

PES 2012 2015

PLANO ESTADUAL DE SAÚDE

APROVADO PELO CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE
RESOLUÇÃO CES Nº 018 DE 24 DE MAIO DE 2012

MACEIÓ – ALAGOAS
2012

Plano Estadual de Saúde – PES 2012-2015 é uma publicação permitida à reprodução total ou parcial dos textos desde que citada a fonte.

Ficha catalográfica

ALAGOAS. Secretaria de Estado da Saúde. Superintendência de Gestão e Participação Social.
Plano Estadual de Saúde do Quadriênio 2012-2015 (PES 2012-2015): Maria de Cássia
Barbosa de Oliveira Melo, Maria Alice Gomes Athayde, Sylvana Medeiros Torres
Maceió: SESAU/AL, 2012.
116p.: Il.; 30 cm
1. Políticas de saúde pública 2. Planejamento e administração em saúde pública

Tiragem: 1000 exemplares

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE - SESAU

RESOLUÇÃO CES/AL Nº. 018, DE 24 DE MAIO DE 2012.

O Conselho Estadual de Saúde de Alagoas (CES/AL), em sua Quadragésima Segunda (42ª) Reunião Extraordinária, realizada no dia 24 de maio de 2012, no uso de suas competências regimentais e com base na legislação do SUS, Lei nº. 8.080, de 19 de setembro de 1990 e na Lei nº. 8.142, de 28 de dezembro de 1990, e

Considerando a Quinta Diretriz da Resolução nº. 333, de 04 de novembro de 2003, do Conselho Nacional de Saúde – “Aos Conselhos de Saúde Nacional, Estaduais, Municipais e do Distrito Federal, que têm competências definidas nas leis federais, bem como, em indicações advindas das Conferências de Saúde”, item V: “definir diretrizes para elaboração dos planos de saúde e sobre eles deliberar, conforme as diversas situações epidemiológicas e a capacidade organizacional dos serviços”;

Considerando o Capítulo II – DA COMPETÊNCIA, Artigo 3º, Inciso III da Lei Municipal nº. 457/2009 de 29/04/2009 – “traçar diretrizes para elaboração e proceder à revisão periódica do plano de saúde, adequando-o às diversas realidades epidemiológicas e à capacidade organizacional dos serviços”;

Considerando que o Plano Estadual de Saúde (PES) é definido, segundo o PlanejaSUS, como o instrumento de gestão, que baseado em uma análise situacional, define intenções e resultados a serem buscados pelo Estado num período de quatro anos, expressos em objetivos, diretrizes e metas;

Considerando que o Plano Estadual de Saúde (PES) 2012 -2015 foi construído de forma ascendente e participativa, nascendo da discussão e análise dos problemas e necessidades de saúde da população do estado, estabelecidos nos Planos Municipais de Saúde, encontrando-se alicerçado na Política Nacional de Planejamento do Sistema Único de Saúde;

Considerando o pedido de vista do conselheiro estadual de saúde Tony Clóves Pereira sobre o Parecer da Comissão de Programação e Orçamento do CES/AL referente ao Plano Estadual de Saúde - PES 2012-2015, na 133ª Reunião Ordinária do CES/AL realizada em 02 de maio de 2012;

Considerando as discussões ocorridas durante a 42ª Reunião Extraordinária do CES/AL, após a apresentação do pedido de vista do conselheiro Tony Clóves Pereira.

Resolve:

Aprovar o Plano Estadual de Saúde 2012-2015 com as seguintes ressalvas:

Que sejam descritos no Plano Estadual de Saúde 2012-2015 os Indicadores de Monitoramento e Avaliação, especificando nos Indicadores de Estrutura a situação encontrada em 2011 e a situação esperada para 2015;

Que a Secretaria de Estado da Saúde/SESAU apresente trimestralmente a Programação Anual 2012 ao Conselho Estadual de Saúde (CES/AL);


Que os Indicadores de Estrutura sejam apresentados pela Secretaria de Estado da Saúde na 135ª Reunião Ordinária do CES/AL, a ser realizada em julho de 2012.

Maceió, 24 de maio de 2012.


BENEDITO ALEXANDRE DE LISBOA

Presidente do Conselho Estadual de Saúde de Alagoas

Homologo a Resolução CES/AL nº. 018, de 24 de maio de 2012, nos termos da Lei nº. 8.142, de 28 de dezembro de 1990 e da Resolução nº. 333, do Conselho Nacional de Saúde, de 04 de novembro de 2003.


JORGE DE SOUZA VILLAS BÔAS
Secretário de Estado da Saúde de Alagoas em exercício

Governador do Estado

Teotonio Brandão Vilela Filho

Vice-governador

José Thomaz Nonô

Secretário de Estado da Saúde

Alexandre de Melo Toledo

Secretário-adjunto de Estado da Saúde

Jorge de Souza Villas Bôas

Chefe de Gabinete

Carlos Palmeira Lopes Villanova

Superintendente de Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria - SURAUD

Antônio de Pádua Cavalcante

Superintendente de Atenção à Saúde - SUAS

José Sival Clemente da Silva

Superintendente de Vigilância à Saúde – SUVISA

Sandra Acioly Canuto

Coordenador Geral

Pedro Alberto Bello de Lima

Superintendente de Gestão e da Participação Social - SUGEPS

Sylvana Medeiros Torres

Diretora de Planejamento

Maria Alice Gomes Athayde

Gerente de Planejamento

Maria de Cássia Barbosa de Oliveira Melo

ELABORAÇÃO

Maria de Cássia Barbosa de Oliveira Melo – SUGEPS/SESAU
Maria Lúcia de Oliveira Barboza – LAPLAN/NUSP/UFAL
Quitéria Maria Ferreira da Silva – LAPLAN/NUSP/UFAL
Rejane Oliveira Melo – SUAS/SESAU

CONSULTORIA

Laboratório de Planejamento – LAPLAN/NUSP/UFAL

COLABORADORES

Adriana do Rego Barros Braga – SUGEPS/SESAU
Alessandra Pereira Viana – SUAS/SESAU
Ângela Maria do Nascimento Cavalcante – CSGP/CAE/SESAU
Catarina Andreza Quixabeira Alves – SUGEPS/SESAU
Carmem Lucia Queiroz Samico – SUVISA/SESAU
Charles Nunes e Silva – SUVISA/SESAU
Claudia Rejane de Souza Monteiro – SURAUD/SESAU
Cristiane Schmid Blatter Moreira – SUGEPS/SESAU
Ednalva Maria de Araujo Silva – SUVISA/SESAU
Evelyne Mastrianni Lima Furtado – SUAS/SESAU
Edvânia Larangeiras Alves – SUAS/SESAU
Erlon Barros do Nascimento – SUGEPS/SESAU
Fabio Pacheco Pereira da Costa – SUAS/SESAU
Francisco Ricardo Mata – CES/AL
Gildenes Vilar da Silva – SUGEPS/SESAU
Hilzonete de Abreu Araújo - SUGEPS/SESAU
Janara Acioli de Freitas – SUVISA/SESAU
Ilma de Oliveira Carvalho – SUGEPS/SESAU
Isaura Maria Costa Alves Pinto – SUAS/SESAU
Isabela Cristina Chaves Valente - SUGEPS/SESAU
Janailma Pereira Ivo Azevedo – SUGEPS/SESAU
Janio dos Santos – SUGEPS/SESAU
José Wilton da Silva – CES/AL
Josileide Carvalho – CES/AL
Julia Maria Fernandes Tenório Levino – GABIN/SESAU
Karoline do Carmo Ramos Lamenha – SUAS/SESAU
Katia Betina Rios Silveira – SUGEPS/SESAU
Lenise Barbosa Abreu – SUGEPS/SESAU
Lenormande da Silva Lima – SUGEPS/SESAU
Marcilio Ferreira de Souza Junior – CSGI/CAE/SESAU
Maria Alice Gomes Athayde – SUGEPS/SESAU
Maria Betânia Cotrim Camerino – SUGEPS/SESAU
Maria das Graças Cajueiro Rego – SUVISA/SESAU
Maria das Graças Correia dos Santos – SUVISA/SESAU
Maria de Fátima Leite Carnaúba – CES/AL
Maria José Castro d'Almeida Lins – SUVISA/SESAU
Maria Josiene de Góis – SURAUD/SESAU
Marta Antônia de Lima – SUAS/SESAU
Neyla Neves dos Anjos Brandão de Almeida – SUGEPS/SESAU
Sandra Christina Silva de Farias – SUVISA/SESAU
Sandra Maria Moreira Gama – CES/AL
Selma Maria de Cerqueira – SUVISA/SESAU
Silvana Matos Meira Bastos – SUGEPS/SESAU
Sonivaldo Fernandes de Almeida – SUGEPS/SESAU
Syrleene Medeiros Patriota – SUAS/SESAU
Tereza Cristina Moreira da Silva – SUGEPS/SESAU
Terezinha Faria Costa – CSGP/CAE/SESAU
Vanessa Holanda Carneiro – SUVISA/SESAU
Vera Elias Rodrigues – GABIN/SESAU

ARTE / DESIGN GRÁFICO E CAPAS

Cristyanne Melo
Ronaldo Pontes – ASCOM/SESAU

SUMÁRIO

	pág.
APRESENTAÇÃO	10
1. INTRODUÇÃO	13
2. ANÁLISE DA SITUAÇÃO DE SAÚDE	17
2.1. Caracterização geográfica, demográfica e socioeconômica	18
2.2. Perfil epidemiológico	22
2.3. Condicionantes e determinantes de saúde	26
2.4. Ciência, tecnologia e inovação em saúde	32
2.5. Organização dos serviços de saúde	37
2.6. Problemas e necessidades de saúde	70
3. EIXOS DE ATUAÇÃO, DIRETRIZES, OBJETIVOS E METAS	77
Eixo de atuação 1 - Melhoria da Qualidade de Vida	79
Diretriz 1 - Fortalecimento da Atenção Primária à Saúde	80
Diretriz 2 - Ampliação e Reestruturação dos Serviços de Assistência Materno-Infantil	81
Diretriz 3 - Ampliação e Estruturação dos Serviços de Média e Alta Complexidade	82
Diretriz 4 - Reestruturação da Assistência Farmacêutica com Aquisição, Abastecimento e Dispensação de Medicamentos	83
Diretriz 5 - Fortalecimento das Ações de Vigilância em Saúde	84
Eixo de atuação 2 - Inovação da Gestão Pública	85
Diretriz 6 - Implantação e Implementação de Política de Planejamento, Gestão e Controle Social	86
Diretriz 7 - Ampliação de Centrais de Regulação e Sistemas Municipais de Auditorias	87
Diretriz 8 - Implantação de Política de Gestão de Tecnologia da Informação e Comunicação	88
Diretriz 9 - Implementação da Política de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde	89
4. FINANCIAMENTO	91
5. MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO	96
5.1. Indicadores de monitoramento e avaliação	97
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	105
ANEXO	109

Apresentação

Momentos de construção



PES 2012
2015
PLANO ESTADUAL DE SAÚDE

APRESENTAÇÃO

O Plano Estadual de Saúde (PES), proposto para o quadriênio 2012-2015, se configura como um instrumento de planejamento estratégico da Secretaria de Estado da Saúde de Alagoas que objetiva atender as necessidades de saúde da sociedade alagoana.

Construído de forma ascendente e participativa, o PES 2012-2015 nasce da discussão e análise dos problemas e necessidades de saúde da população do estado, estabelecidos nos Planos Municipais de Saúde, encontrando-se alicerçado na Política Nacional de Planejamento do Sistema Único de Saúde. Incorpora ao seu conteúdo as propostas da VII Conferência Estadual de Saúde, os compromissos do governo estadual estabelecidos no seu Plano Plurianual e do governo federal elencados no Plano Nacional de Saúde.

A atual realidade do estado aponta vários desafios para a política de saúde, tornando-se necessário para o enfrentamento dos problemas prioritários a criação de ferramenta adequada à sua superação. Nesse sentido e com o propósito de se configurar numa estratégia de desenvolvimento social, o Plano Estadual de Saúde foi elaborado coletivamente e traz em sua formulação dois eixos, nove diretrizes, 116 metas e impacto financeiro de mais de 1,6 bilhões de reais, representando as intenções do setor Saúde em dar resposta aos principais anseios da população alagoana quanto à promoção de melhorias na atenção, gestão e participação social.

Ainda há um longo caminho a percorrer, mas estamos firmes no propósito de que caminhamos em direção a uma saúde mais resolutiva, contribuindo para melhores condições de vida da nossa população.

Alexandre de Melo Toledo
Secretário de Estado da Saúde

PLANO ESTADUAL DE SAÚDE
PES 2012-2015

EIXOS DE ATUAÇÃO

Melhoria da Qualidade de Vida

Inovação da Gestão Pública

DIRETRIZES

1. Fortalecimento da Atenção Primária à Saúde
2. Ampliação e Reestruturação dos Serviços de Assistência Materno-Infantil
3. Ampliação e Estruturação dos Serviços de Média e Alta Complexidade
4. Reestruturação da Assistência Farmacêutica com Aquisição, Abastecimento e Dispensação de Medicamentos
5. Fortalecimento das Ações de Vigilância em Saúde
6. Implantação e Implementação de Política de Planejamento, Gestão e Controle Social
7. Ampliação de Centrais de Regulação e Sistemas Municipais de Auditorias
8. Implantação de Política de Gestão de Tecnologia da Informação e Comunicação
9. Implementação da Política de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde

Introdução

“A melhor maneira que nós temos de pensar mais ou menos certo é pensar a prática e saber que esta prática não é individual, mas social.”

Paulo Freire

1. INTRODUÇÃO

No Brasil, a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) a partir da década de noventa, estabelece responsabilidades compartilhadas entre as esferas de governo e a formulação de diretrizes políticas e operacionais para o setor (LOTUFO; MIRANDA, 2007). Nessa perspectiva, o planejamento em saúde, respaldado por dispositivos legais adquire grande importância.

O processo de construção e consolidação do planejamento em saúde favorece a sua incorporação nas organizações públicas, tanto em relação às concepções presentes para a formulação de políticas, planos e projetos, quanto à disseminação de metodologias e instrumentos de programação de ações e serviços em seus níveis de complexidade (TEXEIRA, 2010).

A iniciativa de institucionalização do planejamento, através do Sistema de Planejamento do SUS – PlanejaSUS se conforma como um instrumento mediador de organização, acompanhamento e execução de proposições e decisões institucionais, suscitando uma forma de gestão participativa e descentralizada para a implementação da política de saúde. Nesse contexto, o planejamento configura-se como processo estratégico para a gestão do SUS, visando responder as necessidades do sistema e às demandas que se apresentam continuamente aos gestores (BRASIL, 2008).

Com base nessa concepção, o Plano Estadual de Saúde – PES, para o quadriênio 2012-2015, encontra-se alicerçado nas Leis Orgânicas da Saúde nº 8.080/1990 e nº 8.142/1990, no Pacto pela Saúde, no PlanejaSUS, no Decreto da Saúde nº 7.508/2011, nos Planos Estratégicos de Desenvolvimento do Estado e Plurianual do Governo para o horizonte 2012-2015, nos Planos Municipais de Saúde do período 2010-2013 e nas propostas contidas no relatório da VII Conferência Estadual de Saúde de Alagoas.

O PES 2012-2015, enquanto instrumento de planejamento, busca nortear as políticas de saúde contemplando as ações frente às demandas sanitárias e epidemiológicas da população de Alagoas. Sendo assim, se insere no Plano Estratégico de Desenvolvimento do Estado que tem por finalidade nortear os caminhos para a construção de um futuro melhor para os alagoanos, na expectativa de promover mais igualdade de oportunidade e possibilitar que Alagoas venha ser cada vez mais um lugar melhor de trabalhar, investir e viver. As estratégias de governo estão organizadas em seis grandes áreas de resultados (Figura 01).



Figura 01 – Estratégias do Plano de Desenvolvimento do Estado. Alagoas, 2011.

O setor Saúde está diretamente inserido em duas áreas de resultados do plano estratégico de governo: Melhoria da Qualidade de Vida e Inovação da Gestão Pública que constituem os eixos estruturantes e norteadores das ações a serem desenvolvidas pela Secretaria de Estado da Saúde de Alagoas – SESAU/AL.

O processo de elaboração do Plano Estadual de Saúde 2012-2015 ocorreu de forma ascendente, participativa e descentralizada, através de oficinas de planejamento estratégico com as áreas técnicas da Secretaria de Estado da Saúde de Alagoas e com profissionais e gestores municipais das duas macrorregiões de saúde, facilitadas por especialistas de planejamento em saúde da SESAU/AL e do Laboratório de Planejamento (LAPLAN) do Núcleo de Saúde Pública (NUSP) da Universidade Federal de Alagoas (UFAL). O ponto de partida para a construção foi a análise e validação de problemas/necessidades de saúde extraídos dos Planos Municipais de Saúde (PMS 2010/2013), das oficinas de elaboração do PPA 2012-2015 realizadas nas regiões administrativas do estado de Alagoas e das avaliações do PES e PPA de Alagoas dos anos 2008-2011.

Os eixos de atuação, diretrizes e metas do PES 2012-2015 encontram-se alinhados com as áreas de resultados, estratégias, produtos e ações do PPA 2012-2015 no sentido de envidar esforços para superar os desafios postos para a política pública de saúde em Alagoas.

Nessa perspectiva o Plano Estadual de Saúde – PES 2012-2015 está organizado em dois eixos de atuação e nove diretrizes:

- ***EIXO DE ATUAÇÃO 1: MELHORIA DA QUALIDADE DE VIDA***

Diretrizes: Fortalecimento da Atenção Primária à Saúde; Ampliação e Reestruturação dos Serviços de Assistência Materno-Infantil; Ampliação e Estruturação dos Serviços de Média e Alta Complexidade; Reestruturação da Assistência Farmacêutica com Aquisição, Abastecimento e Dispensação de Medicamentos; e Fortalecimento das Ações de Vigilância em Saúde.

- ***EIXO DE ATUAÇÃO 2: INOVAÇÃO DA GESTÃO PÚBLICA***

Diretrizes: Implantação e Implementação de Política de Planejamento, Gestão e Controle Social; Ampliação de Centrais de Regulação e Sistemas Municipais de Auditorias; Implantação de Política de Gestão de Tecnologia da Informação e Comunicação; Implementação de Política de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde.

Análise da Situação de Saúde

"Pensar para agir
e agir para
pensar melhor."

Amilka Cabral

PES 2012
2015

PLANO ESTADUAL DE SAÚDE

2. ANÁLISE DA SITUAÇÃO DE SAÚDE¹

2.1. Caracterização geográfica, demográfica e socioeconômica

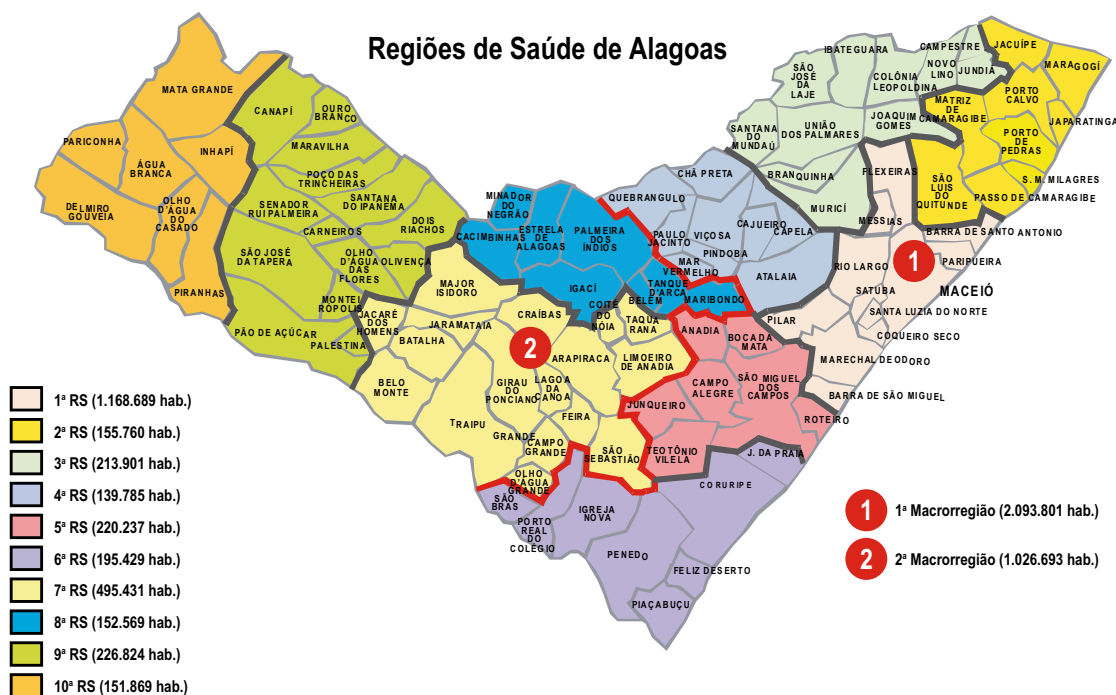
Alagoas ocupa uma área de 27.767 km², que representa 0,32% do território brasileiro. Penúltimo estado brasileiro em área (mais extenso apenas que Sergipe), 16º em população e 4º em densidade demográfica, atrás apenas do Distrito Federal, Rio de Janeiro e São Paulo. Está situado ao leste da região Nordeste, tendo como capital a cidade de Maceió.

A urbanização constitui-se uma das características marcante do estado, visto que do total de 3.120.494 habitantes, 2.298.091 totaliza a população urbana, ou seja, 74%. Enquanto 822.831 habitantes totaliza a população rural, que equivale a 26%.

O estado é formado por 102 municípios e os mais populosos são Maceió (932.748 hab.), Arapiraca (214.006 hab.) Palmeira dos Índios (70.368 hab.), Rio Largo (68.481 hab.), União dos Palmares (62.358 hab.), Penedo (60.378 hab.), São Miguel dos Campos (54.577 hab.), Coruripe (52.130 hab.) e Campo Alegre (50.816). Os demais municípios que compõem o estado, 93 (91,2%), possuem população inferior a 50.000 habitantes.

A organização espacial do estado, desenhada no último Plano Diretor de Regionalização das Ações de Saúde de Alagoas (PDR-AL), graduando os níveis de complexidade das ações e serviços de saúde, agrupou os 102 municípios em 02 Macrorregiões e 10 Regiões de Saúde, conforme mapa 01. O município sede da primeira macrorregião é Maceió e da segunda macrorregião é Arapiraca por serem os municípios geograficamente melhor situados e possuírem serviços de saúde de maior complexidade, servindo de referência para os demais municípios do estado.

¹ O presente texto foi elaborado com base na análise de situação de saúde do estado de Alagoas do ano 2010, produzida pela Secretaria de Estado da Saúde/Superintendência de Vigilância em Saúde/Diretoria de Análise da Situação de Saúde, 2011.



Fonte: PDR/AL, 2011.

Mapa 01 - Distribuição dos municípios, segundo macrorregiões e Regiões de Saúde. Alagoas, 2011.

A população de Alagoas, segundo IBGE 2010, totaliza 3.120.494 habitantes, sendo 1.511.947 de homens e 1.608.975 de mulheres, perfazendo um percentual de 48,44% do sexo masculino e 51,66% do sexo feminino.

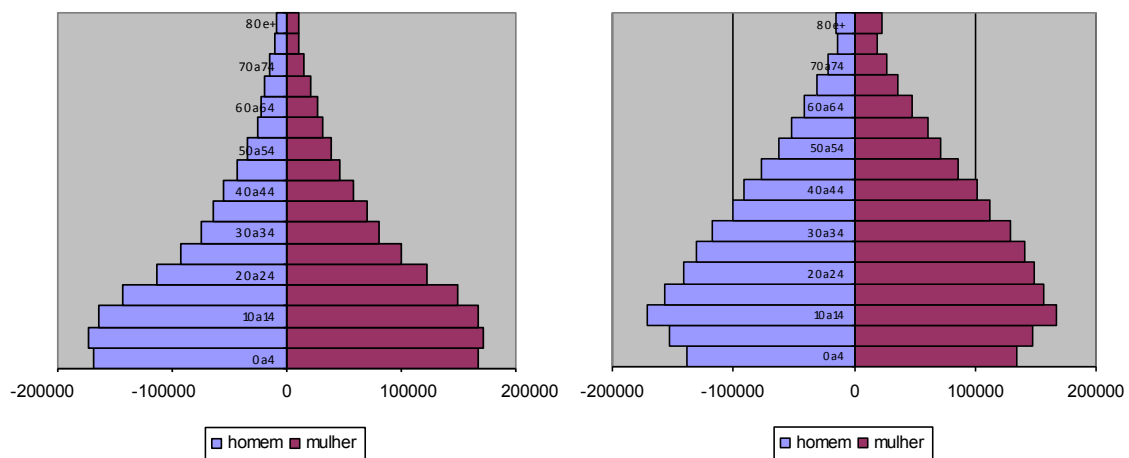
Comparando as estatísticas nos últimos censos de 2000 e 2010, observa-se que houve um aumento da população, acompanhando o crescimento do Nordeste e do Brasil, conforme quadro 01.

Quadro 01 - Comparativo da população geral do Brasil, Nordeste e Alagoas. Anos 2000 e 2010.

Ano	Brasil	Nordeste	Alagoas
2000	169.799.170	47.741.711	2.822.621
2010	190.755.799	53.081.950	3.120.494

Fonte: IBGE/CENSO – 2010.

A transformação do padrão demográfico corresponde a uma das mais importantes modificações estruturais verificadas em Alagoas, conforme pode ser observado na figura 02 que apresenta as pirâmides etárias da população alagoana. Na caracterização demográfica verifica-se que Alagoas acompanha uma tendência mundial, onde taxas de fecundidade diminuem e as populações envelhecem. Os dados dos censos de 2000 a 2010 mostram que a proporção de menores de 15 anos reduziu de 40,26% para 29,17%, enquanto houve um leve crescimento da população de 60 anos e mais (de 6,40% para 8,90%).



Pirâmide etária da população de Alagoas, segundo o Censo do ano de 1991.

Pirâmide etária da população de Alagoas, segundo o Censo do ano de 2010.

Fonte: DATASUS, 2011.

Figura 02 - Pirâmides etárias da população de Alagoas, 1991 e 2010.

Outro fator que a figura 02 revela é que no mesmo período (1991-2010) houve um acentuado aumento na população jovem, de 20 a 29 anos. Nesse grande contingente de população jovem do Estado (18%), destaca-se o fato da juventude ser um público-alvo exposto as mais elevadas taxas de morbidade, devido às mudanças nos padrões de consumo e de comportamentos não saudáveis (tabagismo, alcoolismo, sedentarismo, obesidade, estresse) e mortalidade por causas externas, impulsionada pelo aumento da violência.

A radical transformação do padrão demográfico - com reduções na taxa de crescimento populacional, alterações na estrutura etária, crescimento lento do número de crianças e jovens, aumento da população em idade ativa e de idosos - o que exige do sistema de saúde público uma reorganização nos modelos de assistência e nas formas de cuidado à saúde.

Quanto aos fatores socioeconômicos alguns indicadores chamam à atenção na tabela 01, ao revelar que Alagoas detém a maior taxa de analfabetismo da região Nordeste e do Brasil, detém a maior proporção de pobres e registra ainda alta taxa de trabalho infantil.

Tabela 01 – Indicadores demográficos e socioeconômicos: Alagoas, Nordeste e Brasil.

Indicadores	Alagoas	Nordeste	Brasil
Grau de urbanização (% da população urbana – 2008)	75,0	76,0	85,0
Razão de dependência (população da faixa etária economicamente ativa dependente <15 anos e ≥60 anos – 2008)	68,0	62,0	56,0
Taxa de analfabetismo 2008 (% na população de 15 anos e mais)	26,0	19,0	10,0
Produto Interno Bruto (PIB) per capita (R\$) ano de referência: 2008	6.227,50	7.487,55	15.989,75
Proporção de pobres (% da população com renda familiar per capita de até meio salário mínimo (2008)	59,02	52,0	31,0
Taxa de desemprego	7,0	8,0	7,0
Taxa de trabalho infantil (% da população de 10 a 14 anos que se encontra trabalhando) – 2008	13,0	14,0	10,0
Taxa de fecundidade total – 2010	2,3	2,1	2,1
Taxa bruta padronizada de natalidade – 2007	24,1	19,0	16,6

Fonte: IBGE e PNAD, 2009.

Na tabela 01 destaca-se, ainda, o PIB per capita de Alagoas, com valor de R\$ 6.227,50, menor que a média do Nordeste (R\$ 7.487,55) e menos da metade do valor nacional (R\$ 15.989,75). Valores muito baixos assinalam, em geral, a existência de segmentos sociais com precárias condições de vida, situação que se confirma ao observarmos a proporção de pobres do estado, onde 59% da população têm renda familiar mensal per capita de até meio salário mínimo.

A despeito da taxa de fecundidade ainda elevada (2,3 filhos/por mulher), quando comparada às médias do Brasil e Nordeste (ambas de 2,1 filhos/por mulher), Alagoas apresentou, no período de 2000 a 2010, uma redução na taxa média geométrica de crescimento anual (de 1,31 para 1,01), tendo a menor taxa desde 1990 (IBGE-2010).

A taxa bruta padronizada de natalidade de 24,1/1.000 habitantes é a mais alta da Região Nordeste e está associada às condições socioeconômicas precárias e a aspectos culturais da população.

Quanto ao saneamento básico, observa-se em Alagoas uma melhora no acesso da população aos serviços de abastecimento de água, que em 2009 atingiu 78,5% da população e uma pequena melhora na coleta de lixo, que passou de 65,9% (2000) para 75,1% (2009), segundo dados do IBGE. No entanto, as coberturas de instalações sanitárias são baixas em todo o Estado, cujo percentual é de 33,0% (IBGE 2009).

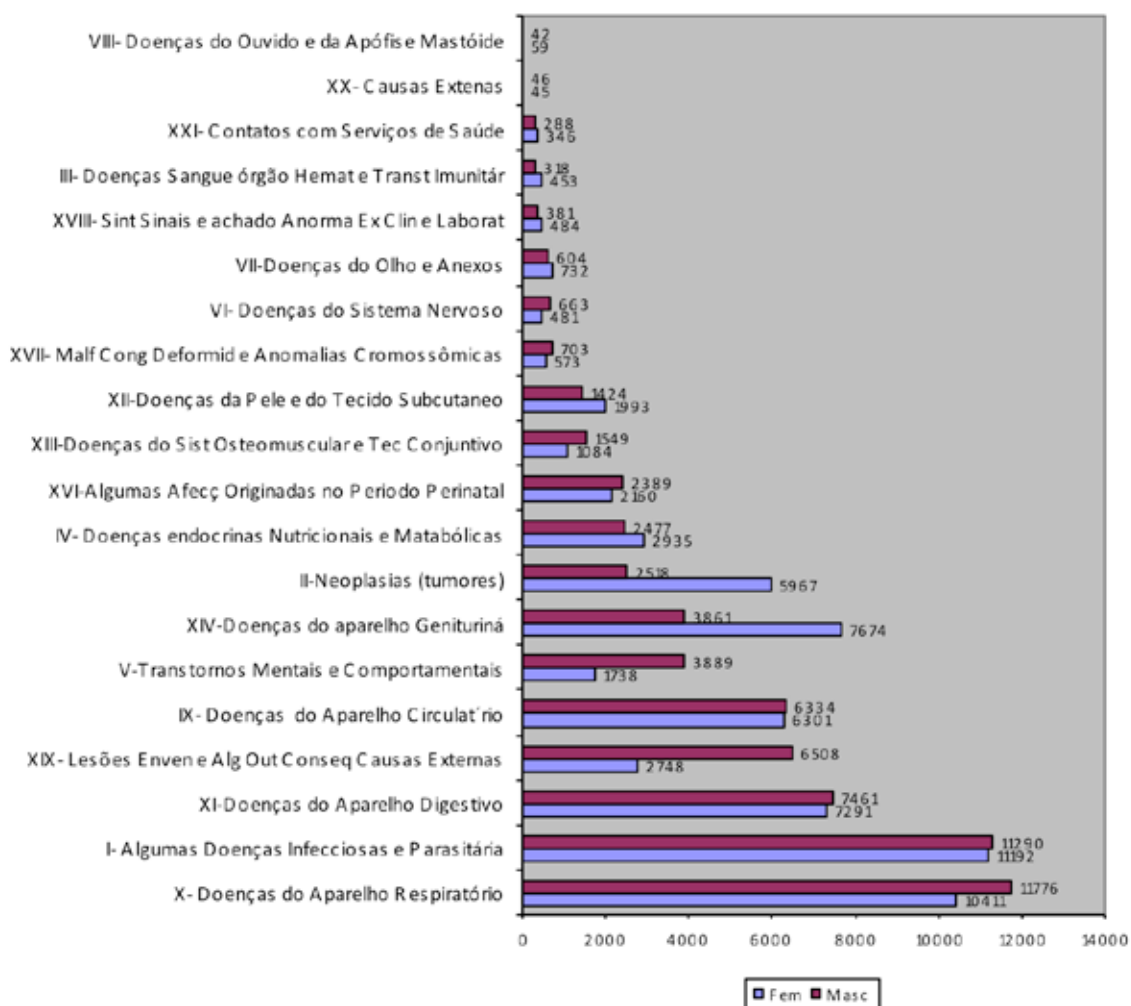
2.2. Perfil epidemiológico

As condições de saúde e doença da população não acontecem casualmente. São determinadas por fatores relacionados com a qualidade de vida. Em decorrência de condições sanitárias e sociais desiguais, algumas doenças transmissíveis antigas ressurgem, outras persistem e outras doenças e agravos incorporam-se ao cenário epidemiológico.

O perfil de adoecimento da população, no Brasil, no Nordeste e em Alagoas, vem se modificando e o padrão já não é o mesmo. Observa-se uma redução da incidência de doenças transmissíveis e o aumento das doenças crônico-degenerativas e dos agravos provocados por causas externas.

A análise das estatísticas sobre Morbidade Hospitalar, no ano de 2010, ajuda a visualizar a mudança no perfil do adoecimento da população alagoana, conforme figura 03.

A figura 03 demonstra que das 183.151 internações hospitalares, 64.521 (35,23%) foram de pacientes do sexo masculino e 118.630 (64,77%) do sexo feminino e avaliando as causas de internações entre os homens, três aparecem como as mais importantes: doenças do aparelho respiratório, doenças infecciosas e parasitárias e doenças do aparelho digestivo. Entre as mulheres, quando excluídas as causas por gravidez, parto e puerpério, as três mais importantes foram: doenças infecciosas e parasitárias, doenças do aparelho respiratório e doenças do aparelho geniturinário.



Fonte: SIH/DATASUS, 2010

Figura 03 - Número de internações segundo causas e sexo. Alagoas, 2010.

A figura 03 revela também que ao excluir as internações relacionadas à gravidez, parto e puerpério, destacam-se como as três principais causas de morbidade na população geral de Alagoas as doenças infecciosas e parasitárias (12,28%), doenças do aparelho respiratório (12,11%) e doenças do aparelho digestivo (8,05%). Observa-se, ainda, que as internações por transtornos mentais e comportamentais, além de lesões por causas externas ocorreram mais em pessoas do sexo masculino.

Em relação às doenças e agravos de notificação compulsória, o acompanhamento da frequência dos casos confirmados no ano de 2010, permite visualizar do que a população alagoana mais adoeceu e as doenças e agravos mais frequentes, conforme demonstrado no quadro 02.

Quadro 02

Freqüência de casos confirmados de doenças de notificação compulsória. Alagoas, 2010

Doenças	Total de casos
AIDS	386
Coqueluche	27
Dengue	34.238
Doença de Chagas aguda	2
Doença meningocócica e outras meningites	143
Esquistossomose	20
Febre Tifoide	22
Hanseníase	486
Hepatites virais	391
Infecção pelo HIV em gestante e crianças exp. a transmissão vertical	157
Leishmaniose visceral	37
Leptospirose	70
Malária*	4
Rubéola	9
Sífilis congênita	237
Sífilis em gestante	181
Síndrome da rubéola congênita	1
Tétano	7
Tuberculose	1.457

Fonte: SINAN/SESAU-AL, 2011. * Casos importados.

Os dados, no quadro 02, revelam que as doenças mais frequentes em Alagoas têm sido dengue, tuberculose, hanseníase, hepatites virais e AIDS, respectivamente. Além de uma elevada frequência de sífilis congênita, que é um dado preocupante e reflete a qualidade da assistência pré-natal.

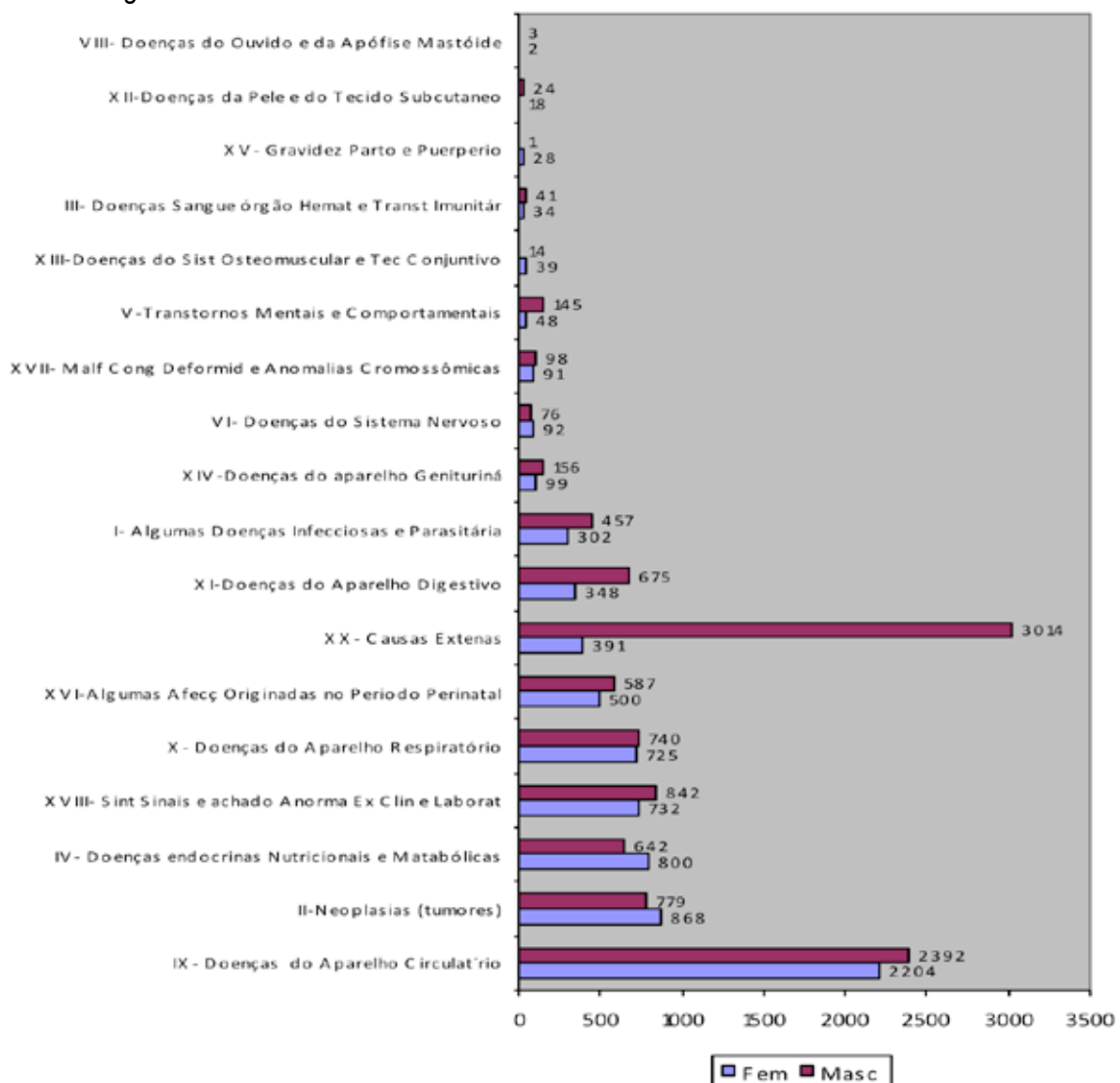
Quanto aos nascimentos em Alagoas, em 2010 nasceram 53.574 crianças, sendo 49,2% do sexo feminino e 50,8% do sexo masculino. O número de nascidos vivos vem apresentando redução no estado, seguindo a tendência do Nordeste e do Brasil. Em 2010 houve uma redução de 16,05% quando comparado ao ano de 2000 (63.844 NV).

Quanto ao tipo de parto, 52,8% das crianças nasceram por meio de parto cesáreo. Dos nascimentos ocorridos em 2010, 3.996 (7,46%) foram de crianças com baixo peso ao nascer, bem como de nascimentos prematuros. O parto normal em sua fisiologia traz uma série de vantagens à mãe e ao recém-nascido, entretanto o aumento de nascimentos por parto cesáreo é crescente em todas as Regiões do Brasil, com comportamento semelhante em Alagoas, ultrapassando em muito o índice de 15%, considerado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como partos em que uma intervenção seja benéfica na assistência à mãe ou ao recém-nascido.

Em relação à mortalidade em Alagoas, no ano de 2010, foram registrados 18.024 óbitos, dos quais 59,29% foram de indivíduos do sexo masculino. A taxa bruta de mortalidade para Alagoas em 2010 foi de 10/1.000 hab., sendo tal taxa o dobro da observada em 2009, a qual foi de 5,3/1.000 habitantes.

Quanto aos óbitos, as doenças transmissíveis já foram as principais causas de morte em Alagoas, mas as medidas de controle e a transição demográfica fizeram com que esse quadro se modificasse e atualmente são responsáveis por 4,2% das mortes, cedendo lugar para as doenças do aparelho circulatório e as causas externas.

A análise dos principais grupos de causas de óbitos apontou as doenças do aparelho circulatório como as mais frequentes, seguidas pelas causas externas e as neoplasias, conforme mostra a figura 04.

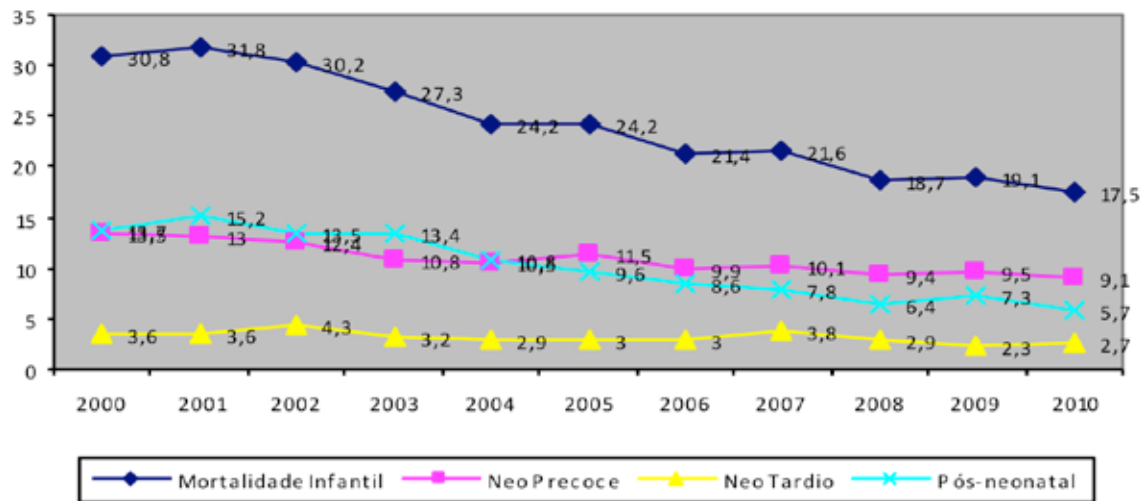


Fonte: SIM/DATASUS

Figura 04 – Causas de óbitos, segundo capítulo do CID-10. Alagoas, 2010.

Entre as mulheres, os óbitos ocorrem com maior frequência devido às neoplasias, seguidos pelas doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas. Já entre os homens, as principais mortes são devidas às causas externas e as doenças do aparelho circulatório, destacando-se as causas externas, as quais ocorrem quase exclusivamente entre indivíduos do sexo masculino (88,5%).

Outra estatística que chama a atenção é a de mortalidade infantil. Conforme mostra a figura 05, em Alagoas, no período de 2000 a 2010, a taxa de mortalidade infantil (TMI) apresentou uma redução significativa no estado ($R^2=0,953$). Desagregando a TMI em seus componentes, observa-se que a mortalidade pós-neonatal apresentou a redução mais significativa ($R^2=929$). O componente neonatal tardio foi o que sofreu a redução com menor significância no período avaliado ($R^2=0,449$).



Fonte: SIM/SINASC/N-SIVE/DIVEP/SUVISA/SESAU – AL, 2010.

Figura 05 – Tendência temporal da taxa de mortalidade infantil com seus componentes. Alagoas, 2000 a 2010.

Os contextos da realidade estrutural e do perfil epidemiológico do estado, demonstrado na análise de situação de saúde de Alagoas, certamente vai requerer um processo de reestruturação, readequação e redefinição das políticas institucionais e estratégias de intervenção que incluem a reorganização das redes assistenciais, para atendimento às necessidades de saúde da população.

2.3. Condicionantes e determinantes da saúde

• Condicionantes e determinantes sociais da saúde e determinantes sociais das iniquidades em saúde

A identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde é objetivo do SUS conferido pela Lei Orgânica da Saúde nº 8.080/90. A transformação dos fatores determi-

nantes sociais da saúde e das iniquidades em saúde se inscreve nos princípios do SUS, é reafirmada no processo de reorganização deste, sendo uma das dimensões do Pacto pela Saúde – o Pacto pela Vida –, e, posteriormente, no Decreto nº 7.508/11.

Os determinantes sociais da saúde incluem as condições mais gerais de ordem socioeconômica, cultural e ambiental de uma sociedade e relacionam-se com as condições de vida e trabalho de seus membros, como habitação, saneamento, ambiente de trabalho, serviços de saúde e educação, incluindo também a trama de redes sociais e comunitárias (CNDSS, 2006).

A Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS), integrada por dezesseis especialistas e personalidades da vida social, econômica, cultural e científica do país, indica que nas análises de situação de saúde, ao tratar da questão da equidade, sejam considerados os determinantes sociais da saúde e os determinantes sociais das iniquidades em saúde. Esta Comissão trabalha, no plano mundial para reforçar a equidade na saúde buscando ir para além da atual concentração nas causas imediatas das doenças; isto é, volta-se para as ‘causas das causas’, para “as estruturas-base da hierarquia social e as condições socialmente determinadas que essas estruturas criam e em que as pessoas crescem, vivem, trabalham e envelhecem – os determinantes sociais da saúde” (BRASIL, 2006).

Pellegrini Filho (2011) destaca que o conhecimento dos determinantes sociais de saúde não é suficiente para identificar e analisar os determinantes sociais das iniquidades em saúde. Os riscos para adoecer diferem entre os grupos socioeconômicos assim como é diferente a exposição aos fatores que causam ou previnem doenças. A posição social determina o grau de exposição a fatores de risco (materiais, psicossociais e comportamentais), assim, quanto mais baixa a posição social, maior a exposição a riscos para a saúde e quanto melhor essa posição, mais oportunidades de evitar riscos, doenças e suas consequências. Aponta que esses determinantes são fatores que interferem sobre a saúde, positiva ou negativamente, aumentam ou diminuem as iniquidades em saúde, e que podem ser transformados por decisões políticas ou individuais, “ao contrário da idade, sexo e fatores genéticos, que também influenciam a saúde, mas não são modificáveis por essas decisões”.

• O conceito de saúde do SUS e suas relações com os determinantes e condicionantes da saúde

A Constituição Federal de 1988 define a saúde como direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de

outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988).

O conceito ampliado de saúde implica, antes de tudo, na compreensão de que o processo saúde-adoecimento é resultado dos modos de organização da produção, do trabalho e da sociedade em determinado contexto histórico e que o aparato biomédico não consegue modificar os condicionantes nem determinantes mais amplos desse processo, operando um modelo de atenção e cuidado marcado, na maior parte das vezes, pela centralidade dos sintomas (SARTORI JUNIOR, 2010). Essa compreensão leva as sociedades a buscar garantir direitos com base em valores humanos e a saúde passa a ser considerada um bem coletivo, onde o meio – trabalho, renda, moradia, alimentação, meio ambiente, educação, segurança, etc. – é assumido como determinante tanto no processo de adoecimento quanto na cura de doenças, quanto na promoção de bem-estar do indivíduo e da coletividade.

• **Contradições: saúde como bem público e saúde como mercadoria**

A política de promoção da saúde Política Nacional de Promoção da Saúde (BRASIL, 2006), claramente definida para atuar sobre os desafios representados pelos fatores condicionantes e determinantes da saúde e das iniquidades em saúde, vem sendo implementada, ao longo dos últimos 6 anos, de modo tímido, à sombra da grande área da Vigilância em Saúde. Sua estratégia-chave – a gestão intersetorial – está longe de ser uma realidade e só o será quando o planejamento se fizer de modo integrado e articulado no âmbito de cada esfera de governo e na subsequente integração das três esferas; quando os objetivos, diretrizes e metas, processos de trabalho, avaliação, recursos materiais e financeiros dos setores afins estiverem devidamente articulados, de modo ascendente e participativo.

Por outro lado, a assistência médica ganha espaço, absorvendo grande parte dos recursos financeiros do SUS, evidenciando um cunho fortemente lucrativo que compete com o serviço público, tendo como pano de fundo os interesses capitalistas cujo peso está na origem da crescente alocação de fundos públicos da saúde no setor privado, da precarização do trabalho e dos serviços, da privatização dos serviços, de uma legislação dúbia, e de uma sociedade ainda com capacidade insuficiente para enfrentar esse poder. Esta realidade evidencia uma grande contradição manifesta no perfil epidemiológico do país, que se repete com pouca variação nos estados e municípios, de modo que “o país apresenta uma situação epidemiológica de tripla carga de doenças, com a presença concomitante das doenças infecciosas e carenciais, das causas externas e das

doenças crônicas” e, contraditoriamente, adota um modelo de atenção centrado nas condições agudas (MENDES, 2011).

Tanto assim é, que os dados mostram um quadro de adoecimento em Alagoas onde as principais causas de internação (Classificação Internacional das Doenças/CID)², em 2010, ocorreram por doenças infecciosas e parasitárias; doenças respiratórias; do aparelho digestivo, circulatório, geniturinário (mais em mulheres); lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas; neoplasias; transtornos mentais e comportamentais; doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas. Mostram também um quadro de mortalidade revelador dessa inversão e de uma realidade de iniquidade e exclusão: as principais causas de morte (CID 10)³ decorrem das seguintes causas e nesta ordem: doenças do aparelho circulatório; causas externas de morbidade e mortalidade; neoplasias (tumores); sintomas, sinais e achados anormais em exames clínicos e laboratoriais; doenças do aparelho respiratório; doenças endócrinas nutricionais e metabólicas; doenças do aparelho digestivo; algumas doenças infecciosas e parasitárias; algumas afecções originadas no período perinatal; doenças do aparelho geniturinário; transtornos mentais e comportamentais (SESAU, DIASS/MS/DATASUS, 2010).

Este quadro demonstra que, embora o SUS tenha sido concebido, formulado e implementado, em alguma medida, na perspectiva do Direito, do conceito ampliado de saúde e, portanto, do paradigma ecológico⁴, sua construção vem-se fazendo nos marcos do modelo biomédico com grandes investimentos em assistência médica curativa e pouco investimento e ou capacidade de transformar as condições excludentes promotoras de adoecimento: desemprego/subemprego; renda insuficiente; moradia insalubre; saneamento básico muito deficiente (1ª causa de internação e 8ª causa de óbito: doenças infecciosas e parasitárias (MS/DATASUS, 2010); educação de baixa qualidade; atenção à saúde com muitas deficiências; segurança pública deficiente; política para a juventude deficiente, dentre outros.

2 Morbidade Hospitalar do SUS por local de internação, Alagoas. Internações por Capítulo CID-10 e Sexo. Período: 2011. Fonte: Ministério da Saúde: Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS). Notas: a) situação da base de dados nacional em 20/08/2012; b) dados de 2011 sujeitos a retificação.

3 Mortalidade, Óbitos por Residência, por Capítulo CID-10 e Sexo, Alagoas. Período: 2010. Fonte: MS/SVS/DASIS – Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM.

4 Paradigma ecológico: “O novo paradigma (uma constelação de concepções, de valores, de percepções e de práticas compartilhados por uma comunidade e que estabelece uma visão particular da realidade) pode ser chamado de uma visão de mundo holística, que concebe o mundo como um todo integrado, e não como uma coleção de partes dissociadas. Pode também ser denominado visão ecológica, se o termo ‘ecológica’ for empregado num sentido muito mais amplo e mais profundo que o usual. A percepção ecológica profunda reconhece a interdependência fundamental de todos os fenômenos, e o fato de que, enquanto indivíduos e sociedades, estamos todos encaixados nos processos cíclicos da natureza (e, em última análise, somos dependentes desses processos).” (CAPRA, 1997)

• **Fortalecer a Promoção da Saúde, a gestão pública e o controle social**

Esta realidade aponta para a necessidade urgente de mudanças para que a gestão pública e a sociedade interessada trilhem o caminho da superação das iniquidades em saúde assim como da superação do modelo biomédico de gestão que prioriza a assistência médica curativa fazendo com que as gestões deficientes e a corrupção sejam melhor controladas e as condições que fazem com que uns sejam mais doentes que outros sejam transformadas avançando-se para a formação de uma sociedade cada vez mais justa e igualitária.

A Secretaria de Estado da Saúde de Alagoas deve implementar a Política Nacional de Promoção da Saúde fortalecendo o planejamento e as intervenções sobre os determinantes e condicionantes da saúde, implementando ações sistêmicas, intersetoriais e interinstitucionais focadas na superação das iniquidades que permeiam o difícil quadro de saúde no estado assim como favorecer a obtenção de melhores respostas às intervenções sobre o chamado 'estilo de vida'.

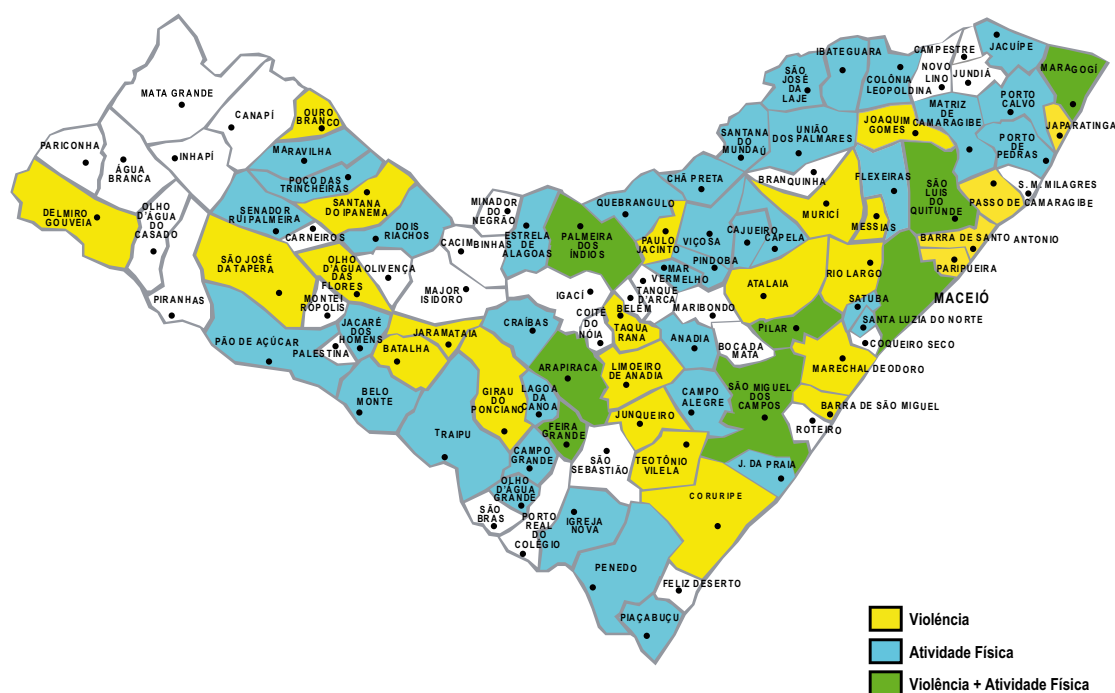
Atualmente há grandes esforços em curso desafiando a Promoção da Saúde como o fortalecimento da Política de Promoção da Saúde no próprio estado e nos municípios, com ênfase no planejamento; a implementação do Plano Decenal para Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis; a integração com a Atenção Básica; a formação das redes de atenção; a contribuição para a redução das violências e da dependência química; das desigualdades em saúde – persistentes e passíveis de ação de mudança, as iniquidades; a mobilização pela igualdade de direitos e pelo direito à diferença.

E, mais importante, tem-se claro que, para além dos esforços da gestão da saúde nas 3 esferas de governo, só a participação e o controle social poderão determinar ação efetiva sobre os determinantes sociais da saúde e sobre as iniquidades em saúde: “A efetivação do SUS só é possível com controle social” (11ª Conferência Nacional de Saúde, 2000). Para se construir uma nova hegemonia, enfrentando os determinantes sociais da saúde e os determinantes das iniquidades em saúde, é preciso fortalecer o protagonismo das classes subalternas, estabelecendo um projeto comum de sociedade a partir do corte de classes, fortalecendo a autonomia dos movimentos sociais frente ao poder do Estado (BRAVO & CORREIA, 2012).

• A implementação da Política Nacional de Promoção da Saúde em Alagoas

A implementação da Política Nacional de Promoção da Saúde vem incluindo os municípios do estado na Rede Nacional de Promoção da Saúde e Prevenção da Violência – todos os municípios do estado, com maior ou menor consistência, desenvolvem atividades no âmbito da Rede. Porém, as áreas locais de Promoção da Saúde, atualmente chamadas de núcleos de promoção da saúde (Nups), precisam ser melhor estruturadas e fortalecidas com planejamento integrado, ações intra e intersetoriais, ampliação do número de servidores, capacitação e cooperação técnica.

As atividades que se destacam na Promoção da Saúde são: a divulgação e implementação da Política Nacional de Promoção da Saúde no estado; o desenvolvimento de projetos e atividades de incentivo à prática corporal/atividade física; prevenção e controle do tabagismo; de redução da morbimortalidade em decorrência do uso abusivo de álcool e outras drogas; de redução da morbimortalidade por acidentes de trânsito; de prevenção da violência e estímulo à cultura de paz (Mapa 02).



Fonte: SESAUIAL, 2012

Mapa 02 – Municípios que desenvolvem projetos da Rede Nacional de Promoção da Saúde com os componentes de redução do tabagismo, atividade física/prática corporal e redução da violência/estímulo à cultura de paz. Alagoas, 2012.

Dentre as atividades voltadas para prevenção da violência vem sendo ampliada a implantação da Ficha de Notificação/Investigação Individual de Violência Doméstica, Sexual e/ou Outras Violências.

A Diretoria de Promoção da Saúde realiza muitas ações no âmbito de seus eixos de ação: capacitações, eventos em geral e cooperação técnica aos municípios e órgãos/instituições que fazem demanda espontânea, implementação de comitês (Trânsito e Dengue); atuação junto às Escolas – Programa Saúde na Escola (PSE/MS e Atenção Básica/Sesau), Comissão de Prevenção de Acidentes e Violências nas Escolas, Escola Promotora de Saúde, Programa Saúde e Prevenção nas Escolas (BRASIL, 2006). Dentre outras atividades, realizou o inquérito de Saúde do Escolar/2009; e edição um livro com relatos de atividades de Promoção da Saúde nos municípios além de artigos sobre temas relevantes em Promoção da Saúde: A Promoção da Saúde em Alagoas: o desafio de fazer saúde tendo em perspectiva seus determinantes sociais (ALAGOAS, 2011) e outro, organizado pela professora e pesquisadora da Ufal, Sandra Mary Lima Vasconcelos, voltado para a Alimentação Saudável (...3, 4 Feijão com Arroz no prato) (VASCONCELOS, 2011).

Destaca-se, ainda, a participação da Diretoria no processo de Planificação da Atenção Básica, no qual tem destaque a articulação Atenção Básica x Promoção da Saúde. As Oficinas de capacitação para o processo de Planificação da Atenção Básica à Saúde nos estados representam, em primeiro lugar, a priorização do fortalecimento da Atenção Básica pelos gestores estaduais assim como os passos iniciais para a reorganização da Atenção Básica de modo que esta possa exercer seu papel estratégico para a obtenção de maior resolutividade como coordenadora do cuidado dos usuários no território de sua responsabilidade, no escopo da lógica de conformação das redes de atenção à saúde. A articulação entre esses dois destacados campos de produção de saberes e práticas é uma das estratégias prioritárias para imprimir eficiência, efetividade e eficácia ao SUS.

2.4. Ciência, tecnologia e inovação em saúde⁵

A Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde (PNCTIS) define a Pesquisa em Saúde como “o conjunto de conhecimentos, tecnologias e inovações produzidos que resultam em melhoria da saúde da população”. Esta concepção volta-se para a superação da perspectiva disciplinar buscando “construir uma perspectiva setorial incluindo a totalidade das atividades de pesquisa clínica, biomédica e de saúde pública vinculadas às ciências da saúde, assim como as realizadas nas áreas das ciências humanas, sociais aplicadas, exatas e da terra, agrárias e engenharias e das ciências biológicas que mantenham esta vinculação” (GUIMARÃES R., 2008).

⁵ O presente texto foi elaborado com base no artigo ‘Pesquisa em Saúde no Brasil’ de Guimarães et al. Publicado na Rev. Saúde Pública, v.42, n.4, agosto 2008: GUIMARÃES R., SANTOS L.M.P., ANGULO-TUESTA A., SERRUYA, S.J. Pesquisa em saúde no Brasil. Rev. Saúde Pública, São Paulo, v. 42, n. 4, Aug. 2008.

• **Gestão da pesquisa em saúde no Brasil**

A gestão da pesquisa em saúde, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), é da responsabilidade da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (Sctie) do Ministério da Saúde, por meio da ação dos seus Departamentos de Ciência e Tecnologia (Decit) e do Complexo Industrial e Inovação em Saúde. Para alcançar o objetivo de implementar a Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa, o Ministério de Saúde assinou convênios técnico-operacionais com as agências de fomento vinculadas ao Ministério de Ciência e Tecnologia (CNPq e Finep), com as fundações de amparo à pesquisa estaduais e com as secretarias estaduais de saúde – que permitem o repasse anual do orçamento para o financiamento de estudos e projetos, assim como viabilizam a contratação das equipes responsáveis pelas pesquisas.

Os mecanismos utilizados para a gestão da pesquisa são: elaboração e lançamento de editais públicos; apresentação das propostas de pesquisa; análises técnicas e seleção dos projetos por comitês técnicos; publicação dos resultados de seleção; contratação dos projetos; monitoramento da realização dos estudos; e, avaliação dos resultados da pesquisa.

A Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde (Anpps) tem como pressuposto atender as necessidades nacionais e regionais de saúde e induzir de forma seletiva a produção de conhecimentos, bens materiais e serviços em áreas estratégicas para o desenvolvimento das políticas sociais em vigor.

Segundo a Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde, “a Agenda é um processo técnico-político em permanente construção”. Estabelece que “o Ministério da Saúde deve liderar o processo de construção da Anpps, em virtude do seu papel estratégico no ordenamento do esforço nacional de Pesquisa em Saúde”.

• **Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde e a Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde**

A partir de 2003, a Sctie, do Ministério da Saúde, estrutura e transforma o esforço nacional de pesquisa em saúde construindo pontes entre diversos atores sociais (comunidade científica, tomadores de decisão do setor saúde, da educação e da ciência e tecnologia, usuários do sistema, profissionais de saúde).

Os princípios da Pnctis são: respeito à vida e à dignidade das pessoas (fundamento ético), superação das formas de desigualdade e discriminação, melhoria da saúde da população, busca da equidade em saúde e a participação social.

• Financiamento da pesquisa

A partir de 2004, o investimento para esta área pela Sctie muda de forma expressiva, com ênfase na gestão da agenda de pesquisa em saúde - Anpps. Entre 2004 e 2007 foram investidos cerca de 169 milhões de dólares, dos quais 123 milhões (73%) foram destinados ao fomento nacional, seguido da contratação direta (15%) e do fomento descentralizado (12%). O investimento anual, entre 2004 e 2006, foi crescente e significativo, destacando-se o fomento nacional que aumentou mais de 500% (11 para 59 milhões de dólares). No fomento descentralizado, o investimento triplicou entre 2004 e 2006.

Entre 2004 e 2007 foram financiados cerca de 2.300 estudos. A proporção de recursos investidos orienta o número de estudos financiados segundo a modalidade de fomento. Dos projetos de pesquisa submetidos, 52% foram selecionados nos editais do fomento nacional e 44% do fomento descentralizado. Apenas 4% foram projetos selecionados por contratação direta.

Nesses anos, verifica-se uma adesão crescente à implantação da agenda nacional de pesquisa em saúde de diversas instituições e setores do país. Foram investidos em editais conjuntos cerca de 146 milhões de dólares, dos quais 39% correspondem à contribuição de outros setores e instituições (57 milhões de dólares). A diferença, em torno de 89 milhões de dólares (61%), corresponde à contribuição do Ministério da Saúde.

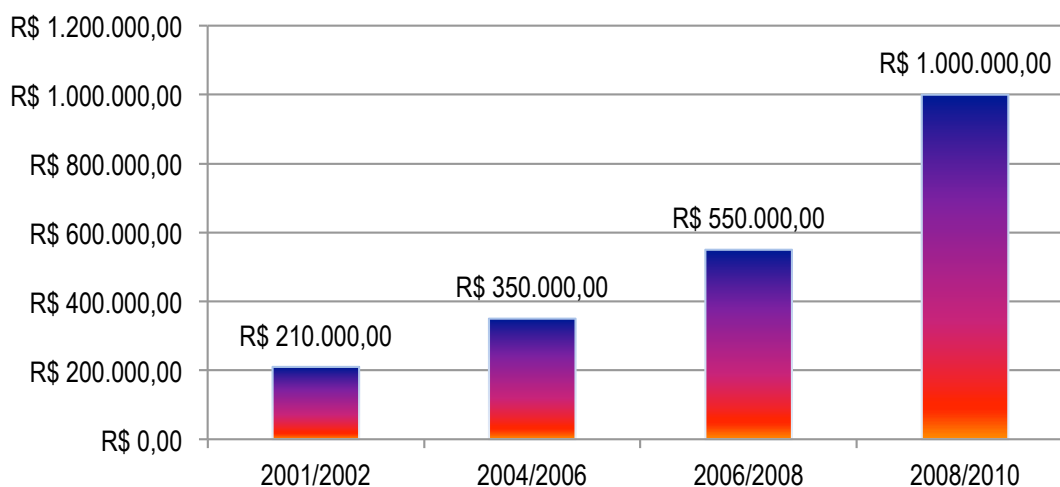
Para concluir esta breve descrição da política de ciência e tecnologia em saúde no Brasil, mencionam-se alguns dos mecanismos adotados para incentivar o desenvolvimento da pesquisa em saúde no país com o objetivo de alcançar a redução das iniquidades regionais. Destacam-se o financiamento de projetos cooperativos entre grupos com diferentes capacidades científicas e tecnológicas para fortalecer a interação entre pesquisa, serviços de saúde e setores público e privado; a coordenação e realização de pesquisas em regiões menos desenvolvidas do país, às quais se destinam 30% do financiamento total de cada edital e o financiamento de projetos estratégicos de inovação tecnológica.

• **O caminhar dos projetos de pesquisa para o SUS em Alagoas**

O estado de Alagoas, por meio do Programa de Pesquisa Para o SUS: Gestão Compartilhada em Saúde vem permitindo o desenvolvimento de pesquisas que visam contribuir com a resolução dos problemas prioritários de saúde da população e o fortalecimento da gestão do SUS.

O PPSUS representa incremento científico, tecnológico e de inovação no setor Saúde e tem sido possível graças à atuação das instituições envolvidas – Ministério da Saúde, Ministério da Ciência e Tecnologia, Secretaria de Estado da Saúde de Alagoas (SESAU) e Fundação de Amparo à Pesquisa de Alagoas (FAPEAL) –, onde se observa o crescimento, considerando não apenas o número de projetos submetidos às chamadas do Ministério da Saúde, mas também a relevância dos temas abordados nos projetos aprovados e nos resultados obtidos.

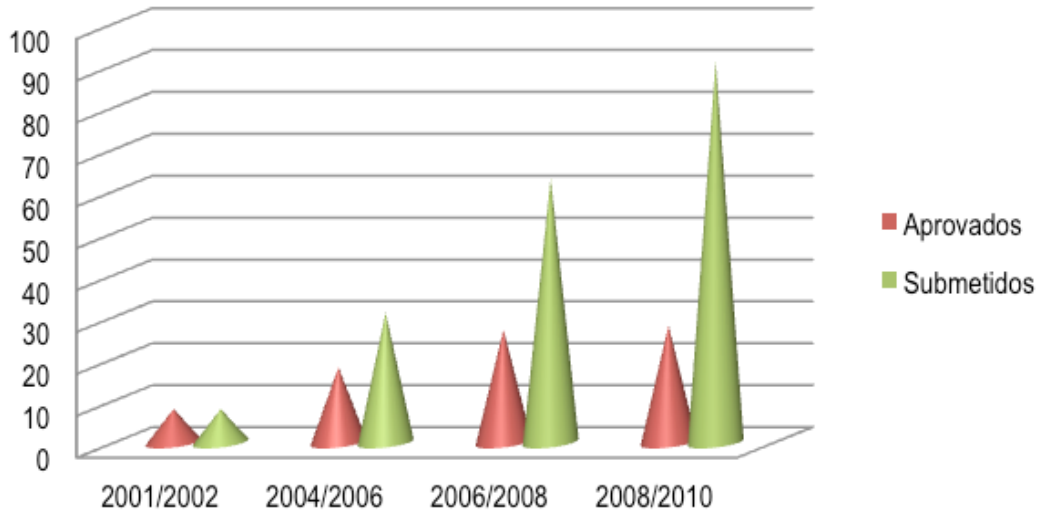
No período de 2001 a 2010, foram realizados 04 editais com um total de 81 pesquisas desenvolvidas que demandaram um quantitativo financeiro de R\$ 2.110.000,00 (Figura 06).



Fonte: FAPEAL

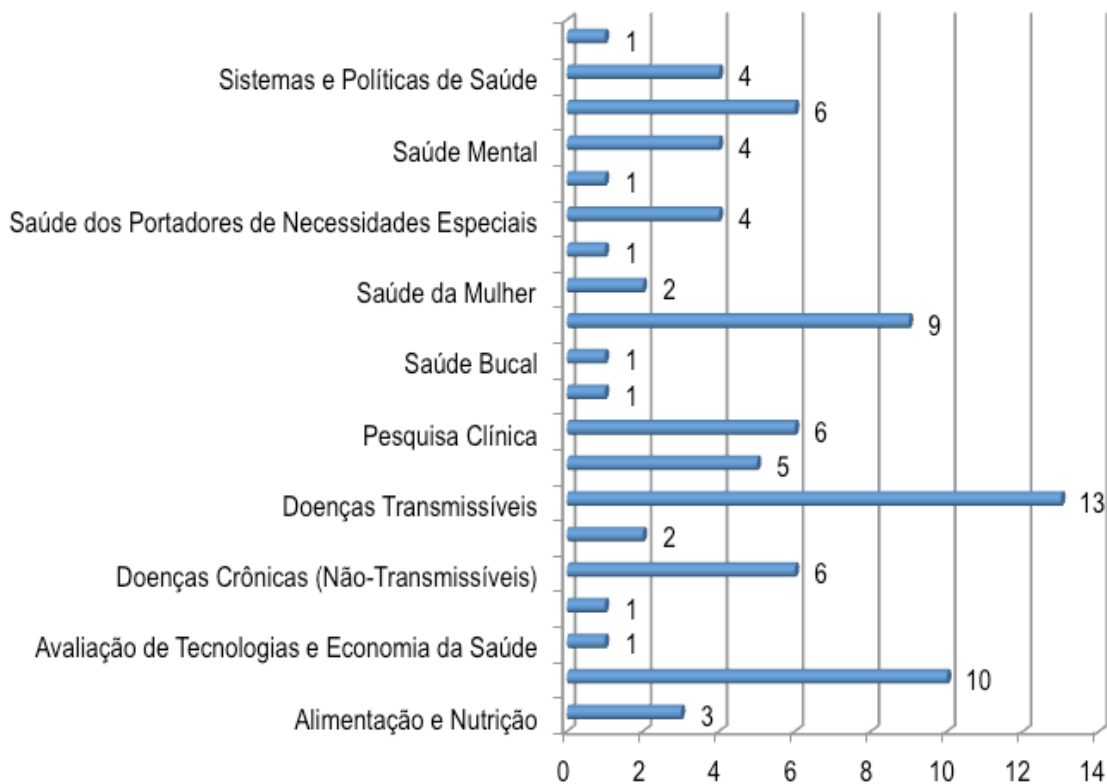
Figura 06 - Recursos financeiros do PPSUS Alagoas segundo ano do edital de contratação. Alagoas, 2002 – 2009.

A cada ano, os resultados alcançados impulsionaram uma ampliação nos números, temas e financiamentos, como se pode ver nas figuras 07 e 08.



Fonte: Brasil/Ministério da Saúde/Decit/2010

Figura 07 - Pesquisas submetidas e aprovadas pelo PPSUS Alagoas segundo ano do edital de contratação. Alagoas, 2002 – 2009.



Fonte: Brasil/Ministério da Saúde/Decit/2010

Figura 08 - Pesquisas financiadas pelo PPSUS Alagoas, segundo temas da subagenda da ANPPS. Alagoas, 2002 – 2009.

Vale salientar, que após articulação do Comitê Gestor Local do PPSUS com o secretário de Saúde e o presidente da Fapeal, foi publicada, no Diário Oficial do estado, a portaria nº 183 que institui o relatório dos resultados das pesquisas, como instrumento complementar de gestão e programação das ações para incorporação das relevantes, inclusive estabelecendo recursos na dotação orçamentária da SESAU.

A operacionalização do Programa envolve a avaliação das pesquisas, através de relatórios parcial e final, que são analisadas pela Assessoria Científica da Fapeal, em reuniões com coordenadores das pesquisas e Comitê Gestor Local e seminários de avaliação com a apresentação das pesquisas a bancas examinadoras.

Os resultados das pesquisas do PPSUS no estado de Alagoas devem instrumentalizar a formação de recursos humanos e a gestão do sistema de saúde porque sinalizam para a geração de novos conhecimentos, formação de grupos de pesquisa, capacitação de recursos humanos, necessidade de novos protocolos, obtenção de patentes, promoção de educação em saúde e saúde ambiental.

2.5. Organização dos serviços de saúde

Alagoas, estado do Nordeste do Brasil conhecida por apresentar significativas diferenças loco - regionais e de concentração de renda, possui uma população beneficiária exclusivamente do Sistema Único de Saúde (SUS) correspondente a 92% do total de habitantes. Tem uma rede assistencial heterogênea de serviços de saúde, com maior concentração na 1ª macrorregião de saúde que concentra 52,9% dos municípios alagoanos e 66,6% da população residente. Dentre suas conquistas no setor saúde, observa-se a expansão da atenção básica, o controle de algumas das principais doenças infecto-contagiosas de grande impacto para a população e importante redução na Mortalidade Infantil.

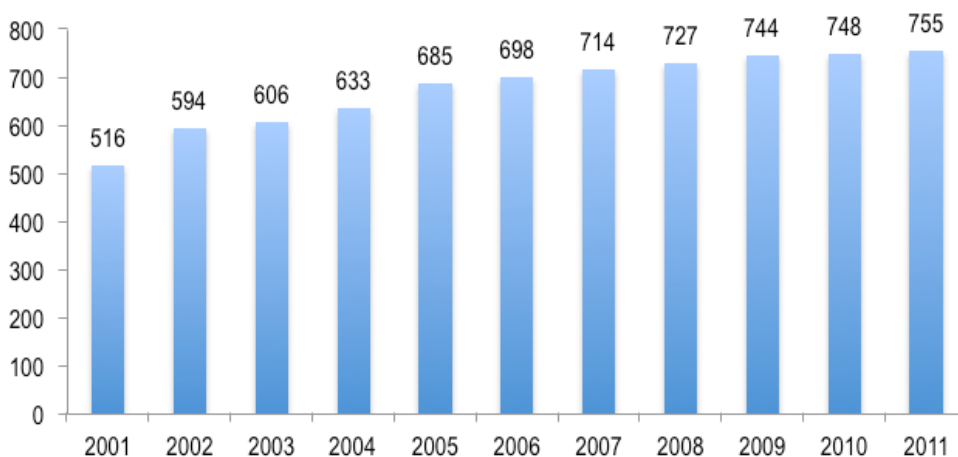
A estrutura da rede primária de saúde faz com que o estado possua uma cobertura da Estratégia de Saúde da Família de 73,45%, variando conforme as macrorregiões e regiões de saúde. Ainda assim, a atenção primária atua com baixa resolutividade, ocasionando a procura pelos serviços especializados, causando uma superlotação nos serviços de urgência e emergência. A 1ª macrorregião de saúde possui a maior parte dos leitos de UCI e UTI Neonatal, de obstetrícia clínica e cirúrgica, de ginecologia, e de pediatria clínica e cirúrgica. Somente os leitos de UTI pediátrica estão distribuídos na mesma proporcionalidade (50,0%) entre as duas macrorregiões. Das dez Regiões

saúde, seis oferecem serviços de alta complexidade, distribuídos nos municípios de Maceió, Arapiraca, Palmeira dos Índios, São Miguel dos Campos, Santana do Ipanema e Coruripe, sendo que em Maceió existe maior concentração da população, da estrutura física e dos serviços ofertados.

Todavia, ainda existem desafios que requerem medidas estruturantes capazes de assegurar as conquistas já galgadas e permitir o enfrentamento de desafios como o envelhecimento populacional, o aumento das condições crônicas e das causas externas de morbidade e mortalidade (acidentes e violências). Entre os desafios do setor saúde o acesso da população a serviços de qualidade, a humanização do cuidado e a integralidade da atenção destacam-se pela sua persistência ao longo dos anos e requerem urgência de resolução.

2.5.1. Atenção Básica à Saúde

A Atenção Básica tem a Estratégia Saúde da Família (ESF) como prioritária para sua organização de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde (SUS) e está em funcionamento desde 1996, em Alagoas. A Estratégia Saúde da Família (ESF) em 2011 estava implantada em 100% dos municípios do estado, aumentando de 516 equipes em 2001 para 755 equipes em 2011 (Figura 09). Na distribuição das equipes por Região de Saúde (RS) a 1ª e 4ª Regiões concentram quase 40% das equipes de saúde da família implantadas no Estado.

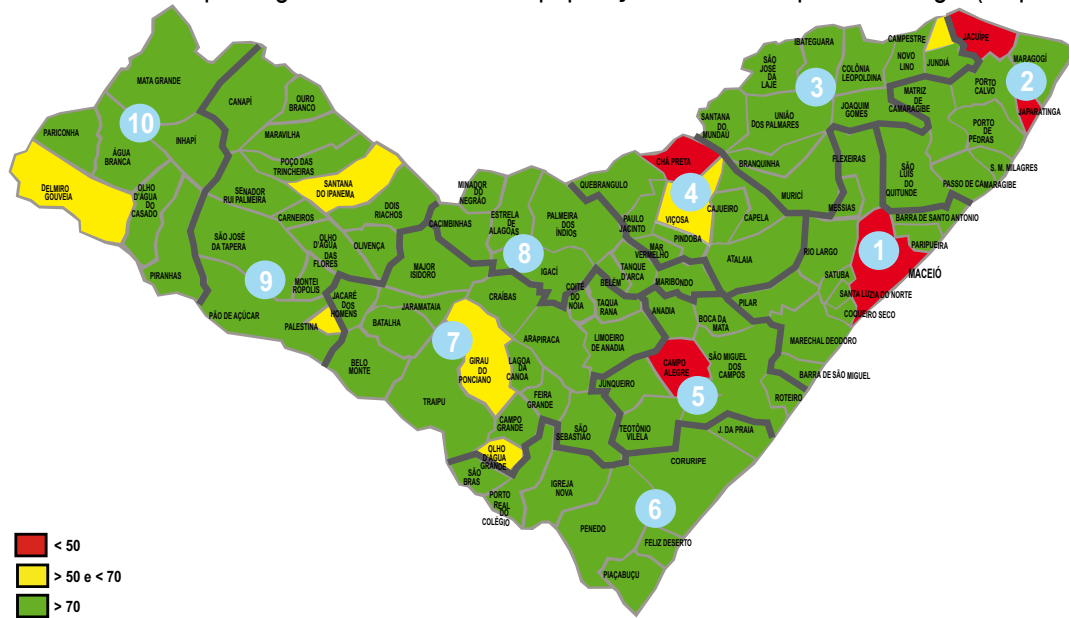


Fonte: SIAB/ DATASUS, 2011.

Figura 09 - Número de Equipes de Saúde da Família por ano de implantação. Alagoas, 2001 a 2011.

Ao observarmos a distribuição da população cadastrada por Região de Saúde (RS), identificamos coberturas inferiores a 50% no município de Maceió (29,22%) - 1ª RS, no município de Jacuípe (49,31%) - 2ª RS, no município de Chã Preta (48,28%) - 4ª RS e no município de Campo Alegre (40,74%) - 5ª RS. A 1ª Região de Saúde é a que apresenta menor cobertura, ficando abaixo

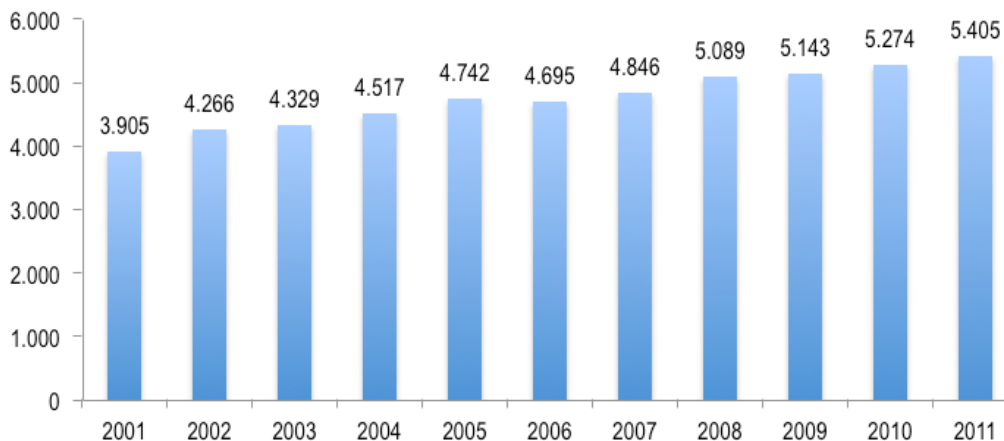
da média Estadual a qual vem se mantendo, desde 2007, em torno de 70%. Embora a Estratégia Saúde da Família (ESF) seja o modelo de atenção predominante no Estado sua cobertura ainda não é suficiente para atender toda população. Além de Maceió, menor cobertura da ESF no estado, outros municípios de grande porte populacional como, Delmiro Gouveia, Santana do Ipanema, União dos Palmares e Campo Alegre com cerca 25% da população descoberta pela Estratégia (Mapa 03).



Fonte: SIAB/ DATASUS, 2011.

Mapa 03 – Proporção da população coberta pela Estratégia Saúde da Família por Região de Saúde. Alagoas, 2011.

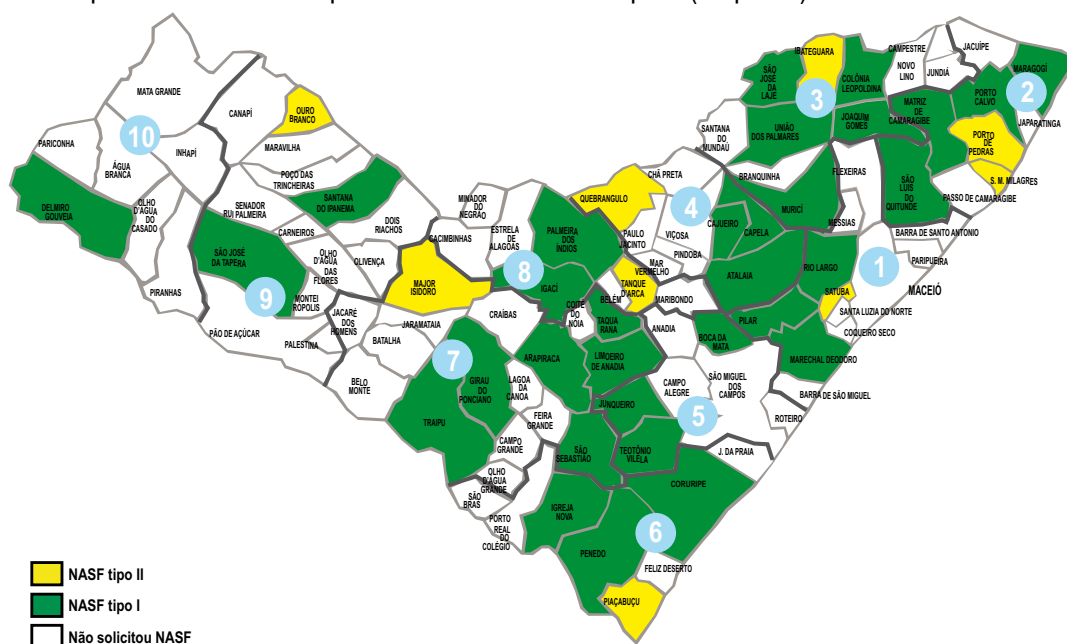
Com a inclusão dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), a capacidade de atuação da ESF foi ampliada. Atualmente, Alagoas conta com um contingente de 5.405 ACSs. Em dezembro de 2011, 77% da população alagoana era atendida pelo ACS. A 1ª e 7ª Região de Saúde (RS) concentram o maior número de ACS (Figura 10).



Fonte: SIAB/ DATASUS, 2011.

Figura 10 – Número de Agentes Comunitários de Saúde por ano de implantação. Alagoas, 2011.

Em 2008, o Ministério da Saúde, criou os Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF) - uma estratégia inovadora que tem por objetivo apoiar, ampliar, aperfeiçoar a atenção e a gestão na Atenção Primária à Saúde. De acordo com os critérios estabelecidos pelo Ministério da Saúde, dos 102 municípios alagoanos, 88 deles estão aptos para implantar o NASF, sendo 31 municípios com NASF do tipo 1 e 57 com NASF do tipo 2. Atualmente o estado conta com 49 NASF implantados, 40 municípios com NASF do tipo 1 e 09 com NASF do tipo 2 (Mapa 04).



Fonte: SIAB/ DATASUS, 2011.

Mapa 04 – Núcleos de Apoio à Saúde da Família. Alagoas, 2011.

2.5.2. Atenção Especializada

Ao lado da Atenção Básica, a Atenção Especializada em Saúde de Média e Alta complexidade (MAC) caracteriza-se como um importante indicador da atuação e desempenho do SUS.

As ações de média complexidade, que visam atender os problemas e agravos à saúde da população nos quais a prática depende da disponibilidade de profissionais especializados e do uso de recursos tecnológicos de apoio diagnóstico e terapêutico, tiveram, em 2011, em relação a 2009, um incremento de 15,20% (3.512.595 procedimentos a mais), nos procedimentos ambulatoriais e redução de 3,19 % nos procedimentos hospitalares.

Os serviços de alta complexidade (AC) são caracterizados por um conjunto de procedimentos, cujo objetivo é propiciar à população o acesso a serviços de alta densidade tecnológica e alto custo, com necessidade de pessoal especializado, integrando-se aos demais níveis de atenção à

saúde. Esses serviços se mantiveram em 2011 (1.061.946), em relação a 2009 (1.009.747), quase sem alteração na oferta e demanda.

Existe uma série de procedimentos complementares e essenciais que auxiliam na prevenção, no diagnóstico e acompanhamento dos pacientes, e que podem influenciar diretamente na inclusão destes usuários nos programas e políticas da atenção especializada, tais como as consultas médicas especializadas e os procedimentos com finalidade diagnóstica. Foram realizados em 2009, 2010 e 2011, respectivamente 8.628.074, 9.194.053 e 9.220.886 consultas especializadas e procedimentos de diagnóstico laboratoriais (clínico e de anatomia patológica e citopatologia), medicina nuclear in vivo e métodos diagnósticos em especialidades (Quadro 03).

Quadro 03 – Número de consultas médicas especializadas e de procedimentos de diagnose laboratoriais, medicina nuclear e métodos em especialidade, realizados em 2009, 2010 e 2011, por região de saúde. Alagoas, 2012.

Ano	Consultas médicas especializadas	Diagnóstico em laboratório clínico
2009	1.061.946	7.566.128
2010	1.224.856	7.969.197
2011	1.009.747	8.211.139
Total	3.296.549	23.746.464

Fonte: DATASUS, 2012.

• Saúde mental

O Estado de Alagoas vem dando continuidade as ações de implantação e implementação da Política de Saúde Mental em atenção ao que preconiza a Lei nº 10.216/2001, marco legal da Reforma Psiquiátrica, que estabelece o redirecionamento do modelo assistencial em Saúde Mental, promovendo assim a reorganização das ações e serviços.

A Política de Saúde Mental no Estado de Alagoas avançou significativamente na ampliação de uma rede substitutiva aos hospitais psiquiátricos. Ocupando em julho de 2011, segundo dados da Coordenação de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas/DAPES/SAS/MS, o quinto lugar do Brasil e o quarto lugar no Nordeste em cobertura de CAPS / 100.000 hab, com cobertura assistencial de 88%, considerada muito boa para os parâmetros ministeriais.

Atualmente Alagoas tem uma rede de atenção psicossocial com 49 CAPS no componente da atenção psicossocial especializado, sendo 39 CAPS I, 06 CAPS II, 03 CAPSad e 01 CAPSi, atingindo uma cobertura de 95%; no componente referente a estratégia de desinstitucionalização possui 21 beneficiários recebendo benefício do Programa de Volta para Casa. No componente

Reabilitação Social possui 42 iniciativas de Reabilitação Psicossocial Social pelo trabalho, sendo 14 com incentivos do governo Federal. Possui 01 Manicômio Judiciário que não se caracteriza entre os componentes por fazer parte da Defesa Social, sendo considerado ação de intersetorialidade, 01 escola de supervisão clínico-institucional (estratégia de capacitação). No componente da atenção básica possui 04 consultórios na Rua voltado para o cuidado às pessoas que usam álcool e outras drogas em situação de rua, atuando no município de Maceió, 44 Ambulatórios Públicos de Saúde Mental. A Rede de saúde mental possui 880 leitos distribuídos em 05 hospitais psiquiátricos, sendo 04 privados e 01 público.

No componente da Reabilitação Psicossocial destaca-se o projeto de inclusão digital. O projeto foi desenvolvido com sucesso em Alagoas nos municípios de Água Branca, Delmiro Gouveia e Mata Grande. Foram contempladas 43 pessoas, entre usuários dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), familiares e integrantes da sociedade. A meta é expandir para todas as regiões de saúde do Estado de Alagoas.

Recentemente o Estado de Alagoas foi contemplado com o Plano integrado de enfrentamento do crack e outras drogas que consiste em aprofundar as ações em desenvolvimento e a continuidade da diversificação dos serviços e medidas de saúde relacionadas ao consumo desta droga, entre as quais: a implantação de 03 CAPS III ad, sendo dois sob gestão de Maceió e 01 sob gestão Estadual, 45 unidades de acolhimento adulto e infantil, das quais 03 encontram-se em processo de implantação.

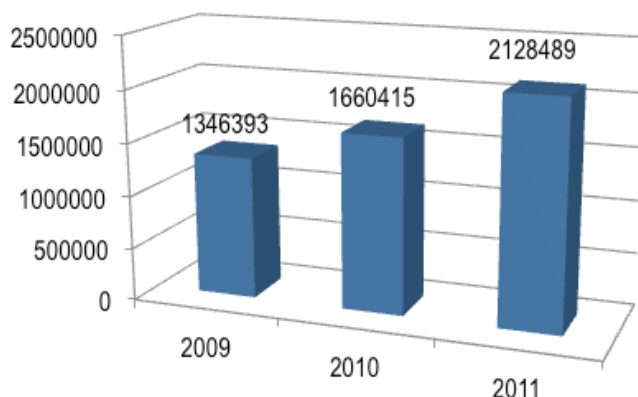
• **Atenção às urgências**

O aumento do número de acidentes, a violência urbana, o crescimento e o envelhecimento da população, demandam alto consumo dos serviços de urgência. A insuficiente estruturação da rede contribui para o estrangulamento desses serviços. Nesse contexto, a Rede de Atenção às Urgências do estado é composta pelos seguintes equipamentos:

- √ Unidade de Pronto Atendimento (UPA), componente pré-hospitalar fixo, com estrutura de complexidade intermediária entre as unidades básicas de saúde e a rede hospitalar.
- √ Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), componente pré-hospitalar móvel. O SAMU foi desenvolvido com a finalidade de atender a população em casos de urgências com equipes de profissionais de saúde. Atende as urgências de natureza traumática, clínica, pedi-

átrica, cirúrgica, gineco-obstétrica e de saúde mental. Com a implementação do SAMU, está sendo reduzido o número de óbitos, o tempo de internação em hospitais e as seqüelas decorrentes da falta de socorro oportuno.

Em termos de cobertura populacional, houve um crescimento de 1.346.398 milhões de habitantes (42,66%) em 2009, para 2.128.488, em 2011 (68,21%) (Figura 11). Para permitir a manutenção do serviço, foram habilitadas 47 ambulâncias entre 2004 e 2011. Do total de ambulâncias habilitadas, 05 unidades são de suporte avançado (equivalente a uma UTI móvel) e 42 unidades de suporte básico (veículos compostos apenas por oxímetro, desfibrilador externo automático e aspirador), além das 21 ambulâncias distribuídas como reserva técnica e 14 ambulâncias como renovação de frota. Considerando as particularidades de algumas regiões, essa frota foi reforçada por 01 helicóptero.



Fonte: IBGE/ Projeto das Redes de Atenção às Urgências em Alagoas, 2012.

Figura 11 – Número da população coberta pelo SAMU. Alagoas, 2009 a 2011.

• Hemorrede Pública

A Hemorrede Pública organiza-se de forma descentralizada, hierarquizada e integrada. É composta por 01 Hemocentro Coordenador; 01 Hemocentro Regional; 01 Núcleo de Hemoterapia e 12 Agências Transfusionais. Essas unidades estão localizadas na cidade de Maceió e Arapiraca, atendendo em média 2.380 doadores aptos/mês e 28.562/ano. Durante 2011, o Hemocentro Coordenador efetuou aproximadamente 1.195 atendimentos médico ambulatorial/mês a pacientes portadores de doenças hematológicas, principalmente hemoglobinopatias e coagulopatias, e em média 2.763 atendimentos de outros profissionais.

No seu conjunto, os serviços da Hemorrede em 2011 coletaram 24.113 bolsas de sangue e produziu em média 60.420 bolsas de hemocomponentes; foram realizados 23.409 bolsas trans-

fundidas, perfazendo uma quantidade de 19.701 concentrados de hemácias, 2.008 concentrados de plaquetas e 1.700 plasmas fresco congelado (Quadro 04). Também foram realizadas infusões de Hemoderivados (Fatores VII, VIII e IX, Complexo Protrombínico), num total de 5.910.710UI de frascos ampolas. Além dos hemocomponentes transfundidos foram enviadas para HEMOBRÁS 3.680 unidades de plasmas para fabricação de Hemoderivados. (Relatório consolidado de infusões por instituição – DATASUS-MS).

Quadro 04 – Distribuição dos procedimentos transfusionais realizados por hemocomponentes. Alagoas, 2011.

HEMOCOMPONENTES	QUANTIDADE
Concentrado de hemácias	19.701
Plasma fresco congelado	1.700
Concentrado de plaquetas	2.008
Total de bolsas transfundidas	23.409

Fonte: HEMOPROD/SESAU/AL, 2011.

• Hematologia Ambulatorial

Neste serviço são atendidos pacientes com doenças Hematológicas, sendo prioridade as hemoglobinopatias e coagulopatias hereditárias, visto que o HEMOAL é o Centro de Referência do Estado de Alagoas para diagnóstico, acompanhamento e tratamento dessas patologias. Além desses pacientes destacamos o atendimento de urgência/emergência e consultas eletivas de outras anemias (aplástica, Fanconi e Blackfan Diamond) além de Gaucher e Mucopolissacaridoses com acompanhamento e tratamento de reposição enzimática. O atendimento ambulatorial é realizado por equipe multidisciplinar composta por médicos, enfermeiros, fisioterapeuta, odontólogos, psicólogos e assistentes sociais, além de outros profissionais de apoio técnico e administrativo. O HEMOAR presta assistência ambulatorial multidisciplinar aos portadores de coagulopatias e hemoglobinopatias.

Quadro 05 - atendimentos e Procedimentos do HEMOAL. Alagoas, 2011.

PROCEDIMENTOS	QUANTIDADE
Exames Imunohematológicos receptor	3.920
Consultas com hematologista e hemoterapeuta	10.545
Atendimento de urgência 24 horas	3.790
Procedimentos de enfermagem	14.319
Procedimentos odontológicos	328
Atendimento pelo serviço social	9.714
Atendimento pelo psicólogo	1.742
Atendimento pelo enfermeiro	2.494
Atendimento pelo fisioterapeuta	500

Fonte: HEMOAL/SESAU/AL, 2011.

2.5.3. Assistência Farmacêutica

A Assistência Farmacêutica é um conceito que engloba o conjunto de práticas voltadas à saúde individual e coletiva, tendo o medicamento como insumo essencial no ciclo logístico (manufatura, aquisição, programação, armazenamento, distribuição e dispensação). Os farmacêuticos são os profissionais responsáveis por prestar os esclarecimentos sobre o uso de medicamentos de forma racional.

Em termos de financiamento, o programa de assistência farmacêutica está estruturado em: 1) Componente Básico da Assistência Farmacêutica; 2) Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica e 3) Componente Especializado da Assistência Farmacêutica.

• Componente Básico

O componente tem como objetivo prestar cooperação técnica e repasse financeiro aos 102 municípios alagoanos. A normatização legal deste componente é dada pela Portaria GM/MS nº 4.217/2010 de 29 de dezembro de 2010, cuja pactuação foi realizada através da Resolução nº 102 de 22 de novembro de 2010 da Comissão Intergestores Bipartite de Alagoas (CIB/AL), que regulamenta e aprova as normas de financiamento e de execução do Componente Básico do Bloco de Financiamento da Assistência Farmacêutica e define o Elenco de Referência Nacional de Medicamentos e Insumos Complementares para a Assistência Farmacêutica Básica.

• Componente Estratégico

Atua no ciclo logístico farmacêutico dos medicamentos utilizados para o tratamento de um grupo de agravos específicos, agudos ou crônicos, contemplados em programas do ministério com protocolos e normas estabelecidas. Por exemplo: tuberculose, hanseníase, malária, leishmaniose, doença de chagas e outras, de abrangência nacional ou regional, bem como da DST/AIDS. Esses medicamentos são repassados pelo ministério aos Estados ou Municípios, de acordo com a previsão de consumo.

• Demandas judicializadas

Em relação às demandas judiciais determinando a dispensação de medicamentos observa-se um crescimento significativo nos últimos anos. Essas decisões comprometem a dispensação re-

gular, o atendimento de prioridades definidas e a implementação das políticas de assistência farmacêutica aprovadas.

A necessidade de adaptação a esta nova realidade, exige uma reprogramação de ações através de alterações no gerenciamento, financiamento, recursos humanos, sistema de avaliação e controle.

• **Componente Especializado da Assistência Farmacêutica**

O Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF), aprovado por meio da Portaria GM/MS nº 2.981 de 26 de novembro de 2009, é uma estratégia de acesso a medicamentos no âmbito do Sistema Único de Saúde. Sua principal característica é a busca da garantia da integralidade do tratamento medicamentoso, em nível ambulatorial, cujas linhas de cuidado estão definidas em Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT), publicados pelo Ministério da Saúde. Este Componente foi aprovado no sentido de aprimorar e substituir o Componente de Medicamentos de Dispensação Excepcional, entendendo que o mesmo tem uma importância fundamental para o acesso da população brasileira aos medicamentos para agravos importantes, tanto do ponto de vista epidemiológico quanto clínico.

O Estado de Alagoas vem ampliando a garantia do tratamento aos pacientes do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF) e dos medicamentos para usuários de doenças crônicas contemplados em protocolos clínicos estaduais, por meio da descentralização da dispensação dos medicamentos excepcionais para os municípios e serviços de saúde especializados. Atualmente, além da capital, onde fica instalada a sede do CEAF, existem farmácias descentralizadas nos seguintes municípios: Arapiraca, Palmeira dos Índios, Penedo, São Miguel dos Campos e Delmiro Gouveia. Até o final do ano de 2013, a previsão é que sejam implantadas as unidades de Viçosa, União dos Palmares, Matriz de Camaragibe e Santana do Ipanema. Faz-se importante salientar que existem também descentralizações do CEAF nas seguintes Unidades de Saúde: Hospital do Açúcar, Hospital Universitário, Santa Casa, CENEFROM e Hospital CHAMA em Arapiraca. Nestes casos, o foco é o atendimento dos pacientes portadores de insuficiência renal crônica e dor crônica.

• **Medicamentos e Insumos Hospitalares**

Compreende o abastecimento de medicamentos e materiais médico-hospitalares das 16 unidades hospitalares e pré-hospitalares do Estado, sob gestão e gerência da SESAU.

Destacamos nesta coordenação, a abertura de processos anuais para aquisição de medicamentos e correlatos através da modalidade de Licitação por Registro de Preços, baseados na consolidação das demandas das 16 unidades hospitalares bem como da UNCISAL, Corpo de Bombeiros, Polícia Militar e Secretaria da Mulher, a quem prestamos cooperação técnica.

2.5.4. Vigilância em Saúde

Os 102 municípios alagoanos assumiram a execução de ações inerentes à Vigilância em Saúde, no entanto, observa-se um maior destaque quanto à execução de ações de Vigilância Sanitária, Vigilância Epidemiológica e Promoção da Saúde. As ações relativas à Vigilância em Saúde Ambiental e à Vigilância em Saúde do Trabalhador são, normalmente, realizadas pelas Vigilâncias Sanitária e Epidemiológica, respectivamente.

Uma característica marcante da Vigilância em Saúde é a sua maior atuação fornecendo suporte a todo o sistema de saúde, possibilitando a tomada de decisão. Dessa forma, em termos estruturais, as áreas constituintes da Vigilância em Saúde localizam-se, geralmente, no nível central do SUS, ou seja, nas sedes das Secretarias de Saúde.

Considerando-se os estabelecimentos de saúde próprios de Vigilância em Saúde, o Estado de Alagoas possui sete unidades, sendo quatro Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST), dois Centros de Controle de Zoonoses (CCZ) e um Laboratório Central de Saúde Pública (LACEN) (Quadro 06).

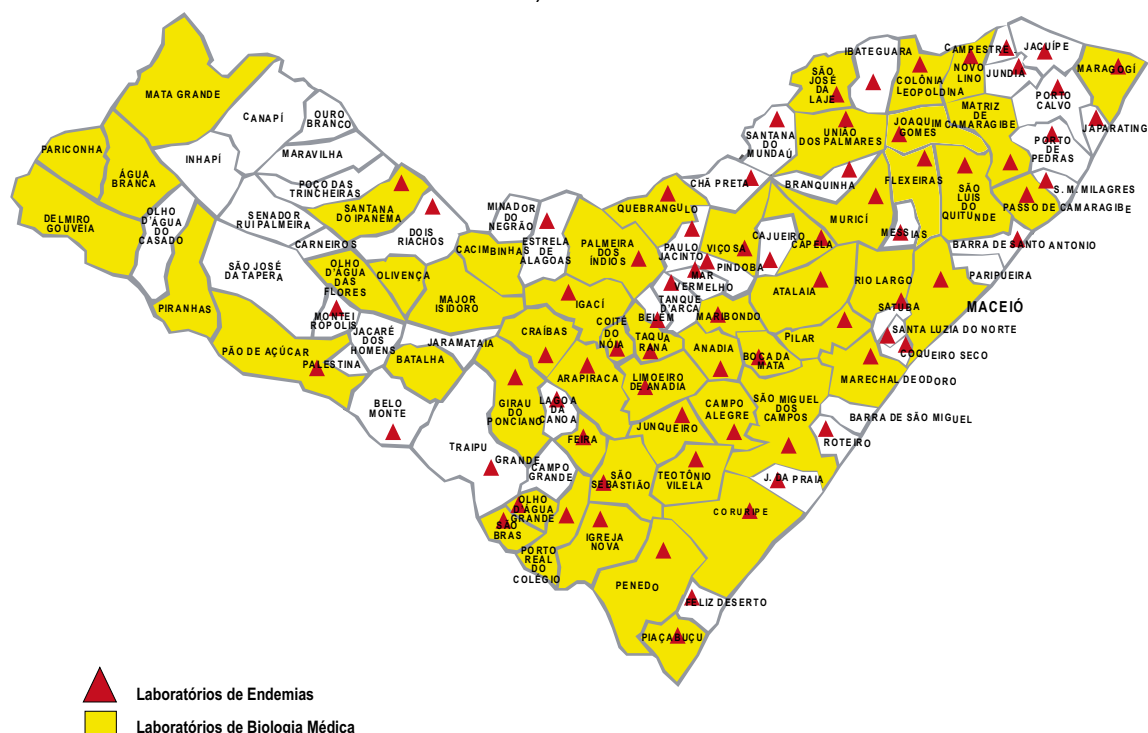
Quadro 06 – Estabelecimentos de Saúde da área de Vigilância em Saúde, segundo localização geográfica. Alagoas, 2011.

Macrorregião de Saúde	Região de Saúde	Município	Estabelecimento de Saúde
1ª	1ª	Maceió	CEREST Estadual
			CEREST Regional
			CCZ
			LACEN
2ª	7ª	Arapiraca	CEREST Regional
			CCZ
	9ª	Santana do Ipanema	CEREST Regional

Fonte: SUVISA/SESAU/AL, 2011.

Além do Laboratório-sede, o LACEN possui outras 194 unidades descentralizadas, distribuídas em 88 municípios, as quais realizam exames laboratoriais de menor complexidade e maior necessidade epidemiológica. Esta rede é composta de 65 laboratórios de gestão pública, 45

conveniados, 03 filantrópicos, 04 privados e 77 de endemias (Mapa 05). As unidades descentralizadas localizadas em Maceió estão presentes no Hospital Escola Dr. Hélvio Auto, Clínica Infantil Dayse Breda e Ambulatórios 24 Horas (Noélia Lessa, Dom Miguel Fenelon Câmara, Assis Chateaubriand, Dr. João Fireman e Denilma Bulhões).



Fonte: SUVISA/SESAU/AL, 2011.

Mapa 05 – Municípios com unidades descentralizadas do Laboratório Central de Saúde Pública (LACEN/AL). Alagoas, 2011.

Além dos estabelecimentos de saúde supracitados, há outras estruturas próprias ou que desempenham ações inerentes à Vigilância em Saúde, totalizando 38 estruturas, compostas por Núcleos Hospitalares de Epidemiologia (NHE), Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA), Serviço Ambulatorial Especializado em DST/HIV/AIDS (SAE), Centrais de Armazenamento de Imunobiológicos, Centro de Referência em Imunobiológicos Especiais (CRIE) e Centros de Informações Estratégicas e Respostas em Vigilância em Saúde (CIEVS) (Quadros 07 e 08).

Quadro 07 – Núcleos Hospitalares de Epidemiologia, segundo localização geográfica. Alagoas, 2011.

Macrorregião de Saúde	Região de Saúde	Município	Unidade Hospitalar	
1ª	1ª	Maceió	Hosp. Dr. Hélvio Auto	
			Mat. Santa Mônica	
			Hosp. Universitário	
			Hosp. Geral do Estado	
			Hosp. Unimed	
			Clín. Infantil Dayse Breda	
			Rio Largo	Hosp. Ib Gatto Falcão
			Marechal Deodoro	Mat. Imaculada Conceição
		2ª	Passo de Camaragibe	U. Mista Dr. Carlos Gomes de Barros
		3ª	União dos Palmares	Hosp. Geral S. Vicente de Paula
	5ª	Teotônio Vilela	U. Mista N. Sra. das Graças	
	6ª	Penedo	U. de Emergência de Penedo	
2ª	7ª	Arapiraca	U. de Emergência Daniel Houly	
			Hosp. Reg. de Arapiraca	
			C. Saúde e Mat. N. Sra. de Fátima	
		8ª	Palmeira dos Índios	Hosp. Geral Sta. Rita e Mat. Sta. Olímpia
		9ª	Santana do Ipanema	Hosp. Clodolfo Rodrigues
		10ª	Piranhas	U. Mista Sen. Arnon A. F. Mello
	Delmiro Gouveia		U. Mista Dr. Antenor Serpa	

Fonte: SUVISA/SESAU/AL, 2011.

Quadro 08 – Estruturas/Serviços próprios ou inerentes à Vigilância em Saúde, segundo localização geográfica. Alagoas, 2011.

Macrorregião de Saúde	Região de Saúde	Município	Estrutura/Serviço
1 ^a	1 ^a	Maceió	CTA PAM Salgadinho
			CTA HUPAA
			CRIE
			Central Estadual de Armazenamento de Imunobiológicos
			CIEVS Estadual
			CIEVS Municipal
			SAE PAM Salgadinho
			SAE HUPAA
			SAE HEHA
	2 ^a	Matriz de Camaragibe	Central de Armazenamento de Imunobiológicos
	3 ^a	União dos Palmares	CTA
			Central de Armazenamento de Imunobiológicos
6 ^a	Coruripe	CTA	
	Penedo	Central de Armazenamento de Imunobiológicos	
2 ^a	7 ^a	Arapiraca	CTA
			Central de Armazenamento de Imunobiológicos
	8 ^a		Central de Armazenamento de Imunobiológicos
	9 ^a	Santana do Ipanema	Central de Armazenamento de Imunobiológicos
	10 ^a	Delmiro Gouveia	CTA

Fonte: SUVISA/SESAU/AL, 2011.

2.5.5. Gestão em Saúde

• Planejamento

O planejamento em saúde adquire maior importância, na medida em que visa propiciar direcionalidade ao processo de consolidação do SUS, respaldado por dispositivos legais. A Lei Orgânica da Saúde nº 8.080/1990 atribui à direção nacional a responsabilidade de elaborar o planejamento estratégico em cooperação com os estados, municípios e o Distrito Federal; o Pacto pela Saúde objetiva efetivar os princípios do SUS, estabelecendo como uma de suas diretrizes o planejamento no âmbito da gestão (BRASIL, 2006); e o Sistema de Planejamento do SUS – PlanejaSUS, possui como instrumentos básicos o Plano de Saúde, a Programação Anual de Saúde e o Relatório Anual de Gestão (BRASIL, 2008; 2009).

Atualmente o Decreto Federal nº 7.508/2011 estabelece que o planejamento da saúde em âmbito estadual deve ser realizado de maneira regionalizada, a partir das necessidades dos Municípios, considerando o estabelecimento de metas de saúde (Brasil, 2011).

Nesse contexto, a Secretaria de Estado da Saúde de Alagoas (SESAU/AL) com a finalidade de descentralizar ações e distribuir responsabilidades e poderes, estrutura-se organizacionalmente por meio de superintendências, coordenadorias, diretorias e gerências. E, através do setor de planejamento desencadeia o processo de difusão do planejamento em saúde, promovendo momentos de planejamento descentralizados, com a participação de gestores, técnicos e conselheiros das Secretarias Municipais de Saúde e da SESAU/AL, na tentativa de implantar a vertente do planejamento estratégico situacional, objetivando mudanças na realidade de saúde no estado, tendo como marco a implantação do PlanejaSUS no estado de Alagoas.

A implantação do PlanejaSUS em Alagoas se fez acompanhada de uma série de atividades inerentes ao planejamento, iniciando pela capacitação de técnicos da SESAU e dos municípios acerca da concepção teórico-metodológica que norteia o planejamento em saúde. Esse processo se deu através da assessoria do Laboratório de Planejamento (LAPLAN) do Núcleo de Saúde Pública (NUSP) da UFAL e de discussões permanentes com o COSEMS/AL.

Destaca-se, nesse sentido a construção coletiva do Plano Estadual de Saúde do quadriênio 2008-2011, que se constituiu num processo político pedagógico de prática de planejamento ascendente e participativo. A elaboração do Plano constou, num primeiro momento, da discussão com o Laboratório de Planejamento do Núcleo de Saúde Pública da UFAL (LAPLAN/NUSP/UFAL) sobre o referencial teórico e metodológico de planejamento estratégico situacional a ser utilizado. Num segundo momento houve a formação de grupo condutor composto por técnicos da SESAU, do Colegiado de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS) e do Conselho Estadual de Saúde (CES) e a realização de cinco oficinas regionais com a participação de 290 gestores, técnicos e conselheiros municipais de saúde, agrupados por regiões de saúde, para levantamento dos principais problemas de saúde e das propostas de soluções. E, num terceiro momento, de uma oficina estadual com 100 representantes da equipe gestora, técnicos e conselheiros de saúde da SESAU-AL para validação das propostas regionais e conformação do Plano.

Dentre os momentos de implementação do planejaSUS em Alagoas, teve-se a realização do Curso de Atualização Planejamento em Saúde realizado no período de 2009 a 2010, para a SESAU e as Secretarias Municipais de Saúde dos 102 municípios, composto por cinco módulos,

voltados para a elaboração do Plano de Saúde (PS), da Programação Anual de Saúde (PAS) e do Relatório Anual de Gestão (RAG), e também ao desenvolvimento de processos de monitoramento e avaliação em saúde e de alimentação do Sistema de Informações sobre Orçamento Público em Saúde (SIOPS).

No intuito de formar facilitadores para o Curso de Atualização sobre Planejamento em Saúde, a Gerência de Planejamento da DIPLES/SUGEPS/SESAU/AL, assessorada pelo LAPLAN/NUSP/UFAL, promove momentos de estudo do conteúdo teórico e do desenho metodológico com uma equipe de técnicos e planejadores de saúde da SESAU/AL e do COSEMS/AL.

O curso proporcionou um avanço considerável na organização e fortalecimento do planejamento em saúde em Alagoas. Dentre os resultados alcançados destaca-se o incremento no número de municípios (93) com Planos Municipais de Saúde para o quadriênio 2010-2013, quando comparado ao número de municípios (15) com este instrumento para o período 2006-2009. Outro avanço observado foi em relação ao número de municípios (84) com Relatório de Gestão do ano 2009, quando comparado ao número de municípios (35) com este mesmo instrumento referente ao ano 2007. Os participantes avaliaram o curso como um “momento de aprendizado, de integração e interação que favorece a construção de saberes para a elaboração dos instrumentos de planejamento de forma democrática, com metodologia voltada para a discussão da realidade, permitindo uma construção coletiva, o que foi de uma riqueza enorme”.

Os resultados alcançados sinalizam a importância da oferta de capacitações construídas com a colaboração dos diversos atores envolvidos no processo, contribuindo para o fortalecimento da capacidade de gestão em saúde no estado. Sinaliza para a institucionalização do processo de planejamento e avaliação das ações de saúde em Alagoas.

No intuito de aprimorar o processo de planejamento e avaliação em saúde, os setores de planejamento e tecnologia da informação desenvolvem no ano 2009 um Sistema Informatizado para o Planejamento e a Avaliação das Ações da SESAU/AL, um sistema online com plataforma livre de desenvolvimento, com mais de 60 usuários para a sua operacionalização cotidiana. Através dele ocorre o preenchimento, monitoramento e avaliação da Programação Anual de Saúde (PAS). O sistema vem ao longo desses últimos três anos possibilitando o cadastramento das ações, metas, atividades e recursos financeiros da PAS, vinculando-as as metas, diretrizes e eixo do PES. Emite relatórios gerenciais que possibilitam o acompanhamento e avaliação da situação de cada

ação, meta e recurso financeiro executado. Todo esse processo é feito pelas gerências, diretorias, coordenadorias e superintendências da SESAU/AL, permitindo acesso rápido às informações produzidas, constituindo-se em uma ferramenta tecnológica importante para o fortalecimento e aceleração do processo de planejamento e avaliação da instituição.

Ressalta-se também a oferta do curso de Especialização em Planejamento em Saúde pelo Ministério da Saúde, através do PlanejaSUS no período de 2009 a 2010, onde foram capacitados 14 profissionais de saúde do estado, distribuídos entre o COSEMS/AL, o LAPLAN/NUSP/UFAL e a SESAU/AL. Dentre os trabalhos desenvolvidos, tem-se a pesquisa Planejamento em Saúde: percepção da equipe gestora da Secretaria de Estado da Saúde de Alagoas (MELO; MELO, 2010), que analisou os fatores que interferem na institucionalização do planejamento na SESAU/AL, identificando potencialidades à incorporação do planejamento estratégico situacional.

A pesquisa, baseada em entrevistas com a equipe gestora, apontou relação positiva entre as experiências com organização de serviços e planejamento em saúde. O quadro 09 demonstra esta análise, através das categorias que apresentaram maior frequência (f) de citação e as falas dos sujeitos, expressas nas unidades de contexto. Observa-se uma tendência favorável à incorporação de práticas de planejamento em saúde na instituição, uma vez que o processo vem se dando de forma participativa e ascendente, com o envolvimento de diferentes atores e ampliação de conhecimentos através de capacitações.

Quadro 09 – Relação entre a trajetória profissional da equipe gestora e a incorporação de práticas de planejamento em saúde. Secretaria de Estado da Saúde de Alagoas, 2010.

Trajetória profissional com incorporação de práticas de planejamento		
f	Unidade de registro	Unidade de contexto
22	Planejamento institucional e setorial	<i>Fui responsável pelo planejamento da Superintendência... e hoje fazemos o planejamento com todo o grupo, avaliando o que foi feito e programando o que vai ser feito durante aquele ano.</i>
16	Utilização de instrumentos de planejamento	<i>No 1º ano só respondíamos o RAG, no 2º fazíamos a PAS e não seguíamos, do 3º para cá já foi melhor, já nos avaliamos, priorizamos, fazemos reunião com as diretorias e com o superintendente.</i>
06	Capacitação em planejamento	<i>Tivemos capacitação através do PlanejaSUS, envolvendo também os municípios - curso de atualização e especialização.</i>

Fonte: MELO; MELO, 2010.

Ressalta-se, que em um contexto como o setor saúde, onde os problemas são complexos, os relatos apresentados aproximam-se da abordagem de Matus quando afirma que o planejamento se faz através do pensar a prática antes e durante o agir, configurando-se em uma mediação entre o conhecimento e a ação (ARTMANN, 2000), sendo importante envolver diferentes atores e

setores para o enfrentamento dos problemas, o que pode se dar através de um enfoque de planejamento abrangente e participativo.

A maioria dos entrevistados afirmou conhecer os instrumentos de planejamento existentes, sinalizando a Programação Anual de Saúde (PAS) e o Relatório Anual de Gestão (RAG) como os mais utilizados. O Plano Estadual de Saúde (PES) foi referenciado como elaborado numa perspectiva estratégica situacional, porém pouco usado (Tabela 02).

Tabela 02 – Conhecimento, utilização e forma de elaboração dos instrumentos de planejamento, segundo equipe gestora. Secretaria de Estado da Saúde de Alagoas, 2010.

Instrumentos de planejamento	Equipe gestora					
	Conhece		Utiliza		Forma de elaboração	
	Sim	Não	Sim	Não	Estratégica	Normativa
PES	72,00	28,00	28,00	72,00	100,00	0,00
PAS	76,00	24,00	64,00	36,00	50,00	41,67
RAG	76,00	24,00	56,00	44,00	60,00	40,00

Fonte: MELO; MELO, 2010.

Os dados apresentados demonstram o conhecimento da equipe gestora e técnica sobre o conteúdo propositivo das ações da instituição, situação considerada por Matus (1996) no triângulo de governo, como importante para o ato de governar. Sobre a utilização desses instrumentos, observa-se uma cultura institucional mais consolidada em relação aos instrumentos de caráter operacionais como a PAS e o RAG, por ser de curto prazo e atenderem a exigências formais. A pouca utilização do PES demonstra fragilidade na interligação dos instrumentos de planejamento e incorporação incipiente do planejamento estratégico situacional. Uma vez que o PES apresenta os objetivos, diretrizes e metas a serem buscadas no período de quatro anos, a PAS operacionaliza suas intenções e o RAG apresenta os resultados da sua execução (BRASIL, 2008; 2009).

Esta situação indica a não garantia de controle sobre a situação planejada, remetendo que a capacidade de agir sobre uma determinada situação varia de ator para ator e condiciona as possibilidades de sucesso de um plano (MATUS, 1993; VILASBÔAS, 2004). Observa-se fragilidade no 4º momento do planejamento estratégico situacional – o tático operacional – onde a realização da prática cotidiana, gerenciamento, monitoramento e avaliação das ações planejadas parecem não estar vinculados ao alcance dos objetivos do plano, contradizendo a essência do planejamento estratégico situacional, que para Matus é o acompanhamento permanente da realidade e a avaliação das decisões preteridas, com o propósito de averiguar se os resultados produzidos tendem na direção dos esperados (ADUM; COELHO, 2006).

Quanto às potencialidades e fragilidades na utilização do planejamento para o exercício da gestão (Quadro 10), o discurso sobre o planejamento como ferramenta norteadora da gestão foi de uma parcela significativa da equipe gestora que ocupa cargos de alto escalão e que possui experiências em planejamento na sua trajetória profissional. Esse fato remete a Matus (2000), ao afirmar que a qualidade da gestão pública tem como fatores determinantes o grau de desenvolvimento do capital intelectual e a função prática que dirigentes, executivos, assessores e planejadores do aparato público exercem no nível tecnopolítico.

Quadro 10 - Potencialidades e fragilidades na utilização do planejamento para o exercício da gestão. Secretaria de Estado da Saúde de Alagoas, Brasil - 2010.

f	Potencialidades		f	Fragilidades	
	U. Registro	U. Contexto		U. Registro	U. Contexto
10	Planejamento como ferramenta norteadora da gestão	O planejamento norteou todo o processo de gestão da SESAU, coordenou a articulação dos instrumentos.	09	Necessidade de capacitação em planejamento	Acho que deveria ter um momento de capacitação para embasar teoricamente o planejamento, e outro para a aplicação dos instrumentos.
06	Fortalecimento do planejamento na SESAU/AL	O grupo responsável pelo processo de planejamento nas áreas técnicas vem fortalecendo o planejamento na SESAU/AL.	08	Falta de cultura do uso de planejamento	Uma dificuldade é a falta de cultura do uso do planejamento como uma importantíssima arma para a melhoria da gestão.
04	Implantação do PlanejaSUS em Alagoas	O financiamento para o planejamento, a elaboração de normas e portarias do PlanejaSUS favoreceram a elaboração dos instrumentos de planejamento na SESAU/AL e nos municípios alagoanos.	08	Morosidade administrativa na instituição	O fluxo enorme do processo e a morosidade administrativa na SESAU/AL, leva ao baixo resultado do programado no planejamento.

Fonte: MELO; MELO, 2010.

Os relatos sobre o fortalecimento do processo de planejamento nas áreas técnicas da SESAU/AL, aliado a implantação do PlanejaSUS, como elemento facilitador da construção dos seus instrumentos básicos em Alagoas, possibilita a elaboração de estratégias voltadas a atuação na realidade, favorecendo a ação comunicativa entre gestores e profissionais para o entendimento e trocas intersubjetivas na constituição de novos sujeitos das práticas institucionais de saúde (RIVERA, 1996; PAIM, 2003). Traz, também, a perspectiva de que o planejamento tem a função de guiar as ações para atingir os resultados almejados, através de decisões articuladas (HUERTAS, 1996).

As fragilidades elencadas pelos entrevistados são pontos que interferem no exercício de práticas estruturadas de planejamento pela equipe gestora e técnica da SESAU/AL, dificultando

o fortalecimento da organização das ações de saúde e o aperfeiçoamento da gestão do SUS no estado. Nesse sentido é relevante considerar a necessidade de formação e capacitação do quadro dirigente e técnico da instituição voltada para a gestão pública. Matus apud Texeira (2010) diz ser importante disponibilizar aos gestores bibliografia básica sobre as possibilidades de fortalecimento da sua capacidade de governo, o que inclui sua formação como líder e a apropriação de conhecimentos acerca das mudanças necessárias nos sistemas de trabalho e no desenho organizativo das instituições sob seu comando.

Deste modo a ampliação da capacidade de governo requer investimento na formação tecnopolítica dos líderes, assessores e profissionais da gestão pública para o processamento de problemas quase-estruturados, como o são os problemas sociais. Pois seu âmbito de trabalho leva-o a estabelecer o diálogo da política com a técnica para discutir tanto a direcionalidade dos objetivos quanto a eficácia das diretrizes sobre operações e meios, visto que seu campo de ação é o conjunto da sociedade (MATUS, 2000).

A falta de cultura do uso de planejamento foi assinalada pelos entrevistados como consequência da sobrecarga de problemas emergenciais e demandas não programadas, indicando ser imprescindível a superação do imprevisto, visto que a utilização do planejamento no exercício da gestão decorre tanto das características organizacionais dos setores como das possibilidades dos sujeitos superarem as barreiras por ventura existentes. Quanto a essa questão, o estudo de Lotufo & Miranda (2007) evidenciou que a qualidade da gestão estaria relacionada com modernização gerencial, mudança cultural e qualificação profissional.

Nessa perspectiva, a incorporação do Planejamento Estratégico Situacional (PES) faz-se necessária, por ser um método voltado ao atendimento dos problemas públicos e possível de ser aplicado a qualquer órgão cuja finalidade não seja unicamente o mercado, mas o jogo político, econômico e social (HUERTAS, 1996).

Considerando o papel da SESAU/AL enquanto órgão integrador, coordenador e regulador do sistema estadual de saúde, bem como de cooperação técnica junto as Secretarias Municipais de Saúde, desempenhando a função de agente indutor de uma prática de gestão planejada, se faz necessário estabelecer medidas de difusão e qualificação do processo de planejamento estratégico situacional, como instrumento norteador das ações e serviços, visando o fortalecimento da sua efetiva institucionalização no cotidiano da gestão.

Para isso, a pesquisa recomenda a promoção de educação permanente na área de planejamento em saúde, com enfoque estratégico situacional, para gestores e técnicos da SESAU/AL e das Secretarias Municipais de Saúde do estado, com abordagem teórico-prática voltada para a ampliação da capacidade de governo; assim como o investimento na modernização administrativa da SESAU/AL, objetivando acelerar os fluxos dos processos, viabilizar o desenvolvimento das ações planejadas em tempo hábil e qualificar a gestão pública. Dessa forma, visa contribuir para a institucionalização de práticas de planejamento mais articuladas, através das quais os gestores públicos de saúde possam planejar ações que superem barreiras organizacionais e ampliem as possibilidades de atuação direcionadas à melhoria das condições de saúde de suas populações.

Contudo, o setor de planejamento da SESAU avalia que houve um considerável avanço no processo de planejamento em saúde no estado de Alagoas, mas também reconhece a necessidade de fortalecer esse processo, principalmente com a ampliação dos recursos humanos, melhoria da infra-estrutura e atualização permanente nas técnicas e métodos de planejamento, monitoramento e avaliação, como instrumento estratégico de gestão do SUS.

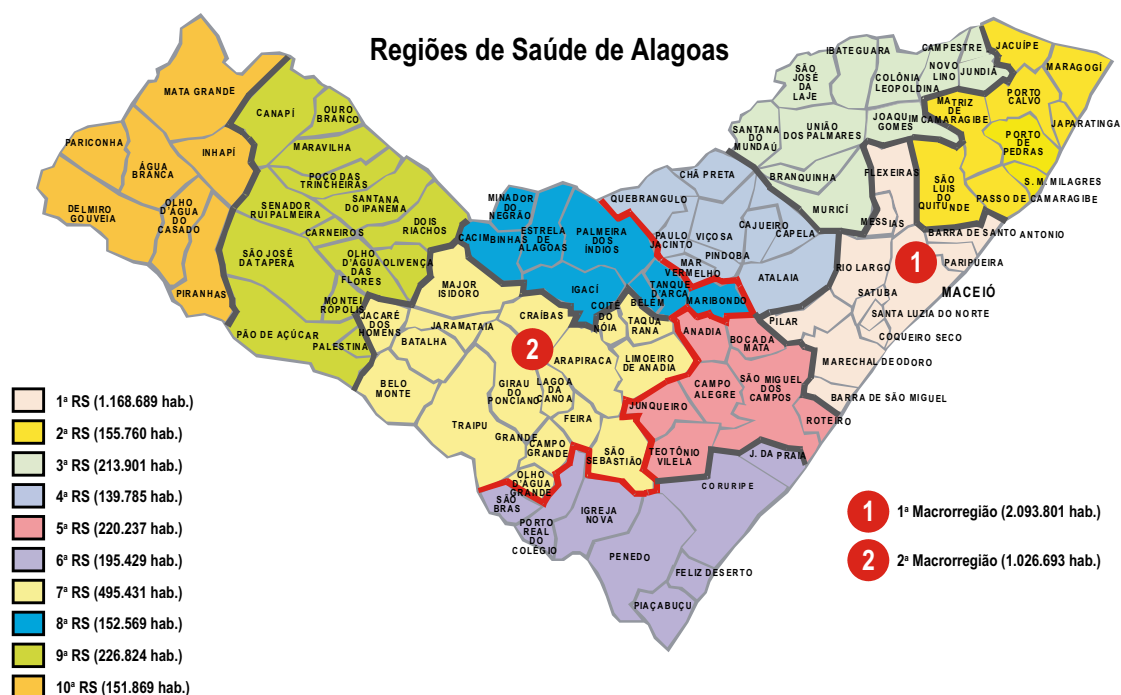
• **Descentralização / regionalização**

No processo de implantação do SUS, a descentralização, enquanto princípio organizativo explicitado na Constituição Federal de 1988 vem desempenhando importante papel no sentido de propiciar maior participação e autonomia dos estados e municípios na gestão dos seus sistemas de saúde.

A regionalização propicia uma atuação cooperativa entre os gestores do SUS, colocando-os a frente de desafios que buscam superar a fragmentação das políticas e programas de saúde, através da organização de uma rede regionalizada, hierarquizada e da qualificação da gestão, buscando assegurar o cumprimento dos princípios constitucionais de universalidade do acesso, equidade e integralidade do cuidado.

O processo de regionalização foi fortalecido com a instituição dos Colegiados de Gestão Regional (CGR), que muito contribuíram para a organização regional progressiva, estimulando a articulação entre os municípios, com vistas a garantir o acesso e a qualidade das ações e serviços de saúde na região, inclusive os de média e alta complexidade.

O Plano Diretor de Regionalização das Ações e Serviços de Saúde de Alagoas (PDR/AL) representa o desenho final do processo de identificação e reconhecimento das regiões de saúde, em suas diferentes formas. No estado de Alagoas o PDR foi elaborado no ano de 2002, sendo atualizado em 2011 (Mapa 06). O processo de revisão do PDR foi coordenado pela Superintendência de Gestão e Participação Social (SUGEPS), através da Diretoria de Planejamento (DIPLES) e amplamente discutido pela Diretoria de Gestão e Participação Social (DIGEPS) nos CGR, no período de 2009 a 2011.



Fonte: SESA/AL, 2011.

Mapa 06 - Plano Diretor de Regionalização de Alagoas – PDR/AL. Alagoas, 2011.

Em 2011, com a instituição do Decreto Federal nº 7.508/2011 os Colegiados de Gestão Regionais (CGR) passam a ser definidos como Comissões Intergestores Regionais (CIR), homologadas através da Resolução CIB/AL nº 072 de 22/08/12, fato que empodera os espaços regionais, possibilitando avanço na articulação e pactuação de acordos entre os municípios, gerando resoluções que contemplem melhorias para os problemas de saúde da região. Segundo o novo desenho do PDR/AL, a partir de setembro de 2011 ampliam-se as regiões de saúde de 05 para 10, assim como as Comissões Intergestores Regionais.

Conforme Regimento Interno, as CIR são compostas por todos os gestores municipais de saúde de cada região e representantes da Secretaria Estadual de Saúde. O funcionamento des-

tas comissões ocorre através de reuniões ordinárias mensais e extraordinárias, quando se faz necessário. Para que as decisões sejam oficializadas é necessário o quórum de 50% mais um de presença dos membros. As decisões são transformadas em resoluções, que são encaminhadas à CIB/AL para homologação. Quando analisamos a presença dos municípios nas reuniões, percebemos que há dificuldades quanto a participação dos gestores em algumas regiões, o que fragiliza a representatividade destes espaços e, portanto, o seu poder de definição na tomada das decisões necessárias ao desenvolvimento regional.

O fortalecimento da regionalização é um elemento fundamental para atingir a integralidade do Sistema Único de Saúde, atribuindo aos municípios um importante papel no planejamento e na execução das ações e serviços de saúde.

• **Financiamento**

O financiamento da saúde em Alagoas é realizado de forma descentralizada, com os municípios e o estado recebendo os recursos financeiros de origem federal diretamente do Fundo Nacional de Saúde, bem como os municípios recebendo os recursos provenientes de repasse estadual, que são transferidos respeitando portarias específicas e estratégicas, considerando metas estabelecidas nos termos de compromisso com a gestão estadual. O fato de todos os municípios de Alagoas já ter aderido ao Pacto pela Saúde, serve de mecanismo para que os mesmos cumpram a Constituição e a Lei Orgânica da Saúde, assumindo as responsabilidades e prerrogativas impostas legalmente perante seus munícipes.

Avançamos e continuaremos a avançar na programação, repasses e execução financeira nos cinco blocos de acordo com a Portaria nº. 204/2007, mas precisamos continuar almejando, em um futuro próximo, a transferência única de acordo com critérios pactuados na Comissão Intergestora Tripartite (CIT), levando em conta a real necessidade de cada região, respeitando as especificidades e principalmente mudando a ótica vigente de repasse por blocos. O Decreto nº. 7.508/2011 é uma grande ferramenta nesse sentido, possibilitando a entrega do recurso integral para cada Comissão Intergestora Regional (CIR) aplicar o mesmo, visando à correção das iniquidades regionais.

No nível estadual, houve significativo incremento da aplicação da contrapartida financeira em programas estratégicos e estruturantes, como no custeio da Atenção Básica através do PRO-

SAÚDE, em ações e serviços da assistência materno-infantil (PROMATER), na estruturação e expansão da rede de urgência e emergência (PROVIDA), bem como na expansão e qualificação da assistência hospitalar através do PROHOSP. Como prioridades para os próximo quadriênio, serão enfatizadas ações para diminuição da mortalidade materno-infantil e o fortalecimento da Atenção Primária nos Municípios, como ações fundamentais para a manutenção e a implementação do Sistema Estadual de Saúde.

Procuraremos também apoiar os hospitais de pequeno porte para reduzir a demanda, principalmente para as sedes das macrorregiões de saúde. A contrapartida da assistência farmacêutica básica continuará por meio da transferência de recursos financeiros estaduais para os 102 municípios, visando à aquisição de medicamentos essenciais. O governo do estado, através da Secretaria de Estado da Saúde, avança também no apoio financeiro aos municípios com a proposta da construção de centros regionais de referência de média complexidade, estruturação da rede de laboratórios de saúde pública e construção de unidades básicas de saúde, além de projetos de construção de unidades de pronto atendimento (UPA), conclusão e ativação do funcionamento pleno dos 410 leitos do Hospital Geral do Estado, com moderno centro diagnóstico, ampliação da Unidade de Emergência Daniel Houly em Arapiraca e recuperação da estrutura física. Aliados a intervenções concretas para ampliar leitos de UTI e UCI neonatais e aumentar a oferta de procedimentos em especialidades com demanda reprimida como cardiologia, neurocirurgia, ortopedia, otorrinolaringologia, entre outras.

A Secretaria de Estado da Saúde planeja e executa ações e serviços de saúde, com o objetivo de minimizar a dívida social secular do poder público estadual, demonstrando, na prática, que com planejamento e aplicação correta dos recursos públicos com base nas necessidades de saúde da população, poderemos somar esforços e contribuir para a redução das desigualdades sociais e para a melhoria da qualidade de vida do alagoano.

Em relação à outra modalidade de financiamento no Sistema Único de Saúde, a celebração de convênios deverá, cada vez mais, ser desestimulada e substituída pela transferência de recursos financeiros fundo a fundo, inclusive para investimentos como novas construções e aquisições de equipamentos e materiais permanentes. Os termos de compromissos e os futuros COAPs deverão ser cada vez mais utilizados para que os gestores assumam responsabilidades expressas com metas a cumprir na utilização dos recursos públicos transferidos, sejam do nível federal para o Estado e Municípios, seja do Estado para os respectivos Municípios.

Finalizando, todos os esforços deverão ser empreendidos no sentido do atendimento a Lei Complementar nº 141/2012 que regulamenta a Emenda Constitucional nº. 29/2000, tanto para aportar mais recursos nesse sistema subfinanciado, como para tornar claro o que são ações e serviços públicos em saúde, dirimindo de vez dúvidas no que pode e no que não pode entrar no cálculo relacionado ao cumprimento da EC nº. 29/2000 quanto aos percentuais mínimos para estados e municípios.

• **Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria**

A atividade de regulação da atenção à saúde está voltada a atender aos princípios do SUS de universalidade, integralidade e equidade. Consiste na organização de estruturas, tecnologias e ações direcionadas aos prestadores – públicos e privados – gerentes e profissionais de saúde, buscando viabilizar o acesso do usuário aos serviços de saúde, adequando à complexidade de seus problemas aos níveis tecnológicos exigidos para uma proposta humanizada.

Para orientar o acesso dos usuários aos serviços especializados de média e alta complexidade, tanto ambulatorial quanto hospitalar, a SESAU vem se empenhando na operacionalização dos instrumentos de regulação, quais sejam: Programação Pactuada e Integrada (PPI), Plano Diretor de Regionalização (PDR), Plano Diretor de Investimentos (PDI), Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), contratos, dentre outros. Tal empenho tem buscado ampliar a possibilidade de acesso às ações de saúde de forma organizada, evitando desperdícios de recursos financeiros e humanos e a garantia da efetivação dos preceitos do SUS.

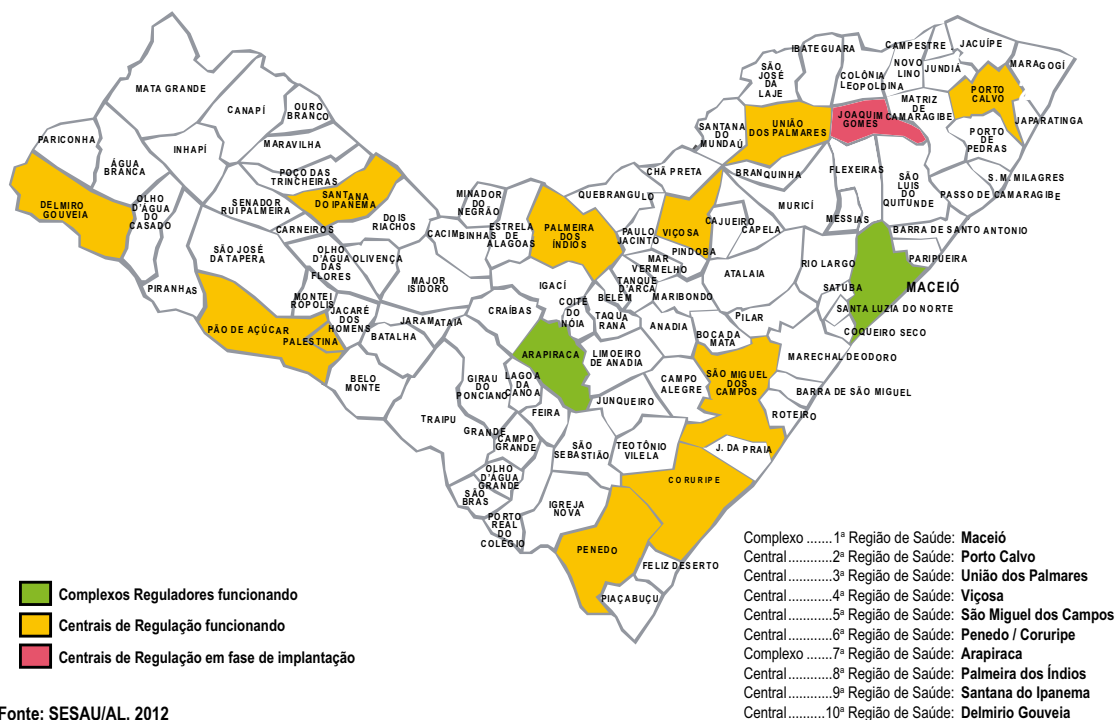
Para tanto, houve empenho na realização de capacitação para os técnicos de saúde sobre temas relevantes e pertinentes ao desenvolvimento de suas ações, assim como temas voltados ao conjunto de sistemas informatizados que a regulação e avaliação das ações e serviços do SUS, acrescidos pelo sistema de informação ambulatorial (SIA), sistema de informações hospitalar (SIH), sistema de gerenciamento da tabela de procedimentos, medicamentos e órteses/próteses e materiais especiais (SIGTAP), sistema de gerenciamento e operação das centrais de regulação (SISREG), e sobre o Decreto Federal nº 7.508/2011, priorizando o fortalecimento regional dos Contratos Organizativos de Ação Pública (COAP) e a ampliação do número de componentes municipais de auditoria implantados.

Com a efetivação do serviço ofertado pelo SAMU-192 junto à população, se fez necessário rever os fluxos de encaminhamento desses serviços assistenciais, adequando-os à Política

das Redes Temáticas, em especial da Rede de Urgência e Emergência, operacionalizada pelo Complexo Regulador Estadual e em co-participação com o Complexo Regulador de Maceió e o Complexo Regulador de Arapiraca.

Uma das medidas adotadas pela SESAU, em parceria com o Ministério da Saúde, foi o fomento à implantação/implementação de Complexos Reguladores nas sedes das duas regiões de saúde e Centrais de Regulação nas sedes das treze microrregiões, de acordo com o Plano Diretor de Regionalização (PDR) existente na época da implantação. No período de 2008 a 2011, foram implantados 02 Complexos Reguladores (Maceió e Arapiraca) e 09 Centrais de Regulação (Coruripe, Delmiro Gouveia, Pão de Açúcar, Palmeira dos Índios, Penedo, Porto Calvo, São Miguel dos Campos, Santana do Ipanema, União dos Palmares e Viçosa), os quais receberam financiamento federal. Com a atualização do PDR em 2011, as microrregiões foram extintas e 10 regiões de saúde foram criadas, sendo todas contempladas com Complexo Regulador ou Central de Regulação (Mapa 07).

Atualmente, 42 municípios oferecem procedimentos ambulatoriais agendados pelo sistema on line de gerenciamento e operação das centrais de regulação (SISREG). Além disso, o complexo regulador estadual implantou a central de regulação de leitos, responsável pelas transferências de pacientes do Hospital Geral do Estado (HGE) para unidades hospitalares financiadas pelos programas estratégicos do governo estadual, os quais são periodicamente avaliados pela auditoria estadual.



Fonte: SESAU/AL, 2012

Mapa 07 – Política de Regulação. Alagoas, 2012.

• Participação Social

O Sistema Único de Saúde (SUS) é fruto da luta de diversas forças progressivas da sociedade. A Constituição Federal de 1988 garante o direito a saúde do cidadão brasileiro pelo SUS. Este sistema é reconhecidamente uma das maiores conquistas nos direitos da cidadania e um avanço na reforma do Estado, com o propósito de diminuir as imensas desigualdades do país. As principais leis federais que regem o sistema são a Lei Orgânica da Saúde – Lei nº 8.080 de 1990 e a Lei nº 8.142/1990, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS. Também dispomos da Resolução nº 333 de 2003, do Conselho Nacional de Saúde, que delibera sobre as diretrizes para criação, reformulação, estruturação e funcionamento dos conselhos de saúde. O controle social pode ser entendido como a participação do cidadão da gestão pública, na fiscalização, no monitoramento, e no controle das ações da administração pública. Trata-se de um importante mecanismo de prevenção da corrupção e fortalecimento da cidadania.

O apoio ao processo de formação dos conselheiros de saúde, por meio da realização de oficinas de capacitação de conselheiros de saúde, segue as diretrizes para a educação permanente para o controle social no SUS e objetiva contribuir para o desenvolvimento da ação do sujeito social em torno do cumprimento do direito à saúde, valorizando a troca de experiências e saberes. Ressalta-se a importância da cooperação técnica para a atualização da legislação (lei e regimento interno) dos Conselhos Municipais de Saúde, contribuindo para a organização destas instâncias de controle social.

A realização, em 2011, de Conferências de Saúde em 100% dos municípios alagoanos representa um grande avanço no reconhecimento da importância do controle social para o acompanhamento e definição da política de saúde. As propostas da VIII Conferência Estadual de Saúde, coordenada pelo Conselho Estadual de Saúde de Alagoas (CES/AL), foram incluídas neste Plano Estadual de Saúde.

A VIII Conferência Estadual de Saúde e as cooperações técnicas aos Conselhos Municipais de Saúde demonstram a importância da articulação institucional entre as instâncias de controle social, atendendo ao cumprimento do papel da gestão estadual em fortalecer o CES/AL e estimular o processo de discussão e controle social no âmbito estadual.

A Ouvidoria SUS/AL é um canal democrático de comunicação entre o cidadão e a gestão pública, tendo por objetivo contribuir para a melhoria dos serviços prestados pelo SUS. Atualmente

tem-se implantada a Ouvidoria SUS da Unidade de Emergência do Agreste e a Ouvidoria SUS/AL. Foram as ações de apoio à descentralização do Sistema de Ouvidoria do SUS no estado que resultaram na implantação de mais cinco Ouvidorias Municipais (Maceió, Arapiraca, Boca da Mata, Palmeira dos Índios e Taquarana), processo este que continuará a ser implementado, visando disseminar informações e consolidar a democracia participativa.

• **Gestão do trabalho e educação em saúde**

A política de gestão do trabalho e da educação em saúde é desenvolvida na SESAU/AL através Coordenadoria Setorial de Gestão e Desenvolvimento de Pessoas (CSGDP), criada pela Lei Delegada Nº 44 de 08 de abril de 2011, tendo como propósito garantir a qualidade na prestação de serviços do SUS em Alagoas, através do provimento, desenvolvimento, remuneração, acompanhamento, avaliação dos trabalhadores da SESAU e apoio técnico aos municípios, no tocante à gestão do trabalho e educação permanente.

Compete a CSGDP planejar, coordenar e supervisionar as atividades relacionadas com as áreas de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde, a partir da concepção na qual a participação do trabalhador é fundamental para a efetividade e eficiência do Sistema Único de Saúde. Primando pelo cuidado de quem cuida, esta coordenadoria também desenvolve suas ações para os trabalhadores das unidades sob gestão da SESAU.

O Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde contempla quatro eixos temáticos: modelo de assistência e cuidados à saúde; gestão e gerência de meios, pessoas e recursos; formação e preparo dos profissionais de saúde e controle social e direito à saúde

A Coordenadoria Setorial de Gestão de Pessoas da SESAU irá desenvolver suas ações no período 2012-2015, conforme diretrizes das áreas de Gestão do Trabalho e de Educação Permanente na Saúde:

• *Gestão do Trabalho*

- √ Promover e desenvolver políticas de gestão do trabalho, considerando os princípios de humanização da participação e da democratização das relações de trabalho;
- √ Promover espaços de negociação permanente entre trabalhadores e gestores no âmbito estadual e regional;

√ Considerar as diretrizes nacionais para planos de carreiras, cargos e salários para o PCCS/SUS, quando da elaboração, implementação e/ou reformulação de planos de carreiras, cargos e salários no âmbito da gestão estadual.

• *Educação Permanente na Saúde:*

√ Formular, promover e apoiar a gestão da educação permanente em saúde e processos relativos à mesma no âmbito estadual;

√ Promover a integração de todos os processos de capacitação e desenvolvimento de recursos humanos à política de educação permanente, no âmbito da gestão estadual do SUS;

√ Articular e participar das políticas regulatórias e de indução de mudanças no campo da graduação e da especialização das profissões de Saúde.

Os Princípios e Diretrizes para Gestão do Trabalho para o SUS, aprovados como Política Nacional pelo Conselho Nacional de Saúde, por meio da Resolução nº. 330, de 04 de novembro de 2004, contêm orientações políticas e gerenciais referentes à Gestão do Trabalho, ao Desenvolvimento dos Trabalhadores, à Saúde Ocupacional para o Trabalhador da Saúde e ao Controle Social na Gestão do Trabalho no SUS que deverão estar presentes nas decisões institucionais dos gestores em saúde.

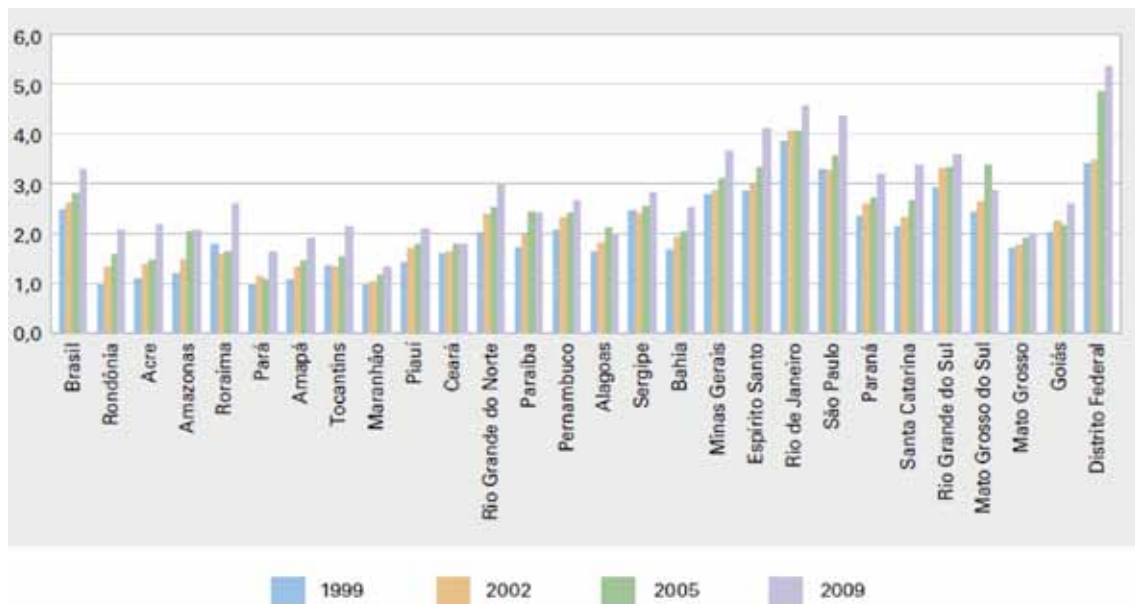
A Gestão do Trabalho no SUS envolve as questões relacionadas à vida funcional do trabalhador (ingresso, provimento, movimentação, enquadramento, desenvolvimento na carreira, bem como direitos e deveres trabalhistas), as garantias de condições adequadas de trabalho, participação dos trabalhadores na formulação de políticas (Plano de Cargos, Carreiras e Salários) e na criação de espaços de negociação.

A Secretaria de Estado da Saúde de Alagoas tem um corpo funcional formado por vínculos heterogêneos, composto por: servidores efetivos, admitidos por concurso público e contratados por tempo determinados através de processo seletivo simplificado, ambos submetidos ao Regime Jurídico Único do Estado de Alagoas (Lei nº. 5.247/91); por trabalhadores terceirizados, regidos pela Consolidação das Leis Trabalhistas – CLT e por trabalhadores precarizados.

A Gestão do Trabalho em Saúde trata das relações de trabalho a partir de uma concepção na qual a participação do trabalhador é fundamental para a efetividade e eficiência do Sistema Único de Saúde.

A gestão da educação em saúde é responsável pela proposição e formulação das políticas e ações relativas à formação, ao desenvolvimento profissional e à educação permanente dos trabalhadores da saúde nos níveis técnico e superior. Suas atividades englobam a capacitação de profissionais da área da saúde e a busca da integração dos setores da saúde e da educação para o fortalecimento das instituições formadoras, no interesse do SUS, e para a adequação da formação profissional às necessidades da saúde.

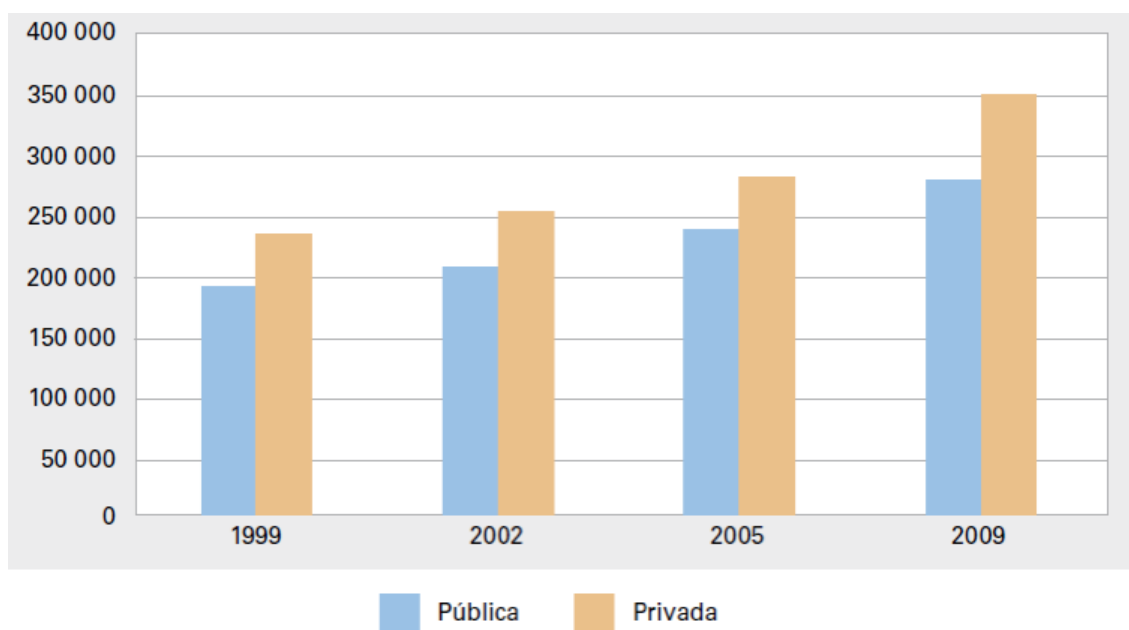
Segundo estudo do IBGE, podemos observar figura 12, que em 2009 o estado de Alagoas teve uma redução em relação ao número de postos de trabalho médico em estabelecimento de saúde por 1000 habitantes acompanhado, apenas, pelos estados Mato Grosso do Sul e Paraíba.



Fonte: IBGE/ Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária, 1999/2009.

Figura 12 - Postos de trabalho médico em estabelecimentos de saúde por 1000 habitantes, segundo as unidades da federação, Brasil, 1999/2009.

Em relação ao número de postos de trabalho médico em estabelecimentos de saúde nas esferas pública e privada pode-se notar que ambas apresentaram crescimento, porém, a segunda detém um número maior em todos os anos (Figura 13).



Fonte: IBGE/Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária, 1999/2009.

Figura 13 - Postos de trabalho médico em estabelecimentos de saúde, por esfera administrativa. Brasil, 1999/2009.

• Tecnologias e Sistemas de Informação em Saúde

As tecnologias e os sistemas de informação em saúde integram as estruturas organizacionais dos sistemas de saúde e se destacam pela capacidade de promoverem políticas e estratégias setoriais de comunicação e informação, que são decisivas para imprimir as mudanças necessárias nos modelos de gestão pública.

O SUS, por sua vez, é constituído por vários subsistemas que têm como propósito geral facilitar a formulação e avaliação das políticas, planos e programas de saúde, subsidiando os gestores nos processos de tomadas de decisão. Para tanto, as tecnologias e os sistemas devem contar com os requisitos técnicos e profissionais necessários ao planejamento, coordenação e supervisão das atividades relativas à coleta, registro, processamento, análise, apresentação e difusão de dados e geração de informações.

Felizmente, em Alagoas, os atuais recursos de processamento eletrônico estão sendo amplamente utilizados pelos sistemas de informação em saúde no SUS, aumentando sua eficiência na medida em que possibilitam a obtenção e processamento de um volume de dados cada vez maior, além de permitirem a articulação entre diferentes subsistemas.

Contudo, percebe-se que os múltiplos SI existentes no SUS são insuficientes, imprecisos e não contemplam a multicausalidade dos fatores que atuam no binômio saúde e doença, deixando uma grande quantidade de dados esparsos e comprometendo a geração de conhecimento coerente e útil para subsidiar as análises e decisões sobre a situação de saúde da população, e estas dificuldades possuem reflexo em Alagoas.

Visando enfrentar as barreiras encontradas nos fluxos de informação e potencializar ainda mais o uso das tecnologias de comunicação, a Secretaria de Estado da Saúde (SESAU) mantém atualmente um parque tecnológico de aproximadamente 1000 computadores e vem ampliando cada vez mais a conectividade das unidades de saúde sob gestão estadual para facilitar o intercâmbio eficiente da informação.

Além do mais, a SESAU desenvolve e fornece suporte a diversos sistemas de informação para as áreas de assistência à saúde, contemplando a gestão ambulatorial e o pronto atendimento dos pacientes; controle da central de assistência hospitalar; controle da distribuição e estoque de medicamentos e componentes especializados da assistência farmacêutica; controle de laboratório clínico, ambiental e de produtos. Ainda, mantém e divulga o portal estadual de saúde, que engloba informações de todas as áreas da SESAU, auxiliando a população a acessar informes, boletins, notas técnicas, programas, ouvidoria, avisos e notícias relacionadas à saúde pública. Assim, a gestão desses sistemas visa propiciar um ambiente integrado para facilitar a extração e uso da informação que circula entre os sistemas no SUS e gerar conhecimento para os gestores de saúde e a população em geral.

• **Infraestrutura**

A SESAU/AL possui uma rede física de serviços assistenciais de saúde que ainda se encontra sob gestão e gerencia, com unidades de saúde distribuídas nas duas macrorregiões de saúde, da seguinte forma:

► **1ª Macrorregião de Saúde**

√ Maceió:

Ambulatório 24h Assis Chateaubriand

Ambulatório 24h Denilma Bulhões

Ambulatório 24h Noélia Lessa

Ambulatório 24h João Fireman

Ambulatório 24h Dom Miguel Câmara

Serviços de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU – 192)

Hospital Geral do Estado Dr. Osvaldo Brandão Vilela

Clinica Infantil Dayse Breda

1º Centro de Saúde

2º Centro de Saúde

Laboratório Central (LACEN)

Hemocentro de Alagoas (HEMOAL)

√ Passos de Camaragibe:

Unidade Mista Dr. Carlos Gomes de Barros

√ Rio Largo:

Hospital Dr. Ib Gatto Falcão

► **2ª Macrorregião de Saúde**

√ Delmiro Gouveia:

Unidade Mista Dr. Antenor Serpa

√ Piranhas:

Unidade Mista Senador Arnon Farias de Melo

√ Água Branca:

Unidade Mista Dra. Quitéria Bezerra de Melo

√ Arapiraca

Unidade de Emergência Dr. Daniel Houly

Serviços de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU – 192)

Hemocentro de Arapiraca (HEMOAR)

2.6. Problemas e necessidades de saúde

A identificação dos problemas e necessidades de saúde propostos para o Plano Estadual de Saúde 2012-2015 ocorreu em duas oficinas com profissionais e gestores municipais das duas macrorregiões de saúde do estado. O ponto de partida para a construção foi a análise e validação de problemas e necessidades extraídos dos Planos Municipais de Saúde (PMS 2010/2013), das oficinas de elaboração do PPA 2012-2015 nas regiões administrativas do estado de Alagoas e das avaliações do PES e PPA de Alagoas dos anos 2008-2011.

Nessa perspectiva, o consolidado dos problemas/necessidades de saúde foi organizado nos dois eixos de atuação e nas nove diretrizes proposta para o PES 2012-2015:

● **EIXO DE ATUAÇÃO 1: MELHORIA DA QUALIDADE DE VIDA**

○ **Diretriz 1: Fortalecimento da Atenção Primária à Saúde**

Problemas e necessidades de saúde:

- √ Aumento do número de pessoas com excesso de peso/obesidade, hipertensão, diabetes e problemas cardiovasculares
- √ Elevado número de doenças do aparelho respiratório e do aparelho geniturinário
- √ Alto índice de transtornos mentais e de uso de drogas lícitas e ilícitas
- √ Elevada taxa de desnutrição em crianças menores de 5 anos
- √ Alto índice de cárie, doença periodontal e perda dentária
- √ Deficiência nas ações de promoção e prevenção ocasionando o elevado número de casos de câncer
- √ Elevado número de casos de gravidez na adolescência
- √ Baixa cobertura do pré-natal e com início tardio (após 1º trimestre de gestação)
- √ Deficiência nos serviços voltados para a atenção à saúde do adolescente
- √ Dificuldade de acesso dos usuários às Unidades de Saúde/Saúde da Família
- √ Inadequada cobertura da Estratégia Saúde da Família (ESF) em alguns municípios

- √ Precária referência e contrarreferência entre a Atenção Primária à Saúde e a Atenção Secundária e Terciária (ambulatorial e hospitalar)
- √ Inadequação da estrutura e infraestrutura das Unidades Básicas de Saúde
- √ Pouca efetivação da Política de Humanização
- √ Baixa resolutividade na APS
- √ Necessidade de construção, reforma e ampliação de Unidades de Saúde

○ ***Diretriz 2: Ampliação e Reestruturação dos Serviços de Assistência Materno-Infantil***

Problemas e necessidades de saúde:

- √ Alto índice de mortalidade infantil
- √ Necessidade de implantar e implementar a Rede de Atenção Primária à Saúde, priorizando a assistência materno-infantil
- √ Baixa cobertura do pré-natal
- √ Necessidade de melhorar a atenção obstétrica e pediátrica
- √ Necessidade de cooperação técnica e financeira para ampliação de leitos de UTI e UCI
- √ Necessidade de implantação e descentralização de leitos de UTI materna e pediátrica

○ ***Diretriz 3: Ampliação e Estruturação dos Serviços de Média e Alta Complexidade***

Problemas e necessidades de saúde:

- √ Baixa resolutividade na assistência de média e alta complexidade
- √ Inadequada e insuficiente oferta de serviços de urgência e emergência
- √ Demanda reprimida nos Centros de Reabilitação e necessidade de melhoria na atenção à pessoa com deficiência
- √ Aumento do número de partos cirúrgicos
- √ Elevado número de casos de câncer
- √ Alto índice de transtornos mentais e uso de drogas lícitas e ilícitas

- √ Oferta insuficiente de exames laboratoriais e de apoio diagnóstico
- √ Insuficiente atendimento especializado
- √ Necessidade de implantação e implementação de Centros de Diagnósticos Regionais de Serviços Especializados de Saúde
- √ Necessidade de implantar CAPS AD nas regiões de saúde
- √ Necessidade de estruturar serviços hospitalares de forma regionalizada
- √ Necessidade de melhorar o acesso à atenção obstétrica e pediátrica
- √ Necessidade de reformar e ampliar o HEMOAL
- √ Necessidade de ampliação da assistência hematológica na 1ª e 2ª macrorregiões
- √ Necessidade de ampliação e descentralização de serviços da Central de Transplante
- √ Necessidade de ampliação do atendimento pré-hospitalar (fixo e móvel) de urgência e emergência.

○ ***Diretriz 4: Reestruturação da Assistência Farmacêutica com Aquisição, Abastecimento e Dispensação de Medicamentos***

Problemas e necessidades de saúde:

- √ Necessidade de melhoria na assistência farmacêutica preconizado no RENAME
- √ Insuficiente produção de medicamentos pelo LIFAL
- √ Necessidade de definição de um elenco básico (cesta básica) de medicamento de alto custo, orientada pelo perfil nosológico do estado, que evite a judicialização das demandas dos usuários.

○ ***Diretriz 5: Fortalecimento das Ações de Vigilância em Saúde***

Problemas e necessidades de saúde:

- √ Insuficiência e má utilização de espaços para lazer
- √ Aumento do consumo de drogas lícitas e ilícitas
- √ Aumento da violência nos municípios

- √ Saneamento básico precário (abastecimento de água, esgotamento sanitário, manejo de resíduos sólidos e manejo de águas pluviais)
- √ Insuficiência de ações de saneamento ambiental voltadas à prevenção e controle de doenças
- √ Hábitos alimentares e de higiene inadequados
- √ Alto índice de prostituição infantil nos municípios
- √ Fragilidade de ações de promoção à saúde voltada para o idoso
- √ Poluição dos recursos hídricos
- √ Pouca fiscalização nos criadouros e abatedouros de animais para consumo humano
- √ Permanência de elevado número de acidentes que necessitam de atendimento antirrábico
- √ Elevado número de casos de dengue
- √ Alto índice de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DSTs)
- √ Elevado número de casos de diarreia
- √ Alta prevalência de esquistossomose e outras verminoses
- √ Permanente quadro de hanseníase e tuberculose enquanto problema de saúde pública
- √ Deficiência na alimentação dos sistemas de informação
- √ Programação incipiente das medidas de prevenção das doenças do aparelho circulatório, respiratório, neoplasias, doenças endócrinas e causas externas
- √ Subnotificação dos agravos relacionados ao trabalho
- √ Necessidade de uma Política estadual em saúde do trabalhador
- √ Necessidade de reorganização das redes CEREST regionais de acordo com Plano Diretor de Regionalização (PDR)
- √ Necessidade de ampliar e manter as capacidades básicas necessárias para vigilância e resposta às emergências em saúde pública
- √ Falta de estrutura da rede de laboratórios públicos
- √ Estrutura física inadequada da vigilância em saúde

● **EIXO DE ATUAÇÃO 2: INOVAÇÃO DA GESTÃO PÚBLICA**

○ ***Diretriz 6: Implantação e Implementação de Política de Planejamento, Gestão e Controle Social***

Problemas e necessidades de saúde:

- √ Dificuldade no monitoramento e acompanhamento na gestão dos planos e projetos
- √ Subfinanciamento da política de saúde
- √ Necessidade de atualização do PDR e PDI
- √ Fragilidade das Comissões Intergestoras Regionais (CIRs)
- √ Insuficiente estímulo à pesquisa científica desenvolvida pelo serviço
- √ Deficiência na estruturação dos Conselhos Municipais de Saúde
- √ Comunicação e divulgação inadequada com as comunidades
- √ Ausência de ouvidoria na maioria dos municípios
- √ Falta de continuidade capacitação de conselheiros municipais
- √ Insuficiente cooperação técnica da SES para os conselhos municipais
- √ Fragilidade na atuação dos coordenadores regionais de plenárias de conselhos de saúde
- √ Pouca participação dos usuários nos espaços de controle social

○ ***Diretriz 7: Ampliação de Centrais de Regulação e Sistemas Municipais de Auditorias***

Problemas e necessidades de saúde:

- √ Fragilidade da estrutura organizacional da saúde dificultando o fluxo dos usuários aos serviços de saúde
- √ Processo de trabalho pouco efetivado
- √ Demanda reprimida nos centros de reabilitação

○ ***Diretriz 8: Implantação de Política de Gestão de Tecnologia da Informação e Comunicação***

Problemas e necessidades de saúde:

- √ Ausência de política de tecnologia para informatizar os serviços de saúde e inadequada utilização dos programas existentes
- √ Fragilidade da estrutura organizacional da saúde dificultando o fluxo dos usuários aos serviços de saúde
- √ Processo de trabalho pouco efetivado

○ ***Diretriz 9: Implementação da Política de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde***

Problemas e necessidades de saúde:

- √ Carência de profissionais para atuação no SUS
- √ Processo de trabalho pouco efetivado
- √ Não efetivação do PCCS causando insatisfação salarial
- √ Necessidade de contratação e fixação de médicos nos municípios do interior
- √ Necessidade de melhoria na educação continuada e educação permanente
- √ Legislação restritiva para pagamento de hora/aula aos funcionários públicos

Observa-se, com o exposto na análise da situação de saúde de Alagoas, que muito precisa ser feito para assegurar o acesso da população as ações e serviços de saúde, bem como para garantir a integralidade na assistência à saúde, articulando as ações preventivas, curativas e de reabilitação à modernização da gestão e aceleração administrativa. Na busca de atender as necessidades de saúde da população, este Plano Estadual de Saúde apresenta a seguir seu elenco de propostas para o quadriênio 2012-2015.

Eixos de atuação

Diretrizes, objetivos e metas

“O planejamento é um cálculo que precede e preside a ação.”

Carlos Matus

3. EIXOS DE ATUAÇÃO, DIRETRIZES, OBJETIVOS E METAS

A implementação de estratégias no setor saúde requer a articulação com outras áreas de governo para que o esforço interinstitucional favoreça o alcance das áreas de resultados nas diversas políticas públicas no âmbito do estado e municípios. Nesse sentido, o **Plano Estadual de Saúde – PES 2012-2015** foi elaborado em consonância com o PPA 2012 -2015, **inserido as duas áreas de resultados** do plano estratégico de governo ***Melhoria da Qualidade de Vida*** e ***Inovação da Gestão Pública*** que constituem os **eixos de atuação das ações e serviços de saúde** a serem desenvolvidos pela Secretaria de Estado da Saúde de Alagoas – SESAU/AL:

1. **Melhoria da Qualidade de Vida** – com o objetivo de melhorar de maneira acelerada os indicadores sociais e ambientais, para permitir que todos os alagoanos tenham uma melhor qualidade de vida.
2. **Inovação da Gestão Pública** – com o objetivo de ampliar a capacidade do estado em ofertar mais e melhores serviços à sociedade Alagoana e promover o desenvolvimento de Alagoas. Ter um corpo de servidores públicos habilitados e motivados à prestação dos melhores serviços à sociedade alagoana, incluindo gestores profissionais e competentes, e um modelo de gestão que privilegie as relações Governo - Estado - Sociedade, com mais transparência por parte das organizações públicas e maior envolvimento da sociedade na formulação e monitoramento das políticas públicas.

A matriz operacional do Plano Estadual de Saúde para o quadriênio 2012-2015 é composta de dois eixos e nove diretrizes com objetivos e 116 metas, essenciais à melhoria das condições de saúde, por meio da oferta de ações e serviços que favoreçam a promoção, proteção e recuperação da saúde da população e o aperfeiçoamento do SUS.

EIXO DE ATUAÇÃO

Melhoria da Qualidade de Vida

DIRETRIZES

1. Fortalecimento da Atenção Primária à Saúde
2. Ampliação e Reestruturação dos Serviços de Assistência Materno-Infantil
3. Ampliação e Estruturação dos Serviços de Média e Alta Complexidade
4. Reestruturação da Assistência Farmacêutica com Aquisição, Abastecimento e Dispensação de Medicamentos
5. Fortalecimento das Ações de Vigilância em Saúde

EIXO DE ATUAÇÃO 1: Melhoria da Qualidade de Vida

DIRETRIZ 1	OBJETIVO
<p>Fortalecimento da Atenção Primária à Saúde A organização do Sistema Único de Saúde no estado de Alagoas tem se pautado nos princípios, nas normas e nas diretrizes da Política Nacional de Saúde, principalmente no que se refere o acesso da população às ações e serviços de saúde de qualidade, efetivando a Atenção Primária como eixo estruturante da Rede de Atenção à Saúde no SUS em Alagoas.</p>	<p>Promover o acesso dos usuários do SUS a unidades de saúde estruturadas e equipes resolutivas, visando a melhoria do nível de saúde desta população.</p>
METAS	
01	<p>Apoiar financeiramente os municípios na gestão da Atenção Primária à Saúde, através do PROSAÚDE</p>
02	<p>Construir 78 Unidades de Saúde de Atenção Primária</p>
03	<p>Equipar Unidades de Saúde de Atenção Primária nos 102 municípios</p>
04	<p>Promover educação em saúde para profissionais que atuam na Atenção Primária à Saúde na SESAU e nos 102 municípios</p>
05	<p>Elaborar e implantar 05 protocolos clínicos e assistenciais integrados sobre doenças crônicas não transmissíveis, saúde da criança, do adolescente, da mulher e do idoso</p>
06	<p>Implementar o Programa de Expansão da Estratégia de Saúde na Família (PROESF) nos 102 municípios</p>
07	<p>Apoiar o Telessaúde nos 102 municípios</p>
08	<p>Produzir e divulgar informações sobre saúde na Atenção Primária para SESAU e os 102 municípios</p>
09	<p>Monitorar e avaliar a Atenção Primária à Saúde dos 102 municípios</p>
10	<p>Cooperar tecnicamente com os 102 municípios em Atenção Primária à Saúde</p>
11	<p>Adquirir motos para os agentes comunitários da zona rural dos 102 municípios</p>

EIXO DE ATUAÇÃO 1: Melhoria da Qualidade de Vida	
DIRETRIZ 2	OBJETIVO
<p>Ampliação e Reestruturação dos Serviços de Assistência Materno-Infantil A SESAU busca adotar medidas que ampliem o acesso, a cobertura e a qualidade da assistência à saúde de mães e crianças, com especial atenção à gravidez, parto, puerpério e a criança até dois anos de idade, estabelecendo-se o cuidado integral em pediatria e obstetria.</p>	<p>Fortalecer a atenção materno-infantil com melhoria da atenção ao planejamento familiar, pré-natal, parto, puerpério e a criança até dois anos de idade.</p>
METAS	
01	Estruturar 05 Centros de Referência à Assistência Ambulatorial Materno-Infantil Regional (Arapiraca, Maceió, Porto Calvo, Santana do Ipanema, União dos Palmares)
02	Implantar 10 leitos de UTI Materna Regionalizados (06 em Arapiraca e 04 em Santana do Ipanema)
03	Implantar 61 Leitos de UCI neonatais regionalizados
04	Ampliar 11 leitos de UTI neonatal, reformar e adequar 15 leitos de UTI e 26 leitos de UCI neonatal na Maternidade Escola Santa Mônica
05	Implantar 04 casas de gestantes, do bebê e da puérpera em Arapiraca, Santana do Ipanema e Maceió
06	Estruturar 10 hospitais de referência materno-infantil em risco habitual, com implantação de centro de parto normal, peri ou intra-hospitalar nos municípios de Arapiraca, Maceió, Penedo, Porto Calvo, Santana do Ipanema, Viçosa, União dos Palmares, São Miguel dos Campos, Delmiro Gouveia e Palmeira dos Índios
07	Ampliar a estratégia Método Canguru para os serviços onde existem leitos de UTI neonatal (Maceió, Arapiraca, Palmeira dos Índios, Santana do Ipanema e Coruripe)
08	Implantar 03 Bancos de Leite Humano (Santana do Ipanema, Penedo e União dos Palmares) e implementar os 05 já existentes (São Miguel dos Campos, Maceió, Arapiraca e Palmeira dos Índios)
09	Promover a adesão de 05 maternidades ao Programa Iniciativa Hospital Amigo da Criança
10	Promover a adesão de 20 Maternidades ao Programa Rede Cegonha com implantação de boas práticas obstétricas e neonatais
11	Disponibilizar formula láctea para 100% recém nascidos de mães HTLV e HIV positivas até um ano de idade
12	Cooperar técnica e financeiramente com os 102 municípios para reestruturação da Rede de Atenção Materno e Infantil
13	Qualificar a equipe gestora e técnica da SESAU e dos 102 municípios em atenção Materno-Infantil

EIXO DE ATUAÇÃO 1: Melhoria da Qualidade de Vida

DIRETRIZ 3		OBJETIVO
<p>Ampliação e Estruturação dos Serviços de Média e Alta Complexidade As redes regionalizadas em Alagoas visam que os municípios possam garantir as referências intermunicipais para dar acesso a população às ações e serviços de saúde de média e alta complexidade.</p>		<p>Reestruturar e ampliar a assistência à saúde no estado de Alagoas de forma regionalizada, visando à garantia da assistência de urgência e emergência, pré-hospitalar, ambulatorial e hospitalar.</p>
METAS		
01	Construir e/ou adequar 20 serviços de saúde (01 hospital, 13 bases descentralizadas do SAMU, 05 centros regionais de especialidades em saúde e 01 agência transfusional)	
02	Reformar e ampliar 78 serviços de Atenção à Saúde	
03	Implementar a atenção oncológica com medidas de prevenção, controle, tratamento e implantação de 01 serviço hospitalar na 2ª macrorregião de Saúde	
04	Reestruturar 16 serviços da Rede de Atenção às Urgências e Emergências sob gestão e gerência do Estado (05 Ambulatórios 24 horas, 02 SAMUs, Clínica Infantil Dayse Brêda, HGE, I Centro de Saúde, Unidade de Emergência Daniel Houly e 05 hospitais de urgência nos municípios de Rio Largo, Piranhas, Passo de Camaragibe, Água Branca e Delmiro Gouveia) e 07 setores de Atenção à Saúde	
05	Organizar a Rede de Atenção Psicossocial com ênfase no atendimento ao usuário de crack, álcool e outras drogas, através da implantação de 01 unidade de acolhimento, 01 CAPS e 40 leitos em hospitais gerais das Regiões de Saúde	
06	Reestruturar 17 serviços de atenção à saúde da Rede de Cuidado às Pessoas com Deficiência e implantar 02 serviços de atenção visual e neurosensorial	
07	Reestruturar a Central de Captação, Notificação e Distribuição de Órgãos do Estado	
08	Cooperar tecnicamente com os municípios para a implementação de 33 serviços especializados de saúde bucal	
09	Cooperar técnica e financeiramente para implantação de 20 laboratórios regionais de prótese dentária	
10	Reestruturar o Programa de Tratamento Fora de Domicílio	
11	Ampliar a HEMORREDE com implantação de 08 serviços e implementação de 15 Serviços de Hematologia e Hemoterapia	
12	Implantar 09 Unidades de Pronto Atendimento – UPA's	
13	Implementar os Serviços de Assistência Pré-Hospitalar móvel em 30 municípios	
14	Cooperar técnica e financeiramente com as 10 Regiões de Saúde de Alagoas e com os serviços de atenção à saúde sob gestão e gerência da SESAU e conveniados ao SUS	
15	Capacitar profissionais que atuam na Atenção à Saúde na SESAU e nos 102 municípios	
16	Produzir e divulgar informações na área de atenção à saúde para a SESAU e as 10 regiões de saúde	
17	Estruturar a Rede de Atenção às Doenças Crônicas não Transmissíveis	

EIXO DE ATUAÇÃO 1: Melhoria da Qualidade de Vida	
DIRETRIZ 4	OBJETIVO
<p>Reestruturação da Assistência Farmacêutica com Aquisição, Abastecimento e Dispensação de Medicamentos</p> <p>A assistência farmacêutica envolve seleção, programação, aquisição, distribuição, dispensação, garantia da qualidade dos produtos e serviços, acompanhamento e avaliação de sua utilização, na perspectiva de obtenção de resultados concretos e de melhoria da qualidade de vida da população.</p>	<p>Fortalecer a infraestrutura e cooperação técnica da assistência farmacêutica, implantando o uso racional dos medicamentos e ampliando o acesso a população com foco na descentralização.</p>
METAS	
01	Reestruturar a assistência farmacêutica da SESAU e apoiar essa ação nas 10 regiões de saúde
02	Cooperar técnica e financeiramente com os 102 municípios na assistência farmacêutica básica
03	Fornecer medicamentos e insumos aos usuários dos 12 programas estratégicos do SUS
04	Ampliar em 16.200 o número de usuários e garantir o tratamento dos pacientes do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica – CEAF, com foco na descentralização da dispensação dos medicamentos para os municípios e serviços de saúde especializados
05	Adquirir medicamentos e materiais médico-hospitalares para as 17 unidades de saúde, sob gestão e gerência da SESAU
06	Fomentar nos órgãos do estado e nos 102 municípios processos de aquisição de medicamentos e correlatos, através de registro de preços e adesão às atas do elenco da assistência farmacêutica
07	Implantar/Implementar o Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica - HORUS nas 25 Unidades de Saúde do estado e 102 municípios
08	Apoiar financeiramente o Laboratório Industrial e Farmacêutico de Alagoas – LIFAL
09	Fornecer surfactante pulmonar aos serviços de 06 UTI e 06 UCI neo e imunoglobulina anti-RHD para gestantes com probabilidade de sensibilização e de desenvolvimento da eritroblastose fetal, atendidas em unidades públicas e conveniadas pelo SUS
10	Qualificar profissionais dos órgãos do estado e 102 municípios que atuam na assistência farmacêutica
11	Apoiar o desenvolvimento de medicamentos fitoterápicos nas 10 regiões de saúde, mediante arranjos produtivos locais (APL)

EIXO DE ATUAÇÃO 1: Melhoria da Qualidade de Vida

DIRETRIZ 5		OBJETIVO
Fortalecimento das Ações de Vigilância em Saúde A Vigilância à Saúde compete à execução das ações de promoção da saúde, vigilância, proteção, prevenção e controle das doenças e agravos à saúde da população. Incorpora os condicionantes e determinantes sociais na perspectiva da promoção e prevenção da saúde e melhoria das condições de vida da população.		Analisar permanentemente a situação de saúde, articulando-se num conjunto de ações que se destinam a controlar determinantes, riscos e danos à saúde da população, a garantia da integralidade da atenção, com abordagem individual e coletiva dos problemas de saúde.
METAS		
01	Monitorar, avaliar, executar e cooperar tecnicamente com as ações de vigilância em saúde nos 102 municípios	
02	Monitorar as atividades relativas à coleta, registro, processamento, análise, apresentação e difusão de dados referentes à vigilância à saúde nos 102 municípios	
03	Cooperar tecnicamente com os 102 municípios na implementação e implantação de núcleos de promoção a saúde	
04	Ampliar o número de Centros de Referência de Saúde do Trabalhador (CEREST) regionais de 03 para 05	
05	Fomentar a implantação de Programa Estruturante de Vigilância em Saúde (PROVIG) em 100 municípios com menos de 100.000 habitantes	
06	Reestruturar a rede de frio em 06 regiões de saúde	
07	Fomentar a implantação de 12 núcleos hospitalares de vigilância epidemiológica	
08	Manter e reestruturar a rede de laboratórios de saúde pública em 15 municípios	
09	Implementar o processo de educação permanente dos profissionais de saúde da SESAU e dos 102 municípios, com abordagem integrada nos eixos da clínica, vigilância, promoção e gestão	
10	Produzir e divulgar informações sobre vigilância em saúde para 102 municípios	
11	Produzir e distribuir material educativo sobre vigilância em saúde para 102 municípios	
12	Realizar 2800 inspeções dos produtos, serviços e ambientes sujeitos a ação de vigilâncias sanitária estadual, ambiental e em saúde do trabalhador	
13	Apoiar e realizar campanhas de vigilância em saúde nos 102 municípios	
14	Apoiar a realização de 16 campanhas de vacinação	
15	Articular com a atenção à saúde a ampliação de ações de redução da transmissão vertical por HIV, hepatite B e eliminação da sífilis congênita em 20 municípios prioritários	
16	Implantar a iniciativa Rede Interagencial de Informação para a Saúde - RIPSAs estadual	
17	Adequar a estrutura física e tecnológica da Superintendência da Vigilância em Saúde da SESAU	
18	Aumentar para 90% a cobertura dos sistemas de informação de mortalidade (SIM) e de nascido vivos (SINASC)	
19	Coordenar, monitorar e avaliar no âmbito estadual os indicadores pactuados e contratualizados nas 10 regiões	
20	Articular e cooperar permanentemente com a assistência à saúde visando a garantia da atenção integral	
21	Implantar 01 sala de situação de saúde na SESAU	

EIXO DE ATUAÇÃO

Inovação da Gestão Pública

DIRETRIZES

6. Implantação e Implementação de Política de Planejamento, Gestão e Controle Social
7. Ampliação de Centrais de Regulação e Sistemas Municipais de Auditorias
8. Implantação de Política de Gestão de Tecnologia da Informação e Comunicação
9. Implementação da Política de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde

EIXO DE ATUAÇÃO 2: Inovação da Gestão Pública

DIRETRIZ 6		OBJETIVO
<p>Implantação e Implementação de Política de Planejamento, Gestão e Controle Social</p> <p>A institucionalização de processos de planejamento e orçamento ascendentes e participativos, monitoramento e avaliação das ações e serviços de saúde se constituirão estratégias fundamentais de cooperação, contratualização e gestão compartilhada entre as esferas do SUS em Alagoas. Esta iniciativa tem o propósito de alcançar resultados organizacionais efetivos e maximizar o uso dos recursos, colaborando com o pacto federativo na efetivação da garantia do acesso, gestão participativa e financiamento estável, contribuindo para a universalidade, integralidade e equidade em saúde no estado. O desenvolvimento científico, tecnológico e de inovação em saúde, voltado ao atendimento das demandas do SUS também é uma necessidade premente para o setor saúde em Alagoas.</p> <p>A estruturação e o fortalecimento de ouvidorias e conselhos de saúde, pautados na promoção do conhecimento e da participação social se configuram mecanismos de gestão democrática, participativa e transparente que visam propiciar direcionalidade ao processo de aprimoramento e consolidação do SUS enquanto política de Estado.</p>		<p>Aperfeiçoar processos de modernização da gestão, instituindo uma cultura de planejamento, fortalecimento da participação e controle social e fomento ao desenvolvimento científico e tecnológico para maior eficiência do SUS em Alagoas.</p>
METAS		
01	Elaborar de forma ascendente e participativa 15 instrumentos de planejamento, orçamento e avaliação em saúde da SESAU	
02	Elaborar em parceria com as Comissões Intergestores Regionais (CIRs) 10 mapas e 10 planos regionais de saúde	
03	Cooperar técnica e financeiramente com os 102 municípios para o desenvolvimento das ações de planejamento, orçamento, monitoramento e avaliação em saúde	
04	Apoiar o desenvolvimento institucional da gestão orçamentária, financeira e contábil do fundo estadual e dos 102 municípios	
05	Desenvolver a gestão e a gerencia de ações e serviços de saúde, através da implantação de 02 modelos de gestão pública alternativos	
06	Monitorar e avaliar anualmente 137 Termos de Compromisso e 33 Convênios do SUS em Alagoas	
07	Readequar as Comissões Intergestores no âmbito estadual e nos 10 espaços regionais	
08	Promover a assinatura de Contratos Organizativos de Ação Pública (COAPs) nas 10 Regiões de Saúde	
09	Fortalecer o conselho estadual de saúde e os 102 conselhos municipais	
10	Ampliar e fortalecer a ouvidoria estadual e apoiar a implantação/implementação do sistema de ouvidoria do SUS nos 102 municípios	
11	Realizar a VIII Conferência Estadual de Saúde	
12	Implementar o Núcleo de Documentação e Informação em Saúde (NUDIS) da SESAU e fomentar a implantação de 10 Centros de Informação e Documentação em Saúde (CEIDS) nas Regiões de Saúde	
13	Implantar Núcleos de Avaliação Tecnológica em Saúde (NATS) na SESAU e em 03 hospitais públicos do estado	
14	Fomentar a elaboração de pesquisas voltadas às necessidades da população do estado para 02 Editais do PPSUS e incorporação das pesquisas conclusas nos serviços de saúde	
15	Fortalecer o núcleo de economia da saúde da SESAU e fomentar a implantação de 02 núcleos macrorregionais	
16	Estimular a mobilização social em defesa do SUS nos 102 municípios	
17	Cooperar técnica e financeiramente para a implantação da Rede de Atenção à Saúde nos 102 Municípios	
18	Qualificar e estruturar a equipe gestora e técnica da SESAU e dos 102 Municípios em gestão, planejamento, orçamento, monitoramento e avaliação em saúde	

EIXO DE ATUAÇÃO 2: Inovação da Gestão Pública

DIRETRIZ 7	OBJETIVO
<p>Ampliação de Centrais de Regulação e Sistemas Municipais de Auditorias</p> <p>A regulação, segundo o Ministério da Saúde, é um processo pautado por um conjunto de ações com o objetivo de organizar o sistema de saúde com a finalidade de assegurar o acesso universal à assistência integral, qualificada e efetiva mediante uma rede de serviços articulada e integrada.</p> <p>Cabe ao Estado o papel de apoiar os municípios no desenvolvimento de sua capacidade de regulação e de organização, para que os gestores municipais possam ampliar a resolutividade da atenção básica e garantir o acesso dos usuários do SUS aos serviços pactuados entre os gestores na Programação Pactuada e Integrada – PPI, de acordo com os protocolos estabelecidos e a modelagem assistencial aprovada no Plano Diretor de Regionalização.</p> <p>A auditoria é um instrumento de gestão para fortalecer o Sistema Único de Saúde, contribuindo para a alocação e utilização adequada dos recursos, a garantia do acesso e a qualidade da atenção à saúde oferecida aos cidadãos.</p>	<p>Desenvolver processos de regulação, controle, avaliação e auditoria, em parcerias com os municípios, como mecanismos de gestão para melhoria do acesso dos usuários do SUS.</p>

METAS

01	Implementar a Regulação da Atenção à Saúde nos 102 municípios alagoanos, tendo a Atenção Primária como ordenadora
02	Realizar cooperação técnica e capacitações para as equipes reguladoras e auditoras da SESAU e dos 102 municípios
03	Elaborar, acompanhar e avaliar a Programação Pactuada e Integrada (PPI) de acordo com as necessidades da população dos 102 municípios
04	Cooperar tecnicamente na implantação e implementação dos componentes municipais de auditoria, nos 102 municípios
05	Realizar auditorias com foco nos Contratos Organizativos de Ação Pública (COAP) e auditorias de gestão nas 10 Regiões de Saúde
06	Reestruturar o componente estadual do Sistema Nacional de Auditoria

EIXO DE ATUAÇÃO 2: Inovação da Gestão Pública

DIRETRIZ 8

Implantação da Política de Gestão de Tecnologia da Informação e Comunicação
Desenvolvimento de estratégias tecnológicas de comunicação, informática e informação em saúde para imprimir mudanças na melhoria da prestação dos serviços para a população e maior resolubilidade das ações de saúde, ampliando a transparência e a disseminação da informação no âmbito do SUS.

OBJETIVO

Dotar a Gestão e os Serviços de Saúde de infraestrutura tecnológica adequada para modernizar o atendimento e os serviços prestados aos usuários do SUS.

METAS

01	Informatizar 1.383 unidades de saúde com uma estação de trabalho para a central de regulação
02	Ampliar a rede de comunicação de 12 para as 17 unidades de saúde sob gestão estadual
03	Implantar sistema de prontuário eletrônico em 450 unidades básicas de saúde da 2ª macrorregião
04	Ampliar a informatização da gestão da rede hospitalar nas 17 unidades sob gestão estadual
05	Apoiar a estruturação de tecnologia da informação nas unidades básicas de saúde dos 102 municípios para a implantação de prontuário eletrônico, telessaúde e cartão SUS
06	Implantar o sistema de gestão hospitalar em 08 unidades especializadas de atenção à saúde
07	Reestruturar tecnologicamente o SAMU
08	Viabilizar a conectividade entre as 10 Regiões de Saúde e a SESAU
09	Implantar infraestrutura tecnológica nos 03 núcleos do Telessaúde: estadual e macrorregionais
10	Produzir e/ou adquirir 07 sistemas de informação em saúde para a SESAU
11	Implantar sistema integrado de comunicação no SAMU Alagoas interligando todas as unidades operacionais do Estado.

EIXO DE ATUAÇÃO 2: Inovação da Gestão Pública

DIRETRIZ 9

Implementação da Política de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde
Desenvolvimento de estratégias de gestão do trabalho, considerando os princípios de humanização, da participação e da democratização das relações de trabalho, capacitação e desenvolvimento de profissionais de saúde no âmbito da gestão estadual e municipal do SUS em Alagoas.

OBJETIVO

Fortalecer a gestão através de profissionais valorizados e capacitados para prestação de serviços de saúde com qualidade.

METAS

01	Modernizar e reestruturar a área física e o sistema de informação da CSGDP
02	Desenvolver um plano de fortalecimento da Política de Gestão do Trabalho motivando a legitimação do dimensionamento da força de trabalho da SESAU e buscando a desprecarização através da realização do concurso público
03	Assessorar as 10 regiões de saúde na implementação da política estadual de gestão do trabalho e educação em saúde
04	Apoiar e monitorar ações de educação permanente nas sede das 10 Regiões de Saúde
05	Estruturar e implementar um programa de qualidade de vida e valorização dos servidores da SESAU conforme a política do HumanizaSUS
06	Fomentar a implantação e/ou implementação do serviço de saúde ocupacional em 4 unidades de emergência sob gestão da SESAU
07	Monitorar 100% da oferta de qualificação e dos campos de estágios e residências da SESAU de acordo com a Política Estadual de Educação Permanente em Saúde
08	Fomentar a implantação da Política de Educação Permanente em Saúde por meio de duas CIES Macrorregionais

Financiamento

“O planejamento
só se completa
com a prática.”

Carlos Matus

PES 2012
2015

PLANO ESTADUAL DE SAÚDE

4. FINANCIAMENTO

O Plano Estadual de Saúde – PES 2012-2015 tem seu financiamento estabelecido no Plano Plurianual - PPA 2012-2015 do estado. Seu detalhamento anual encontra-se de acordo com a Lei de Diretrizes Orçamentárias – LDO, a qual define as prioridades e metas anuais do PPA, que foram selecionadas para o projeto de lei orçamentária de cada exercício.

Portanto a LDO, por sua vez, cumpre o papel de estabelecer a ligação entre esses dois instrumentos, destacando do PPA os investimentos e gastos prioritários que deverão compor a Lei Orçamentária Anual - LOA.

No tocante aos recursos que financiam o PPA e conseqüentemente o Plano de Saúde, estes são valores monetários estabelecidos conforme a seguinte descrição:

- √ Fixados pela Secretaria de Estado de Planejamento e Desenvolvimento Econômico - SEPLAN-DE, órgão central de planejamento, obedecendo ao que preconiza a Emenda Constitucional nº 29/2000, quanto à aplicação do mínimo exigido da receita resultante de impostos estaduais e das transferências;
- √ Recursos de Convênios, como a própria nomenclatura dispõe, são transferências voluntárias para desenvolver um determinado objeto, repassados por instituições públicas da esfera federal;
- √ O Plano também é financiado com repasses efetuados pelo Fundo Nacional de Saúde, destinados à cobertura de serviços e ações de saúde, conforme normas específicas publicadas em Portarias do Ministério da Saúde;
- √ Recursos arrecadados de serviços executados pela Vigilância Sanitária.

Vale salientar que existe uma programação cuja execução acontecerá no exercício de 2013, proveniente de Operações de Crédito, sendo incluída no PES e no PPA por lei, após a revisão periódica prevista para estes instrumentos de planejamento.

No quadro 11 encontram-se os recursos orçamentários do PES em consonância com a parte do PPA referente ao setor saúde (Anexo). Informamos que o orçamento do PES contempla as previsões de gastos com a manutenção da máquina administrativa, enquanto que o orçamento do PPA só traz as despesas que compõem as ações finalísticas.

Quadro 11 – Recursos orçamentários do Plano Estadual de Saúde de Alagoas para o quadriênio 2012-2015. Alagoas, 2011

DIRETRIZES DO PES / AÇÃO DO PPA	2012	2013	2014	2015	TOTAL
Fortalecimento da Atenção Primária à Saúde	15.281.487	15.635.022	19.039.086	20.081.350	70.036.945
Ampliação e Reestruturação dos Serviços de Assistência Materno-Infantil	73.988.227	137.981.603	80.493.710	75.706.074	368.169.614
Ampliação e Estruturação dos Serviços de Média e Alta Complexidade	168.229.102	127.760.873	172.353.557	192.327.128	660.670.660
Reestruturação da Assistência Farmacêutica com Aquisição, Abastecimento e Dispensação de Medicamentos	87.411.000	79.500.290	98.768.129	101.503.836	367.183.255
Fortalecimento das Ações de Vigilância em Saúde	17.810.000	17.945.594	24.177.653	25.903.024	85.836.271
Implantação e Implementação de Política de Planejamento, Gestão e Controle Social	1.786.010	3.038.623	4.053.679	4.316.131	13.194.443
Ampliação de Centrais de Regulação e Sistemas Municipais de Auditorias	162.500	491.898	624.980	610.553	1.889.931
Implantação da Política de Gestão de Tecnologia da Informação e Comunicação	11.822.000	10.647.181	12.425.743	10.367.617	45.262.541
Implantação de Política de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde	2.722.540	2.406.328	1.772.246	1.908.322	8.809.436
TOTAL GERAL	379.212.866	395.407.412	413.708.783	432.724.035	1.621.053.096

Monitoramento e Avaliação

“O propósito do processo de planejamento em saúde é de mudança social.”

Mário Testa




5. MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

A avaliação no setor saúde se configura como instrumento importante para a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), uma vez que possibilita a produção de conhecimentos sobre a realidade e subsidia a tomada de decisões, favorecendo o repensar das estruturas operacionais e dos procedimentos de atenção, no sentido de verificar se o que foi realizado gerou aperfeiçoamento e melhorias na gestão das ações e serviços e no estado de saúde da população (ARRUDA, 2010).

O Ministério da Saúde, através do PlanejaSUS e ParticipaSUS, sinalizam a necessidade de organização de processos de planejamento, monitoramento e avaliação das ações de saúde estabelecidas no Plano de Saúde (PS), na Programação Anual de Saúde (PAS) e no Relatório Anual de Gestão (RAG).

Nessa perspectiva, o processo de monitoramento e avaliação do PES 2012-2015 dar-se-á através da realização de oficinas envolvendo as áreas técnicas da SESA/AL e as instâncias de participação e controle social do SUS do estado, no sentido de analisar oportunamente realidades e contextos voltados ao alcance dos objetivos, cumprimento das metas e dos indicadores estabelecidos neste Plano Estadual de Saúde. Outros instrumentos de planejamento que serão utilizados para a verificação dos resultados alcançados serão a execução das Programações Anuais de Saúde e os Relatórios Anuais de Gestão.

A metodologia para medir o alcance quantitativo das metas propostas consiste em um escore com pontos de cortes e legendas coloridas para avaliar o status alcançado em relação à execução das metas programadas:

- 0-50% das metas alcançadas/ situação de risco – legenda vermelha 
- 51-79% das metas alcançadas/situação de alerta – legenda amarela 
- 80-100% das metas alcançadas /situação satisfatória – legenda verde 

Será feita também uma avaliação qualitativa das ações, metas e diretrizes, composta por uma análise descritiva dos pontos facilitadores ou das dificuldades para o alcance da situação planejada, com apresentação de propostas de soluções.

Todo o processo de monitoramento e avaliação será alimentado pelos setores no sistema on line de planejamento e avaliação das ações da SESAU. As propostas que suscitarem alterações no PES 2012-2015 serão encaminhadas para apreciação e aprovação do Conselho Estadual de Saúde, com a finalidade de fortalecer o sistema de planejamento e contribuir para a transparência do processo de gestão da instituição.

Essa iniciativa tem como propósito construir coletivamente uma cultura de planejamento que incorpore o processo de monitoramento e avaliação na rotina das atividades dos setores da SESAU/AL.

5.1. Indicadores de monitoramento e avaliação

A política estadual de saúde expressa no PES 2012-2015 também será avaliada observando três níveis de indicadores: estrutura, processo e resultado, considerados fundamentais para o processo de monitoramento das ações de saúde e organização dos serviços. Os indicadores propostos servirão de subsídio para a verificação dos resultados alcançados, observando-se a sua contribuição na melhoria da situação de saúde da população e na gestão do sistema de saúde.

- √ **Indicador de estrutura** está relacionado com as condições físicas e de funcionalidade da instituição, os seus funcionários, instrumentais, equipamentos, móveis, aspectos relativos à organização, entre outros;
- √ **Indicador de processo** se refere às atividades envolvendo profissionais de saúde e usuários, as formas de atendimento às necessidades de saúde da população, as técnicas operacionais de organização dos serviços e as condições de trabalho dos profissionais;
- √ **Indicadores de resultados** são demonstrações dos efeitos observados na vida da população, a partir dos indicadores de saúde ou efeitos de operações técnicas e administrativas entre as áreas e subáreas da instituição.

EIXO 1: MELHORIA DA QUALIDADE DE VIDA		
DIRETRIZ 1: FORTALECIMENTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA		
INDICADORES DE ESTRUTURA		
Indicador	Situação em 2011	Situação esperada para 2015
Cobertura populacional da Estratégia de Saúde da Família	71,38%	75%
Cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica	81,84%	100%
Cobertura populacional estimada pelas equipes básicas de Saúde Bucal	64,66%	70%
Número de Unidades Básicas construídas	30	78
Número de Unidades Básicas equipadas	30	78
INDICADORES DE PROCESSO		
Indicador	Situação em 2011	Situação esperada para 2015
Média de ação coletiva de escovação dental supervisionada	3,24%	4,50%
Cobertura de acompanhamento das condicionalidades de saúde do Programa Bolsa Família (PBF)	72,88%	75%
INDICADORES DE RESULTADO		
Indicador	Situação em 2011	Situação esperada para 2015
Razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos e a população feminina na mesma faixa etária	0,30	0,75
Taxa de internação por diabetes mellitus e suas complicações na população de 30 a 59 anos	9,6‰	8,1‰
Taxa de internação por acidente vascular cerebral de 30 a 59 anos	7,09‰	5,59‰
Proporção de internações por causas sensíveis à Atenção Básica	25%	10%
Taxa de internação hospitalar de pessoas idosas por fratura de fêmur	11,52‰	10‰

EIXO 1: MELHORIA DA QUALIDADE DE VIDA		
DIRETRIZ 2: AMPLIAÇÃO E REESTRUTURAÇÃO DOS SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA MATERNO-INFANTIL		
INDICADORES DE ESTRUTURA		
Indicador	Situação em 2011	Situação esperada para 2015
Número de leitos de UTI ampliados	53	81
Número de leitos de UCI ampliados	119	159
Número de maternidades, com centros de partos e reformadas	0	12
INDICADORES DE PROCESSO		
Indicador	Situação em 2011	Situação esperada para 2015
Proporção de óbitos não fetais informados ao SIM com causas básicas definidas	92,4%	95%
Percentual de municípios com Rede Cegonha implantada	0%	100%
INDICADORES DE RESULTADO		
Indicador	Situação em 2011	Situação esperada para 2015
Taxa de mortalidade infantil	15,6‰	13,29‰
Taxa de mortalidade infantil neonatal	10,8‰	7,37‰
Proporção de óbitos infantis e fetais investigados	67,41%	70%
Número de óbitos maternos em determinado período e local de residência	28	23
Proporção de óbitos de mulheres em idade fértil e maternos por causas presumíveis de morte materna investigados	50,1%	65%
Incidência de sífilis congênita	344	214
Taxa de prevalência de aleitamento materno exclusivo até o 4º mês de vida	85,41%	90%
Cobertura vacinal com a vacina tetravalente (DTP+Hib)/ Pentavalente em crianças menores de um ano de idade	90,28%	95%
Proporção de nascidos vivos de mães com sete ou mais consultas de pré-natal	40,12%	70%
Proporção de partos normais	45%	70%

EIXO 1: MELHORIA DA QUALIDADE DE VIDA		
DIRETRIZ 3: AMPLIAÇÃO E ESTRUTURAÇÃO DOS SERVIÇOS DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE		
INDICADORES DE ESTRUTURA		
Indicador	Situação em 2011	Situação esperada para 2015
Número de bases do SAMU descentralizadas	28	41
Número de Centros Atenção Especializada Estruturados	0	05
Número de hospital móvel adquirido	0	01
Número de agências transfusionais reformadas	2	07
Cobertura de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)	0,88‰ ₀₀₀	1,18‰ ₀₀₀
INDICADORES DE PROCESSO		
Indicador	Situação em 2011	Situação esperada para 2015
Seguimento/tratamento informado de mulheres com diagnóstico de lesões intraepiteliais de alto grau do colo do útero	1,68%	100%
INDICADORES DE RESULTADO		
Indicador	Situação em 2011	Situação esperada para 2015
Razão de exames de mamografias realizados em mulheres de 50 a 69 anos e a população da mesma faixa etária	0,10	0,32

EIXO 1: MELHORIA DA QUALIDADE DE VIDA		
DIRETRIZ 4: REESTRUTURAÇÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA		
INDICADORES DE ESTRUTURA		
Indicador	Situação em 2011	Situação esperada para 2015
Número de centrais de assistência farmacêutica reestruturadas nos municípios	06	102
Número de farmácias do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF) descentralizadas e equipadas nas regiões de saúde de Alagoas	03	10
INDICADORES DE PROCESSO		
Indicador	Situação em 2011	Situação esperada para 2015
Número de municípios com o sistema nacional de gestão da assistência farmacêutica – HÓRUS implantado	29	90
INDICADORES DE RESULTADO		
Indicador	Situação em 2011	Situação esperada para 2015
Percentual de puérperas Rh – com risco de sensibilização Rh, que fizeram uso de imunoglobulina Anti RH, atendidas na Rede SUS	67%	100%
Número de municípios que receberam insulinas e insumos para pacientes portadores de diabetes insulino-dependentes	74	102
Número de usuários atendidos pelo Componente Especializado da Assistência Farmacêutica – CEAF	21.500	37.700

EIXO 1: MELHORIA DA QUALIDADE DE VIDA		
DIRETRIZ 5: FORTALECIMENTO DAS AÇÕES DE VIGILÂNCIA À SAÚDE		
INDICADORES DE ESTRUTURA		
Indicador	Situação em 2011	Situação esperada para 2015
Percentual de municípios da região de saúde que executam as ações de vigilância sanitária consideradas necessárias a todos os municípios	2%	100%
Percentual de núcleos de promoção à saúde implantados	70,5%	100%
Proporção de unidades de saúde com serviço de notificação de violência implantado	5,2%	80%
INDICADORES DE PROCESSO		
Indicador	Situação em 2011	Situação esperada para 2015
Percentual de realização das análises de vigilância da qualidade da água referente ao parâmetro coliformes totais	35%	39%
Proporção de amostras clínicas coletadas do vírus Influenza em relação ao preconizado	13,1%	80%
INDICADORES DE RESULTADO		
Indicador	Situação em 2011	Situação esperada para 2015
Taxa de letalidade das formas graves de dengue	19%	13%
Proporção de cura dos casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das cortes	77%	90%
Proporção de cura dos casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera	67,5%	85%
Taxa de incidência de AIDS em menores de 05 anos	1,5	1,0
Proporção de municípios que notificam doenças/ agravos relacionados ao trabalho da população residente na região	35%	100%
Proporção de casos de doenças e agravos de notificação compulsória (DNC) encerrados oportunamente após notificação	79,7	80%
Proporção de registro de óbitos com causa básica definida	92,2%	95%
Cobertura vacinal com a vacina tetravalente (DTP+Hib)/ Pentavalente em crianças menores de um ano de idade	90,28%	95%

EIXO 2: INOVAÇÃO DA GESTÃO PÚBLICA		
DIRETRIZ 6: AMPLIAÇÃO DE CENTRAIS DE REGULAÇÃO E SISTEMAS MUNICIPAIS DE AUDITORIAS		
INDICADORES DE ESTRUTURA		
Indicador	Situação em 2011	Situação esperada para 2015
Número de municípios da região de saúde com Componente Municipal de Auditoria estruturados	07	10
INDICADORES DE PROCESSO		
Indicador	Situação em 2011	Situação esperada para 2015
Número de municípios com procedimentos ambulatoriais regulados	42	102
Número de municípios da região de saúde com leitos hospitalares regulados	01	10

EIXO 2: INOVAÇÃO DA GESTÃO PÚBLICA		
DIRETRIZ 7: IMPLANTAÇÃO E IMPLEMENTAÇÃO DE POLÍTICA DE PLANEJAMENTO, GESTÃO E CONTROLE SOCIAL		
INDICADORES DE ESTRUTURA		
Indicador	Situação em 2011	Situação esperada para 2015
Proporção de Ouvidorias implantadas no estado e municípios	6%	50%
INDICADORES DE PROCESSO		
Indicador	Situação em 2011	Situação esperada para 2015
Proporção de municípios com Relatórios Anuais de Gestão aprovados pelos Conselhos Municipais de Saúde	72,6%	100%
Proporção de municípios com Plano Municipais de Saúde aprovados pelos Conselhos Municipais de Saúde	81,4%	100%
Percentual de capacitações ofertadas a conselheiros estaduais e municipais	28,43%	100%
Percentual de gestores com participação regular nas reuniões ordinárias das Comissões Intergestores Regionais	20,6%	100%
INDICADORES DE RESULTADO		
Indicador	Situação em 2011	Situação esperada para 2015
Percentual de municípios com divulgação da carta dos direitos e deveres do cidadão nos serviços de saúde	0%	100%

EIXO 2: INOVAÇÃO DA GESTÃO PÚBLICA		
DIRETRIZ 8: IMPLANTAÇÃO DE POLÍTICA DE GESTÃO DE TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO E DA COMUNICAÇÃO		
INDICADORES DE ESTRUTURA		
Indicador	Situação em 2011	Situação esperada para 2015
Número de Unidades de Saúde informatizadas com uma estação de trabalho para regulação	67	802
Número de Unidades de Saúde com prontuários eletrônicos	02	450

EIXO 2: INOVAÇÃO DA GESTÃO PÚBLICA		
DIRETRIZ 9: IMPLANTAÇÃO DE POLÍTICA DE GESTÃO DO TRABALHO E EDUCAÇÃO EM SAÚDE		
INDICADORES DE ESTRUTURA		
Indicador	Situação em 2011	Situação esperada para 2015
Número de redes de atenção com ações de educação permanente implementadas	0	06
Percentual de unidades de saúde dimensionadas em relação à força de trabalho no âmbito da SESAU	38%	100%
INDICADORES DE RESULTADO		
Indicador	Situação em 2011	Situação esperada para 2015
Quantitativo de trabalhadores da saúde capacitados	1.784	8.000

Referências Bibliográficas

"As circunstâncias fazem
os homens assim como
os homens fazem as
circunstâncias."

Karl Marx

PES 2012
2015

PLANO ESTADUAL DE SAÚDE

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ADUM, J. J.; COELHO, G. L. O Planejamento Estratégico Situacional – PES, na Gestão Pública: O Caso da Prefeitura da Cidade de Juiz de Fora. Revista Eletrônica de Economia nº 9. ISSN: 1806-4167. MG, 2006.

ALAGOAS. Secretaria de Estado da Saúde de Alagoas. Superintendência de Vigilância à Saúde. Diretoria de Análise da Situação de Saúde. *Análise da Situação de Saúde de Alagoas*, Ano III, v.1. / v. 2, parte 2 Maceió:

Disponível em: <http://www.saude.al.gov.br/analisedesituacaodasaude/documentos>. Acesso em março 2012.

ALAGOAS. Secretaria de Estado da Saúde. Superintendência de Vigilância em Saúde. Diretoria de Promoção da Saúde. *A Promoção da Saúde em Alagoas: o desafio de fazer saúde tendo em perspectiva seus determinantes sociais* / Secretaria de Estado da Saúde, Superintendência de Vigilância em Saúde, Diretoria de Promoção da Saúde. – Maceió, 2010.

ARRUDA, B.K.G. Avaliação em Saúde: Bases Conceituais e Operacionais. Org. SAMICO et al. Rio de Janeiro: MedBook, 2010.

ARTMANN, E. O Planejamento Estratégico Situacional no Nível Local: um instrumento a favor da visão multissetorial, 2000. Cadernos da Oficina Social 3 – Fevereiro 2000).

BRASIL. SENADO FEDERAL. Constituição Federal de 1988. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

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

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

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

BRASIL. Sistema de Planejamento do SUS: uma construção coletiva - trajetórias e orientações de operacionalização/Ministério da Saúde. Organização Pan-America da Saúde. – Brasília: Ministério da saúde, 2009.

BRASIL. Sistema de Planejamento do SUS: uma construção coletiva: instrumentos básicos/ Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva, Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. 2ª ed. Brasília, 2008.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. Ação Direta de Inconstitucionalidade 1.923. Distrito Federal. Informativo Semanal nº 628, 25 a 27/5/11.

Disponível em: <http://www.stf.jus.br/portal/informativo/verInformativo>. Acesso em set. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. *Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde* / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Ciência e Tecnologia – 2. ed.– Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes>. Acesso em novembro 2012.

BRASIL. DECRETO PRESIDENCIAL DE 13/03/2006: Institui, no âmbito do Ministério da Saúde, a Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde - CNDSS. Disponível em: <http://www.determinantes.fiocruz.br/decreto.htm>. Acesso em novembro de 2012.

BRASIL. MINSITÉRIO DA SAÚDE. CNDSS. *As Causas Sociais das Iniquidades em Saúde no Brasil*. Relatório Final da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde. Abril, 2008. www.cndss.fiocruz.br/pdf/home/relatorio.pdf. Acesso em novembro de 2012.

BRASIL. MINSITÉRIO DA SAÚDE. PORTARIA Nº 687/GM DE 30 DE MARÇO DE 2006. Aprova a Política de Promoção da Saúde. Disponível em: <http://www.brasilus.com.br/legislacoes/gm/950-687.html?q=>. Acesso em nov 2012.

BRAVO, Maria Inês S.; CORREIA, Maria Valeria C. Desafios do controle social na atualidade. *Serv.Soc. Soc.*, SP, n. 109: 126-150, jan./mar. 2012.

BUSS Paulo M.; PELLEGRINI Alberto Filho. Iniquidades em saúde no Brasil, nossa mais grave doença: comentários sobre o documento de referência e os trabalhos da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde. *Cad. Saúde Pública*. Vol.22 no.9, Rio de Janeiro Set. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php>. Acesso 22 jul. 2011

GUIMARÃES R., SANTOS L.M.P., ANGULO-TUESTAA., SERRUYA, SJ. Pesquisa em saúde no Brasil. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 42, n. 4, Aug. 2008. Available from <<http://www.scielo.br/scielo.php>. Access on 20 Feb. 2011.

HUERTAS, F. O método PES: entrevista com Matus. São Paulo: Fundap, 1996.

LOTUFO, M; MIRANDA, A. S. Sistemas de direção e práticas de gestão governamental em secretarias estaduais de saúde. *RAP*, Rio de Janeiro 4(6):1143-63, nov-dez, 2007.

MATUS, C. Adeus, senhor presidente: governantes governados. São Paulo: FUNDAP, 1996.

MATUS, C. O Líder sem Estado-Maior. São Paulo: FUNDAP, 2000.

MATUS, C. Política, planificação e governo. 2. ed. (2 Tomos). Brasília: IPEA, 1993.

MELO, Maria de Cássia Barbosa de Oliveira; MELO, Rejane de Oliveira. Planejamento em Saúde: percepção da equipe gestora da Secretaria de Estado da Saúde de Alagoas, 2010.

MENDES Eugênio Vilaça. Atenção às Condições Crônicas na Atenção Primária em Saúde no marco das Redes de Atenção à Saúde. Coordenado pela Opas Brasil e pelo Conass, com apoio do Ministério da Saúde e do Conasems. 2ª edição. Brasília, 2011.

PAIM, J. S. Reforma sanitária e os modelos assistenciais. In: ROUQUAYROL, M. Z. ALMEIDA FILHO, N., organizadores. Epidemiologia & Saúde. Rio de Janeiro: Editora Medsi, 2003.

PELLEGRINI FILHO, Alberto. Determinantes Sociais da Saúde e Determinantes Sociais das Iniquidades em Saúde: a mesma coisa? Portal e Observatório sobre Iniquidades em Saúde. [Internet]. Rio de Janeiro: DSS Brasil. Postado em: 24 ago. 2011. Disponível em: <http://cmdss2011.org>. Acesso em dez 2011.

RIVERA, F. J. U. A gestão situacional (em saúde) e a organização comunicante, 1996.

SARTORI JUNIOR, Dailor. *Conceito de Saúde e Caracterização como Direito Fundamental Social*. Disponível em: <http://www.prr4.mpf.gov.br/pesquisaPauloLeivas/index.php>. Acesso em Set. 2010. Procuradoria Regional da República da 4ª Região/RS.

TANAKA, Oswaldo Y.; Melo, Cristina. Avaliação de Programas de Saúde do Adolescente- um modo de fazer. São Paulo : Edusp, 2001.

TANAKA, Oswaldo Y.; Melo, Cristina. Uma proposta de abordagem transdisciplinar para avaliação em Saúde. DEBATES, interface - Comunic, Saúde, Educ 7, agosto, 2000, p. 113-118

TEXEIRA, C.F. Planejamento em saúde: conceitos, métodos e experiências. Salvador: EDUFBA, 2010.

VASCONCELOS, Sandra Mary Lima (Org.) ...3, 4 *Feijão com Arroz no prato*. – Maceió: Edufal, 2011.

VILASBÔAS, A. L. Q. Planejamento e programação das ações de vigilância da saúde no nível local do Sistema Único de Saúde. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/EPJV/PROFORMAR, 2004.

Anexo

PES 2012
2015
PLANO ESTADUAL DE SAÚDE

Plano Plurianual 2012-2015

PPA (Conferência)

Em R\$ 1,00

Órgão / U.O. / Área de Resultado / Programa / Ação / Localização / Fonte de Recurso / Categoria Econômica	2012	2013	2014	2015	Total
27524 - FUNDO ESTADUAL DE SAÚDE - FES	379.212.866	395.407.412	413.708.783	432.724.035	1.621.053.096
27524 - FUNDO ESTADUAL DE SAÚDE	379.212.866	395.407.412	413.708.783	432.724.035	1.621.053.096
1 - MELHORIA DA QUALIDADE DE VIDA	362.719.816	378.823.382	394.832.135	415.521.412	1.551.896.745
0230 - SAÚDE DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE	255.640.102	207.261.163	271.121.686	293.830.964	1.027.853.915
OBJETIVO - AUMENTAR A COBERTURA DO ATENDIMENTO NOS SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE.					
JUSTIFICATIVA - DE ACORDO COM O IBCEP/MD, A EXPECTATIVA DE VIDA EM ALAGOAS (67,6 ANOS) AUMENTOU A TAXAS DE CRESCIMENTO SUPERIORES ÀS DO BRASIL, POREM ANDA É A MAIS BAIXA DO PAÍS. NO NORDESTE, ELA CORRESPONDE A 70,4 ANOS E NO BRASIL 73,1 ANOS.					
PÚBLICO ALVO - POPULAÇÃO ALAGOANA					
40130000 - AMPLIAÇÃO E ESTRUTURAÇÃO DOS SERVIÇOS DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE	168.229.102	127.760.873	172.353.557	192.327.128	660.670.660
FINALIDADE - MELHORAR A QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA AO USUÁRIO DO SUS COM AMPLIAÇÃO DA OFERTA DE SERVIÇOS.					
TODO ESTADO	168.229.102	127.760.873	172.353.557	192.327.128	660.670.660
Meta / Unidade de Medida	116	120	122	110	
1226 - SERVIÇO AMPLIADO E ESTRUTURADO					
UNIDADE					
01000000 - RECURSOS ORDINÁRIOS	97.029.092	87.262.843	107.686.582	113.510.197	405.477.694
3 - DESPESAS CORRENTES	97.029.092	87.262.843	107.686.582	113.510.197	405.477.694
4 - DESPESAS DE CAPITAL	0	0	0	0	0
01200000 - TRANSF. DE REC. DO SIST. ÚNICO DE SAÚDE - SUS	71.200.010	40.518.030	64.657.985	78.816.931	255.192.986
3 - DESPESAS CORRENTES	71.200.010	40.518.030	64.657.985	78.816.931	255.192.986
4 - DESPESAS DE CAPITAL	0	0	0	0	0
40800000 - REESTRUTURAÇÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÉUTICA COM AQUISIÇÃO, ABASTECIMENTO E DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS	87.411.000	79.500.290	98.768.129	101.503.836	367.183.255
FINALIDADE - FORTALECER A INFRAESTRUTURA E COOPERAÇÃO TÉCNICA DA ASSISTÊNCIA FARMACÉUTICA, IMPLEMENTANDO O USO RACIONAL DOS MEDICAMENTOS E AMPLIANDO O ACESSO À POPULAÇÃO COM FOCO NA DESCENTRALIZAÇÃO.					
TODO ESTADO	87.411.000	79.500.290	98.768.129	101.503.836	367.183.255
Meta / Unidade de Medida	2120	2120	2.120	210	
1267 - USUÁRIO ATENDIDO					
UNIDADE					
01000000 - RECURSOS ORDINÁRIOS	38.411.000	47.962.584	52.886.984	50.770.753	191.111.321
3 - DESPESAS CORRENTES	36.289.000	42.906.928	47.421.489	45.438.038	172.055.455
4 - DESPESAS DE CAPITAL	3.122.000	5.055.656	5.465.495	5.332.715	19.055.866
01200000 - TRANSF. DE REC. DO SIST. ÚNICO DE SAÚDE - SUS	48.000.000	31.557.706	45.781.145	50.733.083	176.071.934
3 - DESPESAS CORRENTES	48.000.000	31.557.706	45.781.145	50.733.083	176.071.934
4 - DESPESAS DE CAPITAL	0	0	0	0	0
0238 - COMBATE À MORTALIDADE INFANTIL	107.079.714	171.562.219	123.710.449	121.690.448	524.042.830
OBJETIVO - REDUZIR OS ÍNDICES DE MORTALIDADE INFANTIL.					
JUSTIFICATIVA - DE ACORDO COM O MINISTÉRIO DA SAÚDE/DTAS/SUS, O INDICADOR ALAGOANO, CORRESPONDENTE A 41,2 ÓBITOS / 1.000 NASCIDOS VIVOS, EM 2007, ERA O PIOR ENTRE OS ESTADOS DA FEDERAÇÃO.					
PÚBLICO ALVO - POPULAÇÃO ALAGOANA DE NASCIDOS VIVOS, MENORES DE UM ANO DE IDADE					
11900000 - CONSTRUÇÃO E APARELHAMENTO DE UNIDADE DE SAÚDE	32.768.710	110.892.586	32.110.754	20.170.300	195.942.350
FINALIDADE - MELHORAR A ASSISTÊNCIA À SAÚDE DA POPULAÇÃO COM A AMPLIAÇÃO DOS SERVIÇOS QUE SERÃO OPERADOS A PARTIR DE NOVAS UNIDADES DE SAÚDE, DEVIDAMENTE EQUIPADAS E APARELHADAS.					
TODO ESTADO	32.768.710	110.892.586	32.110.754	20.170.300	195.942.350

Plano Plurianual 2012-2015

PPA (Conferência)

Em R\$ 1,00

Órgão / U.O. / Área de Resultado / Programa / Ação / Localização / Fonte de Recurso / Categoria Econômica

	2012	2013	2014	2015	Total
Meta / Unidade de Medida					
1257 - UNIDADE DE SAÚDE CONSTRUÍDA E EQUIPADA	28	31	25	19	
UNIDADE					
01000000 - RECURSOS ORDINÁRIOS	18.485.644	35.878.387	3.878.047	11.853.401	70.095.459
3 - DESPESAS CORRENTES	0	0	0	0	0
4 - DESPESAS DE CAPITAL	18.485.644	35.878.387	3.878.047	11.853.401	70.095.459
01100000 - CONVÊNIOS	2.165.000	0	0	0	2.165.000
3 - DESPESAS CORRENTES	0	0	0	0	0
4 - DESPESAS DE CAPITAL	2.165.000	0	0	0	2.165.000
01200000 - TRANSF. DE REC. DO SIST. ÚNICO DE SAÚDE - SUS	12.118.066	75.014.219	28.232.707	8.316.899	123.881.891
3 - DESPESAS CORRENTES	0	0	0	0	0
4 - DESPESAS DE CAPITAL	12.118.066	75.014.219	28.232.707	8.316.899	123.881.891
13090000 - REFORMA, AMPLIAÇÃO E MODERNIZAÇÃO DE UNIDADE DE SAÚDE	26.609.517	16.215.815	22.820.160	25.086.388	90.731.880
FINALIDADE - MELHORAR A INFRAESTRUTURA DAS UNIDADES DE SAÚDE COM INSTALAÇÕES E EQUIPAMENTOS ADEQUADOS A NECESSIDADES DA POPULAÇÃO.					
TUDO ESTADO	26.609.517	16.215.815	22.820.160	25.086.388	90.731.880

Meta / Unidade de Medida

1259 - UNIDADE DE SAÚDE REFORMADA E MODERNIZADA

UNIDADE

01000000 - RECURSOS ORDINÁRIOS	19	20	20	19	
3 - DESPESAS CORRENTES	3.185.000	3.011.880	3.665.052	3.859.359	13.721.291
4 - DESPESAS DE CAPITAL	0	0	0	0	0
01100000 - CONVÊNIOS	3.185.000	3.011.880	3.665.052	3.859.359	13.721.291
3 - DESPESAS CORRENTES	222.000	0	0	0	222.000
4 - DESPESAS DE CAPITAL	0	0	0	0	0
01200000 - TRANSF. DE REC. DO SIST. ÚNICO DE SAÚDE - SUS	222.000	0	0	0	222.000
3 - DESPESAS CORRENTES	23.202.517	13.203.935	19.155.108	21.227.029	76.788.589
4 - DESPESAS DE CAPITAL	0	0	0	0	0
TUDO ESTADO	23.202.517	13.203.935	19.155.108	21.227.029	76.788.589

40140000 - AMPLIAÇÃO E REESTRUTURAÇÃO DOS SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA MATERNO INFANTIL

FINALIDADE - QUALIFICAR A ATENÇÃO MATERNO INFANTIL COM A MELHORIA DA ATENÇÃO PLANEJAMENTO FAMILIAR, PRÉ-NATAL, PARTO, PUÉRPERO E A CRIANÇA MENOR DE UM ANO DE IDADE.

TUDO ESTADO

01000000 - RECURSOS ORDINÁRIOS	14.610.000	10.873.202	25.562.796	30.449.386	81.495.384
3 - DESPESAS CORRENTES	14.610.000	10.873.202	25.562.796	30.449.386	81.495.384
4 - DESPESAS DE CAPITAL	0	0	0	0	0
01100000 - CONVÊNIOS	0	0	0	0	0
3 - DESPESAS CORRENTES	0	0	0	0	0
4 - DESPESAS DE CAPITAL	0	0	0	0	0
TUDO ESTADO	14.610.000	10.873.202	25.562.796	30.449.386	81.495.384

Meta / Unidade de Medida

1227 - SERVIÇO REESTRUTURADO

UNIDADE

01000000 - RECURSOS ORDINÁRIOS	58	67	60	72	
3 - DESPESAS CORRENTES	10.540.000	7.741.983	19.741.772	20.033.107	58.056.782
4 - DESPESAS DE CAPITAL	8.940.000	7.275.523	18.195.419	19.046.324	53.455.286
01100000 - CONVÊNIOS	1.600.000	486.380	1.546.353	987.783	4.600.516
3 - DESPESAS CORRENTES	0	720.000	550.000	438.000	1.706.000
4 - DESPESAS DE CAPITAL	0	0	0	0	0
TUDO ESTADO	21.080.000	16.023.766	39.973.534	40.465.214	117.542.514

Plano Plurianual 2012-2015

PPA (Conferência)

Em R\$ 1,00

Órgão / U.O. / Área de Resultado / Programa / Ação / Localização / Fonte de Recurso / Categoria Econômica	2012	2013	2014	2015	Total
3 - DESPESAS CORRENTES	0	720.000	550.000	240.000	1.510.000
4 - DESPESAS DE CAPITAL	0	0	0	0	196.000
01200000 - TRANSF. DE REC. DO SIST. ÚNICO DE SAÚDE - SUS	4.070.000	2.411.299	5.271.024	9.980.279	21.732.602
3 - DESPESAS CORRENTES	820.000	212.606	3.821.105	9.146.589	14.002.300
4 - DESPESAS DE CAPITAL	3.250.000	2.198.693	1.449.919	831.690	7.730.302
400410000 - FORTALECIMENTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	15.281.487	15.635.022	19.039.086	20.081.350	70.036.945
FINALIDADE - QUALIFICAR A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE COM UNIDADES BÁSICAS, ESTRUTURADAS E EQUIPES RESOLUTIVAS PARA A POPULAÇÃO.					
TUDO ESTADO	15.281.487	15.635.022	19.039.086	20.081.350	70.036.945
Meta / Unidade de Medida	26	26	25	25	89.894.433
1124 - MUNICÍPIO COM ATENÇÃO PRIMÁRIA QUALIFICADA E RESOLUTIVA					68.768.463
UNIDADE	26	26	25	25	925.970
01000000 - RECURSOS ORDINÁRIOS	15.185.924	15.580.840	18.952.304	19.975.565	69.700.633
3 - DESPESAS CORRENTES	14.988.224	15.378.446	18.696.180	19.705.613	68.768.463
4 - DESPESAS DE CAPITAL	197.700	202.394	256.124	269.952	925.970
01200000 - TRANSF. DE REC. DO SIST. ÚNICO DE SAÚDE - SUS	95.563	54.382	86.782	105.785	342.512
3 - DESPESAS CORRENTES	95.563	54.382	86.782	105.785	342.512
4 - DESPESAS DE CAPITAL	0	0	0	0	0
40040000 - FORTALECIMENTO DAS AÇÕES DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE	17.810.000	17.945.594	24.177.653	25.903.024	85.836.271
FINALIDADE - PROMOÇÃO DA SAÚDE DA POPULAÇÃO, ATRAVÉS DE UMA MAIOR ATENÇÃO EM VIGILÂNCIA, PROTEÇÃO E CONTROLE DE DOENÇAS E AGRAVOS À SAÚDE E SEUS DETERMINANTES.					
TUDO ESTADO	17.810.000	17.945.594	24.177.653	25.903.024	85.836.271
Meta / Unidade de Medida	102	102	102	102	25.720.321
1123 - MUNICÍPIO ATENDIDO					15.725.779
UNIDADE	102	102	102	102	9.894.542
01000000 - RECURSOS ORDINÁRIOS	8.720.000	5.372.893	5.937.995	5.889.633	25.720.321
3 - DESPESAS CORRENTES	3.920.000	3.731.037	4.123.608	3.951.134	15.725.779
4 - DESPESAS DE CAPITAL	4.800.000	1.641.856	1.814.387	1.738.499	9.894.542
01200000 - TRANSF. DE REC. DO SIST. ÚNICO DE SAÚDE - SUS	9.090.000	12.572.901	18.239.658	20.213.391	60.115.950
3 - DESPESAS CORRENTES	7.710.000	10.346.789	15.010.211	16.633.798	49.700.798
4 - DESPESAS DE CAPITAL	1.380.000	2.226.112	3.229.447	3.579.593	10.415.152
5 - INOVAÇÃO NA GESTÃO PÚBLICA	16.493.050	16.584.030	18.876.648	17.202.623	69.156.351
0222 - PLANEJAMENTO E GESTÃO					69.156.351
OBJETIVO - APERFEIÇOAR O PROCESSO DE PLANEJAMENTO, ORÇAMENTO, PRODUÇÃO E DISSEMINAÇÃO DE INFORMAÇÕES.					
JUSTIFICATIVA - VERIFICAR COM SEPLAN/SE					
PÚBLICO ALVO - POPULAÇÃO ALAGOANA					
40080000 - AMPLIAÇÃO DE CENTRAIS DE REGULAÇÃO E SISTEMAS MUNICIPAIS DE AUDITORIAS	162.500	491.898	624.980	610.553	1.889.931
FINALIDADE - ORGANAR O ACESSO DA POPULAÇÃO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE DO ESTADO.					
TUDO ESTADO	162.500	491.898	624.980	610.553	1.889.931

Plano Plurianual 2012-2015

PPA (Conferência)

Em R\$ 1,00

Órgão / U.O. / Área de Resultado / Programa / Ação / Localização / Fonte de Recurso / Categoria Econômica

Total

Meta / Unidade de Medida	2012	2013	2014	2015	Total
1032 - CENTRAL DE REGULAÇÃO AMPLIADA	26	26	25	25	
UNIDADE					
01000000 - RECURSOS ORDINÁRIOS	75.000	256.509	283.488	271.640	886.647
3 - DESPESAS CORRENTES	55.000	163.233	180.408	172.862	571.503
4 - DESPESAS DE CAPITAL	20.000	93.276	103.080	98.778	315.144
01200000 - TRANSF. DE REC. DO SIST. ÚNICO DE SAÚDE - SUS	87.500	235.389	341.482	338.913	1.003.284
3 - DESPESAS CORRENTES	87.500	235.389	341.482	338.913	1.003.284
4 - DESPESAS DE CAPITAL	0	0	0	0	0
40530000 - IMPLANTAÇÃO DE POLÍTICA DE GESTÃO DE TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO E COMUNICAÇÃO	11.822.000	10.647.181	12.425.743	10.367.617	45.262.541
FINALIDADE - DOTAR A GESTÃO E OS SERVIÇOS DE SAÚDE DE INFRA-ESTRUTURA TECNOLÓGICA ADEQUADA PARA MODERNIZAR O ATENDIMENTO E OS SERVIÇOS PRESTADOS AOS USUÁRIOS.					
TUDO ESTADO	11.822.000	10.647.181	12.425.743	10.367.617	45.262.541
Meta / Unidade de Medida	347	342	347	347	
UNIDADE					
01000000 - RECURSOS ORDINÁRIOS	9.372.000	8.741.820	9.661.613	7.308.671	35.079.104
3 - DESPESAS CORRENTES	9.372.000	8.741.820	9.661.613	7.308.671	35.079.104
4 - DESPESAS DE CAPITAL	0	0	0	0	0
01200000 - TRANSF. DE REC. DO SIST. ÚNICO DE SAÚDE - SUS	2.450.000	1.905.361	2.764.130	3.068.946	10.183.437
3 - DESPESAS CORRENTES	150.000	94.673	137.343	153.031	535.047
4 - DESPESAS DE CAPITAL	2.300.000	1.810.688	2.626.787	2.910.915	9.648.390
40570000 - IMPLANTAÇÃO E IMPLEMENTAÇÃO DE POLÍTICA DE PLANEJAMENTO, GESTÃO E CONTROLE SOCIAL	1.786.010	3.038.623	4.053.679	4.316.131	13.194.443
FINALIDADE - FORTALECIMENTO DO PLANEJAMENTO, GESTÃO, PARTICIPAÇÃO E CONTROLE SOCIAL					
TUDO ESTADO	1.786.010	3.038.623	4.053.679	4.316.131	13.194.443
Meta / Unidade de Medida	102	102	102	102	
UNIDADE					
01000000 - RECURSOS ORDINÁRIOS	1.005.510	1.026.005	1.133.993	1.090.635	4.246.473
3 - DESPESAS CORRENTES	782.810	746.207	824.722	790.227	3.143.966
4 - DESPESAS DE CAPITAL	223.000	279.828	309.271	290.408	1.102.507
01200000 - TRANSF. DE REC. DO SIST. ÚNICO DE SAÚDE - SUS	780.200	2.012.588	2.919.686	3.235.496	8.947.970
3 - DESPESAS CORRENTES	780.200	1.552.018	2.251.532	2.495.069	7.078.819
4 - DESPESAS DE CAPITAL	0	460.570	668.154	740.427	1.869.151
40590000 - IMPLEMENTAÇÃO DA POLÍTICA DE GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE	2.722.540	2.406.328	1.772.246	1.908.322	8.809.436
FINALIDADE - FORTALECER A GESTÃO ATRAVÉS DE PROFISSIONAIS VALORIZADOS E CAPACITADOS PARA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE COM QUALIDADE.					
TUDO ESTADO	2.722.540	2.406.328	1.772.246	1.908.322	8.809.436

Plano Plurianual 2012-2015

PPA (Conferência)

Em R\$ 1,00

Órgão / U.O. / Área de Resultado / Programa / Ação / Localização / Fonte de Recurso / Categoria Econômica

	2012	2013	2014	2015	Total
Métra / Unidade de Métrica					
1155 - PESSOA CAPACITADA	1215	1336	1.469	1.615	
UNIDADE					
01000000 - RECURSOS ORDINÁRIOS	1.422.540	1.326.813	206.181	172.861	3.128.395
3 - DESPESAS CORRENTES	1.142.540	1.065.715	154.636	123.473	2.486.364
4 - DESPESAS DE CAPITAL	280.000	261.098	51.545	49.388	642.031
01200000 - TRANSF. DE REC. DO SIST. ÚNICO DE SAÚDE - SUS	1.300.000	1.079.515	1.566.065	1.735.481	5.681.041
3 - DESPESAS CORRENTES	1.300.000	1.079.515	1.566.065	1.735.481	5.681.041
4 - DESPESAS DE CAPITAL	0	0	0	0	0
TOTAL GERAL	379.212.866	395.407.412	413.708.783	432.724.035	1.621.053.096