



PLANO ESTADUAL DE SAÚDE **2016-2019**





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO

SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE

SECRETARIA EXECUTIVA DE COORDENAÇÃO GERAL
DIRETORIA GERAL DE PLANEJAMENTO

Aprovado pelo Conselho Estadual de Saúde
Resolução CES Nº 664 de 15 de Junho de 2016

© 2016 Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco
É permitida a reprodução parcial ou total desta publicação, desde que citada a fonte.

Tiragem: 600 exemplares

Produção, distribuição e informações:

Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco

Secretaria Executiva de Coordenação Geral

Diretoria Geral de Planejamento

Endereço: Rua Dona Maria Augusta Nogueira, 519, Bongi. Recife-PE. CEP: 50.751-530

Telefones: (81) 3184-0071 e 3184-0070

Home page: www.saude.pe.gov.br

E-mail: ggepsespe@gmail.com

1a Edição 2016

P452p Pernambuco. Secretaria Estadual de Saúde
Plano estadual de saúde : 2016-2019 / Secretaria Estadual de Saúde ; equipe de elaboração Ana Claudia Callou... [et al.] ; apresentação José Iran Costa Júnior. – Recife : A Secretaria, 2016.

338p. : il.

Inclui referências.

Inclui anexos.

1. SAÚDE PÚBLICA – PERNAMBUCO – PLANEJAMENTO. 2. POLÍTICA DE SAÚDE – PERNAMBUCO – ASPECTOS SOCIAIS. 3. SERVIÇOS DE SAÚDE PÚBLICA – PERNAMBUCO – ASPECTOS SOCIAIS. 4. ASSISTÊNCIA MÉDICA – PERNAMBUCO. 5. SERVIÇOS FARMACÊUTICOS – PERNAMBUCO. 6. HOSPITAIS PÚBLICOS – PERNAMBUCO – CUIDADOS MÉDICOS. 7. SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (BRASIL). 8. ASSISTÊNCIA À POPULAÇÃO – PERNAMBUCO. I. Callou, Ana Claudia. II. Costa Júnior, José Iran. III. Título.

CDU 614
CDD 362.104 25

PeR – BPE 16-812

EQUIPE DIRIGENTE

Governador do Estado de Pernambuco	<i>Paulo Henrique Saraiva Câmara</i>
Vice-Governador do Estado de Pernambuco	<i>Raul Jean Louis Henry Júnior</i>
Secretário de Saúde do Estado de Pernambuco	<i>José Iran Costa Junior</i>
Secretaria Executiva de Coordenação Geral	<i>Ana Claudia Callou</i>
Secretaria Executiva de Atenção à Saúde	<i>Cristina Mota</i>
Secretário Executivo de Vigilância em Saúde	<i>Luciana Caroline Albuquerque</i>
Secretário Executivo de Regulação em Saúde	<i>Andreza Barkokebas Santos de Farias</i>
Secretário Executivo de Gestão do Trabalho e Educação Permanente	<i>Ricarda Samara da Silva Bezerra</i>
Secretário Executivo de Administração e Finanças	<i>José Adelino dos Santos Neto</i>
Chefe de Gabinete	<i>Cecília Campos</i>
Diretor Geral de Planejamento	<i>Humberto Maranhão Antunes</i>
Diretor Geral de Informações Estratégicas	<i>Inês Eugenia Ribeiro da Costa</i>
Diretora Geral de Gestão Regional	<i>Luciana Garcia Figueiroa</i>
Diretora Geral de Modernização e Monitoramento da Assistência à Saúde	<i>Viviane Camara</i>
Diretora Geral de Gestão do Cuidado e das Políticas Estratégicas	<i>Flavia Magno Fernandes</i>
Diretora Geral de Assistência Regional	<i>Ana Carolina Lemos Alves</i>
Diretora Geral de Assistência Integral à Saúde	<i>Giselle Fonseca de Carvalho</i>
Diretora Geral de Informações e Ações Estratégicas em Vigilância Epidemiológica	<i>Patrícia Ismael de Carvalho</i>
Diretora Geral de Controle de Doenças e Agravos	<i>George Santiago de Dimech</i>

Diretora Geral de Promoção, Monitoramento e Avaliação da Vigilância em Saúde	<i>Juliana Martins</i>
Diretora Geral de Laboratórios Públicos	<i>Ouvidio Alencar Araripe Neto</i>
Diretora Geral de Programação e Controle em Saúde	<i>Amélia Caldas</i>
Diretora Geral de Fluxos Assistenciais	<i>Thiago Azevedo</i>
Diretor Geral de Monitoramento e Avaliação da Gestão do SUS	<i>Ricardo Ernestino da Silva</i>
Diretora Geral de Educação em Saúde	<i>Juliana Siqueira</i>
Diretor Geral de Gestão do Trabalho	<i>Rita Tenório</i>
Diretor Geral de Finanças	<i>Musa Melline Ferreira Silva</i>
Diretor Geral de Administração	<i>Ana Patricia Pastick Rolim</i>
Diretor Geral de Assistência Farmacêutica	<i>Mario Moreira</i>
Assessoria Especial	<i>Eduardo Flório</i>
Assessoria Especial	<i>Márcia Campos</i>
Assessoria Especial	<i>Flávio Alessandro</i>
Presidente da Fundação de Hematologia e Hemoterapia de Pernambuco HEMOPE	<i>Yeda Maia de Albuquerque</i>
Superintendente de Atenção Primária	<i>Maria Francisca Carvalho Santos</i>
Superintendente de Acompanhamento Regional	<i>Adriana Conceição Bezerra Lins</i>
Superintendente de Atenção Ambulatorial e Hospitalar	<i>Andrea Franklin de Carvalho</i>
Superintendente de Acompanhamento de Metas	<i>Maria da Conceição Belo Pessoa</i>
Superintendente de Modelagem Técnica	<i>Maria Ernestina Moura Tavares</i>
Superintendente de Gestão Regional	<i>Alessandro Geraldo Alfredo Vieira</i>
Superintendente de Regionalização da Saúde	<i>Luciana Venâncio Santos Souza</i>
Superintendente do Complexo Regulador	<i>Adriana Barbosa dos Santos Janô</i>

Superintendente de Apoio Logístico	<i>Luciana Furtado de Mendonça</i>
Superintendente de Engenharia e Manutenção	<i>Hermano da Costa Paz</i>
Superintendente de Suprimentos	<i>Rafaela Azevedo Dourado</i>
Superintendente de Comunicação	<i>Rafael de Barros Correia Montenegro</i>
Superintendente de Ouvidoria de Saúde	<i>Jadiael Alexandre de Souza</i>
Gerente Geral Da Unidade Técnica APEVISA	<i>Jaime Brito Azevedo</i>
Gerente Geral do Programa de Acompanhamento de Ações Especiais de Construção	<i>Tercília Vila Nova Sodré da Mota</i>
Gerente Geral de Assuntos Jurídicos	<i>Gisela Monteiro</i>

GERENTES REGIONAIS

I GERES	<i>Ângela Roberta Lessa de Andrade Rego</i>
II GERES	<i>Fabianni Meneses Costa</i>
III GERES	<i>Galdêncio Tadeu de Andrade Costa</i>
IV GERES	<i>Djair de Lima Ferreira Junior</i>
V GERES	<i>Catarina Fábia Tenório Ferro</i>
VI GERES	<i>Silvia Renata Gomes Remígio Souza</i>
VII GERES	<i>Maria Auxiliadora Alves Vasconcelos Veras</i>
VIII GERES	<i>Aline Silva Jerônimo</i>
IX GERES	<i>Joelma de Jesus Rodrigues</i>
X GERES	<i>Mary Delânea Sousa</i>
XI GERES	<i>Karla Millene Souza Lima Cantarelli</i>
XII GERES	<i>Daniele Uchôa Barros Alves</i>

COMPOSIÇÃO DO CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE

GESTÃO 2015-2017

GESTORES

Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco

Titular: *José Iran Costa Júnior*

Suplente: *Ana Cláudia Callou Matos*

Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco

Titular: *Lidiane Rodrigues Gonzaga*

Suplente: *Humberto Maranhão Antunes*

Secretaria Estadual de Educação

Titular: *Pollyanna da Silva Souza*

Suplente: *Emília Monteiro Higino da Silva*

Secretaria de Planejamento e Gestão - Seplag

Titular: *Nathália Lins da Rocha Louça*

Suplente: *Bruna de Arreguy Baptista*

Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães / FIOCRUZ

Titular: *Jose Luiz do Amaral Correia de Araujo Junior*

Suplente: *Henrique Fernandes da Camara Neto*

Colegiado de Secretários Municipais de Saúde / COSEMS

Titular: *Orlando Jorge Pereira de Andrade Lima*

Suplente: *Elidio Ferreira de Moura Filho*

União Beneficiente dos Trabalhadores de Moreno - Hospital Armindo Moura

Titular: *Arthur Victor Cavalcanti de Mendonça Carvalho*

Suplente: *Jane Cavalcanti de Mendonça*

Associação Nordestina de Hospitais

Titular: *Flavia Maria dos Santos Silva*

Suplente: *Maria Inez Petesburgo*

TRABALHADORES

COREN - Conselho Regional de Enfermagem de PE

Titular: *Valdeisa Maria Pessoa Moraes*

Sindicato dos Enfermeiros no Estado de Pernambuco / SEEP

Suplente: *Joselma Maria Lourenço Correia*

SINDACS/PE / Sindicato dos Agentes Comunitários de Saúde do Estado de Pernambuco

Titular: *Alexsandro Lopes da Silva*

Conselho Regional de Educação Física - CREF 12º

Suplente: *Rosângela Cavalcanti de Albuquerque*

SINDSAÚDE / Sindicato dos Trabalhadores em Saúde e Seguridade Social do Estado de Pernambuco

Titular: *Jonh Pontes Pessoa*

Suplente: *Jássimo Bartolomeu dos Santos*

SINDSEP/PE / Sindicato dos Servidores Públicos Federais no Estado de Pernambuco

Titular: *José Francisco de Assis Barbosa*

Suplente: *Neide Pereira dos Santos*

SINDSPREV/PE / Sindicato dos Trabalhadores Públicos Federais da Saúde e Previdência Social do Estado de Pernambuco

Titular: *José Carlos Tavares*

Suplente: *Ivonete Maria Batista*

CRO/PE / Conselho Regional de Odontologia de Pernambuco

Suplente: *Romero Márcio Nogueira Dias*

SINFARPE / Sindicato dos Farmacêuticos no Estado de Pernambuco

Titular: *Hermias Veloso*

CRF / Conselho Regional de Farmácia do Estado de Pernambuco

Suplente: *Armando Luiz Arantes de Moura*

Sindicato dos Odontologistas no Estado de Pernambuco / SOEPE

Suplente: *Carlos Olimpio Damasceno de Rezende*

USUÁRIOS

Povo Indígena Truká

Titular: *Laucinê José de Sá*

Povo Indígena Pipipá

Suplente: *Valdermir Amaro Lisboa*

Pastoral da Saúde Nordeste II

Titular: *Inez Maria da Silva*

Pastoral da Criança

Suplente: *Luciana Nóbrega de Melo*

Núcleo de Apoio aos Portadores de Hepatite - NAPHE

Suplente: *Marta Maria Francisco*

GESTOS - Soropositividade, Comunicação e Gênero

Titular: *Josineide de Meneses Silva*

Associação de Amigos de Transplantes de Medula Óssea - ATMO

Titular: *Júlio César Bezerra da Silva*

Suplente: *Maria Betânia Leal Corrêa*

Casa de Apoio ao Idoso Vovó Bibia - CAIVOB

Titular: *Antônio Jose Araújo de Brito*

Suplente: *Fatima Maria de Oliveira*

Associação dos Deficientes Visuais do Agreste Meridional de Pernambuco / ADVAMPE

Titular: *Eriuvânia Ferreira da Silva*

Suplente: *Quitéria da Silva*

Associação de Defesa dos Usuários de Seguros, Planos e Sistemas de Saúde - ADUSEPS

Titular: *Carlos Antônio Alves de Freitas*

Suplente: *Josefa Renê Santos Patriota*

Federação dos Trabalhadores na Agricultura do Estado de Pernambuco/FETAPE

Titular: *Israel Crispim Ramos*

Suplente: *Rosely Fabricia de Melo Arantes*

Federação dos Círculos Operários de Pernambuco - FECOPE

Titular: *Euclides Monteiro Neto*

Suplente: *Marcos Antonio Loureiro Santos*

Pro-Cidadania Instituto Brasileiro

Titular: *Luiz Sebastião da Silva*

Suplente: *Jair Pedro dos Santos*

União Geral dos Trabalhadores UGT-PE

Titular: *Luiz Nelson França*

Suplente: *Severino Romero de Mendonça*

Nova Central Sindical de Trabalhadores de Pernambuco / NCST/PE

Titular: *José Cícero do Monte*

Suplente: *Jorge Mario de Souza*

Movimento de Lutas nos Bairros, Vilas e Favelas - MLB

Titular: *Tainan Bezerra Amaral*

Associação Pernambucana das Profissionais do Sexo - APPS

Suplente: *Nanci Maria Feijó de Melo*

CEPAS / Centro de Ensino Popular e Assistência Social do Estado de Pernambuco Santa Paula Frassinetti

Titular: *Elzanira da Silva*

Suplente: *Lucelena Cândido dos Anjos*

Recanto Madre Paulina / Instituto de Saúde Holística Madre Paulina

Titular: *José Wilson Alencar de Oliveira*

Suplente: *Isabel Macedo Rodrigues*

Círculo Operário de Nazaré da Mata

Titular: *Ubirajara Alves de Lima*

Suplente: *José Alves de Andrade*

EQUIPE DE ELABORAÇÃO

Secretaria Executiva de Coordenação Geral *Ana Claudia Callou*

Diretoria Geral de Planejamento *Humberto Maranhão Antunes*

Diretoria Geral de Informações Estratégicas *Inês Eugênia Ribeiro da Costa*

Diretoria Geral de Gestão Regional *Luciana Garcia Figueirôa*

Sup. de Planejamento e Desenvolvimento Institucional *Flávio Duncan*

Superintendente de Informações Estratégicas *Jany Welma de Sá Albuquerque*

Gerência de Gestão Estratégica e Participativa *Ana Paula de Melo*

Gerência de Informação em Saúde *Fernando José Moreira de Oliveira Júnior*

Gerência de Convênios *Ranúzia Maria Gomes Monteiro*

Gestora Técnica de Articulação *Tatiana Araujo Diniz*

Gestora Técnica de Articulação *Lidiane Rodrigues Gonzaga*

Coordenadoria de Gestão Estratégica e Participativa *Juliana Costa Cunha*

Coordenadoria de Captação de Informações

Hospitalares e Ambulatoriais *Erilson Vieira da Silva*

Coordenadoria de Ornamentação *Lenôra Cristina M. R. Cassimiro da Silva*

Coordenadoria de Programação Financeira *Cleonice Duarte Santana*

Coordenadoria de Convênios *Daniel José Vieira Belo*

Assessoria dos Instrumentos de Planejamento *Raquel Oliveira Barros*

Assessoria *Sabrina de Vasconcelos Teixeira*

COLABORADORES/AS

Adriano Cavalcante Sampaio, Alessandra Cabral, Alessandro Cerqueira, Amanda de Melo França, Alessandra M. Cabral, Carolina Romeira, Débora Mendonça Amaral, Elisabeth Lacerda Caldas, Flávio Lago, Emanuella M. Rolim, Gustavo Brito Falcão, Henrique Eduardo Silva, Juliana Lopes, Luciana Venâncio, Luciana Moreira, Lorena Melo Rosângela C. de Albuquerque, Márcia Santos Brasil, Márcia Maria de Souza Gaioso, Márcia Vidal, Maria Gorete de Souza Medeiros, Marileide Juviniano Carvalho, Maria Francisca S. de Carvalho, Maria Flora Sabino, Mário Moreira, Marta Wanderley, Monik Duarte, Priscila de Souza, Raquel Moura Lins Acioli, Thalyta Maryah, Valéria Pastor A. de Araújo, Vanessa Gabrielle O. Santana, Vera Gaioso, Docentes e Alunos do Centro Acadêmico de Vitória (CAV/UFPE) do Curso de Graduação em Saúde Coletiva.

LISTA DE SIGLAS

- AAP** Associação Americana de Pediatria
- ACCR** Acolhimento com Classificação de Risco
- ACS** Agentes Comunitários de Saúde
- AIDPI** Atenção Integral às Doenças Prevalentes na Infância
- AIDS** Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
- APEVISA** Associação Pernambucana de Vigilância Sanitária
- APS** Atenção Primária à Saúde
- ART** Tratamento Restaurador Atraumático
- AT** Acidente de transporte
- BAAR** Bacilo Álcool – Ácido Resistente
- BCG** Vacina Contra Tuberculose
- BR** Brasil
- CACON** Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia
- CASF** Centro de Apoio a Saúde da Família
- CAPS** Centro de Atenção Psicossocial
- CAPS-ad** Centro de Atenção Psicossocial – álcool e droga
- CAPSi** Centro de Atenção Psicossocial Infantil
- CCIH** Comissões de Controle de Infecção Hospitalar
- CEATOX** Centro de Assistência Toxicológica
- CEO** Centro de Especialidade Odontológica
- CEREST** Centro de Referência em Saúde do Trabalhador
- CEPAM** Comitê Estadual de Prevenção a Acidentes de Moto
- CES** Conselho Estadual de Saúde
- CGM** Coeficiente Geral de Mortalidade
- CIB** Comissão Intergestora Bipartite

CID	.....Classificação Internacional de Doenças
CIES	.....Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço
CIPA	.....Comissão Interna de Prevenção de Acidentes
CIR	.....Comissões Intergestores Regionais
CISAM	.....Centro Integrado de Saúde Amaury de Medeiros
CIST	.....Conselho Institucional de Saúde do Trabalhador
CLS	.....Conselhos Locais em Saúde
CMI	.....Coeficiente de Mortalidade Infantil
CMIN	.....Coeficiente de Mortalidade Infantil Neonatal
CMINP	.....Coeficiente de Mortalidade Infantil Pós-neonatal
CMIPN	.....Coeficiente de Mortalidade Infantil Neonatal Precoce
CMINT	.....Coeficiente de Mortalidade Infantil Neonatal Tardio
CMS	.....Conselho Municipal de Saúde
CNES	.....Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
COAP	.....Contrato Organizativo de Ação Pública
CONDEPE/FIDEM	.....Agência Estadual de Planejamento e Pesquisa de Pernambuco
COSEMS	.....Colegiado de Secretários Municipais de Saúde
COTEL	.....Centro de Triagem e Observação Criminológica
CRESAT	.....Centros de Referência Especializados em Saúde do Trabalhador
CRIE	.....Centro de Referência para Imunobiológicos Especiais
DATASUS	.....Departamento de Informática do SUS
DEFN	.....Distrito Estadual de Fernando de Noronha
DGP	.....Diretoria Geral de Planejamento
DG-VEA	.....Diretoria-Geral de Vigilância Epidemiológica e Ambiental
DST	.....Doenças Sexualmente Transmissíveis
EC	.....Emenda Constitucional

EIA	.....Estudo de Impacto Ambiental
EPC	.....Equipamento de Proteção Coletiva
EPI	.....Equipamento de Proteção Individual
ESF	.....Estratégia de Saúde da Família
ESPPE	.....Escola de Saúde Pública de Pernambuco
FHD	.....Febre Hemorrágica da Dengue
FIOCRUZ	.....Fundação Oswaldo Cruz
GAST	.....Gerência de Atenção à Saúde do Trabalhador
GASAM	.....Gerência de Saúde Mental
GERES	.....Gerência Regional de Saúde
GM	.....Gabinete do Ministro
GMVEV	.....Gerência de Monitoramento e Vigilância de Eventos Vitais
HAM	.....Hospital Agamenon Magalhães
HBL	.....Hospital Barão de Lucena
HCP	.....Hospital Correia Picanço
HEMOPE	.....Fundação de Hematologia e Hemoterapia de Pernambuco
HG	.....Hospital Geral
HBL	.....Hospital Barão de Lucena
HGV	.....Hospital Getúlio Vargas
HIV	.....Vírus da Imunodeficiência Humana
HOF	.....Hospital Otávio de Freitas
HR	.....Hospital da Restauração
HRA	.....Hospital Regional do Agreste
HTLV	.....Vírus T – Linfotrópicos Humano
IBGE	.....Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICT	.....Teste Imunocromatográfico em Cartão

IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IMIP	Instituto Materno Infantil Professor Fernando Figueira
IP	Índice de Positividade
LACEN	Laboratório Central de Saúde Pública de Pernambuco
LC	Lei Complementar
LDL	Liproteína plasmática de baixa densidade
LGBT	Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais e Transgêneros
LOSAN	Lei Orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional
LTA	Leishmaniose Tegumentar Americana
LV	Leishmaniose visceral
MI	Mortalidade Infantil
MIF	Mulheres em Idade Fértil
MIN	Mortalidade Infantil Neonatal
MINP	Mortalidade Infantil Neonatal Precoce
MINT	Mortalidade Infantil Neonatal Tardia
MIPN	Mortalidade Infantil Pós-neonatal
MPPE	Ministério Público de Pernambuco
MS	Ministério da Saúde
NE	Nordeste
NIR	Núcleo Interno de Regulação
NOAS	Norma Operacional de Assistência à Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
NUAPS	Núcleo de Apoio Psicossocial ao Servidor
NV	Nascidos Vivos
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-americana de Saúde

OS	Organização Social
Ouvidor SUS	Sistema de Ouvidoria do SUS
PAM	Programação de Ações e Metas
PAREPS	Plano de Ação Regional para a Educação Permanente em Saúde
PAS	Programação Anual de Saúde
PAVS	Programação das Ações de Vigilância em Saúde
PCCV	Plano de Cargos, Carreiras e Vencimentos
PDI	Plano Diretor de Investimento
PDR	Plano Diretor de Regionalização
PE	Pernambuco
PEEPS	Política Estadual de Educação Permanente em Saúde
PEI	Programa Estadual de Imunização
PES	Plano Estadual de Saúde
PESN	Pesquisa Estadual de Saúde e Nutrição
PID	Programa de Inclusão Digital
PlanejaSUS	Sistema de Planejamento do Sistema Único de Saúde
PN	Plano Nacional
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PNAN	Política Nacional de Alimentação e Nutrição
PNEPS	Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
PNI	Programa Nacional de Imunização
PNTN	Programa Nacional de Triagem Neonatal
PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
PPA	Plano Plurianual
PPI	Programação Pactuada e Integrada
PSF	Programa Saúde da Família

RAG	.....Relatório Anual de Gestão
RDC	.....Resolução de Diretoria Colegiada
Rede PEBA	.....Rede Interestadual de Atenção à Saúde do Vale do Médio São Francisco
Rede NUTES	.....Núcleo de Telessaúde
RENAST	.....Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador
RIMA	.....Relatório de Impacto Ambiental
RH	.....Recursos Humanos
RMM	.....Razão da Mortalidade Materna
RMR	.....Região Metropolitana do Recife
RN	.....Recém-nascido
RPA	.....Reparação Pós Anestésica
SAE	.....Serviços de Assistência Especializada
SAMU	.....Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SANAR	.....Programa de Enfrentamento às Doenças Negligenciadas
SARGSUS	.....Sistema de Apoio ao Relatório Anual de Gestão
SBP	.....Sociedade Brasileira de Pediatria
SECG	.....Secretaria Executiva de Coordenação Geral
SESDDH	.....Secretaria de Desenvolvimento Social e Direitos Humanos
SERES	.....Secretaria Executiva de Ressocialização
SES	.....Secretaria Estadual de Saúde
SEVS	.....Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde
SIA	.....Sistema de Informações Ambulatoriais
SIH	.....Sistema de Informações Hospitalares
SIM	.....Sistema de Informação de Mortalidade
SINAN	.....Sistema de Informação de Agravos Notificáveis
SINASC	.....Sistema de Informação de Nascimento

SI-PNI	Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunização
SIS	Sistema de Informação em Saúde
SRPA	Sala de Recuperação Pós Anestésica
SUS	Sistema Único de Saúde
SVS	Secretaria de Vigilância em Saúde
TB	Tuberculose
TBMR	Tuberculose Multirresistente
TF	Tracoma Inflamatório Folicular
TNN	Triagem Neo Natal
TR	Testagem Rápida
UBS	Unidade Básica de Saúde
UCI	Unidade de Cuidados Intermediários
UNACON	Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia
UNIAPS	Unidade de Apoio Psicossocial
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
UPE	Universidade de Pernambuco
USAN	Unidade de Suporte Avançado em Neurocirurgia
USF	Unidade de Saúde da Família
USIATT	Unidades Sentinelas de Informação sobre Acidentes de Transporte Terrestre
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
VDRL	Teste Laboratorial para Sífilis
VISA	Vigilância Sanitária
VIVA	Vigilância de Violências e Acidentes

LISTA DE TABELAS

Tabela 01. População segundo Censo IBGE e taxa geométrica de crescimento. Brasil, Pernambuco e Regiões de Saúde	39
Tabela 02. Taxa de incidência de Dengue por 100.000 habitantes. Pernambuco, 2007 a 2014*.....	54
Tabela 03. Distribuição dos principais grupos de causa de óbito materno segundo Região de Saúde. Pernambuco, 2003 a 2005.....	73
Tabela 04. Distribuição dos principais grupos de causa de óbito materno segundo Região de Saúde. Pernambuco, 2009 a 2011.....	73
Tabela 05. Distribuição da cobertura populacional da Estratégia Saúde da Família, segundo Região de Saúde, Pernambuco, 2008 - 2014	87
Tabela 06. Cobertura Vacinal (%) de Vacina BCG em menores de 1 ano por Região de Saúde, Pernambuco e Brasil - 2004 a 2014	90
Tabela 07. Cobertura Vacinal (%) de Tetra bacteriana/ Penta em menores de 1 ano por Região de Saúde, Pernambuco e Brasil - 2004 a 2014	91
Tabela 08. Cobertura Vacinal (%) para Hepatite B em menores de um ano por Região de Saúde, Pernambuco e Brasil - 2004 a 2012.....	92
Tabela 09. Cobertura Vacinal (%) para Poliomielite em menores de 1 ano por Regiões de Saúde, Pernambuco e Brasil - 2004 a 2014	93
Tabela 10. Cobertura Vacinal (%) para Rotavírus Humano em menores de 1 ano por Regiões de Saúde, Pernambuco e Brasil - 2007 a 2014	94
Tabela 11. Cobertura Vacinal (%) em menores de 1 ano por Região de Saúde, Pernambuco e Brasil - 2011 a 2014	95
Tabela 12. Cobertura Vacinal (%) de tríplice viral em crianças com 1 ano por Região de Saúde, Pernambuco e Brasil - 2004 a 2014.....	96
Tabela 13. Cobertura Vacinal (%) para influenza na população alvo por Região de Saúde, Pernambuco e Brasil - 2006 a 2014	97
Tabela 14. Número de procedimentos de laqueadura tubária por Região de Saúde de internação, segundo ano de realização. Pernambuco, 2008-2014	103
Tabela 15. Número de procedimentos de vasectomia por Região de Saúde de internação, segundo ano de realização. Pernambuco, 2008-2014.....	104
Tabela 16. Número de prestadores de serviços de citopatologia e indicadores de qualidade dos exames citopatológicos. Pernambuco, 2005 / 2013.....	108
Tabela 17. Parteiras Tradicionais cadastradas por GERES. Pernambuco, 2015	112

Tabela 18. N° de óbitos por câncer bucal dos residentes de Pernambuco segundo região de saúde Pernambuco, 2012.....	126
Tabela 19. Quantitativo de Portas de Entrada Hospitalares de Urgência, segundo Macrorregional/RUE.....	136
Tabela 20. Quantitativo de Portas de Entrada Hospitalares de Urgência, segundo Macrorregional/RUE.....	137
Tabela 21. Quantitativo de leitos de UTI por macrorregional.....	138
Tabela 22. Capacidade instalada por estabelecimento de Alta complexidade.....	140
Tabela 23. Total de Casos Notificados pelo CEATOX / 2011 a 2015	142
Tabela 24. Distribuição dos Estabelecimentos de Saúde, públicos e privados, por Região de Saúde do estabelecimento e tipo gestão. Pernambuco, 2015	149
Tabela 25. Distribuição dos estabelecimentos hospitalares do estado de Pernambuco por tipo de prestador. Pernambuco, 2015	150
Tabela 26. Distribuição dos Leitos de Pernambuco segundo esfera administrativa e atendimento prestado (SUS e Não SUS). Pernambuco, 2015	150
Tabela 27. Distribuição dos Leitos SUS por Região de Saúde, segundo Leito / Especialidade. Pernambuco, 2015	151
Tabela 28. Distribuição dos leitos complementares (exceto UTI) existentes no estado de Pernambuco por Região de Saúde, segundo tipo de leito. 2015	151
Tabela 29. Leitos de UTI habilitados, no período de 2011 a 2014, por Região de Saúde, segundo tipo de leito. Pernambuco, 2015.....	152
Tabela 30. Número de servidores estatutários desligados na Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco, no período de 2007 a 2014	165
Tabela 31. Número de vagas de Residência Médica e em Área Profissional de Saúde, 2008 a 2015.....	170
Tabela 32. Descrição de Cursos Técnicos realizados pela ESPPE com turmas concluídas no período de 2012 a 2015.....	173
Tabela 33. Descrição de cursos de qualificação realizados pela ESPPE com turmas concluídas no período de 2012 a 2015.....	174
Tabela 34. Ranking do percentual de recursos próprios aplicados na saúde entre os Estados brasileiros no período de 2012 a 2015	176
Tabela 35. Evolução da aplicação de recursos próprios em ações e serviços de saúde, 2008 a 2015	177
Tabela 36. Dados da Operação Lei Seca em Pernambuco, 2012-2014.....	187

LISTA DE QUADROS

Quadro 01. Distribuição dos principais agrupamentos de causas de óbitos infantis evitáveis segundo critério de evitabilidade* e Região de Saúde. Pernambuco, 2004 e 2013.....	70
Quadro 02. Distribuição dos principais agrupamentos de causas de óbito evitáveis na faixa etária de 0 a 4 anos segundo critério de evitabilidade* e Região de Saúde. Pernambuco, 2004 e 2013.....	76
Quadro 03. Distribuição dos principais agrupamentos de causas de óbito evitáveis na faixa etária de 5 a 74 anos segundo critério de evitabilidade e Região de Saúde. Pernambuco, 2004 e 2013.....	79
Quadro 04. Procedimentos cirúrgicos para tratamento do câncer de mama. Pernambuco 2010 / 2014	111
Quadro 05. UPA Data de Inauguração x Porte x Perfil.....	135
Quadro 06. Unidades Hospitalares de Alta Complexidade em Traumatologia	139
Quadro 07. Distribuição das unidades de diálise em Pernambuco por GERES e Microrregião.....	143
Quadro 08. Leitos Obstétricos em Maternidades de Alto Risco	144
Quadro 09. Necessidade de Unidades de Assistência de Alta Complexidade / UNACON por MACRO	147

LISTA DE FIGURAS

Figura 01. Distribuição espacial segundo Região de Saúde em Pernambuco, 2014.....	38
Figura 02. Pirâmide Populacional de Pernambuco nos anos censitários.....	39
Figura 03. Proporção de nascidos vivos de mães na faixa etária de 10-14 anos. Brasil e Pernambuco, 2004 a 2013	41
Figura 04. Proporção de nascidos vivos por região de Saúde, segundo idade da mãe. Pernambuco, 2004	42
Figura 05. Proporção de nascidos vivos por Região de Saúde, segundo idade da mãe. Pernambuco, 2013	42
Figura 06. Proporção de nascidos vivos de mães com 7 ou mais consultas de pré-natal da mãe. Brasil e Pernambuco, 2004 a 2013	43
Figura 07. Proporção de nascidos vivos por Região de Saúde, segundo número de consultas de pré-natal da mãe. Pernambuco, 2004	43
Figura 08. Proporção de nascidos vivos por Região de Saúde, segundo número de consultas de pré-natal da mãe. Pernambuco, 2013	43
Figura 09. Proporção de nascidos vivos por Região de Saúde, segundo duração da gestação. Pernambuco, 2004.....	44
Figura 10. Proporção de nascidos vivos por Região de Saúde, segundo duração da gestação. Pernambuco, 2013.....	44
Figura 11. Proporção de nascidos vivos por Região de Saúde segundo tipo de parto. Pernambuco, 2004	45
Figura 12. Proporção de nascidos vivos por Região de Saúde segundo tipo de parto. Pernambuco, 2013	45
Figura 13. Taxas de incidência e de mortalidade por tuberculose por 100.000 habitantes. Brasil e Pernambuco, 2004 a 2013.....	46
Figura 14. Percentual de cura de tratamento dos casos novos de tuberculose segundo Regiões de Saúde. Pernambuco, 2013.....	46
Figura 15. Percentual de abandono de tratamento dos casos novos de tuberculose segundo Regiões de Saúde. Pernambuco, 2013.....	47
Figura 16. Coeficiente de detecção geral e em menores de 15 anos de hanseníase por 100.000 habitantes. Brasil e Pernambuco, 2007 a 2013	48
Figura 17. Percentual de contatos examinados de casos de hanseníase segundo Regiões de Saúde. Pernambuco, 2014	48

Figura 18. Percentual de cura de tratamento dos casos de hanseníase segundo Regiões de Saúde. Pernambuco, 2014	49
Figura 19. Número de exames realizados e percentual de positividade para esquistossomose. Pernambuco, 2004 a 2014	49
Figura 20. Número de exames realizados e percentual de positividade para geo-helmintíases. Pernambuco, 2004 a 2014	50
Figura 21. Exames de gota espessa e prevalência para filariose. Pernambuco, 2004 a 2014 ...	50
Figura 22. Número de unidades domiciliares (UD) pesquisadas, positivas e índice de infestação vetorial para doença de Chagas. Pernambuco, 2004 a 2014	51
Figura 23. Distribuição dos municípios, segundo classificação de risco para o controle da Leishmaniose Visceral. Pernambuco, 2010 a 2014	52
Figura 24. Número de casos confirmados e óbitos por Leishmaniose Visceral segundo Regiões de Saúde. Pernambuco, 2014.....	52
Figura 25. Taxas de incidência por 100.000 habitantes e de letalidade por Leishmaniose Visceral. Pernambuco, 2007 a 2014	53
Figura 26. Taxa de incidência de dengue por 100.000 habitantes. Brasil e Pernambuco, 2007 a 2014*	53
Figura 27. Número de casos graves confirmados de dengue e taxa de letalidade segundo ano de diagnóstico. Pernambuco, 2007 a 2014*.....	54
Figura 28. Taxas de incidência e de mortalidade de AIDS por 100.000 habitantes segundo ano de diagnóstico e óbito. Brasil e Pernambuco, 2004 a 2013.....	55
Figura 29. Taxa de incidência de AIDS por 100.000 habitantes segundo Região de Saúde de residência e ano de diagnóstico. Pernambuco, 2004 e 2013	55
Figura 30. Taxa de mortalidade por AIDS por 100.000 habitantes segundo Região de Saúde de residência e ano de diagnóstico. Pernambuco, 2004 e 2013	56
Figura 31. Taxa de incidência de AIDS em casos menores de 5 anos de idade por 100.000 habitantes segundo ano de diagnóstico. Brasil e Pernambuco, 2004 a 2013.....	56
Figura 32. Média de casos de AIDS em menores de 5 anos de idade segundo Região de Saúde de residência e período de diagnóstico. Pernambuco, 2004 a 2013	57
Figura 33. Percentual de gestantes tratadas adequadamente para sífilis segundo ano da notificação. Brasil e Pernambuco, 2010 a 2013	57
Figura 34. Percentual de gestantes tratadas adequadamente para sífilis segundo Região de Saúde de residência e ano da notificação. Pernambuco, 2007 e 2013.....	58
Figura 35. Taxa de incidência de sífilis congênita por 1.000 NV segundo ano de diagnóstico. Brasil e Pernambuco, 2004 a 2013.....	58

Figura 36. Taxa de incidência por 1.000 NV de sífilis congênita segundo Região de Saúde de residência e ano de diagnóstico. Pernambuco, 2004 e 2013	59
Figura 37. Taxa de internação hospitalar por 10.000 habitantes pelas quatro principais DCNT. Brasil, 2004 a 2014.....	59
Figura 38. Taxa de internação hospitalar por 10.000 habitantes pelas quatro principais DCNT. Pernambuco, 2004 a 2014	60
Figura 39. Taxa de internação hospitalar por 10.000 habitantes pelas quatro principais DCNT segundo Região de Saúde. Pernambuco, 2014.....	60
Figura 40. Estimativas do número de casos novos de câncer e das taxas brutas de incidência por 100 mil habitantes segundo as 10 principais localizações }primárias em mulheres e em homens. Brasil e Pernambuco, 2014	61
Figura 41. Taxa de internação hospitalar por causas externas por 10.000 habitantes segundo ano de processamento. Brasil e Pernambuco, 2004 a 2014.....	61
Figura 42. Taxa de internação hospitalar por causas externas segundo Região de Saúde, 2014.....	62
Figura 43. Proporção de casos de violência notificados segundo sexo e faixa etária da vítima. Pernambuco, 2014	62
Figura 44. Proporção de casos de violência notificados por tipo de violência* segundo faixa etária da vítima. Pernambuco, 2014.....	63
Figura 45. Proporção de vítimas de ATT notificadas nas 21 USIATT segundo Região de Saúde de ocorrência do acidente. Pernambuco, 2014.....	63
Figura 46. Proporção de vítimas de ATT ocorridos em Pernambuco notificadas nas 21 USIATT segundo sexo. Pernambuco, 2014	64
Figura 47. Proporção de vítimas de ATT ocorridos em Pernambuco notificadas nas 21 USIATT segundo faixa etária e sexo. Pernambuco, 2014.....	64
Figura 48. Proporção de vítimas de ATT ocorridos em Pernambuco notificadas nas 21 USIATT segundo natureza do acidente. Pernambuco, 2014.....	65
Figura 49. Distribuição das doenças e agravos relacionados ao trabalho de notificação compulsória segundo Regiões de Saúde de ocorrência. Pernambuco, 2007 a 2014	66
Figura 50. Coeficiente de Mortalidade Infantil por 1.000 nascidos vivos segundo componente etário. Brasil, 2004 a 2011	67
Figura 51. Coeficiente de mortalidade infantil por 1.000 nascidos vivos segundo componente etário. Pernambuco, 2004 a 2013	67
Figura 52. Coeficiente de Mortalidade Infantil por 1.000 nascidos vivos segundo Região de Saúde e componente etário. Pernambuco, 2004.....	68

Figura 53. Coeficiente de Mortalidade Infantil por 1.000 nascidos vivos segundo Região de Saúde e componente etário. Pernambuco, 2013.....	68
Figura 54. Distribuição dos óbitos infantis segundo critério de evitabilidade. Pernambuco, 2004 a 2013.....	69
Figura 55. Razão de mortalidade materna precoce por 100.000 nascidos vivos e número de óbitos maternos. Pernambuco, 2000 a 2011	71
Figura 56. Distribuição da razão de mortalidade materna total (óbitos maternos precoces e tardios) por 100.000 nascidos vivos. Pernambuco, 2002 a 2011	71
Figura 57. Distribuição da razão de mortalidade materna total (óbitos maternos precoces e tardios) por 100.000 nascidos vivos segundo Região de Saúde. Pernambuco, 2003 a 2005, 2006 a 2008 e 2009 a 2011	72
Figura 58. Distribuição dos óbitos na faixa etária de 0 a 4 anos segundo critério de evitabilidade*. Pernambuco, 2004 a 2013.....	74
Figura 59. Distribuição dos óbitos na faixa etária de 0 a 4 anos por Região de Saúde segundo critério de evitabilidade*. Pernambuco, 2004.....	75
Figura 60. Distribuição dos óbitos na faixa etária de 0 a 4 anos por Região de Saúde segundo critério de evitabilidade*. Pernambuco, 2013.....	75
Figura 61. Distribuição dos óbitos na faixa etária de 5 a 74 anos segundo critério de evitabilidade*. Pernambuco, 2004 a 2013.....	77
Figura 62. Distribuição dos óbitos na faixa etária de 5 a 74 anos por Região de Saúde segundo critério de evitabilidade*. Pernambuco, 2004.....	78
Figura 63. Distribuição dos óbitos na faixa etária de 5 a 74 anos por Região de Saúde segundo critério de evitabilidade*. Pernambuco, 2013.....	78
Figura 64. Taxa de mortalidade prematura (30-69 anos) pelas quatro principais DNCT por 100.000 habitantes. Brasil e Pernambuco, 2004 a 2013.....	80
Figura 65. Taxa de mortalidade prematura (30 a 69 anos) pelas quatro principais DCNT por 100.000 habitantes segundo Região de Saúde. Pernambuco, 2013	80
Figura 66. Proporção de óbitos por grupos de DCNT segundo ano do óbito. Brasil, 2004 a 2013.....	81
Figura 67. Proporção de óbitos por grupos de DCNT segundo ano do óbito. Pernambuco, 2004 a 2013	81
Figura 68. Proporção de óbitos por grupos de DCNT segundo Região de Saúde. Pernambuco, 2013	82
Figura 69. Proporção de óbitos por causas externas. Brasil, 2004 a 2013.....	82
Figura 70. Proporção de óbitos por causas externas. Pernambuco, 2004 a 2013	83

Figura 71. Proporção de óbitos por causas externas segundo Região de Saúde de residência. Pernambuco, 2013.....	83
Figura 72. Taxa de mortalidade por causas externas por 100.000 habitantes, segundo ano do óbito. Pernambuco, 2004 a 2013	84
Figura 73. Proporção de óbitos por ATT segundo Região de Saúde de residência e tipo de vítima. Pernambuco, 2004	84
Figura 74. Proporção de óbitos por ATT segundo Região de Saúde de residência e tipo de vítima. Pernambuco, 2013.....	84
Figura 75. Proporção de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Básica, segundo Regionais de Saúde, Pernambuco, 2008-2014.....	88
Figura 76. Percentual de municípios por Região de Saúde que receberam a transferência financeira segundo desempenho na PEFAP, 2011 - 2015	89
Figura 77. Indicador Razão dos exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 24 a 64 anos. Pernambuco, 2005 / 2014	107
Figura 78. Percentual de exames insatisfatórios por GERES. Pernambuco, 2005/2013	109
Figura 79. Proporção de casos de violência contra mulheres (20 a 59 anos) notificadas em Pernambuco, segundo tipo de violência*. Pernambuco, 2009 a 2014.....	113
Figura 80. Percentual de pessoas com deficiência por Região de Saúde.....	116
Figura 81. Distribuição de presídios e ESF para população carcerária	118
Figura 82. Distribuição da Rede de Atenção Psicossocial	121
Figura 83. Redução de leitos Psiquiátricos em Pernambuco entre os anos de 2008 e 2014...	121
Figura 84. Crescimento de Cobertura CAPS em Pernambuco entre os anos de 2008 e 2014	121
Figura 85. Indicador 4 / Cobertura populacional estimada pelas equipes básicas de Saúde Bucal.....	123
Figura 86. Indicador 5 / Média da ação coletiva de escovação dental supervisionada.....	123
Figura 87. Indicador 6 - Proporção de exodontias em relação aos procedimentos	124
Figura 88. Rede de cuidados saúde bucal à pessoa com deficiência (RCPD)	125
Figura 89. Distribuição dos serviços de saúde sob gestão estadual, segundo GERES e Macrorregional	128
Figura 90. Distribuição dos serviços de saúde sob gestão municipal, segundo GERES e Macrorregional	129
Figura 91. Mapa de Pernambuco por Regional de Saúde	133

Figura 92. Distribuição Geográfica x Geres x UPAE em Pernambuco.....	134
Figura 93. Distribuição geográfica dos municípios que possuem SAMU no estado de Pernambuco	135
Figura 94. Localização Geográfica dos Serviços de Alta Complexidade de Traumatologia....	140
Figura 95. Distribuição por Macro de CACON e UNACON / 2015.....	145
Figura 96. Distribuição dos Hemocentros/Núcleos de Hemoterapia e Agências Transfusionais em Pernambuco	154
Figura 97. Número de auditorias executada	156
Figura 98. Número de Seleções Públicas Simplificadas realizadas na Secretaria Estadual de Saúde, no período de 2007 a 2014	166
Figura 99. Evolução do Percentual de Aplicação de Recursos Próprios em Saúde. Pernambuco, 2008 a 2015.....	176
Figura 100. Comparativo entre Despesas com Recursos próprios por habitante e Despesa total aplicados em ações e serviços de saúde. Pernambuco, 2008 a 2015	177
Figura 101. Mapa dos Cantos Mãe Coruja Pernambucana I à XII GERES	179
Figura 102. Principais resultados alcançados pelo Programa Sanar. Pernambuco, 2011 a 2014.....	183
Figura 103. Institucionalização da Economia da Saúde	186

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	29
1. INTRODUÇÃO	30
2. ANÁLISE SITUACIONAL	34
2.1. Perfil Sócio demográfico	37
2.2. Perfil Epidemiológico	40
2.3. Atenção à Saúde	85
2.4. Estrutura e Produção de Serviços de Saúde	148
2.5. Planejamento, Gestão e Regulação	157
2.6. Gestão do Trabalho e Educação em Saúde	163
2.7. Programas e Projetos prioritários de Governo	178
3. MAPA ESTRATÉGICO DA SES-PE	190
4. DIRETRIZES, OBJETIVOS ESTRATÉGICOS, AÇÕES E METAS	193
4.1. Diretriz 1	194
4.2. Diretriz 2	216
4.3. Diretriz 3	246
4.4. Diretriz 4	252
4.5. Diretriz 5	265
4.6. Diretriz 6	296
5. MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DO PES 2016-2019	300
6. RECOMENDAÇÕES DA 8^a CONFERÊNCIA ESTADUAL DE SAÚDE VERA BARONI E DO CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE	305
7. REFERÊNCIAS	325
ANEXOS	328

APRESENTAÇÃO

O Plano Estadual de Saúde (PES) para o quadriênio 2016-2019 é um documento que expressa o compromisso do Governo com a saúde dos pernambucanos. Busca traduzir os anseios da sociedade explicitados como prioridades e propõe medidas e ações que impactem nos problemas de saúde do Estado.

Este documento está em consonância com o Decreto nº 7.508/2011, do Governo Federal, e com os postulados do SUS, enfatizando a descentralização, a regionalização e a gestão por resultados. Mais do que um cumprimento legal, o PES revela-se como um instrumento imprescindível de gestão, pois expressa as intenções e os resultados a serem alcançados.

A sua elaboração partiu de uma análise sobre a situação de saúde com identificação e priorização dos principais problemas, a fim de subsidiar o planejamento, a operacionalização, o monitoramento e a avaliação das ações e serviços de saúde ao longo de quatro anos.

As prioridades definidas são o resultado de um trabalho desenvolvido de forma transparente, democrática e participativa, envolvendo os gestores e técnicos da Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco (SES/PE) e a Sociedade Civil Organizada. Para tanto foi instituído um Grupo Condutor, com representantes das Secretarias Executivas, do Conselho Estadual de Saúde e do HEMOPE, com o objetivo de coordenar o processo de construção do novo plano de saúde do Estado.

A construção do PES 2016-2019 adotou como principais elementos norteadores: o Plano de Governo estabelecido para o período 2015-2018, o Modelo Integrado de Gestão Todos por Pernambuco, o Planejamento Estratégico da Gestão da Saúde, a 8ª Conferência Estadual de Saúde bem como a Avaliação do PES 2012-2015.

O Conselho Estadual de Saúde (CES) teve uma atuação fundamental na construção deste documento, desempenhando seu papel deliberativo na formulação da política estadual de saúde, a partir da definição das prioridades traduzidas em objetivos, ações e metas do PES.

A SES/PE tem como missão: Fortalecer a Gestão do Sistema Único de Saúde no Estado de Pernambuco, garantindo a atenção integral à saúde da população de forma regionalizada, por meio de ações de prevenção, promoção, assistência e reabilitação, pautada nos valores do Compromisso Ético e Social, da Transparência e Controle Social, da Humanização, da Valorização e Respeito ao Trabalho em Saúde, da Equidade, da Qualidade, da Inovação, da Integração e da Descentralização. Uma vez compreendida a missão da SES/PE, faz-se necessário definir aonde se quer chegar. O como chegar é materializado por meio de Diretrizes, Objetivos estratégicos, ações, metas e indicadores de resultados.

Este documento traz, inicialmente, as bases estratégicas do Planejamento da saúde em Pernambuco e relata o seu processo de construção. Em seguida, é descrita a Análise Situacional, com a síntese dos principais problemas de saúde, considerando os aspectos demográficos, socioeconômicos, epidemiológicos e organizacionais.

Em continuidade, apresenta-se o Mapa Estratégico, no qual estão contidos a Missão, os Valores, os Elementos Norteadores, Diretrizes, Objetivos estratégicos, Ações e Metas e sua conexão com o novo Plano Plurianual (PPA 2016-2019), por meio da indicação das ações orçamentárias, o que confere viabilidade ao alcance dos resultados do Plano, por ter garantido efetivo suporte financeiro.

Por fim, são apresentados os compromissos que dizem respeito ao Monitoramento e Avaliação da execução do PES 2016-2019 por meio de indicadores de processo e de resultados a serem alcançados e as considerações finais acerca do trabalho desenvolvido.

Nesse sentido, expressamos a consciência de responsabilidade com a importante tarefa iniciada e o compromisso com o cumprimento dos objetivos estabelecidos no Plano Estadual de Saúde 2016-2019 com a certeza de que o mesmo contribuirá, significativamente, para a construção conjunta da Política Estadual de Saúde.



INTRODUÇÃO

CAPÍTULO 1

1. Introdução

A elaboração do Plano Estadual de Saúde (PES) 2016-2019 atende aos preceitos da Lei Federal Nº. 8080 de 19 de Setembro de 1990, art. 15, inciso VIII, que estabelece, enquanto atribuições dos gestores do Sistema Único de Saúde (SUS), elaborar e atualizar periodicamente o plano de saúde, instrumento de gestão essencial para direcionar as atividades e programações de cada esfera de governo.

Com o advento do Decreto Nº 7.508 de 28 de Junho de 2011, que regulamenta a Lei Nº. 8080/90, o governo federal reafirmou a importância do Plano de Saúde. No Art. 18.º do referido Decreto, destacou-se que o planejamento da saúde, em âmbito estadual, deve ser realizado de maneira regionalizada e ascendente, a partir das necessidades dos Municípios, considerando o estabelecimento de metas explícitas das necessidades de saúde.

A Portaria Nº 2.135 de 29 de Setembro de 2013, estabeleceu as diretrizes para o processo de planejamento no âmbito do SUS, reafirmando como instrumentos básicos o Plano de Saúde, as respectivas Programações Anuais e o Relatório Anual de Gestão. Estabeleceu ainda, que o Plano de Saúde deverá observar os prazos do Plano Plurianual de cada ente da Federação.

De acordo com o Ministério da Saúde, o Plano de Saúde é a base para a execução, monitoramento, avaliação e gestão do SUS. Para tanto, a sua elaboração deve ser fundamentada em dois momentos:

- 1- Na Análise Situacional, processo que consiste na identificação e priorização de problemas bem como na orientação da definição das medidas a serem adotadas para o enfrentamento dos mesmos e;
- 2- Na formulação de Diretrizes, Objetivos, Ações e Metas quadriennais com o estabelecimento de prioridades e a definição de estratégias de intervenção viáveis e factíveis de serem executadas e cujo objetivo é um impacto positivo na qualidade de vida e de saúde da população (BRASIL, 2009).

Neste sentido, o objetivo geral deste Plano é instrumentalizar o governo para a gestão do SUS, no âmbito estadual, durante quatro anos, a partir da definição de prioridades e em consonância com seus princípios e diretrizes universalidade, integralidade, equidade, descentralização, regionalização e participação da sociedade.

1.1 A CONSTRUÇÃO DO PES 2016-2019:

O processo de construção do PES 2016-2019 se deu de forma participativa e com o desenvolvimento de vários momentos organizados e conduzidos pela Secretaria Executiva de Coordenação Geral/Diretoria Geral de Planejamento (SECG/DGP).

Em Dezembro de 2014, a Diretoria Geral de Planejamento (DGP) por meio de sua Gerência de Gestão Estratégica e Participativa (GGEP/DGP) produziu um Relatório de Avaliação do PES 2012-2015, contendo a sistematização do trabalho realizado pela gestão, considerando a análise qualitativa e quantitativa dos RAG deste período, onde foram observados os resultados alcançados com a execução das PAS, apuradas com base no conjunto de ações, metas e indicadores, possibilitando a visualização dos avanços e identificando os fatores que contribuíram ou dificultaram o processo de execução das metas programadas.

No mesmo documento, foram apresentados os resultados de uma avaliação do processo de planejamento na SES/PE, realizada por meio de pesquisa, na qual, aplicou-se um questionário, com o objetivo de captar dificuldades e facilidades, bem como, sugestões e propostas de melhorias na metodologia adotadas pela DGP junto aos diversos setores/órgãos da SES e Conselho Estadual de Saúde (CES).

Como resultado, firmou-se enquanto Objetivo Geral a construção do PES 2016-2019, como subsídio para o Plano Plurianual, garantindo a institucionalização de um processo de planejamento em saúde sistemático e permanente, com foco na prática de trabalho conjunto entre as áreas da SES, HEMOPE e Conselho Estadual de Saúde. Como Objetivos Específicos:

- Vincular o processo de planejamento em saúde à programação orçamentária e financeira da SES;
- Fortalecer a participação da Sociedade Civil na elaboração, controle, monitoramento e avaliação dos instrumentos de planejamento por meio do Conselho Estadual de Saúde;
- Desenvolver Programações Anuais de Saúde (PAS) de forma articulada e sistemática entre as Secretarias Executivas da SES;
- Monitorar as programações por meio do Relatório Detalhado Quadrimestral (RDQ) de forma articulada e sistemática entre as Secretarias Executivas da SES;
- Avaliar as programações por meio do Relatório Anual de Gestão (RAG) de forma articulada e sistemática entre as Secretarias Executivas da SES.

Para tanto, foi necessária a definição de um Grupo Condutor com representantes das Secretarias Executivas da SES, do HEMOPE e do Conselho Estadual de Saúde com o objetivo de definir estratégias de realização das etapas de construção do PES 2016-2019 por meio de encontros periódicos.

1.1.1 ETAPAS DE CONSTRUÇÃO:

- Documento Base contendo 1. Resultados da Avaliação do PES 2012-2015; 2. Pesquisa sobre a situação do Planejamento em saúde na SES; 3. Encaminhamentos e orientações para metodologia de construção do novo plano; 4. Consolidado de propostas organizado por eixo temático, advindo de diversos espaços propositivos e deliberativos como Ressalvas e Recomendações do CES/PE, observadas nos Relatórios Anuais de Gestão do período 2012-2015, o Plano de Governo 2015-2018, as propostas apresentadas nos Seminários Todos por PE, realizados no período de Março a Abril de 2015 pelo Governo do Estado, em todas as Regiões de Saúde.
- Análise Situacional apresentando o levantamento dos problemas e a indicação das prioridades para o período de 2016 a 2019, orientando a definição das medidas a serem adotadas para o enfrentamento dos mesmos;
- Mapa Estratégico da SES/PE com a Missão, os Valores e o Macro objetivo Estratégico em consonância com o Planejamento do Governo do Estado. Este mapa adotou como elementos norteadores, a avaliação do PES 2012-2015, o Plano de Governo 2015-2018, o Planejamento Estratégico da Gestão da Saúde 2015-2018 e a 8ª Conferência Estadual de Saúde Vera Baroni, realizada em duas etapas, sendo a 1ª em Setembro de 2015 e a 2ª etapa em Outubro do mesmo ano.
- Diretrizes que delimitam a estratégia geral e as prioridades do Plano de Saúde nos próximos quatro anos. São ao todo seis Diretrizes que foram definidas pelo Grupo Condutor de acordo com os seis Blocos de Financiamento, conforme Portaria MS Nº 204/2007.
- Objetivos estratégicos, Ações e Metas Quadriennais considerando que:
 1. Os objetivos expressam o que se pretende alcançar a fim de superar, reduzir, eliminar ou controlar os problemas identificados. Estes objetivos foram construídos em compatibilidade com as Ações Orçamentárias definidas no Plano Plurianual (PPA) e Lei Orçamentária

Anual (LOA);

2. As ações são atividades, procedimentos, realizações das quais resultam produtos (bens ou serviços) que contribuem para atender ou concretizar os objetivos;

3. As metas são expressões quantitativas de um objetivo/ação, que concretizam o objetivo no tempo e esclarecem e quantificam o que, para quem, quando.

- Inserção das propostas aprovadas na 8ª Conferência Estadual de Saúde Vera Baroni advindas do Controle Social no PES 2016-2019 por meio de Análise comparativa entre o Relatório Final da conferência e a programação quadrienal do plano;

- Definição do processo de Monitoramento e Avaliação do PES 2016-2019 por meio da adoção de Indicadores de Processo e de Resultados e do alinhamento entre os diversos instrumentos básicos de Programação (PAS), Monitoramento (Relatório Detalhado Quadrimestral) e Avaliação (RAG). Para efeito deste documento, adotaram-se como Indicadores de processo aqueles que acompanham periodicamente o processo de execução das ações e metas estabelecidas e servirão como ferramenta de gerenciamento quadrimestral e interno; Os indicadores de resultados são aqueles que avaliarão as mudanças geradas com o alcance dos objetivos estratégicos propostos para os quatro anos de Gestão e terão seus resultados parciais apresentados no Relatório Anual de Gestão;

- Apreciação do PES 2016-2019 no CES/PE: O documento foi enviado ao Conselho Estadual de Saúde em 30/03/2016 para leitura prévia e levantamento das considerações. A apreciação do plano deu-se em Reunião Extraordinária Nº 470 ocorrida no dia 15/06/2016. Foi apresentado todo o processo de construção durante o ano de 2015 e em seguida, foram demonstradas, de forma resumida, as Diretrizes do plano. O debate se deu de acordo com os Objetivos Estratégicos, com inclusão de novas ações e Recomendações apresentadas ao final deste documento.



ANÁLISE SITUACIONAL

CAPÍTULO 2

2. Análise situacional

O Plano Estadual de Saúde (PES) 2016-2019 foi construído a partir da análise da realidade do Estado de Pernambuco. Esta análise situacional está estruturada em grandes blocos, a saber:

1. Perfil Sociodemográfico do estado;
2. Perfil Epidemiológico do estado;
3. Situação da Atenção à Saúde;
4. Situação das políticas estratégicas e Redes de Atenção;
5. Situação do Planejamento, Gestão e Regionalização;
6. Situação da Gestão do Trabalho e Educação em Saúde;
7. Situação dos Programas Prioritários de Governo.

Pretende-se desta forma, dar conta do debate dos principais desafios na atual conjuntura.

O grande desafio na análise sócio demográfica é a construção de soluções para o acomodamento e promoção da saúde do idoso, em contexto de bônus demográfico e horizonte de envelhecimento populacional.

Além disso, descortina-se, desde 2014, com graves consequências em 2015, a emergência de novas patologias vinculadas ao aedes aegypti, a chikungunya e a zika, com a ocorrência de microcefalia e outros danos em investigação, o que impõe o desafio da ação articulada de educação, saúde e estrutura urbana, no combate ao mosquito.

O perfil epidemiológico demonstra avanços no combate às doenças negligenciadas, a partir do Programa SANAR, mas ainda há um grande esforço a ser feito, sobretudo em relação à esquistossomose, tuberculose e hanseníase. A dengue também se apresenta como desafio, junto com a chikungunya e a zika. E ainda, a sífilis na gestação e a congênita, relacionados ao parto e ao puerpério também permanecem como questões a serem priorizadas na intervenção governamental.

Em relação às doenças crônicas não transmissíveis, ressalta-se o crescimento das internações por neoplasias e doenças respiratórias crônicas. Destaca-se ainda, o crescimento da internação por causas externas nos últimos anos, que também é a principal causa de óbitos. Por fim, ressalta-se a persistência da mortalidade materna e a mortalidade por doenças cardiovasculares, com forte impacto na mortalidade geral.

A descrição da atenção à saúde nos revela uma cobertura populacional da saúde da família de 87,53%, com crescimento importante nos últimos anos, e o esforço por qualificar a sua atuação. A análise da cobertura vacinal alerta para o descumprimento de

metas de cobertura vacinal em algumas regiões de saúde e em anos esporádicos da série temporal, mas que podem comprometer conquistas históricas de controle de imunopreveníveis.

A análise das políticas estratégicas e redes de atenção nos mostra a expansão de serviços e ações direcionadas a grupos prioritários, em especial na Saúde da Mulher, mas também na busca de garantir mais acesso aos homens, população privada de liberdade, pessoas com deficiência, idosos, população Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais (LGBT), e na área de saúde mental, saúde bucal e segurança alimentar e nutricional.

Em paralelo, um importante movimento de estruturação da regulação, apesar das fragilidades da rede, e da auditoria. Para todas as políticas, o desafio exposto é de superar dificuldades estruturais e financeiras, ampliar equipes de trabalho e conquistar a consolidação de estruturas regionais solidárias, de forma a garantir a boa atuação das três esferas de governo.

Desafio semelhante é relatado na análise do planejamento e regionalização, que nos expõe a ampliação da correta construção dos Planos Municipais de Saúde, contrapondo com a redução no envio dos Relatórios de Gestão. Na regionalização, embora a construção do Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP) esteja em compasso de espera, diante de indefinições nacionais, houve uma maior valorização dos Colegiados Intergestores Regionais.

Na gestão do trabalho e educação em saúde ressalta-se a organização do setor, mas fica patente o déficit de servidores diante das necessidades da rede estadual e das ações desenvolvidas pela Secretaria Estadual de Saúde (SES). Para concluir a análise, são descritos os avanços de desafios de sete importantes projetos prioritários: Programa Mãe Coruja, o Programa SANAR, o Programa Operação Lei Seca, o Projeto Boa Visão, o Teles-saúde, o Núcleo de Economia da Saúde e o Programa Chapéu de Palha PCP.



2.1. **PERFIL DEMOGRÁFICO**

CAPÍTULO 2

2.1. PERFIL SÓCIODEMOGRÁFICO

Estado componente da Região Nordeste do Brasil, Pernambuco tem assim definidos os seus limites territoriais:

- Ao norte: Paraíba (PB) e Ceará (CE);
- Ao leste: Oceano Atlântico;
- Ao oeste: Piauí (PI);
- Ao sul: Alagoas (AL) e Bahia (BA).

Com território abrangendo 98.146,32 km², o estado de Pernambuco possui 184 municípios e um território estadual, Fernando de Noronha. De acordo com o Plano Diretor de Regionalização (PDR) da Saúde 2011, o estado está dividido em quatro macrorregiões:

Macrorregião 1 Metropolitana formada pela I, II, III e XII Regiões de Saúde;

Macrorregião 2 Agreste constituída pela IV e V Regiões de Saúde;

Macrorregião 3 Sertão composta

pela VI, X e XI Regiões de Saúde e

Macrorregião 4 Vale do São Francisco e Araripe formada pela VII, VIII e IX Regiões de Saúde (Figura 01).

Ainda segundo o PDR, a nova conformação das Regiões de Saúde, levou em conta, dentre outros critérios, a análise dos fluxos assistenciais, a identidade cultural, potencialidades para investimento do governo do Estado e as atividades econômicas predominantes das populações. É nesse contexto que é criada a XII Região de Saúde, com sede no município de Goiana, sendo formada por municípios anteriormente pertencentes a II e a I Região de Saúde. Assim, para análise demográfica deste Plano Estadual de Saúde (PES), foi considerado o agrupamento territorial pactuado neste PDR, comparando o crescimento populacional nas doze Regiões de Saúde.

Figura 01- Distribuição espacial segundo Macrorregião e Região de Saúde em Pernambuco, 2014.



Fonte: GIS/DGIE/SECG-SES/PE

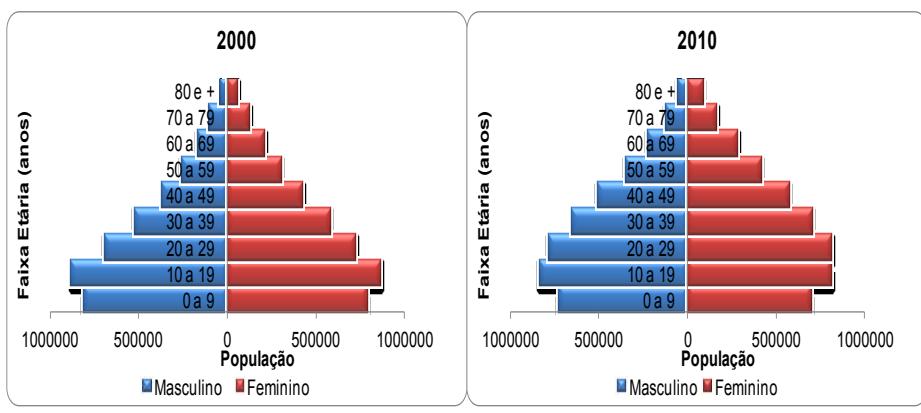
Segundo o censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em 2010, além da capital Recife, com 1.537.704 habitantes, o Estado comporta 83 (45,11%) municípios de pequeno porte 1 (até 20.000 hab.); 67 (36,41%) municípios de pequeno porte 2 (20.001 a 50.000 hab.); 23 (12,5%) municípios de médio porte (50.001 a 100.000 hab.); e 11 (5,98%) municípios de grande porte (100.001 a 900.000 hab.), sendo a população total do Estado de 8.796.448 habitantes, o equivalente a 4,61% da população do país.

A maior parte dos municípios de pequeno

porte 1 está localizada na III, IV e V Regiões de Saúde; os de pequeno porte 2 estão mais concentrados na II, III e IV Regiões; os de médio porte, na IV e II e os de grande porte na área metropolitana da I Região de Saúde.

Comparando a taxa geométrica de crescimento anual da população entre os anos censitários (2000 e 2010), o crescimento populacional em Pernambuco (1,06%) ficou abaixo do brasileiro (1,17%). De maneira geral, a queda da mortalidade e o aumento da esperança de vida ao nascer podem explicar o comportamento populacional observado.

Figura 02- Pirâmide Populacional de Pernambuco nos anos censitários



Fonte: IBGE

Tabela 01 – População segundo Censo IBGE e taxa geométrica de crescimento. Brasil, Pernambuco e Regiões de Saúde

Área Geográfica de Referência	População 2000	População 2010	Tx geométrica de crescimento
Brasil	169.799.170	190.755.799	1,17
Pernambuco	7.918.344	8.796.448	1,06
Regiões de Saúde	3.537.639	3.908.757	1,00
	532.194	566.331	0,62
	522.579	574.905	0,96
	1.073.127	1.241.469	1,47
	482.473	513.660	0,63
	330.114	382.602	1,49
	128.664	138.719	0,76
	341.580	434.713	2,44
	296.651	327.866	1,01
	172.652	180.780	0,46
	206.601	223.879	0,81
	294.070	302.767	0,29

Fonte: IBGE e próprio autor

No que se refere a variável raça/cor, segundo dados do censo 2010, a maior parte da população pernambucana tem como cor autorreferida a parda (55,3%), seguida da cor branca (36,7%), preta (6,5%), amarela (0,9%) e indígena (0,6%).

Desde o censo 2000, a distribuição da população por sexo, apresenta predominância do sexo feminino, numa razão de 96,9 homens para cada grupo de 100 mulheres no Brasil e 93,5 homens para cada grupo de 100 mulheres em Pernambuco. Em 2010 essa mesma predominância do sexo feminino se repete, apresentando uma redução na população masculina quando comparada ao censo anterior, sendo esta redução da ordem de 0,92% para PE e, mais acentuada de 1,01% para o Brasil no período.

O processo de transição demográfica em curso no país está caracterizado pela queda da fecundidade, com reflexo nas taxas de natalidade e consequente diminuição do segmento jovem da população e da elevação relativa da população

idoso. Quando comparados os anos censitários de 2000 e 2010, a Razão de Dependência em Pernambuco, que mede a relação entre a população economicamente ativa (15 a 59 anos) e população de dependentes (menor de 15 anos e maior de 59 anos), apresentou declínio no período da ordem de 14,5%, passando de 66,69 em 2000 para 57,03 em 2010, o que é economicamente mais saudável e implica em menores encargos assistenciais para a sociedade.

Entre as Regiões de Saúde, comparando-se os anos censitários de 2000 e 2010, apenas Arcoverde teve aumentado o valor da Razão de Dependência; as demais regiões apresentaram declínio desse indicador, sendo Recife a que apresentou menor diminuição (menos 6 p.p.), seguida das demais regiões, com média de 12 pontos percentuais de queda e, com diminuição mais acentuada, Caruaru (- 13,28 p.p.) e Palmares (-14,78 p.p.), região onde o indicador mais declinou.



2.2. **PERFIL EPIDEMIOLÓGICO**

CAPÍTULO 2

2.2 PERFIL EPIDEMIOLÓGICO

2.2.1. COMO NASCEM OS PERNAMBUCANOS E AS PERNAMBUCANAS

Acompanhar a tendência e as características da natalidade tem importância não apenas para projeções futuras do volume da população, mas também para o dimensionamento das principais demandas requeridas no setor saúde. Analisar características do recém-nascido, da mãe, da gestação e do parto permite compreender as condições de saúde da mulher e da sobrevivência da criança, bem como evidenciar desigualdades ainda existentes e os principais desafios a serem superados.

2.2.1.1. EVOLUÇÃO DA NATALIDADE E FECUNDIDADE

Taxa bruta de natalidade

A taxa bruta de natalidade expressa o número

de nascidos vivos (NV) por mil habitantes, e representa a intensidade com que o nascimento ocorre na população.

Entre 2004 e 2011, houve redução proporcional de cerca de 4,0% no número de NV tanto no Brasil quanto em Pernambuco. Quanto à Taxa Bruta de Natalidade (TBN), a redução foi de 14,9% no estado (de 19,5 para 16,6) e de 12,8% no país (de 17,9 para 15,6).

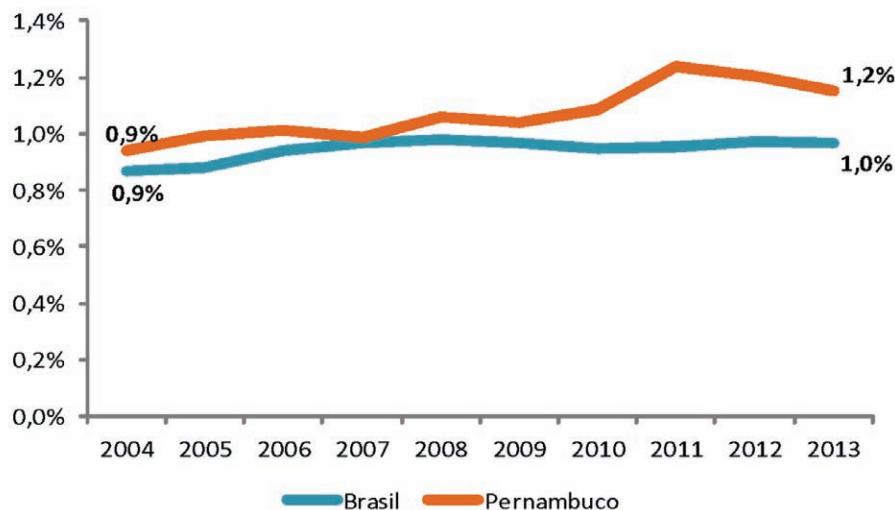
2.2.1.2. CARACTERÍSTICAS DA MÃE

Proporção de nascidos vivos segundo idade da mãe

Entre 2004 e 2013, observa-se que houve em Pernambuco, um aumento de 33,3% na proporção de NV de mães adolescentes na faixa etária de 10 a 14 anos, bem acima do que se verifica para o Brasil, cujo aumento no período foi de 11,1% (figura 03).

Já na faixa etária de 15 a 19 anos, o Estado apresentou redução de 10,5%, enquanto a redução nacional foi de 12,8%.

Figura 03. Proporção de nascidos vivos de mães na faixa etária de 10-14 anos. Brasil e Pernambuco, 2004 a 2013

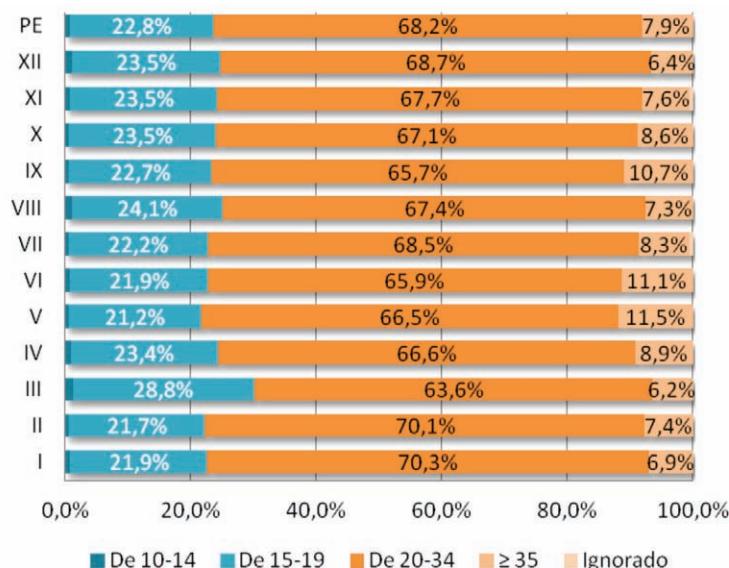


Fonte: SINASC/MS e SINASC/SES-PE

A maioria dos NV em Pernambuco, cerca de 70%, é de mães com idade entre 20 e 34 anos, mantendo certa estabilidade nos dois anos comparados. Em contraposição, observa-se aumento de 27,8% na proporção de NV de mães com idade ≥ 35 anos, passando de 7,9% em 2004 para 10,1% em 2013 (figuras 04 e 05).

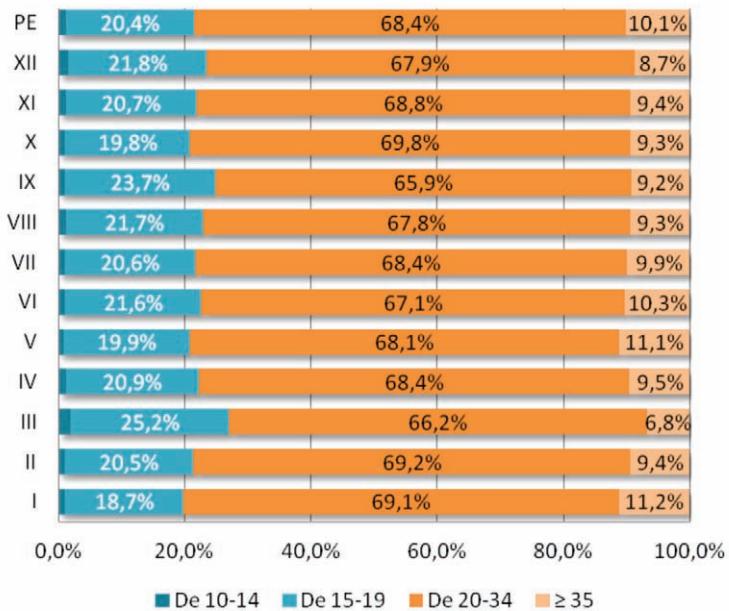
Na análise por Região de Saúde, verifica-se que todas apresentaram aumento na proporção de mães na faixa de 10 a 14 anos. Já na faixa de 15 a 19 anos houve redução em todas as regiões, exceto na IX. A III Região é a que apresentou a maior proporção de mães adolescentes nos dois anos analisados.

Figura 04. Proporção de nascidos vivos por Região de Saúde, segundo idade da mãe. Pernambuco, 2004



Fonte: SINASC/SES-PE

Figura 05. Proporção de nascidos vivos por Região de Saúde, segundo idade da mãe. Pernambuco, 2013



Fonte: SINASC/SES-PE

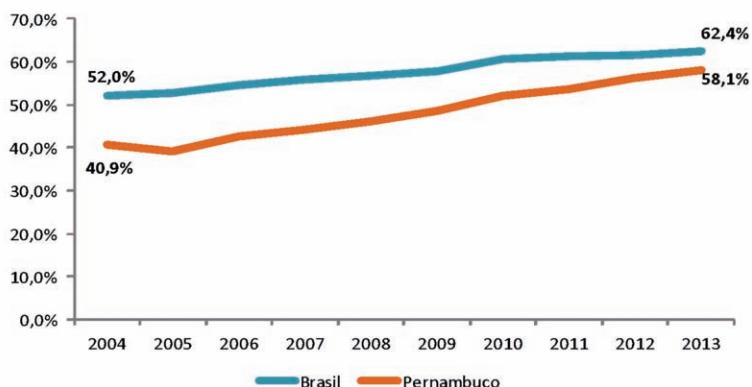
2.2.1.3 CARACTERÍSTICAS DA GRAVIDEZ E PARTO

Proporção de nascidos vivos segundo número de consultas de pré-natal

Sabe-se que uma assistência pré-natal adequada está associada à redução da morbimortalidade infantil, especialmente considerando que cerca de 40% dos óbitos infantis evitáveis no Estado estão relacionados à atenção adequada à mulher durante

te a gestação. A proporção de NV de mães com 7 ou mais consultas de pré-natal em Pernambuco passou de 40,9% em 2004 para 58,1% em 2013, um aumento proporcional de 42,1%, enquanto, no Brasil o aumento foi de 20,0% no mesmo período (figura 06). Apesar deste aumento, é importante ressaltar que o alcançado em 2013 ainda está abaixo da meta proposta no Pacto pela Saúde (Portaria GM/MS 2.669/2009) que é de 65,2% dos NV de mães com 7 ou mais consultas de pré-natal.

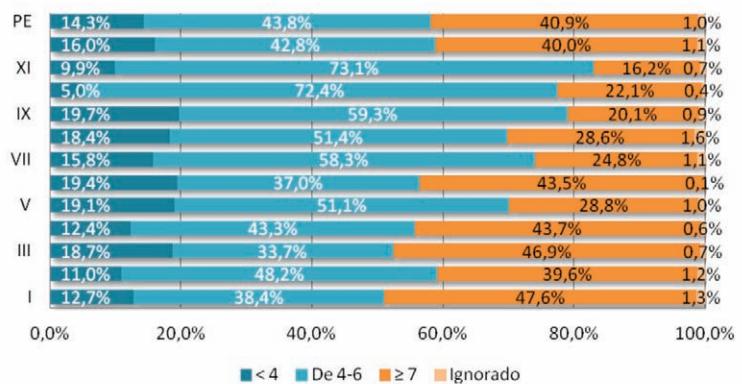
Figura 06. Proporção de nascidos vivos de mães com 7 ou mais consultas de pré-natal da mãe. Brasil e Pernambuco, 2004 a 2013



Fonte: SINASC/MS e SINASC/SES-PE

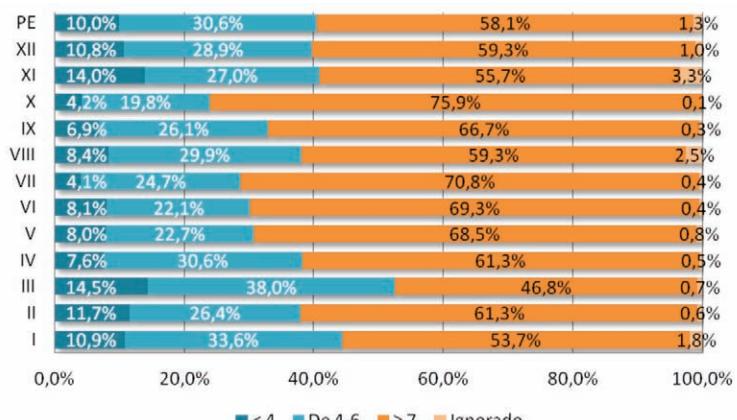
Com exceção da III Região de Saúde, as demais apresentaram aumento significativo na proporção de mães com 7 ou mais consultas de pré-natal para o período analisado, especialmente as Regiões IX, X e XI, cujas proporções em 2013 são superiores em duas vezes àquelas verificadas em 2004 (figuras 07 e 08).

Figura 07. Proporção de nascidos vivos por Região de Saúde, segundo número de consultas de pré-natal da mãe. Pernambuco, 2004



Fonte: SINASC/SES-PE

Figura 08. Proporção de nascidos vivos por Região de Saúde, segundo número de consultas de pré-natal da mãe. Pernambuco, 2013.



Fonte: SINASC/SES-PE

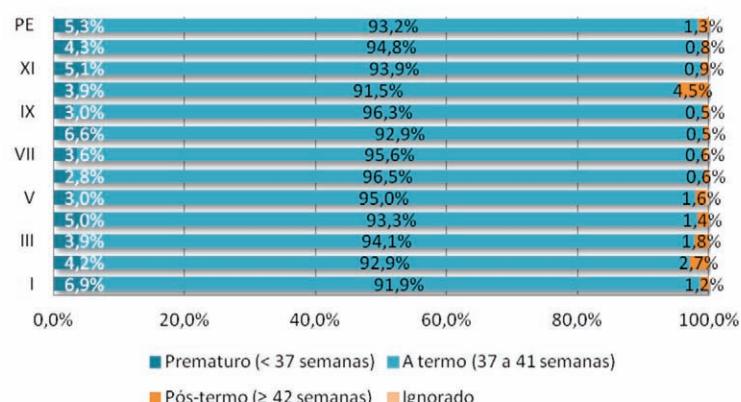
Proporção de nascidos vivos segundo duração da gestação

A prematuridade (duração da gestação < 37 semanas) é um importante fator preditivo da mortalidade infantil, mais especificamente a mortalidade neonatal (0 a 27 dias). Em Pernambuco, houve aumento expressivo na proporção de NV prematuros, passando de 5,3% em 2004 para 11,8% em 2013. Também se observa um crescimento acentuado no

Brasil no mesmo período. Contudo, o aumento observado a partir de 2011 é decorrente das mudanças de preenchimento na Declaração de Nascido Vivo1 (DNV), que melhoraram o registro acerca da idade gestacional.

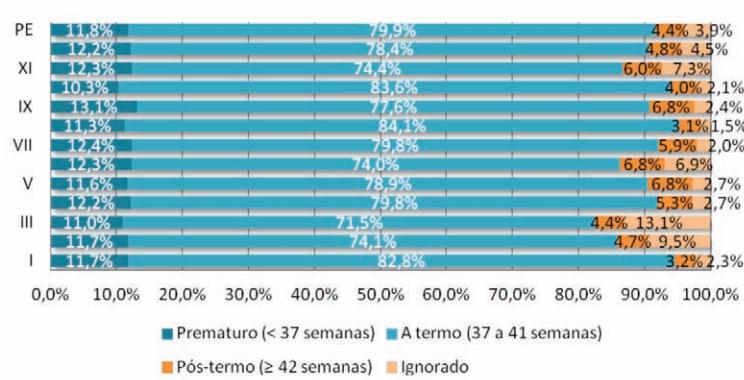
Em relação às Regiões de Saúde (figuras 09 e 10), observa-se que no período, todas apresentaram aumento na proporção de prematuros, ficando acima de 10% em 2013, com destaque para a IX Região de Saúde (13,1%).

Figura 09. Proporção de nascidos vivos por Região de Saúde, segundo duração da gestação. Pernambuco, 2004



Fonte: SINASC/SES-PE

Figura 10. Proporção de nascidos vivos por Região de Saúde, segundo duração da gestação. Pernambuco, 2013



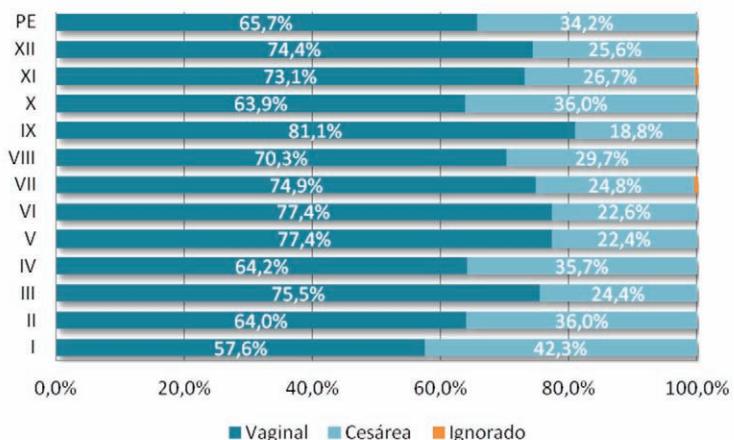
Fonte: SINASC/SES-PE

Proporção de nascidos vivos segundo tipo de parto

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), a cesariana aumenta em 120 vezes a probabilidade de problemas respiratórios para o recém-nascido e triplica o risco de morte da mãe. Além disso, taxas de cesáreas acima de 10% não estão associadas com reduções nas taxas de mortalidade materna e neonatal.

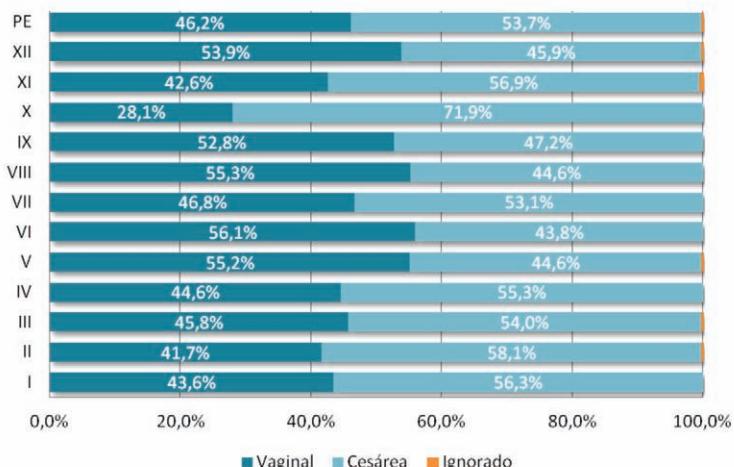
Em Pernambuco, a proporção de cesárea passou de 34,2% em 2004 para 53,7% em 2013, representando um aumento proporcional de 57,0%, ao passo que no Brasil o aumento foi de 35,4%. O mesmo ocorreu nas Regiões de Saúde, em que todas apresentaram aumento de cesáreas e redução de partos vaginais, atingindo patamares acima de 40% em 2013. Destaca-se a X região com 71,9% e a II região com 58,1% (figuras 11 e 12).

Figura 11. Proporção de nascidos vivos por Região de Saúde segundo tipo de parto. Pernambuco, 2004



Fonte: SINASC/SES-PE

Figura 12. Proporção de nascidos vivos por Região de Saúde segundo tipo de parto. Pernambuco, 2013



Fonte: SINASC/SES-PE

2.2.2 COMO ADOECEM OS PERNAMBUCANOS E AS PERNAMBUCANAS

Muitas mudanças ocorreram no padrão da morbidade de Pernambuco. Fatores sociodemográficos, epidemiológicos, financeiros, estrutura de saúde e tecnológicos podem influenciar nessas mudanças. Assim, a análise da morbidade é imprescindível para conhecer e controlar determinantes, riscos e danos à saúde da população, de forma a recomendar e a adotar medidas de promoção, prevenção e controle.

CARGA DAS DOENÇAS INFECCIOSAS

■ Tuberculose

A tuberculose (TB) é uma doença infeciosa de elevada magnitude e relevância no mundo. Estima-se que um terço da população mundial esteja infectada com o bacilo causador da doença. É um problema prioritário de saúde pública no Brasil, um desafio agravado por sua associação com as vulnerabilidades sociais.

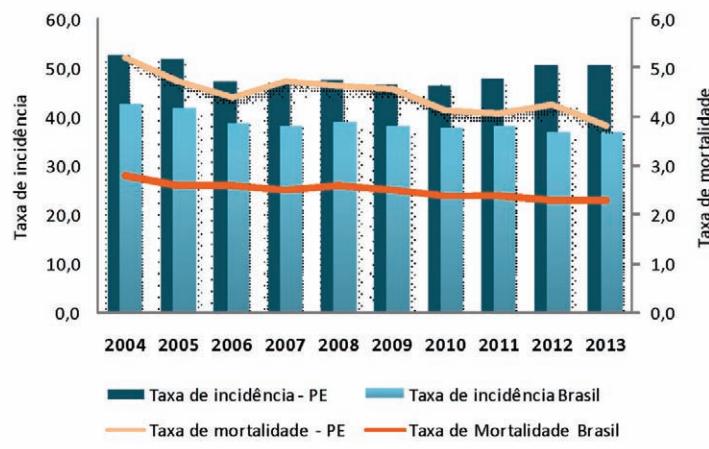
No contexto mundial, o Brasil ocupa o 16º lugar entre os 22 países responsáveis por 80% do total de casos de TB. No país, corresponde à nona causa de hospitalização e à quarta causa de mortalidade por doenças infecciosas, sendo a interrupção do tratamento a maior dificuldade para o seu controle e cura. Por isso, é considerado um importante marcador da qualidade de vida,

sendo uma doença de notificação compulsória no país. O estado de Pernambuco apresenta a quarta maior taxa de incidência nacional de TB, sendo a primeira na Região Nordeste com uma média, entre 2009 e 2013, de 4.333 casos novos ao ano e taxa de incidência de 48,6 por 100.000 habitantes. Apesar de a taxa de mortalidade ter reduzido, ainda ocupa a segunda posição entre estados brasileiros, com maior risco de óbito na cidade do Recife, dentre todas as capitais das unidades federadas.

No período de 2004 a 2013, a taxa de incidência nacional teve uma redução média de 1,9% ao ano, passando de 41,5 para 33,5 por 100.000 habitantes.

Em Pernambuco, ainda existem desafios para a redução no número de casos novos, sendo a taxa de incidência 26,6% maior que a média brasileira, no mesmo período (figura 13). Ainda na figura 13, observa-se redução das taxas brasileira e estadual de mortalidade por TB entre 2004 e 2013, tendo o Brasil já alcançado, com cinco anos de antecedência, um dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) – o de reduzir pela metade o número de óbitos até 2015. Em Pernambuco, esta taxa passou de 5,2 para 3,8 óbitos por 100.000 habitantes e, apesar da redução de 26,9%, ainda se encontra num patamar elevado de mortalidade.

Figura 13. Taxas de incidência e de mortalidade por tuberculose por 100.000 habitantes. Brasil e Pernambuco, 2004 a 2013

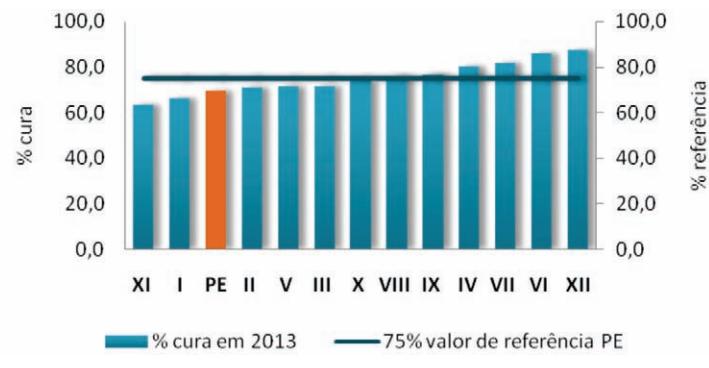


Fonte: SINAN/MS e SINAN/SES-PE

A proporção de cura dos casos de TB é um importante indicador para o seu controle. Em 2013, as I, II, III, V, X e XI Regiões de Saúde do

estado, que somam 67,6% da população, apresentaram proporção de cura abaixo de 75%, dificultando o alcance da meta estadual (figura 14).

Figura 14. Percentual de cura de tratamento dos casos novos de tuberculose segundo Regiões de Saúde. Pernambuco, 2013

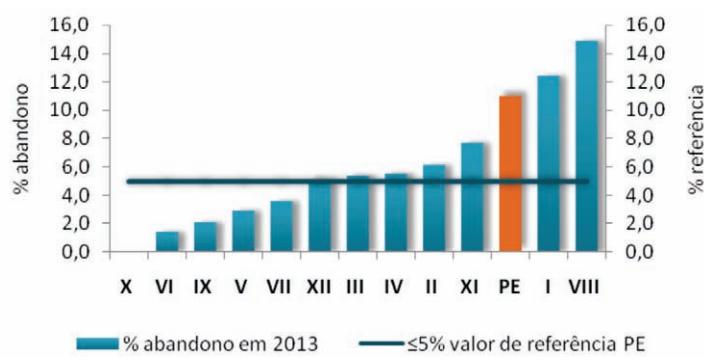


Fonte: SINAN/SES-PE

O abandono do tratamento favorece a manutenção da cadeia de transmissão, assim como o aumento das populações bacterianas resistentes à quimioterapia, sendo a busca ativa de faltosos e o tratamento em regime direamente observado as principais estratégias de enfrentamento. Em 2013, Pernambuco encontrava-se em 11º lugar no ranking nacional de abandono. Na figura 15, observa-se que as I, II, III, IV, VIII, XI e XII Regiões de Saúde estão acima da referência nacional de 5%, o que pode refletir alternativas de acompanhamento de tratamento não eficazes.

nambuco encontrava-se em 11º lugar no ranking nacional de abandono. Na figura 15, observa-se que as I, II, III, IV, VIII, XI e XII Regiões de Saúde estão acima da referência nacional de 5%, o que pode refletir alternativas de acompanhamento de tratamento não eficazes.

Figura 15. Percentual de abandono de tratamento dos casos novos de tuberculose segundo Regiões de Saúde. Pernambuco, 2013



Fonte: SINAN/SES-PE

A resistência aos medicamentos antituberculose constitui um importante desafio para o controle da doença. A má adesão ao tratamento, bem como seu abandono podem ocasionar resistência bacteriana aos medicamentos essenciais, resultando em casos de tuberculose multidroga resistente (TB-MDR) ou extensivamente resistente às drogas (TB-XDR). Entre 2004 e 2014, Pernambuco registrou 384 casos destas formas. Deste total, excluídos os casos que permanecem em tratamento ou nos quais houve mudança de diagnóstico, 47,8% dos casos obtiveram tratamento completo ou cura. Contudo, o percentual de abandono e óbito, juntos, representaram 31,7%, possivelmente devido ao complexo manejo clínico destes casos.

■ Hanseníase

A hanseníase é uma doença infecciosa, crônica, de grande importância para a saúde pública devido à sua magnitude, alto poder incapacitante e relevância social. É considerada endemia nacional, incluída no rol de doenças negligenciadas e de notificação compulsória em todo o território nacional. Quando diagnosticada e tratada tardiamen-

te pode trazer graves consequências para os portadores e seus familiares, não só pelas lesões que os incapacitam fisicamente, mas pelas repercussões psicossociais, em decorrência de preconceitos, medos e rejeições por parte da sociedade.

No Brasil e em Pernambuco, apesar da existência de diferenças regionais importantes na carga da doença, com concentração de casos em algumas regiões, sua redução na última década é significativa. Os princípios fundamentais para a vigilância da hanseníase baseiam-se na detecção precoce de casos novos e no tratamento até a cura com poliquimioterapia, ressaltando-se a importância do atendimento de qualidade aos usuários, o que inclui a prevenção e a recuperação de incapacidades físicas e a busca de casos entre os contatos.

No ano de 2013, o estado ocupava a nona colocação do país e a terceira da região nordeste em relação ao coeficiente de detecção geral. Quanto à detecção em menores de 15 anos, Pernambuco é hiperendêmico segundo os parâmetros preconizados pela OMS ($\geq 10,00$ casos/100.000 habitantes), o que demonstra a presença de fontes de transmissão ativa da doença e provável endemia

oculta (figura 16).

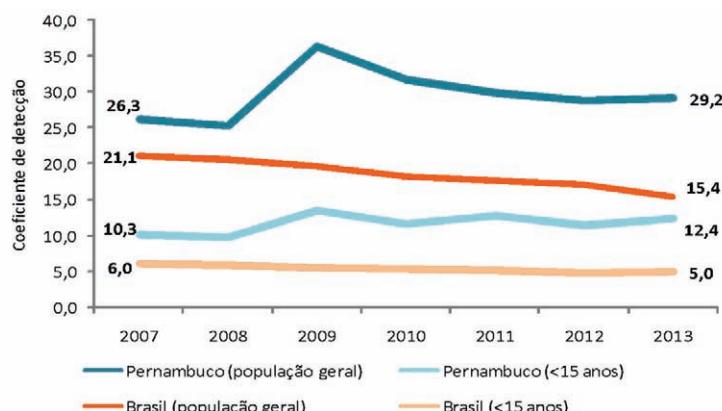
A partir de 2007, no Brasil, os coeficientes de detecção geral e em menores de 15 anos sofreram redução contínua. Em Pernambuco, observa-se um acentuado aumento na detecção geral em 2009, mantendo-se, desde então, com tendência de estabilização (figura 16).

Na figura 17, observa-se que a maioria das Regiões de Saúde (II, III, V, VI, VII, X e XI),

apresenta menos de 75% de contatos de casos novos examinados (valor de referência estadual).

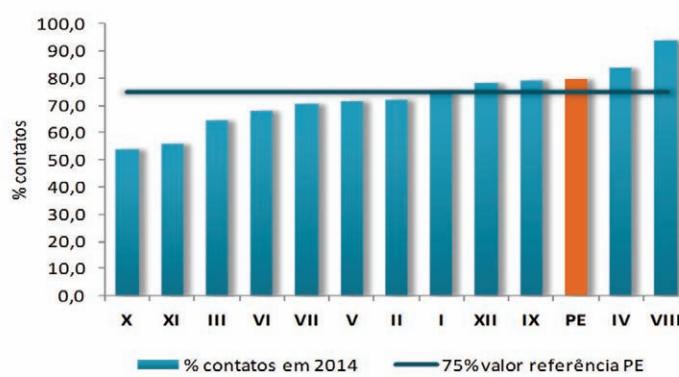
Sabe-se que o maior risco de adoecimento está entre os contatos dos casos novos diagnosticados. Por esta razão, examinar contatos, particularmente os intradomiciliares, é uma ação estratégica para a busca ativa de casos novos da doença.

Figura 16. Coeficiente de detecção geral e em menores de 15 anos de hanseníase por 100.000 habitantes. Brasil e Pernambuco, 2007 a 2013



Fonte: SINAN/SES-PE

Figura 17. Percentual de contatos examinados de casos de hanseníase segundo Regiões de Saúde. Pernambuco, 2014



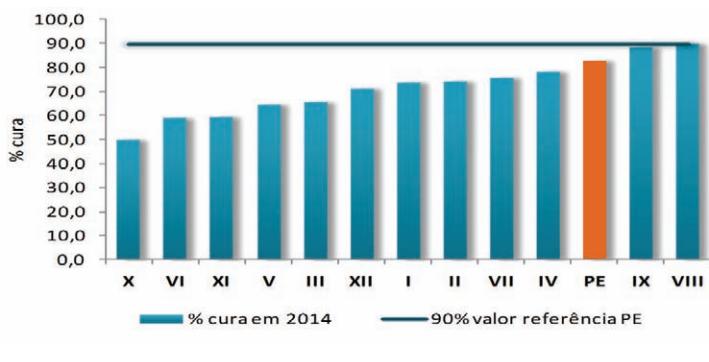
Fonte: SINAN/SES-PE

O percentual de cura é um indicador de resultado das atividades de captação de casos e mede a efetividade dos serviços em assegurar a adesão ao tratamento até a alta.

É fundamental que sejam evidenciados es-

forços para o aumento da taxa de cura com percentual acima de 90%. No entanto, na figura 18, verifica-se que apenas as VIII e IX Regiões de Saúde apresentaram resultados próximos ao valor de referência, 89,9 e 88,5%, respectivamente.

Figura 18. Percentual de cura de tratamento dos casos de hanseníase segundo Regiões de Saúde. Pernambuco, 2014



Fonte: SINAN/SES-PE

■ Esquistossomose

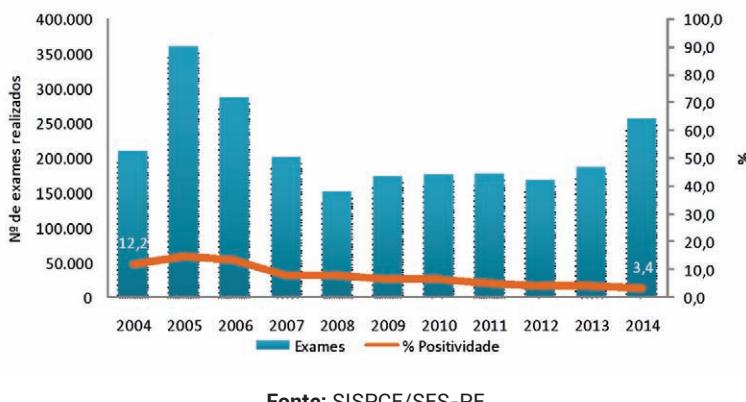
A esquistossomose é uma doença parasitária que se apresenta de diferentes formas clínicas, podendo levar a óbito. A severidade de suas formas a torna uma doença de grande relevância enquanto problema de saúde pública.

Pernambuco apresenta o maior grau de endemicidade entre as unidades federadas, com taxa de mortalidade cerca de cinco vezes maior que a nacional. É endêmica em 109 municípios nas regiões I, II, III, V e XII, o que repre-

senta 58,9% do total de municípios do estado.

Na figura 19, observa-se que houve importante diminuição de casos positivos, ainda que com a oscilação do número de exames realizados. Tal redução na positividade da esquistossomose ocorreu a partir de 2009, com maior evidência em 2012, possivelmente após a implantação do tratamento coletivo nas localidades hiperendêmicas, como também, por meio da intensificação do tratamento seletivo nas unidades de saúde de áreas com transmissão baixa e moderada.

Figura 19. Número de exames realizados e percentual de positividade para esquistossomose. Pernambuco, 2004 a 2014



Fonte: SISPCE/SES-PE

■ Geo-helmintíases

As geo-helmintíases ou verminoses são comuns em todo o mundo, principalmente em países em desenvolvimento de clima tropical e subtropical.

No Brasil, a prevalência de diferentes espécies, apresenta uma variação entre 2% a 36%, sendo os municípios com Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) baixo os que apresen-

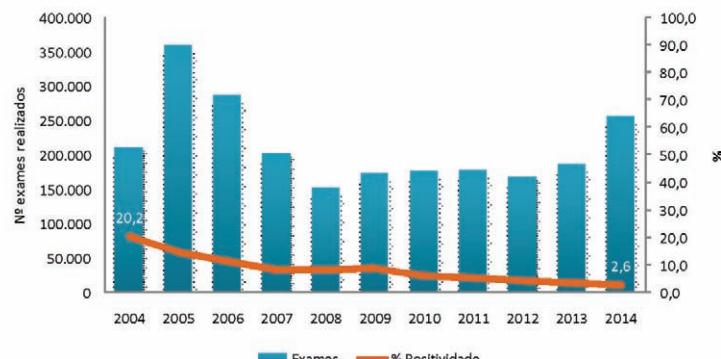
tam as maiores taxas. Em áreas com índices acima de 20%, a OMS recomenda o tratamento coletivo.

Em Pernambuco, as verminoses mais frequentes são as *Ascaris lumbricoides* e *Trichuris trichiura*. Na figura 20, observa-se redução do percentual de positividade para as geo-helmintíases no período de 2004 a 2014, induzida pelo fortalecimento do programa de controle da esquistossomose.

A realização de tratamentos coletivos, que combinam medicação para as verminoses com medicação para esquistossomose, bem como o tratamento de escolares de 4 a 15 anos de idade durante as Campanhas Nacionais de

Hanseníase e Geo-helmintíases realizadas em 2013 e 2014, nas quais foram tratados mais de 600 mil alunos, são importantes ações que contribuíram para a redução do percentual de positividade para geo-helmintíases.

Figura 20. Número de exames realizados e percentual de positividade para geo-helmintíases. Pernambuco, 2004 a 2014



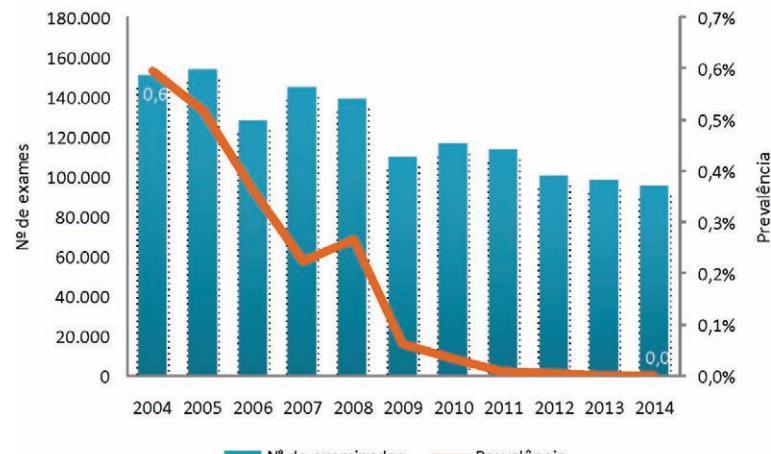
Fonte: SISPCE/SES-PE

■ Filariose

A filariose é uma doença crônica causada pelo verme da espécie *Wuchereria bancrofti*, sendo em algumas regiões do mundo um importante problema de saúde pública. No Brasil, a região metropolitana do Recife (PE), sobretudo os municípios de Recife, Olinda, Jaboatão dos Guararapes e Paulista são considerados os principais focos ativos da doença. Em Pernambuco, a estratégia de tratamento coletivo para filariose foi implantada no ano de 2003 nas

áreas endêmicas. Na figura 21, observa-se o impacto desta estratégia na redução de sua prevalência, visto que em 2004 apresentou 0,6%, não sendo identificado nenhum caso desde 2014. A partir de 2011, a Secretaria de Saúde de Pernambuco iniciou o processo de avaliação da transmissão nas áreas de alta endemicidade, por meio da metodologia estabelecida pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). Esta avaliação permite demonstrar, já na primeira das quatro etapas, a provável eliminação da filariose enquanto problema de saúde pública no estado.

Figura 21. Exames de gota espessa e prevalência para filariose. Pernambuco, 2004 a 2014



Fonte: SINAN/SES-PE, SIM/SES-PE e SIH/SES-PE

■ Doença de Chagas

A doença de Chagas (DC) é causada pelo protozoário flagelado *Trypanosoma cruzi* e possui duas fases clínicas, uma aguda e uma crônica. Sua transmissão ocorre de diferentes formas: por via oral através de alimentos contaminados; por transfusão sanguínea; por transplante de órgãos; por via transplacentária; e por transmissão vetorial, a partir da inoculação do protozoário pelos insetos da família dos triatomíneos, que é a forma mais comum.

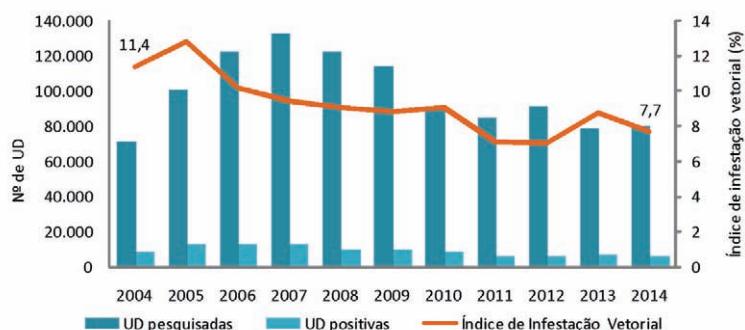
No Brasil, predominam os casos crônicos decorrentes de infecção pelo vetor, com aproximadamente três milhões de indivíduos infectados. É possível observar a ocorrência da Doença de Chagas Aguda (DCA) em diferentes estados (Bahia, Ceará, Piauí, Santa Catarina e São Paulo), com maior freqüê-

cia de casos e surtos registrados na região da Amazônia Legal (Amazonas, Maranhão, Mato Grosso, Amapá, Pará e Tocantins), onde a transmissão oral é a mais observada.

Pernambuco situa-se numa região originalmente de risco para a transmissão vetorial, destacando-se a presença de espécies capturadas em ambiente domiciliar. Por isso, a atividade de vigilância da doença é centrada no controle vetorial.

O indicador disponível e oficialmente utilizado para a vigilância da DC é o índice de infestação vetorial, definido pelo percentual de unidades domiciliares (UD) com a presença de alguma espécie de vetor (triatomíneo) capaz de transmitir a doença. Este indicador, que representa a presença de "barbeiros" (triatomíneos) no ambiente domiciliar, reduziu ao longo dos anos analisados no estado, passando de 11,4% em 2004 para 7,7% em

Figura 22. Número de unidades domiciliares (UD) pesquisadas, positivas e índice de infestação vetorial para doença de Chagas. Pernambuco, 2004 a 2014



Fonte: SISPCDCh/SES-PE

■ Leishmaniose Visceral

A Leishmaniose Visceral (LV) é uma zoonose causada por um protozoário cujo diagnóstico clínico é complexo. A transmissão ocorre pela picada da fêmea do flebótomo infectada, afetando, principalmente, crianças menores de 10 anos em situação de pobreza, com dificuldades de acesso aos serviços de saúde. A relevância da doença se expressa não só pela sua alta incidência, ampla distribuição e urbanização, como também pela possibilidade de assumir formas graves e letais quando associada à má nutrição e infecções concomitantes. Quando não tratada, comumente causa a morte em até dois anos.

A LV afeta notadamente seis países, são eles: Bangladesh, Brasil, Etiópia, Índia, Sudão do Sul e Sudão, que concentram cerca de 90% dos casos, com estimativa anual de 300.000 casos. No Brasil, apresenta comportamento cíclico, com picos de incidência a cada cinco anos, sendo endêmica em 20 unidades federadas.

No período entre 2005 e 2011 ocorreram mais de 3.500 casos/ano, alcançando, entre 1994 e 2003, taxa de incidência de 2 casos a cada 100.000 habitantes e letalidade de 5,3%. Embora o principal objetivo do Programa de Controle da LV seja a redução do número de casos e de óbitos, observa-se uma expansão geográfica das áreas de transmissão e o aumento da letalidade no país, que passou de

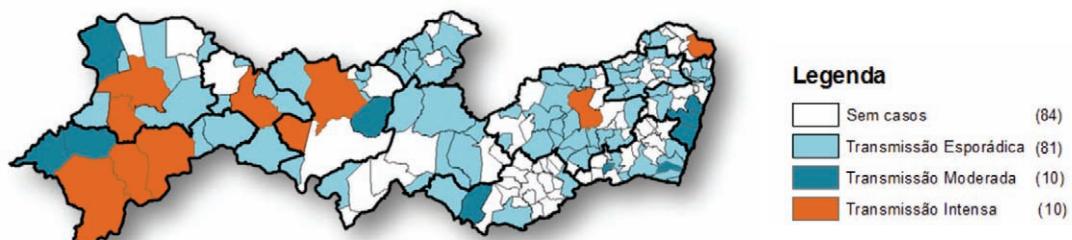
3,4%, em 1994 para 5,7%, em 2009, representando um incremento de 67,6%.

Em Pernambuco, entre 2010 e 2014, houve transmissão da LV em 99 municípios que apresentaram risco diferenciado.

A estratificação de risco dessas áre-

as foi elaborada a partir da média de casos autóctones, sendo classificada como transmissão: esporádica ($<1,0$), com 81 municípios; moderada ($\geq 1,0$ e $<1,6$), com 10 municípios; e intensa ($\geq 1,6$), com 10 municípios (figura 23).

Figura 23. Distribuição dos municípios, segundo classificação de risco para o controle da Leishmaniose Visceral. Pernambuco, 2010 a 2014

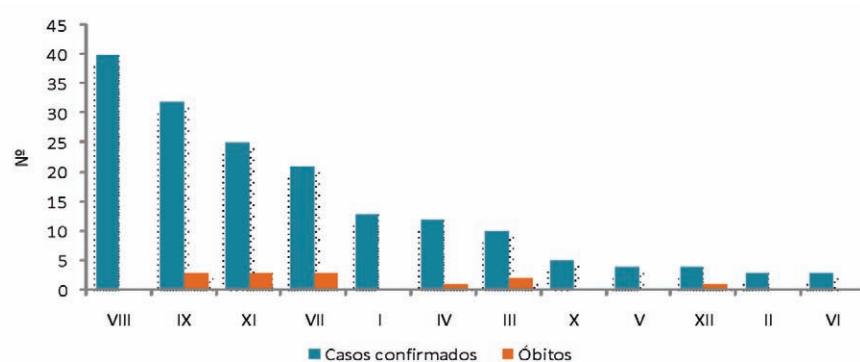


Fonte: SEVS/SES-PE

No período entre 2007 e 2013, o Estado apresentou uma média anual de 80 casos confirmados de LV. Em 2014, com a intensificação das ações de controle e vigilância, foram ampliadas estratégias de busca ativa de sintomáticos, sensibilização de profissionais de saúde e mobilização da população, resultando em uma maior detecção de casos (N=172).

Em 2014, houve uma maior concentração de casos confirmados nas Regiões de Saúde VIII, IX, XI e VII, que possuem municípios com transmissão intensa (figura 24). No mesmo ano, ocorreram 12 óbitos, a maioria do sexo masculino (66%), afetando principalmente crianças menores de cinco anos (n= 6), adultos entre 40 e 59 anos (n= 4) e idosos, indivíduos a partir de 60 anos (n=2).

Figura 24. Número de casos confirmados e óbitos por Leishmaniose Visceral segundo Regiões de Saúde. Pernambuco, 2014



Fonte: SEVS/SES-PE

A figura 25 mostra a oscilação da taxa de letalidade no estado entre 2007 e 2014, reflexo da instabilidade gerada pelos pequenos números. Em detrimento da discreta redução para 7,0% no ano de 2014, a taxa de letalidade encontra-se bastante elevada

quando comparada à média nacional de 5,8% no período de 2007 a 2010. Por outro lado, a incidência manteve-se estável até 2013, registrando crescimento em 2014, provavelmente em função da maior detecção de casos.

Figura 25. Taxas de incidência por 100.000 habitantes e de letalidade por Leishmaniose Visceral. Pernambuco, 2007 a 2014



Fonte: SIM/SINAN/SES-PE

■ Dengue

A dengue é uma doença infecciosa transmitida pela picada dos mosquitos *Aedes aegypti* e *Aedes albopictus*. Segundo a OMS, está presente em mais de 100 países de todos os continentes, exceto a Europa. Ocorre principalmente em áreas tropicais e subtropicais.

Estima-se que entre 50 a 100 milhões de pessoas se infectem anualmente, 550 mil necessitem de hospitalização e 20 mil morram em consequência dessa doença.

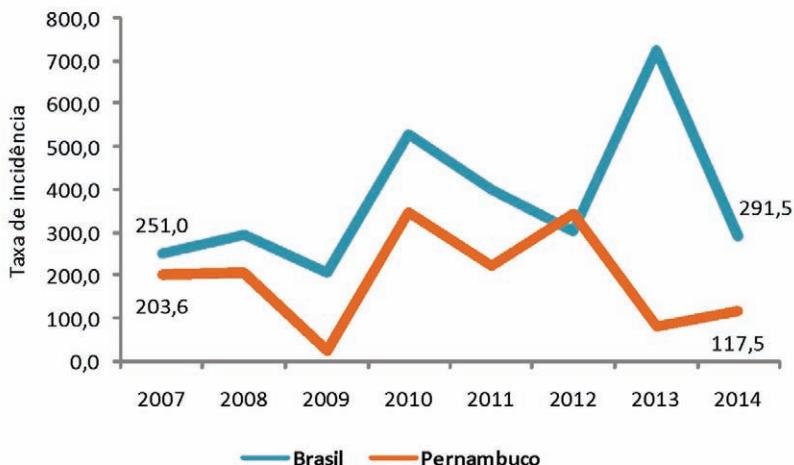
O quadro clínico é amplo, apresentando desde uma síndrome febril inespecífica, até

quadros com sinais de agravamento (dengue grave), podendo levar a óbito.

Em 2014, foram notificados 591.080 casos de dengue no Brasil. Destes, foram confirmados 8.150 com sinais de alarme, 689 graves e 410 óbitos.

Em Pernambuco, no período de 2007 a 2014, a taxa de incidência (casos novos da doença) apresentou-se de forma instável, atingindo picos epidêmicos nos anos de 2010 e de 2012. Contudo, verifica-se uma redução significativa desta taxa no Estado em 2014, principalmente se comparada à taxa nacional que foi cerca de 2,5 vezes maior (figura 26).

Figura 26. Taxa de incidência de dengue por 100.000 habitantes. Brasil e Pernambuco, 2007 a 2014*



Fonte: SINAN/PE e Boletim epidemiológico SVS, n.3, v.46/2015

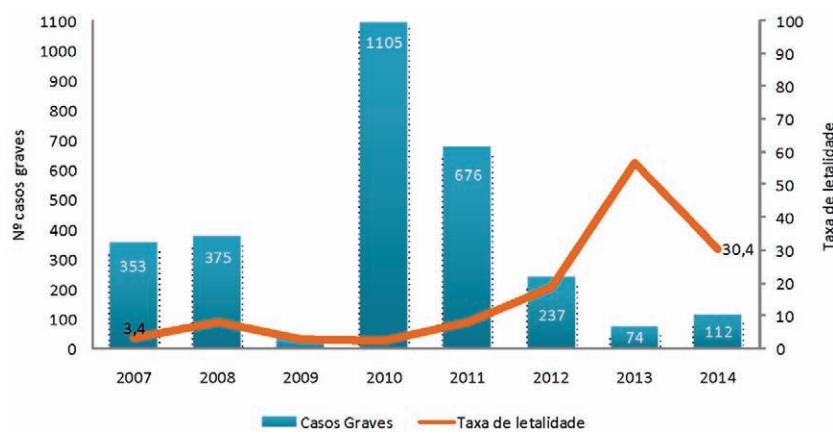
*Dados da semana Epidemiológica 1 a 52(SE)

Os fatores que podem contribuir para o quadro epidemiológico da dengue no Estado vão desde os ambientes favoráveis, proliferação e manutenção do vetor, bem como a circulação dos quatro sorotipos (DENV-1, 2, 3 e 4). Destaca-se que o DENV-1 foi reintroduzido no estado em 2009, assim como a introdução do DENV-4 no ano de 2011 nos municípios de Serrita e Serra Talhada. A ocorrência da dengue por um novo sorotípo em pessoas que já apresentaram a doença pode favorecer

a ocorrência das formas graves.

A figura 27 demonstra a distribuição do número de casos graves confirmados e a sua taxa de letalidade entre os anos de 2007 e 2014, com destaque para o ano de 2010 que apresentou o maior número de casos graves e baixa letalidade, diferentemente dos últimos 4 anos, nos quais se observa menor número de casos graves e maior letalidade, possivelmente pela exposição da população a sucessivas infecções por diferentes tipos virais.

Figura 27. Número de casos graves confirmados de dengue e taxa de letalidade de segundo ano de diagnóstico. Pernambuco, 2007 a 2014*



Fonte: SINAN/SES-PE
*Dados da semana Epidemiológica 1 a 52(SE)

Quanto às Regiões de Saúde (tabela 02), verifica-se, que no período analisado, há casos novos de dengue em todas as regiões do estado, com destaque para as

VII e X regiões que apresentaram o maior número de epidemias, com taxas de incidência bem maiores que as de Pernambuco.

Tabela 02. Taxa de incidência de Dengue por 100.000 habitantes. Pernambuco, 2007 a 2014*

Região	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
I	122,8	264,7	23,6	500,2	279,9	464,8	118,5	109,6
II	132,9	122,3	12,2	232,9	243,0	264,1	65,8	84,0
III	126,8	64,5	6,1	145,4	107,8	125,4	39,6	31,9
IV	650,7	138,3	14,3	185,8	36,2	128,5	77,4	85,3
V	122,9	127,7	20,4	152,4	181,0	187,3	46,8	78,9
VI	78,3	207,5	3,4	98,5	37,0	112,8	37,1	56,3
VII	230,5	286,5	355,1	1.014,3	329,1	260,9	66,6	1.357,4
VIII	65,5	232,0	60,3	282,3	185,1	98,9	17,1	231,2
IX	65,7	108,4	16,2	209,8	145,3	267,9	12,3	15,6
X	766,2	153,3	16,3	451,4	785,5	1.778,4	110,9	167,7
XI	187,2	387,2	24,3	399,3	290,0	337,8	124,4	106,7
XII	64,5	137,1	17,8	101,7	384,9	376,9	34,4	75,3
PE	203,6	204,4	25,9	346,9	220,7	342,2	83,6	117,5

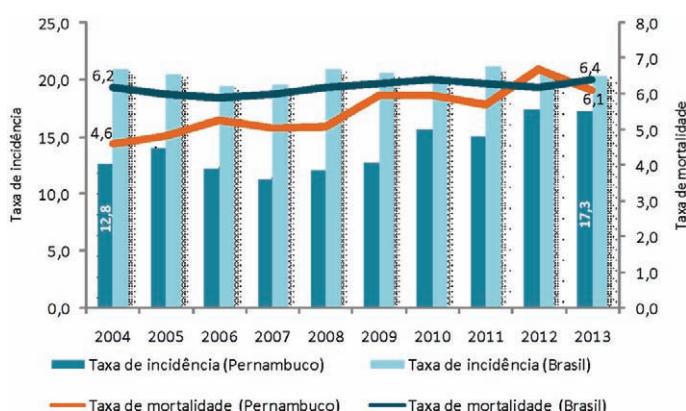
Fonte: SINAN/SES-PE
*Dados da semana Epidemiológica 1 a 52 (SE)

■ AIDS

A Síndrome da Imunodeficiência adquirida (AIDS) é uma doença causada pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV). Devido a sua gravidade e seu caráter pandêmico, constitui-se como grave problema à saúde pública mundial. Os primeiros casos de AIDS no Brasil surgiram no ano de 1980, crescendo

exponencialmente ao longo das décadas. Em Pernambuco, de 2004 a 2013, observa-se um aumento no risco para o adoecimento, passando de 12,8 para 17,3 casos por 100.000 habitantes (figura 28). Quanto à mortalidade no país (figura 28), verifica-se uma estabilização ao considerar a taxa de mortalidade bruta. Enquanto no estado, houve um aumento, variando de 4,6 para 6,1.

Figura 28. Taxas de incidência e de mortalidade de AIDS por 100.000 habitantes segundo ano de diagnóstico e óbito. Brasil e Pernambuco, 2004 a 2013.



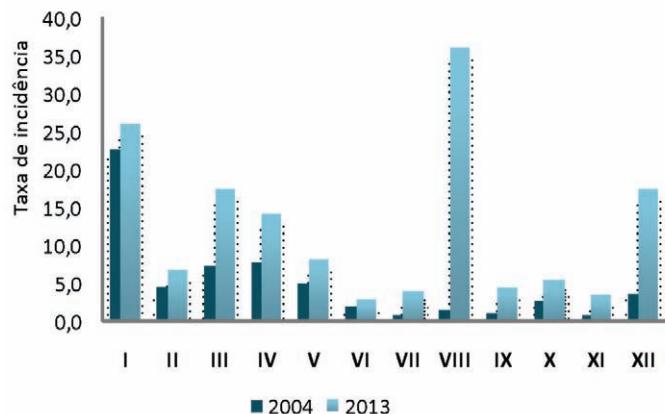
Fonte: SINAN/MS e SINAN/SES-PE

Em relação à taxa de incidência, verifica-se que todas as Regiões de Saúde apresentaram aumento entre 2004 e 2013. Em 2004, a I Região de Saúde concentrou o maior número de casos de AIDS e a maior taxa de incidência do estado, enquanto no ano de 2013, a maior taxa foi observada para a VIII Região com 36,1 casos por 100.000 habitantes, seguida pela I Re-

gião, cuja taxa permanece elevada com 25,9/100.000 habitantes (figura 29).

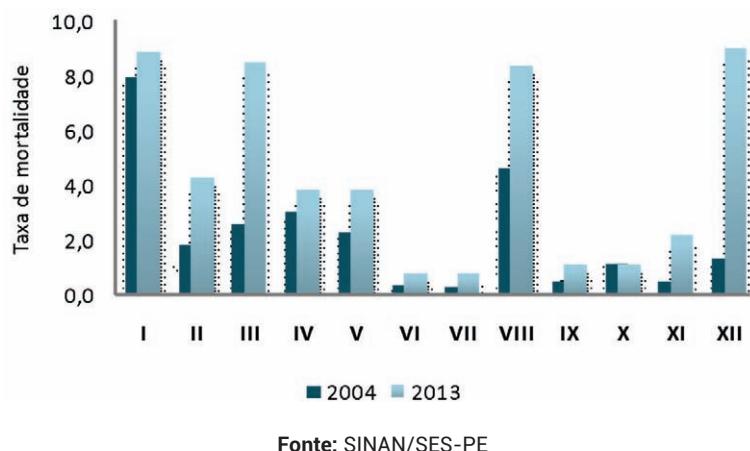
Em relação à mortalidade, a I Região de Saúde apresentou as maiores taxas, partindo de 8,0 para 8,9/100.000 habitantes nos anos de 2004 e 2013, assim como a III, a VIII e a XII regiões que também revelaram em 2013, com índices bastante elevados de 8,5; 8,3 e 9,0, respectivamente (figura 30).

Figura 29. Taxa de incidência de AIDS por 100.000 habitantes segundo Região de Saúde de residência e ano de diagnóstico. Pernambuco, 2004 e 2013



Fonte: SINAN/SES-PE

Figura 30. Taxa de mortalidade por AIDS por 100.000 habitantes segundo Região de Saúde de residência e ano de diagnóstico. Pernambuco, 2004 e 2013



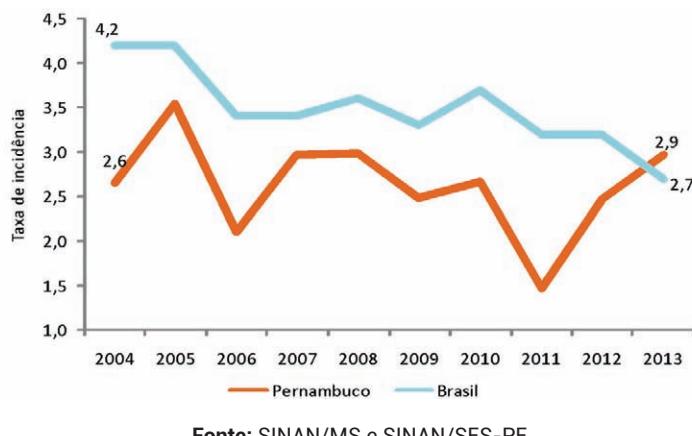
A AIDS em menores de 5 anos de idade é considerada uma referência para a taxa de transmissão vertical no país.

De 2004 a 2013, houve uma importante redução no Brasil da taxa, indicando o su-

cesso das ações de controle da transmissão vertical.

No estado, apesar da grande variação de casos entre os anos, esta taxa também apresentou redução (figura 31).

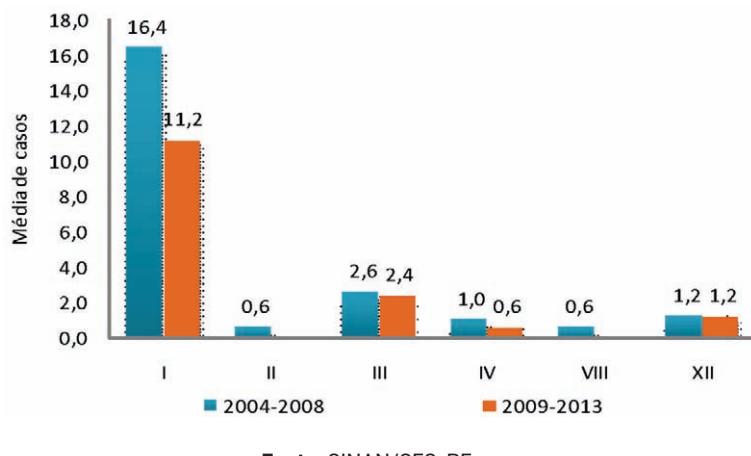
Figura 31. Taxa de incidência de AIDS em casos menores de 5 anos de idade por 100.000 habitantes segundo ano de diagnóstico. Brasil e Pernambuco, 2004 a 2013.



A I Região de Saúde, no período de 2004 a 2008, concentrou uma média de 16 casos ao ano (73,2% do estado), enquanto que, de 2009 a 2013, reduziu para 11 (72,7%) (fi-

gura 32). Tal fato pode estar associado à instituição da política de redução da transmissão vertical do HIV e da sífilis iniciada em 2002.

Figura 32. Média de casos de AIDS em menores de 5 anos de idade segundo Região de Saúde de residência e período de diagnóstico. Pernambuco, 2004 a 2013



Fonte: SINAN/SES-PE

Nota: As regiões V, VI, VII, IX, X e XI não apresentaram casos no período

■ Sífilis

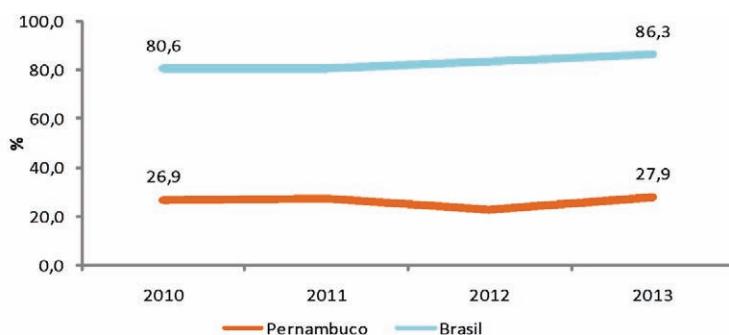
A sífilis é uma doença causada pelo *Treponema pallidum*. A relação sexual desprotegida, sem a camisinha, é a principal via de infecção. Entretanto, a transmissão da mãe para o filho através da disseminação hematogênica da gestante infectada, não tratada ou inadequadamente tratada, tem sido uma importante via, resultando em sífilis congênita que, entre tantas outras consequências para a criança, pode resultar em aborto, malformação ou morte.

A notificação, a investigação, o tratamento adequado e a implementação de medidas

preventivas, contribuem para a redução dos casos, consequentemente para a eliminação da doença.

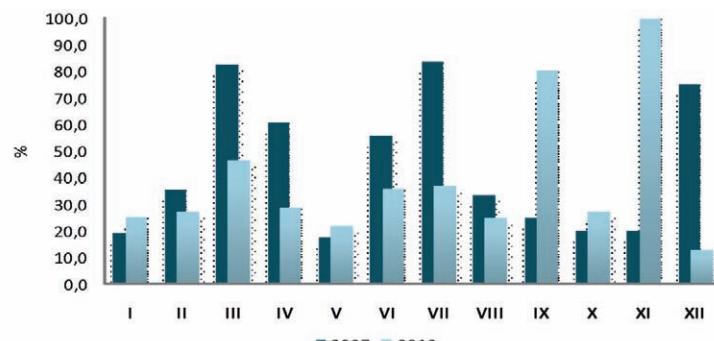
No Brasil, a proporção de gestantes tratadas adequadamente aumentou de 80,6% em 2010 para 86,3% em 2013. No entanto, Pernambuco apresentou baixas proporções de gestantes tratadas adequadamente, implicando em altas taxas de sífilis congênita (figura 33). Dentre as Regiões de Saúde, nota-se que apenas cinco apresentaram melhoria quanto à conclusão do tratamento, com destaque para as IX e XI Regiões que apresentaram respectivamente, aumento de 2, 2 e 4 vezes, entre 2007 e 2013 (figura 34).

Figura 33. Percentual de gestantes tratadas adequadamente para sífilis segundo ano da notificação. Brasil e Pernambuco, 2010 a 2013



Fonte: SINAN/SES-PE

Figura 34. Percentual de gestantes tratadas adequadamente para sífilis segundo Região de Saúde de residência e ano da notificação. Pernambuco, 2007 e 2013



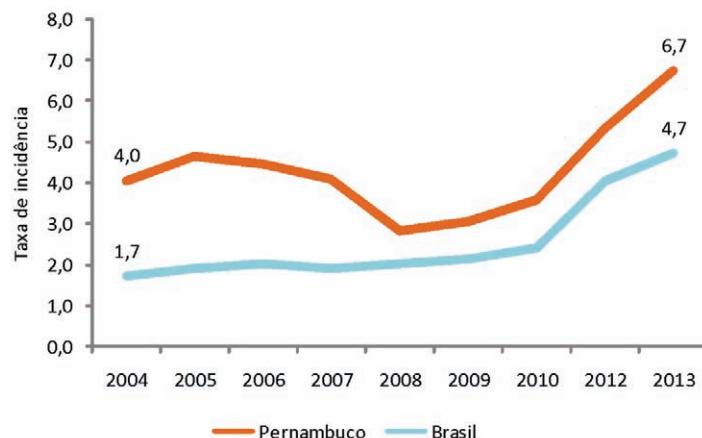
Fonte: SINAN/SES-PE

A taxa de incidência da sífilis congênita no país apresentou significativo aumento, passando de 1,7 em 2004 para 4,7 casos por 1.000 NV em 2013.

No Estado, de 2005 a 2008 observou-

-se redução desta taxa, contudo, a partir de 2009 houve aumento progressivo, chegando a 6,7 casos em 2013, muito acima da meta estimada pela OPAS de 0,5 casos a cada 1.000 NV (figura 35).

Figura 35. Taxa de incidência de sífilis congênita por 1.000 NV segundo ano de diagnóstico. Brasil e Pernambuco, 2004 a 2013

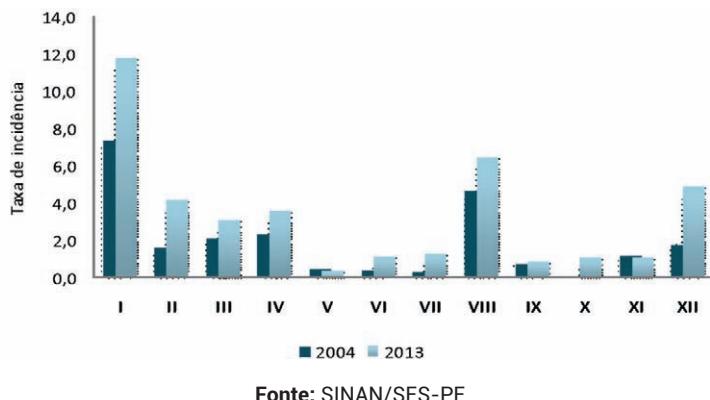


Fonte: SINAN/SES-PE

Em relação às Regiões de Saúde, observa-se um considerável aumento da taxa de incidência nos últimos dez anos. A I e a VIII Regiões apresentaram o maior risco para sífilis, variando de 7,4, a 11,8 e de 4,6

a 6,5 por 1.000 NV, respectivamente. Já a II e a XII Regiões apresentaram taxas acima de 4,0 casos novos por 1.000 NV, com uma variação acima de 50,0% nesse período (figura 36).

Figura 36. Taxa de incidência por 1.000 NV de sifilis congênita segundo Região de Saúde de residência e ano de diagnóstico. Pernambuco, 2004 e 2013



Fonte: SINAN/SES-PE

2.2.2.2 CARGA DAS DOENÇAS E AGRAVOS NÃO TRANSMISSÍVEIS

Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT)

As Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT) constituem um sério problema de saúde pública no mundo. Caracterizam-se por ausência de transmissão, longo período de evolução e múltiplos fatores de risco, entre os quais se destacam o tabagismo, o consumo nocivo de bebida alcoólica, a inatividade física e a alimentação inadequada.

No Brasil, em 2014, dentre as principais DCNT (Doenças do Aparelho Circulatório - DAC, doenças respiratórias crônicas, Diabetes Mellitus - DM e neoplasias), as DAC e as neoplasias apresentaram as maiores

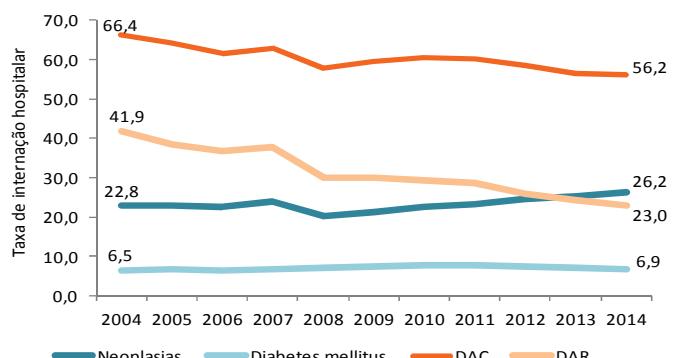
taxas de internação hospitalar 56,2 e 26,2 por 10.000 habitantes, respectivamente (figura 37).

Essa realidade foi semelhante em Pernambuco, que apresentou taxas de 55,8 para DAC e 29,6 para neoplasias por 10.000 habitantes (figura 38).

Comparando os anos de 2004 e de 2014, observa-se que, no Brasil, houve um aumento na taxa de internação hospitalar por neoplasias (14,9%) e por DM (6,2%); e uma redução por DAC (45,1%) e por doenças respiratórias crônicas (15,4%) (figura 37).

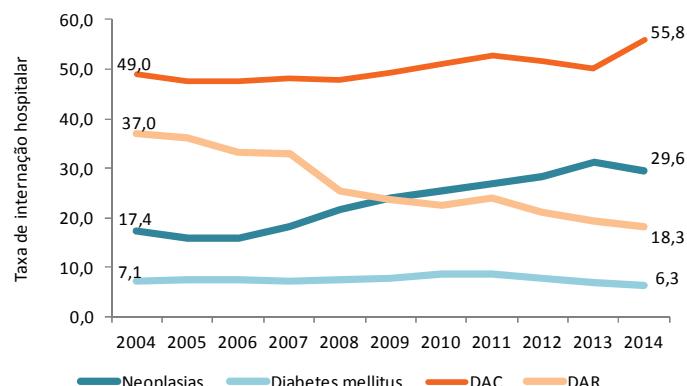
Em Pernambuco, as doenças que apresentaram aumento na taxa de internação hospitalar foram as neoplasias (70,1%) e as doenças respiratórias crônicas (13,9%). As DAC e o DM reduziram 50,5% e 11,3%, respectivamente (figura 38).

Figura 37. Taxa de internação hospitalar por 10.000 habitantes pelas quatro principais DCNT. Brasil, 2004 a 2014



Fonte: SIH/MS e IBGE

Figura 38. Taxa de internação hospitalar por 10.000 habitantes pelas quatro principais DCNT. Pernambuco, 2004 a 2014

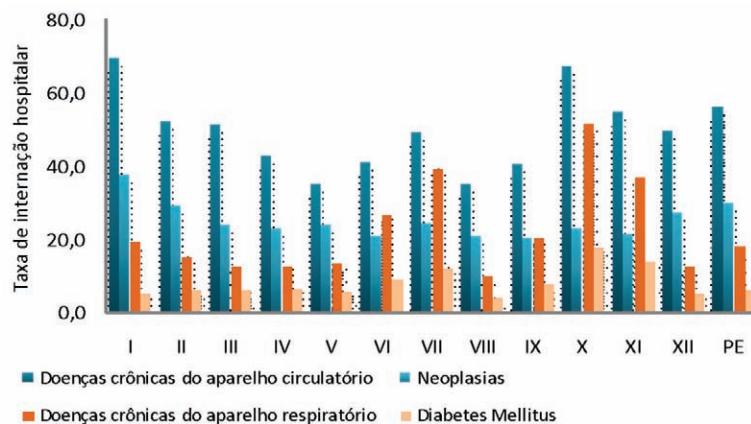


Fonte: SIH/MS e IBGE

Com exceção das Regiões de Saúde VI, VII, IX, X e XI, as demais apresentaram padrão semelhante ao de Pernambuco em 2014. As maiores taxas de internação hospitalar foram por DAC na I (69,4/10.000 habitantes) e na X (67,2/10.000 habitantes) Re-

giões. No que se refere ao DM e às doenças respiratórias crônicas, a X região apresentou as maiores taxas, com 17,8 e 51,6 por 10.000 habitantes, respectivamente. Para as neoplasias, a I região apresentou a maior taxa (37,4/10.000 habitantes) (figura 39).

Figura 39. Taxa de internação hospitalar por 10.000 habitantes pelas quatro principais DCNT segundo Região de Saúde. Pernambuco, 2014



Fonte: SIH/MS e IBGE

O Instituto Nacional de Câncer (INCA) estimou aproximadamente 576 mil casos novos de neoplasias malignas para o Brasil em 2014 (excluindo os casos de câncer de pele não melanoma), sendo cerca de 20 mil, em Pernambuco. No Brasil, a maioria dos casos estimados concentra-se no sexo masculino, contrariamente ao que ocorre em Pernam-

buco (figura 40).

Tanto no Brasil quanto em Pernambuco, o tipo de neoplasia mais incidente no sexo feminino são os tumores de mama (56,1 e 51,6 novos casos por 100.000 habitantes, respectivamente), e no masculino, os tumores de próstata (70,4 e 58,2 novos casos por 100.000 habitantes, respectivamente) (figura 40).

Figura 40. Estimativas do número de casos novos de câncer e das taxas brutas de incidência por 100 mil habitantes segundo as 10 principais localizações primárias em mulheres e em homens. Brasil e Pernambuco, 2014

	Localização Primária	Brasil		Pernambuco	
		Nº Casos	Taxa Bruta	Nº Casos	Taxa Bruta
Mulheres	Mama feminina	57.120	56,1	2.450	51,6
	Côlon e Reto	17.530	17,2	520	10,9
	Colo do Útero	15.590	15,3	970	20,5
	Traqueia, Brônquio e Pulmão	10.930	10,8	380	8,1
	Gândula Tireoide	8.050	7,9	330	7,0
	Estômago	7.520	7,4	330	7,1
	Corpo do Útero	5.900	5,8	290	6,1
	Ovário	5.680	5,6	270	5,8
	Linfoma não Hodgkin	4.850	4,8	190	4,0
	Leucemias	4.320	4,2	190	3,9
TODAS AS NEOPLASIAS		274.230	269,4	10.760	226,9
Homens	Próstata	68.800	70,4	2.560	58,2
	Traqueia, Brônquio e Pulmão	16.400	16,8	510	11,7
	Côlon e Reto	15.070	15,4	330	7,6
	Estômago	12.870	13,2	480	11,0
	Cavidade Oral	11.280	11,5	410	9,2
	Esôfago	8.010	8,2	230	5,2
	Laringe	6.870	7,0	270	6,2
	Bexiga	6.750	6,9	210	4,6
	Leucemias	5.050	5,2	190	4,4
	Sistema nervoso central	4.960	5,1	210	4,7
TODAS AS NEOPLASIAS		302.350	309,5	9.310	211,9

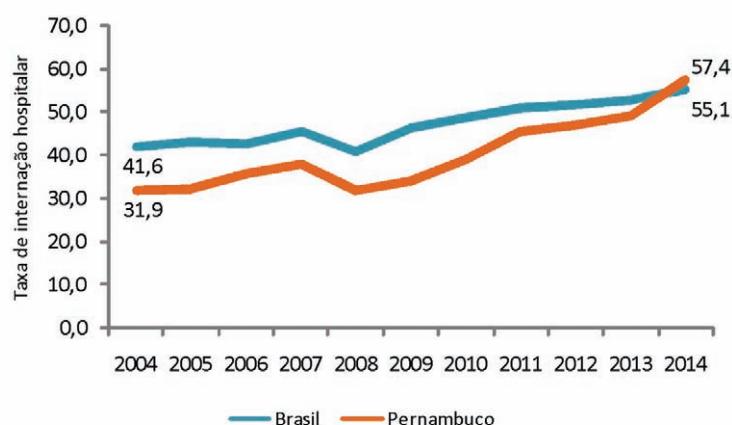
Fonte: INCA (2014)

2.2.2.3 CAUSAS EXTERNAS

As causas externas compreendem os diferentes tipos de violências e acidentes. São causas não naturais que atuam sobre o estado de saúde em nível de adoecimento ou morte. Esses agravos constituem grave problema de saúde pública em função de sua magnitude e por provocarem incapacidades e sequelas físicas e/ou psicológicas que geram elevados custos familiares e sociais.

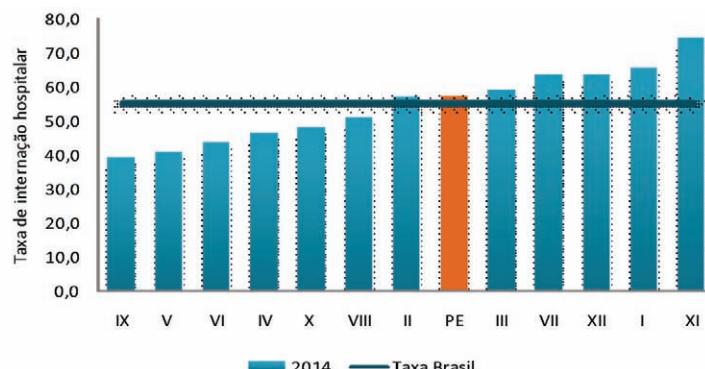
No Brasil, em 2014, a taxa de internação hospitalar por causas externas foi de 55,1 casos por 10.000 habitantes, semelhante à taxa apresentada em Pernambuco de 57,4 casos por 10.000 habitantes. Entre 2004 e 2014, houve um aumento de 32,4% nesta taxa para o Brasil e um aumento de 79,9%, em Pernambuco (figura 41). Na figura 42, observa-se que as Regiões de Saúde I, III, VII, XI e XII apresentaram taxas de internação hospitalar por causas externas superiores à taxa de Pernambuco em 2014.

Figura 41. Taxa de internação hospitalar por causas externas por 10.000 habitantes segundo ano de processamento. Brasil e Pernambuco, 2004 a 2014



Fonte: SIH/MS e IBGE

Figura 42. Taxa de internação hospitalar por causas externas segundo Região de Saúde, 2014



Fonte: SIH/MS e IBGE

■ Violência

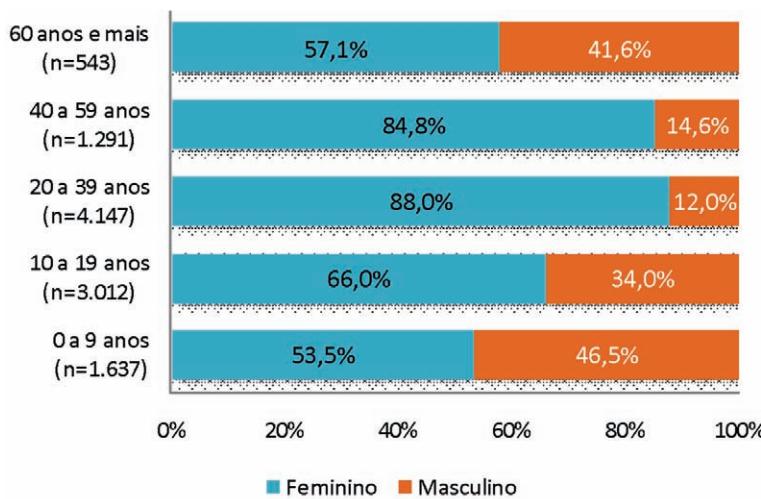
Em 2014, foram notificados 10.746 casos de violência no SINAN, a maioria na faixa etária de 20 a 39 anos (38,6%).

As vítimas do sexo feminino prevalece-

ram em todas as faixas etárias, sobretudo na de 20 a 39 anos (88,0%).

Tal resultado pode ser reflexo do fato de os casos da violência urbana nos homens desta faixa etária não serem objeto de notificação (figura 43).

Figura 43. Proporção de casos de violência notificados segundo sexo e faixa etária da vítima. Pernambuco, 2014

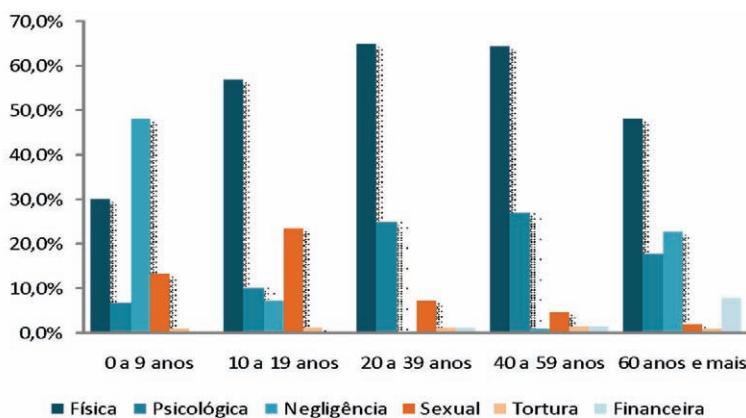


Fonte: SINAN/SEVS/SES-PE

Do total de casos notificados em 2014, a violência física se destacou em todas as faixas etárias, exceto na de 0 a 9 anos, na qual prevaleceu a negligência. A segunda

violência mais frequente foi a sexual, na faixa etária de 10 a 19 anos. Em seguida, a psicológica nos adultos com 20 a 59 anos e a negligência nos idosos (figura 44).

Figura 44. Proporção de casos de violência notificados por tipo de violência* segundo faixa etária da vítima. Pernambuco, 2014



Fonte: SINAN/SEVS/SES-PE

*Pode ser registrado mais de um tipo de violência por caso notificado

■ Acidente de Transporte Terrestre

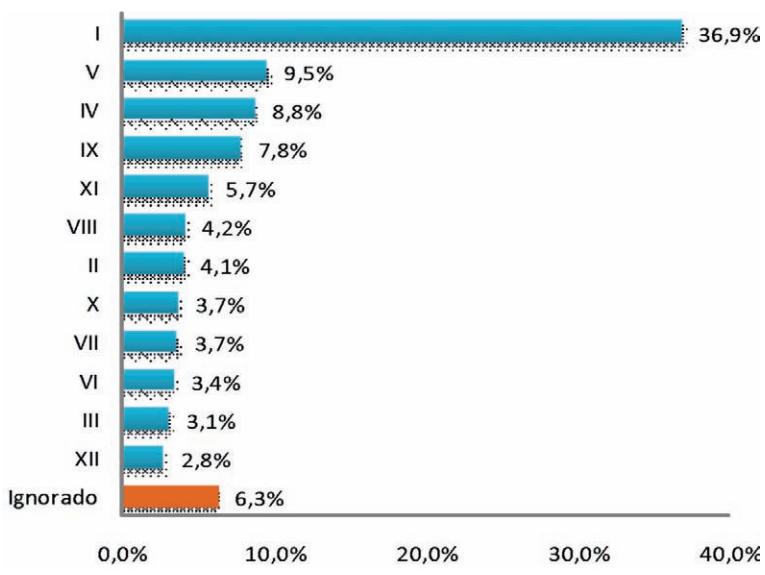
Pernambuco adota, desde 2010, uma vigilância sentinel de Acidentes de Transporte Terrestre (ATT), a qual tornou a notificação obrigatória em 21 unidades de saúde (18 hospitais e 3 Unidades de Pronto-Atendimento).

Essas unidades são denominadas Unidades Sentinelas de Informação sobre Aci-

dentes de Transporte Terrestre (USIATT) e funcionam como referência para a produção de informações sobre os ATT com vítimas (fatais ou não), atendidas nelas.

Em 2014, foram notificadas 45.942 vítimas de ATT nas 21 USIATT. Do total de registros, 44.876 (97,7%) ocorreram nos municípios de Pernambuco, concentrando-se, principalmente, na I Região de Saúde (36,9%), conforme figura 45.

Figura 45. Proporção de vítimas de ATT notificadas nas 21 USIATT segundo Região de Saúde de ocorrência do acidente. Pernambuco, 2014

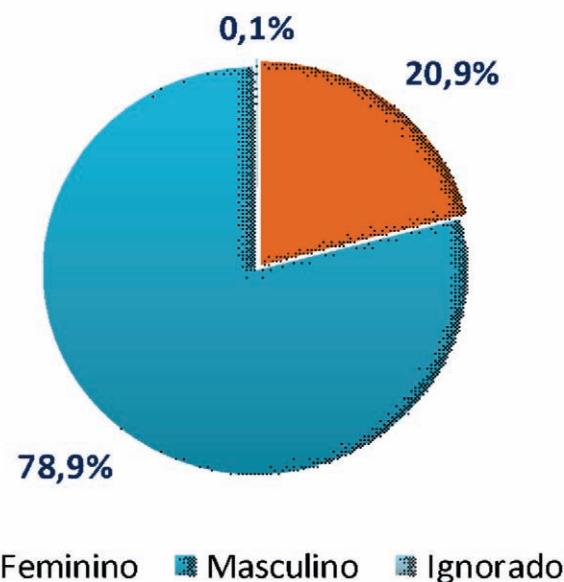


Fonte: SINATT/SES-PE

Do total das vítimas notificadas em 2014, 78,9% foram do sexo masculino (figura 46), sendo que, em ambos os sexos, prevaleceu a faixa etária de 20 a 39 anos (60,0% nos homens e 54,3% nas mulheres)

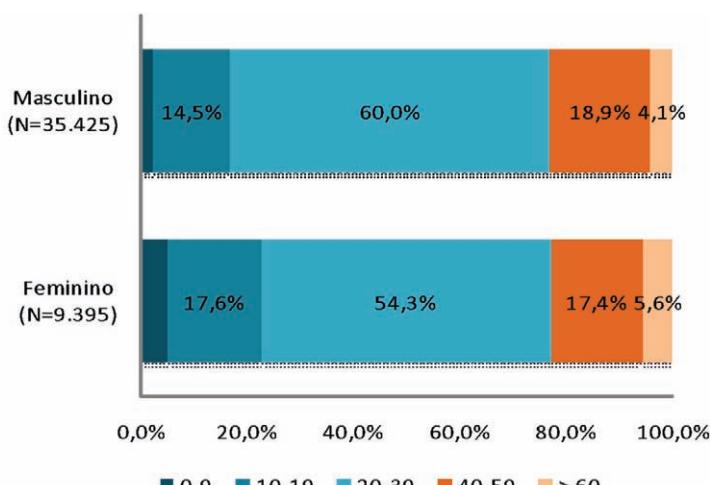
(figura 47). No que diz respeito à natureza do acidente, a colisão/abalroamento foi o ATT mais frequente (34,1%), seguido de tombamento ou capotamento (26,4%) (figura 48).

Figura 46. Proporção de vítimas de ATT ocorridos em Pernambuco notificadas nas 21 USIATT segundo sexo. Pernambuco, 2014



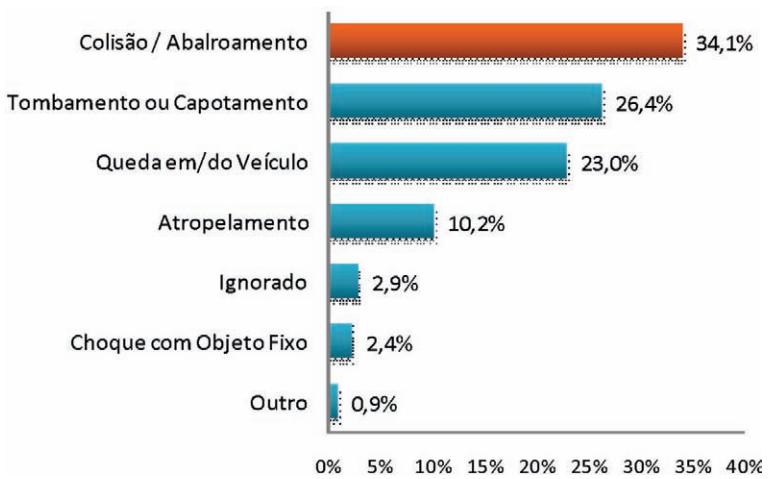
Fonte: SINATT/SES-PE

Figura 47. Proporção de vítimas de ATT ocorridos em Pernambuco notificadas nas 21 USIATT segundo faixa etária e sexo. Pernambuco, 2014



Fonte: SINATT/SES-PE

Figura 48. Proporção de vítimas de ATT ocorridos em Pernambuco notificadas nas 21 USIATT segundo natureza do acidente. Pernambuco, 2014



Fonte: SINATT/SES-PE

■ Saúde do Trabalhador

O estado vem sofrendo diversas transformações produtivas ao longo dos últimos anos, com rearranjo dos setores produtivos e impactos na distribuição e comportamento das doenças e acidentes de trabalho. Apesar dos impactos positivos, a recente instalação de diversas indústrias em Pernambuco representa também uma introdução de novos riscos e novas formas de adoecer e morrer no território.

Desde 1970, início dos registros sistemáticos em âmbito nacional, mais de 30 milhões de acidentes de trabalho foram notificados. Em Pernambuco, de 2007 a 2014 foram notificados 14.040 casos de doenças e agravos relacionados ao trabalho.

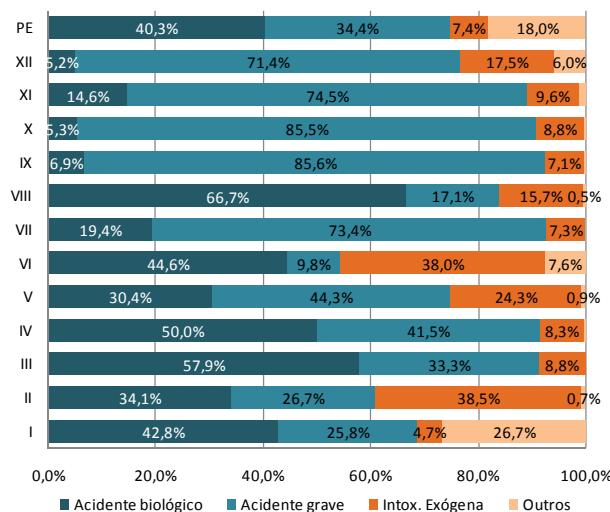
Os acidentes com exposição a material biológico, no período de 2007 a 2014, representaram a primeira causa de registro de agravos relacionado ao trabalho no es-

tado, com 40,3% do total, seguido pelos acidentes graves, com 34,4%. Nas Regiões de Saúde VII, IX, X, XI e XII, os acidentes graves representaram mais de 70% de todos os acidentes relacionados ao trabalho notificados no período (figura 49).

Observa-se ainda que a I Região de Saúde apresentou 42,8% (n=3.971) de acidentes com material biológico (figura 49) no período de 2007 a 2014. Cabe destacar que neste período, a I região foi responsável por 59,1% (n=6.802) do total de registros de notificação universal e por 66,0% (n=9.266) do total de casos no estado (N=14.040).

As características desta região, que possui o maior complexo hospitalar do estado e que, em 2013, concentrava 50,0% da população economicamente ativa de Pernambuco, possivelmente, justificam a proporção deste tipo de acidente, refletindo também nos resultados do estado.

Figura 49. Distribuição das doenças e agravos relacionados ao trabalho de notificação compulsória segundo Regiões de Saúde de ocorrência. Pernambuco, 2007 a 2014



Fonte: SINAN/SES-PE

Outra importante fonte de informação para a saúde do trabalhador é a USIATT. Implantadas em 2010, registraram até 2014, 24.691 acidentes relacionados ao trabalho. Em 2014, registrou-se maior ocorrência de casos na I região, com 3.634 casos (53,7%).

2.2.3 COMO MORREM OS PERNAMBUCANOS E AS PERNAMBUCANAS

As estatísticas sobre mortalidade são importantes fontes de informação para identificar tendências e padrões, visando à implementação de políticas que promovam a redução das iniquidades entre os grupos populacionais, em especial aqueles com alta carga de doença e dificuldades de acesso aos serviços de saúde.

2.2.3.1 MORTALIDADE INFANTIL

A mortalidade infantil é comumente utilizada para avaliar as condições de vida da população, uma vez que um dos indicadores mais expressivos, o coeficiente de mortalidade infantil (CMI), infere o risco de morte dos NV no primeiro ano de vida e reflete, de maneira geral, as condições de desenvolvimento socioeconômico e infra-

estrutura ambiental, bem como o acesso e a qualidade dos recursos disponíveis para atenção à saúde materna e da população infantil.

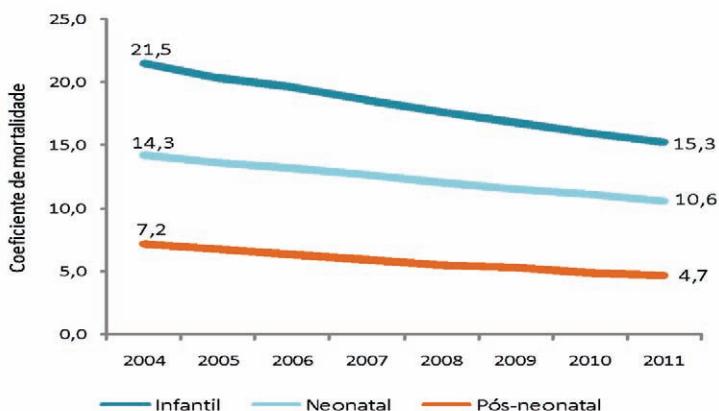
A análise temporal do CMI sinaliza redução desse indicador para todos os componentes etários entre os anos de 2004 e 2011. O componente pós-neonatal apresentou redução mais expressiva em relação ao componente neonatal, tendência observada no Brasil e em Pernambuco, embora o estado tenha apresentado uma maior redução para o CMI e seus respectivos componentes etários (figuras 50 e 51). Observa-se que o CMI de Pernambuco se mantém em torno de 16 óbitos por mil NV nos dois últimos anos analisados (figura 51).

A análise do CMI por componente etário nas Regiões de Saúde mostra que a IV e a IX regiões apresentaram maior redução no CMI (acima de 50,0%), entre os anos de 2004 e de 2013. A redução do CMI destas regiões pode estar relacionada à expressiva diminuição do componente pós-neonatal, 68,1% na IV região e 76,2% na IX região (figuras 52 e 53). A I região apresentou menor redução do CMI (19,2%). Este comportamento diferenciado do indicador já era esperado para essa região, uma vez que os seus municípios apresentam maior porte populacional, o que confere maior

estabilidade ao indicador. Além disso, as características próprias dos municípios de região metropolitana, cujas populações apresentam, em geral, melhores condições

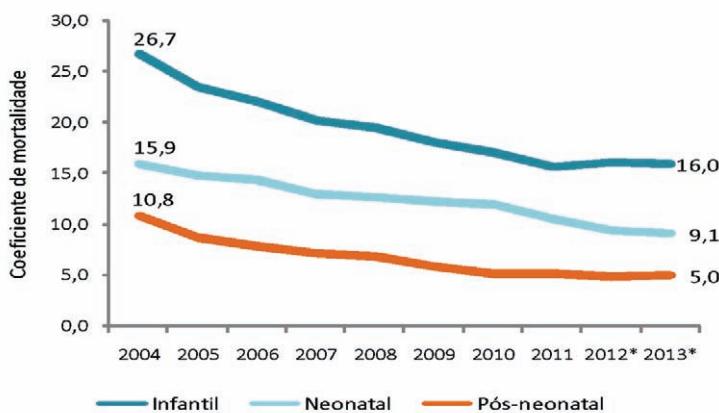
de vida, influenciam no componente pós-neonatal que já se apresentava mais estável em 2004 e, consequentemente, apresentou menor redução (figuras 51 e 52).

Figura 50. Coeficiente de Mortalidade Infantil por 1.000 nascidos vivos segundo componente etário. Brasil, 2004 a 2011



Fonte: IDB/DATASUS/MS (2012)

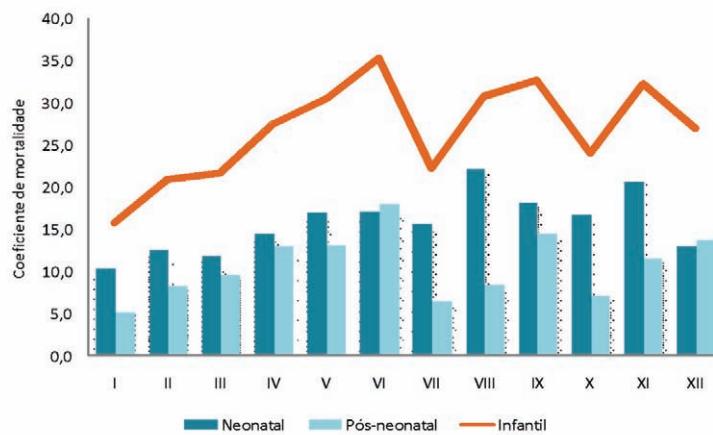
Figura 51. Coeficiente de mortalidade infantil por 1.000 nascidos vivos segundo componente etário. Pernambuco, 2004 a 2013



Fonte: IDB/DATASUS/MS (2012), SIM/SES-PE e SINASC/SES-PE

*CM calculado a partir dos dados diretos dos Sistemas de Informações sobre eventos vitais com aplicação do Fator de Correção (FC).

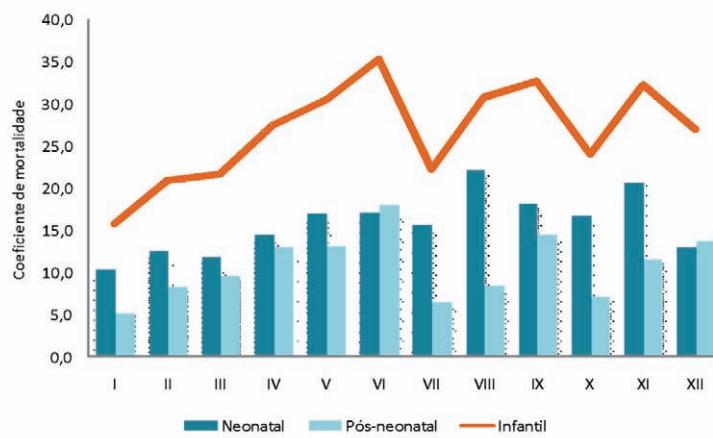
Figura 52. Coeficiente de Mortalidade Infantil por 1.000 nascidos vivos segundo Região de Saúde e componente etário. Pernambuco, 2004



Fonte: SIM/SES-PE e SINASC/SES-PE

*CM calculado a partir dos dados direto dos Sistemas de Informações sobre eventos vitais com aplicação do Fator de Correção (FC).

Figura 53. Coeficiente de Mortalidade Infantil por 1.000 nascidos vivos segundo Região de Saúde e componente etário. Pernambuco, 2013



Fonte: SIM/SES-PE e SINASC/SES-PE

*CM calculado a partir dos dados direto dos Sistemas de Informações sobre eventos vitais com aplicação do Fator de Correção (FC).

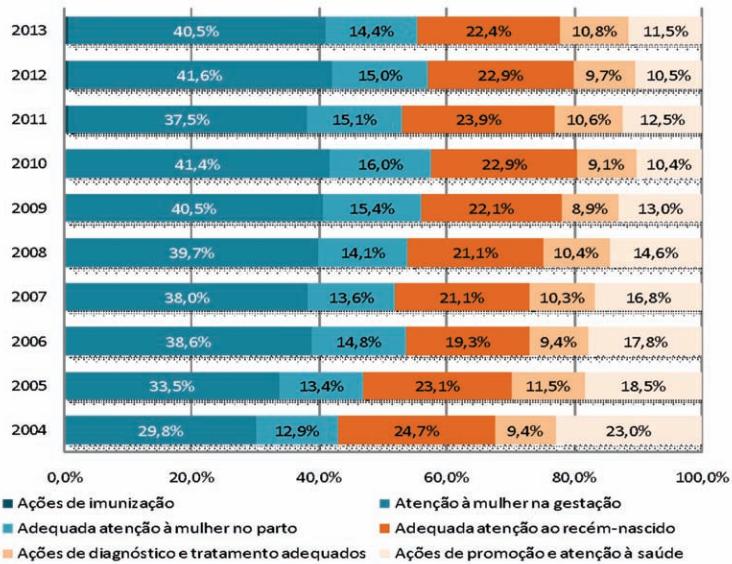
Analisando os óbitos infantis em Pernambuco segundo critério de evitabilidade, percebe-se que os eventos reduzíveis por ações de promoção e atenção à saúde apresentaram uma diminuição de 50,0% no período de 2004 a 2013.

Em paralelo, os óbitos infantis reduzíveis por atenção à mulher na gestação

aumentaram 35,9% no mesmo período (figura 54).

Esse perfil apresenta consonância com a evolução temporal do CMI que aponta redução menos acentuada do componente neonatal, a qual está relacionada à assistência prestada à mãe e ao recém-nascido.

Figura 54. Distribuição dos óbitos infantis segundo critério de evitabilidade. Pernambuco, 2004 a 2013



Fonte: SIM/SES-PE

Ainda no tocante à evitabilidade, dentre os principais agrupamentos das causas de óbito infantil, é possível observar que as doenças infecciosas intestinais se apresentavam como a principal causa de óbito em metade das Regiões de Saúde e em Pernambuco no ano de 2004.

As demais regiões apresentaram como principais agrupamentos de causa àqueles

relacionados à evitabilidade por atenção à mulher na gestação e ao recém-nascido.

Em 2013, observa-se a mudança no perfil da mortalidade infantil com predominância das infecções do período neonatal e das afecções maternas, reduzíveis por adequada atenção ao recém-nascido e por atenção a mulher na gestação, respectivamente (quadro 01).

Quadro 01. Distribuição dos principais agrupamentos de causas de óbitos infantis evitáveis segundo critério de evitabilidade* e Região de Saúde. Pernambuco, 2004 e 2013

Regiões de Saúde	Ranking 2004			Ranking 2013		
	1 ^a	2 ^a	3 ^a	1 ^a	2 ^a	3 ^a
I	Afecções maternas	Síndrome da angústia respiratória do recém-nascido	Complicações maternas na gravidez	Afecções maternas	Complicações maternas na gravidez	Transtorno respiratório e cardiovascular do período neonatal
II	Doenças infecciosas intestinais	Infeções no período neonatal**	Transtorno respiratório e cardiovascular do período neonatal	Transtorno respiratório e cardiovascular do período neonatal	Afecções maternas	Hipóxia
III	Doenças infecciosas intestinais	Transtorno respiratório e cardiovascular do período neonatal	Síndrome da angústia respiratória do recém-nascido	Infeções no período neonatal**	Afecções maternas	Complicações maternas na gravidez
IV	Doenças infecciosas intestinais	Infeções no período neonatal**	Transtorno respiratório e cardiovascular do período neonatal	Infeções no período neonatal**	Afecções maternas	Gestação de curta duração e baixo peso ao nascer
V	Transtorno respiratório e cardiovascular do período neonatal	Doenças infecciosas intestinais	Síndrome da angústia respiratória do recém-nascido	Infeções no período neonatal**	Hipóxia	Doenças infecciosas intestinais
VI	Doenças infecciosas intestinais	Infeções no período neonatal**	Transtorno respiratório e cardiovascular do período neonatal	Infeções no período neonatal**	Doenças infecciosas intestinais	Gestação de curta duração e baixo peso ao nascer
VII	Feto e recém-nascido afetados por complicações da placenta e membranas	Transtorno respiratório e cardiovascular do período neonatal	Doenças infecciosas intestinais	Complicações maternas na gravidez	Síndrome da angústia respiratória do recém-nascido	Transtorno respiratório e cardiovascular do período neonatal
VIII	Infeções no período neonatal**	Transtorno respiratório e cardiovascular do período neonatal	Síndrome da angústia respiratória do recém-nascido	Infeções no período neonatal**	Transtorno respiratório e cardiovascular do período neonatal	Afecções maternas
IX	Transtorno respiratório e cardiovascular do período neonatal	Doenças infecciosas intestinais	Infec. Período neonatal*	Gestação de curta duração e baixo peso ao nascer	Afecções maternas	Complicações maternas na gravidez
X	Doenças infecciosas intestinais	Transtorno respiratório e cardiovascular do período neonatal	Hipóxia	Infeções no período neonatal**	Afecções maternas	Síndrome da aspiração neonatal**
			Desnutrição			Infeções no período neonatal**
XI	Transtorno respiratório e cardiovascular do período neonatal	Hipóxia	Doenças infecciosas intestinais	Gestação de curta duração e baixo peso ao nascer	Infeções no período neonatal**	Gestação de curta duração e baixo peso ao nascer
XII	Doenças infecciosas intestinais	Síndrome da angústia respiratória do recém-nascido	Infeções no período neonatal**	Afecções maternas	Infeções no período neonatal**	Pneumonia
PE	Doenças infecciosas intestinais	Transtorno respiratório e cardiovascular do período neonatal	Infeções no período neonatal**	Afecções maternas	Infeções no período neonatal**	Complicações maternas na gravidez
						Transtorno respiratório e cardiovascular do período neonatal
						Doenças infecciosas intestinais
						Complicações maternas na gravidez

Fonte: SIM/SES-PE

*Os principais agrupamentos de causas de óbito evitável foram identificados a partir do cálculo da proporção de cada grupo em relação ao total de óbitos classificados como evitáveis

**Exclui síndrome da rubéola congênita e hepatite viral congênita

***Exclui leite e alimento regurgitados

Legenda:

Reduzíveis por	Adequada atenção ao recém-nascido
Atenção à mulher na gestação	Ações de diagnóstico e tratamento adequado
Adequada atenção à mulher no parto	Ações de promoção e atenção à saúde

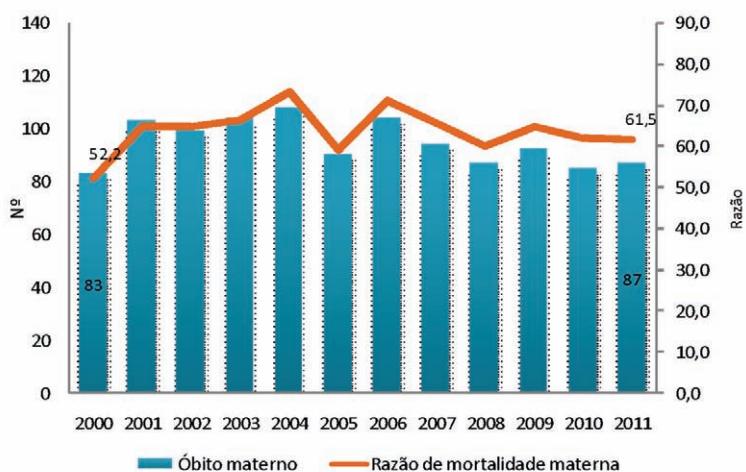
2.2.3.2 MORTALIDADE MATERNA

A relevância da mortalidade materna enquanto evento evitável traz, para a saúde pública, a possibilidade de sua categorização como evento sentinel que permite alertar gestores e profissionais da área sobre problemas e inadequações no cuidado à saúde da mulher que podem ser evitados ou corrigidos em tempo oportuno.

A Razão de Mortalidade Materna (RMM)

do Brasil apresentou uma redução de 11,6% no período de 2000 a 2011, com uma média de 72,6 óbitos maternos por 100.000 NV. No mesmo período, Pernambuco apresentou um aumento de 17,8% com média de 63,8 óbitos maternos por 100.000 NV. Embora o Estado tenha apresentado média abaixo do observado em âmbito nacional (figura 55), este aumento verificado em Pernambuco pode estar relacionado à melhoria da notificação dos óbitos no estado.

Figura 55. Razão de mortalidade materna precoce por 100.000 nascidos vivos e número de óbitos maternos. Pernambuco, 2000 a 2011



Fonte: SIM/SES-PE e SINASC/SES-PE

Quando observada a RMM total (óbitos maternos precoces e tardios), em Pernambuco, verifica-se uma maior estabilidade no período de 2002 a 2011, com média de 76,8 óbitos maternos por 100.000 NV e um dis-

creto aumento de 2,0% no período. Identifica-se ainda uma brusca diminuição em 2005, o que pode ser influência da subnotificação dos eventos vitais (óbitos e nascimentos) registrados no SIM e no SINASC (figura 56).

Figura 56. Distribuição da razão de mortalidade materna total (óbitos maternos precoces e tardios) por 100.000 nascidos vivos. Pernambuco, 2002 a 2011

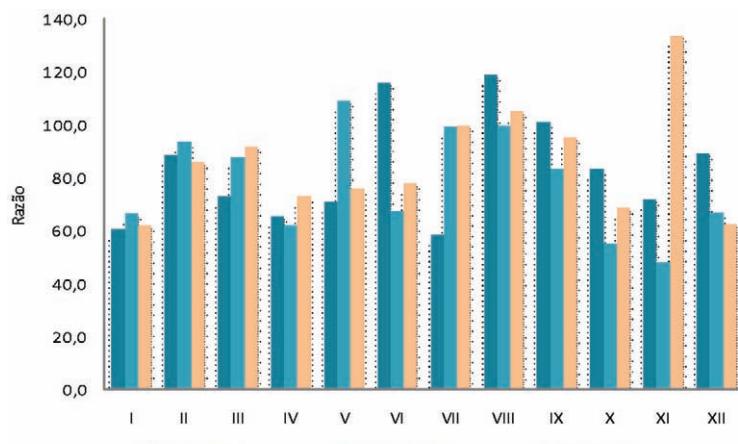


Fonte: SIM/SES-PE e SINASC/SES-PE

A análise da RMM por Região de Saúde (figura 57) foi realizada a partir da observação do comportamento do indicador nos triênios dentro do período de 2003 a 2011, mostrando

aumentos significativos de 86,0%, de 70,5% e de 26,2% nas regiões XI, VII e III, respectivamente, bem superiores ao aumento observado em Pernambuco (2,0%).

Figura 57. Distribuição da razão de mortalidade materna total (óbitos maternos precoces e tardios) por 100.000 nascidos vivos segundo Região de Saúde. Pernambuco, 2003 a 2005, 2006 a 2008 e 2009 a 2011



Fonte: SIM/SES-PE e SINASC/SES-PE

Por outro lado, as VI, XII e X regiões, apresentaram as maiores reduções do indicador no período de análise: 32,9%; 30,0% e 17,7%, respectivamente. Destaca-se que a VIII região apresentou uma RMM acima de 100 óbitos por 100.000 NV em todos os triênios analisados.

Vale ressaltar que, a maior instabilidade do indicador observada nas Regiões de Saúde, pode estar relacionada ao menor contingente populacional desses agregados geográficos, que influenciam na variação (redução ou incremento) relacionada ao acaso, característica própria dos pequenos números. Essa variação também pode ter relação com a subnotificação da mortalidade materna e de nasci-

cidos vivos registrados no SIM e no SINASC, respectivamente.

Quando analisados os principais grupos de causa de óbito materno distribuídos por Região de Saúde, observa-se que, de maneira geral, as hipertensões e as hemorragias permanecem entre os primeiros grupos de causas obstétricas diretas nos dois triênios analisados. Destaque para as VIII, X e XII regiões que apresentaram as infecções puerperais entre os dois primeiros grupos de causa nos dois períodos de análise. Observa-se que nas II, IX, XII e IV regiões houve aumento na participação das DAC como principal grupo de causas obstétricas indiretas no segundo triênio (tabelas 03 e 04).

Tabela 03. Distribuição dos principais grupos de causa de óbito materno segundo Região de Saúde. Pernambuco, 2003 a 2005

Causa Básica	Regional de Saúde												
	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII	PE
Causas Maternas Obstétricas Diretas													
Hipertensões	17,1%	28,0%	24,0%	19,5%	18,2%	18,5%	-	32,0%	23,8%	25,0%	22,2%	23,1%	20,8%
Hemorragias	9,9%	16,0%	8,0%	7,3%	27,3%	18,5%	40,0%	4,0%	23,8%	12,5%	22,2%	7,7%	13,0%
Infecção puerperal	7,2%	4,0%	16,0%	4,9%	4,5%	3,7%	20,0%	16,0%	4,8%	12,5%	-	7,7%	7,5%
Embolias	6,3%	4,0%	8,0%	2,4%	-	7,4%	-	-	9,5%	-	-	7,7%	4,8%
Gravidez que termina em aborto	4,5%	4,0%	-	7,3%	-	3,7%	-	16,0%	-	-	-	-	4,2%
Cardiomiopatia no puerpério	5,4%	8,0%	-	2,4%	-	3,7%	-	4,0%	-	-	11,1%	-	3,6%
Gravidez ectópica	2,7%	-	4,0%	2,4%	-	-	-	-	12,5%	-	7,7%	2,1%	
Demais causas	6,3%	-	8,0%	7,3%	18,2%	-	20,0%	-	4,8%	12,5%	-	-	5,7%
<i>Subtotal</i>	59,5%	64,0%	68,0%	53,7%	68,2%	55,6%	80,0%	72,0%	66,7%	75,0%	55,6%	53,8%	61,7%
Causas Maternas Obstétricas Indiretas													
DAC complicando gravidez, parto e puerpério	7,2%	12,0%	16,0%	4,9%	4,5%	3,7%	-	4,0%	9,5%	12,5%	11,1%	23,1%	8,1%
DAR complicando gravidez, parto e puerpério	7,2%	4,0%	4,0%	7,3%	-	14,8%	-	-	9,5%	12,5%	-	-	6,0%
Outras doenças e afecções complicando gravidez, parto e puerpério	5,4%	4,0%	-	12,2%	-	7,4%	-	4,0%	-	-	-	-	4,5%
DAD complicando gravidez, parto e puerpério	5,4%	4,0%	-	-	-	-	-	-	-	-	11,1%	7,7%	2,7%
HIV	7,2%	-	-	-	-	-	-	-	4,8%	-	-	-	2,7%
Hipertensão pré-existente	1,8%	-	12,0%	-	4,5%	-	-	-	4,8%	-	-	-	2,1%
Demais causas	5,4%	4,0%	-	2,4%	-	3,7%	-	4,0%	-	-	22,2%	15,4%	4,2%
<i>Subtotal</i>	39,6%	28,0%	32,0%	26,8%	9,1%	29,6%	-	12,0%	28,6%	25,0%	44,4%	46,2%	30,4%
Morte materna obstétrica de causa não especificada	0,9%	4,0%	-	14,6%	22,7%	11,1%	20,0%	12,0%	4,8%	-	-	-	6,3%
Morte materna tardia	-	4,0%	-	4,9%	-	3,7%	-	4,0%	-	-	-	-	1,5%
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fonte: SIM/SES-PE

DAC - Doenças do aparelho circulatório, DAR - Doenças do aparelho respiratório e DAD - Doenças do aparelho digestivo
(-) não houve óbito materno

Tabela 04. Distribuição dos principais grupos de causa de óbito materno segundo Região de Saúde. Pernambuco, 2009 a 2011

Causa Básica	Regional de Saúde												
	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII	PE
Causas Maternas Obstétricas Diretas													
Hipertensões	13,0%	-	19,2%	18,6%	19,0%	31,3%	25,0%	26,9%	15,8%	20,0%	37,5%	11,1%	17,6%
Hemorragias	13,9%	18,2%	15,4%	11,6%	14,3%	12,5%	12,5%	7,7%	21,1%	-	25,0%	22,2%	14,4%
Infecção puerperal	7,4%	9,1%	7,7%	4,7%	14,3%	12,5%	-	7,7%	-	20,0%	-	11,1%	7,2%
Embolias	1,9%	4,5%	15,4%	7,0%	9,5%	-	12,5%	3,8%	5,3%	-	6,3%	-	5,0%
Gravidez que termina em aborto	10,2%	4,5%	3,8%	2,3%	-	-	-	3,8%	-	-	-	-	4,7%
Gravidez ectópica	2,8%	4,5%	-	9,3%	-	-	-	3,8%	5,3%	-	-	-	3,1%
Cardiomiopatia no puerpério	2,8%	4,5%	-	2,3%	4,8%	-	-	-	-	-	-	11,1%	2,2%
Demais causas	2,8%	-	7,7%	2,3%	14,3%	6,3%	37,5%	3,8%	-	-	6,3%	-	4,7%
<i>Subtotal</i>	54,6%	45,5%	69,2%	58,1%	76,2%	62,5%	87,5%	57,7%	47,4%	40,0%	75,0%	55,6%	58,9%
Causas Maternas Obstétricas Indiretas													
DAC complicando gravidez, parto e puerpério	7,4%	27,3%	7,7%	14,0%	-	6,3%	-	7,7%	31,6%	-	-	33,3%	10,7%
DAR complicando gravidez, parto e puerpério	9,3%	-	7,7%	11,6%	14,3%	-	-	3,8%	5,3%	-	12,5%	-	7,5%
Outras doenças e afecções complicando gravidez, parto e puerpério	7,4%	13,6%	3,8%	2,3%	-	6,3%	-	7,7%	-	-	-	-	5,0%
HIV	9,3%	-	3,8%	2,3%	-	-	-	3,8%	-	-	-	-	4,1%
DAD complicando gravidez, parto e puerpério	3,7%	4,5%	-	2,3%	4,8%	-	-	-	5,3%	20,0%	-	11,1%	3,1%
Transtornos mentais e doenças do sistema nervoso complicando gravidez, parto e puerpério	0,9%	-	-	2,3%	-	6,3%	12,5%	-	5,3%	-	6,3%	-	1,9%
Hipertensão pré-existente	0,9%	-	-	2,3%	-	6,3%	-	3,8%	-	-	6,3%	-	1,6%
Demais causas	6,5%	4,5%	7,7%	4,7%	4,8%	12,5%	-	11,5%	-	40,0%	-	-	6,3%
<i>Subtotal</i>	45,4%	50,0%	30,8%	41,9%	23,8%	37,5%	12,5%	38,5%	47,4%	60,0%	25,0%	44,4%	40,1%
Morte materna obstétrica de causa não especificada	4,5%	-	-	-	-	-	-	-	5,3%	-	-	-	0,6%
Morte materna tardia	-	-	-	-	-	-	-	3,8%	-	-	-	-	0,3%
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fonte: SIM/SES-PE

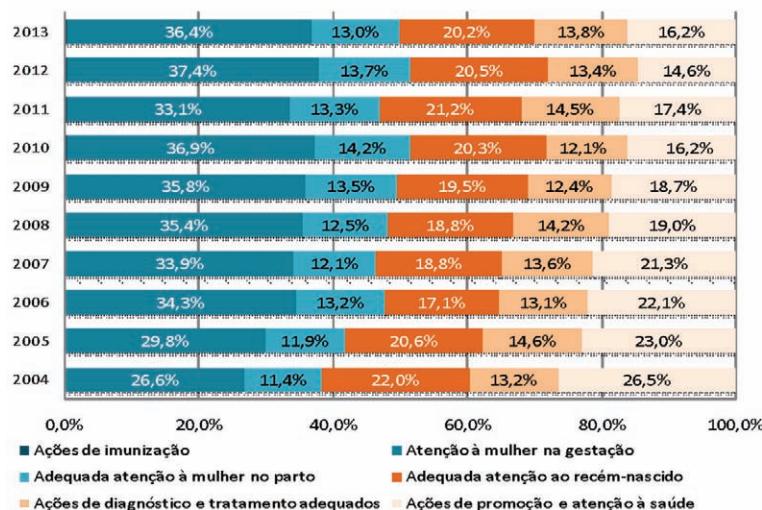
DAC - Doenças do aparelho circulatório DAR - Doenças do aparelho respiratório DAD - Doenças do aparelho digestivo (-) não houve óbito materno

2.2.3.3 MORTALIDADE POR CAUSAS EVITÁVEIS

As mortes evitáveis são definidas, de maneira geral, como eventos que não deveriam ocorrer diante de uma adequada atenção à saúde. Embora essa definição seja reconhecida, estudos apontam que a melhoria das condições de vida da população, representada pelo progresso da situação socioeconômica, juntamente com ações específicas relacionadas ao cuidado em saúde, interferem positivamente na redução da mortalidade [3, 4, 5](#).

A evolução temporal do perfil da mortalidade evitável na faixa etária de 0 a 4 anos, em Pernambuco, mostra que os eventos reduzíveis por ações de promoção e atenção à saúde apresentaram uma maior diminuição (38,9%), contrastando com a elevação dos óbitos que poderiam ser reduzidos por atenção à mulher na gestação (36,8%) entre os anos de 2004 a 2013 (figura 58). Esses dados sinalizam que houve um maior avanço das ações que interferem diretamente nas condições gerais da saúde e reforçam a necessidade de investimento nas ações de assistência obstétrica e neonatal.

Figura 58. Distribuição dos óbitos na faixa etária de 0 a 4 anos segundo critério de evitabilidade*. Pernambuco, 2004 a 2013



Fonte: SIM/SES-PE

*A proporção segundo critério de evitabilidade foi calculada a partir do total de óbitos classificados como evitáveis
Atualização da lista de causas de mortes evitáveis por intervenções do Sistema Único de Saúde
do Brasil. Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília, 19(2): 173-176, abr-jun 2010.

A análise da evitabilidade dos óbitos na faixa etária de 0 a 4 anos por Região de Saúde mostra que a maioria acompanha o perfil estadual e apresenta diminuição dos óbitos reduzíveis por ações de promoção e atenção à saúde, com exceção das VII e VIII regiões (figuras 59 e 60).

Em destaque, a VI Região de Saúde apresentou o maior aumento proporcional de óbitos reduzíveis por atenção à mulher na gestação (177,0%), seguida das regiões IX, X, XII e IV (figuras 59 e 60), com aumentos proporcionais acima de 50%.

3 - Rutstein DD, Berenberg W, Chalmers T, Child CG, Fishman AP, Perrin EB. Measuring the quality of medical care, a clinical method. *N Engl J Med* 1976;294:582-8;

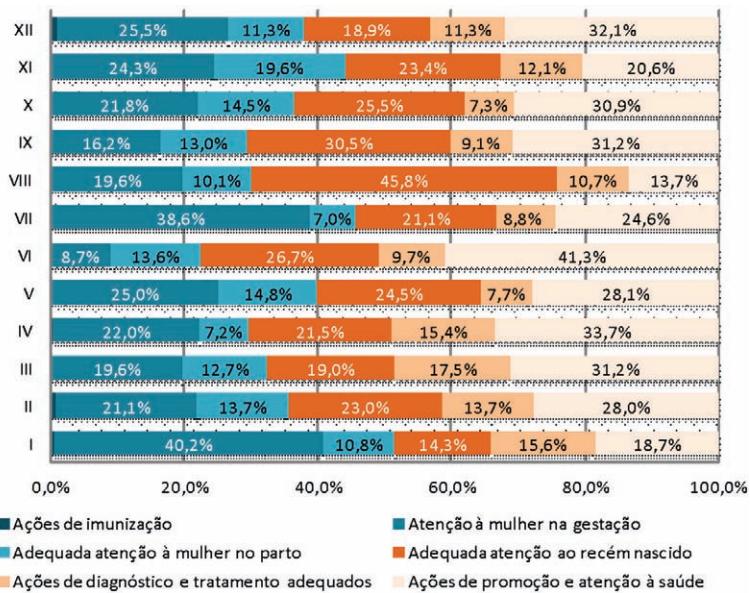
4 - Nolte E, McKee M. Does health care save lives? Avoidable mortality revisited. London: Nuffield Trust; 2004

5 - Holland WW. Atlas of avoidable death. Commission of the European Health Services Research. Oxford: Oxford Press; 1988

6 - Malta DC, Duarte EC, Almeida MF, Dias MAS, Morais Neto OL, Moura L et al. Lista de causas de mortes evitáveis por intervenções do Sistema Único de Saúde do Brasil. *Epidemiol. e Serv. Saúde*, Brasília, 16(4):233-244, out-dez 2007;

7 - Malta DC, Sardinha LMV, Moura L, Lansky S, Leal MC, Szwarcwald CL et al.

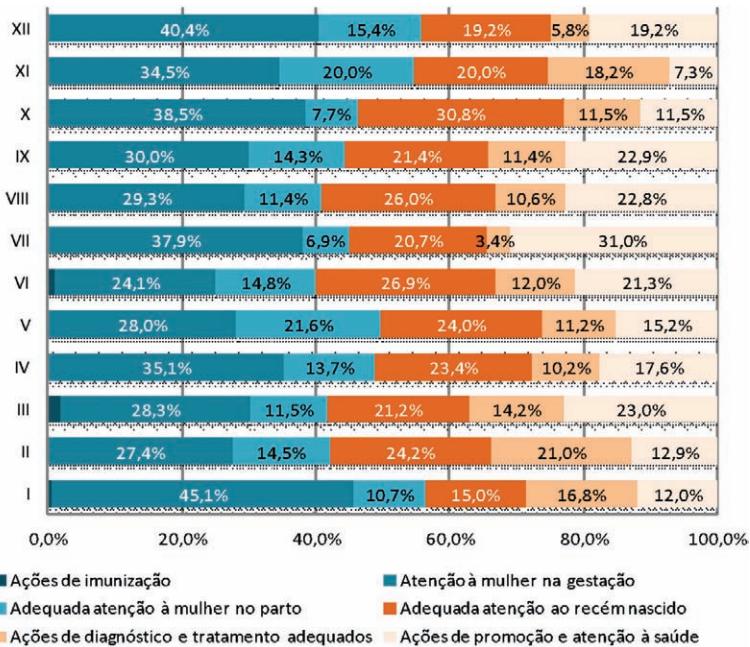
Figura 59. Distribuição dos óbitos na faixa etária de 0 a 4 anos por Região de Saúde segundo critério de evitabilidade*. Pernambuco, 2004



Fonte: SIM/SES-PE

*A proporção segundo critério de evitabilidade foi calculada a partir do total de óbitos classificados como evitáveis.

Figura 60. Distribuição dos óbitos na faixa etária de 0 a 4 anos por Região de Saúde segundo critério de evitabilidade*. Pernambuco, 2013



Fonte: SIM/SES-PE

*A proporção segundo critério de evitabilidade foi calculada a partir do total de óbitos classificados como evitáveis.

Dentre os principais grupos de causas de óbito segundo critério de evitabilidade na faixa etária de 0 a 4 anos, é possível observar que as doenças infecciosas intestinais se apresentavam como a principal causa de óbito na maioria das regiões e em Pernambuco em 2004, apontando para a necessidade de ações voltadas para redução dos seus condicionantes, a exemplo das terapias de reidratação oral (quadro 02).

Em 2013, observa-se que, de maneira geral, houve impacto das ações promovidas para redução das doenças infecciosas intestinais, uma

vez que o estado e o conjunto de suas Regiões de Saúde sofreram alteração no perfil, com exceção das regiões V, VI e IX que ainda apresentam essas afecções como segunda e terceira causas de óbito. Dentre os principais agrupamentos de causas de óbito evitáveis (quadro 02), destacam-se os óbitos: por afecções maternas; gestação de curta duração e baixo peso ao nascer (BP); e infecções do período neonatal. Estes grupos de causas são reduzíveis, respectivamente, por atenção à mulher na gestação e adequada atenção ao recém-nascido.

Quadro 02. Distribuição dos principais agrupamentos de causas de óbito evitáveis na faixa etária de 0 a 4 anos, segundo critério de evitabilidade* e Região de Saúde. Pernambuco, 2004 e 2013.

Regiões de Saúde	Ranking 2004			Ranking 2013		
	1º	2º	3º	1º	2º	3º
I	Afecções maternas	Síndrome da angústia respiratória do recém-nascido	Doenças infecciosas intestinais	Afecções maternas	Complicações maternas na gravidez	Pneumonia
II	Doenças infecciosas intestinais	Infecções no período neonatal**	Pneumonia	Pneumonia	Transtorno respiratório e cardiovascular do período neonatal	Infecções no período neonatal**
III	Doenças infecciosas intestinais	Transtorno respiratório e cardiovascular do período neonatal	Síndrome da angústia respiratória do recém-nascido	Infecções no período neonatal**	Afecções maternas	Pneumonia
IV	Doenças infecciosas intestinais	Pneumonia	Infecções no período neonatal**	Infecções no período neonatal**	Afecções maternas	Gestação de curta duração e baixo peso ao nascer
V	Doenças infecciosas intestinais	Transtorno respiratório e cardiovascular do período neonatal	Síndrome da angústia respiratória do recém-nascido	Infecções no período neonatal**	Doenças infecciosas intestinais	Hipóxia
VI	Doenças infecciosas intestinais	Infecções no período neonatal**	Transtorno respiratório e cardiovascular do período neonatal	Infecções no período neonatal**	Doenças infecciosas intestinais	Gestação de curta duração e baixo peso ao nascer
VII	Feto e recém-nascido afetados por complicações da placenta e membranas	Transtorno respiratório e cardiovascular do período neonatal	Doenças infecciosas intestinais	Complicações maternas na gravidez	Síndrome da angústia respiratória do recém-nascido	Transtorno respiratório e cardiovascular do período neonatal
VIII	Infecções no período neonatal**	Transtorno respiratório e cardiovascular do período neonatal	Síndrome da angústia respiratória do recém-nascido	Infecções no período neonatal**	Transtorno respiratório e cardiovascular do período neonatal	Afecções maternas
IX	Transtorno respiratório e cardiovascular do período neonatal	Doenças infecciosas intestinais	Infecções no período neonatal**	Gestação de curta duração e baixo peso ao nascer	Transtorno respiratório e cardiovascular do período neonatal	Doenças infecciosas intestinais
X	Doenças infecciosas intestinais	Transtorno respiratório e cardiovascular do período neonatal	Gestação de curta duração e baixo peso ao nascer	Infecções no período neonatal**	Afecções maternas	Gestação de curta duração e baixo peso ao nascer
XI	Transtorno respiratório e cardiovascular do período neonatal	Hipóxia	Doenças infecciosas intestinais	Gestação de curta duração e baixo peso ao nascer	Infecções no período neonatal**	Pneumonia
XII	Doenças infecciosas intestinais	Síndrome da angústia respiratória do recém-nascido	Infecções no período neonatal**	Afecções maternas	Infecções no período neonatal**	Complicações maternas na gravidez
PE	Doenças infecciosas intestinais	Transtorno respiratório e cardiovascular do período neonatal	Infecções no período neonatal**	Afecções maternas	Infecções no período neonatal**	Complicações maternas na gravidez

Fonte: SIM/SES-PE

*Os principais grupos de causas de óbito evitáveis foram identificados a partir do cálculo da proporção de cada grupo em relação ao total de óbitos classificados como evitáveis

**Exclui síndrome da rubéola congênita e hepatite viral congênita

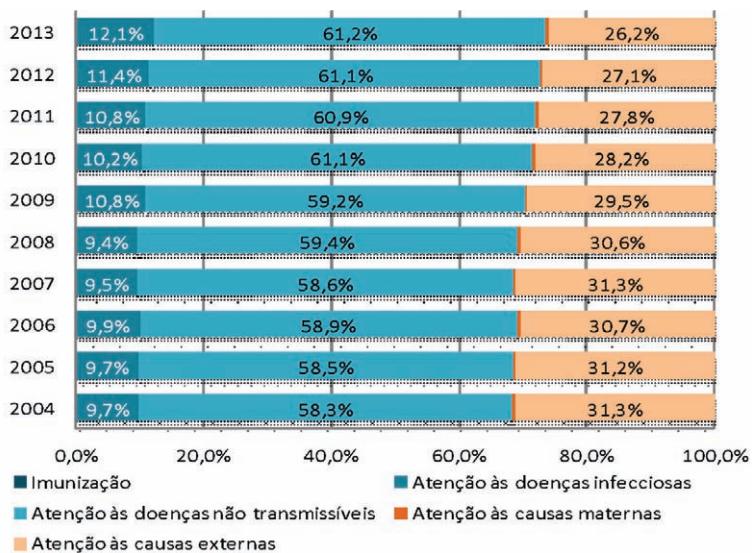
Legenda:

Reduzíveis por	Adequada atenção ao recém-nascido
Atenção à mulher na gestação	Ações de diagnóstico e tratamento adequado
Adequada atenção à mulher no parto	Ações de promoção e atenção à saúde

A evolução temporal do perfil da mortalidade evitável na faixa etária de 5 a 74 anos, mostra que a maioria dos óbitos de residentes em Pernambuco, entre 2004 e 2013, era reduzível por ações de atenção às doenças não transmissíveis, com crescimento proporcional de 5,0% no período. Já os óbitos evitáveis

por ações de promoção, prevenção e atenção às causas externas apresentaram uma redução de 16,3% entre 2004 e 2013. Em contraste, os óbitos reduzíveis por ações de promoção, prevenção e atenção às doenças infecciosas apresentaram um aumento de 24,7% neste período (figura 61).

Figura 61. Distribuição dos óbitos na faixa etária de 5 a 74 anos, segundo critério de evitabilidade*. Pernambuco, 2004 a 2013.



Fonte: SIM/SES-PE

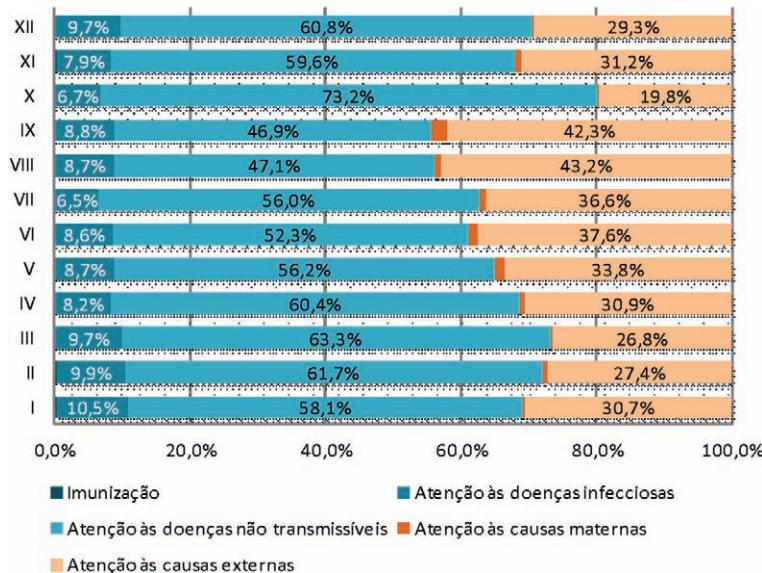
*A proporção segundo critério de evitabilidade foi calculada a partir do total de óbitos classificados como evitáveis

A análise da ocorrência dos óbitos segundo critério de evitabilidade na faixa etária de 5 a 74 anos, mostra que as Regiões de Saúde, em sua maioria, apresentaram perfil similar ao do estado.

Os óbitos reduzíveis por doenças não transmissíveis permanecem como o principal critério de evitabilidade e com maior estabilidade entre os dois períodos analisados. Os eventos evitáveis por ações de promoção, prevenção e atenção às causas externas apresentaram uma maior diminuição

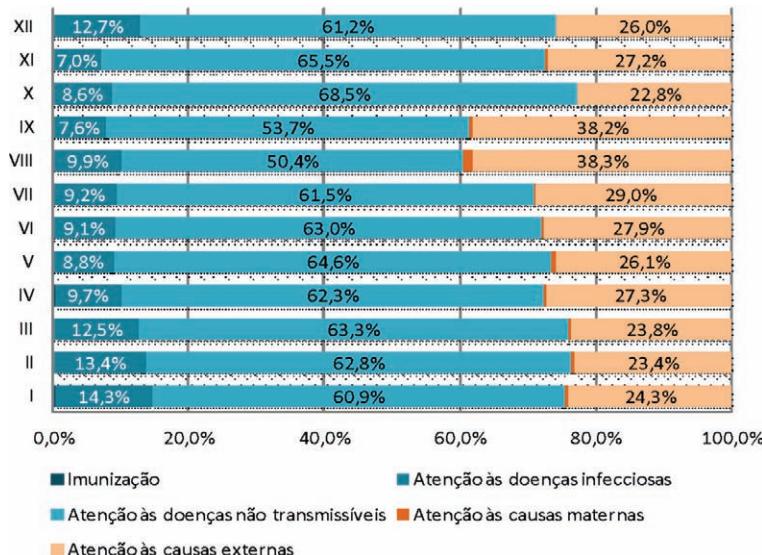
com destaque para as regiões VI, V e I que apresentaram, respectivamente, redução de 25,8%, 22,8% e 20,8% entre 2004 e 2013. Por outro lado, a X região apresentou aumento de 15,2% no mesmo período. Os óbitos reduzíveis por ações de promoção, prevenção e atenção às doenças infecciosas apresentaram a maior elevação com destaque para as I, II, VII e XII regiões, diferentemente das IX e XI regiões que apresentaram redução quando comparados os anos de 2004 e de 2013 (figuras 62 e 63).

Figura 62. Distribuição dos óbitos na faixa etária de 5 a 74 anos por Região de Saúde de segundo critério de evitabilidade*. Pernambuco, 2004



Fonte: SIM/SES-PE* A proporção segundo critério de evitabilidade foi calculada a partir do total de óbitos classificados como evitáveis

Figura 63. Distribuição dos óbitos na faixa etária de 5 a 74 anos por Região de Saúde de segundo critério de evitabilidade*. Pernambuco, 2013



Fonte: SIM/SES-PE

*A proporção segundo critério de evitabilidade foi calculada a partir do total de óbitos classificados como evitáveis

Dentre os principais agrupamentos de causas de óbito segundo critério de evitabilidade na faixa etária de 5 a 74 anos, é possível observar que as agressões e as doenças isquêmicas do coração, se apresentam como os primeiros grupos no período de 2004 nas Regiões de Saúde e no estado

(quadro 3).

Em 2013, observa-se que houve mudança no perfil, com crescimento das doenças isquêmicas do coração e dos acidentes de trânsito, embora as agressões permaneçam ocupando a segunda posição em quase todas as regiões (quadro 03).

Quadro 03. Distribuição dos principais agrupamentos de causas de óbito evitáveis na faixa etária de 5 a 74 anos, segundo critério de evitabilidade e Região de Saúde. Pernambuco, 2004 e 2013.

Regiões de Saúde	Ranking 2004			Ranking 2013		
	1º	2º	3º	1º	2º	3º
I	Agressões	Doenças isquêmicas do coração	Doenças cerebrovasculares	Doenças isquêmicas do coração	Agressões	Doenças cerebrovasculares
II	Doenças isquêmicas do coração	Agressões	Doenças cerebrovasculares	Doenças isquêmicas do coração	Agressões	Doenças cerebrovasculares
III	Agressões	Doenças cerebrovasculares	Doenças isquêmicas do coração	Doenças isquêmicas do coração	Agressões	Diabetes Mellitus
IV	Agressões	Doenças isquêmicas do coração	Doenças cerebrovasculares	Doenças isquêmicas do coração	Agressões	Acidentes de transporte
V	Agressões	Doenças isquêmicas do coração	Doenças cerebrovasculares	Doenças isquêmicas do coração	Acidentes de transporte	Agressões
VI	Agressões	Doenças isquêmicas do coração	Doenças cerebrovasculares	Doenças isquêmicas do coração	Agressões	Acidentes de transporte
VII	Agressões	Doenças isquêmicas do coração	Acidentes de transporte	Doenças cerebrovasculares	Doenças isquêmicas do coração	Acidentes de transporte
VIII	Agressões	Doenças cerebrovasculares	Doenças isquêmicas do coração	Acidentes de transporte	Agressões	Doenças isquêmicas do coração
IX	Doenças isquêmicas do coração	Acidentes de transporte	Agressões	Acidentes de transporte	Agressões	Doenças isquêmicas do coração
X	Doenças isquêmicas do coração	Doenças cerebrovasculares	Agressões	Doenças isquêmicas do coração	Acidentes de transporte	Psicose alcoólica e transtornos do álcool
			Diabetes Mellitus			Doenças cerebrovasculares
XI	Doenças isquêmicas do coração	Agressões	Doenças cerebrovasculares	Doenças isquêmicas do coração	Agressões	Doenças cerebrovasculares
XII	Agressões	Doenças cerebrovasculares	Doenças isquêmicas do coração	Doenças isquêmicas do coração	Agressões	Doenças cerebrovasculares
PE	Agressões	Doenças isquêmicas do coração	Doenças cerebrovasculares	Agressões	Doenças isquêmicas do coração	Doenças cerebrovasculares

Fonte: SIM/SES-PE

*Os principais agrupamentos de causas de óbito evitáveis foram identificados a partir do cálculo da proporção de cada grupo em relação ao total de óbitos classificados como evitáveis

Legenda

Reduzíveis por
Atenção às doenças não transmissíveis
Ações de Promoção, Prevenção, Controle e Atenção às causas externas

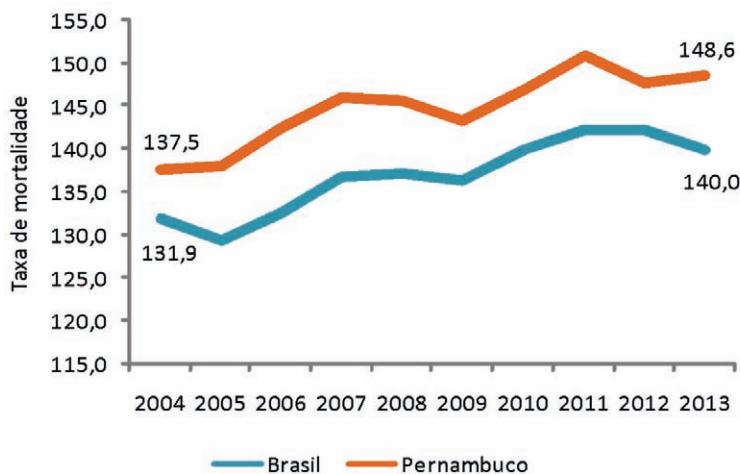
2.2.3.4 MORTALIDADE POR DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS

De acordo com a OMS, do total de óbitos ocorridos no mundo em 2008, 63% foram relacionados às doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), sendo que as doenças cardiovasculares (DAC), as doenças respiratórias crônicas, as neoplasias e o diabetes mellitus, responderam pela maioria desses óbitos. Ainda de acordo com a OMS, cerca de 80% dos óbitos por DCNT ocorreram em países de baixa renda, sendo 29% em adultos com menos

de 60 anos. Nos países de alta renda, esse mesmo percentual foi de apenas 13%.

No Brasil, em 2013, a taxa de mortalidade prematura (30-69 anos) pelas principais DCNT (DAC, doenças respiratórias crônicas, DM e neoplasias) foi de 140,0 por 100.000 habitantes, menor que a taxa de Pernambuco no mesmo ano, que foi de 148,6 por 100.000 habitantes. Comparando os anos de 2004 e de 2013, observa-se que houve um aumento da taxa de mortalidade prematura por DCNT, tanto no Brasil (6,1%) quanto no estado (8,1%) (figura 64).

Figura 64. Taxa de mortalidade prematura (30-69 anos) pelas quatro principais DNCT por 100.000 habitantes. Brasil e Pernambuco, 2004 a 2013

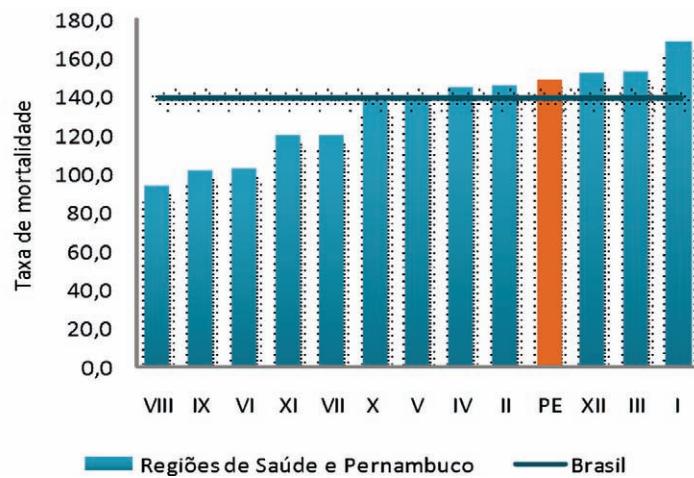


Fonte: SIM/MS, SIM/SES-PE e IBGE

As Regiões de Saúde que se destacaram com as maiores taxas de mortalidade prematura por 100.000 habitantes pelas qua-

tro principais DCNT foram a I (168,0), a III (152,9) e a XII (151,6), superando a taxa de Pernambuco (figura 65).

Figura 65. Taxa de mortalidade prematura (30 a 69 anos) pelas quatro principais DCNT por 100.000 habitantes segundo Região de Saúde. Pernambuco, 2013



Fonte: SIM/MS, SIM/SES-PE e IBGE

No Brasil e em Pernambuco, em 2013, as DAC representaram 71,1% e 41,9% do total de óbitos por DCNT respectivamente, enquanto as neoplasias representaram 11,4% e 19,3%, respectivamente (figuras 66 e 67).

Entre 2004 e 2013, observa-se para o Brasil um aumento de 21,4% na proporção de óbitos por Diabetes, de 12,9% na proporção de óbitos por neoplasias e de 21,7% por

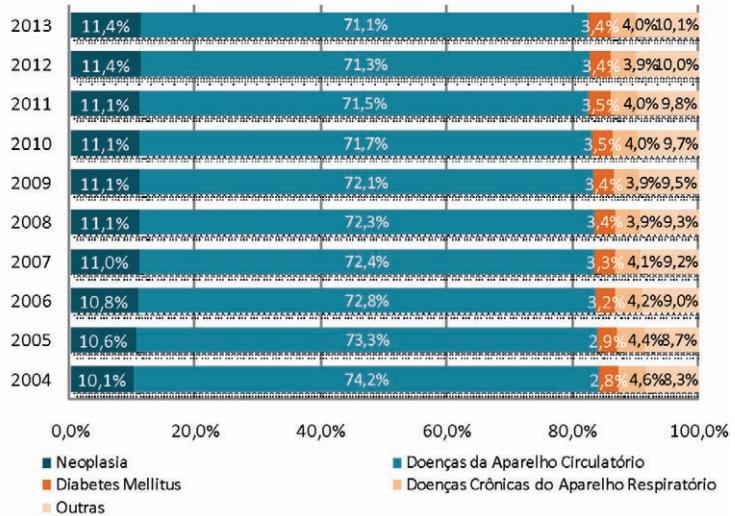
outras DCNT. E uma redução por doenças respiratórias crônicas (13,0%) e por DAC (4,2%) (figura 66).

Em Pernambuco, no mesmo período, houve aumento na proporção de óbitos por doenças respiratórias crônicas (33,7%), por neoplasias (9,0%) e por outras DCNT (9,2%). Já as DAC e o diabetes sofreram redução de 11,2% e 8,4%, respectivamente (figura 67).

Contudo, ainda que com redução, a proporção de óbitos por diabetes e por doenças crônicas respiratórias em Pernambuco, no ano de 2013, é bem superior à do Brasil (figuras 66 e 67).

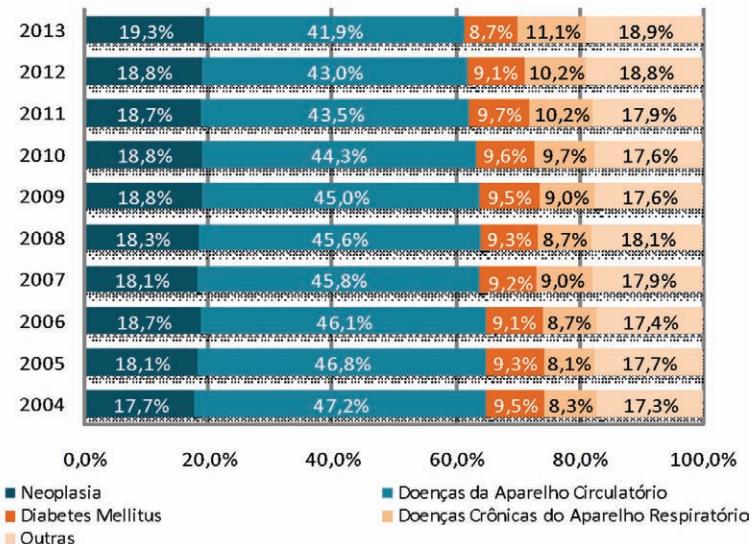
Dentre os grupos de causas de óbitos por DCNT, observa-se que em todas as Regiões de Saúde, a maior proporção de óbitos foi por DAC, variando entre 39,0% na I região a 49,0% na X região (figura 68).

Figura 66. Proporção de óbitos por grupos de DCNT segundo ano do óbito. Brasil, 2004 a 2013



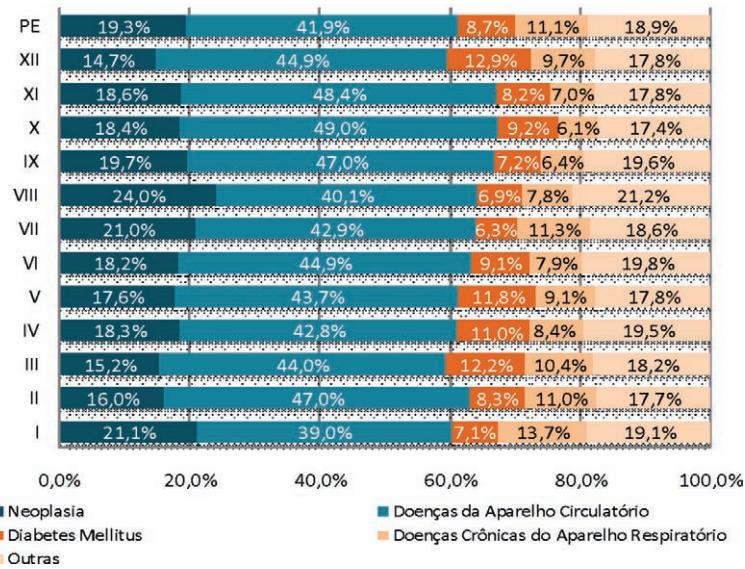
Fonte: SIM/MS

Figura 67. Proporção de óbitos por grupos de DCNT segundo ano do óbito. Pernambuco, 2004 a 2013



Fonte: SIM/SES-PE

Figura 68. Proporção de óbitos por grupos de DCNT segundo Região de Saúde. Pernambuco, 2013



Fonte: SIM/SES-PE

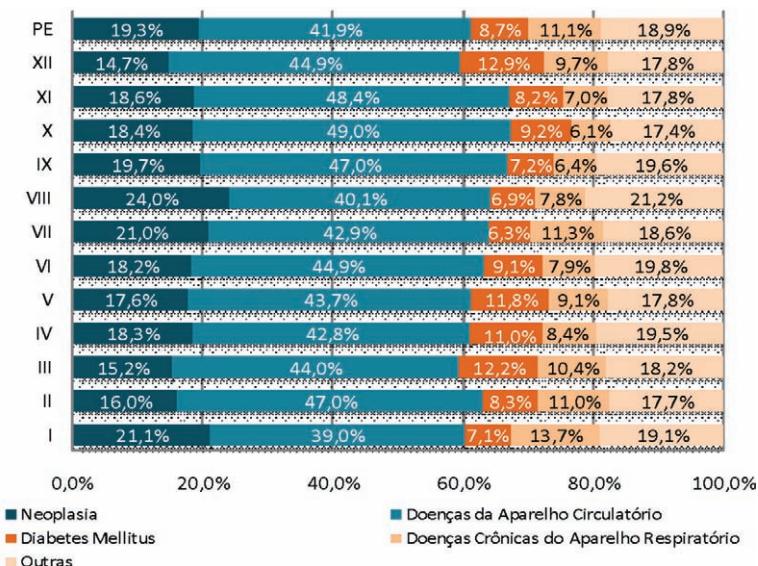
■ Causas Externas

De acordo com a OMS, as causas externas estão entre os principais motivos de óbito no mundo. Em 2004, cerca de 5,8 milhões de pessoas foram a óbito devido a estas causas, representando 10% da mortalidade mundial. O Brasil apresentou um aumento de 19,0% no número de óbitos por causas externas, quando comparados

os anos de 2004 (N=127.470) e de 2013 (N=151.683), havendo incremento na maioria de seus grupos de causas, com exceção das agressões e dos eventos cuja intenção é indeterminada (figura 69).

Neste período, conforme observado na figura 69, há maior concentração de óbitos por agressões, seguidos pelos acidentes de transporte, atingindo em 2013, proporções de 37,4% e 28,6%, respectivamente.

Figura 69. Proporção de óbitos por causas externas. Brasil, 2004 a 2013



Fonte: SIM/MS

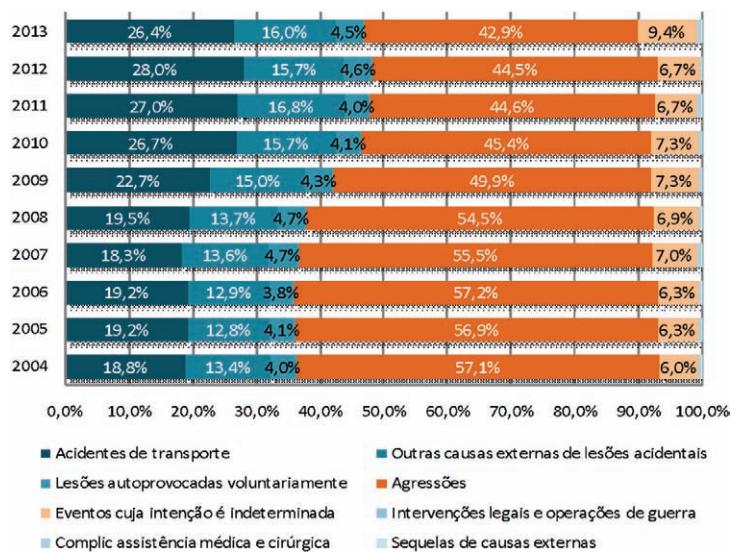
A mortalidade por causas externas em Pernambuco assemelha-se à do Brasil no mesmo período, apresentando as maiores proporções nos grupos de causas por agressões e por acidentes de transporte, além de um incremento importante na proporção de eventos cuja intenção é indeterminada (figura 70). Contudo, observa-se uma discreta redução no total das causas externas (0,5%), comparando-se o ano de 2004 (N=7.345) e o de 2013 (N=7.311).

As agressões configuram como as principais causas de óbito dentre as causas externas nas Regiões de Saúde I, II, III, IV, VI e XII, em 2013.

Nas demais regiões prevaleceram os acidentes de transporte (figura 71).

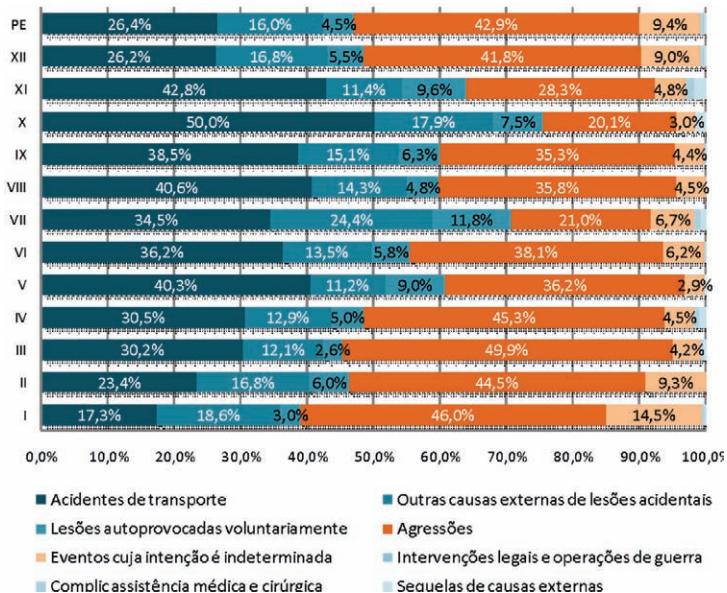
Em Pernambuco, houve redução de 11,0% na taxa de mortalidade por causas externas quando se compararam os anos de 2004 e de 2013. Em relação às duas principais causas de óbito por causas externas, observou-se que a taxa de mortalidade por homicídios reduziu 33,0% neste período, tendo iniciado a redução em 2008. Já a taxa de mortalidade por acidentes de transporte terrestre aumentou 25,3%. O incremento ocorreu continuamente, desde o primeiro ano da série analisada (figura 72).

Figura 70. Proporção de óbitos por causas externas. Pernambuco, 2004 a 2013



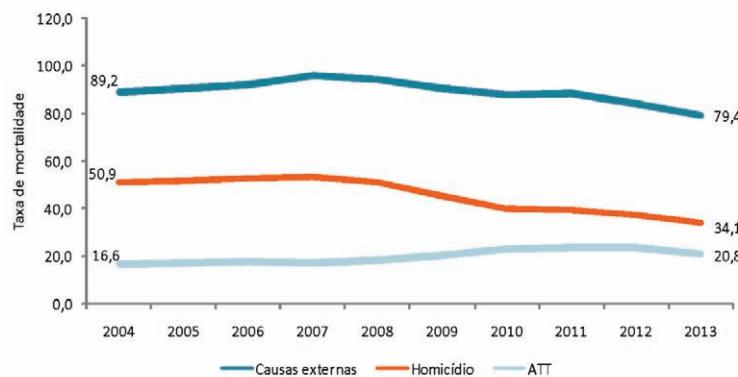
Fonte: SIM/SES-PE

Figura 71. Proporção de óbitos por causas externas segundo Região de Saúde de residência. Pernambuco, 2013



Fonte: SIM/SES-PE

Figura 72. Taxa de mortalidade por causas externas por 100.000 habitantes, segundo ano do óbito. Pernambuco, 2004 a 2013

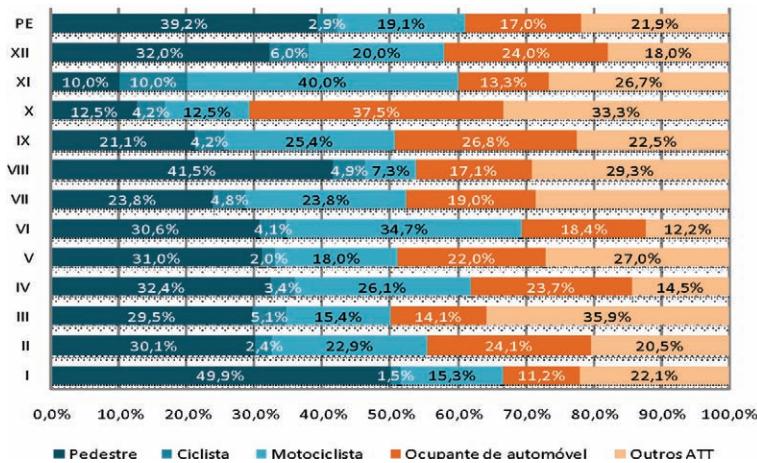


Fonte: SIM/SES-PE

Quanto aos óbitos por acidentes de transporte terrestre, em 2004, houve predomínio de vítimas pedestres (39,2%), o que também foi observado da I a V Regiões de Saúde e nas regiões VIII e XII (figura 73).

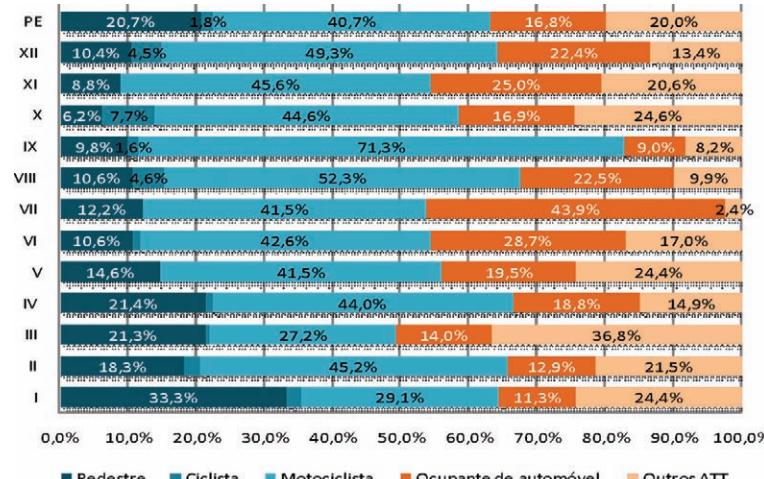
Em 2013, esse cenário modifica-se em quase todas as regiões, prevalecendo os óbitos por acidentes de motocicleta, exceto na I e na III, atingindo uma proporção de 40,7% em Pernambuco (figura 74).

Figura 73. Proporção de óbitos por ATT segundo Região de Saúde de residência e tipo de vítima. Pernambuco, 2004



Fonte: SIM/SES-PE

Figura 74. Proporção de óbitos por ATT segundo Região de Saúde de residência e tipo de vítima. Pernambuco, 2013



Fonte: SIM/SES-PE



2.3. ATENÇÃO À SAÚDE

CAPÍTULO 2

2.3 ATENÇÃO À SAÚDE

2.3.1 ATENÇÃO PRIMÁRIA

A Atenção Primária à Saúde (APS) é uma estratégia de organização da atenção à saúde voltada para responder de forma regionalizada, contínua e sistematizada a maior parte das necessidades de saúde de uma população, integrando ações preventivas e curativas, bem como a atenção a indivíduos e comunidades. A APS enfatiza a reorientação do modelo assistencial, a partir de um sistema universal e integrado de atenção à saúde, sendo a principal porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS). Tem como ponto central a prevenção de doenças, bem como a promoção e a manutenção da saúde por meio de uma prestação de serviços continuada, centrada no indivíduo e no contexto em que ele está inserido.

A SES-PE através do Decreto 30.353/2007 e da Portaria nº 720/2007 instituiu a Política Estadual de Fortalecimento da Atenção Primária (PEFAP), estabelecendo assim sua participação no financiamento da APS, monitorando e avaliando os indicadores da Política nos municípios do Estado.

Ressaltamos que dentre as atribuições estaduais destacam-se: coordenar a expansão, implementar e qualificar o processo de trabalho da Rede de Atenção Primária nos municípios; realizar supervisões, cursos, oficinas e encontros, envolvendo todos os profissionais da APS, bem como monitorar a utilização dos recursos transferidos.

Cobertura Populacional Estimada pelas Equipes de Saúde da Família

A APS representa o primeiro contato do indivíduo com a Rede de Assistência à Saúde (RAS), sendo desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão de forma democrática e participativa, sob forma

de trabalho em equipe, apresentando a Estratégia Saúde da Família (ESF) como proposta para reorganização das Redes. Considerando esta Estratégia, foi estabelecido para o estado de Pernambuco, um teto de 4.465 equipes, segundo Portaria Ministerial nº 2.355, de 10/11/2013.

Destacamos que até abril de 2015, o Estado apresentava pouco mais de 2.100 equipes implantadas, com possibilidade de duplicar, segundo o teto disponível, seus pontos de APS. Há que se considerar, entretanto, que a cobertura populacional para a ESF atinge 75,21%, fato justificado pela utilização de parâmetros populacionais distintos em cada um dos cálculos: o teto, utilizando o valor mínimo de 2.000 pessoas, e a cobertura, adotando como referência o número de 3.450 pessoas por equipe.

A despeito do teto da ESF, há desafios que travam a expansão desta, e que requerem enfrentamento, dentre eles pode-se apontar a questão do provimento de médicos, problema que os programas ministeriais Mais Médicos e Programa de Valorização dos Profissionais da Atenção Básica (PROVAB), instituídos com a finalidade de ampliar o número de médicos nas regiões carentes do país, vêm redirecionando.

Por conseguinte, a análise da cobertura da ESF nos permite acompanhar não apenas o ritmo das expansões no Estado, mas também identificar os movimentos, dificuldades, potencialidades e organização das regiões no sentido da ampliação dos pontos de APS.

Logo, trata-se de um indicador que apresentou aumento (variação positiva) da ordem de 14,2 pontos percentuais entre os anos de 2008 e 2014 no Estado, contudo, ficando sujeito a flutuações em algumas Regiões de Saúde, conforme apresentado na Tabela 05, as quais tiveram uma redução deste indicador decorrente do bloqueio das transferências financeiras para os municípios, e não da suspensão dos serviços.

Tabela 05. Distribuição da cobertura populacional da Estratégia Saúde da Família, segundo Região de Saúde, Pernambuco, 2008 - 2014.

GERES	% de cobertura						
	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
I	56,12	55,16	55,55	56,69	55,73	58,38	60,42
II	93,09	95,39	95,35	92,30	86,96	95,26	97,45
III	83,78	88,44	88,27	88,63	84,46	87,41	86,17
IV	68,48	65,43	64,67	59,75	66,50	69,97	77,70
V	75,63	84,18	84,57	87,32	85,71	88,70	91,38
VI	81,07	76,44	81,47	83,27	81,40	80,91	90,26
VII	83,87	82,11	87,07	91,83	96,24	98,03	96,01
VIII	66,23	62,34	65,34	53,17	64,93	71,57	80,02
XI	65,46	58,37	63,96	70,81	70,45	73,14	84,33
X	87,35	92,90	89,05	91,25	94,98	98,69	97,29
IX	80,91	85,98	85,81	89,21	92,02	93,05	94,08
XII	90,91	94,48	92,87	90,73	89,38	95,63	94,49
Total	73,73	73,26	75,42	72,23	79,53	83,35	87,53

Fonte: SIH/SUS

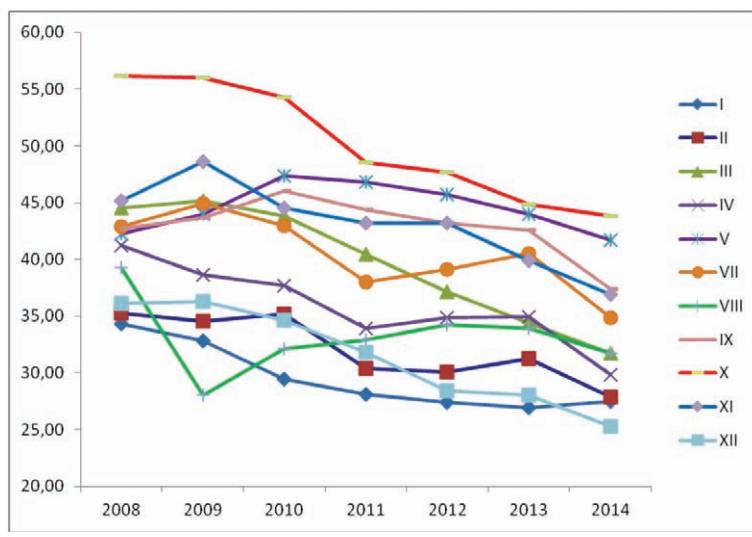
Internações por Condições Sensíveis à Atenção Básica

Internações por Condições Sensíveis à Atenção Básica (ICSAB) representam eventos que podem ser evitados por ações típicas do primeiro nível de atenção em saúde, cuja evolução, em caso de ausência de atendimento efetivo e oportuno, pode requerer a hospitalização dos usuários.

Desta forma, leva em consideração a melhoria de resolubilidade da Atenção Básica,

reduzindo o número de hospitalizações. Estudos apontam uma relação entre ampliação da Atenção Básica, seja de forma tradicional ou pela Estratégia de Saúde da Família, e menores percentuais de ICSAB. Observa-se, na Figura 75, que tal indicador apresenta um decréscimo no período avaliado, e que de maneira geral para o Estado de Pernambuco, saímos de um percentual de 15,61% para 9,17%, o que vem representar uma diminuição de aproximadamente 41% na proporção de hospitalizações por condições sensíveis.

Figura 75. Proporção de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Básica, segundo Regionais de Saúde, Pernambuco, 2008-2014



Fonte: SIH/MS

Financiamento da Atenção Primária à Saúde

O financiamento da Atenção Primária à Saúde é de responsabilidade dos três entes federados: Municípios, Estados e Governo Federal. Neste sentido, a SES-PE beneficiou 39 municípios com 290 equipes certificadas no Estado, através de um investimento anual de mais de R\$ 4 milhões.

O Governo Estadual pactuou ainda com os gestores municipais a ampliação do volume de recursos financeiros investidos, tornando este financiamento mais adequado às necessidades municipais.

Em 22 de novembro de 2011, foi publicada Portaria SES nº 640, instituindo o Piso Estadual da Atenção Primária à Saúde (PEAPS), com 02 componentes: um geral (Componente I) no

valor de R\$ 0,46 (quarenta e seis centavos) per capita/ano para todos os municípios, e outro (Componente II) no valor de R\$ 1,36 (um real e trinta e seis centavos) per capita/ano para 168 municípios com Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) menor que o IDH do Estado (0,705). Em seu art. 4º, estabelece ainda o Incentivo Estadual da Atenção Primária à Saúde por Desempenho, com repasse semestral programado a partir do desempenho alcançado nos 10 indicadores de saúde no mesmo período, homologados pela Portaria SES nº 108 de 06 de março de 2012. Vale salientar, que no referido repasse, existe um teto máximo de recursos financeiros, o qual não foi atingido por nenhum dos municípios durante os períodos avaliativos (semestrais).

O indicador que mede o percentual de mu-

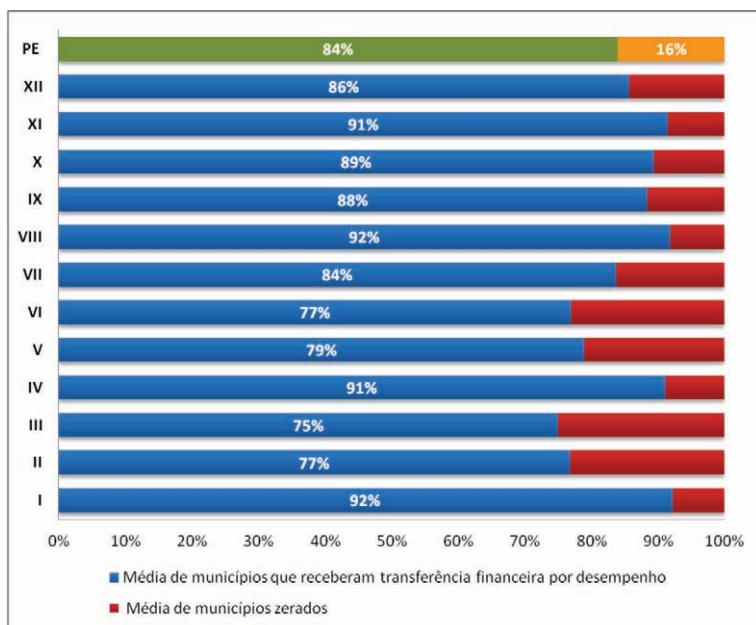
nícios que receberam a transferência segundo desempenho na PEFAP sinaliza as Regiões que mais necessitam de ações estratégicas e intervenções na Atenção Primária, no sentido da melhoria contínua dos resultados e qualificação da atenção à saúde.

Analizando a média destes períodos avaliativos da PEFAP, na Figura 76, destacamos que

mais de 80% dos municípios recebem o recurso financeiro por desempenho, no entanto observa-se que quatro Regiões de Saúde ficaram abaixo da média estadual (II, III, V e VI GERES).

Vale ressaltar que estas Regiões apresentam um grande número de municípios com menos de 20.000 habitantes, onde se encontram as maiores dificuldades de atenção à saúde.

Figura 76. Percentual de municípios por Região de Saúde que receberam a transferência financeira segundo desempenho na PEFAP, 2011 - 2015.



Fonte: SAP/GEQAP

AVANÇOS

- Implementação da PEFAP (Decreto Estadual 30.353/2011, Portaria SES-PE 640/2011 e Portaria SES-PE 108/2012);
- Implantação do Programa "Mais Médicos" em 170 municípios;
- Adesão ao PROVAB;
- Expansão do Programa Saúde na Escola (PSE) para 182 municípios;
- Elevação do percentual da cobertura da Estratégia Saúde da Família para 75,21% no Estado;
- Implantação de 223 Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) em 152 municípios;
- Construção de 542 Unidades de Saúde da Família; com reforma de 341 USF e ampliação de 455 USF, no período de 2011 a 2013, através do Programa Requalifica;
- Realização dos Fóruns de Atenção Primária em todas as Regionais de Saúde;

- Realização de oficinas para a implantação do e-SUS em todas as Regionais de Saúde.

2.3.1.2 PROGRAMA ESTADUAL DE IMUNIZAÇÃO

O Programa Estadual de Imunização (PEI) coordena e desenvolve estratégias de vacinação para toda a população pernambucana, estabelecendo critérios e prestando apoio técnico, operacional e financeiro às Regiões de Saúde e às Secretarias Municipais de Saúde para elaboração, implantação e implementação das políticas públicas de vacinação no estado de Pernambuco.

A cobertura vacinal é o indicador utilizado pelo PEI para monitoramento do cenário vacinal. Este representa o percentual de indivíduos vacinados e potencialmente imunizados com determinada vacina em determinado espaço geográfico e

período de tempo. Leva em consideração o esquema completo de vacinação para cada doença. O acompanhamento das coberturas das vacinas que fazem parte do esquema básico de vacinação preconizado pelo Ministério da Saúde (MS), que deve ser completado até 12 meses de idade, é uma prioridade. Entretanto, podem ser calculadas coberturas vacinais

para outras faixas etárias, como ocorre nas campanhas de vacinação. As coberturas vacinais assim obtidas orientam o planejamento das ações, mas merecem cautela, pois podem estar super ou subestimadas, seja por erros de registro de doses aplicadas, ou por erros nas estimativas populacionais que compõem o denominador do indicador.

SÉRIE HISTÓRICA DAS COBERTURAS VACINAIS

1. VACINA BCG

Tabela 06. Cobertura Vacinal (%) de Vacina BCG em menores de 1 ano por Região de Saúde, Pernambuco e Brasil - 2004 a 2014

Local	BCG (Meta $\geq 90\%$)										
	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
I Região / Recife	129,8	123,6	128,6	124,6	130,2	125,5	123,6	126,1	127,3	120,5	120,6
II Região / Limoeiro	100,0	101,5	94,7	88,0	85,2	85,8	82,7	80,6	77,6	84,0	89,4
III Região / Palmares	124,3	123,4	113,1	114,6	101,8	105,9	96,1	113,3	104,6	117,4	104,7
IV Região / Caruaru	114,7	109,0	107,2	108,0	104,6	102,2	91,5	85,1	80,1	98,8	99,2
V Região / Garanhuns	123,5	115,3	104,4	110,0	110,8	108,9	102,6	102,9	97,8	91,8	93,3
VI Região / Arcosverde	114,4	118,2	112,4	103,9	100,7	96,1	92,5	97,4	85,5	93,9	92,4
VII Região / Salgueiro	102,3	98,4	99,5	116,5	88,8	101,0	92,9	103,2	100,7	100,8	127,0
VIII Região / Petrolina	140,6	127,3	120,8	110,5	103,5	128,6	117,8	137,5	122,7	113,6	128,1
IX Região / Ouricuri	108,7	105,2	108,1	104,2	99,4	103,1	94,2	98,8	95,5	75,0	95,3
X Região / Afogados da Ingazeira	122,2	122,1	121,7	129,2	120,4	122,3	121,3	106,5	93,4	94,6	102,9
XI Região / Serra Talhada	114,2	121,6	116,6	117,1	118,6	117,8	115,8	121,5	109,4	86,1	100,4
XII Região / Goiana	101,4	101,2	100,9	101,7	90,3	84,1	77,3	77,4	78,6	68,0	73,6
Pernambuco	121,7	117,3	116,6	114,4	113,3	112,8	107,6	110,5	106,9	105,7	108,6
Brasil	113,4	114,5	113,1	111,1	108,9	108,7	106,7	107,9	105,7	107,4	106,9

Fonte: Programa Nacional de Imunizações / Ministério da Saúde (DATASUS).

Na série histórica entre 2004 e 2014 (Tabela 06), as coberturas da vacina BCG para o Brasil,

e Estado de Pernambuco alcançaram a meta preconizada para a proteção contra formas

graves de tuberculose.

Nas Regiões de saúde destacam-se:

- Cinco das doze Regiões (I, III, V, VIII e X Região) alcançaram a meta de cobertura de BCG em todos os anos da série;
- Quatro das doze Regiões (IV, VI, IX e XI) apresentaram baixa cobertura de BCG em anos esporádicos da série temporal;
- Regiões de saúde com baixa cobertura de

BCG em vários anos: II Região (de 2007 a 2014) e XII Região (de 2009 a 2014). Pela vacina BCG ser realizada, geralmente, ainda na maternidade, essa baixa cobertura é provável de ser explicada pela procura de serviços de maternidade na I Região, mais próximo da capital, configurando a vacinação dos moradores destas outras Regiões, em números para a cobertura da I Região.

2. TETRA BACTERIANA/PENTA

Tabela 07. Cobertura Vacinal (%) de Tetra bacteriana/ Penta em menores de 1 ano por Região de Saúde, Pernambuco e Brasil - 2004 a 2014

Local	Tetra bacteriana (DPT+Hib) (Meta $\geq 95\%$)										Penta	
	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012*	2013	2014	(DPT + Hib + Hepatite B)
I Região/Recife	108,9	106,2	107,3	108,7	104,8	107,3	98,6	105,5	100,5	92,3	96,1	
II Região/Limoeiro	108,0	108,1	106,5	102,5	96,7	103,1	102,0	100,6	95,2	97,4	95,6	
III Região/Palmares	111,1	110,6	112,3	112,2	105,1	107,9	101,9	109,9	102,5	108,5	106,4	
IV Região/Caruaru	108,0	102,4	108,6	109,6	107,5	112,3	103,4	109,1	100,6	95,7	97,7	
V Região/Garanhuns	112,5	109,4	110,6	112,4	107,3	107,2	110,9	107,7	100,9	100,2	104,5	
VI Região /Arcoverde	99,1	106,0	106,2	106,9	103,6	109,7	99,9	105,1	90,6	94,9	95,0	
VII Região/Salgueiro	103,0	102,0	101,8	104,9	100,0	103,7	96,7	101,4	98,5	98,0	91,3	
VIII Região/Petrolina	109,4	107,1	101,2	103,6	101,6	96,6	103,7	109,9	95,8	96,9	101,0	
IX Região/Ouricuri	104,2	95,9	110,9	98,6	91,9	100,0	101,4	101,9	96,7	102,6	101,3	
X Região/Afogados da Ingazeira	110,9	105,1	112,6	108,8	109,0	110,4	103,4	101,6	91,8	104,4	101,1	
XI Região/Serra Talhada	111,8	114,9	116,0	118,6	123,3	128,5	124,2	133,5	115,4	95,6	107,4	
XII Região/Goiana	105,2	108,9	108,2	125,9	113,8	118,9	110,6	112,9	107,2	97,3	99,7	
Pernambuco	108,3	106,1	108,1	108,8	104,9	107,9	102,2	107,1	99,8	96,2	98,5	
Brasil	102,4	102,8	103,5	103,3	98,0	101,7	98,0	99,6	93,8	95,9	94,3	

Fonte: Programa Nacional de Imunizações / Ministério da Saúde (DATASUS).

Nota: * 2012 – ano de início de implantação da Penta (substituiu a Tetra e a Hepatite B aos 30 e 180 dias de vida).

Conforme a (Tabela 07) observa-se que em todos os anos, as coberturas da vacina Tetra bacteriana (até 2012) e Penta (de 2013 em diante) do estado de Pernambuco alcançaram a meta preconizada para a proteção da população alvo contra Difteria, Coqueluche, Tétano e *Haemophilus influenzae* (tetra) + Hepatite B (Penta). Ainda assim, foram confirmados 1.966 casos de coqueluche, 3 de difteria e 134 de tétano acidental entre 2007 e 2014.

Algumas Regiões apresentaram baixa cobertura em anos esporádicos da série (I, VI, VII e IX). Já no Brasil foram observadas baixas co-

berturas nos anos finais da série.

O grande aumento de casos de Coqueluche observado não pode ser diretamente relacionado à imunização, já que a cobertura varia inespecificamente. O acréscimo ocorre, provavelmente pela obrigatoriedade das notificações para tal agravio nos últimos anos, e consequentemente, o aumento de notificações realizadas. Para o Tétano acidental, de ocorrência na população adulta, percebe-se uma negligência na busca pelo serviço quando não é de obrigatoriedade empregatícia, gerando situação de risco.

3. HEPATITE B

Tabela 08. Cobertura Vacinal (%) para Hepatite B em menores de um ano por Região de Saúde, Pernambuco e Brasil - 2004 a 2012

Local	Hepatite B (Meta $\geq 95\%$)									
	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012*	
I Região/Recife	98,8	98,2	99,3	104,7	103,9	102,1	94,8	101,3	105,2	
II Região/Limoeiro	99,1	100,2	104,1	99,3	94,7	100,6	97,5	96,2	97,8	
III Região/Palmares	103,0	104,8	102,4	106,2	99,5	105,4	98,6	102,5	104,1	
IV Região/Caruaru	101,0	96,7	105,9	105,8	102,9	109,4	104,2	108,1	103,5	
V Região/Garanhuns	103,1	103,8	105,8	105,0	105,1	114,5	105,7	104,6	107,0	
VI Região/Arcos	91,9	98,1	99,5	99,9	103,6	103,8	96,9	97,2	90,2	
VII Região/Salgueiro	100,3	99,5	100,6	102,1	95,6	100,8	93,1	99,2	100,4	
VIII Região/Petrolina	98,9	102,6	99,1	99,0	100,3	104,1	100,2	105,9	97,4	
IX Região/Ouricuri	101,2	94,2	102,4	95,2	88,4	96,1	98,4	95,9	105,0	
X Região/Afogados da Ingazeira	106,8	99,2	110,7	105,3	101,8	108,6	101,2	99,1	90,7	
XI Região/Serra Talhada	98,9	105,9	107,4	113,5	116,2	124,9	115,9	128,9	128,0	
XII Região/Goiânia	94,5	98,7	99,0	114,7	109,2	114,7	101,9	110,3	108,4	
Pernambuco	99,5	99,3	101,8	104,1	102,3	105,1	98,8	103,0	103,7	
Brasil	96,3	98,5	100,3	99,9	96,1	100,2	96,1	97,7	96,7	

Fonte de dados: Programa Nacional de Imunizações / Ministério da Saúde (DATASUS).

Nota: * A implantação da Penta ocorreu em meados de 2012 (substituiu a tetra e a hepatite B aos 30 e 180 dias de vida).

Na série histórica entre 2004 e 2012, as coberturas da vacina Hepatite B para o Brasil e estado de Pernambuco alcançaram a meta preconizada (Tabela 08).

Ressalta-se que a partir de 2013, a cobertura da vacina Hepatite B passou a ser com-

putada por meio da vacina Penta, que protege contra difteria, coqueluche, tétano, *Haemophilus influenzae* e hepatite B.

Observa-se que algumas Regiões apresentaram baixas coberturas em anos esporádicos da série temporal.

4. POLIOMIELITE

Tabela 09. Cobertura Vacinal (%) para Poliomielite em menores de 1 ano por Regiões de Saúde, Pernambuco e Brasil - 2004 a 2014

Local	Poliomielite (Meta $\geq 95\%$)											
	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	
I Região/Recife	106,0	113,2	108,7	111,2	107,8	105,3	97,0	109,9	101,1	96,1	99,4	
II Região/Limoeiro	107,9	109,4	112,0	108,4	99,4	105,4	102,9	100,3	92,6	103,0	97,9	
III Região/Palmares	120,5	114,3	113,4	114,0	108,1	112,4	101,4	112,3	105,4	121,8	110,8	
IV Região/Caruaru	110,0	105,6	112,3	114,9	108,3	113,8	107,6	111,7	101,7	101,9	101,1	
V Região/Garanhuns	107,3	108,1	109,2	109,3	106,4	114,4	106,6	107,4	101,4	102,8	108,0	
VI Região/Arcoverde	124,5	112,9	107,1	106,4	102,2	114,2	95,7	113,8	93,3	103,1	94,9	
VII Região/Salgueiro	104,2	100,8	104,7	107,2	100,0	103,3	96,4	102,3	97,8	97,1	84,4	
VIII Região/Petrolina	104,6	102,4	104,5	101,4	101,7	97,8	98,2	108,7	96,5	98,7	101,8	
IX Região/Ouricuri	115,0	98,4	110,0	103,5	100,3	104,9	102,9	105,4	95,3	111,7	101,8	
X Região/Afogados da Ingazeira	113,4	105,1	111,7	112,4	109,1	109,9	102,2	99,3	92,1	103,3	105,2	
XI Região/Serra Talhada	112,4	116,2	117,1	121,1	123,9	128,6	124,5	132,6	116,3	99,1	131,9	
XII Região/Goiana	117,4	105,6	104,5	119,2	109,4	114,9	104,0	107,3	96,7	98,2	100,1	
Pernambuco	109,9	109,7	109,6	110,9	106,7	108,6	101,2	109,6	100,1	101,1	101,7	
Brasil	104,3	105,1	105,3	105,4	100,2	103,7	99,4	101,3	96,6	100,7	96,3	

Fonte: Programa Nacional de Imunizações / Ministério da Saúde (DATASUS).

Na série histórica, as coberturas da vacina Poliomielite para o Brasil e estado de Pernambuco alcançaram a meta preconizada. Algumas Regiões de Saúde apresentaram baixa cobertura em anos esporádicos da série (Tabela 09).

A diminuição, mesmo que esporádica, da cobertura em algumas Regiões de Saúde a partir de 2012, neste caso dá-se provavelmente pela mudança da fórmula de vacinação oral para injetável, que, em fase de transição, acarretou dificuldade na notificação.

Para manter a grande conquista alcançada na década de 90, a erradicação da poliomielite no território brasileiro, o cumprimento da meta de cobertura vacinal é fundamental, assim como a vigilância epidemiológica de paralisias flácidas agudas, para afastar a etiologia pelo poliovírus selvagem. Entre 2007 e 2014, 251 casos de paralisia flácida aguda foram notificados no estado de Pernambuco, nenhum deles com comprovação do poliovírus selvagem como etiologia.

5. ROTAVÍRUS HUMANO

Tabela 10. Cobertura Vacinal (%) para Rotavírus Humano em menores de 1 ano por Regiões de Saúde, Pernambuco e Brasil - 2007 a 2014

Local	Rotavírus Humano* (Meta $\geq 90\%$)							
	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
I Região/Recife	82,3	86,8	88,2	82,6	90,9	91,1	92,7	94,9
II Região/Limoeiro	78,8	86,7	95,6	91,9	88,8	91,5	98,7	96,8
III Região/Palmares	78,7	79,7	85,6	75,5	82,4	89,6	105,5	101,7
IV Região/Caruaru	84,8	89,1	98,0	88,2	93,9	91,0	94,4	97,5
V Região/Garanhuns	82,2	86,9	94,1	85,7	88,6	92,8	96,8	102,8
VI Região/Arcoverde	76,8	78,1	87,6	61,6	80,5	77,2	87,3	96,0
VII Região/Salgueiro	86,3	86,6	92,9	86,3	96,3	91,5	91,4	91,6
VIII Região/Petrolina	69,7	75,6	80,0	74,6	84,9	84,6	91,0	93,4
IX Região/Ouricuri	72,5	74,8	82,8	80,8	79,7	86,2	92,3	95,9
X Região/Afogados da Ingazeira	95,6	99,2	100,2	87,0	91,2	87,7	99,1	101,8
XI Região/Serra Talhada	86,7	96,0	112,9	105,4	107,5	103,8	99,0	109,0
XII Região/Goiana	88,0	82,2	95,2	93,3	95,5	102,8	101,2	106,5
Pernambuco	81,3	85,3	90,7	83,3	89,8	90,5	94,6	97,2
Brasil	79,8	81,2	86,0	83,0	87,1	86,4	93,3	92,0

Fonte: Programa Nacional de Imunizações / Ministério da Saúde (DATASUS).
Nota: * A implantação da vacina começou em meados de 2006.

A vacina Rotavírus humano oral foi implantada em meados de 2006. Portanto, só a partir de 2007, a cobertura dessa vacina passou a ser calculada.

Até 2012, a vacina deveria ser administrada

em crianças até 5 meses e 15 dias.

A partir de 2012, esse tempo limite foi ampliado para 7 meses e 15 dias, ampliando a oportunidade da criança à imunização, o que explicaria a maior cobertura vacinal após este período.

6. PNEUMOCÓCICA – 10 VALENTE E MENINGOCÓCICA C

Essas duas vacinas foram implantadas em meados de 2010. Com cobertura calculada a partir de 2011.

Tabela 11. Cobertura Vacinal (%) em menores de 1 ano por Região de Saúde, Pernambuco e Brasil - 2011 a 2014

Local	Pneumocócica-10 valente*				Meningocócica C*			
	(Meta $\geq 95\%$)				(Meta $\geq 95\%$)			
	2011	2012	2013	2014	2011	2012	2013	2014
I Região/Recife	92,6	94,2	88,3	93,0	110,2	103,7	97,9	97,9
II Região/Limoeiro	89,3	94,6	96,5	86,9	103,2	96,8	99,8	94,9
III Região/Palmares	85,2	98,8	108,1	104,2	93,5	96,3	108,5	104,2
IV Região/Caruaru	97,6	98,0	93,7	96,0	111,5	101,2	97,8	98,3
V Região/Garanhuns	94,4	97,2	94,9	97,7	102,9	103,7	100,4	100,4
VI Região/Arcoverde	86,8	83,0	88,8	84,7	110,0	87,5	95,2	92,1
VII Região/Salgueiro	91,3	99,7	101,4	93,5	105,5	97,3	94,7	90,5
VIII Região/Petrolina	97,3	97,2	94,3	94,7	117,4	101,1	101,7	99,0
IX Região/Ouricuri	86,1	91,2	100,4	96,3	100,2	94,8	99,6	94,8
X Região/Afogados da Ingazeira	84,9	93,5	102,1	99,4	102,4	92,4	97,0	96,6
XI Região/Serra Talhada	105,5	102,4	94,0	109,4	118,9	108,0	98,4	103,9
XII Região/Goiana	96,4	97,8	98,2	94,2	108,5	102,8	102,2	102,5
Pernambuco	92,7	95,2	93,3	94,6	108,1	100,8	99,1	98,2
Brasil	81,7	88,4	93,6	92,9	105,7	96,2	99,7	95,8

Fonte: Programa Nacional de Imunizações / Ministério da Saúde (DATASUS).
Nota: * A implantação da vacina começou em meados de 2010.

Entre 2011 e 2014, a vacina Meningocócica C apresentou melhor desempenho no alcance das metas que a vacina Pneumo-10.

A Pneumo-10, segundo o calendário vacinal, é realizada aos 2, 4 e 6 meses de vida da criança, junto a Pentabacteriana e Poliomielite. As múltiplas injeções em idade precoces tem gerado uma tendência de escolha pelas vacinas a serem administradas, em negligência de outras que fi-

cam para uma administração posterior que não acontece, explicando assim o fato de a meta dificilmente ser atingida nos anos estudados.

Quanto à vacina Meningo C, Pernambuco e Brasil atingiram a meta nos anos posteriores a sua implantação. Nota-se que três Regiões de Saúde não atingiram a meta em três dos quatro anos computados e outras três Regiões em um dos anos (Tabela 11).

7. TRÍPLICE VIRAL

Tabela 12. Cobertura Vacinal (%) de tríplice viral em crianças com 1 ano por Região de Saúde, Pernambuco e Brasil - 2004 a 2014

Local	Tríplice Viral- dose 1 (Meta >95%)										
	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
I Região/Recife	118,2	112,1	111,2	115,1	106,4	114,1	106,4	125,7	108,5	119,6	95,1
II Região/Limoeiro	111,6	106,1	106,6	106,5	98,0	107,7	105,2	103,4	96,8	120,9	116,0
III Região/Palmares	118,5	115,9	112,8	117,7	106,0	106,3	95,8	109,6	100,0	148,3	130,8
IV Região/Caruaru	109,4	106,6	109,1	112,5	104,8	111,6	101,5	102,4	103,0	113,6	106,7
V Região/Garanhuns	103,0	111,6	106,5	113,2	109,0	111,0	108,3	111,9	100,6	120,7	128,4
VI Região/Arcoverde	109,7	103,5	108,1	106,9	110,6	114,4	103,9	107,0	97,6	112,7	100,5
VII Região/Salgueiro	106,7	99,1	99,6	102,8	95,0	96,6	99,4	95,4	98,5	107,7	86,9
VIII Região/Petrolina	115,5	107,2	105,0	107,7	103,8	107,1	103,0	104,8	100,3	117,1	126,9
IX Região/Ouricuri	119,6	94,7	112,7	105,6	92,9	97,2	97,2	94,3	100,5	124,8	114,4
X Região/Afogados da Ingazeira	95,5	101,0	107,3	109,0	105,7	103,1	101,0	98,4	92,7	117,3	119,2
XI Região/Serra Talhada	114,2	116,6	113,7	118,9	122,4	117,5	122,4	124,9	117,8	118,6	142,1
XII Região/Goiana	103,0	107,7	119,9	135,2	113,7	121,8	116,3	109,5	118,4	133,4	134,3
Pernambuco	113,7	109,2	110,1	113,4	105,7	111,2	104,8	113,7	104,6	120,8	108,4
Brasil	110,9	106,6	105,4	106,8	99,8	103,7	99,9	102,4	99,5	107,4	112,1

Fonte: Programa Nacional de Imunizações / Ministério da Saúde (DATASUS).

Em todos os anos da série, as coberturas da vacina Tríplice viral alcançaram a meta preconizada no estado de Pernambuco e Brasil, para a proteção da população alvo contra Sarampo, Rubéola e Caxumba (Tabela 12).

Algumas Regiões de Saúde apresentaram

baixas coberturas em anos esporádicos da série temporal.

Ainda assim, o vírus selvagem do Sarampo voltou a circular no estado em 2013 e 2014, sendo registrado um surto da doença com 226 casos confirmados.

8. INFLUENZA

Tabela 13. Cobertura Vacinal (%) para influenza na população alvo por Região de Saúde, Pernambuco e Brasil - 2006 a 2014

Local	Influenza (Meta $\geq 80\%$)									
	2006*	2007*	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	
I Região/Recife	78,8	96,2	82,4	94,2	86,5	88,8	96,3	
II Região/Limoeiro	79,4	87,4	85,1	85,2	85,5	87,2	84,4	
III Região/Palmares	86,0	94,6	91,3	91,0	95,5	96,0	90,3	
IV Região/Caruaru	85,4	94,8	87,7	89,3	87,9	92,6	89,8	
V Região/Garanhuns	80,4	91,1	84,5	85,1	86,7	85,6	83,5	
VI Região/Arcoverde	75,9	85,0	84,0	86,9	83,5	88,5	89,7	
VII Região/Salgueiro	75,9	83,5	83,9	85,4	88,6	89,5	78,6	
VIII Região/Petrolina	74,6	88,6	84,3	85,3	86,3	88,7	86,1	
IX Região/Ouricuri	76,7	90,2	88,5	89,7	89,5	91,4	88,8	
X Região/Afogados da Ingazeira	76,9	86,2	77,4	78,1	80,5	83,3	86,0	
XI Região/Serra Talhada	74,3	88,2	87,9	88,5	89,8	93,5	90,1	
XII Região/Goiana	85,1	91,8	85,3	85,3	88,1	94,5	88,9	
Pernambuco	91,2	84,0	80,0	93,0	84,6	90,0	87,2	89,8	91,3	
Brasil	85,7	76,0	75,1	82,8	79,1	84,0	86,4	91,6	86,8	

Fonte: Programa Nacional de Imunizações / Ministério da Saúde (DATASUS).

Nota: *Dados não disponíveis por Região de Saúde.

Dados anteriores a 2006: não disponíveis na fonte consultada.

Os dados disponíveis a partir de 2006 mostram o alcance da meta da campanha anual de Influenza no estado de Pernambuco, diferentemente do Brasil que não alcançou a meta em anos esporádicos até 2014 (Tabela 13). Para as Regiões de Saúde as coberturas foram disponíveis a partir de 2008. Nesse ano, apenas quatro Regiões alcançaram a meta. Entre 2009 e 2014, a meta não foi alcançada pela VII Região em 2014 e pela X Região nos anos de 2010 e 2011.

AVANÇOS

- Melhoria das coberturas vacinais ao longo dos últimos dez anos;
- Expansão das salas de vacina em todo o Estado, contando atualmente com 2.250 salas de vacina;
- Ampliação do escopo de vacinas.

DESAFIOS

- Implantar o sistema nominal do Programa de Imunização em todas as salas de vacina do estado de Pernambuco. O sistema, de responsabilidade do MS, encontra-se implantado em 48 municípios e 380 salas de vacina;
- Qualificar a rede de frio das 12 Regionais de Saúde.

2.3.2 POLÍTICAS ESTRATÉGICAS

2.3.2.1 SAÚDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE

A população infantil (menores de 10 anos) estimada para Pernambuco, segundo o DATASUS em 2012, é de 1.443.596 habitantes, e a população de adolescentes (10 a 19 anos) de 1.674.662, correspondentes a 16,1% e 18,7%, respectivamente, da população total do Estado.

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) reúne um conjunto de ações programáticas e estratégias para o desenvolvimento da criança de zero a nove anos em todas as etapas do ciclo de vida.

Dentre os eixos estratégicos da PNAISC, destacamos:

- Atenção Humanizada Perinatal e ao Re-

cém-Nascido através da estratégia desenvolvida nas ações do Método Canguru (Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso);

- Aleitamento materno e alimentação complementar que desenvolve estratégias como a Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), Mulher Trabalhadora, Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil (EAAB), Rede de Bancos de Leite Humano e mobilização social;
- Desenvolvimento Integral da Primeira Infância através de estratégias junto à Atenção Primária, Brasil Carinhoso e Programa Saúde na Escola (PSE);
- Crianças com agravos prevalentes e doenças crônicas;
- Prevenção de Violências e Promoção da Cultura de paz;
- Criança com deficiências ou em situação de vulnerabilidades (Saúde Indígena, Saúde prisional e Situação de Rua);
- Prevenção do óbito infantil.

Em Pernambuco, tais ações estratégicas estão contempladas nas Redes de Atenção à Saúde relacionadas às áreas, a citar: Rede Cegonha, Pessoa com Deficiência, Urgência e Emergência, Atenção Psicossocial e Doenças Crônicas.

A Saúde do Adolescente é pautada na Diretriz Nacional de Atenção Integral à Saúde do Adolescente e Jovem, que faz interface com a Política Estadual de Fortalecimento da Atenção Primária, em consonância com o Pacto pela Vida, Programa de Saúde nas Escolas e o Programa Mãe Coruja Pernambucana, Saúde da Mulher, Vigilância Epidemiológica e DST/AIDS-Hepatites Virais, numa visão biopsicossocial.

A Política possui os seguintes eixos prioritários no Estado:

- **Crescimento e Desenvolvimento Saudáveis** - destaca-se como linha de ação a implantação da Caderneta do Adolescente, que é um instrumento norteador de promoção de ações educativas e consolidação de estilo de vida saudável. A Caderneta encontra-se implantada em todos os municípios do Estado, prioritariamente nos serviços de referência e nas

escolas públicas. A outra linha de ação é a imunização, destacando-se a vacina contra o papilomavírus humano (HPV), nas adolescentes na faixa etária de 09 a 13 anos, e até 24 anos nos casos de portadoras de HIV.

- **Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva** – tem como finalidade apoiar a integração e as articulações entre Unidades Básicas de Saúde, escolas e comunidade na garantia do direito à informação quanto às questões ligadas ao direito sexual e saúde reprodutiva, além de outros conteúdos abordados de forma transversal, como gênero, diversidade sexual e etnia.
- **Redução da morbimortalidade por violências e acidentes** - Algumas ações estão sendo implantadas para redução na morbimortalidade por violência e acidentes. Dentre elas estão à capacitação na linha de cuidado para atenção integral a saúde da criança e adolescentes e suas famílias em situação de violências, em parceria com a Secretaria de Direitos Humanos, Criança e Juventude, além das Secretarias Municipais de Saúde, como forma de fortalecer a rede de proteção às crianças e adolescentes em situação de vulnerabilidade, através de promoção da cultura de paz, estimulando o protagonismo desses adolescentes. Ressaltamos a implantação e a implementação dos planos operativos baseados na Política Nacional de Atenção Integral a Saúde de Adolescentes em regime de internação, junto aos municípios que possuem unidades socioeducativas (Recife, Jaboatão, Abreu e Lima, Cabo, Vitória de Santo Antão, Timbaúba, Caruaru, Arcoverde, Garanhuns e Petrolina). Nos últimos seis anos, apenas os municípios do Cabo de Santo Agostinho, Arcoverde, Garanhuns e Jaboatão estavam habilitados nesta Política, entretanto desde 2014, quando foi publicada a portaria GM nº 1083 e 1084 / 2014, os demais municípios que possuem as Unidades Socioeducativas encontram-se em processo de readequação dos planos operativos.

Avanços foram obtidos nos últimos anos em relação à melhoria da atenção à saúde

da criança em Pernambuco, baseados nos indicadores de saúde. Destaca-se entre as ações, o Programa Mãe Coruja Pernambucana implantado em 103 municípios selecionados por apresentarem elevados coeficientes de mortalidade infantil e materna do Estado; a ampliação do número de leitos de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e Unidade de Cuidados Intermediários (UCI) neonatais assim como de leitos de Enfermarias e UTI Pediátrica, sem, no entanto, perder de vista as ações básicas de promoção à saúde das crianças (aleitamento materno, imunização, atenção às doenças preveníveis e a ampliação da cobertura da Triagem Neonatal biológica).

Rede de Assistência Hospitalar Infantil

A SES-PE vem ampliando e descentralizando a assistência obstétrica e neonatal no Estado, incluindo leitos para gestantes e crianças de alto risco. Unidades de Terapia Intensiva também tem sido uma prioridade da gestão, com incremento do número de leitos de UTI Neonatal e UTI Pediátrica na rede pública de saúde, e nas conveniadas aos hospitais privados. Comparando aos dados disponíveis no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) em 2012, observamos que existiam 80 leitos de UTI Neonatal o que corresponde a um incremento de 55% no número de leitos disponibilizados em 2015, e um aumento de 19,5 % de leitos de UTI Pediátrica (de 87 em 2012 para os 104 atuais).

Atenção Humanizada Perinatal e ao Recém-Nascido

Em relação ao Método Canguru Pernambuco tem um Centro de Referência Nacional que é o Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (IMIP) e um Centro de referência Estadual que é o Hospital Agamenon Magalhães no Recife, ambos credenciados pelo MS.

Atualmente os leitos da rede de Pernambuco estão disponibilizados em Recife no IMIP, Hospital Agamenon Magalhães (HAM), Hospital Barão de Lucena (HBL) e Centro Integrado de Saúde Amaury de Medeiros (CISAM). No interior do estado encontram-se no Hospital Jesus Nazareno em Caruaru e Hospital Dom Malan em Petrolina.

Dentre as dificuldades encontradas na Rede de Assistência ao Método Canguru te-

mos como principal entrave, o déficit de leitos para o desenvolvimento do Método.

Aleitamento Materno e Alimentação Complementar

• Hospitais Amigos da Criança

A Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC) foi idealizada em 1990 pela OMS e pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) para promover, proteger e apoiar o aleitamento materno. O objetivo é mobilizar os funcionários dos estabelecimentos de saúde para que mudem condutas e rotinas responsáveis pelos elevados índices de desmame precoce.

Em 2014, na Portaria nº 1.153 referente à IHAC, o MS em consonância com a Rede Cegonha, redefine os critérios de habilitação dos Hospitais Amigos da Criança, como estratégia de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno e à saúde integral da criança e da mulher, no âmbito do SUS. Atualmente o estado de Pernambuco possui 13 Hospitais habilitados na iniciativa, sendo dez na região metropolitana do Recife e três no interior do estado (Caruaru, Petrolina e Araripe).

• Salas de Apoio à Mulher Trabalhadora que Amamenta

O apoio à mulher trabalhadora que amamenta é sustentado em três pilares: Licença maternidade de 6 meses – Empresa Cidadã; Creche no local de trabalho da mulher e Salas de Apoio à Amamentação.

O objetivo das salas de apoio à amamentação é garantir a manutenção do aleitamento materno quando a mãe retorna ao trabalho, e o direito da criança à amamentação com o intuito de proteger seu desenvolvimento saudável (afetivo e psicomotor). As salas são locais destinados à retirada e estocagem de leite materno durante a jornada de trabalho atendendo às mulheres que precisam esvaziar as mamas durante o expediente para oferecer o leite à criança em outro momento. Esta ação foi implantada em 2013 no estado de Pernambuco, e atualmente conta com 13 Salas de Apoio, todas certificadas pelo MS. No Recife localizam-se nas seguintes unidades: IMIP, Hospital das Clínicas, Maternidade

Bandeira Filho, Hospital Agamenon Magalhães, Hospital Barão de Lucena, Maternidade Arnaldo Marques, Companhia Hidrelétrica do São Francisco (CHESF), UNIMED Recife e Consultório de Aleitamento Materno (AMA). As demais salas localizam-se no Hospital Memorial Guararapes (Jaboatão dos Guararapes), no Hospital Jesus Nazareno e Faculdade Associação Caruaruense de Ensino Superior (Caruaru) e no Hospital Dom Malan (Petrolina).

• Rede de Bancos de Leite Humano

A Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano, criada em 1998 pelo MS e pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) promove a expansão quantitativa e qualitativa dos Bancos de Leite Humano no Brasil, mediante integração e construção de parcerias entre órgãos federais, iniciativa privada e sociedade. Tem como objetivos principais promover, proteger e apoiar o aleitamento materno, além de coletar e distribuir leite humano de qualidade certificada, contribuindo para a redução da mortalidade infantil, e somar esforços ao Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal.

A Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano organizada em Pernambuco a partir de 2011 dispõe de oito bancos de leite humanos públicos.

Dados do Programa Nacional de Qualidade em Bancos de Leite Humano, da Fiocruz, apontam que entre 2011 e 2013, foram coletados 23.571 litros de leite de 17.340 doadoras, e distribuídos 19.684 litros para 24.243 receptores. O banco de leite do IMIP foi o que recebeu a maior doação (em média 3.731 litros/ano) já a Maternidade Bandeira Filho foi a que coletou, em média, a menor quantidade de leite humano (63 litros/ano).

Notou-se também um aumento do volume médio de leite humano coletado, passando de 1,16 em 2011 para 1,50 litros/doadora em 2013. Em contrapartida houve uma diminuição do número de doadoras, sinalizando ainda a necessidade de intensificação das campanhas de incentivo a doação.

• Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil (EAAB)

A Estratégia Nacional para Promoção do

Aleitamento Materno e Alimentação Complementar Saudável no SUS - Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil, lançada em 2012, tem como objetivo qualificar processo de trabalho dos profissionais da Atenção Básica com o intuito de reforçar e incentivar a promoção ao aleitamento materno e à alimentação saudável para crianças menores de dois anos no âmbito do Sistema Único de Saúde. Essa iniciativa é o resultado da integração de duas ações importantes do MS: a Rede Amamenta Brasil e a Estratégia Nacional para a Alimentação Complementar Saudável (ENPACS).

Até o momento, o Estado não possui nenhuma Unidade Básica de Saúde certificada nesta estratégia, implicando na necessidade de propormos a sensibilização e o apoio junto aos municípios para sua implementação.

• **Triagem Neonatal Biológica**

A Triagem Neonatal Biológica, mais conhecida como o Teste do Pezinho, possibilita o diagnóstico precoce de doenças genéticas, metabólicas e hormonais que, se tratadas em tempo hábil, podem evitar o aparecimento de sintomas e sequelas irreversíveis, como é o caso do Hipotireoidismo Congênito e da Fenilcetonúria que levam ao retardamento mental.

Atualmente no Estado, existem 203 postos de coleta do "Teste do Pezinho" em funcionamento, distribuídos em 180 Municípios. Apenas os municípios de Machados e Paudalho (II Região); Paranatama (V Região) e Tupanatinga (VI Região) não possuem serviços de coleta, e espera-se que até o final de 2015 esses municípios estejam com os postos de coleta em funcionamento.

Pernambuco realiza a triagem para Fenilcetonúria, Hipotireoidismo Congênito, Fibrose Cística, Doença Falciforme e outras Hemoglobinopatias. A rede de assistência para diagnóstico e tratamento encontra-se estabelecida no Hospital Barão de Lucena (Fenilcetonúria e Hipotireoidismo Congênito), HEMOPE (Doença Falciforme e outras Hemoglobinopatias) e no Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira - IMIP (Fibrose Cística).

Desde 2004, o Estado vem ampliando a cobertura na Triagem Neonatal Biológica, com um incremento de 89,5% entre este ano e

2013. Ainda no período em análise, verifica-se tendência de crescimento na cobertura sendo esperado um aumento médio anual de 3,3%.

Monitoramento da Criança de Risco

O Estado de Pernambuco desde 2000 vem desenvolvendo a estratégia de monitoramento da criança de risco, ou seja, dos recém-nascidos prematuros, com baixo-peso ao nascer (<2500g), com Apgar no 5º minuto de vida menor que 7, desnutridos, filhos de mães adolescentes e/ou em situação de vulnerabilidade social, acompanhando-os durante o primeiro ano de vida. Para efetivar este Programa já foram realizadas capacitações com os Coordenadores da Saúde da Criança das Regiões de Saúde, profissionais dos Cantos Mãe Coruja e técnicos da vigilância epidemiológica.

O monitoramento destes casos através de planilhas não está sendo efetivo, diante da fragilidade dos dados enviados esporadicamente, implicando na necessidade de uma reestruturação na estratégia para continuidade da vigilância das crianças com esse perfil. A criação de um sistema de informações pode vir a ser uma solução para o problema.

Crianças com agravos prevalentes e doenças crônicas

A estratégia para a Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI) tem como objetivo principal identificar sinais clínicos que permitam a avaliação e classificação adequada do quadro e fazer uma triagem rápida quanto à natureza da atenção requerida pela criança menor de cinco anos, por exemplo, o encaminhamento urgente a um hospital, a tratamento ambulatorial ou a orientação para cuidados e vigilância no domicílio.

Tem base em três pilares básicos: o primeiro é a capacitação de recursos humanos no nível primário de atenção, com a consequente melhoria da qualidade da assistência prestada; o segundo é a reorganização dos serviços de saúde, na perspectiva da AIDPI; e o último é a educação em saúde, na família e na comunidade, de modo que haja uma participação de todos na identificação, con-

dução e resolução dos problemas de saúde da família.

No Brasil, a estratégia AIDPI foi adaptada às características epidemiológicas da criança e às normas nacionais. As condutas preconizadas pela AIDPI incorporam todas as normas do MS com atualizações esporádicas.

Pernambuco coordenou a revisão nacional da AIDPI junto ao MS, com incorporação de novos temas importantes para a atenção integral à saúde da criança, por exemplo, a abordagem à avaliação do seu desenvolvimento e a avaliação daquela exposta a situações de violência. Os novos módulos e o manual de quadros deverão ser disponibilizados para todo o Brasil a partir do segundo semestre de 2015; os cursos "piloto" estão sendo realizados aqui em Pernambuco para a Saúde Indígena pelo IMIP.

Já a AIDPI Neonatal é uma estratégia que aguarda orçamento para aplicar as capacitações em parceria com a Superintendência de Atenção Primária (SAP).

Prevenção de Violências e Promoção da Cultura de Paz

A abordagem estratégica à prevenção das violências é realizada através da Linha de Cuidado para a Atenção Integral à Saúde de Crianças, Adolescentes e suas Famílias em Situação de Violências, desenvolvida em conjunto com outras secretarias estaduais e municípios como descrito abaixo na seção sobre Saúde do Adolescente.

2.3.2.2 SAÚDE DA MULHER

Desde 1983, com a criação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), a atenção à Saúde da Mulher deixou de ser unicamente voltada para a relação materno-infantil, passando a incorporar a assistência em todas as etapas da vida. O programa dá ênfase às preocupações com doenças ginecológicas prevalentes, prevenção e tratamento de doenças sexualmente transmissíveis (DST) e AIDS, além de assistência às mulheres vítimas de violência incluindo o aborto previsto em lei.

O PAISM incorporou como princípios e di-

retrizes, as propostas de descentralização, hierarquização, regionalização dos serviços, integralidade e a equidade da atenção e aponta como lacunas: o climatério/menopausa; queixas ginecológicas; infertilidade e reprodução assistida; doenças crônico-degenerativas; saúde ocupacional; saúde mental; e doenças infectocontagiosas.

Na área da Saúde da Mulher, a Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS 2001) estabelece como atribuição para os municípios a garantia das ações básicas mínimas de pré-natal e puerpério, planejamento familiar e prevenção do câncer de colo uterino.

No estado de Pernambuco a política de atenção à Saúde da Mulher tem como missão desenvolver, promover, coordenar, avaliar e definir as diretrizes do PAISM, compostas por Programas e Estratégias de Ação, relacionadas abaixo:

- Planejamento Reprodutivo;
- Rede Cegonha;
- Programa de Combate à Mortalidade Materna;
- Assistência ao Climatério;
- Programa de controle de câncer do colo do útero e da mama;
- Programa Estadual de Parteiras Tradicionais (PEPT);
- Programa de Atenção à Mulher em situação de violência.

A população geral de Pernambuco em 2010 era de 8.931.028 pessoas e dentre essas, 4.635.364 eram mulheres. O quantitativo de mulheres em idade fértil era de 2.958.722 e a expectativa de vida da população feminina ao nascer correspondia a 76,3 anos (IBGE, Censos e Estimativas). O IBGE não lançou estimativa por sexo para o ano de 2013. Por isso, sugiro usar a de 2012. Segundo o DATASUS, com relação à mortalidade feminina, no ano de 2013 ocorreram 3.205 óbitos de mulheres em idade fértil (10 a 49 anos).

Planejamento Reprodutivo

A assistência ao Planejamento reprodutivo está pautada no princípio da paternidade responsável e no direito de livre escolha dos indivíduos e/ou casais (Artigo 226, Parágrafo VII, da Constituição da República Federativa

do Brasil). A Lei 9.263 de 12 de Janeiro de 1996 estabelece que as instâncias gestoras do SUS, em todos os seus níveis, estão obrigadas a garantir à mulher, ao homem ou ao casal, em toda a sua rede de serviços, assistência à concepção e contracepção como parte das demais ações que compõem a assistência integral à saúde. Tem como ponto importante garantir as práticas da laqueadura de trompas e da vasectomia dentro das

alternativas de anticoncepção, por meio do direito à livre escolha dos indivíduos e a prevenção a gravidez indesejada/não planejada.

Desde 2010 o Estado de Pernambuco empreendeu esforços para credenciar os hospitais regionais para realização dos referidos procedimentos e, dentre estes, apenas o Hospital Belarmino Correia da XII Região de Saúde não está credenciada para contracepção cirúrgica.

Tabela 14. Número de procedimentos de laqueadura tubária por Região de Saúde de internação, segundo ano de realização. Pernambuco, 2008-2014.

Região Saúde-Int	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	Total
2601 Recife	946	952	667	668	612	487	420	4.752
2602 Limoeiro	-	-	-	-	-	-	-	-
2603 Palmares	1	1	9	5	36	179	109	340
2604 Caruaru	213	150	107	145	149	64	148	976
2605 Garanhuns	-	-	-	-	-	-	-	-
2606 Arcoverde	-	-	-	-	-	-	-	-
2607 Salgueiro	-	-	15	26	32	48	90	211
2608 Petrolina	-	-	24	192	101	70	118	505
2609 Ouricuri	-	-	-	5	21	24	20	70
2610 Afogados da Ingazeira	-	-	-	2	12	2	5	21
2611 Serra Talhada	-	-	-	-	34	27	18	79
2612 Goiana	-	-	-	-	-	-	-	-
Total	1.160	1.103	822	1.043	997	901	928	6.954

Fonte: SIH/SUS.

Segundo a (tabela 14), no que se refere à laqueadura tubária, no período de 2008 a 2014 foram realizadas 6.954 procedimentos, sendo a I Região de Saúde responsável por 68,3% do total. Uma das justificativas é que nesta Região está concentrada a maior população do Estado, além de ter o maior número de serviços. No entanto, ressalta-se uma redução da ordem de

20% ao longo destes anos, especialmente na I Região (-55,6%).

Dentre as Regiões que apresentaram menos de 100 procedimentos anuais destacam-se a IX, X e a XI Regiões, que juntas realizaram 2,4% dos procedimentos no período, e entre as que não apresentaram registros temos a II (habilitada desde 2014), a V e a VI Regiões.

Tabela 15. Número de procedimentos de vasectomia por Região de Saúde de internação, segundo ano de realização. Pernambuco, 2008-2014.

Região Saúde-Int.	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	Total
2601 Recife	782	814	633	644	739	1.000	2.046	6.658
2602 Limoeiro	-	-	-	-	-	-	-	-
2603 Palmares	2	2	5	4	3	9	4	29
2604 Caruaru	10	11	9	11	6	10	21	78
2605 Garanhuns	-	-	-	-	-	-	-	-
2606 Arcoverde	-	-	-	-	-	-	-	-
2607 Salgueiro	-	-	8	10	22	15	24	79
2608 Petrolina	-	-	-	-	-	-	-	-
2609 Ouricuri	-	-	-	4	4	4	3	15
2610 Afogados da Ingazeira	-	-	-	2	5	3	5	15
2611 Serra Talhada	-	-	-	2	4	2	3	11
2612 Goiana	-	-	-	-	-	-	-	-
Total	794	827	655	677	783	1.043	2.106	6.885

Fonte: SIH/SUS.

Com relação à vasectomia, foram realizados 6.885 procedimentos no período de 2008 a 2014, sendo a I Região responsável por 96,7% do total. As demais Regiões apresentaram um número menor do que 100 procedimentos anuais (III, IV, VII, IX, X, XI) ou nenhum procedimento (II, V, VI). A VIII Região não está credenciada para a realização da vasectomia. Esses dados reforçam a necessidade de aumentarmos a oferta do método nas demais Regiões. Diferentemente da laqueadura, a vasectomia quase que triplicou o número de procedimentos realizados de 2008 para 2014 (Tabela 15).

Uma das grandes dificuldades da atualidade é garantir que essa assistência não se restrinja apenas a distribuição de métodos contraceptivos, a exemplo da pílula, e que os usuários, baseados em ampla informação e orientação, possam fazer as suas escolhas dentre os métodos disponibilizados. Essa prática levaria a uma diminuição da subutilização de alguns métodos, a exemplo do Dispositivo intra-uterino (DIU). Como agravante, não dispomos de sistema de informação que possa nos auxiliar no monitoramento dessas ações, bem como, na identificação de quais dos métodos são os mais utilizados.

MÃE CORUJA

O Programa Mãe Coruja criado em 2007, por meio do decreto de nº 30.859 tem como obje-

tivo garantir a atenção integral às gestantes usuárias do Sistema Único de Saúde e seus filhos até 5 anos, criando uma rede de cuidado para redução da mortalidade materna e infantil, articulando ações estratégicas nos eixos de saúde, educação, desenvolvimento e assistência social.

O Programa está presente em 105 municípios do Estado, sendo 103 de gestão Estadual e 2 Municipal e tem cadastradas e acompanhadas mais de 140 mil mulheres e 80 mil crianças.

REDE CEGONHA

A Rede Cegonha foi implantada através da Portaria GM/MS Nº. 1.459 de 24 de junho de 2011 e tem como principais objetivos, fomentar a implementação de um novo modelo de atenção ao parto, nascimento e à saúde da criança; organizar a rede de atenção para garantir acesso, acolhimento e resolutividade; reduzir a mortalidade materna e infantil com ênfase no componente neonatal. Tem como público-alvo a mulher no período da gestação, parto, pós-parto e o desenvolvimento da criança até os dois primeiros anos de vida.

Pernambuco foi o primeiro estado brasileiro a implantar a Rede Cegonha, aprovando a remodelagem da Rede Materna e Infantil do Estado através da Resolução CIB/PE Nº. 1.723, de 19 de setembro de 2011, assim como, insti-

tuiu o Grupo Condutor Estadual da Rede Cegonha (GCRC), publicado através da mesma Resolução CIB/PE. O GCRC vem trabalhando as discussões de reestruturação da rede, além da implementação dos Planos de Ação Regionais.

Mediante importância da reestruturação da Rede Materna e Infantil Estadual, inúmeros esforços foram instituídos, e no ano de 2013, Pernambuco encontrava-se com a Rede Cegonha totalmente pactuada e os planos de ação regionais encaminhados ao MS. Essas ações tinham o objetivo de melhorar a saúde para a população pernambucana e reduzir a morbi-mortalidade materna e infantil.

Compondo a Rede Cegonha no Estado, estão pactuadas as seguintes maternidades de alto risco:

1. CISAM - Recife;
2. Hospital das Clínicas - Recife;
3. Hospital Agamenon Magalhães - Recife;
4. Hospital Barão de Lucena - Recife;
5. Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (IMIP) - Recife;
6. Maternidade Santa Lúcia – Recife;
7. Hospital Dom Malan - Petrolina;
8. Hospital João Murilo – Vitória de Santo Antão;
9. Hospital Jesus Nazareno (FUSAM) – Caruaru;
10. Hospital Silvio Magalhães – Palmares.

A qualidade da assistência prestada durante o pré-natal de risco habitual, alto risco e puerpério ainda representa um grande desafio, principalmente na garantia dos exames mínimos a serem realizados, a exemplo da eletroforese de hemoglobina, e do conhecimento e vinculação à maternidade no momento do parto (Lei Nº 11.634/2007).

Um dos entraves da rede obstétrica tem sido a garantia do parto de risco habitual por parte dos municípios, mesmo os que possuem maternidades, uma vez que não conseguem garantir a equipe obstétrica completa preconizada (2 obstetras, 1 pediatra, 1 anestesista e 1 enfermeiro obstétrico). Esta problemática tem levado a superlotação das maternidades estaduais que, além de provocar o deslocamento dessas gestantes da região onde moram para regiões distantes, podem ocasionar situações em que gestações de baixo risco evoluam para partos de alto risco.

Não obstante, as maternidades de alto risco

que são de gestão estadual, passam a receber um quantitativo maior de gestantes de alto risco que o previsto pela OMS que é de 15% do total de gestantes ao ano.

Em 2015, segundo dados do SISPART/MS, estimam-se para Pernambuco, mais de 133 mil gestantes e destas, 113 mil serão gestantes de risco habitual e 20 mil gestantes de alto risco. A maior concentração se dará na I Região, correspondendo a 38%.

Como desafios para a melhoria da rede obstétrica, pode-se citar o fortalecimento dos Grupos Condutores Regionais, a realização dos Fóruns Regionais para discussão da linha de cuidado e a construção de estratégias para resolução dos nós críticos encontrados em relação ao pré-natal, assistência ao parto e nascimento e acompanhamento da criança; a garantia do acompanhante da escolha da mulher em todas as unidades estaduais e em todo o período de internação; vinculação das gestantes às maternidades de referência para o parto; efetivação das boas práticas dentro das maternidades de Alto Risco e Risco Habitual e a utilização de práticas baseadas em evidências científicas na assistência ao parto e nascimento.

O MS vem estimulando a construção de Centros de Parto Normal (CPN) como instrumento potente para a mudança do modelo vigente de atenção ao parto através da atuação neste espaço da enfermagem obstétrica. Atualmente, o Estado conta com um CPN cadastrado no IMIP e mais dois em fase de cadastramento, mas já em funcionamento, sendo um em Caruaru e outro em São Lourenço da Mata. No momento, foi aprovada pelo MS a construção de mais seis CPNs em Pernambuco.

MORTALIDADE MATERNA

Como definição, morte materna é a morte da mulher durante a gestação ou até 42 dias após o término da gestação. A mortalidade associada ao ciclo gravídico puerperal chama a atenção, pois são mortes envolvendo o ciclo natural da vida, perpetuação da espécie e vivência da sexualidade e não, mortes ocasionadas por doenças. Como agravante, em 92% dos casos, essas mortes maternas são evitáveis.

No relatório de monitoramento da CEDAW (Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women - Comitê para

a Eliminação de todas as Formas de Discriminação contra a Mulher), o Brasil foi o 4º país mais lento em reduzir a mortalidade materna. A meta estabelecida pela OMS até 2015 era de 75% e o país só reduziu 43% (1993-2013). A OMS considera índices elevados aqueles acima de 50 óbitos por 100.000 nascidos vivos.

Pernambuco conta com o Comitê de Mortalidade Materna instalado, que tem a tarefa de analisar os óbitos em todas as suas etapas classificando-os em evitáveis ou não, além da participação na discussão e encaminhamentos das políticas de combate e prevenção das mortes materna.

Para alcançar a meta de redução de óbitos maternos, a estratégia prioritária é organizar a linha de cuidado de forma a garantir a continuidade da atenção integral humanizada e de qualidade desde a Atenção Primária até a Alta Complexidade, em consonância com as Políticas de Saúde da Mulher, Pacto pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal (2004), Programa Mãe Coruja Pernambucana (2007) e Rede Cegonha (2011). Existem ainda dificuldades no monitoramento dos óbitos maternos que vão desde o preenchimento inadequado das declarações de óbito até a subnotificação dos óbitos maternos declarados, além dos entraves durante a investigação e discussão dos mesmos, desafios que devem ser enfrentados no próximo período.

ASSISTÊNCIA AO CLIMATÉRIO

Climatério é a fase da vida da mulher na qual ocorre a transição do período reprodutivo para o não reprodutivo que acontece na meia idade (35 a 65 anos de idade). Menopausa é, simplesmente, a última menstruação. A menopausa ocorre em geral ao redor dos 48 - 50 anos de idade, e seu diagnóstico clínico é feito de forma retrospectiva quando a amenorréia (ausência de menstruação) atinge 12 meses.

Segundo o IBGE, a expectativa de vida das mulheres ao nascer aumentou no Brasil. O índice que em 2010 era de 77,6 anos, passou para 78,5 anos em 2013. Pernambuco também manteve a tendência de aumento neste indicador que, no ano de 2010 era de 75,5 anos, passou para 76,5 anos. Com o aumento da expectativa de vida, a rede de atenção à mulher necessita estar preparada para progressivamente receber mais mulheres com mais idade.

Segundo o anuário de Pernambuco de 2013, a população de mulheres entre 35 e 65 anos é de 1.729.000 mulheres, período que ocorre o climatério, o que representa 35,69% de mulheres pernambucanas.

Considerando que o atendimento à Saúde da Mulher deve ser realizado de forma integral, ela deve ser acompanhada visando à promoção à saúde, o diagnóstico precoce, o tratamento imediato dos agravos e a prevenção de danos devem ser realizados pela rede de atenção à saúde, respeitando-se todas as especificidades das mulheres levando-se em conta a prevalência das doenças mais comuns da meia idade.

A ausência de um atendimento informatizado minucioso, que contemple sinais e sintomas próprios do climatério no SUS, conduz a ausência de dados dificultando as ações que poderiam ser priorizadas para essa população.

PROGRAMA ESTADUAL DE CONTROLE DO CÂNCER DO COLO DO ÚTERO E MAMA

Segundo dados estimados do Instituto Nacional do Câncer (INCA) para 2014 no Brasil, o câncer de mama foi o mais frequente nas mulheres das regiões Sudeste (71,18/ 100 mil), Sul (70,98/ 100 mil), Centro-Oeste (51,30/ 100 mil) e Nordeste (36,74/ 100 mil). Já o câncer do colo do útero foi o mais incidente na região Norte (23,57/ 100 mil) e o segundo mais frequente nas regiões Nordeste (18,79/100mil) e Centro – Oeste (22,19/100mil).

Em Pernambuco, o INCA estimou a ocorrência de 970 casos novos de câncer do colo uterino para o ano de 2014, ou seja, uma incidência de 20,47 casos a cada 100.000 mulheres, e 2.450 casos novos de câncer de mama para o ano de 2014, ou seja, uma incidência de 51,64 casos a cada 100.000 mulheres.

CÂNCER DE COLO DO ÚTERO

Segundo a Agência Internacional de Registros de Câncer (IARC/OMS) as estimativas de câncer de colo do útero no Brasil para os anos de 2015 e 2020 são respectivamente, 19.820 e 22.211 casos novos. Já a mortalidade é de 9.100 mortes para 2015 e 10.383 mortes para 2020.

No Brasil, o método de rastreamento do câncer do colo do útero e de suas lesões precursoras é o exame citopatológico. O intervalo

entre os exames deve ser de três anos, após dois exames anuais negativos. O INCA recomenda o início da coleta aos 25 anos de idade para as mulheres que já iniciaram a atividade sexual, seguindo até os 64 anos de idade.

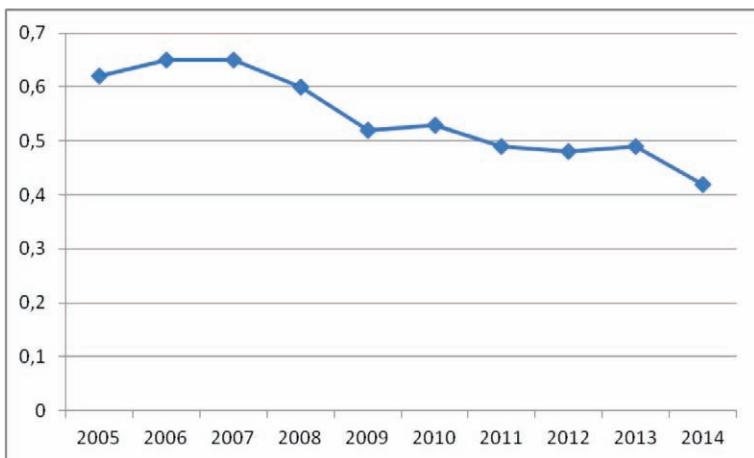
Atingir uma alta cobertura, ou seja, 80% da população prioritária é o componente mais importante no âmbito da Atenção Primária para que se obtenha significativa redução da incidência e da mortalidade por câncer do colo do útero. Como estratégias para o controle desse agravo, além da realização do exame citopatológico, é preciso garantir o tratamento adequado da doença e das lesões precursoras em 100% dos casos, e ainda, o monitoramento da qualidade do atendimento à mulher, nas diferentes etapas.

A população feminina do Estado de Pernambuco na faixa etária prioritária de 25 a 64 anos é de 2.290.710 mulheres, segundo dados do IBGE em 2012. Considerando que o rastre-

amento deve ser feito de três em três anos, o quantitativo de mulheres necessário para garantir a cobertura equivale a 1/3 dessa população é de 763.570 mulheres ao ano. Em 2014, o total de exames citopatológicos realizados foi de 415.292 e dentre estes, 323.217 (77,82%) na faixa etária prioritária. O indicador utilizado para o monitoramento do acesso dessa população ao exame é a razão (número de exames realizados nas mulheres de 25 a 64 anos / população de mulheres na mesma faixa etária), e o valor alcançado em 2014 no Estado de Pernambuco foi de 0,42.

No período entre 2005 e 2008, o indicador esteve relativamente estável, no entanto, a partir de 2009, houve um declínio gradativo (vide Figura 77). Esse indicador tinha como fonte de dados até 2011 o Sistema de Informação do Câncer do Colo do Útero (SISCOLO), mas em 2012, o MS alterou a fonte do cálculo para o Sistema de Informação Ambulatorial (SIA).

Figura 77. Indicador Razão dos exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 24 a 64 anos. Pernambuco, 2005 – 2014.



Fonte: SISCOLO/PE 2005 a 2008 e SIA - TABNET 2009 a 2014

Analisando este indicador por Região de Saúde, e comparando com o alcançado pelo Estado em 2014, observamos que as Regiões I, III, V, VIII, IX e XI apresentaram valores inferiores a 0,42, destacando a V, VIII e IX com valores abaixo de 0,30. Cabe dizer que esses números podem estar subnotificados em algumas Regiões por falta de alimentação do Sistema de Informação.

No ano de 2007 o Estado de Pernambuco contava com 42 prestadores de serviços

em citopatologia cérvico-vaginal (públicos e privados conveniados ao SUS) e em 2013 esse número chegou a 61 laboratórios. Estes foram responsáveis por uma produção média de 500.000 exames. Dados do ano de 2013 mostram que do total de laboratórios credenciados, 13 (21,31%) tiveram produção acima de 15 mil exames (número de exames/ano considerado satisfatório para um bom desempenho) e 32 (52,45%) tiveram uma produção menor que 5 mil exames/ano.

Importante salientar que os dados apresentados na Tabela 16 se referem ao ano de 2013, pois em virtude da implantação de um novo sistema em plataforma web (Sistema de

Informação do Câncer - SISCAN) em março de 2014, não foi possível avaliar os indicadores deste mesmo ano, porque o SISCAN ainda não disponibiliza extração de dados.

Tabela 16. Número de prestadores de serviços de citopatologia e indicadores de qualidade dos exames citopatológicos. Pernambuco, 2005 – 2013.

Ano	Nº de prestadores	Quantidade Total de Exames	% Lâminas insatisfatórias	% Exames positivos	% Lesão de alto grau
2007	42	590.982	3,87	1,33	0,24
2008	42	567.265	3,69	1,43	0,26
2009	45	532.375	3,97	1,47	0,25
2010	47	529.387	3,56	1,43	0,23
2011	47	504.742	4,22	1,50	0,26
2012	54	485.772	3,79	1,69	0,30
2013	61	515.543	3,77	1,79	0,30

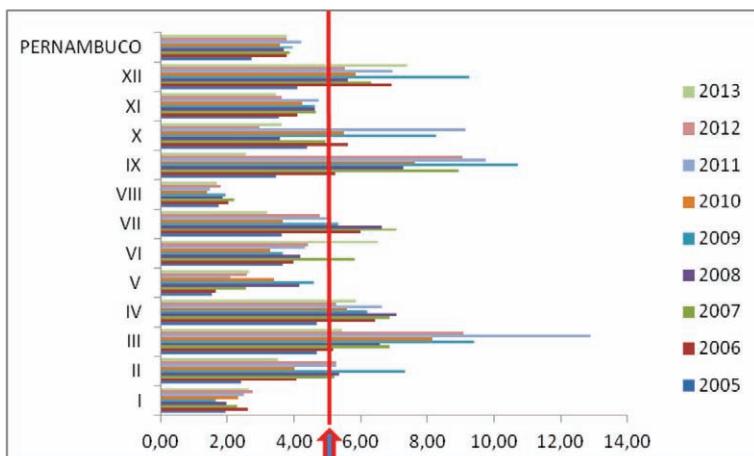
Fonte: SISCOLO-GEASM-SES/PE

Como indicadores de qualidade podemos citar o percentual de exames citopatológicos insatisfatórios e o índice de positividade, e sobre eles iremos discursar a seguir.

Conforme a Figura 78, no período de 2005 a 2013 o percentual de exames insatisfatórios no Estado, variou de 3,77 a 4,22, ficando dentro dos limites aceitáveis pelo INCA que é de até 5%.

Quando estratificamos os percentuais dos exames insatisfatórios por Regiões de Saúde observamos que poucas Regiões (I, V, VIII e XI) se mantiveram de forma regular nos limites aceitáveis neste período, no entanto, as que se mantiveram, foram suficientes para manter Pernambuco dentro dos índices. A III, IV, IX e a XII Regiões se mantiveram acima do aceitável em quase toda série histórica.

Figura 78. Percentual de exames insatisfatórios por GERES. Pernambuco, 2005 – 2013.



Fonte: SISCOLO-GEASM-SES/PE

Com relação aos índices de positividade (número de exames positivos/número de exames satisfatórios), observa-se um aumento desse indicador ao longo dos anos, sem, no entanto, alcançar o índice aceitável de pelo menos 3%, ademais, as lesões de alto grau, que são as lesões de maior interesse por apresentarem maior potencial de progredir para o câncer invasor, vêm se mantendo em 0,3 (desejável de 0,45).

O detalhamento desse índice por prestador mostrou que ao longo dos anos, havia grande concentração de laboratórios na categoria de positividade menor que 2,0%, e estes foram responsáveis por quase 82% da produção do Estado.

Em contrapartida, nove laboratórios apresentaram índice de positividade variando entre 3,4 e 13,98%, constando entre esses, os serviços de referência para tratamento, onde habitualmente apresentam altos índices de positividade.

O Estado vem realizando o Monitoramento Externo da Qualidade (MEQ) desde o ano de 2006, através do Laboratório da Mulher Dra. Mercês Pontes Cunha com intuito de garantir a qualidade dos exames realizados pelos prestadores de serviço (públicos e privados convencionados ao SUS).

Em 30 de dezembro de 2013, o MS publicou a portaria GM/MS 3.388/2013 que redefiniu a Qualificação Nacional em Citopatologia na prevenção do câncer do colo do útero (QualiCito) no âmbito da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas, onde define

padrões de qualidade do exame citopatológico por meio do acompanhamento, pelos gestores do SUS, e desempenho dos laboratórios públicos e privados prestadores de serviços para o SUS. Hoje dispomos de 47 laboratórios habilitados pela QualiCito para a realização dos exames citopatológicos, 22 com gestão estadual e 25 com gestão municipal e um Laboratório de gestão estadual (Laboratório da Mulher Dra. Mercês Pontes Cunha) para a realização do MEQ. Com esse quantitativo de prestadores, o Estado tem capacidade instalada para atender a demanda necessária.

Dados do MEQ realizado no Laboratório de Mulher (2013 – 2014), referentes à revisão de 19.388 exames (lâminas), mostraram um quantitativo de 988 lâminas discordantes (5,1%). Dentre essas discordâncias, 71% (714 lâminas) foram consideradas amostras insatisfatórias. Ainda como resultado desse monitoramento foi identificado um percentual de falsos negativos equivalente a 3,5% (tabela 15) e que 8,9% das discordâncias apresentadas implicariam numa mudança de conduta clínica.

Com a análise dos indicadores apresentados bem como do MEQ, conclui-se a necessidade de investimentos na qualidade dos laboratórios de citopatologia prestadores de serviços no Estado de Pernambuco.

Na linha de tratamento das lesões de alto grau, observamos que a maior concentração de serviços disponíveis e número de procedimentos realizados acontecem na I Região de Saúde, sendo esta responsável por 75,6% dos

procedimentos. É importante frisar que o número de procedimentos deve estar aquém do esperado quando nos reportamos ao número de diagnósticos citopatológicos de lesões de alto grau que ocorreram no ano de 2013 (1.501), e que devem ter sido semelhantes ao de 2014 (relatórios não disponibilizados pelo sistema atual – SISCAN).

Quanto ao número anual de óbitos por câncer do colo do útero, em mulheres residentes no Estado, observa-se que passou de 243 em 2004, para 276, em 2012, representando um aumento de 11,96%. A maior taxa de mortalidade já registrada no Estado nesse período foi 6,21 em 2009 e em 2012 a II, III, VIII, e a XII Regiões de Saúde superaram essa taxa.

Como entraves do programa de prevenção de câncer do colo do útero citam-se:

- A coleta do material cérvico-vaginal na Atenção Básica só tem sido realizada uma vez por semana, em um turno e essa frequência não permite que se atinja a cobertura de 80% das mulheres de 25 a 64 anos na grande maioria dos municípios. Faz-se necessário a priorização e investimento por parte das Secretarias Municipais de Saúde quanto ao aumento do número de coletas que devem ser realizadas. Destacamos em particular, as mulheres que nunca realizaram o exame e aquelas que estão há mais de três anos sem fazer, pois estudos evidenciam que essas mulheres são mais vulneráveis ao câncer de colo uterino invasor.
- A implantação do SISCAN a partir de março de 2014, não permite a emissão de relatórios gerenciais do programa e consequentemente não dispomos de alguns indicadores antes disponibilizados pelo SISCOLO, a citar o índice de positividade e índice de lâminas insatisfatórias.
- O SISCAN também tem trazido prejuízos na alimentação do sistema bem como no atraso na liberação dos laudos e na geração de BPA para os laboratórios credenciados pela morosidade e ineficiência do sistema. Ainda por cima, o sistema não seleciona de forma adequada

e eficiente as lâminas para o Monitoramento Externo da Qualidade (MEQ), além de outras falhas como a perda de informações geradas para o SIA levando a ausência de dados fidedignos sobre a prevenção do câncer do colo do útero no Estado e por todo o Brasil. Urge que o atual Sistema de Informação de Câncer (SISCAN) funcione adequadamente para atingirmos os objetivos da prevenção do câncer do colo do útero.

CÂNCER DE MAMA

O câncer de mama é a maior causa de morte por câncer nas mulheres em todo o mundo.

No Brasil, estimou-se para o biênio 2014/2015 o número de 57.120 casos novos de câncer de mama, com um risco estimado de 56,09 casos a cada 100 mil mulheres e para Pernambuco estimou-se 2.450 novos casos.

Sem considerar os tumores de pele não melanoma, esse tipo de câncer é o mais frequente nas mulheres das regiões Sudeste (71,18/ 100 mil), Sul (70,98/ 100 mil), Centro-Oeste (51,30/ 100 mil) e Nordeste (36,74/ 100 mil). Na região Norte, é o segundo tumor mais incidente (21,29/ 100 mil).

Analizando a série histórica entre 2004-2013, foi observado em Pernambuco um aumento de 40,86% na taxa bruta de mortalidade, passando de 5,14n para 7,24 óbitos por 100.000 mulheres.

O rastreamento do câncer de mama por meio da mamografia é recomendado no Brasil, para mulheres entre 50 a 69 anos de idade e com realização a cada dois anos. A escolha deste grupo etário como alvo para o rastreamento se deve à maior capacidade da mamografia em detectar lesões em mamas menos densas. O Estado realiza o monitoramento das ações do Programa Estadual do Câncer de Mama através do Indicador Universal – Razão de Exames de Mamografia e População Feminina na faixa etária de 50 a 69 anos e este indicador sinaliza o acesso dessa população a realização do exame de Mamografia.

O rastreamento mamográfico garante sua eficiência e eficácia na redução da morbimortalidade se atingir uma cobertura de 70% da população alvo a cada 2 anos, associadas a

ações de promoção e prevenção, mobilização social e busca ativa das mulheres assintomáticas, além da garantia dos serviços de imagem com qualidade.

Com a implantação do Sistema de Informação do Câncer de Mama – SISMAMA, em 2009 foi possível avaliar o número de exames de mamografia realizados em Pernambuco, embora um dos grandes entraves desse sistema fosse à impossibilidade de avaliar a cobertura de mulheres e sim, o quantitativo de exames.

Atualmente, há uma curva crescente no número de mamografias realizadas no Estado dentro da faixa etária prioritária entre o ano de 2009 a 2013. Como justificativa desse aumento pode-se listar o fortalecimento do programa de controle

do câncer de mama, através de investimento financeiro na contratação de prestadores de serviços, de acordo com estudos entre a demanda e a oferta nos municípios e Região de Saúde, além de campanhas educativas. Como exemplo, temos a VII Região que ao realizar a contratação, apresentou de imediato um acréscimo de 0,10 em 2012 para 0,32 em 2014.

Segundo os dados dos procedimentos cirúrgicos, observam-se índices modestos de tratamento cirúrgico, quando comparados à incidência do câncer de mama, além de que esses números se mantêm estáveis, enquanto a incidência da doença vem aumentando. Mesmo considerando as subnotificações, esperava-se um maior número de procedimentos.

Quadro 04. Procedimentos cirúrgicos para tratamento do câncer de mama. Pernambuco 2010-2014.

PROCEDIMENTO	2010	2011	2012	2013	2014	TOTAL
MASTECTOMIA RADICAL C/ LINFADENECTOMIA	131	115	172	120	91	629
MASTECTOMIA SIMPLES	59	76	71	44	22	272
PLASTICA MAMARIA RECONSTRUTIVA - POS MASTECTOMIA C/ IMPLANTE DE PROTESE	38	40	54	56	33	221
SETORECTOMIA / QUADRANTECTOMIA	831	1.024	1.220	1.018	1.090	5.183
SETORECTOMIA / QUADRANTECTOMIA C/ ESVAZIAMENTO GANGLIONAR	163	102	89	74	21	449
Total	1.222	1.357	1.606	1.312	1.257	6.754

Fonte: SIH/SES/PE *Dados sujeitos a alterações

Na rede Estadual de atenção à mulher com câncer de mama, encontramos os seguintes desafios:

- Dificuldade de acesso aos exames e a baixa qualidade;
- Não inclusão do exame clínico das mamas como rotina nas UBS/USF;
- Solicitação inadequada do exame de mamografia (tipo de mamografia e faixa etária) nas UBS/USF;
- Déficit na oferta de consulta especializada e dos exames diagnósticos complementares (PAAF e PAG);
- Não implantação de protocolos preconizados pelo MS;
- Desconhecimento da rede de serviços de atenção ao câncer de mama, por parte dos profissionais;

- Baixa qualidade do exame de mamografia levando à repetição do mesmo nos UNACONS;
- Conduta inadequada dos profissionais das UBS/USF após resultado de mamografia, quanto ao encaminhamento das mulheres para complementação diagnóstica;

PROGRAMA ESTADUAL DE PARTEIRAS TRADICIONAIS (PEPT)

Pernambuco conta com o Programa de Parteiras Tradicionais que são conceituadas como “aqueelas que realizam parto domiciliar em uma comunidade e é reconhecida nesta localidade pelo papel que exerce” (MS, 2012).

A Gerência de Saúde da Mulher possui um sistema específico de parteiras, onde em 2007

através da busca ativa cadastrou um total de 972. Em 2015, após análise dos dados e exclusão de pessoas que não se enquadram no conceito de parteiras tradicionais temos o total de 699 parteiras cadastradas.

Em 2007, no que se refere à qualificação das

parteiras tradicionais, 392 parteiras não haviam passado por capacitação, isso corresponde a 40% do total de parteiras cadastradas. Em 2015, observou-se que de 537 parteiras ativas, ou seja, em atividade, apenas 109 não tinham sido capacitadas, representando 20% (Tabela 17).

Tabela 17. Parteiras Tradicionais cadastradas por GERES. Pernambuco, 2015.

Regional	Total	Treinadas	Não Treinadas	Atuação Urbana	Atuação Rural	Atuação Rural e Urbana	Ativas	Inativas
I Geres	123	100	23	22	92	9	95	28
II Geres	7	6	1	1	6	0	3	4
III Geres	51	41	10	0	42	9	40	11
IV Geres	88	69	19	8	66	14	67	21
V Geres	28	18	10	5	23	0	26	2
VI Geres	115	57	58	2	113	0	104	11
VII Geres	11	10	1	0	10	1	7	4
VIII Geres	75	42	33	0	73	2	58	17
IX Geres	77	66	11	0	76	1	68	9
X Geres	24	12	12	0	24	0	8	16
XI Geres	85	40	45	2	81	2	46	39
XII Geres	15	9	6	7	8	0	15	0
Total Geral (12)	699	470	229	47	614	38	537	162
(109 ativas)								

Fonte: Sistema Intranet SES/PE

PROGRAMA DE ATENÇÃO À MULHER EM SITUAÇÃO DE VIOLENCIA

A violência doméstica e familiar contra a mulher representa hoje, uma das principais causas de sofrimento físico e psicológico, constituindo assim um sério problema de saúde pública. Este tipo de violência acontece no mundo inteiro, independentemente de idade, grau de instrução, classe social raça/etnia, orientação sexual e religiosa.

A SES-PE desde 1996 vem ampliando e descentralizando serviços de atenção integral as mulheres em situação de violência sexual e atualmente conta com 11 serviços, sendo 06 no Recife, 01 em São Lourenço da Mata (I Região) e 04 nos hospitais regionais da IV, VII, VIII e XI Regiões. Os dados da Figura 92 são resultados das notificações da ficha de Notificação Individual – Violência Interpessoal/Autoprovocada, ou seja, retratam os casos que chegam ao serviço de saúde e são notificados por um profissional de saúde. Portanto, não podemos afirmar que os números dessas formas de violência retratam a realidade.

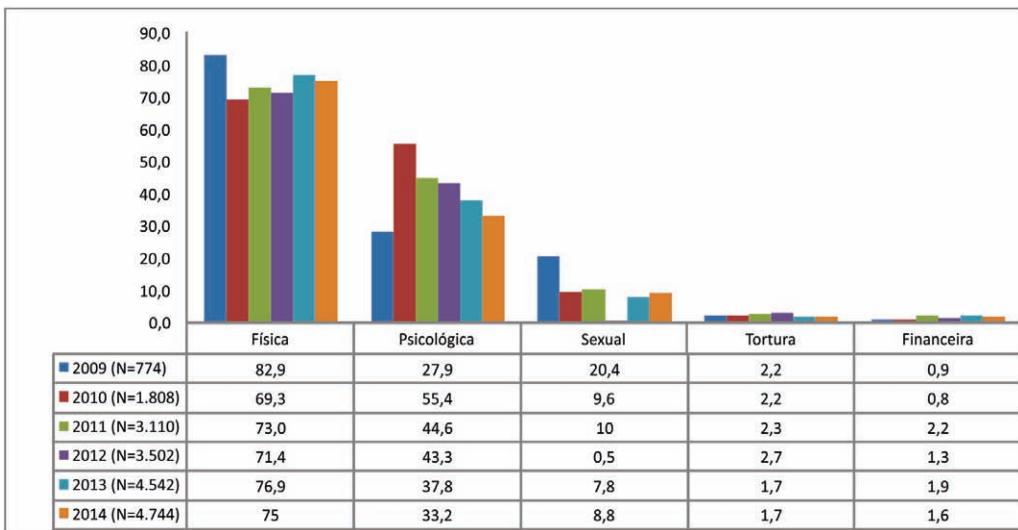
Estima-se que apenas 10% das mulheres agredidas procuram algum serviço da rede de enfrenta-

mento para as mulheres em situação de violência. Infelizmente ainda impera a lei do silêncio, do medo, do tabu e do preconceito.

A alimentação da ficha de notificação no Sistema de Informação de Agravos de Notificação – Sinan iniciou em 2009, portanto, os dados analisados foram no período de 2009 a 2014. De acordo com o consolidado Pernambuco neste período, a violência física é a forma mais notificada, seguida da psicológica e da sexual. Quando a análise é estratificada por Região de Saúde, observa-se que predominou a notificação da violência física, exceto na VIII Região, onde o maior número de notificações foi de violência psicológica (exceção no ano de 2009, onde prevaleceu a violência física). Entretanto, na XII Região, chama a atenção o percentual de 40% de notificações de tortura, no ano de 2011.

Com relação às notificações de violência sexual por Região de Saúde, observa-se que o número vem diminuindo significativamente, com exceção da I Região que vem se mantendo. No ano de 2011 a III Região apresentou 50% de notificações em violência sexual, em contrapartida, a VI, VII, IX, X, XI, e XII Regiões não notificaram nenhum caso de violência sexual no ano de 2011.

Figura 79. Proporção de casos de violência contra mulheres (20 a 59 anos) notificadas em Pernambuco, segundo tipo de violência*. Pernambuco, 2009 a 2014



Fonte: SINAN/SEVS/SES-PE. Dados atualizados em 26/05/2015, sujeitos às alterações.

*Pode ser registrado mais de um tipo de violência por caso notificado.

2.3.2.3 SAÚDE DO HOMEM

Segundo dados do IBGE (Censo, 2010), 48,1% da população pernambucana é do sexo masculino, sendo que destes, 25,9% tem idade entre 20 e 59 anos.

Em 2009, foi publicada, pelo MS, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH), através da Portaria GM nº 1.944, cujo público prioritário é de homens com idade entre 20 a 59 anos. A PNAISH está alinhada com a Política Nacional de Atenção Básica com as estratégias de humanização, e em consonância com os princípios do SUS, fortalecendo ações e serviços em redes de cuidados da saúde.

De acordo com o MS (2009), no ano de 2005, quanto às causas de mortalidade na população masculina dos 15-59 anos, se observou que em 78% dos casos os óbitos incidem em 05 (cinco) grupos principais de entidades mórbidas. A maior porcentagem de óbitos deve-se às causas externas (CID 10 - Cap. XX); em segundo lugar, estão as doenças do aparelho circulatório (CID 10 - Cap. IX); em terceiro, os tumores (CID 10 - Cap. II); em quarto, as doenças do aparelho digestivo (CID 10 - Cap. XI); e, finalmente, em quinto lugar, as doenças do aparelho respiratório (CID 10 - Cap. X).

No entanto, deve-se atentar que, as causas externas de mortalidade, embora apresentem

uma alta incidência nas faixas etárias mais jovens (dos 15 aos 40 anos), são quantitativamente superadas pelas doenças do aparelho circulatório a partir dos 45 anos e pelos tumores a partir dos 50 anos (MS, 2009).

Em Pernambuco, em relação às causas de morbidade, ocupa o primeiro lugar dentre as causas de internações hospitalares da população-alvo da Política, o capítulo CID-10 XIX - "Lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas", seguido dos capítulos XI - "Doenças do aparelho digestivo" e o IX - "Doenças do aparelho circulatório". Entre as 10 primeiras causas específicas de internações de homens, com idade de 20 a 59 anos, estão: fraturas, traumatismos, acidentes vasculares cerebrais, insuficiência cardíaca, entre outros,

Constata-se ainda, que o somatório do número de óbitos masculinos (20 a 59 anos), em Pernambuco, no período de 2010 a 2014, aponta os capítulos I, XIX e IX CID-10, como principais causas de mortalidade dessa população.

AVANÇOS

- Implementação da PNAISH no Estado, através das ações desenvolvidas a partir da realização;
- Criação da Lei Estadual nº 14.158/2010 que institui a Semana Estadual de Saúde do Homem;

- Elaboração e reprodução de material educativo/cartilha: "Homens, cada um do seu jeito... se cuidando para viver mais e melhor!" (Material desenvolvido com o propósito de auxiliar nas atividades de educação, com vistas à sensibilização da população masculina para o cuidado com a saúde. Tiragem: 21.000 exemplares em 2011 e 8.000 em 2014);
- Realização da Oficina de Validação do Guia do Agente Comunitário de Saúde e do Guia do Pré-Natal do Homem junto com a Área Técnica de Saúde do Homem – MS (2014);
- Adesão de Empresas Públicas e Privadas com promoção de palestras voltadas à saúde da população masculina;
- Ações intra e intersetoriais envolvendo Departamento Estadual de Trânsito (DETRAN), Correios, Vigilância em Saúde, Lei Seca, programa Mãe Coruja e demais políticas estratégicas.

2.3.2.4 SAÚDE DA PESSOA IDOSA

O Brasil envelhece de forma rápida e intensa. Segundo o Censo IBGE de 2010, a população idosa brasileira totaliza 10,8% da população total do País. A expectativa de vida para a população brasileira aumentou para 74 anos, sendo 77,7 anos para a mulher e 70,6 para o homem. O aumento da expectativa de vida representa uma importante conquista social e resulta da melhoria das condições de vida, com ampliação do acesso a serviços médicos preventivos e curativos, avanço da tecnologia médica, ampliação da cobertura de saneamento básico, água encanada, esgoto, aumento da escolaridade, da renda, entre outros determinantes sociais.

Segundo o IBGE (Censo/2010), a população pernambucana é composta por 937.943 pessoas com 60 anos e mais, totalizando 10,7% da população total do Estado, indicando o envelhecimento da população e a tendência de crescimento desse percentual. Por região, os percentuais são: I- 10,5%; II-11,5%, III-9,2%; IV- 11,4%; V- 11,9%; VI- 10,7%; VII- 10,4%; VIII- 7,6%; IX- 10,4%; X- 13,4%; XI- 11,8%; e XII-10,9%.

A Atenção à Saúde da Pessoa Idosa atua no fortalecimento das ações nos municípios, objetivando, o envelhecimento ativo e a parti-

cipação social.

É crescente o número de pessoas idosas com doenças crônicas não transmissíveis, fazendo uso contínuo de medicamentos, com maior risco de descompensações clínicas, gerando internamentos frequentes, aumento de comorbidades e aumento da mortalidade nesta faixa etária, caracterizado por sua maior fragilidade, baixa reserva funcional, polipatologias e polifarmácia.

Informações do DATASUS (2014) apontam os capítulos CID-10 IX, X e XI, respectivamente, como primeiras causas de internação de pessoas idosas, no Brasil. Semelhantemente, identificamos as doenças do aparelho circulatório como principais causas de internações, na população idosa pernambucana (60 anos ou mais), no período de 2010 a 2014. Considerando o somatório das internações do referido período, na sequência aparecem as doenças do aparelho respiratório e do aparelho digestivo.

No Brasil, conforme dados do Sistema de Informações Hospitalares do SUS (DATASUS, 2015), o primeiríssimo agravo responsável por internações de pessoas idosas, nos anos de 2010, 2013 e 2014, foi a pneumonia, exceto nos anos de 2011 e 2012, cujos primeiros agravos foram as doenças da pele e do tecido subcutâneo. Em Pernambuco, quanto às causas específicas de internações da população idosa, no ano de 2014, pneumonia, acidente vascular cerebral, insuficiência cardíaca, outras doenças isquêmicas do coração e o infarto agudo do miocárdio, se destacaram como as 05 (cinco) primeiras causas de internações da referida população.

Entre os anos de 2010 e 2012, as doenças do aparelho circulatório foram responsáveis pela maioria dos óbitos em idosos, no estado de Pernambuco, seguido das doenças do aparelho respiratório e de algumas doenças infecciosas e parasitárias. Em 2013 e 2014, as doenças do aparelho respiratório passaram a ocupar o primeiro lugar no ranking, sendo as pneumonias e septicemias, em 2014, as duas primeiras causas específicas de óbitos em idosos pernambucanos.

De 2010 a 2013, as doenças do aparelho circulatório foram as primeiras causas de óbitos de pessoas idosas no Brasil, segundo Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH-SUS). Já em Pernambuco, os óbitos de pessoas idosas, por doenças do aparelho cir-

culatório, entre 2010 e 2014, somente foram superadas pelas doenças do aparelho respiratório, em 2013 e 2014.

Em relação à causa específica de óbitos da população idosa, tanto no Brasil, quanto em Pernambuco, de acordo com o SIH-SUS, a pneumonia foi a primeira causa de mortalidade, de 2010 a 2014.

Este perfil populacional exerce um impacto significativo na procura dos serviços de saúde nos diversos níveis de complexidade da assistência. Muito embora, as orientações previstas na Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa continuem atuais e adequadas, ainda existem lacunas entre as ofertas das redes prioritárias de atenção e as de atenção básica, e as demandas específicas dessa população, exigindo um esforço maior para ampliar o acesso, incluir e/ou potencializar o cuidado integral, considerando as especificidades da população idosa nas redes existentes.

O MS define como prioridade, o Modelo de Atenção Integral à Saúde da Pessoa Idosa, com diretrizes e estratégias para potencializar ações e serviços dirigidos a essa população já desenvolvidos nos territórios, de forma que sejam reconhecidos e articulados diferentes pontos de atenção, compondo a rede de atenção às pessoas idosas, tendo a Atenção Básica como coordenadora dessa ação. Para isso, as especificidades e singularidades dessa população devem ser priorizadas na organização e ofertas de serviço.

O cuidado deve ser orientado a partir da funcionalidade global da pessoa idosa, considerando o risco de fragilidade existente o seu grau de dependência, buscando a autonomia possível, do sujeito em questão.

Para tanto, se faz necessário maior investimento na articulação setorial, intersetorial visando ao estabelecimento de consensos, definição de responsabilidades compartilhadas para construção de projetos, com prioridade nos temas de atenção domiciliar, centros-dia, cuidadores de idosos, enfrentamento a violência e a qualidade do cuidado oferecido em Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPIs).

AVANÇOS

- Elaboração e reprodução de material educativo/cartilha "Prevenção de Quedas e Fraturas em Pessoas Idosas:

Como Prevenir?" (Material desenvolvido com o propósito de auxiliar nas atividades de educação, com vistas à redução de fraturas de fêmur. Tiragem: 21.000 exemplares, em 2011);

- Realização de Campanha Educativa junto ao Consórcio Grande Recife com tema: "Prevenção de Quedas e Fraturas em Pessoas Idosas: Como Prevenir?";
- Realização de: Encontros Estaduais de Saúde do Idoso; Oficinas de Atualização e Sensibilização em Saúde da Pessoa Idosa para Agentes Comunitários de Saúde;
- Parceria com o Programa Chapéu de Palha, através da realização de Oficinas para Agentes Comunitários de Saúde, em 92 municípios contemplados pelo Programa;
- Participação na elaboração do Plano Estadual de Atenção Integral à Pessoa Idosa, em parceria com o Conselho Estadual de Direitos do Idoso e com a Secretaria de Desenvolvimento Social e Direitos Humanos;
- Residência Médica em Geriatria ;
- Início das obras de construção do Centro de Referência do Idoso/Unidade de Referência em Atenção ao Idoso – UNIR, no Hospital Geral de Areias (2013), que se encontra com 70% da obra concluída.
- Participação em parceria com a Superintendência da Pessoa idosa realizando a Caravana do Envelhecimento Digno nas quatro macrorregiões do Estado.

2.3.2.5 SAÚDE DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA

A Coordenação de Atenção à Saúde da Pessoa com Deficiência (CASPd) visa a garantir assistência integral à saúde da pessoa com deficiência, assim como estabelecer políticas de prevenção, tendo como base a Política Nacional da Pessoa com Deficiência e a Política Estadual de Atenção à Saúde, com o objetivo de promover a inclusão desse grupo populacional com o objetivo de prevenir causas e agravos a deficiências, assistir, integralmente, a saúde e a promoção da qualidade de vida da Pessoa com Deficiência (PCD), ampliar e fortalecer os mecanismos de informação, a organização e funcionamento dos serviços que atendem este

grupo e a capacitação de recursos humanos.

Segundo Censo IBGE 2010: 45.606.048 brasileiros ou 23,9% da população total, têm algum tipo de deficiência – visual (18,6%), auditiva (5,1%), física/motora (7%) ou intelectual (1,4%). Em Pernambuco, existem 2.426.106 ou 27,58% da população total.

Segundo Perfil Epidemiológico da Pessoa

com Deficiência no Estado de Pernambuco, pesquisa realizada pela SES/PE com o IAUPE, divulgada em 2010, de caráter amostral, em onze regiões de saúde, com a população assistida pela Estratégia de Saúde da Família (ESF), 10,1% tem algum tipo de deficiência. Desses, temos maiores incidência de deficiência nas GERES I, II, IV e IX, conforme figura abaixo.

Figura 80. Percentual de pessoas com deficiência por Região de Saúde



Fonte: Perfil Epidemiológico da Pessoa com deficiência PE – SES/IAUPE – 2010

No total de pessoas com deficiência no estado, encontramos um maior percentual de pessoas com deficiência visual (32,1%), seguido pelas deficiências físicas (24,9%), auditivas (24,8%), intelectual (17,4%) e múltiplas (0,6%), sucessivamente, conforme demonstrado na figura abaixo, repetindo a tendência mostrada pelo Censo para o Brasil. Os dados do perfil epidemiológico (2010) foram os primeiros obtidos no Estado, numa parceria com o IAUPE (Instituto de Apoio à Fundação Universidade de Pernambuco), em função da fragilidade dos dados nos sistemas de informação. Anteriormente, apenas os dados do Censo IBGE eram utilizados para avaliação do segmento.

AVANÇOS

- Núcleos de Reabilitação física foram implantados em municípios com os menores IDH do Estado.
- Articulação e contratualização da Associação PODE (Portadores de Direitos Especiais), com a Secretaria Municipal

de Saúde de Pesqueira (VIII GERES), e do Centro Elohim de Equoterapia (CEEQ) – I GERES, para atender a pacientes com deficiência intelectual.

- Com a efetivação da Rede de Cuidados, a população do Estado já pode contar com 2 Centros Especializados em Reabilitação (CER) do tipo IV, com atendimento em reabilitação física, auditiva, visual e intelectual, sendo 01 em Recife e 01 em Arcoverde, aumentando a oferta desse serviço na primeira e na terceira macrorregiões de Saúde.
- Aquisição de equipamentos de última geração para realização da triagem auditiva neonatal em 07 maternidades de alto risco no Estado é de 100%. Habilitação, na Rede de Cuidados, a Oficina Ortopédica da AACD, que desde 2013 passou a atender 100% SUS.
- Além do exame de emissões otoacústicas, também poderá ser feito, quando necessário, o exame Potencial Evocado

Auditivo de Tronco Encefálico (PEATE-Automático ou em modo triagem) e o de imitanciometria.

DESAFIOS

- De acordo com o desenho da Rede de Cuidados, para o Estado de PE estão previstos 19 Centros Especializados em Reabilitação (CER) de tipos II, III ou IV. Eles serão de Gestão Pública, estadual ou municipal e de gestão privada. Todo o incentivo financeiro para implantação desses centros vem, a partir de convênios com MS, conforme preconizado em portaria. No entanto, apesar do cronograma de execução da implantação da rede ter sido aprovada pelo ministério, desde o final de 2013, não se conseguiu o financiamento adequado para a implantação da rede.
- Para dar continuidade a avaliação da situação do segmento, se faz necessária uma nova pesquisa, onde seria acrescida a XII Região de Saúde e sanadas algumas incorreções ocorridas na primeira pesquisa realizada.

2.3.2.6 SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA

Segundo o censo do IBGE-2010, a desigualdade racial ainda é um traço marcante da sociedade brasileira, expondo a população negra a maiores riscos do que a população branca e influenciando negativamente os indicadores de morbidade e de mortalidade desse segmento populacional, segundo os critérios utilizados de autodeclaração e das variáveis: branco, preto, pardo, amarelo e indígena. Em Pernambuco, os negros (pretos e pardos) correspondem a 62% da população total, desses: 56% são pardos e 6% são pretos.

Em Pernambuco, 135 Comunidades Quilombolas estão certificadas segundo critérios do governo federal em 55 municípios, com aproximadamente 20.000 pessoas. Vale ressaltar a participação de representação das Comunidades Quilombolas no Comitê Estadual de Saúde da População Negra (CESPN).

AVANÇOS

- A intersetorialidade com algumas Se-

cretarias Estaduais, como as Secretarias da Mulher, da Agricultura/PRORURAL, e Secretarias Executivas da SES, envolvidas com a execução de políticas voltadas para a população, introduzindo o recorte racial nas Políticas Estratégicas, tais como: Criança, Mulher, Homem, Idoso, Pessoas com Deficiência, LGBT.

- A articulação intersetorial com a Vigilância em Saúde para a completitude do preenchimento do quesito raça/cor nos Sistemas de Informação de natalidade, mortalidade e agravos notificáveis (atualmente o SINASC – 99,2%, SINAN – 71,0%, SIM- 95,7%).
- A elaboração anual a partir de 2012 do “Perfil Epidemiológico da População Pernambucana com Recorte Racial”.
- A ampliação do conhecimento como estratégia para o enfrentamento ao racismo enquanto determinante social de desigualdades em saúde e a difusão de conteúdo técnico sobre as especificidades em saúde da população negra com ênfase na Doença Falciforme;
- A instituição do CESPN que entre outros segmentos, incorpora representação da Rede de Religiões de Matriz Africana, reconhecendo-as enquanto parceria fundamental para o SUS no resgate dos saberes populares através da resistência e preservação da religiosidade ancestral negra em consonância com os princípios do SUS, possibilitando vigorosa articulação com o Controle Social.
- A implementação da Política de Atenção às Pessoas com Doença Falciforme que prioriza ações de diagnóstico precoce através do Programa Nacional de Triagem Neonatal (PNTN), o Teste do Pezinho;
- Implantação do exame de Eletroforese da Hemoglobina na cesta de exames do pré-natal pelo MS (Rede Cegonha) com a finalidade de diagnosticar e referenciar a gestante com Doença Falciforme para acompanhamento em serviço com pré-natal de alto risco.

2.3.2.7 SAÚDE DA POPULAÇÃO PRIVADA DE LIBERDADE

Em 02 de janeiro de 2014 o MS publicou

através da Portaria nº 01, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP), que tem como objetivo garantir o acesso das pessoas privadas de liberdade ao cuidado integral no âmbito do SUS, com a estruturação dos serviços de saúde a partir da constituição de Equipes de Atenção Básica Prisional (EABP) para atuarem como ordenadoras e portas de entrada da Rede de Atenção à Saúde. Além disso, o PNAISP prevê o incremento dos recursos financeiros destinados à assistência a saúde dessa população.

Pela PNAISP, as EABP são classificadas em três faixas: Equipe Tipo I para unidades

prisionais que contenham até 100 (cem) custodiados, Equipe Tipo II de 101 (cento e um) a 500 (quinhentos) custodiados e Equipe Tipo III para unidades prisionais que contenham de 501 (quinhentos e um) a 1200 (um mil e duzentos) custodiados.

Em 2004, o percentual de cobertura da população do sistema penitenciário por equipes de saúde era de 10%. Em 2014, após a adesão do Estado à PNAISP, para alcançar uma melhoria na qualidade da assistência, foram implantadas 21 EABPs, sendo 19 EABP tipo III e 02 EABP tipo II, o que pode garantir o acesso potencial de 81,49% (23.800) do total de pessoas sob custódia do Estado.

Figura 81. Distribuição de presídios e ESF para população carcerária

Macrorregião	Região de Saúde	Município	Equipe necessária para cobertura de 100%		Equipe cadastrada/aprovada	
			Tipo II	Tipo III	Tipo II	Tipo III
I	I	Abreu e Lima	1	2	0	1
I	I	Igarassu	0	3	0	2
I	I	Itamaracá	0	5	0	4
I	I	Recife	0	8	0	5
I	I	Vitória de Stº Antão	0	1	0	1
I	II	Limoeiro	1	1	0	1
I	III	Palmares	0	1	0	1
II	IV	Canhotinho	0	1	0	1
II	IV	Caruaru	1	1	0	0
II	IV	Pesqueira	0	1	0	1
III	VI	Arcos	0	1	0	1
III	VI	Buíque	1	0	1	0
IV	VIII	Petrolina	0	1	0	1
IV	VIII	Salgueiro	0	1	0	1

Fonte: CEASP/SAP/SEAS/SES-PE

AVANÇOS

- Realização do I Seminário Estadual para a Implantação da Política Estadual de Atenção Integral à Saúde no Sistema Prisional que teve como principal objetivo a implantação e

implementação desta política no Estado;

- A SES/PE junto com a Secretaria Executiva de Ressocialização pactuou com a SMS de Recife o fluxo de acesso à consulta e exames ambu-

- latoriais dos usuários internos das unidades do Complexo do Curado e Colônia Penal Feminina do Recife;
- Aumento dos incentivos financeiros recebidos pelo Estado, onde o Estado de Pernambuco no ano de 2014 recebeu 30% do total de recursos financeiros nacionais da PNAISP;
 - Investimento nas ações de promoção e prevenção em saúde, com realização de mutirões para o cadastramento de toda a população das três unidades do Complexo Prisional do Curado, com triagem, diagnóstico, tratamento e acompanhamento dos principais agravos infectocontagiosos como tuberculose, hanseníase e HIV;
 - Municipalização da Equipe de Atenção Básica Prisional da Unidade Prisional Centro de Ressocialização do Agreste localizada no município de Canhotinho/PE, sendo esta a primeira equipe em todo o território nacional que passou pelo processo de municipalização da gestão estadual para a gestão municipal;
 - Municipalização dos serviços e ações de saúde nas Cadeias Públicas localizadas nos Municípios de Afrânio e Ribeirão.

2.3.2.8 SAÚDE DA POPULAÇÃO LGBT

A Política Nacional de Atenção Integral a população (LGBT) teve sua origem junto ao MS em parceria com os movimentos sociais visando ao combate à AIDS. Atualmente, essa parceria apresenta mais de duas décadas de acúmulo teórico e de ações de promoção à saúde, o que conduziu à ampliação das políticas públicas para além do combate à AIDS. Para Lionço (2008a), torna-se evidente a preocupação do poder público com as questões da saúde LGBT quando o desafio da construção de uma Política de Atenção Integral à Saúde é elaborada através do Programa do Governo Federal Brasil sem Homofobia. O Programa, criado em 2004, estabelece diretrizes para o combate à violência e à discriminação, além da promoção

da cidadania homossexual (Brasil, 2004). É o reflexo da consolidação de avanços políticos, sociais e legais tão duramente conquistados (Brasil, 2004).

Tendo como princípio que a Política de Saúde Integral LGBT de Pernambuco foi lançada no último dia 04 de junho de 2015 assim como a sua Coordenação, Saúde LGBT é um tema bastante recente, principalmente referente ao acúmulo de dados em Pernambuco.

SAÚDE E A POPULAÇÃO LGBT: VIOLENCIA, AVANÇOS E PRINCIPAIS DESAFIOS

Violência

No Brasil, foram assassinados, apenas em 2013, 312 LGBTs: um assassinato motivado pela homofobia a cada 28 horas. Nossa país continua sendo o campeão mundial de crimes contra LGBT: por exemplo, segundo agências internacionais, dados de 2013 evidenciam que 40% dos assassinos de transexuais e travestis, no mundo, foram cometidos no Brasil (Instituto Papai – GEMA/UFPE 2015).

A violência direcionada à população LGBT consta no 3º Relatório Nacional sobre os Direitos Humanos no Brasil (NEV-USP, 2006). Dados de 2013, tomando por base o número de assassinatos, o Nordeste continua sendo, há muitos anos, a região mais homofóbica do Brasil. A população nordestina corresponde a 28% da população brasileira, porém aqui se concentraram 43% das mortes de LGBTs em 2013 (Instituto Papai – GEMA/UFPE 2015).

Segundo dados de 2012/2013 da Secretaria de Justiça e Direitos Humanos de Pernambuco a transfobia, em relação à negligência institucional emplaca o primeiro lugar (27%), em relação às outras violações de direitos vivenciadas pelas travestis e transexuais. Em 2012, Pernambuco era o segundo Estado com maior número de homicídios por homofobia do Brasil, registrando 28 assassinatos no ano. Apesar disto, o Estado é apenas o 21º entre os 27 Estados nacionais em número de denúncias de violações aos direitos da população LGBT. Atualmente Pernambuco é também o Estado onde mais LGBTs são assassina-

dos: 34 vítimas, para uma população de 9 milhões de habitantes. São Paulo, o Estado com o segundo maior número de casos, com 29 mortes para 43 milhões de habitantes. Ou seja, o risco de um/uma LGBT que vive em Pernambuco ser assassinado é 4 vezes maior que os que vivem em São Paulo (Instituto Papai – GEMA/UFPE 2015).

AVANÇOS

- Em relação ao Marco Legal nacional temos um cenário de grandes conquistas no que diz respeito à saúde LGBT, COM ESTABELECIMENTO DE IMPORTANTES PORTARIAS DE NORMALIZAÇÃO DA POLÍTICA.
- Em relação ao estado de Pernambuco, além da garantia de direitos aos trabalhadores estaduais, em 2013 o governo aprovou o Decreto/PE de Nº 40.189/2013 que institui o Conselho Estadual dos Direitos da População de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais de Pernambuco e no ano de 2014 o Hospital das Clínicas da UFPE foi credenciado/ habilitado, através da Portaria de Nº 1.055, como Unidade de Atenção Especializada no Processo Transexualizador. Neste ano de 2015 o grande avanço voltado para a atenção à saúde integral da população LGBT foi a aprovação da Portaria da SES/PE de Nº 060 que instituiu a Política Estadual de Saúde Integral de LGBT. Primeira política de saúde estadual implantada no Nordeste para esta população.

Principais Demandas e Desafios

- As transformações das redes de saúde para o melhor atendimento das pessoas LGBTs também dependem das transformações no modo de pensar e de agir dos profissionais de saúde.

As questões culturais advindas do padrão heterossexual influenciam de modo subjetivo o atendimento dos profissionais da saúde a essa população.

- No que diz respeito ao atendimento nos serviços de saúde, a falta de respeito à utilização do nome social das travestis e transexuais e a utilização de leitos femininos pelas pessoas trans são demandas do movimento social, considerando uma das violências que acontece diariamente. Para tanto, foi elaborada a Carta de Direitos dos Usuários do SUS e amplamente divulgada.

2.3.2.9 SAÚDE MENTAL

A Política de Saúde Mental no Estado foi desenhada conforme preconiza a Lei Federal nº 10.216/2001 e a Lei Estadual nº 11.064/94 respeitando os parâmetros da portaria ministerial nº 3.088/2011 que institui a Rede de Atenção a Saúde Mental – RAPS no SUS.

Essa rede no Estado de Pernambuco teve sua remodelagem pactuada em 03 de junho de 2013 a partir da resolução CIB nº 2.314, com garantia de definição da abrangência de cada um dos pontos estratégicos dessa rede. A modelagem da RAPS PE reafirma dois aspectos fundamentais dessa rede: (1) a ruptura com hospital psiquiátrico como ponto de atenção psicosocial; e, (2) a necessidade de pensar a rede de forma regional.

Desta forma, a assistência a saúde mental deixa de ter como principal foco de cuidado a internação psiquiátrica para ser substituída, progressivamente, por uma rede de cuidado de base territorial.

Segue cenário atual de Rede de Atenção Psicosocial de Pernambuco:

Figura 82. Distribuição da Rede de Atenção Psicossocial

I MACRORREGIÃO	II MACRORREGIÃO	III MACRORREGIÃO	IV MACRORREGIÃO
I Região	IV Região	VI Região	VII Região
4 CAPS I; 9 CAPS II; 5 CAPS III;	6 CAPS I; 4 CAPS II;	5 CAPS I; 1 CAPS II;	2 CAPS I; 10 LI
3 CAPS III; 7 CAPS AD; 1 CAPS AD III; 63 RT; 13 CR; 2 Albergues; 1 EP; 32 LI; 30 LD; 3 HP	1 CAPS III; 1 CAPS AD III; 2 RT; 7 LI	1 CAPS AD III; 1 RT	VIII Região
II Região	V Região	X Região	3 CAPS I; 1 CAPS II;
6 CAPS I; 1 CAPS II; 1 CAPS AD III; 1 RT	6 CAPS I; 1 CAPS II;	2 CAPS I; 1 CAPS III; 4 LI	1 CAPS I; 1 CAPS AD
III Região	XI Região	XI Região	IX Região
4 CAPS I; 1 HP	1 CAPS AD; 2 RT; 4 LI; 1 HP	2 CAPS I; 1 CAPS II;	6 CAPS I
XII Região		1 CAPS AD III; 4 LI; 1 HP	
2 CAPS I; 1 CAPS II; 2 RT; 1 LI			

Legenda: CAPS = Centro de Apoio Psicossocial;
RT = Residência Terapêutica;
CR = Centro de Referência;
HP = Hospital Psiquiátrico;
LI = Leito Integral;
EP = Emergência Psiquiátrica.

Fonte: RAPS/SEAS/SES/PE

Sendo a meta da Política de Saúde Mental garantir acesso e ampliar o número de cobertura dos serviços especializados utiliza-se para tanto um indicador de cobertura assistencial que tem como objetivo atingir o quantitativo de 1 CAPS para cada 100.000 hab.

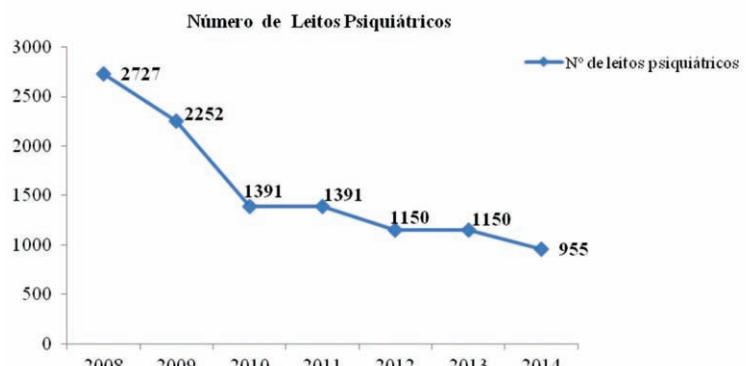
No ano de 2014 o Estado de Pernambuco atingiu a marca de 0,78 CAPS por 100.000 hab.

Vale pontuar que não houve descredenciamento de Centro de Atenção Psicossocial

(CAPS) ao longo do último ano, mas um aumento populacional que justifica alteração no indicador de cobertura, diante parâmetros do MS.

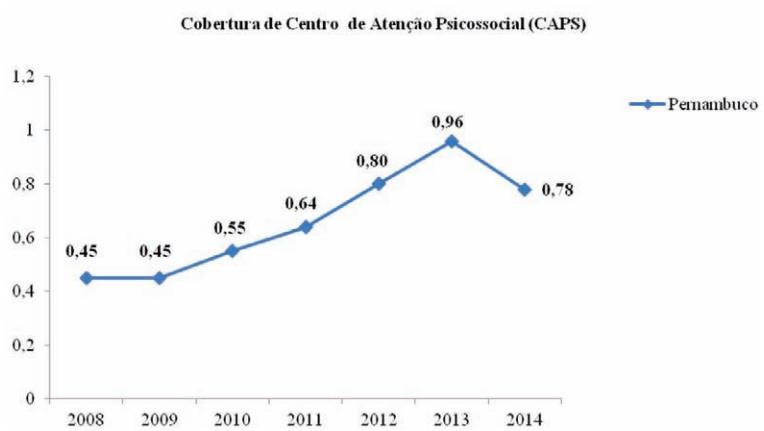
Contudo foi um dos Estados que mais desativou leitos hospitalares psiquiátricos tradicionais saindo do 5º lugar entre os Estados no Brasil com maior concentração de leitos, dessa natureza, para o 10º no ranking Nacional.

Figura 83. Redução de leitos Psiquiátricos em Pernambuco entre os anos de 2008 e 2014.



Fonte: Saúde Mental em Dados 7 – Ministério da Saúde

Figura 84. Crescimento de Cobertura CAPS em Pernambuco entre os anos de 2008 e 2014.



Fonte: Saúde Mental em Dados – Ministério da Saúde

O desafio está lançado e o objetivo é garantir que a rede substitutiva possa ampliar na mesma velocidade em que leitos tradicionais psiquiátricos sejam desativados. Portanto, os principais avanços e desafios, temos conforme tabela abaixo:

AVANÇOS

- Redução de 1772 leitos em hospitais psiquiátricos em 5 anos.
- Entre 2013 e 2014 aumentou o número de municípios com mais de 15.000 habitantes que implantaram CAPS. Em 2013 havia 55 cidades com este porte populacional com CAPS habilitados, em 2014 esse número subiu para 65.

2.3.2.10 SAÚDE BUCAL

A Política Nacional de Saúde Bucal (2004) propôs a reorganização da atenção à saúde bucal em todos os níveis de gestão, estabelecendo uma concepção de saúde centrada no cuidado, em ações programáticas e intersetoriais, através da implantação dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), e dos Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias (LRPD), estes últimos cadastrados no CNES como Unidades de Saúde de Serviço de Apoio Diagnóstico Terapêutico (SADT).

Os dados obtidos no Levantamento das Condições de Saúde Bucal da População Brasileira – SB Brasil 2010, entre outros problemas bucais, ressaltam que o país convive com a realidade de 13% de adolescentes que nunca foram ao dentista; que é elevada a prevalência da cárie dentária, doença crônica de grande prevalência, que acarreta dor, sofrimento, infecção, perda dentária, e necessidade de tratamen-

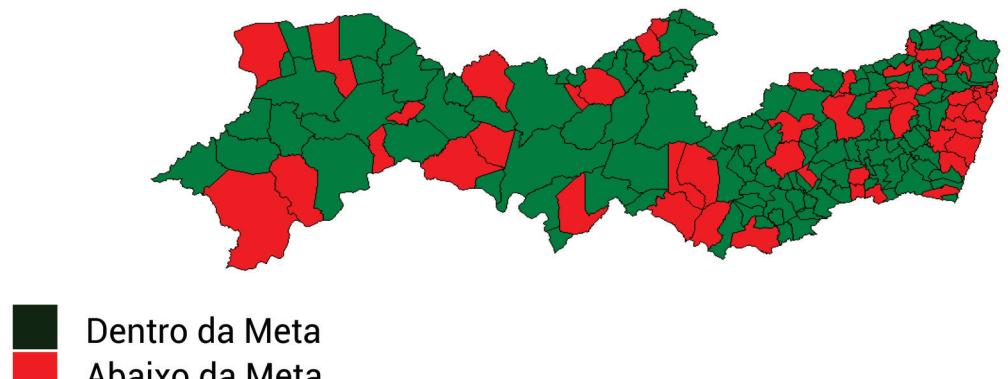
to restaurador caro; que 69% dos adultos brasileiros têm necessidade de algum tipo de prótese dentária; e a existência de 30 milhões de desdentados, inclusive os idosos, onde a cada grupo de quatro, três vivenciam essa situação, condições essas associadas à renda, cuja maior necessidade se expressa nos segmentos populacionais SUS-dependentes, com os dados mais críticos nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste do país. Resgatando um débito social e histórico, a Secretaria Estadual de Saúde, celebrou CONVÊNIO 773435/2013 com o MS, com contrapartida estadual, para aquisição de insumos referentes ao primeiro ano de implantação da Fluoretação no Estado de Pernambuco, nas Estações de Tratamento de Água (ETA): Pirapama, Tapacurá, Botafogo, Alto do Céu e Gurjáu/Matapagipe, beneficiando aproximadamente 2.300.000 pessoas, nos municípios do Cabo, Jaboatão dos Guararapes, Recife, Camaragibe, Olinda, Paulista e Abreu e Lima, estando em processo licitatório à aquisição de insumos e equipamentos necessários a implantação.

As condições de acesso à saúde bucal da população pernambucana apresentaram significativos avanços na última década, principalmente para a população adulta, até então desassistida.

Suas diretrizes defendem a ampliação e qualificação da atenção primária, articulada com toda a rede de serviços e como parte indissociável desta, possibilitando o acesso e a oferta, e assegurando atendimento nos níveis secundário e terciário, de modo a buscar a integralidade da atenção.

Entre os principais pontos de destaque nas ações da Coordenação Estadual de Saúde Bucal da Secretaria de Saúde de Pernambuco, ressaltam-se:

Figura 85 - Indicador 4 – Cobertura populacional estimada pelas equipes básicas de Saúde Bucal.

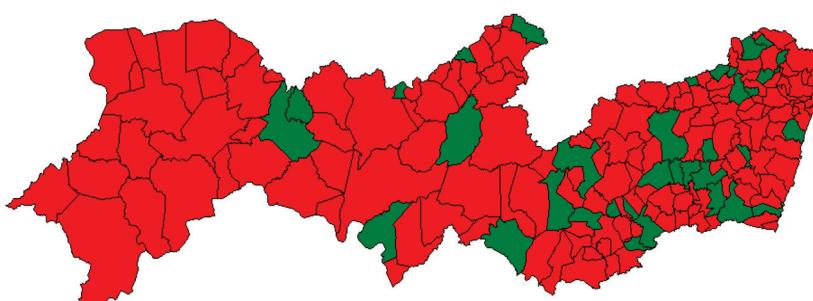
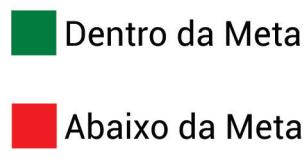


Fonte: SIA/SUS 2014

A partir de 2011 com a implantação da Política Estadual de Saúde Bucal, e intervenções junto aos municípios para correção de CNES e CBO dos profissionais, esta cobertura experimentou significativo crescimento, encontrando maior dificuldade para atingir a meta

nos municípios de grande porte. A cobertura estadual, que oscilou entre 7,75% em 2009 e 7,66% em 2010, cresceu para 58,52% em 2011, 59,57% em 2012, 61,33% em 2013 e 63,17% em 2014. Abaixo, contudo, da meta, que foi de 70% em 2014.

Figura 86 - Indicador 5 – Média da ação coletiva de escovação dental supervisionada



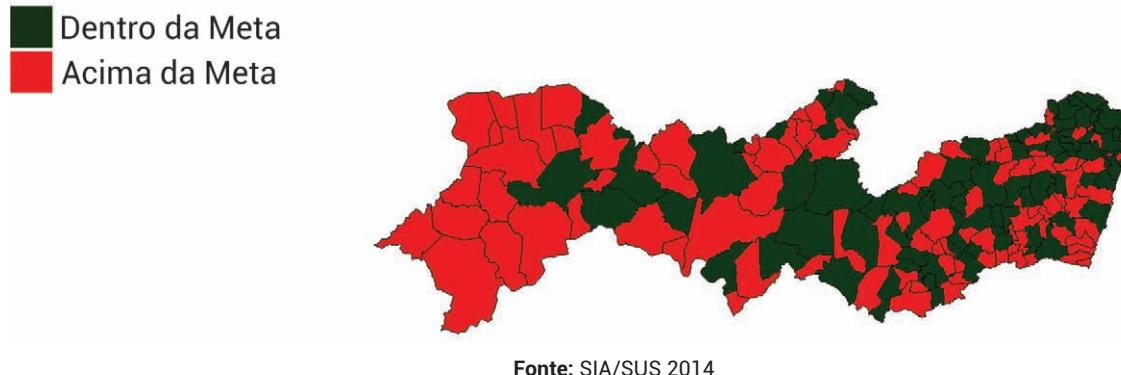
Fonte: SIA/SUS 2014

As ações de escovação dental supervisionada constituem um importante meio para obtenção coletiva de flúor, estando indicadas para grupos em situação de risco. Entre os anos de 2008 e 2009, a partir da distribuição dos kits de higiene oral pelo MS, obtiveram-se os melhores resultados no Estado, apontando-se, porém, para a necessidade de mais investimentos nessa área.

Com a suspensão da distribuição pelo MS dos Kits de higiene oral, percebemos uma re-

dução no desempenho do indicador a partir de 2011. Em 2014, com implantação de E-SUS, ocorreu perda no registro da informação, uma vez que os procedimentos de escovação supervisionada lançados neste sistema não foram exportados para o SIA/SUS. Para Pernambuco, registrou-se, portanto, um número decrescente no período: 2008 (2,08%), 2009 (2,56%), 2010 (1,98%), 2011 (1,40%), 2012 (1,43%), 2013 (2,21%), e 2014 (1,15%). Ressaltando que para 2014 a meta era 3%.

Figura 87 - Indicador 6 - Proporção de exodontias em relação aos procedimentos



AS UNIDADES ODONTOLÓGICAS MÓVEIS (UOM)

De uso exclusivo dos profissionais das Equipes de Saúde Bucal da Estratégia Saúde da Família, serve de apoio para o desenvolvimento das ações e das atividades dessas Equipes. Ela deve atuar seguindo os princípios e diretrizes definidos pela Política Nacional de Saúde Bucal, para garantir as ações de promoção e prevenção e o atendimento básico às populações: rurais; quilombolas; assentadas; e em áreas isoladas ou de difícil acesso.

Os critérios para distribuição da referidas UOM, têm sido definidos a nível tripartite e no estado 07 (sete) municípios foram contemplados, por estarem inseridos nos territórios da cidadania, Programa Brasil sem Miséria ou apresentarem população quilombola. São os municípios de: ÁGUAS BELAS, BELÉM DE SÃO FRANCISCO (Programa Território da Cidadania), BETÂNIA; CARNAUBEIRA DA PENHA (Programa Território da Cidadania); LAGOA GRANDE; OROCÓ (Programa Território da Cidadania); e RIBEIRÃO.

LABORATÓRIOS REGIONAIS DE PRÓTESE DENTÁRIA (LRPD)

- Até 2003, nenhuma política de saúde pública havia proporcionado oferta de próteses dentárias à população, porém, com a criação do Brasil Sorridente, em 2003, a reabilitação protética passou a ser uma das principais metas da Política Nacional de Atenção à Saúde Bu-

cal, reforçada pela robustez dos dados apontados pelo SB BRASIL 2010, onde se verifica que em idosos de 65 a 74 anos, 23% necessitam de prótese total (DENTADURA) em pelo menos um maxilar e 15% necessitam de prótese total dupla, ou seja, nos dois maxilares.

CIDADES QUE POSSUEM LABORATÓRIOS REGIONAIS DE PRÓTESE DENTÁRIA – LRPD

- Na primeira Região de Saúde, são seis municípios com LRPD: Camaragibe, Chã Grande, Itamaracá e Ipojuca possuem LRPD na faixa de produção de 20 a 50 próteses dentárias, todos sob gestão municipal; Jaboatão possui um LRPD com produção de 51 a 80 próteses; e Recife possui dois LRPD, um municipal com produção acima de 120, e um estadual com produção de 81 a 120 próteses.
- Na Região II, 04 municípios possuem LRPD com produção de 20 a 50 próteses: Buenos Aires, Passira, Tracunhaém e Vertente do Lério; e Limoeiro possui produção de 81 a 120 próteses. Na Região III, todos os 08 municípios têm produção de 20 a 50 próteses dentárias em seus Laboratórios Regionais de Prótese Dentária: Água Preta, Catende, Gameleira, Lagoa dos Gatos, Primavera, Quipapá, São Benedito do Sul e Xexéu.
- Na IV Regional, são 12 municípios com LRPD, sendo 09 com produção de 20 a 50 próteses (Agrestina, Alagoinha, Altinho,

- Belo Jardim, Bonito, Caruaru, Ibirajuba, Pesqueira e Sanharó) e 03 com produção de 51 a 80 próteses (Bezerros, Gravatá e Santa Cruz do Capibaribe).
- Na V Região de Saúde, todos os 09 municípios com LRPD têm produção de 20 a 50 próteses: Águas Belas, Angelim, Bom Conselho, Calçado, Capoeiras, Garanhuns, Jupi, Lagoa do Ouro e São João.
 - Na VI Região de Saúde são 10 municípios com LRPD: Arcoverde, Inajá, Jatobá, Pe- dra, Petrolândia, Tacaratu, Tupanatinga, e Venturosa com produção de 0 a 50 próte- ses; Custódia com produção de 81 a 120 próteses; e Ibimirim com produção acima de 120 próteses.
 - Na VII Regional de Saúde são 04 municí- pios com LRPD: Cedro, Mirandiba, Serrita e Verdejante. Todos com produção de 20 a 50 próteses.
 - Na Região VIII e IX são três municípios em cada, com LRPD, com produção de 20 a 50 próteses: Afrânio, Lagoa Grande, e Santa Maria da Boa Vista, na VIII e Parna-
 - mirim, Santa Cruz e Santa Filomena, na IX.
 - Na X Região de Saúde, 04 municípios dis- põem de LRPD: 3 com produção de 20 a 50 próteses (Carnaíba, Itapetim e Tabira) e 01 com produção de 51 a 80 próteses (Afogados da Ingazeira). Na XI Região são 05 municípios com LRPD de produção de 20 a 50 próteses, e um com produção de 81 a 120 próteses: Carnaubeira da Penha, Floresta, Santa Cruz da Baixa Verde, São José do Belmonte e Triunfo, e Serra Ta- lhada, respectivamente. Enfim, na XII Re- gião de Saúde, os 03 municípios tinham produção de 20 a 50 próteses: Ferreiros, Itambé, Itaquitoinga.
- Em relação à produção dos LRPDs, ela cresceu mais de nove vezes em todo o estado entre 2008 e 2014, em função da implantação de novos laboratórios. As regiões com maior cresci- mento foram a região I e a VI.
- Em 2014, as mulheres apresentaram dados mais robustos de contemplação (76,67%) de reabilitação protética, em re- lação aos homens.

Figura 88 - Rede de cuidados saúde bucal à pessoa com deficiência (RCPD)

Criada por meio da Portaria GM/MS nº 793, de 24/4/2012 a, no âmbito da saúde bucal, se propõe a garantir o atendimento odonto- lógico qualificado a todos os portadores de deficiência. Todo atendimento a esse públ-

co deve ser iniciado na atenção básica, que referenciará para o nível secundário (CEO) ou terciário (atendimento hospitalar), apenas os casos que apresentarem necessidades es- peciais para o atendimento.



Fonte: SIA/SUS

Afogados da Ingazeira, Agrestina, Arcover- de, Belo Jardim, Brejo da Madre de Deus, Caruaru, Cedro, Cupira, Ibimirim, Ipojuca, Jaboatão dos Guararapes, Lagoa do Ouro, Limoeiro, Olinda e Paulista.

- O estado de Pernambuco pioneiro no atendimento odontológico a Pessoas

com Necessidades Especiais, destaca- -se no cenário nacional com o Serviço de Atendimento à Pessoa com Deficiên- cia, sob sedação ou anestesia geral, no Hospital Geral de Areias e tem, a partir de 2015, a interiorização da oferta deste serviço no Hospital Regional do Agres- te. Entre 2010 e 2012, Pernambuco foi o

estado com maior volume de tratamento para pacientes com necessidades especiais, com 3.962 tratamentos registrados entre maio de 2010 e dezembro de 2012, seguido por São Paulo com 2.621 tratamentos registrados no mesmo período.

CÂNCER DE CAVIDADE ORAL E LÁBIO

O câncer bucal continua alcançando altos índices de mortalidade, constituindo-se em um problema nacional de saúde pública, ratificado pelas estatísticas do MS, sendo o quinto mais frequente entre os homens e o sétimo entre as mulheres.

Segundo o Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA), a estimativa anual é de 520 novos casos de câncer de boca para o Estado de Pernambuco – da-

dos válidos para os anos de 2012 e 2013.

Em Pernambuco, no período de 2002 a 2012 as ações da Coordenação do Programa de Combate ao Câncer de Boca, em atendimentos que abrangeram 1/3 dos municípios do Estado, foram identificadas 2.610 lesões bucais não-malignas, 1.234 potencialmente malignas e 220 malignas, com prevalência do Carcinoma Escamo Celular, totalizando 4.064 procedimentos cirúrgicos, com biópsias realizadas, essenciais para conclusão diagnóstica, através de análise histopatológica.

Em 2012, foram registrados 311 óbitos por câncer bucal em Pernambuco, com maior incidência de câncer da orofaringe (65 óbitos) e de outras partes da língua (63 óbitos). A maior parte dos óbitos foi de residentes da Região I, com 139 óbitos, seguida da região VI, com 43 óbitos. O menor número de óbitos se deu na região XI, com 4 casos.

Tabela 18: Nº de óbitos por câncer bucal dos residentes de Pernambuco segundo Região de saúde Pernambuco, 2012

Causa do óbito	REGIÕES DE SAÚDE												
	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII	TOTAL
TOTAL	139	28	15	43	14	14	9	7	16	8	4	14	311

Fonte: SIM/SEVS/SES-PE; Dados atualizados em 24/05/2013

REDE DE URGÊNCIAS ODONTOLÓGICAS

Em 2011 o estado contava com 12 serviços de Urgência Odontológica na rede de atenção estadual e municipal, a SES tendo como atribuições o desenvolvimento contínuo de ações que garantam a qualidade e resolubilidade dos serviços, implantou 11 novos serviços garantindo pelo menos 01 serviço de Urgência Odontológica, por Regional de Saúde, e incremento na Região metropolitana, onde se concentra quase 50% da população.

ATENDIMENTO DE URGÊNCIA ODONTOLÓGICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA

- UPA: CURADO, OLINDA, PAULISTA, ENGENHO VELHO, NOVA DESCOPERTA,

PETROLINA;

- HOSPITAIS REGIONAIS: LIMOEIRO, PALMARES, GARANHUNS, SALGUEIRO, SERRA TALHADA, GERAL DE AREIAS, JABOATÃO, PRAZERES.

ATENÇÃO TERCIÁRIA

É a área da atenção ambulatorial e hospitalar, capacitada a prestar atendimento aos casos de reabilitação que justifiquem uma intervenção mais frequente e intensa, requerendo tecnologia de alta complexidade e recursos humanos mais especializados.

Com a implantação dos CEO, caracteriza-se a necessidade de garantir outros fluxos de referência que garantam o diagnóstico por imagem, e histopatológico, além de cirurgias eletivas e atendimento para pacientes com necessidades especiais em ambiente cirúrgico.

Destacando-se a crescente necessidade de referência de buco-maxilo-facial, como resposta as demandas apresentadas pelos eventos decorrentes das causas externas. Para tal demanda, faz-se necessário:

- Cirurgias Buco Maxilo Facial de urgência e eletivas em ambiente hospitalar: Restauração, Getúlio Vargas, Regional do Agreste, Oswaldo Cruz e Geral de Areias;
- Atendimento hospitalar de pessoas com Deficiência sob anestesia Geral e Sedação: Geral de Areias e Regional do Agreste.
- Atenção e reabilitação multiprofissional aos fissurados lábio-palatais no IMIP.
- Radiografia Panorâmica no Hospital Geral de Areias e Faculdade de Odontologia de Pernambuco (FOP)/UPE.

AVANÇOS

- Celebração de convênio com o MS, com contrapartida estadual, para implantação da fluoretação das águas para consumo humano no estado de Pernambuco;
- Implantação do Serviço de Atendimento à Pessoa com Deficiência, no Hospital Geral de Areias;
- Interiorização da oferta de atendimento odontológico a Pessoas com Necessidades Especiais, no Hospital Regional do Agreste, a partir de 2015;
- Implantação dos Centros Especializados em Odontologia (CEO);
- Implantação de 102 Laboratórios Regionais de Prótese Dentária (LRPD).

2.3.2.11 SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL

No estado de Pernambuco percebe-se a transição nutricional, com redução de doenças infecciosas e de desnutrição em crianças menores de cinco anos e, na população adulta e idosa, um aumento das situações de sobre peso/obesidade, gerando uma íntima associação com as doenças crônico-degenerativas.

A avaliação e monitoramento da situação alimentar e nutricional da população pernam-

bucana vêm seguindo a Política Nacional de Alimentação e Nutrição, com ações de vigilância alimentar e nutricional de usuários do SUS, com o objetivo de detecção precoce de situações de risco nutricional tanto por carência como por excesso e prevenção de agravos à saúde, por ciclos de vida, pelo Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN WEB). No (anexo I) são mostrados alguns dados do SISVAN WEB sobre baixo peso e excesso de peso em cada ciclo da vida no período de 2008 a 2014.

ANÁLISE SITUACIONAL DO BAIXO PESO

A situação de baixo peso e obesidade nas diversas faixas etárias vem mudando muito rapidamente, de 2008 a 2014 o percentual de crianças com baixo peso em Pernambuco reduziu de aproximadamente 6% para menos de 4,5%; no mesmo período, a proporção de crianças com sobre peso cresceu de 9% para mais de 12%; e a de adolescentes com sobre peso cresceu de aproximadamente 17% para cerca de 23%. Neste cenário, os números em Pernambuco apresentam o mesmo comportamento que os números no Nordeste e no Brasil.

Ao analisar os resultados do indicador de cobertura de acompanhamento das condicionalidades de saúde do Programa Bolsa Família, em Pernambuco observamos que houve um incremento ao longo dos anos de 2010 (66,66 %), 2011 (72,01%), 2012 (72,79%) 2013 e 2014(74,18).

Mesmo tendo sido realizadas Oficinas em todas as Regionais de Saúde do Estado em 2011 e 2012, com técnicos municipais (coordenador e digitador) pode-se observar algumas dificuldades locais para realização do acompanhamento como: falta de intersetorialidade na gestão municipal do PBF; grande rotatividade de técnicos contratados; baixa qualidade da internet; falta de infraestrutura e recursos humanos; o não desenvolvimento de ações de Vigilância Alimentar e Nutricional na Atenção Básica como atividade de rotina das ESF; a não utilização da informação gerada pelo Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional - SISVAN para formulação e implementação de políticas públicas locais na área de alimentação e Nutrição; a falta de Organização do processo de Atenção Nutri-

cional, com geração, monitoramento e análise das informações. A melhoria desse acompanhamento deve-se ao trabalho constante tripartite com análise dos dados, apresentação na Câmara técnica do COSEMS e Regionais, assim como treinamento contínuo.

AVANÇOS

- Criação do Plano de Segurança Alimentar e Nutricional;
- Projeto de Lei de Alimentação Saudável em Escolas Particulares, Filantrópicas e Públicas no estado de Pernambuco;
- Educação Alimentar e Nutricional do PROUPE em andamento.

DESAFIOS

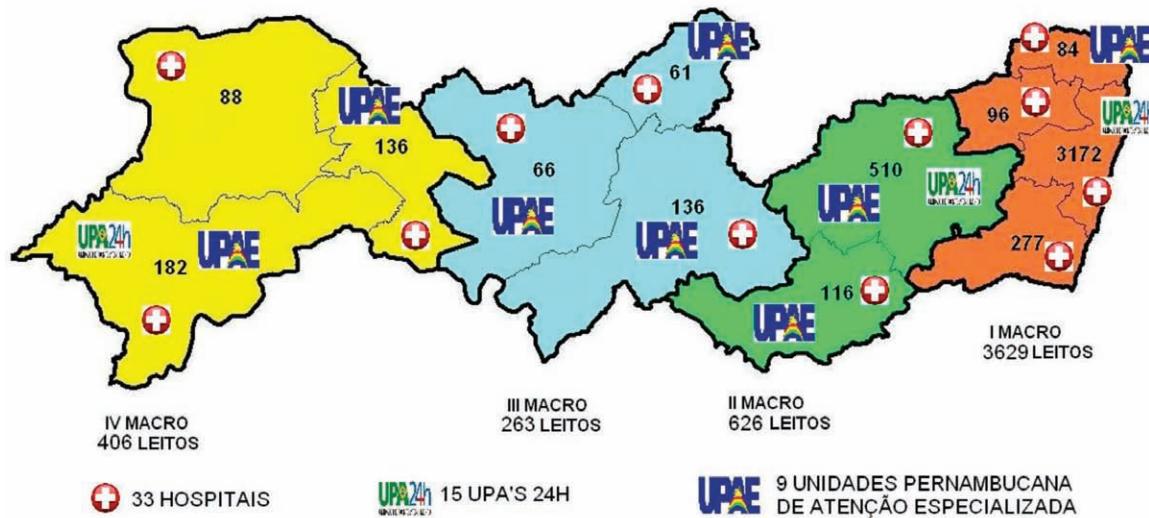
- Organização do cuidado desde a prevenção, dos modos de vida saudáveis, ao tratamento e reabilitação dos casos.
- Fortalecimento das ações intersetoriais e regulatórias.

2.3.3 REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Pernambuco tem uma das maiores redes de hospitais públicos próprios do Brasil. Existem 57 serviços de atendimento sob gestão da Secretaria Estadual de Saúde, incluindo 15 (quinze) Unidades de Pronto Atendimento 24h (UPA's), 9 (nove) Unidades Pernambucana de Atenção Especializada (UPAE), 11 (onze) hospitais de alta complexidade e 22 hospitais regionais. Atualmente, essa rede conta com 4924 leitos de internação e 955 leitos de terapia intensiva, distribuídos nas 4 macrorregiões.

Essa rede vem sendo estruturada de acordo com as necessidades locorregionais da população e disponibilização de recursos pactuados de forma tripartite cabendo ao estado garantir o funcionamento de unidades hospitalares gerais e especializadas de média e alta complexidade em todas as macrorregionais. A figura 88 abaixo apresenta a rede de serviços sob gestão estadual, segundo Gerência Regional de Saúde (GERES) e macrorregional.

Figura 89: Distribuição dos serviços de saúde sob gestão estadual, segundo GERES e Macrorregional.

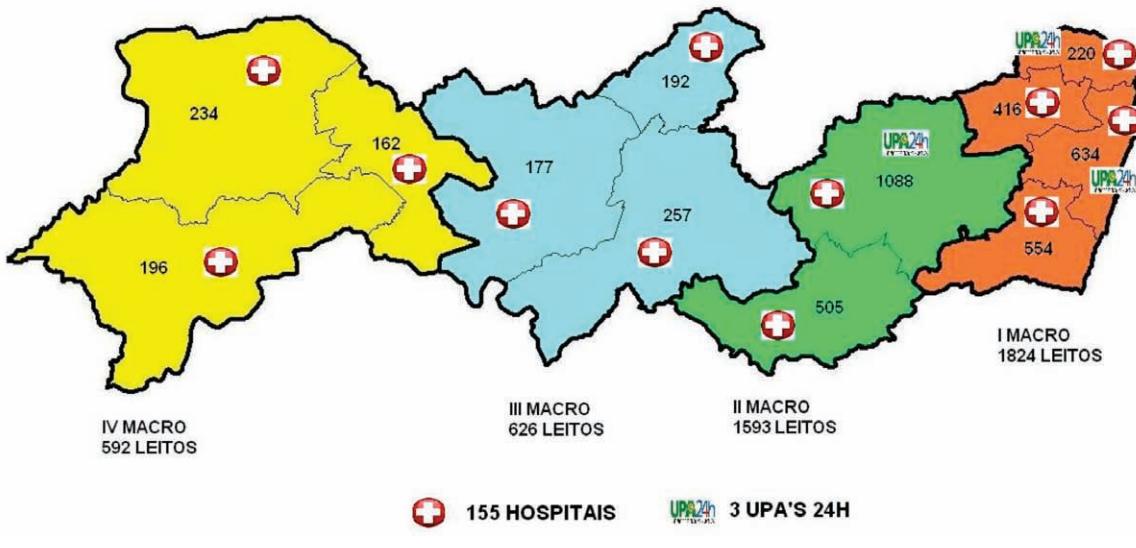


Fonte: TABWIN/CNES junho/2015.

Sob gestão municipal a população conta com o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) 192 implantado em 115 (cento e quinze) municípios, 03 (três) UPAS's 24h, 155 (cento e cinquenta e cinco) unidades hospitalares totalizando 4635 (quatro mil seiscentos

e trinta e cinco) leitos de internação e 18 (dezoito) municípios com o Serviço de Atenção Domiciliar implantado nas Gerências Regional de Saúde (GERES) I, IV, V, VIII e XII. A figura 89 abaixo apresenta os serviços de saúde disponíveis por GERES e por macrorregional.

Figura 90: Distribuição dos serviços de saúde sob gestão municipal, segundo GERES e Macrorregional.



As Urgências e Emergências estão organizadas por perfil de atendimento com objetivo de otimizar o acesso do usuário aos serviços conforme complexidade e especialidade das portas de entrada, garantindo desta maneira o acompanhamento de toda linha de cuidado dos pacientes nestas referências.

Pernambuco possui 84 serviços de Urgência e Emergência sob gestão estadual, sendo 22 em Clínica Médica; 16 em Pediatria; 16 em Obstetrícia; 9 em Traumato-ortopedia; 8 em Cirurgia Geral; 3 em Cardiologia e 3 em Neurologia; 2 em Neurocirurgia, 1 em Oftalmologia; 1 em Vascular; 1 em Otorrinolaringologia; 1 em Urologia e 1 em Saúde mental.

A implementação dos serviços de saúde no estado está estruturada por níveis de complexidade das unidades, competências e atribuições da gestão considerando a abrangência territorial, desta forma a Resolução CIB/PE nº 1.797, de 19 de novembro de 2011 define as Diretrizes da Remodelagem da Rede de Urgência e Emergência no Estado de Pernambuco:

HOSPITAIS DA REDE ESTADUAL

No início de 2007, a rede estadual de saúde contava com 27 hospitais administrados pela Secretaria Estadual de Saúde – a última alteração desse quadro havia ocorrido em 1997, com a inauguração do Hospital Regional do Agreste, em Caruaru.

AVANÇOS

Hoje, são 9.557 leitos, o que representa uma ampliação de 140% em relação a 2007, quando a rede estadual contava com 3.844 leitos. Proporcionalmente, o SUS em Pernambuco disponibiliza mais leitos do que, por exemplo, estados como Bahia, São Paulo e o Rio de Janeiro. Os investimentos nas unidades da rede própria e a contratação de leitos em hospitais conveniados contribuíram para o crescimento do número de leitos em Pernambuco.

Houve várias melhorias nos hospitais de alta complexidade do estado (REDE PRÉ-EXISTENTE):

- Em dezembro de 2008 foi redefinido o modelo gerencial com nova estrutura organizacional da alta direção das Unidades.
- Em 2011 foram redefinidos os perfis das unidades.

HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS

Um investimento de mais de R\$ 3,89 milhões possibilitou a reforma da emergência da unidade. Quando foi implantada a primeira emergência urológica e pneumológica do Estado, bem como a ampliação do setor de imagem com a implantação do tomógrafo e do serviço de endoscopia diagnóstica e terapêutica. Um novo setor de traumatologia, com bloco cirúrgico próprio, foi inaugurado, acrescentando 94

leitos à unidade.

Também foram investidos R\$ 2 milhões na nova UTI pediátrica, com 20 leitos, sendo R\$ 1,3 milhão em equipamentos (como ventiladores pulmonares, monitores multiparamétricos e camas hospitalares pediátricas) e o restante na readequareção do setor, como troca de piso, forro e novas instalações elétricas e hidráulicas.

HOSPITAL BARÃO DE LUCENA (HBL)

Em 2012, a SES deu início às obras do Plano Diretor de Obras do HBL, que vai reformar todos os espaços físicos do hospital e construir novas áreas. Ao todo, serão investidos R\$ 29,4 milhões no projeto, que será entregue até 2014. Toda a estrutura elétrica e hidráulica será requalificada, todos os pavimentos do Hospital serão revitalizados e duas novas torres de elevadores serão implantadas, haverá uma nova enfermaria, nova emergência obstétrica e emergência pediátrica, e ambulatório.

Em 2011, foram inaugurados dez novos leitos de UTI adulto (que passou de 10 para 20 leitos) e a reforma da enfermaria obstétrica. O investimento foi de aproximadamente R\$ 1,9 milhão. Também foi entregue a reforma da enfermaria pediátrica com 37 leitos adaptados ao público infanto-juvenil e ambiente humanizado.

Além disso, o Governo Eduardo Campos entregou a reforma do bloco cirúrgico, da enfermaria obstétrica e da UTI Neonatal Externa do HBL, bem como recentemente o novo ambulatório com 27 consultórios. Dando continuidade ao Plano Diretor de Obras com as reformas e o processo de modernização, entregamos hoje as novas emergências obstétrica com 8 leitos e a pediátrica com 19 leitos, distribuídos nas salas vermelhas e amarelas de acordo com classificação de risco, também foram investidos R\$ 1,2 milhão na compra de equipamentos, como respiradores, berços aquecidos, incubadoras, aparelhos de anestesia e além disso, disponibilizamos a Casa das Marias, um espaço humanizado que abriga as mães de bebês ainda internados na Unidade, que contará com 30 camas, sala e copa.

HOSPITAL REGIONAL DO AGreste (HRA)

Em 2011, o Hospital Regional do Agreste ganhou uma nova emergência, com número

dobrado de leitos (passou de 20 para 40) e com atendimento por Classificação de Risco. A SES inaugurou também o novo setor administrativo da unidade.

Além disso, o HRA teve duplicada a quantidade de leitos disponíveis na Unidade de Terapia Intensiva (UTI), passando de dez para 20 vagas no setor. O bloco cirúrgico também foi ampliado e equipado, contando, agora, com oito salas de cirurgia (antes eram seis), e 12 leitos de recuperação pós-anestésica; antes eram apenas três. Com a reforma, a unidade também ampliou a área do Centro de Reabilitação Motora (Fisioterapia), que é voltado para pacientes egressos vítimas de traumas causados por acidentes de trânsito, além de referenciados por outras unidades. Nas obras, foram investidos cerca de R\$ 3,2 milhões. Deste total, R\$ 1,7 milhão foi destinado para ampliação e readequareção dos espaços e R\$ 1,5 milhão na compra de novos equipamentos.

Em 2013, o Hospital ganhou 70 novos leitos de ortopedia, uma biblioteca, um novo auditório, com capacidade para 35 pessoas, e um posto de coleta do HEMOPE. O investimento nessas obras foi de, aproximadamente, R\$ 2 milhões.

HOSPITAL GETÚLIO VARGAS (HGV)

Em 2013 a SES iniciou uma grande reforma de reestruturação e ampliação da emergência do Hospital Getúlio Vargas, que vai dobrar a sua capacidade, passando de 50 para 100 leitos. Além de trazer maior conforto para pacientes e profissionais de saúde. O investimento total é de 5,2 milhões e a previsão é que as obras estejam prontas em um prazo de 12 meses.

Em janeiro de 2013, o Hospital ganhou uma nova unidade de traumatologia pediátrica, com três enfermarias e 20 leitos, que passou por reestruturação para atender as recomendações da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), voltada para atender pacientes com até 14 anos. Ao todo, mais de R\$ 400 mil foram investidos na reforma e aquisição de equipamentos, além da compra de novo mobiliário. O espaço também foi climatizado e ganhou um leito de isolamento para pacientes com processo infeccioso. A reforma ainda incluiu a construção de um novo posto de enfermagem, uma brinquedoteca e uma sala de terapia ocupacional.

Também este ano, o HGV passou a ser uma das unidades brasileiras a integrar o Programa SOS Emergências do MS, que visa a qualificação da gestão e do atendimento em grandes hospitais que atendem pelo SUS.

Em 2012, a SES assinou convênio com o Real Hospital Português (RHP) para que serviço de cirurgia vascular da unidade privada receba pacientes do Hospital Getúlio Vargas. Outro convênio que está beneficiando o HGV foi firmado com Hospital de Santo Amaro. Pacientes de baixa e média complexidade em traumatologia são encaminhados para a unidade privada, após o primeiro atendimento no HGV. O investimento é de mais de R\$ 800 mil, por mês.

Em novembro de 2011, foi inaugurado um Centro de Reabilitação e Readaptação Física, que possibilita o tratamento, a cada mês, de cerca de 5 mil pacientes com sequelas de acidentes ou problemas motores. Também em 2011, o HGV ganhou uma enfermaria traumato-ortopédica, com 30 leitos. Nas obras e compra de equipamentos para os dois setores, a SES investiu cerca de R\$ 1,5 milhão.

Em 2010, o HGV passou a contar com o setor de Hospital Dia, com cinco leitos voltados para a recuperação e observação dos pacientes submetidos a cirurgias de médio e pequeno porte, evitando que eles disputem vagas de internamento. Cerca de R\$ 40 mil foram investidos na adequação da estrutura e aquisição de equipamentos.

Já em 2009, a ala de ortopedia do HGV foi readequada. No total, foram investidos cerca de R\$ 700 mil, para a reforma da estrutura física, aquisição de camas e outros materiais. O setor conta hoje com 107 leitos adulto.

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO (HR)

Pela sua importância para a rede estadual de saúde, o HR tem recebido atenção especial do Governador Eduardo Campos. As ações de melhoria da unidade tiveram início pela implantação da UTI de trauma, com 16 leitos, no ano de 2008.

Já em 2010, o HR implantou a unidade de suporte avançado em neurocirurgia, com 10 leitos e investimento de mais de R\$ 1 milhão de reais. Ainda em 2010, a unidade recebeu o maior investimento desde a sua construção,

com a entrega da nova emergência clínica, onde foram investidas mais de R\$ 10 milhões. O local passou a ter 80 leitos disponíveis apenas para as especialidades clínicas, que ficou separado da emergência de trauma.

Em 2011, o hospital passou por obras de ampliação, ganhando 48 novos leitos e, no ano passado, foram implantados 45 leitos de enfermaria e a aquisição de um novo tomógrafo, objetivando aumentar a resolutividade diagnóstica.

Com estes investimentos e a implantação de um modelo de gestão clínica, o HR deixou de ter pacientes nos corredores, cena impensável até bem pouco tempo atrás.

Dando início a um novo ciclo para a unidade, em 2011, o HR foi um dos dez hospitais públicos do Brasil contemplados com o Projeto S.O.S. Emergência do Governo federal. Ao todo, serão investidos mais de R\$ 13 milhões em reformas estruturais na unidade, sendo metade do MS e a outra metade do Estado.

Em 2013, o HR passou por uma grande readequação de sua estrutura, que abrangeu a reforma das emergências adulta e pediátrica, a melhoria no acesso das equipes de resgate, com a unificação das entradas das emergências adulta e pediátrica, e a ampliação do Centro de Diagnóstico, que passará a contar com Angiografia e Ressonância Nuclear Magnética, além de dois tomógrafos, endoscopia diagnóstica e terapêutica e ultrassonografia.

Ao todo, serão investidos cerca de R\$ 20 milhões no projeto de readequação, que deve ser entregue em um prazo de 10 meses. Além de trazer mais conforto para pacientes e profissionais de saúde, a reforma também vai contemplar a modernização do parque tecnológico do HR.

Com a nova estrutura e os novos serviços, os pacientes com aneurismas cerebrais ganharão uma importante terapia: a embolização, que evita a ruptura da artéria, garantindo que o sangue chegue de maneira adequada ao cérebro.

HOSPITAL AGAMENON MAGALHÃES (HAM)

Em 2013, o Hospital Agamenon Magalhães está recebendo uma grande obra, que vai proporcionar maior comodidade a todos que utilizam a unidade. A emergência cardiológica do

HAM vai passar dos atuais 18 leitos para 50. Além disso, será construído um prédio anexo, com seis pavimentos, que vai abrigar o ambulatório do HAM, o setor administrativo e o estacionamento da unidade. Com isso, o 6º andar do atual prédio passará por reforma para abrigar uma nova enfermaria com 50 leitos. A obra, um investimento de, aproximadamente, R\$ 12 milhões, já foi licitada e a previsão é que seja inaugurada em 2014.

Em 2011, o HAM ganhou um novo espaço do Serviço de Apoio a Mulher Wilma Lessa. Mais moderno, com nova estrutura e com equipamentos e mobiliários novos, o serviço está acolhendo melhor as mulheres vítimas de violência. Ao todo, foram mais de R\$ 50 mil investidos no novo espaço.

Em 2007, a unidade teve a sua estrutura física do 2º pavimento totalmente reformada, com reestruturação elétrica e hidráulica. Já em 2010, a unidade ganhou uma nova subestação de energia, com novos transformadores. Já em 2011, a emergência clínica da unidade foi totalmente requalificada para melhor atender os pacientes.

Em janeiro de 2012 foi implantada a unidade de dor torácica com 15 leitos, proporcionando ampliação do serviço, com mais conforto e resolutividade.

OUTROS INVESTIMENTOS NA REDE HOSPITALAR:

A partir de 2009 foram abertos os hospitais metropolitanos Miguel Arraes, Dom Helder Câmara e Pelópidas da Silveira, e ainda a reconstrução do Hospital Regional de Palmares, em área livre de enchentes, bem como a reabertura do Hospital Ermírio Coutinho (fechado desde 2002) em Nazaré da Mata. Estes serviços estão realizando em média mais de 180.000 atendimentos de urgência e 35.000 internações / ano, além de mais de 176.000 atendimentos ambulatorial. Ressalte-se ainda que esses novos serviços abriram 4790 novos postos de trabalho. Ao todo foram abertos 1078 novos leitos com estes serviços. Houve a incorporação do Hospital do Câncer e do Dom Malan (Petrolina) à rede estadual. Também é importante ressaltar que o Governo de Pernambuco cofinanciou a reconstrução de quatro hospitais municipais destruídos pelas

enchentes de 2010 (nas cidades de Jaqueira, Cortês, Barreiros e Água Preta) e apoiou a conclusão das obras do Hospital Urgência e Trauma de Petrolina.

O Hospital de Câncer de Pernambuco (HCP) esteve sob intervenção do Estado de abril de 2007 à março de 2014. Desde então, uma série de melhorias foi implantada na unidade, como reforma das três enfermarias; ampliação da UTI; construção do novo setor de quimioterapia e unidade de cirurgia de mama, com 24 leitos; reforma dos elevadores, ambulatório do Serviço de Cabeça e Pescoço, e portaria de atendimento; além da reestruturação dos setores de odontologia e próteses reabilitadoras; inauguração do Sistema de Radiologia Digital e do Complexo Nutricional Alimentar. Atualmente faz uma média de 1,5 mil atendimentos na triagem, 7,5 mil consultas, 400 cirurgias e 1,3 mil sessões de quimioterapia por mês.

No final do mês de abril de 2013, as obras do bloco anexo do Hospital do Câncer de Pernambuco foram retomadas depois de 20 anos. Em 2014 foi reinaugurado o Hospital do Câncer, Centro de referência para tratar todos os tipos de cânceres. Essa Unidade conta com um Centro diagnóstico completo, Oncologia Cirúrgica, oncologia clínica, radioterapia com braquiterapia, urgência oncológica, Serviço de onco hematologia e, em breve, abrigará o Centro de transplante de medula óssea. Com um investimento de, aproximadamente, R\$ 27 milhões, o novo espaço conta com sete pavimentos, em 6,7 mil m² de área construída, e abriga a emergência do hospital; UTI com 20 leitos e ampliará em 100 o número de leitos.

Desta forma, a rede própria de hospitais passou de 27 para 47, ou seja, as unidades estaduais foram ampliadas em mais de 70% em menos de 6 anos.

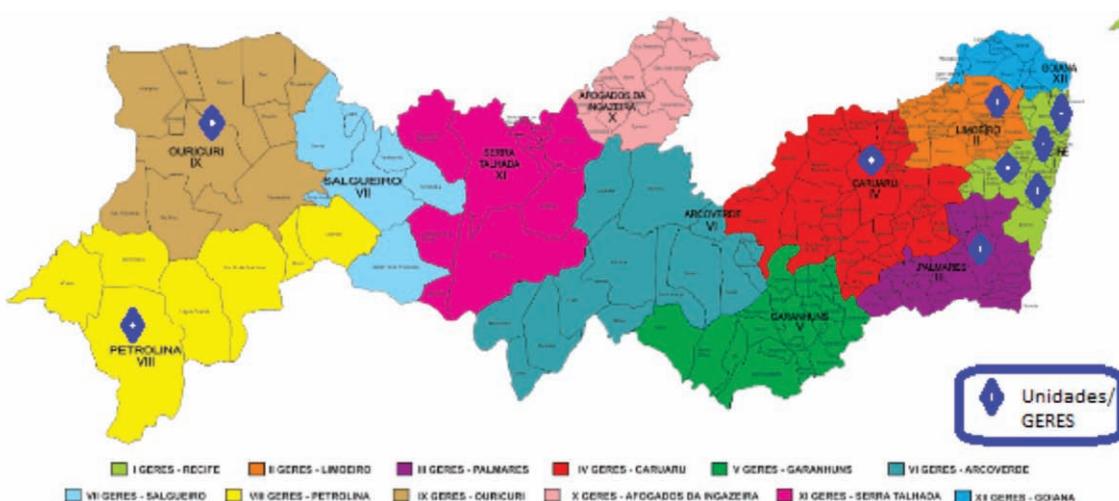
Uma proposta de governo de reestruturação do modelo de atenção à saúde em Pernambuco, reorganizado com a perspectiva de estruturação de uma rede hospitalar estadual regionalizada, hierárquica e integrada, com redefinição do perfil assistencial dos hospitais de sua rede e ao mesmo tempo propondo medidas para promover melhor acesso da população aos serviços de urgência e emergência, clínica médica, neurologia, traumato-ortopedia, oncologia, cardiovascular, clínica cirúrgica e assistência materno-infantil. Houve novos

investimentos hospitalares: Entre 2009 e 2014 foram inaugurados ou reinaugurados os hospitais: Hospital Metropolitano Miguel Arraes; Hospital Metropolitano Dom Hélder Câmara; Hospital Metropolitano Pelópidas Silveira e Hospital João Murilo de Oliveira, na GERES I; Hospital Ermírio Coutinho na GERES II; Hospital Regional de Palmares Dr. Sílvio Magalhães na GERES III; Hospital Mestre Vitalino na IV GERES; Hospital Dom Malan na VIII GERES, e Hospital Regional Fernando Bezerra na IX GERES. Considerando que após inauguração das

Unidades acima, hoje a Rede conta com mais 1.189 leitos para internamento nas clínicas: médica, cirúrgica, materno-infantil, traumato-ortopedia, cardiovascular, neurologia e oncologia. E mais 482 leitos entre eles: leitos de observação, reversíveis e UTI/UCI (Unidades de Terapia e Cuidados Intensivos). O (anexo II) demonstra o perfil de cada Unidade com seus respectivos números de leitos.

O mapa apresenta, dentro do mapa de Pernambuco, a distribuição e localização das Unidades por Gerência Regional de Saúde – GERES.

Figura 91. Mapa de Pernambuco por Regional de Saúde



Fonte: portal.saude.pe.gov.br/mapa-de-saude-de-pernambuco

Será entregue a população o Hospital Mestre Vitalino: Localizado em Caruaru, na BR-104, terá 300 leitos, e vai oferecer atendimento para média e alta complexidade. Será o maior hospital do interior do Estado e vai atender nas especialidades de Clínica Médica, Cirurgia Geral, Neurologia Clínica, Cirurgia Vascular, Psiquiatria, Pediatria clínica e cirúrgica, Cardiologia clínica e cirúrgica, Oncologia e Urologia. A unidade contará, ainda, com UTI para adultos, pediátrica e Coronariana. E proporcionará mais 30.000 atendimentos de urgência e 12.804 internações/ano.

Unidade Pernambucana de Atenção Especializada (UPAE)

A Unidade Pernambucana de Atenção Especializada (UPAE) veio para ampliar o acesso ao serviço de média complexidade e descentralizar a oferta de consulta especializada, são centros de diagnósticos e orientação terapêutica com atendimentos ambulatoriais em especialidades médicas e procedimentos diagnósticos de média complexidade.

A SES vem implantando desde 2013 a UPAE de forma regionalizada. Até 2014 foram implantadas 09 (nove) UPAE em 08 (oito) Regionais, sendo distribuídas em dois tipos: Porte I (Consultas Médicas, Apoio Diagnóstico, Não médicos e Sessões de fisioterapia) e Porte II (Consultas Médicas, Apoio Diagnóstico, Cirurgias, Não médicos e Sessões de fisioterapia).

Considerando estudo realizado para o plano estadual saúde 2012-2015, a meta era a implantação de quinze (15) Unidades Especializadas de Atenção Especializada (UPAE) conforme apresentado no mapa abaixo (Figura 92).

Figura 92: Distribuição Geográfica x Geres x UPAE em Pernambuco



Classificação dos serviços:

- △ Porte I – Consultas e Exames
- Porte II – Consultas, Exames e Hospital Dia

Fonte: DGMMAS/SEAS

Até 2014 foi implantado 60% da meta inicial com cobertura populacional de 3.899.698, sendo 20% de Porte II (Caruaru, Garanhuns e Petrolina) e 40% de Porte I (Afogados da Ingazeira, Arcoverde, Belo Jardim, Limoeiro, Salgueiro e Serra Talhada).

O acesso à UPAE é exclusivamente de forma regulada pelas centrais de regulação municipais, onde os usuários são referenciados a partir da Estratégia de Saúde da Família, buscando garantia de qualidade das ações dessas equipes, através da oferta de serviços resolutivos, reduzindo a procura por atendimentos de urgência em unidade de pronto atendimento (UPA) ou hospitais, com a criação de mecanismos de acesso para serviços e ações de saúde integrais (promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação) para regiões e parcelas da população que ainda não conseguem obter assistência médica de média complexidade, favorecendo ações integrais e efetivas no nível ambulatorial primário e secundário.

Após implantação da UPAE existe um cronograma gradual de ampliação de metas contratuais para acréscimo de oferta de serviços. Em virtude do decreto Nº 41.466/2015 referente ao Plano de Contigenciamento do Estado de Pernambuco (PCG), foi deliberado a não ampliação de serviços, portanto sem previsão para ampliação de metas contratuais.

Atualmente, apenas as UPAE de Garanhuns e Petrolina atuam com capacidade de 100%, as demais ainda terão setores inaugurados: UPAE Afo-

gados da Ingazeira, Arcoverde, Belo Jardim e Salgueiro atuam com 30% da capacidade; Limoeiro e Serra Talhada atuam com 60% da capacidade; e Caruaru atua com 60% da capacidade.

REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

A conformação da Rede de Urgência e Emergência (RUE) envolve a atenção à saúde em todos os níveis de complexidade de maneira articulada e integrada com todos os equipamentos de saúde objetivando ampliar e aprimorar o acesso humanizado e integral aos usuários de forma ágil e resolutiva seguindo a lógica do sistema hierarquizado e regulado, organizado em regiões de saúde e por componentes em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências.

ANÁLISE SITUACIONAL DOS COMPONENTES DA RUE

PRÉ-HOSPITALAR MÓVEL: Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192)

Em 2004 o Estado de Pernambuco apresentava cobertura populacional de 20,8% (1.718.819 habitantes) em relação ao SAMU 192, com cobertura de 02 municípios (1,1% dos municípios) e frota de 4 unidades de suporte básico (USB) e 1 unidade de suporte avançado (USA). Em 2015 a cobertura do SAMU 192 em Pernambuco é de 115 municípios (62,16%) tendo cobertura popu-

Figura 93 - Distribuição geográfica dos municípios que possuem SAMU no estado de Pernambuco



Fonte: SEAS/SES/PE

O Estado de Pernambuco tem como desafio a ampliação do SAMU para cobertura de 100% da população pernambucana, através do planejamento e apoio aos municípios na implantação do serviço e articulação com o MS.

A I Macrorregião possui 96,94% de cobertura populacional do Serviço. A II Macrorregião possui 100% de cobertura populacional do Serviço. A III Macrorregião não possui SAMU 192 em funcionamento. A Central de Regulação Macrorregional do SAMU no Sertão foi construída em Serra Talhada e encontra-se finalizada. Está pactuada a implantação de 32 (trinta e duas) ambulâncias, sendo 30 (trinta) USB e 2 (duas) USA para cobertura de 30 (trinta) municípios da macrorregião, o que corresponderá a uma cobertura populacional de 100% da região. A IV Macrorregião possui cobertura de 50,29% da população correspondente ao município de Petrolina, com frota de 4 USB E 1 USA, além da

central municipal de regulação.

DESAFIOS DO SAMU 192

A implementação do SAMU nas Macro III e IV; PRÉ-HOSPITALAR FIXO - UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO UPA's 24h

As Unidades de Pronto Atendimento (UPA) 24h são estruturas de complexidade intermediária entre as Unidades Básicas de Saúde e as portas de urgência hospitalares, onde em conjunto com estas compõem uma rede organizada de Atenção às Urgências.

Em 2015, o Estado de Pernambuco conta com 15 UPAS Estaduais, sendo 14 (quatorze) UPA's porte III e 1 (um) Tipo II, distribuídas em três macrorregionais, destas, 13 (treze) estão implantadas na I macro, 1 (um) na II macro e IV macro, conforme quadro abaixo com porte e perfil de atendimento:

Quadro 05: UPA Data de Inauguração x Porte x Perfil

PERFIL DAS UPA-PE

UPA	PORTE	CLÍNICA MÉDICA	PEDIATRA	ORTOPEDIA	ODONTOLOGIA
UPA OLINDA	III	X	X	X	X
UPA IGARASSU	III	X	X	X	
UPA PAULISTA	III	X	X		X
UPA IMBIRIBEIRA	III	x	X	X	
UPA CAXANGÁ	III	x	X	X	
UPA SÃO LOURENÇO	III	X	X	X	
UPA TORRÓES	III	X	X	X	
UPA CURADO	III	X	X	X	X
UPA BARRA DE JANGADA	III	X	X	X	
UPA ENGENHO VELHO	III	X	X		X
UPA CARUARU	III	X	X	X	
UPA CABO	III	X			
UPA NOVA DESCOBERTA	III	X	X	X	X
UPA IBURA	III	X	X	X	
UPA PETROLINA	II	X			X

Fonte: SES-UPA 24 HORAS/PE

As UPA's realizam procedimentos de baixa e média complexidade, realizam atendimentos de urgência com apoio diagnóstico e terapêutico ininterrupto nas 24 (vinte e quatro) horas do dia e em todos os dias da semana, incluídos feriados e pontos facultativos; funcionam como local de estabilização de pacientes atendidos pelo SAMU 192 e, em sendo necessário, encaminham pacientes para internação em serviços hospitalares, por meio das centrais reguladoras, conforme previsto na Portaria Nº 342, de 4 de março de 2013.

PORHAS DE ENTRADA HOSPITALARES DE URGÊNCIA

As Portas de Entrada Hospitalares Estratégicas para a RUE são serviços instalados em uma unidade hospitalar para prestar atendimento ininterrupto ao conjunto de demandas espontâneas e referenciadas de urgências clínicas, pediátricas, cirúrgicas e/ou traumatológicas, conforme Portaria 2395/11.

O Estado de Pernambuco possui uma rede robusta composta por 27 serviços de urgência organizado de acordo com o perfil de atendimento e por região de saúde conforme (Tabela 19).

Tabela 19. Quantitativo de Portas de Entrada Hospitalares de Urgência, segundo Macrorregional/RUE.

TIPOLOGIA	MACRO	ESTABELECIMENTOS	QUANT
Porta de Entrada Hospital Geral	I	Hospital Dom Helder Câmara	3
	I	Hospital Pelópidas Silveira	
	IV	Hospital Regional Inácio de Sá	
Porta de Entrada Hospital Especializado Tipo I	I	Hospital Miguel Arraes	2
		PROCAPE	
Porta de Entrada Hospital Especializado Tipo II	II	Hospital Regional do Agreste Dr. Waldemiro Ferreira	6
	IV	Hospital de Urgências e Traumas	
		Hospital Agamenon Magalhães	
	I	Hospital Otávio de Freitas	
		IMIP	
		Hospital Getúlio Vargas	

Fonte: SISMAC/Redes temáticas de Atenção/RUE/MS

Destas unidades de urgência, 11 são qualificadas como portas de entrada estratégicas da rede de atenção às urgências, conforme critérios da Portaria GM/MS 2395/11, que recebem recurso de

custeio e investimento diferenciado para manutenção e qualificação das portas estratégicas. Segue abaixo tabela com a relação das unidades hospitalares segundo tipologia de classificação.

Tabela 20. Quantitativo de Portas de Entrada Hospitalares de Urgência, segundo Macrorregional/RUE.

TIPOLOGIA	MACRO	ESTABELECIMENTOS	QUANT
Porta de Entrada Hospital Geral	I	Hospital Dom Helder Câmara	3
	I	Hospital Pelópidas Silveira	
	IV	Hospital Regional Inácio de Sá	
Porta de Entrada Hospital Especializado Tipo I	I	Hospital Miguel Arraes	2
		Pronto-Socorro Cardiológico de Pernambuco (PROCAPE)	
Porta de Entrada Hospital Especializado Tipo II	II	Hospital Regional do Agreste Dr. Waldemiro Ferreira	6
	IV	Hospital de Urgências e Traumas	
		Hospital Agamenon Magalhães	
		Hospital Otávio de Freitas	
		IMIP	
		Hospital Getúlio Vargas	
TOTAL			11

Fonte: SISMAC/Redes temáticas de Atenção/RUE/MS

LEITOS DE RETAGUARDA

A implantação de leitos clínicos de retaguarda tem como objetivo ampliar a oferta de leitos, reduzindo a superlotação dos serviços de urgência e possibilitando a continuidade da assistência aos pacientes procedentes dos serviços de emergência e de unidades de terapia intensiva para um leito de enfermaria qualificado. O referenciamento destes usuários ocorre de forma regulada e conforme protocolos clínicos estabelecidos.

A implementação deste componente está baseada na portaria ministerial GM/MS nº 2.395/2011, podendo funcionar em unidades hospitalares estratégicas ou em outros hospitais de retaguarda localizados nas regiões de saúde, as enfermarias clínicas poderão qualificar leitos SUS já existentes ou novos, estando aptas a receber custeio diferenciado quando atenderem os critérios de qualificação exigidos na portaria.

Neste contexto e conforme pactuações acordadas no Plano de Ação da Rede de Urgência

nas quatro macrorregiões, a Rede de Urgência e Emergência (RUE) dispõe no ano de 2015 um total de 824 leitos na I MACRO e 44 leitos na IV MACRO, totalizando 868 leitos clínicos de retaguarda para Rede Estadual de Urgência (anexo III).

Para a II MACRO foi realizado em 2013 um diagnóstico da rede com o objetivo de implantar LR nesta macrorregião, onde o grupo Condutor Estadual/RUE estimou com base na portaria GM/MS nº 1.101/2002 uma necessidade de 1.037 leitos de retaguarda (LR), no entanto, e partindo do cenário de serviços existentes ficou pactuado junto aos municípios que compõem a IV e V GERES uma necessidade de 602 LR, sendo 391 na IV GERES e 211 na V GERES este Plano encontra-se em análise pelo MS. (anexo IV).

SERVIÇO DE ATENÇÃO DOMICILIAR (SAD)

A Atenção Domiciliar consiste numa modalidade de atenção à saúde, componente da RUE, caracterizada por um conjunto de ações e trata-

mento de doenças, bem como reabilitação e cuidados paliativos, prestadas em domicílio.

Na atenção domiciliar, os cuidados aos usuários são realizados pelas Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD) e Equipes Multiprofissionais de Apoio (EMAP). Elas realizam o atendimento aos pacientes vindos dos serviços de urgência e emergência, serviços hospitalares, oriundos da Atenção Básica.

A partir de 2011 iniciou-se a implantação do SAD no Estado de Pernambuco, onde identificamos no quadro 6 abaixo que temos 185 municípios no Estado, onde 102 municípios apresentam população acima de 20.000 habitantes e destes, 18 municípios já estão habilitados com o SAD, restando 84 municípios para aderir ao serviço obedecendo aos requisitos descritos na Portaria Ministerial vigente que redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do SUS nº 963 de 27/05/2013.

Nos últimos 4 anos (2011 a 2015) o estado de Pernambuco implantou 18 municípios com o SAD distribuídos nas seguintes GERES (Gerência Regional de Saúde) :

- GERES I: 8 municípios - Recife, Cabo de santo Agostinho, Abreu e Lima, Vitória, Itamaracá, Jaboatão do Guararapes, Itapissuma, São Lourenço;
- GERES IV: 6 municípios - São Joaquim do Monte, Caruaru, São Bento do Una, Pesqueira, Santa Cruz do Capibaribe e São Caetano;
- GERES V: 2 municípios - Águas Belas, Lajedo;

- GERES VIII: 1 município – Petrolina;
- GERES XII: 1 município – Goiana.

A POLÍTICA DE TERAPIA INTENSIVA

As unidades de Terapia Intensiva da rede estadual têm como objetivo garantir acesso em tempo oportuno ao leito de Terapia Intensiva e realizar monitorização da qualidade e melhoria no cuidado ao paciente crítico.

A Secretaria Estadual de Saúde vem ao longo dos anos ampliando a oferta de leitos de UTI para o Estado de forma regionalizada, valorizando a Interiorização destes leitos em todas as macrorregiões do Estado seguindo os requisitos e legislações vigentes das Redes de Atenção à Saúde e da Política de Terapia Intensiva do MS com aumento significativo proporcional de 135 % do ano de 2009 à 2015 vagas de terapia intensiva.

A oferta de leitos de UTI sob gestão do estado aumentou de 373 para 806 leitos na macro I; de 27 para 59 na Macro II; de 06 para 14 leitos na Macro III; e de 0 para 76 leitos na Macro IV. De acordo com as portarias ministeriais GM/MS nº 3.432/1998, nº 1.101/2002, nº 2.395/2011, nº 930/2012 e RDC's 50/2002 e 07/2010, que recomendam critérios de organização e funcionamento estrutural/físico, recursos humanos e parâmetro para necessidade de leitos, além de definir os critérios de classificação entre as diferentes UTIs, estas serão classificadas por finalidade e em tipo I, II e III, distribuídos conforme os grupos da tabela abaixo:

Tabela 21 – Quantitativo de leitos de UTI por macrorregional

MODALIDADE	MACRO I	MACRO II	MACRO III	MACRO IV	Total geral
	Macrorregião Metropolitana	Macrorregião o Agreste	Macrorregião Sertão	Macrorregião Vale do S. Francisco e Araripe	
UTI ADULTO II E III	568	59	14	66	707
LEITOS UTI PEDIÁTRICA II E III	100	0	0	4	104
LEITOS UTI NEONATAL II E III	118	0	0	6	124
UTI CORONÁRIA	18	0	0	0	18
UTQ QUEIMADOS	2	0	0	0	2
TOTAL:					955

Fonte: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES

No ano de 2015, existem 99 leitos em processo de habilitação para incluir no elenco de leitos SUS existentes.

Destes leitos, 87 encontram-se em funcionamento para nossa rede, são eles: Hospital Regional

Mestre Vitalino - 40 UTI Adulto e 10 UTI Pediátrica, Hospital Regional Fernando Bezerra - 10 UTI Adulto, Hospital da Restauração - 7 UTI Pediátrica, Hospital Nossa Senhora das Graças - 16 UTI Adulto e o Hospital São Vicente - 4 UTI Adulto.

POLÍTICA DE TRAUMATOLOGIA

A linha de cuidados da Traumatologia é uma das prioridades dos Componentes da Atenção Hospitalar da RUE, com o objetivo de reduzir a morbimortalidade pelo trauma.

É um processo integrado e articulado de atenção ao paciente vítima de trauma que visa a prevenção dos agravos, garantia de padrões adequados a acessibilidade aos recursos tecnológicos, à gravidade dos casos e continuidade do cuidado com atribuição prévia de responsabilidades assistenciais e mecanismos de regulação, coordenação, comunicação e transporte sanitário entre os diversos serviços e respectivos gestores.

Como instrumento normativo cita-se a Portaria GM/MS nº 1.365 de 8 de Julho de 2015 que aprova e institui a Linha de Cuidado ao Trauma na Rede de Atenção às Urgências e Emergências; e Portaria GM/MS nº 1.366 de 8 de Julho de 2015 que estabelece a organização dos Centros de Trauma, estabelecimentos de saúde integrantes da Linha de Cuidado ao Trauma da RUE no âmbito do SUS.

Atualmente o Estado dispõe de um Centro de Referência em Traumatologia e Ortopedia de Alta Complexidade e 10 Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Traumatologia e Ortopedia habilitados conforme Portaria nº 90, de 27 de Março de 2009 descritos no (quadro 06) abaixo.

Quadro 06. Unidades Hospitalares de Alta Complexidade em Traumatologia

Unidades Hospitalares	Macroregião Metropolitana		
	Serviço de Traumatologia e Ortopedia	Serviço de Traumatologia e Ortopedia Pediátrica	Serviço de Traumatologia e Ortopedia de Urgência
Hospital Getúlio Vargas	x	x	x
Hospital Otávio de Freitas	x		x
Hospital da Restauração	x	x	x
IMIP	x	x	x
Hospital das Clínicas	x	x	
Hospital Universitário Oswaldo Cruz	x	x	
Hospital Miguel Arraes	x		
Hospital Dom Hélder	x		
Macrorregional Agreste			
Hospital Regional do Agreste Dr Waldomiro Ferreira	x	x	x
Casa de Saúde e Maternidade N Sra do Perpétuo Socorro	x		x
Macrorregião Vale do São Francisco e Araripe			
Hospital Universitário de Petrolina	x	x	x

Fonte: DGAIS/SEAS/SES-PE

A Macrorregião do sertão possui um vazio assistencial em serviços de alta complexidade, o atendimento é realizado nos hospitais regionais que possuem leitos cadastrados para traumatologia, mas não preenchem os critérios da habilitação:

- **GERES II**

Hospital Regional Fernandes Salsa.

- **GERES III**

Hospital Regional Dr. Silvio Magalhães.

- **GERES V**

Hospital Regional Dom Moura.

- **GERES VI**

Hospital Regional Rui de Barros Correia.

- **GERES VII**

Hospital Regional Inácio de Sá.

- **GERES IX**

Hospital Regional Fernando Bezerra.

- **GERES X**

Hospital Regional Emilia Câmara.

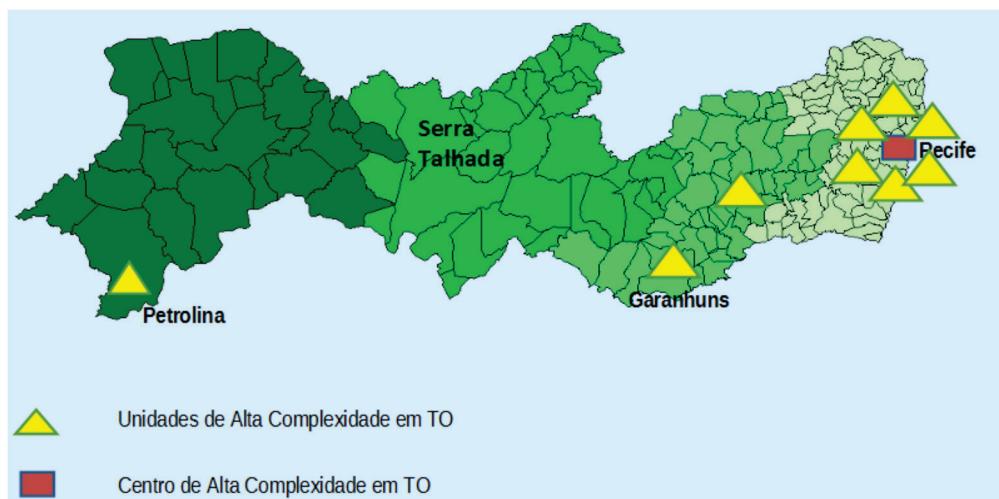
- **GERES XI**

Hospital Professor Agamenon Magalhães.

- **GERES XII**

Hospital Belarmino Correia.

Figura 94. Localização Geográfica dos Serviços de Alta Complexidade de Traumatologia



Fonte: DGAIS/SEAS/SES-PE

A primeira macrorregião concentra os serviços de Alta Complexidade na especialidade, com um total de 565 leitos, além destes o estado contratu-

aliza 120 leitos de Traumatologia como retaguarda para a RUE. Segue tabela com o quantitativo de leitos SUS por estabelecimento de Alta complexidade.

Tabela 22. Capacidade instalada por estabelecimento de Alta complexidade.

Estabelecimentos	Leitos SUS
Hospital Getúlio Vargas	102
Hospital Geral Otávio De Freitas	112
Hospital Da Restauração	73
Hospital Regional Do Agreste Dr Waldemiro Ferreira	94
Imip	14
Casa De Saúde Nossa Sra do Perpétuo Socorro	10
Hospital Miguel Arraes	60
Hospital D Hélder Câmara	55
Hospital Universitário de Petrolina	29
Hospital Das Clínicas	16
Total	565

Fonte: CNES

POLÍTICA DE CARDIOLOGIA

A Política de Cardiologia do Estado de Pernambuco visa combater as doenças do aparelho cardiocirculatório, dando ênfase ao Infarto Agudo do Miocárdio e Hipertensão Arterial Sistêmica e às enfermidades ocasionadas por agentes biológicos, uniformizando estas ações com as já estabelecidas no MS do país.

REDE DE CARDIOLOGIA:

A promoção e prevenção das doenças do aparelho cardiovascular faz parte das ações pertinentes a atenção básica, que compete a rede municipal de saúde. A rede de cardiologia do Estado é constituída por unidades de média e alta complexidade, conforme descrito abaixo:

- 05 (cinco) Unidades de Assistência de Alta Complexidade: Hospital Pelópidas da Silveira

- ra, Hospital Dom Helder Câmara, Hospital Santa Efigênia (Caruaru), Hospital Memorial de Petrolina (Petrolina), Real Hospital Português Pernambuco.
- 04 (quatro) Centros de Referência em cardiologia: Hospital Agamenon Magalhães, PROCAPE, Hospital das Clínicas e IMIP.

As Unidades de Assistência em Alta Complexidade Cardiovascular realizam cirurgia cardiovascular adulto e pediátrico, cardiologia intervencionista, laboratório de eletrofisiologia, procedimentos endovasculares extracardíacos, cirurgia vascular, ambulatório geral de para pacientes externos e urgência/emergência em cardiologia, conforme (anexo V).

As Unidades Pernambucanas de Atenção Especializada (UPAE), também fazem parte da média complexidade, prestando atendimento ambulatorial aos pacientes oriundos da atenção básica.

Rede de Referência de Cardiologia em alta complexidade, de acordo com Plano Diretor de Regionalização (PDR):

1^a Macrorregião

- Hospital Agamenon Magalhães;
- Hospital Metropolitano Pelópidas Silveira;
- Hospital Metropolitano Dom Hélder Câmara;
- PROCAPE;
- IMIP;
- Hospital das Clínicas;
- Real Hospital Português.

2^a Macrorregião

- Casa de Saúde Sta Efigênia.

4^a Macrorregião

- Hospital Memorial de Petrolina.

Na média Complexidade as Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24hs), prestam assistência em dor torácica com protocolo para trombolítico, integrado com ECG avaliado por Telemedicina, conforme estabelecido pela Política de Urgência e Emer-

gência e Projeto Telemedicina instituído a partir de fevereiro de 2012.

O Projeto telemedicina objetiva a prestação de serviços de telediagnóstico em cardiologia para a realização de eletrocardiogramas digitalizados, que serão transmitidos à distância, para análise e laudo no atendimento de doenças cardiovasculares (dor torácica, arritmias) e retorno da conclusão do laudo com prazo médio de 20 min, assim como discussão do caso clínico com o médico da estação de telediagnóstico.

Tal procedimento define junto com o quadro clínico do paciente, o uso adequado de trombolítico para tratar o infarto agudo do miocárdio em tempo oportuno. O projeto alcança 15 UPA's 24hs e 12 Hospitais Regionais.

CENTRO DE ASSISTÊNCIA TOXICOLÓGICA DE PERNAMBUCO (CEATOX)

O CEATOX/PE é um serviço de referência estadual para orientação no diagnóstico, tratamento dos casos de intoxicações e picadas por animais peçonhentos criado por Lei Estadual Nº 14.490 de 29 de novembro de 2011. O CEATOX possui uma equipe multiprofissional composta por médicos, enfermeiros, farmacêutico e biólogo, atuando 24 horas por dia para prestar assistência rápida, por telefone, à sociedade e aos profissionais de saúde. Pelo número 0800.722.6001, é possível tirar dúvidas sobre casos de intoxicações, acidentes com animais peçonhentos e obtenção de acompanhamento médico.

Conforme (tabela 23), as picadas de escorpiões estão em primeiro lugar com aproximadamente 30% das notificações, seguido de medicamentos com 24%. Em terceiro lugar temos o grupo de agrotóxicos agrícolas que em nossa região é comercializado como raticida (CHUMBINHO), sendo estes os casos mais graves com o maior percentual de óbito chegando a mais de 10% dos pacientes intoxicados.

Tabela 23- Total de Casos Notificados pelo CEATOX – 2011 a 2015

Agente	Casos notificados ao Ceatox - PE										Total	Óbitos	%	
	2011		2012		2013		2014		2015					
	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Casos	Óbitos			
Escorpiões	425	0	861	3	813	0	629	0	268	0	2996	3	29,4	
Medicamentos	463	0	603	6	663	6	462	4	236	6	2427	22	23,8	
Agrotóxicos Agrícolas	237	16	248	27	248	27	160	17	79	13	972	100	9,5	
Animais não Peçonhentos	136	0	119	0	108	0	123	0	75	0	561	0	5,5	
Domissanitários	107	0	161	1	207	0	134	0	60	0	669	1	6,6	
Produtos Quim. Ind.	86	1	180	1	136	2	115	0	34	1	551	5	5,4	
Raticidas	64	0	86	0	85	1	44	0	32	0	311	1	3	
Serpentes Peçonhentos/venenosos	54	0	70	4	87	1	84	0	43	2	338	7	3,3	
Outros animais peçon.	41	0	81	1	81	2	44	0	25	0	272	3	2,7	
Agrotóxicos/Uso Dom.	39	0	76	0	76	1	43	1	16	0	250	2	2,5	
Desconhecido	72	0	24	1	7	0	37	0	0	3	140	4	1,4	
Outro	26	0	38	0	38	2	40	0	12	0	154	2	1,5	
Drogas de Abuso	24	0	38	1	30	5	21	1	11	2	124	9	1,2	
Produtos Veterinários	25	0	35	1	46	2	28	1	12	0	146	4	1,4	
Aranhas	6	0	44	0	30	0	23	0	6	0	109	0	1,1	
Alimentos	10	0	7	0	2	0	10	2	4	0	33	2	0,3	
Plantas	9	0	18	0	11	0	14	0	6	0	58	0	0,6	
Metais	9	1	23	0	6	3	3	0	2	0	43	4	0,4	
Cosméticos	5	0	10	0	13	0	12	0	10	0	50	0	0,5	
Total	1.838	18	2.722	46	2.687	52	2026	26	931	27	10204	169	100	

Fonte: CEATOX/PE - dados atualizados até o mês Junho/15

Observa-se o aumento no número de atendimentos desde a sua criação. Considerando que no período de 2011 a 2014, registramos cerca de 30 mil atendimentos, (entre casos de intoxicação, reavaliação de pacientes e solicitações de informações). No ano 2015, já foram notificados, até o mês de maio mais de 6 mil atendimentos.

Além das Atividades direcionadas à Assistência, o CEATOX realiza ações de educação em saúde para equipes das três esferas (primária, secundária e terciária) ministrando palestras com distribuição de materiais educativos em oficinas com agricultores, empresas, Unidades de Saúde (Unidades Básicas, Policlínicas e Hospitais), escolas públicas e privadas contemplando também a vigilância ambiental em treinamento aos Agentes de saúde ambiental e Controle de Endemias (ASACEs).

De 2012 a Junho de 2015, mais de 5 mil profissionais de saúde dentre outros profissionais foram capacitados em Toxicologia Clínica para melhorar a qualidade da assistência aos pacientes vitimados por intoxicações e acidentes por animais peçonhentos bem como medidas de prevenção a acidentes.

A POLÍTICA DE NEFROLOGIA

A doença renal crônica (DRC) apresenta-se como um problema de saúde pública em todo o

mundo, com prevalência de mais de 10% em países desenvolvidos, em nosso meio um estudo desenvolvido no bairro do Ibura em Recife/PE, encontrou-se uma prevalência de 11% de alterações renais persistentes, geralmente relacionadas com hipertensão arterial sistêmica (HAS) e diabetes mellitus (DM), que são as principais doenças do grupo de risco para o desenvolvimento da Doença Renal Crônica (DRC) além dos idosos e pessoas com história familiar de nefropatia. Estima-se que atualmente 25,5% das mulheres e 20,7% dos homens com idade > 18 anos relatam diagnóstico prévio de hipertensão.

Já a DM acomete aproximadamente 6% da população brasileira, configurando-se em um risco de desenvolvimento de nefropatia de cerca de 20%. A população de pacientes portadores de DRC terminal (estágio V) necessitando de terapia renal substitutiva no estado vem aumentado de forma regular em 10% ao ano de acordo com a Sociedade Brasileira de Nefrologia e atualmente consta de 4.625 pacientes no Estado. Sendo 25% relacionado à diabetes e 25% com idade igual ou maior que 65 anos.

Desta população 90% são atendidos pelo SUS e 10% por planos de saúde, sendo 95% tratados por hemodiálise e 5% por diálise peritoneal. O conjunto dos serviços de saúde deve estar preparado para cuidar deste problema. Atualmente o estado de Pernambuco dispõe de 24 unidades de diálise, distribuídas em 24 Unidades, sendo 17 (15 SUS e 02 não SUS) na I Geres.

Quadro 07 – Distribuição das unidades de diálise em Pernambuco por GERES e Microrregião

GERES	Serviços Existentes	Município
I	17	
Micro I	15	—
Micro II	1	Vitoria de Santo Antão
Micro III	1	Cabo
II	1	Carpina
Micro IV	0	
Micro V	1	
III	1	Palmares
IV	1	Caruaru
Micro VI	1	
Micro VII	0	
Micro VIII	0	
Micro IX	0	
V	1	Garanhuns
VI	1	Arcoverde
Micro X	0	
Micro XI	0	
VII	1	Salgueiro
VIII	1	Petrolina
IX	0	
X	0	
XI	0	
XII	0	
TOTAL	24	

Fonte: DGAIS/SEAS/SES-PE

Entendendo a complexidade do cuidado dos pacientes com fatores de risco ou DRC já instalada e a relevância e necessidade de uma abordagem interdisciplinar, estabelece diretrizes para organização da linha de cuidado à pessoa com DRC e ainda tipifica e define atribuições às unidades de atenção especializada ambulatorial em DRC.

Considerando a Portaria GM/MS 389/2014 citada anteriormente e considerando a necessidade de estruturar a rede de cuidado a pessoa com DRC, as UPA-E, presentes em todas as microrregiões de saúde do estado, realizam consultas em nefrologia, de Média Complexidade, realizando o acompanhamento multiprofissional das pessoas com DRC nos estágios clínicos 4 e 5 (pré

diálise) ou nas demais situações previstas no documento das Diretrizes Clínicas para o cuidado à pessoa com DRC no SUS (exceto TRS - diálise) e deverão matricular as equipes de atenção básica, nos temas relacionados as doenças renais.

REDE MATERNO INFANTIL

Pernambuco possui uma população de 9.277.727 habitantes (IBGE 2014), destes 85% é SUS dependente, ou seja, 7.886.067,95 hab. A população pediátrica é de aproximadamente 2.381.836 habitantes, na faixa etária de 0 a 14 anos, correspondendo a 25,6% do total da população do Estado, bem como, a faixa etária de mulheres dos 15 aos 49 é de 2.639.681 habitantes considerada em idade fértil correspondem a

28,4% do total da população.

A Rede obstétrica de Pernambuco é composta por 181 maternidades para o SUS, destas 06(seis) são de alto risco (AR): Hospital e Maternidade Dom Malan - Petrolina, e as demais, CISAM, Hospital das Clínicas (HC), Instituto Materno Infantil de Pernambuco (IMIP), hospital Agamenon Magalhães (HAM) e Hospital Barão de Lucena (HBL) em Recife. O Estado possui hoje 2.412 leitos SUS de obstetrícia, desses 321 são de alto risco. Registra-se que o Hospital Jesus Nazareno, em Caruaru, é considerado maternidade de alto risco secundário, definição do MS.

Com o intuito de ampliar a oferta de leitos estaduais, foram contratualizados mais 25 leitos obstétricos na Maternidade Santa Lúcia para Alto Risco. Atualmente a rede estadual dispõe de um total de 346 leitos de alto risco.

Quadro 08 – Leitos Obstétricos em Maternidades de Alto Risco

CAPACIDADE INSTALADA/LEITOS MATERNIDADE ALTO RISCO							
UNIDADE	GERES	AC	EXPECT	UTI NEO	UTI NEO EXT	UCI NEO	AR
HOSPITAL AGAMENON MAGALHÃES		48	12	15	0	15	15
HOSPITAL BARÃO DE LUCENA		55	6	8	10	10	16
IMIP	I GERES	45	18	18	0	32	16
CISAM		37	12	8	0	15	16
HC		30	7	13	0	19	15
HOSPITAL DOM MALAN	VIII GERES	48	14	10	11	27	18
MATERNIDADE ALTO RISCO SECUNDÁRIO							
UNIDADE	GERES	AC	EXPECT	UTI NEO	UTI NEO EXT	UCI NEO	AR
HOSPITAL JOÃO MURILO	I GERES	27	6	10	0	10	27
HOSPITAL SÍLVIO MAGALHÃES	III GERES	29	3	5	0	8	0
HOSPITAL JESUS NAZARENO	IV GERES	61	15	0	0	18	0

Fonte: SEAS/DGAIS/DGAR/DGMMAS

Como podemos observar no quadro acima das seis maternidades que atendem gestantes de Alto Risco, cinco concentram-se na I GERES, e uma (Hospital Dom Malan) na VIII GERES. Concluindo-se que as demais GERES não dispõem de leitos para gestações de alto risco, bem como, leitos para risco neonatal provocando dessa forma áreas de vazio assistencial importante em várias regiões do Estado de Pernambuco.

Como consequência surge à migração de gestantes consideradas anteriormente como baixo e médio risco, por várias unidades estaduais ou municipais onde não são absorvidas, predispõe a complicações na evolução de um trabalho de parto, podendo aumentar a utilização dos leitos de alto risco. Este fato é avaliado diariamente através do Monitoramento das

Maternidades, onde cada estabelecimento de saúde estadual próprio ou conveniado é monitorado quanto à capacidade instalada e o quantitativo de pacientes internadas, sempre com superávit nos leitos de alto risco. O tempo médio de permanência obstétrica pactuado para os hospitais estaduais da rede própria é de 05(cinco) dias para parto cesáreo e 03(três) dias para parto normal.

Em Pernambuco, o Sistema de Informação de Nascidos Vivos (SINASC) registrou 142.743 Nascidos Vivos por Ocorrência (em 2013, dados sujeitos a revisão). Destes 45.568 crianças nasceram nas maternidades localizadas no município de Recife, o que correspondeu a 45% de todos os nascimentos do Estado.

O Plano de Investimento em Assistência Obstétrica de Alto Risco do Estado de Pernam-

buco anunciado em maio de 2012, ampliou o número de leitos de assistência obstétrica de alto risco (AR) e prevê a descentralização da assistência: Hospital da Mulher em Caruaru, com 50% das obras já realizadas dispõe 104 leitos; Hospital da Mulher de Recife com 82 leitos obstétricos; na Região Metropolitana a construção da Maternidade Municipal em Jaboatão dos Guararapes de Alto Risco, com 90 leitos, a Maternidade Brites de Albuquerque em Olinda que será qualificada em Maternidade Metropolitana Norte de Alto Risco, em construção, formando assim, um cinturão na área metropolitana fortalecendo a rede obstétrica do Estado com intuito de humanizar, diminuir a morbimortalidade materna e neonatal, diminuir a superlotação das maternidades e garantir a vinculação da gestante.

Apesar do Programa Mãe Coruja Pernambucana e considerando as dificuldades na área, foi criado pela Secretaria Estadual de Saúde, o Comitê Materno Infantil, com desígnio de fazer o diagnóstico da rede obstétrica para tomada de decisão de curto, médio e longo prazo. Foram identificadas falhas na linha de cuidado prestado as gestantes tais como: pré-natal com início tardio, ausência na realização dos exames preconizados no 1º e 3º trimestres, tratamentos de infecção urinária diferentes dos protocolos recomendados ocasionando óbitos neonatais e óbitos maternos evitáveis, sífilis congênita, dificuldades no acesso por déficit das maternidades de compor as escala de plantão dos profissionais principalmente nos municípios, situação comumente encontrada quanto mais afastada for o município da

região do Grande Recife.

DESAFIOS DA REDE MATERNO INFANTIL EM PERNAMBUCO

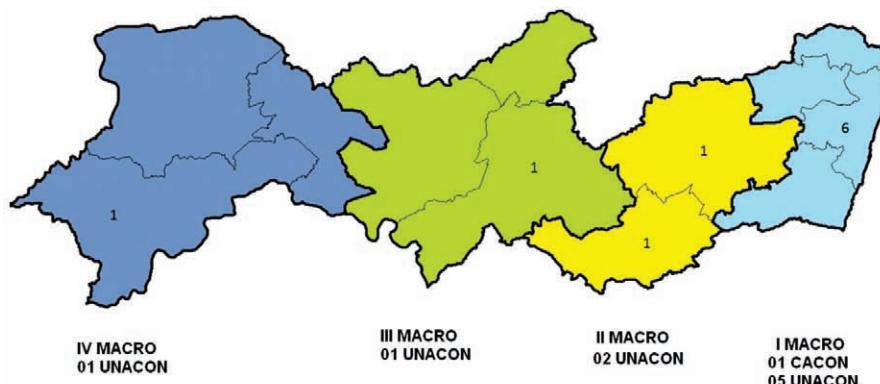
- Garantir o parto humanizado em local próximo a residência da parturiente;
- Diminuir o percentual de cesáreas das maternidades Estaduais e Municipais;
- Implementar a rede de obstetrícia do estado com apoio aos municípios visando a redução da evasão e superlotação das maternidades de alto risco da região metropolitana;
- Ampliar a oferta e resolutividade do pré-natal de Risco Habitual e Alto Risco;
- Implementar o Matriciamento das Equipes de Saúde no pré-natal.

REDE DE ATENÇÃO EM ONCOLOGIA

A Política Nacional de Atenção Oncológica foi instituída pela Portaria GM/MS 2439 de 08 de Dezembro de 2005, tendo como componentes a Promoção, Prevenção, Diagnóstico, Tratamento, Reabilitação e Cuidados Paliativos.

Atualmente o Estado de Pernambuco, dispõe de 01(Um) **Centro de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia** (CACON), 09 (Nove) **Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia** (UNACON) e 02 (Dois) **Serviços Isolados de Radioterapia**, O Instituto de Radioterapia Ivo Roesler – IRSIR e o Instituto de Radioterapia Waldemir Miranda – IRWAM conforme distribuição na Figura 94, habilitados em conformidade com a Portaria SAS/MS Nº 741/2005.

Figura 95 – Distribuição por Macro de CACON e UNACON – 2015



Fonte: CNES/DATASUS-2015

Em 2007 foram habilitados 06(seis) UNACON na I MACRO na cidade do Recife- I GERES, em 2008 01(um) em Garanhuns - V GERES, em 2009 mais 02(dois), sendo 01(um) em Caruaru - IV GERES e 01(um) em Petrolina- VIII GERES. Em 2011 01(um) UNACON da I Macro foi habilitado pelo MS o primeiro CACON no Estado de Pernambuco.

Visando a cobertura do vazio existencial na Macrorregião do Sertão em 2014, foi habilitado (01) um UNACON na VI GERES.

Além dos UNACONs e CACONs, as cirurgias gerais do Sistema Nervoso Central e Periférico, do Sistema Osteomuscular e do Aparelho da visão com CID de neoplasia maligna, realizadas nos estabelecimentos de saúde habilitados pelo MS em Neurologia e Neurocirurgia (Hospital da Restauração, Hospital Getúlio Vargas, Hospital Pelópidas Silveira e Hospital Universitário de Petrolina) Ortopedia (Hospital da Restauração, Hospital Getúlio Vargas, Hospital Otávio de Freitas e Hospital Pelópidas Silveira) e Oftalmologia (Fundação Altino Ventura) estão inclusas no indicador que avalia a abrangência da assistência hospitalar.

A Portaria SAS/MS Nº 874 de Maio de 2013 instituiu a **Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas** que tem como objetivo a redução da mortalidade, a possibilidade de diminuir a incidência de alguns tipos de câncer e contribuir para a melhoria da qualidade de vida dos usuários com câncer, por meio de ações de promoção, prevenção, detecção precoce, tratamento oportuno e cuidados paliativos.

Com base nos parâmetros estabelecidos pela Portaria SAS/MS Nº 140/2014, está sendo redesenhado o eixo temático Câncer, um dos eixos da

Rede de atenção às pessoas com doenças crônicas (RAPDC).

Estudos estão sendo realizados no sentido de identificarmos o que temos e o que precisamos por Macrorregião de Saúde, obedecendo aos seguintes componentes: Atenção Básica, Atenção Domiciliar, Atenção Especializada Ambulatorial, Atenção Especializada Hospitalar, CACON, Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia – UNACON, e Complexos – Hospital Geral com Cirurgia de Câncer de Complexo Hospitalar, Serviço de Radioterapia de Complexo Hospitalar, Sistemas de Apoio, Regulação, Sistemas logísticos e Governança.

Estimativas do INCA para o biênio 2014/2015 sinalizam que são esperados 15.460 casos novos de câncer para Pernambuco; destes, 11.131 (onze mil cento e trinta e um) casos deverão ser submetidos a Cirurgia Oncológica. Importante registrar que ao longo das competências 2008 a 2014 o maior número de cirurgias oncológicas registrados no SIH correspondeu a 6.444 cirurgias. Nos parâmetros estabelecidos pelos instrumentos normativos, cada UNACON deverá realizar no mínimo 650 cirurgias oncológicas/ano.

Urge, portanto, a necessidade que todos os UNACONS cumpram as metas estabelecidas e ampliação de novos serviços para que possamos atender a demanda dos novos casos. O Capítulo IV da Portaria SAS/MS Nº 140/2014 que trata dos Parâmetros para planejamento e avaliação dos estabelecimentos de saúde habilitados como CACON ou UNACON, define no Art. 28 que o número de estabelecimentos a serem habilitados como CACON ou UNACON observará a razão de um estabelecimento de saúde para cada 500.000 (quinhentos mil) habitantes.

Quadro 09 - Necessidade de Unidades de Assistência de Alta Complexidade – UNACON por MACRO

Macrorregião de Saúde	População	Necessidade de serviços	Serviços Existentes			DEFICIT
			Público	Filantrópico	Privado	
I	5.622.291	11	04	02	00	05
II	1.859.175	03	01	00	01	01
III	830.227	01	00	00	01	00
IV	966.034	02	01	00	00	01
TOTAL GERAL	9.277.727	17	06	02	02	07

Fonte: Estimativa IBGE de 01 de julho de 2014 e Portaria SAS/MS nº 148/2014

A Constatação de que o Câncer é a segunda maior causa de mortalidade por doença no Brasil e que a sua incidência tem crescido progressivamente reflete na necessidade do aumento do número de tratamento ambulatorial (Consultas especializadas, exames, investigação diagnóstica) para detecção precoce da doença e tratamento hospitalar, sem esquecermos da necessidade dos cuidados paliativos. Faz-se necessário o fortalecimento das ações e serviços de promoção, prevenção, controle, investigação diagnóstica, detecção precoce da doença e tratamento. Com a publicação da Portaria GM/MS Nº 483 de 01 de abril de 2014 que redefine a Rede de Atenção às pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do SUS e estabelece diretrizes para a organização das suas linhas de cuidado, novos desafios nos são impostos no sentido de garantir à assistência a população.

DESAFIOS

- Definir a Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas, focando a Atenção Primária à Saúde como coordenadora do cuidado e ordenadora do acesso dos usuários para todos os pontos de atenção;
- Implementar linha de cuidado para os cânceres de Mama e Colo Uterino;
- Ampliar e ofertar em tempo hábil, a investigação diagnóstica para detecção Precoce do Câncer;
- Estimular a permanência dos profissionais nas Macrorregiões de Saúde;
- Ampliar o acesso a Consultas Especializadas e Exames para diagnóstico e tratamento em tempo ideal.



2.4. ESTRUTURA E PRODUÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE

CAPÍTULO 2

2.4 ESTRUTURA E PRODUÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE

2.4.1 PERFIL ASSISTENCIAL

As informações a seguir traduzem a Rede Assistencial instalada no estado de Pernambuco, que conta com 8.125 estabelecimentos de saúde, de acordo com dados do CNES, em maio de 2015, considerando unidades públicas e privadas (conveniadas ou não ao SUS), distribuídos entre os municípios das 12 Regiões de Saúde. Com base nos dados disponíveis, é possível identificar a existência de polos de concentração geográfica da assistência de média e alta complexidade e também, dos serviços hospitalares, historicamente construídos nos grandes centros urbanos.

Nesse contexto, e considerando a concentração histórica de serviços na região metropolitana e, sobretudo em Recife, a descentralização e regionalização dos serviços de saúde apresentam-se como um desafio permanente no estado de Pernambuco, sendo a redução das desigualdades de acesso o foco principal da reconstrução da Rede de Saúde.

O (Anexo VI) apresenta os estabelecimentos de saúde existentes no Estado, distribuídos segundo tipo de estabelecimento e tipo de gestão. Analisando os estabelecimentos segundo a região de saúde em que está localizado e tipo de gestão (Tabela 24) evidencia-se que 43,03% dos estabelecimentos concentram-se na I Região de Saúde, onde está localizada a capital do Estado e responde 44,39% da população.

Tabela 24. Distribuição dos Estabelecimentos de Saúde, públicos e privados, por Região de Saúde do estabelecimento e tipo gestão. Pernambuco, 2015.

Região de Saúde do Estabelecimento	Tipo de Gestão			Total
	Dupla	Estadual	Municipal	
I Região de Saúde	21	125	3.350	3.496
II Região de Saúde	11	13	480	504
III Região de Saúde	5	9	379	393
IV Região de Saúde	13	25	1.182	1.220
V Região de Saúde	4	8	588	600
VI Região de Saúde	14	19	319	352
VII Região de Saúde	1	11	130	142
VIII Região de Saúde	3	11	429	443
IX Região de Saúde	2	3	247	252
X Região de Saúde	3	3	201	207
XI Região de Saúde	2	4	228	234
XII Região de Saúde	-	2	280	282
Total	79	233	7.813	8.125

Fonte: Estimativa IBGE de 01 de julho de 2014 e Portaria SAS/MS nº 148/2014

2.4.1.1 ASSISTÊNCIA HOSPITALAR

De acordo com dados do CNES em 2015, a Rede Hospitalar vinculada ao SUS, em Per-

nambuco é composta por 277 estabelecimentos.

Na (Tabela 25) estes podem ser visualizados por tipo de prestador.

Tabela 25. Distribuição dos estabelecimentos hospitalares do estado de Pernambuco por tipo de prestador. Pernambuco, 2015.

Tipo de Prestador	Especificação	Frequência	%
Público	Federal	2	0,72
	Estadual	34	12,27
	Municipal	169	61,01
Filantrópico	Com cnas válido	25	9,03
	Sem Fins Lucrativos	4	1,44
	Optante pelo Simples	1	0,36
Privado	Sem Fins Lucrativos	2	0,72
	Optante pelo Simples	1	0,36
	Com fins lucrativos	39	14,08
Total		277	100,00

Fonte: MS/DATASUS/TABWCNES - COMPETÊNCIA MAIO/2015

Dos 277 hospitais vinculados ao SUS (rede própria e complementar) 58,48% são hospitais gerais e 10,10% hospitais especializados.

Destaca-se que dentre as unidades com atendimento prestado aos Planos de Saúde Públicos, as duas unidades federais apresen-

tadas pertencem às forças armadas, atendendo exclusivamente aos seus filiados.

No que se refere aos recursos físicos, destaca-se a existência de 23.148 leitos distribuídos nas unidades hospitalares do território estadual, sendo 80,33% destes disponíveis ao atendimento SUS, conforme (tabela 26).

Tabela 26. Distribuição dos Leitos de Pernambuco segundo esfera administrativa e atendimento prestado (SUS e Não SUS). Pernambuco, 2015

Esfera Administrativa	Qtde. Leitos SUS	% de Leitos SUS
Federal	526	2,83
Estadual	6.558	35,27
Municipal	5.026	27,03
Privada	6.486	34,88
Total	18.596	100,00

Fonte: MS/DATASUS/TABWCNES - COMPETÊNCIA MAIO/2015

Do total de leitos SUS do Estado (18.596) cerca de 36,42% encontram-se sob gestão estadual e, conforme detalhado na (Tabela 27), observa-se que 31,36% são leitos clínicos, seguido pelos leitos cirúrgicos com

23,50%. No que se refere à localização a Região em que se localiza a capital do Estado abriga 53,36% dos leitos, destacando-se um volume importante de leitos na IV Região de Saúde.

Tabela 27. Distribuição dos Leitos SUS por Região de Saúde Leito / Especialidade. Pernambuco, 2015.

Região de Saúde PE	Cirúrgicos	Clínicos	Complementar	Obstétrico	Pediátrico	Outras Especialidades	Hospital /DIA	Total
I Região de Saúde	2.818	2.737	985	791	956	1.455	182	9.924
II Região de Saúde	150	411	16	184	196	48	-	1.005
III Região de Saúde	212	321	38	282	226	141	-	1.220
IV Região de Saúde	501	762	66	340	275	85	-	2.029
V Região de Saúde	133	313	26	166	120	108	24	890
VI Região de Saúde	99	256	15	140	99	5	-	614
VII Região de Saúde	37	126	20	58	100	24	-	365
VIII Região de Saúde	103	179	83	107	119	-	10	601
IX Região de Saúde	66	227	3	89	98	3	-	486
X Região de Saúde	67	148	-	65	84	-	-	364
XI Região de Saúde	122	175	16	93	102	145	-	653
XII Região de Saúde	63	177	4	82	76	40	3	445
Total	4.371	5.832	1.272	2.397	2.451	2.054	219	18.596

Fonte: MS/DATASUS/TABWCNES - COMPETÊNCIA MAIO/2015

A Tabela 28 revela a existência de 741 leitos complementares (SUS e Não SUS), exceto UTI, havendo predominância do tipo "Unidade Intermediária Neonatal", com maior

concentração neste na I Região de Saúde. Vale destacar que tais leitos estão presentes em todas as regiões de Saúde, à exceção da X região.

Tabela 28. Distribuição dos leitos complementares (exceto UTI) existentes no estado de Pernambuco por Região de Saúde, segundo tipo de leito. 2015.

Região de Saúde	Tipo de Leito Complementar					Total	
	Unidade intermediária	Unidade	Unidade	Unidade	Unidade isolamento		
		intermediária	intermediária	intermediária			
I Região de Saúde	195	244	28	38	82	587	
II Região de Saúde	10	0	0	0	6	16	
III Região de Saúde	0	1	0	0	7	8	
IV Região de Saúde	0	28	0	0	20	48	
V Região de Saúde	6	0	0	0	2	8	
VI Região de Saúde	0	0	0	0	7	7	
VII Região de Saúde	0	10	0	0	5	15	
VIII Região de Saúde	0	27	0	8	0	35	
IX Região de Saúde	0	0	0	0	3	3	
XI Região de Saúde	0	0	0	0	10	10	
XII Região de Saúde	4	0	0	0	0	4	
Total	215	310	28	46	142	741	

Fonte: MS/DATASUS/TABWCNES - COMPETÊNCIA MAIO/2015

Tabela 29. Leitos de UTI habilitados, no período de 2011 a 2014, por Região de Saúde, segundo tipo de leito. Pernambuco, 2015.

Região de Saúde	Tipo de Leito Complementar						Total
	Unidade intermediária	Unidade intermediária	Unidade intermediária	Unidade intermediária	Unidade isolamento		
		neonatal	Pediátrica	Canguru			
I Região de Saúde	195	244	28	38	82	587	
II Região de Saúde	10	0	0	0	6	16	
III Região de Saúde	0	1	0	0	7	8	
IV Região de Saúde	0	28	0	0	20	48	
V Região de Saúde	6	0	0	0	2	8	
VI Região de Saúde	0	0	0	0	7	7	
VII Região de Saúde	0	10	0	0	5	15	
VIII Região de Saúde	0	27	0	8	0	35	
IX Região de Saúde	0	0	0	0	3	3	
XI Região de Saúde	0	0	0	0	10	10	
XII Região de Saúde	4	0	0	0	0	4	
Total	215	310	28	46	142	741	

Fonte: MS/DATASUS/TABWCNES

Observa-se a existência de um percentual maior de leitos habilitados na I Região de saúde, com ênfase nos de UTI Adulto - tipo II. As Regiões IX, X e XII não apresentam nenhuma habilitação em leito de UTI no período estudado. Além disto, os leitos de UTI infantil nas três tipologias apresentam o menor número de leitos habilitados. Destaca-se que em 2015 estão em tramitação 14 leitos Infantis - tipo II (10 da IV Região e 4 da I Região de Saúde).

2.4.1.2 ASSISTÊNCIA AMBULATORIAL

ATENÇÃO PRIMÁRIA

Em 2014, o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) registrou a realização de 77.384.167 procedimentos ambulatoriais em Pernambuco. A maior frequência foi constatada pelas visitas domiciliares (28,96%), consultas médicas/ outros profissionais de nível superior (24,66%) e atendimentos de enfermagem em geral (20,88%). Vale ressaltar que do total de procedimentos, 98,38% correspondem à produção mu-

nicipal, maior responsável pela execução das ações de Atenção Básica.

Nesse contexto de acesso ampliado dos usuários à assistência à saúde, viabilizada pela atenção básica, destaca-se o desafio de promover a integralidade no atendimento à população, por meio da garantia de atendimento nos demais níveis de atenção. Frente às dificuldades prover assistência de média e de alta complexidade a todos os usuários, isto pela necessidade de concentrar algumas ofertas, devido a alguns fatores como densidade tecnológica e disponibilidade de profissional, a regionalização solidária foi adotada pelo estado como caminho para superação dessas situações.

ATENÇÃO EM MÉDIA COMPLEXIDADE

Na atenção à média complexidade, os procedimentos com finalidade diagnóstica e procedimentos clínicos apresentaram maior frequência no ano de 2014 com 49,72% e 49,16%, respectivamente. Dentre os procedimentos do grupo 02 (diagnose), destacam-se os exames laboratoriais (bioquímicos, hematológicos e sorológicos). Já as consultas médicas/ outros profissionais

de nível superior, consultas/ atendimento às urgências (em geral) e atendimentos de enfermagem (em geral) se destacaram dentre os procedimentos clínicos (grupo 03).

Do total de 65.034.947 procedimentos ambulatoriais de média complexidade realizados no ano de 2014, 50,3% foram produzidos pela gestão estadual e 49,7% pela gestão municipal. A distribuição por região de saúde demonstra que 66,7% da produção se concentram na I região – Recife e 9,5% na IV região – Caruaru.

ATENÇÃO EM ALTA COMPLEXIDADE

Em Pernambuco, no ano de 2014, a produção ambulatorial de alta complexidade é representada quantitativamente pelo componente especializado em assistência farmacêutica (92,19%), disponibilizado pela gestão estadual, no valor aproximado de R\$17 milhões. Entretanto, quando são observados os valores aprovados que os procedimentos de alta complexidade representam, constatam-se maiores percentuais investidos nas áreas de tratamento em nefrologia (40,81% ou 125milhões) e tratamento em oncologia (32,01% ou 98 milhões), de um total de R\$307.737.236,84 aplicados.

Do total de 21.558.176 procedimentos de alta complexidade realizados em 2014 no estado de Pernambuco, 99,8% deles foram realizados pela gestão estadual.

Dentre os exames de imagem, destacam-se a tomografia computadorizada e a ressonância magnética, os quais representam 4,96% e 4,43% dos valores aprovados em 2014. Além disso, a distribuição desses exames no estado de Pernambuco demonstram a regionalização da assistência, sendo a tomografia realizada em 11 das 12 regiões de saúde e a ressonância realizada em 9 das 12 regiões.

Com relação ao tratamento em nefrologia, em especial os procedimentos de hemodiálise, pode-se constatar sua disponibilidade em 8 regiões de saúde, sendo executadas com maior frequência nas regiões de saúde I – Recife (61,05%), II – Limoeiro (8,82%) e IV – Caruaru (7,41%).

Os procedimentos ambulatoriais radio-

terapia e quimioterapia relacionados ao subgrupo tratamento em oncologia foram realizados, no ano de 2014, principalmente na I região (79,71%) e na IV região (16,95%).

2.4.2 REGULAÇÃO ASSISTENCIAL

A Política Estadual de Regulação Assistencial, publicada em fevereiro de 2012, é um instrumento de gestão do SUS, que possibilita a organização das redes e dos fluxos assistenciais, provendo o acesso aos usuários de forma equânime, integral e qualificado aos serviços de saúde, respeitadas as competências das esferas de gestão.

Esta Política, em consonância com o Plano Diretor de Regionalização definiu a Regulação Assistencial pela formulação do Complexo Regulador que tem como diretriz a descentralização do processo regulatório, de forma regionalizada, de maneira articulada e integrada com outras ações da regulação da atenção à saúde, visando regular a oferta de acordo com a demanda em saúde. O complexo Regulador do Estado de Pernambuco é composto por 02 Centrais Macrorregionais, uma localizada em Recife, sede da I Macrorregião, responsável também pela regulação das II e III Macrorregiões, e uma em Juazeiro-BA, a Central de Regulação Interestadual Pernambuco-Bahia, que Responde pela IV Macrorregião de Pernambuco, 12 Centrais Regionais e Centrais Municipais de Regulação, que atuam de forma integrada, cada uma com níveis bem definidos de atuação.

O Componente Estadual de Auditoria de Pernambuco (CEA) é também uma importante ferramenta de regulação e foi instituído pelo Decreto 20.393 de 13/03/1998 e regulamentado pelo Decreto 36.622/2011; a estruturação do setor compreende uma gerência e duas coordenações técnicas de auditoria inseridas na Diretoria Geral de Monitoramento de Avaliação da Gestão do SUS, composta por 27 auditores ligados a coordenação técnica do SUS.

2.4.2.1 REGULAÇÃO DE LEITOS DE UTI

O Estado de Pernambuco dispõe de 1031 leitos de UTI vinculados ao SUS, sendo 478

da Rede própria e 553 da Rede complementar. Atualmente a Central de Regulação faz a gestão do acesso aos leitos de 396 (38%) leitos de UTI, sendo 97(20%) da Rede Própria e 299(54%) da Rede Complementar. A Central de Regulação, no período de abril-agosto de 2015 teve uma média diária de 24 pacientes internados em leito de UTI e regulou o acesso às emergências com média de 527 pacientes/dia. Essa regulação é fundamental, diante do registro crescente de demanda por leito de UTI.

2.4.2.2 TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS

Criada em dezembro de 1994, através do Decreto Estadual 18.179, a Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos do Estado de Pernambuco – CNCDO PE, compõe o Sistema Nacional de Transplantes – SNT, criado pelo Decreto nº 2.268, de 30 de junho de 1997, e tem o compromisso firmado com a sociedade, através do estabelecimento e desenvolvimento de políticas públicas voltadas para a doação e transplante de órgãos e tecidos no estado.

Os transplantes de órgãos sólidos em Pernambuco relacionam-se aos transplantes de fígado, coração, rins e rim conjugado com o pâncreas.

No período de 2010-2014 foram executados 1.883 transplantes de órgãos sólidos, com uma média de 371 procedimentos ao ano, sendo 274 em 2010 e 424 em 2014.

Para o período de 2015-2018, a meta é retomar a curva de crescimento com um aumento de 5% ao ano no quantitativo de transplantes de órgãos sólidos no Estado de Pernambuco, considerando os quan-

titativos dos últimos anos. Para tanto os esforços da Central de Transplantes deverão estar concentrados na melhor capacitação dos profissionais de saúde para a importância da doação de órgãos, desde a atuação com os familiares para o consentimento da doação de órgãos dos entes queridos, bem como na atuação junto aos profissionais de saúde quanto ao seu papel na identificação e condução de possíveis doadores de órgãos, além da ampliação de serviços transplantadores de órgãos e melhor gestão dos usuários em lista.

2.4.3 SANGUE E HEMODERIVADOS

A FUNDAÇÃO HEMOPE, organização de caráter científico, educacional e assistencial, de direito público, vinculada à Secretaria de Saúde de Pernambuco, foi fundada em 1977 e tem como missão atender, com qualidade, as necessidades de sangue da população, atuar no diagnóstico e no tratamento das doenças do sangue, coordenar os programas nacionais de atendimento às coagulopatias e as hemoglobinopatias, no Estado, com o compromisso de desenvolver o ensino e a pesquisa.

Através do Hemocentro Recife, reconhecido pelo MS como Hemocentro Coordenador, atua no acompanhamento das atividades das demais unidades hemoterápicas, localizadas por todo o Estado de Pernambuco, compondo a hemorrede pública estadual, com ações técnicas e administrativas, da 2^a à 11^a Região de Saúde, de competência da gerência de Interiorização. (Figura 95), totalizando o abastecimento 93 instituições de saúde em hemocomponentes.

Figura 96. Distribuição dos Hemocentros/Núcleos de Hemoterapia e Agências Transfusionais em Pernambuco



Fonte: HEMOPE/Unidade de Conhecimento Estratégico (UCE)

A assistência hematológica prestada aos usuários do SUS se dá através do Hospital HEMOPE, com um total de 61 leitos para atendimento a pacientes adultos e da faixa pediátrica, a nível ambulatorial e de internamento.

Dispõe ainda de Serviço de Pronto Atendimento, Hospital-Dia e UTI. Disponibiliza serviços especializados em Odontologia, Fisioterapia e exames Laboratoriais de alta complexidade.

INDICADORES HEMOTERAPIA

O número de coletas de sangue cresceu de 121.030 em 2006 para 133.142 em 2010, oscilando nos anos seguintes em torno deste número e alcançando 130.036 coletas em 2014. Das coletas em 2014, a maior parte foi em Recife (67,73%), seguido de Caruaru (12,52%) e Petrolina (8,68%). Essa baixa participação do interior pode se dar pelo número reduzido de profissionais, que impede que a unidade funcione com 100% da sua capacidade instalada, dificuldades populacionais da região, etc. Também pode ser reflexo da redução de unidades liberadas para transfusão no período de 2009-2012, situação que tendeu à estabilização nos últimos anos, com 255.932 unidades disponíveis para transfusão no estado em 2014.

Apesar do crescimento do nº de leitos, com a construção de 3 novos hospitais, na região metropolitana, o nº de doações de sangue vem sofrendo uma leve queda desde 2012, podendo estar comprometendo o abastecimento de sangue dos hospitais SUS.

A inaptidão do sangue doado por retenção sorológica no estado de PE é maior devido à sífilis (56% do total), enquanto nacionalmente o HBC (42,8% do total nacional) é a maior causa da retenção sorológica, seguido da sífilis com 19,5% do total nacional.

O HEMOPE presta serviços de exames laboratoriais, internamentos, assistência farmacêutica, consultas e outros procedimentos. O grande volume da prestação de serviço do hospital HEMOPE está na realização de exames laboratoriais, seja para

diagnóstico das doenças do sangue, seja para controle e avaliação do estado de saúde dos pacientes.

Dentre os exames realizados está o de oncohematologia. O número de pacientes oncohematológicos diagnosticados no HEMOPE entre 2008 e 2014 foi de 266, de um total de 1.508 pacientes avaliados. Das 266 pessoas diagnosticadas pelo Hemope, em 2013, 200 tornaram-se pacientes do Hemope. Ou seja, 75% das pessoas diagnosticadas se trataram ou se tratam no Hemope.

Há um quadro de sobrecarga do Hemope em relação ao atendimento no estado, o que compromete a vida do paciente, seja por um diagnóstico atrasado, seja por uma assistência oferecida inadequadamente. O grande desafio de Pernambuco é, portanto, melhorar a qualidade da assistência e dar celeridade ao diagnóstico, além de transformar a doação de sangue em uma prática consciente por parte da população. Para tanto, faz necessário que haja um programa de educação continuada, junto à população.

2.4.4 ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

A Política Nacional de Medicamentos, instituída em 1998, com o objetivo de garantir o acesso gratuito aos medicamentos no SUS - um direito do povo brasileiro - estabeleceu como uma de suas diretrizes a reorientação da Assistência Farmacêutica, de modo que as ações não se restrinjam apenas à aquisição e à distribuição de medicamentos. Passados 10 anos da Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF), foram visualizados importantes avanços na organização e operacionalização deste seguimento.

Em Pernambuco, nos últimos anos, muitas atividades foram realizadas em busca do desenvolvimento, desde a atenção primária até à especializada à saúde. Atividades e mobilizações para estruturação e qualificação foram empreendidas em todo estado. Com destaque para a ampliação da rede Farmácias de Pernambuco em 400%, que eram 4 em 2007, e hoje são 30 farmácias, e consequentemente, o número de pessoas recebendo medicamentos especializados, pois conferem acesso de forma

descentralizada integrada, humanizada e informatizada, beneficiando a população residente nos municípios da I a XI Região de Saúde.

O Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica (HÓRUS), oferecido pelo MS aos municípios e estados, e a estruturação dos serviços e manutenção das atividades de Assistência Farmacêutica pelo Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica (QUALIFAR-SUS), contribuíram para o trabalho no estado.

2.4.6 AUDITORIAS

Apenas 14 municípios do estado de Pernambuco possuem o componente de auditoria implantados, além disso, o estado possui uma rede assistencial expressiva sob sua gestão estadual, o que demanda maior esforço de atividades de auditoria do CEA.

No período de 2010-2014 foram programadas e executadas 582 auditorias, conforme figura 97, com uma média de 116 auditorias ano (a.a.). Pode-se observar que ao longo dos anos o número de auditorias executadas vem aumentando: foram 82 em

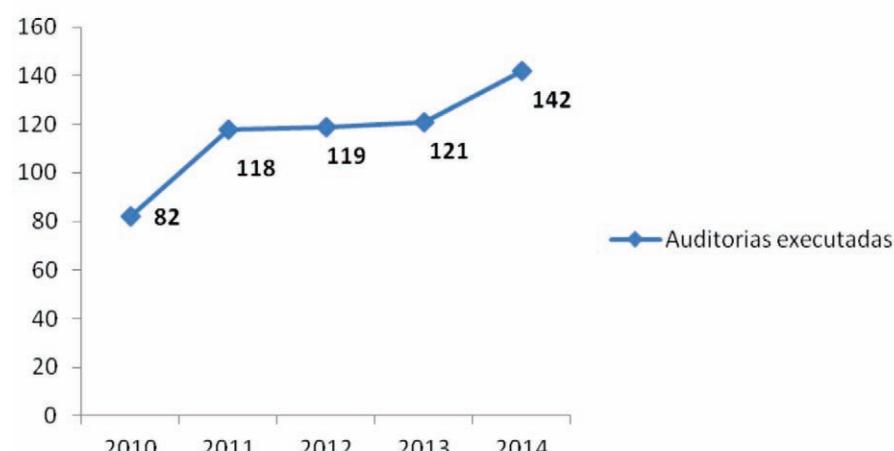
2010 e 142 em 2014.

Considerando a existência de 27 auditores distribuídos em grupos de dois ou três para a realização das auditorias do SUS, o que contabiliza uma média de 12 auditorias/mês, para o período de 2015-2018, a meta da programação será de 142 auditorias ao ano.

O Componente Estadual de Auditoria tem alcançado os resultados esperados nos últimos anos, devido à informatização do processo de auditoria através do Sistema de Auditoria (SISAUD), o planejamento das ações de auditoria juntamente com as demais áreas técnicas da SES/PE e a implantação da educação continuada em serviço que deu celeridade na questão das análises e correções dos processos.

Com relação à auditoria, diante do cenário atual tem-se como desafio a desconcentração das suas atividades para as regiões de saúde, possibilitando uma maior celeridade e economicidade no desenvolvimento dos processos da auditoria. Outro desafio é estimular os municípios a implantar o componente municipal de auditoria com a finalidade de fortalecer o controle interno do SUS.

Figura 97 - Número de auditorias executada



Fonte: DGMAGS/Gerência de Auditoria/SES-PE e SNA



2.5. PLANEJAMENTO, GESTÃO E REGULAÇÃO

CAPÍTULO 2

2.5 PLANEJAMENTO, GESTÃO E REGIONALIZAÇÃO

2.5.1 INSTRUMENTOS DE PLANEJAMENTO

O planejamento do SUS dispõe de um vasto arcabouço legal que indica processos e métodos de formulação dando-lhe expressão concreta. Destacam-se, inicialmente, as Leis Nº. 8.080/1990 e Nº. 8.142/1990 - Leis Orgânicas da Saúde que trata da responsabilidade de elaboração, até a Portaria nº 2.135, de 25 de setembro de 2013, que estabelece diretrizes para elaboração do processo de forma ascendente.

Cabe, no âmbito estadual, a organização, coordenação do planejamento e apoio a este processo nas Regiões de Saúde, assessorando-as na definição de estratégias voltadas ao fortalecimento e organização do processo de planejamento local e regional, oferecendo apoio também no fortalecimento da governança regional por meio das Comissões Intergestores Regionais (CIR).

O Sistema de Apoio ao Relatório Anual de Gestão (SARGSUS), instituído pela Portaria nº 575/2012, foi implementado em Pernambuco desde 2011 e em 2012, havendo 181 municípios (98%) cadastrados, com os dados referentes ao respectivo Relatório Anual de Gestão (RAG) 2011 inseridos no Sistema para fins de acompanhamento de sua situação, no tocante ao seu envio e a apreciação pelo Conselho de Saúde competente.

Ao se comparar o percentual de informação sobre aprovação dos Planos Municipal de Saúde (PMS) nas duas últimas vigências, observou-se que houve um crescimento de 22,72%, passando de 57,95% o número de municípios com PMS aprovados na vigência de 2010 a 2013 para 80,67% no último período do PMS.

Para o PMS 2010-2013, das 12 regiões, apenas a VII Região conseguiu ter todos os seus municípios com os PMS aprovados pelos respectivos Conselhos. Oito regiões conseguiram um índice de aprovação igual ou maior que 50% (II, III, IV, V, VI, X, XI, XII). Três apresentaram um escore menor que 50%, entre estas, a I Região de Saúde,

sede da I macrorregião, cujos municípios, em sua grande maioria compõem a Região Metropolitana.

A situação dos PMS na vigência 2014-2017 apresentou uma média geral de aprovação em torno de 80,00%. Apenas a X Região de Saúde ficou abaixo desse resultado, atingindo 68,00% de Planos aprovados.

Verificam-se avanços no quantitativo de municípios a enviarem o RAG. O ano de 2011 apresentou 100% de envio, que contou com o apoio do SARGSUS e dos Sanitaristas nas Regiões de Saúde na qualificação dos instrumentos de planejamento do SUS. Apesar disto, no período de 2008 a 2014, verificou-se que das 12 regiões, a I e III destacaram-se com baixo percentual no envio dos seus Relatórios de gestão no período analisado, embora no ano de 2014 tenha apresentado um retrocesso em todas as Regiões de Saúde.

Vale destacar que um dos grandes desafios do gestor é garantir que os instrumentos de planejamento do SUS estejam minimamente alinhados com os instrumentos da administração pública, tais como o Plano Plurianual e a Lei Orçamentária Anual, para tanto é importante que os gestores conheçam profundamente o Plano Municipal de Saúde, além de evitar a alta rotatividade de técnicos no setor de planejamento.

Consideram-se ainda, como desafios, garantir por meio das Regiões de Saúde, a alimentação efetiva do sistema e a utilização da ferramenta como meio de aprimorar a construção do relatório de gestão e desta forma, facilitar o processo de avaliação pelo controle social.

2.5.2 REGIONALIZAÇÃO

Processo de Regionalização

A regionalização da saúde é uma diretriz organizativa que orienta a descentralização das ações e serviços potencializando os processos de pactuação e negociação entre gestores. O avanço deste processo depende da construção de desenhos regionais que respeitem as realidades locais, a partir do fortalecimento da Gestão Regional através do Colegiado Intergestores Re-

gionais (CIR), enquanto espaços ativos de cogestão (PDR/PE, 2011).

Planejar e programar solidariamente exige centrar a prioridade na resolução dos problemas regionais. Em PE, o processo de fortalecimento da Regionalização foi iniciado a partir da necessidade de redefinir a conformação territorial do Estado e reorganizar os espaços de Gestão Regionalizada nas Regiões de Saúde.

Em 2011, foi realizada a revisão do Plano Diretor de Regionalização (PDR) que definiu as seguintes macrorregiões:

- Metropolitana: I, II, III e XII Regiões de Saúde (Sede: I Região de Saúde - Recife);
- Agreste: IV e V Regiões de Saúde (Sede: IV região de Saúde - Caruaru);
- Sertão: VI, X e XI Regiões de Saúde (Sede: XI Região de Saúde - Serra Talhada);
- Vale do São Francisco: VII, VIII e IX Regiões De Saúde (Sede: VIII Região de Saúde - Petrolina);

É preciso ressaltar que este PDR não é imutável, ao contrário, deve ser encarado como ponto de partida para futuras pactuações, que possam transformar a atual rede de assistência do Estado num sistema de saúde mais organizado, solidário e equânime.

Entre 2011 e 2012, foram reestruturadas as GERES. Considerou-se um avanço para o fortalecimento da Gestão Regionalizada, a realização de seleção pública para escolha dos gerentes de GERES. Além disso, foram criados novos cargos como Coordenações de Atenção à Saúde, de Planejamento e Regulação, de Vigilância em Saúde, bem como contratados Sanitaristas apoiadores do Planejamento para as Regiões de Saúde.

Essas medidas foram, sem dúvida, importantes, contudo, ainda há muito que fazer para fortalecer as GERES. O papel mais nobre que seria a orientação normativa e organizativa às Secretarias Municipais de Saúde é ainda pouco exercitado, além disso, discute-se a possibilidade de passarem a ter autonomia orçamentária e a necessidade de ampliação de seus quadros técnicos.

Em 2012, foi realizado o I Curso de Gestão Regionalizada em Saúde, uma parceria estabelecida entre a Secretaria Estadual de Saúde (SES) e a FIOCRUZ. Este curso foi oferecido nas quatro Macrorregiões de Saúde do Estado, contando com a participação de técnicos das GERES e dos Municípios, representantes das CIR e suas Câmaras Técnicas (CT).

2.5.3 GESTÃO INTERFEDERATIVA

É importante ressaltar que as CIR devem se configurar como espaços de governança, de caráter permanente, de pactuação, cogestão e de decisão, com foco na organização da rede regional de ações e serviços de saúde, conforme Decreto 7.508/2011.

Atualmente, tem-se 12(doze) CIR estruturadas, cada uma com sua CT e 1(um) Colegiado Regional Interestadual (CRIE), um espaço de pactuação interestadual entre Macrorregiões de Saúde de PE e da BA. A Rede PEBA reorganiza a assistência à saúde na região do Médio São Francisco, com o objetivo de eliminar as barreiras geográficas e garantir acessos aos serviços de saúde para os moradores locais.

No que diz respeito à relação interfederativa, verifica-se que 100% das GERES dispõem de CIR. Ressalta-se que se trata de um mecanismo legal de negociação, pactuação e gestão do SUS, garantido por lei. Para dar suporte aos CIR há necessidade de composição de Câmaras Técnicas, formada paritariamente entre técnicos dos municípios e das Regionais de Saúde, atualmente somente as I, XI e XII GERES necessitam de reformulação e recomposição das suas Câmaras. As demais se reúnem ordinariamente e mensalmente antes das datas dos Colegiados.

A frequência dos municípios na CIR, importante indicador de valorização deste espaço, em 2015 (jan-ago), oscilou entre 60% e 100%, com média de 78% de participação. Destacam-se a VII e a VIII GERES com a presença de 100% dos municípios nos colegiados, a Regional de Saúde com menor frequência de municípios foi a III com apenas 60% de participação. A média do Estado de Pernambuco ficou em 78% de

frequência nos 12 colegiados regionais.

Já com relação à frequência dos Gestores Municipais nas CIR, somente a VII Regional de Saúde obteve frequência de 100% dos gestores, as demais apresentam baixa adesão e frequência destes a este espaço, que depende deles para ser efetivados. A I GERES, devido à proximidade com o nível central da SES, foi a que apresentou o menor desempenho, com 30% dos gestores frequentando a CIR. A média de frequência dos Gestores Municipais no CIR é de 64%.

Não a despeito dos avanços conquistados, o fortalecimento do papel das GERES de orientação normativa e organizativa às Secretarias Municipais de Saúde ainda é um importante desafio para a gestão estadual.

2.5.4 IMPLANTAÇÃO DO CONTRATO ORGANIZATIVO DE AÇÃO PÚBLICA DE SAÚDE (COAP) EM PERNAMBUCO

No âmbito do Estado de Pernambuco, as discussões sobre o processo de implantação do COAP iniciaram-se em 2012. Sob a coordenação da SES, por meio da Secretaria Executiva de Coordenação Geral, observou-se a necessidade de adotar metodologia de implantação que levasse em consideração o amadurecimento deste processo novo, ao longo de sua construção, tanto por parte da SES/PE como pelo próprio MS, responsável pela condução nos Estados.

Os pressupostos do desenho organizativo do COAP em PE foram pactuadas com o COSEMS e tiveram como base a pactuação simultânea em todas as Regiões de Saúde, bem como a valorização do Planejamento Integrado e a construção coletiva com fortalecimento do trabalho em equipe.

Ao longo dos anos de 2011 a 2013, foram realizadas diversas etapas para o processo de construção do COAP no Estado. Foram instituídos 2 (dois) grupos condutores: O Grupo Executivo de Regionalização (Portaria Nº 491/2012) e o Grupo Condutor da Programação Geral de Ações e Serviços de Saúde, composto por representantes da SES/PE e do COSEMS/PE (Resolução CIB Nº 2329/2012).

Contudo, este processo foi interrompido em função das incertezas quanto à construção da Programação Geral de Ações e Serviços de Saúde (PGASS) e quanto à definição de novas fontes de custeio às ações a serem pactuadas. Em função disto, o MS colocou, já em 2014, um software de apoio para a construção da PGASS, atualmente em teste em três estados piloto: PR, SC e MA.

É difícil falar em caminho sem volta no SUS, um sistema nacional que vem se construindo ao longo dos anos, tentando se reinventar a cada momento para cumprir seus objetivos apesar de não haver a destinação orçamentária necessária para tal.

Contudo, o COAP, como instrumento de relação entre os entes federados, é sem dúvida a ferramenta mais madura e estruturadora do sistema que já foi construída até hoje. Estruturadora no sentido de qualificação da gestão, mas insuficiente, se as necessidades de serviços, e consequentemente de recursos financeiros e de pessoal, que serão evidenciadas pelo instrumento em aplicação não forem supridas pelos três entes federados.

2.5.5 PARTICIPAÇÃO E CONTROLE SOCIAL

A Constituição Federal Brasileira de 1988, também conhecida como constituição cidadã, registra na história o processo de lutas e conquistas em prol de uma sociedade mais justa. A Lei n.º 8.142/90, resultado da luta pela democratização dos serviços de saúde, representou e representa uma vitória significativa. A partir deste marco legal, foram criados os Conselhos e as Conferências de Saúde como espaços vitais para o exercício da participação e do controle social no SUS.

Pernambuco teve a criação do seu conselho com o Decreto Nº 13.909 de 04 de Outubro de 1989 e regulamentado pela Lei 12.297 de 12 de Dezembro de 2002. O Conselho Estadual de Pernambuco é um espaço público de composição plural e paritária entre Estado e sociedade civil, de natureza deliberativa e consultiva, cuja função é formular, fiscalizar e deliberar sobre a execu-

ção das políticas públicas setorial sendo o principal canal de participação popular.

Na perspectiva de fortalecer as ações do controle social foi instituído o Sistema de Acompanhamento dos Conselhos de Saúde (SIACS), uma ferramenta de comunicação e informação para contribuir com a efetividade do Controle Social. O SIACS possibilita visualizar a realidade de funcionamento dos conselhos de saúde através das informações registradas, as quais estão para além de paridade. É possível conhecer os conteúdos que os conselhos de todo o país têm discutido e contribuído para o debate acerca da qualidade da saúde para a população. Pernambuco vem avançando na implantação do SIACS e até julho de 2015 138 municípios solicitaram adesão ao SIACS equivalendo a 86,49%.

Esse avanço na implantação do SIACS foi alcançado através de mobilizações contínuas durante os eventos que o Conselho Estadual de Saúde promoveu e por meio da articulação junto aos Conselhos Municipais.

Trata-se também de respeitar o Acórdão 1.660, de 22 de março de 2011, do Tribunal de Contas da União – TCU, de março de 2011 o qual estabeleceu que o MS só deve repassar recursos para os estados e municípios cujos conselhos de saúde fossem compostos por 50% de usuários, 25% trabalhadores, 25% gestores/prestadores, respeitando a paridade prevista no artigo 4º da Lei Federal nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990 e na Resolução do Conselho Nacional nº 453 de 10 de maio de 2012.

Ao que concerne o papel do Controle Social acerca do monitoramento e avaliação das iniciativas indicadas pelo PES e operacionalizadas pela Programação Anual de Saúde, cabe registrar o RAG, instrumento básico de planejamento do SUS, como ferramenta fundamental aos Conselhos de Saúde, para o desenvolvimento desse papel.

Se compararmos os anos de 2007 e 2013 houve uma evolução no percentual de análise e aprovação dos RAG pelos conselhos de 38,4%, embora 79,5% apresentados em 2013, ainda seja um percentual distante dos 100% desejáveis. Porém, se comparar-

mos com o ano de 2011 essa evolução foi de 49,7%, sendo este o ano em que o Estado alcançou o seu mais elevado patamar com 90,8% de relatórios anuais de saúde aprovados pelos respectivos Conselhos Municipais de Saúde. O Estado de Pernambuco apresentou nos últimos 04 anos significativa piora nos percentuais de ausência de informação sobre os RAG através do SARGSUS, passando de 8,6% em 2011 a 52,4% em 2014.

No que diz respeito as I, III, IV, VI, XI e XII Regiões de Saúde, estas vêm aumentando nos últimos 03 anos, o percentual de municípios com ausência de informações no SARSUS. A X Regiões de Saúde, neste mesmo período, apresentou a melhor sequência com decréscimo de percentuais de municípios com ausência de informações no SARSUS.

Excetuada a VII Região de Saúde, todas as demais apresentaram aumento de percentuais de ausência no preenchimento do SARGSUS no período de 2013 e 2014.

AVANÇOS

- Melhoria nas condições de funcionamento para as ações do CES/PE;
- Aperfeiçoamento do processo de planejamento do CES/PE, adotando os Planos Estaduais de Saúde como norteador dos momentos de programação, acompanhamento e avaliação;
- Aperfeiçoamento dos mecanismos de monitoramento e avaliação do programa de Inclusão Digital do MS – PID/MS;
- Elaboração e encaminhamento do projeto de Lei que altera a Lei de criação do CES/PE, em cumprimento às determinações da Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 453, de 10 de maio de 2012, incluindo assento aos segmentos LGBT e População Negra;
- Instituição de Grupos de Trabalho que contribuíram para implantação de políticas, ao exemplo da Política Estadual de Saúde da População LGBT;
- Estruturação de fluxos de encami-

- nhamentos para o recebimento das auditorias realizadas nas unidades de saúde remetidas ao CES/PE;
- Estímulo aos Conselhos Municipais de Saúde para análise de auditorias realizadas em unidades de saúde sob gestão municipal;
 - Promoção de eventos/atividades voltadas para capacitação dos conselhos municipais de saúde e conselhos locais de saúde sob gestão Estadual;
 - Participação em fóruns para agregar conhecimento ao Controle Social, ao exemplo da inclusão de representantes do CES/PE em comitês estaduais de políticas de saúde, bem como, representação paritária em seminários, oficinas e afins;
 - Publicização das ações do Conselho nos meios de comunicação em geral, além de veículos próprios como home Page e jornal semestral;
 - Parcerias realizadas através de cooperação técnica com Tribunal de Contas da União, Controladoria Geral da União, Ministério Público de PE, Tribunal de Contas do Estado, COSEMS/PE e FIOCRUZ/Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães.



2.6. GESTÃO DO TRABALHO E EDUCAÇÃO EM SAÚDE

CAPÍTULO 2

2.6 GESTÃO DO TRABALHO E EDUCAÇÃO EM SAÚDE

2.6.1 GESTÃO DO TRABALHO

A Secretaria Executiva de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (SEGTES) foi criada em dezembro de 2008 (decreto nº 32.823), possuindo duas Diretorias ligadas a ela, a Diretoria Geral de Gestão do Trabalho e a Diretoria Geral de Educação na Saúde. É responsável pelo planejamento e gerenciamento das atividades relacionadas ao trabalho e educação na área de saúde. Tem o papel constitucional de promover a ordenação da formação de recursos humanos na área da saúde (art.200 da Constituição federal do Brasil, 1988).

Administra os recursos humanos dos hospitais da rede própria e sede da Secretaria de Saúde, sendo responsável por cerca de 20 mil servidores. Além da gestão dos recursos humanos, elabora e propõe políticas de formação e desenvolvimento profissional para área de saúde e o monitoramento de sua execução; e trabalha na promoção da gestão de políticas de movimentação, desenvolvimento, dimensionamento do quadro de pessoal e valorização dos trabalhadores.

Também tem o papel de promover a integração com as Instituições de ensino, tanto de nível superior como nível técnico, para a formação e qualificação dos trabalhadores do SUS, fortalecendo a estratégia de integração ensino-serviço; bem como articular com entidades sindicais e de fiscalização do exercício profissional, e movimentos sociais para o desenvolvimento do trabalho no setor da saúde.

A Secretaria busca também identificar as necessidades de formação e acompanhar e realizar o controle da gestão da administração de pessoal no âmbito da Secretaria, sempre levando em consideração três pilares importantes para tomada das decisões: necessidade do serviço, da legalidade e do respeito ao servidor.

DIRETORIA GERAL DE GESTÃO DO TRABALHO

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. Compete a Diretoria Geral de Gestão do Trabalho: identificar as necessidades quantitativas e qualitativas dos trabalhadores das unidades de saúde do Estado, articulando entre as três esferas de governo o ordenamento de responsabilidades e a distribuição dos profissionais de saúde.

Desenvolve também ações que promovem a qualidade de vida, a segurança e a saúde do trabalhador, além da responsabilidade pela coordenação e supervisão, no âmbito da SES, da execução de atividades relacionadas com os sistemas de administração, movimentação, remuneração, benefícios dos servidores e gerência de todos os processos administrativos disciplinares.

Entendendo ser o trabalho um processo de corresponsabilização, participa de negociações com os sindicatos das categorias profissionais envolvidas na área da saúde, respeitando os espaços de discussão e negociação das relações de trabalho em saúde.

GESTÃO DE PESSOAS

A SES possui um quantitativo de servidores que inclui servidores efetivos, ocupantes de cargo em comissão, contratados por tempo determinado, celetistas e extra quadro, ou seja, aqueles que possuem vínculo em outros órgãos sejam estadual ou federal, mas estão em exercício na SES. Os servidores efetivos estão distribuídos em 04 cargos: Médicos, Analistas em Saúde, Assistentes em Saúde e Auxiliares em Saúde.

Observa-se que o número de servidores estatutários ativos permaneceu equilibrado entre o período de 2010 a 2014, com 21.273 servidores estatutários e 3.308 com outros vínculos em 2010, e 19.825 estatutários e 2.166 com outros vínculos em 2014. Houve uma redução ano a ano em razão de aposentadorias, falecimentos e exonerações, sem ter havido reposição do quadro de profissionais.

Nota-se que apesar do crescimento e

da expansão da rede estadual de saúde o número de servidores não cresceu na mesma proporção, ao contrário, houve uma diminuição. Fato este que aponta para uma necessidade de reposição e ampliação do quadro vigente.

Comparando os valores do vencimento base dos cargos existentes na SES entre os anos de 2007 e 2014 observa-se que o cargo de Médico teve um aumento de 229% no período, crescendo de R\$1.400,00 para

R\$4.599,02. O cargo de Analista em Saúde cresceu 81%, de R\$900,00 pra R\$1.624,67. O cargo de Assistente em Saúde 400%, de R\$400,00 para R\$774,82; e o de Auxiliar em Saúde teve um aumento de 156%, de R\$300,00 pra R\$767,23.

Abaixo segue dados de servidores estatutários que foram desligados por motivo de falecimento, aposentadoria, demissão e exoneração nos anos de 2007 a 2014.

Tabela 30. Número de servidores estatutários desligados na Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco, no período de 2007 a 2014.

CARGOS/ANO	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	Total
ANALISTA EM SAUDE	32	52	61	84	85	92	92	83	581
ASSISTENTE EM SAUDE	160	220	247	309	364	360	337	344	2341
AUXILIAR EM SAUDE	75	87	116	122	109	139	162	129	939
MEDICO	105	98	112	178	226	221	216	235	1391
TOTAL GERAL	372	457	536	693	784	812	807	791	5252

Fonte: GAP/DGGT/SES- PE, julho de 2015.

CONCURSOS PÚBLICOS

No período de 2005 a 2014 foram realizados 03 Concursos Públicos para diversos cargos da área de saúde.

Em 2009, foi realizado o Concurso Público para preenchimento de 540 vagas para cargos de médico, integrantes do Grupo Ocupacional Saúde Pública, distribuídas nas 12 Regionais de Saúde, nas especialidades de: Anatomopatologia, Cardiologia, Cirurgia Geral, Cirurgia Pediátrica, Cirurgião Vascular, Clínica Médica, Infectologista, Intensivista de Adulto, Intensivista Pediátrico, Nefrologia, Neonatologia, Neuropediatría, Neurocirurgia, Neurologia, Oncologia, Otorrinolaringologia, Pneumologia, Pediatria, Psiquiatria, Tocoginecologia, Traumatologia e Ortopedia. Nesse Concurso foram nomeados 1.580 médicos com 684 em efetivo exercício.

Em 2013, aconteceu o Concurso Público

para preenchimento de 248 vagas para cargos de médico, integrantes do Grupo Ocupacional Saúde Pública, distribuídas nas 12 Regionais de Saúde, sendo nomeados 740 médicos com 407 em efetivo exercício.

Destaca-se que nos dois Concursos acima descritos houve ampliação das vagas, devido a necessidade da rede de saúde e com prévia autorização da Câmara de Política de Pessoal da Secretaria de Administração.

Em 2014, foi realizado novo Concurso Público para o preenchimento de 1.905 vagas integrantes do Grupo Ocupacional Saúde Pública existentes no quadro próprio de pessoal da Secretaria de Saúde, sendo 817 para o Cargo de Analista em Saúde, 04 para o Cargo de Analista em Saúde/Cirurgião-Dentista com especialidade em Cirurgia Buco-Maxilo-Facial e 1.084 para o Cargo de Assistente em Saúde, distribuídos nas 12 Regionais de Saúde. Neste Concurso, até a presente data, foram nomeados 77

enfermeiros obstetras, estando 50 em efetivo exercício. Entretanto, o mesmo encontra-se vigente e serão nomeados servidores até 2016, podendo ser prorrogado por mais 02 anos.

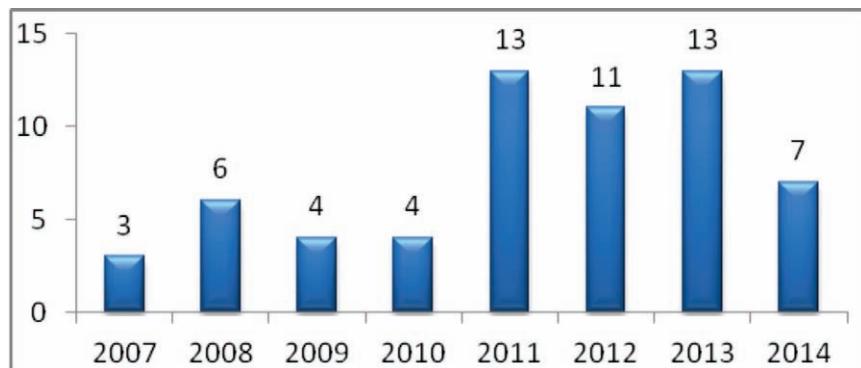
Vale ressaltar o número elevado de servidores nomeados para suprir o quantitativo de vagas ofertadas nos referidos Concursos realizados para médicos. Este fato pode estar relacionado a dificuldade de fixação de médicos nas unidades de saúde pública, considerando que a oferta de serviços de saúde é maior do que a demanda de formação.

SELEÇÕES PÚBLICAS SIMPLIFICADAS

No período compreendido entre 2007 e 2014 foram realizadas 61 Seleções Públícas Simplificadas (figura 98), nesse período foram contratados 5.141 profissionais de saúde nos diversos cargos da área de saúde, em junho de 2015 existiam 1.674 em efetivo exercício e com a previsão de rescisão contratual até 2017 de 1.043 profissionais de saúde.

A previsão inicial para Contratação de Pessoal por Tempo Determinado no ano de 2015 é de 110 profissionais nas diversas áreas.

Figura 98 – Número de Seleções Públícas Simplificadas realizadas na Secretaria Estadual de Saúde, no período de 2007 a 2014.



Fonte: GPRT/DGGT/SES-PE, julho de 2015.

Dimensionamento do Quadro de Pessoal das Unidades Hospitalares da Rede Estadual de Saúde

As ações referentes a implantação do processo de Dimensionamento do quadro de pessoal da Secretaria Estadual de Saúde tiveram início no primeiro semestre de 2008, sendo realizadas por técnicos da SES vinculados a Gerência de Políticas e Regulação do Trabalho (GPRT), para levantamento do quantitativo de profissionais por categoria e déficit existente em cada setor nas unidades hospitalares da rede estadual de saúde.

Para tanto, utilizam-se parâmetros normativos, bem como avaliação do Perfil de cada Unidade conforme categorias, além da utilização de estudos e pactuações realizadas entre a Secretaria Executiva de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde

(SEGTES) e Secretaria Executiva de Atenção a Saúde (SEAS).

AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO

A Avaliação de Desempenho é um componente da estratégia de gestão do trabalho que visa estimular o processo produtivo nos serviços de saúde. Na Secretaria Executiva de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde está vinculada a política de valorização do trabalho por meio de 03 (três) eixos:

- a) Avaliação no período de Estágio Probatório;
- b) Avaliação para recebimento Gratificação de Desempenho;
- c) Avaliação para progressão no Plano de Cargos, Carreiras e Vencimentos (PCCV).

ATIVIDADES DESENVOLVIDAS NO QUALIVIDA

O QUALIVIDA foi criado através da Portaria SES/PE nº 549 de 12 de Dezembro de 2014, que trata em seu Art. 1, parágrafo único, que o referido programa objetiva promover a qualidade de vida no ambiente de trabalho, contribuindo na redução da incidência e prevalência de doenças e agravos, bem como promoção à saúde dos servidores da saúde no âmbito da rede Estadual. Apesar de a portaria ser recente, ações e projetos de cuidados aos servidores são desenvolvidos desde o ano de 2009 com a criação do novo organograma da SES/PE da Coordenação de Saúde, Segurança e Qualidade de Vida, que ficou responsável pela implantação e implementação de programas de atenção aos servidores.

Como parte integrante do QUALIVIDA está a Unidade de Apoio Psicossocial (UNIAPS). Unidade que busca estabelecer uma política de valorização do trabalhador da área de saúde de forma preventiva e assistencial, com uma melhoria na produtividade individual e coletiva. Além disso, cria uma rede de apoio biopsicossocial no Estado por meio da implantação dos Núcleos de Apoio Psicossocial (NUAPS), nas Gerências Regionais de Saúde e seus Hospitais.

No ano de 2011 foi instituído Programa de Retorno Assistido, legalmente através da Portaria SES/PE nº 610/2011, este programa caracteriza-se como uma política de reinserção laboral ao servidor inadaptado e novas ações de valorização funcional.

A partir de 2011 iniciaram as implantações dos Núcleos de Apoio Psicossocial (NUAPS) no Estado de PE. Atualmente existem 18 NUAPS distribuídos nos Hospitais da Restauração, Ulisses Pernambucano, Barão de Lucena, Getúlio Vargas, Otávio de Freitas, Agamenon Magalhães, Geral de Areias, Correia Picanço, Sanatório Padre Antônio Manoel, Belarmino Correia, Fernandes Salsa, Ruy de Barros Correia, Colônia Vicente Gómes de Matos, Dom Moura, Professor Agamenon Magalhães, Inácio de Sá, Dom Malan e na VI Regional de Saúde.

Na UNIAPS é oferecido atendimento psicoterápico, realizado por profissionais de psicologia, cuja finalidade é tratar os proble-

mas psicológicos demandados pelos servidores. Como uma das maiores demandas para o serviço da UNIAPS estão os atendimentos psicoterápicos. Ressalta-se que os atendimentos são provenientes de encaminhamentos dos serviços de referência e por demanda espontânea. No ano de 2013 foi inaugurado o posto médico na sede da Secretaria Estadual de Saúde, com atendimentos de dermatologia, otorrinolaringologia, clínica médica, psiquiatria, oftalmologista, enfermagem e técnicos de enfermagem, além de controle de aferição da pressão arterial e programa de vacinação anual.

RELAÇÃO DO TRABALHO E GESTÃO DE INQUÉRITOS

A partir do ano de 2005 a Coordenação de Contratos, Comissões de Inquéritos e Sindicâncias tem por competência apurar as inúmeras denúncias encaminhadas pelas unidades de saúde à SES. As irregularidades nas condutas mais comuns são: abandono de cargo; falta de urbanidade; indiscrição; inassiduidade; impontualidade; faltas excessivas; descendência criminosa; insubordinação; improbidade administrativa; assédio moral; incontinência pública e escandalosa; agressão física; acumulação ilegal de cargos; receber propina; corrupção passiva; retirar documento ou objeto da repartição; ofensa verbal; negligência, imprudência e imperícia.

Para tanto, a Gerência de Relação do Trabalho e Gestão de Inquéritos (GRTGI) possui 03 Comissões de Inquérito Administrativo, para atender a demanda de todo Estado de Pernambuco.

2.6.2 EDUCAÇÃO EM SAÚDE

POLÍTICA ESTADUAL DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

A Portaria 198 MS/SGTES de 13 de fevereiro de 2004 instituiu a Política Nacional de Educação Permanente tendo como estratégia a formação e o desenvolvi-

mento de trabalhadores para o setor saúde, revisada em âmbito nacional, culminando com a publicação da Portaria GM/MS 1.996 de 20 de agosto de 2007.

No Estado de Pernambuco, o processo teve início com a realização de oficinas com a participação de diversos atores dos segmentos ligados à saúde, áreas da formação, gestão, atenção, controle social, movimentos populares, conselhos de saúde, COSEMS/PE, entre outros. O objetivo era a implantação da referida política e a constituição e acompanhamento dos Polos de Educação Permanente.

A estruturação da Política de Educação Permanente em Pernambuco, a partir dos incentivos do MS, iniciou com a constituição das Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço (CIES) nas 12 Regionais de Saúde e da CIES Estadual, elaboração dos Planos de Ação Regional de Educação Permanente em Saúde (PAREPS), com assessoramento e suporte técnico da Diretoria Geral de Educação em Saúde, por meio da contratação de Apoiadores Institucionais, entre outras ações.

A Escola de Governo em Saúde Pública do Estado de Pernambuco (ESPPE) enquanto a instituição pública da SES PE que tem por finalidade promover a execução de atividades de ensino, pesquisa e extensão para o desenvolvimento dos profissionais e servidores públicos que atuam no SUS, teve e tem papel fundamental na estruturação da Política de Educação Permanente no Estado. Outro aspecto importante foi o alinhamento da Política de Educação Permanente ao processo de regionalização e o fortalecimento das CIR e das CIES.

Dessa forma, as ações dos Planos de Ação Regionais foram planejadas e executadas como base em eixos estratégicos: 1) Linhas de Cuidado; 2) Gestão; 3) Formação e Integração Ensino, Serviço e Pesquisa; 4) Formação Profissional e 5) Mobilização e Controle Social.

A Educação Profissional Técnica de Nível Médio também foi contemplada por meio dos incentivos da Política de Educação Permanente, em função da necessidade de formação evidenciada nos servi-

ços, em áreas prioritárias como análises clínicas e técnico de enfermagem.

Ao longo desse período a Política de Educação Permanente no Estado de Pernambuco foi se consolidando por meio da execução de **ações estruturadoras**:

- 1. Descentralização dos recursos financeiros e autonomia para as CIES Regionais no planejamento e execução das ações por meio dos Planos de Ação Regionais - PAREPS, alinhados ao contexto local e pactuados nas CIR.
- 2. Apoio financeiro e técnico ao funcionamento das CIES Regionais e CIES Estadual.
- 3. Ações de fortalecimento da Escola de Governo em Saúde Pública de Pernambuco (ESPPE).
- 4. Contratação de Apoiadores Institucionais descentralizados nas áreas Saúde Coletiva, Organizacional e Hospitalar com o objetivo de fortalecer a implementação e o acompanhamento da Política de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde no Estado de Pernambuco.
- 5. Ações de formação e estruturação de Programas de Residência Médica e em Área Profissional de Saúde (Multiprofissional e Uniprofissional), inclusive de apoio à formação para o desenvolvimento da preceptoria em serviço.
- 6. Ações de educação para atender demandas em áreas estratégicas a partir das necessidades de saúde da população: Materno infantil, Urgência e Emergência, Cardiologia, Neurologia e Psiquiatria, Anestesiologia, Sífilis e HIV, Saúde Mental.
- 7. Apoio na realização do III Fórum Global de Recursos Humanos para a Saúde.
- 8. Ações de apoio à formação do Controle Social.
- 9. Ações de formação para apoio na estruturação dos Sistemas de Informação das Políticas de Saúde nas regionais de saúde.
- 10. Parcerias interinstitucionais

para o desenvolvimento de Cursos de Especialização e Mestrado Profissional para gestores e profissionais da Rede Estadual de Saúde.

Entre os avanços conquistados no Estado dentro da Política de Educação em Saúde, está a publicação da Lei Estadual Nº 15.066/2013, que atribui à ESPPE autonomia administrativa e financeira, bem como a qualifica para a realização de cursos de pós-graduação, modalidade residência em área profissional de saúde. Nesse contexto a ESPPE no ano de 2013 aprovou o Programa de Residência Multi-profissional em Saúde Coletiva com ênfase em Gestão de Redes de Saúde com 56 vagas, contemplando 7 Regionais de Saúde do interior do Estado (IV, V, VI, VII, IX, X, XI).

Considerando ainda a necessidade de fomentar pesquisas científicas voltadas para a melhoria da qualidade da Atenção à Saúde prestada à população pernambucana, e integrar ensino e pesquisa na rede de saúde, o Estado de Pernambuco investiu, desde 2011, no cofinanciamento de pesquisas para o SUS PE. O Programa Pesquisa para o SUS Pernambuco – Gestão Compartilhada em Saúde – PPSUS é coordenado a nível nacional, no MS, pelo Departamento de Ciência e Tecnologia da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos - DECIT/SCTIEO, e conta com a parceria, no âmbito federal, do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq). No Estado de Pernambuco, o programa é realizado e cofinanciado pela Fundação de Amparo à Ciência e Tecnologia do Estado de Pernambuco – FACEPE e Secretaria Estadual de Saúde.

O PPSUS tem como objetivo apoiar as atividades de pesquisa, mediante o aporte de recursos financeiros a projetos que visem promover o desenvolvimento científico, tecnológico e de inovação em gestão de saúde e em temas prioritários para o Estado de Pernambuco. Nas diversas edições do PPSUS PE foram incentivadas pesquisas nas seguintes linhas prioritárias:

- 1. Redes de Cuidado em Saúde – Desafios da Gestão Regionalizada;
- 2. Doenças Negligenciadas – Programa Sanar;
- 3. Vigilância de doenças e riscos à saúde individual e coletiva;
- 4. Atenção à Saúde;
- 5. Inovação Tecnológica em Saúde.

DESAFIOS

Considerando todos os avanços expostos na estruturação da Política de Educação Permanente em Saúde no âmbito Estadual e com o compromisso de implementar as novas ações advindas das diretrizes para a formação, provisão e fixação de profissionais para o SUS PE, surgem novos desafios para a área, abaixo elencados.

O fortalecimento das CIES é fundamental para impulsionar a elaboração dos Contratos Organizativos de Ação Pública Ensino-Saúde (COAPES) de forma descentralizada em todo o Estado, em consonância com a Lei MS Nº 12.781/2013, por meio da manutenção do apoio financeiro e técnico às CIES Regionais e CIES estadual, favorecendo a execução descentralizada das ações de educação permanente planejadas nos PAREPS, alinhadas às diretrizes e repasses do Ministério da Saúde (PNEPS).

Continuidade do dispositivo do Apoio Institucional descentralizado para as ações de Educação Permanente: apoiadores em saúde coletiva, na área hospitalar e dos orientadores clínico pedagógicos.

POLÍTICA DE RESIDÊNCIA – SUS/ PERNAMBUCO

A SES por meio da Secretaria Executiva de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde vem estruturando a Política de Residência SUS PE tendo como principais diretrizes a gestão descentralizada, a regionalização e interiorização dos programas, bem como a articulação dos campos de prática em rede, com ampliação anual dos recursos investidos.

Tabela 31. Número de vagas de Residência Médica e em Área Profissional de Saúde, 2008 a 2015.

Programa de Residência	ANO								
	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	
Médica	338	346	362	424	411	451	558	764	
Área Profissional de Saúde	122	131	133	143	180	210	305	395	
Total	460	477	495	567	591	661	863	1.159	

Fonte: DGES/SES/PE

Pernambuco é um dos pioneiros no Brasil na implantação de Programas de Residências e atualmente é o principal centro de residência do Norte-Nordeste e um dos principais centros do País. De acordo com pesquisas do observatório de RH de São Paulo, do total de especialistas formados, cerca de 75% passam a atuar em Pernambuco e cerca de 25% migram para outros estados da região Nordeste e Norte.

Pernambuco, em 2013, aderiu ao Pró-Residência – Programa Nacional de Apoio à Formação de Médicos Especialistas em Áreas Estratégicas com o objetivo de apoiar a formação de especialistas em regiões e especialidades prioritárias para o SUS por meio da Expansão de Programas de Residência Médica e Multiprofissionais. Foram contemplados 14 (quatorze) instituições com Programas de Residência Médica e 6 (seis) com Programas de Residência Multiprofissional que ampliaram o número de bolsas financeiras pelo Pró-Residência.

Atualmente o estado conta, na modalidade de Residência Médica, com 33 Instituições, sendo 28 na região metropolitana e 5 no interior (2 em Petrolina, 1 em Garanhuns e 2 em Caruaru), que ofertam 208 programas, distribuídas em 19 áreas de acesso direto, 33 especialidades de pré-requisito e 19 áreas de atuação e

anos opcionais. Em relação à Residência em Área Profissional de Saúde (Multiprofissional e Uniprofissional), o Estado conta com 23 Instituições que ofertam 89 programas de Residência, sendo 19 Instituições na capital e região metropolitana e 4 no interior (Petrolina, Garanhuns, Caruaru e Vitória de Santo Antão). Quanto ao financiamento das bolsas, 57% (727) são financiadas pela SES e as demais são financiadas pelo MS ou pelo Ministério da Educação.

A Secretaria de Saúde aprovou em janeiro de 2015, junto ao MEC, por meio da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde, uma Comissão de Residência Multiprofissional (COREMU) na ESPPE. A ESPPE vem se consolidando enquanto referência no matriciamento e desenvolvimento de Programas de Residência no Estado.

Pernambuco avançou, nos últimos anos, na formação de profissionais para fortalecimento das Redes de Atenção à Saúde, com destaque para a expansão de Programas de Residência nas seguintes áreas:

- **Áreas Básicas:** Clínica Médica, Medicina de Família e Comunidade, Pediatria, Ginecologia e Obstetrícia.
- **Saúde do Adulto Idoso:** Geriatria,

- Cardiologia, Endocrinologia e Metabologia, Nefrologia.
- **Atenção Psicossocial:** Psiquiatria, Saúde Mental, Multiprofissional em Redes de Atenção Psicossocial.
 - **Urgência e Emergência:** Medicina Intensiva, Ortopedia e Traumatologia, Anestesiologia, Multiprofissional em Urgência e Emergência, Enfermagem em Ortopedia, Enfermagem em Terapia Intensiva.
 - **Saúde Materno Infantil:** Obstetrícia e Ginecologia, Pediatria, Neonatologia, Enfermagem em Saúde da Mulher, Enfermagem Obstétrica, Enfermagem em Pediatria
 - **Atenção Oncológica:** Cancerologia Clínica, Cancerologia Cirúrgica, Cancerologia Pediátrica, Mastologia, Cirurgia de Cabeça e Pescoço, Medicina Nuclear, Radioterapia, Multiprofissional em Oncologia, Odontologia com Enfoque em Oncologia.

DESAFIOS

O cenário atual aponta a necessidade de ampliação e interiorização de novos Programas de Residências Médicas e Multiprofissional em áreas estratégicas para atender à organização das Redes de Atenção à Saúde no Estado.

Para tanto o Estado precisa estar alinhado à Política Nacional instituída pelo Programa Mais Médicos (Lei 12871/2013), que tem por finalidade a formação de recursos humanos visando a diminuição da carência de médicos nas regiões prioritárias para o SUS, reduzindo as desigualdades regionais na área da saúde.

Em Pernambuco foram contemplados em edital de chamamento público para propor abertura de cursos de graduação em Medicina os municípios de Garanhuns, Caruaru, Serra Talhada, Arcoverde, Jaboatão dos Guararapes e Olinda.

Sendo requisito para abertura de um novo curso de graduação em medicina a existência de pelo menos três Programas de Residência Médica em especialidades consideradas prioritárias no SUS (Clínica

Médica, Cirurgia, Ginecologia/Obstetrícia, Pediatria, e Medicina de Família e Comunidade), como forma de adequar não apenas às exigências da Lei MS Nº 12.871/2013, mas também para formar mais especialistas nessas localidades, o incentivo à abertura de programas de Residência Médica nesses municípios constitui como uma ação fundamental para o Estado.

Soma-se a isso a abertura de novos equipamentos de saúde de forma descentralizada (Hospitais, UPAS, UPA-E), que demanda uma ação do Estado na formação e qualificação de profissionais de saúde nas suas diversas categorias para atuarem nos serviços de saúde implantados. Para tanto, a Residência, por meio da formação em serviço, é um potencial elemento de fixação de profissionais na rede.

Outra prioridade em Pernambuco é o investimento na formação para o fortalecimento da Rede Materno Infantil com abertura de programas em Ginecologia e Obstetrícia, Pediatria, Neonatologia, Enfermagem Obstétrica, Enfermagem em Pediatria, tanto na região Metropolitana quanto no interior, a fim de assegurar às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo e a atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério e às crianças o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis.

INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO/ FORMAÇÃO DE PROFISSIONAIS PARA O SUS

Considerando o desafio de formar profissionais que respondam às necessidades de saúde da população, bem como apresentem habilidades e competências que se aproximem da organização do cotidiano do trabalho e do cuidado em saúde, a Diretoria Geral de Educação em Saúde desenvolveu, nos últimos anos, ações no âmbito da graduação e formação técnica em saúde por meio das seguintes ações:

- a. Ordenação da formação de profissionais para o SUS através de mais de 3 mil vagas de estágio por ano para realização de atividades curriculares obrigatórias. Es-

sas atividades são realizadas nas Unidades de Saúde Estaduais, compreendendo os Hospitais, UPAS, UPA-E, Laboratórios e outros serviços nas 12 Regionais de Saúde.

b. Programa de Formação do Sistema Único de Saúde – Formasus.

Considerando ser fundamental a regulamentação e regulação dos campos de prática nos serviços da Rede Estadual de Saúde foram criados processos legais e organizativos que as garantam, a fim de se ter um melhor acompanhamento da distribuição da ocupação dos campos de prática, bem como definição das contrapartidas das Instituições de Ensino, no ano de 2011 foi publicado o Decreto Nº 37.297 de 20 de outubro de 2011, a portaria Nº 689 de 29 de dezembro de 2011 e, posteriormente, a Lei nº 15.065 de 04 de setembro de 2013, instituindo e regulamentando o Programa de Formação do Sistema Único de Saúde – FORMASUS.

Esse programa tem por objetivo oferecer bolsas integrais de estudo para alunos oriundos das escolas públicas, nas instituições privadas de ensino superior e de ensino técnico que ministram cursos na área de saúde, em contrapartida pela inserção de estudantes destas instituições no espaço público destinado à prática e formação de profissionais de saúde.

Dessa forma, nos últimos anos foram oferecidas 763 bolsas integrais de estudo para estudantes de escola públicas de Pernambuco, oportunizando jovens e adultos na realização de uma formação técnica e superior na área de saúde, para que possam se somar aos profissionais que hoje integram o SUS.

c. Estágios Curriculares não obrigatórios – Vivências no SUS PE.

No sentido de potencializar as vivências dos estudantes de graduação nos serviços de saúde, a Secretaria Executiva de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde realizou processos seletivos para realização de estágio curricular não obrigatório remunerado, considerando o papel indutor do ensino

no serviço na formação de profissionais para o SUS de acordo com as necessidades de saúde da população.

As principais áreas contempladas, por serem prioritárias, são: urgência e emergência, saúde materno infantil, Centro de Assistência Toxicológica de Pernambuco (CEATOX) e nas Comissões intra-hospitalares de doação de órgãos, tecidos e transplantes (CIHDOTs).

DESAFIOS

A expansão de cursos da área de saúde, a interiorização da formação e a ampliação dos campos de prática, demandam da Secretaria de Saúde maior investimento na formação e qualificação dos trabalhadores do SUS para o exercício da atividade de preceptoria. Diante disso, o Estado de Pernambuco apresenta como prioridade continuar ampliando as ações de integração ensino-serviço-comunidade, por meio do apoio à interiorização dos cursos de saúde, ampliação das atividades curriculares não obrigatórias, qualificação da preceptoria em serviço e na integração e cooperação com as Instituições de Ensino nas Regionais de Saúde.

ESCOLA DE GOVERNO EM SAÚDE PÚBLICA DE PERNAMBUCO

A ESPPE, criada em 1989, tem uma vasta trajetória na área da Educação Profissional em Saúde e em cursos de qualificação dos trabalhadores e gestores do SUS de Pernambuco.

Considerando a responsabilidade do Estado de Pernambuco no fortalecimento da saúde pública, através da descentralização da gestão, da formação de recursos humanos para a área de saúde, e do incremento no desenvolvimento de conhecimentos científicos e tecnológicos, é missão e responsabilidade da ESPPE formular e desenvolver ações de formação para os trabalhadores do SUS PE fundamentadas nos marcos legais que orientam a docência, a pesquisa e a extensão alinhadas aos princípios do SUS.

A ESPPE desenvolve ao longo de sua trajetória diversos cursos de formação técnica para profissionais de nível médio, bem como cursos de qualificação/atualização nas áreas estratégicas do SUS, conforme os próximos quadros.

Tabela 32. Descrição de Cursos Técnicos realizados pela ESPPE com turmas concluídas no período de 2012 a 2015.

Cursos Técnicos	Regionais de Saúde	Nº de Turmas	Nº de trabalhadores formados
Curso Técnico em Análises Clínicas	I, III, IV e VI	6	139
Curso Técnico em Agente Comunitário de Saúde (I etapa)	VII, VIII, IX, X e XI	14	245
Curso Técnico em Agente Comunitário de Saúde (II e III etapas)	I	53	1.472
Curso Técnico Em Enfermagem Complementação	I	1	20
Curso Técnico de Vigilância em Saúde	I	2	42
Curso de Auxiliar em Saúde Bucal	I e XI	3	49
Curso Técnico em Citopatologia	I	1	12
Total		80	1.979

Fonte: ESPPE/SEGTES/SES

Tabela 33. Descrição de cursos de qualificação realizados pela ESPPE com turmas concluídas no período de 2012 a 2015.

Cursos de Qualificação	Regionais de Saúde	Nº de Turmas	Nº de trabalhadores formados
Aperfeiçoamento em Saúde do Trabalhador	I	1	24
Capacitação em Testagem Rápida de Sífilis e HIV	Todas	24	597
Curso de Atualização em Saúde Mental em EAD	I		181
Curso de Qualificação para os Conselheiros de Saúde de Olinda	I	1	29
Curso de Qualificação em Saúde Mental para os Conselheiros de Saúde de Olinda	I	1	29
Curso de Formação em Saúde Mental (crack, álcool e outras drogas) para agentes comunitários de saúde e auxiliares/técnicos de enfermagem da Atenção Básica	Todas	1	17.508
Curso de Atualização em Metodologias Ativas: educação inovadora na área de saúde	I	1	30
Curso de Atualização em Governança Clínica aplica à Saúde	I, IV, V, VI, VII e IX	1	30
Total		30	18.428

Fonte: ESPPE/SEGTES/SES

Em 2013, por meio da Lei nº 15.066, a ESPPE foi instituída como Unidade Técnica Escola de Governo em Saúde Pública de Pernambuco, ampliando sua atuação para o desenvolvimento de atividades de ensino e pesquisa e extensão no nível de pós-graduação. A ESPPE foi regulamentada como Instituição Formadora de Pós-graduação, modalidade Residência em Área Profissional de Saúde (Multiprofissional e Uniprofissional) ao ter aprovada em janeiro de 2015 a instituição da Comissão de Residência Multiprofissional em Saúde na Escola de

Governo em Saúde Pública de Pernambuco (COREMU ESPPE) pela Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde, reconhecendo a ESPPE como Instituição Formadora da respectiva COREMU.

Para responder a necessidade de formação e fixação de especialistas do SUS PE, na modalidade Residência em Saúde, de forma regionalizada e descentralizada, a ESPPE no ano de 2013, aprovou por meio do Edital MS/MEC nº 28/2013, o Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva com Ênfase em Gestão de Redes

de Saúde (PRMSC-Redes), com 56 vagas de diversas áreas profissionais de saúde: Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional. É realizado de forma descentralizada em sete das doze Regionais de Saúde do interior do Estado (IV, V, VI, VII, IX, X, XI GERES), desenvolvido em parceria com a Universidade de Pernambuco (Campus Garanhuns).

O Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva com ênfase em Gestão de Redes de Saúde tem por objetivo formar especialistas de diferentes áreas da saúde para que se tornem sujeitos capazes de protagonizar, criar e liderar mudanças nos processos de gestão do cuidado e de constituição de redes de atenção por meio da formação em serviço, de forma regionalizada, interdisciplinar e integrada, articulada com as diferentes instâncias de gestão e de atenção do SUS.

Além desse Programa, a ESPPE também assume a execução do Programa de Residência Multiprofissional de Interiorização de Atenção à Saúde – Hospital Regional Dom Moura (Garanhuns-PE) que tem por objetivo desenvolver o processo de formação especializada de profissionais da área da saúde para desempenhar ações de forma interdisciplinar, reduzindo a fragmentação dos saberes e do processo terapêutico no âmbito hospitalar, integrando a gestão do cuidado à governança clínica.

DESAFIOS

A ESPPE, enquanto Instituição que tem por finalidade promover a execução de atividades de ensino, pesquisa e extensão para o desenvolvimento dos profissionais e servidores públicos que atuam no SUS do Estado de Pernambuco necessita da formação de grupos de pesquisa para construção de projetos alinhados às necessidades de saúde da população e à organização das Redes de Atenção à Saúde no Estado, bem como da estruturação de um Comitê de Ética em Pesquisa.

No que se refere às ações descentralizadas faz-se necessário ampliar o investi-

mento no que se refere às equipes técnicas e a estrutura física para atender às necessidades locorregionais de formação para o SUS.

Além disso, faz-se necessário a ampliação das relações interinstitucionais no âmbito local e nacional, de modo a realizar as ações de forma solidária e cooperativa em prol do fortalecimento da Política de Formação para os trabalhadores do SUS PE.

Outro desafio da ESPPE é ampliar a oferta de Educação a Distância na realidade dos serviços, considerando as desigualdades existentes nas regionais de saúde do Estado de Pernambuco.

FINANCIAMENTO DO SUS

A Constituição federal de 1988 assegura saúde como um direito de cidadania, a ser garantido mediante políticas sociais e econômicas que promovam a redução dos riscos a doenças e agravos, o acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde. O financiamento dessa política, está definido em seu artigo 198, devendo ser feito através de recursos oriundos do orçamento da seguridade social, da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios, além de outras fontes e o Art. 195, determina que "A seguridade social será financiada por toda a sociedade, de forma direta e indireta, mediante recursos provenientes dos orçamentos da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios, e das contribuições sociais dos empregadores (incidente sobre a folha de salários, o faturamento e o lucro), dos trabalhadores e sobre a receita de concursos de prognósticos" (CONASS,2011). O valor mínimo do montante a ser aplicado pela União e os percentuais mínimos de gastos com a saúde para os estados e municípios foram definidos apenas em 2011 com a regulamentação da Emenda Constitucional nº 29/2000 pela Lei Complementar nº 141/2012.

No período de 2008 a 2015 o Governo do Estado vem ampliando progressivamente a aplicação dos recursos próprios em saúde, tendo o ano de 2010 o ano de maior % de aplicação (17,64%), conforme (Figura 99):

Figura 99. Evolução do Percentual de Aplicação de Recursos Próprios em Saúde. Pernambuco, 2008 a 2015.



Ao se analisar o período de 2012 a 2015 observa-se que PE ocupa a 5^a posição no ranking nacional e o primeiro lugar entre os Estados do Nordeste, que mais aplicou os recursos próprios com as ações e serviços de saúde (Tabela 34).

Tabela 34. Ranking do percentual de recursos próprios aplicados na saúde entre os Estados brasileiros no período de 2012 a 2015.

	2012	2013	2014	2015	Ranking
Norte					
Rondônia	12,13	14,27	13,52	14,53	-
Acre	16,31	16,64	17,32	15,37	7º
Amazonas	21,00	22,87	22,21	20,78	1º
Roraima	14,16	17,31	12,23	16,03	6º
Pará	13,54	13,54	12,97	13,66	12º
Amapá	12,54	15,57	13,39	...	-
Tocantins	18,48	20,68	21,47	19,17	3º
Nordeste					
Pernambuco	15,74	14,96	16,58	16,23	5º
Maranhão	12,45	12,43	13,62	13,68	11º
Piauí	11,64	12,74	13,39	13,52	13º
Ceará	13,77	13,83	15,76	14,25	10º
Rio Grande do Norte	14,15	13,89	13,88	15,20	8º
Paraíba	13,45	13,44	13,69	13,00	14º
Alagoas	12,06	12,11	12,06	12,95	15º
Sergipe	12,77	12,95	12,72	12,40	18º
Bahia	12,19	12,02	12,94	12,45	17º
Sudeste					
Minas Gerais	12,03	12,29	12,15	12,30	20º
Espírito Santo	13,24	15,95	18,84	18,98	4º
Rio de Janeiro	12,10	12,04	12,06	12,34	19º
São Paulo	12,43	12,43	12,46	12,50	16º
Sul					
Paraná	9,94	11,22	12,29	12,03	23º
Santa Catarina	12,14	12,07	12,37	...	-
Rio Grande do Sul	9,71	12,47	12,72	12,20	22º
Centro-Oeste					
Mato Grosso do Sul	12,06	12,50	12,11	12,24	21º
Mato Grosso	12,67	12,58	12,60	...	-
Goiás	12,12	11,72	12,70	12,01	24º
Distrito Federal	15,50	17,70	18,36	20,62	2º

Fonte: SIOPS/SUS em 24/02/2016

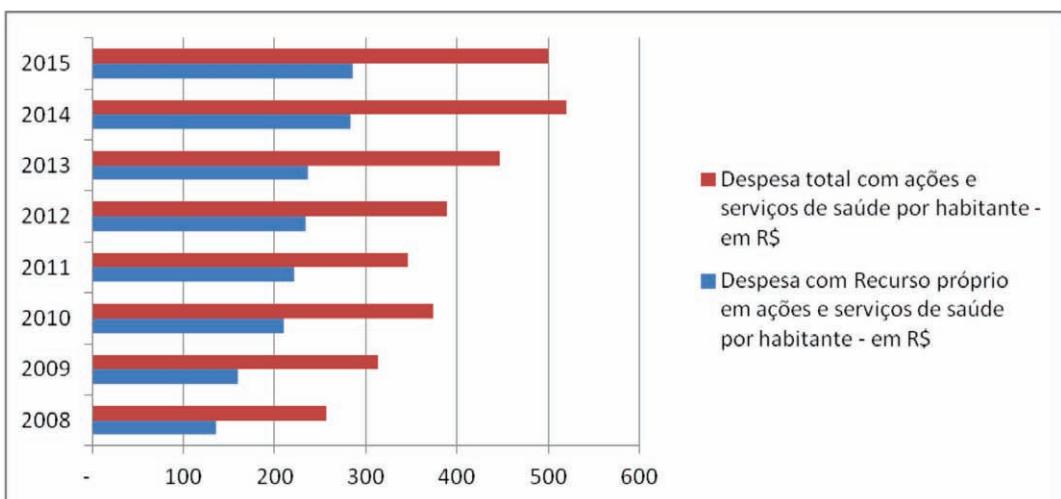
² REREO/SEFAZ- PE 6º bimestre de 2015

³ N/I: Não Informado

<http://siops-asp.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?SIOPS/SerHist/ESTADO/indicuf.def>

O gasto médio do Governo Estadual por habitante/ano no período em tela correspondeu a R\$ 393,00 sendo os anos de 2013 e 2014 os de maior valor, R\$ 447,00 e R\$ 515,00 respectivamente (Figura 100).

Figura 100. Comparativo entre Despesas com Recursos próprios por habitante e Despesa total aplicados em ações e serviços de saúde. Pernambuco, 2008 a 2015.



Fonte: SIOPS/MS. Acesso em 2008 a 2015

Ao se analisar o total dos recursos aplicados em ações e serviços de saúde no período observado verifica-se um crescimento na aplicação dos recursos em saúde. (Tabela 35).

Tabela 35. Evolução da aplicação de recursos próprios em ações e serviços de saúde, 2008 a 2015.

Ano	Recurso próprio em ações e serviços de saúde	Total com ações e serviços de saúde
2008	1.182.347.097	2.244.632.717
2009	1.412.222.358	2.758.626.663
2010	1.845.745.170	3.283.410.264
2011	1.967.644.358	3.071.837.073
2012	2.087.140.417	3.479.084.119
2013	2.180.865.069	4.111.893.945
2014	2.629.088.533	4.824.933.372
2015	2.671.392.869	4.669.957.868
Total geral	15.976.445.872	28.444.376.020

Fonte: SIOPS/MS. Acesso em 2008 a 2015

2.7. PROGRAMAS E PROJETOS PRIORITÁRIOS DO GOVERNO

2.7 PROGRAMAS E PROJETOS PRIORITÁRIOS DO GOVERNO

2.7.1 PROGRAMA MÃE CORUJA

Em 2007, Pernambuco apresentava um cenário marcado pela desigualdade, onde as regiões do estado mostravam diferenças significativas. O Sertão do Araripe, e o do Moxotó detinham os piores indicadores de mortalidade infantil, seguidos pelo Sertão do São Francisco, Sertão Central e Agreste Meridional.

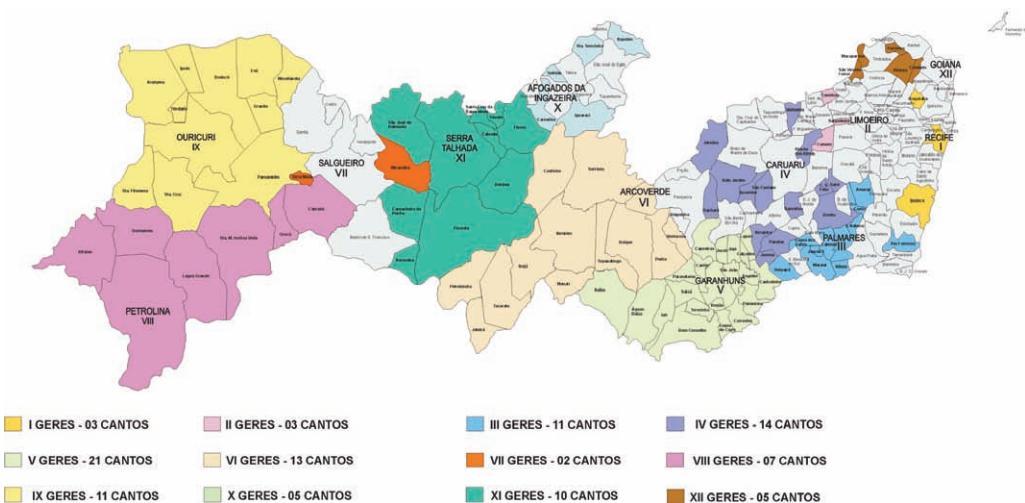
Quanto à mortalidade materna, entre 2006 e 2008, Pernambuco apresentou Razão de Morte Materna (RMM), respectivamente de 71,73/100.000 nascidos vivos, 72,61/100.000 nascidos vivos e 73,62/100.000 nascidos vivos, o que segundo parâmetros da Organização das Nações Unidas (ONU) é classificado como elevada.

O Programa Mãe Coruja Pernambucana foi então implantado no Estado em outubro

de 2007 pelo Decreto 30.353 com o objetivo de reduzir a mortalidade materna e infantil, através de ações estratégicas articuladas e intersetoriais dos eixos de saúde, educação e desenvolvimento social, cuidando de forma ampla da mulher e das crianças; fortalecendo os vínculos afetivos; promovendo uma gestação saudável; e garantindo as crianças nascidas no território pernambucano o direito a um nascimento e desenvolvimento saudável e harmonioso.

Em 15 de dezembro de 2009 tornou-se política pública no estado pela lei 13.959 trabalhando de forma integrada, em defesa da vida. As secretarias de Saúde; Educação; Desenvolvimento Social, Criança e Juventude; da Mulher; de Planejamento e Gestão; de Agricultura e Reforma Agrária; Assessoria Especial, Gabinete de Projetos Estratégicos; da Micro e Pequena Empresa, Qualificação e Trabalho; Ciência, Tecnologia e Inovação; Cultura; Turismo, Esporte e Lazer, trabalham juntas, com ações voltadas para a melhoria da qualidade de vida das mulheres e crianças.

Figura 101. Mapa dos Cantos Mãe Coruja Pernambucana I à XII GERES.



Fonte: Programa Mãe Coruja Pernambucana/SES/PE.

O Programa foi implantado nas 12 Regiões do Estado gradativamente ao longo dos anos e está atualmente implantado em 105 municípios do Estado, sendo os municípios de Recife e Ipojuca de gestão municipal com cooperação técnica do Estado. Com 139.825 mulheres cadastradas.

das e 77.694 crianças acompanhadas no período de 2008 a 2015 (SIS Mãe Coruja – 2008 a Maio/2015).

São elegíveis as gestantes usuárias do SUS e seus filhos até 5 anos, desde que residam nos municípios onde existe o programa implantado. As famílias

das gestantes também são beneficiadas quando, por exemplo, são atendidas por Programas da Secretaria de Agricultura e Reforma Agrária, Micro e Pequena Empresa Qualificação e Trabalho, Desenvolvimento Social Criança e Juventude, entre outras.

O acesso se dá pelo cadastramento de gestantes usuárias do SUS no espaço Canto Mãe Coruja, cuja função é de articulador da promoção das ações nos eixos de Saúde, Educação e Desenvolvimento Social, assim como o monitoramento e avaliação dessas mesmas ações. São realizadas ações de fortalecimento e "empoderamento" das mulheres como os Círculos de Educação e Cultura, cursos de Qualificação Profissional, Oficinas de Segurança Alimentar e Nutricional, inclusão em programas sociais através dos Centros Regionais de Assistência Social, fornecimento de "Kits do Bebê" para as gestantes com 7 ou mais consultas de pré-natal realizadas, fortalecimento da atenção ao pré natal, parto e puerpério, reorganização da rede de atenção ao parto.

AVANÇOS

Entre os principais resultados, apresentados pelo Programa Mãe Coruja Pernambucana, destacamos a sua consolidação na rede estadual, que se pretende que possa estar contribuindo com a constante redução da mortalidade infantil no estado. Especificamente nos 103 municípios de atuação do Programa, o coeficiente de mortalidade infantil foi reduzido de 22,1 por mil em 2006, para 16,1 por mil em 2012, correspondendo a uma redução da mortalidade infantil de 27,1%. A taxa de mortalidade materna foi reduzida, em média, no mesmo período, em 5% em todo o Estado, de acordo com dados do Comitê Estadual de Morte Materna.

- Inserção do PAA para possibilitar a oferta de alimentos às mães e crianças nos encontros dos Círculos de Educação e Cultura;
- Reestruturação dos "Cursos de Qualificação Profissional" com maior

padrão e adequação às necessidades das mulheres e suas famílias;

- Programa Nenhuma Pernambucana Sem Documento: Emissão de documentos e Formação de educadoras sociais;
- Articulação e integração com a Vigilância em Saúde e Atenção Primária para realização da Vigilância do Óbito Materno, Infantil e Fetal;
- 20 Oficinas de Vigilância do óbito, nas diversas Regiões de Saúde;
- Formação de 20 Grupos Técnicos Municipais de Investigação de Óbito Materno, Infantil e Fetal;
- Desenvolvimento do I Seminário de Mortalidade Materna, Infantil e Fetal do Sertão do Araripe;
- Realização de ações de educação em saúde, nos municípios, para incentivo ao Aleitamento Materno, Desenvolvimento Infantil e Imunização;
- Conquista de Referência para pré-natal de alto risco aos municípios da VIII região de saúde, no município de Petrolina e reorganização dos serviços de saúde no município de Dormentes garantindo-se consulta médica no pré-natal de risco habitual para todas as gestantes;
- Introdução da Estruturação da Rede de Cuidado Materna e Infantil em todos os níveis de Assistência (pré-parto, parto e pós-parto, atenção ao recém-nascido);
- Indução da vinculação da gestante à maternidade nos municípios da IX Região de Saúde;
- Implantação e Fortalecimento dos Grupos técnicos no município para discussão e investigação de óbitos;
- Fortalecimento o acompanhamento das gestantes e crianças nas áreas vulneráveis;
- Indução, articulação da organização e resolutividade da Rede de Atenção Primária, no território Mãe Coruja;
- Intensificação do cuidado à primeira infância no território Mãe Coruja a partir da Atenção Primária.

O Programa Mãe Coruja é uma experi-

ência inovadora que envolve ações complexas de Tecnologia Social. Essa complexidade pode ser observada em vários níveis. Por exemplo, envolve 103 municípios dos 184 do estado de Pernambuco, trabalha com gestantes e crianças, que por si só constituem populações vulneráveis, mas, além disso, busca identificar os mais vulneráveis, tendo como próximo desafio: Implementar ações no Programa Mãe Coruja Pernambucana voltadas para o desenvolvimento integral da criança, de forma intersetorial, fortalecendo as Políticas de Saúde; Educação; Desenvolvimento Social; Cultura, Esporte e Lazer e Relações de Vínculos Familiares.

2.7.2 PROJETO BOA VISÃO

O Projeto Boa Visão, iniciativa do Governo do Estado de Pernambuco, foi instituído através da Lei Nº 14.511, de 07 de dezembro de 2011, com o início dos atendimentos em Março de 2012, estabelece a parceria entre a Secretaria Estadual de Saúde, Educação e o Laboratório Farmacêutico do Estado de Pernambuco (LA-FEPE).

Considerando que há uma correlação direta entre o aprendizado e a percepção do indivíduo em seus múltiplos aspectos, que os problemas visuais interferem na qualidade dessa percepção e que a visão deficiente não tratada afeta o seu comportamento social, a sua confiança, a sua independência e o seu aprendizado. O Projeto Boa Visão vem para promover a assistência oftalmológica, identificando e corrigindo problemas visuais com o fornecimento de óculos corretivos, quando necessário, aos estudantes, professores e funcionários da Rede Estadual de Ensino.

O Projeto Boa Visão tem como objetivos:

- Prevenir problemas oftalmológicos através de triagem e exames oftalmológicos;
- Identificar e corrigir problemas visuais relacionados à refração;
- Propiciar condições de saúde ocular favorável ao aprendizado da população-alvo, melhorando o ren-

dimento escolar dos estudantes do ensino fundamental e médio da Rede Estadual reduzindo as taxas de evasão e repetência;

- Encaminhar para atendimento médico-oftalmológico de referência os portadores de patologias mais graves detectadas, que necessitem de acompanhamento especializado.

Foram realizadas capacitações para 1.400 profissionais da Educação sobre Triagem de Acuidade Visual na I, II, VI, VII, VIII, IX, XI e XII Regiões de Saúde. Foram realizadas 74.242 consultas oftalmológicas distribuídas na I, II, IV, VI, VII, IX, X e XII Regiões de Saúde. 43.626 óculos corretivos e 876 escolas já foram contempladas com as ações do Projeto Boa Visão.

No ano de 2012, quando o Projeto Boa Visão foi lançado, foram realizadas 22.323 consultas oftalmológicas e entrega de 11.411 óculos corretivos a alunos do ensino fundamental, médio, professores e servidores da Rede Estadual de Ensino. Em 2013, houve ampliação do público-alvo, os programas da Educação EJA (Educação de Jovens e Adultos) e Travessia foram incorporados ao Projeto e houve um aumento do número das consultas 24.711 e óculos corretivos 15.899, conforme demonstração no gráfico abaixo. Em 2014, surgiram algumas dificuldades, tais como: desabilitação dos Prestadores devido a defasagem do valor pago pelas consultas oftalmológicas (R\$16,74), atrasos dos alunos nos serviços, cancelamentos dos atendimentos por alguma dificuldade da Educação, que acarretaram uma redução dos números das consultas, 22.419 e óculos 13.374, comparado com o ano anterior. Apesar disso, não houve impacto significativo nessa redução dos atendimentos do ano de 2014.

AVANÇOS DO PROJETO BOA VISÃO

- Contratualização de Prestadores em Oftalmologia, em 2012, para a realização das consultas na Região Metropolitana (HUOC, HC, IMIP,

- FAV, Fundação Santa Luzia, SEOPE e IOR), IX Região (CEDO Saúde), X Região (J. Moura Soares);
- Capacitação de profissionais da educação como triadores nas I, II, VI, VII, VIII, IX e X Regiões de Saúde;
 - Contratualização de Prestadores em Oftalmologia, em 2013, para a realização das consultas na IX Região (CEDO Saúde), X Região (J. Moura Soares);
 - Capacitação de técnicos das Regionais (I, IX e X) sobre o Sistema de Informação. Em Setembro/2013, começamos a alimentar as consultas oftalmológicas no Sistema;
 - Conclusão dos atendimentos da X Região de Saúde (de acordo com dados fornecidos pela X GERES);
 - Inserção dos programas EJA (Educação de Jovens, Adultos e Idosos fora de faixa etária - Total: 94.763) e Travessia (Proposta Pedagógica de aceleração de estudos para atender a jovens e adultos, matriculados na Rede Estadual de Ensino que se encontram com distorção de idade/série de 02 ou mais anos - Total: 27.046), em 2013;
 - Discussão com a Sociedade Pernambucana de Oftalmologia quanto ao percentual de consultas e óculos do Projeto Boa Visão. Seguindo os parâmetros do MS - Olhar Brasil, a Sociedade acatou a redução para 15% (antes 30%) dos alunos triados que irão para as consultas oftalmológicas e 40% (antes 62%) para óculos corretivos;
 - Contratualização de novos Prestadores, em 2014, para a IV Região (Clínica de Olhos Hilton Pimentel Jr) e XII Região (SEMOC- Serviço de Medicina Ocular, Medicina Ocupacional e Auditoria).

DESAFIOS

- Articulação constante com a SEE quanto ao comparecimento dos alunos aos serviços com a documentação necessária e no horário

pactuado, causando transtornos e cancelamentos dos atendimentos;

- Sistema de Informação do Projeto Boa Visão subnotificado;
- Superar o atraso nos pagamentos da SES com o LAFEPE (DEAs);
- Abertura de Processo Licitatório, em 2012, para prestadores das II, III, IV, V, VIII, IX, X, XI e XII Regiões de Saúde, tendo como aderentes apenas prestadores da IX e X Regiões. O processo foi prorrogado e não houve novas adesões;
- Abertura de novo Processo Licitatório, em 2013, tido como decerto. Foi prorrogado por duas vezes e só em 2014 houve adesão de prestadores para IV, que em 2015 desistiu do processo, e XII Região;
- Descredenciamento de alguns prestadores;
- Falta de interesse dos prestadores do Estado a aderirem ao Projeto Boa Visão devido ao baixo valor pago pelas consultas oftalmológicas e exames (tonometria e fundoscopia) pela SES.

2.7.3 PROGRAMA SANAR

A SES, por meio da Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde (SEVS), implantou em 06 de maio de 2011, o Programa Sanar, que visa reduzir ou eliminar enquanto problema de saúde pública, doenças transmissíveis negligenciadas que apresentam indicadores inaceitáveis no estado de Pernambuco, tendo sido o primeiro estado brasileiro a desenvolver um programa específico para enfrentamento integrado dessas doenças, segundo o MS.

O Programa desenvolveu, no período de 2011 a 2014, ações estratégicas voltadas para a eliminação ou redução de sete doenças (doença de Chagas, esquistossomose, filariose, hanseníase, ge-helmintíases, tracoma e tuberculose), em 108 municípios definidos como prioritários. As atividades foram direcionadas para o fortalecimento da vigilância em saúde e da atenção básica, entre as quais

se destacam: identificação e manejo clínico adequados de pacientes, ampliação do diagnóstico laboratorial, melhoria do acesso ao tratamento, medicamentos, realização de ações educativas e mobilização social.

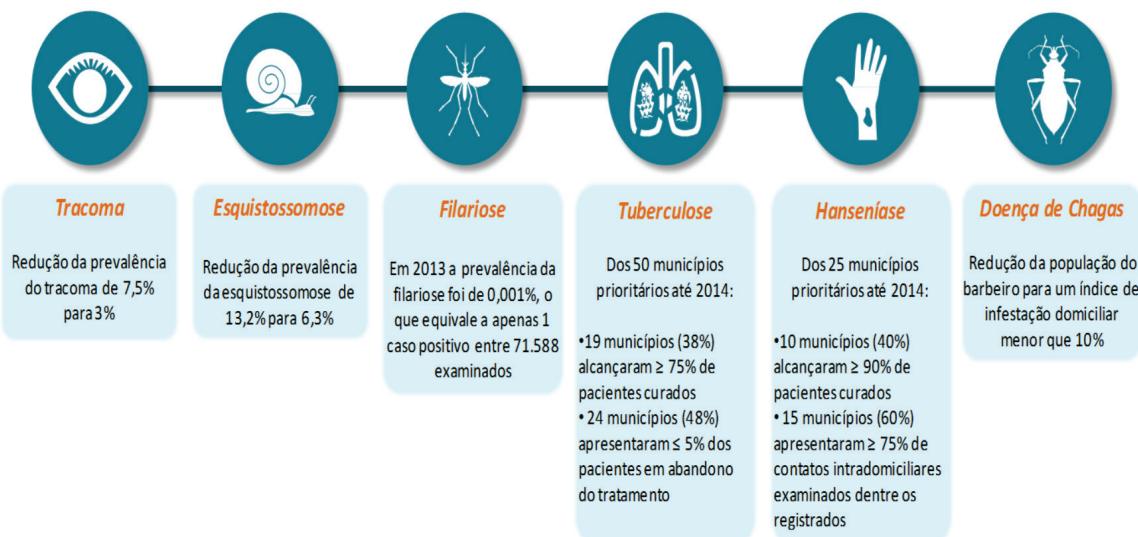
Desde sua concepção, o Sanar tem sido amplamente debatido com o M da Saúde, através da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS), com a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), com a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO) e com o Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães (CPqAM/Fiocruz), além de gestores, pesquisadores e sociedade civil em fóruns de discussão permanente como a Comissão Intergestores Bipartite e o Conselho Estadual de Saúde e ainda seminários e congressos de abrangência nacional e internacional.

Destaca-se ainda o reconhecimento do Sanar através dos prêmios nacionais recebidos: experiências bem sucedidas em

vigilância, prevenção e controle da hanseníase (12ª EXPOEPI - Brasília/2012) e em controle da tuberculose para populações vulneráveis (13ª EXPOEPI - Brasília/2013), ambas por votação do público; premiado entre os cinco melhores trabalhos do 49º Congresso da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical (mato Grosso do Sul/2013) em relação à abordagem do tracoma em municípios de extrema pobreza do estado; e o prêmio Saúde da Editora Abril (2013), na categoria saúde e prevenção.

Em junho de 2013, o programa foi institucionalizado através do DECRETO Nº 39.497/2013, que criou a Superintendência de Vigilância e Controle das Doenças Negligenciadas/Programa Sanar, garantindo a priorização das estratégias para controle deste grupo de doenças, que visa reduzir a carga e as iniquidades sociais por consequência destas enfermidades.

Figura 102. Principais resultados alcançados pelo Programa Sanar. Pernambuco, 2011 a 2014.



Fonte: SANAR/SEVS/SES/PE

2.7.4 TELESSAÚDE

A Telessaúde é compreendida como "o uso abrangente de Tecnologias da Informação e Comunicação (TIC) para fins assistenciais, administrativos e educacionais em saúde". Enquanto política pú-

blica do SUS vem sendo implementada por meio dos principais componentes, neste PES, compreendidos de acordo com as definições a seguir:

- a) **Tele-educação:** envolve todas as ações de ensino-aprendizado à distância (teleconferências, aulas,

- seminários, cursos, entre outras) por meio das TICs;
- b) **Segunda Opinião Formativa (SOF):** resposta sistematizada, construída com base em revisão bibliográfica, nas melhores evidências científicas e clínicas, utilizando o formulário eletrônico para esclarecimento sobre conduta clínica ou processo de trabalho. É possível anexar documentos, imagens e vídeos que possam apoiar a resposta do especialista. As respostas são recebidas no e-mail solicitante e/ou através de sistema informatizado com esta finalidade.
 - c) **Teleassistência:** compreendida por várias dimensões, porém nesta proposta destaca-se:
 - i. O diagnóstico à distância: realizado por meio de exames complementares;
 - ii. A teleconsultoria: consulta registrada e realizada entre trabalhadores, profissionais e gestores da área de saúde, por meio de instrumentos de telecomunicação bidirecional, com o fim de esclarecer dúvidas sobre procedimentos clínicos, ações de saúde e questões relativas ao processo de trabalho;
 - d) **Telerrastreamento:** é utilização das tecnologias para aplicação de protocolos clínicos, visando levantamento dos riscos e danos prevíveis e imprevisíveis da intervenção, qualificando as atividades de promoção da saúde e prevenção da doença;
 - e) **Telegestão:** considera-se toda forma de gestão à distância, destacando-se a realização de reuniões técnicas e administrativas em tempo real.

Em 2010, o MS instituiu o Programa Telessaúde Brasil com o objetivo de qualificar, ampliar a resolubilidade e fortalecer as Equipes de Saúde da Família (ESF), a partir da oferta da denominada "segunda opinião formativa" e outras ações educacionais dirigidas aos diversos profissio-

nais das equipes.

Pernambuco conta com quatorze núcleos de Telessaúde, conforme elencados: Universidade Federal de Pernambuco (NUTES-UFPE); Universidade da Pernambuco (NutesUPE); Universidade Vale do São Francisco (NutesUNIVASF) e Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (NTES-IMIP). Os núcleos vinculados a Rede Universitária de Telemedicina (RUTE): CISAM; Hospital Agamenon Magalhães; Hospital da Restauração; Hospital Getúlio Vargas; Hospital Barão de Lucena e PROCAPE. Além dos Núcleos Intermunicipais: Igarassu, Petrolina, Recife e São Lourenço da Mata.

A Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) desde 2003, criou o Núcleo de Telessaúde (NutesUFPE) através do Grupo de Tecnologia da Informação em Saúde e, a partir do projeto piloto do MS para o Programa de Saúde da Família (PSF), formou a denominada RedeNUTES. Constituída inicialmente por cinco Núcleos, o Hospital das Clínicas da UFPE (gestor), a Policlínica Lessa de Andrade e as USF dos municípios do Cabo de Santo Agostinho, Camaragibe e Igarassu. A partir de 2010 a RedeNUTES passou a integrar o Programa Nacional na qualidade de Núcleo Universitário e expandiu sua atuação para mais 100 USF.

Em Agosto de 2010 a rede foi ampliada com a criação de mais um núcleo vinculado a Universidade de Pernambuco (UPE), por meio de um termo de cooperação técnica entre a Faculdade de Ciências Médica e NUTES-UFPE, para a realização de projeto de extensão para profissionais de Unidades de Saúde da Família do Recife na área da dermatologia, através de capacitação à distância por tele e videoconferências. Nesse mesmo ano o Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira criou o Núcleo de Telessaúde do IMIP (NTES-IMIP).

Em 2012 o Núcleo de Telessaúde da Universidade Federal do Vale do São Francisco (NUTESVASF) foi instituído também numa parceria com o NUTES-UFPE atuando na oferta da telessaúde por meio da pesquisa colaborativa, ensino à distância

e teleassistência.

Com a publicação da Portaria Nº 2554, de outubro de 2011, foram criados os Núcleos Intermunicipais de Telessaúde (NIT) financiadas pelo Departamento da Atenção Básica do MS. Estes têm o objetivo de promover a ampliação dos serviços de teleassistência, tele-educação e telegestão para profissionais de saúde, agregando também o fortalecimento à política de Atenção Primária à Saúde.

Atualmente integram a RedeNUTES, o NUTES-UPE (HUOC e PROCAPE), o NUTESVASF, e os núcleos intermunicipais de São Lourenço e Igarassu, sob a coordenação do NUTES-UFPE.

PROGRAMA TELESSAÚDE BRASIL

46 Núcleos e 11 em implantação ;
21 Núcleos Estadual Implantados;
25 Núcleos Intermunicipais Implantados;
9 Núcleos Estaduais em fase de Implantação ;
1 Núcleo Intermunicipais em fase de implantados ;
1 Núcleo Regional Indígena em fase de implantados.

SERVIÇOS OFERTADOS

Tele-educação:

1. 546.797 entre 2008 a 2014.

Teleassistência:

239.993 entre 2008 a 2014 .

Telediagnóstico :

2.108.080 entre 2008 a 2014.

PROGRAMA TELESSAÚDE BRASIL EM PERNAMBUCO

588 pontos básicos de Telessaúde implantados por meio da RedeNUTES*

SERVIÇOS OFERTADOS

Tele-educação:

44.725 entre 2008 a 2014.

Teleassistência:

1.604 entre 2009 a 2014 .

Telediagnóstico :

1.543 entre 2011 a 2014

O quantitativo de núcleos de Telessaúde no estado tem expandido significativamente, porém a oferta de serviços de Teleassistência, Tele-educação, Telediagnóstico, ainda é insuficiente, necessitando da expansão do número de pontos de Telessaúde na Atenção Primária, o que se constitui como um dos maiores desafios da Telessaúde em Pernambuco para o alcance dos objetivos do Programa.

Destacando ainda a insuficiente informatização das Unidades Saúde da Família (USF), indisponibilidade de internet em determinadas regiões, mesmo existindo equipamentos de Informática, além do incipiente processo de inclusão digital dos profissionais de saúde que atuam neste nível de Atenção à Saúde.

Neste sentido, é importante a implementação das ações que visam garantir a incorporação de Internet banda larga com velocidade de conexão igual ou superior a 512 Kpbs, velocidade recomendada para o desenvolvimento dos serviços de Telessaúde para todas as USFs parceiras.

2.7.5 ECONOMIA DA SAÚDE

A Economia da saúde é o campo de conhecimento voltado para o desenvolvimento e uso de ferramentas de economia na análise, formulação e implementação das políticas de saúde. Envolve a análise e o desenvolvimento de metodologias relacionadas ao financiamento do sistema, a mecanismos de alocação de recursos, à apuração de custos, à avaliação tecnológica. Busca o aumento da eficiência no uso dos recursos públicos e a equidade na distribuição dos benefícios de saúde por ele propiciados (MS/Brasil).

O estado de Pernambuco e mais 14 SES, Departamento da Economia da Saúde, Investimentos e Desenvolvimento - (DESID/SE/MS), Universidades, Escola de Saúde, associações e institutos de pesquisa participa da Rede de Economia da Saúde para a Gestão do SUS – Rede ECOS. Consiste em uma rede de cooperação técnica que tem por objetivo principal contribuir para o desenvolvimento do campo da Economia da Saúde no SUS,

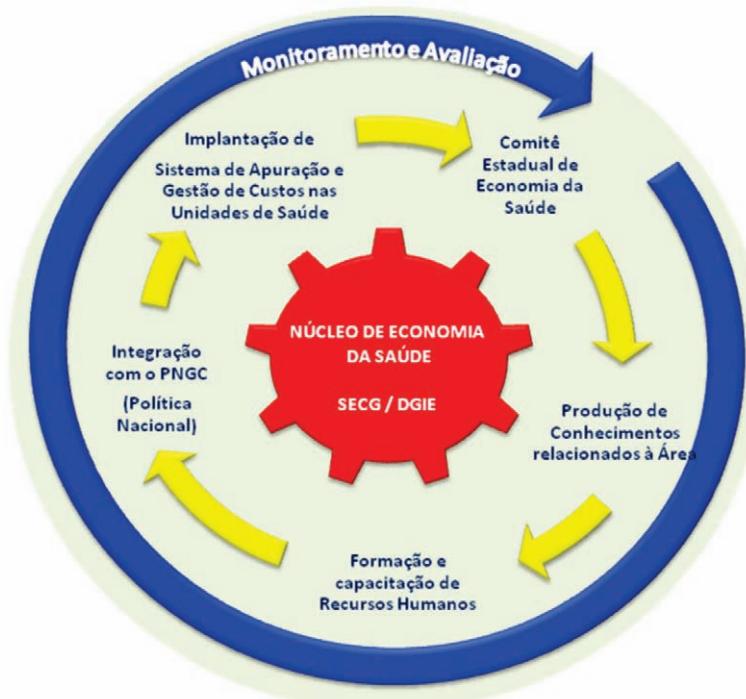
disponibilizando ferramentas para subsidiar o processo de tomada de decisão, a fim de qualificar a gestão e melhorar o acesso dos cidadãos às ações e serviços de saúde.

A Política de Economia da Saúde é coordenada pela Secretaria Executiva de Coordenação Geral, através da Diretoria Geral de Informações Estratégicas. Está

institucionalizada através de instâncias de referência: Núcleo de Economia da Saúde de Pernambuco (NES-PE), Núcleo de Economia da Saúde Hospitalares (NES-Hosp) e o Comitê Estadual de Economia da Saúde.

Tem como meta principal implantar nos hospitais estaduais sob administração direta a gestão de custos.

Figura 103. Institucionalização da Economia da Saúde.



Fonte: DGIE/SECG/SES/PE

Cada instância desenvolve um papel para a implementação da política:

Núcleo de Economia da Saúde (NES-PE): promove a disseminação das ações de Economia da Saúde nos Estados e em Municípios de grande porte, com vistas a subsidiar os gestores locais no processo de tomada de decisão pela aplicação do conhecimento e das ferramentas de Economia da Saúde.

Núcleos de Economia da Saúde (NES-Hosp.): tem como principal atividade a gestão de custos. Além de fomentar a prática de melhoria dos processos de trabalho nos hospitais apontando para a equipe gestora aspectos que podem qualificar as práticas desenvolvidas no hospital visando à melhoria da atenção à

saúde prestada pelos usuários.

Comitê Estadual de Economia da Saúde (CEES-PE): é formado por grupo de experts de Instituições de Ensino e representantes da SES que tem como objetivo fomentar e contribuir para o fortalecimento da Política Estadual de Economia da Saúde por meio da difusão do uso de conceitos, métodos e técnicas, vinculados à temática da economia da saúde bem como, estudos e pesquisas na área de economia da saúde; acompanhamento das ações da área de economia nas unidades de saúde, proposição de conteúdos programáticos para qualificação dos profissionais da rede SUS-PE, contribuir no desenvolvimento e implementação de programas vinculados à saúde, cujo fun-

cionamento demonstre a aplicabilidade da economia.

Apesar de recente e da ainda incipiente atuação em Economia da Saúde, destaca-se como importante avanço em Pernambuco, a Implantação da gestão de custos nos hospitais: Restauração, Barão de Lucena, Otávio de Freitas, Agamenon Magalhães, Getúlio Vargas, Correia Picanço, Fernandes Salsa e Dom Moura.

2.7.6 LEI SECA

Para reforçar a atuação do Estado na redução de acidentes de trânsito e combater a cultura da “bebida e direção”, o Governo do Estado instituiu através da Lei n. 14.491 de 29 de novembro de 2011, a Operação Lei Seca (OLS) em Pernambuco.

A Operação está subordinada à SES por se tratar principalmente de um problema de saúde pública para o Estado, ou seja, tem-se uma situação de epidemia pelos altos índices de mortalidade por acidente de trânsito. Atua na Região Metropolitana de Recife e no Interior do Estado em parceria com os Comitês Regionais de Prevenção aos Acidentes de Moto (CRPAM)

desde 01/12/2011.

PILARES DA OPERAÇÃO LEI SECA

A educação tem o papel de informar e conscientizar a população, contribuindo efetivamente para mudança pretendida referente à relação álcool e direção. Ao mesmo passo que desperta a atenção do público para a funcionalidade e fundamentação da OLS. Também é fundamental a atuação articulada entre vários setores: SES, Polícia Militar e DETRAN, e o bom diálogo entre técnicos e funcionários de todos os setores. A fiscalização é realizada diariamente, em nove pontos estratégicos da Região Metropolitana do Recife e do Interior do Estado. O maior objetivo é salvar vidas, coibindo a mistura de álcool e trânsito, evitando desta forma, a ocorrência dos acidentes.

RESULTADOS DA OPERAÇÃO LEI SECA

A Operação Lei Seca vem aumentando consideravelmente o número de veículos abordados anualmente e o número de condutores notificados e autuados por crime de trânsito vem diminuindo:

Tabela 36. Dados da Operação Lei Seca em Pernambuco, 2012-2014.

LEI SECA EM NÚMEROS	2012	Δ%	2013	Δ%	2014
VEÍCULOS ABORDADOS	251.139	+ 39	349.792	+ 4	363.474
CRIMES	473	- 16	396	- 22	308
RECUSAS	7.057	- 28	5.096	- 6	4.775
CONSTATAÇÃO	1.083	+ 38	1.498	+ 6	1.594
NOTIFICAÇÕES ALCOOLEMIA	8.613	- 19	6.990	- 4,5	6.677

Fonte: OLS/SES-PE

Observa-se que houve um aumento de 39% no Número de Abordagens de Veículos de 2012 para 2013, este fato aconteceu devido à ampliação do número de equipes que passou de 06(seis) para 09(nove) a partir de novembro de 2012. De 2013 para 2014 houve um aumento de 4% no número de abordagens, provavelmente por conta de uma otimização do trabalho realizado pelas equipes de fiscalização, pois, em vários momentos ultrapassaram a meta estabelecida para as abordagens.

Houve uma redução de 16% no número de Crimes de Trânsito na comparação 2012 com 2013 e de 22% comparando 2013 com 2014, mesmo, com o aumento do número de abordagens de veículos. Com relação ao Crime de Trânsito, acredita-se que os condutores na Região Metropolitana do Recife (RMR), estão se conscientizando e cometendo menos crimes de trânsito. Porém, no interior do Estado ainda verificamos uma resistência a essa mudança na cultura de beber e dirigir.

Verifica-se uma redução de 28% comparando 2012 com 2013 no número de infrações por Recusa em realizar o teste do etilômetro e 6% de 2013 para 2014. Essa diminuição provavelmente ocorreu por conta da mudança da lei em dezembro de 2012, quando a Lei Seca ficou mais rígida (Tolerância Zero) e os condutores passaram a ter uma postura mais cautelosa.

Houve um aumento de 38% no número de infrações por Constatação de 2012 para 2013 e 6% de 2013 para 2014, também possivelmente por conta da mudança da lei em dezembro de 2012, pois, a lei anterior era menos rígida, o condutor que se recusava a realizar o teste poderia não ser notificado, porém, com a mudança da lei, o condutor que opta pela recusa é notificado, então, o motorista prefere realizar o teste e arriscar, mas, com a redução do índice permitido, tolerância zero, vários condutores são flagrados e notificados por constatação.

O número de Notificações por Alcoolemia reduziu 19% de 2012 para 2013 e 4,5% de 2013 para 2014, (notificação por

alcoolemia é a soma das notificações de crime, recusa e constatação), mesmo com o aumento do número de abordagens a veículos, isso nos mostra uma verdadeira mudança de comportamento por parte dos condutores (Tabela 33).

Atualmente o maior número de abordagens acontece na Macrorregião I, visto que é onde estão alocadas geralmente as equipes.

A Operação Lei Seca continua com o grande desafio de reduzir os índices de acidentes de trânsito no Estado e ampliar as equipes para uma maior atuação no interior do Estado.

2.3.1.1 PROGRAMA CHAPÉU DE PALHA

O Programa Chapéu de Palha (PCP) Pernambucano teve sua primeira versão em 1988 com o governador Miguel Arraes de Alencar. Tinha como objetivo empregar os canavieiros na construção de pequenas obras públicas no período da entressafra, e garantir com isso, recurso financeiro para o sustento da família durante o período de estiagem (LIVRETO CHAPÉU DE PALHA, 2007).

Em 2007, Eduardo Campos, então governador do Estado de Pernambuco, retoma o Programa Chapéu de Palha, agora com uma nova proposta, contemplando diversos aspectos, tais como: educação, cidadania, habitação, mulher, agricultura, meio ambiente e saúde, contribuindo assim para a melhoria das condições de vida dos canavieiros, bem como de toda população da Zona da Mata Pernambucana (DIÁRIO DE PERNAMBUCO, 2010).

Esta iniciativa beneficiou inicialmente 19.138 trabalhadores/famílias, abrangendo até 2010 um total de 52 municípios. No final de 2011 houve ampliação do Programa (Lei nº 14.492 de 28 de novembro de 2011) incluindo os municípios que realizam a pesca artesanal e mariscaria perfazendo um total de 92 municípios contemplados, abrangendo todas as macrorregiões do Estado.

No tocante a política de saúde, e tomando como base legal os eixos prioritários da Promoção da Saúde, a SES-PE,

nesta contexto, tem a missão de desenvolver através da Educação Continuada dos trabalhadores da Estratégia de Saúde da Família, ações estratégicas para melhoria da qualidade de vida da população em foco do PCP, desenvolvendo através de abordagem com Educação Popular em saúde, temas específicos, e manejo clínico de agravos à saúde pertinentes a este público.

A SES-PE apesar de não realizar as ações de educação diretamente com os beneficiários do Programa, visto que esta é uma competência dos municípios, promove o apoio aos mesmos, através da Superintendência de Atenção Primária, a partir de atividades de Educação Permanente para os profissionais que das ESF, que consequentemente estarão em contato com os beneficiários, compondo o Programa Chapéu de Palha – Saúde (PCP - Saúde).

Desta forma, o PCP - Saúde tem contribuído no fortalecimento da Atenção Primária, na medida em que incorpora, em suas práticas, a qualificação constante dos profissionais de saúde a fim de que os mesmos possam ter influência na determinação do processo saúde doença no contexto do público do Programa, a partir da abordagem a vários temas referentes

a esta realidade.

AVANÇOS

- Fortalecimento da Política Estadual de Atenção Primária para o enfrentamento das causas, agravos e danos decorrentes da entressafra;
- Construção de uma abordagem sensibilizadora, articuladora e mobilizadora, junto as doze Regionais de saúde;
- Promoção da saúde através do empoderamento da população do campo e das águas, informando, esclarecendo e orientando sobre o funcionamento das redes de atenção à saúde, dos seus equipamentos e formas de prevenção aos agravos e danos à saúde;
- Promoção e fortalecimento de competências, através da educação permanente, para um melhor desempenho da ESF junto a comunidade;
- Efetivação na operacionalização do Programa, baseada na intersetorialidade e interdisciplinaridade, ressignificando as relações de poder em prol de decisões e práticas que asseguram sua execução.



MAPA ESTRATÉGICO DA SES/PE

CAPITULO 3

MISSÃO

“Fortalecer a Gestão do Sistema Único de Saúde no Estado de Pernambuco, garantindo a atenção integral à saúde da população de forma regionalizada, por meio de ações de prevenção, promoção, assistência e reabilitação.”



VALORES

- Compromisso Ético e Social
- Transparência e Controle Social
- Humanização
- Valorização e Respeito ao Trabalho em Saúde
- Inovação
- Integração
- Regionalização
- Equidade



MACRO-OBJETIVO ESTRATÉGICO

Ampliar o acesso regionalizado à rede de atenção à saúde com qualidade e atendimento humanizado.



Plano de Governo
2015 - 2018
e todos por PE

Avaliação do Plano
Estadual de Saúde
2012 - 2015

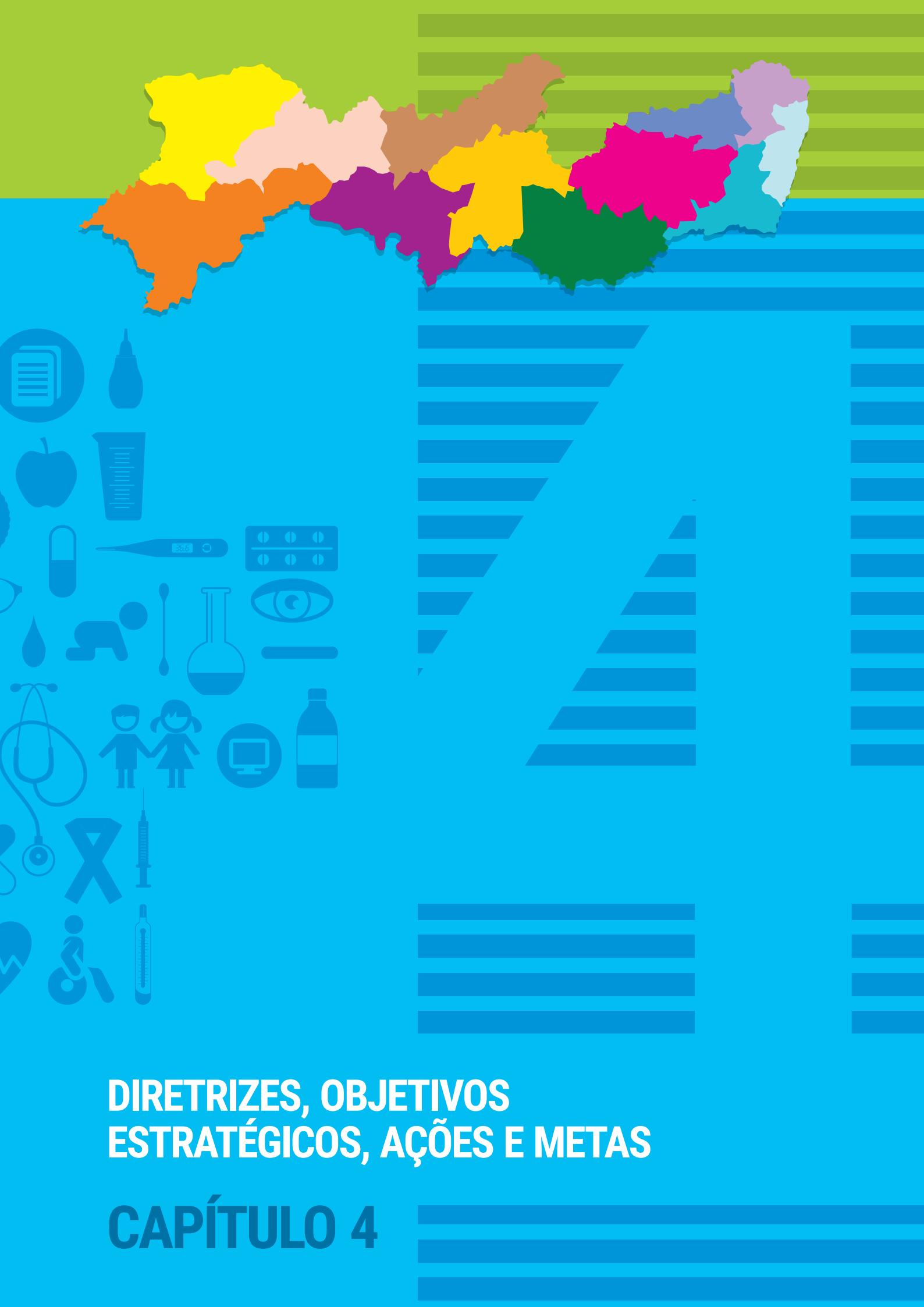
NORTEADORES

Planejamento
Estratégico da Gestão
2015-2018 e
Integrases

8^a Conferência
Estadual de
Saúde



DIRETRIZES ESTRATÉGICAS



DIRETRIZES, OBJETIVOS ESTRATÉGICOS, AÇÕES E METAS

CAPÍTULO 4



DIRETRIZ 1

FORTALECIMENTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA

CAPÍTULO 4

DIRETRIZ 1:

Fortalecimento da atenção primária

Ampliar e qualificar a atenção primária em Pernambuco, através da Estratégia de Saúde da Família, priorizando de grupos populacionais específicos, com atenção aos agravos à saúde e aos ciclos de vida, na perspectiva da promoção, prevenção e assistência à saúde.

OBJETIVO ESTRATÉGICO:

Fortalecer a Atenção à Saúde Integral no Sistema Prisional

DESCRIÇÃO:

Promover o acesso das pessoas privadas de liberdade à Rede de Atenção à Saúde, visando ao cuidado integral, bem como qualificar e humanizar a atenção à saúde no sistema prisional por meio de ações conjuntas das áreas da saúde e da justiça, garantindo a integralidade da atenção à saúde da população privada de liberdade no conjunto de ações de promoção, proteção, prevenção, tendo como diretriz a corresponsabilidade interfederativa quanto à organização dos serviços segundo a complexidade das ações desenvolvidas no território.

PROGRAMA NO PPA:

1033 - Melhoria da Atenção à Saúde

AÇÃO NA LOA:

2067 - Assistência à Saúde nas Unidades Prisionais (UPs)

AÇÃO	ABRANGÊNCIA	META QUADRIENAL	RESPONSÁVEL
Convocar profissionais selecionados conforme portaria conjunta SAD/SES nº 62 de 14 de Julho de 2015, para estruturação da coordenação Estadual de Atenção à Saúde no Sistema Prisional- CEASP	Estado	Convocar e lotar 48 profissionais	CEASP/SAP
Garantir o pagamento dos 48 profissionais que compõe a equipe da Coordenação Estadual de Atenção à Saúde Prisional Portaria SAD/SES nº 062 14/07/2015	Estado	Pagar salário mensal de 48 profissionais	CEASP/SAP
Supervisionar as ações de saúde nas Unidades Prisionais	Estado	Supervisionar 20 Unidades	CEASP/SAP
Realizar Seminário Estadual de Atualização sobre a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da População Privada de Liberdade no Sistema Prisional – PNAISP	Estado	Realizar 01 Seminário Estadual	CEASP/SAP
Realizar oficinas de educação permanente com os profissionais envolvidos na atenção à saúde do Sistema Prisional	Estado	Realizar 12 oficinas	CEASP/SAP
Implantar o Sistema de Informação de Saúde (e-SUSAB) nas Unidades de Saúde Prisional.	I Macrorregião	Implantar em 04 Unidades	CEASP/SAP

OBJETIVO ESTRATÉGICO:

Fortalecer a Coordenação Estadual dos Programas de provimento (PROVAB e Mais Médicos)

DESCRIÇÃO:

Apoiar e incentivar médicos, enfermeiros e cirurgiões-dentistas para atuar na Atenção Primária nos municípios com carência de profissionais, em áreas de extrema pobreza e periferias das regiões metropolitanas. Bem como, ampliar a integração ensino-serviço-comunidade e promover o trabalho supervisionado para desenvolvimento de competências para a atenção primária, valorizando o compromisso social nos critérios de avaliação para ingresso nos programas de residência.

PROGRAMA NA LOA:

1028 - Melhoria da Gestão do Sistema de Saúde

AÇÃO NA LOA:

3082 - Formação e Qualificação de Recursos Humanos para o SUS

AÇÃO	ABRANGÊNCIA	META QUADRIENAL	RESPONSÁVEL
Realizar oficinas de educação permanente com os profissionais envolvidos nos Programas de Provimento	I Região de Saúde	Realizar 04 oficinas	SAP
	II Região de Saúde	Realizar 04 oficinas	
	III Região de Saúde	Realizar 04 oficinas	
	IV Região de Saúde	Realizar 04 oficinas	
	V Região de Saúde	Realizar 04 oficinas	
	VI Região de Saúde	Realizar 04 oficinas	
	VII Região de Saúde	Realizar 04 oficinas	
	VIII Região de Saúde	Realizar 04 oficinas	
	IX Região de Saúde	Realizar 04 oficinas	
	X Região de Saúde	Realizar 04 oficinas	
	XI Região de Saúde	Realizar 04 oficinas	
	XII Região de Saúde	Realizar 04 oficinas	
Realizar Seminário Estadual de Avaliação com os profissionais contemplados nos Programas de Provimentos.	Estadual	Realizar 04 seminários Estaduais	SAP
Participar das reuniões de Colegiado Regional de APS com pauta temática.	I Região de Saúde	Participar de 4 reuniões	SAP
	II Região de Saúde	Participar de 4 reuniões	
	III Região de Saúde	Participar de 4 reuniões	
	IV Região de Saúde	Participar de 4 reuniões	
	V Região de Saúde	Participar de 4 reuniões	
	VI Região de Saúde	Participar de 4 reuniões	
	VII Região de Saúde	Participar de 4 reuniões	
	VIII Região de Saúde	Participar de 4 reuniões	
	IX Região de Saúde	Participar de 4 reuniões	
	X Região de Saúde	Participar de 4 reuniões	
	XI Região de Saúde	Participar de 4 reuniões	
	XII Região de Saúde	Participar de 4 reuniões	

AÇÃO	ABRANGÊNCIA	META QUADRIENAL	RESPONSÁVEL
Garantir a participação dos membros da UNIVASF/Petrólinea nas reuniões Mensais da Comissão de Coordenação Estadual do Mais Médicos e PROVAB que acontece em Recife	I Região de Saúde	Participar de 44 reuniões da CCE por ano	SAP
Garantir o pagamento mensal da Apoiadora da SES nos Programas de Provimento, conforme Portaria conjunta SAD/SES Nº 50 de 27 de maio de 2014	I Região de Saúde	Realizar 52 pagamentos por ano	SAP

OBJETIVO ESTRATÉGICO:

Fortalecer a Política de Atenção à Saúde Integral da População do Campo, das Florestas e das Águas/Programa Chapéu de Palha (PNSIPCFA)

DESCRIÇÃO:

Visa desenvolver e executar políticas de atenção básica em saúde, com ênfase à saúde do homem, do trabalhador e saúde mental entre outras, para as equipes de saúde da família dos municípios da Zona da Mata, RMR polo de fruticultura irrigada do Vale do Médio São Francisco e do Polo Gesseiro do Araripe, cobertos pelo Programa Chapéu de Palha.

PROGRAMA SEPLAG:

907 - Ampliação da Proteção à Pessoas em Situação de Vulnerabilidade Social

AÇÃO NA LOA:

Faz destaque orçamentário para o FES: 4094 - Chapéu de Palha - Ampliação e Qualificação do Atendimento aos Trabalhadores no Período da Entressafra

AÇÃO	ABRANGÊNCIA	META QUADRIENAL	RESPONSÁVEL
Realizar seminário com APS para fomentação da PNSIPCFA	Estado	Realizar 01 Seminário Estadual	PCP/SAP
Realizar cursos de capacitação que contemplem as temáticas pertinentes as políticas da APS, apresentadas nos espaços de discussões e deliberações	I Macrorregião	Realizar 94 cursos	PCP/SAP
	II Macrorregião	Realizar 08 cursos	
	III Macrorregião	Realizar 08 cursos	
	IV Macrorregião	Realizar 40 cursos	
Participar das reuniões de Colegiado Regional de APS com pauta temática.	I Região de Saúde	Participar de 4 reuniões	PCP/SAP
	II Região de Saúde	Participar de 4 reuniões	
	III Região de Saúde	Participar de 4 reuniões	
	IV Região de Saúde	Participar de 4 reuniões	
	V Região de Saúde	Participar de 4 reuniões	
	VI Região de Saúde	Participar de 4 reuniões	
	VII Região de Saúde	Participar de 4 reuniões	
	VIII Região de Saúde	Participar de 4 reuniões	
	IX Região de Saúde	Participar de 4 reuniões	
	X Região de Saúde	Participar de 4 reuniões	
	XI Região de Saúde	Participar de 4 reuniões	
	XII Região de Saúde	Participar de 4 reuniões	

OBJETIVO ESTRATÉGICO:

Fortalecer a Política de Atenção a Saúde Mental

DESCRIÇÃO:

Oferecer apoio técnico e financeiro aos municípios, na ampliação e qualificação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), com foco na Atenção primária, bem como atuando na qualificação dos profissionais da Rede através de oficinas e seminários.

PROGRAMA NO PPA:

1033 - Melhoria da Atenção à Saúde

AÇÃO NA LOA:

4435 - Melhoria da Atenção Integral à Saúde - Políticas Estratégicas

AÇÃO	ABRANGÊNCIA	META QUADRIENAL	RESPONSÁVEL
Realizar Oficina Regional sobre Acolhimento e Intervenções em Saúde Mental para Profissionais da Atenção Primária em Saúde	I Região de Saúde	Realizar 02 oficina regional	GASAM/DPE
	II Região de Saúde	Realizar 02 oficina regional	
	III Região de Saúde	Realizar 02 oficina regional	
	IV Região de Saúde	Realizar 02 oficina regional	
	V Região de Saúde	Realizar 02 oficina regional	
	VI Região de Saúde	Realizar 02 oficina regional	
	VII Região de Saúde	Realizar 02 oficina regional	
	VIII Região de Saúde	Realizar 02 oficina regional	
	IX Região de Saúde	Realizar 02 oficina regional	
	X Região de Saúde	Realizar 02 oficina regional	
	XI Região de Saúde	Realizar 02 oficina regional	
	XII Região de Saúde	Realizar 02 oficina regional	
Realizar Seminário sobre Intervenção em Saúde no Contexto da Alta Vulnerabilidade Social (usuários de drogas, população LGBT e em situação de rua) para Profissionais dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) e Consultórios na Rua	I Macrorregião	Realizar 02 seminários macrorregionais	GASAM/DPE
	II Macrorregião	Realizar 02 seminários macrorregionais	
	III Macrorregião	Realizar 02 seminários macrorregionais	
	IV Macrorregião	Realizar 02 seminários macrorregionais	
Elaborar e Reproduzir Guia de Orientação em Saúde Mental sobre acolhimento e intervenções em Saúde Mental na Atenção Primária	Estado	Elaborar e Reproduzir 5.000 guias impressos ou guia disponibilizado em formato digital	GASAM/DPE

OBJETIVO ESTRATÉGICO:

Fortalecer a Política Estadual de Saúde Integral da População de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (LGBT)

DESCRIÇÃO:

Fortalecer a Política Estadual de Saúde Integral da População LGBT através da discussão da política de saúde LGBT no âmbito dos municípios; atuar na eliminação do preconceito e da discriminação da população LGBT nos serviços públicos e privados de saúde; Ampliar e qualificar a rede de serviços do SUS para a atenção e o cuidado integral à saúde da população LGBT garantindo às pessoas o respeito e a prestação de serviços de saúde com qualidade e resolutividade de suas demandas e necessidades; oferecer atenção e cuidado à saúde contemplando todos os ciclos de vida da população LGBT; contribuir para a participação de representações da população LGBT nos espaços de controle social, como nos Conselhos e Conferências de Saúde, dentre outros.

PROGRAMA NO PPA:

1033 - Melhoria da Atenção à Saúde

AÇÃO NA LOA:

4435 - Melhoria da Atenção Integral à Saúde - Políticas Estratégicas

AÇÃO	ABRANGÊNCIA	META QUADRIENAL	RESPONSÁVEL
Realizar reuniões com gestores/as municipais de coordenações e assessorias LGBT para divulgar a política e consolidar o seu processo de implantação no âmbito municipal	I Região de Saúde	Realizar 40 Reuniões	CESILGBT/DPE
	II Região de Saúde	Realizar 08 Reuniões	
	V Região de Saúde	Realizar 08 Reuniões	
	VII Região de Saúde	Realizar 02 Reuniões	
Realizar Seminário Macrorregional sobre Saúde Integral LGBT	I Macrorregião	Realizar 01 seminário	CESILGBT/DPE
	II Macrorregião	Realizar 01 seminário	
	III Macrorregião	Realizar 01 seminário	
	IV Macrorregião	Realizar 01 seminário	
Incentivar e apoiar a formação de Grupos de Trabalho (GT) e/ou Comitês Técnicos de Saúde Integral LGBT Municipais para representantes da gestão municipal e conselhos de saúde	I Macrorregião	Realizar 01 Seminário	CESILGBT/DPE
	II Macrorregião	Realizar 01 Seminário	
	III Macrorregião	Realizar 01 Seminário	
	IV Macrorregião	Realizar 01 Seminário	

AÇÃO	ABRANGÊNCIA	META QUADRIENAL	RESPONSÁVEL
Realizar reuniões de monitoramento para apoiar e acompanhar a implantação de GTs ou Comitês Técnicos de Saúde Integral LGBT Municipais	I Região de Saúde	Realizar 04 reuniões	CESILGBT/DPE
	I Região de Saúde	Realizar 04 reuniões	
	II Região de Saúde	Realizar 04 reuniões	
	III Região de Saúde	Realizar 04 reuniões	
	IV Região de Saúde	Realizar 04 reuniões	
	V Região de Saúde	Realizar 04 reuniões	
	VI Região de Saúde	Realizar 04 reuniões	
	VII Região de Saúde	Realizar 04 reuniões	
	VIII Região de Saúde	Realizar 04 reuniões	
	IX Região de Saúde	Realizar 04 reuniões	
	XI Região de Saúde	Realizar 04 reuniões	
	XII Região de Saúde	Realizar 04 reuniões	
Realizar seminário sobre "Promoção, Prevenção e Cuidado à Saúde Integral LGBT" envolvendo as Políticas Estratégicas	Estado	Realizar 02 seminários	CESILGBT/DPE
Articular com a Secretaria Estadual de Ressocialização através de reuniões técnicas, a discussão da Saúde da População LGBT em situação privada de liberdade	Estado	Participar de 08 reuniões de articulação	CESILGBT/DPE
Realizar Fórum Estadual sobre Saúde e Pessoas LGBT com Deficiência	Estado	Realizar 02 fóruns Estaduais	CESILGBT/DPE
Realizar Fórum Estadual sobre Saúde e Pessoas Idosas LGBT	Estado	Realizar 02 fóruns Estaduais	CESILGBT/DPE
Promover reuniões semestrais com a Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde, visando a construção de indicadores de Saúde LGBT e inclusão das variáveis de identidade de gênero e orientação sexual nas fichas de notificação.	Estado	Realizar 08 reuniões	CESILGBT/DPE
Realizar reuniões para fomentar parcerias com a Universidade Federal de Pernambuco (UFPE/NUSP), a Universidade de Pernambuco (UPE/NISC), a FIOCRUZ/NESC e a Escola Estadual de Saúde Pública de Pernambuco para inclusão de pesquisas e atividades que abordem a temática da Saúde Integral LGBT.	Estado	Realizar 16 reuniões	CESILGBT/DPE
Realizar reuniões mensais do Comitê Técnico de Saúde Integral LGBT	Estado	Realizar 48 reuniões	CESILGBT/DPE
Realizar Planejamento Anual do Comitê Técnico de Saúde Integral LGBT	Estado	Realizar 04 reuniões de planejamento	CESILGBT/DPE
Realizar reuniões semestrais de monitoramento das atividades do Comitê Técnico de Saúde Integral LGBT	Estado	Realizar 08 reuniões de monitoramento	CESILGBT/DPE

AÇÃO	ABRANGÊNCIA	META QUADRIENAL	RESPONSÁVEL
Realizar Capacitação em Saúde Integral LGBT para o Controle Social e Sociedade Civil Organizada	Estado	Realizar 04 capacitações (01/ano)	CESILGBT/DPE
Elaborar e reproduzir folders sobre Saúde Integral LGBT, abordando Saúde das Lésbicas; Saúde dos Gays; Saúde das Pessoas Bissexuais; e, Saúde das Travestis e Pessoas Trans	Estado	Elaborar e reproduzir 48.000 folders (12.000/tema/ano)	CESILGBT/DPE
Elaborar e Reproduzir Cartilha sobre Travestis e Transexuais	Estado	Elaborar e reproduzir 2.000 cartilhas	CESILGBT/DPE
Elaborar e Reproduzir folder da Política de Saúde Integral LGBT	Estado	Elaborar e Reproduzir 12.000 folders	CESILGBT/DPE
Realizar Seminário sobre Dia Nacional da Visibilidade Trans com ênfase na Saúde Integral LGBT	Estado	Realizar 04 seminários	CESILGBT/DPE
Realizar Seminário sobre o Dia Nacional contra Homofobia com ênfase na Saúde Integral LGBT	Estado	Realizar 04 seminários	CESILGBT/DPE
Realizar Seminário sobre o Dia Internacional do Orgulho Gay com ênfase na Saúde Integral LGBT	Estado	Realizar 04 seminários	CESILGBT/DPE
Realizar Seminário sobre o Dia Nacional da Visibilidade Lésbica com ênfase na Saúde Integral LGBT	Estado	Realizar 04 seminários	CESILGBT/DPE
Realizar Seminário sobre o Dia Internacional da Visibilidade Bissexual com ênfase na Saúde Integral LGBT	Estado	Realizar 04 seminários	CESILGBT/DPE
Realizar Seminário sobre o Dia Internacional de Ação pela Despatologização das Pessoas Trans	Estado	Realizar 04 seminários	CESILGBT/DPE
Realizar Seminário na Semana da Parada da Diversidade de PE com ênfase na Saúde Integral LGBT	Estado	Realizar 04 seminários	CESILGBT/DPE
Realizar Seminário sobre o Dia Mundial de Luta Contra Aids com ênfase na Saúde Integral LGBT	Estado	Realizar 04 seminários	CESILGBT/DPE

OBJETIVO ESTRATÉGICO:

Fortalecer a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança

DESCRIÇÃO:

Realizar capacitações dos profissionais das Estratégias de Saúde da Família (ESF), de forma integrada com a vigilância e com o Programa Mãe Coruja, dos municípios e Regiões de Saúde na vigilância do óbito infantil e fetal, buscando trabalhar com os Comitês e/ou Grupos Técnicos de Prevenção e Redução da Mortalidade Infantil e Fetal.

PROGRAMA NO PPA:

1033 - Melhoria da Atenção à Saúde

AÇÃO NA LOA:

4435 - Melhoria da Atenção Integral à Saúde - Políticas Estratégicas

AÇÃO	ABRANGÊNCIA	META QUADRIENAL	RESPONSÁVEL
Realizar Seminário Estadual: Atenção Integral à Saúde da Criança e do Adolescente	Estado	Realizar 04 seminários	GEASC/DPE
Realizar Seminário Regional sobre a Criança de Risco	I Região de Saúde	Realizar 01 seminário	GEASC/DPE
	II Região de Saúde	Realizar 01 seminário	
	VII Região de Saúde	Realizar 01 seminário	
	X Região de Saúde	Realizar 01 seminário	
	XI Região de Saúde	Realizar 01 seminário	
Realizar Seminário Estadual sobre a Criança de Risco	Estado	Realizar 01 seminário	GEASC/DPE
Realizar Encontro Estadual com os Tutores da Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil (EAAB)	Estado	Realizar 02 encontros	GEASC/DPE
Realizar Curso para Formação de Tutores para o Método Canguru e a Atenção Básica: Cuidado Compartilhado.	II Macrorregião	Realizar 01 curso	GEASC/DPE
	III Macrorregião	Realizar 01 curso	
	IV Macrorregião	Realizar 01 curso	
Realizar Curso para a Formação de Tutores para a Atenção Integral às Doenças Prevalentes da Infância (Módulo Neonatal) – AIDPI Neonatal	II Macrorregião	Realizar 01 curso	GEASC/DPE
	IV Macrorregião	Realizar 01 curso	

AÇÃO	ABRANGÊNCIA	META QUADRIENAL	RESPONSÁVEL
Elaborar e reproduzir folders com orientações sobre: "5º Dia de Saúde Integral - Um direito da Mulher e do Bebê"	Estado	Elabora e reproduzir 100.000 folders	GEASC/DPE
Realizar Seminário sobre o 5º Dia de Saúde Integral – Um direito da Mulher e do Bebê	Estado	Realizar 01 seminário	GEASC/DPE
Realizar Seminários por Videoconferência de Atualização sobre as Doenças Prevalentes na Infância e principais causas de Mortalidade Infantil e Fetal	Estado	Realizar 02 aulas de atualização/ano	GEASC/DPE
Realizar Seminário sobre Mortalidade Infantil	Estado	Realizar 02 seminários	GEASC/DPE
Elaborar e reproduzir cartazes com informações e orientação sobre o teste do pezinho	Estado	Elaborar e reproduzir 15.000 cartazes	GEASC/DPE
Implantar por meio de videoconferência monitoramento dos indicadores da Triagem Neonatal Biológica	II Região de Saúde	Realizar 01 monitoramento anual	GEASC/DPE
	V Região de Saúde	Realizar 01 monitoramento anual	
	VII Região de Saúde	Realizar 01 monitoramento anual	
	VIII Região de Saúde	Realizar 01 monitoramento anual	
	IX Região de Saúde	Realizar 01 monitoramento anual	
	X Região de Saúde	Realizar 01 monitoramento anual	
	XI Região de Saúde	Realizar 01 monitoramento anual	
	XII Região de Saúde	Realizar 01 monitoramento anual	
Realizar campanha de divulgação sobre a importância da Triagem Neonatal Biológica (Teste do Pezinho)	Estado	Realizar 02 campanhas de divulgação	GEASC/DPE
Realizar treinamento para implantar posto de coleta e teste do pezinho	II Região de Saúde	Realizar 02 treinamentos	GEASC/DPE
	V Região de Saúde	Realizar 01 treinamento	

OBJETIVO ESTRATÉGICO:

Fortalecer a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Pessoa Idosa

DESCRIÇÃO:

Fornecer Atenção à Saúde da Pessoa Idosa com foco no fortalecimento das ações nos municípios, objetivando, o envelhecimento ativo e a participação social.

PROGRAMA NO PPA:

1033 - Melhoria da Atenção à Saúde

AÇÃO NA LOA:

4435 - Melhoria da Atenção Integral à Saúde - Políticas Estratégicas

AÇÃO	ABRANGÊNCIA	META QUADRIENAL	RESPONSÁVEL
Normatizar e publicar a Política Estadual de Saúde da Pessoa Idosa	Estado	Publicar 01 Portaria da Política	GSHI/DPE
Realizar Encontro Estadual de Atenção à Saúde da Pessoa Idosa	Estado	Realizar 01 encontro	GSHI/DPE
Realizar Curso de Atualização em Atenção à Saúde da Pessoa Idosa para profissionais do Sistema Único de Saúde para formação de tutores	Estado	Realizar 01 curso	GSHI/DPE
Elaborar cartilha de orientações para promoção à Saúde da Pessoa Idosa	Estado	Elaborar 01 cartilha	GSHI/DPE
Reproduzir cartilha de orientações para promoção à Saúde da Pessoa Idosa, impressa e/ou em formato digital	Estado	Reproduzir 15.000 cartilhas impressas ou cartilha disponibilizada em formato digital	GSHI/DPE
Realizar Oficina de Atualização em Prevenção de Quedas e Fraturas em Pessoas Idosas	I Região de Saúde	Realizar 01 oficina	GSHI/DPE
	II Região de Saúde	Realizar 01 oficina	
	III Região de Saúde	Realizar 01 oficina	
	IV Região de Saúde	Realizar 01 oficina	
	V Região de Saúde	Realizar 01 oficina	
	VI Região de Saúde	Realizar 01 oficina	
	VII Região de Saúde	Realizar 01 oficina	
	VIII Região de Saúde	Realizar 01 oficina	
	IX Região de Saúde	Realizar 01 oficina	
	X Região de Saúde	Realizar 01 oficina	
	XI Região de Saúde	Realizar 01 oficina	
	XII Região de Saúde	Realizar 01 oficina	

AÇÃO	ABRANGÊNCIA	META QUADRIENAL	RESPONSÁVEL
Realizar Encontros Regionais para discussão sobre a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa	I Região de Saúde	Realizar 02 rodas de conversa	GSHI/DPE
	II Região de Saúde	Realizar 02 rodas de conversa	
	III Região de Saúde	Realizar 02 rodas de conversa	
	IV Região de Saúde	Realizar 02 rodas de conversa	
	V Região de Saúde	Realizar 02 rodas de conversa	
	VI Região de Saúde	Realizar 02 rodas de conversa	
	VII Região de Saúde	Realizar 02 rodas de conversa	
	VIII Região de Saúde	Realizar 02 rodas de conversa	
	IX Região de Saúde	Realizar 02 rodas de conversa	
	X Região de Saúde	Realizar 02 rodas de conversa	
	XI Região de Saúde	Realizar 02 rodas de conversa	
	XII Região de Saúde	Realizar 02 rodas de conversa	

OBJETIVO ESTRATÉGICO:

Fortalecer a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Adolescente

DESCRIÇÃO:

Proporcionar informações e construir ferramentas que contribuam para mudança de práticas dos profissionais de saúde na atenção à saúde dos adolescentes bem como aumentar a vigilância frente às situações de violações e garantir seus direitos sexuais e reprodutivos.

PROGRAMA NO PPA:

1033 - Melhoria da Atenção à Saúde

AÇÃO NA LOA:

4435 - Melhoria da Atenção Integral à Saúde - Políticas Estratégicas

AÇÃO	ABRANGÊNCIA	META QUADRIENAL	RESPONSÁVEL
Realizar Capacitação na "Linha de Cuidado para Crianças e Adolescentes e suas Famílias em Situação de vulnerabilidade"	Estado	Realizar 02 capacitações	GEASC/DPE
Realizar Seminário sobre Sexualidade na Adolescência (DST, Gravidez, Contracepção, etc...)	Estado	Realizar 02 seminários	GEASC/DPE
Realizar atividades educativas em datas comemorativas especiais: Dia Nacional de Saúde do Adolescente, Prevenção da Gravidez na Adolescência, Enfrentamento ao uso de drogas e Violência contra Crianças e Adolescentes.	Estado	Realizar 16 eventos	GEASC/DPE
Realizar Oficina em Saúde Integral do Adolescente para profissionais da Atenção Primária.	Estado	Realizar 02 oficinas	GEASC/DPE

OBJETIVO ESTRATÉGICO:

Fortalecer a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem

DESCRIÇÃO:

Ampliar o acesso da população masculina às ações e serviços de saúde, contribuindo para a redução das causas de morbidade, mortalidade e atuando nos aspectos socioculturais, com vistas a desenvolver ações de promoção, prevenção, assistência e recuperação da saúde, priorizando a atenção primária.

PROGRAMA NO PPA:

1033 - Melhoria da Atenção à Saúde

AÇÃO NA LOA:

4435 - Melhoria da Atenção Integral à Saúde - Políticas Estratégicas

AÇÃO	ABRANGÊNCIA	META QUADRIENAL	RESPONSÁVEL
Realizar Seminário: Atenção à Saúde do Homem no SUS	Estado	02 seminários realizados	GSHI/DPE
Realizar Encontro Estadual de Atenção à Saúde do Homem	Estado	01 encontro realizado	GSHI/DPE
Elaborar cartilha de orientações para promoção à Saúde do Homem	Estado	01 cartilha elaborada	GSHI/DPE
Reproduzir cartilha de orientações para promoção à Saúde do Homem, impressa e/ou em formato digital	Estado	15.000 cartilhas impressas ou disponibilizadas em formato digital	GSHI/D
Realizar Oficina: Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem e seus Eixos	II Região de Saúde	Realizar 01 oficina	GSHI/DPE
	III Região de Saúde	Realizar 01 oficina	
	V Região de Saúde	Realizar 01 oficina	
	VI Região de Saúde	Realizar 01 oficina	
	VII Região de Saúde	Realizar 01 oficina	
	VIII Região de Saúde	Realizar 01 oficina	
	IX Região de Saúde	Realizar 01 oficina	
	X Região de Saúde	Realizar 01 oficina	
	XI Região de Saúde	Realizar 01 oficina	
	I Região de Saúde	Realizar 02 rodas de conversa Regionais	
Realizar Rodas de Conversa para discussão sobre a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem	II Região de Saúde	Realizar 02 rodas de conversa Regionais	GSHI/DPE
	III Região de Saúde	Realizar 02 rodas de conversa Regionais	
	IV Região de Saúde	Realizar 02 rodas de conversa Regionais	
	V Região de Saúde	Realizar 02 rodas de conversa Regionais	

AÇÃO	ABRANGÊNCIA	META QUADRIENAL	RESPONSÁVEL
Realizar Rodas de Conversa para discussão sobre a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem	VI Região de Saúde	Realizar 02 rodas de conversa Regionais	GSHI/DPE
	VII Região de Saúde	Realizar 02 rodas de conversa Regionais	
	VIII Região de Saúde	Realizar 02 rodas de conversa Regionais	
	IX Região de Saúde	Realizar 02 rodas de conversa Regionais	
	X Região de Saúde	Realizar 02 rodas de conversa Regionais	
	XI Região de Saúde	Realizar 02 rodas de conversa Regionais	
	XII Região de Saúde	Realizar 02 rodas de conversa Regionais	

OBJETIVO ESTRATÉGICO:

Fortalecer as ações da assistência ao ciclo gravídico puerperal e combate à Mortalidade Materna e Perinatal

DESCRIÇÃO:

Contribuir para a redução da morbidade e mortalidade feminina no Estado, especialmente por causas evitáveis, em todos os ciclos de vida e nos diversos grupos populacionais, sem discriminação de qualquer espécie.

PROGRAMA NO PPA:

1033 - Melhoria da Atenção à Saúde

AÇÃO NA LOA:

2089 - Atenção Integral à Saúde da Mulher

AÇÃO	ABRANGÊNCIA	META QUADRIENAL	RESPONSÁVEL
Realizar Seminário de Atualização em Pré-Natal de risco habitual e puerpério com coordenadores da Atenção Básica	I Macrorregião	Realizar 01 seminário	GEASM/DPE
	II Macrorregião	Realizar 01 seminário	
	III Macrorregião	Realizar 01 seminário	
	IV Macrorregião	Realizar 01 seminário	

OBJETIVO ESTRATÉGICO:

Fortalecer as ações de assistência ao planejamento reprodutivo e prevenção de DST

DESCRIÇÃO:

Estimular o fortalecimento das ações de assistência em planejamento reprodutivo no âmbito da atenção integral à saúde.

PROGRAMA NO PPA:

1033 - Melhoria da Atenção à Saúde

AÇÃO NA LOA:

2089 - Atenção Integral à Saúde da Mulher

AÇÃO	ABRANGÊNCIA	META QUADRIENAL	RESPONSÁVEL
Realizar Seminário para fortalecimento da assistência ao planejamento reprodutivo com profissionais e gestores de saúde	I Macrorregião	Realizar 01 seminário	GEASM/DPE
	II Macrorregião	Realizar 01 seminário	
	III Macrorregião	Realizar 01 seminário	
	IV Macrorregião	Realizar 01 seminário	
Realizar videoconferência de atualização em Abordagem Sindrómica das Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) para profissionais de Atenção Primária	Estado	Realizar 04 videoconferências	GEASM/DPE

OBJETIVO ESTRATÉGICO:

Fortalecer as ações de Atenção à saúde da População Negra

DESCRIÇÃO:

Promover ações de educação permanente através de seminários, documentos impressos e conferências por meio digital, com foco na redução da exclusão social evidenciada nas desigualdades da efetivação do direito humano à saúde da População Negra e Quilombola.

PROGRAMA NO PPA:

1033 - Melhoria da Atenção à Saúde

AÇÃO NA LOA:

2070 - Atenção Integral à Saúde da População Negra e Quilombola

AÇÃO	ABRANGÊNCIA	META QUADRIENAL	RESPONSÁVEL
Realizar Web conferências sobre diversos temas relacionados à Saúde da População Negra	Estado	Realizar 40 web conferências	CESPN/DPE
Elaborar e Reproduzir folders sobre: Racismo, Saúde da População Negra e Doença Falciforme	Estado	Elaborar e reproduzir: 5.000 folders sobre racismo; 5.000 folders sobre Eletroforese da hemoglobina 20.000 folders sobre saúde da população negra e doença falciforme	CESPN/DPE
Adquirir e Reproduzir DVD'S sobre Doença Falciforme, Camisetas e faixas	Estado	Adquirir e reproduzir 400 DVDS, 6 Faixas, 20 Camisetas	CESPN/DPE

AÇÃO	ABRANGÊNCIA	META QUADRIENAL	RESPONSÁVEL
Incluir a temática do Teste do Pezinho nos Encontros Estaduais de Saúde da População Negra para ampliação do conhecimento sobre o diagnóstico precoce da Doença Falciforme.	Estado	Incluir a temática do Teste do Pezinho em 04 Encontros	CESPN/DPE

OBJETIVO ESTRATÉGICO:

Qualificar a Atenção Primária à Saúde

DESCRIÇÃO:

Viabilizar a participação da SES no financiamento da Atenção Primária, reafirmando a Estratégia de Saúde da Família como modelo para sua organização, através de incentivo financeiro, educação permanente e insumos estratégicos de apoio ao funcionamento destes equipamentos.

PROGRAMA NO PPA:

1033 - Melhoria da Atenção à Saúde

Nº DA AÇÃO NA LOA:

4217 - Melhoria da Atenção Básica

AÇÃO	ABRANGÊNCIA	META QUADRIENAL	RESPONSÁVEL
Redefinir por meio de portaria os indicadores e metas da Política Estadual de Fortalecimento da Atenção Primária - PEFAP e introduzir o apoio institucional	Estado	Publicar 01 portaria com Reestruturação da PEFAP	GEQAP/SAP
Realizar reuniões bimestrais da comissão de avaliação da PEFAP	Estado	Realizar 24 reuniões de avaliação da PEFAP	GEQAP/SAP
Realizar visitas de apoio institucional nos municípios prioritários considerando os indicadores da PEFAP	Estado	Realizar 40 visitas de apoio institucional	GEQAP/SAP
Confeccionar Boletins com o resultado dos indicadores da PEFAP	Estado	Confeccionar 32 Boletins e Reproduzir 2000 unidades	GEQAP/SAP

OBJETIVO ESTRATÉGICO:

Fortalecer o Programa Estadual de Imunizações (PNI)

DESCRIÇÃO:

Desenvolver estratégias de vacinação, estabelecendo critérios e prestando apoio técnico, operacional e financeiro às Regiões de Saúde e às Secretarias Municipais de Saúde para elaboração, implantação e implementação das políticas públicas de vacinação, visando contribuir para o controle, a eliminação e/ou erradicação das doenças imunopreveníveis.

PROGRAMA NO PPA:

1033 - Melhoria da Atenção à Saúde

AÇÃO	ABRANGÊNCIA	META QUADRIENAL	RESPONSÁVEL
Realizar Reuniões Quadrimestrais para a avaliação das Coberturas Vacinais para crianças menores de 1 ano	Estado	Realizar 12 reuniões	PEI/SAP
Confeccionar 4 Boletins de Imunização das coberturas vacinais para menores de 1 ano	Estado	Confeccionar 04 boletins	PEI/SAP
Fornecer Seringas das coberturas vacinais para menores de 1 ano	Estado	Fornecer 20 milhões de seringas	PEI/SAP
Realizar reuniões preparatórias para campanha de vacinação contra a influenza	Estado	Realizar 04 reuniões	PEI/SAP
Confeccionar Cartazes para campanha de vacinação contra a influenza	Estado	Confeccionar 60.000 cartazes	PEI/SAP
Fornecer Seringas para campanha de vacinação contra a influenza	Estado	Fornecer 7,2 milhões	PEI/SAP
Realizar Reuniões Preparatórias para campanha de vacinação contra poliomielite	Estado	Realizar 04 reuniões	PEI/SAP
Confeccionar Cartazes para campanha de vacinação contra a poliomielite	Estado	Confeccionar 240.000 cartazes	PEI/SAP

OBJETIVO ESTRATÉGICO:

Fortalecer a Política de Prevenção ao Câncer de colo do útero e detecção do câncer de mama

DESCRIÇÃO:

Organizar nas Regiões de saúde a rede de referência e contrarreferência para o diagnóstico e tratamento do câncer de colo de útero e mama.

PROGRAMA NO PPA:

1033 - Melhoria da Atenção à Saúde

AÇÃO NA LOA:

2089 - Atenção Integral à Saúde da Mulher

AÇÃO	ABRANGÊNCIA	META QUADRIENAL	RESPONSÁVEL
Realizar Seminário de Atualização na prevenção e tratamento do câncer de colo do útero e mama	Estado	Realizar 02 seminários de Atualização	GEASM/DPE
Elaborar e Reproduzir cartilha com as diretrizes do Programa de prevenção e controle dos cânceres de colo do útero e mama	Estado	Reproduzir 5.000 cartilhas impressas e/ou 01 cartilha em formato digital	GEASM/DPE

OBJETIVO ESTRATÉGICO:

Implantar Ações de Alimentação e Nutrição nos Municípios

DESCRIÇÃO:

Elaborar e normatizar a Política Estadual de Alimentação e Nutrição, desenvolvendo Políticas de Saúde para prevenção e controle dos distúrbios nutricionais e das doenças associadas à alimentação e nutrição, bem como prevenir e combater o sobrepeso e a obesidade, através de ações que promovam a alimentação saudável e segurança alimentar.

PROGRAMA NO PPA:

1033 - Melhoria da Atenção à Saúde

AÇÃO NA LOA:

4435 - Melhoria da Atenção Integral à Saúde - Políticas Estratégicas

AÇÃO	ABRANGÊNCIA	META QUADRIENAL	RESPONSÁVEL
Elaborar e reproduzir álbum seriado para trabalhar as Ações de Promoção da Alimentação Saudável na prevenção e combate à Obesidade	Estado	Elaborar e reproduzir 15 álbuns seriados	CSANS/DPE
Realizar oficina de implementação do Guia Alimentar da População Brasileira	I Macrorregião	Realizar 01 oficina	CSANS/DPE
	II Macrorregião	Realizar 01 oficina	
	III Macrorregião	Realizar 01 oficina	
	IV Macrorregião	Realizar 01 oficina	
Realizar reunião com colegiado regional sobre as Condicionalidades da Saúde no Programa Bolsa Família	I Região de Saúde	Realizar 08 reuniões	CSANS/DPE
	II Região de Saúde	Realizar 08 reuniões	
	III Região de Saúde	Realizar 08 reuniões	
	IV Região de Saúde	Realizar 08 reuniões	
	V Região de Saúde	Realizar 08 reuniões	
	VI Região de Saúde	Realizar 08 reuniões	
	VII Região de Saúde	Realizar 08 reuniões	
	VIII Região de Saúde	Realizar 08 reuniões	
	IX Região de Saúde	Realizar 08 reuniões	
	X Região de Saúde	Realizar 08 reuniões	
	XI Região de Saúde	Realizar 08 reuniões	
	XII Região de Saúde	Realizar 08 reuniões	
Realizar Oficina sobre Sistema de Informação (Bolsa Família, SISVAN, Vitamina A, NutriSUS e E-SUS)	I Macrorregião	Realizar 01 oficina	CSANS/DPE
	II Macrorregião	Realizar 01 oficina	
	III Macrorregião	Realizar 01 oficina	
	IV Macrorregião	Realizar 01 oficina	
Realizar II Seminário de Incentivo ao Consumo de Frutas e Legumes e Verduras (Parceria CAISAN).	Estado	Realizar 01 seminário	CSANS/DPE
Realizar Encontro Intersetorial sobre Estilo de Vida Saudável	Estado	Realizar 02 encontros	CSANS/DPE
Elaborar e reproduzir folders para trabalhar as Ações de Promoção da Alimentação Saudável na prevenção e combate a obesidade	Estado	Elaborar e reproduzir 15.000 folders impressos ou em formato digital	CSANS/DPE

AÇÃO	ABRANGÊNCIA	META QUADRIENAL	RESPONSÁVEL
Realizar reunião técnica sobre o acompanhamento das Condicionalidades da Saúde no Programa Bolsa Família	I Macrorregião	Realizar 04 reuniões	CSANS/DPE
	II Macrorregião	Realizar 04 reuniões	
	III Macrorregião	Realizar 04 reuniões	
	IV Macrorregião	Realizar 04 reuniões	
Realizar Encontros com Tutores da Estratégia Amamenta e Alimentar Brasil (EAAB)	Estado	Realizar 02 encontros	CSANS/DPE
Realizar Oficina de Formação de Tutores na Estratégia Amamenta e Alimentar Brasil (EAAB)	III Região de Saúde	Realizar 08 oficinas	CSANS/DPE
	IV Região de Saúde	Realizar 08 oficinas	
	V Região de Saúde	Realizar 08 oficinas	
	VIII Região de Saúde	Realizar 08 oficinas	
	IX Região de Saúde	Realizar 08 oficinas	
	XI Região de Saúde	Realizar 08 oficinas	

OBJETIVO ESTRATÉGICO:

Implementar a Política de Atenção à Saúde da Pessoa com Deficiência

DESCRIÇÃO:

Publicar a Política Estadual de Saúde da Pessoa com Deficiência, fortalecendo as ações e serviços destinados a este público, realizando também formação continuada para gestores de saúde sobre a temática.

PROGRAMA NO PPA:

1033 - Melhoria da Atenção à Saúde

AÇÃO NA LOA:

4435 - Melhoria da Atenção Integral à Saúde - Políticas Estratégicas

AÇÃO	ABRANGÊNCIA	META QUADRIENAL	RESPONSÁVEL
Realizar Encontro Regional com gestores da Atenção Primária sobre as atribuições na Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência	I Região de Saúde	Realizar 01 roda de conversa	CASPD/DPE
	II Região de Saúde	Realizar 01 roda de conversa	
	III Região de Saúde	Realizar 01 roda de conversa	
	IV Região de Saúde	Realizar 01 roda de conversa	
	V Região de Saúde	Realizar 01 roda de conversa	
	VI Região de Saúde	Realizar 01 roda de conversa	
	VII Região de Saúde	Realizar 01 roda de conversa	
	VIII Região de Saúde	Realizar 01 roda de conversa	
	IX Região de Saúde	Realizar 01 roda de conversa	
	X Região de Saúde	Realizar 01 roda de conversa	
	XI Região de Saúde	Realizar 01 roda de conversa	
	XII Região de Saúde	Realizar 01 roda de conversa	

AÇÃO	ABRANGÊNCIA	META QUADRIENAL	RESPONSÁVEL
Publicar a Política Estadual de Saúde da Pessoa com Deficiência	Estado	Publicar 01 Portaria da Política	CASPD/DPE
Realizar Encontro Macrorregional de Saúde da Pessoa com Deficiência	I Macrorregião	Realizar 01 encontro	CASPD/DPE
	II Macrorregião	Realizar 01 encontro	
	III Macrorregião	Realizar 01 encontro	
	IV Macrorregião	Realizar 01 encontro	

OBJETIVO ESTRATÉGICO:

Implementar a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência

Descrição:

Promover a qualidade de vida das pessoas com deficiência, através da assistência integral à saúde, prevenção de deficiências, ampliação e fortalecimento dos mecanismos de informação, organização e funcionamento dos serviços de atenção à pessoa com deficiência, e capacitação de recursos humanos.

PROGRAMA NO PPA:

1033 - Melhoria da Atenção à Saúde

AÇÃO NA LOA:

4435 - Melhoria da Atenção Integral à Saúde - Políticas Estratégicas

AÇÃO	ABRANGÊNCIA	META QUADRIENAL	RESPONSÁVEL
Realizar Oficina Regional de Prevenção à Causas e Agravos de Deficiências	I Região de Saúde	Realizar 01 oficina Regional	CASPD/DPE
	II Região de Saúde	Realizar 01 oficina Regional	
	III Região de Saúde	Realizar 01 oficina Regional	
	IV Região de Saúde	Realizar 01 oficina Regional	
	V Região de Saúde	Realizar 01 oficina Regional	
	VI Região de Saúde	Realizar 01 oficina Regional	
	VII Região de Saúde	Realizar 01 oficina Regional	
	VIII Região de Saúde	Realizar 01 oficina Regional	
	IX Região de Saúde	Realizar 01 oficina Regional	
	X Região de Saúde	Realizar 01 oficina Regional	
	XI Região de Saúde	Realizar 01 oficina Regional	
	XII Região de Saúde	Realizar 01 oficina Regional	

OBJETIVO ESTRATÉGICO:

Implementar Educação Permanente na Atenção Primária de Saúde

DESCRIÇÃO:

Viabilizar a participação da SES no financiamento da Atenção Primária, reafirmando a Estratégia de Saúde da Família como modelo para sua organização, através de incentivo financeiro, educação permanente e insumos estratégicos de apoio ao funcionamento destes equipamentos.

PROGRAMA NO PPA:

1033 - Melhoria da Atenção à Saúde

AÇÃO NA LOA:

4217 - Melhoria da Atenção Básica

AÇÃO	ABRANGÊNCIA	META QUADRIENAL	RESPONSÁVEL
Realizar Curso de Atualização para os Coordenadores Municipais da Atenção Primária, com carga horária de 40 horas.	Estado	Oferecer 12 turmas de atualização	GEQAP/SAP
Realizar oficinas de formação para as Equipes do NASF	Estado	Realizar 48 oficinas de formação	GEQAP/SAP
Realizar seminário intersetorial na abrangência do Programa Saúde na Escola-PSE	Estado	Realizar 02 seminários intersetoriais	GEQAP/SAP
Realizar oficina do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade- PMAQ	Estado	Realizar 04 oficinas	GEQAP/SAP
Realizar Seminário sobre Atenção à Saúde da População "de" e "ou" em Situação de Rua	Estado	Realizar 02 seminários	GEQAP/SAP

OBJETIVO ESTRATÉGICO:

Reducir a incidência da cárie dentária

DESCRIÇÃO:

Promover a fluoretação das águas para promover redução de 50% da incidência de cárie na população.

PROGRAMA NO PPA:

1033 - Melhoria da Atenção à Saúde

AÇÃO NA LOA:

2095 - Atenção Integral em Saúde Bucal

AÇÃO	ABRANGÊNCIA	META QUADRIENAL	RESPONSÁVEL
Implantar a fluoretação em Estação de Tratamento de Água	I Região de Saúde	Implantar fluoretação em 06 ETA	CESB/DPE
	IV Região de Saúde	Implantar fluoretação em 03 ETA	
	V Região de Saúde	Implantar fluoretação em 01 ETA	
	IX Região de Saúde	Implantar fluoretação em 01 ETA	
	X Região de Saúde	Implantar fluoretação em 01 ETA	

OBJETIVO ESTRATÉGICO:

Regulamentar e Monitorar o Projeto Agente Protegido

DESCRIÇÃO:

Propiciar meios financeiros para que os Agentes Comunitários de Saúde possam adquirir equipamentos e produtos de proteção individual, a fim de reduzir a ocorrência de patologias relacionadas às suas atividades laborais.

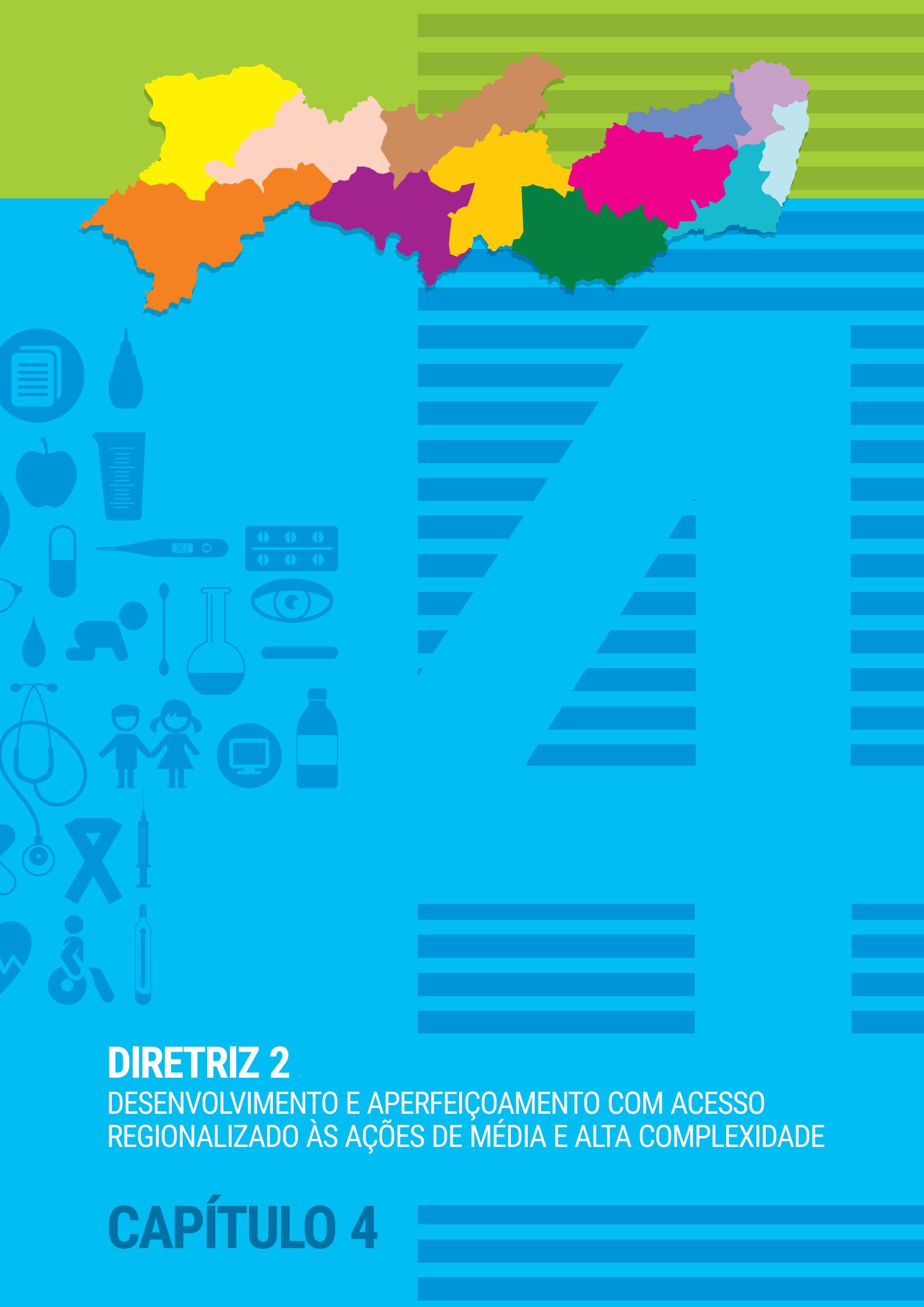
PROGRAMA NO PPA:

1033 - Melhoria da Atenção à Saúde

AÇÃO NA LOA:

4217 - Melhoria da Atenção Básica

AÇÃO	ABRANGÊNCIA	META QUADRIENAL	RESPONSÁVEL
Realizar Seminário na Semana da Parada da Diversidade de PE com ênfase na Saúde Integral LGBT	Estado	Realizar 04 seminários	CESILGBT/DPE
Realizar Seminário sobre o Dia Mundial de Luta Contra Aids com ênfase na Saúde Integral LGBT	Estado	Realizar 04 seminários	CESILGBT/DPE



DIRETRIZ 2

**DESENVOLVIMENTO E APERFEIÇOAMENTO COM ACESSO
REGIONALIZADO ÀS AÇÕES DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE**

CAPÍTULO 4

DIRETRIZ 2:

Desenvolvimento e aperfeiçoamento com acesso regionalizado às ações de média e alta complexidade

Desenvolver uma lógica de planejamento integrado de maneira a assegurar redes articuladas e cooperativas de atenção, referidas a territórios delimitados e a populações definidas, dotadas de mecanismos de comunicação e fluxos de interrelacionamento que garantam o acesso dos usuários às ações e serviços de níveis de complexidade necessários para a resolução de seus problemas de saúde de média e de alta complexidade, otimizando os recursos disponíveis.

OBJETIVO ESTRATÉGICO:

Ampliar a oferta de procedimentos de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar - Rede Pública

DESCRIÇÃO:

Garantir a oferta de procedimentos de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar, pelas unidades de saúde, para atendimento às necessidades da população, ampliando os mecanismos de gestão para o acompanhamento das ações e serviços na Rede Pública.

PROGRAMA NO PPA:

1033 - Melhoria da Atenção à Saúde

AÇÃO NA LOA:

4610 - Garantia da Oferta de Procedimentos da Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar - Rede Pública

AÇÃO	ABRANGÊNCIA	META QUADRIENAL	RESPONSÁVEL
Implantar Câmara Técnica (CT) Estadual em UTI	Estado	Implantar 01 câmara técnica (CT) Estadual em UTI	DGAIS
Realizar reuniões da Câmara Técnica Estadual de UTI	Estado	Realizar 08 reuniões da CT	DGAIS
Monitorar por meio de relatório para monitoramento semestral do tempo de permanência, taxa de ocupação e taxa de mortalidade de leitos de UTI adulto e pediátrico.	Estado	Construir 08 relatórios	DGAIS
Monitorar a implantação na Rede do Teste de Oximetria de Pulso nas Maternidades de Alto risco	I Macrorregião	Realizar 04 monitoramentos	DGAIS
		Realizar 04 monitoramentos	
Ampliar oferta de exames de Ecocardiograma diagnóstico confirmatório de doenças cardíacas congênitas críticas em < 1 ano	Estado	Ofertar 4.464 Exames	DGAIS
Ampliar oferta de cirurgia cardíaca pediátrica	Estado	Ofertar 1.344 cirurgias	DGAIS

AÇÃO	ABRANGÊNCIA	META QUADRIENAL	RESPONSÁVEL
Realizar reuniões com CIR para divulgar os protocolos e diretrizes para Linha de Cuidado das Gestantes de Alto Risco na Atenção Primária	I Macrorregião	Realizar 04 reuniões	DGAIS
	II Macrorregião	Realizar 04 reuniões	
	III Macrorregião	Realizar 04 reuniões	
	IV Macrorregião	Realizar 04 reuniões	
Articular por meio de reuniões, a habilitação de implantação do Centro Especializados em Doenças Raras e Serviço de Referência em Doenças Raras	I Macrorregião	Realizar 04 reuniões para articulação	DGAIS
Realizar reuniões para definir fluxo de atendimento aos Portadores de Doenças Raras com os serviços habilitados	I Macrorregião	Realizar 12 reuniões	DGAIS

OBJETIVO ESTRATÉGICO:

Ampliar a Cobertura Estadual de Assistência Pré-Hospitalar Móvel/SAMU

DESCRIÇÃO:

Articular e integrar a Rede de Urgência e Emergência (RUE) a todos os equipamentos de saúde com o objetivo de ampliar e qualificar o acesso humanizado e integral aos usuários em situação de urgência/emergência nos serviços de saúde, de forma ágil e oportuna, garantindo que o SAMU, possa objetivar e ordenar o fluxo assistencial, disponibilizando o atendimento precoce e transporte adequado, rápido e resolutivo às vítimas acometidas por agravos à saúde de natureza clínica, cirúrgica, ginecoobstétrica, traumáticas e psiquiátricas mediante o envio de veículos tripulados por equipe capacitada, reduzindo a morbimortalidade.

PROGRAMA NO PPA:

1033 - Melhoria da Atenção à Saúde

AÇÃO NA LOA:

2178 - Ampliação da Cobertura Estadual de Assistência Pré-Hospitalar Móvel/SAMU

AÇÃO	ABRANGÊNCIA	META QUADRIENAL	RESPONSÁVEL
Articular e apoiar a implantação das Centrais Macrorregionais de Regulação do SAMU e suas respectivas bases descentralizadas por meio de reuniões	III Macrorregião	Participar de 20 Reuniões	DGAIS
	IV Macrorregião	Participar de 10 Reuniões	
Realizar supervisões técnicas às Centrais de Regulação do SAMU e Bases Descentralizadas	I Macrorregião	Realizar 50 supervisões técnicas	DGAIS
	II Macrorregião	Realizar 25 supervisões técnicas	
	III Macrorregião	Realizar 05 supervisões técnicas	
	IV Macrorregião	Realizar 04 supervisões técnicas	
Monitorar semestralmente por meio de relatório o repasse aos municípios da contrapartida estadual do SAMU	Estado	Apresentar 08 relatórios	DGAIS

OBJETIVO ESTRATÉGICO:

Ampliar a rede de Traumatologia de Alta Complexidade

DESCRIÇÃO:

Garantir oferta de procedimentos de Alta Complexidade para atendimento às necessidades em Traumatologia da população

PROGRAMA NO PPA:

1033 - Melhoria da Atenção à Saúde

AÇÃO NA LOA:

4610 - Garantia da Oferta de Procedimentos da Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar - Rede Pública

AÇÃO	ABRANGÊNCIA	META QUADRIENAL	RESPONSÁVEL
Solicitar habilitação junto ao Ministério da Saúde de Unidade de Assistência de Alta Complexidade	III Macrorregião	Enviar documentação de 01 Unidade para MS	DGAIS

OBJETIVO ESTRATÉGICO:

Ampliar e Fortalecer a Rede de Atenção na Linha de Cuidado Cardiovascular

DESCRIÇÃO:

Fortalecer a Linha de Cuidado Cardiovascular, com foco na ampliação do acesso aos serviços de atendimento.

PROGRAMA NO PPA:

1033 - Melhoria da Atenção à Saúde

AÇÃO NA LOA:

4610 - Garantia da Oferta de Procedimentos da Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar - Rede Pública

AÇÃO	ABRANGÊNCIA	META QUADRIENAL	RESPONSÁVEL
Acompanhar através de reuniões a implantação da Cardiologia no Hospital Mestre Vitalino em Caruaru	II Macrorregião	Realizar 04 reuniões	DGAIS
Diagnosticar a necessidade de novos serviços de cardiologia para a Linha de Cuidado Cardiovascular	III Macrorregião	Realizar 1 diagnóstico de necessidade	DGAIS
	IV Macrorregião	Realizar 1 diagnóstico de necessidade	
Implantar fluxos de acesso de pacientes com patologia cardiovascular em urgência e emergência	Estado	Implantar 1 fluxo de acesso	DGAIS
Realizar oficina de divulgação dos fluxos de acesso de pacientes com patologia cardiovascular em urgência e emergência	Estado	Realizar 2 oficinas de divulgação	DGAIS

OBJETIVO ESTRATÉGICO:

Ampliar e fortalecer o acesso aos Leitos de Retaguarda para a Rede de Urgência e Emergência no Estado

DESCRIÇÃO:

Articular uma rede integrada de atenção à saúde de forma organizada e por linha de cuidado para Urgência e Emergência, realizando ações de monitoramento e formação continuada com as equipes envolvidas, otimizando assim a disponibilização dos leitos de retaguarda.

PROGRAMA NO PPA:

1033 - Melhoria da Atenção à Saúde

AÇÃO NA LOA:

4610 - Garantia da Oferta de Procedimentos da Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar - Rede Pública

AÇÃO	ABRANGÊNCIA	META QUADRIENAL	RESPONSÁVEL
Disponibilizar leitos de retaguarda para as Urgências e Emergências de forma regulada.	I Macrorregião	Disponibilizar 45 leitos de retaguarda	DGAIS
Realizar reuniões para acompanhar a implantação dos leitos clínicos de Retaguarda para a Rede de Urgência e Emergência aprovados no Plano de Ação Regional da RUE.	I Macrorregião	Realizar 04 reuniões	DGAIS
	II Macrorregião	Realizar 04 reuniões	
	IV Macrorregião	Realizar 04 reuniões	
Monitorar por meio de relatório a utilização dos Leitos de Retaguarda	I Macrorregião	Producir 04 relatórios de monitoramento	DGAIS
	II Macrorregião	Producir 04 relatórios de monitoramento	
	IV Macrorregião	Producir 04 relatórios de monitoramento	

OBJETIVO ESTRATÉGICO:

Ampliar o Serviço de Assistência Domiciliar - SAD para pacientes crônicos nas Unidades de Alta Complexidade

DESCRIÇÃO:

Assegurar a desinstitucionalização de pacientes que se encontram internados nos serviços hospitalares, além de evitar hospitalizações desnecessárias a partir de serviços de pronto-atendimento e de apoiar as equipes de atenção básica no cuidado àqueles pacientes que necessitam (e se beneficiam) de atenção à saúde prestada no domicílio, de acordo com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS).

PROGRAMA NO PPA:

1033 - Melhoria da Atenção à Saúde

AÇÃO NA LOA:

4610 - Garantia da Oferta de Procedimentos da Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar - Rede Pública

AÇÃO	ABRANGÊNCIA	META QUADRIENAL	RESPONSÁVEL
Realizar Oficina Anual de Atenção domiciliar no Estado	Estado	Realizar 04 oficinas	DGAIS
Articular e apoiar a implantação de novos serviços de assistência domiciliar através de reuniões com o município.	I Macrorregião	Realizar 01 reunião para Articulação e apoio	DGAIS
	II Macrorregião	Realizar 01 reunião para Articulação e apoio	
	III Macrorregião	Realizar 01 reunião para Articulação e apoio	
	IV Macrorregião	Realizar 01 reunião para Articulação e apoio	

OBJETIVO ESTRATÉGICO:

Apoiar e Incentivar a implementação da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência

DESCRIÇÃO:

Ofertar serviços voltados à reabilitação de pacientes portadores de deficiência física, que funcionam em núcleos de reabilitação na rede pública e na rede conveniada com o SUS. Bem como, realizar o monitoramento desses serviços, articulando sua descentralização, de forma a criar uma rede de atendimento com referências de baixa, média e alta complexidade.

PROGRAMA NO PPA:

1033 - Melhoria da Atenção à Saúde

AÇÃO NA LOA:

4435 - Melhoria da Atenção Integral à Saúde - Políticas Estratégicas

AÇÃO	ABRANGÊNCIA	META QUADRIENAL	RESPONSÁVEL
Monitorar, através de supervisões, serviços de reabilitação da Rede de Cuidados	I Região de Saúde	Realizar 40 visitas de supervisão	CASPD/DPE
	II Região de Saúde	Realizar 04 visitas de supervisão	
	III Região de Saúde	Realizar 04 visitas de supervisão	
	IV Região de Saúde	Realizar 20 visitas de supervisão	
	V Região de Saúde	Realizar 04 visitas de supervisão	
	VI Região de Saúde	Realizar 04 visitas de supervisão	
	VII Região de Saúde	Realizar 04 visitas de supervisão	
	VIII Região de Saúde	Realizar 04 visitas de supervisão	
	IX Região de Saúde	Realizar 04 visitas de supervisão	
	X Região de Saúde	Realizar 04 visitas de supervisão	
	XI Região de Saúde	Realizar 04 visitas de supervisão	
	XII Região de Saúde	Realizar 04 visitas de supervisão	

AÇÃO	ABRANGÊNCIA	META QUADRIENAL	RESPONSÁVEL
Monitorar, através de supervisões, serviços de concessão da rede de cuidados	I Macrorregião	Realizar 24 visitas de supervisão	CASPD/DPE
	II Macrorregião	Realizar 08 visitas de supervisão	
	III Macrorregião	Realizar 04 visitas de supervisão	
	IV Macrorregião	Realizar 04 visitas de supervisão	
Elaborar e Reproduzir folder informativo dos serviços da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência	Estado	Reproduzir 20.000 folders impressos e em formato digital	CASPD/DPE
Elaborar e Reproduzir folder informativo dos serviços da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência em Braille	Estado	Reproduzir 2.000 folders em Braille	CASPD/DPE

OBJETIVO ESTRATÉGICO:

Articular com o HEMOPE o fortalecimento e Regionalização da Atenção Especializada em Doença Falciforme

DESCRIÇÃO:

Fortalecer a atenção especializada a portadores de Doença Falciforme, com foco na regionalização e em articulação com a Política de Sangue e Hemoderivados

PROGRAMA NO PPA:

1033 - Melhoria da Atenção à Saúde

AÇÃO NA LOA:

2070 - Atenção Integral à Saúde da População Negra e Quilombola

AÇÃO	ABRANGÊNCIA	META QUADRIENAL	RESPONSÁVEL
Realizar Reunião com equipe gestora do HEMOPE	Estado	Realizar 08 reuniões com equipe gestoras do HEMOPE.	CESPN/DPE

OBJETIVO ESTRATÉGICO:

Fortalecer a Atenção Integral à Saúde da Criança

DESCRIÇÃO:

Melhorar da atenção integral à saúde, através de políticas estratégicas voltadas para grupos específicos, buscando, entre outras ações reduzir a mortalidade infantil, promover o aleitamento materno e a saúde da criança, com especial atenção à primeira infância (zero a cinco anos) e às populações de maior vulnerabilidade, como crianças com deficiência, indígenas, quilombolas, ribeirinhas, e em situação de rua.

PROGRAMA NO PPA:

1033 - Melhoria da Atenção à Saúde

AÇÃO NA LOA:

4435 - Melhoria da Atenção Integral à Saúde - Políticas Estratégicas

AÇÃO	ABRANGÊNCIA	META QUADRIENAL	RESPONSÁVEL
Realizar Oficina de Realinhamento das Ações para a Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso em Hospitais com o Método Canguru credenciado	Estado	Realizar 04 oficinas	GEASC/DPE
Realizar Monitoramento Presencial/Avaliação Trienal dos Hospitais com título de Amigos da Criança	Estado	Realizar 26 visitas	
Realizar Curso de Reanimação Neonatal	Estado	Realizar 04 cursos Reanimação Neonatal	
Realizar oficina para acolhimento, orientação e investigação de traço falciforme ou doença falciforme nos pais e irmãos de crianças com resultado de traço falciforme	I Região de Saúde	Realizar 01 oficina para acolhimento, orientação e investigação	GEASC/DPE
	II Região de Saúde	Realizar 01 oficina para acolhimento, orientação e investigação	
	III Região de Saúde	Realizar 01 oficina para acolhimento, orientação e investigação	
	IV Região de Saúde	Realizar 01 oficina para acolhimento, orientação e investigação	
	V Região de Saúde	Realizar 01 oficina para acolhimento, orientação e investigação	
	VI Região de Saúde	Realizar 01 oficina para acolhimento, orientação e investigação	
	VII Região de Saúde	Realizar 01 oficina para acolhimento, orientação e investigação	
	VIII Região de Saúde	Realizar 01 oficina para acolhimento, orientação e investigação	
	IX Região de Saúde	Realizar 01 oficina para acolhimento, orientação e investigação	
	X Região de Saúde	Realizar 01 oficina para acolhimento, orientação e investigação	
	XI Região de Saúde	Realizar 01 oficina para acolhimento, orientação e investigação	
	XII Região de Saúde	Realizar 01 oficina para acolhimento, orientação e investigação	
Realizar reunião de monitoramento da rede de coleta do teste do pezinho e LACEN-PE	Estado	Realizar 48 reuniões de monitoramento	GEASC/DPE
suspeitos e diagnosticados das patologias triadas no teste do pezinho com rede de tratamento e de exame			

OBJETIVO ESTRATÉGICO:

Desenvolver uma ação intersetorial para Acessibilidade e Acolhimento nos serviços da Rede de Serviços de Saúde de PE

DESCRIÇÃO:

Sensibilizar gestores e profissionais de saúde da Rede Estadual de Saúde para a implementação do acolhimento e acessibilidade humanizada e a assistência qualificada à população LGBT.

PROGRAMA NO PPA:

1033 - Melhoria da Atenção à Saúde

AÇÃO NA LOA:

4435 - Melhoria da Atenção Integral à Saúde - Políticas Estratégicas

AÇÃO	ABRANGÊNCIA	META QUADRIENAL	RESPONSÁVEL
Realizar Oficinas regionais de sensibilização para implantação da ação de acessibilidade e acolhimento na rede estadual de saúde.	I Região de Saúde	Realizar 28 formações continuadas sobre acolhimento	CESILGBT/DPE
	II Região de Saúde	Realizar 08 formações continuadas acolhimento	
	III Região de Saúde	Realizar 08 formações continuadas acolhimento	
	IV Região de Saúde	Realizar 04 formações continuadas acolhimento	
	V Região de Saúde	Realizar 04 formações continuadas acolhimento	
	VI Região de Saúde	Realizar 08 formações continuadas acolhimento	
	VII Região de Saúde	Realizar 04 formações continuadas acolhimento	
	VIII Região de Saúde	Realizar 04 formações continuadas acolhimento	
	IX Região de Saúde	Realizar 04 formações continuadas acolhimento	
	X Região de Saúde	Realizar 04 formações continuadas acolhimento	
	XI Região de Saúde	Realizar 04 formações continuadas acolhimento	
	XII Região de Saúde	Realizar 04 formações continuadas acolhimento	
Realizar Formação Continuada para profissionais das UPA	I Região de Saúde	Realizar 28 formações	CESILGBT/DPE
	IV Região de Saúde	Realizar 04 formações	
	VIII Região de Saúde	Realizar 04 formações	
Realizar Formação Continuada para profissionais das UPAE	II Região de Saúde	Realizar 04 formações	
	IV Região de Saúde	Realizar 08 formações	
	V Região de Saúde	Realizar 04 formações	
	VI Região de Saúde	Realizar 04 formações	
	VII Região de Saúde	Realizar 04 formações	
	VIII Região de Saúde	Realizar 04 formações	
	X Região de Saúde	Realizar 04 formações	
	XI Região de Saúde	Realizar 04 formações	

OBJETIVO ESTRATÉGICO:

Fortalecer a implantação e implementação do Projeto Boa Visão

DESCRIÇÃO:

Promover assistência oftalmológica, identificando e corrigindo problemas visuais relacionados à refração, em alunos do ensino médio e fundamental, professores e funcionários das Escolas Estaduais de Pernambuco.

PROGRAMA NO PPA:

1033 - Melhoria da Atenção à Saúde

AÇÃO NA LOA:

4231 - Melhoria do Atendimento Ambulatorial e Auxiliar

AÇÃO	ABRANGÊNCIA	META QUADRIENAL	RESPONSÁVEL
Realizar Consultas Oftalmológicas em alunos do ensino médio e fundamental, professores e funcionários das Escolas Estaduais de Pernambuco	I Região de Saúde	Realizar 16.000 consultas oftalmológicas	CPBV/DPE
	II Região de Saúde	Realizar 8.000 consultas oftalmológicas	
	III Região de Saúde	Realizar 8.000 consultas oftalmológicas	
	IV Região de Saúde	Realizar 8.000 consultas oftalmológicas	
	V Região de Saúde	Realizar 8.000 consultas oftalmológicas	
	VI Região de Saúde	Realizar 8.000 consultas oftalmológicas	
	VII Região de Saúde	Realizar 8.480 consultas oftalmológicas	
	VIII Região de Saúde	Realizar 8.000 consultas oftalmológicas	
	IX Região de Saúde	Realizar 8.000 consultas oftalmológicas	
	X Região de Saúde	Realizar 11.176 consultas oftalmológicas	
	XI Região de Saúde	Realizar 8.000 consultas oftalmológicas	
	XII Região de Saúde	Realizar 8.000 consultas oftalmológicas	
Fornecer óculos corretivos para os alunos, professores e servidores da Rede Estadual de Ensino, quando necessário.	I Região de Saúde	Fornecer 3.200 óculos corretivos	CPBV/DPE
	II Região de Saúde	Fornecer 3.200 óculos corretivos	
	III Região de Saúde	Fornecer 3.200 óculos corretivos	
	IV Região de Saúde	Fornecer 3.200 óculos corretivos	
	V Região de Saúde	Fornecer 3.200 óculos corretivos	
	VI Região de Saúde	Fornecer 3.200 óculos corretivos	
	VII Região de Saúde	Fornecer 3.392 óculos corretivos	
	VIII Região de Saúde	Fornecer 3.200 óculos corretivos	
	IX Região de Saúde	Fornecer 3.200 óculos corretivos	
	X Região de Saúde	Fornecer 4.468 óculos corretivos	
	XI Região de Saúde	Fornecer 3.200 óculos corretivos	
	XII Região de Saúde	Fornecer 3.200 óculos corretivos	
Realizar Capacitações sobre Triagem de Acuidade Visual	I Região de Saúde	Realizar 01 capacitação	CPBV/DPE
	II Região de Saúde	Realizar 01 capacitação	
	III Região de Saúde	Realizar 01 capacitação	
	IV Região de Saúde	Realizar 01 capacitação	
	V Região de Saúde	Realizar 01 capacitação	
	VI Região de Saúde	Realizar 01 capacitação	
	VII Região de Saúde	Realizar 01 capacitação	
	VIII Região de Saúde	Realizar 01 capacitação	
	IX Região de Saúde	Realizar 01 capacitação	
	X Região de Saúde	Realizar 01 capacitação	
	XI Região de Saúde	Realizar 01 capacitação	
	XII Região de Saúde	Realizar 01 capacitação	

AÇÃO	ABRANGÊNCIA	META QUADRIENAL	RESPONSÁVEL
Realizar reuniões de monitoramento com a Secretaria Estadual de Educação	Estado	Realizar 20 reuniões de monitoramento	CPBV/DPE
Realizar reuniões de monitoramento com as Regionais de Saúde	I Macrorregião	Realizar 04 reuniões de monitoramento por ano	CPBV/DPE
	II Macrorregião	Realizar 04 reuniões de monitoramento por ano	
	III Macrorregião	Realizar 04 reuniões de monitoramento por ano	
	IV Macrorregião	Realizar 04 reuniões de monitoramento por ano	
Elaborar relatório mensal dos dados das consultas oftalmológicas e óculos corretivos.	Estado	Elaborar 48 relatórios	CPBV/DPE
Realizar reuniões com as Gerências Regionais de Saúde, a Coordenação Tecnologia de Informação da SES e a Secretaria Estadual de Educação	Estado	Realizar 04 reuniões	CPBV/DPE
Realizar oficina de capacitação dos técnicos das Regionais de Saúde sobre o sistema de informação do Projeto Boa Visão	Estado	Realizar 04 oficinas de capacitação dos técnicos	CPBV/DPE
Reproduzir receituário carbonado de óculos	Estado	Reproduzir 4.000 Blocos de Receituários	CPBV/DPE
Reproduzir Manuais de Orientação sobre Triagem de Acuidade Visual	Estado	Reproduzir 1.000 Manuais	CPBV/DPE
Reproduzir Ficha de Exames Oftalmológicos	Estado	Reproduzir 2.000 Fichas de Exames Oftalmológicos	CPBV/DPE

OBJETIVO ESTRATÉGICO:

Fortalecer a Política de Atenção à Saúde Mental

DESCRIÇÃO:

Garantir o acesso e a qualidade dos serviços, oferecendo cuidado integral e assistência multiprofissional, sob a lógica interdisciplinar, com ênfase em serviços de base territorial e comunitária, diversificando as estratégias de cuidado, com participação e controle social dos usuários e de seus familiares.

PROGRAMA NO PPA:

1033 - Melhoria da Atenção à Saúde

AÇÃO NA LOA:

4435 - Melhoria da Atenção Integral à Saúde - Políticas Estratégicas

AÇÃO	ABRANGÊNCIA	META QUADRIENAL	RESPONSÁVEL
Apoiar o processo de ampliação e qualificação de CAPS AD III e CAPS III e CAPSi por meio de oficinas	I Região de Saúde	Realizar 04 oficinas para estruturação dos projetos institucionais	GASAM/DPE
	V Região de Saúde	Realizar 04 oficinas para subsidiar tecnicamente os municípios na estruturação dos projetos institucionais e qualificar as equipes	
	XI Região de Saúde	Realizar 04 oficinas para subsidiar tecnicamente os municípios na estruturação dos Projetos Institucionais e qualificar as equipes.	
Apoiar ampliação e qualificação dos Leitos Integrais em Saúde Mental por meio de oficinas	Estado	Realizar 04 oficinas para subsidiar tecnicamente as equipes de referência dos leitos integrais das unidades hospitalares regionais e municipais	GASAM/DPE
Apoiar o processo de ampliação dos Serviços Residenciais Terapêuticos por meio de Oficinas	I Região de Saúde	Realizar 04 oficinas de estruturação dos planos de desinstitucionalização e qualificação das equipes das residências terapêuticas	GASAM/DPE
	II Região de Saúde	Realizar 04 oficinas de estruturação dos planos de desinstitucionalização e qualificação das equipes das residências terapêuticas	
	III Região de Saúde	Realizar 04 oficinas de estruturação dos planos de desinstitucionalização e qualificação das equipes das residências terapêuticas	
	IV Região de Saúde	Realizar 04 oficinas de estruturação dos planos de desinstitucionalização e qualificação das equipes das residências terapêuticas	
	V Região de Saúde	Realizar 04 oficinas de estruturação dos planos de desinstitucionalização e qualificação das equipes das residências terapêuticas	
	VI Região de Saúde	Realizar 04 oficinas de estruturação dos planos de desinstitucionalização e qualificação das equipes das residências terapêuticas	
Apoiar o processo de qualificação da RAPS por meio de Videoconferência	Estado	Realizar 04 videoconferências para qualificação de novos dispositivos da RAPS	GASAM/DPE

OBJETIVO ESTRATÉGICO:

Fortalecer a rede de Centro de Especialidades Odontológicas (CEO)

DESCRIÇÃO:

Garantir a boa qualidade no atendimento aos usuários da rede de Saúde Bucal, oferecendo Diagnóstico bucal, Periodontia especializada e atendimento à portadores de necessidades especiais.

PROGRAMA NO PPA:

1033 - Melhoria da Atenção à Saúde

AÇÃO NA LOA:

2095 - Atenção Integral em Saúde Bucal

AÇÃO	ABRANGÊNCIA	META QUADRIENAL	RESPONSÁVEL
Apoiar Implantação do Programa de Residência em Clínica Odontológica para cirurgiões-dentistas	Estado	Implantar 01 programa de residência	CESB/DPE
Realizar Seminários para Monitoramento e avaliação da Rede de Centro de Especialidades Odontológicas (CEO)	Estado	Realizar 08 seminários	
Realizar avaliação da Rede de Centro de Especialidades Odontológicas (CEO)	Estado	Realizar 60 avaliações externas	
Apoiar Implantação do Centro de Especialidades Odontológicas - CEO Estadual Tipo III por meio de elaboração e aprovação na CIB/PE de projetos	Estado	Elaborar e aprovar 03 projetos	

OBJETIVO ESTRATÉGICO:

Fortalecer a rede de Laboratórios Regionais de Prótese Dentária (LRPD)

DESCRIÇÃO:

Garantir reabilitação protética aos usuários da rede de Saúde Bucal, com foco na disponibilização de serviço de prótese dentária total, prótese dentária parcial removível e/ou prótese coronária/intrarradiculares e fixas/adesivas.

PROGRAMA NO PPA:

1033 - Melhoria da Atenção à Saúde

AÇÃO NA LOA:

2095 - Atenção Integral em Saúde Bucal

AÇÃO	ABRANGÊNCIA	META QUADRIENAL	RESPONSÁVEL
Capacitar em Prótese Total com a metodologia do Protocolo da USP cirurgiões-dentistas da Rede de Laboratório Regional de Prótese Dentária-LRPD	IV Região de Saúde	Realizar 01 Capacitação	CESB/DPE
Realizar Seminários para Monitoramento e avaliação da Rede Laboratórios Regionais de Prótese Dentária (LRPD)	Estado	Realizar 08 seminários	CESB/DPE

OBJETIVO ESTRATÉGICO:

Fortalecer a rede de Urgências Odontológicas

DESCRIÇÃO:

Garantir a boa qualidade no atendimento aos usuários de órteses e próteses, bem como as urgências odontológicas, ampliando o serviço de prótese e o de implantes dentários

PROGRAMA NO PPA:

1033 - Melhoria da Atenção à Saúde

AÇÃO NA LOA:

2095 - Atenção Integral em Saúde Bucal

AÇÃO	ABRANGÊNCIA	META QUADRIENAL	RESPONSÁVEL
Realizar estudo de avaliação da odontologia em UTI do Hospital Getúlio Vargas	I Região de Saúde	Realizar 01 estudo de avaliação	CESB/DPE

OBJETIVO ESTRATÉGICO:

Fortalecer as ações da assistência ao ciclo gravídico puerperal e combate à Mortalidade Materna e Perinatal

DESCRIÇÃO:

Promover seminários regionais e municipais de sensibilização quanto às questões de morte materna, em articulação com a sociedade civil, evidenciando as causas evitáveis e inevitáveis, bem como, realizar capacitações em investigação de óbito de mulher em idade fértil e óbito materno para profissionais da atenção primária.

PROGRAMA NO PPA:

1033 - Melhoria da Atenção à Saúde

AÇÃO NA LOA:

2089 - Atenção Integral à Saúde da Mulher

AÇÃO	ABRANGÊNCIA	META QUADRIENAL	RESPONSÁVEL
Realizar Seminário de Atualização em Pré-natal de Alto Risco e Puerpério	I Macrorregião	Realizar 01 Seminário de Atualização	GEASM/DPE
	II Macrorregião	Realizar 01 Seminário de Atualização	
	III Macrorregião	Realizar 01 Seminário de Atualização	
	IV Macrorregião	Realizar 01 Seminário de Atualização	

AÇÃO	ABRANGÊNCIA	META QUADRIENAL	RESPONSÁVEL
Realizar Seminário de Boas Práticas no Parto, Nascimento e Puerpério para profissionais das maternidades de referência	I Macrorregião	Realizar 01 Seminário	GEASM/DPE
	II Macrorregião	Realizar 01 Seminário	
	III Macrorregião	Realizar 01 Seminário	
	IV Macrorregião	Realizar 01 Seminário	
Elaborar o projeto (coordenação assistencial) para implantação da Residência em Enfermagem Obstétrica (Maternidade do Hospital Jesus Nazareno)	IV Região de Saúde	Elaborar 01 projeto	Escola Estadual de Saúde Pública/DGES
Elaborar o projeto (coordenação assistencial) para implantação da Residência em Enfermagem Obstétrica (Hospital Regional Dom Moura)	V Região de Saúde	Elaborar 01 projeto	
Elaborar o projeto (coordenação assistencial) para implantação da Residência em Enfermagem Obstétrica (Hospital Regional Ruy de Barros Correia)	VI Região de Saúde	Elaborar 01 projeto	
Elaborar o projeto (coordenação assistencial) para implantação da Residência em Enfermagem Obstétrica na maternidade Jesus Nazareno	IV Região de Saúde	Implantar 01 residência de enfermagem obstétrica	Escola Estadual de Saúde Pública/DGES
Elaborar o projeto (coordenação assistencial) para implantação da Residência em Enfermagem Obstétrica na maternidade Dom Moura	V Região de Saúde	Implantar 01 residência de enfermagem obstétrica	Escola Estadual de Saúde Pública/DGES
Elaborar o projeto (coordenação assistencial) para implantação da Residência em Enfermagem Obstétrica na maternidade Ruy de Barros Correia	VI Região de Saúde	Implantar 01 residência de enfermagem obstétrica	Escola Estadual de Saúde Pública/DGES
Capacitar profissionais dos Hospitais Regionais para Aspiração Manual Intrauterina (AMIU)	II Região de Saúde	Realizar 01 capacitação	GEASM/DPE
	VI Região de Saúde	Realizar 01 capacitação	
	VII Região de Saúde	Realizar 01 capacitação	
	X Região de Saúde	Realizar 01 capacitação	
	XI Região de Saúde	Realizar 01 capacitação	

OBJETIVO ESTRATÉGICO:

Fortalecer as ações de assistência à mulher em situação de violência sexual

DESCRIÇÃO:

Promover ações preventivas em relação à violência doméstica, sexual e institucional e organizar redes integradas de atenção à saúde das vítimas.

PROGRAMA NO PPA:

1033 - Melhoria da Atenção à Saúde

AÇÃO NA LOA:

2089 - Atenção Integral à Saúde da Mulher

AÇÃO	ABRANGÊNCIA	META QUADRIENAL	RESPONSÁVEL
Implantar serviços de assistência integral à mulher vítima de violência sexual aborto legal	III Região de Saúde	Implantar 01 serviço	GEASM/DPE
	V Região de Saúde	Implantar 01 serviço	
	VI Região de Saúde	Implantar 01 serviço	
	XII Região de Saúde	Implantar 01 serviço	
Realizar capacitação multiprofissional para atendimento integral às pessoas em situação de violência sexual /aborto legal nos Hospitais Regionais	III Região de Saúde	Realizar 01 capacitação	GEASM/DPE
	V Região de Saúde	Realizar 01 capacitação	
	VI Região de Saúde	Realizar 01 capacitação	
	XII Região de Saúde	Realizar 01 capacitação	
Realizar seminário sobre os avanços, desafios e experiências exitosas sobre Atenção à Mulher em situação de violência sexual para gestores das Regionais de Saúde e dos Hospitais Regionais	Estado	Realizar 01 seminário	GEASM/DPE

OBJETIVO ESTRATÉGICO:

Fortalecer as ações de assistência ao planejamento reprodutivo e prevenção de DST

Descrição:

Garantir o acesso e informações aos métodos anticoncepcionais para as mulheres em idade reprodutiva, bem como, promover em parceria com a política estadual de DSTs, HIV/AIDS, e hepatites virais a prevenção e o controle das doenças sexualmente transmissíveis, hepatites virais e da infecção pelo HIV/AIDS na população feminina em todos os seus ciclos de vida.

PROGRAMA NO PPA:

1033 - Melhoria da Atenção à Saúde

AÇÃO NA LOA:

2089 - Atenção Integral à Saúde da Mulher

AÇÃO	ABRANGÊNCIA	META QUADRIENAL	RESPONSÁVEL
Incentivar e apoiar a implantação de procedimentos de contracepção cirúrgicas, como vasectomia e/ou laqueadura por meio de construção de notas técnicas	V Região de Saúde	Construir 01 Nota técnica para Orientar e acompanhar a implementação e o processo de habilitação	GEASM/DPE
	VIII Região de Saúde	Construir 01 Nota técnica para Orientar e acompanhar a implementação e o processo de habilitação	
	XII Região de Saúde	Construir 01 Nota técnica para Orientar e acompanhar a implementação e o processo de habilitação	
Implantar no Laboratório da Mulher o Teste Rápido de Sífilis, HIV e Hepatites para usuárias do serviço	Estado	Implantar Teste Rápido de Sífilis, HIV e Hepatites	GEASM/DPE

OBJETIVO ESTRATÉGICO:

Fortalecer as ações de assistência no Climatério e Menopausa

DESCRIÇÃO:

Ampliar o acesso e qualificar a atenção às mulheres nos períodos de Climatério e Menopausa na rede SUS

PROGRAMA NO PPA:

1033 - Melhoria da Atenção à Saúde

AÇÃO NA LOA:

2089 - Atenção Integral à Saúde da Mulher

AÇÃO	ABRANGÊNCIA	META QUADRIENAL	RESPONSÁVEL
Realizar seminário de atualização em Climatério/Menopausa, para os coordenadores de Saúde da Mulher e serviços de referência	Estado	Realizar 01 seminário de atualização	GEASM/DPE

OBJETIVO ESTRATÉGICO:

Fortalecer as ações de assistência no Climatério e Menopausa

DESCRIÇÃO:

Ampliar o acesso e qualificar a atenção às mulheres nos períodos de Climatério e Menopausa na rede SUS

PROGRAMA NO PPA:

1033 - Melhoria da Atenção à Saúde

AÇÃO NA LOA:

2089 - Atenção Integral à Saúde da Mulher

AÇÃO	ABRANGÊNCIA	META QUADRIENAL	RESPONSÁVEL
Capacitar profissionais da média e alta complexidade das unidades de saúde do Estado	I Região de Saúde	Realizar 04 capacitações	DGAIS
	II Região de Saúde	Realizar 04 capacitações	
	III Região de Saúde	Realizar 04 capacitações	
	IV Região de Saúde	Realizar 04 capacitações	
	V Região de Saúde	Realizar 04 capacitações	
	VI Região de Saúde	Realizar 04 capacitações	
	VII Região de Saúde	Realizar 04 capacitações	
	VIII Região de Saúde	Realizar 04 capacitações	
	IX Região de Saúde	Realizar 04 capacitações	
	X Região de Saúde	Realizar 04 capacitações	
	XI Região de Saúde	Realizar 04 capacitações	
	XII Região de Saúde	Realizar 04 capacitações	

AÇÃO	ABRANGÊNCIA	META QUADRIENAL	RESPONSÁVEL
Ministrar oficinas sobre prevenção de acidentes com animais peçonhentos e agentes toxicológicos para agentes municipais de vigilância (ASAS e ASACES)	I Região de Saúde	Realizar 04 capacitações	DGAIS
	II Região de Saúde	Realizar 04 capacitações	
	III Região de Saúde	Realizar 04 capacitações	
	IV Região de Saúde	Realizar 04 capacitações	
	V Região de Saúde	Realizar 04 capacitações	
	VI Região de Saúde	Realizar 04 capacitações	
	VII Região de Saúde	Realizar 04 capacitações	
	VIII Região de Saúde	Realizar 04 capacitações	
	IX Região de Saúde	Realizar 04 capacitações	
	X Região de Saúde	Realizar 04 capacitações	
	XI Região de Saúde	Realizar 04 capacitações	
	XII Região de Saúde	Realizar 04 capacitações	
Promover ações de Educação em saúde para escolares por meio de oficinas	I Região de Saúde	Realizar 04 oficinas	DGAIS
	II Região de Saúde	Realizar 04 oficinas	
	III Região de Saúde	Realizar 04 oficinas	
	IV Região de Saúde	Realizar 04 oficinas	
	V Região de Saúde	Realizar 04 oficinas	
	VI Região de Saúde	Realizar 04 oficinas	
	VII Região de Saúde	Realizar 04 oficinas	
	VIII Região de Saúde	Realizar 04 oficinas	
	IX Região de Saúde	Realizar 04 oficinas	
	X Região de Saúde	Realizar 04 oficinas	
	XI Região de Saúde	Realizar 04 oficinas	
	XII Região de Saúde	Realizar 04 oficinas	
Promover ações de Educação em saúde para agricultores e familiares por meio de oficinas	I Região de Saúde	Realizar 04 oficinas	DGAIS
	II Região de Saúde	Realizar 04 oficinas	
	III Região de Saúde	Realizar 04 oficinas	
	IV Região de Saúde	Realizar 04 oficinas	
	V Região de Saúde	Realizar 04 oficinas	
	VI Região de Saúde	Realizar 04 oficinas	
	VII Região de Saúde	Realizar 04 oficinas	
	VIII Região de Saúde	Realizar 04 oficinas	
	IX Região de Saúde	Realizar 04 oficinas	
	X Região de Saúde	Realizar 04 oficinas	
	XI Região de Saúde	Realizar 04 oficinas	
	XII Região de Saúde	Realizar 04 oficinas	

OBJETIVO ESTRATÉGICO:

Fortalecer o programa de ensino para os profissionais de saúde na área de Sangue e Hemoderivados

DESCRIÇÃO:

Desenvolver ações de saúde na área do sangue, no Estado de Pernambuco, produzindo bens e serviços, promovendo e disseminando conhecimentos, visando otimizar o uso do sangue coletado, exercer um maior controle sorológico e desenvolver novos procedimentos que asseguram uma maior qualidade do produto sanguíneo e sua compatibilidade entre o doador e o receptor, garantindo a oferta de um produto de excelente qualidade para as redes hospitalares pública e privada, diagnóstico laboratorial e tratamento das patologias do sangue, atuando, também, no desenvolvimento da medicina transfusional e no apoio aos serviços de transplante de órgãos em Pernambuco, no particular aspecto da histocompatibilidade de doadores e receptores.

PROGRAMA NO PPA:

527 - Promoção das Ações Finalísticas da Fundação HEMOPE

AÇÃO NA LOA:

2103 - Realização de Pesquisa e Ensino em Graduação e Pós-Graduação

AÇÃO	ABRANGÊNCIA	META QUADRIENAL	RESPONSÁVEL
Ampliar a grade de cursos técnicos específicos para área de sangue	I Macrorregião	Realizar 48 cursos	Chefia de Ensino e Pesquisa/HEMOPE

OBJETIVO ESTRATÉGICO:

Fortalecimento da Política de Prevenção ao Câncer de colo do útero e detecção do câncer de mama

DESCRIÇÃO:

Fortalecer as ações de prevenção do Câncer de Colo de útero e de Mama na população feminina entre 25 e 64 anos, por meio da ampliação da oferta de serviços de detecção precoce do câncer, garantindo acesso ao tratamento e reabilitação das mulheres.

PROGRAMA NO PPA:

1033 - Melhoria da Atenção à Saúde

AÇÃO NA LOA:

2089 - Atenção Integral à Saúde da Mulher

AÇÃO	ABRANGÊNCIA	META QUADRIENAL	RESPONSÁVEL
Realizar encontros regionais para organização da referência e contra referência das mulheres com lesões pré-cancerosas e invasoras, com enfoque no tratamento	I Região de Saúde	Realizar 01 encontro	GEASM/DPE
	II Região de Saúde	Realizar 01 encontro	
	III Região de Saúde	Realizar 01 encontro	
	IV Região de Saúde	Realizar 01 encontro	
	V Região de Saúde	Realizar 01 encontro	
	VI Região de Saúde	Realizar 01 encontro	
	VII Região de Saúde	Realizar 01 encontro	
	VIII Região de Saúde	Realizar 01 encontro	
	IX Região de Saúde	Realizar 01 encontro	
	X Região de Saúde	Realizar 01 encontro	
	XI Região de Saúde	Realizar 01 encontro	
	XII Região de Saúde	Realizar 01 encontro	
Realizar encontro para avaliar o Monitoramento Externo da Qualidade (MEQ) com os laboratórios de citopatologia credenciados ao SUS, com responsáveis técnicos dos laboratórios de citopatologia credenciados ao SUS	Estado	Realizar 04 encontros	GEASM/DPE

OBJETIVO ESTRATÉGICO:

Implantar Ações de Alimentação e Nutrição nos Municípios

Descrição:

Desenvolver Políticas de Saúde para prevenção e controle dos distúrbios nutricionais e das doenças associadas à alimentação e nutrição, prevenindo e combatendo o sobre peso e a obesidade, bem como, promovendo ações de âmbito regional de elaboração dos planos regionais de prevenção e combate ao sobre peso e a obesidade.

PROGRAMA NO PPA:

1033 - Melhoria da Atenção à Saúde

AÇÃO NA LOA:

4435 - Melhoria da Atenção Integral à Saúde - Políticas Estratégicas

AÇÃO	ABRANGÊNCIA	META QUADRIENAL	RESPONSÁVEL
Realizar Seminário para apresentação do Plano Estadual de Prevenção e Combate ao Sobre peso e a Obesidade	Estado	Realizar 01 Seminário	CSANS/DPE

AÇÃO	ABRANGÊNCIA	META QUADRIENAL	RESPONSÁVEL
Realizar Oficina Regional para Construção dos Planos Regionais de Prevenção e Combate ao Sobre peso e a Obesidade	I Região de Saúde	Realizar 01 oficina Regional	CSANS/DPE
	II Região de Saúde	Realizar 01 oficina Regional	
	III Região de Saúde	Realizar 01 oficina Regional	
	IV Região de Saúde	Realizar 01 oficina Regional	
	V Região de Saúde	Realizar 01 oficina Regional	
	VI Região de Saúde	Realizar 01 oficina Regional	
	VII Região de Saúde	Realizar 01 oficina Regional	
	VIII Região de Saúde	Realizar 01 oficina Regional	
	IX Região de Saúde	Realizar 01 oficina Regional	
	X Região de Saúde	Realizar 01 oficina Regional	
	XI Região de Saúde	Realizar 01 oficina Regional	
	XII Região de Saúde	Realizar 01 oficina Regional	

OBJETIVO ESTRATÉGICO:

Implantar o Plano Estadual da Rede de Cuidado ao Paciente Portador de Doença Renal Crônica

DESCRIÇÃO:

Qualificar a assistência e promover a educação permanente dos profissionais de saúde envolvidos com a implantação e implementação da Política de Atenção ao Portador de Doença Renal, em acordo com os princípios da integralidade e da humanização.

PROGRAMA NO PPA:

1033 - Melhoria da Atenção à Saúde

AÇÃO NA LOA:

4610 - Garantia da Oferta de Procedimentos da Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar - Rede Pública

AÇÃO	ABRANGÊNCIA	META QUADRIENAL	RESPONSÁVEL
Implantar o Fluxo de referência para o atendimento aos pacientes portadores de Doença Renal Crônica estágios 4 e 5	Estado	Implantar 01 Fluxo	DGAIS
Realizar oficinas de capacitação para o diagnóstico precoce e acompanhamento de pacientes portadores de DRC em estágios 1, 2 e 3 na APS.	Estado	Realizar 08 oficinas	DGAIS
Implantar ambulatório de referência em nefrologia para DRC estágio 3	I Macrorregião	Implantar 01 ambulatório de referência	DGAIS
	II Macrorregião	Implantar 04 ambulatórios de referência	
	III Macrorregião	Implantar 04 ambulatórios de referência	
	IV Macrorregião	Implantar 04 ambulatórios de referência	
Realizar reuniões para Articular com Clínicas já contratualizadas com o SUS-PE o acompanhamento dos pacientes com DRC estágio 4 e 5 pré-dialítico	Estado	Realizar 04 reuniões	DGAIS

OBJETIVO ESTRATÉGICO:

Implementar as ações da Central de Transplantes Estadual

DESCRIÇÃO:

Aumentar o índice de doadores e do número de transplantes no Estado de Pernambuco, através da realização de campanhas educativas e adequação de equipamentos e profissionais à necessidade da ação

PROGRAMA NO PPA:

1033 - Melhoria da Atenção à Saúde

AÇÃO NA LOA:

2139 - Implementação das Ações da Central de Transplantes Estadual

AÇÃO	ABRANGÊNCIA	META QUADRIENAL	RESPONSÁVEL
Realizar campanhas/simpósio estaduais de incentivo à doação	Estado	Realizar 10 campanhas/simpósio estaduais	DGFA/CTPE
Ampliar o número de serviços para transplante de fígado	I Macrorregião	Implantar 03 serviços	DGFA/CTPE
Ampliar banco de olhos para captação de córneas	Estado	Implantar 03 bancos de olhos	DGFA/CTPE
Manter índice doador por milhão de população (pmp)	Estado	Manter em 15 doadores por milhão de habitante	DGFA/CTPE
Reducir a negativa familiar para doação	Estado	Reducir para menos de 50% o percentual de negativas	DGFA/CTPE
Ampliar número de transplantes de órgãos sólidos	Estado	Ampliar para 541 transplantes sólidos realizados	DGFA/CTPE

OBJETIVO ESTRATÉGICO:

Melhorar a assistência hematológica aos portadores de coagulopatias e hemoglobinas no Estado de PE, em parceria com a SES

DESCRIÇÃO:

Desenvolver ações de saúde na área do sangue, no Estado de Pernambuco, produzindo bens e serviços, promovendo e disseminando conhecimentos, visando otimizar o uso do sangue coletado, exercer um maior controle sorológico e desenvolver novos procedimentos que asseguram uma maior qualidade do produto sanguíneo e sua compatibilidade entre o doador e o receptor, garantindo a oferta de um produto de excelente qualidade para as redes hospitalares pública e privada, diagnóstico laboratorial e tratamento das patologias do sangue, atuando, também, no desenvolvimento da medicina transfusional e no apoio aos serviços de transplante de órgãos em Pernambuco, no particular aspecto da histocompatibilidade de doadores e receptores.

PROGRAMA NO PPA:

527 - Promoção das Ações Finalísticas da Fundação HEMOPE

AÇÃO NA LOA:

2117 - Atendimento à Pacientes Hematológicos

AÇÃO	ABRANGÊNCIA	META QUADRIENAL	RESPONSÁVEL
Descentralizar a assistência hematológica aos portadores de coagulopatias e hemoglobinopatias	II Macrorregião	Estabelecer 01 referência hematológica	Diretoria de Hematologia/HEMOPE

OBJETIVO ESTRATÉGICO:

Monitorar o acesso ao processo transexualizador na Rede Estadual de Saúde, a partir do aperfeiçoamento das tecnologias para mulheres e homens trans nos moldes regulamentados

DESCRIÇÃO:

Garantir acesso ao processo transexualizador na rede Estadual, a partir do aperfeiçoamento das tecnologias - para mulheres e homens - nos moldes regulamentados

PROGRAMA NO PPA:

1033 - Melhoria da Atenção à Saúde

AÇÃO NA LOA:

4435 - Melhoria da Atenção Integral à Saúde - Políticas Estratégicas

AÇÃO	ABRANGÊNCIA	META QUADRIENAL	RESPONSÁVEL
Realizar reuniões semestrais com a Secretaria Executiva de Regulação em Saúde para o monitoramento do Ambulatório para Pessoas Trans (Hospital das Clínicas)	Estado	Realizar 08 reuniões	CESILGBT/DPE
Realizar reuniões anuais com o Hospital das Clínicas para o monitoramento do Ambulatório para pessoas trans	Estado	Realizar 04 reuniões	CESILGBT/DPE
Promover reuniões permanentes entre a equipe técnica do Ambulatório Trans (HC) e o Comitê Técnico Estadual de Saúde Integral LGBT de PE	Estado	Realizar 04 reuniões	CESILGBT/DPE
Criar uma Rede de Atenção à Saúde das Pessoas Trans	Estado	Organizar 01 Rede de Atenção à Saúde das Pessoas Trans	CESILGBT/DPE

OBJETIVO ESTRATÉGICO:

Ofertar Atendimentos de Urgência/ Emergência de Baixa e Média Complexidade

DESCRIÇÃO:

Realizar o monitoramento da execução dos serviços ofertados nas Unidades de Pronto Atendimento (UPA) do Estado através de relatórios, no que diz respeito aos indicadores preconizados, garantindo a realização de reuniões de avaliação conjunta e visitas técnicas de supervisão, nos serviços para acompanhamento das ações ofertadas.

PROGRAMA NO PPA:

1033 - Melhoria da Atenção à Saúde

AÇÃO NA LOA:

4610 - Garantia da Oferta de Procedimentos da Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar - Rede Pública

AÇÃO	ABRANGÊNCIA	META QUADRIENAL	RESPONSÁVEL
Monitorar trimestralmente o cumprimento dos indicadores preconizados nos contratos de gestão das UPA, através da realização de reunião de avaliação em conjunto com as unidades de saúde	I Região de Saúde	Realizar 16 reuniões de avaliações	DGMMAS
	II Região de Saúde	Realizar 16 reuniões de avaliações	
	IV Região de Saúde	Realizar 16 reuniões de avaliações	
Realizar supervisões técnicas nas UPA	I Região de Saúde	Realizar 192 supervisões	DGMMAS
	II Região de Saúde	Realizar 96 supervisões	
	IV Região de Saúde	Realizar 48 supervisões	

OBJETIVO ESTRATÉGICO:

Ofertar Procedimentos de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar

DESCRIÇÃO:

Realizar o monitoramento da execução dos serviços ofertados nas Unidades de Pronto Atendimento Especializado (UPAE) do Estado através de relatórios, no que diz respeito aos indicadores preconizados, prontuários eletrônicos e taxa de execução das consultas médicas. Realizar, também, visitas técnicas de supervisão, nos serviços para acompanhamento das ações ofertadas.

PROGRAMA NO PPA:

1033 - Melhoria da Atenção à Saúde

AÇÃO NA LOA:

4610 - Garantia da Oferta de Procedimentos da Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar - Rede Pública

AÇÃO	ABRANGÊNCIA	META QUADRIENAL	RESPONSÁVEL
Acompanhar a realização de cirurgias eletivas das demandas reprimidas por meio de relatórios dos hospitais regionais	II Região de Saúde	Emitir 48 relatórios decompanhamento	DGAR
	V Região de Saúde	Emitir 48 relatórios decompanhamento	
	VI Região de Saúde	Emitir 48 relatórios decompanhamento	
	VII Região de Saúde	Emitir 48 relatórios decompanhamento	DGAR
	X Região de Saúde	Emitir 48 relatórios decompanhamento	
	XI Região de Saúde	Emitir 48 relatórios decompanhamento	
	XII Região de Saúde	Emitir 48 relatórios decompanhamento	
Capacitar enfermeiros dos Hospitais Regionais	I Região de Saúde	Capacitar 2 Enfermeiros	DGAR
	II Região de Saúde	Capacitar 2 Enfermeiros	
	IV Região de Saúde	Capacitar 2 Enfermeiros	
	V Região de Saúde	Capacitar 2 Enfermeiros	
	VI Região de Saúde	Capacitar 2 Enfermeiros	
	VII Região de Saúde	Capacitar 2 Enfermeiros	
	X Região de Saúde	Capacitar 2 Enfermeiros	
	XI Região de Saúde	Capacitar 2 Enfermeiros	
	XII Região de Saúde	Capacitar 2 Enfermeiros	
Implantar Acolhimento com Classificação de Risco nos Hospitais regionais	I Região de Saúde	Implantar 01 ACCR	DGAR
	II Região de Saúde	Implantar 01 ACCR	
Ampliar a produção de cirurgias eletivas de ortopedia no Hospital Dom Moura	V Região de Saúde	Ampliar em mais 192 cirurgias eletivas	DGAR

AÇÃO	ABRANGÊNCIA	META QUADRIENAL	RESPONSÁVEL
Adaptar Hospitais Regionais para receber pacientes com microcefalia	IV Região de Saúde	01 Hospital adaptado	DGAR
	XI Região de Saúde	01 Hospital adaptado	
Garantir o funcionamento adequado dos Hospitais Regionais e Especializados através de visitas de monitoramento	I Região de Saúde	Realizar 96 visitas	DGAR
	II Região de Saúde	Realizar 12 visitas	
	IV Região de Saúde	Realizar 12 visitas	
	V Região de Saúde	Realizar 12 visitas	
	VI Região de Saúde	Realizar 12 visitas	
	VII Região de Saúde	Realizar 12 visitas	
	X Região de Saúde	Realizar 12 visitas	
	XI Região de Saúde	Realizar 12 visitas	
	XII Região de Saúde	Realizar 12 visitas	
Implantar prontuário eletrônico nas UPAs	I Macrorregião	Implantar 01 prontuário	DGMMAS
	II Macrorregião	Implantar 01 prontuário	DGMMAS
	IV Macrorregião	Implantar 01 prontuário	DGMMAS
Monitorar por meio de pareceres técnicos e relatórios os serviços prestados nas UPAE	II Região de Saúde	Elaborar de 48 pareceres técnicos mensais, 12 relatórios trimestrais e 4 anuais	DGMMAS
	III Região de Saúde	Elaborar de 96 pareceres técnicos mensais, 24 relatórios trimestrais e 8 anuais	
	IV Região de Saúde	Elaborar de 48 pareceres técnicos mensais, 12 relatórios trimestrais e 4 anuais	
	V Região de Saúde	Elaborar de 48 pareceres técnicos mensais, 12 relatórios trimestrais e 4 anuais	
	VI Região de Saúde	Elaborar de 48 pareceres técnicos mensais, 12 relatórios trimestrais e 4 anuais	
	VII Região de Saúde	Elaborar de 48 pareceres técnicos mensais, 12 relatórios trimestrais e 4 anuais	
	VIII Região de Saúde	Elaborar de 48 pareceres técnicos mensais, 12 relatórios trimestrais e 4 anuais	
	IX Região de Saúde	Elaborar 12 pareceres técnicos mensais, 04 relatórios trimestrais e 01 relatório anual por ano.	
Monitorar trimestralmente o cumprimento dos indicadores preconizados nos contratos de gestão das UPAE, através da realização de reunião de avaliação em conjunto com as unidades de saúde	VI Região de Saúde	Realizar 16 reuniões de avaliações	DGMMAS
	VII Região de Saúde	Realizar 16 reuniões de avaliações	
	VIII Região de Saúde	Realizar 16 reuniões de avaliações	
	X Região de Saúde	Realizar 16 reuniões de avaliações	
	XI Região de Saúde	Realizar 16 reuniões de avaliações	
	XII Região de Saúde	Realizar 16 reuniões de avaliações	
Realizar supervisões técnicas nas UPAE	II Região de Saúde	Realizar 32 supervisões	DGMMAS
	IV Região de Saúde	Realizar 32 supervisões	
	V Região de Saúde	Realizar 32 supervisões	
	VI Região de Saúde	Realizar 32 supervisões	
	VII Região de Saúde	Realizar 32 supervisões	
	VIII Região de Saúde	Realizar 32 supervisões	
	X Região de Saúde	Realizar 32 supervisões	
	XI Região de Saúde	Realizar 32 supervisões	

AÇÃO	ABRANGÊNCIA	META QUADRIENAL	RESPONSÁVEL
Ampliar a taxa de execução das consultas médicas ofertadas nas UPAE	II Região de Saúde	Ampliar taxa de execução para 80%	DGMMAS
	IV Região de Saúde	Ampliar taxa de execução para 80%	
	VI Região de Saúde	Ampliar taxa de execução para 80%	
	VII Região de Saúde	Ampliar taxa de execução para 80%	
	X Região de Saúde	Ampliar taxa de execução para 80%	
	XI Região de Saúde	Ampliar taxa de execução para 80%	

OBJETIVO ESTRATÉGICO:

Ofertar Atendimentos de Urgência/ Emergência de Baixa e Média Complexidade

DESCRIÇÃO:

Realizar o monitoramento da execução dos serviços ofertados nas Unidades de Pronto Atendimento (UPA) do Estado através de relatórios, no que diz respeito aos indicadores preconizados, garantindo a realização de reuniões de avaliação conjunta e visitas técnicas de supervisão, nos serviços para acompanhamento das ações ofertadas.

PROGRAMA NO PPA:

1033 - Melhoria da Atenção à Saúde

AÇÃO NA LOA:

4610 - Garantia da Oferta de Procedimentos da Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar - Rede Pública

AÇÃO	ABRANGÊNCIA	META QUADRIENAL	RESPONSÁVEL
Implantar fluxo assistencial de acesso as urgências e emergências em neurologia	Estado	Implantar 01 fluxo assistencial de atendimento	DGAIS
Realizar oficina de divulgação do fluxo assistencial de atendimento a Urgência e Emergência em neurologia	I Macrorregião	Realizar 01 oficina	DGAIS
	II Macrorregião	Realizar 01 oficina	DGAIS
	III Macrorregião	Realizar 01 oficina	DGAIS
	IV Macrorregião	Realizar 01 oficina	DGAIS

OBJETIVO ESTRATÉGICO:

Qualificar a Atenção à Saúde Mental e Usuários de Drogas

DESCRIÇÃO:

Diminuir a internação de longa permanência, bem como ampliar a rede de leitos integrais nos Hospitais Regionais e Gerais do Estado, garantindo o monitoramento dos mesmos.

PROGRAMA NO PPA:

1033 - Melhoria da Atenção à Saúde

AÇÃO NA LOA:

4316 - Qualificação da Atenção à Saúde Para os Usuários de Drogas

AÇÃO	ABRANGÊNCIA	META QUADRIENAL	RESPONSÁVEL
Implantar leitos de saúde mental nos hospitais regionais e geral	I Região de Saúde	Implantar 08 leitos de saúde mental	DGAR
	II Região de Saúde	Implantar 06 leitos de saúde mental	
	V Região de Saúde	Implantar 05 leitos de saúde mental	
	VII Região de Saúde	Implantar 10 leitos de saúde mental	
	X Região de Saúde	Implantar 04 leitos de saúde mental	
	XI Região de Saúde	Implantar 04 leitos de saúde mental	
	XII Região de Saúde	Implantar 04 leitos de saúde mental	
Acompanhar por meio de reuniões o processo de Desinstitucionalização dos Hospitais Colônia	I Região de Saúde	Realizar 48 Reuniões de acompanhamento	DGAR
	III Região de Saúde	Realizar 48 Reuniões de acompanhamento	

OBJETIVO ESTRATÉGICO:

Qualificar o acesso a procedimentos de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar – Rede Complementar

DESCRIÇÃO:

Melhorar a qualidade da assistência à saúde, otimizando recursos e adequando a oferta de ações e serviços, através da implementação e manutenção da Central de regulação, controle e avaliação.

PROGRAMA NO PPA:

1033 - Melhoria da Atenção à Saúde

AÇÃO NA LOA:

4611 - Garantia da Oferta de Procedimentos da Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar - Rede Complementar

AÇÃO	ABRANGÊNCIA	META QUADRIENAL	RESPONSÁVEL
Regular o acesso aos leitos de UTI da rede complementar	I Macrorregião	Regular 378 leitos	DGFA
	II Macrorregião	Regular 25 leitos	
	III Macrorregião	Regular 10 leitos	
	IV Macrorregião	Regular 53 leitos	

OBJETIVO ESTRATÉGICO:

Qualificar o acesso a procedimentos de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar
– Rede Pública

DESCRIÇÃO:

Melhorar a qualidade da assistência à saúde, otimizando recursos e adequando a oferta de ações e serviços, através da implementação e manutenção da central de regulação, controle e avaliação.

PROGRAMA NO PPA:

1033 - Melhoria da Atenção à Saúde

AÇÃO NA LOA:

4610 - Garantia da Oferta de Procedimentos da Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar - Rede Pública

AÇÃO	ABRANGÊNCIA	META QUADRIENAL	RESPONSÁVEL
Implantar Núcleo Interno de Regulação - NIR nos Grandes Hospitais, Regionais e Metropolitanos	I Macrorregião	Implantar 12 NIR	DGFA
	II Macrorregião	Implantar 03 NIR	
	III Macrorregião	Implantar 03 NIR	
	IV Macrorregião	Implantar 04 NIR	
Regular leitos dos Hospitais Regionais	I Macrorregião	Regular 201 leitos	DGFA
	II Macrorregião	Regular 152 leitos	
	III Macrorregião	Regular 123 leitos	
	IV Macrorregião	Regular 107 leitos	
Regular leitos de UTI da Grandes Hospitais, Regionais e Metropolitanos	I Macrorregião	Regular 182 leitos	DGFA
	II Macrorregião	Regular 80 leitos	
	III Macrorregião	Regular 04 leitos	
	IV Macrorregião	Regular 20 leitos	

OBJETIVO ESTRATÉGICO:

Redimensionar a Atenção Especializada Ambulatorial e Hospital de Oncologia

DESCRIÇÃO:

Redimensionar os atendimentos oncológicos realizados, através da elaboração de um diagnóstico da oferta de serviços e definição de fluxos de referência e contra referência, bem como garantir a formação de profissionais da rede SUS no acolhimento e atendimento a estes usuários.

PROGRAMA NO PPA:

1033 - Melhoria da Atenção à Saúde

AÇÃO NA LOA:

4610 - Garantia da Oferta de Procedimentos da Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar - Rede Pública

AÇÃO	ABRANGÊNCIA	META QUADRIENAL	RESPONSÁVEL
Elaborar diagnóstico da oferta e necessidade de consultas especializadas, exames para diagnóstico diferencial e definitivo do Câncer e Tratamento Oncológico	I Macrorregião	Elaborar 01 Diagnóstico	DGAIS
	II Macrorregião	Elaborar 01 Diagnóstico	
	III Macrorregião	Elaborar 01 Diagnóstico	
	IV Macrorregião	Elaborar 01 Diagnóstico	
Ofertar cursos de capacitação para profissionais da Rede Ambulatorial envolvendo Ambulatórios Especializados, UPAE, Hospitais Regionais e Hospitais Gerais.	I Macrorregião	Ofertar 04 cursos de capacitação	DGAIS
	II Macrorregião	Ofertar 01 curso de capacitação	
	III Macrorregião	Ofertar 01 curso de capacitação	
	IV Macrorregião	Ofertar 01 curso de capacitação	
Definir Fluxos de Referencia e Contra Referencia Para Consultas, Exames e Tratamento Oncológico	I Macrorregião	Definir 01 Fluxo de Referencia e Contra Referencia	DGAIS
	II Macrorregião	Definir 01 Fluxo de Referencia e Contra Referencia	
	III Macrorregião	Definir 01 Fluxo de Referencia e Contra Referencia	
	IV Macrorregião	Definir 01 Fluxo de Referencia e Contra Referencia	
Produzir relatório do Monitoramento da necessidade e oferta de procedimentos de consultas especializadas, exames e tratamento oncológico	I Macrorregião	Produzir 04 Relatórios do Monitoramento	DGAIS
	II Macrorregião	Produzir 04 Relatórios do Monitoramento	
	III Macrorregião	Produzir 04 Relatórios do Monitoramento	
	IV Macrorregião	Produzir 04 Relatórios do Monitoramento	
Construir Fluxo específico para atendimento à pacientes de Câncer diagnosticados pelos Hospitais Gerais	Estado	Construir 01 fluxo específico	DGAIS

OBJETIVO ESTRATÉGICO:

Reestruturar a rede de Assistência de Alta Complexidade em Traumatologia

Descrição:

Garantir oferta de procedimentos de Alta Complexidade para atendimento às necessidades em Traumatologia da população.

PROGRAMA NO PPA:

1033 - Melhoria da Atenção à Saúde

AÇÃO NA LOA:

4610 - Garantia da Oferta de Procedimentos da Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar - Rede Pública

AÇÃO	ABRANGÊNCIA	META QUADRIENAL	RESPONSÁVEL
Elaborar proposta para habilitação e qualificação de 6 Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Traumatologia como Centros de Trauma tipo II e III, incluindo a contratação de Bucomaxilos.	I Macrorregião	Elaborar 02 propostas	DGAIS
	II Macrorregião	Elaborar 01 Proposta	

OBJETIVO ESTRATÉGICO:

Sensibilizar e ampliar conhecimento sobre morbidades prevalentes na população negra urbana e nas comunidades quilombolas

DESCRIÇÃO:

Implantar a assistência à mulher quanto à doença falciforme e demais doenças prevalentes nas mulheres negras, dando ênfase às especificidades das mulheres em idade fértil e no ciclo gravídico-puerperal, estimulando a realização de diagnóstico.

PROGRAMA NO PPA:

1033 - Melhoria da Atenção à Saúde

AÇÃO NA LOA:

2070 - Atenção Integral à Saúde da População Negra e Quilombola

AÇÃO	ABRANGÊNCIA	META QUADRIENAL	RESPONSÁVEL
Realizar Seminário Macrorregional com Abordagem em Doenças Prevalentes na População Negra	I Macrorregião	Realizar 01 seminário	CESPN/DPE
	II Macrorregião	Realizar 01 seminário	
	III Macrorregião	Realizar 01 seminário	
	IV Macrorregião	Realizar 01 seminário	



DIRETRIZ 3

FORTALECIMENTO DA POLÍTICA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

CAPÍTULO 4

DIRETRIZ 3: Fortalecimento da Política de Assistência Farmacêutica

Fortalecer a assistência Farmacêutica através da reestruturação da rede de assistência farmacêutica, assegurando ainda o monitoramento e avaliação das ações desenvolvidas.

OBJETIVO ESTRATÉGICO:

Garantir acesso das Pessoas Trans ao processo de hormonioterapia na assistência farmacêutica estadual

DESCRIÇÃO:

Garantir acesso ao processo transexualizador na rede Estadual, a partir do aperfeiçoamento das tecnologias - para mulheres e homens - nos moldes regulamentados

PROGRAMA NO PPA:

1033 - Melhoria da Atenção à Saúde

AÇÃO NA LOA:

3124 - Aquisição de Medicamentos e Insumos Farmacêuticos para Atenção Básica à Saúde

AÇÃO	ABRANGÊNCIA	META QUADRIENAL	RESPONSÁVEL
Articular com a SEAS e a DGAF através de reuniões técnicas a inserção dos medicamentos para hormonioterapia (homens trans – Testosterona, mulheres trans – estrógeno e ciproterona) na lista de medicações especiais.	Estado	Realizar 04 reuniões técnicas	CESILGBT/DPE

OBJETIVO ESTRATÉGICO:

Implantar a política de plantas medicinais e fitoterápicas no Estado de Pernambuco

DESCRIÇÃO:

Introduzir a política de medicamentos fitoterápicos e plantas medicinais, acompanhando os serviços prestados pelas Farmácias de Pernambuco e publicizar a relação de plantas medicinais e fitoterápicas à população, realizando a devida capacitação às equipes responsáveis.

PROGRAMA NO PPA:

1033 - Melhoria da Atenção à Saúde

AÇÃO NA LOA:

3124 - Aquisição de Medicamentos e Insumos Farmacêuticos para Atenção Básica à Saúde

AÇÃO	ABRANGÊNCIA	META QUADRIENAL	RESPONSÁVEL
Realizar oficinas para elaboração da Política de plantas medicinais e fitoterápicas no Estado de Pernambuco	Estado	Realizar 02 oficinas	DGAF
Aprovar Política de plantas medicinais e fitoterápicas no Estado de Pernambuco	Estado	Aprovar 01 Política	DGAF
Realizar seminários para divulgação e promoção da Política de Plantas Medicinais e Fitoterápicos.	Estado	Realizar 02 seminários	DGAF

OBJETIVO ESTRATÉGICO:

Implantar a Política Estadual de Assistência Farmacêutica

Descrição:

Publicar, divulgar e implementar a Política Estadual de Assistência Farmacêutica

PROGRAMA NO PPA:

1033 - Melhoria da Atenção à Saúde

AÇÃO NA LOA:

3124 - Aquisição de Medicamentos e Insumos Farmacêuticos para Atenção Básica à Saúde

AÇÃO	ABRANGÊNCIA	META QUADRIENAL	RESPONSÁVEL
Realizar oficinas para elaboração da Política Estadual de Assistência Farmacêutica	Estado	Realizar 02 oficinas	DGAF
Aprovar Política Estadual de Assistência Farmacêutica	Estado	Aprovar 1 Política	DGAF
Realizar seminários para divulgação e promoção da Política Estadual de Assistência Farmacêutica	Estado	Realizar 02 seminários	DGAF

OBJETIVO ESTRATÉGICO:

Promover ampliação do acesso aos medicamentos dos componentes da assistência farmacêutica no Estado

DESCRIÇÃO:

Disponibilizar, por meio da Farmácia de Pernambuco e gratuitamente, medicamentos especializados para a população pernambucana, conforme portaria do Ministério da Saúde (GM/MS nº 2981 de 29/11/09), medicamentos, em sua maioria, de uso contínuo e de alto custo, usados no tratamento de doenças crônicas e raras, e dispensados em farmácias específicas para este fim.

PROGRAMA NO PPA:

1033 - Melhoria da Atenção à Saúde

AÇÃO NA LOA:

3124 - Aquisição de Medicamentos e Insumos Farmacêuticos para Atenção Básica à Saúde

AÇÃO	ABRANGÊNCIA	META QUADRIENAL	RESPONSÁVEL
Monitorar quadrimestralmente através de relatórios o repasse aos municípios da contrapartida estadual do Componente Básico da Assistência Farmacêutica (CBAF)	Estado	Apresentar 12 relatórios de monitoramento	DGAF
Implantar Farmácia de PE	I Região de Saúde	Implantar 01 Farmácia de PE - Metropolitana Norte	DGAF
	I Região de Saúde	Implantar 01 Farmácia de PE - Metropolitana Sul	
	XII Região de Saúde	Implantar 01 Farmácia de PE - Goiana	
Reativar Farmácia Domiciliar	I Região de Saúde	Reativar 01 Farmácia Domiciliar	DGAF
Planejar semestralmente através de relatórios o abastecimento das necessidades de medicamentos e produtos farmacêuticos do componente especializado e programas estaduais da assistência farmacêutica	Estado	Apresentar 08 relatórios de planejamento	DGAF
Monitorar trimestralmente através de relatórios o abastecimento das necessidades de medicamentos e produtos farmacêuticos do componente especializado e programas estaduais da assistência farmacêutica	Estado	Apresentar 16 relatórios de monitoramento	DGAF

AÇÃO	ABRANGÊNCIA	META QUADRIENAL	RESPONSÁVEL
Realizar supervisões técnicas nas Farmácias de Pernambuco e Diretoria Geral de Assistência Farmacêutica através da política de garantia da qualidade	I Região de Saúde	Realizar 04 supervisões	DGAF
	II Região de Saúde	Realizar 04 supervisões	
	III Região de Saúde	Realizar 04 supervisões	
	IV Região de Saúde	Realizar 04 supervisões	
	V Região de Saúde	Realizar 04 supervisões	
	VI Região de Saúde	Realizar 04 supervisões	
	VII Região de Saúde	Realizar 04 supervisões	
	VIII Região de Saúde	Realizar 04 supervisões	
	IX Região de Saúde	Realizar 04 supervisões	
	X Região de Saúde	Realizar 04 supervisões	
	XI Região de Saúde	Realizar 04 supervisões	
Revisar a Relação Estadual de Medicamentos Essenciais - REESME, conforme atualizações da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais - RENAME	Estado	Realizar 02 revisões da REESME	DGAF
Revisar as Normas Técnicas dos medicamentos do programa estadual, visando garantir a segurança, eficácia e qualidade na promoção do uso racional e acesso a esses medicamentos.	Estado	Realizar 02 revisões das Normas Técnicas	DGAF
Promover reuniões para parceria com serviços de saúde - UPAE para atendimento de medicamentos do CEAF e programas estaduais	Estado	Realizar 2 reuniões de articulação	DGAF
Promover reuniões para parceria com serviço de saúde - municípios para atendimento de medicamentos do CEAF e programas estaduais	Estado	Realizar 2 reuniões de articulação	DGAF
Promover reuniões para parceria com serviços de saúde - LAFEPE para atendimento de medicamentos do CEAF e programas estaduais	Estado	Realizar 2 reuniões de articulação	DGAF

OBJETIVO ESTRATÉGICO:

Promover atividades de educação permanente para atualização e valorização dos profissionais que atuam na assistência farmacêutica e controle social

DESCRIÇÃO:

Desenvolver ações de Educação Permanente para profissionais que atuam na área de Assistência Farmacêutica e Controle Social visando a atualização e a valorização dos mesmos e fortalecimento da política no Estado.

PROGRAMA NO PPA:

1033 - Melhoria da Atenção à Saúde

AÇÃO NA LOA:

3124 - Aquisição de Medicamentos e Insumos Farmacêuticos para Atenção Básica à Saúde

AÇÃO	ABRANGÊNCIA	META QUADRIENAL	RESPONSÁVEL
Realizar reuniões com os profissionais que atuam na assistência farmacêutica municipal.	I Macrorregião	Realizar 04 reuniões	DGAF
	II Macrorregião	Realizar 04 reuniões	
	III Macrorregião	Realizar 04 reuniões	
	IV Macrorregião	Realizar 04 reuniões	
Realizar Reunião Técnica quadriestral com os profissionais das Farmácias de Pernambuco	Estado	Realizar 12 Reuniões Técnicas	DGAF
Realizar Reunião Técnica semestral com os profissionais dos serviços ambulatorial/ hospitalar	Estado	Realizar 08 Reuniões Técnicas	DGAF
Realizar reuniões quadriestral com as associações representativas dos usuários das Farmácias de Pernambuco e entidades do controle social.	Estado	Realizar 12 reuniões	DGAF
Realizar Encontro Pernambucano de Assistência Farmacêutica (EPAF)	Estado	Realizar 04 EPAF	DGAF
Realizar Encontro com Colaboradores da Diretoria Geral de Assistência Farmacêutica (DGAF)	Estado	Realizar 04 encontros	DGAF



DIRETRIZ 4

DESENVOLVIMENTO DAS AÇÕES ESTRATÉGICAS DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

CAPÍTULO 4

DIRETRIZ 4:

Desenvolvimento das ações estratégicas de vigilância em Saúde

Realizar o monitoramento contínuo da situação de saúde de determinado território (estado/região/município), por meio de estudos e análises que revelem o comportamento dos principais indicadores de saúde, priorizando questões relevantes e contribuindo para um planejamento de saúde mais abrangente

OBJETIVO ESTRATÉGICO:

Desenvolver Ações Observacionais das condições de saúde bucal no Estado de Pernambuco

Descrição:

Descrever o perfil epidemiológico das principais doenças de interesse público na área de saúde bucal, visando traçar um perfil onde seja possível adequar as ações desta área de acordo com a necessidade do Estado.

PROGRAMA NO PPA:

1033 - Melhoria da Atenção à Saúde

Nº DA AÇÃO NA LOA:

2095 - Atenção Integral em Saúde Bucal

AÇÃO	ABRANGÊNCIA	META QUADRIENAL	RESPONSÁVEL
Realizar pesquisa para caracterizar o perfil do usuário beneficiário do LRPD, quanto ao tipo de prótese, sexo e faixa etária	Estado	Realizar 01 pesquisa	CESB/DPE
Caracterizar perfil epidemiológico da saúde bucal no Estado de Pernambuco por meio de inquérito epidemiológico	Estado	Elaborar 01 perfil epidemiológico	CESB/DPE
Publicar Boletim Digital para monitoramento dos teores de flúor nos sistemas de abastecimento de água com fluoretação	Estado	Publicar 04 boletins	CESB/DPE
Publicar Boletim Digital para Monitoramento dos indicadores de Vigilância em Saúde Bucal do eSUS por Região de Saúde	Estado	Publicar 04 boletins	CESB/DPE
Publicar Boletim Digital para monitoramento dos traumatismos faciais, na Rede de Urgência Odontológica das UPA	Estado	Publicar 04 relatórios	CESB/DPE
Elaborar Projeto de Pesquisa em Saúde Bucal	Estado	Elaborar 1 projeto	SAP
Caracterizar perfil epidemiológico da saúde bucal na População Privada de Liberdade em Instituição Prisional Masculina	I Região de Saúde	Construir 1 perfil	SAP
Caracterizar perfil epidemiológico da saúde bucal na População Privada de Liberdade em Instituição Prisional Feminina	I Região de Saúde	Construir 1 perfil	SAP

OBJETIVO ESTRATÉGICO:

Desenvolver as ações de vigilância sanitária para o controle de produtos e serviços de interesse à saúde

DESCRIÇÃO:

Realizar ações estratégicas para o gerenciamento do risco sanitário

PROGRAMA NO PPA:

512 - Vigilância em Saúde

AÇÃO NA LOA:

2174 - Vigilância Sanitária Para o Controle de Produtos e Serviços de Interesse à Saúde

AÇÃO	ABRANGÊNCIA	META QUADRIENAL	RESPONSÁVEL
Realizar ações estratégicas para o gerenciamento do risco sanitário	Estado	Realizar 11.000 inspeções sanitárias em estabelecimentos de produtos e serviços de interesse da VISA	Agência Pernambucana de Vigilância Sanitária - APEVISA
Realizar ações estratégicas para o gerenciamento do risco sanitário	Estado	Realizar 8.000 coletas de produtos sujeitos ao controle sanitário (alimentos, medicamentos, água, saneantes, cosméticos e produtos para a saúde)	Agência Pernambucana de Vigilância Sanitária - APEVISA
Intensificar as ações da Vigilância Sanitária nos municípios e nas Regiões de Saúde	Estado	Realizar 50 eventos de capacitação para técnicos da APEVISA e VISA municipais	Agência Pernambucana de Vigilância Sanitária - APEVISA

OBJETIVO ESTRATÉGICO:

Fortalecer ações de vigilância em saúde do trabalhador

DESCRIÇÃO:

Promover a capacitação das equipes dos CERESTs, Conselhos, CISTs, ampliar o sistema de fiscalização das notificações em acidentes de trabalho tanto na rede pública como na privada, bem como, capacitar e qualificar as unidades sentinelas no Estado e dos conselhos locais, através de oficinas em saúde do trabalhador.

PROGRAMA NO PPA:

1033 - Melhoria da Atenção à Saúde

AÇÃO NA LOA:

4435 - Melhoria da Atenção Integral à Saúde - Políticas Estratégicas

AÇÃO	ABRANGÊNCIA	META QUADRIENAL	RESPONSÁVEL
Realizar Fóruns Intersetoriais em Saúde do Trabalhador	Estado	Realizar 12 Fóruns	Diretoria Geral de Promoção, Monitoramento e Avaliação da Vigilância em Saúde - DGPMAS
Capacitar as Comissões Intersetoriais de Saúde de Trabalhador (CIST) municipais e estadual, em parceria com os respectivos conselhos de saúde, com enfoque na saúde do trabalhador	Estado	Capacitar as 16 CIST municipais e a CIST estadual	Diretoria Geral de Promoção, Monitoramento e Avaliação da Vigilância em Saúde - DGPMAS

AÇÃO	ABRANGÊNCIA	META QUADRIENAL	RESPONSÁVEL
Realizar curso de aperfeiçoamento em saúde do trabalhador	Estado	Realizar 1 curso de aperfeiçoamento	Diretoria Geral de Promoção, Monitoramento e Avaliação da Vigilância em Saúde – DGPMAVS
Desenvolver eventos sobre a transição para modelo agroecológico destinado aos trabalhadores expostos a agrotóxicos nos municípios prioritários	I Região de Saúde	Realizar 01 seminário	Diretoria Geral de Promoção, Monitoramento e Avaliação da Vigilância em Saúde – DGPMAVS
	III Região de Saúde	Realizar 02 seminários	
	IV Região de Saúde	Realizar 04 seminários	
	VII Região de Saúde	Realizar 01 seminário	
	VIII Região de Saúde	Realizar 04 seminários	
	XII Região de Saúde	Realizar 03 seminários	
Realizar estudo para mapear as atividades econômicas, seus riscos e potenciais agravos à saúde do trabalhador nas Regiões de Saúde	Estado	Realizar 01 estudo de mapeamento	Diretoria Geral de Promoção, Monitoramento e Avaliação da Vigilância em Saúde – DGPMAVS
Realizar ações de enfrentamento ao trabalho vulnerável nas diversas atividades produtivas do estado	Estado	Realizar 04 cursos	Diretoria Geral de Promoção, Monitoramento e Avaliação da Vigilância em Saúde – DGPMAVS
Qualificar a rede de atenção integral à saúde do trabalhador para notificação de doenças relacionadas ao trabalho por meio de treinamentos	Estado	Realizar 12 treinamentos	Diretoria Geral de Promoção, Monitoramento e Avaliação da Vigilância em Saúde – DGPMAVS

OBJETIVO ESTRATÉGICO:

Fortalecer as ações de Vigilância em Saúde com foco no preenchimento dos sistemas de informação do SUS no que tange à coleta, processamento e análise dos dados desagregados por raça, cor etnia.

DESCRIÇÃO:

Aperfeiçoar os sistemas de informação possibilitando um melhor monitoramento para a tomada racional de decisões. Bem como, promover a articulação intersetorial para o preenchimento do quesito raça/cor nos sistemas de informação de natalidade, mortalidade e agravos notificáveis.

PROGRAMA NO PPA:

1033 - Melhoria da Atenção à Saúde

AÇÃO NA LOA:

2070 - Atenção Integral à Saúde da População Negra e Quilombola

AÇÃO	ABRANGÊNCIA	META QUADRIENAL	RESPONSÁVEL
Ampliar a divulgação sobre o preenchimento do Quesito Raça/Cor por meio de distribuição de materiais, divulgação de perfis epidemiológicos e realização de encontros e atualizações e Contribuir para o preenchimento do quesito raça/cor na Declaração de Óbito (DO) > 95% .	Estado	Distribuir 20 mil folders sobre Quesito Raça/Cor na Declaração de Óbito	CESPN/DPE

AÇÃO	ABRANGÊNCIA	META QUADRIENAL	RESPONSÁVEL
Ampliar a divulgação sobre o preenchimento do Quesito Raça/Cor por meio de distribuição de materiais, divulgação de perfis epidemiológicos e realização de encontros e atualizações e Contribuir para o preenchimento do quesito raça/cor na Declaração de Óbito (DO) > 95% .	Estado	Divulgar 04 perfis epidemiológicos nos encontros promovidos pela CESPN	CESPN/DPE
Ampliar a divulgação sobre o preenchimento do Quesito Raça/Cor por meio de distribuição de materiais, divulgação de perfis epidemiológicos e realização de encontros e atualizações e Contribuir para o preenchimento do quesito raça/cor na Declaração de Nascido Vivo (DNV) > 95%.	Estado	Distribuir 20 mil folders sobre Quesito Raça/Cor na Declaração de Nascido Vivo.	CESPN/DPE
Ampliar a divulgação sobre o preenchimento do Quesito Raça/Cor por meio de distribuição de materiais, divulgação de perfis epidemiológicos e realização de encontros e atualizações e Contribuir para o preenchimento do quesito raça/cor nas Notificações de Agravos em 2% ao ano, alcançando a meta de 80% ou mais ao final do período (até 2014 - 72%).	Estado	Distribuir 20 mil folders sobre Quesito Raça/Cor nas notificações de Agravos.	CESPN/DPE

OBJETIVO ESTRATÉGICO:

Fortalecer as ações de vigilância epidemiológica e ambiental para o controle das doenças e agravos e promoção da saúde

DESCRIÇÃO:

Proporcionar o conhecimento epidemiológico, visando a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes da saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle de doenças ou agravos. No caso da vigilância ambiental, priorizar a detecção e a prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes do ambiente que interferiram na saúde humana com o objetivo de recomendar e adotar medidas de prevenção e controle.

PROGRAMA NO PPA:

512 - Vigilância em Saúde

AÇÃO NA LOA:

2164 - Vigilância Epidemiológica e Ambiental para o Controle de Doenças e Agravos

AÇÃO	ABRANGÊNCIA	META QUADRIENAL	RESPONSÁVEL
Realizar tratamento da geo-helminíase nos escolares do ensino fundamental em municípios prioritários com baixo IDH	I Região de Saúde	Tratar 80% dos escolares do ensino fundamental em 03 municípios	Superintendência de Vigilância e Controle das Doenças Negligenciadas - SANAR
	II Região de Saúde	Tratar 80% dos escolares do ensino fundamental em 08 municípios	
	III Região de Saúde	Tratar 80% dos escolares do ensino fundamental em 15 municípios	
	IV Região de Saúde	Tratar 80% dos escolares do ensino fundamental em 23 municípios	
	V Região de Saúde	Tratar 80% dos escolares do ensino fundamental em 19 municípios	
	VI Região de Saúde	Tratar 80% dos escolares do ensino fundamental em 09 municípios	
	VII Região de Saúde	Tratar 80% dos escolares do ensino fundamental em 03 municípios	
	VIII Região de Saúde	Tratar 80% dos escolares do ensino fundamental em 04 municípios	
	IX Região de Saúde	Tratar 80% dos escolares do ensino fundamental em 09 municípios	
	X Região de Saúde	Tratar 80% dos escolares do ensino fundamental em 07 municípios	
	XI Região de Saúde	Tratar 80% dos escolares do ensino fundamental em 05 municípios	
	XII Região de Saúde	Tratar 80% dos escolares do ensino fundamental em 03 municípios	
Realizar tratamento da geo-helminíase nos escolares do ensino fundamental em municípios prioritários com baixo IDH	Estado	Tratar 80% dos escolares do ensino fundamental nos 108 municípios com baixo IDH com base no inquérito a ser realizado em 2016	Superintendência de Vigilância e Controle das Doenças Negligenciadas - SANAR
Tratar os casos de esquistossomose nas áreas endêmicas	I Região de Saúde	Reducir o índice de positividade para menos de 10% em 11 localidades de 04 municípios prioritários	Superintendência de Vigilância e Controle das Doenças Negligenciadas - SANAR
	II Região de Saúde	Reducir o índice de positividade para menos de 10% em 07 localidades de 04 municípios prioritários	
	III Região de Saúde	Reducir o índice de positividade para menos de 10% em 28 localidades em 13 municípios prioritários	
	V Região de Saúde	Reducir o índice de positividade para menos de 10% em 01 localidade em 01 município prioritário	
	XII Região de Saúde	Reducir o índice de positividade para menos de 10% em 09 localidades de 04 municípios prioritários	

AÇÃO	ABRANGÊNCIA	META QUADRIENAL	RESPONSÁVEL
Tratar os casos de esquistossomose nas áreas endêmicas	Estado	Tratar 80% dos casos de esquistossomose no Estado	Superintendência de Vigilância e Controle das Doenças Negligenciadas - SANAR
Realizar inquérito de avaliação da transmissão (IAT ou TAS) da filariose nas unidades de implementação (UI)	Estado	Realizar TAS em 29 unidades de implementação	Superintendência de Vigilância e Controle das Doenças Negligenciadas – SANAR
Reducir o índice de infestação vetorial da Doença de Chagas	II Região de Saúde	Reducir o índice de infestação vetorial a menos de 10% em 01 município prioritário	Superintendência de Vigilância e Controle das Doenças Negligenciadas – SANAR
	III Região de Saúde	Reducir o índice de infestação vetorial a menos de 10% em 01 município prioritário	
	VII Região de Saúde	Reducir o índice de infestação vetorial a menos de 10% em 02 municípios prioritários	
	VIII Região de Saúde	Reducir o índice de infestação vetorial a menos de 10% em 04 municípios prioritários	
	IX Região de Saúde	Reducir o índice de infestação vetorial a menos de 10% em 03 municípios prioritários	
	X Região de Saúde	Reducir o índice de infestação vetorial a menos de 10% em 07 municípios prioritários	
	XI Região de Saúde	Reducir o índice de infestação vetorial a menos de 10% em 01 municípios prioritários	
Reducir o índice de infestação vetorial da Doença de Chagas	Estado	Reducir para 7,0% o índice de infestação vetorial no Estado	Superintendência de Vigilância e Controle das Doenças Negligenciadas - SANAR
Aumentar a realização de teste rápido de forma oportuna para auxiliar no diagnóstico precoce por leishmaniose visceral	Estado	Aumentar para 95% a oportunidade de realização de teste rápido	Diretoria Geral de Controle de Doenças e Agravos - DGCDA
Aumentar a realização de teste rápido de forma oportuna para auxiliar no diagnóstico precoce por leishmaniose visceral	Estado	Capacitar 11 municípios de transmissão intensa e moderada sobre os sinais e sintomas para detecção da LV	Diretoria Geral de Controle de Doenças e Agravos - DGCDA
Aumentar a realização de teste rápido de forma oportuna para auxiliar no diagnóstico precoce por leishmaniose visceral	Estado	Monitorar busca ativa de casos entre os contatos de 100% dos casos novos de LV	Diretoria Geral de Controle de Doenças e Agravos - DGCDA
Controlar a tuberculose no Estado	I Região de Saúde	Curar 85% dos casos novos em 10 municípios prioritários	Superintendência de Vigilância e Controle das Doenças Negligenciadas – SANAR
	II Região de Saúde	Curar 85% dos casos novos em 1 município prioritário	
	III Região de Saúde	Curar 85% dos casos novos em 1 município prioritário	
	IV Região de Saúde	Curar 85% dos casos novos em 1 município prioritário	
	VIII Região de Saúde	Curar 85% dos casos novos em 1 município prioritário	
	XII Região de Saúde	Curar 85% dos casos novos em 1 município prioritário	
Controlar a tuberculose no Estado	Estado	Curar 75% dos casos novos bacilíferos	Diretoria Geral de Controle de Doenças e Agravos - DGCDA
Controlar a tuberculose no Estado	Estado	Reducir para 7% o abandono do tratamento da tuberculose	Diretoria Geral de Controle de Doenças e Agravos - DGCDA
Controlar a tuberculose no Estado	Estado	Reducir para 18% o abandono do tratamento Tuberculose Bacilífero Drogado Resistente (TBDR)	Diretoria Geral de Controle de Doenças e Agravos - DGCDA

AÇÃO	ABRANGÊNCIA	META QUADRIENAL	RESPONSÁVEL
Controlar a hanseníase no Estado	I Região de Saúde	Curar 88% dos casos de hanseníase diagnosticados em 10 municípios prioritários	Superintendência de Vigilância e Controle das Doenças Negligenciadas – SANAR
	II Região de Saúde	Curar 88% dos casos de hanseníase diagnosticados em 1 município prioritário	
	III Região de Saúde	Curar 88% dos casos de hanseníase diagnosticados em 1 município prioritário	
	IV Região de Saúde	Curar 88% dos casos de hanseníase diagnosticados em 1 município prioritário	
	VIII Região de Saúde	Curar 88% dos casos de hanseníase diagnosticados em 1 município prioritário	
	XII Região de Saúde	Curar 88% dos casos de hanseníase diagnosticados em 1 município prioritário	
Controlar a hanseníase no Estado	Estado	Curar 88% dos casos de hanseníase diagnosticados	Diretoria Geral de Controle de Doenças e Agravos - DGCDA
Controlar a hanseníase no Estado	Estado	Examinar 78% dos contatos intradomiciliares registrados	Diretoria Geral de Controle de Doenças e Agravos - DGCDA
Controlar a hanseníase no Estado	Estado	Atingir 75% de casos com o grau de incapacidade avaliados na cura	Diretoria Geral de Controle de Doenças e Agravos - DGCDA
Implementar os sistemas de informações para a vigilância do óbito	Estado	Investigar oportunamente (até 120 dias) 100% dos óbitos maternos	Diretoria Geral de Informação e Ações Estratégicas em Vigilância Epidemiológica - DGIAEVE
Implementar os sistemas de informações para a vigilância do óbito	Estado	Investigar oportunamente (até 120 dias) 90% dos óbitos infantis e fetais	Diretoria Geral de Informação e Ações Estratégicas em Vigilância Epidemiológica - DGIAEVE
Aprimorar a capacidade de resposta às emergências de saúde pública	Estado	Elaborar 01 plano de Resposta às Emergências de Saúde Pública no âmbito estadual	Diretoria Geral de Informação e Ações Estratégicas em Vigilância Epidemiológica - DGIAEVE
Encerrar oportunamente (até 60 dias a partir da data de notificação) os casos graves e óbito por dengue notificados no SINAN	Estado	Encerrar oportunamente 70% dos óbitos por dengue notificados no SINAN	Diretoria Geral de Controle de Doenças e Agravos - DGCDA
Encerrar oportunamente (até 60 dias a partir da data de notificação) os casos graves e óbito por dengue notificados no SINAN	Estado	Encerrar oportunamente 70% dos casos graves de dengue notificados no SINAN	Diretoria Geral de Controle de Doenças e Agravos - DGCDA
Intensificar as ações de bloqueio dos casos de dengue nos municípios com alta incidência	Estado	Realizar o bloqueio de casos de dengue em 100% dos municípios com alta incidência	Diretoria Geral de Controle de Doenças e Agravos - DGCDA
Elaborar planos de contingência estadual para preparação e resposta a eventos específicos	Estado	Elaborar 4 planos de contingência estadual	Diretoria Geral de Controle de Doenças e Agravos - DGCDA

AÇÃO	ABRANGÊNCIA	META QUADRIENAL	RESPONSÁVEL
Descentralizar o monitoramento de desempenho da Vigilância em Saúde	Estado	Descentralizar o monitoramento de desempenho	Diretoria Geral de Promoção, Monitoramento e Avaliação da Vigilância em Saúde -DGPMAVS
Monitorar e avaliar os indicadores do Programa de Qualificação das Ações de Vigilância em Saúde (PQA-VS)	Estado	Elaborar 08 relatórios de avaliação dos indicadores	Diretoria Geral de Promoção, Monitoramento e Avaliação da Vigilância em Saúde -DGPMAVS
Producir o perfil socioeconômico, demográfico e epidemiológico de Pernambuco	Estado	Producir 02 perfis	Diretoria Geral de Promoção, Monitoramento e Avaliação da Vigilância em Saúde -DGPMAVS
Implantar o Núcleo de Promoção da Saúde (NPS) em municípios com menos de 20.000 habitantes (Censo de 2010)	Estado	Implantar 42 NPS	Diretoria Geral de Promoção, Monitoramento e Avaliação da Vigilância em Saúde -DGPMAVS
Implantar o tratamento da pessoa tabagista nos municípios que contratualizaram o segundo ciclo do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ)	Estado	Ampliar o tratamento da pessoa tabagista em pelo menos uma Unidade de Saúde (US) em 12 municípios	Diretoria Geral de Promoção, Monitoramento e Avaliação da Vigilância em Saúde -DGPMAVS
Implantar a notificação de casos de violência interpessoal e autoprovocada em municípios do estado	Estado	Ampliar a notificação de casos de violência interpessoal e autoprovocada em mais 50 municípios	Diretoria Geral de Promoção, Monitoramento e Avaliação da Vigilância em Saúde -DGPMAVS
Implantar o plano de qualificação das informações do Sistema de Informação sobre Acidentes de Transporte Terrestre (SINATT) nas Unidades Sentinelas de Informação sobre Acidentes de Transporte Terrestre (USIATT)	Estado	Implantar o plano de qualificação das informações do SINATT em 17 USIATT	Diretoria Geral de Promoção, Monitoramento e Avaliação da Vigilância em Saúde -DGPMAVS
Realizar eventos sobre Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e/ou Promoção da Saúde	Estado	Realizar 04 eventos	Diretoria Geral de Promoção, Monitoramento e Avaliação da Vigilância em Saúde -DGPMAVS
Desenvolver ações do Plano Estadual de Enfrentamento às Doenças Crônicas Não Transmissíveis	Estado	Desenvolver no mínimo 16 ações que são de governabilidade da vigilância em saúde	Diretoria Geral de Promoção, Monitoramento e Avaliação da Vigilância em Saúde -DGPMAVS

OBJETIVO ESTRATÉGICO:

Fortalecer as ações em saúde para população usuária de drogas que apresentam agravos como Tuberculose, Hanseníase, Sífilis, HIV e Hepatites Virais

DESCRIÇÃO:

Garantir o atendimento especializado aos usuários de crack e outras drogas e seus familiares em situação de vulnerabilidade e/ou risco social, como também expandir ações de prevenção ao uso e ao tráfico de drogas para população pernambucana.

PROGRAMA NO PPA:

1033 - Melhoria da Atenção à Saúde

AÇÃO NA LOA:

4316 - Qualificação da Atenção à Saúde Para os Usuários de Drogas

AÇÃO	ABRANGÊNCIA	META QUADRIENAL	RESPONSÁVEL
Apoiar a qualificação das ações em saúde direcionadas à população de Rua usuária de drogas que apresentam agravos como Tuberculose, Hanseníase, Sífilis, HIV e Hepatites Virais, através de espaços colegiados e empoderamento da rede local na garantia de acesso ao cuidado integral	I Região de Saúde	Realizar 16 oficinas	GASAM/DPE

OBJETIVO ESTRATÉGICO:

Implementar as ações de prevenção, detecção e tratamento das DST/Aids, hepatite virais, HTLV e sífilis congênita nos municípios

DESCRIÇÃO:

Consolidar o programa de DST/AIDS com vistas a ampliação da promoção/prevenção à saúde, acesso da testagem, aconselhamento e assistência à saúde.

PROGRAMA:

512 - Vigilância em Saúde

AÇÃO NA LOA:

3093 - Fortalecimento das Ações de Prevenção e Tratamento das DST/AIDS, Hepatites Virais e Sífilis Congênita nos Municípios

AÇÃO	ABRANGÊNCIA	META QUADRIENAL	RESPONSÁVEL
Descentralizar a Testagem Rápida (TR) do HIV e Sífilis	I Região de Saúde	Descentralizar para 20 municípios com a Testagem Rápida (TR) do HIV e Sífilis	Diretoria Geral de Controle de Doenças e Agravos - DGCDA
	II Região de Saúde	Descentralizar 20 municípios com a Testagem Rápida (TR) do HIV e Sífilis	
	III Região de Saúde	Descentralizar 22 municípios com a Testagem Rápida (TR) do HIV e Sífilis	
	IV Região de Saúde	Descentralizar 32 municípios com a Testagem Rápida (TR) do HIV e Sífilis	
	V Região de Saúde	Descentralizar 21 municípios com a Testagem Rápida (TR) do HIV e Sífilis	
	VI Região de Saúde	Descentralizar 13 municípios com a Testagem Rápida (TR) do HIV e Sífilis	
	X Região de Saúde	Descentralizar 12 municípios com a Testagem Rápida (TR) do HIV e Sífilis	
	XI Região de Saúde	Descentralizar 10 municípios com a Testagem Rápida (TR) do HIV e Sífilis	
	XII Região de Saúde	Descentralizar 10 municípios com a Testagem Rápida (TR) do HIV e Sífilis	
Descentralizar as ações de Aconselhamento e Testagem para o HIV/Sífilis e Hepatites virais	I Região de Saúde	Descentralizar 33 municípios com as ações de Aconselhamento e Testagem para o HIV/Sífilis e Hepatites Virais	Diretoria Geral de Controle de Doenças e Agravos - DGCDA
	II Região de Saúde	Descentralizar 34 municípios com as ações de Aconselhamento e Testagem para o HIV/Sífilis e Hepatites Virais	
	IV Região de Saúde	Descentralizar 34 municípios com as ações de Aconselhamento e Testagem para o HIV/Sífilis e Hepatites Virais	
	VI Região de Saúde	Descentralizar 36 municípios com as ações de Aconselhamento e Testagem para o HIV/Sífilis e Hepatites Virais descentralizadas	

AÇÃO	ABRANGÊNCIA	META QUADRIENAL	RESPONSÁVEL
Implementar as ações de Vigilância Epidemiológica para Hepatites virais em municípios com mais de 100 mil habitantes e sede de Regiões de Saúde	I Região de Saúde	Implementar em 09 municípios ações de Vigilância Epidemiológica para Hepatites virais	Diretoria Geral de Controle de Doenças e Agravos - DGCDA
	II Região de Saúde	Implementar em 01 município ações de Vigilância Epidemiológica para Hepatites virais	
	III Região de Saúde	Implementar em 01 município ações de Vigilância Epidemiológica para Hepatites virais	
	IV Região de Saúde	Implementar em 01 município ações de Vigilância Epidemiológica para Hepatites virais	
	V Região de Saúde	Implementar em 01 município ações de Vigilância Epidemiológica para Hepatites virais	
	VI Região de Saúde	Implementar em 01 município ações de Vigilância Epidemiológica para Hepatites virais	
	VII Região de Saúde	Implementar em 01 município ações de Vigilância Epidemiológica para Hepatites virais	
	VIII Região de Saúde	Implementar em 01 município ações de Vigilância Epidemiológica para Hepatites virais	
	IX Região de Saúde	Implementar em 01 município ações de Vigilância Epidemiológica para Hepatites virais	
	X Região de Saúde	Implementar em 01 município ações de Vigilância Epidemiológica para Hepatites virais	
	XI Região de Saúde	Implementar em 01 município ações de Vigilância Epidemiológica para Hepatites virais	
	XII Região de Saúde	Implementar em 01 município ações de Vigilância Epidemiológica para Hepatites virais	
Descentralizar as ações de Assistência aos pacientes portadores do HIV/AIDS	I Região de Saúde	01 Serviço de Assistência Especializada (SAE)	Diretoria Geral de Controle de Doenças e Agravos - DGCDA
	II Região de Saúde	01 Serviço de Assistência Especializada (SAE)	
	IV Região de Saúde	01 Serviço de Assistência Especializada (SAE)	
	VI Região de Saúde	01 Serviço de Assistência Especializada (SAE)	
	IX Região de Saúde	01 Serviço de Assistência Especializada (SAE)	
Reativar comitê técnico para discutir estratégias de enfrentamento da infecção pelo HTLV no Estado	Estado	Reativar 01 comitê técnico	Diretoria Geral de Controle de Doenças e Agravos - DGCDA
Implantar um serviço municipal de assistência especializada para pacientes de hepatites virais	XI Região de Saúde	Implantar 01 serviço municipal	Diretoria Geral de Controle de Doenças e Agravos - DGCDA
Implantar Comitê Estadual para discussão de casos de transmissão vertical de HIV/Sífilis e óbitos por Aids	Estado	Implantar 01 Comitê Estadual	Diretoria Geral de Controle de Doenças e Agravos - DGCDA
Producir plano de mídia anual	Estado	Producir 04 Planos de mídia	Diretoria Geral de Controle de Doenças e Agravos - DGCDA
Publicar editais para financiamento de projetos estratégicos da sociedade civil	Estado	Publicar 02 editais	Diretoria Geral de Controle de Doenças e Agravos – DGCDA
Realizar Seminário de manejo clínico de paciente HIV/Aids	Estado	Realizar 04 Seminários	Diretoria Geral de Controle de Doenças e Agravos - DGCDA
Realizar estudo de prevalência da infecção por HIV e sífilis em parturientes no estado de Pernambuco	Estado	Realizar 01 Estudo	Diretoria Geral de Controle de Doenças e Agravos - DGCDA

OBJETIVO ESTRATÉGICO:

Implementar as ações e serviços do LACEN de forma descentralizada

DESCRIÇÃO:

Atuar junto às vigilâncias em Saúde, Sanitária, Epidemiológica e Ambiental realizando procedimentos de alta complexidade para complemento de diagnóstico e realizando exames de controle da qualidade de produtos para consumo humano, compreendendo alimentos, medicamentos, imunobiológicos, cosméticos, insumos farmacêuticos, drogas, produtos de higiene e meio ambiente.

PROGRAMA:

512 - Vigilância em Saúde

AÇÃO NA LOA:

4121 - Ações e Serviços Ofertados pelo LACEN

AÇÃO	ABRANGÊNCIA	META QUADRIENAL	RESPONSÁVEL
Descentralizar o exame de cultura para BAAR (no escarro) em Tuberculose	III Região de Saúde	Descentralizar o exame de cultura de BAAR	LACEN
	VII Região de Saúde	Descentralizar o exame de cultura de BAAR	
Ampliar o registro das baciloskopias de diagnóstico no Gerenciador de Ambiente Laboratorial (GAL)	Estado	Ampliar para 95% o registro das baciloskopias de diagnóstico no GAL	LACEN
Implantar o programa de avaliação externa da qualidade para tuberculose, dengue nas GERES	I Região de Saúde	Implantar o programa de avaliação externa da qualidade para tuberculose e dengue nos laboratórios	LACEN
	II Região de Saúde	Implantar o programa de avaliação externa da qualidade para tuberculose e dengue nos laboratórios	
	III Região de Saúde	Implantar o programa de avaliação externa da qualidade para tuberculose e dengue nos laboratórios	
	IV Região de Saúde	Implantar o programa de avaliação externa da qualidade para tuberculose e dengue nos laboratórios	
	V Região de Saúde	Implantar o programa de avaliação externa da qualidade para tuberculose e dengue nos laboratórios	
	VI Região de Saúde	Implantar o programa de avaliação externa da qualidade para tuberculose e dengue nos laboratórios	

AÇÃO	ABRANGÊNCIA	META QUADRIENAL	RESPONSÁVEL
	VII Região de Saúde	Implantar o programa de avaliação externa da qualidade para tuberculose e dengue nos laboratórios	
	VIII Região de Saúde	Implantar o programa de avaliação externa da qualidade para tuberculose e dengue nos laboratórios	
	IX Região de Saúde	Implantar o programa de avaliação externa da qualidade para tuberculose e dengue nos laboratórios	
	X Região de Saúde	Implantar o programa de avaliação externa da qualidade para tuberculose e dengue nos laboratórios	
	XI Região de Saúde	Implantar o programa de avaliação externa da qualidade para tuberculose e dengue nos laboratórios	
	XII Região de Saúde	Implantar o programa de avaliação externa da qualidade para tuberculose e dengue nos laboratórios	
Implantar o programa de avaliação externa da qualidade da água para consumo humano nos laboratórios das GERES	IV Região de Saúde	Implantar o programa de avaliação externa da qualidade da água para consumo humano nos laboratórios	LACEN
	VI Região de Saúde	Implantar o programa de avaliação externa da qualidade da água para consumo humano nos laboratórios	
Realizar o monitoramento de qualidade dos medicamentos em atendimento a Portaria nº 638 de 18/11/2011 do	Estado	Monitorar a qualidade de 04 medicamentos	LACEN



DIRETRIZ 5

QUALIFICAÇÃO E INOVAÇÃO DOS PROCESSOS DE GOVERNANÇA
E GESTÃO ESTRATÉGICA E PARTICIPATIVA NA SAÚDE

CAPÍTULO 4

DIRETRIZ 5: **Qualificação e inovação dos** **processos de Governança e** **Gestão Estratégica e participativa** **na Saúde**

Aprimorar a capacidade de Governança e Gestão estadual na implementação das políticas públicas, por meio da integração das dimensões estratégicas de Gestão do SUS, promovendo o fortalecimento dos diversos mecanismos de Controle e Participação Social e da equidade em saúde.

OBJETIVO ESTRATÉGICO:

Ampliar a Operação Lei Seca

DESCRIÇÃO:

Prevenir e enfrentar os acidentes de transporte terrestre, através da educação e da orientação aos condutores, de forma permanente em todo o Estado.

PROGRAMA NO PPA:

1033 - Melhoria da Atenção à Saúde

AÇÃO NA LOA:

3435 - Implementação do Programa de Redução de Acidentes de Moto

AÇÃO	ABRANGÊNCIA	META QUADRIENAL	RESPONSÁVEL
Ampliar equipes para atuar na fiscalização	I Região de Saúde	Ampliar 02 novas equipes para atuar na fiscalização	OLS
	II Região de Saúde	Ampliar 01 nova equipe para atuar na fiscalização	
	III Região de Saúde	Ampliar 01 nova equipe para atuar na fiscalização	
	IV Região de Saúde	Ampliar 01 nova equipe para atuar na fiscalização	
	V Região de Saúde	Ampliar 01 nova equipe para atuar na fiscalização	
	VI Região de Saúde	Ampliar 01 nova equipe para atuar na fiscalização	
	VII Região de Saúde	Ampliar 01 nova equipe para atuar na fiscalização	
	VIII Região de Saúde	Ampliar 01 nova equipe para atuar na fiscalização	
	IX Região de Saúde	Ampliar 01 nova equipe para atuar na fiscalização	
	X Região de Saúde	Ampliar 01 nova equipe para atuar na fiscalização	
	XI Região de Saúde	Ampliar 01 nova equipe para atuar na fiscalização	
	XII Região de Saúde	Ampliar 01 nova equipe para atuar na fiscalização	

AÇÃO	ABRANGÊNCIA	META QUADRIENAL	RESPONSÁVEL
Ampliar as equipes de educação no trânsito	II Macrorregião	Ampliar 01 equipe de educação de trânsito	OLS
	III Macrorregião	Ampliar 01 equipe de educação de trânsito	
	IV Macrorregião	Ampliar 01 equipe de educação de trânsito	

OBJETIVO ESTRATÉGICO:

Ampliar e fortalecer a participação do Movimento Social Negro, das Comunidades Quilombolas e das Religiões de Matriz Africana, da APPAH/ Usuários no Comitê Estadual de Saúde da População Negra, em consonância com os princípios da gestão participativa do SUS,

DESCRIÇÃO:

Fortalecer o Comitê Estadual de Saúde da População Negra através da reestruturação e composição do mesmo.

PROGRAMA NO PPA:

1033 - Melhoria da Atenção à Saúde

AÇÃO NA LOA:

2070 - Atenção Integral à Saúde da População Negra e Quilombola

AÇÃO	ABRANGÊNCIA	META QUADRIENAL	RESPONSÁVEL
Garantir presença do representante das Comunidades Quilombolas nas reuniões do CESPN	Estado	Realizar 40 reuniões com a presença garantida da representação da Comunidade Quilombola	CESPN/DPE

OBJETIVO ESTRATÉGICO:

Ampliar o Programa Mãe Coruja Pernambucana

DESCRIÇÃO:

Garantir atenção integral às gestantes, aos seus filhos e famílias, através de ações articuladas no campo da saúde, educação, desenvolvimento e assistência social com ênfase no aleitamento materno, alimentação complementar saudável, educação e recuperação nutricional, bem como os processos de alfabetização, letramento e elevação da escolaridade às gestantes garantindo o exercício da cidadania e inserção no mercado de trabalho.

PROGRAMA NO PPA:

909 - Ampliação da Proteção às Mulheres - Programa Mãe Coruja

AÇÃO NA LOA:

4323 - Qualificação do Atendimento Integral às Mulheres, Gestantes e seus Filhos

AÇÃO	ABRANGÊNCIA	META QUADRIENAL	RESPONSÁVEL
Implantar o Programa Mãe Coruja Pernambucana segundo critérios de vulnerabilidade estabelecidos pelo Programa.	I Região de Saúde	Implantar em 16 Municípios	Diretoria de Políticas Estratégicas do Programa Mãe Coruja
	II Região de Saúde	Implantar em 13 Municípios	
	III Região de Saúde	Implantar em 07 Municípios	
	IV Região de Saúde	Implantar em 10 Municípios	
	VII Região de Saúde	Implantar em 04 Municípios	
	X Região de Saúde	Implantar em 05 Municípios	
	XII Região de Saúde	Implantar em 03 Municípios	
Implantar o Programa Mãe Coruja Pernambucana segundo critérios de vulnerabilidade estabelecidos pelo Programa.	I Região de Saúde	Estruturar 12 Cantos Mãe Coruja	Diretoria de Políticas Estratégicas do Programa Mãe Coruja
	II Região de Saúde	Estruturar 13 Cantos Mãe Coruja	
	III Região de Saúde	Estruturar 07 Cantos Mãe Coruja	
	IV Região de Saúde	Estruturar 10 Cantos Mãe Coruja	
	VII Região de Saúde	Estruturar 04 Cantos Mãe Coruja	
	X Região de Saúde	Estruturar 05 Cantos Mãe Coruja	
	XII Região de Saúde	Estruturar 03 Cantos Mãe Coruja	
Capacitar profissionais para atuarem nos Cantos Mãe Coruja nas 12 Regiões de Saúde	I Região de Saúde	Capacitar 24 Profissionais	Diretoria de Políticas Estratégicas do Programa Mãe Coruja
	II Região de Saúde	Capacitar 26 Profissionais	
	III Região de Saúde	Capacitar 14 Profissionais	
	IV Região de Saúde	Capacitar 22 Profissionais	
	VII Região de Saúde	Capacitar 08 Profissionais	
	X Região de Saúde	Capacitar 10 Profissionais	
	XII Região de Saúde	Capacitar 06 Profissionais	

OBJETIVO ESTRATÉGICO:

Aperfeiçoar o Comitê Estadual de Prevenção de Acidentes de Motos

DESCRIÇÃO:

Combater os altos índices de acidentes de moto, que ocasionam vítimas fatais, incapacidades, sequelas psicológicas e impacto econômico, principalmente no sistema de saúde pública, através do desenvolvimento de estratégias para minimizar o número de acidentes de moto no Estado, tendo a Secretaria Estadual de Saúde (SES) como coordenadora.

PROGRAMA NO PPA:

1033 - Melhoria da Atenção à Saúde

AÇÃO NA LOA:

3435 - Implementação do Programa de Redução de Acidentes de Moto

AÇÃO	ABRANGÊNCIA	META QUADRIENAL	RESPONSÁVEL
Incluir nas pautas das CIR o tema da criação dos Comitês Municipais de Prevenção de Acidentes de Motos	I Região de Saúde	24 reuniões da CIR com tema Acidentes de Motos	CEPAM
	II Região de Saúde	24 reuniões da CIR com tema Acidentes de Motos	
	III Região de Saúde	24 reuniões da CIR com tema Acidentes de Motos	
	IV Região de Saúde	24 reuniões da CIR com tema Acidentes de Motos	
	V Região de Saúde	24 reuniões da CIR com tema Acidentes de Motos	
	VI Região de Saúde	24 reuniões da CIR com tema Acidentes de Motos	
	VII Região de Saúde	24 reuniões da CIR com tema Acidentes de Motos	
	VIII Região de Saúde	24 reuniões da CIR com tema Acidentes de Motos	
	IX Região de Saúde	24 reuniões da CIR com tema Acidentes de Motos	
	X Região de Saúde	24 reuniões da CIR com tema Acidentes de Motos	
	XI Região de Saúde	24 reuniões da CIR com tema Acidentes de Motos	
	XII Região de Saúde	24 reuniões da CIR com tema Acidentes de Motos	
Realizar fóruns Regionais para prevenção de acidentes de moto	I Região de Saúde	Realizar 04 fóruns	CEPAM
	II Região de Saúde	Realizar 04 fóruns	
	III Região de Saúde	Realizar 04 fóruns	
	IV Região de Saúde	Realizar 04 fóruns	
	V Região de Saúde	Realizar 04 fóruns	
	VI Região de Saúde	Realizar 04 fóruns	
	VII Região de Saúde	Realizar 04 fóruns	
	VIII Região de Saúde	Realizar 04 fóruns	
	IX Região de Saúde	Realizar 04 fóruns	
	X Região de Saúde	Realizar 04 fóruns	
	XI Região de Saúde	Realizar 04 fóruns	
	XII Região de Saúde	Realizar 04 fóruns	
Realizar reuniões trimestrais entre o CEPAM e os CRPAM	Estado	Realizar 6 reuniões	CEPAM
Implantar o georreferenciamento dos acidentes de moto	I Região de Saúde	Implantar 01 georreferenciamento	CEPAM
	II Região de Saúde	Implantar 01 georreferenciamento	
	III Região de Saúde	Implantar 01 georreferenciamento	
	IV Região de Saúde	Implantar 01 georreferenciamento	
	V Região de Saúde	Implantar 01 georreferenciamento	
	VI Região de Saúde	Implantar 01 georreferenciamento	
	VII Região de Saúde	Implantar 01 georreferenciamento	
	VIII Região de Saúde	Implantar 01 georreferenciamento	
	IX Região de Saúde	Implantar 01 georreferenciamento	
	X Região de Saúde	Implantar 01 georreferenciamento	
	XI Região de Saúde	Implantar 01 georreferenciamento	
	XII Região de Saúde	Implantar 01 georreferenciamento	

OBJETIVO ESTRATÉGICO:

Apoiar Implementação do Plano de Apoio à Saúde da Mulher Negra da Secretaria da Mulher em parceria com a SES.

DESCRIÇÃO:

Promover a saúde integral da população negra, priorizando a redução das desigualdades étnico-raciais, o combate ao racismo e à discriminação nas instituições e serviços do SUS, fomentando a realização de estudos e pesquisas sobre racismo e saúde da população negra.

PROGRAMA NO PPA:

1033 - Melhoria da Atenção à Saúde

AÇÃO NA LOA:

2070 - Atenção Integral à Saúde da População Negra e Quilombola

AÇÃO	ABRANGÊNCIA	META QUADRIENAL	RESPONSÁVEL
Realizar Seminário sobre saúde da população negra/doença falciforme para gestoras dos organismos de políticas para às mulheres.	Estado	Realizar 01 Seminário Estadual	CESPN/DPE
Realizar Seminário sobre saúde da população negra/doença falciforme para gestoras dos organismos de políticas para às mulheres.	I Macrorregião	Realizar 01 seminário macrorregional	CESPN/DPE
	II Macrorregião	Realizar 01 seminário macrorregional	
	III Macrorregião	Realizar 01 seminário macrorregional	
	IV Macrorregião	Realizar 01 seminário macrorregional	
Realizar curso de formação sobre saúde da população negra/doença falciforme para gestoras dos organismos de políticas para as mulheres	I Macrorregião	Realizar 01 curso de formação	CESPN/DPE
	II Macrorregião	Realizar 01 curso de formação	
	III Macrorregião	Realizar 01 curso de formação	
	IV Macrorregião	Realizar 01 curso de formação	

OBJETIVO ESTRATÉGICO:

Aprimorar o Processo de Planejamento e Gestão do Sistema Único de Saúde

DESCRIÇÃO:

Desenvolver o processo de Planejamento Integrado no Estado e nos Municípios, com foco no aprimoramento da Gestão Estratégica e Participativa, por meio dos Instrumentos de Planejamento Básicos e no fortalecimento do Controle Social.

PROGRAMA NO PPA:

1028 - Melhoria da Gestão do Sistema de Saúde

AÇÃO NA LOA:

4419 - Fortalecimento do Processo de Planejamento e Gestão do Sistema Único de Saúde no Estado de Pernambuco

AÇÃO	ABRANGÊNCIA	META QUADRIENAL	RESPONSÁVEL
Construir os Relatórios Anuais de Gestão por meio do Sistema de Apoio à Elaboração do Relatório Anual de Gestão - SARGSUS para apreciação no CES	Estado	Construir 04 RAG para apreciação no CES	DGP
Construir as Programações Anuais de Saúde - PAS para apreciação no CES	Estado	Construir 04 PAS para apreciação no CES	DGP
Construir o Plano Estadual de Saúde 2020-2023	Estado	Construir 01 PES 2020-2023	DGP
Realizar reuniões para ajuste do Relatório Detalhado Quadrimestral - RDQ, com foco	Estado	Realizar 02 reuniões	DGP
Realizar oficinas de monitoramento das PAS por meio do Relatório Detalhado Quadrimestral - RDQ	Estado	Realizar 12 oficinas	DGP
Realizar oficinas de avaliação do PES 2016-2019 por meio do RAG	Estado	Realizar 04 oficinas	DGP
Construir Planos Regionais de Saúde a partir do PES 2016-2019	Região de Saúde	12 Planos Regionais de Saúde	DGP
Realizar encontros para alinhamento sobre conceitos das peças orçamentárias na SES	Estado	Realizar 04 encontros	DGP
Realizar reuniões para fortalecer o planejamento regional através de videoconferências, com coordenadores de planejamento e regulação das GERES	Estado	Realizar 04 reuniões	DGP
Realizar cursos EAD para qualificar o uso do sistema SARGSUS	Estado	Realizar 03 cursos EAD	DGP

AÇÃO	ABRANGÊNCIA	META QUADRIENAL	RESPONSÁVEL
Realizar capacitação para gestores da secretaria estadual com foco na captação de novos recursos de concessão voluntária	Estado	Realizar 04 capacitações	DGP
Implantar ferramenta para monitoramento da execução dos recursos de concessão voluntária	Estado	Implantar 1 ferramenta	DGP
Producir balanço de gestão bienal da SES	Estado	Producir 02 balanços	DGP
Producir newsletter (jornal digital) para veiculação entre o público interno da SES	Estado	Producir 40 jornais digitais	DGP

OBJETIVO ESTRATÉGICO:

Desenvolver processos de informação, comunicação e educação, que desconstruam estigmas e preconceitos, fortaleçam uma identidade negra positiva e contribuam para a redução das vulnerabilidades

DESCRIÇÃO:

Desenvolver processos de informação, comunicação e educação, que desconstruam estigmas e preconceitos, fortaleçam uma identidade negra positiva e contribuam para a redução das vulnerabilidades

PROGRAMA NO PPA:

1033 - Melhoria da Atenção à Saúde

AÇÃO NA LOA:

2070 - Atenção Integral à Saúde da População Negra e Quilombola

AÇÃO	ABRANGÊNCIA	META QUADRIENAL	RESPONSÁVEL
Realizar Encontro Estadual para discussão e redução das vulnerabilidades	Estado	Realizar 02 Encontros	CESPN/DPE

OBJETIVO ESTRATÉGICO:

Estimular as Secretarias Municipais de Saúde para criação de áreas técnicas responsáveis pelas Políticas de Saúde da População Negra.

DESCRIÇÃO:

Promover a saúde integral da população negra, priorizando a redução das desigualdades étnico-raciais, o combate ao racismo e à discriminação nas instituições e serviços do SUS, fomentando a realização de estudos e pesquisas sobre racismo e saúde da população negra.

PROGRAMA NO PPA:

1033 - Melhoria da Atenção à Saúde

AÇÃO NA LOA:

2070 - Atenção Integral à Saúde da População Negra e Quilombola

AÇÃO	ABRANGÊNCIA	META QUADRIENAL	RESPONSÁVEL
Realizar reuniões para estimular à criação de áreas técnicas em saúde da População Negra nos municípios	Estado	Ter 40 Secretarias Municipais de Saúde com área técnica de Saúde da População Negra	CESPN/DPE

OBJETIVO ESTRATÉGICO:

Formação e Qualificação de Recursos Humanos para o SUS

DESCRIÇÃO:

Planejar e regular a formação de profissionais para o SUS, promovendo a Educação Permanente considerando as necessidades de saúde da população referenciado no fortalecimento da regionalização e apoio aos municípios. Bem como desenvolver ações de pós-graduação, especialmente Residências em Saúde (Saúde Coletiva, enfermagem obstétrica e multiprofissional hospitalar)

PROGRAMA NO PPA:

1028 - Melhoria da Gestão do Sistema de Saúde

AÇÃO NA LOA:

3082 - Formação e Qualificação de Recursos Humanos para o SUS

AÇÃO	ABRANGÊNCIA	META QUADRIENAL	RESPONSÁVEL
Ampliar o Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva com ênfase em Gestão de Redes	XII Região de Saúde	Implantar 01 turma	SEGTES
Implantar Residência em Saúde da Mulher com ênfase em Enfermagem Obstétrica no interior do Estado	IV Região de Saúde	Implantar 01 turma	Diretoria da Escola de Governo em Saúde Pública - ESPPE
	V Região de Saúde	Implantar 01 turma	
	VI Região de Saúde	Implantar 01 turma	

AÇÃO	ABRANGÊNCIA	META QUADRIENAL	RESPONSÁVEL
Ofertar Curso de Aperfeiçoamento para preceptores do SUS PE	IV Região de Saúde	Ofertar 01 Curso de Aperfeiçoamento	Diretoria da Escola de Governo em Saúde Pública - ESPPE
	V Região de Saúde	Ofertar 01 Curso de Aperfeiçoamento	
	VI Região de Saúde	Ofertar 01 Curso de Aperfeiçoamento	
	VII Região de Saúde	Ofertar 01 Curso de Aperfeiçoamento	
	IX Região de Saúde	Ofertar 01 Curso de Aperfeiçoamento	
	X Região de Saúde	Ofertar 01 Curso de Aperfeiçoamento	
	XI Região de Saúde	Ofertar 01 Curso de Aperfeiçoamento	
	XII Região de Saúde	Ofertar 01 Curso de Aperfeiçoamento	
Ofertar Turmas para o Curso Técnico de Vigilância em Saúde	III Região de Saúde	Ofertar 01 turma	Diretoria da Escola de Governo em Saúde Pública - ESPPE
	IV Região de Saúde	Ofertar 01 turma	
	V Região de Saúde	Ofertar 01 turma	
	VI Região de Saúde	Ofertar 01 turma	
	VII Região de Saúde	Ofertar 01 turma	
	VIII Região de Saúde	Ofertar 01 turma	
	IX Região de Saúde	Ofertar 01 turma	
	X Região de Saúde	Ofertar 01 turma	
	XI Região de Saúde	Ofertar 01 turma	
Ofertar Turmas para o Curso Técnico em Prótese Dentária	I Região de Saúde	Ofertar 01 turma	Diretoria da Escola de Governo em Saúde Pública – ESPPE
Ofertar Turmas para o Curso Técnico em Hemoterapia	I Região de Saúde	Ofertar 01 turma	Diretoria da Escola de Governo em Saúde Pública – ESPPE
	IV Região de Saúde	Ofertar 01 turma	
Ampliar vagas de residência médica e em Área Profissional de Saúde em áreas estratégicas do SUS PE	Estado	Ampliar em 1.507 vagas de residência em saúde (30%)	DGES
Realizar processo seletivo para estágio curricular não obrigatório para áreas estratégicas do SUS PE	Estado	Realizar 2 processos seletivos	DGES
Realizar processo seletivo para bolsas integrais de estudo em Instituições de Ensino privada de nível superior e técnico por meio do Programa de Formação para o SUS - FormaSUS	Estado	Realizar 05 processos seletivos	DGES

OBJETIVO ESTRATÉGICO:

Fortalecer a atuação do Controle Social no SUS

DESCRIÇÃO:

Fortalecer e qualificar os espaços de Controle Social com foco na discussão sobre a implementação da Política Estadual de Educação Permanente, na garantia das condições de funcionamento do Conselho Estadual de Saúde, bem como, na coordenação e apoio às mobilizações às conferências estaduais, municipais, temáticas e plenárias estaduais de saúde, seminários e eventos pertinentes, assegurando a realização de um controle social de qualidade.

PROGRAMA NO PPA:

1028 - Melhoria da Gestão do Sistema de Saúde

AÇÃO NA LOA:

4422 - Fortalecimento do Controle Social

AÇÃO	ABRANGÊNCIA	META QUADRIENAL	RESPONSÁVEL
Implantar Política de Educação Permanente e Continuada, com base no modelo sugerido pelo CNS, para orientação dos Conselheiros Estaduais, Municipais e Locais de Saúde.	Estado	Implantar 01 Política	CES
Realizar conferência temática em Saúde do Trabalhador	Estado	Realizar 01 conferência em Saúde do Trabalhador	CES
Realizar seminários para fortalecimento da atuação dos conselhos municipais e locais de saúde de gestão estadual	I Macrorregião	Realizar 4 seminários	CES
	II Macrorregião	Realizar 4 seminários	
	III Macrorregião	Realizar 4 seminários	
	IV Macrorregião	Realizar 4 seminários	
Participar de encontros Internacionais sobre controle social	Estado	Participar de 4 encontros Internacionais	CES
Participar de eventos Nacionais sobre saúde e controle social	Estado	Participar de 48 eventos Nacionais	CES
Realizar fórum Norte-Nordeste dos conselhos de saúde estaduais e municipais das capitais	Estado	Realizar 01 fórum	CES
Publicar o jornal do CES com periodicidade trimestral	Estado	Publicar 16 edições do jornal	CES
Elaborar mensalmente boletins eletrônicos como meio de divulgação das ações do CES	Estado	Elaborar 48 boletins eletrônicos	CES
Realizar reestruturação do site do CES	Estado	Realizar 01 reestruturação do site	CES

AÇÃO	ABRANGÊNCIA	META QUADRIENAL	RESPONSÁVEL
Dotar o CES de Unidade Gestora Administrativa	Estado	Dotar o CES como 01 Unidade Gestora Administrativa	CES
Realizar oficinas/cursos macrorregionais sobre Políticas Públicas, Orçamento e Finanças nos municípios garantindo participação das GERES e dos Conselhos de abrangência com parceria com: CGU, TCE, TCU, MPPE, COSEMS e Instituições de Formação	I Macrorregião	Realizar 02 Oficinas/Cursos	CES
	II Macrorregião	Realizar 02 Oficinas/Cursos	
	III Macrorregião	Realizar 02 Oficinas/Cursos	
	IV Macrorregião	Realizar 02 Oficinas/Cursos	
Realizar encontro macrorregional Nordeste em saúde do Trabalhador	Estado	Realizar 01 encontro em Saúde Trabalhador	CES
Realizar a 9ª Conferência Estadual de Saúde	Estado	Realizar 01 conferência Estadual de Saúde	CES
Realizar Plenária Estadual de Conselheiros de Saúde	Estado	Realizar 03 plenárias	CES
Realizar oficinas macrorregionais sobre comunicação social, tecnologia e informação em saúde/Programa de Inclusão Digital-PID	I Macrorregião	Realizar 02 oficinas	CES
	II Macrorregião	Realizar 02 oficinas	CES
	III Macrorregião	Realizar 02 oficinas	
	IV Macrorregião	Realizar 02 oficinas	CES
Realizar fóruns da secretaria executiva dos conselhos de saúde do estado de Pernambuco	Estado	Realizar 04 fóruns	CES
Adquirir equipamentos para o CES	Estado	Adquirir 02 máquinas fotográficas digitais, 02 gravadores digitais, 03 notebooks, 01 desktop, 03 apontadores a laser, 01 impressora multifuncional e 01 filmadora profissional, 10 pen drive de 16 Gb, 02 tripés, 01 sistema de som e 01 Kit Multimídia	CES
Adquirir imóvel para sede própria do CES	Estado	Adquirir 01 imóvel para sede do CES	CES

AÇÃO	ABRANGÊNCIA	META QUADRIENAL	RESPONSÁVEL
Adquirir veículo com acessibilidade para o CES	Estado	Adquirir 01 veículo	CES
Formar uma comissão para acompanhar junto aos órgãos competentes a tramitação da nova lei do Conselho Estadual de Saúde	Estado	Formar 01 Comissão	CES
Realizar reuniões com os órgãos do controle externo (TCE, MPPE, MPF, ALEPE, CGE, CGU, OAB e TCU) para orientações, diálogo permanente e/ou decisões quanto às políticas de saúde.	Estado	Realizar 8 reuniões com órgãos do controle externo	CES
Garantir a participação dos Conselheiros em comitês e fóruns dentro do Estado de Pernambuco	Estado	Garantir 200 Participações	CES
Realizar seminário sobre comunicação social do SUS para o controle social	Estado	Realizar 04 seminários	CES
Realizar Seminário com Temas Simultâneos para o Controle Social	Estado	Realizar 04 Seminários	CES
Realizar oficinas e fóruns do Controle Social para integrar os CEREST's estadual e regional, as CIST estadual e municipal e conselhos estadual e municipais	I Macrorregião	Realizar 02 Oficinas e Fóruns	CES
	II Macrorregião	Realizar 02 Oficinas e Fóruns	
	III Macrorregião	Realizar 02 Oficinas e Fóruns	
	IV Macrorregião	Realizar 02 Oficinas e Fóruns	
Realizar oficinas sobre Controle Social e Saúde Ambiental	I Macrorregião	Realizar 01 Oficina	CES
	II Macrorregião	Realizar 01 Oficina	
	III Macrorregião	Realizar 01 Oficina	
	IV Macrorregião	Realizar 01 Oficina	
Formar comissão intersetorial para debater a saúde bucal com ênfase na fluoretação das águas	III Macrorregião	Formar 01 Comissão intersetorial	CES

OBJETIVO ESTRATÉGICO:

Fortalecer a Gestão do Trabalho em Saúde

DESCRIÇÃO:

Identificar as necessidades quantitativas e qualitativas dos trabalhadores das unidades de saúde do Estado, articulando entre as três esferas de governo o ordenamento de responsabilidades e a distribuição dos profissionais de saúde, desenvolve também ações que promovem a qualidade de vida, a segurança e a saúde do trabalhador, além da responsabilidade pela coordenação e supervisão, no âmbito da SES, da execução de atividades relacionadas com os sistemas de administração, movimentação, remuneração, benefícios dos servidores e gerência de todos os processos administrativos disciplinares.

PROGRAMA NO PPA:

1028 - Melhoria da Gestão do Sistema de Saúde

AÇÃO NA LOA:

3082 - Formação e Qualificação de Recursos Humanos para o SUS

AÇÃO	ABRANGÊNCIA	META QUADRIENAL	RESPONSÁVEL
Realizar concurso para especialidades médicas	Estado	Realizar 01 concurso	DGTT
Implantar Núcleo de Apoio Psicossocial (NUAPS) para os servidores nos Hospitais Regionais	I Região de Saúde	Implantar 02 NUAPS	DGTT
	III Região de Saúde	Implantar 01 NUAPS	
	IV Região de Saúde	Implantar 01 NUAPS	
	V Região de Saúde	Implantar 01 NUAPS	
	IX Região de Saúde	Implantar 01 NUAPS	
	X Região de Saúde	Implantar 01 NUAPS	
	XI Região de Saúde	Implantar 01 NUAPS	
	XII Região de Saúde	Implantar 01 NUAPS	
Reencaminhar à Secretaria de Administração o Projeto de Lei para Criação das Comissões permanentes de processos administrativos disciplinar da SES	Estado	Reencaminhar 1 Projeto de Lei	DGTT

OBJETIVO ESTRATÉGICO:

Fortalecer a Política de Prevenção ao Câncer de colo do útero e detecção do câncer de mama

DESCRIÇÃO:

Estruturar a rede integrada de atenção à saúde de forma organizada e por linha de cuidado para a Rede Cegonha, Urgência e Emergência e Psicossocial.

PROGRAMA:

1033 - Melhoria da Atenção à Saúde

AÇÃO NA LOA:

2089 - Atenção Integral à Saúde da Mulher

AÇÃO	ABRANGÊNCIA	META QUADRIENAL	RESPONSÁVEL
Realizar seminário de avaliação dos resultados dos programas de prevenção e controle dos cânceres de colo do útero e mama, para coordenadores regionais e municipais	I Macrorregião	Realizar 02 seminários (01/bienal)	GEASM/DPE
	II Macrorregião	Realizar 02 seminários (01/bienal)	
	III Macrorregião	Realizar 02 seminários (01/bienal)	
	IV Macrorregião	Realizar 02 seminários (01/bienal)	
Realizar Curso de Atualização nos Sistemas de Informação do Programa de prevenção e controle dos cânceres de colo do útero e mama, para os coordenadores regionais	Estado	Realizar 02 cursos (01/bienal)	GEASM/DPE

OBJETIVO ESTRATÉGICO:

Fortalecer a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança

DESCRIÇÃO:

Melhorar da atenção integral à saúde, através de políticas estratégicas voltadas para grupos específicos, buscando, entre outras ações reduzir a mortalidade infantil, promover o aleitamento materno e a saúde da criança, com especial atenção à primeira infância (zero a cinco anos) e às populações de maior vulnerabilidade, como crianças com deficiência, indígenas, quilombolas, ribeirinhas, e em situação de rua.

PROGRAMA NO PPA:

1033 - Melhoria da Atenção à Saúde

AÇÃO NA LOA:

4435 - Melhoria da Atenção Integral à Saúde - Políticas Estratégicas

AÇÃO	ABRANGÊNCIA	META QUADRIENAL	RESPONSÁVEL
Realizar Encontro para Diagnóstico Situacional da Saúde da Criança e do Adolescente	Estado	Realizar 04 Encontros	GEASC/DPE

OBJETIVO ESTRATÉGICO:

Fortalecer as ações da assistência ao ciclo gravídico puerperal e combate à Mortalidade Materna e Perinatal

DESCRIÇÃO:

Promover a atenção obstétrica e neonatal, qualificada e humanizada, incluindo a assistência ao abortamento em condições inseguras para mulheres, adolescentes e jovens.

PROGRAMA:

1033 - Melhoria da Atenção à Saúde

AÇÃO NA LOA:

2089 - Atenção Integral à Saúde da Mulher

AÇÃO	ABRANGÊNCIA	META QUADRIENAL	RESPONSÁVEL
Coordenar a Repactuação da Rede Cegonha	I Região de Saúde	Realizar 01 repactuação	GEASM/DPE
	III Região de Saúde	Realizar 01 repactuação	
	IV Região de Saúde	Realizar 01 repactuação	
	V Região de Saúde	Realizar 01 repactuação	
	VI Região de Saúde	Realizar 01 repactuação	
	VII Região de Saúde	Realizar 01 repactuação	
	VIII Região de Saúde	Realizar 01 repactuação	
	IX Região de Saúde	Realizar 01 repactuação	
	X Região de Saúde	Realizar 01 repactuação	
	XI Região de Saúde	Realizar 01 repactuação	
Realizar reuniões do Grupo Condutor Estadual da Rede Cegonha	Estado	Realizar 48 reuniões	GEASM/DPE
Realizar Oficina para Grupos Condutores Regionais da Rede Cegonha	Estado	Realizar 04 oficinas	GEASM/DPE
Participar como assento permanente nas reuniões de Monitoramento do Programa Mãe Coruja Pernambucana.	Estado	20 Participações nas Reuniões do Mãe Coruja Pernambucana	GEASM/DPE
Participar no Comitê de Morte Materna.	Estado	20 Participações em Reuniões do Comitê	GEASM/DPE
Divulgar Nota Técnica com as principais causas de morte materna e estimativas das gestantes de risco habitual e alto risco	Estado	Divulgar 04 notas técnicas	GEASM/DPE

OBJETIVO ESTRATÉGICO:

Fortalecer as ações de assistência à mulher em situação de violência sexual

DESCRIÇÃO:

Promover ações preventivas em relação à violência doméstica, sexual e institucional.

PROGRAMA:

1033 - Melhoria da Atenção à Saúde

AÇÃO NA LOA:

2089 - Atenção Integral à Saúde da Mulher

AÇÃO	ABRANGÊNCIA	META QUADRIENAL	RESPONSÁVEL
Realizar encontro para fortalecimento da assistência à mulher em situação de violência sexual, com os profissionais de saúde, gestores municipais e sociedade civil organizada	I Macrorregião	Realizar 01 encontro	GEASM/DPE
	II Macrorregião	Realizar 01 encontro	
	III Macrorregião	Realizar 01 encontro	
	IV Macrorregião	Realizar 01 encontro	
Participar das reuniões da câmara técnica de enfrentamento à violência contra a mulher	Estado	Participar de 48 Participações	GEASM/DPE

OBJETIVO ESTRATÉGICO:

Fortalecer a Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher

DESCRIÇÃO:

Producir Diagnóstico situacional sobre a Saúde da Mulher no Estado de PE.

PROGRAMA:

1033 - Melhoria da Atenção à Saúde

AÇÃO NA LOA:

2089 - Atenção Integral à Saúde da Mulher

AÇÃO	ABRANGÊNCIA	META QUADRIENAL	RESPONSÁVEL
Realizar encontro para diagnóstico situacional da Saúde da Mulher e a interface com as outras políticas/DST com os coordenadores regionais	Estado	Realizar 04 encontros	GEASM/DPE

OBJETIVO ESTRATÉGICO:

Fortalecer as ações de assistência ao planejamento reprodutivo e prevenção de DST

DESCRIÇÃO:

Estimular o fortalecimento das ações de assistência em planejamento reprodutivo no âmbito da atenção integral à saúde.

PROGRAMA:

1033 - Melhoria da Atenção à Saúde

AÇÃO NA LOA:

2089 - Atenção Integral à Saúde da Mulher

AÇÃO	ABRANGÊNCIA	META QUADRIENAL	RESPONSÁVEL
Elaborar programação para aquisição dos insumos contraceptivos	Estado	Elaborar 04 programações	GEASM/DPE

OBJETIVO ESTRATÉGICO:

Fortalecer as Informações Estratégicas em Saúde

DESCRIÇÃO:

Disseminar as informações em saúde e da economia em saúde através de ferramentas tecnológicas, subsidiando a tomada de decisões, o planejamento estratégico e a melhoria contínua dos investimentos na saúde.

PROGRAMA NO PPA:

1028 - Melhoria da Gestão do Sistema de Saúde

AÇÃO NA LOA:

4179 - Implantação do Novo Modelo de Gestão de Saúde

AÇÃO	ABRANGÊNCIA	META QUADRIENAL	RESPONSÁVEL
Implementar o Núcleos de Economia da Saúde na rede hospitalar pública	I Região de Saúde	Implementar 09 Núcleos de Economia da Saúde	DGIE
	II Região de Saúde	Implementar 01 Núcleo de Economia da Saúde	
	IV Região de Saúde	Implementar 02 Núcleos de Economia da Saúde	
	V Região de Saúde	Implementar 01 Núcleo de Economia da Saúde	
	VI Região de Saúde	Implementar 01 Núcleo de Economia da Saúde	
	VII Região de Saúde	Implementar 01 Núcleo de Economia da Saúde	
	X Região de Saúde	Implementar 01 Núcleo de Economia da Saúde	
	XI Região de Saúde	Implementar 01 Núcleo de Economia da Saúde	
	XII Região de Saúde	Implementar 01 Núcleo de Economia da Saúde	
	Realizar oficinas para descentralizar as informações em saúde para utilização da ferramenta Qlikview	Realizar 04 oficinas	DGIE

AÇÃO	ABRANGÊNCIA	META QUADRIENAL	RESPONSÁVEL
Disponibilizar a plataforma BI Qlikview no portal SES	Estado	Disponibilizar 01 plataforma	DGIE
Realizar reuniões para monitoramento das metas prioritárias do governo	Estado	Realizar 48 reuniões	DGIE
Realizar atualização do Portal da LAI - Lei de Acesso à Informação	Estado	Realizar 24 atualizações	DGIE

OBJETIVO ESTRATÉGICO:

Fortalecer o Controle e a Participação Social

DESCRIÇÃO:

Reafirmar a participação popular e do controle social na construção de um novo modelo de atenção à saúde, requerendo o envolvimento dos movimentos sociais, aperfeiçoando os atuais canais de participação social, e promovendo a criação e ampliação de novos canais de interlocução entre usuários e sistema de saúde, e de mecanismos de escuta do cidadão.

PROGRAMA NO PPA:

1028 - Melhoria da Gestão do Sistema de Saúde

AÇÃO NA LOA:

4179 - Implantação do Novo Modelo de Gestão de Saúde

AÇÃO	ABRANGÊNCIA	META QUADRIENAL	RESPONSÁVEL
Realizar reuniões de planejamento e avaliação do Comitê de Saúde Integral LGBT	Estado	Realizar 04 reuniões	DGP
Realizar reuniões de planejamento e avaliação do Comitê de Saúde Integral da População Negra e Doença Falciforme	Estado	Realizar 04 reuniões	DGP
Promover encontros de articulação e formação entre os Comitês Estaduais de equidade em Saúde	Estado	Realizar 04 encontros	DGP
Implantar o Comitê Técnico de educação popular em saúde, conforme Portaria MS 2979/11	Estado	Implantar 01 Comitê Técnico	DGP
Implantar o Comitê Técnico de saúde dos povos do campo, águas e floresta (Grupo da Terra), conforme Portaria MS 2979/11	Estado	Implantar 01 Comitê Técnico	DGP

OBJETIVO ESTRATÉGICO:

Fortalecer o sistema de ouvidoria do SUS na rede de saúde

DESCRIÇÃO:

Acompanhar o grau de satisfação do usuário do Sistema Único de Saúde (SUS), fortalecendo a cidadania e melhorando a qualidade dos serviços prestados, fornecendo informações aos gestores, para a qualificação do serviço, desempenhando, um papel de mediadora entre o cidadão, trabalhadores e gestores do Serviço Público na construção e fortalecimento do SUS.

PROGRAMA NO PPA:

1077 - Fortalecimento do Controle Social na Esfera Governamental

AÇÃO NA LOA:

2153 - Manutenção da Ouvidoria do Fundo Estadual de Saúde - FES-PE

AÇÃO	ABRANGÊNCIA	META QUADRIENAL	RESPONSÁVEL
Realizar encontros para sensibilizar os municípios para a implantação do Sistema de Ouvidoria do SUS	I Macrorregião	Realizar 01 encontro	Superintendência de Ouvidoria
	II Macrorregião	Realizar 01 encontro	
	III Macrorregião	Realizar 01 encontro	
	IV Macrorregião	Realizar 01 encontro	
Publicizar, Sistema de Ouvidoria do SUS	Estado	Publicizar 10.000 Publicações	Superintendência de Ouvidoria
Regulamentar a rede de Ouvidoria SUS por meio de Portaria estadual	Estado	Regulamentar 01 rede de Ouvidoria	Superintendência de Ouvidoria
Realizar a pesquisa de avaliação e satisfação dos usuários do SUS	Estado	Realizar 06 pesquisas de avaliação	Superintendência de Ouvidoria

OBJETIVO ESTRATÉGICO:

Fortalecer os mecanismos de gestão regionalizada do SUS

DESCRIÇÃO:

Fortalecer a regionalização em saúde, entendida como um dos princípios fundamentais para a consolidação da universalidade e da igualdade no acesso e na integralidade da atenção, com foco na revisão do Plano Diretor de Regionalização, no aprimoramento dos espaços de pactuação das ações e serviços de saúde como a CIB e as CIR e na qualificação e reorganização das Gerências Regionais de Saúde.

PROGRAMA NO PPA:

1028 - Melhoria da Gestão do Sistema de Saúde

AÇÃO NA LOA:

4419 - Fortalecimento do Processo de Planejamento e Gestão do Sistema Único de Saúde no Estado de Pernambuco

AÇÃO	ABRANGÊNCIA	META QUADRIENAL	RESPONSÁVEL
Promover encontros com CIR, CIB e suas câmaras técnicas macrorregionais para qualificar o processo de governança	I Macrorregião	Realizar 01 encontro	DGP
	II Macrorregião	Realizar 01 encontro	
	III Macrorregião	Realizar 01 encontro	
	IV Macrorregião	Realizar 01 encontro	
Realizar cursos de atualização para as câmaras técnicas das CIR	I Macrorregião	Realizar 01 curso de atualização	DGP
	II Macrorregião	Realizar 01 curso de atualização	
	III Macrorregião	Realizar 01 curso de atualização	
	IV Macrorregião	Realizar 01 curso de atualização	
Promover encontros com SES, COSEMS e SMS com foco na revisão do PDR do SUS-PE	I Macrorregião	Promover 01 encontro	DGP
	II Macrorregião	Promover 01 encontro	
	III Macrorregião	Promover 01 encontro	
	IV Macrorregião	Promover 01 encontro	
Realizar cursos de atualização para as Comissões de Licitação das GERES	I Macrorregião	Realizar 01 curso	DGGR
	II Macrorregião	Realizar 01 curso	
	III Macrorregião	Realizar 01 curso	
	IV Macrorregião	Realizar 01 curso	
Realizar seleção pública para manutenção dos gerentes de GERES	Estado	Realizar 01 seleção pública	DGGR
Realizar GERES itinerante em todos os municípios de abrangência da GERES	I Região de Saúde	Realizar 19 reuniões	DGGR
	II Região de Saúde	Realizar 20 reuniões	
	III Região de Saúde	Realizar 22 reuniões	
	IV Região de Saúde	Realizar 32 reuniões	
	V Região de Saúde	Realizar 21 reuniões	
	VI Região de Saúde	Realizar 13 reuniões	
	VII Região de Saúde	Realizar 07 reuniões	
	VIII Região de Saúde	Realizar 07 reuniões	
	IX Região de Saúde	Realizar 11 reuniões	
	X Região de Saúde	Realizar 12 reuniões	
	XI Região de Saúde	Realizar 10 reuniões	
	XII Região de Saúde	Realizar 10 reuniões	
Realizar visita técnica pela Secretaria Executiva da CIB nas reuniões da CIR	Estado	Realizar 16 visitas técnicas	DGP
Realizar transmissão por meio de videoconferência das reuniões da câmara técnica da CIB com as câmaras técnicas das CIR	Estado	Realizar 16 videoconferências	DGP

AÇÃO	ABRANGÊNCIA	META QUADRIENAL	RESPONSÁVEL
Realizar reuniões da DGGR itinerante nas GERES	I Região de Saúde	Realizar 04 reuniões	DGGR
	II Região de Saúde	Realizar 04 reuniões	
	III Região de Saúde	Realizar 04 reuniões	
	IV Região de Saúde	Realizar 04 reuniões	
	V Região de Saúde	Realizar 04 reuniões	
	VI Região de Saúde	Realizar 04 reuniões	
	VII Região de Saúde	Realizar 04 reuniões	
	VIII Região de Saúde	Realizar 04 reuniões	
	IX Região de Saúde	Realizar 04 reuniões	
	X Região de Saúde	Realizar 04 reuniões	
	XI Região de Saúde	Realizar 04 reuniões	
	XII Região de Saúde	Realizar 04 reuniões	

OBJETIVO ESTRATÉGICO:

Implantar a Política de Telessaúde

DESCRIÇÃO:

Fortalecer as ações da Atenção à Saúde nos três níveis de assistência por meio da incorporação das estratégias de Telessaúde que visam ampliar o acesso às diversas especialidades, apoiar a gestão e contribuir para educação permanente dos profissionais de saúde a nível central, nas GERES e nos municípios.

PROGRAMA NO PPA:

1028 - Melhoria da Gestão do Sistema de Saúde

AÇÃO NA LOA:

3082 - Formação e Qualificação de Recursos Humanos para o SUS

AÇÃO	ABRANGÊNCIA	META QUADRIENAL	RESPONSÁVEL
Implementar pontos de vídeo colaboração nas Regiões de saúde	I Região de Saúde	Implementar 03 pontos de vídeo conferência	Diretoria de Telessaúde
	II Região de Saúde	Implementar 01 ponto de vídeo conferência	
	III Região de Saúde	Implementar 01 ponto de vídeo conferência	
	IV Região de Saúde	Implementar 01 ponto de vídeo conferência	
	V Região de Saúde	Implementar 01 ponto de vídeo conferência	
	VI Região de Saúde	Implementar 01 ponto de vídeo conferência	
	VII Região de Saúde	Implementar 01 ponto de vídeo conferência	
	VIII Região de Saúde	Implementar 01 ponto de vídeo conferência	
	IX Região de Saúde	Implementar 01 ponto de vídeo conferência	
	X Região de Saúde	Implementar 01 ponto de vídeo conferência	
	XI Região de Saúde	Implementar 01 ponto de vídeo conferência	
	XII Região de Saúde	Implementar 01 ponto de vídeo conferência	

AÇÃO	ABRANGÊNCIA	META QUADRIENAL	RESPONSÁVEL
Desenvolver o portal do núcleo Estadual de Telessaúde	Estado	Desenvolver 01 portal do núcleo Estadual de Telessaúde	Diretoria de Telessaúde
Desenvolver o portal do núcleo Estadual de Telessaúde	I Região de Saúde	Realizar 01 Curso de Capacitação	Diretoria de Telessaúde
	II Região de Saúde	Realizar 01 Curso de Capacitação	
	III Região de Saúde	Realizar 01 Curso de Capacitação	
	IV Região de Saúde	Realizar 01 Curso de Capacitação	
	V Região de Saúde	Realizar 01 Curso de Capacitação	
	VI Região de Saúde	Realizar 01 Curso de Capacitação	
	VII Região de Saúde	Realizar 01 Curso de Capacitação	
	VIII Região de Saúde	Realizar 01 Curso de Capacitação	
	IX Região de Saúde	Realizar 01 Curso de Capacitação	
	X Região de Saúde	Realizar 01 Curso de Capacitação	
	XI Região de Saúde	Realizar 01 Curso de Capacitação	
	XII Região de Saúde	Realizar 01 Curso de Capacitação	
Implantar central de telerregulação	Estado	01 central de telerregulação	Diretoria de Telessaúde
Implantar pontos de telemonitoramento e telediagnóstico em cardiologia na atenção básica	Estado	Implantar 200 pontos de telemonitoramento e telediagnóstico em cardiologia na atenção básica	Diretoria de Telessaúde
Implantar o serviço de tele-educação e segunda opinião formativa	Estado	Implantar 01 serviço de tele-educação	Diretoria de Telessaúde
Implantar o serviço de tele-educação e segunda opinião formativa	Estado	Realizar 200 capacitações com profissionais de saúde para uso das ferramentas de Tele-educação	Diretoria de Telessaúde
Implantar o serviço de tele-educação e segunda opinião formativa	Estado	Oferecer 01 curso na linha de cuidado Materno- infantil	Diretoria de Telessaúde
Implantar o serviço de teleconsultoria e segunda opinião formativa nas linhas de cuidado prioritárias do telessaúde	Estado	Implantar 01 serviço de teleconsultoria	Diretoria de Telessaúde

OBJETIVO ESTRATÉGICO:

Implementar a Política de Educação Permanente em Saúde

DESCRIÇÃO:

Transformar velhos modelos de ensino para uma formação voltada ao cotidiano dos serviços e necessidades de saúde da população, estimulando as CIES no cumprimento de suas ações de monitoramento do PAREPS e a produção de pesquisa pelo PPSUS.

PROGRAMA NO PPA:

1028 - Melhoria da Gestão do Sistema de Saúde

AÇÃO NA LOA:

3082 - Formação e Qualificação de Recursos Humanos para o SUS

AÇÃO	ABRANGÊNCIA	META QUADRIENAL	RESPONSÁVEL
Monitorar as ações dos Planos de Ação Regionais de Educação Permanente em Saúde - PAREPS por meio da Comissão de Integração de Ensino Serviço - CIES Estadual	I Região de Saúde	Monitorar 04 PAREPS	DGES
	II Região de Saúde	Monitorar 04 PAREPS	
	III Região de Saúde	Monitorar 04 PAREPS	
	IV Região de Saúde	Monitorar 04 PAREPS	
	V Região de Saúde	Monitorar 04 PAREPS	
	VI Região de Saúde	Monitorar 04 PAREPS	
	VII Região de Saúde	Monitorar 04 PAREPS	
	VIII Região de Saúde	Monitorar 04 PAREPS	
	IX Região de Saúde	Monitorar 04 PAREPS	
	X Região de Saúde	Monitorar 04 PAREPS	
	XI Região de Saúde	Monitorar 04 PAREPS	
	XII Região de Saúde	Monitorar 04 PAREPS	
Cofinanciar projetos de pesquisa do Programa de Pesquisas para o SUS - PPSUS	Estado	Cofinanciar 62 projetos de pesquisa do SUS - PPSUS	DGES

OBJETIVO ESTRATÉGICO:

Implementar a Política Estadual de Regulação

DESCRIÇÃO:

Promover a efetividade na aplicação dos recursos do Estado e fornecer à sociedade informações que permitam acompanhar e avaliar o desempenho da gestão pública, garantindo a realização de um concurso público ampliando o quadro de auditores no Estado e assegurando a boa estrutura de funcionamento dos núcleos de auditoria.

PROGRAMA NO PPA:

1028 - Melhoria da Gestão do Sistema de Saúde

AÇÃO NA LOA:

3438 - Implementação do Sistema de Regulação, Controle e Avaliação do SUS

AÇÃO	ABRANGÊNCIA	META QUADRIENAL	RESPONSÁVEL
Implantar as Centrais Macrorregionais de Regulação	I Macrorregião	Implantar 01 Central de Regulação	DGFA
	II Macrorregião	Implantar 01 Central de Regulação	
Implantar Sistema de Regulação Integrado	Estado	Implantar 01 Sistema de Regulação Integrado	DGFA
Desconcentrar o Componente Estadual de Auditoria	I Macrorregião	Realizar 01 implantação de auditoria	DGMAGS
	II Macrorregião	Realizar 01 implantação de auditoria	
	III Macrorregião	Realizar 01 implantação de auditoria	
	IV Macrorregião	Realizar 01 implantação de auditoria	
Realizar Fórum de Auditoria e Regulação em Saúde	Estado	Realizar 02 Fóruns	DGMAGS

OBJETIVO ESTRATÉGICO:

Implementar Ações para Valorização e Qualificação dos Servidores da SES

DESCRIÇÃO:

Desenvolver ações que promovam a qualidade de vida, a segurança e a saúde do trabalhador, a qualidade de vida, a segurança e a saúde do trabalhador além da responsabilidade pela coordenação e supervisão, no âmbito da SES, da execução de atividades relacionadas com os sistemas de administração, movimentação, remuneração, benefícios dos servidores e gerência de todos os processos administrativos disciplinares.

PROGRAMA NO PPA:

1028 - Melhoria da Gestão do Sistema de Saúde

AÇÃO NA LOA:

3085 - Implementação de Ações para Valorização do Servidor

AÇÃO	ABRANGÊNCIA	META QUADRIENAL	RESPONSÁVEL
Construir a Cartilha de Orientação aos servidores e disponibilizar online no site da SES	Estado	Construir 1 cartilha e disponibilizar no site da SES	DGVT
Implantar o banco de interesse em remoção e permuta de servidores efetivos	Estado	Implantar 01 banco de interesse	DGVT
Instituir a mesa de negociação SUS com ênfase na avaliação de desempenho, condições de trabalho e educação em saúde	Estado	Instituir 01 mesa de negociação SUS	DGVT

AÇÃO	ABRANGÊNCIA	META QUADRIENAL	RESPONSÁVEL
Revisar e reencaminhar a alteração do Decreto de cessão de servidores do estado à Secretaria de Administração para fins de publicação	Estado	Realizar 01 Revisão e reencaminhar Decreto de cessão de servidores	DGTT
Instalar o Sistema de Administração de Recursos Humanos (SAD-RH) em todas as unidades hospitalares e GERES	I Região de Saúde	Instalar 14 Sistemas SAD-RH	DGTT
	II Região de Saúde	Instalar 03 Sistemas SAD-RH	
	III Região de Saúde	Instalar 03 Sistemas SAD-RH	
	IV Região de Saúde	Instalar 03 Sistemas SAD-RH	
	V Região de Saúde	Instalar 02 Sistemas SAD-RH	
	VI Região de Saúde	Instalar 03 Sistemas SAD-RH	
	VII Região de Saúde	Instalar 02 Sistemas SAD-RH	
	VIII Região de Saúde	Instalar 02 Sistemas SAD-RH	
	IX Região de Saúde	Instalar 02 Sistemas SAD-RH	
	X Região de Saúde	Instalar 02 Sistemas SAD-RH	
	XI Região de Saúde	Instalar 02 Sistemas SAD-RH	
	XII Região de Saúde	Instalar 02 Sistemas SAD-RH	
Realizar avaliação de desempenho para os servidores efetivos médico da SES	Estado	Realizar 4199 avaliações	DGTT
Qualificar o quadro de pessoal da Diretoria Geral de Gestão do Trabalho por meio de Cursos	Nível Central	Realizar 03 Cursos	DGTT

OBJETIVO ESTRATÉGICO:

Implementar o Plano pela Primeira Infância do Programa Mãe Coruja Pernambucana

DESCRIÇÃO:

Garantir atenção integral às gestantes, aos seus filhos e famílias, através de ações articuladas no campo da saúde, educação, desenvolvimento e assistência social. Assim sendo, deve-se fortalecer as oficinas em Educação Alimentar e Nutricional com ênfase no aleitamento materno, alimentação complementar saudável, educação e recuperação nutricional, bem como os processos de alfabetização, letramento e elevação da escolaridade às gestantes garantindo o exercício da cidadania e inserção no mercado de trabalho.

PROGRAMA NO PPA:

909 - Ampliação da Proteção às Mulheres - Programa Mãe Coruja

AÇÃO NA LOA:

4323 - Qualificação do Atendimento Integral às Mulheres, Gestantes e seus Filhos

AÇÃO	ABRANGÊNCIA	META QUADRIENAL	RESPONSÁVEL
Sensibilizar gestores e profissionais da Rede de Cuidado Materna e Infantil para implementação das ações do Plano pela Primeira Infância do Programa Mãe Coruja Pernambucana por meio de Seminário	I Região de Saúde	Realizar 01 Seminário para 210 gestores e profissionais	Diretoria de Políticas Estratégicas do Programa Mãe Coruja
	II Região de Saúde	Realizar 01 Seminário para 230 gestores e profissionais	
	III Região de Saúde	Realizar 01 Seminário para 238 gestores e profissionais	
	IV Região de Saúde	Realizar 01 Seminário para 270 gestores e profissionais	
	V Região de Saúde	Realizar 01 Seminário para 215 gestores e profissionais	
	VI Região de Saúde	Realizar 01 Seminário para 175 gestores e profissionais	
	VII Região de Saúde	Realizar 01 Seminário para 145 gestores e profissionais	
	VIII Região de Saúde	Realizar 01 Seminário para 148 gestores e profissionais	
	IX Região de Saúde	Realizar 01 Seminário para 165 gestores e profissionais	
	X Região de Saúde	Realizar 01 Seminário para 170 gestores e profissionais	
	XI Região de Saúde	Realizar 01 Seminário para 160 gestores e profissionais	
	XII Região de Saúde	Realizar 01 Seminário para 163 gestores e profissionais	
Capacitar profissionais da rede de cuidado materno-infantil para as ações do Plano pela Primeira Infância do Programa Mãe Coruja Pernambucana.	I Região de Saúde	Capacitar 2923 profissionais	Diretoria de Políticas Estratégicas do Programa Mãe Coruja
	II Região de Saúde	Capacitar 3216 profissionais	
	III Região de Saúde	Capacitar 3218 profissionais	
	IV Região de Saúde	Capacitar 4677 profissionais	
	V Região de Saúde	Capacitar 3069 profissionais	
	VI Região de Saúde	Capacitar 1900 profissionais	
	VII Região de Saúde	Capacitar 1023 profissionais	
	VIII Região de Saúde	Capacitar 1028 profissionais	
	IX Região de Saúde	Capacitar 1608 profissionais	
	X Região de Saúde	Capacitar 1754 profissionais	
	XI Região de Saúde	Capacitar 1461 profissionais	
	XII Região de Saúde	Capacitar 1463 profissionais	
Estruturar com o kit brinquedo, os Cantinhos da Criança nos Cantos Mãe Coruja;	I Região de Saúde	Estruturar 01 Cantinho da Criança	Diretoria de Políticas Estratégicas do Programa Mãe Coruja
	II Região de Saúde	Estruturar 03 Cantinhos da Criança	
	III Região de Saúde	Estruturar 11 Cantinhos da Criança	
	IV Região de Saúde	Estruturar 14 Cantinhos da Criança	
	V Região de Saúde	Estruturar 21 Cantinhos da Criança	
	VI Região de Saúde	Estruturar 13 Cantinhos da Criança	
	VII Região de Saúde	Estruturar 02 Cantinhos da Criança	
	VIII Região de Saúde	Estruturar 07 Cantinhos da Criança	
	IX Região de Saúde	Estruturar 11 Cantinhos da Criança	
	X Região de Saúde	Estruturar 05 Cantinhos da Criança	
	XI Região de Saúde	Estruturar 10 Cantinhos da Criança	
	XII Região de Saúde	Estruturar 05 Cantinhos da Criança	

OBJETIVO ESTRATÉGICO:

Incluir os temas Racismo e Saúde da População Negra nos processos de formação e educação permanente dos trabalhadores da Saúde e no exercício do controle social na Saúde

DESCRIÇÃO:

Desenvolver processos de informação, comunicação e educação, que desconstruam estigmas e preconceitos, fortaleçam uma identidade negra positiva e contribuam para a redução das vulnerabilidades

PROGRAMA NO PPA:

1033 - Melhoria da Atenção à Saúde

AÇÃO NA LOA:

2070 - Atenção Integral à Saúde da População Negra e Quilombola

AÇÃO	ABRANGÊNCIA	META QUADRIENAL	RESPONSÁVEL
Realizar Encontro Estadual	Estado	Realizar 02 encontros estaduais	CESPN/DPE

OBJETIVO ESTRATÉGICO:

Monitorar e avaliar os indicadores e as metas pactuados para a promoção da saúde da população negra visando reduzir as iniquidades macrorregionais, regionais, estaduais e municipais.

DESCRIÇÃO:

Aprimorar a qualidade dos sistemas de informação em saúde, por meio da inclusão do quesito raça/cor em todos os instrumentos de coleta de dados adotados pelos serviços públicos, os conveniados ou contratados pelo SUS, objetivando a melhoria da qualidade dos sistemas de informação do SUS no que tange à coleta, processamento e análise dos dados desagregados por raça, cor e etnia.

PROGRAMA NO PPA:

1033 - Melhoria da Atenção à Saúde

AÇÃO NA LOA:

2070 - Atenção Integral à Saúde da População Negra e Quilombola

AÇÃO	ABRANGÊNCIA	META QUADRIENAL	RESPONSÁVEL
Realizar reunião para monitoramento dos indicadores	Estado	Realizar 04 reuniões	CESPN/DPE

OBJETIVO ESTRATÉGICO:

Qualificar e atualizar tecnicamente a equipe da Coordenação Estadual de Saúde da População Negra - CESPN

DESCRIÇÃO:

Promover a saúde integral da população negra, priorizando a redução das desigualdades étnico-raciais, o combate ao racismo e à discriminação nas instituições e serviços do SUS, fomentando a realização de estudos e pesquisas sobre racismo e saúde da população negra.

PROGRAMA NO PPA:

1033 - Melhoria da Atenção à Saúde

AÇÃO NA LOA:

2070 - Atenção Integral à Saúde da População Negra e Quilombola

AÇÃO	ABRANGÊNCIA	META QUADRIENAL	RESPONSÁVEL
Participar de Símpósios e congressos relacionados à Saúde da População Negra	Estado	Garantir 02 participações	CESPN/DPE

OBJETIVO ESTRATÉGICO:

Qualificar o Monitoramento e Avaliação do Programa Mãe Coruja Pernambucana

DESCRIÇÃO:

Garantir atenção integral às gestantes, aos seus filhos e famílias, através de ações articuladas no campo da saúde, educação, desenvolvimento e assistência social. Assim sendo, deve-se fortalecer as oficinas em Educação Alimentar e Nutricional com ênfase no aleitamento materno, alimentação complementar saudável, educação e recuperação nutricional, bem como os processos de alfabetização, letramento e elevação da escolaridade às gestantes garantindo o exercício da cidadania e inserção no mercado de trabalho.

PROGRAMA NO PPA:

909 - Ampliação da Proteção às Mulheres - Programa Mãe Coruja

AÇÃO NA LOA:

4323 - Qualificação do Atendimento Integral às Mulheres, Gestantes e seus Filhos

AÇÃO	ABRANGÊNCIA	META QUADRIENAL	RESPONSÁVEL
Monitorar as gestantes e crianças no território Mãe Coruja	I Região de Saúde	Monitorar 800 gestantes e 36 crianças	Diretoria de Políticas Estratégicas do Programa Mãe Coruja
	II Região de Saúde	Monitorar 1.864 das gestantes e 1.468 crianças	
	III Região de Saúde	Monitorar 8.592 das gestantes e 4.932 crianças	
	IV Região de Saúde	Monitorar 12.336 das gestantes e 7652 crianças	
	V Região de Saúde	Monitorar 15.448 das gestantes e 12.688 crianças	
	VI Região de Saúde	Monitorar 11.552 das gestantes e 10.116 crianças	
	VII Região de Saúde	Monitorar 15.32das gestantes e 1.304crianças	
	VIII Região de Saúde	Monitorar 9.644 das gestantes e 7.948 crianças	
	IX Região de Saúde	Monitorar 11.872 das gestantes e 8.088 crianças	
	X Região de Saúde	Monitorar 2.824 das gestantes e 2.624 crianças	
	XI Região de Saúde	Monitorar 7.048 das gestantes e 6.180 crianças	
	XII Região de Saúde	Monitorar 4.408 das gestantes e 3.372 crianças	
Qualificar o Sistema de Informação do Programa Mãe Coruja - SIS Mãe Coruja por meio de atualização da plataforma	Estado	Atualizar 01 Plataforma do Sistema de Informação	Diretoria de Políticas Estratégicas do Programa Mãe Coruja
Qualificar o Sistema de Informação do Programa Mãe Coruja - SIS Mãe Coruja por meio de atualização da plataforma	Estado	Implementar melhoria em 40 relatórios do Sistema de Informação.	Diretoria de Políticas Estratégicas do Programa Mãe Coruja
Coruja - SIS Mãe Coruja			Programa Mãe Coruja
Qualificar a Vigilância do Óbito Materno, Fetal e Infantil, nas Regiões de Saúde do Programa Mãe Coruja por meio de Reuniões com o Grupo Técnico Regional	I Região de Saúde	Realizar 48 Reuniões anuais com o GT Regional	Diretoria de Políticas Estratégicas do Programa Mãe Coruja
	II Região de Saúde	Realizar 48 Reuniões anuais com o GT Regional	
	III Região de Saúde	Realizar 48 Reuniões anuais com o GT Regional	
	IV Região de Saúde	Realizar 48 Reuniões anuais com o GT Regional	
	V Região de Saúde	Realizar 48 Reuniões anuais com o GT Regional	
	VI Região de Saúde	Realizar 48 Reuniões anuais com o GT Regional	
	VII Região de Saúde	Realizar 48 Reuniões anuais com o GT Regional	
	VIII Região de Saúde	Realizar 48 Reuniões anuais com o GT Regional	
	IX Região de Saúde	Realizar 48 Reuniões anuais com o GT Regional	
	X Região de Saúde	Realizar 48 Reuniões anuais com o GT Regional	
	XI Região de Saúde	Realizar 48 Reuniões anuais com o GT Regional	
	XII Região de Saúde	Realizar 48 Reuniões anuais com o GT Regional	

AÇÃO	ABRANGÊNCIA	META QUADRIENAL	RESPONSÁVEL
Participar das ações do Grupo Condutor da Rede Materna e Infantil das Regiões de Saúde, induzindo a vinculação ao parto.	I Região de Saúde	Participar de 24 reuniões do Grupo Condutor	Diretoria de Políticas Estratégicas do Programa Mãe Coruja
	II Região de Saúde	Participar de 24 reuniões do Grupo Condutor	
	III Região de Saúde	Participar de 24 reuniões do Grupo Condutor	
	IV Região de Saúde	Participar de 24 reuniões do Grupo Condutor	
	V Região de Saúde	Participar de 24 reuniões do Grupo Condutor	
	VI Região de Saúde	Participar de 24 reuniões do Grupo Condutor	
	VII Região de Saúde	Participar de 24 reuniões do Grupo Condutor	
	VIII Região de Saúde	Participar de 24 reuniões do Grupo Condutor	
	IX Região de Saúde	Participar de 24 reuniões do Grupo Condutor	
	X Região de Saúde	Participar de 24 reuniões do Grupo Condutor	
	XI Região de Saúde	Participar de 24 reuniões do Grupo Condutor	
	XII Região de Saúde	Participar de 24 reuniões do Grupo Condutor	
Promover atualização para os profissionais do Programa nas ações de: Incentivo ao aleitamento materno; imunização e acompanhamento do Pré-natal, parto, puerpério e nascimento saudável.	I Região de Saúde	Realizar 48 reuniões mensais	Diretoria de Políticas Estratégicas do Programa Mãe Coruja
	II Região de Saúde	Realizar 48 reuniões mensais	
	III Região de Saúde	Realizar 48 reuniões mensais	
	IV Região de Saúde	Realizar 48 reuniões mensais	
	V Região de Saúde	Realizar 48 reuniões mensais	
	VI Região de Saúde	Realizar 48 reuniões mensais	
	VII Região de Saúde	Realizar 48 reuniões mensais	
	VIII Região de Saúde	Realizar 48 reuniões mensais	
	IX Região de Saúde	Realizar 48 reuniões mensais	
	X Região de Saúde	Realizar 48 reuniões mensais	
	XI Região de Saúde	Realizar 48 reuniões mensais	
	XII Região de Saúde	Realizar 48 reuniões mensais	



DIRETRIZ 6

AMPLIAÇÃO DOS INVESTIMENTOS EM SAÚDE

CAPÍTULO 4

DIRETRIZ 6:

Ampliação dos investimentos em Saúde

Garantir investimentos para a ampliação dos equipamentos (construção e aparelhagem) públicos de saúde melhorando as condições de atendimento da população do Estado.

OBJETIVO ESTRATÉGICO:

Construção, Ampliação, Reforma e Equipagem de Unidades de Saúde

Descrição:

Melhorar a qualidade da assistência prestada à população através da reestruturação física e equipagem das unidades de saúde do Estado

PROGRAMA NO PPA:

902 - Expansão e Melhoria da Infraestrutura de Atendimento em Saúde

AÇÃO NA LOA:

4553 - Construção, Ampliação, Reforma e Equipagem de Unidades de Saúde

AÇÃO	ABRANGÊNCIA	META QUADRIENAL	RESPONSÁVEL
Implantar o Serviço de Ressonância Magnética no Hospital Pelópidas Silveira	I Macrorregião	Implantar 01 serviço	DGMMAS
Ampliar salas do Bloco Cirúrgico do Hospital Dom Malan	Estado	Ampliar para 06 salas no bloco cirúrgico	DGMMAS
Construir Centro de Parto Normal (CPN) - Rede Cegonha - do Hospital Dom Malan	Estado	Construir 01 CPN	DGMMAS
Acompanhar a Construção do Centro do Idoso por meio de visitas técnicas e de reuniões	I Região de Saúde	Realizar 12 visitas técnicas e 12 reuniões	DPE
Implantar Laboratório de Análises Clínicas no Hospital Regional Emilia Câmara	X Região de Saúde	Implantar 01 laboratório	DGAR
Implantar o Serviço de Fisioterapia Ambulatorial no Hospital Pelópidas Silveira	I Macrorregião	Implantar 01 serviço	DGMMAS
Construir um novo Hospital de Onco-hematologia	Estado	Construir 01 serviço	SEAF (ENGENHARIA)

OBJETIVO ESTRATÉGICO:

Executar recursos de Convênio de Receita (Emenda Parlamentar) para reforma e readequação de espaços de hospitais Regionais e Especializados

DESCRIÇÃO:

Ampliar a cobertura dos serviços de saúde, através da construção, melhoria e equipagem das unidades de saúde.

PROGRAMA NO PPA:

902 - Expansão e Melhoria da Infraestrutura de Atendimento em Saúde

AÇÃO NA LOA:

4553 - Construção, Ampliação, Reforma e Equipagem de Unidades de Saúde

AÇÃO	ABRANGÊNCIA	META QUADRIENAL	RESPONSÁVEL
Acompanhar através de visita técnica construção do centro de parto normal nos Hospitais Regionais José Fernandes Salsa e no Emília Câmara	II Região de Saúde	Realizar 05 visitas técnicas no Hospital Regional José Fernandes Salsa	DGAR
	X Região de Saúde	Realizar 05 visitas técnicas no Hospital Regional Emília Câmara	
Equipar centros de parto normal nos Hospitais Regionais José Fernandes Salsa e no Emília Câmara	II Região de Saúde	Equipar 01 centro de parto Normal	DGAR
Readequar espaço físico e reequipar o Hospital Regional José Fernandes Salsa	II Região de Saúde	Readequar e reequipar o Hospital Regional de Limoeiro	DGAR

OBJETIVO ESTRATÉGICO:

Fortalecer a Assistência Materno Infantil

DESCRIÇÃO:

Ampliar a cobertura dos serviços de saúde, através da construção, melhoria e equipagem das unidades de saúde.

PROGRAMA NO PPA:

902 - Expansão e Melhoria da Infraestrutura de Atendimento em Saúde

AÇÃO NA LOA:

4553 - Construção, Ampliação, Reforma e Equipagem de Unidades de Saúde

AÇÃO	ABRANGÊNCIA	META QUADRIENAL	RESPONSÁVEL
Acompanhar por meio de reuniões e visitas técnicas a conclusão da Construção do Hospital da Mulher em Caruaru	II Macrorregião	Realizar 04 reunião/ano e 02 visitas	DGAIS
Acompanhar por meio de reuniões e visitas técnicas a Construção do Hospital Brites de Albuquerque em Olinda	I Macrorregião	Realizar 04 reunião/ano e 02 visitas	DGAIS
Acompanhar por meio de reuniões e visitas técnicas a construção da Maternidade de Jaboatão	I Macrorregião	Realizar 04 reunião/ano e 02 visitas	DGAIS
Acompanhar por meio de reuniões e visitas técnicas a construção do Bloco cirúrgico da Maternidade do Hospital Barão de Lucena	I Macrorregião	Realizar 04 reunião/ano e 02 visitas	DGAIS

OBJETIVO ESTRATÉGICO:

Fortalecer a rede de Urgências Odontológicas e Atenção Hospitalar

DESCRIÇÃO:

Garantir a boa qualidade no atendimento aos usuários de órteses e próteses, bem como as urgências odontológicas, ampliando o serviço de prótese e o de implantes dentários

PROGRAMA NO PPA:

902 - Expansão e Melhoria da Infraestrutura de Atendimento em Saúde

AÇÃO NA LOA:

4553 - Construção, Ampliação, Reforma e Equipagem de Unidades de Saúde

AÇÃO	ABRANGÊNCIA	META QUADRIENAL	RESPONSÁVEL
Implantar serviço urgência odontológica nas regiões de saúde	IX Região de Saúde	Implantar 01 serviço de urgência odontológica	CESB/DPE
	X Região de Saúde	Implantar 01 serviço de urgência odontológica	
	VI Região de Saúde	Implantar 01 serviço de urgência odontológica	
Elaborar manual de Condutas para Implantação de Odontologia Hospitalar	Estado	Elaborar 1 manual	CESB/DPE
Implantar Odontologia Hospitalar em unidades da Rede de Urgência própria do Estado	I Região de Saúde	Implantar em 5 unidades próprias da Rede de Urgência	CESB/DPE
Implantar Odontologia Hospitalar em Hospitais Regionais	III Região de Saúde	Implantar em 1 HR	CESB/DPE
Implantar Odontologia Hospitalar em Hospitais Regionais	V Região de Saúde	Implantar em 1 HR	CESB/DPE
Implantar Odontologia Hospitalar em Hospitais Regionais	VII Região de Saúde	Implantar em 1 HR	CESB/DPE



MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DO PES 2016-2019

CAPÍTULO 5

5. Processo de Monitoramento e Avaliação do PES 2016-2019

De acordo com Manual de Planejamento do SUS (Brasil. Ministério da Saúde, 2015) o processo de planejamento deve estar articulado ao Monitoramento e a Avaliação, não consistindo apenas no exercício de programação de metas futuras, mas também em uma ação estratégica da Gestão Pública com o objetivo de orientar e reorientar programas e projetos governamentais de forma a ampliar a efetividade das ações nas Políticas Públicas, contribuindo para o aperfeiçoamento da Gestão do SUS.

Sendo assim, os entes federados devem ter como responsabilidade monitorar e avaliar os compromissos e intenções assumidos com a Sociedade Civil nos seus Planos de Saúde e Programações Anuais de Saúde, visando analisar os resultados alcançados bem como as estratégias adotadas para o alcance dos objetivos propostos.

O Monitoramento e Avaliação são parte de um ciclo que envolve todo o planejamento. O primeiro deles compreende o acompanhamento constante das metas e indicadores, que expressam as Diretrizes e os objetivos da política de saúde em um determinado período. O Sistema de Planejamento do SUS tem adotado como instrumento de Monitoramento do desempenho da Gestão, o Relatório Detalhado Quadrimestral, instituído pela Lei Complementar 141/2012.

A referida lei trata, em seu capítulo IV, seção III, Da Prestação de Contas, versando no Art. 36: "O gestor do SUS em cada ente da Federação elaborará Relatório detalhado referente ao quadri-mestre anterior, o qual conterá, no mínimo, as seguintes informações: I - montante e fonte dos recursos aplicados no período; II - auditorias realizadas ou em fase de execução no período e suas recomendações e determinações; III - oferta e produção de serviços públicos na rede assistencial própria, contratada e conveniada, cotejando esses dados com os indicadores de saúde da população em seu âmbito de atuação."

O segundo, o processo de avaliação, compreende a apreciação dos resultados alcançados, devendo contemplar em que medida as políticas, programas, ações e serviços de saúde promoveram ou não a melhoria das condições de saúde da população ao final de quatro anos. Para tanto, os Gestores devem considerar um conjunto de critérios como o impacto, a efetividade, as prioridades refletidas nos objetivos estratégicos, a racionalidade dos recursos, o contexto político, entre outros. Da mesma forma, o Relatório Anual de Gestão é estabelecido pelo Sistema de Planejamento do SUS como o principal instrumento de avaliação da Gestão, com formato definido nas Portarias Ministeriais Nº 575/2012 e Nº 2.135/2013.

Em ambos os instrumentos são estabelecidos indicadores de monitoramento e de avaliação. O indicador é uma variável, característica ou atributo que é capaz de sintetizar, representar ou dar maior significado ao que se quer monitorar ou avaliar. Deve ser utilizado como ferramenta de mensuração que possibilite observar as mudanças efetivas nos processos e nos resultados, por meio do estabelecimento de ações e metas prioritárias que garantam a melhoria contínua e gradativa de uma situação ou agravio.

Existem diversos tipos de indicadores, mas para efeito de monitoramento e avaliação do Plano Estadual de Saúde 2016-2019, serão adotados Indicadores de processo e Indicadores de resultados.

Os indicadores de processo, ou seja, aqueles que acompanham periodicamente o processo de execução das ações e metas estabelecidas e servirão como ferramenta de gerenciamento quadrienal e interno da Diretoria Geral de Planejamento das ações apresentadas nas programações anuais de saúde. Este acompanhamento será subsídio para apresentação do andamento das ações nos Relatórios Detalhados Quadriestrais.

Para isso foi estabelecido um escore de 05 níveis de alcance que balizam este gerenciamento, a saber:

NIVEL	FAIXA (atingiu)	QUALIFICAÇÃO	% DAS METAS
1	76 a 100%	Ótimo	+ de 40%
2	66 a 75%	Bom	+ de 40%
3	51 a 65%	Regular	+ de 60%
4	26 a 50%	Ruim	+ de 50%
5	>1 a 25%	Péssimo	+ de 50%

Os Indicadores de Resultados adotados, serão aqueles que avaliarão as mudanças geradas com o alcance dos objetivos propostos durante os quatro anos de Gestão e terão seus resultados parciais apresentados no Relatório Anual de Gestão.

O elenco de indicadores de resultados do PES 2016-2019 foi definido tomando como base, indicadores já utilizados pela Gestão Estadual. Serão adotados, 41 indicadores de resultados pactuados pelo Estado e que apresentam metodologia definida pelo Sistema de Pactuação de Indicadores do SUS – SISPACTO, organizados de acordo com as Diretrizes e os Objetivos do PES 2016-2019.

INDICADORES DE RESULTADOS DO PES 2016-2019

1. Cobertura de acompanhamento das condicionalidades de saúde do programa bolsa família.
2. Proporção de exodontia em relação aos procedimentos.
3. Proporção de Vacinas do calendário básico de vacinação da criança com coberturas vacinais alcançadas.
4. Cobertura de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).
5. Razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos e a população da mesma faixa etária.
6. Razão de exames de mamografia de rastreamento realizados em mulheres de 50 a 69 anos e população da mesma faixa etária.
7. Proporção de parto normal no SUS e na Saúde Suplementar.

INDICADORES DE RESULTADOS DO PES 2016-2019

8. Taxa de mortalidade infantil.
9. Proporção de óbitos maternos investigados.
10. Proporção de óbitos de mulheres em idade fértil (MIF) investigados.
11. Número de casos novos de sífilis congênita em menores de um ano de idade.
12. Taxa de mortalidade prematura (<70 anos) pelo conjunto das 4 principais DCNT (doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas).
13. Proporção de cura de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera com confirmação laboratorial.
14. Proporção de exames anti-HIV realizados entre os casos novos de tuberculose.
15. Proporção de registro de óbitos com causas básicas definidas.
16. Proporção de municípios com casos de doenças ou agravos relacionados ao trabalho notificados.
17. Percentual de Municípios que realizam no mínimo seis grupos de ações de vigilância sanitária consideradas necessárias a todos os municípios.
18. Número de casos de AIDS em menores de 5 anos.
19. Proporção de cura dos casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes.
20. Número de absoluto de óbitos por dengue.
21. Proporção de imóveis visitados em pelo menos 4 ciclos de visitas domiciliares para controle da dengue.
22. Proporção de análises realizadas em amostras de água para consumo humano quanto aos parâmetros coliformes totais, cloro residual livre e turbidez.
23. Proporção de ações de educação permanente implementadas e/ou realizada.
24. Planos de saúde enviados ao conselho de saúde.

ETAPAS PARA ACOMPANHAMENTO DOS INDICADORES NO PERÍODO DE 2016 À 2019:

- Revisão dos indicadores de resultados adotados para avaliação do alcance dos objetivos ao longo dos quatro anos;
- Alinhamento entre a Programação Anual de Saúde, o Relatório Detalhado Quadrimestral e o Relatório Anual de Saúde, com o objetivo de elencar indicadores comuns de Monitoramento e Avaliação;
- Realizar quadrimestralmente encontros com as áreas técnicas, órgãos da SES/PE e com o CES para acompanhar os indicadores de processo;
- Realizar encontros anuais para avaliar parcialmente os indicadores de resultados definidos no PES, dimensionando o alcance parcial das Diretrizes e Objetivos propostos.



RECOMENDAÇÕES DA 8^a CONFERÊNCIA ESTADUAL DE SAÚDE VERA BARONI E DO CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE

CAPÍTULO 6

6. Recomendações da 8^a Conferência Estadual de Saúde Vera Baroni e do Conselho Estadual de Saúde

1. Que seja assegurada a requalificação do HEMOPE, no que se referem à sua instalação física, equipamentos e profissionais de hematologia, garantindo que estes profissionais também sejam alocados nas unidades de saúde de todas as regiões de saúde do Estado;
2. Apoiar a ampliação e fortalecimento dos Centros de Apoio Psicossocial (CAPs) - CAPS III, CAPSi e CAPS ADIII, com base nos perfis populacionais das Regiões de Saúde, e desenho da rede já pactuado em Comissão Intergestores Bipartite(CIB);
3. Que o CES possa incluir em suas ações de fiscalização, através da Comissão de Supervisão, a aplicabilidade da classificação de risco nas unidades de saúde do Estado e o cumprimento da carga horária de seus profissionais;
4. Assegurar o acesso de medicamentos aos usuários/as na central de Medicamentos do Estado, sem descontinuidade na distribuição e com agilidade nos processos licitatórios para a aquisição dos medicamentos;
5. Que seja assegurada a realização de um trabalho eficaz no que se refere às ações desenvolvidas com usuários/as com coinfecção Tuberculose - HIV, visando à redução dos agravos e mortalidade;
6. Que a SES, através de sua rede própria de saúde pública, sob gestão da mesma e dos entes privados (OS), assegure a atenção integral à saúde, e o uso racional de medicamentos, através da Assistência Farmacêutica;
7. Que os editais para seleção de Organizações da Sociedade Civil para realização de eventos relacionados às DSTs, HIV/Aids e Hepatites Virais, sejam lançados anualmente, e não a cada quatro anos;
8. Que as ações de Vigilância em Saúde Ambiental, sejam realizadas em articulação com o CES por meio da Comissão de Saúde Ambiental;
9. Divulgar o quantitativo de profissionais de saúde do trabalhador existentes no quadro do Estado;
10. Ampliar as ações de prevenção de acidentes de moto nos Municípios do agreste e sertão do Estado;
11. Promover a aquisição de equipamentos e aparelhos em todos os Hospitais do Estado;
12. Orientar os Municípios na utilização dos recursos para a melhoria da Gestão nos Hospitais;
13. Considerar a ampliação dos profissionais de hematologia no estado;

-
- 14.** Ampliar a oferta de fonte de Oxigênio nos grandes hospitais;
- 15.** Criar um comitê de gerenciamento para acompanhamento das reformas e adequações das unidades de saúde;
- 16.** Garantir o cumprimento do atendimento prioritário e preferencial nos serviços de saúde como determinam as leis 10.048/00 e 12.008/09 e a NBR 9050;
- 17.** Disponibilizar Kits de material para redução de danos aos usuários de álcool e outras drogas;
- 18.** Criar leitos adultos de Unidades Terapia Intensiva no Hospital João Murilo de Oliveira;
- 19.** Garantir o atendimento especializado aos pacientes geriátricos e pediátricos;
- 20.** Ampliar os centros de reabilitação para os municípios com menos de 20 mil habitantes para terem um melhor acesso;
- 21.** Ofertar atendimento humanizado pelo SAMU aos usuários e usuárias com transtorno mental em crise, respeitando as diretrizes da política de urgência e emergência e os princípios da reforma psiquiátrica;
- 22.** Garantir acesso e oferta à rede de exames diagnósticos de responsabilidade da esfera estadual e disponibilizar todos os exames laboratoriais básicos existentes no protocolo do MS, garantindo recursos humanos de nível superior e nível técnico com formações na área laboratorial, a estrutura e a logística de reagentes adequadas, bem como agilizar coleta e entrega de resultados, em até 30 dias úteis;
- 23.** Promover, através do Estado, feiras de saúde com equipe multidisciplinar anualmente nos municípios, realizando consultas com especialistas e exames de rotina (Mamografia);
- 24.** Ofertar o acesso com integralidade do cuidado às unidades de saúde (Unidades Básicas de Saúde, Ambulatório Médico de Especialidades, Unidade de Pronto Atendimento, hospital de referência, pronto atendimento e apoio diagnóstico) às mulheres, crianças, idosos, pessoas com deficiência, profissionais do sexo e pessoas em situação de vulnerabilidade vítimas de violência de gênero, doméstica e sexual;
- 25.** Combater toda forma de violência, de racismo institucional e social, assegurando a garantia de saúde como direito humano, sem preconceitos com as pessoas com transtornos mentais sem discriminação, defendendo o direito de gênero, étnico/raciais, de crença e cultura, geracionais, de deficiências e procedências regionais, além de fazer valer o direito da equidade nos serviços de saúde, buscando o atendimento integral aos usuários;
- 26.** Garantir a equidade e a integralidade da saúde às Comunidades Tradicionais, Quilombolas, Indígenas, Ciganas, Movimento sem Terra e Reassentados, aprimorando ações de atenção básica e saneamento assegurando o respeito às práticas e saberes de saúde da população;
- 27.** Criar uma política de estado para o pleno atendimento das pessoas com deficiências auditivas, com a oferta de aparelhos auditivos promovendo a inclusão e a comunicação, disponibilizando formação em libras para os profissionais que atuam nas unidades de saúde;
- 28.** Garantir a venda de remédios fracionados a todos os pacientes beneficiários do SUS em condições adequadas;

- 29.** Garantir, às pessoas que fazem uso de álcool e outras drogas, integralidade no cuidado, sem qualquer forma de pré-julgamento, moralismos e negligência do cuidado. Que as ações a essa população sejam elaboradas intersetorialmente, visando à eliminação de encaminhamentos para serviços que atuam na perspectiva de afastamento do convívio familiar e comunitário, tais como hospitais psiquiátricos, centros de recuperação e comunidades terapêuticas;
- 30.** Incentivar a prática do parto normal e humanizado a fim de reduzir o número de partos cesarianos, com a construção de casa de partos;
- 31.** Ampliar a cobertura da rede de atenção à saúde, aumentando o número de cotas e o elenco de serviços especializados, bem como exames e consultas ambulatoriais de média e alta complexidade, dos serviços de saúde respeitando a regionalização;
- 32.** Melhorar a qualidade da assistência à saúde nos hospitais públicos municipais, regionais e estaduais, ampliando a oferta de serviços e ações de modo a atender a necessidade de saúde respeitando os princípios da integralidade, humanização, buscando reduzir as mortes evitáveis e melhorando as condições de vida das pessoas, promovendo o acolhimento dos usuários por todos os profissionais de saúde, através de sensibilização e qualificação;
- 33.** Implantar Unidades de Cuidados Integrais especializadas em práticas integrativas, como equipamento importante na composição das regiões de saúde e das redes de Atenção de Saúde;
- 34.** Ampliar da oferta de transporte sanitário adequado às necessidades dos usuários em tratamento, que possuem dificuldade de locomoção e necessitem de translado saindo do seu território para tratamento continuado, incluindo os pacientes com transtornos mentais e pacientes que realizam tratamento de hemodiálise, atendendo as áreas de difícil acesso;
- 35.** Implantar e descentralizar serviços de referência nas regiões de saúde (oncologia, traumato-logicia, hemodiálise, UTI geral, pediátrica e neonatal, maternidade de alto risco, SAMU);
- 36.** Fortalecer a parceria das Unidades de Saúde da Família com o Canto Mãe Coruja;
- 37.** Fortalecer assistência à saúde da mulher, durante o pré-natal, parto e puerpério, na região, oferecendo procedimentos de ultrassonografia gestacional, organizando o fluxo e melhorando o acesso às Maternidades, com a garantia de priorização das gestantes de risco habitual nas maternidades municipais junto à Regulação Estadual e garantindo referência de atendimento de alto risco;
- 38.** Implantar centro de referência em hemodiálise nas regiões de saúde em consonância aos princípios e diretrizes do SUS;
- 39.** Implantar Centro de Oftalmologia com serviço de Urgência na III e VIII Região de Saúde;
- 40.** Implantar Centro de Diálise na XI Região de Saúde;
- 41.** Efetivar rede de Atenção Psicossocial nas regiões de saúde, para abranger os municípios circunvizinhos para álcool, drogas e infanto-juvenil, democratizando acesso das pessoas com transtornos mentais aos cuidados e leitos integrais nos hospitais gerais, visando eliminar todo e qualquer forma de intervenção que isole e segregue o sujeito em sofrimento psíquico e usuário de álcool e outras drogas das suas relações familiares e comunitárias;

-
- 42.** Construir unidade de saúde de média e alta complexidade na região do sertão pernambucano com ambulatório especializado, centro de saúde da mulher e atendimento a gestante de alto risco, UTI neonatal e cirurgia geral;
- 43.** Efetivar o CAP's AD e as UA (adulto e infanto-juvenil), pactuado na RAPS, que sejam garantidos em todas as Regiões de Saúde;
- 44.** Garantir parcerias (Escola de Saúde Pública do Estado, Tribunal de contas do Estado e Conselho Estadual de Saúde) para capacitação contínua dos membros do Conselho e as representações de acordo com a resolução 453, como também para os gestores das Secretarias Municipais de Saúde;
- 45.** Garantir capacitação das comissões de comunicação e informação em saúde dos conselhos de saúde, incluindo ensino à distância e o uso de braile e libras, a cada mudança de colegiado;
- 46.** Garantir capacitação das comissões de comunicação e informação em saúde dos conselhos de saúde, incluindo ensino à distância e o uso de braile e libras, a cada mudança de colegiado;
- 47.** Promover e responsabilizar os gestores pela oferta de estruturas físicas (sede própria, equipamentos e transporte, recursos humanos e financeiros), adequados para os Conselhos de Saúde e as Conferências de Saúde;
- 48.** Elaborar uma Lei/Decreto que determine o valor das diárias, compreendendo as despesas de transporte e alimentação para os conselheiros de saúde;
- 49.** Divulgar através dos meios de comunicação as atividades do Conselho de Saúde;
- 50.** Disponibilizar no site do Conselho Estadual espaços de divulgação regular das ações desenvolvidas nos municípios, de forma mais interativa;
- 51.** Realizar oficinas por segmentos sobre a importância dos Conselhos de Saúde e suas representatividades;
- 52.** Realizar a leitura das deliberações da última conferência realizada com o intuito de avaliar os resultados alcançados;
- 53.** Fortalecer os espaços de discussão e divulgação dos conselhos de saúde (municipal e estadual), bem como as ouvidorias, no sentido de garantir a participação dos usuários nos espaços de discussão;
- 54.** Mobilizar o Estado para que a população tenha consciência dos seus direitos e deveres perante a participação dos Conselhos de Saúde;
- 55.** Aumentar a divulgação, através de mídias, da importância da participação social em todos os processos que envolvem o Sistema Único de Saúde de Pernambuco e as ações e deliberações dos Conselhos de Saúde;
- 56.** Divulgar o relatório final da conferência estadual de saúde no prazo de 60 dias para todos os delegados, unidades de saúde e publicação no site oficial do governo do Estado;
- 57.** Garantir que o conselho estadual divulgue, com até 60 dias de antecedência, o documento orientador das Conferências de Saúde;

- 58.** Divulgar amplamente a aprovação de diretrizes e propostas nos espaços de participação social para que se transformem em agenda de toda a sociedade em defesa do SUS;
- 59.** Articular cronograma de encontros, trimestrais, para os conselhos que atuam no controle social;
- 60.** Realizar reuniões ampliadas semestrais de membros de outros conselhos existentes do estado;
- 61.** Promover o conhecimento sobre as ações do Conselho Estadual de Saúde referente à fiscalização do repasse financeiro através da comunicação em saúde (rádios comunitárias, redes sociais digitais, sites) para que os cidadãos(ãs) possam ter acesso à prestação de contas;
- 62.** Fortalecer o controle social através de mecanismos virtuais e presenciais, visando dar publicidade as ações e resoluções deliberadas pelo conselho;
- 63.** Garantir a criação de conselhos locais de saúde em todas as unidades de Saúde da rede pública, inclusive as unidades geridas por Organizações Sociais;
- 64.** Monitorar os resultados das resoluções dos conselhos para efetividade do controle social;
- 65.** Promover oficinas regionais de controle social através do Conselho Estadual de Saúde para subsidiar a realização da 9ª Conferência Estadual de Saúde de PE;
- 66.** Eleger o presidente do Conselho Estadual, no pleno do colegiado, baseados na resolução 453 de 10 de maio de 2012;
- 67.** Implantar um Programa de Conselho Itinerante, que possa levar e recolher ideias importantes dos usuários, trabalhadores e gestores do SUS;
- 68.** Fiscalizar a situação dos conselhos de saúde existentes bem como sua atuação na sociedade;
- 69.** Acompanhar, assessorar e monitorar o funcionamento dos Conselhos Municipais de Saúde;
- 70.** Acompanhar as propostas lançadas pelos conselhos;
- 71.** Tornar pública e participativa as reuniões do Conselho, levando-as para as comunidades em todos os territórios estaduais;
- 72.** Instituir legislação que impeça Representante de Governo, Gestor do Fundo da Saúde, no âmbito da União, dos Estados do Distrito Federal e dos Municípios integrar os Conselhos de Saúde em cumprimento aos princípios constitucionais da moralidade e impessoalidade;
- 73.** Incentivar a participação popular nas Políticas Públicas de Saúde garantindo os mecanismos já existentes no âmbito de saúde através da criação de fóruns, comitês, grupos de trabalho, conselhos gestores locais, etc.;
- 74.** Mobilizar a sociedade civil por meio de campanhas, palestras acerca de sua importância no controle social;
- 75.** Implantar e estimular mecanismos de participação popular na gestão pública e do SUS;

-
- 76.** Estimular o registro e a sistematização de conhecimentos, experiências e práticas geradas pelas instâncias e mecanismo de Participação Social;
- 77.** Ampliar e manter o acesso à informação, como também a participação efetiva e autônoma de todos os seguimentos sociais em todos os níveis de discussão da reforma do Estado, assim como na construção das políticas e dos programas sociais;
- 78.** Refletir e propor estratégias para efetividade dos resultados e das resoluções das conferências;
- 79.** Incluir as resoluções das conferências nos instrumentos de gestão monitorados e avaliados pelos Conselhos de Saúde;
- 80.** Realizar audiência pública com temas de interesse da sociedade com divulgação prévia;
- 81.** Criar fóruns virtuais no Conselho Estadual de Saúde com várias enquetes, sugestões e debates com acesso livre aos usuários para debates permanentes sobre práticas de saúde;
- 82.** Repassar as informações sobre as denúncias às ouvidorias da saúde para os conselhos de saúde;
- 83.** Estabelecer uma maior integração entre as comissões de comunicação dos conselhos de saúde, para criar meios de comunicação que fortaleçam as ações desenvolvidas pelos conselhos, distritos e unidades;
- 84.** Incentivar a participação social para o acesso à informação dos recursos aplicados na saúde, e o direcionamento destes na rede, assim como os recursos disponibilizados para secretaria municipal de saúde do ano em curso;
- 85.** Garantir a criação de cursos para formar conselheiros de saúde conscientes de seu papel, fortalecendo o controle social;
- 86.** Garantir a divulgação ampla de todas as etapas da conferência estadual de saúde
- 87.** Aumentar a participação e articulação entre os usuários, o Conselho Estadual, os conselhos municipais, o Conselho Distrital de Saúde Indígena, sindicato de trabalhadores rurais, quilombolas, conselhos gestores, e demais movimentos da sociedade civil organizada visando mais atuação dos mesmos;
- 88.** Garantir a integração entre conselho estadual de saúde e conselhos municipais através de fóruns e encontros;
- 89.** Fortalecer a intersetorialidade entre os conselhos de saúde, educação, assistência social, Conselho Tutelar, Conselho da Criança e do Adolescente indígenas e outros em prol da maximização das ações em saúde e fortalecimento das políticas públicas através de encontros estaduais para troca de experiências e informações;
- 90.** Ampliar a fiscalização dos serviços de saúde do Estado pelo Conselho Estadual de Saúde, com transparência das informações sobre sua atuação e com a participação integrada com as comissões dos conselhos municipais de saúde;

- 91.** Garantir e Fortalecer os Conselhos de Saúde respeitando a competência legal, autonomia e caráter deliberativo na formulação de políticas e na fiscalização, garantindo a participação da população na escolha dos delegados e conselheiros e com reuniões mensais e divulgação dos calendários;
- 92.** Garantir e Fortalecer a participação da comunidade no controle social das ações de saúde;
- 93.** Garantir e Promover a realização de seminários com participação social e governamental para discutir melhorias para população usuária do SUS;
- 94.** Fortalecer o Fórum de mobilização em defesa do SUS;
- 95.** Realizar o fórum permanente estadual e municipal para os municípios apresentarem suas experiências exitosas do Controle Social e que possam servir de exemplo e modelo para outros municípios;
- 96.** Promover a cidadania com justiça social, contribuindo para a democratização da sociedade, com base nos princípios da equidade de gênero, respeito às jovens gerações, direitos sexuais, etc.;
- 97.** Estabelecer que todos os convênios e contratos de serviço sejam executados após aprovados pelo Conselho Estadual de Saúde conforme a portaria 1034/2012;
- 98.** Capacitar e Fortalecer a participação do controle social na elaboração de orçamentos participativos nas Regiões de Saúde;
- 99.** Aumentar a divulgação, através de mídias, da importância da participação social e do conselho de saúde em todos os processos que envolvem o Sistema Único de Saúde de Pernambuco e as ações e deliberações dos Conselhos de Saúde;
- 100.** Mobilizar a Região de Saúde para que a população tenha consciência dos seus direitos e deveres perante a participação dos Conselhos de Saúde;
- 101.** Divulgar a nível regional ações que fortaleçam o funcionamento dos conselhos municipais de saúde;
- 102.** Divulgar através dos meios de comunicação da região o papel dos conselhos: quem são os conselheiros envolvidos, as propostas discutidas em reuniões, o seu regimento e todo o contexto envolvido;
- 103.** Garantir a articulação entre os conselhos (saúde, educação, assistência social e outros), visando fortalecer a intersetorialidade nas discussões e propostas sobre controle social e SUS;
- 104.** Proporcionar uma maior integralidade entre todos os conselhos municipais;
- 105.** Incentivar comunicação entre os conselhos municipais de saúde De todas as regiões de saúde região de Pernambuco;
- 106.** Realizar fórum e/ou encontro semestral de conselheiros municipais de saúde a nível regional coordenado pelo conselho estadual de saúde visando o fortalecimento dos mesmos pela troca de experiências;

-
- 107.** Promover articulação regional dos conselhos municipais de saúde com os gestores em saúde;
- 108.** Elaborar material informativo sobre a importância da realização das Conferências de Saúde e a finalidade do conselho municipal de saúde e suas comissões;
- 109.** Garantir a participação ativa do conselho nos eventos promovidos pela secretaria de saúde (fóruns, plenárias, seminários etc.);
- 110.** Intensificar a fiscalização em relação à atuação dos conselhos municipais de saúde;
- 111.** Mobilizar uma maior participação da sociedade na conferência;
- 112.** Criar um Fórum de mobilização em defesa do SUS;
- 113.** Garantir que as eleições dos Conselhos de Saúde não sejam realizadas no formato de chapas;
- 114.** Promover oficinas regionais de controle social através do Conselho Estadual de Saúde com o objetivo de reestruturar os processos de realização das conferências de saúde a serem utilizadas na 9ª Conferência Estadual de Saúde de PE;
- 115.** Regulamentar o gerenciamento dos recursos destinados à manutenção dos conselhos de Saúde, para que os mesmos tenham maior autonomia;
- 116.** Garantir a organização e participação da sociedade, fortalecendo o estado democrático, assim garantindo seus direitos preconizados na constituição federal;
- 117.** Implantar canais de interação com o usuário com garantia de transparência e participação cidadã, bem como promover encontros semestrais a fim de avaliar e promover o controle social de cada município;
- 118.** Possibilitar a criação de métodos avaliativos, por parte da população, acerca do cumprimento das responsabilidades dos administradores públicos;
- 119.** Implantar o conselho regional de saúde;
- 120.** Criar conselho fiscal, paritário, para observar os serviços de saúde da Mata Sul de Pernambuco;
- 121.** Criar conselhos gestores de unidade/conselhos locais em 100% das unidades de saúde, de modo a efetivar a participação e controle social nas três esferas de governo, garantindo a formação continuada para os conselheiros;
- 122.** Articular com o poder legislativo a realização de audiências públicas a nível regional;
- 123.** Estabelecer uma maior integração entre as comissões de comunicação dos conselhos de saúde, para criar meios de comunicação que fortaleçam as ações desenvolvidas pelos conselhos, distritos e unidades.
- 124.** Garantir a promoção de articulação regional periódica dos conselhos municipais de saúde com gestores de saúde favorecendo intercâmbio de experiências exitosas.;
- 125.** Respeitar a competência legal a autonomia e o caráter deliberativo dos conselhos de saúde

na formulação de políticas e na fiscalização das três esferas de governo, penalizando a união o estado e os municípios que não respeitarem as competências legais previstas em lei;

126. Investir em carreira pública para os servidores, através da realização de concursos públicos garantindo vínculo empregatício pelo Regime Jurídico Único, com plano de cargos, carreira e salários para os profissionais de saúde do SUS, garantindo o direito de vagas reservadas para pessoas com deficiência e abolindo todas as formas de precarização do trabalho;

127. Defender a manutenção dos vetos presidenciais à Lei do Ato Médico;

128. Combater o Projeto de Lei nº 4.330/2004, que permite a terceirização inclusive para carreiras relacionadas a atividades-fim, rompendo todos os direitos das trabalhadoras e dos trabalhadores brasileiros, solicitando do ministério da saúde a criação de uma política de combate a precarização dos vínculos trabalhistas, assim como evitar a transferência ou terceirização de serviços públicos para o setor privado, a fim de minimizar a rotatividade de profissionais e obter uma melhor valorização dos mesmos;

129. Regular as reestruturações curriculares das profissões da saúde, de modo a formar profissionais na perspectiva transdisciplinar, com disciplinas e atividades integradas, em consonância com as necessidades de saúde da população, com ênfase na atenção básica e reconhecendo as especificidades dos povos tradicionais, comunidades rurais, ribeirinhas e etc.;

130. Fortalecer parcerias entre as universidades e os diversos serviços de saúde, tornando-os espaços de ensino e pesquisa, visando à qualificação profissional dos servidores e a melhoria do atendimento;

131. Fortalecer a prevenção e promoção em saúde através da formação continuada dos profissionais de saúde, para o desenvolvimento das ações de forma interdisciplinar e interinstitucional, garantindo a ampla participação destes e os recursos necessários para o desenvolvimento das áreas de acordo com a necessidade dos serviços e dos servidores;

132. Assistir o trabalhador no conjunto da rede do Sistema Único de Saúde pelos princípios da universalidade, Integralidade e Equidade;

133. Avançar na implementação da Política de Educação Permanente em saúde, com garantia de financiamento tripartite, como estratégia de qualificação e apoio aos profissionais de saúde, gestores do SUS e controle social, através da pactuação com instituições públicas de ensino;

134. Qualificar os profissionais de saúde em informática;

135. Garantir o incentivo ao preceptor de nível superior, médio e técnico na Integração Ensino-Serviço da Atenção Básica

136. Apoiar os municípios na implantação de dispositivos gerenciais que permitam e garantam o cumprimento dos direitos trabalhistas dos servidores da saúde e melhoria das condições de trabalho e remuneração;

137. Garantir a formação dos trabalhadores da saúde nas políticas estratégicas como: atenção primária a saúde; atendimento aos grupos específicos (LGBT, Afrodescendentes, Terreiros, Profissionais do Sexo e Comunidades Rurais, assim como pessoas com deficiência), urgência e emergência para o usuário de saúde mental em crise por parte do SAMU; política nacional de humanização; doenças endêmicas e negligenciadas; práticas integrativas e complementares e prática popular de cuidado a saúde, respeitando as especificidades em cada nível de atenção,

com apoio da Escola de Saúde Pública.

138. Garantir mediante a criação de uma política de estado de incentivo e valorização para que todos profissionais de saúde recém-formados prestem serviços ao SUS em cidades do interior e periferias;

139. Assegurar os direitos trabalhistas aos profissionais da rede de saúde, como a insalubridade, risco de vida, periculosidade e incentivo de produtividade, de acordo com as legislações vigentes, como também garantir o adicional noturno aos trabalhadores de saúde de acordo com a lei estadual.

140. Efetivar o PSE no âmbito estadual, fortalecendo as relações intersetoriais como forma de qualificar o desenvolvimento contínuo das ações.

141. Estimular pesquisas em saúde em áreas prioritárias do SUS-PE;

142. Garantir e assegurar nas três esferas de governo ambiente de trabalhos saudáveis e promotores do bem-estar dos trabalhadores e trabalhadoras, dos usuários e usuárias, e dos estudantes, no intuito de garantir condições dignas de trabalho;

143. Valorizar a Educação Popular e cuidados em saúde a fim de somar os conhecimentos técnico-científicos aos saberes populares;

144. Defender, junto ao âmbito federal a regulamentação dos programas de residência em saúde, enfatizando a necessidade de redução da carga horária, de 60hs semanais para 40hs semanais, sem redução de bolsa.

145. Formar núcleos colegiados como dispositivo de gestão do trabalho e educação em saúde com participação ativa de representantes dos trabalhadores, gestores, instituições formadoras, estudantes, residentes e usuários;

146. Viabilizar interiorização da Escola de Saúde Pública para o fortalecimento e implementação da Política de educação Permanente com base nas necessidades dos usuários, trabalhadores e gestores de forma regionalizada, facilitando o acesso do trabalhador ao ensino técnico e superior;

147. Propiciar o intercâmbio de experiências no Estado por meio de eventos regionais de experiências exitosas;

148. Criar na estrutura do SUS instâncias responsáveis por conduzir processos administrativos, disciplinares na perspectiva de dar celeridade e qualidade na resolução dos conflitos.

149. Garantir o incentivo financeiro para transporte intermunicipal no deslocamento para realização de cursos dos profissionais na área da saúde;

150. Garantir através das esferas dos governos (Municipal, Estadual e Federal) especialização em áreas estratégicas do SUS PE em todas as regionais de saúde.

151. Apoiar implantação dos cursos de graduação e pós-graduação na área da saúde.

152. Ampliar o financiamento e garantir a disponibilização de transportes para as atividades dos profissionais, com garantia pelas esferas estadual e federal;

- 153.** Incentivar a realização de formação escolar nas seguintes temáticas: alimentação saudável, educação sexual, educação financeira e planejamento familiar, no âmbito do PSE.
- 154.** Criar incentivo financeiro para a aquisição de ambulâncias;
- 155.** Assegurar financiamento de ordem estadual-federal aos serviços de pronto-atendimento municipal, como formato de Unidades de Pronto Atendimento, sem a necessidade de requalificação estrutural pelo município, conforme comprovação de número de atendimentos;
- 156.** Direccionar repasse do Imposto de Circulação de Mercadorias e Serviços aos fundos municipais de saúde;
- 157.** Elaborar projetos de emendas parlamentares em todos os níveis de complexidade com base nos indicadores de saúde;
- 158.** Estabelecer cofinanciamento entre Estado e Governo Federal para construção e/ou ampliação, reforma e aquisição de equipamentos de Unidades Básicas de Saúde bem como materiais e insumos para garantir a permanência das atividades com qualidade;
- 159.** Garantir, por parte dos governos federal e estadual, o repasse de recursos financeiros fundo a fundo de forma automática, regular, com data precisa, devendo o rateio obedecer à Lei Complementar 141, artigos 17, 18 e 19, pondo fim a repasses fragmentados que não respeitam a integralidade dos Planos Municipais de Saúde e as necessidades da população considerando as dimensões epidemiológicas, demográficas, geográficas, socioeconômicas e a organização dos serviços;
- 160.** Implementar o financiamento com repasse aos Municípios para a ambiência dos espaços em conformidade com a Política Nacional de Humanização;
- 161.** Readequar o teto financeiro para o Programa de Tratamento Fora Domicílio, de acordo com a necessidade da Autarquia Territorial do Distrito Estadual de Fernando de Noronha;
- 162.** Usar recursos da ciência, tecnologia para atendimento de necessidades coletivas, urgentes e transitórias, diante de situações de calamidade pública ou de epidemias;
- 163.** Assegurar repasse financeiro para criação da Unidade de Traumatologia da Mata Sul;
- 164.** Manter o programa de financiamento das Unidades de Pronto Atendimento 24 horas, garantindo assim o financiamento da Unidade de Pronto Atendimento estadual que atende usuários de outros municípios circunvizinhos;
- 165.** Ressarcir os municípios na compra de medicamentos por ordem da promotoria pública e Justiça, quando são de responsabilidade do Estado;
- 166.** Garantir aquisição de tecnologia assistiva de acordo com as políticas referentes às pessoas com deficiências;
- 167.** Garantir o financiamento e gerenciamento das Unidades Pernambucanas de Atenção Especializada sejam de investimento direto público estatal com responsabilidade do Estado, eximindo os municípios de qualquer contrapartida;
- 168.** Garantir o financiamento tripartite das redes de saúde dos serviços regionais de forma pactuada com os municípios que pertencem à rede, e o Distrito Estadual de Fernando de Noronha;

169. Propor ao legislativo que as multas provenientes das empresas privadas, relacionadas a danos ambientais e multas de trânsito sejam destinadas em 30% a saúde para todos os municípios e para o Distrito Estadual de Fernando de Noronha;

170. Aumentar o repasse financeiro para os hospitais universitários estaduais;

171. Ampliar os recursos financeiros para vigilância em saúde, com foco no programa de doenças negligenciadas, com investimento na intersetorialidade;

172. Proibir a cessão de serviços públicos de saúde para as Organizações Sociais, Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público, Fundações Públicas de Direito Privado e\ou qualquer dispositivo privatizante e encerrar os contratos estaduais vigentes com estas, com participação efetiva do controle social;

173. Garantir o repasse financeiro para a criação do Centro de Oncologia da Mata Sul;

174. Assegurar repasse financeiro para criação da Unidade de Traumatologia da Mata Sul;

175. Descentralizar os recursos destinados a Média e Alta complexidade possibilitando que os municípios gerenciem os mesmos;

176. Fortalecer administrativa e financeiramente a rede regional de urgência e emergência.

177. Assegurar repasse financeiro para criação da Unidade de Cuidados Prolongados da Mata Sul;

178. Redistribuir o teto da Média e Alta Complexidade em todas as Regiões de Saúde;

179. Efetivar a Reforma Psiquiátrica (Lei nº 10.216/2001 e Lei nº 9716/92), fortalecendo a Rede de Atenção Psicossocial, tanto na cidade como no campo, considerando o perfil epidemiológico e ampliando o número de Núcleos de Apoio à Saúde da Família;

180. Elaborar resoluções a partir da Lei 8.666 com o objetivo de superar as dificuldades jurídicas do SUS em relação à administração pública, que necessita ser menos burocrática, mais ágil, e precisa dispor de melhor definição dos modelos jurídicos de gestão pública, sendo mais permeável ao controle social;

181. Criar sistema de regulação interestadual entre Pernambuco e Alagoas;

182. Garantir que os serviços de saúde sejam predominantemente públicos e quando da necessidade de complementaridade dos serviços de saúde, que as parceiras público-privadas sejam transparentes, acompanhadas e fiscalizadas.

183. Fortalecer a regionalização do serviço de média e alta complexidade com coparticipação das três esferas governamentais, de acordo com a Lei 141 e Decreto 7508, aumentando os polos regionais, diminuindo o tempo de deslocamento dos pacientes aos grandes polos e reduzindo a superlotação dos mesmos;

184. Avançar na implementação da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS, assegurando o respeito às escolhas das pessoas e as práticas e saberes em saúde das populações tradicionais, na perspectiva de promover mudanças no modelo de atenção à saúde;

- 185.** Priorizar a política de prevenção de acidentes de trânsito e de assistência às famílias atingidas de forma intersetorial.
- 186.** Criar instância/coordenação Estadual de Práticas Integrativas e Complementares oficializada no organograma e estabelecer metas e indicadores para pactuação e avaliação das Práticas Integrativas e Complementares em todos os instrumentos formais de gestão no SUS e garantir a implantação de Unidades de Cuidados Integrais à Saúde com equipe de Núcleo de Apoio em Práticas Integrativas, de acordo com o perfil sanitário daquela população;
- 187.** Efetivar o Programa Agente Protegido e liberação dos recursos do referido programa;
- 188.** Apoiar os municípios, que não possuem Hospitais municipais, a implantarem os seus na tentativa de não ocupar os leitos de referência com casos desnecessários, através da garantia de cofinanciamento estadual dos Hospitais Municipais de Médio e Pequeno Porte;
- 189.** Ampliar a cota de consultas para a Fundação Altino Ventura com a garantia do retorno, para diminuir a demanda reprimida;
- 190.** Reorganizar o quantitativo de imóveis cobertos pelos agentes de saúde ambiental e controle de endemias de acordo com as diretrizes da Política Nacional de Controle de Dengue;
- 191.** Ampliar o número de cotas para atendimentos em saúde dos municípios que fazem parte da rede PE-BA;
- 192.** Garantir o fortalecimento da vigilância epidemiológica com ênfase nas doenças contagiosas (leishmaniose e outras);
- 193.** Ampliar o apoio para as regiões de saúde visando a implantação do e-SUS;
- 194.** Fortalecer os mecanismos de regulação e controle dos serviços sob gestão das organizações sociais e gradativamente transferir a gestão para o setor público;
- 195.** Fortalecer o financiamento estadual do Colegiado dos Secretários Municipais de Saúde de Pernambuco;
- 196.** Criar o Fundo Distrital de Saúde no Distrito Estadual de Fernando de Noronha e regularizar no financiamento da saúde;
- 197.** Contratar transporte aéreo de imunológicos e hemoderivados para Distrito Estadual de Fernando de Noronha;
- 198.** Firmar contrato com Empresa de Analises Clínicas para realização de exames de gasometria, ionograma e dosagem de troponina no Distrito Estadual de Fernando de Noronha;
- 199.** Fiscalizar de forma efetiva os processos licitatórios;
- 200.** Fortalecer os Sistemas de Informação em Saúde, com ampliação de acesso para todos os serviços próprios ou conveniados, garantindo sua integração através de padrões de interoperabilidade, e sensibilizando a alimentação adequada dos dados, a nível Municipal, Estadual e Federal, efetivando a unificação dos sistemas de informações de saúde;
- 201.** Criar portal de transparência do Fundo Estadual de Saúde e cartilhas com informações sobre o investimento das verbas destinadas à saúde;

-
- 202.** Implantar centros de diagnósticos nas macrorregiões de saúde do estado de Pernambuco, garantindo a integralidade e o acesso aos serviços de saúde;
- 203.** Adquirir Unidade de Atendimento Móvel Odontológico com financiamento tripartite;
- 204.** Instituir uma política estadual e ou nacional de transporte sanitário com recursos financeiros dos três entes federativos;
- 205.** Retomar o gerenciamento do Hospital Regional Fernando Bezerra pela Secretaria Estadual de Saúde, aumentando o número de leitos, materiais, insumos e instrumentais cirúrgicos;
- 206.** Implantar redes de saúde, organizando-as de modo que atendam a mudança no perfil demográfico e epidemiológico da sociedade, fortalecendo a região de saúde como elemento para a integralidade da assistência à saúde em razão das interdependências federativas;
- 207.** Garantir a efetividade da vigilância epidemiológica em âmbito hospitalar nos serviços de saúde público e privado;
- 208.** Articular junto ao MS ampliação da faixa etária para exames de mamografia de rastreamento;
- 209.** Fortalecer a Rede de Urgência e Emergência e sua articulação com a Atenção Básica, para garantir o acesso de forma equânime nas três esferas de governo e nas doze (12) regiões de saúde;
- 210.** Garantir a implantação do Sistema de Regulação voltado às urgências e emergências, unificando as centrais de SAMU, Bombeiro e Polícia;
- 211.** Garantir e promover a negociação interestadual de atendimento de fronteiras entre Paulo Afonso e Sertão de Itaparica;
- 212.** Fortalecer a região de saúde com foco na integralidade e resolutividade da assistência, envolvendo os três entes federados, estabelecendo financiamento equânime nas 12 (doze) regiões de saúde do Estado, e respeitando os desenhos regionais pactuados pelos colegiados de forma que atendam à mudança no perfil demográfico e epidemiológico da sociedade;
- 213.** Implantar o SAMU na IX Região de Saúde;
- 214.** Articular junto ao Estado a descentralização da Central de regulação SAMU- Mata Norte;
- 215.** Fortalecer a atenção básica com garantia de sua articulação com a rede de urgência e emergência e Rede de Atenção Psicossocial para melhoria dos serviços ofertados;
- 216.** Regionalizar a Vigilância em Saúde conforme legislação vigente;
- 217.** Estabelecer o Hospital de Barreiros como referência microrregional;
- 218.** Realizar eleição para diretores de hospitais regionais a cada três anos;
- 219.** Priorizar o fortalecimento, em âmbito regional, da atenção primária em saúde como modelo principal do Sistema Único de Saúde;

- 220.** Fortalecer e efetivar a rede de atenção psicossocial, com a criação de residência terapêutica e Centro de Atenção Psicossocial de forma regionalizada;
- 221.** Aumentar o quantitativo de cotas dos exames de imagens destinados à XII Região de Saúde;
- 222.** Implantar o Centro de Atenção Psicossocial- Álcool e outras Drogas na VII Região de Saúde;
- 223.** Implantar o Centro de Atenção Psicossocial infantil, Centro de Atenção Psicossocial- Álcool e Drogas e Centro de Atenção Psicossocial III na III Região de Saúde;
- 224.** Fortalecer a pontuação dos procedimentos com Centro de Especialidades Odontológicas na III Região de Saúde;
- 225.** Implantar centro de oftalmologia nas Regiões de Saúde;
- 226.** Implantar Laboratório Regional de Prótese Dentária nas Regiões de Saúde;
- 227.** Descentralizar as Centrais de Regulação do SAMU para as Regiões de Saúde, de forma agilizar o serviço;
- 228.** Revisar e atualizar o Plano Diretor de Regionalização, transferindo o município de Cabrobó para a VII Região de Saúde;
- 229.** Defender a implantação do Saúde + no sentido de aumentar os recursos do SUS por parte do Governo Federal;
- 230.** Investir recursos financeiros no Município de Cabrobó através de pontuações interestaduais via Rede PEBA/CRIE, para garantir uma assistência de qualidade já que este município tornou-se polo de atendimento na região, atendendo a demanda de municípios vizinhos, inclusive da Bahia;
- 231.** Cumprir a Pactuação estabelecida na Resolução 36/2013 da VII Regional de Saúde, que trata da Rede de Atenção Psicossocial;
- 232.** Implantar um Centro Regional de Zoonoses;
- 233.** Pactuar, anualmente, com os municípios as especialidades e exames ofertados pelos serviços de saúde de cobertura regional conforme realidade e necessidade de cada município abrangente, aumentando a oferta de consultas e exames especializados e garantindo agilidade na entrega dos resultados dos exames preventivos;
- 234.** Fiscalizar a gestão da Organização Social no Hospital Regional de Palmares;
- 235.** Ampliar e construir Hospitais com clínica médica, leitos com alojamento conjunto para maternidade, pediatria, sala cirúrgica, leitos integrais e sala de estabilização de urgência e emergência;
- 236.** Estabelecer uma política de comunicação e valorização do SUS por meio de mídias (folders, outdoors, outbus, rádio, TV, redes sociais), com o objetivo de manter a população constantemente informada, criando espaços e meios para melhorar o entendimento sobre as ações e serviços prestados pelo sistema;
- 237.** Garantir que a publicidade de utilidade pública atue na defesa e divulgação do SUS e da saúde como direito de todos e dever do Estado;

- 238.** Propor definição de horário gratuito para divulgar o SUS em todos os meios de comunicação de forma contínua e sistemática;
- 239.** Desenvolver produções audiovisuais e materiais gráficos a partir do olhar dos usuários do SUS para contribuir para construção de uma imagem do SUS como direito e patrimônio do povo brasileiro;
- 240.** Promover a construção de uma política de comunicação intersetorial entre a justiça, saúde, educação como forma de resolver os problemas de saúde;
- 241.** Realizar intercâmbio estadual e fórum para os municípios apresentarem suas experiências exitosas e que possam servir de exemplo e modelo para outros municípios;
- 242.** Criar e ampliar espaços de informações a partir de canais de TV, rádios comunitárias e web, grupos comunitários, jornais populares e emissoras de rádio, além das mídias e redes sociais que permitam a interação entre a população do Estado e Municípios sobre Sistema de Saúde;
- 243.** Determinar que as reportagens que tratem da prestação de serviços de saúde (acidentes, catástrofes, campanhas de saúde, transplantes, banco de leite, etc.), independente do teor da notícia, utilizem a sigla do Sistema Único de Saúde – SUS, deixando claro para a população as diversas formas de atuação do SUS;
- 244.** Estimular produções audiovisuais a partir do olhar das usuárias e usuários do SUS, a fim de contribuir para a construção de uma imagem do SUS como direito e patrimônio do povo brasileiro;
- 245.** Fortalecer a rede de saúde Nacional, Estadual e Municipal para enfatizar a importância do cartão nacional de saúde através da mídia, redes sociais, entre outros;
- 246.** Propor parcerias intersetoriais tanto nos setores públicos como privados de forma a garantir a população informada das políticas de saúde existentes e ofertadas;
- 247.** Prover ações que fortaleçam e garantam o direito à informação em saúde para a população através de equipamentos sociais (associações, escolas, igrejas, ONG's, dentre outros) e para os grupos de educação popular em saúde garantindo estrutura física e financiamento específico para o desenvolvimento de ações relativas à comunicação em saúde;
- 248.** Manter e ampliar o acesso à informação e a participação efetiva e autônoma de todos os seguimentos sociais em todos os níveis de discussão da reforma do Estado, assim como na construção das políticas e dos programas sociais;
- 249.** Fornecer recursos para divulgação de ações em sites e de materiais educativos na área de Informação e Educação em Saúde;
- 250.** Criar fóruns de estudantes da área de saúde e correlatas para debater políticas públicas de saúde;
- 251.** Desenvolver campanhas de acesso à informação em saúde para as universidades, escolas, associações, sindicatos, grupos populacionais de um modo geral;
- 252.** Promover educação preventiva e permanente em saúde de forma intersetorial, estabelecen-

do parceria com o Departamento Estadual de Trânsito a respeito do comportamento no trânsito;

253. Informar a população sobre as avaliações da política de saúde no âmbito do SUS;

254. Divulgar os gastos com saúde da população através de meios de comunicação (rádios comunitárias, redes sociais digitais, sites);

255. Criação do portal de transparência do Fundo Estadual de Saúde e criação de cartilhas com informações sobre o investimento das verbas destinadas à saúde.

256. Informar a população através de campanhas, propagandas, palestras, reuniões etc., no âmbito Municipal, Regional e Estadual e quais seus direitos e deveres em relação ao SUS;

257. Estabelecer uma política de comunicação e valorização do SUS por meio de mídias (folders, outdoors, outbus, rádio, TV, redes sociais), com o objetivo de manter a população constantemente informada, criando espaços e meios para melhorar o entendimento sobre as ações e serviços prestados pelo SUS no âmbito estadual;

258. Criar material gráfico e publicitário, com estratégia de distribuição, bem definida, que conte tempo todas as políticas de saúde garantindo o recorte de gênero, livre orientação sexual, raça e território;

259. Garantir através de lei estadual a obrigatoriedade das operadoras de TV paga e a instaladoras de parabólicas a inclusão do canal de saúde nas suas grades.

260. Produzir e distribuir materiais informativos que considerem as especificidades de diferentes grupos, promovendo a acessibilidade e assegurando a participação do profissional de comunicação nos processos de discussão e elaboração dos mesmos;

261. Intensificar e melhorar a divulgação e orientação à população quanto aos órgãos de controle social como: conselhos, conferências, ouvidorias e audiências públicas;

262. Manter atualizado o Site da IV Região de Saúde, com informações e deliberações da Comissão Intergestores Regionais e Câmara Técnicas;

263. Trabalhar conteúdos que enfatizem a necessidade de valorizar o SUS como política de Estado e a saúde como direito de todos e dever do Estado;

264. Realizar fóruns regionais para discussões e debates direcionados ao Programa Saúde na Escola;

265. Criar e manter um Portal da Saúde Regional online;

266. Implantar uma central de comunicação nas unidades do campo;

267. Democratizar os meios de comunicação com espaço para a educação e saúde;

268. Ampliar projetos socioeducativos direcionados a saúde;

269. Implantar e promover à divulgação da existência da Carta de Direitos dos usuários do SUS;

270. Divulgar e informar a população sobre as ações de saúde e orçamento a ser investido nas

políticas públicas de forma regionalizada através dos meios de divulgação existentes no município;

271. Informar a população sobre as avaliações da política de saúde no âmbito do SUS.

272. Implantar sites nas regionais e manter atualizadas as informações sobre as ações de saúde realizadas no âmbito regional;

273. Implementar a informatização e a climatização das unidades de saúde garantido a aquisição de aparatos tecnológicos, através da firmação de convênios entre a Secretaria Estadual de Saúde e o Ministério da Saúde, facilitando o acesso da população aos serviços de saúde em todos os níveis de complexidade;

274. Efetivar parcerias com centros de pesquisa para o desenvolvimento de insumos, tecnologia, medicamentos fitoterápicos voltados para a promoção, diagnóstico, tratamento e recuperação;

275. Fortalecer parcerias com os Centros Educacionais que contemplem em seu programa políticas que sejam aplicadas em saúde pública, com incorporação da discussão da política de ciência, tecnologia e inovação e aperfeiçoamento dos Programas de Residência em Saúde;

276. Desenvolver pesquisas de novos medicamentos na rede pública;

277. Reduzir a terceirização nas áreas de pesquisas em saúde;

278. Disponibilizar apoio às pesquisas nas universidades estaduais relativas as produção de inovações no âmbito da saúde;

279. Revisar, em âmbito estadual, a legislação da Política da Ciência, Tecnologia e Inovação do SUS;

280. Produzir conhecimento do campo popular, com reconhecimento às práticas populares de cuidado, práticas tradicionais dos povos originários, por serem humanizadoras, integradas e respeitosas com a biodiversidade do planeta garantindo investimento público;

281. Racionalizar a oferta dos serviços no SUS por meio de critérios fundamentados em evidências científicas e em princípios éticos, socialmente validados, considerando a necessidade e a realidade local;

282. Incentivar estudos e pesquisas para produzir conhecimento sobre o uso, eficácia e a segurança das práticas integrativas e complementares;

283. Implantar o telessaúde em todas as unidades de saúde com a garantia de internet banda larga em todos os pontos;

284. Realizar pesquisas no intuito de avaliar a utilização e funcionalidades dos sistemas de informação pelos profissionais e operadores;

285. Fortalecer, em âmbito estadual, o financiamento da Política da Ciência, Tecnologia e Inovação do SUS;

286. Articular com empresas privadas visando aumentar o capital para investimentos em pesquisas;

- 287.** Desenvolver instrumentos e incentivar pesquisas que promovam o fortalecimento da Atenção Básica através do fomento à ciência e tecnologia;
- 288.** Implantar o Registro online das visitas domiciliares do Agente Comunitário de Saúde e definir uma rede digital que esteja interligada com o E-SUS, facilitando a troca de informação em campo com as bases cadastrais;
- 289.** Implantar prontuário eletrônico unificado nas unidades de saúde;
- 290.** Ampliar recursos para o planejamento e a inovação tecnológica dos serviços e ações em saúde;
- 291.** Adquirir, manter e preparar o pessoal para a aquisição do aparelho de pesquisa ortomolecular para detecção precoce de CA de mama, através da proteína desencadeadora do C.A mama, a ser implantado no serviço de mama do Hospital Universitário Oswaldo Cruz, do Prof. Antônio Figueira, e ser chamado centro de pesquisa ortomolecular Prof. Tota Figueira. Com pontuação da Secretaria Estadual de Saúde, Ministério da Saúde e Ministério da Ciência e Tecnologia, garantindo recursos do Estado e da União, reduzindo o risco do desenvolvimento do CA mama e seus agravos em algum momento da vida da mulher;
- 292.** Definir, por parte da região, as linhas prioritárias de pesquisa, acompanhamento e avaliação dos projetos incluindo a incorporação, utilização dos produtos e resultados, evidenciados a partir do contexto territorial e que tenham relevância pública;
- 293.** Incentivar a pesquisa científica na atenção básica, no âmbito regional;
- 294.** Aumentar o investimento em equipamentos de ponta nas Regiões de Saúde para melhorar a capacidade de atendimento a população;
- 295.** Realizar pesquisas no intuito de avaliar a utilização e funcionalidades dos sistemas de informação pelos profissionais e operadores.



REFERÊNCIAS

PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde. Plano Estadual de Saúde, 2012-2015.

Centro Colaborador da OMS para a Classificação de Doenças em Português - CBCD. Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde - CID-10. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/cid10/v2008/cid10.htm>.

PERNAMBUCO. Constituição do Estado de Pernambuco, de 5 de outubro de 1989. Disponível em: <http://www.sefaz.pe.gov.br/flexpub/versao1/filesdirectory /categs1563.pdf>.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Resolução CD49.R19 (Port.). Eliminação de doenças negligenciadas e outras infecções relacionadas à pobreza. Washington, D.C., EUA, 28 de setembro a 2 de outubro de 2009. Disponível em: http://new.paho.org/bra/index.php?option=com_docman&task=doc_details&gid=900&Itemid=614.

BRASIL. Portaria nº 1101, de 12 de junho de 2002. Estabelece os parâmetros de cobertura assistencial no âmbito do Sistema Único de Saúde -SUS. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 13 jun. 2002. Seção 1, p. 36.

BRASIL. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 29 jun. 2011. Seção 1, p. 1.

BRASIL. Lei complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012. Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 16 jan. 2012. Seção 1, p. 1.

BRASIL. Lei nº. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. In: SISLEX: Sistema de Legislação, Jurisprudência e Pareceres da Previdência e Assistência Social. [S.I.]: DATAPREV. Disponível em: <<http://www.previdencia.gov.br/conteudoDinamico.php?id=401>>.

BRASIL. Lei nº. 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde - SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília, DF, 31 dez. 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8142.htm>.

BRASIL. Emenda Constitucional nº. 29, de 13 de setembro de 2000. Assegura os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde. Brasília, DF, 13 set. 2000. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/ portalsaude/area/320/legislacao.html>>.

BRASIL. Portaria n.º 2.048, de 05 de novembro de 2002. Aprova o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência. Brasília, DF, 5 nov. 2002. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2002/Gm/GM 2048.htm>>.

BRASIL. Portaria nº 2.026, de 24 de Agosto de 2011. Aprova as diretrizes para a implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) e sua Central de Regulação Médica das Urgências, componente da Rede de Atenção às Urgências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 25 ago. 2011. Seção 1, p. 87.

BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema de Planejamento do SUS (PlanejaSUS): instrumentos básicos. 2 ed. Brasília: MS, 2009. 56 p. (Série Cadernos de Planejamento, v. 2).

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº. 2.135 de 25 de Setembro de 2013. Estabelece as diretrizes para o processo de planejamento no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 575 de 29 de Março de 2012. Institui e regulamenta o uso do Sistema de Apoio ao Relatório Anual de Gestão (SARGSUS), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS);

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 459 de 10 de Outubro de 2012. Aprova o Modelo Padronizado de Relatório Quadrimestral de Prestação de Contas para os Estados e Municípios, conforme dispõe o parágrafo 4º do artigo 36 da Lei Complementar nº 141/2012;

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº. 204 de 29 de Janeiro de 2007. Regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle.

_____. Secretaria de Saúde. Superintendência de Planejamento. **Plano Plurianual (PPA) 2016-2019.** Recife, 2016.

_____. Plano Estratégico de Governo. **Estratégia para a saúde em Pernambuco, 2015-2018.** Recife, 2005.

_____. Secretaria de Saúde. **Plano Diretor de Regionalização do SUS/PE.** Recife, 2011.

_____. Governo do Estado. **Decreto nº. 27.592, de 31 de janeiro de 2005.** Aprova o Regulamento da Secretaria da Saúde, e dá outras providências. Recife, 2005.

_____. Secretaria de Saúde. **Portaria nº 640. Institui o Piso Estadual da Atenção Primária à Saúde (PEAPS).** Recife, 2011.

_____. Conselho Estadual de Saúde. Resolução CES/PE nº 483, de 15 de fevereiro de 2012. Recife, 2012.

_____. Secretaria de Saúde. **Plano de Ação de Prioridades da Gestão** da SES/PE para o período de 2015- 2018. Recife, 2015.

_____. **Fórum Estadual de Enfrentamento das Doenças Negligenciadas – Projeto SANAR.** Recife, 2011.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Disponível em: www.ibge.gov.br.

PNAD. [site da internet]. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>.

PNUD. [site da internet]. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. Disponível em: www.pnud.org.br.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília, 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constitucional/constitui%C3%A7ao.htm.



ANEXOS

Anexo I:

Gráfico 1: Crianças de 0 a 10 anos com baixo peso para idade no período de 2008 a 2014, SISVAN.

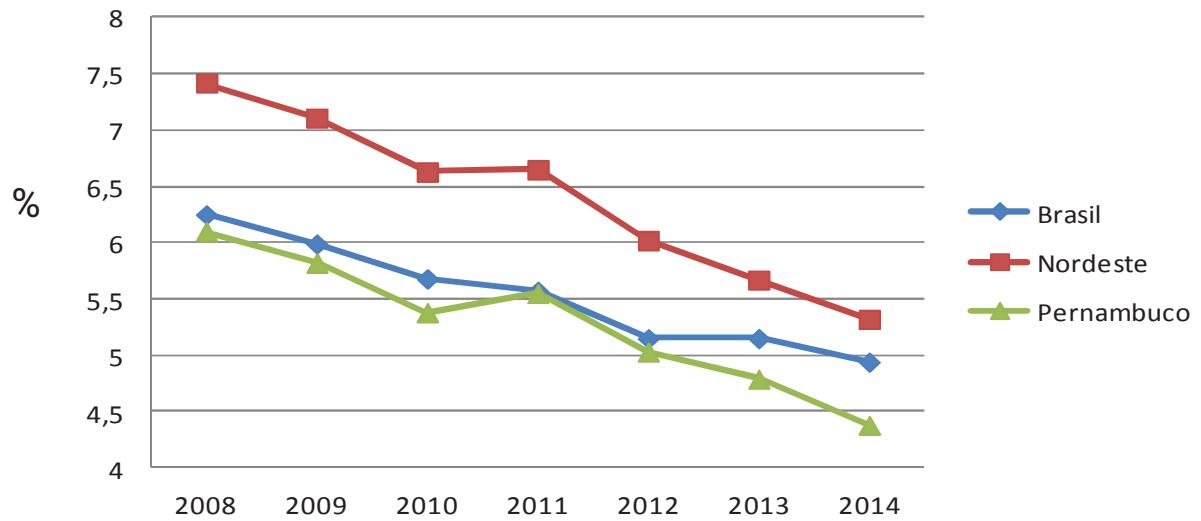


Gráfico 2. Crianças de 0 a 10 anos com excesso de peso para idade no período de 2008 a 2014, SISVAN.

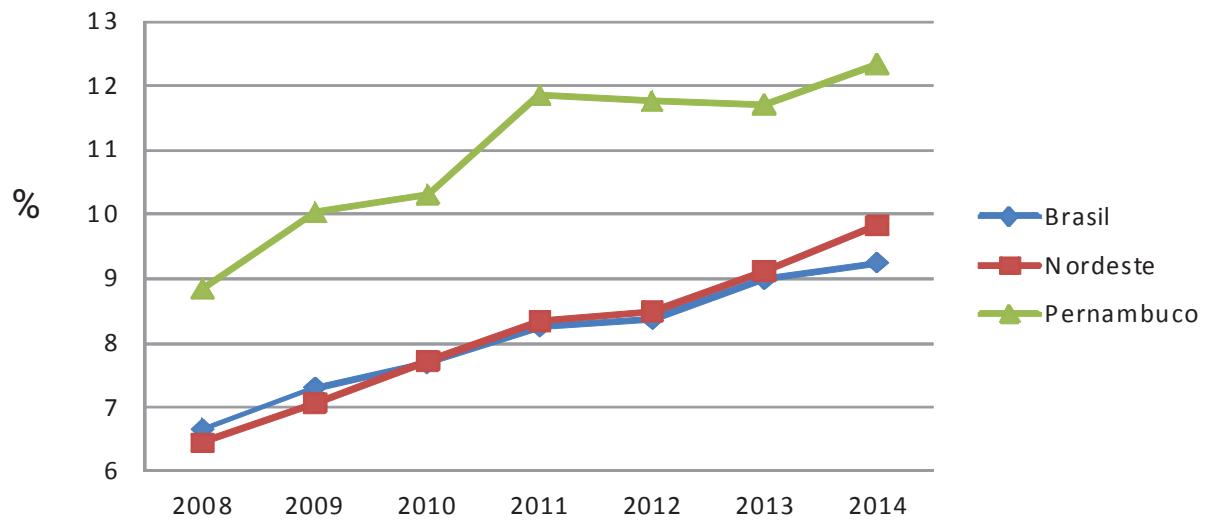


Gráfico 3. Adolescentes com baixo peso para idade no período de 2008 a 2014, SISVAN.

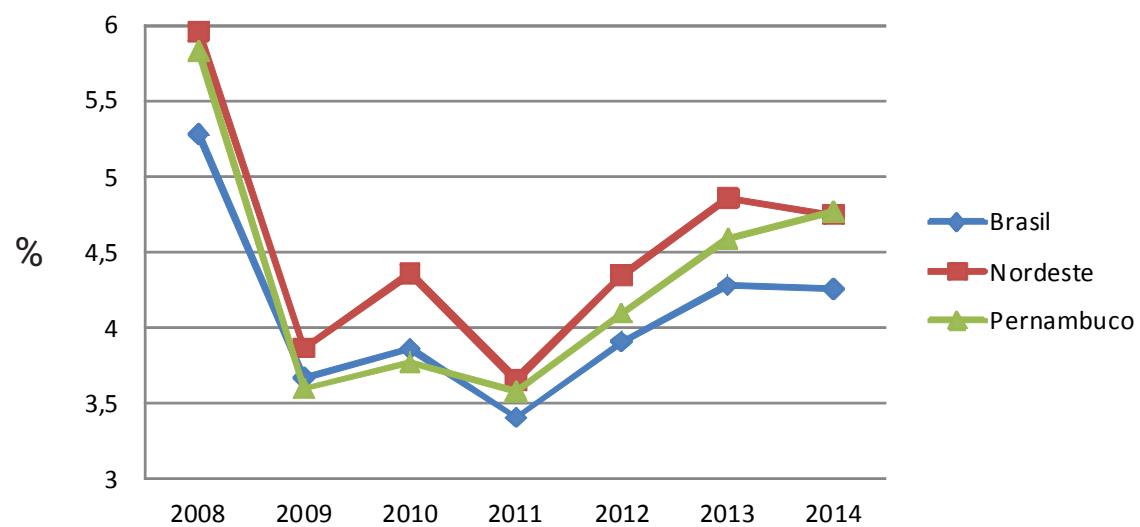


Gráfico 4. Adolescentes com peso elevado para idade no período de 2008 a 2014, SISVAN.

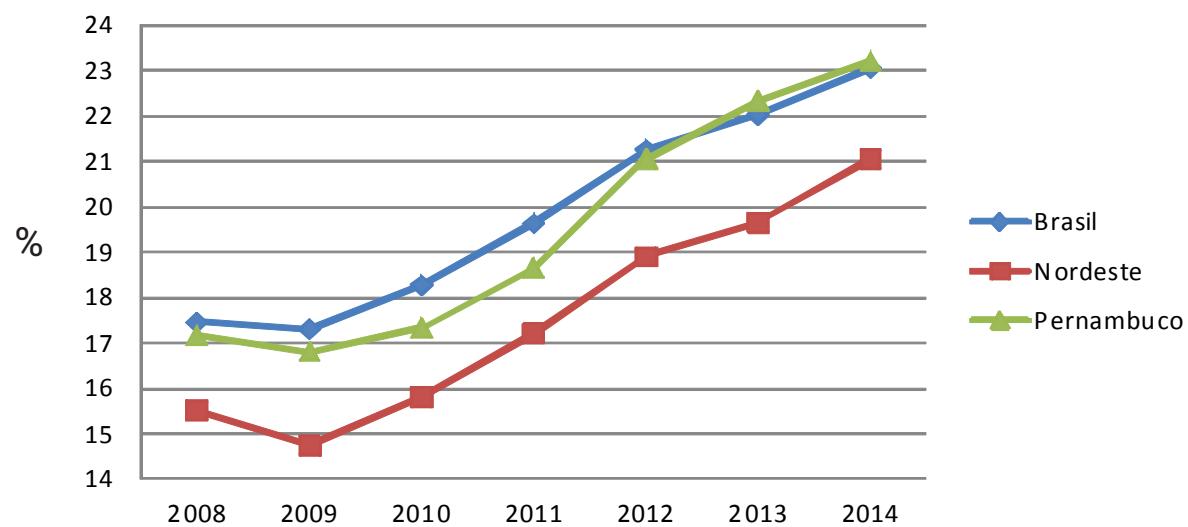


Gráfico 5. Idosos com baixo peso (IMC <22 kg/m²) no período de 2008 a 2014, SISVAN.

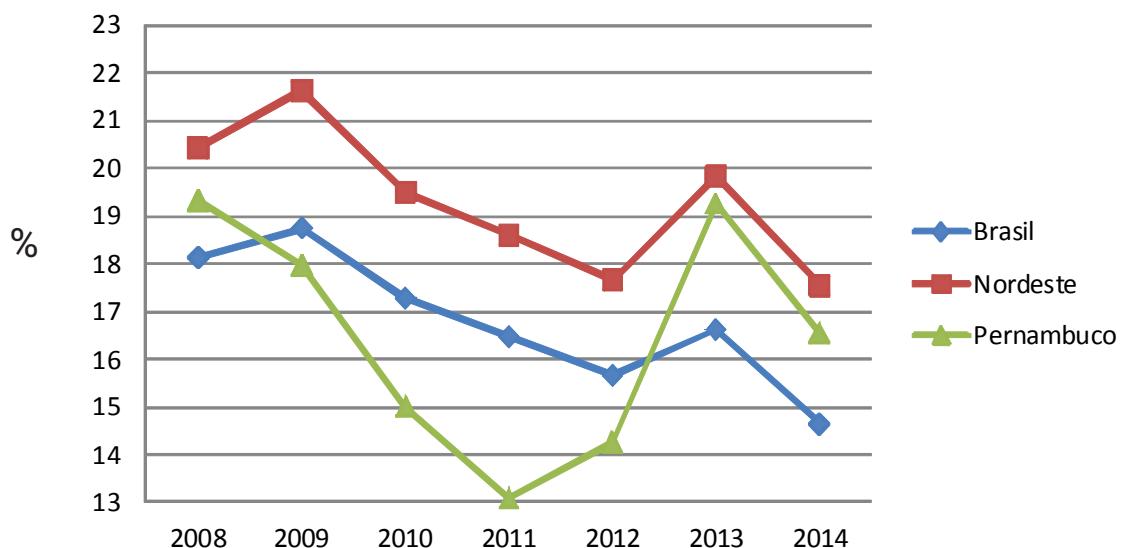


Gráfico 6. Idosos com peso elevado (IMC > 27 kg/m²) no período de 2008 a 2014, SISVAN.

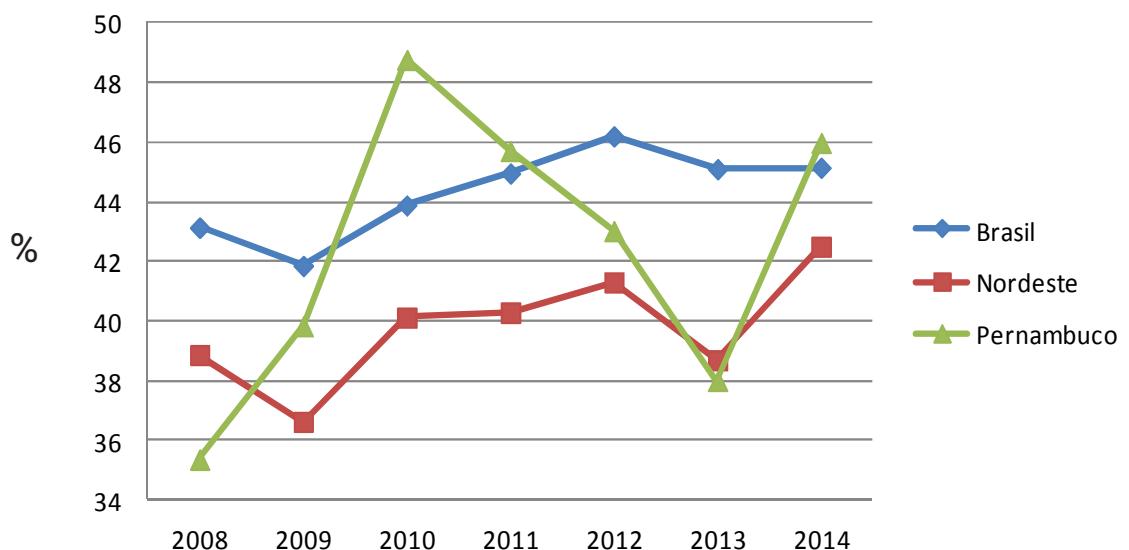


Gráfico 7. Adultos com baixo peso (IMC < 18,4 kg/m²) no período de 2008 a 2014, SISVAN

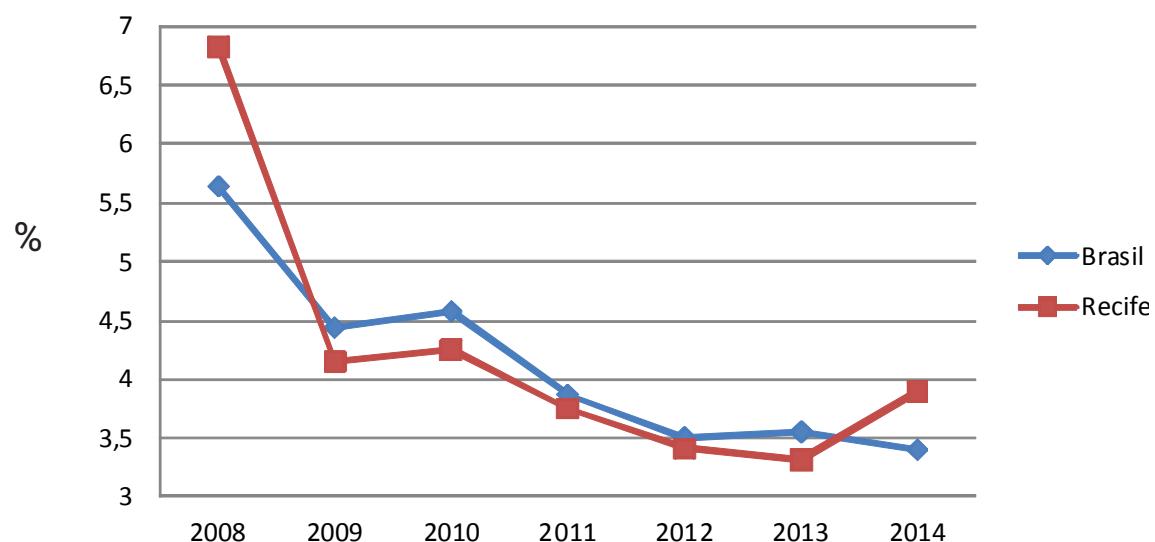
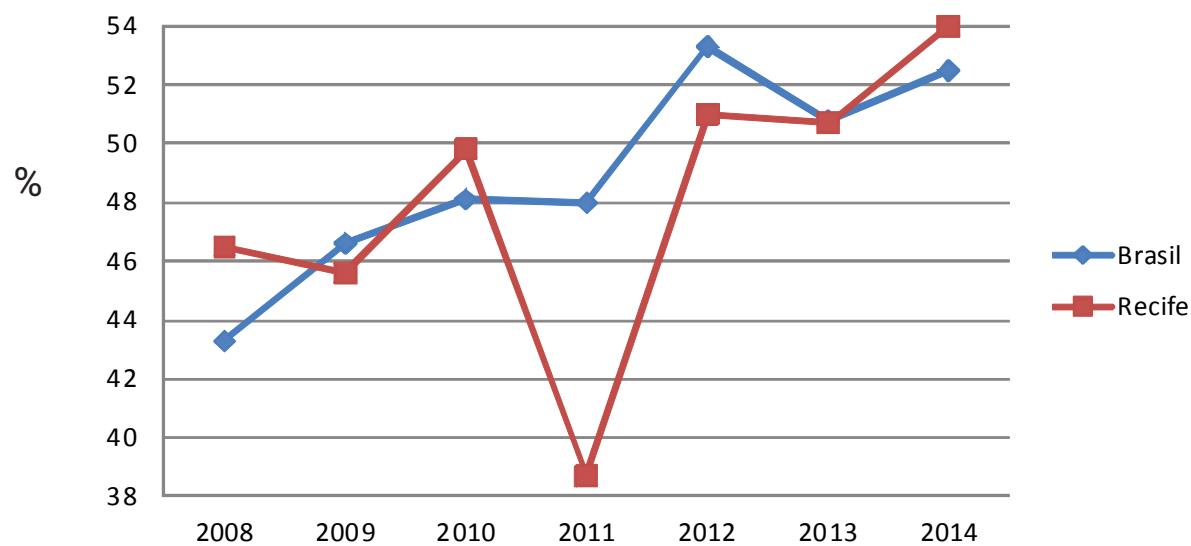


Gráfico 8. Adultos com excesso de peso (IMC >25 kg/m²) no período de 2008 a 2014, VIGITEL.



Anexo II:

Hospital x Perfil das Unidades Hospitalares

HOSPITAL		PELOPIDAS DA SILVEIRA (RECIFE)	ERMÍRIO COUTINHO (NAZARÉ DA MATA)	VITALINO PEREIRA DOS SANTOS (CARUARU)	SILVIO MAGALHÃES (PALMARES)	DOM HELDER CAMARA (CABO)	MIGUEL ARRAES (PAULISTA)	DOM, MALAN (PETROLINA)	FERNANDO BEZERRA (OURICURI)	JOÃO MURIBO (VITÓRIA DE S. ANTÃO)
COMPLEXIDADE	MÉDIA	x	x	x	x	x	x		x	
	ALTA	x		x	x	x	x	x	x	x
ESPECIALIDADES	CLINICA MÉDICA		10	31	29	18	30	36	22	16
	CIRURGIA GERAL			26	14	8	29		25	
	NEUROLOGIA CLÍNICA	30		26						
	NEUROLOGIA CIRÚRGICA	30								
	TRAUMATO ORTOPEDIA			15	50	58				
	UTI ADULTO	Neurologia e neurocirurgia 10		Coronaria 10		10	29			
		Cardiologia 9		Geral 40		9		10	10	
					10	9				
	UTI PEDIÁTRICA							4		
	UTI NEONATAL							6		10
	UTI NEO							27		10
	SRPA	10	2	13	10	10	10		1	
	OBSTETRÍCIA		27		40			45	17	27
	GINECOLOGIA CIRÚRGICA							9		
	PEDIATRIA CLÍNICA		6	26	25			61	13	13
	PEDIATRIA CIRÚRGICA			13				5		
	CARDIOLOGIA CLÍNICA	30		31		25				
	CARDIO INTERVENCIONISTA					16				
	CIR. CARDIOVASCULAR			19				4		
	ONCOLOGIA				4					
	ONCOLOGIA CIRÚRGICA				6				5	6
	UROLOGIA			15			24	31		
	BERCÁRIO EXTERNA		4							
	BERCÁRIO INTERNO									
	UROLOGIA									
	REVERSÍVEL									
	Internação:	120	47	257	133	117	117	218	93	87
	UTI e UC:	30	0	30	10	28	20	47	10	10
	Reversível:	0	0	0	0	24	31	0	0	0
	Observação:	50	8	20	35	24	34	37	17	12
	SRPA:	10	2	13	10	10	10	4	1	0
	TOTAL	170	57	257	188	203	212	306	110	109
	OBS.: No total de leitos está incluso os leitos de sala de recuperação pós-anestésica.									

Fonte: CNES

Anexo III:

Leitos clínicos de retaguarda implantados na I MACRO

MACRO	MUNICÍPIO	ESTABELECIMENTO	ENFERMARIA CLÍNICA DE RETAGUARDA
I MACRO	CAMARAGIBE	HOSPITAL GERAL DE CAMARAGIBE ARISTEU CHAVES	14
	CAMARAGIBE	HOSPITAL GERAL DE CAMARAGIBE ARISTEU CHAVES (SOS)	13
	IGARASSU	UNIDADE HOSPITALAR DE IGARASSU	30
	JABOATÃO DOS GUARARAPES	HOSPITAL E MATERNIDADE NOSSA SENHORA DE LOURDES	56
	JABOATÃO DOS GUARARAPES	HOSPITAL MEMORIAL JABOATÃO	38
	JABOATÃO DOS GUARARAPES	HOSPITAL MEMORIAL JABOATÃO (SOS)	20
	MORENO	HOSPITAL E MATERNIDADE ARMINDO MOURA	40
	OLINDA	HOSPITAL TRICENTENÁRIO (SOS)	30
	PAULISTA	HOSPITAL MIGUEL ARRAES	15
	RECIFE	HOSPITAL PELÓPIDAS SILVEIRA	50
	RECIFE	REAL HOSPITAL PORTUGUÊS	18
	RECIFE	REAL HOSPITAL PORTUGUÊS (SOS)	24
	RECIFE	HOSPITAL AGAMENON MAGALHÃES	16
	RECIFE	HOSPITAL BARÃO DE LUCENA	15
	RECIFE	HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO (SOS)	139
	RECIFE	HOSPITAL GETÚLIO VARGAS (SOS)	45
	RECIFE	HAL S/A (SOS)	77
	RECIFE	CASA DE SAÚDE MARIA LUCINDA	30
	RECIFE	CASA DE SAÚDE MARIA LUCINDA (SOS)	10
	RECIFE	HOSPITAL SANTO AMARO	34
	RECIFE	HOSPITAL SANTO AMARO (SOS)	40
	RECIFE	HOSPITAL CASA FORTE (SOS)	50
	SÃO LOURENÇO DA MATA	HOSPITAL E MATERNIDADE PETRONILA CAMPOS	20
TOTAL			824

Anexo IV:

Leitos clínicos de retaguarda implantados na IV MACRO

MACRO	MUNICÍPIO	ESTABELECIMENTO	ENFERMARIA CLÍNICA DE RETAGUARDA
IV MACRO	AFRÂNIO	HOSP. MUNICIPAL MARIA COELHO CAVALCANTI RODRIGUES	4
	ARARIPINA	HOSPITAL E MATERNIDADE SANTA MARIA	40
TOTAL			44

Anexo V:

Hospitais que realizam atendimento em alta complexidade em cardiologia por tipo de habilitação e serviços prestados

Estabelecimentos de Saúde	Tipo de Habilidade	Serviços
Hospital das Clínicas	Centro de referência	Cirurgia cardiovascular
		Cirurgia vascular
		Cardiologia intervencionista
		Procedimentos endovasculares extracardíacos
		Laboratório de eletrofisiologia
IMIP	Centro de referência	Cirurgia cardiovascular
		Cirurgia cardiovascular pediátrica
		Cirurgia vascular
		Cardiologia intervencionista
		Procedimentos endovasculares extracardíacos;
PROCAPE	Centro de referência	Cirurgia cardiovascular
		Cirurgia cardiovascular pediátrica
		Cirurgia vascular
		Cardiologia intervencionista
		Procedimentos endovasculares extracardíacos
Hospital Agamenon Magalhães	Centro de referência	Laboratório de eletrofisiologia
		Cirurgia cardiovascular
		Cardiologia intervencionista
	Unidade de assistência especializada	Cirurgia cardiovascular
		Cirurgia cardiovascular pediátrica
		Cirurgia vascular

Estabelecimentos de Saúde	Tipo de Habilitação	Serviços
		Cardiologia intervencionista
Casa Saúde Santa Efigênia	Unidade de assistência especializada	Cirurgia cardiovascular
		Cardiologia intervencionista
Hospital Memorial Petrolina	Unidade de assistência especializada	Cirurgia cardiovascular
		Cardiologia intervencionista
Hospital Dom Hélder Câmara	Unidade de assistência especializada	Cirurgia cardiovascular
		Cardiologia intervencionista
		Laboratório de eletrofisiologia
Hospital Pelópidas da Silveira	Unidade de assistência especializada	Cirurgia cardiovascular
		Cardiologia intervencionista
		Laboratório de eletrofisiologia

Anexo VI:

Distribuição dos Estabelecimentos de Saúde, públicos e privados, por tipo de unidade e gestão. Pernambuco, 2015

Tipo de Estabelecimento	Tipo de Gestão			Total
	Dupla	Estadual	Municipal	
Academia da saúde	-	-	196	196
Central de regulação	-	2	39	41
Central de regulação médica das urgências	-	-	3	3
Centro de apoio a saúde da família-CASF	-	-	157	157
Centro de atenção hemoterápica e/ou hematológica	-	7	-	7
Centro de atenção psicossocial-CAPS	-	1	122	123
Centro de saude/unidade basica de saude	4	21	2.205	2.230
Central de regulacao de servicos de saude	-	-	8	8
Central de notif. Captação e distr. Órgãos estadua	-	5	1	6
Clinica especializada/ambulatorio especializado	17	50	1.329	1.396
Consultorio	-	4	1.922	1.926
Cooperativa	-	3	18	21
Farmacia	-	1	27	28
Hospital especializado	3	12	27	42
Hospital geral	25	41	123	189
Hospital dia	-	2	5	7
Laboratorio central de saude publica - lacen	-	-	2	2
Laboratorio de saude publica	-	10	2	12
Policlinica	3	-	130	133
Oficina ortopedica	-	-	1	1
Posto de saude	-	-	308	308
Pronto antendimento	-	14	13	27
Pronto socorro especializado	-	1	4	5
Pronto socorro geral	1	-	5	6
Secretaria de saude	3	12	178	193
Servico de atencao domiciliar isolado(home care)	-	-	9	9
Unidade de atenção à saúde indígena	-	-	30	30
Unidade de servico de apoio de diagnose e terapia	15	43	550	608
Unidade de vigilancia em saude	-	-	47	47
Unidade mista	8	-	88	96
Unidade movel de nivel pre-hosp-urgencia/emergenci	-	2	200	202
Unidade movel terrestre	-	1	54	55
Telesaúde	-	1	10	11
Total	79	233	7.813	8.125
Percentual por tipo de gestão	0,97%	2,87%	96,16%	100,00%

Fonte: Ministério da Saúde - Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil - CNES, 2015



PLANO ESTADUAL DE SAÚDE **2016-2019**