



**PLANO MUNICIPAL
DE SAÚDE DE MACEIÓ
2022-2025**

MACEIÓ – 2021

Plano Municipal de Saúde de Maceió- 2022/2025. Autorizada reprodução total ou parcial dos textos, sem fins lucrativos, desde que citada a fonte.

Ficha catalográfica

MACEIÓ. Secretaria Municipal de Saúde. Diretoria de Gestão e Planejamento em Saúde/Coordenação Geral de Planejamento/Coordenação Geral de Análise de Situação de Saúde. Plano Municipal de Saúde (PMS) 2022-2025. SMS/DGPS/CGP. Maceió. 2021.

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

Prefeito

João Henrique Holanda Caldas

Vice-prefeito

Ronaldo Augusto Lessa Santos

Secretário de Saúde

Célia Maria Rodrigues de Lima Dias Fernandes

Presidente do Conselho Municipal de Saúde

Regina Célia Valério da Silva Tavares

Secretaria Adjunta de Governança

Giselle da Silva Mascarenhas

Secretaria Adjunta de Gestão da Saúde

Roberta Borges de Moraes Oliveira

Diretoria de Gestão e Planejamento em Saúde

Sônia de Moura Silva

Diretoria de Atenção à Saúde

Roberta Borges de Moraes Oliveira

Diretoria de Atenção à Pessoa com Deficiência

Teresa Cristina Rocha Apolinário

Diretoria de Vigilância em Saúde

Fernanda Araújo Rodrigues

Diretoria de Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria

Mairon Micael Soares Rocha

Diretoria de Gestão de Pessoas

Anete Ferreira Aquino

Diretoria de Gestão Administrativa

Everson Pontes Pereira

Diretoria de Planejamento e Gestão Orçamentária

Ângela Domingues Possas

Diretoria do Fundo Municipal de Saúde

Elisabete Regina Martins Cavalcante Satiro

FICHA TÉCNICA

Diretoria de Gestão e Planejamento em Saúde

Sônia de Moura Silva

Coordenação Geral de Planejamento em Saúde

Vânia Maria Barros dos Santos

Gerência de Programação em Saúde

Lizianne Elias Rodrigues

Gerência de Captação de Recursos

Regina Soares Bezerra Santos

Equipe Técnica da Coordenação Geral de Planejamento em Saúde

Cristiane PaulaAlves de Andrade

Rejane de Oliveira Melo

Renileide Bispo Gomes de Souza

Coordenação Geral de Análise de Situação de Saúde

Quitéria Maria Ferreira da Silva

Gerência de Tendência e Conjuntura

Antônio Fernando da Silva Xavier Júnior

Gerência de Análise de Estado da Saúde

Tatiane da Silva Santos

Equipe técnica da Coordenação Geral de Análise de Situação de Saúde

Laís Donato Barbosa

Virginia Maria dos Anjos Vieira

Victor Rodrigues Câmara

ELABORAÇÃO DO PLANO MUNICIPAL 2022-2025

Organização do texto

Lizianne Elias Rodrigues
Quitéria Maria Ferreira da Silva
Renileide Bispo Gomes de Souza
Tatiane da Silva Santos
Vânia Maria Barros dos Santos

Elaboração do texto

Antônio Fernando Silva Xavier Júnior
Cristiane Paula Alves de Andrade
Laís Donato Barbosa
Lizianne Elias Rodrigues
Quitéria Maria Ferreira da Silva
Regina Soares Bezerra Santos
Rejane de Oliveira Melo
Renileide Bispo Gomes de Souza
Sônia de Moura Silva
Tatiane da Silva Santos
Vânia Maria Barros dos Santos
Victor Rodrigues Câmara
Virginia Maria dos Anjos Vieira

Revisão do texto

Quitéria Maria Ferreira da Silva
Sônia de Moura Silva
Tatiane da Silva Santos
Vânia Maria Barros dos Santos
Virginia Maria dos Anjos Vieira

Diagramação do texto

Tatiane da Silva Santos
Virginia Maria dos Anjos Vieira
Laís Donato Barbosa
Renileide Bispo Gomes de Souza

FACILITAÇÃO DAS OFICINAS DO PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE

Adília Pacheco Lima
Ana Flávia Rodrigues Leão Melro
Cristiane Paula Alves de Andrade
Fernanda Araújo Rodrigues
Jathyla Santos Sales
Josiene Moreira da Silva Barbosa
Júlia Manoela Rocha de Oliveira
Juliana Melo de Oliveira Lima Costa
Lizianne Elias Rodrigues
Quitéria Maria Ferreira da Silva
Rejane de Oliveira Melo
Renildeide Bispo Gomes de Souza
Rita de Cassia Mendonça Silva
Sandra Moreth Bezerra Lima
Tatiane da Silva Santos
Vânia Maria Barros dos Santos

COMISSÃO TÉCNICA/GESTORA DE ELABORAÇÃO DO PLANO

Titulares

Adília Pacheco Lima
Ana Flávia Rodrigues Leão Melro
Ângela Domingues Passos
Antônio Fernando Silva Xavier Júnior
Avani Góis da Silva
Carlos Jordan Amorim Alves
Cristiane Paula Alves de Andrade
Everson Pontes Pereira
Fernanda Araújo Rodrigues
Josiene Moreira da Silva Barbosa
Kelly Mary Viana dos Santos
Lizianne Elias Rodrigues
Quitéria Maria Ferreira da Silva
Regina Soares Bezerra Santos
Rejane de Oliveira Melo
Renildeide Bispo Gomes de Souza
Sônia de Moura Silva
Tatiane da Silva Santos
Teresa Cristina Rocha Apolinário
Vânia Maria Barros dos Santos

Suplentes

Ana Clara Parízio Maia Paiva
Byron Amaral Lucena
Carolina de Lima Barreto
Gisele Mascarenhas
Jathyla Santos Sales
José Daniel Neto
Júlia Manoela Rocha de Oliveira
Luiz Carlos Omena da Silva Júnior
Mayara Ellana da Silva Lourenço
Rafaela Cinthia de Oliveira R. Almeida
Ricardo Castro Porto
Rita de Cássia Mendonça Silva
Sandra Moreth Bezerra Lima

ÁREAS TÉCNICAS QUE SUBSIDIARAM A ELABORAÇÃO DO TEXTO

Diretoria de Atenção à Saúde

Adília Pacheco Lima - DAS
Aline Mota Palácio – GARUE
Amanda Aparecida de Araújo Braga – GAP
Amauri dos Santos Araújo - GASM
Andréa Cristina Barboza da Silva Morais - GRADC
Atilane de Oliveira Furtunato - CnR
Berto Gonçalo da Silva - NASF
Camila de Barros Prado Moura Sales – GPE
Camila Silva Calaça – GPE
Denyse Lima Maia - GPE
Deusdeth Kelly Santos Marques Luz - NASF
DucyLily Farias Costa - GASB
Edênia Salgueiro Bezerra Santos - CFB
Ednalva Maria de Araújo Silva - CGAP
Sandra Torres de Oliveira - CGAE
Elaine Cristina Ferreira da Silva - CGARAS
Gerência de Atenção a Urgência e Emergência - GAUE
Hozana Alves de França – GAP
Ingrid Santos Pereira Fernandes de Negreiros – GPE
Isabella Larissa da Silva Freitas - CGARAS
Joana D'arc Ferreira de Araújo- GAP
Jorgina Sales Jorge -CnR
José Leandro Ramos de Lima - GAP
Juliana Melo de Oliveira Lima Costa - GDS
Karine da Silva Rodrigues– GASM
Larissa Garrote Duarte - CGAE
Leta Eulina Ferreira Melo –GASB
Marglene Oliveira Santos Louro da Silva - GPE
Maria Lúcia de Oliveira Barboza - NASF
Paulo Anderson Silva Gomes - CFB
Roberta Borges de Moraes Oliveira - DAS
Roseane da Silva Farias - GAP
Sandra Torres de Oliveira - CGAE
Sandra Moreth Bezerra Lima –CGARAS
Sérgio Ricardo Pereira Accioly - CGAE
Sheila Érica Ferro Ramalho Nobre - GAP
Sílvia Mara Gomes Melo - GASM
Teresa Cristina Carvalho Paes –GPE

Diretoria de Atenção à Pessoa com Deficiência

Jathyla Santos Sales– GAPD
Marilda Maria da Silva Costa - GAPD
Teresa Cristina Rocha Apolinário - DAPD

Diretoria de Vigilância em Saúde

Adriana Toledo de Paffer - GEPS
Alana Michele Oliveira de Albuquerque Silva - GI
Andreia Sanauha Aleixo Lins Eufrásio - VSA
Carmem Lúcia Queiroz Samico - GDTVAP
Eunice Raquel Amorim Lessa de Vasconcelos - GI
Fernanda Araújo Rodrigues - DVS
Géssyca Cavalcante de Melo - GPCIST
Grassyelle Aidil Alves Pereira Silva - VSA
José Airton dos Santos Soares - COVISA
Júlia Manoela Rocha de Oliveira - DVS
Marcos André Vasconcelos Lima - UVZ
Ney Guedes Siqueira - GESINF
Rita de Cassia Mendonça Silva - DVS
Rosalva Yanes Martin - CIEVS
Rosicleide Barbosa da Silva -GV DATNT
Samy Barros Souza Ibrahin– UVZ
Sthefane Meriell Mendonça de Melo - CEREST
Tereza Cristina Carvalho dos Anjos - GPCIST

Diretoria de Gestão de Pessoas

Anete Ferreira Aquino - DGP
Camila Aparecida de Oliveira Silva - CGDRH
Dilcilete Silva de Queiroz - CGDRH
Jéssica Maria de Oliveira Silva - CGDRH
Kelly Mary Viana dos Santos - CGDRH
Simone Cavalcante Martins - CGDRH
Vanessa Rocha Bandeira de Melo – CGDRH

Diretoria de Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria

Avani Góis da Silva
Byron Amaral Lucena

Ouvidoria

Andrezza Maria Gomes Rocha
Ana Clara Parízio Maia Paiva
Josiene Moreira da Silva Barbosa

RESOLUÇÃO CMS, Nº 15, DE 14 DE OUTUBRO DE 2021

O Plenário do Conselho Municipal de Saúde, em sua 89ª Reunião Extraordinária, realizada no dia 14 de outubro de 2021, no uso de suas competências regimentais e atribuições conferidas pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, pela Lei 3.997 de 07 de agosto de 1990, 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 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.

Que o Plano Municipal de Saúde 2022-2025 foi construído, por meio de 04 oficinas distritais, com representantes dos segmentos de usuários, trabalhadores da saúde, prestadores e gestores do SUS, incluindo conselheiros municipais de saúde, com participação efetiva de mais de 200 pessoas no processo de elaboração.

Que 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 e Consultas Públicas do PMS e do Plano Plurianual e, ainda, da Conferência Municipal de Saúde de 2019, numa construção compartilhada com a sociedade maceioense.

Que o Plano Municipal traz, em sua formulação, dois eixos estratégicos, 15 diretrizes, 128 metas e 39 indicadores, que representam o compromisso assumido pelos diferentes atores sociais que conduzem o Sistema Único de Saúde no Município de Maceió; Que é imprescindível garantir que não haja perda na implementação das políticas de saúde constantes no Plano Municipal de Saúde.

RESOLVE: aprovar o **Plano Municipal de Saúde (PMS) de Maceió** para o período 2022-2025.

REGINA CÉLIA VALÉRIO DA SILVA TAVARES
Presidente do Conselho Municipal de Saúde de Maceió

Homologo a Resolução do CMS/Maceió nº. 15/2021 de 14 de outubro de 2021, nos termos da Lei nº 4.023 de 02 de abril de 1991.

CÉLIA MARIA R. DE LIMA DIAS FERNANDES
Secretária Municipal de Saúde de Maceió/SMS

LISTA DE SIGLAS

AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APS	Atenção Primária à Saúde
ASPS	Ações e Serviços Públicos em Saúde
CACON	Centro de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPS ad	Centro de Atenção Psicossocial de álcool e outras drogas
CAPSi	Centro de Atenção Psicossocial infantil
CEAF	Central de Assistência Farmacêutica
CEDOCH	Centro de Referência de Doenças Crônicas
CEEM	Centro de Especialidade Eliane Machado
CEGIS	Centro de Gestão Integrada da Saúde
CEMEI	Centro Municipal de Educação Infantil
CEO	Centro de Especialidade Odontológica
CER	Centro de Especialidade em Reabilitação
CEREST	Centro Integrado de Referência Regional de Saúde do Trabalhador
CESMAC	Centro Universitário Cesmac
CFF	Conselho Federal de Farmácia
CGA	Coordenação Geral de Auditoria
CGAE	Coordenação Geral de Atenção Especializada
CGAP	Coordenação Geral de Atenção Primária
CGARAS	Coordenação Geral de Ações de Redes de Atenção à Saúde
CGASS	Coordenação Geral de Análise de Situação de Saúde
CGCCZ	Coordenação Geral de Centro de Controle de Zoonoses
CGDRH	Coordenação Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos
CGE	Coordenação Geral de Epidemiologia
CGFB	Coordenação Geral de Farmácia Bioquímica
CGPS	Coordenação Geral de Planejamento em Saúde
CGR	Coordenação Geral de Regulação
CID	Classificação Internacional de Doenças
CIEVS	Centro de Informação Estratégica de Vigilância em Saúde
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde
CnR	Consultório na Rua
CONASEMS	Conselho Nacional Secretarias Municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CONOMA	Conselho Nacional do Meio Ambiente
CONSAM	Conferência Municipal de Saúde de Maceió
COSEMS	Conselho de Secretarias Municipais de Saúde
CPMAS	Gerência de Programação e Monitoramento e Avaliação em Saúde
CTA	Centro de Testagem e Aconselhamento
CVLI	Crimes Violentos Letais e Intencionais
DAC	Doenças do Aparelho Circulatório
DAPD	Diretoria de Atenção à Pessoa com Deficiência
DAS	Diretoria de Atenção à Saúde
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DGP	Diretoria de Gestão de Pessoas
DGPS	Diretoria de Gestão e Planejamento em Saúde
DIU	Dispositivo Intra Uterino
DO	Declaração de Óbito
DRCAA	Diretoria de Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria
DS	Distrito Sanitário
DVS	Diretoria de Vigilância em Saúde
Eap	Equipe de Atenção Primária
ECG	Eletrocardiograma
eCR	equipes de Consultório na Rua
EMAD	Equipe Multidisciplinar de Atenção Domiciliar
EMAP	Equipe Multidisciplinar de Apoio
eNASF-AP	equipes do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Primária
EPS	Educação Permanente em Saúde
eSF	equipe de Saúde da Família
ESF	Estratégia de Saúde da Família
eSUS	Sistema de registro de informações da Atenção Primária
FARMAC	Farmácia de Maceió
FAT	Faculdade de Tecnologia de Alagoas
FBSP	Fórum Brasileiro de Segurança Pública

FPO	Ficha de Programação Orçamentária
GADC	Gerência de Atenção às Doenças Crônicas
GAES	Gerência de Análise de Estado da Saúde
GAPD	Gerência de Atenção à Pessoa com Deficiência
GATC	Gerência de Análise de Tendência e Conjuntura
GAUE	Gerência de Atenção em Urgência e Emergência
GCR	Gerência de Captação de Recursos
GDS	Gerência de Distritos Sanitários
GDTVAP	Gerência de Doenças Transmitidas por Vetores e animais Peçonhentos
GEPS	Gerência de Promoção e Educação em Saúde
GESINF	Gerência de Sistemas de Informação
GGDS	Gerência Geral dos Distritos Sanitários
GI	Gerência de Imunização
GM/MS	Gabinete do Ministro/Ministro da Saúde
GPCIST	Gerência de Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis
GPE	Gerência de Programas Estratégicos
GSB	Gerência de Saúde Bucal
GSMC	Gerência de Suprimentos de Medicamentos e Correlatos
GVA	Gerência de Vigilância Ambiental
GVDATNT	Gerência de Vigilância das Doenças e Agravos Transmissíveis e Não Transmissíveis
HEHA	Hospital Escola Hélvio Auto
HGE	Hospital Geral do Estado
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
HÓRUS	Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica
HPV	Papiloma vírus Humano
HU	Hospital Universitário
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDEB	Índice de Desenvolvimento de Educação Básica
IDH	Índice de Desenvolvimento de Humano
IDHM	Índice de Desenvolvimento de Humano Municipal
INEP	Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
IST	Infecções Sexualmente Transmissíveis
LACLIM	Laboratório de Análises Clínicas de Maceió
LDO	Lei de Diretrizes Orçamentárias
LOA	Lei Orçamentária Anual
MRS	Movimento da Reforma Sanitária
MS	Ministério da Saúde
UM	Modalidade Única
NAF	Núcleo de Atividade Física
NASF	Núcleo Ampliado de Saúde da Família
NCRP	Núcleo de Cultura e Reabilitação Psicossocial
NutrisUS	Fortificação da alimentação infantil com micronutrientes
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
OPME	Órteses, Próteses e Materiais Especiais
PAB	Piso da Atenção Básica
PAM	Posto de Atendimento Médico
PAS	Programação Anual de Saúde
PBF	Programa Bolsa Família
PCCS	Plano de Carreiras, Cargos e Salários
PDR	Plano Diretor Regional
PET-Saúde	Programa de Educação pela Saúde no Trabalho
PIC	Práticas Integrativas e Complementares
PlanejaSUS	Planejamento do Sistema Único de Saúde
PMS	Plano Municipal de Saúde
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PNEPS	Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
PNH	Política Nacional de Humanização
PNI	Programa Nacional de Imunizações
PNPS	Política Nacional de Promoção da Saúde
PNS	Plano Nacional de Saúde
PNSB	Política Nacional de Saúde Bucal
PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
PPA	Plano Plurianual

PPI	Programação Pactuada Integrada
PSE	Programa Saúde na Escola
PSR	População em Situação de Rua
PTS	Projeto Terapêutico Singular
RAG	Relatório Anual de Gestão
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RCPD	Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência
RECOR	Relação Municipal de Correlatos
REMUME	Relação Municipal de Medicamentos Essenciais
RENAST	Rede de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador
RMM	Razão de Mortalidade Materna
RREO	Relatório Resumido da Execução Orçamentária
RT	Residência Terapêutica
RUE	Rede de Urgência e Emergência
RX	Raio X
SAD	Serviço de Atenção Domiciliar
SAE	Serviço de Assistência Especializada
SAFIRA	Sistema de Administração Orçamentária, Financeira e Contábil
SAIPS	Sistema de Apoio e Implementação de Políticas em Saúde
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SARVS-COV	Síndrome Respiratória Aguda Grave – Coronavírus
SAI	Sistema de Informação Ambulatorial
SESAU	Secretaria de Estado da Saúde
SIECS	Sistema Integrado de Educação Continuada em Saúde
SIGF/MCZ	Sistema Integrado de Planejamento e Gestão Fiscal de Maceió
SIH	Sistema de Informação Hospitalar
SIM	Sistema de Informação de Mortalidade
SINAN	Sistema de Informação de Notificação de Agravos e Notificação
SINASC	Sistema de informações de Nascidos Vivos
SI-PNI	Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunizações
SIS	Sistema de Informação em Saúde
SISREG	Sistema de Regulação
SLIM	Sistema de Licenciamento Integrado de Maceió
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SNIS	Sistema Nacional de Informação sobre Saneamento
SIOPS	Sistema Orçamento e Planejamento em Saúde
SIPO	Sistema Integrado de Planejamento e Orçamento
SRT	Serviço de Residência Terapêutica
SSP/AL	Secretaria de Segurança Pública de Alagoas
SUAS	Sistema Único da Assistência Social
SUMESE	Superintendência de Medidas Socioeducativas
SUS	Sistema Único de Saúde
TB	Tuberculose
TBN	Taxa Bruta de Natalidade
TC	Tomografia Computadorizada
TEA	Transtorno do Espectro Autista
UAI	Unidade de Acolhimento Infanto-juvenil
UBS	Unidade Básica de Saúde
UDA	Unidade Docente Assistencial
UFAL	Universidade Federal de Alagoas
UNACON	Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia
UNIT	Universidade Tiradentes
UOM	Unidade Odontológica Móvel
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
UR	Unidade de Referência
URS	Unidade de Referência em Saúde
URSG	Unidade de Referência em Síndrome Gripal
US	Unidade de Saúde
UTI	Unidade de Tratamento Intensivo
UVZ	Unidade de Vigilância de Zoonoses
VIGIÁGUA	Vigilância da Qualidade da Água para consumo humano
VIGIAR	Vigilância de ar poluentes
VIGIDESASTRES	Vigilância em situação de calamidades urbanas
VIGISOLO	Vigilância do solo
VISA	Vigilância Sanitária
VS	Vigilância em Saúde
VSA	Vigilância em saúde Ambiental

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Taxa Bruta de Natalidade dos nascidos vivos de mães residentes no município de Maceió, 2015 a 2019.	33
Gráfico 2: Distribuição proporcional de nascidos vivos segundo faixa etária materna, residentes no município de Maceió, 2015 – 2019.....	34
Gráfico 3: Coeficiente de incidência de casos novos de tuberculose (por 100 mil habitantes), residentes no município de Maceió, 2015 –2019.....	38
Gráfico 4: Taxa de incidência de sífilis congênita em menores de 1 ano e taxa de incidência de sífilis em gestante (por 1.000 nascidos vivos) segundo ano de diagnóstico, residentes no município de Maceió, 2015 - 2019.....	39
Gráfico 5: Taxa de detecção de Aids (/100 mil hab.) segundo ano de diagnóstico, residentes no município de Maceió, 2015 a 2019.....	41
Gráfico 6: Coeficiente de Mortalidade segundo sexo, Maceió, 2015 a 2019.	43
Gráfico 7: Taxa de mortalidade infantil e seus componentes, Maceió, 2015 a 2019.....	45
Gráfico 8: Razão de mortalidade materna, segundo ano do óbito, Maceió, 2015 a 2019.	46
Gráfico 9: Distribuição de óbitos COVID-19, confirmados e acumulados. Maceió, 2020 a 2021.....	47
Gráfico 10: Distribuição de óbitos de COVID-19,confirmados e acumulados, segundo letalidade. Maceió, 2020 a 2021.	48
Gráfico 11: Distribuição de casos COVID-19, ativos por casos recuperados. Maceió, 2020 a 2021.....	49
Gráfico 12: Distribuição de taxas de ocupação dos leitos de UTI com respiradores, Maceió - AL, 2020-2021.	50
Gráfico 13: Distribuição de taxas de ocupação dos leitos clínicos, Maceió, 2020-2021.	51
Gráfico 14: Distribuição de taxas de ocupação dos leitos intermediários (UPAS), Maceió, 2020-2021.....	52
Gráfico 15: Distribuição de atendimentos acumulados nas Unidades de Referência para Síndromes Gripais - URSG, Maceió - AL, 2020-2021.....	53
Gráfico 16: Distribuição de atendimentos acumulados por Unidades de Referência para Síndromes Gripais - URSG, Maceió - AL, 2020-2021.....	54
Gráfico 17: Desempenho da diretriz de Fortalecimento e Modernização da Vigilância em Saúde, Maceió, 2016-2017.....	110
Gráfico 18: Percentual de distribuição de recursos, por fonte de financiamento, Maceió, 2017 a 2020.	144
Gráfico 19: Perfil das Transferências Federais, por Bloco de Financiamento, Maceió, 2017 a 2020.....	145
Gráfico 20: Comportamento da despesa empenhada e paga da SMS Maceió, 2017-2020.....	146

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Distribuição dos bairros, por Distritos Sanitários, no Município de Maceió, 2020. .	30
Figura 2: Mapa das regiões de saúde, por macrorregião, 2020.....	64
Figura 3: Mapa com a rede de serviços, por Distritos Sanitários, 2021.....	66
Figura 4: Mapa do I Distrito Sanitário, Maceió - AL, 2021.....	67
Figura 5: Mapa do II Distrito Sanitário, Maceió - AL, 2021.....	69
Figura 6: Mapa do III Distrito Sanitário, Maceió - AL, 2021.....	70
Figura 7: Mapa do IV Distrito Sanitário, Maceió - AL, 2021.....	71
Figura 8: Mapa do V Distrito Sanitário, Maceió - AL, 2021.....	72
Figura 9: Mapa do VI Distrito Sanitário, Maceió - AL, 2021.....	73
Figura 10: Mapa do VII Distrito Sanitário, Maceió - AL, 2021.....	74
Figura 11: Mapa do VIII Distrito Sanitário, Maceió - AL, 2021.....	75
Figura 12: Mapa da Rede dos Serviços Especializados do SUS, Maceió, 2021.....	87
Figura 13: Fluxo de referência e contrarreferência da RUE, Maceió, 2021.....	103
Figura 14: Fluxo de funcionamento da RCPD, Maceió, 2021.....	107
Figura 15: Distribuição das Equipes eNASF/AP nos Territórios.....	220

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Distribuição de frequência da população, área territorial e densidade demográfica, segundo distrito sanitário de Maceió, 2019.....	31
Tabela 2: Comparativo das pirâmides populacionais do ano 1991 e 2016.	31
Tabela 3: Série histórica de indicadores de Saúde de fecundidade e natalidade, Maceió, 2015 – 2019.	32
Tabela 4: Taxa Bruta de Natalidade dos nascidos vivos residentes de Maceió segundo Distrito Sanitário, 2015 a 2019.	33
Tabela 5: Distribuição de casos compulsórios confirmados, segundo ano, residentes no município de Maceió, 2015 a 2019.....	36
Tabela 6: Distribuição de casos notificados e internados por dengue, segundo ano, residentes no município de Maceió, 2015 a 2019.....	37
Tabela 7: Taxa de Incidência (casos/1.000 mil hab.) de dengue, segundo distrito, residentes no município de Maceió, 2015 a 2019.	37
Tabela 8: Distribuição de casos prováveis de febre chikungunya, residentes no município de Maceió, 2015 – 2019.	38
Tabela 9: Distribuição absoluta e relativa de casos de HIV, segundo faixa etária, escolaridade e ano do diagnóstico, residentes no município de Maceió, 2015-2019.	40
Tabela 10: Frequência absoluta e relativa de óbitos segundo causas e ano, Maceió, 2015 a 2019.....	42
Tabela 11: Taxa de Mortalidade, segundo Distritos Sanitários, Maceió, 2015 a 2019.	43
Tabela 12: Coeficiente de Mortalidade, segundo faixa etária, Maceió - AL, 2015 a 2019.	44
Tabela 13: Óbitos Maternos segundo Distritos Sanitários, Maceió, 2015 a 2019.	46
Tabela 14: Serviços de Saúde da rede própria do SUS Maceió- 2021.....	64
Tabela 15: Dispositivos de Saúde e outros serviços da rede própria, Maceió, 2021.....	65

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Priorização de Problemas de Estado da Saúde da População.....	59
Quadro 2: Priorização de Problemas de Sistema e dos Serviços de Saúde.....	60
Quadro 3: Série histórica do percentual da receita própria aplicada em Saúde, 2011 a 2020, Maceió.....	144
Quadro 4: Indicadores do SIOPS, Maceió - AL, 2018 a 2020.	147
Quadro 5: Indicadores de avaliação do PMS, 2022 a 2025.	164

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	17
1. INTRODUÇÃO	20
2. PROCESSO METODOLÓGICO DE ELABORAÇÃO DO PLANO	23
3. ANÁLISE SITUACIONAL	29
3.1.1 – Panorama geográfico e demográfico	29
3.1.2 - Análise Epidemiológica	35
3.1.3. O contexto situacional da COVID-19	47
3.2 - Determinantes Sociais de Saúde	55
3.3 - Percepção da população em relação aos problemas de saúde	59
3.4 - Contextualização da organização das ações e serviços de saúde	63
3.4.1 – Organização da Rede de Serviços nos Distritos Sanitários	65
3.4.2 – Atenção à Saúde	76
3.4.3 - Vigilância em Saúde	109
3.4.4 Gestão em Saúde	125
4. FINANCIAMENTO DA POLÍTICA DE SAÚDE	140
5. EIXOS, OBJETIVOS, DIRETRIZES E METAS	149
6. MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO	161
6. 1- Processos e instrumentos de monitoramento de avaliação	162
6.2 Indicadores de saúde da população e de desempenho do SUS	163
7. REVISÃO DO PLANO BIÊNIO 2024-2025	166
CONCLUSÃO	202
REFERÊNCIAS	202
APÊNDICE 1 – ENDEREÇO DAS UNIDADES DA REDE PRÓPRIA	22111
APÊNDICE 2 – SERVIÇOS DO PAM SALGADINHO	22199
APÊNDICE 3 – EIXOS DOS PROGRAMAS ESTRATÉGICOS POR CICLO DE VIDA	220
APÊNDICE 4 – DISTRIBUIÇÃO DAS EQUIPES eNASF/AP NOS TERRITÓRIOS	224
APÊNDICE 5 – DISTRIBUIÇÃO DAS EQUIPES DO CONSULTÓRIO NA RUA	227
APÊNDICE 6 – FLUXO DA REDE MATERNO INFANTIL	228
APÊNDICE 7– FLUXOGRAMAS DAS LINHAS DE CUIDADO PARA PACIENTES COM DOENÇAS CRÔNICAS (Oncologia, Obesidade, Renal, Hipertenso e Diabetes)	229
APÊNDICE 8 - DEMONSTRATIVO DAS UNIDADES E SERVIÇOS DA REDE PSICOSSOCIAL	235
APÊNDICE 9 – DISTRIBUIÇÃO DO SERVIÇO DE DE ATENÇÃO DOMICILIAR –SAD	236

APRESENTAÇÃO

O Plano Municipal de Saúde (PMS) é um instrumento técnico-político e pedagógico de expressão das necessidades de saúde da população e de organização do Sistema Único de Saúde (SUS), com a finalidade de dar respostas às demandas e problemas identificados junto à população pelos diversos atores que fazem o SUS.

Dessa forma, o PMS configura-se num documento que orienta a Política de Saúde no município para um exercício de quatro anos, norteando as diretrizes e os objetivos da gestão do SUS, devendo ser revisado e ajustado durante a execução, para que possa estar em concordância com a dinâmica da realidade social e sanitária da população usuária 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.

O Plano Municipal de Saúde de Maceió para o quadriênio 2022-2025 foi elaborado num contexto sanitário adverso, em que mundo e o Brasil vivenciam uma profunda crise com a pandemia da COVID-19, que impacta não somente nas condições de saúde da população, mas, nas formas de sustentabilidade humana e planetária. Nessa perspectiva, a metodologia empregada, envolvendo os segmentos que fazem o SUS (usuários, trabalhadores, gestores e prestadores) e os representantes do Conselho Municipal de Saúde, utilizou ferramentas tecnológicas on-line e momentos presenciais, seguindo as medidas de prevenção e segurança.

Enquanto instrumento institucional de gestão, o referido Plano incorpora uma visão estratégica, levando em consideração o perfil epidemiológico e os problemas e necessidades identificados pela população maceioense, a avaliação da organização dos serviços do SUS, as prioridades da nova gestão municipal, as propostas da última Conferência Municipal de Saúde (IX CMS) e da Consulta Pública.

O Plano Municipal traz, em sua formulação, dois eixos estratégicos, 15 diretrizes, 129 metas e 30 indicadores, que abordam ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação em saúde e 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 2022-2025	
EIXO 1 - SAÚDE COM QUALIDADE, ACESSO E EXPANSÃO DOS SERVIÇOS	EIXO 2 - GESTÃO EM SAÚDE, COM INOVAÇÃO, EFICIÊNCIA E PARTICIPAÇÃO SOCIAL
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.	Objetivo - Implementar uma gestão inovadora, democrática e participativa, com transparência, ética e responsabilidade compartilhada na governança.
DIRETRIZES	
<ol style="list-style-type: none"> 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 aprimoramento da promoção e vigilância em saúde. 	<ol style="list-style-type: none"> 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.

Planejamento estratégico não é uma caixa de mágicas nem um amontoado de técnicas – quantificar não é planejar; - Não é previsão – ele se faz necessário por não se ter a capacidade de prever; - Não opera com decisões futuras. Ele opera com o que há de futuro nas decisões presentes; Ele não é uma tentativa de eliminar o risco. É fundamental que os riscos assumidos sejam os riscos certos.

(Adaptado de Drucker,1977).

1. INTRODUÇÃO

O planejamento pode ser definido como o processo pelo qual determinamos que caminhos tomar para que cheguemos à situação que se deseja. Significa, portanto, definir de antemão o que fazer para mudar as condições atuais para que se chegue a realidade definida como desejável. O planejamento é considerado um processo de racionalização das ações humanas que consiste em definir proposições e construir a sua viabilidade com vistas a solucionar problemas e atender às necessidades individuais e coletivas (MATUS, 1993; CHORNY *et al.*, 2008).

O planejamento em saúde tem sido reconhecido como método, ferramenta e uma eficiente tecnologia para aprimorar os processos de trabalho e instrumentalizar a gestão da Política de Saúde. No processo de consolidação do SUS, planejar de forma estratégica configurou-se numa prática institucional do setor nas últimas décadas, para acompanhar as mudanças que ocorrem nas condições de vida e de saúde da população e na organização do sistema de saúde, exigindo uma intervenção na realidade, pensada estrategicamente e de forma sistematizada, se antecipando aos acontecimentos e às circunstâncias dos diversos contextos sociais. Por isso, em 2006, foi institucionalizado o Planejamento do Sistema Único de Saúde-PlanejaSUS (MACEIÓ, 2017).

Com base nos referentes teórico-metodológicos do PlanejaSUS pode-se afirmar que o planejamento em saúde pode ser compreendido em três dimensões: uma ferramenta técnico-político e operacional, que deve orientar os processos de trabalho para desenvolvimento das ações de saúde e organização dos serviços; um instrumento de gestão governamental que permite nortear a formulação e a condução da Política Pública de Saúde; e uma tecnologia de gestão, que implica a decisão política-institucional de utilizar os conhecimentos, tecnologias, recursos e saberes disponíveis para promover mudanças na realidade. Planejamento como subsídio para gestão democrática e estratégica (SILVA, 2019).

Na administração pública o planejamento é, sobretudo, uma decisão e uma escolha política que está longe de ser consensual e retilínea, requerendo sempre uma intervenção e uma mediação técnica-política da estrutura administrativa da gestão pública para desenvolver e operacionalizar as estratégias e políticas econômicas e sociais, podendo permitir que gestores, equipes técnicas e os demais

segmentos ou usuários participem do processo de planejamento em saúde (KRUGER, 2020).

O enfoque estratégico-situacional requer uma atuação planejada sobre qualquer recorte da realidade e implica num esforço e entendimento entre os diversos atores sociais 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).

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.

Importante destacar que, o PMS enquanto documento institucional macro e instrumento e planejamento estratégico da Política de Saúde, referencia-se na missão, visão e valores da SMS, a saber:

- **Missão:** Garantir à população políticas públicas de saúde, atenção integral e o acesso humanizado dos usuários aos serviços de saúde, com ética, eficiência, resolutividade e participação social.

- **Visão:** Ser uma Secretaria estruturada, descentralizada e integrada, com serviços humanizados e excelência na gestão do sistema para a melhoria da qualidade de vida da população

- **Valores:** respeito, ética, confiança, integração, transparência e compromisso com a qualidade.

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, ouvindo a população e os trabalhadores do SUS. O segundo capítulo traz a análise situacional, contemplando as condições

de saúde da população, que inclui panorama geográfico-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, por níveis de atenção à saúde, e por organização em redes temáticas. 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. E, por fim, o quinto capítulo apresenta os processos e instrumentos de monitoramento e avaliação do Plano Municipal de Saúde, incluindo os indicadores de situação de saúde da população e desempenho do SUS que se constituem para parâmetros para medir o acesso e a efetividade do sistema de saúde.

Em síntese, o Plano Municipal de Saúde projeta a imagem-objetivo do SUS no Município de Maceió a ser alcançada para os próximos quatro anos (2022-2025), buscando 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.

2. 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.

Nesse direcionamento, enquanto arcabouço teórico-metodológico, o Plano incorporou o enfoque estratégico-situacional sugerido por Matus (1993) e Testa (1995), tendo como referentes os Cadernos do PlanejaSUS e os autores PAIM (2002; 2006), Vilasbôas (2004), Teixeira (2010) e Silva (2019). Também teve como aporte vários autores que discutem atenção à saúde, educação permanente, avaliação em saúde, redes de atenção, vigilância em saúde e gestão no SUS, a exemplo de Feuerwerker (2014), Oliveira e Reis (2016), Mendes (2011 e 2018), Peduzzi (2016) e Viana (2018).

Quanto ao aporte legal, o Plano fundamenta-se no Decreto 7.508/2011, na Lei 141/2012, na Portaria 2.135/2013 – que estabelece as diretrizes para o planejamento no SUS - nas portarias ministeriais sobre redes de atenção à saúde e na Resolução da IX Conferência Municipal de Saúde de Maceió (2019). Na organização dos conteúdos e estrutura do documento, foram utilizados como subsídios, ainda, o Plano Estadual de Saúde 2020/2023, o Manual de Gestores do CONASEMS (2019) com orientação sobre as funções gestoras do SUS, 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 (Portaria Nº 0118/2021 SMS/Maceió/AL) até a sistematização final do texto para aprovação pelo Conselho Municipal de Saúde. Desse modo, 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
- Revisão e atualização do Manual Técnico de elaboração do PMS.	- Orientar a equipe gestora 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 .	- 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 – Planejamento Estratégico com a Gestão do SUS	
Atividades	Objetivos
- Oficina com Secretária de Saúde, Secretários Adjuntos, Diretores e assessores de gestão para elaboração de diretrizes estratégicas do PMS.	- Refletir sobre os referentes teóricos, metodológicos e legais do planejamento em saúde. - Validar missão, visão, valores e objetivos estratégicos da SMS. - Analisar o contexto da Política de Saúde em Maceió. - Apresentar as prioridades do gestor municipal para o setor saúde, identificando a compatibilidade com as diretrizes do PMS. - Validar a metodologia de elaboração do PMS 2022-2025.
3ª ETAPA –Capitação da Comissão Técnica e Gestora	
Atividades	Objetivos
- Estudo da documentação para elaboração do Plano.	- Possibilitar aos membros da Comissão Técnica a apropriação dos estudos referentes à base legal, teórica e metodológica, necessárias 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 a equipe gestora.
4ª ETAPA – Elaboração da Análise Situacional	
Atividades	Objetivos
- Levantamento de informações e elaboração da análise de situação de saúde.	- Organizar informações e produzir 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 socioassistenciais, oferta de serviços, capacidade instalada, avaliação dos programas/ações e financiamento).
5ª ETAPA –Realização das Oficinas Distritais com Atores do SUS	
Atividades	Objetivos
- Realização de 4(quatro) oficinas distritais envolvendo o conjunto dos 8(oito) Distritos Sanitários, com a participação da população, trabalhadores e gestores do SUS.	- Identificar os problemas de saúde com os diversos segmentos que compõem o SUS, a partir da realidade de cada Distrito Sanitário. - Priorizar os problemas de saúde da população, para subsidiar a formulação das diretrizes e metas do Plano.

- Sistematização do material das oficinas distritais.	- Complementar a análise da situação de saúde do PMS com a perspectiva da população. -Indicar os conteúdos para a formulação das diretrizes e metas.
---	---

Continuação

6ª ETAPA – Consulta Pública	
Atividades	Objetivos
- Realização de Consulta Pública com a população por meio virtual.	- Levantar as principais demandas e necessidades de saúde da população.
- Sistematização do material da Consulta Pública.	- Subsidiar a elaboração das diretrizes e metas do PMS, pelas áreas técnicas da secretaria.
7ª ETAPA – Elaboração dos Eixos, Diretrizes, Objetivos e Metas	
Atividades	Objetivos
- Elaboração do texto base com as proposições para o PMS.	- Formular um primeiro esboço da estratégia geral da política de saúde para o quadriênio, tendo por base o resultado das oficinas, da consulta pública, das proposições da IX COMSAM e as avaliações contidas no relatório de gestão.
- Oficinas com as áreas técnicas e CMS para elaboração das metas.	- Definição de eixos, objetivos e diretrizes do PMS. - Elaboração das metas para os quatro anos do PMS considerando as necessidades da população e a capacidade instalada do sistema de saúde.
- Validação do produto parcial pela gestão.	- Validação e/ou reelaboração da proposta do PMS, com os eixos, as diretrizes e objetivos. - Indicação de novas demandas incorporadas como meta.
8ª ETAPA – Compatibilização do PMS com o PPA	
Atividades	Objetivos
- Compatibilização dos instrumentos de planejamento e gestão – PMS X PPA -com os técnicos da Diretoria de Planejamento e Orçamento.	- Alinhar o instrumento de planejamento e saúde com o instrumento de planejamento da gestão pública com vistas à elaboração do orçamento da política de saúde compatível com a necessidade de saúde da população. - Cumprir os prazos legais para a formulação do orçamento do SUS para o quadriênio.
- Reunião com a equipe técnica do orçamento para finalizar o PPA.	- Fazer a compatibilização final do PMS com o PPA. - Elaborar o desenho final do alinhamento do PMS e PPA.
9ª ETAPA – Sistematização Final e Aprovação do Plano	
Atividades	Objetivos
- Elaboração do texto preliminar do PMS pela equipe técnica responsável	- 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.
- Finalização do texto para aprovação e divulgação	- Concluir o texto em tempo hábil para aprovação do CMS. - 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.

No percurso de construção do Plano, visualizado nas etapas descritas, merecem destaques as oficinas descentralizadas em quatro arranjos organizativos a

saber: 1º, 2º, 5º e 8º Distritos Sanitários; 3º, 4º, 6º e 7º Distritos Sanitários 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 escutar da população, dos trabalhadores do SUS e de outros segmentos a avaliação sobre a situação de saúde e os problemas do SUS e, também, discutir as necessidades da população para serem priorizadas em ações nos 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 nortearam 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). 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 problema.

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.

Ressalta-se que, devido ao contexto sanitário da COVID-19 as oficinas tiveram o público reduzido, em cumprimento as normas de segurança. Desse modo, para ampliar a participação da população foi aberta Consulta Pública online, para coletar as demandas da população sobre os problemas e necessidades de saúde vivenciados: tais informações foram trabalhadas, encaminhadas às equipes técnicas para subsidiar a elaboração das metas, juntamente com as proposições advindas da IX CONSAM (Conferência Municipal de Saúde de Maceió).

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 IX Conferência Municipal de Saúde, na Consulta Pública e, ainda, considerar as prioridades do governo municipal.

Segundo, as diretrizes do Plano estão alinhadas com os indicadores de saúde, de forma que as prioridades estabelecidas buscam garantir o compromisso dos atores do SUS em melhorar as condições de saúde da população e o desempenho do sistema de saúde. E terceiro, toda parte propositiva do PMS foi compatibilizada com o Plano Plurianual (PPA), 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:

EIXO DO PMS	• PROGRAMA DO PPA
OBJETIVOS DO PMS	• OBJETIVOS DO PPA
DIRETRIZES DO PMS	• AÇÃO/PROJETO ATIVIDADE DO PPA
METAS DO PMS	• INICIATIVAS DO PPA
INDICADORES DO PMS	• PRODUTO DO PPA

A dimensão estratégica foi trabalhada nas oficinas distritais, quando foram priorizados problemas e necessidades, considerando a factibilidade e/ouviabilidade enquanto critérios. A análise de viabilidade do Plano também foi discutida com as equipes técnicas e gestoras da SMS, observando os seguintes critérios:

- **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 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).

- **Viabilidade técnica:** disponibilidade de recursos humanos, equipamentos, ferramentas tecnológicas e saberes.

No mais, cabe reforçar que o processo de elaboração do Plano Municipal de Saúde de Maceió foi muito produtivo. Para além de construir, de forma ascendente e participativa, o mais importante instrumento de gestão do SUS, o processo educativo de formulação do Plano reforçou 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.

3. ANÁLISE SITUACIONAL

A análise de situação de saúde constitui-se esse instrumento 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, um processo que possibilita 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 (CONASEMS, 2020).

Desse modo, a análise situacional traz elementos das condições de saúde da população, no tocante ao panorama demográfico, epidemiológico e contexto da COVID-19. Também, evidencia alguns determinantes sociais que conformam as condições de vida e impactam na saúde. E, por fim, realiza uma avaliação da organização da rede de serviços no SUS, para atender as necessidades e demandas.

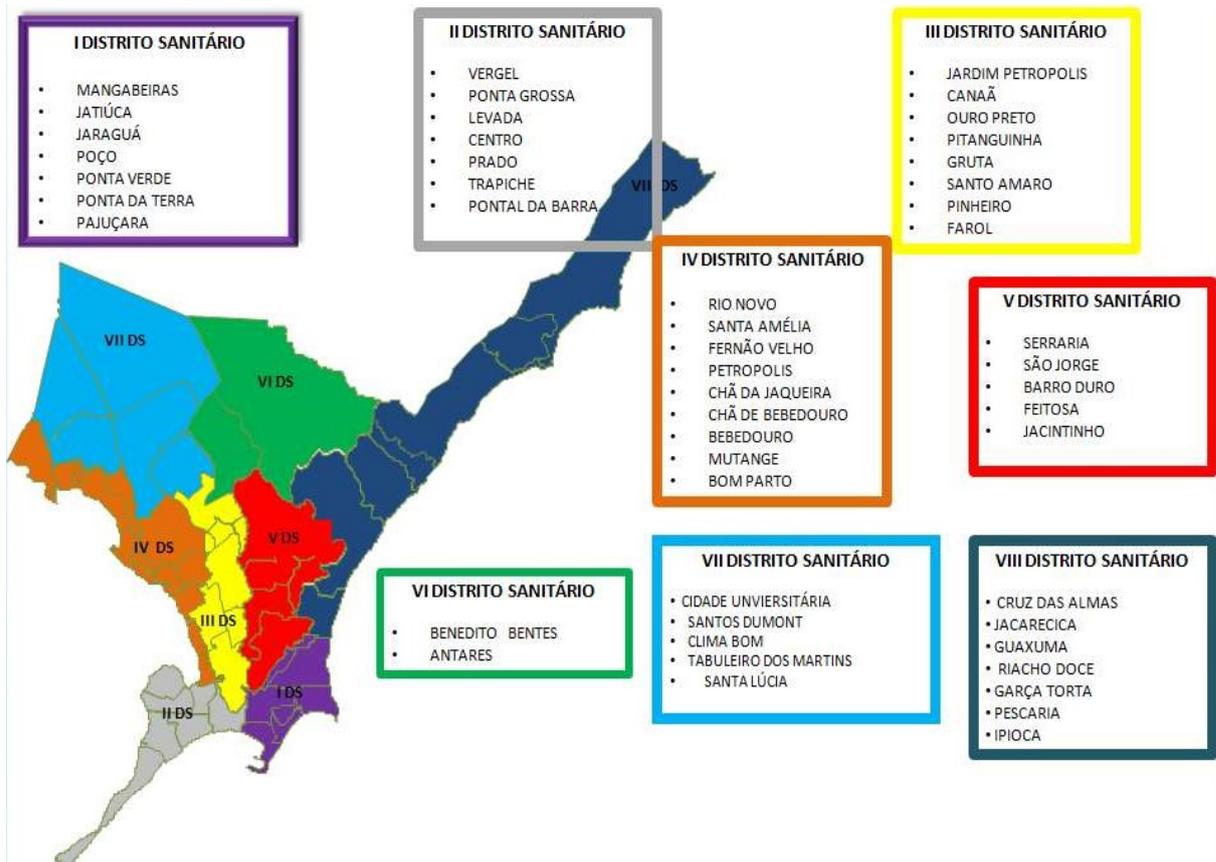
3.1- CONDIÇÕES DE SAÚDE DA POPULAÇÃO

3.1.1 – Panorama geográfico e demográfico

O município de Maceió está localizado no estado de Alagoas e de acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) tinha uma população no último censo (2010) de 932.748 mil habitantes. Estima-se que, em 2019, Maceió possuía uma população de 1.054.843 habitantes, sendo 53,5% do sexo feminino e 46,5% do sexo masculino.

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 1: Distribuição dos bairros, por Distritos Sanitários, no Município de Maceió, 2020.



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 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 2019, sugere que o 1º e o 5º Distritos Sanitários são os que apresentam maior adensamento populacional no território. Em contrapartida, o 8º e 6º Distritos são os que congregam menor contingente de população distribuída no espaço territorial (Tabela 01).

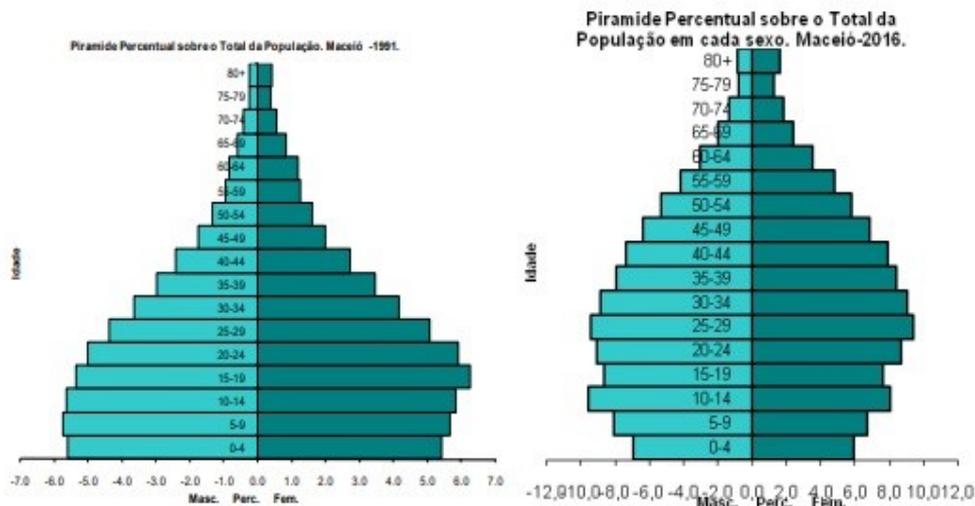
Tabela 1: Distribuição de frequência da população, área territorial e densidade demográfica, segundo distrito sanitário de Maceió, 2019.

Distrito	População	Área territorial	Densidade demográfica
I Distrito Sanitário	113.361	9,67	11.722,96
II Distrito Sanitário	110.119	11,11	9.911,67
III Distrito Sanitário	76.339	13,24	5.765,77
IV Distrito Sanitário	108.948	17,83	6.110,38
V Distrito Sanitário	187.682	18,39	10.205,66
VI Distrito Sanitário	130.532	30,62	4.262,96
VII Distrito Sanitário	283.769	44,72	6.345,46
VIII Distrito Sanitário	44.093	52,57	838,75

Fonte: IBGE. Processamento e análise GGPS/CASS/SMS-Maceió-AL, dez/2020. Dados sujeitos a revisão.

A transformação do padrão demográfico corresponde a uma das mais importantes modificações estruturais verificadas em Maceió, como pode ser visualizado na figura 02 - 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.

Figura2: Comparativo das pirâmides populacionais do ano 1991 e 2016.



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

As alterações na estrutura populacional, com as mudanças nos padrões de fecundidade e natalidade, impactam sobre a demanda, a organização e a oferta de ações e serviços de saúde pública, com consequências sociais e econômicas que requerem constantes adaptações políticas, gerenciais e na execução de ações.

A observação das taxas de fecundidade e natalidade do município de Maceió, 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, comparando o ano de 2015 com 2019, indicando alterações no ritmo de crescimento da população.

Tabela 3: Série histórica de indicadores de Saúde de fecundidade e natalidade, Maceió, 2015 – 2019.

Indicadores	2015	2016	2017	2018	2019
Taxa de Fecundidade Geral	47,45	42,67	43,55	44,61	42,76
Taxa de Natalidade Geral	15,6	13,9	14,1	14,4	13,8

Fonte: Processamento e análise GGPS/CASS/SMS-Maceió-AL, setembro, 2021. Dados sujeitos à alterações.

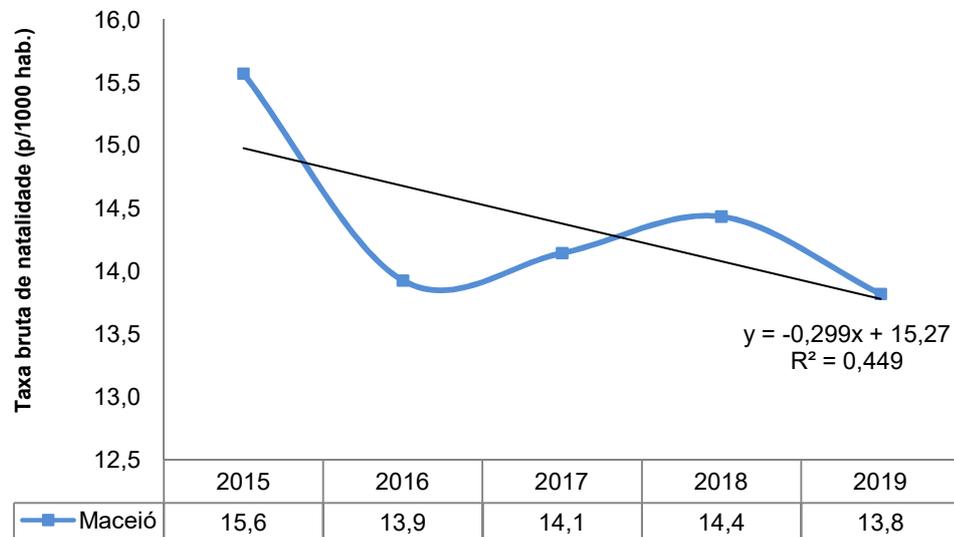
Importante considerar, ainda, que Maceió acompanha uma tendência nacional e mundial de transformações no perfil demográfico da população, que tem provocado impactos nas condições de saúde da população, em decorrência do aumento da carga das doenças crônicas não transmissíveis, ocasionada pela expectativa 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, sobretudo, porque o aumento da expectativa de vida e a diminuição da morbimortalidade por doenças infecciosas e parasitárias associam-se a uma maior exposição a estilos de vida pouco saudáveis - alimentação inadequada, inatividade física, consumo excessivo de álcool e outras drogas, e exposição a maiores níveis de estresse (GUARDA; LIRA, 2019).

Analisando especificamente os indicadores de natalidade em Maceió, no período de 2015 a 2019, foram notificados no Sistema de Informação de Nascidos Vivos (SINASC) um total de 73.824 nascidos vivos, dos quais 37.806 (51,2%) atinente ao sexo masculino e 35.998 (48,8%) do sexo feminino, correspondendo uma média de 14.765 nascidos vivos por ano.

A Taxa Bruta de Natalidade (TBN) de Maceió segue uma tendência moderada de queda (R^2 0,449). O ano de 2015 apresentou a maior taxa (15,6 NV/1.000 hab.) e 2019 a menor (13,8 NV/1.000 hab.). Ver Gráfico 01.

Gráfico 1: Taxa Bruta de Natalidade dos nascidos vivos de mães residentes no município de Maceió, 2015 a 2019.



Fonte: SINASC/GATC/CGASS/SMS. Casos notificados no SINASC até 23/12/2020. Dados sujeitos a alterações.

Nos últimos cinco anos os Distritos Sanitários que registraram a menor TBN foram o 1º e 4º Distritos (Tabela 03). Já a maior proporção dos nascimentos foi no 6º DS, com 15,5%, seguido do 2º DS, com 15,3%.

Tabela 4: Taxa Bruta de Natalidade dos nascidos vivos residentes de Maceió segundo Distrito Sanitário, 2015 a 2019.

Distrito/Bairro Res	Taxa bruta de natalidade					TBN (Média)
	2015	2016	2017	2018	2019	
1º Distrito Sanitário	12,8	11,4	11,7	11,4	11,8	11,8
2º Distrito Sanitário	16,5	15,6	15,4	15,7	13,1	15,3
3º Distrito Sanitário	13,9	12,6	13,0	13,4	11,3	12,8
4º Distrito Sanitário	13,7	12,5	12,6	12,6	10,0	12,3
5º Distrito Sanitário	15,2	13,1	12,8	12,9	12,2	13,2
6º Distrito Sanitário	16,0	14,5	15,5	16,2	15,1	15,5
7º Distrito Sanitário	15,9	14,8	14,2	14,3	12,4	14,3
8º Distrito Sanitário	16,1	14,7	15,6	12,8	13,5	14,5
Maceió	14,8	15,4	13,7	14,0	14,3	14,4

Fonte: SINASC/GATC/CGASS/SMS. Dados sujeitos a alterações. Casos notificados no SINASC até 23/12/2020.

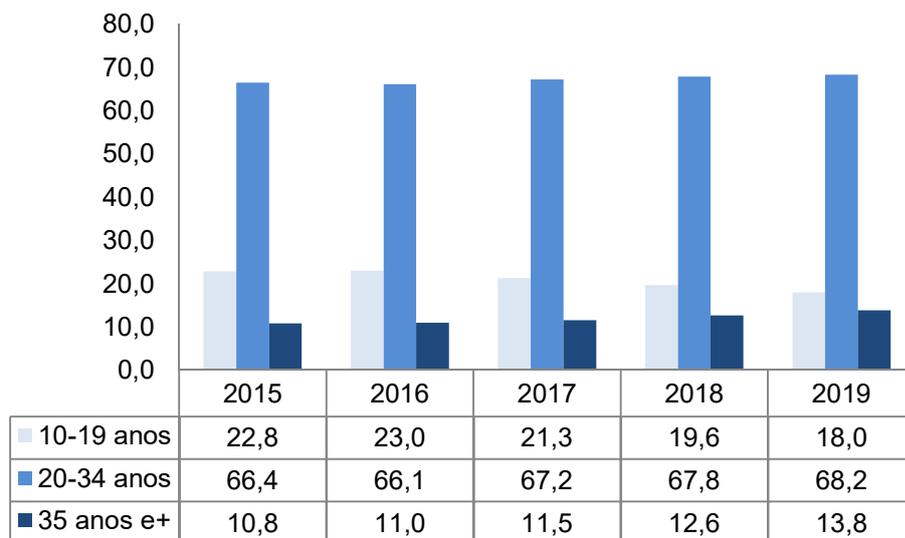
A taxa de natalidade expressa a intensidade com a qual a mesma atua sobre uma determinada população, sendo influenciada pela estrutura da população, quanto à idade e ao sexo. Em geral, taxas elevadas de natalidade estão associadas às condições socioeconômicas precárias e a aspectos culturais da população. O sexto e o segundo distritos sanitários, que apresentam indicadores mais altos de

natalidade, são compostos por bairros com perfil socioeconômico de classes populares.

A gravidez na adolescência constitui-se fator de risco para agravos à saúde materna e, também, de complicações perinatais, tais como: baixo ganho de peso materno, desproporção cefalopélvica, pré-eclâmpsia, prematuridade, baixo peso ao nascer.

Analisando o período 2015-2019, observa-se que o município apresentou uma redução no número absoluto de filhos de mães adolescentes. Nesse contexto, em 2019, verifica-se a menor proporção para período de gestantes adolescentes de 10 a 19 anos (18,0%), conforme gráfico 02.

Gráfico 2: Distribuição proporcional de nascidos vivos segundo faixa etária materna, residentes no município de Maceió, 2015 – 2019.



Fonte: SINASC/GATC/CGASS/SMS. Casos notificados no SINASC até 23/12/2020. Dados sujeitos a alterações.

Importante evidenciar, que o indicador relativo à proporção de mães adolescentes, entre 15 e 19 anos, nos anos de 2018 e 2019, foi menor que 20%, atendendo a recomendação da Organização Mundial da Saúde (OMS), de que os partos de mães adolescentes estejam abaixo desse percentual. A observação da tendência do referido indicador deve subsidiar as 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. Esta análise das principais doenças de notificação compulsória no município tem como base as informações obtidas no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), de acordo com a Portaria GM/MS Nº 204, de 17 de fevereiro de 2016. Desse modo, o conhecimento do perfil de adoecimento da população deve subsidiar as áreas técnicas e equipes gestoras na tomada de decisões, nos próximos quatro anos.

Na Tabela 04, que apresenta as principais doenças de notificação compulsória registradas em Maceió, observa-se que, no período acumulado 2015-2019, foram notificados 93.849 agravos. Destes, a maior concentração de registros foi por Atendimento Antirrábico, com 24,72%, seguido de Acidente por Animais Peçonhentos, com 22,92% e Dengue, com 12,3%.

Esses dados demonstram que as principais causas de adoecimento da população em Maceió estão associadas à infraestrutura precária de habitação de parcela significativa dos munícipes e às condições de saneamento e socioambientais propícias à proliferação de vetores. Reflete, ainda, a baixa efetividade das ações educativas em relação ao controle do vetor, inclusive, a pouca conscientização da população quanto à adoção de comportamentos ambientais adequados, o que exige do sistema de saúde uma melhor organização do serviço e investimento em ações de prevenção e promoção da saúde.

Tabela 5: Distribuição de casos compulsórios confirmados, segundo ano, residentes no município de Maceió, 2015 a 2019.

Agravos Compulsórios	Confirmados						Total	%
	2015	2016	2017	2018	2019			
Acidente por Animais Peçonhentos	4170	4148	4223	4280	4692	21513	22,92	
Acidente de Trabalho Grave	154	221	505	283	255	1418	1,51	
Acidente de Trabalho exp. Mat. Bio.	483	558	478	502	615	2636	2,81	
AIDS Adulto	188	197	235	248	187	1055	1,12	
Atendimento Antirrábico	4551	4002	4830	4850	4966	23199	24,72	
Cólera	0	0	0	0	0	1	0,00	
Coqueluche	13	9	5	17	8	52	0,06	
Dengue	3478	3438	571	346	4304	12137	12,93	
Doença Aguda pelo Vírus ZIKA	23	3483	138	89	232	3965	4,22	
Doenças de Chagas Aguda	0	0	0	0	0	0	0,00	
Doença de Creutzfeldt-Jakob	0	0	0	0	0	0	0,00	
Doenças Exantemáticas	0	0	0	0	8	8	0,01	
Esquistossomose	0	0	0	0	0	0	0,00	
Eventos Adversos Pós-vacina	1	0	0	1	10	12	0,01	
Febre Amarela	0	0	0	0	0	0	0,00	
Febre de Chikungunya	1	4567	282	63	351	5264	5,61	
Febre do Nilo	0	0	0	0	0	0	0,00	
Febre Maculosa	0	0	0	0	0	0	0,00	
Febre Tifóide	0	0	0	0	0	0	0,00	
Gestantes HIV +	66	58	88	57	48	326	0,35	
Hanseníase	111	90	94	106	75	476	0,51	
Hantavirose	0	0	0	0	0	0	0,00	
Hepatites Virais	144	144	204	175	228	895	0,95	
Infecção pelo Vírus HIV	283	348	441	477	452	2001	2,13	
Intoxicações Exógenas	262	265	330	204	374	1435	1,53	
Leishmaniose Teg. Americana	2	3	0	2	2	9	0,01	
Leishmaniose Visceral	4	1	1	3	3	12	0,01	
Leptospirose	19	10	47	33	31	140	0,15	
Malária	2	2	3	1	1	9	0,01	
Meningite	45	31	36	44	56	212	0,23	
Paralisia Flácida Aguda/Poliomielite	0	0	0	2	4	6	0,01	
Sífilis Adulto	349	497	1165	1794	1237	5042	5,37	
Sífilis Congênita	194	156	178	219	161	908	0,97	
Sífilis em Gestante	80	132	267	444	369	1292	1,38	
Síndrome da Rubéola Congênita	0	0	0	0	1	1	0,00	
Tétano Acidental	3	4	0	4	0	11	0,01	
Tétano Neonatal	0	0	0	0	0	0	0,00	
Toxoplasmose Congênita	0	0	0	3	13	16	0,02	
Tuberculose	587	626	661	760	725	3359	3,58	
Varicela	0	0	0	10	19	29	0,03	
Violência Interpessoal/Autoprov.	816	989	1725	1238	1651	6419	6,84	

Fonte: SINAN/GATC/CGASS/SMS *Dados sujeitos a alterações. Casos notificados no SINAN até 23/12/2020.

Importante também visualizar, na tabela 04, 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 devem constituir-se pautas prioritárias da gestão, estimulando as equipes para realizar ações de educação em saúde com a população, em parceria com outras instituições públicas (segurança, educação, trânsito).

Ainda em relação às causas de adoecimento, percebe-se, na tabela 04, que a febre de chikungunya e o vírus zika apresentaram um número significativo de casos, nos últimos cinco anos. E, também, chama a atenção, o número de caso de sífilis em adultos, que atingiu 5,37%. Formas de adoecimento que podem ser evitadas com ações de preventivas.

Considerando o contexto de morbidade no período analisado, dentre os agravos notificados, vale destacar aqueles que nos últimos dois anos tiveram maior incidência, tais como: dengue, chikungunya, tuberculose, sífilis e HIV/AIDS. Estes agravos exigem da vigilância em saúde atuação de maneira mais intensa, visando manter o alerta sobre as doenças, detectar precocemente as alterações no padrão e intervir oportunamente no controle.

Em relação à dengue, na série histórica 2015-2019, foram notificados 12.137 casos em Maceió. Em 2019 foram registrados 3.884 casos, apresentando maior número de internações por dengue (302), sendo considerado, até o momento, o ano de maior endemia da doença no município(Tabela 05).

Tabela 6: Distribuição de casos notificados e internados por dengue, segundo ano, residentes no município de Maceió, 2015 a 2019.

Hospitalizações	ANOS					Total	DP
	2015	2016	2017	2018	2019		
Sim	42	43	23	42	302	452	6,20
Não	421	2130	477	246	3582	6856	93,80
Total	463	2173	500	288	3884	7308	100,00

Fonte: SINAN//GATC/CGASS/SMS. Dados sujeitos a alterações. Casos notificados no SINAN até 23/12/2020.

A Tabela 07 apresenta a distribuição da taxa de incidência, segundo Distrito Sanitário, observa-se um aumento significativo no 4º e 2º distritos.

Tabela 7: Taxa de Incidência (casos/1.000 mil hab.) de dengue, segundo distrito, residentes no município de Maceió, 2015 a 2019.

Distrito Sanitário	Taxa de incidência				
	2015	2016	2017	2018	2019
Maceió	3,8	3,2	0,8	0,3	4,1
1º Distrito Sanitário	4,1	2,6	0,4	0,3	2,7
2º Distrito Sanitário	6,9	5,1	1,4	0,5	7,1
3º Distrito Sanitário	3,5	2,1	0,4	0,4	3,7
4º Distrito Sanitário	1,4	3,9	0,5	0,3	7,5
5º Distrito Sanitário	4,5	2,8	0,6	0,2	3,1
6º Distrito Sanitário	1,2	0,7	0,3	0,3	2,5
7º Distrito Sanitário	2,8	4,0	0,4	0,3	3,3
8º Distrito Sanitário	2,4	1,9	0,4	0,1	2,3

Fonte: SINAN//GATCCGASS/SMS. Dados sujeitos a alterações. Casos notificados no SINAN até 23/12/2020.

Quanto aos casos de chikungunya em Maceió, a série história assinala que, no ano de 2016, foi registrado o maior número de casos suspeito de febre chikungunya (6.294 casos suspeitos), correspondendo uma taxa de incidência de 620,75 casos/100 mil habitantes. Em 2019, observa-se que foi o segundo maior ano de registro de casos suspeitos (455 casos suspeitos), com taxa de incidência de 43,13 casos/100 mil habitantes (Tabela 08).

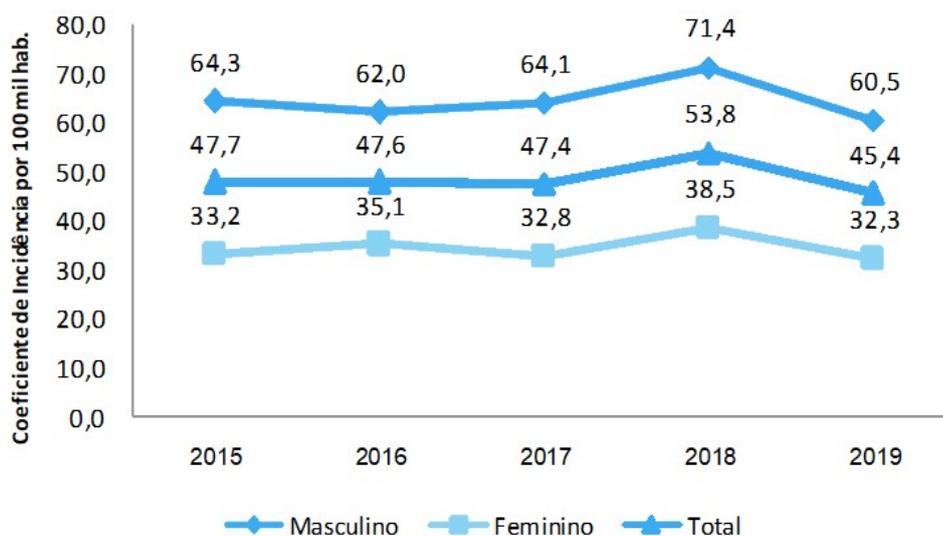
Tabela 8: Distribuição de casos prováveis de febre chikungunya, residentes no município de Maceió, 2015 – 2019.

Ano	Casos notificados (n)	Casos Confirmados (n)	Incidência (/100 mil hab.)
2015	2	1	0,20
2016	6294	4377	620,75
2017	298	258	29,00
2018	116	52	11,14
2019	455	405	43,13

Fonte: SINAN/GATC/CGASS/SMS. Dados sujeitos a alterações. Casos notificados no SINAN até 23/12/2020.

No período de 2015 a 2019, foram registrados 2.486 casos novos de tuberculose em Maceió, perfazendo um coeficiente médio de incidência de 48,4/100.000 habitantes. Embora tenha sido observado uma constante tendência de queda entre os anos de 2015 a 2017, o coeficiente de incidência da TB aumentou no ano de 2018 em relação aos anos anteriores (Gráfico 03).

Gráfico 3: Coeficiente de incidência de casos novos de tuberculose (por 100 mil habitantes), residentes no município de Maceió, 2015 –2019.



Fonte: SINAN/GATC/CGASS/SMS. Dados sujeitos a alterações. Casos notificados no SINAN até 23/12/2020.

A sífilis é uma doença infecciosa causada pela bactéria *Treponema pallidum*. Pode se manifestar em três estágios. Os maiores sintomas ocorrem nas duas primeiras fases, período em que a doença é mais contagiosa. O terceiro estágio pode não apresentar sintoma e, por isso, dá a falsa impressão de cura da doença (BRASIL, 2019). A sífilis congênita é um agravo 100% evitável, desde que a gestante seja identificada e as medidas recomendadas sejam tomadas.

Ao se compararem as taxas de incidência de sífilis em gestantes com as taxas de incidência de sífilis congênita em cada ano, observa-se que o município de Maceió, em 2015 e 2016, apresentou taxas de incidência de sífilis congênita maiores do que as taxas de sífilis em gestante. Em 2017, já se observa que a taxa de incidência inverteu seu comportamento, aumentando a taxa de detecção de sífilis entre gestante, quando comparada a sífilis congênita. Nesse período, sabe-se que a taxa de incidência de sífilis em gestante aumentou em âmbito nacional, porém, Maceió apresenta taxas superiores à do Brasil (Gráfico 04).

Gráfico 4: Taxa de incidência de sífilis congênita em menores de 1 ano e taxa de incidência de sífilis em gestante (por 1.000 nascidos vivos) segundo ano de diagnóstico, residentes no município de Maceió, 2015 - 2019.



Fonte: SINAN/GATC/CGASS/SMS. Dados sujeitos a alterações. Casos notificados no SINAN até 24/11/2020.

Ainda no tocante à morbidade, a infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) e sua manifestação clínica em fase avançada, ou síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS), se representaram como um problema de saúde pública de grande relevância, em função do seu caráter pandêmico e de sua transcendência.

De 2015 a 2019, foram confirmados 2.001 casos de infecção pelo HIV em Maceió, sendo um total de 1.340 casos no sexo masculino e 661 casos no sexo feminino. Nota-se que o número de casos vem aumentando ao longo dos anos.

Na Tabela 08, com os casos de infecções pelo HIV no período de 2015 a 2019, verifica-se que a maioria se encontra entre as faixas etárias de 20 a 29 anos, com percentual de 41,93% dos casos. Com relação à escolaridade, no mesmo período, a predominância foi de pessoas com ensino médio (22,79%), contudo, verificou um elevado percentual de casos ignorados (20,44%), o que dificulta uma melhor avaliação dos casos de infecção pelo HIV relativos a essa variável.

Tabela 9: Distribuição absoluta e relativa de casos de HIV, segundo faixa etária, escolaridade e ano do diagnóstico, residentes no município de Maceió, 2015-2019.

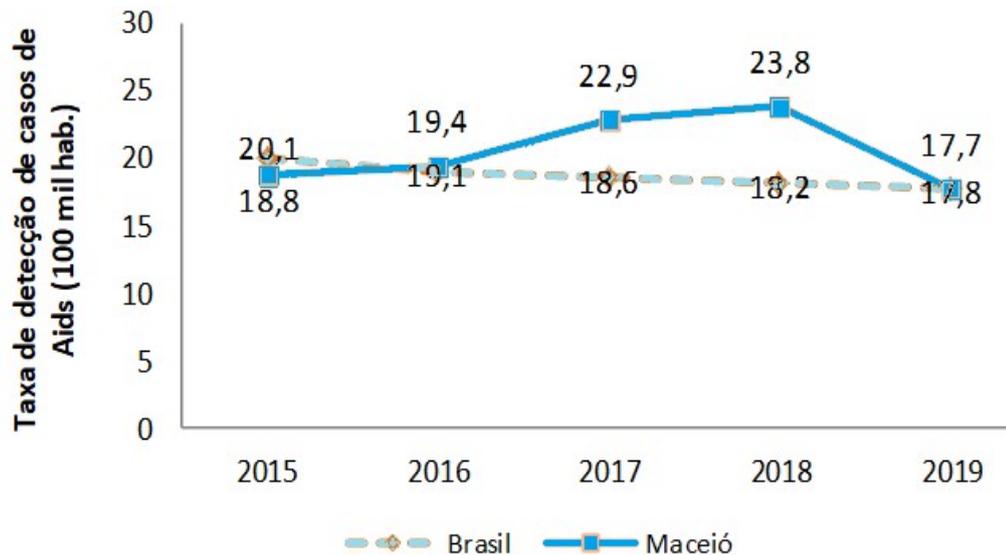
Variáveis	Número de casos						Total	%
	2015	2016	2017	2018	2019			
Sexo								
Masculino	168	229	293	329	321	1340	66,96	
Feminino	115	119	148	148	131	661	33,03	
Faixa etária								
10 a 14 anos	4	1	2	0	1	8	0,40	
15 a 19 anos	29	31	33	35	36	164	8,20	
20 a 29 anos	107	146	190	205	191	839	41,93	
30 a 39 anos	74	97	109	115	119	514	25,69	
40 a 49 anos	42	40	60	81	65	288	14,39	
50 a 59 anos	19	26	31	29	38	143	7,15	
60 a 69 anos	8	6	13	10	2	39	1,95	
70 a 79 anos	0	1	2	1	0	4	0,20	
80 anos e mais	0	0	1	1	0	2	0,10	
Total	283	348	441	477	452	2001	100,00	
Escolaridade								
Ign	62	65	94	94	94	409	20,44	
Analfabeto	9	18	15	10	10	62	3,10	
1ª a 4ª série incompleta do EF	15	26	26	29	22	118	5,90	
4ª série completa do EF	12	10	14	16	10	62	3,10	
5ª a 8ª série incompleta do EF	48	48	54	82	57	289	14,44	
Ensino fundamental completo	15	20	22	18	16	91	4,55	
Ensino médio incompleto	16	28	41	35	31	151	7,55	
Ensino médio completo	58	82	93	111	112	456	22,79	
Educação superior incompleta	26	24	41	35	44	170	8,50	
Educação superior completa	22	27	41	47	56	193	9,65	
Total	283	348	441	477	452	2001	100,00	

Fonte: SINAN/GATC/CGASS/SMS. Dados sujeitos a alterações. Casos notificados no SINAN até 23/12/2020.

Quanto à AIDS, de 2015 a 2019 foram identificados no município de Maceió 1.055 casos, sendo registrada uma média de 211 casos de AIDS por ano. No período 2015 a 2018, verificou-se que Maceió apresentou crescimento em suas

taxas de detecção de AIDS (de 18,8 para 23,8, casos por 100 mil habitantes). Em 2019, houve uma redução da taxa de detecção (Gráfico 05).

Gráfico 5: Taxa de detecção de Aids (/100 mil hab.) segundo ano de diagnóstico, residentes no município de Maceió, 2015 a 2019.



Fonte: SINAN/GATC/CGASS/SMS. Dados sujeitos a alterações. Casos notificados no SINAN até 24/11/2020.

A análise situacional geral dos indicadores de morbidade assinala 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 indispensável para subsidiar políticas públicas que visem à melhoria das condições de saúde, uma vez que permite analisar o processo de transição epidemiológica no município, evidenciando as causas de morte da população residente. E esse conhecimento das principais causas de morte é um dos aspectos primordiais para atingir esses objetivos, especialmente quando permite identificar desigualdades entre vários segmentos como sexo, faixa etária e raça/cor.

Em 2019, houve no município de Maceió um total de 6.109 óbitos. A tabela 09 contém os dados referentes aos registros de óbitos dos últimos cinco anos para o município e caracteriza o grupo de causas de óbitos mais prevalentes no território.

Nesse contexto, observa-se que as principais causas de óbito no município de Maceió foram: doenças do aparelho circulatório, (29,0%), neoplasias (14,1%), causas externas de morbidade mortalidade (13,3%) e doenças do aparelho respiratório (10,1%).

Tabela 10: Frequência absoluta e relativa de óbitos segundo causas e ano, Maceió, 2015 a 2019.

Causa (Capítulo CID10)	2015	2016	2017	2018	2019	Total	
	N	N	N	N	N	N	%
I Algumas doenças infecciosas e parasitárias	356	373	356	314	309	1708	5,5
II Neoplasias (tumores)	815	842	900	882	941	4380	14,1
III Doenças sangue órgãos hemat e transtunitár	31	32	32	37	34	166	0,5
IV Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	594	670	617	516	460	2857	9,2
V Transtornos mentais e comportamentais	67	80	56	43	48	294	0,9
VI Doenças do sistema nervoso	142	162	152	173	162	791	2,5
VII Doenças do olho e anexos	0	1	0	0	0	1	0,0
VIII Doenças do ouvido e da apófise mastóide	3	2	1	1	3	10	0,0
IX Doenças do aparelho circulatório	1737	1818	1814	1776	1888	9033	29,0
X Doenças do aparelho respiratório	695	708	504	612	639	3158	10,1
XI Doenças do aparelho digestivo	386	409	397	395	359	1946	6,2
XII Doenças da pele e do tecido subcutâneo	35	56	36	36	44	207	0,7
XIII Doenças sist. osteomuscular e tec. conjuntivo	19	43	39	34	58	193	0,6
XIV Doenças do aparelho geniturinário	127	175	189	178	194	863	2,8
XV Gravidez parto e puerpério	8	3	4	4	2	21	0,1
XVI Algumas afec originadas no período perinatal	152	127	117	129	131	656	2,1
XVII Malf cong. deformid e anomalias cromossômicas	55	42	48	60	59	264	0,8
XVIII Sint. sinais e achadanormex clín. e laborat.	110	95	89	85	106	485	1,6
XIX Lesões enven e alg out conseq. causas externas	0	0	0	0	0	0	0,0
XX Causas externas de morbidade e mortalidade	871	845	957	793	672	4138	13,3
XXI Contatos com serviços de saúde	0	0	0	0	0	0	0,0
Total	6203	6483	6308	6068	6109	31171	100,0

Fonte: SIM/GATC/CGASS/SMS. Dados sujeitos a alterações; Casos notificados no SIM até 23/12/2020.

É possível observar, na tabela 10, que as causas de morte relacionadas às doenças do aparelho respiratório, as doenças endócrinas nutricionais e as doenças do aparelho digestivo e às doenças do aparelho geniturinário foram significativas, inclusive, algumas destas 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, na série de 2015 a 2019, a tabela 1 mostra que houve alterações a partir de 2017, com uma pequena tendência de queda 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 7,7 p/1000 hab.).

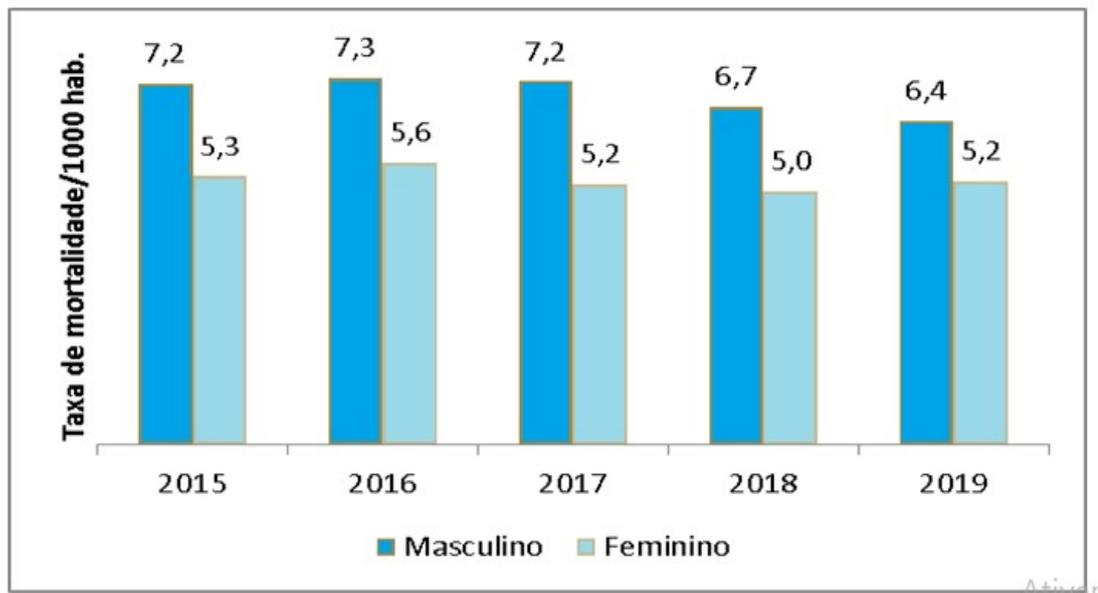
Tabela 11: Taxa de Mortalidade, segundo Distritos Sanitários, Maceió, 2015 a 2019.

Distrito	TM 2015	TM 2016	TM 2017	TM 2018	TM 2019	TM – Média
1º Distrito Sanitário	6,1	6,6	6,5	5,7	5,5	6,1
2º Distrito Sanitário	7,9	8,2	8,2	8,0	6,1	7,7
3º Distrito Sanitário	6,3	7,0	7,1	6,4	5,3	6,4
4º Distrito Sanitário	5,1	5,1	5,0	4,4	3,1	4,5
5º Distrito Sanitário	5,2	5,2	5,1	4,5	3,0	4,6
6º Distrito Sanitário	4,2	4,5	4,8	4,5	3,6	4,3
7º Distrito Sanitário	5,6	5,7	5,2	5,2	3,8	5,1
8º Distrito Sanitário	5,6	5,6	5,7	5,2	5,0	5,4

Fonte: SIM/GATC/CGASS/SMS. Dados sujeitos a alterações; Casos notificados no SIM até 23/12/2020.

Considerando o coeficiente de mortalidade segundo o sexo, observa-se, no gráfico 06, que a análise de risco médio para o período sugere que as chances de morte entre homens superam, em aproximadamente, 1,3 o risco de morte entre mulheres.

Gráfico 6: Coeficiente de Mortalidade segundo sexo, Maceió, 2015 a 2019.



Fonte: SIM/GATC/CGASS/SMS. Dados sujeitos a alterações; Casos notificados no SIM até 23/12/2020.

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 12. A taxa elevada de mortalidade situa-se na faixa etária acima de 60 anos e 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 12: Coeficiente de Mortalidade, segundo faixa etária, Maceió-AL, 2015 a 2019.

Faixa Etária	2015		2016		2017		2018		2019		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
< 01 ^a	225	3,63	206	3,18	177	2,81	200	3,30	208	3,40	1016	3,26
01-04 ^a	19	0,31	22	0,34	38	0,60	32	0,53	34	0,56	145	0,47
05-09 ^a	12	0,19	18	0,28	17	0,27	16	0,26	19	0,31	82	0,26
10-14 ^a	20	0,32	27	0,42	21	0,33	34	0,56	24	0,39	126	0,40
10-19 ^a	185	2,98	205	3,16	207	3,28	157	2,59	112	1,83	866	2,78
20a 39 ^a	745	12,01	728	11,23	748	11,86	644	10,61	553	9,05	3418	10,96
40 - 59 ^a	1356	21,86	1337	20,62	1275	20,21	1226	20,20	1223	20,01	6417	20,59
60 e +	3638	58,65	3939	60,76	3824	60,62	3757	61,91	3938	64,44	19096	61,26
Ign	3	0,05	1	0,02	1	0,02	2	0,03	0	0,00	7	0,02
Total	6203	100,00	6483	100,00	6308	100,00	6068	100,00	6111	100,00	31173	100,00

Fonte: SIM/GATC/CGASS/SMS. Dados sujeitos a alterações; Casos notificados no SIM até 23/12/2020.

No tocante à **mortalidade infantil**, a atenção se concentra principalmente no primeiro ano de vida, faixa em que ocorre a maior parte dos óbitos. Usadas como indicadores básicos de desenvolvimento humano, a taxa de mortalidade infantil, número de crianças que morrem antes de completar 1 ano de vida para cada mil nascidos vivos, e a taxa de mortalidade de menores de 5 anos, também chamada de taxa de mortalidade na infância, revelam muito sobre as condições de vida e a assistência de saúde.

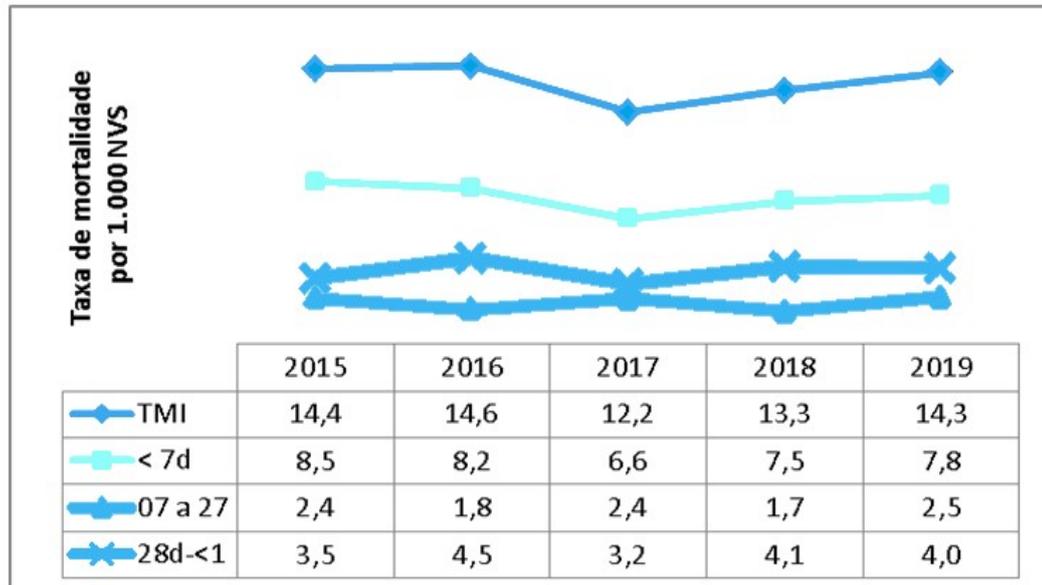
Segundo a OMS (2013), a meta é acabar, até 2030, com as mortes evitáveis de recém-nascidos e crianças menores de 5 anos em todos os países, objetivando reduzir a mortalidade neonatal para pelo menos 12 por 1.000 nascidos vivos e a mortalidade de crianças menores de 5 anos, para pelo menos 25 por 1.000 nascidos vivos.

A mortalidade infantil deve ser analisada segundo os seus componentes: coeficiente de mortalidade neonatal precoce (óbitos de crianças de 0 a 6 dias completos de vida); coeficiente de mortalidade neonatal tardia (7 aos 27 dias de vida) e coeficiente de mortalidade pós-neonatal (28 aos 364 dias de vida).

Visualiza-se no gráfico 07, que no período de 2015 a 2019 em Maceió foram notificados no Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), 1.016 óbitos de crianças menores de um ano. Embora nesse período exista uma variação negativa para a taxa de mortalidade infantil (-1,2%) e para seu componente neonatal precoce

(-8,4%), estas não foram significativas. Percebe-se, ainda, que não existe tendência de variação para os seus outros componentes nos últimos 05 anos.

Gráfico 7: Taxa de mortalidade infantil e seus componentes, Maceió, 2015 a 2019.



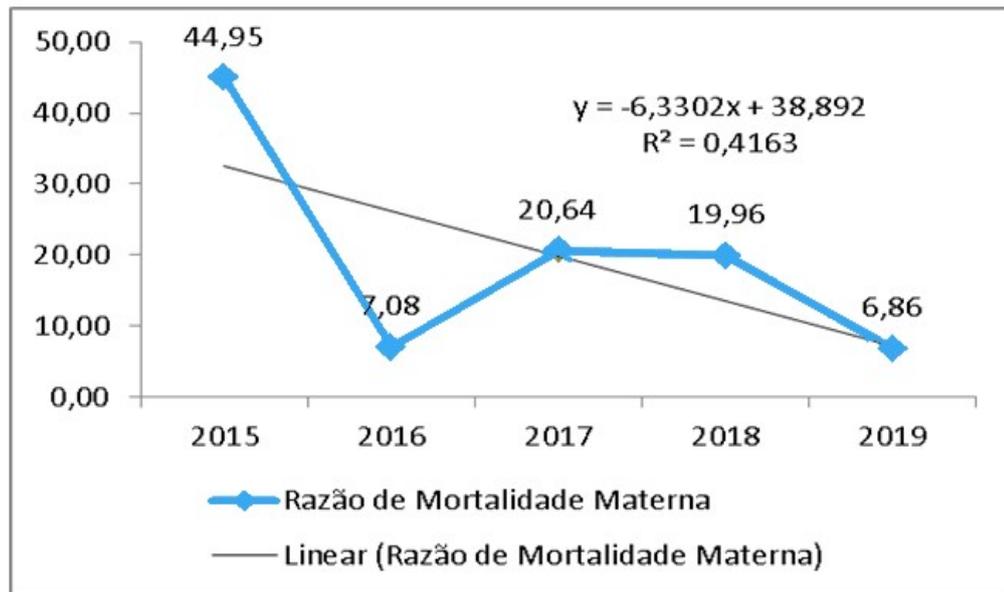
Fonte: SIM/SINASC/GATC/CGASS/SMS. Dados sujeitos a alterações;
Casos notificados no SIM/SINASC até 24/11/2020.

É importante salientar, que mais da metade dos óbitos infantis (61,0%) foi entre crianças que apresentavam baixo peso ao nascer. Estes dados indicam a necessidade de melhorar o acesso e a qualidade da assistência ao pré-natal.

Outro indicador fundamental para análise da qualidade da assistência à saúde é de mortalidade materna. O referido indicador reflete a morte de uma mulher durante a gestação ou até 42 dias, após o término, independentemente da duração ou da localização da gravidez, devida a qualquer causa relacionada ou agravada pela gravidez ou por medidas em relação a ela, porém, não devida às causas acidentais ou incidentais (OMS, 1997). A maioria desses óbitos é evitável, de forma que, esse indicador deva subsidiar a discussão da causa do óbito e direcionamento das ações de saúde.

Em Maceió, evidenciou-se uma grande flutuação da Razão de Mortalidade Materna (RMM), calculada pelo número de óbitos maternos, para cada 100 mil nascidos vivos de mães residentes em determinado espaço geográfico, no ano considerado. De 2015 a 2019 foram registrados 15 óbitos por causas maternas. A tendência da RMM, para o período analisado, foi de redução moderada, sendo a maior taxa (44,95 óbitos/100.000 nascidos vivos) registrada no ano de 2015. No ano de 2019 a RMM foi de 6,86 óbitos/100.000 nascidos vivos (Gráfico 08).

Gráfico 8: Razão de mortalidade materna, segundo ano do óbito, Maceió, 2015 a 2019.



Fonte: SIM/GATC/CGASS/SMS. Dados sujeitos a alterações; Casos notificados no SIM até 23/12/2020.

Pode ser verificado na tabela 13, que o 7º Distrito Sanitário apresentou maior frequência de óbitos maternos, com 40,0% de óbitos.

Tabela 13: Óbitos Maternos segundo Distritos Sanitários, Maceió, 2015 a 2019.

Distrito Sanitários	2015	2016	2017	2018	2019	Total	%
1º Distrito Sanitário	0	0	0	0	0	0	0,00
2º Distrito Sanitário	0	0	0	0	0	0	0,00
3º Distrito Sanitário	1	0	0	0	0	1	6,67
4º Distrito Sanitário	1	0	0	1	0	2	13,33
5º Distrito Sanitário	0	1	1	1	1	4	26,67
6º Distrito Sanitário	0	0	0	0	0	0	0,00
7º Distrito Sanitário	5	0	1	0	0	6	40,00
8º Distrito Sanitário	0	0	0	0	0	0	0,00
Ign	0	0	1	1	0	2	13,33
Total	7	1	3	3	1	15	100,00

Fonte: SIM/GATC/CGASS/SMS. Dados sujeitos a alterações; Casos notificados no SIM até 23/12/2020.

No contexto geral, a análise das condições de saúde em relação à mortalidade assinala a necessidade de serem aprimoradas as políticas de prevenção, promoção e assistência à saúde, especialmente, aquelas voltadas para os grupos mais vulneráveis e que apresentaram maior situação de risco. Indica, também, demandas para o fortalecimento da rede de atenção à saúde, com ampliação do acesso aos serviços de atenção primária e especializada, bem como uma maior articulação interinstitucional, para viabilização de políticas públicas. Enfim, o perfil epidemiológico sugere melhor organização estrutural do SUS para

implementar ações que contribuam com a redução dos indicadores de mortalidade, sobretudo, das causas que podem ser evitadas.

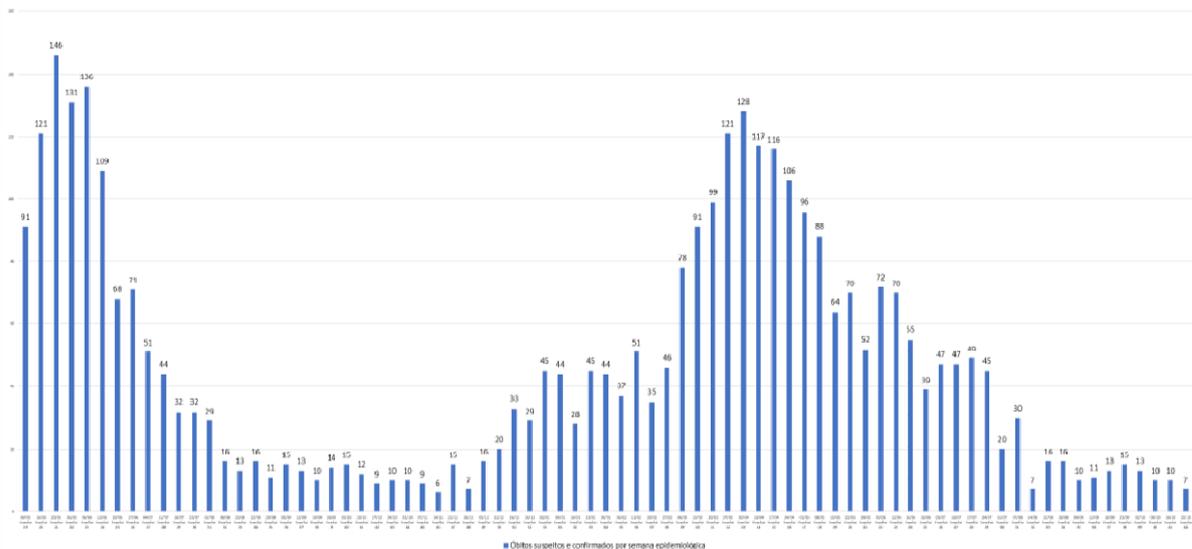
3.1.3. O contexto situacional da COVID-19

Em relação ao cenário epidemiológico da COVID-19 em Maceió, seguem algumas informações relevantes quanto o perfil de morbimortalidade decorrente da infecção humana pelo SARS-Cov-2, vírus causador da COVID-19. Ressalta-se, que os dados se referem ao período de março de 2020 a outubro de 2021, especificamente, até a 42ª semana epidemiológica de 2021.

Assim, até a 42ª Semana Epidemiológica, em Maceió, houveram 94.162 casos confirmados para COVID-19, com 2.871 óbitos de residentes.

Quanto à evolução dos óbitos por semana epidemiológica, o número total de casos confirmados de COVID-19 no município de Maceió em 2020 foi de, aproximadamente, 44.262. Desses casos, foi a óbito um total de 1.486 (confirmados e em investigação). Até 30/09/2021, o município de Maceió apresentou uma prevalência básica de, aproximadamente, 93.248 casos e 3.625 óbitos (2.861 confirmados e 764 em investigação), conforme Gráfico 09.

Gráfico 9: Distribuição de óbitos COVID-19, confirmados e acumulados. Maceió, 2020 a 2021.

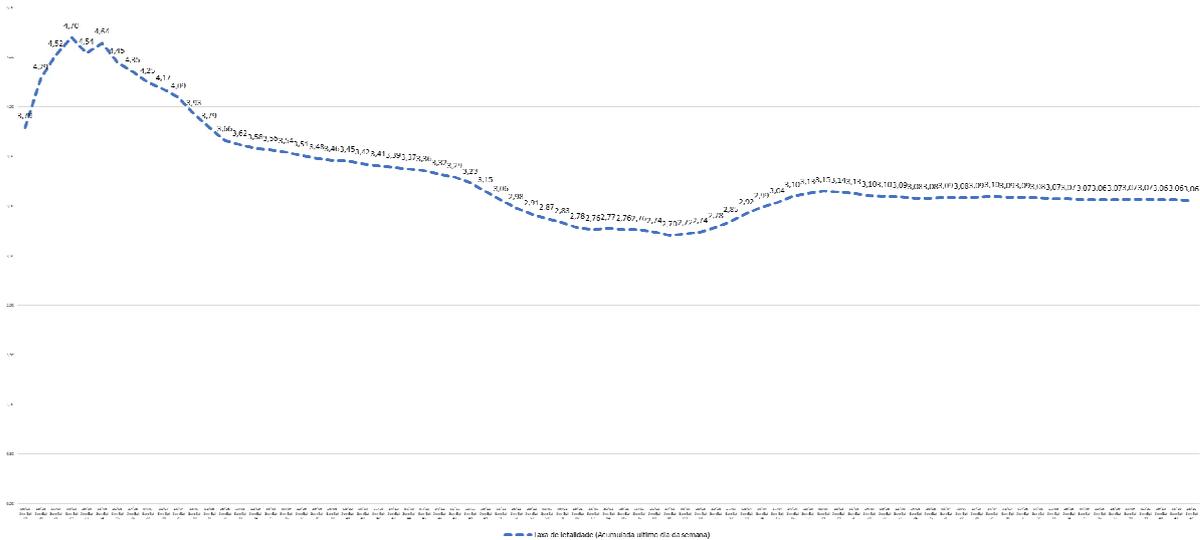


Fonte: e-SUS VE/SIVEPGRUPE/GAL/DVS/SMS. Diagramação e Análise: CGASS/DPGS/SMS/Maceió - AL. Dados sujeitos à alteração.

A análise da letalidade acumulada, que considera o número de óbitos e casos confirmados para fins de cálculo, indica que em 2020 o pico (4,75%) ocorreu no dia 31/05/2020. Após esse período, percebe-se uma redução do risco de morte

por COVID-19 no ano de 2020, chegando ao patamar de, aproximadamente, 2,87%. Em 2021, essa taxa voltou a subir, alcançando um valor de até 3,15% nas seguintes datas: 05, 08, 09 e 10/05/2021. Após esse período, existe uma redução do risco de morte chegando ao patamar de 3,07%, em 30/09/2021(Gráfico 10).

Gráfico 10: Distribuição de óbitos de COVID-19,confirmados e acumulados, segundo letalidade. Maceió, 2020 a 2021.

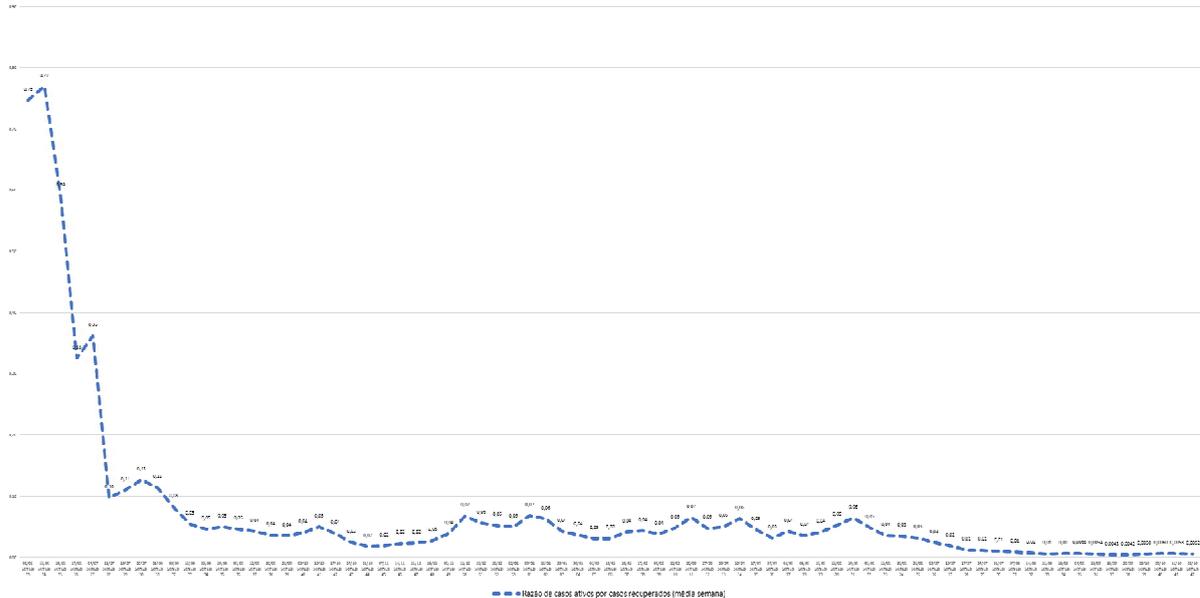


Fonte: e-SUS VE/SIVEPGRIFE/GAL/DVS/SMS. Diagramação e Análise: CGASS/DPGS/SMS/Maceió - AL. Dados sujeitos à alteração.

Monitoramento dos casos COVID-19

A razão de casos ativos por casos recuperados em 2020 alcançou o pico de 0,90, em 07/06/2020, seguindo em patamares elevados até 19/06/2020, quando seguiu uma tendência de redução, atingindo em 31/12/2020 um valor de 0,05, o que indica, possivelmente, um menor número de casos ativos circulantes no município. No ano de 2021, o número de casos ativos volta a subir atingindo o máximo de casos ativos circulantes de (4.361 casos), no dia 29/05/2021. Após esse período de ascensão, o valor volta a reduzir, atingindo em 30/09/2021 uma razão de, aproximadamente, 0,01 (ver gráfico 11).

Gráfico 11: Distribuição de casos COVID-19, ativos por casos recuperados. Maceió, 2020 a 2021.



Fonte: e-SUS VE/SIVEPGRUPE/GAL/DVS/SMS. Diagramação e Análise: CGASS/DPGS/SMS/Maceió - AL. Dados sujeitos à alteração.

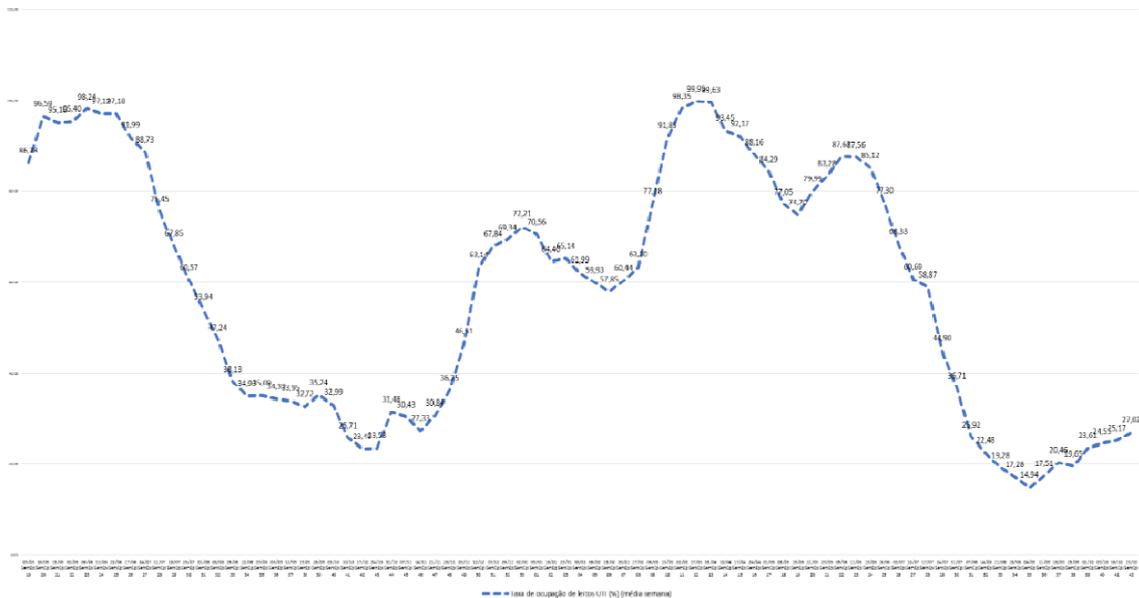
O monitoramento dos casos ativos (casos hospitalizados e em isolamento domiciliar) é realizado pela Gerência de Vigilância das Doenças e Agravos Transmissíveis e Não-Transmissíveis (GVDATNT), vinculada a Diretoria de Vigilância em Saúde (DVS) da SMS.

Nas informações disponibilizadas sobre a COVID-19, na página da Secretaria Municipal de Saúde, é possível visualizar o Boletim semanal produzido pela GVDATNT/DVS, com o perfil detalhado dos casos de infecção e óbitos, inclusive, por Distrito Sanitário de Maceió.

Assistência de média e alta complexidade aos pacientes acometidos pela COVID-19

As taxas de ocupação dos leitos evidenciam a pressão sobre o sistema de saúde na capital alagoana decorrente da demanda adicional gerada pela COVID-19. Os gráficos a seguir mostram a distribuição das taxas de ocupação de leitos de UTI com respiradores, taxa de ocupação de leitos clínicos e taxa de ocupação de leitos intermediários (UPAS), no período analisado.

Gráfico 12: Distribuição de taxas de ocupação dos leitos de UTI com respiradores, Maceió-AL, 2020-2021.



Fonte: Refere-se ao cálculo dos leitos SUS + Não SUS. Gabinete Secretaria Adjunta de Gestão em Saúde. SMS/Maceió - AL. Diagramação e Análise: CGASS/DPGS/SMS/Maceió - AL. *Dados sujeitos à alteração.

O gráfico 12 apresenta a média de ocupação de leitos de UTI com respiradores. Evidenciam-se os dados de ocupação da primeira onda da pandemia da COVID-19 no município de Maceió, demarcada entre 20^a a 24^a semanas epidemiológicas de 2020, onde a maior taxa de ocupação de leitos de UTI foi aproximadamente 98,0%.

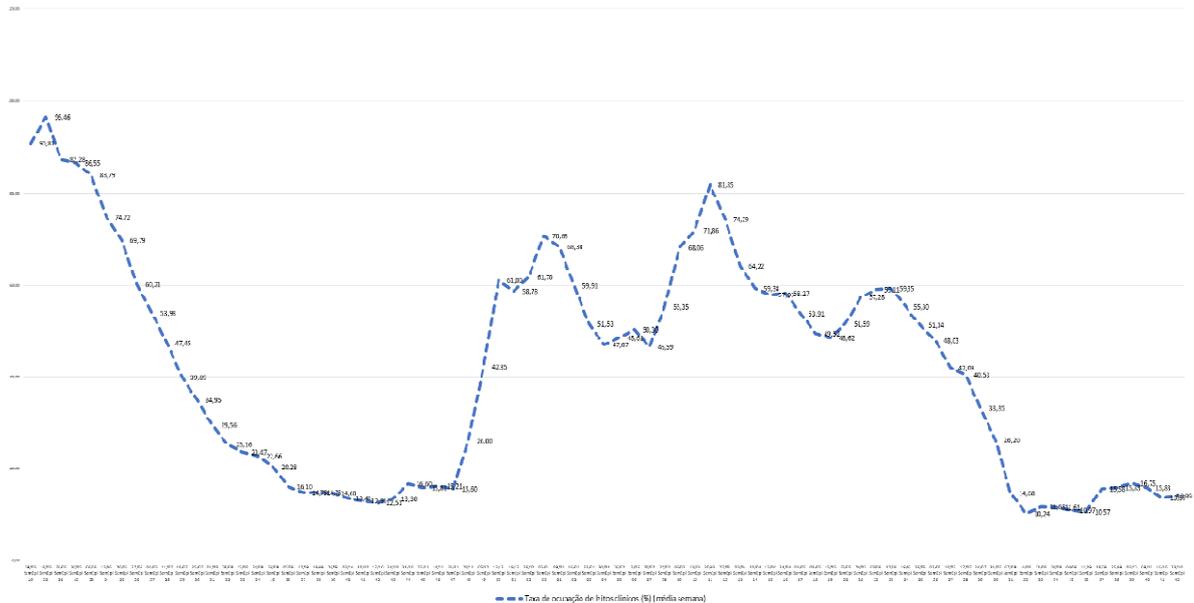
Observa-se, ainda, que a ocupação dos leitos atingiu capacidade máxima entre 11^a a 13^a semanas epidemiológicas de 2021, mantendo o percentual de ocupação acima 98%, atingindo em duas semanas epidemiológicas seguidas (12^a e 13^a) uma taxa de, aproximadamente, 99,5%.

Chama atenção o fato de que os dados de ocupação dos leitos de UTI seguiram altos após de 13^a semana epidemiológica, assim, entre a 21^a a 24^a semanas epidemiológicas de 2021 as taxas de ocupação ainda se encontravam acima de 80% da capacidade instalada de leitos com respiradores.

O declínio progressivo das taxas de ocupação de leitos de UTI iniciou-se na 28^a semana epidemiológica de 2021 mantendo-se abaixo de 60%, registrando na 43^a semana Epidemiológica, uma ocupação de 27,02%. A queda demonstra, com clareza, a diminuição de casos graves decorrente da infecção pela COVID-19 dos residentes de Maceió, sobretudo, pelo fato de uma parcela significativa da população está vacinada.

O gráfico 13 apresenta a distribuição das taxas de ocupação dos leitos clínicos nas semanas epidemiológicas de 2020 a 2021 em Maceió.

Gráfico 13: Distribuição de taxas de ocupação dos leitos clínicos, Maceió, 2020-2021.



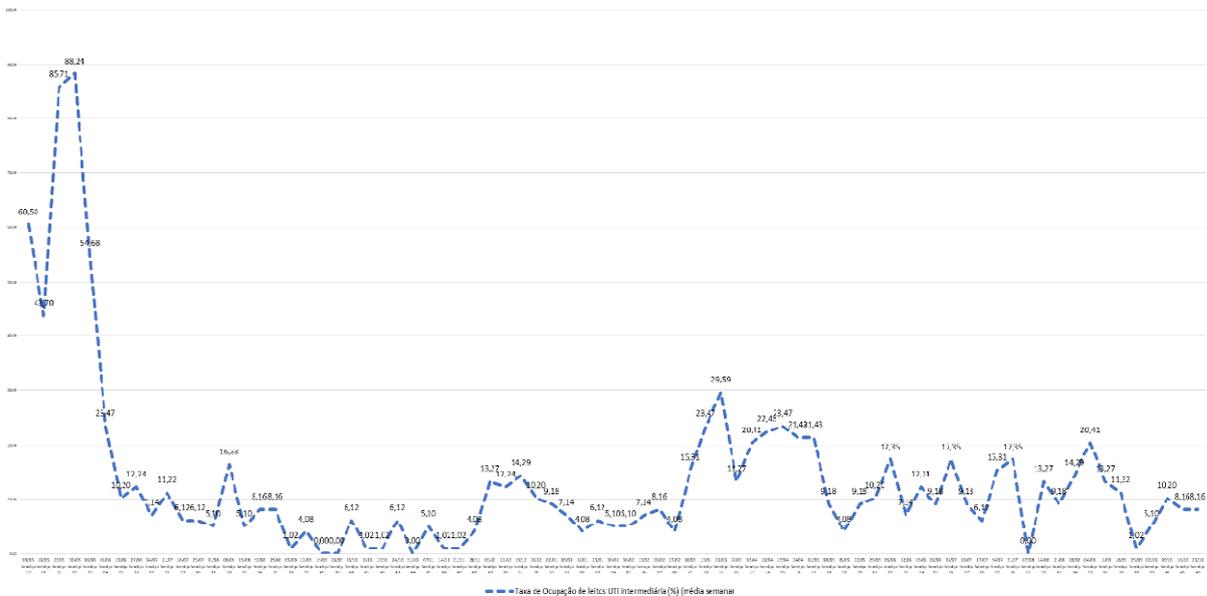
Fonte: Refere-se ao cálculo dos leitos SUS + Não SUS. Gabinete Secretaria Adjunta de Gestão em Saúde. SMS/Maceió - AL. Diagramação e Análise: CGASS/DPGS/SMS/Maceió - AL. *Dados sujeitos à alteração.

Quanto às taxas ocupação de leitos clínicos para COVID-19, conforme se verifica no gráfico 13, as semanas epidemiológicas que apresentaram maiores taxas foram entre a 18ª a 22ª semana epidemiológica de 2020, mantendo o percentual acima de 85,0% e, atingindo, um pico de aproximadamente 96,0% da ocupação desses leitos. Vale ressaltar, que houve abertura de novos leitos sugerindo uma menor taxa média de ocupação de leitos clínicos nas semanas seguintes.

A partir da semana epidemiológica 50ª de 2020 as taxas médias de ocupação dos leitos clínicos voltaram a crescer, mantendo-se acima de 60,0% de ocupação até a 2ª semana epidemiológica de 2021. Mantiveram-se em alta as taxas entre as 9ª a 10ª semanas epidemiológicas de 2021, atingindo uma taxa média de ocupação de 85,0% nesse período. Conquanto, a partir da 14ª semana epidemiológica de 2021 as taxas de ocupação apresentam declínio evidente e, na 42ª semana epidemiológica de 2021 apresentou uma taxa de ocupação de 13,99%, reverberando uma diminuição dos casos que necessitaram de hospitalização decorrente da COVID-19 no município de Maceió.

O gráfico 14 indica a distribuição das taxas de ocupação dos leitos intermediários (UPAS) nas semanas epidemiológicas de 2020 a 2021 em Maceió – AL.

Gráfico 14: Distribuição de taxas de ocupação dos leitos intermediários (UPAS), Maceió, 2020-2021.



Fonte: Gabinete Secretaria Adjunta de Gestão em Saúde. SMS/Maceió - AL. Diagramação e Análise: CGASS/DPGS/SMS/Maceió - AL. *Dados sujeitos à alteração.

Ao longo do período analisado, os meses de maiores taxas de ocupação leitos intermediários (UPAS) foram às seguintes: 21^a e 22^a de semanas epidemiológicas de 2020, com taxas de 85,71% e 88,24%, respectivamente. Referente às semanas epidemiológicas do ano de 2021, chama a atenção o fato de se manterem de forma variável ao longo do período, sendo que alguns dos maiores picos nas taxas foram as 10^a e 11^a semanas com percentual de 23,47% e 29,59%, respectivamente. Também chama atenção os dados entre as 13^a a 17^a semanas epidemiológicas, que mantiveram suas taxas de ocupação numa média de 21,8%.

Atendimento à população nas Unidades de Referências para Síndromes Gripais – URSG's

A Secretaria Municipal de Saúde de Maceió implantou 04 (quatro) Unidades de Referência de Síndromes Gripais para o enfrentamento da COVID-19 no município. Com o aumento do número de casos, a partir do mês de abril/2020, foi

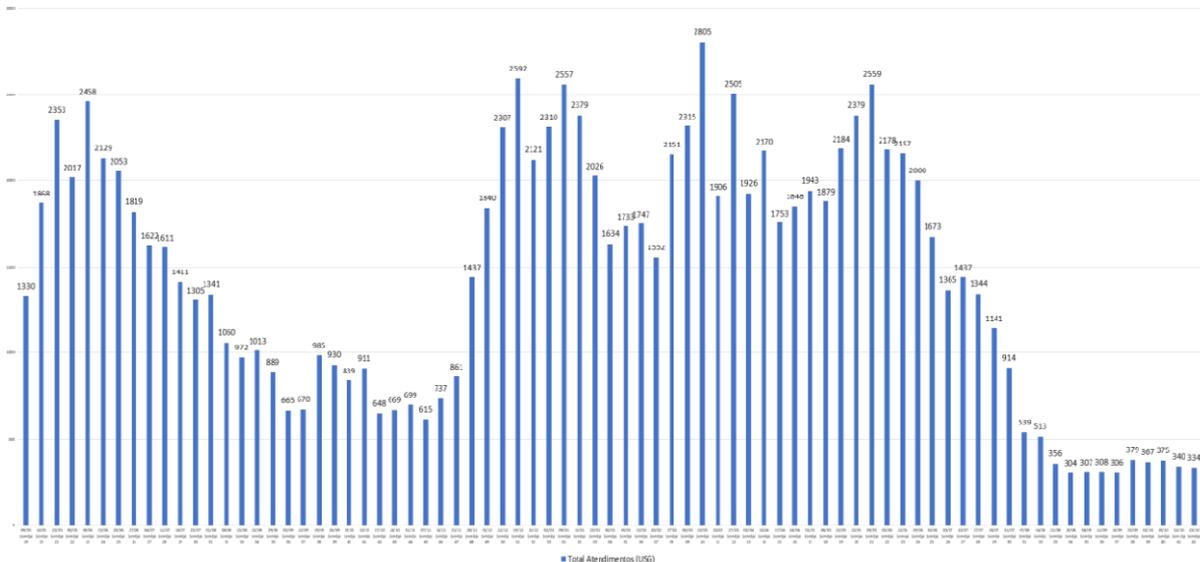
avaliada a necessidade de ter unidades de referência para atendimentos às pessoas com sintomas gripais, dos casos leves e moderados.

As localizações das URSG's foram determinadas, através da análise do boletim epidemiológico, verificando os bairros de Maceió com maior número de casos confirmados ou em ascensão. Nesse contexto, foram criadas duas URSG's no 7º DS, por abranger os bairros com maior prevalência de casos confirmados no início do mês de maio/2020. Com a crescente disseminação da COVID-19 nos bairros pertencentes ao 3º e 5º DS, optou-se pela instalação no final do mês de maio de mais 01 (uma) URSG, situada no 5º DS, que conseguia abranger também as demandas do 3º DS. E, no início do mês de junho foi implantada a última URSG no 8º DS, dando abrangência ao 1º e 8º DS.

As estruturações das URSG's contaram com atendimentos de médicos clínicos, enfermagem gerencial e assistencial, farmacêuticos, técnicos de enfermagem, técnicos de laboratório, gerências e apoios administrativos. As ações e serviços ofertados foram de realização de exames laboratoriais e testagem rápida, encaminhamento para os exames de imagem (TC, RX e ECG), isolamento/observação e transferência dos usuários com sinais de agravos para unidades secundárias (UPAS e Hospitais).

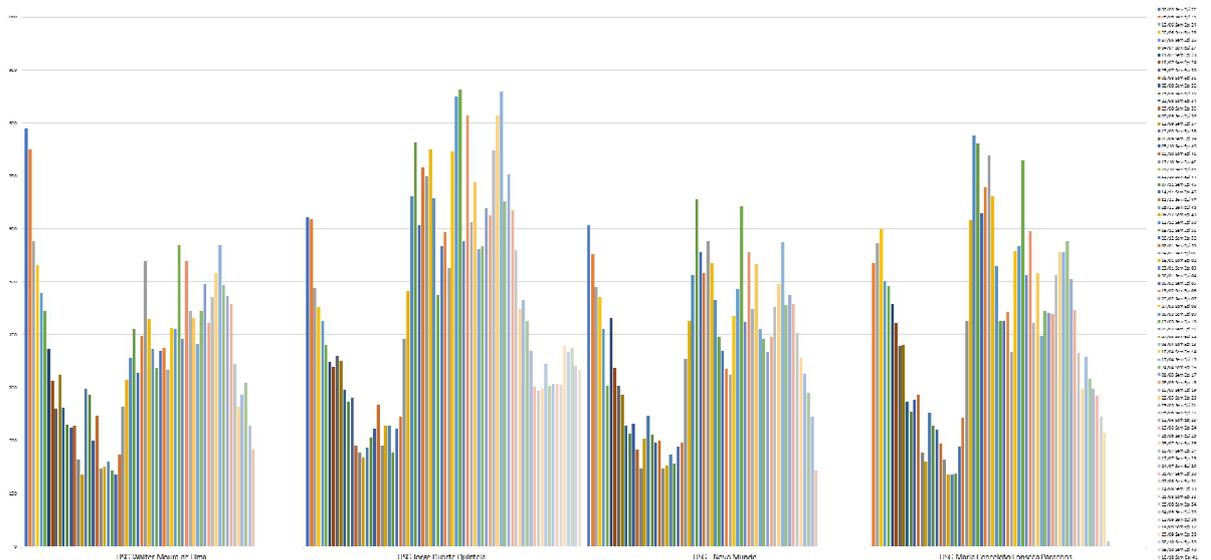
Segue a apresentação dos dados de atendimentos realizados nas URSG's no município de Maceió, no período de 2020 até a 42ª semana epidemiológica de 2021.

Gráfico 15: Distribuição de atendimentos acumulados nas Unidades de Referência para Síndromes Gripais - URSG, Maceió - AL, 2020-2021.



Fonte: Gabinete Secretaria Adjunta de Gestão em Saúde. SMS/Maceió - AL. Diagramação e Análise: CGASS/DPGS/SMS/Maceió - AL. *Dados sujeitos à alteração.

Gráfico 16: Distribuição de atendimentos acumulados por Unidades de Referência para Síndromes Gripais - URSG, Maceió-AL, 2020-2021.



Fonte: Gabinete Secretaria Adjunta de Gestão em Saúde. SMS/Maceió - AL. Diagramação e Análise: CGASS/DPGS/SMS/Maceió - AL. *Dados sujeitos à alteração.

Observam-se nos gráficos 15 e 16, que entre 2020 a 2021, até a 42ª semana epidemiológica, o município realizou 111.677 atendimentos totais, distribuídos da seguinte maneira nas quatro unidades existentes: URSG Walter de Moura Lima (25.131 atendimentos), URSG Jorge Duarte Quintela (36.729 atendimentos), URSG Novo Mundo (23.491 atendimentos) e URSG Maria Conceição Fonseca Paranhos (26.324 atendimentos).

Todas as unidades demonstraram decréscimo dos atendimentos nas últimas semanas epidemiológicas, com isso, cabe salientar que todas as URSG's foram desativadas enquanto referência de COVID-19 e voltaram a desenvolver os trabalhos pertinentes à atenção primária.

Importante destacar na análise situacional, que a COVID-19 também provoca sequelas na maioria da população acometida, após fase de agudização, com apresentação de sequelas e comorbidades. Considerando essa problemática, foi implantado pela SMS o Centro de Especialidades Eliane Machado (CEEM), para dar continuidade ao acompanhamento e tratamento dos pacientes pós-COVID. Atualmente, o CEEM funciona no Centro de Especialidades PAM Salgadinho, com atendimentos nas áreas de cardiologia, neurologia, otorrino, pneumologia,

alergologia, infectologia e hematologia. O serviço também disponibiliza exames de imagem específicos, encaminhamento para o Centro de Referência de Doenças Crônicas (CEDOCH) e outras especialidades.

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 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, 2021).

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 sociais.

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 2.897 dentre as 5.570 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 se encontra na linha de pobreza.

Educação

Em relação à educação, os indicadores do Índice de Desenvolvimento da Educação Básica (IDEB), divulgados pelo Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais, Anísio Teixeira (INEP), apontam que Maceió teve avanços significativos nos últimos anos. De acordo com o INEP, Maceió não só ultrapassou a meta estabelecida pelo IDEB nos anos iniciais para 2019, como bateu a meta projetada para 2021, alcançando 5.4, quando a projeção estabelecida era 5.1. Nos anos finais Maceió supera pela primeira vez a média, atingindo 4.3, quando a projeção era de 4.2.

Ainda segundo INEP, quando comparados os resultados com 2017, observa-se que Maceió cresceu 0.4 pontos nos anos iniciais, saindo de 5.0 para 5.4. Em termos percentuais, esse valor representa um avanço de 8% entre 2017 e 2019. Já nos anos finais Maceió cresceu 0.5 pontos, saindo de 3.8 para 4.3 em 2019, com aumento de 13%.

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 2019, mostram os seguintes índices concernentes ao saneamento em Maceió: 48,2% 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). Em comparação com outras cidades do Brasil, a posição de Maceió é 2.362 de 5.570 (para esgotamento sanitário), 3.844 de 5.570 (referente à arborização) e 1.076 de 5.570 (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 2019 atingiu 94,3% 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 sentido, 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 (2021), 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 (76,2%) e jovens (54,3%), com idade entre 18 e 24 anos, no ano de 2019. Apesar de os dados indicarem Alagoas como a unidade da federação que mais reduziu a taxa de homicídios no Brasil, no comparativo entre 2011 e 2019, 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 (2020) registra uma estatística, onde 70,8% dos Crimes Violentos Letais e Intencionais (CVLI) ocorridos em Maceió atingem a faixa etária entre 18 e 29 anos. Os crimes evidenciados nas estatísticas 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 2017 a 2019, o município

apresentou uma leve redução quanto aos números destas ocorrências, totalizando 663 CVLI's em 2017, 523 em 2018 e 347 em 2019.

De acordo com a Secretaria de Estado de Segurança Pública (2020), 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.

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 SINAN 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 2022/2025, para formulação da análise de situação de saúde, também foram realizadas oficinas distritais e consulta pública 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 arranjos distritais.

Quadro 1: Priorização de Problemas de Estado da Saúde da População

PROBLEMA DE ESTADO DE SAÚDE	Arranjo distrital	
	I, II, V, VIII	III, IV,VI,VII
Aumento do número de casos de tuberculose em Maceió	X	
Crescimento dos índices de gravidez em adolescentes	X	
Aumento das doenças crônicas e suas complicações (Hipertensão, Diabetes, cardiopatias, obesidade, neoplasias)	X	X
Aumento de casos de adolescentes e crianças com obesidade	X	X
Agravamento das doenças crônicas – hipertensão e diabetes, em função da lacuna assistencial na área afetada pelo problema da Braskem		X
Aumento das mortes por doenças cardiovasculares	X	X
Elevado número de casos de transtornos mentais (depressão, suicídio, transtorno da ansiedade entre outros)	X	X
Aumento de Casos de dependência química	X	X
Índices crescentes de violência autoprovocada - automutilação, suicídio em adolescentes e outras faixas etárias na população de Maceió no ano de 2020 e 2021	X	X
Aumento do uso do álcool, tabaco e outras drogas na população, incluindo as pessoas com transtornos mentais.	X	
Aumento da dependência de medicações de uso controlado para doenças psiquiátricas	X	
Aumento de casos de adoecimento dos profissionais de saúde por transtornos mentais (depressão, ansiedade, pânico, stress)	X	
Alto índice do uso de drogas ilícitas na população adulto jovem	X	X
Aumento da violência em pessoas acamadas	X	
Número elevado de casos de autismo	X	
Aumento no número de pessoas com sequelas pós covid19		X
Crescimento do tabagismo entre a população adulto Jovem	X	
Aumento de IST's (sífilis e HIV) na população	X	
Crescimento da demanda de casos de violência doméstica e sexual agravados no período de pandemia	X	X
Elevado número de casos de doenças e agravos por causas externas (acidente de trânsito e violências – estupro, doméstica)	X	
Aumento no número de casos de violência obstétrica e violência doméstica		X
Crescimento no número de casos de acidentes por animais peçonhentos		X
Aumento no número de casos de dengue, zika e chikungunya em decorrência da falta de controle de vetores		X

Quadro 2: Priorização de Problemas de Sistema e dos Serviços de Saúde

PROBLEMA DE SERVIÇOS E SISTEMA DE SAÚDE	Arranjo distrital	
	I, II, V, VIII	III, IV,VI,VII
Baixa cobertura da atenção básica em Maceió (modelo de Estratégia da Saúde da Família e demanda espontânea) especialmente nas áreas de expansão imobiliária e/ou de deslocamento populacional	X	X
Baixa cobertura de Saúde Bucal na rede assistencial, ocasionando dificuldade no acesso e aumento da demanda para os profissionais	X	X
Insuficiência de profissionais nas unidades básicas de saúde (assistentes administrativos, médicos clínicos, ginecologistas, pediatras, enfermeiros, odontólogos, psicólogos, assistentes sociais, agentes de saúde e técnicos de enfermagem)	X	X
Baixo suporte nas Unidades Básicas de Saúde, para ações de urgência Básica	X	
Falta de insumos para procedimentos clínicos e de odontologia	X	X
Reduzido número de ações de educação em saúde direcionadas para orientação sexual do público adolescente		X
Insuficiência no acompanhamento de pessoas com tuberculose na população em situação de rua (ESF + CnR)	X	
Ausência de referência e contrarreferência nos Distritos Sanitários		X
Pouca assistência às pessoas acamadas, decorrente do baixo número de profissionais da Atenção Básica e Serviço de Atendimento Domiciliar (SAD)	X	
Descontinuidade no desenvolvimento das ações dos programas (saúde da mulher, saúde da criança)		X
Aumento das demandas de saúde da população nas unidades do entorno das áreas afetadas pela Braskem, gerando sobrecarga dos profissionais da unidade de saúde(US Paraíso do Horto, Walter Lima, IB Gatto, Jose Guedes Farias, Santos Dumont, Djalma Loureiro, Claudio Medeiros, Pitanguinha)	X	
Baixo alcance dos indicadores de saúde devido a desestruturação e/ou ausência dos serviços no território	X	
Acompanhamento insuficiente a população idosa pela atenção básica	X	
Insuficiente integração entre a rede de atenção básica com as redes temáticas do SUS, bem como as políticas intersetoriais		X
Excesso de metas para os Agentes Comunitários de Saúde, prejudicando a qualidade do trabalho prestado à população		X
Estrutura física inadequada de parte das Unidades de Saúde da rede assistencial para o desenvolvimento do trabalho das equipes	X	X
Insuficiência de equipamentos (sonar, tensiômetro e outros) nas unidades básicas, consultórios odontológicos e unidades especializadas	X	X
Falta de segurança nas Unidades Básicas de Saúde		X
Inadequação das estruturas físicas das unidades que compõem a rede psicossocial	X	X
Ausência e/ou deficiência de estrutura física para consultórios odontológicos	X	
Ausência e/ou insuficiência de serviços para implantação do DIU e laqueaduras em todos os Distritos Sanitários, comprometendo o planejamento familiar	X	X
Baixa resolutividade no atendimento às gestantes, devido à não abertura da maternidade no hospital veredas e a falta de exames de acompanhamento (ultrassonografia e citologia).		X
Ausência dos serviços prestados pela maternidade Denilma Bulhões	X	

(necessidade de reativação)		
Deficiência no acesso e continuidade do tratamento na rede de atenção às doenças crônicas, pela insuficiência de pontos de atenção e carência de especialistas, exames e outros procedimentos		X
Falta de estrutura ambulatorial de saúde mental, incluindo a insuficiência de psicólogos e psiquiatras		X
Insuficiência de pontos de atenção da rede psicossocial descentralizados nos DS ((implantação do CAPS III e ampliação dos demais serviços – CAPS II, CAPS I, Residências e Unidade de Acolhimento)	X	X
Número reduzido de pontos de atenção na rede de urgência e emergência, ocasionando dificuldade no acesso dos usuários	X	X
Inexistência de rede própria estruturada para atendimento a portadores de deficiência	X	
Deficiência na rede de atenção para tratamento de: fibrose cística; autismo		X
Insuficiência no acesso à rede de atenção à pessoa com deficiência.	X	
Estrutura física inadequada/precarizada para garantir a acessibilidade dos usuários		X
Falta de medicamentos, correlatos e insumos na rede de serviços SUS, incluindo da REMUNE e da RECOR	X	
Insuficiência de medicamentos na rede de saúde mental em Maceió		X
Deficiência na estrutura do LACLIM para garantir acesso e qualidade no atendimento	X	
Baixo aproveitamento dos profissionais farmacêuticos: atuação técnica x clínica na rede SUS, por ausência do cargo de auxiliar de farmácia no município		X
Dificuldade de desospitalização dos pacientes que precisam de suporte especializado em nível domiciliar		X
Insuficiência de acesso aos serviços para atendimento às pessoas sequeladas pela COVID	X	X
Desestruturação da unidade de referência PAM Bebedouro devido ao problema da Braskem, deixando a população sem assistência.	X	
Insuficiência de exames especializados (imagens: mamografia, raio x) na rede de saúde	X	X
Deficiência no acesso para consultas especializadas devido ao número reduzido de profissionais de saúde (urologista, hepatologista, endócrino, neurologista, pediatra, dermatologista, angiologista, ortopedista, geriatra, infectologista, entre outros)		X
Ausência de descentralização dos serviços especializados do SUS, por Distritos Sanitários	X	
Morosidade na marcação de consultas e exames especializados no município de Maceió e na devolutiva dos exames para as unidades	X	X
Insuficiência de insumos e material para tratamento do HPV e outras IST's	X	X
Deficiência na estrutura dos serviços de saúde do trabalhador e da aplicabilidade da Política de Saúde do trabalhador	X	
Falta de estrutura de funcionamento dos pontos de apoio para os Agentes de Endemia, além da baixa cobertura das áreas	X	X
Número reduzido de Academia da Saúde para demanda da população de Maceió	X	
Baixa resolutividade nas denúncias e sugestões na Ouvidoria		X
Reduzido número de profissionais nos serviços básicos e especializados (clínico, psicólogo, nutricionista, psiquiatra, pediatra, endocrinologia, técnico de enfermagem, dermatologia, cardiologia, pneumologista, hebiatra, obstetras, ginecologista, urologista, neuropediatra, mastologista)	X	

Perseguição e assédio moral de servidores por parte de gestão em geral, inclusive com descumprimento na aplicação dos fluxos oficiais de devolução de servidores (Advertência verbal, Advertências escritas e devolução com justa causa)	X	X
Pouca aplicabilidade da Política de Humanização nas Unidades de Saúde (pouca capacitação profissional, falta de acolhimento aos usuários e dificuldade de ambiência – ergonomia, entre outros)	X	X
Comunicação impositiva / verticalizada da Gestão junto aos trabalhadores, no que diz respeito a: reformas, mudanças nos processos de trabalho, redimensionamento de pessoal		X
Baixa preocupação da Gestão da SMS com a saúde do trabalhador no período pós pandemia		X
Insuficiência do quadro de servidores na saúde, incluindo as áreas administrativas	X	
Dificuldade na regulação de pacientes para marcação de exames, sobretudo de imagens (Raio x, ultrassonografia, espirometria) e consultas especializadas	X	
Insuficiência de contratualização de serviços de exames e consultas especializadas, além da dificuldade de marcação pelo sistema de regulação		X
Inadequada prestação de serviços contratualizados da rede complementar ao SUS, somada a má qualidade atendimento		X
Ausência da implantação do Prontuário Eletrônico em parte nas Unidades de Saúde		X
Ausência do acompanhamento do fluxo de marcação de consulta por meio da Plataforma Conecta SUS	X	
Insuficiência de instrumentos de comunicação no Conselho Municipal para facilitar o controle social dos usuários	X	
Reduzido número de Conselhos Gestores nas unidades de saúde		X

A sistematização do quadro 1, com os problemas de estado da saúde, evidencia que as doenças crônicas não transmissíveis, a dependência química, os transtornos mentais e as violências foram as problemáticas mais sentidas pela população e mensuradas durante as oficinas de elaboração do PMS. Questões que vinham sendo identificadas no perfil epidemiológico dos últimos cinco anos, contudo, se agravaram no período pandêmico.

Em relação aos problemas do sistema e dos serviços de saúde, organizados no quadro 2, predominaram nas oficinas aqueles relativos à baixa cobertura de atenção primária, a insuficiência de exames e procedimentos especializados, o reduzido número de profissionais nas unidades (especialistas e clínicos), a precarização das condições de trabalho dos servidores, e a falta de insumos e correlatos diversos, especialmente, de medicamentos.

A insuficiência dos pontos de atenção nas redes (Psicossocial, Atenção às doenças crônicas, Pessoa com deficiência e Materno-infantil) e da descontinuidade das ações dos programas estratégicos também foram problemas evidenciados pela população.

Observa-se, também, que o resultado das oficinas indicou um número relevante de problemas de serviços de saúde situados no campo das relações de poder, especialmente, da forma como as equipes gestoras têm se relacionado com os trabalhadores nos serviços de saúde. Questão que serve de insumo para organizar as metas desse novo PMS voltadas para a gestão do trabalho no SUS e a educação permanente em saúde.

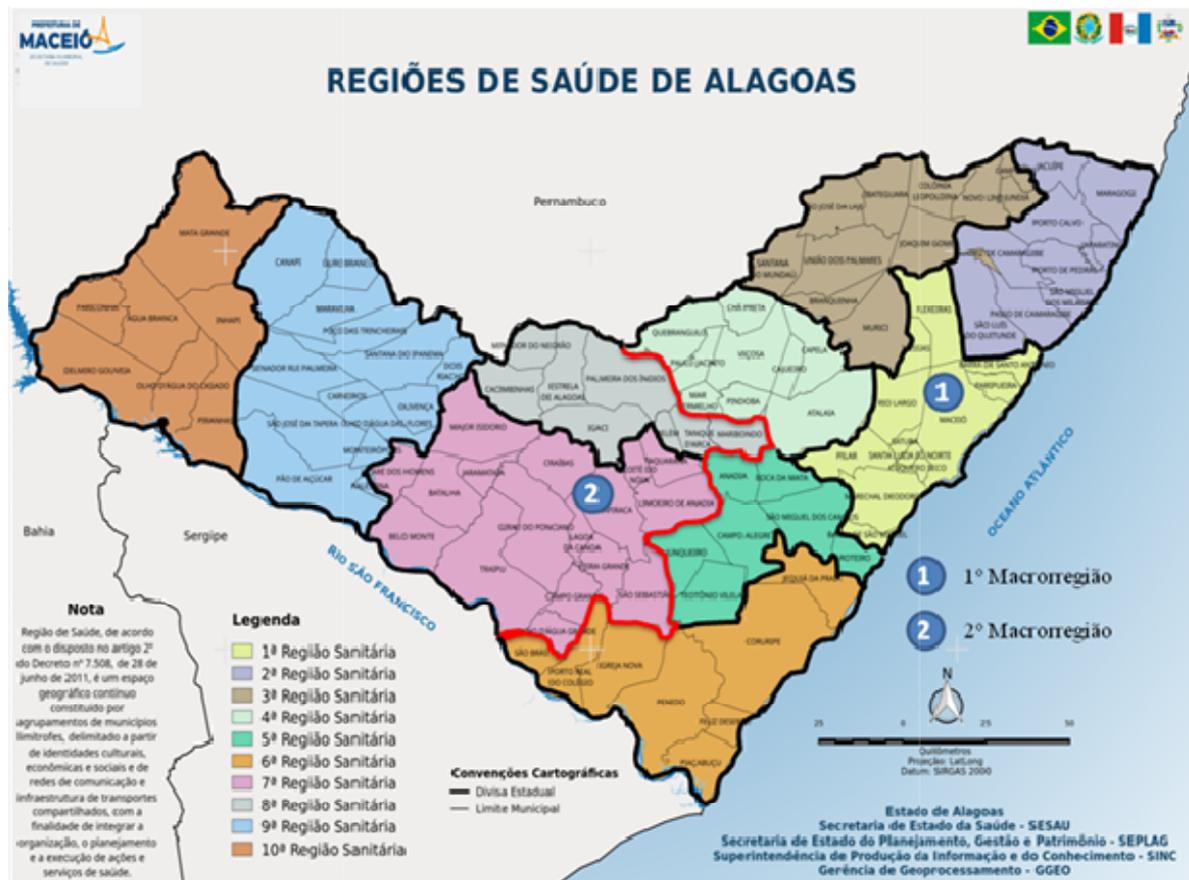
Nessa perspectiva, a análise situacional com base na leitura da população demonstra que a rede assistencial do SUS em Maceió apresenta diversos vazios que se configuram enquanto problemas estruturantes de saúde pública, tanto em relação ao acesso da população as ações e serviços, quanto ao desempenho do sistema, para garantir a efetividade e a integralidade da atenção à saúde. Tais problemas e necessidades da população serviram de subsídios para construção das diretrizes estratégicas e metas desse Plano Municipal de Saúde, a ser implementado no quadriênio 2022-2025.

3. 4 - Contextualização da organização das ações e serviços de saúde

Diversos desafios existem para a produção do cuidado e assistência em saúde nos mais distintos contextos e níveis de governo, seja federal, estadual e/ou municipal. Desse modo, na esfera administrativa da gestão da Secretaria Municipal de Saúde de Maceió, o maior enlace consiste na superação, ainda vigente, do modelo de atenção à saúde centrado na assistência da média e alta complexidade e na reversão da lógica fragmentada do sistema de saúde, reestruturando-o a partir do conceito ampliado de saúde, onde firma-se o compromisso com a reordenação da Atenção Primária à Saúde (APS).

Nesse contexto, o SUS em Maceió está configurado em um modelo de organização dos serviços que visa a uma atenção à saúde universal, equânime, humanizada, resolutiva 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 (2.107.420 hab.) e integra com outros onze municípios, a 1ª Região de Saúde, conforme mostra a figura 03.

Figura 3: Mapa das regiões de saúde, por macrorregião, 2020.



Fonte: CGASS/SMS/Maceió (Adaptado -SESAU/AL, 2020).

Para garantir a atenção à saúde da população residente e referenciada, a rede ambulatorial própria do SUS, no município de Maceió, é constituída de 83 serviços de saúde, de atenção primária e especializada, distribuídos entre as categorias descritas na tabela 14.

Tabela 14: Serviços de Saúde da rede própria do SUS Maceió- 2021.

DESCRIÇÃO DO SERVIÇO DE SAÚDE	Qty
Unidades de Estratégia Saúde da Família (ESF)	33
Unidades Básicas de Saúde – modelo tradicional/demanda espontânea	17
Unidades Básicas de Saúde Mistas (ESF e modelo tradicional)	03
Unidades Docentes Assistenciais – UDA	04
Unidades de Pronto Atendimento – UPA	02
Unidades de Referência em especialidades	08
Centro de Especialidade Odontológica – CEO	02
Centro de Especialidades (PAM Salgadinho)	01
Centro de Atenção Psicossocial – CAPS	05
Unidade de Acolhimento Infanto-juvenil – UAI	01
Serviços de Residências Terapêuticas – SRT	07
Total	83

Fonte: DGPS/Coordenação de Análise Situação de Saúde, 2021.

O sistema de saúde de Maceió também conta, em sua rede própria, com 47 dispositivos para o desenvolvimento de ações de atenção à saúde, nos níveis primário e secundário, visualizados na tabela 15.

Tabela 15: Dispositivos de Saúde e outros serviços da rede própria, Maceió, 2021.

DISPOSITIVOS DE SAÚDE E OUTROS SERVIÇOS	Qtd
Equipes de Consultório na Rua	06
Núcleo de Apoio a Saúde da Família – NASF	10
Equipes de Serviço de Atenção Domiciliar – SAD ¹	13
Núcleo de Atividades Físicas – NAF	13
Núcleo de Cultura e Reabilitação Psicossocial	01
Laboratório de Análises Clínicas de Maceió – LACLIM	01
Centro de Especialidade Pós Covid-19 Eliane Machado	01
Centro Especializado de Doenças Crônicas – CEDOCH	01
Centro Especializado de Reabilitação – CER (PAM Salgadinho)	01
Total	47

Fonte: DGPS/Coordenação de Análise Situação de Saúde, 2021.

Para uma melhor compreensão da lógica de funcionamento da rede SUS em Maceió e organização territorial, a análise situacional que segue apresenta a configuração das ações e serviços de saúde por Distrito Sanitário, por níveis de atenção à saúde, e por organização em redes temáticas.

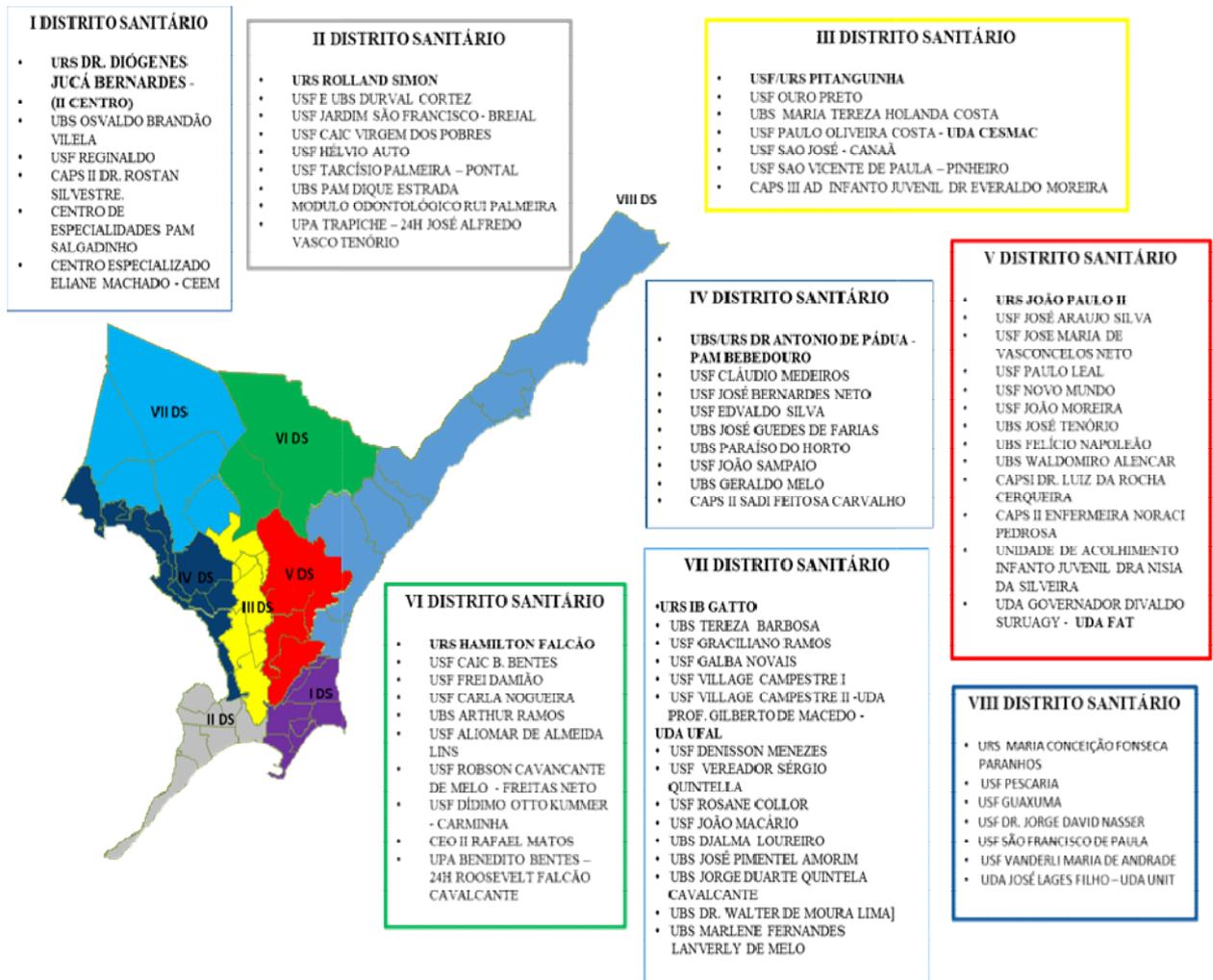
3.4.1 – Organização da Rede de Serviços nos Distritos Sanitários

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, 2017).

Em Maceió, a rede própria de serviços do SUS está estruturada em 08 Distritos Sanitários, que também correspondem às regiões administrativas, conforme mostra a figura 04. O modelo de organização territorial por Distrito Sanitário (DS) contempla uma Unidade de Referência (UR), em cada DS, para a prestação de assistência especializada à saúde (Conferir apêndice 1, com o endereço das unidades da rede própria).

¹Das 13 equipes do SAD, 9 são Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD), 3 são Equipes Multiprofissionais de Apoio (EMAP) e 1 Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar Hospitalar (EMAD-HGE).

Figura 4: Mapa com a rede de serviços, por Distritos Sanitários, 2021.



Fonte: CGASS/GGDS-Adaptado/SMS/Maceió-AL, 2021.

É possível visualizar, na figura acima, que Maceió convive com dois modelos de atenção primária à saúde – unidades de Estratégia de Saúde da Família (ESF) e Unidades Básicas de Saúde (UBS), que atendem à demanda espontânea.

A configuração dos serviços de saúde da rede própria do SUS em Maceió, de atenção primária e especializada, bem como alguns indicadores que conformam o perfil epidemiológico da população em cada território, podem ser visualizados na análise detalhada, por Distrito Sanitário, a seguir.

Figura 5: Mapa do I Distrito Sanitário, Maceió - AL, 2021.



Conforme figura 05, o primeiro Distrito Sanitário (DS) compreende 07 bairros, localizados numa região que abrange parte da área litorânea do município, com uma população total de 113.358 habitantes e uma densidade demográfica de 11.722,96 hab./km². O DS representa, aproximadamente, 10,8% da população de Maceió.

Os dados de mortalidade referentes ao I Distrito Sanitário, em 2019, indicam como as principais causas de óbito nesse território: doenças do aparelho circulatório (28,04%), neoplasias (18,8%), doenças do aparelho respiratório (11,7%) e causas externas (8,1%), semelhante à tendência geral do município de Maceió.

Quanto à morbidade, as principais causas de adoecimento da população do território, em 2019, foram: acidente por animais peçonhentos, com 25,4%, seguido de atendimento antirrábico, com 25,01% e dengue, com 14,2%.

No I 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 Distrito. O quantitativo de serviços de APS assinala que existe um grande vazio assistencial no primeiro distrito, com a menor cobertura de atenção básica do município.

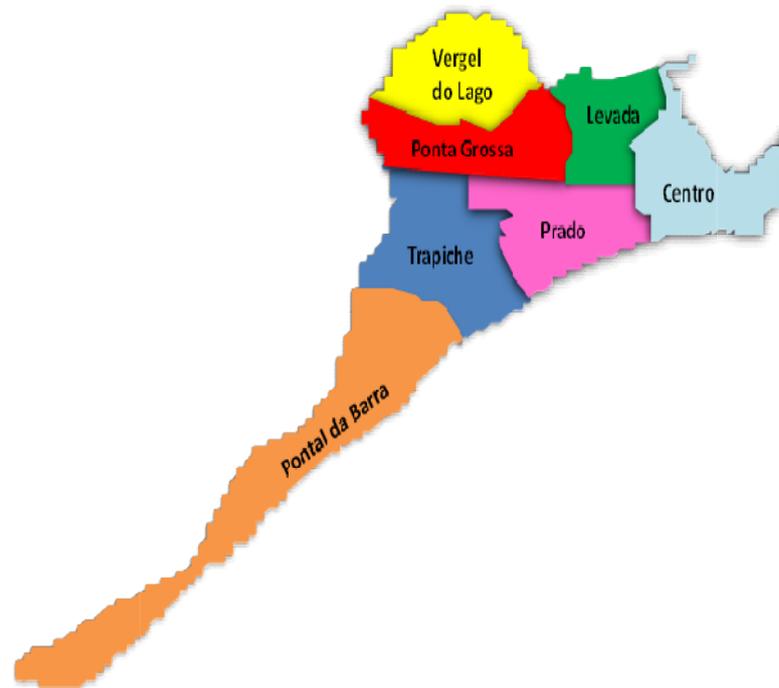
O I Distrito Sanitário dispõe, também, de 01 Unidade de Referência, que é o II Centro de Saúde que oferta as seguintes especialidades - colposcopia, geriatria, pneumologia, urologia, dermatologia, otorrinolaringologista, ginecologista, cirurgião pediátrico e mastologista. O II Centro também possui um 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.

Também fica localizada no I Distrito Sanitário a Unidade especializada do PAM Salgadinho, que presta atendimento tanto à população residente de Maceió, quanto à população referenciada dos municípios alagoanos. O PAM dispõe de diversos serviços especializados, que compõem os pontos de atenção das redes e outras referências, a saber: Centro Especializado Odontológico - CEO; Centro Especializado em Reabilitação – CER III(auditiva, física e intelectual); Centro de Referência em Doenças Crônicas - CEDOC; Referência para as Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST/ HIV/AIDS); Laboratório de Análises Clínicas de Maceió (LACLIM); e o Centro Especializado para reabilitação pós COVID-19 (Conferir apêndice 02 com os serviços do PAM).

Também fica localizada no primeiro Distrito a sede do Centro de Gestão Integrada da Saúde (CEGIS) - setor do SUS responsável pela regulação de consultas, exames e procedimentos especializados, ofertados à população de Maceió e demais municípios do Estado de Alagoas.

O Distrito dispõe de um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), no bairro de Jatiúca, que atende a população de outros DS, devido à insuficiência de serviços de saúde mental no município.

Figura 6: Mapa do II Distrito Sanitário, Maceió - AL, 2021.



O segundo Distrito Sanitário é formado por 07 bairros, conforme visualização na figura 06, e apresenta uma estimativa populacional de 110.119 habitantes, com uma densidade demográfica de 9.911,67hab/km². O Distrito representa em torno de 10,4% do contingente populacional de Maceió.

Quanto à análise das condições de saúde da população, os dados de mortalidade referentes ao II Distrito Sanitário, no ano de 2019, evidenciam que as principais causas de óbito no território foram: doenças do aparelho circulatório (27,5%), neoplasias (14,9%), causas externas (13,0%), e doenças do aparelho respiratório (9,5%).

Dentre as causas de adoecimento no II DS, em 2019, destacam-se: dengue, com 27,43%, seguido do atendimento antirrábico, com 19,69% e acidente por animais peçonhentos, com 16,86%. Chama à atenção também no Distrito, os registros de febre chikungunya, que totalizaram 14,21%.

Em relação à organização dos serviços, no II Distrito, a cobertura de atenção básica é de 52,73%. A rede SUS no território está estruturada em 07 unidades de saúde, distribuídas em: 01 Unidade de Referência para especialidades (Roland Simon), 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.

Figura 7: Mapa do III Distrito Sanitário, Maceió-AL, 2021



Observa-se na figura 07, que o terceiro Distrito Sanitário é composto por 08 bairros, com uma população de 76.339 habitantes e uma densidade demográfica de 5.765,77 hab/km². O III DS representa somente 7,2% da população do município.

Em relação ao perfil epidemiológico, os dados de mortalidade indicam que as principais causas de óbito nesse território são: doenças do aparelho circulatório (26,3%), neoplasias (17,1%) e doenças do aparelho respiratório (11,6%). As principais causas de adoecimento da população são: atendimento antirrábico, com 27,53%, seguido do acidente com animais peçonhentos, com 23,58%, e dengue, com 12,58%.

A rede própria de serviços conta com 07 unidades de saúde, distribuídas da seguinte forma: 04 da Estratégia de Saúde da Família (ESF), sendo que uma é Unidade Docente Assistencial (UDA) Dr. Paulo Oliveira, parceria com o Centro Universitário CESMAC; 02 Unidades Básicas de demanda espontânea e 01 unidade mista (Pitanguinha), que é a Referência do Distrito em atenção especializada, e 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.

O Distrito conta, também, com um Centro de Atenção Psicossocial Social de Álcool e outras drogas (CAPS ad), que atende a demanda de toda Maceió e a população referenciada de outros municípios.

Figura 8: Mapa do IV Distrito Sanitário, Maceió - AL, 2021



Conforme mostra a figura 08, 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. A população total é de 108.948 habitantes, com densidade demográfica de 6.110,38 hab./km². O referido Distrito representa, aproximadamente, 10,3% da população do Município.

O perfil epidemiológico do Distrito se assemelha aos demais, ao evidenciar que as principais causas de óbito nesse território, em 2019, foram: doenças do aparelho circulatório (28,5%), causas externas (12,7%) e neoplasias (12,4%).

Em relação à morbidade, no ano de 2019, os dados também indicam que as principais doenças de notificação compulsória foram: atendimento antirrábico (21,23%), acidentes por animais peçonhentos (19,9%) e dengue (18,47%). Observa-se, também, um percentual significativo de febre chikungunya (10,96%).

Quanto à organização dos serviços da rede própria do SUS, o Distrito possui 07 unidades de atenção básica, sendo 04 unidades de Estratégia de Saúde da Família (ESF) e 02 unidades 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%.

O Distrito conta com 01 Unidade de Referência Especializada - PAM Bebedouro (US Dr. Antônio de Pádua), que devido ao desastre ambiental provocado pela Brasken foi transferida para o bairro Petrópolis.

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.

Figura 9: Mapa do V Distrito Sanitário, Maceió - AL, 2021



O quinto Distrito Sanitário é composto por 05 bairros, conforme mostra a figura 09 (Serraria, Barro Duro, São Jorge, Feitosa e Jacintinho). O Distrito possui uma população de 187.682 habitantes que representa, aproximadamente, 17,8% da população do município, com densidade demográfica de 10.205,66 hab/km².

Quanto à situação de saúde, os dados de mortalidade referentes ao V DS, no ano de 2019, evidenciam que as principais causas de óbito no território foram: doenças do aparelho circulatório (28,9%), causas externas (14,0%) e neoplasias (13,0%). Já as causas de adoecimentos também se assemelham ao perfil de outros distritos e de Maceió, apresentando os seguintes índices: atendimento antirrábico (28,10%), dengue (18,35%) e acidente por animais peçonhentos (15,16%).

Em relação à rede própria de serviços do SUS, o distrito dispõe de 13 unidades de saúde. Destas, 09 são unidades básicas de saúde, distribuídas da seguinte forma: 03 unidades do modelo tradicional, que atendem por demanda

espontânea; 04 unidades que são do modelo de Estratégia de Saúde da Família e 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 a Unidade Docente Assistencial (UDA), conveniada com a Faculdade de Tecnologia de Alagoas (FAT).

Das outras 04 unidades de saúde existentes no V Distrito, 01 é Unidade de Referência - URS João Paulo II, que fica localizada no bairro do Jacintinho e oferta atendimento em diversas especialidades para a população do território. As outras 03 são de atenção psicossocial – 1 Centro de Atenção Psicossocial (CAPS II), 01 Centro de Atenção Psicossocial para atendimento infantil (CAPSi) e 01 Unidade de Acolhimento Infanto-juvenil (UAI).

Figura 10: Mapa do VI Distrito Sanitário, Maceió - AL, 2021



O sexto Distrito Sanitário é formado por apenas 02 bairros (Benedito Bentes e Antares), conforme visualizado na figura 10, sendo que o Benedito Bentes é o mais populoso de Maceió. A população total do Distrito é de 130.532 habitantes e a densidade demográfica de 4.636,96 hab./km². Representa, aproximadamente, 12,4% da população do Município de Maceió.

No tocante aos indicadores de saúde da população, em 2019, os dados de mortalidade indicam que as principais causas de óbito no VI Distrito foram: doenças do aparelho circulatório, com 27,6%, causas externas, com 17,1%, e

neoplasias, com 12,5%. E, quanto à morbidade, as principais doenças de notificação compulsória foram: atendimento antirrábico (34,64%), dengue (11,19%) e acidentes por animais peçonhentos (7,48%).

Sobre a rede própria de serviços, existem 07 unidades de Atenção Primária à Saúde no V DS, sendo 06 do modelo de Estratégia de Saúde da Família (ESF) e 01 do modelo de demanda espontânea. Esse quantitativo permite que o Distrito tenha uma cobertura da atenção básica de 51,84%.

Existem ainda no VI Distrito: 01 Unidade de Referência com oferta de especialidades (URS Dr. Hamilton Falcão), localizada no Benedito Bentes, 01 Unidade de Pronto Atendimento (UPA), localizada no Benedito Bentes, e 01 um Centro de Referência em Odontologia (CEO).

Figura 11: Mapa do VII Distrito Sanitário, Maceió-AL, 2021



Observa-se na figura 11 que o VII Distrito Sanitário compreende 05 bairros. O mesmo tem uma população de 283.769 habitantes, com uma densidade demográfica de 6.345,46 hab./km². O VII DS representa, aproximadamente, 26,9% do contingente populacional de Maceió.

No perfil epidemiológico do VII Distrito, em 2019, os dados referentes à mortalidade evidenciam que, 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%). Da mesma forma, se assemelham às principais causas de adoecimento da população:

atendimento antirrábico (27,98 %), acidente por animais peçonhentos (25,94%) e dengue (13,08%).

A rede de serviços próprios do SUS existente no VII Distrito Sanitário abrange 14 unidades de saúde, sendo: 01 unidade de Referência e 13 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 (ESF) e 01 unidade mista (ESF + demanda espontânea). Por ser um dos distritos mais populosos, o território conta apenas com 36,84% de cobertura de atenção básica.

A Unidade de ESF Village Campestre II, também é uma Unidade Docente Assistencial (UDA), conveniada com a Universidade Federal de Alagoas (UFAL), para desenvolvimento de ações de ensino-serviço-comunidade. E a Unidade de Referência citada para oferta de atendimento especializado à população do território é a URS Dr. IB Gatto, localizada no bairro do Tabuleiro dos Martins.

Figura 12: Mapa do VIII Distrito Sanitário, Maceió - AL, 2021.



Pode-se visualizar na figura 12, que o VIII Distrito Sanitário compreende 07 bairros e estão localizados numa região de área litorânea de Maceió. Com uma população de 44.043 habitantes e densidade demográfica de 832,55 hab./km², o VIII distrito representa, aproximadamente, 4,1% da população do município.

Quanto à situação de saúde da população, em 2019, os dados de mortalidade indicam que as principais causas de óbito nesse território são: doenças do aparelho circulatório (26,5%), causas externas (15,2%) e as neoplasias (12,9%). Em relação à morbidade, entre as causas de adoecimento da população, destacam-se: atendimento antirrábico (27,07%), acidente por animais peçonhentos (21,83%) e dengue (9,61%).

A rede própria de serviços no SUS no DS 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 Universidade Tiradentes (UNIT) – e 01 Unidade de Referência para atendimento especializado (URS Maria Conceição Fonseca Paranhos). Nessa perspectiva, em relação à atenção básica, o oitavo distrito tem a maior cobertura de atenção básica do município de Maceió, com o percentual de 79,35%.

3.4.2 – Atenção à Saúde

Os sistemas de saúde têm o objetivo de promover, restaurar e manter a saúde de uma população, sendo compostos por um conjunto de serviços que se comunicam entre si buscando a proteção social. No escopo do SUS, concebe-se a atenção à Saúde como a organização estratégica do sistema e das práticas de saúde, que compreende as políticas, os programas e os 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 integral e equânime, de acordo com suas necessidades (NAKATA *et al*, 2020; FIOCRUZ, 2009).

A Atenção à Saúde, portanto, implica em desenvolver ações que abrange a promoção, prevenção, diagnóstico precoce, tratamento, reabilitação e a manutenção da saúde de uma população, tendo como base os princípios e as diretrizes que estruturam o SUS. Nessa perspectiva, 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 (FEUERWERKER, 2014).

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 às ações e serviços de saúde,

ofertando atenção integral, nos três níveis de atenção, de forma resolutive que atenda às necessidades da população, buscando sempre a ampliação, melhoria e organização da rede assistencial.

O Decreto Nº 8.398, de 09 de março de 2017, define a nova estrutura regimental da Secretaria e nele a Diretoria de Atenção à Saúde tem o seguinte organograma:



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 DAS, o que requer investimento na rede física, modernização dos serviços, investimento em política de gestão de pessoas e reorganização dos processos de trabalho.

Nessa perspectiva, cabe uma análise mais específica da Atenção à Saúde e seus desafios nos últimos quatro anos, por níveis de atenção à saúde.

ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

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. 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 uma forma

eficaz e eficiente de agir sobre as principais causas de problemas e riscos à saúde e de lidar com os desafios emergentes que ameaçam a saúde pública (PNAB, 2017; OPAS, 2020).

Mesmo que outros serviços de saúde possam ser buscados pelos usuários de forma mais habitual, como a urgência, 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, 2019).

A APS em Maceió, do ponto de vista da estrutura organizativa, funciona por meio da Coordenação Geral de Atenção Primária à Saúde (CGAP) composta por 03 gerências para o desenvolvimento das ações e serviços, que são: Gerência de Programas Estratégicos, Gerência de Distritos Sanitários e Gerência de Saúde Bucal (conferir organograma DAS), cujas ações e serviços são implementados nas unidades de saúde. Além das Gerências, também estão vinculados à Coordenação Geral de Atenção Primária dois dispositivos, o Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Primária (eNASF-AP) e o Consultório na Rua – que coordenam os trabalhos realizados pelas equipes nas unidades de saúde e/ou diretamente com a população.

A Coordenação Geral de Atenção Primária, segundo o Decreto que define a estrutura regimental da Secretaria, tem por competências: responsabilizar-se pela gestão do conjunto de ações, de caráter individual ou coletivo, voltadas para a promoção de saúde, prevenção de agravos, o tratamento e a reabilitação; organizar, executar e gerenciar os serviços e ações de Atenção Básica no município; apoiar às equipes de Atenção Básica na qualificação do processo de trabalho, visando à melhoria da assistência à saúde; monitorar o cumprimento dos protocolos de acesso da população as ações e serviços em saúde da sua área distrital; implementar o modelo de atenção em saúde, de acordo com as diretrizes assistenciais definidas pela política municipal de saúde, propondo e coordenando estratégias para sua operacionalização em sua região; e integrar as ações da assistência com a Vigilância em Saúde (MACEIÓ, 2017).

Para melhor visualização das ações de gestão da APS em Maceió, nos últimos quatro anos, com seus avanços e desafios, vale configurar e detalhar o trabalho realizado pelas Gerências, programas e dispositivos de referência.

Os Programas Estratégicos por Ciclo de Vida

Os programas estratégicos são organizados por ciclo de vida – criança, adolescente, mulher, homem e idoso - e ofertam ações e serviços de atenção integral à saúde da população maceioense nas unidades de saúde. Os programas estratégicos atendem às políticas e diretrizes do Ministério da Saúde, bem como as demandas que surgem das especificidades locais, são eles: Programa de Atenção Integral à Saúde da Criança, Programa de Alimentação e Nutrição; Programa de Atenção à Saúde do Adolescente; Programa de Atenção Integral à Saúde da mulher; Programa Atenção Integral à Saúde do Homem; Atenção Integral à Saúde do idoso e Condicionalidades do Programa Bolsa Família (PBF).

Esses programas são coordenados pela Gerência de Programas Estratégicos (GPE), que tem a atribuição de planejar, coordenar e controlar as ações técnicas e administrativas dos programas definidos e/ou aderidos pela SMS, em articulação com a CGAP, a DAS e outras diretorias. A operacionalização dos programas estratégicos supracitados ocorre nas unidades e serviços de saúde, tendo um responsável técnico por cada programa na SMS, para fazer a gestão dos mesmos.

Nas UBS, o foco da atuação dos profissionais é a população, nos diferentes ciclos de vida, assumindo a atribuição de avaliar o público de cada programa, dentro do contexto da família e sociedade. O olhar de cada profissional da equipe de saúde, de acordo com a sua competência, adiciona saberes e possibilidades de atuação integral. A atuação e intervenção deverá ser em tempo oportuno, assim como a prevenção, promoção e assistência, levando a um cuidado integral, com vinculação e responsabilização sobre a continuidade da atenção. É sob essa ótica que cada profissional do SUS articula sua ação com a de outros atores sociais, e cada nível de atenção com o outro, conformando uma rede de saúde e uma rede de apoio social, por onde caminha a criança, o adolescente, a mulher, o homem e o idoso (BRASIL/PNAB, 2017).

Todos os programas desenvolvem as ações em conformidade com as Diretrizes do Plano Municipal de Saúde e os eixos de cada Política Nacional

(conferir apêndice 03 com os eixos dos programas), definindo estratégias de organização e qualificação dos serviços, intensificando as atividades executadas na área da assistência, promoção e reabilitação, com foco na integralidade do cuidado, humanização, equidade, responsabilização e fortalecimento de vínculos. Realizam, também, apoio institucional, organização de fluxos e procedimentos, planejamento compartilhado, monitoramento e ações de educação permanente.

A avaliação da Política de Saúde em Maceió demonstra que houve avanços na organização dos processos de trabalho nas unidades de saúde e fortalecimento dos programas estratégicos. Como resultado positivo houve a melhoria dos indicadores pactuados, especialmente no tocante a redução da taxa de mortalidade infantil, da gravidez na adolescência e da morte prematura da população idosa por doenças crônicas, conforme destacado anteriormente na análise situacional. As ações de saúde do homem também foram ampliadas em parte das unidades.

Em que pese os avanços, observam-se fragilidades nos programas estratégicos, que refletem no resultado insatisfatório de parcela dos indicadores pactuados de saúde, tais como vacina, exames citopatológicos, exames de mamografia, casos novos de sífilis e condicionalidades do Programa Bolsa Família (PBF), sugerindo que existem problemas estruturais no acesso e na efetividade das ações e serviços ofertados a população. Além disso, o cenário pandêmico impossibilitou a organização dos serviços para intervenção em várias áreas, diminuindo as ações de rotina de prevenção, promoção e assistência à saúde.

Desse modo, a Política de Saúde em Maceió tem como desafios fortalecer, estruturar e aprimorar os programas estratégicos, visando à atenção integral à saúde da população, em todos os ciclos de vida e em tempo adequado, para reduzir mortes e adoecimentos e promover à saúde como direito de cidadania.

Saúde Bucal

A Política de Saúde Bucal no município de Maceió tem por objetivo desenvolver ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal, considerando as necessidades dos usuários e visando a melhoria da qualidade de vida da população.

A gestão das ações e dos serviços é realizada pela Gerência de Saúde Bucal (GSB), que assume as tarefas de planejamento, monitoramento, avaliação, promoção da educação permanente, articulação intersetorial e interinstitucional,

gestão dos processos de trabalho e apoio institucional para garantia de insumos, instrumentais e equipamentos nos serviços odontológicos. Desta forma, o processo de trabalho na saúde bucal segue uma rotina que envolve diversos aspectos, que vão desde o conhecimento do perfil da população e estabelecimentos de protocolos, até a gestão da infraestrutura para funcionamento dos serviços de atenção básica e especializada.

Em relação à estrutura, a rede de atenção em Saúde bucal de Maceió é constituída por 84 consultórios odontológicos, distribuídos em 57 unidades de Atenção Primária. Possui também 02 Módulos Odontológicos, 07 consultórios e 01 Unidade Odontológica Móvel (UOM). Na atenção secundária, o município possui 16 consultórios odontológicos inseridos em 05 Unidades de Referência em Saúde, 02 Centros Especializados Odontológicos (CEO) e 01 Laboratório de Prótese Dentária. Além disso, 03 cirurgiões-dentistas estão inseridos no Consultório na Rua e 02 cirurgiões-dentistas no Serviço de Atenção Domiciliar (SAD).

As equipes de saúde bucal que atuam na atenção primária e atenção secundária são parte indissociável do trabalho a ser desenvolvido para o alcance dos atributos essenciais dos níveis de atenção à saúde, devendo atuar em conjunto com os demais membros da equipe.

Diante da diversidade e especificidade da área técnica que compõe o conjunto das ações assistenciais em odontologia, faz-se necessário uma integração contínua entre a Gerência de Saúde Bucal e as outras áreas da Secretaria, bem como outros setores, buscando a prática interprofissional e colaborativa. Assim, a atenção em Saúde bucal tem interface com diversas

ações e Programas da Secretaria de Saúde, como o Programa Saúde na Escola (PSE) e com as redes de atenção à saúde.

Nos últimos quatro anos, a saúde bucal enfrentou o problema estrutural de baixa cobertura, que atualmente é de 27,12%. Portanto, a meta de implantação de novas equipes de saúde para a ampliação da cobertura não foi executada devido à insuficiência de profissionais, unidades e recursos para investimento, o que continua sendo um desafio para o SUS em Maceió no próximo quadriênio. Ressalta-se que, conforme a Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) 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, com vistas à integralidade do cuidado.

Outras questões que compõem o leque de desafios para Política de Saúde, no que concerne à saúde bucal são: necessidade de contratação de profissionais de saúde bucal do nível médio e superior; ampliação da estrutura física das UBS para comportar as equipes existentes; manutenção das estruturas físicas das unidades de saúde, no que se refere ao fornecimento de energia, infraestrutura, ambiência dos consultórios, instalações elétricas e iluminação, sistemas de climatização, instalações hidráulicas e sanitárias necessárias para a retomada dos atendimentos eletivos ampliados; e reorganização das unidades de referência (Centros de Especialidades Odontológicas).

Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Primária (eNASF-AP)

O Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Primária (eNASF-AP) constitui-se de equipes compostas por profissionais de diferentes áreas de conhecimento, que atuam de maneira integrada, apoiando os profissionais das Equipes de Saúde da Família (eSF) e as Equipes de Atenção Primária (eAP) compartilhando as práticas e saberes em saúde nos territórios sob responsabilidade destas equipes.

Essas equipes foram instituídas, inicialmente, através da Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e, depois, a Portaria 2.436, de 21 de setembro de 2017, que visam dar suporte clínico, sanitário e pedagógico aos profissionais da eSF, como também aos usuários (BRASIL, 2011; BRASIL, 2017).

No ano de 2019, a APS passa a ter um novo formato de condução de suas práticas, aliado a uma nova concepção política, a partir da publicação da Portaria GMS nº 2.979, de 12 de novembro de 2019, que institui o Programa Previne Brasil e estabelece novo modelo de financiamento de custeio da APS no âmbito do Sistema Único de Saúde. É importante ressaltar, que o recurso financeiro que era destinado ao NASF com rubrica específica foi remanejado para a conta geral da Atenção Primária.

Com a redefinição do registro das Equipes de Atenção Primária e Saúde Mental no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), instituído pela Portaria nº 99 de 07 fevereiro de 2020, as equipes NASF de Maceió aderiram a nova nomenclatura proposta passando a ser Equipe do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Primária (eNASF-AP). Dessa maneira, o processo de trabalho

das eNASF-AP segue o referencial teórico-metodológico do Apoio Matricial que consiste em uma estratégia de construção compartilhada, entre duas ou mais equipes, com o objetivo de criar uma proposta de intervenção pedagógica-terapêutica, rompendo com o modelo tradicional e visando o modelo horizontalizado do cuidado (SANTOS; FIGUEREDO; LIMA, 2017).

Em Maceió, estão implementadas 10 equipes NASF/AP, atuando em todos os Distritos Sanitários (DS). Apesar de não ter eNASF/AP implantada no primeiro Distrito Sanitário, a equipe NASF/AP 6 do VIII DS atende as equipes de saúde família do referido distrito (Conferir Apêndice 04, com a distribuição das equipes eNASF/AP nos territórios). A coordenação das eNASF/AP tem como função coordenar, planejar, monitorar e avaliar o processo de trabalho no território e ainda realizar articulação no âmbito da gestão com as demais áreas técnicas.

As equipes caracterizam-se por uma composição multiprofissional, na qual tem por objetivo realizar a ampliação da clínica, no contexto da APS. Desse modo, as equipes fornecem apoio matricial às eSF com atividades assistenciais e técnico-pedagógicas, de acordo com a necessidade da população e do território sob sua responsabilidade sanitária, tais como: educação permanente e continuada, intervenções no território, atividades de educação em saúde (salas de espera, confecção de material educativo), atendimento individual específico, atendimento individual compartilhado entre equipe NASF/AP e Equipe de Saúde da Família, reunião de planejamento entre equipes de saúde, reuniões intersetoriais, discussão de casos e construção de Projeto Terapêutico Singular (PTS), atendimento em grupo, visita e atendimento domiciliar, grupos educativos, práticas corporais e atividades físicas, reuniões com a comunidade, reuniões de Conselho Gestor, ações de promoção à saúde, prevenção de agravos e reabilitação e articulação com a rede dos serviços de saúde e intersectorialidade.

Além das ações citadas, o eNASF/AP desenvolve os seguintes projetos: Infojovem -tem como propósito empoderar os adolescentes com a intenção de melhorar sua qualidade de vida, o cuidado com sua saúde e fortalecer os vínculos desses adolescentes com as unidades de saúde; Infoidoso - com a finalidade de estimular os idosos a ter uma vida ativa na sociedade; Quintal Produtivo - uma forma de subsistência com segurança alimentar, desenvolvido nos Distritos Sanitários; eNASF em Movimento: promovendo saúde com qualidade – com desenvolvimento de atividades corporais, tais como: alongamento, dança coletiva,

quickmassage, futebol, pilatessolo, ginástica e hidrogenástica; e Projeto Interprofissional - que busca fortalecer o trabalho das equipes, priorizando ações e atividades que desenvolvam competências colaborativas no trabalho em saúde.

Considerando o compromisso do SUS com o processo de formação de profissionais para atuarem na área da saúde, bem como a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS, 2018) no processo de articulação ensino-serviço-comunidade, a eNASF/AP tem recebido estudantes de graduação em processo de estágio curricular obrigatório, contribuindo com o processo de formação dos mesmos a partir das vivências obtidas nas comunidades em contato direto com os usuários. Ainda na perspectiva da interface ensino-serviço, a coordenação eNASF/AP também tem trabalhado na orientação de estudantes e profissionais residentes, possibilitando a esses graduandos e pós-graduandos, a oportunidade de acompanhar e desenvolver atividades de gestão em saúde.

Consultório na Rua

O Consultório na Rua (CnR) foi instituído pela Política Nacional de Atenção Básica em 2011, e visa ampliar o acesso da População em Situação de Rua (PSR) aos serviços, ofertando de maneira mais oportuna, atenção integral à saúde para esse grupo populacional, o qual se encontra em condições de extrema vulnerabilidade e com os vínculos familiares rompidos ou fragilizados.

Maceió, conta atualmente com 6 (seis) equipes de Consultório na Rua (eCR), que atua nos oito Distritos Sanitários, em diferentes horários. São equipes da atenção básica, compostas por profissionais de saúde com responsabilidade exclusiva de articular e prestar atenção integral à saúde da PSR e/ou em situação de vulnerabilidade social. Suas atividades são efetuadas de forma itinerante, desenvolvendo ações na rua, em instalações específicas, na unidade móvel e também nas instalações das UBS, em parceria com as e-NASF do território, os Centros de Atenção Psicossocial, a Rede de Urgência e Emergência, os serviços e instituições componentes do Sistema Único de Assistência Social (SUAS), entre outras instituições públicas e da sociedade civil (Conferir apêndice 05 com as eCR e fluxo de atendimento).

Como os atendimentos são realizados na rua, as eCR necessitam de um transporte permanente para deslocamento da equipe e de usuários, além de servir como apoio para guardar materiais e insumos e realização de alguns procedimentos

(exame pré-natal, exame físico, escuta com privacidade, dentre outros).

As ações de rotina realizadas pelas eCR são: cuidados primários no espaço da rua (higiene pessoal e do local, curativos, imunização, medicação supervisionada); atendimento e acompanhamento de problemas clínicos diversos; prevenção de agravos e doenças (DST/HIV/aids, Hepatites Virais, uso de drogas, tuberculose e violência, dentre outros); cuidado de pessoas com necessidades relacionadas à saúde mental, álcool e outras drogas em contextos de rua ou de extrema vulnerabilidade social; acompanhamento de gestantes (pré-natal nas UBS e na rua); intervenção educativa em saúde individual e em grupo; visitas a outros serviços para acompanhamento de usuários; atividades lúdicas e recreativas (Oficina de música “Batuque Mundaú”, jogos educativos, arte e futebol); encaminhamentos e atendimentos compartilhados dos usuários em serviços de saúde, de assistência social e outros.

O Consultório na Rua também tem sido cenário de práticas para instituições de ensino (estágios supervisionados na graduação, residências em saúde, projetos de extensão e pesquisa, ligas acadêmicas e o Programa de Educação pela Saúde no Trabalho – PET/Saúde), com o intuito de contribuir com a formação significativa de profissionais para atuação no SUS e para o cuidado de populações em condições de vulnerabilidade e iniquidades.

O CnR de Maceió tem realizado publicações de experiências em livros e revistas científicas e participado de Mostra em diversos eventos. Nessa perspectiva, ressalta-se que o Consultório já recebeu diversos prêmios, nacionais e locais, pelo trabalho de prevenção, promoção e assistência à saúde que realiza junto a PSR.

Para o próximo quadriênio o SUS em Maceió tem como desafio estruturar e ampliar as eCR, com vistas a fortalecer o trabalho junto a PSR e combater às iniquidades em saúde que atingem as pessoas desse segmento populacional. E mantém como desafio continuar investindo na sensibilização e mobilização junto aos profissionais das redes SUS, SUAS, outras instâncias governamentais (p. ex. Segurança Pública, Secretaria de Estado de Prevenção à Violência, Ministério Público) e sociedade civil para uma atenção integral a essa população, considerando o princípio da equidade.

Em se tratando do balanço geral da Atenção Primária à Saúde nos últimos quatro anos, mesmo o SUS em Maceió tendo buscado avançar na organização da APS, vários problemas estruturais e desafios persistem, tais como: a necessidade

de ampliar o acesso da população às ações e serviços de saúde, pois o município tem apenas 52,7% de cobertura de atenção básica; a insuficiência de recursos humanos nas unidades de saúde para prestação de atenção à saúde integral e humanizada; a inadequada infraestrutura física, tecnológica e de insumos para atendimento às demandas dos serviços; e a necessidade de continuar com investimento na organização dos processos de trabalho e estruturação dos serviços para mudança do perfil assistencial, especialmente, em relação aos indicadores de saúde, que são parâmetros para avaliar a efetividade da APS no enfrentamento dos problemas de saúde da população.

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 a população o acesso qualificado e em tempo oportuno. Assim, a sua finalidade é dispor de um conjunto de profissionais para realizar a atenção de modo integral aos usuários do serviço no atendimento especializado, em todos os pontos de atenção.

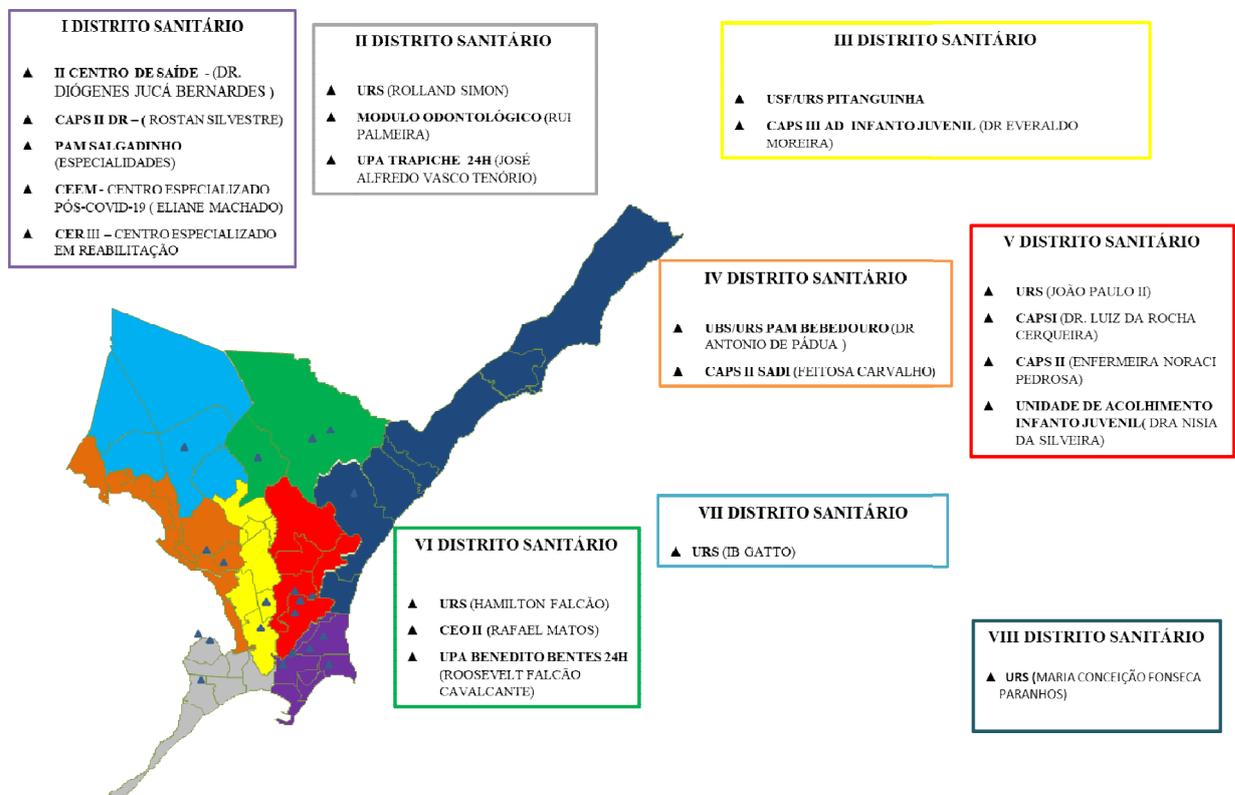
A média complexidade ambulatorial é composta por ações e serviços que visam atender aos principais problemas e agravos de saúde da população, cuja assistência da prática clínica, demanda a disponibilidade de profissionais especializados e a utilização de recursos tecnológicos, para o apoio diagnóstico e tratamento. Enquanto a alta complexidade é definida como o conjunto de procedimentos que, no contexto do SUS, envolve alta tecnologia e alto custo, objetivando propiciar à população acesso a serviços qualificados, integrando-os aos demais níveis de atenção à saúde - atenção básica e de média complexidade (CONASS, 2019).

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 (CGAE), vinculada à Diretoria de Atenção à Saúde. A CGAE tem como objetivo promover, coordenadamente, os serviços especializados de média e alta complexidade em saúde no município de Maceió, oferecendo à população acesso aos serviços qualificados, com realização de ações e serviços de proteção da saúde,

prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e manutenção da saúde.

Para atendimento integral às demandas da população quanto à atenção especializada à saúde de média e alta complexidade, Maceió dispõe de uma rede própria de serviços do SUS e da rede complementar, composta por entidades filantrópicas e privadas contratualizadas. O mapa abaixo mostra a rede própria do SUS em Maceió de atenção especializada, distribuída nos Distritos Sanitários (DS).

Figura 2: Mapa da Rede dos Serviços Especializados do SUS, Maceió, 2021.



Fonte: CGASS/CGAE/CGDS/SMS/Maceió (2021).

Conforme visualizado no mapa, a rede própria de atenção especializada do SUS em Maceió é composta de 22 serviços, distribuídos da seguinte forma: 08 Unidades de Referência em Saúde (URS), sendo uma em cada DS (as URS dispõem das seguintes especialidades - cardiologista, urologista, psiquiatra, colposcopista, geriatra, pneumologista, dermatologista e endocrinologista); 06 serviços de atenção psicossocial (05 CAPS e 01 Unidade de Acolhimento - UA), 01 Centro de Especialidades (PAM Salgadinho); 02 Unidades de Pronto Atendimento (UPA's); 02 Centros Especializados Odontológicos (CEO); 01 CER III (Centro Especializado de Reabilitação na modalidade auditiva, intelectual e motora), 01

Laboratório de Análise Clínica de Maceió (LACLIM); e 01 Centro Especializado de tratamento Pós-COVID (CEEM).

Além disso, Maceió dispõe de 106 serviços da rede complementar ao SUS, composta por instituições filantrópicas e privadas contratualizadas - 11 hospitais, 07 ambulatorios, 29 laboratórios e 59 clínicas - buscando organizar o sistema na perspectiva de funcionamento da referência e contrarreferência na atenção especializada de média e alta complexidade.

Nos últimos quatro anos, houve melhorias na atenção especializada em relação à implantação de novos serviços para a ampliação do acesso, reorganização dos processos de trabalho e redimensionamento das referências, de acordo com a capacidade instalada das unidades, proporcionando melhorias nas condições de trabalho e melhor adequação das demandas da população. Também foram desenvolvidas ações de monitoramento dos serviços contratualizados, para garantir a oferta de serviços assistenciais à população (consultas e procedimentos) de acordo com as necessidades e aprimorar as ferramentas de acompanhamento, controle e avaliação dos serviços de saúde prestados pela rede complementar ao SUS.

Destarte os avanços na atenção especializada à saúde no município de Maceió, alguns problemas estruturais transformam-se em novos desafios para enfrentamento, no novo Plano Municipal, tais como: a dependência dos prestadores, por insuficiência de investimentos na rede própria do SUS; crescimento desordenado da execução das demandas, tanto pela via administrativa, quanto pela via judicial; a fragmentação do cuidado pela fragilidade na APS devido ao acesso insuficiente, que dificulta o funcionamento de referência e contrarreferência e a deficiência na rede de serviços próprios.

Acrescenta-se aos desafios, os impactos do cenário sanitário com a COVID-19, pois as sequelas deixadas nas pessoas acometidas pela doença exigiram serviços especializados e tratamento pós-COVID. Isso resultou numa restrição do acesso aos serviços de média e alta complexidade e o agravamento de outros problemas de saúde da população. Contexto que implica a necessidade de reestruturar e fortalecer a rede assistencial, para garantir acesso, resolutividade e integralidade da atenção à saúde.

A perspectiva para os próximos quatro anos é de implantação de novos serviços de atenção especializada, reestruturação dos serviços existentes da rede

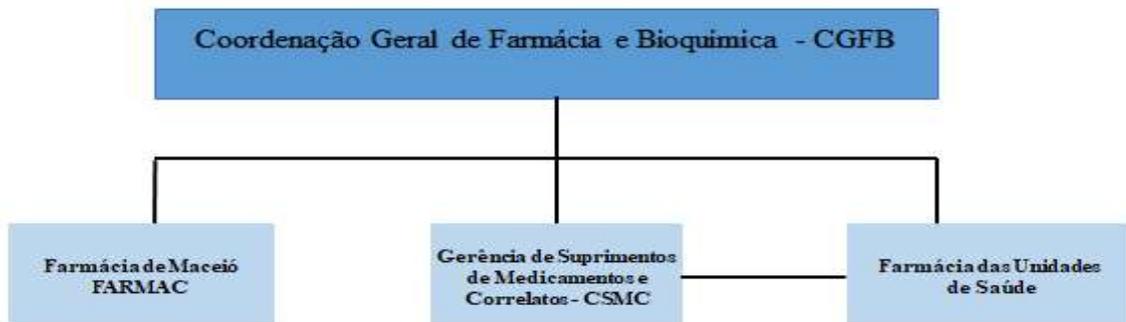
própria, aumento da oferta de consultas e procedimentos para atendimento às necessidades da população e modificações no modelo gerencial, para adequação às demandas do sistema na atualidade. Nesse sentido, é fundamental que o SUS avance na organização das redes de atenção à saúde, para garantir acesso e atendimento com qualidade e em tempo adequado.

ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

A Assistência Farmacêutica compreende um conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, tanto individual quanto coletiva, tendo o medicamento como insumo essencial, visando o acesso e 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, articulada e sincronizada, tendo como beneficiário maior o usuário. As ações de assistência farmacêutica são de caráter abrangente, multiprofissional e intersetorial, tendo como objetivo proporcionar a melhoria no acesso da população aos medicamentos com serviço de qualidade (CONASEMS, COSEMSRJ, 2019).

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 (SANTOS *et al*, 2016).

Em Maceió, a gestão das ações e serviços da assistência farmacêutica está sob a responsabilidade da Coordenação Geral de Farmácia e Bioquímica (CGFB) vinculada à Diretoria de Atenção à Saúde, que tem o desenho organizacional que segue.



A CGFB 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, distribuição e armazenamento; estabelecer os mecanismos de acompanhamento, controle e avaliação das ações básicas no município, contribuindo nas avaliações sistematizadas; promover educação em saúde no âmbito municipal, visando ao uso racional de medicamentos.

O município de Maceió possui 70 Unidades de Saúde 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 243 medicamentos e 151 correlatos. Além disso, o serviço de farmácia é disponibilizado no Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) e Farmácia de Maceió (FARMAC). Os itens que fazem parte da REMUME e RECOR são armazenados e distribuídos para as unidades de saúde por meio da Gerência de Suprimentos de Medicamentos e Correlatos (GSMC).

Nos últimos quatro anos, a Assistência Farmacêutica no município de Maceió avançou em relação à organização dos processos de trabalho, buscando garantir a aquisição e dispensação dos medicamentos e correlatos. Os Relatórios Anuais de Gestão (RAG's) demonstram que as ações programadas relacionadas à aquisição e distribuição dos medicamentos padronizados na REMUME e na 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 MS, Maceió implantou o Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica (HÓRUS) em 63 unidades de saúde, SAD, FARMAC e GSMC, o que tem sido de fundamental importância para organizar o ciclo da assistência farmacêutica.

Entre os anos de 2017 e 2019 os farmacêuticos da rede do município de Maceió foram capacitados pelo Conselho Federal de Farmácia (CFF) em serviços clínicos. A cada dois anos a CGFB realiza capacitação para os assistentes administrativos lotados nas farmácias das unidades de saúde, sendo o último realizado em 2019.

Em 2021 foi realizado o diagnóstico situacional da Assistência Farmacêutica do município de Maceió no qual foi apontado que 78,9% dos farmacêuticos têm interesse em realizar serviços clínicos, tendo como principais obstáculos à estrutura física inadequada do setor de farmácia das unidades de saúde e quadro insuficiente

de profissionais assistentes administrativos. Apesar dos obstáculos, o serviço clínico está sendo implantado, gradualmente.

A CGFB tem como objetivos e desafios: melhorar o processo organizacional para ampliar o acesso da população aos medicamentos e correlatos; reestruturar e implementar a assistência farmacêutica com foco nos serviços clínicos aos usuários; e implantar o sistema HÓRUS em todas as unidades de saúde. Os desafios da assistência farmacêutica para o próximo quadriênio incluem, ainda, dimensionar os resultados dos serviços farmacêuticos, por meio de registros, para que o impacto gerado a população não seja apenas a entrega do medicamento.

Fazer gestão ou gerenciar a assistência farmacêutica é aliar todo o saber e fazer tecnicamente qualificado do farmacêutico com o saber e o fazer político e social de um gestor em sistema de saúde. É conduzir as etapas de forma que se alcancem os resultados esperados pelo sistema de saúde (SANTOS *et al*, 2016).

REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

A transição demográfica das últimas décadas que acarretou em mudanças no perfil de adoecimento da população, principalmente, com o aumento das DCNT, favoreceu a reflexão sobre o funcionamento do sistema de saúde e a necessidade de modificações nos modelos de atenção à saúde no SUS. Nesse contexto, surge a proposta de organização das Redes de Atenção à Saúde (RAS), enquanto 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).

Mendes (2011) corrobora que, ao definir Redes de Atenção à Saúde (RAS) como uma organização horizontal de serviços de saúde, cujo centro de comunicação deve ser a Atenção Primária à Saúde (APS), permite-se 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.

A conceituação disseminada pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) reforça as definições supracitadas, ao preconizar que redes integradas de serviços de saúde, sistemas organizados de serviços de saúde, sistemas clinicamente integrados ou organizações sanitárias integradas podem ser definidas

como uma rede de organizações que provê arranjos para a prestação de serviços de saúde equitativos e integrais a uma população adstrita, e que se dispõe a prestar contas pelos seus resultados clínicos e econômicos e pelo estado de saúde da população a que ela serve (OPAS, 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 sistema estava fragmentado e o modelo de atenção era inadequado para o enfrentamento da situação epidemiológica do país. A proposta da 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 (FILHO; SOUZA, 2021; MACEIÓ, 2017).

Nas RAS, a concepção de hierarquia historicamente consolidada de organização no SUS por níveis de complexidade (atenção básica, média complexidade e alta complexidade) 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 também parte do pressuposto da Atenção Primária como ordenadora do sistema para redirecionar as ações e serviços, porque 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 (RUE), Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), Rede de Cuidado a Pessoas com Deficiência e Rede de Atenção às Doenças Crônicas (CONASS, 2019).

No município de Maceió, as redes temáticas vêm sendo implantadas e estruturadas desde 2011, com avanços e recuos ao longo dos últimos anos tendo em vista as mudanças nas conjunturas políticas do país e os contextos sanitários

que incidem na configuração da Política de Saúde. Na estrutura organizativa da SMS, quatro redes estão ligadas à Diretoria de Atenção à Saúde - Rede Materno Infantil/Cegonha, RUE, RAPS, Rede de Atenção às Doenças Crônicas, sendo a Rede de Atenção à Pessoa com Deficiência vinculada à Diretoria de Atenção à Pessoa com Deficiência (DAPD).

As redes temáticas do SUS em Maceió buscaram, nos últimos quatro anos, estruturar seus pontos de atenção para garantir acesso e atenção humanizada e integral à população. Contudo, os limites de recursos humanos, financeiros, tecnológicos e de estrutura física, bem como as mudanças macros na Política de Saúde impossibilitaram a organização das redes para alcançar os objetivos preconizados. Desse modo, avalia-se que todas as redes temáticas do município estão em processos de estruturação, aprimoramento e/ou reorganização. A breve contextualização a seguir, com a análise específica de cada rede temática, contribui para visualizar seus avanços, dificuldades e desafios.

Rede Materno Infantil/Rede Cegonha

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, bem como a redução da mortalidade materna e neonatal (FILHO; SOUZA, 2021).

A Rede Cegonha, com a portaria 1.459 de 24 de julho de 2011, está fundamentada na humanização de atenção à saúde. Consiste numa forma de cuidado para assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo, à atenção humanizada na gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como possibilitar à criança o direito ao nascimento seguro, ao crescimento e desenvolvimento saudáveis, até os dois anos de idade (BRASIL, 2011).

As diretrizes da rede se baseiam em acolhimento com classificação de risco, melhoria no acesso e qualidade do pré-natal, garantia do vínculo da gestante a uma unidade de referência, assim como ao transporte seguro, acompanhante durante o parto e puerpério, ambiência, estímulo ao parto normal, aleitamento materno e vacinas nas primeiras horas de vida.

A estratégia Rede Cegonha visa oferecer às gestantes, atendimento cada vez mais qualificado e humanizado, desde o planejamento reprodutivo até o

segundo ano de vida da criança, buscando evidenciar os benefícios do parto normal, diminuindo o número de cesarianas, bem como promovendo contato imediato entre mãe e bebê. Também tem como perspectiva evitar práticas intervencionistas desnecessárias e investir na criação de um ambiente institucional acolhedor que rompa com o tradicional isolamento imposto à mulher (BRASIL, 2011; LEAL *et al*, 2020).

A linha de cuidado materno infantil está inserida na Rede Cegonha, que visa prestar atendimento integral à mulher e à criança, motivando e sensibilizando os profissionais envolvidos para a prestação de assistência humanizada e qualificada. Além disso, tem sua aplicabilidade nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) desde o planejamento reprodutivo, englobando atendimento à mulher no teste de gravidez, avaliação do risco gestacional, com os princípios de humanização, uma vez que toda gestante tem direito a acessar atendimento de qualidade no decorrer da gestação, parto e puerpério, com vínculo a maternidade de referência para o momento do parto e assistência ao neonato de forma humanizada e segura (BRASIL, 2011).

Estudos avaliativos sobre os resultados da Rede Cegonha nos territórios brasileiros têm indicado que a mesma tem sido modelo de intervenção bem sucedido criado pelo SUS. 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, até ações voltadas ao atendimento da criança até dois anos de idade (LEAL *et al*, 2020).

Na estrutura organizacional do SUS em Maceió, a Rede Cegonha está vinculada à Coordenação Geral de Ações de Redes de Atenção à Saúde (CGARAS), no âmbito da Diretoria de Atenção à Saúde (DAS), conforme visualizado anteriormente. Nos últimos quatro anos, a Rede tem apresentado resultados positivos quanto à organização do fluxo dos serviços nos Distritos Sanitários (DS), com vinculação das gestantes às maternidades de referência, evitando a peregrinação das mulheres no momento do parto (conferir apêndice 06 com o fluxo da Rede Cegonha). 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.

Sob essa ótica, os avanços e resultados positivos na atenção materno-infantil com a estruturação da Rede Cegonha, possuem problemas e desafios no

tocante à saúde da mulher que necessitam ser enfrentados no próximo quadriênio, tais como: o alcance dos indicadores de acesso ao pré-natal, exames citopatológicos e redução da morbimortalidade materna, cujas metas pactuadas precisam melhorar

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, 2018).

Segundo Malta e Silva (2013), as doenças crônicas resultam de múltiplas causas, tais como a hereditariedade, os estilos de vida e as exposições a fatores ambientais e fisiológicos. São doenças que, geralmente, deixam sequelas ou podem levar a óbito. As doenças crônicas e suas complicações são prevalentes e exigem mudanças no padrão de utilização dos serviços de saúde, porque produzem impactos na saúde pública em várias dimensões, incluindo o alto custo econômico, considerando a necessidade de incorporação tecnológica para o tratamento, monitoramento e avaliação das ações assistenciais.

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, 2019).

Com a configuração do SUS em redes de atenção à saúde, em 2014, os gestores pactuaram a organização da 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 de Doenças Crônicas.

O Ministério da Saúde, Estados e municípios, através da pactuação interfederativa, estabeleceram um indicador para monitoramento da taxa de mortalidade prematura, ou seja, em pessoas de 30 a 69 anos, pelos principais grupos de doenças crônicas não transmissíveis, sendo: doenças do aparelho circulatório, neoplasias malignas, diabetes mellitus e doenças respiratórias crônicas. Tal perspectiva foi reforçada no Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis no Brasil, 2021-2030, lançado em 2020 pelo Ministério da Saúde, a fim de priorizar esses grupos de doenças no que concerne à prestação de cuidados e promoção da saúde no SUS (BRASIL, 2020).

Na estrutura organizacional do SUS em Maceió existe uma Gerência de Atenção às Doenças Crônicas (GADC), que se insere na divisão hierárquica da CGARAS, vinculada a Diretoria de Atenção à Saúde, sendo responsável por gerenciar a Rede de Atenção às Doenças Crônicas, em consonância com a Política de Saúde, nos três níveis de governo.

Compete à GADC: planejar, programar e racionalizar os procedimentos e serviços necessários ao cuidado das pessoas com doenças crônicas; organizar as linhas de cuidado da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no domínio do SUS, considerados os sistemas logísticos e de apoio necessários para garantir o acesso facilitado aos serviços de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, cuidados paliativos e monitoramento sanitário à disposição dos pacientes crônicos; organizar as diretrizes, os fluxogramas e a regulação das

ações e serviços da Rede; implantar sistemas eletrônicos de informação disponibilizados pelo Ministério da Saúde ou desenvolvido localmente; e contribuir com utilização para obtenção de registros seguros e precisos de dados relativos ao tratamento e manutenção de pós-tratamento em saúde dos utentes dos serviços sanitários.

Conforme indicou a análise de situação de saúde de Maceió, 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 estruturação 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 e sistemas de regulação.

Dentre as ações realizadas, merecem destaques a capacitação dos profissionais de saúde sobre a rede, a organização dos fluxos assistenciais e o fortalecimento do Centro de Referência para Pacientes Crônicos/CEDOCH. O CEDOCH é um serviço de referência localizado no PAM Salgadinho, para prestar cuidados aos pacientes que apresentam as três doenças (diabetes, hipertensão arterial e obesidade), ofertando atenção integral a esses usuários, com atendimento multidisciplinar, exames laboratoriais e de imagens.

Também vale destacar a implantação do grupo de Regulação para validação das consultas de Triagem Oncológica, construído para orientar as UBS nas solicitações das triagens oncológicas e validar as consultas de acordo com as vinculações do território ao serviço especializado/CACON/UNACON. Essa medida foi um grande salto para a entrada do paciente no serviço, desde a implantação do fluxograma de acesso do paciente com suspeita e/ou forte suspeita de câncer.

Outro serviço disponibilizado pela SMS de grande importância é o transporte sanitário público adequado e seguro para pacientes em tratamento de hemodiálise. Os usuários, geralmente, apresentam dificuldades socioeconômicas para acessar os serviços, e o transporte contribui para o deslocamento dos pacientes, garantindo o tratamento de saúde sempre no horário previsto e com toda segurança.

Maceió tem implantado ao longo desses anos suas linhas de cuidado referentes à diabetes mellitus, obesidade, hipertensão arterial e oncologia. Em todas elas, estão definidos os pontos de atenção disponíveis na rede de serviços, com identificação do caminho que o usuário deve fazer para garantir o acesso

estabelecido pelos fluxogramas (conferir apêndice 07 com os fluxogramas das linhas de cuidado para pacientes com doenças crônicas – obesidade, doença renal e oncologia).

Em síntese, é possível observar que Maceió, nos últimos quatro anos, melhorou bastante o acesso dos pacientes da atenção primária aos demais serviços da Rede de Atenção às Doenças Crônicas, com uso de tecnologias leves, fluxos, adoção de critérios clínicos para os encaminhamentos, melhorias no sistema de regulação e a comunicação entre os serviços. Não obstante, há ainda muito por ser feito, principalmente, quanto à oferta de exames, a procedimentos e ao aumento da quantidade de leitos para pacientes oncológicos. Essa é uma dura realidade que deve ser enfrentada pela Gestão Municipal em consonância com as demais esferas governamentais de maneira prioritária e incisiva. Além disso, há a crescente demanda de pacientes diagnosticados de forma tardia em hospitais não especializados, como o HGE, e outros pacientes que precisam de transferência imediata para os serviços dos CACONS/UNACONS para iniciar o tratamento e ainda aguardam dias apropriados para serem transferidos.

Além disto, existem necessidades que devem ser assumidas pela gestão ao longo do quadriênio 2021 – 2025, tais como a oferta de atendimento ao paciente de forma regulada ao paciente renal crônico e a implantação da linha de cuidado das doenças respiratórias. Para isto, faz-se necessário investir em recursos humanos por meio de contratação de especialistas/pneumologistas uma vez que o efetivo disponível nessa área é insuficiente para a demanda existente. Ainda como prioridades, deve-se investir na estruturação das instalações físicas e/ou relocação do CEDOCH, visando melhorar as condições da oferta do atendimento multidisciplinar e implantar serviços de atendimento exclusivo para a população residente no 6º e 7º Distritos Sanitários, onde se registra a maior concentração populacional e altos índices de pessoas com doenças crônicas.

Rede de Atenção Psicossocial

A Rede de Atenção Psicossocial – RAPS compõe a Política Nacional de Saúde, e sua configuração tem objetivo de monitorar a aplicabilidade da Política Nacional de Saúde Mental, através de ações de ampliação e monitoramento dos seus pontos de atenção. Neste sentido, ela está presente desde as unidades de atenção básica, passando pelos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), como

instituições basilares, até as estratégias de reabilitação psicossocial, conforme preconiza a Portaria GM/MS nº 3.088/2011.

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. Outrossim, são diretrizes da RAPS, o desenvolvimento de estratégias de redução de danos; a ênfase em serviços de base territorial e comunitária, com participação e controle social dos usuários e de seus familiares; a promoção de estratégias de educação permanente; e o 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 (PTS) (CONASS, 2019).

Em se tratando da lógica de organização interna do SUS 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 Geral de Ações em Redes de Atenção à Saúde (CGARAS), na Diretoria de Atenção à Saúde (DAS). A referida Gerência tem como objetivos: promover a implantação da Política Nacional de Saúde Mental no Município de Maceió; de forma a planejar, implementar e monitorar a Rede de Atenção Psicossocial – RAPS; com promoção, prevenção, tratamento e reabilitação psicossocial das pessoas em sofrimento psíquico decorrente ou não do uso de substâncias psicoativas; monitorar ações de atenção à saúde mental da população pelos serviços da RAPS, por meio da implementação de Práticas Integrativas e Complementares (PIC's) e de estratégias de geração de renda; buscar 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.

Nessa perspectiva, a atual estruturação da RAPS no município está constituída pela presença de 05 (cinco) Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), sendo três de tipo II, um CAPS tipo III - Álcool e outras Drogas, com funcionamento 24 horas e um CAPS Infante-juvenil, a saber:

- CAPS II Rostan Silvestre: atende ao público adulto com transtorno mental do 1º, 2º e 8º Distritos Sanitários.
- CAPS II Sadi de Carvalho: atende ao público adulto com transtorno mental do 4º e 7º Distritos Sanitários.
- CAPS II Noraci Pedrosa: atende ao público adulto com transtorno mental do 3º, 5º e 6º Distritos Sanitários.
- CAPS AD III 24 horas: atende a todos os Distritos Sanitários, destinado aos usuários de álcool e outras drogas.
- CAPSi Luiz da Rocha Cerqueira: atende ao público infanto-juvenil com transtorno mental de todos os Distritos Sanitários.

Vinculados à Gerência de Atenção Psicossocial encontram-se, ainda, outros dispositivos, conforme preconiza a legislação sobre Saúde Mental - Núcleos de Cultura e Reabilitação Psicossocial (NCRP), Serviço Residencial Terapêutico (SRT) e Unidade de Acolhimento Infantojuvenil (UAI) Nise da Silveira (Conferir apêndice 08 com os serviços e dispositivos da RAPS e respectivas localização).

Os NCRP's visam integrar os usuários dos CAPS ao ambiente social, por meio de atividades artísticas e culturais que têm como objetivo promover cultura, fazer articulações intersetoriais com ênfase na inclusão social, bem como ampliar as possibilidades de qualificação para o trabalho de pessoas com transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes de álcool e outras drogas. O trabalho se desenvolve a partir da oferta de oficinas fixas e oficinas itinerantes (artesanato, massoterapia, fotografia, artes cênicas, dança, capoeira e música, bem como geração de renda e economia solidária) que circulam por todos os CAPS, bem como na sede do referido núcleo, e atendem a demanda de usuários e suas famílias. Essa sistemática articula toda a RAPS com os recursos disponíveis no território, para garantir a melhoria das condições de vida, ampliação da autonomia e a inclusão social.

O SRT ou Residência Terapêutica (RT) – são casas localizadas no espaço urbano, constituídas para responder às necessidades de moradia de pessoas portadoras de transtornos mentais, institucionalizadas há mais de 01 (um) ano, de maneira ininterrupta, sendo consideradas a partir desta data em situação de longa permanência. As RT's constituem-se como alternativas de moradia para um grande contingente de pessoas que estão internadas há anos em hospitais psiquiátricos,

que não contam com suporte adequado na comunidade ou mesmo na família. O município de Maceió possui atualmente, 07 (sete) SRT's com 70 moradores.

AUA, oferta acolhimento voluntário e cuidados contínuos para crianças e adolescentes com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, atualmente sem credenciamento no Sistema de Apoio e Implementação de Políticas em Saúde (SAIPS), do MS.

Mesmo tendo uma configuração consolidada e fluxos assistenciais definidos, a RAPS apresenta atualmente uma série de demandas, tanto no sentido da melhoria estrutural dos serviços (rede física e equipamentos), como no tocante a insuficiência de recursos humanos, desde a porta de entrada (segurança) até o atendimento médico especializado (psiquiatras), para que se consiga garantir a continuidade e integralidade do cuidado.

Tendo em vista o aumento populacional no município, somado à crescente demanda por serviços de atenção de Saúde Mental, atualmente a RAPS está com déficit de oferta de serviços e dispositivos. Segundo dados do IBGE (2019), Maceió tem um contingente populacional 1.054.843 mil habitantes e considerando o disposto na Portaria de Consolidação nº 3² e Portaria 121 de 2012³, Maceió deveria dispor de 6 (seis) CAPS do tipo III, 6 (seis) CAPS AD III, 14 (quatorze) CAPSi, 5 (cinco) Unidades de Acolhimento e, pelo menos, 2 (dois) SRT tipo II, para a demanda de moradores que encontram-se na Casa de Saúde Ulisses Pernambucano por bloqueio judicial. Sendo assim, a cidade apresenta um déficit expressivo na quantidade de equipamentos institucionais para o atendimento psicossocial.

Nesse contexto, segundo os cálculos apontados nas portarias supracitadas, a gestão de saúde, tem como grande desafio para o próximo quadriênio à implantação de novos serviços de atenção psicossocial e/ou habilitação de serviços existentes, para organização adequada dos pontos de atenção da rede da RAPS.

A perspectiva também delineada para o horizonte de quatro anos é de fortalecimento da compreensão de que a saúde mental não está dissociada da saúde geral. Por isso, faz-se necessário reconhecer, especialmente no interior do

² A Portaria de Consolidação nº 3 - da Portaria 3.088/2011 do Ministério da Saúde - preconiza um CAPS do tipo III a cada 150 mil habitantes, um CAPS AD III a cada 150 mil habitantes e um CAPSi a cada 70 mil habitantes.

³ A Portaria 121/2012 preconiza que a Unidade de Acolhimento Adulto deve ser referência para Municípios ou regiões com população igual ou superior de 200.000 (duzentos mil) habitantes e a implantação de Unidade de Acolhimento Infantojuvenil a cada 5.000 (cinco mil) crianças e adolescentes em risco para uso de drogas.

SUS, que as demandas de saúde mental estão presentes em todos os níveis de atenção à saúde, incluindo a Atenção Primária à Saúde (APS), enquanto porta de entrada preferencial e ordenadora do cuidado. A saúde mental deve ser, portanto, organizada segundo um modelo de atenção no território, no qual o CAPS e a APS, prioritariamente atuam de maneira horizontalizada. O profissional que atua na APS pode realizar práticas em saúde mental, independentemente de suas formações específicas, buscando assim, a resolutividade e continuidade do cuidado.

Rede de Urgência e Emergência (RUE)

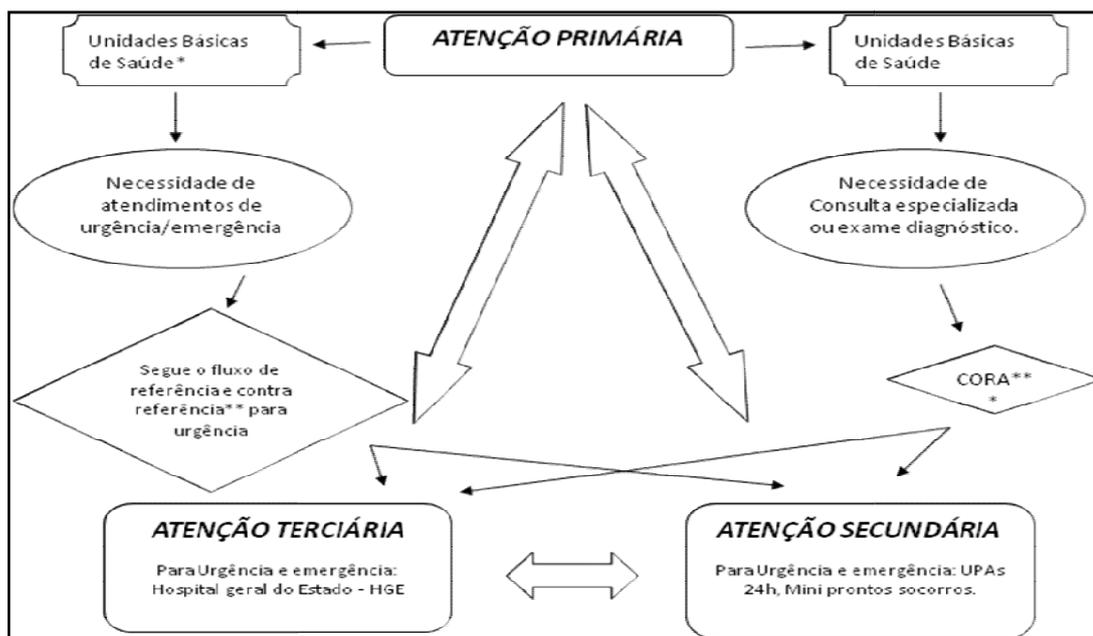
A Rede de Urgência e Emergência (RUE) constitui-se em um conjunto de serviços de saúde responsáveis pelo acesso humanizado e integral aos usuários em situação de urgência e emergência no âmbito do SUS, cujo propósito é integrar os equipamentos de saúde, para ampliar o acesso e garantir o cuidado de forma 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 a 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 saber, traumatismos, violências e acidentes (CONASS, 2019).

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”.

Quanto à estrutura organizacional da SMS, a gestão da RUE é de atribuição da Gerência de Atenção em Urgência e Emergência, vinculada à Coordenação Geral de Ações em Redes de Atenção à Saúde (CGARAS), componente da Diretoria de Atenção à Saúde (DAS). Na dinâmica de funcionamento, a RUE pode ser visualizada na imagem abaixo.

Figura 3: Fluxo de referência e contrarreferência da RUE, Maceió, 2021.



Fonte: Gerência de Atenção em Urgência e Emergência, 2021.

A avaliação da Política de Saúde em Maceió demonstra que, houve avanços significativos nas ações e serviços de urgência e emergência, com garantia de acesso e qualidade no atendimento, tanto pelas equipes do Serviço de Atendimento Domiciliar (SAD), quanto nas Unidades de Pronto Atendimento (UPA). Contexto que refletiu, de forma positiva, nos indicadores de saúde da população, especialmente na redução das taxas de mortalidade prematura da população com mais de 60 anos.

Atualmente, a estrutura da RUE municipal conta com 02 Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h), sendo uma no bairro Trapiche e outra no Benedito Bentes, que realizam mais de 21 mil atendimentos/mês de urgência e emergência em dias comuns, chegando a dobrar esse quantitativo devido ao momento atípico de pandemia do COVID-19. Por conta do cenário sanitário e agravamento da situação de saúde da população, sobretudo, de doenças respiratórias, houve o aumento dos atendimentos diários e dentre eles, casos moderados, o que demandou reorganização dos serviços nas UPA's para realização de transferências rotineiras.

Para atendimento a população, a RUE também conta com o serviço de Atendimento Domiciliar (SAD), que é um ponto de atenção da rede e presta assistência a 296 pacientes ativos, onde o paciente é atendido no conforto do seu lar, no intuito de desospitalização. Tem, ainda, 122 leitos de retaguarda contratualizados, sendo 80 no Hospital Veredas 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.

Em relação aos limites e desafios da RUE, verifica-se que a principal porta de entrada do SUS – as Unidades Básicas de Saúde (UBS) – 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. Esse fluxo ocasiona problemas nos serviços, como a superlotação e tempo de espera nas UPA's e no hospital geral.

Para superação da problemática foi dado início a implantação das urgências básicas nas unidades de atenção primária, onde foi consolidado o fluxo de referência e contrarreferência, aprimorando a relação com as UBS para que seja trabalhado o acolhimento ao paciente e a classificação de risco na porta prioritária de entrada do sistema e o encaminhamento, se necessário, para os serviços de atendimento de urgência e emergência.

A perspectiva para o próximo quadriênio é de implantação de outros serviços de urgência e emergência para garantir o fluxo da rede com todos os pontos de atenção. A Gerência também tem como horizonte dar continuidade ao monitoramento das urgências básicas nas UBS, bem como a implantação do monitoramento das equipes do SAD – Maceió, inclusive com visitas in loco. Além disso, busca-se manter a supervisão do processo de trabalho das UPA's municipais e o acompanhamento dos indicadores de saúde da população, quanto ao acesso, efetividade e qualidade do atendimento dos serviços da RUE.

Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência (RCPD)

A organização dos serviços de reabilitação do município de Maceió para as Pessoas com Deficiência é de competência da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), a qual é responsável por todos os serviços de reabilitação credenciados ao Sistema Único de Saúde – SUS/SIA desde 2001. De acordo com as PTS/GM/MS

nº818/2001, 1635/2002, 587/2002 e 589/2002 e a implantação da Rede Estadual de Deficiência, os serviços foram classificados por nível de atenção: a) Serviço de Reabilitação intermunicipal; b) Serviço de Reabilitação Física Intermediário de Média Complexidade; c) Serviço de Referência em Medicina Física e Reabilitação de Alta Complexidade com referência para todo o estado de Alagoas.

Levando-se em consideração as diferenças loco-regionais e de concentração de renda, Alagoas assiste a um aumento de eventos agudos em seu sistema de saúde, ocasionado pelas causas externas, como a violência, os crimes contra a vida e os traumas diversos, em especial aqueles decorrentes dos acidentes de trânsito, o que na maioria das vezes leva o indivíduo a situações incapacitantes. Considerando o Censo do IBGE (2010), Alagoas possui 27,6% de sua população composta por pessoas com algum tipo de deficiência (física, auditiva, visual, intelectual e múltipla).

Os fundamentos normativos da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência é o Decreto de nº 7.612 de 17 de Novembro de 2011, que institui o Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência – Plano Viver Sem Limite, a Portaria nº 793, de 24 de Abril de 2012, que institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD) no âmbito do SUS e a Portaria nº 835, de Abril de 2012, que institui incentivos financeiros de custeio para o componente da Atenção Especializada da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do SUS.

A RCPD oferece um elenco de serviços de reabilitação integrada, articulada e efetiva nos diferentes pontos de atenção para atender às pessoas com demandas decorrentes de deficiência temporária ou permanente; progressiva, regressiva ou estável; intermitente e contínua no âmbito do SUS.

Dessa forma, RCPD propõe garantir à integralidade do cuidado e o acesso regulado em cada ponto de atenção e/ou aos serviços de apoio, observadas as especificidades inerentes e indispensáveis no tocante à equidade na atenção aos usuários, de forma organizada pelos seguintes componentes: Atenção Básica; Atenção Especializada em Reabilitação Auditiva, Física, Intelectual, Visual, Ostomia e Múltiplas Deficiências; Atenção Hospitalar e de Urgência e Emergência.

O componente da Rede de Deficiência da Atenção Básica é feita pelas UBS e eNASF. A Atenção Especializada em Reabilitação é feita pelos Estabelecimentos de saúde habilitados apenas em um serviço de reabilitação (Modalidade Única –

MU), Centros Especializados em Reabilitação (CER's), Centros de Especialidade Odontológicas (CEO) e Oficina Ortopédica.

Considerando que a RCDP é ampla e abrangente para todo o Estado de Alagoas, conforme Plano de Regionalização, os 102 municípios foram distribuídos de acordo com a população existente, sendo Maceió a 1ª Macro Região de Saúde - referência para 56 municípios (1ª à 6ª Região de Saúde), com responsabilidade de prestar atendimento em Reabilitação e Dispensação de Órteses, próteses e Materiais especiais (OPME's) para todos os municípios, e para aqueles onde não existe o serviço de reabilitação.

Obedecendo à lógica organizacional da SMS, a gestão da RCPD é de responsabilidade da Diretoria de Atenção à Pessoa com Deficiência (DAPD). O objetivo da Diretoria é facilitar a integração dos diversos níveis de atenção, formulando políticas de acesso e qualificação do atendimento às pessoas com deficiência. A DAPD é constituída por uma Gerência de Atenção à Pessoa com Deficiência (GAPD), responsável por organizar as ações e serviços de assistência à saúde das pessoas com deficiência, assegurando a promoção, prevenção, recuperação e reabilitação, em todos os níveis de atenção à saúde, e gerenciamento da Rede de Deficiência de Maceió dos serviços públicos, filantrópicos e privados: CER's, Pontos de Atenção - Modalidade única (MU) e Oficinas Ortopédicas e Dispensação de OPME's. A GAPD também é responsável pela gestão das ações, programas e projetos desenvolvidos pela área técnica e as demandas externas e internas referente ao público com deficiência. Conferir figura 14 com o fluxo de funcionamento da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência e vinculação nos Distritos Sanitários:

Figura 4: Fluxo de funcionamento da RCPD, Maceió, 2021.



Fonte: DAPD/GAPD, 2021.

Nos últimos quatro anos, a RCPD enfrentou muitas dificuldades para se estruturar, sobretudo pelo fato de o município não dispor dos serviços próprios, necessários à organização da rede. Contudo, o processo de contratualização e regulação da rede complementar de serviços do SUS, composta por entidades

filantrópicas e privadas, contribuíram para organizar os pontos de atenção e o fluxo de funcionamento do atendimento e dispensação de OPME's.

Para o próximo quadriênio, a Política de Saúde em Maceió, no tocante a atenção à pessoa com deficiência, depara-se com um conjunto de desafios para dar continuidade no desenvolvimento das ações. Dentre eles, a necessidade de implantação de novos serviços para atender as demandas da população, tais como o Centro de Reabilitação em CER IV nas modalidades - Auditiva, Física, Intelectual e Visual, a Oficina Ortopédica e os Centros Especializados para pessoas com Transtorno do Espectro Autista (TEA) na categoria de jovens e adultos. Tem ainda como demandas investir em serviços de equoterapia e terapias aquáticas, bem como promover cursos Libras para profissionais das UBS.

De forma geral, o conjunto das ações de Atenção à Saúde, avaliado nos níveis da atenção primária à saúde, atenção especializada, assistência farmacêutica e das redes de atenção, assinala que o município de Maceió avançou na organização dos serviços, na ampliação do acesso e no desenvolvimento de ações que visam garantir o direito universal à saúde. Contudo, muitos limites também foram registrados que se transformam em desafios para a execução do novo Plano Municipal, especialmente, para garantir o alcance dos objetivos, diretrizes e metas projetadas para um marco temporal de quatro anos.

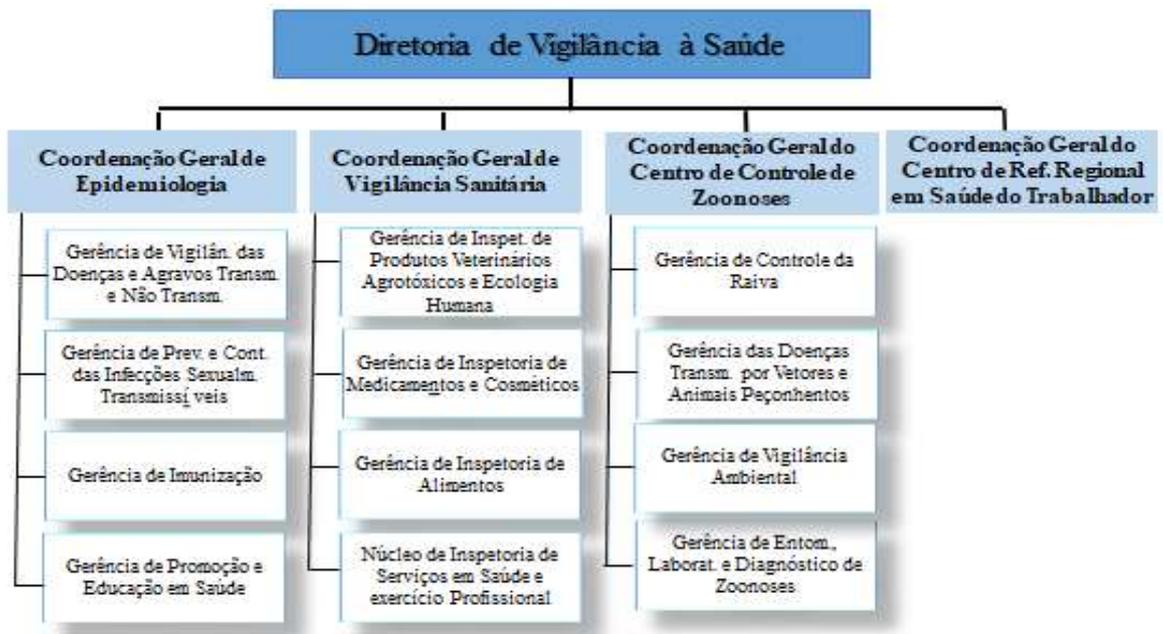
Destarte, as estratégias nacionais de desmonte das políticas públicas, especialmente do SUS, com o congelamento de recursos para investimento, desfinanciamento dos programas, mudanças na lógica de financiamento da atenção primária, precarização da força de trabalho e aumento dos mecanismos de privatização da Política de Saúde, provocam impactos diretos no nível local. Por isso mesmo, no que se refere à Atenção à Saúde, o SUS em Maceió tem o desafio macro de enfrentar os problemas estruturais e os conflitos entre as instâncias interfederativas, tendo como horizonte estratégico viabilizar saúde como direito, com acesso universal, assistência humanizada e integralidade da atenção, na busca de alcançar os indicadores de melhoria da saúde da população.

3.4.3 - Vigilância em Saúde

A Vigilância em Saúde (VS) é entendida como processo contínuo e sistemático de coleta, consolidação, análise de dados e disseminação de informações sobre eventos relacionados à saúde, visando o planejamento e a implementação de medidas de saúde pública, incluindo a regulação, intervenção e atuação em condicionantes e determinantes da saúde, para a proteção e promoção da saúde da população, prevenção e controle de riscos, agravos e doenças (BRASIL, 2018).

A forma de organização do modelo de Vigilância em Saúde privilegia a atuação intersetorial e as intervenções, particulares e integradas, de promoção e prevenção da saúde, em torno de problemas e grupos populacionais específicos. Desse modo, as ações de vigilância em saúde envolvem práticas e processos de trabalho que se distribuem entre: vigilância da situação de saúde da população, vigilância epidemiológica, vigilância ambiental, vigilância sanitária e vigilância em saúde do trabalhador e promoção da saúde.

De acordo com o Decreto nº. 8.398, de 09/03/2017, que definiu a estrutura organizacional da SMS, as ações e serviços de vigilância são coordenados pela Diretoria de Vigilância em Saúde (DVS), cujo organograma pode ser visualizado abaixo.

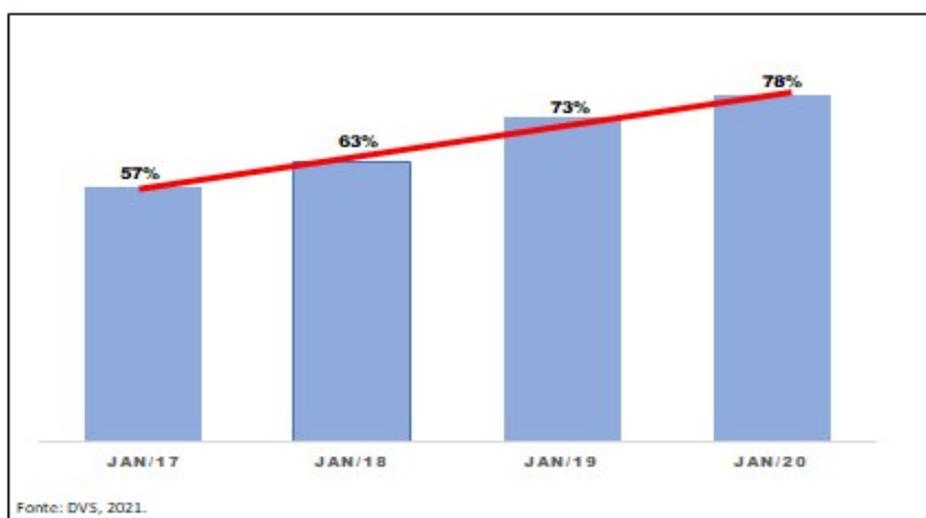


A estrutura da DVS busca adequar os objetivos da Vigilância em Saúde aos serviços existentes no município de Maceió e à lógica organizacional dos processos de trabalho, de acordo com a realidade atual.

Em se tratando da avaliação da Política de Saúde em Maceió voltadas para a vigilância em saúde, no panorama global, nota-se que a DVSalcançou vários avanços os quais impactam diretamente na qualidade do trabalho realizado, a saber: a aquisição de uma nova sede, com estrutura física adequada, que permite a aproximação de diversos setores que compõe a diretoria numa só edificação e favorece a interlocução entre os pares a estruturação da rede lógica; aquisição de computadores e equipamentos; a estruturação física, com a aquisição de mobiliários; a reestruturação do Disque Denúncia; a modernização do CIEVS e organização de sala de monitoramento e resposta com equipamentos de multimídia de última geração.

O crescimento do desempenho da diretriz do Plano Municipal de Saúde anterior “Fortalecimento e Modernização da Vigilância em Saúde” pode ser verificado no gráfico 17, com o desempenho da Programação Anual de Saúde (PAS), 2016-2019:

Gráfico 17: Desempenho da diretriz de Fortalecimento e Modernização da Vigilância em Saúde, Maceió, 2016-2017.



Para melhor compreensão da análise situacional em relação à organização dos serviços da vigilância em saúde, segue uma avaliação específica, considerando os campos de intervenção da mesma e a estrutura organizativa regimental da Secretaria.

VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

A Vigilância Epidemiológica (VE) 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, 2019). Portanto, cabe à VE 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 (CGE), que comporta em sua estrutura gerências fundamentais.



A avaliação da Política de Saúde no município, nos últimos quatro anos, demonstra que houve avanços significativos na VE, inclusive, com alcance de indicadores pactuados, mas também, alguns limites e desafios que precisam ser superados. A seguir, uma síntese das ações, avanços e desafios das gerências vinculadas à CGE.

A Gerência de Vigilância das Doenças e Agravos Transmissíveis e Não Transmissíveis (GVDATNT) tem por objetivo disponibilizar informações sobre doenças, agravos e riscos à saúde, subsidiando gestores, a fim de promover medidas de prevenção e controle bem como interromper a cadeia de transmissão de doenças visando à melhoria da qualidade de vida da população.

Compete a GVDATNT: gerenciar e executar as ações referentes às doenças e agravos de notificação compulsória no âmbito do município; monitorar e analisar a notificação e investigação de doenças de notificação compulsória, surtos e agravos inusitados; promover através das equipes de saúde locais e regionais, a busca ativa de casos de notificação compulsória nas unidades de saúde, laboratórios, domicílios,

creches, e instituições de ensino, entre outros pertencentes ao seu território; promover ações e monitorar a situação de doenças endêmicas no âmbito do município; planejar, viabilizar e executar capacitação técnica profissional do corpo técnico e da rede básica, conforme necessidade, visando melhoria crescente na qualidade dos serviços de prevenção e intervenção à saúde da população.

A referida gerência vem desempenhando atividades intensas e contínuas junto às instituições de saúde, coordenadores de distritos e agentes de epidemiologia, visando solucionar os atrasos das notificações, inconsistências, incompletudes e subnotificações e obter informações oportunas para a melhoria do acesso da população junto aos serviços de saúde. A GV DATNT tem como desafio ampliar a equipe de Agentes de Epidemiologia, visto que a quantidade existente é insuficiente para cobertura de todo território de Maceió.

A **Gerência de Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis (GPCIST)**, implementa o Programa Municipal de IST/AIDS e Hepatites Virais, que se tornou referência Estadual no tratamento e atenção às pessoas vivendo com HIV, Aids e recentemente Hepatites Virais, ultrapassando sua missão de realizar prevenção e assistência aos munícipes de Maceió nas questões relacionadas à AIDS e outras infecções sexualmente transmissíveis. Possui 04 eixos de atuação: Gestão, Prevenção e Promoção, Assistência à Saúde e Articulação com Movimentos Sociais. Vinculado à gerência, tem o Serviço de Assistência Especializada (SAE), que funciona no bloco I do PAM Salgadinho, prestando assistência a maior parte desses pacientes.

Além do SAE, funciona também no bloco I do PAM Salgadinho o Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA), que atende uma média mensal de 600 pessoas que realizam testes rápidos para HIV, Sífilis, Hepatite B e C, acompanham 100 pessoas das 250 cadastradas para uso de Profilaxia pré-exposição ao HIV (PrEP), disponibilizam autotestes e desenvolvem educação permanente para profissionais da rede SUS de Maceió com foco em prevenção e testes rápidos. Vale ressaltar que o CTA é o único serviço do Estado a ofertar PrEP como tecnologia de prevenção para populações prioritárias.

Os principais avanços da Política de Saúde no tocante à prevenção e controle das infecções sexualmente transmissíveis foram: ampliação significativa da capacidade de oferta de testes rápidos; implantação de

testagem rápida e vacinação para hepatite B nas maternidades, além do protocolo de prevenção de transmissão vertical do HIV; fortalecimento e continuidade do Comitê de prevenção de transmissão vertical HIV, sífilis e hepatites; regularização da oferta de penicilina benzantina e ampliação de unidades preparadas para administrar a medicação; descentralização da dispensação dos medicamentos utilizados no tratamento das hepatites B e C para as Unidades Dispensadoras do PAM Salgadinho, HU e HEHA, anteriormente localizada na Central de Assistência Farmacêutica (CEAF).

A **Gerência de Imunização (GI)** coordena e executa as ações de vacinação em Maceió, inerentes ao Programa Nacional de Imunizações (PNI). O município de Maceió possui 67 Unidades Básicas de Saúde (UBS) com salas de imunização, que disponibilizam todas as vacinas do calendário básico para crianças, adolescentes e adultos. Além das UBS, o município também conta com salas de vacina em 05 maternidades conveniadas ao SUS, 01 Casa de Custódia e 01 Superintendência de Medidas Socioeducativas (SUMESE).

Em relação aos avanços alcançados pela GI nos últimos anos, merecem destaques: aquisição de local para a nova Central de Rede de Frio, com espaço físico adequado para as atividades de recebimento, armazenamento e distribuição de vacinas e insumos, otimizando os fluxos e garantindo a segurança e eficácia dos imunobiológicos; aparelhamento da Central de Rede de Frio e salas de vacinação das UBS.

Realização da implantação, aparelhamento e implementação dos sistemas de inserção de dados do serviço de vacinação e-SUS e SI-PNI nas 67 salas de vacinas das UBS, 05 maternidades conveniadas ao SUS e em 02 sistemas prisionais; implementação dos sistemas informatizados de imunização em todas as unidades e serviços; aumento da realização de ações de vacinação em diversos bairros em áreas com dificuldade de acesso como forma de busca ativa de não vacinados para a atualização da caderneta; implantação da vacinação nos recém-nascidos em 05 das 06 maternidades conveniadas ao SUS; Realização de 05 Campanhas de Vacinação contra a Influenza, 02 contra a Poliomielite, 03 Multivacinação, 06 contra o Sarampo, onde foram alcançadas as coberturas vacinais de todas as campanhas que tiveram meta estipulada pelo Ministério da Saúde; realização das ações de imunização contra a COVID-19, destacando Maceió entre os municípios com maior cobertura da referida vacina.

No que tange os avanços nas ações de imunização, é importante destacar a dificuldade do município de Maceió em alcançar o indicador pactuado entre os entes federativos, de “Proporção de vacinas selecionadas do Calendário Nacional de Vacinação (Pentavalente, Pneumocócica, Poliomielite, Tríplice viral) para crianças menores de dois anos de idade com cobertura vacinal preconizada de 95%”. Este indicador é de suma relevância porque favorece a prevenção e o controle de doenças significativas como sarampo, rubéola, difteria, tétano, coqueluche, hepatites e infecções por influenzas. Manter e ampliar a cobertura vacinal constitui-se uma estratégia fundamental para o sistema de saúde avançar em relação à vigilância das doenças transmissíveis. Nessa perspectiva, sugere-se para o novo quadriênio um aprofundamento da análise de situação de saúde, no sentido de identificar nós críticos e rever as estratégias, para que novas intervenções sejam trabalhadas e o município possa melhorar o desempenho na imunização de crianças, adultos, gestantes e idosos.

A VE também conta com duas áreas estratégicas, que não estão visíveis no organograma atual da SMS, mas, compõem a DVS, que são: o Centro de Informação Estratégica de Vigilância em Saúde (CIEVS) e a Gerência de Sistemas de Informação (GESINF).

O Centro de Informação Estratégica de Vigilância em Saúde (CIEVS) tem como missão a detecção oportuna de eventos de notificação imediata, verificação, avaliação, monitoramento, resposta e comunicação de risco imediata de potenciais emergências em saúde pública de modo que seja possível haver efetividade e eficácia nas ações de vigilância em saúde com o objetivo de prevenir e/ou minimizar situações que gerem risco a vida da população.

O CIEVS realiza, diariamente, contato com 18 hospitais que estão no território de Maceió para detecção de notificações compulsórias imediatas, e busca ativa nos meios de comunicação de rumores ou eventos de saúde pública de interesse do município. Atualmente o CIEVS encontra-se em fase de fortalecimento por parte do MS, com a implantação da sala de monitoramento e resposta, a qual dispõe de equipamentos de última geração, cujo objetivo é fortalecer e modernizar a rede CIEVS em todo território brasileiro.

A Gerência de Sistemas de Informação (GESINF) tem como missão garantir a qualificação dos dados inseridos nos sistemas de Informação de Mortalidade (SIM), Sistema Nascidos Vivos (SINASC) e Sistema Nacional de

Agravos e Doenças de Notificação (SINAN), para que os mesmos gerem informação e conhecimento, propiciando a tomada de decisão.

A GESINF realiza, periodicamente, a manutenção dos dados que influenciam diretamente nos indicadores de setores como Vigilância Epidemiológica, Vigilância de Óbito, CEREST Municipal e Estadual, Secretaria Estadual de Saúde, Ministério da Saúde, municípios de Alagoas e do Brasil.

A referida Gerência também objetiva a codificação das Declarações de Óbitos (DO) visando à qualificação do banco de dados e envio dos dados para o nível estadual e federal. O trabalho influenciado diretamente nas tomadas de decisões de setores importantes da Secretaria Municipal de Saúde de Maceió e dos níveis superiores (Estadual e Federal).

Para o próximo quadriênio a GESINF tem como desafio a realização de projetos na área de Tecnologia da Informação, construção de dashboards para as áreas da VE (com gráficos, tabelas, mapas e indicadores dinâmicos) e descentralizar os sistemas (SIM, SINASC e SINAN) para mais hospitais e UBS.

PROMOÇÃO À SAÚDE

A promoção da saúde é um campo de vigilância em saúde que representa uma estratégia promissora para enfrentar os problemas de saúde que afetam as populações humanas. Refere-se às ações sobre os condicionantes e determinantes sociais da saúde que se caracterizam, fundamentalmente, por uma composição intersetorial e intersectorial, pela ampliação da consciência sanitária – direitos e deveres da cidadania, e pela educação em saúde para mudanças de estilos de vida e aspectos comportamentais. Essa estratégia propõe a articulação de saberes técnicos e populares, a mobilização de recursos institucionais e comunitários, públicos e privados, a favor da qualidade de vida (BUSS *et al*, 2020).

A Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), conforme Portaria 2.466 de 13/11/2014, baseia-se no conceito ampliado de saúde e menciona a promoção da saúde como conjunto de estratégias e formas de produzir saúde, no âmbito individual e coletivo, visando atender às necessidades sociais de saúde e garantir a melhoria da qualidade de vida da população. A referida portaria tem como objetivo principal promover qualidade de vida e reduzir a vulnerabilidade e os riscos à saúde e institui responsabilidades para os três entes federados, dialoga com os acordos

internacionais firmados pelo governo brasileiro e como política transversal se articula com outras políticas públicas.

No município de Maceió, a PNPS é operacionalizada pela Gerência de Promoção e Educação em Saúde (GPES), vinculada à Coordenação Geral de Epidemiologia (conferir figura 16). A GPES tem como missão contribuir com a promoção da qualidade de vida e a redução da vulnerabilidade e riscos à saúde da população, por meio do desenvolvimento de programas, planos, projetos e ações relacionados à promoção da saúde, que são efetivados em articulação com outras políticas públicas, de forma multidisciplinar, com imperativo da participação social e considerando contextos individuais e coletivos.

As ações implementadas pela GPES estão ancoradas nos temas prioritários da PNPS, 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 dos direitos humanos, e promoção do desenvolvimento sustentável.

A GPES desenvolve estratégias e executa os seguintes programas:

- **Programa Saúde na Escola (PSE):** uma política intersetorial da saúde e da educação, instituída em 2007 por Decreto Interministerial. A participação do município no PSE ocorre mediante adesão por ciclo bienal pactuando escolas e UBS. A pactuação 2021/2022 – firmou um conjunto de 14 ações/temáticas a serem realizadas em 104 escolas, (72 municipais e 32 estaduais), equipes de atenção básica, setores da SMS e parcerias, nos eixos de formação, avaliação das condições de saúde e promoção da saúde, contemplando 38.726 educandos.

- **Programa Crescer Saudável:** tem como objetivo contribuir com a prevenção e controle da obesidade infantil no país. É voltado para os educandos entre 2 e 10 anos de idade matriculados nas escolas públicas que fazem parte do PSE por meio da realização da avaliação do estado nutricional; oferta de atividade coletiva de promoção da alimentação adequada e saudável e de práticas corporais, bem como atividade física.

- **NutriSUS:** estratégia de fortificação de micronutrientes em pó - voltado a suplementação de vitaminas e minerais para alunos entre 6 meses até 5 anos e 11 meses, através da adição do sachê em uma das refeições ofertadas na unidade escolar (Centros Municipais de Educação Infantil - CMEI's) em dois ciclos de 60

dias, com intervalo de 3 a 4 meses entre eles. As ações do programa compreendem formação dos profissionais da educação, distribuição dos sachês e monitoramento das ações.

- **Núcleos de Atividade Física (NAF's):** existem 13 Núcleos distribuídos em bairros periféricos de Maceió, em parceria com as UBS e associações comunitárias, através dos quais são ofertadas, diariamente, práticas corporais, atividade física e ações educativas, por 14 profissionais de educação física.

- **Programa de Educação em Saúde** - São realizadas ações educativas nos territórios dos 08 Distritos Sanitários, abordando temáticas da promoção da saúde, prevenção e controle de doenças, além de posse responsável de animais, por 20 educadores em saúde. As ações são planejadas a partir do perfil epidemiológico, demandas oriundas da necessidade da sociedade civil e do Programa PSE.

- **Programa Municipal de Controle do Tabagismo:** objetiva reduzir a prevalência de fumantes e a consequente morbimortalidade relacionada ao consumo de derivados do tabaco no município, por meio de ações educativas, terapia de grupo, tratamento medicamentoso e oferta do tratamento para pessoas que querem parar de fumar. Atualmente, existem implantados 05 (cinco) Núcleos de Cessação e Tratamento para pessoa que faz uso do tabaco, compostos por equipes multiprofissionais.

- **Peça Teatral “Mexe, Mexe Cidadão”:** a peça é baseada na modalidade de teatro de rua, composta por 09 atores técnicos da GPES. Tem como objetivo fomentar os temas prioritários da PNPS. As apresentações permitem interação com o público, através de uma abordagem ampliada, o que favorece a reflexão e contribui com a formação da consciência crítica das pessoas a respeito de seus problemas de saúde.

- **Comitê Municipal de Mobilização para o Controle da Dengue e Riscos Ambientais:** composto por representantes de setores da SMS e instituições diversas e visa fomentar a realização de ações intersetoriais e interinstitucionais. Dentre as ações desenvolvidas destacam-se o Projeto Escola Alerta “Zika Zero” e o Dia “D” Nacional de Prevenção e Controle da Dengue.

- **Grupo Condutor de Promoção da Saúde:** criado a partir dos Fóruns de Promoção da Saúde realizados nos 08 Distritos Sanitários, sendo composto por

profissionais da saúde, da educação e representantes da comunidade. Tem como objetivo promover o fortalecimento das ações de promoção da saúde nos territórios de Maceió.

Na perspectiva de ampliação universal da Promoção da Saúde no município, tem-se como desafio a consolidação das estratégias, programas e práticas supracitadas, por meio de trabalho multidisciplinar, integrado e em redes, de forma que considere as necessidades em saúde da população, em ações articuladas entre os diversos atores envolvidos.

UNIDADE DE VIGILÂNCIA DE ZONOSSES (UVZ)

Unidade de Vigilância de Zoonoses (UVZ), também situada no campo da vigilância epidemiológica, na estrutura organizacional da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Maceió assume status de Coordenação Geral de Centro de Controle de Zoonoses (CGCCZ), vinculada à Diretoria de Vigilância em Saúde (DVS). A UVZ tem a missão de contribuir com o Sistema Único de Saúde (SUS) servindo à população, no que diz respeito ao controle das zoonoses e suas ações são voltadas para o rastreamento de esses agravos de caráter regional/nacional de interesse à saúde pública.

Ainda conforme organograma da SMS estão vinculadas a Unidade de Vigilância de Zoonoses as seguintes áreas: Gerência de Entomologia, Laboratório e Diagnóstico para Zoonoses; Gerência Administrativa da UVZ; Gerência de Ações de Controle da Raiva e Gerência de Doenças Transmitidas por Vetores e Animais Peçonhentos (GDTVAP). Por meio das gerências, da UVZ são desenvolvidos os Programas de controle de zoonoses endêmicas e/ou de interesse público para Maceió como: Raiva, Leishmaniose, Esporotricose, Verminoses, Dengue, Zika, Chikungunya e Febre Amarela.

A GDTVAP possui seu gerenciamento compartilhado junto a DVS devido a sua dimensão que tem como missão reduzir os riscos de doenças e agravos à população, por meio da vigilância e controle de vetores, animais peçonhentos, roedores e senteroparasitoses de relevância para a saúde pública. Os principais programas e atividades realizadas pela referida gerência são:

- **Controle do *Aedes aegypti*** (transmissor do dengue, zika e

chikungunya): são realizadas visitas domiciliares para inspeção dos imóveis cadastrados com risco de proliferação do mosquito nos oito Distritos Sanitários da capital, objetivando reduzir o índice de infestação predial do *Aedes Aegyptia* em menos de 1%.

- **Controle de roedores e escorpiões:** realizam-se visitas domiciliares em imóveis cadastrados com a finalidade de reduzir o número de casos de leptospirose e acidentes com escorpiões nas áreas de ocorrência para orientação; busca ativa com captura de escorpiões e tratamento químico focal em pontos estratégicos; bloqueios de transmissão em áreas com ocorrência de casos e atividades de educação em saúde.

- **Controle das enteroparasitoses:** realiza busca ativa das parasitoses intestinais, com ênfase na pesquisa de *Schistosoma mansoni*, através de exames coprológicos, fornecendo o tratamento parasitológico para os indivíduos com resultados positivos tanto para esquistossomose quanto para outras verminoses detectadas.

- **Controle da Leishmaniose:** realiza-se controle de reservatórios domésticos e vetores das leishmanioses, através de investigação entomológica do local provável de infecção dos casos suspeitos de leishmaniose visceral e tegumentar; coleta de sangue nos cães em áreas selecionadas e atividades de educação em saúde para população.

A perspectiva da UVZ para os próximos quatro anos é de investimento na estrutura física do Centro de Controle de Zoonoses, bem como a ampliação do horário de funcionamento. Tem ainda como desafio a aquisição de ferramentas de tecnologia que viabilizem um maior controle e fluxo das operações de campo, visando o acompanhamento das atividades, monitoramento e avaliação, para tomada de decisão em tempo oportuno.

VIGILÂNCIA AMBIENTAL

A Vigilância em Saúde Ambiental (VSA) de Maceió é um componente municipal do sistema de vigilância em saúde ambiental instituída pela portaria GAB/SMS N 03/2017, que define a execução das ações de vigilância ambiental dos fatores não biológicos de risco a saúde humana. A gestão das ações de VSA é feita pela Gerência de Vigilância Ambiental (GVA), vinculada a Diretoria de Vigilância em Saúde (DVS).

A VSA tem como objeto o conhecimento, a detecção e a prevenção dos fatores ambientais, biológicos e não biológicos, de risco à saúde da população, tais como: água para consumo humano, ar, solo, desastres naturais, substâncias químicas e produtos perigosos. As medidas de VSA implicam em antecipar e prever o processo de adoecimento por meio de ações de inspeção, de controle, de monitoramento, de intervenção e de comunicação (OLIVEIRA, ROHLFS, VILLARDI, 2017).

A exposição da população a fatores de riscos ambientais e a problemas de saúde relacionados a estes ocorre pela distribuição desigual das fontes de contaminação ambiental, pela dispersão ou concentração de contaminantes e pela suscetibilidade dos diferentes grupos populacionais. Por isso, a finalidade maior da VSA é a identificação de problemas, avaliação e monitoramento dos mesmos, para definir intervenções que objetivem diminuir a frequência e a gravidade dos riscos ambientais, impactando positivamente no estado de saúde do indivíduo e da população (OLIVEIRA; ROHLFS; VILLARDI, 2017).

A VSA realiza um processo contínuo e sistemático de produção, coleta, consolidação de dados sobre a situação de saúde ambiental, por meio dos programas:

- **VIGIÁGUA:** consiste em um conjunto de ações que tem por objetivo garantir a população o acesso à água em quantidade suficiente e qualidade compatível como padrão de potabilidade exigido pela legislação.
- **VIGIDESASTRES:** consiste em um conjunto de ações contínuas para o enfrentamento das emergências em saúde pública ocasionadas pelos eventos adversos de origem natural (inundação, movimentos de massa) e desastres tecnológicos (provocados), com o objetivo de preparação do setor saúde para redução das doenças e agravos a saúde da população exposta.
- **VIGIAR:** consiste em um conjunto de ações que visa identificar sugestivamente e priorizar áreas com poluição atmosférica, que ocasionem doenças e agravos a saúde humana, indicando ações mitigatórias.
- **VIGISOLO:** consiste em um conjunto de ações que busca identificar áreas com população humana exposta a contaminantes químicos, radioativos e agrotóxicos no solo, com base nas diretrizes do MS, CONAMA e das substâncias prioritárias.

Além da implementação dos programas, com desenvolvimento e gestão das

ações vinculadas aos mesmos, são realizadas diversas ações de educação em saúde e conscientização ambiental com a população, por meio de palestras, mesas redondas, campanhas educativas e organização de eventos.

VIGILÂNCIA DE SAÚDE DO TRABALHADOR

A saúde do trabalhador é um importante componente da Saúde Pública e compreendem conjunto de atividades voltadas a identificar situações de risco, vulnerabilidade, desenvolvimento e integração de ações de promoção da saúde, proteção contra riscos, doenças e agravos relacionados aos modelos de desenvolvimento e processo produtivo, redução da morbimortalidade, recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho (GUARDA *et al.*, 2019).

No âmbito do SUS, a Saúde do Trabalhador é garantida pela Política Nacional de Saúde do Trabalhador e pela Portaria nº 2.728/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 Sentinelas 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.

O CEREST desempenha 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, 2019).

Em Maceió, o CEREST, órgão vinculado a Diretoria de DVS, tem por finalidade o bem-estar dos trabalhadores, atuando nos processos de promoção e vigilância à saúde, assistência e orientação aos acometidos por acidentes e/ou doenças relacionados ao trabalho. Sua missão é contribuir para melhoria da qualidade de vida da população trabalhadora por meio do gerenciamento das ações de Vigilância Epidemiológica na prevenção e controle de doenças e agravos relacionados ao trabalho e de seus determinantes.

O CEREST assume a atribuição de implementar ações para reduzir os índices de acidentes de doenças relacionadas ao trabalho, agindo sobre os determinantes sob perspectiva da vigilância, da prevenção e da promoção à saúde do trabalhador. Compete ao Centro: participar, em conjunto com o Estado e outros municípios, na definição dos mecanismos e dos fluxos de referência, contrarreferência e de apoio matricial; implementar 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.

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, alcance das metas dos indicadores nacional e estadual e desenvolvimento de ações que visam prevenir, minimizar e controlar os acometimentos dos agravos/acidentes relacionados ao trabalho, 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, um dos maiores desafios é diminuir o número de abandono dos casos de acidente com material biológico e criar estratégias para reorganizar as ações de matriciamento na região de abrangência, pois nos últimos tempos houve uma perda de 60% das referências técnicas. Tem-se ainda como desafio reordenar as ações de matriciamento na grande Maceió, visto que os maiores obstáculos na realização dos projetos estão relacionados às restrições decorrentes da pandemia de COVID-19. Assim, parte dos projetos foi reestruturada para a modalidade online, e a perspectiva é retomar, de forma processual, a execução de ações na modalidade presencial.

A Vigilância Sanitária (VISA) é um campo da vigilância em saúde concebida enquanto conjunto de ações normativas, atividades de regulação, controle e fiscalização sanitária, de caráter institucional, administrativo, programático e social, as quais são orientadas e articuladas por políticas públicas. Suas ações destinam-se a evitar a propagação de doenças, diminuir ou prevenir riscos, eliminar danos à saúde e intervir sobre problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, produção e circulação de bens e prestação de serviços de interesse da saúde. Nesse sentido, a VISA incorpora questões complexas relacionadas aos campos jurídico, econômico e médico-sanitário (GUARDA *et al.*, 2019).

A VISA 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 legislações da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e o Código Sanitário de Maceió – Lei 4.227/1993. Em 2020 o Código Sanitário foi atualizado, através da lei 7.028/2020, a qual disciplina e dá aplicabilidade no que couber à legislação municipal.

Em Maceió, com base no novo organograma - Decreto Nº. 8.398 de 09 de Março de 2017 - a Coordenação de Vigilância Sanitária, vinculada a DVS, dispõe de 04 Gerências de inspetoria e 01 núcleo, a saber: Gerência de Inspetoria de produtos veterinários agrotóxicos e ecologia humana; Gerência de inspetoria de medicamentos e cosméticos; Gerência de inspetoria de alimentos; Núcleo de inspetoria de serviços em saúde e exercício profissional. São, aproximadamente, 102 servidores, dentre fiscais sanitários e equipe de apoio administrativo, que exercem atividades de fiscalização em todos os estabelecimentos de interesse público, dos menores aos mais complexos, (instituições de saúde, estabelecimentos comerciais, escolas, feiras, distribuidoras, clínicas veterinárias, dedetizadoras, construções, dentre outras).

Dentre as ações realizadas pela VISA, destaca-se que em 2019, a implantação de um fluxo processual e de uso do Sistema de Licenciamento Integrado de Maceió (SLIM), para melhor controle e agilidade no trâmite de processos. Desta forma, o cidadão obteve a comodidade de não precisar ir ao órgão para resolver problemas ou pendências. O projeto de informatização ainda está sendo executado, dando celeridade às ações de licenciamento sanitário, controle de vistoria, monitoramento de condicionantes, fiscalização, gestão de denúncias e acompanhamento de processos e regularização das atividades iniciadas sem licença

sanitária. A perspectiva para início do novo Plano Municipal de Saúde é de concluir os módulos que ainda não foram finalizados, com informatização dos procedimentos de fiscalização, relatórios gerenciais, gestão e controle de medicamentos, gestão de denúncias, controle de vistorias e relatórios gerenciais.

Outra ação da VISA que vale ser evidenciada é o Programa Vigilância Sanitária na Comunidade, implantado em 2021, com a finalidade de promover ações educativas para aproximar a comunidade da VISA, facilitando o acesso dos serviços com todas as regiões de Maceió. O Programa VISA na Comunidade oferece: orientação sobre os procedimentos de regularização sanitária de estabelecimentos de interesse à saúde pública; esclarecimento de dúvidas aos cidadãos; divulgação das atividades realizadas pela VISA; coleta de denúncias; promoção de conscientização sobre a COVID-19; divulgação dos canais de comunicação da VISA (contatos e redes sociais).

Nesse íterim, a VISA possui indicador no Sistema de Pactuação Interfederativa de indicadores que deve continuar sendo o elemento norteador da formulação de políticas setoriais e da programação das ações. O indicador refere-se à avaliação do nível de implementação das ações de VISA no município, colaborando para uma coordenação estadual e nacional mais efetiva. O indicador é composto por 07 grupos de ações, identificadas como necessárias para serem executadas: cadastro de estabelecimentos sujeitos a VISA; inspeção em estabelecimentos sujeitos a VISA; atividades educativas para população; atividades educativas para o setor regulado; recebimento de denúncias; atendimento de denúncias e instauração de processo administrativo sanitário.

A VISA trabalha em regime de integração conjunta, com um sistema colaborativo, em que os fiscais desenvolvem atividades multifuncionais, atuando, sempre, com uma equipe de prontidão para atender eventuais casos de emergência. As ações de Força Tarefa são realizadas diariamente, incluindo finais de semana e feriados, com equipes fiscalizando diversos estabelecimentos, nos turnos matutino, vespertino e noturno.

De forma geral, a análise do trabalho das diversas áreas técnicas que compõem a Vigilância em Saúde, expressa nos últimos quatro anos, demonstra que a Vigilância em Saúde, sob a gestão da DVS, tem cumprido um papel marcante de suporte ao sistema de saúde, inclusive de subsidiar as equipes gestoras nas tomadas de decisões.

Enquanto desafios para o próximo quadriênio, a DVS aponta a necessidade de priorizar o enfrentamento de problemas que impactam, diretamente, na qualidade do atendimento à população, especialmente no cenário pós COVID-19. Os desafios incluem o fortalecimento dos processos de trabalho com integração vigilância e assistência; a estruturação de novos serviços, a valorização dos trabalhadores da saúde; o aprimoramento os processos e instrumentos informatizados para dar suporte ao trabalho das áreas; e o alcance dos indicadores de saúde e desempenho do SUS, que se relacionam às demandas e necessidades da população.

3.4.4 Gestão em Saúde

PLANEJAMENTO EM SAÚDE

O planejamento em Saúde pode ser visto como um instrumento de racionalização da ação humana. Ação realizada por atores sociais, orientada por um propósito relacionado com a manutenção ou modificação de uma determinada situação (VILASBOAS, 2004). 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.

Planejamento é uma prática social que, ao tempo em que é técnica, é também política, econômica e ideológica. É um processo de transformação de uma situação em outra, tendo em conta uma dada finalidade e recorrendo a instrumentos (meios de trabalho, tecnologias, saberes). Esta prática social pode apresentar-se de modo estruturado, por meio de políticas formuladas, planos, programa e projetos, ou de modo não estruturado (diretrizes ou horizontes estratégicos). Enquanto uma ferramenta de gestão no SUS, o planejamento em saúde envolve sujeitos com diferentes visões e interesses, que estão organizando os processos de trabalho e gerindo as ações e serviços de saúde (PAIM, 2002; TEXEIRA, 2010; SILVA, 2019).

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, TEIXEIRA, 2006).

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 1/2017, que dispõe sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde, a organização e o funcionamento do Sistema Único de Saúde (SUS); o Decreto presidencial nº 7.508/2011, que regulamenta a Lei nº 8.080 e dispõe sobre a organização do 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. Esses instrumentos também são articulados com os instrumentos de planejamento orçamentário da administração pública – PPA, LDO e LOA.

Na estrutura de funcionamento do SUS em Maceió, em consonância com o Decreto nº. 8.398, de 09 de Março de 2017, a gestão das ações de planejamento em saúde é realizada pela Diretoria de Gestão e Planejamento em Saúde (DGPS), composta por duas coordenações e quatro gerências, conforme organograma que segue.



A Coordenação Geral de Planejamento em Saúde (CGPS), dentro da estrutura organizacional da SMS é parte da DGPS e sua organização conta com duas Gerências: a) Gerência de Programação e Monitoramento e Avaliação em

Saúde (GPMAS); b) Gerência de Captação de Recursos (GCR). De um modo geral, compete a esta Coordenação realizar o planejamento para execução da Política Municipal de Saúde, em cumprimento aos princípios, diretrizes e normas do SUS, prestando informações de saúde e da gestão dos serviços, avaliando sistematicamente seus resultados, por meio dos instrumentos de planejamento.

Os principais instrumentos de planejamento operacionalizados pelo setor são: o Plano Municipal de Saúde (PMS), a Programação Anual de Saúde (PAS) e a produção dos Relatórios de Gestão (RAG), os quais apresentam o monitoramento e avaliação sistemática das ações e dos resultados das políticas de saúde operacionalizadas no SUS Municipal, fazendo a compatibilização com os instrumentos de planejamento orçamentário da administração pública – PPA, LDO e LOA, registrando no Sistema de Informações DigiSUS.

Ademais, o processo de trabalho inclui, também, a captação de recursos federais provenientes de emendas parlamentares e programas, acompanhando e orientando a utilização e a aplicabilidade dos mesmos às áreas técnicas para a sua execução de acordo com a legislação pertinente; assessoramento técnico às equipes e profissionais de saúde, contribuindo para a discussão, reflexão e elaboração dos planos operacionais de suas respectivas áreas de atuação e a observância dos prazos legais de cumprimento e entrega dos instrumentos de gestão, visando o encaminhamento ao controle social e às demais instâncias de gestão do SUS.

A Coordenação Geral de Análise de Situação de Saúde (CGASS) é responsável pela organização e produção dos principais instrumentos de monitoramento e avaliação dos indicadores de saúde da população e de desempenho do SUS. A CGASS é composta por duas gerências: Gerência de Análise de Tendência e Conjuntura (GATC) e Gerência de Análise de Estado da Saúde (GAES).

No âmbito do SUS em Maceió, as ações prioritárias realizadas pela CGASS e suas respectivas gerências são:

- Interpretação de resultados estatísticos relevantes para a análise da situação e tendências em saúde, utilizando banco de dados próprio da SMS e bancos de dados externos vinculados à situação demográfica, socioeconômico, educacional, habitacional e administrativa do município.

- Produção e disseminação de informações epidemiológicas, assistenciais e gerenciais - por meio de boletins, relatórios, notas técnicas e painéis - para subsidiar a gestão do SUS na implementação da Política de Saúde e na tomada de decisão, visando melhorias na situação de saúde da população e organização dos serviços.
- Elaboração, anualmente, do perfil socioepidemiológico e assistencial do município de Maceió e dos 8 Distritos Sanitários, utilizando informações disponíveis nos Sistemas de Informação em Saúde (SIS) e/ou produzidas pelas áreas técnicas.
- Produção, semanal, quadrimestral e anualmente, de avaliações da Política de Saúde, no tocante nos indicadores de estado de saúde da população e de desempenho do SUS, monitorados pelas áreas técnicas vinculadas às Diretorias de Vigilância em Saúde (DVS) e Diretoria de Atenção à Saúde (DAS).
- Capacitação das áreas técnicas em relação à: coleta, organização e análise de informações e/ou indicadores de saúde; elaboração de diagnósticos; e construção de ferramentas para gestão dos indicadores de saúde.

A avaliação do SUS em Maceió, nos últimos quatro anos, assinala que houve avanços significativos nos instrumentos de análise de situação de saúde, com destaque para a estruturação da Sala de Situação, que se constitui um espaço físico com equipamentos tecnológicos, que possibilita interagir e dar visibilidade aos indicadores e informações de saúde, por meio de ferramentas visuais (painéis, infográficos). Também houve avanços nas produções técnicas do setor em parceria com as áreas técnicas da SMS, favorecendo a elaboração de análises específicas sobre a situação de saúde da população, tais como: perfil sobre as DCNT, escorpionismo, gravidez na adolescência, saúde do idoso.

Vale ressaltar, que no contexto sanitário de pandemia a CGASS, juntamente com as áreas técnicas de vigilância em saúde e atenção especializada à saúde, tem produzido a Matriz de Monitoramento de Risco da COVID-19 que, semanalmente, analisa os indicadores e suas tendências (infecção, óbito e internação), subsidiando a gestão na tomada de decisão.

Em síntese, a avaliação geral indica que os fluxos e os processos de trabalho da DGPS, que envolvem a elaboração de instrumentos de diagnósticos, análises, monitoramento, planejamento estratégico e avaliação das ações e serviços de saúde, têm contribuído para fortalecer o planejamento no SUS, em todos os níveis e setores da SMS. As ações da DGPS se referenciam nos princípios da

participação e ascendência, em conformidade com as diretrizes do PlanejaSUS e as demandas do controle social e da gestão municipal.

Mesmo considerando os avanços na Política de Saúde em Maceió, em relação à consolidação dos processos, instrumentos e estruturas de planejamento e análise de situação de saúde, verificam-se desafios estratégicos para serem enfrentados no próximo quadriênio. Dentre os desafios destacam-se a necessidade de investimento em ferramentas de tecnologia da informação e comunicação, que permitam a produção e análise de indicadores em tempo real; a descentralização do planejamento, por meio de sistemas informatizados nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) para o desenvolvimento de planos operativos vinculados às ações da PAS, e elaborados com a participação dos usuários, profissionais de saúde e gestores; e a ampliação dos mecanismos de divulgação dos indicadores de saúde com a população.

Ainda como desafio macro, as produções de análises de situação de saúde e as práticas de planejamento devem buscar articular, além dos indicadores tradicionais das ações e dos serviços de saúde, os indicadores de desigualdades, iniquidades, vulnerabilidades sociais e participação social, entre outros, quantitativos e qualitativos, que sirvam de referenciais para o trabalho nos territórios e à aferição de mudanças nas condições de saúde da população.

Nessa perspectiva, o novo Plano Municipal de Saúde aponta como horizonte estratégico a efetivação de diretrizes e metas que visam aprimorar as ações e procedimentos de planejamento e análise de situação de saúde, já institucionalizados a nível central da Secretaria.

GESTÃO DO TRABALHO E EDUCAÇÃO EM SAÚDE

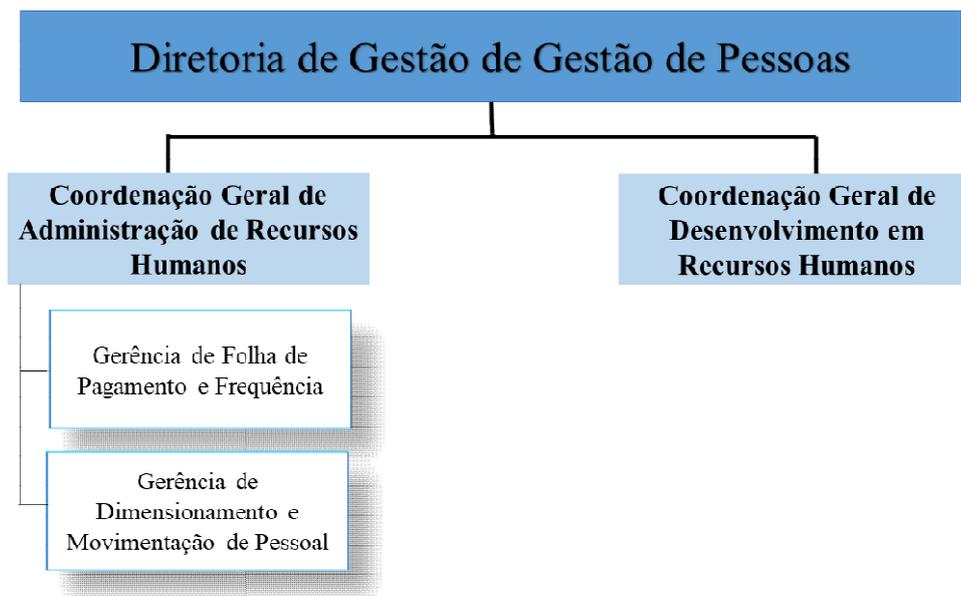
A gestão do trabalho em saúde diz respeito a todos os aspectos relacionados à atividade laboral, aos atores envolvidos e suas relações, incluindo a remuneração, a valorização do trabalho e do trabalhador, por meio da regulação do trabalho com condições adequadas e sua desprecarização. Envolve as questões técnicas e toda a vida funcional do trabalhador, desde o seu ingresso no serviço público até a garantia dos direitos trabalhistas, perpassando a capacitação, formação, participação nos processos de trabalho e nas formulações de políticas (VIANA, MARTINS, FRAZÃO, 2018).

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, 2017).

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 do 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. 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, 2018). Por isso, a Educação Permanente em Saúde (EPS) é uma estratégia ética e político-pedagógica que visa transformar e qualificar a atenção à saúde, os processos formativos e as práticas de educação em saúde.

Na estrutura organizativa do SUS em Maceió, as políticas citadas são operacionalizadas pela Diretoria de Gestão de Pessoas (DGP), composta de duas coordenações, conforme organograma.



Em se tratando da gestão de pessoas, na avaliação dos últimos quatro anos da Política de Saúde em Maceió demonstra que pouco se avançou em relação a valorização da força de trabalho, especialmente no tocante a remuneração salarial, o que ocasionou problemas na gestão dos processos de trabalho, serviços e desmotivação dos profissionais. As condições de trabalho, em relação aos espaços físicos e equipamentos tiveram uma melhoria significativa, contudo, mesmo existindo um Plano de Cargos, Carreiras e Salários (PCCS), os trabalhadores permaneceram sem reajustes salariais e não foram implantadas as progressões.

Nesse sentido, a implementação da Política de Gestão do Trabalho, com todos os dispositivos, continua sendo um desafio para o novo quadriênio. São requisitos fundamentais para valorização da força de trabalho do SUS o cumprimento do PCCS; construção de 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 e humanização da qualidade do trabalho.

No tocante ao desenvolvimento de recursos humanos, a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) tem como base a Política Nacional de Humanização (PNH) e Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) desenvolvendo ações baseadas nas diretrizes das referidas políticas, com objetivo de melhoria dos processos de trabalho dos serviços de saúde. A responsabilidade pela gestão da PNH e PNEPS é da Coordenação Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos (CGDRH). As ações da CGDRH são desenvolvidas articulando PNEPS e PNH, haja vista que ambas, conforme Lopes *et al* (2019), compartilham a

mesma intencionalidade de transformação de práticas, uma vez que buscam o aprimoramento dos processos de trabalho a partir do protagonismo dos trabalhadores, gestores e usuários do SUS que estão diretamente implicados no processo de produção de saúde.

As metodologias utilizadas pela CGDRH da SMS de Maceió para desenvolver suas atividades direcionadas a PNEPS e PNH são conhecidas como metodologias ativas e são dispositivos que promovem o encontro entre os diferentes sujeitos, dentre eles, destacam-se as rodas de conversa para discussão de processos de trabalho; oficinas para construir proposta de melhoria do serviço; levantamento de necessidades de capacitações; dinâmicas que promovem reflexões acerca das atividades realizadas; estudos de casos; reuniões para planejamento das ações com outros setores da SMS, dentre outras estratégias. Além dessas ações são realizadas, uma vez por mês, reunião com os apoiadores da PNH, representantes dos serviços, visando a definição de estratégias para implementação da política; e reuniões mensais da Comissão de Integração Ensino-Serviço da I Macrorregião de saúde de Alagoas sediada em Maceió e conduzida através da PNEPS, buscando seu fortalecimento.

Diante da necessidade de estruturação dos processos de Educação Continuada em consonância com a Educação Permanente, a Coordenação Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos (CGDRH) em articulação com a Coordenação Geral de Tecnologia e Comunicação, desenvolveram o Sistema Integrado de Educação Continuada em Saúde (SIECS) como ferramenta para facilitar o planejamento, desenvolvimento, acompanhamento, monitoramento e avaliação desse processo de educação. Inicialmente é realizado um levantamento de necessidades para capacitações dos servidores da Saúde de Maceió, e em seguida articulações com as coordenações das áreas que foram demandadas nesse processo.

A CGDRH também é responsável pela gestão das práticas acadêmicas e, nos últimos quatro anos, vem aprimorando as ações que propiciam a melhoria de seus processos de trabalho. Nesse contexto, fazem parte do planejamento das práticas acadêmicas as ações de: implementação da normatização, condução do Comitê Gestor, fomento de educação permanente para preceptores, lotação nos campos das práticas acadêmicas, monitoramento das práticas e formalização de convênios com as instituições de ensino.

As estratégias realizadas facilitaram a implantação de mecanismos importantes de normatização das práticas acadêmicas, tais como a territorialização - que teve como objetivo a demarcação de espaços de práticas para cada instituição de ensino, favorecendo a equidade de vagas, como também a vinculação das mesmas em cada serviço; e o Comitê Gestor – com objetivo de fomentar discussões sobre a temática e formalizar regras e procedimentos. Porém, devido ao cenário de pandemia com a COVID-19 e suspensão das práticas acadêmicas o Comitê não foi instituído.

Os desafios vislumbrados para o novo quadriênio são: fortalecimento dos dispositivos da PNS e PNEPS, com ampliação das ações e dos apoiadores; reativação e funcionamento do Comitê Gestor das práticas acadêmicas; estruturação da capacitação de preceptoria, que possibilite ao profissional de saúde a aquisição de conhecimento técnico e o desenvolvimento de habilidades para contribuir com a formação de futuros profissionais de saúde; o monitoramento das práticas acadêmicas; a implantação Sistema Integrado de Práticas Acadêmicas que possibilitará a informatização do processo de lotação.

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).

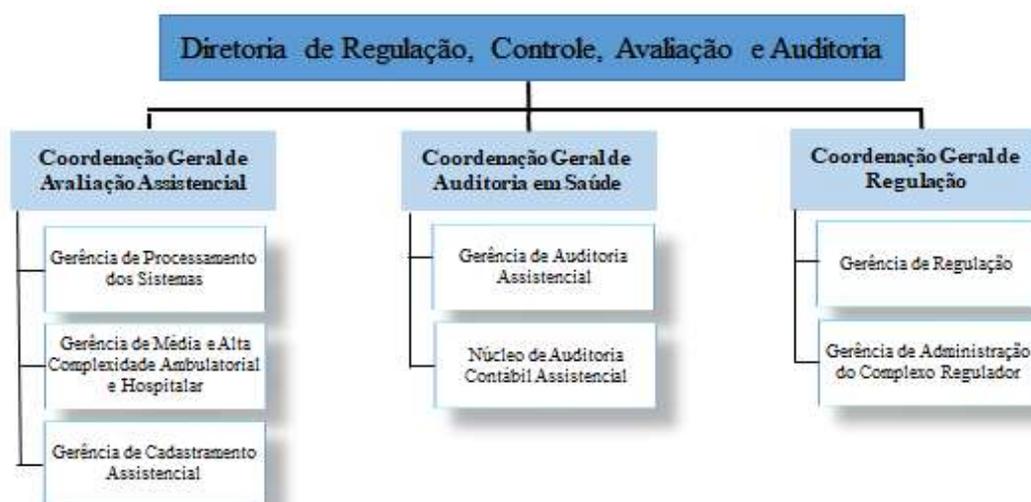
Conforme sugere o Manual do Gestor Municipal (CONASEMS; COSEMS RJ, 2019), a Regulação de Sistemas de Saúde (RSS) compreende as seguintes ações: elaboração de decretos, normas e portarias em relação às funções gestoras do SUS; planejamento, financiamento e controle dos sistemas de saúde; acompanhamento 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 RSS 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 (MACEIÓ, 2017).

Enquanto a regulação do acesso, a assistência pode ser 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.

No Município de Maceió, as atribuições e as funções gestoras de regulação do SUS estão organizadas nas dimensões citadas e são de responsabilidade da Diretoria de Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria (DRCAA), conforme organograma definido no Decreto nº 8.398 de 09 de março de 2017. A DRCAA é composta por 03 Coordenações e 07 Gerências, conforme organograma:



Conforme visualizado no organograma, no âmbito da DRCAA, a Coordenação Geral de Regulação (CGR) possui duas gerências – Gerência de Regulação e Gerência de Administração do Complexo Regulador. E para operacionalização das atribuições da regulação em saúde foi criado o Centro de Gestão Integrada da Saúde (CEGIS) que, sistematicamente, buscadeseenvolver uma regulação no acesso aos serviços no SUS mais eficiente e qualitativa. A gestão do fluxo regulado para os serviços tem priorizado uma programação racional, planejada e ordenada que busca otimizar a oferta com solicitações procedentes e necessárias. Todo esse processo de trabalho tem primado por uma articulação coerente com as normas que regulamentam a organização dos serviços de saúde, propiciando uma programação coesa e em consonância com os limites financeiros disponíveis para tais serviços.

O Sistema de Regulação (SISREG) representa um instrumento de regulação do acesso aos serviços de saúde de maneira racionalizada e planejada, que respeita os critérios de Programação Pactuada e Integrada (PPI), Ficha de Programação Orçamentária (FPO), instrumento de contratualização e os fluxos de regionalização da assistência através do Plano Diretor Regional (PDR). O acesso ao SISREG se dá de forma online por todas as Unidades de Saúde Públicas de Maceió e demais municípios do Estado que pactuaram recursos na rede executante da capital, bem como todas as unidades hospitalares contratualizadas pelo município.

Dessa forma, por meio do SISREG, o CEGIS passa a gerenciar o fluxo de atendimentos que evoluem do atendimento primário no SUS para a média e alta complexidade, possibilitando o acesso dos usuários a exames, consultas e cirurgias ambulatoriais e de média e alta complexidade.

A CGAA possui três gerências: Gerência de Processamento de Sistemas, Gerência de Cadastramento Assistencial e Gerência de Média e Alta Complexidade Assistencial e Hospitalar. A referida coordenação e suas respectivas gerências implementam um conjunto de ações de controle e avaliação, dentre elas: processamento dos sistemas de informação ambulatorial e hospitalar; cadastro dos estabelecimento de saúde e dos profissionais no CNES; geração de relatórios de produção de todos os prestadores e unidades especializadas; inclusão/alteração dos orçamentos contratuais dos prestadores; acompanhamento e emissão de relatórios de FPO, para subsidiar outras áreas técnicas; acompanhamento e análise das produções do Sistema de Informação Ambulatorial (SIA) e Sistema de Informação

Hospitalar (SIH); controle, avaliação e monitoramento das ações da rede de serviços públicos e contratados no âmbito ambulatorial e hospitalar; acompanhamento da programação consolidada dos contratos dos prestadores de serviços hospitalares.

A avaliação da Política de Saúde nos últimos quatro anos sugere que houve avanços importantes no tocante as ações de controle e avaliação assistencial, seja em relação à organização dos processos de trabalho para melhor atendimento das demandas da população, seja em relação aos procedimentos e fluxos com a rede complementar, visto que Maceió conclui um PMS com 100% da rede complementar assistencial ao SUS contratualizada.

Apesar de a contratualização representar um processo de pactuação entre a gestão e prestadores de serviços fundamental para implementar a regulação, melhorando a qualidade dos serviços e garantindo o acesso dos usuários, não significou a superação da insuficiência da oferta. Infelizmente, as metas pactuadas com os prestadores não estão sendo efetivadas em sua totalidade, e falta à gestão apropriar-se do contrato como estratégia legal para impor o cumprimento das metas ou aplicação das sanções/penalidades. Com isso as demandas judiciais representam ainda um grande desafio a ser superado pela gestão municipal.

A função gestora de auditoria no SUS, no âmbito da DRCAA, é de responsabilidade da Coordenação Geral de Auditoria (CGA), que é composta pela Gerência de Auditoria Assistencial e o Núcleo de Auditoria Contábil e Assistencial. A auditoria constitui-se um instrumento de gestão para fortalecer o SUS, contribuindo para a alocação e utilização adequada dos recursos, a garantia do acesso e a qualidade da atenção à saúde oferecida aos cidadãos. Suas ações caracterizam-se em atividades de averiguação analítica e operativa, que ocorrem de forma sistemática e independente de uma atividade, bem como servem de suporte e planejamento do controle social.

Do ponto de vista conceitual, auditar implica operacionalizar um conjunto de técnicas que visam avaliar a gestão pública, de forma preventiva e operacional, sob os aspectos da aplicação dos recursos, dos processos, das atividades, do desempenho e dos resultados mediante a confrontação entre uma situação encontrada e um determinado critério técnico, operacional ou legal (BRASIL, 2009).

A auditoria SUS de Maceió tem buscado alcançar os objetivos específicos voltados para auditar a rede a rede ambulatorial e hospitalar contratada ou não, auditar a rede própria e auditar as demandas advindas da Ouvidoria oriundas da

população residente no município. As ações da Auditoria para serem alcançadas requerem as especificações de estratégias a serem realizadas no intuito de superar os desafios existentes na formação e execução de políticas públicas.

Enquanto desafios macros da Política de Saúde em Maceió para o próximo quadriênio, referentes às ações de regulação, controle, avaliação assistencial e auditoria, destacam-se: superar a insuficiência de recursos humanos em todas as coordenações, ante a necessidade para execução das ações de regulação em saúde; investir na estruturação das equipes de auditoria, com transportes suficientes, suportes tecnológicos e capacitações dos profissionais; aprimoramento dos mecanismos de monitoramento e avaliação do cumprimento dos contratos pelos prestadores de saúde contratualizados; melhoria na estrutura de equipamentos e instrumentos de informação, para garantir maior agilidade aos processos de trabalho.

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, reafirmam a importância da participação da comunidade na saúde e destaca que o incentivo à participação popular assegura a transparência e a visibilidade.

Para a consolidação do SUS, a formulação da Política de Saúde deve emergir dos espaços onde acontece a aproximação entre a construção da gestão descentralizada, o desenvolvimento da atenção integral à saúde e o fortalecimento da participação popular, com poder deliberativo. Formular e deliberar juntos significa um avanço para o controle social, o que tem sido desafio permanente para concretização da gestão participativa no SUS, por requerer a adoção de práticas e

mecanismos inovadores que efetivem a participação popular. Pressupõe, portanto, a ampliação de espaços públicos e coletivos para o exercício do diálogo e da pactuação das diferenças em espaços de interesses contraditórios (BRASIL, 2009).

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. 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 (MACEIÓ, 2017).

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.

Nos últimos anos, a realidade 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 ter promovido a Conferência Municipal de Saúde e as conferências temáticas, bem como diversas ações (presenciais e remotas) para discutir as principais estratégias, programas e projetos implementados no setor saúde, parte das resoluções aprovadas não tem sido efetivada e tanto a população, quanto os profissionais de saúde, pouco têm acompanhado a implementação das deliberações. Além disso, a meta prioritária de implantação e reativação dos Conselhos Gestores das unidades de saúde não vem sendo alcançada, o que indica a fragilidade da gestão participativa e controle social em nível local.

Dentro da gestão institucional, a Ouvidoria SUS tem sido um grande mecanismo de ampliação da participação da sociedade na Política de Saúde, garantindo o acesso à saúde e o exercício da cidadania, enquanto instrumento de comunicação e também de controle social.

As Ouvidorias são criadas para ampliar a participação dos usuários do SUS, garantindo a escuta, análise e o retorno de suas demandas. Prima por uma escuta

qualificada e respeitosa, onde prevaleça a ética, deve possuir as características de independência e autonomia, preservando o sigilo ou o anonimato que a atividade requer e possibilitar a avaliação contínua da qualidade dos serviços prestados. Elas vêm sendo implantadas com a mesma velocidade que os atores do SUS reconhecem na transparência das suas ações e o importante papel desempenhado pelo cidadão como parte integrante no aprimoramento dos serviços de saúde, o que tem sido um grande avanço na gestão estratégica e participativa no SUS (BRASIL, 2009).

Atuando como um canal de diálogo cada vez mais humanizado, a Ouvidoria SUS de Maceió tem conquistado a credibilidade e o respeito dos usuários e vista como uma porta de participação popular sem burocracia, buscando como maior objetivo identificar necessidades, distorções, erros e ilegalidade na gestão. A descentralização das ações tem sido um grande avanço com a criação das sub redes – ligadas diretamente à Ouvidoria Geral do SUS da Secretaria Municipal de Saúde de Maceió. Também tem sido implementado o Projeto “Café com Ouvidoria”, nas Unidades de Saúde de Maceió e o monitoramento dos serviços das Ouvidorias SUS das entidades privadas e filantrópicas da rede complementar ao SUS. Outra grande conquista da Ouvidoria em Maceió foi a Implantação do Sistema Nacional de Acreditação de Ouvidorias do SUS.

Para o próximo quadriênio, o Plano Municipal de Saúde assume o desafio de efetivar a diretriz de fortalecimento dos mecanismos de controle social e participação no SUS, com a ampliação dos conselhos gestores das unidades de saúde, aprimoramento das estratégias organizativas do Conselho Municipal de Saúde, operacionalização das ações das sub - redes das Ouvidorias SUS e capacitação de novos atores sobre processos e mecanismos de participação social na Política de Saúde.

O Plano aponta também como horizonte estratégico a necessidade de ampliar a participação social no SUS por meio de outros instrumentos, a exemplo de fóruns populares com a população nos bairros, audiências públicas sobre temas da saúde e utilização de tecnologias de informação e comunicação para divulgação das prestações de contas, dos indicadores de saúde, dos fluxos assistenciais e dos relatórios de gestão, favorecendo o acesso e a transparência no SUS.

4. FINANCIAMENTO DA POLÍTICA DE SAÚDE

Desde o surgimento do Sistema Único de Saúde que sua política de financiamento enfrenta diversos entraves. A concepção de um sistema universal, conforme determina a regulamentação legal, denota uma problemática para o seu efetivo funcionamento, uma vez que não foram garantidas as condições reais de suporte financeiro ao SUS que o viabilizasse conforme foi estruturado. A fragilidade deste tema fica claro, 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 vem sendo evidenciado até os dias atuais, sobretudo, pelo fato dos recursos financeiros 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.

Historicamente a Política de Saúde sofre modificações sistemáticas das formas de repasses do governo federal para as demais esferas de governo, além de contar com fontes de recursos indefinidas e insuficientes para o seu efetivo funcionamento. 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 (MACEIÓ, 2017).

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 Resumido da Execução Orçamentária (RREO) e o Relatório Anual de Gestão, por meio do SARGSUS, como Prestação de Contas e, atualmente, pelo Sistema DigiSUS Gestor/módulo de Planejamento (DGMP), conforme determina a Portaria Nº 750/2019 que altera a Portaria de Consolidação Nº 06/GM/MS/2017.

Ainda sobre a regulamentação da política de financiamento do SUS, as Portarias ministeriais de números 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.

A conjuntura nacional a partir de 2016 trouxe novos e difíceis desafios para o SUS, enquanto sistema público universal, e 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, instituída pela Portaria Ministerial nº 3.992 de 28 de dezembro 2017, as transferências dos recursos financeiros federais serão repassadas aos entes

federativos em dois Blocos: custeio das ações e serviços públicos de saúde e de Bloco de Investimento na Rede de Serviços Públicos de Saúde, na forma regular e automática em conta única para cada bloco, contemplando os componentes: atenção básica, assistência farmacêutica, média e alta complexidade, vigilância em saúde, gestão do SUS.

Estas mudanças indicadas na normatização de 2017 denotava a necessidade fundamental de organização e controle da gestão financeira realizada nos Fundos de Saúde do Brasil, uma vez que sua execução deveria obedecer tanto avinculação dos recursos de diversas estratégia e/ou ações para as quais existem programações ou planos específicos para a atualização, quanto a correspondência do conjunto de metas e ações estabelecidas no PMS e PAS, respectivamente. Na ocasião, foram questionadas pelas instâncias de controle social, a permissão dos gestores públicos de remanejamento dos recursos sem a observância necessária para priorização das ações e serviços que, de fato, atendam às necessidades da população e a organização do sistema em redes de atenção. Além disso, as distribuições dos recursos em apenas duas categorias econômicas podem dificultar o monitoramento, a fiscalização dos gastos e a transparência na prestação de contas.

A fragilidade da política de financiamento do SUS é evidenciada mais uma vez, com a mudança no modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde, com o Programa Previne Brasil instituído pela portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019 e por meio da alteração da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. A nova lógica coloca o fim no Piso da Atenção Básica (PAB) fixo, transferido de forma per capita para os municípios considerando fatores como: população estimada e características socioeconômicas; e do PAB variável, no que se refere à implantação de equipes de saúde da família. O valor do repasse para Atenção Primária será feito a partir do número de pessoas cadastradas em serviços de e de resultados alcançados em relação a um grupo determinado de indicadores.

De acordo com o Ministério da Saúde, a nova lógica de financiamento aprovada, deverá proporcionar repasses maiores para os municípios. Entretanto, instâncias de controle social e entidades de estudos de saúde pública, apontam que a metodologia de cálculo baseado na captação ponderada, pagamento por desempenho e incentivo para algumas ações estratégicas terminam por restringir o

princípio da universalidade, uma vez que se baseiam apenas na população cadastradas nas unidades de saúde não mais na população total dos municípios. E ainda, pode ocasionar a focalização das ações em prol de determinados indicadores em detrimento de outros, que também devem ser igualmente identificados e monitorados, porém, não estão vinculados especificamente ao repasse dos recursos financeiros (SOUZA, 2020).

Outro aspecto apontado é que não houve um amplo processo de discussão na elaboração das mudanças implementadas com efetiva participação do controle social, instâncias de governos e, ainda a falta de transparência por parte do governo federal. Os questionamentos observados na nova lógica de financiamento da APS, além das fragilidades já apontadas terminam por ampliar as distorções no financiamento da saúde pública, tendo em vista que os critérios estabelecidos denotam a dependência de adesão e ampliação da oferta de serviços nos municípios, que por sua vez já representam maior participação de recursos financeiros aplicados no SUS (MASSUDA, 2020).

Em 2020, com no contexto da pandemia da COVID-19, os recursos financeiros repassados pelo Ministério da Saúde e Estado, bem como a participação com recursos próprios, foram direcionados ao enfrentamento da pandemia, de maneira que a avaliação por desempenho dos indicadores elencados para APS foi suspensa até 2021. Contudo, os indicadores definidos no “Previne Brasil” já foram adotados como referentes para avaliação da AP.

Face o exposto, 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 no quadro 3, a partir de 2011, o município tem aplicado mais que a obrigatoriedade, inclusive, no ano de 2020, o índice ficou em 21,30%. Somam-se a este percentual as receitas municipais e os recursos das taxas provenientes das atividades de fiscalização da vigilância sanitária municipal.

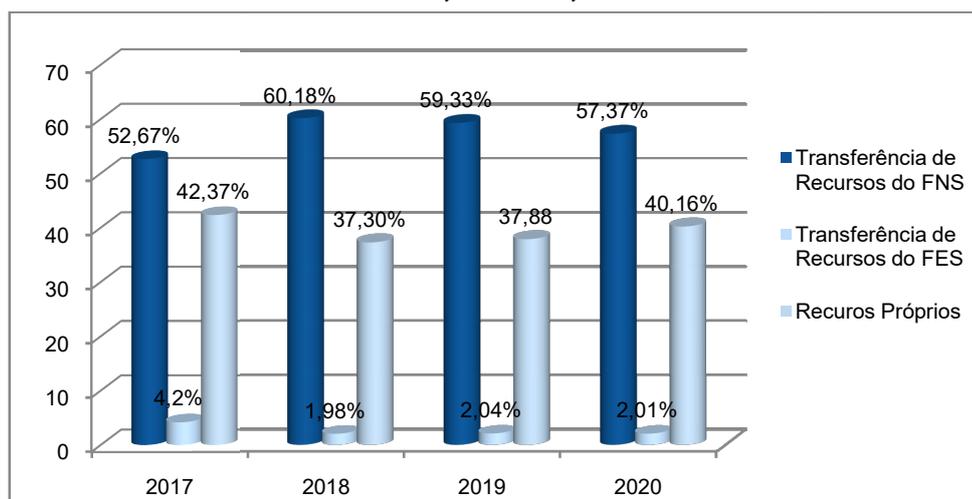
Quadro 3: Série histórica do percentual da receita própria aplicada em Saúde, 2011 a 2020, Maceió.

Indicador	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Participação da receita própria aplicada em Saúde conforme a LC141/2012	19,06	20,38	23,23	24,9	23,03	22,13	24,21	22,85	23,56	21,3

Fonte: SIOPS/2011 a 2020.

Na relação tripartite de responsabilidades gerencial e financeira, é possível observar, no gráfico 18, o comportamento da distribuição proporcional dos recursos aplicados entre os anos 2017 a 2020.

Gráfico 18: Percentual de distribuição de recursos, por fonte de financiamento, Maceió, 2017 a 2020.



Fonte: Sistema Integrado de Planejamento e Gestão Fiscal de Maceió - SIGEF/MCZ - 2017 a 2020.

A Receita da Secretaria Municipal de Saúde de Maceió é composta por: repasses do Ministério da Saúde/Fundo Nacional de Saúde, referentes a 02 blocos de financiamento (Custeio e Capital), com cinco grupos de financiamento (Atenção Básica, Média e Alta Complexidade, Vigilância em Saúde, Assistência Farmacêutica e Gestão do SUS); repasses do tesouro estadual, relativos à contrapartida SESAU para Assistência Farmacêutica do Município de Maceió, Unidades de Pronto Atendimento (UPA's) e oncologia; recursos próprios do tesouro municipal; taxa de vigilância sanitária; receitas imobiliárias (remuneração de depósitos bancários) e outras receitas da SMS.

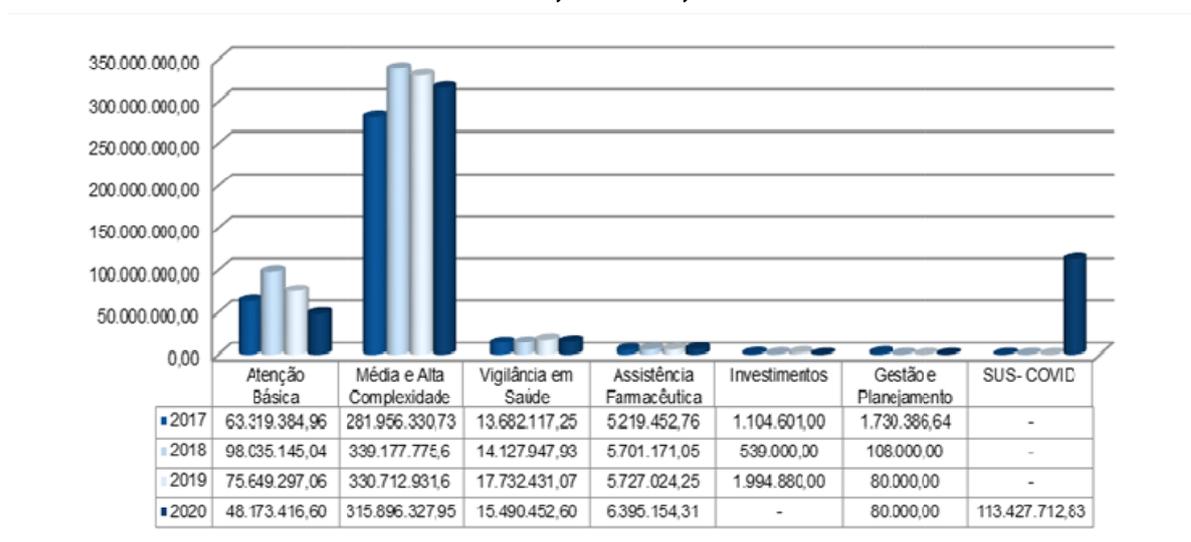
Os recursos aplicados pelo Ministério da Saúde, no ano de 2020, corresponderam a 57,37% das receitas, representando 17,30% a mais do que os recursos próprios da SMS no mesmo período. No entanto, é importante destacar, que parte desses recursos foram transferidos para utilização no enfrentamento a pandemia da COVID-19.

Situação semelhante aconteceu com a execução dos recursos próprios, que, em 2020, representou 40,16% do total. Parte significativa dessa receita própria vem sendo comprometida com despesas de manutenção da rede de saúde, incluindo o pagamento de pessoal, o pagamento da rede contratualizada complementar ao SUS municipal e os medicamentos.

Os recursos transferidos pelo Fundo Estadual de Saúde, que representaram 2,01% do total das receitas arrecadadas em 2020, são referentes à contrapartida da SESAU para Assistência Farmacêutica do Município de Maceió e Unidades de Pronto Atendimento (UPA's). Observa-se, também, um decréscimo de 2,19% de 2017 para 2020, relativos aos recursos transferidos pela SESAU para o município.

De acordo como SIGEF/MCZ - Módulo de Contabilidade, as transferências federais para todos os blocos de financiamento passaram de R\$ 367.012.273,34 em 2017, para R\$ 499.463.064,29 em 2020, aumentando a participação de R\$ 356,62 per capita para R\$ 467,45, enquanto os recursos próprios do município subiram de R\$ 292.278.921,83 a R\$ 349.653.554,06, em 2020, elevando a participação per capita nesta fonte de recursos, de R\$ 284,01 para R\$ 327,24.

Gráfico 19: Perfil das Transferências Federais, por Bloco de Financiamento, Maceió, 2017 a 2020.



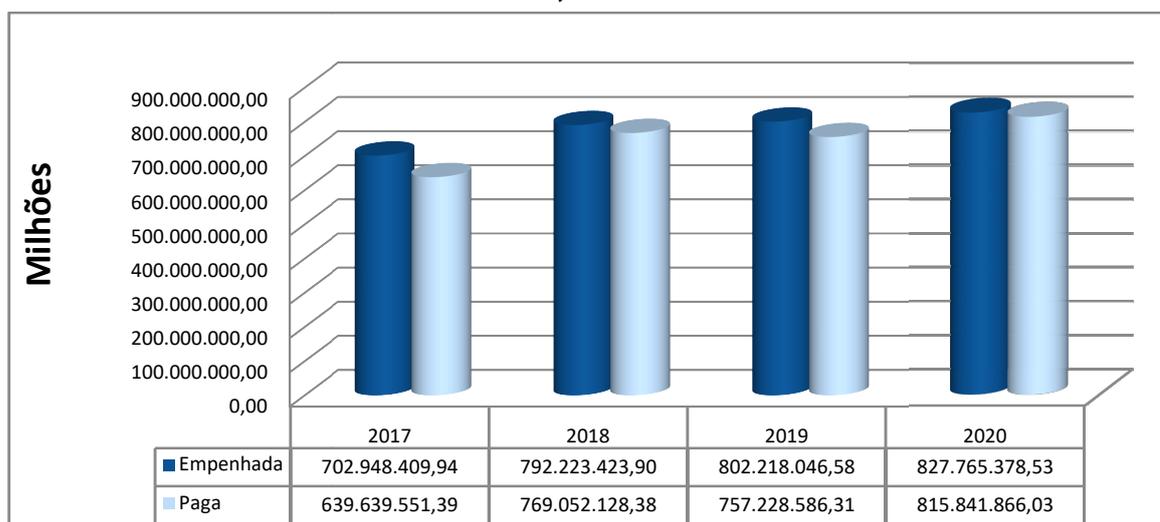
Fonte: Safira/SIGEF/MCZ – Módulo de execução orçamentária, 2021.

De modo geral, as receitas repassadas pelo Ministério da Saúde, entre os anos de 2017 a 2018 apresentaram aumento nos valores transferidos. Entretanto, em 2019, observa-se decréscimo de R\$ 25.792.475,64. Esses valores voltaram a crescer em 2020, diante do cenário sanitário como a pandemia do novo coronavírus. Excepcionalmente, o Ministério da Saúde através do Fundo Nacional de Saúde/FNS criou o grupo de financiamento “SUS – COVID”, no qual foram repassados R\$ 67.566.500,00 para o município.

Em função da crise sanitária, seguindo orientação do Governo Federal, foi incluída a funcional programática no orçamento do município para a execução dos recursos voltados ao enfrentamento da COVID-19, contemplando todas as fontes de financiamento do SUS, recursos próprios, transferências do Fundo Nacional de Saúde e transferência do Fundo Estadual de Saúde.

Ressalta-se que, a distribuição do repasse por componente de financiamento, em 2020, apresenta a mesma lógica de distribuição dos anos anteriores, com exceção dos recursos de enfrentamento ao COVID-19, ou seja, maior distribuição no repasse voltado para Média e Alta Complexidade, Atenção Primária, Vigilância em Saúde e Gestão do SUS.

Gráfico 20: Comportamento da Despesa Empenhada e Paga da SMS Maceió, 2017-2020.



Fonte: Safira/SIGEF/MCZ - Módulo de Execução Orçamentária, 2021.

No que se refere às despesas realizadas pela Secretaria Municipal de Saúde, observa-se, no gráfico 20, que é seguida a mesma lógica apresentada nas receitas realizadas por grupo de financiamento, apresentando acréscimos nos valores empenhados e pagos entre 2017 a 2020, sendo a contrapartida municipal

diluída nos blocos de custeio e investimento, contemplando os seis grupos de financiamento. No entanto, a maior parte destes recursos são direcionados 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 2017, foi de 40,89%, passando, em 2020, a 35,10%. Já a participação da despesa com medicamentos na despesa total, incluindo todas as fontes de recursos, passou de 1,80% para 1,71%. Assim como a participação da despesa com investimentos que também sofreu decréscimo comparando o exercício de 2017 com 0,83% e, 0,53% em 2020.

Observa-se, que em virtude da pandemia, houve um total direcionamento das ações do setor saúde para o enfrentamento da COVID-19, impactando também na diminuição dos investimentos na rede pública de saúde voltada a atenção primária e vigilância em saúde.

Quadro 4: Indicadores do SIOPS, Maceió - AL, 2018 a 2020.

Indicadores do SIOPS	2017	2018	2019	2020
	%			
Despesa total com Saúde, em R\$/hab, sob a responsabilidade do Município, por habitante	R\$ 688,01	R\$ 779,72	R\$ 792,41	R\$ 812,37
Participação da despesa com pessoal na despesa total com Saúde	40,89 %	36,10 %	36,64 %	35,10 %
Participação da despesa com medicamentos na despesa total com Saúde	1,80 %	1,87 %	1,88 %	1,71 %
Participação da desp. com serviços de terceiros - pessoa jurídica na despesa total com Saúde	47,22 %	44,78 %	43,25 %	41,50 %
Participação da despesa com investimentos na despesa total com Saúde	0,83 %	1,72 %	0,63 %	0,53 %

Fonte: SIOPS/ Indicadores - 2017 a 2020 .

Com relação à despesa total com saúde em R\$ por habitante, sob a responsabilidade do município, verifica-se que, de 2017 para 2020, o acréscimo foi de R\$ 124,36. Outros indicadores apresentaram redução quanto a participação na despesa total do município, a exemplo dos serviços de terceiros-pessoa jurídica que tinha percentual de participação de 47,22% em 2017, passando para 41,50% em 2020.

Em síntese, os demonstrativos com as receitas e despesas do SUS e as fontes de financiamento sugerem que o debate do subfinanciamento continua atual, uma vez que o sistema de saúde necessita de uma política de financiamento sólida e

equitativa. O contexto da realidade evidencia que se torna, praticamente, impossível pensar na busca pela consolidação do SUS, com acesso e efetividade nas ações e serviços, sem um aumento na participação dos investimentos públicos para a recuperação estrutural do mesmo. Assim, as demandas cresceram, o perfil epidemiológico mudou e a Política de Saúde carece de prioridade e investimento para o atendimento integral e universal à população.

5. EIXOS, OBJETIVOS, DIRETRIZES E METAS

A proposição da Política de Saúde para o ano de 2022-2025 segue organizada em eixos, objetivos, diretrizes e metas, que delineiam as estratégias gerais para o enfrentamento dos problemas e das necessidades de saúde da população expressas na análise situacional, visualizando as prioridades do SUS no município e persistindo no alcance dos resultados.

O Plano está estruturado em 02 grandes eixos: o **eixo 01** 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 e metas.

As metas do Plano, formuladas genericamente, quantificadas e distribuídas em cada ano de exercício do mesmo, visam atingir os objetivos de cada diretriz e os objetivos macros de cada eixo.

As metas são expressões quantitativas da situação que se quer alcançar, assim, nos quadros com a distribuição das metas em cada ano e a forma de quantificação obedece a lógicas diferenciadas. Ou seja, têm metas que foram parceladas em quatro anos; outras são cumulativas, até alcançar o total; e outras mantêm o mesmo quantitativo a cada ano, por serem metas contínuas.

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.

METAS	2022	2023	2024	2025
Implantar 83 equipes de Atenção Primária	21	21	21	20
Implantar e vincular 83 equipes de Saúde Bucal nas Equipes de Atenção Primária (eAP)	21	21	21	20
Ampliar de 10 para 16 as e-NASF nos territórios de maior	01	01	02	02

vulnerabilidade social				
Ampliar de 06 para 08 equipes de Consultório na Rua	-	01	01	-
Implantar e vincular 82 Equipes de Saúde Bucal na ESF	06	26	26	24

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.

METAS	2022	2023	2024	2025
Realizar 40 capacitações de Educação Continuada e Educação Permanente para os profissionais de saúde vinculados à Atenção Primária.	10	10	10	10
Reorganizar o processo de trabalho na Atenção Primária em 100% das unidades de saúde.	100	100	100	100
Implementar o apoio matricial do NASF em 79 ESF	79	79	79	79
Estruturar as 08 equipes de Consultório na Rua	06	07	08	08
Qualificar as 08 equipes de Consultório na Rua	06	07	08	08
Qualificar as 16 equipes do NASF	11	12	14	16
Estruturar, nas 64 unidades de saúde, os eixos da Atenção Integral à Saúde do Adolescente	64	64	64	64
Otimizar, nas 64 unidades de saúde, os eixos da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher	64	64	64	64
Organizar, nas 64 unidades de saúde, as diretrizes da Política Nacional de Alimentação e Nutrição.	64	64	64	64
Aprimorar, nas 64 unidades de saúde, os eixos da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem.	64	64	64	64
Otimizar, nas 64 unidades de saúde, os eixos da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança.	64	64	64	64
Estruturar, nas 64 unidades de saúde, as diretrizes da Política Nacional de Atenção à Saúde da Pessoa Idosa.	64	64	64	64
Reestruturar a atenção em Saúde Bucal nas Unidades de Saúde nos 08 DS.	08	08	08	08
Realizar 24 capacitações de Educação Continuada e Educação Permanente para os profissionais de Saúde Bucal das Unidades de Atenção Primária	06	06	06	06
Implantar a Teleodontologia em 25 equipes de Saúde Bucal das unidade de Atenção Primária à Saúde	10	05	05	05
Implementar, no âmbito das redes de atenção à saúde, as diretrizes de enfrentamento às situações de violência nos 08 distritos sanitários.	02	02	02	02
Implementar as políticas de promoção da equidade em saúde nos 08 distritos sanitários	02	02	02	02

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

Objetivo 1 - 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.

METAS	2022	2023	2024	2025
Construir 06 Unidades de Saúde	01	01	02	02
Construir 05 Serviços da Rede Psicossocial. (02 UA's, 01 CAPS III, 01 CAPSI e 01 CAPS AD).	-	02	01	02
Construir 01 CER IV (Benedito Bentes)	-	01	-	-
Construir a Oficina Ortopédica no CER IV	-	01	-	-
Construir 01 UPA (Santa Lúcia).	01	-	-	-
Reformar o Centro Especializado de Reabilitação (CER) III	01	-	-	-
Adequar as estruturas físicas dos consultórios odontológicos.	08	08	08	08
Construir 01 Centro de Diagnóstico por Imagem no Benedito Bentes	-	01	-	-
Construir 04 Academias de Saúde em equipamentos públicos.	-	01	01	02
Ampliar 03 e construir 03 novos quiosques para funcionamento de 06 Núcleos de Atividades Físicas.	-	02	02	02
Aparelhar as 11 Bases Distritais e Pontos de Apoio dos ACE's.	02	03	03	03
Adequar à estrutura física do Centro de Controle e Zoonoses.	01	-	-	-
Aparelhar 21 novos serviços de saúde.	02	08	05	06

DIRETRIZ 03 –IMPLEMENTAÇÃO DA REDE CEGONHA

Objetivo 1 - 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.

METAS	2022	2023	2024	2025
Implementar os pontos de atenção da Rede Materno Infantil nos 08 distritos sanitários.	08	08	08	08

DIRETRIZ 04 – OPERACIONALIZAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO ÀS DOENÇAS CRÔNICAS

Objetivo 1 - 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.

METAS	2022	2023	2024	2025
Implantar 01 CEDOCH para atendimento da população do VI e VII Distrito Sanitário.	-	01	-	-
Implementar a linha de cuidados do paciente renal crônico.	01	01	01	01
Implantar a linha de cuidados da doença crônica respiratória.	-	-	01	-
Operacionalizar 20 ações de Educação Permanente com os profissionais de saúde das UBS.	05	05	05	05
Estruturar a Rede de Atenção às Doenças Crônicas nos 8 Distritos Sanitários.	08	08	08	08
Estruturar os serviços do CEDOHC no PAM Salgadinho.	01	01	01	01

DIRETRIZ 05 – ESTRUTURAÇÃO DA REDE PSICOSSOCIAL

Objetivo 1 – Qualificar a atenção psicossocial, com ampliação da cobertura e aprimoramento dos serviços, de forma articulada com outros pontos de atenção à saúde e políticas sociais.

METAS	2022	2023	2024	2025
Implementar a Rede de Atenção Psicossocial nos 8 Distritos Sanitários	08	08	08	08
Implementar 08 Projetos do Núcleo de Cultura e Reabilitação Psicossocial.	02	02	02	02
Qualificar dos 03 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), de tipo II, para tipo III.	01	01	01	-
Implantar 02 Serviços Residenciais Terapêuticos.	01	-	01	-
Implantar Unidades de Acolhimento (02 para adultos e 01 infanto-juvenil)	-	01	01	01
Implantar 03 Centros e Atenção Psicossocial (CAPS III, CAPSi, CAPS AD)	01	01	01	-
Implantar 20 leitos em Saúde Mental em Hospital Geral	10	-	10	-

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.

METAS	2022	2023	2024	2025
Implantar uma Unidade de Pronto Atendimento – UPA	01	-	-	-
Ampliar de 60% para 100% a oferta de atendimento mensal nas Unidades de Pronto Atendimento – UPA	70%	80%	90%	100%

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.

METAS	2022	2023	2024	2025
Implementar a Rede de Urgência nos 08 Distritos Sanitários.	08	08	08	08
Operacionalizar as ações das 10 equipes do Serviço de atenção Domiciliar (SAD).	10	10	10	10
Implantar coleta de exames nas residências dos usuários acamados cadastrados nas 09 Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMADs), nos Distritos Sanitários.	03	03	02	02
Habilitar 2 novas equipes para o Serviço de Atenção Domiciliar (SAD)	02	-	-	-
Implantar 03 novos serviços odontológicos no SAD.	01	02	--	---

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

Objetivo 1 - Garantir a assistência à saúde das pessoas com deficiência, assegurando a promoção, prevenção, recuperação e reabilitação, em todos os níveis de atenção à saúde.

METAS	2022	2023	2024	2025
Implementar o Centro Especializado de Reabilitação (CER) III (Pam Salgadinho).	01	-	-	-
Implementar 65%* das ações de melhoria da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência.	50%	55%	60%	65%
Implantar a Oficina Ortopédica no CER IV.	-	01	-	-
Implantar Serviço Especializado em Métodos, Diagnósticos e Tratamento do Autismo.	01	-	-	-
Implantar 01 CER IV	-	01	-	-

DIRETRIZ 08 –IMPLEMENTAR A ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

Objetivo 1 – Garantir o acesso da população a medicamentos e correlatos, promovendo a qualidade da assistência farmacêutica e a utilização do uso racional de medicamentos.

METAS	2022	2023	2024	2025
Operacionalizar o Hórus utilizando todas as ferramentas disponíveis no sistema em 80% das Unidades de Saúde	55%	65%	75%	80%
Garantir 80% de abastecimento dos itens da REMUME e da RECOR na Gerência de Suprimentos de Medicamentos e Correlatos	65%	70%	75%	80%
Implementar os serviços clínicos farmacêuticos em 40 Unidades de Saúde	10	20	30	40
Reativar a Comissão de Farmácia e Terapêutica	01	-	-	-

DIRETRIZ 09 – APRIMORAMENTO DA ATENÇÃO ESPECIALIZADA AMBULATORIAL E HOSPITALAR

Objetivo 1 – Viabilizar o acesso da população às ações serviços de atenção especializada à saúde, com atendimento de qualidade e em tempo adequado.

METAS	2022	2023	2024	2025
Implantar 16 novos serviços da Rede Própria Especializada	04	04	04	04
Monitorar as metas qualitativas de 11 serviços contratualizados hospitalar e 07 ambulatorial filantrópica, da Rede complementar para atenção à saúde de média e alta complexidade.	18	18	18	18
Estruturar as 08 Unidades Distritais com as Especialidades, facilitando a descentralização e o acesso à população.	08	08	08	08
Implantar Centro de Diagnóstico para atendimento à população do VI e VII Distrito Sanitário.	-	-	01	-
Implantar 15 ações para gestão por resultados adequando os processos de humanização no PAM Salgadinho.	05	05	05	-
Implantar 01 Serviço de Suporte Nutricional Especializado.	-	01	-	-
Implantar 03 novos serviços especializados odontológicos (1 CEO tipo I; 1 Laboratório de prótese; 1 serviço no Hamilton Falcão)	-	-	02	01
Habilitar CEO tipo II (Rafael de Matos), III (PAM Salgadinho), Laboratório de prótese no PAM Salgadinho	-	02	02	-
Ofertar o atendimento odontológico a nível hospitalar a pacientes com deficiência e pacientes crônicos.	-	-	01	01

DIRETRIZ 10 – FORTALECIMENTO E APRIMORAMENTO 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.

METAS	2022	2023	2024	2025
Implementar 08 campanhas de vacinação	02	02	02	02
Alcançar a cobertura vacinal de 95% das crianças menores de 02 anos das 04 vacinas do calendário básico pactuadas.	04	04	04	04
Implantar 08 Núcleos de Cessação e Controle do Tabagismo	02	02	02	02
Operacionalizar as 05 ações do Programa Crescer Saudável	05	05	05	05
Operacionalizar as 14 ações do PSE para estudantes da rede pública da educação básica das escolas pactuadas.	14	14	14	14
Implantar 04 Academias de Saúde em equipamentos públicos.	-	-	02	02
Implementar 06 quiosques para funcionamento de Atividades Físicas.	-	02	02	02
Desenvolver 26.908 ações dos oito temas prioritários da Política Nacional de Promoção da Saúde incluindo as Práticas Integrativas e Complementares no SUS.	6.727	6.727	6.727	6.727

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.

METAS	2022	2023	2024	2025
Ampliar de 21 para 32 o uso dos sistemas de informação (SIM, SINASC e SINAN) nos serviços de saúde.	03	03	03	03
Operacionalizar 100% das ações do Centro de Informação Estratégica de Vigilância em Saúde na Vigilância e Resposta às Emergências de Saúde Pública.	100%	100%	100%	100%
Executar 80% das ações referentes à vigilância, prevenção, promoção e assistência à saúde das IST/AIDS e Hepatites Virais.	80%	80%	80%	80%
Implementar 80% das ações de vigilância e controle das zoonoses	80%	80%	80%	80%
Implementar 60.204 ações do Programa de Educação em Saúde.	15.051	15.051	15.051	15.051
Criar Código Municipal de Causa Animal.	01	-	-	-
Operacionalizar 100% da meta 04 indicadores de investigação de óbito pactuados pelo Ministério da Saúde.	100%	100%	100%	100%
Implementar 16 ações de Vigilância Epidemiológica para prevenção e controle de 46 Doenças e Agravos Transmissíveis de notificação compulsória.	04	04	04	04
Operacionalizar 12 ações de vigilância para as 04 principais doenças (diabetes mellitus, hipertensão arterial, câncer e	03	03	03	03

doenças cardiovasculares) e 02 agravos não transmissíveis (violências e acidentes).				
---	--	--	--	--

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.

METAS	2022	2023	2024	2025
Executar, fiscalizar e realizar o monitoramento sistemático do conjunto dos sete grupos de ações da Vigilância Sanitária (SISPACTO).	07	07	07	07
Aprimorar e elaborar 12 mecanismos de regulamentação em Vigilância Sanitária.	03	03	03	03
Reestruturar a Vigilância Sanitária em 40% para o incremento das ações	10%	10%	10%	10%
Alcançar 100% da execução das ações de Vigilância Ambiental.	100%	100%	100%	100%
Viabilizar a realização das 710 ações de prevenção e proteção da saúde do trabalhador em instituições públicas e privadas.	165	174	181	190
Aumentar de 5.697 para 6.440 as notificações em todos os municípios de abrangência do CEREST (correspondente a 20%).	1.495	1.569	1.647	1.729
Realizar 1.090 ações de prevenção e promoção nos diferentes níveis de atenção à saúde do trabalhador	257	259	281	293
Executar o número mínimo de 04 ciclos pactuados, com 80% de cobertura de imóveis visitados para controle das doenças de transmissão vetorial e animais peçonhentos.	04	04	04	04
Qualificar 70% dos profissionais de saúde vinculados à Diretoria de Vigilância em Saúde	15%	15%	20%	20%
Monitorar 100% da situação epidemiológica da COVID-19, atualizando sistematicamente a avaliação do risco de disseminação do vírus em Maceió.	100%	100%	100%	100%

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 1 – 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.

METAS	2022	2023	2024	2025
Aperfeiçoar o processo de assessoramento técnico em Planejamento Estratégico, subsidiando a gestão em seus processos decisórios.	03	03	03	03
Aprimorar anualmente o Sistema Integrado de Estão do Planejamento e Orçamento nos aspectos analítico e operacional	01	01	01	01
Produzir 21 instrumentos de Planejamento Orçamentário para subsidiar a gestão municipal de saúde.	05	05	05	06
Produzir 20 instrumentos anuais de análise de situação de saúde no município, para subsidiar a gestão municipal de saúde.	20	20	20	20
Implementar a Sala de Análise de Situação	01	01	01	01
Elaborar, de forma participativa e ascendente, 21 instrumentos de planejamento em saúde.	100%	100%	100%	100%
Operacionalizar as ações das 12 sub-redes de Ouvidorias SUS.	12	12	12	12
Avançar no caminho da qualidade instituído pelo Sistema de Acreditação das Ouvidorias do SUS com foco nas 04 dimensões operativas: Infraestrutura, Gestão, Processo de Trabalho e Resultado.	04	04	04	04
Implementar a operacionalização dos dois pontos presenciais de Ouvidorias do SUS	02	02	02	02

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

Objetivo 1– 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.

METAS	2022	2023	2024	2025
Desenvolver a integração das políticas setoriais que compõem a DGP, por meio de 01 qualificação anual, gerindo as ações pertinentes à gestão do trabalho.	01	01	01	01
Avançar na implementação do Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho no âmbito das Unidades e Serviços de saúde nos oito distritos sanitários.	08 DS	08 DS	08 DS	08 DS
Ampliar a cobertura e o alcance da assistência prestada aos servidores pelo Serviço de Atenção a Saúde do Servidor nos oito distritos sanitários.	08 DS	08 DS	08 DS	08 DS
Avançar na implementação da Política de Gestão do Trabalho no que se refere ao dimensionamento e redirecionamento dos profissionais de saúde, realizando 01 dimensionamento anual.	01	01	01	01
Investir na melhoria dos processos de trabalho com foco na qualificação e valorização das relações de trabalho de acordo com as políticas PNH e PNEPS nos oito distritos sanitários.	02 DS	02 DS	02 DS	02 DS

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

Objetivo 1 – Consolidar os mecanismos de regulação, fiscalização e auditoria em saúde, buscando maior qualidade e racionalidade da rede de serviços própria e complementar ao SUS.

METAS	2022	2023	2024	2025
Avaliar 100% da contratualização dos serviços conveniados ao SUS	100%	100%	100%	100%
Ampliar o quadro de pessoal da Diretoria de Controle, Avaliação, Auditoria e Regulação.	06	05	05	05
Substituir o SISREG (Sistema de Regulação) pelo Sistema Gestor e Regulação (SGR) em toda a oferta regulada por Maceió.	25% (66)	25% (66)	25% (66)	25% (66)
Reduzir o absenteísmo das consultas e exames de 30% para 20%	2,5%	2,5%	2,5%	2,5%
Auditar 100% das demandas da rede própria e da rede suplementar ao SUS	100%	100%	100%	100%

Regionalizar a marcação de consultas e procedimentos contratualizados pela secretaria municipal de saúde por distrito sanitário.	01 (proposta)	-	-	-
--	------------------	---	---	---

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

Objetivo 1– 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	2022	2023	2024	2025
Implementar à inovação e à eficiência em tecnologia de informação em 100% serviços de saúde e na SMS.	100%	100%	100%	100%
Executar 100% das demandas de aquisição de suprimentos suficientes para as ações exigidas pelas unidades e serviços.	100%	100%	100%	100%
Realizar a manutenção em 100% das unidades, serviços e equipamentos para adequado funcionamento do SUS.	100%	100%	100%	100%
Implantar vigilância através de videomonitoramento nos serviços de saúde.	25%	25%	25%	25%
Informatizar o sistema de patrimônio e almoxarifado; CAF e FARMAC.	01	01	-	-
Implantar o prontuário eletrônico nas unidades de saúde.	25%	25%	50%	-
Aprimorar as estruturas físicas dos serviços de saúde. (Manutenção preventiva e corretiva)	55 (Prédios)	55	55	55

DIRETRIZ 15 - FORTALECIMENTO DOS MECANISMOS DE CONTROLE SOCIAL

Objetivo 1 - 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.

METAS	2022	2023	2024	2025
Realizar Conferências Municipais e Temáticas de Saúde, em consonância com o Conselho Nacional de Saúde.	01	01	01	01
Realizar Capacitações em Controle Social na Saúde.	02	02	02	02
Implantar Comissão Intersectorial de Recursos Humanos e Relações de Trabalho no Conselho Municipal de Saúde.	01	-	-	-
Fomentar a participação e o Controle Social na Saúde Municipal.	10	10	10	10
Garantir a manutenção dos serviços do Conselho Municipal de Saúde de Maceió.	01	01	01	01

6. MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

A avaliação em saúde pode ser compreendida como uma prática social que contribui para nortear as ações e serviços de saúde, os processos de trabalho e a tomada de decisão. É uma ferramenta não somente de mensuração dos resultados, mas também de aprendizagem, de compartilhamento de saberes, de negociação permanente entre os atores sociais e de pactuação dos objetivos estratégicos, possibilitando o acompanhamento e a implementação de ajustes necessários ao desenvolvimento do SUS (MINAYO, 2011; OLIVEIRA; REIS, 2016).

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 faz parte do processo de avaliação e consiste no acompanhamento rotineiro de informações relevantes, envolvendo coleta, processamento e análise sistemática de dados e indicadores selecionados. O monitoramento verifica a existência de mudanças, mas não suas razões a fundo. É um processo contínuo, que visa a obtenção de informações, em tempo oportuno, para subsidiar a tomada de decisão, a redução de problema e a correção de rumos. Em suma, o monitoramento verifica a realização das atividades e o alcance dos efeitos da intervenção (BRASIL, 2013; OLIVEIRA, REIS, 2016).

Enquanto funções gestoras do SUS e partes integrantes do planejamento no SUS, as ferramentas de monitoramento e avaliação possibilitam: analisar o desempenho das ações programadas e do sistema de saúde, incluindo a capacidade instalada, a oferta das ações e serviços e os vazios assistenciais; verificar se os objetivos e metas propostos no PMS e PAS foram de fato alcançados, mensurando os resultados e dificuldades; examinar o nível de organização dos processos de trabalho e relação entre os sujeitos; gerar informações que melhorem uma intervenção em curso; subsidiar as equipes técnicas

e gestoras na elaboração de políticas e intervenções para enfrentamento dos problemas de situação de saúde da população; e retroalimentar o processo de planejamento.

Enfim, monitoramento e avaliação devem ocupar lugar de relevância na implementação das ações e serviços de saúde no município de Maceió e, nesse sentido, o SUS municipal 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, o que tem permitido acompanhar e avaliar os resultados da Política de Saúde.

Nesse direcionamento, os processos e instrumentos de monitoramento e avaliação d PMS descritos a seguir têm como referentes os objetivos e metas do PMS, bem como os indicadores de saúde da população e desempenho do SUS.

6. 1-Processos e Instrumentos de Monitoramento de Avaliação

Conforme preconiza a legislação do SUS, a Política de Saúde no município será monitorada e avaliada por meio dos relatórios quadrimestrais e anual de gestão. Considerando o período de vigência do Plano de quatro anos, a perspectiva é de que as ações empreendidas na programação respondam, anualmente por, pelo menos, 25% das metas constantes do PMS.

A Programação Anual de Saúde (PAS) constitui-se o instrumento que detalha e operacionaliza as metas do Plano Municipal de Saúde, em cada ano. Ela define as ações a serem desenvolvidas no ano e os recursos necessários para execução (BRASIL, 2012). É com base na PAS que serão elaborados os relatórios quadrimestrais e o Relatório Anual de Gestão (RAG), que também podem ser complementados com outras ações e serviços que não estavam previstos quando da elaboração da referida programação.

Os relatórios de gestão também contemplam também a análise do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS), dos indicadores de saúde no período avaliado, da oferta de serviços ambulatorial e hospitalar e das auditorias realizadas. O RAG deve ter sua aprovação no Conselho Municipal de Saúde, tendo em conta o prazo estabelecido na Lei complementar nº. 141/2012 e, posteriormente, apresentado em audiência pública na Câmara Municipal.

O processo de elaboração da PAS e dos relatórios de gestão é realizado pelas áreas técnicas e equipes gestoras da SMS, de forma participativa e

ascendente, contando a assessoria dos profissionais vinculados a Diretoria de Planejamento em Saúde. Para produção dos referidos instrumentos, o município tem implantado o Sistema Informatizado de Planejamento e Orçamento (SIPO), que permite fazer a programação e o monitoramento, de forma descentralizada, pelas áreas técnicas da Secretaria.

A metodologia 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 um score, com pontos de cortes e legendas coloridas, para avaliar o status alcançado em relação à execução das metas programadas na PAS, a seguir:

Escore de Monitoramento e Avaliação de Alcance de Metas	
0-49% das metas alcançadas = situação de risco:	Legenda vermelha 
50-69% das metas alcançadas = situação de alerta	Legenda amarela 
70-100% das metas alcançadas = situação satisfatória	Legenda verde 

Fonte: CGPS/DGPS/SMS, 2021.

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, sempre orientado pelo diálogo democrático e aberto, permitindo recomendações e sugestões com a finalidade de qualificar a política pública de saúde no âmbito municipal.

6.2 Indicadores de Saúde da População e de Desempenho do SUS

Avaliação da Política Municipal de Saúde também terá como referentes os indicadores de saúde e de desempenho do SUS, que servirão de parâmetros ou medidas-síntese para aferir e avaliar as dimensões do estado de saúde da população, bem como o desempenho do sistema de saúde. Vistos em conjunto, os indicadores devem refletir a situação sanitária de uma população e servir para a vigilância das condições de saúde (ROUQUAYROL; GURGEL, 2013).

Nessa perspectiva, a Secretaria Municipal de Saúde elege 30 indicadores para avaliação quadrimestral e anual, que se dividem em três modalidades: acesso, efetividade e operacionais.

- **Indicadores de Acesso:** permitem medir a cobertura de serviços e a oferta de atendimentos.

- **Indicadores de Efetividade:** mostram o grau com que os serviços e as ações atingem os resultados esperados, especialmente em relação à morbimortalidade.

- **Indicadores Operacionais:** aqueles que procuram mensurar a eficiência com que a gestão do SUS conduz as ações e serviços de saúde e quais os produtos e benefícios resultantes do esforço institucional.

Ressalte-se que o elenco dos indicadores de acesso e de efetividade contém os vinte indicadores do Previne Brasil pactuados entre os três entes federados (União, Estado e Municípios) para avaliar a atenção primária à saúde e, também, indicadores de vigilância em saúde e de atenção especializada que também são utilizados por outras regiões do Brasil. 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 locais.

A seguir, o quadro 05 traz o elenco dos indicadores que servirão de referentes para a o monitoramento e a avaliação da Política de Saúde em Maceió.

Quadro 5: Indicadores de Avaliação do PMS, 2022 a 2025.

INDICADORES DE ACESSO
Proporção de gestantes com pelo menos 6 (seis) consultas pré-natal realizadas, sendo a 1ª até a 12ª semana de gestação.
Proporção de gestantes com realização de exames para sífilis e HIV.
Proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado na Atenção Primária à Saúde.
Proporção de mulheres com coleta de citopatológico na Atenção Primária à Saúde.
Proporção de crianças de 1 (um) ano de idade vacinadas na APS contra Difteria, Tétano, Coqueluche, Hepatite B, infecções causadas por Haemophilus Influenzae tipo b e Poliomielite Inativada.
Proporção de pessoas com hipertensão, com consulta e pressão arterial aferida no semestre;
Proporção de pessoas com diabetes, com consulta e hemoglobina glicada solicitada no semestre
Cobertura vacinal do calendário nacional de vacinação para crianças <2 anos –

Pentava(3ª dose), Pneumocócica 10-valente (2ª dose), Polio (3ª dose) e Tríplice viral (1ª dose).
Cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica
Cobertura populacional estimada de saúde bucal na atenção básica
Percentual de procedimentos especializados realizados na rede própria
Percentual de procedimentos especializados realizados na rede complementar ao SUS

Continuação

INDICADORES DE EFETIVIDADE
Mortalidade prematura pelo conjunto das quatro principais DCNT (doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas).
Proporção de óbitos de mulheres em idade fértil (10 a 49) investigados.
Proporção de cura dos casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes.
Número de casos novos de sífilis congênita em menores de 1 ano.
Número de óbitos fetais e infantis por sífilis congênita.
Número de casos novos de aids em menores de 5 anos.
Número de óbitos maternos em determinado período e local de residência.
Proporção de registro de óbitos com causa básica definida.
Proporção de cura dos casos de tuberculose.
Proporção de casos diagnosticados para esquistossomose com tratamento realizado.
Proporção de casos de doenças de notificação compulsória imediata (DNCI) encerrados em até 60 dias após notificação.
Proporção de análises realizadas em amostras de água para consumo humano quanto aos parâmetros coliformes totais, cloro residual livre e turbidez.
Taxa de mortalidade infantil.
Proporção de gravidez na adolescência entre as faixas etárias 10 a 19 anos.
Ações de matriciamento sistemático realizadas por CAPS com equipes de Atenção Básica.
Taxa de internação hospitalar em pessoas idosas por fratura de fêmur.
INDICADORES OPERACIONAIS
Número de unidades de saúde construídas
Número de unidades de saúde reformadas
Número de serviços especializados implantados e ativados
Número de unidades ou serviços equipados
Percentual de disponibilização de medicamentos e correlatos para a população

**PROCESSO DE REVISÃO DO PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE 2022-
2025**

Prefeito do Município de Maceió

João Henrique Holanda Caldas

Secretário de Saúde

Luiz Romero Cavalcante Farias.

Presidenta do Conselho Municipal de Saúde

Flávia de Macedo Citônio

Assessoria Executiva Jurídico-Legislativa

Bruna Jucá Teixeira Monteiro

Superintendência de Governança e Gestão Interna

KarinneRafaelle Pereira Farias Moreira

Diretoria de Governança e Administração

Ana Maria Alves Sousa Toledo

Diretoria de Infraestrutura, Patrimônio e Tecnologia da Informação

Fernando Toledo Tenório

Diretoria de Planejamento, Orçamento e Finanças

Ângela Domingues Possas

Diretoria do Fundo Municipal de Saúde

Ângela Oliveira Sá

Diretoria de Gestão de Pessoas

Flávia Ana Tenório Ferreira

Subsecretaria de Atenção à Saúde

Roberta Borges de Moraes Oliveira

Diretoria de Gestão e Planejamento em Saúde

Sônia de Moura Silva

Diretoria de Atenção à Saúde

Alayde Ricardo da Silva

Diretoria de Vigilância em Saúde

Natália de Sá Cavalcante Alves Pinto

Subsecretaria de Saúde Especializada

Ebeveraldo Amorim Gouveia

Diretoria Especial da Policlínica de Maceió (PAM)

Abílio Lopes Silva Neto

Diretoria de Linhas Prioritárias de Saúde

Sandra Torres de Oliveira

Diretoria Especial de Auditoria e do Complexo Regulador

Mairon Micael Soares Rocha

REVISÃO DO PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE 2022-2025**Equipe Técnica de Elaboração e Organização**

Sônia de Moura Silva
Vânia Maria Barros dos Santos
Lizianne Elias Rodrigues
Regina Soares Bezerra Santos
Cristiane PaulaAlves de Andrade
Rejane de Oliveira Melo
Quitéria Maria Ferreira da Silva

Diretoria de Gestão e Planejamento em Saúde

Sônia de Moura Silva

Coordenação Geral de Planejamento em Saúde

Vânia Maria Barros dos Santos

Coordenação Técnica de Programação e Monitoramento em Saúde

Lizianne Elias Rodrigues

Coordenação Técnica Captação de Recursos

Regina Soares Bezerra Santos

Equipe Técnica da Coordenação Geral de Planejamento em Saúde

Cristiane PaulaAlves de Andrade
Rejane de Oliveira Melo

Coordenação Geral de Análise de Situação de Saúde

Tatiane da Silva Santos

Coordenação Técnica de Análise de Tendência e Conjuntura

Quitéria Maria Ferreira da Silva

Coordenação Técnica de Análise de Estado de Saúde

Laís Donato Barbosa

Equipe Técnica da Coordenação Geral de Análise de Situação de Saúde

Antônio Fernando da Silva Xavier Júnior
Renileide Bispo Gomes de Souza
Virginia Maria dos Anjos Vieira
Victor Rodrigues Câmara

7. REVISÃO DO PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE, BIÊNIO 2024 – 2025.

7.1 INTRODUÇÃO

A Diretoria de Gestão e Planejamento em Saúde, por meio da Coordenação Geral de Planejamento em Saúde e Coordenação Geral de Análise de Situação de Saúde, apresenta à gestão da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) a Revisão do Plano Municipal de Saúde de Maceió 2022- 2025, biênio 2024-2025.

O Planejamento é uma função estratégica de gestão assegurada pela Constituição Federal de 1988 e regulamentada pela Portaria GM nº 3.085, de 01 de dezembro de 2006, a qual regulamenta o Sistema de Planejamento do SUS (PlanejaSUS), e pela Portaria GM nº 3.332, de 28 de dezembro de 2006, que aprova as orientações gerais relativas aos instrumentos do PlanejaSUS.

O Planejamento também é referenciado pelas Conferências de Saúde que são instâncias colegiadas do Sistema Único de Saúde (SUS), nas quais são definidas as diretrizes constitucionais da participação social na gestão da saúde, conforme o Art. 198, inciso III, da Constituição Federal de 1988.

Isso posto, o processo de revisão do PMS de Maceió teve como guia referencial a Resolução nº 715 de 20 de julho de 2023, que no inciso V, dentre outras orientações, propõe que o produto das conferências de saúde seja base para os processos de avaliação da situação de saúde, elaboração das propostas que atendam às necessidades de saúde da população e possam compor a definição das diretrizes as quais devem ser incorporadas na elaboração dos Planos Plurianuais de Saúde, Nacional, Estaduais e do Distrito Federal (2024-2027), os Planos de Saúde Nacional, Estaduais e do Distrito Federal (2024-2027), e **revisão dos Planos Municipais de Saúde, elaborados para os anos de 2022 a 2025.**

Nessa perspectiva, a 10ª Conferência Municipal de Saúde de Maceió, realizada nos dias 11 e 12 de abril de 2023, com o tema “Garantir direitos e defender o SUS, a Vida e a Democracia – Amanhã vai ser outro dia”, constituiu-se como a base central da análise e revisão das metas, do Plano Municipal de Saúde – Maceió - AL. Além da Conferência Municipal de Saúde, o processo de revisão se deu a partir dos seguintes aportes: análise do desenvolvimento do Plano até o exercício vigente; análise dos indicadores de monitoramento – acesso, efetividade e

operacionais-; do **perfil epidemiológico**; e, finalmente, do **perfil assistencial atualizado**.

As avaliações, as análises e o monitoramento supracitados, geram informações que possibilitam, positivamente, a intervenção em curso, uma vez que apresentam a mensuração de resultados alcançados e as eventuais dificuldades de execução. Esse modo permite o subsídio às iniciativas de intervenções para enfrentamento dos problemas de saúde da população.

É salutar informar que o presente processo de revisão foi baseado, exclusivamente, **acerca do conjunto das metas**. Isto é, mantiveram-se inalterados os dois eixos estratégicos, os objetivos de cada eixo, as 15 diretrizes e os 30 indicadores que abordam ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação em saúde, os quais representam o compromisso assumido pelos diferentes atores sociais que conduzem o Sistema Único de Saúde no Município de Maceió, conforme quadro apresentado no item de número 5 deste documento, originalmente apresentado.

Tendo em vista o cenário acima exposto, às áreas técnicas da SMS foi facultada a redefinição das metas que se pretendem atingir ao final de 2025, ano final da vigência do PMS. E, por conseguinte, as redefinições das metas anuais – biênio 2024 e 2025. Essas metas anuais serão a referência para a formulação das ações, as quais irão estruturar as Programações Anuais dos respectivos anos.

Cabe conceituar que as metas são expressões quantitativas da situação que se quer alcançar. A distribuição das metas em cada ano e a forma de quantificação obedece a lógicas distintas: existem metas que foram parceladas em quatro anos; outras são cumulativas, até alcançar o total; e outras mantêm o mesmo quantitativo a cada ano, por serem metas contínuas. As metas são “medidas de alcance do Objetivo” (BRASIL, 2016) e podem expressar desafios a serem enfrentados, ao mesmo tempo que estipulam compromissos para o alcance dos objetivos.

Destaca-se, oportunamente, que a nova organização administrativa da SMS, decreto nº 9.472 de 20 de junho de 2023, foi incorporada ao processo de revisão do Plano. Logo, novos setores e novas áreas técnicas participaram da formulação e inclusão de novas metas ao Plano, obedecendo aos critérios de factibilidade - disponibilidade dos recursos necessários, das condicionantes políticas, econômicas e da capacidade organizacional -, além do diálogo com os eixos, os objetivos, as diretrizes e os indicadores de saúde vigentes.

7.2 METODOLOGIA DO PROCESSO DE REVISÃO DO PMS, BIÊNIO 2024 – 2025.

A metodologia do processo de Revisão do Plano Municipal de Saúde para o biênio 2024- 2025 foi constituída de quatro etapas que culminaram com a análise e definição das metas revisadas. Nesse processo, foram consideradas quatro situações: Metas permanecidas, metas excluídas; metas alteradas em sua redação e metas novas acrescentadas para os anos 2024-2025.

As etapas metodológicas ocorreram da seguinte forma:

1. Etapa 1 – Análise Documental

A análise documental teve como baseo Relatório Oficial da X Conferência Municipal de Saúde, os Relatórios de Gestão 2022, Os Relatórios de Gestão dos 1º e 2º quadrimestres de 2023 e a Análise dos Indicadores de Saúde. O produto resultou em um levantamento e sistematização das propostas aprovadas nos respectivos relatórios com as diretrizes do Plano Municipal de Saúde 2022 – 2025. Esse documento foi utilizado na elaboração do instrumento técnico que subsidiou as discussões com as áreas técnicas da saúde na revisão das metas para o biênio 2024 -2025, como também sinalizou os atuais desafios para a gestão da Política Municipal de Saúde de Maceió.

2. Etapa 2 - Construção de instrumento técnico de revisão das metas para o biênio 2022 – 2023

O instrumento construído sintetizou os dados necessários para o processo de avaliação das metas tais como:

1. Eixo do Plano Municipal de Saúde;
2. Objetivo da Diretriz e Diretriz;
3. Avaliação do percentual de alcance das metas realizadas em 2022 até o segundo quadrimestre de 2023;
4. Propostas aprovadas na X Conferência Municipal de Saúde de acordo com seus eixos temáticos, distribuídas por Diretrizes e áreas técnicas;
5. Espaço para registro das alterações feitas nas metas com suas justificativas.

3. Etapa 3 - Oficinas setoriais com as equipes gestoras/técnicas

Realizadas 04 Oficinas com as áreas gestoras e técnicas da: Governança e Administração, Saúde Especializada, Diretoria de Atenção em Saúde, Vigilância em Saúde e Órgãos Vinculados. Nessas oficinas foram refletidos e discutidos os seguintes pontos:

- 1) A importância dos instrumentos de planejamento em saúde como instrumento de gestão;
- 2) Apresentação, discussão e esclarecimento de dúvidas sobre os dados do instrumento técnico de revisão das metas para o biênio 2024 -2025;
- 3) Importância das metas serem factíveis e que representem um esforço de mudança na realidade da saúde municipal, e nesse sentido, analisar a série histórica e as projeções de indicadores relacionados;
- 4) Determinação das metas que deverão ser atingidas em 2024 e 2025. Essas metas anuais serão a referência para o levantamento de ações que comporão as Programações Anuais de Saúde dos respectivos anos de vigência do PMS.
- 5) Definição de prazo e devolutiva da avaliação das metas em coerência com a manutenção, alteração ou elaboração de novas metas.

4. Etapa 4 - Elaboração do documento final

Elaboração do texto final com o consolidado das Oficinas e encaminhamento do documento preliminar à gestão para conhecimento e análise, seguindo para o Conselho Municipal de Saúde para apreciação, análise e aprovação com posterior publicação e socialização do documento final.

7.3 ANÁLISE ATUAL DA NOVA ESTRUTURA ORGANIZATIVA DAS AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE

A análise situacional do Plano Municipal de Saúde de Maceió 2022-2025 contém um capítulo específico acerca da contextualização da organização das ações e serviços de saúde do SUS em Maceió. Portanto, o objetivo desse item ao revisar o Plano, é apenas atualizar as informações dos serviços e/ou programas que foram criados e/ou reestruturados.

Este item também tem a finalidade de apresentar algumas mudanças na lógica dos fluxos assistenciais e organizativos da Secretaria Municipal de Saúde, em consonância com o Decreto 9.472, de 20 de junho de 2023 que definiu a nova estrutura regimental⁴.

Para garantir a atenção à saúde da população residente e referenciada, a rede física própria do SUS no município de Maceió é constituída de 85 estabelecimentos que ofertam serviços de saúde de atenção primária e especializada, conforme descrição no quadro 1:

Quadro 1: Estabelecimento de saúde da rede própria do SUS Maceió-2023.

DESCRIÇÃO DA REDE FÍSICA ⁵	Qtd
Unidades de Estratégia Saúde da Família (ESF) -	33
Unidades Básicas de Saúde (UBS) – modelo tradicional/demanda espontânea	18
Unidades Básicas de Saúde Mistas (ESF e modelo tradicional)	04
Unidades Docentes Assistenciais – UDA	04
Unidades de Pronto Atendimento – UPA	02
Unidades de Referência em especialidades de saúde (URS) ⁶	08
Centro de Especialidade Odontológica – CEO	02
Centro de Especialidades (PAM Salgadinho)	01
Centro de Atenção Psicossocial – CAPS	05
Unidade de Acolhimento Infanto-juvenil – UAI	01
Serviços de Residências Terapêuticas – SRT	07
Total	85

Fonte: Diretoria de Atenção à Saúde/Coordenação Geral e Atenção Primária, novembro/2023.

O sistema de saúde de Maceió também conta, em sua rede própria, com 66 dispositivos, serviços e/ou programas para o desenvolvimento de ações de atenção à saúde, nos níveis primário e secundário, visualizados no quadro 2.

⁴Para conhecimento da nova estrutura regimental completa da Secretaria Municipal de Saúde, importante conferir o anexo com o organograma e as competências de todas as instâncias, de acordo com o Decreto 9.472, de 20 de junho de 2023.

⁵Conferir anexo com a relação de todos os estabelecimentos, por Distrito, bairro e modelo de atenção.

⁶Das oito Unidades de Referência, 4 são mistas, pois ofertam também ações e serviços de Atenção Primária.

Quadro 2: Distribuição dos serviços de saúde e dispositivos da rede própria, Maceió, 2023.

DESCRIÇÃO SERVIÇOS E DISPOSITIVOS DE SAÚDE	Qtd
Equipes de Consultório na Rua (e-CR)	06
Equipes Multidisciplinar (e-Multi)	08
Equipes de Serviço de Atenção Domiciliar – SAD	13
Núcleo de Atividades Físicas – NAF	13
Núcleo de Cultura e Reabilitação Psicossocial	01
Laboratório de Análises Clínicas de Maceió – LACLIM	01
Centro de Especialidade Eliane Machado	01
Centro Especializado de Doenças Crônicas – CEDOCH	01
Centro Especializado de Reabilitação – CER (PAM Salgadinho)	01
Núcleos de Tabagismo	6
Frentes do Programa Saúde da Gente (tendas de atendimentos)	3
Equipes do Programa Brota nas Grotas	12
Total	66

Fonte: DGPS/Coordenação de Análise Situação de Saúde/DAS,2023.

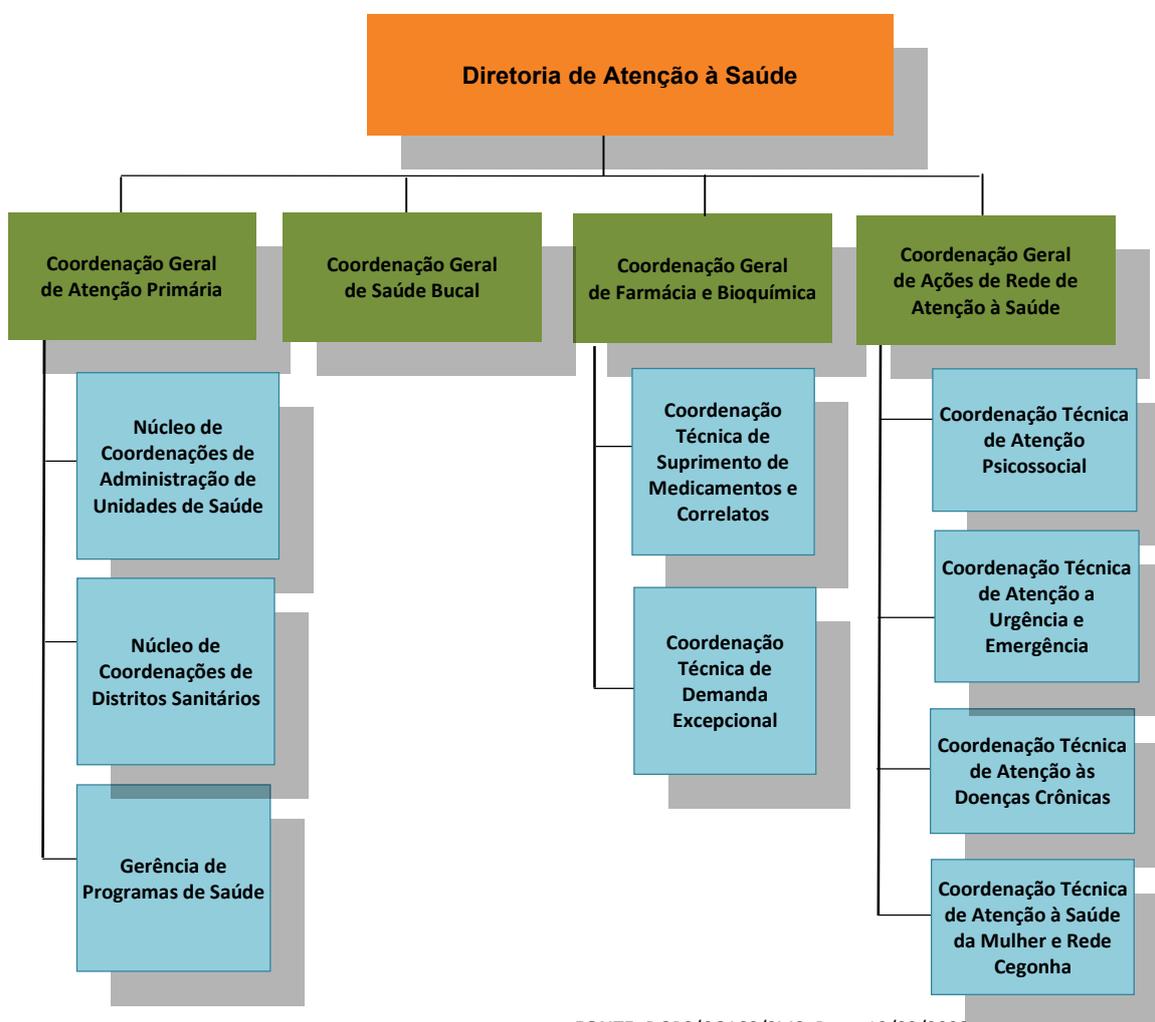
7.3.1 ESTRUTURA DE ORGANIZAÇÃO DAS AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE: atualização do organograma

Na organização do SUS em Maceió, conforme Decreto 9.472, de 20 de junho de 2023, que definiu a nova estrutura regimental da Secretaria Municipal de Saúde, as ações e serviços de Atenção à Saúde são de responsabilidade de duas macros instâncias: a Subsecretaria de Atenção à Saúde e Subsecretaria de Saúde Especializada. Cada uma das Subsecretarias é composta de diretorias, coordenações, gerências e assessorias, que assumem um conjunto de atribuições no âmbito da gestão da Política de Saúde.

A seguir, um panorama da configuração das ações e serviços de saúde, que busca atualizar as informações do PMS sobre os modelos de atenção em saúde com a estrutura organizativa correspondente do SUS em Maceió, de acordo com o desenho do novo organograma da SMS definido no referido decreto.

Conforme o Decreto 9472/2023, a Subsecretaria de Atenção à Saúde é composta de três diretorias: Diretoria de Atenção à Saúde (DAS), Diretoria de Vigilância em Saúde (DVS) e Diretoria de Gestão e Planejamento em Saúde.

Nesse novo desenho institucional, a Diretoria de Atenção à Saúde (DAS) tem como objetivo promover o acesso da população às ações e serviços de saúde, ofertando atenção integral, de forma resolutiva que atenda às necessidades da população, buscando sempre a ampliação, melhoria e organização da rede assistencial, no nível primário. Com base no Decreto 9.472/2023, a Diretoria de Atenção à Saúde tem o seguinte organograma:



FONTE: DGPS/CGASS/SMS. Data: 13/09/2023

Atenção Primária à Saúde

Observa-se no organograma da DAS, que de acordo com a nova estrutura regimental, a Atenção Primária à Saúde (APS) em Maceió continuou sendo gerida pela Coordenação Geral de Atenção Primária à Saúde (CGAP) composta por 03 instâncias que são: o Núcleo de Coordenações de Administração de Unidades de Saúde; o Núcleo de Coordenações de Distritos Sanitários e Gerência de Programas de Saúde.

Importante ressaltar que, nas instâncias vinculadas à Coordenação Geral de Atenção Primária, não houveram mudanças significativas em termos de atribuições e sim de nomenclaturas. A Gerência de Distritos Sanitários, por exemplo, passou a ser Núcleo de Coordenação de Distritos com as mesmas competências, enquanto a Gerência de Programas de Saúde (GPS), substituiu a Gerência de Programas Estratégicos e manteve a responsabilidade pelos programas por ciclos de vida: criança, adolescente, mulher, homem e idoso⁷.

Os programas de saúde atendem às políticas e diretrizes do Ministério da Saúde, bem como as demandas que surgem das especificidades locais, são eles: Programa de Atenção Integral à Saúde da Criança,

Programa de Alimentação e Nutrição; Programa de Atenção à Saúde do Adolescente; Programa de Atenção Integral à Saúde da mulher; Programa de Atenção Integral à Saúde do Homem, Atenção Integral à Saúde do idoso; e Condicionalidades do Programa Bolsa Família (PBF).

Além dos órgãos citados, também estão vinculados à Coordenação Geral de Atenção Primária (CGAP) a equipe Multidisciplinar (e-Multi) e o Consultório na Rua – que coordenam trabalhos realizados pelas equipes nas unidades de saúde e/ou promovem ações diretamente com a população.

Vale mencionar, que a equipe Multidisciplinar (e-Multi), conforme Portaria MS nº 635/2023, substituiu o Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Primária (eNASF-AP). A e-Multi constitui-se de equipes compostas por profissionais de diferentes áreas de conhecimento, que atuam de maneira integrada, apoiando os profissionais das Equipes de Saúde da Família (eSF) e as Equipes de Atenção

⁷Conferir anexo com o novo organograma da SMS e as competências de cada instância vinculadas à CGAP. Lembrando que os programas de saúde por ciclos de vida, a e-Multi, o Consultório na Rua e Condicionalidades do Programa Bolsa Família não estão na estrutura regimental.

Primária (eAP) compartilhando as práticas e saberes em saúde nos territórios sob responsabilidade destas equipes.

Na perspectiva de ampliar o acesso as ações e serviços de saúde e melhorar os indicadores de desempenho do SUS, a Secretaria Municipal de Saúde, desde 2022 vem executando o **Programa Saúde da Gente**, que contabiliza atendimentos em cinco frentes de atuação: saúde nas grotas, saúde infantil, saúde da mulher, saúde mental e saúde animal.

Outro serviço implantado foi o **Corujão da Saúde**, com 21 equipes de Atenção Primária para realização de atendimento em horários estendidos (até 21h) em 22 Unidades de Saúde.

Também foi criado, em 2023, o **Programa Brota nas Grotas** Interinstitucional, que visa atender mais de 100 grotas do município com ações integradas de 12 secretarias. A equipe multiprofissional que oferta assistência de saúde é formada por técnico de enfermagem, enfermeiro, nutricionista, fisioterapeuta, assistente social e veterinário.

Em 2023 a Secretaria também implantou uma **Unidade de Telessaúde Caetés** (Benedito Bentes), para a oferta de atendimento de telessaúde de enfermagem e com médico clínico, além disso, tem atendimento presencial de enfermagem, fisioterapia, nutrição e serviço social.

Saúde Bucal

Nota-se no organograma da DAS que, conforme Decreto 9.472/2023, a gestão das ações e dos serviços de saúde bucal ficou sob a responsabilidade da Coordenação Geral de Saúde Bucal (CGSB), que antes era uma gerência. A CGSB assume as tarefas de planejamento, monitoramento, avaliação, promoção da educação permanente, articulação intersetorial e interinstitucional, gestão dos processos de trabalho e apoio institucional para garantia de insumos, instrumentais e equipamentos nos serviços odontológicos. Desta forma, o processo de trabalho na saúde bucal segue uma rotina que envolve diversos aspectos para funcionamento dos serviços de atenção básica e especializada.

Em relação à estrutura, a rede de atenção em Saúde bucal de Maceió é constituída por 84 consultórios odontológicos distribuídos em 57 unidades de Atenção Primária. Possui também 02 Módulos Odontológicos, 07 consultórios e

01 Unidade Odontológica Móvel (UOM). Na atenção secundária, o município possui 16 consultórios odontológicos inseridos em 05 Unidades de Referência em Saúde, 02 Centros Especializados Odontológicos (CEO) e 01 Laboratório de Prótese Dentária.

Assistência Farmacêutica

Também visualiza-se no organograma da DAS, que a gestão das ações e serviços da assistência farmacêutica permaneceram sob a responsabilidade da Coordenação Geral de Farmácia e Bioquímica (CGFB), cujas mudanças trazidas pelo Decreto foram a extinção das gerências e a instituição de Coordenações Técnicas. Desse modo, a CGFB tem em sua estrutura duas Coordenações Técnicas: Coordenação Técnica de Suprimentos de Medicamentos e Correlatos e Coordenação Técnica de Demanda Excepcional.

O município de Maceió possui 70 Unidades de Saúde 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).

Redes de Atenção à Saúde

Verifica-se na nova estrutura organizativa da SMS, que a Coordenação Geral de Ações de Redes de Atenção à Saúde (CGRAS) manteve-se vinculada à Diretoria de Atenção à Saúde. Esta coordenação de redes, ao invés de gerências, também passou a ser composta por quatro Coordenações Técnicas responsáveis para gestão das ações das redes Materno Infantil (Cegonha), Urgência e Emergência, Psicossocial e Atenção às Doenças Crônicas.

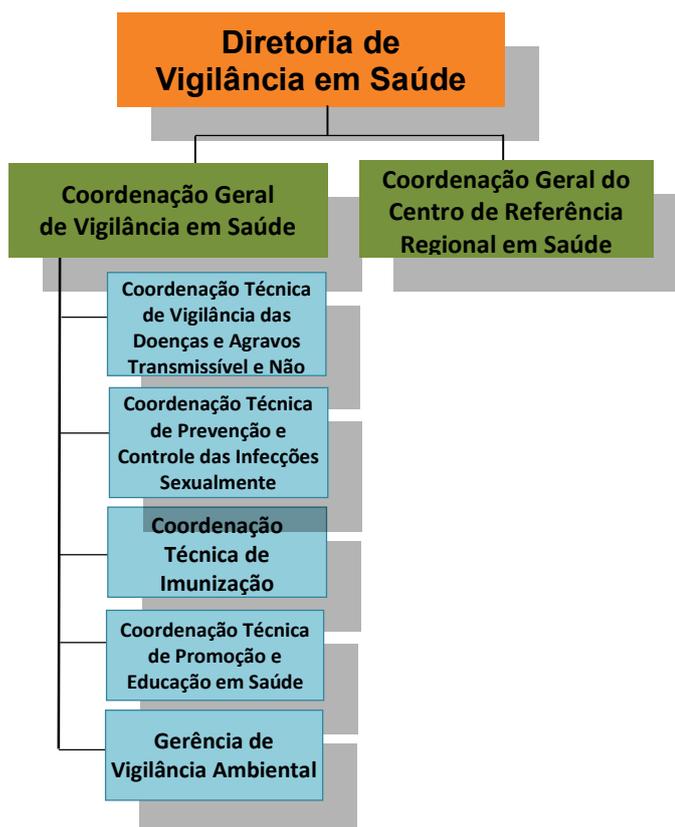
As redes de atenção citadas continuaram com as competências no que se referem às atribuições no âmbito da atenção primária e outras funções que estavam sob a gestão das redes passaram a ser das instâncias vinculadas à Subsecretaria de Atenção Especializada. Todavia, os fluxos assistências para garantir o cuidado integral à saúde da população e o funcionamento do sistema em redes de atenção, continuaram sendo uma responsabilidade compartilhada das equipes gestoras (Diretorias e Coordenações gerais e técnicas), tanto da Subsecretaria de Atenção à

Saúde, quanto da Subsecretaria de Atenção Especializada (conferir anexo com o novo organograma e competências da CGRAS, conforme Decreto 9.472/2023).

Vigilância em Saúde

De acordo com o Decreto 9.472/2023, que definiu a nova estrutura organizacional da SMS, as ações e serviços de vigilância são coordenados pela Diretoria de Vigilância em Saúde (DVS), vinculada à Subsecretaria de Atenção à Saúde. Todavia, duas grandes áreas que compõem o campo da vigilância em saúde, no novo organograma, passaram a ser órgãos independentes, vinculados diretamente ao Gabinete do Secretário, que foram: Vigilância Sanitária (VISA) e Centro de Controle de Zoonoses (CZZ)⁸.

Desse modo, a Diretoria de Vigilância em Saúde atualmente tem o seguinte organograma:



FONTE: DGPS/CGASS/SMS. Data: 13/09/2023

⁸Conferir anexo com o novo organograma e as competências específicas da VISA e CCZ.

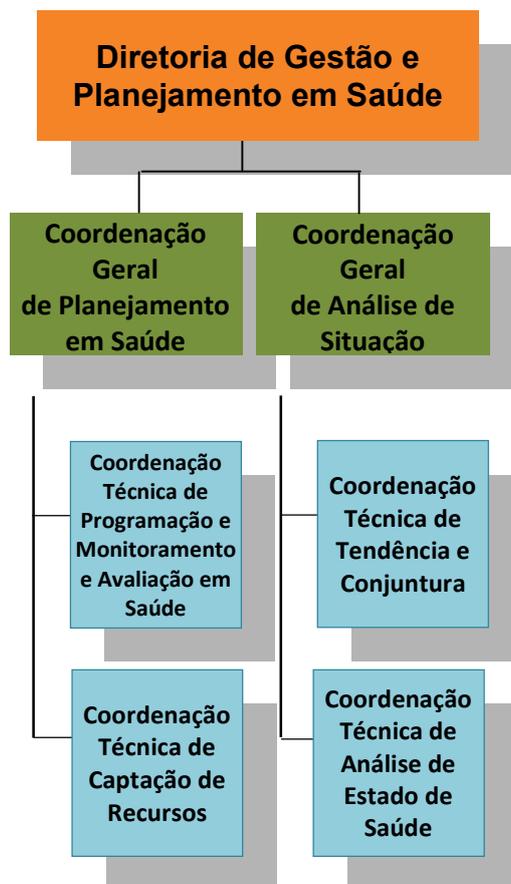
Semelhante a outras diretorias, não houve alterações significativas nas competências da DVS, no tocante as áreas que desempenham funções e atribuições relativas à: vigilância epidemiológica, vigilância em saúde do trabalhador, vigilância ambiental e promoção da saúde⁹. As mudanças ocorridas foram na estrutura organizativa, uma vez que a maioria das gerências passaram a ser coordenações técnicas, vinculadas a uma Coordenação Geral de Epidemiologia, conforme visualizado no organograma da DVS.

Planejamento em Saúde

O planejamento em saúde é uma das funções gestora do SUS, cujas atribuições prioritárias estão voltadas para elaboração dos instrumentos de análise de situação de saúde e de planejamento, monitoramento e avaliação da Política Municipal de Saúde. Na estrutura de funcionamento do SUS em Maceió, em consonância com o Decreto nº 9.472/2023, tais atribuições continuaram sendo responsabilidade da Diretoria de Gestão e Planejamento em Saúde (DGPS), que ficou vinculada à Subsecretaria de Atenção à Saúde.

Na estrutura da Diretoria de Gestão e Planejamento em Saúde (DGPS) existem duas coordenações gerais, conforme organograma.

⁹Verificar os campos de intervenção da vigilância em saúde e as competências da DVS no PMS 2022-2025 e as mudanças no anexo com o novo organograma, que define as estruturas e competências das áreas técnicas, conforme Decreto 9.472/2023.



FONTE: DGPS/CGASS/SMS. Data: 13/09/2023

Observa-se no organograma da DGPS, que a Coordenação Geral de Planejamento em Saúde (CGPS) tem em sua composição duas coordenações técnicas: Coordenação Técnica de Programação e Monitoramento e Avaliação em Saúde e Coordenação Técnica de Captação de Recursos. Da mesma forma, a Coordenação Geral de Análise de Situação de Saúde (CGASS) também tem duas coordenações técnicas: Coordenação Técnica de Análise de Tendência e Conjuntura e a Coordenação Técnica de Análise de Estado da Saúde.

Na nova estrutura organizativa da SMS, as competências da DGPS e suas respectivas coordenações permaneceram. As alterações foram na estrutura, com a extinção das gerências e instituição das Coordenações Técnicas, com as mesmas atribuições¹⁰.

¹⁰Verificar a estrutura e as competências da DGPS no PMS 2022-2025 e as mudanças no anexo com o novo organograma e competências das áreas, conforme Decreto 9.472/2023.

Atenção Especializada à Saúde

Na configuração do SUS em Maceió, a partir da nova estrutura organizacional da Secretaria de Saúde, definida no Decreto nº. 9.472/2023, a gestão das ações e dos serviços de atenção especializada foram reestruturados e criada a Subsecretaria de Saúde Especializada, que incorporou diretorias e áreas técnicas que antes do Decreto eram vinculadas à DAS e as áreas de gestão. Compete à referida subsecretaria: planejar, implantar, executar, supervisionar e controlar as atividades relacionadas à gestão da Atenção Especializada em Saúde; e articular-se com os demais níveis de gestão do SUS, assim como com outros órgãos e entidades da Administração Pública Municipal, com a finalidade de cooperação mútua e estabelecimento de estratégias comuns para garantir a gestão adequada da Atenção Especializada a Saúde.

Desse modo, a Subsecretaria de Saúde Especializada ficou composta de três instâncias: Diretoria Especial da Policlínica de Maceió (PAM), Diretoria Especial de Auditoria e do Complexo Regulador e Diretoria das Linhas Prioritárias de Saúde.

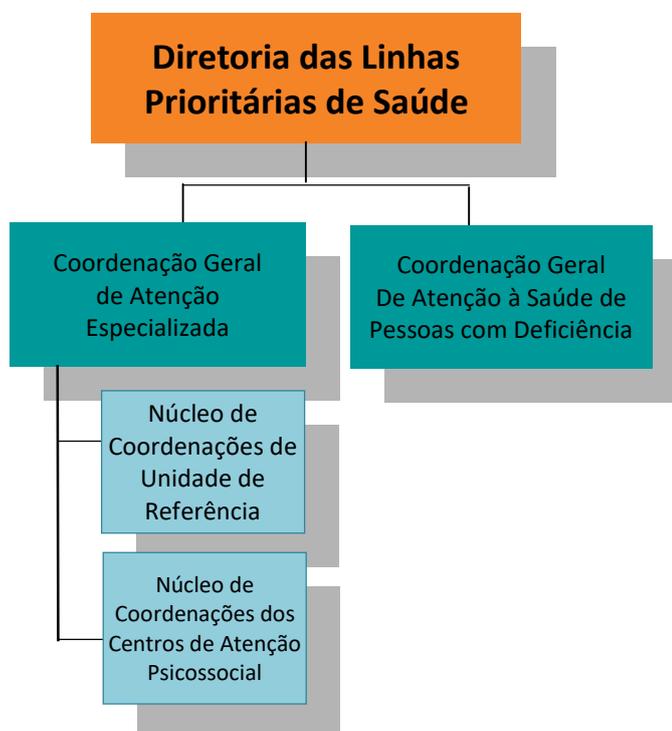
A Diretoria Especial da Policlínica de Maceió (PAM) é responsável pela gestão do PAM que oferta diversos serviços de atenção especializada de média complexidade, para a população residente de Maceió e referenciada de todo Estado de Alagoas. Dentre os serviços do PAM merecerem destaques o Centro Especializado em Reabilitação – CER III (auditiva, física e intelectual); o Centro Especializado Odontológico – CEO; o Centro de Referências em Doenças Crônicas – CEDHOC; a referência para as Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST/HIV/AIDS); o Laboratório de Análises Clínicas de Maceió (LACLIM); e o Centro Especializado para reabilitação pós COVID-19; Centro de prevenção à saúde da mulher e do homem; Centro de Diagnóstico por imagens; Unidade especializada em oftalmologia; e Práticas Integrativas e Complementares (Acupuntura, homeopatia, terapia corporal, liangonh e reiki).

Nos últimos dois anos, alguns serviços novos e procedimentos foram implantados e/ou ampliados no PAM, a saber: Serviço de Suporte Nutricional Especializado; Centro de prevenção e tratamento de feridas crônicas e agudas; ampliação do atendimento aos sábados, com a realização de alguns procedimentos e consultas (cardiologia, ortopedia, ultrassonografia,

infectologia, urologia e radiologia); e Laclin itinerante, com atendimento aos sábados.

Também no âmbito da atenção especializada, no novo modelo organizacional, a Diretoria das Linhas Prioritárias de Saúde (DLPS) constitui-se na instância responsável pela coordenação dos serviços de atenção especializada do SUS em Maceió, seja da rede própria ou completar. Compete à diretoria, entre outras atribuições, promover a comunicação da atenção básica e atenção especializada, desenvolvendo planos de cuidado transversais para as linhas prioritárias de saúde¹¹.

Esta Diretoria é composta de duas Coordenações e dois núcleos, conforme organograma:



FONTE: DGPS/CGASS/SMS. Data: 13/09/2023

A rede própria de atenção especializada do SUS em Maceió é composta de 29 serviços, distribuídos da seguinte forma: 08 Unidades de Referências em Saúde (URS); 13 serviços de atenção psicossocial (05 CAPS, 01 Unidade de Acolhimento – UA e 7 serviços de Residências Terapêuticas), 01 Centro de Especialidades (PAM

¹¹Conferir anexo com organograma completo da SMS e as competências das instâncias, onde contam todas as atribuições da Diretoria de Linhas Prioritárias de Cuidado, da Coordenação de Atenção Especializada à Saúde e os dois núcleos vinculadas a mesma e, também, da Coordenação de Atenção à Pessoa com Deficiência.

Salgadinho); 02 Unidades de Pronto Atendimento (UPA's); 02 Centros Especializados Odontológicos (CEO); 01 CER III (Centro Especializado de Reabilitação na modalidade auditiva, intelectual e motora), 01 Laboratório de Análise Clínica de Maceió (LACLIM); e 01 Centro Especializado de tratamento Pós-COVID (CEEM).

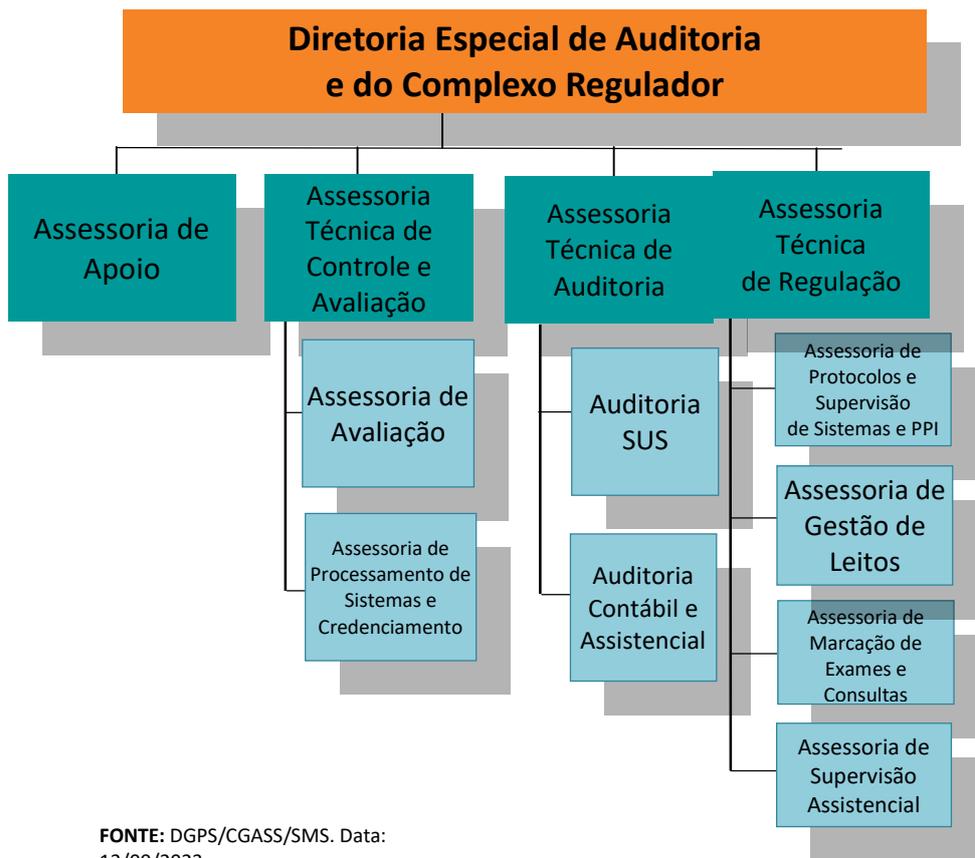
Além dos serviços próprios, Maceió dispõe da rede complementar ao SUS, composta por instituições filantrópicas e privadas contratualizadas -hospitais, ambulatórios, laboratórios e clínicas - buscando organizar o sistema na perspectiva de funcionamento da referência e contrarreferência na atenção especializada de média e alta complexidade.

Na nova configuração os serviços de atenção à pessoa com deficiência, especialmente, os Centro Especializados de Referência (CER) que são das instituições filantrópicas (AAPPE, APAE, ADEFAL, PESTALOZZI, CRESCER) e contratualizados pelo SUS ficam sob a responsabilidade da Coordenação de Atenção à Saúde de Pessoas com Deficiência (CGASPD).

Os serviços especializados de Atenção Psicossocial, de Urgência e Emergência e de atenção às doenças crônicas são de responsabilidade da Coordenação Geral de Atenção especializada, que compartilha a gestão com as redes de atenção (RAPS, RUE e RADC).

Regulação

Em consonância com a nova estrutura regimental, as funções gestoras de controle, avaliação, auditoria e regulação ficaram sob a responsabilidade da Diretoria Especial de Auditoria e do Complexo Regulador (DEACR), vinculada à Subsecretaria de Atenção Especializada à Saúde. A Diretoria especial tem em sua estrutura quatro assessorias técnicas, conforme organograma:



Verifica-se no organograma que a DEACR é composta de quatro assessorias, para implementar as funções gestoras do SUS, no que concerne ao controle, avaliação, auditoria e regulação das ações, dos serviços e do sistema de saúde. Dentre as competências da Diretoria Especial de Auditoria e do Complexo Regulador e as assessorias a ela vinculadas, destacam-se: coordenar ações de controle e avaliação da rede própria, conveniada e contratada, a fim de assegurar a qualidade da assistência e o cumprimento da programação anual estabelecida; implementar a atividade de auditoria, na rede própria, conveniada e contratada do SUS Municipal; gerir o Complexo Regulador, conforme as diretrizes da Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde.

Atualmente, o Complexo Regulador de Maceió chama-se PRONTO – Marcação e Regulação de Maceió, e o acesso deve ser feito de forma online, por meio de aplicativo. Caso a população usuária tenha dificuldade para agendar pelo aplicativo, ela pode se dirigir a unidade de saúde e/ou ao PRONTO e solicitar apoio. Dessa forma, a Assessoria Técnica de Regulação passa a gerenciar o fluxo de

atendimentos que evoluem do atendimento primário no SUS para a média e alta complexidade, possibilitando o acesso dos usuários a exames, consultas e cirurgias ambulatoriais e de média e alta complexidade.

7.4 QUADRO DE METAS REVISADAS, BIÊNIO 2024 – 2025.

7.4.1. Eixos, Objetivos, Diretriz e Metas

A proposição da Política de Saúde para biênio de 2024-2025 segue organizada em eixos, objetivos, diretrizes e metas, que delineiam as estratégias gerais para o enfrentamento dos problemas e das necessidades de saúde da população expressas na análise situacional, visualizando as prioridades do SUS no município e persistindo no alcance dos resultados.

O Plano continua estruturado em 02 grandes eixos: o **eixo 01** 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 e metas.

As metas do Plano, formuladas genericamente, quantificadas e distribuídas em cada ano de exercício do mesmo, visam atingir os objetivos de cada diretriz e os objetivos macros de cada eixo.

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.

METAS	2024	2025
Implantar 24 novas equipes de Atenção Primária (eAP)	12	12
Implantar e vincular 24 novas equipes de Saúde Bucal (eSB) nas Equipes de Atenção Primária (eAP)	10	14
Implantar e vincular 20 Equipes de Saúde Bucal na ESF	10	10

Objetivo 2 – 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.

METAS	2024	2025
Realizar 20 capacitações de Educação Continuada e Educação Permanente para os profissionais de saúde vinculados à Atenção Primária.	10	10
Implementar, intersetorialmente, as diretrizes de enfrentamento às situações de violência no âmbito da Atenção Primária à Saúde nas 65 Unidades Básicas.	32	33
Implementar, intersetorialmente, no âmbito da Atenção Primária, as políticas de promoção da equidade em saúde nas 65 Unidades de Saúde.	32	33
Implementar, nas 64 unidades de saúde, os eixos da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher.	64	64
Operacionalizar, nas 64 unidades de saúde, os eixos da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança.	64	64
Operacionalizar, nas 64 unidades de saúde, os eixos prioritários de Atenção Integral à Saúde do Adolescente.	64	64
Implementar, nas 64 unidades de saúde, ações que englobem os 05 eixos da Política Nacional de Atenção Integral a Saúde do Homem.	64	64
Estruturar, nas 64 unidades de saúde, ações de acordo com as diretrizes da Política Municipal de Saúde da Pessoa Idosa.	64	64
Ampliar de 17 para 33 serviços de saúde, as diretrizes da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN).	25	33
Estruturar as 06 equipes de Consultório na Rua.	06	06
Qualificar as 06 equipes de Consultório na Rua.	06	06
Estruturar as 8 equipes Multiprofissionais na Atenção Primária à Saúde – eMulti vinculadas nos territórios de maior vulnerabilidade social.	08	08
Implementar o apoio matricial da eMulti em 84 equipes de saúde.	84	84
Qualificar as 08 eMulti de Maceió.	08	08
Implementar a atenção em Saúde Bucal em 60 Unidades de Atenção Primária à Saúde.	60	60

¹² Realizar 24 capacitações de Educação Continuada e Educação Permanente para os profissionais de Saúde Bucal das Unidades de Atenção Primária.	06	06
Implantar a Teleodontologia em 10 equipes de Saúde Bucal das Unidades de Atenção Primária à Saúde.	02	08

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

Objetivo 1 - 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.

METAS	2024	2025
Construir 06 Unidades de Saúde	03	03
Construir 05 Serviços da Rede de Atenção Psicossocial (02 UAI's 01 CAPS III, 01 CAPSI e 01 CAPS AD).	01	04
Construir 01 Centro Especializado de Reabilitação IV (Benedito Bentes).	-	01
Construir a Oficina Ortopédica no Centro Especializado de Reabilitação IV (Benedito Bentes).	-	01
Reformar o Centro Especializado de Reabilitação (CER) III.	01	-
Adequar às estruturas físicas dos 11 consultórios odontológicos.	11	11
Construir 01 Centro de Diagnóstico por Imagem no Bairro da Gruta.	01	-
Construir 04 Academias de Saúde em equipamentos públicos.	02	02
Ampliar de 03 para 06 o número de Núcleos de Atividades Físicas (03 ampliações e 03 construções).	03	03
Adequar a estrutura física do Centro de Controle e Zoonoses.	01	-
Aparelhar as 07 Bases Distritais e Pontos de Apoio dos Agentes Comunitários de Endemias.	03	04
Aparelhar 24 novos Serviços de Saúde.	10	14

¹²O quantitativo descrito na redação da meta corresponde ao total planejado para os 04 anos, uma vez que não houve alteração no processo de revisão da mesma.

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.

METAS	2024	2025
Implementar os pontos de atenção da Rede Materno Infantil nos 08 distritos sanitários	08	08

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.

METAS	2024	2025
Estruturar a Rede de Atenção às Doenças Crônicas nos 08 Distritos Sanitários.	08	08
Estruturar os serviços de 01 Centro de Referência para Doenças Crônicas (CEDOHC).	01	01

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 à saúde e políticas sociais.

METAS	2024	2025
Implementar a Rede de Atenção Psicossocial nos 8 Distritos Sanitários.	08	08
Implantar 08 Serviços Residenciais Terapêuticos.	08	-
Implantar 05 novos serviços na Rede de Atenção Psicossocial: 02 Unidades de Acolhimento (adulto) + 03 CAPS (CAPS III, CAPSi, CAPS AD).	02	03

DIRETRIZ 06 – AMPLIAÇÃO DA REDE DE URGÊNCIA

Objetivo 1 – Ampliar o acesso à rede de urgência, com expansão e estruturação de serviços, proporcionando melhoria no atendimento às necessidades da população.

METAS	2024	2025
Implantar uma Unidade de Pronto Atendimento – UPA	01	-
Ampliar de 60% para 100% a oferta de atendimento mensal nas Unidades de Pronto Atendimento – UPA.	90%	100%

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.

METAS	2024	2025
Implementar a Rede de Urgência nos 08 Distritos Sanitários.	08	08
Operacionalizar as ações nas 10 equipes do Serviço de Atenção Domiciliar (SAD).	10	10
Habilitar 02 novas equipes EMADs tipo 1 para o Serviço de Atenção Domiciliar (SAD).	-	02
Implementar 03 serviços odontológicos no SAD.	02	01

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.

METAS	2024	2025
Implementar o Centro Especializado de Reabilitação (CER) III (Pam Salgadinho).	01	01
Implementar as ações dos três componentes da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência.	03	03
Implantar 01 serviço de Oficina Ortopédica no Centro Especializado de Reabilitação IV.	-	01
Implantar 01 Serviço de Referência Municipal para o Transtorno do Espectro Autista – TEA.	01	-
Implantar 01 Centro Especializado de Reabilitação IV.	-	01

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.

METAS	2024	2025
Operacionalizar o Hórus utilizando todas as ferramentas disponíveis no sistema em 80% (58) das farmácias das Unidades de Saúde.	75% (54)	80% (58)
Garantir o abastecimento de 80% (322) dos itens da REMUME e da RECOR.	75% (302)	80% (322)
Implementar os serviços clínicos farmacêuticos em 30 Unidades de Saúde.	25	30

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.

METAS	2024	2025
Implantar 37 novos serviços na Rede Própria Especializada.	29	08
Implementar 17 serviços da rede Própria Especializada.	09	08
Monitorar os 09 hospitais contratualizados e 06 Centros Especializados de Reabilitação da Rede complementar para atenção à saúde de média e alta complexidade.	15	15
Estruturar as Unidades próprias Especializadas nos 08 Distritos Sanitários.	08	08
Implantar 01 Policlínica para atendimento especializado.	-	01
Operacionalizar 10 ações estratégicas da Política Nacional de Atenção Especializada no PAM Salgadinho.	05	05
Estruturar o Hospital Geral Municipal (Hospital da Cidade) com 19 serviços de média e alta complexidade.	19	19

DIRETRIZ 10 – FORTALECIMENTO E APRIMORAMENTO 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.

METAS	2024	2025
¹³ Implementar 08 campanhas de vacinação.	02	02
Alcançar a cobertura vacinal de 95% das crianças menores de 02 anos das 04 vacinas do calendário básico pactuadas.	04	04
¹⁴ Implantar 08 Núcleos de Cessação e Controle do Tabagismo.	02	02
Operacionalizar as 05 ações do Programa Crescer Saudável.	05	05
Operacionalizar as 14 ações do PSE para estudantes da rede pública da educação básica das escolas pactuadas.	14	14
Implantar 04 Academias de Saúde em equipamentos públicos.	02	02
Implementar 06 quiosques para funcionamento de Atividades Físicas.	02	04
Desenvolver 1.098 ações dos oito temas prioritários da Política Nacional de Promoção da Saúde.	549	549

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.

METAS	2024	2025
¹⁵ Ampliar de 21 para 32 o uso dos sistemas de informação (SIM, SINASC e SINAN) nos serviços de saúde.	03	03
Operacionalizar 100% das ações do Centro de Informação Estratégica de Vigilância em Saúde na Vigilância e Resposta às Emergências de Saúde Pública.	100%	100%
Executar 80% das ações referentes à vigilância, prevenção, promoção e assistência à saúde das IST/AIDS e Hepatites Virais.	80%	80%
Implementar 80% das ações de vigilância e controle das zoonoses.	80%	80%
Implementar 1.500 ações do Programa de Educação em Saúde.	750	750
Operacionalizar 100% da meta 04 indicadores de investigação de óbito pactuados pelo Ministério da Saúde.	100%	100%

¹³O quantitativo descrito na redação da meta corresponde ao total planejado para os 04 anos, uma vez que não houve alteração no processo de revisão da mesma.

¹⁴Idem.

¹⁵Idem.

¹⁶ Implementar 16 ações de Vigilância Epidemiológica para prevenção e controle de 50 Doenças e Agravos Transmissíveis de notificação compulsória.	04	04
¹⁷ Operacionalizar 12 ações de vigilância para as 04 principais doenças (diabetes mellitus, hipertensão arterial, câncer e doenças cardiovasculares) e 02 agravos não transmissíveis (violências e acidentes).	03	03

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.

METAS	2024	2025
Executar, fiscalizar e realizar o monitoramento sistemático do conjunto dos sete grupos de ações da Vigilância Sanitária.	07	07
Elaborar e aprimorar 05 mecanismos de regulamentação em Vigilância Sanitária.	02	03
Reestruturar a VISA nas 03 dimensões operacionais: informatização, logística e recursos humanos.	03	03
Alcançar 100% da execução das ações de Vigilância Ambiental.	100%	100%
¹⁸ Viabilizar a realização das 710 ações de prevenção e proteção da saúde do trabalhador em instituições públicas e privadas.	181	190
¹⁹ Aumentar de 5.697 para 6.440 as notificações em todos os municípios de abrangência do CEREST.	1.647	1.729
²⁰ Realizar 1.090 ações de prevenção e promoção nos diferentes níveis de atenção à saúde do trabalhador.	281	293
Executar o número mínimo de 04 ciclos pactuados, com 80% de cobertura de imóveis visitados, para controle das doenças de transmissão vetorial e animais peçonhentos.	04	04
²¹ Qualificar 70% dos profissionais de saúde vinculados à Diretoria de Vigilância em Saúde.	20%	20%

¹⁶Idem.

¹⁷O quantitativo descrito na redação da meta corresponde ao total planejado para os 04 anos, uma vez que não houve alteração no processo de revisão da mesma.

¹⁸Idem.

¹⁹Idem.

²⁰Idem.

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.

METAS	2024	2025
Aprimorar anualmente o Sistema Integrado de Gestão do Planejamento e Orçamento nos aspectos analítico e operacional.	01	01
²² Elaborar, de forma participativa e ascendente, 21 instrumentos de planejamento em saúde.	05	06
Produzir 26 instrumentos anuais de análise de situação de saúde no município para subsidiar a gestão municipal de saúde.	26	26
Implementar os 5 eixos da Sala de Análise de Situação.	05	05
²³ Produzir 21 instrumentos de Planejamento Orçamentário para subsidiar a gestão municipal de saúde.	05	06
Coordenar as ações das 25 sub-redes que compõe a Ouvidoria SUS de Maceió.	25	25
Aprimorar a Ouvidoria do SUS Maceió nas 04 dimensões operativas do Sistema de Acreditação das Ouvidorias do SUS: Infraestrutura, Gestão, Processo de Trabalho e Resultado.	04	04
Implantar e implementar 01 Ouvidoria no Hospital Cidade.	01	01

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

²¹Idem.

²²O quantitativo descrito na redação da meta corresponde ao total planejado para os 04 anos, uma vez que não houve alteração no processo de revisão da mesma.

²³Idem.

para fortalecimento da educação permanente e da integração ensino-serviço no SUS.

METAS	2024	2025
Promover a integração das políticas setoriais que compõem a DGP por meio de 01 qualificação anual.	01	01
Implementar o Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho no âmbito das Unidades e Serviços de Saúde nos oito distritos sanitários.	08 DS	08 DS
Ampliar a cobertura e o alcance da assistência prestada aos servidores pelo Serviço de Atenção a Saúde do Servidor nos oito distritos sanitários.	08 DS	08 DS
Implementar a Política de Gestão do Trabalho no que se refere ao dimensionamento e o redirecionamento dos profissionais anualmente.	01	01
²⁴ Investir na melhoria dos processos de trabalho com foco na qualificação e valorização das relações de trabalho, conforme a PNH, em 60 pontos da rede de atenção à saúde.	15	15
²⁵ Fortalecer a Educação Permanente e a integração ensino-serviço-comunidade no SUS em 60 pontos da Rede de Atenção à Saúde.	15	15

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.

METAS	2024	2025
Aumentar em 20% o número de procedimentos ambulatoriais e hospitalares.	20%	-
Implantar os protocolos assistenciais das 5 linhas prioritárias da portaria do MS nº1792/2012.	05	-
Reduzir em 50% as inconformidades dos procedimentos Auditados.	50%	50%

²⁴O quantitativo descrito na redação da meta corresponde ao total planejado para 04 anos, incluindo os 30 pontos da rede de atenção já trabalhados desde o início da execução do PMS vigente.

²⁵Idem.

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.

METAS	2024	2025
Implementar inovação e eficiência em tecnologia da informação em 100% dos serviços de saúde e na sede da SMS.	100%	100%
Implantar vigilância através de videomonitoramento em 55 serviços de saúde.	20	35
Implementar a informatização dos sistemas de Patrimônio/Almoxarifado e CAF/FARMAC.	01	01
Implantar o prontuário eletrônico em 33 Serviços de Saúde.	15	18
Executar 100% das demandas de aquisição de suprimentos solicitados pelas unidades e serviços.	100%	100%
Realizar a manutenção em 100% das unidades, serviços e equipamentos para adequado funcionamento do SUS.	100%	100%
Aprimorar as estruturas físicas dos 49 serviços de saúde (Manutenção preventiva e corretiva).	20	29

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.

METAS	2024	2025
Realizar Conferências Municipais e Temáticas de Saúde em consonância com o Conselho Nacional de Saúde.	01	01
Realizar 04 Capacitações em Controle Social na Saúde.	02	02
Reativar e/ou implantar Conselhos Gestores nas Unidades de Saúde, fomentando a participação e o Controle Social.	10	10
Garantir 100% da manutenção dos serviços do Conselho Municipal de Saúde de Maceió.	100%	100%

O CMS não encaminhou o instrumento sobre a manutenção ou alteração das metas para o biênio 2024-2025, permanecendo então as mesmas do PMS vigente.

CONCLUSÃO

O Plano Municipal de Saúde 2022-2025, por meio das análise situacional, sistematizou os principais problemas de saúde da população e da organização dos serviços do SUS, bem como as demandas e desafios da Política de Saúde em Maceió para o próximo quadriênio. Conforme apresentado, tal análise foi elaborada tendo como fontes os sistemas de informações do SUS, bancos de dados de outros órgãos, documentos institucionais, produções teóricas e, especialmente, a avaliação da população, dos trabalhadores do SUS e das equipes gestoras sobre os problemas e necessidades de saúde, indicando as propostas para enfrentamento dos mesmos.

O Plano Municipal também apresentou uma análise sobre o financiamento da Política de Saúde, que apontou como um dos gargalos a insuficiência de recursos para garantir a viabilidade financeira do mesmo, assinalando que o subfinanciamento do SUS continua sendo um problema estrutural e que incide no processo decisório acerca das prioridades da gestão.

Na sequência, o Plano registrou os objetivos estratégicos e a formulação das proposições para superação dos problemas mencionados na análise situacional, no capítulo que explicita os eixos, objetivos, diretrizes e metas para os quatro anos de vigência.

Por fim, o Plano evidenciou os processos e instrumentos de monitoramento e avaliação da Política de Saúde, que incluem os indicadores de saúde e de desempenho do SUS.

Em 2023, com a mudança de gestão da Saúde Municipal e com as novas equipes da pasta, houve a necessidade de realizar o processo de revisão das metas do PMS 2022-2025, e, dessa forma, a Diretoria de Gestão e Planejamento em Saúde, por meio da Coordenação Geral de Planejamento em Saúde e Coordenação Geral de Análise de Situação de Saúde, apresentou à gestão da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) a dinâmica teórico-metodológica para a Revisão do Plano

Municipal de Saúde de Maceió, biênio 2024-2025, considerando os seguintes aspectos:

a) a Resolução nº 715 de 20 de julho de 2023, inciso V, que dentre outras orientações, propõe que o produto das conferências de saúde seja base para os processos de avaliação da situação de saúde, elaboração das propostas que atendam às necessidades de saúde da população e possam compor a definição das diretrizes as quais devem ser incorporadas na elaboração dos Planos Plurianuais de Saúde, Nacional, Estaduais e do Distrito Federal (2024-2027), os Planos de Saúde Nacional, Estaduais e do Distrito Federal (2024-2027), e **revisão dos Planos Municipais de Saúde, elaborados para os anos de 2022 a 2025.**

b) a 10ª Conferência Municipal de Saúde de Maceió, realizada nos dias 11 e 12 de abril de 2023, com o tema “Garantir direitos e defender o SUS, a Vida e a Democracia – Amanhã vai ser outro dia”, constituiu-se como a base central da análise e revisão das metas, do Plano Municipal de Saúde – Maceió - AL.

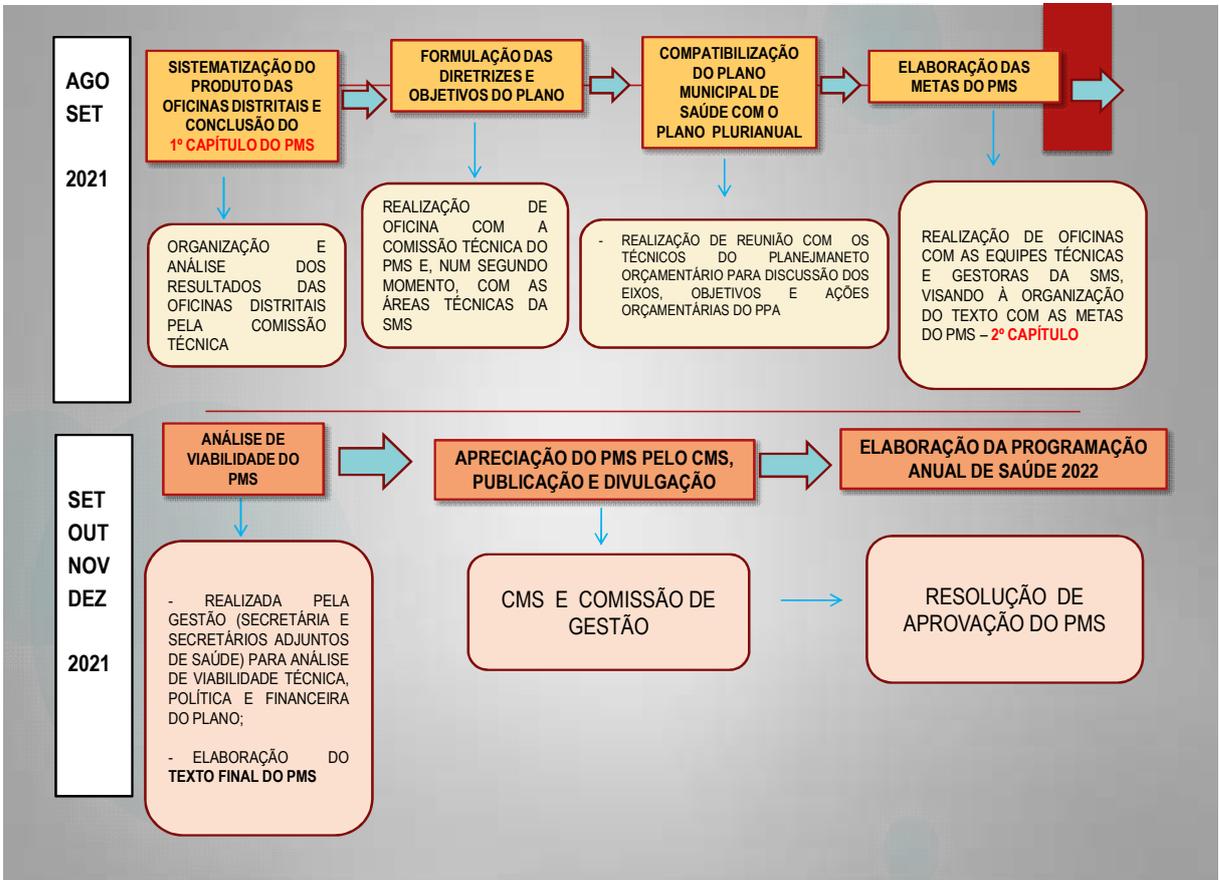
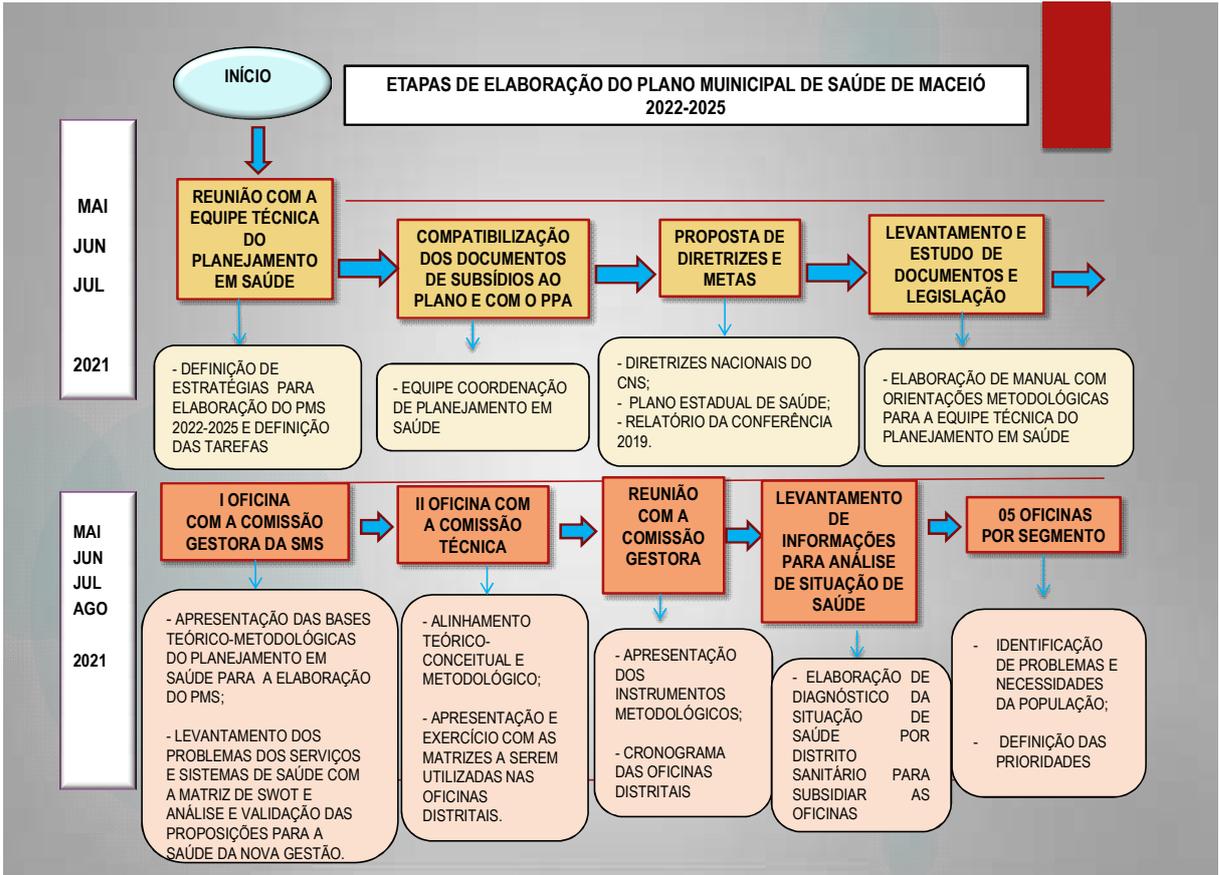
c) análise do desenvolvimento do Plano até o exercício vigente;

d) análise dos indicadores de monitoramento – acesso, efetividade e operacionais;

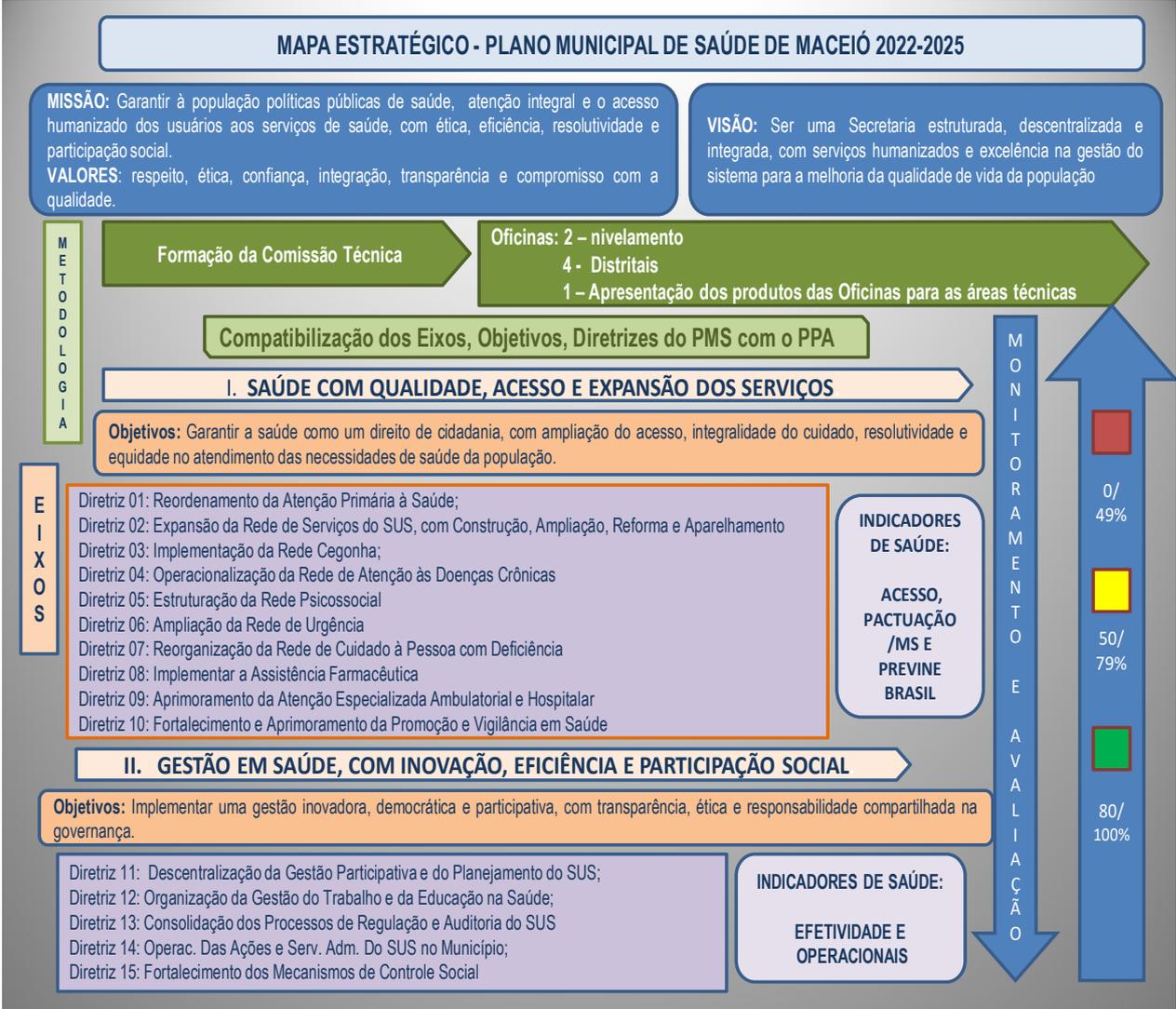
e) **perfil epidemiológico;** e,

f) **perfil assistencial atualizado.**

Em síntese, as formas representativa que seguem, com o “Mapa das Etapas de Elaboração do PMS” e o “Mapa Estratégico”, sistematizam o referencial teórico e operacional deste Plano.







REFERÊNCIAS

ALAGOAS. Secretaria do Estado da Saúde de Alagoas. **Plano Estadual de Saúde 2020/2023**. Alagoas: SESAU, 2019.

ALAGOAS. Secretaria de Estado da Segurança Pública. **Relatório Estatístico de janeiro a dezembro de 2019**. Alagoas: SSP, 2020.

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/Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 330, de 04/11/2004**. Aprova as diretrizes para a Política de Gestão do Trabalho no SUS. Brasília: MS/CNS, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 204, 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 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. **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/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 Gestão Estratégica e Participativa. **Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS – ParticipaSUS**. Brasília: MS, 2009

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

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 1.600, 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/Secretaria de Atenção à Saúde/Departamento de Atenção à Saúde. **Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011.** Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília: MS, 2011.

BRASIL. Presidência da República/Casa Civil. **Decreto de nº 7.612 de 17 de Novembro de 2011.** Institui o Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência - Plano Viver sem Limite. Brasília: Casa Civil, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS 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 121, de 25 de janeiro de /2012.** Institui a Unidade de Acolhimento para pessoas com necessidades decorrentes do uso de Crack, Álcool e Outras Drogas (Unidade de Acolhimento), no componente de atenção residencial de caráter transitório da Rede de Atenção Psicossocial. Brasília: MS, 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. **Política Nacional de Alimentação e Nutrição.** Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – 1. ed., 1. reimpr. – Brasília: MS, 2013.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 412, de 15 de março de 2013.** Redefine as orientações para operacionalização das transferências de recursos federais aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios, a serem repassados de forma automática, sob a modalidade fundo a fundo, em conta única e específica para cada bloco de financiamento de que trata a Portaria nº 204/GM/MS, de 29 de janeiro de 200. Brasília: MS, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 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, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 2.466 de 13 de novembro de 2014.** Redefine a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS). Brasília: MS, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde/Secretaria de Atenção à Saúde/Departamento de Atenção à Saúde. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017.** Aprova a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: MS, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria de consolidação nº1, de 28 de setembro de 2017.** Dispõe sobre a Consolidação das Normas sobre os Direitos e Deveres dos Usuários da Saúde, a Organização e o funcionamento do Sistema Único de Saúde.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 6, de 06 de setembro de 2017.** Consolidação das normas sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde. Brasília: MS, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3992, de 28 de dezembro de 2017.** Altera a Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços públicos de saúde do Sistema Único de Saúde. Brasília: MS, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Orientações técnicas para a implementação de Linha de Cuidado para Atenção Integral à Saúde da Pessoa Idosa no Sistema Único de Saúde – SUS.** Brasília: MS, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde/Conselho Nacional de Saúde. **Resolução MS/CNS nº588, de 12 de julho de 2018.** Institui a Política Nacional de Vigilância em Saúde (PNVS). Brasília: MS/CNS, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde/Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: o que se tem produzido para o seu fortalecimento?** Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

BRASIL. Ministério das Cidades. **Sistema Nacional de Informações sobre Saneamento (SNIS)**, 2019. Disponível em www.snis.gov.br. Acesso em 19 de junho de 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 750, de 29 de abril de 2019**. Altera a Portaria de Consolidação nº 1/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para instituir o Sistema DigiSUS Gestor/Módulo de Planejamento - DGMP, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019**. Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. Brasília: MS, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Guia de vigilância em saúde**, volume único. 3. ed. Brasília, DF: MS, 2019. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_vigilancia_saude_3ed.pdf. Acesso em: 18 set. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 99 de 07 fevereiro de 2020**. Redefine registro das Equipes de Atenção Primária e Saúde Mental no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). Brasília: MS, 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.830, de 29 de dezembro de 2020**. Institui, em caráter excepcional, incentivo financeiro de custeio destinado aos municípios que alcançaram as metas dos indicadores do pagamento por desempenho do Programa Previne Brasil, no âmbito da Atenção Primária à Saúde. Brasília: MS, 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde/S. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis no Brasil, 2021-2030**. Brasília-DF, 2020.

BUSS, P. M.; HARTZ, Z. M. A. PINTO, L.F; ROCHA. C.M.F. Promoção da saúde e qualidade de vida: uma perspectiva histórica ao longo dos últimos 40 anos (1980-2020), **Ciência & Saúde Coletiva**, 25(12):4723-4735, 2020.

CAMPOS, F.C.C.; FARIA, H.P.; SANTOS, M.A. **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 setembro 2021.

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, 2019, 2ª ed.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS MUNICIPAIS DE SAÚDE (CONASEMS). **Vigilância em Saúde nos Municípios**: caderno de textos. FERREIRA, M,C; ZUBEN, A.P.B (Org.), 1ª Ed. Campinas, SP: CONASEMS, 2020

CONSELHO NACIONAL DE SECRETARIAS DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (CONASS). **A atenção primária e as redes de atenção à Saúde**. Brasília: CONASS, 2019 (Coleção Para entender a gestão do SUS – revisada).

CONSELHO NACIONAL DE SECRETARIAS DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (CONASS). **Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS**. Brasília: CONASS, 2019 (Coleção Para entender a gestão do SUS – revisada).

CHORNY, A. H.; KUSCHNIR, R.; TAVEIRA, M. Planejamento e programação em saúde–texto para fixação de conteúdos e seminário. **FIOCRUZ/ENESP**, 2008.

FEUERWERKER. L. C. **Micropolítica e saúde: produção do cuidado, gestão e formação**. In FEUERWERKER. Laura Camargo (Org.) Coleção Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2014.

FILHO, S. B. S.; SOUZA, K. V. Rede Cegonha e desafios metodológicos de implementação de redes no SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. 3, p. 775-780, 2021.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (FIOCRUZ). **Cadernos de Gestores do SUS/Atenção à Saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (FIOCRUZ). **Determinantes sociais**. Portal Pense mais SUS/FIOCRUZ. Disponível em <https://pensesus.fiocruz.br/determinantes-sociais>. Acesso em dezembro de 2021.

GUARDA, F. R. B.; NUNES, J.R.V.; SANTANA, S.C.S; ARRUDA, S.G.B. Vigilância avaliação em saúde aplicada à vigilância/Módulo 4 – Vigilância em Saúde. Recife: Fiocruz-PE, 2019.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo Demográfico 2010**. Aglomerados subnormais e informações territoriais: resultados. Disponível em <https://censo2010.ibge.gov.br/resultados.html>. Acesso em março 2021.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRÁFICA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Pesquisa Nacional de Amostra por Domicílio, 2015**. [S.l.]: IBGE, 2015.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRÁFICA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Estimativa populacional 2020**. [S.l.]: IBGE, 2019.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTUDOS E PESQUISAS EDUCACIONAIS, ANÍSIO TEIXEIRA (INEP). Índice de Desenvolvimento da Educação Básica (IDEB), Maceió: 2020. Disponível em <http://ideb.inep.gov.br/resultado/>. Acesso em agosto de 2021.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA E FUNDAÇÃO JOÃO RIBEIRO (IPEA). Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD). **Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM), 2015**. Disponível em

http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/nota_tecnica/160322_nt_17_.Adh m.pdf. Acesso em: 18 ago. 2020.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA E FUNDAÇÃO JOÃO RIBEIRO (IPEA)/FÓRUM FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA (FBSP). **Atlas da Violência no Brasil, 2021**. Disponível em <https://www.ipea.gov.br/atlasviolencia/publicacoes>. Acesso em setembro de 2021.

KRUGER, T. R. Participação e planejamento no sus: considerações a partir dos planos nacionais de saúde. **Revista Sociais e Humanas**, v. 33, n. 3, 2020.

LEAL, M. C. *et al.* Redução das iniquidades sociais no acesso às tecnologias apropriadas ao parto na Rede Cegonha. **Ciênc. saúde coletiva [online]**. 2021, vol.26, n.03, pp.823 – 835. Disponível em <https://doi.org/10.1590/1413-81232021263.06642020>. Acesso em 27 de novembro de 2021.

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. 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.

MACEIÓ. Secretaria Municipal de Saúde de Maceió. **Plano Municipal de Saúde 2018/2021**. Maceió: SMS: DGPS, 2017.

MACEIÓ. Conselho Municipal de Saúde de Maceió. **Relatório da IX Conferência Municipal de Saúde**. Maceió, 2019.

MACEIÓ. Secretaria Municipal de Saúde de Maceió/Diretoria de Gestão e Planejamento em Saúde/Coordenação Geral de Planejamento em Saúde. **Relatório Anual de Gestão 2018**. Maceió: SMS/DGPS/DGPS, 2019.

MACEIÓ. Secretaria Municipal de Saúde de Maceió/Diretoria de Gestão e Planejamento em Saúde/Coordenação Geral de Planejamento em Saúde. **Relatório Anual de Gestão 2019**. Maceió: SMS/DGPS/DGPS, 2020.

MACEIÓ. Secretaria Municipal de Saúde de Maceió/Diretoria de Gestão e Planejamento em Saúde/Coordenação Geral de Planejamento em Saúde. **Relatório Anual de Gestão 2020**. Maceió: SMS/DGPS/DGPS, 2021.

MACEIÓ. Secretaria Municipal de Saúde de Maceió. **Plano Municipal de Saúde 2018/2021 Revisado**. Maceió: SMS, 2020.

MACEIÓ. Secretaria Municipal de Saúde de Maceió/Diretoria de Gestão e Planejamento em Saúde/Coordenação Geral de Análise de Situação de Saúde. **Análise de Situação de Saúde de Maceió 2020**. Maceió: SMS/DGPS/CGCASS, 2020.

MACEIÓ. Câmara Municipal de Maceió. **Código Sanitário da Cidade de Maceió atualizado. Lei. 7.028/2020**, a qual disciplina e dá aplicabilidade no que couber à Lei Municipal nº 4.227, de 29 de julho de 1993. Maceió: Câmara Municipal, 2020.

MACEIÓ. Secretaria Municipal de Saúde de Maceió/Gabinete do Secretário. Portaria 0118/2021. Institui a Comissão Gestora de Elaboração do Plano Municipal de Saúde 2022-2025. Maceió: SMS, 2021.

MALTA D.C; SILVA J. J.B. Epidemiologia das Doenças Crônicas Não transmissíveis no Brasil. In: Rouquayrol, M. Z; Gurgel, M (Org.). **Epidemiologia & Saúde**, 7. ed. Rio de Janeiro: Medbook; 2013. [Acesso em 21 de out. de 2021].

MASSUDA, A. Mudanças no financiamento da Atenção Primária à Saúde no Sistema de Saúde Brasileiro: avanço ou retrocesso? **Ciências & Saúde Coletiva**, v.25, n.4, p.1181-1188, 2020.

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

MENDES E.V. Entrevista: A abordagem das condições crônicas no Sistema Único de Saúde. **Ciência Saúde Coletiva [Internet]**. v.23, n.2, p.431-6; 2018.

MATUS, C. **Política, Planejamento e Governo**. Brasília (DF): IPEA, 1993.

MINAYO, M.C.S. Importância da Avaliação Qualitativa combinada com outras modalidades de Avaliação. **Sau. & Transf. Soc.**, Florianópolis, v.1, n.3, p.02-11, 2011.

NAKATA, L.C; FELTRIN, A.F.S.; CHAVES, L.D.P.; FERREIRA, J.B.B. Conceito de rede de atenção à saúde e suas características-chaves: uma revisão de escopo. **Rev. Escola Anna Nery**, v.24, n.2, 2020.

OLIVEIRA, M.S.; ROHLFS, D.B.; VILLARDI, J.W. **Manual Técnico de Vigilância em Saúde/Vigilância em Ambiental**. Fiocruz, 2017. Disponível em <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/39903/2/T%C3%A9cnico%20de%20Vigil%C3%A2ncia%20em%20Sa%C3%BAde%20-%20Vigil%C3%A2ncia%20em%20sa%C3%BAde%20ambiental.pdf>. Acesso em 27 de novembro de 2021.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Índice de Desenvolvimento Humano dos Municípios (IDHM) no Brasil**, 2020. 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 29 de julho de 2021.

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 2021..

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE – OPAS/ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE -OMS. **Atenção à saúde coordenada pela APS**: construindo as redes de atenção no SUS: contribuições para o debate. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2011.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Plano de Ação integral da OMS 2013-2030**. Indicadores de saúde para os objetivos de desenvolvimento sustentável.

OMS: 2013. Disponível em <https://www.who.int/eportuguese/countries/bra/pt/>. Acesso em abril de 2021.

OLIVEIRA, A.A.E.; REIS, R.S. **Gestão Pública em Saúde: monitoramento e avaliação do planejamento no SUS**. EDUFMA: São Luiz. 2016.

PAIM, J. S. 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, 2002.

PAIM. J.S.; TEIXEIRA, C. F. Política, planejamento e gestão em saúde: balanço do estado da arte. **Revista de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 40, p. 73-78, 2006.

ROUQUAYROL, MZ; GURGEL, M. **Epidemiologia & Saúde**. 7ª ed. Rio de Janeiro: Medbook: 2013.

SANTOS, R.I.; et al (Org). **Assistência Farmacêutica no Brasil: Política, Gestão e Clínica**. Florianópolis: Ed. da UFSC, 2016.

SANTOS, R.A. B.; FIGUEREDO, L.R.U.; LIMA, L.C. Apoio matricial e ações na atenção primária: experiência de profissionais de ESF e Nasf. **Saúde Debate** Rio de Janeiro, v. 41, n. 114, p. 694-706, jul-set 2017

SILVA, Q.M.F. **Planejamento em Saúde como ferramenta de fortalecimento da relação ensino-serviço nas unidades de saúde**, 2019.

Disponível em <http://www.repositorio.ufal.br/handle/riufal/5708>. Acesso em 28 de dezembro de 2021.

SOUZA, D. O. O subfinanciamento do Sistema de Saúde e seus rebatimentos no enfrentamento da Covid-19. **Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 30, n.3, e300313, 2020.

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

TESTA, M. **Pensamento Estratégico e Lógica da Programação**, HucitecAbrasco, São Paulo-Rio de Janeiro, 1995.

VIANA, D.L.; MARTINS, C.L; FRAZÃO, P. Gestão do trabalho em saúde: sentidos e usos da expressão no contexto histórico brasileiro. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 16 n. 1, p. 57-78, jan./abr. 2018.

VILASBÔAS, A.L.Q. **Planejamento e programação de ações de vigilância da saúde no nível local do Sistema Único de Saúde**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ (Série: Material Didático do Programa de Formação de Agentes Locais de Vigilância em Saúde), 2004.

APÊNDICES

APÊNDICE 1 – ENDEREÇO DAS UNIDADES DA REDE PRÓPRIA

I DISTRITO SANITÁRIO

Unidades Básicas de Saúde

- 1) **UBS Osvaldo Brandão Vilela (Porte III)**
Rua Lafaiete Pacheco, s/n, PONTA DA TERRA
Contato: 3312-5498 (Horário: 7h às 21h) – **Horário Estendido**
- 2) **USF Reginaldo (Porte II)**
Rua Dr. Carlos Miranda, 96, POÇO
Contato: 3312-5497 (Horário: 7h às 17h).

Unidades Especializadas

- 1) **Centro de Especialidades PAM Salgadinho (Porte IV)**
Avenida do Ferroviário / Antiga Rua Mizael Domingues, 241, CENTRO
Contato: 3312-5460 (Horário: 7h às 19h)
- 2) **Centro Especializado Eliane Machado (Porte II)**
Avenida do Ferroviário / Antiga Rua Mizael Domingues, 241, CENTRO
Contato: 3312-5597 (Horário: 7h às 19h)
- 3) **Unidade de Referência em Saúde Dr. Diógenes Jucá Bernardes - II Centro (Porte III)**
Praça da Maravilha, s/n, POÇO
Contato: 3312-5499 (Horário: 7h às 19h)

Centro de Atenção Psicossocial - CAPS

- 1) **CAPS II Dr. Rostan Silvestre**
Rua José Maia Gomes, s/n, JATIÚCA
Contato: 3312-5500 (Horário: 7h às 17h)

II DISTRITO SANITÁRIO

Unidades Básicas de Saúde

- 1) **UBS PAM Dique Estrada (Porte III)**
Rua das Flores, s/n, Conj. Joaquim Leão, PONTA GROSSA
Contato: 3312-5502 (Horário: 7h às 17h)
- 2) **USF Jardim São Francisco (Porte II)**
Rua São Francisco, s/n, BREJAL
Contato: 3312-5504 (Horário: 7h às 17h)
- 3) **USF Prof. Durval Cortez (Porte III)**
Rua João Ulisses Marques, s/n, PRADO
Contato: 3312-5505 (Horário: 7h às 21h) – **Horário Estendido**
- 4) **USF CAIC Virgem dos Pobres (Porte III)**
Av. Senador Rui Palmeira, s/n, DIQUE ESTRADA
Contato: 3312-5506 (Horário: 7h às 17h)
- 5) **USF Tarcísio Palmeira (Porte I)**
Rua Alípio Barbosa da Silva, s/n, PONTAL DA BARRA
Contato: 3312-5507 (Horário: 7h às 17h)
- 6) **USF Hélvio Auto (Porte II)**
Complexo Lourenço Vasconcelos
Av. Assis Chateaubriand, s/n, TRAPICHE DA BARRA
Contato: 3312-5508 (Horário: 7h às 17h)

Módulo

- 1) **Módulo Odontológico Rui Palmeira**
Rua Balmino Lopes, s/n, VERGEL DO LAGO
Contato: 3312-5509 (Horário: 7h às 17h)

Unidade de Referência em Saúde - URS

- 1) **URS Roland Simon (Porte III)**
Rua Cabo Reis, s/n, VERGEL DO LAGO
Contato: 3312-5503 (Horário: 7h às 19h)

Unidade de Pronto Atendimento - UPA

- 1) **UPA Trapiche – José Alfredo Vasco Tenório**
Rua Cabo Reis, s/n, PONTA GROSSA
Contato: 3322-0033 (Horário: 24h)

III DISTRITO SANITÁRIO

Unidades Básicas de Saúde

- 1) **USF São Vicente de Paula (Porte II)**
Rua Natal, s/n, PINHEIRO
Contato: 3312-5511 (Horário: 7h às 17h)
- 2) **USF São José – Canaã (Porte III)**
Rua Maragogi, s/n, CANAÃ
Contato: 3312-5513 (Horário: 7h às 17h)
- 3) **UBS Maria Tereza Holanda Costa (Porte I)**
Rua Padre Cícero, 224, OURO PRETO
Contato: 3312-5580 (Horário: 7h às 17h)
- 4) **USF Ouro Preto (Porte II)**
Travessa Camaragibe, s/n, OURO PRETO
Contato: 3312-5514 (Horário: 7h às 17h)

Unidade Docente Assistencial – UDA

- 1) **USF Paulo Oliveira Costa - Vila Redenção - UDA CESMAC (Porte I)**
Rua Radialista Odete Pacheco, s/n, FAROL
Contato: 3312-5515 (Horário: 7h às 17h)

Unidade de Referência em Saúde - URS

- 1) **URS Pitanguinha (Porte III)**
Rua Antônio Nogueira, s/n, PITANGUINHA
Contato: 3312-5516 (Horário: 7h às 21h) – **Horário Estendido**

Centro de Atenção Psicossocial – CAPS

- 1) **CAPS III AD Infante Juvenil Dr. Everaldo Moreira**
Rua Barão José Miguel, 373, FAROL
Contato: 3312-5517 (Horário: 24h)

IV DISTRITO SANITÁRIO

Unidades Básicas de Saúde

- 1) **USF João Sampaio (Porte II)**
Conjunto João Sampaio I, Avenida Denilma Bulhões, Quadra 01 A,
TABULEIRO DOS MARTINS
Contato: 3312-5520 (Horário: 7h às 17h)
- 2) **USF Edvaldo Silva (Porte III)**
Rua Coronel Othon Bezerra de Melo, 01, FERNÃO VELHO
Contato: 3312-5522 (Horário: 7h às 17h)
- 3) **USF Cláudio Medeiros (Porte III)**
Rua São Francisco, Conjunto Vale do Tocantins, s/n, RIO NOVO
Contato: 3312-5523 (Horário: 7h às 17h)
- 4) **UBS Geraldo Melo (Porte II)**
Rua do Campo, s/n, BOM PARTO
Contato: 3312-5525 (Horário: 7h às 17h)
- 5) **USF José Bernardes Neto (Porte I)**
Rua Vereador Hermínio Cardoso, 191, RIO NOVO
Contato: 3312-5526 (Horário: 7h às 17h)
- 6) **USF Paraíso do Horto - AMACOPH (Porte I)**
Rua Braga Neto, s/n, Conjunto Luiz Pedro V, CHÃ DA JAQUEIRA
Contato: 3312-5527 (Horário: 7h às 17h)
- 7) **UBS José Guedes de Farias (ZEZITO) (Porte II)**
Conj. Medeiros Neto I, 03, SANTA AMÉLIA
Contato: 3312-5528 (Horário: 7h às 21h) – **Horário Estendido**

Unidade de Referência em Saúde - URS

- 1) **URS Dr. Antônio de Pádua - PAM Bebedouro / (Porte III)**
Rua Alameda Carmelita Omena de Farias, 189,
JARDIM PETROPÓLIS
Contato: 3312-5519 (Horário: 7h às 21h) – **Horário Estendido**

Centro de Atenção Psicossocial - CAPS

- 1) **CAPS II Sadi Feitosa Carvalho**
Rua Dr. Oswaldo Cruz, s/n, CHÃ DE BEBEDOURO
Contato: 3312-5521 (Horário: 7h às 17h)

V DISTRITO SANITÁRIO

Unidades Básicas de Saúde

- 1) **USF José Araújo Silva (Porte III)**
Rua Pastor Eurico Calheiros, 56, COHAB, JACINTINHO
Contato: 3312-5530 (Horário: 7h às 17h)
- 2) **UBS José Tenório (Porte III)**
Conj. José Tenório, s/n, SERRARIA
Contato: 3312-5533 (Horário: 7h às 21h) – **Horário Estendido**
- 3) **UBS Felício Napoleão (Porte II)**
Rua Luis Barbosa Rego, 55, ALDEIA DO ÍNDIO
Contato: 3312-5535 (Horário: 7h às 18h)
- 4) **USF Paulo Leal (Porte II)**
Rua Acre, s/n, FEITOSA
Contato: 3312-5536 (Horário: 7h às 17h)
- 5) **UBS Paulo Waldomiro Alencar (Porte II)**
Rua Júlio Auto, 431, JACINTINHO
Contato: 3312-5537 (Horário: 7h às 17h)
- 6) **USF José Maria de Vasconcelos Neto – São Jorge (Porte II)**
Av. Cel. Salustiano Sarmiento, 303, SÃO JORGE
Contato: 3312-5538 (Horário: 7h às 17h)
- 7) **USF Novo Mundo (Porte II)**
Travessa Boa Esperança, s/n, NOVO MUNDO
Contato: 3312-5539 (Horário: 7h às 17h)
- 8) **USF João Moreira – Grota do Moreira (Porte II)**
Vila Padre Cicero, 45, JACINTINHO
Contato: 3315-4026 (Horário: 7h às 17h)

Centro de Atenção Psicossocial - CAPS

- 1) **CAPS II Enfermeira Noraci Pedrosa**
Conjunto José da Silva Peixoto, R. G., Qd 07, JACINTINHO
Contato: 3312-5532 (Horário: 7h às 17h)
- 2) **CAPSI Dr. Luiz da Rocha Cerqueira**
Av. Getúlio Vargas, s/n, Conjunto José Tenório,
SERRARIA
Contato: 3312-5540
- 3) **Unidade de Acolhimento Infante Juvenil Dra Nise da Silveira**
Travessa São Vicente, s/n, JACINTINHO
Contato: --- (Horário: 24h)

Unidade Docente Assistencial – UDA

- 1) **UDA Governador Divaldo Suruagy – UDA FAT**
Rua Lucilo Simões Souza, 109, BARRO DURO
Contato: 3312-5631 (Horário: 7h às 17h)

Unidade de Referência em Saúde - URS

- 1) **URS João Paulo II**
Rua Manoel Viana de Oliveira, s/n,
JACINTINHO
Contato: 3312-5534 (Horário: 7h às 19h)

VI DISTRITO SANITÁRIO

Unidades Básicas de Saúde

- 1) **USF CAIC Benedito Bentes (Porte II)**
Av. Benedito Bentes II, s/n, BENEDITO BENTES
Contato: 3312-5544 (Horário: 7h às 17h)
- 2) **USF Frei Damião (Porte II)**
Conjunto Frei Damião, s/n, BENEDITO BENTES
Contato: 3312-5545 (Horário: 7h às 17h)
- 3) **USF Carla Nogueira (Porte III)**
Av. do Furto, s/n, Conj. Selma Bandeira BENEDITO BENTES
Contato: 3312-5547 (Horário: 7h às 17h)
- 4) **UBS Arthur Ramos (Porte II)**
Conj. Henrique Hequelman, Rua L, Quadra J, s/n, ANTARES
Contato: 3312-5548 (Horário: 7h às 17h)
- 5) **USF Aliomar de Almeida Lins (PASSAREDO) (Porte III)**
Av. Corr. Transporte, Moacir Andrade, s/n, Conj. Bela Vista BENEDITO BENTES
Contato: 3312-5549 (Horário: 7h às 17h)
- 6) **USF Robson Cavalcante de Melo (Porte II)**
Conj. Freitas Neto, Quadra - A, 25, BENEDITO BENTES
Contato: 3312-5550 (Horário: 7h às 17h)
- 7) **USF Dídimio Otto Kummer (CARMINHA) (Porte II)**
Conj. Carminha, Rua C, s/n, BENEDITO BENTES
ontato: 3312-5551 (Horário: 7h às 17h)

Unidade de Referência em Saúde - URS

- 1) **URS Hamilton Falcão**
Av. Norma Pimentel Costa, 192, BENEDITO BENTES
Contato: 3312-5546(Horário: 7h às 21h) – **Horário Estendido**

Unidade de Pronto Atendimento - UPA

- 1) **UPA Benedito Bentes – Roosevelt Falcão Cavalcante**
Av. Antônio Lisboa de Amorim, s/n,
BENEDITO BENTES
Contato: 3313-7527 (Horário: 24h)

Centro de Especialidade Odontológica - CEO

- 1) **CEO Rafael de Matos Silva**
Conj. Henrique Hequelman, Rua L, Quadra J, s/n, ANTARES
Contato: 3312-5548 (Horário: 7h às 17h)

VII DISTRITO SANITÁRIO

Unidades Básicas de Saúde

- 1) **UBS Dr. Djalma Loureiro (Porte II)**
Rua Muniz Falcão, s/n, CLIMA BOM
Contato: 3312-5553 (Horário: 7h às 21h) – **Horário Estendido**
- 2) **UBS José Pimentel Amorim (Porte II)**
Rua Adriana Viana de Castro, s/n, Conj. Salvador Lira, TABULEIRO DOS MARTINS
Contato: 3312-5554 (Horário: 7h às 17h)
- 3) **USF Rosane Collor (Porte III)**
Av. Nascente, 542, Conj. Rosane Collor, CLIMA BOM
Contato: 3312-5555 (Horário: 7h às 17h)
- 4) **USF João Macário (Porte II)**
Rua Corinto Campelo da Paz, s/n, SANTOS DUMONT
Contato: 3312-5556 (Horário: 7h às 17h)
- 5) **USF Denisson Menezes (Porte III)**
Conj. Denisson Menezes, Quadra - A, 25, CIDADE UNIVERSITÁRIA
Contato: 3312-5557 (Horário: 7h às 17h)
- 6) **USF Vereador Sérgio Quintella (Porte II)**
Rua Manoel O. Farias, Loteamento Por do Sol, S/N, TABULEIRO DOS MARTINS
Contato: 3312-5558 (Horário: 7h às 17h)
- 7) **UBS Jorge Duarte Quintela Cavalcante (Porte II)**
Conj. Graciliano Ramos, s/n, (Terminal de ônibus), TABULEIRO DOS MARTINS
Contato: 3312-5559 (Horário: 7h às 19h) * URSG – Unidade Provisória
- 8) **UBS Dr. Walter de Moura Lima (Porte III)**
Condomínio Santa Amélia, s/n (Por trás do conjunto Medeiros Neto) SANTA AMÉLIA
Contato: 3312-5560 (Horário: 7h às 17h)
- 9) **UBS Tereza Barbosa (Porte II)**
Conj. Eustáquio Gomes de Melo, s/n, CIDADE UNIVERSITÁRIA
Contato: 3312-5561 (Horário: 7h às 21h) – **Horário Estendido**
- 10) **UBS Marlene Fernandes Lanverly de Melo**
Rua Padre Cicero, 386, SANTA LÚCIA
Contato: ---- (Horário: 7h às 17h)
- 11) **USF Graciliano Ramos (Porte IV)**
Conjunto Graciliano Ramos, Creche 01, s/n, TABULEIRO DOS MARTINS
Contato: 3312-5562 (Horário: 7h às 17h)
- 12) **USFGalba Novais (Porte II)**
Av. Betel, s/n, TABULEIRO DOS MARTINS
Contato: 3312-5563 (Horário: 7h às 17h)
- 13) **USF Village Campestre I (Porte I)**
Rua Celina Sacramento, s/n, Loteamento Acauã, CIDADE UNIVERSITÁRIA
Contato: 3312-5565 (Horário: 7h às 17h)

Unidade de Referência em Saúde - URS

- 1) **URS IBGatto**
Rua da Floresta, s/n, TABULEIRO DOS MARTINS
Contato: 3312-5564 (Horário: 7h às 19h)

Unidade Docente Assistencial - UDA

- 1) **USF Village Campestre II – UDA Professor Gilberto de Macedo – UDA UFAL (Porte II)**
Avenida Lourival Melo Mota, s/n, CIDADE UNIVERSITÁRIA
Contato: 3312-5567 (Horário: 7h às 17h)

VIII DISTRITO SANITÁRIO

Unidades Básicas de Saúde

- 1) **USF Pescaria (Porte II)**
Povoado Pescaria, s/n, IPIOCA
Contato: 3312-5568 (Horário: 7h às 17h)
- 2) **USF Guaxuma (Porte I)**
Conjunto Elias Pontes Bonfim, s/n, GUAXUMA
Contato: 3312-5569 (Horário: 7h às 17h)
- 3) **USF Vanderli Maria de Andrade (Porte II)**
Rua do Asfalto, 20, RIACHO DOCE
Contato: 3312-5570 (Horário: 7h às 17h)
- 4) **USF Dr. Jorge David Nasser (Porte II)**
Rua Alto da Igreja, 163, IPIOCA
Contato: 3312-5571 (Horário: 7h às 17h)
- 5) **USF São Francisco de Paula – Grota do Arroz (Porte II)**
Rua Ricardo C. Moraes, 156, CRUZ DAS ALMAS (por trás da UNIT)
Contato: 3312-5572 (Horário: 7h às 17h)

Unidade de Referência em Saúde - URS

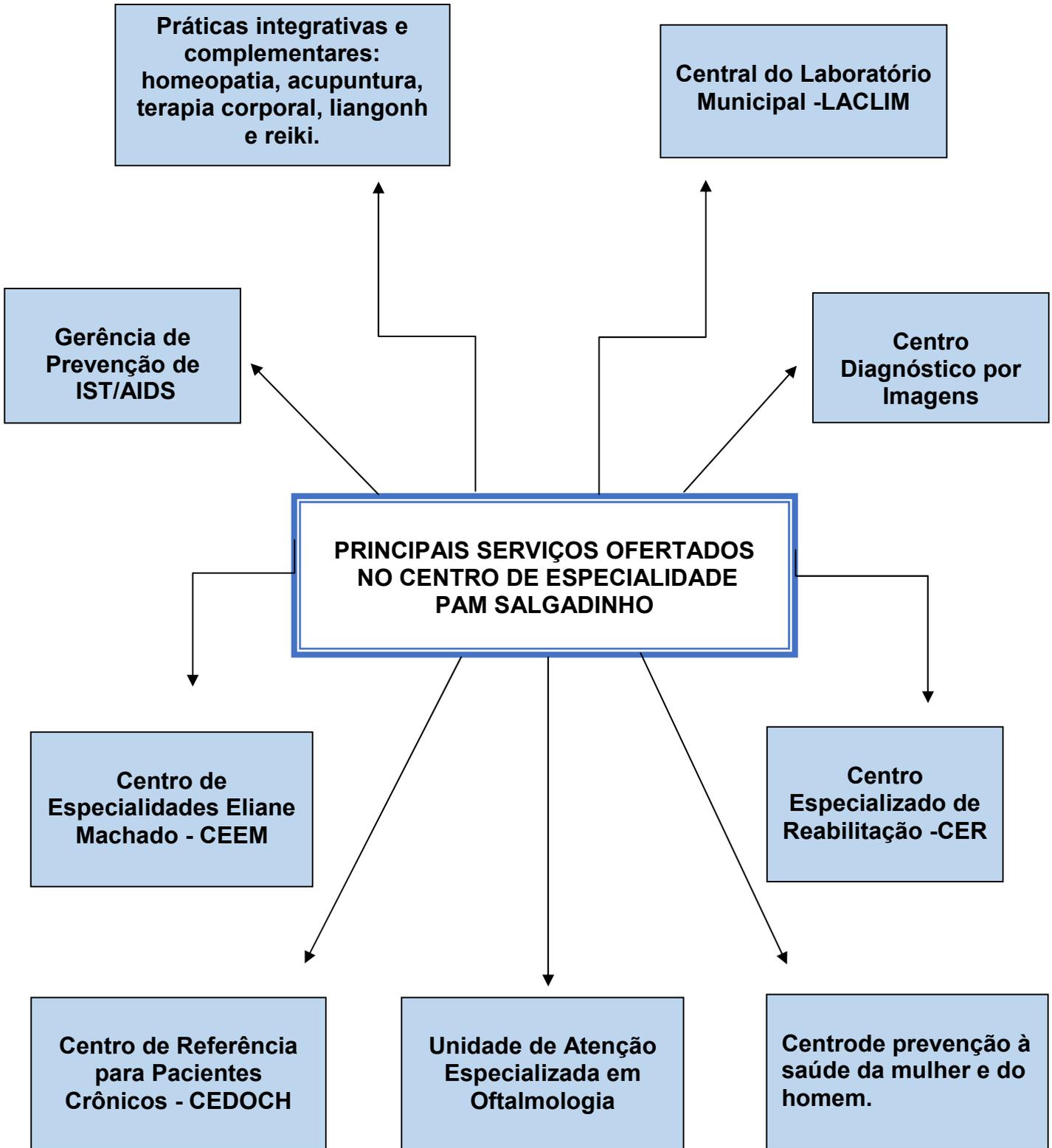
- 1) **URS Maria Conceição Fonseca Paranhos**
Conj. Alfredo Gaspar de Mendonça, Rua Amanda de Medeiros Carlos, s/n,
JACARECICA
Contato: 3312-5592(Horário: 7h às 21h) - **Horário Estendido**

Unidade Docente Assistencial - UDA

- 1) **UDA José Lages Filho – UDA UNIT (Porte I)**
Grota do Arroz, s/n, (por trás da UNIT),CRUZ DAS ALMAS
Contato: 3312-5574 (Horário: 7h às 17h)

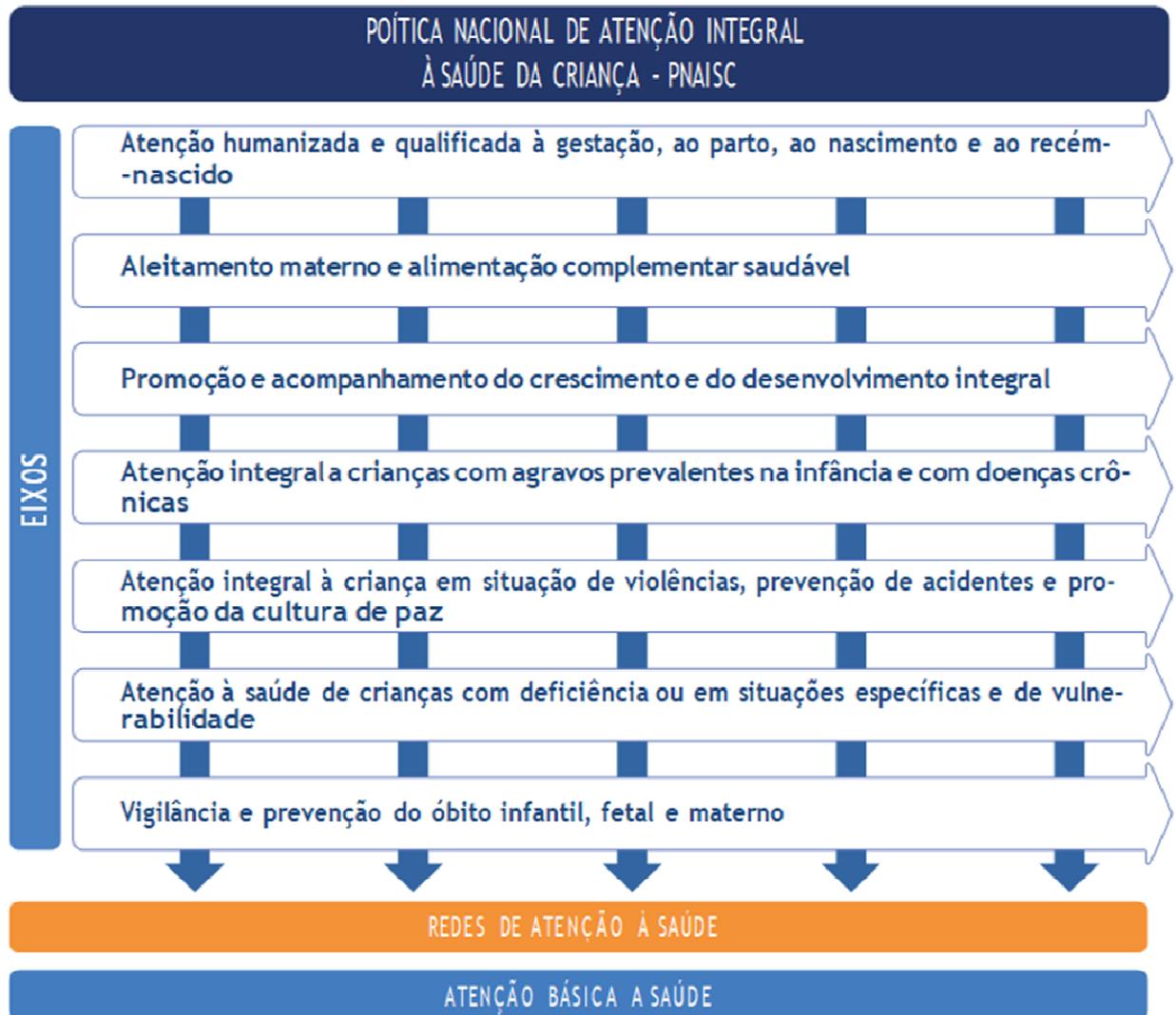
Fonte:<http://www.maceio.al.gov.br/sms/ubss-coordenacao-geral-da-atencao-primaria/>
Atualizado em outubro de 2021, SMS/CGASS

APÊNDICE 2 – SERVIÇOS DO PAM SALGADINHO



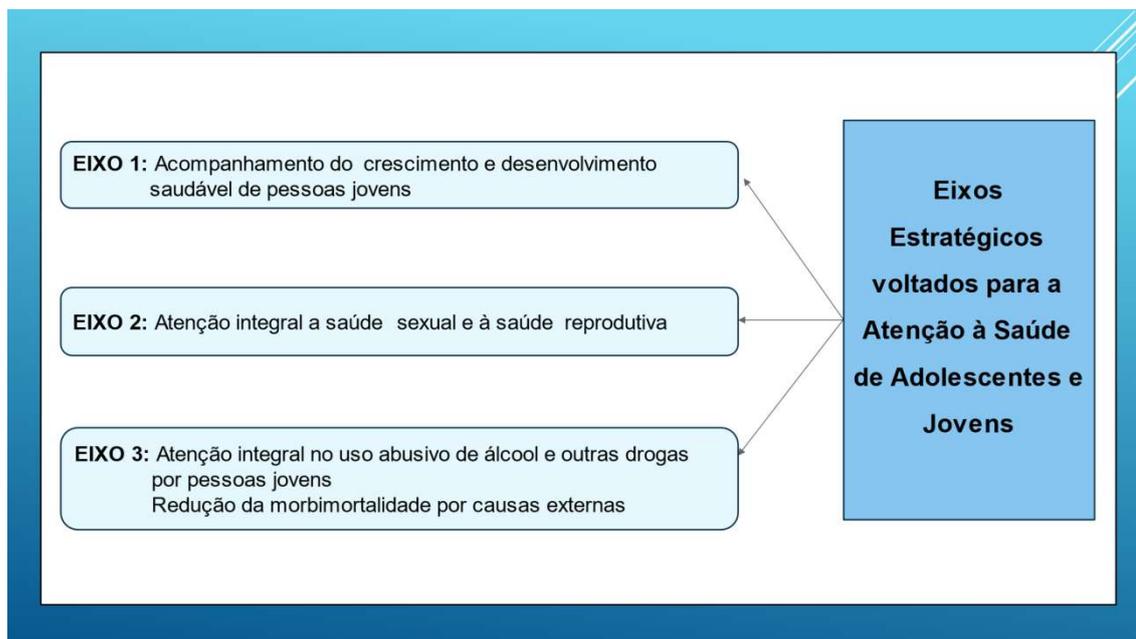
APÊNDICE 3 – EIXOS DOS PROGRAMAS ESTRATÉGICOS POR CICLO DE VIDA

Programa Estratégico – Saúde da Criança



Fonte: MS/PNAISC (2018, p.38).

ProgramaEstratégico – Saúdedo Adolescente



Fonte: MS, Diretrizes Nacionais para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens na Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde, 2010. p. 79-96, CGASS – SMS de Maceió, 2021

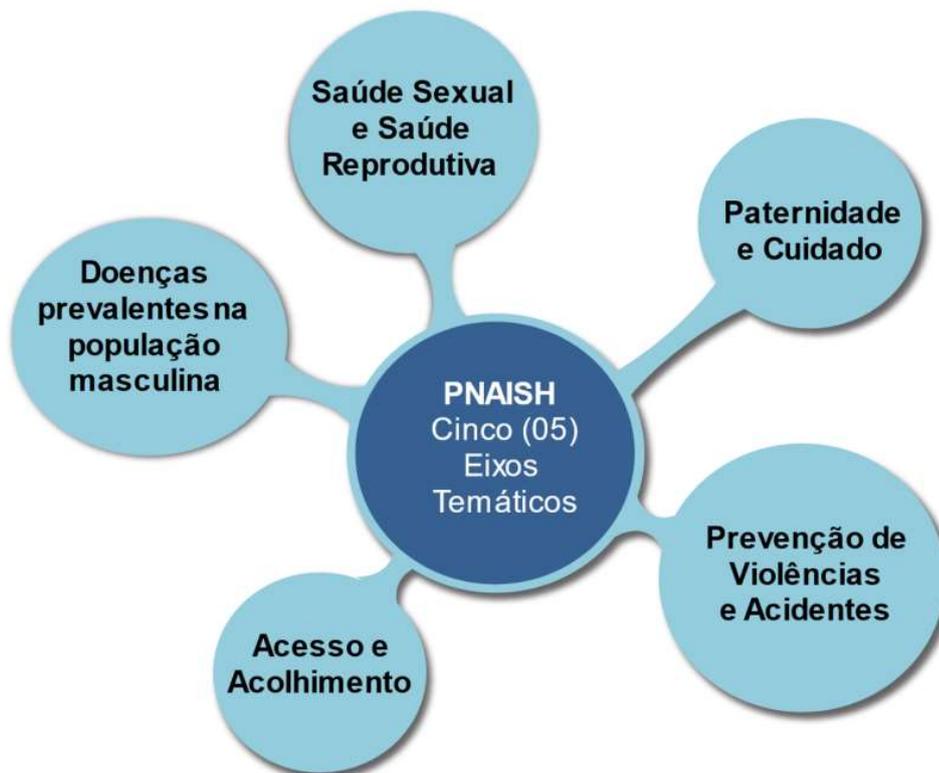
ProgramaEstratégico – Saúdeda Mulher



Fonte: CGASS – SMS de Maceió, 2021.

ProgramaEstratégico – Saúdedo Homem

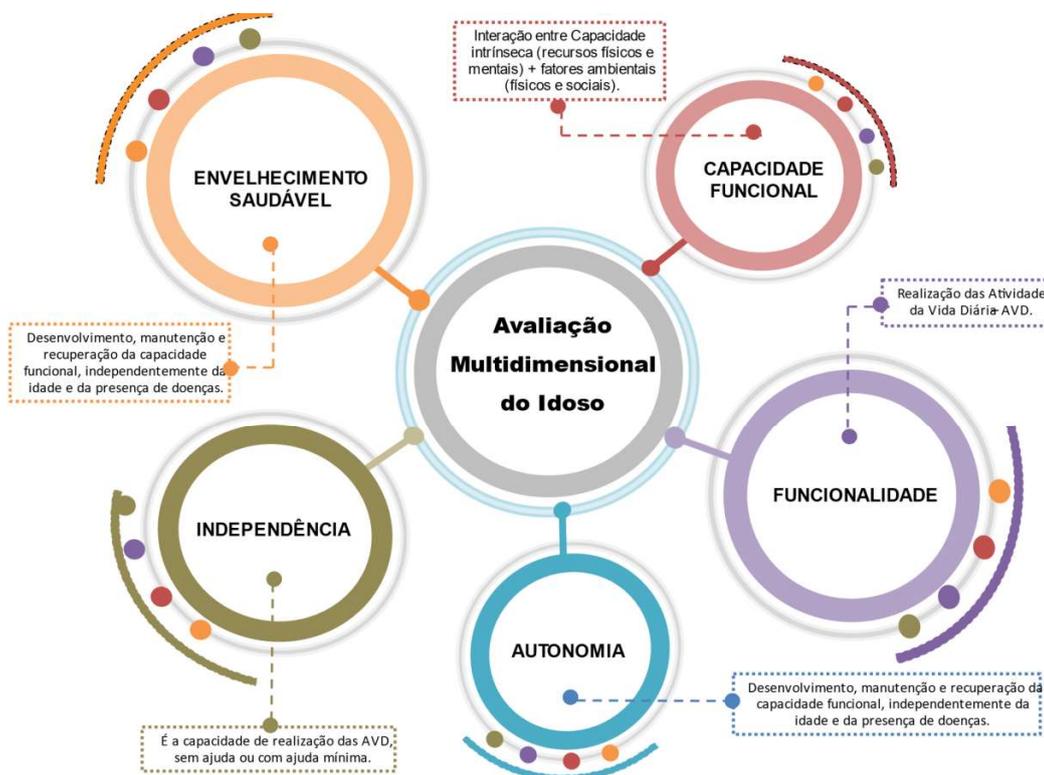
Política Nacional de Atenção Integral da Saúde do Homem (PNAISH)



Fonte: Portaria GM/MS nº 1.944 de 27 de agosto de 2009.

Diagramação: CGASS – SMS de Maceió – AL, 2021.

ProgramaEstratégico – Saúdedo idoso



Idoso Frágil x Idoso Independente

Fonte: CGASS – SMS de Maceió, 2021.

ProgramaEstratégico– Alimentação e Nutrição



Fonte: CGASS – SMS de Maceió, 2021.

APÊNDICE 4 – DISTRIBUIÇÃO DAS EQUIPES eNASF/AP NOS TERRITÓRIOS

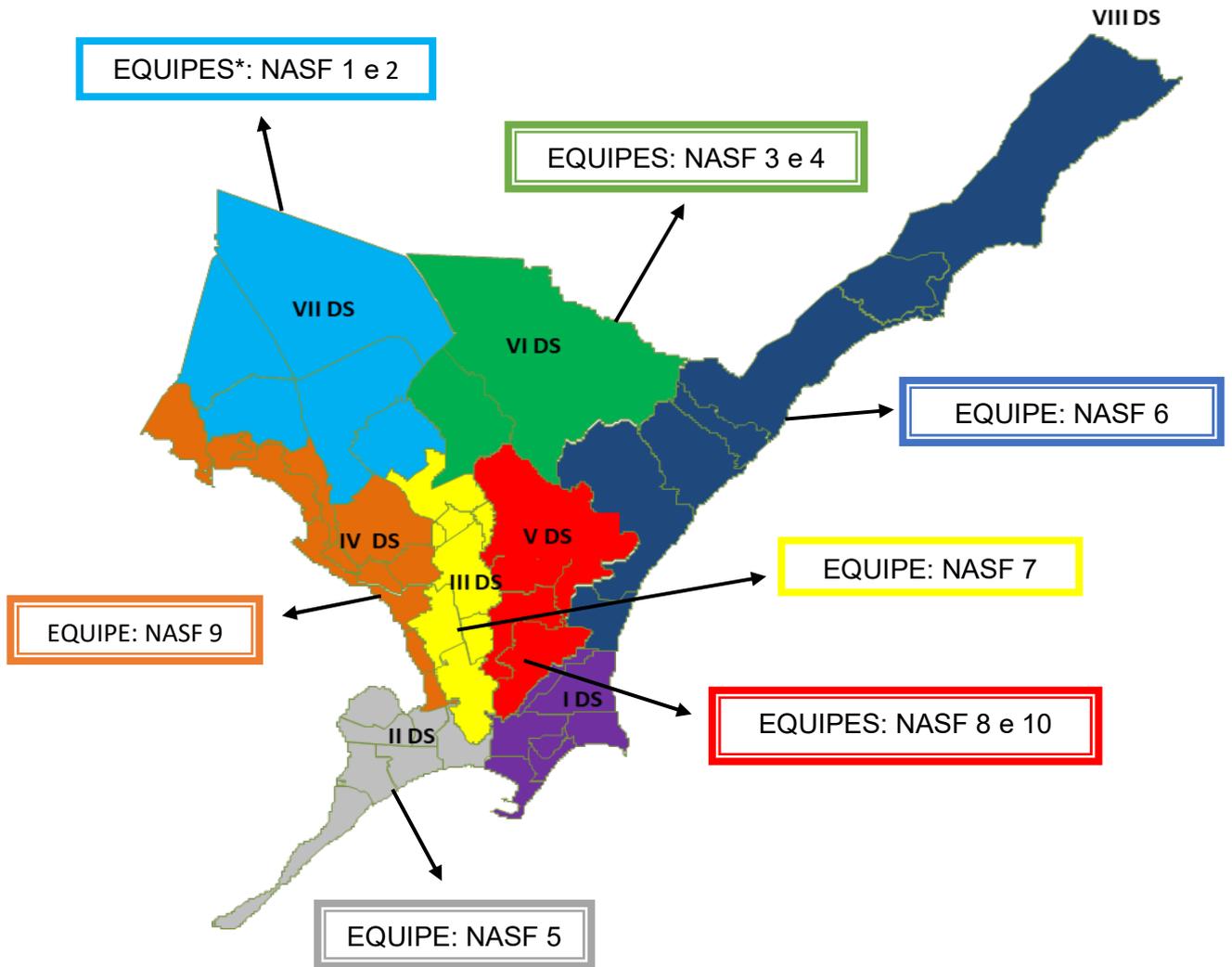
EQUIPE eNASF-AP	Distrito Sanitário	Categorias profissionais
NASF 01	7º	01 Assistente Social
		01 Terapeuta Ocupacional
		02 Fisioterapeutas
		01 Nutricionista
		01 Profissional de Educação Física
		01 Psicólogo
		Total 07 profissionais
NASF 02	7º	01 Fisioterapeuta
		01 Assistente Social
		02 Terapeutas Ocupacionais
		01 Médico Veterinário
		01 Profissional de Educação Física
Total 06 profissionais		
NASF 03	6º	01 Assistente Social
		02 Fisioterapeutas
		01 Nutricionista
		01 Terapeuta Ocupacional
		01 Psicólogo
		01 Profissional de Educação Física
Total 07 profissionais		
NASF 04	6º	01 Assistente Social
		01 Fisioterapeuta
		01 Nutricionista
		01 Terapeuta Ocupacional
		01 Psicólogo
		01 Farmacêutico
		01 Médico Veterinário
		01 Profissional de Educação Física
Total 08 profissionais		
NASF 05	2º	02 Nutricionistas
		01 Psicólogo
		01 Profissional de Educação Física
		01 Fonoaudiólogo
		02 Fisioterapeuta
Total 07 profissionais		

Fonte: Coordenação das eNASF/AP, CGASS – SMS de Maceió -AL, 2021.

NASF 06	8º	02Fisioterapeutas
		01TerapeutaOcupacional
		01Psicólogo
		01Nutricionista
		02ProfissionaisdeEducaçãoFísica
		01AssistenteSocial
		Total 08profissionais
NASF 07	3º	02AssistentesSociais
		01Nutricionista
		02Fisioterapeutas
		01Fonoaudiólogo
		01ProfissionaldeEducaçãoFísica
		01TerapeutaOcupacional
		01Psicólogo
Total 09profissionais		
NASF 08	5º	02Fisioterapeutas
		01TerapeutaOcupacional
		01Nutricionista
		02Psicólogos
		01ProfissionaldeEducaçãoFísica
		Total 07profissionais
NASF 09	4º	02Nutricionistas
		01Psicólogo
		01Fisioterapeuta
		01AssistentesSociais
		01TerapeutaOcupacional
		01ProfissionaldeEducaçãoFísica
		Total 07profissionais
NASF10	5º	01Psicólogo
		01Fisioterapeuta
		01TerapeutaOcupacional
		01Nutricionista
		01ProfissionaldeEducaçãoFísica
		02AssistentesSociais
		Total 07profissionais

Fonte: Coordenação das eNASF/AP, CGASS – SMS de Maceió -AL, 2021.

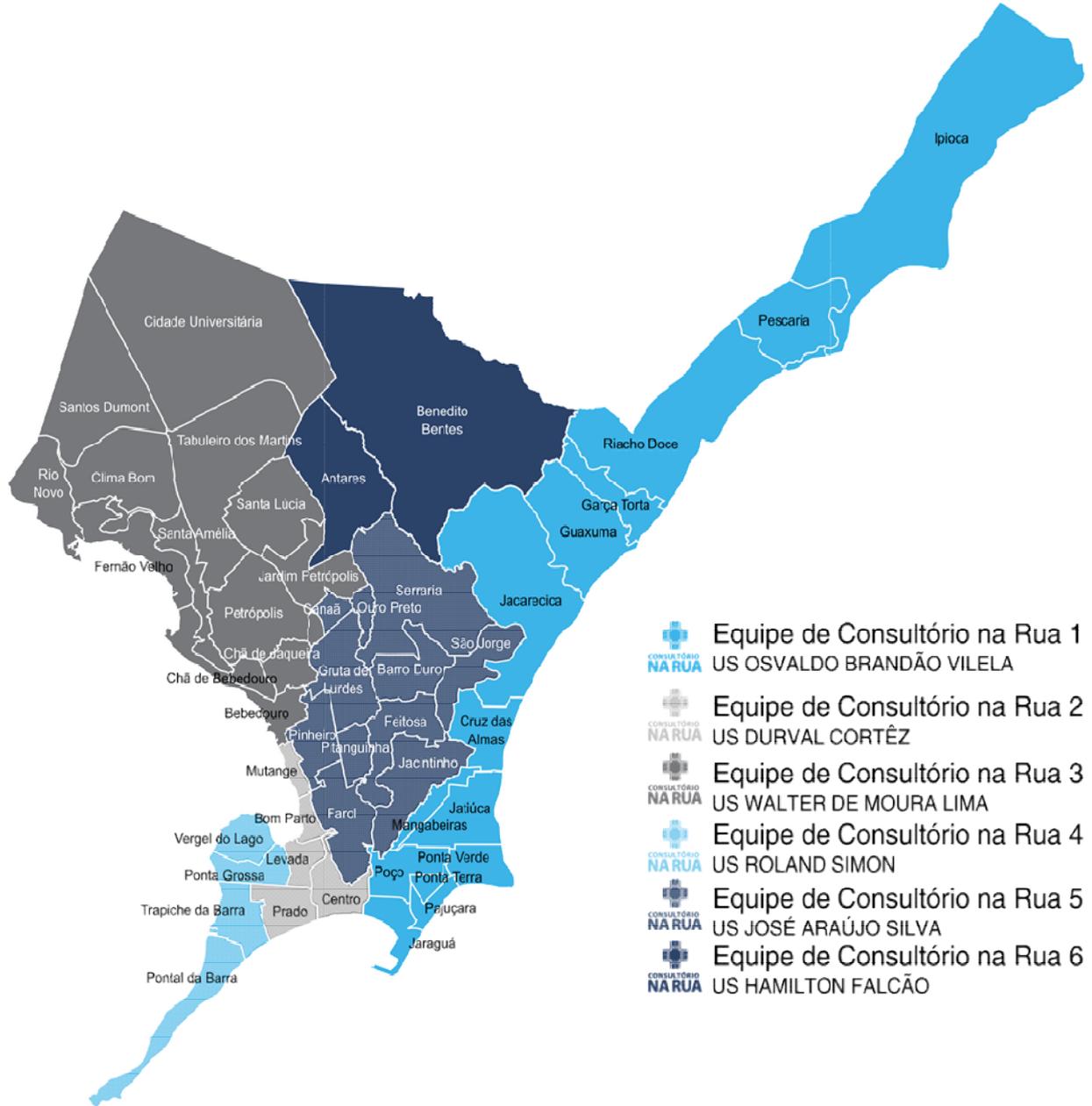
Figura 5: Distribuição das Equipes eNASF/AP nos Territórios



* Equipe Multidisciplinar com profissionais de saúde

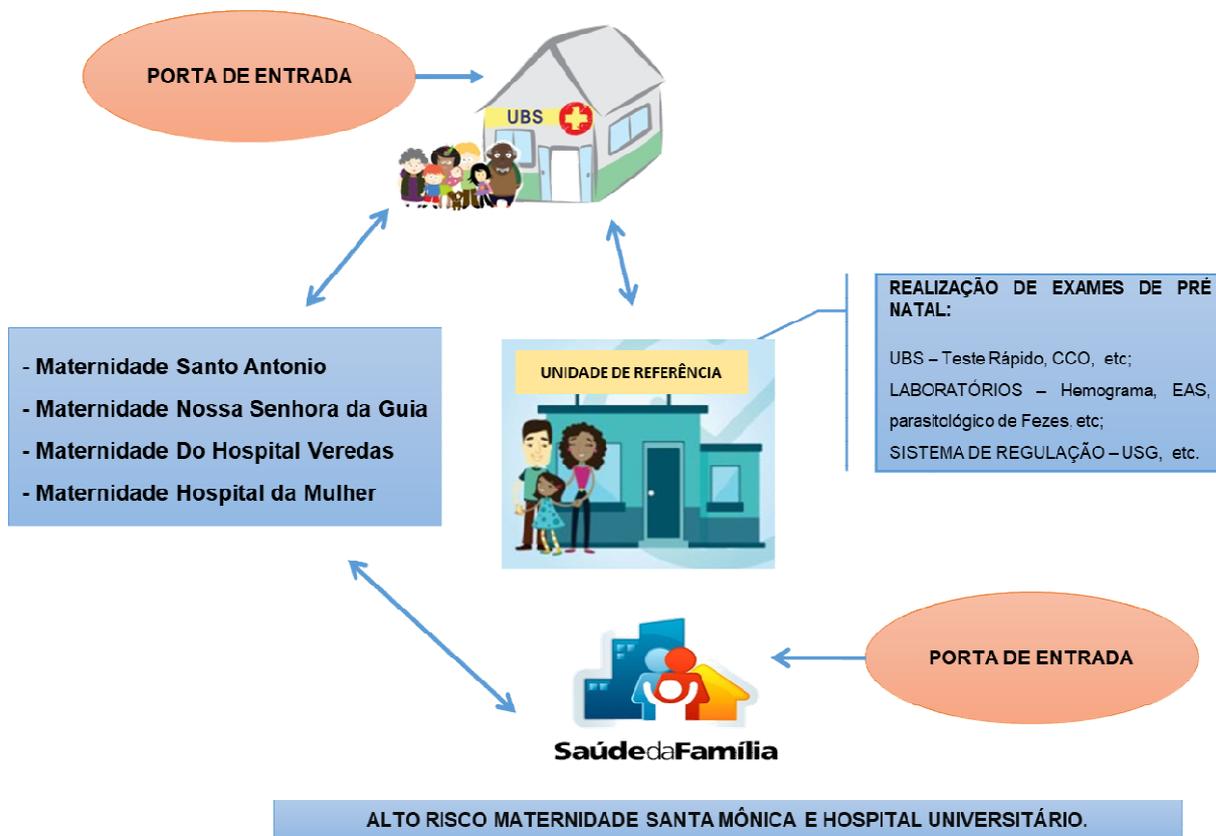
Fonte: GGPS/GATC. SMS de Maceió-AL, 2021

APÊNDICE 5 – DISTRIBUIÇÃO DAS EQUIPES DO CONSULTÓRIO NA RUA



Fonte: GGPS/GATC. SMS de Maceió-AL, 2021

APÊNDICE 6 – FLUXO DA REDE MATERNO INFANTIL

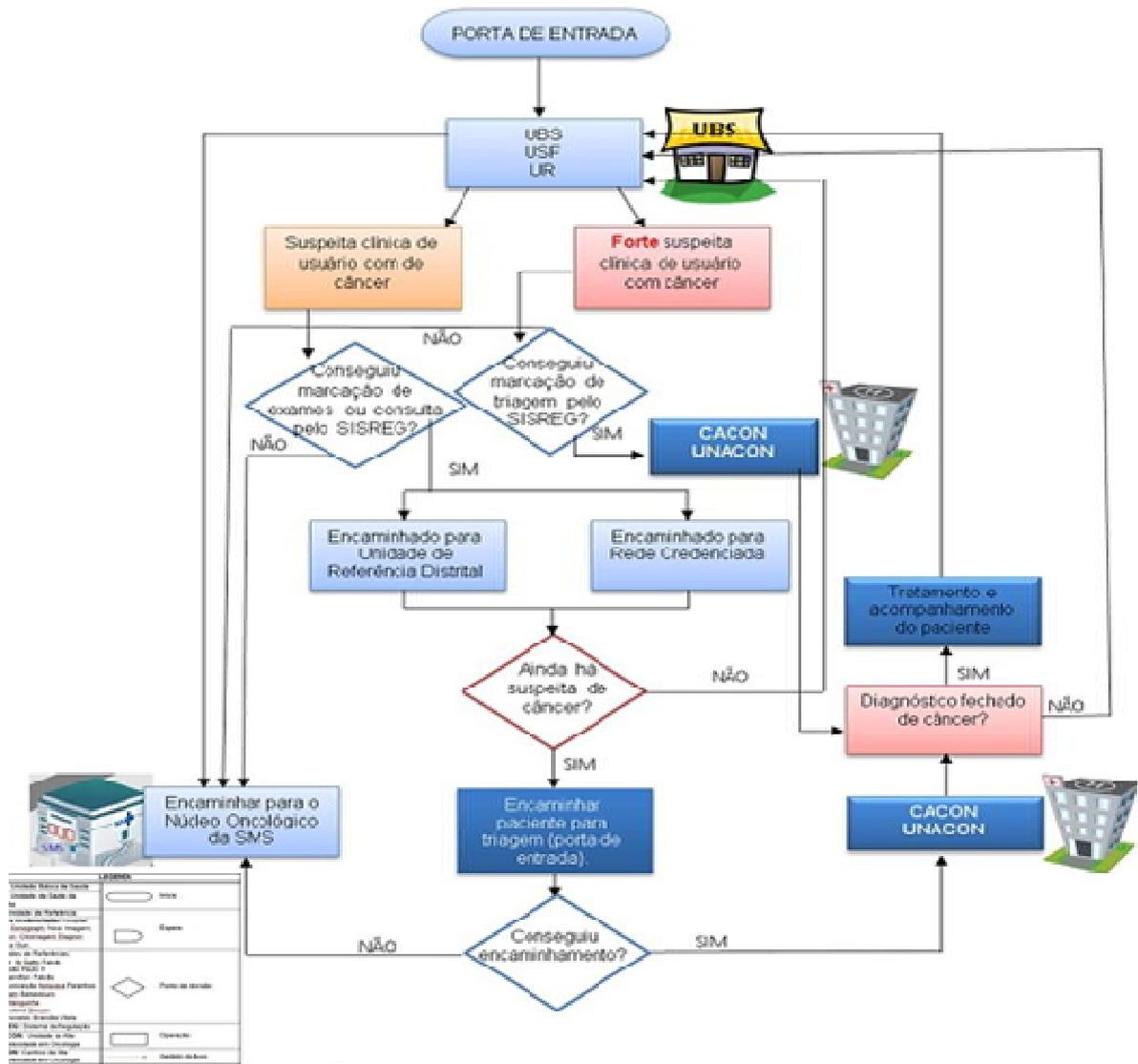


Fonte: GASM/CGASS/SMS/Maceió, 2021.

Fonte: CGASS – SMS de Macaói, 2021.

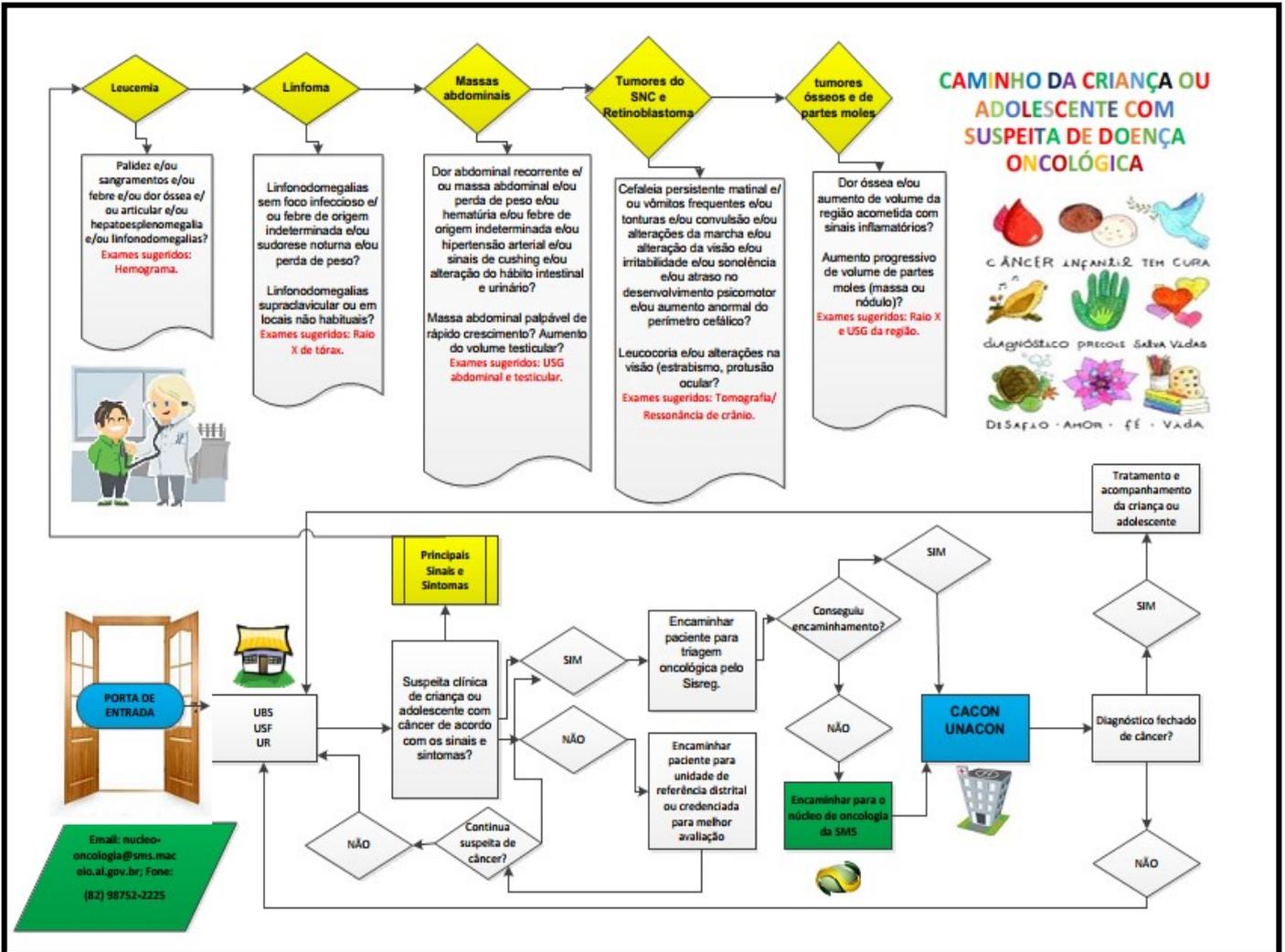
APÊNDICE 7- FLUXOGRAMAS DAS LINHAS DE CUIDADO PARA PACIENTES COM DOENÇAS CRÔNICAS (Oncologia, Obesidade, Renal, Hipertenso e Diabetes)

FLUXOGRAMA ONCOLÓGICO: percurso do usuário com doenças crônicas na rede

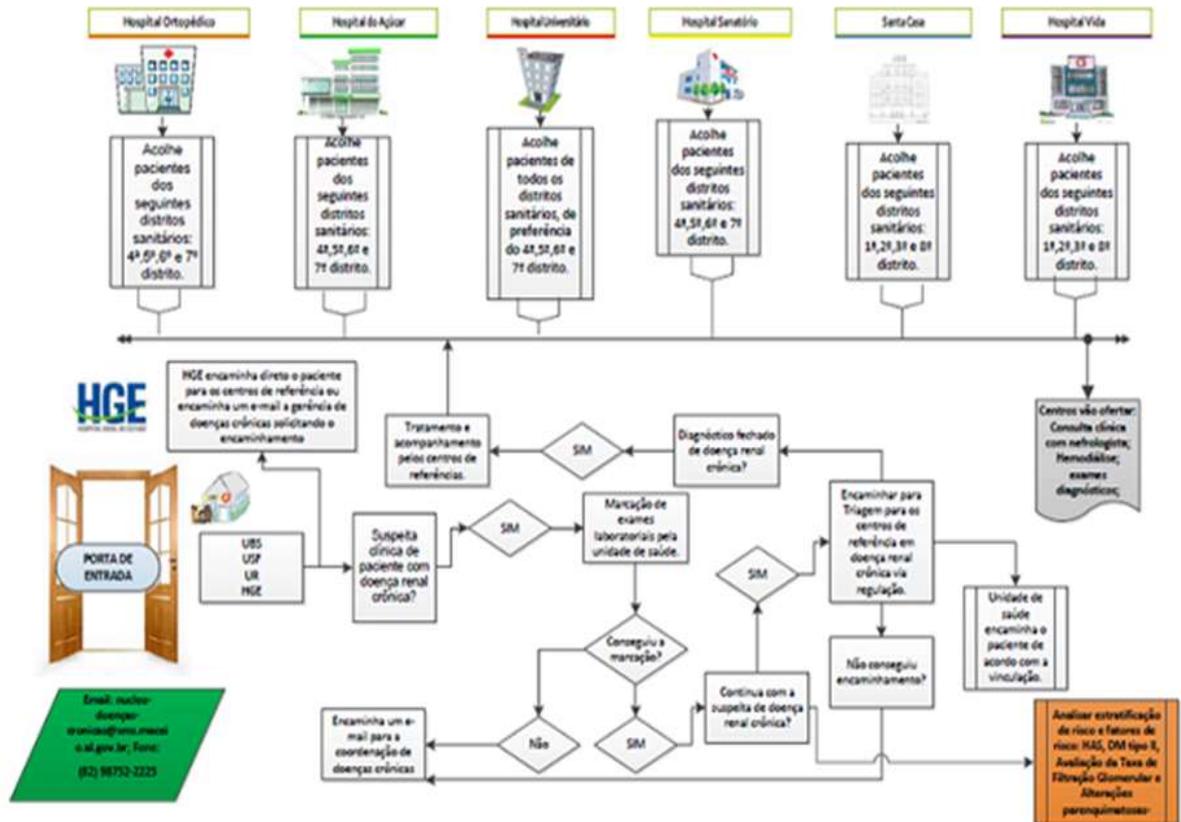


Fonte: GADCNT/CCASS, 2021.

FLUXOGRAMA ONCOLÓGICO: percurso da criança e adolescente na rede

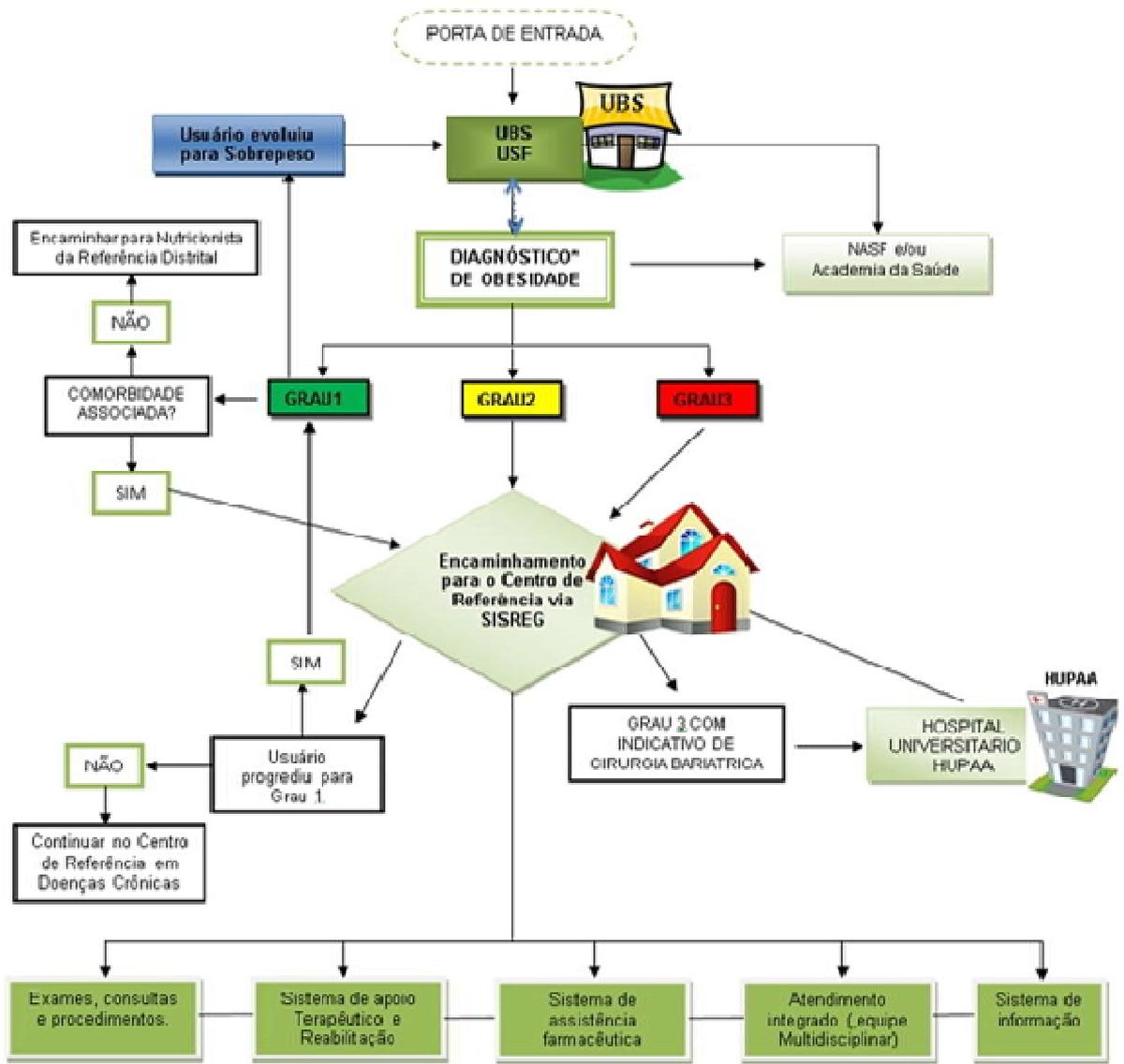


FLUXOGRAMA DOENÇA RENAL CRÔNICA: percurso do usuário na rede



Fonte: GADCNT/CCASS, 2021.

FLUXOGRAMA OBESIDADE: percurso do usuário com doenças crônicas na rede

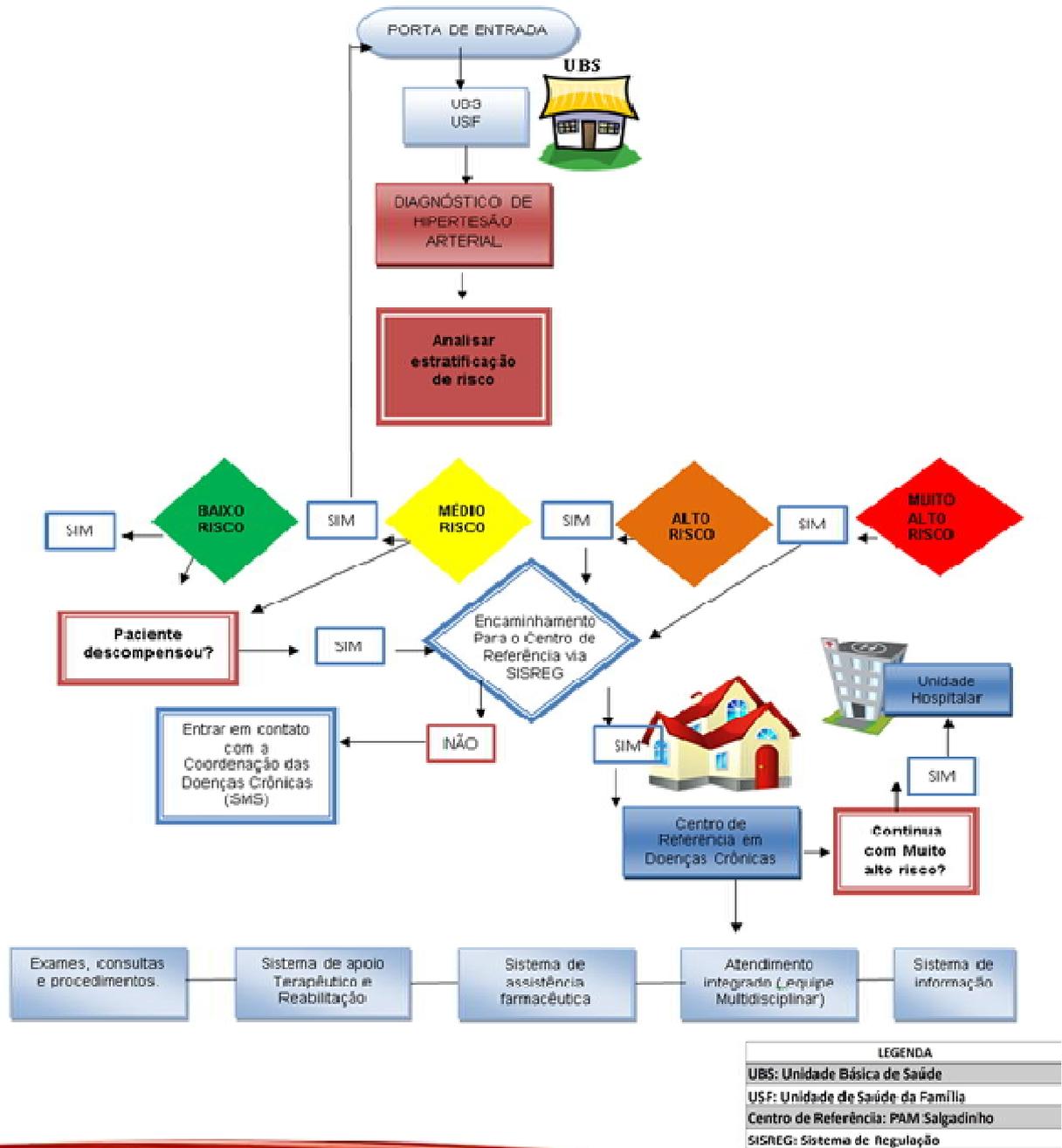


*Diagnóstico considerando o Índice de Massa Corpórea – IMC para adultos (OMS, 1995)

LEGENDA	
UBS: Unidade Básica de Saúde	HUPAA: Hospital Universitário
USF: Unidade de Saúde da Família	Grau 1: IMC: ≥30 e <35 kg/m²
Centro de Referência: IPAM Salgado Filho	Grau 2: IMC: ≥35 e <40 kg/m²
SISREG: Sistema de Regulação	Grau 3: IMC: ≥40 kg/m²

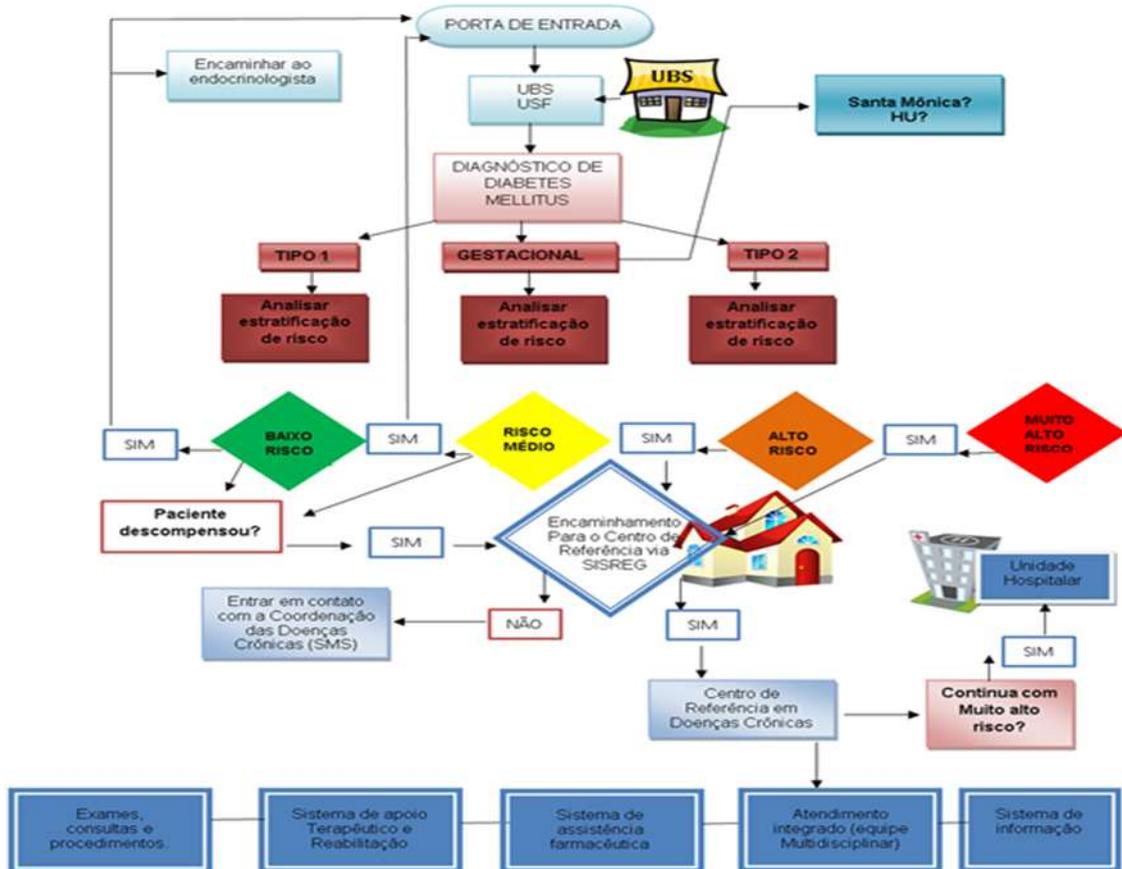
Fonte: GADCNT/CCASS, 2021.

FLUXOGRAMA DOENÇA HIPERTENSÃO: percurso do usuário com doenças crônicas na rede



Fonte: GADCNT/CCASS, 2021.

FLUXOGRAMADIABETES MELLITUS: percurso do usuário com doenças crônicas na rede

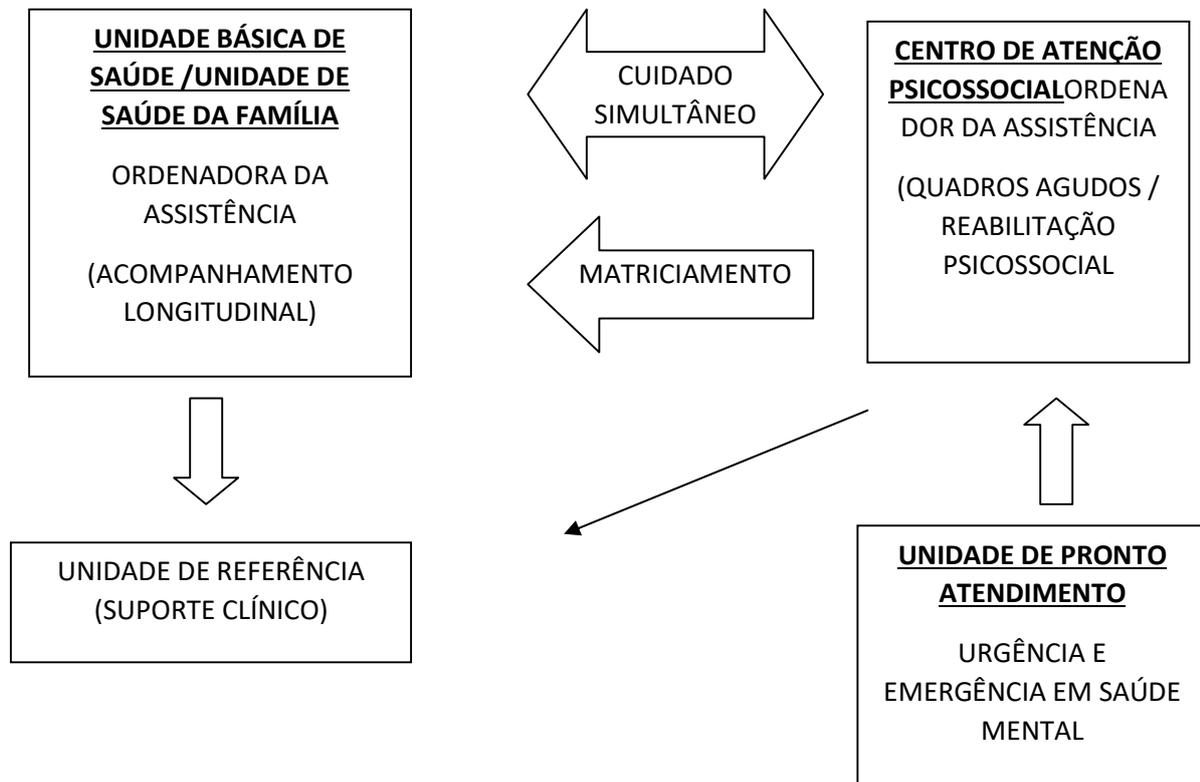


LEGENDA	
UBS:	Unidade Básica de Saúde
USF:	Unidade de Saúde da Família
Centro de Referência:	PAM Salgadinho
SISREG:	Sistema de Regulação

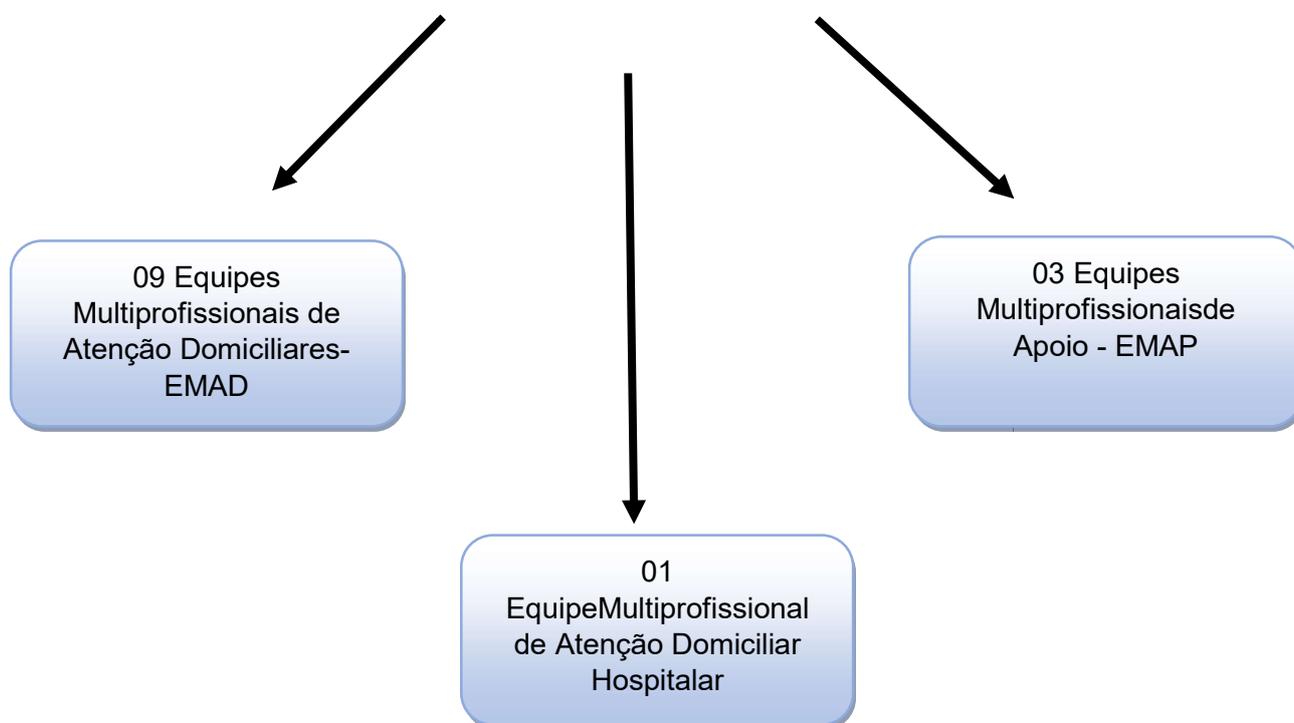
Fonte:GADCNT/CCASS, 2021.

APÊNDICE 8- DEMONSTRATIVO DAS UNIDADES E SERVIÇOS DA REDE PSICOSSOCIAL

Organização da Atenção Psicossocial na Rede Própria



APÊNDICE 9 – DISTRIBUIÇÃO DO SERVIÇO DE DE ATENÇÃO DOMICILIAR –SAD



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE MACEIÓ

PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE

2021 - 2025