o estímulo à vinculação das ações estratégicas de saúde com os indicadores de saúde; a construção de indicadores operacionais próprios para monitorar, também, os resultados referentes à organização dos serviços.

Do ponto de vista da estrutura de funcionamento da Secretaria de Saúde, com o Decreto nº. 8.398, de 09 de Março de 2017, foi criada a Diretoria de Gestão e Planejamento em Saúde, que pode ser visualizada no organograma que segue.

Figura 26: Organograma da Diretoria de Gestão e Planejamento em Saúde. SMS de Maceió/AL, 2017.



Fonte: DGPS/GGPS/SMS de Maceió/AL, 2017.

Conforme visualizado, a nova estrutura organizacional da SMS incorpora a área de análise de situação de saúde à Diretoria de Planejamento, o que foi fundamental para garantir a produção de informações consistentes, diagnósticas e propositivas, que devem fundamentar os processos de planejamento e gestão do SUS, bem como as estratégias norteadoras da Política de Saúde.

Mesmo considerando os avanços na Política de Saúde em Maceió, em relação à consolidação dos processos, instrumentos e estruturas de planejamento em saúde, o município ainda não conseguiu efetivar a meta macro que vem perseguindo nos últimos anos - que é descentralizar o planejamento, por meio de sistemas informatizados nas unidades de saúde para o desenvolvimento de planos operativos vinculados às ações da PAS, elaborados com a participação dos usuários, profissionais de saúde e gestores. Nesse sentido, a descentralização do sistema de planejamento no SUS em Maceió constitui o grande desafio a ser enfrentado no próximo

quadriênio para garantir a efetividade dos princípios organizativos do SUS em nível local, somada à necessidade de aprimorar as ações e procedimentos já institucionalizados a nível central da Secretaria.

Gestão do Trabalho e Educação em Saúde

A implantação do Sistema Único de Saúde pautado pelos princípios da universalidade, integralidade, equidade, igualdade e por diretrizes, tais como regionalização e descentralização, proporcionam condições para um conjunto de mudanças nas relações e processos de trabalho em saúde. Com isso, o principal objetivo dos profissionais nos serviços e ações de saúde consiste em cuidar das pessoas, conforme as suas necessidades de saúde, enxergando o outro para além da doença e identificando os determinantes capazes de interferir nas condições de saúde. Além disso, na saúde, é primordial que equipes de profissionais sejam capazes de escutar o usuário, negociem com a gestão suas próprias necessidades e, assim, participem efetivamente da construção e consolidação do SUS (CONASEMS; COSEMS RJ, 2016).

A gestão do trabalho no SUS é uma política fundada na concepção de que a participação do trabalhador é fundamental para a efetividade e eficiência do sistema. O trabalhador do SUS é percebido como sujeito e agente transformador de seu ambiente e não apenas um mero recurso humano realizador de tarefas previamente estabelecidas pela administração local. Nessa abordagem, afirmada na Resolução nº 330, de 04/11/2004, do Conselho Nacional de Saúde, que aprovou as diretrizes para a Política de Gestão do Trabalho no SUS, a atividade laboral é vista como um processo de trocas, de criatividade, de coparticipação e de comprometimento mútuo.

A Política de Gestão do Trabalho pressupõe a garantia de requisitos básicos para a valorização do trabalhador da saúde e do seu trabalho, tais como: Plano de Carreira, Cargos e Salários (PCCS); vínculos de trabalho com proteção social; espaços de discussão e negociação das relações de trabalho em saúde, com mesas de negociação permanente e comissões locais de negociação de condições de trabalho; capacitação e educação permanente dos trabalhadores, humanização da qualidade do trabalho, dentre outros (Maceió, 2013).

No Município de Maceió, a Política de Gestão do Trabalho continua desestruturada, mesmo sendo colocada como diretriz no último PMS. Além disso, não estão claros para os trabalhadores os critérios de locação, valorização e qualificação dos profissionais de saúde, o que ocasiona problemas na gestão dos processos de trabalho e serviços, desmotivação dos profissionais, sobretudo pelas diferenças entre salários e incentivos que existem nas categorias. Mesmo existindo um Plano de Cargos, Carreiras e Salários (PCCS), persistem problemas cruciais, como a não implantação da progressão por titulação, a negociação com categorias isoladas, a precarização das relações de trabalho, principalmente, com a terceirização.

Do ponto de vista da relação dos trabalhadores com os usuários, o SUS também enfrenta diversos problemas. Nas unidades de saúde, têm sido perceptível o quanto a postura de parcela dos profissionais tem impactado negativamente no processo de trabalho, pois a população tem sido prejudicada pelo fato de parte dos trabalhadores não estabelecer vínculos e relações humanizadas, descumprir carga horária e se desresponsabilizar do ato de cuidar. A insuficiência de processos e instrumentos que deem visibilidade aos fluxos de atendimento e aos procedimentos de gestão da organização nos serviços contribui para o contexto de pouca efetivação da Política de Gestão do Trabalho, conforme preconizada.

As equipes gestoras da SMS têm buscado enfrentar parte dos problemas por meio da implementação de ações que merecem destaque: a implantação do ponto eletrônico; a parametrização dos profissionais, com base nas portarias, onde procurou redimensionar o quadro de profissionais, de acordo com a necessidade do serviço e a carga horária; a reorganização do funcionamento da SMS, com a definição de um novo organograma, que buscou se adaptar à dinâmica real do serviço; a realização do Projeto Saúde Itinerante, que tem possibilitado o diálogo democrático entre os profissionais de saúde e equipes gestoras, pautando os problemas do SUS e construindo estratégias coletivas de reorganização dos processos de trabalho nos serviços.

Em relação à educação em saúde, parte-se da compreensão de que ela é parte integrante da política de gestão do trabalho, mesmo existindo na configuração do SUS várias políticas que tratam da educação em saúde e uma política específica de educação permanente em saúde. No âmbito o SUS, a

educação em saúde é compreendida como a produção e sistematização de conhecimentos relativos à formação e ao desenvolvimento para a atuação em saúde, que envolve as atividades educativas com a população e as práticas de ensino, diretrizes didáticas e orientação curricular (BRASIL, 2013). Já a educação permanente é conceituada como aprendizagem no trabalho, onde os processos de aprender e ensinar devem estar inseridos no cotidiano do trabalho e focados nas necessidades de saúde da população, na reorganização da gestão setorial e no controle social (BRASIL, 2008). Por isso, a Educação Permanente em Saúde (EPS) é uma estratégia ética e político-pedagógica que visa a transformar e qualificar a atenção à saúde, os processos formativos, as práticas de educação em saúde, além de incentivar a organização das ações e dos serviços numa perspectiva intersetorial.

Em Maceió, o SUS vem implementando iniciativas e programas importantes que visam a consolidar as ações de educação em saúde e de educação permanente, descritas a seguir.

- 1) Implantação de pontos do Telessaúde, com o objetivo de fortalecer e ampliar as ofertas de educação permanente em Saúde para os profissionais e trabalhadores do SUS utilizando tecnologia de comunicação e informação.
- 2) Adesão ao Programa Mais Médicos, que visa a ampliar o acesso com mais profissionais e trabalha com três eixos: a estratégia de contratação emergencial de médicos, a expansão do número de vagas para os cursos de Medicina e residência médica, e a implantação de um novo currículo com uma formação voltada para o atendimento mais humanizado, com foco na valorização da Atenção Básica.
- 3) A implementação do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde, na versão PET/SAÚDE GRADUASUS, que tem como objetivos reorientar a formação na área da saúde para impactar nas Diretrizes Curriculares Nacionais e fortalecer a relação ensino-serviço-comunidade, na perspectiva de Rede.

Em se tratando da estrutura organizativa da Secretaria para gestão das iniciativas e programas referidos, existe a Coordenação Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos (CGDRH), cujas equipes de trabalho estão organizadas para atuar na condução das Políticas de Educação

Permanente e da Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão em Saúde (PNS). Incluem-se, entre as responsabilidades da referida área, a organização das práticas de estágio, extensão e pesquisa no SUS e coordenação da Comissão de Integração Ensino e Serviço (CIES).

As avaliações explicitadas nos Relatórios Anuais de Gestão indicam que a CDRH não tem conseguido realizar a maioria das ações programadas, visto que os indicadores operacionais de execução da PAS, nos anos de 2014 e 2015, estiveram abaixo de 50%, apresentando uma situação de risco. Nos anos de 2016 e 2017, os índices aumentaram em alguns quadrimestres, contudo, as ações estruturantes, que impactam nos resultados da educação permanente, não foram implementadas.

Apesar de a avaliação da Política de Saúde indicar que a diretriz de “Fortalecimento da Educação em Saúde” não tem atingido os objetivos propostos no último PMS, vale destacar os esforços para a estruturação da PNH nos Distritos Sanitários. Na atualidade, existem implantados e funcionando os Núcleos Temáticos de Humanização (NTH) no II, VI e VII Distritos Sanitários e a equipe conta com dez apoiadores da PNH nos territórios. Essas estratégias consistem em habilitar trabalhadores/as inseridos nos serviços de saúde para fomento de espaços de diálogo no cotidiano e desenvolvimento de ações em consonância com os princípios e diretrizes da PNH e a sua realidade local, apoiados pela equipe da CGDRH.

No que toca à Política de Educação Permanente em Saúde, retomou-se as atividades da Comissão de Integração Ensino-Serviço e, conseqüentemente, a articulação com o conjunto de atores que compõe a comunidade acadêmica, movimentos sociais, gestores, instâncias de representação social e municípios polos para a identificação dos entraves e necessidades de resolutividade dos aspectos norteadores das práticas acadêmicas de um modo geral. Em articulações anteriores, as Políticas de Educação Permanente e a de Humanização, estreitaram suas ações numa união de esforços que culminou com a construção participativa da Normatização das Práticas Acadêmicas, que regulamenta todo o universo das atividades desde estágios curriculares até projetos de extensão. Neste sentido, reativou também as reuniões do Comitê Gestor de Ensino e Serviço, nesta

secretaria, enquanto espaço de discussão e aprofundamento de questões não previstas na Normatização das Práticas.

O desenvolvimento do Projeto Saúde Itinerante, com a participação efetiva da equipe de profissionais do CDRH, tem permitido conhecer mais profundamente os problemas e desafios da organização dos processos de trabalho e gestão dos serviços, o que sugere perspectivas de mudanças das práticas e formas de intervenção nos próximos quatro anos. Nesse direcionamento, em que pese os problemas existentes em relação à gestão do trabalho e à educação em saúde, o novo Plano Municipal aponta como perspectiva o enfrentamento das questões evidenciadas, quando define como prioridades a estruturação das políticas de gestão do trabalho, educação permanente e humanização e, ainda, define como meta a operacionalização do COAPES.

Regulação em Saúde

A ação regulatória no sistema de saúde tem sido evidenciada como uma estratégia fundamental na garantia do acesso à saúde enquanto direito. Do ponto de vista da organização dos serviços, a regulação assume o papel de elemento ordenador e orientador dos fluxos assistenciais, sendo responsável pelo mecanismo de relação entre a gestão e os vários serviços de saúde. A regulação em saúde pode ser entendida como um conjunto de ações que incide sobre a produção direta em saúde (consultas, exames, internações) e implica atuação direta sobre os prestadores de serviços de saúde, sejam públicos ou privados. Inclui, também, a regulação do acesso, a avaliação da atenção e o controle assistencial (OPAS/OMS, 2016). Nessa perspectiva, a regulação em saúde implica uma série de ações para viabilizar a atenção integral, em articulação com outras funções gestoras do SUS, como a programação, o planejamento e a regionalização, e divide-se em dimensões: regulação dos sistemas de saúde, regulação da atenção à saúde e regulação do acesso à assistência.

Conforme sugere o Manual do Gestor Municipal (CONASEMS; COSEMS RJ, 2016), a Regulação de Sistemas de Saúde compreende as seguintes ações: elaboração de decretos, normais e portarias em relação às funções

gestoras do SUS; planejamento, financiamento e controle dos sistemas de saúde; acompanhamento da utilização dos recursos destinados à contratação dos serviços, incluindo os serviços da média e alta complexidade; auditoria assistencial; ações integradas com outras instâncias de controle público; regulação da saúde suplementar; avaliação e incorporação de tecnologias em saúde.

A Regulação da Atenção à Saúde tem como objeto a produção de todas as ações diretas e finais de atenção à saúde, dirigida ao conjunto de prestadores de serviços públicos e privados. Estas ações compreendem: a contratualização de serviços de saúde; credenciamento e habilitação dos prestadores de serviços; organização do Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES); elaboração e incorporação de protocolos de regulação que ordenam os fluxos assistenciais; monitoramento da produção ambulatorial e hospitalar; elaboração da Programação Pactuada Integrada (PPI); avaliação dos indicadores e das ações e serviços de saúde nos estabelecimentos; e utilização de sistemas de informação que subsidiam os cadastros, a produção e a regulação do acesso.

Já a Regulação do Acesso à Assistência é compreendida como a disponibilização da alternativa assistencial mais adequada à necessidade do cidadão, de forma equânime, ordenada, oportuna e qualificada. As principais ações de regulação do acesso no SUS são: regulação médica das urgências; controle das consultas, procedimentos especializados e leitos disponíveis; estabelecimento de referências entre unidades de diferentes níveis de complexidade, segundo fluxos e protocolos pactuados.

As diferenciações apresentadas ajudam a compreender que a ação regulatória envolve tecnologias, procedimentos do mais simples aos mais complexos e ações de custo elevado, como a média e alta complexidade. Envolve, ainda, a gestão dos sistemas de saúde, saberes e organização dos processos de trabalho para garantir o acesso à assistência. Nesse norte, a gestão da regulação, controle e avaliação, para tornar efetivo o atendimento ao usuário, deverá organizar e monitorar sua rede de ações e serviços ofertados à população. E como resposta às demandas sociais, identificar a rede regionalizada, entender como está organizada e compreender seu conceito, distinguindo cada um dos níveis de atenção. Por isso, a importância das

equipes gestoras estarem articuladas e se fundamentarem no arcabouço legal do SUS, que subsidiam as ações de regulação em saúde. Nesse sentido, vale destacar a Portaria ministerial 1.631, de outubro de 2015, que aprova os critérios e parâmetros para o planejamento e programação de ações e serviços de saúde, no âmbito do SUS.

No Município de Maceió, a regulação em saúde está organizada nas três dimensões, contudo, percebe-se, na dinâmica de funcionamento dos serviços, que existem grandes entraves para o atendimento às demandas, que vão desde a limitação das áreas técnicas e equipes gestoras em compreender e diferenciar as dimensões e atribuições de cada setor, até as questões macros, que envolvem a insuficiência de serviços e de recursos para garantir acesso à população.

A população de Maceió percebe, claramente, os problemas do SUS em relação ao acesso e à organização dos serviços, quando opta pela via da judicialização para garantir o direito à saúde. Nesse contexto, as demandas judiciais têm sido um entrave crucial para o SUS em Maceió porque traz um custo financeiro muito maior para o sistema e o acesso tem sido garantido, muitas vezes, sem a observância do princípio da equidade.

Outro elemento que evidencia a leitura negativa da população em relação ao SUS é a avaliação que a mesma tem do Complexo Regulador Assistencial (CORA), que foi um dos problemas mais debatidos e priorizados em todas as oficinas de elaboração do PMS, inclusive as dificuldades internas do setor de agendamento das unidades foram atribuídas ao CORA. Tais problemas relacionados à regulação têm sido objeto de discussão constante nas pautas dos mecanismos e instituições de controle social.

A avaliação da Política de Saúde em relação à regulação, visualizada nos relatórios quadrimestrais de gestão, vinha apontando, nos anos de 2014 e 2015, um desempenho satisfatório, em torno de 95%, quanto à execução das ações programadas, que estavam voltadas à regulação do acesso quanto a consultas e procedimentos e ao monitoramento das metas quantitativas, pactuadas com os prestadores filantrópicos e privados da rede complementar ao SUS. Entretanto, a partir de 2016, o percentual de execução da PAS, no que se refere à regulação, apresentou um considerável decréscimo, sendo alcançada, apenas, uma média 20% das ações programadas. Cabe ressaltar

que a avaliação apontou como justificativa a insuficiência na oferta de ações e serviços do Município de Maceió para garantir acesso à população residente e referenciada, o que resulta em um desafio permanente para a área técnica e as equipes gestoras da Política de Saúde em Maceió.

Controle Social

A institucionalização da participação social na Política de Saúde, por meio dos Conselhos e Conferências, foi resultado das lutas travadas pelos movimentos sociais, capitaneados pelo Movimento da Reforma Sanitária (MRS) nos anos de 1970 e 1980, no bojo das lutas macros contra o governo autoritário e pela redemocratização do país. A Constituição Brasileira de 1988, como marco histórico-legal da gestão democrática, afirma, no seu art. 198, inciso III, a garantia da participação da comunidade na Política de Saúde enquanto uma das diretrizes do SUS. A Lei 8.880/90 e, principalmente, a Lei 8.142/90, consolidam as bases legais, inclusive explicitando objetivos e mecanismos de participação social no SUS. A Lei Complementar nº 141/2012, quando trata da transparência, visibilidade, fiscalização, avaliação e controle da gestão da saúde, reafirma a importância da participação da comunidade na saúde e destaca que o incentivo à participação popular assegura a transparência e a visibilidade.

Para promover a participação na gestão da Política Pública de Saúde, foram institucionalizados os Conselhos e as Conferências como a grande inovação democrática, inclusive considerando a ação de conselheiro de relevância pública. Portanto, ser conselheiro implica na representação do interesse público na deliberação, acompanhamento, fiscalização e controle das ações, serviços e recursos que envolvem a Política de Saúde e os interesses da população usuária. Os Conselhos e as Conferências de saúde são importantes fóruns de debate da Política de Saúde, onde se exerce a mediação de interesses em disputa na definição das prioridades na agenda pública do setor. Embora não se constituam nos únicos espaços de tomada de decisão e de mediação de interesses setoriais, Conselhos e Conferências têm se apresentado como um espaço de articulação das forças sociais que defendem o Sistema Único de Saúde (SUS). Por outro lado, tem sido convertido em lugar

de apresentação das demandas de usuários e trabalhadores de saúde aos gestores públicos (MACEIÓ, 2013).

O Município de Maceió dispõe, além do Conselho Municipal e Conferência, de importantes mecanismos de controle social de nível local, que são os Conselhos Gestores das Unidades, que dentre as atribuições, têm o papel de discutir, acompanhar e fiscalizar as ações de saúde de forma descentralizada nas unidades de saúde.

Mesmo existindo instrumentos de participação institucionalizados, a realidade do Município de Maceió vem demonstrando que o SUS precisa avançar para consolidar a participação popular na Política de Saúde, conquistada a duras penas. Apesar de o Conselho Municipal de Saúde, em parceria com a gestão, ter promovido, ao longo dos quatro anos, a Conferência Municipal de Saúde e as conferências temáticas, boa parte das resoluções aprovadas não têm sido efetivadas e tanto a população, quanto os profissionais de saúde, pouco têm acompanhado a implementação das deliberações. Ressalte-se, também, que os Relatórios de Gestão dos quatro anos vêm apresentando resultados insatisfatórios quanto à execução das ações de controle social. Uma das metas que não foi alcançada foi a de implantação e reativação dos Conselhos Gestores das unidades de saúde, o que indica a fragilidade do controle social em nível local.

No âmbito da gestão institucional, a Ouvidoria SUS tem sido um mecanismo de ampliação da participação da sociedade na Política de Saúde, que tem contribuído para a melhoria do acesso e qualidade do atendimento, uma vez que tem sido um instrumento de comunicação direto com a sociedade, ouvindo denúncias, queixas e opiniões acerca das ações e serviços ofertados à população. Atuando como um canal de diálogo humanizado, a Ouvidoria SUS tem conquistado o respeito dos usuários e servido como uma porta de participação popular sem burocracia, trabalhando com objetivo de identificar necessidades, distorções, erros e ilegalidade na gestão. A descentralização das ações nos últimos anos, com a criação das sub-redes ligadas diretamente à Ouvidoria Central Maceió, contribuiu para fortalecimento da Ouvidoria.

Para o próximo quadriênio, o Plano Municipal de Saúde aponta como diretriz o fortalecimento dos mecanismos de controle social, por meio da

capacitação de conselheiros, ampliação dos conselhos gestores e das sub-redes da Ouvidoria SUS.

FINANCIAMENTO DA POLITICA DE SAÚDE

Você nunca sabe que resultados virão da sua ação. Mas se você não fizer nada, não existirão resultados.

Mahatma Gandhi

Figura 27- Mudanças no financiamento da Saúde, 2018.



Fonte: Cartilha/Conasems, 2018.

4- FINANCIAMENTO DA POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE

O financiamento da Política Pública de Saúde constitui uma problemática desde o surgimento do SUS porque ele foi concebido e regulamentado como um sistema universal, mas, para o seu funcionamento, não foram garantidas as condições reais de suporte financeiro que o viabilizasse conforme foi estruturado. Esta questão fica clara, quando o financiamento e a participação popular não foram detalhadas na Lei 8.080/1990, carecendo da Lei 8.142/1990 para tratar de tais lacunas. No processo de efetivação do SUS e consolidação da descentralização do sistema, o problema do subfinanciamento foi sendo evidenciado, sobretudo pelo fato de os recursos serem insuficientes para garantir o acesso da população às ações e serviços e, ainda, o atendimento especializado ser prestado, majoritariamente, pela rede complementar, formada por instituições filantrópicas e privadas.

Além do SUS contar com recursos insuficientes e fontes indefinidas, historicamente, a Política de Saúde sofreu modificações sistemáticas das formas de repasses do governo federal para as demais esferas de governo. A Constituição Federal de 1988 destinou 30% dos recursos do orçamento da seguridade social para a saúde. Porém, vários obstáculos fizeram com que isso nunca acontecesse, desde a destinação dos recursos da seguridade privilegiar a previdência social, com a eliminação da obrigação do percentual de 30% para a saúde, até a criação de imposto, CPMF, que significou, na prática, substituição de receita (BRASIL, 2016).

Na década de 1990, a discussão do financiamento no SUS ganha força no cenário político nacional com a proposta da Emenda Constitucional 169/1993. Esse debate durou alguns anos e somente em setembro de 2000 foi promulgada a Emenda Constitucional 29 (EC 29/2000), que estabeleceu os mecanismos de financiamento da Política de Saúde, por meio da vinculação de receitas das três esferas de governo, provenientes da arrecadação que compõe o orçamento da seguridade social, podendo, ainda, ser complementado com recursos do orçamento fiscal.

A Emenda Constitucional 29/2000 foi regulamentada pela Lei complementar 141/2012, que prevê os critérios de alocação dos recursos e os percentuais mínimos de aplicação das receitas de saúde. Na composição

orçamentária, a União assume a responsabilidade de aplicar o montante correspondente ao valor empenhado no exercício financeiro anterior, acrescido do percentual correspondente à variação nominal do PIB ocorrida no ano anterior da LOA; os Estados, o mínimo de 12%; e os municípios, 15% de sua arrecadação de impostos e transferências legais e constitucionais.

A Lei Complementar nº 141/2012 definiu, também, quais despesas deveriam ser consideradas como gastos em saúde, proibindo a inclusão, nestas despesas, de gastos com saneamento, limpeza urbana, aposentadorias e pensões, como também reorientou quanto à obrigatoriedade de uso da ferramenta do Sistema de Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS), bimestralmente, em conformidade com Relatório REO e o Relatório Anual de Gestão, por meio do SARGSUS, como Prestação de Contas.

Ainda sobre os dispositivos legais que regulamentam o financiamento no SUS, as Portarias ministeriais nºs 204/2007 e 837/2009 estabelecem blocos de financiamento para as transferências dos Recursos Federais: Atenção Básica, Média e Alta Complexidade, Vigilância em Saúde, Assistência Farmacêutica, Gestão e Investimentos na Rede de Serviços de Saúde. E, por fim, a Portaria 412/2013 redefiniu as orientações para a operacionalização das transferências dos recursos federais fundo a fundo, em conta única e específica para cada bloco de financiamento de que trata a Portaria 20/2007.

A partir de 2016, com uma conjuntura nacional que traz novos e difíceis desafios para o SUS, enquanto sistema público e universal, o debate do financiamento volta à pauta das instâncias governamentais. Nesse contexto, o Ministério da Saúde iniciou uma discussão sobre a proposta de modificação quanto à configuração do repasse financeiro fundo a fundo por Blocos de Financiamento. Se, anteriormente, o repasse do MS tem vinculado as receitas em seus blocos de aplicação, condicionando a utilização dos recursos às ações específicas que compõem cada bloco, na nova proposta, que foi elaborada pelo Grupo de Trabalho Tripartite, instituído pela Portaria Ministerial nº 1091, de 27 de abril de 2017, as transferências dos recursos financeiros federais serão repassadas aos entes federativos em duas categorias econômicas, de custeio e de capital, na forma regular e automática. Essa mudança no financiamento deverá ser normatizada e detalhada, dentre outros

procedimentos voltados ao rateio e transferências de recursos financeiros federais estabelecidos com base na Lei complementar nº141/2012.

As mudanças indicadas na normatização do financiamento têm sido questionadas pelas instâncias de controle social, uma vez que permite aos gestores públicos remanejar recursos sem a observância necessária para priorizar as ações e serviços que, de fato, atendam às necessidades da população e a organização do sistema em redes de atenção. Além disso, a distribuição dos recursos em apenas duas categorias econômicas dificulta o monitoramento e a fiscalização dos gastos e a transparência na prestação de contas. Vale ressaltar que a referida normatização, a ser implantada a partir de 2018, não deixa claro como será a aplicação, movimentação e prestação de contas desses recursos e como estas irão rebater nos mecanismos de operacionalização da Política de Saúde.

Dentro da lógica explicitada anteriormente, o financiamento do SUS, em Maceió, é composto por recursos dos três níveis de governo. Em relação à aplicação de recursos próprios em ações e serviços de saúde, fazem parte da receita municipal própria os recursos provenientes da arrecadação fiscal e das transferências constitucionais regulamentadas, sob a obrigatoriedade mínima da aplicação de 15% da receita em Ações e Serviços Públicos em Saúde (ASPS). Conforme pode ser observado na tabela 13, a partir de 2007, o município tem aplicado mais que a obrigatoriedade, inclusive, no ano de 2016, o índice ficou em 22,12%. Somam-se a este percentual as receitas municipais e os recursos das taxas provenientes das atividades de fiscalização da vigilância sanitária municipal.

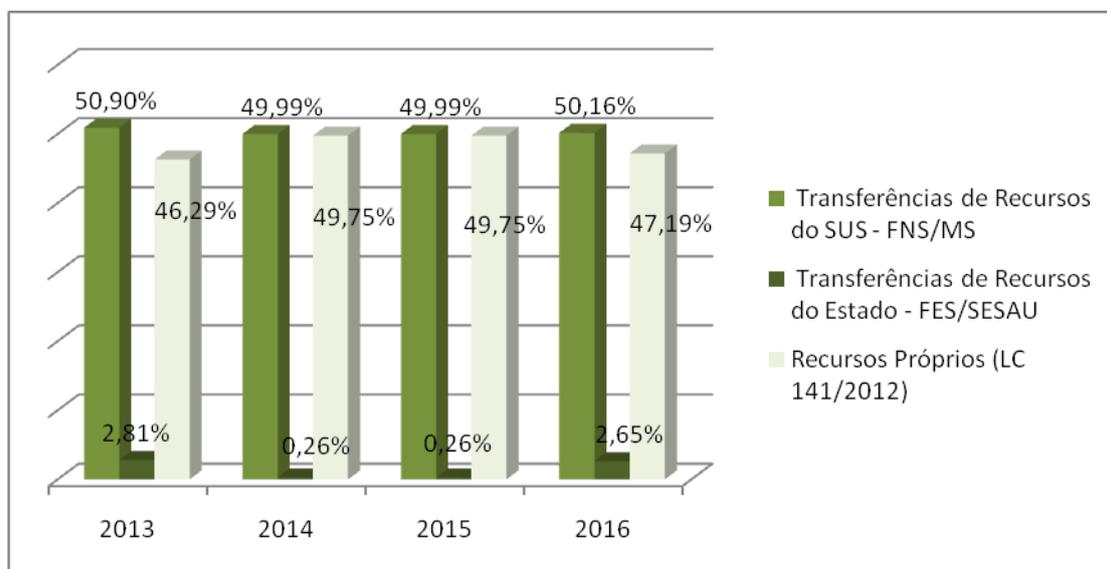
Tabela 13 - Série histórica do percentual da receita própria aplicada em Saúde. Maceió/AL, 2007 a 2016.

Tipo de receita	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Participação da receita própria aplicada em Saúde conforme a LC141/2012	15,91	15,15	17,02	17,32	19,06	20,38	23,23	24,90%	23,03	22,12

Fonte: Sistema de Informações sobre Orçamento Público em Saúde – SIOPS/ SMS de Maceió/AL, 2017.

Na relação tripartite de responsabilidades gerencial e financeira, é possível observar, no gráfico 10, o comportamento da distribuição proporcional dos recursos aplicados entre os anos 2013 a 2016.

Gráfico 10 - Percentual de distribuição de recursos, segundo fonte de financiamento. Maceió/AL, 2013 a 2016.



Fonte: Sistema de Informações sobre Orçamento Público em Saúde – SIOPS/ SMS de Maceió/AL, 2017.

Os recursos aplicados pelo Ministério da Saúde, no ano de 2016, corresponderam a 50,16% das receitas, representando mais da metade dos recursos da SMS. Ressalte-se que esses recursos do MS têm garantido o custeio das principais ações do sistema de saúde por meio dos blocos de financiamento.

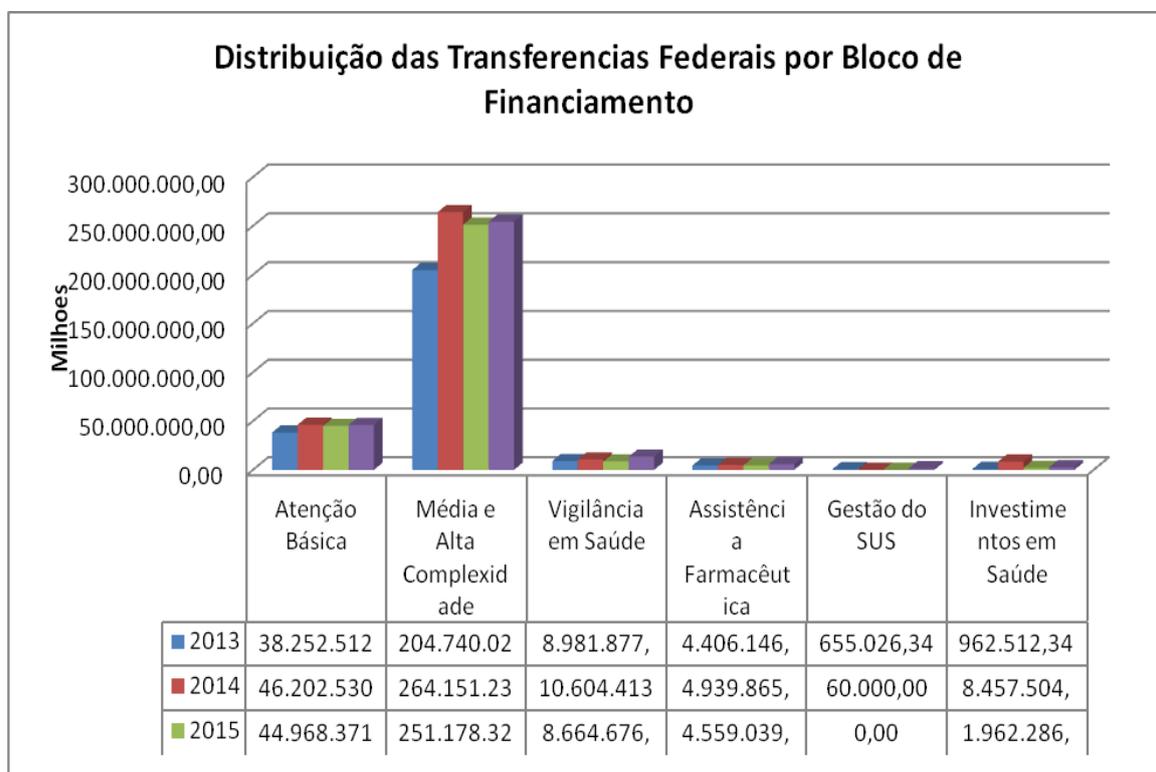
Observa-se, também, que a participação dos recursos do município, em 2016, representou 47,19% do total. Contudo, vale salientar que mais de 85% dessa receita própria vem sendo comprometida com despesas de pessoal, restando apenas 15% para as demais despesas de manutenção da rede. Tais despesas inclui a obrigatoriedade do município em subsidiar a aquisição de insumos e medicamentos básicos necessários ao atendimento da população, no valor de R\$ 2,36 per capita, conforme regulamenta a Portaria ministerial nº 1.555/2013.

Os recursos transferidos pelo Fundo Estadual de Saúde, que representaram 2,65% do total das receitas arrecadadas em 2016, foram

utilizados basicamente nos programas estratégicos, por meio de pagamento de incentivos ao Programa de Fortalecimento e Melhoria da Qualidade dos Hospitais (PROHOSP), Programa de Implementação da Rede de Atenção Materno-Infantil (PROMATER) e para manter a coparticipação do estado no financiamento da assistência farmacêutica. Observa-se, também, um decréscimo de 5,75% de 2013 para 2016, relativos aos recursos transferidos pelo Fundo Estadual de Saúde ao município.

Segundo o Sistema de Informação e Orçamento Público em Saúde (SIOPS), as transferências federais para todos os blocos de financiamento saltaram de R\$ 257.998.095,85 para R\$ 323.571.457,25, aumentando a participação de R\$ 270,21 para R\$ 316,70 per capita, enquanto os recursos próprios do município passaram de R\$ 234.629.955,11, em 2013, a R\$ 304.386.339,18, em 2016, elevando a participação per capita nesta fonte de recursos, de R\$ 246,10 para R\$ 297,92.

Gráfico 11 - Perfil das Transferências Federais, por Bloco de Financiamento. Maceió/AL, 2013 a 2016.

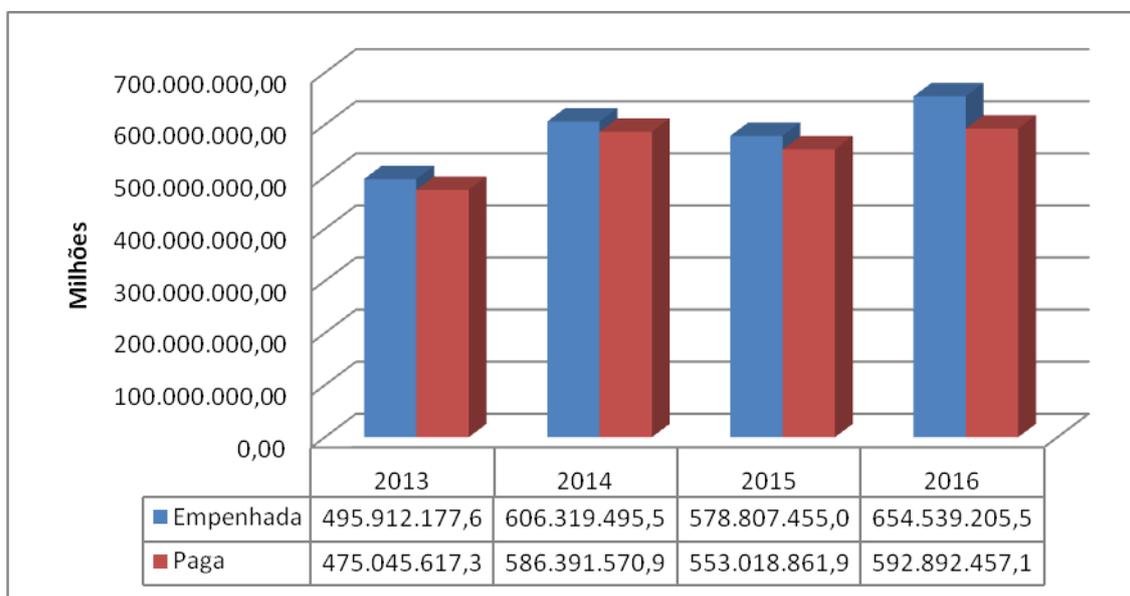


Fonte: Sistema de Informações sobre Orçamento Público em Saúde – SIOPS/ SMS de Maceió/AL, 2017.

Entre os anos de 2013 a 2016, as receitas repassadas pelo Ministério da Saúde apresentaram variação, inclusive, apresentando decréscimo nos valores em 2015, ao contrário do que ocorreu em anos anteriores, onde a taxa se mantinha em significativo crescimento. No entanto, apesar desse contexto, a Secretaria Municipal de Saúde realizou um trabalho de redimensionamento de recursos humanos versus a parametrização da legislação do SUS, reorganizando os profissionais nos serviços que apontavam a real necessidade, resultando no diagnóstico sobre o vazio assistencial, uma vez que o município, em quatro anos, manteve praticamente a mesma cobertura dos serviços para a população.

Outros aspectos devem ser apontados como entraves que dificultam a expansão da cobertura dos serviços de saúde, sobretudo para a atenção primária, tal como a lógica de financiamento da política de saúde que, de acordo com o gráfico 11, apresenta maior concentração na atenção à saúde de média e alta complexidade.

Gráfico 12- Comportamento da despesa empenhada e paga da SMS. Maceió/AL, 2013 a 2016.



Fonte: Sistema de Informações sobre Orçamento Público em Saúde – SIOPS/ SMS de Maceió/AL, 2017.

No que se refere às despesas realizadas pela Secretaria Municipal de Saúde, observa-se, no gráfico 12, que é seguida a mesma lógica apresentada nas receitas realizadas por bloco de financiamento, apresentando acréscimos nos valores empenhados e pagos entre 2013 a 2016, sendo a contrapartida

municipal diluída nos seis blocos e direcionada à manutenção dos serviços municipais de saúde.

No quadro de indicadores do SIOPS, é possível visualizar que a participação da despesa com pessoal na despesa total com saúde, em 2013, foi de 35,27%, passando, em 2016, a 43,62%. Já a participação da despesa com medicamentos na despesa total, incluindo todas as fontes de recursos, passou de 1,65% para 1,98, no mesmo período, demonstrando que o gasto foi proporcional ao aumento das receitas recebidas no exercício financeiro.

Quadro 13 - Indicadores do SIOPS. Maceió/AL, 2013 a 2016.

Indicadores do SIOPS	2013	2014	2015	2016
	%			
Despesa total com Saúde, em R\$/hab, sob a responsabilidade do Município, por habitante	497,54	603,11	570,94	640,63
Participação da despesa com pessoal na despesa total com Saúde	35,27	41,88	45,17	43,62
Participação da despesa com medicamentos na despesa total com Saúde	1,65	0,71	0,00	1,98
Participação da desp. com serviços de terceiros -pessoa jurídica na despesa total com Saúde	45,07	46,39	42,48	43,38
Participação da despesa com investimentos na despesa total com Saúde	0,51	0,85	1,54	1,81

Fonte: Sistema de Informações sobre Orçamento Público em Saúde – SIOPS/ SMS de Maceió/AL, 2017.

Com relação à despesa total com saúde em R\$ por habitante, sob a responsabilidade do município, verifica-se que, de 2013 para 2016, o acréscimo foi de R\$ 143,09. Vale ressaltar que, em 2014, conforme o Banco Mundial, o gasto público com saúde per capita, no Brasil, foi de R\$ 606,36, valor insuficiente em relação a outros países da América do Sul, o que evidencia o desfinanciamento da saúde pública no Brasil, sobretudo nas áreas voltadas à atenção primária, vigilância em saúde e média e alta complexidade.

A discussão sobre os rumos e a reorientação do sistema de saúde requer um financiamento equitativo do SUS, visto que se torna praticamente impossível pensar na busca pela efetivação do mesmo sem um aumento na participação dos investimentos públicos para a recuperação estrutural do sistema. Assim, as demandas cresceram, o perfil epidemiológico mudou e a Política de Saúde cada vez mais necessita de investimento para o atendimento integral e universal à população.

EIXOS, OBJETIVOS, DIRETRIZES, INDICADORES E METAS

O planejamento não diz respeito às decisões futuras, mas as implicações futuras das decisões presentes.

Peter Drucher

Figura 28- Secretaria de Saúde de Maceió em reunião com o Conselho Municipal de Saúde.



Fonte: SECOM/ SMS de Maceió/AL, 2017.

5. EIXOS, OBJETIVOS, DIRETRIZES, INDICADORES E METAS DO PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE.

A proposição da Política de Saúde para o período 2018-2021 está organizada em eixos, objetivos, indicadores e metas, que delineiam as estratégias gerais para o enfrentamento dos problemas e das necessidades de saúde da população explícitas na análise situacional e expressam as prioridades do SUS no município para o alcance dos resultados no quadriênio.

Nessa perspectiva, o Plano está estruturado em 02 grandes eixos, sendo que o Eixo 01 está mais voltado para os resultados finalísticos da Política de Saúde, composto por 10 diretrizes; e o Eixo 02 para a gestão do sistema, com 05 diretrizes. As 15 diretrizes vinculadas aos dois eixos estão detalhadas em objetivos, indicadores e metas.

As metas do Plano, formuladas genericamente, quantificadas e distribuídas em cada ano de exercício do mesmo, visam a atingir os objetivos de cada diretriz e seus respectivos indicadores de saúde. Ressalte-se que os indicadores de acesso e de efetividade são os mesmos pactuados entre os três entes federados (União, Estado e Municípios). Já os indicadores operacionais se referem apenas ao Município de Maceió para aferir os resultados da Política de Saúde em relação à estruturação do sistema de saúde e o desenvolvimento das diretrizes que não têm indicadores pactuados.

As metas são expressões quantitativas da situação que se quer alcançar no quadriênio. Assim, nos quadros coma distribuição das metas em cada ano, a forma de quantificação obedece a lógicas diferenciadas. Ou seja, têm metas que estão parceladas em quatro anos; outras são cumulativas, até alcançar o total; e outras mantêm o mesmo quantitativo a cada ano, por serem metas contínuas.

A seguir, o detalhamento da proposição do PMS, em eixos, objetivos, indicadores e metas, conforme mencionado.

5.1 - EIXO 1 - SAÚDE COM QUALIDADE, ACESSO E EXPANSÃO DOS SERVIÇOS

Objetivo - Garantir a saúde como um direito de cidadania, com ampliação do acesso, integralidade do cuidado, resolutividade e equidade no atendimento das necessidades de saúde da população.

DIRETRIZ 01: REORDENAMENTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Objetivo 1 - Ampliar o acesso da população às ações e aos serviços de atenção primária, buscando reorganizar a rede assistencial para atender com equidade às necessidades de saúde da população.

INDICADORES DE ACESSO				
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Cobertura populacional estimada em 49% pelas equipes de Atenção Básica. ▪ Cobertura populacional estimada em 41,90% de saúde bucal na Atenção Básica. ▪ Cobertura de acompanhamento de 64% das condicionalidades de Saúde do Programa Bolsa Família (PBF). ▪ Razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos na população residente de determinado local e a população da mesma faixa etária em 0,60/razão. ▪ Razão de exames de mamografia de rastreamento realizados em mulheres de 50 a 69 anos na população residente de determinado local e população da mesma faixa etária em 0,50/razão. 				
METAS	2018	2019	2020	2021
Ampliar 18 equipes de atenção primária.	04	04	05	05
Ampliar 36 equipes de saúde bucal na atenção primária.	09	09	09	09
Ampliar de 08 para 10o número de equipe do NASF na atenção primária.	02	-	-	-
Ampliar a adesão das equipes do NASF ao Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ) de 04 para 08.	02	01	01	-
Atingir 100% da meta pactuada de acompanhamento das condicionalidades de saúde do Programa Bolsa Família.	100%	100%	100%	100%
Implantar 02 novas equipes do Consultório na Rua, pactuadas no Plano Crack do Governo Federal.	-	01	01	-

Fonte: DGPS/GGPS/SMS de Maceió/AL, 2017.

Objetivo2 - Desenvolver ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, com cuidado integral em todos os ciclos de vida e em tempo adequado, visando a reduzir mortes e adoecimentos e melhorar as condições de saúde.

INDICADORES DE EFETIVIDADE				
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Proporção de óbitos de mulheres em idade fértil (10 a 49 anos) investigados em 80%. ▪ Número casos novos de sífilis congênita em menores de um ano de idade, estimado em 160 casos. ▪ Proporção de gravidez na adolescência entre as faixas etárias de 10 a 19 anos. ▪ Taxa de mortalidade infantil reduzida de 16,43 para 13,07/por 1.000nv. ▪ Taxa de mortalidade prematura (de 30 a 69 anos) pelo conjunto das quatro principais doenças crônicas não transmissíveis (doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas) em 325,93/100.000. 				
METAS	2018	2019	2020	2021
Implementar as ações dos Programas Estratégicos das Políticas de Saúde por ciclo de vida em 100% das unidades de saúde.	100%	100%	100%	100%
Implementar a Política Nacional de Alimentação e Nutrição na atenção primária em 100% das unidades de saúde.	100%	100%	100%	100%
Reorganizar o processo de trabalho na atenção primária em 100% das unidades básicas.	100%	100%	100%	100%
Descentralizar as ações de saúde nos 08 Distritos Sanitários.	02	02	02	02
Implementar o apoio matricial em 100% das equipes da ESF vinculadas ao NASF	100%	100%	100%	100%
Estruturar as 06 equipes do Consultório na Rua para fortalecer o atendimento das necessidades da população em situação de rua.	06	06	06	06
Reestruturar a atenção em saúde bucal nas unidades de saúde dos 08 Distritos Sanitários.	08	08	08	08

Fonte: DGPS/GGPS/SMS de Maceió/AL, 2017.

DIRETRIZ 02: EXPANSÃO DA REDE DE SERVIÇOS DO SUS, COM CONSTRUÇÃO, AMPLIAÇÃO, REFORMA E APARELHAMENTO

Objetivo- Estruturar a rede física de serviços do SUS, visando à melhoria da infraestrutura das unidades básicas e especializadas e dos setores da vigilância em saúde.

INDICADORES OPERACIONAIS				
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Percentual de ampliação e estruturação da rede física. ▪ Número de unidades novas construídas. 				
METAS	2018	2019	2020	2021
Construir 10 unidades de saúde.	07	01	02	0
Reformar 22 unidades/serviços de saúde e a sede da SMS.	04	06	07	05
Construir 02 serviços de saúde mental.	01	01	0	0
Equipar 10 novas unidades de saúde e 08 sedes de Distrito Sanitário.	09	03	04	02
Reequipar 100% das unidades de saúde, setores da vigilância e sede da SMS, de acordo com o Plano de estruturação dos serviços.	25%	50%	75%	100%
Construir 01 Centro de Referência em Reabilitação (CER) ambulatorial de média e alta complexidade.	0	0	01	0
Construir 01 central de rede de frio.	-	01	-	-
Construir 01 Unidade de Pronto Atendimento (UPA).	-	01	-	-

Fonte: DGPS/GGPS/SMS de Maceió/AL, 2017.

DIRETRIZ 03: IMPLEMENTAÇÃO DA REDE CEGONHA

Objetivo- Promover a atenção integral à saúde da mulher e da criança, assegurando o direito ao acesso e assistência humanizada, em todos os níveis de atenção.

INDICADORES DE EFETIVIDADE				
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Número de óbitos maternos em determinado período e local de residência, investigado em 100%. ▪ Proporção de 61, 58% de Parto Normal no SUS e na Saúde Suplementar. 				
METAS	2018	2019	2020	2021
Implementar os pontos de atenção da Rede Materno Infantil nos 08 Distritos Sanitários.	08	08	08	08

Fonte: DGPS/GGPS/SMS de Maceió/AL, 2017.

DIRETRIZ 04: OPERACIONALIZAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO ÀS DOENÇAS CRÔNICAS

Objetivo - Ampliar a capacidade operacional dos serviços de promoção, prevenção e assistência à saúde às pessoas com doenças crônicas, na perspectiva da integralidade do cuidado e fortalecimento da rede de atenção.

INDICADORES DE EFETIVIDADE				
<ul style="list-style-type: none"> Taxa de mortalidade prematura (de 30 a 69 anos) pelo conjunto das quatro principais doenças crônicas não transmissíveis (doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas) reduzida de 368,37/100.000 para 325,93/100.000. 				
METAS	2018	2019	2020	2021
Implantar um Serviço de Referência de doenças crônicas infantil.	01	0	0	0
Implementar 100% das ações do Plano de Enfrentamento às Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT).	30%	60%	80%	100%
Implantar um Centro de Cuidados em Feridas.	0	01	0	0

Fonte: DGPS/GGPS/SMS de Maceió/AL, 2017.

DIRETRIZ 05: ESTRUTURAÇÃO DA REDE PSICOSSOCIAL

Objetivo- Qualificar a atenção psicossocial, com ampliação da cobertura e aprimoramento dos serviços, de forma articulada com outros pontos de atenção a saúde e políticas sociais.

INDICADORES DE EFETIVIDADE				
<ul style="list-style-type: none"> Ações de Matriciamento realizadas por CAPS com equipes de Atenção Básica – 12 por CAPS/ano. 				
METAS	2018	2019	2020	2021
Implantar 14 serviços da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).	11	01	02	0
Qualificar 03 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) em tipo III.	03	0	0	0
Realizar 240 ações de matriciamento nas Unidades de Saúde.	60	60	60	60
Implantar a Linha de Cuidado em Saúde Mental na RAPS de Maceió.	01	01	01	01
Monitorar 27 serviços especializados da RAPS.	24	25	27	27
Implantar 01 Plano de Prevenção ao Suicídio.	01	0	0	0
Implementar 08 projetos do Núcleo de Cultura e Geração de Renda.	02	02	02	02

Fonte: DGPS/GGPS/SMS de Maceió/AL, 2017.

DIRETRIZ 06: AMPLIAÇÃO DA REDE DE URGÊNCIA

Objetivo1- Ampliar o acesso à rede de urgência, com expansão e estruturação de serviços, proporcionando melhoria no atendimento às necessidades da população.

INDICADORES DE ACESSO				
<ul style="list-style-type: none"> Número de unidades ou serviços novos implantados. 				
METAS	2018	2019	2020	2021
Implantar 01 Unidade de Pronto Atendimento (UPA).	0	01	0	0
Ampliar as equipes dos Serviços de Atendimento Domiciliar em mais 03 EMAD (Equipe Multiprofissional de Atendimento Domiciliar) e 01 EMAP (Equipe Multiprofissional Apoio).	02	0	02	0

Fonte: DGPS/GGPS/SMS de Maceió/AL, 2017.

Objetivo 2 – Qualificar os serviços da Rede de Urgência para atendimento em tempo adequado, buscando a redução da mortalidade e a melhoria da assistência prestada aos pacientes graves.

INDICADORES DE EFETIVIDADE				
<ul style="list-style-type: none"> Taxa de mortalidade prematura (de 30 a 69 anos) pelo conjunto das quatro principais doenças crônicas não transmissíveis (doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas) reduzida de 368,37/100.000 para 325,93/100.000. 				
METAS	2018	2019	2020	2021
Estruturar a Rede de Urgência nos 08 Distritos Sanitários.	08	08	08	08
Supervisionar o processo de trabalho nas 02 UPAS.	02	02	02	02

Fonte: DGPS/GGPS/SMS de Maceió/AL, 2017.

DIRETRIZ 07: REORGANIZAÇÃO DA REDE DE CUIDADOS À PESSOA COM DEFICIÊNCIA

Objetivo - Garantir a assistência à saúde das pessoas com deficiência, assegurando a promoção, prevenção, recuperação e reabilitação, em todos os níveis de atenção à saúde.

INDICADORES DE ACESSO				
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Número de serviços estruturados, reativados e implantados. ▪ Percentual de consultas e procedimentos para pessoas com deficiência. 				
METAS	2018	2019	2020	2021
Implementar o Centro Especializado de Reabilitação (CER) III .	01	01	01	01
Implementar 50% das ações de melhoria da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência.	20%	30%	40%	50%

Fonte: DGPS/GGPS/SMS de Maceió/AL, 2017.

DIRETRIZ 08: IMPLEMENTAR A ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

Objetivo- Garantir o acesso da população a medicamentos e correlatos, promovendo a qualidade da assistência farmacêutica e a utilização do uso racional de medicamentos.

INDICADORES DE ACESSO				
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Percentual de disponibilização de medicamentos e correlatos para a população. ▪ Número de unidades com serviços novos implantados. 				
METAS	2018	2019	2020	2021
Implantar o cuidado farmacêutico em 04 unidades de saúde, visando ao uso racional do medicamento e a adesão ao tratamento.	01	01	01	01
Disponibilizar 80% de abastecimento da REMUME e da RECOR nas unidades de saúde, em tempo adequado, para atender o consumo médio mensal.	70%	72%	75%	80%
Implantar o sistema Hórus da gestão da assistência farmacêutica em 26 unidades.	06	10	05	05

Fonte: DGPS/GGPS/SMS de Maceió/AL, 2017.

DIRETRIZ 09: APRIMORAMENTO DA ATENÇÃO ESPECIALIZADA AMBULATORIAL E HOSPITALAR

Objetivo- Viabilizar o acesso da população às ações serviços de atenção especializada à saúde, com atendimento de qualidade e em tempo adequado.

INDICADORES DE ACESSO				
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Número de serviços e/ou unidades especializadas implantadas e ativadas. ▪ Aumento no percentual de oferta de consultas e procedimentos especializados. 				
METAS	2018	2019	2020	2021
Implantar 03 novos serviços próprios de média complexidade.	01	01	01	-
Estruturar 08 serviços especializados de média complexidade.	02	02	02	02
Ofertar à população 80% das consultas e procedimentos especializados contratualizados na rede complementar ao SUS.	80%	80%	80%	80%
Ampliar de 37% para 80% as metas de produção em consultas especializadas nas unidades próprias.	55%	65%	70%	80%
Implementar as ações de atenção especializada à saúde nos 08 Distritos Sanitários.	08	08	08	08

Fonte: DGPS/GGPS/SMS de Maceió/AL, 2017.

DIRETRIZ 10: FORTALECIMENTO E MODERNIZAÇÃO DA PROMOÇÃO E VIGILÂNCIA EM SAÚDE

Objetivo 1– Reduzir os riscos e agravos à saúde da população, ampliando o acesso às ações e serviços de prevenção, vigilância e promoção à saúde.

INDICADORES DE ACESSO				
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Proporção de vacinas selecionadas do Calendário Nacional de Vacinação para crianças < de 02 anos de idade - Pentavalente (3ª dose), Pneumocócica 10 valente (2ªdose), Poliomielite (3ªdose) e Tríplice viral (1ªdose) - com cobertura vacinal preconizada, em 95%. ▪ Número de ações desenvolvidas e serviços implantados. 				
METAS	2018	2019	2020	2021
Implementar 08 campanhas de vacinação.	02	02	02	02
Alcançar a cobertura vacinal de 95% das crianças menores de 02 anos das 04 vacinas pactuadas.	04	04	04	04
Operacionalizar as 12 ações do PSE para estudantes da rede pública na educação básica das escolas pactuadas.	12	12	12	12
Implantar 04 Núcleos de Cessação e Controle do Tabagismo.	01	01	01	01

Fonte: DGPS/GGPS/SMS de Maceió/AL, 2017.

Objetivo 2 - Promover a qualidade de vida e redução de riscos e agravos à saúde da população, por meio da detecção oportuna e de investimento em ações de promoção à saúde, vigilância, prevenção e controle das doenças transmissíveis e não transmissíveis.

INDICADORES DE EFETIVIDADE				
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Proporção de óbitos de mulheres em idade fértil (10 a 49 anos) investigados em 80%. ▪ Proporção de registro de 95% de óbitos, com causa básica definida. ▪ Proporção de casos de doenças de notificação compulsória imediata (DNCI) encerrados em até 60 dias após notificação. ▪ Proporção de cura dos casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes. ▪ Número de casos novos de sífilis congênita em menores de um ano de idade. ▪ Número de casos novos de AIDS em menores de 5 anos. ▪ Número de óbitos maternos em determinado período e local de residência. 				
METAS	2018	2019	2020	2021
Desenvolver as ações dos 08 temas prioritários da Política Nacional de Promoção da Saúde.	08	08	08	08
Implantar práticas integrativas complementares nos 08 Distritos Sanitários.	02	02	02	02
Aumentar em 40% o alcance das ações da Gerência de Vigilância de Doenças e Agravos Transmissíveis e Não Transmissíveis para redução da morbimortalidade por doenças e agravos transmissíveis e não transmissíveis e seus fatores de risco.	50%	60%	70%	80%
Executar 80% das ações referentes à vigilância, prevenção, promoção e assistência à saúde, da Gerência de Prevenção das IST/AIDS e Hepatites Virais.	80%	80%	80%	80%
Operacionalizar 100% das ações do Centro de Informação Estratégica de Vigilância em Saúde (CIEVS).	100%	100%	100%	100%

Fonte: DGPS/GGPS/SMS de Maceió/AL, 2017.

Objetivo 3 - Reduzir os riscos e agravos à saúde da população, por meio de investimentos em ações de saúde e do controle de produtos, serviços e fatores ambientais, adotando medidas de vigilância, prevenção e promoção em saúde.

INDICADORES DE EFETIVIDADE				
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Proporção de análises realizadas em amostras de água para consumo humano quanto aos parâmetros coliformes totais, cloro residual livre e turbidez. ▪ Número de ciclos que atingiram mínimo de 80% de cobertura de imóveis visitados para controle vetorial da dengue. ▪ Proporção de preenchimento do campo "ocupação" nas notificações de agravos relacionados ao trabalho. 				
METAS	2018	2019	2020	2021
Implementar 80% das atividades de vigilância e controle das zoonoses e das doenças de transmissão vetorial e animais peçonhentos.	80%	80%	80%	80%
Implementar 75% das ações de Vigilância Ambiental.	75%	75%	75%	75%
Executar, a cada ano, um ganho de 10% em relação ao ano anterior referente às ações e serviços de Vigilância Sanitária.	10%	10%	10%	10%
Viabilizar a realização das 480 ações de prevenção e proteção da saúde do trabalhador em instituições públicas e privadas.	120	120	120	120
Implementar ações que viabilizem o aumento de 20% das notificações em todos os municípios de abrangência do CEREST.	5%	5%	5%	5%
Realizar 794 ações de prevenção e promoção nos diferentes níveis de atenção à saúde do trabalhador.	198	199	198	199
Qualificar 100% dos profissionais de saúde vinculados a Diretoria de Vigilância em Saúde	25%	25%	25%	25%

Fonte: DGPS/GGPS/SMS de Maceió/AL, 2017.

5.2 - EIXO 2: GESTÃO EM SAÚDE, COM INOVAÇÃO, EFICIÊNCIA E PARTICIPAÇÃO SOCIAL

OBJETIVO

- Implementar uma gestão inovadora, democrática e participativa, com transparência, ética e responsabilidade compartilhada na governança.

DIRETRIZ 11: DESCENTRALIZAÇÃO DA GESTÃO PARTICIPATIVA E DO PLANEJAMENTO DO SUS

Objetivo - Fortalecer os mecanismos de gestão participativa na Política de Saúde, por meio da descentralização dos instrumentos institucionais de planejamento em saúde e da ouvidoria SUS.

INDICADORES OPERACIONAIS				
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Número de instrumentos elaborados. ▪ Percentual de unidades com sistema de planejamento implantado. 				
METAS	2018	2019	2020	2021
Produzir 10 instrumentos anuais de análise de situação de saúde no município, para subsidiar a gestão municipal de saúde.	10	10	10	10
Implantar 01 Sala de Análise de Situação de Saúde na SMS.	-	-	01	-
Elaborar, de forma participativa e ascendente, 21 instrumentos de planejamento em saúde.	05	05	05	06
Implantar o processo de planejamento, monitoramento e avaliação em saúde nas 08 sedes dos Distritos Sanitários.	02	02	02	02
Operacionalizar as ações das 12 sub-redes de Ouvidorias SUS.	12	12	12	12

Fonte: DGPS/GGPS/SMS de Maceió/AL, 2017.

DIRETRIZ 12: ORGANIZAÇÃO DA GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE

Objetivo - Desenvolver uma política para a adequada alocação, qualificação e valorização das relações de trabalho dos profissionais de saúde e para fortalecimento da educação permanente e da integração ensino-serviço no SUS.

INDICADORES OPERACIONAIS				
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Percentual de unidades com as políticas implantadas de humanização e educação permanente. ▪ Nível de estruturação da política de gestão do trabalho. 				
METAS	2018	2019	2020	2021
Implantar a Política Nacional de Humanização em unidades e serviços da rede municipal de saúde em 08 Distritos Sanitários.	02	02	02	02
Operacionalizar a Política Nacional de Educação Permanente e a integração ensino/serviço e comunidade em 100% unidades de saúde.	100%	100%	100%	100%
Implementar 100% da Política de Gestão de Trabalho na SMS.	30%	30%	30%	10%
Estruturar o processo de Implantação de um Contrato de Ação Pública Ensino-Saúde (COAPES) na Secretaria Municipal de Saúde.	01	01	01	01

Fonte: DGPS/GGPS/SMS de Maceió/AL, 2017.

DIRETRIZ 13: CONSOLIDAÇÃO DOS PROCESSOS DE REGULAÇÃO E AUDITORIA EM SAÚDE

Objetivo - Consolidar os mecanismos de regulação, fiscalização e auditoria em saúde, buscando maior qualidade e racionalidade da rede de serviços própria e complementar ao SUS.

INDICADORES OPERACIONAIS				
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Percentual de serviços contratualizados, auditados e regulados. 				
METAS	2018	2019	2020	2021
Contratualizar 100% dos serviços prestados pelas instituições privadas conveniadas ao SUS.	25%	25%	25%	25%
Auditar 100% da rede ambulatorial e hospitalar complementar ao SUS.	25%	25%	25%	25%
Auditar 100% das unidades de saúde da rede própria do município.	30%	30%	30%	10%
Regular 100% do acesso dos usuários à Rede de Atenção à Saúde.	100%	100%	100%	100%
Implementar o uso do Cartão Nacional de Saúde, Cartão SUS, em 100% das unidades próprias.	25%	25%	25%	25%

Fonte: DGPS/GGPS/SMS de Maceió/AL, 2017.

DIRETRIZ 14- OPERACIONALIZAÇÃO DAS AÇÕES E SERVIÇOS ADMINISTRATIVOS DO SUS NO MUNICÍPIO

Objetivo- Garantir a manutenção e o funcionamento das ações e serviços da Secretaria de Saúde, com infraestrutura e recursos humanos adequados.

INDICADORES OPERACIONAIS				
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Percentual de unidades de saúde, setores da vigilância e sede da SMS informatizados. ▪ Percentual de unidades e serviços com manutenção regular do funcionamento. 				
METAS	2018	2019	2020	2021
Implementar a inovação e a eficiência em tecnologia de informação em 100% serviços de saúde e na SMS.	100%	100%	100%	100%
Executar 01 Plano Estratégico anual de aquisição de suprimentos suficientes à demanda existente das ações exigidas pelas unidades.	01	01	01	01
Realizar a manutenção em 100% das unidades, serviços de saúde e sede da SMS para adequado funcionamento.	100%	100%	100%	100%

Fonte: DGPS/GGPS/SMS de Maceió/AL, 2017.

DIRETRIZ 15 - FORTALECIMENTO DOS MECANISMOS DE CONTROLE SOCIAL

Objetivo -Fortalecer os mecanismos de controle social da política de saúde, favorecendo a participação popular nos espaços de gestão democrática e aprimorando os instrumentos de fiscalização e monitoramento.

INDICADORES OPERACIONAIS				
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Número de conferências realizadas. ▪ Percentual de conselhos gestores implantados. 				
METAS	2018	2019	2020	2021
Realizar uma Conferência Municipal de Saúde e 04 conferências temáticas.	01	02	01	01
Qualificar em temáticas do controle social 48 conselheiros municipais.	48	48	48	48
Implementar o funcionamento de 35 conselhos das unidades de saúde, com reativação, implantação e capacitação.	10	10	10	05
Garantir a manutenção de 100% dos serviços do Conselho Municipal de Saúde de Maceió.	100%	100%	100%	100%

Fonte: DGPS/GGPS/SMS de Maceió/AL, 2017.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

É fundamental diminuir a distância entre o que se diz e o que se faz, de tal forma que, num dado momento, a tua fala seja a tua prática.

Paulo Freire

Figura 29- Profissionais da saúde são capacitados para atender vítimas de violência sexual e doméstica.



Fonte: ASCOM/SMS de Maceió/AL, 2018.

6. MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

O processo de avaliação em saúde constitui-se em uma importante ferramenta de gestão que permite o acompanhamento e a implementação de ajustes necessários ao desenvolvimento do SUS. Desta forma, a prática de avaliação das ações e dos serviços de saúde assume importância estratégica para a qualificação da gestão do sistema, bem como em sua capacidade de identificar situações e indicadores insatisfatórios, ao tempo que propõe possíveis correções que auxiliem o alcance dos objetivos e metas planejadas.

No processo de avaliação da Política de Saúde, o que está mais próximo, perceptível para o usuário, é o resultado de suas condições de saúde e de alcançar suas demandas e necessidades. Nessa perspectiva, no SUS avalia-se, também, o bom uso de recursos e o cumprimento de metas que causam impactos na saúde da população. Os instrumentos de avaliação devem servir para qualificar o processo de funcionamento dos programas e da gestão; produzir conhecimento; potencializar o aumento do coeficiente de comunicação entre os sujeitos; verificar os custos benefícios e aprimorar as estratégias de implementação das ações de saúde pública (CAMPUS, 2010).

O Monitoramento, como parte do processo de avaliação, envolve coleta, processamento e análise sistemática de informações e indicadores selecionados, com o objetivo de observar a execução das ações e seus resultados. Dessa forma, o monitoramento permite acompanhar, rotineiramente, as informações prioritárias sobre as ações e serviços de saúde; acompanhar os custos e financiamento do sistema; prover informações em que podem ser utilizadas a avaliação dos programas; acompanhar os indicadores de saúde da população e os indicadores de organização dos serviços (BRASIL, 2014).

Os desafios colocados para a implementação da Política de Saúde em Maceió exigem, cada vez mais, a utilização de processos, ferramentas e tecnologias que facilitem a identificação dos principais problemas de saúde das comunidades e a tomada de decisão consciente, eficiente e eficaz por parte dos gestores. O monitoramento e avaliação devem ocupar lugar de relevância nesse processo. Nesse sentido, o SUS em Maceió já tem uma experiência acumulada na execução de ferramentas de avaliação e monitoramento,

fundamentadas no arcabouço teórico-metodológico do PlanejaSUS e das experiências exitosas localmente, que tem permitido acompanhar e avaliar os resultados da Política de Saúde no município, em várias dimensões, a saber:

- 1) **Indicadores de saúde da população**, tendo como referentes a cobertura, a efetividade e os impactos;
- 2) Indicadores referentes aos **processos de trabalho e organização dos serviços** para responder as demandas;
- 3) Indicadores operacionais quanto à **estrutura para funcionamento dos serviços**, que considera a capacidade instalada em termos de profissionais, tecnologias, equipamentos, instalações físicas e insumos; os custos financeiros das ações e serviços.

Considerando o período de vigência do Plano – quatro anos –, a perspectiva é de que as ações empreendidas respondam anualmente por, pelo menos, 25% das metas constantes do PMS. Esse acompanhamento e análise deverão acontecer até o final do primeiro quadrimestre, referente ao ano anterior, possibilitando a conclusão do respectivo Relatório Anual de Gestão – RAG – e sua aprovação no Conselho Municipal de Saúde, tendo em conta o prazo estabelecido na Lei complementar nº. 141/2012. Esses relatórios contemplam também a análise do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS) e dos indicadores de saúde pactuados no período avaliado.

Ressalte-se que o município tem implantado o Sistema Informatizado de Planejamento e Orçamento (SIPO), que permite fazer o monitoramento quadrimestral, de forma descentralizada pelas áreas técnicas da Secretaria, com base na Programação Anual de Saúde, conforme preconiza a legislação. A metodologia que será utilizada para medir as ações da Programação Anual de Saúde, tanto quantitativa quanto qualitativamente, e promover a discussão crítica com as áreas técnicas sobre o alcance dos resultados, será orientada por dois caminhos, conforme descrição a seguir:

- 1) Em um escore, com pontos de cortes e legendas coloridas, para avaliar o **status** alcançado em relação à **execução das metas programadas**:

0-50% das metas alcançadas = situação de risco:	Legenda vermelha	
51-70% das metas alcançadas = situação de alerta	Legenda amarela	
71-100% das metas alcançadas = situação satisfatória	Legenda verde	

Fonte: DGPS/GGPS/SMS de Maceió/AL, 2017.

2) Por peso das ações executadas, medidas em valores de 1 a 3, sendo:

- **Ações de peso 03:** ações de implantação de novos serviços, contratação de recursos humanos e/ou ações que ampliem o acesso da população aos serviços de saúde e ações que impactem positivamente nos indicadores de saúde.
- **Ações de peso 02:** ações de organização de serviços e fluxos de assistência à saúde da população; ações de educação em saúde e educação permanente; ações de fortalecimento do controle social; ações de organização dos processos de trabalho que produzam resultados em médio prazo e/ou que viabilizem os meios para que as ações do tipo 3 aconteçam.
- **Ações de peso 01:** ações relativas à organização de processos de trabalho em curto prazo e ações de rotina dos serviços e/ou de cunho administrativo-gerencial, que contribuem para aprimorar os instrumentos internos de gestão.

A participação social no processo de monitoramento e avaliação da Política de Saúde será realizada por meio de atividades nas unidades de saúde, das oficinas com as áreas técnicas da Secretaria, das audiências públicas para prestação de contas quadrimestral e anual, do Conselho Municipal de Saúde e da Câmara Municipal de Vereadores, sempre orientado pelo diálogo democrático e aberto, permitindo recomendações e sugestões, com a finalidade de qualificar a política pública de saúde no município de Maceió.

A periodicidade orientadora da gestão do PMS indica a necessidade de monitoramento no decorrer de cada quadrimestre, além de avaliações anuais,

de forma a assegurar transparência e visibilidade, acompanhar a dinâmica de implementação e propiciar a possibilidade de revisões periódicas. Além disso, vale reiterar que o Plano, a Programação e o Relatório relacionam-se diretamente com o exercício da função gestora.

REFERÊNCIAS

ALAGOAS. Secretaria do Estado da Saúde. **Portaria Estadual nº 133, de 18 de junho de 2012**. Institui o Grupo Conductor da Rede de Cuidados a Pessoa com Deficiência em Alagoas e dá outras providências. Alagoas: SESAU, 2012.

ALAGOAS. Secretaria do Estado da Saúde. **Redes de Atenção à Saúde**. Alagoas: SESAU, 2013.

ALAGOAS. **Plano Estadual de Saúde 2016/2019**. Secretaria do Estado da Saúde de Alagoas. Alagoas: SESAU, 2016.

ALAGOAS. Secretaria de Estado da Segurança Pública. **Relatório Estatístico de Janeiro a Dezembro de 2016**. Alagoas: SSP, 2017.

BRASIL. Presidência da República/Casa Civil. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília: Casa Civil, 1990.

BRASIL. Presidência da República/Casa Civil. **Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília: Casa Civil, 1990.

BRASIL. Presidência da República/Casa Civil. **Emenda Constitucional 29, de 13 de setembro de 2000**. Altera os arts. 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde. Brasília: Casa Civil, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 968, de 11 de dezembro de 2002**. Define o elenco de procedimentos considerados de alta complexidade ambulatorial e hospitalar e dá outras providências. Brasília: MS, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 24, de 29 de janeiro de 2007**. Regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle. Brasília: MS, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1996, de 20 de setembro de 2008**. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília: MS, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 837, de 23 de abril de 2009**. Altera e acrescenta dispositivos à Portaria nº 204/GM, de 29 de janeiro de 2007, para inserir o Bloco de Investimentos na Rede de Serviços de Saúde na composição dos blocos de financiamento relativos à transferência de recursos federais para

as ações e os serviços de saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Brasília: MS, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.728, de 11 de novembro de 2009.** Dispõe sobre a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST) e dá outras providências. Brasília: MS, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde/Organização Pan-Americana da Saúde. **Sistema de Planejamento do SUS (PlanejaSUS): uma construção coletiva – trajetória e orientações de operacionalização.** Brasília: MS, 2009. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde/Secretaria de Vigilância à Saúde/Secretaria de Atenção à Saúde. **Diretrizes Nacionais da Vigilância em Saúde.** Brasília: MS, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde/Secretaria de Vigilância à Saúde/ Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção a Saúde.** Brasília: MS, 3ª edição, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 4.279, de 30 de dezembro de 2010.** Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: MS, 2010.

BRASIL. Presidência da República/Casa Civil. **Decreto presidencial nº 7.508, de 28 de junho de 2011.** Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Brasília: MS, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.459, de 24 de Junho de 2011.** Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS, a Rede Cegonha. Brasília: MS, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 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). Brasília: MS, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011.** Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: MS, 2011.

BRASIL. Presidência da República/Casa Civil. **Lei Complementar 141, de 13 de janeiro de 2012.** Regulamenta o § 3o do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a

saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nos 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências. Brasília: Casa Civil, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 793, de 24 de abril de 2012.** Institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília: MS, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.823, de 23 de agosto de 2012.** Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. Brasília: MS, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde/Secretaria de Gestão no Trabalho e Educação na Saúde. **Glossário Temático: gestão do trabalho e educação na saúde.** Brasília: MS/SGTES, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1• 378, de 09 de julho de 2013.** Regulamenta as responsabilidades e define diretrizes para execução e financiamento das ações de vigilância em saúde pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios, relativos ao Sistema Nacional de Vigilância em Saúde e Sistema Nacional de Vigilância. Brasília: MS, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.555, de 30 de julho de 2013.** Dispõe sobre as normas de financiamento e de execução do Componente Básico da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: MS, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.135, de 25 de setembro de 2013.** Estabelece as diretrizes para o processo de Planejamento no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: MS, 2013.

BRASIL. Ministério da saúde. **Assistência Farmacêutica, 2014.** <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/leia-mais-o-ministerio/470-sctie-raiz/daf-raiz/daf/l2-daf/12125-assistencia-farmaceutica>. Acesso em 13 de julho de 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde . **Portaria GM/MS n. 483 de 1º de abril de 2014.** Redefine a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e estabelece diretrizes para a organização das suas linhas de cuidado. Brasília: MS, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde/ Secretaria de Vigilância em Saúde Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. **Uma análise da situação de saúde e das causas externas.** Brasília: SVS/MS, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde/Secretaria de Vigilância em Saúde. **Asis -Análise de Situação de Saúde Ministério da Saúde.** Brasília: MS/Universidade Federal de Goiás. 2015. 3v.

BRASIL. Ministério da Saúde/ Secretaria de Vigilância em Saúde/ Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. **Uma análise da situação de saúde e das causas externas**. Brasília: MS, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde/Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Caderno de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores 2013-2015**. 3ª ed. Brasília: MS, 2015.

BRASIL, Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. **Pesquisa Nacional por amostra de Domicílio (PNAD), 2015**. Disponível em <http://www.cidades.ibge.gov.br/Brasil/Maceió>. Acesso em 17 de julho de 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.631, de 1º de outubro de 2015**. Aprova critérios e parâmetros para o planejamento e programação de ações e serviços de saúde no âmbito do SUS. Brasília: MS, 2015.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. **Estimativa populacional 2016**. Disponível em <http://www.cidades.ibge.gov.br/Brasil/Maceió>. Acesso em 31 de março de 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano Nacional de Saúde 2016-2019**. Brasília: MS, 2016.

BRASIL. OPAS/OMS/MS/SAS/DRAC: **A Política de regulação no Brasil**. 2016. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/st12.pdf>. Acesso em 25 de agosto de 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1091 de 27 de abril de 2017**. Institui Grupo de Trabalho Tripartite para propor normas e procedimentos voltados ao fortalecimento do processo de planejamento e de transferência dos recursos federais para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília: MS, 2017.

BRASIL. Ministério das Cidades. **Sistema Nacional de Informações sobre Saneamento (SNIS)**, 2015. Disponível em www.snis.gov.br. Acesso em 19 de junho de 2017.

BAHIA. Secretaria de Saúde do Estado. **Manual prático de apoio a elaboração de Planos Municipais de Saúde**. Secretaria de Saúde do Estado da Bahia. Salvador: SESAB, 2009.

CAMPOS, Francisco Carlos Cardoso; FARIA, Horácio Pereira de.; SANTOS, Max André. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. 2. ed. Belo Horizonte: Nescon, UFMG, Coopmed, 2010. 114p. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0273.pdf>. Acesso em: 12 jul, 2017.

CASSIANO, A. C. M. et al. Saúde materno-infantil no Brasil: evolução e programas desenvolvidos pelo Ministério da Saúde. **Revista do Serviço Público**, Brasília, v. 65, n. 2, p. 227-244, abr./ jun, 2014.

Conselho Nacional de Saúde (CNS). **Resolução nº 330, de 04 de Novembro de 2004**. Aprova as diretrizes para a Política de Gestão do Trabalho no SUS. Brasília: CNS, 2004.

Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS). **Seminário Internacional Atenção Primária à Saúde: Acesso Universal e Proteção Social**. Brasília: CONASS, 2013.

Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS). **Coleção para entender o SUS/ A Atenção Primária e as Redes de Atenção a Saúde**. Brasília: CONASS, 2015.

Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS); Conselho de Secretários Municipais de Saúde do Rio de Janeiro (COSEMS RJ). **Manual do(a) Gestor (as) municipal do SUS: Diálogos no Cotidiano**. Rio de Janeiro: CEPESC/IMS/UERJ, 2016.

COSTA, Ana Maria; VIEIRA, Natália. Temas fundamentais da Reforma Sanitário. Democracia Participativa e Controle Social em Saúde. **Caderno Cidadania para Saúde, nº 8**. Centro Brasileiro de Estudos da Saúde. Rio de Janeiro: CEBES, 2012.

Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ). **Cadernos de Gestores do SUS/Atenção à Saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.

FIOCRUZ. **Determinantes Sociais de Saúde**. 2015. Disponível em <https://portal.fiocruz.br/pt-br/content/determinantes-sociais>. Acesso em 30 de julho de 2017.

FIOCRUZ. O Futuro da saúde no Brasil: condicionantes sociais e econômicos da saúde (2016). Disponível em www.saudeamanha.fiocruz.br/condicionantes-sociais-e-economicos-da-saude/. Acesso em 01.08.2017

Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada e Fundação João Ribeiro (IPEA). **Atlas da Violência no Brasil, 2015**. Disponível em http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/nota_tecnica/160322_nt_17_atlas_da_violencia_2016_finalizado.pdf. Acesso em 18 de agosto de 2017.

MACEIÓ. Câmara Municipal de Maceió. **Código Sanitário da Cidade de Maceió. Lei 4.227 de 29 de Julho de 1993**. Dispõe sobre as atribuições do Município de Maceió, aprova legislação supletiva sobre promoção, proteção e recuperação da saúde e dá outras providências. Maceió: Câmara Municipal, 1993.

MACEIÓ. Secretaria Municipal de Saúde de Maceió. **Plano Municipal de Saúde 2010/2013**. Ferreira, Q. M. S (Org). Maceió: SMS, 2013.

MACEIÓ. Conselho Municipal de Saúde de Maceió. **VIII Conferência Municipal de Saúde**. Maceió: CMS, 2015.

MACEIÓ. Secretaria Municipal de Saúde de Maceió. **Relatório Anual de Gestão 2014**. Maceió: SMS/CGPCA, 2015.

MACEIÓ. Secretaria Municipal de Saúde de Maceió. **Plano Municipal de Saúde 2014/2017**. Melo, O.C; Ferreira, Q. M. S. (Org). Maceió: SMS, 2015.

MACEIÓ. Secretaria Municipal de Saúde de Maceió. **Relatório Anual de Gestão 2015**. Maceió: SMS/CGPCA, 2016.

MACEIÓ. Secretaria Municipal de Saúde. **Manual de elaboração do Plano Municipal de Saúde 2018-2021**. Ferreira, Q. M. (Org). Maceió: SMS, 2017.

MACEIÓ.Secretaria Municipal de Saúde de Maceió. **Perfil Epidemiológico 1º Distrito Sanitário**. Maceió: SMS/DGPS/CASS, 2017.

MACEIÓ.Secretaria Municipal de Saúde de Maceió. **Perfil Epidemiológico 2º Distrito Sanitário 2016**. Maceió: SMS/DGPS/CASS, 2017.

MACEIÓ.Secretaria Municipal de Saúde de Maceió. **Perfil Epidemiológico 3º Distrito Sanitário 2016**. Maceió: SMS/DGPS/CASS, 2017.

MACEIÓ.Secretaria Municipal de Saúde de Maceió. **Perfil Epidemiológico 4º Distrito Sanitário 2016**. Maceió: SMS/DGPS/CASS, 2017.

MACEIÓ.Secretaria Municipal de Saúde de Maceió. **Perfil Epidemiológico de 5º Distrito Sanitário 2016**. Maceió: SMS/DGPS/CASS, 2017.

MACEIÓ.Secretaria Municipal de Saúde de Maceió. **Perfil Epidemiológico 6º Distrito Sanitário 2016**. Maceió: SMS/DGPS/CASS, 2017.

MACEIÓ.Secretaria Municipal de Saúde de Maceió. **Perfil Epidemiológico 7º Distrito 2016**. Maceió: SMS/DGPS/CASS, 2017.

MACEIÓ.Secretaria Municipal de Saúde de Maceió.**Perfil Epidemiológico de 8º Distrito Sanitário 2016**. Maceió: SMS/DGPS/CASS, 2017.

MACEIÓ. Secretaria Municipal de Saúde de Maceió. **Perfil Epidemiológico de Maceió 2016**. Maceió: SMS/DGPS/CASS, 2017.

MACEIÓ. Secretaria Municipal de Saúde de Maceió. **Relatório Anual de Gestão 2016**. Maceió: SMS/DGPS, 2017.

MACEIÓ.Superintendência Municipal de Transporte e Trânsito (SMTT). **Relatório de ocorrência de acidentes de trânsitos junho/2017**. Maceió: SMTT, 2017.

MACEIÓ. Prefeitura Municipal de Maceió. **Decreto nº. 8.398 de 09 de Março de 2017**. Aprova a estrutura regimental e o quadro demonstrativo de cargos em comissão e das funções gratificadas da Secretaria Municipal de Saúde/SMS e dá outras providências. Maceió: Prefeitura Municipal, 2017.

MENDES, R. Dias. Da Medicina do Trabalho à saúde do trabalhador. **Revista de Saúde Pública**, v.25, n.5, 1991.

MENDES, Eugênio Vilaça. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MENDES. Eugênio Vilaça. **A construção social da atenção primária à saúde**. Brasília: CONASS, 2015.

Organização Mundial de Saúde (OMS); Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). **Índice de Desenvolvimento Humano dos Municípios (IDHM) no Brasil**, 2015. Disponível em http://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=3265:os-indices-de-desenvolvimento-humano-dos-municipios-idhm-do-brasil-sao-divulgados&Itemid=685. Acesso em 28 de julho de 2017.

Organização Mundial de Saúde (OMS). **Saúde Mental em Dados**. Disponível em http://www.mhinnovation.net/sites/default/files/downloads/innovation/reports/Report_12-edicao-do-Saude-Mental-em-Dados.pdf. Acesso em 15 de março de 2017.

Organização das Nações Unidas (ONU); Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD); Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada e Fundação João Ribeiro (IPEA). **Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil – Atlas Brasil**, 2015. Disponível em <http://www.pnud.org.br/IDH/AtlasBrasil>, <http://www.atlasbrasil.org.br>. Acesso em 05 de agosto de 2017.

Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). **Ação regulatória e saúde suplementar**. Disponível em www.paho.org/bra/index.php?option=com.regulacao.docman&view=download. Acesso em 10 de outubro de 2017.

PAIM. Jairnilson Silva. Planejamento em saúde para não especialistas. In CAMPOS, G.S ET (Org.) **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, p. 767-782, 2007.

QEduc. **Índice de Desenvolvimento da Educação Básica (IDEB)**, 2015. Disponível em <http://www.qedu.org.br/estado/102-alagoas/ideb/ideb-por-municipios>. Acesso em 18 de junho de 2017.

TEIXEIRA, Carmem. **Planejamento em Saúde: conceitos, métodos e experiências**. Salvador: EDUFRA, 2010.