



Plano Estadual de Saúde 2016-2019

GOVERNADOR DO ESTADO

José Renan Vasconcelos Calheiros Filho

VICE-GOVERNADOR

José Luciano Barbosa da Silva

SECRETÁRIA DE ESTADO DA SAÚDE

Rozangela Maria de Almeida Fernandes Wyszomirska

SECRETÁRIA EXECUTIVA DE AÇÕES DA SAÚDE

Rosimeire Rodrigues Cavalcanti

SECRETÁRIO EXECUTIVO DE GESTÃO INTERNA

Aerton Lessa Limeira

CHEFE DE GABINETE

Marcelo Santana Costa

SUPERINTENDÊNCIA ADMINISTRATIVA

Mônica Lins Medeiros

SUPERINTENDÊNCIA DE PLANEJAMENTO, ORÇAMENTO, FINANÇAS E CONTABILIDADE

Thiago José Cavalcante dos Santos

GERÊNCIA EXECUTIVA DE VALORIZAÇÃO DE PESSOAS

Robson José da Silva

GERÊNCIA EXECUTIVA DE TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO

Eraldo Alves da Silva Neto

SUPERINTENDÊNCIA DE PLANEJAMENTO, GESTÃO E PARTICIPAÇÃO SOCIAL

Manoela Lima Mendes

SUPERINTENDÊNCIA DE REGULAÇÃO E AUDITORIA

DNarte Hermógenes Bastos

SUPERINTENDÊNCIA DE ATENÇÃO À SAÚDE

Lorella Marianne Chiappetta

SUPERINTENDÊNCIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

Cristina Maria Vieira Rocha

LISTA DE SIGLAS

ACS	Agentes Comunitários de Saúde
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
AIH	Autorizações de Internação Hospitalar
APS	Atenção Primária à Saúde
ASAPAE	Assessoria de Superintendência para Atenção Primária e Ações Estratégicas
ASMAC	Assessoria de Superintendência de Média e Alta Complexidade
CASF	Centro de Apoio a Saúde da Família
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPS-AD	Centro de Atenção Psicossocial – Álcool e Drogas
CEO	Centro de Especialidade Odontológica
CER	Centro Especializado em Reabilitação
CEREST	Centro de Referência em Saúde do Trabalhador
CES	Conselho Estadual de Saúde
CIB	Comissão Intergestora Bipartite
CIR	Comissão Intergestores Regional
CNES	Cadastro Estabelecimento de Saúde
COSEMS/AL	Conselho de Secretarias Municipais de Saúde de Alagoas
CPML	Centro de Patologia e Medicina Laboratorial
DAB	Departamento de Atenção Básica
DATASUS	Departamento de Informática do SUS
DM	Diabetes Mellitus
DOEAL	Diário Oficial do Estado de Alagoas
ESF	Estratégia de Saúde da Família
GETIN	Gerência Executiva de Tecnologia da Informação
GEVP	Gerência Executiva de Valorização de Pessoas
GIANS	Gerência de Informação e Análise da Situação da Saúde
HBV	Vírus da Hepatite B
HCV	Vírus da Hepatite C
HEDH	Hospital de Emergência Dr. Daniel Houly
HEHA	Hospital Escola Dr. Hέλvio Auto
HEMOAL	Hemocentro de Alagoas

HEMOAR	Hemocentro Regional de Arapiraca
HEPR	Hospital Escola Portugal Ramalho
HGE	Hospital Geral do Estado
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICSAP	Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária
LACEN/AL	Laboratório Central de Saúde Pública de Alagoas
LC	Lei Complementar
LOA	Lei Orçamentária Anual
LRPD	Laboratórios Regionais de Prótese Dentária
MESM	Maternidade Escola Santa Mônica
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio a Saúde da Família
NV	Nascidos Vivos
PDR	Plano Diretor de Regionalização da Saúde
PES	Plano Estadual de Saúde
PMS	Plano Municipal de Saúde
PMAQ-AB	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PPA	Plano Plurianual
PT	Portaria
QUALIFAR	Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RCPD	Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência
RMM	Razão de Mortalidade Materna
RS	Regiões de Saúde
RUE	Rede de Urgência e Emergência
SAMU	Serviço de Atendimento móvel de Urgência
SESAU/AL	Secretaria de Estado da Saúde de Alagoas
SIH	Sistema de Informação Hospitalar
SIM	Sistema de Informação sobre Mortalidade
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SINASC	Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos
SIOPS	Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos
SISPCE	Sistema de Informação do Programa de Controle da Esquistossomose

SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUAS	Superintendência de Atenção à Saúde
SUPADM	Superintendência Administrativa
SUPLAG	Superintendência de Planejamento, Gestão e Participação Social
SUPOFC	Superintendência de Planejamento Orçamento Finanças e Contabilidade
SURAUD	Superintendência de Regulação Auditoria
SUS	Sistema Único de Saúde
SUVISA	Superintendência de Vigilância em Saúde
SVO	Serviço de Verificação de Óbitos
TMI	Taxa de Mortalidade Infantil
TN	Taxa de Natalidade
UBS	Unidades Básicas de Saúde
UCI	Unidade de Cuidados Intensivos
UNCISAL	Universidade Estadual de Ciências da Saúde
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	8
INTRODUÇÃO.....	10
ANÁLISE DA SITUAÇÃO DE SAÚDE.....	14
CONDIÇÕES SOCIOECONÔMICAS E DEMOGRÁFICAS.....	14
NATALIDADE	19
MORBIDADE POR DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS	23
Dengue, Zika Vírus e Febre Chikungunya	23
Esquistossomose	25
Hanseníase.....	26
Tuberculose	27
Sífilis congênita.....	28
Acidente de trabalho com exposição a material biológico	29
Violência doméstica, sexual e outras violências.....	30
MORBIDADE HOSPITALAR	30
MORTALIDADE.....	33
ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE.....	42
A REDE DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE EM ALAGOAS	42
CAPACIDADE INSTALADA	42
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.....	46
ASSISTÊNCIA HOSPITALAR	48
ASSISTÊNCIA PRÉ-HOSPITALAR.....	51
HEMORREDE	54
REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE - RAS	54
Rede de Atenção às Urgências e Emergências – RUE.....	54
Rede de Atenção Psicossocial do Estado de Alagoas	57
Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência	58
Rede de Assistência Materno-Infantil	59
Desenho da Rede Materno-Infantil	59
Linhas de Cuidado Materno-Infantil	63
Implantação do Fórum Perinatal	65
Vinculação da Gestante à Maternidade	67
Avanços na Estruturação da Rede	67
EIXO DE ATUAÇÃO: SAÚDE COM QUALIDADE E EXPANSÃO DOS SERVIÇOS.....	70
Diretriz I – Atenção Primária à Saúde como Ordenadora da Atenção à Saúde.	70

Diretriz II – Integração das Ações e Serviços de Saúde nas Redes de Atenção à Saúde (RAS).....	71
Diretriz III – Integração das Ações e Serviços de Saúde na Rede Materno-Infantil	73
Diretriz IV - Uso da Epidemiologia para Conhecimento e Análise da Situação de Saúde e para o Estabelecimento de Prioridades.....	75
Diretriz V – Integração das Ações e Serviços de Vigilância e Atenção à Saúde para Reversão de Indicadores Inaceitáveis que Impactam a Saúde da População	76
Diretriz VI – Atenção Integral à Saúde das Populações por Ciclo de Vida e Gênero.....	85
Diretriz VII – Atenção Integral à Saúde nas Políticas Transversais	89
Diretriz VIII – Ampliação do Acesso e Aperfeiçoamento da Assistência Ambulatorial e Hospitalar Especializada.....	91
Diretriz IX – Qualificação da Assistência Farmacêutica, Gestão da Logística de Aquisição, Armazenamento e Distribuição de Insumos para a Saúde	95
Diretriz X – Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria do Acesso dos Usuários, dos Serviços e sobre o Sistema de Saúde.....	96
Diretriz XI – Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde.....	98
Diretriz XII – Garantia e Gestão do Financiamento do SUS.	100
Diretriz XIII - Gestão Interfederativa do SUS, com Planejamento Ascendente e Integrado, Participação e Controle Social.....	102
Diretriz XIV – Ciência, Tecnologia, Produção e Inovação em Saúde como Referencial de Sustentação no Âmbito do SUS.....	105
EIXO DE ATUAÇÃO: GESTÃO PÚBLICA DEMOCRÁTICA E PARTICIPATIVA	107
Diretriz XV – Otimização dos Processos de Gestão da SESAU	107
Diretriz XVI – Inovação dos Recursos Tecnológicos de Informática e Informação para Área da Saúde	109
MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO	111
REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA	114
ANEXO I – ORÇAMENTO	117
ANEXO II – RELAÇÃO DOS PARTICIPANTES DAS OFICINAS DE ELABORAÇÃO DO PES.....	119

Apresentação

APRESENTAÇÃO

O Plano Estadual de Saúde (PES), proposto para o quadriênio 2016-2019, explicita os compromissos do governo para a saúde dos alagoanos e reflete, a partir da análise situacional e do perfil epidemiológico, as necessidades de saúde da população do Estado de Alagoas.

Sua construção se deu de forma ascendente e participativa a partir das discussões nas áreas técnicas, com base na análise dos problemas e necessidades de saúde da população, os quais foram apresentados nos Planos Municipais de Saúde (PMS 2014-2017) dos 102 municípios e nas oficinas de Planejamento Integrado Regional, alicerçado na Política Nacional de Planejamento do Sistema Único de Saúde, nas propostas da VIII Conferência Estadual de Saúde e no Plano Plurianual - PPA 2016-2019.

A atual realidade do estado aponta vários desafios para a política de saúde, tornando-se necessário para o enfrentamento dos problemas prioritários a criação de ferramenta adequada à sua superação. Nesse sentido, a estratégia do governo é oferecer saúde com qualidade para todos, com a implantação de um modelo de gestão pública democrática e participativa, promovendo o desenvolvimento humano e social.

Este documento foi elaborado coletivamente e traz em sua formulação dois eixos, dezesseis diretrizes, 181 metas e impacto financeiro de mais de 2,4 bilhões de reais, representando as intenções do setor Saúde em dar resposta aos principais anseios da população quanto ao atendimento de suas necessidades, bem como na promoção de melhorias na atenção, gestão e participação social.

A SESAU tem como missão: “Formular, Coordenar, Controlar e Implementar as Políticas e Diretrizes para a Saúde do Estado de Alagoas”, consagrada nos princípios da Universalidade, Equidade e Integralidade da atenção à saúde da população Alagoana.

As ações elencadas neste documento têm o firme propósito de oferecer uma saúde mais humanizada e resolutiva, contribuindo para melhorias das condições de vida da população alagoana.

Rozangela Maria de Almeida Fernandes Wyszomirska

Secretária de Estado da Saúde de Alagoas

Introdução

INTRODUÇÃO

O Plano Estadual de Saúde (PES) 2016-2019 expõe as intenções e resultados a serem alcançados pela Secretaria de Estado da Saúde de Alagoas (SESAU/AL), com objetivos claros, diretrizes, metas e indicadores, traçados com base na Análise Situacional de Saúde do Estado e na atual política de governo.

De acordo com o Manual de Planejamento no SUS, 2015 é o PES que norteia a elaboração do planejamento e orçamento do governo no tocante à saúde, bem como consolida as políticas e compromissos de saúde na esfera de governo estadual.

O processo de edificação do PES iniciou com a apresentação pela Superintendência de Planejamento, Gestão e Participação Social (SUPLAG) da proposta metodológica para discussão e elaboração, visando definir o cronograma de construção do presente documento. Sua elaboração se deu de forma ascendente, participativa e descentralizada, através de oficinas de planejamento estratégico com as áreas técnicas da SESAU, Universidade Estadual de Ciências da Saúde (UNCISAL), com a colaboração dos profissionais e gestores municipais das duas macrorregiões de saúde e Conselho Estadual de Saúde (CES). O ponto de partida para a construção foi à análise e identificação de prioridades nos problemas e necessidades de saúde extraídos dos Planos Municipais de Saúde (PMS) 2014-2017, das oficinas de elaboração do PPA 2016-2019 realizadas nas regiões administrativas do estado de Alagoas, da Análise Situacional da Saúde do Estado (2014), do resultado das oficinas regionais de planejamento integrado e das avaliações do PES e PPA dos anos 2012-2015.

O Plano Estadual de Saúde 2016-2019, enquanto instrumento de planejamento, configura-se como base para a execução, o acompanhamento, a avaliação da gestão do sistema de saúde e contempla todas as áreas da atenção à saúde, de modo a garantir a integralidade dessa atenção, buscando nortear as políticas de saúde e contemplando as ações frente às demandas sanitárias e epidemiológicas da população de Alagoas. Sendo assim, se insere no plano estratégico de desenvolvimento do estado que tem como fundamento principal a visão de que o “desenvolvimento desconcentrado com transformação social” é a melhor forma de assegurar um desenvolvimento equilibrado de suas regiões com distribuição de renda e melhoria da qualidade de vida dos alagoanos.

O setor saúde está diretamente inserido em duas dimensões estratégicas dos eixos estruturantes do governo: Saúde com Qualidade para Todos e Expansão dos Serviços e Gestão Pública Democrática e Participativa, a título de nortear as ações a serem desenvolvidas, onde os eixos de atuação, diretrizes e metas do PES 2016-2019 encontram-se compatíveis com o PPA 2016-2019, por meio da indicação das ações orçamentárias, o que confere viabilidade ao alcance dos resultados desse instrumento de planejamento.

Nessa perspectiva, o PES 2016-2019 está estruturado em consonância com a Portaria nº 2.135/2013, composta de dois eixos de atuação e dezesseis diretrizes:

EIXO DE ATUAÇÃO: SAÚDE COM QUALIDADE PARA TODOS E EXPANSÃO DOS SERVIÇOS

Diretrizes:

- I – Atenção Primária à Saúde como Ordenadora da Atenção à Saúde;
- II – Integração das Ações e Serviços de Saúde nas Redes de Atenção à Saúde (RAS);
- III – Integração das Ações e Serviços de Saúde na Rede Materno-Infantil;
- IV – Uso da Epidemiologia para Conhecimento e Análise da Situação de Saúde e para o Estabelecimento de Prioridades;
- V – Integração das Ações e Serviços de Vigilância e Atenção à Saúde para Reversão de Indicadores Inaceitáveis que impactam a saúde da população;
- VI – Atenção Integral à Saúde das Populações por Ciclo de Vida e Gênero;
- VII – Atenção Integral à Saúde nas Políticas Transversais;
- VIII – Ampliação do Acesso e Aperfeiçoamento da Assistência Especializada;
- IX – Qualificação da Assistência Farmacêutica, Gestão da Logística de Aquisição, Armazenamento e Distribuição de Insumos para a Saúde;
- X – Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria do Acesso dos Usuários, dos Serviços e sobre o Sistema de Saúde;
- XI – Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde;
- XII – Garantia e Gestão do Financiamento do SUS;

XIII – Gestão Interfederativa do SUS, com Planejamento Ascendente e Integrado, Participação e Controle Social;

XIV – Ciência, Tecnologia, Produção e Inovação em Saúde como Referencial de Sustentação no Âmbito do SUS.

EIXO DE ATUAÇÃO: GESTÃO PÚBLICA DEMOCRÁTICA E PARTICIPATIVA

Diretrizes:

XV – Otimização dos Processos de Gestão da SESAU;

XVI – Inovação dos Recursos Tecnológicos de Informática e Informação para Área da Saúde.

Análise da Situação de Saúde

ANÁLISE DA SITUAÇÃO DE SAÚDE

CONDIÇÕES SOCIOECONÔMICAS E DEMOGRÁFICAS

Localizado na Região Nordeste do Brasil, o Estado de Alagoas ocupa uma área de 27.848,003 Km², limitando-se ao Norte e Noroeste com o Estado de Pernambuco, ao Sul com o Estado de Sergipe, a Sudoeste com o Estado da Bahia e ao Leste com o Oceano Atlântico. É formado por 102 Municípios, cuja capital é Maceió, e segundo o Plano Diretor de Regionalização da Saúde (PDR, 2011), está dividido em dez Regiões de Saúde (RS) e em duas Macrorregiões de Saúde.

Segundo projeção realizada pelo IBGE para 2015, Alagoas possui uma população estimada em 3.340.932 habitantes, o que corresponde a 1,6% da população do Brasil. Dentre as Regiões de Saúde com maior proporção populacional residente estão a 1ª RS (38,0%) e a 7ª RS (15,8%) (Tabela 01). Quando observados os municípios mais populosos, destacam-se Maceió (1.013.773 hab.), Arapiraca (231.053 hab.), Rio Largo (75.645 hab.), Palmeira dos Índios (73.878 hab.) e União dos Palmares (66.017 hab.).

Tabela 01 – População residente em Alagoas, segundo Região de Saúde, 2015.

Localidade	População	%
Alagoas	3.340.932	---
1ª RS	1.269.809	38,0
2ª RS	166.048	5,0
3ª RS	225.544	6,8
4ª RS	145.645	4,4
5ª RS	238.271	7,1
6ª RS	207.145	6,2
7ª RS	529.521	15,8
8ª RS	159.037	4,8
9ª RS	238.421	7,1
10ª RS	161.491	4,8

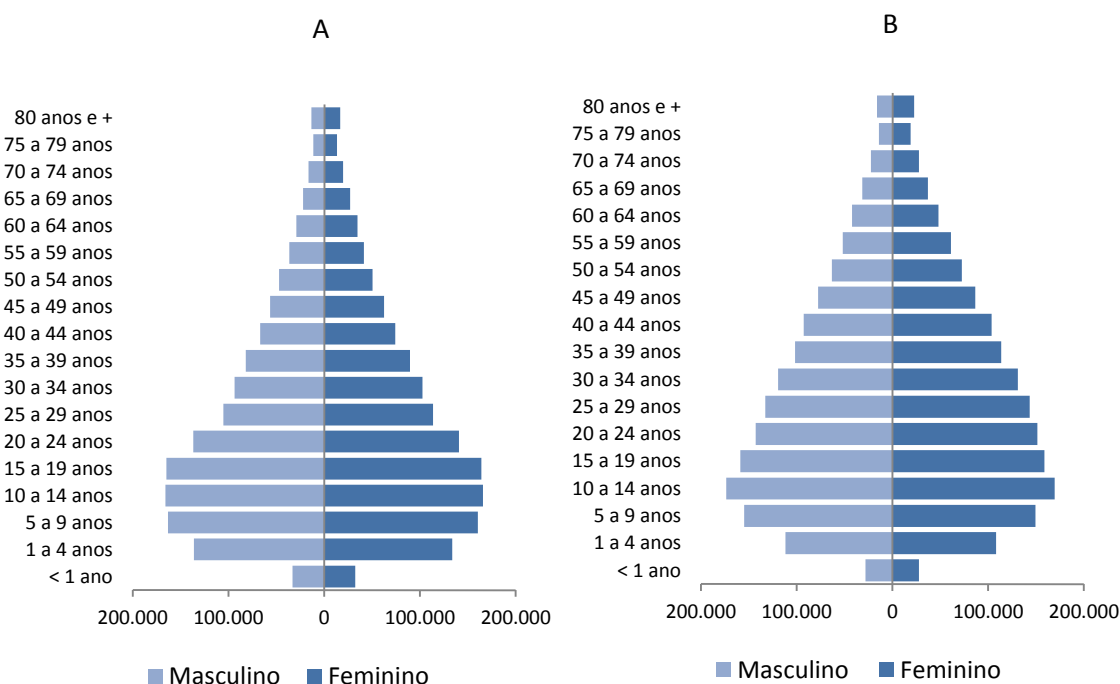
Fonte: DATASUS/IBGE – Estimativa populacional para 2015.

A análise da estrutura etária da população comparada por meio de pirâmides, com dados do censo do IBGE de 2000 e projeção para 2012 (Figura 01-A e 01-B, respectivamente) evidencia um leve crescimento da população com idades a partir dos 60 anos (a proporção de idosos em Alagoas aumentou, neste período, de 7,2 para 8,9%). Vale destacar que esse ganho de idosos na população é equivalente a um acréscimo de cerca de 4.600 idosos anualmente. Também pode ser observado um discreto aumento na população de 20 a 29 anos (17,6% para 18,0%), enquanto que é possível observar uma redução da população em 2012 para as

seguintes faixas etárias: <1 ano; 1 a 4 anos; 5 a 9 anos; 10 a 14 anos; e 15 a 19 anos. A maior proporção de pessoas encontra-se na faixa etária de 10 a 14 anos, em ambos os sexos (Figura 01-B).

As pirâmides evidenciam um aumento nos índices de envelhecimento da população e uma redução nas taxas de fecundidade. O processo de envelhecimento pode ser decorrente da elevação dos graus de urbanização e desenvolvimento econômico e humano do Estado. As taxas de natalidade, por sua vez, tendem a cair em função do aumento do planejamento familiar, de uma maior inserção da mulher no mercado de trabalho, além de ainda possuímos taxas elevadas de mortalidade infantil. Porém, é importante questionar se está havendo como fator contribuinte para a redução da natalidade uma maior carga de problemas de infertilidade, considerando o atual perfil da população incluindo hábitos e estilos de vida.

Figura 01 – Pirâmides etárias da população de Alagoas, 2000 (A) e 2012 (B).



Fonte: DATASUS/IBGE – Censo 2000 e Estimativa Populacional para 2012.

A maior parte da população é composta por mulheres, cuja esperança de vida ao nascer é 10 anos maior que a observada para os homens, reflexo da maior mortalidade entre a população masculina, principalmente decorrente de causas externas. A população masculina é maior que a feminina apenas na 2ª RS, possuindo uma maior razão de sexos

(100,3), enquanto que a 1ª RS possui a menor razão (89,6), ou seja, possui menos de 90 homens para cada 100 mulheres (Tabela 02).

Tabela 02 – População residente em Alagoas por Região de Saúde, segundo distribuição por sexos e razão, 2012.

LOCALIDADE	MASCULINO		FEMININO		RAZÃO DE SEXOS
	Nº	%	Nº	%	
ALAGOAS	1.533.348	48	1.632.124	52	93,9
1ª RS	564.214	47	629.766	53	89,6
2ª RS	78.884	50	78.636	50	100,3
3ª RS	107.059	50	108.597	50	98,6
4ª RS	69.415	50	70.548	50	98,4
5ª RS	110.335	49	114.258	51	96,6
6ª RS	97.551	49	99.802	51	97,7
7ª RS	244.347	49	257.580	51	94,9
8ª RS	73.921	48	79.110	52	93,4
9ª RS	112.338	49	115.690	51	97,1
10ª RS	75.284	49	78.137	51	96,3

Fonte: DATASUS/IBGE – Estimativa Populacional para 2012.

A taxa de fecundidade consiste em uma estimativa do número médio de filhos que uma mulher tem ao longo da vida. Nesse sentido, esse indicador expressa a condição reprodutiva média das mulheres de um determinado local, sendo um dado importante para a análise da dinâmica demográfica. O estado de Alagoas, em 2012, apresenta uma taxa de fecundidade de 1,82 filho/mulher, estando abaixo do limiar de reposição da população, que é acima de 2,1 filhos/mulher. Analisando regionalmente, verifica-se que apenas no Sertão (9ª e 10ª RS) as taxas de fecundidade ainda são suficientes para promover a reposição populacional (2,16 e 2,10 filhos/mulher, respectivamente). A redução da taxa de fecundidade pode ser consequência de vários fatores, tais como projetos de educação sexual, planejamento familiar, utilização de métodos contraceptivos, maior participação da mulher no mercado de trabalho, entre outros.

Para avaliar e medir o grau de concentração de renda em determinado grupo e apontar as diferenças entre os rendimentos dos mais pobres e dos mais ricos, utiliza-se o índice de Gini. De acordo com o último censo do IBGE, realizado em 2010, Alagoas apresenta um índice de 0,634, o que representa uma alta concentração de renda. É importante destacar que, em relação ao Censo de 2000, o índice apresentou variação negativa de 7,58%, ou seja, houve uma maior distribuição de renda no período.

Para melhorar a qualidade de vida da população, garantir melhores condições de saúde, evitando contaminações e proliferação de doenças e, ao mesmo tempo, garantir um meio ambiente equilibrado e sustentável, deve-se adotar medidas para ampliação e melhoria do saneamento ambiental, especialmente do saneamento básico. Nesse sentido, verifica-se que há boa cobertura de domicílios atendidos por energia elétrica (98,9%) e por coleta de lixo (79,8%), entretanto, é importante demonstrar que cerca de $\frac{1}{3}$ dos domicílios não possuem abastecimento de água da rede pública, o que por si só já pressupõe maior possibilidade de gastroenterites infecciosas, sendo tal cobertura menor na 2ª RS (Tabela 03). Em relação ao destino dos dejetos, apenas $\frac{1}{3}$ dos domicílios é atendido pela rede geral de esgoto ou possui fossa séptica, sendo o componente 'esgotamento sanitário' o de maior preocupação. A tabela 03 demonstra ainda que praticamente a metade dos domicílios possui fossa rudimentar, o que complica a situação, pois os lençóis freáticos podem estar contaminados, potencializando a ocorrência de doenças de transmissão hídrica.

A maioria dos municípios alagoanos (n=58) é enquadrada como municípios de 'extrema pobreza', de acordo com o 'Plano Brasil Sem Miséria', sendo a imensa maioria pertencente à 2ª Macrorregião de Saúde (Figura 02). Entretanto, 12 municípios possuem população vivendo nos chamados 'aglomerados subnormais', que são favelas com, no mínimo, 51 unidades habitacionais. A identificação de tais aglomerados atende aos seguintes critérios: possuir urbanização fora dos padrões vigentes (refletido por vias de circulação estreitas e de alinhamento irregular, lotes de tamanhos e formas desiguais e construções não regularizadas por órgãos públicos) ou precariedade na oferta de serviços públicos essenciais (abastecimento de água, esgotamento sanitário, coleta de lixo e fornecimento de energia elétrica). Esses aglomerados possuem uma parte da população considerada de extrema miséria.

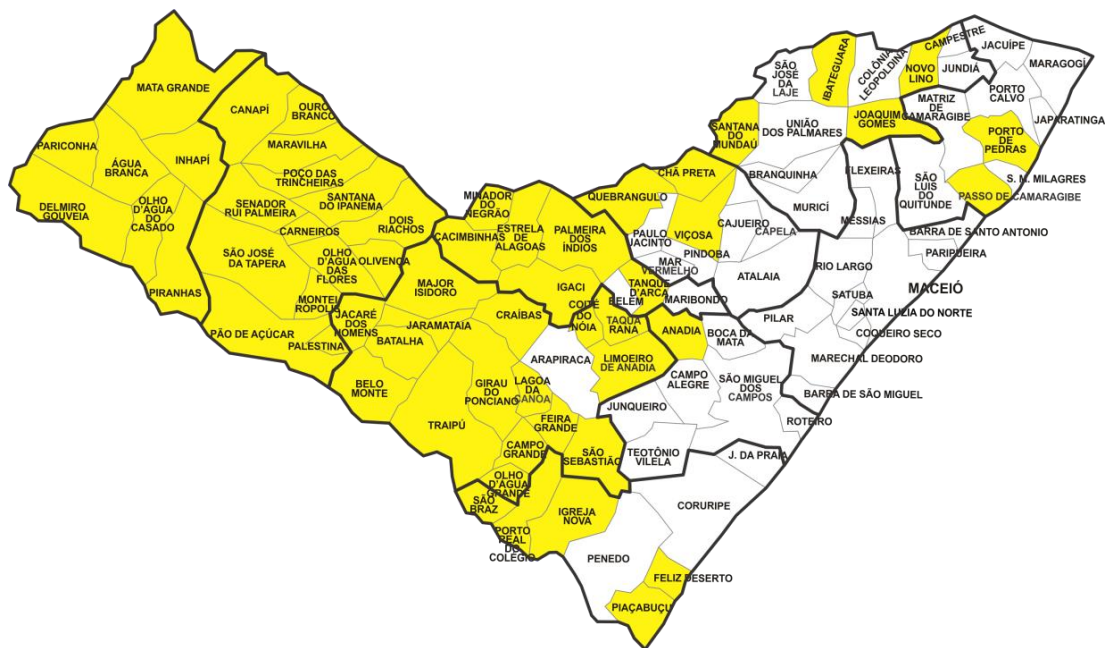
Ao avaliar a população que vive nos domicílios em situação de aglomerado subnormal, segundo rendimento nominal mensal, observa-se que no Brasil e no Nordeste o maior percentual desse segmento populacional possui uma renda mensal entre $\frac{1}{2}$ a 1 salário mínimo, enquanto em Alagoas, a renda está situada entre $\frac{1}{4}$ e $\frac{1}{2}$ salário mínimo (Figura 03), destacando-se negativamente, São Luís do Quitunde, com a maior parte dessa população vivendo com menos de $\frac{1}{4}$ do salário mínimo (Tabela 04).

Tabela 03 – Percentual de domicílios segundo condições de moradia e saneamento. Alagoas, 2010.

Localidade	Abastecimento de Água da Rede Pública	Energia Elétrica	Coleta de Lixo	DESTINO DOS DEJETOS HUMANOS		
				Fossa Séptica	Fossa Rudimentar	Rede Geral de Esgoto ou Pluvial
Alagoas	68,6	98,9	79,8	10,9	49,8	21,43
1ª RS	75,5	99,7	96,0	17,1	45,6	28,3
2ª RS	52,2	98,2	69,2	8,2	58,6	8,1
3ª RS	66,9	96,4	71,0	4,9	17,6	47,5
4ª RS	70,1	98,3	75,2	5,4	47,3	17,7
5ª RS	73,0	98,9	87,9	7,8	49,6	31,9
6ª RS	82,3	98,4	76,6	11,5	59,8	11,2
7ª RS	59,8	98,7	65,9	7,2	65,6	5,9
8ª RS	55,8	98,7	58,3	4,7	56,2	9,5
9ª RS	54,8	98,2	56,8	4,2	63,1	1,8
10ª RS	66,6	97,0	63,3	5,7	31,6	36,0

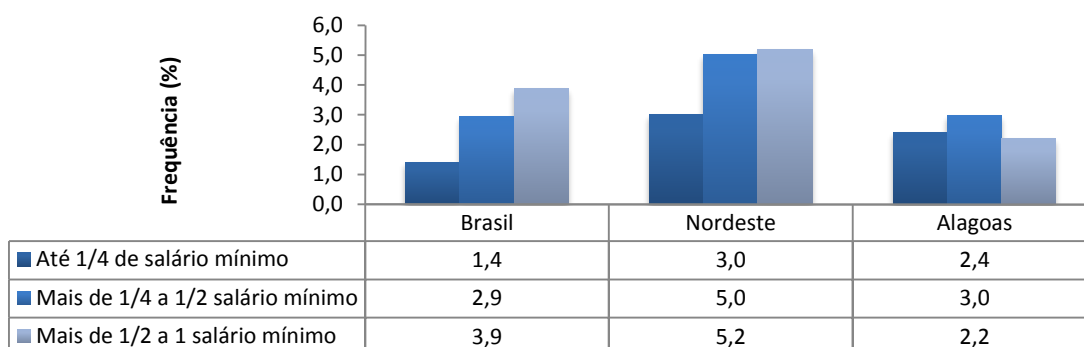
Fonte: IBGE – Censo 2010.

Figura 02 – Municípios da extrema pobreza, segundo o Plano Brasil Sem Miséria.



Fonte: MS/Qualifar-SUS.

Figura 03 – Domicílios particulares permanentes, por classes de rendimento nominal mensal domiciliar *per capita* nos Aglomerados subnormais. Brasil, Nordeste e Alagoas. 2010.



Fonte: IBGE – Censo 2010.

Tabela 04 – Domicílios particulares permanentes, por classes de rendimento nominal mensal domiciliar *per capita* e a situação do domicílio (aglomerados subnormais). Alagoas. 2010.

Localidade	CLASSES DE RENDIMENTO NOMINAL MENSAL DOMICILIAR PER CAPITA		
	Até ¼ de Salário Mínimo	Mais de ¼ a ½ Salário Mínimo	Mais de ½ a 1 Salário Mínimo
Alagoas	2,4	3,0	2,2
Arapiraca	0,2	0,1	0,0
Barra de Santo Antônio	3,1	1,4	0,8
Japaratinga	3,7	2,3	0,6
Maceió	2,9	4,0	3,0
Maragogi	1,6	1,5	0,8
Marechal Deodoro	1,1	0,5	0,3
Murici	2,6	1,3	0,4
Novo Lino	1,2	0,3	0,3
Paripueira	2,5	2,1	1,1
Rio Largo	1,6	1,9	1,1
São Luís do Quitunde	5,0	2,9	1,1
Satuba	2,3	1,1	0,5

Fonte: IBGE – Censo 2010.

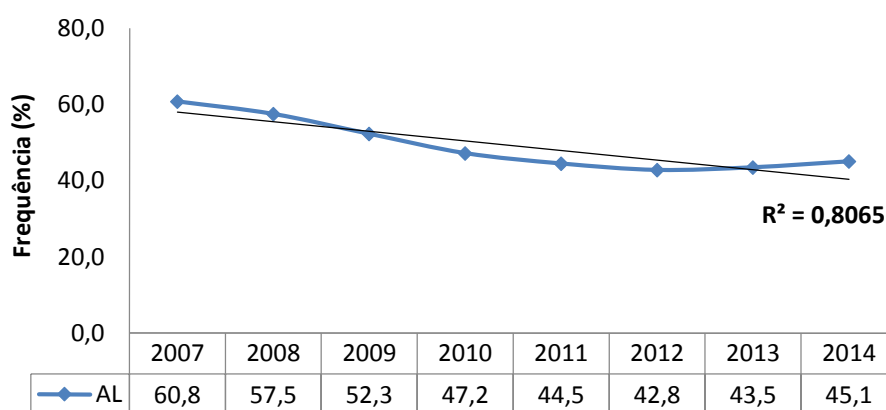
NATALIDADE

O número de nascimentos ocorridos em Alagoas no ano de 2014 refletiu na menor taxa de natalidade (TN) dos últimos oito anos, contribuindo para uma forte tendência de declínio ($R^2=0,975$). Ao comparar o valor da TN observada em 2007 (18,9 nascidos vivos (NV)/1.000 hab.) com a última (2014 = 15,6 NV/1.000 hab.), verifica-se uma redução de 21,16%.

Ao analisar as taxas segundo Regiões de Saúde, verifica-se em 2014, que a 5ª RS apresentou a menor taxa (14,3 NV/1.000 hab.), enquanto que a 3ª RS e a 9ª RS registraram igualmente os maiores índices (16,5 NV/1.000 hab.).

Ao analisar, no período de 2007 a 2014, os nascimentos ocorridos segundo tipo de parto, observa-se uma forte tendência de queda na ocorrência de partos vaginais ($R^2=0,8065$) em detrimento dos partos cesarianos (Figura 04), entretanto já se percebe uma discreta reversão a partir de 2013. Além disso, o resultado observado em 2014 foi o maior dos últimos quatro anos.

Figura 04 – Proporção de nascidos vivos por parto normal de mães residentes em Alagoas, 2007 a 2014.



Fonte: SINASC/GIANS/SUVISA/SESAU. Dados sujeitos a alterações.

A ocorrência de partos vaginais nas Regiões de Saúde segue a mesma tendência de queda observada para o Estado. A 9ª RS merece atenção por apresentar a maior redução na realização de parto vaginal ($R^2=0,982$). Em 2014, a 1ª, 2ª, 4ª e 5ª RS apresentaram as maiores proporções de partos vaginais dos últimos cinco anos, o que certamente foi responsável pelo resultado do Estado.

Em 2014, 25,4% dos nascimentos ocorridos em Alagoas foram de mães com faixa etária de 10 a 19 anos. No estado, a proporção de mães adolescentes vem apresentando tendência de aumento, diferente do Nordeste e do Brasil, que no período de 2007 a 2013 apresentaram tendência significativa de queda ($R^2=0,690$ e $R^2=0,798$, respectivamente). A gravidez na adolescência pode ocasionar alguns problemas para a mãe e o bebê, como hipertensão, anemia, disparidade no tamanho do feto e da bacia da mãe, risco de prematuridade e baixo peso ao nascer. A maternidade nessa faixa etária pode interferir no crescimento tanto pessoal quanto profissional das adolescentes, além de estar relacionada à adesão ao pré-natal.

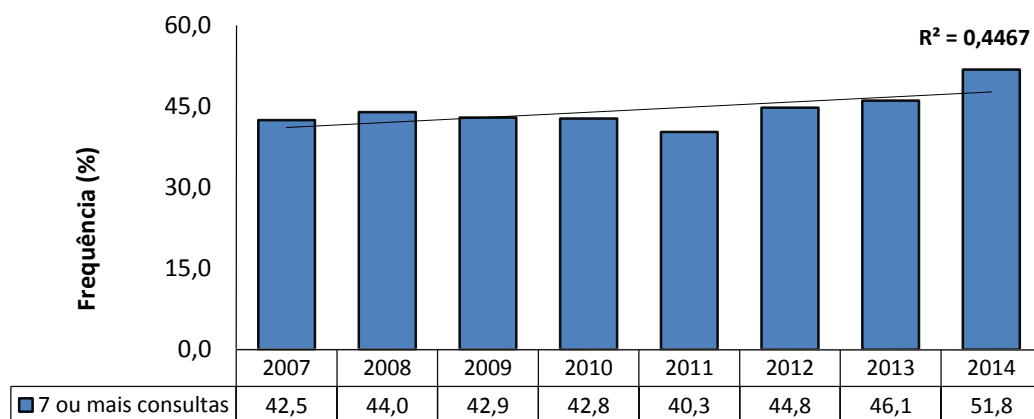
Ao avaliar o percentual de NV segundo o número de consultas de pré-natal no ano de 2014, verifica-se que 3,7% das mães não foram submetidas a qualquer consulta. Quando

considerado o período de 2007 a 2014 essa ausência no pré-natal é considerada em ascensão ($R^2=0,5379$), o que sinaliza para um grande problema, a despeito de diversas estratégias adotadas articulando o modelo Saúde da Família, a Rede Cegonha e os compromissos para a redução da mortalidade materno-infantil.

Dos últimos oito anos, apenas em 2014 a maioria dos nascidos vivos (51,8%) era constituída por filhos de mães submetidas a, no mínimo, sete consultas de pré-natal, sendo observado discreto crescimento ao longo do tempo (Figura 05). Esse indicador permite a análise das condições de acesso e qualidade da assistência pré-natal, em associação com outros indicadores, tais como a mortalidade materna e infantil.

É importante ressaltar que existem diversas limitações para definir esses valores como indicadores da real situação do acompanhamento pré-natal, pois há possibilidade de equívoco da gestante ao informar o número de consultas no momento da captação desse dado, que ocorre durante a assistência ao parto; são desconsideradas, por restrição da fonte de dados, as consultas de pré-natal relativas a gestações que deram origem a natimortos e abortos; a ocorrência de partos gemelares resulta em contagem cumulativa de mulheres; a representatividade populacional do indicador pode estar comprometida nas áreas que apresentam insuficiente cobertura do sistema de informação sobre nascidos vivos e a possibilidade de nascidos vivos que morrem logo após o nascimento serem declarados como natimortos, subenumerando o total de nascidos vivos.

Figura 05 – Cobertura de Consultas de pré-natal* de nascidos vivos de mães residentes em Alagoas, 2007 a 2014.



Fonte: SINASC/GIANS/SUVISA/SESAU. Dados sujeitos a alterações.

Dos nascidos vivos, 0,5% possui alguma anomalia congênita, com a 2ª RS apresentando a maior proporção (1,2%) e a 8ª RS com a menor (0,1%). A taxa de incidência de anomalias congênitas é de 5,0/1.000 NV e vem se mantendo nesse patamar ao longo do tempo.

As anomalias congênitas passíveis de detecção no momento do nascimento passaram a ser registradas na Declaração de Nascido Vivo em 1999. Quando devidamente preenchida, permite identificar e medir a frequência e a natureza desses casos, elaborar indicadores demográficos e de saúde, desenvolver sistemas de vigilância, estabelecer políticas de saúde, entre outros.

Ao estratificar os nascidos vivos por tipo de anomalia congênita, segundo a CID-10, observa-se que ao longo do período avaliado houve decréscimo na proporção de Malformações congênitas não especificadas (Q89) o que demonstra melhoria na classificação e registro dessas anomalias (Tabela 05).

Do momento do nascimento a até 24 horas depois, quando o bebê ainda se encontra na maternidade, a busca ativa de possíveis casos de anomalia congênita é primordial, destacando-se para tanto, aspectos do exame físico que merecem ser contemplados como antropometria, semiologia, manobras de rotina específicas do período neonatal, além de outras etapas e manobras propedêuticas em casos duvidosos.

Há aumento no registro de malformações do aparelho urinário (Q60-Q64) e no de fenda labial e fenda palatina (Q35-Q37), no entanto, o percentual das demais malformações congênitas da língua, da boca e da faringe (Q38) tem tendência de redução ($R^2=0,596$), aliada às Outras anomalias congênitas, não classificadas em outra parte (Q89) ($R^2=0,6492$) e à Síndrome de Down ($R^2=0,5287$)

Tabela 05 – Proporção de nascidos vivos com anomalias congênicas, segundo causas (CID-10), 2007 a 2014.

ANOMALIA CONGÊNITA (CID-10)	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Anencefalia e malformações similares (Q00)	2,70	1,12	1,80	2,21	1,83	2,94	3,21	2,31
Encefalocele (Q01)	1,16	2,97	1,08	0,63	1,53	0,74	1,07	1,92
Microcefalia (Q02)	1,54	0,74	0,36	0,95	2,14	0,74	1,07	0,77
Hidrocefalia congênita (Q03)	5,79	4,83	2,88	3,15	6,12	6,62	3,93	6,15
Espinha bífida (Q05)	1,16	1,12	3,96	2,84	3,36	3,68	2,50	2,69
Malform. cong. do Ap. Circulat. (Q20-Q28)	1,16	1,12	1,08	3,47	1,22	1,84	0,71	0,77
Malform. cong. do Ap. Respirat. (Q30-Q34)	0,77	0,37	1,08	0,32	0,92	0,00	0,71	0,38
Fenda labial e fenda palatina (Q35-Q37)	4,25	2,60	5,04	3,79	5,81	6,62	5,36	10,38
Outras malf. cong. da língua, boca e faringe (Q38)	3,86	3,72	2,88	3,47	1,53	0,74	1,07	2,31
Hipospádias (Q54)	3,09	5,95	5,40	8,20	6,12	5,15	6,79	3,85
Sexo indeterminado e pseudo-hermafroditismo (Q56)	1,54	0,74	1,44	2,84	2,14	1,10	1,07	0,38
Malform. cong. do Ap. Urinário (Q60-Q64)	0,39	0,74	1,08	0,63	1,22	1,84	2,14	1,92
Deformidades congênicas do pé (Q66)	16,60	13,38	12,23	16,09	13,76	12,50	14,29	15,77
Polidactilia (Q69)	17,37	18,22	15,47	19,24	17,13	16,18	23,21	20,38
Malf. cong. do Sist. Osteomuscular, NCOP (Q79)	2,32	3,72	4,68	3,15	3,36	4,41	4,64	1,54
Outras malformações congênicas, NCOP (Q89)	10,04	14,50	7,19	4,42	4,28	4,78	4,64	2,69
Síndrome de Down (Q90)	6,95	3,72	6,12	3,15	4,28	4,04	3,57	2,31
Outras Anomalias	19,31	20,45	26,26	21,45	23,24	26,10	20,00	23,46

Fonte: SINASC/GIANS/SUVISA/SESAU. Dados sujeitos a alterações.

A frequência de crianças com Microcefalia é extremamente baixa, com uma média de 3 casos ao ano. Esse padrão de ocorrência sofreu alteração significativa no ano de 2015, quando foram notificados 135 casos de microcefalia, sendo 129 em recém-nascidos e 6 intrauterinos. Tal fato guarda relação com a infecção pelo vírus Zika durante a gestação, cujas evidências clínicas, laboratoriais e epidemiológicas apontam para a ultrapassagem do vírus pela barreira placentária.

Tal situação evidencia o caráter emergencial a ser enfrentado, relacionado a vários aspectos como combate ao vetor (*Aedes aegypti*), captação precoce da gestante, realização de consultas de pré-natal em quantidade e qualidade ótimas, melhoria do acesso a exames complementares, além de adequada referência assistencial nos casos de anomalias congênicas.

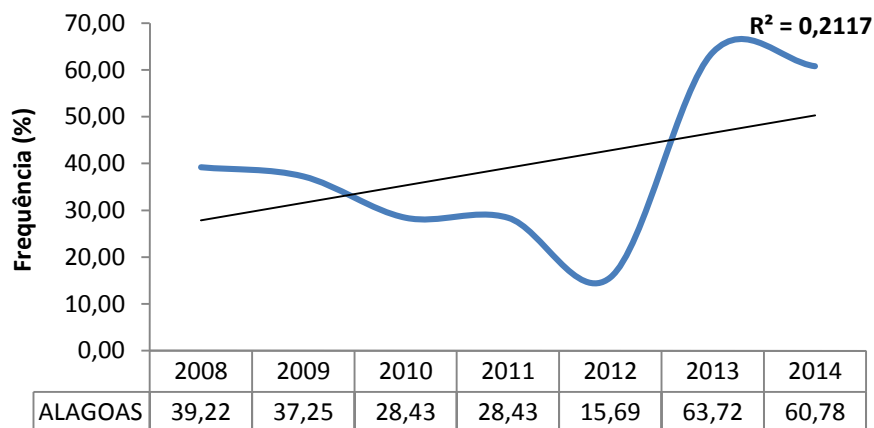
MORBIDADE POR DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS

Dengue, Zika Vírus e Febre Chikungunya

A despeito da necessidade de realização anual de seis ciclos de visitas domiciliares, cobrindo minimamente 80% dos imóveis, em 2014 apenas 22 municípios realizaram todos os ciclos a contento, enquanto que outros 62 municípios alcançaram minimamente quatro ciclos com cobertura ideal. Tal situação contribui sobremaneira para a manutenção da infestação

vetorial e, conseqüentemente, para a manutenção da circulação viral de todos os vírus transmitidos pelo *Aedes aegypti*, especialmente os Dengue, Zika e Chikungunya, e não é observada tendência de melhora (Figura 06).

Figura 06 – Proporção de municípios com pelo menos 4 ciclos de visitas domiciliares para controle da dengue com 80% ou mais de cobertura. Alagoas, 2008 a 2014.



Fonte: SISFAD/GIANS/SUVISA/SESAU. Dados sujeitos a alterações.

Dados preliminares de 2015 evidenciam que foram registrados 29.051 casos suspeitos de dengue, tendo sido confirmados 16.726 (57,6%), dos quais 18 evoluíram para formas graves da doença e 04 foram a óbito. Laboratorialmente, houve confirmação de apenas 12% dos casos. Ressalte-se que 26,6% dos casos notificados ainda não foram encerrados, demonstrando a fragilidade das ações de vigilância, especialmente em relação à oportunidade para o desencadeamento de tais ações.

A circulação do vírus Chikungunya em Alagoas foi comprovada desde outubro/2015, no município de Major Isidoro, onde foram diagnosticados 12 casos confirmados laboratorialmente. Até o presente, são 49 casos entre alagoanos distribuídos em 04 municípios: Arapiraca (01); Maceió (02); Batalha (03); e Major Isidoro (43), sendo este último o maior foco de transmissão comprovado no Estado.

Já a circulação do vírus Zika foi confirmada em amostras de 32 pacientes oriundos de 12 municípios: Arapiraca (03); Cacimbinhas (01); Colônia Leopoldina (02); Delmiro Gouveia (02); Maceió (13); Maribondo (01); Mata Grande (03); Matriz de Camaragibe (02); Murici (01); Palmeira dos Índios (01); Santana do Ipanema (01); e São Miguel dos Campos (03). A confirmação laboratorial de tais casos evidencia a maior disseminação no território alagoano.

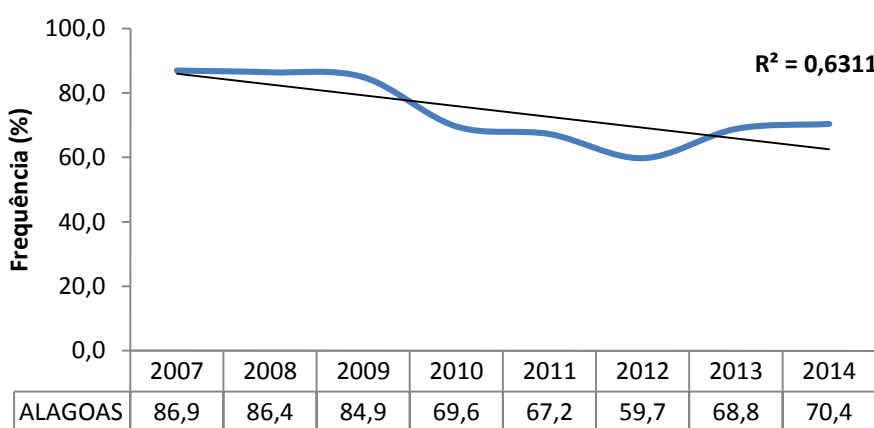
Esquistossomose

Alagoas se destaca negativamente na liderança da prevalência de esquistossomose mansônica, a segunda doença parasitária de maior impacto socioeconômico, atrás apenas da malária. Tal situação é reflexo da baixa cobertura de saneamento, especialmente do componente esgotamento sanitário.

Esse panorama requer, além de outras ações, o diagnóstico e tratamento dos parasitados, a fim de atuar diretamente na cadeia de transmissão. Nesse sentido, observa-se que os municípios endêmicos (n=70) realizaram, em 2014, um total de 161.735 exames, correspondendo a 67,65% do quantitativo mínimo estabelecido para o período. A partir dos exames realizados, a prevalência no Estado é de 6,0%, mas chegando a 9,0% e 8,4% nas 3ª e 4ª RS.

Além da não conformidade em relação ao quantitativo executado de exames, muitas pessoas parasitadas não estão sendo tratadas, chegando a 29,6% (n=2.873). Apesar do aumento na proporção de parasitados tratados em 2014, ao analisar os oito últimos anos, verifica-se uma tendência significativa de redução nos tratamentos realizados (Figura 07).

Figura 07 – Proporção de parasitados por *Schistosoma mansoni* tratados. Alagoas, 2008 a 2014.

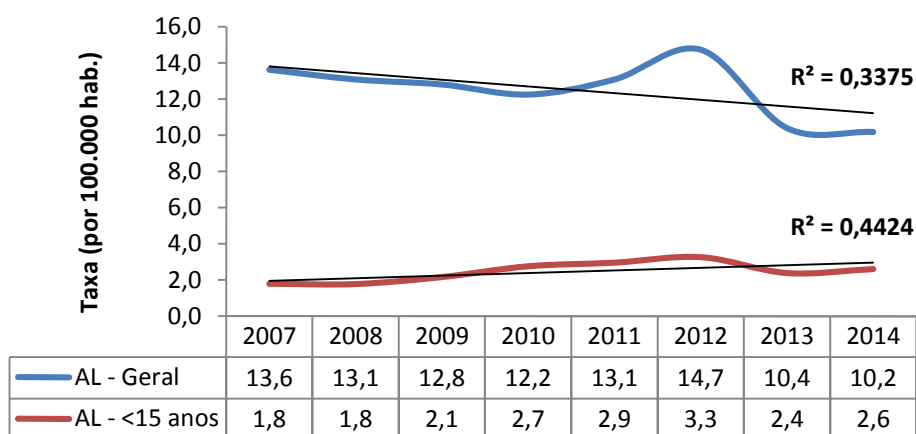


Fonte: SISPC/E/GIANS/SUVISA/SESAU. Dados sujeitos a alterações.

Hanseníase

Alagoas possui uma taxa de detecção de casos novos de hanseníase de 10,2/100.000 hab., sendo considerada alta de acordo com os parâmetros adotados (baixa: menor que 2,00; média: 2,00 a 9,99; alta: 10,00 a 19,99; muito alta: 20,00 a 39,99; e situação hiperendêmica: maior ou igual a 40,00). Analisando os últimos oito anos (2007 a 2014), observa-se uma redução, sem significância, na detecção envolvendo a população geral, porém entre menores de 15 anos de idade já se observa fraca tendência de aumento (Figura 08), demonstrando que há transmissão ativa e em expansão no Estado.

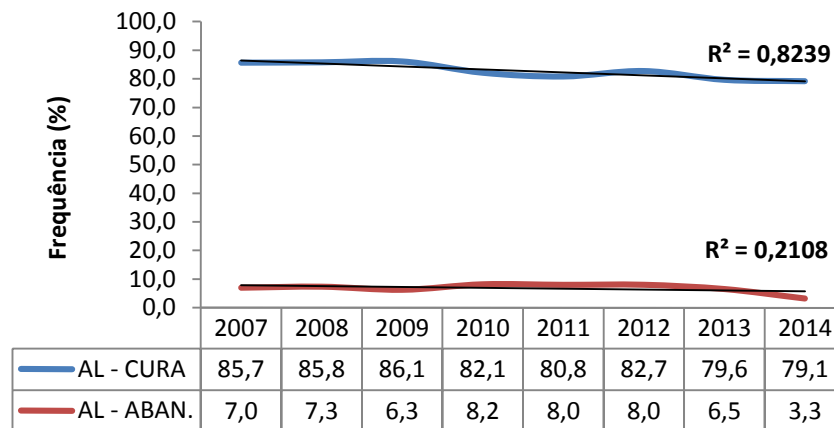
Figura 08 – Tendência temporal das taxas de detecção de hanseníase na população geral e entre menores de 15 anos. Alagoas, 2007 a 2014.



Fonte: SINAN NET/GIANS/SUVISA/SESAU. Dados sujeitos a alterações.

O percentual de cura alcançado em 2014 foi de 79,1%, abaixo do preconizado (90%), com a agravante de não alcançarmos a meta em nenhum ano do período avaliado, refletindo em uma forte tendência de queda na cura da doença ao longo dos anos (Figura 09). Em relação ao abandono não é possível aferir tendência, porém, a baixa proporção de abandono em 2014 pode ser reflexo de casos sem encerramento, mascarando a real situação. Associando os dados de cura ao aumento da detecção em menores de 15 anos, percebe-se que a hanseníase no Estado é de fato uma doença infecciosa preocupante e que merece maior atenção.

Figura 09 – Tendência temporal da cura e do abandono do tratamento entre os casos notificados de hanseníase. Alagoas, 2007 a 2014.



Fonte: SINAN NET/GIANS/SUVISA/SESAU. Dados sujeitos a alterações.

OBS: Casos que deveriam estar encerrados em 2014 (Multibacilar: diagnosticados em 2012; Paucibacilar: diagnosticados em 2013).

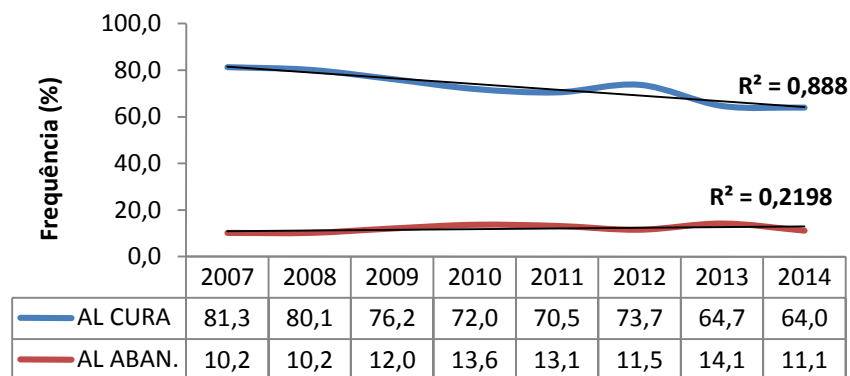
Tuberculose

A taxa de incidência de tuberculose, que foi de 33,2/100.000 hab. em 2014, está em queda e com forte tendência, entretanto se observa uma redução acentuada e persistente na cura dos casos e uma manutenção em patamares elevados para o abandono do tratamento, evidenciando que a incidência está subestimada e que há necessidade urgente de enfrentamento para a identificação e tratamento dos casos.

A cura entre os casos bacilíferos foi de apenas 64,0% em 2014 (Figura 10), bem abaixo do mínimo preconizado que é de 85%, sendo esta a meta mínima necessária para promover a interrupção da transmissão em áreas endêmicas. Por outro lado, a taxa de abandono em 2014 foi de 11,1%, proporção bem acima do máximo aceitável (5%), sendo observadas proporções elevadas em todo o período (Figura 10).

Considerando que o percentual mínimo para a realização de exames entre os contatos intradomiciliares dos casos pulmonares bacilíferos é de 90%, verifica-se a necessidade de empenho por parte das equipes de Atenção Primária, uma vez que não há alcance da meta em nenhum dos anos, demonstrando o negligenciamento em relação à doença e aos potenciais novos casos (Figura 11).

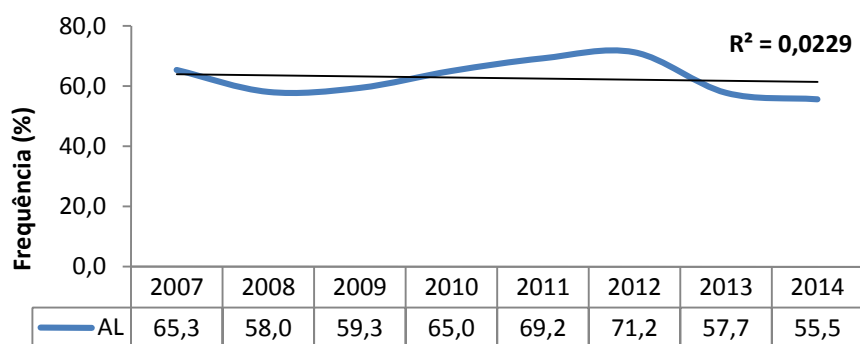
Figura 10 – Tendência temporal da cura e do abandono do tratamento entre os casos de tuberculose pulmonar bacilífera. Alagoas, 2007 a 2014.



Fonte: SINAN NET/GIANS/SUVISA/SESAU. Dados sujeitos a alterações.

OBS: Casos que deveriam estar encerrados em 2014 (Diagnosticados em 2013).

Figura 11 – Tendência temporal da frequência de realização de exames entre os contatos intradomiciliares dos casos de tuberculose pulmonar bacilífera. Alagoas, 2007 a 2014.



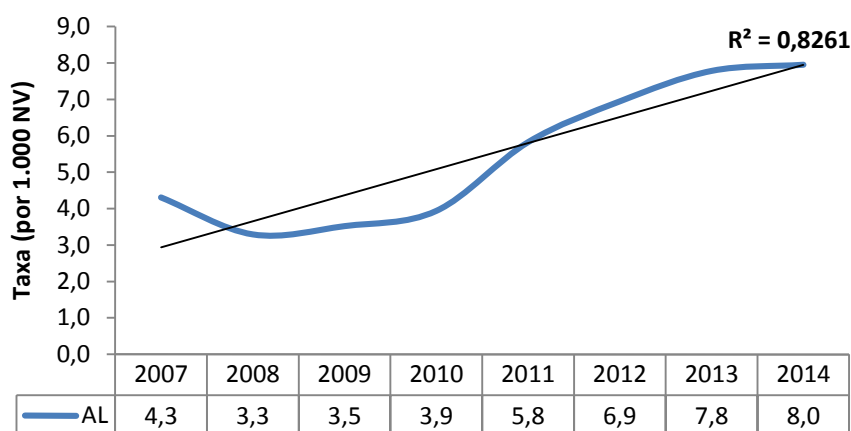
Fonte: SINAN NET/GIANS/SUVISA/SESAU. Dados sujeitos a alterações.

Sífilis congênita

A ocorrência de sífilis congênita dá uma demonstração clara da efetividade da Atenção Primária, principalmente em relação a aspectos como o pré-natal. Ao contrário da situação ideal, a ocorrência da doença é crescente em Alagoas, tendo sido registrados em 2014, 412 casos, representando uma taxa de incidência de 8,0/1.000 NV e com forte tendência de aumento ($R^2=0,8261$) (Figura 12). É importante destacar que a taxa máxima aceitável é de 0,5/1.000 NV.

Outro dado igualmente importante é que no período analisado, em uma média de 70% dos casos as mães foram submetidas ao pré-natal. O resultado de 2014 foi de 77,4% dos casos, evidenciando a má qualidade na assistência prestada às gestantes do Estado.

Figura 12 – Tendência temporal da taxa de incidência de sífilis congênita. Alagoas, 2007 a 2014.



Fonte: SINAN NET/GIANS/SUVISA/SESAU. Dados sujeitos a alterações.

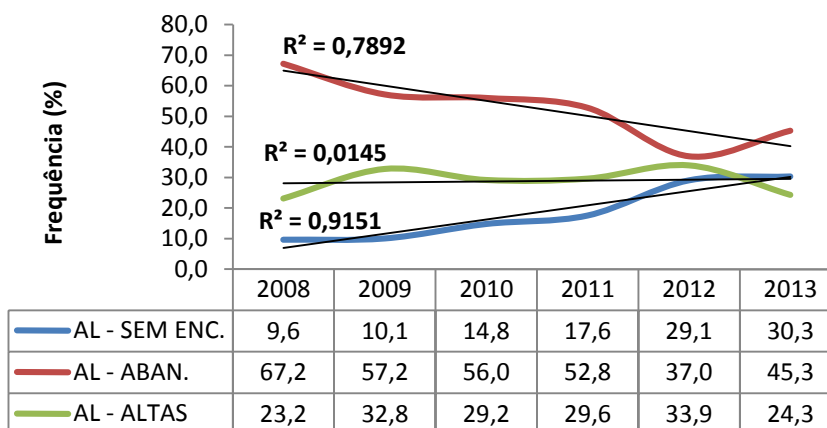
Acidente de trabalho com exposição a material biológico

A notificação de casos envolvendo acidentes de trabalho com exposição à material biológico vem aumentando, tendo sido notificados em 2014, 823 casos. A maioria dos acidentados é constituída por mulheres (74,5%), com idades de 20 a 39 anos (70,5%), trabalhadoras da área de enfermagem (47,8%) ou estudantes (15,3%). A circunstância mais comum é o descarte inadequado de material perfuro-cortante (19,6%).

O percentual de abandono do acompanhamento dos casos, que é da ordem de 45,3%, constitui-se em um dado preocupante, uma vez que evidencia a perda na continuidade da assistência/vigilância de quase metade dos casos notificados. Na série analisada o percentual de casos não encerrados no sistema triplicou, demonstrando o negligenciamento dos casos (Figura 13).

É importante destacar ainda que entre os casos que abandonaram o acompanhamento, que os pacientes-fonte eram portadores do HIV em 62,5% dos casos, portadores do HBV em 66,7% e portadores do HCV em 70,4% dos casos.

Figura 13 – Frequências de abandono, das altas e dos casos sem encerramento, entre os acidentes de trabalho com exposição a material biológico. Alagoas, 2008 a 2013.



Fonte: SINAN NET/GIANS/SUVISA/SESAU. Dados sujeitos a alterações.

Violência doméstica, sexual e outras violências

Entre 2009 e 2014, foram notificados 14.638 casos de violência doméstica, sexual e/ou outras violências. As principais formas de violência foram: violência física (65,2%); violência sexual (5,2%); violência psicológica/moral (4,7%); tortura (0,8%); negligência/abandono (0,6%); trabalho infantil (0,3%); violência financeira (0,2%); e outras violências (20,6%).

As maiores vítimas são mulheres (60,8%), predominantemente adolescentes (15 a 19 anos = 27,7%), e adultas jovens (20 a 29 anos = 25,2%), as quais foram violentadas principalmente em seus domicílios (70,4%) ou na via pública (19,6%).

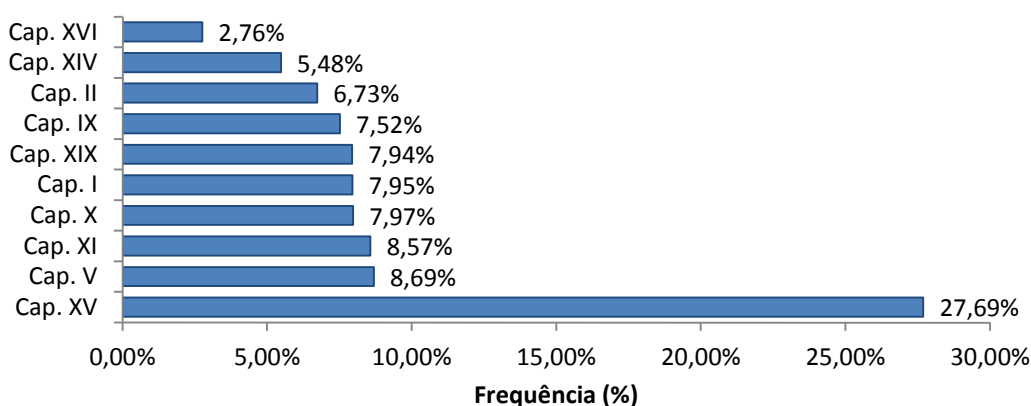
Dos casos de violência sexual, a imensa maioria é constituída por mulheres (94,9%), vítimas de estupro (83,1%) e cuja violência ocorreu mais de uma vez (19,1%). Vale destacar que em 6,9% dos casos, as mulheres eram portadoras de deficiência.

MORBIDADE HOSPITALAR

Considerando as Autorizações de Internação Hospitalar (AIH), de residentes em Alagoas, cujas internações ocorreram em qualquer localidade do estado, verifica-se que as causas mais frequentes de internação (diagnóstico primário) foram aquelas codificadas no capítulo XV (Gravidez, Parto e Puerpério) (27,69%), seguidas dos capítulos V (Transtornos Mentais e Comportamentais) (8,69%) e XI (Doenças do Aparelho Digestivo) (8,57%) (Figura 14). É importante destacar que pela primeira vez as causas codificadas nos capítulos V e XI ganham a atual dimensão no estado.

Desagregando as internações por sexos, verifica-se que entre os homens predominam as causas codificadas nos capítulos V (Transtornos Mentais e Comportamentais), XIX (Lesões, envenenamentos e algumas outras consequências de causas externas) e XI (Doenças do Aparelho Digestivo). Já entre as mulheres as maiores frequências de internação são para os capítulos II (Neoplasias), XI (Doenças do Aparelho Digestivo) e I (Doenças Infecciosas e Parasitárias).

Figura 14 – Proporção de internações hospitalares de residentes em Alagoas, ocorridas no próprio estado em 2014, segundo principais grupos de causas (Cap. CID-10) de internação.



Fonte: SIH/DATASUS/MS. Dados sujeitos a alterações.

O número de internações hospitalares para cada grupo de 100 habitantes, cujo parâmetro é de 8,0 internações, em Alagoas é decrescente, atingindo o patamar de 5,2 em 2014. Tal situação seria positiva se fosse consequência de melhoria da qualidade de vida da população e maior impacto positivo no processo saúde-doença, entretanto, esta não é a situação vivenciada no Estado. Portanto, a redução das taxas de internação demonstra uma maior dificuldade de acesso, a qual precisa ser enfrentada.

Esse panorama se reflete, até certo ponto, nas internações por condições sensíveis à Atenção Primária (ICSAP), as quais refletem a assistência prestada por esse nível de atenção.

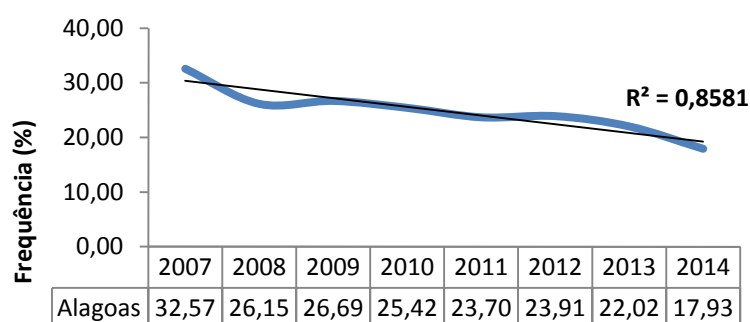
Nesse contexto, em 2007, 32,57% das internações ocorridas entre alagoanos eram por condições sensíveis à APS, reduzindo para 17,93% em 2014, e com tendência significativa de melhora ($R^2=0,8581$) (Figura 15).

Quando analisado o desfecho das ICSAP, observa-se tendência de aumento quanto às altas hospitalares por óbito ($R^2=0,770$), uma vez que a proporção sobe entre 2007 e 2014,

passando de 4,54% para 7,89% (Figura 16), sugerindo que a APS não tem sido eficaz em reduzir as complicações relacionadas às ICSAP, ou refletindo um diagnóstico e/ou encaminhamento tardio à Atenção Especializada ou ainda que, mesmo tendo referenciado oportunamente os casos para a Atenção Especializada, pode estar havendo dificuldades de acesso a este nível de atenção.

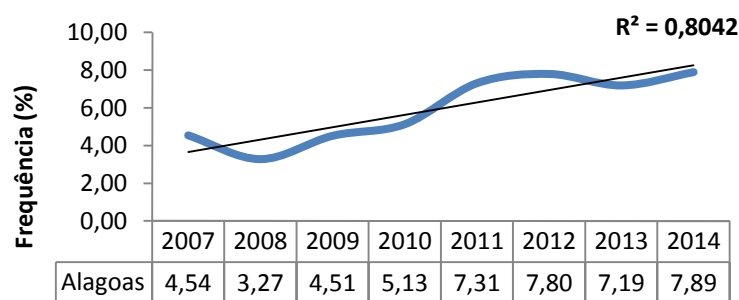
Os principais grupos de ICSAP que ocasionaram internações dos residentes em Alagoas foram as Gastroenterites Infecciosas (27,00%), a Insuficiência Cardíaca (11,12%), as Doenças Cerebrovasculares (11,06%) e o Diabetes (8,23%) (Figura 17).

Figura 15 – Tendência temporal das Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP). Alagoas, 2007 a 2014.



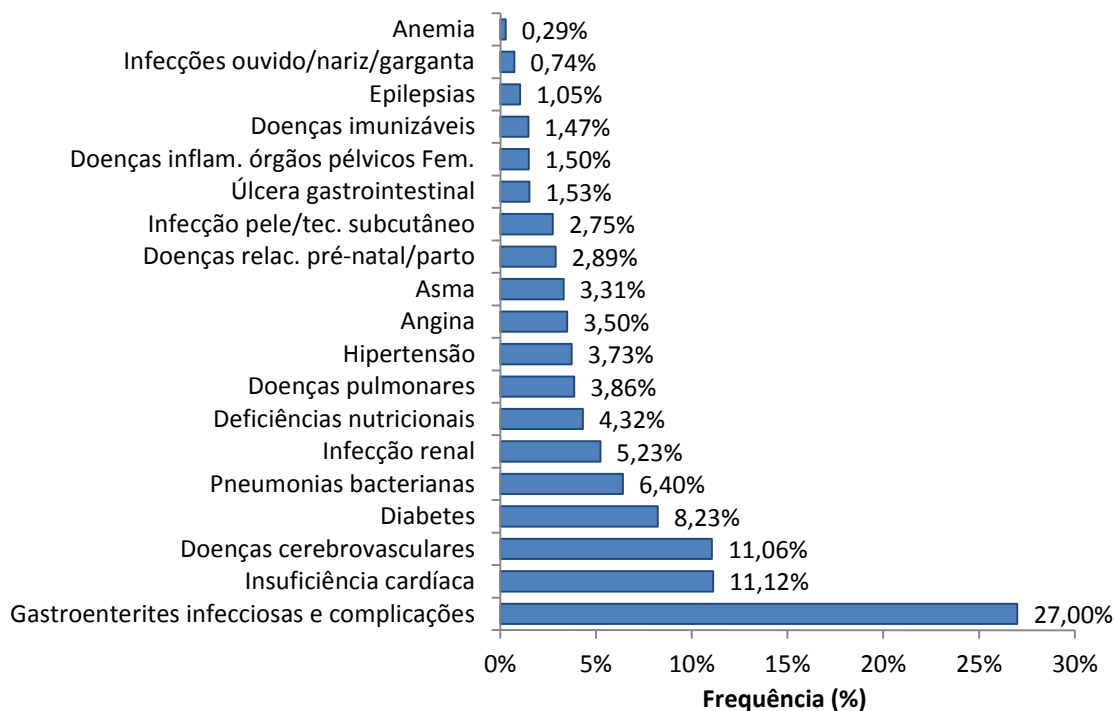
Fonte: SIH/DATASUS/MS. Dados sujeitos a alterações.

Figura 16 – Tendência temporal das altas por óbito, entre as Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP). Alagoas, 2007 a 2014.



Fonte: SIH/DATASUS/MS. Dados sujeitos a alterações.

Figura 17 – Frequências das Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP), segundo grupos de condições. Alagoas, 2007 a 2014.



Fonte: SIH/DATASUS/MS. Dados sujeitos a alterações.

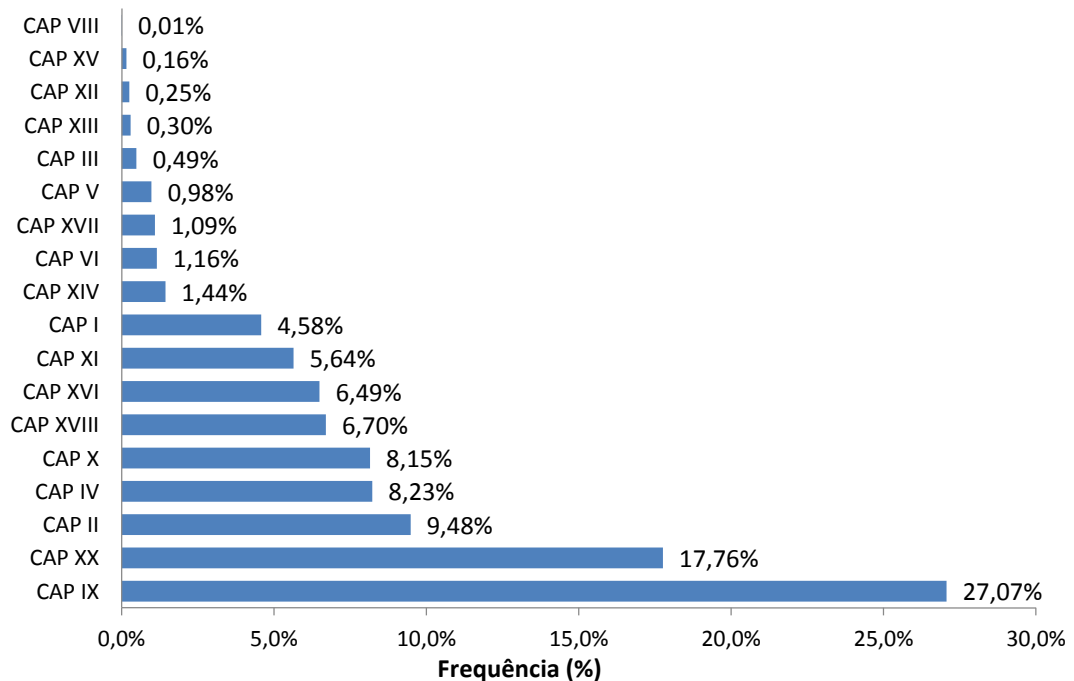
MORTALIDADE

Avaliando os óbitos ocorridos no período de 2007 a 2014, observa-se que os grupos de causas (Capítulos CID-10) mais frequentes, e que se destacam por apresentar alta proporção são os Capítulos IX (Doenças do aparelho circulatório), XX (Causas externas de morbidade e mortalidade) e II (Neoplasias) (Figura 18), os quais, juntos, são responsáveis por mais de 50% dos óbitos em qualquer um dos anos do período avaliado. Os capítulos IV (Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas) e X (Doenças do aparelho respiratório) apresentaram no período avaliado proporções semelhantes entre si, e também figuram como importantes grupos de causas dos óbitos no Estado. Considerando os cinco grupos de causas citados, encontramos aproximadamente 70% dos óbitos ocorridos no Estado no período avaliado.

Entre os grupos de causas com as maiores proporções, apenas os óbitos por causas codificadas nos capítulos II e IV demonstram tendência de crescimento, com respectivamente, $R^2=0,7188$ e $R^2=0,8227$. O incremento na proporção dos óbitos por neoplasias, considerando o início (2007) e final (2014) do período avaliado, foi de aproximadamente 12%, e de 9% para as causas ligadas às doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas.

Na figura 18 verifica-se a proporção de óbitos ocorridos em Alagoas por grupo de causas (CID-10) observada no ano de 2014. As proporções observadas neste último ano são similares às observadas nos anos anteriores do período avaliado.

Figura 18 – Proporção de óbitos segundo grupo de causas (CAP CID-10) no estado de Alagoas, período de 2007 a 2014.



Fonte: SIM/GIANS/SUVISA/SESAU. Dados sujeitos a alterações.

Apesar das causas codificadas no Capítulo IX apresentarem-se com a maior proporção entre os grupos de causas de óbitos no Estado, os homicídios ainda figuram como a primeira causa definida no Estado (Tabela 06), seguida das doenças cerebrovasculares e *Diabetes mellitus* (DM).

Tabela 06 – Taxa de mortalidade (por 100 mil hab.) por causas definidas no estado de Alagoas, período de 2007 a 2014.

CAUSAS DEFINIDAS	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Homicídios	60,78	60,53	59,76	67,19	71,55	64,70	65,16	62,29
Doenças cerebrovasculares	56,40	50,55	51,87	53,25	57,33	56,14	53,35	51,03
Mal definidas	37,80	35,43	41,79	47,52	45,05	39,84	34,41	32,60
<i>Diabetes mellitus</i>	33,91	33,54	36,15	39,80	43,87	42,02	42,14	41,30
Infarto agudo do miocárdio	30,88	29,42	29,69	29,77	33,47	36,42	35,41	31,79
Doenças hipertensivas	28,91	28,65	28,99	28,87	30,95	31,50	32,72	29,02
Acidentes de trânsito e transporte	21,30	18,29	20,31	24,48	26,25	26,32	23,33	24,78
Pneumonias	17,55	18,26	18,38	18,81	22,40	19,84	23,14	24,41
Causas perinatais	19,99	20,43	21,42	19,19	18,04	17,56	16,48	15,23
Bronquite, enfisema, asma	14,22	14,80	14,80	14,29	16,80	17,28	16,03	14,57

Fonte: SIM/GIANS/SUVISA/SESAU. Dados sujeitos a alterações.

Avaliando os óbitos ocorridos no Estado por suas causas básicas definidas, percebe-se que as causas codificadas no capítulo II (neoplasias), não se encontram entre as mais frequentes, no entanto, é importante lembrar que este grupo de causas possui grande importância no contexto estadual, visto que apresenta alta proporção de óbitos quando considerado todo o capítulo II (ver Figura 18). Ainda se referindo às neoplasias como causa básica dos óbitos em Alagoas, observa-se que o tipo mais frequente é o câncer de brônquios e pulmões, 19º colocado entre as causas definidas e o primeiro tipo de neoplasia maligna a surgir como causa dos óbitos ocorridos no Estado (Tabela 07). Os óbitos por neoplasias da próstata chamam atenção por apresentar alta taxa de mortalidade, mesmo quando comparados com outros tipos de tumores.

Tabela 07 – Taxa de mortalidade (por 100 mil hab.) segundo localização das principais neoplasias observadas no estado de Alagoas, período de 2007 a 2014.

LOCALIZAÇÃO	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Brônquios e pulmão	4,71	5,24	4,15	5,80	5,95	6,25	6,18	5,66
Próstata	4,35	4,09	4,25	4,07	4,71	4,80	5,06	4,76
Mama	3,62	3,52	3,90	4,36	4,45	4,83	4,42	4,58
Fígado	2,80	2,97	3,55	3,24	3,15	4,11	4,03	3,58
Estômago	2,47	2,37	2,79	2,76	2,89	3,38	3,39	3,04

Fonte: SIM/GIANS/SUVISA/SESAU. Dados sujeitos a alterações.

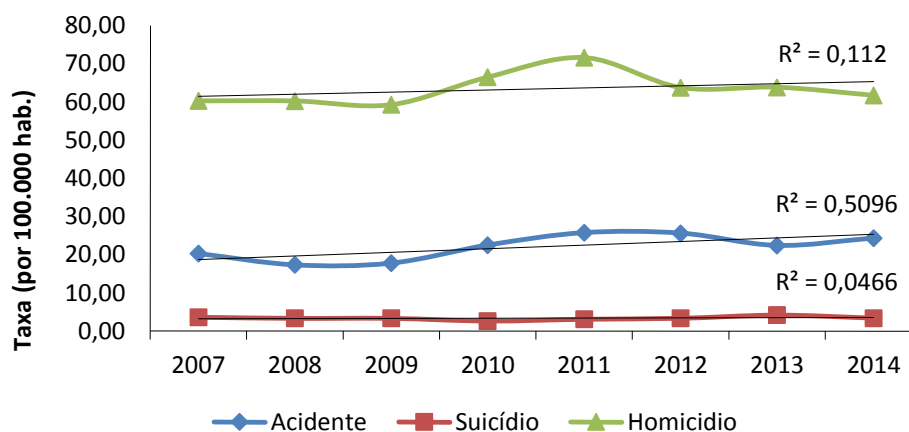
A *Diabetes mellitus* (DM) é uma das causas codificadas no capítulo IV (Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas) que merece atenção entre as principais causas dos óbitos observadas em Alagoas. Além de representar a terceira causa definida entre os

alagoanos, tal enfermidade ainda possui como perspectiva futura o aumento em sua ocorrência no Estado, uma vez que sua análise ao longo do período avaliado demonstra uma forte tendência de crescimento desta morbidade como causa básica dos óbitos ($R^2=0,7179$).

Com exceção dos suicídios, os demais tipos de óbitos com desfecho por violência em Alagoas apresentam taxas de mortalidade relativamente altas. Contudo, apesar das baixas taxas observadas entre os suicídios, estes apresentam índices comparáveis a algumas enfermidades da região, a exemplo das neoplasias de mama, fígado e estômago. Avaliando todo o período, entre as chamadas mortes violentas, os homicídios e suicídios não apresentam tendência definida ao longo do período, entretanto, os óbitos em decorrência dos acidentes exibem forte tendência de crescimento no Estado (Figura 19).

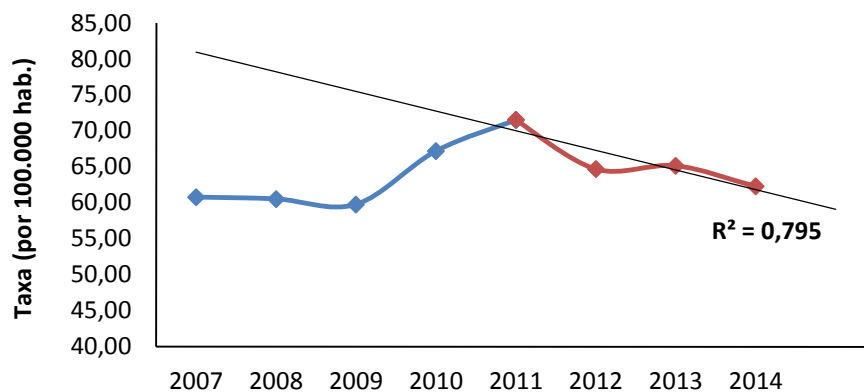
É importante perceber ainda, que os homicídios, apesar de representarem a causa mais frequente e atualmente mais discutida em relação aos óbitos ocorridos em Alagoas, vem apresentando uma forte tendência de declínio (Figura 20) quando avaliados os últimos quatro anos (2011 a 2014).

Figura 19 – Tendência temporal da taxa de mortalidade por causas violentas no estado de Alagoas, período de 2007 a 2014.



Fonte: SIM/GIANS/SUVISA/SESAU. Dados sujeitos a alterações.

Figura 20 – Tendência temporal da taxa de mortalidade por homicídio no estado de Alagoas, período de 2007 a 2014. Destaque para a tendência de redução observada entre 2011 e 2014.



Fonte: SIM/GIANS/SUVISA/SESAU. Dados sujeitos a alterações.

O grupo etário com maior frequência de óbitos maternos, considerando o acumulado do período de 2007 a 2014 é de 20 a 39 anos, no qual se concentra 70,4% dos casos. É importante considerar que esta constatação pode ser devido ao fato de uma maior ocorrência de gestações neste grupo etário, por outro lado, tal grupo representa uma população em que se espera baixa frequência de complicações. Neste caso, é imprescindível, que sejam avaliados o acesso e a qualidade do pré-natal oferecido para as gestantes no Estado, a fim de que se tenha uma melhoria das condições de saúde reprodutiva, uma vez que se considera o deficiente acesso aos serviços de saúde a maior fonte de geração dos riscos durante a gestação.

Em Alagoas, a Razão de Mortalidade Materna (RMM) apresenta uma tendência moderada de crescimento quando avaliado o período de 2007 a 2014 (Figura 21), contudo, é preocupante quando se percebe o último ano avaliado, uma vez que se nota um aumento de aproximadamente 73% dos casos de morte materna por 100 mil nascidos vivos quando comparado com o ano anterior. A atual situação observada denota uma urgência na busca de melhorias na qualidade da assistência prestada à gestante, seja durante o seu pré-natal ou no momento do parto.

A taxa de mortalidade infantil (TMI) observada reflete uma forte tendência de declínio ($R^2=0,8322$) (Figura 22). Entre os anos de 2008/2009 e 2012/2013 observou-se um aumento

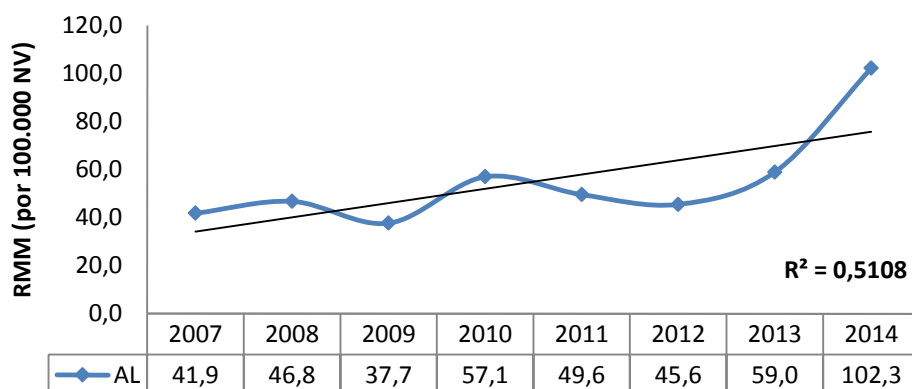
na TMI no estado, no entanto, tal fato não foi capaz de representar um impacto negativo significativo para o indicador quando considerado o período avaliado.

É importante salientar que a partir de resultados da Pesquisa Nacional por Busca Ativa de Óbitos e Nascimento no Nordeste e Amazônia Legal (2009/2010), ficou definido um fator apropriado para correção da taxa, diminuindo a discrepância observada neste indicador. A utilização do fator de correção para o Estado de Alagoas (1,23) tem a finalidade de tornar a informação mais fidedigna, possibilitando assim minimizar erros por falhas de cobertura dos sistemas.

Observa-se na figura 22 a tendência da TMI para o Estado, apresentado com e sem ajuste. Também é importante chamar a atenção que a análise de tendência do indicador não sofrerá nenhuma interferência pela aplicação do fator de correção estabelecido.

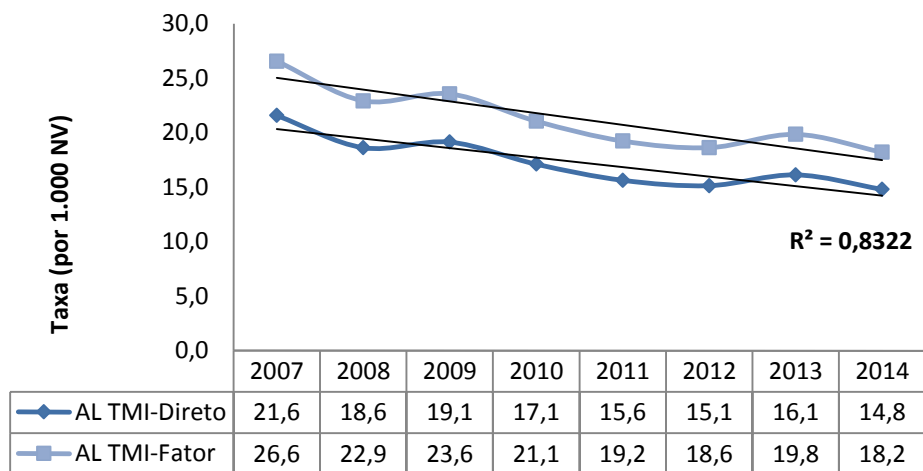
Todos os componentes da TMI apresentaram uma considerável tendência de queda no período avaliado (Tabela 08), sendo o componente Neonatal Precoce, o que apresentou o mais alto coeficiente de determinação ($R^2=0,7346$), ou seja, possui uma maior tendência de declínio dentre os três componentes da mortalidade infantil.

Figura 21 – Tendência temporal da Razão de Mortalidade Materna (RMM). Alagoas, 2007 a 2014.



Fonte: SIM/GIANS/SUVISA/SESAU. Dados sujeitos a alterações.

Figura 22 – Tendência temporal da Taxa de Mortalidade Infantil, com e sem ajuste. Alagoas, 2007 a 2014.



Fonte: SIM/GIANS/SUVISA/SESAU. Dados sujeitos a alterações.

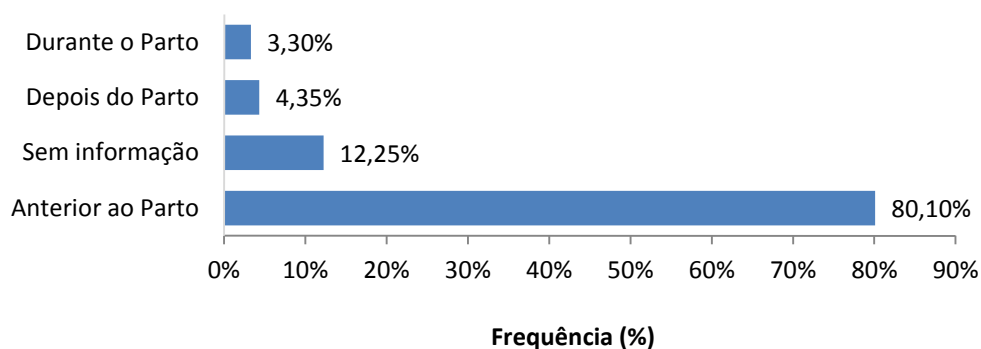
Tabela 08 – Taxa de mortalidade infantil (por 1.000 nascidos vivos) segundo componentes. Alagoas, 2007 a 2014.

COMPONENTES	MÉTODO	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	R ²
NEO PRECOCE	Direto	10,08	9,36	9,52	9,00	8,10	7,42	7,80	8,32	0,7346
	Fator	12,40	11,51	11,71	11,07	9,97	9,13	9,60	10,23	
NEO TARDIA	Direto	3,75	2,89	2,35	2,63	2,48	2,35	2,61	2,14	0,5659
	Fator	4,61	3,56	2,89	3,24	3,05	2,89	3,21	2,64	
PÓS NEONATAL	Direto	7,76	6,38	7,27	5,49	5,05	5,37	5,73	4,73	0,6884
	Fator	9,55	7,85	8,95	6,75	6,22	6,61	7,04	5,82	

Fonte: SIM/GIANS/SUVISA/SESAU. Dados sujeitos a alterações.

Em relação aos óbitos fetais, foram registrados em 2014, 648 casos, sendo sua maior ocorrência na capital do estado, Maceió (n=142; 21,9%) e no município de Arapiraca (n=34; 5,2%). Em relação ao período avaliado, os óbitos fetais apresentaram maior ocorrência antes do parto (80,1%) o que pode ser reflexo de uma péssima assistência ofertada às gestantes no momento do parto (Figura 23). Este perfil é praticamente inalterado quando avaliado individualmente qualquer ano do período, contudo, nos anos de 2009 (24,3%) e 2010 (8,2%) percebe-se um alto percentual de óbitos fetais que ocorreram após o parto, fato incomum em relação aos dados observados no período.

Figura 23 – Óbitos fetais, segundo momento de ocorrência do óbito em relação ao parto. Alagoas, 2007 a 2014.



Fonte: SIM/GIANS/SUVISA/SESAU. Dados sujeitos a alterações.

A hipóxia intrauterina se destaca por apresentar alta proporção nos registros dos óbitos fetais no Estado, e ainda por apresentar uma forte tendência de crescimento ($R^2=0,8744$) quando avaliado todo o período. A alta frequência dos óbitos por hipóxia é uma informação que merece ser rigorosamente avaliada, uma vez que precisa ser descartada a possibilidade destes eventos ocorrerem devido à falta de acesso da gestante ao serviço em momento oportuno durante seu trabalho de parto.

Ainda que em menor proporção, outra causa relevante observada entre os óbitos fetais refere-se às complicações da placenta, do cordão umbilical e das membranas. Esta causa também é frequente e apresenta tendência de crescimento, embora esta seja um pouco mais discreta que os óbitos por hipóxia ($R^2=0,482$). Tal complicação pode ocorrer na ocasião de obstrução completa de vasos sanguíneos do cordão umbilical, podendo causar asfixia e morte do feto. O difícil acesso a exames de imagem (ultrassonografia com doppler) podem estar dificultando o diagnóstico e assim, contribuindo para a alta ocorrência desta causa de óbito.

Organização dos Serviços de Saúde

ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

REGIÕES DE SAÚDE

Conforme Plano Diretor de Regionalização, sob o ponto de vista assistencial foi constituído as Regiões de Saúde, considerando, para tanto, os limites territoriais, as identidades culturais, econômicas e sociais, as redes de comunicação e a infraestrutura de transportes. O estado está, portanto, constituído por duas macrorregiões de saúde e 10 regiões distribuídas conforme mapa abaixo.

Figura 24 – Mapa das Regiões de Saúde, por Macrorregião. Alagoas, 2015.



Fonte: SESAU/AL. Dezembro, 2015.

A REDE DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE EM ALAGOAS

CAPACIDADE INSTALADA

Os dados referentes à capacidade física instalada disponível no Estado foram retirados da base nacional de dados registrados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), disponibilizados pelo sistema TABWIN/CNES/DATASUS, competência Dezembro/2015. O estado de Alagoas possui 3060 estabelecimentos cadastrados, sendo 2.961 (96,7%) sob gestão municipal; 99 (3,23%) de gestão estadual.

O quadro abaixo apresenta os estabelecimentos por tipo:

Quadro 01 – Tipos de estabelecimento no estado de Alagoas, 2015.

TIPO DE ESTABELECIMENTO	QUANTIDADE
Academia da Saúde	31
Central de Regulação	3
Central de Regulação Médica das Urgências	2
Centro de Apoio a Saúde da Família-CASF	36
Centro de Atenção Hemoterápica e/ou Hematológica	2
Centro de Atenção Psicossocial-CAPS	64
Centro de Parto Normal	2
Centro de Saúde/Unidade Básica de Saúde	787
Central de Regulação de Serviços de Saúde	6
Central de Notif. Captação e Distr. Órgãos Estadual	5
Clínica Especializada/Ambulatório Especializado	371
Consultório	972
Cooperativa	14
Farmácia	9
Hospital Especializado	29
Hospital Geral	43
Hospital Dia	5
Laboratório de Saúde Pública	4
Policlínica	55
Posto de Saúde	202
Pronto Atendimento	8
Pronto Socorro Geral	2
Secretaria de Saúde	103
Serviço de Atenção Domiciliar Isolado (Home Care)	1
Unidade de Atenção à Saúde Indígena	13
Unidade de Serviço de Apoio de Diagnose e Terapia	189
Unidade de Vigilância em Saúde	4
Unidade Mista	28
Unidade Móvel de Nível Pré-Hosp-Urgência/Emergência	62
Unidade Móvel Terrestre	4
Telesaúde	4
TOTAL	3060

Fonte: Ministério da Saúde - Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil – CNES/ Competência Dezembro, 2015.

Quanto ao nível de atenção, é comum, principalmente para os estabelecimentos maiores e mais complexos, constar o registro (cadastro) de mais de um nível de atenção, logo 3934 realizam atendimento ambulatorial e 129 realizam atendimento hospitalar, daí justifica-se o incremento no número de estabelecimentos de saúde por nível de atenção em relação

ao **Quadro 01**. Na tabela a seguir foram informados os quantitativos de estabelecimentos com registro na atenção básica, média complexidade e alta complexidade de acordo com o tipo de gestão.

Quadro 02 – Nível de Atenção, segundo Tipo de Gestão, por Componente Ambulatorial. Alagoas, 2015.

Tipo de Gestão	Ambulatorial Básica Estadual	Ambulatorial Básica Municipal	Ambulatorial Média Complexidade Estadual	Ambulatorial Média Complexidade Municipal	Ambulatorial Alta Complexidade Estadual	Ambulatorial Alta Complexidade Municipal
Estadual	10	-	96	-	9	-
Municipal	-	1.422	-	2.302	-	95
Total	10	1.422	96	2.302	9	95

Fonte: TABWIN/CNES/DATASUS, Dezembro /2015.

Quadro 03 – Nível de Atenção, segundo Tipo de Gestão, por Componente Hospitalar. Alagoas, 2015.

Tipo de Gestão	Hospitalar de Média Complexidade Estadual	Hospitalar de Média Complexidade Municipal	Hospitalar de Alta Complexidade Estadual	Hospitalar de Alta Complexidade Municipal
Estadual	10	-	5	-
Municipal	-	103	-	11
Total	10	103	5	11

Fonte: TABWIN/CNES/DATASUS, Dezembro /2015.

Uma variável de extrema importância é o número de leitos existentes e sua relação com o número de leitos disponíveis para os internamentos SUS. Nesta primeira parte, serão considerados todos os leitos, exceto os complementares destinados aos cuidados intermediários, intensivos e de isolamento que serão apresentados em outro tópico. Em linhas gerais, dos 6.454 leitos existentes, 4.987 (77, 26%) são SUS.

Para melhor visualização da disponibilidade de leitos, fez-se uma análise considerando a distribuição dos leitos existentes e leitos SUS por Região de saúde e sua relação com os parâmetros estabelecidos pela PT/MS/GM nº 1.101 de 12 de junho de 2002.

Essa análise demonstra que o quantitativo de leitos existentes (1,93) e leitos SUS (1,49) não atendem aos parâmetros preconizados que estabelece de 2,0 a 3,0 leitos por 1.000

habitantes, evidenciam também a deficiência na equidade de distribuição nas diferentes regiões. Enquanto o número de leitos existentes no Estado por 1.000 habitantes é de 1,93 e o de leitos SUS é de 1,49, na 2ª Região de Saúde – RS a relação é de 0,63 leitos existentes/1.000 habitantes, destes todos são leitos SUS, índices que não alcançam 50% da média estadual. A 1ª Região de Saúde - RS com 2,80 leitos existentes/1.000 habitantes é a que possui a maior relação de leitos existentes, por outro lado, mesmo tendo um quantitativo de leitos existentes dentro dos parâmetros preconizados, essa proporção ainda é insuficiente, já que esta recebe pacientes proveniente de todo do Estado. E a 6ª Região de Saúde - RS tem a maior relação de leitos SUS com 2,51 leitos SUS/1.000 habitantes.

Quadro 04 – Distribuição de Leitos por Região de Saúde. Alagoas, 2015.

Região de Saúde	População Estimada	Leitos Existente	Leitos SUS	Leitos Não SUS	Leitos Existentes por 1000 Habitantes	Leitos SUS por 1000 Habitantes
1ª Região de Saúde	1.269.809	3.552	2.385	1.167	2,80	1,88
2ª Região de Saúde	166.048	105	105	0	0,63	0,63
3ª Região de Saúde	225.544	260	255	5	1,15	1,13
4ª Região de Saúde	145.645	199	199	0	1,37	1,37
5ª Região de Saúde	238.271	282	274	8	1,18	1,15
6ª Região de Saúde	207.145	526	520	6	2,54	2,51
7ª Região de Saúde	529.521	1005	747	258	1,90	1,41
8ª Região de Saúde	159.037	143	127	16	0,90	0,80
9ª Região de Saúde	238.421	231	224	7	0,97	0,94
10ª Região de Saúde	161.491	151	151	0	0,94	0,94
Total	3.340.932	6.454	4.987	1.467	1,93	1,49

Fonte: IBGE/estimativa 2015, TABWIN/CNES/DATASUS, DEZ/2015.

Em relação aos leitos complementares (UTI, UCI e Isolamento), que refletem o potencial de oferta em relação aos atendimentos de maior gravidade, o estado de Alagoas possui 706 leitos complementares (435 disponíveis para o SUS e 291 não SUS), conforme quadro abaixo.

Quadro 05 – Número de Leitos Complementares/CNES. Alagoas, 2015.

Região de Saúde	Leitos existentes	Leitos SUS	Leitos Não SUS
1ª Região de Saúde	462	248	214
2ª Região de Saúde	2	2	0
3ª Região de Saúde	0	0	0
4ª Região de Saúde	1	1	0
5ª Região de Saúde	34	22	12
6ª Região de Saúde	69	41	28
7ª Região de Saúde	103	74	29
8ª Região de Saúde	21	19	2
9ª Região de Saúde	32	26	6
10ª Região de Saúde	2	2	0
Total	726	435	291

Fonte: TABWIN/CNES/DATASUS, Dezembro/2015.

ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

No Estado de Alagoas a Atenção Primária à Saúde (APS) vem se organizando no sentido de constituir-se tanto como ordenadora dos sistemas locorregionais de saúde, quanto como eixo estruturante de importantes programas e projetos no âmbito estadual e regional.

É incontestável a verificação de que sistemas orientados pela APS apresentam resultados positivos no que se refere a uma melhor qualidade de saúde da população, tanto relativo à equidade e eficiência, como concernente à continuidade da atenção e satisfação da população (ALMEIDA, GIOVANELLA, 2008).

Considerando os dados do Ministério da Saúde, em dezembro de 2015, Alagoas contava com 787 Unidades Básicas de Saúde/Centros de Saúde e 202 Postos de Saúde (Tabwin-CNES), e com um contingente de 5.671 Agentes Comunitários de Saúde atuando em 102 municípios, com uma cobertura estimada de 78,57 % da população por ACS; um total de 817 equipes de Saúde da Família implantadas, com uma cobertura estimada de 76,01 % da população por ESF; e 642 equipes de Saúde Bucal implantadas (DAB/SAS/MS/IBGE, Dezembro 2015).

Em relação à **Saúde Bucal**, segundo dados do Departamento de Atenção Básica/MS, Alagoas contava, em dezembro de 2015, com 642 equipes de Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família, sendo 621 na Modalidade I e 21 na Modalidade II, com uma cobertura populacional estimada em 73,13 %. Quanto à atenção secundária, existem em Alagoas 39 Laboratórios Regionais de Prótese Dentária (LRPD) e 22 Centros de Especialidade Odontológica (CEO).

Visando apoiar a inserção da Estratégia Saúde da Família na rede de serviços e ampliar a abrangência e escopo das ações da Atenção Primária, o MS criou o **Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASF** (Portaria GM/MS nº 154/2008) para atuar diretamente no apoio matricial às equipes de saúde da família. Em Alagoas, segundo dados (MS/SAS/DAB e IBGE, Dezembro 2015), estavam cadastrados 126 Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF, distribuídos em 101 municípios, para apoiar as equipes na análise e intervenção sobre os problemas e necessidades de saúde da população do SUS. Destes 126 NASF: 86 são NASF 1; 28 são NASF 2, e, 12 são NASF 3.

A estrutura da rede primária de saúde faz com que o estado possua uma **Cobertura da Estratégia de Saúde da Família** de 76,01% variando conforme as macrorregiões e regiões de saúde. Observa-se com isso que a expansão da atenção básica de 2011 a 2015 no estado passou de 73,45% para 76,01%, tendo assim, um aumento de cobertura ainda longe do desejável. Apesar da expansão de cobertura está abaixo do desejável, o estado obteve resultados significativos em relação à redução da mortalidade infantil nesse período.

Outra estratégia de fortalecimento da Atenção Primária é a **equipe de Consultório de Rua**, que oferta ações e cuidados de saúde para a população em situação de rua, desempenha suas atividades *in loco*, de forma itinerante, desenvolvendo ações compartilhadas e integradas às Unidades Básicas de Saúde (UBS), com as equipes dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) ofertando cuidados em saúde mental, para pessoas com transtornos mentais, usuários de crack, álcool e outras drogas, incluindo ações de redução de danos, e, quando necessário, também com os serviços de Urgência e Emergência e outros pontos de atenção, de acordo com a necessidade do usuário. Atualmente o Estado conta com 6 equipes de consultório de rua distribuídas em Maceió.

O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica – PMAQ: foi instituído visando induzir a instituição de processos que amplie a capacidade da gestão federal, estadual e municipal, além das Equipes de Atenção Básica em ofertarem

serviços que assegurem maior acesso e qualidade de acordo com as necessidades da população. Com a implantação do cadastro inicial ao PMAQ no site do MS, 102 municípios solicitaram a adesão ao programa, cadastrando 960 equipes de atenção básica, todos os 102 municípios tiveram adesões homologadas, num total de equipes, sendo 146 equipes de atenção básica e 687 de atenção básica com saúde bucal, e 127 equipes do NASF. Esse processo é acompanhado, monitorado e avaliado pelos três níveis de Governo.

ASSISTÊNCIA HOSPITALAR

Os serviços que compõe a Assistência Hospitalar de Média e Alta Complexidade, assim como a Assistência Pré-Hospitalar fixa e móvel sob gestão do Estado estão assim caracterizados:

➤ **Gestão SESAU**

- **Hospital Geral do Estado Prof. Oswaldo Brandão Vilela (HGE):** localizado em Maceió (1ª RS), é referência para todo Estado de Alagoas no atendimento às urgências e emergências, apresentando como linhas de cuidado prioritárias a Traumatologia – Ortopedia, Infarto Agudo do Miocárdio e Acidente Vascular Cerebral;
- **Hospital de Emergência Dr. Daniel Houly (HEDH):** localizado no município de Arapiraca (7ª RS), é referência para 2ª Macrorregião de Saúde no atendimento às urgências e emergências, tendo como linha prioritária de assistência a Traumatologia - Ortopedia;
- **Hospital Geral Professor Ib Gatto Falcão:** localizado no município de Rio Largo (1ª RS), presta atendimento de urgência e emergência 24h, dispõe de 15 leitos de observação e 18 leitos de internação em clínica médica, obstétrica e pediátrica, conta com maternidade, centro obstétrico, UCI/NEO e 06 leitos de atenção à saúde mental;
- **Clínica Infantil Dayse Breda:** localizada no município de Maceió (1ª RS), é referência para todo Estado de Alagoas em Assistência Pediátrica, dispõe de 24 leitos para internações destinadas a crianças de 0 a 12 anos;
- **Unidade Mista Dr. Antenor Serpa:** localizado no município de Delmiro Gouveia (10ª RS), oferece atendimento ambulatorial de urgência 24 horas, com 44 leitos e atendimento a gestante de risco habitual, internações de clínica médica, obstétrica, pediátrica e cirúrgica, ginecológica, psiquiátrica e traumas;
- **Unidade Mista Senador Arnon Afonso Farias de Melo:** localizado no município de Piranhas (10ª RS), presta serviço de atendimento ambulatorial de urgência 24 horas com 42 leitos e atendimento a gestante de risco habitual, internações de clínica

médica, obstétrica e pediátrica;

- **Unidade Mista Dr^a Quitéria Bezerra de Melo:** localizado no município de Água Branca (10^a RS), dispões de atendimento ambulatorial de urgência 24 horas, com 32 leitos com atendimento em clínica médica, obstétrica e pediátrica;

➤ **Gestão UNCISAL**

Todas as unidades sob gestão da UNCISAL são campo de estágio para os estudantes da graduação, no regime de internato e estágios curriculares e extracurriculares, e de pós-graduação nas áreas de Obstetrícia, Ginecologia, Neonatologia, Enfermagem, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Terapia Ocupacional, Serviço Social, Farmácia e Nutrição, com vagas ofertadas à Universidade Estadual de Ciências da Saúde, à Universidade Federal de Alagoas, à Faculdade de Alagoas e à Fundação Educacional Jaime de Altavila. É também campo de estágio para os cursos técnicos da área de Enfermagem e Nutrição, com oferta de vagas para as escolas de natureza pública e privada.

1. Unidades Assistenciais

- **Hospital Escola Portugal Ramalho (HEPR):** hospital psiquiátrico, localizado no município de Maceió (1^a RS), contando com Serviço de Emergência Psiquiátrica 24 horas; internações para 160 leitos, incluídos leitos clínicos; ambulatório; unidades de atenção psiquiátricas e atenção álcool e drogas. Realiza anualmente mais de 7.500 consultas médicas de emergência; 40.000 consultas psiquiátricas ambulatoriais; 3.500 consultas médicas de outras áreas; 37.000 atendimentos de outros profissionais de nível superior; 2.300 internamentos, além de mais de 59.000 diárias hospitalares.
- **Hospital Escola Dr. Hélvio Auto (HEHA):** localizado no município de Maceió, é único hospital público de Alagoas de referência no tratamento de doenças infecto contagiosas, com a única Unidade de Terapia Intensiva em Infectologia. Além disso, possui serviços ambulatoriais, de pronto-atendimento em urgência e emergência e de internações hospitalares e se mantêm na tradição de ensino e pesquisa para a comunidade científica alagoana, contando com 106 leitos, sendo 22 leitos destinados à infectologia pediátrica, 77 leitos para adultos (distribuídos em 18 leitos para adultos do sexo feminino e 40 leitos para sexo masculino e 19 leitos para doenças infecciosas respiratórias), além de 07 leitos destinados à terapia intensiva. É responsável em seu pronto atendimento pela realização de mais de 50.000 procedimentos, mais de 7.000 consultas médicas ambulatoriais, além de ser o responsável pelo atendimento de mais

de 70% dos casos novos de tuberculose e AIDS no estado e mais de 90% dos casos de meningite.

- **Maternidade Escola Santa Mônica (MESM):** localizada no município de Maceió (1ª RS), dispõe de 177 leitos e oferece assistência Obstétrica e Neonatal de média e alta complexidade, serviços ambulatoriais, pronto-atendimento em urgência e emergência e internações hospitalares, mantendo a tradição em ensino e pesquisa para a comunidade científica. É referência estadual no atendimento à gestante de alto risco e recém-nascido de alto risco, contando com Unidade de Terapia Intensiva Materna e Neonatal. Em 1999, através de portaria ministerial MS / SAS nº 89 de 19/03/199, passou a compor a rede Estadual de Urgência e Emergência, no atendimento hospitalar especializado às urgências obstétricas. É responsável por em torno de 15.000 internações anuais (47% da capital e 53% do interior); realizando mais de 2000 procedimentos obstétricos e 20.000 atendimentos ambulatoriais por ano.

2. Unidades de Apoio à Assistência

- **Centro de Patologia e Medicina Laboratorial (CPML):** localizado no município de Maceió (1ª RS), foi instituído a partir da Lei Nº. 6.660 de 28 de dezembro de 2005, publicada no D.O.E./AL em 29 de dezembro de 2005, como Unidade de Apoio Assistencial da Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas – UNCISAL. Atua com eficiência e eficácia, realizando procedimentos com finalidade de diagnóstico em Laboratório Clínico – Procedimentos de Alta Complexidade, Média Complexidade e Patologia Clínica, nas áreas de Bioquímica, Hematologia, Uroanálises, Parasitologia, Microbiologia, Imunologia, Hormônio, Marcadores Tumorais, Anátomo-Patologia e Cito-Patologia Clínica, e exames complementares para auxiliar no diagnóstico das necrópsias procedentes de cadáveres do Serviço de Verificação de Óbitos da UNCISAL; além disso, funciona 24 horas em regime de plantão para o HGE, a MESM e o HEHA, atuando com os Setores Técnicos de Bioquímica, Hematologia, Imunologia, Hormônio e Marcadores Tumorais, Uroanálises e Microbiologia Clínica, além dos Setores de Laudos e Recepção interna.
- **Centro Especializado em Reabilitação – CER III:** localizado no município de Maceió (1ª RS), ponto de atenção ambulatorial especializado ofertando serviços e ações em reabilitação auditiva, física e intelectual, sendo referência na Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência – RCPD para a 1ª região de saúde do estado que é formada de

12 municípios com uma população geral de 1.168.689 habitantes. É a única unidade no estado na distribuição de aparelhos auditivos para o SUS.

- **Serviço de Verificação de Óbitos (SVO):** localizado no município de Maceió (1ª RS), é uma Unidade de Apoio Assistencial da Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas, instituído através da Lei nº. 660 de 28 de dezembro de 2005, publicada no Diário Oficial de Alagoas de 29 de dezembro de 2005. É responsável por investigar os óbitos clínicos de causa indefinida, determinando bases técnicas e científicas ao procedimento de autópsias, conferindo-lhes, ao mesmo tempo, um aspecto mais humanitário e um método estritamente científico em sua realização, definindo os parâmetros de análise e investigação autópticas como elementos basilares da Patologia, em cujo cerne estão inseridos os elementos fundamentais da conduta científica para o exame.

ASSISTÊNCIA PRÉ-HOSPITALAR

Quanto aos serviços de assistência pré-hospitalar o estado de Alagoas conta com a assistência fixa e móvel.

- **Pré-Hospitalar fixo:**

O Estado dispõe de cinco Ambulatórios 24 horas, todos localizados na cidade de Maceió, onde são prestados serviços de Atenção Básica e Média Complexidade.

➤ **Gestão SESAU**

Tabela 09 – Serviços de Assistência Pré-Hospitalar, sob gestão estadual, por município. Alagoas, 2015.

SERVIÇO DE ASSISTÊNCIA AMBULATORIAL 24H DO ESTADO	
UNIDADE	MUNICÍPIO
Ambulatório 24h Assis Chateaubriand	
Ambulatório 24h Denilma Bulhões	
Ambulatório 24h Dom Miguel Fenelon Câmara	Maceió
Ambulatório 24h João Fireman	
Ambulatório 24h Noélia Lessa	

Fonte: SUAS/ SESAU/AL, Dezembro/2015.

Quadro 06 – Distribuição de Unidades de Pronto Atendimento 24 horas, sob gestão municipal, por Região de Saúde, Alagoas, 2015.

REGIÃO DE SAÚDE	MUNICÍPIO	UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO - UPA	PORTE (¹)
1ª RS	Marechal Deodoro	01	I
4ª RS	Viçosa	01	I
6ª RS	Penedo	01	II
	Coruripe	01	III
8ª RS	Palmeira dos Índios	01	II
10ª RS	Delmiro Gouveia	01	II
TOTAL		06	

Fonte: ASMAC/SUAS/SESAU/AL, Dezembro/2015. Dados sujeitos à alteração.

(¹) Definição dos portes aplicáveis ÀS UPA 24H.

- **Pré-Hospitalar Móvel:**

O Estado possui Serviços de Assistência Móvel de Urgência – SAMU, com duas Centrais de regulação das urgências, sendo uma Metropolitana e uma Regional, a primeira localizada na capital e a segunda no município de Arapiraca.

Quadro 07 – Distribuição das Centrais de Regulação de Urgência por Macrorregião de Saúde, segundo tipo de serviço. Alagoas, 2015.

CENTRAL DE REGULAÇÃO DE URGÊNCIA						
CENTRAL REGIONAL	MUNICÍPIO SEDE	TIPO DE SERVIÇO				
		USB (UNIDADE DE SUPORTE BÁSICO)	USA (Unidade de Suporte Avançado)	Aero Médico (¹)	USA NEONATAL	MOTOLÂNCIA
Macro I	Maceió	9	3	1	1	4
Macro II	Arapiraca	2	2 (²)		1	3
TOTAL		12	5	1	2	7

Fonte: ASMAC/SUAS/SESAU/AL, Dezembro/2015. Dados sujeitos à alteração.

(¹) O serviço Aeromédico atende todo território Alagoano.

(²) A Macro Região II dispõe de 01 USA no município de Arapiraca e 01 em Santana do Ipanema.

Quadro 08 – Distribuição de bases descentralizadas/ SAMU, por Região de Saúde, segundo município de abrangência. Alagoas, 2015.

BASE REGIONALIZADA	REGIÃO DE SAÚDE	MUNICÍPIO
MACRO I	1ª	BARRA DE SANTO ANTONIO
	1ª	MARECHAL DEODORO
	1ª	RIO LARGO
	2ª	MARAGOGI
	2ª	PORTO CALVO
	2ª	SÃO LUIS DO QUITUNDE

	2ª	SÃO MIGUEL DOS MILAGRES
	3ª	COLÔNIA LEOPOLDINA
	3ª	JOAQUIM GOMES
	3ª	UNIÃO DOS PALMARES
	3ª	MURICI
	4ª	VIÇOSA
	4ª	ATALAIA
	5ª	CAMPO ALEGRE
	5ª	SÃO MIGUEL DOS CAMPOS
	5ª	TEOTONIO VILELA
	6ª	CORURIBE
	6ª	PENEDO
	6ª	PORTO REAL DO COLÉGIO
	7ª	GIRAU DO PONCIANO
MACRO II	7ª	TRAIPIÚ
	7ª	SÃO SEBASTIÃO
	7ª	BATALHA
	8ª	MARIBONDO
	8ª	PALMEIRA DOS ÍNDIOS
	8ª	CACIMBINHAS
	9ª	PÃO DE AÇÚCAR
	9ª	SÃO JOSÉ DA TAPERA
	9ª	SANTANA DO IPANEMA
	9ª	OURO BRANCO
	10ª	MATA GRANDE
	10ª	INHAPI
	10ª	PIRANHAS
	10ª	OLHO D'ÁGUA DO CASADO
	10ª	DELMIRO GOUVEIA
Total		35

Fonte: ASMAC/SUAS/SESAU/AL, Dezembro 2015.

HEMORREDE

A Hemorrede fornece hemoderivados e hemocomponentes, em qualidade e quantidade necessárias à demanda transfusional das unidades públicas de saúde, prestando serviços assistenciais nas áreas de hematologia e hemoterapia e está composta por:

- **HEMOAL:** 01 Hemocentro Coordenador, localizado em Maceió (1ª Macro);
- **HEMOAR:** Hemocentro Regional, localizado no município de Arapiraca (2ª Macro);
- 02 (duas) Unidades de Coleta e Transfusão – Fundação Hospitalar da Agroindústria de Açúcar e Álcool de Alagoas – HAIAA e Unidade de Coleta e Transfusão de Coruripe;
- Núcleo de Hemoterapia – Hospital Universitário Prof. Alberto Antunes – HUPAA/UFAL;
- 08 (oito) Agências Transfusionais – Maceió, Arapiraca, São Miguel, Palmeira dos Índios, Santana do Ipanema, União dos Palmares e Penedo;
- 21 (vinte e um) Hospitais conveniados ao SUS, em todo o estado, são abastecidos pela Hemorrede pública.

REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE - RAS

A estrutura operacional das redes de atenção à saúde consolida-se a partir de seus cinco componentes: os pontos de atenção à saúde; o centro de comunicação localizado na atenção primária à saúde; os sistemas de apoio (sistema de assistência farmacêutica, sistema de apoio diagnóstico e terapêutico e sistemas de informação em saúde); os sistemas logísticos (cartão de identificação dos usuários, prontuário eletrônico, central de regulação e sistema de transporte sanitário); e o sistema de governança.

O desenho de redes de atenção à saúde em Alagoas está centrado sobre os territórios sanitários (regiões), combinando dinamicamente, de um lado, economia de escala, escassez relativa de recursos e qualidade dos serviços e, de outro, o acesso aos serviços de saúde. As redes de atenção à saúde estão compostas por um centro de comunicação, por sistemas logísticos, por sistemas de apoio e sistemas de gestão.

Rede de Atenção as Urgências e Emergências – RUE

A Rede de Atenção às Urgências e Emergências está organizada no estado de Alagoas com base nas portarias: **PORTARIA/ GM/MS Nº. 4.279, DE 30 DE DEZEMBRO DE 2010**, que estabelece diretrizes para a organização da rede de Atenção à Saúde no âmbito do SUS; **PORTARIA GM/MS Nº. 1600, DE 07 DE JULHO DE 2011**, que reformula a Política Nacional

da Atenção às Urgências e Institui a Rede de Atenção às Urgências no SUS; **PORTARIA GM/MS Nº. 2.395, DE 11 DE OUTUBRO DE 2011**, que organiza o componente Hospitalar da Rede de Atenção às Urgências no âmbito do Sistema único de Saúde (SUS); **PORTARIA GM/MS Nº. 2.919 DE 20 DE DEZEMBRO DE 2012**, que aprova a Etapa I do Plano de Ação da Rede de Atenção as Urgências do Estado de Alagoas e Municípios e aloca recursos financeiros para sua implantação; e **PORTARIA GM/MS Nº. 1.584, DE 31 DE JULHO DE 2014**, que aprova o Componente Hospitalar da Etapa II do Plano de Ação da Rede de Atenção as Urgências do Estado de Alagoas e Municípios e aloca recursos financeiros para sua implantação – Bloco de Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar, de forma articulada, integrando todos os equipamentos de saúde, para atender a população com acesso qualificado de forma integrada e humanizada. Com as linhas de cuidados: Cardiovascular, Cerebrovascular e Traumatológica em pleno funcionamento, configurando-se da seguinte forma:

Quadro 09 – Desenho da Rede de Urgência e Emergência – RUE, por Região de Saúde. Alagoas, 2015.

Região de Saúde	Porta de Entrada	Leitos de Retaguarda	Leitos de UTI	SAMU	UPA	Atenção Domiciliar
1ª	Hospital Geral do Estado Prof. Osvaldo Brandão Vilela (HGE)	Hospital do Açúcar (80 Leitos) Hospital Sanatório (42 Leitos)	Hospital do açúcar 07 Leitos adultos 02 Leitos pediátricos	Maceió, Barra de Santo Antônio, Marechal Deodoro e Rio Largo	Marechal Deodoro (Tipo 1)	Maceió e Marechal Deodoro.
2ª	-	Hospital de Porto Calvo (08 leitos)	-	-	-	-
3ª	-	Hospital São Vicente de Paula - União dos Palmares (30 leitos)	-	Colônia de Leopoldina, Joaquim Gomes, União dos Palmares e Murici	-	União dos Palmares

4ª	-	Hospital João Lira Filho – Atalaia (08 leitos) Hospital Municipal de Viçosa (08 leitos)	-	Viçosa	Viçosa (Tipo 1)	Viçosa, Atalaia
5ª	Santa Casa de Misericórdia de São Miguel dos Campos (Linha de Cuidado Traumatológico-ortopedia)	Santa Casa de Misericórdia de São Miguel dos Campos (20 leitos)	Santa Casa de Misericórdia de São Miguel dos Campos (6 leitos qualificados)	São Miguel dos Campos, Teotônio Vilela e Campo Alegre	-	São Miguel dos Campos, Teotônio Vilela e Campo Alegre
6ª	Santa Casa de Misericórdia de Penedo (Traumatológico-ortopedia)	Santa Casa de Misericórdia de Penedo (20 leitos)	Hospital Carvalho Beltrão – Coruripe 7 leitos adultos e 7 pediátricos	Coruripe, Penedo e Porto Real do Colégio	Penedo (Tipo 2) Coruripe (ampliada)	-
7ª	Unidade de Emergência DR. Daniel Houly-UEDH (Traumatológico-ortopedia) Hospital Regional de Arapiraca (Clínica Médica)	Hospital Chama (54 leitos)	Hospital Chama 07 leitos Adultos 04 leitos Pediátricos	Arapiraca, Girau do Ponciano, São Sebastião, Batalha e Traipu	-	Arapiraca, Girau do Ponciano
8ª	Hospital Santa Rita – Palmeira dos Índios (Traumatológico-ortopedia)	Hospital Santa Rita - Palmeira dos Índios (22 leitos)	Hospital Santa Rita – Palmeira dos Índios (07 leitos)	-	Palmeira dos Índios (Tipo 2)	Palmeira dos Índios
9ª	-	Hospital Clodolfo Rodrigues de Melo – Santana do Ipanema (15 leitos)	Hospital Clodolfo Rodrigues de Melo – Santana do Ipanema (07 leitos)	Pão de Açúcar, São José da Tapera, Santana do Ipanema e Ouro Branco	-	Santana do Ipanema

10ª	-	Hospital Dr. Antenor Serpa – Delmiro Gouveia (15leitos)	-	Mata Grande, Inhapi, Piranhas, Olho D'Água do Casado e Delmiro Gouveia	Delmiro Gouveia – Tipo 2	-
------------	---	---	---	--	--------------------------	---

Fonte: Assessoria de Superintendência de Média e Alta Complexidade /SUAS/SESAU, dezembro 2015. Dados sujeito a alteração.

Rede de Atenção Psicossocial do Estado de Alagoas

O Estado de Alagoas conta com 57 (cinquenta e sete) Centros de Atenção Psicossocial – CAPS, habilitados pelo Ministério da Saúde, 06 (seis) equipes de Consultório na rua, 15(quinze) leitos em Hospital Geral, 600 (seiscentos) leitos em hospital especializado e 5 (cinco) clínicas de internação involuntária cadastradas pela SESAU.

- **CAPS AD II:** 02 (dois) Centros de Atenção Psicossocial Especializado em Álcool, Crack e Outras Drogas, localizados nos municípios de Palmeira dos Índios e Arapiraca. Atendem pessoas de todas as faixas etárias que apresentam intenso sofrimento psíquico decorrente do uso de álcool, crack e outras drogas.
- **CAPS AD III:** 01 (um) Centro de Atenção Psicossocial Especializado em Álcool, Crack e Outras Drogas, 24 horas, localizado em Maceió. Atende pessoas de todas as faixas etárias que apresentam intenso sofrimento psíquico decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas. Proporciona serviço de atenção contínua, incluindo feriados e finais de semana, ofertando retaguarda clínica e acolhimento noturno.
- **CAPS I:** 47 (quarenta e sete) Centros de Atenção Psicossocial, atendem pessoas de todas as faixas etárias que apresentam prioritariamente intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes, incluindo aqueles relacionados ao uso de substâncias psicoativas e outras situações clínicas que impossibilitem estabelecer laços sociais e realizar projetos de vida. Estão localizados nos municípios de: Rio Largo, Pilar, Marechal Deodoro, Satuba, Messias, São Luís do Quitunde, Matriz do Camaragibe, Porto Calvo, União dos Palmares, Murici, São José da Laje, Joaquim Gomes, Ibateguara, Colônia de Leopoldina, Cajueiro, Atalaia, Capela, Quebrangulo, Viçosa, Anadia, Boca da Mata, Teotônio Villela, Junqueiro, Campo Alegre, São Miguel dos Campos, Coruripe, Penedo, Porto Real de Colégio, Igreja Nova,

Batalha, Girau do Ponciano, Arapiraca, Lagoa da Canoa, São Sebastião, Major Isidoro, Limoeiro de Anadia, Feira Grande, Palmeira dos Índios, Olho D'água das Flores, Pão de Açúcar, Santana do Ipanema, São José da Tapera, Ouro Branco, Canapi, Delmiro Gouveia, Mata Grande, Piranhas, Água Branca, Taquarana e Craíbas.

- **LEITOS EM HOSPITAL GERAL:** 15 (quinze) leitos de acolhimento integral ao paciente em crise, ofertado em dois Hospitais Gerais, situados nos municípios de Rio Largo (nove leitos) e Murici (seis leitos), que operam de modo articulado com outros dispositivos de referência para o paciente.
- **LEITOS EM HOSPITAIS ESPECIALIZADOS:** contamos com 600 (seiscentos) leitos em Hospitais Psiquiátricos para atender demandas de internação voluntária, involuntária e compulsória, abaixo relacionados:
 - ✓ Hospital Escola Dr. Portugal Ramalho: 160 (cento e sessenta) leitos. Hospital público;
 - ✓ Clínica de Repouso Miguel Couto: 160 (cento e sessenta) leitos. Clínica particular conveniada com o SUS;
 - ✓ Hospital Ulisses Pernambucano: 160(cento e sessenta) leitos. Clínica particular conveniada com o SUS;
 - ✓ Associação Psiquiátrica Teodora Albuquerque-ITA: 120 (cento e vinte) leitos. Clínica particular conveniada com o SUS, localizado em Arapiraca.

Rede de Cuidado a Pessoa com Deficiência

Esta rede, esta pautada na Portaria Ministerial nº 793, de 24 de abril de 2012 e Portaria Ministerial nº 835 de 25 de abril de 2012, composta dos serviços apresentados no quadro abaixo.

Quadro 10 – Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência, por Natureza, Tipo e Habilitação. Alagoas, 2015.

INSTITUIÇÃO	NATUREZA	TIPO DE CER	HABILITAÇÃO
PAM Salgadinho	Público	CER III - Física, Intelectual e Auditiva.	Habilitada conforme PT SAS/MS nº 1357 de 02/12/2013.
Associação dos Deficientes Físicos de Alagoas (ADEFAL)	Filantrópica	CER III - Física, Intelectual e Auditiva.	Habilitada conforme PT SAS/MS nº 1357 de 02/12/2013.

Escola Especial Pestalozzi de Maceió (PESTALLOZZI)	Filantrópica	CER IV - Física, Intelectual, Auditiva e Visual.	Habilitada conforme PT SAS/MS nº 1357 de 02/12/2013.
Associação de Amigos e Pais de Pessoas Especiais (AAPPE)	Filantrópica	CER III - Física, Intelectual e Auditiva.	Habilitada conforme PT SAS/MS nº 1357 de 02/12/2013.
Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE)	Filantrópica	CER II - Física e Intelectual	Habilitada conforme PT SAS/MS nº 1357 de 02/12/2013.
Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas (UNCISAL)	Pública	CER III - Física, Intelectual e Auditiva.	Habilitada conforme PT SAS/MS nº 562 de 21/05/2013.
Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE - Arapiraca)	Filantrópica	CER II - Física e Intelectual.	Habilitada conforme PT SAS/MS nº 1.027 de 08/10/2014.
Centro de Medicina Física e Reabilitação de Arapiraca (CEMFRA)	Filantrópica	CER II - Física e Intelectual.	Habilitada conforme PT SAS/MS nº 1357 de 02/12/2013.
Associação Pestalozzi de Arapiraca	Filantrópica	CER II - Física e Intelectual.	Habilitada conforme PT SAS/MS nº 1357 de 02/12/2013.

Fonte: Supervisão de Cuidado à Pessoa com Deficiência/Atenção Especializada/SUAS

Rede de Assistência Materno-Infantil

A Política de Governo do Estado elegeu como prioridade a redução da mortalidade materna, infantil e fetal, em consonância com as políticas do Ministério da Saúde. Entre outras ações, a adesão à **REDE DE ASSISTÊNCIA MATERNO INFANTIL/ REDE CEGONHA** que busca a conformação de uma rede de saúde organizada, que proporcione à população acesso, integralidade resolutividade e qualidade na assistência. A busca da qualidade se dá através da adequação física das unidades, adequação nos processos de trabalho, implantação de linhas de cuidados, protocolos clínicos e regulação da assistência. É uma rede de cuidados que visa assegurar às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo e a atenção humanizada a gravidez, ao parto e ao puerpério, e as crianças o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis.

Desenho da Rede Materno-Infantil

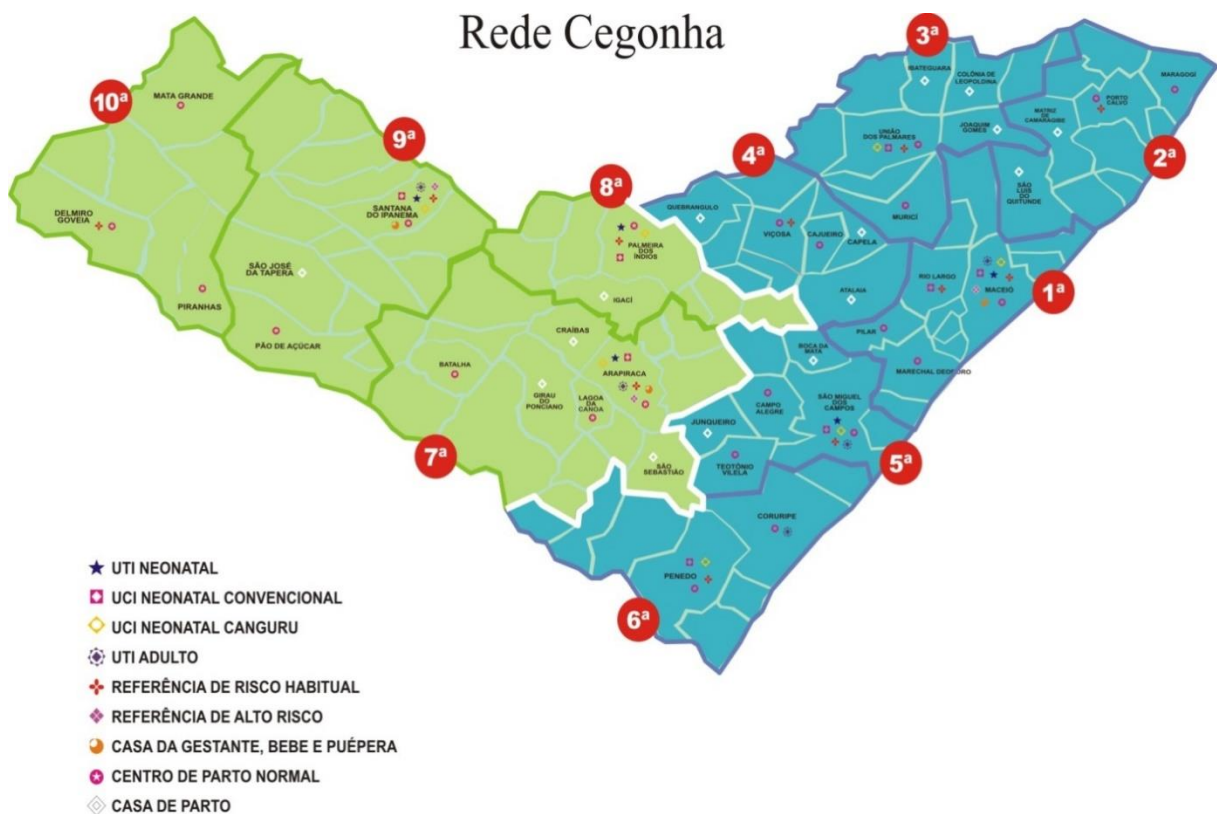
A Rede Cegonha foi organizada a partir de quatro componentes:

- (I) Pré-Natal;
- (II) Parto e Nascimento;

- (III) Puerpério e Atenção Integral à Saúde da Criança;
- (IV) Sistema Logístico: Transporte Sanitário e Regulação.

O grupo condutor da Rede após diagnóstico das necessidades de cada região, considerando a população, cobertura SUS, número de nascimentos e a capacidade instalada em cada região, organizou o desenho da rede materno-infantil exposto abaixo, contemplando todos os níveis de assistência e leitos necessários para atender aos componentes da Rede (pré-natal, parto e nascimento, cuidado no puerpério, criança até dois anos de idade e regulação). O desenho da Rede Cegonha foi pactuado nas Comissões Intergestores Regionais com Resoluções CIRs, homologadas na Comissão Intergestores Bipartite (CIB).

Figura 25 – Mapa da Rede de Assistência Materno Infantil. Alagoas, 2015.



Fonte: ASAPAE/ SUAS/ SESAU/ AL. Dezembro, 2015. Dados sujeitos a alterações.

Após este diagnóstico os serviços que ofertam assistência materna e infantil no estado foram classificados em Centro de Referência de Alto Risco, Centro de Referência de Risco Habitual, Centro de Parto Normal e Casa de Parto. Tendo estes serviços como características:

Quadro 11 – Distribuição de leitos obstétricos, por Região de Saúde, segundo classificação do serviço. Alagoas, 2015.

Região de Saúde	Município	Unidade	Classificação	Número de leitos disponíveis
1ª RS	Maceió	Hosp. Nossa Senhora da Guia	Ref. Risco Habitual	45
		Casa de Saúde Santo Antônio	Ref. Risco Habitual	50
		Hospital do Açúcar	Ref. Risco Habitual	26
		Casa de Saúde e Maternidade Nossa Senhora de Fátima	Ref. Risco Habitual	26
		Maternidade Escola Santa Mônica	Ref. Alto Risco	60
		Hospital Universitário Prof. Alberto Antunes	Ref. Alto Risco	60
	Rio Largo	Hospital Ib Gatto	Ref. Risco Habitual	7
	Pilar	Maternidade Dr. Armando Lages	CPN	3
	Flexeiras	Unidade Mista de Saúde Elpídio Cavalcante de Albuquerque	Casa Parto	2
2ª RS	São L. do Quitunde	Hospital José Augusto	Casa Parto	2
	Porto Calvo	Hosp. Municipal de Porto Calvo	Ref. Risco Habitual	7
	M. de Camaragibe	Hospital Luis Arruda	CPN	3
	Maragogi	Unidade Mista Maria Vicente L. de Lira	CPN	3
3ª RS	União Palmares	Hospital São Vicente de Paulo	Ref. Risco Habitual	19
	Murici	Unidade Mista Dagoberto U. Lopes de Omena	CPN	3
	Ibateguara	Maternidade Mariano de Oliveira	Casa Parto	2

	Colônia Leopoldina	Unidade Mista Maria Loreiro Cavalcante	Casa Parto	2
	São José da Laje	Unidade Mista Drº Arthur CameloVeras	CPN	3
4ª RS	Joaquim Gomes	Unidade Mista Ana Anita Gomes Fragoso	Casa Parto	2
	Atalaia	Serviço de Urgência da Unidade Hospitalar João Lyra Filho	Casa Parto	3
	Cajueiro	Unidade Mista Dr. Augusto D. Cardoso	CPN	3
	Capela	Hospital Municipal Dr. José Vânio de Barros	Casa Parto	2
	Quebrangulo	Unidade Hospitalar de Quebrangulo	Casa Parto	2
	Viçosa	Hospital Municipal de Viçosa	CPN	10
5ª RS	Teotônio Vilela	Unidade Mista N. Senhora das Graças	CPN	3
	Campo Alegre	Unidade Mista Senador Arnon de Melo	CPN	2
	Boca da Mata	Hospital Municipal Manoel S. C. Teixeira	Casa Parto	2
	Junqueiro	Hospital Municipal Teófilo Pereira	Casa Parto	2
	São Miguel dos Campos	Sta. Casa de Misericórdia de São Miguel dos Campos	Ref. Risco Habitual	27
6ª RS	Penedo	Sta. Casa de Misericórdia de Penedo	Ref. Risco Habitual	22
	Coruripe	Carvalho Beltrão Serviços de Saúde	CPN	20
7ª RS	Batalha	Unidade Mista Antônio Vieira Filho	CPN	6

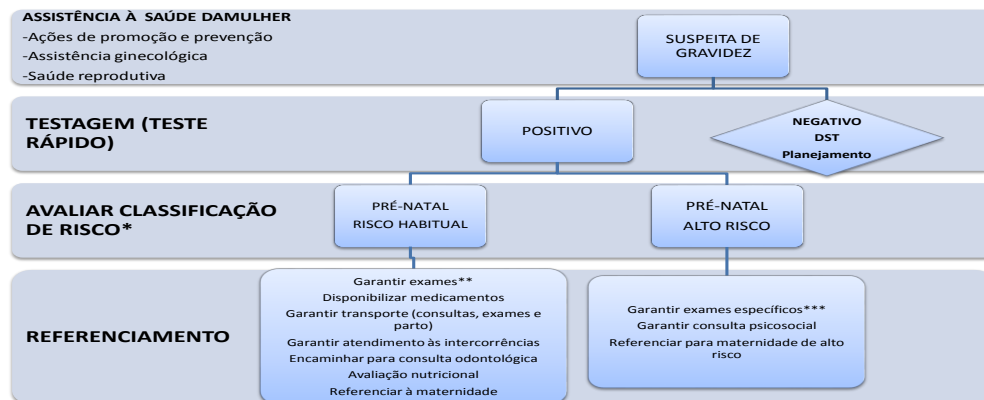
	Craíbas	Casa Maternal Frei Damião	Casa Parto	2
	São Sebastião	Casa de Parto Normal N. Sra. da Penha	Casa Parto	2
	Lagoa da Canoa	Casa de Parto Normal N. Sra. Conceição	CPN	2
	Girau do Ponciano	Hospital José Enoque Barros	Casa Parto	2
	Arapiraca	Casa de Saúde e Maternidade N. Sra. de Fátima	Ref. Risco Habitual	37
		Hosp. Regional de Arapiraca	Ref. Alto Risco	25
8ª RS	Palmeira dos Índios	Hosp. Regional Sta. Rita e Maternidade Sta. Olímpia	Ref. Risco Habitual	24
9ª RS	Santana do Ipanema	Hospital Clodolfo Rodrigues	Ref. Alto Risco	27
	São José da Tapera	Unidade Mista Ênio R. Gomes	Casa Parto	2
	Pão de Açúcar	Unidade Mista Dr. Djalma G. dos Anjos	CPN	5
10ª RS	Delmiro Gouveia	Hospital Antenor Serpa	Ref. Risco Habitual	12
	Piranhas	Unidade Mista Arnon de Melo	CPN	3
	Mata Grande	Unidade Mista Joaquim P. Vieira	CPN	3
TOTAL				575

Fonte: ASAPAE/ SUAS/ SESAU/ AL. Dezembro, 2015. Dados sujeitos a alterações.

Linhas de Cuidado Materno-Infantil

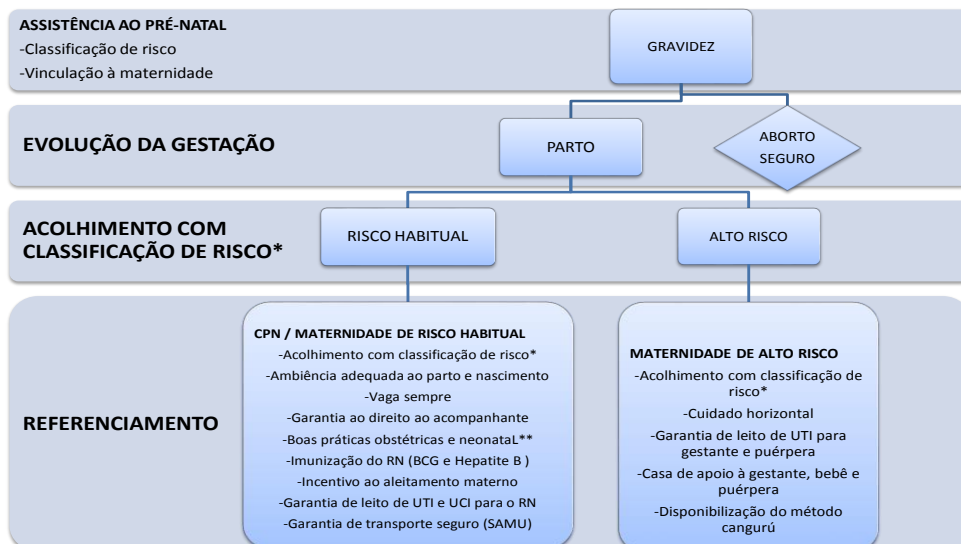
Considerando os componentes da Rede Cegonha e as ações propostas para cada componente definiu-se as linhas de cuidados do pré-natal, do parto e nascimento e do puerpério e cuidado à criança, baseado nos protocolos do Ministério da Saúde e orientações das Sociedades Científicas, buscando garantir assistência segura à gestante, puérpera e à criança.

**LINHA DE CUIDADO MATERNO INFANTIL – REDE CEGONHA
COMPONENTE PRÉ NATAL**



Na linha de cuidado do pré-natal destacamos a necessidade da oferta do teste rápido de gravidez na atenção básica, cadastro da gestante no SISPRENATAL WEB, classificação de risco clínico e social da gestante, oferta de teste rápido de HIV e Sífilis, resultado de exames em tempo oportuno, encaminhamento em tempo oportuno para pré-natal de alto risco e vinculação à maternidade.

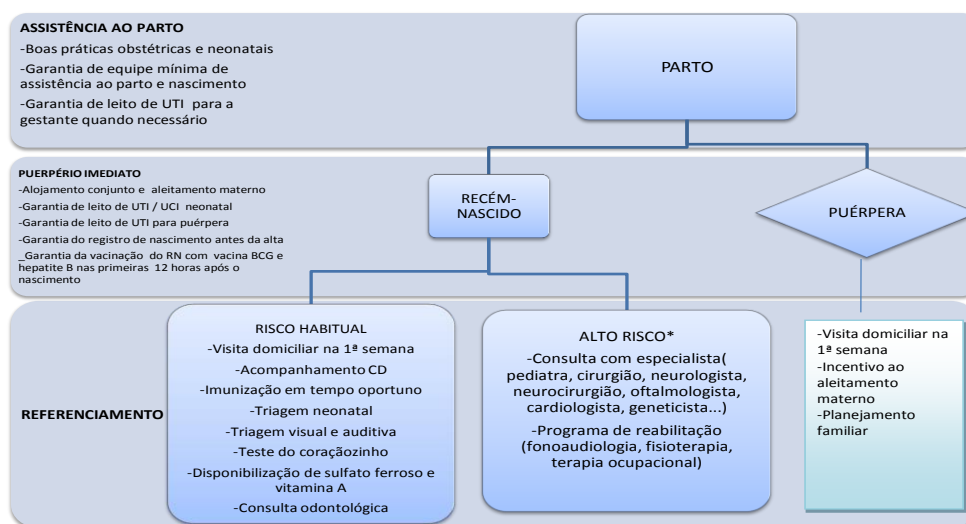
**LINHA DE CUIDADO MATERNO INFANTIL – REDE CEGONHA
COMPONENTE PARTO E NASCIMENTO**



A linha de cuidado ao parto e nascimento orienta o acolhimento e classificação de risco para priorização de atendimento dos casos de maior urgência nas maternidades, política de vaga sempre, garantia de acompanhante de livre escolha, ambiência adequada à assistência,

utilização de boas práticas obstétricas e neonatais, além de transferência responsável quando necessário.

LINHA DE CUIDADO MATERNO INFANTIL – REDE CEGONHA
COMPONENTE PUERPÉRIO E ASSISTÊNCIA À CRIANÇA
ATÉ 2 ANOS DE IDADE



A linha de cuidado do puerpério e cuidado da criança busca garantir avaliação precoce do binômio mãe e filho, para prevenção e diagnóstico precoce de intercorrências no pós-parto e primeira semana de vida, garantia de realização de triagem neonatal (teste do pezinho, teste do olhinho, teste da orelhinha e teste do coraçãozinho), assim como garantir crescimento e desenvolvimento saudável às crianças.

Implantação do Fórum Perinatal

O Fórum Perinatal é um espaço coletivo, plural, gestor interinstitucional onde se firmam acordos éticos do Estado com instituições, conselhos de saúde, conselhos profissionais e sociedade civil para promoção da saúde e qualidade de vida da mulher e da criança. Tem por finalidades: Conhecer e analisar periodicamente a rede de atenção perinatal; Conhecer e analisar sistematicamente os principais indicadores da atenção perinatal; Discutir as garantias dos direitos da mulher e da criança; Propor medidas e estratégias para a redução da mortalidade materna, fetal e infantil, através de atividades que contribuam para a melhoria técnica e acadêmica dos profissionais envolvidos, além da atuação junto aos gestores e serviços de saúde; Promover ações de divulgação sobre a atenção à saúde da mulher e do RN. O Fórum acontece mensalmente e a cada encontro são definidas recomendações para

melhoria da qualidade da assistência ou resolução de dificuldades identificadas. O Fórum Perinatal está regulamentado pela Portaria nº 463/2014.

Quadro 12 – Distribuição de Leitos Neonatais por Região de Saúde, segundo tipo. Alagoas, 2015.

REGIÃO DE SAÚDE	MUNICÍPIO	UNIDADE	TIPO DE LEITO	QUANT. EXISTENTE	AMPLIAÇÃO PROGRAMADA
1ª RS	Maceió	Maternidade Escola Santa Mônica	UTI	20	06
			UCI	06	20
			CANGURU	12	-
		Hospital Prof. Alberto Antunes - HU	UTI	10	-
			UCI	19	-
			CANGURU	5	-
		Hospital do Açúcar	UTI	5	4
			CANGURU	-	-
		Nossa Senhora da Guia	UCI	8	-
			UTI	-	10
	CANGURU		-	5	
	Casa de Saúde Nossa Senhora de Fátima	UCI	8	-	
		Hospital Santo Antônio	UCI	14	-
Rio Largo	Hospital Ib Gatto	UCI	8	-	
3ª RS	União dos Palmares	Hospital São Vicente de Paulo	UCI	-	10
			CANGURU	-	4
5ª RS	São Miguel dos Campos	Santa Casa de São Miguel dos Campos	UCI	6	-
			UTI	8	-
			CANGURU	-	4
6ª RS	Coruripe	Hospital Carvalho Beltrão	UTI	9	-
	Penedo	Santa Casa de Penedo	UCI	8	-

			CANGURU	3	-
7ª RS	Arapiraca	Hospital Regional	UTI	10	-
			UCI	-	10
			CANGURU	5	-
		Casa de Saúde e Maternidade Nossa Senhora de Fátima		UCI	10
			CANGURU	3	-
8ª RS	Palmeira dos Índios	Hospital Santa Rita	UTI	8	-
			UCI	2	6
			CANGURU		3
9ª RS	Santana do Ipanema	Hospital Clodolfo Rodrigues	UCI	8	-
			UTI	-	10
			CANGURU	-	5

Fonte: ASAPAE/ SUAS/ SESAU/ AL. Dezembro, 2015. Dados sujeitos a alterações.

Vinculação da Gestante à Maternidade

A vinculação da gestante é uma estratégia para garantir assistência de forma regionalizada, evitando a peregrinação da gestante e a superlotação dos serviços de maior complexidade. O mapa de vinculação foi construído na 1ª e 7ª regiões de saúde pela gestão dos municípios de Maceió e Arapiraca, discutidas no Fórum Perinatal, nas Comissões Intergestores Regionais - CIRs, homologado em Resolução CIB.

Para as demais regiões de saúde a vinculação se estabeleceu durante a construção dos planos de ação onde foram pactuados os encaminhamentos e registrados no sistema de pactuação das redes de atenção – SISPART com acesso no endereço eletrônico: <https://aplicacao.saude.gov.br/sisredes/login.jsf> necessitando para acesso de cadastro junto ao Ministério da Saúde.

Avanços na Estruturação da Rede

A qualificação da assistência depende da estruturação dos serviços (espaços físicos, equipamentos, recursos humanos e processos de trabalho). O Ministério da Saúde através da Rede Cegonha e o estado de Alagoas através do PROMATER estão garantindo recursos financeiros para reforma, equipamento e custeio dos serviços, entretanto a mudança nos

processos de trabalho depende de capacitação dos profissionais, da decisão política dos gestores e do acompanhamento do desenvolvimento das ações e seus resultados.

Destacamos como avanços após a implantação da REDE MATERNO-INTANTIL/CEGONHA:

- Aumento no número de leitos obstétricos qualificados, contando a rede com 579 leitos sendo 47% destes leitos localizados no município de Maceió, onde temos a maior população e sendo este município referência para a 1ª região de saúde, dando suporte de para toda a 1ª macrorregião;
- Aumento de 54 leitos neonatais distribuídos nas 1ª, 5ª, 6ª, 7ª e 9ª regiões de saúde.
- Implantação do Mapa de Vinculação;
- Implementação do Serviço de Regulação dos leitos obstétricos e neonatais;
- Implantação do Fórum Perinatal, regulamentado pela Portaria, local aberto de discussão da assistência materno infantil no estado, seja relacionado a atenção básica, assistência hospitalar, gestão ou educação em saúde;
- Implantação do Colegiado de Maternidades de Maceió, fórum de discussão entre gestor municipal, gestor estadual e serviços de assistência materno infantil, buscando identificar dificuldades e estratégias para melhoria da qualidade da assistência;
- Redução das taxas de cesáreas nas maternidades que fazem parte da REDE;
- Implantação de boas práticas obstétricas e neonatais nos serviços;
- Identificação e divulgação de experiências exitosas nos municípios e serviços;
- Ampliação na prática do cuidado ao parto pela enfermagem obstétrica;
- Implantação do Acolhimento e Classificação de Risco nas maternidades;
- Implantação de protocolo de encaminhamento e transferência de gestantes e recém-nascidos;
- Implantação de serviço de assistência aos recém-nascidos cardiopatas.

Eixos de Atuação

Diretrizes, Objetivos e Metas

EIXO DE ATUAÇÃO: SAÚDE COM QUALIDADE E EXPANSÃO DOS SERVIÇOS

Diretriz I – Atenção Primária à Saúde como Ordenadora da Atenção à Saúde.

Objetivos:

- Instituir a Atenção Primária como ordenadora das Redes de Atenção à Saúde, promovendo acesso da população a serviços de qualidade, com equidade e atendendo às necessidades de saúde;
- Fortalecer a gestão compartilhada apoiando os municípios no financiamento e no compromisso na organização dos serviços;
- Qualificar a atenção primária de forma a reorganizar o modelo de atenção.

Metas 2016-2019	Resultado Esperado	Área Responsável
Monitorar e Avaliar em 90% dos Municípios o Processo de Trabalho das Equipes no Âmbito da Atenção Primária à Saúde, Considerando as Linhas de Cuidado	Atenção Primária Fortalecida, Estruturada, Qualificada, Atendendo à População em suas Necessidades e Ordenando as Redes de Atenção à Saúde.	Superintendência de Atenção à Saúde
Implantar 02 Programas de Residência em Saúde Orientados para a Medicina em Saúde e Comunidade e para a Residência Multiprofissional em Saúde e Comunidade	Inserção Qualificada de Profissionais da Saúde no SUS e em Áreas Prioritárias. Saúde Ofertada à População por Profissionais com um Novo Perfil, Humanizado e Preparado para Responder às Reais Necessidades de Saúde dos Usuários, Família e Comunidade	Superintendência de Atenção à Saúde
Avaliar Anualmente o Cumprimento de Indicadores e Metas Pactuados, Tendo em Vista a Concessão de Incentivo Financeiro para a Atenção Primária, Participando Efetivamente do Cofinanciamento da Saúde	Melhoria na Qualidade dos Serviços Prestados a Comunidade.	Superintendência de Atenção à Saúde / Superintendência de Regulação e Auditoria

Diretriz II – Integração das Ações e Serviços de Saúde nas Redes de Atenção à Saúde (RAS)

Objetivos:

- Ampliar os serviços da Rede de Atenção às Urgências e Emergências dimensionados conforme as necessidades demandadas pelas Regiões e pautada na política de Assistência às urgências e emergências/MS, com ampliação das Portas de entrada do componente hospitalar;
- Ampliar a capacidade operacional da rede de atenção psicossocial, dimensionada conforme as necessidades demandadas pelas Regiões e pautada na política de Saúde Mental;
- Fortalecer as Ações da Saúde Mental, garantido à oferta de assistência a população alagoana nas unidades de referência do Estado;
- Organizar os serviços da Rede Estadual de Atenção à Pessoa com Deficiência de acordo com as Diretrizes da Política Nacional;
- Fortalecer as Ações do CER III-UNCISAL, garantindo a oferta à população alagoana de serviço especializado em reabilitação;
- Garantir o atendimento em toda linha de cuidado ao paciente oncológico;
- Implantar a Rede de Atenção às Condições Crônicas e Prioritárias de acordo com as Diretrizes da Política Nacional.

Metas 2016-2019	Resultado Esperado	Área Responsável
Reestruturar o Componente Pré-Hospitalar da Rede de Urgência e Emergência em 80% dos Municípios	Ampliação dos Serviços da Rede de Atenção às Urgências e Emergências	Superintendência de Atenção à Saúde
Reestruturar o Componente Hospitalar da Rede de Urgência e Emergência em 100% dos Municípios	Ampliação dos Serviços da Rede de Atenção às Urgências e Emergências	Superintendência de Atenção à Saúde
Implantar 100% dos Pontos de Atenção Definidos para a Rede de Atenção Psicossocial	Garantir a Livre Circulação das Pessoas com Problemas Mentais pelos Serviços, pela Comunidade e pela Cidade	Superintendência de Atenção à Saúde
Implantar 20 Leitos de Saúde Mental no Hospital de Clínicas	Garantir a Livre Circulação das Pessoas com Problemas Mentais pelos Serviços, pela Comunidade e pela Cidade	Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas
Implantar Serviço de Atendimento em Saúde Mental no Ambulatório do Hospital de Clínicas	Garantir a Livre Circulação das Pessoas com Problemas Mentais pelos Serviços, pela Comunidade e pela Cidade	Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas
Implantar Emergência Psiquiátrica no Hospital de Clínicas	Garantir a Livre Circulação das Pessoas com Problemas Mentais pelos Serviços, pela Comunidade e pela Cidade	Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas
Reestruturar a Rede de Atenção à Pessoa com Deficiência (RCPD) nas 10 Regiões de Saúde	Ampliar o Acesso da Assistência à Pessoa com Deficiência, Garantindo a Integralidade do Cuidado e Tendo a APS como Ordenadora da Rede	Superintendência de Atenção à Saúde
Atender 100% das Demandas de Ortese, Prótese e Meio de Locomoção (OPM)	Garantir o Atendimento aos Portadores de Necessidades Especiais Atendidos no CER III - UNCISAL	Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas
Atender 100% da Demanda por Ações que Integram a Linha de Cuidado em Oncologia	Redução da Mortalidade por Câncer, Garantindo a Integralidade do Cuidado e Tendo a APS como Ordenadora da Rede	Superintendência de Atenção à Saúde
Reduzir em 20 % a Taxa de Internação por Diabetes Mellitus na População Geral	Melhoria das Condições de Saúde da População	Superintendência de Atenção à Saúde
Reduzir em 20 % a Taxa de Internação por Causas Cerebrovasculares na População Acima de 55 Anos	Melhoria das Condições de Saúde da População	Superintendência de Atenção à Saúde

Diretriz III – Integração das Ações e Serviços de Saúde na Rede Materno-Infantil

Objetivos:

- Organizar a Rede de Atenção Obstétrica e neonatal, garantindo a qualidade na assistência pré-natal, no parto e puerpério, diminuindo assim a morbimortalidade materna e infantil no estado, promovendo a atenção obstétrica e neonatal, qualificada e humanizada, incluindo a assistência ao abortamento em condições seguras, para mulheres em idade fértil;
- Sistematizar a assistência à saúde da gestante de alto risco e ao seu recém-nascido em unidades de referência de alta complexidade no Estado;
- Ampliar o acesso do atendimento a gestantes de risco habitual em unidades públicas do estado de Alagoas;
- Implantar unidade de cuidado peri-hospitalar para acolher, orientar, cuidar e acompanhar as gestantes, puérperas e os bebês em unidades públicas do estado de Alagoas.

Metas 2016-2019	Resultado Esperado	Área Responsável
Reestruturar a Rede Materno-Infantil em 100% dos Municípios	Ampliação dos Serviços da Rede Materno-Infantil	Superintendência de Atenção à Saúde
Reduzir em 20% a Taxa de Mortalidade Materna	Redução da Mortalidade Materna	Superintendência de Atenção à Saúde
Reduzir em 20% a Taxa de Mortalidade Fetal	Redução da Mortalidade Fetal	Superintendência de Atenção à Saúde
Reduzir em 20% a Taxa de Mortalidade Infantil	Redução da Mortalidade Infantil	Superintendência de Atenção à Saúde
Ampliar a Oferta de Leitos de UTI Neonatal	Redução da Mortalidade Materna, Fetal e Infantil	Superintendência de Atenção à Saúde
Ampliar a Oferta de Leitos de UCI Neonatal	Redução da Mortalidade Materna, Fetal e Infantil	Superintendência de Atenção à Saúde
Avaliar Anualmente o Cumprimento de Indicadores e Metas Pactuados, Tendo em Vista a Concessão de Incentivo Financeiro para a Assistência Materno-Infantil, Participando Efetivamente do Cofinanciamento da Saúde	Melhoria na Qualidade dos Serviços Prestados a População	Superintendência de Atenção à Saúde / Superintendência de Regulação e Auditoria
Aperfeiçoar a Qualidade do Atendimento Materno Infantil, Através do Fortalecimento da Maternidade Escola Santa Mônica	Promoção, Proteção e Apoio à Saúde Integral da Criança e da Mulher, no Âmbito do Sistema Único de Saúde	Maternidade Escola Santa Mônica - MESM/UNCISAL
Construir Centro de Parto Normal	Redução da Mortalidade Materna, Fetal e Infantil	Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas
Construir e Implantar a Maternidade de Risco Habitual	Redução da Mortalidade Materna, Fetal e Infantil	Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas
Construir Casa da Gestante, do Bebê e da Puérpera	Redução da Mortalidade Materna, Fetal e Infantil	Maternidade Escola Santa Mônica - MESM/UNCISAL

Diretriz IV - Uso da Epidemiologia para Conhecimento e Análise da Situação de Saúde e para o Estabelecimento de Prioridades

Objetivos:

- Coletar, consolidar, analisar e disseminar informações sobre a situação de saúde e eventos relacionados à saúde;
- Produzir dados e resultados para subsidiar a tomada de decisão, planejamento e avaliação;
- Implantar a sala de situação de saúde no âmbito da SESAU;
- Produzir e disseminar material técnico sobre análise da situação de saúde.

Metas 2016-2019	Resultado Esperado	Área Responsável
Registrar no SIM, no Mínimo, 95% dos Óbitos Não Fetais com Causa Básica Definida	Qualidade da Informação Relativa às Estatísticas Vitais Vigilância Municipal/Estadual Atuante com Relação aos Registros de Mortalidade Alcance de Indicadores Pactuados em Âmbito Estadual e Municipal	Superintendência de Vigilância em Saúde
Registrar no Sistema Nacional sobre Nascidos Vivos-SINASC, no Mínimo, 90% dos Nascimentos Estimados	Cobertura da Informação Relativa às Estatísticas Vitais Vigilância Municipal/Estadual Atuante com Relação à Cobertura dos Registros de Nascimentos Alcance de Indicadores Pactuados em Âmbito Estadual e Municipal	Superintendência de Vigilância em Saúde
Estruturar, em Ambiente Virtual, a Sala de Situação de Saúde da SESAU	Disseminação de Informações Necessárias à Gestão do SUS	Superintendência de Vigilância em Saúde
Produzir e Divulgar 60 Instrumentos de Análise da Situação de Saúde	Disseminação de Informações para Subsidiar o Planejamento e a Gestão do SUS	Superintendência de Vigilância em Saúde
Produzir e Divulgar 48 Boletins sobre Temáticas Específicas Relativas aos Componentes da Vigilância em Saúde	Informações sobre os Componentes da Vigilância em Saúde Disseminadas	Superintendência de Vigilância em Saúde

Diretriz V – Integração das Ações e Serviços de Vigilância e Atenção à Saúde para Reversão de Indicadores Inaceitáveis que Impactam a Saúde da População

Objetivos:

- Consolidar ações de vigilância do óbito materno, infantil e fetal de modo a contribuir para a redução da mortalidade materna e infantil;
- Ampliar e qualificar a vigilância de doenças, agravos e fatores de risco relacionados às condições de vida e trabalho, às questões ambientais e às causas externas, de modo a contribuir para a redução desses riscos na população;
- Reduzir indicadores inaceitáveis de doenças, agravos e fatores de risco de notificação compulsória, por meio da detecção, exame, tratamento dos casos e redução de abandono no tratamento e outras ações preconizadas em protocolos clínicos e de vigilância;
- Controlar as arboviroses e suas consequências, por meio da detecção, exame, tratamento dos casos e outras ações preconizadas em protocolos clínicos e de vigilância;
- Fortalecer a gestão compartilhada apoiando os municípios no financiamento e organização dos serviços;
- Disponibilizar, por meio do LACEN, suporte laboratorial para o esclarecimento de diagnóstico de doenças e agravos, controle de qualidade de alimentos, águas e amostras ambientais;
- Realizar o controle sanitário da produção e comercialização de produtos e serviços, equipamentos e materiais utilizados em saúde;
- Apoiar tecnicamente os municípios na identificação de medidas de prevenção e controle a fatores de risco ambientais.

Metas 2016-2019	Resultado Esperado	Área Responsável
Investigar, no Mínimo, 80% dos Óbitos Infantis Registrados	Qualidade da Informação sobre Mortalidade Identificação de Causas Evitáveis e Adoção de Medidas, Articulando Vigilância e Atenção à Saúde Alcance de Indicador Pactuado em Âmbito Estadual e Federal	Superintendência de Vigilância em Saúde
Investigar 100% dos Óbitos Maternos	Qualidade da Informação sobre Mortalidade Identificação de Causas Evitáveis e Adoção de Medidas, Articulando Vigilância e Atenção à Saúde Alcance de Indicador Pactuado em Âmbito Estadual e Federal	Superintendência de Vigilância em Saúde
Monitorar 100% das Emergências em Saúde Pública, Identificadas em Âmbito Estadual e as Demandadas a Partir do Nível Nacional	Resposta Oportuna às Emergências em Saúde Pública de Relevância Nacional e Estadual Vigilância Ativa e Resposta Rápida à Ocorrência de Doenças e Agravos de Notificação Compulsória e Imediata CIEVS Atuando de Forma Articulada com a Vigilância e Atenção à Saúde	Superintendência de Vigilância em Saúde
Realizar 6 Avaliações/Ano do Cumprimento de Indicadores e Metas Relativos à Concessão de Incentivo Financeiro para o Fortalecimento da Vigilância em Saúde, Participando Efetivamente do Cofinanciamento da Saúde	Vigilância em Saúde Fortalecida em Âmbito Municipal Indicadores Avaliados Apontando Necessidades de Apoio Técnico Específico Para Reversão de Indicadores Inaceitáveis	Superintendência de Vigilância em Saúde
Integrar Vigilância e Atenção Primária em no Mínimo 80% dos Municípios, para Reversão de Indicadores Inaceitáveis de Doenças, Agravos e Fatores de Risco	Vigilância e Atenção Primária Atuando de Forma Articulada APS Responsabilizando-se Pela Reversão de Indicadores Inaceitáveis Relacionados ao Controle de Doenças, Agravos e Fatores de Risco em sua Área Adscrita Adequação dos Processos de Trabalho no Contexto da APS, Incorporando e Agregando Protocolos de Vigilância e Atenção à Saúde	Superintendência de Vigilância em Saúde

Metas 2016-2019	Resultado Esperado	Área Responsável
Integrar ao Trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), em no Mínimo 80% dos Municípios, Conteúdos e Práticas Relacionados à Vigilância de Doenças, Agravos e Fatores de Risco, com Vistas à Reversão de Indicadores Inaceitáveis	ACS Incorporando ao seu Processo de Trabalho Conteúdos e Práticas Relacionados à Vigilância de Doenças Agravos e Fatores de Risco	Superintendência de Vigilância em Saúde
Estruturar a Vigilância em Saúde em no Mínimo 80% dos Municípios, Considerando os seus Diferentes Componentes em Conformidade com Condições de Cada Realidade	Vigilância em Saúde Minimamente Estruturada em Âmbito Municipal	Superintendência de Vigilância em Saúde
Encerrar 100% de Casos de Doença de Notificação Compulsória Imediata - DNCI, em até 60 Dias a Partir da Notificação	Vigilância Ativa e Atuante em Âmbito Estadual e Municipal Alcance de Indicador Pactuado em Âmbito Estadual e Federal	Superintendência de Vigilância em Saúde
100% dos Municípios com Notificação Positiva ou Negativa em 100% das Semanas Epidemiológicas	Vigilância Ativa de Doenças e Agravos de Notificação Compulsória Vigilância em Saúde Municipal Melhor Estruturada Alcance de Indicadores Pactuados em Âmbito Estadual e Federal	Superintendência de Vigilância em Saúde
Encerrar, no Mínimo, 80% dos Casos de Dengue em até 60 Dias a Partir da Notificação	Vigilância Ativa da Dengue Vigilância em Saúde Estadual e Municipal Atuante Alcance de Indicador Pactuado em Âmbito Estadual	Superintendência de Vigilância em Saúde
Investigar 100% dos Óbitos Suspeitos de Dengue, Zika e Febre do Chikungunya	Vigilância Ativa da Dengue, Zika e Febre do Chikungunya Vigilância em Saúde Estadual e Municipal Atuante	Superintendência de Vigilância em Saúde
100% dos Municípios Alcançando em 4 dos 6 Ciclos Preconizados um Mínimo de 80% de Cobertura de Imóveis Visitados, com Vistas ao Controle do Aedes Aegypti.	Vigilância e Controle Ativos da Infestação pelo Aedes Aegypti Redução da Transmissão dos Vírus da Dengue, Zika e Chikungunya Melhor Direcionamento das Atividades de Campo Alcance de Indicador Pactuado em Âmbito Nacional	Superintendência de Vigilância em Saúde

Metas 2016-2019	Resultado Esperado	Área Responsável
Tratar, no Mínimo, 90% dos Casos Diagnosticados de Esquistossomose nos Municípios da Área Endêmica	Integração entre Vigilância Epidemiológica e Atenção Primária em Saúde Qualidade do Trabalho de Campo para o Controle da Esquistossomose Alcance de Indicador Pactuado em Âmbito Estadual	Superintendência de Vigilância em Saúde
Examinar, no Mínimo, 90% dos Contatos Intradomiciliares dos Casos Novos de Hanseníase	Vigilância Ativa e Articulada com a APS para Identificar e Examinar os Contatos dos Casos Novos de Hanseníase Interrupção da Cadeia de Transmissão da Doença Alcance de Indicadores Pactuados em Âmbito Estadual e Federal	Superintendência de Vigilância em Saúde
Curar, no Mínimo, 90% dos Casos Novos de Hanseníase	Vigilância Ativa e Articulada com a APS para Garantir o Tratamento dos Casos Novos de Hanseníase Qualidade da Atenção ao Paciente de Hanseníase Redução da Transmissão da Doença Alcance de Indicadores Pactuados em Âmbito Estadual	Superintendência de Vigilância em Saúde
Examinar, no Mínimo, 90% dos Contatos dos Casos Novos de Tuberculose Pulmonar Bacilífera	Vigilância Ativa e Articulada com a APS para Garantir o Exame dos Contatos dos Casos Novos de Tuberculose Qualidade da Atenção ao Paciente de Tuberculose Detecção Precoce de Casos de Doença Ativa Alcance de Indicadores Pactuados em Âmbito Estadual e Federal	Superintendência de Vigilância em Saúde
Testar para o HIV 100% dos Casos Novos de Tuberculose	Vigilância Ativa e Articulada com a APS para Garantir a Testagem para o HIV dos Pacientes de Tuberculose Qualidade da Atenção ao Paciente com Possibilidade de Coinfecção Detecção Precoce dos Casos Coinfectados com Redução do Desfecho Desfavorável Alcance de Indicadores Pactuados em Âmbito Estadual e Federal	Superintendência de Vigilância em Saúde

Metas 2016-2019	Resultado Esperado	Área Responsável
Curar, no Mínimo, 85% dos Casos de Tuberculose	Vigilância Ativa e Articulada com a APS para Garantir o Tratamento e a Cura dos Casos de Tuberculose Qualidade da Atenção ao Paciente de Tuberculose Redução da Transmissão da Doença e do Risco de Resistência aos Fármacos Utilizados Alcance de Indicadores Pactuados em Âmbito Estadual e Federal	Superintendência de Vigilância em Saúde
Ampliar em 60% o Número de Testes de HIV	Vigilância Ativa e Articulada com a APS para Detecção Oportuna de Casos de HIV Qualidade de Vida da Pessoa Vivendo com o HIV e na Transmissão do Vírus Alcance de Indicadores Pactuados em Âmbito Federal	Superintendência de Vigilância em Saúde
Reduzir em 40% o Diagnóstico Tardio de Infecção pelo HIV	Vigilância Ativa e Articulada com a APS para Detecção Precoce de Casos de HIV Captação Precoce dos Casos de HIV Positivo para Tratamento Alcance de Indicadores Pactuados em Âmbito Federal	Superintendência de Vigilância em Saúde
Reduzir em 40% o Número de Casos Novos de AIDS em Menores de 5 Anos	Vigilância Ativa e Articulada com a APS e Rede de Atenção à Mãe e à Criança para Proteção da Criança Exposta Alcance de Indicadores Pactuados em Âmbito Federal	Superintendência de Vigilância em Saúde
Encerrar, Oportunamente, por Critério Laboratorial, pelo Menos 80% dos Casos Notificados de Hepatites Virais	Vigilância Ativa e Articulada com a APS e Rede de Atenção à Média e Alta Complexidade para Detecção das Hepatites Virais Melhor Conhecimento da Realidade das Hepatites Virais no Estado	Superintendência de Vigilância em Saúde
Realizar Busca Ativa de Casos de Tracoma em 10% da População de Escolares da Rede Pública do 1º ao 5º Ano do Ensino Fundamental dos Municípios Prioritários Integrantes da Região	Vigilância Ativa e Articulada com a APS e com a Rede de Ensino Municipal Minimizar a Cadeia de Transmissão Evitar a Ocorrência de Cegueira Alcance de Indicadores Pactuados em Âmbito Federal	Superintendência de Vigilância em Saúde
Alcançar, no Mínimo, 95% de Cobertura do Grupo de Crianças com Menos de 1 Ano de Idade, com a 3ª Dose da Vacina Pentavalente	Articulação da Vigilância em Saúde com a APS para Garantir a Vacinação com o Esquema Completo (3ª Dose), Incluindo a Busca de Faltosos e a Identificação de Bolsões de Suscetíveis Proteção Contra as Doenças Imunopreveníveis Alcance de Indicadores Pactuados em Âmbito Estadual e Federal	Superintendência de Vigilância em Saúde

Metas 2016-2019	Resultado Esperado	Área Responsável
Alcançar, no Mínimo, 95% de Cobertura das Crianças com 1 Ano de Idade, com a Vacina Tríplice Viral	Articulação da Vigilância em Saúde com a APS para Garantir a Vacinação, Incluindo a Busca de Faltosos e a Identificação de Bolsões de Suscetíveis Proteção contra Sarampo, Caxumba e Rubéola Alcance de Indicadores Pactuados em Âmbito Estadual e Federal	Superintendência de Vigilância em Saúde
Identificar 100% dos Casos de Câncer, Mediante Consolidação do Registro de Câncer de Base Populacional (RCBP)	Pomover Vigilância Ativa para o Câncer Detectar Populações mais Afetadas, Fatores Ambientais Relacionados Apontar Necessidade de Investigações Epidemiológicas e Estudos Específicos	Superintendência de Vigilância em Saúde
Preencher com Informação Válida o Campo Raça/Cor em 95% de Notificações de Violência Interpessoal e Autoprovocada	Vigilância em Saúde Estadual e Municipal Atuante e Articulada à Atenção Primária à Saúde Identificar Grupos Específicos mais Vulneráveis, Qualificar a Informação sobre Violência Alcance de Indicadores Pactuados em Âmbito Estadual e Federal	Superintendência de Vigilância em Saúde
Encerrar, no Mínimo, 80% dos Casos de Intoxicação Exógena, em até 180 Dias a Partir da Notificação	Vigilância em Saúde Estadual e Municipal Atuante e Articulada à APS, à Média e à Alta Complexidade Qualidade e Oportunidade da Investigação Articulação entre as Diferentes Áreas da Vigilância em Saúde Alcance de Indicadores Pactuados em Âmbito Estadual	Superintendência de Vigilância em Saúde
Cadastrar 10% das Áreas com Populações Expostas a Agrotóxicos nas 10 Regiões de Saúde	Vigilância em Saúde Ambiental Estadual e Municipal Atuante Identificação de Situações e Populações de Risco Articulação entre os Componentes da Vigilância em Saúde	Superintendência de Vigilância em Saúde
Analisar para os Parâmetros Turbidez e Cloro Residual Livre, no Mínimo, 90% de Amostras de Água para Consumo Humano Previstas na Diretriz Nacional do Plano de Amostragem	Vigilância em Saúde Ambiental Estadual e Municipal Atuante Identificação de Situações e Populações de Risco Alcance de Indicadores Pactuados em Âmbito Estadual	Superintendência de Vigilância em Saúde
Inspecionar Sistemas de Abastecimento de Água para Consumo Humano - SAA e as Soluções Alternativas Coletivas de Abastecimento - SAC em 100% dos Municípios	Vigilância em Saúde Ambiental e Vigilância Sanitária Estadual e Municipal Atuante Identificação de Situações e Populações sob Risco Notificação aos Responsáveis pelos Sistemas	Superintendência de Vigilância em Saúde

Metas 2016-2019	Resultado Esperado	Área Responsável
Cadastrar, no Mínimo, 80% dos Veículos Transportadores de Água em Municípios que se Encontram em Situação de Emergência Decorrente da Seca	Vigilância em Saúde Ambiental e Vigilância Sanitária Estadual e Municipal Atuar em Identificação de Veículos sem Condições de Transportar Água e Notificação aos Responsáveis	Superintendência de Vigilância em Saúde
Realizar, no Mínimo, 200 Coletas de Água de Bacias Hidrográficas em 21 Municípios de Risco, para Monitorar a Presença do Víbrio Cholerae no Ambiente	Vigilância em Saúde Ambiental Estadual e Municipal Atuar em Monitoramento da Presença do Víbrio Colérico no Ambiente	Superintendência de Vigilância em Saúde
Ampliar em 100% o Cadastro de Áreas com Populações sob Risco em Razão do Potencial de Exposição a Solo Contaminado	Vigilância em Saúde Ambiental Estadual e Municipal Atuar e Articulada à Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis Identificação de Situações e Populações Expostas	Superintendência de Vigilância em Saúde
Ampliar em 20% o Cadastramento de Fontes Fixas de Contaminantes Relacionados a Qualidade do Ar	Vigilância em Saúde Ambiental Estadual e Municipal Atuar e Articulada à Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis Identificação de Situações e Populações Expostas	Superintendência de Vigilância em Saúde
Ampliar em 80% o Número de Municípios com Notificação de Doenças ou Agravos Relacionados ao Trabalho	Vigilância em Saúde do Trabalhador Estadual e Municipais Atuantes em Articulação com a APS, à Média e à Alta Complexidade Melhor conhecimento da Situação das Doenças e Agravos Relacionados ao Trabalho Alcance de Indicadores Pactuados em Âmbito Federal	Superintendência de Vigilância em Saúde

Metas 2016-2019	Resultado Esperado	Área Responsável
Concluir o Acompanhamento de, no Mínimo, 80% dos Casos Notificados Relacionados a Acidentes com Material Biológico	Vigilância em Saúde do Trabalhador Estadual e Municipais Atuantes em Articulação com a APS, à Média e à Alta Complexidade Qualidade da Atenção à Saúde do Trabalhador Detecção de Casos de Hepatites e/ou AIDS, Alcance de Indicadores Pactuados em Âmbito Estadual	Superintendência de Vigilância em Saúde
Realizar, no Mínimo, 300 Inspeções Sanitárias em Unidades Produtivas com Risco para Agravos de Saúde do Trabalhador	Vigilância em Saúde do Trabalhador Estadual e Municipais Atuantes Melhor Conhecimento da Situação da Saúde do Trabalhador e das Situações de Risco e Maior Exposição Qualidade das Unidades Produtivas no Tocante à Saúde do Trabalhador	Superintendência de Vigilância em Saúde
Incrementar em 20% as Inspeções Sanitárias na Área de Alimentos, Considerando Ações que Ainda Estão sob a Responsabilidade da Gestão Estadual	Vigilância Sanitária Atuante Garantia da Qualidade de Produtos Inspeccionados Mediante Controle Sanitário Proteção à Saúde da População	Superintendência de Vigilância em Saúde
Incrementar em 20% as Inspeções Sanitárias na Área de Medicamentos, Considerando Ações que Ainda Estão sob a Responsabilidade da Gestão Estadual	Vigilância Sanitária Atuante Garantia da Qualidade de Estabelecimentos/Produtos Inspeccionados Mediante Controle Sanitário Proteção à Saúde da População	Superintendência de Vigilância em Saúde
Incrementar em 20% as Inspeções Sanitárias na Área de Serviços de Saúde, Considerando Ações que Ainda Estão sob a Responsabilidade da Gestão Estadual	Vigilância Sanitária Atuante Garantia da Qualidade de Serviços Inspeccionados Mediante Controle Sanitário Proteção à Saúde da População	Superintendência de Vigilância em Saúde

Metas 2016-2019	Resultado Esperado	Área Responsável
Incrementar em 20% as Inspeções Sanitárias em Veículos Transportadores de Água Potável para Consumo Humano, Principalmente em Função do Atendimento a Áreas de Estiagem Prolongada	Vigilância Sanitária Atuate Segurança dos Veículos Transportadores de Água para Consumo Humano Proteção à Saúde da População	Superintendência de Vigilância em Saúde
Implementar o Controle Sanitário de Serviços, Ambientes e Produtos em, no Mínimo, 60% dos Municípios Alagoanos	Vigilância Sanitária Estadual e Municipal Atuentes Qualidade de Serviços, Ambientes e Produtos Mediante Controle Sanitário Maior Responsabilização da Gestão Municipal em Vigilância Sanitária Proteção à Saúde da População	Superintendência de Vigilância em Saúde
Atender 100% da Demanda por Análises Biomédicas, Ambientais e Entomológicas, Incluindo, Conforme Necessidades, a Coleta, o Processamento e a Análise ou o Recolhimento ou Envio de Amostras Biológicas para Laboratórios de Referência	Qualidade, Precisão e Especificidade da VS Rede de Laboratório de Vigilância em saúde Organizada e Atendendo à Especificidade do Diagnóstico de Doenças, Agravos e de Situações de Risco	Superintendência de Vigilância em Saúde
Realizar o Controle de Qualidade das Amostras Processadas Oriundas de, no Mínimo, 80% dos Laboratórios da Rede de Diagnóstico de Suporte às Ações de Vigilância em Saúde	Qualidade, Precisão e Especificidade da VS Rede de Laboratório de Vigilância em Saúde Organizada e Atendendo à Especificidade do Diagnóstico de Doenças, Agravos e de Situações de Risco	Superintendência de Vigilância em Saúde
Estruturar a Rede Sentinela Estadual para Detectar a Circulação de Arbovírus e seus Vetores	Melhoria da Qualidade da Vigilância em Saúde Detecção da Presença dos Arbovírus em Alagoas Mapeamento da Circulação dos Arbovírus	Superintendência de Vigilância em Saúde

Diretriz VI – Atenção Integral à Saúde das Populações por Ciclo de Vida e Gênero

Objetivos:

- Implementar a política estadual de atenção à saúde com base na integralidade das linhas de cuidado, considerando a saúde da mulher, da criança, do adolescente e jovem, da pessoa idosa e do homem;
- Ampliar o acesso à assistência em Saúde Bucal, com procedimentos preventivos e curativos, incluindo a promoção, prevenção e recuperação, estendendo o atendimento odontológico, considerando os ciclos de vida e todos os níveis de complexidade;
- Implementar a Rede de Atenção Integral à Saúde da Mulher, reduzindo os vazios assistenciais na Média e Alta Complexidade;
- Consolidar a Rede de Assistência Hematológica e Hemoterápica, ampliando e garantindo o acesso da população a esse serviço;
- Ampliar a Captação e Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante do Estado de Alagoas.

Metas 2016-2019	Resultado Esperado	Área Responsável
Reduzir em 10% as Internações por 05 Condições Sensíveis à Atenção Primária de Maior Magnitude na Primeira Infância.	Promover e Proteger a Saúde da Criança Mediante a Atenção a Cuidados Integrados e Integrados	Superintendência de Atenção à Saúde
Implantar em 50% dos Municípios, com Altos Índices de Baixo Peso ao Nascer, Iniciativas Municipais de Estímulo ao Aleitamento Materno Exclusivo no Primeiro Semestre de Vida	Aumento do Aleitamento Materno Exclusivo no Primeiro Semestre de Vida, Contribuindo para melhoria da condição do recém nascido e, em consequência, para a Redução da Mortalidade Infantil	Superintendência de Atenção à Saúde
Reduzir em 10% a Incidência de Sífilis Congênita.	Qualidade do Pré-Natal	Superintendência de Atenção à Saúde
Implantar Núcleo da Saúde no Programa pela Primeira Infância do Estado de Alagoas	Efetivação de Políticas Sociais Públicas que Permitam o Nascimento e o Desenvolvimento Sadio e Harmonioso em Condições Dignas de Existência	Superintendência de Atenção à Saúde
Implantar o Programa Estadual de Atenção a Criança Portadora de Cardiopatia	Garantir Acesso a Serviço Qualificado, em Tempo Hábil, Fornecendo Acolhimento e Todo Suporte Necessário as Crianças Portadoras de Cardiopatia	Superintendência de Atenção à Saúde
Aumentar em 20% a Proporção de Partos Normais	Qualidade da Assistência Pré-Natal e ao Parto	Superintendência de Atenção à Saúde
Aumentar para 70% a Proporção de Nascidos Vivos de Mães com 7 ou Mais Consultas de Pré-Natal.	Cobertura do Atendimento, Prevenindo a Morbimortalidade Materna e Perinatal	Superintendência de Atenção à Saúde

Metas 2016-2019	Resultado Esperado	Área Responsável
100% de Mulheres com Diagnóstico de Câncer de Colo de Útero com Acesso ao Tratamento nos Primeiros 60 Dias Após o Diagnóstico.	Acesso a Exames Preventivos para Câncer de Colo de Útero, Prevenção, Detecção Precoce e Tratamento Oportuno do Câncer de Colo de Útero	Superintendência de Atenção à Saúde
100% de Mulheres com Diagnóstico de Câncer de Mama com Acesso ao Tratamento nos Primeiros 60 Dias Após o Diagnóstico.	Acesso a Exames Preventivos para Câncer de Mama, Prevenção, Detecção Precoce e Tratamento Oportuno do Câncer de Mama	Superintendência de Atenção à Saúde
Implantar os Eixos Temáticos da Política Atenção Integral a Saúde do Homem	Acesso a Atenção Integral a Saúde do Homem	Superintendência de Atenção à Saúde
Implantar Linha de Cuidado da Atenção Integral a Saúde do Idoso	Acesso a Atenção Integral à Saúde do Idoso	Superintendência de Atenção à Saúde
Implantar 01 Centro Humanizado de Atenção Integrada a Saúde – CAIS	Acesso Integral as Pessoas Vítimas de Violência Sexual	Superintendência de Atenção à Saúde
Reduzir em 12% o Percentual de Exodontia em Relação aos Procedimentos Preventivos e Curativos	Prioridade aos Procedimentos Preventivos e Curativos Maior Qualidade ao Tratamento Ofertado pela Saúde Bucal do Município	Superintendência de Atenção à Saúde
Aumentar em 12% a Cobertura Populacional Estimada pelas Equipes de Saúde Bucal	Aumento Progressivo da Cobertura da Atenção à Saúde Bucal	Superintendência de Atenção à Saúde

Metas 2016-2019	Resultado Esperado	Área Responsável
Aumentar em 12% o Percentual de Ação Coletiva de Escovação Dental Supervisionada	Prevenção de Doenças Bucais, Mais Especificamente Cárie Dentária e Doença Periodontal Alcance de Meta do Indicador Pactuado na Esfera Federal	Superintendência de Atenção à Saúde
Implantar 3 Postos de Coleta para Hemorrede.	Hemorrede com Unidades de Serviços que Atendam às Necessidades do População	Superintendência de Atenção à Saúde
Implantar uma Agência Transfusional para Hemorrede	Hemorrede com Unidades de Serviços que Atendam às Necessidades da População	Superintendência de Atenção à Saúde
Aumentar em 20% o Número de Captações Multiórgãos no Estado	Melhoria da Qualidade do Serviço de Transplante	Superintendência de Atenção à Saúde
Aumentar em 20% o Número de Transplante de Órgãos no Estado	Ampliar a Expectativa de Vida em Pessoas com Necessidade de Transplante	Superintendência de Atenção à Saúde

Diretriz VII – Atenção Integral à Saúde nas Políticas Transversais

Objetivos:

- Promover o acesso das pessoas privadas de liberdade à Rede de Atenção à Saúde, visando ao cuidado integral, bem como garantir a autonomia dos profissionais de saúde para a realização do cuidado integral das pessoas privadas de liberdade;
- Promover a reabilitação e reinserção das pessoas com transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, por meio do trabalho e geração de renda;
- Inserir Ações de Saúde no âmbito das Políticas voltadas a segmentos em situação de vulnerabilidade social, tais como população em situação de rua, povos indígenas, população negra, comunidades quilombolas, população LGBT;
- Desenvolver Política Estadual de Atendimento Domiciliar.

* Em virtude de seu caráter transversal, todas as estratégias de gestão assumidas por esta Política devem estar em permanente interação com as demais políticas estaduais de saúde relacionadas à promoção da Saúde, ao controle de agravos e à atenção e cuidado em saúde.

Metas 2016-2019	Resultado Esperado	Área Responsável
Organizar o Acesso das Pessoas Privadas de Liberdade aos Serviços de Média e Alta Complexidade	Acesso da População Privada de Liberdade às Ações e Serviços de Saúde no Âmbito do Sistema Único de Saúde	Superintendência de Atenção à Saúde
Reduzir em 20 % a Ocorrência de Doenças e Agravos Mais Frequentes que Acometem a População Privada de Liberdade	Melhoria das Condições de Saúde da População Privada de Liberdade	Superintendência de Atenção à Saúde
Implantar e Implementar em 50% dos Municípios Projeto de Geração de Renda para Pessoas com Transtornos Mentais e com Necessidades Decorrentes do Uso de Crack, Álcool e Outras Drogas	Melhoria da Qualidade de Vida das Pessoas com Transtornos Mentais e com Necessidades Decorrentes do Uso de Crack, Álcool e Outras Drogas	Superintendência de Atenção à Saúde
Organizar o Acesso dos Povos Indígenas aos Serviços de Média e Alta Complexidade	Acesso dos Povos Indígenas às Ações e Serviços de Saúde no Âmbito do Sistema Único de Saúde	Superintendência de Atenção à Saúde
Implantar o Programa de Atenção à Saúde da População Negra, com Especial Atenção as Populações Quilombolas	Promover a Equidade e Igualdade Racial Voltada ao Acesso e à Qualidade nos Serviços de Saúde	Superintendência de Atenção à Saúde
Implantar o Plano Operativo Estadual de Atenção à Saúde da População LGBT	Acesso da População LGBT a Atenção Integral à Saúde	Superintendência de Atenção à Saúde
Implantar o Programa de Atenção à Saúde da População em Situação de Rua	Acesso da População em situação de Rua aos Serviços de Saúde	Superintendência de Atenção à Saúde
Implantar o Serviço de Atenção Domiciliar em 100% Municípios com População Superior a 40.000 (Quarenta Mil) Habitantes, que Tenham Cobertura por Serviço de Atendimento Móvel de Urgência e Unidades Hospitalares que Atuem como Porta de Entrada para RUE	Proporcionar ao Paciente um Cuidado Contextualizado a sua Cultura, Rotina e Dinâmica Familiar, Evitando Hospitalizações Desnecessárias e Diminuindo o Risco de Infecções	Superintendência de Atenção à Saúde

Diretriz VIII – Ampliação do Acesso e Aperfeiçoamento da Assistência Ambulatorial e Hospitalar Especializada

Objetivos:

- Melhorar a qualidade da assistência à saúde da população com a ampliação dos serviços que serão ofertados a partir de novas unidades de saúde, devidamente equipadas e aparelhadas;
- Qualificar e ampliar a Rede de Assistência Pré-Hospitalar, garantindo um atendimento com tempo resposta aceitável e contribuindo para a redução da superlotação das unidades hospitalares;
- Implantar e implementar os Centros de Referência em Especialidade e de Diagnóstico para as Regiões de Saúde, ampliando a oferta e atendendo as necessidades de saúde da população;
- Modernizar o Parque Tecnológico das Unidades Assistenciais e de Apoio Assistencial sob gestão estadual, promovendo serviços de qualidade, através de uma melhor estrutura de atendimento para população, e de melhores condições de trabalho aos técnicos;
- Implantar Sistema de Gestão de Informação em Saúde na Assistência Hospitalar, melhorando a eficiência dos serviços de Urgência e Emergência, abordando aspectos da superlotação, regulação, classificação de risco e segurança do paciente, a partir do uso de Indicadores Hospitalares de Gestão;
- Reformar, Ampliar, Modernizar e Adequar as Unidade de Saúde e de Apoio Assistencial sob gestão estadual, garantindo à população alagoana e aos técnicos ambientes adequados para a assistência com ampliação da oferta de serviços de saúde;
- Garantir a assistência de urgência e emergência pré-hospitalar, ambulatorial e hospitalar, sem descontinuidade de manutenção e abastecimento;
- Consolidar a assistência à saúde da população alagoana em doenças infectocontagiosas no Hospital Escola Dr Hélyvio Auto, inclusive enquanto unidade de referência para a Vigilância em Saúde no Estado;
- Estabelecer a Política Estadual de oferta de exames de patologia clínica e medicina laboratorial;
- Fortalecer as ações do Serviço de Verificação de Óbito;

- Estabelecer a política estadual de sistema de transporte sanitário integrando pontos de atenção à saúde de forma regionalizada.

Metas 2016-2019	Resultado Esperado	Área Responsável
Construir e Implantar Hospital Metropolitano	Melhoria da Qualidade da Assistência à Saúde da População	Superintendência de Atenção à Saúde
Construir e Implantar Hospital de Clínicas	Melhoria da Qualidade da Assistência à Saúde da População	Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas
Construir Unidades Assistenciais e de Apoio Assistencial sob Gestão da UNCISAL	Melhoria e Eficiência dos Serviços	Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas
Ampliar um Hospital de Pequeno Porte em 4 Regiões de Saúde	Melhoria do Acesso da População a Assistência à Saúde	Superintendência de Atenção à Saúde
Modernizar e Adequar Unidades de Saúde sob Gestão Estadual	Estrutura Física das Unidades Adequada aos Serviços Prestados	Superintendência de Atenção à Saúde
Modernizar o Parque Tecnológico de 80% das Unidades Assistenciais e de Apoio Assistencial sob Gestão da UNCISAL	Parque Tecnológico das Unidades Renovado e Modernizado	Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas
Modernizar o Parque Tecnológico das Unidades sob Gestão Estadual	Parque Tecnológico das Unidades Renovado e Modernizado	Superintendência de Atenção à Saúde
Implantar e Implementar Centros de Referência em Especialidade e de Diagnóstico	Acesso da População ao Diagnóstico Laboratorial em Tempo Hábil Mais Próximo de Sua Localidade	Superintendência de Atenção à Saúde

Metas 2016-2019	Resultado Esperado	Área Responsável
Reformar e/ou Ampliar as Unidades de Saúde sob Gestão Estadual	Fornecer aos Usuários e Profissionais de Saúde, Estrutura Adequada e Segura à Realização dos Procedimentos de Urgência e Emergência	Superintendência de Atenção à Saúde
Recuperar Hospitais de Pequeno Porte	Melhoria da Qualidade da Assistência à Saúde da População	Superintendência de Atenção à Saúde
Reformar e/ou Ampliar Unidades Assistenciais e de Apoio Assistencial sob Gestão da UNCISAL	Estrutura Física das Unidades Adequada aos Serviços Prestados	Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas
Implantar o Serviço de Transporte Sanitário	Melhoria da Resolubilidade dos Serviços de Assistência Pré-Hospitalar	Superintendência de Atenção à Saúde
Implantar Sistema de Gestão de Informação em Saúde em 100% das Unidades Assistenciais de Urgência e Emergência sob Gestão do Estado de acordo com Seu Perfil Assistencial .	Melhoria e Eficiência dos Serviços de Urgência e Emergência, Abordando Aspectos da Superlotação, Regulação, Classificação de Risco e Segurança do Paciente, a Partir do Uso de Indicadores Hospitalares de Gestão	Superintendência de Atenção à Saúde
Aperfeiçoar a Qualidade do Atendimento a População, Através do Fortalecimento do Hospital Geral do Estado	Garantir Assistência Qualificada e em Tempo Oportuno aos Usuários, sem Contribuir para a Superlotação do HGE	Superintendência de Atenção à Saúde
Manter e Abastecer 100 % das Unidades Assistenciais de Média e Alta Complexidade sob Gestão Estadual	Melhoria na Qualidade dos Serviços Prestados a População	Superintendência de Atenção à Saúde

Metas 2016-2019	Resultado Esperado	Área Responsável
Ampliar Bases Descentralizadas do Serviço Móvel de Urgência - SAMU	Melhoria da Resolubilidade dos Serviços de Assistência Pré-Hospitalar	Superintendência de Atenção à Saúde
Ampliar Serviços de Motolâncias do Serviço Móvel de Urgência - SAMU	Melhoria da Resolubilidade dos Serviços de Assistência Pré-Hospitalar	Superintendência de Atenção à Saúde
Ampliar Unidades de Suporte Avançado (USA) no Serviço Móvel de Urgência - SAMU	Melhoria da Resolubilidade dos Serviços de Assistência Pré-Hospitalar	Superintendência de Atenção à Saúde
Implantar Sistema de Rastreamento por Satélite e Georeferenciamento em Toda Frota do Serviço Móvel de Urgência	Melhoria da Resolubilidade dos Serviços de Assistência Pré-Hospitalar	Superintendência de Atenção à Saúde
Aperfeiçoar a Qualidade do Atendimento da População, Através do Fortalecimento do Hospital Escola Hélyvio Auto - HEHA	Oferecer Assistência Especializada a População	Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas
Aperfeiçoar a Qualidade do Diagnóstico Laboratorial, Através do Fortalecimento do Centro de Patologia e Medicina Laboratorial – CPML/UNCISAL	Acesso da População ao Diagnóstico Laboratorial em Tempo Hábil	Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas
Aperfeiçoar a Qualidade do Diagnóstico Pós Mortis, Através do Fortalecimento do Serviço de Verificação de Óbitos – SVO/UNCISAL	Aprimoramento da Qualidade da Informação de Mortalidade para Subsidiar as Políticas de Saúde em Alagoas	Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas

Diretriz IX – Qualificação da Assistência Farmacêutica, Gestão da Logística de Aquisição, Armazenamento e Distribuição de Insumos para a Saúde

Objetivos:

- Ampliar o acesso e garantir o uso racional de medicamentos e insumos;
- Integrar a assistência farmacêutica às demais políticas de saúde;
- Otimizar os recursos financeiros existentes, construindo instrumentos fundamentais para a efetiva implementação de ações capazes de promover a melhoria das condições de assistência sanitária à população.

Metas 2016-2019	Resultado Esperado	Área Responsável
Atender 100% dos Municípios com o Componente Básico da Assistência Farmacêutica Conforme Legislação Vigente	Oferecer Tratamento Adequado às Demandas e Necessidades de Saúde em Municípios	Superintendência de Atenção à Saúde
Ampliar em 20% o Número de Usuários Atendidos no Componente Especializado da Assistência Farmacêutica	Melhorar o Acesso dos Usuários ao Componente Especializado	Superintendência de Atenção à Saúde
Atender 100% das Demandas Obrigatórias e de Abastecimento das Unidades sob Gestão Estadual, com Medicamentos e Materiais Médico Hospitalares	Garantia do Pleno Abastecimento de Medicamentos e Materiais Médico Hospitalares para a População, com Qualidade e de Modo Eficaz	Superintendência de Atenção à Saúde /Superintendência de Administração
Atender 100% das Demandas de Medicamentos para Programas Vinculados a Agravos Específicos, Agudos ou Crônicos	Disponibilidade de Medicamentos Conforme Demanda de Programas Vinculados a Agravos Específicos, Agudos ou Crônicos	Superintendência de Atenção à Saúde

Diretriz X – Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria do Acesso dos Usuários, dos Serviços e sobre o Sistema de Saúde

Objetivos:

- Implementar o Sistema Estadual de Regulação de forma regionalizada, garantindo o acesso aos usuários do SUS;
- Implementar ações de controle e avaliação dos serviços de saúde credenciados ao SUS;
- Organizar a oferta das ações e serviços de saúde, adequando-as as necessidades e demandas da população;
- Implantar o Sistema Estadual de auditoria em saúde para a qualidade das ações e serviços de saúde e a otimização na aplicação de recursos no âmbito do SUS;
- Garantir, através do SUS, tratamento médico a pacientes portadores de doenças não tratáveis no município de origem por falta de condições técnicas.

Metas 2016-2019	Resultado Esperado	Área Responsável
Estruturar o Sistema de Regulação do Acesso em 100% das Regiões de Saúde	Ampliar o Número de Serviços Regulados de Forma Descentralizada	Superintendência de Regulação e Auditoria
Reestruturar o Complexo Regulador Estadual	Complexo Regulador Estadual Atendendo as Necessidades de Regulação do Estado	Superintendência de Regulação e Auditoria
Reestruturar o Sistema de Regulação das Demandas Oriundas da Atenção Primária à Saúde Ordenando o Acesso à Média e Alta Complexidade	Garantia da Continuidade do Cuidado Oriundo da APS Ordenando as Redes de Atenção à Saúde	Superintendência de Regulação e Auditoria
Organizar os Serviços das Redes de Atenção à Saúde nas 10 Regiões de Saúde	Organização Regional das Ações e Serviços de Saúde em Redes de Atenção	Superintendência de Regulação e Auditoria
Ampliar para 80% do Teto de Média e Alta Complexidade o Registro da Produção Ambulatorial e Hospitalar nas Unidades sob Gestão Estadual	Comprovar a Utilização do Teto de Média e Alta Complexidade pela Gestão Estadual	Superintendência de Regulação e Auditoria

Metas 2016-2019	Resultado Esperado	Área Responsável
Controlar e Avaliar o Cumprimento de 100% de Indicadores e Metas Relativos a Termos de Compromissos Firmados com a Gestão Municipal do SUS ou com Unidades Assistenciais, Tendo em Vista a Concessão de Financiamento Estadual para a Média e Alta Complexidade	Diminuição dos Vazios Assistenciais	Superintendência de Regulação e Auditoria
Implantar em 100% das Regiões de Saúde o Sistema de Auditoria do SUS	Contribuir para a Qualificação da Gestão, Visando a Melhoria da Atenção e do Acesso as Ações e Serviços de Saúde	Superintendência de Regulação e Auditoria
Realizar 100% das Auditorias Programadas e por Demanda Expontanea	Contribuir para a Qualificação da Gestão, Visando a Melhoria da Atenção e do Acesso as Ações e Serviços de Saúde	Superintendência de Regulação e Auditoria
Avaliar e Autorizar 100% das Demandas de Tratamento Fora do Domicílio - TFD Interestadual, Conforme Manual de Normatização	Assegurar o Fluxo para Tratamento Interestadual dos Pacientes Referenciados	Superintendência de Regulação e Auditoria

Diretriz XI – Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde

Objetivos:

- Organizar o sistema de formação de recursos humanos;
- Construir parâmetros para dimensionamento de pessoal que atenda a necessidade dos serviços;
- Desenvolver mecanismos e instrumentos dirigidos ao desempenho profissional;
- Implementar e avaliar as políticas de educação permanente para os trabalhadores do SUS;
- Contribuir para a redução da morbimortalidade ocupacional da população trabalhadora do SUS;

Metas 2016-2019	Resultado Esperado	Área Responsável
Estruturar nos Municípios uma Área Responsável pela Gestão do Trabalho e Educação em Saúde	Área de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde Estruturada, Valorização do Trabalhador da Saúde Proporcionando Melhoria na Organização do Trabalho em Saúde	Gerência Executiva de Valorização de Pessoas
Implantar o Plano Estadual de Humanização Fundamentado na Política Nacional de Humanização - PNH	Inclusão de Trabalhadores, Usuários e Gestores na Produção e Gestão do Cuidado e dos Processos de Trabalho	Gerência Executiva de Valorização de Pessoas
Implementar Ações de Humanização, Fundamentadas nos Princípios e Diretrizes da Política Nacional de Humanização, nas Unidades sob Gestão Estadual	Inclusão de Trabalhadores, Usuários e Gestores na Produção e Gestão do Cuidado e dos Processos de Trabalho	Gerência Executiva de Valorização de Pessoas
Realizar Avaliação de Desempenho de 100% dos Servidores da Carreira de Apoio à Saúde	Servidores da Carreira de Apoio à Saúde Avaliados quanto ao Desempenho das Atribuições do Cargo/Função Conforme Preconiza a Lei 6.964/2008 Seção IV, Art. 17	Gerência Executiva de Valorização de Pessoas
Definir o Perfil da Força de Trabalho do SUS em Alagoas, Considerando Necessidades e Demandas das Políticas de Saúde e da Gestão e Gerência do SUS nas Esferas Estadual e Municipal	Quantitativo, Perfil e Composição dos Recursos Humanos Necessários para Atingir os Objetivos da Secretaria de Estado da Saúde	Gerência Executiva de Valorização de Pessoas
Ampliar em 100% a Oferta de Capacitações para Força de Trabalho do SUS, Considerando Carga Horária Mínima de 40h	Profissionais Qualificados e Melhoria na Qualidade dos Serviços	Gerência Executiva de Valorização de Pessoas
Implantar e/ou Implementar o Serviço de Saúde Ocupacional em 100% das Unidades Assintenciais e Administrativas sob Gestão Estadual	Prevenção de Riscos à Saúde do Trabalhador	Gerência Executiva de Valorização de Pessoas

Diretriz XII – Garantia e Gestão do Financiamento do SUS.

Objetivos:

- Adequar o montante de recursos orçamentários e financeiros aplicados no setor saúde na perspectiva da equidade e da sustentabilidade do sistema.
- Implantar o Núcleo de Economia em Saúde contribuindo para o uso eficiente dos recursos destinados à saúde.
- Conceber política para a gestão financeira para aplicação dos recursos para a saúde.
- Implantar modelo de gestão financeira, com exclusivo de processos, garantindo a legalidade, moralidade, transparência e otimização dos recursos financeiros aplicados à saúde.

Metas 2016-2019	Resultado Esperado	Área Responsável
Consolidar a Gestão do Fundo Estadual de Saúde, Conforme Preconizado na Legislação Vigente	Montante de Recursos Orçamentários e Financeiros Aplicados no Setor Saúde, na Perspectiva da Equidade e da Sustentabilidade do Sistema	Fundo Estadual de Saúde
Consolidar o Núcleo Estadual de Apoio ao Sistema de Informações sobre Orçamento Público – SIOPS	Garantir que Todos os Municípios Estejam Aptos a Realizar o Preenchimento e Envio do SIOPS; Estimular a Implantação dos Núcleos Municipais de Apoio ao SIOPS	Fundo Estadual de Saúde
Consolidar o Núcleo de Economia da Saúde - NES	Subsidiar os Gestores no Processo de Tomada de Decisão pela Aplicação do Conhecimento e das Ferramentas de Economia da Saúde	Fundo Estadual de Saúde
Adotar Política Mensal de Destaque Orçamentário e Repasse Financeiro no FES	Favorecer a Utilização Racional dos Recursos Orçamentários	Fundo Estadual de Saúde
Adotar Modelo de Monitoramento da Execução Orçamentária	Favorecer a Utilização Racional dos Recursos Orçamentários	Superintendência do Planejamento, Orçamento, Finanças e Contabilidade
Adotar Programação de Disponibilidade Financeira	Garantir o Uso Eficiente dos Recursos Destinados à SESAU	Superintendência do Planejamento, Orçamento, Finanças e Contabilidade
Produzir e Divulgar Informes com Resultados Orçamentários e Financeiros da Saúde	Dar Transparência aos Recursos Destinados	FES/Superintendência do Planejamento, Orçamento, Finanças e Contabilidade
Elevar o Volume de Recursos Financeiros Externos Captados, em Relação ao Ano de 2015	Captação de Recursos para Ações e Serviços de Saúde	Fundo Estadual de Saúde

Diretriz XIII - Gestão Interfederativa do SUS, com Planejamento Ascendente e Integrado, Participação e Controle Social.

Objetivos:

- Institucionalizar o processo de planejamento na gestão do SUS, no âmbito estadual e municipal, com base nos Instrumentos de Gestão.
- Monitorar e avaliar os processos de trabalho, as ações programadas e os resultados, de modo a fortalecer o sistema e contribuir para transparência do processo de gestão do SUS.
- Consolidar e implementar o processo de regionalização no estado.
- Fortalecer a participação e o controle social do SUS de forma regionalizada.
- Ampliar e qualificar as ouvidorias do SUS no Estado.

Metas 2016-2019	Resultado Esperado	Área Responsável
Aperfeiçoar o Processo de Elaboração dos Instrumentos de Planejamento Municipal no âmbito do SUS	Instrumentos de Planejamento Qualificados, Visando o Planejamento Regional Integrado	Superintendência de Planejamento, Gestão e Participação Social
Integrar 100% dos Instrumentos de Planejamento Estadual no Âmbito do SUS	Compatibilização entre os Instrumentos de Planejamento da Saúde e os Instrumentos de Planejamento e Orçamento de Governo	Superintendência de Planejamento, Gestão e Participação Social
Elaborar e Aplicar Instrumentos que Permitam Monitorar e Avaliar 100% das Metas Propostas no Plano Estadual de Saúde	Plano Estadual de Saúde Monitorado e Avaliado com Transparência e Visibilidade da Gestão da Saúde	Superintendência de Planejamento, Gestão e Participação Social
Consolidar o Planejamento Regional Integrado nas Regiões de Saúde	Expressar as Responsabilidades dos Gestores de Saúde em Relação à População do Território quanto à Integração da Organização Sistêmica do SUS, Evidenciando o Conjunto de Diretrizes, Objetivos, Metas e Ações e Serviços de Saúde, Garantindo o Acesso e a Integralidade da Atenção	Superintendência de Planejamento, Gestão e Participação Social
Ampliar em 40% a Participação dos Gestores nas Comissões Intergestores Regional	Canal Permanente e Contínuo de Negociação e Decisão entre os Gestores Municipais e o Estado para Organização e o Funcionamento das Ações e Serviços de Saúde Integrados em Rede de Atenção à Saúde	Superintendência de Planejamento, Gestão e Participação Social
Desenvolver Estratégia de Interlocação e Articulação com 100% dos Conselhos de Saúde	Controle Social com Maior Qualidade na Intervenção e Atuação na sua Abrangência	Superintendência de Planejamento, Gestão e Participação Social

Metas 2016-2019	Resultado Esperado	Área Responsável
Fortalecer o Conselho Estadual de Saúde de Alagoas - CES/AL e os Conselhos Municipais de Saúde dos 102 Municípios	O Conselho Estadual de Saúde e os 102 Conselhos Municipais de Saúde Fortalecidos para o Controle Social da Política de Saúde no Seu Âmbito de Atuação	Conselho Estadual de Saúde
Implementar o Plano de Educação Permanente para o Controle Social no SUS no CES/AL e nos Conselhos Municipais nas 10 Regiões de Saúde	Plano de Educação Permanente para o Controle Social no SUS Implementado nas 10 Regiões de Saúde	Conselho Estadual de Saúde
Realizar a IX Conferência Estadual de Saúde	Conferência Estadual de Saúde Realizada com Deliberações para a Conferência Nacional de saúde	Conselho Estadual de Saúde
Participar da XVI Conferência Nacional de Saúde	Participação na XVI Conferência Nacional de Saúde, Apresentando as Deliberações da Conferência Estadual de Saúde	Conselho Estadual de Saúde
Implantar Ouvidorias nos Municípios	Acesso pelos Cidadãos às Informações sobre o Direito à Saúde e ao seu Exercício, Possibilitando a Avaliação Permanente dos Serviços de Saúde, com Vistas ao Aprimoramento da Gestão do SUS	Ouvidoria Estadual
Consolidar 100% das Ouvidorias da Rede Própria do Estado	Acesso pelos Cidadãos às Informações sobre o Direito à Saúde e ao seu Exercício, Possibilitando a Avaliação Permanente dos Serviços de Saúde, com Vistas ao Aprimoramento da Gestão do SUS	Ouvidoria Estadual

Diretriz XIV – Ciência, Tecnologia, Produção e Inovação em Saúde como Referencial de Sustentação no Âmbito do SUS

Objetivo:

- Aprimorar o processo de incorporação de tecnologias, de pesquisa e inovação em saúde;
- Apoiar a produção de pesquisas em saúde, contribuindo para a melhoria da capacidade de expansão da base científica e tecnológica do Estado;
- Subsidiar as decisões políticas quanto ao impacto da tecnologia em saúde, quanto à incorporação e descarte de tecnologias no SUS, através da Avaliação Tecnológica em Saúde – ATS;
- Implementar e consolidar ações de educação em saúde, teleconferência e segunda opinião por intermédio da Telessaúde.

Metas 2016-2019	Resultado Esperado	Área Responsável
Desenvolver 8 Projetos Inovadores no Campo da Gestão e da Atenção à Saúde, no Âmbito do SUS, por Meio de Incubadora das Instituições de Ensino Superior de Alagoas	Estimulo ao Empreendedorismo no Campo da Saúde Pública Estímulo à Pesquisa e a Inovação Tecnológica, com a Criação de Novos Produtos e Serviços na Gestão e na Atenção à Saúde no SUS em Alagoas	Superintendência de Atenção à Saúde
Fomentar o Desenvolvimento de Pesquisas Direcionadas às Necessidades e Desafios do SUS em Alagoas	Produção do Conhecimento Focada nas Necessidades e Desafios para o SUS em Alagoas	Superintendência de Atenção à Saúde
Implantar Programa de Interiorização do Diagnóstico e Assistência ao Paciente com Infarto Agudo do Miocárdio Através da Telemedicina e Encaminhamento ao Centro de Referência	Interiorizar no Estado de Alagoas o Diagnóstico e Assistência Especializada ao Paciente com Suspeita de Infarto Agudo do Miocárdio Através do Sistema de Telemedicina, bem como Ofertar Através da Educação Continuada e Educação a Distância a Capacitação das Equipes e Profissionais Envolvidos	Superintendência de Atenção à Saúde
Realizar Teleconsultorias em Saúde no Âmbito do Programa Telessaúde	Oferta de Segunda Opinião Formativa e Tele-Educação Dirigidas aos Diversos Profissionais da Saúde	Superintendência de Atenção à Saúde

EIXO DE ATUAÇÃO: GESTÃO PÚBLICA DEMOCRÁTICA E PARTICIPATIVA

Diretriz XV – Otimização dos Processos de Gestão da SESAU

Objetivo:

- Contribuir para a transversalidade da gestão do trabalho, garantindo ambiente de trabalho saudável, a integração das áreas técnicas, a melhoria das condições de funcionamento e da qualidade dos serviços prestados à sociedade;
- Otimizar os espaços físicos disponibilizados para as unidades de apoio aos serviços de saúde;
- Ampliar as instalações físicas de edifícios da gestão pública;
- Modernizar as ações da gestão, através da implantação de uma Modelagem atendendo aos indicadores de excelência da Gestão;
- Dinamizar a Gestão de terceirizados.

Metas 2016-2019	Resultado Esperado	Área Responsável
Garantir a Disponibilização dos Insumos para a Logística de Armazenamento e Dispensação	Garantir a Quantidade e Qualidade dos Insumos Destinados as Ações da SESAU	Superintendência Administrativa
Implantar Padrões Qualitativos e Quantitativos dos Equipamentos Médicos e de Apoio Administrativo para a Saúde	Nortear as Ações de Aquisição e Uso dos Equipamentos Médicos e Patrimônio da SESAU	Superintendência Administrativa
Implantar Padrões Qualitativos e Quantitativos para os Serviços Terceirizados de Apoio às Atividades de Saúde	Garantir a Quantidade e Qualidade dos Insumos Destinados as Ações da SESAU	Superintendência Administrativa
Melhorar em 100 % o Ambiente das Instalações Físicas Administrativas da Secretaria de Estado da Saúde - SESAU/AL	Garantir Melhor Condição de Trabalho nas Unidades Físicas da SESAU	Superintendência Administrativa
Implantar a Gestão de Custos Hospitalares	Serviços das Unidades de Saúde Devidamente Acompanhados e Controlados pelos Órgãos Internos e Externos da Gestão da Saúde Pública	Superintendência Administrativa
Implantar Solução Informatizada para Gestão dos Serviços de Saúde	Serviços das Unidades de Saúde Devidamente Acompanhados e Controlados pelos Órgãos Internos e Externos da Gestão da Saúde Pública	Gerência Executiva de Tecnologia da Informação
Construir e Implantar Modelo de Gestão das Ações para os Serviços de Saúde do Estado	Modelo de Gestão Construído e Implantado na Secretaria Estado da Saúde e Alagoas	Superintendência Administrativa
Construir e Implantar Fluxos de Processos para Gestão Administrativa no Âmbito da Secretaria Estadual da Saúde de Alagoas	Normatização dos Fluxos de Processos Administrativos Construída, Regulamentada e Implantada na Secretaria Estado da Saúde de Alagoas	Superintendência Administrativa

Diretriz XVI – Inovação dos Recursos Tecnológicos de Informática e Informação para Área da Saúde

Objetivo:

- Implantar uma Política de Gestão de Tecnologia da Informática, Informação e Comunicação voltada à saúde;
- Promover o uso inovador, criativo e transformador da tecnologia da informação, para melhorar os processos de trabalho em saúde, produzindo informações para os cidadãos, a gestão, a prática profissional, a geração de conhecimento e o controle social;
- Dotar a gestão e os serviços de Saúde de infraestrutura tecnológica adequada para atendimento;
- Modernizar o atendimento e os serviços prestados aos usuários.

Metas 2016-2019	Resultado Esperado	Área Responsável
Implantar Plano Diretor de Tecnologia da Informação e Comunicação (PDTIC)	Nortear as Ações de Tecnologia da Informação e Comunicação com Foco em Saúde	Gerência Executiva de Tecnologia da Informação
Disseminar o Uso de Aplicativos Móveis de Saúde	Promover um Melhor Monitoramento da Saúde da População Assistida e Melhorar o Atendimento	Gerência Executiva de Tecnologia da Informação
Elaborar projeto de Business Intelligence - BI para Indicadores de Saúde	Permitir um Melhor Gerenciamento das Ações de Saúde para os Profissionais de Saúde e Acesso às Informações pela População	Gerência Executiva de Tecnologia da Informação
Modernizar o Parque de Tecnologia da Informação e Comunicação da SESAU	Maximizar o Uso dos Recursos de Tecnologia da Informação e Comunicação em Saúde e Minimizar Custos Contribuindo para Melhoria da Qualidade dos Serviços de Saúde	Gerência Executiva de Tecnologia da Informação

Monitoramento e Avaliação

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

O Plano Estadual de Saúde é o instrumento central de planejamento para definição e implementação de todas as iniciativas no âmbito da saúde na gestão do SUS para o período de quatro anos, explicitando os compromissos do governo para o setor saúde, sendo elaborado mediante uma análise situacional da população, determinantes e condicionantes da saúde, bem como da gestão, apresentando as intenções e os resultados a serem buscados em seu período de vigência, expressos em objetivos, diretrizes e metas.

De acordo com o Ministério da Saúde, o monitoramento compreende o acompanhamento regular das metas e indicadores, que expressam as diretrizes e os objetivos da política de saúde e o seu cotejamento com o planejado; enquanto a avaliação envolve a apreciação dos resultados obtidos, considerando um conjunto amplo de fatores.

O planejamento não consiste apenas em um simples exercício de projeção de metas futuras, mas em uma ação estratégica da gestão pública que tem por objetivo reorientar os programas e os projetos governamentais de forma a ampliar a eficiência, a eficácia e a efetividade da ação das políticas de saúde. Assim sendo o monitoramento e avaliação das ações propostas neste documento, dar-se-á de forma contínua pelas áreas técnicas responsáveis por cada indicador previamente definido, através dos sistemas de planejamento e orçamento estadual, devendo haver avaliação periódica em tempo oportuno para tomada de decisões, carecendo de comprometimento ao realizar o monitoramento e a avaliação, visando analisar os resultados alcançados e as estratégias empregadas para tal.

A legislação do SUS busca induzir os gestores a privilegiar as atividades de monitoramento e de avaliação de impacto ou de efetividade. Uma vez que toda avaliação consiste na emissão de um juízo de valor sobre as características, a dinâmica e o resultado de programas e políticas, deve-se considerar os efeitos sobre a saúde da população; a obtenção das prioridades e os objetivos traçados, a racionalidade no uso dos recursos; as mudanças ocorridas no contexto econômico, político e social; as disposições constantes da legislação; avaliar a qualidade da estratégia de implantação das políticas e programas; o aperfeiçoamento da capacidade de gestão dos quadros e das unidades administrativas.

Anualmente, o Plano estadual de Saúde terá suas intenções traduzidas por meio das Programações Anuais de Saúde com o objetivo de anualizar as metas, detalhando as ações, os recursos financeiros e os indicadores.

As informações resultantes do processo de avaliação serão divulgadas por meio eletrônico de forma clara e objetiva, com linguagem de fácil compreensão e de transparência.

A LC nº 141/2012 prevê também a transparência e a visibilidade através da Prestação de Contas. São preconizados três relatórios quadrimestrais constando informações referentes ao montante e a fonte dos recursos aplicados no período; as auditorias que foram realizadas ou em fase de execução no período e suas recomendações e determinações; bem como, a oferta e produção de serviços públicos na rede assistencial própria, contratada e conveniada, analisando esses dados com os indicadores de saúde da população em seu âmbito de atuação.

As propostas que suscitarem alterações no PES 2016-2019 serão encaminhadas para apreciação e aprovação do Conselho Estadual de Saúde, com a finalidade de fortalecer o sistema de planejamento e contribuir para a transparência do processo de gestão da instituição.

Referências Bibliográficas

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

Brasil. Senado Federal. Constituição Federal de 1988. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 24 set.1990.

BRASIL. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 31 dez.1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 23 fev. 2006.

_____. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde — SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, n. 123, 29 jun. 2011a. Seção I. p. 1.

_____. 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). Diário Oficial da União Brasília, n. 187, 26 set. 2013a. Seção I. p. 60.

_____. Portaria nº 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). Diário Oficial da União, Brasília, n. 251, 31 dez. 2010. Seção I. p. 88.

_____. Portaria nº 2.836, de 01 de dezembro de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (Política Nacional de Saúde Integral LGBT). Diário Oficial da União, Brasília, 02 dez. 2011. Seção I. p. 35.

_____. Portaria nº 1.130, de 05 de agosto de 2015. Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Brasília, 06 ago. 2015. Seção I. p. 38.

http://portalsocial.sedsdh.pe.gov.br/sigas/suasrh/arquivos/2013/modulo08/recife3/as_normativas_do_SUAS_e_a_populacao_em_situacao_de_ua.pdf

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Manual de doenças mais importantes, por razões étnicas, na população brasileira afro-descendente / Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2001. 78 p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos; n. 123).

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Departamento de Economia da Saúde, Investimentos e Desenvolvimento. Núcleos de Economia da Saúde: orientações para implantação / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Departamento de Economia da Saúde, Investimentos e Desenvolvimento. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012. 36 p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Série Gestão e Economia da Saúde; v. 1)

Brasil. Ministério da Saúde. Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 1ª edição – 2004, 64p.

Brasil. Rede Nacional Primeira Infância. Plano Nacional pela Primeira Infância. – Brasília: Rede Nacional Primeira Infância, dezembro de 2010, 114p.

Brasil. Fundação Nacional de Saúde. Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas. - 2ª Edição - Brasília: Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde, 2002. 40 p.

Brasil. Ministério da Saúde. Manual de planejamento no SUS / Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 136 p.: il. – (Série Articulação Interfederativa; v. 4).

Anexo I

ANEXO I – ORÇAMENTO

O orçamento que possibilitará a execução deste Plano encontra-se previsto no Plano Plurianual – PPA 2016-2019, detalhado anualmente na Lei Orçamentária Anual – LOA.

Como principal instrumento legal de planejamento das ações de Governo, o Plano Plurianual – PPA 2016-2019 é composto por um conjunto de ações (projetos e atividades finalísticas).

Por sua vez, a Lei Orçamentária Anual – LOA é composta por projetos, atividades finalísticas, sendo essas compatíveis com o PPA, atividades de manutenção e as operações especiais.

Cabe enfatizar, que a despeito das atividades de manutenção não constarem no PPA, por uma política de Estado, elas estão inseridas na LOA.

Para efeito de verificação da conformidade das ações planejadas com a previsão quadrienal orçamentária do Estado, ressalta-se que poderão ser aferidos no PPA os montantes previstos para cada uma das ações vinculadas aos eixos, diretrizes, objetivos e metas descritas no Plano Estadual de Saúde, devendo os mesmos serem confirmados a cada ano, conforme a LOA e a Programação Anual de Saúde.

Anexo II

ANEXO II – RELAÇÃO DOS PARTICIPANTES DAS OFICINAS DE ELABORAÇÃO DO PES

RELAÇÃO DOS PARTICIPANTES	
NOME	REPRESENTAÇÃO
Adriana Souza de Oliveira	SMS de Anadia
Agdaline Fernandes Bulhões	SMS de Igreja Nova
Albacely de Araújo Barros Melo	SUAS
Alceny S. Pereira	UNCISAL
Aldilene da Guia Paiva	SUAS
Alessandra Pereira Viana	SUAS
Aline Marques Rocha	SMS de Igreja Nova
Alinne de Oliveira Dantas	SMS de Campo Grande
Ana Lúcia Soares Tojal	SUAS
Anderson Camilo	SUPOFC
Ângela Maria do Nascimento Cavalcante	GEVP
Arachele Lourenço C. Medeiros	SUAS
Audenis Peixoto	UNCISAL
Bruna Leylane P. de Melo Guedes	FES
Carlos Eduardo da Silva	SUVISA
Carlos Eduardo Lyra Filho	SUVISA
Carmen Nascimento	SESAU
Cássia Glauciene dos Santos	SUAS
Cicero Vieira Sampaio	CES
Claudia Cerqueira de Araújo	SUAS
Cláudia Rejane de Souza Monteiro	SURAUD
Claudiane Nascimento dos Santos	SUVISA
Cleuza Campelo Fernandes da Silva Neta	SUPOFC
Clodoaldo Ferreira	Representante das SMS de Jacaré dos Homens, Jaramataia e Moteirópolis
Cristina Maria Vieira Rocha	SUVISA/Superintendente SESAU
Daniela Nascimento da Costa	SUVISA
Danielle Karine Vasconcelos	SUVISA
Darlan Ferreira de Lima Zuza	SUPADM
Diógenes Costa	SMS de Craíbas
Djnane Moura da Silva	GEVP
DNarte Hermógenes Bastos	SURAUD/Superintendente SESAU
Eduardo Melo da Cunha	SURAUD
Edvânia L Alves	HEMOAL
Elba Fernandes Vasconcelos	SUAS
Eliane Vieira da Rocha	HEMOAL
Emily Carvalho Lima	GEVP
Eraldo Alves da Silva Neto	GETIN
Erivone Aparecida de Carvalho	SMS de Olho D'Água Grande
Eucenia de Oliveira Alves	SUPLAG
Eulália Maria Perciano de Barros	SUAS
Eyre Malena Ferreira de Figueiredo	SUAS

Fabiano Lúcio de Almeida Silva	SUAS
Flávia Azevedo F. Souza	SUAS
Flávia Thais Oliveira Alves	SURAUD
Francine Regina Camilo Candido	SUAS
Gardênia Souza Freitas de Santana	SUVISA
Geovana de Sousa Cavalcante	SUPLAG
Gildenês Vilar da Silva	SUPLAG
Guilherme Gabriel Tenório Barros Lima	SURAUD
Heloisa Helena Mota Brandini	SUAS
Henrique Amorim Braga	SUAS
Hilzonete Abreu Araújo	SUPLAG
Ione Maria dos Santos	Representante das SMS de Maragogi e Porto de Pedras
Isaline Azevedo Tenório	GEVP
Izabella Melo Viana Portela	HEMOAL
Izolda Novais de Melo Duarte	SUVISA
Jaelson de Farias Vieira	SMS de Taquarana
Jaime C. Brandão	SURAUD
Janaína Galdino de Barros	SUPLAG
Jezonias da Silva	CES
Joarez Ferreira Silva	SUPLAG
Joelma Ricardo da Silva Santos	SMS de Penedo
Joelson Castro Lisboa Júnior	COSEMS
José da Silva Santos	SUAS
José Ediberto de Omena Júnior	Assessoria de Governança
José Fábio Matias dos Santos	GEVP
José Marques de A. Júnior	SMS de Olho D'Água Grande
Josefa Cláudia Gomes Figueiredo	SUAS
Josefa de Cássia S. Amorim	SMS de Olivença
Joseval Azevedo	FES
Josinete Marques da Silva	SMS de Pão de Açúcar
Josy da S. Santos	SMS de Pariconha
Júlia Tenório Levino	Gabinete SESAU
Juliana Vanessa Cavalcante Souza	SUVISA
Karina Dias Alves	SUVISA
Karoline do Carmo Ramos Lamenha	SUAS
Káthia Santana p. Tomé	SMS de Traipu
Kelly Karina C. A. Brandão	SUAS
Kinssiger Getúlio Rufino Bezerra	UNCISAL
Laís Leda L. M. Lira	SUPOFC
Layla Oliveira Ferro Lima	SUAS
Layza Granja de Souza	SUVISA
Leandro Alves da Silva	SUAS
Leina Brito	SUPLAG
Lenise Barbosa Abreu	SUPLAG
Leonardo Correia da Silva	CES

Lília Cristina Paulo Damasceno	HEMOAL
Lizianne Elias	COSEMS
Lorella Marianne Chiappetta	SUAS/Superintendente SESAU
Lúcia Maria Aciolli de Brito	SUAS
Luciana Maria de M Pacheco	UNCISAL
Luciele de Araújo Barbosa	GEVP
Luzia Prata Malta	GEVP
Maeli dos S. Santos	UNCISAL
Magda Maria F. de Lucena	SMS de Marechal Deodoro
Maglione Carneiro de Lima	SUVISA
Manoel Domingos D. N. Lourenço	SMS de Jacuípe
Manoel José Dantas	UNCISAL
Manoela Lima Mendes	SUPLAG
Marcelo Santana Costa	Gabinete SESAU/Chefe de Gabinete
Márcia Maria de Lima Silva	SUAS
Márcio Luiz Vasconcelos Martins	GETIN
Márcio Roberto da Silva	SMS de São Sebastião
Marcus Magno	GEVP
Maria Aparecida dos Santos	SMS de Cacimbinhas
Maria Beatriz Oliveira	SUPOFC
Maria das Dores Salgueiro da Silva	SURAUD
Maria das Graças Cajueiro Rêgo	SUVISA
Maria Dayse da S. Bento	SUAS
Maria do Rosário Carneiro de Araújo	Representante das SMS de Feira Grande e Lagoa da Canoa
Maria do Socorro Marques Luz	SUAS
Maria dos Prazeres Coelho Batista Dias	SURAUD
Maria Gorete Santos Saulão	SMS de Maravilha
Maria Inês Ferreira	CES
Maria Isabel Rocha Castro	SUVISA
Maria Sonidéia Alves	SUAS
Mariana Cristina Vieira Lopes da Silva	GEVP
Marineide Basto Araújo	SMS de Girau do Ponciano
Marta Antônia de Lima	SUAS
Matilde Pereira Torres	FES
Maycon Correia Máximo de Lima	SMS de Anadia
Meyre Karine G. Amaral	SMS de Mar Vermelho
Michelle Gama dos Santos	SUVISA
Milene Arlinda de Lima	GEVP
Moema A. Gomes Santos	SUAS
Mônica Dâmaso	SUAS
Mônica Lins Medeiros	SUPADM/Superintendente SESAU
Nayara Glícia Calheiros Santos	GEVP
Nélia Maria Virgílio de Araújo	SURAUD
Neyla Neves	SUPLAG
Nilton A. da S. Júnior	HEMOAL

Pamela Alves Mascarenhas do Nascimento	SUAS
Patrícia Cássia Silva Bezerra	GEVP
Patrícia Feitosa da Silva	SUAS
Quitéria Amâncio Carvalho	HEMOAL
Rafaela Brandão	COSEMS
Renata Araújo de Souza	SMS de Matriz de Camaragibe
Renatha Soares Castro Silva	SUAS
Renildo Manoel dos Santos	Representante das SMS de Água Branca, Carneiro, Coité do Nóia, Craíbas, Delmiro Gouveia, Dois Riachos, Feira Grande, Lagoa da Canoa, Pariconha e Traipu
Ricardo Felipe Figueira	UNCISAL
Rita de Cássia Murta de A. Rocha	SUVISA
Robson José da Silva	GEVP
Ronilda Maria dos Santos Costa	SUPLAG
Rosana Cardoso Veras	SUAS
Rosimeire Rodrigues Cavalcanti	Gabinete SESAU/Secretária Executiva de Ações da Saúde
Rosivaldo Santana	SMS de Paripueira
Rozangela Maria de Almeida Fernandes Wyszomirska	Gabinete SESAU/Secretária de Saúde
Sandra Christina Silva de Farias	SUVISA
Silvana Matos Maria Bastos	SUPLAG
Sirlene Medeiros Patriota	SUAS
Solange Maria Farias Teixeira	SMS de Colônia Leopoldina
Solange Maria Farias Teixeira	SUAS
Sônia de Moura Silva	Ministério da Saúde/Apoiadora
Sonivaldo F. De Almeida	SUPLAG
Soraya Carvalho	SMS de Anadia
Sueli Silva de Carvalho	SMS de Palestina
Tânia Núbia Almeida Teixeira	SUPLAG
Telma Maria Alves da Cunha	SUAS
Thiago José Cavalcante dos Santos	SUPOFC/Superintendente SESAU
Ubiratan Moreira	SMS de Arapiraca
Verônica de Lima Guedes	HEMOAL
Verônica dos Santos Araújo	GEVP
Vianeli Fernandes Barros	GEVP
Wagner Silva dos Santos	SMS de Igaci
Wellington Costa Martins	GEVP
Wellington Machado	CES
Yana Aline de Moraes Melo	SUAS