



Saúde no município: o que podemos fazer juntos?

Um guia básico para a atuação integrada
na gestão do SUS em Alagoas

Municípios da 3ª Região de Saúde

Alagoas - 2017

Sumário

Apresentação	7
Prefácio	8
O Estado de Alagoas	9
PARTE I	11
Os municípios e a saúde - 3ª Região de Saúde	11
BRANQUINHA	12
CAMPESTRE	18
COLÔNIA LEOPOLDINA	23
IBATEGUARA	30
JOAQUIM GOMES	36
JUNDIÁ	42
MURICI	48
NOVO LINO	54
SANTANA DO MUNDAÚ	60
SÃO JOSÉ DA LAJE	66
UNIÃO DOS PALMARES	72
PARTE II	78
A SESAU e a gestão estadual do SUS	78
A SESAU: estrutura e serviços sob gestão estadual	79
Estrutura e equipe	79
O PES 2016-2019	80
Eixo de Atuação 1: saúde com qualidade para todos e expansão dos serviços;	80

Eixo De Atuação 2: gestão pública democrática e participativa;	81
Unidades de saúde sob gestão estadual	81
Prontuário eletrônico	86
Redes de atenção à saúde	87
Serviços implantados:	92

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

SUPERINTENDÊNCIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

Cristina Maria Vieira da Rocha

SUPERINTENDÊNCIA DE ATENÇÃO À SAÚDE

Rogério Barboza

SUPERINTENDÊNCIA DE GESTÃO E PARTICIPAÇÃO SOCIAL

Manoella Mendes

SUPERINTENDÊNCIA DE REGULAÇÃO E AUDITORIA

D'Narte Bastos

**SUPERINTENDÊNCIA DE PLANEJAMENTO, ORÇAMENTO, FIANÇAS E
CONTABILIDADE**

Emanuelle Nogueira Medeiros Trindade

SUPERINTENDÊNCIA ADMINISTRATIVA

Mônica Lins Medeiros

*[...] Fica decretado que agora vale a verdade.
agora vale a vida,
e de mãos dadas,
marcharemos todos pela vida verdadeira [...].*

(Thiago de Melo, Estatuto do Homem, Art. 1º)

2017, 1ª Edição

Elaboração e Revisão de Conteúdo – SUVISA

Produção - ASCOM

Saúde no município: o que podemos fazer juntos?

Um guia básico para a atuação integrada na gestão do SUS em Alagoas

Apresentação

É com grande satisfação que a Secretaria de Estado da Saúde, órgão responsável pela gestão estadual do Sistema Único de Saúde – SUS, em Alagoas, dá as boas vindas aos novos gestores municipais do SUS e, por meio desta publicação, oferece um conjunto de informações consideradas como básicas e essenciais para compreender características específicas do SUS no município, bem como para subsidiar uma efetiva e real articulação interfederativa sempre na perspectiva da garantia do direito à saúde de cada um e de todos os alagoanos.

Não se pretende, aqui, esgotar todas as possibilidades de informações e/ou de subsídios, mas sinalizar aspectos importantes que vão merecer demandas diversas seja aos dirigentes, seja aos profissionais que conformam as diferentes áreas da Secretaria de Estado.

A nossa expectativa é de que esta publicação seja útil e represente de forma concreta o primeiro esforço da gestão estadual do SUS em oferecer apoio e cooperação técnica aos municípios, reforçando nesse contexto a nossa disposição em aprofundar, detalhar e, conforme o caso, adequar ou ajustar possíveis imprecisões que, porventura, constem das informações aqui apresentadas.

O nosso agradecimento e votos de uma gestão profícua aos novos dirigentes e equipes técnicas do SUS em Alagoas, baseada em uma atuação voltada ao alcance de um objetivo único e partilhado que se traduz na busca de melhores condições de vida e saúde para o nosso povo.

Rozangela Maria de Almeida Fernandes Wyszomirska
Secretária de Estado da Saúde

Prefácio

Esta publicação que tem por título “Saúde no município: o que podemos fazer juntos?” coloca-se como um guia básico formado por um conjunto de informações para uma atuação integrada na gestão do SUS em Alagoas, organizadas em 10 livretos, um para cada Região de Saúde (RS), direcionados, de forma específica, para os que assumem a gestão municipal a partir de janeiro de 2017.

Na **1ª Parte**, sem pretender esgotar todos os aspectos que conformam a articulação interfederativa no SUS, busca-se situar cada município que compõe a Região de Saúde, sintetizando determinadas particularidades da situação de saúde e pontos de destaque relativos a alguns indicadores e situação de algumas doenças, agravos ou fatores de risco que integram processos de monitoramento e avaliação preconizados pelo Ministério da Saúde e pela gestão estadual. Na sequência, focaliza-se a atenção básica no município, destacando dentre outros pontos a cobertura da estratégia saúde da família e especificidades que possibilitam uma melhor oferta, nessa que é a principal porta de entrada do SUS, além de pontos específicos da atenção à saúde pré-hospitalar e hospitalar, materno-infantil, inclusive o monitoramento de óbitos infantil e materno, afora a situação do Conselho Municipal de Saúde.

Na **2ª Parte** a publicação traz uma apresentação sucinta da Secretaria de Estado da Saúde, sua estrutura e responsáveis, de modo a situar a gestão municipal no interior órgão gestor estadual e suas unidades. Traz, também, uma representação breve da Universidade de Ciências da Saúde – UNCISAL que abriga em sua estrutura serviços de referência para o SUS em Alagoas.

Agrega-se ao conteúdo sínteses do Plano Estadual de Saúde – PES 2016-2019, da Programação Anual de Saúde – PAS-2017 e o Relatório de Gestão de 2015 e as principais realizações de 2016, de modo a permitir ao gestor municipal e equipes enxergar-se e enxergar a gestão estadual do SUS no conjunto dos objetivos e metas constantes desses instrumentos. Para concluir apresentam-se alguns destaques em termos de projetos, programas, iniciativas que a gestão estadual do SUS vem caracterizando como prioridades dentro da perspectiva de melhor qualificar o Sistema em Alagoas.

Ao fazer um consolidado com esse perfil, captando dados em diferentes fontes, é possível que em algum ponto haja inadequações ou equívocos, para o que encarecemos a compreensão daqueles que se dispuseram a debruçar-se sobre a publicação no sentido de dar um retorno à SESAU para que possamos juntos adequar e corrigir. Esta publicação deve representar o início ou a continuidade e o aperfeiçoamento de uma parceria que tem como signo o trabalho conjunto e construção coletiva de um setor saúde cada vez mais forte em Alagoas.

Rosimeire Rodrigues Cavalcanti
Secretária Executiva de Ações de Saúde

O Estado de Alagoas

Localizado na Região Nordeste do Brasil o estado de Alagoas ocupa uma área de 27.758 Km² do território nacional. Com 3.165.472 habitantes é o 16º em população dentre as 27 unidades da Federação e o 4º em densidade demográfica. Sua população caracteriza-se da seguinte forma:

- Menores de um ano são 55.886;
- Do sexo masculino são 1.533.348;
- Do sexo feminino são 1.632.124, sendo que dessas 52% são mulheres em idade fértil (MIF);
- Com idade de 60 anos e mais somam 280.517 (9% da população).

As estatísticas disponíveis mostram um aumento nos índices da população composta por mulheres, com esperança de vida ao nascer maior em 10 anos do que a observada para os homens, reflexo da maior mortalidade entre a população masculina, especialmente vinculada às causas externas.

O índice de GINI é de 0,634, representando uma alta concentração de renda. Há boa cobertura de domicílios atendidos por energia elétrica (99%) e por coleta de lixo (80%). Um terço dos domicílios, aproximadamente, não possui abastecimento de água da rede pública. A maioria dos municípios alagoanos é considerada de 'extrema pobreza', de acordo com o 'Plano Brasil Sem Miséria'. E cerca de 90% da população depende do SUS para cuidar da sua saúde.

Estrutura organizativa

O Estado de Alagoas é formado por 102 municípios, distribuídos em 10 regiões de saúde (RS) e organizados em duas macrorregiões que obedecem a critérios de densidade demográfica e de tecnologia de atenção especializada e hospitalar¹.

O processo de regionalização pode interferir positivamente no acesso à saúde, com o estabelecimento de portas de entrada e hierarquia tecnológica com base em parâmetros de necessidades e utilização dos recursos disponíveis, com compartilhamento de responsabilidades entre as esferas de gestão².

Região de Saúde, portanto, é um espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a

¹ Plano Diretor de Regionalização do Estado de Alagoas, 2011. Disponível em <http://docplayer.com.br/18913006-Plano-diretor-de-regionalizacao-da-saude-do-estado-de-alagoas-pdr-al-revisao-no-ano-2011.html>.

² Para mais informações sobre a gestão do SUS acessar o Decreto nº 7.508 de 20/6/2011, disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm.

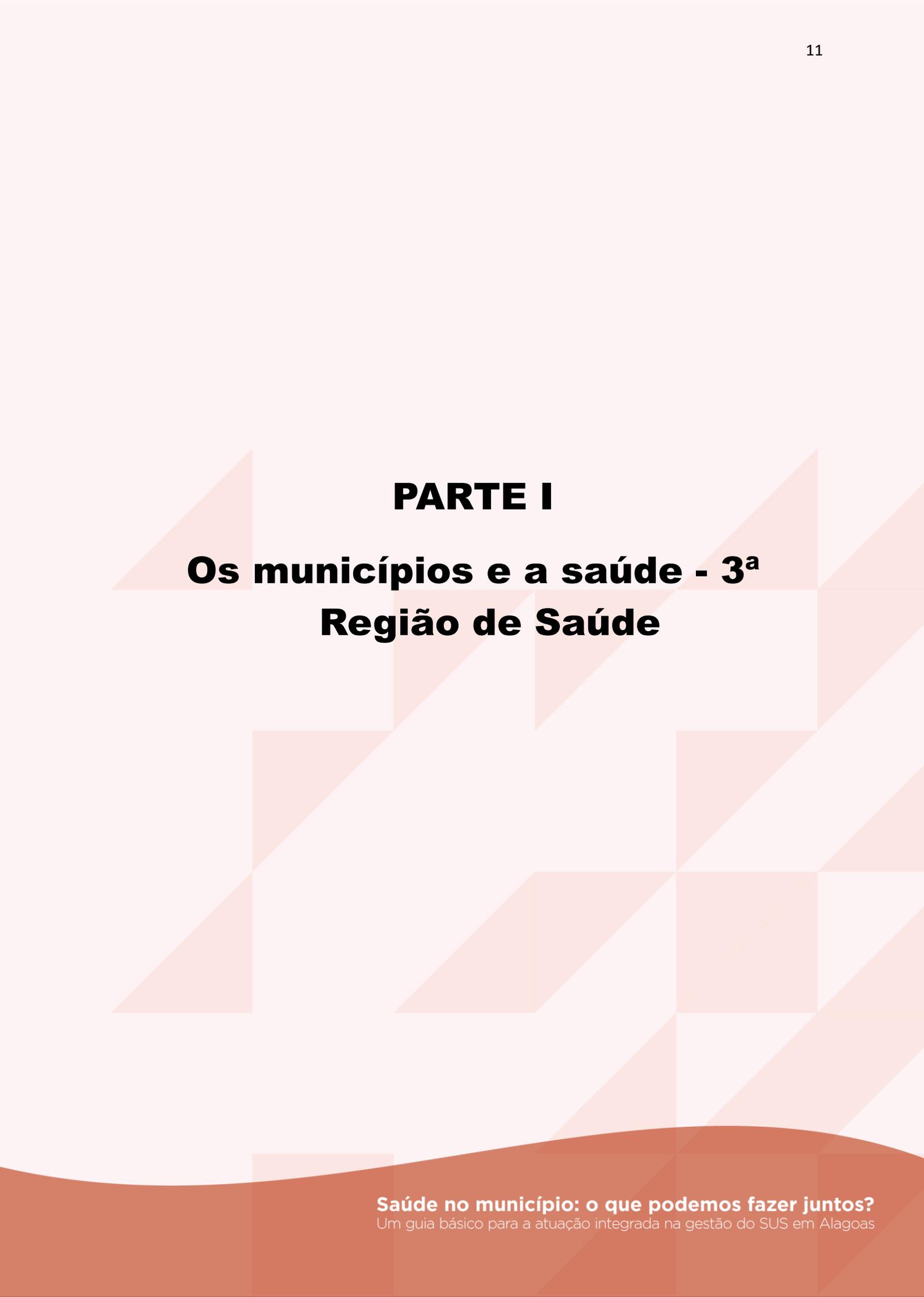
execução de ações e serviços de saúde. A Região de Saúde deve conter, no mínimo, ações e serviços de: atenção primária, urgência e emergência, atenção psicossocial, atenção ambulatorial especializada e hospitalar, além de vigilância em saúde.



A 1ª macrorregião com sede na capital (Maceió), comporta 6 RS (da 1ª a 6ª), totalizando 56 municípios (cerca de 2 milhões de habitantes). A 2ª macrorregião, com sede em Arapiraca, comporta 4 RS (da 7ª a 10ª), totalizando 46 municípios (cerca de 1 milhão de habitantes).

A 3ª Região de Saúde, objeto desta publicação, é formada por 11 municípios:

- Branquinha (10.586 habitantes);
- Campestre; (6.599 habitantes);
- Colônia Leopoldina (20.022 habitantes);
- Ibateguara (15.133 habitantes);
- Joaquim Gomes (953.393 habitantes);
- Jundiá (47.504 habitantes);
- Murici (16.292 habitantes);
- Novo Lino (11.845 habitantes);
- Santana do Mundaú (33.623 habitantes);
- São José da Laje (68.952 habitantes); e
- União dos Palmares (6.967 habitantes).



PARTE I

Os municípios e a saúde - 3^a

Região de Saúde

BRANQUINHA

O município e algumas condições de vida e saúde

O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDH-M) em **Branquinha** é baixo (0,513). Esse índice leva em conta a longevidade, a educação e a renda e guarda estreita relação entre condições de vida e o processo saúde-doença vivenciado pela população.

A maior parte da população da **Branquinha** é de baixa renda³ (75%) e registra taxa de analfabetismo de 40% e taxa de trabalho infantil de 10%. No município encontram-se 359 domicílios sem banheiro ou vaso sanitário (14,5%)⁴, significando que para quase 1.500 pessoas o destino dos dejetos é inadequado, contaminando solo, fontes de água etc.

Registro de nascimentos

Mensalmente, são esperados, em média, 17 nascidos vivos⁵ em **Branquinha**. Alcançar esse número é fundamental para garantir que o município receba recursos financeiros do Piso Fixo de Vigilância em Saúde (PFVS), transferidos pelo Fundo Nacional de Saúde (FNS). Para isso as equipes de atenção à saúde e de vigilância em saúde do município, devem realizar de forma contínua a busca ativa de nascidos, a fim de alcançar cobertura satisfatória ($\geq 90\%$) do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC), de modo a evitar o bloqueio de recursos financeiros. É necessário também captar as Declarações de Nascidos Vivos e registrá-las no SINASC em tempo oportuno (em até 60 dias do nascimento) de modo também a garantir o repasse dos recursos do Incentivo para o Fortalecimento das Ações de Vigilância em Saúde (INVIG), transferidos pela SESAU.

Em **Branquinha**, as mães de cerca de 2% dos recém-nascidos não realizaram consulta de pré-natal. Pouco mais da metade das grávidas (60%) passaram por 7 consultas de pré-natal, no mínimo. Falhas no pré-natal contribuem para o baixo peso ao nascer (5%), para o aumento do parto cesáreo (36%) e para a elevada prematuridade (3%), entre outros fatores.

Doenças e agravos

Dentre as internações registradas para residentes de **Branquinha**, 16%, aproximadamente, têm como causas condições que são sensíveis à oferta de serviços na atenção básica, ou seja, são internações evitáveis a partir da atuação

³ Possui renda mensal inferior a $\frac{1}{2}$ salário mínimo.

⁴ Censo 2010, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE (<http://censo2010.ibge.gov.br/>).

⁵ Estimativa para o ano de 2016.

efetiva e resolutiva dessas equipes, com destaque para as internações devidas às Gastroenterites infecciosas e complicações (33%), seguida pelas Doenças cerebrovasculares (17%), pela Insuficiência cardíaca (16%) e pelas Deficiências nutricionais (8%).

Em relação às doenças transmissíveis, cabe destacar as que mais ocorrem, que acometem maior contingente populacional e que resultam em maiores complicações e óbitos, tais como: as Arboviroses (Dengue, Zika e Chikungunya), a Leishmaniose, a Tuberculose, a Hanseníase, a Sífilis, a infecção pelo Vírus da imunodeficiência (HIV)/Aids e a Esquistossomose, entre outras. Para o controle dessas doenças é necessário que as equipes da atenção básica implementem com qualidade as visitas domiciliares, a busca ativa e o acompanhamento dos casos, o tratamento adequado e oportuno e o registro ágil e sistemático nos sistemas de informação específicos.

É obrigatória a notificação de doenças por parte de todos os profissionais de saúde. A Secretaria Municipal de Saúde (SMS) deve transmitir à SESAU, semanalmente, os dados das notificações, por meio do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). Na ausência de casos, a SMS deve realizar a notificação negativa. Para as doenças de notificação imediata, o prazo para realizar a investigação e encerrar o caso é de 60 dias. Cumprir esse prazo evita o bloqueio de recursos federais e estaduais.

Com relação a doenças e agravos sob vigilância⁶, pode-se destacar em **Branquinha** algumas informações:

- Registrou 12 acidentes por animais peçonhentos, sendo 8 por escorpião e 4 por serpente; 11 foram considerados leves e 1 moderado;
- Notificou, entre janeiro e dezembro de 2016, 8 casos de Dengue (não houve confirmação); 8 casos de Zika (2 confirmados); e 11 casos de Chikungunya (5 confirmados);
- Com relação ao controle do mosquito, o município já realizou 4 dos 6 ciclos preconizados, em 2016, com o seguinte percentual: 1º ciclo: 91,5%; 2º ciclo: 95%; 3º ciclo: 93,5% e o 4º ciclo 93%; não há informação sobre a realização dos demais ciclos;
- Entre janeiro e novembro de 2016, registrou 203 casos de diarreia, considerado dentro do esperado e não foram registrados surtos e óbitos;

⁶ Para mais informações sobre doenças e agravos sob vigilância consultar o Guia de Vigilância Epidemiológica, disponível em http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_vigilancia_epidemiologica_7ed.pdf e também a página da Secretaria de Vigilância em Saúde – Vigilância de A a Z em <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/vigilancia-de-a-a-z>.

- O município, embora considerado como área endêmica para esquistossomose⁷, realizou 77% dos exames coproscópicos preconizados para diagnóstico da doença entre janeiro e novembro de 2016. Dentre os exames realizados, menos de 1% foi positivo, com tratamento de 100%;
- Registrou 1 caso novo de hanseníase em 2016, porém não examinou os contatos intradomiciliares desses casos (6); encerrou por cura todos os casos diagnosticados em 2014 e 2015;
- Não registrou, em 2016, casos de Aids, de gestante HIV+ e de crianças expostas⁸;
- Com relação à raiva, o município registrou 49 atendimentos antirrábicos, envolvendo como animais agressores: cão (31), gato (16), morcego (1) e outra espécie (1);
- O município, em 2016, registrou 1 caso novo de tuberculose, realizando teste rápido anti-HIV em todos; identificou 3 contatos desses casos e todos foram examinados.

Registro de óbitos

Mensalmente, são esperados, em média, 8 óbitos⁹ em **Branquinha**. Alcançar esse número é fundamental para garantir que o município receba recursos financeiros do PFVS, transferidos pelo FNS. Para isso as equipes de atenção à saúde e de vigilância devem realizar de forma contínua a busca ativa de óbitos, a fim de alcançar cobertura satisfatória ($\geq 90\%$), além da captação do óbito e registro oportuno (em até 60 dias) no Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM). Além disso, devem ser criados mecanismos para a regularização dos cemitérios locais e registro adequado dos sepultamentos realizados, retroalimentando à SMS.

A maioria das mortes entre os residentes de **Branquinha** ocorreu pelos Homicídios (13%), seguido pelas Doenças cerebrovasculares (8%), pela Bronquite, enfisema e asma (6%) e pelo Infarto agudo do miocárdio (5%). Especial atenção deve ser dada em relação ao combate à mortalidade infantil e fetal, uma vez que é persistente a ocorrência de tais óbitos, necessitando, portanto, de maior intervenção municipal.

⁷ Área reconhecidamente de transmissão para esquistossomose, de grande extensão, contínua, dentro de um município.

⁸ Crianças expostas são aquelas cujas mães são HIV + e que necessitam de acompanhamento clínico por parte do setor saúde.

⁹ Estimativa para o ano de 2016.

O município e a oferta de atenção à saúde

Atenção primária

A cobertura da rede de atenção primária em Alagoas, considerando a estratégia saúde da família¹⁰ corresponde a 76%, com variações entre as duas macrorregiões e as regiões de saúde.

O município de **Branquinha** registra 100% de cobertura da sua população com a estratégia saúde da família, por meio da atuação de 5 equipes de saúde, com a presença de 1 profissional do Programa Mais Médicos¹¹. Dispõe de 1 Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF)¹² e conta com 5 pontos de acesso ao Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes, importante estratégia de teleconsultoria, telediagnóstico e tele-educação¹³. Possui uma academia de saúde que é um espaço dotado de equipamentos, estrutura e profissionais qualificados, voltado à promoção da saúde e produção do cuidado e de modos de vida saudáveis da população¹⁴.

Média e alta complexidade

Branquinha não dispõe de serviços de urgência e emergência pré-hospitalar, utilizando como referência o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU 192 de União dos Palmares, e a Unidade de Pronto Atendimento – UPA 24h de Maceió (Bairro Benedito Bentes).

Para os casos de urgência e emergência hospitalar tem como referência o Hospital São Vicente de Paulo, em União dos Palmares, e o Hospital Geral do Estado em Maceió.

Atenção materno-infantil

Branquinha não dispõe de leito hospitalar para a assistência materno-infantil, referenciando o risco habitual para o Hospital São Vicente de Paulo, em União dos Palmares, e o alto risco para o Hospital Universitário.

No tocante ao monitoramento da ocorrência de óbitos, **Branquinha**, no período 2012/2015, registrou entre 1 e 5 óbitos infantis nos 4 anos da série. Em 2016 são 2 óbitos, até agosto. Em todo o período registrou 1 óbito materno em 2014, em 2016 não há ocorrência, cabendo ficar atento à ausência desse evento em vários anos, no sentido de avaliar o silêncio do município. No grupo de mulheres

¹⁰ Para mais informações sobre a atenção básica acessar <http://dab.saude.gov.br/portaldab/index.php>.

¹¹ Para saber mais sobre o Programa acessar <http://maismedicos.gov.br/>.

¹² Para mais informações sobre o NASF acessar http://dab.saude.gov.br/portaldab/nasf_perguntas_frequentes.php.

¹³ Para conhecer melhor o telessaúde acessar http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/notas_tecnicas/Nota_Tecnica_Diretrizes_Telessaude.pdf.

¹⁴ Sobre academia de saúde acessar http://portalsaude.saude.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=13812&Itemid=766.

em idade fértil (MIF) foram 3 óbitos em 2016. Há referência a óbitos fetais em todos os anos entre 1 (2015) e 6 (2014), com 1 ocorrência em 2016. Também os óbitos neonatais ocorrem em todos os anos da série, entre 1, no mínimo (2013), e 5 óbitos, no máximo (2015).

O município vem cumprindo em parte sua responsabilidade em relação à vigilância do óbito, deixando a desejar no tocante a não investigação de óbitos com causa mal definida em 2016, sinalizando que o município não vem aproveitando todo potencial oferecido pelo conhecimento sobre os fatores determinantes, especialmente para propor e adotar medidas de prevenção e controle de situações futuras¹⁵.

O município e a vacinação

Branquinha em 2016, até outubro, vacinou a população alvo para o período, apenas com a vacina Poliomielite injetável. Para as demais vacinas¹⁶ que compõem o calendário básico de vacinação da criança, o resultado ficou abaixo da meta preconizada.

Na campanha de vacinação contra a influenza, alcançou a cobertura preconizada (80% e +) para os grupos alvo, sendo 125% em maiores de 60 anos, 106% em menores de 2 anos e 70% em gestantes.

O município e a saúde do trabalhador

No âmbito da vigilância em saúde do trabalhador¹⁷, o município de **Branquinha**, no período de 2011 a 2015, registrou 9 casos de agravos relacionados ao trabalho em 4 anos da série: 4 em 2011; 1 em 2012; 1 em 2013; 3 em 2014.

O município e a vigilância da qualidade da água para consumo humano

No tocante à vigilância em saúde ambiental, a questão da vigilância da qualidade da água para o consumo¹⁸ tem como referencial um mínimo de análises, conforme estabelecido pela Diretriz Nacional do Plano de Amostragem. Nessa perspectiva, **Branquinha**, em 2016, realizou 16% das 108 análises de cloro residual livre, e 18% das 108 análises para turbidez.

¹⁵ Para mais informações sobre vigilância do óbito acessar <http://svs.aids.gov.br/cgiae/vigilancia/>.

¹⁶ BCG; Meningocócica C conjugada; Pentavalente (difteria, tétano, coqueluche, Haemophilus influenzae b, hepatite B); Pneumocócica 10 valente; Rotavírus; e Tríplice viral (sarampo, caxumba e rubéola).

¹⁷ Para mais informações sobre este tema ver Portaria nº 1.823, de 23/8/2012. Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1823_23_08_2012.html.

¹⁸ Para mais informações sobre qualidade da água para consumo humano ver Portaria nº 2.914, de 12/12/2011. Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2914_12_12_2011.html.

O município e a vigilância sanitária

Com relação à vigilância sanitária¹⁹ o município de **Branquinha** dispõe de Plano de Ação para o ano de 2016, executa ações de baixo risco em vigilância sanitária de alimentos, emite alvará sanitário, mas não realiza cobrança e não elabora processo administrativo.

O código sanitário do município está desatualizado.

O município e a participação social no SUS

O Conselho de Saúde é uma instância colegiada, deliberativa e permanente do SUS, em cada esfera de Governo, integrando a estrutura organizacional de cada órgão gestor nessas esferas, com composição, organização e competências fixadas na Lei nº 8.142/90²⁰. São espaços de participação da comunidade nas políticas públicas e na administração da saúde, atuando na formulação e proposição de estratégias e no controle da execução das Políticas de Saúde, inclusive nos seus aspectos econômicos e financeiros.

Os integrantes do Conselho Municipal de Saúde do município de **Branquinha** estão com mandato vencido, segundo informação disponível na SESA²¹, sendo necessário realizar plenária para eleição dos novos membros ou, caso o município já tenha realizado, encaminhar a Portaria à Secretaria Estadual e realizar capacitação para os novos conselheiros. Importante estar atento às diretrizes emanadas do Conselho Nacional de Saúde²² além de encaminhar à SESA a documentação atualizada sobre o Conselho.

¹⁹ Informações disponíveis no FORMSUS da Gerência de Vigilância Sanitária. Para mais informações sobre o tema acessar http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0475_31_03_2014.html

²⁰ Lei nº 8.142, de 28/12/1990, disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm.

²¹ Resolução nº 453, de 10/5/2012, disponível em http://conselho.saude.gov.br/web_siacs/docs/Reso453.pdf..

²² Cadastro dos Conselhos Municipais de Saúde, organizado pela Gerência de Gestão Regional e Participação Social – GERPS, da Superintendência de Planejamento, Gestão e Participação Social – SUPLAG.

CAMPESTRE

O município e algumas condições de vida e saúde

O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDH-M) em **Campestre** é baixo (0,559). Esse índice leva em conta a longevidade, a educação e a renda e guarda estreita relação entre condições de vida e o processo saúde-doença vivenciado pela população.

A maior parte da população de Campestre é de baixa renda²³ (69%) e registra taxa de analfabetismo (33%) e uma taxa de trabalho infantil de 4%. No município encontram-se 188 domicílios sem banheiro ou vaso sanitário (11%)²⁴, significando que para quase 750 pessoas o destino dos dejetos é inadequado, contaminando solo, fontes de água etc.

Registro de nascimentos

Mensalmente, são esperados, em média, 8 nascidos vivos²⁵ em **Campestre**. Alcançar esse número é fundamental para garantir que o município receba recursos financeiros do Piso Fixo de Vigilância em Saúde (PFVS), transferidos pelo Fundo Nacional de Saúde (FNS). Para isso as equipes de atenção à saúde e de vigilância em saúde do município, devem realizar de forma contínua a busca ativa de nascidos, a fim de alcançar cobertura satisfatória ($\geq 90\%$) do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC), de modo a evitar o bloqueio de recursos financeiros. É necessário também captar as Declarações de Nascidos Vivos e registrá-las no SINASC em tempo oportuno (em até 60 dias do nascimento) de modo também a garantir o repasse dos recursos do Incentivo para o Fortalecimento das Ações de Vigilância em Saúde (INVIG), transferidos pela SESAU.

Em Campestre as mães de cerca de 2,5% dos recém-nascidos não realizaram consulta de pré-natal. Menos da metade das grávidas (34%) passaram por 7 consultas de pré-natal, no mínimo. Falhas no pré-natal contribuem para o baixo peso ao nascer (6%), para o aumento do parto cesáreo (37%) e para a elevada prematuridade (17%), entre outros fatores.

Doenças e agravos

Dentre as internações registradas para residentes de **Campestre** 20%, aproximadamente, têm como causas condições que são sensíveis à oferta de serviços na atenção básica, ou seja, são internações evitáveis a partir da atuação efetiva e resolutiva dessas equipes, com destaque para as internações devido à

²³ Possui renda mensal inferior a $\frac{1}{2}$ salário mínimo.

²⁴ Censo 2010, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE (<http://censo2010.ibge.gov.br/>).

²⁵ Estimativa para o ano de 2016.

Insuficiência cardíaca (37,5%), seguida pelas Doenças imunopreveníveis (12,5%), pelas Deficiências nutricionais (12,5%) e pelas Pneumonias bacterianas (12,5%).

Em relação às doenças transmissíveis, cabe destacar as que mais ocorrem, que acometem maior contingente populacional e que resultam em maiores complicações e óbitos, tais como: as Arboviroses (Dengue, Zika, Chikungunya), a Leishmaniose, a Tuberculose, a Hanseníase, a Sífilis, a infecção pelo Vírus da imunodeficiência (HIV)/Aids e Esquistossomose, entre outras. Para o controle dessas doenças é necessário que as equipes da atenção básica implementem com qualidade as visitas domiciliares, a busca ativa e o acompanhamento dos casos, o tratamento adequado e oportuno e o registro ágil e sistemático nos sistemas de informação específicos.

É obrigatória a notificação de doenças por parte de todos os profissionais de saúde. A Secretaria Municipal de Saúde (SMS) deve transmitir à SESAU, semanalmente, os dados das notificações, por meio do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). Na ausência de casos a SMS deve realizar a notificação negativa. Para as doenças de notificação imediata, o prazo para realizar a investigação e encerrar o caso é de 60 dias. Cumprir esse prazo evita o bloqueio de recursos federais e estaduais.

Com relação a doenças e agravos sob vigilância²⁶, pode-se destacar em **Campestre** algumas informações em sua maioria relativa a 2016:

- Não registrou acidentes por animais peçonhentos;
- Notificou, entre janeiro e dezembro de 2016, 11 casos de Dengue (7 confirmados); 41 casos de Zika (41 confirmados) e 19 casos de Chikungunya (19 confirmados);
- Com relação ao controle do mosquito, o município já realizou 4 dos 6 ciclos preconizados, em 2016, com o seguinte percentual: 1º ciclo: 79% (abaixo de 80%, mínimo estabelecido); 2º ciclo: 94%; 3º ciclo: 88% e o 4º ciclo 91%; não há informação sobre a realização dos demais ciclos;
- Entre janeiro e novembro de 2016, não registrou casos de diarreia, surtos e óbitos, considerado silencioso durante todo o ano;
- O município, embora considerado como área endêmica para esquistossomose²⁷, realizou 77% dos exames coprocópicos preconizados para diagnóstico da doença, entre janeiro e novembro de

²⁶ Para mais informações sobre doenças e agravos sob vigilância consultar o Guia de Vigilância Epidemiológica, disponível em http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_vigilancia_epidemiologica_7ed.pdf e também a página da Secretaria de Vigilância em Saúde – Vigilância de A a Z em <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/vigilancia-de-a-a-z>.

²⁷ Área reconhecida de transmissão para esquistossomose, de grande extensão, contínua, dentro de um município.

2016. Dentre os exames realizados, menos de 1% foi positivo, com tratamento de 100%;

- Não registrou casos novos de hanseníase em 2016 e possui 1 caso, diagnosticado em 2014, com encerramento pendente no sistema;
- Registrou, em 2016, 1 caso de gestante HIV+; não há referência a casos de Aids e de crianças expostas²⁸;
- Com relação à raiva, o município registrou 13 atendimentos antirrábicos, envolvendo como animais agressores: cão (8) e gato (5);
- O município, em 2016, não registrou casos novos de tuberculose. A última ocorrência registrada foi no ano de 2013, portanto, o município deve estar atento à detecção de casos novos.
- O município notificou 1 caso de intoxicação exógena (novembro 2016, dados de março/abril), investigando oportunamente e identificando o grupo do agente tóxico;
- Com relação à violência o município manteve-se silencioso entre janeiro e novembro 2016.

Registro de óbitos

Mensalmente, são esperados, em média, 3 óbitos²⁹ em Campestre. Alcançar esse número é fundamental para garantir que o município receba recursos financeiros do PFVS, transferidos pelo FNS. Para isso as equipes de atenção à saúde e de vigilância devem realizar de forma contínua a busca ativa de óbitos, a fim de alcançar cobertura satisfatória ($\geq 90\%$), além da captação do óbito e registro oportuno (em até 60 dias) no Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM). Além disso, devem ser criados mecanismos para a regularização dos cemitérios locais e registro adequado dos sepultamentos realizados, retroalimentando à SMS.

A maioria das mortes entre os residentes de **Campestre** ocorreu pelas Doenças cerebrovasculares (19%), seguida pelo Infarto agudo do miocárdio (11%), pelos Acidentes de trânsito (8%) e pelas Doenças hipertensivas (8%). Especial atenção deve ser dada em relação ao combate à mortalidade infantil e fetal, uma vez que é persistente a ocorrência de tais óbitos, necessitando, portanto, de maior intervenção municipal.

²⁸ Crianças expostas são aquelas cujas mães são HIV + e que necessitam de acompanhamento clínico por parte do setor saúde.

²⁹ Estimativa para o ano de 2016.

O município e a oferta de atenção à saúde

Atenção primária

A cobertura da rede de atenção primária em Alagoas, considerando a estratégia saúde da família (ESF) ³⁰ corresponde a 76%, com variações entre as duas macrorregiões e as regiões de saúde.

O município de **Campestre** registra 100% de cobertura da sua população com a estratégia saúde da família, por meio da atuação de 8 equipes de saúde, com a presença de 2 profissionais do Programa Mais Médicos³¹. Dispõe de 1 Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) ³², mas não conta com ponto de acesso ao Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes, importante estratégia de teleconsultoria, telediagnóstico e tele-educação³³ e nem possui academia de saúde que é um espaço dotado de equipamentos, estrutura e profissionais qualificados, voltado à promoção da saúde e produção do cuidado e de modos de vida saudáveis da população³⁴.

Média e alta complexidade

O município não dispõe de serviços de urgência e emergência pré-hospitalar utilizando os serviços do SAMU 192, de Barra de Santo Antônio e a UPA 24h de Maceió (Trapiche da Barra).

Branquinha dispõe, sob gestão municipal, do PAM Raquel Vasco com atendimento de urgência e emergência 24h com serviços de ultrassom, eletrocardiograma, e o Hospital Geral do Estado, em Maceió.

Atenção materno-infantil

Campestre não dispõe de leito hospitalar para a assistência materno-infantil, referenciando o risco habitual para a Maternidade Nossa Senhora de Fátima e o alto risco para a Maternidade-Escola Santa Mônica, ambos em Maceió.

No tocante ao monitoramento da ocorrência de óbitos, **Campestre**, no período 2012/2015, registrou entre 2 e 4 óbitos infantis nos 4 anos da série. Em 2016 não há registros até agosto. Em todo o período registrou 1 óbito materno em 2013, em 2016 não há ocorrência, cabendo ficar atento à ausência desse evento em vários anos, no sentido de avaliar o silêncio do município. No grupo de mulheres em idade fértil (MIF) foi 1 óbito em 2016. Há referência a óbitos fetais em todos os

³⁰ Para mais informações sobre a atenção básica acessar <http://dab.saude.gov.br/portaldab/index.php>.

³¹ Para saber mais sobre o Programa acessar <http://maismedicos.gov.br/>.

³² Para mais informações sobre o NASF acessar http://dab.saude.gov.br/portaldab/nasf_perguntas_frequentes.php.

³³ Para conhecer melhor o telessaúde acessar http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/notas_tecnicas/Nota_Tecnica_Diretrizes_Telessaude.pdf.

³⁴ Sobre academia de saúde acessar http://portalsaude.saude.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=13812&Itemid=766.

anos entre 1 (2013) e 5 (2015), sem ocorrência em 2016. Não há registro de óbitos com causa mal definida.

O município vem cumprindo em parte sua responsabilidade em relação à vigilância do óbito, deixando a desejar no tocante a não investigação de alguns tipos de óbito, a exemplo do infantil de 2016, sinalizando que o município não vem aproveitando todo potencial oferecido pelo conhecimento sobre os fatores determinantes, especialmente para propor e adotar medidas de prevenção e controle de situações futuras³⁵.

O município e a vacinação

Campestre em 2016, até outubro, vacinou mais de 100% da população alvo, para o período com as 7 vacinas³⁶ que compõem o calendário básico de vacinação da criança.

Na campanha de vacinação contra a influenza, alcançou a cobertura preconizada (80% e +) em menores de 2 anos (89%); porém não alcançou a cobertura em gestantes (59%) e maiores de 60 anos (77%).

O município e a saúde do trabalhador

No âmbito da vigilância em saúde do trabalhador³⁷, o município de **Campestre**, no período de 2011 a 2015, não apresentou notificação de agravos relacionados ao trabalho em nenhum dos anos da série.

O município e a vigilância da qualidade da água para consumo humano

No tocante à vigilância em saúde ambiental, a questão da vigilância da qualidade da água para o consumo³⁸ tem como referencial um mínimo de análises, conforme estabelecido pela Diretriz Nacional do Plano de Amostragem. Nessa perspectiva, **Campestre**, em 2016, realizou 7% das 108 análises de cloro residual livre, e 7% das 108 análises para turbidez.

O município e a vigilância sanitária

³⁵ Para mais informações sobre vigilância do óbito acessar <http://svs.aids.gov.br/cgiae/vigilancia/>.

³⁶ BCG; Meningocócica C conjugada; Pentavalente (difteria, tétano, coqueluche, Haemophilus influenzae b, hepatite B); Pneumocócica 10 valente; Poliomielite injetável; Rotavírus; e Tríplice viral (sarampo, caxumba e rubéola).

³⁷ Para mais informações sobre este tema ver Portaria nº 1.823, de 23/8/2012. Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1823_23_08_2012.html.

³⁸ Para mais informações sobre qualidade da água para consumo humano ver Portaria nº 2.914, de 12/12/2011. Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2914_12_12_2011.html.

Com relação à vigilância sanitária³⁹ o município de **Campestre** dispõe de Plano de Ação para o ano de 2016, executa ações de baixo risco em vigilância sanitária de alimentos, não emite alvará sanitário e não elabora processo administrativo.

O município possui código sanitário.

O município e a participação social no SUS

O Conselho de Saúde é uma instância colegiada, deliberativa e permanente do SUS, em cada esfera de Governo, integrando a estrutura organizacional de cada órgão gestor nessas esferas, com composição, organização e competências fixadas na Lei nº 8.142/90⁴⁰. São espaços de participação da comunidade nas políticas públicas e na administração da saúde, atuando na formulação e proposição de estratégias e no controle da execução das Políticas de Saúde, inclusive nos seus aspectos econômicos e financeiros.

Os integrantes do Conselho Municipal de Saúde do município de **Campestre** estão com mandato vencido, segundo informação disponível na SESA⁴¹, sendo necessário realizar plenária para eleição dos novos membros ou, caso o município já tenha realizado, encaminhar a Portaria à Secretaria Estadual e realizar capacitação para os novos conselheiros. Importante estar atento e seguir as diretrizes emanadas do Conselho Nacional de Saúde⁴² especialmente no tocante à atualização do Regimento Interno, vez que a Lei foi reformulada, mas não foi disponibilizada cópia para a Secretaria de Estado, assim como os demais documentos legais.

COLÔNIA LEOPOLDINA

³⁹ Informações disponíveis no FORMSUS da Gerência de Vigilância Sanitária. Para mais informações sobre o tema acessar http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0475_31_03_2014.html

⁴⁰ Lei nº 8.142, de 28/12/1990, disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm.

⁴¹ Cadastro dos Conselhos Municipais de Saúde, organizado pela Gerência de Gestão Regional e Participação Social – GERPS, da Superintendência de Planejamento, Gestão e Participação Social – SUPLAG. Resolução nº 453, de 10/5/2012, disponível em http://conselho.saude.gov.br/web_siacs/docs/Reso453.pdf.

⁴² Resolução nº 453, de 10/5/2012, disponível em http://conselho.saude.gov.br/web_siacs/docs/Reso453.pdf.

O município e algumas condições de vida e saúde

Condições sociais e econômicas

O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDH-M) em **Colônia Leopoldina** é baixo (0,517). Esse índice leva em conta a longevidade, a educação, e a renda e guarda estreita relação entre condições de vida e o processo saúde-doença vivenciado pela população.

A maior parte da população de **Colônia Leopoldina** é de baixa renda⁴³ (73%) e, considerando o conjunto de municípios da 1ª RS, registra a maior taxa de analfabetismo (34%) e uma taxa de trabalho infantil de 7%. No município, encontram-se 803 domicílios sem banheiro ou vaso sanitário (15%)⁴⁴, significando que para quase 3.200 pessoas o destino dos dejetos é inadequado, contaminando solo, fontes de água etc.

Registro de nascimentos

Mensalmente, são esperados, em média, 19 nascidos vivos⁴⁵ em **Colônia Leopoldina**. Alcançar esse número é fundamental para garantir que o município receba recursos financeiros do Piso Fixo de Vigilância em Saúde (PFVS), transferidos pelo Fundo Nacional de Saúde (FNS). Para isso as equipes de atenção à saúde e de vigilância em saúde do município, devem realizar de forma contínua a busca ativa de nascidos, a fim de alcançar cobertura satisfatória ($\geq 90\%$) do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC), de modo a evitar o bloqueio de recursos financeiros. É necessário também captar as Declarações de Nascidos Vivos e registrá-las no SINASC em tempo oportuno (em até 60 dias do nascimento) de modo também a garantir o repasse dos recursos do Incentivo para o Fortalecimento das Ações de Vigilância em Saúde (INVIG), transferidos pela SESAU.

Em **Colônia Leopoldina** as mães de 4,5% dos recém-nascidos não realizaram consulta de pré-natal. Poucas grávidas (16%) passaram por 7 consultas de pré-natal, no mínimo. Falhas no pré-natal contribuem para o baixo peso ao nascer (8%), para o aumento do parto cesáreo (42%) e para a elevada prematuridade (15%), entre outros fatores.

Doenças e agravos

Dentre as internações registradas para residentes de **Colônia Leopoldina** 25%, aproximadamente, têm como causas condições que são sensíveis à oferta de

⁴³ Possui renda mensal inferior a $\frac{1}{2}$ salário mínimo.

⁴⁴ Censo 2010, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE (<http://censo2010.ibge.gov.br/>).

⁴⁵ Estimativa para o ano de 2016.

serviços na atenção básica, ou seja, são internações evitáveis a partir da atuação efetiva e resolutiva dessas equipes, com destaque para as internações devidas às Doenças cerebrovasculares (24%), seguida pela Insuficiência cardíaca (18%), pelas Pneumonias bacterianas (12%) e pelas Gastroenterites infecciosas e complicações (10%).

Em relação às doenças transmissíveis, cabe destacar as que mais ocorrem, que acometem maior contingente populacional e que resultam em maiores complicações e óbitos, tais como: as Arboviroses (Dengue, Zika, Chikungunya), a Leishmaniose, a Tuberculose, a Hanseníase, a Sífilis, a infecção pelo Vírus da imunodeficiência (HIV)/Aids e Esquistossomose, entre outras. Para o controle dessas doenças é necessário que as equipes da atenção básica implementem com qualidade as visitas domiciliares, a busca ativa e o acompanhamento dos casos, o tratamento adequado e oportuno e o registro ágil e sistemático nos sistemas de informação específicos.

É obrigatória a notificação de doenças por parte de todos os profissionais de saúde. A Secretaria Municipal de Saúde (SMS) deve transmitir à SESAU, semanalmente, os dados das notificações, por meio do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). Na ausência de casos a SMS deve realizar a notificação negativa. Para as doenças de notificação imediata, o prazo para realizar a investigação e encerrar o caso é de 60 dias. Cumprir esse prazo evita o bloqueio de recursos federais e estaduais.

Com relação a doenças e agravos sob vigilância⁴⁶, pode-se destacar em **Colônia Leopoldina** algumas informações:

- Registrou 23 acidentes por animais peçonhentos, sendo 17 por escorpião, 5 por serpente e 1 por abelha. Destes, 22 foram considerados leves e 1 moderado;
- O município é indene⁴⁷ para doença de Chagas, por ser classificado como de baixo risco de transmissão da doença, não havendo registro de casos entre janeiro e novembro de 2016;
- Notificou, entre janeiro e dezembro de 2016, 178 casos de Dengue (91 confirmados); 102 casos de Zika (64 confirmados) e 107 casos de Chikungunya (54 confirmados);

⁴⁶ Para mais informações sobre doenças e agravos sob vigilância consultar o Guia de Vigilância Epidemiológica, disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_vigilancia_epidemiologica_7ed.pdf e também a página da Secretaria de Vigilância em Saúde – Vigilância de A a Z em <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/vigilancia-de-a-a-z>.

⁴⁷ Área indene para doença de Chagas é aquela onde não há transmissão do agente da doença (*Trypanosoma cruzi*) pelo vetor (o barbeiro: triatomíneo), pelo fato de não existir casos confirmados da doença por transmissão autóctone (do próprio local) e onde o barbeiro não está domiciliado (vivendo dentro das casas), sendo encontrado somente nas áreas de mata.

- Com relação ao controle do mosquito, o município já realizou 2 dos 6 ciclos preconizados, em 2016, com o seguinte percentual: 1º ciclo: 73% (abaixo de 80%, mínimo estabelecido) e o 2º ciclo: 82%; não há informação sobre a realização dos demais ciclos;
- Entre janeiro e novembro de 2016, registrou 754 casos de diarreia, considerado dentro do esperado, e não foram registrados surtos e óbitos;
- O município, embora considerado como área endêmica para esquistossomose⁴⁸, realizou 77% dos exames coproscópicos preconizados para diagnóstico da doença entre janeiro e novembro de 2016. Dentre os exames realizados, menos de 1% foi positivo, com tratamento de 100%;
- Não registrou casos novos de hanseníase em 2016 e encerrou por cura 1 caso diagnosticado em 2015;
- Não registrou, em 2016, casos de Aids, de gestante HIV+ e crianças expostas⁴⁹;
- Entre janeiro e novembro de 2016, o município registrou 4 casos de Leishmaniose tegumentar, confirmados pelo critério clínico-laboratorial e não registrou casos de Leishmaniose visceral;
- Com relação à raiva, o município registrou 55 atendimentos antirrábicos, envolvendo como animais agressores: cão (38), gato (16) e macaco (1).
- O município, em 2016, registrou 1 caso novo de tuberculose, realizando teste rápido anti-HIV e não identificou contatos.

Registro de óbitos

Mensalmente, são esperados, em média, 9 óbitos⁵⁰ em **Colônia Leopoldina**. Alcançar esse número é fundamental para garantir que o município receba recursos financeiros do PFVS, transferidos pelo FNS. Para isso as equipes de atenção à saúde e de vigilância devem realizar de forma contínua a busca ativa de óbitos, a fim de alcançar cobertura satisfatória ($\geq 90\%$), além da captação do óbito e registro oportuno (em até 60 dias) no Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM). Além disso, devem ser criados mecanismos para a regularização dos cemitérios locais e registro adequado dos sepultamentos realizados, retroalimentando à SMS.

A maioria das mortes entre os residentes de **Colônia de Leopoldina** ocorreu pelos Homicídios (9,57%), seguido pelo Infarto agudo do miocárdio (7,83%), pelas Doenças hipertensivas (6,96%) e pelas Pneumonias (6,09%). Especial atenção

⁴⁸ Área reconhecida de transmissão para esquistossomose, de grande extensão, contínua, dentro de um município.

⁴⁹ Crianças expostas são aquelas cujas mães são HIV + e que necessitam de acompanhamento clínico por parte do setor saúde.

⁵⁰ Estimativa para o ano de 2016.

deve ser dada em relação ao combate à mortalidade infantil e fetal, uma vez que é persistente a ocorrência de tais óbitos, necessitando, portanto, de maior intervenção municipal.

O município e a oferta de atenção à saúde

Atenção primária

A cobertura da rede de atenção primária em Alagoas, considerando a estratégia saúde da família (ESF) ⁵¹ corresponde a 76%, com variações entre as duas macrorregiões e as regiões de saúde.

O município de **Colônia Leopoldina** registra 100% de cobertura da sua população com a estratégia saúde da família, por meio da atuação de 8 equipes de saúde, com a presença de 5 profissionais do Programa Mais Médicos⁵². Dispõe de 1 Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) ⁵³, conta com 6 pontos de acesso ao Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes, importante estratégia de teleconsultoria, telediagnóstico e tele-educação⁵⁴ e possui 1 academia de saúde que é um espaço dotado de equipamentos, estrutura e profissionais qualificados, voltado à promoção da saúde e produção do cuidado e de modos de vida saudáveis da população⁵⁵.

Média e alta complexidade

O município dispõe de serviços de urgência e emergência pré-hospitalar com uma base descentralizada do SAMU 192, e referência para a UPA 24h de Maceió (Benedito Bentes).

Colônia Leopoldina dispõe, sob gestão municipal, da Unidade Mista Maria Loureiro Cavalcante com atendimento de urgência e emergência, internação, com 34 leitos sendo: 14 em clínica médica, 7 em clínica pediátrica, 6 em clínica cirúrgica, 7 em obstetrícia clínica, além de serviços de radiologia. Referência sua população para o Hospital Geral do Estado, em Maceió.

Atenção materno-infantil

Colônia Leopoldina dispõe de Casa de Parto com 2 leitos para assistência ao parto normal sem distorcia na Unidade Mista Maria, referenciando o risco habitual para o Hospital São Vicente de Paulo, em União dos Palmares, e o alto risco para o Hospital Universitário, em Maceió.

⁵¹ Para mais informações sobre a atenção básica acessar <http://dab.saude.gov.br/portaldab/index.php>.

⁵² Para saber mais sobre o Programa acessar <http://maismedicos.gov.br/>.

⁵³ Para mais informações sobre o NASF acessar http://dab.saude.gov.br/portaldab/nasf_perguntas_frequentes.php.

⁵⁴ Para conhecer melhor o telessaúde acessar http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/notas_tecnicas/Nota_Tecnica_Diretrizes_Telessaude.pdf.

⁵⁵ Sobre academia de saúde acessar http://portalsaude.saude.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=13812&Itemid=766.

No tocante ao monitoramento da ocorrência de óbitos, **Colônia Leopoldina**, no período 2012/2015, registrou entre 3 e 7 óbitos infantis nos 4 anos da série. Em 2016 são 4 até agosto. Em todo o período registrou 1 óbito materno em 2015, em 2016 não há ocorrência, cabendo ficar atento à ausência desse evento em vários anos, no sentido de avaliar o silêncio do município. No grupo de mulheres em idade fértil (MIF) foram 7 óbitos em 2016. Há referência a óbitos fetais em todos os anos entre 1 (2013) e 5 (2012 e 2014), com 3 ocorrências em 2016.

O município vem cumprindo em parte sua responsabilidade em relação à vigilância do óbito, deixando a desejar no tocante a não investigação de alguns tipos de óbito, a exemplo dos 3 óbitos fetais de 2016 e dos óbitos com causa mal definida, sinalizando que o município não vem aproveitando todo potencial oferecido pelo conhecimento sobre os fatores determinantes, especialmente para propor e adotar medidas de prevenção e controle de situações futuras⁵⁶.

O município e a vacinação

Colônia Leopoldina, em 2016, até outubro, vacinou mais de 95% da população alvo para o período com as 7 vacinas⁵⁷ que compõem o calendário básico de vacinação da criança.

Na campanha de vacinação contra a influenza, alcançou a cobertura preconizada (80% e +) para os grupos-alvo: 99,77% dos maiores de 60 anos; 85% dos menores de 2 anos e 101% para gestantes.

O município e a saúde do trabalhador

No âmbito da vigilância em saúde do trabalhador⁵⁸, o município de **Colônia Leopoldina**, no período de 2011 a 2015, teve registro de 19 casos de agravos relacionados ao trabalho sendo: 4 em 2011; 2 em 2012; 4 em 2013; 3 em 2014; e 6 em 2015.

O município e a vigilância da qualidade da água para consumo humano

No tocante à vigilância em saúde ambiental, a questão da vigilância da qualidade da água para o consumo⁵⁹ tem como referencial um mínimo de análises, conforme estabelecido pela Diretriz Nacional do Plano de Amostragem. Nessa

⁵⁶ Para mais informações sobre vigilância do óbito acessar <http://svs.aids.gov.br/cgiae/vigilancia/>.

⁵⁷ BCG; Meningocócica C conjugada; Pentavalente (difteria, tétano, coqueluche, Haemophilus influenzae b, hepatite B); Pneumocócica 10 valente; Poliomielite injetável; Rotavírus; e Tríplice viral (sarampo, caxumba e rubéola).

⁵⁸ Para mais informações sobre este tema ver Portaria nº 1.823, de 23/8/2012. Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1823_23_08_2012.html.

⁵⁹ Para mais informações sobre qualidade da água para consumo humano ver Portaria nº 2.914, de 12/12/2011. Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2914_12_12_2011.html.

perspectiva, **Colônia Leopoldina**, em 2016, realizou mais de 100% das 132 análises de cloro residual livre, e 42% das 132 análises para turbidez.

O município e a vigilância sanitária

Com relação à vigilância sanitária⁶⁰ o município de **Colônia Leopoldina** dispõe de Plano de Ação para o ano de 2016, executa ações de baixo risco em vigilância sanitária de alimentos, emite alvará sanitário, mas não realiza cobrança e não elabora processo administrativo.

O município possui código sanitário.

O município e a participação social no SUS

O Conselho de Saúde é uma instância colegiada, deliberativa e permanente do SUS, em cada esfera de Governo, integrando a estrutura organizacional de cada órgão gestor nessas esferas, com composição, organização e competências fixadas na Lei nº 8.142/90⁶¹. São espaços de participação da comunidade nas políticas públicas e na administração da saúde, atuando na formulação e proposição de estratégias e no controle da execução das Políticas de Saúde, inclusive nos seus aspectos econômicos e financeiros.

O Conselho Municipal de Saúde do município de **Colônia Leopoldina**, segundo informação disponível na SESA⁶², necessita realizar capacitação dos conselheiros. Importante estar atento ao cumprimento das diretrizes emanadas do Conselho Nacional de Saúde⁶³ e encaminhar à Secretaria de Estado a documentação atualizada sobre o Conselho.

⁶⁰ Informações disponíveis no FORMSUS da Gerência de Vigilância Sanitária. Para mais informações sobre o tema acessar http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0475_31_03_2014.html

⁶¹ Lei nº 8.142, de 28/12/1990, disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm.

⁶² Resolução nº 453, de 10/5/2012, disponível em http://conselho.saude.gov.br/web_siacs/docs/Reso453.pdf.

⁶³ Cadastro dos Conselhos Municipais de Saúde, organizado pela Gerência de Gestão Regional e Participação Social – GERPS, da Superintendência de Planejamento, Gestão e Participação Social – SUPLAG.

IBATEGUARA

O município e algumas condições de vida e saúde

O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDH-M) em **Ibateguara** é baixo (0,518). Esse índice leva em conta a longevidade, a educação e a renda e guarda estreita relação entre condições de vida e o processo saúde-doença vivenciado pela população.

A maior parte da população da **Ibateguara** é de baixa renda⁶⁴ (81%) e registra taxa de analfabetismo de 37,5% e uma taxa de trabalho infantil de 2%. No município encontram-se 159 domicílios sem banheiro ou vaso sanitário (4%)⁶⁵, significando que para mais de 600 pessoas o destino dos dejetos é inadequado, contaminando solo, fontes de água etc.

Registro de nascimentos

Mensalmente, são esperados, em média, 21 nascidos vivos⁶⁶ em **Ibateguara**. Alcançar esse número é fundamental para garantir que o município receba recursos financeiros do Piso Fixo de Vigilância em Saúde (PFVS), transferidos pelo Fundo Nacional de Saúde (FNS). Para isso as equipes de atenção à saúde e de vigilância em saúde do município, devem realizar de forma contínua a busca ativa de nascidos, a fim de alcançar cobertura satisfatória ($\geq 90\%$) do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC), de modo a evitar o bloqueio de recursos financeiros. É necessário também captar as Declarações de Nascidos Vivos e registrá-las no SINASC em tempo oportuno (em até 60 dias do nascimento) de modo também a garantir o repasse dos recursos do Incentivo para o Fortalecimento das Ações de Vigilância em Saúde (INVIG), transferidos pela SESAU.

Em **Ibateguara** as mães de cerca de 1% dos recém-nascidos não realizaram consulta de pré-natal. Menos da metade das grávidas (42%) passaram por 7 consultas de pré-natal, no mínimo. Falhas no pré-natal contribuem para o baixo peso ao nascer (7%), para o aumento do parto cesáreo (33%) e para a elevada prematuridade (8%), entre outras consequências.

Doenças e agravos

Dentre as internações registradas para residentes de **Ibateguara** 10%, aproximadamente, têm como causas condições que são sensíveis à oferta de serviços na atenção básica, ou seja, são internações evitáveis a partir da atuação efetiva e resolutiva dessas equipes, com destaque para as internações devidas às

⁶⁴ Possui renda mensal inferior a $\frac{1}{2}$ salário mínimo.

⁶⁵ Censo 2010, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE (<http://censo2010.ibge.gov.br/>).

⁶⁶ Estimativa para o ano de 2016.

Doenças cerebrovasculares (21,5%), seguida pela Insuficiência cardíaca (20%), pelo Diabetes (14%) e pelas Gastroenterites infecciosas e complicações (12%).

Em relação às doenças transmissíveis, cabe destacar as que mais ocorrem, que acometem maior contingente populacional e que resultam em maiores complicações e óbitos, tais como: as Arboviroses (Dengue, Zika, Chikungunya), a Leishmanioses, a Tuberculose, a Hanseníase, a Sífilis, a infecção pelo Vírus da imunodeficiência (HIV) /Aids e Esquistossomose, entre outras. Para o controle dessas doenças é necessário que as equipes da atenção básica implementem com qualidade as visitas domiciliares, a busca ativa e o acompanhamento dos casos, o tratamento adequado e oportuno e o registro ágil e sistemático nos sistemas de informação específicos.

É obrigatória a notificação de doenças por parte de todos os profissionais de saúde. A Secretaria Municipal de Saúde (SMS) deve transmitir à SESAU, semanalmente, os dados das notificações, por meio do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). Na ausência de casos a SMS deve realizar a notificação negativa. Para as doenças de notificação imediata, o prazo para realizar a investigação e encerrar o caso é de 60 dias. Cumprir esse prazo evita o bloqueio de recursos federais e estaduais.

Com relação a doenças e agravos sob vigilância⁶⁷, pode-se destacar em **Ibateguara** algumas informações:

- Registrou 3 acidentes por animais peçonhentos, sendo 2 por escorpião e 1 por serpente; 2 foram considerados leves e 1 encontra-se como ignorado/branco;
- Notificou, entre janeiro e dezembro de 2016, 2 casos de dengue (2 confirmados); 1 caso de Zika (não houve confirmação) e não registrou casos de Chikungunya;
- Com relação ao controle do mosquito, o município já realizou 4 dos 6 ciclos preconizados, em 2016, com o seguinte percentual: 1º ciclo: 56% (abaixo de 80%, mínimo estabelecido); 2º ciclo: 82%; 3º ciclo: 85% e o 4º ciclo 94%; não há informação sobre a realização dos demais ciclos;
- Entre janeiro e novembro de 2016, registrou 61 casos de diarreia, abaixo do esperado, apontando para uma possível subnotificação; não foram registrados surtos e óbitos;
- O município, embora considerado como área endêmica para esquistossomose⁶⁸, realizou 77% dos exames coprocópicos preconizados

⁶⁷ Para mais informações sobre doenças e agravos sob vigilância consultar o Guia de Vigilância Epidemiológica, disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_vigilancia_epidemiologica_7ed.pdf e também a página da Secretaria de Vigilância em Saúde – Vigilância de A a Z em <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/vigilancia-de-a-a-z>.

para diagnóstico da doença, entre janeiro e novembro de 2016; dentre os exames realizados, menos de 1% foi positivo, com tratamento de 100% dos pacientes;

- Não registrou casos novos de hanseníase em 2016, sendo recomendável intensificar as ações de busca ativa, com o intuito de identificar casos novos de forma precoce;
- Não registrou, em 2016, casos de Aids, de gestante HIV+ e de crianças expostas⁶⁹;
- Com relação à raiva, o município registrou 14 atendimentos antirrábicos, envolvendo como animais agressores: cão (10) e gato (4);
- O município, em 2016, registrou 1 caso novo de tuberculose, realizou teste rápido anti-HIV, com identificação de 1 contato e o mesmo foi examinado.

Registro de óbitos

Mensalmente, são esperados, em média, 9 óbitos⁷⁰ em **Ibateguara**. Alcançar esse número é fundamental para garantir que o município receba recursos financeiros do PFVS, transferidos pelo FNS. Para isso as equipes de atenção à saúde e de vigilância devem realizar de forma contínua a busca ativa de óbitos, a fim de alcançar cobertura satisfatória ($\geq 90\%$), além da captação do óbito e registro oportuno (em até 60 dias) no Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM). Além disso, devem ser criados mecanismos para a regularização dos cemitérios locais e registro adequado dos sepultamentos realizados, retroalimentando à SMS.

A maioria das mortes entre os residentes de **Ibateguara** ocorreu pelos Homicídios (10%), seguido pelas Doenças cerebrovasculares (8%), pelo Diabetes (8%) e pelo Infarto agudo do miocárdio (7%). Especial atenção deve ser dada em relação ao combate à mortalidade infantil e fetal, uma vez que é persistente a ocorrência de tais óbitos, necessitando, portanto, de maior intervenção municipal.

O município e a oferta de atenção à saúde

Atenção primária

A cobertura da rede de atenção primária em Alagoas, considerando a estratégia saúde da família (ESF)⁷¹ corresponde a 76%, com variações entre as duas macrorregiões e as regiões de saúde.

O município de **Ibateguara** registra 100% de cobertura da sua população com a estratégia saúde da família, por meio da atuação de 6 equipes de saúde.

⁶⁸ Área reconhecida de transmissão para esquistossomose, de grande extensão, contínua, dentro de um município.

⁶⁹ Crianças expostas são aquelas cujas mães são HIV + e que necessitam de acompanhamento clínico por parte do setor saúde.

⁷⁰ Estimativa para o ano de 2016.

⁷¹ Para mais informações sobre a atenção básica acessar <http://dab.saude.gov.br/portaldab/index.php>.

Dispõe de 1 Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF)⁷², conta com 6 pontos de acesso ao Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes, importante estratégia de teleconsultoria, telediagnóstico e tele-educação⁷³. Não possui academia de saúde que é um espaço dotado de equipamentos, estrutura e profissionais qualificados, voltado à promoção da saúde e produção do cuidado e de modos de vida saudáveis da população⁷⁴. O município não trabalha com o Programa Mais Médicos⁷⁵.

Média e alta complexidade

Ibateguara não dispõe de serviços de urgência e emergência pré-hospitalar tendo como referência a base descentralizada SAMU 192 de União dos Palmares, e a UPA 24h de Maceió (Benedito Bentes).

Ibateguara dispõe, sob gestão municipal, da Casa de Parto e Pronto Atendimento Mariano de Oliveira, com atendimento de urgência e emergência, e 3 leitos de internação em obstetria clínica referencia sua população para o Hospital São Vicente de Paulo, em União dos Palmares, e para o Hospital Geral do Estado, em Maceió.

Atenção materno-infantil

Ibateguara dispõe de Casa de Parto com 2 leitos para assistência ao parto normal sem dor na Maternidade Mariano Oliveira, referenciando o risco habitual para o Hospital São Vicente de Paulo, em União dos Palmares, e o alto risco para o Hospital Universitário, em Maceió.

No tocante ao monitoramento da ocorrência de óbitos, **Ibateguara**, no período 2012/2015, registrou entre 3 e 6 óbitos infantis nos 4 anos da série. Em 2016 são 4 até agosto. Em todo o período não registrou óbito materno, bem como em 2016, cabendo ficar atento à ausência desse evento ao longo de vários anos, no sentido de avaliar o silêncio do município. No grupo de mulheres em idade fértil (MIF) foram 4 óbitos em 2016. Há referência a óbitos fetais em todos os anos entre 3 (2012, 2013 e 2015) e 4 (2014), com 5 ocorrências em 2016.

O município vem cumprindo em grande parte sua responsabilidade em relação à vigilância do óbito, deixando a desejar no tocante a não investigação de todos os óbitos e a não investigação de nenhum com causa mal definida, sinalizando que o município não vem aproveitando todo potencial oferecido pelo

⁷²Para mais informações sobre o NASF acessar http://dab.saude.gov.br/portaldab/nasf_perguntas_frequentes.php.

⁷³ Para conhecer melhor o telessaúde acessar http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/notas_tecnicas/Nota_Tecnica_Diretrizes_Telessaude.pdf.

⁷⁴ Sobre academia de saúde acessar http://portalsaude.saude.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=13812&Itemid=766.

⁷⁵ Para saber mais sobre o Programa acessar <http://maismedicos.gov.br/>.

conhecimento sobre os fatores determinantes, especialmente para propor e adotar medidas de prevenção e controle de situações futuras⁷⁶.

O município e a vacinação

Ibateguara, em 2016, até outubro, vacinou mais de 100% da população alvo para o período, com 6 das vacinas do calendário básico⁷⁷. Para a vacina Poliomielite Injetável, o resultado ficou abaixo da meta preconizada.

Na campanha de vacinação contra a influenza, alcançou a cobertura preconizada (80% e +), sendo 107% em maiores de 60 anos, 87% em menores de 2 anos e 75% em gestantes.

O município e a saúde do trabalhador

No âmbito da vigilância em saúde do trabalhador⁷⁸, o município de **Ibateguara**, no período de 2011 a 2015, registrou 14 casos de agravos relacionados ao trabalho em 4 dos 5 anos da série, sendo: 5 em 2012; 2 em 2013; 3 em 2014; e 4 em 2015.

O município e a vigilância da qualidade da água para consumo humano

No tocante à vigilância em saúde ambiental, a questão da vigilância da qualidade da água para o consumo⁷⁹ tem como referencial um mínimo de análises, conforme estabelecido pela Diretriz Nacional do Plano de Amostragem. Nessa perspectiva, **Ibateguara**, em 2016, realizou 12% das 120 análises de cloro residual livre, e 17% das 120 análises para turbidez.

O município e a vigilância sanitária

Com relação à vigilância sanitária⁸⁰ o município de **Ibateguara** dispõe de Plano de Ação para o ano de 2016, executa ações de baixo risco em vigilância sanitária de alimentos, emite alvará sanitário, mas não realiza cobrança e não elabora processo administrativo.

O município possui código sanitário desatualizado.

⁷⁶ Para mais informações sobre vigilância do óbito acessar <http://svs.aids.gov.br/cgiae/vigilancia/>.

⁷⁷ BCG, Meningocócica C conjugada, Pentavalente (difteria, tétano, coqueluche, Haemophilus influenzae b, hepatite B), Pneumocócica 10 valente, Rotavírus e Tríplice viral (sarampo, caxumba e rubéola)

⁷⁸ Para mais informações sobre este tema ver Portaria nº 1.823, de 23/8/2012. Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1823_23_08_2012.html.

⁷⁹ Para mais informações sobre qualidade da água para consumo humano ver Portaria nº 2.914, de 12/12/2011. Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2914_12_12_2011.html.

⁸⁰ Informações disponíveis no FORMSUS da Gerência de Vigilância Sanitária. Para mais informações sobre o tema acessar http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0475_31_03_2014.html

O município e a participação social no SUS

O Conselho de Saúde é uma instância colegiada, deliberativa e permanente do SUS, em cada esfera de Governo, integrando a estrutura organizacional de cada órgão gestor nessas esferas, com composição, organização e competências fixadas na Lei nº 8.142/90⁸¹. São espaços de participação da comunidade nas políticas públicas e na administração da saúde, atuando na formulação e proposição de estratégias e no controle da execução das Políticas de Saúde, inclusive nos seus aspectos econômicos e financeiros.

Os integrantes do Conselho Municipal de Saúde do município de **Ibateguara** estão com mandato vencido, segundo informação disponível na SESA⁸², sendo necessário realizar plenária para eleição dos novos membros ou, caso o município já tenha realizado, encaminhar a Portaria à Secretaria Estadual e realizar capacitação para os novos conselheiros. Importante estar atento às diretrizes emanadas do Conselho Nacional de Saúde⁸³, especialmente no sentido de efetivar a atualização da Lei do CMS e consequente adequação do Regimento Interno, além de encaminhar à Secretaria de Estado toda a documentação atualizada sobre o Conselho.

⁸¹ Lei nº 8.142, de 28/12/1990, disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm.

⁸² Resolução nº 453, de 10/5/2012, disponível em http://conselho.saude.gov.br/web_siacs/docs/Reso453.pdf.

⁸³ Cadastro dos Conselhos Municipais de Saúde, organizado pela Gerência de Gestão Regional e Participação Social – GERPS, da Superintendência de Planejamento, Gestão e Participação Social – SUPLAG.[f](#).

JOAQUIM GOMES

O município e algumas condições de vida e saúde

O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDH-M) em Joaquim Gomes é baixo (0,531), ficando na última posição na Região Metropolitana da Capital. Esse índice leva em conta a longevidade, a educação e a renda e guarda estreita relação entre condições de vida e o processo saúde-doença vivenciado pela população.

A maior parte da população de **Joaquim Gomes** é de baixa renda⁸⁴ (79%) e registra a maior taxa de analfabetismo (38%) e uma taxa de trabalho infantil de 5%. No município encontram-se 1.007 domicílios sem banheiro ou vaso sanitário (18%)⁸⁵, significando que para quase 4.000 pessoas o destino dos dejetos é inadequado, contaminando solo, fontes de água etc.

Registro de nascimentos

Mensalmente, são esperados, em média, 32 nascidos vivos⁸⁶ em **Joaquim Gomes**. Alcançar esse número é fundamental para garantir que o município receba recursos financeiros do Piso Fixo de Vigilância em Saúde (PFVS), transferidos pelo Fundo Nacional de Saúde (FNS). Para isso as equipes de atenção à saúde e de vigilância em saúde do município, devem realizar de forma contínua a busca ativa de nascidos, a fim de alcançar cobertura satisfatória ($\geq 90\%$) do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC), de modo a evitar o bloqueio de recursos financeiros. É necessário também captar as Declarações de Nascidos Vivos e registrá-las no SINASC em tempo oportuno (em até 60 dias do nascimento) de modo também a garantir o repasse dos recursos do Incentivo para o Fortalecimento das Ações de Vigilância em Saúde (INVIG), transferidos pela SESAU.

Em **Joaquim Gomes** as mães de cerca de 7% dos recém-nascidos não realizaram consulta de pré-natal. Menos da metade das grávidas (33%) passaram por 7 consultas de pré-natal, no mínimo. Falhas no pré-natal contribuem para o baixo peso ao nascer (8%), para o aumento do parto cesáreo (45%) e para a elevada prematuridade (9%), entre outros fatores.

⁸⁴ Possui renda mensal inferior a $\frac{1}{2}$ salário mínimo.

⁸⁵ Censo 2010, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE (<http://censo2010.ibge.gov.br/>).

⁸⁶ Estimativa para o ano de 2016.

Doenças e agravos

Dentre as internações registradas para residentes de **Joaquim Gomes** 30%, aproximadamente, têm como causas condições que são sensíveis à oferta de serviços na atenção básica, ou seja, são internações evitáveis a partir da atuação efetiva e resolutiva dessas equipes, com destaque para as internações devidas às Gastroenterites infecciosas e complicações (30%), seguida pelo Diabetes (12%), pela Insuficiência cardíaca (10%) e Asma (10%).

Em relação às doenças transmissíveis, cabe destacar as que mais ocorrem, que acometem maior contingente populacional e que resultam em maiores complicações e óbitos, tais como: as Arboviroses (Dengue, Zika, Chikungunya), a Leishmaniose, a Tuberculose, a Hanseníase, a Sífilis, a infecção pelo Vírus da imunodeficiência (HIV) /Aids e Esquistossomose, entre outras. Para o controle dessas doenças é necessário que as equipes da atenção básica implementem com qualidade as visitas domiciliares, a busca ativa e o acompanhamento dos casos, o tratamento adequado e oportuno e o registro ágil e sistemático nos sistemas de informação específicos.

É obrigatória a notificação de doenças por parte de todos os profissionais de saúde. A Secretaria Municipal de Saúde (SMS) deve transmitir à SESAU, semanalmente, os dados das notificações, por meio do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). Na ausência de casos a SMS deve realizar a notificação negativa. Para as doenças de notificação imediata, o prazo para realizar a investigação e encerrar o caso é de 60 dias. Cumprir esse prazo evita o bloqueio de recursos federais e estaduais.

Com relação a doenças e agravos sob vigilância⁸⁷, pode-se destacar em **Joaquim Gomes** algumas informações:

- O município registrou 14 acidentes por animais peçonhentos; sendo 7 por escorpião e 7 por serpente; 7 foram considerados leves, 4 moderados e 3 encontram-se como ignorado/branco;
- Notificou, entre janeiro e dezembro de 2016, 7 casos de Dengue (7 confirmados); 21 casos de Zika (18 confirmados) e 8 casos de Chikungunya (5 confirmados);
- Com relação ao controle do mosquito, o município já realizou 2 dos 6 ciclos preconizados, em 2016, com o seguinte percentual: 1º ciclo: 71% (abaixo de 80%, mínimo estabelecido) e 2º ciclo: 83%; não há informação sobre a realização dos demais ciclos;

⁸⁷ Para mais informações sobre doenças e agravos sob vigilância consultar o Guia de Vigilância Epidemiológica, disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_vigilancia_epidemiologica_7ed.pdf e também a página da Secretaria de Vigilância em Saúde – Vigilância de A a Z em <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/vigilancia-de-a-a-z>.

- Entre janeiro e novembro de 2016, registrou 533 casos de diarreia, considerado dentro do esperado; não houve surtos e óbitos;
- O município, embora considerado como área endêmica para esquistossomose⁸⁸, realizou 77% dos exames coproscópicos preconizados para diagnóstico da doença, entre janeiro e novembro de 2016; menos de 1% foi positivo, com tratamento de 100%;
- O município não registrou casos novos de hanseníase em 2016, sendo recomendável intensificar as ações de busca ativa, com o intuito de identificar casos novos de forma precoce;
- Registrou em 2016: 1 caso de Aids e 2 casos de crianças expostas⁸⁹ e não há caso de gestante HIV+;
- Entre janeiro e novembro de 2016, o município registrou 1 caso de Leishmaniose Tegumentar, confirmado pelo critério clínico-laboratorial, e não registrou casos de Leishmaniose Visceral;
- Com relação à raiva, o município registrou 18 atendimentos antirrábicos, envolvendo como animais agressores: cão (14), gato (3) e outra (1);
- O município, em 2016, registrou 2 casos novos de tuberculose, realizando teste rápido anti-HIV em todos; identificou 3 contatos e todos foram examinados.

Registro de óbitos

Mensalmente, são esperados, em média, 11 óbitos⁹⁰ em **Joaquim Gomes**. Alcançar esse número é fundamental para garantir que o município receba recursos financeiros do PFVS, transferidos pelo FNS. Para isso as equipes de atenção à saúde e de vigilância devem realizar de forma contínua a busca ativa de óbitos, a fim de alcançar cobertura satisfatória ($\geq 90\%$), além da captação do óbito e registro oportuno (em até 60 dias) no Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM). Além disso, devem ser criados mecanismos para a regularização dos cemitérios locais e registro adequado dos sepultamentos realizados, retroalimentando à SMS.

A maioria das mortes entre os residentes de **Joaquim Gomes** ocorreu pelos Homicídios (15%), seguido pelo Diabetes (10%), pelas Doenças cerebrovasculares (9%) e pelo Infarto agudo do miocárdio (6%). Especial atenção deve ser dada em relação ao combate à mortalidade infantil e fetal, uma vez que é persistente a ocorrência de tais óbitos, necessitando, portanto, de maior intervenção municipal.

⁸⁸ Área reconhecida de transmissão para esquistossomose, de grande extensão, contínua, dentro de um município.

⁸⁹ Crianças expostas são aquelas cujas mães são HIV + e que necessitam de acompanhamento clínico por parte do setor saúde.

⁹⁰ Estimativa para o ano de 2016.

O município e a oferta de atenção à saúde

Atenção primária

A cobertura da rede de atenção primária em Alagoas, considerando a estratégia saúde da família (ESF)⁹¹ corresponde a 76%, com variações entre as duas macrorregiões e as regiões de saúde.

O município de **Joaquim Gomes** registra 100% de cobertura da sua população com a estratégia saúde da família (ESF) por meio da atuação de 8 equipes de saúde, com a presença de 3 profissionais do Programa Mais Médicos⁹². Dispõe de 1 Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF)⁹³ e conta com 3 pontos de acesso ao Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes, importante estratégia de teleconsultoria, telediagnóstico e tele-educação⁹⁴. O município não dispõe de academia de saúde que é um espaço dotado de equipamentos, estrutura e profissionais qualificados, voltado à promoção da saúde e produção do cuidado e de modos de vida saudáveis da população⁹⁵.

Média e alta complexidade

Joaquim Gomes não dispõe de serviços de urgência e emergência pré-hospitalar, utilizando como referência a Unidade de Pronto Atendimento – UPA 24h de Maceió (Bairro Benedito Bentes).

Para os casos de urgência e emergência hospitalar dispõe, sob gestão municipal, do Hospital Municipal Ana Anita Fragoso, com atendimento de urgência e emergência, internação, dispondo de 50 leitos, sendo 23 em clínica médica, 18 em clínica pediátrica, 4 em clínica cirúrgica, 5 leitos em obstetrícia clínica, além dos serviços de ultrassonografia, laboratório clínico e eletrocardiografia. Tem como referência o Hospital Geral do Estado, em Maceió.

Atenção materno-infantil

Joaquim Gomes dispõe de 2 leitos para assistência ao parto normal sem distorcia na Casa de Parto da Unidade Mista Anita Gomes Fragoso, referenciando o risco habitual para o Hospital São Vicente de Paulo, em União dos Palmares, e o alto risco para o Hospital Universitário, em Maceió.

⁹¹ Para mais informações sobre a atenção básica acessar <http://dab.saude.gov.br/portaldab/index.php>.

⁹² Para saber mais sobre o Programa acessar <http://maismedicos.gov.br/>.

⁹³ Para mais informações sobre o NASF acessar http://dab.saude.gov.br/portaldab/nasf_perguntas_frequentes.php.

⁹⁴ Para conhecer melhor o telessaúde acessar http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/notas_tecnicas/Nota_Tecnica_Diretrizes_Telessaude.pdf.

⁹⁵ Sobre academia de saúde acessar http://portalsaude.saude.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=13812&Itemid=766.

No tocante ao monitoramento da ocorrência de óbitos, **Joaquim Gomes**, no período 2012/2015, registrou óbitos infantis nos 4 anos da série, entre 5 e 11/ano. Em 2016 há registro de 4 óbitos, até agosto. Em todo o período registrou 2 óbitos maternos em 2013 e 2014, não havendo ocorrência em 2016, cabendo ficar atento à ausência desse evento em determinados períodos, no sentido de avaliar o silêncio do município. No grupo de mulheres em idade fértil (MIF) há 3 registros em 2016. Há referência a óbitos fetais em todos os anos, entre 5 e 7 ocorrências, e 4 em 2016, até agosto. Os óbitos neonatais também ocorrem em todos os anos da série, sendo 5 em 2012, 6 em 2013, 6 em 2014 e 5 em 2015.

O município vem cumprindo em parte sua responsabilidade em relação à vigilância do óbito, deixando a desejar no tocante à investigação de 3 óbitos em MIF e óbitos com causa mal definida registrados no SIM em 2016, sinalizando que o município poderia aproveitar melhor todo potencial oferecido pelo conhecimento sobre os fatores determinantes, especialmente para propor e adotar medidas de prevenção e controle de situações futuras⁹⁶.

O município e a vacinação

Joaquim Gomes, em 2016, até outubro, vacinou mais de 95% da população alvo para o período, com as vacinas BCG, Poliomielite Injetável e Tríplice viral (sarampo, caxumba e rubéola). Para as demais vacinas⁹⁷, o resultado ficou abaixo da meta preconizada.

Na campanha de vacinação contra a influenza, alcançou a cobertura preconizada, sendo 122% em maiores de 60 anos, 78% em menores de 2 anos de idade e 67% para gestantes.

O município e a saúde do trabalhador

No âmbito da vigilância em saúde do trabalhador⁹⁸, o município de **Joaquim Gomes**, no período de 2011 a 2015, registrou 27 casos de agravos relacionados ao trabalho em 4 dos 5 anos da série, sendo: 6 em 2011; 2 em 2012; 8 em 2014; e 11 em 2015.

⁹⁶ Para mais informações sobre vigilância do óbito acessar <http://svs.aids.gov.br/cgiae/vigilancia/>.

⁹⁷ Meningocócica C conjugada, Pentavalente (difteria, tétano, coqueluche, Haemophilus influenzae b, hepatite B), Pneumocócica 10 valente e Rotavírus

⁹⁸ Para mais informações sobre este tema ver Portaria nº 1.823, de 23/8/2012. Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1823_23_08_2012.html.

O município e a vigilância da qualidade da água para consumo humano

No tocante à vigilância em saúde ambiental a questão da vigilância da qualidade da água para o consumo⁹⁹ tem como referencial um mínimo de análises, conforme estabelecido pela Diretriz Nacional do Plano de Amostragem. Nessa perspectiva, **Joaquim Gomes**, em 2016, realizou 36% das 132 análises de cloro residual livre, e 77% das 132 análises para turbidez.

O município e a vigilância sanitária

Com relação à vigilância sanitária¹⁰⁰ o município de **Joaquim Gomes** dispõe de Plano de Ação para o ano de 2016, executa ações de baixo risco em vigilância sanitária de alimentos, emite alvará sanitário, mas não realiza cobrança, e não elabora processo administrativo.

Não há informação sobre a existência de código sanitário do município.

O município e a participação social no SUS

O Conselho de Saúde é uma instância colegiada, deliberativa e permanente do SUS, em cada esfera de Governo, integrando a estrutura organizacional de cada órgão gestor nessas esferas, com composição, organização e competências fixadas na Lei nº 8.142/90¹⁰¹. São espaços de participação da comunidade nas políticas públicas e na administração da saúde, atuando na formulação e proposição de estratégias e no controle da execução das Políticas de Saúde, inclusive nos seus aspectos econômicos e financeiros.

O Conselho Municipal de Saúde do município de **Joaquim Gomes**, segundo informação disponível na SESA¹⁰², está com toda a documentação atualizada, seguindo, assim, diretrizes emanadas do Conselho Nacional de Saúde¹⁰³, necessitando somente encaminhar à Secretaria de Estado a portaria de nomeação dos conselheiros.

⁹⁹ Para mais informações sobre qualidade da água para consumo humano ver Portaria nº 2.914, de 12/12/2011. Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2914_12_12_2011.html.

¹⁰⁰ Informações disponíveis no FORMSUS da Gerência de Vigilância Sanitária. Para mais informações sobre o tema acessar http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0475_31_03_2014.html

¹⁰¹ de 28/12/1990, disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm.

¹⁰² Resolução nº 453, de 10/5/2012, disponível em http://conselho.saude.gov.br/web_siacs/docs/Reso453.pdf.

¹⁰³ Cadastro dos Conselhos Municipais de Saúde, organizado pela Gerência de Gestão Regional e Participação Social – GERPS, da Superintendência de Planejamento, Gestão e Participação Social – SUPLAG.

JUNDIÁ

O município e algumas condições de vida e saúde

O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDH-M) em **Jundiá** é baixo (0,562), ficando na última posição na Região Metropolitana da Capital. Esse índice leva em conta a longevidade, a educação e a renda e guarda estreita relação entre condições de vida e o processo saúde-doença vivenciado pela população.

A maior parte da população de **Jundiá** é de baixa renda¹⁰⁴ (71%) e registra taxa de analfabetismo de 30% e uma taxa de trabalho infantil de 8%. No município encontram-se 206 domicílios sem banheiro ou vaso sanitário (18%)¹⁰⁵, significando que para mais de 800 pessoas o destino dos dejetos é inadequado, contaminando solo, fontes de água etc.

Registro de nascimentos

Mensalmente, são esperados, em média, 5 nascidos vivos¹⁰⁶ em Jundiá. Alcançar esse número é fundamental para garantir que o município receba recursos financeiros do Piso Fixo de Vigilância em Saúde (PFVS), transferidos pelo Fundo Nacional de Saúde (FNS). Para isso as equipes de atenção à saúde e de vigilância em saúde do município, devem realizar de forma contínua a busca ativa de nascidos, a fim de alcançar cobertura satisfatória ($\geq 90\%$) do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC), de modo a evitar o bloqueio de recursos financeiros. É necessário também captar as Declarações de Nascidos Vivos e registrá-las no SINASC em tempo oportuno (em até 60 dias do nascimento) de modo também a garantir o repasse dos recursos do Incentivo para o Fortalecimento das Ações de Vigilância em Saúde (INVIG), transferidos pela SESAU.

Em **Jundiá** não há registros de mães que não realizaram consulta de pré-natal. Pouco mais da metade das grávidas (58%) passaram por 7 consultas de pré-natal, no mínimo. Falhas no pré-natal contribuem para o baixo peso ao nascer (8%), para o aumento do parto cesáreo (58%) e para a elevada prematuridade (8%), entre outras consequências.

Doenças e agravos

Dentre as internações registradas para residentes de **Jundiá**, 20%, aproximadamente, têm como causas condições que são sensíveis à oferta de

¹⁰⁴ Possui renda mensal inferior a $\frac{1}{2}$ salário mínimo.

¹⁰⁵ Censo 2010, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE (<http://censo2010.ibge.gov.br/>).

¹⁰⁶ Estimativa para o ano de 2016.

serviços na atenção básica, ou seja, são interações evitáveis a partir da atuação efetiva e resolutiva dessas equipes, com destaque para as interações devidas às Gastroenterites infecciosas e complicações (28,5%), seguida pelo Diabetes (19%) e pela Asma (9,5%).

Em relação às doenças transmissíveis, cabe destacar as que mais ocorrem, que acometem maior contingente populacional e que resultam em maiores complicações e óbitos, tais como: as Arboviroses (Dengue, Zika, Chikungunya), a Leishmaniose, a Tuberculose, a Hanseníase, a Sífilis, a infecção pelo Vírus da imunodeficiência (HIV)/Aids e Esquistossomose, entre outras. Para o controle dessas doenças é necessário que as equipes da atenção básica implementem com qualidade as visitas domiciliares, a busca ativa e o acompanhamento dos casos, o tratamento adequado e oportuno e o registro ágil e sistemático nos sistemas de informação específicos.

É obrigatória a notificação de doenças por parte de todos os profissionais de saúde. A Secretaria Municipal de Saúde (SMS) deve transmitir à SESA, semanalmente, os dados das notificações, por meio do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). Na ausência de casos a SMS deve realizar a notificação negativa. Para as doenças de notificação imediata, o prazo para realizar a investigação e encerrar o caso é de 60 dias. Cumprir esse prazo evita o bloqueio de recursos federais e estaduais.

Com relação a doenças e agravos sob vigilância¹⁰⁷ pode-se destacar em **Jundiá** algumas informações:

- Registrou 2 acidentes por animais peçonhentos; sendo 1 por escorpião e 1 por serpente. Desses, 1 foi considerado leve e 1 grave;
- Não notificou casos de Dengue, Zika e Chikungunya, sendo necessária a realização de busca ativa nas unidades de saúde do município, atentando para as sintomatologias existentes entre os pacientes que buscam atendimento, para verificar a possibilidade de subnotificação com outros diagnósticos ou sintomas registrados em prontuários;
- Com relação ao controle do mosquito, o município realizou 3 dos 6 ciclos preconizados, em 2016, com o seguinte percentual: 1º ciclo: 81%; 2º ciclo: 83%; 3º ciclo: 82%; o 4º ciclo foi iniciado e não há informação sobre a realização dos demais ciclos;

¹⁰⁷ Para mais informações sobre doenças e agravos sob vigilância consultar o Guia de Vigilância Epidemiológica, disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_vigilancia_epidemiologica_7ed.pdf e também a página da Secretaria de Vigilância em Saúde – Vigilância de A a Z em <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/vigilancia-de-a-a-z>

- Entre janeiro e novembro de 2016, registrou 4 casos de diarreia, abaixo do esperado, apontando para uma possível subnotificação; não houve surtos e óbitos;
- O município, embora considerado como área endêmica para esquistossomose¹⁰⁸, realizou 77% dos exames coprocópicos preconizados para diagnóstico da doença, entre janeiro e novembro de 2016. Dentre os exames realizados, menos de 1% foi positivo, com tratamento de 100%;
- Não registrou casos novos de hanseníase em 2016; o único caso diagnosticado em 2014 encontra-se com encerramento pendente no sistema;
- Não registrou, em 2016, casos de Aids, de gestante HIV+, e de crianças expostas¹⁰⁹;
- Com relação à raiva, o município registrou 12 atendimentos antirrábicos, envolvendo como animais agressores: cão (10) e gato (2);
- O município, em 2016, não registrou casos novos de tuberculose; a última ocorrência registrada foi em 2013, sendo recomendável ao município intensificar a busca e detecção de casos novos.

Registro de óbitos

Mensalmente, são esperados, em média, 3 óbitos¹¹⁰ em **Jundiá**. Alcançar esse número é fundamental para garantir que o município receba recursos financeiros do PFVS, transferidos pelo FNS. Para isso as equipes de atenção à saúde e de vigilância devem realizar de forma contínua a busca ativa de óbitos, a fim de alcançar cobertura satisfatória ($\geq 90\%$), além da captação do óbito e registro oportuno (em até 60 dias) no Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM). Além disso, devem ser criados mecanismos para a regularização dos cemitérios locais e registro adequado dos sepultamentos realizados, retroalimentando à SMS.

A maioria das mortes entre os residentes de **Jundiá** ocorreu pelos Homicídios (17%), seguido pelas Pneumonias (13%), pelo Infarto agudo do miocárdio (10%) e pelas Doenças cerebrovasculares (7%). Durante os dois últimos anos (2014 e 2015) não houve registro de óbitos infantis. Assim, recomenda-se a identificação das causas relacionadas ao aparente controle, de forma a dar continuidade às ações positivas que porventura vêm impactando na melhoria do indicador.

O município e a oferta de atenção à saúde

¹⁰⁸ Área reconhecidamente de transmissão para esquistossomose, de grande extensão, contínua, dentro de um município.

¹⁰⁹ Crianças expostas são aquelas cujas mães são HIV + e que necessitam de acompanhamento clínico por parte do setor saúde.

¹¹⁰ Estimativa para o ano de 2016.

Atenção primária

A cobertura da rede de atenção primária em Alagoas, considerando a estratégia saúde da família¹¹¹ corresponde a 76%, com variações entre as duas macrorregiões e as regiões de saúde.

O município de **Jundiá** registra 100% de cobertura da sua população com a estratégia saúde da família, por meio da atuação de 2 equipes de saúde, com a presença de 2 profissionais do Programa Mais Médicos¹¹². Dispõe de 1 Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF)¹¹³, conta com 2 pontos de acesso ao Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes, importante estratégia de teleconsultoria, telediagnóstico e tele-educação¹¹⁴. Não possui academia de saúde que é um espaço dotado de equipamentos, estrutura e profissionais qualificados, voltado à promoção da saúde e produção do cuidado e de modos de vida saudáveis da população¹¹⁵.

Média e alta complexidade

O município não dispõe de serviços de urgência e emergência pré-hospitalar, tendo como referência o SAMU 192 de Colônia Leopoldina, e a UPA 24h de Maragogi.

A referência para atendimento hospitalar é o Hospital Geral do Estado, em Maceió.

Atenção materno-infantil

O município não dispõe de leito hospitalar para assistência materno-infantil, referenciando o risco habitual para o Hospital São Vicente de Paulo, em União dos Palmares, e o alto risco para o Hospital Universitário, em Maceió.

No tocante ao monitoramento da ocorrência de óbitos, **Jundiá**, no período 2012/2015, registrou somente 1 óbito infantil em 2013. Em 2016 são 2 óbitos até agosto. Em todo o período registrou 1 óbito materno em 2012, em 2016 não há ocorrência, cabendo ficar atento à ausência desse evento em vários anos, no sentido de avaliar o silêncio do município. No grupo de mulheres em idade fértil (MIF) foram 2 óbitos em 2016. Não há referência a óbitos fetais no período em referência e em 2016.

O município vem cumprindo em parte sua responsabilidade em relação à vigilância do óbito, deixando a desejar no tocante a não investigação de alguns tipos

¹¹¹ Para mais informações sobre a atenção básica acessar <http://dab.saude.gov.br/portaldab/index.php>.

¹¹² Para saber mais sobre o Programa acessar <http://maismedicos.gov.br/>.

¹¹³ Para mais informações sobre o NASF acessar http://dab.saude.gov.br/portaldab/nasf_perguntas_frequentes.php.

¹¹⁴ Para conhecer melhor o telessaúde acessar http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/notas_tecnicas/Nota_Tecnica_Diretrizes_Telessaude.pdf.

¹¹⁵ Sobre academia de saúde acessar http://portalsaude.saude.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=13812&Itemid=766.

de óbito, a exemplo dos 2 óbitos infantis de 2016 e dos óbitos com causa mal definida, sinalizando que o município não vem aproveitando todo potencial oferecido pelo conhecimento sobre os fatores determinantes, especialmente para propor e adotar medidas de prevenção e controle de situações futuras¹¹⁶.

O município e a vacinação

Jundiá, em 2016, até outubro, vacinou mais de 100% da população alvo para o período com as 7 vacinas¹¹⁷ que compõem o calendário básico de vacinação da criança.

Na campanha de vacinação contra a influenza, alcançou a cobertura preconizada, sendo 98% dos maiores de 60 anos, 89% em menores de 2 anos e 121% para gestantes.

O município e a saúde do trabalhador

No âmbito da vigilância em saúde do trabalhador¹¹⁸, o município de **Jundiá**, no período de 2011 a 2015, registrou 2 casos de agravos relacionados ao trabalho em 2 anos da série: 1 em 2013 e 1 em 2015.

O município e a vigilância da qualidade da água para consumo humano

No tocante à vigilância em saúde ambiental a questão da vigilância da qualidade da água para o consumo¹¹⁹ tem como referencial um mínimo de análises, conforme estabelecido pela Diretriz Nacional do Plano de Amostragem. Nessa perspectiva, **Jundiá**, em 2016, realizou 35% das 72 análises de cloro residual livre, e 74% das 72 análises para turbidez.

O município e a vigilância sanitária

Com relação à vigilância sanitária¹²⁰ o município de **Jundiá** dispõe de Plano de Ação para o ano de 2016, executa ações de baixo risco em vigilância sanitária de alimentos, não emite alvará sanitário e não elabora processo administrativo.

O município possui código sanitário.

¹¹⁶ Para mais informações sobre vigilância do óbito acessar <http://svs.aids.gov.br/cgiae/vigilancia/>.

¹¹⁷ BCG; Meningocócica C conjugada; Pentavalente (difteria, tétano, coqueluche, Haemophilus influenzae b, hepatite B); Pneumocócica 10 valente; Poliomielite injetável; Rotavírus; e Tríplice viral (sarampo, caxumba e rubéola).

¹¹⁸ Para mais informações sobre este tema ver Portaria nº 1.823, de 23/8/2012. Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1823_23_08_2012.html.

¹¹⁹ Para mais informações sobre qualidade da água para consumo humano ver Portaria nº 2.914, de 12/12/2011. Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2914_12_12_2011.html.

¹²⁰ Informações disponíveis no FORMSUS da Gerência de Vigilância Sanitária. Para mais informações sobre o tema acessar http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0475_31_03_2014.html

O município e a participação social no SUS

O Conselho de Saúde é uma instância colegiada, deliberativa e permanente do SUS, em cada esfera de Governo, integrando a estrutura organizacional de cada órgão gestor nessas esferas, com composição, organização e competências fixadas na Lei nº 8.142/90¹²¹. São espaços de participação da comunidade nas políticas públicas e na administração da saúde, atuando na formulação e proposição de estratégias e no controle da execução das Políticas de Saúde, inclusive nos seus aspectos econômicos e financeiros.

O Conselho Municipal de Saúde do município de **Jundiá**, segundo informação disponível na SESA¹²², necessita atualizar seu Regimento Interno, cumprindo, assim, com as diretrizes emanadas do Conselho Nacional de Saúde¹²³, e realizar capacitação dos conselheiros, mas precisa encaminhar à Secretaria de Estado a documentação atualizada sobre o Conselho.

¹²¹ Lei nº 8.142, de 28/12/1990, disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm.

¹²² Resolução nº 453, de 10/5/2012, disponível em http://conselho.saude.gov.br/web_siacs/docs/Reso453.pdf.

¹²³ Cadastro dos Conselhos Municipais de Saúde, organizado pela Gerência de Gestão Regional e Participação Social – GERPS, da Superintendência de Planejamento, Gestão e Participação Social – SUPLAG.

MURICI

O município e algumas condições de vida e saúde

O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDH-M) de Murici é baixo (0,527). Esse índice leva em conta a longevidade, a educação e a renda e guarda estreita relação entre condições de vida e o processo saúde-doença vivenciado pela população.

A maior parte da população de **Murici** é de baixa renda¹²⁴ (73%) e registra taxa de analfabetismo de 30% e uma taxa de trabalho infantil de 2%. No município encontram-se 813 domicílios sem banheiro ou vaso sanitário (13%)¹²⁵, significando que para mais de 3.000 pessoas o destino dos dejetos é inadequado, contaminando solo, fontes de água etc.

Registro de nascimentos

Mensalmente, são esperados, em média, 44 nascidos vivos¹²⁶ em **Murici**. Alcançar esse número é fundamental para garantir que o município receba recursos financeiros do Piso Fixo de Vigilância em Saúde (PFVS), transferidos pelo Fundo Nacional de Saúde (FNS). Para isso as equipes de atenção à saúde e de vigilância em saúde do município, devem realizar de forma contínua a busca ativa de nascidos, a fim de alcançar cobertura satisfatória ($\geq 90\%$) do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC), de modo a evitar o bloqueio de recursos financeiros. É necessário também captar as Declarações de Nascidos Vivos e registrá-las no SINASC em tempo oportuno (em até 60 dias do nascimento) de modo também a garantir o repasse dos recursos do Incentivo para o Fortalecimento das Ações de Vigilância em Saúde (INVIG), transferidos pela SESAU.

Em **Murici** as mães de cerca de 3% dos recém-nascidos não realizaram consulta de pré-natal. Menos da metade das grávidas (44,4%) passaram por 7 consultas de pré-natal, no mínimo. Falhas no pré-natal contribuem para o baixo peso ao nascer (7%), para o aumento do parto cesáreo (38%) e para a elevada prematuridade (11%), entre outros fatores.

Doenças e agravos

Dentre as internações registradas para residentes de Murici 27%, aproximadamente, têm como causas condições que são sensíveis à oferta de serviços na atenção básica, ou seja, são internações evitáveis a partir da atuação efetiva e resolutiva dessas equipes, com destaque para as internações devidas às

¹²⁴ Possui renda mensal inferior a $\frac{1}{2}$ salário mínimo.

¹²⁵ Censo 2010, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE (<http://censo2010.ibge.gov.br/>).

¹²⁶ Estimativa para o ano de 2016.

Gastroenterites infecciosas e complicações (28%), seguida pela Insuficiência cardíaca (18%), pelas Infecções renais e do trato urinário (9%) e pelas Doenças cerebrovasculares (8,5%).

Em relação às doenças transmissíveis, cabe destacar as que mais ocorrem, que acometem maior contingente populacional e que resultam em maiores complicações e óbitos, tais como: as Arboviroses (Dengue, Zika, Chikungunya), a Leishmanioses, a Tuberculose, a Hanseníase, a Sífilis, a infecção pelo Vírus da imunodeficiência (HIV) /Aids e Esquistossomose, entre outras. Para o controle dessas doenças é necessário que as equipes da atenção básica implementem com qualidade as visitas domiciliares, a busca ativa e o acompanhamento dos casos, o tratamento adequado e oportuno e o registro ágil e sistemático nos sistemas de informação específicos.

É obrigatória a notificação de doenças por parte de todos os profissionais de saúde. A Secretaria Municipal de Saúde (SMS) deve transmitir à SESAU, semanalmente, os dados das notificações, por meio do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). Na ausência de casos a SMS deve realizar a notificação negativa. Para as doenças de notificação imediata, o prazo para realizar a investigação e encerrar o caso é de 60 dias. Cumprir esse prazo evita o bloqueio de recursos federais e estaduais.

Com relação a doenças e agravos sob vigilância¹²⁷, pode-se destacar em **Murici** algumas informações:

- Registrou 3 acidentes por animais peçonhentos, sendo 2 por escorpião e 1 por serpente; 2 foram considerados leves e 1 grave;
- Notificou, entre janeiro e dezembro de 2016, 1 caso de dengue (não houve confirmação); 31 casos de Zika (28 confirmados) e 34 casos de Chikungunya (28 confirmados);
- Com relação ao controle do mosquito, o município já realizou 5 dos 6 ciclos preconizados, em 2016, com o seguinte percentual: 1º ciclo: 74%; 2º ciclo: 77%; 3º ciclo: 81,5%; 4º ciclo 83% e o 5º ciclo 80% (1º e 2º ciclo abaixo de 80%, mínimo estabelecido); não há informação sobre a realização do 6º ciclo;
- Entre janeiro e novembro de 2016, registrou 523 casos de diarreia, dentro do esperado; não houve surto, mas foram registrados 3 óbitos;

¹²⁷ Para mais informações sobre doenças e agravos sob vigilância consultar o Guia de Vigilância Epidemiológica, disponível em

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_vigilancia_epidemiologica_7ed.pdf e também a página da Secretaria de Vigilância em Saúde – Vigilância de A a Z em <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/vigilancia-de-a-a-z>.

- O município, embora considerado como área endêmica para esquistossomose¹²⁸, realizou 77% dos exames coproscópicos preconizados para diagnóstico da doença, entre janeiro e novembro de 2016; menos de 1% foi positivo, com tratamento de 100%;
- Não registrou casos novos de hanseníase em 2016; na avaliação de 2 casos diagnosticados em 2014 e 2015, 1 foi encerrado por cura e 1 permanece com encerramento pendente no sistema;
- Registrou em 2016: 5 casos de Aids, 1 caso de gestante HIV+ e não há caso de crianças expostas¹²⁹;
- Entre janeiro e novembro de 2016, o município registrou 2 casos de Leishmaniose Tegumentar, confirmados pelo critério clínico-laboratorial e não registrou casos de Leishmaniose visceral no período;
- Com relação à raiva, o município registrou 17 atendimentos antirrábicos, envolvendo como animais agressores: cão (13), gato (3) e raposa (1);
- O município, em 2016, registrou 12 casos novos de tuberculose e realizou o teste rápido anti-HIV em 83% desses; identificou 31 contatos e examinou 84% destes.

Registro de óbitos

Mensalmente, são esperados, em média, 14 óbitos¹³⁰ em **Murici**. Alcançar esse número é fundamental para garantir que o município receba recursos financeiros do PFVS, transferidos pelo FNS. Para isso as equipes de atenção à saúde e de vigilância devem realizar de forma contínua a busca ativa de óbitos, a fim de alcançar cobertura satisfatória ($\geq 90\%$), além da captação do óbito e registro oportuno (em até 60 dias) no Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM). Além disso, devem ser criados mecanismos para a regularização dos cemitérios locais e registro adequado dos sepultamentos realizados, retroalimentando à SMS.

A maioria das mortes entre os residentes de Murici ocorreu pelas Doenças cerebrovasculares (15%), seguida pelos Homicídios (9%), pelo Diabetes (7%) e pelas Doenças hipertensivas (5%). Especial atenção deve ser dada em relação ao combate à mortalidade infantil e fetal, uma vez que é persistente a ocorrência de tais óbitos, necessitando, portanto, de maior intervenção municipal.

¹²⁸ Área reconhecidamente de transmissão para esquistossomose, de grande extensão, contínua, dentro de um município.

¹²⁹ Crianças expostas são aquelas cujas mães são HIV + e que necessitam de acompanhamento clínico por parte do setor saúde.

¹³⁰ Estimativa para o ano de 2016.

O município e a oferta de atenção à saúde

Atenção primária

A cobertura da rede de atenção primária em Alagoas, considerando a estratégia saúde da família (ESF)¹³¹ corresponde a 76%, com variações entre as duas macrorregiões e as regiões de saúde.

O município de **Murici** registra 100% de cobertura da sua população com a estratégia saúde da família (ESF) por meio da atuação de 11 equipes de saúde. Dispõe de 1 Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF)¹³² e conta com 6 pontos de acesso ao Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes, importante estratégia de teleconsultoria, telediagnóstico e tele-educação¹³³. O município não dispõe do Programa Mais Médicos¹³⁴ e nem de academia de saúde que é um espaço dotado de equipamentos, estrutura e profissionais qualificados, voltado à promoção da saúde e produção do cuidado e de modos de vida saudáveis da população¹³⁵.

Média e alta complexidade

Murici dispõe para os casos de urgência a UPA 24h Roosevelt Falcão Cavalcante, em Maceió.

Dispõe, sob gestão municipal, do Hospital Geral Dagoberto Omena, com atendimento de urgência e emergência, internação, com 53 leitos, sendo 17 em clínica médica, 7 em clínica pediátrica, 15 em cirurgia geral, 5 leitos em obstetrícia clínica e 9 leitos em saúde mental, além de laboratório clínico. Tem como referência o Hospital São Vicente de Paulo, em União dos Palmares, e o Hospital Geral do Estado em Maceió.

Atenção materno-infantil

Murici dispõe do Centro de Parto Normal com 3 leitos para assistência ao parto normal sem distorcia, na Unidade Mista Dagoberto Omena, referenciando o risco habitual para o Hospital São Vicente de Paulo, em União dos Palmares, e o alto risco para o Hospital Universitário.

No tocante ao monitoramento da ocorrência de óbitos, **Murici**, no período 2012/2015, registrou entre 5 e 11 óbitos infantis nos 4 anos da série. Em 2016 são 2 óbitos, até agosto. Em todo o período foram 2 óbitos maternos, sendo 1 em 2012 e 1 em 2014, em 2016 não há registro, cabendo ficar atento à ausência desse evento,

¹³¹ Para mais informações sobre a atenção básica acessar <http://dab.saude.gov.br/portaldab/index.php>.

¹³² Para mais informações sobre o NASF acessar http://dab.saude.gov.br/portaldab/nasf_perguntas_frequentes.php.

¹³³ Para conhecer melhor o telessaúde acessar http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/notas_tecnicas/Nota_Tecnica_Diretrizes_Telessaude.pdf.

¹³⁴ Para saber mais sobre o Programa acessar <http://maismedicos.gov.br/>.

¹³⁵ Sobre academia de saúde acessar http://portalsaude.saude.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=13812&Itemid=766.

no sentido de avaliar o silêncio do município. No grupo de mulheres em idade fértil (MIF) foram 5 óbitos em 2016. Há referência a óbitos fetais em todos os anos: 12 em 2012, 7 em 2013, 16 em 2014 e 7 em 2015, com 3 ocorrências em 2016.

O município vem cumprindo em grande parte sua responsabilidade em relação à vigilância do óbito, deixando a desejar no tocante a não investigação de 2 óbitos com causa mal definida em 2016, sinalizando que o município não vem aproveitando todo potencial oferecido pelo conhecimento sobre os fatores determinantes, especialmente para propor e adotar medidas de prevenção e controle de situações futuras¹³⁶.

O município e a vacinação

Murici, em 2016, até outubro, vacinou mais de 95% da população alvo para o período, com as vacinas BCG, Pneumocócica 10 valente, Rotavírus e Tríplice viral (sarampo, caxumba e rubéola). Para as demais vacinas¹³⁷, o resultado ficou abaixo do preconizado.

Na campanha de vacinação contra a influenza, alcançou a cobertura preconizada, sendo 98,8% em maiores de 60 anos, 86% em menores de 2 anos (86%) e 62% em gestantes.

O município e a saúde do trabalhador

No âmbito da vigilância em saúde do trabalhador¹³⁸, o município de **Murici**, no período de 2011 a 2015, registrou 36 casos de agravos relacionados ao trabalho, sendo: 3 em 2011; 5 em 2012; 14 em 2013; 8 em 2014; e 6 em 2015.

O município e a vigilância da qualidade da água para consumo humano

No tocante à vigilância em saúde ambiental a questão da vigilância da qualidade da água para o consumo¹³⁹ tem como referencial um mínimo de análises, conforme estabelecido pela Diretriz Nacional do Plano de Amostragem. Nessa perspectiva, **Murici**, em 2016, realizou 11% das 144 análises de cloro residual livre, e 12% das 144 análises para turbidez.

O município e a vigilância sanitária

¹³⁶ Para mais informações sobre vigilância do óbito acessar <http://svs.aids.gov.br/cgiae/vigilancia/>.

¹³⁷ Meningocócica C conjugada, Pentavalente (difteria, tétano, coqueluche, Haemophilus influenzae b, hepatite B) e Poliomielite Injetável.

¹³⁸ Para mais informações sobre este tema ver Portaria nº 1.823, de 23/8/2012. Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1823_23_08_2012.html.

¹³⁹ Para mais informações sobre qualidade da água para consumo humano ver Portaria nº 2.914, de 12/12/2011. Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2914_12_12_2011.html.

Com relação à vigilância sanitária¹⁴⁰ o município de **Murici** dispõe de Plano de Ação para o ano de 2016, executa ações de baixo risco em vigilância sanitária de alimentos, emite alvará sanitário, mas não realiza cobrança, e elabora processo administrativo.

O município possui código sanitário.

O município e a participação social no SUS

O Conselho de Saúde é uma instância colegiada, deliberativa e permanente do SUS, em cada esfera de Governo, integrando a estrutura organizacional de cada órgão gestor nessas esferas, com composição, organização e competências fixadas na Lei nº 8.142/90¹⁴¹. São espaços de participação da comunidade nas políticas públicas e na administração da saúde, atuando na formulação e proposição de estratégias e no controle da execução das Políticas de Saúde, inclusive nos seus aspectos econômicos e financeiros.

O Conselho Municipal de Saúde do município de **Murici**, segundo informação disponível na SESA¹⁴², reformulou e aprovou a Lei do Conselho em novembro de 2015 e encaminhou à Câmara Municipal para aprovação. Importante estar atento às diretrizes emanadas do Conselho Nacional de Saúde¹⁴³, especialmente para atualização do Regimento Interno, capacitação dos conselheiros e encaminhar à Secretaria de Estado a documentação atualizada sobre o Conselho.

¹⁴⁰ Informações disponíveis no FORMSUS da Gerência de Vigilância Sanitária. Para mais informações sobre o tema acessar http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0475_31_03_2014.html

¹⁴¹ Lei nº 8.142, de 28/12/1990, disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm.

¹⁴² Resolução nº 453, de 10/5/2012, disponível em http://conselho.saude.gov.br/web_siacs/docs/Reso453.pdf.

¹⁴³ Cadastro dos Conselhos Municipais de Saúde, organizado pela Gerência de Gestão Regional e Participação Social – GERPS, da Superintendência de Planejamento, Gestão e Participação Social – SUPLAG.

NOVO LINO

O município e algumas condições de vida e saúde

O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDH-M) em **Novo Lino** é baixo (0,521). Esse índice leva em conta a longevidade, a educação e a renda e guarda estreita relação entre condições de vida e o processo saúde-doença vivenciado pela população.

A maior parte da população de **Novo Lino** é de baixa renda¹⁴⁴ (77%) e registra taxa de analfabetismo de 35,5% e uma taxa de trabalho infantil de 8%. No município encontram-se 800 domicílios sem banheiro ou vaso sanitário (25%)¹⁴⁵, significando que para quase 3.200 pessoas o destino dos dejetos é inadequado, contaminando solo, fontes de água etc.

Registro de nascimentos

Mensalmente, são esperados, em média, 9 nascidos vivos¹⁴⁶ em **Novo Lino**. Alcançar esse número é fundamental para garantir que o município receba recursos financeiros do Piso Fixo de Vigilância em Saúde (PFVS), transferidos pelo Fundo Nacional de Saúde (FNS). Para isso as equipes de atenção à saúde e de vigilância em saúde do município, devem realizar de forma contínua a busca ativa de nascidos, a fim de alcançar cobertura satisfatória ($\geq 90\%$) do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC), de modo a evitar o bloqueio de recursos financeiros. É necessário também captar as Declarações de Nascidos Vivos e registrá-las no SINASC em tempo oportuno (em até 60 dias do nascimento) de modo também a garantir o repasse dos recursos do Incentivo para o Fortalecimento das Ações de Vigilância em Saúde (INVIG), transferidos pela SESAU.

Em **Novo Lino** as mães de 6,5% dos recém-nascidos não realizaram consulta de pré-natal. Poucas grávidas (16%) passaram por 7 consultas de pré-natal, no mínimo. Falhas no pré-natal contribuem para o baixo peso ao nascer (13%), para o aumento do parto cesáreo (37%) e para a elevada prematuridade (21%), entre outras consequências.

Doenças e agravos

Dentre as internações registradas para residentes de **Novo Lino** 18%, aproximadamente, têm como causas condições que são sensíveis à oferta de serviços na atenção básica, ou seja, são internações evitáveis a partir da atuação efetiva e resolutiva dessas equipes, com destaque para as internações devidas às

¹⁴⁴ Possui renda mensal inferior a $\frac{1}{2}$ salário mínimo.

¹⁴⁵ Censo 2010, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE (<http://censo2010.ibge.gov.br/>).

¹⁴⁶ Estimativa para o ano de 2016.

Gastroenterites infecciosas e complicações (28,5%), seguida pelo Diabetes (21%), pelas Doenças cerebrovasculares (15,5%) e pelas Infecções renais e do trato urinário (9%).

Em relação às doenças transmissíveis, cabe destacar as que mais ocorrem, que acometem maior contingente populacional e que resultam em maiores complicações e óbitos, tais como: as Arboviroses (Dengue, Zika, Chikungunya), a Leishmanioses, a Tuberculose, a Hanseníase, a Sífilis, a infecção pelo Vírus da imunodeficiência (HIV) /Aids e Esquistossomose, entre outras. Para o controle dessas doenças é necessário que as equipes da atenção básica implementem com qualidade as visitas domiciliares, a busca ativa e o acompanhamento dos casos, o tratamento adequado e oportuno e o registro ágil e sistemático nos sistemas de informação específicos.

É obrigatória a notificação de doenças por parte de todos os profissionais de saúde. A Secretaria Municipal de Saúde (SMS) deve transmitir à SESAU, semanalmente, os dados das notificações, por meio do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). Na ausência de casos a SMS deve realizar a notificação negativa. Para as doenças de notificação imediata, o prazo para realizar a investigação e encerrar o caso é de 60 dias. Cumprir esse prazo evita o bloqueio de recursos federais e estaduais.

Com relação a doenças e agravos sob vigilância¹⁴⁷ pode-se destacar em **Novo Lino** algumas informações:

- Registrou 13 acidentes por animais peçonhentos; sendo 12 por escorpião e 1 por abelha; 11 foram considerados leves e 2 como ignorado/branco;
- Notificou, entre janeiro de dezembro, 18 casos de Dengue (11 confirmados); 9 casos de Zika (9 confirmados) e 5 casos de Chikungunya (5 confirmados);
- Com relação ao controle do mosquito, o município realizou 4 dos 6 ciclos preconizados, em 2016, com o seguinte percentual: 1º ciclo: 84,5%; 2º ciclo: 85%; 3º ciclo: 83,5% e o 4º ciclo 84%; não há informação sobre a realização dos demais ciclos;
- Entre janeiro e novembro de 2016, registrou 192 casos de diarreia, considerado dentro do esperado; não registrou surto e óbito;
- O município, embora considerado como área endêmica para esquistossomose¹⁴⁸, realizou 77% dos exames coprocópicos preconizados

¹⁴⁷ Para mais informações sobre doenças e agravos sob vigilância consultar o Guia de Vigilância Epidemiológica, disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_vigilancia_epidemiologica_7ed.pdf e também a página da Secretaria de Vigilância em Saúde – Vigilância de A a Z em <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/vigilancia-de-a-a-z>.

¹⁴⁸ Área reconhecida de transmissão para esquistossomose, de grande extensão, contínua, dentro de um município.

para diagnóstico da doença, entre janeiro e novembro de 2016; menos de 1% foi positivo, com tratamento de 100%;

- Registrou 1 caso novo de hanseníase em 2016 e examinou todos os contatos intradomiciliares identificados;
- Registrou em 2016: 2 casos de Aids; mas não referênciava a gestante HIV+ e de crianças expostas¹⁴⁹;
- O município não registrou realização de atendimento antirrábico;
- O município, em 2016, registrou 4 casos novos de tuberculose, realizando teste rápido anti-HIV em todos; identificou 16 contatos desses casos e 8 foram examinados;

Registro de óbitos

Mensalmente, são esperados, em média, 7 óbitos¹⁵⁰ em **Novo Lino**. Alcançar esse número é fundamental para garantir que o município receba recursos financeiros do PFVS, transferidos pelo FNS. Para isso as equipes de atenção à saúde e de vigilância devem realizar de forma contínua a busca ativa de óbitos, a fim de alcançar cobertura satisfatória ($\geq 90\%$), além da captação do óbito e registro oportuno (em até 60 dias) no Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM). Além disso, devem ser criados mecanismos para a regularização dos cemitérios locais e registro adequado dos sepultamentos realizados, retroalimentando à SMS.

A maioria das mortes entre os residentes de **Novo Lino** ocorreu pelo Diabetes (17%), seguido pelos Homicídios (11%), pelas Doenças hipertensivas (8%) e por Causas mal definidas (8%), as quais necessitam de investigação epidemiológica, a fim de conhecer a(s) causa(s) envolvidas no desfecho. Especial atenção deve ser dada em relação ao combate à mortalidade infantil e fetal, uma vez que é persistente a ocorrência de tais óbitos, necessitando, portanto, de maior intervenção municipal.

O município e a oferta de atenção à saúde

Atenção primária

A cobertura da rede de atenção primária em Alagoas, considerando a estratégia saúde da família (ESF) ¹⁵¹ corresponde a 76%, com variações entre as duas macrorregiões e as regiões de saúde.

O município de **Novo Lino** registra 100% de cobertura da sua população com a estratégia saúde da família, por meio da atuação de 4 equipes de saúde. Dispõe

¹⁴⁹ Crianças expostas são aquelas cujas mães são HIV + e que necessitam de acompanhamento clínico por parte do setor saúde.

¹⁵⁰ Estimativa para o ano de 2016.

¹⁵¹ Para mais informações sobre a atenção básica acessar <http://dab.saude.gov.br/portaldab/index.php>.

de 1 Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF)¹⁵², conta com 2 pontos de acesso ao Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes, importante estratégia de teleconsultoria, telediagnóstico e tele-educação¹⁵³. Não possui academia de saúde que é um espaço dotado de equipamentos, estrutura e profissionais qualificados, voltado à promoção da saúde e produção do cuidado e de modos de vida saudáveis da população¹⁵⁴ e não trabalha com o Programa Mais Médicos¹⁵⁵.

Média e alta complexidade

O município não dispõe de serviços de urgência e emergência pré-hospitalar utilizando como referência a base descentralizada do SAMU 192 de Colônia Leopoldina e a UPA 24h de Maceió (Benedito Bentes).

Referência sua população para o Hospital Geral do Estado, em Maceió.

Atenção materno-infantil

Novo Lino não dispõe de leito hospitalar para assistência materno-infantil. Dispõe, sob gestão municipal, da Casa Maternal Santa Luzia, com 1 leito. Referência o risco habitual para o Hospital São Vicente de Paulo, em União dos Palmares, e o alto risco para o Hospital Universitário, em Maceió.

No tocante ao monitoramento da ocorrência de óbitos, **Novo Lino**, no período 2012/2015, registrou entre 1 e 6 óbitos infantis, em 3 dos 4 anos da série. Em 2016 não houve registro até agosto. Em todo o período registrou e em 2016, até agosto, não há registro de óbito materno, cabendo ficar atento à ausência desse evento em vários anos, no sentido de avaliar o silêncio do município em relação a esse e a outros tipos de óbitos. No grupo de mulheres em idade fértil (MIF) foram 5 óbitos em 2016. Há referência a óbitos fetais em todos os anos entre 2 (2012 e 2013) e 5 (2014 e 2015), sem ocorrência em 2016.

O município vem cumprindo em parte sua responsabilidade em relação à vigilância do óbito, vez que investigou todos os óbitos de MIF registrados em 2016, em relação aos outros óbitos fica difícil avaliar, vez que não houve ocorrência em 2016, cabendo reforçar a necessidade da atenção no sentido de avaliar se não está havendo subnotificação, em especial com relação aos óbitos com causa mal definida. A investigação dos óbitos traz importante potencial de conhecimento sobre os fatores determinantes, especialmente para propor e adotar medidas de prevenção e controle de situações futuras¹⁵⁶.

¹⁵² Para mais informações sobre o NASF acessar http://dab.saude.gov.br/portaldab/nasf_perguntas_frequentes.php.

¹⁵³ Para conhecer melhor o telessaúde acessar http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/notas_tecnicas/Nota_Tecnica_Diretrizes_Telessaude.pdf.

¹⁵⁴ Sobre academia de saúde acessar http://portalsaude.saude.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=13812&Itemid=766.

¹⁵⁵ Para saber mais sobre o Programa acessar <http://maismedicos.gov.br/>.

¹⁵⁶ Para mais informações sobre vigilância do óbito acessar <http://svs.aids.gov.br/cgiae/vigilancia/>.

O município e a vacinação

Novo Lino, em 2016, até outubro, vacinou mais de 100% da população alvo para o período com as 7 vacinas¹⁵⁷ que compõem o calendário básico de vacinação da criança.

Na campanha de vacinação contra a influenza, alcançou a cobertura preconizada (80% e +) para os grupos-alvo, sendo 88% em maiores de 60 anos; 84% em menores de 2 anos e 90% em gestantes.

O município e a saúde do trabalhador

No âmbito da vigilância em saúde do trabalhador¹⁵⁸, o município de **Novo Lino**, no período de 2011 a 2015, registrou 7 casos de agravos relacionados ao trabalho, em 4 dos 5 anos da série, sendo: 2 em 2011; 2 em 2012; 2 em 2013; e 1 em 2015.

O município e a vigilância da qualidade da água para consumo humano

No tocante à vigilância em saúde ambiental a questão da vigilância da qualidade da água para o consumo¹⁵⁹ tem como referencial um mínimo de análises, conforme estabelecido pela Diretriz Nacional do Plano de Amostragem. Nessa perspectiva, **Novo Lino**, em 2016, realizou 48% das 120 análises de cloro residual livre, e 39% das 120 análises para turbidez.

O município e a vigilância sanitária

Com relação à vigilância sanitária¹⁶⁰ o município de **Novo Lino** dispõe de Plano de Ação para o ano de 2016, executa ações de baixo risco em vigilância sanitária de alimentos, não emite alvará sanitário e não elabora processo administrativo.

O município possui código sanitário.

O município e a participação social no SUS

O Conselho de Saúde é uma instância colegiada, deliberativa e permanente do SUS, em cada esfera de Governo, integrando a estrutura organizacional de cada órgão gestor nessas esferas, com composição, organização e competências fixadas

¹⁵⁷ BCG; Meningocócica C conjugada; Pentavalente (difteria, tétano, coqueluche, Haemophilus influenzae b, hepatite B); Pneumocócica 10 valente; Poliomielite injetável; Rotavírus; e Tríplice viral (sarampo, caxumba e rubéola).

¹⁵⁸ Para mais informações sobre este tema ver Portaria nº 1.823, de 23/8/2012. Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1823_23_08_2012.html.

¹⁵⁹ Para mais informações sobre qualidade da água para consumo humano ver Portaria nº 2.914, de 12/12/2011. Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2914_12_12_2011.html.

¹⁶⁰ Informações disponíveis no FORMSUS da Gerência de Vigilância Sanitária. Para mais informações sobre o tema acessar http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0475_31_03_2014.html

na Lei nº 8.142/90¹⁶¹. São espaços de participação da comunidade nas políticas públicas e na administração da saúde, atuando na formulação e proposição de estratégias e no controle da execução das Políticas de Saúde, inclusive nos seus aspectos econômicos e financeiros.

O Conselho Municipal de Saúde do município de **Novo Lino**, segundo informação disponível na SESA¹⁶², não disponibilizou a Portaria de nomeação dos atuais conselheiros e não há informação sobre capacitação dos membros. Importante estar atento ao cumprimento das diretrizes emanadas do Conselho Nacional de Saúde¹⁶³ e encaminhar à Secretaria de Estado a documentação atualizada sobre o Conselho.

¹⁶¹ Lei nº 8.142, de 28/12/1990, disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm.

¹⁶² Resolução nº 453, de 10/5/2012, disponível em http://conselho.saude.gov.br/web_siacs/docs/Reso453.pdf.

¹⁶³ Cadastro dos Conselhos Municipais de Saúde, organizado pela Gerência de Gestão Regional e Participação Social – GERPS, da Superintendência de Planejamento, Gestão e Participação Social – SUPLAG.

SANTANA DO MUNDAÚ

O município e algumas condições de vida e saúde

As condições de vida de uma população têm estreita relação com o processo saúde-doença. Nesse sentido, é importante destacar que o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDH-M) – que leva em conta a longevidade, a educação e a renda – de Santana do Mundaú é considerado BAIXO (0,519), sendo considerado mediano para os parâmetros da 3ª Região de Saúde.

O município possui a segunda maior taxa de analfabetismo da Região (40%), possui a maior taxa de trabalho infantil da Região (15%) e a maioria da população é de baixa renda, ou seja, vive com renda mensal inferior a ½ salário mínimo (76,4%). Segundo o Censo 2010, havia no município 349 (12%) domicílios sem banheiro ou vaso sanitário, ou seja, cerca de 1.400 pessoas eliminam os dejetos de forma inadequada, contaminando o solo, fontes de água etc.

Registro de nascimentos

Mensalmente, são esperados, em média, 18 nascidos vivos¹⁶⁴ em **Santana do Mundaú**. Alcançar esse número é fundamental para garantir que o município receba recursos financeiros do Piso Fixo de Vigilância em Saúde (PFVS), transferidos pelo Fundo Nacional de Saúde (FNS). Para isso as equipes de atenção à saúde e de vigilância em saúde do município, devem realizar de forma contínua a busca ativa de nascidos, a fim de alcançar cobertura satisfatória (≥90%) do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC), de modo a evitar o bloqueio de recursos financeiros. É necessário também captar as Declarações de Nascidos Vivos e registrá-las no SINASC em tempo oportuno (em até 60 dias do nascimento) de modo também a garantir o repasse dos recursos do Incentivo para o Fortalecimento das Ações de Vigilância em Saúde (INVIG), transferidos pela SESAU.

Em **Santana do Mundaú** as mães de cerca de 1% dos recém-nascidos não realizaram consulta de pré-natal. Pouco mais da metade das grávidas (65%) passaram por 7 consultas de pré-natal, no mínimo. Falhas no pré-natal contribuem para o baixo peso ao nascer (7%), para o aumento do parto cesáreo (35%) e para a elevada prematuridade (4%), entre outros fatores.

Doenças e agravos

Dentre as internações registradas para residentes de **Santana do Mundaú** 11%, aproximadamente, têm como causas condições que são sensíveis à oferta de serviços na atenção básica, ou seja, são internações evitáveis a partir da atuação

¹⁶⁴ Estimativa para o ano de 2016.

efetiva e resolutiva dessas equipes, com destaque para as internações devidas às Gastroenterites infecciosas e complicações (22%), pelas Infecções renais e do trato urinário (11%) e pelas Doenças pulmonares (8%).

Em relação às doenças transmissíveis, cabe destacar as que mais ocorrem, que acometem maior contingente populacional e que resultam em maiores complicações e óbitos, tais como: as Arboviroses (Dengue, Zika, Chikungunya), a Leishmaniose, a Tuberculose, a Hanseníase, a Sífilis, a infecção pelo Vírus da imunodeficiência (HIV)/Aids e Esquistossomose, entre outras. Para o controle dessas doenças é necessário que as equipes da atenção básica implementem com qualidade as visitas domiciliares, a busca ativa e o acompanhamento dos casos, o tratamento adequado e oportuno e o registro ágil e sistemático nos sistemas de informação específicos.

É obrigatória a notificação de doenças por parte de todos os profissionais de saúde. A Secretaria Municipal de Saúde (SMS) deve transmitir à SESAU, semanalmente, os dados das notificações, por meio do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). Na ausência de casos a SMS deve realizar a notificação negativa. Para as doenças de notificação imediata, o prazo para realizar a investigação e encerrar o caso é de 60 dias. Cumprir esse prazo evita o bloqueio de recursos federais e estaduais.

Com relação a doenças e agravos sob vigilância¹⁶⁵ pode-se destacar em **Santana do Mundaú** algumas informações:

- Registrou 13 acidentes por animais peçonhentos, todos causados por escorpião e considerados leves;
- Notificou, entre janeiro e dezembro, 2 casos de Dengue, (1 confirmado); 1 caso de Zika (não houve confirmação) e 1 caso de Chikungunya (1 confirmado);
- Com relação ao controle do mosquito, o município realizou 3 dos 6 ciclos preconizados, em 2016, com o seguinte percentual: 1º ciclo: 86%; 2º ciclo: 83%; e 3º ciclo: 89%; o 4º ciclo foi iniciado e não há informação sobre a sua conclusão e a realização dos demais ciclos;
- Entre janeiro e novembro de 2016, registrou 105 casos de diarreia, considerado dentro do esperado; não houve surto ou óbito;
- O município, embora considerado como área endêmica para esquistossomose ¹⁶⁶, realizou 77% dos exames coprocópicos preconizados

¹⁶⁵ Para mais informações sobre doenças e agravos sob vigilância consultar o Guia de Vigilância Epidemiológica, disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_vigilancia_epidemiologica_7ed.pdf e também a página da Secretaria de Vigilância em Saúde – Vigilância de A a Z em <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/vigilancia-de-a-a-z>.

para diagnóstico da doença, entre janeiro a dezembro de 2016; menos de 1% foi positivo, com tratamento de 100%;

- Não registrou casos novos de hanseníase em 2016; na avaliação realizada de 1 caso diagnosticado em 2014 foi constatado que está encerramento pendente no sistema;
- Registrou, em 2016, 1 gestante HIV+; não há referência a casos de Aids e crianças expostas¹⁶⁷;
- Entre janeiro e novembro de 2016, o município registrou 1 caso de Leishmaniose Tegumentar, confirmado pelo critério clínico-laboratorial e não houve registro de Leishmaniose visceral;
- Com relação à raiva, o município registrou 21 atendimentos antirrábicos, envolvendo como animais agressores: cão (18), gato (2) e outro (1);
- O município, em 2016, registrou 2 casos novos de tuberculose, realizando teste rápido anti-HIV em todos; identificou 2 contatos desses casos e todos foram examinados;

Registro de óbitos

Mensalmente, são esperados, em média, 7 óbitos¹⁶⁸ em **Santana do Mundaú**. Alcançar esse número é fundamental para garantir que o município receba recursos financeiros do PFVS, transferidos pelo FNS. Para isso as equipes de atenção à saúde e de vigilância devem realizar de forma contínua a busca ativa de óbitos, a fim de alcançar cobertura satisfatória ($\geq 90\%$), além da captação do óbito e registro oportuno (em até 60 dias) no Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM). Além disso, devem ser criados mecanismos para a regularização dos cemitérios locais e registro adequado dos sepultamentos realizados, retroalimentando à SMS.

A maioria das mortes entre os residentes de **Santana de Mundaú** ocorreu pelo Diabetes (12%), seguido pelas Doenças cerebrovasculares (8%), pelas Doenças hipertensivas (7%) e pelos Homicídios (6%). Especial atenção deve ser dada em relação ao combate à mortalidade infantil e fetal, uma vez que é persistente a ocorrência de tais óbitos, necessitando, portanto, de maior intervenção municipal.

¹⁶⁶ Área reconhecida de transmissão para esquistossomose, de grande extensão, contínua, dentro de um município.

¹⁶⁷ Crianças expostas são aquelas cujas mães são HIV + e que necessitam de acompanhamento clínico por parte do setor saúde.

¹⁶⁸ Estimativa para o ano de 2016.

O município e a oferta de atenção à saúde

Atenção primária

A cobertura da rede de atenção primária em Alagoas, considerando a estratégia saúde da família (ESF)¹⁶⁹ corresponde a 76%, com variações entre as duas macrorregiões e as regiões de saúde.

O município de **Santana do Mundaú** registra 100% de cobertura da sua população com a estratégia saúde da família (ESF) por meio da atuação de 5 equipes de saúde. Dispõe de 1 Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF)¹⁷⁰ e conta com 5 pontos de acesso ao Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes, importante estratégia de teleconsultoria, telediagnóstico e tele-educação¹⁷¹. O município não trabalha com o Programa Mais Médicos¹⁷² e não dispõe de academia de saúde que é um espaço dotado de equipamentos, estrutura e profissionais qualificados, voltado à promoção da saúde e produção do cuidado e de modos de vida saudáveis da população¹⁷³.

Média e alta complexidade

Santana do Mundaú não dispõe de serviços de urgência e emergência pré-hospitalar, utilizando como referência o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU 192 de União dos Palmares e a Unidade de Pronto Atendimento – UPA 24h de Maceió (Bairro Benedito Bentes).

Para os casos de urgência e emergência hospitalar tem como referência o Hospital São Vicente de Paulo, de União dos Palmares, e o Hospital Geral do Estado, em Maceió.

Atenção materno-infantil

Santana do Mundaú não dispõe de leito hospitalar para a assistência materno-infantil tendo como referência o Hospital São Vicente de Paulo (risco habitual), em União dos Palmares, e o Hospital Universitário, em Maceió.

No tocante ao monitoramento da ocorrência de óbitos, **Santana do Mundaú**, no período 2012/2015, registrou óbitos infantis nos 4 anos da série, entre 3 e 4/ano. Em 2016 há registro de 1 óbito, até agosto. Em todo o período não registrou óbito materno e também em 2016, cabendo ficar atento à ausência desse evento numa

¹⁶⁹ Para mais informações sobre a atenção básica acessar <http://dab.saude.gov.br/portaldab/index.php>.

¹⁷⁰ Para mais informações sobre o NASF acessar http://dab.saude.gov.br/portaldab/nasf_perguntas_frequentes.php.

¹⁷¹ Para conhecer melhor o telessaúde acessar http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/notas_tecnicas/Nota_Tecnica_Diretrizes_Telessaude.pdf.

¹⁷² Para saber mais sobre o Programa acessar <http://maismedicos.gov.br/>.

¹⁷³ Sobre academia de saúde acessar http://portalsaude.saude.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=13812&Itemid=766.

longa série de anos, no sentido de avaliar o silêncio do município. No grupo de mulheres em idade fértil (MIF) há 1 registro em 2016. Há referência a óbitos fetais em 3 dos 4 anos, entre 1 e 2 ocorrências, inclusive em 2016, até agosto. Os óbitos neonatais ocorrem em todos os anos da série, 2 em 2012, 3 em 2013, 2 em 2014 e 3 em 2015.

O município vem cumprindo em parte sua responsabilidade em relação à vigilância do óbito, deixando a desejar no tocante à investigação de 2 óbitos com causa mal definida em 2016, sinalizando que o município poderia aproveitar melhor todo potencial oferecido pelo conhecimento sobre os fatores determinantes, especialmente para propor e adotar medidas de prevenção e controle de situações futuras¹⁷⁴.

O município e a vacinação

Santana do Mundaú, em 2016, até outubro, vacinou mais de 100% da população alvo para o período, com 5 das 7 vacinas¹⁷⁵ do calendário básico de vacinação. Para as demais vacinas (Poliomielite Injetável e Rotavírus) o resultado ficou abaixo do estimado.

Na campanha de vacinação contra a influenza alcançou a cobertura preconizada, sendo 91% em maiores de 60 anos, 115% em menores de 2 anos e 77% em gestantes.

O município e a saúde do trabalhador

No âmbito da vigilância em saúde do trabalhador¹⁷⁶, o município de **Santana do Mundaú**, no período de 2011 a 2015, registrou 9 casos de agravos relacionados ao trabalho, sendo: 1 em 2011; 1 em 2012; 3 em 2013; 1 em 2014; e 3 em 2015.

O município e a vigilância da qualidade da água para consumo humano

No tocante à vigilância em saúde ambiental, a questão da vigilância da qualidade da água para o consumo¹⁷⁷ tem como referencial um mínimo de análises, conforme estabelecido pela Diretriz Nacional do Plano de Amostragem. Nessa perspectiva, **Santana do Mundaú**, em 2016, realizou mais de 100% das 108 análises de cloro residual livre, e 83% das 108 análises para turbidez.

¹⁷⁴ Para mais informações sobre vigilância do óbito acessar <http://svs.aids.gov.br/cgiae/Vigilancia>

¹⁷⁵ BCG, Meningocócica C conjugada, Pentavalente (difteria, tétano, coqueluche, Haemophilus influenzae b, hepatite B), Pneumocócica 10 valente e Tríplice viral (sarampo, caxumba e rubéola)

¹⁷⁶ Para mais informações sobre este tema ver Portaria nº 1.823, de 23/8/2012. Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1823_23_08_2012.html.

¹⁷⁷ Para mais informações sobre qualidade da água para consumo humano ver Portaria nº 2.914, de 12/12/2011. Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2914_12_12_2011.html.

O município e a vigilância sanitária

Com relação à vigilância sanitária¹⁷⁸ o município de **Santana do Mundaú** dispõe de Plano de Ação para o ano de 2016, executa ações de baixo risco em vigilância sanitária de alimentos, emite alvará sanitário, mas não elabora processo administrativo.

O município possui código sanitário.

O município e a participação social no SUS

O Conselho de Saúde é uma instância colegiada, deliberativa e permanente do SUS, em cada esfera de Governo, integrando a estrutura organizacional de cada órgão gestor nessas esferas, com composição, organização e competências fixadas na Lei nº 8.142/90¹⁷⁹. São espaços de participação da comunidade nas políticas públicas e na administração da saúde, atuando na formulação e proposição de estratégias e no controle da execução das Políticas de Saúde, inclusive nos seus aspectos econômicos e financeiros.

O Conselho Municipal de Saúde do município de **Santana do Mundaú**, segundo informação disponível na SESA¹⁸⁰, reformulou e aprovou a Lei do Conselho em setembro de 2014 e encaminhou à Câmara Municipal para aprovação. Importante estar atento às diretrizes emanadas do Conselho Nacional de Saúde¹⁸¹, especialmente para atualização do Regimento Interno, capacitação dos conselheiros e encaminhar à Secretaria de Estado a documentação atualizada sobre o Conselho.

¹⁷⁸ Informações disponíveis no FORMSUS da Gerência de Vigilância Sanitária. Para mais informações sobre o tema acessar http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0475_31_03_2014.html

¹⁷⁹ Lei nº 8.142, de 28/12/1990, disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm.

¹⁸⁰ Resolução nº 453, de 10/5/2012, disponível em http://conselho.saude.gov.br/web_siacs/docs/Reso453.pdf.

¹⁸¹ Cadastro dos Conselhos Municipais de Saúde, organizado pela Gerência de Gestão Regional e Participação Social – GERPS, da Superintendência de Planejamento, Gestão e Participação Social – SUPLAG.

SÃO JOSÉ DA LAJE

O município e algumas condições de vida e saúde

O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDH-M) em **São José da Laje** é baixo (0,573), ficando na última posição na Região Metropolitana da Capital. Esse índice leva em conta a longevidade, a educação e a renda e guarda estreita relação entre condições de vida e o processo saúde-doença vivenciado pela população.

A maior parte da população de **São José da Laje** é de baixa renda¹⁸² (68%) e registra taxa de analfabetismo de 30% e uma taxa de trabalho infantil de 6%. No município encontram-se 312 domicílios sem banheiro ou vaso sanitário (5,3%)¹⁸³, significando que para mais de 1.200 pessoas o destino dos dejetos é inadequado, contaminando solo, fontes de água etc.

Registro de nascimentos

Mensalmente, são esperados, em média, 30 nascidos vivos¹⁸⁴ em **São José da Laje**. Alcançar esse número é fundamental para garantir que o município receba recursos financeiros do Piso Fixo de Vigilância em Saúde (PFVS), transferidos pelo Fundo Nacional de Saúde (FNS). Para isso as equipes de atenção à saúde e de vigilância em saúde do município, devem realizar de forma contínua a busca ativa de nascidos, a fim de alcançar cobertura satisfatória ($\geq 90\%$) do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC), de modo a evitar o bloqueio de recursos financeiros. É necessário também captar as Declarações de Nascidos Vivos e registrá-las no SINASC em tempo oportuno (em até 60 dias do nascimento) de modo também a garantir o repasse dos recursos do Incentivo para o Fortalecimento das Ações de Vigilância em Saúde (INVIG), transferidos pela SESAU.

Em São José da Laje as mães de cerca de 4% dos recém-nascidos não realizaram consulta de pré-natal. Menos da metade das grávidas (46%) passaram por 7 consultas de pré-natal, no mínimo. Falhas no pré-natal contribuem para o baixo peso ao nascer (6%), para o aumento do parto cesáreo (35%) e para a elevada prematuridade (7%), entre outros fatores.

Doenças e agravos

Dentre as internações registradas para residentes de **São José da Laje** 27%, aproximadamente, têm como causas condições que são sensíveis à oferta de serviços na atenção básica, ou seja, são internações evitáveis a partir da atuação

¹⁸² Possui renda mensal inferior a $\frac{1}{2}$ salário mínimo.

¹⁸³ Censo 2010, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE (<http://censo2010.ibge.gov.br/>).

¹⁸⁴ Estimativa para o ano de 2016.

efetiva e resolutiva dessas equipes, com destaque para as internações devidas às Gastroenterites infecciosas e complicações (55%), seguida pelas Doenças pulmonares (7%), pela Insuficiência cardíaca (7%) e pelas Infecções de pele e do tecido subcutâneo (5%).

Em relação às doenças transmissíveis, cabe destacar as que mais ocorrem, que acometem maior contingente populacional e que resultam em maiores complicações e óbitos, tais como: as Arboviroses (Dengue, Zika, Chikungunya), a Leishmanioses, a Tuberculose, a Hanseníase, a Sífilis, a infecção pelo Vírus da imunodeficiência (HIV) /Aids e Esquistossomose, entre outras. Para o controle dessas doenças é necessário que as equipes da atenção básica implementem com qualidade as visitas domiciliares, a busca ativa e o acompanhamento dos casos, o tratamento adequado e oportuno e o registro ágil e sistemático nos sistemas de informação específicos.

É obrigatória a notificação de doenças por parte de todos os profissionais de saúde. A Secretaria Municipal de Saúde (SMS) deve transmitir à SESAU, semanalmente, os dados das notificações, por meio do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). Na ausência de casos a SMS deve realizar a notificação negativa. Para as doenças de notificação imediata, o prazo para realizar a investigação e encerrar o caso é de 60 dias. Cumprir esse prazo evita o bloqueio de recursos federais e estaduais.

Com relação a doenças e agravos sob vigilância¹⁸⁵ pode-se destacar em **São José da Laje** algumas informações:

- Registrou 58 acidentes por animais peçonhentos; sendo 45 por escorpião, 8 por abelha, 4 por serpente e 1 por aranha; 56 foram considerados leves e 2 moderados;
- Notificou, entre janeiro e dezembro de 2016, 18 casos de Dengue (17 confirmados); 22 casos de Zika (21 confirmados) e 30 casos de Chikungunya (27 confirmados);
- Com relação ao controle do mosquito, o município realizou 4 dos 6 ciclos preconizados, em 2016, com o seguinte percentual: 1º ciclo: 78%; 2º ciclo: 74%; 3º ciclo: 87%; e o 4º ciclo 93% (1º e 2º ciclos abaixo de 80%, mínimo estabelecido); não há informação sobre a realização dos demais ciclos;
- Entre janeiro e novembro de 2016, registrou 1.795 casos de diarreia, considerado dentro do esperado; não houve registro de surto e óbito;

¹⁸⁵ Para mais informações sobre doenças e agravos sob vigilância consultar o Guia de Vigilância Epidemiológica, disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_vigilancia_epidemiologica_7ed.pdf e também a página da Secretaria de Vigilância em Saúde – Vigilância de A a Z em <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/vigilancia-de-a-a-z>.

- O município, embora considerado como área endêmica para esquistossomose ¹⁸⁶, realizou 77% dos exames coproscópicos preconizados para diagnóstico da doença, entre janeiro e dezembro de 2016; menos de 1% foi positivo, com tratamento de 100%;
- Registrou 1 caso novo de hanseníase em 2016 e examinou todos os contatos intradomiciliares; na avaliação de 2 casos diagnosticados em 2014 e 2015, foi verificado que 1 foi encerrado por cura e 1 encontra-se com encerramento pendente no sistema;
- Não há referência, em 2016, a casos de Aids, de gestante HIV+ e crianças expostas¹⁸⁷;
- Com relação à raiva, o município registrou 41 atendimentos antirrábicos, envolvendo como animais agressores: cão (34) e gato (7).
- O município, em 2016, registrou 5 casos novos de tuberculose, realizando teste rápido anti-HIV em 80% destes; identificou 7 contatos desses casos e 71% foram examinados.

Registro de óbitos

Mensalmente, são esperados, em média, 13 óbitos¹⁸⁸ em **São José da Laje**. Alcançar esse número é fundamental para garantir que o município receba recursos financeiros do PFVS, transferidos pelo FNS. Para isso as equipes de atenção à saúde e de vigilância devem realizar de forma contínua a busca ativa de óbitos, a fim de alcançar cobertura satisfatória ($\geq 90\%$), além da captação do óbito e registro oportuno (em até 60 dias) no Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM). Além disso, devem ser criados mecanismos para a regularização dos cemitérios locais e registro adequado dos sepultamentos realizados, retroalimentando à SMS.

A maioria das mortes entre os residentes de **São José da Laje** ocorreu pelos Homicídios (11%), seguido pelo Diabetes (10%), pelas Doenças cerebrovasculares (8%) e pelo Infarto agudo do miocárdio (6%). Especial atenção deve ser dada em relação ao combate à mortalidade infantil e fetal, uma vez que é persistente a ocorrência de tais óbitos, necessitando, portanto, de maior intervenção municipal.

¹⁸⁶ Área reconhecidamente de transmissão para esquistossomose, de grande extensão, contínua, dentro de um município.

¹⁸⁷ Crianças expostas são aquelas cujas mães são HIV + e que necessitam de acompanhamento clínico por parte do setor saúde.

¹⁸⁸ Estimativa para o ano de 2016.

O município e a oferta de atenção à saúde

Atenção primária

A cobertura da rede de atenção primária em Alagoas, considerando a estratégia saúde da família (ESF)¹⁸⁹ corresponde a 76%, com variações entre as duas macrorregiões e as regiões de saúde.

O município de **São José da Laje** registra 100% de cobertura da sua população com a estratégia saúde da família, por meio da atuação de 9 equipes de saúde, com a presença de 1 profissional do Programa Mais Médicos¹⁹⁰. Dispõe de 1 Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF)¹⁹¹, conta com 8 pontos de acesso ao Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes, importante estratégia de teleconsultoria, telediagnóstico e tele-educação¹⁹². Não possui academia de saúde: um espaço dotado de equipamentos, estrutura e profissionais qualificados, voltado à promoção da saúde e produção do cuidado e de modos de vida saudáveis da população¹⁹³.

Média e alta complexidade

O município não dispõe de serviços de urgência e emergência pré-hospitalar, tendo como referência a base descentralizada do SAMU 192 em União dos Palmares e a UPA 24h de Maceió (Benedito Bentes).

São José da Laje dispõe, sob gestão municipal, da Unidade Mista Arthur Camelo Vera com atendimento de urgência e emergência, internação, com 50 leitos sendo: 30 em clínica médica, 10 em clínica pediátrica, 7 em obstetrícia clínica, 1 leito em neonatologia e 2 leitos em ortopediatria/traumatologia, além de serviços de radiologia, ultrassonografia, eletrocardiograma e laboratório clínico. Referencia sua população para o Hospital São Vicente de Paulo, em União dos Palmares, e para o Hospital Geral do Estado, em Maceió.

Atenção materno-infantil

São José da Laje dispõe de Centro de Parto Normal com 3 leitos para assistência ao parto normal sem distorcia na Unidade Mista Arthur Camelo Veras, referenciando o risco habitual para o Hospital São Vicente de Paulo, em União dos Palmares, e o alto risco para o Hospital Universitário, em Maceió.

¹⁸⁹ Para mais informações sobre a atenção básica acessar <http://dab.saude.gov.br/portaldab/index.php>.

¹⁹⁰ Para saber mais sobre o Programa acessar <http://maismedicos.gov.br/>.

¹⁹¹ Para mais informações sobre o NASF acessar http://dab.saude.gov.br/portaldab/nasf_perguntas_frequentes.php.

¹⁹² Para conhecer melhor o telessaúde acessar http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/notas_tecnicas/Nota_Tecnica_Diretrizes_Telessaude.pdf.

¹⁹³ Sobre academia de saúde acessar http://portalsaude.saude.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=13812&Itemid=766.

No tocante ao monitoramento da ocorrência de óbitos, **São José da Laje**, no período 2012/2015, registrou entre 3 e 7 óbitos infantis nos 4 anos da série. Em 2016 registrou 1 evento até agosto. Óbitos maternos foram reportados em 3 dos anos, com 2 registros em 2014, em 2016 não há ocorrência, cabendo ficar atento à ausência desse evento, no sentido de avaliar o silêncio do município. No grupo de mulheres em idade fértil (MIF) foram 6 óbitos em 2016. Há referência a óbitos fetais em todos os anos, chegando a 8 registros em 2012 e 2015, 14 em 2013 e 11 em 2014, com 4 ocorrências em 2016, até agosto.

O município vem cumprindo em grande parte sua responsabilidade em relação à vigilância do óbito, deixando a desejar no tocante a não investigação de 3 óbitos com causa mal definida reportados em 2016, sinalizando que o município não vem aproveitando todo potencial oferecido pelo conhecimento sobre os fatores determinantes, especialmente para propor e adotar medidas de prevenção e controle de situações futuras¹⁹⁴.

O município e a vacinação

São José da Laje, em 2016, até outubro, vacinou a população alvo para o período, apenas com a vacina BCG. Para as demais vacinas¹⁹⁵ que compõem o calendário básico de vacinação da criança, o resultado ficou abaixo da meta preconizada.

Na campanha de vacinação contra a influenza, alcançou a cobertura preconizada (80% e +), sendo 90,97% em maiores de 60 anos, 81% em menores de 2 anos e 57% em gestantes.

O município e a saúde do trabalhador

No âmbito da vigilância em saúde do trabalhador¹⁹⁶, o município de **São José da Laje**, no período de 2011 a 2015, registrou 22 casos de agravos relacionados ao trabalho, sendo: 1 em 2011; 7 em 2012; 4 em 2013; 7 em 2014; e 3 em 2015.

O município e a vigilância da qualidade da água para consumo humano

No tocante à vigilância em saúde ambiental, a questão da vigilância da qualidade da água para o consumo¹⁹⁷ tem como referencial um mínimo de análises, conforme estabelecido pela Diretriz Nacional do Plano de Amostragem. Nessa

¹⁹⁴ Para mais informações sobre vigilância do óbito acessar <http://svs.aids.gov.br/cgiae/vigilancia/>.

¹⁹⁵ Meningocócica C conjugada; Pentavalente (difteria, tétano, coqueluche, Haemophilus influenzae b, hepatite B); Pneumocócica 10 valente; Poliomielite injetável; Rotavírus e Tríplice Viral

¹⁹⁶ Para mais informações sobre este tema ver Portaria nº 1.823, de 23/8/2012. Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1823_23_08_2012.html.

¹⁹⁷ Para mais informações sobre qualidade da água para consumo humano ver Portaria nº 2.914, de 12/12/2011. Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2914_12_12_2011.html.

perspectiva, **São José da Laje**, em 2016, realizou 29% das 132 análises de cloro residual livre, e 29% das 132 análises para turbidez.

O município e a vigilância sanitária

Com relação à vigilância sanitária¹⁹⁸ o município de **São José da Laje** dispõe de Plano de Ação para o ano de 2016, executa ações de baixo risco em vigilância sanitária de alimentos, emite alvará sanitário (baixa densidade e medicamentos) e elabora processo administrativo.

O município possui código sanitário.

O município e a participação social no SUS

O Conselho de Saúde é uma instância colegiada, deliberativa e permanente do SUS, em cada esfera de Governo, integrando a estrutura organizacional de cada órgão gestor nessas esferas, com composição, organização e competências fixadas na Lei nº 8.142/90¹⁹⁹. São espaços de participação da comunidade nas políticas públicas e na administração da saúde, atuando na formulação e proposição de estratégias e no controle da execução das Políticas de Saúde, inclusive nos seus aspectos econômicos e financeiros.

Os integrantes do Conselho Municipal de Saúde do município de **São José da Laje** estão com mandato vencido, segundo informação disponível na SESA²⁰⁰, sendo necessário realizar plenária para eleição dos novos membros ou, caso o município já tenha realizado, encaminhar a Portaria à Secretaria Estadual e realizar capacitação para os novos conselheiros. A Lei do Conselho foi reformulada e aprovada em outubro de 2015, com encaminhamento à Câmara Municipal, seguindo, assim, as diretrizes emanadas do Conselho Nacional de Saúde²⁰¹, mas há necessidade de readequar o Regimento Interno e encaminhar à Secretaria de Estado a documentação atualizada sobre o Conselho.

¹⁹⁸ Informações disponíveis no FORMSUS da Gerência de Vigilância Sanitária. Para mais informações sobre o tema acessar http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0475_31_03_2014.html

¹⁹⁹ Lei nº 8.142, de 28/12/1990, disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm.

²⁰⁰ Resolução nº 453, de 10/5/2012, disponível em http://conselho.saude.gov.br/web_siacs/docs/Reso453.pdf.

²⁰¹ Cadastro dos Conselhos Municipais de Saúde, organizado pela Gerência de Gestão Regional e Participação Social – GERPS, da Superintendência de Planejamento, Gestão e Participação Social – SUPLAG.

UNIÃO DOS PALMARES

O município e algumas condições de vida e saúde

O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDH-M) em **União dos Palmares** é baixo (0,593). Esse índice leva em conta a longevidade, a educação e a renda e guarda estreita relação entre condições de vida e o processo saúde-doença vivenciado pela população.

A maior parte da população de União dos Palmares é de baixa renda²⁰² (66%) e registra taxa de analfabetismo de 31% e uma taxa de trabalho infantil de 10%. No município encontram-se 1.118 domicílios sem banheiro ou vaso sanitário (7%)²⁰³, significando que para quase 4.500 pessoas o destino dos dejetos é inadequado, contaminando solo, fontes de água etc.

Registro de nascimentos

Mensalmente, são esperados, em média, 24 nascidos vivos²⁰⁴ em **União dos Palmares**. Alcançar esse número é fundamental para garantir que o município receba recursos financeiros do Piso Fixo de Vigilância em Saúde (PFVS), transferidos pelo Fundo Nacional de Saúde (FNS). Para isso as equipes de atenção à saúde e de vigilância em saúde do município, devem realizar de forma contínua a busca ativa de nascidos, a fim de alcançar cobertura satisfatória ($\geq 90\%$) do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC), de modo a evitar o bloqueio de recursos financeiros. É necessário também captar as Declarações de Nascidos Vivos e registrá-las no SINASC em tempo oportuno (em até 60 dias do nascimento) de modo também a garantir o repasse dos recursos do Incentivo para o Fortalecimento das Ações de Vigilância em Saúde (INVIG), transferidos pela SESAU.

Em **União dos Palmares** as mães de cerca de 2% dos recém-nascidos não realizaram consulta de pré-natal. Pouco mais da metade das grávidas (59%) passaram por 7 consultas de pré-natal, no mínimo. Falhas no pré-natal contribuem para o baixo peso ao nascer (6,5%), para o aumento do parto cesáreo (37%) e para a elevada prematuridade (3%), entre outros fatores.

Doenças e agravos

Dentre as internações registradas para residentes da **União dos Palmares** 17%, aproximadamente, têm como causas condições que são sensíveis à oferta de serviços na atenção básica, ou seja, são internações evitáveis a partir da atuação efetiva e resolutiva dessas equipes, com destaque para as internações devidas às

²⁰² Possui renda mensal inferior a $\frac{1}{2}$ salário mínimo.

²⁰³ Censo 2010, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE (<http://censo2010.ibge.gov.br/>).

²⁰⁴ Estimativa para o ano de 2016.

Gastroenterites infecciosas e complicações (28%), seguida pela Insuficiência cardíaca (22%), pelas Doenças cerebrovasculares (14%) e pelo Diabetes (5%).

Em relação às doenças transmissíveis, cabe destacar as que mais ocorrem, que acometem maior contingente populacional e que resultam em maiores complicações e óbitos, tais como: as Arboviroses (Dengue, Zika, Chikungunya), a Leishmaniose, a Tuberculose, a Hanseníase, a Sífilis, a infecção pelo Vírus da imunodeficiência (HIV) /Aids e Esquistossomose, entre outras. Para o controle dessas doenças é necessário que as equipes da atenção básica implementem com qualidade as visitas domiciliares, a busca ativa e o acompanhamento dos casos, o tratamento adequado e oportuno e o registro ágil e sistemático nos sistemas de informação específicos.

É obrigatória a notificação de doenças por parte de todos os profissionais de saúde. A Secretaria Municipal de Saúde (SMS) deve transmitir à SESAU, semanalmente, os dados das notificações, por meio do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). Na ausência de casos a SMS deve realizar a notificação negativa. Para as doenças de notificação imediata, o prazo para realizar a investigação e encerrar o caso é de 60 dias. Cumprir esse prazo evita o bloqueio de recursos federais e estaduais.

Com relação a doenças e agravos sob vigilância²⁰⁵ pode-se destacar em **União dos Palmares** algumas informações:

- Registrou 94 acidentes por animais peçonhentos, sendo 77 por escorpião, 8 por aranha, 7 por serpente, 1 por outro animal e 1 sem registro (ignorado/branco); 79 foram considerados leves, 3 moderados, 1 grave e 11 sem informação (ignorado/branco);
- Notificou, entre janeiro e dezembro de 2016, 592 casos de Dengue (195 confirmados); 139 casos de Zika (1 confirmado); e 114 casos de Chikungunya (84 confirmados);
- Com relação ao controle do mosquito, o município realizou 3 dos 6 ciclos preconizados, em 2016, com o seguinte percentual: 1º ciclo: 64,5%; 2º ciclo: 62% e o 3º ciclo: 73% (todos abaixo de 80%, mínimo estabelecido); não há informação sobre a realização dos demais ciclos;
- Entre janeiro e novembro de 2016, registrou 2.348 casos de diarreia; não há referência a surto, mas foram registrados 2 óbitos;

²⁰⁵ Para mais informações sobre doenças e agravos sob vigilância consultar o Guia de Vigilância Epidemiológica, disponível em

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_vigilancia_epidemiologica_7ed.pdf e também a página da Secretaria de Vigilância em Saúde – Vigilância de A a Z em <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/vigilancia-de-a-a-z>.

- O município, embora considerado como área endêmica para esquistossomose ²⁰⁶, realizou 77% dos exames coproscópicos preconizados para diagnóstico da doença, entre janeiro e novembro de 2016; menos de 1% foi positivo, com tratamento de 100%;
- Registrou 5 casos novos de hanseníase em 2016; identificou 19 contatos intradomiciliares e examinou 10(53%); na avaliação dos 15 casos diagnosticados em 2014 e 2015, 11(73%) foram encerrados por cura, 2(13%) por abandono e 2 encontram-se com encerramento pendente no sistema;
- Registrou em 2016: 4 casos de Aids, 2 casos de gestantes HIV+ e 3 casos de crianças expostas ²⁰⁷.
- Entre janeiro e novembro de 2016, o município registrou 15 casos confirmados de Leishmaniose Tegumentar, sendo 7 pelo critério clínico-laboratorial e 8 pelo clínico-epidemiológico e não registrou casos de Leishmaniose Visceral;
- Com relação à raiva, o município registrou 93 atendimentos antirrábicos, envolvendo como animais agressores: cão (73), gato (17) e outro animal (3);
- O município, em 2016, registrou 12 casos novos de tuberculose, realizando teste rápido anti-HIV em 42% destes; identificou 26 contatos e 3,8% foram examinados;

Registro de óbitos

Mensalmente, são esperados, em média, 39 óbitos²⁰⁸ em **União dos Palmares**. Alcançar esse número é fundamental para garantir que o município receba recursos financeiros do PFVS, transferidos pelo FNS. Para isso as equipes de atenção à saúde e de vigilância devem realizar de forma contínua a busca ativa de óbitos, a fim de alcançar cobertura satisfatória ($\geq 90\%$), além da captação do óbito e registro oportuno (em até 60 dias) no Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM). Além disso, devem ser criados mecanismos para a regularização dos cemitérios locais e registro adequado dos sepultamentos realizados, retroalimentando à SMS.

A maioria das mortes entre os residentes de **União dos Palmares** ocorreu pelos Homicídios (10,23%), seguido pelas Causas mal definidas (9,81%), pelas Doenças cerebrovasculares (7,89%) e pelo Infarto agudo do miocárdio (6,18%). As causas mal definidas necessitam de investigação epidemiológica, a fim de esclarecer a (s) causa(s) envolvidas no desfecho. Especial atenção deve ser dada

²⁰⁶ Área reconhecidamente de transmissão para esquistossomose, de grande extensão, contínua, dentro de um município.

²⁰⁷ Crianças expostas são aquelas cujas mães são HIV + e que necessitam de acompanhamento clínico por parte do setor saúde.

²⁰⁸ Estimativa para o ano de 2016.

em relação ao combate à mortalidade infantil e fetal, uma vez que é persistente a ocorrência de tais óbitos, necessitando, portanto, de maior intervenção municipal.

O município e a oferta de atenção à saúde

Atenção primária

A cobertura da rede de atenção primária em Alagoas, considerando a estratégia saúde da família (ESF)²⁰⁹ corresponde a 76%, com variações entre as duas macrorregiões e as regiões de saúde.

O município de **União dos Palmares** registra 100% de cobertura da sua população com a estratégia saúde da família (ESF) por meio da atuação de 16 equipes de saúde, com a presença de 2 profissionais do Programa Mais Médicos²¹⁰. Dispõe de 2 Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF)²¹¹ e conta com 8 pontos de acesso ao Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes, importante estratégia de teleconsultoria, telediagnóstico e tele-educação²¹². O município não dispõe de academia de saúde que é um espaço dotado de equipamentos, estrutura e profissionais qualificados, voltado à promoção da saúde e produção do cuidado e de modos de vida saudáveis da população²¹³.

Média e alta complexidade

União dos Palmares não dispõe de serviços de urgência e emergência pré-hospitalar, utilizando como referência a Unidade de Pronto Atendimento – UPA 24h de Maceió (Bairro Benedito Bentes).

Para os casos de urgência e emergência hospitalar tem, sob gestão municipal, o Hospital São Vicente de Paulo, com 57 leitos sendo: 10 em clínica médica, 6 em clínica pediátrica, 15 em cirurgia geral, 3 em ortopediatria/traumatologia, 8 para cirurgia obstétrica e 15 em obstetrícia clínica; dispõe dos serviços de radiologia, ultrassonografia, endoscopia, eletrocardiograma e laboratório clínico. Tem como referência o Hospital Geral do Estado, em Maceió.

Atenção materno-infantil

União dos Palmares dispõe de maternidade de referência para a assistência materno-infantil (risco habitual), com 20 leitos obstétricos, referenciando o alto risco para o Hospital Universitário.

²⁰⁹ Para mais informações sobre a atenção básica acessar <http://dab.saude.gov.br/portaldab/index.php>.

²¹⁰ Para saber mais sobre o Programa acessar <http://maismedicos.gov.br/>.

²¹¹ Para mais informações sobre o NASF acessar http://dab.saude.gov.br/portaldab/nasf_perguntas_frequentes.php.

²¹² Para conhecer melhor o telessaúde acessar http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/notas_tecnicas/Nota_Tecnica_Diretrizes_Telessaude.pdf.

²¹³ Sobre academia de saúde acessar http://portalsaude.saude.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=13812&Itemid=766.

No tocante ao monitoramento da ocorrência de óbitos, **União dos Palmares**, no período 2012/2015, registrou significativo número de óbitos infantis nos 4 anos da série: 16 em 2012, 18 em 2013, 13 em 2014 e 12 em 2015. Em 2016 são 11 óbitos, até agosto. Em todo o período registrou entre 1 e 2 óbitos maternos, em 2016 não há ocorrência, cabendo ficar atento à ausência desse evento, no sentido de avaliar o silêncio do município. No grupo de mulheres em idade fértil (MIF) foram 17 óbitos em 2016. Há referência a óbitos fetais em todos os anos, também em número significativo: 16 em 2012, 12 em 2013, 16 em 2014 e 17 em 2015. Em 2016 são 6 óbitos, até agosto. Do mesmo modo, os óbitos neonatais ocorrem em todos os anos da série, 14 em 2012, 15 em 2013, 11 em 2014 e 5 em 2015.

O município vem cumprindo em parte sua responsabilidade em relação à vigilância do óbito, deixando a desejar no tocante a não investigação de óbitos de várias categorias, particularmente para 15 óbitos com causa mal definida em 2016, sinalizando que o município não vem aproveitando todo potencial oferecido pelo conhecimento sobre os fatores determinantes, especialmente para propor e adotar medidas de prevenção e controle de situações futuras²¹⁴.

O município e a vacinação

União dos Palmares em 2016, até outubro, não alcançou cobertura vacinal adequada para nenhuma das 7 vacinas²¹⁵ que compõem o calendário básico de vacinação da criança.

Na campanha de vacinação contra a influenza, alcançou a cobertura preconizada, sendo 98,94% em maiores de 60 anos, 80% em menores de 2 anos e 66% para gestantes.

O município e a saúde do trabalhador

No âmbito da vigilância em saúde do trabalhador²¹⁶, o município de **União dos Palmares**, no período de 2011 a 2015, registrou 56 casos de agravos relacionados ao trabalho, sendo: 9 em 2011; 14 em 2012; 14 em 2013; 6 em 2014; e 13 em 2015.

²¹⁴ Para mais informações sobre vigilância do óbito acessar <http://svs.aids.gov.br/cgiae/vigilancia/>.

²¹⁵ BCG; Meningocócica C conjugada; Pentavalente (difteria, tétano, coqueluche, Haemophilus influenzae b, hepatite B); Pneumocócica 10 valente; Poliomielite injetável; Rotavírus; e Tríplice viral (sarampo, caxumba e rubéola).

²¹⁶ Para mais informações sobre este tema ver Portaria nº 1.823, de 23/8/2012. Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1823_23_08_2012.html.

O município e a vigilância da qualidade da água para consumo humano

No tocante à vigilância em saúde ambiental a questão da vigilância da qualidade da água para o consumo²¹⁷ tem como referencial um mínimo de análises, conforme estabelecido pela Diretriz Nacional do Plano de Amostragem. Nessa perspectiva, **União dos Palmares**, em 2016, realizou 44% das 204 análises de cloro residual livre, e 28% das 204 análises para turbidez.

O município e a vigilância sanitária

Com relação à vigilância sanitária²¹⁸ o município de **União dos Palmares** dispõe de Plano de Ação para o ano de 2016, executa ações de baixo risco em vigilância sanitária de alimentos, emite alvará sanitário de alimentos e medicamentos e elabora processo administrativo.

O município possui código sanitário.

O município e a participação social no SUS

O Conselho de Saúde é uma instância colegiada, deliberativa e permanente do SUS, em cada esfera de Governo, integrando a estrutura organizacional de cada órgão gestor nessas esferas, com composição, organização e competências fixadas na Lei nº 8.142/90²¹⁹. São espaços de participação da comunidade nas políticas públicas e na administração da saúde, atuando na formulação e proposição de estratégias e no controle da execução das Políticas de Saúde, inclusive nos seus aspectos econômicos e financeiros.

O Conselho Municipal de Saúde do município de **União dos Palmares**, segundo informação disponível na SESA²²⁰, está com toda a documentação atualizada, seguindo, assim, diretrizes emanadas do Conselho Nacional de Saúde²²¹, inclusive no tocante à capacitação dos conselheiros.

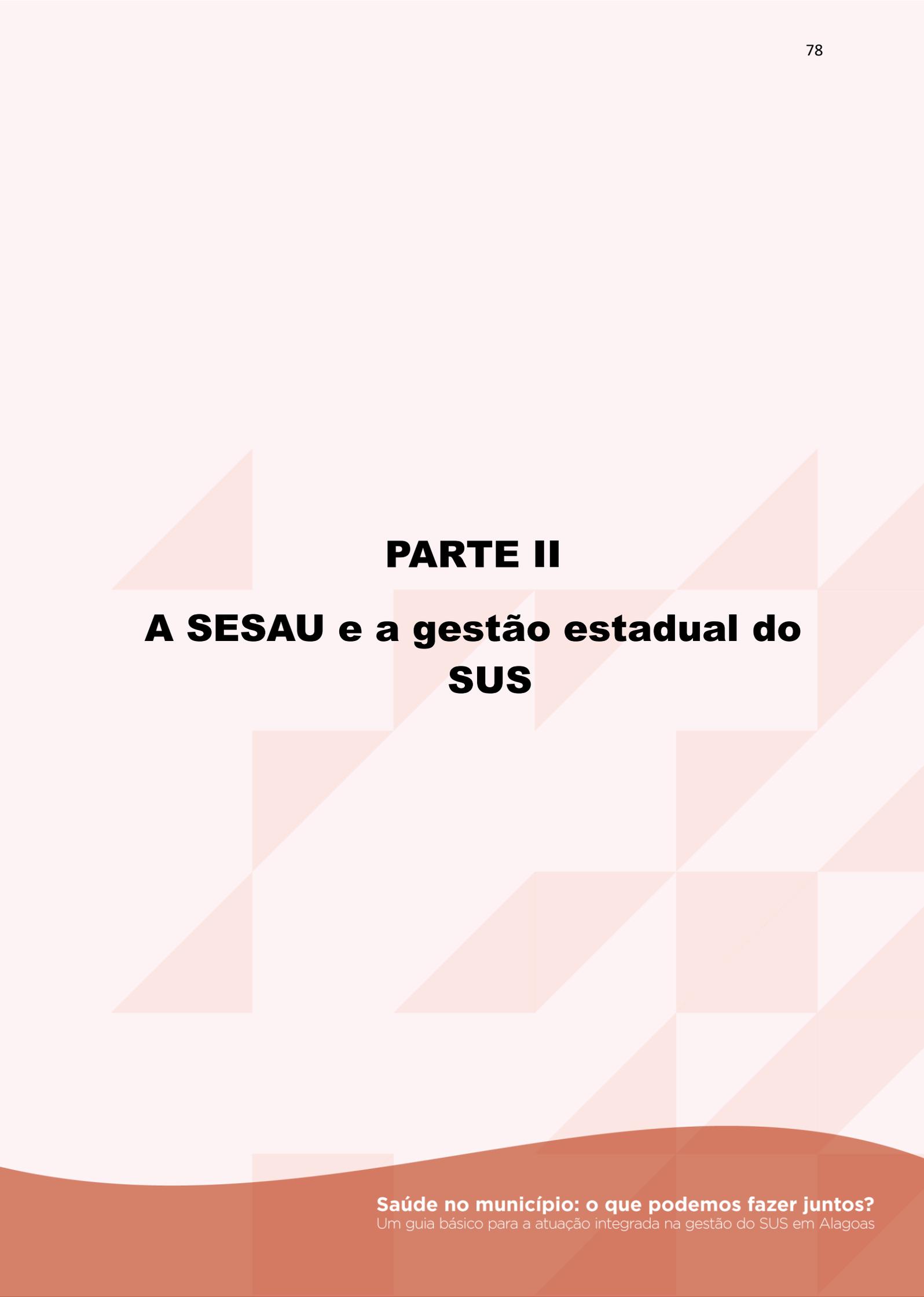
²¹⁷ Para mais informações sobre qualidade da água para consumo humano ver Portaria nº 2.914, de 12/12/2011. Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2914_12_12_2011.html.

²¹⁸ Informações disponíveis no FORMSUS da Gerência de Vigilância Sanitária. Para mais informações sobre o tema acessar http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0475_31_03_2014.html

²¹⁹ Lei nº 8.142, de 28/12/1990, disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm.

²²⁰ Resolução nº 453, de 10/5/2012, disponível em http://conselho.saude.gov.br/web_siacs/docs/Reso453.pdf.

²²¹ Cadastro dos Conselhos Municipais de Saúde, organizado pela Gerência de Gestão Regional e Participação Social – GERPS, da Superintendência de Planejamento, Gestão e Participação Social – SUPLAG.



PARTE II

A SESAU e a gestão estadual do SUS

A SESAU: estrutura e serviços sob gestão estadual

Estrutura e equipe

A SESAU, órgão gestor estadual do SUS em Alagoas, tem em sua estrutura macro 2 Secretarias Executivas e 5 Superintendências (<http://www.saude.al.gov.br/acesso-a-informacao/institucional/secretaria/>):

- Secretaria Executiva de Saúde: Rosimeire Rodrigues Cavalcanti;
- Secretaria Executiva de Gestão Interna: José Ediberto de Omena;
- Superintendência Administrativa: Mônica Lins Medeiros;
- Superintendência de Atenção à Saúde: Rogério Barboza;
- Superintendência de Planejamento, Gestão e Participação Social: Manoela Lima Mendes;
- Superintendência de Planejamento, Orçamento, Finanças e Contabilidade: Emanuelle Nogueira Medeiros Trindade;
- Superintendência de Regulação e Auditoria: D'Narte Bastos;
- Superintendência de Vigilância em Saúde: Cristina Maria Vieira da Rocha.
- Chefe do Gabinete: Lucas de Goes Gerbase
- Fundo Estadual de Saúde: Fábio Luiz (<http://www.saude.al.gov.br/fundo-estadual-de-saude-fes/>).
- Comissão Integrestores Bipartite (<http://www.saude.al.gov.br/comissao-integrestores-bipartite-cib/>).
- Conselho Estadual de Saúde (<http://www.saude.al.gov.br/conselho-estadual-de-saude-ces/>).

O PES 2016-2019

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 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.

Este documento foi elaborado coletivamente e traz em sua formulação dois eixos, dezesseis diretrizes, 181 metas, representando as intenções do setor Saúde em dar resposta aos principais anseios da população quanto ao atendimento de suas necessidades:

Eixo de Atuação 1: 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 2: 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.

A íntegra do Plano encontra-se disponível no link: <http://cidadao.saude.al.gov.br/wp-content/uploads/2014/07/Programa%20Anual-de-Saude-PAS-2016.pdf>

Unidades de saúde sob gestão estadual

A maioria das unidades de saúde sob gestão estadual estão localizadas na Capital, mas há serviços no interior do Estado, inclusive em regiões do alto sertão, como a 10ª RS. Esses serviços são de grande importância no contexto do SUS no Estado, desde centro de referência, laboratórios, unidades de atendimento de urgências clínicas 24 horas, até hospitais de alta complexidade, funcionando como única referência para determinadas especialidades, como descrito a seguir²²²:

- **O Hospital Geral do Estado Osvaldo Brandão Vilela (HGE)**, localizado

²²² Fonte: CNES/Datasus, dados tabulados em 22 de Dezembro de 2016. Dados sujeitos à alteração.

em Maceió (1ª RS), é referência para todo Estado no atendimento às urgências e emergências, dispõe de 250 leitos, sendo 15 de UTI, tendo como linhas de cuidado prioritárias a traumatologia, infarto agudo do miocárdio (IAM) e acidente vascular cerebral (AVC) (<http://www.saude.al.gov.br/hospitais/hospital-geral-do-estado-hge/>); (<http://cidadao.saude.al.gov.br/unidades/hospitais/hospital-geral-do-estado/>).

- O **Hospital de Emergência Daniel Houly (HEDH)**, localizado em Arapiraca (7ª RS), é referência para 2ª macrorregião de saúde no atendimento nas áreas de Média e Alta Complexidade, atendendo emergências provocadas por causa externas, como vítimas de acidentes de trânsito, de ferimentos por arma de fogo ou arma branca, queimaduras, afogamentos, quedas e envenenamentos; (<http://www.saude.al.gov.br/hospitais/unidade-de-emergencia-do-agreste/>); (<http://cidadao.saude.al.gov.br/unidades/hospitais/unid-de-emerg-do-agreste/>).
- O **Hospital Geral Ib Gatto Falcão**, localizado em Rio Largo (1ª RS), presta atendimento de urgência e emergência 24h, dispõe de 19 leitos clínicos e cirúrgicos, 11 leitos de obstetrícia e 5 leitos de pediatria, conta com maternidade, centro obstétrico, 8 leitos UCIneo e 5 leitos de atenção à saúde mental; (<http://cidadao.saude.al.gov.br/unidades/hospitais/hospital-ib-gatto-falcao/>).
- O Hospital e Maternidade **Antenor Serpa**, localizada em Delmiro Gouveia (10ª RS), oferece atenção ambulatorial de urgência 24 h, com 46 leitos e atendimento à gestante de risco habitual, internações de clínica médica, obstétrica, pediátrica e cirúrgica, ginecológica, psiquiátrica e traumas; (<http://cidadao.saude.al.gov.br/unidades/hospitais/u-mista-dr-antenor-serpa/>).
- A **Unidade Mista Senador Arnon Afonso Farias de Melo**, localizada em Piranhas (10ª RS), presta atendimento ambulatorial de urgência 24h, dispõe de 39 leitos e atendimento a gestante de risco habitual, internações de clínica médica, obstétrica e pediátrica; (<http://cidadao.saude.al.gov.br/unidades/hospitais/unid-mista-arnon-de-melo/>).
- A **Unidade Mista Quitéria Bezerra de Melo**, localizada em Água Branca (10ª RS), dispõe de atendimento ambulatorial de urgência 24h, com 32 leitos com atendimento em clínica médica, obstétrica e pediátrica. (<http://cidadao.saude.al.gov.br/unidades/hospitais/u-m-dra-queria-bezerra/>).
- A **Clínica Infantil Daisy Breda**, localizada em Maceió (1ª RS), é uma referência em assistência pediátrica, dispõe de 24 leitos para internações destinadas a crianças de 0 a 12 anos, oferecendo atendimento 24 horas;

(<http://cidadao.saude.al.gov.br/unidades/ambulatorios/>).

- O **Ambulatório 24hs ASSIS CHATEAUBRIAND**, localizado em Maceió, bairro do Tabuleiro (1ª RS), dispõe de atendimento ambulatorial de urgência 24h, para adultos e crianças; (<http://cidadao.saude.al.gov.br/unidades/ambulatorios/>).
- O Ambulatório 24hs **DENILMA BULHÕES**, localizado em Maceió, bairro do Benedito Bentes (1ª RS), dispõe de atendimento ambulatorial de urgência 24h, para adultos e crianças; (<http://cidadao.saude.al.gov.br/unidades/ambulatorios/>).
- O Ambulatório 24hs **MIGUEL FENELON CÂMARA**, localizado em Maceió, bairro de Chã da Jaqueira (1ª RS), dispõe de atendimento ambulatorial de urgência 24h, para adultos e crianças; (<http://cidadao.saude.al.gov.br/unidades/ambulatorios/>).
- O Ambulatório 24hs **NOÉLIA LESSA**, localizado em Maceió, BAIRRO DA LEVADA (1ª RS), dispõe de atendimento ambulatorial de urgência 24h, para adultos e crianças; (<http://cidadao.saude.al.gov.br/unidades/ambulatorios/>).
- Ambulatório 24hs **JOÃO FIREMAN**, localizado em Maceió, bairro Jacintinho (1ª RS), dispõe de atendimento ambulatorial de urgência 24h, para adultos e crianças; (<http://cidadao.saude.al.gov.br/unidades/ambulatorios/>).
- **Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU**, que é um dos únicos do País que está estrategicamente instalado em todo o território alagoano, com uma Base Descentralizada a cada 30 km, visando oferecer a população um atendimento pré-hospitalar eficiente. Atualmente o Samu dispõe, de duas Centrais de atendimento, em Maceió (1ª RS), e Arapiraca (7ª RS), e que regulam 35 bases descentralizadas; (<http://cidadao.saude.al.gov.br/unidades/samu/>).
- **Hemorrede Pública de Alagoas – HEMOAL** em Maceió (1ª RS), e **HEMOAR, em Arapiraca (7ª RS)**, que integra as diretrizes do Programa Nacional do Sangue e Hemoderivados (Pró-Sangue) Tem por objetivo garantir a população fornecimento de sangue e hemocomponentes em qualidade e quantidade necessárias à demanda transfusional das unidades públicas de saúde, prestar serviços assistenciais nas áreas de hematologia e hemoterapia, bem como assegurar programas de pesquisa e ensino; (<http://cidadao.saude.al.gov.br/unidades/hemorrede/>).
- O **Laboratório de Saúde Pública – LACEN**, unidade ligada à Superintendência de Vigilância em Saúde, em Maceió (1ª RS) e que tem como objetivo apoiar o sistema de Vigilância Epidemiológica e Vigilância Sanitária; participando da Rede Nacional de Laboratórios de Saúde Pública; (<http://www.lacen.al.gov.br/historia/>).

Também sob gestão estadual, mas vinculados à Universidade Estadual de Ciências da Saúde (UNCISAL), funcionando como campo de estágio para graduação e pós-graduação, bem como para cursos técnicos da área de enfermagem em nutrição, tem-se 3 unidades assistenciais e 3 unidades de apoio assistencial, a saber:

- O **Hospital Escola Portugal Ramalho (HEPR)**, localizado em Maceió (1ª RS), oferta serviço de emergência psiquiátrica 24h; 160 leitos para internação; ambulatório; unidades de atenção psiquiátricas e atenção álcool e drogas;
- O **Hospital Escola Hélio Auto (HEHA)**, localizado em Maceió (1ª RS), é o único hospital público de referência para o tratamento de doenças infecto contagiosas, ambulatório, pronto-atendimento em urgência e emergência e internação, com 106 leitos, sendo 22 para infectologia pediátrica, 77 para adultos e 7 para UTI;
- A **Maternidade Escola Santa Mônica (MESM)**, localizada em Maceió (1ª RS), é referência estadual para a gestante e recém-nascido de alto risco, com 102 leitos para assistência obstétrica e ginecológica, 72 leitos de UTIn, UCIn e UCInca de média e alta complexidade, ambulatório, pronto-atendimento em urgência e emergência e internações hospitalares;
- O **Centro de Patologia e Medicina Laboratorial (CPML)**, localizado em Maceió (1ª RS), é unidade de apoio diagnóstico para o HGE, a MESM e o HEHA, funcionando 24h, realiza procedimentos nas áreas de bioquímica, hematologia, uroanálises, parasitologia, microbiologia, imunologia, hormônio, marcadores tumorais, anátomo-patologia e cito-patologia clínica, além de exames complementares para auxiliar no diagnóstico das necropsias para o Serviço de Verificação de Óbitos (SVO);
- O **Centro Especializado em Reabilitação (CER)** do tipo III, localizado em Maceió (1ª RS), oferta atenção ambulatorial especializada em reabilitação auditiva, física e intelectual, sendo referência para a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD) para os 12 municípios da 1ª RS, sendo a única unidade no estado na distribuição de aparelhos auditivos para o SUS;
- O **Serviço de Verificação de Óbitos (SVO)**, localizado em Maceió (1ª RS), é responsável por investigar os óbitos clínicos de causa indefinida.

Novos serviços:

Ao ser elaborado o Plano Estadual de Saúde, a partir dos indicadores de saúde, que demonstram as nossas maiores necessidades, procuramos atender os grandes vazios assistenciais existentes na saúde de Alagoas. Para isso, fomos às 10 regiões de saúde e elaboramos proposta de novos serviços, que se encontram em andamento:

- 1- Ampliação/ Reforma de unidades nas regiões de saúde aonde não existe hospital regional:
 - a. 2ª Região de Saúde – em Porto Calvo construção de uma nova unidade hospitalar com 108 leitos, contando com leitos de clínica médica, cirurgias de pequeno e médio porte, UTI adulto, nefrologia, exames de diagnóstico.
 - b. 3ª Região de Saúde – em União dos Palmares, ampliação de unidade para 118 leitos, com centro cirúrgico para cirurgias de média e alta complexidade, UTI adulto e neonatal.
 - c. 4ª Região de Saúde – em Viçosa, construção de uma nova unidade hospitalar com 102 leitos, contando com leitos de clínica médica, cirurgias de pequeno e médio porte, UTI adulto, nefrologia, exames de diagnóstico.
- 2- Construção/Reforma objetivando a implantação de 10 Centros de Referência de Especialidades e de Diagnóstico, um por Região de Saúde, com ambulatório de especialidades médicas e exames de diagnóstico. Essas unidades objetivam suprir as deficiências entre a atenção primária e a média complexidade, ampliando o acesso e reduzindo a dependência com Maceió, com previsão de capacidade para atender 5.000 consultas/mês e 25.000 exames/mês
- 3- Reforma para adequação dos 4 ambulatórios 24hs sob gestão estadual em UPA, na capital, nos bairros do Jacintinho, Chã da Jaqueira, Denilma Bulhões e Tabuleiro dos Martins.
- 4- Reforma e ampliação de serviços no Hospital Geral do Estado – ampliação de 20 leitos de UTI e implantação de serviços de alta complexidade, como cirurgia cardíaca, urologia, neuro intervenção. Já foi implantado Unidade de AVC, Unidade para Infarto Agudo do Miocárdio, ampliação do atendimento de cirurgia vascular e ortopedia.
- 5- Conclusão da ampliação da Unidade de Emergência Daniel Houly em Arapiraca. A unidade passará a contar com 118 leitos, triplicando os atuais 40 leitos, bem como a ampliação de 7 leitos de UTI, para 21 leitos, incluindo uma Unidade de AVC. Também será implantado serviços de alta complexidade.
- 6- Construção de 3 novas unidades hospitalares em Maceió:

- a. Hospital da Mulher – na parte alta de Maceió, no Benedito Bentes, com 180 leitos, voltado para alta complexidade, com leitos de UTI e ala de Maternidade.
- b. Hospital da Criança – anexo ao Hospital da Mulher, voltado exclusivamente para o público infantil.
- c. Maternidade de Risco Habitual na parte baixa da cidade, anexo à Maternidade Escola Santa Mônica, com 120 leitos para gestação de baixo risco.
- d. Hospital de Clínicas – na parte alta, onde hoje encontra-se o Hospital Escola Portugal Ramalho, sendo voltado para a área clínica do adulto de média e alta complexidade, incluindo leitos de saúde mental e emergência psiquiátrica, a primeira do estado a ser estruturada para tal.

7- Conclusão das reformas das Unidades sob gestão da UNCISAL:

- a. Hospital Escola Hélvio Auto, com implantação de 20 leitos de cuidados prolongados.
- b. Centro de Reabilitação – CER, em fase de iniciar as obras.
- c. Serviço de Verificação de óbitos – com ampliação da capacidade de atendimento.
- d. CPML – Laboratório de Patologia e Medicina Laboratorial, com ampliação de serviços.

Os projetos acima citados têm respaldo financeiro para as obras do FECOEP e Emendas Parlamentares, bem como para equipamentos. O custeio vem sendo discutido em um grupo de trabalho com o MS.

Prontuário eletrônico²²³

O e-SUS-AB é uma estratégia do Ministério da Saúde para operacionalização do Sistema de Informação em Saúde da Atenção Básica (SISAB), que em janeiro de 2016 passou a ser o sistema vigente utilizado pela atenção básica para coletar dados de ações de saúde produzidas pelas equipes da Estratégia Saúde da Família e Unidades Básicas de Saúde (modelo tradicional), além de incorporar novos programas inseridos no contexto da atenção básica.

O sistema foi implantado há mais de 3 anos nos 102 municípios, sendo que 96 desses estão utilizando fichas preenchidas pelos profissionais, que são posteriormente digitadas no Sistema de Coleta de Dados Simplificado (CDS) e no Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC), cuja função é transmitir e gerar relatórios

²²³ Situação atual de implantação do prontuário eletrônico/ e-SUS em Alagoas até novembro de 2016.

das fichas digitadas, 1 município implantou o PEC em sua totalidade e 5 estão utilizando as duas formas.

Em outubro de 2016 foi disponibilizado pelo Ministério da Saúde a versão 2.1 do e-SUS Atenção Básica e foi dado um prazo para que todos os municípios brasileiros adotassem o prontuário eletrônico e que o pagamento do Piso Variável da Atenção Básica ficaria condicionado ao envio das informações por meio do prontuário eletrônico.

A SESAU, em novembro de 2016, capacitou técnicos de 93 municípios (Coordenador da Atenção Básica, Coordenador de Saúde Bucal e Responsável Técnico pela implantação do e-SUS) para implantação do PEC. Estiveram ausentes representantes dos seguintes municípios: Campestre, Colônia Leopoldina, Feliz Deserto, Jequiá da Praia, Maravilha, Ouro Branco, Passo de Camaragibe, Tanque D'arca, Girau do Ponciano.

Uma outra proposta da SESAU é contribuir com o financiamento de equipamentos de informática, para melhor efetivação dessa ação.

Redes de atenção à saúde

1- Rede de Urgência e Emergência – RUE

A RUE foi instituída em 2011 pelo Ministério da Saúde²²⁴ com o intuito de organizar no âmbito do SUS, estruturar e fortalecer a atenção à urgência e emergência com foco no acolhimento do paciente e sua inserção no Sistema.

A gestão estadual do SUS em Alagoas conta com assistência pré-hospitalar fixa e móvel e assistência hospitalar.

A RUE desenhada por RS define 'porta de entrada', 'leitos de retaguarda', 'leitos de UTI', unidades do SAMU, UPAs e 'atenção domiciliar', da seguinte forma:

- 1ª RS: HGE (porta de entrada); Hospital do Açúcar e Hospital Sanatório (leitos de retaguarda); Hospital do Açúcar (leitos de UTI); SAMU (Maceió, Barra de Santo Antônio, Marechal Deodoro e Rio Largo); UPA (Marechal Deodoro, Maceió – Trapiche e Maceió – Benedito Bentes); e atenção domiciliar (Maceió e Marechal Deodoro);
- 2ª RS: Hospital de Porto Calvo (leitos de retaguarda), UPA (Maragogi);
- 3ª RS: Hospital São Vicente de Paula – União dos Palmares (leitos de retaguarda); SAMU (Colônia de Leopoldina, Joaquim Gomes, União dos Palmares e Murici); e atenção domiciliar (União dos Palmares);

²²⁴ Portarias nº 1.600 de 7 de julho de 2011 e nº 2.395, de 11 de outubro de 2011.

- 4ª RS: Hospital João Lira Filho – Atalaia e Hospital Municipal de Viçosa (leitos de retaguarda); SAMU (Viçosa); UPA (Viçosa); e atenção domiciliar (Viçosa e Atalaia);
- 5ª RS: Santa Casa de Misericórdia de São Miguel dos Campos (porta de entrada – linha de cuidado traumatologia-ortopedia); Santa Casa de Misericórdia de São Miguel dos Campos (leitos de retaguarda); Santa Casa de Misericórdia de São Miguel dos Campos (leitos de UTI); SAMU (São Miguel dos Campos, Teotônio Vilela e Campo Alegre); e atenção domiciliar (São Miguel dos Campos, Teotônio Vilela e Campo Alegre); UPA (São Miguel dos Campos);
- 6ª RS: Santa Casa de Misericórdia de Penedo (porta de entrada – linha de cuidado traumatologia-ortopedia); Santa Casa de Misericórdia de Penedo (leitos de retaguarda); Hospital Carvalho Beltrão - Coruripe (leitos de UTI); SAMU (Coruripe, Penedo e Porto Real do Colégio); e UPA (Penedo e Coruripe);
- 7ª RS: Unidade de Emergência Daniel Houly e Hospital Regional - Arapiraca (porta de entrada); Hospital Chama - Arapiraca (leitos de retaguarda); Hospital Chama (leitos de UTI); SAMU (Arapiraca, Girau do Ponciano, São Sebastião, Batalha e Traipu); e atenção domiciliar (Arapiraca e Girau do Ponciano);
- 8ª RS: Hospital Santa Rita – Palmeira dos Índios (porta de entrada); Hospital Santa Rita (leitos de retaguarda); Hospital Santa Rita (leitos de UTI); UPA (Palmeira dos Índios); e atenção domiciliar (Palmeira dos Índios);
- 9ª RS: Hospital Clodolfo Rodrigues – Santana do Ipanema (leitos de retaguarda); Hospital Clodolfo Rodrigues (leitos de UTI); SAMU (Pão de Açúcar, São José da Tapera, Santana do Ipanema e Ouro Branco); atenção domiciliar (Santana do Ipanema);
- 10ª RS: Hospital Antenor Serpa – Delmiro Gouveia (leitos de retaguarda); SAMU (Mata Grande, Inhapi, Piranhas, Olho D'Água do Casado e Delmiro Gouveia); UPA (Delmiro Gouveia).

2- Hemorrede

A Hemorrede pública de Alagoas, criada em 1981, é formada pelas seguintes unidades (<http://www.saude.al.gov.br/hemorrede/>):

- Hemocentro de Alagoas (HEMOAL), que coordena a rede e possui 2 unidades em Maceió;
- Hemocentro Regional de Arapiraca (HEMOAR);

- Unidade de Coleta e Transfusão (UCT), sendo 1 no Hospital de Açúcar, em Maceió, e 1 em Coruripe;
- Núcleo de Hemoterapia no Hospital Universitário Alberto Antunes da Univesidade Federal de Alagoas; e
- Agência transfusional: 8 agências distribuídas no Estado, em Maceió, Arapiraca, São Miguel dos Campos, Palmeira dos Índios, Santana do Ipanema, União dos Palmares e Penedo.

A Hemorrede garante o fornecimento de sangue e hemocomponentes em quantidade e com qualidade necessárias a demanda transfusional das unidades públicas de saúde, abastecendo 21 hospitais conveniados ao SUS. Presta serviços assistenciais nas áreas de hematologia e hemoterapia; realiza cadastro de voluntários para a realização de transplantes de medula óssea, além de assegurar programas de ensino e pesquisa à sociedade acadêmica.

Em outubro de 2015 foi disponibilizado um aplicativo para Android “Doe Mais”, baixado pela plataforma Google Play, para facilitar a doação voluntária de sangue, possibilitando maior interação e divulgação dos pré-requisitos para se tornar um doador, além de viabilizar o agendamento da doação e informar sobre locais de coletas externas²²⁵ (<http://agenciaalagoas.al.gov.br/noticia/item/10119-aplicativo-doe-mais-vira-case-de-sucesso-durante-semana-de-ciencia-e-tecnologia>).

3- Rede Materna e Infantil – Rede Cegonha

A Rede Cegonha²²⁶ conta com serviços de referência para atendimento ao risco habitual e ao alto risco, casas de parto e centros de parto normal para assistência materno-infantil, além de leitos neonatais complementares: UTI Neonatal (UTIN), Unidade de Cuidados Intensivos Neonatal (UCIN). Os serviços estão distribuídos de forma regionalizada e têm o acesso regulado de acordo com um Mapa de Vinculação implantado e com um Protocolo de Encaminhamento. Para mais informações sobre o Mapa de vinculação da Rede Cegonha em Alagoas²²⁷.

- Na 1ª RS 9 serviços (279 leitos) em 4 municípios: (i) **Maceió**: 2 serviços para o alto risco (Maternidade Santa Mônica e Hospital Universitário); e 4 serviços para o risco habitual (Hosp. Nossa Senhora da Guia; Casa de Saúde Santo Antônio; Hospital do Açúcar; Casa de Saúde e Maternidade Nossa Senhora de Fátima); (ii) **Rio Largo**: 1 serviço para o risco habitual (Hospital Ib Gatto); (iii) **Pilar**: 1 Casa de Parto Normal (Maternidade Armando Lages); (iv) **Flexeiras**: 1 Casa de Parto (Unidade Mista Elpídio de Albuquerque);

²²⁵ Para saber mais sobre o aplicativo acessar <http://www.saude.al.gov.br/wp-content/uploads/2016/07/Mapa-de-Vincula%C3%A7%C3%A3o-Rede-Cegonha.pdf>.

²²⁶ Adesão feita em 2011, conforme Portaria MS nº 1.459 de 24 de junho de 2011.

²²⁷ Para mais informações sobre o mapa de vinculação acessar <http://www.saude.al.gov.br/wp-content/uploads/2016/07/Mapa-de-Vincula%C3%A7%C3%A3o-Rede-Cegonha.pdf>.

- Na 2ª RS 4 serviços (15 leitos) em 4 municípios: (i) **São Luiz do Quitunde**: 1 Casa de Parto (Hospital José Augusto); (ii) **Porto Calvo**: 1 referência de risco habitual (Hospital Municipal); (iii) **Matriz de Camaragibe**: 1 CPN (Hospital Luís Arruda); (iv) **Maragogi**: 1 CPN (Unidade Mista Maria Vicente Lira);
- Na 3ª RS 5 serviços (29 leitos) em 5 municípios: (i) **União dos Palmares**: 1 referência de risco habitual (Hospital São Vicente de Paulo); (ii) **Murici**: 1 CPN (Unidade Mista Dagoberto Omena); (iii) **Ibateguara**: 1 Casa de Parto (Maternidade Mariano de Oliveira); (iv) **Colônia Leopoldina**: 1 Casa de Parto (Unidade Mista Maria Loreiro Cavalcante); e (v) **São José da Laje**: 1 CPN (Unidade Mista Arthur Camelo Veras);
- Na 4ª RS 6 serviços (22 leitos) em 6 municípios: (i) **Joaquim Gomes**: 1 Casa de Parto (Unidade Mista Ana Anita Gomes Fragoso); (ii) **Atalaia**: 1 Casa de Parto (Serviço de Urgência da Unidade Hospitalar João Lyra Filho); (iii) **Cajueiro**: 1 CPN (Unidade Mista Augusto D. Cardoso); (iv) **Capela**: 1 Casa de Parto (Hospital Municipal José Vânio de Barros); (v) **Quebrangulo**: 1 Casa de Parto (Unidade Hospitalar de Quebrangulo); (vi) **Viçosa**: 1 CPN (Hospital Municipal);
- Na 5ª RS 5 serviços (36 leitos) em 5 municípios: (i) **Teotônio Vilela**: 1 CPN (Unidade Mista N. Senhora das Graças); (ii) **Campo Alegre**: 1 CPN (Unidade Mista Arnon de Melo); (iii) **Boca da Mata**: 1 Casa de Parto (Hospital Municipal); (iv) **Junqueiro**: 1 Casa de Parto (Hospital Municipal); (v) **São Miguel dos Campos**: 1 referência para o risco habitual (Santa Casa do município);
- Na 6ª RS contamos com 02 serviços (55 leitos) em 02 municípios: (i) **Coruripe**: Maternidade de Referência para partos de Risco Habitual (-Carvalho Beltrão Serviço de Saúde Ltda.); (ii) **Penedo** maternidade de Risco Habitual na Santa Casa de Misericórdia;
- Na 7ª RS 07 serviços (79 leitos) em 06 municípios: (i) **Arapiraca**: Maternidades de Risco Habitual (Casa de Saúde e Maternidade Nossa Senhora de Fátima Ltda.) e no (Hospital Regional de Arapiraca);(ii)**Batalha**: 01 CPN (Unidade Mista Antônio Vieira Filho);(iii) **Craíbas**: 1 Casa de Parto (Casa Maternal Frei Damião);(iv) **Girau do Ponciano**: Casa de Parto (Hospital José Enoque Barros);(v) **Jaramataia**: 1 CPN (Casa de Parto Normal Nossa Senhora da Conceição);(vi)**São Sebastião**: 1 Casa de Parto (Casa de Parto Normal Nossa Senhora da Penha);
- Na 8ª RS 01 serviços (24 leitos) em 01 município (i) **Palmeira dos Índios**: Maternidades de Risco Habitual (Hospital Regional Santa Rita); para os demais municípios a referência para partos de risco habitual é Palmeira dos Índios e para partos de alto risco Hospital Regional de Arapiraca;

- Na 9ª RS 02 serviços (30 leitos) em 02 municípios (i) **Pão de Açúcar**: 01 CPN (Unidade Mista Dr. Djalma G.dos Anjos); (ii) **Santana do Ipanema**: referência regional para partos de Risco Habitual e alto risco (Hospital Clodolfo Rodrigues de Melo);
- 10ª RS 03 serviços (21 leitos) em 03 municípios:(i) **Delmiro Gouveia**: Maternidades de Risco Habitual (Hospital Antenor Serpa);(ii) **Mata Grande**: 01 CPN (Unidade Mista Joaquim P. Vieira); (iii) **Piranhas** 01 Centro de Parto Normal (Unidade Mista Arnon de Melo).

4- Rede de Atenção Psicossocial

A Rede de Atenção Psicossocial em Alagoas com 57 Centros de Atenção Psicossocial – CAPS, habilitados pelo Ministério da Saúde, 6 equipes de consultório na rua, 15 leitos em Hospital Geral, 600 leitos em hospital especializado e 5 clínicas de internação involuntária cadastradas pela SESAU.

- 2 CAPS AD tipo II especializados em álcool, crack e outras drogas, em Palmeira dos Índios e Arapiraca;
- 1 CAPS AD tipo III especializado em álcool, crack e outras drogas, em Maceió, com atendimento 24 horas, incluindo feriados e finais de semana, ofertando retaguarda clínica e acolhimento noturno;
- 47 CAPS tipo 1 localizados em diferentes municípios;
- 15 leitos em hospital geral de Rio Largo e Murici.

A Rede de Atenção Psicossocial necessita avançar, para que os pontos de cuidados sejam implantados. O Hospital Escola Portugal Ramalho será substituído pelo Hospital de Clínicas e necessitamos ter leitos disponíveis regionalmente.

Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência

A Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência é formada por 9 Centros Especializados em Reabilitação (CER) dos tipos II, III e IV, conforme detalhado a seguir:

- 4 CER tipo II (reabilitação física e intelectual) todos em instituição filantrópica: Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE) em Maceió; Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE) em Arapiraca; Centro de Medicina Física e Reabilitação de Arapiraca (CEMFRA); e Associação Pestalozzi de Arapiraca;
- 4 CER tipo III (reabilitação física, intelectual e auditiva), sendo 2 em instituição pública e 2 em filantrópica: PAM Salgadinho, vinculado à Secretaria Municipal de Saúde de Maceió; Centro da UNCISAL; Associação dos Deficientes Físicos de Alagoas (ADEFAL); e Associação de Amigos e Pais de Pessoas Especiais (AAPPE);
- 1 CER tipo IV (reabilitação física, intelectual, auditiva e visual) em instituição filantrópica: Escola Especial Pestalozzi de Maceió.

5- Rede de laboratórios - RELAB

A RELAB é uma Rede integrada de laboratórios de saúde pública e patologia clínica formada pela parceria do Estado de Alagoas (LACEN-SESAU, CPML-UNCISAL e outros) com os 102 municípios.

Essa proposta foi apresentada em reunião da Comissão Intergestora - CIR, da 10ª Região de Saúde, tendo sido aceita, faltando a Resolução CIR e CIB, para darmos início ao projeto piloto.

O objetivo da Rede é realizar análises laboratoriais de baixa, média e alta complexidade para o SUS. Para isso, é necessário uma organização de tarefas entre as esferas de gestão, com exames sendo realizados em um município sede da região e no LACEN e CPML.

O projeto é por adesão dos municípios, e após a execução do plano piloto na 10ª região, deverá ser estendido às demais.

Serviços implantados:

1- Atendimento a oncologia

O Plano de Atenção Oncológica é um marco histórico no atendimento aos pacientes com câncer no Estado. O plano atende a Portaria MS/SAS nº 140 de 27 de fevereiro de 2011, que prevê a disponibilização de procedimentos a serem realizados pelas Unidades de Alta Complexidade em Oncologia (Unacons) e os Centros de Alta Complexidade em Oncologia (Cacons), contemplando as ações de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos a serem implantados em todo o território alagoano, respeitadas as competências de cada esfera de gestão.

As cidades de Maceió e Arapiraca são os municípios onde estão localizados os serviços habilitados pelo Ministério da Saúde, sendo a Santa Casa de Maceió, Elaborado fluxo de atendimento, que inicia na atenção Primária, com a suspeita, marcação de consulta com oncologista em um dos CACON's ou UNCAON's de referência, onde deverão ser realizados os procedimentos seguintes, de exames para o diagnóstico, biópsia e procedimentos para o tratamento, quer seja cirurgia, quimioterapia e/ou radioterapia. Os CACON's e UNACON's também são os responsáveis pelo atendimento das intercorrências e cuidados paliativos. Hospital do Açúcar, Hospital Universitário em Maceió e Hospitais Afra Barbosa e Chama em Arapiraca as unidades de referência.

Proposta de vinculação para os casos de suspeita de câncer aos serviços de referência para diagnóstico, tratamento e cuidados paliativos.

1ª RS- Maceió, referência para os I, II, III, Distritos Sanitários – Santa Casa; IV, V, VI, VII Distritos Sanitários –Hospital Universitário Professor Alberto Antunes/HUPAA. Barra de Santo Antônio, Barra de São Miguel, Coqueiro Seco, Marechal Deodoro, Paripueira, Flexeiras, Messias, Pilar, Rio largo, Santa Luzia do Norte e Satuba.

2ª RS – Referência para santa Casa: Jacuípe, Japaratinga, Maragogi, Matriz de Camaragibe, Passo de Camaragibe, Porto Calvo, Porto de Pedras, São Luís do Quitunde e São Miguel dos Milagres.

3º RS - Hospital Universitário Professor Alberto Antunes/HUPAA.

4ª RS – Santa Casa de Misericórdia de Maceió

5ª RS - Santa Casa de Misericórdia de Maceió

6ª RS - Santa Casa de Misericórdia de Maceió

7ª RS – ARAPIRACA: Hospital Afra Barbosa/ Centro Hospitalar Manoel André-CHAMA/ Santa casa, referência para os municípios de Batalha, Belo Monte, Campo Grande, Coité do Nóia, Craíbas, Feira Grande, Girau do Ponciano, Jaramataia, Lagoa da Canoa, Limoeiro de Anadia, Major Isidoro, Olho D’agua Grande, São Sebastião, Taquarana e Taquarana a referência é Hospital Afra Barbosa e Hospital Universitário Professor Alberto Antunes/HUPAA.

8ª RS - Centro Hospitalar Manoel André-CHAMA / Santa casa

9ª RS - Centro Hospitalar Manoel André-CHAMA Centro Hospitalar Manoel André-CHAMA /Santa Casa

10ª RS - Centro Hospitalar Manoel André-CHAMA/ Hospital Universitário Professor Alberto Antunes/HUPAA.

2- O sistema de regulação

A Regulação consiste em uma organização de estruturas, tecnologias e ações dirigidas aos prestadores - públicos e privados, gerentes e profissionais, de modo a viabilizar o acesso do usuário aos serviços de saúde, adequando à complexidade de seu problema aos níveis tecnológicos exigidos para uma resposta humana, oportuna, ordenada, eficiente e eficaz.

Em Alagoas, a Regulação dos serviços e ações de saúde tem sido realizadas pelos Municípios e no caso de Maceió, através do CORA. Essa regulação tem

gerado insatisfações e muitas queixas. Com a aprovação do Plano de Oncologia ficou clarificado a necessidade de uma Regulação estadual, para as situações de controle em todo o estado, como a oncologia e as Redes de Atenção à Saúde.

Dessa forma, encontra-se em fase de estudos o projeto para a implantação do Serviço de Regulação Estratégica em Saúde, com a utilização de Tele Medicina, para oferta de segunda opinião.

3- Atendimento a crianças portadoras de cardiopatia

O Projeto Coraçõzinho visa resolver questões relacionadas a falta de diagnóstico e tratamento das cardiopatias congênitas. Em 2016 foi implantada a Casa do Coraçõzinho, com atendimento ambulatorial e de diagnóstico.

O ambulatório da cardiopediatria é na Casa do Coraçõzinho na Rua Ariosvaldo Pereira Cintra, 193, Gruta de Lourdes; em frente ao Hospital do Coraçõ de Alagoas.

A consulta deverá ser agendada pelo telefone (82) 3435-3607, com a Sra Marília Monteiro, de segunda à quinta-feira no horário das 08:00 às 12:00 e das 14:00 às 17:00; e na sexta, de 08:00 às 12:00 e das 14:00 às 16:00.

As cirurgias e procedimentos são realizados no Hospital do Coraçõ, e quando não puder ser realizada em Maceió, as crianças são encaminhadas para unidades fora do estado.

Também foram realizados treinamento de equipes para realização do teste do Coraçõzinho nas maternidades do estado, com o objetivo de contribuir para a redução da taxa de mortalidade neonatal no Estado, em parceria com a Fundação CORDIAL, Hospital do Coraçõ de Alagoas e a Rede Cegonha, podendo ofertar ainda capacitações, para os colaboradores das maternidades, UCIs e UTIs Neonatal sobre a do Teste do Coraçõzinho, quando solicitado.

Uma outra ação implantada foi o projeto Coraçõ de Estudante, também em parceria com CORDIAL e Hospital do Coraçõ, que objetiva rastrear e identificar precocemente crianças em idade escolar entre 2 e 6 anos que possuam cardiopatia congênita. Uma equipe médica de cardiologistas, cirurgiões cardiovasculares, pediatras, paramédicos e acadêmicos de medicina atendem as crianças nas unidades escolares dos municípios alagoanos. O projeto iniciou pelo município de Marechal Deodoro e percorrerá o Estado de Alagoas. Qualquer criança que seja identificado um “sopro” será encaminhada para o ambulatório da Casa do Coraçõzinho para diagnóstico e acompanhamento terapêutico.

Qualquer dessas ações devem ser agendadas pelo telefone (82) 3435-3607, com a Sra Marília Monteiro, de segunda à quinta-feira no horário das 08:00 às 12:00

e das 14:00 às 17:00; e na sexta, de 08:00 às 12:00 e das 14:00 às 16:00, na sede da Fundação CORDIAL – CASA DO CORAÇÃOZINHO.

4- Atendimento ao Infarto Agudo do Miocárdio

Foi implantado no HGE o atendimento ao infarto agudo do miocárdio, inclusive o serviço de hemodinâmica. E, em 2016 implantado o atendimento à distância, utilizando a Telessaúde e em parceria do SAMU, CORDIAL, UPAS de Delmiro Gouveia e São Miguel dos Campos, devendo ser ampliada em 2017.

5- Cofinanciamento do estado de alagoas para municípios, serviços públicos, privados/filantrópicos

O Estado se responsabiliza pelo repasse de recursos aos municípios e prestadores, como interveniente em contratualização dos municípios com prestadores, ou através de Termos de Compromissos, sempre com a participação dos Municípios. Para o repasse dos recursos financeiros os prestadores devem cumprir metas e preencher critérios específicos. Os repasses serão realizados baseado nos seguintes prazos, obedecendo ao fluxo:

1. A entrega da produção para processamento deverá ser feita até o 10º dia útil do mês subsequente à produção;
2. A entrega após essa data acarretará o processamento da competência produzida para o mês seguinte;
3. O pagamento da produção, apresentada e aprovada, deverá ocorrer até o 15º (décimo quinto) dia útil do mês subsequente à apresentação.

a. Cofinanciamento para a atenção materna e infantil

O principal objetivo é estruturar e fortalecer a rede materno infantil nas 10 regiões de saúde, garantindo o acesso, com foco na qualidade de assistência ao parto e redução da morbi-mortalidade materna e neonatal precoce e tardia e da incidência de abortos evitáveis. Unidades hospitalares públicas, filantrópicas e privadas para fazer parte do Programa atendem a critérios de habilitação e se comprometem com o cumprimento de indicadores pré-estabelecidos, relacionados à redução da mortalidade neonatal e fetal, ao aumento da proporção do parto normal e a redução da morte materna. Para isso, é necessário que o Município faça adesão

a proposta com assinatura de Termo de Compromisso.

Para a atenção materno infantil é considerado a classificação por complexidade;

Maternidade de Alto Risco;

Maternidade de Risco Habitual;

Centro de Parto;

Casa de Parto.

b. Cofinanciamento para a atenção de urgência e emergência

O principal objetivo é estruturar e fortalecer a rede de atenção a urgência e emergência nas 10 regiões de saúde, garantindo o acesso, com foco na linha de cuidado e o retorno à Unidade Básica. Unidades hospitalares públicas, filantrópicas e privadas para fazer parte do Programa atendem a critérios de habilitação e se comprometem com o cumprimento de indicadores pré-estabelecidos. Para isso, é necessário que o Município faça adesão a proposta com assinatura de Termo de Compromisso.

c. Cofinanciamento de especialidades e alta complexidade

O cofinanciamento da gestão estadual do SUS tem como principal objetivo viabilizar o Plano Estadual de Assistência de Média e Alta Complexidade, conforme preconizado pelo Ministério da Saúde. Os recursos do Programa são transferidos diretamente do Fundo Estadual de Saúde para o Fundo de Saúde dos municípios que têm serviços vinculados, mediante análise, por parte da SESAU, da produção encaminhada mensalmente pelos serviços. No caso de Maceió os recursos vão diretamente ao gestor da unidade hospitalar que firmou o contratualização com Município ou Termo de Compromisso.

d. Cofinanciamento da vigilância em saúde

Em 2015, por meio da Portaria SESAU nº 426, de 11 de dezembro, foi instituído o Cofinanciamento para o Fortalecimento das Ações de Vigilância em Saúde (INVIg), dentro da perspectiva da indução da melhoria contínua e progressiva das ações de vigilância em saúde nos municípios, de forma articulada à Atenção Primária à Saúde, envolvendo a gestão, os processos de trabalho e os resultados pautados em parâmetros estabelecidos.

O incentivo é composto por dois Blocos, sendo um relativo às transferências mensais e bimestrais, e outro de transferência anual, organizados da seguinte forma:

- O Bloco 1 corresponde a 70% do valor total do Incentivo e conforma-se em 2 componentes:
 - O fixo (25% do valor do Bloco) de transferência mensal, independente do resultado em termos do alcance de indicadores;
 - O variável (75% restantes do Bloco 1) de transferência bimestral e de acordo com o quantitativo de indicadores com metas alcançadas;
 - O Bloco 2 corresponde aos 30% restantes do valor do incentivo e é de transferência anual, também com base no cumprimento de indicadores.
 - O teto financeiro e o quantitativo mínimo de indicadores a serem alcançados, tanto bimestralmente quanto anualmente, estão diretamente relacionados ao estrato em que o município se encontra em face do porte populacional:
 - Estrato I: municípios com <10mil habitantes
 - Estrato II: municípios com população ≥ 10 mil e <30 mil habitantes
 - Estrato III: municípios com população ≥ 30 mil e <60 mil habitantes
 - Estrato IV: municípios com população ≥ 60 mil habitantes e <100 mil habitantes
 - Estrato V: municípios com população ≥ 100 mil habitantes
 - Para a avaliação do INVIG há um total de 30 indicadores, todos de avaliação anual e 26 deles de monitoramento bimestral:
1. Proporção de óbitos registrados no sistema de informações sobre mortalidade - SIM em até 60 dias da ocorrência (bimestral e anual);
 2. Proporção de óbitos registrados no sistema de informações sobre mortalidade - SIM com causa básica definida (bimestral e anual);

3. Proporção de nascimentos registrados no sistema de informações sobre nascidos vivos - SINASC em até 60 dias da ocorrência (bimestral e anual);
4. Encerramento oportuno dos casos notificados de doenças de notificação compulsória imediata – DNCI (bimestral e anual);
5. Proporção de semanas epidemiológicas com notificação realizada (bimestral e anual);
6. Encerramento oportuno dos casos notificados de dengue (bimestral e anual);
7. Proporção de óbitos com causa mal definida investigados (bimestral e anual);
8. Proporção de óbitos fetais investigados (bimestral e anual);
9. Proporção de óbitos infantis investigados (bimestral e anual);
10. Proporção de óbitos de mulheres em idade fértil (MIF) (bimestral e anual);
11. Proporção de contatos examinados entre os casos diagnosticados de tuberculose (bimestral e anual);
12. Proporção de casos novos de tuberculose com testagem para HIV realizada (bimestral e anual);
13. Proporção de cura dos casos de tuberculose pulmonar bacilífera (bimestral e anual);
14. Proporção de casos notificados de tuberculose que abandonaram o tratamento (bimestral e anual);
15. Proporção de contatos intradomiciliares dos casos novos de hanseníase examinados (bimestral e anual);
16. Proporção de cura dos casos novos de hanseníase paucibacilar (bimestral e anual);
17. Proporção de cura dos casos novos de hanseníase multibacilar (bimestral e anual);
18. Proporção de casos notificados de hanseníase que abandonaram o tratamento (bimestral e anual);
19. Proporção de casos diagnosticados para esquistossomose com tratamento realizado (bimestral e anual);

20. Proporção de casos envolvendo acidentes com material biológico, com nome da empresa/empregador preenchido (bimestral e anual);
21. Proporção de casos envolvendo acidentes com material biológico, com a circunstância do acidente preenchida (bimestral e anual);
22. Proporção de casos envolvendo acidentes com material biológico, com acompanhamento concluso (bimestral e anual);
23. Proporção de casos de intoxicação exógena investigados oportunamente (bimestral e anual);
24. Proporção de casos de intoxicação exógena com o grupo do agente tóxico identificado (bimestral e anual);
25. Proporção de amostras de água analisadas para o parâmetro cloro residual livre (bimestral e anual);
26. Proporção de amostras de água analisadas para o parâmetro turbidez (bimestral e anual);
27. Cobertura de exames coprocópicos para diagnóstico de esquistossomose (anual);
28. Cobertura de vacinação com a pentavalente (anual);
29. Cobertura de vacinação com a tríplice viral (anual);
30. Cobertura de vacinação contra a poliomielite (anual).

www.saude.al.gov.br

**Secretaria da
Saúde**

GOVERNO DO ESTADO



TRABALHANDO SÉRIO A GENTE CHEGA LÁ