PLANO ESTADUAL DE SAÚDE

2020-2023

RECIFE - PERNAMBUCO - BRASIL

2019

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO

SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE

SECRETARIA EXECUTIVA DE GESTÃO ESTRATÉGICA E PARTICIPATIVA

PLANO ESTADUAL DE SAÚDE 2020-2023

APROVADO PELO CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE

RESOLUÇÃO Nº 801 DE 04 DE DEZEMBRO DE 2019

P452p Pernambuco. Secretaria Estadual de Saúde.
Plano Estadual de Saúde 2020-2023 / Secretaria Estadual de Saúde. – Recife: A Secretaria, 2021.
459p. : il.

Inclui referências.

1. PLANO ESTADUAL DE SAÚDE – PERNAMBUCO. 2. SAÚDE PÚBLICA – PERNAMBUCO – ANÁLISE. 3. CONFERÊNCIA ESTADUAL DE SAÚDE (9. : RECIFE, PE). I. Título.

CDU 614(813.4)
CDD 362.104 25

PeR – BPE 21-076

EQUIPE DIRIGENTE

Governador do Estado de Pernambuco
Paulo Henrique Saraiva Câmara

Vice-Governador do Estado de Pernambuco
Luciana Barbosa de Oliveira Santos

Secretário de Saúde do Estado de Pernambuco
André Longo Araújo de Melo

Secretário Executivo de Gestão Estratégica e Participativa
Humberto Maranhão Antunes

Secretária Executiva de Atenção à Saúde
Cristina Valença Azevedo Mota

Secretária Executiva de Vigilância em Saúde
Patrícia Ismael de Carvalho

Secretário Executivo de Regulação em Saúde
Ricarda Samara da Silva Bezerra

Secretária Executiva de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde
Fernanda Tavares da Costa de Souza Araújo

Secretário Executivo de Administração e Finanças
Caio Eduardo Silva Mulatinho

Chefe de Gabinete
Eduardo Cavalcanti de Carvalho Florio

Diretoria Geral de Planejamento Orçamentário
Camila Beatriz dos Santos Borges

Diretoria Geral de Gestão Estratégica e Articulação Interfederativa
Inês Eugênia Ribeiro da Costa

Diretora Geral de Gestão Regional em Saúde
Luciana Garcia Figueiroa Ferreira

Diretora Geral de Modernização e Monitoramento da Assistência à Saúde
Maria Aline B. Fernandes

Diretora das Políticas Estratégicas
Mayra Ramos Barbosa da Silva

Diretora Geral de Assistência Regional
Ana Carolina Lemos Alves

Diretora Geral de Assistência Integral à Saúde
Giselle Fonseca de Carvalho

Diretora Geral de Informações Epidemiológica e Vigilância das Arboviroses
Idalacy de Carvalho Barreto

Diretora Geral de Vigilância as Doenças Negligenciadas e Sexualmente Transmissíveis
Sílvia Natália Serafim Cabral

Diretora Geral de Promoção e Vigilância de Doenças de Riscos e Danos á Saúde
Sandra Luzia Barbosa de Souza

Diretora Geral do Laboratório Central de Saúde Pública
Roselene Hans Santos

Diretora Geral de Programação e Controle em Saúde
Amélia Caldas de Souza

Diretora Geral de Fluxos Assistenciais
Isabel Cristina Xavier Soares Arruda Falcão

Diretor Geral de Monitoramento e Auditoria da Gestão do SUS
Ricardo Ernestino da Silva

Diretora Geral de Educação em Saúde
Juliana Siqueira dos Santos

Diretora Geral de Gestão do Trabalho
Vanessa Gabrielle Diniz

Diretora Geral da Escola de Governo em Saúde Pública do Estado de Pernambuco (ESPPE)
Célia Maria Borges da Silva Santana

Diretor Geral de Finanças
Lucivaldo Lourenço da Silva

Diretora Geral de Assuntos Jurídicos
Taciano Florentino da Silva

Diretora Geral de Administração
José Felipe Pereira da Silva

Diretor Geral de Assistência Farmacêutica
Mario Fabiano dos Anjos Moreira

Diretor Geral da Agência Pernambucana de Vigilância Sanitária (APEVISA)
Josemaryson Damascena Bezerra

Diretora Geral do Núcleo Estadual de Telessaúde de Pernambuco
Dulcineide Gonçalo de Oliveira

Diretora de Inovação e Informatização em Saúde
Bruno Rodrigo Cunha de Abreu

Presidente da Fundação de Hematologia e Hemoterapia de Pernambuco (HEMOPE)
Gessyanne Vale Paulino

Superintendente de Atenção Primária
Maria Francisca Santos de Carvalho

Superintendente de Acompanhamento Regional
Alessandra de Melo Cabral

Superintendente de Atenção Ambulatorial e Hospitalar
Andrea Franklin de Carvalho

Superintendente de Acompanhamento de Metas
Maria da Conceição Belo Pessoa

Superintendente de Regionalização da Saúde
Virgínia Maria Holanda de Moura

Superintendente de Apoio Logístico
Bruno Canuto de Araujo Ribeiro

Superintendente de Suprimentos
Felipe Silva de Oliveira

Superintendente de Comunicação
Rafael de Barros Correia Montenegro

Superintendente de Ouvidoria de Saúde
Jadiael Alexandre de Souza

Superintendente do Núcleo de Ações Judiciais
Geraldo Jorge Filho

Coordenador Executivo da Operação Lei Seca (OLS)
André Felipe Oliveira Gondim

Coordenador do Comitê de Prevenção de Acidentes de Moto (CEPAM)
João Veiga Leitão de Albuquerque Filho

GERENTES REGIONAIS

I GERES
Polyanna Christine Bezerra Ribeiro

II GERES
Luciana Bezerra da Silva

III GERES
Joyce Catarina Lopes de Morais

IV GERES
Maria Aparecida de Souza

V GERES
Janaina Ramos

VI GERES
Silvia Renata Gomes Remígio Sousa

VII GERES
Maria Auxiliadora Alves Vasconcelos Veras

VIII GERES
Aline Silva Jerônimo

IX GERES
Joelma de Jesus Rodrigues

X GERES
Mary Delânea Sousa Pinheiro dos Santos

XI GERES
Karla Millene Sousa Lima Cantarelli

XII GERES
Daniele Uchôa Barros Alves

COMPOSIÇÃO DO CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE
GESTÃO 2019-2021

GESTORES

Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco
Titular: André Longo Araújo de Melo
Suplente: Humberto Maranhão Antunes

Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco
Titular: Lidiane Rodrigues Gonzaga
Suplente: JanyWelma Albuquerque

Secretaria Estadual de Educação
Titular: Elizabeth Cavalcante Jales
Suplente: Enilda Lino do Nascimento

Secretaria de Planejamento e Gestão - SEPLAG
Titular: Maria Fernanda Gomes Ribeiro de Andrade
Suplente: Flávia de Oliveira Antunes

Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães – FIOCRUZ
Titular: Pedro Miguel dos Santos Neto
Suplente: Petra Oliveira Duarte

Colegiado de Secretários Municipais de Saúde – COSEMS
Titular: Elídio Ferreira de Mouro Filho
Suplente: Maria Yranusa Cavalcante

Sociedade Pernambucana de Combate ao Câncer – HCP
Titular: Ana Karla Goés Liberato de Mattos
Suplente: Anderson Ribeiro Queiroz

Associação Nordestina de Hospitais
Titular: Tácio Cavalcanti
Suplente: Joaquim Pereira Campos Vieira de Mello

TRABALHADORES

COREN - Conselho Regional de Enfermagem de PE
Titular: José Ronaldo Vasconcelos Nunes
Suplente: Priscila Soares Costa Fagundes do Nascimento

CREF 12º- Conselho Regional de Educação Física
Titular: Bruno Leandro de Melo Barreto
Suplente: Igor Gabriel de Morais Santos

SEEP- Sindicato dos Enfermeiros no Estado de Pernambuco
Titular: Carmela Lília Epósito de Alencar Fernandes
Suplente: Cristiano Batista do Nascimento

SINDACS/PE – Sindicato dos Agentes Comunitários de Saúde do Estado de Pernambuco
Titular: José Ricardo Alexandre
Suplente: José Felipe Ferreira

SINDSAÚDE – Sindicato dos Trabalhadores em Saúde e Seguridade Social do Estado de Pernambuco
Titular: Sandra Soares Sant'anna
Suplente: Haniel Nunes da Silva

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: Silvaneide Márcia Bezerra da Costa
Suplente: Ivonete Maria Batista

SINFARPE - Sindicato dos Farmacêuticos no Estado de Pernambuco
Titular: Veridiana Ribeiro da Silva
Suplente: Maria Evan Gomes Barbosa

SINDUPE – Sindicato dos Servidores da Universidade de Pernambuco
Titular: Tatiana Ferreira do Nascimento
Suplente: José Bartolomeu Cavalcanti

USUÁRIOS

ADUSEPS – Associação de Defesa dos Usuários de Seguros, Planos e Sistemas de Saúde
Titular: Christiana Maria Monteiro Chiappetta
Suplente: Mônica Maria Gusmão Costa

ADVAMPE- Associação dos Deficientes Visuais do Agreste Meridional de Pernambuco
Titular: José Juca de Melo Filho

AMOTRANS – Articulação e Movimento para Travestis e Transexuais
Titular: Rivânia Rodrigues da Silva
Suplente: Joana Gabriela dos Reis Casotti

CEPAS – Centro de Ensino Popular e Assistência Social de Pernambuco Paula Frasinitte
Titular: Sônia Maria de Oliveira Pinto
Suplente: Elzanira da Silva

CUT – Central Única dos Trabalhadores
Suplente: Andreza Camila Gomes Duarte

Circulo Operário de Nazaré da Mata
Titular: Bernadete Felipe de Melo
Suplente: José Roque Caetano

Casa de Apoio Vovó Bibia
Titular: Maria Aparecida Araújo Brito de Andrade
Suplente: Elizete Maria Viana Maciel

Distrito Sanitário Especial Indígena de Pernambuco
Titular: Laucine José de Sá
Suplente: Wagnei Siqueira Cabral

FEMOCOHAB/PE – Federação das Associações dos Moradores de Núcleos de Cohab e Similares no Estado de Pernambuco
Titular: Elivânia Santos Matias de Souza
Suplente: Maria Ângela Gonçalves de Souza

FETAPE – Federação dos Trabalhadores Rurais Agricultores e Agricultoras Familiares do Estado de Pernambuco
Titular: Antenor Martins de Lima Filho
Suplente: Karolina Keuly Lima Silva

FECOPE – Federação dos Círculos Operários de Pernambuco
Titular: Ubirajara Alves de Lima
Suplente: Abigail Melo da Silva

GESTOS – Soropositividade e Gênero
Titular: Juliana Araújo César Tavares
Suplente: José Cândido da Silva

Instituto Brasileiro Pró – Cidadania
Titular: Euclides Monteiro Neto
Suplente: Oscar Correia da Silva

Madre Paulina
Titular: José Wilson Alencar de Oliveira
Suplente: Paula Thauany de Alencar Lúcio

Nova Central Sindical dos Trabalhadores de Pernambuco
Titular: Jorge Mario de Souza
Suplente: Hélvio Mozart Montenegro

Pastoral da Saúde Nordeste 2
Titular: Adeildo Antônio da Silva
Suplente: Sérgia Cristina Cavalcanti Pereira

SARAVIDA – Sociedade Assistencial SARAVIDA
Suplente: Isaac Machado de Oliveira

União dos Trabalhadores em Pernambuco
Titular: Severino Romero de Mendonça

GRUPO CONDUTOR e EQUIPE DE ELABORAÇÃO

Secretaria Executiva de Gestão Estratégica e Participativa
Humberto Maranhão Antunes

Diretoria Geral de Planejamento e Gestão Participativa
Camila Beatriz dos Santos Borges

Diretoria Geral da Gestão Estratégica da Informação e Custos em Saúde
Inês Eugênia Ribeiro da Costa

Diretoria Geral de Assistência Integral à Saúde
Rodrigo Bezerra Pires

Diretoria Geral de Gestão Regional em Saúde
Luciana Garcia Figueiroa Ferreira

Diretoria Geral de Educação em Saúde
Juliana Siqueira dos Santos

Diretoria Geral de Administração
Ana Patrícia Pastick Rolim

Diretoria Geral de Inovação e Informação em Saúde
Ana Carolina Alves Breda

Gerência de Gestão Estratégica e Participativa
Ana Paula de Melo

Gerência de Informação em Saúde
Fernando José Moreira de Oliveira Júnior

Gerência de Informações Assistenciais
Juliana Leão Pontes

Gerência de Administração de Pessoas
Rafaela Gurgel

Gerência de Convênios
Ranúsia Maria Gomes Monteiro

Gestora da Política de Assistência Farmacêutica
Amanda Figueiredo Barbosa Azevedo

Gestora Governamental do Núcleo Gestor da Saúde
Flávia de Oliveira Antunes

Gestora Técnica de Articulação
Tatiana Araújo Diniz

Gestora de Articulação e Controle Social
Lidiane Rodrigues Gonzaga

Superintendência de Articulação Estratégica e Gestão de Custos
Jany Welma de Sá Albuquerque

Superintendência de Atenção Primária
Ana Perez

Superintendência de Ouvidoria do SUS
Jadiael Alexandre de Souza

Coordenadoria de Instrumentos de Planejamento em Saúde
Maria Beatriz Medeiros de Araújo

Coordenadoria de Gestão Estratégica e Participativa
Juliana Costa Cunha

Coordenadoria de Ações Estratégicas da Fundação de Hematologia e Hemoterapia de Pernambuco
Maria Flora Sabino Costa

Coordenadoria de Saúde do Homem e do Idoso
Valéria Pastor

Núcleo Estadual de Telessaúde de Pernambuco
Dulcineide Gonçalo de Oliveira

Escola de Governo em Saúde Pública do Estado de Pernambuco – ESPPE
Célia Maria Borges da Silva Santana

Assessoria - SEAS
Luciana Bezerra da Silva

Assessoria - SEAS
Adriana Baltar

Assessoria - SEVS
Alessandro Cerqueira

Assessoria - SEVS
Priscila Lima

Conselho Estadual de Saúde
Sônia Maria de Oliveira Pinto
Oscar Correira da Silva
José Ronaldo Vasconcelos Nunes
Euclides Monteiro Neto

COLABORADORES

Elisabeth Lacerda Caldas
Lays Hevércia Silveira de Farias
Márcia Maria Vidal Neves
Marileide Juviniano Carvalho
Rafaely Márcia Santos da Costa
Rebeca Valentim Leite
Tamires Brandão de Siqueira e Sousa

DESIGN

Revisão
Christiano Cardoso

Capa
Marcos Pereira

Diagramação e Design
Feeling Propaganda

LISTA DE SIGLAS

AAE	Atenção Ambulatorial Especializada
AB	Atenção Básica
ACS	Agentes Comunitários de Saúde
AE	Atenção Especializada
AECI	Assessoria Especial de Controle Interno
AIDPI	Atenção Integral às Doenças Prevalentes na Infância
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
AIH	Autorização de Internação Hospitalar
AM	Acidente de Motocicleta
AMIU	Método de Aspiração Manual Intrauterina
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APEVISA	Associação Pernambucana de Vigilância Sanitária
APS	Atenção Primária à Saúde
ATT	Acidentes de Transporte Terrestre
AVA	Ambiente Virtual de Aprendizagem
BPC	Benefício de Prestação Continuada
BR	Brasil
CA	Cânceres
CACON	Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia
CAPS	Centros de Atenção Psicossocial
CAPS-ad	Centro de Atenção Psicossocial – álcool e droga
CAPSi	Centro de Atenção Psicossocial Infantil
CASUSPE	Comitê de Auditoria do Sistema Único de Saúde de Pernambuco
CASPD	Coordenação de Atenção à Saúde da Pessoa com Deficiência
CEA	Componente Estadual de Auditoria
CEATOX	Centro de Assistência Toxicológica
CEC	Círculos de Educação e Cultura
CE	Causas Externas
CEO	Centro de Especialidade Odontológica
CEPAM	Comitê Estadual de Prevenção a Acidentes de Moto
CER	Centros Especializados em Reabilitação
CEREST	Centro de Referência em Saúde do Trabalhador
9ª CES	9ª Conferência Estadual de Saúde
CES	Conselho Estadual de Saúde
CES/PE	Conselho Estadual de Saúde de Pernambuco
CESPN	Comitê Estadual de Saúde da População Negra
CET-PE	Central Estadual de Transplantes de Pernambuco
CGM	Coeficiente Geral de Mortalidade
CI	Coeficiente de Incidência
CIB	Comissão Intergestora Bipartite
CID	Classificação Internacional de Doenças
CIES	Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço
CIPPSR	Comitê Intersetorial de Políticas Públicas para População em Situação de Rua
CIR	Comissão Intergestores Regional
CISAM	Centro Integrado de Saúde Amaury de Medeiros
CISTT	Comissões Intersetoriais de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CM	Coeficiente de Mortalidade
CMG	Coeficiente de Mortalidade Geral
CMI	Coeficiente de Mortalidade Infantil
CMS	Conselho Municipal de Saúde
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
COREMU	Comissão de Residência Multiprofissional em Saúde
COSEMS	Colegiado de Secretários Municipais de Saúde
CPL	Comissão Permanente de Licitação
CPN	Centros de Partos Normais
CR	Central de Regulação
CRIE	Centro de Referência para Imunobiológicos Especiais
CRIL	Central de Regulação Interestadual de Leitos
CT	Câmara Técnica
CTs	Comitês Técnicos
CT Saúde LGBT	Comitê Técnico de Saúde Integral da População LGBT
CVLI	Crimes Violentos Letais e Intencionais
DAC	Doenças do Aparelho Cardiovascular
DATASUS	Departamento de Informática do SUS
DCAR	Doenças Crônicas do Aparelho Respiratório

DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DDA	Doenças Diarreicas Agudas
DEFN	Distrito Estadual de Fernando de Noronha
DGMP	DigiSUS Gestor Módulo Planejamento
DGPGP	Diretoria Geral de Planejamento e Gestão Participativa
DigiSUS	Estratégia de Saúde Digital no Brasil
DIU	Dispositivo Intrauterino
DM	Doença Meningocócica
DM	Diabetes Mellitus
DN	Declaração de Nascido Vivo
DOGES	Departamento de Ouvidoria Geral do SUS
DOMI	Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores
DPE	Diretoria de Políticas Estratégicas
DRU	Desvinculação da Receita da União
EABp	Equipes de Atenção Básica Prisional
EaD	Ensino à Distância
EC	Emenda Constitucional
EEAB	Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil
ESF	Estratégia de Saúde da Família
ESPPE	Escola de Governo de Saúde Pública de Pernambuco
e-Saúde	Estratégia de Incorporação da Saúde Digital
FNS	Fundo Nacional de Saúde
FORMASUS	Programa de Formação para o SUS
GAL	Gerenciador de Ambiente Laboratorial
GASAM	Gerência de Saúde Mental
GERES	Gerência Regional de Saúde
GIA	Gerência de Informações Assistenciais
GRAMB	Gerência de Regulação Ambiental
GSH	Grupo Gestor de Serviços de Hemoterapia
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HAM	Hospital Agamenon Magalhães
HEMOPE	Fundação de Hematologia e Hemoterapia de Pernambuco
HGV	Hospital Getúlio Vargas
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
HJMO	Hospital João Murilo de Oliveira
HJAM	Hospital Psiquiátrico José Alberto Maia
HRBC	Hospital Regional Ruy de Barros Correia
HREC	Hospital Regional Emilia Câmara
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICSAB	Internações por Condições Sensíveis à Atenção Básica
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IDHM	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
IHENE	Instituto de Hematologia do Nordeste
IMIP	Instituto Materno Infantil Professor Fernando Figueira
IP	Índice de Positividade
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
IST	Infecções Sexualmente Transmissíveis
LACEN	Laboratório Central de Saúde Pública
LAFEPE	Laboratório Farmacêutico do Estado de Pernambuco
LAI	Lei de Acesso à Informação
LC	Lei Complementar
LDO	Lei de Diretrizes Orçamentárias
LER/DORT	Lesões por Esforços Repetitivos/Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho
LGBT	Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais e Transgêneros
LOA	Lei Orçamentária Anual
MCTIC	Ministério da Ciência e Tecnologia, Inovações e Comunicações
MDGVS	Monitoramento do Desempenho da Gestão da Vigilância em Saúde
MIF	Mulher em Idade Fértil
MS	Ministério da Saúde
NAFCM	Núcleo de Apoio às Famílias de Crianças com Microcefalia
NASF-AB	Núcleo de Apoio à Saúde da Família e Atenção Básica
NES	Núcleo Estadual de Saúde
NES-HOSP	Núcleos de Economia de Saúde Hospitalar
NESP	Núcleo Estadual de Segurança do Paciente
NET-SESPE	Núcleo Estadual de Telessaúde de Pernambuco
NIR	Núcleos Internos de Regulação
NNAR	Núcleo de Normatização e Avaliação de Resultados
NOB	Norma Operacional Básica
NSP	Núcleos de Segurança do Paciente
NUAPS	Núcleo de Apoio Psicossocial

NUTES-HC-UFPE	Núcleo do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco
NUTESVASF	Núcleo de Telessaúde da Universidade Federal do Vale do São Francisco
NV	Nascidos Vivos
OGE	Ouvidoria Geral do Estado
OLS	Operação Lei Seca
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan Americana da Saúde
OPM	Órtese, Prótese e Meios Auxiliares de Locomoção
OS	Organizações Sociais
OSS	Organizações Sociais da Saúde
PAIR	Perda Auditiva Induzida por Ruído
ParticipaSUS	Política de Gestão Estratégica e Participativa
PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PAREPS	Planos de Ação Regional de Educação Permanente em Saúde
PAS	Programação Anual de Saúde
PBV	Projeto Boa Visão
PCDT	Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas
PDR	Plano Diretor de Regionalização
PDI/MS	Programa de Inclusão Digital do MS
PEAPS	Piso Estadual da Atenção Primária à Saúde
PEFAP	Política Estadual de Fortalecimento da Atenção Primária
PEP	Profilaxia Pós- Exposição ao HIV
PEPICS	Política Estadual de Práticas Integrativas e Complementares
PES	Plano Estadual de Saúde
PESILGBT	Política Estadual de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais
PGASS	Programação Geral de Ações e Serviços de Saúde
PICS	Práticas Integrativas e Complementares em Saúde
PMP	Por Milhão de População
PMS	Plano Municipal de Saúde
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio
PNAIC	Pacto Nacional pela Alfabetização na Idade Certa
PNAISC	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança
PNAISH	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem
PNAISP	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da População Privada de Liberdade no Sistema Prisional
PNAN	Política Nacional de Alimentação e Nutrição
PNAO	Política Nacional de Atenção em Oftalmologia
PNASH	Programa Nacional de Avaliação de Serviços Hospitalares
PNGC	Programa Nacional de Gestão de Custos
PNHOSP	Política Nacional de Atenção Hospitalar
PNI	Programa Nacional de Imunização
PNPIC	Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares
PNPS	Política Nacional de Promoção à Saúde
PNSIPN	Política Nacional de Saúde Integral da População Negra
PNSP	Programa Nacional de Segurança do Paciente
PNSPI	Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa
PPA	Plano Plurianual
PPI	Programação Pactuada e Integrada
PPS	Pacto pela Saúde
PPSUS	Programa Pesquisa para o SUS em Pernambuco
PQA-VS	Programa de Qualificação das Ações de Vigilância em Saúde
PREP	Profilaxia Pré-Exposição ao HIV
PRI	Planejamento Regional Integrado
PROADI-SUS	Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do SUS
PROCAPE	Pronto Socorro Cardiológico de Pernambuco
PSE	Programa Saúde na Escola
PTS	Projeto Terapêutico Singular
QUALIVIDA	Programa de Saúde, Segurança, e Qualidade de Vida
RAAS/BPAC	Procedimentos das Ações Ambulatoriais de Saúde/Boletim de Produção Ambulatorial Consolidado
RAG	Relatório Anual de Saúde
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RAS	Redes de Atenção a Saúde
RCPD	Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência
RDQ	Relatório Detalhado Quadrimestral
REAO	Rede Estadual de Atenção em Oftalmologia
RETSUS	Rede de Escolas Técnicas do SUS
RHP	Real Hospital Português
RMM	Razão de Mortalidade Materna
RN	Recém-Nascidos
RNEP	Rede Nacional de Ensino e Pesquisa

RUE	Rede de Urgência e Emergência
RUTE	Rede Universitária de Telemedicina
SAD	Serviço de Assistência Domiciliar
SAE	Serviço de Assistência Especializada
SAIPS	Sistema de Apoio à Implementação de Políticas em Saúde
SAP	Superintendência de Atenção Primária
SargSUS	Sistema de Apoio ao Relatório de Gestão
SCZV	Síndrome Congênita do Zika Vírus
SEAF	Secretaria Executiva de Administração e Finanças
SEAS	Secretaria Executiva de Atenção a Saúde
SEGEP	Secretaria Executiva de Gestão Estratégica e Participativa
SEPLAG	Secretaria de Planejamento e Gestão
SES/PE	Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco
SEVS	Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde
SIACS	Sistema de Acompanhamento dos Conselhos de Saúde
SIG	Grupo de Interesse Especial (Special Interest Groups)
SIM	Sistema de Informação sobre Mortalidade
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SINASC	Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos
SIOPS	Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde
SIS-PBV	Sistema de Informação do Projeto Boa Visão
SISPCE	Sistema de Informação do Programa de Controle da Esquistossomose
SNA	Sistema Nacional de Auditoria
SNT	Sistema Nacional de Transplantes
SOF	Segunda Opinião Formativa
SRAG	Síndrome Respiratória Aguda Grave
SUS	Sistema Único de Saúde
SVO	Serviço de Verificação de Óbitos
TBN	Taxa Bruta de Natalidade
TCU	Tribunal de Contas da União
TIC	Tecnologias da Informação e Comunicação
TMI	Taxa de Mortalidade Infantil
UAEO	Unidades de Atenção Especializada em Oftalmologia
UCI	Unidade de Cuidados Intermediários
UCINCa	Unidade de Cuidados Intermediários Canguru
UD	Unidades Domiciliares
UNACON	Unidades de Alta Complexidade em Oncologia
UPA	Unidades Hospitalares, de Pronto Atendimento
UPAE	Unidade de Pronto Atendimento Especializados
USF	Unidade de Saúde da Família
USIATT	Unidades Sentinelas de Informação sobre Acidentes de Trânsito Terrestre
USP	Unidades de Saúde Prisional
UTI	Unidades de Terapia Intensiva
VERSUS	Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde
VIGSATT	Vigilância Sentinela de Acidentes de Transporte Terrestre
VISA	Vigilância Sanitária
VSR	Vírus Sincicial Respiratório

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. População Residente e razão de sexo por Macrorregião e Região de Saúde segundo sexo, 2018..... 42

Tabela 2. População de Mulheres em idade fértil. Pernambuco, 2018..... 43

Tabela 3. População Residente por Faixa Etária e Sexo, 2018..... 44

Tabela 4. Índice de Gini da renda domiciliar per capita segundo Macrorregião e Região de Saúde – Pernambuco... 50

Tabela 5. Proporção da População Residente Alfabetizada por Faixa Etária..... 53

Tabela 6. Distribuição do número e percentual de casos confirmados de sarampo por faixa etária. Pernambuco, 2013 e 2014..... 72

Tabela 7. Número de óbitos por esquistossomose, segundo Macrorregião de Saúde. Pernambuco, 2008 -2017... 82

Tabela 8. Número de exames realizados e positivos para esquistossomose, segundo I e II Macrorregiões de Saúde. Pernambuco, 2008-2017..... 83

Tabela 9. Número de examinados e positivos para geo-helmintíases, segundo Macrorregiões de Saúde. Pernambuco 2008-2017..... 85

Tabela 10. Distribuição dos Estabelecimentos de Saúde, públicos e privados, por tipo gestão. Pernambuco, Abril de 2019..... 195

Tabela 11. Distribuição dos Estabelecimentos de Saúde, públicos e privados, por Região de Saúde do estabelecimento e tipo gestão. Pernambuco, 2019..... 196

Tabela 12. Estabelecimentos de saúde credenciados para a prestação de serviços ao SUS, públicos e privados por tipo de estabelecimento, segundo a Região de Saúde do estabelecimento. Pernambuco, abril de 2019..... 197

Tabela 13. Distribuição de Leitos SUS por Região de Saúde segundo o tipo de gestão. Pernambuco, 2019..... 198

Tabela 14. Distribuição de Leitos SUS por Região de Saúde Leito/ Especialidade. Pernambuco, 2019..... 198

Tabela 15. Distribuição de Leitos Complementares (SUS e não SUS) no estado de Pernambuco por tipo de especialidade, segundo a Região de Saúde, 2019..... 199

Tabela 16. Produção de procedimentos de média e alta complexidade aprovada nos estabelecimentos de Pernambuco entre janeiro e dezembro de 2018..... 199

Tabela 17. Componentes da Rede de Atenção Psicossocial hoje em nosso Estado..... 224

Tabela 18. Distribuição dos casos notificados de SCZ por Região de Saúde, segundo classificação final e acompanhamento assistencial, SE 30/2015 à SE 17/2019, Pernambuco..... 276

Tabela 19. Indicadores de Pactuação Interfederativa adotados pela SES..... 363

LISTA DE QUADROS

Quadro 1. Relação entre Objetivos do Mapa Estratégico da SES e os Objetivos Estratégicos no PES 2020-2023.. 37

Quadro 2. Perfil socioeconômico do estado de Pernambuco e suas Macrorregiões de Saúde..... 48

Quadro 3. Número de casos de Aids em menores de 5 anos segundo ano de diagnóstico, Macrorregião de saúde de residência e Região de Saúde de residência. Pernambuco, 2008 a 2017*..... 61

Quadro 4. Número de óbitos e coeficiente de mortalidade por AIDS, segundo ano do óbito, Macrorregião de Saúde e Região de Saúde de residência. Pernambuco, 2008 a 2017*..... 63

Quadro 5. Número de casos e coeficiente de incidência de sífilis congênita, segundo ano de diagnóstico, Macrorregião de Saúde de residência e Região de Saúde de residência. Pernambuco, 2008 a 2017*..... 65

Quadro 6. Número de casos e coeficiente de incidência de hepatite C, segundo ano de diagnóstico, Macrorregião e Região de Saúde de residência. Pernambuco, 2008 a 2017*..... 66

Quadro 7. Proporção dos casos de violência interpessoal/autoprovocada de residentes em Pernambuco notificados no Sinan segundo faixa etária e sexo das vítimas, por Macrorregião de Saúde. Pernambuco, 2011-2017..... 104

Quadro 8. Proporção dos principais tipos de violência* por faixa etária segundo Macrorregião de Saúde. Pernambuco, 2011 e 2017..... 105

Quadro 9. Proporção de população SUS dependente nas Macrorregiões de Saúde de Pernambuco..... 127

Quadro 10. Operadoras de saúde suplementar em Pernambuco, segundo cobertura..... 128

Quadro 11. Gerências Regionais de Saúde de Pernambuco e municípios sede..... 132

Quadro 12. Situação da Programação Anual de Saúde por Região de Saúde do Estado de Pernambuco no período de 2014-2018..... 139

Quadro 13. Situação do Relatório Anual de Gestão de 2011 a 2017 das Regiões de Saúde do Estado de Pernambuco..... 141

Quadro 14. Situação dos Instrumentos de Planejamento do Estado, no período de 2012 à 2018..... 146

Quadro 15. Atividades desempenhadas e resultados alcançados- CIB/PE 2013-2018..... 149

Quadro 16. Força de trabalho em saúde da SES, março 2019..... 152

Quadro 17. Quantitativo de profissionais nas Gerências Regionais, APEVISA, LACEN e Nível Central, março de 2019..... 153

Quadro 18. Nomeações de profissionais de saúde entre 2015-2018..... 153

Quadro 19. Número de bolsas integrais de estudo em cursos de nível técnico e superior do Programa FormaSUS no período de 2015 à 2018..... 157

Quadro 20. Recursos investidos pelo Governo do Estado de Pernambuco no financiamento de bolsas de residências em saúde no ano de 2018 considerando valor bruto..... 157

Quadro 21. Evolução do número de vagas de residência ofertadas no estado de Pernambuco no período de 2012 a 2018..... 158

Quadro 22. Núcleos de Telessaúde Implantados no estado de Pernambuco..... 171

Quadro 23. Deflagração e implantação do Programa Nacional de Gestão de Custos nas unidades hospitalares de Pernambuco..... 176

Quadro 24. Demonstrativo das Ações Realizadas pelo Núcleo Estadual de Economia da Saúde. Período 2015 a 2018..... 177

Quadro 25. Recursos captados e recebidos de transferência voluntária federal entre os anos de 2008-2018..... 180

Quadro 26. Percentual de cobertura da Estratégia Saúde da Família, segundo Regional de Saúde, Pernambuco, 2011–03/2019..... 201

Quadro 27. Percentual de Cobertura de Saúde Bucal na Estratégia de Saúde da Família e na Atenção Básica, por Macrorregião e Região de Saúde. Pernambuco, Março/2019..... 202

Quadro 28. Número de NASF, segundo Regional de Saúde, Pernambuco, 2011 – 03/2019..... 203

Quadro 29. Proporção de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Básica, segundo Regionais de Saúde, Pernambuco, 2008 - 2019..... 204

Quadro 30. Modelagem da Rede Cegonha em Pernambuco..... 207

Quadro 31. Parâmetros Assistenciais da Rede de Atenção Materna e Infantil para todas as gestantes (Atenção Primária)..... 208

Quadro 32. Parâmetros Assistenciais da Rede de Atenção Materna e Infantil para as gestantes de alto risco.... 209

Quadro 33. Parâmetros de infraestrutura para assistência da Rede de Atenção Materno Infantil para todas as gestantes..... 210

Quadro 34. Indicadores de Atenção ao Parto..... 211

Quadro 35. Síntese das Maternidades, Leitos e Referências de Risco Habitual, I Macrorregião de Saúde, Pactuação Rede Cegonha 2012..... 212

Quadro 36. Maternidades, Leitos e Referências de Alto risco, I Macrorregional de Saúde, Pactuação Rede Cegonha 2012..... 214

Quadro 37. Síntese das Maternidades, Leitos e Referências Risco Habitual, II Macrorregional de Saúde, Pactuação Rede Cegonha 2012..... 215

Quadro 38. . Síntese das Maternidades, Leitos e Referências Risco Habitual, III Macrorregional de Saúde, Pactuação Rede Cegonha 2012..... 217

Quadro 39. Síntese das Maternidades, Leitos e Referências Risco Habitual, IV Macrorregional de Saúde, Pactuação Rede Cegonha 2012..... 218

Quadro 40. Leitos de alto risco por Estabelecimento de Saúde PE, 2018..... 219

Quadro 41. Leitos de UTI Neonatal, UCI Neonatal, Canguru e Alojamento Conjunto existentes nas maternidades de Pernambuco, 2017..... 219

Quadro 42. Distribuição da Rede de Atenção Psicossocial por Macrorregionais..... 225

Quadro 43. Comparativo da RAPS pactuada da I MACRORREGIÃO e os equipamentos já implantados..... 226

Quadro 44. Comparativo da RAPS pactuada da II MACRORREGIÃO e os equipamentos já implantados..... 226

Quadro 45. Comparativo da RAPS pactuada da III MACRORREGIÃO e os equipamentos já implantados..... 227

Quadro 46. Comparativo da RAPS pactuada da IV MACRORREGIÃO e os equipamentos já implantados..... 228

Quadro 47. Modelagem da Rede Estadual de Cuidados à Pessoa com Deficiência, quanto à referência, ação e serviços..... 230

Quadro 48. Desenho da Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência de Pernambuco por Macrorregião, segundo tipo de serviço, unidade/município, especialidade e situação..... 231

Quadro 49. Unidades da Rede Pública e Complementar habilitadas em apenas um tipo de reabilitação..... 231

Quadro 50. Unidades de Reabilitação Física equipadas pela SES-PE, por abrangência, tipo de deficiência e, material e equipamento concedido..... 232

Quadro 51. Média de internações e média de permanência hospitalar dos seis grandes..... 234

Quadro 52. Taxa de ocupação global dos seis grandes..... 235

Quadro 53. Evolução da taxa de ocupação das emergências gerais dos seis grandes hospitais..... 235

Quadro 54. Rede Estadual de Oncologia..... 236

Quadro 55. Déficit de serviços habilitados em oncologia (CACON e UNACOM) por Macrorregião de Saúde do Estado de Pernambuco segundo parâmetros da portaria SAS/MS 140/2014..... 237

Quadro 56. Serviços de Atenção em Oftalmologia por tipo de unidade e critérios estabelecidos pela Portaria SAS/MS nº 288/2008..... 239

Quadro 57. Rede Estadual e Regionais de Atenção em Oftalmologia..... 240

Quadro 58. Proposta de rede de cuidados oftalmológicos integrais por macrorregião..... 240

Quadro 59. Serviços existentes segundo Macrorregião de Saúde..... 242

Quadro 60. Número de Leitos e distribuição dos Hospitais de gestão própria da rede estadual de saúde por Região de Saúde..... 244

Quadro 61. Número de Leitos SUS do estado de Pernambuco, conforme tipo de leito, CNES..... 245

Quadro 62. Quantitativo de transplantes realizados de órgãos sólidos e tecidos no período de 2018 a 2019..... 251

Quadro 63. Número de notificações e doações segundo Macrorregionais..... 251

Quadro 64. Capacidade Operacional, Coleta e Liberação de Sangue..... 254

Quadro 65. Indicadores Hospitalares - Média 2017..... 262

Quadro 66. Produção de UPAS - Total 2017..... 264

Quadro 67. Avanços do Projeto Boa Visão..... 273

LISTA DE GRAFICOS

Gráfico 1. Número de nascidos vivos residentes em Pernambuco e suas Macrorregiões, de Saúde 2008 a 2017* 54

Gráfico 2. Taxa Bruta de Natalidade (TBN) por 1.000 habitantes de Pernambuco e suas Macrorregiões de Saúde, 2008 a 2017*..... 54

Gráfico 3. Proporção de nascidos vivos de mães adolescentes (< 20 anos) residentes em Pernambuco e suas Macrorregiões de Saúde, 2008 a 2017*..... 55

Gráfico 4. Proporção de nascidos vivos de mães com idade ≥35 anos residentes em Pernambuco e suas Macrorregiões de Saúde, 2008 a 2017*..... 56

Gráfico 5. Proporção de nascidos vivos de parto cesáreo de residentes em Pernambuco e suas Macrorregiões de Saúde, 2008 a 2017*..... 57

Gráfico 6. Proporção de nascidos vivos de mães que realizaram menos de 07 consultas de pré-natal, residentes em Pernambuco e suas Macrorregiões de Saúde, 2008 a 2017*..... 58

Gráfico 7. Proporção de nascidos vivos prematuros (< 37 semanas) residentes em Pernambuco e suas Macrorregiões de Saúde, 2008 a 2017*..... 59

Gráfico 8. Distribuição da incidência de leptospirose nas Macrorregiões de Saúde. Pernambuco, 2008 – 2017*.. 60

Gráfico 9. Casos de Aids em menores de 5 anos segundo ano de diagnóstico, segundo Macrorregião de Saúde de residência. Pernambuco, 2008 a 2017*..... 61

Gráfico 10. Coeficiente de mortalidade por Aids, segundo ano de diagnóstico e Macrorregião de Saúde de residência. Pernambuco, 2008 a 2017*..... 63

Gráfico 11. Coeficiente de incidência de sífilis congênita, segundo ano de diagnóstico e Macrorregião de Saúde de residência. Pernambuco, 2008 a 2017*..... 64

Gráfico 12. Coeficiente de incidência de hepatite C, segundo ano de diagnóstico e Macrorregião de Saúde de residência. Pernambuco, 2008 a 2017*..... 66

Gráfico 13. Número de casos confirmados de dengue por Macrorregião de Saúde. Pernambuco, 2008-2017..... 67

Gráfico 14. Número de casos confirmados de Chikungunya por Macrorregião. Pernambuco, 2015-2017..... 68

Gráfico 15. Número de casos confirmados de Zika por Macrorregião. Pernambuco, 2015-2017..... 68

Gráfico 16. Número de óbitos confirmados por dengue, segundo Macrorregião de Saúde. Pernambuco, 2008 - 2017..... 69

Gráfico 17. Número de óbitos confirmados por Chikungunya, segundo Macrorregião de Saúde. Pernambuco, 2015 - 2017..... 70

Gráfico 18. Casos confirmados e cobertura vacinal para o sarampo. Pernambuco, 1998 a 2018..... 71

Gráfico 19. Distribuição percentual dos casos confirmados de sarampo por Macrorregião de Saúde. Pernambuco, 2013 e 2014..... 71

Gráfico 20. Coeficiente de incidência (100.000 hab.) de doença meningocócica em < de 2 anos e cobertura vacinal. Pernambuco, 2008 a 2017*..... 73

Gráfico 21. Coeficiente de incidência (p/100.000 hab.) de doença meningocócica por Macrorregião de Saúde. Pernambuco, 2008 a 2017*..... 73

Gráfico 22. Taxa de letalidade de doença meningocócica por Macrorregiões de Saúde. Pernambuco, 2008 a 2017..... 74

Gráfico 23. Número de Casos de Síndrome Respiratória Aguda Grave por Macrorregião de Saúde e ano. Pernambuco, 2013 a 2017..... 75

Gráfico 24. Número de Casos de Síndrome Respiratória Aguda Grave com evolução para o Óbito Segundo ano e Macrorregião de Saúde. Pernambuco, 2013 a 2017..... 75

Gráfico 25. Número de Casos de Síndrome Respiratória Aguda Grave por influenza segundo Macrorregião de Saúde e ano. Pernambuco, 2013 a 2017..... 76

Gráfico 26. Número de Casos de Síndrome Respiratória Aguda Grave por influenza com evolução para Óbito Segundo ano e Macrorregião de Saúde. Pernambuco, 2013 a 2017..... 76

Gráfico 27. Coeficiente de Mortalidade (100.000 hab) das DDA por Ano. Pernambuco, 2008 a 2017*..... 77

Gráfico 28. Coeficiente de Mortalidade (100.000 hab) das DDA por Macrorregional de Residência segundo Ano. Pernambuco, 2008 a 2017*..... 78

Gráfico 29. Coeficiente de Mortalidade por Grupo Etário segundo Macrorregional. Pernambuco, 2008 a 2017..... 79

Gráfico 30. Tendência da Mortalidade por DDA segundo Macrorregional de Saúde. Pernambuco, 2008 a 2017..... 80

Gráfico 31. Casos confirmados de malária por Macrorregional de Saúde. Pernambuco 2008-2017..... 81

Gráfico 32. Taxa de mortalidade (100.000 hab.) por esquistossomose, segundo Macrorregiões de Saúde. Pernambuco, 2008-2017..... 81

Gráfico 33. Percentual de positividade de esquistossomose, segundo Macrorregiões de Saúde. Pernambuco, 2008-2017..... 83

Gráfico 34. Índice de infestação vetorial, segundo Macrorregiões de Saúde. Pernambuco, 2008-2017..... 84

Gráfico 35. Percentual de positividade de geo-helmintíases, segundo Macrorregiões de Saúde. Pernambuco, 2008-2017..... 85

Gráfico 36. Coeficiente de incidência na população geral (100.000 hab) por hanseníase, segundo Macrorregiões de Saúde. Pernambuco 2008 a 2017..... 86

Gráfico 37. Coeficiente de incidência na população menor de 15 anos (100.000 hab) por hanseníase, segundo macrorregiões de saúde. Pernambuco 2008 a 2017..... 87

Gráfico 38. Taxa de contatos examinados por hanseníase, segundo Macrorregiões de Saúde. Pernambuco 2008 a 2017..... 88

Gráfico 39. Taxa de incidência (100.000 hab) por tuberculose, segundo Macrorregião de Saúde, Pernambuco, 2008-2017..... 89

Gráfico 40. Coeficiente de mortalidade (100.0000 hab) por tuberculose, segundo macrorregião de saúde, Pernambuco, 2008-2017..... 90

Gráfico 41. Percentual de cumprimento de meta de análise de água. Pernambuco, 2008 a 2017..... 91

Gráfico 42. Taxa de mortalidade prematura por DCNT (30 a 69 anos), por 100.000 hab, em residentes de Pernambuco, segundo Macrorregião de Saúde. Pernambuco, 2008 – 2017..... 92

Gráfico 43. Percentual de mortalidade prematura (30 a 69 anos) dos quatro grupos principais de DCNT, segundo Macrorregião de Saúde. Pernambuco, 2008 e 2017..... 93

Gráfico 44. Taxa de morbidade por DCNT (por 10.000 hab.) em residentes de Pernambuco, por Macrorregião de Saúde. Pernambuco, 2008 – 2017..... 94

Gráfico 45. Percentual de morbidade dos quatro grupos principais de DCNT, segundo Macrorregião de Saúde. Pernambuco, 2008 e 2017..... 95

Gráfico 46. Proporção de óbitos de residentes do estado por causas externas, segundo grupo de causas e Macrorregião de Saúde. Pernambuco, 2008 e 2017..... 96

Gráfico 47. . Taxa de mortalidade (por 100.000 hab.), de residentes do estado, por causas externas e seus principais grupos de causas, segundo ano do óbito e Macrorregião de Saúde. Pernambuco, 2008 a 2017..... 97

Gráfico 48. Taxa de mortalidade (por 100.000 hab.), de residentes do estado, por acidentes de transporte terrestre (ATT) e acidente de motocicleta (AM), segundo ano do óbito e Macrorregião de Saúde. Pernambuco, 2008 a 2017..... 98

Gráfico 49. Proporção de óbitos por acidentes de transporte terrestre segundo Macrorregião de Saúde e tipo de vítima. Pernambuco, 2008 e 2017..... 99

Gráfico 50. Número de Notificação de vítimas de ATT registradas nas 17 USIATT segundo Macrorregião de Saúde de ocorrência do acidente. Pernambuco, 2014-2017..... 100

Gráfico 51. Número de Notificação de vítimas de Acidente de Motocicleta (AM) registradas nas 17 USIATT segundo Macrorregião de Saúde de ocorrência do acidente. Pernambuco, 2014-2017..... 101

Gráfico 52. Proporção de vítimas de ATT notificadas nas 17 USIATT segundo Macrorregião de Saúde de ocorrência do acidente. Pernambuco, 2014-2017..... 101

Gráfico 53. Proporção de vítimas de ATT notificadas nas 17 USIATT segundo sexo e Macrorregião de Saúde de ocorrência do acidente. Pernambuco, 2014-2017..... 102

Gráfico 54. Proporção de vítimas de ATT notificadas nas 17 USIATT segundo faixa etária e Macrorregião de Saúde. Pernambuco, 2014-2017..... 103

Gráfico 55. Número de casos de acidente com exposição a material biológico, por Macrorregião de Saúde. Pernambuco, 2008 a 2017..... 107

Gráfico 56. Número de casos de acidentes de trabalho graves, por Macrorregião de Saúde. Pernambuco, 2008 a 2017..... 108

Gráfico 57. Número de casos de Intoxicação Exógena relacionado ao trabalho por Macrorregião de Saúde e ano de notificação. Pernambuco, 2008 a 2017..... 109

Gráfico 58. Número de casos de doenças relacionadas ao trabalho por Macrorregião de Saúde. Pernambuco, 2008-2017..... 109

Gráfico 59. Coeficiente de Mortalidade Geral (CMG) por 1.000 habitantes. Pernambuco e suas Macrorregiões de Saúde, 2008 a 2017*..... 110

Gráfico 60. Distribuição da Razão de Mortalidade Materna (RMM) por 100.000 nascidos vivos. Macrorregiões de saúde, Pernambuco, triênios 2009-2011, 2012-2014 e 2015-2017*..... 111

Gráfico 61. Proporção de óbitos por grupos de causa (CID – 10). Macrorregiões de saúde, Pernambuco, 2008 e 2017..... 112

Gráfico 62. Taxa de Mortalidade Infantil (TMI). Pernambuco, macrorregiões de saúde, 2008 a 2017*..... 114

Gráfico 63. Proporção de óbitos infantis por causas evitáveis segundo Macrorregião de Saúde de residência da mãe. Pernambuco, 2008 e 2017*..... 115

Gráfico 64. Nascidos vivos por escolaridade materna 2012-2017..... 118

Gráfico 65. Nascidos vivos por consulta pré-natal em Pernambuco, no período de 2012-2016..... 118

Gráfico 66. Proporção de casos novos de hanseníase segundo raça, em residentes de Pernambuco, 2011 - 2013, 2014 - 2016..... 119

Gráfico 67. . Proporção de casos de Aids segundo raça, em residentes de Pernambuco, 2011 - 2013, 2014 – 2016..... 119

Gráfico 68. Proporção de casos de sífilis em gestante segundo raça, em residentes de Pernambuco, 2011 - 2013, 2014 – 2016..... 120

Gráfico 69. Proporção de casos novos de tuberculose segundo raça, em residentes de Pernambuco, 2011 - 2013, 2014 – 2016..... 120

Gráfico 70. Proporção de casos de violência* segundo raça, em residentes de Pernambuco, 2011 - 2013, 2014 – 20 16..... 121

Gráfico 71. Proporção de óbitos segundo raça/cor e causa/capítulo CID 10. Pernambuco, 2016*..... 122

Gráfico 72. Proporção de casos de sífilis em gestante segundo raça, em residentes de Pernambuco, 2011 - 2013, 2014 - 2016..... 122

Gráfico 73. Proporção de casos novos de tuberculose segundo raça, em residentes de Pernambuco, 2011 - 2013, 2014 – 2016..... 123

Gráfico 74. Proporção de casos de violência* segundo raça, em residentes de Pernambuco, 2011 - 2013, 2014 – 2016..... 123

Gráfico 75. Percentual de pessoas com deficiência..... 125

Gráfico 76. Percentual de pessoas com deficiência por Região de Saúde..... 125

Gráfico 77. Percentual de pessoas com deficiência segundo tipo de deficiência apresentada..... 126

Gráfico 78. Comparativo da situação dos Planos Municipais de Saúde nos períodos de 2014 a 2017 e 2018 a 2021 informados pelo SARGSUS..... 138

Gráfico 79. Situação das Regiões de Saúde com 100% de informação sobre a PAS no período de 2014 a 2018... 140

Gráfico 80. Situação dos Relatórios de Gestão de todas as Regiões de Saúde do estado de Pernambuco no período de 2012 -2018..... 141

Gráfico 81. Ligações recebidas pela ouvidoria por mês..... 165

Gráfico 82. Evolução das demandas protocoladas em 2018..... 165

Gráfico 83. Canais de atendimento das manifestações..... 166

Gráfico 84. Resolutividade das demandas de jan/2018 a dez/ 2018..... 166

Gráfico 85. Resolutividade das demandas de jan/2010 a dezembro/2018..... 167

Gráfico 86. Profissionais beneficiados pelo Telessaúde, 2015-2019..... 173

Gráfico 87. Percentual de Participação da Receita própria aplicada em Saúde conforme LC 141/2012, período de 2011 a 2018..... 178

Gráfico 88. Gráfico da Evolução do Orçamento, período de 2003 a 2019..... 179

Gráfico 89. Situação dos recursos captados por transferência voluntária federal entre os anos de 2008 a 2018... 181

Gráfico 90. Número de nascidos vivos segundo município de residência, 2012 a 2017..... 211

Gráfico 91. Quantitativo de partos segundo tipo de gestão em Pernambuco 2011-2017..... 212

Gráfico 92. Leitos SUS em psiquiatria no estado de Pernambuco, 2008-2018..... 223

Gráfico 93. Cobertura de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) nos Estado de Pernambuco entre os anos de 2008 e 2018..... 224

Gráfico 94. Oferta de leitos de UTI nos anos de 2014 a 2018 sob regulação na Central Macrorregional..... 247

Gráfico 95. Oferta de leitos de enfermaria no período de 2015 a setembro de 2018 sob regulação na Central Macrorregional..... 247

Gráfico 96. Núcleos Internos de Regulação (NIR) implantados até setembro de 2018..... 248

Gráfico 97. Oferta de procedimentos ambulatoriais, regulados no sistema informatizado CMCE, referente aos anos de 2014-2018..... 249

Gráfico 98. Média anual dos pacientes de Terapia Renal Substitutiva – TRS Ambulatorial regulados no sistema informatizado APACNET, referente aos anos 2014-2018..... 249

Gráfico 99. Evolução dos transplantes em Pernambuco no período de 1995-2018..... 250

Gráfico 100. Evolução no número de usuários da Farmácia de Pernambuco..... 252

Gráfico 101. Coletas realizadas pela Hemorrede Estadual..... 255

Gráfico 102. Coletas de Sangue pela Hemorrede Estadual..... 255

Gráfico 103. Candidatos à doação de Sangue por tipo..... 256

Gráfico 104. Correlação entre inaptidão e tipo de candidato 2015-2018..... 257

Gráfico 105. Comparativo de coleta interna e externa do hemocentro Recife 201-2018..... 257

Gráfico 106. Taxa de Mortalidade por Causas Evitáveis (TMCE). Pernambuco e Macrorregiões, por 100 mil habitantes..... 260

Gráfico 107. Principais Causas de Mortes Evitáveis – 0 a 74 anos – 2017..... 261

Gráfico 108. Taxa de Mortalidade por Acidentes de Transporte Terrestres. Pernambuco e Macrorregiões, por 100 mil habitantes..... 261

Gráfico 109. Perfil dos Óbitos por Acidente de Transporte Terrestre – 2017..... 262

Gráfico 110. Taxa de Mortalidade Infantil. Pernambuco e Macrorregiões, para cada 1000 nascidos vivos..... 265

Gráfico 111. Principais Causas de Mortalidade Infantil – 2017..... 265

Gráfico 112. Taxa de Mortalidade Infantil (por 1.000NV), Pernambuco, 2000 a 2017..... 270

Gráfico 113. Percentual de encerramento dos casos notificados, segundo Macro Região de Saúde, SE 30/2015 a SE 52/2018, Pernambuco..... 277

Gráfico 114. Percentual de encerramento dos casos notificados da I Macrorregião de Saúde, segundo Geres de Residência, SE 30/2015 a SE 52/2018, Pernambuco..... 277

Gráfico 115. Percentual de encerramento dos casos notificados da Macrorregião de Saúde 2, segundo Geres de Residência, SE 30/2015 à SE 52/2018, Pernambuco..... 278

Gráfico 116. Percentual de encerramento dos casos notificados da Macrorregião de Saúde 3, segundo Geres de Residência, SE 30/2015 à SE 52/2018, Pernambuco..... 278

Gráfico 117. Percentual de encerramento dos casos notificados da Macrorregião de Saúde 4, segundo Geres de Residência, SE 30/2015 à SE 52/2018, Pernambuco..... 279

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Ciclo do Planejamento no SUS..... 32

Figura 2. Itens que compõe o Plano Estadual de Saúde..... 33

Figura 3. Linha do tempo do processo de construção do PES 2020-2023..... 35

Figura 4. Mapa Estratégico da SES-PE 2020-2023..... 36

Figura 5. Pirâmides etárias do estado de Pernambuco e suas Macrorregiões de Saúde..... 44

Figura 6. Macrorregiões de Saúde do Estado de Pernambuco..... 131

Figura 7. Regiões de Saúde do estado de Pernambuco..... 131

Figura 8. Organograma das GERES, seus cargos e setores.Organograma das GERES, seus cargos e setores..... 133

Figura 9. Distribuição dos programas de residência em saúde e dos cursos de medicina por Região de Saúde no estado de Pernambuco..... 159

Figura 10. Rede de Ouvidorias e Interlocuções da Superintendência de Ouvidoria da SES/PE..... 164

Figura 11. Competências da Ouvidoria da SES/PE..... 164

Figura 12. Abrangência Espacial da Rede de Videocolaboração em Saúde..... 172

Figura 13. Mapa da distribuição das Unidades com Fins Econômicos componentes da rede complementar de Saúde de Pernambuco..... 184

Figura 14. Distribuição das Unidades Filantrópicas componentes da rede complementar de Saúde de Pernambuco..... 185

Figura 15. Atividades realizadas pelo Sistema Estadual de Auditoria em Saúde 2015/2018..... 186

Figura 16. Caracterização do Estado de Pernambuco..... 233

Figura 17. Equipamentos da Rede Estadual de Saúde..... 234

Figura 18. Distribuição geográfica da rede de oncologia..... 237

Figura 19. Distribuição das Unidades Pernambucanas de Atenção Especializada, de acordo com o tipo. Pernambuco, 2019..... 243

Figura 20. Distribuição das Farmácias em Pernambuco..... 252

Figura 21. Estrutura Física da Hemorrede Estadual de Pernambuco..... 253

Figura 22. Canto Mãe Coruja. Pernambuco 2015..... 268

Figura 23. Programa Mãe Coruja Pernambucana..... 269

Figura 24. Secretarias participantes 271

Figura 25. Cronograma anual de monitoramento do PES 2020-2023 362

Figura 26. Escala de acompanhamento da execução das ações operacionalizadas na PAS 362

Figura 27. Escala de execução das metas programadas na PAS 363

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO 28

1. INTRODUÇÃO 30

2. A CONSTRUÇÃO DO PES 2020-2023 34

3. ANÁLISE SITUACIONAL 39

3.1 NECESSIDADES DE SAÚDE 42

3.2 CAPACIDADE INSTITUCIONAL DA SES-PE 130

3.3 REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE 190

3.4 PROGRAMAS PRIORITÁRIOS DA SES-PE 259

4. RECOMENDAÇÕES DA 9ª CONFERÊNCIA ESTADUAL DE SAÚDE 281

5. PROGRAMAÇÃO DO PES 2020-2023 310

5.1 REDES PRIORITÁRIAS DE ATENÇÃO À SAÚDE 311

5.2 DIRETRIZ 1: FORTALECIMENTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA 319

5.3 DIRETRIZ 2: DESENVOLVIMENTO E APERFEIÇOAMENTO COM ACESSO REGIONALIZADO ÀS AÇÕES DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE 325

5.4 DIRETRIZ 3: FORTALECIMENTO DA POLÍTICA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA 333

5.5 DIRETRIZ 4: DESENVOLVIMENTO DAS AÇÕES ESTRATÉGICAS DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE 335

5.6 DIRETRIZ 5: QUALIFICAÇÃO E INOVAÇÃO DOS PROCESSOS DE GOVERNANÇA E GESTÃO ESTRATÉGICA E PARTICIPATIVA NA SAÚDE 343

5.7 DIRETRIZ 6: AMPLIAÇÃO DOS INVESTIMENTOS EM SAÚDE 354

6. MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DO PES 2020-2023 359

REFERÊNCIAS 365

APRESENTAÇÃO

APRESENTAÇÃO

A Missão da Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco (SES/PE) é de promover, coordenar e executar a política de saúde de acordo com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) com participação social, respeitando as necessidades regionais, contribuindo para a qualidade de vida da população pernambucana. Sua proposição é ser uma instituição de excelência na promoção do acesso às ações e serviços de saúde, melhorando a qualidade de vida da população pernambucana, 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, Metas e Indicadores de resultados.

O Plano Estadual de Saúde (PES) é um documento que expressa o compromisso do Governo com a saúde dos pernambucanos. Busca traduzir os anseios da sociedade explicitados como prioridades através das Conferências Macrorregionais e Estadual, ocorridas em 2019, e propõe medidas e ações que impactem nos problemas de saúde nos próximos 04 anos.

Este documento traz essas prioridades, medidas e ações planejadas pela SES para o quadriênio 2020-2023, estando em consonância com o Decreto nº 7.508/2011, do Governo Federal, e com os postulados do SUS, com ênfase na descentralização, na regionalização e na gestão por resultados. Mais do que um cumprimento legal, o PES é 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 aqui definidas são o resultado de um trabalho desenvolvido de forma transparente, democrática e participativa, envolvendo as (os) profissionais da SES/PE e a Sociedade Civil Organizada. O Conselho Estadual de Saúde (CES) teve uma atuação fundamental na construção deste instrumento, desempenhando seu papel deliberativo na formulação da política estadual de saúde.

A construção do PES 2020-2023 adotou como principais elementos norteadores: As propostas e recomendações advindas da 9ª Conferência Estadual de Saúde, a avaliação do PES 2016-2019, por meio das ressalvas e recomendações apresentadas nas Programações Anuais (PAS) e nos Relatórios Anuais de Gestão (RAG) avaliados pelo CES, o Plano de Governo para a Saúde e o conjunto de propostas advindas das áreas técnicas da SES.

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 2020-2023 com a certeza de que o mesmo contribuirá, significativamente, para a construção conjunta da Política Estadual de Saúde.

Secretário Estadual de Saúde

INTRODUÇÃO

1. INTRODUÇÃO

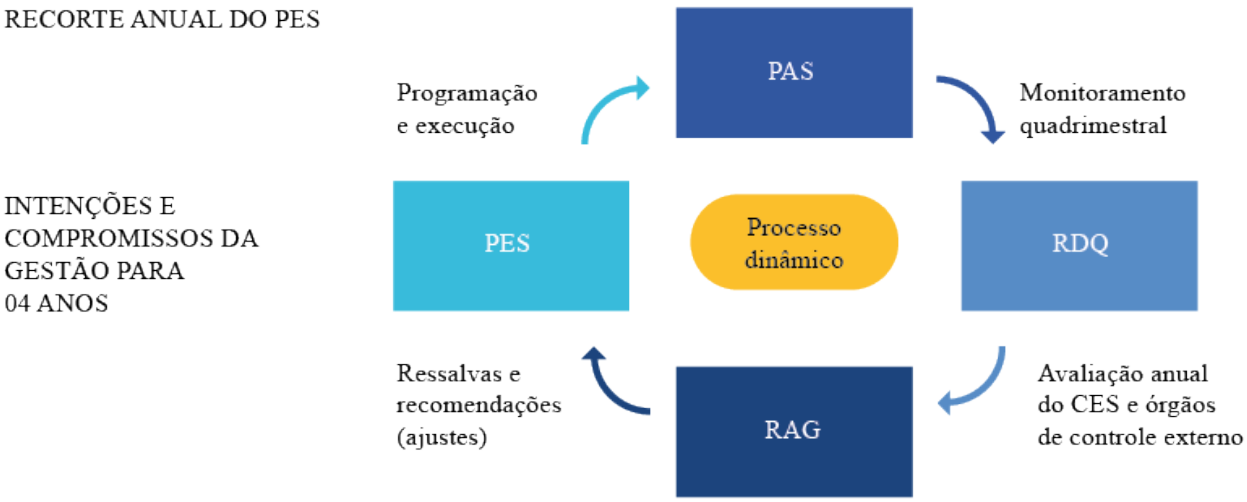
A elaboração do Plano Estadual de Saúde (PES) 2020-2023 atende aos preceitos da Lei Federal Nº. 8080 de 19 de Setembro de 1990, art. 15, inciso VIII, que estabelece, enquanto atribuições dos gestores do Sistema Único de Saúde (SUS), elaborar e atualizar periodicamente o plano de saúde, instrumento de 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 regulamentou a Lei Nº. 8080/90, o governo federal reafirmou a importância do Plano de Saúde. No Art. 18. 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 de planejamento os seguintes instrumentos:

- **Plano de Saúde (PS)** instrumento que, a partir de uma análise situacional, apresenta as intenções e os resultados a serem buscados no período de quatro anos expresso em diretrizes, objetivos e metas. É a base para a execução, o monitoramento, a avaliação e a gestão do sistema de saúde.
- **Programação Anual de Saúde (PAS)** instrumento que operacionaliza as intenções expressas no plano de saúde. Nela são detalhadas as metas anuais e os recursos financeiros que operacionalizam o plano e reúne o conjunto das iniciativas a serem implementadas pela respectiva esfera de gestão em cada ano de vigência do plano.
- **Relatório Detalhado Quadrimestral (RDQ)** foi criado pela Lei Complementar 141/2012 e é o instrumento que apresenta a oferta e a produção de serviços públicos na rede assistencial, comparando os dados com os indicadores de saúde da população em seu âmbito de atuação, no intuito de prestar contas e tornar públicos os resultados alcançados durante o quadrimestre. Ainda apresenta o montante e a fonte de recursos aplicados, auditorias realizadas ou em fase de execução e suas recomendações e determinações. Este relatório deve compor ao final de cada ano, o Relatório Anual de Gestão (RAG).
- **Relatório Anual de Gestão (RAG)** é o instrumento que apresenta os resultados alcançados com a execução da PAS, além de constituir-se em comprovação da aplicação dos recursos. Tem por finalidade ainda, orientar a elaboração da nova programação anual, bem como, eventuais redirecionamentos que se fizerem necessários no Plano de Saúde.

Figura 1. Ciclo do Planejamento no SUS



Fonte: SES-PE, 2019.

De acordo com o Ministério da Saúde (MS), o PS é a base para a execução, monitoramento, avaliação e gestão do SUS. Para tanto, a sua elaboração deve ser fundamentada na analise situacional de saúde do Estado; na missão, visão e valores da instituição; nas recomendações advindas da Conferência Estadual de Saúde; nas diretrizes, objetivos, metas e indicadores estabelecidos pelas áreas técnicas; e no processo de monitoramento e avaliação do instrumento elaborado.

Para além de sua estrutura e importância no planejamento das ações e serviços de saúde do Estado, o plano constitui base para programações e previsão de proposta orçamentária, devendo orientar a elaboração dos instrumentos de planejamento da administração pública como o Plano Plurianual (PPA), a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e a Lei Orçamentária Anual (LOA), compatibilizando as necessidades da política de saúde com a disponibilidade de recursos financeiros para o período de sua vigência.

E, ainda, estar alinhado com o Planejamento Regional Integrado (PRI), que assegura as necessidades de saúde de acordo com as regiões do Estado e as propostas e recomendações advindas das Conferências de Saúde, importante instrumento de controle social.

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.

Este documento apresenta a Análise Situacional em Saúde de Pernambuco, dividida em 04 dimensões: Necessidades de Saúde, Capacidade Institucional, Atenção à Saúde e os Programas Prioritários da SES/PE; a seção denominada Construção do PES 2020-203, demonstra as etapas do processo de elaboração do documento; o Mapa Estratégico de Saúde contendo a Missão, Visão e Valores da SES; as Diretrizes, Objetivos Estratégicos, Metas e Indicadores (DOMI) propostos; e por fim, o Monitoramento e Avaliação, que tem por objetivo apresentar como se dará o acompanhamento da execução do plano ao longo de sua vigência (Figura 02).

Figura 2. Itens que compõe o Plano Estadual de Saúde**.**

Fonte: SES-PE, 2019.

A CONSTRUÇÃO DO PES 2020-2023

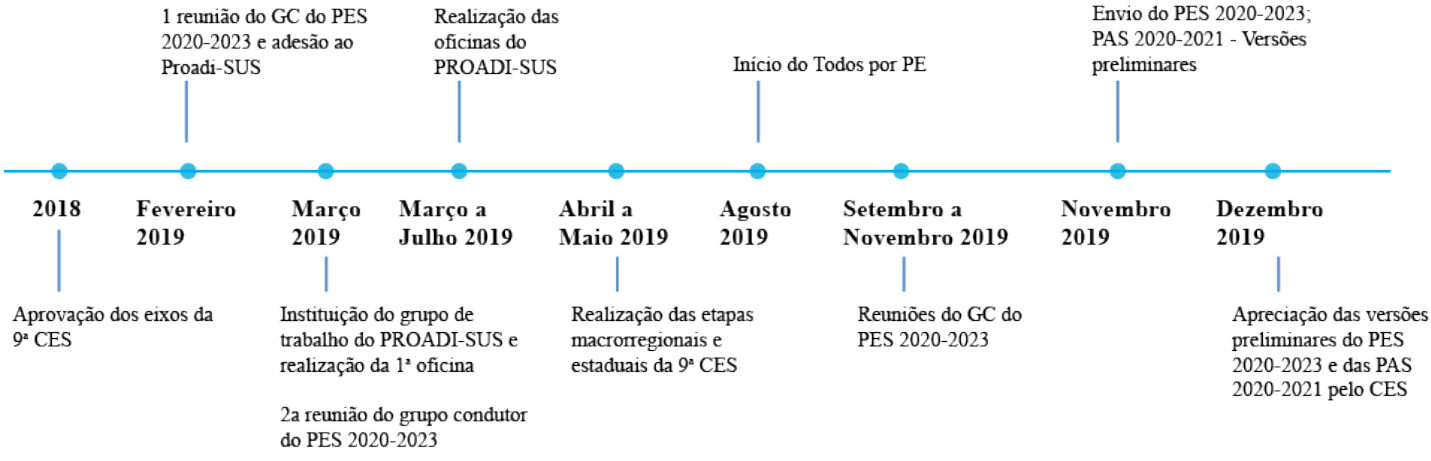
2. A CONSTRUÇÃO DO PES 2020-2023

Em fevereiro de 2019 foi instituído um Grupo Condutor do PES 2020-2023 para construção do PES 2020-2023, com representantes das Secretarias Executivas, do Conselho Estadual de Saúde e do HEMOPE. O objetivo deste grupo foi articular e orientar o processo de elaboração do PES 2020-2023, assegurando a participação de todas as áreas técnicas da SES e do CES.

Neste mesmo momento a SES-PE assinou um Termo de adesão ao Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do SUS (PROADI-SUS). O PROADI-SUS foi uma estratégia de fortalecimento da Gestão Estadual com objetivos específicos de apoiar o planejamento estratégico e a elaboração de forma integrada dos instrumentos de planejamento em saúde com os de gestão, desenvolvendo integração com os instrumentos orçamentários.

Ainda no processo de elaboração de conteúdo para o PES 2020-2023, é importante salientar a realização da 9ª Conferência Estadual de Saúde (9ª CES), importante espaço de controle social e de deliberação de recomendações e propostas que foram incorporadas ao documento final do Plano e a realização dos Seminários Todos por Pernambuco, por meio de escuta junto à população em todas as regiões de saúde do Estado. A Figura 3 abaixo apresenta a linha do tempo deste processo de construção.

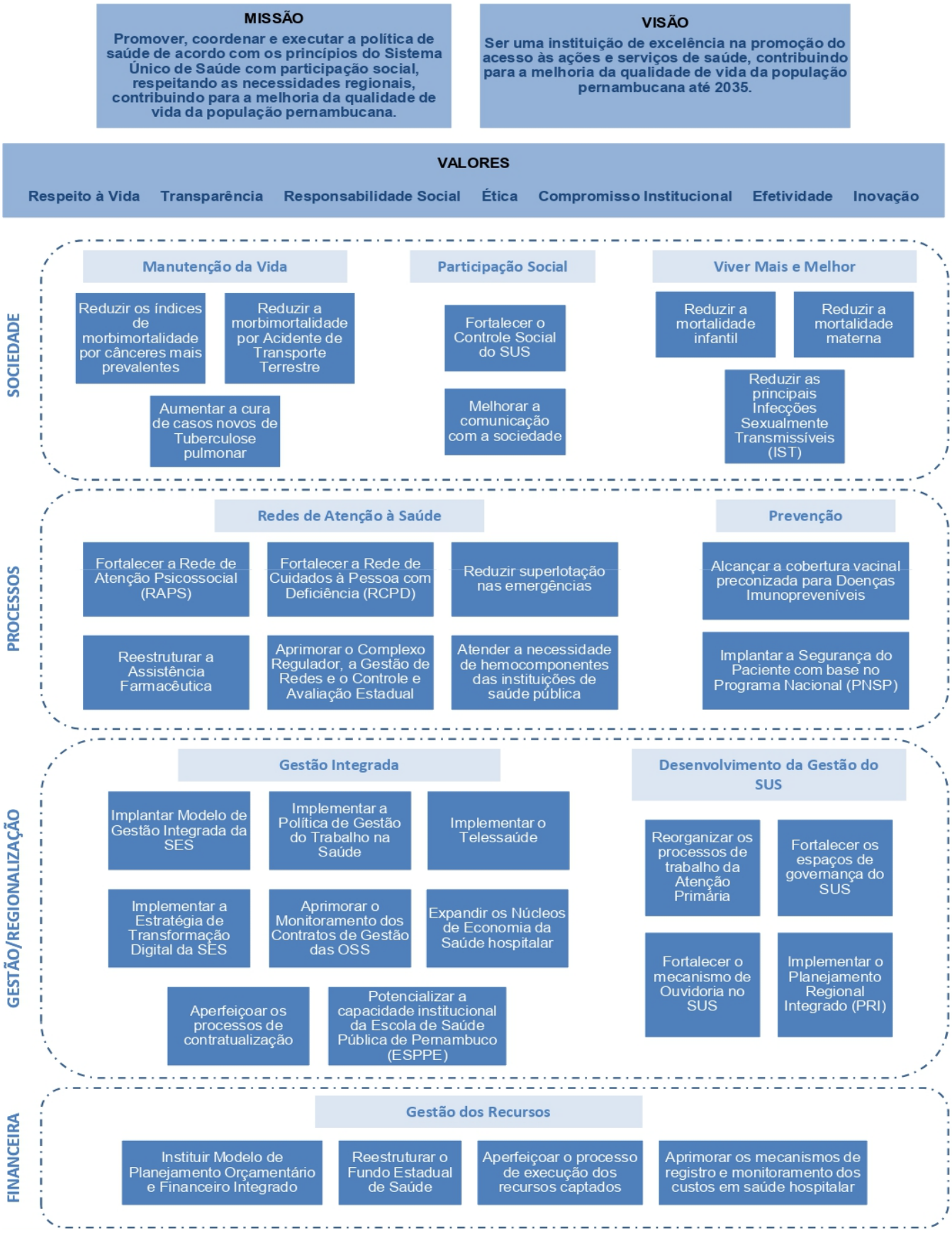
Figura 3. Linha do tempo do processo de construção do PES 2020-2023.



Fonte: SES-PE, 2019

Além das propostas aprovadas na 9ª CES, o projeto do PROADI/SUS possibilitou a elaboração de forma integrada da Análise Situacional contendo as condições de saúde da população pernambucana, e do Mapa Estratégico da SES contendo a Missão, Visão, Valores da SES e respectivos objetivos Estratégicos, conforme Figura 4. Estas produções trouxeram contribuições significativas para a priorização das ações estratégicas da gestão nos próximos quatro anos.

Figura 4. Mapa Estratégico da SES-PE 2020-2023.



Fonte: SES-PE, 2019

Para o Planejamento Estratégico desenvolvido com o apoio do PROADI-SUS foram elencados ao todo 32 Objetivos, distribuídos em quatro perspectivas: Resultados para Sociedade, Processos, Gestão/Regionalização e Financeira.

A maioria destes Objetivos foi inserida no PES 2020-2023 considerando os critérios de inclusão definidos pelo Grupo Condutor. Para facilitar o entendimento e identificação, o Quadro 01 apresenta a relação entre os Objetivos elencados no Planejamento Estratégico da SES-PE e onde foram contemplados no PES 2020-2023.

Quadro 1. Relação entre Objetivos do Mapa Estratégico da SES e os Objetivos Estratégicos no PES 2020-2023.

Objetivos do mapa estratégico da SES	Diretrizes PES 2020-2023
Reduzir os índices de morbimortalidade por cânceres mais prevalentes	Diretrizes 1, 2 e 4
Reduzir a morbimortalidade por Acidentes de Transporte Terrestre	Diretrizes 4 e 5
Aumentar a cura de casos novos de Tuberculose Pulmonar	Diretriz 4
Fortalecer o Controle Social do SUS	Diretriz 5
Melhorar a comunicação com a sociedade	Diretriz 5
Reduzir a mortalidade infantil	Diretrizes 1, 2, 4, 5 e 6
Reduzir a mortalidade materna	Diretrizes 1, 2, 4, 5 e 6
Reduzir as principais Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST)	Diretriz 4
Fortalecer a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)	Diretrizes 2 e 6
Fortalecer a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD)	Diretriz 2
Reduzir a superlotação nas emergências	Diretrizes 2 e 6
Reestruturar a Assistência Farmacêutica	Diretriz 3
Aprimorar o Complexo Regulador, a Gestão de Redes e o Controle e Avaliação Estadual	Diretrizes 2 E 5
Atender a necessidade de Hemocomponentes das instituições de saúde pública	Diretriz 2
Atender a necessidade de Hemocomponentes das instituições de saúde pública	Diretriz 2
Alcançar a cobertura vacinal preconizada para Doenças Imunopreveníneis	Diretriz 4
Implantar a Segurança do Paciente com base no Programa Nacional (PNSP)	Diretrizes 1 e 2
Implementar Política de Gestão do Trabalho na Saúde	Diretriz 5
Implementar o Telessaúde	Diretriz 5
Implementar a Estratégia de Transformação Digital da SES	Diretriz 5
Aprimorar o Monitoramento dos Contratos de Gestão das OSS	Diretriz 2
Expandir os Núcleos de Economia da Saúde hospitalar	Diretriz 5
Potencializar a capacidade institucional da Escola de Saúde Pública de Pernambuco (ESPPE)	Diretriz 5
Reorganizar os processos de trabalho na Atenção Primária	Diretrizes 1 e 5
Fortalecer os espaços de governança do SUS	Diretriz 5
Fortalecer o mecanismo de Ouvidoria no SUS	Diretriz 5

Fonte: SES-PE, 2019

2.1 METODOLOGIA DE APRECIAÇÃO DO PES 2016-2019 NO CES/PE:

A participação do CES na elaboração e apreciação do documento do PES 2020-2023 deu-se desde o início de todo o processo por meio de:

1. Inclusão de cinco conselheiros representantes do Conselho Estadual de Saúde no Grupo Condutor de Construção do PES 2020-2023;

2. Monitoramento das etapas de construção do PES 2020-2023 nas reuniões do Pleno do CES;

3. Realização de Reunião de apreciação do PES 2020-2023 e das PAS 2020 e 2021 para ajustes nas versões preliminares;

ANÁLISE SITUACIONAL

3. ANÁLISE SITUACIONAL

A análise situacional em saúde traz um panorama da situação da saúde pública no estado de Pernambuco, abordando aspectos relacionados às necessidades de saúde da população, capacidade institucional disponível, redes de atenção à saúde e programas prioritários desenvolvidos para atender às demandas específicas do estado. De forma geral, tem como finalidade apresentar um diagnóstico claro, objetivo e integrado, que embasou a tomada de decisão, estabelecimento de metas e prioridades para os próximos anos da gestão do SUS a nível estadual, bem como informar à população Pernambucana à respeito da situação atual da saúde pública no estado.

A análise situacional deste Plano Estadual de Saúde 2020-2023 foi construída a partir do suporte metodológico prestado pelo PROADI-SUS em conjunto com as áreas técnicas da SES e responsáveis por cada temática envolvida, em parceria com o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS). Foram realizadas oficinas que instrumentalizaram a elaboração integrada do diagnóstico situacional e posteriormente a produção de todo o material descritivo e analítico das dimensões.

Esta iniciativa representa um passo importante para a concretização de um planejamento estratégico com integração entre as diversas áreas e atores envolvidos na gestão estadual do SUS em Pernambuco, o que certamente terá impacto na qualificação dos processos de monitoramento, ajustes e avaliação da política de saúde desenhada para os próximos anos no estado.

NECESSIDADE DE SAÚDE DA POPULAÇÃO

3.1 NECESSIDADE DE SAÚDE

3.1.1 Perfil Demográfico

O estado de Pernambuco, com taxa anual de crescimento estimada em 1,1% entre 2000-2010 (IBGE), em 2018, conta com uma população de 9.496.366 habitantes, sendo 48,1% do sexo masculino e 51,9% o feminino, tendo, pois, a razão de sexos de 93 homens para cada grupo de cem mulheres. Essa relação é influenciada por taxas de migração e de mortalidade diferenciadas por sexo e idade. O seu cálculo aponta para os fenômenos sociais que lhe fazem interface, como as migrações, mercado de trabalho, organização familiar e morbimortalidade por causas. A razão de sexos subsidia os processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas públicas nas áreas de saúde, educação, segurança e emprego. O recorte da razão de sexos por Macrorregião de Saúde demonstra um valor crescente desse indicador, à medida da interiorização no Estado, apresentando o valor mais desejável na IV Macrorregião (97 homens para cada grupo de cem mulheres), seguida da III Macrorregião, com 96; da II Macrorregião, com 94 e da I Macrorregião, com 91, mostrando a predominância de mulheres em todas as Regiões de saúde.

Tabela 1. População Residente e razão de sexo por Macrorregião e Região de Saúde segundo sexo, 2018.

Agregados Geográficos	Masculino	Feminino	Total	Razão Sexo
I Macrorregião de Saúde	2.734.992	3.004.753	5.739.745	0,91
I Região de Saúde	1.985.016	2.223.890	4.208.906	0,89
II Região de Saúde	290.288	308.242	598.530	0,94
III Região de Saúde	305.800	312.011	617.811	0,98
XII Região de Saúde	153.888	160.610	314.498	0,96
II Macrorregião de Saúde	925.067	983.208	1.908.275	0,94
IV Região de Saúde	661.309	704.081	1.365.390	0,94
V Região de Saúde	263.758	279.127	542.885	0,94
III Macrorregião de Saúde	416.104	433.661	849.765	0,96
VI Região de Saúde	206.748	214.762	421.510	0,96
X Região de Saúde	92.814	96.669	189.483	0,96
XI Região de Saúde	116.542	122.230	238.772	0,95
IV Macrorregião de Saúde	492.038	506.543	998.581	0,97
VII Região de Saúde	72.568	74.426	146.994	0,98
VIII Região de Saúde	244.412	253.516	497.928	0,96
IX Região de Saúde	175.058	178.601	353.659	0,98
Pernambuco	**4.568.201**	**4.928.165**	**9.496.366**	**0,93**

Font: IBGE, Censos e Estimativas, 2019.

Segundo estimativa para 2018, Pernambuco conta com 3.147.505 mulheres em idade fértil (de 10 a 49 anos), representando 63,9% da população feminina (IBGE, 2018). Este mesmo indicador observado por Macrorregião de Saúde mostra que a IV Macrorregião apresenta o maior percentual de mulheres em idade fértil (64,5%), como também a razão de sexo mais equilibrada, com maior chance de reposição populacional, seguida da I (64,3%), e das II e III Macrorregiões de Saúde, com, respectivamente 63,1% e 61,8%.

Tabela 2. População de Mulheres em idade fértil. Pernambuco, 2018.

Agregados Geográficos	Quantidade	Percentual (%)
I Macrorregião de Saúde	1.932.622	64,3%
I Região de Saúde	1.432.224	64,4%
II Região de Saúde	195.626	63,5%
III Região de Saúde	202.889	65,0%
XII Região de Saúde	101.883	63,4%
II Macrorregião de Saúde	620.109	63,1%
IV Região de Saúde	448.646	63,7%
V Região de Saúde	171.463	61,4%
III Macrorregião de Saúde	268.059	61,8%
VI Região de Saúde	133.218	62,0%
X Região de Saúde	58.832	60,9%
XI Região de Saúde	76.009	62,2%
IV Macrorregião de Saúde	326.715	64,5%
VII Região de Saúde	46.618	62,6%
VIII Região de Saúde	169.217	66,7%
IX Região de Saúde	110.880	62,1%
Pernambuco	**3.147.505**	**63,9%**

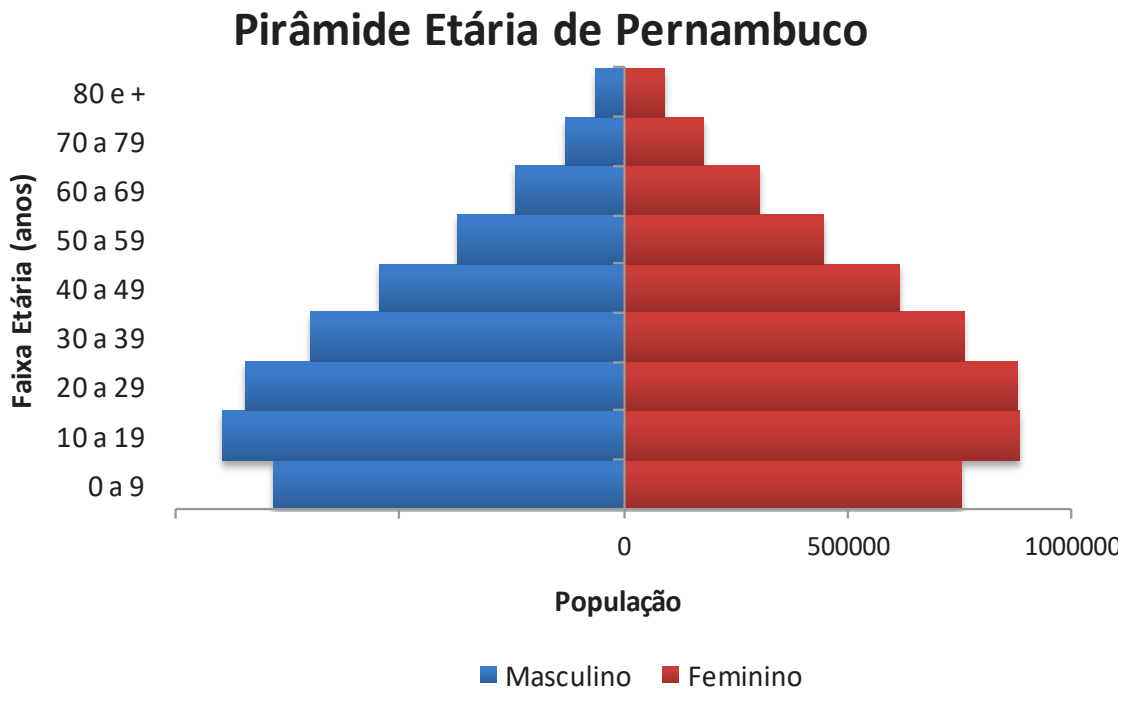
Fonte: IBGE, Censos e Estimativas, 2019.

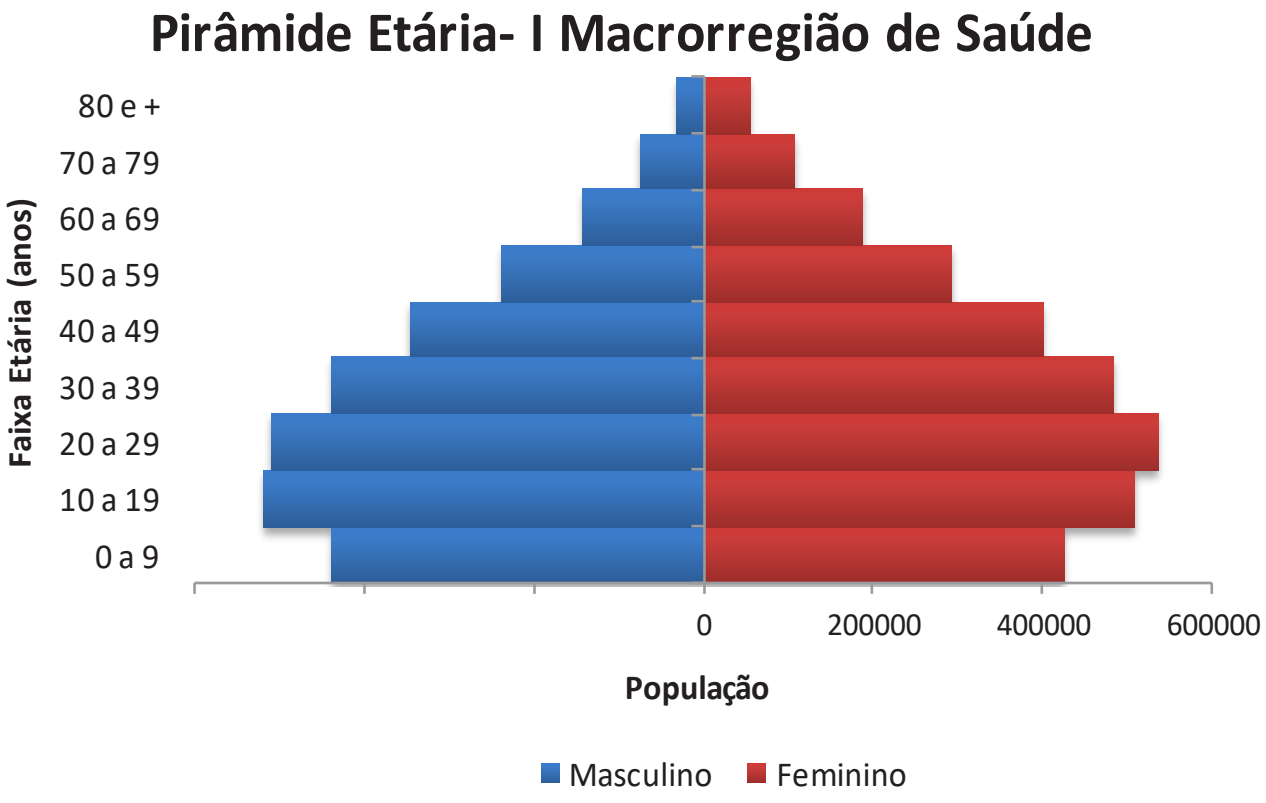
Tabela 3. População Residente por Faixa Etária e Sexo, 2018.

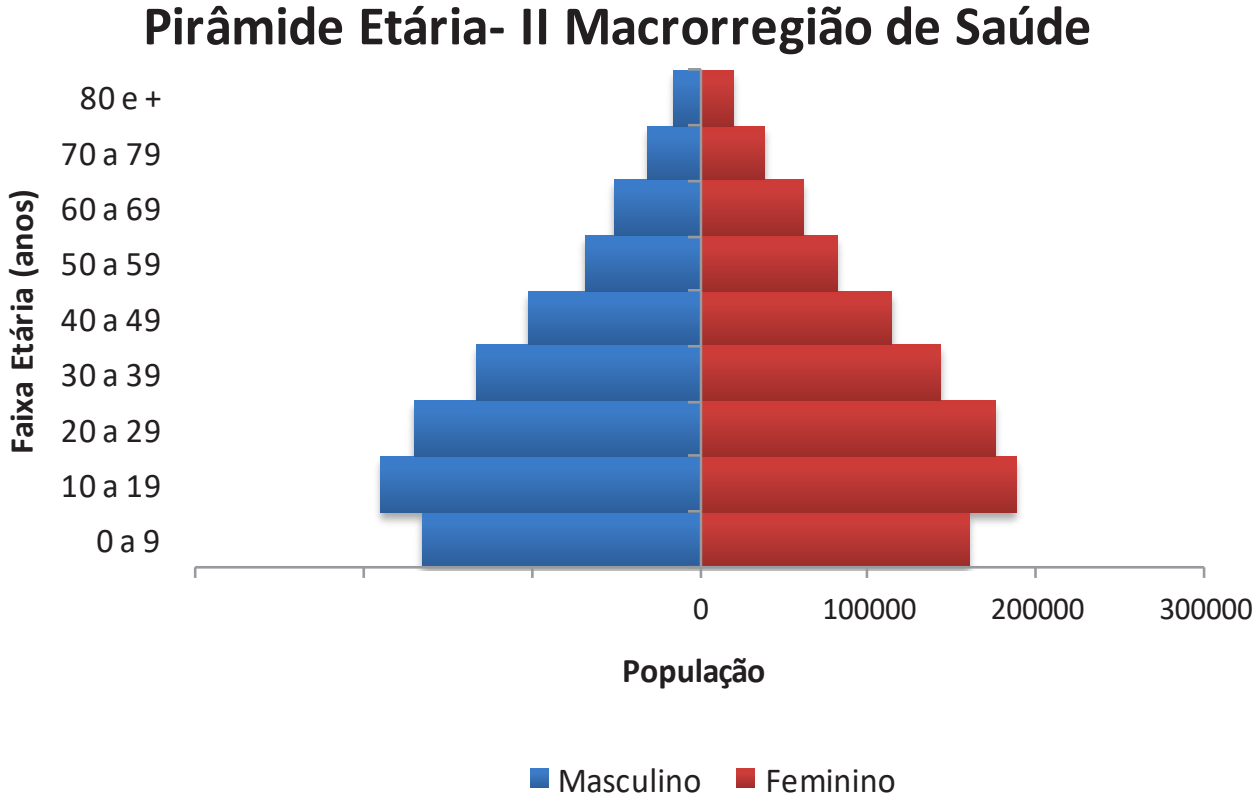
Faixa Etária	Masculino	Feminino	Total
Menor 1	72.237	69.799	142.036
1 a 4	300.132	289.982	590.114
5 a 9	408.966	395.542	804.508
10 a 14	457.466	444.953	902.419
15 a 19	440.105	438.800	878.905
20 a 29	845.393	881.546	1.726.939
30 a 39	698.450	762.772	1.461.222
40 a 49	544.912	619.434	1.164.346
50 a 59	370.307	447.543	817.850
60 a 69	241.221	305.538	546.759
70 a 79	128.597	179.317	307.914
80 e mais	60.415	92.939	153.354
Idade ignorada	-	-	-
Total	**4.568.201**	**4.928.165**	**9.496.366**

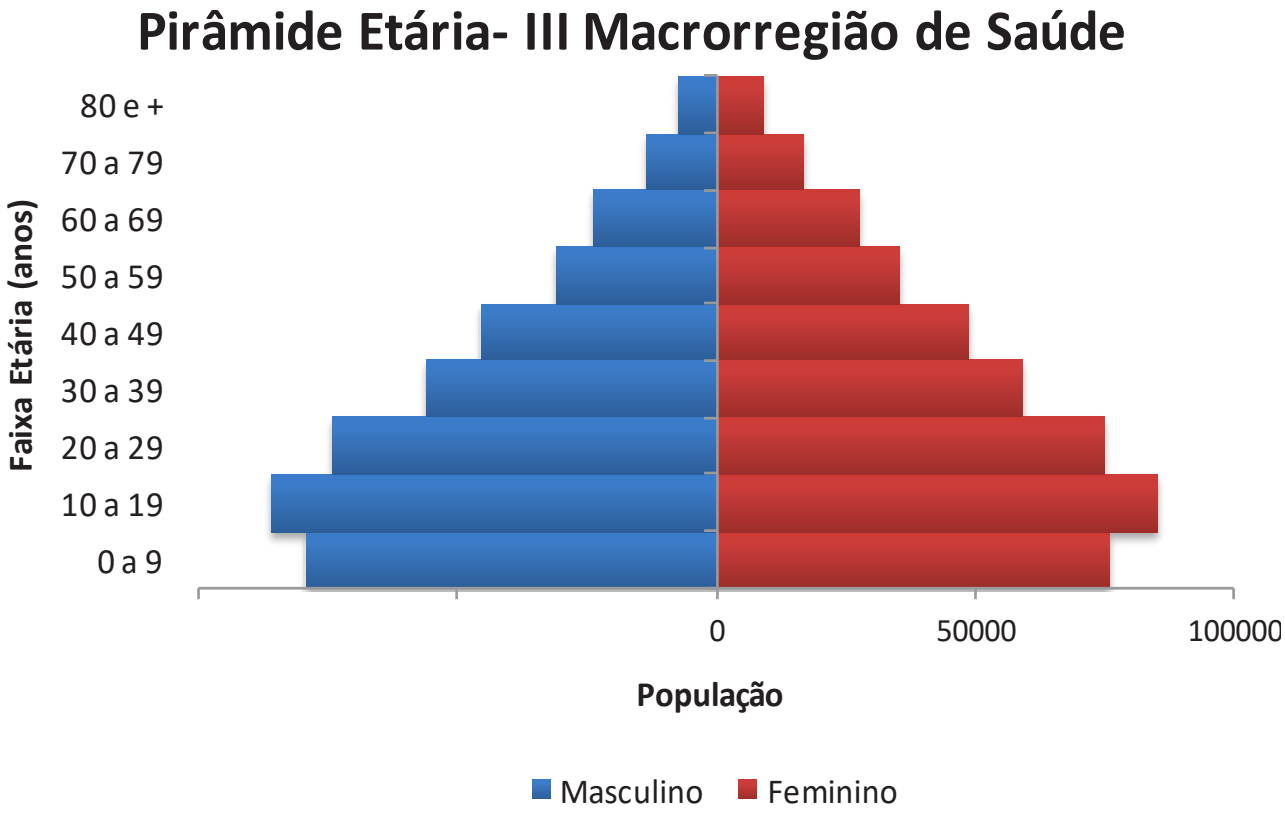
Fonte: IBGE, Censos e Estimativas.

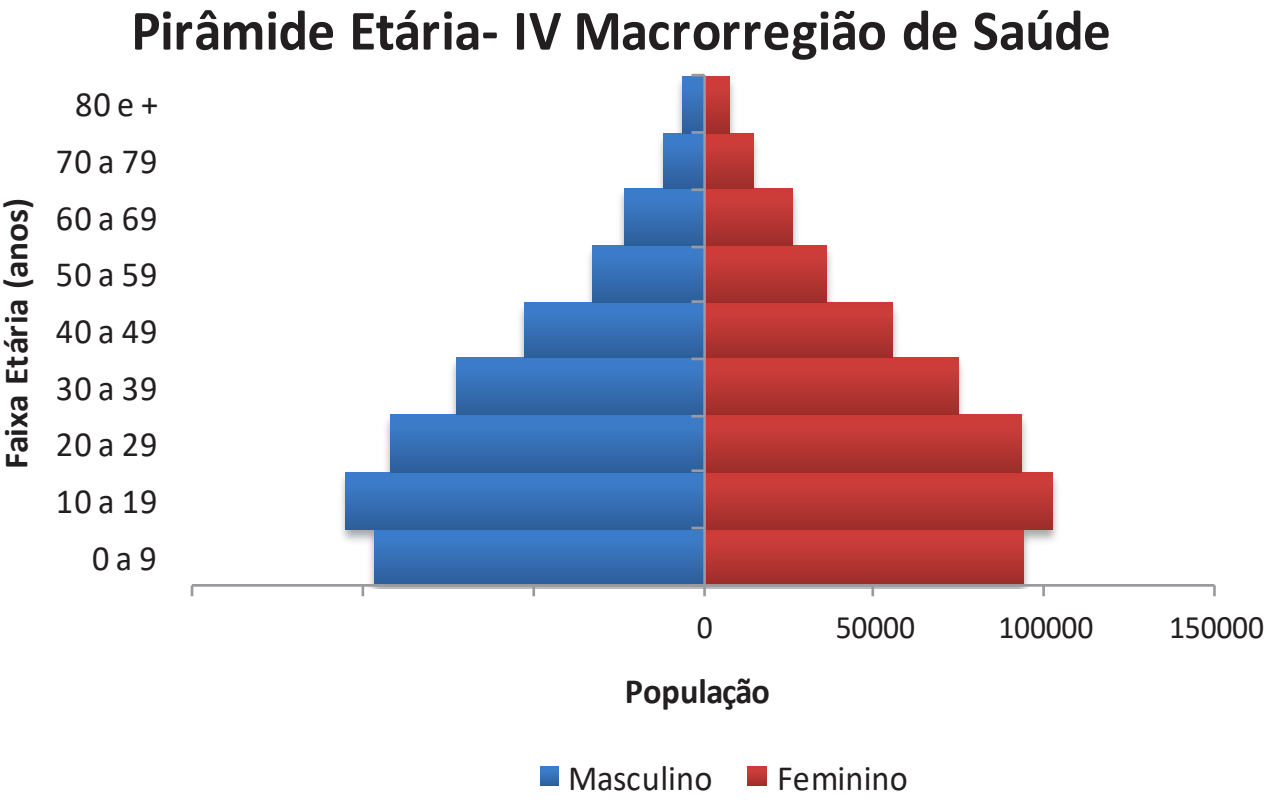
Figura 5. Pirâmides etárias do estado de Pernambuco e suas Macrorregiões de Saúde.




Pirâmide Etária- I Macrorregião de Saúde
Faixa Etária (anos)
80 e +
70 a 79
60 a 69
50 a 59
40 a 49
30 a 39
20 a 29
10 a 19
0 a 9
0
200000
400000
600000
População
Masculino
Feminino


Pirâmide Etária- II Macrorregião de Saúde
Faixa Etária (anos)
80 e +
70 a 79
60 a 69
50 a 59
40 a 49
30 a 39
20 a 29
10 a 19
0 a 9
0
100000
200000
300000
População
Masculino
Feminino





Fonte: IBGE, 2018.

Com área territorial de 98.076 Km², o estado de Pernambuco possui uma Densidade Demográfica de 96,7Hab./Km². A população total em 2018 era de 9.496.366 e a População SUS-dependente 86,02%. A esperança de vida ao nascer no Estado passou de 60,7 anos em 1991, para 65,5 anos em 2000 e 71,1 anos em 2010. O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) cresceu, sendo de 0,440 em 1991, passando a 0,544 em 2000 e elevando-se para 0,673 em 2010. O PIB per capita em 2018 foi de R$ 19.272,3 e o PIB Valores correntes no mesmo ano, foi de R$ 182,80 bilhões. O percentual de alfabetização em Pernambuco subiu de 76,8% em 2000 para 83,3% em 2010.

Das Macrorregiões de Saúde do Estado, as que possuem maior percentual de População SUS-dependente são a III (97,9%) e a II (93,7%) Macrorregiões, seguidas da IV (91,1%) e da I Macrorregião, com 80,5% dessa população. Na assistência à Atenção Primária à Saúde, o Estado possui 85,63% de cobertura estimada pelo Programa de Agentes Comunitários de Saúde, e 76,71% de cobertura estimada pelas Equipes de Saúde da Família. OS Crimes Violentos Letais Intencionais (CVLI) no Estado passou de 5.427 em 2017, para 4.170 em 2018, representando um incremento anual de -23,2% neste indicador.

Quadro 2. Perfil socioeconômico do estado de Pernambuco e suas Macrorregiões de Saúde.

Perfil Socioeconômico - Estado de Pernambuco	
Governador	Paulo Henrique Saraiva Câmara
Vice-Governador	Luciana Barbosa de Oliveira Santos
Secretário de Saúde	André Longo Araújo de Melo
Área Territorial	98 KM²
Densidade demográfica	96,8 Hab/Km²
População Total	9.496.366 Habitantes
População SUS dependente	8.168.411 Habitantes
% população SUS dependente	86,02 %
Cobertura populacional estimada pelas Equipes de ACS	85,63 %
Cobertura populacional estimada pelas Equipes de Saúde da Família	76,71 %
Esperança de Vida ao Nascer 1991	60,7
Esperança de Vida ao Nascer 2000	65,5
Esperança de Vida ao Nascer 2010	71,1
IDH (1991)	0,440
IDH (2000)	0,544
IDH (2010)	0,673
PIB per capita	R$ 11.130,5
PIB Valores correntes (Milhão)	R$ 156.955.363,00
% Alfabetização (2000)	%
% Alfabetização (2010)	83,3 %
I Macrorregião de Saúde	
População Total	5.739.745 Habitantes
Área Territorial	13.615,7 KM²
Densidade demográfica	421,6 Hab/Km²
População SUS dependente	4.495.281 Habitantes
% população SUS dependente	80,5 %
Cobertura populacional estimada pelas Equipes de ACS	95,1 %
Cobertura populacional estimada pelas Equipes de Saúde da Família	91,9 %
Esperança de Vida ao Nascer 1991	60,3
Esperança de Vida ao Nascer 2000	65,8
Esperança de Vida ao Nascer 2010	70,9
IDH (1991) Média	0,351
IDH (2000) Média	0,465
IDH (2010) Média	0,614
PIB per capita médio (em Bilhões)	R$ 14.355,39
PIB Valores correntes (Milhão)	R$ 124.640.580,00

II Macrorregião de Saúde	
População Total	1.908.275 Habitantes
Área Territorial	18.578,1 KM²
Densidade demográfica	102,7 Hab/Km²
População SUS dependente	1.788.020 Habitantes
% população SUS dependente	93,7 %
Cobertura populacional estimada pelas Equipes de ACS	97,8 %
Cobertura populacional estimada pelas Equipes de Saúde da Família	93,8 %
Esperança de Vida ao Nascer 1991	57,3
Esperança de Vida ao Nascer 2000	63,5
Esperança de Vida ao Nascer 2010	69,7
IDH (1991) Média	0,313
IDH (2000) Média	0,421
IDH (2010) Média	0,574
PIB per capita médio (em Bilhões)	R$ 9.445,17
PIB Valores correntes (Milhão)	R$ 22.641.921,00
III Macrorregião de Saúde	
População Total	849.765 Habitantes
Área Territorial	30.262,6 KM²
Densidade demográfica	28,1 Hab/Km²
População SUS dependente	831.992 Habitantes
% população SUS dependente	97,9 %
Cobertura populacional estimada pelas Equipes de ACS	99,0 %
Cobertura populacional estimada pelas Equipes de Saúde da Família	93,0 %
Esperança de Vida ao Nascer 1991	59,8
Esperança de Vida ao Nascer 2000	64,8
Esperança de Vida ao Nascer 2010	69,9
IDH (1991) Média	0,329
IDH (2000) Média	0,449
IDH (2010) Média	0,593
PIB per capita médio (em Bilhões)	R$ 8.573,86
PIB Valores correntes (Milhão)	R$ 8.285.155,00

IV Macrorregião de Saúde	
População Total	998.581 Habitantes
Área Territorial	1.490,6 KM²
Densidade demográfica	669,9 Hab/Km²
População SUS dependente	1.053.214 Habitantes
% população SUS dependente	91,2 %
Cobertura populacional estimada pelas Equipes de ACS	100,0 %
Cobertura populacional estimada pelas Equipes de Saúde da Família	100,0 %
Esperança de Vida ao Nascer 1991	63,4
Esperança de Vida ao Nascer 2000	66,2
Esperança de Vida ao Nascer 2010	70,7
IDH (1991) Média	0,263
IDH (2000) Média	0,386
IDH (2010) Média	0,588
PIB per capita médio (em Bilhões)	R$ 7.820,00
PIB Valores correntes (Milhão)	R$ 150.340,00

Fonte: Caderno de Informações em Saúde de Pernambuco, 2018.

O Índice de Gini, instrumento matemático utilizado para medir a desigualdade social de um determinado país, unidade federativa ou município, mostrou-se em Pernambuco, em 2010 pouco variável quando se comparam as Macrorregiões de Saúde do Estado. Considerando que os valores deste coeficiente são representados entre 0 e 1, em que, quanto mais próximo de zero menor é a desigualdade social, sendo 1 o máximo de desigualdade possível, os valores de Pernambuco, das Macrorregiões e Regiões de Saúde se apresentaram com valores médios.

Tabela 4. Índice de Gini da renda domiciliar per capita segundo Macrorregião e Região de Saúde – Pernambuco.

Agregado espacial	2010	
	Média	Desvio Padrão
I Macrorregião de Saúde	0,5153	0,0446
I Região de Saúde	0,5334	0,0571
II Região de Saúde	0,4997	0,0340
III Região de Saúde	0,5112	0,0421
XII Região de Saúde	0,5193	0,0295

II Macrorregião de Saúde	0,5260	0,0430
IV Região de Saúde	0,5118	0,0406
V Região de Saúde	0,5475	0,0379
III Macrorregião de Saúde	0,5450	0,0371
VI Região de Saúde	0,5646	0,0388
X Região de Saúde	0,5306	0,0321
XI Região de Saúde	0,5367	0,0320
IV Macrorregião de Saúde	0,5619	0,0385
VII Região de Saúde	0,5723	0,0421
VIII Região de Saúde	0,5463	0,0510
IX Região de Saúde	0,5651	0,0259

Fonte: IBGE/Censos Demográficos, 2010.

Segundo a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio – PNAD, o Brasil, mesmo avançando, ainda não conseguiu atingir a meta de redução do analfabetismo, estabelecida pelo Plano Nacional de Educação, fixada em 6,5% para 2015, a população com 15 anos ou mais que não sabe ler ou escrever um bilhete simples, permaneceu ainda em 7% no ano de 2017 (IBGE, 2018). A meta é que o Brasil erradique o analfabetismo até 2024, porém o percentual indica que ainda há 11,5 milhões de analfabetos no país. Vários fatores influenciaram a melhora dos dados de alfabetização, mesmo que ainda aquém da meta.

As pessoas mais jovens recebem maior escolarização e a população idosa concentra maiores taxas de analfabetismo. Com valores mais altos de mortalidade, à medida que a população idosa vai diminuindo, proporcionalmente os percentuais de analfabetismo diminuem, facilitando espontânea e paulatinamente o aumento dos dados de alfabetização. O acesso às políticas públicas incluíram pessoas de todas as faixas etárias na possibilidade de estudar, além disto, a passagem dos grupos mais jovens, mais contemplados por educação, para as faixas etárias seguintes, ajudam a reduzir a taxa de analfabetismo. Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE-2018), o atraso e a evasão se acentuam na etapa do ensino médio, estando fora da escola 1,3 milhão de jovens.

A análise dos dados mostra que a desigualdade no percentual de analfabetos persiste: a concentração é maior nas regiões Norte e Nordeste, no grupo daqueles com 60 anos ou mais e entre as pessoas que se declaram pretas ou pardas, consistindo em valores maiores do que o dobro dos apresentados na população autorreferida branca. Mesmo melhorando o percentual de analfabetismo de 5,1 para 4,9 milhões de pessoas, a região Nordeste ainda concentra metade da população analfabeta. No entanto, esse percentual não é homogêneo, e na distribuição territorial do estado de Pernambuco, há diferença de até 4,24 pontos percentuais nos valores médios entre as Macrorregiões.

Incluindo a faixa etária de 05 a 09 anos (61,97%), são alfabetizados 72,20% dos residentes em Pernambuco, com as faixas etárias de adulto jovem e de adolescente apresentando maiores percentuais 85,77% e 83,26%, respectivamente.

Os baixos percentuais de alfabetização na faixa etária de 05 a 09 anos vão de encontro ao Pacto Nacional pela Alfabetização na Idade Certa (PNAIC), programa do Governo Federal na área da educação,

implantado em 2012, com vista a garantir a aquisição da leitura e da escrita de milhões de crianças até os 08 anos de idade.

Em Pernambuco, a III Macrorregião de Saúde apresentou o maior percentual geral de alfabetização, com ressalte para a X Região de Saúde, sua componente, com sede em Afogados da Ingazeira. No entanto, é nessa mesma Macrorregião que está a Região de Saúde com o menor percentual de crianças alfabetizadas, na faixa etária de 05 a 09 anos no Estado (49,12%), sendo 4,45 pontos percentuais abaixo da III Macrorregião, à qual pertence, na mesma faixa etária.

Os maiores percentuais de alfabetização foram encontrados nas faixas etárias de adolescente e adulto jovem, mesmo assim não chegando ao preconizado, o que exclui a população sem alfabetização da possibilidade de inserção num mercado de trabalho cada vez mais exigente.

O comportamento dos indicadores de alfabetização em Pernambuco, observando-se a variação pontual nos anos 1991, 2000 e 2010 (IBGE/Censos) mostra que, no total do Estado, a faixa etária residente alfabetizada, de 5 a 9 anos obteve um crescimento de 59,23% quando comparados os anos de 1991 e 2000, caindo este percentual para 45,18%, na comparação de 2000 e 2010. O mesmo não se observa nas faixas etárias de 10 a 14 anos e 15 a 19 anos; essas obtiveram variação positiva de 1991 a 2000, mas caíram para percentuais negativos quando comparados os valores de 2000 e 2010, -1,78% na faixa etária de 10 a 14 anos e -7,83%, na de 15 a 19 anos.

Houve queda também no percentual da faixa etária de 20 a 49 anos, com percentual de 14,79 na comparação entre 1991 e 2000, decrescendo para 8,72%, quando comparados os anos 2000 e 2010. Apenas a população de 50 e mais anos teve aumento constante de percentual de alfabetizados, partindo de 15,04% de crescimento quando comparados os anos de 1991 a 2000 e aumentando a percentual para 20,71, na comparação do ano 2000 com 2010. Possivelmente, o crescimento percentual na faixa etária acima de 50 anos deve-se à progressão dos segmentos populacionais mais jovens.

Observando-se a população alfabetizada por Macrorregião de Saúde em Pernambuco, comparando-se o crescimento do ano 1991 e 2000 e este com 2010, vemos que só a IV Macrorregião apresentou discreto aumento de 0,33 pontos percentuais quando comparadas as variações dos anos 1991 com 2000, e 2000 com 2010, mesmo assim, com igual comportamento decrescente para os percentuais por faixa etária de população residente alfabetizada.

Na faixa etária de 5 a 9 anos, a I e a III Macrorregiões foram as que mais diminuíram o percentual de alfabetizados, obtendo valores de -38,64 e -57,93 pontos percentuais na comparação do comportamento entre 1991 e 2000 e entre 2000 e 2010; as Macrorregiões II e IV também apresentaram igual comportamento, mas com valores decrescentes mais discretos (-13,85 e -21,21 pontos percentuais, respectivamente), mesmo assim representando a dificuldade em atingir o preconizado pelo PNAIC. A mesma situação é encontrada nas faixas etárias de 10 a 14, de 15 a 19 e de 20 a 49 anos, com todas as Macrorregiões de Saúde apresentando diminuição proporcionalmente semelhante nos dados da população alfabetizada nos anos comparados, todas com variação de pontos percentuais negativos, entre os valores de 1991 e 2000 e entre 2000 e 2010.

É na faixa etária de 50 e mais anos que vemos melhores valores no percentual de alfabetização; apesar dos percentuais negativos da I Macrorregião (-0,54 pp), a II, III e IV Macrorregionais apresentam valores crescentes de alfabetização nesta faixa etária, podendo ser explicado pela migração das faixas mais jovens para a idosa.

Tabela 5. Proporção da População Residente Alfabetizada por Faixa Etária.

Macrorregião de Saúde Região de Saúde	5 a 9	10 a 14	15 a 19	20 a 49	50 e +	Total
I Macrorregião	58,60	91,97	94,71	78,39	44,24	65,74
I Região de Saúde	60,06	91,95	94,36	80,99	49,45	68,71
II Região de Saúde	65,21	93,87	95,78	80,58	45,62	67,91
III Região de Saúde	51,58	90,50	94,26	73,68	38,64	61,19
XII Região de Saúde	57,91	91,47	94,29	79,14	43,37	65,46
II Macrorregião	55,15	91,32	93,64	74,09	39,63	62,09
IV Região de Saúde	57,05	91,73	93,92	75,29	40,77	63,17
V Região de Saúde	52,25	90,69	93,22	72,26	37,89	60,45
III Macrorregião	53,57	91,53	94,67	78,11	47,30	66,33
VI Região de Saúde	49,12	89,30	93,52	75,44	44,08	63,46
X Região de Saúde	59,23	93,97	95,86	81,68	50,76	69,71
XI Região de Saúde	52,55	91,52	94,74	77,31	47,32	66,00
IV Macrorregião	53,62	92,02	94,90	78,56	44,72	65,51
VII Região de Saúde	54,31	92,14	94,90	78,63	46,10	66,16
VIII Região de Saúde	54,31	92,29	94,80	76,08	40,39	63,12
IX Região de Saúde	52,58	91,75	94,97	80,25	46,65	66,67
Estado de Pernambuco	**61,97**	**83,26**	**81,99**	**85,77**	**59,36**	**72,20**

Fonte: IBGE/Censos Demográficos 2010.

3.1.2 Perfil epidemiológico de Pernambuco – 2008 a 2017

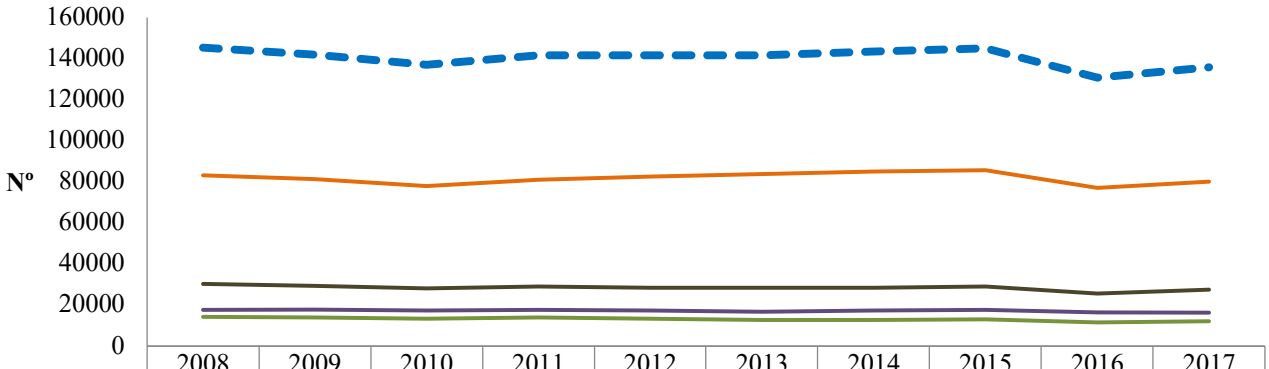
3.1.2.1 Natalidade

As informações sobre natalidade são provenientes do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC), cujo instrumento base para coleta de dados é a Declaração de Nascido Vivo (DN), padronizada pelo Ministério da Saúde, e que também serve de base para lavratura da Certidão de Nascimento pelo Cartório de Registro Civil.

No período entre 2008 e 2017, nasceram, em média, 140.435 crianças por ano de mães residentes em Pernambuco. No decênio analisado, houve redução de 6,5% no número de nascidos vivos no Estado, passando de 145.352 (2008) para 135.931 (2017).

Durante o período analisado, destaca-se o ano de 2016, que apresentou a maior redução de nascidos vivos em relação aos demais anos. Acredita-se que esta redução tenha relação com a epidemia do Zika Vírus e os casos da Síndrome Congênita do Zika Vírus (SCZ/microcefalia) (Gráfico 01).

Gráfico 1. Número de nascidos vivos residentes em Pernambuco e suas Macrorregiões, de Saúde 2008 a 2017*.



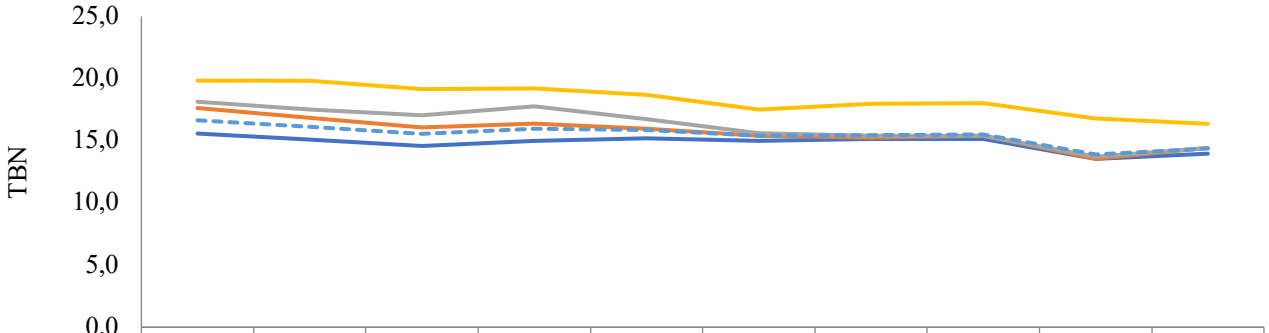
	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
I	83210	81197	78043	80903	82487	83666	85119	85667	77059	79953
II	30303	29208	28207	29033	28476	28353	28294	28887	25599	27411
III	14253	13891	13420	14074	13380	12864	12800	12895	11550	12244
IV	17585	17783	17248	17524	17215	16701	17345	17613	16539	16297
PE	145351	142079	136918	141534	141558	141584	143558	145062	130747	135905

* Dados sujeitos a alterações, atualizados em março de 2019
Fonte: Sinasc/Secretaria estadual de saúde –PE

A Taxa Bruta de Natalidade (TBN) expressa à frequência anual de nascidos vivos no total da população, e quando apresenta valores elevados, está relacionado à baixa condição socioeconômica. Ela sofre influência da estrutura etária e do sexo da população (RIPSA, 2008).

Em Pernambuco, a TBN passou de 16,6 NV/1000 habitantes para 14,3, no período entre 2008-2017, o que representa uma redução de 13,8%. Entre as Macrorregiões de Saúde, a redução da TBN variou entre 10,3% na I Macrorregião a 20,4% na III Macrorregião (Gráfico 02).

Gráfico 2. Taxa Bruta de Natalidade (TBN) por 1.000 habitantes de Pernambuco e suas Macrorregiões de Saúde, 2008 a 2017*.



	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
I	15,6	15,1	14,6	15,0	15,2	15,0	15,1	15,1	13,5	14,0
II	17,6	16,8	16,1	16,4	16,0	15,4	15,2	15,4	13,5	14,4
III	18,1	17,5	17,0	17,7	16,7	15,6	15,4	15,4	13,7	14,4
IV	19,8	19,8	19,1	19,2	18,7	17,5	18,0	18,0	16,8	16,4
PE	16,6	16,1	15,6	16,0	15,9	15,4	15,5	15,5	13,9	14,3

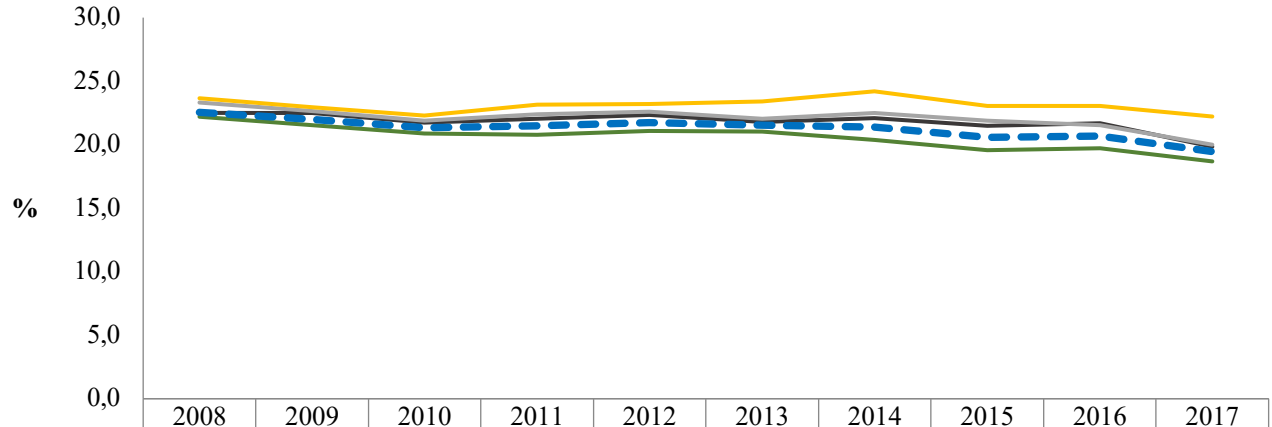
* Dados sujeitos a alterações, atualizados em março de 2019
Fonte: Sinasc/Secretaria estadual de saúde –PE

3.1.2.2 Indicadores relacionados à mãe

A idade materna é um importante fator de risco para baixo peso ao nascer e para mortalidade infantil, particularmente entre as adolescentes com menos de 20 anos e entre as mães com 35 anos e mais.

Em Pernambuco, no período de 2008 a 2017, observa-se que a proporção de mães adolescentes variou de 22,5% em 2008 a 19,5% em 2017, representando um declínio de 13,3% na série estudada. Em todas as Macrorregiões de Saúde foi observada queda nos percentuais de mães na faixa etária de 10 a 19 anos no ano de 2017, em relação a 2008 (Gráfico 03).

Gráfico 3. Proporção de nascidos vivos de mães adolescentes (< 20 anos) residentes em Pernambuco e suas Macrorregiões de Saúde, 2008 a 2017*.



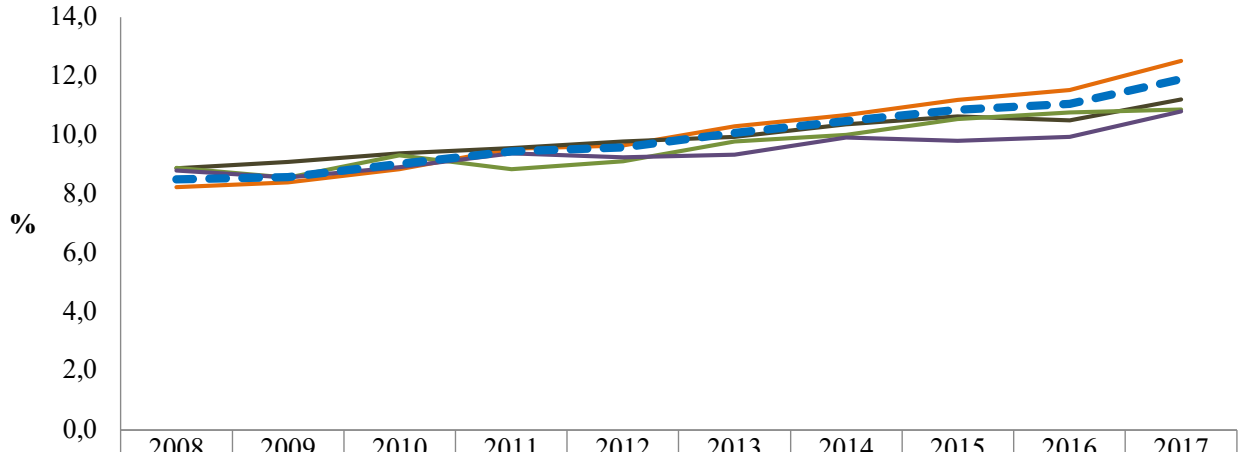
	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
I	22,2	21,5	20,9	20,8	21,1	21,0	20,4	19,6	19,7	18,7
II	22,5	22,5	21,7	22,0	22,3	21,8	22,1	21,5	21,7	19,8
III	23,3	22,7	21,9	22,4	22,6	22,0	22,5	21,9	21,5	20,0
IV	23,6	22,9	22,3	23,2	23,2	23,4	24,2	23,0	23,0	22,2
PE	22,5	22,0	21,3	21,5	21,7	21,6	21,4	20,6	20,7	19,5

* Dados sujeitos a alterações, atualizados em março de 2019.
Fonte: Sinasc/SES-PE.

Diferentemente do estado, das Macrorregiões e suas respectivas regiões de saúde, a IX região apresentou um aumento na proporção de mães adolescentes no período de 2008 a 2017, passando de 23,3% para 25,6%, representando um incremento de 9,9%.

A idade materna acima de 35 anos representa um risco maior para morbimortalidade materna e infantil. Ao analisar a idade das mães dos nascidos vivos residentes em Pernambuco, no período de 2008 a 2017, observa-se que houve acréscimo de 40,0% na proporção de mães com 35 anos e mais. Este aumento também foi evidenciado em todas as Macrorregiões de Saúde, com destaque para a I Macrorregião, que obteve o maior aumento (52,4%) (Gráfico 04).

Gráfico 4. Proporção de nascidos vivos de mães com idade ≥35 anos residentes em Pernambuco e suas Macrorregiões de Saúde, 2008 a 2017*.



	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
I	8,2	8,4	8,9	9,5	9,7	10,3	10,7	11,2	11,5	12,5
II	8,9	9,1	9,4	9,6	9,8	10,0	10,4	10,6	10,5	11,2
III	8,9	8,6	9,3	8,8	9,1	9,8	10,0	10,5	10,8	10,9
IV	8,8	8,6	8,9	9,4	9,2	9,3	9,9	9,8	9,9	10,8
PE	8,5	8,6	9,0	9,5	9,6	10,1	10,5	10,9	11,1	11,9

* Dados sujeitos a alterações, atualizados em março de 2019
Fonte: Sinasc/Secretaria estadual de saúde -PE

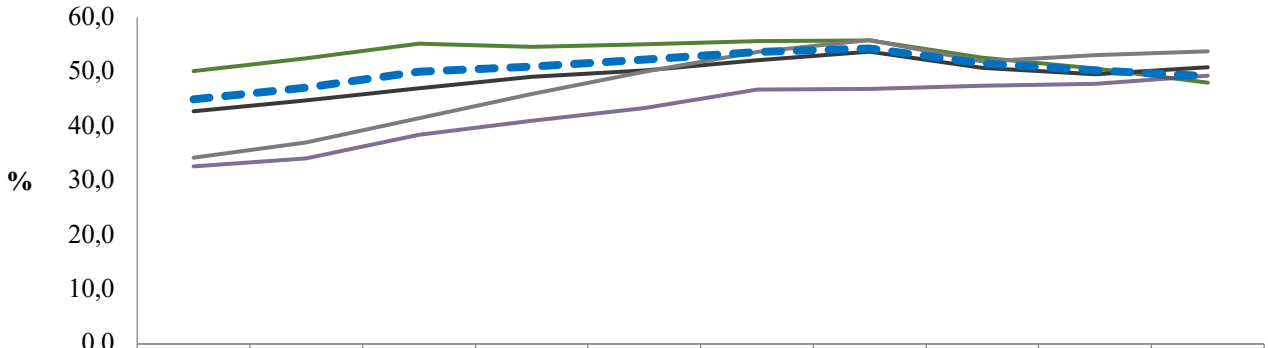
3.1.2.3 Indicadores relacionados à Gestação e ao Parto

O excessivo número de partos cesáreos tem-se tornado um importante problema de saúde pública, com complicações deletérias para a saúde materna e fetal, representando um custo elevado e desnecessário para o sistema de saúde. A Organização Mundial de Saúde (OMS) preconiza como uma proporção aceitável de partos cesáreos aquela em torno de 10 a 15%.

No estado, houve um crescimento de 9,8% de partos cesáreos, entre os anos de 2008 a 2017, e redução de 9,2% a partir de 2015, passando de 54,3%, em 2014, para 49,3% dos nascidos vivos, em 2017. Apesar deste declínio, o número de cesáreas ainda é superior ao primeiro ano do decênio analisado (Gráfico 05).

Em relação às Macrorregiões de Saúde, a proporção dos nascidos vivos de partos cesáreos aumentou ao longo dos anos 2008 a 2017, com exceção da I Macrorregião, onde se observa uma redução de 4,4% dos nascidos vivos de partos cesáreos. A III Macrorregião apresentou o maior aumento das cesáreas no período, passando de 34,2% (2008) para 53,8% (2017), crescendo em 57,3% (Gráfico 05).

Gráfico 5. Proporção de nascidos vivos de parto cesáreo de residentes em Pernambuco e suas Macrorregiões de Saúde, 2008 a 2017*.



	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
I	50,2	52,4	55,2	54,6	55,1	55,7	55,8	52,6	50,6	48,0
II	42,8	44,7	47,0	49,1	50,3	52,1	53,7	50,8	49,5	50,8
III	34,2	37,0	41,5	45,9	50,1	53,7	55,9	51,9	53,1	53,8
IV	32,6	34,1	38,4	41,0	43,3	46,7	46,8	47,5	47,8	49,3
PE	44,9	47,0	50,0	51,0	52,2	53,7	54,3	51,5	50,2	49,3

* Dados sujeitos a alterações.
Fonte: Sinasc/SES-PE.

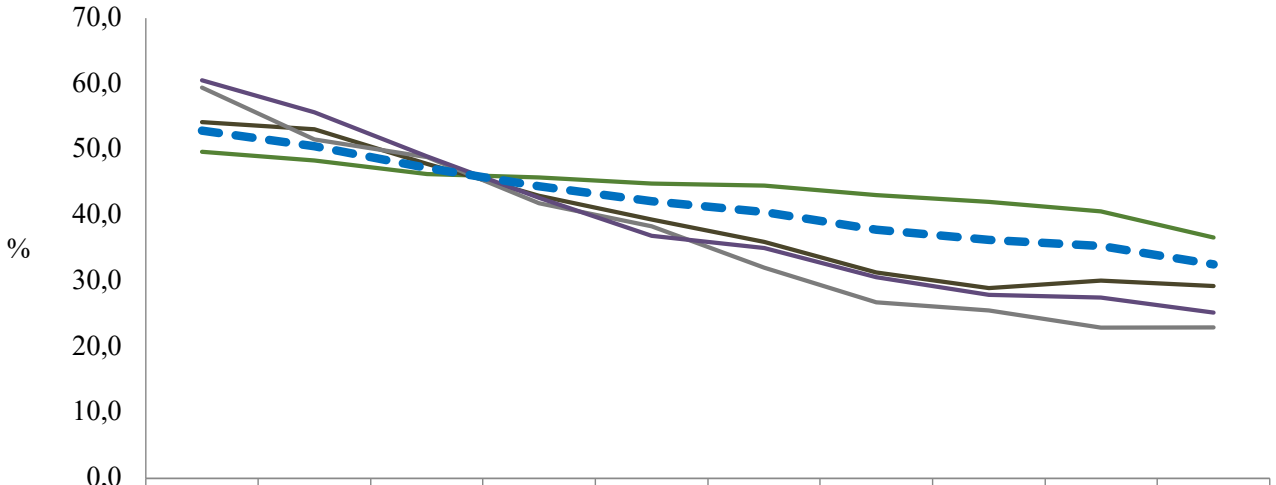
O acesso à assistência pré-natal está associado à redução da morbimortalidade materna e infantil, representando assim uma importante ação de saúde pública (MALLMANN, 2018). Diante disso, o Ministério da Saúde recomenda a realização de, no mínimo, sete consultas de pré-natal e o monitoramento deste indicador é realizado a partir do SINASC.

Vale ressaltar que o número de consultas não avalia a qualidade da assistência prestada durante o acompanhamento do pré-natal. Destacamos, ainda, que o início precoce, bem como a realização dos exames preconizados durante o acompanhamento do pré-natal são fundamentais para a identificação e prevenção dos riscos que podem afetar a saúde da mulher e da criança.

Em Pernambuco, a proporção de nascidos vivos de mães que realizaram menos de 07 consultas de pré-natal reduziu em 38,4% no período estudado, passando de 52,9% (2008) para 32,6% (2017).

Em todas as macrorregiões houve redução de mães que realizaram menos de 07 consultas pré-natais, com destaque para a III Macrorregião que apresentou um declínio de 61,3% no período 2008-2017. Neste mesmo período, a I Macrorregião reduziu apenas 26,4%, mantendo-se em 2017 com proporções mais elevadas que o estado e demais Macrorregiões de Saúde (Gráfico 06).

Gráfico 6. Proporção de nascidos vivos de mães que realizaram menos de 07 consultas de pré-natal, residentes em Pernambuco e suas Macrorregiões de Saúde, 2008 a 2017*.



	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
I	49,7	48,3	46,3	45,8	44,8	44,5	43,0	42,1	40,6	36,6
II	54,2	53,1	47,8	43,0	39,4	36,0	31,4	28,9	30,1	29,3
III	59,4	51,6	48,9	41,8	38,4	32,0	26,7	25,5	22,9	23,0
IV	60,6	55,7	49,0	42,7	36,9	35,1	30,6	27,9	27,5	25,2
PE	52,9	50,6	47,2	44,4	42,2	40,6	37,8	36,2	35,3	32,6

* Dados sujeitos a alterações.
Fonte: Sinasc/SES-PE.

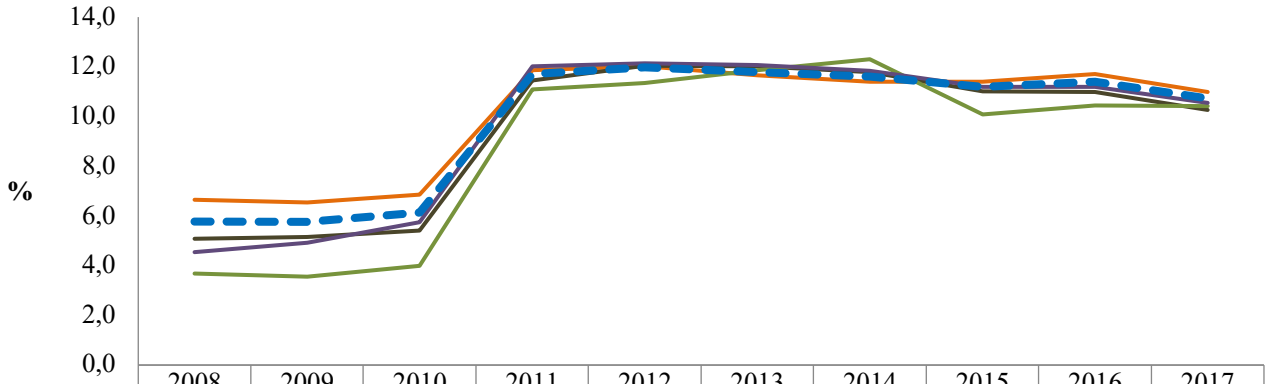
3.1.2.4 Indicadores relacionados ao recém-nascido

Gestações que terminam de forma prematura (duração da gestação < 37 semanas) aumentam o risco de baixo peso ao nascer nos recém-nascidos (RN) (CECATTI, 2000), além de ser um importante fator de risco para a mortalidade infantil (CARVALHO, 2007).

Cabe registrar que essa variável passou por mudanças na forma de coleta em 2011, de intervalos predeterminados (menos de 22 semanas, de 22-27 semanas, de 28-31 semanas, de 32-36 semanas, de 37-41 semanas, 42 semanas e mais e Ignorado) para campo aberto (número de semanas completas). Com isso, percebe-se uma mudança no perfil da prematuridade a partir de 2011, com aumento de nascidos vivos prematuros, pois este indicador passou a ter mais sensibilidade para captar os RN prematuros a partir do número de semanas de gestação informado de forma aberta.

Em 2008, Pernambuco apresentou 5,8% de nascidos vivos prematuros e, em 2011, 11,7%, um incremento de 101,7%. Entre os anos de 2011 a 2017, o Estado apresentou uma redução 8,5% na proporção de nascidos vivos prematuros (Gráfico 07).

Gráfico 7. Proporção de nascidos vivos prematuros (< 37 semanas) residentes em Pernambuco e suas Macrorregiões de Saúde, 2008 a 2017*.



	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
I	6,7	6,5	6,9	11,9	12,0	11,7	11,4	11,4	11,7	11,0
II	5,1	5,2	5,4	11,5	12,0	12,0	11,8	11,0	11,0	10,3
III	3,7	3,6	4,0	11,1	11,4	11,9	12,3	10,1	10,4	10,4
IV	4,5	4,9	5,7	12,0	12,1	12,1	11,8	11,2	11,2	10,6
PE	5,8	5,8	6,1	11,7	12,0	11,8	11,6	11,2	11,4	10,7

* Dados sujeitos a alterações.
Fonte: Sinasc/SES-PE.

3.1.2.5 Doenças e agravos

3.1.2.5.1 Leptospirose

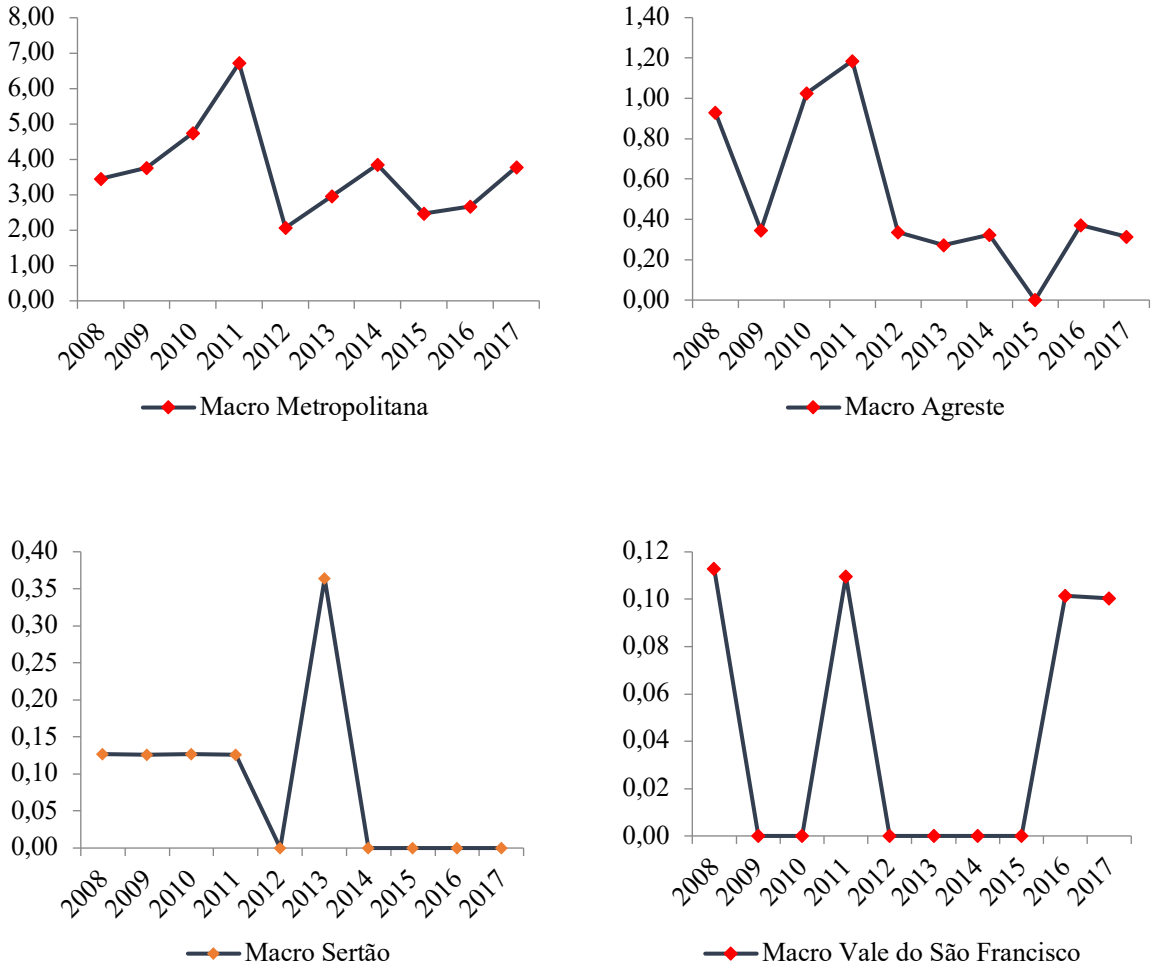
A leptospirose é uma zoonose de grande importância social e econômica, por apresentar elevada incidência em determinadas áreas, alto custo hospitalar e perdas de dias de trabalho para o individuo acometido pela doença, além de alta taxa de letalidade, que pode chegar a 40%, nos casos mais graves.

Pernambuco, nos anos de 2008 a 2017, notificou 2.307 casos. A taxa média anual de incidência foi de 2,3/100.000 habitantes. A distribuição da doença nesse período evidenciou um comportamento epidêmico no ano 2011.

Observa-se que historicamente Recife e municípios da Região Metropolitana sempre apresentaram alta incidência desta zoonose por ser em regiões que apresentam altos índices pluviométricos, além de ser uma doença ligada a fatores ambientais e socioeconômicos, dificultando ainda mais o seu controle.

Analisando-se o coeficiente de incidência de leptospirose, por Macrorregiões de Saúde, observa-se que a I Macrorregião, Metropolitana, se destaca por apresentar 95,4% dos casos de leptospirose do estado, onde a I Região de Saúde ganha maior importância. Comparando-se as regiões da II Macrorregião, Agreste, percebe-se um destaque para a IV Região de Saúde, com incidência média de 0,7/100.000. A III Macrorregião, Sertão, com 0,3% dos casos e incidência média de 0,1/100.000 habitantes e por fim a IV Macrorregião, Vale do São Francisco, com 0,2% dos casos apresentando incidência média de 0,1/100.000 habitantes (Gráfico 08).

Gráfico 8. Distribuição da incidência de leptospirose nas Macrorregiões de Saúde. Pernambuco, 2008 – 2017*



*Dados atualizados em abril, sujeitos à revisão
Fonte: SINAN/SES-PE

Destaca-se que as Macrorregiões de Saúde III e IV não apresentam importância epidemiológica para este agravo, tendo em vista que as questões ambientais associadas aos baixos índices pluviométricos destas regiões favorecem ao aparecimento de poucos casos.

3.1.2.5.2 Infecções Sexualmente Transmissíveis/AIDS

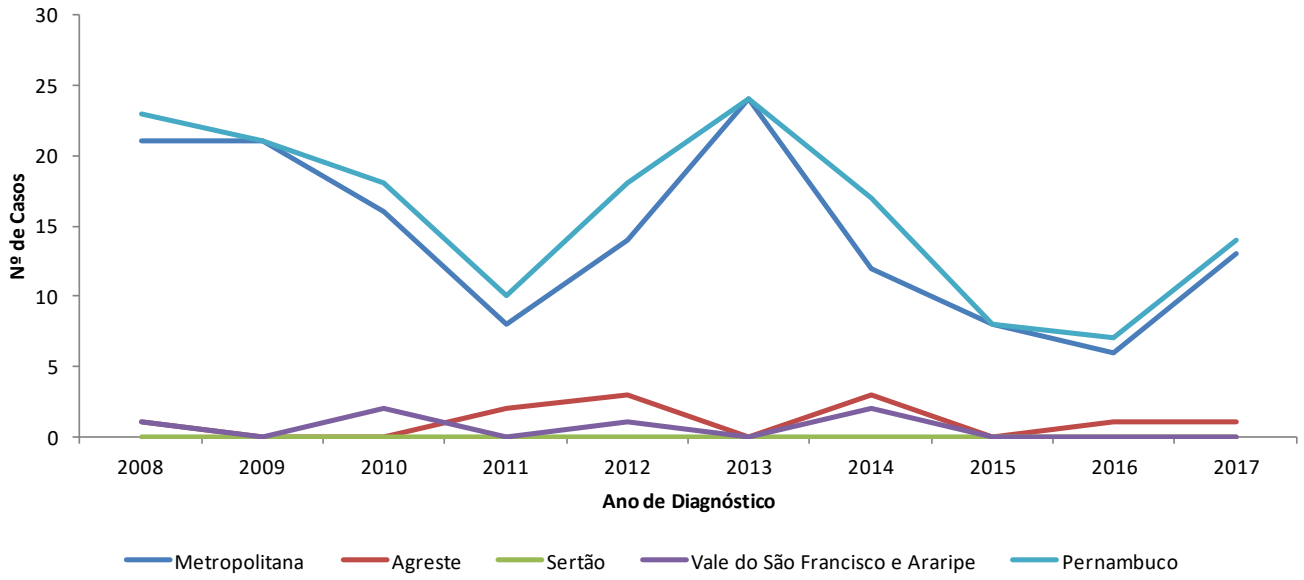
3.1.2.5.2.1 AIDS em menores de 5 anos

No estado de Pernambuco, foram diagnosticados 160 casos de AIDS em menores de 5 anos no período de 2008 a 2017, apresentando um coeficiente de incidência (C.I.) de 2,2 a cada 1.000 nascidos vivos (NV) com tendência decrescente.

Na I Macrorregião de Saúde foram diagnosticados 143 casos, o coeficiente de incidência no período foi de 3,5 a cada 100.000 hab., com tendência decrescente e percentual de diminuição de 34,2%. Destaque para a I Região de Saúde, onde foram diagnosticados 108 casos. Na II Macrorregião foram diagnosticados 11 casos, Com destaque para a IV Região de Saúde, com 09 casos diagnosticados. Na III Macrorregião não

foi diagnosticado nenhum caso e na IV Macrorregião foram diagnosticados 06 casos, tendo a VIII Região de Saúde apresentado 04 casos (Gráfico 09 e Quadro 03).

Gráfico 9. Casos de AIDS em menores de 5 anos segundo ano de diagnóstico, segundo Macrorregião de Saúde de residência. Pernambuco, 2008 a 2017*.



*Dados atualizados em 01/04/2019, sujeitos à alteração.
Fonte: Sinan/Programa Estadual de IST/AIDS/HV/DGCDA/SEVS/SES-PE

Quadro 3. Número de casos de AIDS em menores de 5 anos segundo ano de diagnóstico, Macrorregião de saúde de residência e Região de Saúde de residência. Pernambuco, 2008 a 2017*.

Macrorregião de Saúde	Região de Saúde	2008 N	2009 N	2010 N	2011 N	2012 N	2013 N	2014 N	2015 N	2016 N	2017 N	Total N
I Macrorregião Metropolitana	I	16	17	10	5	12	17	11	3	5	12	108
	II	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	2
	III	2	4	4	1	0	5	1	3	1	0	21
	XII	3	0	1	2	2	1	0	2	0	1	12
Total		21	21	16	8	14	24	12	8	6	13	143
II Macrorregião Agreste	IV	1	0	0	0	3	0	3	0	1	1	9
	V	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	2
Total		1	0	0	2	3	0	3	0	1	1	11
III Macrorregião Sertão	VI	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	X	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	XI	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Total		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

IV Macrorregião Vale do São Francisco e Araripe	VII	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1
	VIII	0	0	2	0	0	0	2	0	0	0	4
	IX	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Total		1	0	2	0	1	0	2	0	0	0	6
Pernambuco		**23**	**21**	**18**	**10**	**18**	**24**	**17**	**8**	**7**	**14**	**160**

*Dados atualizados em 01/04/2019, sujeitos à alteração.
Fonte: Sinan/Programa Estadual de IST/AIDS/HV/DGCDA/SEVS/SES-PE

3.1.2.5.2.2 Óbito por AIDS

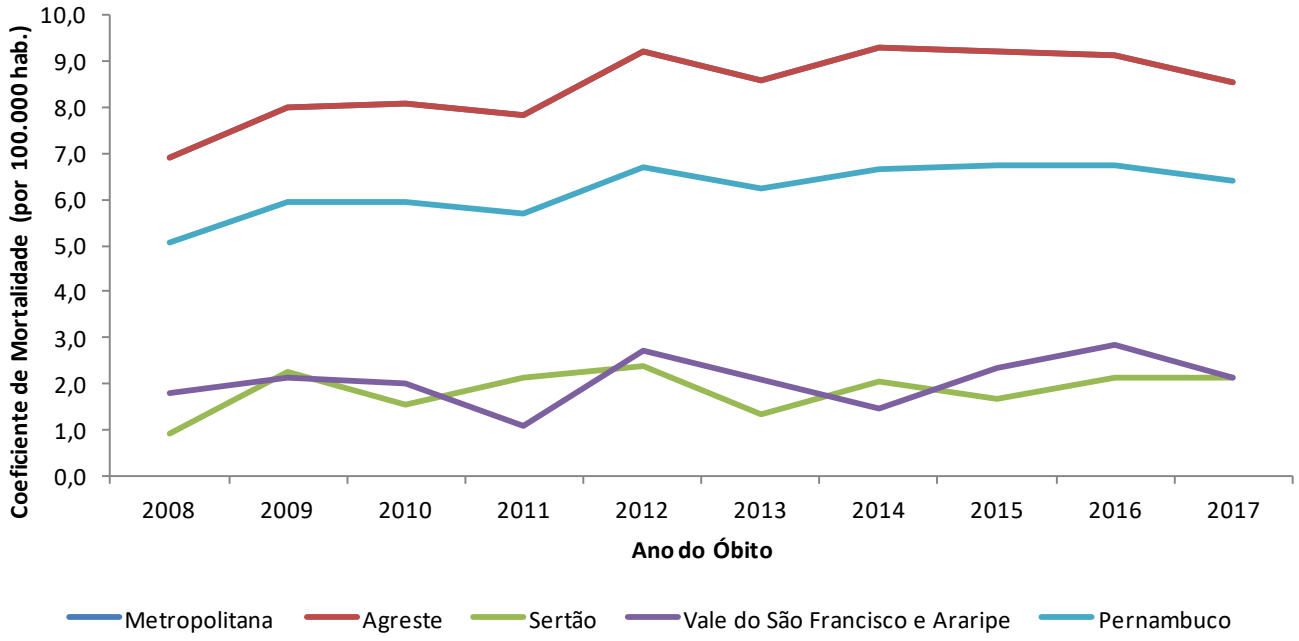
No estado de Pernambuco, ocorreram 5.652 óbitos nos anos de 2008 a 2017, apresentando um coeficiente de mortalidade (C.M.) de 6,2 a cada 100.000 habitantes e com tendência ascendente. Na I Macrorregião de Saúde ocorreram 4.687 óbitos, o coeficiente de mortalidade no período foi de 8,5 a cada 100.000 hab. e percentual de diminuição de 23,9%, porém apresenta uma tendência de aumento no coeficiente. O destaque está na I Região de Saúde onde ocorreram 3.869 óbitos, o coeficiente de mortalidade no período foi de 9,6 a cada 100.000 hab., encontrando-se maior que a do Estado.

Na II Macrorregião de Saúde ocorreram 620 óbitos, o coeficiente de mortalidade no período foi de 8,5 a cada 100.000 hab. e percentual de aumento de 38,1% e apresenta uma tendência de aumento no coeficiente. Nesta macrorregião, a IV Região de Saúde registrou 494 óbitos, com tendência ascendente e um percentual de aumento de 34,5%.

Na III Macrorregião de Saúde ocorreram 151 óbitos, o coeficiente de mortalidade no período foi de 1,9 a cada 100.000 hab. e percentual de aumento de 24,5% e também apresenta uma tendência de aumento no coeficiente, onde a VI Região de Saúde registrou 75 óbitos, com tendência ascendente e um percentual de aumento de 196,8%.

Na IV Macrorregião de Saúde ocorreram 194 óbitos e percentual de aumento de 16,8% e também uma tendência de aumento no coeficiente. Desse total, destaque para a VIII Região de Saúde, onde ocorreram 120 óbitos, com tendência decrescente e um percentual de diminuição de 40,0% (Gráfico 10 e Tabela 06).

Gráfico 10. Coeficiente de mortalidade por AIDS, segundo ano de diagnóstico e Macrorregião de Saúde de residência. Pernambuco, 2008 a 2017*.



*Dados atualizados em 02/04/2019, sujeitos à alteração.

Fonte: SIM/Programa Estadual de IST/AIDS/HV/DGCDA/SEVS/SES-PE

Quadro 4. Número de óbitos e coeficiente de mortalidade por AIDS, segundo ano do óbito, Macrorregião de Saúde e Região de Saúde de residência. Pernambuco, 2008 a 2017*.

Macrorregião de Saúde	Região de Saúde	2008		2009		20010		2011		2012		2013		2014		2015		2016		2017		TOTAL	
		N	C.M.	N	C.M.	N	C.M.	N	C.M.	N	C.M.	N	C.M.	N	C.M.	N	C.M.	N	C.M.	N	C.M.	N	C.M.
I Macrorregião Metropolitana	I	316	8,0	359	9,0	369	9,4	343	8,7	432	109	375	9,2	429	10,4	426	10,3	422	10,1	398	9,5	3869	9,6
	II	21	3,8	24	4,4	15	2,6	20	3,5	9	3,3	25	4,3	27	4,6	16	2,7	29	4,9	23	3,9	219	3,8
	III	23	4,1	32	5,7	33	5,7	38	6,6	51	8,5	49	8,1	55	9,0	52	8,5	54	8,8	425	7,2	425	7,2
	XII	9	3,0	16	0,1	15	0,0	20	0,1	10	0,0	28	0,1	18	0,1	25	0,1	18	0,1	15	0,0	174	0,1
	Total	369	6,9	431	8,0	432	8,1	421	7,8	499	9,2	479	8,6	523	9,3	522	9,2	521	9,2	490	8,6	4687	8,5
II Macrorregião Agreste	IV	42	3,5	44	3,6	50	4,0	45	3,6	44	3,5	50	3,8	48	3,6	51	3,8	56	4,1	64	4,7	494	3,8
	V	9	1,7	13	2,5	10	1,9	11	2,1	10	1,9	13	2,4	15	2,8	21	3,9	10	1,9	14	2,6	126	2,4
	Total	51	6,9	57	8,0	60	8,1	56	7,8	54	9,2	63	8,6	63	9,3	72	9,2	66	9,2	78	8,6	620	8,5
III Macrorregião Sertão	VI	3	0,8	11	2,9	6	1,6	10	2,6	4	1,0	4	1,0	8	2,0	8	1,9	11	2,6	10	2,4	75	1,9
	X	2	1,1	2	1,1	5	2,8	1	0,6	3	1,6	2	1,1	3	1,6	1	0,5	2	1,1	3	1,6	24	1,3
	XI	2	0,9	5	2,2	1	0,4	6	2,7	12	5,3	5	2,1	6	2,6	5	2,1	5	2,1	5	2,1	52	2,2
	Total	7	0,9	18	2,3	12	1,5	17	2,1	19	2,4	11	1,3	17	2,0	14	1,7	18	2,1	18	2,1	151	1,9
IV Macrorregião Vale do São Francisco e Araripe	VII	2	1,4	3	2,1	0	0,0	1	0,7	1	0,7	3	2,1	4	2,8	2	1,4	8	5,5	4	2,7	28	2,0
	VIII	14	3,4	13	3,1	17	3,9	4	0,9	17	3,8	12	2,6	7	1,5	13	2,7	13	2,7	10	2,0	120	2,6
	IX	0	0,0	3	0,9	1	0,3	5	1,5	7	2,1	5	1,5	3	0,9	8	2,3	7	2,0	7	2,0	46	1,4
	Total	16	1,8	19	2,1	28	2,0	10	1,1	25	2,7	20	2,1	14	1,4	23	2,4	28	2,8	21	2,1	194	2,1
Pernambuco		**443**	**5,1**	**525**	**6,0**	**522**	**5,9**	**504**	**5,7**	**597**	**6,7**	**573**	**6,2**	**617**	**6,7**	**631**	**6,8**	**633**	**6,7**	**607**	**6,4**	**5652**	**6,2**

*Dados atualizados em 02/04/2019, sujeitos à alteração.

Fonte: SIM/Programa Estadual de IST/AIDS/HV/DGCDA/SEVS/SES-PE

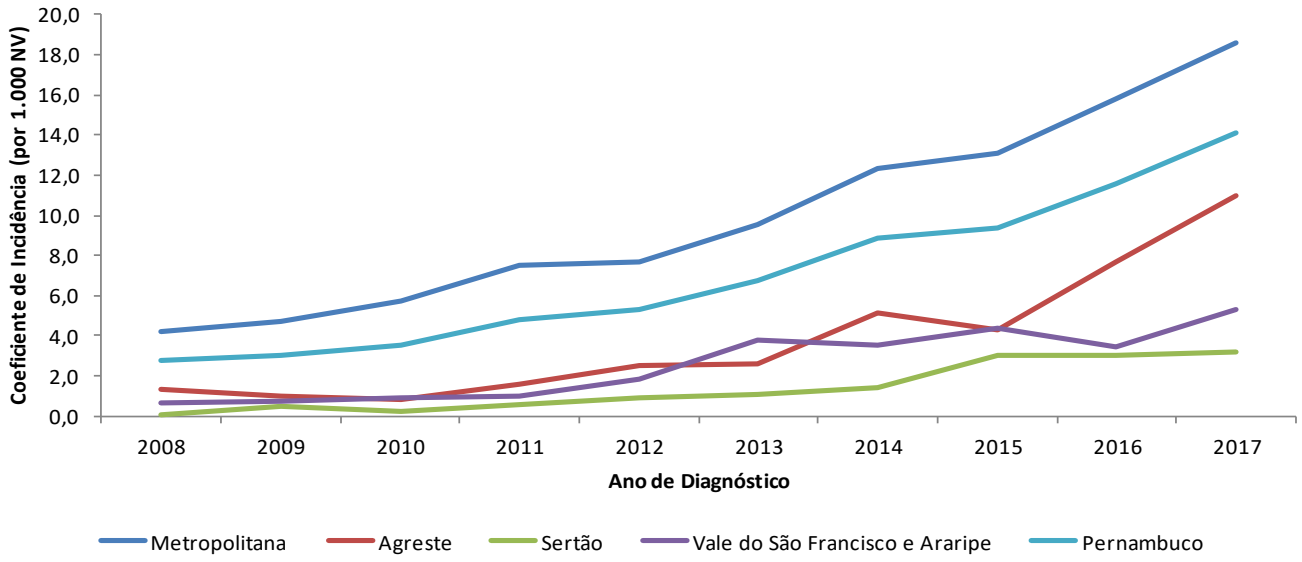
3.1.2.5.2.3 Sífilis Congênita

No estado de Pernambuco foram diagnosticados 9.757 casos no período de 2008 a 2017, apresentando um coeficiente de incidência (C.I.) de 6,9 a cada 1.000 nascidos vivos (NV) e com tendência ascendente. Na I Macrorregião de Saúde foram diagnosticados 8.100 casos, o coeficiente de incidência no período foi de 9,9 a cada 1.000 NV, com tendência ascendente e percentual de aumento de 33,9%. A I Região de Saúde apresentou o maior número de diagnosticados (7.199 casos), concentrando 73,78% dos casos de Pernambuco.

Na II Macrorregião de Saúde foram diagnosticados 1.049 casos, o coeficiente de incidência no período foi de 3,7 a cada 1.000 NV, com tendência ascendente e percentual de aumento de 729,1%. Destaque para a IV Região de Saúde, onde foram diagnosticados 877 casos com tendência crescente e um percentual de aumento de 568,7%. Para a III Macrorregião de Saúde, foram diagnosticados 176 casos, o coeficiente de incidência no período foi de 1,3 a cada 1.000 NV, com tendência ascendente e percentual de aumento de 4.440,3%. Desse total, 61,9% (109 casos) foram diagnosticados na VI Região.

Na IV macrorregião de Saúde foram diagnosticados 432 casos, o coeficiente de incidência no período foi de 2,5 a cada 1.000 NV com tendência ascendente e percentual de aumento de 673,3%. Destaque para a VIII Região de Saúde, onde foram diagnosticados 323 casos com tendência crescente e um percentual de aumento de 690,8% (Gráfico 11 e Quadro 05).

Gráfico 11. Coeficiente de incidência de sífilis congênita, segundo ano de diagnóstico e Macrorregião de Saúde de residência. Pernambuco, 2008 a 2017*.



*Dados atualizados em 01/04/2019, sujeitos à alteração.
Fonte: Sinan/Programa Estadual de IST/AIDS/HV/DGCDA/SEVS/SES-PE

Quadro 5. Número de casos e coeficiente de incidência de sífilis congênita, segundo ano de diagnóstico, Macrorregião de Saúde de residência e Região de Saúde de residência. Pernambuco, 2008 a 2017*.

Macrorregião de Saúde	Região de Saúde	2008		2009		2010		2011		2012		2013		2014		2015		2016		2017		Total	
		N	C.I.	N	C.I.	N	C.I.	N	C.I.	N	C.I.	N	C.I.	N	C.I.	N	C.I.	N	C.I.	N	C.I.	N	C.I.
I-Metropolitana	I	325	5,6	355	6,2	404	7,2	553	9,5	560	9,4	712	11,8	903	14,8	997	16,0	1086	19,3	1304	22,1	7199	12,2
	II	11	1,2	4	0,5	12	1,4	22	2,6	35	4,2	35	4,3	42	5,1	44	5,3	46	6,3	63	8,1	314	3,8
	III	9	0,8	12	1,2	16	1,9	11	1,1	22	2,2	32	3,1	68	6,1	52	5,0	49	5,4	65	7,5	336	3,4
	XII	8	1,5	10	2,0	13	2,8	18	3,8	17	3,6	22	4,9	37	7,8	30	6,3	39	9,1	57	13,1	251	5,3
	Total	353	4,2	381	4,7	445	5,7	604	7,5	634	7,7	801	9,6	1050	12,3	1123	13,1	1220	15,8	1489	18,6	8100	9,9
II- Agreste	IV	37	1,8	23	1,2	20	1,0	42	2,1	69	3,5	70	3,5	125	6,3	104	5,2	157	8,7	233	12,1	877	4,5
	V	3	0,3	5	0,5	4	0,4	5	0,5	3	0,3	3	0,3	20	2,3	19	2,1	43	5,4	67	8,2	172	1,9
	Total	40	1,3	28	1,0	24	0,9	47	1,6	72	2,5	73	2,6	145	5,1	123	4,3	197	7,7	300	10,9	1049	3,7
III- Sertão	VI	0	0,0	7	1,0	0	0,0	6	0,9	8	1,2	7	1,1	11	1,8	25	4,0	22	3,9	23	3,8	109	1,7
	X	0	0,0	0	0,0	2	0,7	2	0,7	1	0,3	3	1,1	3	1,1	4	1,4	6	2,4	5	2,0	26	0,9
	XI	1	0,3	0	0,0	1	0,3	0	0,0	3	0,8	4	1,1	4	1,1	10	2,6	7	2,1	11	3,1	41	1,1
	Total	1	0,1	7	0,5	3	0,2	8	0,6	12	0,9	14	1,1	18	1,4	39	3,0	35	3,0	39	3,2	176	1,3
IV- Vale do São Francisco e Araripe	VII	2	0,8	5	1,8	4	1,5	5	1,9	3	1,2	3	1,2	7	3,0	10	4,0	0	0,0	3	1,4	42	1,7
	VIII	8	1,0	8	1,0	9	1,1	9	1,1	25	3,0	55	6,5	44	4,9	55	6,0	44	5,1	66	7,7	323	3,8
	IX	2	0,3	0	0,0	2	0,3	3	0,5	3	0,5	5	0,9	10	1,7	12	2,0	13	2,3	17	3,1	67	1,1
	Total	2	0,3	0	0,0	2	0,3	3	0,5	3	0,5	5	0,9	10	1,7	12	2,0	13	2,3	17	3,1	67	2,5
Pernambuco		**406**	**2,8**	**429**	**3,0**	**487**	**3,6**	**676**	**4,8**	**749**	**5,3**	**951**	**6,7**	**1274**	**8,9**	**1362**	**9,4**	**1509**	**11,5**	**1914**	**14,1**	**9757**	**6,9**

*Dados atualizados em 01/04/2019, sujeitos à alteração.
Fonte: Sinan/Programa Estadual de IST/AIDS/HV/DGCDA/SEVS/SES-PE

3.1.2.5.2.4 Hepatite C

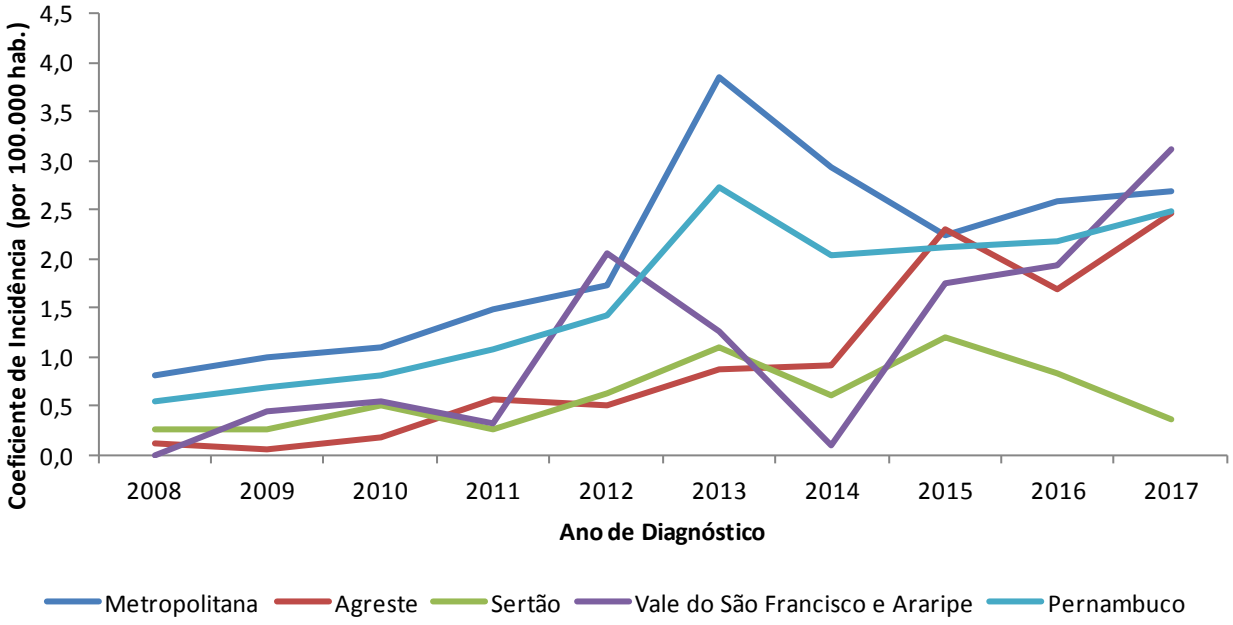
No estado de Pernambuco foram diagnosticados 1.478 casos nos anos de 2008 a 2017, apresentando um coeficiente de incidência de 1,6 a cada 100.000 hab. e com tendência ascendente e variação de aumento de 361,0%. Na I macrorregião de Saúde foram diagnosticados 1.138 casos, o coeficiente de incidência no período foi de 2,1 a cada 100.000 hab. com tendência ascendente e percentual de aumento de 234,2%. Nesta Macrorregião, a I Região de Saúde concentra a maioria dos diagnosticados (1.075 casos), apresentando 72,73% dos casos de Pernambuco.

Na II Macrorregião de Saúde foram diagnosticados 180 casos, o coeficiente de incidência no período foi de 1,0 a cada 100.000 hab., com tendência ascendente e percentual de aumento de 2.021,8%, sendo a maior entre as macrorregiões de saúde e tendo a IV Região de Saúde diagnosticado145 casos, com coeficiente de incidência no período de 1,1 a cada 100.000 hab.

Na III Macrorregião de Saúde foram diagnosticados 49 casos, o coeficiente de incidência no período foi de 0,6 a cada 100.000 hab., com tendência ascendente e percentual de aumento de 39,1%. Destaque para a VI Região de Saúde, onde foram diagnosticados 34 casos.

Na IV Macrorregião de Saúde foram diagnosticados 111 casos, o coeficiente de incidência no período foi de 1,2 a cada 100.000 hab., com tendência ascendente com a VIII Região de Saúde, tendo diagnosticado 85 casos (Gráfico 12 e Quadro 06).

Gráfico 12. Coeficiente de incidência de hepatite C, segundo ano de diagnóstico e Macrorregião de Saúde de residência. Pernambuco, 2008 a 2017*.



*Dados atualizados em 01/04/2019, sujeitos à alteração.
Fonte: Sinan/Programa Estadual de IST/AIDS/HV/DGCDA/SEVS/SES-PE.

Quadro 6. Número de casos e coeficiente de incidência de hepatite C, segundo ano de diagnóstico, Macrorregião e Região de Saúde de residência. Pernambuco, 2008 a 2017*

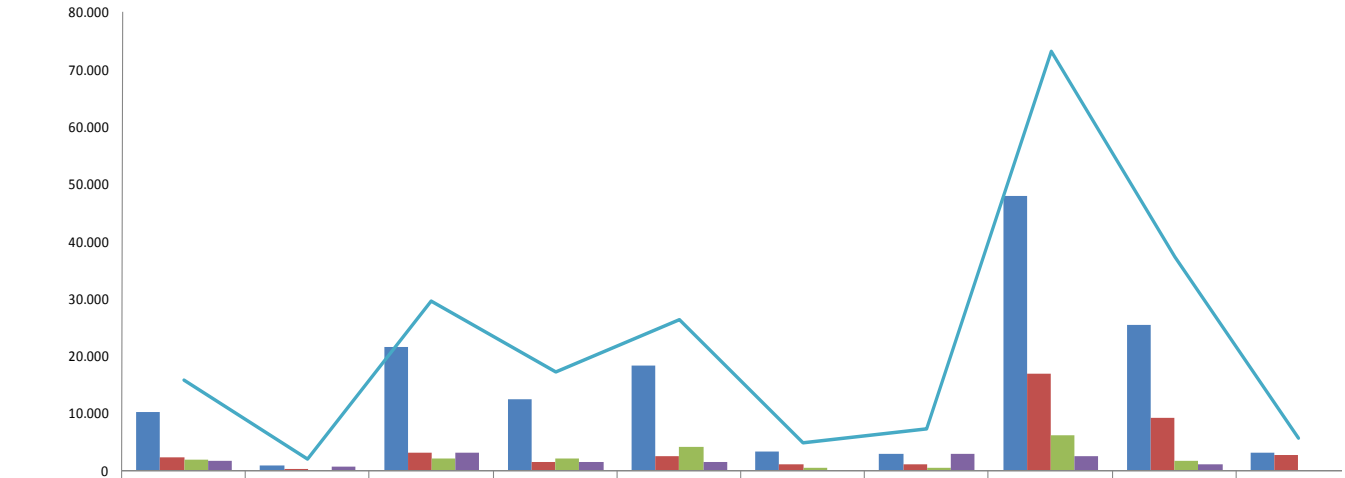
Macrorregião de Saúde	Região de Saúde	2009		2010		2011		2012		2013		2014		2015		2016		2017		2018		Total	
		N	C.I	N	C.I	N	C.I	N	C.I	N	C.I	N	C.I	N	C.I	N	C.I	N	C.I	N	C.I	N	C.I
I-Metropolitana	I	40	1,0	53	1,3	57	1,5	78	2,0	85	2,1	202	4,9	161	3,9	118	2,8	138	3,3	143	3,4	1075	2,7
	II	1	0,2	1	0,2	0	0,0	0	0,0	3	0,5	5	0,9	1	0,2	4	0,7	3	0,5	1	0,2	19	0,3
	III	2	0,4	0	0,0	2	0,3	1	0,2	4	0,7	6	1,0	2	0,3	2	0,3	4	0,7	4	0,6	27	0,5
	XII	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,0	2	0,0	2	0,0	1	0,0	3	0,0	2	0,0	6	0,0	17	0,0
	Total	43	0,8	54	1,0	59	1,1	80	1,5	94	1,7	215	3,8	165	2,9	127	2,2	147	2,6	154	2,7	1138	2,1
II- Agreste	IV	0	0,0	1	0,1	3	0,2	5	0,4	4	0,3	9	0,7	15	1,1	36	2,7	29	2,1	43	3,2	145	1,1
	V	2	0,4	0	0,0	0	0,0	5	1,0	5	1,0	7	1,3	2	0,4	7	1,3	3	0,6	4	0,7	35	0,7
	Total	2	0,1	1	0,1	3	0,2	10	0,6	9	0,5	16	0,9	17	0,9	43	2,3	32	1,7	47	2,5	180	1,0
III- Sertão	VI	2	0,5	2	0,5	4	1,0	2	0,5	4	1,0	4	1,0	5	1,2	4	1,0	5	1,2	2	0,5	34	0,9
	X	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,5	4	2,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	5	0,3
	XI	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,4	0	0,0	6	2,5	2	0,8	1	0,4	10	0,4
	Total	2	0,3	2	0,3	4	0,5	2	0,3	5	0,6	9	1,1	5	0,6	10	1,2	7	0,8	3	0,4	49	0,6
IV- Vale do São Francisco e Araripe	VII	0	0,0	0	0,0	1	0,7	0	0,0	0	0,0	1	0,7	0	0,0	0	0,0	3	2,0	5	3,4	10	0,7
	VIII	0	0,0	4	0,9	4	0,9	1	0,2	18	4,0	7	1,5	1	0,2	15	3,1	14	2,9	21	4,2	85	1,9
	IX	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	0,6	1	0,3	4	1,2	0	0,0	2	0,6	2	0,6	5	1,4	16	0,5
	Total	0	0,0	4	0,4	5	0,6	3	0,3	19	2,1	12	1,3	1	0,1	17	1,7	19	1,9	31	3,1	111	1,2
Pernambuco		**47**	**0,5**	**61**	**0,7**	**71**	**0,8**	**95**	**1,1**	**127**	**1,4**	**252**	**2,7**	**188**	**2,0**	**197**	**2,1**	**205**	**2,2**	**235**	**2,5**	**1478**	**1,6**

*Dados atualizados em 01/04/2019, sujeitos à alteração.
Fonte: Sinan/Programa Estadual de IST/AIDS/HV/DGCDA/SEVS/SES-PE.

3.1.2.5.3 Vigilância das Arboviroses

Analisando-se a situação epidemiológica da dengue em Pernambuco, no período de 2008 a 2017, observa-se uma oscilação no número de casos notificados da doença, alcançando seu pico em 2015 e 2016 (Gráfico 13). Nesses períodos, reconhecidamente epidêmicos no estado, foi constatada a circulação simultânea dos quatro sorotipos virais (DENV-1, DENV-2, DENV-3 E DENV-4), além da introdução de duas novas arboviroses (Chikungunya e Zika). A I Macrorregião de Saúde destaca-se em todos os períodos analisados, seguida da II Macrorregião de Saúde, justificado por ambas possuírem o maior contingente populacional do estado de Pernambuco.

Gráfico 13. Número de casos confirmados de dengue por Macrorregião de Saúde. Pernambuco, 2008-2017.

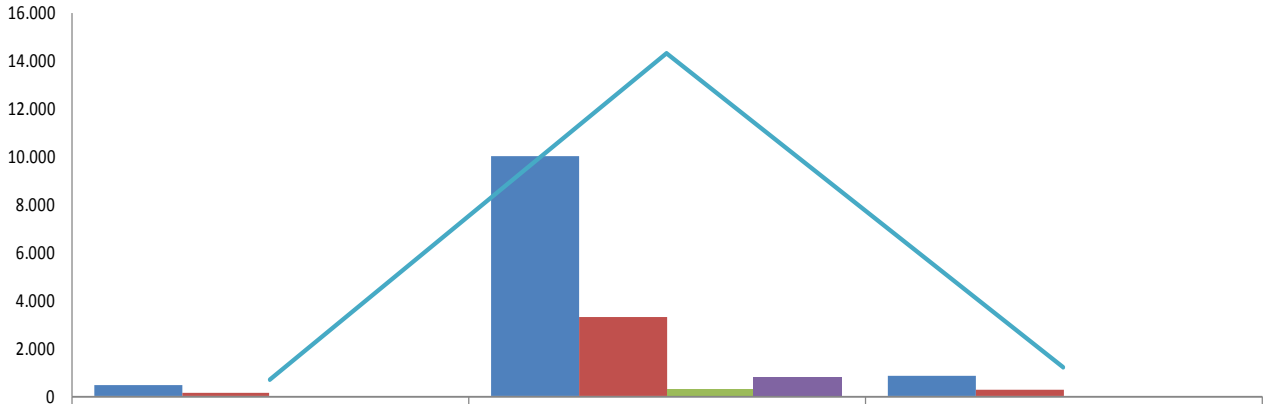


	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Macro 1	10.104	875	21.450	12.375	18.343	3.173	2.751	47.829	25.292	2.948
Macro 2	2.286	270	3.070	1.336	2.365	924	1.110	16.786	9.177	2.591
Macro 3	1.802	87	2.011	2.120	4.155	448	506	6.248	1.645	72
Macro 4	1.652	709	3.096	1.388	1.482	144	2.882	2.412	1.142	46
Pernambuco	15.844	1.941	29.627	17.219	26.345	4.689	7.249	73.275	37.256	5.657

*Dados atualizados em abril, sujeitos à revisão.
Fonte: SINAN online.

Com relação à Chikungunya, observa-se o maior número de casos confirmados no ano de 2016, destacando-se a I Macrorregião de Saúde, contemplando a Região Metropolitana do Recife, e II Macrorregião de Saúde, contemplando os municípios da V Região de Saúde, onde ocorreu a introdução do vírus da Chikungunya em Pernambuco (Gráfico 14).

Gráfico 14. Número de casos confirmados de Chikungunya por Macrorregião. Pernambuco, 2015-2017.

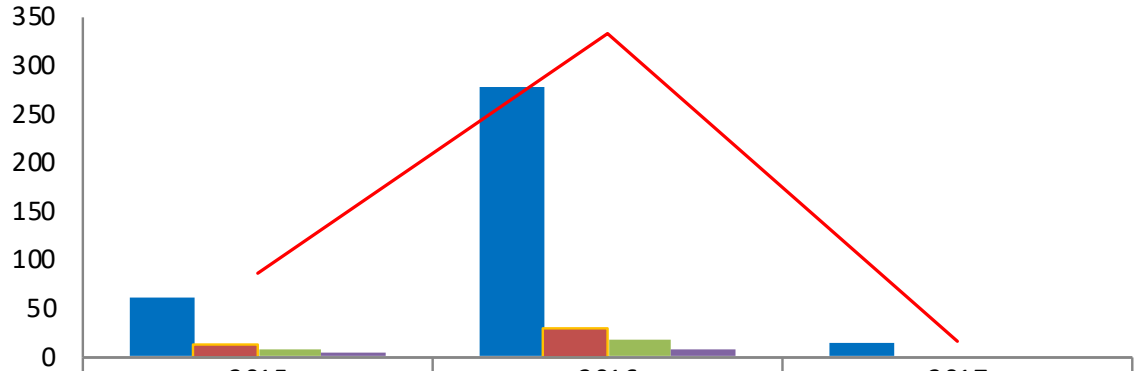


	2015	2016	2017
Macro 1	463	9.973	852
Macro 2	159	3.275	248
Macro 3	16	245	25
Macro 4	12	793	27
Pernambuco	650	14.286	1.152

*Dados atualizados em abril, sujeitos à revisão.
Fonte: SINAN online.

Os primeiros casos de Zika no estado de Pernambuco foram registrados no ano de 2015. Em dezembro deste mesmo ano, houve a mudança no registro dos casos, refletindo assim no ano de 2016 (Gráfico 15), com o maior número de casos confirmados registrados, principalmente na I Macrorregião de Saúde seguida da II Macrorregião, onde há o maior contingente populacional do estado.

Gráfico 15. Número de casos confirmados de Zika por Macrorregião. Pernambuco, 2015-2017.

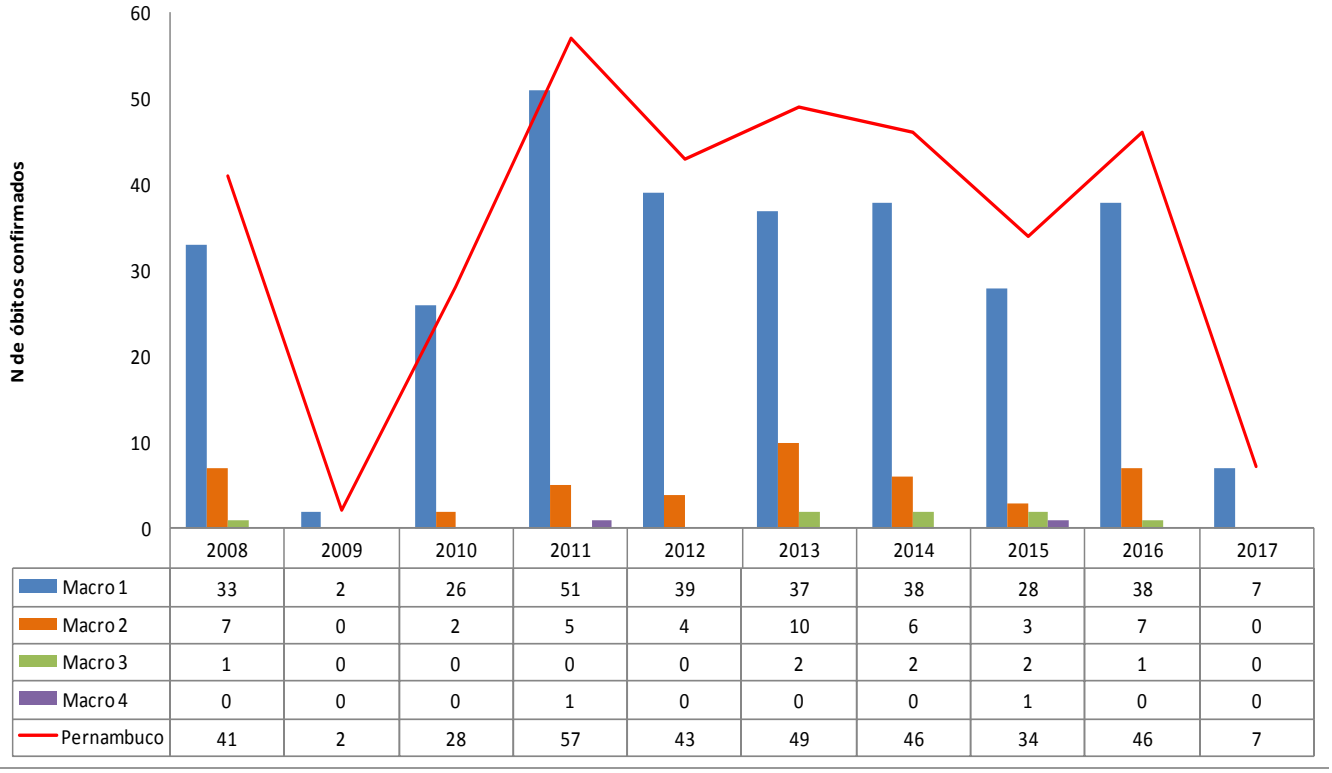


	2015	2016	2017
Macro 1	61	278	15
Macro 2	13	28	0
Macro 3	7	18	0
Macro 4	4	9	0
Pernambuco	85	333	15

*Dados atualizados em abril, sujeitos à revisão.
Fonte: SINAN online.

Em relação aos óbitos confirmados por dengue no período de 2008 a 2017 por macrorregião de saúde, nota-se um maior número registrado na I Macrorregião, conforme Gráfico 16, sendo a I Região de Saúde a que contribui para o aumento desses óbitos nesta Macrorregião (Gráfico 16).

Gráfico 16. Número de óbitos confirmados por dengue, segundo Macrorregião de Saúde. Pernambuco, 2008-2017.



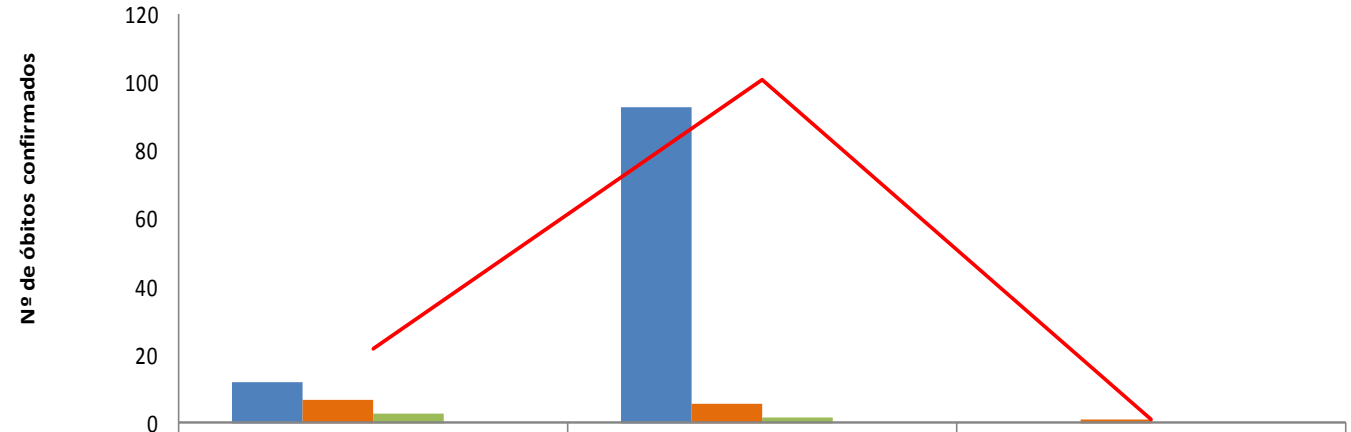
	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Macro 1	33	2	26	51	39	37	38	28	38	7
Macro 2	7	0	2	5	4	10	6	3	7	0
Macro 3	1	0	0	0	0	2	2	2	1	0
Macro 4	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0
Pernambuco	41	2	28	57	43	49	46	34	46	7

*Dados atualizados em abril, sujeitos à revisão.

Fonte: Ficha de investigação Dengue e Febre Chikungunya - Ficha de Notificação Individual Zika - CIEVS/PE e Sistema de Informação Sinan/SIM – SES-PE.

Após a introdução do vírus Chikungunya no estado de Pernambuco em 2015, observa-se um aumento no número de óbitos em 2016, destacando a Macrorregião de Saúde I com o maior número de óbitos e casos confirmados (Gráfico 17). Destacamos que no ano de 2016 foi confirmando apenas um óbito pelo vírus Zika, investigado e encerrado pelo município do Recife.

Gráfico 17. Número de óbitos confirmados por Chikungunya, segundo Macrorregião de Saúde. Pernambuco, 2015-2017.



	2015	2016	2017
Macro 1	12	93	0
Macro 2	7	6	1
Macro 3	3	2	0
Macro 4	0	0	0
Pernambuco	22	101	1

*Dados atualizados em abril, sujeitos à revisão

Fonte: Ficha de investigação Dengue e Febre Chikungunya - Ficha de Notificação Individual Zika - CIEVS/PE e Sistema de Informação Sinan/SIM – SES-PE.

No período de 2015 a 2018, observa-se que em 2018 houve redução do indicador, quando comparado aos anos anteriores. Tal situação pode ser justificada pelo fato de ser necessário um longo período (cerca de 180 dias) para encerramento dos casos. Uma vez que, apesar da ampliação na Rede de Assistência à Saúde do Estado desde o início da epidemia, ainda existem várias lacunas, sendo necessário avançar no que diz respeito à contratação e qualificação de médicos especialistas e a descentralização da rede de diagnóstico (clínico, laboratorial e de imagem), principalmente para o interior do estado.

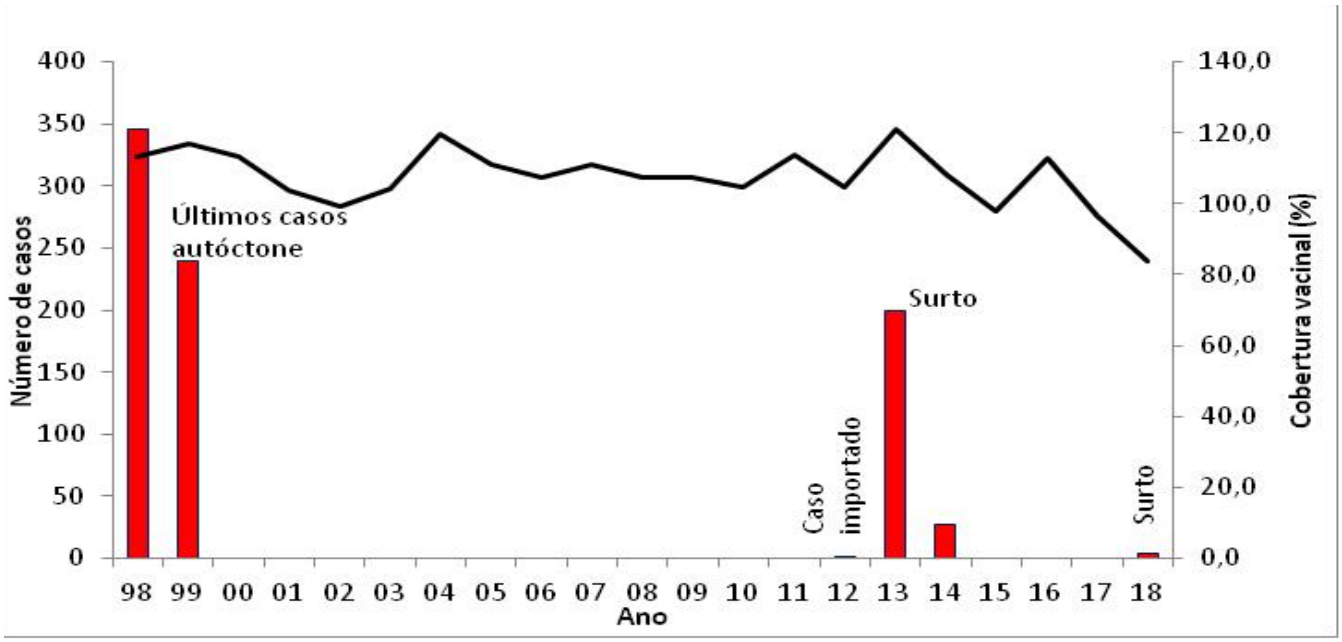
3.1.2.5.4 Sarampo

No ano de 1992, o Brasil adotou a meta de eliminação do sarampo para o ano 2000. Para alcançar a meta de erradicação, em 1999, foi implementado o Plano de Ação Suplementar de Emergência contra o Sarampo. Em 2016, o Brasil recebeu a Certificação da Eliminação do Sarampo pela Organização Pan Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS).

Em 2018, o Brasil enfrentou a reintrodução do vírus do sarampo, com a ocorrência de 10.326 casos confirmados em 11 estados. Com manutenção da transmissão do vírus do sarampo por um período maior que 12 meses, o Brasil poderá perder a certificação de eliminação. Esse fato, associado à transmissão da doença na Venezuela de forma sustentada, por período superior a um ano, implicará na perda da Certificação da Eliminação do Sarampo concedida pela OPAS/OMS ao Continente Americano.

Em Pernambuco na década de 80, o sarampo representava doença de elevada magnitude, a partir de 1992 com a Implantação do Plano de Eliminação do Sarampo no Estado. Desde o ano 2000 não é registrada a ocorrência de casos autóctones de sarampo no Estado (Gráfico 18).

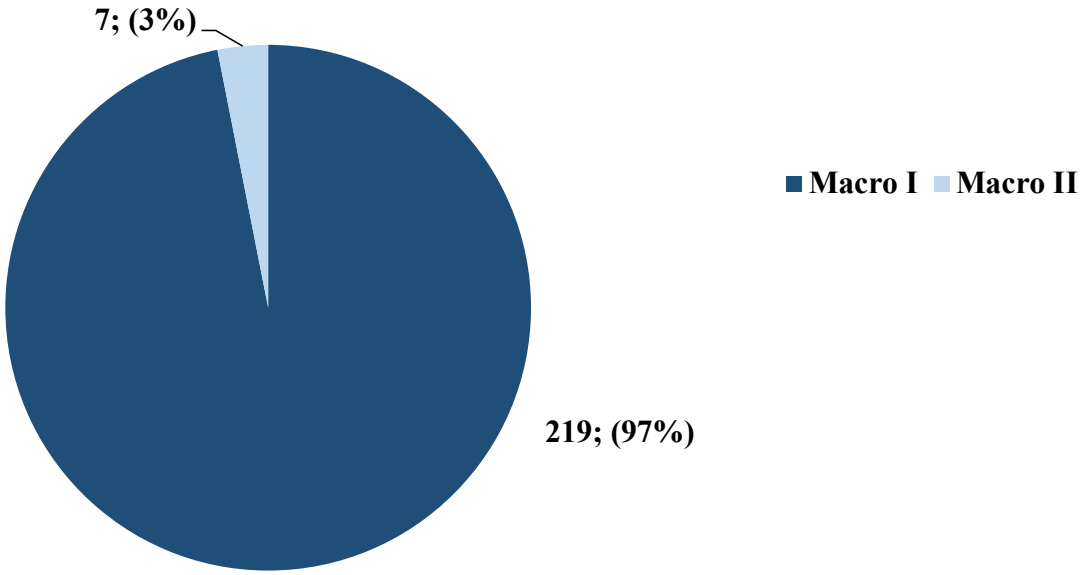
Gráfico 18. Casos confirmados e cobertura vacinal para o sarampo. Pernambuco, 1998 a 2018.



Fonte: SI-API/ PNI estadual/SES-PE e DGVDT/GVDTA/SEVS/SES-PE

Nos anos de 2013 e 2014, 97% dos casos de sarampo ocorreram na I Macrorregião de Saúde e apenas 3% na II Macrorregião, na qual todos os casos foram da IV Região de Saúde (Gráfico 19).

Gráfico 19. Distribuição percentual dos casos confirmados de sarampo por Macrorregião de Saúde. Pernambuco, 2013 e 2014.



Fonte: DGVDT/GVDTA/SEVS/SES-PE

Quanto ao perfil etário dos casos confirmados, 167 (73,89%) tinham menos de 5 anos, enquanto adolescentes e adultos representaram 7,52% e 16,37% respectivamente. Nesse surto observou-se elevada ocorrência nos menores de um ano, idade não elegível para vacinação segundo calendário de vacinação nacional vigente (Tabela 6).

Tabela 6. Distribuição do número e percentual de casos confirmados de sarampo por faixa etária. Pernambuco, 2013 e 2014.

Faixa Etária	Nº de Casos	Percentual
< 6 meses	26	11,5
6 m a < 1 a	83	36,73
01 - 04 a	58	25,66
05 - 09 a	4	1,77
10 - 14 a	14	6,19
15 - 19 a	3	1,33
20 - 29 a	23	10,18
30 - 39 a	6	2,65
40 - 49 a	8	3,54
> 50 a	1	0,44
Total	**226**	**100**

Fonte: DGVDT/GVDTA/SEVS/SES-PE

Após o surto ocorrido entre 2013 e 2014, a vigilância permaneceu ativa e não foram confirmados casos de sarampo em Pernambuco até julho de 2018, quando houve um surto com quatro casos.

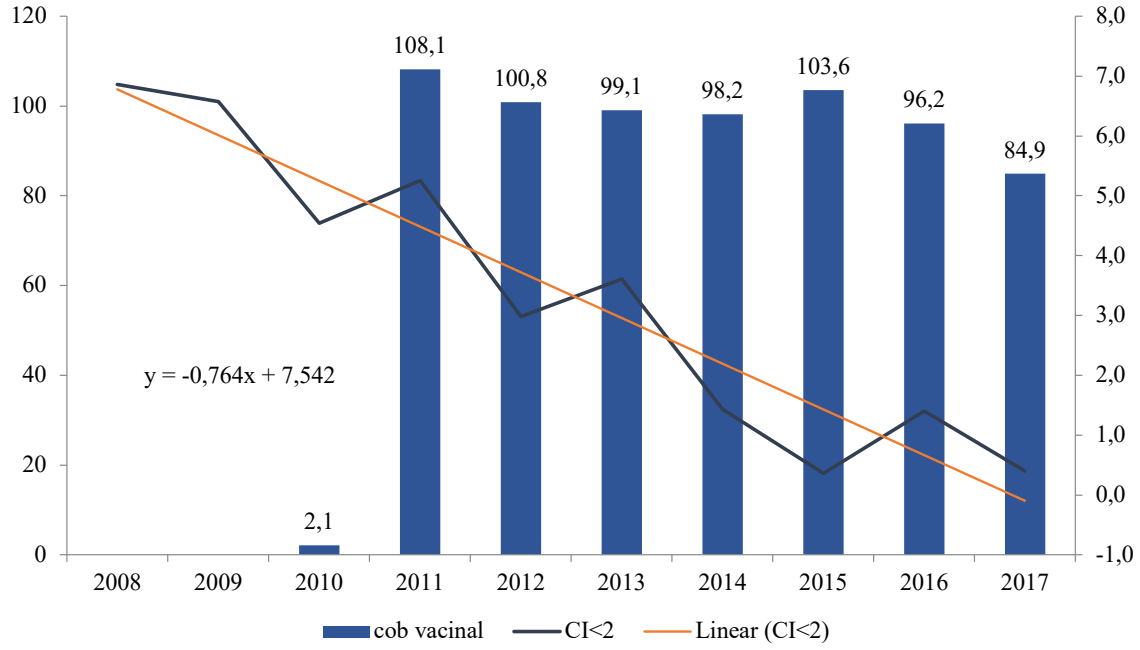
3.1.2.5.5 Meningite - Doença Meningocócica

A doença meningocócica (DM) é um sério problema de saúde pública devido à gravidade da doença e potencial de disseminação na população. A medida de prevenção e controle da DM mais efetiva é a vacinação, mas não existe uma vacina que proteja contra todos os sorogrupos. No Brasil, diante do predomínio de casos de DM pelo sorogrupo C desde 2006, o Ministério da Saúde introduziu a vacina meningocócica C no calendário vacinal em outubro de 2010.

No estado de Pernambuco, observou-se, no período entre 2011 e 2018, uma tendência decrescente no coeficiente de incidência da doença meningocócica, principalmente em crianças menores de 02 anos. Diante das elevadas coberturas vacinais, é possível que a citada medida de prevenção tenha contribuído com essa queda. No entanto, para manter essa tendência, é necessário a continuidade de elevadas coberturas vacinais (≥ 95%). Como a meta não foi alcançada em 2017 e 2018, essa conquista pode ser revertida.

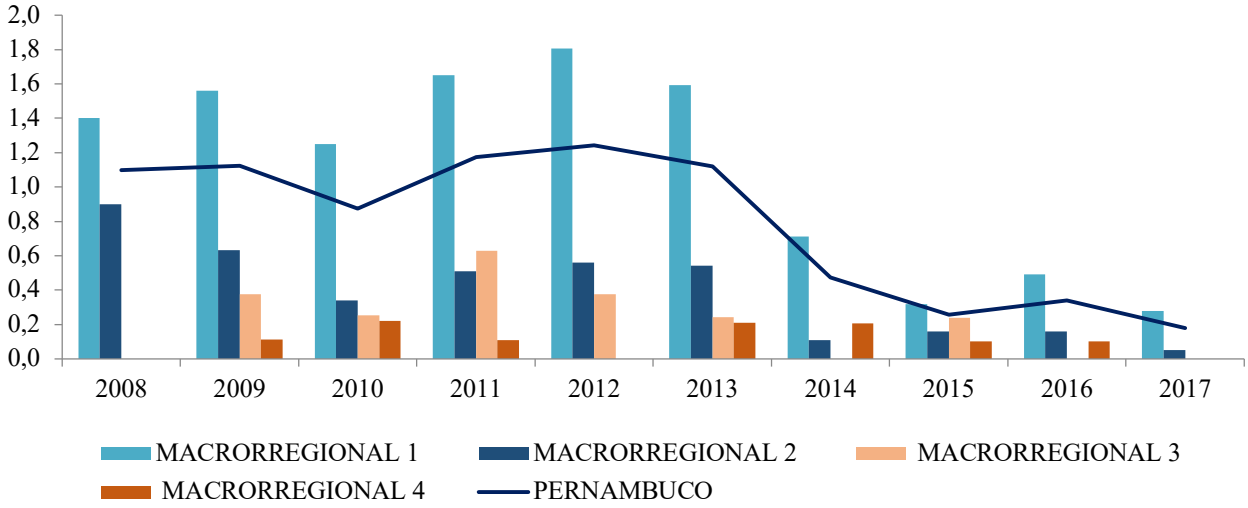
O mesmo comportamento do estado foi observado nas Macrorregionais de Saúde I e II, nas demais Macrorregionais, a evolução histórica do coeficiente de incidência não pode ser analisada, diante da instabilidade estatística dos pequenos números.

Gráfico 20. Coeficiente de incidência (100.000 hab.) de doença meningocócica em < de 2 anos e cobertura vacinal. Pernambuco, 2008 a 2017*.



* Dados provisórios, sujeitos à revisão.
Fonte: SINAN – SES/PE

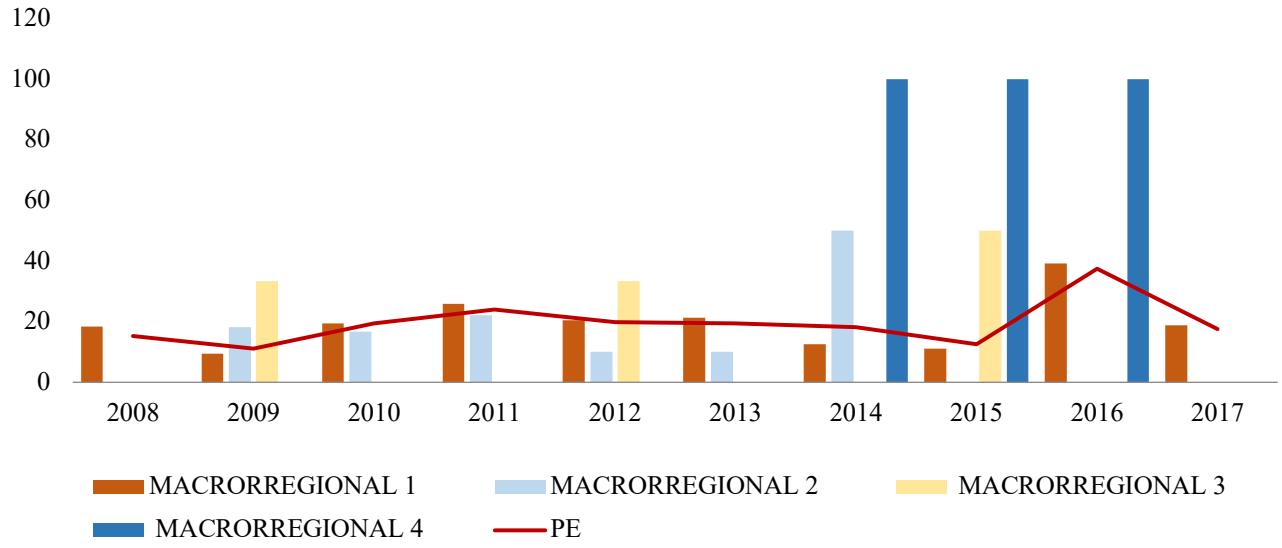
Gráfico 21. Coeficiente de incidência (p/100.000 hab.) de doença meningocócica por Macrorregião de Saúde. Pernambuco, 2008 a 2017*.



* Dados provisórios, sujeitos à revisão.
Fonte: SINAN – SES/PE

A taxa de letalidade média por DM, em Pernambuco, de 2009 a 2018, foi de 19,4, com variação entre 11,1 (em 2009) e 37,5 (em 2016) (Gráfico 22).

Gráfico 22. Taxa de letalidade de doença meningocócica por Macrorregiões de Saúde. Pernambuco, 2008 a 2017.



* Dados provisórios, sujeitos à revisão.
Fonte: SINAN – SES/PE

3.1.2.5.6 Influenza e Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG)

A influenza é uma infecção aguda do sistema respiratório, de elevada transmissibilidade, distribuição global, comportamento sazonal e potencial pandêmico. Em geral, tem evolução autolimitada, podendo, contudo, evoluir com gravidade. Pessoas com comorbidade, idosos, crianças, gestantes possuem um maior risco de desenvolver complicações devido à *influenza*. A melhor maneira de prevenção de formas graves da doença é vacinação anual.

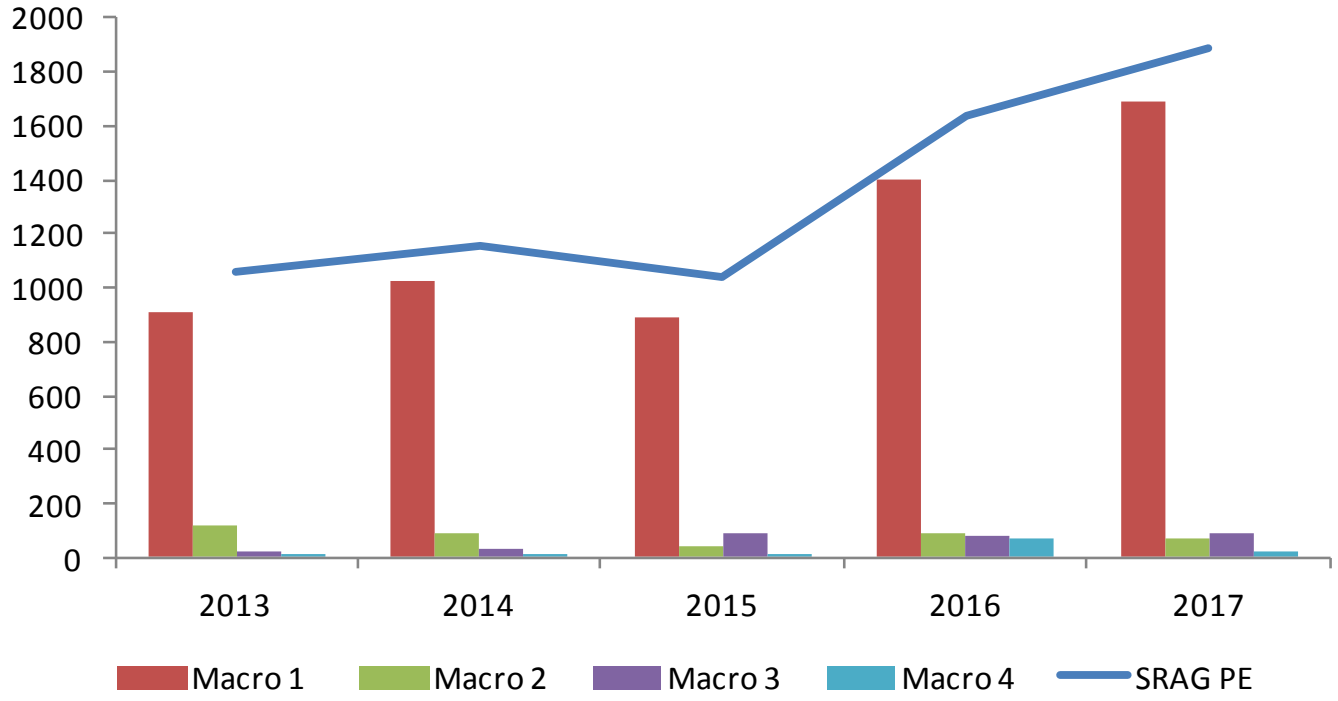
Em Pernambuco, no período entre 2013 e 2018, verificou-se o predomínio dos casos por influenza A H1N1 em 2013, 2016 e 2018, enquanto que nos anos de 2014, 2015 e 2017, houve o predomínio da A H3N2 sazonal. Destaca-se que, em 2018, apesar do predomínio da A H1N1, também foram identificados muitos casos pela influenza A H3N2, enquanto em 2015 houve predomínio dos casos de SRAG pelo vírus sincicial respiratório (VSR), assim como na maioria dos estados do Brasil.

Quanto à evolução para o óbito, os dois tipos estiveram presentes em igual proporção em 2013 e 2014, enquanto em 2016 o predomínio foi A H1N1 e em 2017, o A H3N2. Em 2015, nos casos de SRAG com evolução para óbito, não se identificou o vírus da influenza, mas sim o Vírus Sincicial Respiratório.

Em relação à distribuição dos casos de SRAG, a I Macrorregião de Saúde (Metropolitana) representa 87,4% das notificações para SRAG e 82,2% das confirmações para influenza no estado (Gráfico 23).

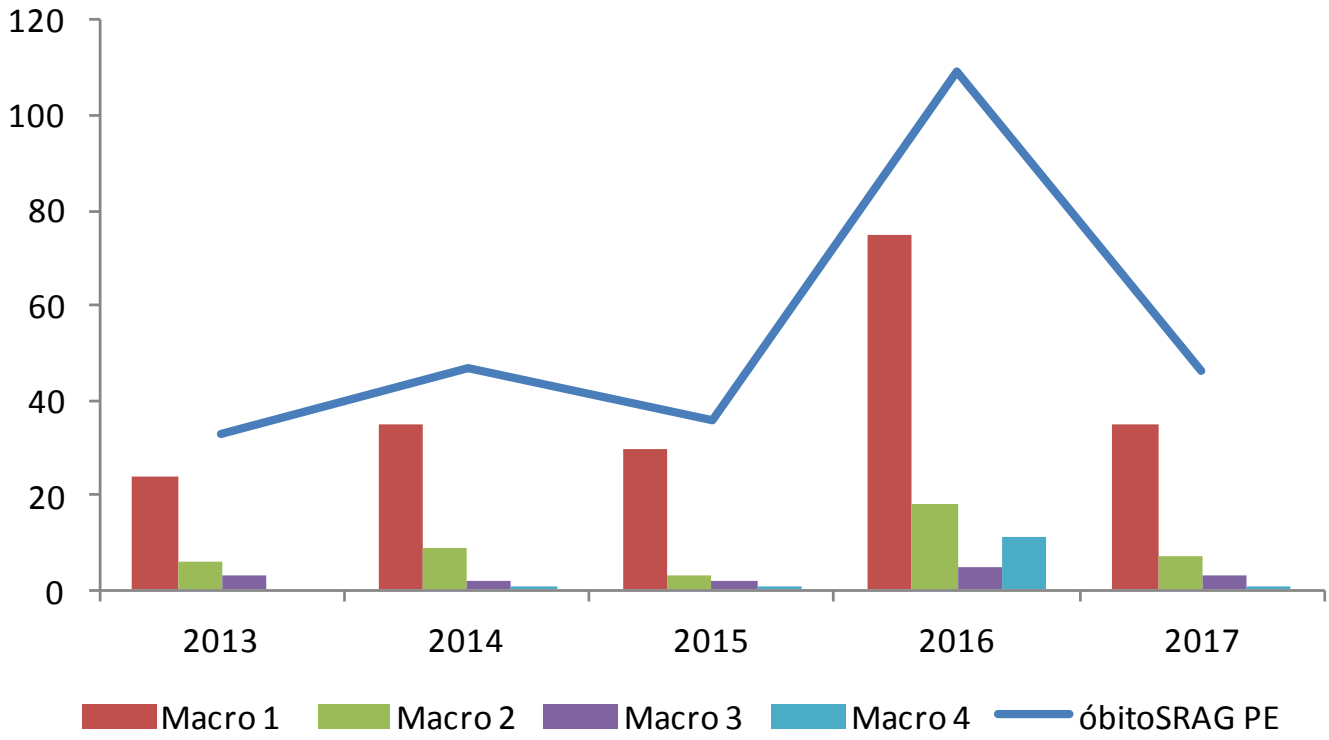
No período de 2013 a 2017, dentre os notificados, 73,4% evoluíram para óbito e dentre os confirmados, 62,5%. Na I Macrorregião, a I Região de Saúde destaca-se com 85,8% das notificações, 87,8 dos confirmados para influenza e 71% dos óbitos, mantendo, em todos os anos, um percentual de notificações acima de 80% dos casos e 56% dos óbitos, com o maior percentual de evolução para óbito em 2016 (84%).

Gráfico 23. Número de Casos de Síndrome Respiratória Aguda Grave por Macrorregião de Saúde e ano. Pernambuco, 2013 a 2017.



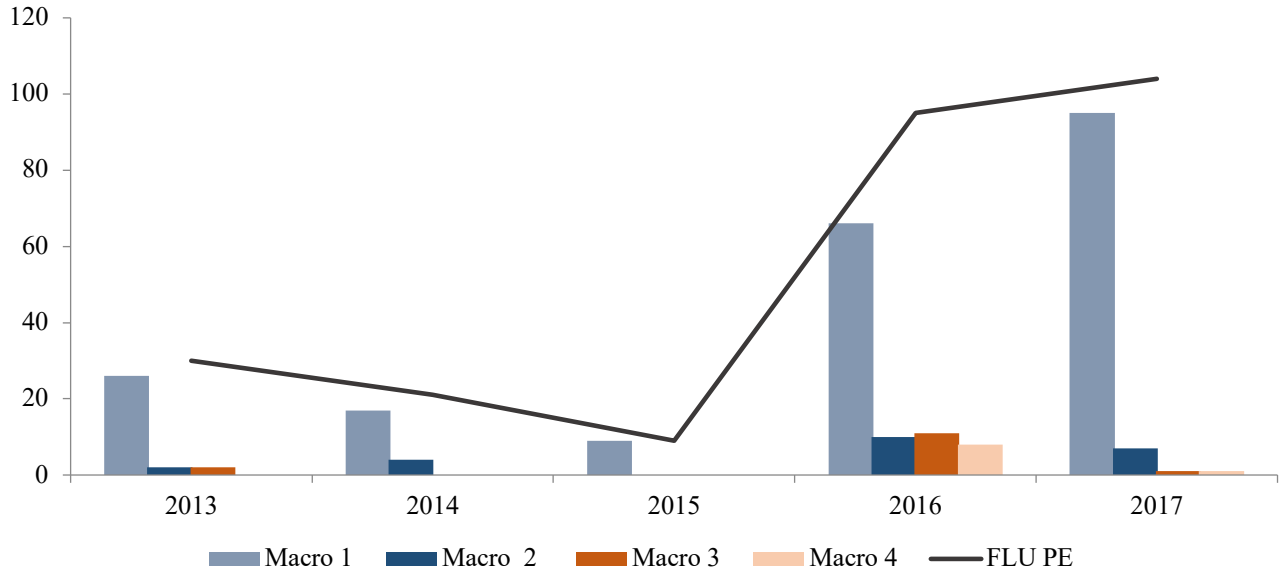
Fonte: Sinan Web Influenza, dados atualizados em 01/04/2019.

Gráfico 24. Número de Casos de Síndrome Respiratória Aguda Grave com evolução para o Óbito Segundo ano e Macrorregião de Saúde. Pernambuco, 2013 a 2017.



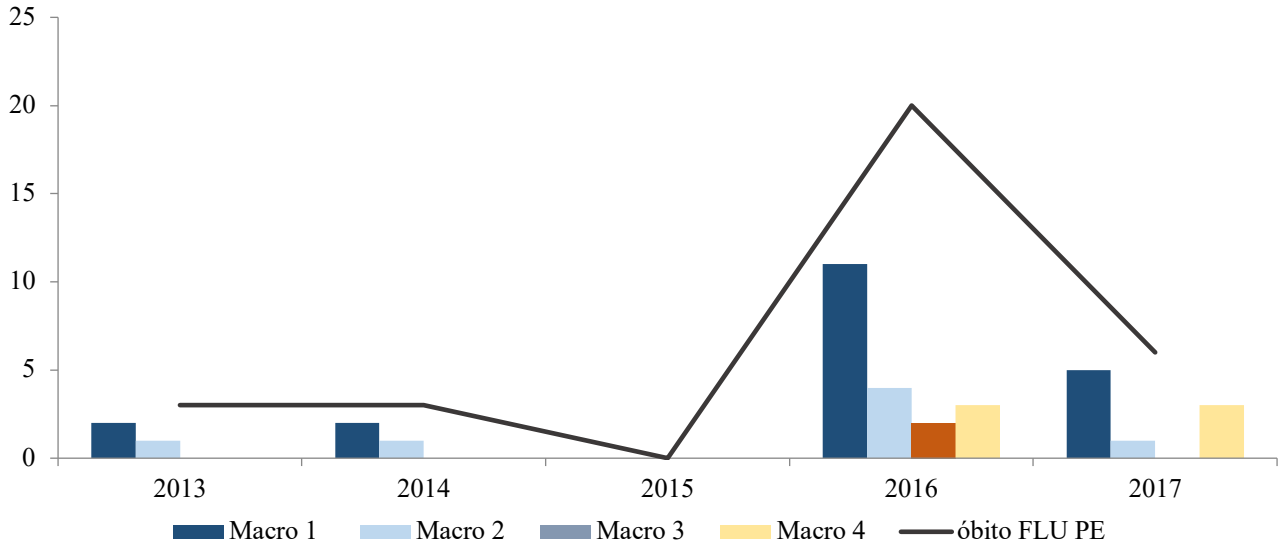
Fonte: Sinan Web Influenza, dados atualizados em 01/04/2019

Gráfico 25. Número de Casos de Síndrome Respiratória Aguda Grave por influenza segundo Macrorregião de Saúde e ano. Pernambuco, 2013 a 2017.



Fonte: Sinan Web Influenza, dados atualizados em 01/04/2019

Gráfico 26. Número de Casos de Síndrome Respiratória Aguda Grave por influenza com evolução para Óbito Segundo ano e Macrorregião de Saúde. Pernambuco, 2013 a 2017.



Fonte: Sinan Web Influenza, dados atualizados em 01/04/2019

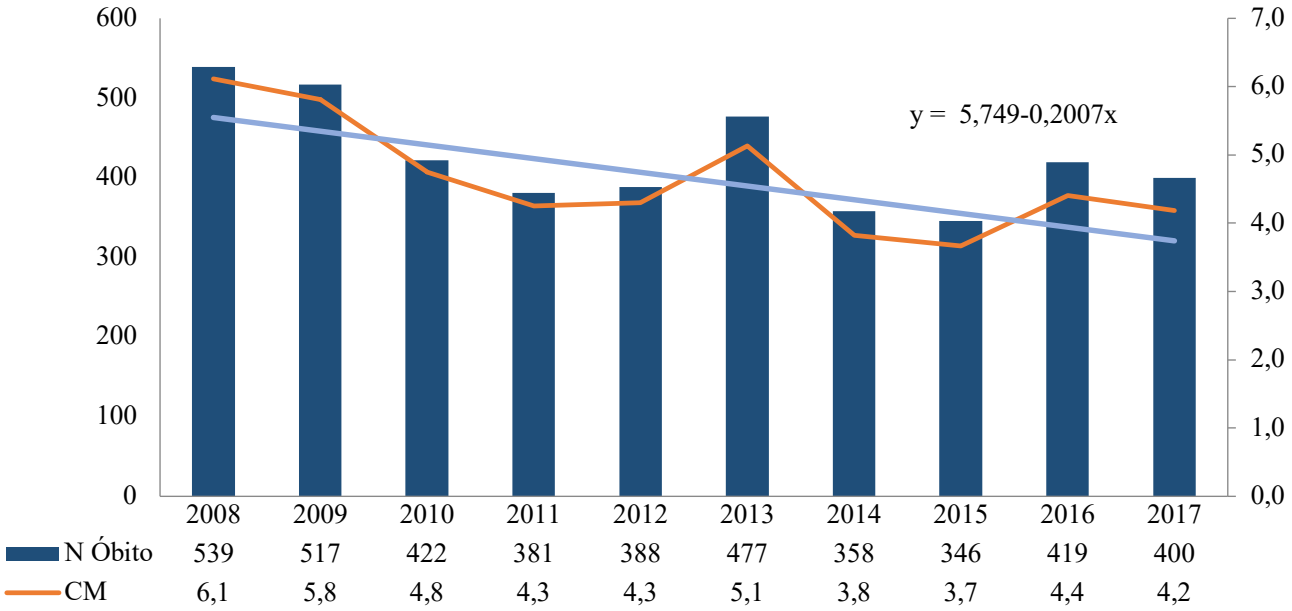
3.1.2.5.7 Doenças Diarreicas Agudas Graves

As doenças diarreicas agudas (DDA) configuram um dos principais problemas que afetam a qualidade de vida das crianças nos países em desenvolvimento, implicando numa carga considerável de morbimortalidade e, consequentemente, importantes demandas para a rede de serviços de saúde. Sua ocorrência é determinada pela suscetibilidade do organismo humano, pelo grau de exposição aos enteropatógenos,

essencialmente condicionados pelo acesso à água tratada, saneamento ambiental e estado nutricional, assim como fenômenos climáticos desfavoráveis: estiagem, seca e inundação.

Em Pernambuco, no período entre 2008 e 2017, foram registrados 4.244 óbitos por DDA, com média anual de 424 óbitos/ano. Ao longo dessa década, o risco de morte por DDA no Estado variou de 6,1 a 3,7 óbitos por 100.000 habitantes, nos anos de 2008 e 2015, respectivamente. Embora tenha apresentado tendência decrescente, em 2016, segundo dados do DATASUS, Pernambuco apresentou a maior taxa de mortalidade por DDA do país, com valores de 4,4 óbitos por 100.000 habitantes em comparação a média nacional de 2,3 óbitos por 100.000 habitantes (Gráfico 27).

Gráfico 27. Coeficiente de Mortalidade (100.000 hab) das DDA por Ano. Pernambuco, 2008 a 2017*.

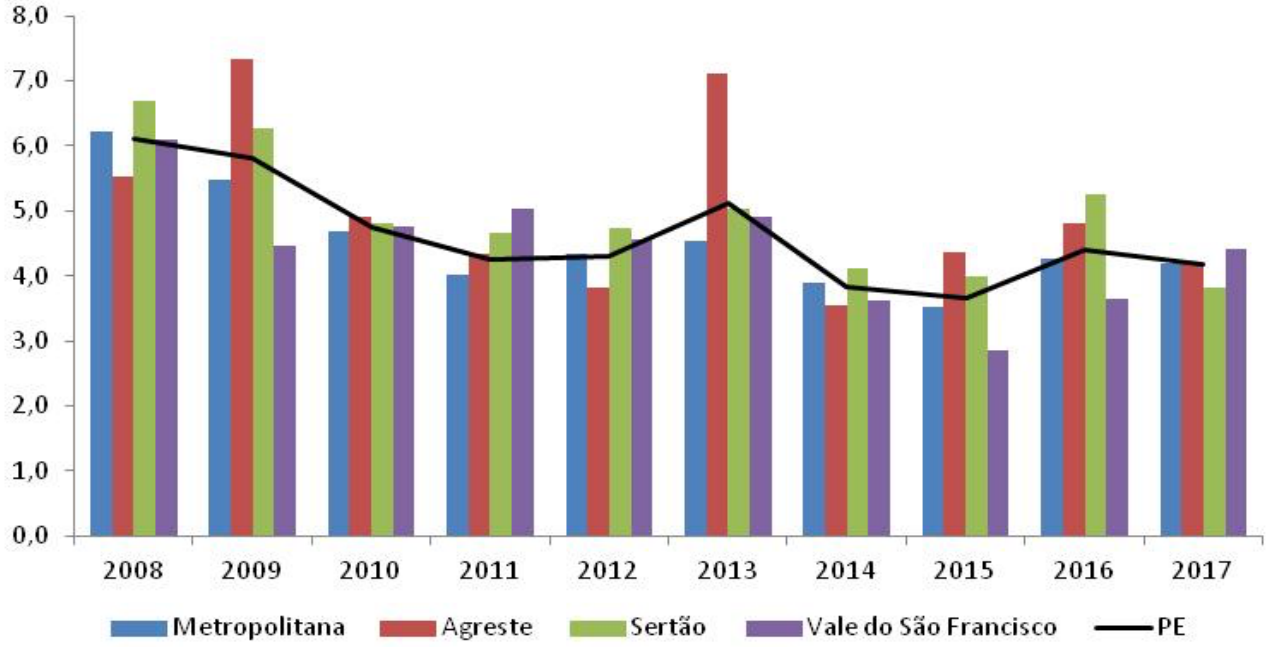


	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
N Óbito	539	517	422	381	388	477	358	346	419	400
CM	6,1	5,8	4,8	4,3	4,3	5,1	3,8	3,7	4,4	4,2

Nota: Dados provisórios, sujeitos à revisão.
Fonte: SIM/SEVS/SES-PE.

A análise comparativa do coeficiente anual de mortalidade por DDA entre Macrorregiões de Saúde do Estado revela importante diferencial de risco entre as mesmas (Gráfico 28), com destaque para a Macrorregional II, do Agreste, que supera as demais em 50% dos anos analisados, seguida da Macrorregional, III, do Sertão que expressa maior risco de morte para DDA em 30,0% do período. Essa diferença torna-se mais expressiva a partir de 2013, período de início da seca, quando o acesso à água em quantidade e qualidade se tornou mais escasso. Nessa condição, novos patógenos começaram a circular, produzindo casos mais graves que necessitaram de retaguarda de atendimento de emergência e hospitalar para o manejo adequado do quadro clínico.

Gráfico 28. Coeficiente de Mortalidade (100.000 hab) das DDA por Macrorregional de Residência segundo Ano. Pernambuco, 2008 a 2017*.

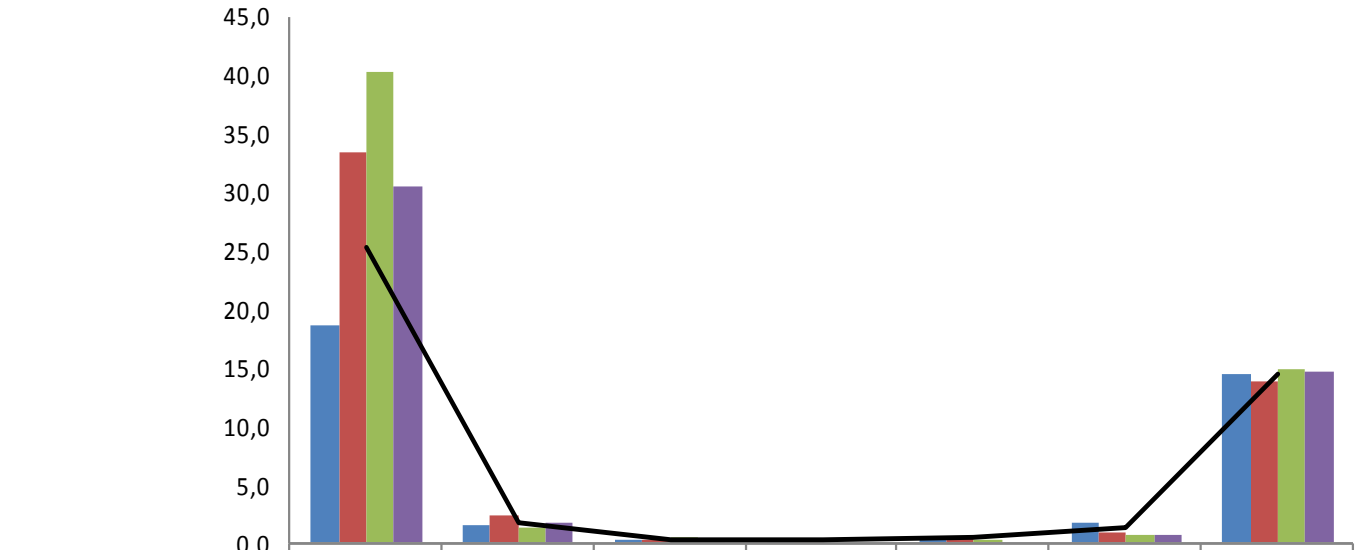


Nota: Dados provisórios, sujeitos à revisão.
Fonte: SIM/SEVS/SES-PE

Os óbitos por DDA no grupo etário de idosos representou 61,5%, seguido dos menores de cinco anos de idade (20,2%). A análise do Coeficiente de Mortalidade das DDA por faixa etária evidencia que o risco de morte na população de Pernambuco nesse decênio está concentrado nos extremos de idade: crianças e idosos. As crianças com idade menor que um ano apresentaram em todo o período o maior risco de morte por DDA (25,3 óbitos/100.000 hab.).

Quando analisado o CM por DDA no grupo etário de crianças menores de um ano por Macrorregião de Saúde, observa-se que o risco é mais elevado no Sertão (40,2 óbitos /100.000 hab.), seguido do Agreste (33,2 óbitos/100.000 hab.) (Gráfico 29).

Gráfico 29. Coeficiente de Mortalidade por Grupo Etário segundo Macrorregional. Pernambuco, 2008 a 2017.

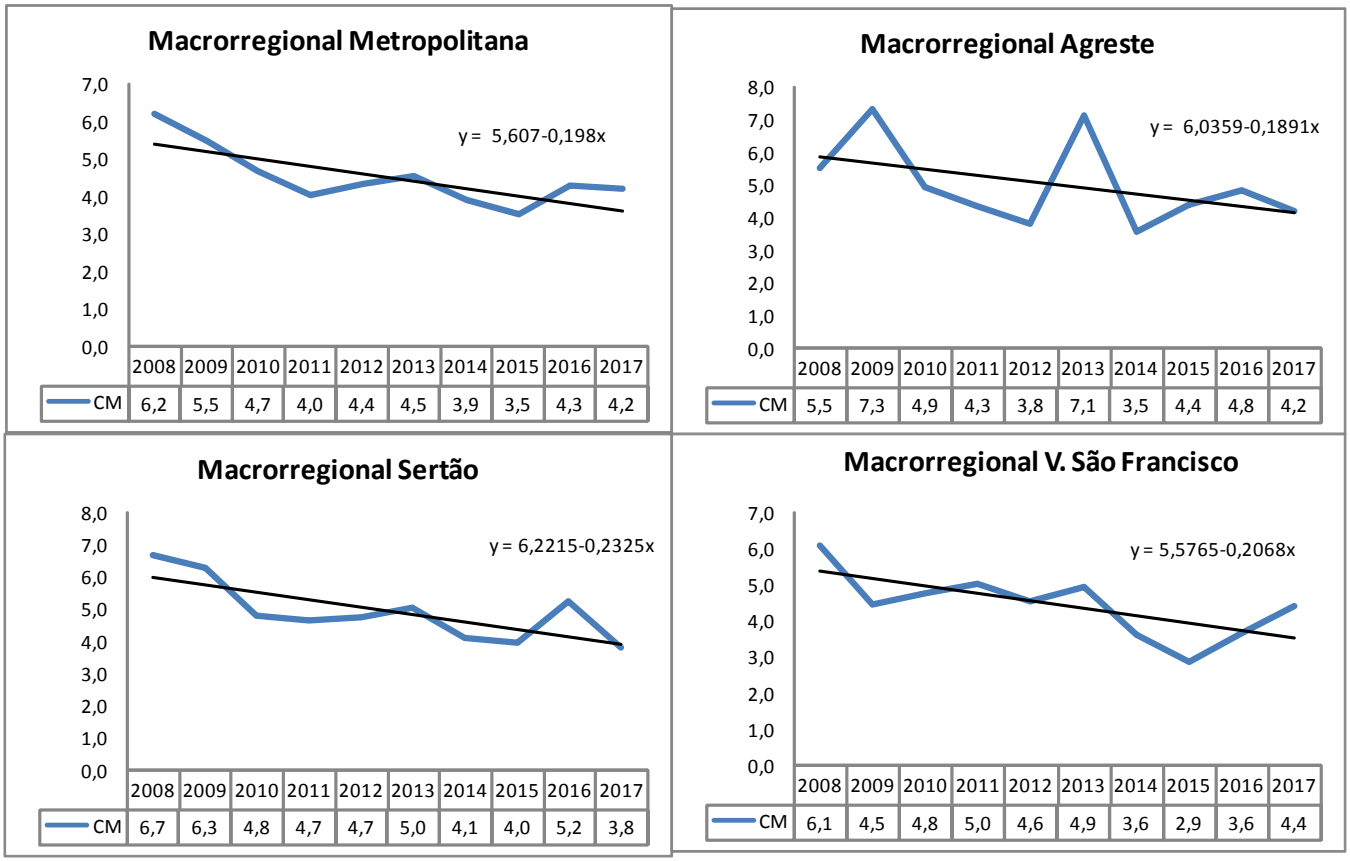


	< 01a	01-04a	05-09a	10-19a	20-39a	40-59a	>60a
Metropolitana	18,5	1,5	0,2	0,2	0,4	1,6	14,4
Agreste	33,2	2,2	0,3	0,2	0,3	0,9	13,8
Sertão	40,2	1,5	0,5	0,1	0,3	0,8	14,9
Vale do São Francisco	30,4	1,8	0,3	0,2	0,2	0,9	14,6
PE	25,3	1,7	0,3	0,2	0,3	1,3	14,3

Nota: Dados provisórios, sujeitos à revisão.
Fonte: SIM/SEVS/SES-PE.

A I Macrorregional de Saúde, Metropolitana, apresentou a maior proporção de óbitos por DDA (58,5%) de Pernambuco, entretanto, quando comparada com as demais representou o menor risco médio de mortalidade por DDA (2,4 óbitos/100.000 hab), com CM variando entre 6,2 e 3,5 óbitos por 100.000 habitantes nos anos de 2008 e 2015, respectivamente. Ao longo dessa série histórica observou-se tendência decrescente no CM (y = 6,1684-0,2337x) com redução mais expressiva no início da década (2009) e nos anos de 2014 e 2015 (Gráfico 30).

Gráfico 30. Tendência da Mortalidade por DDA segundo Macrorregional de Saúde. Pernambuco, 2008 a 2017.



Nota: Dados provisórios, sujeitos à revisão.
Fonte: SIM/SEVS/SES-PE.

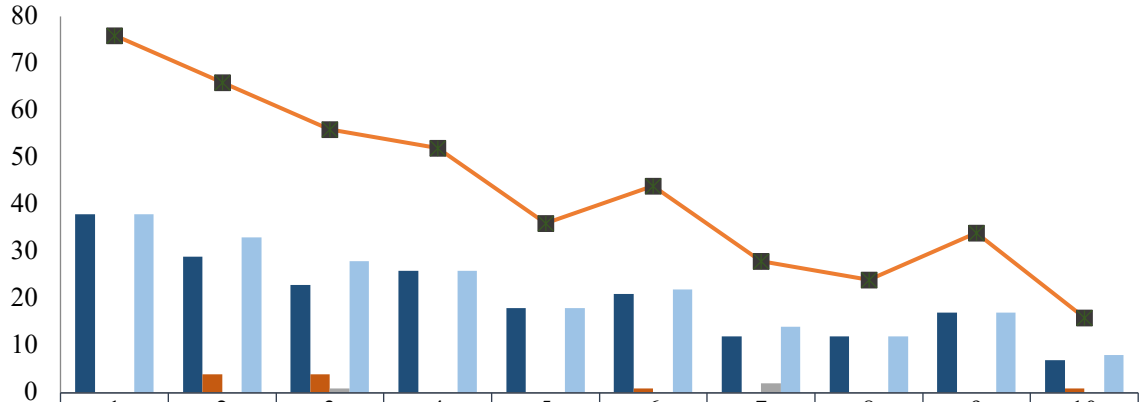
3.1.2.5.8 Malária

A malária é uma doença infecciosa febril, causada por protozoários do gênero *Plasmodium P. vivax*, *P falciparum, P. malariae e P. ovale* (essa última ocorrendo apenas na África) e transmitida por fêmeas do mosquito do gênero *Anopheles*.

Pernambuco não faz parte da área endêmica, porém recebe casos importados de alguns estados como Acre, Amapá, Pará, Rondônia, Roraima, Maranhão, Mato Grosso e Tocantins, e de outros países considerados endêmicos.

Em relação aos casos confirmados de malária em Pernambuco, no período de 2008 a 2017, a I Macrorregião de Saúde destaca-se com o maior número de casos importados, justificando-se pela localização do Hospital de Referência no tratamento na I Região de Saúde e a existência de hospitais privados contratados por empresas, onde muitas pessoas prestam serviço fora do estado e até do país estão sensíveis à suspeição desses casos. Entretanto, ao longo do mesmo período, verifica-se uma diminuição de casos importados confirmados (Gráfico 31).

Gráfico 31. Casos confirmados de malária por Macrorregional de Saúde. Pernambuco 2008-2017.



	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
I MACRO	38	29	23	26	18	21	12	12	17	7
II MACRO	0	4	4	0	0	1	0	0	0	1
III IMACRO	0	0	1	0	0	0	2	0	0	0
IV IMACRO	38	33	28	26	18	22	14	12	17	8
Pernambuco	76	66	56	52	36	44	28	24	34	16

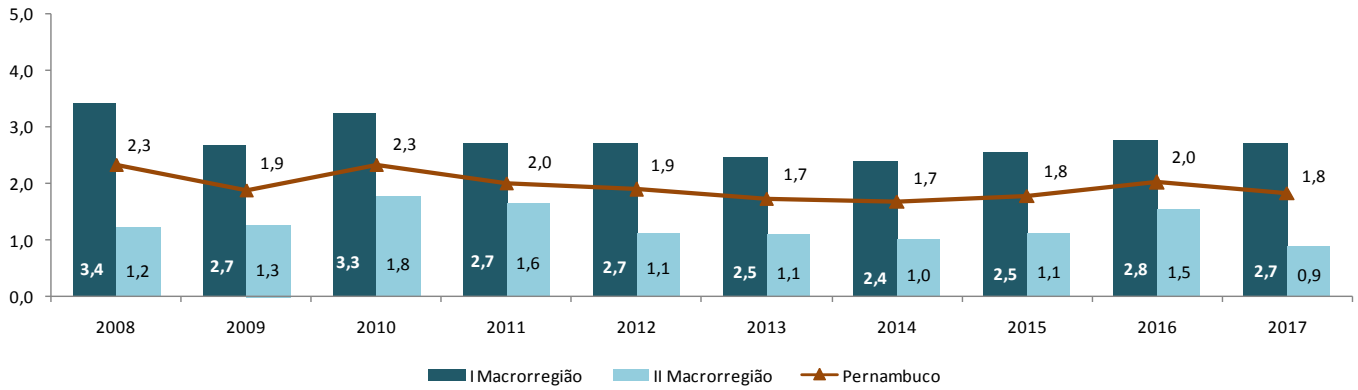
Fonte: SES/LACEN/ Sinan

3.1.2.5.9 Esquistossomose

Restrita inicialmente às faixas litorâneas de alguns estados nordestinos, a esquistossomose apresenta atualmente ampla distribuição no país, sendo Pernambuco um dos estados com transmissão intensa da doença. A distribuição dos 98 municípios endêmicos em 6 das 12 Regiões de Saúde demonstra a característica focal, principalmente na I e II Macrorregiões de Saúde.

Segundo o Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), embora tenha havido redução de 22% na taxa de mortalidade do estado entre 2008 e 2017, a comparação entre a I e a II Macrorregiões de Saúde e os dados de Pernambuco, evidenciou que as taxas de mortalidade na I Macrorregião são superiores às taxas do estado, o que pode estar relacionado à concentração da maioria dos municípios endêmicos (n = 66) nessa macrorregião (Gráfico 32).

Gráfico 32. Taxa de mortalidade (100.000 hab.) por esquistossomose, segundo Macrorregiões de Saúde. Pernambuco, 2008-2017.



Fonte: SIM/SEVS/SES-PE. Dados captados em 21/03/2018, sujeito a alterações.

Em relação ao número de óbitos dos residentes do estado, verifica-se que 86,3% dos óbitos do período analisado foram de residentes da I Macrorregião de Saúde (Tabela 7). Vale ressaltar que a esquistossomose é uma doença crônica com evolução lenta, cujo município de infecção, por vezes, pode ser diferente do município de residência. No entanto, a necessidade de estruturação da rede de atenção à saúde deve ser orientada pelo município em que os casos residem.

A distribuição dos óbitos por Regiões de Saúde evidencia as áreas de transmissão intensa nas regiões que compõe a I e II Macrorregiões de Saúde.

Tabela 7. Número de óbitos por esquistossomose, segundo Macrorregião de Saúde. Pernambuco, 2008 -2017.

Ano	I Macrorregião	II Macrorregião	III Macrorregião	IV Macrorregião	Pernambuco
2008	182	21	1	0	204
2009	144	22	0	0	166
2010	174	31	0	0	205
2011	147	29	2	0	178
2012	147	20	2	0	169
2013	138	20	1	0	159
2014	135	19	1	1	156
2015	144	21	1	0	166
2016	158	29	2	1	190
2017	155	17	0	1	173
Total	**1524**	**229**	**10**	**3**	**1766**

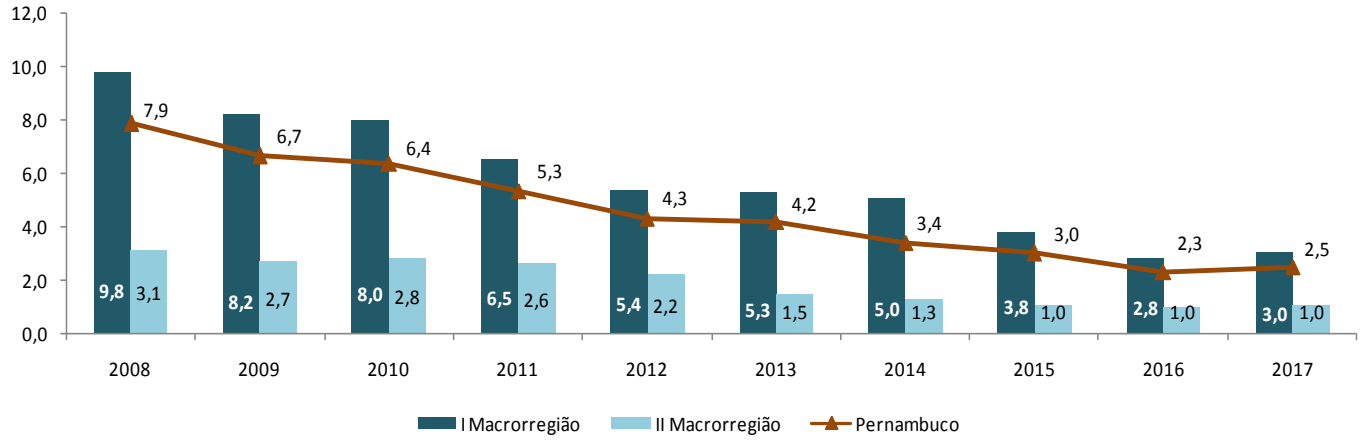
Fonte: SIM/SEVS/SES-PE. Dados captados em 24/04/2018, sujeito a alterações.

As informações sobre morbidade por esquistossomose são disponibilizadas pelo Sistema de Informação do Programa de Controle da Esquistossomose (SISPCE), que conforme diretriz nacional está implantado nos municípios da I e II Macrorregiões de Saúde, por apresentarem maior concentração de municípios endêmicos.

O número de exames realizados para esquistossomose no estado de Pernambuco apresentou aumento no período de 2008 a 2017, com destaque para o ano de 2015, onde foram realizados mais de 244 mil exames no estado (Tabela 8). Quanto ao número de casos positivos, o estado tem apresentado progressiva redução no quantitativo, sendo o número total de positivos do ano de 2017 aproximadamente 59% menor do que os registrados no ano de 2008. Em função disso, o percentual de positividade também tem apresentado progressiva e significante redução (Gráfico 33).

Constituindo mais de 70% dos registros de Pernambuco, os dados da I Macrorregião direcionaram os dados do estado e evidenciaram o aumento no número de exames. O número de casos positivos e o percentual de positividade mostraram redução no quantitativo, sendo o número de positivos aproximadamente 59% menor em 2017 quando comparado ao ano de 2008 (Tabela 8).

Gráfico 33. Percentual de positividade de esquistossomose, segundo Macrorregiões de Saúde. Pernambuco, 2008-2017.



Fonte: SIM/SEVS/SES-PE. Dados captados em 24/04/2018, sujeito a alterações.

Tabela 8. Número de exames realizados e positivos para esquistossomose, segundo I e II Macrorregiões de Saúde. Pernambuco, 2008-2017.

Ano	I Macrorregião		II Macrorregião		Pernambuco	
	N° Examinados	N° Positivos	N° Examinados	N° Positivos	N° Examinados	N° Positivos
2008	107.801	10.533	43.408	1.361	151.209	11.894
2009	124.858	10.236	48.569	1.304	173.427	11.540
2010	120.471	9.609	55.428	1.572	175.899	11.181
2011	123.922	8.089	54.158	1.431	178.080	9.520
2012	111.308	6.000	56.173	1.227	167.481	7.227
2013	132.386	7.030	54.667	815	187.053	7.845
2014	157.138	7.914	65.880	837	257.018	8.751
2015	176.072	6.623	67.559	702	244.341	7.325
2016	134.886	3.826	55.400	552	190.286	4.378
2017	144.189	4.362	53.882	552	198.071	4.914
Total	**1.333.031**	**74.222**	**555.124**	**10.353**	**1.922.865**	**84.575**

Fonte: SISPCE/SEVS/SES-PE. Dados captados em 24/04/2018, sujeito a alterações.
Fonte: SES/LACEN/ Sinan

3.1.2.5.10 Doença de Chagas

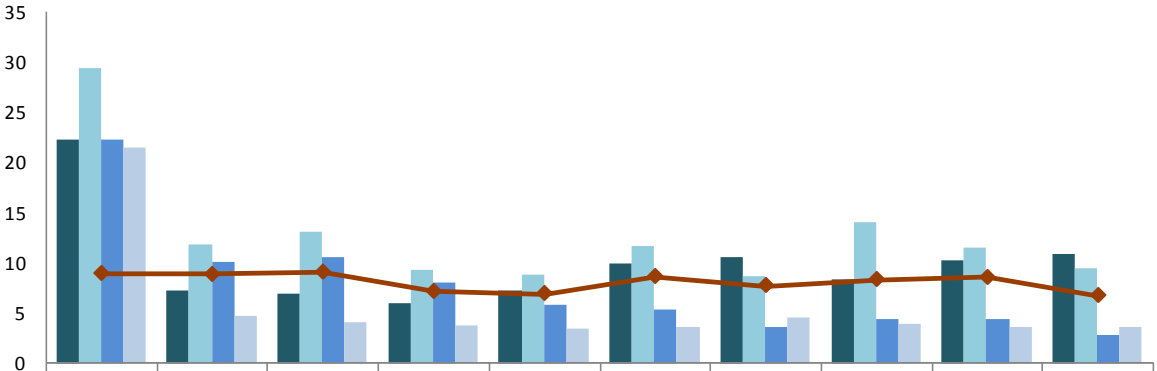
Predominantemente assintomática, a doença de Chagas apresenta uma forma aguda que, se não tratada, evolui para um estágio crônico da doença cerca de 2 a 4 meses após a infecção. Muitos anos após o contágio e um longo período assintomático, cerca de 30% dos pacientes podem apresentar alterações nos

sistemas cardiocirculatório e digestivo.

Em virtude da principal forma de transmissão, a doença de Chagas está comumente associada às precárias condições de vida da população. As inadequadas condições de moradia e as típicas 'casas de taipa' são locais propícios para crescimento e desenvolvimento dos barbeiros e continuidade do ciclo da doença.

Observa-se que o índice de infestação vetorial se apresenta mais elevado nos municípios da III e IV Macrorregiões de Saúde do estado, no período, sinalizando a presença de triatomíneo, vetor transmissor da doença de Chagas nas unidades domiciliares (UD), possibilitando o risco de transmissão vetorial (Gráfico 34**).**

Gráfico 34. Índice de infestação vetorial, segundo Macrorregiões de Saúde. Pernambuco, 2008-2017



	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
4 Macrorregião	22,4	7,3	6,9	6,1	7,3	10,0	10,6	8,4	10,3	10,9
3 Macrorregião	29,4	11,8	13,1	9,4	8,9	11,7	8,7	14,1	11,5	9,4
2 Macrorregião	22,3	10,1	10,6	8,1	5,8	5,4	3,6	4,5	4,5	2,9
1 Macrorregião	21,6	4,8	4,1	3,8	3,4	3,7	4,6	4,0	3,7	3,7
Pernambuco	8,9	8,8	9,0	7,1	6,9	8,6	7,7	8,3	8,5	6,7

Fonte: SisPCDCH/SEVS/SES-PE. Dados captados em 02/04/2019, sujeito a alterações

3.1.2.5.11 Geo-helmintíases

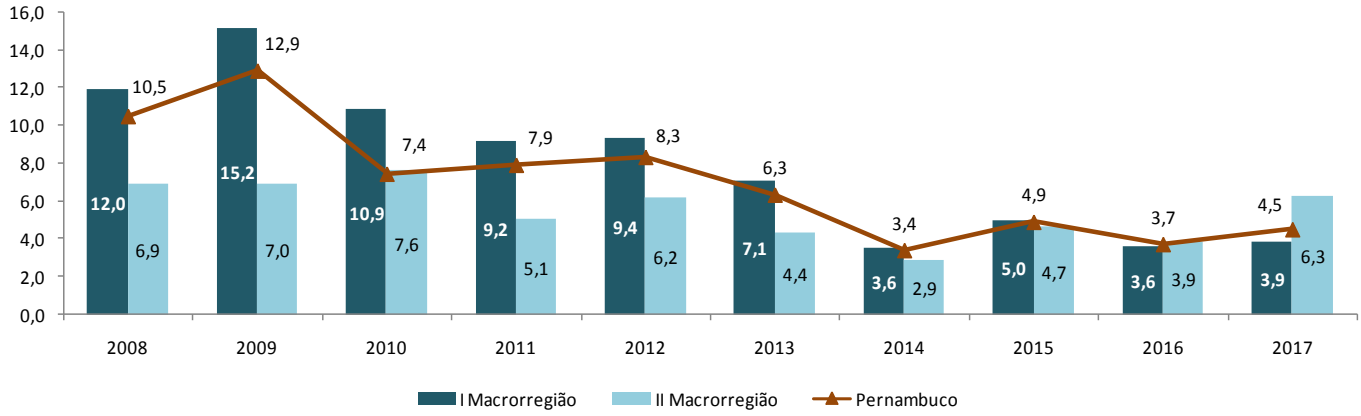
As geo-helmintíases são um grupo de doenças parasitárias frequentes em humanos e causadas, predominantemente, pelos nematódeos *Ascaris lumbricoides*, *Trichuris trichiura*, *Ancylostoma duodenale* e *Necator americanus*.

Em virtude de suas formas de transmissão, apresentam predominância em populações com maior vulnerabilidade social e estão associadas, em sua maioria, a grupos populacionais com sistemas de esgotamento sanitário e abastecimento de água deficientes, além de baixo desenvolvimento econômico e precárias condições de higiene.

As informações sobre a positividade das geo-helmintíases são disponibilizadas por meio do Sistema de Informação do SISPCE, implantado nos municípios da I e II Macrorregiões de Saúde.

Observa-se a redução de 57% na positividade das geo-helmintíases entre os anos de 2008 e 2017. Ao analisarmos por macrorregião, nota-se que a I Macrorregião segue a tendência de diminuição da positividade do estado, enquanto a II Macrorregião tem demonstrado um aumento entre 2014 (2,9%) e 2017 (6,3%) (Gráfico 35).

Gráfico 35. Percentual de positividade de geo-helmintíases, segundo Macrorregiões de Saúde. Pernambuco, 2008-2017.



Fonte: SISPCE/SEVS/SES-PE. Dados captados em 23/03/2018, sujeito a alterações.

A tabela 9 apresenta os dados dos números de examinados e positivos para geo-helmintíases, é possível verificar que o número de examinados na II Macrorregião de Saúde de uma maneira geral tem aumentado o que demonstra a manutenção das práticas de busca, ativa de rotina, em contrapartida torna-se preocupante a diminuição de examinados no estado nos últimos dois anos analisados.

Tabela 9. Número de examinados e positivos para geo-helmintíases, segundo Macrorregiões de Saúde. Pernambuco 2008-2017.

Ano	I Macrorregião		II Macrorregião		Pernambuco	
	N° Examinados	N° Positivos	N° Examinados	N° Positivos	N° Examinados	N° Positivos
2008	107.635	12.878	43740	3.023	151.375	15.901
2009	125.530	19.119	48.720	3.387	174.250	22.506
2010	120.364	13.131	55.044	4.205	175.408	17.336
2011	123.304	11.318	54.276	2.748	177.580	14.066
2012	133.822	10.703	56.126	3.470	169.948	14.173
2013	133.095	9.486	54.229	2.388	187.324	11.874
2014	267.711	9.531	90.965	2.663	358.760	12.194
2015	174.647	8.753	66.538	3.095	241.895	11.848
2016	135.340	4.923	55.400	2.170	190.740	7.093
2017	144.222	5.556	53.233	3.340	197.455	8.896
Total	**1.445.670**	**105.398**	**578.271**	**30.489**	**2024735**	**135877**

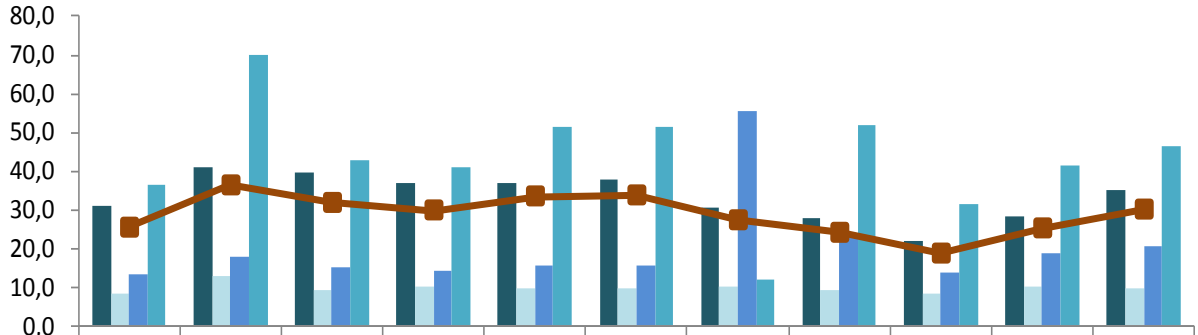
Fonte: SISPCE/SEVS/SES-PE. Dados captados em 23/03/2018, sujeito a alterações.

3.1.2.5.12 Hanseníase

Em 2016, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), 143 países reportaram 214.783 casos novos de hanseníase, o que representa uma taxa de detecção de 2,9 casos por 100 mil habitantes. No Brasil, no mesmo ano, foram notificados 25.218 casos novos, perfazendo uma taxa de detecção de 12,2/100 mil hab. Esses parâmetros classificam o país como de alta carga para a doença, sendo o segundo com o maior número de casos novos registrados no mundo. No estado de Pernambuco para esse ano foram notificados 1.884 casos, representando uma taxa de detecção de 18,7 classificando o estado como alto.

As recomendações da Estratégia Global para o período de 2016-2020 é reduzir a carga da doença. No entanto, são encontradas diferentes variações descritas a seguir por Macrorregião de Saúde no estado. Observa-se na I Macrorregião uma redução ao longo dos anos na taxa de detecção geral, principalmente no período de 2009-2016, excetuando-se o ano de 2017 em que houve um incremento de 6,8% em relação ao ano anterior. A II Macrorregião apresentou variação quanto à endemicidade de médio a alto entre os anos. Já entre as Regiões que compõem a III Macrorregião houve variação de alto a muito alto. Na IV Macrorregião o município de Petrolina situado na VIII Região de Saúde representa 11% quanto à carga de morbidade da doença no estado e devido a esse município a endemicidade da região ao longo dos anos sempre variou entre muito alto a hiperendêmico (Gráfico 36).

Gráfico 36. Coeficiente de incidência na população geral (100.000 hab) por hanseníase, segundo Macrorregiões de Saúde. Pernambuco 2008 a 2017.



	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Total
I Macrorregião	30,8	41,1	39,8	36,7	37,1	38,0	30,5	27,8	21,7	28,4	35,23
II Macrorregião	8,3	12,7	9,4	10,3	9,8	9,8	10,2	9,2	8,4	10,2	9,83
III Macrorregião	13,5	17,8	15,4	14,2	15,8	15,8	55,3	22,8	14,0	18,6	20,7
IV Macrorregião	36,7	70,0	42,7	41,1	51,2	51,2	11,9	51,9	31,3	41,4	46,6
Pernambuco	25,4	36,4	31,8	29,9	33,5	33,8	27,3	24,1	18,7	25,2	30,1

Fonte: Sinan/SEVS/SES-PE. Dados captados em 01.04.2019

Um estudo realizado em 2018 analisando o período entre 2001 a 2016 apontou que a média da taxa de detecção de hanseníase em menores de 15 anos no Brasil, ao longo dos 16 anos do estudo, foi de 5,77 por 100 mil habitantes, considerada muito alta.

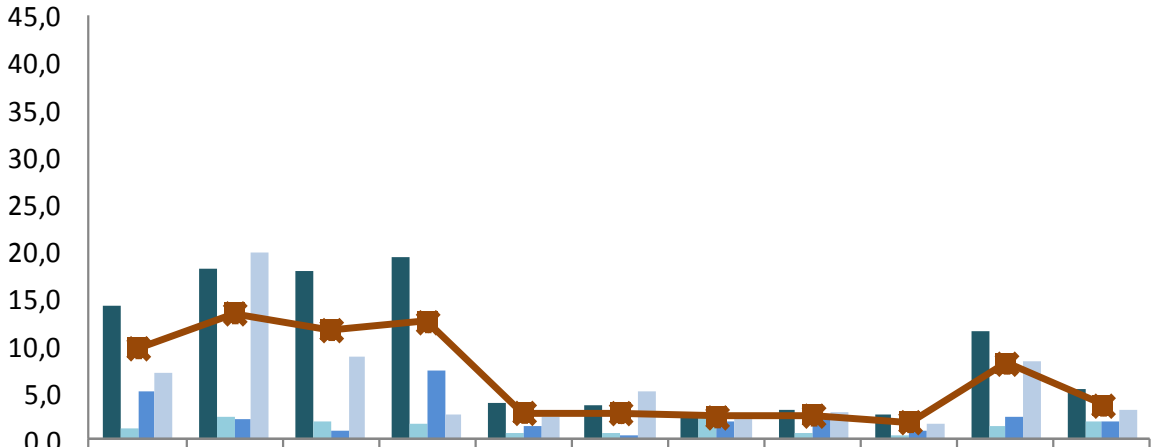
A taxa de detecção de hanseníase nessa faixa etária é considerada o principal indicador da endemia, necessária para se conhecer a magnitude e o desempenho do sistema de saúde para a eliminação da doença. Espera-se que a taxa de detecção de hanseníase em menores de 15 anos seja abaixo de 0,50 casos por 100 mil habitantes, pois seus índices altos são preocupantes, uma vez que a doença é infectocontagiosa e tem poder incapacitante e estigmatizante.

Em Pernambuco na análise desses 10 anos observa-se uma variação de alta a hiperendêmico, muito acima da meta preconizada pela OMS para eliminação da doença, com uma variação muito heterogênea entre as Macrorregiões do Estado (Gráfico 37).

Na I Macrorregião de Saúde percebe-se uma redução acentuada principalmente na I Região de Saúde, com um incremento de 9,8% no ano de 2017 em relação ao ano anterior. Na II Macrorregião a endemicidade entre as Regiões de Saúde varia de baixo a médio. Na III Macrorregião varia de baixo a muito alto, reflexo provavelmente da descontinuidade de ações de busca ativa.

Na IV Macrorregião o cenário apresenta-se com uma distribuição heterogênea entre as Regiões com destaque para a VIII Região de Saúde que eleva a endemicidade da região, no entanto, apresentou redução ao longo dos anos, com um incremento no ano de 2017 em relação ao ano anterior de 8,5%. Quanto à endemicidade varia entre muito alto a hiperendêmico (Gráfico 37).

Gráfico 37. Coeficiente de incidência na população menor de 15 anos (100.000 hab) por hanseníase, segundo macrorregiões de saúde. Pernambuco 2008 a 2017.



	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Total
I Macrorregião	14,2	18,2	17,9	19,5	4,0	3,6	2,9	3,3	2,7	11,6	5,5
II Macrorregião	1,2	2,4	1,9	1,7	0,7	0,8	2,7	0,7	0,5	1,4	1,9
III Macrorregião	5,2	2,2	0,9	7,3	1,4	0,5	1,9	2,3	0,9	2,5	1,9
IV Macrorregião	7,1	19,8	8,9	2,7	2,4	5,1	2,1	3,0	1,6	8,3	3,1
Pernambuco	9,8	13,5	11,7	12,6	2,9	2,9	2,5	2,7	2,0	8,2	3,7

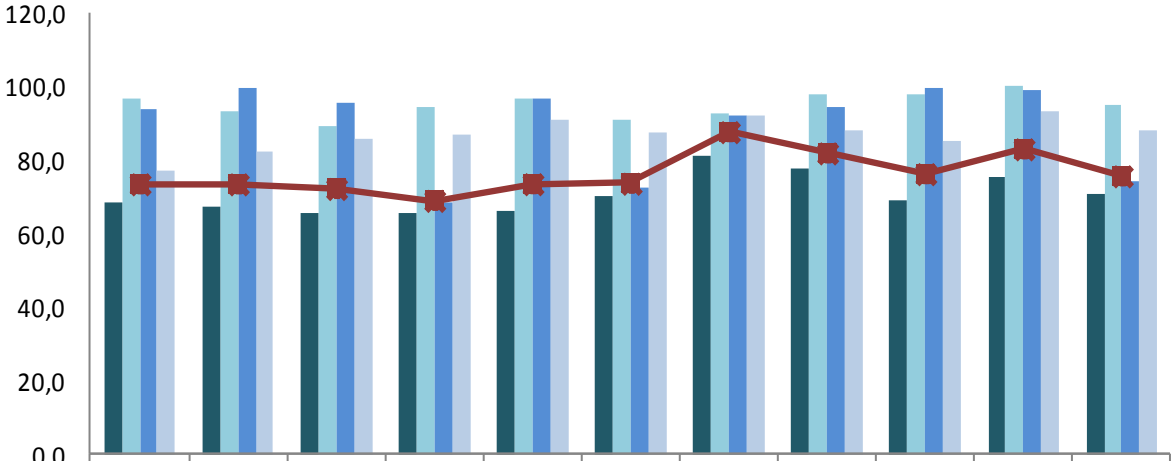
Fonte: Sinan/SEVS/SES-PE. Dados captados em 01.04.2019

Analisando a série histórica de contatos examinados dos casos de hanseníase por Macrorregião verifica-se uma manutenção no percentual ao longo dos anos que sempre se manteve abaixo da meta nacional pactuada pelo Ministério da Saúde (90%). Destaca-se somente o ano de 2014 onde houve um incremento de 14% no percentual de contatos examinados o que se deve ao fato da realização da força tarefa do Estado no banco de dados dos municípios (Gráfico 38).

Em relação às Macrorregiões de Saúde verifica-se que a I Macrorregião não alcançou a meta nacional em nenhum dos anos avaliados, considerando que esta detém o maior número de casos notificados da doença. Observa-se ainda o comportamento da III Macrorregião, que somente no ano de 2013 não alcançou a meta nacional devido à diminuição acentuada no número de contatos examinados, em especial na VI Re-

gional de Saúde que apresentou um decréscimo de 26,4%.

Gráfico 38. Taxa de contatos examinados por hanseníase, segundo Macrorregiões de Saúde. Pernambuco 2008 a 2017.



	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Total
I Macrorregião	68,7	67,6	65,6	65,6	66,2	70,6	81,4	78,0	69,1	75,3	71,1
II Macrorregião	96,9	93,7	89,2	94,5	97,0	91,4	92,7	97,8	98,0	100,2	95,1
III Macrorregião	94,1	100,0	95,7	68,5	97,2	72,8	92,1	94,7	99,7	99,0	74,6
IV Macrorregião	77,1	82,2	85,9	86,9	90,9	87,8	92,1	88,2	85,3	93,7	88,0
Pernambuco	73,7	73,7	72,5	69,2	73,8	73,9	87,9	82,1	76,5	83,3	75,9

Fonte: Sinan/SEVS/SES-PE. Dados captados em 01.04.2019

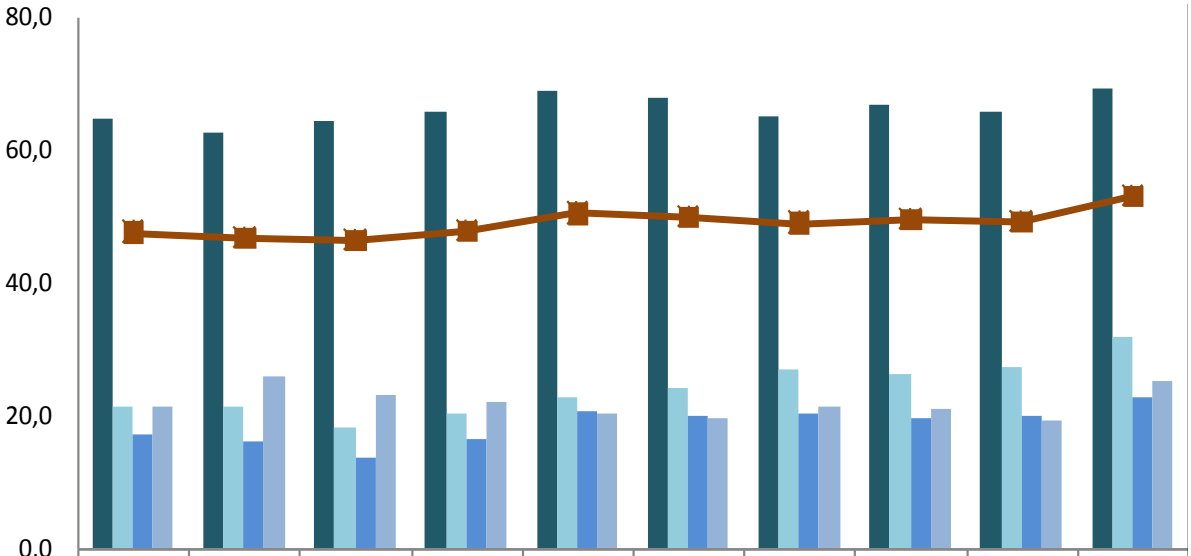
3.1.2.5.13 Tuberculose

O Estado de Pernambuco ocupa o 4° lugar em incidência de casos de tuberculose no Brasil. Em análise a série histórica entre 2008 e 2017, a maior incidência concentrou-se em no ano de 2017, apresentando-se em ordem crescente em relação aos anos de 2008 a 2016. A distribuição do Coeficiente de Incidência foi heterogênea por Macrorregiões de Saúde. A I Macrorregião concentra o maior número de casos novos por tuberculose no período analisado, seguida da II, III e IV macrorregiões de Saúde.

A I Macrorregião entre 2008 á 2017 concentrou o maior CI em 10 anos, em comparação as demais regiões de saúde. Em 2009 apresentou o menor CI 62, 9, apesar do acréscimo anual de casos, em comparação ao Estado de Pernambuco em todos os anos da série, a I macrorregião alcançou número superior ao Estado.

Em relação às regiões de saúde com maior impacto na incidência de casos de tuberculose encontram-se na macrorregião I (I Regional de Saúde), Macrorregião II (V Regional de Saúde), Macrorregião III (VI Regional de saúde) e Macrorregião IV (VIII Regional Saúde).

Gráfico 39. Taxa de incidência (100.000 hab) por tuberculose, segundo Macrorregião de Saúde, Pernambuco, 2008-2017.

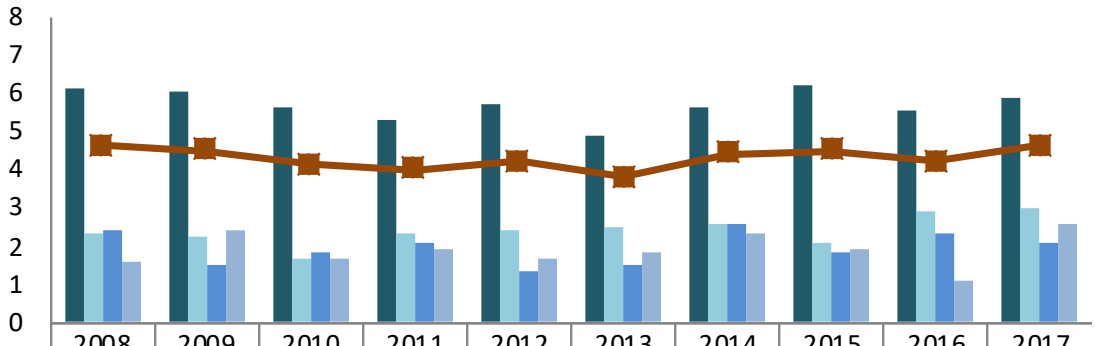


	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
I Macrorregião	64,9	62,9	64,6	66,0	69,1	68,1	65,3	66,8	66,0	69,3
II Macrorregião	21,5	21,3	18,1	20,3	22,9	24,4	27,0	26,2	27,4	32,0
III Macrorregião	17,3	16,1	13,7	16,4	20,8	20,1	20,5	19,5	20,1	22,8
IV Macrorregião	21,5	26,1	23,2	22,2	20,5	19,7	21,4	20,9	19,5	25,2
PE	47,7	46,8	46,5	47,9	50,5	50,0	49,0	49,7	49,2	53,0

Fonte: Sinan/SEVS/SES-PE. Dados captados em 07/03/2019

O coeficiente de mortalidade por tuberculose no Brasil no ano de 2017 foi de 2,2/100 mil hab. No estado de Pernambuco essa taxa foi de 4,2 óbitos/100 mil hab. ocupando o 1° lugar em número de óbitos por tuberculose no Brasil, em 2008 apresentou 4,6 no coeficiente de mortalidade, que decresceu entre o período de 2009 á 2016, apresentando em 2013 o menor coeficiente com 3,8 em 10 anos, e retornando o crescimento em 2017 com 4,6. A Macrorregião I concentra o maior número de óbitos, com coeficiente de mortalidade superior ao do Estado.

Gráfico 40. Coeficiente de mortalidade (100.0000 hab) por tuberculose, segundo macrorregião de saúde, Pernambuco, 2008-2017.



	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
I Macrorregião	6,1	6,0	5,6	5,3	5,7	4,9	5,6	6,2	5,5	5,9
II Macrorregião	2,3	2,2	1,7	2,3	2,4	2,5	2,6	2,1	2,9	3,0
III Macrorregião	2,4	1,5	1,8	2,1	1,3	1,5	2,6	1,8	2,3	2,1
IV Macrorregião	1,6	2,4	1,7	1,9	1,7	1,8	2,3	1,9	1,1	2,6
Pernambuco	4,6	4,5	4,1	4,0	4,2	3,8	4,4	4,5	4,2	4,6

Fonte: Sinan/SEVS/SES-PE. Dados captados em 07/03/2019

Em 2008, a I e III macrorregiões de saúde apresentaram os maiores coeficientes de mortalidade no período de 2008 á 2017, com redução na taxa de óbito entre 2014 a 2017, na IV e II macrorregiões de saúde observou-se o crescimento no número de óbitos, sendo 2017 o ano com maior taxa de mortalidade por tuberculose. A Macrorregião I apresentou o maior coeficiente de mortalidade no período de 2008 a 2017, concentrando na I, II, III e XI regiões de saúde o maior coeficiente de mortalidade do estado de Pernambuco. Entre as regionais a I Região de Saúde apresentou o maior número de óbitos na série 2008 a 2017, concentrando os municípios com maiores cargas da doença e consequente os indicadores críticos em relação a mortalidade por tuberculose. Em 2017 Na I Região de Saúde, Recife apresentou o maior coeficiente de mortalidade entre os municípios da I regional, com 137 óbitos por tuberculose, na Macrorregião II, a IV Região de Saúde concentra a maior parte dos, obtendo menor Coeficiente de Mortalidade em 2008 com acréscimo no número anual de óbitos até 2017, assim como IV a macrorregião que registrou em 2008 um CM de 1,6/100.00 Hab, obtendo aumento no número de óbitos até 2017 onde apresentou um CM de 2,6/100.00 Hab, sendo na VII região de saúde a maior concentração dos óbitos.

O elevado coeficiente de mortalidade por tuberculose encontrado em diferente proporção entre as macrorregiões de Saúde revelam desigualdades e problemas relacionados à baixa adesão ao tratamento e falhas no acesso aos serviços de saúde. Sendo importante a identificação de áreas com maiores concentrações de casos notificados bem como de óbitos visando à formulação de estratégias que sejam capazes de melhorar as lacunas existentes.

3.1.2.5.14 Programa de Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano (VIGIAGUA)

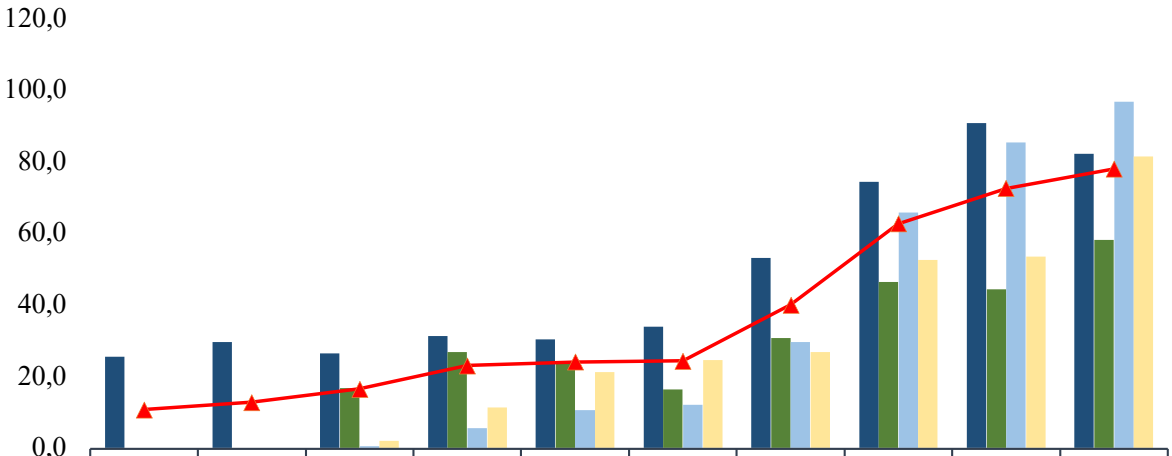
O Programa de Vigilância da Qualidade da Água para o Consumo Humano – Vigiagua é definido como um conjunto de ações, adotadas pelo setor saúde, para verificar a qualidade da água consumida pela

população, além de avaliar os possíveis riscos que a água pode representar à saúde. O principal objetivo do Vigiagua consiste em garantir que a população receba a água fornecida pela prestadora/concessionária de serviços dentro do padrão de potabilidade estabelecido na legislação vigente.

No período de 2008 a 2017, Pernambuco apresentou aumento de 609,1% do percentual de análises de água para consumo humano, passando de 11,0% (2008) para 78,2% (2017), com destaque para as I e III Macrorregiões de Saúde que apresentaram maiores percentuais nos últimos três anos da série histórica e acima do percentual do estado (Gráfico 41). A I Geres possui os municípios com melhor capacidade instalada para as ações do Vigiagua.

Este cenário foi influenciado por um conjunto de fatores, como intensificação do monitoramento do nível central da Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco (SES-PE) e das Gerencias Regionais de Saúde (Geres) junto aos municípios da execução das atividades do Vigiagua; fortalecimento da qualidade técnica das Regiões de Saúde e dos laboratórios regionais com incremento de corpo técnico especializado, apoio laboratorial da SES-PE para as análises microbiológicas das amostras coletas pelas vigilâncias em saúde ambiental municipais.

Gráfico 41. Percentual de cumprimento de meta de análise de água. Pernambuco, 2008 a 2017.



	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
I Macrorregião	25,8	29,8	26,6	31,6	30,7	34,1	53,4	74,6	90,9	82,5
II Macrorregião	0,0	0,0	17,0	27,0	23,8	16,5	31,0	46,6	44,6	58,4
III Macrorregião	0,0	0,0	0,7	5,7	10,8	12,2	29,9	66,1	85,6	96,9
IV Macrorregião	0,0	0,0	2,2	11,6	21,4	24,8	27,0	52,7	53,7	81,7
Pernambuco	11,0	13,0	16,8	23,3	24,3	24,6	40,2	62,9	72,7	78,2

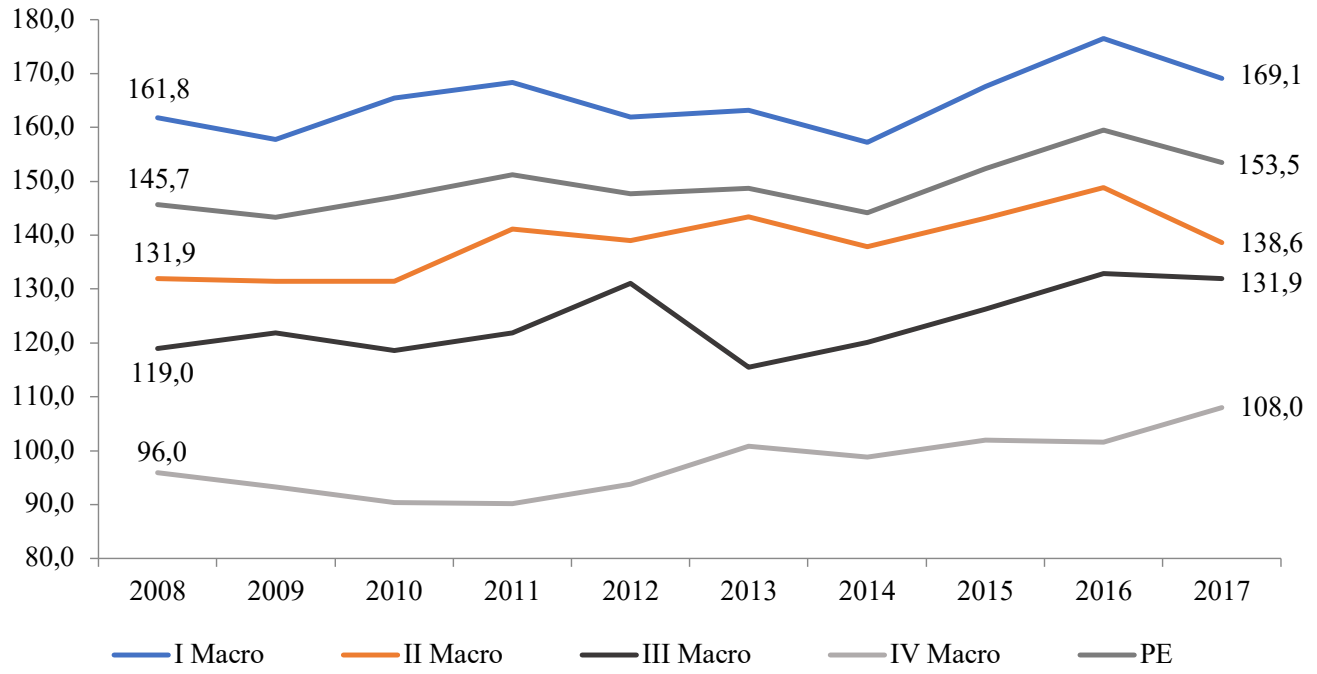
Fonte: Sisagua/SEVS/SES-PE. 03/04/2019. Dados sujeitos a alterações.

3.1.2.5.15 Doenças Crônicas Não Transmissíveis

As Doenças do Aparelho Cardiovascular (DAC), as Doenças Crônicas do Aparelho Respiratório (DCAR), os cânceres (CA) e o Diabetes Mellitus (DM) configuram-se como as principais Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), segundo o Ministério da Saúde, sendo responsáveis por 51,6% do total de óbitos na população de 30 a 69 anos, em 2015.

Comparando a taxa de mortalidade prematura por DCNT (por 100.000 hab.) nos anos de 2008 a 2017, nota-se um aumento de 5,4% em Pernambuco. Quando estratificado por Macrorregião de Saúde, esse aumento é mais evidente nas IV e III Macrorregiões de Saúde, com taxas de 12,5% e 10,8% respectivamente (Gráfico 42). Para a III Macrorregião de Saúde, a X Região destacou-se com as maiores taxas em todos os anos analisados, porém o maior incremento percentual entre as taxas de mortalidade prematura pelas quatro principais DCNT, entre 2008 e 2017, foi de 13,2% na XI Região. Enquanto que na IV Macrorregião, as maiores taxas ocorreram da VII Região de Saúde, que apresentou também o maior aumento (31,6%) no período analisado.

Gráfico 42. Taxa de mortalidade prematura por DCNT (30 a 69 anos), por 100.000 hab, em residentes de Pernambuco, segundo Macrorregião de Saúde. Pernambuco, 2008 – 2017.



Fonte: SIM/SEVS/SES-PE. Banco atualizado em 01/03/2019, sujeito a alterações. População: Estimativa SES

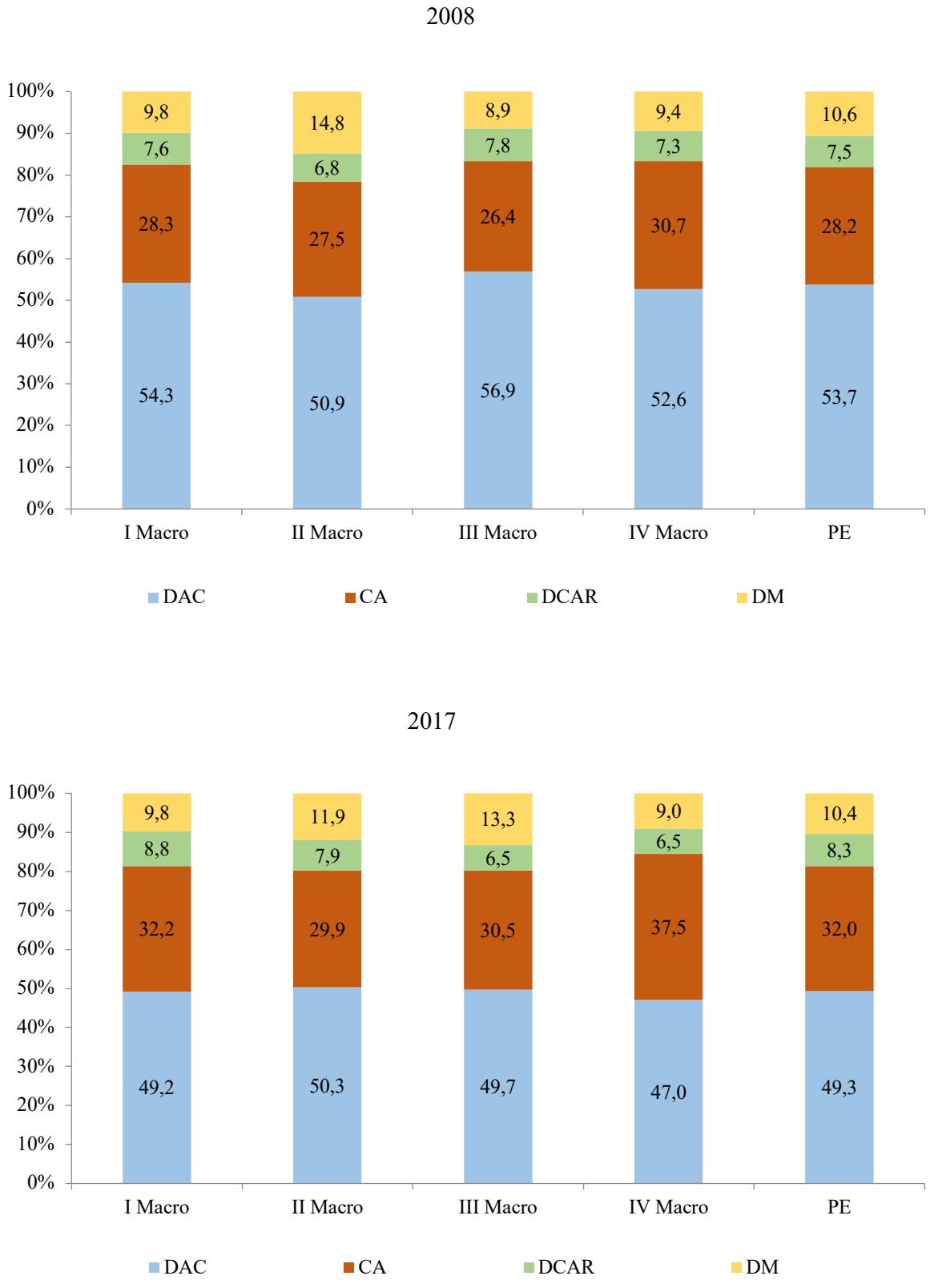
Em relação ao percentual de mortalidade prematura por grupo de DCNT, observa-se que, comparando os anos de 2008 e 2017, as DAC apresentaram as maiores proporções de óbito em todas as macrorregiões de saúde, apesar desse percentual ter reduzido em 8,2% entre os dois anos em Pernambuco (gráfico 43).

As neoplasias foram a segunda causa de óbito pelos quatro principais grupos de DCNT, na faixa etária de 30 a 69 anos, com destaque para a IV Macrorregião de Saúde, que apresentou os maiores percentuais nos anos analisados (30,7% em 2008 e 37,5% em 2017), seguida da I Macrorregião (28,3% em 2008 e 32,2% em 2017) (Gráfico 43).

Quanto às DCAR, destaca-se a I Macrorregião de Saúde, com aumento de 15,8% dos óbitos comparado os anos de 2008 e 2017 (Gráfico 43).

Para os óbitos por diabetes mellitus, as II e III Macrorregiões apresentaram as maiores proporções em 2017 (11,9% e 13,3% respectivamente). Contudo, observa-se uma redução de 19,6% na proporção de óbitos por diabetes na II Macrorregião entre 2008 e 2017 (Gráfico 43).

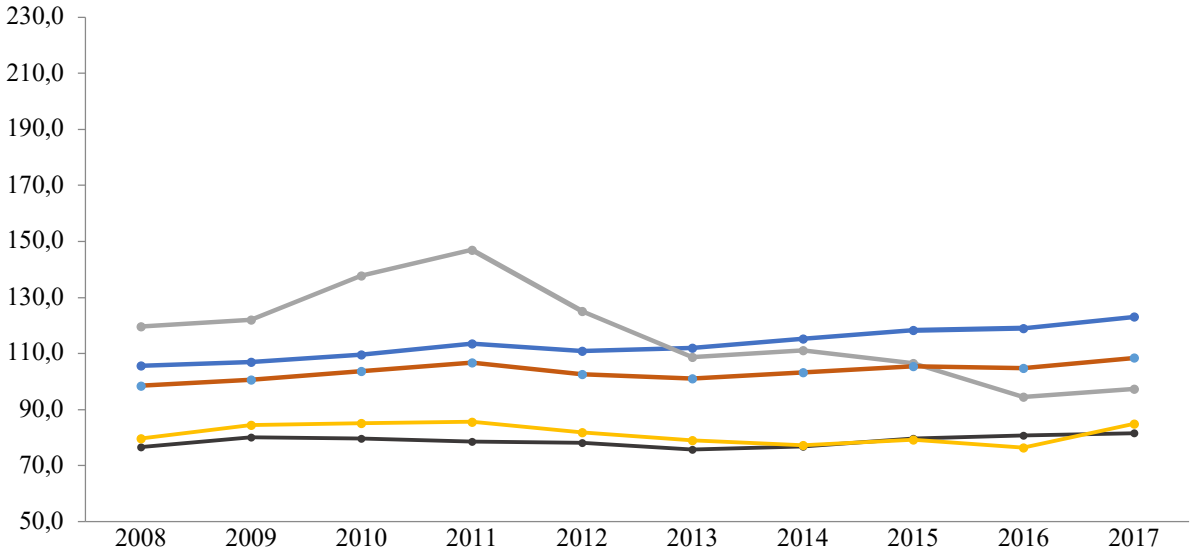
Gráfico 43. Percentual de mortalidade prematura (30 a 69 anos) dos quatro grupos principais de DCNT, segundo Macrorregião de Saúde. Pernambuco, 2008 e 2017.



Fonte: SIM/SEVS/SES-PE. Banco atualizado em 01/03/2019, sujeito a alterações.

Quando comparamos a taxa de morbidade por DCNT (por 10.000 hab.) nos anos de 2008 a 2017, nota-se um aumento de 10,1% em Pernambuco. Ao estratificarmos por Macrorregião de Saúde, observamos aumento na I (16,5%), II (6,5%) e IV (6,5%) Macrorregiões de Saúde, porém a III Macrorregião apresentou uma redução de 18,6%. (Gráfico 44). Na I Macrorregião, a I Região de Saúde foi a que apresentou as maiores taxas, respondendo também pela maior variação no percentual com um aumento de 23,7%. Para a II Macrorregião de Saúde, a IV Região apresentou as maiores taxas de morbidade, porém houve uma redução de 4,7%. Na III Macrorregião, a Região de Saúde que apresentou o maior percentual de redução da morbidade por DCNT foi a X Região (36,3%). Na IV Macrorregião, verificaram-se as maiores taxas na VII Região de Saúde para todos os anos, apesar da redução de 3,2% observada entre o primeiro e o último ano analisado.

Gráfico 44. Taxa de morbidade por DCNT (por 10.000 hab.) em residentes de Pernambuco, por Macrorregião de Saúde. Pernambuco, 2008 – 2017.

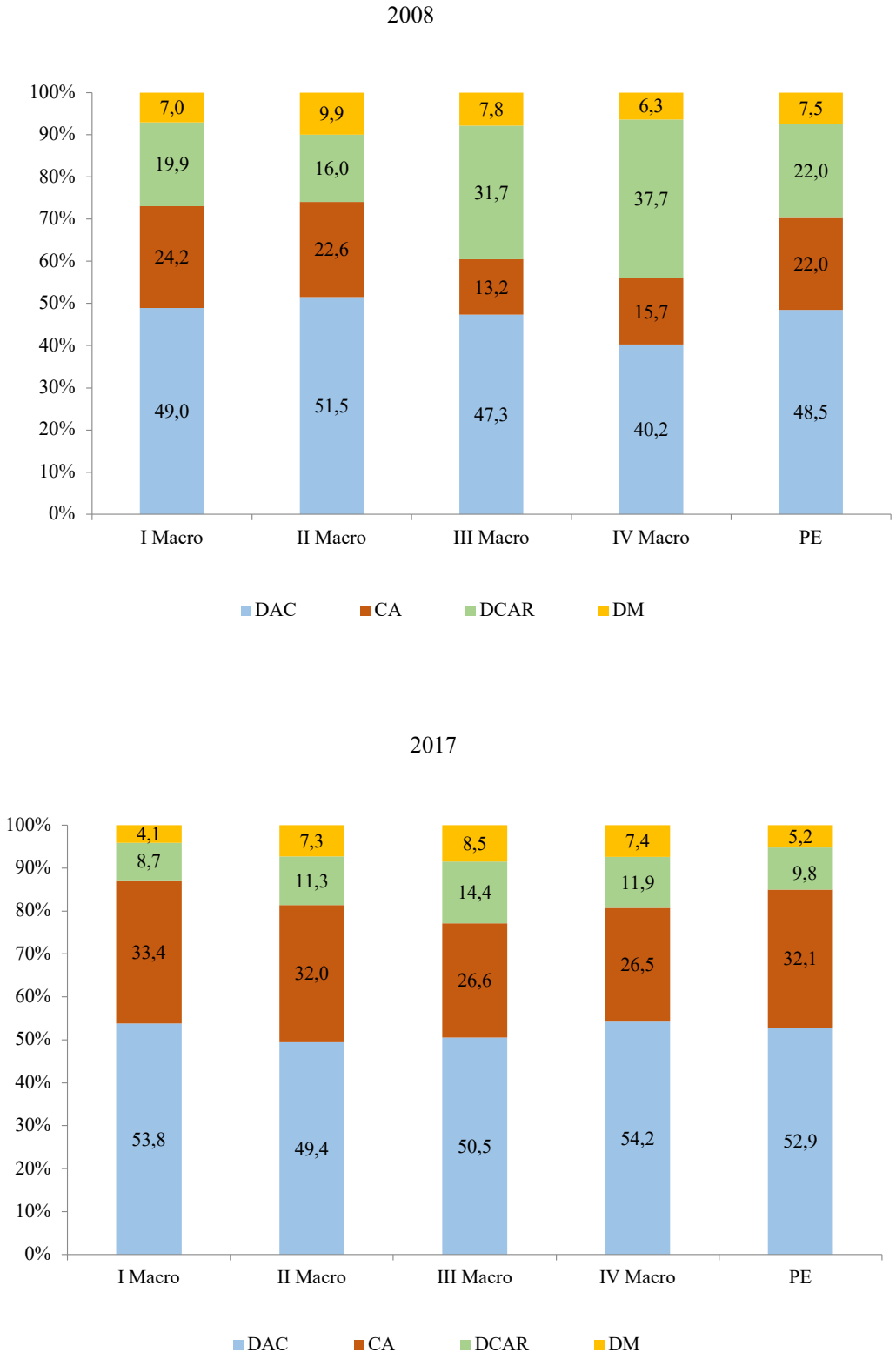


	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
I Macro	105,6	106,9	109,6	113,5	110,9	112,1	115,4	118,3	119,1	123,0
II Macro	76,5	80,1	79,6	78,6	78,1	75,7	76,8	79,5	80,8	81,5
III Macro	119,6	121,9	137,7	147,0	125,1	108,6	111,2	106,6	94,5	97,3
IV Macro	79,7	84,5	85,0	85,6	81,9	78,9	77,2	79,1	76,4	84,9
PE	98,5	100,7	103,6	106,6	102,6	101,0	103,3	105,4	104,7	108,4

Fonte: SIH/DATASUS/MS. Banco tabulado em 01/04/2019, sujeito a alterações. População: Estimativa SES

Ao analisar os percentuais de morbidade por grupo de causas das DCNT nos anos de 2008 e 2017, as DAC permanecem com os maiores valores em todas as Macrorregiões de Saúde, com um aumento desse percentual em todo o estado, exceto na II Macrorregião, na qual houve uma redução de 4,1%. Observa-se também uma redução na morbidade por DCAR e DM na maior parte do estado, com destaque na DCAR para as IV e I Macrorregiões de Saúde (reduções de 68,4% e 56,3%, respectivamente) e na morbidade por DM para as I e II Macrorregiões (41,4% e 26,3%, respectivamente). Os percentuais de neoplasia apresentaram aumento expressivo, sendo de 101,5% na III e 68,8% na IV Macrorregiões (Gráfico 45).

Gráfico 45. Percentual de morbidade dos quatro grupos principais de DCNT, segundo Macrorregião de Saúde. Pernambuco, 2008 e 2017.



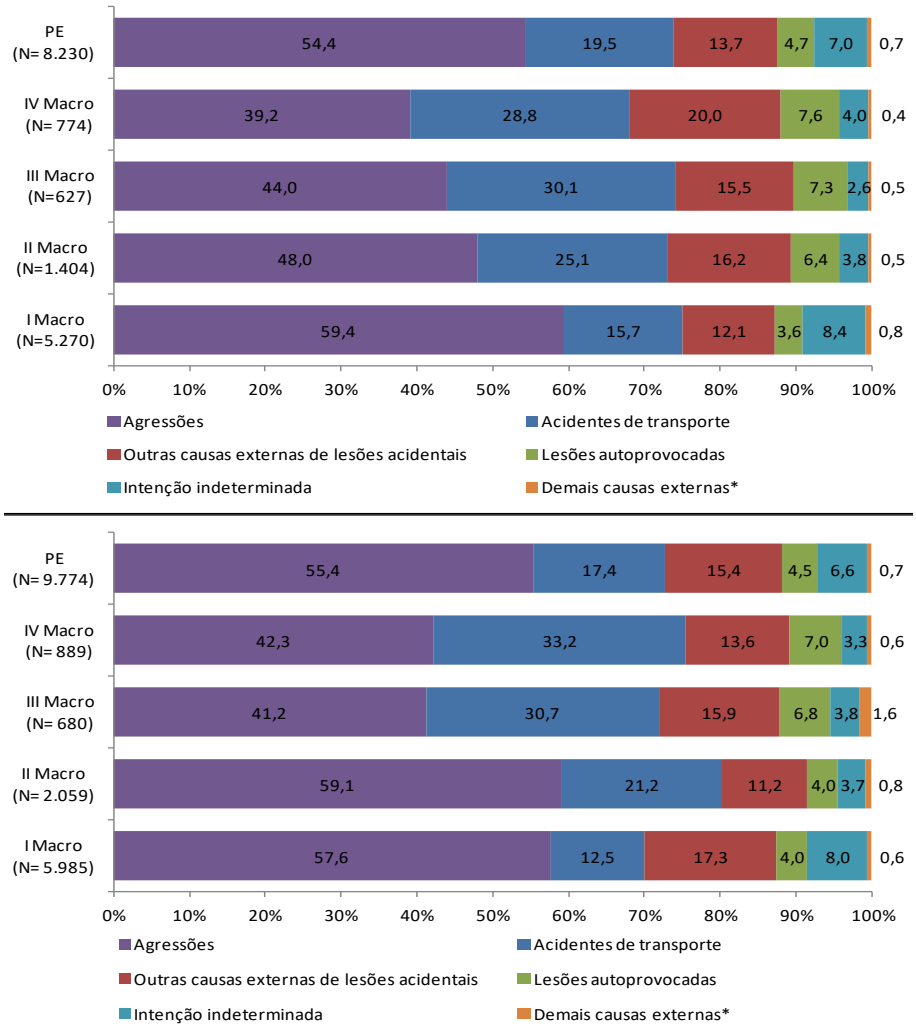
Fonte: SIH/DATASUS/MS. Banco tabulado em 01/04/2019, sujeito a alterações.

3.1.2.5.16 Causas Externas

Entre 2008 e 2017, houve um incremento de 18,8% no número de óbitos por causas externas (acidentes e violências), observando-se que as agressões destacaram-se dentre os demais grupos de causas, seguidas pelos óbitos por acidentes de transporte, tanto no Estado quanto nas quatro Macrorregiões de Saúde. O mesmo se observou em todas as Macrorregiões de Saúde do estado, com maior incremento na II Macrorregião (Gráfico 46). Esta Macrorregião apresentou a maior variação percentual da taxa de mortalidade por Causas Externas (CE) em relação as demais, com aumento de 32,4%, de 2008 para 2017, e incremento de 62,8% em relação aos óbitos por agressões. Quanto ao risco de morte por acidentes de transporte, houve destaque para a IV Macrorregião de Saúde, com incremento de 17,9%, comparando-se os referidos anos (Gráfico 47).

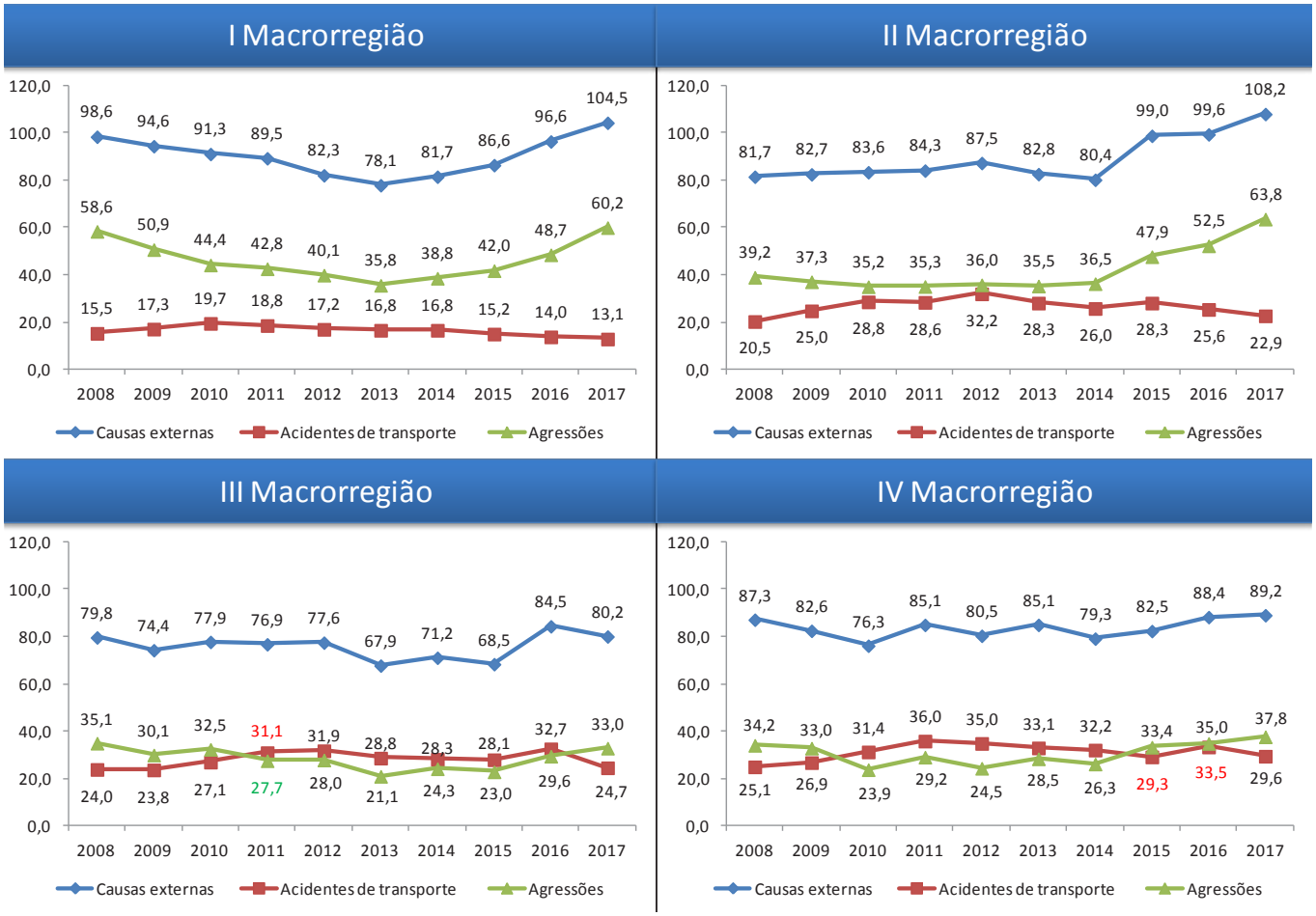
A concentração dos óbitos por CE nas Regiões de Saúde acompanha o perfil do Estado, no qual as agressões têm maior frequência, exceto nas IX e X Regiões (em 2008) e na VII Região (em 2017), nas quais os óbitos por acidentes de transporte se sobressaem entre os demais.

Gráfico 46. Proporção de óbitos de residentes do estado por causas externas, segundo grupo de causas e Macrorregião de Saúde. Pernambuco, 2008 e 2017.



Fonte: SIM/SEVS/SES-PE. Dados captados em 01/03/2019, sujeitos à revisão. *Demais causas externas inclui: intervenções legais e operação de guerra, complicações da assistência médica e cirúrgica e sequelas de causas externas.

Gráfico 47. Taxa de mortalidade (por 100.000 hab.), de residentes do estado, por causas externas e seus principais grupos de causas, segundo ano do óbito e Macrorregião de Saúde. Pernambuco, 2008 a 2017.

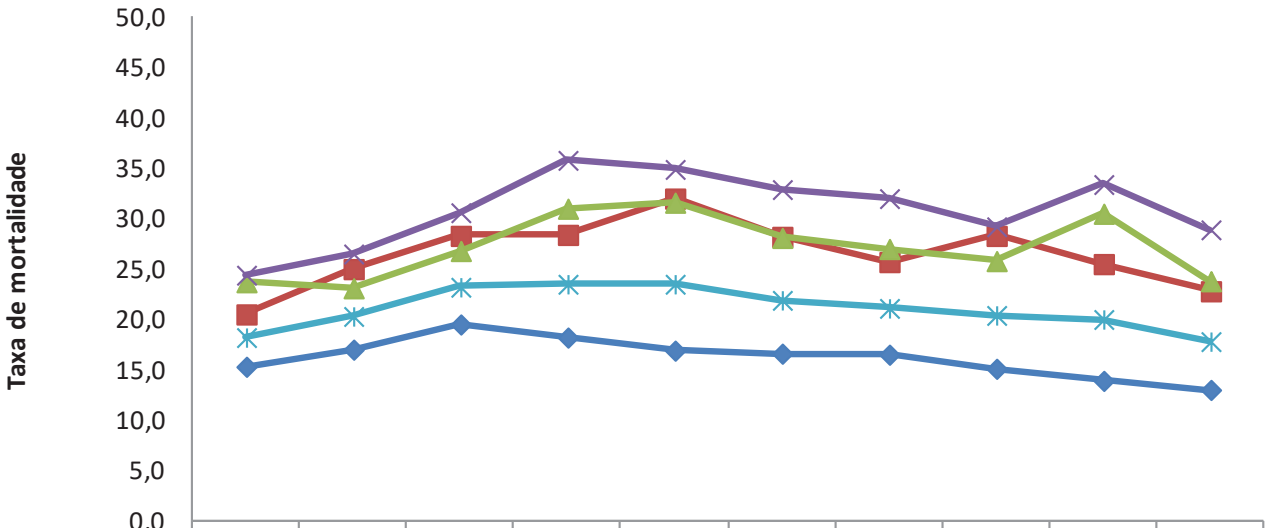


Fonte: SIM/SEVS/SES-PE. Dados captados em 01/03/2019, sujeitos à revisão. Estimativa populacional SES-PE

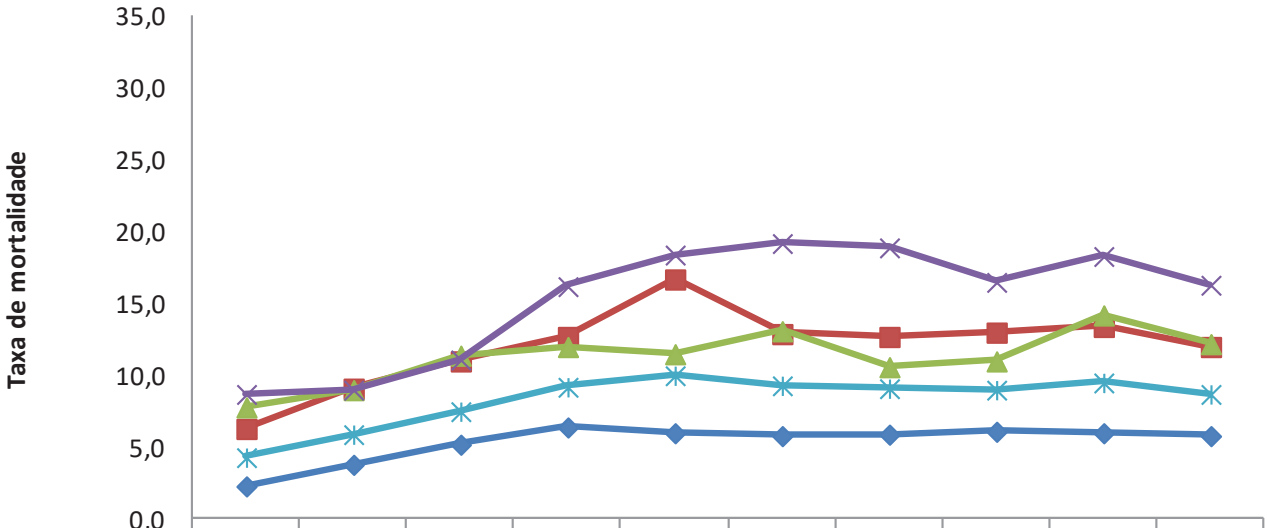
No período de 2008 a 2017, a taxa de mortalidade por acidentes de transporte terrestre (ATT), subgrupo pertencente à categoria dos acidentes de transporte, apresentou uma média anual de 21,0 óbitos a cada 100.000 habitantes. Observou-se tendência crescente do risco de óbito por esse agravo até o ano de 2012 e subsequente redução de 24,3% entre 2012 e 2017. Contudo, a redução registrada nessa taxa entre 2008 e 2017 foi de 2,2%. A I Macrorregião apresentou risco para óbito por ATT inferior ao do estado em todo o período analisado, diferentemente das demais Macrorregiões de Saúde (Gráfico 48).

Quanto à taxa de mortalidade por acidente de motocicleta (AM) houve um crescimento de 102,3%, comparando-se 2008 e 2017, com uma média anual de 8,3 mortes a cada 100.000 habitantes no estado. Diferentemente da taxa de mortalidade por ATT, na qual a I Macrorregião foi a única a apresentar redução do risco, entre 2008 e 2017, para AM todas as Macrorregiões de Saúde aumentaram esse indicador, com destaque para a I Macrorregião, que teve um crescimento de 152,2%, apesar de apresentar menor risco comparando-se as demais durante todo o período (Gráfico 48). Nenhuma Região de Saúde apresentou redução do risco de morte por AM, enquanto para os ATT, a maior redução desse risco foi de 32,8% na III Região de Saúde.

Gráfico 48. Taxa de mortalidade (por 100.000 hab.), de residentes do estado, por acidentes de transporte terrestre (ATT) e acidente de motocicleta (AM), segundo ano do óbito e Macrorregião de Saúde. Pernambuco, 2008 a 2017.



	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
I Macro	15,3	17,0	19,5	18,2	16,9	16,6	16,5	15,1	13,9	13,0
II Macro	20,5	25,0	28,3	28,4	32,0	28,2	25,7	28,3	25,5	22,8
III Macro	23,7	23,1	26,8	31,0	31,6	28,1	27,0	25,8	30,5	23,8
IV Macro	24,4	26,5	30,6	35,8	34,9	32,9	32,0	29,2	33,4	28,9
PE	18,2	20,3	23,2	23,5	23,5	21,9	21,1	20,4	20,0	17,8

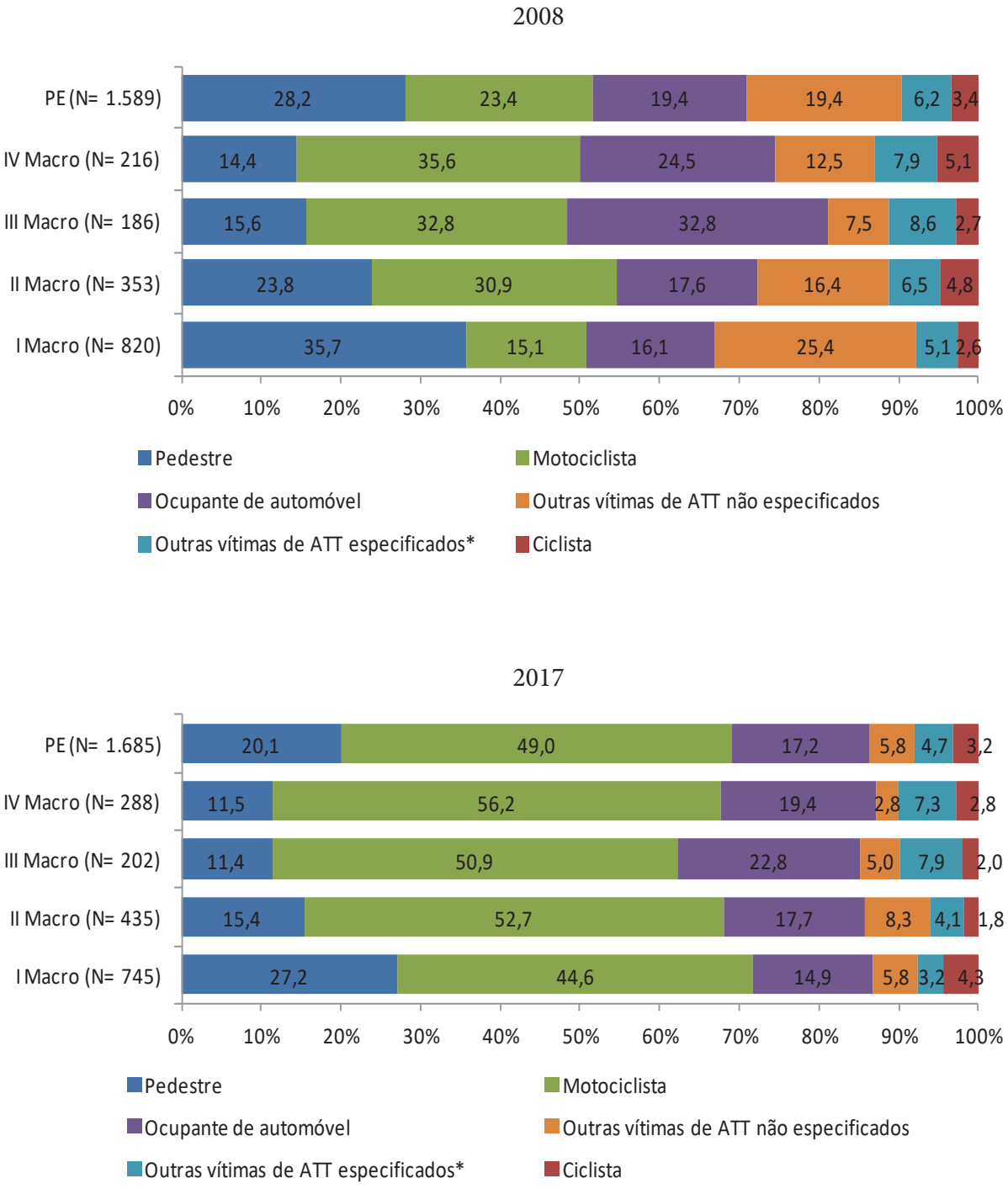


	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
I Macro	2,3	3,8	5,2	6,4	6,0	5,8	5,9	6,1	6,0	5,8
II Macro	6,3	9,1	11,0	12,7	16,7	12,9	12,7	13,0	13,4	12,0
III Macro	7,8	9,0	11,4	12,0	11,5	13,1	10,6	11,0	14,2	12,2
IV Macro	8,7	9,0	11,1	16,2	18,4	19,2	18,9	16,5	18,3	16,3
PE	4,3	5,9	7,5	9,2	10,0	9,3	9,1	9,0	9,5	8,7

Fonte: SIM/SEVS/SES-PE. Dados captados em 01/03/2019, sujeitos à revisão.
Estimativa populacional SES-PE

Em 2008, observa-se maior equilíbrio na distribuição dos óbitos segundo tipo de vítima, com predomínio de pedestres no Estado e na I Macrorregião, com 28,2% e 35,7%, respectivamente. Nas demais Macrorregiões de Saúde, os motociclistas ocuparam a primeira posição (Gráfico 49).

Gráfico 49. Proporção de óbitos por acidentes de transporte terrestre segundo Macrorregião de Saúde e tipo de vítima. Pernambuco, 2008 e 2017.



*Outras vítimas de ATT especificados inclui: ocupante de triciclo, caminhonete, veículo pesado, ônibus e outras vítimas de ATT não especificados anteriormente.

Fonte: SIM/SEVS/SES-PE. Dados captados em 01/03/2019, sujeitos à revisão.

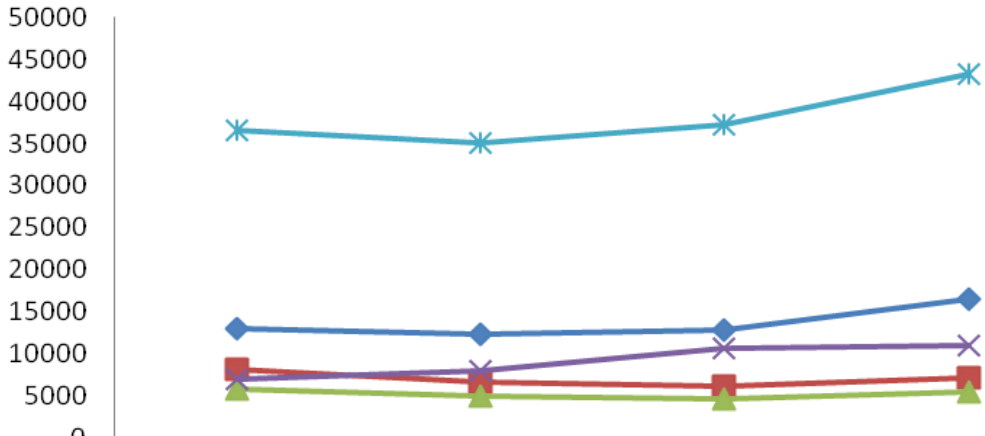
Pernambuco adota, desde 2010, a Vigilância Sentinela de Acidentes de Transporte Terrestre (VIGSATT), instituída em 17 serviços de saúde de urgência e emergência do Estado, com atendimento em ortopedia e/ou traumatologia. Desses serviços, seis estão distribuídos na I Região de Saúde e os demais das II à XII Regiões de Saúde, designados Unidades Sentinelas de Informação sobre Acidentes de Transporte Terrestre (Usiatt), fontes notificadoras dos casos de vítimas de ATT. A VIGSATT objetiva produzir informações sobre o perfil das vítimas e as circunstâncias desses acidentes, a fim de subsidiar políticas públicas de prevenção e de organização da rede de atenção aos acidentados.

Em 2014, as 17 Usiatt notificaram 36.580 vítimas de ATT e 26.976 vitimas de Acidentes de Motocicleta em Pernambuco. Do total de registros para ATT, 12.956 (35,4%) dos acidentes ocorreram na I Macrorregião de Saúde, seguidos da II Macrorregião, na qual foi referida a ocorrência dos acidentes em 8.190 casos notificados (22,4%) (Gráficos 50, 51 e 52).

Em 2017, foram notificadas 43.179 vítimas de ATT e 31.327 de AM cujos acidentes ocorreram no estado. Os ATT concentraram-se nas I e IV Macrorregiões de Saúde, 38,2% (N= 16.498) e 25,6% (N=11.035), respectivamente (Gráficos 50, 51 e 52).

As I e V Regiões de Saúde, apresentaram o maior número de vítimas de ATT registradas em 2014, com 8.560 e 4.279, respectivamente; enquanto em 2017 a I Região de Saúde permanece à frente com 10.046 casos notificados e a VIII assumiu a segunda posição, com o registro de 6.330 vítimas de ocorrência na região.

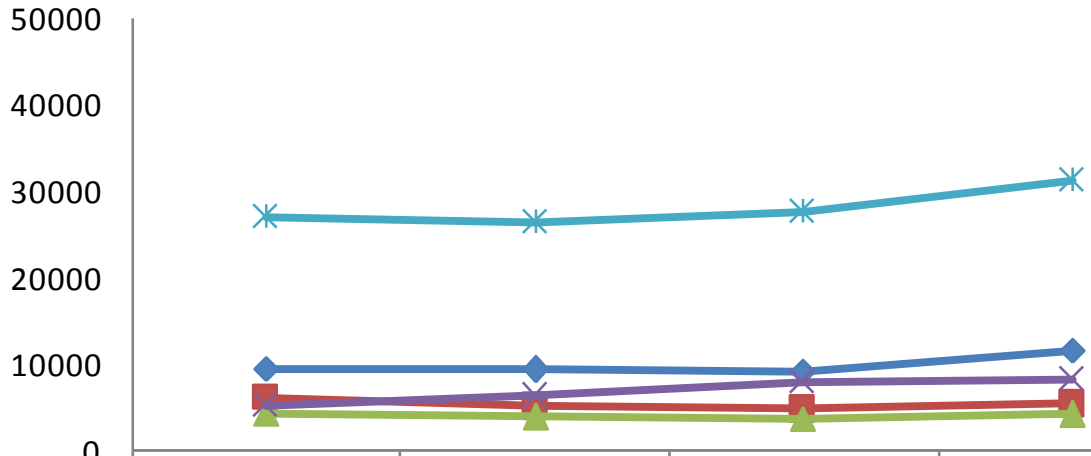
Gráfico 50. Número de Notificação de vítimas de ATT registradas nas 17 USIATT segundo Macrorregião de Saúde de ocorrência do acidente. Pernambuco, 2014-2017.



	2014	2015	2016	2017
I Macro	12956	12374	12861	16498
II Macro	8190	6627	6055	7179
III Macro	5761	5018	4631	5422
IV Macro	7012	8051	10604	11035
PE	36580	34996	37187	43179

Fonte: Sinatt/SEVS/SES-PE. Dados captados em 26/03/2019, sujeitos à alteração.

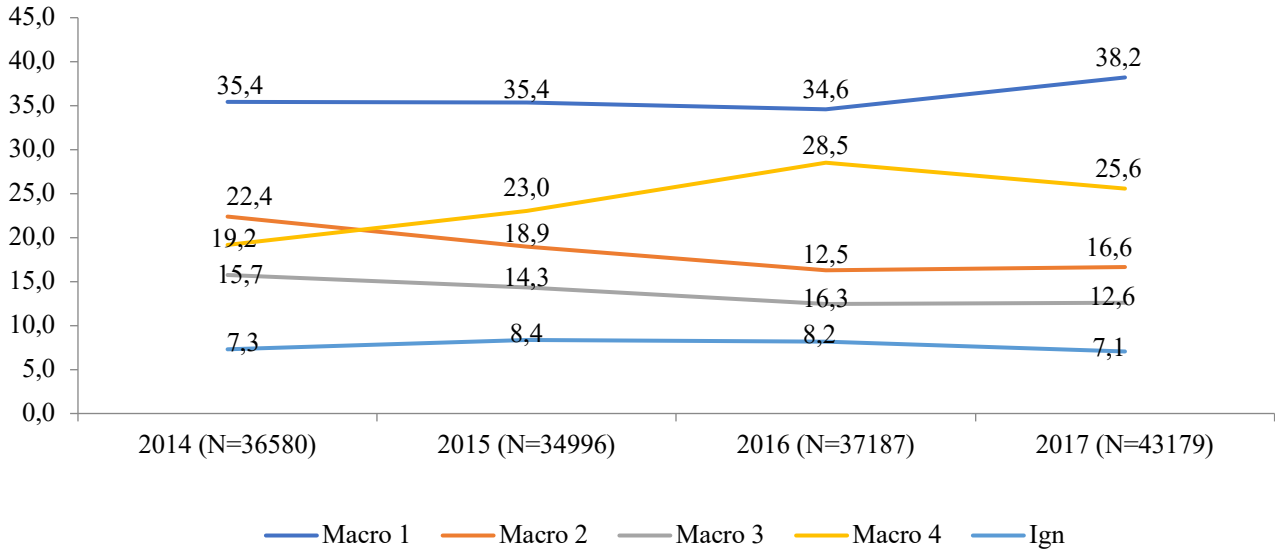
Gráfico 51. Número de Notificação de vítimas de Acidente de Motocicleta (AM) registradas nas 17 USIATT segundo Macrorregião de Saúde de ocorrência do acidente. Pernambuco, 2014-2017.



	2014	2015	2016	2017
I Macro	9389	9327	9140	11601
II Macro	6172	5067	4779	5418
III Macro	4312	3872	3663	4183
IV Macro	5262	6256	8015	8352
PE	26976	26517	27635	31327

Fonte: Sinatt/SEVS/SES-PE. Dados captados em 26/03/2019, sujeitos à alteração.

Gráfico 52. Proporção de vítimas de ATT notificadas nas 17 USIATT segundo Macrorregião de Saúde de ocorrência do acidente. Pernambuco, 2014-2017.

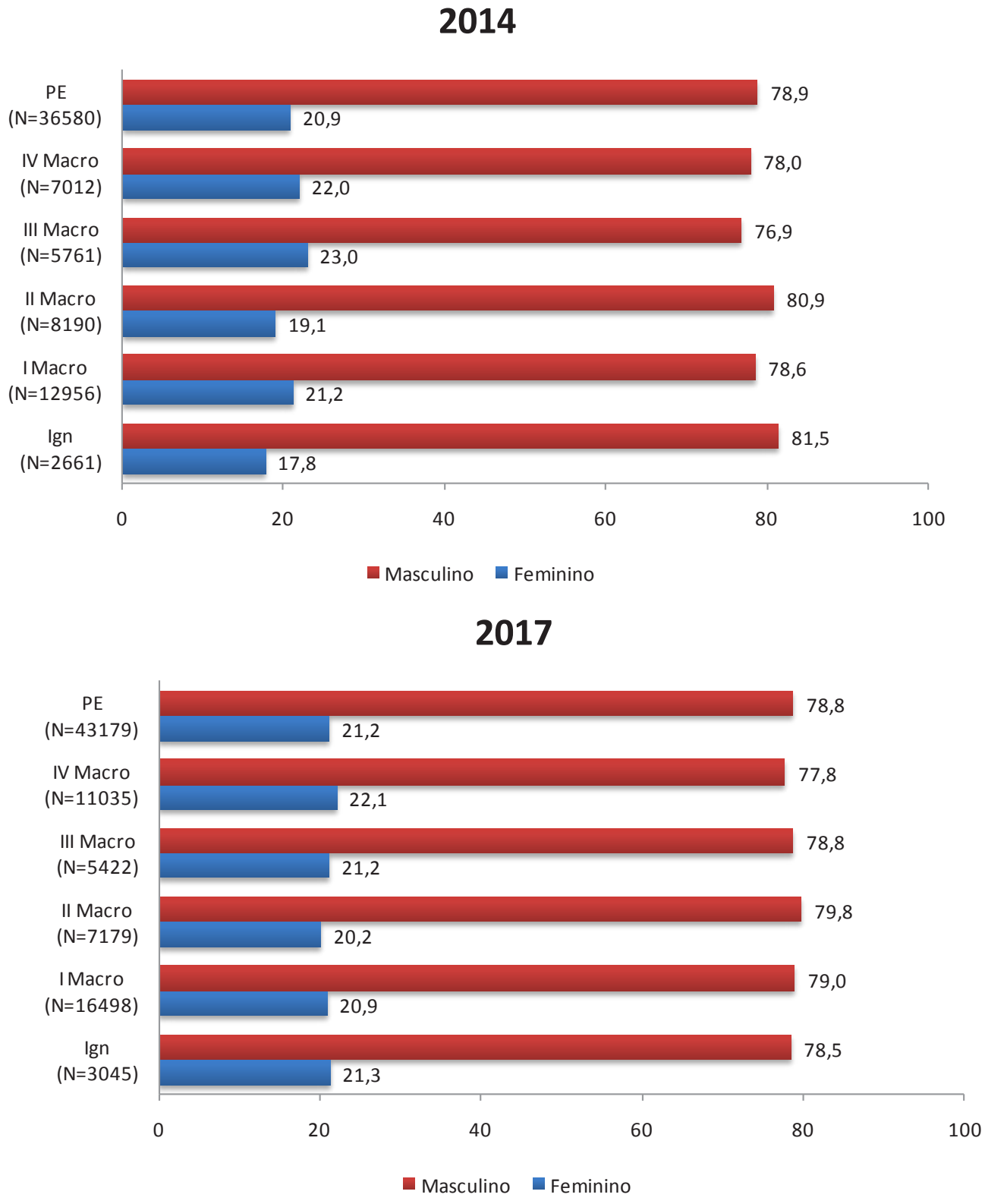


Fonte: Sinatt/SEVS/SES-PE. Dados captados em 26/03/2019, sujeitos à alteração.

As vítimas de ATT mais frequentemente notificadas no estado, em 2014 e 2017 (78,9% e 78,8%, respectivamente), foram do sexo masculino (razão de sexo de 3/1) (Gráfico 53). A faixa etária de maior

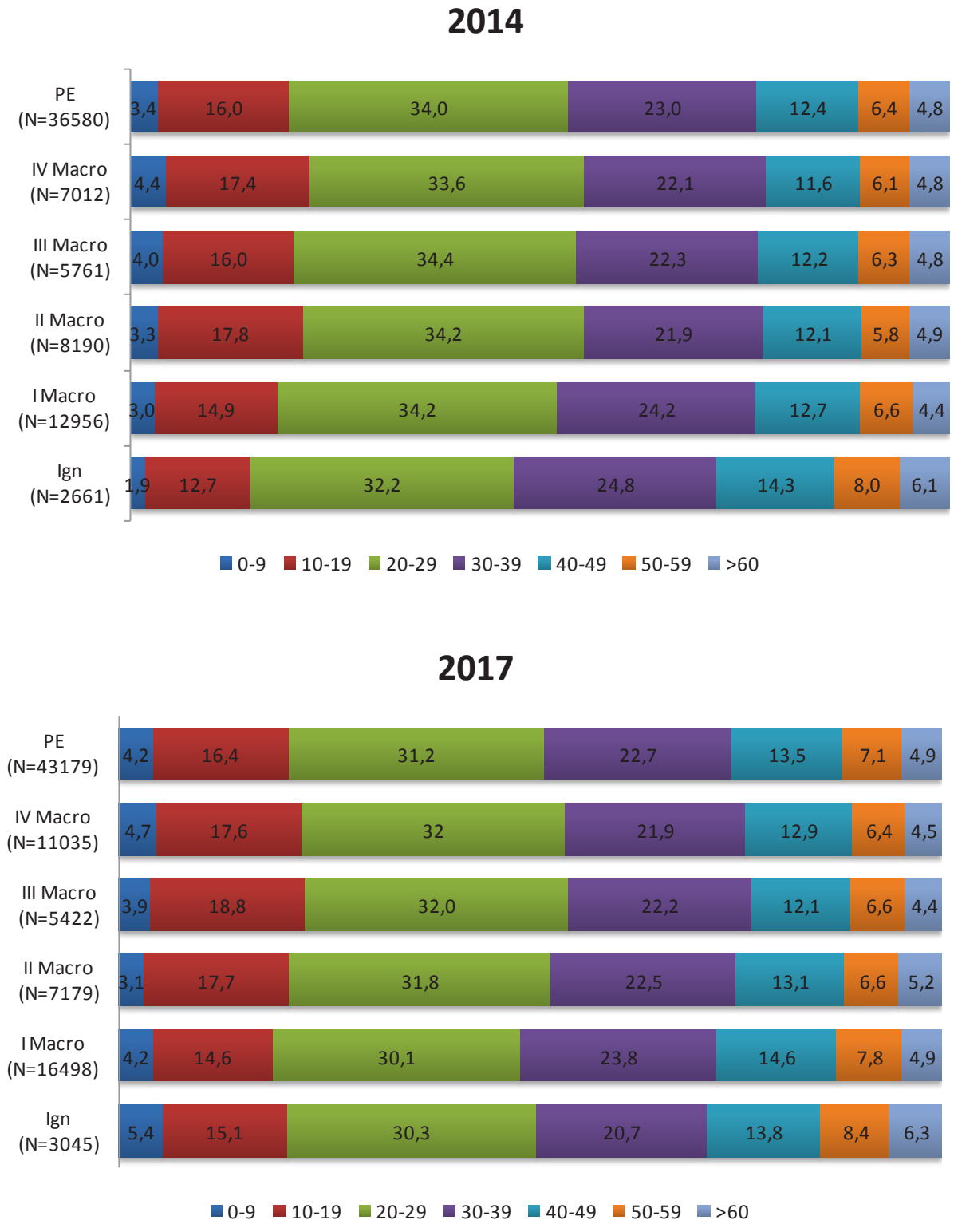
concentração de casos foi de 20 a 39 anos, com 57,0% em 2014 e 53,9% em 2017 (Gráfico 54). Na análise por Macrorregiões de Saúde, as variáveis sexo e faixa etária seguiram o perfil do Estado.

Gráfico 53. Proporção de vítimas de ATT notificadas nas 17 USIATT segundo sexo e Macrorregião de Saúde de ocorrência do acidente. Pernambuco, 2014-2017.



Fonte: Sinatt/SEVS/SES-PE. Dados captados em 26/03/2019, sujeitos à alteração.

Gráfico 54. Proporção de vítimas de ATT notificadas nas 17 USIATT segundo faixa etária e Macrorregião de Saúde. Pernambuco, 2014-2017.



Fonte: Sinatt/SEVS/SES-PE. Dados captados em 26/03/2019, sujeitos à alteração.

Quanto à morbidade por violências, a análise dos casos notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), de obrigatoriedade em todos os serviços de saúde a partir de 2011, evidenciou um total de 7.292 residentes de Pernambuco vítimas de violência interpessoal e/ou autoprovocada,

a maioria do sexo feminino, predominantemente na faixa etária de 20 a 39 anos. Todas as Macrorregiões de Saúde seguiram a tendência estadual (Quadro 6).

Quando analisado apenas o sexo masculino, observou-se que, no estado, a faixa etária de 20 a 39 anos predominou entre os casos notificados, acompanhadas pelas Macrorregiões de Saúde I e III; enquanto os casos notificados nas II e a IV Macrorregiões concentraram-se na faixa de 10 a 19 anos. É importante salientar que os eventos de violência urbana em homens de 20 a 59 anos não são objeto de notificação compulsória no SINAN, salvaguardado os casos em que estes façam parte de algum grupo prioritário (criança, adolescente, idoso, pessoa com deficiência, indígena e/ou população LGBT) (Quadro 07).

Em 2017, foram notificados 16.468 residentes de Pernambuco e quando comparado a 2011, percebe-se que, no cenário estadual, as principais notificações foram também em mulheres, sobretudo na faixa dos 20 a 39 anos. Visualizou-se que todas as Macrorregiões de Saúde apresentaram também este panorama. Entre os homens, a faixa etária com mais vítimas notificadas no Estado foi a de 0 a 9 anos (Quadro 07).

Quadro 7. Proporção dos casos de violência interpessoal/autoprovocada de residentes em Pernambuco notificados no Sinan segundo faixa etária e sexo das vítimas, por Macrorregião de Saúde. Pernambuco, 2011-2017.

Faixa etária	2011									
	I Macro		II Macro		III Macro		IV Macro		Pernambuco	
	M (n=1772)	F (n=3321)	M (n=186)	F (n=377)	M (n=164)	F (n=240)	M (n=89)	F (n=1143)	M (n=2211)	F (n=5081)
0-9	29,8	17,5	23,1	8,0	18,9	10,4	30,3	4,5	28,5	13,5
10 a 19	24,4	24,4	48,3	24,9	22,6	25,8	31,5	13,0	26,5	21,9
20 a 39	30,4	42,3	8,1	50,4	46,3	47,1	22,5	62,8	29,4	47,8
40 a 59	10,2	11,7	6,5	12,5	7,3	12,1	6,7	17,3	9,5	13,1
≥60	5,2	4,1	14,0	4,2	4,9	4,6	9,0	2,4	6,1	3,7
Faixa etária	**2017**									
	I Macro		II Macro		III Macro		IV Macro		Pernambuco	
	M (n=3447)	F (n=6827)	M (n=538)	F (n=1420)	M (n=294)	F (n=605)	M (n=1087)	F (n=2250)	M (n=5366)	F (n=11102)
0-9	38,4	18,7	23,6	10,7	5,1	4,8	30,0	12,9	33,5	15,8
10 a 19	33,2	22,9	36,4	23,1	20,1	22,3	19,1	22,1	29,9	22,7
20 a 39	14,8	39,0	21,4	43,6	52,7	58,9	22,6	32,5	19,1	39,3
40 a 59	5,8	15,2	8,9	16,1	14,3	11,7	7,6	9,3	6,9	13,9
≥60	7,8	4,2	9,7	6,5	7,8	2,3	20,7	23,2	10,6	8,3

Fonte: Sinan/SEVS/SES-PE. Dados captados em 01/04/2019, sujeitos à alteração.

Ressalta-se que, de forma geral, por caso notificado foram registrados mais de um tipo de violência; portanto o somatório das proporções pode não totalizar 100%. Comparando-se 2011 e 2017, observa-se que, no último ano estudado, a categoria "outras violências", na qual, por definição, são notificados os casos de automutilações e tentativas de suicídio, tornaram-se expressivas no cenário estadual. Houve também

redução da proporção dos casos de violência sexual em comparação aos outros tipos (Quadro 08).

Na faixa etária de 0 a 9 anos, os casos de violência que prevaleceram em Pernambuco, em 2011, foram negligência, violência física e sexual. Em 2017, o cenário foi semelhante, exceto pelo fato de a violência sexual ter sido superada pela violência psicológica. As faixas etárias que compreendem de 20 a 39 e de 40 a 59 anos apresentaram, em 2011, os mesmos tipos de violência (física, psicológica e sexual) e, em 2017, apesar da violência física e psicológica permanecerem como principais, foi acrescido a este rol as tentativas de suicídio e automutilações (outras violências). Não houve modificações nos tipos de violência mais recorrentes nos grupos etários de 10 a 19 e ≥ 60 anos (Quadro 08).

Na análise das Macrorregiões de Saúde, destaca-se que nas I e IV Macrorregiões o grupo de outras violências só figurou entre os principais tipos de violência em 2017. No ano de 2011, a II Macrorregião foi a única que na faixa etária de 0 a 9 anos a violência sexual não apareceu entre os três primeiros lugares. A III Macrorregião foi a única em que a tortura apareceu entre os principais tipos de violência, e também somente nela a negligência na pessoa idosa esteve ausente do *ranking* no ano de 2017 (Quadro 08).

Quadro 8. Proporção dos principais tipos de violência* por faixa etária segundo Macrorregião de Saúde. Pernambuco, 2011 e 2017.

	2011			2017		
0 a 9	Negligência 55,6	Física 26,3	Sexual 20,9	Negligência 70,6	Física 18,0	Psicológica 8,5
10 a 19	Física 59,5	Sexual 27,1	Psicológica 21,1	Física 55,3	Sexual 19,2	Psicológica 14,6
20 a 39	Física 76,9	Psicológica 35,2	Sexual 8,2	Física 72,1	Psicológica 27,5	Outras Violências 11,6
40 a 59	Física 76,1	Psicológica 37,6	Sexual 7,0	Física 67,8	Psicológica 31,1	Outras Violências 14,6
≥60	Física 52,9	Negligência 40,2	Psicológica 23,5	Negligência 56,0	Física 30,9	Psicológica 9,5
Faixa etária	**I Macro**					
	2011			**2017**		
0 a 9	Negligência 59,2	Física 23,3	Sexual 21,0	Negligência 76,5	Física 12,8	Sexual 7,5
10 a 19	Física 53,6	Sexual 31,4	Psicológica 18,7	Física 54,0	Sexual 20,1	Negligência 15,4
20 a 39	Física 83,5	Psicológica 24,1	Sexual 11,3	Física 68,4	Psicológica 25,8	Sexual 13,8
40 a 59	Física 82,5	Psicológica 30,5	Sexual 9,5	Física 66,9	Psicológica 32,4	Outras Violências 14,1
≥60	Negligência 51,1	Física 45,8	Psicológica 20,7	Física 42,3	Negligência 31,2	Psicológica 12,1
Faixa etária	**II Macro**					
	2011			**2017**		
0 a 9	Negligência 58,9	Física 38,3	Psicológica 9,6	Psicológica 50,9	Física 46,2	Negligência 24,0
10 a 19	Física 77,2	Sexual 17,4	Psicológica 6,5	Física 60,7	Psicológica 26,5	Sexual 18,9
20 a 39	Física 87,3	Psicológica 14,6	Sexual 10,2	Física 71,6	Psicológica 32,8	Outras Violências 13,3
40 a 59	Física 93,2	Sexual 5,1	Psicológica 5,1	Física 60,3	Psicológica 35,7	Outras Violências 18,0
≥60	Física 88,1	Negligência 14,3	Psicológica 2,4 Outras Violências 2,4	Física 50,0	Psicológica 28,5	Negligência 27,8

Faixa etária	III Macro					
	2011			2017		
0 a 9	Física 48,2	Negligência 30,4	Sexual 14,3	Física 52,3	Física 52,3	Negligência 27,3 Sexual 27,3 Psicológica 27,3
10 a 19	Física 79,8	Psicológica 17,2	Sexual 11,1	Física 71,6	Psicológica 24,2	Sexual 12,4
20 a 39	Física 81,5	Psicológica 15,9	Outras Violências 2,6	Física 86,3	Psicológica 27,8	Tortura 4,11
40 a 59	Física 80,5	Psicológica 22,0	Tortura 4,9	Física 90,3	Psicológica 28,3	Outras Violências 2,65
≥60	Física 73,7	Negligência 21,1	Psicológica 15,8	Física 81,1	Psicológica 18,9	Tortura 8,11
Faixa etária	**IV Macro**					
	2011			2017		
0 a 9	Física 42,3	Sexual 38,5	Psicológica 37,2	Negligência 69,9	Física 25,0	Sexual 8,8
10 a 19	Física 70,6	Psicológica 55,4	Sexual 15,8	Física 51,5	Outras Violências:23,8	Sexual 18,0
20 a 39	Psicológica 75,1	Física 55,6	Sexual 1,2	Física 76,8	Psicológica 28,9	Outras Violências 14,6
40 a 59	Psicológica 70,1	Física 52,5	Sexual 2,0	Física 69,6	Psicológica 22,5	Outras Violências 18,4
≥60	Psicológica 71,4	Física 45,7	Negligência 11,4	Negligência 82,6	Física 16,2	Psicológica 3,3

Fonte: Sinan/SEVS/SES-PE. Dados captados em 01/04/2019, sujeitos à alteração.

3.1.2.5.17 Vigilância em Saúde do Trabalhador

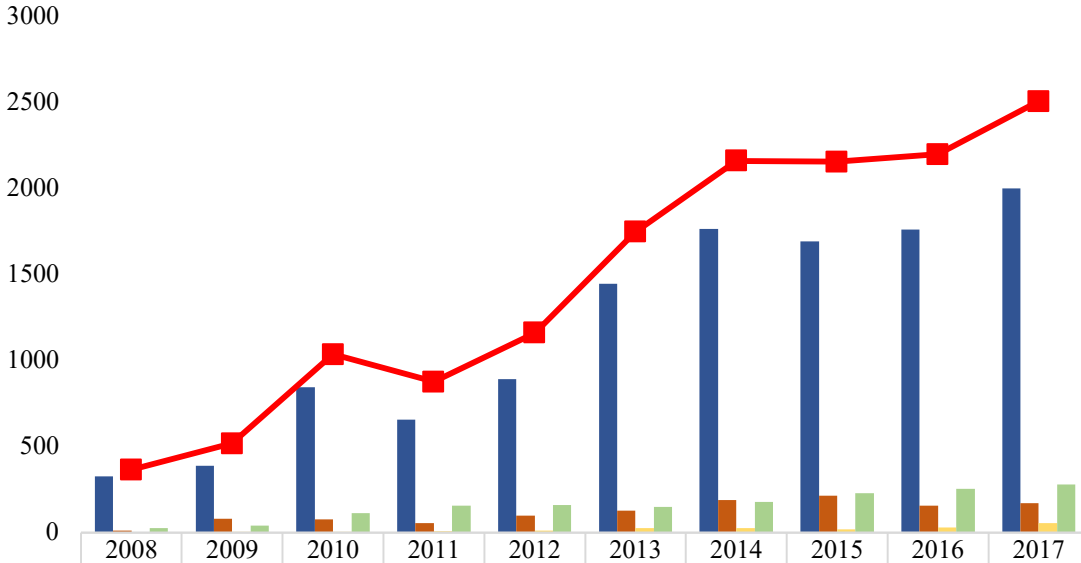
A configuração contemporânea do trabalho ampliou significativamente a diversidade dos setores produtivos, potencializou mudanças na divisão internacional do trabalho e inseriu de forma heterogênea os trabalhadores em diversos ramos. Com isso a precarização social do trabalho passou a ser traço marcante, podendo gerar condições inseguras que interferem no risco de acidentes e de adoecimento dos trabalhadores. O estado de Pernambuco destaca-se pela diversificação de atividades econômicas, onde cada atividade desenvolvida agrega um conjunto de elementos econômicos e sociais que apresentam relação direta com o perfil de morbimortalidade dos trabalhadores destes territórios.

Entre os anos de 2008 a 2017, foram notificados no estado 27.420 casos de doenças e agravos relacionados ao trabalho, dentre agravos de notificação universal (Acidentes de trabalho graves, Acidente de trabalho com exposição a material biológico e a Intoxicação Exógena) e doenças de notificação sentinela (Câncer relacionado ao trabalho, Dermatose ocupacional, Lesões por Esforços Repetitivos/Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho (LER/DORT), Perda Auditiva Induzida por Ruído (PAIR), Pneumoconioses e os Transtornos Mentais Relacionados ao Trabalho).

Os Acidentes de trabalho com exposição a material biológico registraram um acumulado de 14.736 casos notificados no estado de Pernambuco de 2008 a 2017, sendo aproximadamente 80% desses registrados na I Macrorregional de Saúde, com um acumulado de 11.777 notificações, tendo um aumento no número de notificações na I Região de Saúde nesse período. A III Macrorregional apresenta o menor número de

notificações desse agravo, concentrando apenas 1,3% do total de casos registrados no estado, com apenas 185 notificações nos anos analisados. Dentre as Macrorregiões de Saúde a I apresentou um aumento nas notificações, isso se apresenta por ter em seu território a unidade de referência estadual para esse tipo de acidentes, o Hospital Correia Picanço (Gráfico 55).

Gráfico 55. Número de casos de acidente com exposição a material biológico, por Macrorregião de Saúde. Pernambuco, 2008 a 2017.



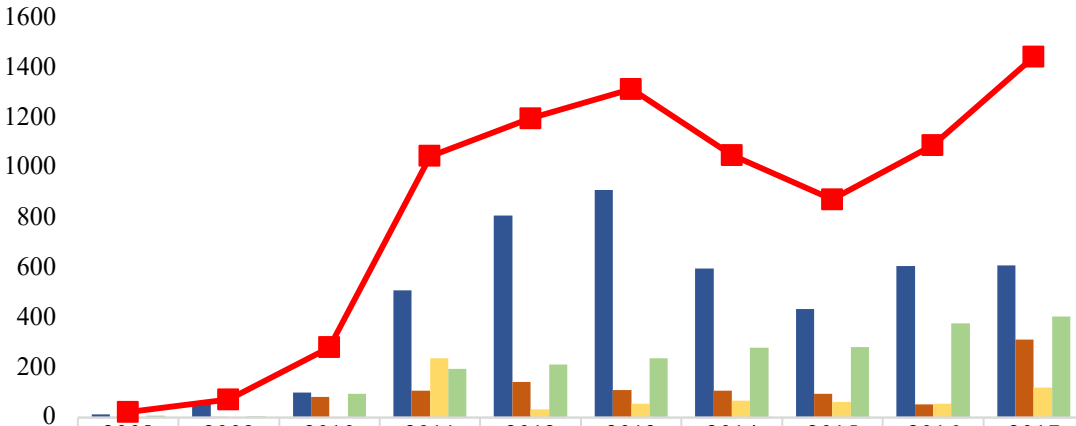
	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
I Macrorregião	327	390	845	658	891	1446	1766	1693	1761	2000
II Macrorregião	12	82	76	56	99	129	190	215	156	172
III Macrorregião	2	5	4	7	13	25	26	19	29	55
IV Macrorregião	25	42	112	156	159	149	180	229	254	281
Pernambuco	366	519	1037	877	1162	1749	2162	2156	2200	2508

Fonte: Sinan/SES-PE. 03/04/2019. Dados sujeitos a alterações.

Para os acidentes de trabalho graves em Pernambuco, no período analisado, foram notificados 8.381 casos, entre os anos de 2008 e 2017, tendo a I Macrorregião os maiores registros durante todo o período seguido pela IV Macrorregião. Observa-se que o ano de 2017 apresentou a maior quantidade de notificações de acidentes de trabalho graves, com incremento significativo das II e III Macrorregiões, o que pode ser atribuído à intensificação das ações na busca ativa dos casos desse agravo e às formações para as equipes de vigilância que abrangeram toda a rede de saúde do estado, dentre outras atividades (gráfico 56).

Na I Macrorregião de Saúde ocorreram 4.641 casos de acidentes de trabalho graves no período analisado, tendo a I Região de Saúde, que abrange a Região Metropolitana do Recife, concentrado o maior número de notificações. Com relação à IV Macrorregião de Saúde o destaque no volume de notificações ficou para as VIII e IX Regiões de Saúde, com 42,8% e 33,6% das notificações, respectivamente. Destaca-se que ambas as Regionais de Saúde possuem dois importantes polos produtivos (fruticultor e gesseiro) na Região do Vale do São Francisco e Araripe.

Gráfico 56. Número de casos de acidentes de trabalho graves, por Macrorregião de Saúde. Pernambuco, 2008 a 2017.

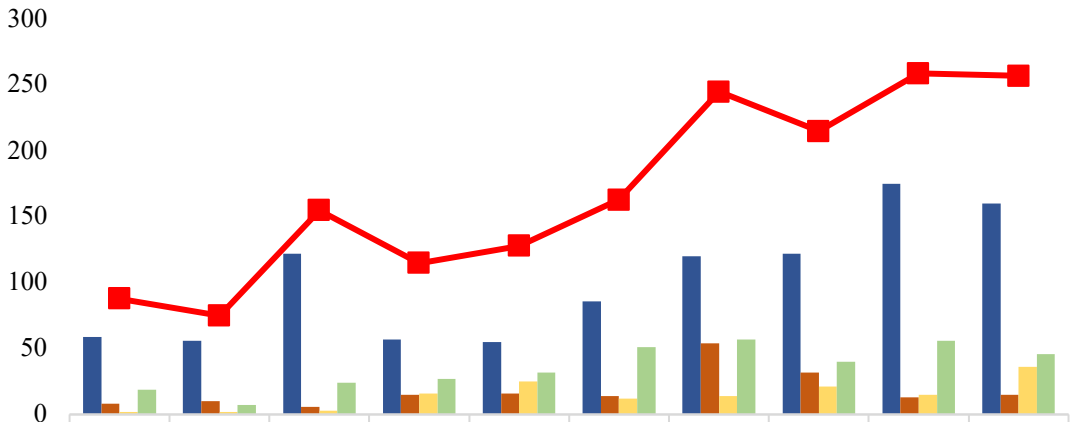


	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
I Macrorregião	12	62	99	508	808	910	595	434	605	608
II Macrorregião	2	3	83	107	142	109	108	94	53	311
III Macrorregião	0	1	4	237	34	56	67	62	54	119
IV Macrorregião	8	6	94	194	212	238	279	282	377	404
Pernambuco	22	72	280	1046	1196	1313	1049	872	1089	1442

Fonte: Sinan/SES-PE. 03/04/2019. Dados sujeitos a alterações

A respeito das Intoxicações Exógenas, todos os agravos provocados por substâncias químicas, no âmbito da saúde do trabalhador, destacam-se as exposições relacionadas à atividade ocupacional do trabalhador, principalmente aquelas relacionadas à atividade agrícola. Considerando o perfil produtivo desenvolvido no estado, na área de abrangência da I Macrorregião concentra-se o maior volume das notificações ao longo dos anos (n=1.012) quando comparado ao volume de notificações total do estado (n=1.700). Destaca-se também que a I Macrorregião apresenta uma tendência de aumento no número de casos notificados, principalmente a partir do ano 2013 (Gráfico 57). Nas demais Macrorregiões, há um destaque para a III Macrorregião onde houve aumento no número das notificações desde 2016. Destaca-se também na IV Macrorregião as notificações realizadas na VIII Região de Saúde com 69% dos casos, fato de grande importância visto que a mesma se localiza no Vale do São Francisco, onde se encontra o polo hortifruticultor havendo uma quantidade considerável de trabalhadores expostos aos agrotóxicos agrícolas.

Gráfico 57. Número de casos de Intoxicação Exógena relacionado ao trabalho por Macrorregião de Saúde e ano de notificação. Pernambuco, 2008 a 2017.

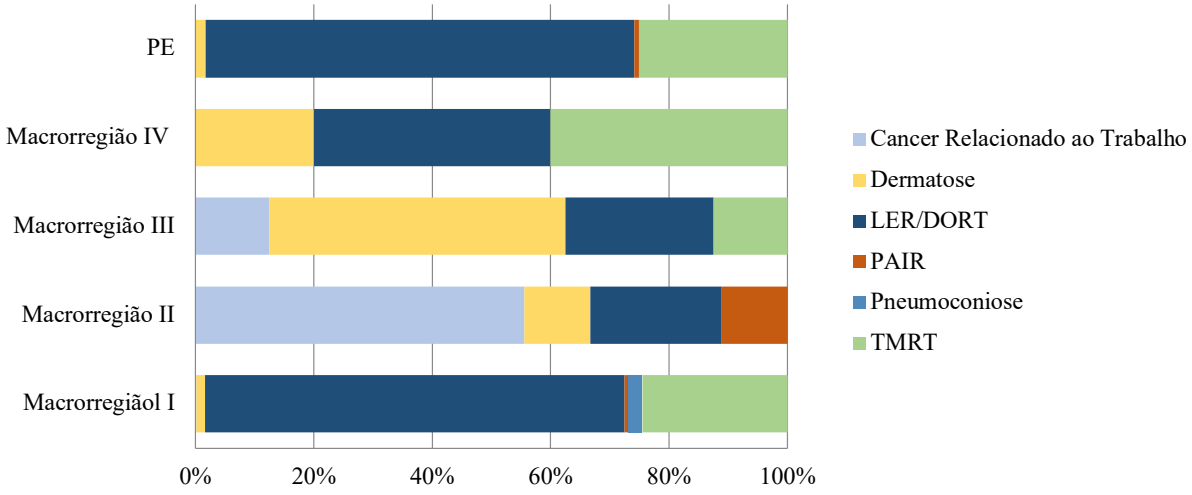


	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
I Macrorregião	59	56	122	57	55	86	120	122	175	160
II Macrorregião	8	10	6	15	16	14	54	32	13	15
III Macrorregião	2	2	3	16	25	12	14	21	15	36
IV Macrorregião	19	7	24	27	32	51	57	40	56	46
Pernambuco	88	75	155	115	128	163	245	215	259	257

Fonte: SINAN/SES-PE. 03/04/2019. Dados sujeitos a alterações

Nos casos de doenças relacionadas ao trabalho com notificação em unidade sentinela (Gráfico 58), chama a atenção o grande volume de notificação das doenças sentinelas com destaque para LER/DORT na I Região de Saúde, com 71% do total das notificações (n=2603), seguido dos Transtornos Mentais Relacionados ao Trabalho, com 24,3% dos casos. Tais valores se justificam devido à maioria dos equipamentos de saúde de média e alta complexidade estarem localizadas nessa regional, bem como a presença de unidades assistenciais especializadas para a saúde do trabalhador.

Gráfico 58. Número de casos de doenças relacionadas ao trabalho por Macrorregião de Saúde. Pernambuco, 2008-2017.



Fonte: Sinan/SES-PE. 03/04/2019. Dados sujeitos a alterações

3.1.2.6 Mortalidade

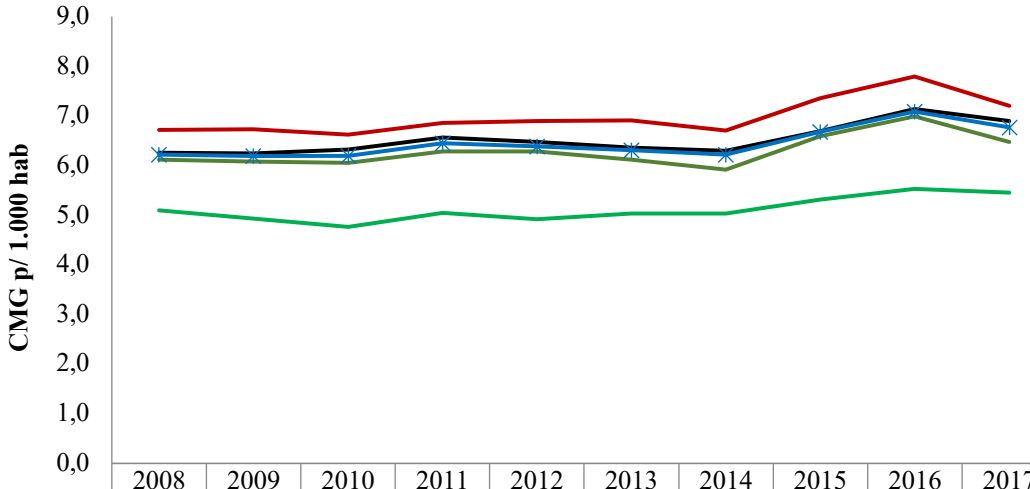
As informações sobre mortalidade são provenientes do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), cujo instrumento base para coleta de dados é a Declaração de Óbito (DO), padronizada pelo Ministério da Saúde, e que também serve de base para lavratura da Certidão de Óbito pelo Cartório de Registro Civil (Portaria 116/2009). Os dados de óbitos são utilizados para conhecer a situação de saúde da população e gerar ações visando sua melhoria.

3.1.2.6.1 Mortalidade Geral

O Coeficiente de Mortalidade Geral (CMG) expressa à intensidade com a qual a mortalidade atua sobre uma determinada população. Taxas elevadas podem estar associadas a baixas condições socioeconômicas ou refletir elevada proporção de pessoas idosas na população total (Ripsa, 2008).

O CMG de Pernambuco e das macrorregiões de saúde de abrangência mostrou discretas variações entre os anos de 2008 e 2014. Em 2015, as I, II e III Macrorregiões de Saúde apresentaram aumento do CMG, especialmente nas II e III, o comportamento que se manteve em 2016. Este período coincide com a tríplice epidemia de arboviroses ocorrida no estado, que mostrou frequência elevada nessas macrorregiões. Em 2017, esse indicador mostrou redução nas I, II e III Macrorregiões. Chama atenção os valores do CMG na IV macrorregião de saúde, inferiores aos obtidos nas demais macrorregiões e no estado em todos os períodos, indicando possíveis problemas de captação de óbitos pelo SIM (Gráfico 59).

Gráfico 59. Coeficiente de Mortalidade Geral (CMG) por 1.000 habitantes. Pernambuco e suas Macrorregiões de Saúde, 2008 a 2017*.



	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
I MACRORREGIÃO	6,3	6,2	6,3	6,6	6,5	6,4	6,3	6,7	7,1	6,9
II MACRORREGIÃO	6,7	6,7	6,6	6,9	6,9	6,9	6,7	7,4	7,8	7,2
III MACRORREGIÃO	6,1	6,1	6,1	6,3	6,3	6,1	5,9	6,6	7,0	6,5
IV MACRORREGIÃO	5,1	4,9	4,8	5,0	4,9	5,0	5,0	5,3	5,5	5,5
PERNAMBUCO	6,2	6,2	6,2	6,4	6,4	6,3	6,2	6,7	7,1	6,8

*Dados sujeitos à alteração, captados em 01/03/2019.
Fonte: SIM/GVEV/DG-IAEVE/SEVS/SES-PE.

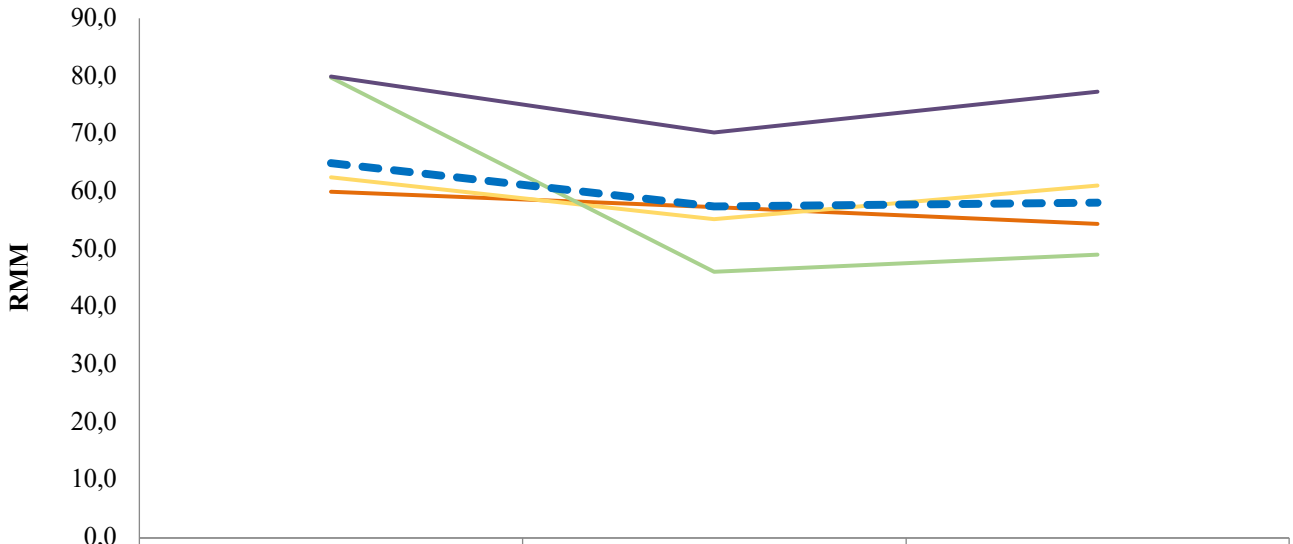
3.1.2.6.2 Mortalidade Materna

A razão de mortalidade materna (RMM) estima o risco de morte de uma mulher em idade fértil (MIF), a cada 100.000 NV, devido a causas ligadas à gravidez, ao parto e ao puerpério em até 42 dias após o término da gestação, (óbitos maternos precoces).

Em Pernambuco, a RMM mostrou uma redução de 9,0% entre o primeiro (2009-2011) e último (2015-2017) triênios analisados. Entre as Macrorregiões de Saúde, destaca-se a IV, que obteve a RMM mais elevada em todos os períodos quando comparada ao estado (Gráfico 60).

As II e III macrorregiões apresentaram maiores variações do indicador no período (Gráfico 60). Tais instabilidades podem relacionar-se à subnotificação da mortalidade materna ao SIM e/ou subnotificação de nascidos vivos no SINASC. Saliente-se que em 2016, Pernambuco mostrou uma redução no número de nascidos vivos com possíveis repercussões sobre a RMM.

Gráfico 60. Distribuição da Razão de Mortalidade Materna (RMM) por 100.000 nascidos vivos. Macrorregiões de saúde, Pernambuco, triênios 2009-2011, 2012-2014 e 2015-2017*.



	2009-2011	2012-2014	2015-2017
I	60,0	57,3	54,4
II	62,5	55,2	61,1
III	79,7	46,1	49,1
IV	79,9	70,2	77,3
PE	64,9	57,4	58,0

*Dados sujeitos à alteração, captados em 01/03/2019.
Fonte: SIM/GVEV/DG-IAEVE/SEVS/SES-PE.

3.1.2.6.3 Mortalidade proporcional por grupo causa

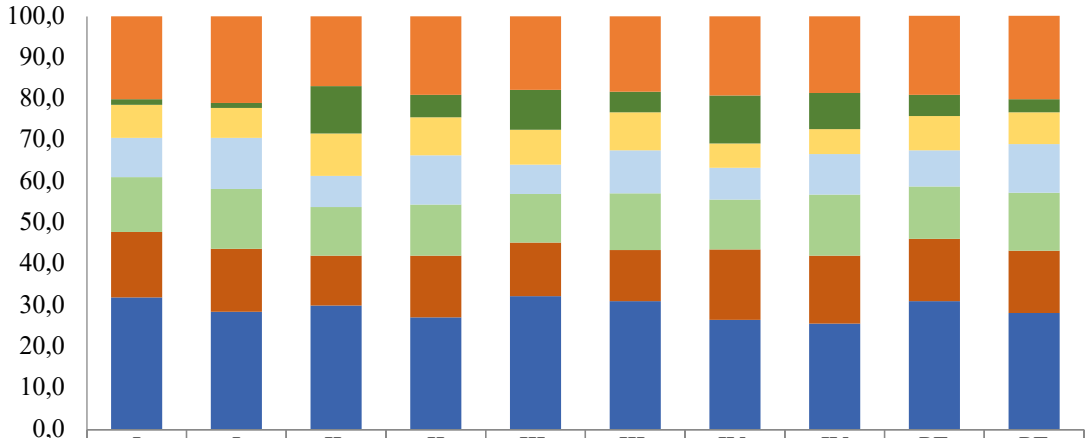
As doenças do aparelho circulatório situaram-se como as principais causas de óbito em Pernambuco em 2008 (31,1%) e 2017 (28,2%), com redução de 9,4% no período. As causas externas e neoplasias, segunda e terceira causas de óbito no estado, mostraram aumento de 0,8% e 10,7%, respectivamente, no

período analisado. Destaca-se o aumento das doenças do aparelho respiratório, que passou de 8,8%, em 2008, para 11,8%, em 2017 (incremento de 34,8%). Por outro lado, houve redução de 49% das causas de óbito mal definidas, que passou de 5,2% (2008) para 3,1% (2017) (Gráfico 61).

A mortalidade proporcional por grupos de causas nas Macrorregiões de Saúde apresentou comportamento semelhante ao estado. No entanto, diferenciais foram observados na III macrorregião, onde as neoplasias ocuparam a segunda causa de óbito em 2017 (13,7%). Houve aumento das causas externas na II macrorregião, que passou de 12,2% (2008) para 15,0% (2017) (incremento de 23,6%) e das neoplasias nas III e IV macrorregiões de saúde, com crescimento de 16,7% e 22,8%, respectivamente, entre 2008 e 2017 (Gráfico 61).

A proporção de óbitos por doenças do aparelho respiratório aumentou no estado e em todas as macrorregiões. Na II macrorregião houve aumento de 7,6% (2008) para 11,9% (2017); na III macrorregião a variação foi de 7,0% (2008) para 10,4% (2017), cujos incrementos situaram-se acima de 45%. As causas de óbito mal definidas diminuíram no estado e em todas as macrorregiões de saúde, com redução superior a 40,0% nas II, III macrorregiões e em Pernambuco (Gráfico 61).

Gráfico 61. Proporção de óbitos por grupos de causa (CID – 10). Macrorregiões de saúde, Pernambuco, 2008 e 2017.



	I 2008	I 2017	II 2008	II 2017	III 2008	III 2017	IV 2008	IV 2017	PE 2008	PE 2017
Demais causas	20,0	21,0	16,9	19,0	17,7	18,2	19,1	18,5	24,1	23,1
Causas mal definidas	1,4	1,2	11,5	5,4	9,8	5,0	11,6	8,8	5,2	3,1
Doenças endócrinas	8,0	7,3	10,2	9,1	8,4	9,3	5,9	6,0	8,3	7,7
DAR	9,5	12,3	7,6	11,9	7,0	10,4	7,7	9,8	8,8	11,8
Neoplasias	13,3	14,6	11,7	12,4	11,8	13,7	12,0	14,8	12,6	14,0
Causas externas	15,8	15,2	12,2	15,0	13,0	12,4	17,1	16,4	15,1	15,2
DAC	32,1	28,5	30,0	27,1	32,3	31,0	26,5	25,7	31,1	28,2

*Dados sujeitos à alteração, captados em 01/03/2019.
Fonte: SIM/GVEV/DG-IAEVE/SEVS/SES-PE

3.1.2.6.4 Mortalidade Infantil

A Taxa de Mortalidade Infantil (TMI) é um indicador comumente utilizado por organismos internacionais para acompanhar os avanços das condições básicas de saúde dos países em desenvolvimento, haja vista que tem um peso significante na expectativa de vida ao nascer. Representa o número de óbitos de crianças menores de um ano de idade, por mil nascidos vivos, na população residente de um determinado ente federativo, em determinado ano (SOUSA; LEITE FILHO, 2008).

A TMI reflete, de uma maneira geral, as condições de desenvolvimento socioeconômico e infraestrutura ambiental, bem como o acesso e a qualidade dos recursos disponíveis para atenção à saúde materna e da população infantil; expressa um conjunto de causas de morte cuja composição é diferenciada entre os subgrupos de idade. Na mortalidade infantil existem três componentes etários: o neonatal precoce (0 a 06 dias), neonatal tardio (07 a 27 dias) e pós-neonatal (28 a 364 dias) (RIPSA, 2008).

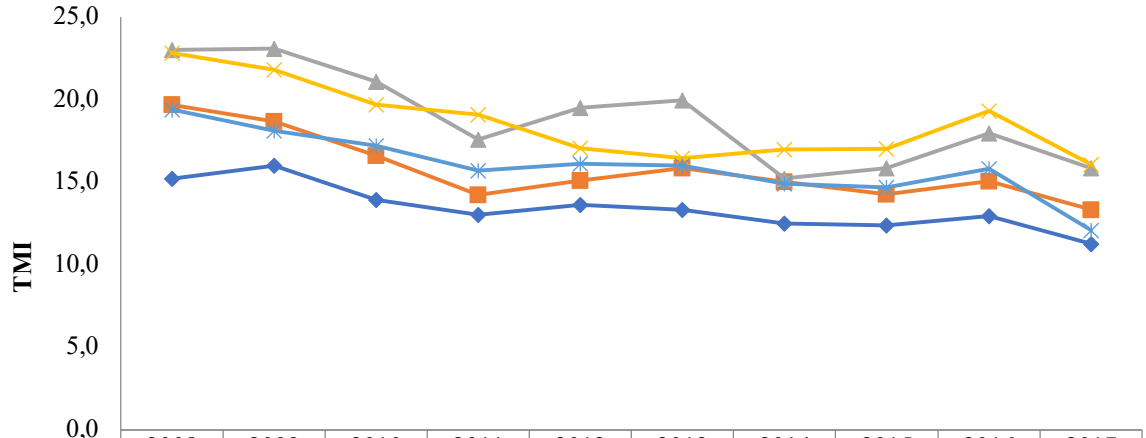
Há consistente tendência de redução da mortalidade infantil em todas as regiões brasileiras, o que reflete a melhoria nas condições de vida, o declínio da fecundidade e o efeito de intervenções públicas nas áreas de saúde, saneamento e educação da mãe, entre outros aspectos. Contudo, mesmo diante desse cenário, o Brasil ainda apresenta uma elevada taxa de mortalidade, sobretudo na região Nordeste (SILVA, 2015; AQUINO; OLIVEIRA; BARRTETO, 2009).

Em Pernambuco, a TMI passou de 19,4 óbitos infantis para cada mil nascidos vivos, em 2008, para 12,1, em 2017. Isso representa uma redução de 37,6% no coeficiente de mortalidade para faixa etária menor do que um ano, entre os anos de 2008-2017 (gráfico 62).

Nesse decênio, houve também o declínio nas TMI em todas as macrorregiões de saúde de Pernambuco, sendo a maior variação percentual no coeficiente atribuído a II macrorregião, com redução de 32,5%, passando de 19,7 óbitos infantis/1000 NV em 2008, para 13,3 em 2017. A menor variação percentual no coeficiente ocorreu na I macrorregião, com redução de 25,7%, saindo de 15,2 óbitos infantis/1000 NV em 2008, para 11,3 em 2017 (Gráfico 62).

Mesmo com a menor redução percentual no decênio, a I macrorregião foi a única que manteve a TMI abaixo da observada para o estado de Pernambuco durante todo o decênio. Apenas as TMI das III e IV macrorregiões, foram maiores do que a observada para Pernambuco nesse período. Saliente-se que entre 2015 e 2016, Pernambuco e todas as suas macrorregiões de saúde mostraram aumento na TMI, com redução entre 2016 e 2017 (Gráfico 62).

Gráfico 62. Taxa de Mortalidade Infantil (TMI). Pernambuco, macrorregiões de saúde, 2008 a 2017*.



	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
I Macrorregião	15,2	16,0	13,9	13,0	13,6	13,3	12,5	12,4	12,9	11,3
II Macrorregião	19,7	18,7	16,6	14,2	15,1	15,9	15,0	14,3	15,1	13,3
III Macrorregião	23,0	23,1	21,1	17,6	19,5	20,0	15,2	15,8	18,0	15,8
IV Macrorregião	22,8	21,8	19,7	19,1	17,0	16,4	17,0	17,0	19,3	16,1
Pernambuco	19,4	18,1	17,2	15,7	16,1	16,0	14,9	14,7	15,8	12,1

*Dados sujeitos à alteração, captados em 01/03/2019.
Nota: Em 2017, a fonte utilizada para a TMI em PE foi a estimativa divulgada pelo IBGE .
Fonte: SIM/GVEV/DG-IAEVE/SEVS/SES-PE.

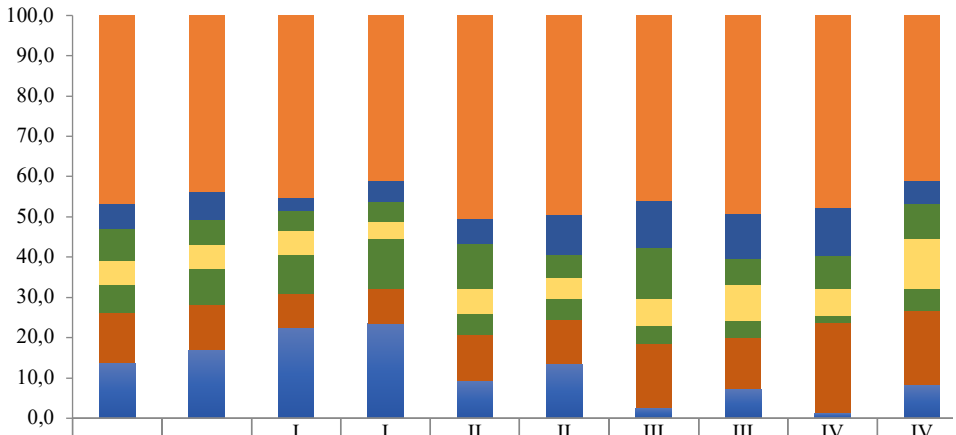
3.1.2.6.4 Mortalidade Infantil por Causas Evitáveis

Entre os grupos de causas evitáveis, o grupo de feto e recém-nascido afetados por afecções maternas apresentou maior proporção de óbitos infantis nos anos 2008 e 2017 em Pernambuco. Esse grupo de causa aumentou nas macrorregiões de saúde, com destaque para a III e IV macrorregião que passaram, respectivamente, de 2,7% (2008) para 7,4% (2017) (incremento de 172,1%), e 1,4% (2008) para 8,3% (2017) (incremento de 500,0%) (Gráfico 63).

A hipóxia intrauterina e asfixia ao nascer apresentaram maior redução nas II e III Macrorregiões de Saúde, passando, respectivamente, de 11,4% (2008) para 5,9% (2017) e de 12,6% (2008) para 6,6% (2017). A gestação de curta duração e peso baixo ao nascer foi o grupo causa evitável que apresentou maior variação no período. As I e II macrorregiões aumentaram, respectivamente, de 3,1% para 5,2% e de 6,1% para 9,7% entre 2008 e 2017. A IV Macrorregião de Saúde, por sua vez, reduziu de 11,8% (2008) para 5,6% (2017) (Gráfico 63).

Em sequência, fetos e RN afetados por complicações maternas da gravidez, foi o segundo grupo de causa evitável com maior variação na I Macrorregião de Saúde (incremento de 26,9%), passando de 9,8% (2008) para 12,5% (2017), em relação ao total de óbitos infantis residentes na macrorregião ocorridos por causas evitáveis. Ainda que os transtornos respiratórios e cardiovasculares específicos do período perinatal, tenham reduzido no estado, nas I e II macrorregiões de saúde, as III e IV mostraram aumento de 30,6% e 76,6%, respectivamente (Gráfico 63).

Gráfico 63. Proporção de óbitos infantis por causas evitáveis segundo Macrorregião de Saúde de residência da mãe. Pernambuco, 2008 e 2017*.



	PE 2008	PE 2017	I MACRO 2008	I MACRO 2017	II MACRO 2008	II MACRO 2017	III MACRO 2008	III MACRO 2017	IV MACRO 2008	IV MACRO 2017
Demais causas evitáveis	46,9	43,8	45,3	41,0	50,5	49,6	45,9	49,3	47,9	41,1
Gestação de curta duração e peso baixo ao nascer	6,2	6,9	3,1	5,2	6,1	9,7	11,7	11,0	11,8	5,6
Hipóxia intrauterina e asfixia ao nascer	7,8	6,1	5,1	5,2	11,4	5,9	12,6	6,6	8,0	8,9
Transtornos resp. e cardiovasc. específicos do período perinatal	6,2	6,1	5,8	4,0	6,1	5,1	6,8	8,8	6,9	12,2
Feto e RN afetados por complicações maternas da gravidez	6,9	8,9	9,8	12,5	5,3	5,1	4,5	4,4	1,7	5,6
Infecções específicas do período perinatal	12,2	11,1	8,4	8,5	11,4	11,0	15,8	12,5	22,2	18,3
Feto e RN afetados por afecções maternas	13,9	17,1	22,4	23,6	9,3	13,6	2,7	7,4	1,4	8,3

*Dados sujeitos à alteração, captados em 01/03/2019.
Nota: proporção dos óbitos por grupos de causas evitáveis – Razão entre número de óbitos por grupos de causa e o número de óbitos infantis evitáveis, multiplicado por 100.
Fonte: SIM/GVEV/DG-IAEVE/SEVS/SES-PE.

3.1.3 Situação de Saúde das Populações Vulneráveis

Ao considerar os determinantes sociais em saúde verifica-se que as populações do campo, da floresta e das águas são privadas do acesso a diversas questões como saneamento básico, condições de vida e trabalho e serviços sociais de saúde.

A população residente em Pernambuco na zona rural é de 1.744.238 habitantes. A mesorregião com uma maior concentração de população rural é no Sertão Pernambucano (40,7%), seguido do São Francisco Pernambucano (37,2%).

É preciso expandir a discussão sobre a ampliação de ações voltadas para essa população, visto que, são vulneráveis a diversas questões como, pobreza, mortalidade infantil, analfabetismo e restrição de acesso a bens e serviços. Segundo o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA,2015) a população extremamente pobre (6,2%) e vulnerável (64,4%) se concentra na zona rural quando comparado à população urbana em que há uma redução dos extremamente pobres (2,1%) e um aumento dos não pobres (44,6%).

Em relação à situação de saúde sabe-se que a precariedade do saneamento básico nas zonas rurais está relacionada ao maior adoecimento por doenças infecciosas e parasitárias. Além disso, verifica-se aparecimento de cânceres, desregulações endócrinas, surdez, depressão, más formações fetais e degeneração neurológica relacionadas aos riscos de acidentes de trabalho e a exposição aos agrotóxicos.

Assim, são necessárias ações que deem visibilidade a essas pessoas para que o direito à saúde seja efetivamente garantido. E, dessa forma possa estimular os serviços de saúde a serem mais sensíveis às questões relacionadas à saúde dessas pessoas promovendo melhoria da qualidade de vida dessas pessoas.

Em relação ao trabalho infantil em Pernambuco observa-se que o maior percentual de pessoas ocupadas na faixa etária de 10 a 17 anos são na agricultura, pecuária, produção florestal, pesca e aquicultura (46,1%). Esses dados merecem atenção, visto as condições de trabalho nas quais as crianças e adolescentes são expostos no campo os coloca em elevada situação de vulnerabilidade quando associado a condições de moradia e alimentação inadequada, contato com substâncias tóxicas e riscos de acidentes de trabalho.

O Estado de Pernambuco por entender que a Política de Saúde Integral da População do Campo, da Floresta e das Águas é transversal incluiu em 2018 no plano Estadual de Saúde Mental a necessidade de promover ações de prevenção e promoção para essas populações. Além da preocupação em minimizar os sofrimentos dos que estão expostos aos agrotóxicos.

Portanto, é preciso construir ações sólidas que minimizem as iniquidades do acesso a bens e serviços, atuem nas principais causas relacionadas ao adoecimento, reduzam a exposição a substâncias que causam riscos à saúde, e possam melhorar as condições de ambiente e trabalho das populações do campo, da floresta e das águas.

A população em situação de rua pode ser definida como um grupo populacional heterogêneo que possui em comum a pobreza extrema, os vínculos familiares interrompidos ou fragilizados e a inexistência de moradia convencional regular, e que utiliza logradouros públicos e as áreas degradadas como espaço de moradia e de sustento, de forma temporária ou permanente, bem como as unidades de acolhimento para pernoite temporário ou como moradia provisória.

São populações que demandam atenção especial por parte do setor saúde, tendo em vista os riscos aos quais estão expostas, como a falta de acesso a condições básicas de saneamento básico e higiene pessoal, dificuldade de acesso aos serviços de saúde, maior exposição aos diversos tipos de violência, privação alimentar, bem como uso de álcool e outras drogas.

Segundo o Senso SUAS, da Secretaria Nacional de Assistência Social, no ano de 2017 Pernambuco possuía uma população em situação de rua de 4519 pessoas. Dados mais recentes, provenientes do Visualizador de Dados Sociais mostram que em maio de 2019 havia 1743 famílias em situação de rua inscritas no Cadastro Único do Ministério do Desenvolvimento em Pernambuco. O expressivo número de pessoas nesta situação no estado demanda esforços da gestão local do SUS, a fim de oferecer uma rede de apoio e serviços adequados às necessidades destes indivíduos.

Nos últimos anos, tal população tem conquistado alguns avanços – o mais significativo foi a instituição da Política Nacional para a População em Situação de Rua e do Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento, por meio do Decreto n° 7.053, de 23 de dezembro de 2009. No âmbito da saúde também foram alcançadas algumas conquistas, como a publicação do Plano Operativo de Saúde para a População em Situação de Rua e a implantação do Programa Consultório na Rua.

No estado de Pernambuco, um marco importante para o fortalecimento do direito à saúde e cidadania desta população foi a criação do **Comitê Intersetorial de Políticas Públicas para População em Situação de Rua (CIPPSR).** Com objetivo de expandir e consolidar as estratégias da rede estadual de apoio a estas pessoas em situação de vulnerabilidade e risco, o colegiado é composto por representantes de diversas secretarias estaduais como Desenvolvimento Social, Criança e Juventude, Saúde, Educação, Justiça e Direitos Humanos, além de entidades e especialistas que possam colaborar na construção de políticas efetivas.

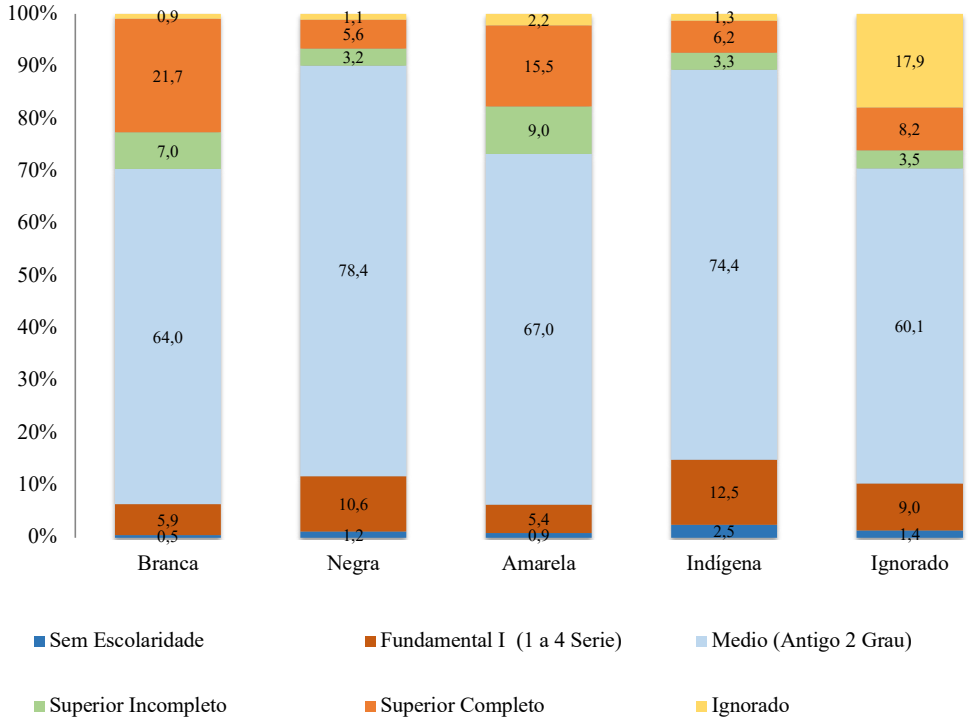
Diante do cenário apresentado, alguns desafios ficam evidentes para o campo da saúde pública, dentre os quais podemos citar a ausência de dados epidemiológicos oficiais sobre a situação de saúde/doença desta população, o que provoca dificuldades para traçar estratégias e políticas públicas específicas. Além disso, o atual panorama de degradação da situação socioeconômica do país, com potencial de aumento de indivíduos e famílias em situação de rua pode agravar o desafio nos próximos anos.

A população negra no Estado de Pernambuco corresponde a 570.795 de pretos (6,5%) e 4.864.865 (55,3%) de pardos. Em relação à renda observa-se que nos estratos de salários mais elevados o percentual de pretos e pardos é menor quando comparados aos brancos, apenas 1,4% (n=9.735) da raça preta recebe de 3 a 5 salários mínimos enquanto nos brancos esse percentual é 4,2% (n= 133.076).

Em relação às condições habitacionais verifica-se uma melhora nos últimos 15 anos, contudo, nos domicílios em assentamentos subnormais verifica-se o crescimento da vulnerabilidade, principalmente naqueles chefiados por mulheres negras. Além disso, na região Nordeste a proporção de adensamento excessivo (cômodos utilizados para dormir com mais de três pessoas em unidades habitacionais de aluguel) é maior para pessoas negras, revelando condições precárias de habitação. Assim, verifica-se que os determinantes como renda, educação e habitação, favorecem as desigualdades nessa população, e por consequência tem impacto na saúde desses usuários (IPEA, 2015).

Ao se obervar a natalidade dos pernambucanos verifica-se que percentual de nascidos vivos da raça negra corresponde a mais de 70% no estado. Ao se observar a escolaridade materna, o número de mães negras com nível superior completo é menor quando comparado às demais raças. Sabe-se esse fator pode implicar na qualidade do acesso aos serviços de saúde, visto que pessoas com maior nível de escolaridade tendem a reconhecer mais facilmente as necessidades de saúde e a buscar os serviços.

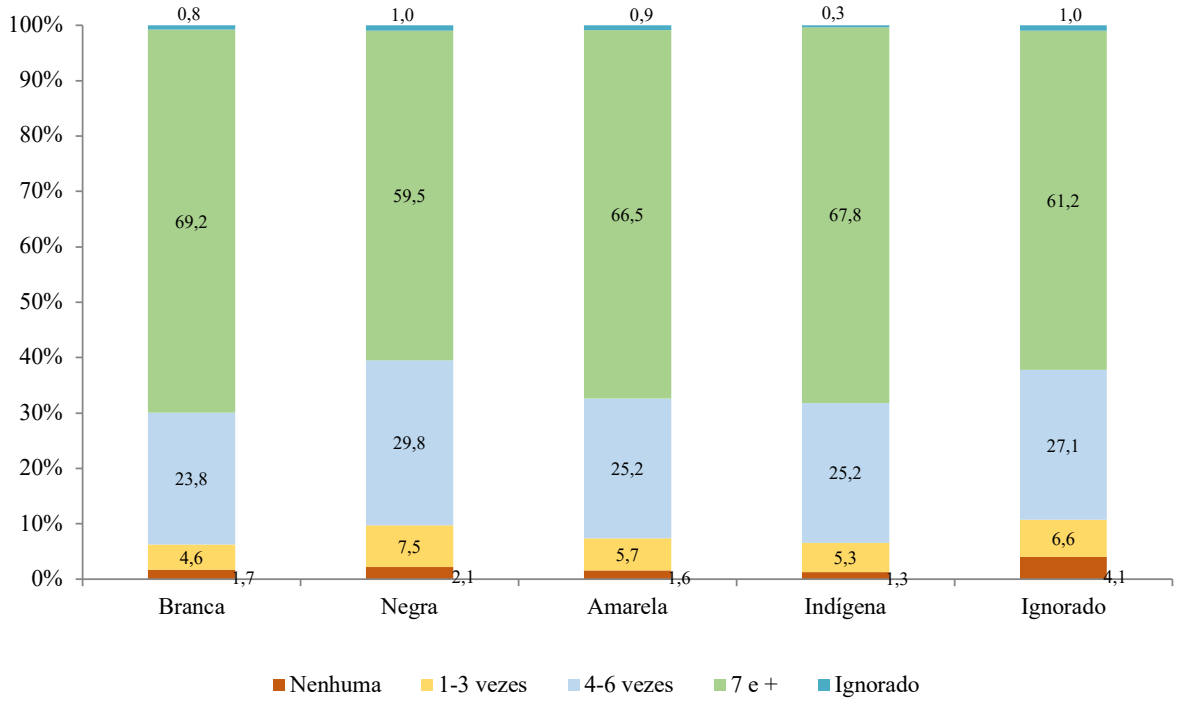
Gráfico 64. Nascidos vivos por escolaridade materna 2012-2017.



Fonte: Sinasc/GMVEV/DGIAEVE/SEVS/SES-PE

O tipo de parto mais comum entre mulheres negras é o vaginal (51,4%). No que concerne ao número de consultas no pré-natal verifica-se que os maiores percentuais estão acima do número de consultas preconizadas, contudo quando comparada as demais raças o percentual mais expressivo com a 1-3 consultas são de mulheres negras. Dessa forma, embora o acesso às consultas pré-natais tenha melhorado em todos os grupos há uma dificuldade acesso de mulheres negras ao pré-natal.

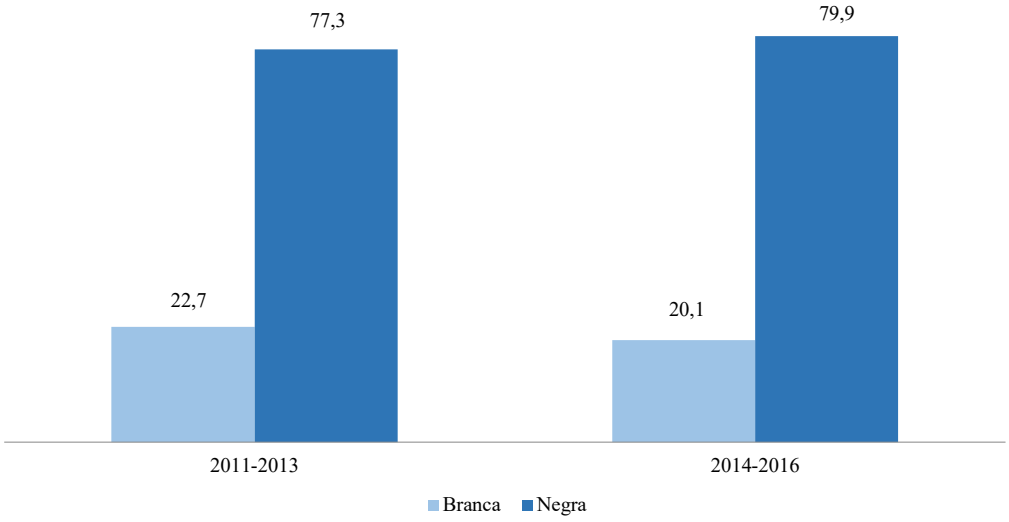
Gráfico 65. Nascidos vivos por consulta pré-natal em Pernambuco, no período de 2012-2016.



Fonte: Sinasc/GMVEV/DGIAEVE/SEVS/SES-PE

A Hanseníase é uma doença infectocontagiosa que pode provocar incapacidades, e ao analisar o perfil segundo a raça verifica-se que a predominância dessa doença no estado é em pessoas negras.

Gráfico 66. Proporção de casos novos de hanseníase segundo raça, em residentes de Pernambuco, 2011 - 2013, 2014 - 2016.

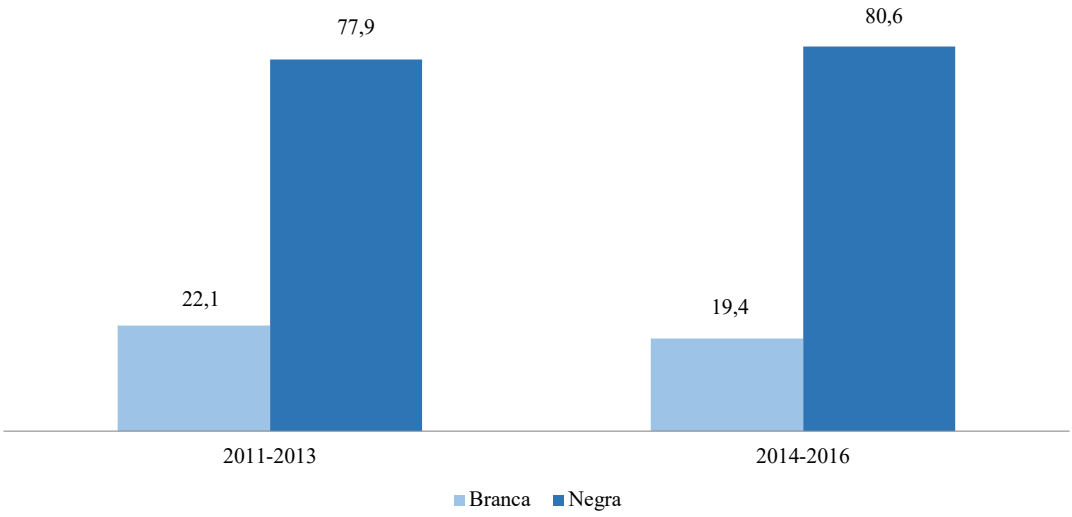


Fonte: Sinan/GIEVE/DGIAEVE/SEVS/SES-PE

No período de 2011 a 2016 a população negra apresenta os maiores percentuais de casos novos de Hanseníase com um valor superior a 70%. Essa comorbidade está relacionada à vulnerabilidade social e, portanto podem ter relação intrínseca com os determinantes sociais descritos anteriormente como condições de habitação, emprego e renda.

A população negra apresenta o maior número de casos de AIDS, em Pernambuco esta população adoeceu três vezes mais do que a população branca no período de 2011-2013. Esse número cresceu ainda mais no triênio de 2013-2016, no qual a proporção de adoecimento por AIDS passou a ser de 4,2 em comparação com a população autorreferida branca.

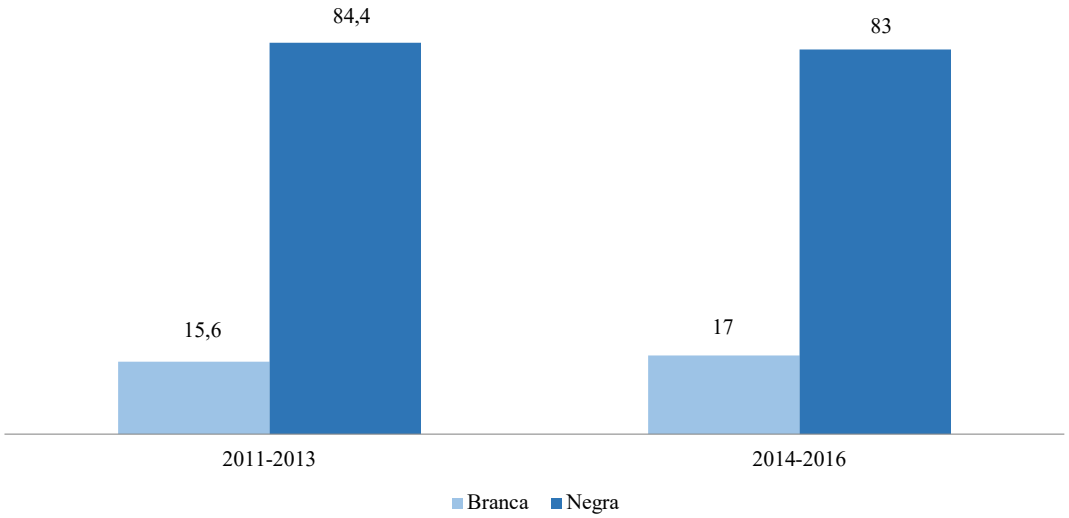
Gráfico 67. . Proporção de casos de AIDS segundo raça, em residentes de Pernambuco, 2011 - 2013, 2014-2016.



Fonte: Sinan/GIEVE/DGIAEVE/SEVS/SES-PE.

Em relação à sífilis em gestante as mulheres negras representam a maior parte dos casos. No período de 2011-2013 esse percentual foi de 84,4%, ao comparar com o acesso pré-natal com o maior observa-se que essas tem o maior percentual que realiza de 1 a 3 consultas, ou seja, inferior ao preconizado pelo Ministério da Saúde. Portanto, verifica-se a necessidade de fortalecimento da rede, através de ações conjuntas entre a Saúde Materna e a Política de Saúde da População Negra.

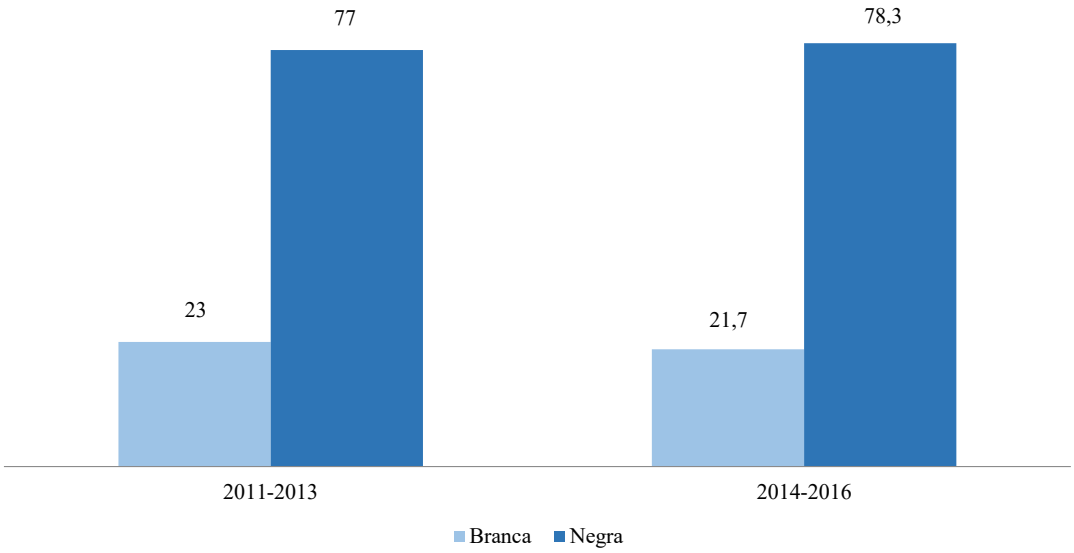
Gráfico 68. Proporção de casos de sífilis em gestante segundo raça, em residentes de Pernambuco, 2011 - 2013, 2014 – 2016.



Fonte: Sinan/GIEVE/DGIAEVE/SEVS/SES-PE

Assim como a Hanseníase outra doença do grupo das negligenciadas que aparece com impacto no número de casos na população negra é a tuberculose. Essa, por sua vez teve um aumento dos casos em pessoas negras, em 2014-2016, e redução de casos em pessoas brancas, a proporção de hanseníase na população negra passou a ser 3,6 casos.

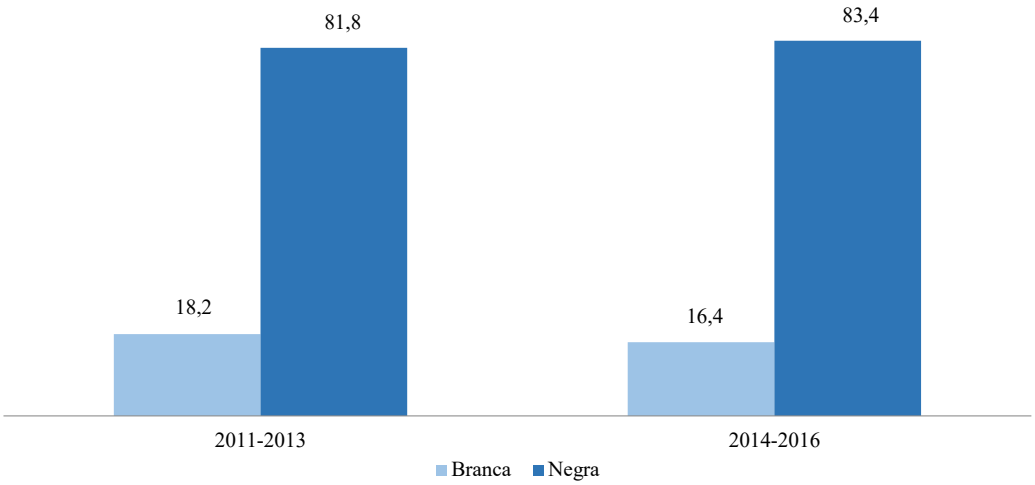
Gráfico 69. Proporção de casos novos de tuberculose segundo raça, em residentes de Pernambuco, 2011 - 2013, 2014 – 2016.



Fonte: Sinan/GIEVE/DGIAEVE/SEVS/SES-PE

Quanto à violência, a população negra é a que sofre o maior impacto, com um aumento no número de casos no período de 2014-2016 (83,6%). O racismo é ainda um fator causador de mortes entre negros no país, além da invisibilidade, a construção de uma imagem negativa do negro tem favorecido a marginalização o que se expressa nos elevados índices de homicídio no país. Essa temática necessita de constantes articulações e ações intersetoriais, visto que tem se tornado um problema de saúde pública, com um aumento de óbitos na população negra.

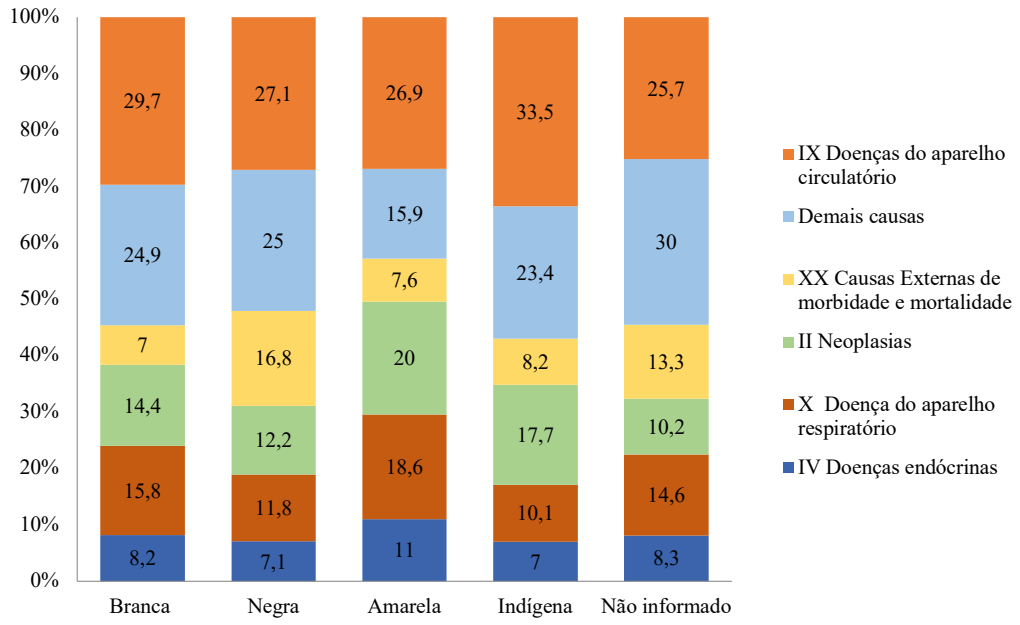
Gráfico 70. Proporção de casos de violência* segundo raça, em residentes de Pernambuco, 2011 - 2013, 2014 – 2016.



Dados sujeitos à revisão.
*Pode ser notificado mais de um tipo de violência em um mesmo caso.z
Fonte: Sinan/GIE/DGIAEVE/SEVS/SES-PE.

É possível identificar que um número expressivo de óbitos em população negra está relacionado às doenças cardiovasculares, aspecto que não foge do padrão de mortalidade geral em Pernambuco e no país. Além disso, sabe-se que algumas doenças do aparelho circulatório são mais persistentes em pessoas negras, a exemplo da Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS). Apesar de terem ocorrido mudanças no estilo de vida ao longo dos últimos 20 anos com a melhoria no controle da HAS, isso não ocorreu na mesma medida para brancos e negros. Esse aspecto pode estar relacionado ao fato de pessoas negras apresentarem níveis pressóricos mais elevados, maior dificuldade em controlá-los, e mesmo as baixas condições socioeconômicas quando comparadas as pessoas brancas (NADRUZ *et al.,* 2017).

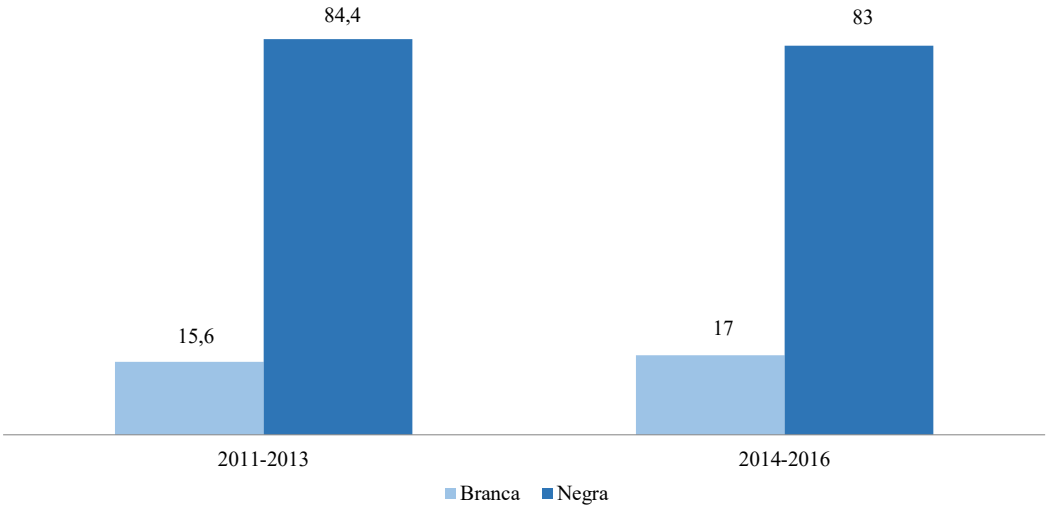
Gráfico 71. Proporção de óbitos segundo raça/cor e causa/capítulo CID 10. Pernambuco, 2016*.



Dados captados em: 14/11/2017.
*Dados sujeitos à revisão.
Fonte: SIM/GMVEV/DG-IAEVE/SEVS/SES-PE.

Em relação à sífilis em gestante as mulheres negras representam a maior parte dos casos. No período de 2011-2013 esse percentual foi de 84,4%. Ao comparar o acesso ao pré-natal essa população apresentou o maior percentual referente à realização de 1 a 3 consultas, ou seja, um resultado inferior ao preconizado pelo Ministério da Saúde. Portanto, verifica-se a necessidade de fortalecimento da rede, através de ações conjuntas entre a Saúde Materna e a Política de Saúde da População Negra, para alcançar essa população.

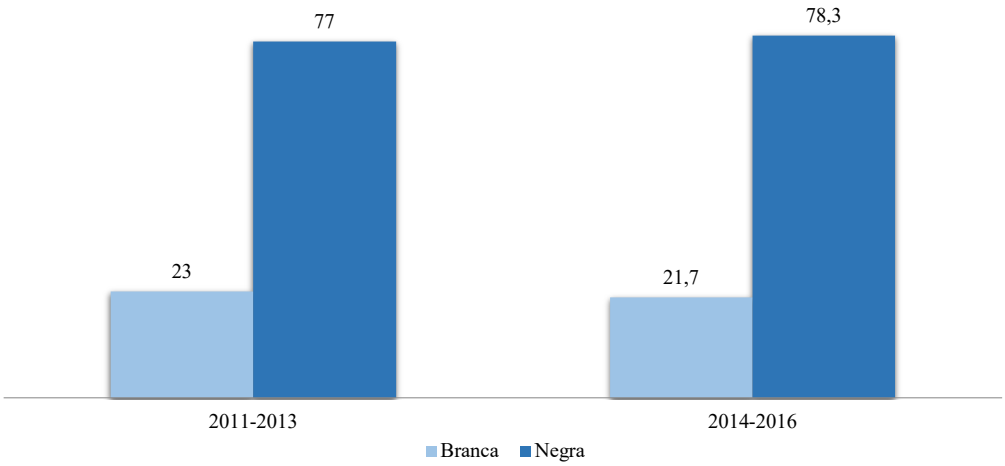
Gráfico 72. Proporção de casos de sífilis em gestante segundo raça, em residentes de Pernambuco, 2011 - 2013, 2014 - 2016.



*Dados sujeitos à revisão.
Fonte: Sinan/GIE/DGIAEVE/SEVS/SES-PE.

A tuberculose é outra doença negligenciada que apresenta impacto na população negra com um aumento dos casos em pessoas negras em 2014-2016 e redução em pessoas brancas, neste mesmo período, a proporção de tuberculose na população negra passou a ser 3,6 casos.

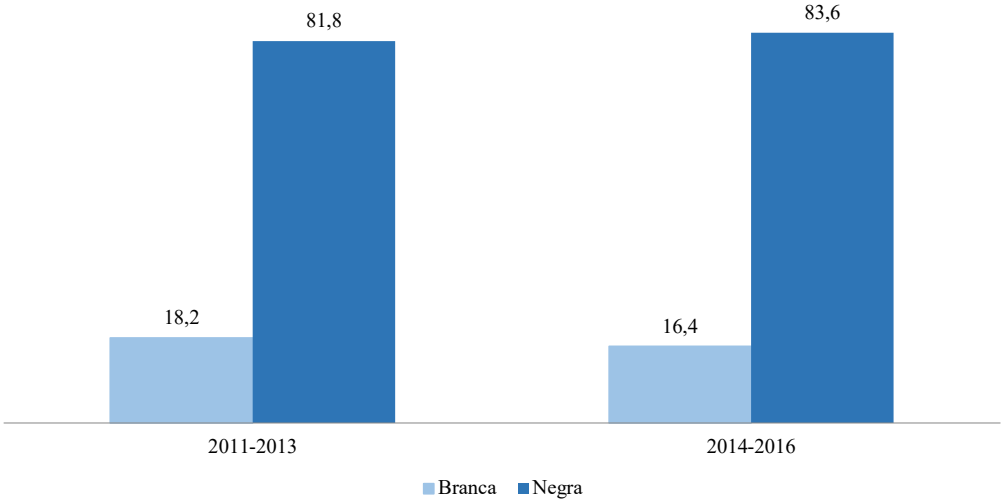
Gráfico 73. Proporção de casos novos de tuberculose segundo raça, em residentes de Pernambuco, 2011 - 2013, 2014 – 2016.



*Dados sujeitos à revisão.
Fonte: Sinan/GIE/DGIAEVE/SEVS/SES-PE.

Na proporção dos casos de violência (Gráfico 74) a população negra é a que sofre o maior impacto, com um aumento no período de 2014-2016 (83,6%). O racismo é ainda um fator causador de mortes entre negros no país, além da invisibilidade, a construção de uma imagem negativa do negro tem favorecido a marginalização o que se expressa nos elevados índices de homicídio no país. Essa temática necessita de constantes articulações e ações intersetoriais, visto que tem se tornado um problema de saúde pública com um aumento de óbitos na população negra.

Gráfico 74. Proporção de casos de violência* segundo raça, em residentes de Pernambuco, 2011 – 2013, 2014 – 2016.



Dados sujeitos à revisão.
*Pode ser notificado mais de um tipo de violência em um mesmo caso.
Fonte: Sinan/GIE/DGIAEVE/SEVS/SES-PE.

Com as ações desenvolvidas pela Coordenação de Saúde da População Negra na SES, fortalecendo a importância do preenchimento do quesito raça/cor e com o recorte de dados em relação à raça nos instrumentos de notificação, tais informações já são possíveis de ser apresentadas. Entretanto, o mesmo não acontece com a população de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais e Transgêneros (LGBT). O instrumento de notificação do SINAN permite a detecção e investigação de casos ou agravos relacionados à saúde. Entretanto, há uma fragilidade no mecanismo de registro para as notificações de agravos quanto à completitude dos quesitos Identidade de gênero e Orientação sexual pelo qual, impede ou não identifica a pessoa LGBT.

Desse modo, o Sistema de Informação não está apto para fornecer os indicadores dessa população, acarretando em uma série de fatos como o não acompanhamento da situação epidemiológica, a não detecção de fenômenos e agravos, a não construção dos indicadores que envolvem dados estatísticos socioeconômicos. Isto acarreta no impedimento do monitoramento e da formação de políticas públicas que possam alcançar essa população, imprescindível na construção da rede de serviços, estabelecimento de metas, produção de conhecimento científico e tecnológico, planejamento e avaliação das medidas adotadas de cunho integral a saúde independente de qualquer condição do indivíduo.

A construção de dados epidemiológicos é um processo de suma importância para investigação do nascer, adoecer e morrer nas diversas populações. A informação de saúde gerada através dos sistemas de informações são elementos basilares para a construção desses dados, a completitude do quesito identidade de gênero e orientação sexual, será o ponto de partida para subsidiar essas informações e a possível tomada de decisões. O não preenchimento ou até a inexistência de tais quesitos levam a invisibilidade e a negação de direito da População LGBT no nosso país. A Saúde da População LGBT, vem desenvolvendo diálogos permanentes com as diversas áreas do SUS para inclusão da temática em todos os registros dos serviços da rede pública de saúde do Estado, como ficha de cadastros, formulários, prontuários e outros documentos congêneres a fim de diminuir assim as diversas vulnerabilidades vivenciadas por esta população.

Em relação à saúde da pessoa com deficiência no estado de PE, nos deparamos também com falta de dados epidemiológicos mais precisos e atualizados. Contamos com dados do CENSO 2010 e com dados do Perfil Epidemiológico da Pessoa com Deficiência em PE, realizado em 2009.

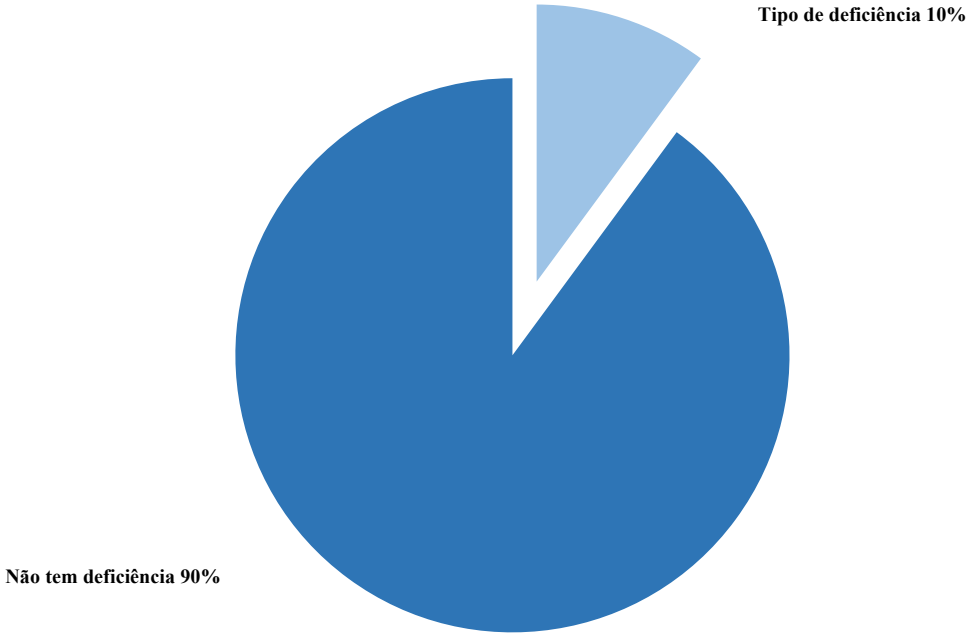
O CENSO 2010 identificou que 23,9% da população residente no país possuía pelo menos uma das deficiências investigadas: visual, auditiva, motora e mental ou intelectual. No estado de PE foi identificado que 27,58% da população residente apresenta pelo menos uma das deficiências descritas acima.

De acordo com o Perfil Epidemiológico da Pessoa com Deficiência do estado de PE, 10,1% da população coberta pelo ESF e ACS (por amostragem), apresentaram algum tipo de deficiência.

Ressaltamos a importância de dados mais atualizados, levando-se em conta o aumento populacional, principalmente da população idosa, a incidência crescente das arboviroses, com sequelas múltiplas, a também crescente incidência de acidentes automobilísticos, entre outras causas e agravos de deficiências.

No ano de 2009 foi realizada pesquisa no Estado, onde se identificou dentre 17.391 pessoas 1.753 com algum tipo de deficiência, ou seja, 10,1% da população pesquisada. Além destes, foram registrados 04 casos de ostomizados com drenagem de urina e 07 casos de nanismo.

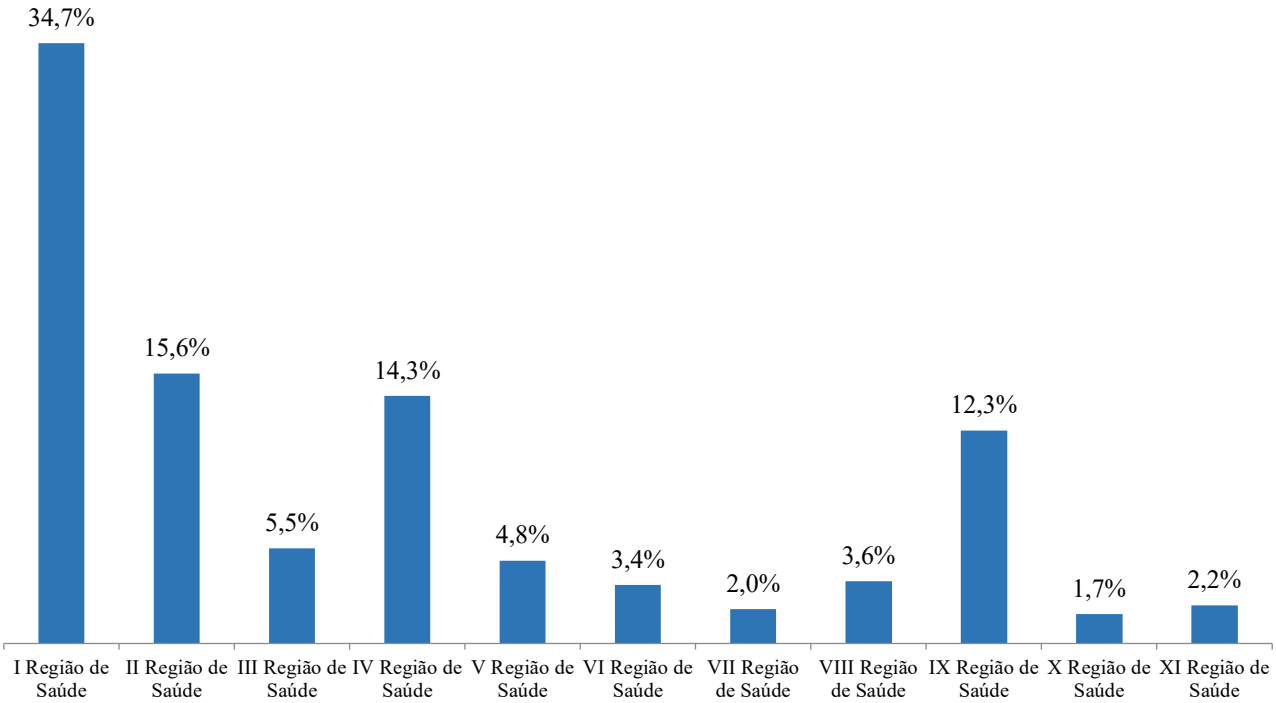
Gráfico 75. . Percentual de pessoas com deficiência.



Fonte: Levantamento Epidemiológico de Pessoas com Deficiência em Pernambuco. IAUPE/SES-PE, 2009-2010.

Das pessoas com deficiência, o maior quantitativo, 34,7%, residiam da I Região de Saúde, seguidos pela II (15,6%), IV (14,3%) e IX Regiões (12,3%), de acordo com Gráfico abaixo.

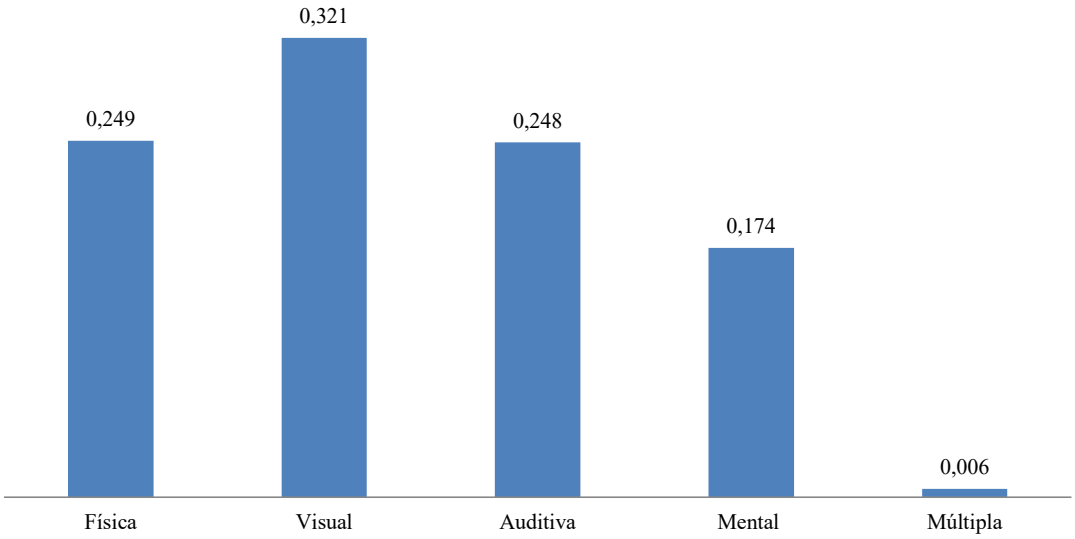
Gráfico 76. Percentual de pessoas com deficiência por Região de Saúde.



Fonte: Levantamento Epidemiológico de Pessoas com Deficiência em Pernambuco. IAUPE/SES-PE, 2009-2010.

Em relação à prevalência por tipo de deficiência, a de maior foi a deficiência visual, seguida pela física, auditiva, mental e múltipla, de acordo com gráfico abaixo.

Gráfico 77. Percentual de pessoas com deficiência segundo tipo de deficiência apresentada.



Fonte: Levantamento Epidemiológico de Pessoas com Deficiência em Pernambuco.IAUPE/SES-PE, 2009-2010.

A deficiência física tem maior prevalência na I (32,8%), II (12,7%) e IX (15,4%) Regiões de Saúde; a deficiência visual na I (31,9%), II (21,3%) e IV (21,2%) Regiões; a deficiência auditiva na I (37,7%), na II (15,4%), IV (12,5%) e IX (12,9%) Regiões; e a deficiência intelectual na I (47,9%) e na II (10,2%) Regiões de Saúde.

Quanto à faixa etária, a prevalência de pessoas com deficiência está entre os 20 anos e menos de 60 anos (48,9%), seguido pela faixa etária dos 60 anos ou mais (34,60%).

Em relação ao gênero, 53, 5% das pessoas com deficiência identificadas são do sexo feminino e 46,5% do sexo masculino e 95,9% pertencem às classes C/D/E.

Ressaltamos que esses dados, apesar de serem os mais recentes que temos, estão desatualizados, principalmente levando-se em conta o aumento populacional, a incidência crescente das arboviroses, com sequelas múltiplas, a também crescente incidência de acidentes automobilísticos, entre outras causas e agravos de deficiências.

3.1.4 Saúde Suplementar

Das 1.327.955 operadoras de saúde, 1.311.753 (99%) cobriam serviços de saúde suplementar em Pernambuco, no mês de dezembro de 2018, sendo a de maior cobertura a Hapvida Assistência Médica LTDA (35,1%), seguida da Unimed Recife Cooperativa De Trabalho Médico (12,8%), tendo as 1.311.751 restantes uma cobertura de assistência à saúde suplementar que não ultrapassou 10% do total geral de operadoras existentes, evidenciando o monopólio das operadoras de saúde no Estado.

A heterogeneidade das condições geográfica, demográfica, epidemiológica, socioeconômica, cultural etc. das Macrorregiões de Saúde do Estado, com seus diferenciais dentro dos próprios municípios que compõem as Regiões de Saúde e entre as próprias, dificultam uma análise comparativa das condições de saúde, apenas pode-se inferir se a situação apresentada nos indicadores está de acordo com o que foi estabelecido como meta específica para cada território de saúde.

No entanto, considerando que a análise situacional do Estado vai nortear a elaboração do Plano Estadual de Saúde - PES, num momento em que a estratégia da regionalização é priorizada como forma coletiva e solidária de ampliar o acesso à assistência, é preciso que se ressaltem os resultados positivos e também os que ficaram muito aquém do esperado e, assim, interferiram negativamente no cálculo global do Estado, precisando, pois, atenção especial, com o objetivo do alcance da maior aproximação possível do nível dos demais.

Pela observação da cobertura populacional da assistência à saúde no Estado, dos 185 municípios mais o Distrito de Fernando de Noronha, apenas 8,06% possuem população com cobertura de planos de saúde privados maior que 10%, sendo a maior parte deles (80%) pertencentes a I Macrorregião de Saúde. O percentual dos municípios que tem menos de 1% desse tipo de cobertura é de 32,80%, esses dados revelam a magnitude da população que usa especificamente como sistema de assistência à saúde o - SUS, ou seja, população SUS dependente, que importa em 86,02% do total da população do Estado.

Em relação às Macrorregiões de Saúde do Estado, a população SUS dependente é preponderante na III Macrorregião, onde 97,91% dos residentes utilizam exclusivamente o SUS na assistência à saúde, e na II Macrorregião, com 93,70%, seguidas da IV e I Macrorregião, com 91,16% e 80,52% de SUS dependentes, respectivamente (Quadro 09).

Quadro 9. Proporção de população SUS dependente nas Macrorregiões de Saúde de Pernambuco.

Macrorregião de Saúde	Pop SUS dependente	% Pop SUS dependente	Taxa de cobertura da Saúde Suplementar
I Macrorregião	4.495.281	80,52	19,48
II Macrorregião	1.788.020	93,70	6,30
III Macrorregião	831.992	97,91	2,09
IV Macrorregião	1.053.214	91,16	8,84

Fonte: ANS, 2019

Das 1.327.955 operadoras de saúde, 1.311.753 (99%) cobriam serviços de saúde suplementar de saúde em Pernambuco, no mês de dezembro de 2018, sendo a de maior cobertura a Hapvida Assistência Médica LTDA (35,1%), seguida Da Unimed Recife Cooperativa De Trabalho Médico (12,8%), tendo as 1.311.751 restantes uma cobertura de assistência à saúde suplementar que não ultrapassou 10% do total geral de operadoras existentes.

Quadro 10. Operadoras de saúde suplementar em Pernambuco, segundo cobertura.

Operadora	Benef. Assistência Médica	% de benefic. sob total
HAPVIDA LTDA	465.474	35,1%
UNIMED RECIFE	170.119	12,8%
Demais 42 c/ prod.	676.160	52,10%

Fonte: ANS, 2019

Em relação à saúde suplementar nas Macrorregiões do Estado, em dezembro de 2018, apenas a I Macrorregião de Saúde apresenta maior valor percentual de cobertura (19,5%), possuindo, pois, 80,5% de população SUS dependente. Essa população aumenta significativamente nas demais Macrorregionais, sendo na II Macrorregional 93,7%, com uma cobertura de assistência à saúde suplementar de 6,3%; a III Macrorregião, com 97,9% de população SUS dependente para 2,1% de cobertura de assistência à saúde suplementar e a IV Macrorregião, com população SUS dependente de 91,2%, para uma cobertura de assistência à saúde suplementar de 8,8% (ANSS, 2018).

Nota-se que nas Macrorregiões I e IV, são as que apresentam maiores percentuais de adesão à saúde suplementar, e são as que têm indicadores econômicos de maior valor, permitindo a adesão dos cidadãos a esse tipo de assistência à saúde. O tipo mais frequente de contratação de saúde suplementar se dá nos planos de saúde coletivos, sendo a maioria dos planos. Os planos de saúde individuais ou familiares quase não são mais ofertados pelas operadoras. Assim, caso o cidadão perca o emprego, ele e seus dependentes ficarão descobertos dessa assistência, passando à categoria de SUS dependente ou migrando para planos de saúde pequenos, que não cobrem todos os serviços de saúde.

É interessante ressaltar que, independente das ações e programas assistenciais médicos hospitalares, ambulatoriais e de saúde mental e bucal, saúde indígena, saúde da população negra, população carcerária e LGBT e outras, o SUS oferece à população geral, SUS dependente ou não, uma série de serviços que incluem a vigilância sanitária e epidemiológica, distribuição gratuita de medicamentos prioritários, vacinas e imunobiológicos, controle e fiscalização de serviços, produtos e substâncias de interesse para a saúde, fiscalização e inspeção de alimentos, água e bebidas para consumo humano, fazendo assim de todo brasileiro um usuário do sistema SUS.

Assim, o SUS é um dos maiores e mais complexos sistemas de saúde pública do mundo, abrangendo desde o simples atendimento de saúde, onde é avaliada a pressão arterial, na Atenção Básica, até serviços de alta complexidade como o transplante de órgãos, além dos serviços citados acima, garantindo então o acesso integral, universal e gratuito a saúde para toda a população do país.

CAPACIDADE INSTITUCIONAL DA SES-PE

3.2 CAPACIDADE INSTITUCIONAL DA SES-PE

O conceito de capacidade institucional está relacionado à capacidade de planejamento e de gestão das políticas públicas. Seu desenvolvimento ou fortalecimento envolve a garantia de atendimento da demanda efetiva e a racionalização dos processos administrativos e financeiros, de modo a garantir a eficiência dos serviços prestados.

Nesse sentido, "capacidade institucional" é um termo articulado a uma concepção gerencial de administração pública, na medida em que os esforços para o desenvolvimento e o fortalecimento da gestão têm como focos a modernização, a transparência, o controle social e o foco nos resultados.

Sendo assim, nesta dimensão serão apresentadas três macrofunções relacionadas à capacidade de Coordenação estatal, Financiamento e de Prestação de serviços a partir de estratégias de Gestão e Planejamento da saúde que tem promovido avanços e desafios para o fortalecimento desta capacidade institucional da SES-PE. Tais como: o processo de Regionalização e os espaços de Governança instituídos, o aprimoramento dos Instrumentos de Planejamento em saúde, as estratégias de Inovação em Saúde por meio dos Núcleos de Economia da Saúde e Centros de Custos, Telessaúde e Tecnologias de Informação e Comunicação disponíveis, o Fortalecimento do Controle Social e da Ouvidoria do SUS, bem como os mecanismos de previsão e de acompanhamento do Financiamento em âmbito estadual, além das contratualizações dentro das Redes de Atenção à Saúde.

3.2.1 Macrofunção de coordenação estatal

3.2.1.1 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 por meio das Comissões Intergestores Regionais (CIR), enquanto espaços ativos de cogestão (PDR/PE, 2011).

3.2.1.2 Dimensão Territorial

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 de reorganizar os espaços de Gestão Regionalizada nas Regiões de Saúde.

O propósito de um Plano Diretor de Regionalização (PDR) da saúde é estruturar e descentralizar os sistemas de cogestão e organizar os serviços de saúde em redes de atenção, de modo a subsidiar a organização da saúde de forma regionalizada, solidária, hierarquizada e resolutiva. Sendo assim, trata-se de um instrumento de planejamento em saúde, pois estabelece uma base territorial e populacional para atender as necessidades de reorganização da assistência e seus fluxos, da priorização para alocação dos recursos, da

descentralização programática e gerencial. Em 2011, foi realizada a segunda revisão do PDR que definiu 04 Macrorregiões ratificadas em 2018, em Resolução CIB/PE Nº 4086, de 11 de junho de 2018 (Figura 06).

Figura 6. Macrorregiões de Saúde do Estado de Pernambuco.

Fonte: PDR, 2011

No PDR 2011, foram estabelecidas 12 Regiões de Saúde, conforme a Figura 07.

Figura 7. Regiões de Saúde do estado de Pernambuco.

Fonte: PDR, 2011

Vale salientar que a atualização periódica do PDR é importante para o bom desenvolvimento da capacidade de planejamento e de organização dos sistemas estadual, regionais e municipais de saúde, garantindo o acesso das pessoas a todos os níveis de complexidade indispensáveis ao atendimento integral das suas necessidades.

Avanços

- Organização do território a partir do estabelecimento de 11 Microrregiões, 12 Regiões e 04 Macrorregiões de saúde, através do PDR de Saúde, em 2011;
- Criação da XII Gerência Regional de Saúde com sede no município de Goiana;
- Construção de Mapas de Saúde regionais em 2013, com vistas a subsidiar o processo de planejamento regional.

Desafios

- Revisar o PDR/2011 considerando as necessidades locorregionais e interestaduais;
- Revisar os Mapas de Saúde considerando o desenho Macrorregional.

3.2.1.3 Dimensão da Gestão Regional

O Governo do Estado de Pernambuco instituiu unidades gestoras/administrativas em cada Região de Saúde, totalizando 12 Gerências Regionais de Saúde (GERES), de acordo com quadro abaixo.

Quadro 11. Gerências Regionais de Saúde de Pernambuco e municípios sede.

GERES	MUNICÍPIO SEDE
I GERES	Recife
II GERES	Limoeiro
III GERES	Palmares
IV GERES	Caruaru
V GERES	Garanhuns
VI GERES	Arcoverde
VII GERES	Salgueiro
VIII GERES	Petrolina

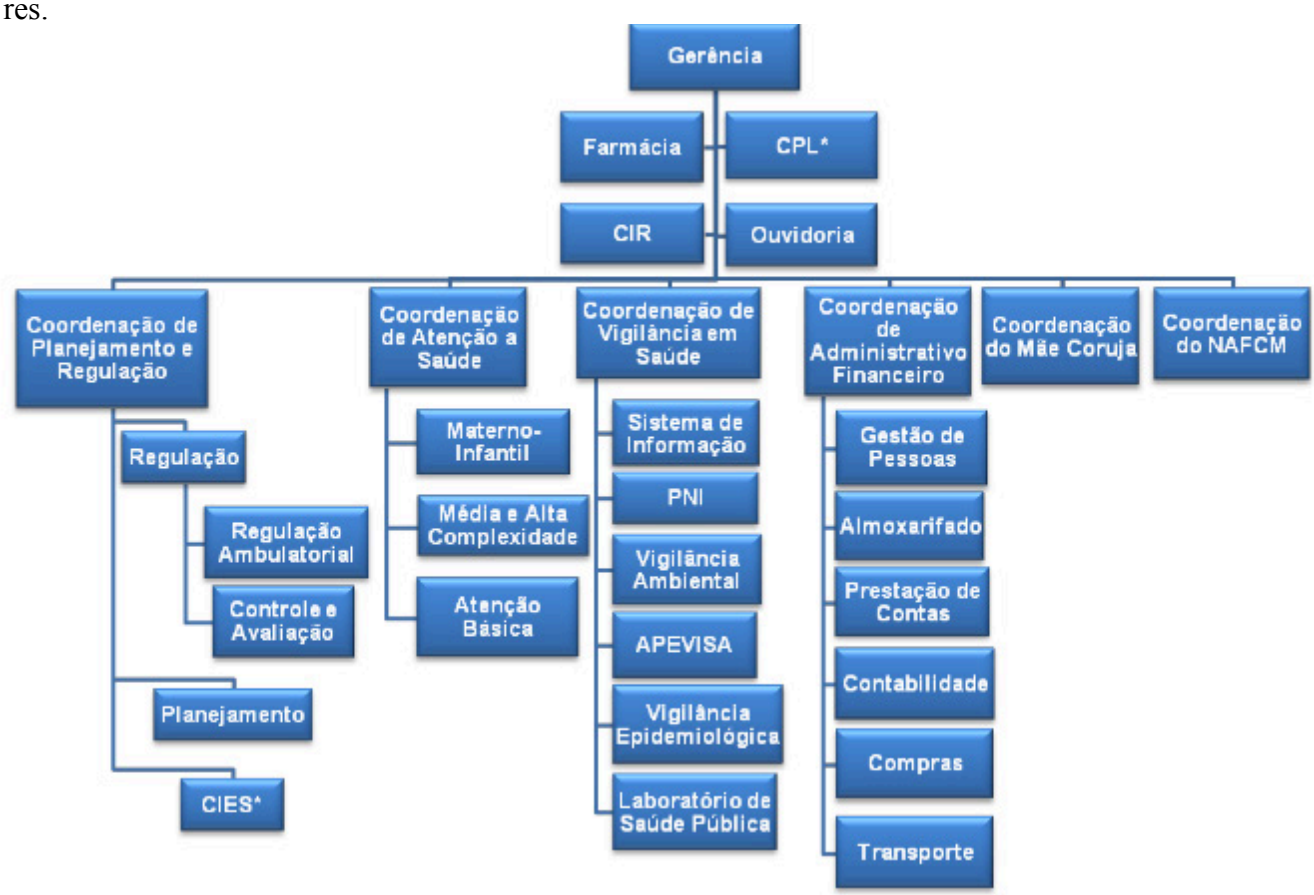
IX GERES	Ouricuri
X GERES	Afogados da Ingazeira
XI GERES	Serra Talhada
XII GERES	Goiana

Fonte: DGGR- SES/PE, 2019.

3.2.1.4 Organograma das GERES

O desenho regional na composição da equipe tem como figura central, o Gerente Regional de Saúde, responsável pela Gestão da saúde em seu território, compondo a equipe com Coordenações de Planejamento e Regulação, Atenção à Saúde, Vigilância em Saúde, Administrativo Financeiro, Núcleo de Apoio às Famílias das Crianças com Microcefalia, Mãe Coruja. Bem como, composta também de chefias como RH, transporte, além de outros setores como Comissão Permanente de Licitação (CPL), Farmácia, Laboratório, Ouvidoria e técnico servidores ou terceirizados desenvolvendo as diversas atividades. O organograma abaixo descreve a composição das 12 GERES e seus cargos e setores, bem como, a CIR instância de pactuação entre SES/GERES e Municípios.

Figura 8. Organograma das GERES, seus cargos e setores. Organograma das GERES, seus cargos e setores.



Fonte: DGGR- SES/PE, 2019.

Diante do exposto, no escopo de seu objetivo geral, cabe às GERES planejar, organizar e coordenar as ações de saúde no âmbito Regional apoiando os municípios sob sua jurisdição com resolutividade, na busca do fortalecimento das redes regionais de saúde e das políticas públicas. No escopo de seus objetivos específicos, tem o papel de executar ações nas áreas de Atenção à Saúde, Vigilância em Saúde, Planejamento e Regulação, bem como, Administrativo e Financeiro.

Cabe ainda às GERES:

- Acompanhar, monitorar e avaliar a implementação das políticas prioritárias de saúde, buscando a qualificação da atenção primária, ambulatorial e hospitalar na Região. Apoiar tecnicamente os municípios sob sua jurisdição, para que estes desenvolvam ações de atenção à saúde; coordenar e fortalecer a construção do desenho das Redes Regionais de Atenção à Saúde e pactuações pertinentes;
- Coordenar, organizar e distribuir imunobiológicos para os municípios que compõem sua área de abrangência, bem como, monitorar a rede fria regional e as metas municipais/regional de cobertura vacinal;
- Planejar, organizar, coordenar, supervisionar e executar as atividades inerentes a Vigilância em saúde; Vigilância epidemiológica, ambiental e sanitária, de acordo com as normas vigentes e pactuações estabelecidas, no âmbito regional;
- Apoiar e assessorar os gestores municipais de saúde na construção dos instrumentos de gestão do SUS, a exemplo do Plano Municipal de Saúde, Programação Anual de Saúde, Relatório Detalhado Quadrimestral e Relatório Anual de Gestão, em consonância com os Sistemas de Informações e o Pacto dos Indicadores da Saúde, bem como, realizar Controle, Avaliação, Regulação e Auditorias no âmbito da região;
- Coordenar e monitorar as despesas e os recursos destinados a GERES; executar atividades relacionadas com os sistemas administrativo e financeiro públicos; coordenar os processos de aquisição de bens de consumo e prestação de contas.

Cada sede de GERES dispõe de estrutura física organizada, onde desenvolve atividades administrativas e de gestão, em conformidade com os objetivos acima, além dos serviços a seguir:

- Farmácia de Pernambuco – Responsável pelo cadastro de usuários, dispensação de medicamentos básicos para os Municípios e medicamentos especiais aos usuários do território;
- Laboratório Regional de Saúde Pública nas III, IV, V, VI, VII, VIII, IX, X, XI GERES - Realizam Análise Microbiológica da Água (Coliforme Total e E. coli /qualitativo), Flebotomíneo, Chagas (Classificação de Triatomíneo e pesquisa parasitológica para *Trypanosoma cruzi*), Dengue (ELISA), Malária (imunocromatografia, Gota espessa), Leishmaniose Visceral Humana (Imunocromatografia), Leishmaniose Visceral Canina (ELISA e Imunocromatografia) e Hepatites B e C (ELISA), Chikungunya IgM (ELISA) e inquérito de Geo-helmintíase.
- Laboratório Regional de Saúde Pública na I GERES - Realiza Análise Microbiológica da Água (Coliforme Total e E. coli /qualitativo), os demais serviços são realizados pelo LACEN/Recife.

- Laboratório Regional de Saúde Pública na XII GERES – A referência é o LACEN/Recife.
- Central de Regulação Ambulatorial – Executa a regulação de consultas e exames de média e alta complexidade, conforme necessidades e pactuações, junto aos municípios de cada região.

O financiamento de cada GERES se dá através de repasse financeiro mensal, da Fonte 101 –Tesouro, para custeio de sua manutenção, considerando despesas com Pessoa Física e Jurídica, Material de Consumo, Deslocamento e Diárias. Nesse contexto, não a despeito dos avanços conquistados, o fortalecimento do papel das GERES ainda é um importante desafio para a gestão estadual.

Avanços

- Fortalecimento das GERES através da reorganização de organograma;
- Realização de seleção pública para Gerentes Regionais, com a publicação da Lei Estadual Nº 6.520, de 27 de Dezembro de 2018, onde em seu Art. 6º define que os cargos de Gerentes Regionais de Saúde serão ocupados mediante prévio processo de seleção;
- Criação e contratação de apoiadores institucionais nas áreas de vigilância em saúde, de regulação e do Núcleo de Apoio às Famílias de Crianças com Microcefalia;
- Instituição do Programa GERES Itinerante, com vistas ao apoio técnico para o desenvolvimento das políticas públicas de saúde nos municípios.

Desafios

- Implantar estruturas administrativas Regionais e Macrorregionais, dotadas de profissionais, com vistas à implantação e efetivação do Planejamento Regional Integrado (PRI);
- Definir financiamento regional/macrorregional, considerando a implantação do PRI;
- Diminuir as desigualdades socioeconômicas entre as regiões;
- Estreitar as relações interfederativas.

3.2.1.5 Dimensão do Planejamento Regional Integrado

O PRI, entre as três esferas de governo, constitui a base para a Regionalização das ações e serviços de saúde no SUS e expressará as responsabilidades dos gestores de saúde em relação à população do território quanto à integração da organização sistêmica do SUS, evidenciando o conjunto de diretrizes, objetivos, metas, ações e serviços para a garantia do acesso e da resolubilidade da atenção por meio da organização

das Redes de Atenção à Saúde (RAS). Este processo considera como premissas fundamentais a análise dos planos de saúde, a organização das redes de atenção à saúde, a definição dos territórios e os mecanismos de governança regional.

O PRI envolve diversas etapas, coordenadas pela gestão estadual, tais como: a organização do território em Regiões e Macrorregiões de Saúde, a análise da situação da saúde (Necessidades, capacidade instalada, vazios assistenciais e fluxos de acesso), a definição das prioridades sanitárias, a organização das RAS, bem como a elaboração da Programação Geral de Ações e Serviços de Saúde (PGASS) e a definição dos investimentos necessários.

Em Pernambuco, as discussões sobre o PRI foram iniciadas a partir da publicação do Decreto 7.508/2011. Ao longo dos anos de 2011 à 2013, foram realizadas diversas etapas de implantação, tendo como pressupostos a pactuação simultânea em todas as Regiões de Saúde, a valorização do planejamento integrado e a construção coletiva com fortalecimento do trabalho em equipe.

Neste momento, a gestão estadual já havia organizado o território a partir da revisão do PDR realizado em 2011, como citado anteriormente e algumas RAS, como Materno Infantil, Urgência e Emergência, Saúde Mental e Saúde da Pessoa com deficiência, estavam em processo de modelagem e de implementação nas regiões de saúde, sendo necessário iniciar as outras etapas estabelecidas para o PRI.

Contudo, este momento foi interrompido no final de 2013, em função das incertezas políticas, em âmbito nacional, considerando que tratava-se de processo obrigatoriamente tripartite (nação, estados e municípios). Tal interrupção prejudicou, principalmente, a construção da PGASS e a definição de novas fontes de custeio das necessidades de saúde a serem pactuadas.

O PRI foi retomado em 2017 em âmbito federal, a partir da pactuação na Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e publicação das Resoluções nº 23/2017 e nº 37/2018, que estabeleceram diretrizes e critérios para a Regionalização e o PRI do SUS, visando a organização da RAS, não havendo mudanças relevantes em relação às diretrizes nacionais do momento anterior.

Sendo assim, o PRI passaria a ser realizado no âmbito das Macrorregiões de Saúde, cujo produto, resultante das pactuações entre as unidades federadas, com participação do Ministério da Saúde, será o Plano Regional, que servirá de base para a elaboração do Plano Estadual de Saúde, conforme § 2º, art. 30, da Lei Complementar 141/2012, considerando as etapas citadas anteriormente.

No Estado de Pernambuco foi pactuado no âmbito da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) a Resolução nº 4.086/18 que estabeleceu a metodologia e o cronograma do processo de implantação do PRI e ratificou a deliberação da Resolução CIB nº 1734 de 17 de setembro de 2011 que estabeleceu a conformação territorial de saúde no Estado de Pernambuco em 04 Macrorregiões de Saúde, e a resolução CIB-PE Nº 5.045, que instituiu o Grupo Condutor do Planejamento Regional Integrado, com o papel de coordenar este processo no estado.

3.2.1.6 Situação dos instrumentos de Planejamento do SUS

O planejamento da saúde, realizado no âmbito da Região de Saúde, vem contribuir para o alinhamento do conjunto de processos relacionados à harmonização das políticas de saúde, que estão expressos

nos instrumentos de planejamento dos entes federados que compõe a Região de Saúde, com destaque para os planos de saúde e respectivas programações anuais.

Os instrumentos de planejamento do SUS têm por finalidade apoiar o gestor na condução da prestação de ações e serviços de saúde no âmbito de seu território, de modo que alcance a efetividade esperada na melhoria dos níveis de saúde da população e no aperfeiçoamento do sistema. Bem como, que disponibilize os meios para o aperfeiçoamento contínuo da gestão participativa e das ações e serviços prestados, que auxilie no trabalho do Controle interno e externo, principalmente do Controle Social.

Nesta perspectiva o Sistema de Apoio ao Relatório de Gestão (SargSUS), ferramenta eletrônica com o objetivo de apoiar Municípios, Estados e a União na construção dos seus Relatório Anual de Gestão (RAG), foi implantado em 2010 e trouxe contribuições importantes para os gestores, no sentido de atender aos prazos legais de apresentação junto aos Conselhos de Saúde, trazendo o acesso público aos relatórios. Tornou-se de alimentação obrigatória a partir de 2011 até 2017.

A partir de 2018, o Ministério da Saúde criou uma nova ferramenta, a Estratégia de Saúde Digital no Brasil (DigiSUS), estratégia de incorporação da saúde digital (e-Saúde) com o objetivo de fortalecer a capacidade institucional do planejamento em saúde, onde foi introduzido o Módulo Planejamento (DGMP), que abriga as informações relativas aos instrumentos de planejamento em saúde. Esse novo sistema incorporou as funcionalidades do SargSUS e do Sistema de informação referente a Pactuação Interfederativa (SISPACTO).

O DGMP vem trazendo diversos avanços ao processo de planejamento da saúde, bem como ao monitoramento e avaliação dos instrumentos, permitindo uma maior transparência das informações por meio da integração dos instrumentos de planejamento à base nacional de informações do SUS. As funcionalidades do sistema permitem um aperfeiçoamento no preenchimento dos instrumentos objetivando, ainda, melhorar a integração entre os instrumentos de planejamento com os instrumentos orçamentários.

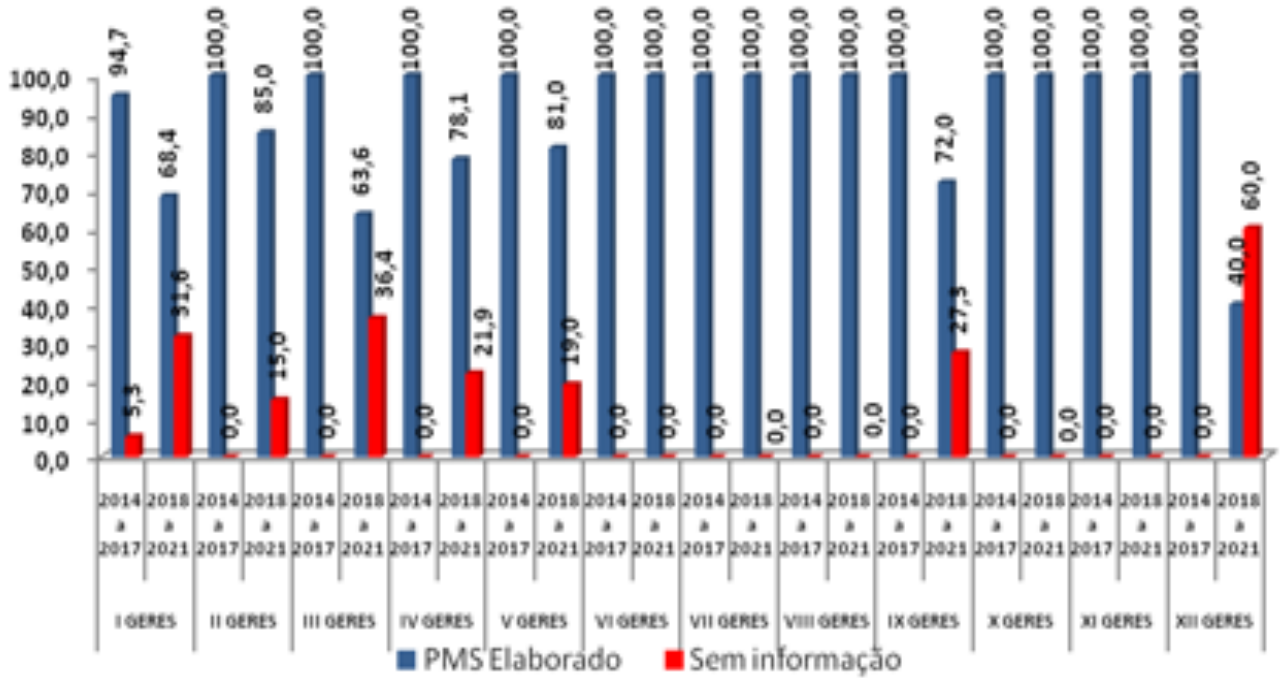
A implantação do DigiSUS em um ano eleitoral para Gestão federal e estadual gerou um atraso na implantação do DGMP, o que resultou na falta de um sistema informatizado para a alimentação do RAG 2018, dentro do prazo legal. Isto ocorreu devido ao encerramento precoce do SargSUS para alimentação dos instrumentos referentes a 2019. Em vista de cumprir o prazo legal de encaminhamento do RAG para os conselhos de saúde, os entes estaduais e municipais precisaram encaminhar os documentos por meio físico, o que gerou uma dificuldade na transparência dos instrumentos para a população.

3.2.1.7 Resultados alcançados no período de 2012 a 2018

3.2.1.7.1 Plano de Saúde

Em relação ao Plano de Saúde (PS), instrumento previsto pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, a elaboração e atualização devem ser feitas a cada quatro anos, sendo responsabilidade das três esferas de gestão. A situação atual dos Planos Municipais de Saúde (PMS) em Pernambuco está representada pelo Gráfico 64 que mostra a situação dos PMS por Regiões de Saúde do Estado.

Gráfico 78. Comparativo da situação dos Planos Municipais de Saúde nos períodos de 2014 a 2017 e 2018 a 2021 informados pelo SARGSUS



Fonte: SARGSUS, atualizado em: 29.03.19.

Observou-se que os PMS referentes ao período de 2014-2017 nas Regiões de Saúde de Pernambuco estão, em sua maioria, elaborados. A I GERES, contudo apresenta uma situação atípica em relação às demais, visto que é a única que apresenta PMS 2014-2017 não informados no sistema (5,3%).

Em relação ao PMS 2018-2021, a XII GERES apresenta o maior percentual de falta de informação quando comparado às demais Regiões. É importante ressaltar que as IV, VI, VII, VIII, X e XI GERES informaram os dados de PMS para ambos os Planos.

3.2.1.7.2 Programação Anual de Saúde

A Programação Anual de Saúde (PAS) é o desdobramento anual do PS, a partir da definição anual de metas, ações e recursos financeiros, que operacionalizam as diretrizes, objetivos e metas do Plano, tendo o propósito de subsidiar a construção da Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) bem como da Lei Orçamentária Anual (LOA), além de ser a base para construção do RAG. A partir da publicação da LC nº 141/12 a PAS passa a ter caráter obrigatório com parecer do respectivo Conselho de Saúde.

O quadro 12 apresenta a situação das PAS dos municípios do Estado, de acordo com as 12 Regiões de Saúde.

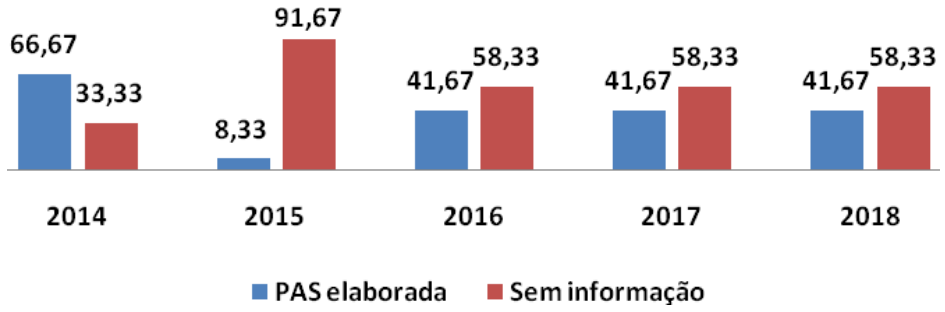
Quadro 12. Situação da Programação Anual de Saúde por Região de Saúde do Estado de Pernambuco no período de 2014-2018.

Região de Saúde	Situação	2014	2015	2016	2017	2018
I GERES	PAS elaborada	84,21	73,68	84,21	84,21	68,42
	Sem informação	15,79	26,32	15,79	15,79	31,58
II GERES	PAS elaborada	100,00	100,00	100,00	95,00	80,00
	Sem informação	0,00	0,00	0,00	5,00	20,00
IIII GERES	PAS elaborada	95,45	40,91	63,64	68,18	63,64
	Sem informação	4,55	59,09	36,36	31,82	36,36
IV GERES	PAS elaborada	90,63	71,88	90,63	84,38	81,25
	Sem informação	9,38	28,13	9,38	15,63	18,75
V GERES	PAS elaborada	100,00	76,19	100,00	76,19	66,67
	Sem informação	0,00	23,81	0,00	23,81	33,33
VI GERES	PAS elaborada	100,00	76,92	84,62	92,31	100,00
	Sem informação	0,00	23,08	15,38	7,69	0,00
VII GERES	PAS elaborada	100,00	71,43	100,00	100,00	100,00
	Sem informação	0,00	28,57	0,00	0,00	0,00
VIII GERES	PAS elaborada	71,43	57,14	71,43	100,00	100,00
	Sem informação	28,57	42,86	28,57	0,00	0,00
IX GERES	PAS elaborada	100,00	63,64	90,91	100,00	72,73
	Sem informação	0,00	36,36	9,09	0,00	27,27
X GERES	PAS elaborada	100,00	83,33	100,00	100,00	100,00
	Sem informação	0,00	16,67	0,00	0,00	0,00
XI GERES	PAS elaborada	100,00	60,00	100,00	100,00	100,00
	Sem informação	0,00	40,00	0,00	0,00	0,00
XII GERES	PAS elaborada	100,00	80,00	90,00	70,00	40,00
	Sem informação	0,00	20,00	10,00	30,00	60,00

Fonte: DGPGP/SEGEP/SES-PE, Abril-2019.

Quanto a PAS 2015, observou-se que em torno de 80% das Regiões de Saúde apresentaram altos percentuais de falta de informação sobre este instrumento. Provavelmente esta situação foi em decorrência de erros do próprio sistema, já que durante a alimentação do RAG 2015, não foi solicitada a inserção da informação sobre a PAS 2015.

Gráfico 79. Situação das Regiões de Saúde com 100% de informação sobre a PAS no período de 2014 a 2018.



Fonte: DGPGP/SEGEP/SES-PE, Abril-2019.

No Gráfico 65 é possível observar o número total de GERES que apresentam 100% de municípios com PAS informadas, bem como aquelas em que há municípios com pendência de informação para o período de 2014 à 2018.

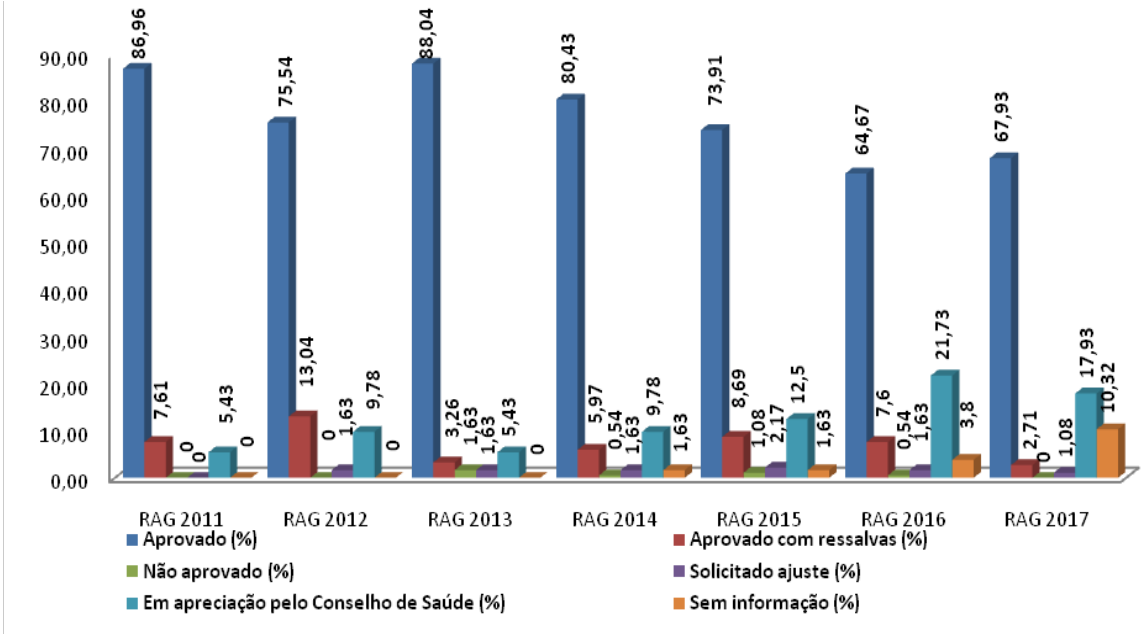
O ano mais favorável em relação ao informe da PAS foi 2014, onde sete Regiões de Saúde (II, IV, VII, VIII, IX, X, XI) apresentaram 100% de informação. Por outro lado 2015 foi o ano mais crítico em relação à informação, onde 91,67 das Regiões do Estado apresentaram alguma pendência de informação para PAS.

Diante de tal realidade, verifica-se a necessidade de fomentar a discussão com as Regiões de Saúde em relação às informações pendentes nos municípios. É preciso buscar estratégias para sanar tal demanda, salientando que, com a transição dos sistemas todas as Regiões de Saúde devem ter os seus instrumentos atualizados, visto que o SargSUS deixará de ser alimentado ao final do ano corrente (2019). Isto acarretará em pendência permanente para o ente que não atualizar os instrumentos no SargSUS.

3.2.1.7.3 Relatório Anual de Gestão

O Relatório Anual de Gestão (RAG) é o instrumento que apresenta os resultados alcançados com a execução da PAS, além disso, é norteador das ações de Auditoria e de controle interno e externo, constituindo-se no instrumento de comprovação da aplicação dos recursos repassados do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, utilizando como uma importante ferramenta o Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS). Os resultados dos RAG municipais estão descritos no Gráfico 80, que apresenta os dados consolidados do Estado por ano de exercício.

Gráfico 80. Situação dos Relatórios de Gestão de todas as Regiões de Saúde do estado de Pernambuco no período de 2012 -2018.



Fonte: DGPGP/SEGEP/SES-PE, 03.04.2019.

Os Relatórios Anuais de Gestão são instrumentos elaborados pela gestão e analisados pelo controle social que pode aprovar o documento por completo, aprová-lo com ressalvas ou não aprová-lo.

Os maiores percentuais de aprovação entre as Regiões de Saúde foram referentes aos relatórios dos anos de 2012, 2013 e 2014. Sendo o destaque para o RAG 2013 que obteve 91,3% de instrumentos aprovados, sendo 88,04% aprovados e 3,26% aprovados com resalvas. Nesse mesmo ano, 1,63% dos relatórios não foram aprovados o que corresponde ao ano com maior percentual de reprovações no RAG quando comparado com os demais. Evidenciou-se uma queda no número de aprovações dos relatórios 2015, 2016 e 2017, sendo o menor percentual de aprovação do RAG de 2016.

Quadro 13. Situação do Relatório Anual de Gestão de 2011 a 2017 das Regiões de Saúde do Estado de Pernambuco.

Situação do Relatório Anual de Gestão RAG 2011						
REGIÃO DE SAÚDE	Aprovado (%)	Aprovado com ressalvas (%)	Não aprovado (%)	Solicitado ajuste (%)	Em apreciação pelo Conselho de Saúde (%)	Sem informação (%)
I	57,89	26,32	0,00	0,00	15,79	0,00
II	95,00	5,00	0,00	0,00	0,00	0,00
III	77,27	4,55	0,00	0,00	18,18	0,00
IV	87,50	3,13	0,00	0,00	9,38	0,00
V	85,71	14,29	0,00	0,00	0,00	0,00
VI	92,31	7,69	0,00	0,00	0,00	0,00
VII	100,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
VIII	100,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

IX	100,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
X	100,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
XI	100,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
XII	80,00	20,00	0,00	0,00	0,00	0,00
TOTAL	86,96	7,61	0,00	0,00	5,43	0,00

RAG 2012

REGIÃO DE SAÚDE	Aprovado (%)	Aprovado com ressalvas (%)	Não aprovado (%)	Solicitado ajuste (%)	Em apreciação pelo Conselho de Saúde (%)	Sem informação (%)
I	57,89	26,32	0,00	0,00	15,79	0,00
II	90,00	5,00	0,00	0,00	5,00	0,00
III	90,91	4,55	0,00	0,00	4,55	0,00
IV	65,63	9,38	0,00	3,13	21,88	0,00
V	80,95	4,76	0,00	0,00	14,29	0,00
VI	76,92	15,38	0,00	7,69	0,00	0,00
VII	100,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
VIII	57,14	42,86	0,00	0,00	0,00	0,00
IX	72,73	18,18	0,00	0,00	9,09	0,00
X	66,67	8,33	0,00	8,33	16,67	0,00
XI	90,00	10,00	0,00	0,00	0,00	0,00
XII	60,00	40,00	0,00	0,00	0,00	0,00
TOTAL	75,54	13,04	0,00	1,63	9,78	0,00

RAG 2013

REGIÃO DE SAÚDE	Aprovado (%)	Aprovado com ressalvas (%)	Não aprovado (%)	Solicitado ajuste (%)	Em apreciação pelo Conselho de Saúde (%)	Sem informação (%)
I	78,95	5,26	5,26	0,00	10,53	0,00
II	95,00	0,00	0,00	0,00	5,00	0,00
III	86,36	4,55	0,00	0,00	9,09	0,00
IV	84,38	3,13	0,00	3,13	9,38	0,00
V	80,95	4,76	0,00	4,76	9,52	0,00
VI	84,62	0,00	7,69	7,69	0,00	0,00
VII	100,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
VIII	85,71	14,29	0,00	0,00	0,00	0,00
IX	100,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
X	100,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
XI	90,00	10,00	0,00	0,00	0,00	0,00
XII	90,00	0,00	10,00	0,00	0,00	0,00
TOTAL	88,04	3,26	1,63	1,63	5,43	0,00

RAG 2014						
REGIÃO DE SAÚDE	Aprovado (%)	Aprovado com ressalvas (%)	Não aprovado (%)	Solicitado ajuste (%)	Em apreciação pelo Conselho de Saúde (%)	Sem informação (%)
I	63,16	15,79	0,00	0,00	15,79	5,26
II	100,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
III	86,36	0,00	0,00	0,00	9,09	4,55
IV	71,88	6,25	0,00	3,13	15,63	3,13
V	76,19	0,00	0,00	0,00	23,81	0,00
VI	76,92	15,38	0,00	7,69	0,00	0,00
VII	100,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
VIII	42,86	14,29	0,00	14,29	28,57	0,00
IX	81,82	9,09	0,00	0,00	9,09	0,00
X	100,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
XI	80,00	20,00	0,00	0,00	0,00	0,00
XII	90,00	0,00	10,00	0,00	0,00	0,00
TOTAL	80,43	5,98	0,54	1,63	9,78	1,63

RAG 2015						
REGIÃO DE SAÚDE	Aprovado (%)	Aprovado com ressalvas (%)	Não aprovado (%)	Solicitado ajuste (%)	Em apreciação pelo Conselho de Saúde (%)	Sem informação (%)
I	47,37	21,05	0,00	5,26	21,05	5,26
II	90,00	10,00	0,00	0,00	0,00	0,00
III	50,00	22,73	0,00	0,00	22,73	4,55
IV	71,88	0,00	0,00	3,13	25,00	0,00
V	85,71	0,00	0,00	0,00	14,29	0,00
VI	61,54	15,38	7,69	7,69	7,69	0,00
VII	100,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
VIII	57,14	14,29	0,00	14,29	14,29	0,00
IX	81,82	0,00	0,00	0,00	9,09	9,09
X	100,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
XI	90,00	10,00	0,00	0,00	0,00	0,00
XII	80,00	10,00	10,00	0,00	0,00	0,00
TOTAL	73,91	8,70	1,09	2,17	12,50	1,63

RAG 2016						
REGIÃO DE SAÚDE	Aprovado (%)	Aprovado com ressalvas (%)	Não aprovado (%)	Solicitado ajuste (%)	Em apreciação pelo Conselho de Saúde (%)	Sem informação (%)
I	31,58	15,79	0,00	0,00	36,84	15,79
II	70,00	5,00	0,00	10,00	10,00	5,00

III	54,55	13,64	0,00	0,00	22,73	9,09
IV	50,00	9,38	0,00	0,00	37,50	3,13
V	71,43	0,00	0,00	0,00	28,57	0,00
VI	76,92	7,69	7,69	7,69	0,00	0,00
VII	71,43	0,00	0,00	0,00	28,57	0,00
VIII	71,43	14,29	0,00	0,00	14,29	0,00
IX	90,91	9,09	0,00	0,00	0,00	0,00
X	66,67	0,00	0,00	0,00	33,33	0,00
XI	100,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
XII	80,00	10,00	0,00	0,00	10,00	0,00
TOTAL	64,67	7,61	0,54	1,63	21,74	3,80
RAG 2017						
REGIÃO DE SAÚDE	**Aprovado (%)**	**Aprovado com ressalvas (%)**	**Não aprovado (%)**	**Solicitado ajuste (%)**	**Em apreciação pelo Conselho de Saúde (%)**	**Sem informação (%)**
I	52,63	5,26	0,00	0,00	21,05	21,05
II	80,00	0,00	0,00	0,00	10,00	10,00
III	63,64	4,55	0,00	0,00	18,18	13,64
IV	59,38	0,00	0,00	0,00	31,25	9,38
V	71,43	0,00	0,00	0,00	9,52	19,05
VI	76,92	7,69	0,00	7,69	7,69	0,00
VII	57,14	0,00	0,00	0,00	42,86	0,00
VIII	57,14	14,29	0,00	0,00	28,57	0,00
IX	72,73	0,00	0,00	0,00	18,18	9,09
X	83,33	0,00	0,00	8,33	8,33	0,00
XI	90,00	10,00	0,00	0,00	0,00	0,00
XII	60,00	0,00	0,00	0,00	20,00	20,00
TOTAL	67,93	2,72	0,00	1,09	17,93	10,33

Fonte: SARGSUS-SEGEP/SES-PE, atualizado em: 29.03.2019.

A VII Região de Saúde manteve 100% de aprovação do RAG ao longo dos anos de 2012 a 2016 (RAG 2011 a RAG 2015).

De uma maneira geral, verificou-se um percentual menor de aprovação nos RAG 2016 e 2017, devido ao número de relatórios que continuam aguardando a apreciação pelos Conselhos Municipais de Saúde.

Além disso, observou-se no RAG 2012, que as VIII e XII Regiões de Saúde apresentaram altos percentuais de relatórios aprovados com ressalvas, o que poderia indicar fragilidades no instrumento ou mesmo, uma maior criticidade do CMS durante a análise.

Os percentuais de relatórios não aprovados são baixos, observando toda a tabela 2, a Região com o maior percentual de RAG não aprovados foi a XI com um percentual de 10% (RAG 2014 e RAG 2015). Importa ressaltar que este percentual representa apenas um relatório a cada ano. Alguns dos relatórios se encontram em apreciação pelo Conselho de Saúde mesmo vários anos após o ano de referência.

A IV Região de Saúde possui 21,88% de municípios dos quais os Conselhos de Saúde não deram o parecer referente ao RAG 2012. Essa mesma situação ocorreu na I Região em, praticamente, todos os anos. Isso pode refletir uma resistência dos CMS em aprovar os relatórios que deveriam ter sido apreciados por gestões anteriores do Conselho.

Em relação à ausência de informação verificou-se que os maiores percentuais estão relacionados aos anos mais recentes, não havendo nos RAG mais remotos (2011, 2012 e 2013) Regiões de Saúde sem informação. Ainda assim, torna-se necessário estimular os municípios quanto à importância da alimentação do RAG no sistema, principalmente na I, III e IV Regiões, tendo em vista que a alimentação do SargSUS é de caráter obrigatório e que as informações geradas por este sistema são oficiais, sendo utilizadas pelos órgãos de controle, tanto internos quanto externos.

A inexistência do registro em sistema significa, para estes órgãos de controle, que o ente federado não dispõe do instrumento elaborado, podendo acarretar em consequências estabelecidas em lei, a exemplo do não recebimento de recursos, como previsto no inciso IV, do artigo 4 da **Lei Nº 8.142, de 28 de Dezembro de 1990.**

De modo geral, verificou-se que a maioria das Regiões de Saúde de 2012 a 2018 tem elevados percentuais de relatórios aprovados, porém ainda é preciso consolidar dados dos municípios que apresentam pendências em relação ao RAG. Além disso, é preciso considerar as situações de entraves daqueles relatórios que ainda estão em apreciação pelos CMS, visto que há Regiões em que os RAG 2011 e 2012 ainda estão nesta situação.

3.2.1.7.4 Relatório Detalhado Quadrimestral

Previsto na Lei Complementar 141/2012, o Relatório Detalhado Quadrimestral (RDQ), é um importante instrumento de planejamento e acompanhamento da gestão da saúde, ao qual o gestor do SUS está obrigado a apresentar aos órgãos de controle interno e externo de planejamento, visando o monitoramento das ações e metas, bem como a prestação de contas e a publicização dos resultados alcançados durante o quadrimestre.

O RDQ não possui obrigatoriedade de aprovação pelo Conselho Estadual de Saúde (CES), sendo apresentado em Casa Legislativa de acordo com a Lei Complementar 141/2012. Em relação à alimentação de informação no SargSUS, a inserção dos relatórios quadrimestrais não é obrigatória. Desta forma não há dados representativos sobre este instrumento no sistema que possam ser analisados de forma regional no Estado.

Os dados referentes ao RDQ e demais instrumentos de planejamento do Estado (PES, PAS e RAG) estão apresentados no quadro 14, abaixo. Todos os instrumentos de Planejamento do Estado encontram-se aprovados pelo CES.

Quadro 14. Situação dos Instrumentos de Planejamento do Estado, no período de 2012 a 2018.

INSTRUMENTOS	SITUAÇÃO
PES 2012-2015	Aprovado
PAS 2012	Não era obrigatória a deliberação pelo CES
RDQ 1º, 2º E 3º quadrimestre de 2012	Apresentado em audiência pública e enviado ao CES
RAG 2012	Aprovado com ressalvas
PAS 2013	Aprovado
RDQ 1º, 2º E 3º quadrimestre de 2013	Apresentado em audiência pública e enviado ao CES
RAG 2013	Aprovado com Ressalvas e Recomendações
PAS 2014	Aprovado
RDQ 1º, 2º E 3º quadrimestre de 2014	Apresentado em audiência pública e enviado ao CES
RAG 2014	Aprovado
PAS 2015	Aprovado com Ressalvas
RDQ 1º, 2º E 3º quadrimestre de 2015	Apresentado em audiência pública e enviado ao CES
RAG 2015	Aprovado
PES 2016-2019	Aprovado com Recomendações
PAS 2016	Aprovada com Recomendações
RDQ 1º, 2º E 3º quadrimestre de 2016	Apresentado em audiência pública e enviado ao CES
RAG 2016	Aprovado com Recomendações
PAS 2017	Aprovada com Recomendações
RDQ 1º, 2º e 3º quadrimestre de 2017	Apresentado em audiência pública e enviado ao CES
RAG 2017	Aprovado com Ressalvas
PAS 2018	Aprovada
RDQ 1º e 2º quadrimestre de 2018	Apresentado em audiência pública e enviado ao CES
RAG 2018	Aprovado
PAS 2019	Aprovada

Fonte: Secretaria Executiva de Gestão Estratégica e Participativa, SES-PE, 2019

Ressalta-se que, no contexto da Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco (SES/PE), se observa que há pouca articulação entre os instrumentos PPA, LDO e LOA e os de planejamento em saúde. Tendo em vista que é imperativa a compatibilização entre as necessidades elencadas nesses instrumentos e o recurso disponível em orçamento, esse frágil diálogo se mostra como um grande entrave na efetivação do planejamento.

A escassez de recursos humanos tem impacto na concretização do planejamento em saúde, afinal essa é uma problemática de longa data e que se mostra evidente quando se observa que uma parcela significativa dos municípios pernambucanos não dispõe de equipe específica para este fim, sendo alocados profissionais oriundos de outros setores para preencher, em muitos casos, essas lacunas.

Um fato que tem sido observado pelo país e que ocorre, também, em Pernambuco são as empresas de consultorias como figuras responsáveis pelo processo de planejamento e elaboração de seus instrumentos nos municípios. Estas equipes prestam importantes serviços ao sistema de saúde local, entretanto, deve-se levar em consideração o fato de que muitas delas não dispõem de pessoal especializado em saúde, e acabam por desempenhar papel meramente administrativo e burocrático.

Avanços

- Implantação do Grupo Condutor como espaço de discussão e deliberação para a construção do PES 2016-2019 e 2020-2023 (presente documento);
- Ampliação da participação das áreas técnicas da SES, do HEMOPE e do CES, maior envolvimento, e comprometimento dos gestores integrantes do processo de planejamento;
- Melhor entendimento da importância e conteúdo dos instrumentos de planejamento por algumas das áreas técnicas da SES, decorrente de processos de educação permanente;
- Programação de ações e metas regionalizadas nos instrumentos de planejamento;
- Alinhamento estrutural entre PES/PPA e PAS/LOA;
- Metodologia discursiva em conjunto com a comissão de orçamento do CES.

Desafios

- Pouca priorização do processo de planejamento em saúde;
- Insuficiente articulação entre os instrumentos de gestão, planejamento e orçamentários;
- Alguns instrumentos ainda produzidos de forma cartorial, principalmente a nível municipal;
- Pouca integração entre os instrumentos básicos de planejamento do SUS e o RDQ;
- Fragilidade no processo de monitoramento dos instrumentos de Planejamento;
- Escassez de recursos humanos qualificados na área de planejamento em saúde, como ausência de equipes específicas ou equipe técnica insuficiente para dar conta das demanda nas SMS e SES;

- Predominância de consultorias responsáveis pelo processo de planejamento em múltiplos municípios, cumprindo funções meramente administrativas e burocráticas, sem uma visão crítica da situação da saúde pública e necessidades locais;
- Pouca articulação entre as áreas técnicas tanto nos processos de planejamento quanto na elaboração de ações integradas;
- Necessidade de educação permanente para Municípios e equipes das GERES;
- Necessidade de ampliação da participação da equipe técnica das GERES na construção do PES 2020-2023, considerando a importância do PRI.

3.2.1.8 Espaços de Governança

3.2.1.8.1 Dimensão da Governança Regional

A governança é a conjunção entre a capacidade técnica e a capacidade política dos(as) gestores(as) de tomar decisões inteligentes e compartilhadas, gerando um ambiente permanente de aprendizagem coletiva. No SUS é composta por instâncias e mecanismos oficiais de compartilhamento de poder que asseguram a participação dos Estados e Municípios na elaboração e planejamento das políticas e programas, na alocação de recursos financeiros e na tomada das principais decisões que afetam os rumos da política de saúde, de forma compartilhada. Ou seja, órgãos colegiados e relações federativas compõem mecanismos de governança cooperativa por meio, principalmente das Comissões Intergestores Tripartite, Bipartite e Regionais (CIT, CIB e CIT, respectivamente).

3.2.1.8.2 Comissão Intergestores Bipartite – CIB

A Norma Operacional Básica (NOB-SUS) 01/93, editada pela Portaria GM/MS nº 545, de 20 de maio de 1993, criou as Comissões Intergestores Bipartite (CIB). Em Pernambuco a CIB foi instituída pela Portaria Estadual nº 143, de 11 de janeiro de 1993 e seu Regimento Interno foi aprovado pela Resolução Conjunta da CIB nº 01, de 28 de junho de 1993. Desde então, a Intergestores Bipartite Estadual de Pernambuco (CIB/PE) vem se constituindo como importante espaço político de representação dos entes federativos no processo de formulação e implementação das políticas de saúde do Estado.

3.2.1.8.3 Secretaria da Comissão Intergestores Bipartite

Desde sua criação em 1993, a CIB/PE possibilita a articulação, negociação e pactuação entre os gestores municipais e estaduais, sempre com o compromisso de avançar numa política de saúde voltada para a população, buscando consolidar e fortalecer o SUS em Pernambuco.

A CIB/PE é um órgão de caráter permanente, formado por representantes da Secretaria Estadual de Saúde (SES) e por representantes do Colegiado de Secretários Municipais de Saúde (Cosems/PE).

Todos os temas discutidos nas plenárias são, antecipadamente, analisados e fundamentados pela Câmara Técnica (CT), formada por membros de composição bipartite, que dão subsídios técnicos às decisões dos gestores da CIB.

Quadro 15. Atividades desempenhadas e resultados alcançados- CIB/PE 2013-2018.

Atividades	Resultados					
	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Reuniões Câmara Técnica	09 (04 Extraordinária)	10	11	11	12 (01 Extraordinária)	10 (01 Extraordinária)
Plenária CIB	11	10	11	11	12 (01 Extraordinária)	09
Total de Participantes CT/CIB-PE	165	135	197	227	182	241
Total de Participantes Plenária CIB-PE	238	285	404	352	439	371
Resoluções Emitidas	319	228	127	122	149	148
Emenda Parlamentar com recursos aprovados para os municípios	R$ 23.298.960,00	R$ 2.400.000,00	R$ 39.315.675,71	R$ 49.058.727,00	R$ 46.221.311,12	R$ 35.909.925,74
Reunião CRIE/PEBA	03	02	01	01	02	05

Fonte: Coordenação Executiva da CIB/PE, 20019.

No período de 2013 a 2018, foram realizadas 63 reuniões da Câmara Técnica, sendo o ano de 2017, o que teve o maior número de reuniões, doze ao total, Com relação às resoluções, nesse período, foram emitidas 1.093 Resoluções CIB/PE que possibilitaram o fortalecimento do sistema estadual de saúde de Pernambuco. Destaca-se que no ano de 2016 foram distribuídos R$ 49.058.727,00 em emendas parlamentares para os municípios, o maior valor dentre os anos demonstrados no quadro acima.

3.2.1.8.4 Organização e funcionamento das Comissões Intergestores Regionais

O planejamento no âmbito regional implica na discussão permanente da política de saúde, o que demanda o fortalecimento da governança exercida na Região de Saúde. Tal fato traz a necessidade de uma organização que permita o acompanhamento permanente desse processo, uma vez que a Comissão Intergestores Regional (CIR) é a instância da pactuação, do monitoramento e da avaliação do planejamento regional integrado

As CIR, composta por Secretários Municipais de Saúde e Gestores da Secretaria Estadual de Saúde de cada território, devem se configurar como espaços de governança, de caráter permanente, com o objetivo de pactuar, co-gerir e de decidir, com foco na organização da rede regional de ações e serviços de saúde,

conforme Decreto Nº 7.508/2011. Em Pernambuco foram instituídas 12 CIR, com suas respectivas Câmaras Técnicas, estruturadas administrativamente em nas sedes de cada Região de Saúde.

Cabe ressaltar que no âmbito da relação interfederativa 100% das Regiões de Saúde dispõem de CIR em funcionamento com composição paritária entre os(as) gestores(as) Municipais e Estadual.

No entanto, é importante destacar a necessidade de qualificação permanente desses espaços, considerando a alta rotatividade de gestores(as) e profissionais, as dificuldades quanto à garantia de quórum dos(as) gestores(as) municipais para início das sessões, valorização e entendimento do papel por parte dos seus membros. Ressalta-se ainda, a necessidade de qualificar as respectivas CT, espaços de extrema importância para o desenvolvimento do papel das CIR.

3.2.1.8.5 Colegiado Regional Interestadual

O Colegiado Regional Interestadual de Saúde (CRIE), espaço de pactuação e negociação entre Pernambuco e Bahia (Rede PEBA), foi instituído em 2010 com o objetivo de reorganizar a assistência à saúde na região do Médio São Francisco, eliminar as barreiras geográficas e garantir acessos aos serviços de saúde para os moradores das referidas Macrorregiões.

O CRIE é uma instância colegiada de articulação, negociação e pactuação entre os entes federativos das esferas de governo envolvidas, e constitui-se num espaço de decisão por meio da identificação, definição de prioridades e de pactuação de soluções para a organização de uma Rede Interestadual de ações e serviços de atenção à saúde integrada e resolutiva, à luz do Decreto 7.508/2011.

Avanços

- Constituiu um espaço de fortalecimento na implantação da Rede PEBA, que durante um bom tempo conseguiu dar respostas às demandas locorregionais;
- Definiu a abragência territorial de forma interestadual, que compõe a IV Macro/PE e Macro Norte da BA;
- Fomentou a discussão para a implantação na Central de Regulação Interestadual de Leitos (CRIL), em 2011, o que norteou o acesso dos usuários na região;
- Definiu as referências hospitalares (perfil), permitindo acesso para unidades, principalmente, localizadas nos municípios sedes (Petrolina/PE e Juazeiro/BA), reduzindo as transferências para as capitais dos Estados;
- Trouxe para gestores a necessidade de pensar um modelo de gestão fluido e que pudesse responder a contento as demandas da região interestadual.

Desafios

- Ser reconhecida através de atos normativos em nível federal, tendo em vista que somente foi

publicada resoluções CIB (PE e BA) do regimento;

- Garantir participação efetiva dos membros da CRIE, principalmente a representação do MS;
- Garantir a efetivação das reuniões da CRIE, pois no momento atual, constitui-se como um problema, tendo em vista a incompatibilidade de agenda e o volume de atividades que os gestores lidam cotidianamente;
- Discutir na CRIE a implementação da Rede PEBA, em consonância com a estruturação da RAS como estratégia para superar a fragmentação da atenção e da gestão e aperfeiçoar o funcionamento político-institucional do SUS, com vistas a assegurar ao usuário o conjunto de ações e serviços que necessita com efetividade e eficiência;
- Garantir que o conteúdo das negociações, processo político e capacidade de atuação sejam fortalecidos, como a construção da agenda compartilhada, em um processo político cooperativo, no momento com conflitos e com baixa capacidade de atuação;
- Elaborar o PRI interestadual.
- Discutir e garantir o financiamento da Rede PEBA;

3.2.1.8.6 Comissões de Integração Ensino Serviço

As Comissões de Integração Ensino Serviço (CIES) estão implantadas nas 12 Regiões de Saúde, como Câmara Técnicas de Educação Permanente em Saúde, ligadas à CIR. A vinculação desta área fica a critério de cada Regional. A CIES tem o papel de gestão da educação na saúde no âmbito regional, de forma colegiada com gestores(as) municipais, trabalhadores da saúde, instituições de ensino, controle social e movimentos sociais, desenvolvendo ações de educação permanente em saúde e integração ensino-serviço-comunidade alinhada às diretrizes da Política de Educação Permanente em Saúde estadual. A CIES Estadual funciona na formulação e no apoio à implementação da Política de Formação e Desenvolvimento no âmbito do SUS e das ações e estratégias relativas à educação na saúde, no âmbito estadual e nas regiões de saúde.

Além dos espaços de governança supracitados, as 12 Regiões de Saúde contam ainda com Comitê instituído para Monitoramento e Avaliação dos ATT, uma das principais causas de morbimortidade em PE. Este comitê intersetorial tem como proposta fomentar ações de educação no trânsito e intervenções para reversão dos indicadores de ATT.

Avanços

- Fortalecimento das CT e respectivas CIR – 1º Curso de Atualização em Gestão Regionalizada;
- Instituição do Colegiado Regional Interestadual;
- Implantado nas 12 GERES Comitê Regional de Prevenção aos Acidentes de Moto (CEPAM);
- Insituição das CIES Regionais.

Desafios

- Implementar e qualificar as CIES regionais com desenvolvimento e monitoramento efetivo das ações, de acordo com as necessidades locorregionais;
- Implantar espaços de Governança interestaduais que viabilizem a pactuação de ações e serviços a serem oferecidos nas regiões fronteiriças;
- Instituir Modelo de Governança Macrorregional (Estrutura e Gestão);
- Fortalecer os espaços governança e de articulação interfederativa por meio de educação permanente.

3.2.1.8.7 Gestão do Trabalho e Educação na Saúde

3.2.1.8.7.1 Política de Gestão do Trabalho

A Política de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde tem por objetivo formular e implantar políticas públicas orientadoras da gestão, formação e qualificação dos (as) trabalhadores (as) e da regulação profissional na área da saúde.

A rede Estadual de Saúde conta com o quadro de 23.498 servidores (ref.:folha de pagamento de março/2019) entre estatutários, contratados por tempo determinado, cedidos e comissionados, distribuídos de acordo com os quadros 16 e 17, abaixo.

Quadro 16. Força de trabalho em saúde da SES, março 2019.

REGIME DE TRABALHO	ANALISTA DE SAUDE	ASSISTENTE EM SAUDE	AUXILIAR EM SAUDE	MÉDICO	TOTAL
DIARISTA	872	1.904	1.064	1.752	5.592
PLANTONISTA	3.388	8.924	1.004	2.686	16.002
TOTAL	4.260	10.824	2.068	4.438	21.594
CARGOS COMISSIONADOS					377
SERVIDORES EXTRA-QUADRO					328
TOTAL GERAL					22.299

*Dados dos servidores ativos.
Fonte:Sistema de Administração de Recursos Humanos- SAD-RH, mar. 2019.

Quadro 17. Quantitativo de profissionais nas Gerências Regionais, APEVISA, LACEN e Nível Central, março de 2019.

UNIDADE	QTD
NIVEL CENTRAL	1.020
APEVISA	115
LACEN	210
GER DA I GERES RECIFE	50
GER DA II GERES LIMOEIRO	72
GER DA III GERES PALMARES	74
GER DA IV GERES CARUARU	80
GER DA IX GERES OURICURI	64
GER DA V GERES GARANHUNS	104
GER DA VI GERES ARCOVERDE	61
GER DA VII GERES SALGUEIRO	37
GER DA VIII GERES PETROLINA	114
GER DA X GERES AFOG DA INGAZEIRA	44
GER DA XI GERES SERRA TALHADA	52
GER DA XII GERES GOIANA	25
TOTAL GERAL	2.122

Fonte: Sistema de Administração de Recursos Humanos- SAD-RH, março de 2019.

No período de 2015 a 2018 foram convocados 6.639 profissionais de saúde a partir dos dois Concursos Públicos realizados nos anos de 2013 e 2014, conforme o quadro 18, abaixo

Quadro 18. Nomeações de profissionais de saúde entre 2015-2018.

NOMEAÇÕES CONCURSOS	2015	2016	2017	2018	TOTAL
MÉDICOS	58	332	454	0	844
ANALISTAS EM SAÚDE	78	1.109	389	601	2.177
ASSISTENTE EM SAÚDE	0	1.872	1.594	152	3.618
TOTAL	136	3.313	2.437	753	6.639

Fonte: Sistema de Administração de Recursos Humanos- SAD-RH, março de 2019.

A Política de Gestão do Trabalho na Saúde em Pernambuco, no período de 2008 a 2018, implantou/implementou as seguintes ações:

- Realização de 04 concursos públicos (2009, 2013, 2014, 2018);
- Realização de Seleções Públicas Simplificadas para atender necessidades de excepcional interesse público em alguns programas estratégicos do Governo;
- Estruturação da política de avaliação de desempenho para todos os cargos da área de saúde;
- Regulamentação de incentivos e benefícios ao servidor;
- Estruturação do Programa de Saúde, Segurança, e Qualidade de Vida – QUALIVIDA.

Desafios:

- Dimensionamento da força de trabalho, considerando a estruturação e funcionamento da rede de saúde estadual regionalizada e interiorizada, necessitando de estruturação, de sistemas de informação e de instrumentos que apoiem metodologicamente;
- Implantação/implementação de sistemas de informação para apoiar a gestão de pessoas, integrando as diversas bases de dados;
- Implantação de mesa de negociação setorial, atualmente implantada de maneira centralizada na Secretaria de Administração com participação da Secretaria de Saúde nas discussões e negociações.

3.2.1.8.7.2 A Política de Educação Permanente em Saúde

A estruturação da Política de Educação Permanente em Saúde de Pernambuco iniciou em 2007 com a constituição das Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço nas 12 Regiões de Saúde e da CIES Estadual, a elaboração dos Planos de Ação Regional de Educação Permanente em Saúde (PAREPS), com assessoramento e suporte técnico da Diretoria Geral de Educação em Saúde da SES e da Escola de Governo em Saúde Pública de Pernambuco, utilizando-se ainda, da estratégia do Apoio Institucional descentralizado.

A Escola de Governo de Saúde Pública de Pernambuco (ESPPE) foi criada em 1989, dentro de um contexto social e político importante do país, com o processo de redemocratização e a implementação do SUS. Desde então, tem uma vasta trajetória na área da educação profissional em Saúde e em cursos de qualificação dos(as) trabalhadores(as) e gestores(as) do SUS de Pernambuco. Destaca-se no cenário pernambucano como protagonista na Política Estadual de Educação Permanente em Saúde, visando atender as demandas de formação e qualificação dos(as) trabalhadores(as) do SUS.

Diante das demandas advindas do sistema de saúde brasileiro e dos espaços institucionais vinculados às Secretarias Estaduais de Saúde, a instituição incorporou a concepção de escola de governo como uma forma de mobilizar e potencializar os esforços dirigidos à ampliação da capacidade e da qualidade da gestão em saúde. Em 2013, por meio da Lei nº 15.066, a ESPPE ampliou sua capacidade técnica para atender

as necessidades de qualificação e formação dos(as) servidores(as) que atuam no SUS-PE, incluindo para além da oferta de Educação Profissional Técnica em Saúde a realização de cursos na modalidade de pós-graduação, nas modalidades especialização Lato Sensu e residências em área profissional da saúde.

Outro aspecto relevante é a integração da ESPPE em duas Redes potentes de diálogo, articulação, construção e troca de experiências para fortalecer a política de formação dos trabalhadores do SUS: a Rede de Escolas Técnicas do SUS(RETSUS) e Centros Formadores vinculados às instâncias gestoras do SUS e a Rede Brasileira de Escolas de Saúde Pública (REDESCOLA).

A ESPPE teve, e tem um papel fundamental na estruturação da Política de Educação Permanente em Saúde no estado. A abrangência das ações contempla os trabalhadores inseridos nos 184 municípios e Distrito Estadual de Fernando de Noronha (DEFN) das 12 Regionais de Saúde nas suas diversas áreas de atuação.

Ao longo do período de 2007 a 2018 a Política de Educação Permanente em Saúde foi se consolidando por meio da execução de ações estruturadoras, entre elas destacaram-se:

- 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;
- 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;
- Descentralização de recursos financeiros para municípios;
- Apoio ao funcionamento das CIES Regionais e CIES Estadual;
- Interiorização de programas de residência em áreas estratégicas do SUS por meio da Escola de Governo em Saúde Pública de Pernambuco;
- Elaboração e desenvolvimento de Planos Estaduais de Educação Permanente em Saúde;
- Desenvolvimento do Programa Pesquisa para o SUS em Pernambuco - PPSUS PE, com apoio e financiamento de pesquisa em áreas estratégicas para a gestão do SUS no estado;
- Desenvolvimento da política estadual de integração ensino serviço;
- Implantação e qualificação do Programa de Formação para o SUS– FORMASUS.
- Foram realizadas também ações de fortalecimento da ESPPE, tais como:
- Credenciamento como Instituição Formadora de Pós-graduação, modalidade Residência em Área Profissional da Saúde, pela Comissão Nacional de Residência em Saúde;
- Estruturação da Comissão de Residência Multiprofissional em Saúde-COREMU ESPPE – Portaria Nº 137, de 17/04/2015;
- Instalação da Plataforma Moodle de Ensino à Distância (EaD); Implantação de Programas de Residência em Área Profissional da Saúde de forma descentralizada e regionalizada; Credenciamento

junto ao Conselho Estadual de Educação para oferta de curso de pós-graduação Lato Sensu (especialização).

E, mais recentemente, houve a construção do Plano de Educação Permanente em Saúde do Estado de Pernambuco (2019-2022) organizado nos seguintes eixos:

- Governança da Política de Educação Permanente em Saúde de Pernambuco; Desenvolvimento da Gestão e do Controle Social no SUS;
- Desenvolvimento e Disseminação de Capacidade Pedagógica no SUS;
- Rede SUS Escola;
- Desenvolvimento da Atenção - Redes Integradas e Linhas de Cuidado;
- Comunicação e Gestão do Conhecimento Aplicado ao SUS.

3.2.1.8.7.3 Política Estadual de Integração Ensino Serviço

O SUS apresenta como uma de suas responsabilidades a ordenação da formação de Recursos Humanos, ou seja, a formação de trabalhadores e trabalhadoras para desenvolver o cuidado nos serviços da rede de saúde.

Nesse sentido, a rede de serviços que compõe o SUS constitui-se numa verdadeira escola de formação de profissionais de saúde (gestores, trabalhadores, estudantes) e do controle social, a Rede SUS Escola Pernambuco. A construção dos espaços do ensinar e do aprender é possível por meio de relações horizontais de cooperação entre os atores, e o entendimento que o trabalho cotidiano nos serviços de saúde é formador de sujeitos.

3.2.1.8.7.4 Programa de Formação para o SUS – FORMASUS

Considerando a responsabilidade do Estado em ordenar a formação de profissionais para o SUS e a necessidade de regulamentar as contrapartidas, por parte das instituições privadas, a Rede Estadual de Saúde, que oferece uma média de 5.730 vagas de estágio curricular obrigatório anualmente, o Estado de Pernambuco criou o Programa de Formação do SUS.

O Programa FormaSUS, instituído pela Lei Estadual nº 15.065/2013, define diretrizes para a relação entre as instituições de ensino privadas e a Secretaria Estadual de Saúde. Em contrapartida aos estágios dos estudantes na Rede SUS Escola Estadual, as instituições de ensino ofertam bolsas integrais de estudos em cursos técnicos e de graduação em saúde a estudantes de ensino médio da rede pública de ensino e bolsistas integrais da rede particular. Essas bolsas são disponibilizadas pela SES por meio de processo seletivo público que ocorre a cada ano para os cursos superiores e a cada dois anos para os cursos técnicos. Desde que foi implantado, o FormaSUS já ofertou mais de 1.450 bolsas integrais de estudo.

Quadro 19. Número de bolsas integrais de estudo em cursos de nível técnico e superior do Programa FormaSUS no período de 2015 a 2018.

Ano	Nº de bolsas de estudo integrais em cursos técnicos	Bolsas de estudo integrais em instituições de ensino superior
2015	-	119
2016	200	98
2017	-	101
2018	188	104
Total	388	422

Fonte: DGES /SEGTES/SES, 2018.

3.2.1.8.7.5 Política estadual de residências em saúde

Pernambuco é um dos pioneiros no Brasil na implantação de Programas de Residências, importante centro de residência do Norte-Nordeste e um dos principais polos do País. A implantação de Programas de Residência vinculados aos Hospitais da Secretaria Estadual de Saúde foi anterior à Comissão Nacional de Residência Médica.

O estado de Pernambuco se destaca na trajetória de implantação de Programas de Residências 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, conforme demonstrado no quadro abaixo. A Secretaria Estadual de Saúde é responsável pela gestão do processo de seleção unificada da Residência Médica e Residência em Área Profissional da saúde, acompanhamento e apoio para o desenvolvimento das atividades de aprendizagem em serviço, além do financiamento das bolsas de Residência.

Quadro 20. Recursos investidos pelo Governo do Estado de Pernambuco no financiamento de bolsas de residências em saúde no ano de 2018 considerando valor bruto.

Programa de Residência	Nº de residentes	Investimento SES	
		Nº de bolsas	Valor anual (R$)
Médica	1729	1119	44.721.416,88
Área Profissional de Saúde	1029	560	22.380.691,12
Total	2773	1633	67.102.108,00

Fonte: DGES/SES, 2018.

O período de 2015 a 2018 foi marcado pela ampliação de residências médicas e em área profissional da saúde, especialmente na formação para a Atenção Básica, Rede de Urgência e Emergência e Saúde Materna e Infantil. Destaca-se que nesse período reduziram-se os recursos federais, o que demandou, desde 2017, o financiamento de 100% das bolsas ampliadas com recursos estaduais.

Quadro 21. Evolução do número de vagas de residência ofertadas no estado de Pernambuco no período de 2012 a 2018.

Programa de Residência	Ano						
	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Médica	455	469	627	818	856	864	927
Área profissional de saúde	180	210	305	395	507	603	623
Total	635	679	932	1213	1363	1467	1550

Fonte: DGES/SEGTES/SES-PE, 2018.

Visando a estruturação das Redes de Atenção à Saúde, o estado de Pernambuco tem avançado na interiorização de programas de residência em áreas estratégicas do SUS. Entre os Programas de Residência em Área Profissional de Saúde, destacam-se a interiorização nas seguintes regionais IV, V, VI, VII, VIII, IX, X, XI e XII.

Atualmente são 2.658 residentes em atividade (médicos e em área profissional), o que representa um investimento de R$ 113 milhões de reais em pagamento de bolsas de Residência por ano. Desse total 15,7% é financiado pelo Ministério da Educação, 21,1% pelo Ministério da Saúde (Pró-Residência) e 63,16% pelo Governo de Pernambuco. Esse percentual representou para o Governo do Estado de Pernambuco um investimento de, aproximadamente, R$ 80 milhões de reais no ano de 2018, levando em conta o valor bruto e as alíquotas patronais.

Associada a ampliação da formação de especialistas, está a expansão de escolas médicas no estado de Pernambuco. Nos últimos anos foi possível perceber a aceleração no processo de abertura de novos cursos de graduação, marcados pelo processo de interiorização e descentralização, mas também com ampliação na capital pernambucana, predominantemente por instituições privadas de ensino.

A expansão da residência médica tem sido também uma ação estratégica, reforçada pela necessidade de qualificar a rede de saúde para a assistência e para o ensino, especialmente com a ampliação de cursos de graduação em medicina no estado. Destaca-se em 2016/2017 a abertura de vagas de residência em Medicina Geral de Família e Comunidade em Garanhuns e Serra Talhada, junto ao curso de medicina da UPE nos dois campus.

Figura 9. Distribuição dos programas de residência em saúde e dos cursos de medicina por Região de Saúde no estado de Pernambuco.

Fonte: Diretoria Geral de Educação na Saúde/SEGTES/SES-PE.

Desafios da Educação Permanente em Saúde

- Aprimorar os sistemas informatizados de gestão;
- Fortalecer as Comissões de Integração Ensino Serviço regionais;
- Avançar no planejamento e execução descentralizada das ações da Escola de Saúde Pública, de educação permanente em saúde e de integração ensino serviço;
- Executar o Plano de Educação Permanente em Saúde de Pernambuco (2019-2022);
- Dar continuidade à ampliação de programas de residência em áreas estratégicas para atender a organização das Redes de Atenção à Saúde na Região Metropolitana e no interior;
- Avançar na expansão de Programas de Residência Médica alinhados aos Cursos de Graduação em Medicina na Região Metropolitana e no interior.

3.2.1.8.8 Participação e Controle Social

3.2.1.8.8.1 Conselhos e Conferências de Saúde

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 Saúde de Pernambuco (CES/PE) 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 execução das políticas públicas setoriais, 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 2017, 152 municípios solicitaram adesão ao sistema equivalendo a cerca de 83% dos municípios do estado, o que representa um aumento de 10% de adesão em relação a 2015.

Esse avanço na implantação do SIACS foi alcançado através de mobilizações contínuas durante os eventos que o Conselho Estadual de Saúde de Pernambuco 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 nº 8.142 de1990 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 PAS, cabe registrar o RAG, instrumento básico de planejamento do SUS, como ferramenta fundamental aos Conselhos de Saúde, para o desenvolvimento desse papel.

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 encaminhamentos para o recebimento das auditorias realizadas nas unidades de saúde remetidas ao CES/PE;
- Estimulo aos CMS para análise de auditorias realizadas em unidades de saúde sob gestão municipal;
- Promoção de eventos/atividades voltadas para capacitação dos CMS 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.

Desafios

- Viabilizar novo espaço para sediar o CES/PE;
- Funcionamento de todas as comissões permanentes do CES/PE, através de reuniões sistemáticas e encaminhamentos em Sessões Plenárias;
- 100% dos CMS cadastrados no SIACS;
- Apoiar os CMS para análise e deliberação sobre os relatórios anuais de gestão municipais.

3.2.1.8.8.2 Comitês de Equidade

A Política de Gestão Estratégica e Participativa (ParticipaSUS), foi formulada pela Secretaria Executiva de Gestão Estratégica e Participativa (SEGEP), aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS) e publicada em Portaria MS nº 3.027, de 26 de novembro de 2007. A ParticipaSUS tem o objetivo de orientar as ações de governo na promoção, na qualificação e no aperfeiçoamento da gestão estratégica e democrática das políticas públicas, bem como, acelerar e aperfeiçoar a implementação das práticas de

gestão estratégica e participativa.

Nela estão previstas a ampliação de espaços públicos e coletivos para o exercício do diálogo, de forma a construir um conhecimento compartilhado sobre saúde. Um de seus objetivos é a promoção da inclusão social de populações específicas visando à equidade no exercício do direito à saúde. Assim sendo, a população negra e quilombola; povos do campo, da floresta e das águas; pessoas em situação de rua; população LGBT; educação popular em saúde; e as Práticas integrativas e complementares em saúde, são o foco das ações desta Política.

Em 2011, a SGEP publicou a Portaria de Nº 2979/11, que em seu Art.5º, assegura que as Secretarias Estaduais de Saúde, devem estabelecer instâncias estaduais colegiadas que sejam responsáveis pela implantação, implementação e acompanhamento das políticas de promoção da equidade em saúde, através da formação de Comitês Técnicos (CT).

Desta forma, em âmbito nacional, as Políticas de Equidade no SUS, preconizadas pela ParticipaSUS iniciam o processo de implantação de Políticas de Saúde às populações específicas, visando o melhor acolhimento e atendimento destas pessoas nas ações e serviços de saúde do SUS.

Assim sendo, a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) foi elaborada em 2009 e, em consonância com tais diretrizes, a SES, criou o Comitê Estadual de Doença Falciforme através da Portaria SES/PE nº 658/2010, atualmente fortalecido e reestruturado pelas portarias SES/PE nº 685/2012 e SES/PE nº 139, de 28/2014, passando a ser denominado Comitê Estadual de Saúde da População Negra (CESPN).

O CESPN tem a finalidade de propor e desenvolver atividades relativas à saúde da população negra, além de recomendar, monitorar e avaliar a implantação e implementação das ações da PNSIPN e da Política Estadual de Atenção às Pessoas com Doença Falciforme de Pernambuco (Lei N° 13.693/2008), com vistas à equidade e à igualdade racial, em relação ao acesso e a qualidade dos serviços de saúde, à redução da morbimortalidade, à produção de conhecimento e o fortalecimento da consciência sanitária e da participação da população negra nas instâncias de controle social no âmbito do Sistema Único de Saúde.

Na atualidade o desafio posto ao CESPN é se afirmar enquanto instância de monitoramento e proposição da efetivação do CESPN em sua completude, abrangendo a discussão para além da anemia falciforme, assegurando o cuidado às questões de saúde da população negra.

Em 2010, foi publicada a Política Nacional de Saúde Integral LGBT e, em agosto de 2012, a SES publicou a Portaria Nº 445/12, instituindo o Comitê Técnico de Saúde Integral da População LGBT (CT Saúde LGBT), que tem a finalidade de promover, para esse segmento populacional, a universalidade do acesso e a equidade da oferta de ações e serviços de saúde nos campos da pesquisa, da educação, da informação e da atenção à saúde, no âmbito do SUS.

O CT Saúde LGBT foi fundamental para a elaboração e aprovação do texto final da Política Estadual de Saúde Integral da População LGBT, publicada através da Portaria nº 060 de 10 de março de 2015 e a criação da Coordenação de Saúde Integral da População LGBT.

Ao longo dos anos o Comitê foi responsável por acompanhar a implantação do processo transexualizador no Hospital das Clínicas e no Centro Integrado de Saúde Amaury de Medeiros (CISAM). Bem como em assessorar municípios na discussão da saúde LGBT e implantação de serviços municipais

voltados a esta população e diversas atividades de formação com profissionais de saúde na perspectiva do conhecimento sobre a saúde da população LGBT.

Outro avanço deste Comitê, em parceria com a Coordenação Estadual de Saúde Integral LGBT, é a discussão e implantação de Comitês Regionais de Saúde Integral LGBT. Atualmente há Comitê implantado na regional de Serra Talha e na de Petrolina. E discussões já avançadas nas regionais de Arcoverde e Afogados da Ingazeira.

Estes Comitês Regionais têm a função de discutir a implantação da Política em suas respectivas regiões, fomentando a discussão junto aos municípios e promovendo a ampliação da rede de cuidados à saúde da população LGBT.

Na perspectiva de viabilizar, no Estado de Pernambuco, as demais Políticas de Equidade ainda não implantadas no âmbito da SES, em 21 de Novembro de 2017, através da Portaria SES/PE Nº 574 foi implantado o Comitê de Equidade e Educação Popular em Saúde, tendo por finalidade articular instâncias da gestão Estadual, Municipal e Federal, instituições de ensino e movimentos sociais, relacionados às Políticas de Promoção da Equidade e de Educação Popular em Saúde para a discussão, elaboração, implantação e acompanhamento das políticas e de seus respectivos planos operativos, promovendo a equidade, a educação popular em saúde e a gestão estratégica e participativa no SUS/PE.

O grande desafio do Comitê de Equidade e Educação Popular em Saúde é efetivar a elaboração e a implantação das políticas de equidade ainda não implantadas no âmbito da SES, sendo elas: Política de saúde dos povos do campo, floresta e águas; Política de saúde das pessoas em situação de rua; Política das práticas complementares e integrativas no SUS; e Educação popular em saúde. Além de ampliar a discussão no Estado destas políticas, de forma descentralizada e colegiada entre gestão e movimento social.

3.2.1.8.9 Ouvidoria do SUS

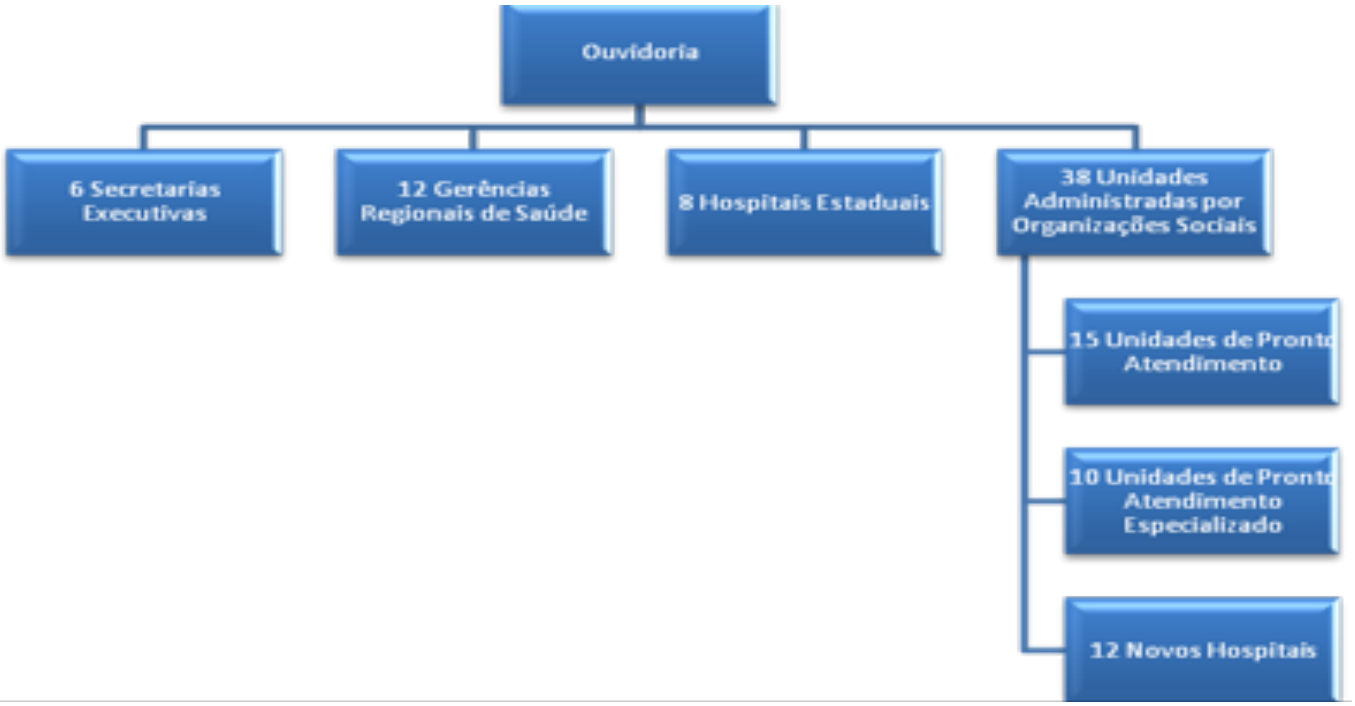
A Ouvidoria-Geral SUS é o setor responsável por receber manifestações como reclamações, denúncias, elogios, críticas e sugestões dos cidadãos quanto aos serviços e atendimentos prestados pelo SUS; e tem como principal objetivo garantir e ampliar o acesso do cidadão na busca efetiva de seus direitos, atuando enquanto ferramenta de gestão e instrumento de fortalecimento do controle social.

A Ouvidoria é um espaço de escuta ativa que representa um exercício de transformação social e política, que permite perceber a importância da integração do(a) cidadão com o objetivo que ele (ela) quer atingir quando se manifesta, que valoriza o direito dele em expor sua problemática, mediando e contribuindo com o Estado no ato de conceder um retorno coerente e justo.

Preza pela inserção do problema mediante um fluxo de atendimento padrão, que na maioria das vezes acontece com o registro da situação pelo (a) usuário (a) do serviço, o encaminhamento do registro ao setor responsável e a respectiva resposta ao questionamento feito.

Pernambuco integra a Rede Estadual de Ouvidorias, coordenada pela Ouvidoria Geral do Estado (OGE), a ouvidoria é coordenada pelo Departamento de Ouvidoria Geral do SUS (DOGES) do Ministério da Saúde e de Ouvidores e Interlocutores, nas Unidades Hospitalares, de Pronto Atendimento (UPA), de Pronto Atendimento Especializados (UPAE), de Gerencias Regionais de Saúde (GERES) e Secretarias Executivas da SES/PE. Além de apoiar tecnicamente os 37 municípios que possuem Ouvidoria do SUS, e os que queiram implantar.

Figura 10. Rede de Ouvidorias e Interlocuções da Superintendência de Ouvidoria da SES/PE.



Fonte: Ouvidoria/SES/PE – 2019.

Competências

Figura 11. Competências da Ouvidoria da SES/PE.

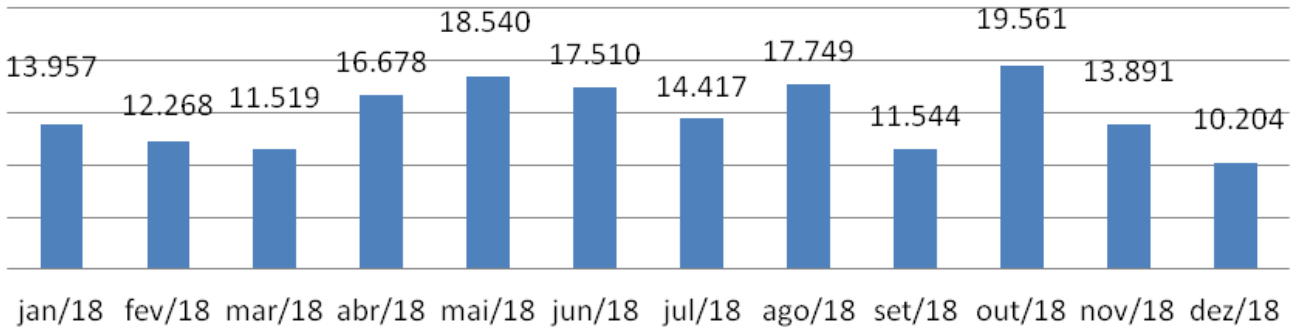
Fonte: Ouvidoria/SES/PE – 2019.

Relatórios

Nos gráficos abaixo são apresentadas as informações sobre a situação das demandas de Ouvidoria que chegaram em 2018. A média mensal alcançou o patamar de 15.210 manifestações, geradas nos canais de atendimento (Call Center - 0800, carta, formulário web, e-mail, presencial).

O Call Center (0800) é o canal de atendimento mais acessível ao usuário SUS. No Gráfico 65 é demonstrada a evolução de chamadas ao longo de 2018:

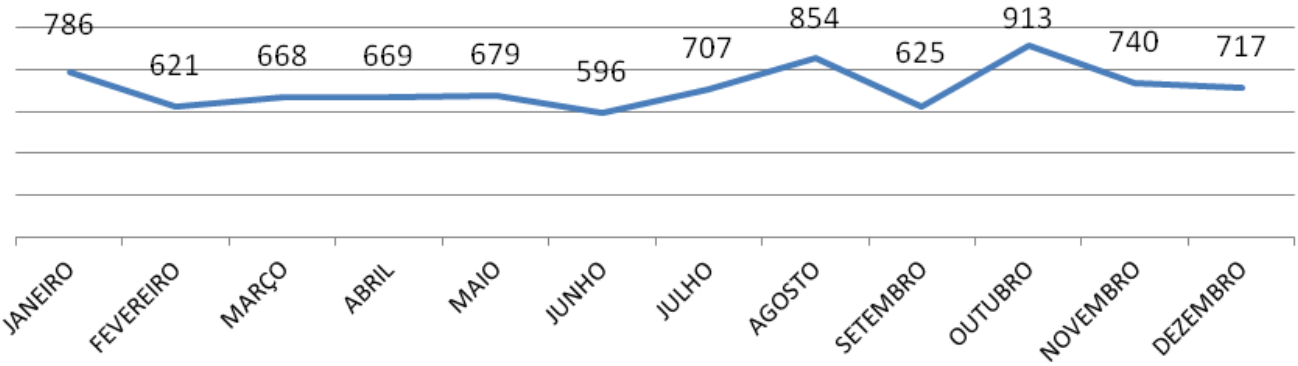
Gráfico 81. Ligações recebidas pela ouvidoria por mês.



*Total de ligações recebidas: 177.838.
*Período: 01/01/2018 até 31/12/2018.
Fonte: Digitro Tecnologia.

Essas chamadas vão de simples informações, sanadas no próprio atendimento, que são as ligações não protocoladas, como também demandas registradas no sistema informatizado e encaminhadas para tramitação nas diversas áreas desta Secretaria, denominadas como ligações protocoladas.

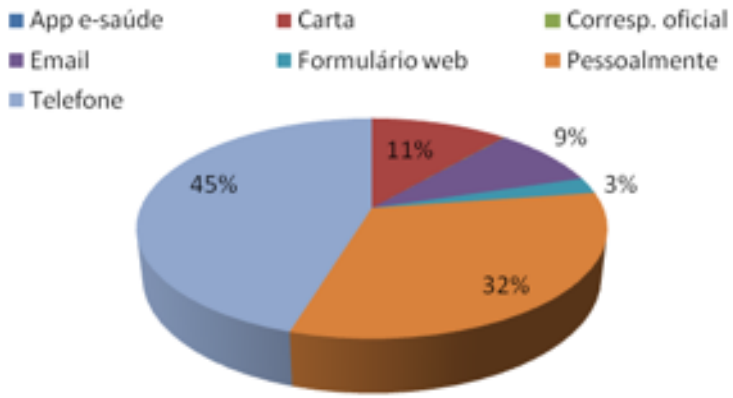
Gráfico 82. Evolução das demandas protocoladas em 2018.



*Total de demandas protocoladas: 8.575.
*Período: 01/01/2018 até 31/12/2018.
Fonte: OUVSUS/Ouvidoria Geral do SUS/MS.

De acordo com o Gráfico 83 as demandas protocoladas mantêm uma média mensal de 716 registros e só no ano de 2018 foram ao todo 8.575 manifestações encaminhadas para tramitação.

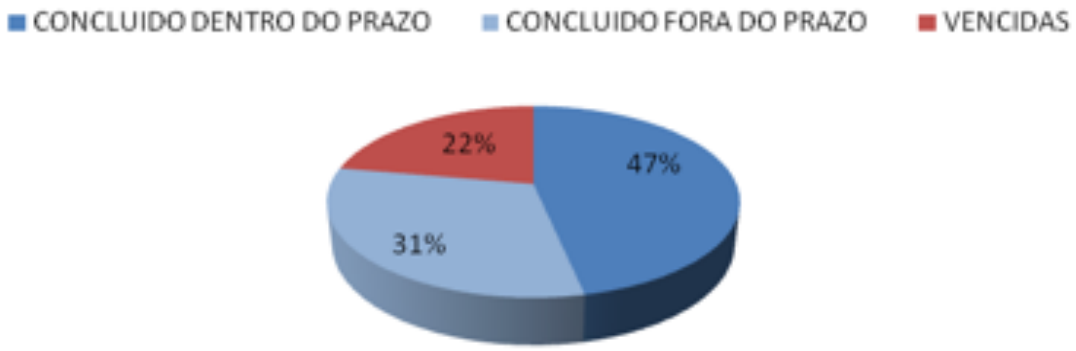
Gráfico 83. Canais de atendimento das manifestações.



*Total: 8.575 Demandas.
*Período: 01/01/2018 até 31/12/2018.
Fonte: OUVSUS/Ouvidoria Geral do SUS/MS.

Além do Teleatendimento, tem-se o atendimento Presencial como segundo canal mais acessado, com 32% dos registros. São disponibilizados outros meios de comunicação para o usuário do Serviço Único de Saúde, tais como, Email, Carta, Portal (Formulário Web), Correspondência Oficial e o extinto Aplicativo E-Saúde.

Gráfico 84. Resolutividade das demandas de jan/2018 a dez/ 2018.



*Total de demandas registradas: 8.575.
*Período: 01/01/2018 até 31/12/2018.
Fonte: OUVSUS/Ouvidoria Geral do SUS/MS.

No ano de 2018, foi possível responder 78% das demandas protocoladas no sistema, dessas, 47% foram respondidas dentro do prazo e 31% não respeitaram o tempo de conclusão.

Gráfico 85. Resolutividade das demandas de jan/2010 a dezembro/2018.

*Total de demandas registradas: 73.419.
*Período: 01/01/2010 até 31/12/2018.
Fonte: OUVSUS/Ouvidoria Geral do SUS/MS.

O acompanhamento destas demandas é realizado desde 2010, quando foi iniciado o manuseio do OuvidorSUS (sistema informatizado) e no acumulado até 2018, registrou-se 73.419, onde 90% das manifestações concluídas, porém ainda com 45% respondidas fora do prazo.

Contudo, nosso maior desafio é alcançar o objetivo de concluir as demandas no prazo previsto na Lei Estadual nº 16.420, de 17 de Setembro de 2018, que regulamenta a Ouvidoria e define a necessidade de resposta em até 30 dias.

Avanços

- Assinatura do termo de cooperação técnica da ouvidoria do SUS no Ministério da Saúde;
- Incorporação de antigas funções da ouvidoria que eram separadas: ligue saúde, 0800 farmácia e 0800 Ouvidoria;
- Rede operacional vinculada ao OuvidorSUS;
- Participação como validadores da unidade 2 do Curso Nacional de Qualificação de Auditorias e Ouvidorias do SUS;
- Participação no Projeto Ouvidoria em Ação, nos municípios de Afogados da Ingazeira, Caruaru e Petrolina, como parceiros da Ouvidoria Geral do Estado;
- Participação como validadores do referencial de qualidade no processo de Acreditação Institucional de Ouvidorias do SUS no Brasil;
- Realização em 2018 do I Encontro Amigos da Ouvidoria;
- Realização em 2018 do I Fórum Amigos da Ouvidoria;
- Ouvidoria premiada com o Prêmio Cecília Donnangelo de Ouvidoria SUS e com o Certificado da Ouvidoria Geral do SUS – 3º Ouvidoria do SUS, no País, destaque em resolubilidade.

Em 30 de Novembro de 2018 foi realizado o I Fórum de Ouvidorias SUS/PE com o objetivo de integrar todas as Ouvidorias de rede, além de externar situações do cotidiano de cada setor, discutir sobre as dificuldades de trabalho, fazer uma diagnose relatando as carências e compartilhar possibilidades de soluções ou redução das problemáticas existentes.

Desafios

- Viabilizar orçamento próprio para a execução das ações previstas;
- Oferecer Educação Permanente para toda a rede de Ouvidoria bem como atender às necessidades de formação sobre o SUS e Administração Pública da equipe técnica;
- Ampliar o quadro funcional para implantação de núcleo de gestão e melhor atendimento da demanda de ligações no Call Center da Ouvidoria;
- Melhorar a infraestrutura da Ouvidoria no que se refere a: espaço físico para funcionários(as) e acessibilidade para pessoas com deficiência, equipamentos e mobiliário;
- Atualizar o Sistema Informatizado (cedido pelo DOGES);
- Estabelecer rede interna e externa cadastrada e utilizar sistema informatizado, evitando o uso de documentos físicos e aumentando a possibilidade de monitoramento dos processos dessas Ouvidorias e mais agilidade nas respostas das áreas técnicas;
- Instituir regulamentação para a Rede de ouvidoria;
- Implantar o Fale Fácil, nas unidades administradas por organizações sociais, com o objetivo de o usuário ter acesso a um canal direto com nosso 0800;
- Desburocratizar a Ouvidoria com a implantação de ouvidorias em todas as unidades de saúde e municípios e informatização para que todas trabalhem de forma integrada, via sistema OuvidorSUS online;
- Regulamentar a função Ouvidor, Gratificação da função, com garantia de recurso de custeio e transporte.

3.2.1.8.10 Inovação em Saúde

O cuidado em saúde exige o uso de tecnologias classificadas em leves, leves-duras e duras. Segundo Merhy, entende-se por tecnologia dura aquela que é caracterizada pelos instrumentos e máquinas; leve-dura relaciona-se ao conhecimento e as leves dizem respeitos às relações estabelecidas entre os indivíduos. Neste sentido o processo de Inovação em saúde diz respeito a novos serviços, formas de trabalhar e/ou uso de novas tecnologias com o intuito de ampliar a capacidade institucional da SES, possibilitando o aumento da eficiência e produtividade dos serviços prestados e da satisfação dos usuários, sendo fundamental para a melhoria da qualidade do sistema e para redução de custos em saúde.

Neste capítulo serão abordados aspectos relacionados à tecnologia de informação e comunicação, telessaúde, economia da saúde e sala de situação de saúde.

3.2.1.8.10.1 Tecnologia de Informação e Comunicação

As Tecnologias da Informação e Comunicação (TIC) são compreendidas como um conjunto de recursos tecnológicos integrados entre si, que proporcionam, por meio das funções de hardware, software e telecomunicações, a automação e comunicação dos processos de negócios, da pesquisa científica e de ensino e aprendizagem.

O setor saúde vem sendo fortemente influenciado pelo uso das TIC e é sensível à incorporação tecnológica, para fins terapêuticos, diagnósticos e de manutenção da vida, utilizando os conhecimentos e produtos da informática, novos equipamentos e materiais, porém tem sido menos agressivo na utilização de inovações no campo da organização e relações de trabalho.

Na atualidade é notável a influência da era digital no setor saúde, essencialmente a Internet, que permite a interligação de pessoas e organizações permanentemente no denominado espaço digital, no qual é possível a integração e articulação de todas as pessoas conectadas com tudo o que existe no chamado ciberespaço. Esta confluência aponta para o desenvolvimento de um notável híbrido tecnológico, onde é possível articular os telefones celulares, computadores, televisores, satélites etc. fazendo circular diferentes formas de informação e comunicação em tempo real.

Neste contexto, em 2018 a SES/PE instituiu o Núcleo Setorial de Informática à Secretaria Executiva de Administração e Finanças (SEAF) e através da qual eram encaminhadas todas as demandas das TIC.

Em 2019 foi criada a Diretoria de Inovação e Informatização em Saúde, vinculada diretamente ao Secretário de Saúde, responsável pela implementação da Estratégia de Transformação Digital da Secretaria, formulando propostas de articulação das diversas áreas técnicas do nível central e rede estadual de atenção à saúde.

Em seguida serão detalhados os grupos que compõem as TIC: **Infraestrutura, Aplicativos e a Conformidade com a Legislação:**

Infraestrutura

Abrange todos os ativos físicos e softwares básicos necessários para que os Sistemas Aplicativos funcionem através deles. Compõem a Infraestrutura de TIC: equipamentos de grande porte, como os dos DATACENTERs, redes de comunicação de dados, estações de trabalho e impressoras, ativos de segurança, dispositivos móveis entre outros.

Aplicativos

Neste grupo se enquadram os tipos de software utilizados pelos(as) usuários(s), podendo ser divididos em:

- **Softwares de Apoio ao Usuário Final:** são softwares de automação de escritório, de correio eletrônico, chat, web conferência e os de uso específico de algumas áreas, como de desenho, planejamento, geoprocessamento entre outros.
- **Sistemas Aplicativos:** Estes são os sistemas que apoiam as atividades de negócio exercidas nas diversas áreas da SES, podendo ser desenvolvidos, adquiridas soluções de mercado ou utilizadas soluções fornecidas pelo Ministério da Saúde ou outros entes do Governo.

Conformidade com a Legislação

Na Área de TIC existem diversos instrumentos a serem seguidos, como leis, decretos, normas, resoluções, padrões, portarias, além de súmulas e acórdãos dos Tribunais de Contas entre outros, podendo ser instrumentos Federais ou Estaduais.

A grande maioria destes instrumentos trata dos processos de aquisição que abrange qualquer forma de obtenção, onerosa ou não, de bens ou serviços, incluindo a cessão de direito de uso, comodato, regime de parceria, serviços de terceiros, empréstimo por tempo determinado ou indeterminado e o uso de programas livres.

Além destes instrumentos, existe uma série de outros bastante recentes, estabelecidos em âmbito nacional e estadual, que visam garantir a conformidade no âmbito das TIC, tais como: Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais, Lei de Acesso à Informação (LAI), Marco Civil da Internet, Lei Estadual sobre os Direitos dos Usuários dos serviços públicos, entre outros.

Desafios

- Tornar a TIC estratégica;
- Identificar novos modelos para a contratação de produtos e serviços de forma menos custosa e burocrática;
- Aproveitar as iniciativas de inovação existentes atualmente no ecossistema de TIC;
- Garantir que as estratégias adotadas para o funcionamento das TIC na SES estejam em Conformidade com a Legislação estabelecida.

3.2.1.8.10.2 Telessaúde

A Telessaúde é compreendida pelo "o uso abrangente de TIC para fins assistenciais, administrativos e educacionais em saúde". Enquanto política pública do SUS vem sendo implementada no Brasil através do Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes, instituído por meio da Portaria do Ministério da Saúde nº 35 de janeiro de 2007 (redefinida e ampliada por meio da Portaria MS nº 2.546, publicada no dia 27 de outubro 2011), com objetivo de possibilitar o fortalecimento e melhoria da qualidade do atendimento da atenção básica mediante a oferta dos seguintes componentes:

- **Tele-educação:** engloba todas as ações educativas à distância (teleconferências, aulas, seminários, cursos, entre outras) mediadas pelas TIC;

- **Teleconsultoria:** consulta registrada e realizada entre profissionais e gestores da saúde, mediante o uso de instrumentos de telecomunicação bidirecional, cujo objetivo é o esclarecimento de dúvidas sobre procedimentos clínicos, ações de saúde e questões relativas aos processos de trabalho, podendo ser classificadas em:

  Teleconsultoria Síncrona - realizada em tempo real, geralmente por chat, web ou videoconferência;

  Teleconsultoria Assíncrona - realizada por meio de mensagens *off-line* registradas em plataformas virtuais de saúde.

- **Segunda Opinião Formativa (SOF):** documento eletrônico construído e estruturado como uma resposta sistematizada, norteada com base em revisão bibliográfica, nas melhores evidências científicas, clínicas e no papel ordenador da atenção básica à saúde, oriundas de uma teleconsultoria selecionada a partir de critérios de relevância e pertinência em relação às diretrizes do SUS.

- **Telediagnóstico:** serviço autônomo que utiliza as TIC para realizar serviços de apoio ao diagnóstico em diversas especialidades à distância.

- **Telegestão:** Representam todas as ações de gestão (fóruns, reuniões técnicas e administrativas, capacitações monitoramentos e debates técnicos) à distância e em tempo real. No quadro a seguir será listado as informações identificadas pelo Programa Telessaúde Brasil Redes.

Quadro 22. Núcleos de Telessaúde Implantados no estado de Pernambuco.

Rede e Serviços do Programa	Números
Núcleos implantados	46
Núcleos em implantação	11
Núcleos Estaduais Implantados	21
Núcleos Intermunicipais Implantados	25
Núcleos Estaduais em fase de Implantação	9
Núcleo Intermunicipal em fase de implantação	01
Núcleo Regional Indígena em fase de implantação	01
Participações em Tele-educação	1,5 milhão
Teleconsultorias Realizadas	239 mil
Laudos de Telediagnóstico	2,1 milhões

Fonte: Ministério da Saúde, 2008 a 2015.

3.2.1.8.10.2.1 Telessaúde em Pernambuco

Na construção da Rede Pernambucana de Telessaúde, o Núcleo do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco (NUTES-HC-UFPE) é considerado pioneiro por desenvolver em 2003, na Universidade Federal de Pernambuco em parceria com mais quatro instituições (Policlínica Lessa de Andrade; Unidade de Saúde da Família do Cabo de Santo Agostinho; Unidade de Saúde da Família de Camaragibe e Unidade de Saúde da Família de Igarassu), através do Grupo de Tecnologia da Informação em Saúde, o Projeto Piloto de Implantação dos Núcleos para o Programa de Saúde na Família do MS.

Ao final da parceria, o NUTES-HC-UFPE continuou suas atividades através da condução do projeto RedeNUTES, passando a integrar em 2010 o Programa Nacional de Telessaúde na qualidade de Núcleo Universitário.

Em Agosto de 2010 a Rede Pernambucana de Telessaúde, foi ampliada, mediante a criação do Núcleo de Telessaúde da UPE, mediante termo de cooperação técnica entre a Faculdade de Ciências Médicas e o NUTES-HC-UFPE, cujo objetivo foi desenvolver um projeto de caráter extensionista para os profissionais das Unidades de Saúde da Família do Recife com vistas à educação permanente na área de dermatologia à distância por videoconferência. Nesse mesmo ano, o Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP) 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 em parceria com o NUTES-HC-UFPE atuando na oferta da telessaúde por meio da pesquisa colaborativa, ensino à distância e teleassistência.

Em 2015, a Secretaria Estadual de Saúde , iniciou a implantação do Núcleo Estadual de Telessaúde de Pernambuco (NET-SESPE) passando também a coordenar o Comitê Gestor de Telessaúde, após elaboração estratégica da pasta, norteando suas ações através da Política Estadual de Telessaúde, aprovada pelo Conselho Estadual de Saúde (CES) em 17 de março de 2017.

Atualmente NET-SESPE tem como objetivo implementar e integrar as atividades de educação permanente, assistência e gestão para os diversos níveis de atenção à saúde no SUS, por meio das TIC, mediante uso da rede de pontos de Videocolaboração, conforme descrito no mapa a seguir.

Figura 12. Abrangência Espacial da Rede de Videocolaboração em Saúde.

Total 33 pontos de transmissão.
Fonte: Núcleo Estadual de Telessaúde, 2019.

Resultados

Diariamente, são realizadas de duas a três ações por vídeo e web conferência voltadas à Teleassistência, Tele-educação e Telegestão. Mais do que agregar as atividades nos diferentes segmentos da saúde, o Núcleo, tem papel fundamental no funcionamento eficiente da gestão pública, já que as atividades desenvolvidas otimizam o trabalho dos profissionais, e reduzem significativamente os custos para o Governo do Estado com a pasta.

O Portal de Telessaúde do NET-SESPE (http://tele.saude.pe.gov.br), além de reunir as principais informações sobre os serviços, disponibiliza um sistema de agendamento assíncrono de videocolaboração (web conferência e videoconferência) para todos colaboradores da rede estadual de saúde, distribuídos nas doze GERES e demais unidades parceiras e/ou vinculadas a SES-PE.

Com presença forte nas ações da SES-PE, o Núcleo implantou de forma pioneira o serviço de Telegestão com as Geres, COSEMS e Escola de Saúde Pública. Atualmente, cerca de 70% das reuniões técnicas e administrativas da Secretaria são realizadas no NET-SESPE, em tempo real por meio de videoconferência e/ou web conferência, além disso, o Núcleo encontra-se em plena expansão de suas ações de atividades educacionais, somando cerca de 40.760 profissionais beneficiados.

Ressalta-se que a Telessaúde está em processo de institucionalização na SES-PE, sendo esse aspecto, comprovado pelos indicadores de acompanhamento das ações ofertadas, conforme gráficos seguir:

Gráfico 86. Profissionais beneficiados pelo Telessaúde, 2015-2019.

Fonte: Núcleo Estadual de Telessaúde, 2019.

Na tentativa de expandir seus limites de atuação para todo o país e de corroborar com as práticas educacionais de saúde digital através de ações nacionais em telemedicina, o NET-SESPE em 2018 em parceria com a Rede Nacional de Ensino e Pesquisa (RNP), vinculada ao Ministério da Ciência e Tecnologia, Inovações e Comunicações (MCTIC) foi homologado como membro oficial da Rede Universitária de Telemedicina (RUTE) promovendo e coordenando em parceria com o Núcleo de Economia da Saúde desde Abril de 2019 o SIG de Economia da Saúde.

Avanços e Desafios do Telessaúde no Brasil e no Contexto Pernambucano

Apesar do modelo estabelecido pelo Programa Telessaúde Brasil Redes mostrar-se bem sucedido pela ampla ramificação de pontos e núcleos em todo território nacional e da expansiva oferta de serviços aos colaboradores e usuários do SUS, vários desafios podem ser elencados, como por exemplo a necessidade iminente de integração do Programa com os sistemas de informação do MS e do SUS, por meio do DATASUS, tal ação é crítica pois permitirá que o Programa possa receber informações e alimentar o sistema com os dados produzidos.

Há ainda a necessidade da integração do Programa com os sistemas Estadual e Nacional de Regulação do SUS, que por sua vez possibilitará o fortalecimento das ações já realizadas garantindo maior efetividade e resolubilidade das questões de saúde podendo ser também estendido aos demais níveis de Atenção, ampliando os benefícios à população atendida.

Em Pernambuco os principais avanços despontam pela iniciativa pioneira na condução do projeto de Telessaúde para todo território nacional que possibilitou a criação da Rede atual, além da extensiva oferta de ações e serviços, garantindo aos profissionais e gestores maiores oportunidades de capacitação e aos usuários novas possibilidades de assistência.

Principais avanços:

- Aprovação da Política Estadual de Telessaúde;
- Desenvolvimento do Portal de serviços de Telessaúde;
- Desenvolvimento do Ambiente Virtual de Aprendizagem (AVA) para oferta de ações educacionais;
- Homologação do Núcleo Estadual de Telessaúde como Membro da RUTE, programa vinculado à Rede Nacional de Pesquisa (RNP);
- Criação do Grupo de Interesse Especial (SIG) de Economia da Saúde na RUTE;
- Convênio firmado com Ministério da Saúde para implementação da Telessaúde no âmbito do SUS em Pernambuco.

Principais desafios:

- Institucionalização do Telessaúde no âmbito da SES-PE;
- Implantar os serviços de Teleassistência (Teleconsultoria e Telediagnóstico);
- Integração das ações de Telessaúde com a Regulação Estadual;
- Implantar os serviços de Teleassistência (Teleconsultoria e Telediagnóstico);
- Implantar as ações de Tele-educação por meio do Ambiente Virtual de Aprendizagem para os colaboradores da Rede Estadual de Saúde, visando a promoção e qualificação dos profissionais que atuam no SUS;

- Desenvolvimento de um Sistema de Monitoramento e Avaliação integrado para todos os pontos da Rede de Videocolaboração;
- Aquisição de equipamentos para implantação dos serviços de Telessaúde na rede de atenção em saúde.

Por fim pode-se destacar que particularmente no Nordeste emergem ainda outras questões pontuais sobre o Programa Nacional e para os Núcleos pernambucanos como por exemplo a falta de conectividade em algumas regiões além das dificuldades geográficas que de certa forma, inibem a expansão da rede particularmente para as populações remotas e desassistidas.

Além disso, a oferta de serviços de Teleassistência, Tele-educação, Telediagnóstico em Pernambuco ainda é insuficiente, diante das necessidades de saúde do Estado, sendo necessária a expansão do quantitativo de pontos, o que se constitui como um dos maiores desafios no cenário pernambucano, uma vez essa questão depende da informatização das Unidades Saúde da Família (USF), disponibilidade de conectividade, e do processo de inclusão digital dos profissionais de saúde, questões ainda incipientes no Estado.

3.2.1.8.10.3 Economia da Saúde

A Economia da Saúde é uma política que visa disponibilizar ferramentas para subsidiar o processo de tomada de decisão, a fim de qualificar a gestão e contribuir para a melhoria da atenção à saúde prestada a população, através de tecnologias que promovam a discussão no âmbito da gestão em saúde de temas relacionados ao financiamento, judicialização, gastos em saúde, entre outros.

A política de Economia da Saúde em Pernambuco é coordenada pela Secretaria Executiva de Gestão Estratégica e Participativa, através da Diretoria Geral de Gestão Estratégica da Informação e Custos em Saúde. Tem como foco prioritário a implantação da gestão de custos hospitalares. Vem desde 2015, trabalhando no Fortalecimento e na Institucionalização da Gestão de Custos na Secretaria Estadual de Saúde. Os Núcleos de Economia de Saúde Hospitalar (NES-Hosp) em funcionamento são: Agamenon Magalhães, Barão de Lucena, Otávio de Freitas, Regional do Agreste, Restauração, Correia Picanço, Geral de Areias, Ulysses Pernambucano, Jesus Nazareno, Fernandes Salsa, Dom Moura, Belarmino Correia, Inácio de Sá, PROCAPE. E em processo de implantação: Getúlio Vargas, Oswaldo Cruz, CISAM, Professor Agamenon Magalhães, Jaboatão Prazeres.

Implantação da Gestão de Custos Hospitalar

A Secretaria Estadual de Pernambuco, em parceria com o Ministério da Saúde, implantou o Programa Nacional de Gestão de Custos (PNGC), para tanto foi constituído o Núcleo Estadual de Saúde e os Núcleos de Economia da Saúde Hospitalar desde 2015. Inicialmente os esforços foram direcionados para a implantação dos NES-Hosp em unidades hospitalares da administração direta, conforme Quadro 23.

Quadro 23. Deflagração e implantação do Programa Nacional de Gestão de Custos nas unidades hospitalares de Pernambuco.

	NES-Hosp	Deflagração Mês/Ano	Implantação Mês/Ano
1	HOF	dez/15	nov/17
2	HBL	dez/15	mar/17
3	HRA	dez/16	nov/17
4	HR	dez/15	nov/17
5	HCP	dez/15	nov/17
6	HAM	dez/15	mar/17
7	HRJFS	dez/15	mar/17
8	HRDM	dez/15	mar/17
9	HRBC	fev/17	mar/17
10	HJN	dez/16	out/18
11	PROCAPE	set/17	out/18
12	HRIS	out/17	out/18
13	HUP	out/17	out/18
14	HGA	out/17	out/18
15	DGAF	jun/17	out/18
16	HGV	dez/15	em andamento
17	HUOC	ago/18	em andamento
18	CISAM	out/18	em andamento
19	HOSPAM	ago/17	em andamento
20	HPJP	nov/17	em andamento

Fonte: DDGEICS

O monitoramento é realizado mensalmente através de apoio técnico às unidades hospitalares, acompanhando os processos através de critérios que correspondem a Infraestrutura da unidade para apoiar a implantação da gestão de custos; Suporte institucional disponibilizado; Mobilização dos integrantes do NES-Hosp; Sensibilização dos setores envolvidos; Alimentação do sistema APURASUS e Análise dos relatórios disponibilizados pelo APURASUS.

Resultados Alcançados

Quadro 24. Demonstrativo das Ações Realizadas pelo Núcleo Estadual de Economia da Saúde. Período 2015 a 2018.

AÇÕES	PRODUTO	RESULTADOS 2015 – 2018
Apoio Técnico aos NES-HOSP	Visitas Técnicas	424
Oficina de Planejamento e Gestão de Custos Hospitalares	Participantes	257
Curso sistema APURASUS	Participantes	34
Trabalhos Científicos	Trabalhos Apresentados	23
Boletins Informativos em Economia da Saúde	Publicações	08
Trabalhos em Congressos e Encontros	Trabalhos Apresentados	07

Fonte: DDGEICS.

Desafios

O controle dos custos em todos os setores da economia representa um grande desafio para a gestão pública ou privada. Na Saúde, o envelhecimento da população, o agravamento da crise econômica, entre outros aspectos, são fatores que promovem o aumento da demanda por ações e serviços de saúde: as demandas são crescentes e os recursos cada vez mais escassos.

Neste sentido, implantar a Política de Economia da Saúde, e em especial a gestão de custos em saúde requer uma ação fortemente institucional no sentido de promover uma cultura no âmbito da SES/PE e Unidades de Saúde, de melhorar a Eficiência e Efetividade desses gastos a fim de otimizar os recursos disponibilizados para o funcionamento do setor.

Portanto, o desafio ora apresentado se relaciona com a necessidade de implantar/implementar os Sistemas de Informação em Saúde nas Unidades hospitalares, a fixação de pelo menos um dos membros dos NES-hosp, implantação da gestão à vista, promovendo o debate no âmbito das Unidades Hospitalares e SES, colaborando para a compreensão e proposição de soluções.

3.2.1.8.10.4 Sala de situação de saúde

A Sala de Situação de Saúde é uma ambiente web (http://salasituacao.saude.pe.gov.br) desenvolvido para favorecer o acesso às informações em saúde, se constitui numa ferramenta dinâmica e em constante processo de implementação. Seu objetivo é de promover a democratização das informações, favorecendo a transparência e subsidiando gestores e conselheiros de saúde nas tomadas de decisão.

Nesse ambiente são encontradas informações socioeconômicas e demográficas, epidemiológicas, assistenciais, financeiras e orçamentárias e de força de trabalho, provenientes dos sistemas de Informação Nacional. As informações são atualizadas periodicamente e podem ser consultadas de forma dinâmica, através de gráficos ou em relatórios consolidados, de tal forma que se tenha um acesso mais rápido e claro aos dados relacionados às atividades da Secretaria de Saúde.

As informações disponibilizadas seguem o que prevê a resolução nº 86/2012 do Conselho Nacional do Ministério Público e, especialmente, o princípio da publicidade dos atos da Administração Pública previsto no artigo 37 da Constituição Federal. Atendem ainda, à Lei de Acesso à Informação.

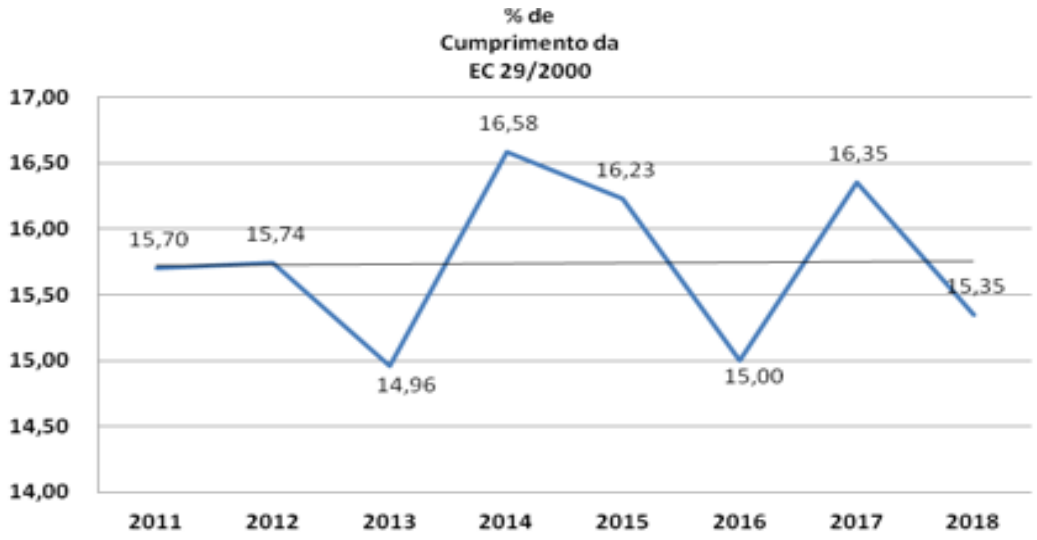
3.2.2 Macrofunção de Financiamento Estatal

3.2.2.1 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 as 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. A lei Orgânica da Saúde nº 8.080 de 1990 também é outro instrumento legal que determina que o financiamento da Saúde se dê de forma tripartite, ou seja, pela União, Estados e Municípios.

A Emenda Constitucional 29 (EC29) e a Lei Complementar 141 (LC141) definiram o Percentual de Participação da Receita própria aplicada em Saúde de no mínimo 12% para os Estados da Federação. No período de 2011 a 2019 o Governo do Estado de Pernambuco vem ampliando progressivamente a aplicação dos recursos próprios em saúde, tendo o ano de 2014 como o ano de maior percentual de aplicação (16,58%), conforme (Gráfico 87) abaixo:

Gráfico 87. Percentual de Participação da Receita própria aplicada em Saúde conforme LC 141/2012, período de 2011 a 2018.



Fonte: SIOPS, 2019.

Ao se analisar o período de 2003 a 2019 observou-se que na evolução do orçamento, inicialmente o Governo Federal era o principal financiador da saúde no Estado, mas que em 2008 houve uma inversão do comportamento, com o crescimento progressivo do aporte de recursos pelo Governo Estadual (Gráfico 88). No exercício de 2019, o percentual do orçamento disponibilizado pelo Estado foi de 67%, enquanto que o da União foi 33%.

Gráfico 88. Gráfico da Evolução do Orçamento, período de 2003 a 2019.

Fonte:EFISCO

Somado a desaceleração progressiva dos investimentos pelo governo federal a partir de 2008, destacamos um dos principais fatores do agravamento do subfinanciamento do SUS: a Emenda Constitucional 95, implantada em 2016, que congela os gastos sociais no Brasil por 20 anos, representando uma medida extrema de austeridade fiscal.

Em princípio, os valores para a saúde seriam mantidos os mesmos até 2036, apenas com a correção da inflação, contudo, como a correção da inflação é realizada sobre os valores orçamentários globais, pode haver variação: entre 2018 e 2019, o ajuste do valor para a saúde foi inferior à inflação (R$ 121,8 bilhões em 2018 e R$ 122,6 bilhões para 2019, segundo Portal da Transparência da Controladoria Geral da União).

Além disso, a Emenda Constitucional 93/2016 renovou a Desvinculação da Receita da União (DRU) até 2023, o que significa que o governo pode usar até 30% de recursos da receita da saúde para outros gastos.

Assim, levando em consideração os perfis epidemiológico e demográfico da população pernambucana, que seguem as tendências nacionais, com aumento das condições crônicas e envelhecimento populacional, fica evidente a necessidade de acréscimo nos investimentos em saúde, o que, de acordo com a emenda citada, não poderá ocorrer pelos próximos 20 anos. Tal medida, associada ao subfinanciamento crônico no setor saúde, e à permanência da DRU, certamente contribuirá em grande escala para o agravamento da precarização do sistema público de saúde.

Podemos também citar outros problemas que afetam diretamente o financiamento do SUS:

- Investimento insuficiente na Atenção Primária realizada pelos Municípios, que gera um aumento na necessidade de média e alta complexidade, cujo custo é bem superior;

- Judicialização na saúde, aliada a novas tecnologias, promove o dispêndio de recursos em montante bem mais elevado em virtude da obrigatoriedade de pagar por materiais/medicamentos não usuais e até muitas vezes nem aprovados por órgãos oficiais como Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA);

3.2.2.2 Captação de Recursos

O Fundo Nacional de Saúde (FNS) é o gestor financeiro, na esfera federal, dos recursos do SUS. Sua missão é "contribuir para o fortalecimento da cidadania, mediante a melhoria contínua do financiamento das ações de saúde". Aos entes federados cabe a missão de, a partir do planejamento local, angariar os recursos necessários para o financiamento das ações e serviços de saúde a serem ofertados. Neste contexto, a captação de recursos provenientes de transferência federal é atividade imprescindível na gestão do SUS a nível estadual e municipal.

O quadro abaixo apresenta a evolução e situação da captação de recursos de transferência voluntária nas modalidades Convênio, Contrato de Repasse e Transferência Fundo a Fundo, referentes ao período de 2008 a 2018, visando implementar ações de saúde.

Quadro 25. Recursos captados e recebidos de transferência voluntária federal entre os anos de 2008-2018.

Ano	Captação (R$)	Recebido (R$)
2008	29.650.000,00	-
2009	17.600.000,00	16.000.000,00
2010	202.066,00	14.494.224,00
2011	82.770.800,00	16.857.842,00
2012	47.090.769,85	50.800,00
2013	5.787.309,15	39.368.823,85
2014	2.079.665,00	67.324.619,11
2015	4.461.880,00	1.630.269,15
2016	25.502.642,00	12.850.063,00
2017	10.452.621,00	22.147.674,00
2018	24.886.059,00	18.171.957,00
TOTAL	250.483.812,00	208.896.272,11

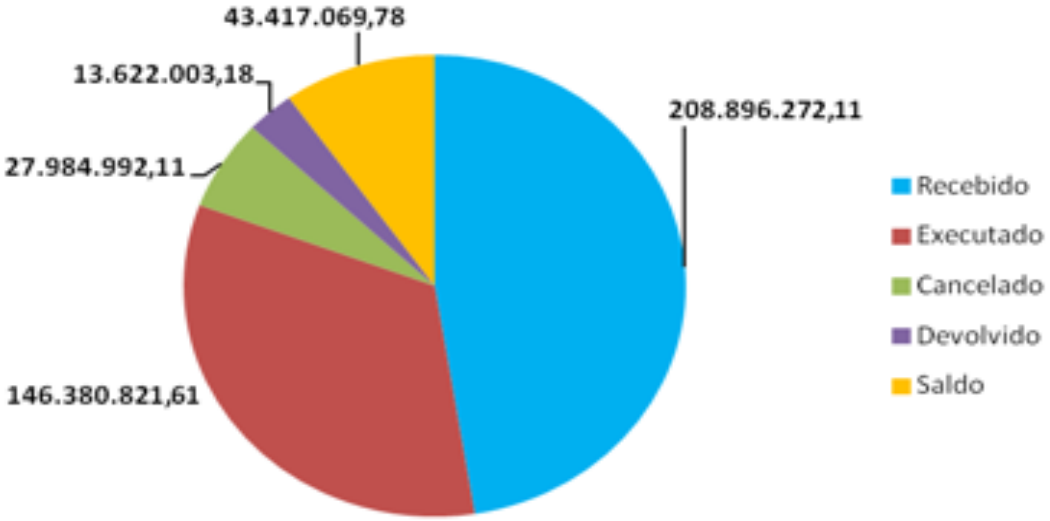
*Os recursos captados em 2008 só foram recebidos a partir de 2009.
*Os recursos captados em 2018 foram recebidos parcialmente, restando ainda valores a receber em 2019.
Fonte: DGPGP/SEGEP/SES-PE, Abril/2019

Observou-se um aumento substancial na captação de recursos entre os anos de 2011 e 2012, com expressiva redução a partir de 2013 até 2015. Vale salientar, que os valores disponíveis para captação de recursos são provenientes de programas do Ministério da Saúde ou de emendas parlamentares constantes da LOA Federal. Atualmente, a grande maioria de recursos é disponibilizada através de emendas

parlamentares. A partir de 2017, através de Portaria anual específica, passou a ser possível indicação de emendas parlamentares para Incremento Temporário de Teto de Média e Alta Complexidade (Teto MAC – Custeio), para unidades hospitalares da rede Estadual, bem como entidades privadas sem fins lucrativos. Estas últimas ficam condicionadas a receber o recurso mediante assinatura de convênio ou instrumento congênere firmado com a SES/PE.

Na sequência, o Gráfico 89 ilustra a situação dos recursos captados ao longo dos 10 anos analisados.

Gráfico 89. Situação dos recursos captados por transferência voluntária federal entre os anos de 2008 a 2018.



Fonte: DGPGP/SEGEP/SES-PE, Abril/2019.

Podemos elencar como principal problema, a inexistência de uma metodologia estabelecida para monitoramento/acompanhamento da execução dos recursos captados na SES/PE. Além das dificuldades inerentes aos processos de aquisição de equipamentos, obra civil, contratação, dentre outros, essa lacuna no monitoramento contribui para baixa taxa de execução das ações programadas, dificuldade na prestação de contas, devolução de recursos e multas.

Desafios:

- Realização de estudo da necessidade de recursos para investimento e custeio, visando apresentação e pactuação de prioridades junto aos Parlamentares, propiciando maior eficiência na aplicação dos recursos.
- Implantação sistemática de monitoramento e avaliação da execução dos recursos e emendas parlamentares, criando e implantando uma ferramenta de acompanhamento, com apresentação mensal de resultados na reunião dos Secretários Executivos.

3.2.3 Macrofunção de Prestação de Serviços

A prestação de serviços em saúde corresponde à oferta de ações e serviços de saúde, de maneira tal, que possa atender a necessidade de atenção à saúde da população referenciada em cada território.

Em Pernambuco, além do grande volume de unidades públicas de saúde sob gestão municipal (4.426 estabelecimentos), coexiste a oferta de serviços de saúde sob gestão estadual, sendo esta, majoritariamente, de procedimentos especializados e de alta complexidade, que são ofertados considerando os vazios assistenciais de modo a equalizar o acesso entre as regiões.

São 130 unidades públicas na gestão estadual com um volume de produção de 35.054.846 procedimentos ambulatoriais/ano e 304.081 internações/mês, em 2018, além de 128 contratos com unidades privadas (82 com fins econômicos e 46 sem fins econômicos), sendo estes realizados em virtude da não suficiência da oferta pública.

Nesse sentido, cabe destacar que de acordo com o Art. 4º da Lei n. 8.080/90, o Sistema SUS "é constituído por um conjunto de ações e serviços de saúde prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais; da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público". Em seu parágrafo segundo, aponta que "a iniciativa privada poderá participar do SUS em caráter complementar".

Dessa forma, como base na prerrogativa legal, Pernambuco pratica a complementação da rede para ações e serviços específicos por meio da formalização contratual com estabelecimentos privados, havendo priorização por instituições sem fins lucrativos. Destaca-se que, conforme previsto, tais serviços se submetem à regulação da gestão pública.

No que se refere à formalização contratual, há de se considerar que conforme Art. 34 da Portaria de Consolidação Nº 02/2017 "Os gestores de saúde formalizarão a relação com os hospitais que prestam ações e serviços ao SUS por meio de instrumentos formais de contratualização, independente de sua natureza jurídica, esfera administrativa e de gestão". O Art. 35 da mesma Portaria acrescenta que "A contratualização tem como finalidade a formalização da relação entre gestores de saúde e hospitais integrantes do SUS por meio do estabelecimento de compromissos entre as partes, promovendo a qualificação da assistência, da gestão hospitalar e do ensino/pesquisa".

3.2.3.1 Contratualização da Rede de Serviços

Em Pernambuco existe formalização contratual para as unidades próprias de administração indireta, por meio das Organizações Sociais (OS), e para os serviços complementares ofertados pela rede privada. Existem atualmente 38 unidades de saúde administradas por OS, sendo 15 UPAS, 12 UPAES e 11 Hospitais, sendo definida a entidade responsável pelas unidades por meio de Processo Licitatório público.

A contratualização com unidades privadas, para complementação da Rede de Saúde, ocorre em virtude da identificação desta necessidade pela Secretaria Executiva de Atenção à Saúde, após avaliação de insuficiência de capacidade instalada na Rede Própria para atender a uma referida demanda, e se efetiva por meio de processos de licitação, de acordo com a necessidade de serviços, previsão orçamentária e financeira e normativa vigente.

Dentre os mecanismos de licitação disponíveis para efetivar a complementação da oferta da Rede de Serviços de Saúde, o credenciamento apresenta características que o tornam escolha preferencial para a contratação de serviços em Pernambuco.

O credenciamento é um procedimento administrativo por meio do qual "a Administração Pública convoca interessados para, segundo condições previamente definidas e divulgadas, credenciarem-se como prestadores de serviços quando a pluralidade de serviços prestados for indispensável à adequada satisfação do interesse coletivo ou, ainda, quando a quantidade de potenciais interessados for superior à do objeto a ser ofertado e por razões de interesse público a licitação não for recomendada" (Manual de Orientações para Contratação de Serviços de Saúde/Ministério da Saúde, 2015).

Após chamamento público para um determinado objeto, a administração celebra Termos de Credenciamento de prestação de serviços com todos aqueles considerados aptos, nos termos do art. 25, **caput** da Lei 8.666, de 1993. Desta forma é pertinente a utilização de credenciamento no âmbito do SUS, quando há inviabilidade de competição para contratar prestação de serviços privados de saúde no âmbito do SUS, uma vez que define preço pré-fixado, e quando há interesse da Administração em dispor da maior número possível de prestadores que atendam aos requisitos do edital de chamamento.

A celebração de credenciamento entre gestores e prestadores de serviços de saúde tem como função estabelecer uma ferramenta formal de compromisso entre as partes, garantindo a legalidade dos recursos financeiros repassados.

No quadriênio 2015-2018, tivemos avanços importantes na formalização contratual da oferta de serviços de saúde na rede privada, sendo firmados 99 contratos para oferta de serviços, nos mais diversos objetos. Destaca-se que esse cenário foi possível diante a pactuação intersetorial de fluxo de contratualização, havendo definição de prazo com os setores (Secretaria de Saúde e outros órgãos da estrutura governamental) para cada etapa da tramitação, além de padronização de instrumentos, que deverá ser constantemente revisado. A adoção majoritária do credenciamento nos processos e o empenho da equipe foram elementos fundamentais para a celeridade nos processos de formalização contratual.

Destaca-se que além do respaldo jurídico, a formalização contratual da prestação de serviços com a rede privada torna mais efetiva seu processo regulatório na medida em que o torna mais claro, desde o momento da contratação, as regras a serem seguidas nesta prestação, favorecendo ações de monitoramento e as ações de auditoria que se fizerem necessárias.

Os avanços conseguidos foram importantes, mas alguns desafios ainda persistem, uma vez que apesar de redução de tempo conseguida com a padronização de alguns processos, o tempo de tramitação processual é ainda extenso, diante a dinâmica da necessidade em saúde. Faz-se necessário então uma avaliação conjunta do processo de contratualização, envolvendo secretaria de saúde e demais órgãos da estrutura governamental, na perspectiva de propor medidas que favoreçam maior eficiência e celeridade no processo, entendendo as especificidades do setor saúde.

3.2.3.2 Monitoramento da Rede Complementar ao SUS/PE

Atualmente, estão sob monitoramento da Secretaria Executiva de Regulação em Saúde os contratos e convênios firmados com estabelecimentos privados, com e sem fins econômicos, por necessidade de

complementação da Rede de Saúde do estado de Pernambuco, além de formalizações com hospitais de ensino.

3.2.3.2.1 Entidades com fins econômicos

As entidades com fins econômicos integram a Rede do Estado de Pernambuco de forma complementar ao SUS/PE, por meio de processos de licitação, de acordo com a necessidade de serviços, previsão orçamentária e financeira e normativa vigente.

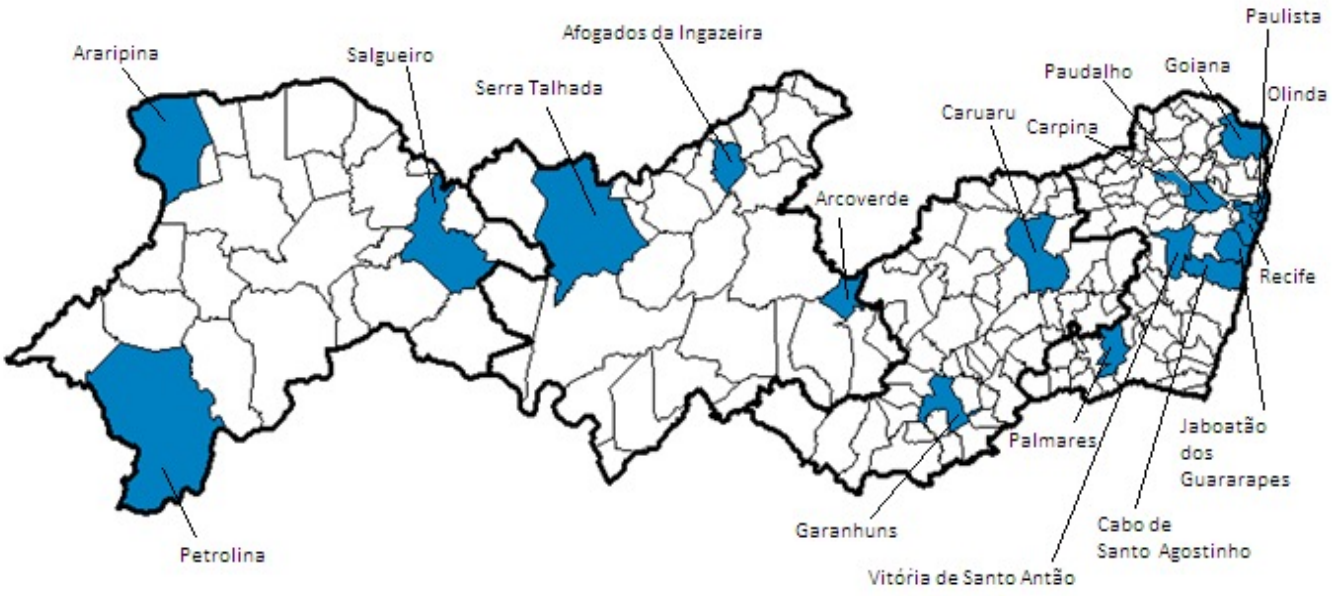
Representam atualmente um universo de 82 prestações de serviços, com instrumento contratual formalizado via Credenciamento e Pregão Eletrônico, por objeto específico, e execução monitorada.

Na atividade de monitoramento é realizada a verificação da vigência contratual, desencadeando a solicitação de renovação (quando necessário), bem como o pedido de acréscimos e supressões, acompanhamento da execução contratual (desempenho físico e financeiro), utilizando-se dos sistemas de informação do Ministério da Saúde.

Para este processo de monitoramento é de suma importância a intersetorialidade, tanto internamente na Secretaria Estadual de Saúde, quanto com os demais órgãos da estrutura governamental.

A distribuição dos prestadores com fins econômicos integrantes da Rede Complementar ao SUS/PE está indicada na Figura 13.

Figura 13. Mapa da distribuição das Unidades com Fins Econômicos componentes da rede complementar de Saúde de Pernambuco.



Fonte: GMCSS/DGMAGS/SERS/SES

3.2.3.2.2 Entidades sem fins econômicos

A Secretaria Estadual de Saúde/PE possui, atualmente, 45 prestações de serviços em entidades

filantrópicas, distribuídas em 26 estabelecimentos, todas com instrumento contratual formalizado e monitorados. Entre as formas de contratualização com estas entidades, temos o Credenciamento e Convênios.

Na atividade de monitoramento é realizada a verificação da vigência contratual, desencadeando a solicitação de renovação (quando necessário), bem como o pedido de acréscimos e supressões.

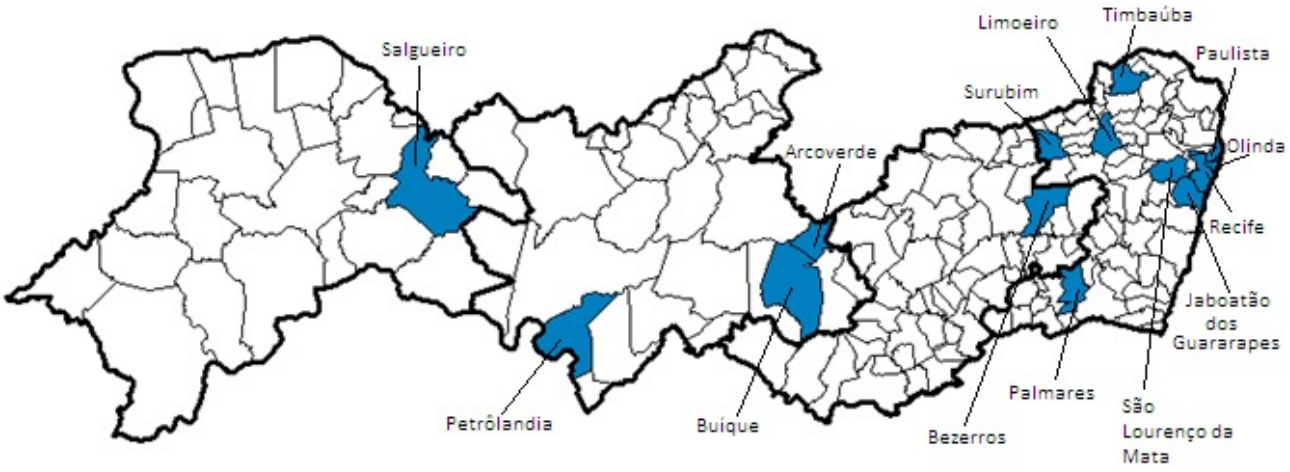
O monitoramento da execução contratual para aqueles que não possuem regras contratuais no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), é realizado a partir dos dados disponibilizados pelo Ministério da Saúde, proveniente do Sistema de Informação Ambulatorial e/ou do Sistema de Informação Hospitalar. Neste processo, são verificadas as cotas de procedimentos, por prestador, sua repercussão financeira e avaliado o desempenho físico e financeiro contratual.

Para as contratualizações que possuem regras contratuais no CNES, o monitoramento é subdividido em dois processos, onde no componente pós-fixado, ocorre da mesma forma ao efetuado para aqueles que não dispõem de regra contratual no CNES, e a parte prefixado, por uma Comissão de Acompanhamento da Contratualização, devidamente nomeada por portaria do Secretário Estadual de Saúde.

Em relação ao componente prefixado, são realizadas reuniões sistemáticas, onde são avaliadas as metas qualitativas e quantitativas, afixado entendimentos sobre os percentuais alcançados e consolidado em relatório/ata de reunião.

A distribuição dos prestadores sem fins econômicos integrantes da Rede Complementar ao SUS/PE está indicada na figura 14.

Figura 14. Distribuição das Unidades Filantrópicas componentes da rede complementar de Saúde de Pernambuco.



Fonte: GMCSS/DGMAGS/SERS/SES

Fortalecendo a ação regulatória aos prestadores de serviços de saúde, a Secretaria Executiva de Regulação em Saúde conta com o Componente Estadual de Auditoria em sua estrutura.

3.2.3.3 Auditoria

O Componente Estadual de Auditoria (CEA) integra o Sistema Nacional de Auditoria (SNA) e vem adotando como meta de trabalho o fortalecimento do Sistema Nacional, reconhecendo a auditoria como efetivo instrumento de gestão. Além disso, tem implantado o Núcleo de Normatização e Avaliação de Resultados (NNAR) para a elaboração de protocolos e normatizações, avaliação de resultados e indicadores de desempenho quadrimestral e anual, e análise de relatórios de auditoria.

Destaca-se a existência desde 2016 do Comitê de Auditoria do Sistema Único de Saúde de Pernambuco (CASUSPE) (Portaria SES/PE n. 253 de 15 de julho de 2016), com representação dos componentes de auditoria das três esferas de governo, que se reúnem com regularidade para discussão sobre os processos de trabalhos e aprimoramento das atividades, no Estado de Pernambuco, culminando com a implantação de componentes municipais.

O esquema a seguir demonstra as atividades realizadas pelo Sistema Estadual de Auditoria em Saúde nos anos de 2015 a 2018.

Figura 15. Atividades realizadas pelo Sistema Estadual de Auditoria em Saúde 2015/2018.

Fonte: GAud/DGMAGS/SERS/SES.

Considerando a capacidade técnica operacional da equipe atual estima-se uma produção/ano de 108 processos de auditoria e 1056 pareceres de análise de contas, além da realização/ano de 12 reuniões do NNAR, 12 Oficinas sobre Relatório de auditoria, 12 reuniões ordinárias do CEA, 06 reuniões ordinárias do CASUSPE e 03 prestações de contas quadrimestrais.

3.2.3.4 Controle Interno

O Controle Interno existe para aprimorar os processos administrativos, financeiros e patrimoniais de uma determinada Organização, seja ela pública ou privada, buscando garantir eficiência, eficácia, efetividade e economicidade.

Em 2019, a Secretaria Estadual de Saúde, orientada por uma estratégia de Governo para descentralizar as atividades de controle interno junto à Secretaria da Controladoria Geral do Estado, criou em seu organograma a Assessoria Especial de Controle Interno (AECI) com a finalidade de exercer suas atribuições próprias, as quais se encontram definidas no Decreto 47.087/2019.

A perspectiva da AECI/SES é a de trabalhar a governança pública da Secretaria com vistas à condução de políticas públicas e à prestação de serviços de interesse da sociedade. Nesse sentido, alguns desafios de ordem prática podem ser elencados, tais como: aprimoramento do acesso à informação pela sociedade através dos portais de comunicação da SES; implantação de gerenciamento de riscos sobre os objetivos estratégico da Secretaria; implantação/correção dos controles internos quando forem inexistentes ou vulneráveis; monitoramento das recomendações apresentadas pelos órgãos de controle; além de apoiar os gestores na supervisão da correta gestão orçamentária, financeira, patrimonial e de pessoal.

3.2.3.5 Comunicação

Um dos principais desafios da saúde pública é, além de garantir a assistência aos usuários(as) do SUS, informar com qualidade e mobilizar a população para as ações de prevenção e controle de doenças. A Comunicação, nesse sentido, é uma ferramenta de democratização da informação. Uma boa gestão da informação, assim como a melhor forma de trabalhar os conteúdos, em tempo ágil e de forma clara, objetiva e sempre com transparência, ajuda não apenas a dar sustentação nos momentos de crise, mas, fundamentalmente, na prestação de serviço à população.

Tendo em mente que a comunicação não é parte da Gestão, ela é a própria Gestão, a SES/PE vem reconhecendo a Comunicação como área estratégica da saúde e não apenas como um apêndice do setor. Para tanto, a Superintendência de Comunicação cuida de toda a parte de assessoria de imprensa, publicidade, campanhas, comunicação institucional e cobertura jornalística, sendo formada por profissionais de diversas formações - como comunicação social, fotojornalismo, design, com o suporte de profissionais de publicidade e mobilizadores sociais e secretariado.

Como resultado dessa estruturação, além do fortalecimento da imagem institucional do órgão, a Saúde pauta, como rotina, a mídia positivamente sobre as ações da pasta. Atualmente, a SES é uma das principais fontes de informações com credibilidade para os mais diversos tipos de veículos, locais, nacionais e até de fora do país. No período entre julho de 2016 e novembro de 2018, foram noticiadas 9.585 notícias sobre a Secretaria de Saúde nos principais veículos de comunicação do Estado, entre jornais impressos, rádios e redes de televisão. Deste total, 50,21% foram inserções positivas e 24,32% neutras. No primeiro quadrimestre deste ano de 2019, foram 3.217 notícias sobre a SES, sendo 42,6% positivas. Entre os assuntos de destaques divulgados estão obras, os investimentos, as ações e campanhas feitas ao longo desse período.

Para ampliar o alcance e a repercussão dessas ações, a Superintendência de Comunicação vem trabalhando no plano de Comunicação da SES. A estratégia do órgão propõe a eficiente articulação com a mídia para proporcionar a divulgação permanente das boas ações da Secretaria, além da propagação das campanhas educativas de Saúde Pública e dos índices alcançados pela gestão.

Entre as ações estratégicas para alcançar esses objetivos, está à participação da Comunicação da SES nas reuniões colegiadas do secretário, bem como das secretarias executivas e diretorias, para definir ações prioritárias e de interesse do órgão e da população; a realização de rondas regulares com as áreas

técnicas em busca de pautas, eventos, estudos, estatísticas e ações, que possam repercutir de forma positiva na imprensa; intensificar campanhas, em parceria com Núcleo de Publicidade do Governo de Pernambuco e a própria imprensa, para temas de grande repercussão, como dengue, sífilis, transplantes de órgãos, combate à mistura de álcool e direção, entre outros; produção de conteúdo gráfico específico para as mídias sociais, impulsionando a presença da Secretaria Estadual de Saúde nestes canais e nos aplicativos de compartilhamento de notícias; além da produção e divulgação regular de pautas com os veículos de comunicação e visitas rotineiras com os órgãos de imprensa e setoristas da Saúde.

REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

3.3 REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

A Atenção à saúde representa a organização estratégica do sistema e das práticas de saúde em resposta às necessidades de uma determinada população, em consonância com os princípios e as diretrizes que estruturam o SUS que enfrenta um grande desafio contemporâneo de viabilizar o acesso ao cuidado em saúde para os cidadãos brasileiros, com maior resolutividade e qualidade e em tempo oportuno.

É expressa por meio de políticas, programas e serviços de saúde e nessa perspectiva, as ações em Pernambuco priorizam o alcance de cuidado integral e efetivo à saúde do usuário. Para isso dispõe de um aporte diversificado de serviços de saúde e tem como grande desafio superar a fragmentação da atenção por meio da organização da oferta em RAS

A Portaria Ministerial de nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, estabeleceu diretrizes para a organização das RAS no âmbito do SUS. Ressalta-se que o fortalecimento das RAS como estratégia pretende superar a fragmentação da atenção e da gestão nas Regiões de Saúde e aperfeiçoar o funcionamento político-institucional do SUS, com vistas a assegurar ao usuário(a) o conjunto de ações e serviços que necessita com efetividade e eficiência.

Para que as RAS funcionem adequadamente, é fundamental que haja o fortalecimento da Atenção Primária à Saúde como coordenadora e ordenadora da rede, da Estratégia Saúde da Família como espaço privilegiado do cuidado em saúde e da integração com os demais componentes da rede, Atenção Ambulatorial Especializada e Hospitalar, no intuito de garantir o atendimento às necessidades de saúde da população.

Sendo assim, nesta dimensão, serão apresentadas as políticas consideradas estratégicas e que são acompanhadas no âmbito da Rede de Atenção à Saúde. Em seguida, será demonstrada, de forma sucinta, a distribuição dos serviços nas Regiões de Saúde. Por fim, destaca-se a situação nas Redes.

3.3.1 Políticas Estratégicas

As Políticas Estratégicas são indutoras do processo de desenvolvimento da atenção à saúde em rede. Em Pernambuco, estas políticas estão organizadas por grupos populacionais específicos como: a atenção à saúde da Criança e do Adolescente, da Mulher, do Homem, da Pessoa Idosa, da Pessoa com Deficiência, e por políticas voltadas aos cuidados transversais, com foco na Saúde Bucal, Mental, da População LGBT, População Negra e Quilombola e da Segurança Alimentar e Nutricional.

3.3.1.1 Saúde da Criança e do Adolescente

As ações da Saúde da Criança são norteadas pela Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC), instituída pela Portaria nº 1.130, de 5 de agosto de 2015, visando ampliar o acesso, melhorar a qualidade e humanizar a assistência prestada em todos os níveis de atenção. A PNAISC reúne um conjunto de ações programáticas e estratégicas, das quais, destacamos: Atenção humanizada e qualificada à gestação, ao parto, ao nascimento e aos recém-nascidos; Aleitamento materno e alimentação complementar saudável; Promoção e acompanhamento do crescimento e desenvolvimento integral; Atenção a crianças com agravos prevalentes na infância e com doenças crônicas; Atenção à criança em situação de violência, prevenção de acidente e promoção da cultura de paz; Atenção à saúde de crianças com deficiência ou em situações específicas e de vulnerabilidades; e Vigilância em Saúde. Em Pernambuco, tais ações estratégicas estão

contempladas na Rede Materno Infantil/Rede Cegonha, Programa Mãe Coruja, Pessoa com Deficiência, Urgência e Emergência, Atenção Psicossocial e Doenças Crônicas.

A Saúde do Adolescente é pautada nas Diretrizes Nacionais de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens, fazendo interfaces com a Política Estadual de Fortalecimento da Atenção Primária, Pacto pela Vida, Programa Saúde na Escola, Programa Mãe Coruja Pernambucana, Saúde da Mulher, Vigilância Epidemiológica e IST/AIDS-Hepatites Virais, numa visão biopsicossocial, e apresenta como eixos prioritários: Saúde Sexual e Reprodutiva; Redução da morbimortalidade por Causas Externas e Uso abusivo de álcool e outras drogas.

3.3.1.2 Saúde da Mulher

Em Pernambuco, a Política Estadual de Atenção Integral à Saúde da Mulher, aprovada pelo Conselho Estadual de Saúde, sob a Resolução nº 695, de 15 de dezembro de 2015, tem como missão desenvolver, promover, coordenar e avaliar as diretrizes do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) no âmbito estadual, compostas por programas e estratégias de ação, relacionadas: Planejamento Reprodutivo; Rede Cegonha; Programa de Combate à Mortalidade Materna; Assistência ao Climatério; Programas de Controles dos Cânceres do Colo do Útero e Mama; Programa Estadual de Parteiras Tradicionais (PEPT); e, Programa de Atenção à Mulher em situação de violência.

3.3.1.3 Saúde do Homem

Desde 2008, em Pernambuco, a Saúde do Homem compõe o conjunto de políticas estratégicas, sendo desenvolvida em consonância com os princípios do SUS, antes mesmo da instituição da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH), ocorrida em 2009, que estabelece como público homens com idade entre 20 e 59 anos.

Assim sendo, as ações e estratégias, que eram alinhadas com a PNAB, passam a ser desenvolvidas considerando também as diretrizes da PNAISH, tendo como objetivo prioritário facilitar e ampliar o acesso com qualidade da população masculina às ações e aos serviços de assistência integral à saúde da Rede SUS, mediante a atuação nos aspectos socioculturais, sob a perspectiva relacional de gênero, contribuindo de modo efetivo para a redução da morbimortalidade e a melhoria das condições de saúde da referida população.

São eixos prioritários, em Pernambuco, para a saúde do homem: acesso e acolhimento; paternidade e cuidado; saúde sexual e saúde reprodutiva; prevenção de acidentes e violências; e, doenças prevalentes na população masculina.

3.3.1.4 Saúde da Pessoa Idosa

A Saúde da Pessoa Idosa, em Pernambuco, é desenvolvida de forma alinhada à Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), cujo objetivo primordial é recuperar, manter e promover a autonomia e a independência dos indivíduos idosos, direcionando medidas coletivas e individuais de saúde para esse

fim, em consonância com os princípios e diretrizes do SUS. É alvo dessa política todo cidadão e cidadã brasileiros com 60 anos ou mais de idade.

Estando entre as diretrizes desta Política: promoção do envelhecimento ativo e saudável; atenção integral, integrada à saúde da pessoa idosa; estímulo às ações intersetoriais, visando à integralidade da atenção; provimento de recursos capazes de assegurar qualidade da atenção à saúde da pessoa idosa; estímulo à participação e fortalecimento do controle social; formação e educação permanente dos profissionais de saúde do SUS na área de saúde da pessoa idosa; divulgação e informação sobre a PNSPI para profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS; promoção de cooperação nacional e internacional das experiências na atenção à saúde da pessoa idosa; e apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas.

3.3.1.5 Saúde da Pessoa com Deficiência

A Política de Saúde da Pessoa com Deficiência, em PE, tem como base legal a Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência (2010), e como propósitos proteger a saúde da pessoa com deficiência, reabilitar a pessoa com deficiência na sua capacidade funcional e desempenho humano, contribuindo para a sua inclusão em todas as esferas da vida social e prevenir agravos que determinam o aparecimento de deficiências, com respeito aos direitos humanos, com garantia de autonomia, independência e de liberdade às pessoas com deficiência, garantindo acesso, qualidade de serviços, excelência no atendimento dos profissionais de saúde, ofertando cuidado integral e assistência multiprofissional, sob a lógica interdisciplinar, com organização dos serviços em rede de atenção à saúde regionalizada para garantir a integralidade do cuidado, observando seus componentes (Atenção Básica, Atenção Especializada, Hospitalar e de Urgência e Emergência), desenvolvendo a lógica do cuidado para pessoas com deficiência física, auditiva, intelectual, visual, ostomia e múltiplas deficiências.

Esta Política está fundamentada também na Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (2011), que objetiva ampliar o acesso e qualificar o atendimento às pessoas com deficiência no SUS; promovendo a vinculação das pessoas com deficiência auditiva, física, intelectual, visual, ostomia e com múltiplas deficiências e suas famílias aos pontos de atenção, garantindo a articulação e a integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento e classificação de risco, bem como desenvolvendo ações de prevenção e de identificação precoce de deficiências, promovendo cuidados em saúde, especialmente dos processos de reabilitação auditiva, física, intelectual, visual, ostomia e múltiplas deficiências, ampliando a oferta de Órtese, Prótese e Meios Auxiliares de Locomoção (OPM), eliminando barreiras que obstruem sua participação plena na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas.

Além disso, visando sua integralidade, a Política de Saúde da Pessoa com Deficiência considera, promove e se integra em ações intersetoriais, junto às demais Políticas de Saúde, bem como, ao Desenvolvimento Social, à Educação e aos Direitos Humanos, entre outros setores, na efetivação da acessibilidade, inclusão e autonomia da Pessoa com Deficiência no Estado de Pernambuco.

3.3.1.6 Saúde da População LGBT

A Política Estadual de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (PESILGBT), instituída por meio da portaria SES/PE nº 60, de 11 de março de 2015, tem como objetivo geral promover a saúde integral da população LGBT no Estado de Pernambuco, e como objetivos específicos: Apoiar a implantação e implementação da Política Estadual de Saúde Integral 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; Garantir acesso ao processo transexualizador na rede Estadual, a partir do aperfeiçoamento das tecnologias - para mulheres e homens - nos moldes regulamentados; Oferecer atenção e cuidado à saúde contemplando todos os ciclos de vida da população LGBT; Garantir os direitos sexuais e direitos reprodutivos da população LGBT no âmbito do SUS; Garantir o uso do nome social das travestis e transexuais, nos serviços públicos e privados de saúde, de acordo com a Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde e do Decreto Estadual nº 35.051, de 25 de maio de 2010; Contribuir para a participação de representações da população LGBT nos espaços de controle social, como nos Conselhos e Conferências de Saúde, dentre outros.

A PESILGBT tem como diretrizes: O respeito aos direitos de LGBT; O enfrentamento ao estigma, a discriminação; O combate à homofobia e violência contra LGBT no âmbito do SUS, contribuindo para mudanças na sociedade em geral; Promoção da cidadania e inclusão de LGBT por meio da articulação com os diversos setores como: educação, trabalho, segurança e entre outros; Fortalecimento da representação do movimento de LGBT nos Conselhos de Saúde, conferências e demais instâncias de participação social; Produção de conhecimentos científicos e tecnológicos para melhorar a saúde de LGBT.

3.3.1.7 Saúde da População Negra e Quilombolas

A Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, instituída pela Portaria MS/GM nº 992/2009, estadualizada a partir de 2012, é uma resposta do Ministério às desigualdades em saúde que acomete essa população, e o reconhecimento da existência de condições de vida resultantes de injustos processos sociais, culturais e econômicos da história do país expressos nas altas taxas de mortalidade materna e infantil, precocidade de óbitos, maior prevalência de doenças crônicas, a exemplo da Doença Falciforme, e doenças infecciosas, a exemplo da Síndrome Congênita da Zika Vírus, acometendo em sua maioria mulheres negras; somem-se os altos índices de violência urbana que incidem sobre a população negra principalmente a juventude.

Essa Política tem como marca o reconhecimento do Racismo, das desigualdades étnico-raciais e do racismo institucional como determinantes sociais de saúde, está embasada nos princípios constitucionais da saúde como direito social, de cidadania, dignidade humana, de repúdio ao racismo e reafirma os princípios do SUS, universalidade, integralidade da atenção, equidade, participação e controle social, tendo como princípios organizativos a transversalidade e a descentralização político administrativa.

A referida Política visa através de suas ações: Implementar o preenchimento da variável raça/cor nos formulários de identificação e nos Sistemas de Informação em saúde para produção de informações epidemiológicas com recorte racial para tomada de decisões, produção de conhecimento e possibilitar nos

processos de educação permanente a prevenção e combate ao racismo institucional no ambiente de trabalho para o alcance da equidade em saúde e promoção da igualdade racial. Bem como, qualificar, humanizar e fortalecer as ações de atenção e cuidado às pessoas com Doença Falciforme incluindo a reorganização, descentralização e ampliação das correspondentes ações de saúde: Teste do Pezinho, atendimento especializado ambulatorial, nas urgências/emergências e a atenção diferenciada na internação, além da dispensação de medicamentos na assistência farmacêutica.

Por fim, estimular, apoiar e fortalecer enquanto estratégia de gestão a intersetorialidade com incorporação do recorte racial pelas demais políticas e o desenvolvimento das competências e responsabilidades nas esferas de gestão.

3.3.1.8 Saúde Bucal

A saúde bucal das populações, não resulta apenas da prática odontológica, mas de construções sociais operadas de modo consciente pelos homens, em cada situação concreta, incluindo os profissionais de saúde. Organizando-se em concordância e sintonia com o conjunto das Políticas de Saúde, vem conjugando saberes e práticas que apontam para a promoção e vigilância em saúde, e revisão das práticas assistenciais, incorporando a abordagem familiar e a defesa da vida (BRASIL, 2006). Nesse contexto, a partir de 2004, a Política de Saúde Bucal – Brasil Sorridente consolida a oferta da saúde bucal de forma integral e em uma rede de serviços.

A Política Estadual de Saúde Bucal, instituída em 2011, com embasamento epidemiológico do levantamento de base nacional SB Brasil 2010, busca estabelecer e fortalecer as competências assistenciais da rede de atenção na produção do cuidado na Atenção Básica, por meio das equipes de saúde bucal, na Atenção Especializada através da Rede de Urgência Odontológica e Centros de Especialidades Odontológicas, Laboratórios Regionais de Prótese Dentária, e na alta complexidade com atendimento hospitalar a pacientes com necessidades especiais, defeitos da face, reabilitação de prótese bucomaxilofacial coadjuvante ao tratamento de câncer e Rede de Bucomaxilo.

3.3.1.9 Saúde Mental

Na Saúde Mental, Pernambuco ocupa lugar de destaque no âmbito da legislação de saúde, tendo sido o terceiro Estado brasileiro a promulgar uma Lei própria (nº 11.064, de 16 de maio de 1994), que dispõe sobre a substituição progressiva dos hospitais psiquiátricos por rede de atenção integral à saúde mental, regulamenta a internação psiquiátrica involuntária e dá outras providências. Essa iniciativa, anterior à Lei da Reforma Psiquiátrica, demonstra o compromisso de Pernambuco com a reversão do modelo de cuidado em saúde mental substitutivo à internação psiquiátrica a ser constituída por uma rede pública formada por pontos diversificados e territoriais de cuidado que abrangem desde a atenção básica até a atenção hospitalar.

3.3.1.10 Segurança Alimentar e Nutricional Sustentável

A Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) tem como propósito a melhoria das condições de alimentação, nutrição e saúde da população brasileira, mediante a promoção de práticas alimentares

adequadas e saudáveis, a vigilância alimentar e nutricional, a prevenção e o cuidado integral dos agravos relacionados à alimentação e nutrição.

Estrutura-se em diretrizes que abrangem o escopo da atenção nutricional no SUS com foco na vigilância, promoção, prevenção e cuidado integral de agravos relacionados à alimentação e nutrição de forma integrada às demais ações de saúde nas redes de atenção, tendo a Atenção Básica como ordenadora destas ações.

Suas diretrizes indicam as linhas de ações para o alcance do propósito, sendo capazes de modificar os determinantes de saúde e promover a saúde da população e encontram-se consolidadas em: Organização da Atenção Nutricional; Promoção da Alimentação Adequada e Saudável; Vigilância Alimentar e Nutricional; Gestão das Ações de Alimentação e Nutrição; Participação e Controle Social; Qualificação da Força de Trabalho; Controle e Regulação dos Alimentos; Pesquisa, Inovação e Conhecimento em Alimentação e Nutrição; Cooperação e articulação para a Segurança Alimentar e Nutricional.

Outras políticas de saúde, como a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e a Política Nacional de Promoção à Saúde (PNPS) somam-se aos princípios e diretrizes da PNAN no estabelecimento da Saúde e da Segurança Alimentar e Nutricional.

3.3.3 Distribuição Geral dos Serviços de Saúde em Pernambuco

O estado de Pernambuco conta com 9.873 estabelecimentos de saúde cadastrados no CNES, incluindo as unidades públicas e privadas, sendo 69 estabelecimentos vinculados ao SUS. A Tabela a seguir retrata a distribuição destes estabelecimentos por tipo de gestão.

Tabela 10. Distribuição dos Estabelecimentos de Saúde, públicos e privados, por tipo gestão. Pernambuco, Abril de 2019.

Tipo de Gestão	Vinculados ao SUS		Não SUS	Total
	Público	Privado		
Dupla	11	49	4	64
Estadual	130	79	33	242
Municipal	4.418	482	4.667	9.567
Total	4.559	610	4.704	9.873

*Gestão dupla: Estadual e Municipal.
Fonte: TabWin/CNES, competência abril de 2019.

No que se refere à distribuição dos serviços por Região de Saúde, a Tabela 02 demonstra grande concentração de estabelecimentos na I Região de Saúde (44,6%), sendo esta então considerada como um polo assistencial.

Tabela 11. Distribuição dos Estabelecimentos de Saúde, públicos e privados, por Região de Saúde do estabelecimento e tipo gestão. Pernambuco, 2019.

Região de Saúde do Estabelecimento	Total de Estabelecimentos					Estabelecimentos SUS	
	Gestão Dupla	Gestão Estadual	Gestão Municipal	Total	%	N°	%
I Região de Saúde	19	142	4.247	4.408	44,6%	1.447	28,0%
II Região de Saúde	10	10	593	613	6,2%	499	9,7%
III Região de Saúde	5	8	408	421	4,3%	399	7,7%
IV Região de Saúde	8	25	1.390	1.423	14,4%	819	15,8%
V Região de Saúde	4	8	735	747	7,6%	445	8,6%
VI Região de Saúde	6	10	378	394	4,0%	291	5,6%
VII Região de Saúde	1	11	138	150	1,5%	110	2,1%
VIII Região de Saúde	4	11	594	609	6,2%	278	5,4%
IX Região de Saúde	2	6	279	287	2,9%	232	4,5%
X Região de Saúde	3	3	229	235	2,4%	210	4,1%
XI Região de Saúde	2	4	278	284	2,9%	191	3,7%
XII Região de Saúde	0	4	298	302	3,1	248	4,8%
Total	64	242	9.567	9.873	100%	5.169	100%

Fonte: TabWin/CNES, competência abril de 2019.

Considerando o tipo do estabelecimento, a Tabela 12 demonstra de unidades vinculadas ao SUS por Região de Saúde.

Tabela 12. Estabelecimentos de saúde credenciados para a prestação de serviços ao SUS, públicos e privados por tipo de estabelecimento, segundo a Região de Saúde do estabelecimento. Pernambuco, abril de 2019

Tipo de estabelecimento	2601 Recife	2602 Limoeiro	2603 Palmares	2604 Caruaru	2605 Garanhuns	2606 Arcoverde	2607 Salgueiro	2608 Petrolina	2609 Ouricuri	2610 Afogados da Ingazeira	2611 Serra Talhada	2612 Goiana	Total
Centro de Saúde/ UBS	665	217	166	333	211	136	55	107	118	86	74	121	2.289
Consultório	4	1	2	7	8	2	-	1	-	1	9	-	35
Posto de Saúde	47	41	40	81	20	29	3	13	12	10	13	5	314
Unidade Móvel Terrestre	9	_	7	7	3	3	1	7	1	_	3	-	41
Academia da Saúde	64	27	6	45	23	17	6	15	11	29	11	18	272
Central de notificação, captação, distribuição órgão do estado	4	-	-	1	2	-	-	1	-	-	-	-	8
Central de Regulação	10	8	-	11	6	1	1	4	3	3	2	5	54
Central de regulação médica das urgências	1	-	-	1	-	-	-	1	-	-	-	-	3
Centro de Apoio a Saúde da Família CASF	23	32	23	35	19	6	6	13	6	13	3	18	197
Centro de Atenção Hemoterápica e/ ou Hematológica	-	1	1	1	1	1	1	1	1	-	-	-	8
Centro de Atenção Psicossocial-CAPS	46	9	11	16	18	11	2	9	7	6	5	5	145
Centro De Parto Normal	-	1	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	2
Clínica Especializada/ Ambulatório Especializado	169	41	35	77	33	25	11	35	19	18	19	16	498
Cooperativa	2	-	-	1	-	-	-	-	-	-	1	-	4
Farmácia	11	18	5	13	6	-	-	3	-	2	2	5	65
Hospital Especializado	15	-	1	1	-	-	-	1	-	-	1	-	19
Hospital Geral	52	13	12	24	17	12	4	12	10	5	5	5	171
Hospital Dia	3	-	-	1	1	-	-	1	-	-	-	-	6
Laboratório Central de Saúde Pública-LACEN	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1
Laboratório de Saúde Pública	4	3	-	3	2	1	1	1	2	1	1	1	20
Policlínica	41	10	6	13	1	2	1	5	5	-	1	4	89
Pronto Atendimento	23	2	-	10	-	1	-	-	1	-	-	1	38
Pronto Atendimento Especializado	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
Pronto Socorro Geral	1	-	1	-	-	-	-	-	-	-	1	-	3
Secretaria de Saúde	37	21	23	34	22	14	8	8	12	13	11	13	216
Unidade de Atenção a Saúde Indígena	2	-	-	5	3	16	2	9	-	-	10	-	47
Unidade de Serviço de Apoio de Diagnose e Terapia	94	24	24	29	21	9	2	18	19	12	9	8	269
Unidade de Vigilância em Saúde	17	4	3	12	1	1	1	4	2	3	2	3	53
Unidade Mista	6	9	12	15	6	4	4	1	3	8	8	7	83
Unidade Móvel de Nível Pre-Hosp-Urgência/Emergência	88	17	21	42	21	-	-	7	-	-	-	12	83
Telessaúde	8	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	9
Total	1.447	499	399	818	445	291	110	278	232	210	191	248	5.168

Fonte: TabWin/CNES, competência abril de 2019.

Para os estabelecimentos hospitalares, destaca-se a existência de 23.744 leitos distribuídos no território estadual (incluindo os leitos complementares), sendo 17.563 leitos disponíveis ao atendimento SUS, o que representa 73,97%.

Do total de Leitos SUS, 53,69% destes encontram-se na I Região de Saúde e 38,86% sob Gestão estadual. Nas Tabelas 13 é possível visualizar a distribuição dos Leitos SUS por Região de Saúde, segundo tipo de gestão.

Tabela 13. Distribuição de Leitos SUS por Região de Saúde segundo o tipo de gestão. Pernambuco, 2019.

Região de Saúde		Dupla	Estadual	Municipal	Total	
					N°	%
2601	Recife	2.205	4.909	2.315	9.429	53,7%
2602	Limoeiro	118	102	670	890	5,1%
2603	Palmares	145	242	574	961	5,5%
2604	Caruaru	97	650	1.239	1.986	11,3%
2605	Garanhuns	61	138	570	769	4,4%
2606	Arcoverde	145	67	352	564	3,2%
2607	Salgueiro	62	142	187	391	2,2%
2608	Petrolina	78	266	383	727	4,1%
2609	Ouricuri	-	88	413	501	2,9%
2610	Afogados da Ingazeira	82	65	231	378	2,2%
2611	Serra Talhada	32	75	423	530	3,0%
2612	Goiana	-	81	356	437	2,5%
Total		3.025	6.825	7.7.713	17.563	100%
Percentual		17,22%	38,86%	43,92%		

Fonte: TabWin/CNES, competência abril de 2019.

No que se refere à distribuição dos leitos por especialidade, observa-se maior concentração de leitos clínicos, seguido do leito cirúrgico.

Tabela 14. Distribuição de Leitos SUS por Região de Saúde Leito/ Especialidade. Pernambuco, 2019.

Região de Saúde		Cirúrgico	Clínico	Complementar	Obstétrico	Pediátrico	Outras Especialidades	Hospital/ DIA	Total
2601	Recife	2.770	2.818	1.052	822	973	811	183	9.429
2602	Limoeiro	125	376	16	174	131	68	-	890
2603	Palmares	201	277	39	196	145	86	17	961
2604	Caruaru	398	792	133	315	253	64	31	1.986
2605	Garanhuns	133	319	29	153	93	18	24	769
2606	Arcoverde	65	243	14	130	101	11	-	564
2607	Salgueiro	41	156	20	61	103	10	-	391
2608	Petrolina	137	238	86	121	127	8	10	727
2609	Ouricuri	62	230	3	92	93	21	-	501
2610	Afogados da Ingazeira	67	153	-	72	78	8	-	378
2611	Serra Talhada	84	141	17	71	71	146	-	530
2612	Goiana	75	157	4	82	76	40	3	437
	Total	4.158	5.900	1.413	2.289	2.244	1.291	268	17.563

Fonte: TabWin/CNES, competência abril de 2019.

Destaca-se a existência de 2.545 Leitos Complementares, sendo 1.413 vinculados ao SUS (55,52%), onde se observa a concentração da especialidade UTI Adulto Tipo II (50,04%).

Tabela 15. Distribuição de Leitos Complementares (SUS e não SUS) no estado de Pernambuco por tipo de especialidade, segundo a Região de Saúde, 2019.

Especialidade	2601 Recife	2602 Limoeiro	2603 Palmares	2604 Caruaru	2605 Garanhuns	2606 Arcoverde	2607 Salgueiro	2608 Petrolina	2609 Ouricuri	2611 Serra Talhada	2612 Goiana	Total
UNIDADE INTERMEDIARIA NEONATAL	61	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	61
UNIDADE ISOLAMENTO	88	6	11	23	-	6	5	-	3	8	-	150
UTI ADULTO - TIPO I	246	-	4	-	5	-	-	9	-	5	-	269
UTI ADULTO - TIPO II	814	20	30	78	21	13	11	57	10	11	-	1.065
UTI ADULTO - TIPO III	133	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	133
UTI PEDIATRICA - TIPO I	25	-	-	-	-	-	-	2	-	1	-	28
UTI PEDIATRICA - TIPO II	99	-	5	10	-	-	-	4	-	-	-	118
UTI PEDIATRICA - TIPO III	23	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	23
UTI NEONATAL - TIPO I	53	-	-	-	-	-	-	3	-	-	-	56
UTI NEONATAL - TIPO II	168	-	15	-	-	-	-	9	-	-	-	192
UTI NEONATAL - TIPO III	18	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	18
UTI DE QUEIMADOS	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2
UTI CORONARIANA TIPO II - UCO TIPO II	63	-	-	10	-	-	-	4	-	-	-	77
UNIDADE DE CUIDADOS INTERMED NEONATAL CONVENCIOI	111	-	6	18	-	-	5	27	-	-	-	167
UNIDADE DE CUIDADOS INTERMED NEONATAL CANGURU	42	-	-	12	-	-	-	8	-	-	-	62
UNIDADE DE CUIDADOS INTERMEDIARIOS PEDIATRICO	35	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	35
UNIDADE DE CUIDADOS INTERMED ADULTO	67	-	-	10	8	-	-	-	-	-	4	89
Total	**2.048**	**26**	**71**	**161**	**34**	**19**	**21**	**123**	**13**	**25**	**4**	**2.545**

Fonte: TabWin/CNES, competência abril de 2019.

Produção físico-financeira da média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar

O Estado de Pernambuco tem um teto financeiro de média e alta complexidade de R$ 2.200.770.658,24/ ano (SISMAC em 17 de junho de 2019), somando os valores sob gestão estadual e municipal, para custeio da prestação de serviços.

Entre janeiro e dezembro de 2018 foram realizadas 564.282 internações e 112.838.785 de procedimentos de média e alta complexidade, descritos na tabela abaixo:

Tabela 16. Produção de procedimentos de média e alta complexidade aprovada nos estabelecimentos de Pernambuco entre janeiro e dezembro de 2018.

Complexidade	Freq./ Valor Aprovados	Gestão		Total
		Estadual	Municipal	
Hospitalar de Média Complexidade	Freq. Aprovada	350.792	163.072	513.864
	Valor Aprovado	425.309.376,13	114.525.067,93	539.834.444,06
Hospitalar de Alta Complexidade	Freq. Aprovada	50.005	413	50.418
	Valor Aprovado	259.419.175,96	1.140.292,91	260.559.468,87

Ambulatorial de Média Complexidade	Freq. Aprovada	40.759.037	39.507.620	80.266.657
	Valor Aprovado	256.787.754,79	260.618.633,77	517.406.408,56
Ambulatorial de Alta Complexidade	Freq. Aprovada	28.591.151	60.626	28.651.777,00
	Valor Aprovado	342.356.054,38	11.907.107,12	354.263.161,50
16Ambulatorial Complexidade Não se aplica	Freq. Aprovada	207.128	3.713.223	3.920.351,00
	Valor Aprovado	20.776.931,62	21.194.006,56	41.970.938,18

Fonte: TabWin/ SIA e SIH, 2018.

3.3.4 Atenção Primária

A Atenção Primária à Saúde (APS) é a estratégia prioritária de organização da atenção à saúde voltada para responder de forma regionalizada, contínua e sistematizada a maior parte das necessidades de saúde da população, integrando ações de promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral 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 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 Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco 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. Ressalta-se que dentre as atribuições estaduais estão: coordenar a expansão, implementar e qualificar o processo de trabalho da Rede de Atenção Primária junto aos 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 Atenção 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.

A ESF é uma prioridade da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) para expansão e consolidação da atenção primária. A qualificação da ESF e de outras formas de organização da atenção primária à saúde deverão seguir as diretrizes da atenção primária à saúde do SUS. 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.

Destaca-se 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 destacamos a questão do provimento de médicos, problema que o programa ministerial Mais Médicos, instituído com a finalidade de ampliar o número de médicos nas regiões carentes do país, vem 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 2011 e 2019 no Estado, contudo, ficando sujeito a flutuações em algumas Regiões de Saúde, a partir de alguns parâmetros como carga horária e completude de equipe como observado no quadro 26, as quais tiveram uma redução deste indicador decorrente do bloqueio das transferências financeiras para os municípios, e não da suspensão dos serviços.

Quadro 26. Percentual de cobertura da Estratégia Saúde da Família, segundo Regional de Saúde, Pernambuco, 2011 – 03/2019.

Geres	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
I	56,50	55,73	58,38	60,42	60,00	56,68	64,13	61,44	61,23
II	94,11	86,96	95,26	97,45	97,48	95,85	100,00	100,00	92,79
III	88,63	84,46	87,41	86,17	91,27	90,77	100,00	100,00	90,78
IV	59,75	66,50	69,97	77,70	81,29	81,70	94,53	89,44	79,63
V	86,43	85,71	88,70	91,38	96,44	97,11	100,00	100,00	97,18
VI	83,27	81,40	80,91	90,26	90,28	87,02	100,00	100,00	89,50
VII	91,83	96,24	98,03	96,01	100,00	100,00	100,00	98,97	82,18
VIII	53,17	64,02	71,57	80,02	90,74	90,74	100,00	97,14	91,81
IX	89,21	92,02	93,05	94,08	93,14	94,10	100,00	82,78	77,16
X	91,25	94,98	98,69	97,29	99,19	100,00	100,00	100,00	100,00
XI	70,81	70,45	73,14	84,33	86,60	87,38	99,01	94,64	87,18
XII	-	89,38	95,63	94,49	98,86	98,64	100,00	100,00	100,00
PE	68,23	68,74	72,07	75,35	87,52	75,52	87,86	80,45	76,33

Fonte: CNES- MS

Cobertura de Equipes de Saúde Bucal na Estratégia de Saúde da Família

O indicador de cobertura populacional estimada pelas equipes básicas de Saúde Bucal atualmente é utilizado para o monitoramento do acesso da população aos serviços de saúde bucal, no âmbito da Atenção Básica, com vistas ao fortalecimento do planejamento do SUS. Em dezembro de 2018 o estado de Pernambuco apresentou 64,49% de cobertura, alcançando, tecnicamente, a meta estabelecida em 65,50%.

Entre as ações que contribuem para o alcance da meta, podemos apontar as de fortalecimento da capacidade técnica de gestores e técnicos municipais, na alimentação do sistema de informação (e-Gestor); fortalecimento de regularidade da atualização do CNES pelos municípios; intensificação das ações de acompanhamento de regularidade do CNES; e, intensificação do monitoramento junto aos municípios, quanto à regularidade de alimentação do sistema de informação.

Pernambuco, além de alcançar a meta da Cobertura de Saúde Bucal na Atenção Básica, encerrou 2018 com cobertura de Saúde Bucal na ESF, de 60,45%, caracterizando a priorização da reorganização da rede de atenção em saúde bucal, dentro da ESF.

Quadro 27. Percentual de Cobertura de Saúde Bucal na Estratégia de Saúde da Família e na Atenção Básica, por Macrorregião e Região de Saúde. Pernambuco, Março/2019.

Macrorregião	Região de Saúde	Cobertura ESFSB	Cobertura SB AB
I Macrorregião	I Região de Saúde	38,15%	44,32%
	II Região de Saúde	84%	85,05%
	III Região de Saúde	84,88%	85,51%
	XII Região de Saúde	100%	100%
II Macrorregião	IV Região de Saúde	69,08%	74,41%
	V Região de Saúde	78,77%	81,81%
III Macrorregião	VI Região de Saúde	80,81%	82,59%
	X Região de Saúde	92,94%	95,95%
	XI Região de Saúde	81,48%	88,10%
IV Macrorregião	VII Região de Saúde	89,26%	90,59%
	VIII Região de Saúde	57,44%	62,26%
	IX Região de Saúde	68,55%	74,27%

Fonte: e-Gestor Atenção Básica. Acesso, 20/06/2019.

Núcleo de Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica

O Núcleo de Apoio à Saúde da Família e Atenção Básica **(**NASF-AB) é equipe formada por profissionais de diferentes categorias com objetivo de apoiar a inserção das equipes de atenção básica na rede de atenção à saúde, aumentar o escopo das ações e a resolutividade da Atenção Básica (AB). As equipes NASF-AB devem atuar de forma conjunta com as equipes de AB a partir do referencial teórico-metodológico do apoio matricial, desenvolvendo ações das dimensões técnico-pedagógicas e clínico-assistenciais, tais como atendimentos individuais e compartilhados na UBS ou no domicílio, discussões de casos, Projeto Terapêutico Singular (PTS), Educação Permanente, grupos educativos, reuniões intersetoriais, entre outros.

Apesar de fazer parte da AB, as equipes NASF-AB não se configuram como porta de entrada do serviço, recebendo a demanda a partir de negociação com as equipes de AB, com critérios e fluxos pré-estabelecidos. Não possuem espaços físicos independentes, realizando as atividades no território adstrito das equipes apoiadas, também chamadas de equipes de referência.

Entre 2011 e 2019 houve um aumento, no estado de Pernambuco, na implantação de equipes de NASF-AB de 91,4%. Apesar desse aumento ainda se configura como um desafio para o Estado à cobertura pelas equipes NASF-AB, apresentando municípios com número insuficiente de equipes NASF-AB, em relação ao parâmetro de cobertura do MS, e 07 municípios que ainda não possuem esta equipe implantada.

Quadro 28. . Número de NASF, segundo Regional de Saúde, Pernambuco, 2011 – 03/2019.

GERES	2011		2012		2013		2014		2015		2016		2017		2018		2019	
	Tipo I	Tipo II	Tipo I	Tipo II	Tipo I	Tipo II	Tipo I	Tipo II	Tipo I	Tipo II	Tipo I	Tipo II	Tipo I	Tipo II	Tipo I	Tipo II	Tipo I	Tipo II
I	57	-	59	-	45	-	54	-	53	-	50	-	60	-	61	-	62	-
II	19	-	15	-	18	1	20	2	21	3	21	3	24	3	29	2	28	2
III	15	-	14	4	14	3	16	5	16	5	16	5	17	5	18	5	18	5
IV	13	-	14	7	19	3	30	4	30	3	31	4	34	4	38	4	37	3
V	9	-	10	11	15	6	17	6	17	6	17	6	17	5	19	5	19	6
VI	7	-	8	1	8	2	9	2	9	2	9	2	10	1	12	2	12	2
VII	2	-	2	1	2	4	2	4	2	3	2	3	2	4	5	2	4	2
VIII	7	-	7	-	6	1	10	2	11	2	11	2	13	2	14	-	15	-
IX	7	-	7	1	9	1	12	1	11	1	13	1	16	1	15	1	15	1
X	1	-	9	3	3	1	4	4	6	4	6	4	6	4	6	5	6	5
XI	2	-	2	-	1	1	2	-	5	-	6	-	6	-	8	-	8	-
XII	-	-	7	-	10	1	11	1	11	1	11	2	11	2	15	2	14	2
PE	139	-	154	28	150	24	187	31	192	30	193	32	216	31	240	28	238	28

Fonte: e-Gestor Atenção Básica. Acesso, 20/06/2019.

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 AB, seja de forma tradicional ou pela ESF, e menores percentuais de ICSAB. Observa-se 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.

Quadro 29. Proporção de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Básica, segundo Regionais de Saúde, Pernambuco, 2008 - 2019.

Geres	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
I	32,58	31,21	29,72	27,22	26,45	25,86	26,09	25,45	24,60	25,83	23,78	24,19
II	33,44	33,27	34,58	29,39	29,73	30,81	28,47	25,88	23,26	23,16	22,52	21,22
III	43,31	43,39	42,72	38,59	35,64	33,97	31,07	29,02	29,45	27,37	26,37	25,23
IV	40,28	37,61	37,63	34,38	34,61	35,56	30,28	27,46	26,07	26,81	24,80	25,05
V	33,71	32,22	31,95	30,04	27,46	29,49	24,51	23,56	22,90	27,18	28,47	25,93
VI	40,32	41,11	44,31	45,61	44,41	43,59	39,75	36,47	31,92	36,21	33,18	31,46
VII	45,63	46,76	46,22	41,22	40,04	41,86	35,76	33,03	29,28	32,20	29,01	20,88
VIII	40,24	39,71	44,29	43,42	42,30	44,03	38,24	35,60	28,41	33,18	33,25	26,45
IX	41,64	41,63	44,19	41,91	42,82	41,60	34,71	29,68	30,62	33,13	39,09	33,92
X	57,55	57,68	55,70	50,51	48,04	43,33	42,70	27,97	11,10	13,36	16,68	16,43
XI	48,82	50,54	45,88	42,97	44,40	41,89	39,39	33,13	32,86	30,72	29,57	23,83
XII	35,98	35,47	34,25	33,77	29,58	29,88	26,62	25,67	23,98	24,14	22,18	17,71
PE	38,19	37,41	36,00	33,86	32,76	31,80	30,09	27,68	26,66	27,26	26,31	26,11

Fonte: e-Gestor Atenção Básica. Acesso, 20/06/2019.

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 certificou no período entre 2007 a 2010, 290 equipes em 39 municípios com investimento de aproximadamente R$ 4 milhões/ano.

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 municípios 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.

Analisando a média destes períodos avaliativos da PEFAP, destaca-se 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.

Complementando os esforços federais, o estado de Pernambuco também implementou o Programa "Mais Médicos" em 170 municípios; expandiu o Programa Saúde na Escola (PSE) para 182 municípios; acompanhou a construção de 542 Unidades de Saúde da Família (USF), reforma de 341 e ampliação de 455 USF, no período de 2011 a 2013, através do Programa Requalifica; Realizou Fóruns de Atenção Primária e oficinas para a implantação do e-SUS em todas as Regionais de Saúde.

Considerando o cenário exposto e os esforços federais e estaduais praticados para ampliação e para melhoria física das unidades de saúde, o objetivo a ser traçado para os próximos anos envolve o aprimoramento dos esforços de financiamento de forma a encerrar as ações iniciadas e traçar novas estratégias para a infraestrutura, física e de equipamentos, com equidade na repartição de recursos e maior aproximação com as condições existentes no território.

3.3.5 Atenção Especializada

A Atenção Especializada (AE) integra procedimentos de média e de alta complexidade estruturados na atenção ambulatorial e hospitalar, podendo ser realizados na rede própria e privada, com ou sem fins lucrativos, credenciada pelo SUS. No entanto, deve-se reconhecer que a Atenção Especializada no SUS está, majoritariamente, identificada como procedimentos ditos de média complexidade.

Nesse sentido, deve-se considerar que o cuidado especializado é necessário para dar efetividade e consequência à APS e prover assistência especializada aos que dela necessitam é fundamental para o alcance de uma integralidade desejada.

De acordo com os Art. 13 e 14, da Portaria MS/GM nº 483, a atenção especializada constitui um conjunto de pontos de atenção com diferentes densidades tecnológicas para a realização de ações e serviços de urgência e emergência, ambulatoriais especializados e hospitalares, apoiando e complementando os serviços da APS de forma resolutiva e em tempo oportuno. O subcomponente ambulatorial especializado da atenção especializada constitui um conjunto de ações e serviços eletivos de média e alta densidade tecnológica, com a finalidade de propiciar a continuidade do cuidado.

Um dos grandes problemas reconhecido no SUS é a estruturação "insuficiente" e heterogênea da rede de cuidados especializados, tornando-a um gargalo na construção do Sistema. Frente este cenário, garantir um cuidado integral e resolutivo, em tempo oportuno a partir da necessidade de cada usuário(a), nas várias especialidades só será possível se superarmos a fragmentação do modelo atual, sendo a articulação dos serviços em RAS a estratégia prioritária.

Pernambuco vem avançando nesse modelo organizativo iniciando com a implantação das redes temáticas de Atenção à Saúde e no fortalecimento da Atenção Básica por entender que são estratégias importantes para a estruturação das RAS, em consonância com orientação da Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010.

Segurança do Paciente

A Qualidade da assistência à saúde e a Segurança do Paciente vem sendo amplamente discutidas e reconhecidas como questões de saúde pública. A Organização Mundial da Saúde estima que danos à Saúde ocorram em dezenas de milhares de pessoas todos os anos no mundo. Várias iniciativas estão sendo desenvolvidas com o objetivo de reduzir mortes evitáveis causadas por eventos que apresentam o potencial de causar danos aos pacientes e prejuízos associados ao cuidado de saúde.

No Brasil, o Ministério da Saúde publicou a Portaria nº 529 de abril 2013 que instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), com o objetivo de contribuir com a qualificação do cuidado em todos os estabelecimentos de saúde no território nacional. No mesmo ano, a publicação da RDC/ANVISA nº 36 tornou obrigatório a criação dos Núcleos de Segurança do Paciente (NSP), instância responsável por desenvolver ações de segurança do paciente, sendo um componente essencial e fundamental para promover a qualidade no cuidado.

A SES entendendo a importância de fomentar a cultura de Segurança do Paciente e contribuir com a implantação do PNSP no estado de Pernambuco, instituiu em 2017, o Núcleo Estadual de Segurança do Paciente (NESPPE)/Portaria SES nº 319 de julho/17, tendo como principal objetivo prestar cooperação técnica aos serviços de saúde na implantação dos NSP e acompanhar as ações de segurança do paciente desenvolvidas pelas unidades.

Com base nas normativas citadas, a Coordenação de Qualidade e Segurança do Paciente em parceira com a APEVISA, vem atuando junto aos NSP dos serviços, no sentido de orientar e acompanhar a implantação das Metas Internacionais de segurança, notificação e investigação dos incidentes relacionados à saúde e cadastro dos NSP no CNES, conforme a Portaria MS n° 774/2017.

A. Redes Temáticas

A1. Rede Materno Infantil de Pernambuco / Rede Cegonha

A Rede Materno Infantil de Pernambuco / Rede Cegonha consiste numa rede de cuidados que visa assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudáveis.

No âmbito do SUS, a Rede Cegonha foi instituída em todo território nacional em 2011, sendo consolidada em 2017 através da Portaria de Consolidação GM/MS nº 3, de 28 de setembro de 2017, que alinhou as normas sobre as redes do SUS (Anexo I – Diretrizes para Organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do SUS, e Anexo II – Rede Cegonha e seus Anexos de 1 a 12). Apresenta apoio de outros instrumentos legais, tais como: Portaria SAS/MS nº 650, de 05 de outubro de 2011, que dispõe sobre os Planos de Ação regional e municipal da Rede Cegonha; Resolução CIB/PE nº 1.872, de 26 de março de 2012, que homologa os Planos Regionais da Rede Cegonha no Estado de Pernambuco; Portaria GM/MS n° 1.631, de 01 de outubro de 2015, que aprova critérios e parâmetros para o planejamento e programação de ações e serviços de saúde no âmbito do SUS; Portaria de Consolidação GM/MS nº 6, de 28 de setembro de 2017, que consolida as normas sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde do SUS.

No estado de Pernambuco os Planos Regionais da Rede Cegonha foram homologados através da Resolução CIB/PE nº 1.872, de 26 de março de 2012. O quadro 30 apresenta a modelagem da Rede Cegonha em Pernambuco.

Quadro 30. Modelagem da Rede Cegonha em Pernambuco.

Referências	Ação/Serviço
Municipal	Atenção resolutiva ao pré-natal de risco habitual e alto risco (consultas e exames), parto de risco habitual (Maternidade e Centro de Parto Normal), puerpério e acompanhamento de crescimento e desenvolvimento da criança, planejamento reprodutivo no âmbito da Atenção Primária.
Microrregional	Pré-natal e acompanhamento da criança de alto risco (consulta de acompanhamento do especialista), assistência ao parto de risco habitual (Maternidade), planejamento reprodutivo e apoio diagnóstico complementar de média complexidade.
Regional	Menor nível de referência para o SAMU (USB e USA), Casa da Gestante, Bebê e Puérpera (CGBP).
Macrorregional	Assistência ao parto de alto risco, planejamento reprodutivo; Assistência ao parto de alto risco; planejamento reprodutivo e apoio diagnóstico complementar de alta complexidade, UTI adulto, UTI e UCI neonatal, Banco de Leite Humano, Alojamento Canguru, Central de Regulação.
Macrorregional Interestadual	Assistência ao parto de alto risco, planejamento reprodutivo, e apoio diagnóstico o complementar para a alta complexidade, UTI Adulto, UTI e UCI neonatal, Banco de Leite Humano, Alojamento Canguru, Central de Regulação.
Estadual	Medicina fetal, procedimento cirúrgico neonatal, reprodução assistida, genética médica e apoio diagnóstico complementar de alta complexidade.

Fonte: Resolução 1.872 DE 26/03/2012

A1.1. Parâmetros Definidos

Para fins de diagnóstico situacional, os parâmetros estabelecidos pela Rede Cegonha são:

A1.1.1. Indicadores de Saúde

- **Indicadores de mortalidade e morbidade –** Incidência de sífilis congênita; taxa de óbitos infantis (neonatal e pós-neonatal); número de óbitos maternos por faixa etária; nascidos vivos segundo idade da mãe x idade gestacional; % de óbitos fetais investigados; percentual de óbitos de mulheres em idade fértil por causas presumíveis investigados.
- **Indicadores de atenção –** Nº de nascidos vivos e percentual de gestantes com mais de 7 consultas no pré-natal; cobertura das equipes de Saúde da família; Tipo de parto: % de partos cesáreos e partos normais; percentual de gestantes captadas até a 12ª semana de gestação; % de crianças com vacinas de rotina de acordo com a agenda programada; % de gestantes com todos os exames preconizados.
- **Situação da capacidade instalada –** Número de leitos obstétricos totais e por estabelecimento de saúde; identificação das maternidades para gestação de alto risco e/ou atendimento ao recém-nascido e crianças de alto risco; identificação dos leitos de UTI adulto nos hospitais que realizam partos.

- **Indicadores de gestão**: % de investimento estadual no setor de saúde; Plano Diretor de Regionalização atualizado; Programação Pactuada e Integrada (PPI) atualizada; identificação de centrais de Regulação (Urgências; Internação e Ambulatorial); implantação de ouvidorias do SUS no Estado.

Quadro 31. Parâmetros Assistenciais da Rede de Atenção Materna e Infantil para todas as gestantes (Atenção Primária).

NIVEL DE ATENÇÃO	PROCEDIMENTO	PARÂMETRO PROPOSTO
AP - Atenção Primária à Saúde AAE - Atenção Ambulatorial Especializada	Consulta médica (pré-natal)	3 consultas/gestante
	Consulta de enfermagem	3 consultas/gestante
	Consulta odontológica	1 consulta/gestante
	Consulta de puerpério	1 consulta/gestante
	Ações educativas Unid/gestante	4 reuniões/ gestante
	ABO	1 exame / gestante
	Fator RH	1 exame / gestante
	Teste *Coombs* indireto para RH negativo	1 exame/30% total gestantes
	EAS	2 exames / gestante
	Glicemias	1 exame / gestante
	Dosagem proteinúria-fita reagente	1 exame/30% total gestantes
	VDRL	2 exames / gestante
	Hematócrito	2 exames / gestante
	Hemoglobina	2 exames / gestante
	Sorologia para toxoplasmose (IGM)	1 exame / gestantes que nunca realizaram o exame, ou que não tenham exame positivo em outras gestações
	HBSAg	1 exame / gestante
	Anti-HIV1 e Anti-HIV2	2 exames / gestante
	Eletroforese de hemoglobina	1 exame / gestante
	Ultrassom obstétrico	1 exame / gestante
	Citopatológico cérvico-vaginal	1 exame / gestante
	Cultura de bactérias para identificação (urina)	1 exame / gestante

Fonte: Cadernos de Atenção Básica, Atenção ao pré-natal de baixo risco, Ministério da Saúde, 2015.

Quadro 32. Parâmetros Assistenciais da Rede de Atenção Materna e Infantil para as gestantes de alto risco.

NIVEL DE ATENÇÃO	PROCEDIMENTO	PARÂMETRO PROPOSTO
APS - Atenção Primária à Saúde **AAE - Atenção Ambulatorial Especializada**	Teste de tolerância à glicose	1 teste/gestante de alto risco
	ECG-Eletrocardiograma	1 exame/30% gestantes alto risco
	Ultrassom obstétrico com Doppler	1 exame/gestante de alto risco
	Ultrassom obstétrico	2 exames/gestantes de alto risco
	Tococardiografia ante-parto	1 exame/gestante de alto risco
	Contagem de plaquetas	1 exame/30% gestantes alto risco
	Dosagem de ureia, creatinina e ácido úrico	1 exame/gestante de alto risco
	Consulta psicossocial	1 consulta/gestante
	Dosagem de proteínas	1 exame/gestante de alto risco
	Consulta especializada obstetrícia	5 consultas/gestante

Fonte: Manual Técnico Gestação de Alto Risco. Ministério da Saúde, 2012

Quadro 33. Parâmetros de infraestrutura para assistência da Rede de Atenção Materno Infantil para todas as gestantes.

INFRA ESTRUTURA	ESPECIFICAÇÃO	PARÂMETRO PROPOSTO
CENTRO DE PARTO NORMAL	População de 100 a 350 mil hab.	01 Centro de Parto Normal (CPN)
	População de 350 a 1 milhão de hab.	02 Centros de Parto Normal (CPN)
	População maior de 1 milhão de hab.	03 Centros de Parto Normal (CPN)
	População maior de 2 milhões de hab.	04 Centros de Parto Normal (CPN)
	População maior de 6 milhões de hab.	05 Centros de Parto Normal (CPN)
	População maior de 10 milhões de hab.	06 Centros de Parto Normal (CPN)
CASA DA GESTANTE, BEBÊ E PUÉRPERA	População de 100 a 350 mil hab.	01 Casa de Gestante, Bebê e Puérpera, 20 leitos para gestantes de alto risco
LEITOS	Leitos Obstétricos	{Gestantes Estimadas × 2,5 dias (média de permanência) / [365 dias × 0,70 (taxa ocupação 70%*)]} × 1,21 (ajuste para outros procedimentos obstétricos) = [(NV×1,05) × 2,5]/(365×0,70) × 1,21
	Leitos Obstétricos (Gestação de Alto Risco - GAR)	10% do total de leitos obstétricos necessários, na região, devendo ser pactuada a distribuição por município e por serviço;
	UTI Adulto **	1 a 2% dos leitos obstétricos necessários na região, devendo ser pactuada a distribuição por município e por serviço.
	UTI Neonatal **	02 leitos de UTI neonatal para cada 1.000 nascidos vivos na região, devendo ser pactuada a distribuição por município e por serviço
	UCI Neonatal	03 leitos de UCI neonatal para cada 1.000 nascidos vivos na região, devendo ser pactuada a distribuição por município e por serviço
	Leito Canguru	01 leito Canguru para cada 1.000 nascidos vivos na região, devendo ser pactuada a distribuição por município e por serviço.

*Uma Taxa de Ocupação Hospitalar mais precisa pode ser calculada utilizando-se a metodologia de estimativa de leitos hospitalares contida nesta Portaria. ** Na Portaria GM MS 930 de 10 de maio de 2012 estão dispostos critérios e parâmetros de serviços para Habilitação de leitos de UTI, em especial no artigo 7º que diz: *"O número de leitos de Unidades Neonatal atenderá ao seguinte parâmetro de necessidade populacional: para cada 1000 (mil) nascidos vivos poderão ser contratados 2 (dois) leitos de UTIN, 2 (dois) leitos de UCINCo e 1 (um) leito de UCINCa."*.

Fonte: Portaria Consolidação nº 1, de 28 de setembro de 2017 (conforme a Portaria SAS/MS nº 650 de 05/10/2011 (Rede Cegonha)

A1.2. Indicadores de Atenção ao Parto e Puerpério

Os Indicadores Populacionais da Rede de Atenção Materno-Infantil são proposições relacionadas aos parâmetros primários que definem a população alvo das ações propostas.

Quadro 34. Indicadores de Atenção ao Parto.

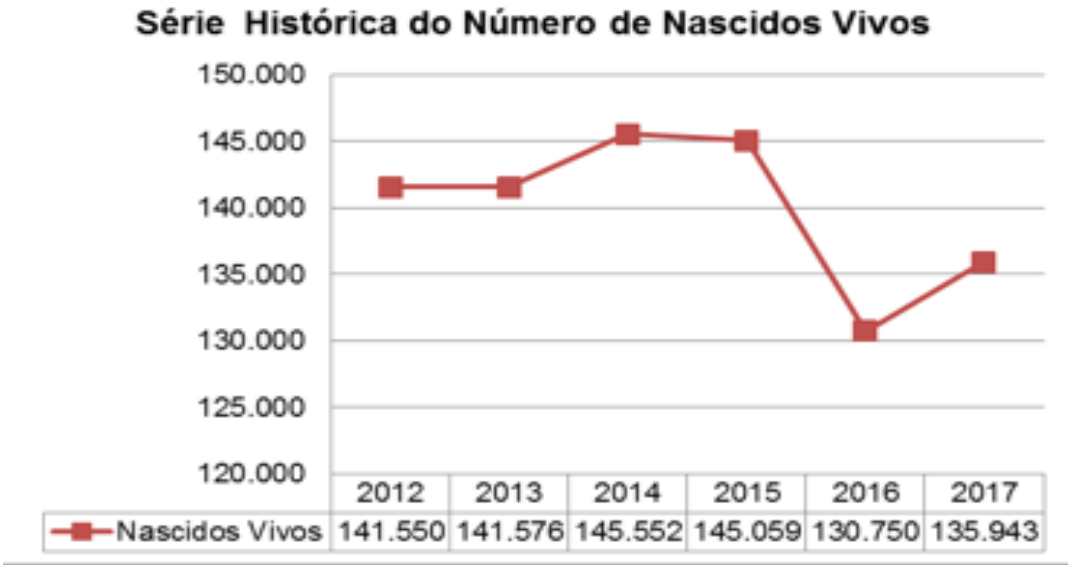
População alvo	Parâmetro proposto
Estimativa de total de gestantes	Nascidos vivos do ano anterior + 5% = Nascidos Vivos do ano anterior × 1,05 *
Gestantes de Risco Habitual	85% das gestantes estimadas
Gestantes de Alto Risco	15% das gestantes estimadas
População feminina em idade fértil	0,33× (População total TCU projetada de acordo com taxa de crescimento populacional no último período publicado

* Valor médio Brasil: para uma melhor aproximação, verificar a estimativa de sub-registro de Nascidos Vivos nas publicações da RIPSA (Rede Interagencial de Informações para a Saúde) - http://www.ripsa.org.br/category/publicacoes-ripsa/

Fonte: Portaria Consolidação nº 1, de 28 de setembro de 2017.

Baseada nos parâmetros definidos, o número estimado de gestantes para o ano 2018 é de 149.223, sendo previstos 126.839 (85%) de risco habitual e 22.383 (15%) gestantes de alto risco. Destaca-se que 44% dos Nascidos Vivos do Estado nasceriam nas maternidades da I Região de Saúde. A série histórica apresenta uma tendência de valores em torno de 140.000 nascidos vivos, com exceção para o ano de 2016/2017, reflexo da epidemia do Zika Vírus, conforte gráfico abaixo:

Gráfico 90. Número de nascidos vivos segundo município de residência, 2012 a 2017.

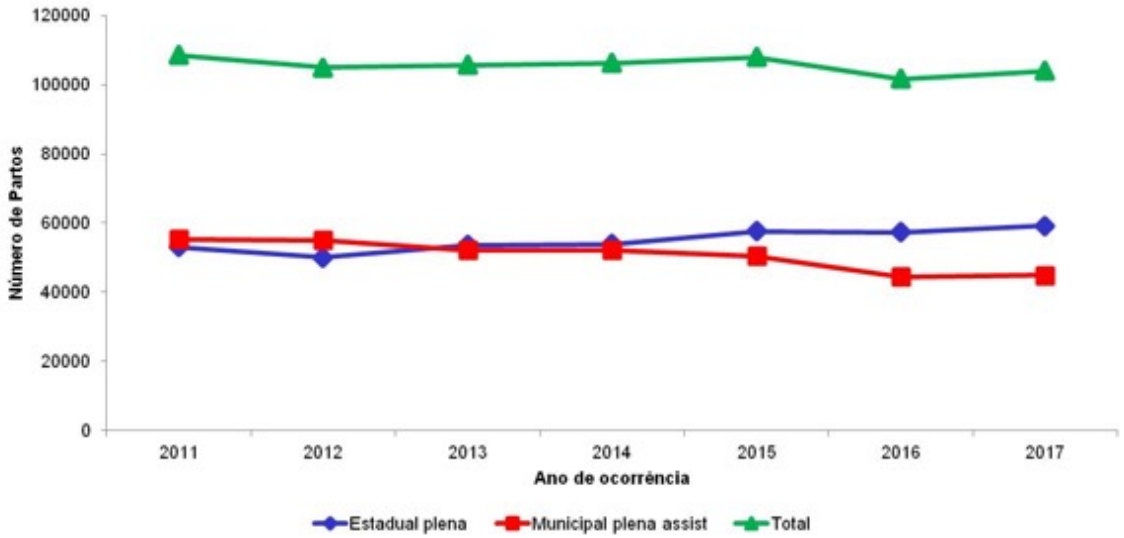


Fonte: SINASC/GMVEV/DG-IAEVE/SEVS/SES-PE, dados captados em 04/09/2018

A1.3. Serviços Existentes

A Rede Materno-Infantil é dinâmica, desde a implantação da Rede Cegonha (2012) observa-se que ocorreu uma redução no número de maternidades municipais, uma manutenção do número de maternidades estaduais e um aumento do número de partos realizados pela gestão estadual, conforme exposto no Gráfico 91, o que ressalta a imperiosa necessidade de repactuação da Rede, em Pernambuco.

Gráfico 91. Quantitativo de partos segundo tipo de gestão em Pernambuco 2011-2017.



Fonte: CNES e SIH. Dados extraídos em 29/08/2018. Estabelecimentos com leito SUS. Obs: Os hospitais que realizaram menos de 12 partos no ano foram desconsiderados do levantamento. Obs. 2: HC e CISAM estão inseridos nas maternidades da Rede Estadual.

Alguns leitos existentes nas maternidades de risco habitual encontram-se inativos, como também há maternidades que não estão utilizando toda a sua capacidade instalada. A reativação de alguns leitos, otimização da capacidade instalada e a reorganização das referências resultaria em um quantitativo de leitos suficiente para atender a demanda dos municípios da primeira Região de Saúde, que possui o maior porte populacional do estado.

A1.3.1. Serviços existentes na 1ª Macrorregião de Saúde (Metropolitana)- com sede em Recife

As Regiões de Saúde que compõem a Macrorregião I tiveram seus planos de ação pactuados separadamente, em 2012, sendo necessárias revisões continuadas.

Quadro 35. Síntese das Maternidades, Leitos e Referências de Risco Habitual, I Macrorregião de Saúde, Pactuação Rede Cegonha 2012.

Maternidades de Risco Habitual	Município	Leitos Ativos	Referências
Hospital e Maternidade de Abreu e Lima	Abreu e Lima	20	Abreu e lima, Araçoiaba, Igarassu, Ilha de Itamaracá, Itapissuma
Maternidade Padre Geraldo Leite Bastos	Cabo de Santo Agostinho	19	Cabo de Santo Agostinho
Maternidade Amiga da Família de Camaragibe	Camaragibe	27	Camaragibe
Hospital e Maternidade Jaboatão Prazeres	Jaboatão	16	Jaboatão dos Guararapes
Hospital Memorial Guararapes	Jaboatão	41	Jaboatão dos Guararapes
Maternidade Mãe Lídia	Ipojuca	20	Ipojuca
Hospital Tricentenário	Olinda	30	Olinda
Barros Lima	Recife	34	Recife

Bandeira Filho	Recife	27	Recife
Arnaldo Marques	Recife	36	Recife
Hospital da Mulher do Recife	Recife	42	Recife
Apami	Vitoria	31	Chã Grande, Chã de Alegria, Glória de Goitá, Pombos, Vitória de Santo Antão
João Murilo	Vitoria	16	Chã Grande, Chã de Alegria, Glória de Goitá, Pombos, Vitória de Santo Antão, Moreno* (Após o fechamento da Clínica Santa Terezinha)
IMIP – Centro de Parto Normal	Recife	05	Recife, Fernando de Noronha, Jaboatão dos Guararapes e Distritos I e IV e II Região de Saúde
Maternidade Petronila Campos	São Lourenço da Mata	28	São Lourenço da Mata
Hospital São Luiz	Surubim	23	Surubim, Casinhas e Vertente do Lério
Hospital Regional de Limoeiro José Fernandes Salsa	Limoeiro	16	Bom Jardim, Cumaru, Feira Nova, João Alfredo, Limoeiro, Orobó, Passira e Salgadinho
Unidade Mista Francisco Chateaubriant	Carpina	12	Carpina, Lagoa de Itaenga, Lagoa do Carro
Hospital Regional Ermírio Coutinho	Nazaré Da Mata	19	Machados, Vicência, Tracunhaém. Buenos Aires, Nazaré da Mata
Central de Parto Normal – CPN	Paudalho	05	Paudalho
Hospital Regional de Palmares Dr. Silvio Magalhães	Palmares	29	Gameleira, Jaqueira, Joaquim Nabuco, Lagoa dos Gatos, Maraial, Belém de Maria, Catende, São José da Coroa Grande, Tamandaré e Xexéu.
Hosp. Distrital de Escada Dr. Benévolo Wanderley do Amaral	Escada	15	Escada e Primavera
Hospital Municipal Maria Digna Pessoa de Mello	Quipapá	12	Quipapá, São Benedito do Sul
Hospital Municipal Cientista Nelson Chaves	Água Preta	08	Água Preta
Hospital Alice Batista dos Anjos	Amaraji	08	Amaraji
Hospital Distrital Jailton Messias de Albuquerque	Barreiros	10	Barreiros
Hospital Senador Antônio Farias	Cortês	06	Cortês
Hospital Municipal Prof. Clóvis Azevedo Paiva	Ribeirão	08	Ribeirão
Hospital do Rio Formoso	Rio Formoso	02	Rio Formoso
Hospital e Maternidade Municipal Olímpio M Gouveia Lins	Sirinhaém	06	Sirinhaém
U.M. Belarmino L P Melo	Aliança	08	Aliança
U.M. João Perreira Andrade	Condado	04	Condado
Hospital Belarmino Correia	Goiana	18	Goiana
U.M. Hercílio Moraes Borba	Itambé	04	Itambé
U.M. Joaquim De Melo Cavalcanti	Macaparana	06	Macaparana

Hospital Ferreira	Timbaúba	18	Timbaúba
U.M. Minervina Guedes Tavares de Melo	Camutanga	02	Maternidade não pactuada na Rede Cegonha
-	Ferreiros	0	Maternidade não pactuada na Rede Cegonha
U.M Adelina de Azevedo	Itaquitinga	04	Maternidade não pactuada na Rede Cegonha
U.M Edson Regis de Carvalho	São Vicente Férrer	03	Maternidade não pactuada na Rede Cegonha
	Total RH	107	

Fonte: I Região de Saúde: Resolução CIR Nº 19, de 17 de fevereiro de 2012; II Região de Saúde: Resolução CIR nº 09 de 19 de Maio de 2015; Resolução CIB Nº 5042 de 10 de Outubro de 2018 (Altera o Plano da Rede da XII Região com a inserção do CNP de Paudalho; III Região de Saúde: Resolução CIR Nº 288, de 12 de março de 2012. XII Resolução CIR Nº 17, de 21 de setembro de 2011.

Quadro 36. Maternidades, Leitos e Referências de Alto risco, I Macrorregional de Saúde, Pactuação Rede Cegonha 2012.

Maternidades de Alto Risco			
Maternidades de Risco Habitual	**Município**	**Leitos Ativos**	**Referências**
João Murilo	Vitoria	11	Chã Grande, Chã de Alegria, Glória de Goitá, Pombos, Vitória de S. Antão
IMIP*	Recife	73	Recife, Fernando de Noronha, Jaboatão dos Guararapes e Distritos I e IV e II Regiões de Saúde
Hospital das Clínicas	Recife	34	Chã Grande, Chã de Alegria, Glória de Goitá, Pombos, Vitória de Santo Antão, São Lourenço, Cabo, Ipojuca
Hospital Barão de Lucena - HBL**	Recife	75	Abreu e lima, Araçoiaba, Igarassu, Ilha de Itamaracá, Itapissuma, Distritos IV e V, Camaragibe e III Região de Saúde
CISAM*	Recife	53	Paulista, Olinda, II Região de Saúde
Hospital Agamenon Magalhães	Recife	69	Recife
Total GAR		315	

*O IMIP e o CISAM ficaram como referência para os partos de AR, conforme regulação, para as mulheres da II região de Saúde

** O HBL ficou como referência para os partos de AR da III região de saúde

Fonte: I Região de Saúde: Resolução CIR Nº 19, de 17 de fevereiro de 2012; II Região de Saúde: Resolução CIR nº 09 de 19 de Maio de 2015; Resolução CIB Nº 5042 de 10 de Outubro de 2018 (Altera o Plano da Rede da XII Região com a inserção do CNP de Paudalho; III Região de Saúde: Resolução CIR Nº 288, de 12 de março de 2012. XII Resolução CIR Nº 17, de 21 de setembro de 2011

Ressalta-se que o Hospital Central de Paulista encontra-se fechado, a Maternidade Petronila Campos reabriu e encontra-se em momento de adequação, ainda com uma baixa produtividade. A Maternidade Brites de Albuquerque, em Olinda, finalizou a obra do bloco administrativo e das enfermarias e está em fase de conclusão o projeto arquitetônico do bloco assistencial (cirúrgico e quartos PPP), com previsão de reabertura em 2019. Estão suspensas, sem previsão de retorno, as obras das maternidades de Jaboatão dos Guararapes. Conforme informações da Gestão do município de Jaboatão dos Guararapes houve o destrato do Governo Municipal com a Caixa Econômica para o prosseguimento da Obra. Está em fase de licitação a construção de dois Centros de Partos Normais em substituição da Maternidade Rita Barradas em Jaboatão.

O Estado de Pernambuco possui habilitados apenas dois Centros de Partos Normais (CPN). Um CPN intra-hospitalar localizado no IMIP com 05 leitos e um CPN peri-hospitalar com 5 (cinco) leitos, localizado no município de Paudalho. O CPN do Hospital da Mulher do Recife está em pleno funcionamento, mas aguardando habilitação. O CPN de Paudalho possui como retaguarda a Maternidade Ermírio Coutinho, de Nazaré da Mata, localizado na II Região de Saúde.

A maternidade do Hospital Belarmino Correia está realizando os partos da XII Região de Saúde. No momento, Timbaúba encerrou o contrato de prestação de serviços obstétricos com a Maternidade Ferreira Lima. Essas alterações implicam numa mudança de fluxo das gestantes para o Hospital Regional Ermírio Coutinho ultrapassado a sua capacidade instalada.

A repactuação da III Região de Saúde, discutida em CIR, aguarda homologação em CIB, possuindo pontos a serem debatidos, sendo, portanto, passível de alterações.

A1.3.2. Serviços existentes na 2ª Macrorregião de Saúde com sede em Caruaru – (Agreste)

Os planos de ação das Regiões de Saúde que compõem a Macrorregião II foram pactuados separadamente, em 2012. Na IV Região de Saúde não houve mudanças neste plano. A resolução CIR nº 03, de 27 de fevereiro de 2018, da V Região de Saúde aprovou o Hospital Regional Dom Moura e o Hospital Infantil Palmira Sales, em Garanhuns como referência para assistência de risco habitual, e como referência para assistência de alto risco o Hospital Jesus Nazareno, em Caruaru.

Quadro 37. Síntese das Maternidades, Leitos e Referências Risco Habitual, II Macrorregional de Saúde, Pactuação Rede Cegonha 2012.

Maternidade de Risco Habitual	Município	Leitos Ativos	Referências
Hospital de Caruaru Jesus Nazareno	Caruaru	63	Agrestina, Altinho, Frei Miguelinho, Cupira, Ibirajuba, Jurema, Panelas, Riacho das Almas, Santa Maria do Cambucá, São Caitano, Toritama, Vertentes.
Hospital Lídio Paraíba em Pesqueira	Pesqueira	28	Alagoinha, Pesqueira, Poção, Sanharó
Hospital Geral de Gravatá Dr. Paulo Veiga Pessoa	Gravatá	7	Bonito, Barra de Guabiraba, Gravatá, Camocim de São Félix
Hospital Regional Júlio Alves de Lira em Belo Jardim	Belo Jardim	19	São Bento do Una, Tacaimbó, Belo Jardim,

Unidade Mista São José em Bezerros	Bezerros	12	Bezerros
Hospital Dr. José Carlos de Santana em Brejo	Brejo da Madre de Deus	5	Brejo da Madre de Deus, Cachoeirinha
Casa de Saúde Bom Jesus	Caruaru	45	Caruaru
U. M. Presidente Castelo Branco de São Joaquim do Monte	São Joaquim do Monte	6	Sairé
Hospital Raymundo Francelino Aragão	Santa Cruz do Capibaribe	12	São Joaquim do Monte, Taquaritinga do Norte, Santa Cruz do Capibaribe, Jataúba
Hospital Regional Dom Moura	Garanhuns	22	Águas Belas, Angelim, Bom Conselho, Brejão, Caetés, Calçado, Canhotinho, Capoeiras, Correntes, Garanhuns, Iati, Itaíba, Jucati, Jupi, Lagoa do Ouro, Lajedo, Palmeirina, Paranatama, Saloá, São João, Terezinha
Hospital Infantil Palmira Sales	Garanhuns	28	Águas Belas, Angelim, Bom Conselho, Brejão, Caetés, Calçado, Canhotinho, Capoeiras, Correntes, Garanhuns, Iati, Itaíba, Jucati, Jupi, Lagoa do Ouro, Lajedo, Palmeirina, Paranatama, Saloá, São João, Terezinha
-	Total RH	184	-

Fonte: IV Região de Saúde: Resolução CIR Nº 97, de 23 de Março de 2012; V Região de Saúde: Resolução CIR Nº03 de 27 de Fevereiro de 2018

Ressalta-se que segundo a Portaria GM/MS Nº 569, de 05 de Junho de 2000, onde no anexo II cita as condições adequadas para a assistência ao parto, dentre elas a equipe profissional mínima para Unidades Mistas, Hospitais Gerais e Maternidade para a realização de parto, que devem ser compostas 24 horas por dia, obrigatoriamente, por: obstetra, pediatra/neonatologista, clínico geral, enfermeiro (preferencialmente com especialização em obstetrícia), auxiliar de enfermagem, auxiliar de serviços gerais.

Observa-se que muitas unidades hospitalares possuem equipes incompletas, resultando em plantões fechados, baixa produção de partos e maior número de transferência de gestantes para outras localidades.

Por apresentar produção abaixo de 500 partos/ano em 2018, os estabelecimentos Hospital Geral de Gravatá Dr. Paulo Veiga Pessoa, Unidade Mista São José, Unidade Mista Presidente Castelo Branco, e Hospital Dr. José Carlos de Santana, não foram submetidos à avaliação da Rede Cegonha em 2017/2018.

A1.3.3. Serviços existentes na 3ª Macrorregional com sede em Serra Talhada – (Sertão)

Em 2012, foram pactuados, separadamente, os planos de ação das Regiões de Saúde que compõem a Macrorregião III. Em 2016, houve repactuação do plano de ação da VI Região de Saúde, através da Resolução CIR nº 48, de 14 de junho de 2016. Sendo necessárias revisões continuadas das demais regiões.

Quadro 38. . Síntese das Maternidades, Leitos e Referências Risco Habitual, III Macrorregional de Saúde, Pactuação Rede Cegonha 2012.

Maternidades de Risco Habitual	Município	Leitos Ativos	Referências
Hospital Regional Rui de Barros Correia	Arcoverde	22	Arcoverde, Ibimirim, Manari, Pedra, Tupanatinga, venturosa.
Unidade Mista Elizabeth Barbosa	Custodia	10	Custodia, Sertânia
Hospital Municipal de Petrolândia - HOMUPE	Petrolândia	14	Petrolândia, Tacaratu, Jatobá, Inajá
Maternidade Alcides Cursino	Buíque	8	Buíque
Hospital Regional Emília Câmara	Afogados da Ingazeira	19	Afogados da Ingazeira, Brejinho, Carnaíba, Iguaraci, Ingazeira, Quixaba, Santa Terezinha, Solidão
Unidade Mista Maria Silva	Itapetim	4	Itapetim
Unidade Mista Maria Rafael de Siqueira	São José do Egito	8	São José do Egito
Hospital Maria Gaião Pessoa Guerra	Glória do Goitá	4	Tabira
Unidade Mista Severino Souto de Siqueira	Tuparetama	3	Tuparetama
Hospam-Serra Talhada Casa de Saúde e Maternidade São Vicente Serra Talhada	Serra Talhada	11	Betânia, Calumbi, Carnaubeira da Penha, Flores, Santa Cruz da Baixa Verde, São José do Belmonte, Serra Talhada, Triunfo
Hospital Cel. Álvaro Ferraz Casa de Saúde e Maternidade São Vicente	Floresta	11	Floresta, Itacuruba, Santa Cruz da Baixa Verde, São José do Belmonte, Serra Talhada, Triunfo
-	Total RH	114	-
Maternidades de Alto Risco	Hospital Professor Agamenon Magalhães HOSPAM Obs.: Após implantação do serviço na Macrorregião - Serra Talhada		

Fonte: VI Região de Saúde: Resolução CIR Nº 48, de 14 de Junho de 2016; X Região de Saúde: Resolução CIR Nº 147, de 29 de fevereiro de 2012; XI Região de Saúde: Resolução CIR Nº 114, de 15 de março de 2012.

Assim como ocorre nas demais Regiões de Saúde, existe uma concentração de partos de risco habitual ocorrendo nos Hospitais regionais em detrimento das maternidades municipais, que apresentam uma produção aquém do esperado. A Unidade Mista Elizabeth Barbosa, a Unidade Mista Maria Silva e a Unidade Mista Severino Souto de Siqueira apresentaram um baixo número de partos em 2018, segundo SINASC, necessitando uma nova revisão do Plano de Ação para redirecionamento das referências.

A1.3.4. Serviços existentes na 4ª Macrorregional com sede em Petrolina – (Vale do São Francisco e Araripe)

Em 2012, as Regiões de Saúde que compõem a Macrorregião IV realizaram suas respectivas pactuações dos planos de ação, separadamente. A VII Região de Saúde pactuou através da Resolução CIR nº 04, de 9 de março de 2012, o Risco Habitual com o Hospital Inácio de Sá em Salgueiro e o Alto Risco com o Hospital Dom Malan de Petrolina. A VIII Região de Saúde pactuou para o risco Habitual e Alto Risco através da Resolução CIR nº 169, de 07 de março de 2012. A IX Região de Saúde pactuou maternidades para o risco Habitual e Alto Risco através da Resolução CIR nº 21, de 21 de março de 2012.

Quadro 39. Síntese das Maternidades, Leitos e Referências Risco Habitual, IV Macrorregional de Saúde, Pactuação Rede Cegonha 2012.

Maternidades de Risco Habitual	Município	Leitos Ativos	Referências
Hospital Regional Inácio de Sá	Salgueiro	27	Belém de São Francisco, Cedro, Mirandiba, Salgueiro, Serrita, Terra Nova, Verdejante
Hospital Dom Malan	Petrolina		Afrânio, Dormentes, Petrolina
Hospital Monsenhor Ângelo Sampaio	Santa Maria da Boa Vista	10	Orocó, Cabrobó, Santa Maria da Boa Vista
Hospital e Maternidade de Santa Maria - Araripina	Araripina	24	Araripina, Trindade, Ipubi
Hospital Regional Fernando Bezerra	Ouricuri	17	Exu, Granito, Moreilândia, Ouricuri, Parnamirim, Santa Cruz, Santa Filomena
	Total RH	78	

Fonte: VII Região de Saúde: Resolução CIR Nº04 de 09 de Março de 2012; VIII Região de Saúde: Resolução CIR Nº 169, de 7 de março de 2012; IX Região de Saúde: Resolução CIR Nº 005, de 26 de Setembro de 2017

A1.4. Serviços de referência para o Alto Risco

As assistências à gravidez e parto de alto risco correspondem a aproximadamente 15% das gestações, segundo a Organização Mundial de Saúde. As maternidades de referência para o alto risco concentram-se prioritariamente na capital do estado, com outros estabelecimentos em Vitória de Santo Antão (I macrorregião de saúde), Caruaru (II macrorregião de saúde) e Petrolina (IV macrorregião de saúde). Há previsão de implantação de uma maternidade de alto risco em Caruaru e Serra Talhada.

Com relação aos leitos de Alto Risco pode-se dizer que o Estado dispõe de 408 leitos de alto risco. Do quantitativo, 306 são custeados pelo Ministério da Saúde e 102 são custeados pela Secretaria Estadual de Saúde.

Quadro 40. Leitos de alto risco por Estabelecimento de Saúde PE, 2018.

	GAR			UTI ADULTO			UTIN			UCINCo			UCINCa		
	Sismac	SES	CNES*	Sismac	SES	CNES*	Sismac	SES	CNES*	Sismac	SES	CNES*	Sismac	SES	CNES*
Hosp. Das Clínicas	30	30	30	2	2	10	10	8	10	5	10	5	8	-	-
Hosp. Agamenon	72	72	72	2	2	44	15	15	15	15	15	15	14	10	8
IMIP	73	73	73	12	12	61	18	18	18	56	56	-	21	22	-
Hosp. Barão L.	-	75	-	2	2	20	18	18	18	16	16	16	-	10	-
CISAM	52	52	52	-	-	-	12	12	12	15	15	15	15	7	7
Hosp.João Murilo	-	27	-	-	-	-	-	10	10	-	10	10	-	-	-
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Subtotal	227	329	227	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Hosp. Jesus Naz.	34	34	34	-	-	-	-	-	-	10	10	10	-	13	-
Hosp.Dom Malan	25	25	25	7	7	10	-	6	6	27	27	27	8	8	8
Hosp.Dom Moura	20	20	-	-	-	10	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Hosp. Rui de B.	-	-	-	2	2	6	-	-	-	4	4	-	-	-	-
TOTAL	306	408	-	27	27	-	73	87	-	148	163	-	66	70	-

*Leitos informados no incentivo (8209-GAR)
Fonte: CNES.

Quadro 41. Leitos de UTI Neonatal, UCI Neonatal, Canguru e Alojamento Conjunto existentes nas maternidades de Pernambuco, 2017.

Macrorregião	Leitos Existentes			
	UTI Neonatal	UCI Neonatal	Canguru	AC
Macrorregião I - Metropolitana				
Hospital Barão de Lucena	18	16	6	0
Hospital Agamenon Magalhães	15	15	0	25
IMIP	18	56	0	21
Hospital das Clinicas	10	5	0	0
Maternidade Amiga da Família de Camaragibe	0	5	0	0
Hospital Memorial Guararapes	30	0	0	5
Hospital Regional de Palmares	5	0	0	0

Hospital Jaboatão Prazeres	0	0	0	5
CISAM	12	15	7	7
Casa de Saúde Santa Helena	0	0	0	2
Maternidade Padre Geraldo	0	0	0	10
Hospital Tricentenário	0	0	0	5
Casa de Saúde e Maternidade Nossa Senhora de Fátima	0	0	0	7
Hospital Santa Rosa	0	0	0	3
CHS Nossa Senhora das Graças	0	0	0	4
Hospital João Murilo	10	0	0	10
TOTAL	118	112	13	104
Macrorregião II - Agreste				
Hospital Jesus Nazareno	0	10	12	33
TOTAL	0	10	12	33
Macrorregião III - Sertão				
Hospital Regional Rui de Barros Correia	0	0	0	8
Hospital São Vicente	0	0	0	6
HOMUPE	0	0	0	2
Hospital Geral Maria Rafael de Siqueira	0	0	0	8
Hospital Professor Agamenon Magalhães	0	0	0	3
TOTAL	0	0	0	27
Macrorregião IV - Vale do São Francisco				
Hospital Dom Malan	6	27	8	0
Hospital Regional Fernando Bezerra	0	0	0	5
Hospital Regional Inácio de Sá	0	5	0	8
Pronto Socorro São Francisco	0	0	0	1
Casa de Saúde São José	0	0	0	2
TOTAL	6	32	8	16
TOTAL GERAL	**124**	**154**	**33**	**180**

Fonte: CNES, período: 2017.

Como avanços na Rede Materno Infantil de Pernambuco / Rede Cegonha, identificamos: a qualificação de profissionais da saúde, na APS e AAE, por meio de capacitações, cursos, oficinas, fóruns; ampliação do curso de residência em enfermagem obstétrica, de 06 para 22 vagas, em 2018, com interiorização de vagas nas Macrorregiões; elaboração e divulgação de Notas Técnicas; fortalecimento do Programa de Planejamento Reprodutivo, com foco nos métodos contraceptivos de longa duração - Dispositivo Intrauterino (DIU); contratação de 16 neonatologistas; 68 pediatras; 54 tocoginecologistas e 145 enfermeiros obstetras, no período de 2015 a 2017.

A Rede Cegonha em Pernambuco ainda enfrenta consideráveis desafios no que se refere a uma assistência de qualidade, desde o planejamento reprodutivo, pré-natal, parto e nascimento, puerpério e assistência ao recém-nascido.

Faz-se necessário que a implementação da atenção em planejamento reprodutivo tenha um contexto de escolha livre e informada, com incentivo à dupla proteção (prevenção da gravidez e de IST), o uso DIU Tcu-380. A DIU de cobre é uma prática de anticoncepção de eficácia comprovada, disponível no SUS, que as evidências recomendam sua implementação logo após o parto.

O aumento no percentual de casos de sífilis adquirida, ao longo dos últimos anos em Pernambuco, é fato que provoca maior reflexão para o incremento de políticas de prevenção e cuidados das Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST).

Quanto ao pré-natal, verificam-se dificuldades em relação à captação precoce da gestante (antes da 12ª semana de gestação). Além de necessidade de: garantia do acolhimento e classificação de risco; melhoria da qualidade do pré-natal (qualificação dos profissionais da Atenção Primária); assegurar os exames do pré-natal de risco habitual e de alto risco preconizados pelo Ministério da Saúde; aumento de cobertura da Estratégia de Saúde da Família com equipes completas; oferta de consultas de obstetras e enfermeiros intercaladas; consultas com especialistas no pré-natal de alto risco; imunização da gestante; oferta de medicamentos essenciais; melhoria dos registros nos sistemas de informações do SUS; encaminhamento e monitoramento ao alto risco; garantia de vinculação da gestante à unidade de referência e transporte seguro para o pré-natal e parto.

Em relação à vinculação das gestantes a maternidade de risco habitual de referência por vezes não tem seguido a pactuação, tendo em vista que alguns fatores interferem no processo de vinculação das gestantes às maternidades. Entre os fatores podem ser citados: a malha viária, os fluxos existentes, valores culturais, influências familiares e sociais, pacto com o profissional de saúde, dentre outros. Algumas maternidades possuem número de leitos insuficientes para atender a demanda ultrapassando o limite de capacidade instalada.

Outras maternidades possuem leitos suficientes, mas não dispõem de profissionais de saúde para abrir os plantões durante os sete dias da semana por 24 horas, principalmente médicos neonatologistas ou pediatras. A dificuldade na vinculação das gestantes baseadas na pactuação da RC de 2012 tem elevado a ocupação das maternidades de alto risco por gestantes de risco habitual. O acesso das gestantes de alto risco aos hospitais é coordenado pela Central Estadual de Regulação.

Dentro das boas práticas de atenção ao parto destaca-se a questão da adequação da ambiência das maternidades. Esse problema representa um entrave para a gestão, pois dados do MS indicam que a maior parte das maternidades do Brasil e do estado de Pernambuco necessita de reformas para adequar sua ambiência. Deve-se considerar que uma grande parte das maternidades estaduais e municipais possui estrutura arquitetônica antiga quando comparadas com os novos padrões recomendados pelo MS. Nessa perspectiva, para uma melhor adequação seria necessário maior investimento financeiro de forma tripartite, ou seja, de recursos Federal, Estadual e Municipal.

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 a gestação.

O tipo de parto permite avaliar a qualidade e o acesso da assistência à mulher durante o pré-natal e o parto. A OMS preconiza que o percentual de partos cesáreos seja de no máximo 15%, tendo em vista sua associação ao aumento das taxas de morbimortalidade materna e infantil. Por outro lado, ainda temos regiões com 65% de cesáreas na rede SUS sugerindo um alto índice de cesáreas eletivas. Embora o percentual de parto vaginal seja maior que o de cesárea, percebe-se que há necessidade de intensificar as ações para incentivar o parto vaginal humanizado.

Os recursos financeiros estaduais e municipais hoje são insuficientes para cobrir os custos da rede materno-infantil e só com uma política de financiamento otimizada, mais estruturada e com valores atualizados às necessidades da linha do cuidado, desde o planejamento reprodutivo até o puerpério, incluindo os cuidados aos recém-nascidos, é que possibilitará o funcionamento de rede materno e infantil de forma eficiente, adequada e dentro dos padrões de humanização desejada.

Rede de Atenção Psicossocial

A SES conduz a Política Estadual de Saúde Mental, conforme preconiza a Política Nacional de Saúde Mental, norteado pelos princípios e diretrizes do SUS e da Reforma Psiquiátrica, fundamentadas pela Lei Federal nº 10.216/2001 e a Lei Estadual nº 11.064/1994 respeitando os parâmetros da Portaria de Consolidação GM/MS nº 03, de 28 de setembro de 2017 (Anexo VII), que institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do SUS com definição de pontos de atenção à saúde mental claros e organizados de forma hierarquizada.

Em Pernambuco, a partir da resolução CIB/PE nº 2.314, de 03 de junho de 2013, que altera a Resolução CIB/PE nº 1.944, de 07 de maio de 2012, foram aprovadas as diretrizes para remodelagem da RAPS, e instituídos os componentes do Grupo Condutor para sua implantação. Mais recentemente, outro documento importante para a Saúde Mental foi a Resolução CIB/PE nº 4.041, de 27 de fevereiro de 2018, que aprova a incorporação de Autorização de Internação Hospitalar (AIH) em Psiquiatria para municípios que promovem ações de desinstitucionalização de pacientes de Longa Permanência em Hospital Psiquiátrico.

Dessa forma, a partir da definição de abrangência de cada um dos pontos estratégicos dessa rede e pactuação dos seus respectivos desenhos de atenção à saúde mental nas 12 Regiões de Saúde, o processo de modelagem da RAPS baseou-se em dois aspectos fundamentais dessa política: (1) a ruptura com hospital psiquiátrico como ponto de atenção psicossocial; e, (2) a necessidade de pensar a rede de forma regional, com cada de ponto de atenção dessa rede com responsabilidades compartilhadas, solidárias e hierarquizadas. Consequentemente, a assistência à saúde mental deixa de ter como principal foco de cuidado a internação psiquiátrica para ser substituída, progressivamente, por uma rede diversificada de cuidado de base territorial e comunitária.

Considerando a estruturação de elementos legais e decisão política por parte da SES em fortalecer um novo modelo de cuidado em saúde mental, duas principais frentes de ação foram desencadeadas:

(1) Consolidação e fortalecimento do **Plano Estadual de Desinstitucionalização**, que fundamentalmente, através do descredenciamento de leitos de longa permanência em Hospitais Psiquiátricos, visava incluir essas pessoas "moradoras" dos hospitais psiquiátricos no convívio social e sob cuidado de uma rede diversificada de cuidado e Residências Terapêuticas

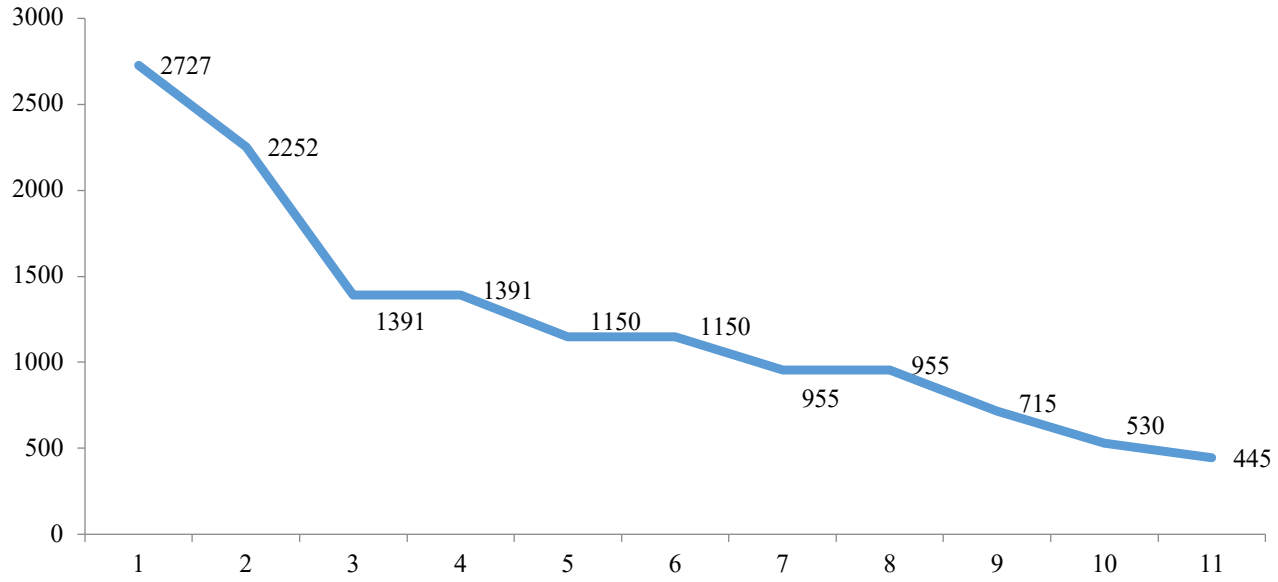
O Estado de Pernambuco em 1999 possuía em seu território 16 instituições psiquiátricas, das quais 13 eram privadas e conveniadas as SUS e 03 de natureza pública sob gestão Estadual, com um total de 2.986 leitos de psiquiatria, dos quais 2.513 vinculados à rede conveniada. Esses dados fazem parte de um diagnóstico realizado pela SES, através Gerência de Atenção à Saúde Mental (GASAM) entre os anos de 1999 a 2006, intitulado "evolução das ações de saúde mental em Pernambuco".

Nos últimos anos o Estado de Pernambuco vem apresentando avanços significativos no processo de desinstitucionalização com o fechamento de algumas instituições hospitalares psiquiátricas, de grande porte em seu território. Uma das mais significativas foi à intervenção realizada, em 2010, no Hospital Psiquiátrico José Alberto Maia (HJAM), uma das maiores instituições psiquiátricas do país com 1.100 leitos de longa permanência e considerado pelo Programa Nacional de Avaliação de Serviços Hospitalares (PNASH).

Hoje o Estado de Pernambuco possui ainda 05 instituições hospitalares psiquiátricas tradicionais com um total de 620 leitos psiquiátricos, aproximadamente. Destas 2 são privadas, estando uma delas em processo de descredenciamento; e 3 são públicas, sobre gestão estadual, das quais 2 com 100% de leitos crônicos (Hospital São Vicente Gomes de Matos localizado no município de Barreiros e o Hospital Alcides Codeceira, localizado em Igarassu) que demanda proposta e recursos de intervenção para seu fechamento.

Neste sentido, segue abaixo, o gráfico de redução de leitos SUS em psiquiatria no Estado de Pernambuco entre os anos de 2008 a 2018.

Gráfico 92. Leitos SUS em psiquiatria no estado de Pernambuco, 2008-2018.

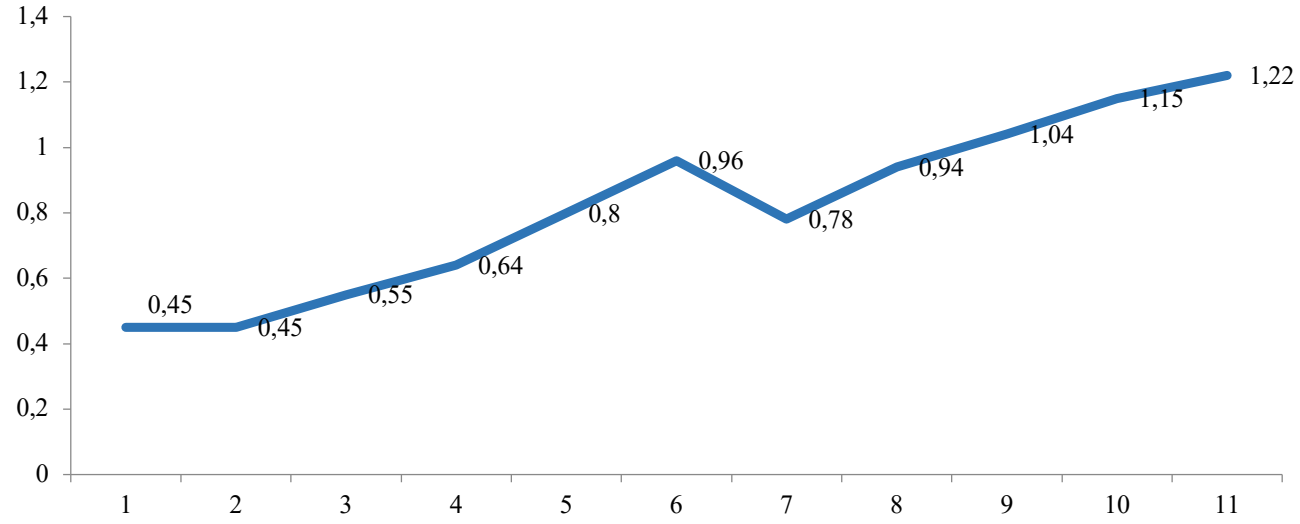


Fonte: GASAM/DPE/SEAS/SES-PE, Junho/2019.

(2) Ao mesmo tempo, que progressivamente os leitos em Hospitais Psiquiátricos eram descredenciados foi necessário induzir um novo modelo e rede de cuidado em saúde mental, estruturado por componentes em saúde que promovem intervenções com base nos princípios do SUS e Reforma Psiquiátrica, tendo como destaque a expansão dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os quais substitutivos ao modelo hospitalocêntrico.

Segue abaixo, gráfico de evolução de cobertura de CAPS nos Estado de Pernambuco entre os anos de 2008 e 2018.

Gráfico 93. Cobertura de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) nos Estado de Pernambuco entre os anos de 2008 e 2018.



Fonte: GASAM/DPE/SEAS/SES-PE, Junho/2019.

Considerando a meta da Política Nacional de Saúde Mental de 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 01 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. Após quatro anos, ou seja, em 2018, o indicador de cobertura de CAPS no estado é de 1,22 o que representa a existência de 1,22 CAPS para cada 100.000 habitantes. Na tabela abaixo, segue a especificação dos Componentes da Rede de Atenção Psicossocial hoje em nosso Estado.

Tabela 17. Componentes da Rede de Atenção Psicossocial hoje em nosso Estado.

NATUREZA DO SERVIÇO	QUANTITATIVO
CAPS I	74
CAPS II	23
CAPS i	14
CAPS AD II	14
CAPS III	09
CAPS AD III	08
Residência Terapêutica- SRT	96
Unidade de Acolhimento- U.A	05
Ecr/ eCnR	13
Leitos Integrais em Hospital Geral	106*

Fonte: GASAM/DPE/SEAS/SES-PE, Junho/2019.

Quadro 42. Distribuição da Rede de Atenção Psicossocial por Macrorregionais.

Tipos de Serviços	I Macrorregião - Metropolitana				II Macrorregião - Agreste		III Macrorregião - Sertão			IV Macrorregião – Vale do São Francisco e Araripe		
	I Região de Saúde	II Região de Saúde	III Região de Saúde	XII Região de Saúde	IV Região de Saúde	V Região de Saúde	VI Região de Saúde	X Região de Saúde	XI Região de Saúde	VII Região de Saúde	VIII Região de Saúde	IX Região de Saúde
CAPS AD	10	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-
CAPS I	7	6	9	4	9	12	9	3	2	2	5	6
CAPS i	8	-	-	-	-	1	-	2	1	-	1	-
CAPS II	12	1	-	1	5	-	1	-	1	-	1	-
CAPS III	6	-	-	-	1	1	-	1	-	-	-	-
CAPS AD III	2	-	-	-	1	-	1	-	1	-	1	1
Emergência Psiquiátrica	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Hospital Psiquiátrico	2	-	1	-	-	-	-	-	1	-	-	-
Leito Saúde Mental em Hospital Geral	42	-	-	4	6	10	6	4	8	10	-	6
Residência Terapêutica	85	2	-	2	2	3	1	-	1	-	-	-
Unidade de Acolhimento	4	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Consultório de/na Rua	11	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Fonte: GASAM/DPE/SEAS/SES-PE, Junho/2019.

Diante dos avanços da Política de Saúde Mental no estado de Pernambuco, é importante se fazer um destaque que ainda convivemos com dois modelos no campo da saúde mental, ou seja, a presença do hospital psiquiátrico (mesmo que em menor quantidade de leitos) e de uma rede substitutiva. Pernambuco tem um grande desafio não apenas de efetivação de sua RAPS em todas as suas Regiões de saúde, mas sobretudo de ampliação/expansão de mais CAPS 24 horas em todas as microrregiões, conforme pactuados nos seus planos de ação correspondentes.

Neste sentido, vale especificar abaixo, de cada Macrorregião, o que no processo de efetivação da RAPS, foi possível avançar na implantação quando comparado com a pactuação estabelecida em CIB.

Quadro 43. Comparativo da RAPS pactuada da I MACRORREGIÃO e os equipamentos já implantados.

Tipos de Serviços	I Macrorregião – Metropolitana							
	I Região de Saúde		II Região de Saúde		III Região de Saúde		XII Região de Saúde	
	Pactuação	Existente	Pactuação	Existente	Pactuação	Existente	Pactuação	Existente
CAPS AD	3	10	-	-	-	-	-	-
CAPS I	2	7	5	6	6	9	6	4
CAPS i	8	8	4	-	7	-	2	-
CAPS II	3	12	-	1	1	-	-	1
CAPS III	14	6	2	-	2	-	2	-
CAPS AD III	13	2	3	1	3	-	3	-
Emergência Psiquiátrica	-	1	-	-	-	-	-	-
Hospital Psiquiátrico	-	2	-	-	-	1	-	-
Leito Saúde Mental em Hospital Geral	134	42	21	-	38	-	8	4
Residência Terapêutica	125	85	5	2	12	-	5	2
Unidade de Acolhimento		4		1		-		-
Consultório de/na Rua		11		-		-		-

Fonte: GASAM/DPE/SEAS/SES-PE, Junho, 2019.

Quadro 44. Comparativo da RAPS pactuada da II MACRORREGIÃO e os equipamentos já implantados.

Tipos de Serviços	II Macrorregião – Agreste			
	IV Região de Saúde		V Região de Saúde	
	Pactuação	Existente	Pactuação	Existente
CAPS AD	-	-	-	1
CAPS I	21	9	10	12
CAPS i	11	-	5	1
CAPS II	1	5	-	-
CAPS III	5	1	4	1
CAPS AD III	5	1	3	-
Emergência Psiquiátrica	-	-	-	-

Hospital Psiquiátrico	-	-	-	-
Leito Saúde Mental em Hospital Geral	18	6	34	10
Residência Terapêutica	5	2	3	3
Unidade de Acolhimento	-	-	-	-
Consultório de/na Rua	-	-	-	-

Fonte: GASAM/DPE/SEAS/SES-PE, Junho, 2019.

Quadro 45. Comparativo da RAPS pactuada da III MACRORREGIÃO e os equipamentos já implantados.

Tipos de Serviços	III Macrorregião – Sertão					
	VI Região de Saúde		X Região de Saúde		XI Região de Saúde	
	Pactuação	Existente	Pactuação	Existente	Pactuação	Existente
CAPS AD	2	-	1	-	-	-
CAPS I	7	9	5	3	5	3
CAPS i	4	-	2	2	3	1
CAPS II	1	1	-	-	-	1
CAPS III	1	-	1	1	1	-
CAPS AD III	1	1	1	-	1	1
Emergência Psiquiátrica	-	-	-	-	-	-
Hospital Psiquiátrico	-	-	-	-	-	1
Leito Saúde Mental em Hospital Geral	18	6	12	4	14	8
Residência Terapêutica	2	1	-	-	1	1
Unidade de Acolhimento	-	-	-	-	-	-
Consultório de/na Rua	-	-	-	-	-	-

Fonte: GASAM/DPE/SEAS/SES-PE, Junho, 2019.

Quadro 46. Comparativo da RAPS pactuada da IV MACRORREGIÃO e os equipamentos já implantados.

Tipos de Serviços	IV Macrorregião – Vale do São Francisco e Araripe					
	VII Região de Saúde		VIII Região de Saúde		IX Região de Saúde	
	Pactuação	Existente	Pactuação	Existente	Pactuação	Existente
CAPS AD	-	-	-	-	-	-
CAPS I	2	2	3	5	1	7
CAPS i	1	-	4	1	3	-
CAPS II	1	-	1	1	-	-
CAPS III	-	-	2	-	2	-
CAPS AD III	1	-	2	1	2	1
Emergência Psiquiátrica	-	-	-	-	-	-
Hospital Psiquiátrico	-	-	-	-	-	-
Leito Saúde Mental em Hospital Geral	10	10	19	-	10	6
Residência Terapêutica	1	-	-	-	1	-
Unidade de Acolhimento	-	-	-	-	-	-
Consultório de/na Rua	-	-	-	-	-	-

Fonte: GASAM/DPE/SEAS/SES-PE, Junho, 2019.

Em linhas gerais, pode-se perceber que, diante dos elementos comparativos entre o que foi pactuado e o que cada unidade municipal conseguiu efetivar, cada região de saúde apresenta sua dinâmica e capacidade de desenvolvimento dos processos de indução da RAPS de forma particular. Não podemos afirmar que o estado de Pernambuco não apresenta grandes lacunas e vazios assistenciais no campo da saúde mental, mas que se tem inúmeros desafios na expansão dos CAPS com funcionamento 24hs, principalmente, na perspectiva de efetivação das referências microrregionais em saúde mental na atenção a crise dos casos mais complexos que necessitam de acolhimento noturno e retaguarda 24hs.

Como também, vale mencionar a importância de ampliar o número de CAPS Infantil e de CAPS AD voltados para as pessoas com problemas de uso de álcool e outras drogas em todas as regiões de saúde.

Como principais avanços da RAPS, apontamos uma Rede pautada na lógica de rede solidária, com hierarquização e compartilhamento de responsabilidades, e com definições claras de referências regionais, microrregionais e estadual; 12 Regiões de Saúde com Planos de Ação de indução da RAPS nos territórios, aprovados em Resoluções CIR e CIB; Grupo Condutor da RAPS atuante, em discussão permanente dos principais enfrentamentos e estratégias nos espaços colegiados na condução e indução da Política Estadual de Saúde Mental; e, a implantação de Política Estadual de Saúde Mental, através de Resolução do CES nº 747 de 18 de Julho de 2018.

Dentre os desafios postos para a RAPS, temos a necessidade de: qualificação da Rede através de Projeto de Educação Permanente; ampliação do número de dispositivos de acolhimento 24h na RAPS (CAPS III, Ad III, leitos integrais em hospital geral e UA); ampliação da rede de assistência voltada a usuários de Drogas e Infanto-juvenil; efetivação do projeto de Desinstitucionalização Estadual; ampliação dos Programas de Residência Médica em Psiquiatria na RAPS (interiorização); e, minimização dos processos de judicialização em saúde mental, especialmente no que se refere às internações compulsórias.

É importante dar continuidade ao processo de Expansão e Fortalecimento das RAPS Pactuadas em cada Região de Saúde, de forma a garantir a efetivação dos recursos para os municípios já incentivados pelo MS. Bem como, fortalecer os processos de Registros dos Procedimentos das ações ambulatoriais de saúde/Boletim de produção ambulatorial consolidado (RAAS/BPAC), através de encontros permanentes de qualificação. Bem como, a manutenção e fortalecimento das ações do Plano Estadual de Desinstitucionalização para pacientes de Longa Permanência – Descredenciamento de mais 02 Hospitais Psiquiátricos; a Instrução Normativa 001/2017 que induz de Leitos Integrais de saúde mental em Hospitais Gerais sob gestão Estadual; e ampliação de Leitos Integrais em Saúde Mental nos Hospitais Gerais, sob gestão Estadual, nas 12 Regiões de Saúde, são outros pontos importantes a serem considerados.

A3. Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência

A Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD) foi instituída pela Portaria GM/MS nº 793, de 24 de abril de 2012. Em 28 de setembro de 2017, o Ministério da Saúde publica a Portaria de Consolidação nº 03, que redefine as normas sobre as Redes do SUS, estando a RCPD contida em seu Artigo 3º, Inciso V. A Portaria revoga as anteriores, mas mantém o teor e estrutura da RCPD.

O Anexo VI da Portaria de Consolidação nº 03/2017, em seu Art. 1º institui a RCPD por meio da criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com deficiência temporária ou permanente; progressiva, regressiva, ou estável; intermitente ou contínua, no âmbito do SUS. Não estabelecendo parâmetros para a criação da mesma.

A RCPD em Pernambuco teve seu desenho e modelagem baseados no Plano Diretor de Regionalização, no levantamento epidemiológico de pessoas com deficiência em PE, vazios assistenciais e Rede existente, aprovados pelo Grupo Condutor da Rede. O desenho do Componente de Atenção Especializada da RCPD de Pernambuco foi aprovado através da Resolução CIB/PE nº 2.080/2012. A aprovação das diretrizes para modelagem da RCPD e a instituição do Grupo Condutor, se deu por meio da Resolução CIB/PE nº 2.189/2013.

O Quadro 47 apresenta a modelagem da Rede Estadual de Cuidados à Pessoa com Deficiência, quanto à referência, ação e serviços.

Quadro 47. Modelagem da Rede Estadual de Cuidados à Pessoa com Deficiência, quanto à referência, ação e serviços.

REFERÊNCIA	AÇÃO	SERVIÇO
Municipal	Ações de promoção de saúde, inclusive por meio do Programa de Saúde na Escola (PSE), prevenção às causas e agravos de deficiência, e cuidado no âmbito da atenção primária mediante apoio matricial (NASF) em saúde da Pessoa com Deficiência/Reabilitação Baseada na Comunidade (PcD/RBC), acolhimento,classificação de risco e análise de vulnerabilidade para Pessoa com Deficiência - **Unidade Básica.**	Programa de Saúde na Escola (PSE) Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) Unidade Básica em Saúde (UBS)
	Reabilitação, prevenção de deficiências secundárias e orientação familiar - Serviços habilitados **em apenas um tipo de reabilitação,** sem concessão.	Serviço de Reabilitação
	Reabilitação, prevenção de deficiências secundárias e orientação familiar - Núcleos de Reabilitação Física.	
	Atendimento em Centro Especializado Odontológico (CEO)	Centro de Especialidade Odontológica (CEO)
Microrregional	Diagnóstico, tratamento, concessão, adaptação e manutenção de tecnologia assistiva em **dois tipos de deficiências** (CER II)	Centro Especializado em Reabilitação II – (CER II)
Regional	Diagnóstico, tratamento, concessão, adaptação e manutenção de tecnologia assistiva em **três tipos de deficiências** (CER III)	Centro Especializado em Reabilitação III – (CER III)
	Atendimento em Centro Especializado Odontológico (CEO)	Centro de Especialidade Odontológica (CEO)
Macrorregionais	Acesso à urgência e emergência odontológica com atendimento sob sedação ou anestesia geral; Avaliação clínica, reabilitação funcional, atendimento cirúrgico nas diversas especialidades, serviços auxiliares de diagnóstico e terapia (Leitos de reabilitação hospitalar; e diagnóstico, tratamento, concessão, adaptação e manutenção de tecnologia assistiva em **quatro tipos de deficiências** (CER IV).	Centro Especializado em Reabilitação IV – (CER IV)

Fonte: Resolução CIB/PE nº 2.189/2013.

Os Centros Especializados em Reabilitação (CER), bem como as Oficinas Ortopédicas, são norteados, para o pleno funcionamento, pelos Instrutivos de Reabilitação Auditiva, Física (incluindo os serviços de apoio à Pessoa com Ostomia), Intelectual (incluindo o serviço de Atenção à Pessoa com Transtorno do Espectro do Autismo) e Visual, que tem como referências a Portaria de Consolidação GM/MS nº 03/2017 (Anexo VI - Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência – RCPD) e a Portaria de Consolidação GM/MS nº 06, de 28 de setembro de 2017, que consolida as normas sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde do SUS, revogando entre outras, a Portaria nº 835/GM/MS, de 25 de abril de 2012.

Quanto à média do número de usuários atendidos mensalmente, deve-se considerar o estabelecido para cada modalidade de reabilitação, a saber:

- Reabilitação Auditiva: mínimo de 150 usuários/mês;
- Reabilitação Física: mínimo de 200 usuários/mês;
- Reabilitação Intelectual: mínimo de 200 usuários/mês;
- Reabilitação Visual: mínimo de 150 usuários/mês.

Quanto ao desenho da rede, estão previstos 19 Centros, com 06 já habilitados, e 02 Oficinas Ortopédicas, com 01 já habilitada, de acordo com o Quadro 48.

Quadro 48. Desenho da Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência de Pernambuco por Macrorregião, segundo tipo de serviço, unidade/município, especialidade e situação.

Macrorregião	Região de Saúde	Tipo de Serviço	Unidade/Município	Especialidade	Situação
I	I	CER II	Lessa de Andrade/Recife	Física e Intelectual	Habilitado
		CER IV	Fundação Altino Ventura/Recife	Física, Intelectual, Auditiva e Visual	Habilitado
		CER IV	IMIP/Recife	Física, Intelectual, Auditiva e Visual	Habilitado
		Oficina Ortopédica	AACD/Recife		Habilitado
		CER II	Jaboatão dos Guararapes	Física e Auditiva	Aguardando ação (Construção)
		CER II	Ipojuca	Física e Intelectual	Habilitado
	II	CER II	Limoeiro	Física e Intelectual	Habilitado. Aguardando ajuste para solicitação de habilitação em CER III (Física, Intelectual e Visual)
	III	CER III	Palmares	Física, Intelectual e Visual	Aguardando ação (Construção)
	XII	CER III	Goiana	Física, Auditiva e Visual	Aguardando ação (Construção)
II	IV	CER III	Caruaru	Física, Intelectual e Auditiva	Aguardando ação (Construção)
		CER IV	Caruaru	Física, Intelectual, Auditiva e Visual	Aguardando ação (Construção)
		CER II	Gravatá	Física e Intelectual	Aguardando habilitação
		CER II	Pesqueira	Auditiva e Intelectual	Aguardando habilitação
	V	CER III	Garanhuns	Intelectual, Auditiva e Visual	Aguardando ação (Construção)
III	VI	CER IV	Mens Sana/Arcoverde	Física, Intelectual, Auditiva e Visual	Habilitado
		Oficina Ortopédica			Aguardando habilitação
	X	CER III	Afogados da Ingazeira	Física, Intelectual e Visual	Em fase final de construção, aguardando habilitação pelo MS
	XI	CER III	Serra Talhada	Física, Intelectual e Auditiva	Aguardando ação (Construção)
IV	VIII	CER III	Petrolina	Física, Intelectual e Auditiva	Aguardando ação (Construção)
		CER IV	Petrolina	Física, Intelectual, Auditiva e Visual	Aguardando Ação Construção
	IX	CER III	Ouricuri	Intelectual, Auditiva e Visual	Em Construção

Fonte: CASPD/DPE/SEAS/SES-PE, 05/04/2019.

Fazem também parte da RPCD, as Unidades habilitadas em apenas um tipo de reabilitação, antes da publicação da Portaria GM/MS nº 793/2012.

Quadro 49. Unidades da Rede Pública e Complementar habilitadas em apenas um tipo de reabilitação.

Macrorregião	Região de Saúde	Município	Rede Pública e Complementar (Abrangência)	Tipo de Deficiência	Tipo de material e equipamento concedido
I	I	Recife	Hospital Getúlio Vargas (Abrangência I Região de Saúde)	Física	. Próteses Ortopédicas . Órteses Ortopédicas .Cadeiras de Rodas e outros Meios Aux. de Locom.
			AACD - Associação de Assistência à Criança Deficiente (Abrangência Estadual)	Física	. Próteses Ortopédicas . Órteses Ortopédicas .Cadeiras de Rodas e outros Meios Aux. de Locom.
		Paulista	Hospital da Mirueira (Abrangência I Região de Saúde)	Física	Não concessor
		Vitória de Santo Antão	Hospital João Murilo (Abrangência Municipal)	Física	Não concessor
II	IV	Caruaru	Hospital Regional do Agreste (Abrangência IV Região de Saúde)	Física	Não concessor
	V	Garanhuns	Hospital Regional Dom Moura (Abrangência V Região de Saúde)	Física	Não concessor
IV	VIII	Petrolina	Hospital de Urgência e Trauma (Abrangência VIII Região de Saúde)	Física	Não concessor
	IX	Ouricuri	Hospital Regional Fernando Bezerra (Abrangência IX Região de Saúde)	Física	Não concessor

Fonte: CASPD/DPE/SEAS/SES-PE, 05/04/2019.

Além de Unidades de Reabilitação Física que foram equipadas pela SES-PE, conforme apresenta o Quadro 50.

Quadro 50. Unidades de Reabilitação Física equipadas pela SES-PE, por abrangência, tipo de deficiência

UNIDADES	Abrangência	TIPO DE DEFICIÊNCIA	TIPO DE MATERIAL E EQUIPAMENTO CONCEDIDO
Hospital Municipal Dr. Francisco Simões de Lima (Petrolândia)	Municipal	Física	Não concessor
Hospital Lidio Paraiba (Pesqueira)	VI Região de Saúde	Física	Não concessor
Centro de Fisioterapia Farmacêutico Sinval de Carvalho (Escada)	Municipal	Física	Não concessor
Posto de Saúde de Vertente do Lério (Vertente do Lério)	Municipal	Física	Não concessor
Centro de Reabilitação de Xexéu (Xexéu)	Municipal	Física	Não concessor
Centro de Especialidades e Diagnóstico de Panelas (Panelas)	Municipal	Física	Não concessor
CAPE Maria Deolinda da Conceição (Jurema)	Municipal	Física	Não concessor
Núcleo de Reabilitação Física de Lagoa do Ouro (Lagoa do Ouro)	Municipal	Física	Não concessor
Centro de Saúde Dona Lindú (Caetés)	Municipal	Física	Não concessor
Núcleo Dr. Severianos D. de Carvalho (Serra Talhada)	Municipal	Física	Não concessor
Centro Médico Maria A. dos Santos (Quixaba)	Municipal	Física	Não concessor
Centro de Reabilitação Paulo Tomé Cavalcante (Tupanatinga)	Municipal	Física	Não concessor

Fonte: CASPD/DPE/SEAS/SES-PE, 05/04/2019.

Considerando que a RCPD não é estática, a existência de vazios assistenciais, nas II, III e IV Macrorregiões, a SES-PE, identifica alguns desafios a serem vencidos. Dentre estes desafios elencamos a necessidade de:

- Implantar os CER previstos no desenho da Rede;
- Aguardar a abertura do Sistema de Apoio à Implementação de Políticas em Saúde (SAIPS), por parte do Ministério da Saúde, para inserção de propostas para liberação de recursos para construção, aquisição de equipamentos e habilitação dos CER previstos para 2014, 2015 e 2016, especialmente as unidades previstas para as regiões mais desassistidas;
- Regular as unidades de reabilitação da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, garantindo o atendimento aos usuários dos municípios (referência e contra-referência), nas regiões de saúde, conforme modelagem da Rede;
- Ampliar dos recursos de Órtese, Prótese e Meios auxiliares de locomoção (OPM), uma vez que cada CER é unidade concessora, visando à descentralização e regionalização da oferta na Rede, atualmente concentrada na Macrorregião I;
- Aumentar quadro técnico, na SES-PE, da Coordenação de Atenção à Saúde da Pessoa com Deficiência (CASPD), para garantir o monitoramento e a supervisão da Rede no Estado;
- Garantir dotação orçamentária para a CASPD, objetivando a execução das ações planejadas.

Figura 16. Caracterização do Estado de Pernambuco.

Fonte: CONDEPE/FIDEM

O Fenômeno Superlotação

O fenômeno da superlotação nas emergências do SUS está presente em todo o Brasil. Esta condição tem sido tema de estudo, dada as consequências para o sistema de saúde e para a sociedade, e têm a finalidade de ajudar a entender quais os agentes envolvidos e suas responsabilidades nos diversos níveis da atenção à saúde. Os resultados destas análises são importantes para subsidiar ações de planejamento e tomada de decisão pelos gestores, relacionadas à estrutura e capacidade instalada da rede de saúde que envolve estas unidades e seus processos internos.

O estado de Pernambuco conta com ampla rede hospitalar de saúde própria que contempla as maiores urgências do estado nas principais linhas de cuidado, quais sejam: **traumatologia, materno infantil, cardiologia, oncologia e neurologia**. A superlotação nas emergências do estado é motivo de constante preocupação para a gestão em saúde que busca estabelecer de forma clara os fatores envolvidos neste fenômeno, diferenciando as condições relacionadas aos processos internos das unidades, fatores relacionados à gestão financeira, situações ligadas aos condicionantes externos e outros relacionados com a rede de saúde nos diversos níveis de atenção. A Rede de Urgência e Emergência (RUE) em particular é composta por serviços de média e alta complexidade que prestam atendimento de urgência de forma regionalizada e hierarquizada. Os equipamentos estão distribuídos por todo o estado de forma a facilitar o acesso ao tratamento de forma oportuna.

Figura 17. Equipamentos da Rede Estadual de Saúde.

Fonte:SEAS/SES-PE,2019

As análises preliminares dos indicadores nos mostram que as médias de permanência dos **seis grandes hospitais da rede própria** apresentaram discreta tendência a maior no período considerado, enquanto que o número de internamentos aumentou exceto no Hospital Regional do Agreste em Caruaru onde ocorreu redução das especialidades atendidas na emergência (Neurologia, vascular) e regulação do abdome agudo inflamatório para o Hospital Mestre Vitalino a partir de janeiro 2018, o Hospital Otávio de Freitas manteve uma regularidade nas suas internações e média de permanência (Quadro 51).

Quadro 51. Média de internações e média de permanência hospitalar dos seis grandes.

INDICADORES	Média 2014	Média 2015	Média 2016	Média 2017	Média 2018	Média 2019
INTERNAÇÕES – HAM	1449	1570	1618	1624	1534	1410
MÉDIA DE PERMANÊNCIA - HAM	7,9	8,8	8,7	8,7	9,9	10,9
INTERNAÇÕES – HBL	997	1257	1326	1923	1923	1797
MÉDIA DE PERMANÊNCIA - HBL	7,8	7,44	6,5	4,9	4,9	5,4
INTERNAÇÕES – HOF	1459	2065	1654	1601	1533	1542
MÉDIA DE PERMANÊNCIA - HOF	9,73	9,06	8,6	8,7	9,4	9,3
INTERNAÇÕES – HGV	1099	1340	1576	1789	1748	1688

MÉDIA DE PERMANÊNCIA - HGV	10,5	10,1	7,1	5,7	6,3	6,3
INTERNAÇÕES – HR	2438	2917	2995	2948	2948	2790
MÉDIA DE PERMANÊNCIA – HR	9891,0	9,3	8,0	8,2	8,6	8,8
INTERNAÇÕES – HRA	532	1036	794	646	646	628
MÉDIA DE PERMANÊNCIA - HRA	10,1	10,4	10,4	10,7	11,3	10,2

Fonte: Planilha de realizados SEPLAG

No quadro 52 podemos observar a taxa de ocupação global das unidades que não apresenta uma regularidade. O quadro 53 nos oferece dados a respeito da taxa de ocupação das emergências dos **Seis Grandes**, nas unidades onde há setores diferentes nas emergências foi realizado média aritmética. Observamos ainda que apesar de algumas unidades diminuírem a taxa de ocupação da emergência ainda continuam com uma taxa de permanência elevada devido ao perfil do paciente.

Quadro 52. Taxa de ocupação global dos seis grandes.

TAXA DE OCUPAÇÃO GLOBAL	MÉDIA 2014	MÉDIA 2015	MÉDIA 2016	MÉDIA 2017	MÉDIA 2018	MÉDIA 2019
HAM	103%	113%	115%	126%	126%	129%
HBL	74%	89%	93%	93%	94%	93%
HGV	91%	88%	91%	89%	87%	81%
HOF	93%	91%	92%	90%	98%	99%
HR	120%	100%	95%	101%	101%	105%
HRA	76%	94%	113%	104%	104%	93%

Fonte: Planilha de realizados SEPLAG.

Quadro 53. Evolução da taxa de ocupação das emergências gerais dos seis grandes hospitais.

HOSPITAL	2016	2017	2018	2019
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO	112%	125%	128%	141%
HOSPITAL BARÃO DE LUCENA	322%	376%	582%	263%
HOSPITAL GETÚLIO VARGAS	141%	146%	135%	100%
HOSPITAL AGAMENOM MAGALHÃES*	238%	260%	306%	312%
HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS	143%	168%	150%	161%
HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE	240%	214%	210%	176%

Fonte: Planilha de realizados SEPLAG

Considerando a análise dos indicadores acima e após avaliação do perfil das emergências e dos pacientes internados nestes setores, podemos considerar alguns fatores que contribuem para a elevação das taxas de permanência e ocupação das emergências e que repercutem na superlotação dos serviços. A seguir listamos alguns fatores que contribuem diretamente para a manutenção da elevada taxa de permanência e ocupação hospitalar nas unidades: Processo de regulação insuficiente; Rede de Apoio diagnóstico insuficiente; Inexistência de contra-referência efetiva entre os níveis de atenção; Perfil dos pacientes internados nas emergências e Unidades de Terapia Intensiva (UTI); Ausência de protocolos clínicos em algumas unidades; Subfinanciamento pelo SUS comprometendo a regularidade de abastecimento das unidades (medicamentos e insumos básicos); Leitos de retaguarda insuficientes e com perfil inadequado em algumas regiões; Vagas de Terapia Renal Substitutiva ambulatorial insuficientes; Processos internos das unidades com fluxos inadequados; Dificuldades em concluir Processos licitatórios em tempo oportuno; e, inexistência de rotinas para análise de indicadores nas unidades assistenciais.

A5. Rede de Oncologia

Considerando o disposto na Portaria nº 874 de 16 de maio de 2013 que Institui a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do SUS. Considerando a Resolução CIB 3061 de outubro de 2017 que aprova "A Organização da linha de cuidado da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas, no eixo temático Câncer nas 4 Macrorregiões de Saúde do Estado de Pernambuco". A SES/PE, através da Secretaria Executiva de Atenção a Saúde (SEAS) e da Diretoria Geral de Assistência Integral a Saúde, está elaborando o Plano Estadual de Oncologia que contempla a reestruturação da Rede de Oncologia estabelecendo fluxos regionalizados e ampliação da oferta de equipamentos para diagnóstico e tratamento oncológico. Segue a configuração atual da Rede de Oncologia do Estado de Pernambuco (Quadro 54) sua distribuição geográfica no território (Figura 18) e o diagnóstico do déficit de serviços além dos pontos críticos identificados durante a análise situacional (Quadro 55).

Quadro 54. Rede Estadual de Oncologia.

Macrorregião	Estabelecimento	Habilitação
I	IMIP	CACON
	Hospital do Câncer de Pernambuco	UNACON com Serviço de Oncologia Pediátrica e Serviço de Radioterapia
	Hospital Universitário Oswaldo Cruz	UNACON com Serviços Hematologia e Serviço de Oncologia Pediátrica
	Hospital Barão de Lucena	UNACON
	Hospital das Clínicas	UNACON
	HEMOPE	UNACON Exclusivo de Hematologia
	IRSIR	Serviço isolado de Radioterapia
	IRWAN	Serviço isolado de Radioterapia

II	Casa de Saúde Perpétuo Socorro	UNACON
	Hospital Regional do Agreste	UNACON com Serviço de Radioterapia
III	Hospital Memorial Arcoverde	UNACON
IV	Hospital Dom Tomás	UNACON

Fonte: SEAS/SES, 2019.

Figura 18. Distribuição geográfica da rede de oncologia.

Fonte: IBGE (estimativa da população – 2018) CNES

Quadro 55. Déficit de serviços habilitados em oncologia (CACON e UNACOM) por Macrorregião de Saúde do Estado de Pernambuco segundo parâmetros da portaria SAS/MS 140/2014.

Macrorregião	População[1]	Necessidade[2]	Serviços Existentes[3]	Déficit[2]
I	5.739.697	11	06	05
II	1.908.251	04	02	02
III	849.754	02	01	01
IV	998.592	02	01	01
TOTAL	9.496.294	19	10	9

Fonte: SEAS/SES, 2019

Principais pontos críticos identificados

- Déficit de serviços de Radioterapia
- Fila de espera para Iodoterapia
- Rede de apoio diagnóstico ao câncer deficitária e distribuída de forma inadequada
- Fragilidade dos Mecanismos de controle da qualidade dos serviços
- Insuficiência de leitos de retaguarda com perfil de cuidados paliativos (crônicos).
- Insuficiência de serviços de diagnóstico e tratamento em Oncohematologia.
- Produção em Oncocirurgias abaixo do previsto em portarias regulamentadoras.
- Déficit de oferta de serviços em áreas estratégicas (cirurgia torácica, cirurgia cabeça e pescoço).

A6. Rede de Oftalmologia

A Política Nacional de Atenção em Oftalmologia (PNAO) foi instituída pela Portaria GM/MS nº 957, de 15 de maio de 2008, consolidada, em 28 de setembro de 2017, pelo Ministério da Saúde, através da publicação da Portaria de Consolidação nº 03, Anexo XXXV, que em seu Artigo 3º define seus componentes fundamentais, dentre os quais se destacam os incisos I, II e III.

A Rede de Oftalmologia de Pernambuco tem como marco legal, e base para definição de seus parâmetros, a Portaria SAS/MS nº 288, de 19 de maio de 2008, que define as Redes Estaduais e Regionais de Atenção em Oftalmologia, e a Resolução CIB/PE n° 5.001, de 10 de julho de 2018, que aprova a proposta de Rede Estadual de Atenção em Oftalmologia.

Assim, está estabelecidos no âmbito da Atenção Básica, o desenvolvimento ações educativas, preventivas e de investigação diagnóstica relacionadas às comorbidades, tais como diabetes e hipertensão, e que precederão o atendimento especializado em oftalmologia. São de competência da AB, além da oferta de consultas, médica e de enfermagem, e realização de teste de acuidade visual, o acompanhamento dos usuários contra-referenciados pelas Unidades de Atenção Especializada em Oftalmologia (UAEO).

No âmbito da Atenção Especializada, são preconizados:

- Consulta Oftalmológica com avaliação clínica que consiste em: anamnese, aferição de acuidade visual, refração dinâmica e/ou estática, biomicroscopia do segmento anterior, exame de fundo de olho, hipótese diagnóstica e apropriada conduta propedêutica e terapêutica.
- Procedimentos de diagnose, terapia e acompanhamento da patologia oftalmológica identificada.
- Seguimento ambulatorial pré-operatório e pós-operatório continuado e específico para os procedimentos cirúrgicos, incluindo os procedimentos de diagnose e terapia complementares.
- Atendimento das complicações que advierem do tratamento cirúrgico realizado;
- Os procedimentos de diagnose, terapia e cirúrgicos, contidos nos anexos desta Portaria, compatíveis com o tipo de assistência especializada ao qual se credenciar/habilitar.

Quadro 56. Serviços de Atenção em Oftalmologia por tipo de unidade e critérios estabelecidos pela Portaria SAS/MS nº 288/2008.

TIPO DE UNIDADE	CRITÉRIOS
Unidade de Atenção Especializada em Oftalmologia (UAEO) – Média Complexidade	Procedimentos de Assistência Especializada em Conjuntiva, Córnea, Câmara Anterior, Íris, Corpo Ciliar e Cristalino descritos na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, OPM do SUS, e, no mínimo, mais um (01) dos seguintes grupos de Assistência Especializada, garantindo a integridade da atenção: Assistência Especializada em Pálpebras, Vias Lacrimais; Assistência Especializada em Corpo Vítreo, Retina, Coróide, e Esclera; Assistência Especializada em Cavidade Orbitária Globo Ocular. Deverão prestar assistência em uma ou mais das áreas a seguir: Assistência Especializada em Transplantes Oftalmológicos; Assistência Especializada em Tumores Oftalmológicos; Assistência Especializada em Reconstrução de Cavidade Orbitária.
Unidade d Atenção Especializada em Oftalmologia (UAEO) – Alta Complexidade	I – Atendimento de Urgência e Emergência em regime de 24h, de acordo com a necessidade local e/ou regional; II – Atendimento ao paciente portador de glaucoma; III – Atendimento em reabilitação visual, na própria unidade de atenção ou referenciar a serviços que realizem este atendimento – tratamento e reabilitação visual para indivíduos com baixa visão e cegueira que consiste na avaliação clínica, avaliação funcional, prescrição de recursos ópticos e não ópticos e demais ajudas técnicas que venham a ser regulamentadas. Deverão prestar assistência em uma ou mais das áreas a seguir: Assistência Especializada em Transplantes Oftalmológicos; Assistência Especializada em Tumores Oftalmológicos; Assistência Especializada em Reconstrução de Cavidade Orbitária.
Centro de Referência em Oftalmologia* (CRO)	I – Ser Hospital de Ensino, certificado pelo Ministério da Saúde e o Ministério da Educação, de acordo com a Portaria MEC/MS nº 1.000/2004, e ser contratualizado pelo gestor, de acordo com a Portaria GM/MEC/MS nº 1.006/2004 e Portaria GM/MS nº 1.702/2004; II – Ser, preferencialmente, hospital público; III – Participar de forma articulada e integrada com o sistema local e regional; IV – Possuir adequada estrutura gerencial, capaz de zelar pela eficiência, eficácia e efetividade das ações prestadas; V – Subsidiar as ações dos gestores na regulação, fiscalização, controle e avaliação, incluindo estudos de qualidade e estudos de custo-efetividade; VI – Participar dos processos de desenvolvimento profissional em parceria com o gestor, tendo como base a Política de Educação Permanente para o SUS.

*Do ponto de vista assistencial, CRO deverão realizar os seguintes procedimentos nas seguintes áreas: I - A totalidade das ações previstas no Artigo 5º- da Portaria; II - A totalidade dos procedimentos previstos no Artigo 6º desta Portaria; III - A totalidade dos procedimentos previstos no Artigo 7º desta Portaria; IV - Atendimento de urgência e emergência em oftalmologia em regime de 24 horas; V - A totalidade dos procedimentos de diagnose, terapia e cirúrgicos contidos no Anexo V desta Portaria; VI - Oferecer atenção especializada e integral aos pacientes portadores de Retinopatia da Prematuridade, atuando nas mais variadas modalidades assistenciais.

Fonte: Portaria SAS/MS N° 288 de 19 de maio de 2008

Quadro 57. Rede Estadual e Regionais de Atenção em Oftalmologia.

COMPOSIÇÃO DA REDE ESTADUAL E REGIONAIS DE ATENÇÃO EM OFTALMOLOGIA	
Na Atenção Básica	• Unidade Básica de Saúde; • Núcleo de Apoio a Saúde da Família - NASF; • Programa Saúde na Escola – PSE; • Programa Boa Visão – PBV.
Na Atenção Especializada	• Unidade Pernambucana de Atendimento • Especializado- UPAE; • Programa Boa Visão; • Unidade de Atenção Especializada em Oftalmologia UAEO; • Reabilitação Visual.
Atenção Hospitalar e de Urgência e Emergência	• Urgências e emergências oftalmológicas; • Unidades de Atenção Especializada em Oftalmologia UAEO • Centro de Referência em Oftalmologia - CRO.
Critérios	As exigências estabelecidas para a conformação da Rede Estadual de Atenção em Oftalmologia (REAO-PE) estão em conformidade com o estabelecido com a Portaria Nacional N° 288 de 2008.

Fonte: Resolução CIB/PE n° 5.001, de 10 de julho de 2018.

Quadro 58. Proposta de rede de cuidados oftalmológicos integrais por macrorregião.

Macrorregião	Municípios[1]	UAEO	Centro de Referência
Macrorregião I Metropolitana 5.352.760	Olinda, Paulista, **Recife**, Glória do Goitá, Vitória de Santo Antão, Cabo de Santo Agostinho, Ipojuca, Jaboatão dos Guararapes, Limoeiro. Carpina, Lagoa do Carro, Barreiros, Escada, Palmares, Ribeirão, Sirinhaém.	13	01
Macrorregião II Agreste 1.755.129	Agrestina, Caruaru, Gravatá, Belo Jardim, Santa Cruz do Capibaribe, Lagoa do Ouro, Garanhuns.	04	
Macrorregião III Sertão 787.261	Arcoverde, Afogados da Ingazeira,Serra Talhada.	02	
Macrorregião IV Vale do São Francisco/ Araripe 882.967	Salgueiro, Petrolina, Araripina, Ouricuri.	02	

[1]Municípios que realizam assistência oftalmológica em média complexidade.
Fonte: Resolução CIB/PE n° 5.001, de 10 de julho de 2018.

A presente proposta de modelagem de Rede de Atenção em Oftalmologia é fruto de um estudo do Grupo de Trabalho em Oftalmologia da SES/PE, instituído pela Portaria nº 426, de 18 de novembro de 2015 com o objetivo de debater e propor a composição da Rede Estadual de Atenção em Oftalmologia de Pernambuco.

A composição do GT incluiu representações:

I. Secretaria Executiva de Atenção à Saúde (SEAS);

II. Secretaria Executiva de Regulação em Saúde (SERS);

III. Conselho dos Secretários Municipais de Saúde (COSEMS-PE);

IV. Diretoria Geral de Planejamento (DGP);

V. Diretoria de Políticas Estratégicas (DPE);

VI. Gerência de Informações Assistenciais (GIA);

VII. Gerência de Regulação Ambulatorial (GRAMB);

VIII. Superintendência de Atenção Primária (SAP).

O GT realizou encontros quinzenais com duração aproximada de um ano, considerando a contribuição das respectivas áreas com o objetivo de propor a modelagem de Rede de Atenção em Oftalmologia de Pernambuco.

A priori, foi realizado um levantamento dos Serviços de Oftalmologia no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde para conhecimento da capacidade instalada SUS e Não-SUS existentes nos municípios que realizavam procedimentos de média e alta complexidade na área da oftalmologia.

Como os estabelecimentos cadastrados no CNES possuem uma defasagem quanto a sua atualização, foi realizado uma articulação com as doze GERES existentes no Estado de Pernambuco com o objetivo de validar os estabelecimentos existentes e ativos. A validação se deu por visitas *in loco* por parte das GERES.

A partir de então, foi realizada a contraposição das informações levantadas pelo CNES e das Informações levantadas pelos Gestores Regionais, com vistas a minimizar o quantitativo de estabelecimentos cadastrados e não ativos. Após análise dos dados, foi elaborado o mapa de saúde das doze Regiões de Saúde contendo informações sobre localização, nome da unidade, natureza jurídica, serviços ofertados, recursos humanos (quantitativo de médicos oftalmologistas), equipamentos disponíveis e produção.

Houve a elaboração do mapeamento dos estabelecimentos privados que não prestassem serviços ao SUS de forma complementar, para análise da capacidade instalada, bem como recursos humanos e infraestrutura adequada com potencial para um futuro suporte à Rede Estadual de Atenção em Oftalmologia (REAO), caso necessário.

Como parâmetro para propor a implantação das UAEO que realizem assistência na linha de cuidados integrais, elaborou-se a distribuição dos Serviços por Nível de Atenção, utilizando como Parâmetro a Organização da Rede Estadual em Oftalmologia de Minas Gerais, instituída pela Resolução SES Nº 1887 de 27 de maio de 2009.

A alternativa de optar pelos parâmetros geo-referenciais da REAO do estado de Minas Gerais se deu, por se tratar de uma referência nacional bem consolidada, com critérios claros e mais adequada às necessidades e realidade pernambucana. De acordo com a mesma:

I - o parâmetro de distribuição das UAEO de Média Complexidade será de 01 UAEO-MC em cada microrregião para cobertura de até 250.000 habitantes, sendo que superado em 20% esse parâmetro, será possibilitado o credenciamento de nova Unidade prestadora de Média Complexidade, desde que não exista serviço habilitado em Alta Complexidade e que atenda a mesma região de saúde;

II - o parâmetro de distribuição das UAEO de Alta Complexidade será de 01 UAEO-AC em cada macrorregião com cobertura de até 400.000 habitantes, sendo que superado em 20% esse parâmetro, será possibilitado o credenciamento de nova Unidade prestadora de Alta Complexidade, desde que não exista Centro de Referência habilitado e que atenda a mesma região de saúde;

§1º Os serviços habilitados como UAEO de Alta Complexidade atenderão na média complexidade uma população de até 300.000 habitantes.

Quadro 59. Serviços existentes segundo Macrorregião de Saúde.

Macrorregião de Saúde	Região de Saúde	Município	Serviço
Macrorregião I	I	Recife	SEOPE Serviço Oftalmológico de Pernambuco Ltda. Instituto de Olhos do Recife Ltda Fundação Altino Ventura Hospital de Olhos Santa Luzia Ltda
Macrorregião IV	VII	Salgueiro	Fundação Altino Ventura

Destacamos como avanços a Resolução CIB/PE N° 5001, de 10 de julho de 2018 que Aprova a proposta de REAO e a abertura de Credenciamento em Serviços de Oftalmologia para as I, II, III e IV Macrorregionais.

Concluímos que, a REAO, apresenta restrições orçamentárias para a implantação, identificamos que os prestadores estão inaptos a prestar o serviço de alta complexidade, solicitado no Termo de Referência e que existe baixa adesão ao credenciamento e convênio ao SUS, porque não apresentam capacidade instalada para o aumento da demanda.

B. Atenção Ambulatorial Especializada (AAE)

Fortalecendo a Atenção Ambulatorial Especializada, o estado de Pernambuco vem implantando desde 2013 Unidades Pernambucanas de Atenção Especializada de forma regionalizada, favorecendo ampliação de acesso ao serviço de média complexidade e descentralizando a oferta de consulta especializada.

As UPAEs são centros de diagnósticos e orientação terapêutica com atendimentos ambulatoriais em especialidades médicas e procedimentos diagnósticos de média complexidade e possuem acesso 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. Acrescenta-se que além de favorecer maior resolutividade na atenção básica, reduzir a procura por

atendimentos de urgência em Unidade de Pronto Atendimento ou hospitais.

As unidades têm o seu perfil caracterizado como: Tipo I: realização de consultas médicas especializadas e não médicas e exames diagnósticos; estão dentro desta classificação as unidades dos municípios: Limoeiro, Afogados da Ingazeira, Salgueiro, Belo Jardim, Arcoverde, Serra Talhada, Grande Recife e Ouricuri; e Tipo II: realização de consultas médicas especializadas e não médicas e exames diagnósticos, cirurgias ambulatoriais, que estão implantadas nos municípios de Petrolina, Caruaru e Garanhuns, como mostra a Figura 19.

Figura 19. Distribuição das Unidades Pernambucanas de Atenção Especializada, de acordo com o tipo. Pernambuco, 2019.

Fonte: Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco, 2019

As especialidades médicas atendidas em cada UPAE foram definidas pela SES, de acordo com os parâmetros dispostos na Portaria MS nº 1.101, de 12 de junho de 2002, do Ministério da Saúde - MS, bem como, com o levantamento das demandas reprimidas e a análise do perfil epidemiológico de cada uma das 12 Regiões de Saúde. As UPAE recebem pacientes encaminhados pelo setor de regulação médica, provenientes prioritariamente das unidades de atenção primária ligadas às Secretarias Municipais de Saúde

C. Atenção Hospitalar

De acordo com Portaria de Consolidação nº 02/2017, em seu anexo XXIV da Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP), os hospitais são instituições complexas, com densidade tecnológica especifica, de caráter multiprofissional e interdisciplinar, responsável pela assistência aos usuários com condições agudas ou crônicas, que apresentem potencial de instabilização e de complicações de seu estado de saúde, exigindo-se assistência contínua em regime de internação e ações que abrangem a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação.

Os hospitais da rede própria estadual de Pernambuco prestam ações e serviços no âmbito do SUS como um ponto de atenção, cuja missão e perfil assistencial são definidos conforme o perfil demográfico,

epidemiológico e social da população e de acordo com o Plano de Regionalização do Estado, vinculados a uma população de referência com base territorial definida, com acesso regulado e atendimento por demanda referenciada e/ou espontânea. A rede própria estadual conta com 33 Hospitais distribuídos nas 12 regiões de saúde, sendo 06 grandes hospitais de alta complexidade de gestão direta, 04 hospitais de alta complexidade sob gestão de Organização Social, 07 hospitais regionais de gestão direta, 07 hospitais regionais de gestão OS e 07 hospitais especializados, conforme classificação e distribuição dos leitos no Quadro 60.

Quadro 60. Número de Leitos e distribuição dos Hospitais de gestão própria da rede estadual de saúde por Região de Saúde.

GERES		HOSPITAL	Nº LEITOS
I	1	HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO	822
	2	HOSPITAL GETÚLIO VARGAS	366
	3	HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS	600
	4	HOSPITAL AGAMENON MAGAHÃES	417
	5	HOSPITAL BARÃO DE LUCENA	340
	6	HOSPITAL GERAL DE AREIAS	69
	7	HOSPITAL ULYSSES PERNAMBUCANO	119
	8	HOSPITAL PELÓPIDAS SILVEIRA	170
	9	HOSPITAL MIGUEL ARRAES	173
	10	HOSPITAL DOM HELDER CÂMARA	173
	11	HOSPITAL JOÃO MRILO DE OLIVEIRA	96
	12	HOSPITAL JABOATÃO PRAZERES	60
	13	HOSPITAL COLÔNOA ALCIDES CODECEIRA	82
	14	HOSPITAL CORREIA PICANÇO	88
	15	SANATÓRIO PADRE ANTÔNIO MANUEL (HSOP. MIRUEIRA)	137
	16	HOSPITAL SÃO LUCAS	10
		SUBTOTAL	**3722**
II	17	HOSPITAL REGIONAL JOSÉ FERANDES SALSA	61
	18	HOSPITAL ERMÍRIO COUTINHO	41
		SUBTOTAL	**102**
GERES		**HOSPITAL**	**Nº LEITOS**
III	19	HOSPITAL SILVIO MAGALHÃES	148
	20	HOSPITAL COLONIA VICENTE GOMES DE MATOS	79
		SUBTOTAL	**227**
IV	21	HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE	197
	22	HOSPITAL JESUS NAZARENO	124
	23	HOSPITAL MESTRE VITALINO	245
		SUBTOTAL	**566**
V	24	HOSPITAL REGIONAL DOM MOURA	114
		SUBTOTAL	**114**
VI	25	HOSPITAL REGIONAL RUY DE BARROS CORREIA	98
		SUBTOTAL	**98**
VII	26	HOSPITAL REGIONAL INÁCIO DE SÁ	142
		SUBTOTAL	**142**
VIII	27	HOSPITAL DOM MALAN	256
		SUBTOTAL	**256**

XI	28	HOSPITAL FERNANDO BEZERRA	88
		SUBTOTAL	**88**
X	29	HOSPITAL EMÍLIA CÂMARA	65
		SUBTOTAL	**65**
XI	30	HOSPITAL PROFESSOR AGAMENON MAGALHÃES	75
		SUBTOTAL	**75**
XII	31	HOSPITALBELARMINO CORREIA	81
		SUBTOTAL	**81**
TOTAL DE LEITOS HOSPITALAR - REDE PRÓPRIA ESTADUAL			**5536**

LEGENDA:

4	GRANDES HOSPITAIS OS	7	HOSPITAIS REGIONAIS
7	HOSPITAL REGIONAL OS	7	HOSPITAIS ESPECIALIZADOS
6	GRANDES HOSPITAIS		

Fonte: CNES. Março, 2019.

De forma complementar a rede própria, a gestão de Pernambuco conta com hospitais da rede contratualizada. Ainda de acordo com a PNHOSP, a SES/PE tem formalizado a relação com os hospitais que prestam ações e serviços ao SUS por meio de instrumentos formais de contratualização, independente de sua natureza jurídica, esfera administrativa e de gestão. A contratualização é a formalização da relação entre o gestor público de saúde e os hospitais integrantes do SUS, públicos e privados, com ou sem fins lucrativos, sob sua gestão, por meio de instrumento formal de contratualização. Nesta perspectiva, a SES/PE conta com 30 hospitais contratualizados que dão suporte a rede.

Em relação à cobertura de leitos, o estado de Pernambuco conta com um total de 17.666 leitos SUS, classificados de acordo com o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES, conforme Quadro 61.

Quadro 61. Número de Leitos SUS do estado de Pernambuco, conforme tipo de leito, CNES.

NUMERO DE LEITOS HOSPITALARES **SUS** - PERNAMBUCO								
GERES	**CIRURGICO**	**CLÍNICO**	**COMPLEMENTAR**	**OBSTÉTRICO**	**PEDIÁTRICO**	**OUTROS**	**HOSPITAL DIA**	**TOTAL**
I	2824	2779	1052	824	973	889	183	9524
II	125	376	20	170	131	68	0	890
III	201	277	39	196	145	103	17	978
IV	398	792	133	314	253	64	31	1985
V	133	319	27	155	95	18	24	771
VI	74	250	14	129	106	11	0	584
VII	37	141	20	58	96	10	0	362
VIII	137	238	86	121	127	8	10	727
IX	66	221	3	93	96	21	0	500
X	67	153	0	72	78	8	0	378
XI	84	141	17	71	71	146	0	530
XII	75	157	4	82	76	40	3	437
TOTAL GERAL PE	**4221**	**5844**	**1415**	**2285**	**2247**	**1386**	**268**	**17666**

Fonte: CNES:25/03/2019

4.3.4. Regulação Assistencial em Pernambuco

A Portaria 1.559/GM instituiu em 1º de agosto de 2008 a Política Nacional de Regulação do SUS, abordando que a Regulação em Saúde no SUS organiza-se em três dimensões: (I) Regulação dos Sistemas de Saúde que contempla as Macrodiretrizes para a Regulação da Atenção à Saúde, envolvendo ações de monitoramento, controle, avaliação, auditoria e vigilância desses sistemas; (II) Regulação da Atenção à Saúde que é exercida pelas secretarias estaduais e municipais e tem como objeto o controle da oferta de serviços, estando, portanto, dirigida aos prestadores públicos e privados; (III) Regulação do Acesso à Assistência ou Regulação Assistencial que "tem como objeto a organização, o controle, o gerenciamento e a priorização do acesso e dos fluxos assistenciais no âmbito do SUS", sendo estabelecida pelo complexo regulador e suas unidades operacionais.

Esta dimensão é efetivada pela disponibilização da alternativa assistencial mais adequada por meio de atendimentos às urgências, consultas, leitos e outros que se fizerem necessários, contemplando as seguintes ações:

- I - Regulação médica da atenção pré-hospitalar e hospitalar às urgências;
- II - Controle dos leitos disponíveis e das agendas de consultas e procedimentos especializados;
- III - Padronização das solicitações dos procedimentos por meio dos protocolos assistenciais; e
- IV – O estabelecimento de referências entre unidades de diferentes níveis de complexidade, de abrangência local, intermunicipal e interestadual, segundo fluxos e protocolos pactuados. Nesse sentido, a regulação das referências intermunicipais é responsabilidade do gestor estadual, expressa na coordenação do processo de construção da programação pactuada e integrada da atenção em saúde, do processo de regionalização, do desenho das redes.

Em Pernambuco, na perspectiva de qualificar a regulação dos fluxos assistenciais, foi aprovada em 2012 a Política Estadual de Regulação em Saúde, por meio de Resolução da CIB/PE n. 1.820, sendo este um instrumento de gestão do SUS que se propõe a prover o acesso aos (as) usuários(as) de forma equânime, integral e qualificada aos serviços de saúde, respeitadas as competências das esferas de gestão.

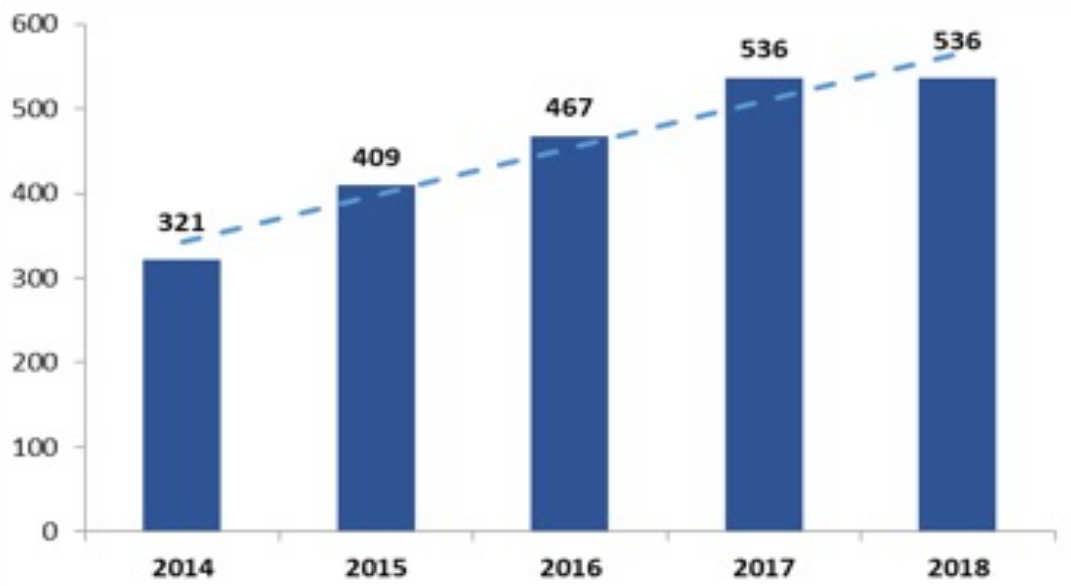
O Complexo Regulador do Estado de Pernambuco, elaborado a partir da referida da Política Estadual de Regulação, adotou a divisão territorial constante no Plano Diretor de Regionalização e previu a implantação de 04 Centrais Macrorregionais e 12 Centrais Regionais. Este Complexo envolve à nível central as Gerências de Regulação Hospitalar, Regulação Ambulatorial e de Transplantes.

A saber, uma central de Regulação (CR) pode ser definida como uma estrutura operacional que desempenham atividade permanente e dinâmica de organizar a demanda por serviços de saúde, a partir do conhecimento da capacidade instalada regional. Além disso, devem ser organizadas em rede informatizada, regionalizada e resolutiva nos vários níveis de complexidade do processo assistencial dispondo em tempo real de informações da oferta de serviços.

Atualmente existem 02 Centrais Macrorregionais em funcionamento, 01 em Recife, sede da I Macrorregião e 01 em Juazeiro-BA, onde funciona a Central de Regulação Interestadual Pernambuco Bahia, que responde pela IV Macrorregião do Estado de Pernambuco. As Macrorregiões II e III, ainda sem Centrais implantadas, estão sob a gestão da Central Macrorregional I. As referidas Centrais são responsáveis pelo

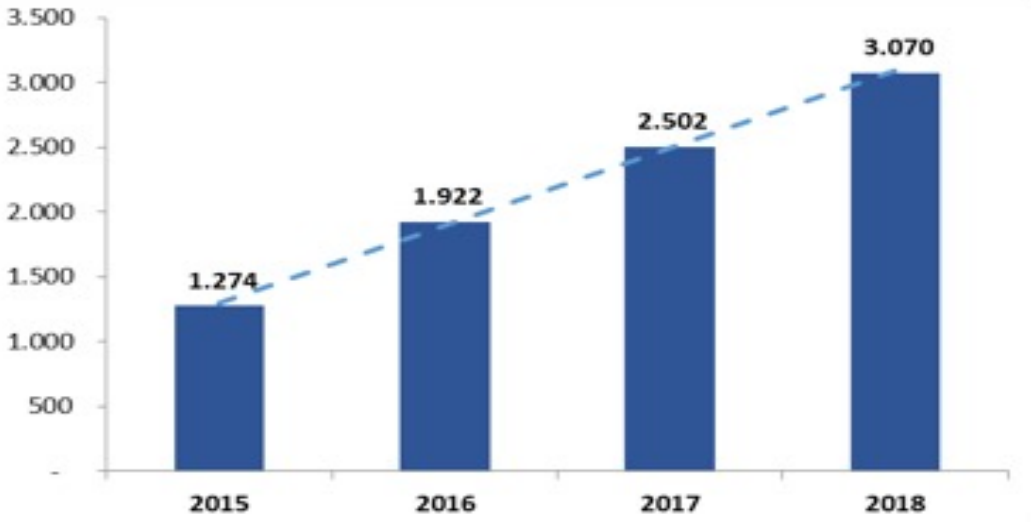
acesso inter hospitalar em todo o Estado, englobando desde o encaminhamento de pacientes para serviços especializados de urgência, até internações em leitos de Unidade de Terapia Intensiva (UTI).

Gráfico 94. Oferta de leitos de UTI nos anos de 2014 a 2018 sob regulação na Central Macrorregional.



Fonte: GRH/DGFA/SERS/SES

Gráfico 95. Oferta de leitos de enfermaria no período de 2015 a setembro de 2018 sob regulação na Central Macrorregional.

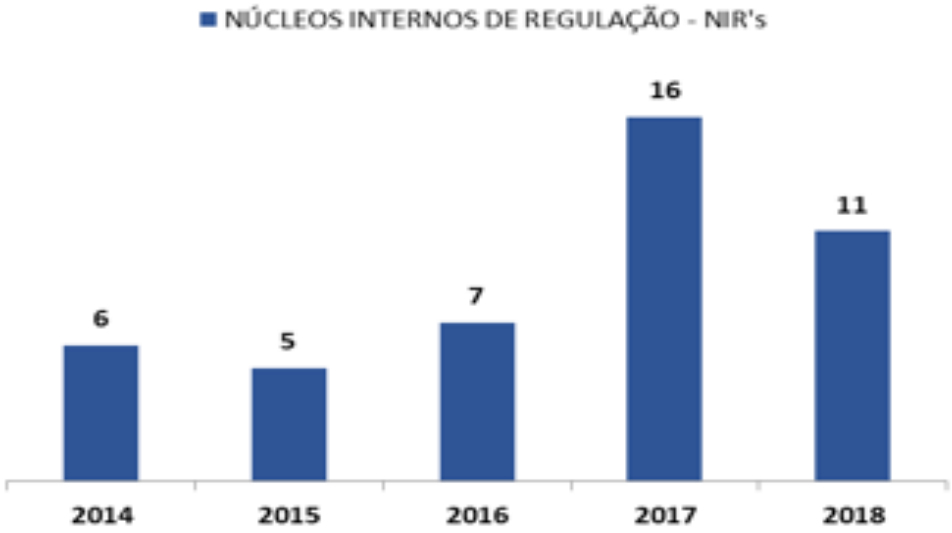


Fonte: GRH/DGFA/SERS/SES

Fortalecendo a atuação da regulação hospitalar, destaca-se a existência de 38 Núcleos Internos de Regulação (NIR), sendo estruturas ligadas à Central de Leitos que atuam dentro das Unidades de Saúde do estado para agilizar o processo regulatório de acesso, com vistas à melhor ocupação de leitos dentro da própria Unidade e viabilizar a transferência de pacientes das Emergências ou leitos das Unidades de

Referências para leitos de UTI e de enfermaria de retaguarda, impactando na redução da superlotação das grandes Emergências o Estado.

Gráfico 96. Núcleos Internos de Regulação (NIR) implantados até setembro de 2018.



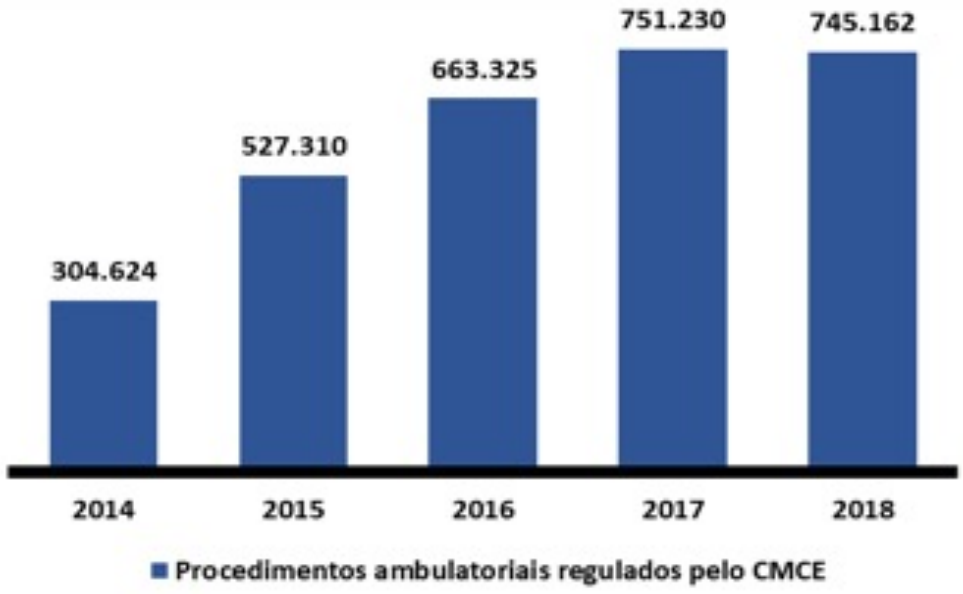
* Esse quantitativo de NIR em 2014 corresponde ao cumulativo existente até este ano.
Fonte: GRH/DGFA/SERS/SES

A Central da IV Macrorregião de Saúde contempla uma condição especial, a operacionalização da Regulação Inter Estadual entre Pernambuco e Bahia, a Rede PEBA/CRIE (Colegiado Regional Interestadual), que 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.

A Central de Regulação Ambulatorial e seus 12 componentes regionais operacionalizam a oferta de consultas, exames e outros procedimentos especializados utilizando o sistema informatizado CMCE estando algumas instaladas nos Municípios Sede da Região e outras nas sedes das GERES.

Observa-se crescimento na oferta de procedimentos ambulatoriais regulados no CMCE no período de 2014-2018, com discreta queda entre 2017 e 2018, conforme Gráfico 97 a seguir.

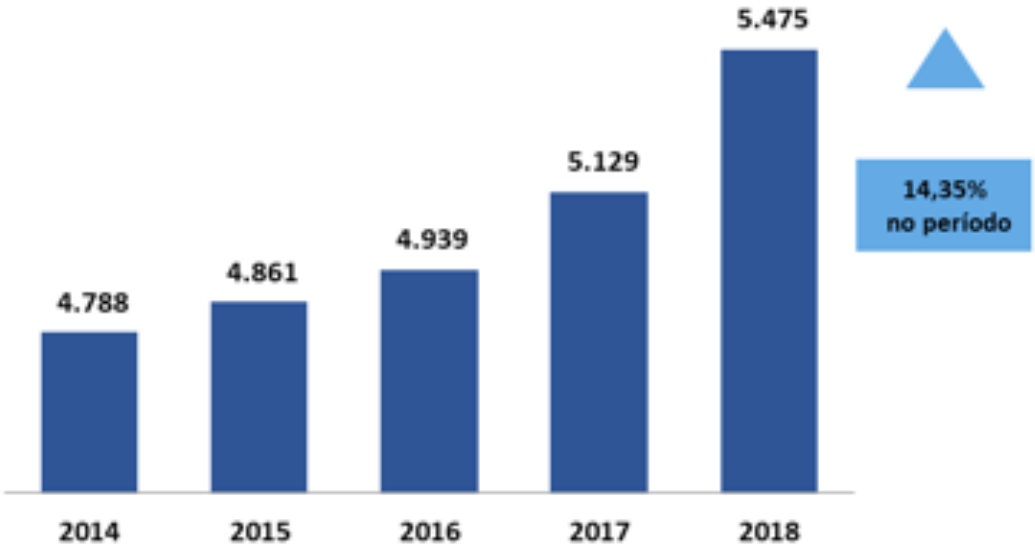
Gráfico 97. Oferta de procedimentos ambulatoriais, regulados no sistema informatizado CMCE, referente aos anos de 2014-2018.



Fonte: Sistema Informatizado de Regulação CMCE.

Destaca-se ampliação na oferta de Terapia Renal Substitutiva no período de 2014 para 2018, impactando num aumento de 14,35% na média anual de pacientes regulados.

Gráfico 98. Média anual dos pacientes de Terapia Renal Substitutiva – TRS Ambulatorial regulados no sistema informatizado APACNET, referente aos anos 2014-2018.



Fonte: GRAmb/DGFA/SERS/SES

Cabe ressaltar que as UPAE funcionam com regulação integral do acesso aos seus serviços, cuja demanda advém de usuários referenciados pela Atenção Primária em Saúde.

As Centrais Regionais contam com Apoiador Regional e com o Médico Regulador, sendo este primeiro que operacionaliza o funcionamento do sistema e sistematiza informações da oferta de serviços de modo a possibilitar ao Médico Regulador a tomada de decisões de forma consistente, eficaz e eficiente. O Coordenador de Planejamento e Regulação da GERES é outro ator importante nesse processo regulatório.

3.5 Central de Transplante

A Central de transplantes atua para fomentar a realização de transplantes no Estado, seja com o aumento da oferta de doações, seja com habilitações de equipes transplantadoras e bancos de órgãos e tecidos, viabilizando a captação de órgãos, com suporte técnico para as Unidades de saúde e seus profissionais

A Central Estadual de Transplantes de Pernambuco (CET-PE) foi criada em dezembro de 1994 através do Decreto Estadual 18.179 e tem como principal competência organizar, coordenar e regular as atividades de doação e transplante em seu âmbito de atuação. Destaca-se que a CET-PE, antecipou-se à instituição do Sistema Nacional de Transplantes (SNT) que só ocorreria em 1997, mediante a Lei 9.434.

A CET-PE foi também a primeira Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos do Norte/Nordeste, criando condições para o desenvolvimento dos transplantes no Estado e garantindo o pioneirismo em vários tipos de procedimentos de transplante na Região.

A partir de janeiro de 1995, quando a CET-PE iniciou efetivamente suas atividades até dezembro de 2018, foram realizados 20.744 transplantes em Pernambuco como pode ser observado no gráfico evolutivo abaixo:

Gráfico 99. Evolução dos transplantes em Pernambuco no período de 1995-2018.

Pernambuco vem se consolidando ao longo dos últimos anos, como uma referência em transplantes no Norte e Nordeste do Brasil e, apesar das oscilações no número de procedimentos ao ano, Pernambuco está entre os dez estados que mais realizam transplantes no país, ficando nos anos de 2016, 2017 e 2018 na 5° posição.

De janeiro a maio de 2019, foram realizados 655 transplantes de órgãos sólidos e tecidos em nosso Estado, 5,8% a menos que o mesmo período do ano anterior:

Quadro 62. Quantitativo de transplantes realizados de órgãos sólidos e tecidos no período de 2018 a 2019.

ÓRGÃOS/ TECIDOS TRANSPLANTADOS	VARIAÇÃO JANEIRO A MAIO		Variação (%)
	2018	2019	
Coração	24	20	-17%
Fígado	54	67	24%
Rim	193	157	-19%
Rim/Pâncreas	1	4	300%
Coração/Rim	0	0	-
Córnea	333	305	-8%
Medula Óssea	92	101	10%
Válvula Cardíaca	8	11	38%
Fígado/Rim	1	0	-100%
TOTAL	706	665	-5,8%

Durante o mês de maio, a Região Metropolitana ficou cerca de 20 dias sem prestador para realização de exame complementar para fechamento de protocolo de morte encefálica, o que impediu a realização de todos os diagnósticos nos hospitais da região, que concentram 70% dos casos notificados em 2019.

Quadro 63. Número de notificações e doações segundo Macrorregionais.

Resumo Macrorregionais	Notificações (jan a mai)	Doações (jan a mai)
Centro	142	55
Caruaru	16	4
Petrolina	41	20
Total	199	79

Outro fator importante, a falta de medicamentos imunossupressores para os pacientes transplantados, que levou os serviços de transplante a serem mais restritivos quanto à aceitação de doadores limítrofes.

3.6 Assistência Farmacêutica

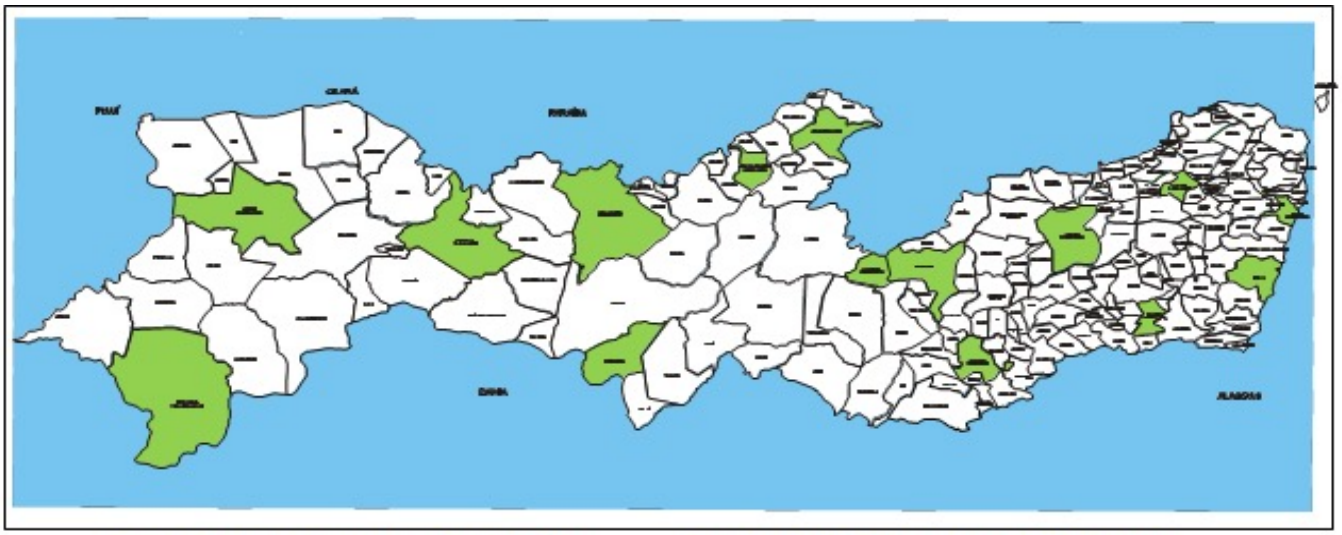
A estrutura e funcionamento da assistência farmacêutica no estado de Pernambuco conta com o Componente Especializado da Assistência Farmacêutica que é uma estratégia de acesso a medicamentos para garantia da integralidade do tratamento medicamentoso, em nível ambulatorial, cujas linhas de cuidado estão definidas em Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) publicados pelo Ministério da Saúde. Atualmente 100 Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas são contemplados para média e alta complexidade, com oferta de 151 fármacos em 288 apresentações.

Além disso, a assistência farmacêutica conta também com os Programas estaduais, onde trabalha com Grupo de medicamentos para tratamento de doenças específicas não contempladas nos componentes da assistência farmacêutica e programas regulares do SUS, regulamentados através de Normas Técnicas,

implantados a partir de iniciativa da SES/PE, Ministério Público e/ou Poder Judiciário. Estes programas contemplam 34 doenças de média e alta complexidade, através de Normas Técnicas; Oferta 82 fármacos em 120 apresentações e 4 produtos para saúde em 5 apresentações; A aquisição dos medicamentos é financiada em 100% pelo Gestor Estadual e os Medicamentos dispensados nas Farmácias de Pernambuco, Farmácias Ambulatoriais de Hospitais e Municipais.

Os medicamentos são dispensados na rede de Farmácia de Pernambuco, composta de 29 unidades em 11 regionais de saúde, conforme Figura 20, e atualmente atende a um total de 56 mil pacientes atendidos no programa Assistência Farmacêutica.

Figura 20. Distribuição das Farmácias em Pernambuco.



Farmácias de Pernambuco – Rede Própria

Unidade Agreste	Unidade Sertão Central
Unidade Agreste Meridional	Unidade Sertão do Araripe
Unidade Agreste Setentrional	Unidade Sertão do Pajeú
Unidade Infusão	Unidade Sertão do Pajeú II
Unidade Itinerante	Unidade Sertão do Moxotó
Unidade Metropolitana	Unidade Sertão do São Francisco
Unidade Mata Sul	

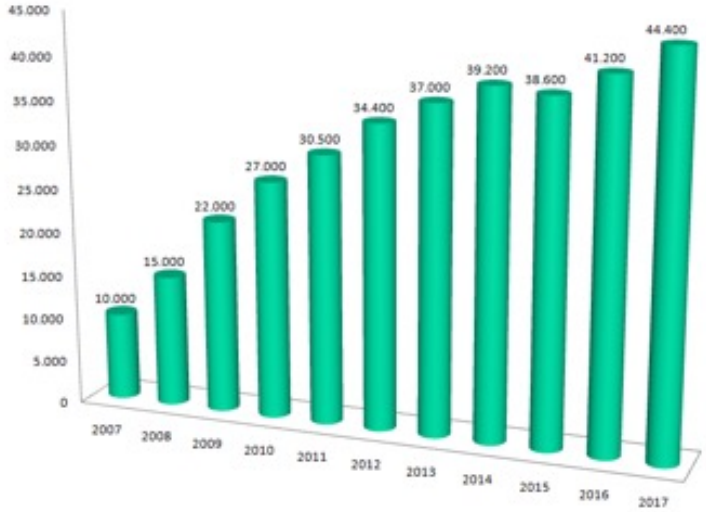
Farmácias de Pernambuco – Rede Parceira

Unidade HBL – Oncologia	Unidade Onco Caruaru
Unidade HEMOPE	Unidade Onco Garanhuns
Unidade HC – UFPE	Unidade Onco Petrolina
Unidade HCP	Unidade Pesqueira
Unidade HUOC – UPE	Unidade Petrolândia
Unidade IMIP	Unidade PROCAPE
Unidade Ipojuca	Unidade São José do Egito
Unidade Nefroclínica	Unidade HRP - Nefrologia

SECRETARIA DE SAÚDE

Pernambuco

Gráfico 100. Evolução no número de usuários da Farmácia de Pernambuco.



Fonte: Sistema Hórus

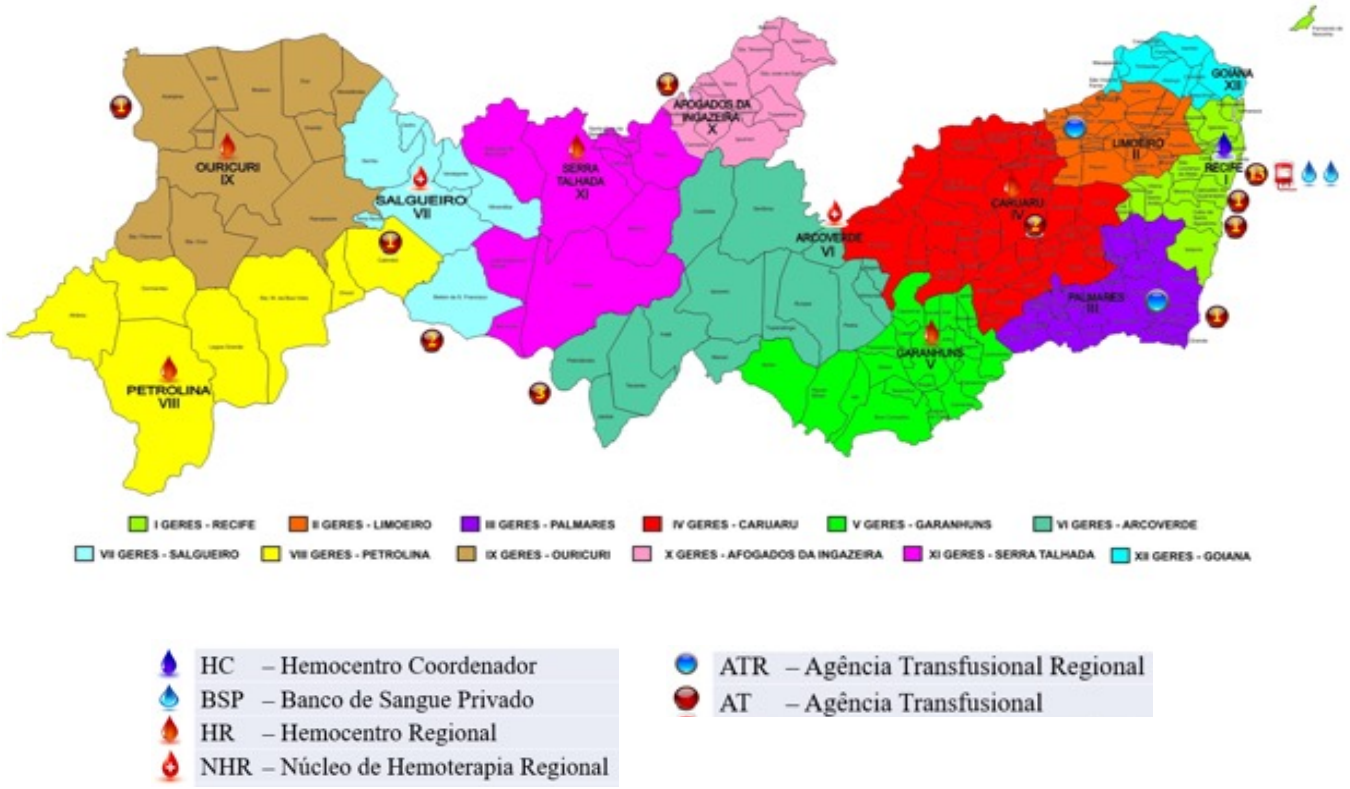
3.7 Sangue e Hemoderivados

O Hemope (Fundação de Hematologia e Hemoterapia de Pernambuco) é uma organização de caráter científico, educacional e assistencial, está vinculada à SES-PE e tem a responsabilidade de coletar, processar o sangue em hemocomponentes, exercer o controle sorológico com eficiência para evitar a transmissão de doenças conhecidamente transmitidas pelo sangue, garantindo a segurança transfusional e dispensar os hemocomponentes para as unidades de Saúde. Além disso, o Hemope possui um hospital com 61 leitos para tratamento das doenças do sangue e uma rede de laboratórios especializados para diagnóstico e acompanhamento do tratamento. Também é responsável por promover pesquisas e disseminar conhecimentos nas áreas de Hematologia e Hemoterapia.

Hemorrede Estadual de Pernambuco

Sua estrutura física está constituída de unidades de coleta e distribuição de hemocomponentes localizadas nas principais regionais de saúde do estado, conforme demonstrado na Figura 21.

Figura 21. Estrutura Física da Hemorrede Estadual de Pernambuco.



Fonte: SES/PE

Hemorrede Pública

A hemorrede pública é constituída de 1 hemocentro coordenador, 5 hemocentros regionais, 2 núcleos de hemoterapia e 2 agências transfusionais regionais.

O Quadro 64 relaciona os municípios das regionais de saúde, percentual da população doadora de sangue e a capacidade operacional das unidades hemoterápicas instaladas. Um fato que merece relevância é a capacidade de incremento nas coletas de sangue no interior do Estado, o que pode ser entendido como potencial estratégico de crescimento sem a necessidade de instalação de novas unidades de coleta.

Quadro 64. Capacidade Operacional, Coleta e Liberação de Sangue.

Região de Saúde	Município Sede	Cadeiras	Horas Funcionamneto	População	Média de Coletas (2018)	% de Coletas/População	Capacidade de Coletas (Ano)	Média de Coletas (/100 hab. Ano)	Coletas x Capacidade	Média de Liberação (/100 hab. Ano)	Média de Liberação CH (/100 hab. Ano)
I	Recife	16	8	4.172.066	10.609	0,25%	101.376	3	10%	93.179	22
II	Limoeiro			594.597						-	-
III	Palmares			4.747						-	-
IV	Caruaru	6	8	1.350.060	1.587	0,12%	38.016	1	4%	19.215	14
V	Garanhuns	4	4	539.286	336	0,06%	12.672	1	3%	2.956	6
VI	Arcoverde	3	4	416.751	208	0,05%	9.504	0	2%	2.248	5
VII	Salgueiro	4	4	146.414	268	0,18%	12.672	2	2%	3.006	21
VIII	Petrolina	6	4	490.103	926	0,19%	19.008	2	5%	9.280	19
IX	Ouricuri	4	4	350.075	196	0,06%	12.672	1	2%	2.774	8
X	Afogados da Ingazeira			188.409						-	-
XI	Serra Talhada	4	4	236.958	283	0,12%	12.672	1	2%	3.075	13
XII	Goiana			313.070						-	-

Fonte: HEMPROD 2018

Rede Complementar

A rede complementar de Hemoterapia é formada pelo Banco de Sangue privado IHENE, o qual possui um contrato com a SES para atendimento do SUS. Também faz parte da hemorrede do estado o Banco de Sangue privado HEMATO-GSH.

Instituto de Hematologia do Nordeste

O Instituto de Hematologia do Nordeste (IHENE) foi inaugurado no final da década de 90, tendo como foco a captação, coleta e processamento de sangue, além de exames imuno-hematológicos e sorológicos. Realiza ainda coleta de plaquetas por aférese e aférese terapêutica. Atende a rede hospitalar

privada e é credenciado pela Secretaria Estadual de Saúde como serviço complementar para o SUS na assistência hemoterápica, quando da não disponibilidade do serviço de hemoterapia público.

Banco de Sangue HEMATO – O Grupo Gestor de Serviços de Hemoterapia (GSH) atua em vários estados do Brasil, tendo sido fundado em 1979 em Ribeirão Preto, com foco na coleta e transfusão de sangue. Iniciou suas atividades no Recife em março/2013 e realiza os seguintes procedimentos: coleta e processamento do sangue, aférese de plaquetas e terapêutica, sangria terapêutica, transfusão de hemocomponentes hospitalar e ambulatorial.

Produção da Hemorrede Estadual

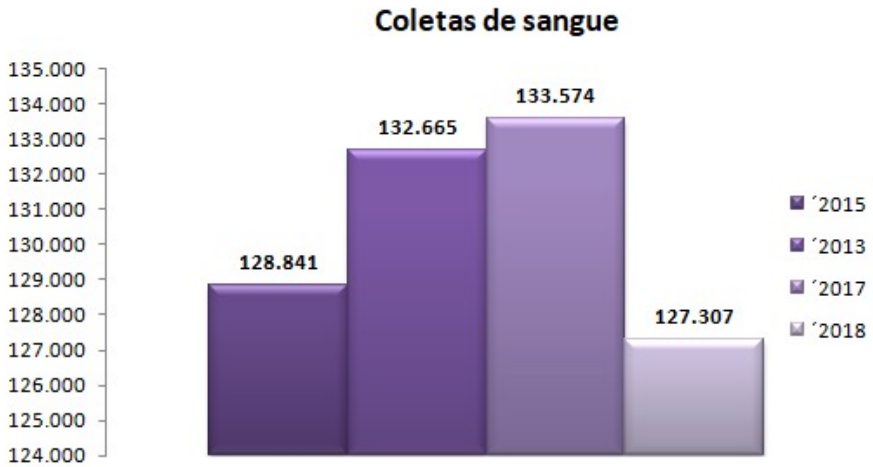
A Hemorrede pública, em 2018, foi responsável por 73% das coletas realizadas em todo estado de Pernambuco, conforme Gráfico 102.

Gráfico 101. Coletas realizadas pela Hemorrede Estadual.

Fonte: HEMOPROD.

A Fundação Hemope realizou 127.307 coletas em 2018, o que corresponde a 1,4% da população do Estado. Para a OMS, a estimativa preconizada é de 3 a 5% da população.

Gráfico 102. Coletas de Sangue pela Hemorrede Estadual.



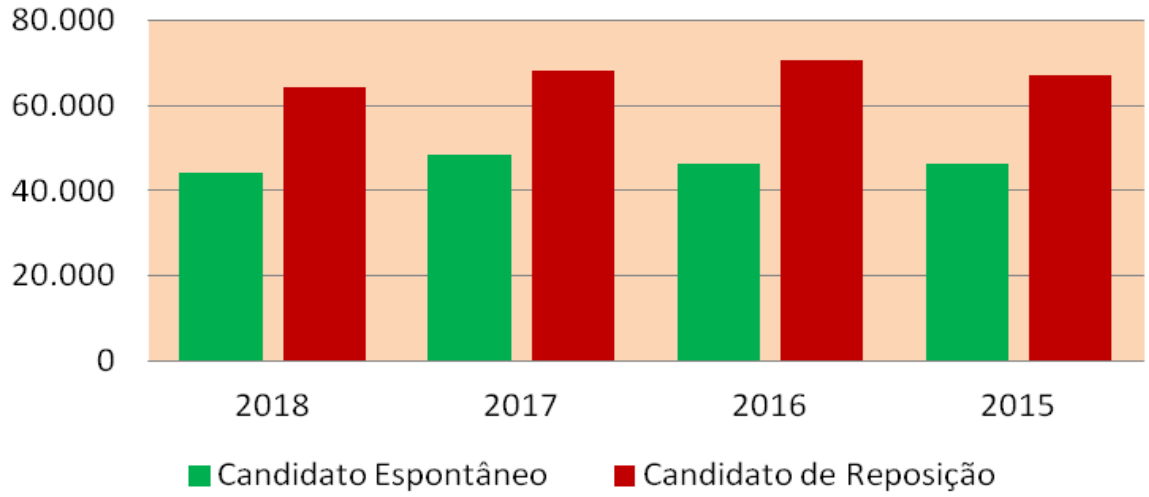
Fonte: HEMOPROD.

O maior número de coletas de sangue no estado está concentrado na primeira Regional de Saúde do Estado, onde se localiza o Hemocentro Coordenador. Atualmente, as coletas são realizadas apenas na sede do Hemocentro Recife e na Unidade de Coleta do Hospital da Restauração.

As doações podem ser classificadas em espontânea, aquela realizada de forma altruísta, e de reposição, quando o hospital e/ou hemocentro interage com os familiares dos pacientes que receberam transfusão sanguínea para encaminhar voluntários, visando repor o estoque de sangue.

Ao longo dos últimos quatro anos, o número de candidatos espontâneos à doação de sangue tem sido menor que de reposição, conforme Gráfico 102.

Gráfico 103. Candidatos à doação de Sangue por tipo.

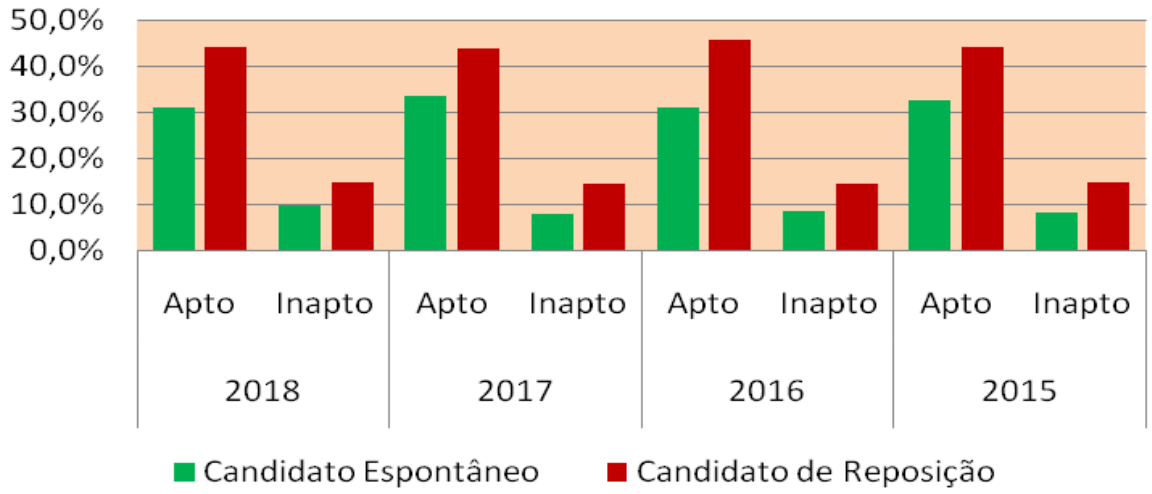


Fonte: HEMOPROD.

A Coordenação Geral do Sangue e Hemoderivados, do Ministério da Saúde, recomenda que os hemocentros estimulem as doações espontâneas, pois, além de reduzir custos para o hemocentro, contribuem para a segurança transfusional.

O candidato de reposição de estoque de sangue apresenta um quadro de saúde que muitas vezes não atende aos requisitos para a doação, sendo inaptado com mais frequência na triagem clínica, realizada antes da doação. Ver gráfico abaixo.

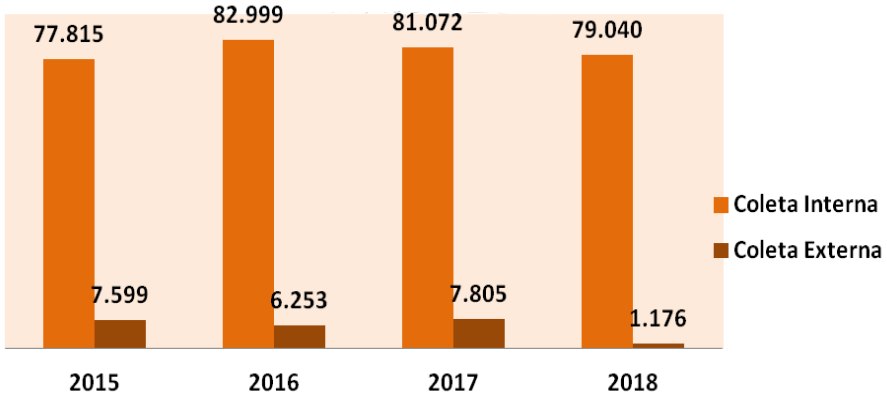
Gráfico 104. Correlação entre inaptidão e tipo de candidato 2015-2018.



Fonte: HEMOPROD.

Esta situação é impactada pelo pouco investimento em campanhas educativas para a doação de sangue e pela dificuldade de acesso ao Hemocentro Recife, hajam vistas as manifestações dos doadores, junto à Ouvidoria do Hemope, pleiteando a presença do Hemope em suas cidades/comunidades. Quando o Hemope desenvolve campanhas de doação com empresas, instituições educativas, comunidades, etc., ele se desloca até o doador, estimula as lideranças locais a se tornarem agentes multiplicadores da doação de sangue, contribuindo assim para o maior envolvimento de todos. Estabelece-se assim uma parceria entre Hemope e a Comunidade em prol da doação espontânea de sangue, que repercute positivamente para a manutenção do estoque estratégico de sangue e da segurança transfusional.

Gráfico 105. Comparativo de coleta interna e externa do hemocentro Recife 201-2018.



Fonte: Sistema SSB

PROGRAMAS PRIORITÁRIOS

3.4 PROGRAMAS PRIORITÁRIOS DA SES-PE

3.4.1. Pacto pela Saúde

Criado em 2011, o Pacto pela Saúde (PPS) é uma política pública que visa à melhoria dos serviços de saúde por meio do acompanhamento dos resultados de Pernambuco. Coordenado pela Secretaria de Planejamento e Gestão (SEPLAG), o PPS acompanha, mensalmente, os indicadores de saúde que demonstram o desempenho da rede de serviços do estado, compreendendo as ações de atenção primária e de atenção especializada ambulatorial e hospitalar.

A sistemática de acompanhamento dos resultados do Pacto é feito pelo Núcleo de Gestão por Resultados na Saúde, vinculado à SEPLAG, que monitora os principais indicadores de resultado, quais sejam: Taxa de Mortalidade por Causas Evitáveis, Taxa de Mortalidade Infantil e Taxa de Mortalidade por Acidentes de Transporte Terrestre.

Além disso, são acompanhados os seguintes indicadores de processo:

- Nas GERES: Taxa de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária, Percentual de cobertura pelas equipes de Atenção Básica, Proporção de mães com 07 ou mais consultas de pré-natal, e Proporção de municípios regulares no envio de informação sobre mortalidade;
- Nos hospitais: Taxa de Mortalidade Hospitalar, Taxa de Ocupação, Tempo Médio de Permanência, Produção Cirúrgica, Partos e Faturamento das AIHs dentro do mês de competência;
- Nas UPA: Atendimento de Urgência e Emergência;
- Da Lei Seca: Veículos Abordados, Percentual de Notificações de Alcoolemia por Abordagens, Percentual de Abordagens Realizadas, Percentual de Abordagens de Motocicletas Realizadas, Quantidade de Infrações por Tipo, e Previsão de Arrecadação com Multas Aplicadas;
- Do CEPAM: Mortalidade por Acidente de Motocicletas, e Número de Acidentados de Motocicleta Notificados**.**

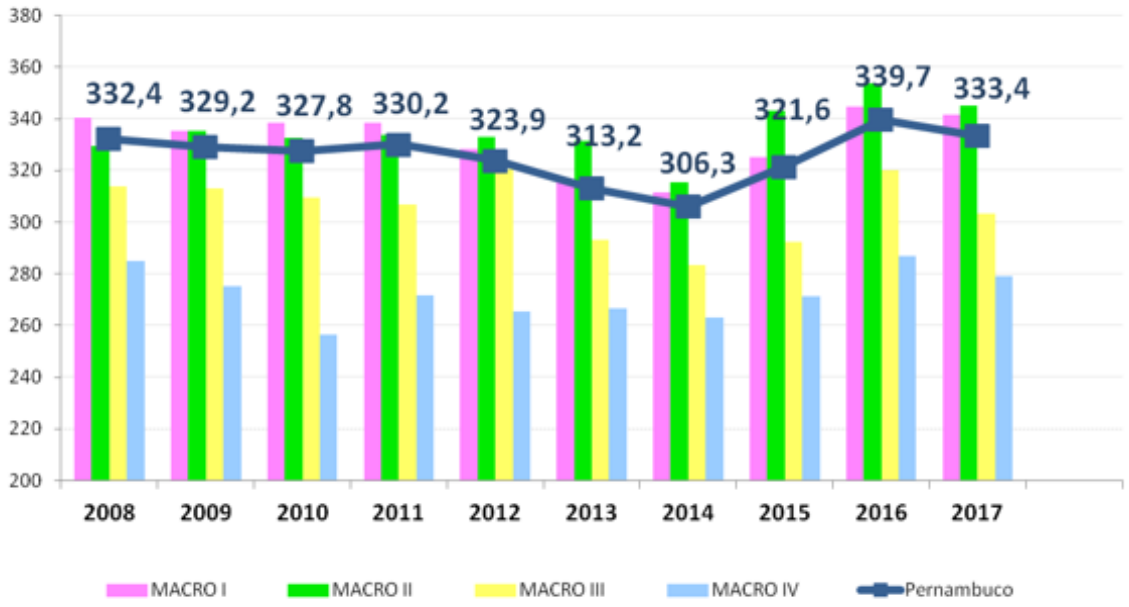
O monitoramento do Pacto pela Saúde ocorre em três níveis. No nível estratégico, tem-se a reunião do Comitê Gestor Executivo do PPS, presidida pelo Governador do Estado, que conta a participação da Secretaria de Planejamento e Gestão, da Secretaria de Saúde e demais secretarias envolvidas nos processos do Pacto. Nessa ocasião, são apresentados e discutidos os resultados das GERES e das unidades da rede estadual de saúde, buscando traçar estratégias e destravar processos a fim de melhorar os resultados.

No nível tático, têm-se as reuniões com os colegiados de GERES e de Hospitais realizadas na SES, com a presença dos gestores de GERES, diretores de Hospitais, gestores da SES e gestores governamentais da SEPLAG. Aqui são também apresentados e discutidos os resultados das GERES e das unidades da rede estadual de saúde, buscando traçar estratégias e destravar processos a fim de melhorar os resultados, além de compartilhar boas práticas e desafios enfrentados com o intuito de permitir a outras regionais ou hospitais a melhoria de sua realidade a partir das experiências das demais.

No nível operacional, são feitas reuniões com uma unidade específica (GERES ou Hospital), com a presença do gestor de GERES ou diretor do hospital, demais membros da equipe e gestores governamentais da SEPLAG, em que são apresentados e discutidos os resultados obtidos pela unidade, além de acompanhamentos das demandas geradas nas reuniões estratégicas e táticas.

Resultados

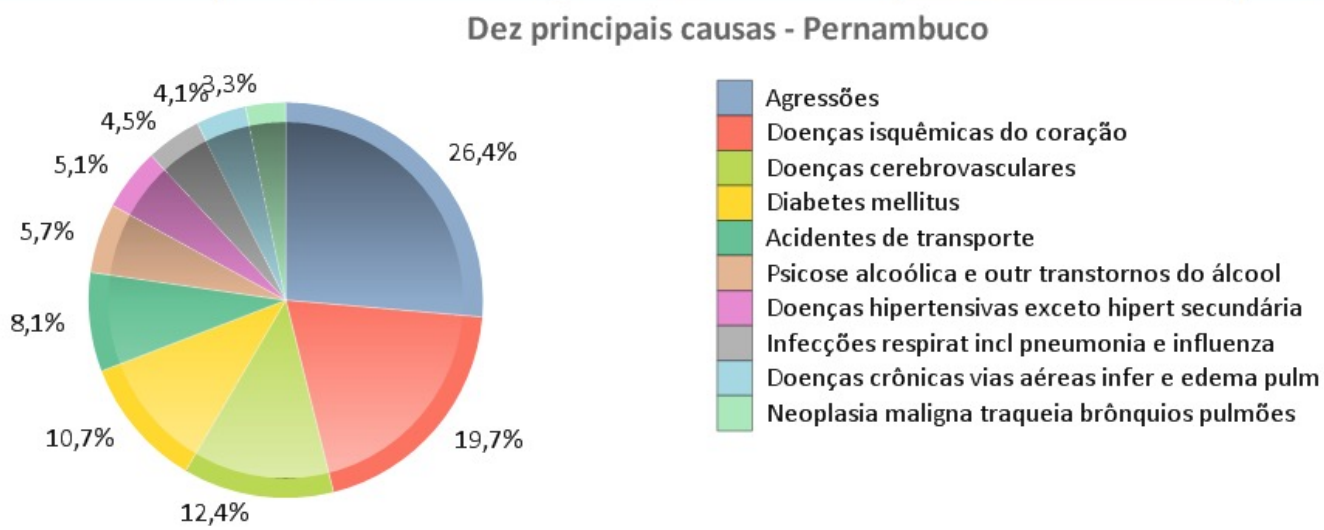
Gráfico 106. Taxa de Mortalidade por Causas Evitáveis (TMCE). Pernambuco e Macrorregiões, por 100 mil habitantes.



Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade, Ministério da Saúde.

Percebe-se que, no ano em que o Pacto pela Saúde foi inaugurado, 2011, a Taxa de Mortalidade por Causas Evitáveis girava em torno de 330,2 óbitos para cada 100 mil habitantes. Nos três anos seguintes, apresentou redução e, em 2014, apresentou o melhor resultado da série histórica, com 306,3 óbitos para cada 100 mil habitantes, o que representou uma queda de -7,2% em relação a 2011. Entretanto, em 2015, voltou a crescer e, em 2016, obteve a pior taxa dos últimos dez anos, retomando a redução da taxa em 2017.

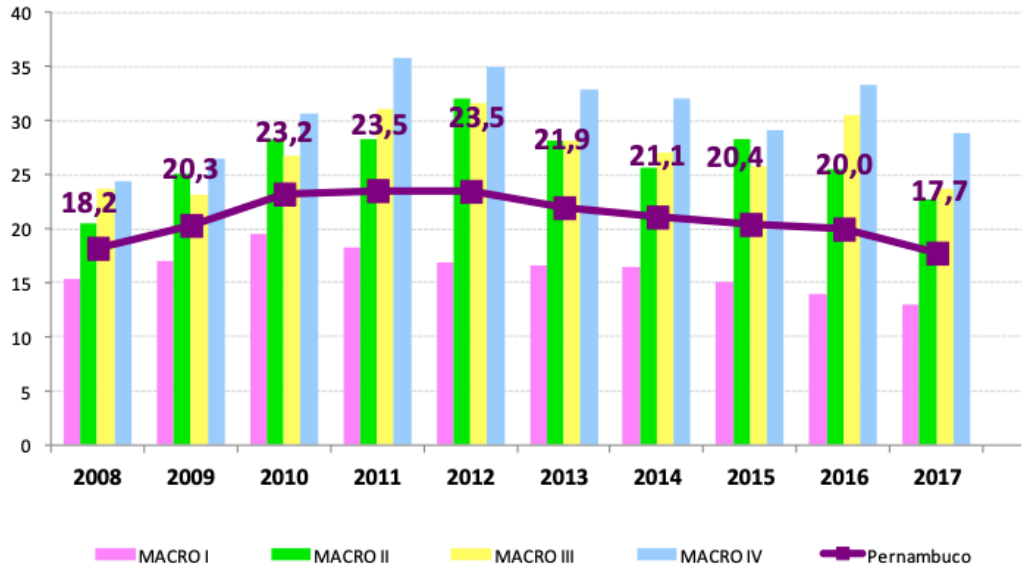
Gráfico 107. Principais Causas de Mortes Evitáveis – 0 a 74 anos – 2017.



Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade, Ministério da Saúde.

As cinco principais causas de mortes evitáveis em 2017, na faixa etária de 0 a 74 anos, foram, respectivamente: agressões (26,4%), doenças isquêmicas do coração (19,7%), doenças cerebrovasculares (12,4%), diabetes mellitus (10,7%) e acidentes de transporte (8,1%), o que demonstra a necessidade de atuação na atenção básica, com fortalecimento da promoção à saúde, como acompanhamento de hipertensos e diabéticos. Ademais, percebe-se a necessidade de atuação voltada para a redução de acidentes de transporte, tema que será abordado mais aprofundadamente nas linhas que seguem.

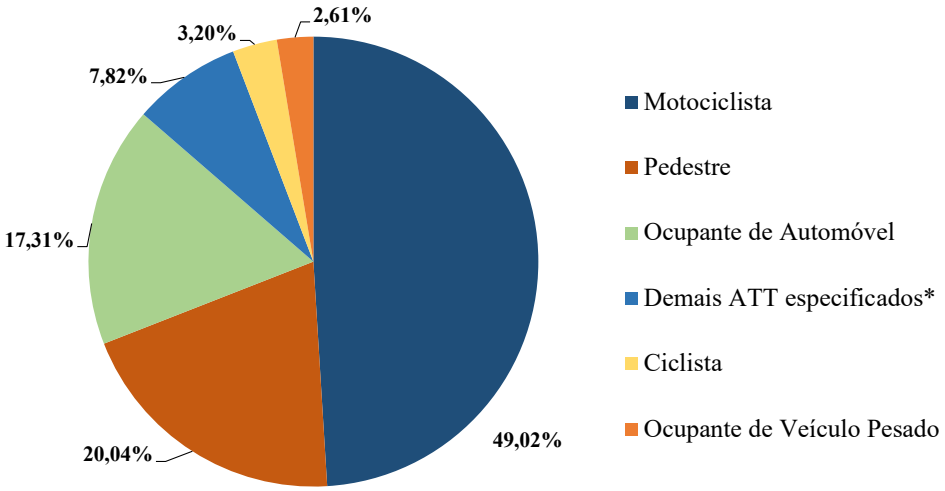
Gráfico 108. Taxa de Mortalidade por Acidentes de Transporte Terrestres. Pernambuco e Macrorregiões, por 100 mil habitantes.



Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade, Ministério da Saúde.

A Taxa de Mortalidade por Acidentes de Transporte Terrestre, a partir de 2011, vem apresentando uma constante redução. Houve queda de aproximadamente -24,7% na taxa, comparando os números de 2011 a 2017. Porém, a quantidade de óbitos por essa causa ainda preocupa, especialmente quando analisado o perfil da vítima.

Gráfico 109. Perfil dos Óbitos por Acidente de Transporte Terrestre – 2017.



Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade, Ministério da Saúde.

Observa-se que, em 2017, 49,02% dos óbitos por acidentes de transportes terrestres foram de motociclistas, segundo o Sistema de Informações sobre Mortalidade. Tomando como base os 43.178 acidentados registrados pelas Unidades Sentinelas Estaduais no ano analisado, de acordo com o banco de 13/05/2019, percebe-se que 31.326 foram decorrentes de acidentes de motocicleta (72,55%). O acidentado, em sua maioria, é do sexo masculino (78,77%) e de idade entre 20 e 29 anos (31,16%). Os dez municípios com maior incidência de acidentados neste ano são: Petrolina, Vitória de Santo Antão, Recife, Goiana, Serra Talhada, Caruaru, Ouricuri, Garanhuns, Salgueiro e Afogados da Ingazeira. Com o perfil e localidade dos acidentados, é necessário montar um plano de ação da Operação Lei Seca a fim de minimizar os casos.

Quadro 65. Indicadores Hospitalares - Média 2017.

Indicadores de Hospitais - 2017	Tempo Médio de Permanência	Taxa de Ocupação	Taxa de Mortalidade	Produção Cirúrgica	Total de Partos
Seis Grandes	**9,08**	**87,69%**	**8,36%**	**48348**	**8212**
Agamenon Magalhães	9,40	90,11%	6,44%	4187	3979
Barão de Lucena	7,34	84,70%	3,40%	3042	4233
Getúlio Vargas	9,17	93,82%	6,66%	11747	-
Otávio de Freitas	8,72	76,69%	6,87%	9538	-
Regional do Agreste	9,04	92,71%	9,98%	6156	-
Restauração	9,98	91,16%	13,49%	13678	-

Metropolitanos	**7,16**	**85,56%**	**9,92%**	**14076**	
Dom Helder Câmara	6,16	91,68%	9,00%	4962	-
Mestre Vitalino	8,73	76,95%	12,84%	2177	-
Miguel Arraes	5,66	86,73%	7,99%	5415	-
Pelópidas Silveira	8,88	90,91%	10,51%	1522	-
Regionais	**3,98**	**65,18%**	**3,31%**	**7958**	**13322**
Belarmino Correia	4,99	45,28%	4,66%	721	411
Dom Moura	4,51	80,14%	7,56%	1509	2014
Hosp. de Prazeres	4,68	58,76%	0,47%	279	968
HOSPAM	3,39	72,43%	3,61%	927	916
Hospital José Fernandes Salsa	2,66	51,03%	2,89%	2002	1139
Inácio de Sá	3,91	68,37%	2,58%	1788	2555
Jesus Nazareno	4,19	67,66%	0,63%	732	5319
Regionais OS	**4,19**	**74,15%**	**2,93%**	**11321**	**24098**
Dom Malan	5,00	80,95%	1,76%	2316	7024
Emília Câmara	3,37	42,52%	3,31%	694	884
Ermírio Coutinho	2,71	72,81%	0,32%	313	2933
Fernando Bezerra	3,89	80,70%	4,53%	3086	2360
João Murilo	4,32	54,30%	2,00%	273	2966
Ruy de Barros	3,66	88,60%	4,48%	2460	3414
Sílvio Magalhães	4,42	77,28%	3,60%	2179	4517
Especializados	**17,98**	**70,18%**	**2,97%**	**489**	**-**
Alcides Codeceira	-	74,76%	0,00%	-	-
Correia Picanço	11,85	78,42%	6,82%	-	-
Geral de Areias	5,16	66,37%	2,16%	489	-
HEMOPE	11,60	85,83%	5,10%	-	-
Hosp. da Mirueira	23,34	46,82%	0,00%	-	-
Ulysses Pernambucano	16,60	62,63%	0,18%	-	-
Vicente Gomes de Matos	-	94,44%	38,46%*	-	-

*5 óbitos e 13 saídas em 2017.

Fonte: Dados aprovados no Sistema de Informações Hospitalares, Ministério da Saúde.

Observa-se, quanto aos indicadores hospitalares, uma discrepância entre os dados aprovados pelo ministério da saúde e os informados por alguns hospitais. É necessário um trabalho de atualização periódica de dados de profissionais de saúde e de leitos no CNES, além de treinamento contínuo de faturamento hospitalar, a fim de minimizar as glosas e fornecer informações fidedignas ao Ministério da Saúde e aos

gestores estaduais para a tomada de decisão eficiente. É necessário, ainda, um olhar mais apurado sobre os custos hospitalares, a fim de otimizar os recursos recebidos pelo Ministério da Saúde e aportados pelo Governo do Estado.

Quadro 66. Produção de UPAS - Total 2017.

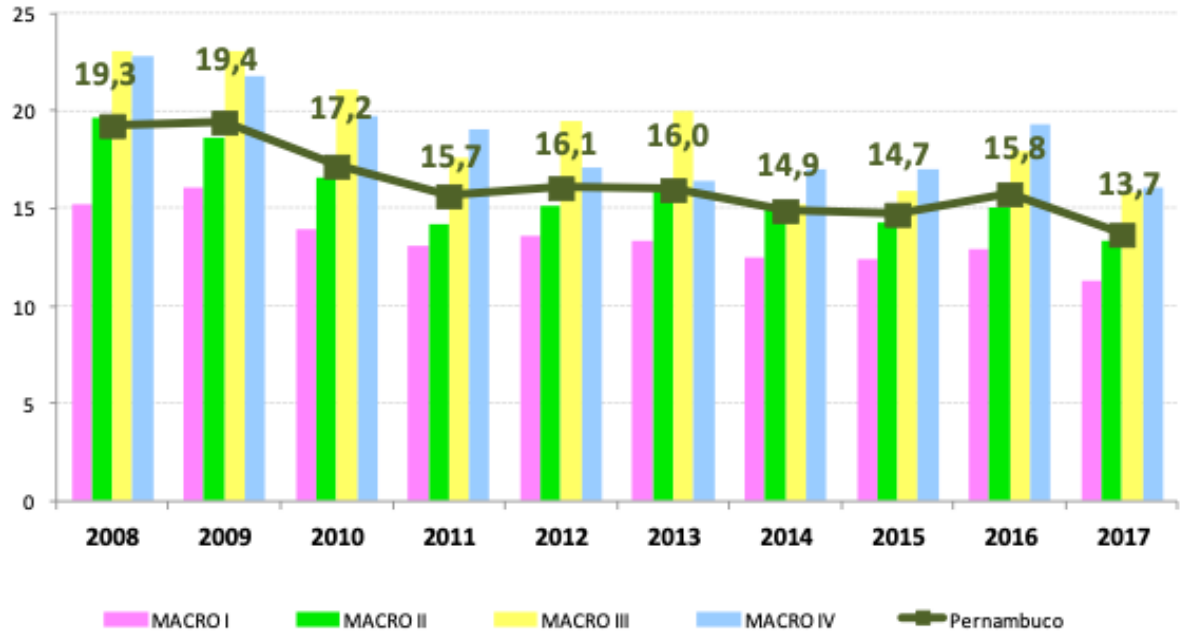
Produção* UPAS - 2017	1.830.895
Barra de Jangada	105.532
Cabo de Santo Agostinho	69.798
Caruaru	126.722
Caxangá	156.710
Curado	125.012
Engenho Velho	96.585
Ibura	131.325
Igarassu	96.386
Imbiribeira	182.985
Nova Descoberta	151.406
Olinda	131.061
Paulista	105.904
Petrolina	96.543
São Lourenço da Mata	93.971
Torrões	160.955

*Procedimentos considerados:
0301060029 Atendimento de Urgência com Observação até 24 Horas em Atenção Especializada
0301060061 Atendimento de Urgência em Atenção Especializada
0301060096 Atendimento Médico em Unidade de Pronto Atendimento
0301060100 Atendimento Ortopédico com Imobilização Provisória

Por fim, considerando a produção das UPAS, observa-se que o faturamento é realizado em tempo oportuno e com glosas mínimas, o que resulta na proximidade entre os dados aprovados pelo Ministério da Saúde e os informados pelas unidades.

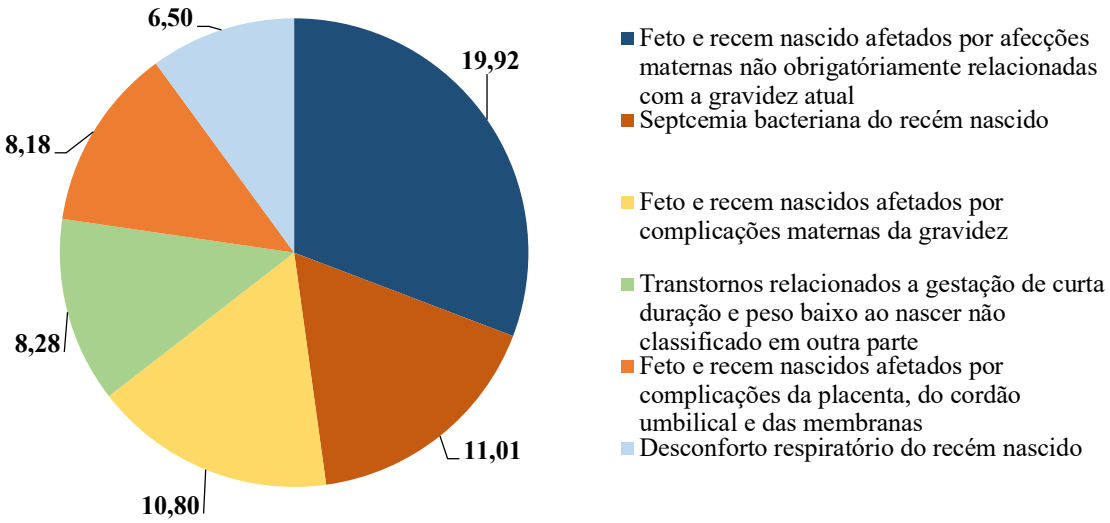
Em relação à Taxa de Mortalidade Infantil, percebe-se que, no ano do início do PPS, 2011, houve uma redução de -8,7% quando comparado ao ano anterior, com uma diferença de 17,2 óbitos infantis por 1.000 nascidos vivos em 2010 para 15,7 em 2011. O ano de 2017 foi o melhor ano da série histórica, com 13,7 óbitos infantis para cada 1.000 nascidos vivos. Comparado ao pior ano, 2009, que obteve uma taxa de 19,4, percebe-se uma redução de -29,4%.

Gráfico 110. Taxa de Mortalidade Infantil. Pernambuco e Macrorregiões, para cada 1000 nascidos vivos.



Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade, Ministério da Saúde.

Gráfico 111. Principais Causas de Mortalidade Infantil – 2017.



Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade, Ministério da Saúde.

57,36% dos óbitos infantis estão inseridos no Capítulo XVI da CID10, que corresponde às afecções originárias no período perinatal. Dentro do Capítulo mencionado, as três maiores causas de óbitos são: feto e recém-nascido afetados por afecções maternas não obrigatoriamente relacionadas com a gravidez atual (19,92%), septicemia bacteriana do recém-nascido (11,01%) e feto e recém-nascido afetados por

complicações maternas na gravidez (10,80%). Faz-se necessário o acompanhamento não somente da quantidade das consultas de pré-natal, mas também da qualidade do serviço, nele incluídos exames e consultas. Ademais, é preciso garantir uma adequada assistência na hora do parto, a fim de minimizar as complicações para a parturiente e para o bebê.

Desafios

Fortalecer a institucionalização do Pacto pela Saúde nas Geres e unidades hospitalares, bem como nos setores estratégicos da Secretaria Estadual de Saúde, de modo que as rodadas de monitoramento aconteçam com mais frequência; estabelecer uma maior aproximação com os municípios para, juntamente com as Geres, desenvolver ações de melhoria com foco na atenção básica, tendo como finalidade a redução nas taxas de mortalidades; realizar treinamentos periódicos sobre faturamento hospitalar, objetivando fornecer informações fidedignas para a tomada de decisão; e incluir indicadores de custos no PPS, a fim de obter resultados de uma forma mais eficiente.

3.4.2 Programa SANAR

A SES, por meio da Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde (SEVS), implantou em 2011, o Programa Sanar, instituído por meio do Decreto Nº 39.497/2013. O Sanar, programa de enfrentamento às doenças negligenciadas e relacionadas à pobreza, está no terceiro quadriênio. Atualmente visa reduzir ou eliminar enquanto problema de saúde pública sete doenças negligenciadas e relacionadas à pobreza (doença de Chagas, esquistossomose, filariose linfática, geo-helmintíases, hanseníase, leishmaniose visceral e tuberculose), por meio de ações estratégicas em 64 municípios prioritários.

As ações do programa enfocam o fortalecimento da vigilância e da atenção à saúde, com ênfase na atenção básica, para identificação de casos e manejo clínico, oportunos e adequados; além de realização de ações educativas e de mobilização social. Entre as principais estratégias utilizadas no programa situam-se: assessoramento técnico, tratamento em massa, campanhas e monitoramento e avaliação das ações.

Avanços

Entre 2014 e 2017, o programa Sanar alcançou avanços tais como: redução de 23% no percentual de positividade de esquistossomose nos 26 municípios prioritários; aumento de 11,5% da cobertura de tratamento nas campanhas de prevenção e tratamento das geo-helmintíases nos 108 municípios prioritários; aumento de 30,9% no número domicílios visitados e redução de 66,7% no índice de infestação vetorial da Doença de Chagas nos 19 municípios prioritários; ausência de microfilarêmicos e/ou presença abaixo do ponto de corte (positividade <1 %) nos exames de gota espessa realizados; redução de 45,2% na taxa de incidência de leishmaniose visceral nos 11 municípios prioritários; realização de assessoramento técnico para tuberculose e hanseníase em 531 unidades básicas de saúde e monitoramento de 1427 nos 15 municípios prioritários.

Para o quadriênio de 2019 a 2022, pretende-se intensificar, em 64 municípios, as estratégias para a prevenção e controle de sete doenças negligenciadas e relacionadas à pobreza, incluindo ações intersetoriais,

visando interromper o risco de transmissão vetorial da doença de Chagas; reduzir a positividade e carga parasitária da esquistossomose em áreas de alta transmissão da doença; eliminar a transmissão da filariose linfática enquanto problema de saúde pública; reduzir a carga das geo-helmintíases, hanseníase e tuberculose; reduzir a taxa de letalidade da leishmaniose visceral.

Desafios

Os principais desafios são priorização do enfrentamento às doenças negligenciadas por parte dos gestores de saúde; estruturação da rede de atenção às pessoas com doenças negligenciadas; trabalho de forma integrada entre vigilância e atenção à saúde; e promoção de ações intersetoriais com foco na mobilização social e educação em saúde, bem como na melhoria das condições socioeconômicas, ambientais e sanitárias da população.

Na tentativa de superar tais desafios e alcançar os objetivos do Programa, as suas linhas de ações são:

- Desenvolvimento de estratégias diferenciadas (com destaque para o assessoramento técnico) que qualifiquem as ações de vigilância e de manejo clínico das doenças negligenciadas nos municípios prioritários;
- Assessoramento técnico da gestão dos municípios prioritários para incluir as doenças negligenciadas entre as prioridades das agendas políticas;
- Estruturação da rede de atenção às pessoas com doenças negligenciadas;
- Intensificação de iniciativas intersetoriais para enfrentar os determinantes ambientais e sociais das doenças negligenciadas;
- Realização de ações educativas e de mobilização social para mudança de comportamento de risco para as doenças negligenciadas;
- Monitoramento e avaliação das ações do programa.

3.4.3. Programa Mãe Coruja Pernambucana

O Programa Mãe Coruja Pernambucana constitui uma Política Pública, integrada, intersetorial e descentralizada que potencializa o desenvolvimento da Primeira Infância, visando contribuir para redução da morbimortalidade materna e infantil, através da indução de políticas públicas para o empoderamento da mulher e o fortalecimento dos vínculos familiares e comunitários para a promoção do desenvolvimento humano.

Tem como objetivos específicos:

I - Contribuir para redução da morbimortalidade materna e infantil através da indução de políticas públicas;

II - Promover ações para induzir a melhoria da rede materno infantil;

III - Fomentar a cidadania através do empoderamento da mulher, das famílias e da sociedade;

IV - Fortalecer as ações de vigilância do óbito materno, infantil e fetal com foco na evitabilidade;

V - Fortalecer a intersetorialidade e a integralidade como modelo de gestão;

VI - Fortalecer os vínculos familiares e comunitários para a promoção do desenvolvimento humano;

VII - Ampliar os processos de formação e valorização dos profissionais;

VIII - Articular, fomentar e publicizar as ações estratégicas de informação, pesquisa e comunicação e arte do Programa Mãe Coruja.

O Programa foi regulamentado em outubro de 2007, através do Decreto Nº 30.859/2007 e sancionado pela Lei Nº 13.959 de 15/12/2009. Hoje o Mãe Coruja está implantado em 105 municípios e no Distrito de Fernando de Noronha, sendo 02 municípios de Gestão Municipal (Recife e Ipojuca) com Termo de Cooperação Técnica com o Estado.

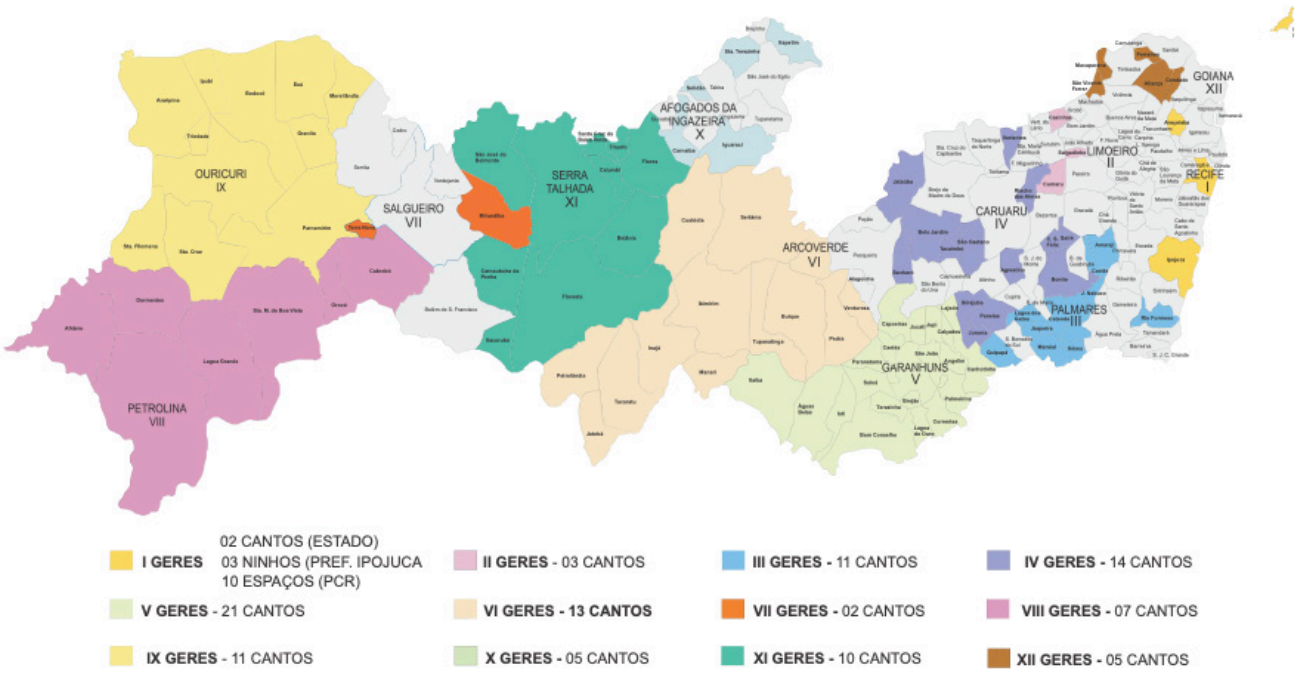
Cada município de Gestão Estadual possui um espaço físico, o Canto Mãe Coruja que conta com dois profissionais de nível superior para cadastrar e acompanhar as gestantes e seus filhos, articulando as ações das diversas secretarias estaduais, municipais, sociedade civil organizada e parceiros criando assim uma rede solidária para o cuidado integral da gestante, filho e família. Após o nascimento a criança também passa a ser acompanhada até os 5 anos de idade.

Figura 22. Canto Mãe Coruja. Pernambuco 2015.

Fonte: Iramaraí Freitas (2015) - Programa Mãe Coruja Pernambucana

Toda gestante cadastrada recebe o Álbum do Bebê que é um instrumento utilizado pelo Programa para o trabalho de fortalecimento do vínculo mãe filho e também do afeto entre familiares a partir da história construída desde a gestação utilizando fotografias da gestação e da criança com seus familiares. Contém informações sobre imunização, aleitamento materno, triagem neonatal e apresenta em figuras e textos os marcos do desenvolvimento infantil por trimestre até os 12 meses de vida.

Figura 23. Programa Mãe Coruja Pernambucana.



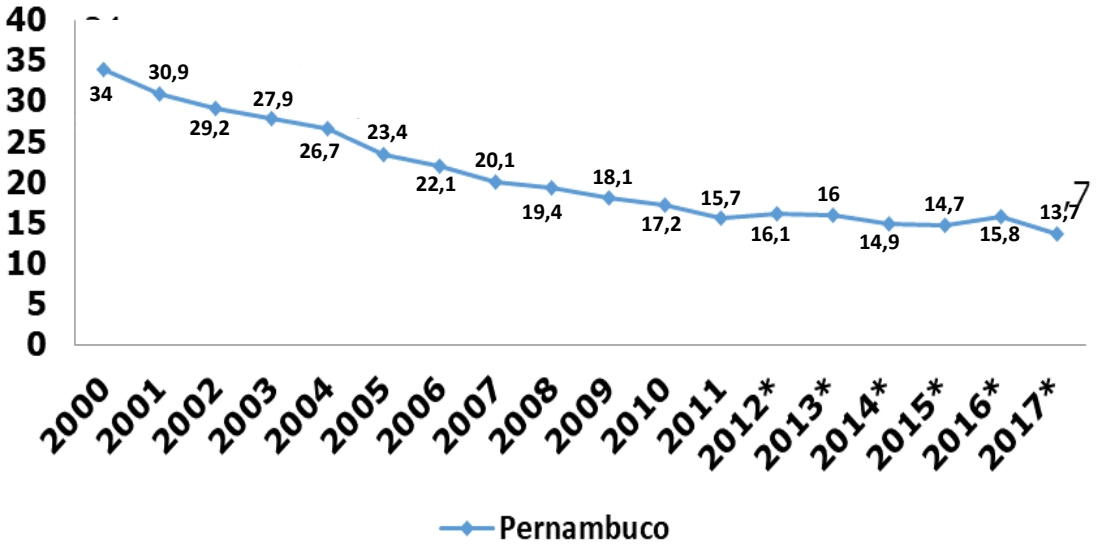
Fonte: Programa Mãe Coruja Pernambucana

Resultados

Em 2019, o Programa Mãe Coruja completa 12 anos de atividades ininterruptas, destacando-se como política pública de referência nacional para a Primeira Infância e Cuidado Materno e Infantil. Esta marca temporal o credenciou para a sistematização de sua trajetória e enfrentamento de desafios, bem como seu impacto em indicadores de saúde, tanto das gestantes quanto dos fetos, assim como no primeiro ano de vida da criança. A obra foi dividida em quatro volumes, onde o programa é analisado do ponto de vista histórico/afetivo, qualitativo, quantitativo e metodológico.

Ao longo desta trajetória, indicadores apresentaram melhorias. A Taxa de Mortalidade Infantil (TMI) caiu de 20,1 para 13,7 a cada 1.000 nascidos vivos, representando uma queda acumulada de 31,8% entre 2007 e 2017. Já a Razão de Mortalidade Materna (RMM) registrou redução de 79,6 para 66,5 a cada 100 mil mulheres entre os anos de 2007 e 2016, ou seja, uma redução de 16,4%.

Gráfico 112. Taxa de Mortalidade Infantil (por 1.000NV), Pernambuco, 2000 a 2017.



*Dados captados direto do SIM-PE, utilizando fator de correção.
Fonte: 2000 a 2011 - Fonte: IDB 2012/DATASUS/MS. Captados em: 24/02/2016. 2012 a 2017- Fonte: SIM/Sinasc/GMVEV/DG-IAEVE/SEVS - Pernambuco. Captados em: 26/06/2017, o ano de 2017 está sujeito à alteração.

O Programa acumula mais de 190.000 mil mulheres cadastradas, mais de 200.000 mil gestações e mais de 150 mil crianças acompanhadas (SIS Mãe Coruja, 2019).

Figura 24. Secretarias participantes.

Fonte: Programa Mãe Coruja Pernambucana

Também contabiliza a entrega de kits do Bebê (acessórios de vestuário e higienização da criança), capacitação de mulheres e/ou familiares em cursos de qualificação profissional (Qualifica Mãe Coruja) para geração de renda alternativa e nos Círculos de Educação e Cultura (CEC), onde ocorrem ações de empoderamento familiar e incentivo ao letramento com o objetivo de retorno à educação formal. Bem como a oferta do "Mãe Coruja Amamenta e Alimenta" que são oficinas realizadas pelas Secretarias de Desenvolvimento Social, Criança e Juventude/Superintendência de Segurança Alimentar e a Secretaria de Trabalho, Emprego e Qualificação com a finalidade de capacitar multiplicadores nos municípios para a promoção do aleitamento materno exclusivo até os seis meses de idade e a alimentação saudável.

O Sistema de informação (SIS Mãe Coruja) permite acompanhar e monitorar as ações do programa, identificar e visualizar o panorama situacional e os encaminhamentos dos profissionais dos Cantos Mãe Coruja, que recebeu o prêmio Excelência em Governo Eletrônico 2017, na categoria e-Administração Pública, que avaliou projetos na área de Tecnologia da Informação e Comunicação, durante o Seminário Nacional de TIC para a Gestão Pública (Secop) 2017.

Avanços

- Implementação do Plano Operativo para redução da mortalidade infantil em parceria com a Secretaria de Saúde;
- Participação na discussão do convênio da Secretaria Estadual de Saúde com a OPAS, para implementação da Rede Materno Infantil de Pernambuco (obstétrica e neonatal) e na Rede do Câncer do Colo de Útero.
- Implementação do Plano de Desenvolvimento Infantil;
- Contribuição para a implantação do Programa Criança Feliz;
- Apoio para Formação dos profissionais (Neurociência, desenvolvimento infantil, SIS Mãe Coruja, vigilância do óbito materno e infantil, motivação e liderança no serviço público, inteligência emocional);
- Construção da Identidade Organizacional do Programa Mãe Coruja;
- Implementação do SIS Mãe Coruja.

Desafios

- Contribuir para a reestruturação da Rede Materna e Infantil em todos os níveis de atenção (pré-natal, parto, puerpério, atenção ao recém-nascido e no desenvolvimento infantil);
- Fortalecer os Grupos técnicos de investigação de óbitos materno, fetal e infantil nos municípios;
- Fortalecer o acompanhamento das gestantes e crianças das áreas vulneráveis;
- Fortalecer as ações intersetoriais do Programa.

3.4.4. Projeto Boa Visão

O Projeto Boa Visão (PBV), iniciativa do Governo do Estado de Pernambuco, foi instituído através da Lei Estadual 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, de Educação e o Laboratório Farmacêutico do Estado de Pernambuco (LAFEPE).

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 baixa visão afeta o comportamento social, a confiança, a independência e o aprendizado desses escolares. Nesse sentido, o Projeto tem como objetivos:

I - Identificar problemas visuais, relacionados à refração, na população-alvo do Projeto, composta por grupos alunos matriculados na rede pública de ensino médio e fundamental, docentes e servidores das escolas da rede estadual de ensino;

II - Propiciar condições de saúde ocular favoráveis ao aprendizado da população-alvo, melhorando o rendimento escolar dos estudantes do ensino público médio e fundamental, de forma a reduzir as taxas de evasão e repetência, bem como o desenvolvimento profissional de docentes e funcionários da rede;

III - Viabilizar assistência oftalmológica com fornecimento de óculos, nos casos de erro de refração para a população-alvo do Projeto; e

IV- Identificar e garantir a referência para serviços especializados nos casos que necessitem de intervenções de média e alta complexidade em Oftalmologia.

A triagem de acuidade visual dos alunos é realizada no próprio ambiente escolar pelos servidores das escolas que são capacitados e recebem informações sobre os principais agravos que acometem a visão. Nos casos suspeitos, os triadores podem encaminhar os estudantes para consultas oftalmológicas.

Quadro 67. Avanços do Projeto Boa Visão.

Quantitativo	Ação	Ano
8	Interiorização das ações no estado, Unidades em parceria com as Unidades Pernambucanas de Atenção Especializada	2015
105.635	Consultas Oftalmológicas realizadas em alunos matriculados na rede pública de ensino médio, fundamental, EJA e Travessia, docentes e servidores das escolas da rede estadual de ensino	2018
67.098	Óculos corretivos entregues a alunos matriculados na rede pública de ensino médio, fundamental, EJA e Travessia, docentes e servidores das escolas da rede estadual de ensino	2018
Mais de 1600	Profissionais capacitados para desenvolver a triagem da acuidade visual no ambiente escolar	2019
12.874	Consultas oftalmológicas realizadas nos Multirões realizados em Caruaru, Arcoverde, Salgueiro e Garanhuns	2014-2017
7.769	Óculos corretivos entregues nos Multirões realizados em Caruaru, Arcoverde, Salgueiro e Garanhuns	2014-2017

Fonte: Coordenação do Projeto Boa Visão, setembro/2019.

Desde sua implantação em 2012, o Projeto já realizou 105.635 consultas oftalmológicas e 67.098 óculos corretivos prescritos em todo o estado.

Reconhecemos como desafios a ampliação de recursos orçamentários para fornecimento de óculos corretivos, admissão de recursos humanos para subsidiar a implementação das ações do Projeto Boa Visão e implantação do Sistema de Informação do Projeto Boa Visão (SIS-PBV) nas UPAEs com adequada alimentação.

3.4.5. Políticas de Práticas Integrativas e Complementares

A Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) foi instituída pelo Ministério da Saúde através da Portaria Nº 971, em 3/5/2006. Esta política, de caráter nacional, recomenda a adoção pelas Secretarias de Saúde dos Estados e dos Municípios, da implantação, implementação das ações e serviços relativos às Práticas Integrativas e Complementares.

As Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) atuam na promoção, prevenção de agravos, manutenção e recuperação da saúde baseadas em um modelo de atenção humanizado e centrado na integralidade do indivíduo, contribuindo para o fortalecimento dos princípios fundamentais do SUS. Tais práticas corroboram, portanto, para a integralidade da atenção à saúde e requerem por isso a interação das ações e serviços existentes no SUS. Ampliam também a oferta de ações de saúde no SUS no qual as abordagens terapêuticas contribuem para a ampliação da corresponsabilidade dos indivíduos pela própria saúde, o que aumenta o exercício da cidadania e da autonomia no processo de cuidado.

Dados do MS indicam o crescimento da utilização das PICS em todo o território nacional, em outubro de 2008, havia 967 estabelecimentos de saúde ofertando alguma prática integrativa e este número chegou a 8.200 Unidades Básicas de Saúde em 2017. Todavia, esses estabelecimentos estão concentrados em 3.018 dos municípios do Brasil, ou seja, 54% do total, contemplando 100% das capitais. Na rede de serviços, estão distribuídos da seguinte forma: 78% na Atenção Básica, 18% na Atenção Especializada e 4% na Atenção Hospitalar (BRASIL, 2018).

Em Pernambuco, dados de 2018, relatam que mais de 65% da Atenção Básica utilizam algum tipo de PICS e demandas sobre sua implantação/implementação são frequentemente registradas em Conferências Municipais, Congressos Acadêmicos - Internacional, Nacional e Estaduais.

Desafios:

a. Divulgar e sensibilizar as PICS para gestores, trabalhadores e cidadãos;

b. Ampliar o acesso às PICS no SUS;

c. Integrar às PICS na Rede de Atenção à Saúde;

d. Ampliar o número de profissionais de saúde que ofertam PICS;

e. Elaborar a Política Estadual de Práticas Integrativas e Complementares (PEPICs).

f. Rediscutir o paradigma de cuidado.

Nesse sentido, algumas ações vêm sendo tomadas:

a. Incorporação da Coordenação das Práticas Integrativas e Complementares na Atenção Primária.

b. Participação efetiva no Comitê de Equidade e Educação Popular – espaço para construção da política Estadual das Práticas Integrativas e Complementares.

c. Projeto de Cooperação Horizontal criado em 2018, onde, após pactuação em CIB de quais municípios seriam cooperados, capacitação na implantação e ou implementação das PICS e NASF (Núcleo Ampliado de Saúde da Família) conforme as diretrizes do Ministério da Saúde.

Inúmeras experiências bem-sucedidas no SUS vêm sendo desenvolvidas principalmente na atenção primária, evidenciando os benefícios da adoção das práticas integrativas que vão desde a mudança de foco, da doença para a saúde, até o uso de tecnologias leves que podem ser incorporadas pelos pacientes no seu cotidiano, aumentando a capacidade do autocuidado, tanto para os trabalhadores da saúde quanto para os usuários.

Nesse sentido, as PICS guardam uma potência, enriquecedoras da clínica, da promoção da saúde e sustentabilidade das comunidades (CAVALCANTI et. al. 2014), fundamentais no alcance da universalidade, equidade e integralidade.

3.4.6. Monitoramento da Síndrome Congênita do Zika Vírus

Em outubro de 2015 a rede materno-infantil comunicou à SES-PE a ocorrência do aumento de recém-nascidos com microcefalia a partir de agosto do mesmo ano. Foram observados 29 casos, alertando para a possibilidade de epidemia no estado, visto que a mediana era de nove casos nos quatro anos anteriores. Diante desse cenário, em outubro do mesmo ano, foi instituída a notificação compulsória e imediata desse evento à SES-PE (Nota técnica SEVS/DGCDA Nº 43/15).

Considerando se tratar de um evento inusitado e sem precedentes no mundo, o Estado de Pernambuco desencadeou ações de vigilância, assistência e resposta rápida por meio da elaboração dos protocolos clínicos e epidemiológicos; criação e implantação do Núcleo de Apoio às Famílias de Crianças com Microcefalia (NAFCM); articulação, definição e ampliação da Rede; elaboração de Informes técnicos; acompanhamento dos casos notificados; identificação das lacunas assistenciais; acompanhamento dos casos nas referências e realização de mutirões regionalizados.

O acompanhamento dos dados epidemiológicos e assistenciais indicaram as necessidades de adequações da rede e de ações intersetoriais junto à assistência social e a educação. Considerando que as

necessidades das crianças e famílias transpõem o acompanhamento em saúde, a Secretária Estadual de Saúde acompanha indicadores de assistência do Benefício de Prestação Continuada (BPC) e a inclusão das crianças em escola/creche.

Na Tabela 18 pode-se observar que 92,2% dos casos confirmados estão em reabilitação. Na VII Região de Saúde, dentre os quatro casos confirmados, apenas dois estão em reabilitação, pois os demais não apresentam alteração no desenvolvimento, apesar de atenderem aos critérios de confirmação para SCZ.

Tabela 18. Distribuição dos casos notificados de SCZ por Região de Saúde, segundo classificação final e acompanhamento assistencial, SE 30/2015 à SE 17/2019, Pernambuco.

Geres	Notificados	DESCARTADOS			CONFIRMADOS										
		Total	Em ESF	%	Total	Em Reabilitação	%	Em serviços especializados	%	Em ESF	%	Recebendo BPC	%	Em Escola/ Creche	%
I	1024	740	236	31,9	219	200	91,3	188	85,8	155	70,8	139	63,5	35	16,0
II	108	81	71	87,7	25	25	100,0	25	100,0	25	100,0	22	88,0	10	40,0
III	115	95	78	82,1	17	17	100,0	17	100,0	17	100,0	13	76,5	3	17,6
IV	299	227	177	78,0	65	62	95,4	62	95,4	58	89,2	55	84,6	9	13,8
V	217	197	139	70,6	11	11	100,0	11	100,0	11	100,0	10	90,9	1	9,1
VI	143	112	103	92,0	26	24	92,3	24	92,3	26	100,0	23	88,5	3	11,5
VII	40	34	29	85,3	4	2	50,0	3	75,0	4	100,0	2	50,0	1	25,0
VIII	52	39	31	79,5	13	12	92,3	12	92,3	9	69,2	10	76,9	9	69,2
IX	133	108	68	63,0	19	13	68,4	16	84,2	16	84,2	16	84,2	1	5,3
X	106	101	61	60,4	3	3	100,0	3	100,0	3	100,0	3	100,0	0	-
XI	76	65	44	67,7	7	7	100,0	7	100,0	7	100,0	7	100,0	3	42,9
XII	111	93	87	93,5	16	16	100,0	16	100,0	16	100,0	16	100,0	1	6,3
Total	**2424**	**1892**	**1124**	**59,4**	**425**	**392**	**92,2**	**384**	**90,4**	**347**	**81,6**	**316**	**74,4**	**76**	**17,9**

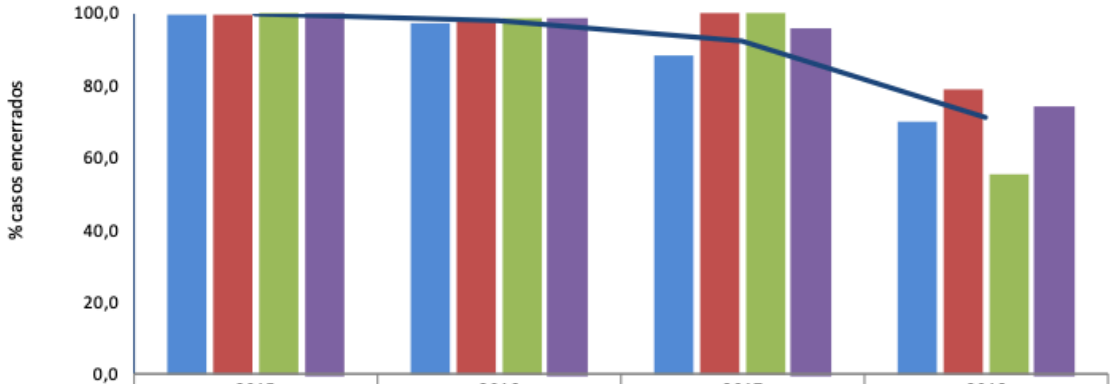
Fonte: RESP/NAFCM/SEVS/SES-PE

Resultados

No período compreendido entre agosto de 2015 e dezembro de 2018 foram notificados à Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco 2.632 casos da Síndrome Congênita do Zika Vírus (SCZ), destes 2.514 (95,5%) foram encerrados (confirmados, descartados ou inconclusivos), superando a meta proposta (50,0%).

Analisando o encerramento dos casos por Macrorregião de Saúde, observou-se que o indicador proposto foi alcançado nas quatro macrorregiões no período estudado, conforme Gráfico 113.

Gráfico 113. Percentual de encerramento dos casos notificados, segundo Macro Região de Saúde, SE 30/2015 a SE 52/2018, Pernambuco.

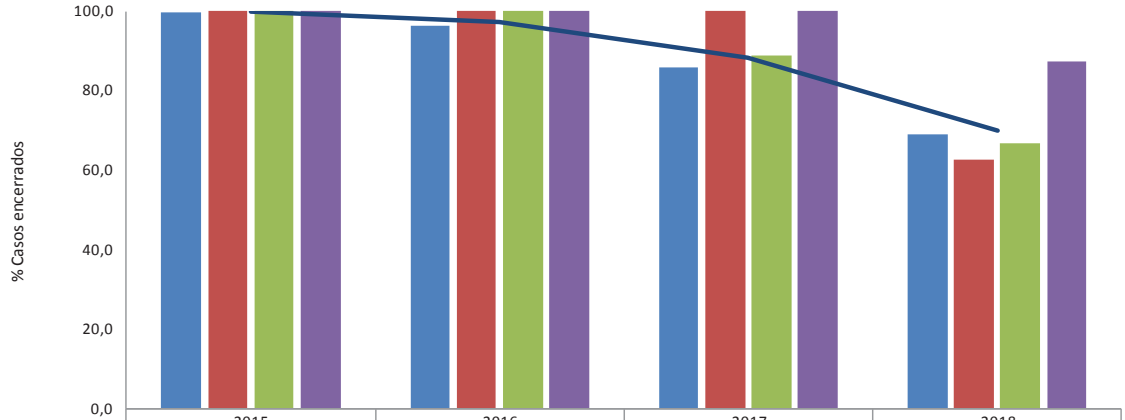


	2015	2016	2017	2018
Macro 1	99,9	97,2	88,4	69,9
Macro 2	99,6	98,4	100,0	78,8
Macro 3	100,0	98,8	100,0	55,6
Macro 4	100,0	98,8	95,8	74,4
Pernambuco	99,8	97,9	92,3	71,1

Nota 1: Dados sujeitos a alterações, atualizados até 04/04/19.
Fonte: RESP /SEVS/SES-PE.

A análise por Região de Saúde mostra que 11 regiões superaram a meta proposta em todos os anos, ficando abaixo apenas a XI Regional (25,0%) no ano de 2018. Quando analisado o indicador ao longo dos anos, observa-se que em 2018 houve redução quando comparado aos anos anteriores (Gráficos 114 a 117). Tal situação pode ser justificada pelo fato de ser necessário um longo período (cerca de 180 dias) para encerramento dos casos. Uma vez que, apesar da ampliação na Rede de Assistência à Saúde do Estado desde o início da epidemia, ainda existem várias lacunas, sendo necessário avançar no que diz respeito à contratação e qualificação de médicos especialistas e a descentralização da rede de diagnóstico (clínico, laboratorial e de imagem), principalmente para o interior do estado.

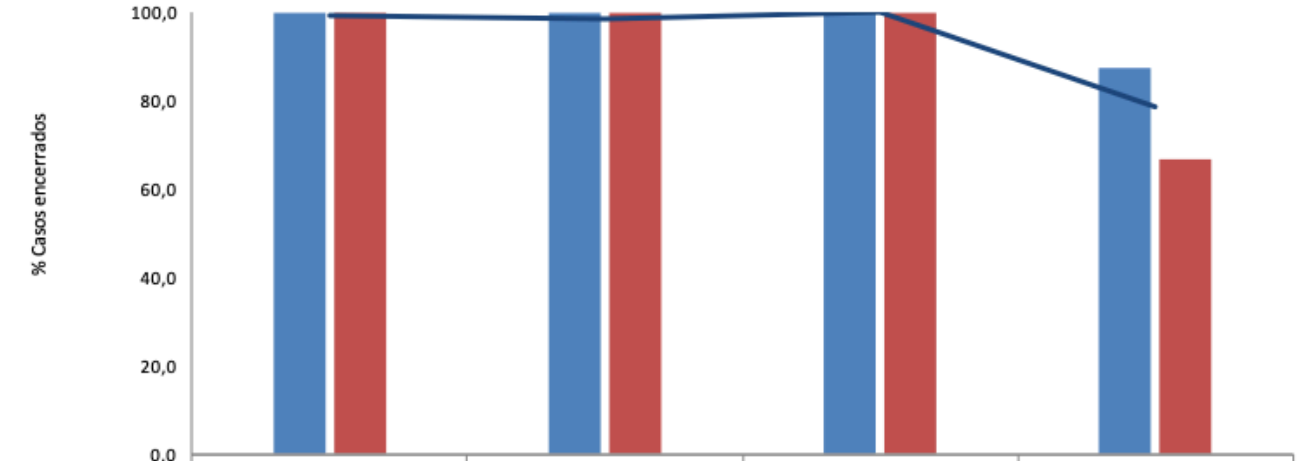
Gráfico 114. Percentual de encerramento dos casos notificados da I Macrorregião de Saúde, segundo Geres de Residência, SE 30/2015 a SE 52/2018, Pernambuco.



	2015	2016	2017	2018
I Geres	99,8	96,4	85,9	69,1
II Geres	100,0	100,0	100,0	62,5
III Geres	100,0	100,0	88,9	66,7
XII Geres	100,0	100,0	100,0	87,5
Macro 1	99,9	97,2	88,4	69,9

Nota: Dados sujeitos a alterações, atualizados até 04/04/19.
Fonte: RESP/ SEVS/SES-PE.

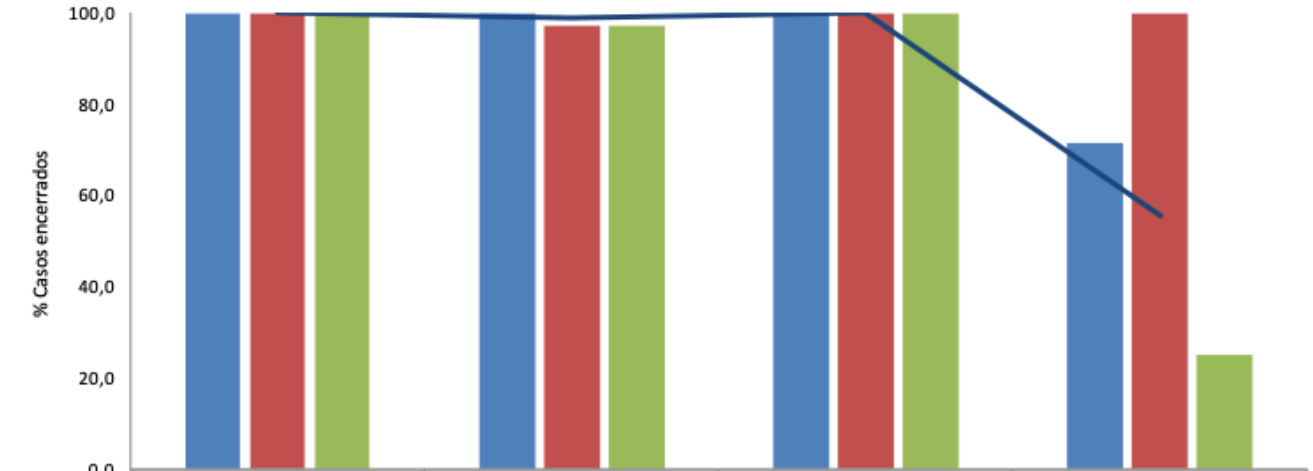
Gráfico 115. Percentual de encerramento dos casos notificados da Macrorregião de Saúde 2, segundo Geres de Residência, SE 30/2015 à SE 52/2018, Pernambuco.



	2015	2016	2017	2018
IV Geres V Geres	100,0	100,0	100,0	87,5
V Geres	100,0	100,0	100,0	66,7
Macro 2	99,6	98,4	100,0	78,8

Nota: Dados sujeitos a alterações, atualizados até 04/04/19.
Fonte: RESP/ SEVS/SES-PE.

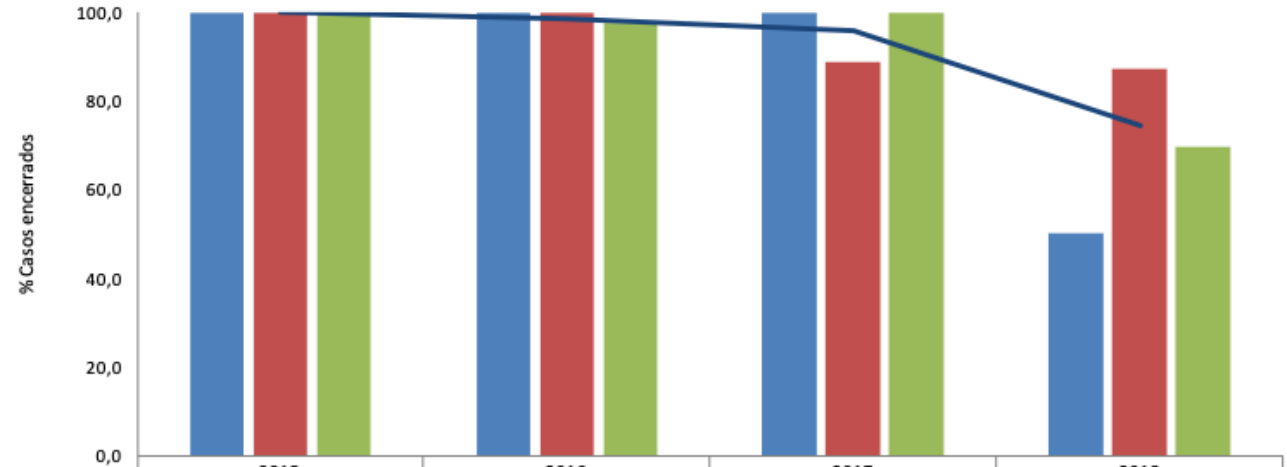
Gráfico 116. Percentual de encerramento dos casos notificados da Macrorregião de Saúde 3, segundo Geres de Residência, SE 30/2015 à SE 52/2018, Pernambuco.



	2015	2016	2017	2018
VI Geres	100,0	100,0	100,0	71,4
X Geres	100,0	97,0	100,0	100,0
XI Geres	100,0	97,1	100,0	25,0
Macro 3	100,0	98,8	100,0	55,6

Nota: Dados sujeitos a alterações, atualizados até 04/04/19.
Fonte: RESP/ SEVS/SES-PE.

Gráfico 117. Percentual de encerramento dos casos notificados da Macrorregião de Saúde 4, segundo Geres de Residência, SE 30/2015 à SE 52/2018, Pernambuco.



	2015	2016	2017	2018
VII Geres	100,0	100,0	100,0	50,0
VIII Geres	100,0	100,0	88,9	87,5
IX Geres	100,0	97,6	100,0	69,6
Macro 4	100,0	98,8	95,8	74,4

Nota: Dados sujeitos a alterações, atualizados até 04/04/19.
Fonte: RESP/ SEVS/SES-PE.

Avanços

- Ampliação da rede assistencial de 2 serviços de referência em 2015 para 34 em 2019;
- Monitoramento de modo regionalizado dos 2520 casos vivos notificados para Síndrome Congênita do Zika Vírus;
- Redução do percentual de casos em investigação de 87,2% em 2015 para 4,5% em 2018, considerando o total de casos notificados.
- Incorporação do medicamento Levetiracetam (Keppra) tornando-se o primeiro estado brasileiro a dispensar para 84 crianças o anticonvulsivante pelo SUS;
- Realização de 11 formações para 2.696 profissionais que atuam na atenção primária, na reabilitação e nos serviços de urgência e emergência;
- Realização de 11 Mutirões para diagnóstico, onde foram atendidas 619 crianças;
- Realização de 4 mutirões nas especialidades de Ortopedia e Gastropediatria com 212 crianças atendidas nos municípios de Caruaru e Petrolina;
- Realização de 7 mutirões para infusão de Toxina Botulínica com 118 crianças atendidas;
- Realização de 7 mutirões de exames de videofluoroscopia, onde foram atendidas 40 crianças;
- Realização de cirurgias ortopédicas em 47 crianças.

Desafios

- Garantir oportunidade de encerramento (180 dias) dos casos e óbitos da SCZ;
- Classificar 100% das crianças em investigação notificados entre os anos de 2015 e 2017;
- Sensibilizar os profissionais das Unidades de Saúde quanto à notificação de casos suspeitos de SCZ, por meio de reuniões técnicas periódicas;
- Monitorar 100% das crianças suspeitas e confirmadas e informar através das planilhas estaduais os seguimentos assistenciais;
- Capacitar 100% das equipes de NASF em formação para estimulação precoce;
- Capacitar em matriciamento 50% dos profissionais da rede da atenção primária (USF e NASF);
- Adquirir equipamento de videofluoroscopia para o Hospital Agamenon Magalhães;
- Oferecer exame de videofluoroscopia na rede própria ou conveniada;
- Descentralizar a rede de ortopedia pediátrica para o interior do Estado;
- Ampliar convênio para realização de cirurgias ortopédicas;
- Sistematizar e efetivar a troca de informações das crianças acompanhadas;
- Regularizar oferta do medicamento Sabril na Farmácia de Pernambuco;
- Instituir espaço intersetorial entre as Secretarias Estaduais de Saúde e Educação para discussão e monitoramento das ações quanto à inserção das crianças na escola/creche;
- Instituir espaço intersetorial entre as Secretarias de Saúde e Desenvolvimento Social, Criança e Juventude para discussão e monitoramento das ações quanto ao acesso aos direitos sociais.

RECOMENDAÇÕES DA 9ª CONFERÊNCIA ESTADUAL DE SAÚDE

4. RECOMENDAÇÕES DA 9ª CONFERÊNCIA ESTADUAL DE SAÚDE

1. Fortalecimento da Atenção Primária com a implantação de novas Unidades Básicas de Saúde, com expansão da Estratégia de Saúde da Família para 100% de cobertura em todos os municípios.

2. Dispor e garantir material de trabalho para os profissionais das unidades de saúde da família, sobretudo o uso de Equipamento de proteção individual e EPC para Agente Comunitário de Saúde e Agente de Combate a Endemias, garantindo sala de apoio dentro das unidades de saúde para as duas categorias.

3. Promover e realizar fórum estadual e anual ampliado para os municípios apresentarem suas experiências exitosas na Atenção Primaria.

4. Promover mostras de saúde para promoção e fortalecimento da AB a nível regional.

5. Fortalecer a execução efetiva da referência e contra referência da Rede de Atenção à Saúde em todas as regionais.

6. Garantir e fortalecer as equipes de ESF na atenção básica, a partir de concursos públicos, planos de cargos, carreiras e vencimentos, vinculação de ACS na equipe e, assim, respeitar as especificidades do território.

7. Apoiar e garantir recursos do Estado para adequação e reforma de unidades de saúde da família, garantindo acessibilidade à pessoa com deficiência e atendimento às necessidades da população.

8. Garantir a construção de academias da saúde por município, aumentando o repasse financeiro de acordo com a necessidade do território, com área coberta para funcionamento independente das condições climáticas.

9. Garantir a construção de academias da saúde por município, insumos e recursos humanos, de acordo com a necessidade do território contemplando as populações do campo, das florestas e das águas com área coberta para funcionamento independente das condições climáticas.

10. Garantir a interlocução da saúde com a secretaria responsável para priorizar e garantir a efetivação

de saneamento básico em todos os municípios do Estado.

11. Priorizar e garantir a efetivação de saneamento básico de todos os municípios do Estado, priorizando os municípios banhados por rios e afluentes.

12. Reativar o Programa Chapéu de Palha nas regiões de saúde

13. Reativar o Programa Chapéu de Palha, respeitando as especificidades regionais, de gênero e geracional.

14. Garantir a ampliação dos recursos necessários para a implementação da Política nacional de saúde do homem com adoção de horário alternativo para atender a essa população.

15. Garantir pela Lei Rute Brilhante nº 13.595/2018 a formação técnica de um curso específico para os Agentes Comunitários de Saúde e Agentes de Combate a Endemias e curso de libras para todos os profissionais da Atenção Básica.

16. Formação técnica específica e educação continuada para os Agentes Comunitários de Saúde e Agentes de combate a endemias.

17. Inserção da coordenação de saúde mental municipal na Atenção Básica com garantia de capacitação permanente a todos os profissionais.

18. Criar a coordenação de saúde mental nos municípios onde ainda não existe de modo que garanta um trabalho articulado com os outros níveis de atenção.

19. Criar a coordenação de saúde bucal nos municípios onde ainda não existe de modo que garanta um trabalho articulado com os outros níveis de atenção, garantindo o exercício desta função por cirurgião dentista.

20. Garantir o pagamento do repasse do incentivo adicional dos ACS e ACEs em todos os municípios do estado conforme a lei 12.994/2014.

21. Apoiar os municípios na transição de PACs para ESF, reestruturando as USF conforme mapeamento.

22. Desenvolver plataforma digital de construção de conhecimento e aprendizado, a partir das experiências de cada profissional da AB, incluindo as equipes de NASF – AB, Consultório na Rua, PAC, equipes de PICS e CAPS.

23. Garantir a autonomia do profissional enfermeiro da Estratégia de Saúde da Família, na sua prática

profissional, na assistência aos programas, doenças crônicas, regulamentadas na sua Lei do Exercício Profissional.

24. Realizar permanentemente monitoramento e avaliação quantitativa e qualitativa das ações e serviços em toda rede de atenção em saúde, com ênfase nos indicadores epidemiológicos e socioeconômicos com objetivo de melhoria na qualidade de vida dos cidadãos.

25. Garantir a integralidade como modelo de atenção à saúde fortalecendo a APS por meio de articulação da RAS.

26. Pactuação entre governo estadual com a esfera federal a manutenção da abertura contínua do edital do programa mais médicos até que todas as vagas ociosas sejam preenchidas.

27. Instituir uma Política de Incentivo Financeiro com implantação de Piso Salarial mediante as categorias profissionais dentro da Atenção Primária.

28. Instituir uma Política de Incentivo Financeiro com financiamento tripartite para implantação de Piso Salarial mediante todas as categorias profissionais dentro da Atenção Primária.

29. Revisar a Lei de Responsabilidade Fiscal, onde seja contabilizado o mínimo dos 54%, excetuando os profissionais da atenção básica.

30. Revisar a Lei de Responsabilidade Fiscal, onde seja considerado o limite mínimo dos 54%, excetuando os profissionais de atenção básica que devem ser admitidos por meio concurso público.

31. Garantir recursos estaduais para a implantação e funcionamento do prontuário eletrônico, garantindo a unificação do banco de dados com sistema de referência e contra referências municipais, estaduais e regionais, incluindo os sistemas das UBS, na média e alta complexidade e dos tablets dos ACS e ACEs.

32. Implantar e garantir recursos estaduais para o funcionamento do prontuário eletrônico com sistema de referência e contra referências municipais, estaduais e regionais, incluindo os sistemas das UBS e das USF e dos tablets e smartphones dos ACS e ACEs, garantindo a unificação do banco de dados.

33. Criar encontros estaduais de NASF's com o objetivo de garantir o apoio matricial evitando o modelo ambulatorial.

34. Fortalecer o NASF através da garantia de obrigatoriedade da cobertura 100% de Nasf em todos os municípios, respeitando o número máximo de ESF por equipe NASF; de concursos públicos e de equipes multiprofissionais; de espaços de educação permanente para trabalhadores desta equipe e de reuniões de categoria e criar encontros estaduais e municipais de NASF's com o objetivo de garantir o apoio matricial, evitando o modelo ambulatorial.

35. Promover mostras de saúde para promoção e fortalecimento da AB a nível regional.

36. Implantar a Política Estadual de Práticas Integrativas e Complementares em saúde.

37. Fortalecer a política das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde garantindo os recursos para seu desenvolvimento.

38. Resgatar e garantir a Lei do Agente Protegido (nº 14.545 de 21/12/2011) bem como o repasse dos valores aos beneficiários conforme Decreto nº 40.536 de 27/03/2014.

39. Garantir as políticas públicas de atenção dos direitos das pessoas com fibromialgia, bem como, síndromes e doenças raras e seus cuidadores afetivos dando atenção integral as necessidades de saúde e ao atendimento multiprofissional, além do acesso a medicamentos, nutrientes, fraldas e garantindo o transporte para o tratamento.

40. Garantir as políticas públicas de atenção dos direitos das pessoas com fibromialgia e pacientes com câncer, bem como, síndromes e doenças raras e seus cuidadores afetivos dando atenção integral as necessidades de saúde e ao atendimento multiprofissional, além do acesso a medicamentos e nutrientes.

41. Pactuar de forma intersetorial a execução do saneamento básico de forma a garantir a melhoria da saúde da população.

42. Pactuar de forma intersetorial a execução do saneamento básico de forma a garantir a melhoria da saúde da população em todos os municípios.

43. Garantir a realização do curso técnico de formação em Agentes Comunitários de Saúde e Agentes de combate a endemias para todos destas categorias profissionais.

44. Garantir a criação do cargo de Coordenador de Saúde Bucal em cada uma das regionais do estado, em que a sua titularidade seja de cirurgião dentista.

45. Estruturar e organizar os serviços de referências regionalizados que atendam às necessidades da população relacionadas à Média e Alta complexidade com ênfase em consultas em especialidades, exames diagnósticos e de apoio.

46. Ampliar a oferta de serviços visando garantir acesso em tempo oportuno à média e alta complexidade de acordo com as demandas do território, respeitando a regionalização e a universalidade reduzindo morosidade, consequente, morbimortalidade.

47. Garantir que o perfil epidemiológico e sociodemográfico da população sirvam como parâmetro para

a construção de hospitais e unidades de saúde de média complexidade.

48. Garantir a efetivação e financiamento da Política Nacional de atenção integral à saúde da população negra na IV macrorregional, reconhecendo a necessidade de superação do racismo estrutural existente em nossa região.

49. Ampliar cotas de consultas especializadas, leitos de UTI e exames de alta complexidade.

50. Revisar, aumentar e garantir a oferta de todos os exames de imagens ou diagnóstico nas macrorregionais de acordo com a necessidade da região.

51. Ampliar e descentralizar a oferta de exames de média e alta complexidade para as 4 Macrorregionais de saúde.

52. Garantir a ampliação e descentralização da oferta de serviços de referência em média e alta complexidade através de parcerias e consórcios no âmbito das 4 Macrorregionais de saúde.

53. Garantir a efetivação da política estadual de saúde das populações do campo e da floresta na IV macrorregional, que abrange as comunidades tradicionais, como as ribeirinhas e quilombolas.

54. Estadualizar o hospital Coronel Álvaro Ferraz.

55. Criar e garantir o apoio psicossocial médico e jurídico com parceria com o Ministério Público de Pernambuco para familiares de vítimas de crimes violentos como, por exemplo, o homicídio, feminicídio, etc.

56. Garantir o dimensionamento adequado dos profissionais nos hospitais regionais buscando uma melhor qualificação na prestação de serviços aos usuários.

57. Garantir a reestruturação dos requisitos básicos para habilitar a Equipe de Atenção Domiciliar-EMAD, deixando de ser critério de adesão a necessidade de cobertura do SAMU.

58. Implantar o SAMU Regional da IV Macro com garantia de repasse estadual.

59. Transferir a central de regulação do SAMU da 3ª e 4ª Macrorregional para municípios que de fato tenham real compromisso com sua efetivação.

60. Ampliar e descentralizar a oferta de consultas, exames laboratoriais em análises clínicas, exames de diagnósticos (a exemplo de histopatológicos) e cirurgias de média e alta complexidade garantindo a regulação do acesso, baseado na regionalização, de modo suficiente a atender às necessidades dos municípios

(atendendo o critério epidemiológico e morbidade) exigindo a resolutividade do Estado.

61. Garantir o retorno dos atendimentos noturnos em urgências odontológicas, traumatologia e assistência social nas UPAs estaduais.

62. Formalizar e fortalecer a assinatura dos contratos organizativos de ação pública ensino- serviço (COAPES), com universidades locais, priorizando as universidades públicas e com contrapartida financeira das universidades privadas, sustentando investimentos rede SUS/Escola, pela articulação com projetos e dispositivos de informação, como o PET saúde, às residências em saúde, além de projetos de ensino-pesquisa e extensão, comprometidos com o aprimoramento das redes de atenção à saúde macrorregionais.

63. Criar a XIII GERES no Sertão de Itaparica de acordo com a necessidade epidemiológica.

64. Fortalecer e garantir a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), a partir da implantação e financiamento dos desenhos das RAPS regionais, com a ampliação dos serviços: de atenção à saúde mental infanto-juvenil (CAPSi), CAPSAD, CAPS I, CAPS II, CAPS III 24h e leitos integrais em hospitais gerais, revogando a nota técnica ministerial nº 11/2019, PORTARIA 3.659/2018 e PL N°37/2019, fortalecendo estratégias de redução de danos, garantindo o não.

65. Ampliar o uso da prescrição digitada em toda a rede regional, garantindo o acesso aos medicamentos de forma segura e clara para os pacientes.

66. Ampliar o contingente de recursos humanos atuantes na assistência farmacêutica regional, garantindo aos usuários um acesso à informação do uso adequado das medicações, dentro do contexto do uso racional de medicamentos (URM), que tem como premissa a segurança e eficácia.

67. Fortalecer a política de assistência farmacêutica e a valorização do profissional farmacêutico na III macrorregional.

68. Garantir à população a presença do profissional farmacêutico atuando no NASF, reforçando a importância das visitas domiciliares dentro do seu processo de trabalho na atenção básica.

69. Efetivação do programa HORUS em toda a rede de saúde para garantir o controle da dispensação de medicamentos, visando o uso racional e a otimização de recursos.

70. Investimento na melhoria do Hórus, a fim de otimizar a velocidade do sistema e agilizar, assim, o atendimento.

71. Implementar os serviços farmacêuticos no cuidado integral ao paciente.

72. Criar comissão farmacêutica e terapêutica CTP regional para suporte de elaboração das REMUNE (Relação de medicamentos) e de uma comissão que trate de substâncias licitas e ilícitas.

73. Apoiar e fiscalizar a infraestrutura das centrais farmacêuticas, visando garantir a qualidade dos produtos até a sua distribuição, conforme legislação vigente.

74. Assessorar na programação dos insumos para o planejamento familiar para que esta seja feita de forma ascendente, considerando a realidade de cada município.

75. Estruturar o planejamento para qualificação de compras e correlacionar com a dispensação de medicamentos frente ao sistema de gestão da assistência farmacêutica.

76. Garantir nas farmácias regionais a oferta, em tempo hábil, de medicamentos e insumos de alto custo, bem como a distribuição dos estratégicos.

77. Criar uma rede de acolhimento municipal para os pacientes com doenças crônicas inclusive as conotações químicas.

78. Garantir a regularidade da contrapartida do Estado no repasse do financiamento da assistência farmacêutica e um reajuste real baseado no número de munícipes (usuários) cadastrados no e-SUS.

79. Fomentar a política de valorização do laboratório oficial (LAFEPE), com vistas à ampliação da produção de medicamentos e demais tecnologias de interesse do SUS.

80. Criar mecanismos legais para dar celeridade a processos de aquisição de medicamentos e insumos da assistência farmacêutica.

81. Interoperacionalizar o HORUS aos demais sistemas de gestão (e-SUS, SIASI).

82. Qualificar os sistemas de informação de assistência garantindo assim a infraestrutura e o apoio necessário para implantação em unidades online/off-line.

83. Garantir que a dispensação dos medicamentos e insumos farmacêuticos seja exclusivamente por profissionais da assistência farmacêutica (técnicos e auxiliares de farmácia) sob supervisão do farmacêutico.

84. Implantar e estruturar a logística reversa dos medicamentos e insumos nos estabelecimentos de saúde.

85. Estimular que os resultados das pesquisas básicas experimentais de cunho público relacionadas aos medicamentos sejam divulgados e implementados na prática clínica, para a melhoria da qualidade de vida

da população.

86. Criar Plano de cargos e carreira para os profissionais da Assistência farmacêutica.

87. Criar instrumentos de educação permanente para qualificar a gestão de assistência farmacêutica.

88. Ampliar a farmácia itinerante para todas as regionais de saúde, favorecendo o processo de descentralização de medicamentos.

89. Consolidar uma assistência farmacêutica em plantas medicinais e fitoterápicos nas regionais de saúde, respeitando as diferenças territoriais, no modelo de farmácias vivas e o fomento ao desenvolvimento de arranjos produtivos locais e, consequentemente, de toda a cadeia produtiva relacionada ao cultivo, manejo, produção, dispensação e prescrição.

90. Fortalecer a atenção farmacêutica relacionada a doenças crônicas (hipertensão e diabetes) mediante o incentivo para a estruturação de consultórios farmacêuticos nos municípios e a instrumentalização dos usuários para o acompanhamento/monitoramento do seu processo de saúde/doença.

91. Garantir a oferta dos insumos (glicosímetro e tira teste) para os pacientes insulinodependentes.

92. Implantar indicadores de assistência farmacêutica que correlacionem com o desenvolvimento sanitário, promoção e prevenção de saúde nos municípios.

93. Assegurar orçamento para a regularidade no fornecimento dos insumos e medicamentos especializados para as Políticas Públicas de Saúde.

94. Desburocratizar o acesso a medicamentos do componente especializado estadual.

95. Estimular solicitações dos outros envolvidos (médicos através de sociedade, entes públicos, entre outros) para possível ampliação através da Conitec da medicação risperidona, para análise do acesso ao público infanto-juvenil e do idoso.

96. Ampliar o tempo de renovação das receitas de medicação de Alzheimer e transplantados (em geral) de 3 para 6 meses, excetuando os casos que precisem de reavaliação.

97. Estimular e implementar a comissão de farmácia terapêutica em todos os municípios, independente do quantitativo populacional, visando maior eficiência e eficácia no ciclo da assistência farmacêutica (seleção, aquisição, armazenamento, distribuição e dispensação).

98. Garantir que a farmácia de Pernambuco realize a dispensação de medicamentos e insumos

padronizados pela RENAME (Relação Nacional de Medicamentos).

99. Estimular a ampliação de consórcios entre os municípios das regionais de saúde para compra e distribuição de medicamentos e insumos da área de saúde.

100. Estimular a implantação e estruturação conforme legislação vigente dos programas "farmácia viva" para fortalecimento da atenção básica e uso racional de medicamento.

101. Garantia em toda rede municipal o sistema Hórus, e o cadastramento de pacientes atendidos nos municípios, com prescrição digitada e armazenada, a fim de gerar uma base de dados com todos medicamentos uma vez já prescritos. E assim, buscar melhor promover o controle na dispensação de medicamentos pelo município e um melhor planejamento.

102. Implantar a vigilância da qualidade do ar das populações expostas à poluição atmosférica promovida pela atividade industrial e demais seguimentos emissores de poluentes atmosféricos visando desenvolver ações de vigilância de forma a recomendar e instituir medidas de prevenção, de promoção à saúde e atenção integral conforme preconizado pelo SUS.

103. Garantir curso de formação em redução e gestão de riscos a desastres naturais químicos, radiológicos e nucleares para os profissionais e órgãos do setor público, bem como criar um plano de contingência a desastres, visando minimizar o risco da exposição da população e dos profissionais de saúde, reduzir doenças e agravos decorrentes deles, bem como os danos á infraestrutura de saúde.

104. Implantar e aperfeiçoar os centros de controle de Zoonoses nas Regionais de Saúde.

105. Estimular campanhas de castração de cães e gatos nos municípios.

106. Realizar fóruns regionais para discussões e debates direcionados a vigilância em saúde.

107. Garantir o cumprimento da Lei da Política de Resíduos Sólidos.

108. Criar um mecanismo de responsabilização dos municípios sobre as ações de Vigilância em Saúde.

109. Estabelecer critérios para o dimensionamento e composição da equipe mínima, para as equipes de vigilância em saúde, de acordo com o aporte populacional vinculado ao repasse de recursos das atividades.

110. Elaborar e implementar um plano de enfrentamento das doenças e agravos não transmissíveis, com ênfase na prevenção e promoção, garantindo a integralidade nas linhas de cuidado, bem como implementar políticas de valorização da vida e cultura de paz, como mecanismo de prevenção de acidentes e de violência interpessoal e autoprovocada.

111. Descentralizar o CRESAT (Centro de referência especializada em saúde do trabalhador) para as regiões de saúde de Pernambuco.

112. Implementar e garantir as políticas públicas governamentais das ações de combate e controle das Arboviroses e Malária (Dengue, Zika, Chikungunya, febre amarela e outras arboviroses) de importância para a saúde pública, conforme estabelecido no programa nacional de controle de arboviroses e pela lei 8080/90.

113. Garantir a aplicação de vacina, soro antirrábico em humanos em hospitais municipais e estaduais de referência e soros antiofídicos em humanos nos hospitais estaduais de referência.

114. Implantar o Serviço de Verificação de Óbito (SVO) em cada Macrorregião de Saúde.

115. Descentralizar o CRESAT (Centro de Referência Especializada em Saúde do Trabalhador) para as regiões de saúde de Pernambuco.

116. Estruturar os programas das doenças negligenciadas, com suporte técnico, logístico, insumos estratégicos, de acordo com a necessidade de cada agravo.

117. Reestruturar os programas das doenças negligenciadas, com suporte técnico, logístico e material permanente.

118. Implantar unidades de Vigilância de zoonoses regionais, com financiamento tripartite, infraestrutura e quadro de funcionário, considerando o bem-estar animal, com o objetivo de prevenir, reduzir ou eliminar a morbimortalidade proveniente das zoonoses.

119. Garantir recursos financeiros para a construção e manutenção de um centro de Zoonose (CZ), por cada Região de Saúde, com responsabilidade administrativa a nível Estadual, bem como, fortalecer os CZ que estão em atividades.

120. Fortalecimento intersetorial da política de educação em saúde voltado para o controle das zoonoses.

121. Capacitar e informatizar todos que fazem parte da vigilância em saúde, a fim de melhorar os trabalhos junto à comunidade.

122. Investir em promoção da saúde e educação permanente para que sejam efetivadas as ações de vigilância em saúde.

123. Ampliar a equipe de Vigilância em Saúde das Regionais de Saúde.

124. Atualizar o código sanitário estadual.

125. Garantir a vigilância em saúde do trabalhador nos municípios.

126. Implantar o CEREST nas Regionais de Saúde.

127. Ampliar o investimento em Programas relacionados às doenças Negligenciadas.

128. Garantir cobertura laboratorial para atender a demanda das doenças negligenciadas em todas as regionais de saúde.

129. Implantar o Programa Estadual de Saúde Ambiental.

130. Implementar e estruturar com suporte técnico e logístico o programa de saúde do trabalhador na vigilância em saúde.

131. Definir com aparato legal do âmbito de atuação da VISA municipal e estadual. Estabelecendo, assim, a competência de inspeção sanitária das atividades de comércio varejista e atacadista para o âmbito municipal e de competência estadual a atividade de indústria e fabricação. Por fim, a definição de quaisquer outras atividades para a competência de inspeção municipal ou estadual.

132. Realizar de forma sistemática o mapeamento epidemiológico de forma que os problemas de saúde da população sejam conhecidos para o planejamento das ações em saúde.

133. Criar um protocolo de vigilância epidemiológica nas UBS's e hospitais dos municípios, de acordo com as necessidades de cada município.

134. Criar plano estadual de ordem pública, de políticas públicas voltadas para o saneamento ambiental urbano e rural (água, esgoto sanitário e lixo), que contemple os municípios com índice de IDH baixo.

135. Fortalecer a política de saúde do trabalhador com o redimensionamento dos CEREST's.

136. Garantir e ampliar os recursos para a vigilância em saúde. Fortalecimento do SUS e suas instancias contra a proposta de desvinculação de receita e toda a política de retirada de direitos, pelo fim da emenda constitucional 95 e pela supressão da PEC 06 de 2019.

137. Fortalecer as ações de vigilância sanitária municipais estimulando a criação de carreira de fiscal sanitário, fundamentada nos parâmetros da APEVISA, respeitando as especificidades dos municípios.

138. Fortalecer a vigilância das regionais com técnicos, equipamentos e veículos para servir de apoio e

referência para os municípios.

139. Ampliar a oferta de testes rápidos para leishmaniose canina, com garantia de envio de kits acordo com o solicitado e com prazo de vencimento ampliado pelo MS.

140. Garantia dos insumos de controle das arboviroses e das ações educativas, de forma rotineira e contínua, de acordo com as diretrizes do programa nacional de controle de arboviroses, conforme as atribuições dos níveis de gestão com a lei 8080/90.

141. Criar mecanismos juntos aos órgãos de controle para que com a fiscalização os gestores municipais utilizem os recursos direcionados as ações de vigilância em saúde, assim como garantam a compra de insumos e apoio logístico necessários para que toda área de vigilância realize as atribuições de trabalho.

142. Instituir no organograma da APEVISA uma assessoria jurídica.

143. Implantar a vigilância epidemiológica hospitalar nos hospitais públicos e UPAS no estado.

144. Implantar unidades de Vigilância de zoonoses Macrorregionais, com financiamento tripartite, infraestrutura e quadro de funcionário, considerando o bem-estar animal, com o objetivo de prevenir, reduzir ou eliminar a morbimortalidade proveniente das zoonoses.

145. Capacitar todos que fazem parte da vigilância em saúde, informatizando as ações, a fim de melhorar os trabalhos junto à comunidade.

146. Garantir referências técnicas nas regiões de saúde para apoiar os municípios nas ações de promoção da saúde e implantação dos núcleos de promoção da saúde.

147. Implementar a política de controle da esporotricose considerando os diversos aspectos da cadeia de transmissão, abrangendo a saúde humana, animal e ambiental utilizando a abordagem da saúde única.

148. Garantir a contrapartida estadual anual, dos recursos financeiros, para o fortalecimento das ações, com base no monitoramento de desempenho da vigilância em saúde.

149. Implantar o Programa Estadual de Saúde Ambiental garantindo a contratação de médicos veterinários e biólogos por meio de concurso público.

150. Ampliar as informações relativas à Acidentes de Transporte Terrestre na sala de situação da SES.

151. Descentralizar o teste rápido humano de leishmaniose visceral para todas as Regionais de Saúde, de acordo com o seu perfil epidemiológico.

152. Pactuar as atribuições de vigilância sanitária nos âmbitos municipal e estadual.

153. Criar políticas públicas voltadas para o saneamento ambiental urbano e rural (água, esgoto, lixo e drenagem), no que compete ao SUS, que contemple os municípios com IDH baixo.

154. Fortalecer a política de saúde do trabalhador com base na Resolução CIB Pernambuco 2613/2014, visando à municipalização dos CEREST's.

155. Implantar a política de controle da esporotricose considerando os diversos aspectos da cadeia de transmissão, abrangendo a saúde humana, animal e ambiental, garantindo o tratamento para o animal pelo estado, utilizando a abordagem da saúde única.

156. Fortalecer a regionalização em saúde, visando à aplicação dos recursos, bem como, seus repasses a cada realidade regional.

157. Implementar Plano de Regionalização Integrado (PRI), articulado com esferas municipais e estaduais.

158. Autonomia da Saúde Indígena e Agroecologia: Melhoramento da rede de assistência nas aldeias.

159. Realizar seminários voltados à temática de planejamento em saúde com mostras de experiências entre os municípios.

160. Resgatar o cumprimento dos princípios do SUS para a governança nas três esferas, voltadas às necessidades dos usuários. Exemplo: Planejamento de ações com participação dos profissionais de saúde e população.

161. Criar Conselhos ou Comitês de saúde regionalizados e hierarquizados para interação entre usuários, trabalhadores e gestores para discussão de políticas públicas voltadas a realidade social do território dos próprios conselhos ou comitês.

162. Estabelecer como prioridade de governo a construção das redes de assistência que ainda não foram criadas e implementadas nas regionais de saúde.

163. Efetivar os processos de regionalização solidária e cooperativa, assumindo os compromissos pactuados.

164. Reestruturar as GERES e fortalecendo todas as macrorregiões de saúde.

165. Fortalecer e Implementar as Redes de Atenção a Saúde, em todas as Macrorregiões de Saúde, com

ênfase na III e IV Macro: Rede de Urgência e Emergência, Rede de Apoio Psicossocial pautada na Lei 10.216 de 2001 e Rede Cegonha.

166. Implantar e/ou ampliar GT de atenção psicossocial pautada na Lei da Reforma Psiquiátrica 10.216 de 2001, a partir de um recorte racial, identidade de gênero, orientação sexual, geracional e pessoas com deficiência objetivando a diminuição dos agravos sofridos por estas populações, que estão mais suscetíveis a problemas decorrentes de álcool e outras drogas, transtornos mentais, assédio moral e sexual.

167. Fortalecer a visibilidade e transparência na gestão pública em saúde.

168. Revisão da Programação Pactuada Integrada (PPI) visando garantir a integralidade da atenção à saúde da população.

169. Assumir com efetividade o papel de coordenação do processo de regionalização da atenção à saúde tendo como componente o PRI (Plano Regional Integrado) e o PDR (Plano de Desenvolvimento de Regionalização) respeitando o perfil epidemiológico e sanitário, incluindo estudos de fluxos entre regiões, adequando o sistema de regulação interregional e intrarregional.

170. Implementar o Plano de Regionalização Integrado, articulado com as esferas municipal e estadual.

171. Implementar o orçamento participativo na saúde garantindo fórum para avaliação, discussão e divulgação dos custos a saúde pública de forma ampla e transparente.

172. Realizar seminário regional, semestralmente, expondo as práticas assertivas na gestão de saúde dos municípios.

173. Instituir mesa de negociação permanente no SUS (Sistema Único de Saúde) nas esferas estadual e municipal a fim de estabelecer a gestão democrática das relações de trabalho.

174. Fortalecer as políticas públicas de saúde indígena.

175. Regionalizar o Hospital Coronel Álvaro Ferraz do município de Floresta.

176. Estabelecer protocolos de referência e contra-referências, com objetivo de assegurar tratamento e acompanhamento do paciente entre serviços próprios e conveniados em referências mais próximas ao município.

177. Fiscalização sobre o serviço que é repassado para o paciente e ampliar o processo de comunicação entre os gestores das três esferas de governo.

178. Implantar auditoria nos municípios com vistas ao fortalecimento da gestão estratégica do SUS.

179. Estabelecer como prioridade de governo a construção das redes de assistência que ainda não foram criadas e implementadas nas regionais de saúde não foi criadas e implementadas nas regionais de saúde.

180. Efetivar os processos de regionalização solidária e cooperativa, assumindo os compromissos pactuados.

181. Garantir que a Secretaria Estadual de Saúde cumpra com a responsabilidade do atendimento às doenças negligenciadas.

182. Garantir a responsabilização dos entes federados no cofinanciamento e oficialização da Rede Interestadual de Atenção à Saúde PE/BA pelo MS através de Portaria, conforme pactuação das Comissões Intergestoras de Saúde de ambos os Estados, que garantam um Planejamento Regional Integrado e Interestadual (PRII), com recursos novos e exclusivos, que permitam a implementação e consolidação da rede.

183. Reestruturar o Plano Diretor Regional Estadual com ênfase na capacidade instalada das regionais de saúde.

184. Criar uma Gerência Regional de Saúde no sertão de Itaparica realizando uma estruturação de serviços.

185. Formação continuada para sensibilizar todos os profissionais de saúde (nível médio e superior), em vista de um atendimento humanizado.

186. Criação de Grupos de Trabalho em Humanização nas Regionais de Saúde, GTHR, para adoção das 10 cartilhas com base na PNH.

187. Atualizar o valor das diárias de deslocamento dos servidores de saúde do Estado que se encontra sem aumento desde 2009.

188. Construir uma rede interestadual entre Pernambuco, Paraíba, Alagoas e Ceará.

189. Criar espaços de formação para o SUS através de educação permanente contemplando os gestores, profissionais e usuários de forma regionalizada que considere a realidade local a exemplo do CAPACITASUAS que acontece em pólos regionais e enfatizando gênero e raça, população LGBTQ+, povos indígenas, ciganos, quilombolas, ribeirinhos e povos tradicionais.

190. Reorganizar internamente a estrutura institucional da SES visando melhorar a integração entre as

áreas técnicas e descentralizar tarefas bem como executar o processo de planejamento regional integrado, a fim de favorecer o exercício do seu papel de coordenação estadual do processo de implantação de ações e serviços na região de saúde.

191. Desconstituir todos os contratos com as Organizações Sociais em Saúde e OSCIPs e vedar qualquer tipo de privatização do SUS.

192. Implantar e/ou ampliar GT de atenção psicossocial pautada na Lei da Reforma Psiquiátrica.

193. 10.216 de 2001, a partir de um recorte racial, identidade de gênero, orientação sexual, geracional e pessoas com deficiência objetivando a diminuição dos agravos sofridos por estas populações, que estão mais suscetíveis a problemas decorrentes de álcool e outras drogas, transtornos mentais, assédio moral e sexual.

194. Investir e fortalecer a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) nas escolas garantindo, assim, acompanhamento a todos os alunos.

195. Garantir recursos e qualificar todos os CAPS para funcionar 24 horas com equipe multiprofissional e suporte de transporte com destinação exclusiva.

196. Ampliar os recursos na atenção especializada de saúde mental para que possa ampliar as equipes multiprofissionais de saúde mental de acordo com a necessidade dos municípios.

197. Consolidar a rede de saúde mental com fortalecimento dos serviços substitutivos garantindo investimento para a implantação de novos CAPS e residências terapêuticas.

198. Garantir investimento para ampliação e efetivação do fluxo para atendimento integral a usuários de saúde mental das redes de saúde, em todos os níveis de atenção, especialmente em situações de crise, fortalecendo o cuidado microrregional no contexto de uma política de saúde mental, álcool e outras drogas, de caráter antimanicomial e sintonizada aos paradigmas da atenção psicossocial e da redução de danos.

199. Garantir a ampliação dos investimentos para construção das academias de saúde com a ampliação dos recursos de custeio.

200. Fortalecer a atenção primária com maior investimento federal, estadual e municipal levando em consideração que a mesma é a principal porta de entrada dos usuários.

201. Garantir investimento para construção de espaços físicos próprios da UBS e garantir equipamentos.

202. Fortalecer o financiamento para hospitais referência em doenças infectocontagiosas, com

descentralização dos serviços.

203. Convênios intermunicipais dentro das regionais de saúde para fornecimento de atendimento em clínica médica especial e cirúrgica. Ex: oftalmologia, urologia, cardiologia, ortopedia entre outros.

204. Garantir o investimento na Política de Saúde Integral da População LGBT, implementando ambulatórios em todas as regiões do Estado de Pernambuco.

205. Garantir recursos para consolidar as Redes de Urgência e Emergência (RUE) em todas as regiões de saúde com a garantia de investimento financeiro e ampliação para a estruturação dos hospitais regionais e dos serviços do SAMU.

206. Garantir e ampliar investimentos financeiros para a construção, ampliação e aquisição de equipamentos para os serviços de média e alta complexidade em todas as regionais de saúde, contemplando assim todas as redes de atenção à saúde, com a garantia da assistência em todas as linhas de cuidado.

207. Garantir recursos com ampliação dos investimentos financeiros para a implantação e estruturação da rede ortopédica em todas as regionais de saúde contemplando assim o atendimento de urgência e emergência dos leitos.

208. Garantir e ampliar os investimentos do SUS nas três esferas do governo, ampliando para 15% o repasse estadual e 15% da união além do investimento no exercício anterior considerando a variação do PIB.

209. Garantir recursos para investir na educação permanente de todos os profissionais de saúde, com a disponibilização de cursos de capacitação, aperfeiçoamento e especializações, através de convênios e termos de cooperação com as instituições públicas e privadas locais e estaduais de ensino e também da Rede de Núcleos de Telessaúde (Rede NUTES).

210. Garantir recursos para a ampliação do número de referencias hospitalar para cirurgias eletivas e revisão dos valores da tabela SUS.

211. Implantar serviço de academia da saúde dentro das instituições de saúde com trabalho de psicomotricidade e cuidados paliativos para pacientes e acompanhantes; além de serviços de ginástica laboral para os funcionários das unidades de saúde.

212. Articular junto ao MS a liberação da implantação e repasse financeiro a nível federal, de novos serviços com SAD, UBS, CAPS, Centro de parto normal e Melhor em Casa.

213. Investir na implantação de sistema de informatização interna e independente municipal, para coligar APS, secundária e terciária. Se fosse preciso (UBS, farmácia e hospital) podendo ser um portal (site) de

informação, dependendo do ângulo profissional.

214. Garantir recurso para a ampliação do investimento na interiorização dos serviços de média e alta complexidade.

215. Garantir recurso para a ampliação nas ofertas de leitos em hospitais secundários com suporte de insumos para manutenção dos (as) pacientes, por meio de aumento no repasse do percentual de recurso federal.

216. Garantir recursos para construir e equipar maternidades em áreas desassistidas desses serviços.

217. Efetivar o repasse do PEFAP para os municípios.

218. Garantir a contrapartida do estado para os municípios e ampliar os financiamentos da união para o estado e municípios.

219. Ampliar e efetivar os convênios no SISMOB e SISCONV para construção reforma e ampliação das unidades básicas de saúde.

220. Garantir o recurso orçamentário dos estados (Pernambuco e Bahia) para a Rede PEBA.

221. Fazer cumprir a lei 14.545/2011 do agente protegido, inserindo na mesma o agente de combate as endemias.

222. Ampliar o investimento garantindo o acesso humanizado aos hospitais de referência para o parto.

223. Garantir o co-financiamento das UPAS municipais de acordo com o artigo 21, da portaria 10 de 03 de janeiro de 2017.

224. Maior investimento para ampliação do programa SANAR, assim como, a fiscalização da aplicabilidade dos recursos.

225. Garantir, fortalecer e ampliar os repasses financeiros com a obrigatoriedade para que não haja descontinuidade, o que reflete no fechamento de unidades de saúde de média e alta complexidade.

226. Garantir recursos financeiros nas áreas de custeio e investimento que venham a fortalecer as unidades hospitalares municipais, assim como a garantia de construção, reforma e ampliação de unidades municipalizadas.

227. Garantir recursos para ampliar e direcionar os serviços de urgência e emergência dos municípios

com o comprometimento do governo do Estado.

228. Garantir e ampliar o recurso mensal do SAMU aos municípios com a efetivação da execução do serviço.

229. Garantir os recursos com ampliação dos repasses financeiros mensais de forma obrigatória destinados a assistência farmacêutica básica dos municípios.

230. Garantir recursos financeiros para a implantação de curso técnico para agente comunitário de saúde e agente de combate às endemias em todas as regionais de saúde com recursos estaduais, bem como a continuidade e conclusão do curso naqueles municípios onde já foram iniciados.

231. Garantir o co-financiamento estadual e nacional para a abertura das unidades de saúde da família no horário noturno, garantindo a segurança de cada unidade de saúde e a integridade física dos profissionais e usuários.

232. Viabilizar junto a SEFAZ a garantia da destinação de 20% das multas de trânsito para a saúde.

233. Garantir o financiamento para a realização das conferências municipais de saúde a cada dois anos com incidência na Lei orçamentária anual em cada âmbito.

234. Formação e atualização permanente para conselheiros e ouvintes, utilizando a política de educação popular em Saúde, para formação de multiplicadores nos diversos segmentos do SUS.

235. Garantir a formação em políticas públicas, de forma permanente para os\as Conselheiros (as), através de parceria com a escola de governo em saúde pública de PE, assim como o CEBES e a ABRASCO.

236. Garantir a participação dos movimentos sociais nos conselhos de saúde, sem comprovação de CNPJ, garantindo a sua existência através de documentos políticos de atuação, de acordo com a Resolução do Conselho Nacional de Saúde 453/12.

237. Fomentar e apoiar a implantação e implementação de conselhos de participação popular (COMAD, CEDH-PE, Associações de bairros, entre outros).

238. Ampliação de divulgação do cronograma de utilização de emendas impositivas para a saúde com foco na fiscalização do conselho municipal de saúde.

239. Garantir a autonomia e independência do Controle Social em saúde seja na fiscalização e orientação, onde os recursos devem ser investidos, por força de resolução do Conselho Estadual e nacional de Saúde.

240. Que o controle social assuma seu papel, fiscalizando e exigindo dos gestores das três esferas de governo ações de transparência e serviços como: macas e leitos na rede de saúde, tal como a aquisição de medicamentos de necessidade específica da população das macrorregionais.

241. Garantir que o controle social assuma seu papel, fiscalizando e exigindo dos gestores ações de transparência e serviços referentes dos equipamentos de saúde bem como o seu devido custeio em nível macrorregional de acordo com Lei 8142 de 1990 e a Lei 141 de 2012.

242. Promover campanhas do controle social e fortalecimento do SUS, envolvendo os conselhos das GERES.

243. Garantir a criação e fortalecimento de mecanismos dos canais de comunicação com ampla divulgação, transparência, competências, responsabilidades, direitos e benefícios do SUS nos espaços de controle social nas Macrorregionais.

244. Garantir que os conselhos municipais e estaduais realizem reuniões itinerantes nas comunidades com a presença de seus segmentos, com garantia de transporte exclusivo para os conselhos para melhor informação dos diretos e deveres aos usuários.

245. Garantir que os conselhos municipais e estadual realizem plenárias itinerantes e descentralizadas nas comunidades do campo e da cidade com a presença de seus segmentos, tendo a finalidade de fortalecer a política do SUS, do Controle Social e informação sobre os direitos e deveres dos usuários, com transporte exclusivo para as ações e serviços dos conselhos de saúde.

246. Criar fóruns Regionais nos Conselhos de Saúde, com a atribuição de planejar, discutir e compatibilizar as intervenções face aos problemas em comum e fortalecer o processo de intercâmbio entre os conselhos.

247. Construir de forma popular plenárias nas bases seja nos territórios do campo, cidade e das águas para fortalecer a política do SUS e o controle social como espaço de participação da sociedade civil.

248. Construir plenárias nas bases seja nos territórios do campo e da cidade, para fortalecer a política do SUS e o controle social como espaço de participação popular.

249. Tornar includente nos espaços dos Conselhos de Saúde as representações que buscam o enfrentamento as iniquidades em saúde tais como: mulheres (CIS, Trans), idosos, população do campo, população negra, índios, ribeirinhos, quilombolas, LGBTQI+, população em situação de rua, pessoas com deficiências, crianças e adolescentes, ciganos e povos de terreiro.

250. Tornar includente nos espaços dos Conselhos de Saúde às representações que buscam o enfrentamento as iniquidades em saúde tais como: mulheres (CIS, Trans), pessoas idosas, população do campo, florestas e águas, população negra, indígenas, quilombolas, LGBTQI+, população em situação de rua, pessoas com

deficiências, crianças e adolescentes e ciganos, garantindo acessibilidade arquitetônica e atitudinal.

251. Implantar plenárias com periodicidade anual nos conselhos municipais e estaduais de saúde com pautas inclusivas e exclusivas voltadas para povos tradicionais, de todas as religiões e população LGBTQI+.

252. Garantir resolução a nível regional, estadual e nacional para que adéque o estatuto orientador aos conselhos, para que os mesmos possam ter conhecimento da legitimidade e representação do usuário no SUS.

253. Garantir e ampliar a forma de participação social direta e indireta à saúde mental, saúde do idoso, pessoas com deficiência, família de pessoas com doenças raras, doenças negligenciadas e fibromialgia com o uso de novas tecnologias que fortaleçam o controle social.

254. Estimular a participação popular nas atividades dos Conselhos para que a população entenda o papel do controle social e a defesa do SUS por meio da comunicação social e popular.

255. Estimular a participação popular nas reuniões mensais dos Conselhos através da divulgação das cartilhas de funcionamento do conselho de saúde dos municípios para que a população entenda o papel do controle social, assim como as mídias digitais.

256. Incentivar a sociedade civil a participar dos conselhos municipais de saúde, onde os mesmos avaliarão semestralmente os serviços de saúde, elaborando questionamentos sobre o atendimento e a qualidade entre outros aspectos.

257. Incentivar a sociedade civil a participar dos conselhos municipais de saúde, onde os mesmos avaliarão quadrimestralmente os serviços de saúde, elaborando questionamentos sobre o atendimento e a qualidade entre outros aspectos.

258. Implantar e implementar a política de Educação Permanente para o Controle Social no SUS, financeiro e os planos de trabalho nas instâncias macrorregional.

259. Melhorar a qualidade das informações dos recursos financeiros das três esferas destinados ao SUS em conformidade com os planos (PES, PAS, LDO, LOAS) das ações propostas, bem como apresentação ao conselho de saúde nas três esferas.

260. Garantir implantação de GT`s e CIES (Comissão de Integração Ensino- Serviço).

261. Articulação entre Conselho Estadual e Conselhos Municipais, Ministério Publico e Controladoria Geral para ações de formação e monitoramento de forma itinerante.

262. Garantir a revisão do regimento dos conselhos para garantir a qualificação e o comprometimento com obrigações e penalidades para quem se propõe a participar dos conselhos de saúde, extensivo aos profissionais do SUS como estratégia do controle social.

263. Garantir a função dos conselheiros de saúde como atividade de relevância pública, com o objetivo de proteger o trabalhador e usuário nas suas atividades sem que haja prejuízos.

264. Garantir a criação e composição permanente dos conselhos de unidades dos municípios, inclusive nas organizações sociais, nas programações do conselho estadual de saúde.

265. Criar mecanismos de integração entre os conselhos de unidade, distritais e municipais, com a participação na programação das ações e atividades do Conselho Estadual de Saúde, garantindo a participação da população.

266. Fortalecer a interação/articulação entre os conselhos de unidade das Regionais de saúde, a fim de promover a mobilização social e institucional em defesa do SUS.

267. Realizar fórum anual estadual ampliado para os municípios apresentarem suas experiências exitosas e entraves do controle social e a realização de plenárias populares semestralmente para avaliação sobre a efetivação das propostas da conferência e promover debates dos encaminhamentos a serem adotados quando não forem cumpridas, garantindo a participação dos trabalhadores, usuários e gestores.

268. Garantir a criação de fórum de educação popular de saúde que garanta um amplo acesso da população a espaços de discussão da política nacional de saúde, organizados pelo órgão de controle social do SUS.

269. Garantir financiamento estadual para a realização de formação continuada permanente para os conselheiros nas três esferas da gestão.

270. Garantir formação continuada para conselheiros de saúde e outras entidades sociais (comunidade, sociedade civil e outros atores sociais), para o fortalecimento do SUS nas três esferas do governo.

271. Garantir recursos financeiros para investimento em comunicação, por meio de mídias de massa, de forma regulamentada, visando à conscientização e responsabilidade quanto à utilização adequada dos recursos do SUS e à participação social no sistema, expondo em conjunto, os direitos dos usuários, mediante participação efetiva do controle social.

272. Garantir o controle social a fim de promover a execução das políticas de equidade em saúde no SUS e a participação social das populações em situação de vulnerabilidade e desigualdade social.

273. Propor ampliação dos recursos que garantam a participação dos conselheiros nas ações e atividades do conselho nas etapas regionais, macro e estaduais, conforme o Guia do Conselheiro do MS 2002 (p.58).

274. Realizar trimestralmente visitas e fiscalizações, através do conselho estadual de saúde, GERES, conselhos de classe, nos hospitais regionais junto com o conselho municipal de saúde.

275. Ampliar, fiscalizar e divulgar o acesso ao Centro Estadual de Combate a Homofobia (CECH), garantir recursos humanos (funcionários) e infraestrutura para melhor funcionamento do mesmo e acompanhamento psicossocial.

276. Ampliar, fiscalizar e divulgar o acesso ao Centro Estadual de Combate a Homofobia (CECH), garantir recursos humanos (transporte e funcionários) para melhor funcionamento do mesmo e acompanhamento psicossocial.

277. Garantir a criação e composição dos conselhos de saúde nas unidades dos municípios, inclusive nas organizações sociais, nas programações do conselho estadual de saúde de acordo com a rotatividade garantida em lei.

278. Garantir formação continuada para conselheiros de saúde e outras entidades sociais (comunidade, do campo, da floresta e das águas, cidade, sociedade civil e outros segmentos), para o fortalecimento do SUS nas três esferas do governo.

279. Realização de capacitação e oficinas para o fortalecimento do controle social.

280. Promover e ampliar diálogos e divulgação nas mídias sociais e comunitárias, assim como debates em escolas e sociedade civil organizada, inserindo o tema da defesa do SUS e o Controle Social nas grades curriculares dos cursos de ensino superior, técnico e trabalhadores (as) da área da saúde enfatizando a importância da participação popular na Gestão Pública.

281. Fortalecer e garantir o controle social, ampliando a participação das pessoas, aumentando do poder de fiscalização dos(as) conselheiros(as) e delegados(as) de saúde.

282. Garantir através do poder público, a regulamentação e a participação dos movimentos sociais nos conselhos de saúde, sem comprovação de CNPJ, garantindo a sua existência através de documentos políticos de atuação, de acordo com a Resolução do Conselho Nacional de Saúde 453/12.

283. Revisar o processo de caráter burocrático para inscrição e participação de membros titulares e suplentes dos conselhos municipais e estaduais de saúde, adaptando o processo de inscrição para a garantia da participação dos movimentos sociais, de acordo com as Resoluções 453 de 2012, 590 de 2018 e Decreto 5839 de 2006.

284. Garantir os subsídios e acessibilidade arquitetônica e atitudinal dos conselheiros estaduais e municipais para que possam desenvolver seu trabalho de fiscalização, reuniões e eventos.

285. Garantir os subsídios e acessibilidade dos conselheiros estaduais e municipais para que possam desenvolver seu trabalho de fiscalização, reuniões e eventos.

286. Garantir na lei orçamentária dos municípios recursos para a manutenção dos conselhos e garantir a legalização do uso desse recurso.

287. Promover debates educativos entre profissionais de saúde e conselhos de saúde com povos e comunidades tradicionais nos municípios que possuam os referidos segmentos.

288. Convocar e garantir recursos humanos e sociais para a realização das Conferências Municipais, Estaduais e Nacionais de Saúde Mental no 1° semestre de 2020.

289. Garantir a dotação orçamentária visando o fortalecimento do controle social nas três esferas de governo.

290. Garantir que não possa ser acumulativo ao cargo de presidente do conselho, como também de coordenador da CISTT.

291. Garantir mudança da gestão dos Conselhos Estaduais de Saúde a cada 3 anos, de modo que alterne os segmentos.

292. Garantir maior integração dos Conselho Nacional e Estadual de Saúde com os Conselhos Municipais de Saúde nas realizações das conferências.

293. Mobilizar o dia 07 de abril como o dia estadual de luta pela saúde e em defesa do SUS junto à toda a sociedade pernambucana.

294. Mobilizar um dia de luta junto à sociedade civil e as entidades representativas do campo e da cidade em defesa do SUS e controle social.

295. Garantir dentro dos Conselhos um grupo de trabalho para debater o uso medicinal do Cannabidiol e a implementação de terapias alternativas no tratamento de doença psicossomáticas como depressão, ansiedade e transtorno, como do espectro autista. Deve-se assegurar participação dos três segmentos usuários, trabalhador e gestor.

296. Garantir a realização de auditoria de todos os contratos de prestação de serviços ao SUS pelas rede complementar (privada, filantrópica, OSS e OSCIP) com participação e monitoramento do controle social, especialmente movimento sindical, fazendo cumprir a Lei complementar 141 de 2012.

297. Que os atendimentos multidisciplinares tais como fisioterapia, fonoaudiologia, terapia ocupacional e etc das UPAE atenda também outras patologias, como síndromes raras, paralisia cerebral e etc.

298. Assegurar o diálogo entre o Conselho Estadual e os conselhos municipais de saúde sobre a pauta da reforma psiquiátrica, fiscalizando e garantindo a destinação de recursos para RAPS como modelo de atenção em saúde mental.

299. Garantir a melhoria no sistema de regulação estadual.

300. Garantir a destinação de recursos do nível estadual para infraestrutura dos centros de controle de zoonoses de referência regional.

301. Garantir repasse Estadual para construção e custeio de Centros de Reabilitação Regionais

302. Garantir financiamento para rede de urgência e emergência, principalmente no que se refere à implantação do SAMU na III macrorregião.

303. Garantir que os investimentos direcionados a saúde sejam utilizados de forma transparente ao seu devido fim, não permitindo que o mesmo seja utilizado em dívidas públicas.

304. Financiar e garantir o recurso de criação do centro de saúde do trabalhador nas macrorregionais.

305. Garantir financiamento para rede oftalmológica nas regionais de saúde.

306. Garantir recursos financeiros para ampliação e fortalecimento dos hospitais regionais das macrorregionais.

307. Garantir o redesenho da rede materno-infantil do estado de Pernambuco com estabelecimento de recursos de custeio e investimento dos serviços e implantação, em especial centros de parto normal.

308. Garantir recursos financeiros para a rede materno-infantil para a IV Macro Região de Saúde.

309. Aumentar e garantir o repasse de recurso financeiro para tratamento fora domicílio, em todas as macros, em especial para Fernando de Noronha.

310. Garantir financiamento para as ações de planejamento regional e macrorregional para consolidação do PRI (planejamento regional integrado) das macrorregionais.

311. Garantir financiamento para fortalecer e ampliar as regulações regionais das macrorregionais.

312. Incentivar, estruturar e fortalecer a realização de compras públicas conjuntas através de consórcios de preço que possibilite o ganho em escala.

313. Garantir que o Estado de PE regularize o passivo financeiro com os municípios, e estabeleça, de forma regular e mensal, o repasse dos recursos das políticas de saúde pactuados em CIB: PEFAP, SAMU, ASS FARMACÊUTICA E HPP.

314. Assegurar financiamento para teste do pezinho ampliado, contemplando mais de 50 patologias.

315. Garantir que 15% dos valores arrecadados das multas estaduais de trânsito sejam destinados para a saúde.

316. Garantir o maior aporte financeiro do IPVA para investimentos em saúde dos municípios pernambucanos.

317. Garantir repasse, custeio e investimentos Estaduais fundo a fundo para ações de controle para todas as arboviroses, com datas garantidas.

318. Rescindir o contrato com as OSS e garantir o mesmo financiamento através da administração direta estadual.

319. Criar o fundo especial distrital de saúde de Fernando de Noronha e garantir o repasse mensal fundo a fundo.

320. Garantir o ressarcimento aos municípios dos recursos utilizados por estes na compra de exames especializados e medicações especiais, oriundas e resultantes de demandas judiciais, que são de responsabilidade e de competência do Governo Estadual.

321. Instituir política de financiamento do transporte sanitário eletivo conforme o Plano Estadual de Saúde de 2016/2019 de forma Bipartite.

322. Garantir contrapartida estadual para informatização dos serviços de saúde aprimorando os registros nos sistemas de informação.

323. Garantir os recursos para o financiamento do PQAVS com repasses sistemáticos para os municípios contemplados e revisar os indicadores de forma a inserir as doenças negligenciadas dentro dessa relação.

324. Cumprir a emenda constitucional 29 em relação ao repasse do governo estadual em ASPS.

325. Garantir financiamento para Implantação da Rede Interestadual de Regulação - Pernambuco e Ceará - para as Regionais VII e IX (PECE).

326. Ampliar o recurso financeiro estadual para obtenção de prótese e órtese (OPM), de forma descentralizada, garantindo transparência nesse processo.

327. Garantir manutenção do financiamento para ações na área de Educação Permanente.

328. Garantir e aumentar a contrapartida Estadual para os Hospitais de Pequeno Porte (HPP).

329. Garantir e ampliar recursos estaduais para implementação das políticas de saúde: PICS, Educação popular, população de rua, saúde do trabalhador, saúde do homem para a população negra, LGBT, população do campo, comunidades quilombolas e indígenas, contemplando também indígenas no contexto urbano.

330. Garantir do financiamento do Estado para a assistência farmacêutica o aumento mínimo de 15% para os municípios.

331. Garantir ampliação e repasse regular do financiamento da Secretaria Estadual de Saúde com datas definidas, destinado às secretarias municipais de saúde para serem utilizados na saúde do idoso, a fim de contribuir a melhoria na proteção e dignidade do mesmo.

332. Garantir que os recursos públicos atualmente aplicados às OSS, OSCIPS e filantrópicas sejam destinados ao financiamento da rede pública de saúde no estado de Pernambuco, com a realização de concursos públicos.

333. Garantir contrapartida financeira do Estado para implantação e manutenção das residências terapêuticas, os CAPS tipo I, II e III (álcool e outras drogas, transtorno e Infantil), unidades de acolhimento, leitos integrais e consultórios de e na rua.

334. Ampliar mediante legislação o financiamento de investimento e custeio para a PEFAP na AB, priorizando a ESF e contemplando também as equipes de saúde bucal.

335. Garantir a contrapartida Estadual para transporte sanitário, serviços de reabilitação, laboratório regional de prótese dentária, centros de parto normal e laboratórios de análises clínicas.

336. Atualizar os valores de repasses que se encontram defasados em relação à Portaria 55/99 do TFD e garantir que os repasses estaduais e da união sejam repassados para os municípios.

337. Criar e garantir recursos financeiros para informatização das ações de vigilância em saúde, academia da saúde/academia da cidade, pontos de apoio dos agentes de endemias, ACS e serviços da RAPS.

338. Garantir mediante legislação, o repasse de verbas pelo Estado para melhorar a reestruturação de políticas públicas de saúde nas regionais.

339. Aumentar o recurso para garantir 100% da capacidade instalada de atendimento da oferta de serviços da UPAE.

340. Garantir recurso mediante legislação de investimento do Estado aos Municípios para aquisição de equipamentos para atenção básica, média e alta complexidade.

341. Garantir recursos para investimentos em equipamentos de media e alta complexidade nas regionais de saúde para saúde da mulher.

342. Garantir repasses adequados à oferta de serviços dos recursos financeiros por parte dos Estados integrantes da Rede PEBA.

343. Criar, mediante legislação, o piso salarial das categorias dos profissionais de saúde que atuam na rede de assistência à saúde, garantindo fiscalização por órgão competente.

344. Definir recursos financeiros do plano orçamentário anual para todos os municípios e regiões de saúde para o cumprimento dos parâmetros assistenciais da Portaria 1631/2015 (aprova os critérios e parâmetros para o planejamento e programação de ações e serviços de saúde no âmbito do SUS).

345. Aumentar o financiamento com critérios de repasses elaborados em grupos de trabalho participativos, para a atenção básica, vigilância em saúde, e média e alta complexidade e controle social, garantindo as formas de investimento e custeio.

346. Aumentar o financiamento com critérios de repasses elaborados em grupos de trabalho participativos, para a atenção básica, vigilância em saúde, e média e alta complexidade e controle social, garantindo as formas de investimento e custeio.

347. Garantir a educação em saúde através do PSE nas escolas estaduais de Pernambuco, assim como nas municipais.

348. Implantar fluoretação de água do abastecimento público no Estado, de acordo com a Lei Nº 6.050/1974.

349. Implantar e garantir a fiscalização de fluoretação de água do abastecimento público na Estado, de acordo com a Lei Nº 6.050/1974.

350. Implementar fluoretação de água do abastecimento público, de acordo com a Lei Nº 6.050/1974.

351. Garantir o financiamento para o pleno funcionamento do LAFEPE e incluir a produção de medicamentos para o tratamento da sífilis.

PROGRAMAÇÃO DO PLANO ESTADUAL DE SAÚDE 2020-2023

REDES PRIORITÁRIAS DE ATENÇÃO À SAÚDE

REDES PRIORITÁRIAS DE ATENÇÃO À SAÚDE

OBJETIVO ESTRATÉGICO:
Reorganizar a Rede Materno-Infantil
(Diretrizes Contempladas: D1, D2, D4, D5 e D6)

SUBFUNÇÃO ORÇAMENTÁRIA: 0301; 0122; 305
PROGRAMA NO PPA: 0432; 0902; 0512
AÇÃO NA LOA: 4435; 4553; 2164

DESCRIÇÃO: Implementar Modelo de Atenção integral ao Parto e ao Nascimento, de forma a garantir acesso, vinculação, acolhimento e melhoria da resolutividade, seguindo os princípios da humanização, com o objetivo de reduzir a mortalidade materna e infantil.

AÇÃO	ABRANGÊNCIA	SITUAÇÃO EM 2019	META QUADRIENAL
Qualificar profissionais de saúde para atenção à Saúde da Criança	Estado	352 profissionais qualificados	Qualificar 1.710 profissionais
Qualificar profissionais da Atenção Primária na temática do pré-natal de risco habitual e alto risco	Regiões de Saúde	-	Qualificar 370 profissionais da Atenção Primária na temática do pré-natal de risco habitual e alto risco
AÇÃO	**ABRANGÊNCIA**	**SITUAÇÃO EM 2019**	**META QUADRIENAL**
Qualificar Profissionais de Saúde da Atenção Primária em Abordagem Sindrômica das Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST)	Estado	-	Qualificar 600 profissionais em Abordagem Sindrômica das IST
Estimular o aumento de doação de leite humano no Estado	Estado	9%	Ampliar em 10% o volume de leite humano doado
Qualificar as equipes da Rede de Urgência e Emergência, e da Atenção Primária sobre as doenças prevalentes na infância	Macrorregiões de Saúde	-	Qualificar 600 profissionais sobre doenças prevalentes na infância
Qualificar médicos e enfermeiros obstetras sobre reanimação neonatal e transporte do recém-nascido	Macrorregiões de Saúde	-	Qualificar 40 profissionais

AÇÃO	ABRANGÊNCIA	SITUAÇÃO EM 2019	META QUADRIENAL
Qualificar profissionais dos serviços de média e alta complexidade na Estratégia Pré-natal do Parceiro	Regiões de Saúde	-	Qualificar 120 profissionais
Qualificar a assistência ao parto e ao puerpério por meio de atualização dos profissionais	Estado	-	Qualificar 632 profissionais para a assistência ao parto e ao puerpério
Elaborar o Plano Estadual para Redução de Cesáreas	Estado	-	Elaborar 01 plano
Qualificar profissionais para Aspiração Intrauterina (AMIU)	Estado	-	Qualificar 200 profissionais para Aspiração Intrauterina (AMIU)

AÇÃO	ABRANGÊNCIA	SITUAÇÃO EM 2019	META QUADRIENAL
Qualificar Profissionais de Saúde nas Boas Práticas ao Parto e Nascimento	Estado	-	Qualificar 360 profissionais de Saúde nas Boas Práticas ao Parto e Nascimento
Implantar o serviço de inserção de Dispositivo Intrauterino (DIU) pós-parto em maternidades de risco habitual em unidades geridas por Organizações Sociais da Saúde (OSS)	Estado	-	Implantar 06 serviços de inserção de DIU pós-parto em maternidades de risco habitual
Implantar o serviço de inserção de Dispositivo Intrauterino (DIU) de intervalo em unidades de média complexidade em unidades geridas por Organizações Sociais da Saúde (OSS)	Estado	-	Implantar o serviço de inserção de DIU de intervalo em 3 unidades de média complexidade
Qualificar profissionais de saúde como agente multiplicadores nas unidades geridas por Organizações Sociais da Saúde (OSS)	Estado	-	Qualificar 48 profissionais de saúde como agente multiplicadores nas unidades geridas por OSS

AÇÃO	ABRANGÊNCIA	SITUAÇÃO EM 2019	META QUADRIENAL
Implantar programa de vinculação de gestantes em maternidades de risco habitual geridas por Organizações Sociais da Saúde (OSS)	Estado	-	Implantar programa de vinculação de gestantes em 4 maternidades de risco habitual
Implantar o serviço de inserção de Dispositivo Intrauterino (DIU) pós-parto em maternidades de risco habitual	Estado	-	Implantar 7 serviços

Implantar o serviço de inserção de Dispositivo Intrauterino (DIU) de intervalo em unidades de média complexidade	Estado	-	Implantar 3 serviços
Implantar o serviço de cirurgia ginecológica no Hospital de Jaboatão Prazeres	Regiões de Saúde	-	Implantar 1 serviço
AÇÃO	**ABRANGÊNCIA**	**SITUAÇÃO EM 2019**	**META QUADRIENAL**
Implantar atendimento à gestante de alto risco no Hospital Regional Inácio de Sá (Salgueiro)	Regiões de Saúde	-	Implantar 1 serviço
Qualificar profissionais de saúde como agente multiplicadores nos Hospitais Regionais	Estado	-	Qualificar 80 profissionais de saúde
Implantar programa de vinculação de gestantes em maternidades de risco habitual	Estado	-	Implantar 6 programas
Qualificar profissionais sobre protocolos de assistência perinatal	Macrorregiões de Saúde	-	Qualificar 60 profissionais envolvidos na assistência perinatal hospitalar
AÇÃO	**ABRANGÊNCIA**	**SITUAÇÃO EM 2019**	**META QUADRIENAL**
Realizar monitoramento dos óbitos em menores de 01 ano investigados em tempo oportuno (até 120 dias)	Estado	79,4% (2018)	Investigar 85% dos óbitos em menores de 01 ano em tempo oportuno (até 120 dias)
Realizar monitoramento dos óbitos maternos investigados em tempo oportuno (até 120 dias)	Estado	85,2% (2018)	Investigar 92% dos óbitos maternos em tempo oportuno (até 120 dias)
Qualificar componentes dos Grupos Condutores Regionais da Rede Cegonha na linha de cuidado da Rede Materno-Infantil	Regiões de Saúde	-	Qualificar 1.000 componentes dos Grupos Condutores Regionais da Rede Cegonha na linha de cuidado da Rede Materno-Infantil
AÇÃO	**ABRANGÊNCIA**	**SITUAÇÃO EM 2019**	**META QUADRIENAL**
Ampliar leitos de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) materna na rede própria	Macrorregiões de Saúde	-	Ampliar 10 leitos de UTI materna
Ampliar leitos de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) neonatal na rede própria	Macrorregiões de Saúde	54	Ampliar 40 leitos de UTI neonatal
Equipar leitos Neonatais no Hospital Regional Inácio de Sá	Regiões de Saúde	-	Equipar 5 leitos
Construir Unidade de Terapia Intensiva (UTI) Pediátrica no Hospital Regional Inácio de Sá	Regiões de Saúde	-	Construir 1 unidade de UTI Pediátrica

AÇÃO	ABRANGÊNCIA	SITUAÇÃO EM 2019	META QUADRIENAL
Adequar leitos de Unidade de Cuidados Intermediários (UCI) Neonatal Canguru Unidade de Cuidados Intermediários Canguru (UCINCa) no Hospital Inácio de Sá	Regiões de Saúde	-	Adequar 10 leitos
Construir centro de parto Humanizado no HOSPAM	Regiões de Saúde	-	Construir 1 centro de parto

OBJETIVO ESTRATÉGICO:
Fortalecer e qualificar a Rede de Atenção Oncológica
(Diretrizes Contempladas: D1, D2 e D4)

SUBFUNÇÃO ORÇAMENTÁRIA: 302; 305.
PROGRAMA NO PPA: 0410; 0512.
AÇÃO NA LOA: 2393; 2164.

DESCRIÇÃO: Organizar a rede de referência e contrarreferência para o diagnóstico e tratamento dos cânceres mais prevalentes nas Regiões de Saúde.

AÇÃO	ABRANGÊNCIA	SITUAÇÃO EM 2019	META QUADRIENAL
Qualificar Profissionais da Atenção Primária na atualização da prevenção e tratamento das lesões precursoras do câncer de colo do útero e diagnóstico precoce do câncer de mama.	Estado	-	Qualificar 400 profissionais na atualização da prevenção e tratamento das lesões precursoras do câncer de colo do útero e diagnóstico precoce do câncer de mama.
Qualificar profissionais da atenção primária como multiplicadores para o diagnóstico precoce do câncer de colo, mama e endometriose	Regiões de Saúde	-	Qualificar 240 profissionais da atenção primária como multiplicadores para o diagnóstico precoce do câncer de colo, mama e endometriose
AÇÃO	**ABRANGÊNCIA**	**SITUAÇÃO EM 2019**	**META QUADRIENAL**
Qualificar profissionais da Atenção Primária à Saúde sobre a clínica e diagnóstico precoce dos cânceres mais prevalentes na população adulta.	Regiões de Saúde	-	Qualificar 1.000 profissionais
Qualificar profissionais da Atenção Primária à Saúde sobre a clínica e diagnóstico precoce dos cânceres mais prevalentes na população infanto-juvenil.	Regiões de Saúde	-	Qualificar 1.000 profissionais

Ampliar o acesso regulado ao diagnóstico e tratamento de doenças oncohematológicas	Macrorregiões de Saúde	-	Regular acesso a 4 unidades UNACON em Oncohematologia
Habilitar novas unidades de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON)	Macrorregiões de Saúde	10	Habilitar 03 novas unidades de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON)
AÇÃO	**ABRANGÊNCIA**	**SITUAÇÃO EM 2019**	**META QUADRIENAL**
Ampliar a produção de cirurgias oncológicas nas unidades de alta complexidade em Oncologia (CACON/UNACON) com base nos parâmetros da Portaria 140 de 27 de fevereiro de 2014.	Estado	4	Ampliar a produção cirúrgica em 4 unidades CACON/UNACON
Ofertar nas Unidades Pernambucanas de Atenção Especializada (UPAE) o acesso ao diagnóstico dos cânceres mais prevalentes na população adulta.	Macrorregiões de Saúde	-	Implantar em 04 UPAE o acesso ao diagnóstico dos cânceres mais prevalentes na população adulta
Habilitar novos serviços de Iodo terapia com doses terapêuticas	Macrorregiões de Saúde	1	Habilitar 01 serviço de Iodo terapia
Habilitar serviço de Radiocirurgia	Macrorregiões de Saúde	-	Habilitar 01 serviço de Radiocirurgia
AÇÃO	**ABRANGÊNCIA**	**SITUAÇÃO EM 2019**	**META QUADRIENAL**
Qualificar profissionais de saúde das unidades que atendem pacientes oncológicos ou crônicos com perfil de cuidados paliativos	Estado	1	Qualificar profissionais de 10 unidades hospitalares
Qualificar profissionais de saúde no Registro Hospitalar de Câncer (RHC)	Regiões de Saúde	-	Qualificar 85 profissionais de saúde no Registro Hospitalar de câncer

OBJETIVO ESTRATÉGICO:
Implementar a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPCD)
(Diretrizes Contempladas: D2)
SUBFUNÇÃO ORÇAMENTÁRIA: 301
PROGRAMA NO PPA: 0432
AÇÃO NA LOA: 4435

DESCRIÇÃO: Fortalecer a rede de atenção à pessoa com deficiência ofertando serviços voltados à reabilitação que funcionam em núcleos da rede pública e conveniada com o SUS

AÇÃO	ABRANGÊNCIA	SITUAÇÃO EM 2019	META QUADRIENAL
Qualificar profissionais sobre a construção e efetivação das políticas de educação permanente em saúde, e de equidade às pessoas com deficiência.	Regiões de Saúde	-	Qualificar 400 profissionais sobre a Política de Saúde da Pessoa com Deficiência
Fomentar a criação dos Grupos Condutores Regionais da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPCD),	Regiões de Saúde	01 Grupo Condutor na IV Região de Saúde	Implantar 11 Grupos Condutores Regionais da RCPD
Descentralizar a oferta de concessão de órteses e próteses	Regiões de Saúde	12 Unidades Concessoras	Implantar 01 Unidade Concessora
Descentralizar a oferta de reabilitações física, visual, auditiva, intelectual e múltiplas na RCPCD	Regiões de Saúde	3 Centros Especializados em Reabilitação IV (CER IV) e 3 Centros Especializados em Reabilitação II (CER II)	Implantar 2 CER

OBJETIVO ESTRATÉGICO:
Fortalecer a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)
(Diretrizes Contempladas: D2 e D6)

SUBFUNÇÃO ORÇAMENTÁRIA: 301; 302; 303; 122
PROGRAMA NO PPA: 0432; 0433; 0434; 0902
AÇÃO NA LOA: 4435; 4436; 4437; 4553

DESCRIÇÃO: Garantir o acesso e a qualidade dos serviços, ofertando 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.

AÇÃO	ABRANGÊNCIA	SITUAÇÃO EM 2019	META QUADRIENAL
Qualificar profissionais dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) sobre o registro e informações de ações de Saúde Mental, na Atenção Primária, através do Sistema de Informação Ambulatorial (SIA/SUS)	Regiões de Saúde	400 profissionais qualificados	Qualificar 2000 profissionais de CAPS
Acompanhar os casos de pacientes de longa permanência em hospital psiquiátrico	Regiões de Saúde	54 (Hospital de Barreiros)	Acompanhar 100% dos casos
Apoiar a implantação de residências terapêuticas	Estado	05 Residências Terapêuticas	Apoiar 15 Residências Terapêuticas

Desinstitucionalizar pacientes de longa permanência do Hospital Alcides Codiceira	Regiões de Saúde	-	Desinstitucionalizar 79 pacientes
Desinstitucionalizar pacientes de longa permanência do Hospital Colônia Vicente Gomes de Matos	Regiões de Saúde	14	Desinstitucionalizar 54 pacientes
Implantar Leitos Integrais em Saúde Mental	Regiões de Saúde	22 Leitos Integrais em Saúde Mental	Implantar 32 Leitos Integrais em Saúde Mental, totalizando 100% dos Hospitais sob gestão estadual
Adequar leitos de desintoxicação feminina no Hospital Geral da Mirueira	Regiões de Saúde	-	Adequar 5 leitos

DIRETRIZ 1: FORTALECIMENTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA

DIRETRIZ 1: FORTALECIMENTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA

DESCRIÇÃO: Ampliar e qualificar a atenção primária em Pernambuco, através da Estratégia de Saúde da Família, priorizando 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:
Reorganizar os processos de trabalho da Atenção Primária

SUBFUNÇÃO ORÇAMENTÁRIA: 301
PROGRAMA NO PPA: 0432
AÇÃO NA LOA: 4217

DESCRIÇÃO: Fornecer espaços de formação para Gestores e Trabalhadores, visando à organização dos macro e microprocessos entre Atenção Primária em Saúde e Atenção Ambulatorial Especializada, contribuindo para a consolidação do papel da Atenção Primária como coordenadora do cuidado e ordenadora dos fluxos de atenção à saúde.

AÇÃO	ABRANGÊNCIA	SITUAÇÃO EM 2019	META QUADRIENAL
Implantar o PlanificaSUS	Regiões de Saúde	-	Implantar o PlanificaSUS em 04 Regiões de Saúde
Qualificar profissionais da Saúde da Família	Estado	-	Qualificar 3360 Profissionais da Saúde da Família
AÇÃO	**ABRANGÊNCIA**	**SITUAÇÃO EM 2019**	**META QUADRIENAL**
Qualificar profissionais para implantação, suporte técnico e utilização do e-SUS.	Estado	-	Qualificar 1312 Profissionais sobre e-SUS.
Qualificar profissionais sobre a Atenção à Saúde da População em Situação de Rua	Estado	-	Qualificar 200 profissionais sobre a Atenção à Saúde da População em Situação de Rua
Publicar a Política Estadual de Práticas Integrativas e Complementares no SUS (PICS)	Estado	-	Publicar 1 portaria da Política Estadual de Práticas Integrativas e Complementares no SUS (PICS)

OBJETIVO ESTRATÉGICO:
Fortalecer a Atenção à Saúde Integral no Sistema Prisional

SUBFUNÇÃO ORÇAMENTÁRIA: 301
PROGRAMA NO PPA: 0432
AÇÃO NA LOA: 2067

DESCRIÇÃO: Promover o acesso das pessoas privadas de liberdade à Rede de Atenção à Saúde, de forma integral, bem como qualificar e humanizar a atenção à saúde no sistema prisional por meio de ações conjuntas de promoção, proteção, prevenção entre as áreas da saúde e da justiça.

AÇÃO	ABRANGÊNCIA	SITUAÇÃO EM 2019	META QUADRIENAL
Ampliar a cobertura de Equipes de Atenção Básica Prisional (EABp)	Estado	-	Ampliar em 04 EABp
Implantar o Sistema Hórus em Unidades de Saúde Prisional (USP)	Estado	-	Implantar o Hórus em 08 USP
Implantar o Plano de Avaliação e Acompanhamento das Medidas Terapêuticas Aplicáveis à Pessoa com Transtorno Mental em Conflito com a Lei (EAP)	Estado	-	Implantar 1 Plano da EAP
Qualificar profissionais sobre a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da População Privada de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP)	Estado	-	Qualificar 650 profissionais sobre a PNAISP

OBJETIVO ESTRATÉGICO:
Fortalecer as Políticas Estratégicas

SUBFUNÇÃO ORÇAMENTÁRIA: 0909
PROGRAMA NO PPA: 0244; 0432
AÇÃO NA LOA: 4323; 4435

DESCRIÇÃO: Ampliar o acesso às ações e serviços de saúde, contribuindo para a redução das causas de morbidade, mortalidade em todos os ciclos de vida e nos diversos grupos populacionais, sem discriminação de qualquer espécie, atuando nos aspectos socioculturais, com vistas a desenvolver ações de promoção, prevenção, assistência e recuperação da saúde, priorizando a Atenção Primária à Saúde.

AÇÃO	ABRANGÊNCIA	SITUAÇÃO EM 2019	META QUADRIENAL
Promover ações para o desenvolvimento da primeira infância nos municípios do Programa Mãe Coruja	Regiões de Saúde	177 ações	Realizar 472 ações para o desenvolvimento da primeira infância
Promover ações temáticas para gestantes e mulheres do Programa Mãe Coruja Pernambucana	Regiões de Saúde	8.206 Participantes	Realizar ações temática para 35.120 participantes
Promover ações de educação permanente para gestores e profissionais do Programa Mãe Coruja	Regiões de Saúde	552 ações de educação permanente para gestores e profissionais do Programa Mãe Coruja (2016 a 2019)	Realizar 564 ações de educação permanente
Qualificar profissionais de saúde para atenção Integral à Saúde do Adolescente	Estado	490 profissionais qualificados	Qualificar 700 profissionais
Qualificar profissionais de saúde sobre a temática da saúde LGBT	Estado	-	Qualificar 1.000 profissionais
Qualificar profissionais em conteúdos técnicos da Saúde da População Negra e Doença Falciforme.	Estado	200	Qualificar 400 profissionais em saúde da pop. Negra e doença falciforme
Qualificar profissionais sobre o cuidado em saúde bucal para pacientes com necessidades especiais	Macrorregiões de Saúde	-	Qualificar 230 profissionais das equipes de saúde bucal da Atenção Básica e Centros de Especialidades Odontológicas
Qualificar profissionais da atenção primária na Atenção à Saúde dos Homens	Regiões de Saúde	800	Qualificar 600 profissionais da atenção primária na Atenção à Saúde dos Homens
Qualificar profissionais da atenção primária na Atenção à Saúde das Pessoas Idosas	Regiões de Saúde	1500	Qualificar 600 profissionais
Publicar a Política Estadual de Saúde da Pessoa Idosa	Estado	-	Publicar 1 portaria da Política Estadual de Saúde da Pessoa Idosa

AÇÃO	ABRANGÊNCIA	SITUAÇÃO EM 2019	META QUADRIENAL
Qualificar profissionais de saúde em Direitos Sexuais e Reprodutivos	Estado	-	Qualificar 400 profissionais de saúde em Direitos Sexuais e Reprodutivos
Qualificar profissionais médicos da atenção básica e assistência ginecológica / obstétrica na inserção do Dispositivo Intrauterino (DIU)	Estado	-	Qualificar 400 profissionais na inserção do DIU
Qualificar profissionais sobre o acompanhamento das Condicionalidades da Saúde no Programa Bolsa Família	Estado	-	Qualificar 800 profissionais sobre o acompanhamento das Condicionalidades da Saúde no Programa Bolsa Família
Formar tutores na Estratégia Amamenta e Alimentar Brasil (EAAB)	Estado	350 profissionais formados	Formar 280 tutores na Estratégia Amamenta e Alimentar Brasil (EAAB)
Qualificar profissionais da Atenção Primária sobre Sistema de Informação (Bolsa Família, SISVAN, Vitamina A, NutriSUS e Crescer Saudável)	Estado	-	Qualificar 800 profissionais da Atenção Primária sobre Sistema de Informação
Qualificar profissionais em temáticas de alimentação e nutrição	Estado	-	Qualificar 1200 profissionais em temáticas de alimentação e nutrição

OBJETIVO ESTRATÉGICO:
Implantar a Segurança do Paciente com base no Programa Nacional (PNSP)
SUBFUNÇÃO ORÇAMENTÁRIA: 301; 302
PROGRAMA NO PPA: 0432; 0410;
AÇÃO NA LOA: 4217; 4610; 2393; 4611

DESCRIÇÃO: Contribuir para a qualificação do cuidado em saúde em todos os estabelecimentos de saúde do território estadual com a finalidade de oferecer uma assistência segura à pacientes, famílias, gestores e profissionais de saúde.

AÇÃO	ABRANGÊNCIA	SITUAÇÃO EM 2019	META QUADRIENAL
Qualificar os Profissionais da Atenção Primária sobre a cultura de segurança do paciente	Estado	30	Qualificar 120 profissionais

OBJETIVO ESTRATÉGICO:
Fortalecer as ações preventivas e assistenciais de origem toxicológica

SUBFUNÇÃO ORÇAMENTÁRIA: 301; 302
PROGRAMA NO PPA: 0432; 0410
AÇÃO NA LOA: 4217; 2393; 4610; 4611

DESCRIÇÃO: Promover a formação continuada dos profissionais de saúde no atendimento às vitimas de acidentes com animais peçonhentos que consta na lista das doenças tropicais negligenciadas que acometem na maioria dos casos, populações pobres que vivem em áreas rurais.

AÇÃO	ABRANGÊNCIA	SITUAÇÃO EM 2019	META QUADRIENAL
Promover ações de Educação em saúde para escolares	Regiões de Saúde	-	Realizar 6 ações de educação para escolares
Promover ações de Educação em saúde para agricultores e familiares	Regiões de Saúde	-	Realizar 6 ações de educação para agricultores

OBJETIVO ESTRATÉGICO:
Qualificar a assistência à saúde das crianças com a Síndrome Congênita do Zika Vírus (SCZV)

SUBFUNÇÃO ORÇAMENTÁRIA: 305
PROGRAMA NO PPA: 0512
AÇÃO NA LOA: 1478; 2164

DESCRIÇÃO: Promover qualidade de vida para crianças com Síndrome Congênita do Zika Vírus (SCZV), desenvolvendo ações de monitoramento com busca ativa, diagnóstico, reabilitação e acompanhamento das crianças portadoras de microcefalia e respectivas famílias.

AÇÃO	ABRANGÊNCIA	SITUAÇÃO EM 2019	META QUADRIENAL
Vincular as crianças com a SCZV à Estratégia de Saúde da Família (ESF)	Estado	81% das crianças confirmadas em acompanhamento pela Estratégia de Saúde da Família (SE 36/2019)	Vincular 95% das crianças com a SCZV a ESF
Vincular as crianças descartadas para a SCZV à Estratégia de Saúde da Família (ESF)	Estado	14,5% das crianças descartadas para SCZ em acompanhamento pela Estratégia de Saúde da Família (SE 36/2019)	Vincular 40% das crianças descartadas para SCZV a ESF

DIRETRIZ 2: DESENVOLVIMENTO E APERFEIÇOAMENTO COM ACESSO REGIONALIZADO ÀS AÇÕES DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE

DIRETRIZ 2: DESENVOLVIMENTO E APERFEIÇOAMENTO COM ACESSO REGIONALIZADO ÀS AÇÕES DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE

DESCRIÇÃO: 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 inter-relacionamento 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:
Qualificar a regulação do acesso a procedimentos de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar

SUBFUNÇÃO ORÇAMENTÁRIA: 302
PROGRAMA NO PPA: 0410
AÇÃO NA LOA: 2393; 4611

DESCRIÇÃO: Ampliar o escopo de atuação das Centrais de Regulação de modo viabilizar acesso às de ações e serviços de saúde de Média e Alta Complexidade com priorização para condições de maior gravidade.

AÇÃO	ABRANGÊNCIA	SITUAÇÃO EM 2019	META QUADRIENAL
Ampliar o acesso regulado à assistência ambulatorial	Estado	720 mil procedimentos ambulatoriais regulados/ano	Ampliar em 20% os procedimentos ambulatoriais regulados
Ampliar o acesso regulado à assistência hospitalar	Estado	311.103 mil regulações/ano	Ampliar em 5% o número de pacientes regulados

OBJETIVO ESTRATÉGICO:
Fortalecer o processo de Transplante de Órgãos e tecidos

SUBFUNÇÃO ORÇAMENTÁRIA: 302
PROGRAMA NO PPA: 0410
AÇÃO NA LOA: 2139

DESCRIÇÃO: Realizar ações de mobilização social e de fortalecimento assistencial (equipamentos e profissionais) visando aumentar o índice de doadores e o número de transplantes realizados no Estado de Pernambuco.

AÇÃO	ABRANGÊNCIA	SITUAÇÃO EM 2019	META QUADRIENAL
Ampliar Índice doador por milhão de população (pmp)	Estado	19,8 doadores por milhão de habitante	Ampliar Índice doador para 25 doadores pmp
Ampliar número de transplantes de órgãos sólidos e tecidos	Estado	514 transplantes em 2019	Aumentar em 5% o número de transplantes a cada ano

Manter o status córnea Zero de doações	Estado	Status de córnea Zero	Realizar 100% dos transplantes de córnea com menos de 30 dias de espera, mantendo o status córnea zero.

OBJETIVO ESTRATÉGICO:
Fortalecer as Políticas Estratégicas

SUBFUNÇÃO ORÇAMENTÁRIA: 301
PROGRAMA NO PPA: 0432
AÇÃO NA LOA: 4435

DESCRIÇÃO: Ampliar o acesso às ações e serviços de saúde, contribuindo para a redução das causas de morbimortalidade em todos os ciclos de vida e nos diversos grupos populacionais, sem discriminação de qualquer espécie, atuando nos aspectos socioculturais, com vistas a desenvolver ações de promoção, prevenção, assistência e recuperação da saúde, priorizando a Atenção Primária à Saúde.

AÇÃO	ABRANGÊNCIA	SITUAÇÃO EM 2019	META QUADRIENAL
Descentralizar a Assistência Hematológica com foco na Linha de Cuidado da Doença Falciforme	Macrorregiões de Saúde	Início da implementação da descentralização/ regionalização pela IV Macrorregião de Saúde UPAE Petrolina	Descentralizar para 3 Macrorregiões de Saúde
Qualificar profissionais da Rede de Urgência Odontológica para o atendimento a Pessoa com Deficiência	Estado	-	Qualificar profissionais de 11 Unidades (UPA e Hospitais Regionais)
Qualificar profissionais para atendimento integral às pessoas em situação de violência sexual/aborto legal nos Hospitais Regionais	Estado	-	Qualificar 2.400 profissionais para atendimento integral às pessoas em situação de violência sexual
Qualificar Profissionais de Saúde na atualização em Climatério/Menopausa	Estado	-	Qualificar 600 profissionais na atualização em Climatério/Menopausa

OBJETIVO ESTRATÉGICO:
Fortalecer a Implantação e Implementação do Projeto Boa Visão

SUBFUNÇÃO ORÇAMENTÁRIA: 301
PROGRAMA NO PPA: 0432
AÇÃO NA LOA: 2403

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.

AÇÃO	ABRANGÊNCIA	SITUAÇÃO EM 2019	META QUADRIENAL
Realizar Consultas Oftalmológicas em alunos do ensino médio e fundamental, professores e funcionários das Escolas Estaduais de Pernambuco	Regiões de Saúde	33.103	Realizar 43.200 consultas oftalmológicas
Fornecer Óculos Corretivos para os alunos, professores e funcionários da Rede Estadual de Ensino, quando necessário.	Regiões de Saúde	17.447	Fornecer 17.280 óculos corretivos
Implantar o Projeto Boa Visão na I Região de Saúde	Regiões de Saúde	-	Realizar 1.800 consultas oftalmológicas
Implantar o Projeto Boa Visão na I Região de Saúde	Regiões de Saúde	-	Fornecer 720 óculos corretivos

OBJETIVO ESTRATÉGICO:
Ofertar procedimentos e serviços de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar

SUBFUNÇÃO ORÇAMENTÁRIA: 302
PROGRAMA NO PPA: 0410
AÇÃO NA LOA: 2393; 4610; 4611

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.

AÇÃO	ABRANGÊNCIA	SITUAÇÃO EM 2019	META QUADRIENAL
Ampliar o acesso regulado à assistência ambulatorial	Estado	720 mil procedimentos ambulatoriais regulados/ano	Ampliar em 20% os procedimentos ambulatoriais regulados
Ampliar o acesso regulado à assistência hospitalar	Estado	311.103 mil regulações/ano	Ampliar em 5% o número de pacientes regulados

Implantar serviço de assistência à ostomizados em UPAE	Estado	-	Implantar serviço de assistência à ostomizados em 3 UPAE
Implantar o serviço de assistência ao pé diabético em UPAE	Estado	-	Implantar o serviço de assistência ao pé diabético em 4 UPAE
Ampliar serviço de assistência a pacientes com bexiga neurogênica em UPAE	Estado	1 unidade	Ampliar serviço de assistência a pacientes com bexiga neurogênica em 2 UPAE
Implantar o serviço de cirurgias eletivas do Hospital Dom Moura	Regiões de Saúde	-	Realizar 360 cirurgias eletivas
Ampliar a produção de cirurgias eletivas no Hospital José Fernandes Salsa	Regiões de Saúde	1144	Ampliar em 800 cirurgias eletivas
Credenciar leitos de crônicos de alta complexidade para retaguarda de UTI pediátrica	Estado	-	Credenciar 40 leitos
Credenciar leitos de crônicos de alta complexidade para retaguarda de UTI adulto	Estado	15	Credenciar 45 leitos
Ampliar oferta de cirurgias eletivas na rede própria e ou complementar	Macrorregiões de Saúde	-	Ampliar 40% da oferta de cirurgia eletivas
Ampliar o número de serviços que realizam testes do coraçãozinho	Estado	2 hospitais na Rede Pública (PROCAPE E IMIP) e 01 hospital filantrópico (RHP)	Ampliar 2 serviços contratualizados
Implantar serviço de alta complexidade em cirurgia vascular	Macrorregiões de Saúde	-	Implantar 1 serviço

OBJETIVO ESTRATÉGICO:
Implantar a Segurança do Paciente com base no Programa Nacional (PNSP)

SUBFUNÇÃO ORÇAMENTÁRIA: 302
PROGRAMA NO PPA: 0410
AÇÃO NA LOA: 4610; 2393; 4611

DESCRIÇÃO: Contribuir para a qualificação do cuidado em saúde em todos os estabelecimentos de saúde do território estadual com a finalidade de oferecer uma assistência segura à pacientes, famílias, gestores e profissionais de saúde.

AÇÃO	ABRANGÊNCIA	SITUAÇÃO EM 2019	META QUADRIENAL
Qualificar os Profissionais sobre a cultura de segurança do paciente	Estado	-	Qualificar 80 profissionais sobre a cultura de segurança do paciente
Fortalecer a implantação dos Núcleos de Segurança do Paciente (NSP) nas unidades de saúde da Rede Própria	Estado	86%	Implantar 98% de NSP nas unidades de saúde da Rede Própria
Fortalecer a implantação dos NSP nas unidades de saúde da Rede contratualizada de Oncologia	Estado	75%	Implantar 98% de NSP nas unidades de saúde contratualizadas de Oncologia
Fortalecer a implantação dos NSP nas unidades de saúde da Rede contratualizada de UTI	Estado	-	Implantar 50% de NSP nas unidades de saúde contratualizadas de UTI
Fortalecer a implantação dos Núcleos de Segurança do Paciente (NSP) nas unidades de saúde da Rede contratualizada de Nefrologia	Estado	-	Implantar 10 NSP nas unidades de saúde contratualizadas de Nefrologia
Qualificar os Profissionais sobre a cultura de segurança do paciente	Estado	-	Qualificar 400 profissionais
Divulgar os resultados sobre as ações dos NSP	Estado	2	Realizar 16 ações de divulgação

OBJETIVO ESTRATÉGICO:
Fortalecer as ações preventivas e assistenciais de origem toxicológica

SUBFUNÇÃO ORÇAMENTÁRIA: 302
PROGRAMA NO PPA: 0410
AÇÃO NA LOA: 2393; 4610; 4611

DESCRIÇÃO: Promover a formação continuada dos profissionais de saúde no atendimento às vitimas de acidentes com animais peçonhentos que consta na lista das doenças tropicais negligenciadas que acometem na maioria dos casos, populações pobres que vivem em áreas rurais.

AÇÃO	ABRANGÊNCIA	SITUAÇÃO EM 2019	META QUADRIENAL
Qualificar profissionais da média e alta complexidade das unidades de saúde sobre ações preventivas e assistenciais de origem toxicológica	Estado	-	Qualificar 320 profissionais sobre ações preventivas e assistenciais de origem toxicológica

OBJETIVO ESTRATÉGICO:
Fortalecer o Serviço de Assistência Domiciliar (SAD)

SUBFUNÇÃO ORÇAMENTÁRIA: 302
PROGRAMA NO PPA: 0410
AÇÃO NA LOA: 2393; 4610; 4611

DESCRIÇÃO: Assegurar a desinstitucionalização de pacientes que se encontram internados nos serviços hospitalares e apoiar as equipes de atenção básica no cuidado àqueles pacientes que necessitam de atenção à saúde prestada no domicílio.

AÇÃO	ABRANGÊNCIA	SITUAÇÃO EM 2019	META QUADRIENAL
Qualificar profissionais sobre atenção domiciliar	Estado	-	Qualificar 320 profissionais sobre atenção domiciliar

OBJETIVO ESTRATÉGICO:
Aprimorar o Monitoramento dos Contratos de Gestão das OSS

SUBFUNÇÃO ORÇAMENTÁRIA: 302
PROGRAMA NO PPA: 0410
AÇÃO NA LOA: 4060

DESCRIÇÃO: Desenvolver ações que contribuam para o aperfeiçoamento do processo de cumprimento das metas estabelecidas pela Gestão Estadual às OSS contratadas.

AÇÃO	ABRANGÊNCIA	SITUAÇÃO EM 2019	META QUADRIENAL
Avaliar os resultados dos contratos por unidade gerida por OSS, considerando o percentual de unidade que cumpriram as metas propostas	Estado	38	Obter 38 unidades (100%) com cumprimento de metas contratuais

OBJETIVO ESTRATÉGICO:
Qualificar a assistência à saúde das crianças com a Síndrome Congênita do Zika Vírus (SCZV)

SUBFUNÇÃO ORÇAMENTÁRIA: 305
PROGRAMA NO PPA: 0512
AÇÃO NA LOA: 1478

DESCRIÇÃO: Promover qualidade de vida para crianças com Síndrome Congênita do Zika Vírus (SCZV), desenvolvendo ações de monitoramento com busca ativa, diagnóstico, reabilitação e acompanhamento das crianças portadoras de microcefalia e respectivas famílias.

AÇÃO	ABRANGÊNCIA	SITUAÇÃO EM 2019	META QUADRIENAL
Vincular as crianças confirmadas com alterações no desenvolvimento provocadas pela Síndrome Congênita do Zika Vírus (SCZV) a serviços de reabilitação	Estado	91% das crianças confirmadas em acompanhamento de reabilitação (SE 36/2019)	Vincular 95% das crianças com SCZV ao acompanhamento de reabilitação

OBJETIVO ESTRATÉGICO:
Atender a necessidade de hemocomponentes das instituições de saúde pública

SUBFUNÇÃO ORÇAMENTÁRIA: 303
PROGRAMA NO PPA: 0527
AÇÃO NA LOA: 2160

DESCRIÇÃO: Desenvolver ações de saúde na área do sangue, produzindo bens e serviços, visando otimizar o uso do sangue coletado, garantindo a oferta de um produto de excelente qualidade para as redes hospitalares pública e privada

AÇÃO	ABRANGÊNCIA	SITUAÇÃO EM 2019	META QUADRIENAL
Descentralizar a Coleta de sangue na I Região	Regiões de Saúde	0%	Implantar 01 Posto descentralizado de Coleta de sangue na I Região de Saúde

DIRETRIZ 3: FORTALECIMENTO DA POLÍTICA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

DIRETRIZ 3: FORTALECIMENTO DA POLÍTICA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

DESCRIÇÃO: Ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, tanto individual como coletiva, tendo o medicamento como insumo essencial e visando ampliação do seu acesso e seu uso racional.

OBJETIVO ESTRATÉGICO:
Reestruturar a Assistência Farmacêutica

SUBFUNÇÃO ORÇAMENTÁRIA: 303
PROGRAMA NO PPA: 0655
AÇÃO NA LOA: 3126

DESCRIÇÃO: Fortalecer a assistência Farmacêutica por meio da reestruturação da rede de assistência farmacêutica, assegurando o monitoramento e avaliação das ações desenvolvidas.

AÇÃO	ABRANGÊNCIA	SITUAÇÃO EM 2019	META QUADRIENAL
Ampliar o acesso a informação da população sobre medicamentos e plantas medicinais	Estado	-	Realizar 4 ações para a população
Qualificar Farmacêuticos e demais profissionais de saúde sobre uso racional de medicamentos, produtos farmacêuticos e plantas medicinais	Regiões de Saúde	-	Qualificar 120 profissionais
Ampliar os pontos dispensação de medicamentos no Estado	Regiões de Saúde	39 pontos existentes	Ampliar 10 pontos de dispensação
Regularizar o abastecimento dos medicamentos no Estado	Estado	74%	Regularizar para 85% o abastecimento de medicamentos do Estado
Distribuir insumos (glicosímetro e tiras teste) para municípios com pacientes insulinodependentes	Estado	-	Distribuir insumos para 184 municípios
Implantar hormonioterapia para população trans em Pernambuco	Macrorregiões de Saúde	-	Implantar Hormonioterapia em 4 macrorregiões

DIRETRIZ 4: DESENVOLVIMENTO DAS AÇÕES ESTRATÉGICAS DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

DIRETRIZ 4: DESENVOLVIMENTO DAS AÇÕES ESTRATÉGICAS DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

DESCRIÇÃO: 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:
Fortalecer a vigilância de acidente de transporte terrestre (ATT)

SUBFUNÇÃO ORÇAMENTÁRIA: 301; 305
PROGRAMA NO PPA: 1028; 0512.
AÇÃO NA LOA: 3435; 2164

DESCRIÇÃO: Prevenir os acidentes de transporte terrestre, por meio do conhecimento do perfil das vítimas e dos acidentes, dando subsídios ao planejamento de ações intersetoriais e contribuindo com a adequação e qualificação da rede de atenção integral a estas vítimas.

AÇÃO	ABRANGÊNCIA	SITUAÇÃO EM 2019	META QUADRIENAL
Implantar Comitês de Vigilância do Óbito por acidente de transporte terrestre (ATT)	Regiões de Saúde	-	Implantar 9 Comitês Regionais de Vigilância do Óbito por ATT
Qualificar profissionais de saúde e da rede de prevenção de ATT	Regiões de Saúde	-	Qualificar 300 profissionais de saúde e da Rede de prevenção de ATT

OBJETIVO ESTRATÉGICO:
Fortalecer o Programa de Controle da Tuberculose

SUBFUNÇÃO ORÇAMENTÁRIA: 302
PROGRAMA NO PPA: 0512
AÇÃO NA LOA: 2141; 2164

DESCRIÇÃO: Proporcionar o conhecimento epidemiológico com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle, reduzindo a mortalidade, a morbidade e a transmissão da Tuberculose.

AÇÃO	ABRANGÊNCIA	SITUAÇÃO EM 2019	META QUADRIENAL
Descentralizar para os laboratórios regionais a realização de cultura e baciloscopia de tuberculose	Regiões de Saúde	Laboratórios regionais que realizam baciloscopia para tuberculose: I,II,IV, V,VI,VII,IX,XI e XII	Descentralizar a realização de cultura e baciloscopia de tuberculose para 3 laboratórios regionais

Ampliar o número de baciloscopias realizadas e registradas no sistema Gerenciador de Ambiente Laboratorial (GAL) pelos laboratórios públicos	Macrorregiões de Saúde	48% (2018)	Ampliar para 60% o número de baciloscopias realizadas e registradas no sistema GAL pelos laboratórios públicos
Ampliar o número de testes rápidos moleculares nos laboratórios que já possuem este diagnóstico	Regiões de Saúde	46% (2018)	Ampliar para 60% o número de testes rápidos moleculares nos laboratórios que já possuem o diagnóstico
Implantar ações do Programa Sanar para Controle da tuberculose nos municípios prioritários	Regiões de Saúde	-	Implantar ações do Programa Sanar para Controle da tuberculose em 5 municípios prioritários
Implantar a vigilância da infecção latente nos serviços de atenção especializada (SAE) dos municípios prioritários	Regiões de Saúde	-	Implantar a vigilância da infecção latente nos SAE em 5 municípios prioritários

OBJETIVO ESTRATÉGICO:
Fortalecer as ações de vigilância epidemiológica e ambiental para o controle das doenças e agravos e promoção da saúde

SUBFUNÇÃO ORÇAMENTÁRIA: 305
PROGRAMA NO PPA: 0512
AÇÃO NA LOA: 2164

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. Na 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.

AÇÃO	ABRANGÊNCIA	SITUAÇÃO EM 2019	META QUADRIENAL
Implementar a realização de necropsias na Rede de Serviço de Verificação de Óbitos (SVO)	Estado	8.711 Necropsias (2018)	Realizar 34.000 Necropsias na Rede SVO
Implantar Serviço de Verificação de Óbitos (SVO)	Macrorregiões de Saúde	2 SVO	Implantar 1 Serviço de Verificação de Óbitos
Ampliar a proporção de municípios com 100% de análises realizadas em amostras de água para consumo humano	Estado	57,3% (2018)	Ampliar para 70% dos municípios de PE alcançando 100% de análises realizadas em amostras de água para consumo humano

Monitorar a cura dos casos de hanseníase em menores de 15 anos	Estado	72% (2018)	Alcançar 80% dos municípios com 80% de cura dos casos de hanseníase em menores de 15 anos
Implantar ações do Programa Sanar para hanseníase nos municípios prioritários	Regiões de Saúde	-	Implantar ações do Programa Sanar para hanseníase em 5 municípios prioritários
Implantar equipes de apoio à realização da vigilância entomológica para leishmaniose e doença de Chagas	Estado	-	Implantar 3 equipes de apoio à realização da vigilância entomológica para leishmaniose e doença de Chagas
Ampliar a cobertura de tratamento seletivo da esquistossomose nos municípios de regiões endêmicas	Regiões de Saúde	73,6% (2018)	Alcançar 80% dos municípios com cobertura de 80% no tratamento dos casos de esquistossomose
Descentralizar o Monitoramento do Desempenho da Gestão da Vigilância em Saúde (MDGVS) para as GERES	Regiões de Saúde	8 (2018)	Descentralizar o Monitoramento do Desempenho da Gestão da Vigilância em Saúde para 12 Geres
Produzir o Perfil Epidemiológico - Saúde Pernambuco	Estado	-	Produzir 2 Perfis Epidemiológicos - Saúde Pernambuco
Ampliar a proporção de municípios atingindo 90% das metas do Programa de Qualificação das Ações de Vigilância em Saúde (PQA-VS)	Estado	80% dos municípios atingindo a meta de 90% no PQA-VS (2018)	Obter 90% dos municípios atingindo a meta de 90% no PQA-VS
Implantar sala de situação para a gestão da Vigilância em Saúde	Estado	-	Implantar 1 sala de situação para a gestão da Vigilância em Saúde
Implantar Laboratório de Inovação da Vigilância em Saúde	Estado	-	Implantar 1 Laboratório de Inovação da Vigilância em Saúde
Implantar o sistema e-visit@PE em Pernambuco	Macrorregiões de Saúde	Implantado em 7 Regiões	Implantar o sistema evisit@PE nos municípios em 5 regiões de saúde
Implantar a vigilância entomológica para Febre Amarela	Regiões de Saúde	-	Implantar vigilância entomológica nos municípios de risco para Febre Amarela em 7 regiões de saúde
Fortalecer a vigilância das arboviroses e controle do *Aedes Aegypti* nos municípios em situação de risco ou em epidemia	Regiões de Saúde	-	Prover insumos estratégicos para ações de campo de controle do *Aedes Aegypti* em 90% dos municípios de PE

Aumentar o percentual de encerramento dos casos de Síndrome Congênita do Zika (SCZV)	Estado	49,2% encerrados (2018)	Aumentar para 70% o percentual de encerramento dos casos de Síndrome Congênita do Zika (SCZV)
Aperfeiçoar sistemas de informação estratégicos para a Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde (SEVS)	Estado	-	Consolidar o funcionamento de 3 novos sistemas de informação estratégicos para a SEVS
Implantar a unidade de Resposta Rápida Estadual para Operações de Resposta à Emergências relacionadas a desastres, surtos, epidemias e outros eventos infecciosos e Eventos de Massa	Estado	-	Implantar a Unidade de Resposta Rápida Estadual para Operações de Resposta à Emergências
Qualificar profissionais de saúde em Vigilância em Saúde	Estado	-	Qualificar 4000 profissionais em Vigilância em Saúde

OBJETIVO ESTRATÉGICO:
Desenvolver as ações de vigilância sanitária para o controle de produtos e serviços de interesse à saúde

SUBFUNÇÃO ORÇAMENTÁRIA: 304
PROGRAMA NO PPA: 0512
AÇÃO NA LOA: 2174

DESCRIÇÃO: Realizar ações estratégicas para o gerenciamento do risco sanitário.

AÇÃO	ABRANGÊNCIA	SITUAÇÃO EM 2019	META QUADRIENAL
Intensificar as ações da Vigilância Sanitária (VISA) nos municípios e nas Regiões de Saúde	Estado	-	Realizar 40 eventos de qualificação para técnicos da APEVISA e VISA municipais
Realizar inspeções sanitárias em estabelecimentos de produtos e serviços de interesse da VISA	Estado	-	Realizar 10.000 inspeções sanitárias em estabelecimentos de produtos e serviços de interesse da VISA
Realizar coletas de produtos sujeitos ao controle sanitário	Estado	-	Realizar 10.000 coletas de produtos sujeitos ao controle sanitário
Implantar a gestão da qualidade na APEVISA e Gerências Regionais	Estado	-	Implantar a gestão da qualidade na APEVISA e Gerências Regionais

OBJETIVO ESTRATÉGICO:
Fortalecer ações de Vigilância em Saúde do Trabalhador

SUBFUNÇÃO ORÇAMENTÁRIA: 301
PROGRAMA NO PPA: 0512
AÇÃO NA LOA: 2630

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.

AÇÃO	ABRANGÊNCIA	SITUAÇÃO EM 2019	META QUADRIENAL
Promover ações anuais de prevenção e promoção a saúde dos trabalhadores com as categorias de acordo com o perfil produtivo da região.	Regiões de Saúde	-	Realizar 12 ações de prevenção e promoção de saúde do trabalhador
Qualificar os profissionais de saúde e trabalhadores com base na Política Nacional em Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora.	Estado	-	Qualificar 2000 profissionais de saúde e trabalhadores

OBJETIVO ESTRATÉGICO:
Implementar as ações e serviços do LACEN

SUBFUNÇÃO ORÇAMENTÁRIA: 303
PROGRAMA NO PPA: 0512
AÇÃO NA LOA: 2141

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.

AÇÃO	ABRANGÊNCIA	SITUAÇÃO EM 2019	META QUADRIENAL
Implantar o programa de avaliação externa da qualidade da água para consumo humano	Regiões de Saúde	-	Implantar o controle externo da qualidade da água em 10 regiões de saúde
Implantar o ensaio de quantificação de metais em água para consumo humano e água de hemodiálise	Estado	-	Implantar o ensaio de quantificação de metais em água para consumo humano e água de hemodiálise

Implantar diagnóstico por Biologia Molecular para Filariose, Meningite Eosinofílica e Febre Maculosa	Estado	-	Implantar o diagnóstico por Biologia Molecular para Filariose, Meningite Eosinofílica e Febre Maculosa
Implantar Imunofluorecência para diagnóstico de raiva animal	Estado	-	Implantar imunofluorecência para diagnóstico de raiva animal
Reestruturar a rede laboratorial de Hanseníase (baciloscopia)	Regiões de Saúde	-	Descentralizar baciloscopia de hanseníase em 3 regiões de saúde
Assegurar liberação de resultados do diagnóstico laboratorial em tempo oportuno.	Estado	-	Liberar 80% dos laudos em tempo oportuno
Descentralizar teste rápido humano para leishmaniose visceral	Regiões de Saúde	11 Regiões de Saúde descentralizado	Descentralizar o teste rápido humano de leishmaniose visceral para a III Região de Saúde

OBJETIVO ESTRATÉGICO:
Fortalecer ações de prevenção de Transmissão de Doenças por meio de Vacinas e outros imunobiológicos

SUBFUNÇÃO ORÇAMENTÁRIA: 303
PROGRAMA NO PPA: 0512
AÇÃO NA LOA: 2104

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.

AÇÃO	ABRANGÊNCIA	SITUAÇÃO EM 2019	META QUADRIENAL
Alcançar a cobertura vacinal preconizada para Doenças Imunopreveníveis em crianças	Estado	-	Atingir 95% de crianças imunizadas com vacinas específicas (Pneumocócica, Poliomielite, Pentavalente e Tríplice Viral)
Alcançar a cobertura vacinal preconizada para Doenças Imunopreveníveis em gestantes	Estado	dTpa gestante (68,16%) 2018, dado sujeito a alterações	Atingir 95% de gestantes vacinadas por dTpa

Qualificar profissionais de saúde do Programa Nacional de Imunização (PNI)	Estado	-	Qualificar 184 coordenadores do PNI municipal

OBJETIVO ESTRATÉGICO:
Fortalecer a Política Estadual das Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) e AIDS

SUBFUNÇÃO ORÇAMENTÁRIA: 301
PROGRAMA NO PPA: 0512
AÇÃO NA LOA: 3093

DESCRIÇÃO: Consolidar o programa de DST/AIDS com vistas à ampliação da promoção/prevenção à saúde, acesso da testagem, aconselhamento e assistência à saúde.

AÇÃO	ABRANGÊNCIA	SITUAÇÃO EM 2019	META QUADRIENAL
Estruturar e ampliar a rede de Profilaxia Pré-Exposição ao HIV (PrEP)	Regiões de Saúde	-	Implantar 4 Serviços com rede de PrEP na I região de saúde
Implantar a rede de Profilaxia Pós-Exposição ao HIV (PEP)	Regiões de Saúde	-	Implantar 12 Serviços Estaduais de Saúde 24h, para PEP
Prover insumos estratégicos para ações de prevenção da transmissão do HIV nos serviços de saúde	Estado	-	Prover insumos estratégicos para prevenção da transmissão do HIV e tratamento dos casos de AIDS em 90% dos municípios de PE
Qualificar profissionais de saúde em ações de prevenção, detecção e manejo clínico das IST/HIV/AIDS	Estado	-	Qualificar 2000 profissionais de saúde em ações de prevenção, detecção e manejo clínico das IST/HIV/AIDS

DIRETRIZ 5: QUALIFICAÇÃO E INOVAÇÃO DOS PROCESSOS DE GOVERNANÇA E GESTÃO ESTRATÉGICA E PARTICIPATIVA NA SAÚDE

DIRETRIZ 5: QUALIFICAÇÃO E INOVAÇÃO DOS PROCESSOS DE GOVERNANÇA E GESTÃO ESTRATÉGICA E PARTICIPATIVA NA SAÚDE

DESCRIÇÃO: 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:
Fortalecer a atuação do Controle Social no SUS

SUBFUNÇÃO ORÇAMENTÁRIA: 125
PROGRAMA NO PPA: 1077
AÇÃO NA LOA: 4422

DESCRIÇÃO: Fortalecer e qualificar os espaços de Controle Social garantindo as 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.

AÇÃO	ABRANGÊNCIA	SITUAÇÃO EM 2019	META QUADRIENAL
Realizar formação de Conselheiros de Saúde Estaduais e Municipais de saúde	Estado	-	Ofertar 02 cursos para Conselheiros Estaduais e Municipais de Saúde
Elaborar bimensalmente boletins eletrônicos como meio de divulgação das ações do Conselho Estadual de Saúde (CES)	Estado	2	Elaborar 24 boletins eletrônicos
Realizar a 10ª Conferência Estadual de Saúde	Estado	1	Realizar 01 Conferência
Realizar Plenária Estadual de Conselheiros de Saúde	Estado	15	Realizar 03 Plenárias Estaduais
Adquirir material de identificação para o CES	Estado	-	128 identificações institucionais e 20 coletes
Participar de eventos, comitês e fóruns dentro do Estado de Pernambuco	Estado	-	Participar de 200 eventos, comitês e fóruns dentro do estado
Implantar Conselhos Locais nas Unidades Estaduais de Saúde	Estado	10	Implantar Conselhos Locais em 24 (100%) Unidades Estaduais de Saúde
Debater com o Poder Executivo e Legislativo a aprovação do Projeto de Lei do CES/PE	Estado	-	Criação de 01 Grupo de Trabalho para articulação com o Poder Executivo e Legislativo a aprovação do Projeto de Lei do CES/PE

Criar campanhas educativas com o tema do fortalecimento do controle social	Estado	-	Realizar 04 campanhas educativas
Realizar Encontro Estadual para Fortalecimento das Comissões Intersetoriais de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (CISTT)	Estado	-	Realizar 01 Encontro Estadual para Fortalecimento das CISTT
Realizar Fóruns Macrorregionais para Fortalecimento das Comissões Intersetoriais de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (CISTT)	Estado	-	Realizar 04 Fóruns Macrorregionais para Fortalecimento das CISTT

OBJETIVO ESTRATÉGICO:
Ampliar a atuação da Operação Lei Seca e CEPAM

SUBFUNÇÃO ORÇAMENTÁRIA: 301
PROGRAMA NO PPA: 1028
AÇÃO NA LOA: 3435

DESCRIÇÃO: Prevenir os acidentes de transporte terrestre, em especial aqueles que envolvem motociclistas, através da educação no trânsito e outras estratégias que minimizem o número de vítimas no Estado.

AÇÃO	ABRANGÊNCIA	SITUAÇÃO EM 2019	META QUADRIENAL
Contratar educadores para equipes educativas da Operação Lei Seca (OLS)	Regiões de Saúde	-	Contratar 22 educadores para OLS
Ampliar as equipes de fiscalização da Operação Lei Seca (OLS)	Regiões de Saúde	14 equipes da OLS	Ampliar 7 equipes de fiscalização da OLS
Intensificar as ações educativas nas regiões de saúde	Regiões de Saúde	-	Desenvolver ações educativas nas 12 GERES

OBJETIVO ESTRATÉGICO:
Implementar a Estratégia de Transformação Digital da Secretaria Estadual de Saúde

SUBFUNÇÃO ORÇAMENTÁRIA: 126
PROGRAMA NO PPA: 0446
AÇÃO NA LOA: 4606

DESCRIÇÃO: Fortalecer os processos de gestão e oferta de serviços da Secretaria Estadual de Saúde através da manutenção e incorporação de tecnologias digitais, inclusive através de processos de inovação, promovendo ações de colaboração entre governo e sociedade.

AÇÃO	ABRANGÊNCIA	SITUAÇÃO EM 2019	META QUADRIENAL
Aprimorar o sistema de acesso ao agendamento dos serviços de saúde	Estado	-	Aprimorar 1 sistema
Qualificar profissionais sobre adoção de cultura e pensamento inovador	Regiões de Saúde	-	Qualificar 40 profissionais sobre adoção de cultura e pensamento inovador
Realizar ações de inovação no Programa Inova Saúde PE	Regiões de Saúde	-	Realizar 16 ações de inovação

OBJETIVO ESTRATÉGICO:
Melhorar a Comunicação com a Sociedade

SUBFUNÇÃO ORÇAMENTÁRIA: 122
PROGRAMA NO PPA: 1028
AÇÃO NA LOA: 2470

DESCRIÇÃO: Fortalecer e qualificar a articulação com os órgãos de imprensa e com a própria sociedade, por meio da produção de conteúdo e mídias sociais, para a divulgação permanente das boas ações da SES-PE e propagação das campanhas preventivas, educativas e de relevância para a saúde coletiva, criando uma imagem institucional competente e forte, compatível com a missão do órgão.

AÇÃO	ABRANGÊNCIA	SITUAÇÃO EM 2019	META QUADRIENAL
Desenvolver campanhas publicitárias	Estado	-	Realizar 12 grandes campanhas temáticas
Produzir programetes de rádios com foco na saúde pública em parceria com a Rádio da Secretaria de Imprensa do Estado (Rádio SEI) e distribuição para as rádios do Estado	Estado	-	Gravar 192 programetes de Rádio (1 por semana)

Elaborar pauta com temas a serem trabalhados nas mídias sociais	Estado	-	Produzir 960 cards específicos para as Mídias Sociais (5 por semana)
Produzir pautas sobre assuntos de interesse da SES-PE e da sociedade	Estado	-	Produzir 576 pautas (3 por semana)
Produzir Newsletter (jornal digital) para veiculação entre o público interno da SES-PE	Estado	-	Produzir 96 jornais digitais (2 por mês)

OBJETIVO ESTRATÉGICO:
Implementar o Telessaúde no Estado

SUBFUNÇÃO ORÇAMENTÁRIA: 302
PROGRAMA NO PPA: 1028
AÇÃO NA LOA: 2436

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.

AÇÃO	ABRANGÊNCIA	SITUAÇÃO EM 2019	META QUADRIENAL
Implantar o serviço de TeleECG nos municípios do estado	Regiões de Saúde	-	Implantar 240 pontos de TeleECG nos municípios
Implantar pontos de Telecardiologia na Atenção Básica (Teleconsultoria)	Regiões de Saúde	-	Implantar 240 pontos de Telecardiologia
Implantar o serviço de Teleconsultoria Síncrona em Cardiologia	Regiões de Saúde	-	Realizar 11.520 teleconsultorias síncronas em Cardiologia
Implantar o serviço de Teleconsultoria Assíncrona	Estado	-	Realizar 23.040 teleconsultorias assíncronas
Implantar o serviço de Teleconsultoria Síncrona em Linhas de Cuidados Prioritários	Estado	-	Realizar 11.520 teleconsultorias síncronas em linhas de cuidados prioritários
Implantar rede própria de Videocolaboração em Saúde	Estado	-	Instalar 19 pontos de videoconferência, sendo 1 para o Conselho Estadual de Saúde

Implantar cursos modalidade Ensino À Distância (EAD)	Estado	-	Desenvolver 06 cursos EAD para profissionais de saúde
Implantar Webpalestras/Webseminários	Estado	-	Realizar 48 Webpalestras/ Webseminários para profissionais de saúde
Implantar o Serviço de Segunda Opinião Formativa (SOF)	Estado	-	Publicar 12 SOF
Implantar Comunidades de práticas para as Residências	Estado	-	Implantar 04 Comunidades de práticas
Implantar Grupo de Interesse Especial (SIG)	Estado	1 SIG	Implantar 1 Grupos de Interesse Especial (SIG)

OBJETIVO ESTRATÉGICO:
Implementar e expandir os Núcleos de Economia da Saúde hospitalar

SUBFUNÇÃO ORÇAMENTÁRIA: 122
PROGRAMA NO PPA: 1028
AÇÃO NA LOA: 2436

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.

AÇÃO	ABRANGÊNCIA	SITUAÇÃO EM 2019	META QUADRIENAL
Instituir novos Núcleos Estaduais de Saúde em Unidades Hospitalares	Estado	-	Implantar 10 Núcleos de Economia da Saúde

OBJETIVO ESTRATÉGICO:
Fortalecer o mecanismo de Ouvidoria no SUS

SUBFUNÇÃO ORÇAMENTÁRIA: 131
PROGRAMA NO PPA: 1077
AÇÃO NA LOA: 2153

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.

AÇÃO	ABRANGÊNCIA	SITUAÇÃO EM 2019	META QUADRIENAL
Ampliar o percentual de respostas das manifestações oriundas da Ouvidoria dentro do prazo previsto em Lei.	Estado	50% de respostas no prazo	Ampliar para 90% das demandas da ouvidoria dentro do prazo previsto em Lei
Avaliar o nível de satisfação dos usuários de saúde em unidades de saúde por meio de pesquisa	Estado	-	Realizar Pesquisa em 8 Hospitais da Rede Estadual
Qualificar profissionais dos Municípios sobre Ouvidoria do SUS	Estado	-	Qualificar 320 profissionais (80 ao ano)
Implantar o Fale Fácil em Unidades de Saúde Estadual	Estado	-	Implantar o Fale Fácil em 37 UPA e UPAE estadual

OBJETIVO ESTRATÉGICO:
Potencializar a capacidade institucional da Escola de Saúde Pública de Pernambuco (ESPPE)

SUBFUNÇÃO ORÇAMENTÁRIA: 128
PROGRAMA NO PPA: 1028
AÇÃO NA LOA: 3082

DESCRIÇÃO: Implementar as ações de formação e qualificação dos trabalhadores do Sistema Único de Saúde e potencializar o desenvolvimento de pesquisas em áreas estratégicas, considerando as necessidades de saúde regionais, tendo como referência o Plano de Educação Permanente em Saúde de Pernambuco.

AÇÃO	ABRANGÊNCIA	SITUAÇÃO EM 2019	META QUADRIENAL
Ofertar qualificação e formação para os trabalhadores do SUS de forma regionalizada	Estado	30 ofertas	Ofertar 120 qualificações e formações para os trabalhadores do SUS de forma regionalizada

OBJETIVO ESTRATÉGICO:
Fortalecer os espaços de governança do SUS

SUBFUNÇÃO ORÇAMENTÁRIA: 128
PROGRAMA NO PPA: 1028
AÇÃO NA LOA: 3082

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.

AÇÃO	ABRANGÊNCIA	SITUAÇÃO EM 2019	META QUADRIENAL
Desenvolver ações de educação permanente para os espaços de governança do SUS	Regiões de Saúde	5 ações	Ofertar 12 ações de educação permanente nas CIR e CIES

OBJETIVO ESTRATÉGICO:
Potencializar a formação de profissionais para o SUS por meio da Integração Ensino-serviço-comunidade

SUBFUNÇÃO ORÇAMENTÁRIA: 302
PROGRAMA NO PPA: 0446
AÇÃO NA LOA: 0602

DESCRIÇÃO: Desenvolver a rede de saúde como espaço de ensino e aprendizagem, conformando uma rede SUS Escola, por meio da integração entre os setores de saúde e educação e o controle social, colocando a educação permanente como estratégia de desenvolvimento do trabalho na saúde para fortalecimento do SUS.

AÇÃO	ABRANGÊNCIA	SITUAÇÃO EM 2019	META QUADRIENAL
Ampliar oferta de vagas de residências em saúde em áreas estratégicas do SUS	Estado	1644 vagas	Ampliar em 10% a oferta de vagas de residências em saúde em áreas estratégicas do SUS
Realizar o projeto Vivências e Estágios na realidade do Sistema Único de Saúde -VERSUS Pernambuco por meio de parcerias interinstitucionais	Estado	-	Realizar 1 VERSUS

OBJETIVO ESTRATÉGICO:
Implementar a Política de Gestão do Trabalho na Saúde

SUBFUNÇÃO ORÇAMENTÁRIA: 122; 301
PROGRAMA NO PPA: 1028; 0446; 0512
AÇÃO NA LOA: 3085; 4405; 2630

DESCRIÇÃO: Desenvolver ações para a estruturação e qualificação da gestão do trabalho, formulando políticas que garantam a valorização do trabalhador, assegurando Plano de Cargos, Carreiras e Vencimentos, o incentivo à formação e qualificação, a desprecarização do vínculo, a humanização das relações do trabalho, a fixação do trabalhador em áreas estratégicas, além da remuneração, benefícios e movimentação de pessoal.

AÇÃO	ABRANGÊNCIA	SITUAÇÃO EM 2019	META QUADRIENAL
Revisar o Plano de Cargos e Carreiras	Estado	-	Revisar 2 Planos de Cargos e Carreiras
Realizar o dimensionamento de Pessoal nas unidades de saúde da Rede Obstétrica Estadual	Estado	2 dimensionamentos	Dimensionar 16 Unidades de Saúde
Implantar Práticas Integrativas no Ambulatório da SES	Estado	-	Ofertar 3 práticas integrativas no ambulatório da SES
Realizar Concurso Público	Estado	1 concurso	Realizar 1 Concurso Público
Implantar Núcleo de Apoio Psicossocial (NUAPS) para os servidores nos Hospitais Regionais	Estado	17 NUAPS	Implantar 1 NUAPS

OBJETIVO ESTRATÉGICO:
Aprimorar a Ação Regulatória na Gestão Estadual

SUBFUNÇÃO ORÇAMENTÁRIA: 122
PROGRAMA NO PPA: 1028
AÇÃO NA LOA: 3438

DESCRIÇÃO: Desenvolver estratégias que fortaleçam a função regulatória na gestão estadual priorizando equidade e transparência no acesso, de modo a otimizar a oferta assistencial.

AÇÃO	ABRANGÊNCIA	SITUAÇÃO EM 2019	META QUADRIENAL
Construir Política Estadual de Regulação	Estado	Política estadual de Regulação de Acesso não publicada	Construir 1 Política Estadual de Regulação em Portaria

Implantar a Telerregulação e Teleconsultoria nas Linhas de Cuidado prioritárias	Estado	-	Implantar 5 linhas de cuidado com Telerregulação e teleconsultoria
Implantar serviços de orientação direta a usuários do SUS sobre fluxos assistenciais da Regulação e situação das marcações de consultas e exames	Estado	-	Implantar 2 serviços de orientação direta a usuários do SUS

OBJETIVO ESTRATÉGICO:
Reorganizar os processos de trabalho da Atenção Primária

SUBFUNÇÃO ORÇAMENTÁRIA: 301
PROGRAMA NO PPA: 0432
AÇÃO NA LOA: 4217

DESCRIÇÃO: Fornecer espaços de formação para Gestores e Trabalhadores, visando à organização dos macro e microprocessos entre Atenção Primária em Saúde e Atenção Ambulatorial Especializada, contribuindo para a consolidação do papel da Atenção Primária como coordenadora do cuidado e ordenadora dos fluxos de atenção à saúde.

AÇÃO	ABRANGÊNCIA	SITUAÇÃO EM 2019	META QUADRIENAL
Reformular a Política Estadual de Fortalecimento da Atenção Primária (PEFAP)	Estado	-	Reformular 1 Política

OBJETIVO ESTRATÉGICO:
Fortalecer as Políticas Estratégicas

SUBFUNÇÃO ORÇAMENTÁRIA: 301; 0909
PROGRAMA NO PPA: 0432; 0244
AÇÃO NA LOA: 4435; 4323

DESCRIÇÃO: Ampliar o acesso às ações e serviços de saúde, contribuindo para a redução das causas de morbidade, mortalidade em todos os ciclos de vida e nos diversos grupos populacionais, sem discriminação de qualquer espécie, atuando nos aspectos socioculturais, com vistas a desenvolver ações de promoção, prevenção, assistência e recuperação da saúde, priorizando a Atenção Primária à Saúde.

AÇÃO	ABRANGÊNCIA	SITUAÇÃO EM 2019	META QUADRIENAL
Implantar Linha do cuidado da saúde LGBT na rede de atenção à saúde no estado de Pernambuco	Macrorregiões de Saúde	-	Implantar linha de cuidado LGBT em 2 macrorregiões de saúde
Instituir os comitês técnicos de saúde LGBT	Regiões de Saúde	-	Instituir 5 Comitês Técnicos Regionais de Saúde LGBT
Ampliar o Programa Mãe Coruja Pernambucana para todos os municípios com até 50 mil habitantes	Regiões de Saúde	106 Municípios	Ampliar o Programa Mãe Coruja Pernambucana em 54 Municípios

DIRETRIZ 6: AMPLIAÇÃO DOS INVESTIMENTOS EM SAÚDE

DIRETRIZ 6: AMPLIAÇÃO DOS INVESTIMENTOS EM SAÚDE

DESCRIÇÃO: Garantir investimentos para a ampliação dos equipamentos públicos de saúde (construção e aparelhagem) melhorando as condições de atendimento da população do Estado.

OBJETIVO ESTRATÉGICO:
Implementar as ações e serviços do LACEN

SUBFUNÇÃO ORÇAMENTÁRIA: 122
PROGRAMA NO PPA: 0902
AÇÃO NA LOA: 4435; 4553

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.

AÇÃO	ABRANGÊNCIA	SITUAÇÃO EM 2019	META QUADRIENAL
Reestruturar os laboratórios regionais para diagnósticos de baixa complexidade	Regiões de Saúde	-	Reestruturar 3 laboratórios regionais para diagnósticos de baixa complexidade
Adequar as instalações físicas do LACEN	Estado	-	Adequar as instalações físicas do LACEN

OBJETIVO ESTRATÉGICO:
Reestruturar a Assistência Farmacêutica

SUBFUNÇÃO ORÇAMENTÁRIA: 122
PROGRAMA NO PPA: 0902
AÇÃO NA LOA: 4435; 4553

DESCRIÇÃO: Fortalecer a assistência Farmacêutica por meio da reestruturação da rede de assistência farmacêutica, assegurando o monitoramento e avaliação das ações desenvolvidas.

AÇÃO	ABRANGÊNCIA	SITUAÇÃO EM 2019	META QUADRIENAL
Adquirir equipamentos para as Centrais de Abastecimento Farmacêutico das GERES e para as Farmácias de Pernambuco	Regiões de Saúde	-	Adquirir 80 Equipamentos
Reformar as Farmácias de Pernambuco do componente especializado	Regiões de Saúde	-	Reformar 8 Farmácias de Pernambuco do componente Especializado
Implantar a farmácia de Pernambuco da XII GERES	Regiões de Saúde	-	Implantar 1 Farmácia de Pernambuco
Reformar Centrais de Abastecimento Farmacêutico das GERES	Regiões de Saúde	-	Reformar 3 Centrais de Abastecimento Farmacêutico das GERES

OBJETIVO ESTRATÉGICO:
Construir, Ampliar, Reformar e Equipar as Unidades de Saúde

SUBFUNÇÃO ORÇAMENTÁRIA: 122
PROGRAMA NO PPA: 0902; 0446
AÇÃO NA LOA: 4435; 4553; 4605

DESCRIÇÃO: Melhorar a qualidade da assistência prestada à população através da reestruturação física e equipagem das unidades de saúde do Estado.

AÇÃO	ABRANGÊNCIA	SITUAÇÃO EM 2019	META QUADRIENAL
Implantar Unidades Pernambucana de Atenção Especializada	Regiões de Saúde	-	Implantar 4 UPAE
Implantar os Hospitais do Sertão e da Mulher	Regiões de Saúde	-	Implantar 2 Hospitais

Implantar Leitos de UTI Adulto em Hospitais geridos por OSS (HREC, HJMO, HRBC)	Regiões de Saúde	-	Implantar 24 Leitos de UTI
Construir Centro de Hemodiálise no Hospital Mestre Vitalino	Regiões de Saúde	-	Construir Centro de Hemodiálise
Equipar salas no bloco cirúrgico de Hospital José Fernandes Salsa	Regiões de Saúde	-	Equipar 5 salas cirúrgicas
Ampliar leitos de cirurgia vascular	Macrorregiões de Saúde	7 leitos (N° de leitos referentes a II Macrorregião de Saúde	Ampliar 12 leitos cirúrgico vascular
Ampliar leitos cirúrgicos de traumato-ortopedia	Macrorregiões de Saúde	2 leitos (N° de leitos referentes a III Macrorregião de Saúde)	Ampliar 18 leitos cirúrgicos de traumato-ortopedia
Ampliar leitos cirúrgicos de retaguarda em traumato-ortopedia	Macrorregiões de Saúde	145 leitos (N° de leitos referentes a I Macrorregião)	Ampliar 20 leitos cirúrgicos de traumato-ortopedia
Ampliar leitos cirúrgicos	Macrorregiões de Saúde	4 leitos (N° de leitos referentes a III Macrorregião de Saúde)	Ampliar 16 leitos cirúrgicos
Ampliar leitos clínicos	Macrorregiões de Saúde	14 leitos (N° de leitos referentes a III Macrorregião de Saúde)	Ampliar 20 leitos clínicos
Ampliar leitos de UTI adulto na rede própria	Macrorregiões de Saúde	280 leitos	Ampliar 40 leitos de UTI adulto
Ampliar leitos de UTI materna na rede própria	Macrorregiões de Saúde	-	Ampliar 10 leitos de UTI materna
Ampliar leitos de unidade de recuperação cardiotorácica no HAM	Macrorregiões de Saúde	-	Ampliar 06 leitos de unidade de recuperação cardiotorácica no HAM
Ampliar leitos de UTI neonatal na rede própria	Macrorregiões de Saúde	54	Ampliar 40 leitos de UTI neonatal
Ampliar leitos de UTI pediátrica na rede própria	Macrorregiões de Saúde	4 (N° de leitos referentes a IV Macrorregião de Saúde)	Ampliar 9 leitos de UTI pediátrica
Adquirir aparelho de hemodinâmica para o HAM	Regiões de Saúde	1 Máquina	Adquirir 1 aparelho de hemodinâmica
Implantar serviço de hemodinâmica no HGV	Regiões de Saúde	-	Implantar 1 serviço de hemodinâmica
Ampliar o serviço de cirurgias oftalmológicas em UPAE	Estado	2 UPAE com serviços implantados	Ampliar o serviço de cirurgias oftalmológicas em 02 UPAE
Adequar a estrutura física do Nível Central da SES - Bongi	Estado	-	Adequar 1 unidade
Adequar a estrutura física da FUSAM	Estado	-	Adequar 1 unidade
Implantar serviço de coinfecção TB/HIV no Correira Picanço	Regiões de Saúde	-	Implantar 1 serviço de coinfecção TB/HIV

OBJETIVO ESTRATÉGICO:
Fortalecer a atuação do Controle Social no SUS

SUBFUNÇÃO ORÇAMENTÁRIA: 125
PROGRAMA NO PPA: 1077
AÇÃO NA LOA: 4422

DESCRIÇÃO: Fortalecer e qualificar os espaços de Controle Social garantindo as 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.

AÇÃO	ABRANGÊNCIA	SITUAÇÃO EM 2019	META QUADRIENAL
Adquirir equipamentos para o CES	Estado	-	Adquirir 01 máquina fotográfica digital, 01 gravador digital, 03 notebooks, 02 apontadores a laser, 01 filmadora profissional, 200 pen drive de 32 Gb, 01 sistema de som, 01 Kit Multimídia,
Adquirir imóvel para sede própria do CES	Estado	-	Adquirir 01 imóvel

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DO PES 2020-2023

6. MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DO PES 2020-2023

O planejamento deve articular-se ao processo de Monitoramento e a Avaliação, sendo estratégico para a reorientação de programas e projetos governamentais com vistas à ampliação de efetividade, eficiência e eficácia das Políticas Públicas, contribuindo para o aperfeiçoamento da gestão do SUS (BRASIL, 2015).

Desta forma, os entes federados devem responsabilizar-se em monitorar e avaliar os compromissos e intenções assumidas junto à sociedade nos seus Planos de Saúde e Programações Anuais de Saúde, visando analisar os resultados alcançados e as estratégias adotadas para o alcance dos objetivos propostos.

Ambos os mecanismos são transversais ao ciclo do planejamento. Inicialmente, compreendem o acompanhamento constante das metas e indicadores que expressam as diretrizes e os objetivos da política de saúde em um determinado período (Monitoramento). O instrumento adotado para monitorar o desempenho da gestão é o Relatório Detalhado Quadrimestral, instituído pela Lei Complementar 141/2012, que deve conter minimamente:

> "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" (BRASIL, 2012).

O segundo momento (Avaliação) compreende a apreciação dos resultados alcançados, devendo considerar 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. Os critérios a serem observados neste momento de avaliação são impacto, efetividade, prioridades elencadas pelos objetivos estratégicos, racionalidade dos recursos, contexto político, dentre outros.

Para tal, serão utilizados indicadores, *"medidas-síntese que contêm informação relevante sobre determinados atributos e dimensões do estado de saúde, bem como do desempenho do sistema de saúde"* (RIPSA, 2019). Ainda, segundo Tanaka e Melo (2004), *"o indicador é uma variável, característica ou atributo de Estrutura, Processo ou Resultado que é capaz de sintetizar e/ou representar e/ou dar maior significado ao que se quer avaliar"*. Sua utilização como ferramenta de mensuração propicia a vantagem de observar transformações nos processos e resultados através da instituição de ações e metas que gerem melhora progressiva de determinada situação ou agravo.

Serão adotadas categorias diferentes de monitoramento e avaliação do Plano Estadual de Saúde (PES) 2020-2023, de acordo com o momento e a forma de obtenção dos dados. Para isso, serão eleitos **Indicadores de Processo e Indicadores de Resultados**.

Os Indicadores de Processo são aqueles que acompanham periodicamente a execução das ações e metas estabelecidas pela Programação Anual de Saúde. Seu monitoramento será realizado quadrimestralmente, sendo subsídio para apresentar a situação de execução dessas ações nos Relatórios Detalhados Quadrimestrais.

Os Indicadores de Resultados visam avaliar as mudanças advindas com o alcance dos objetivos propostos durante os quatro anos de Gestão e terão seus resultados parciais apresentados no Relatório Anual de Gestão.

6.1 Monitoramento da Execução das Ações:

O monitoramento objetiva acompanhar o processo de execução das ações e metas previstas na Programação Anual de Saúde ao longo de cada quadrimestre. Para tal, será estabelecido um Grupo de Monitoramento composto por representantes (articuladores internos) das diversas Secretarias Executivas da SES/PE que terá papel fundamental de fomentar a cultura de monitoramento da execução das ações e metas planejadas, a partir da coordenação do processo interno na respectiva Secretaria Executiva, de forma a manter o plano como instrumento vivo nos diversos setores.

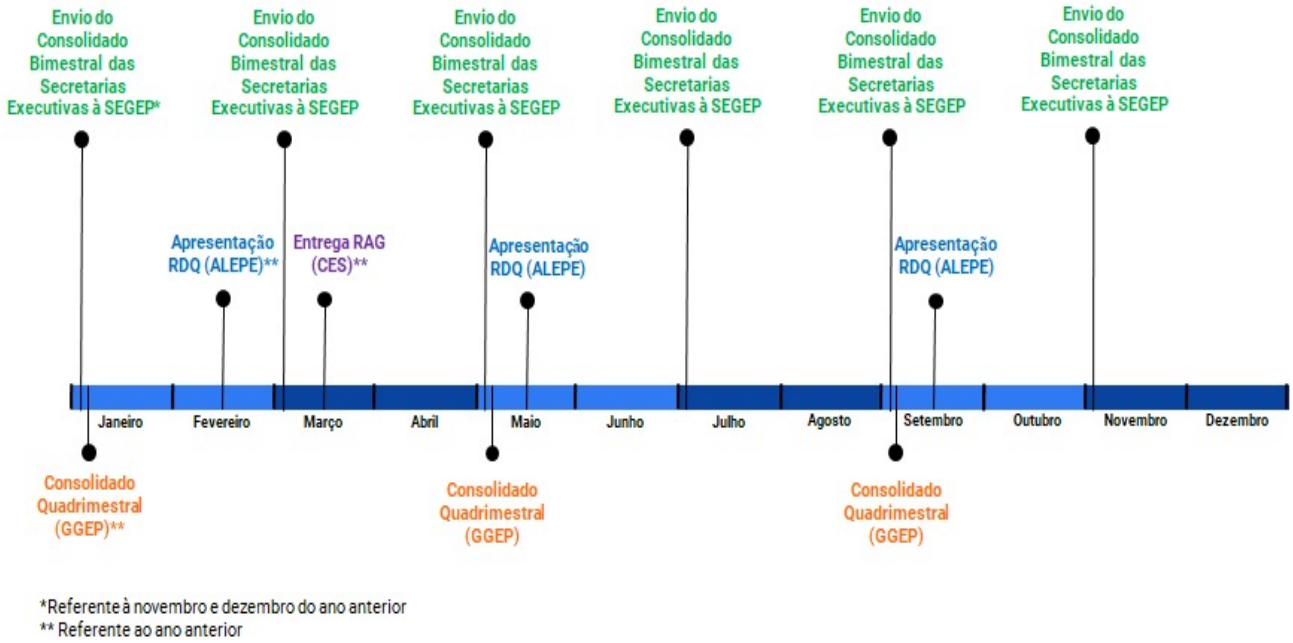
Etapas de Monitoramento:

- Realização de reuniões internas mensais em cada Secretaria Executiva coordenada pelos articuladores de referência;
- Envio à Diretoria de Geral de Planejamento e Gestão Participativa (DGPGP) da Secretaria Executiva de Gestão Estratégica e Participativa (SEGEP) do monitoramento realizado nas reuniões internas com periodicidade bimestral (a cada dois meses);
- Consolidação das informações enviadas pelos articuladores de referência com periodicidade quadrimestral;
- Apresentação e envio do Consolidado Quadrimestral aos articuladores para alinhamento com os respectivos Secretários Executivos;
- Os resultados quadrimestrais da execução das ações e metas deverão ser apresentados aos Secretários Executivos para validação e posterior inclusão no RDQ. Este relatório será apresentado em Audiência Pública, conforme legislação, bem como ao CES.

O cronograma abaixo (Figura 25) ilustra a sistematização do processo de monitoramento ao longo de um ano, considerando os períodos legais para apresentação dos RDQ e RAG em suas respectivas instâncias. Ressalta-se que, por conta do encerramento dos instrumentos de gestão referentes ao PES 2016-2019,

excepcionalmente no primeiro ano de vigência do PES 2020-2023, as reuniões do Grupo de Monitoramento serão iniciadas em março.

Figura 25. Cronograma anual de monitoramento do PES 2020-2023.



Fonte: SES-PE, 2019.

O acompanhamento bimestral das ações planejadas será realizado através de instrumento específico, que as categorizará de acordo com sua execução, conforme Figura 26:

Figura 26. Escala de acompanhamento da execução das ações operacionalizadas na PAS.

STATUS	
Concluída	
Em andamento	
Não concluída	
Cancelada	
Não iniciada	

Fonte: SES-PE, 2019.

6.2 Avaliação Anual de Execução das Ações Programadas

Neste momento serão apresentados os resultados alcançados ao final de cada ano, a partir da observação da execução de ações e metas programadas na PAS já monitoradas na etapa anterior.

O alcance anual da execução das metas previstas será avaliado de acordo com o status demonstrado abaixo (Figura 27), e apresentado no RAG.

Figura 27. Escala de execução das metas programadas na PAS.

STATUS	% DE EXECUÇÃO DA META
Executada	75 a 100%
Parcialmente executada	50 a 74%
Não executada	0 a 49%

Fonte: SES-PE, 2019.

A partir desse status, será possível reprogramar a ação para o ano posterior, corrigindo os rumos do plano a partir de ajustes na PAS. Caso haja suspensão de alguma ação/meta, a mesma deverá ser justificada para posterior esclarecimento ao Conselho Estadual de Saúde.

Além da avaliação da execução anual das ações e metas, serão avaliados também os resultados por meio dos Indicadores de Pactuação Interfederativa, já utilizados pela Gestão Estadual para acompanhamento de determinadas condições de saúde.

Serão adotados 21 indicadores de resultados anuais pelo Estado, pactuados de forma tripartite. Esses indicadores já possuem método de cálculo estabelecido pelo Ministério da Saúde e serão acompanhados de acordo com metas específicas pactuadas na Comissão Intergestores Bipartite, a saber:

Tabela 19. Indicadores de Pactuação Interfederativa adotados pela SES.

INDICADORES DE PACTUAÇÃO INTERFEDERATIVA
1. Taxa de mortalidade prematura (30 a 69 anos) pelo conjunto das quatro principais doenças crônicas não transmissíveis (doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas)
2. Proporção de óbitos de mulheres em idade fértil (10 a 49 anos) investigados
3. Proporção de registro de óbitos com causa básica definida
4. Proporção de vacinas selecionadas do Calendário Nacional de Vacinação para crianças menores de 02 anos de idade - Pentavalente (3ª dose), Pneumocócica 10-valente (2ª dose), Poliomielite (3ª dose) e Tríplice Viral (1ª dose) - com cobertura vacinal preconizada
5. Proporção de casos de doenças de notificação compulsória imediata (DCNI) encerrados em até 60 dias após notificação
6. Proporção de cura dos casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes
8. Número de casos novos de sífilis congênita em menores de 01 ano de idade
9. Número de casos novos de AIDS em menores de 05 anos
10. Proporção de análises realizadas em amostras de água para consumo humano quanto aos parâmetros coliformes totais, cloro residual livre e turbidez

11. Razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos na população residente de determinado local e a população da mesma faixa etária
12. Razão de exames de mamografia de rastreamento realizados em mulheres de 50 a 69 anos na população residente de determinado local e população da mesma faixa etária
13. Proporção de parto normal no Sistema Único de Saúde e na Saúde Suplementar
14. Proporção de gravidez na adolescência entre as faixas etárias de 10 a 19 anos
15. Taxa de mortalidade infantil
16. Número de óbitos maternos em determinado período e local de residência
17. Cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica
18. Cobertura de acompanhamento das condicionalidades de Saúde do Programa Bolsa Família
19. Cobertura populacional estimada de saúde bucal na Atenção Básica
21. Ações de matriciamento realizadas por CAPS com equipes de Atenção Básica
23. Proposição de preenchimento do campo "ocupação" nas notificações de agravos relacionados ao trabalho

Fonte: SES-PE, 2019.

6.3 Avaliação Final do PES 2020-2023

Ao longo do quadriênio, o Conselho Estadual de Saúde emitirá resoluções acerca dos instrumentos apreciados em cada ano, apresentando possíveis Ressalvas e Recomendações nas avaliações das PAS, RDQ e RAG, as quais serão adotadas não só como orientação para ajustes nas programações subsequentes, como também para avaliação final do PES 2020-2023. Além disso, será possível verificar, por meio de avaliação durante a 10ª Conferência Estadual de Saúde, o impacto na saúde da população e as mudanças alcançadas na organização do SUS em Pernambuco com os compromissos estabelecidos no PES 2020-2023, ou seja, se os resultados esperados foram ou não atingidos.

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

AQUINO, R.; OLIVEIRA, N. F. de; BARRETO, M. L. Impact of the Family Health Program on Infant Mortality in Brazilian Municipalities. American Journal of Public Health, v. 99, n. 1, p. 87-93, 2009.

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.l.]: 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. 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.l.]: DATAPREV. Disponível em: < http://www.previdencia.gov.br/conteudoDinamico. php?id=401>.

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. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília, 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constitui %C3%A7ao.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. 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. 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. 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)

_____. 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>.

_____. 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.

_____. 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.

_____. 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);

_____. 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).

_____. Sistema de Planejamento do SUS (PlanejaSUS): i**nstrumentos básicos.** 2 ed. Brasília: MS, 2009. 56 p. (Série Cadernos de Planejamento, v. 2).

CARVALHO, P. I. et al. Fatores de risco para mortalidade neonatal em coorte hospitalar de nascidos vivos.Epidemiol. Serv. Saúde, [s.l.], v. 16, n. 3, p.1-9, set. 2007. Instituto Evandro Chagas. http://dx.doi.org/10.5123/s1679-49742007000300005.

CBCD, Centro Colaborador da OMS para a Classificação de Doenças em Português. Classifica-

ção Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde - CID-10. Disponível em: http://www.datasus.gov.br/cid10/v2008/cid10.htm.

CECATTI, J. G. et al. Curva dos valores normais de peso fetal estimado por ultra-sonografia segundo a idade gestacional. Cadernos de Saúde Pública, [s.l.], v. 16, n. 4, p.1083-1090, dez. 2000. FapUNIFESP (SciELO). http://dx.doi.org/10.1590/s0102-311x2000000400026.

CLAGGETT B; HENGLIN M, SHAH AM; SKALI H; ROSAMOND WD; FOLSOM AR; SOLOMON SD; CHENG S. Racial Disparities in Risks of Stroke. N Engl J Med, n.376; v.21, 2017.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Disponível em: www.ibge.gov.br.

MALLMANN, M. B. et al.Evolução das desigualdades socioeconômicas na realização de consultas de pré-natal entre parturientes brasileiras: análise do período 2000-2015. • Epidemiol. Serv. Saúde 27 (4) 29 Nov 2018. https://doi.org/10.5123/S1679-49742018000400014

MELLO JORGE, M. H. P. et al. Avaliação do sistema de informação sobre nascidos vivos e o uso de seus dados em epidemiologia e estatísticas de saúde. **Rev. Saúde Pública [online]. 1993, vol.27, suppl., pp.1-46. ISSN 0034-8910. http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89101993000700001.**

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.

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.

PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde. Plano Estadual de Saúde, 2012-2015.

_____. 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.

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.

RIPSA. Fichas de qualificação da RIPSA 2008. Taxa de mortalidade infantil – c1. Brasília, 2008.

RIPSA. Indicadores e dados básicos para a Saúde no Brasil: conceitos e critérios. 2019. Disponível em: <http://www.ripsa.org.br/vhl/indicadores-e-dados-basicos-para-a-saude-no-brasil-idb/conceitos-e-criterios/>. Acesso em: 03 out 2019.

SILVA, A. F. da. Ensaios sobre a pobreza no Brasil. 2015. 96 f. Dissertação (Mestrado em Economia Rural) – Universidade Federal do Ceará (UFC), Fortaleza, 2015.

SOUSA, T. R. V.; LEITE FILHO, P. A. M. Análise por dados em painel do status de saúde no Nordeste Brasileiro. Revista de Saúde Pública, v. 42, n. 5, p. 796-804, 2008.

TANAKA, O. Y.; MELO, C. Avaliação de Programas de Saúde do Adolescente: um modo de fazer. São Paulo: EDUSP, 2004, p.19.

SECRETARIA DE SAÚDE

GOVERNO DO ESTADO Pernambuco