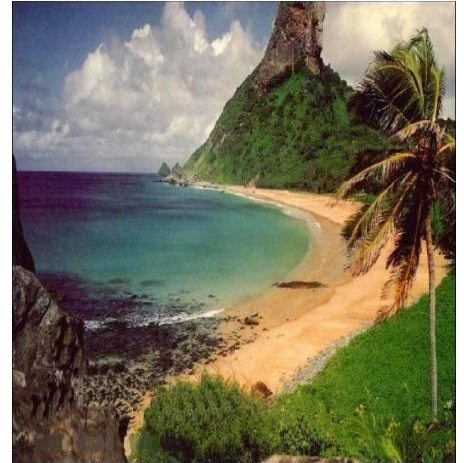


Plano Estadual de Saúde 2008-2011





**GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE**

**PLANO ESTADUAL DE SAÚDE
2008-2011**

PERNAMBUCO PARA TODOS

**Aprovado pelo Conselho Estadual de Saúde
Resolução nº. 420 de 16 de fevereiro de 2009**

Governador do Estado de Pernambuco

Eduardo Henrique Accioly Campos

Secretário de Saúde do Estado de Pernambuco

João Lyra Neto

Secretário Executivo de Coordenação Geral

Frederico da Costa Amâncio

Secretária Executiva de Atenção à Saúde

Ana Maria M. C. de Albuquerque

Secretário Executivo de Regulação em Saúde

Tiago Feitosa de Oliveira

Secretária Executiva de Vigilância em Saúde

Inês Eugênia Ribeiro da Costa

Secretária Executiva de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde

Margarida Maria Ferreira Lima

Secretário Executivo de Administração e Finanças

Jorge Antonio Dias Correa de Araújo

Chefia de Gabinete do Secretário Estadual de Saúde

Karina Maria Farias Tenório

Superintendente de Comunicação

Marlise Lúcia Nadler da Silva

Superintendente de Ouvidoria de Saúde

Jadíael Alexandre de Souza

Diretor de Assuntos Jurídicos

Maria Nilvanda Arraes

Diretor Geral de Planejamento

Paulo Alto Faeirstein

Diretor Geral de Tecnologia da Informação

Afrânio Cavalcante Silva

Superintendente de Informação Estratégica

Paulo Roberto da Silva

Diretor Geral de Modernização e Monitoramento da Assistência à Saúde

Ana Lúcia Ávila

Diretor Geral de Gestão do Cuidado e Políticas Estratégicas

Ana Elizabeth de Andrade Lima

Diretor Geral de Assistência à Regional

José Alves Bezerra Neto

Diretor Geral de Assistência Integral à Saúde

Sandra Lúcia Cavalcanti de C. Diniz

Superintendente de Assistência Farmacêutica

José de Arimatéa Rocha Filho

Diretora Geral de Fluxos Assistenciais

Thatiane Cristhina de Oliveira Torres

Diretor Geral de Monitoramento e Avaliação da Gestão do SUS

Anderson Cláudio Rodrigues Torreão

Diretora Geral de Programação e Controle em Saúde

Ana Cristina Souza Farias

Agência Pernambucana de Vigilância Sanitária – APEVISA

Jaime Brito de Azevedo

Diretor Geral de Vigilância Epidemiológica

Roselene Hans Santos

Diretor Geral de Controle de Doença e Agravos

Jacira Salucy Antunes Ferreira

Diretor Geral de Promoção Monitoramento e Avaliação da Situação de Saúde

Maria José Bezerra Guimarães

Diretora Geral dos Laboratórios Públicos

Terezinha de Jesus Carvalho Tabosa

Diretora Geral de Educação em Saúde

Maria Emilia M. Higino da Silva

Diretora Geral de Gestão do Trabalho

Maria Dulce Filgueira Ramalho

Diretor Geral de Finanças

Adalberto José dos Santos

Diretora Geral de Administração

Josilda Valença Araújo

Gerente Geral do Programa de Acompanhamento das Ações de Construção de Hospitais do Estado na Região Metropolitana

Tercília Vila Nova Sodré da Mota

Gerentes Regionais

I GERES

Marcelo Ferreira Lima Falcão

II GERES

Maria Betânia Andrade Ferreira de Souza

III GERES

Fernando Antônio de Souza Lyra

IV GERES

Maria Aparecida de Souza

V GERES

Hugo Leonardo de Oliveira Cabral

VI GERES

Alércio Jacem de Araújo Galindo

VII GERES

Evaldo Bezerra de Carvalho

VIII GERES

Maria do Socorro Barros Guimarães

IX GERES

Adriana Valéria Gomes Coriolano de Medeiros

X GERES

Maurício Vasconcelos Valadares

XI GERES

Cloves Alves de Carvalho Filho

Presidente da Fundação de Hematologia e Hemoterapia de Pernambuco – HEMOPE

Divaldo de Almeida Sampaio

Presidente do Laboratório Farmacêutico de Pernambuco - LAFEPE

Luciano Vasques Mendez

Composição do Conselho Estadual de Saúde

SEGMENTO GESTOR / PRESTADOR

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco – SES/PE

João Lyra Neto

Frederico da Costa Amâncio - Suplente

Tiago Feitosa de Oliveira - Titular

Inês Eugênia Ribeiro da Costa - Suplente

Secretaria de Educação e Cultura do Estado PE

Sueli Tavares de Souza e Silva - Titular

Suzane Bezerra de França - Suplente

Secretaria de Desenvolvimento Social e Cidadania

Paula Regina Rodrigues Machado - Titular

Walkíria de Lima - Suplente

Associação Nordestina dos Hospitais

Renato Botto - Titular

Avelar de Castro Loureiro - Suplente

Associação Caruaruense de Ensino Superior

Petrônio José de Lima Martelli – Titular

Universidade Federal de Pernambuco - UFPE

José Thadeu Pinheiro – Suplente

Conselho de Secretários Municipais de Saúde – COSEMS/PE

Roberto Hamilton C. Bezerra - Titular

Eunice de Lima Gonçalves – Suplente

Fundação Altino Ventura - FAV

Kátia Cristina Guimarães Correia da Silva – Titular

Renata Cabral – Suplente

TRABALHADOR

Sindicato dos Trabalhadores em Saúde e Seguridade Social do Estado de PE - SINDSAÚDE

Mirian Soares da Silva – Titular

Associação Servidores da SES/PE - ASSESP

Aldemir Arruda Alencar - Suplente

Sindicato dos Psicólogos de Pernambuco – PSICOSIND

Conselho Regional de Odontologia - CRO

Mário Roberto A. da Silva - Titular

Carlos Eduardo Coutinho Pinto - Suplente

Sindicato dos Agentes Comunitários de Saúde - SINDACS

Maria do Carmo Miranda - Titular

Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional - CREFITO
Leonardo Gonçalves Pereira - Suplente

Sindicato dos Farmacêuticos de Pernambuco – SINFARPE

Maria José da Silva Tenório - Titular

Conselho Regional de Fonoaudiologia

Bianca Arruda Manchester de Queiroga - Suplente

Sindicato dos Servidores da Fundação HEMOPE - SINDSHEMOPE

Severina Dias Gueiros Ivone – Titular

Conselho Regional de Enfermagem de Pernambuco - COREN

Ubanita Bezerra dos Santos - Suplente

Sindicato dos Médicos de Pernambuco - SIMEPE

Paula Machado Ribeiro Magalhães – Titular

Associação de Medicina de PE

Jane Lemos - Suplente

Sindicato dos Enfermeiros no Estado de Pernambuco - SEEPE

Lucicleide Maria da Costa – Titular

Conselho Regional de Nutricionista - CRN

Maria Rute V. Lemos - Suplente

Sindicato dos Trabalhadores Públicos Federais da Saúde e Previdência Social no Estado de Pernambuco - SINDSPREV

Amara Vital dos Santos – Titular

Sindicato dos Servidores Públicos Federais de Pernambuco - SINDSEP

José Felipe Pereira – Suplente

USUÁRIOS

Central Única dos Trabalhadores - CUT

João Rufino do Egito Filho - Titular

Irani Elias da Silva - Suplente

José Bartolomeu Cavalcanti – Titular

Daniel Rodrigues Alves- Suplente

Federação dos Trabalhadores na Agricultura do Estado de Pernambuco - FETAPE

Israel Crispim - Titular

Elaine Maria Silva das Neves - Suplente

Associação de Defesa dos Usuários de Seguros Planos e Sistema de Saúde - ADUSEPS

Luciana Nóbrega de Melo – Titular

Federação dos Moradores de COHAB - FEMOCOHAB

Josué Júlio da Silva - Suplente

Pastoral da Saúde – Arquidiocese de Olinda e Recife

Maria do Socorro Silva Cajazeiras - Titular
Movimento de Trabalhadores Cristãos - MTC
Adson José da Silva – Suplente

Associação dos Portadores da Patologia Anemia Hereditária - APPAH

Maria do Carmo Borges da Silva - Titular

Associação de Parkson de Pernambuco-ASP/PE

Adalgisa Maria Rodrigues da Silva - Suplente

Fórum de Mulheres de Pernambuco - FMPE

Josefa Severina da Conceição - Titular

Rede Feminista de Saúde

Régine Bandler - Suplente

Zona da Mata

Círculo Operário de Nazaré da Mata

Vaneide Maria da Silva Leão – Titular

Centro das Mulheres do Cabo

Cícera Maria Silva de Souza - Suplente

Zona do Agreste

Fundação Santuário das Comunidades Rede de Conselheiros

Maria José Cordeiro - Titular

Associação dos Deficientes Visuais do Agreste Meridional de Pernambuco - ADVAMPE

Erivânia Ferreira da Silva - Suplente

Zona do Sertão

Instituto de Saúde Holística Madre Paulina - ISHMAP

Evaldo Francisco de Souza - Titular

José Manuel de Souza – Suplente

Pastoral da Criança da Conferência Nacional dos Bispos do Brasil - CNBB/PE

Agenaldo Lessa Leão - Titular

Maria de Jesus da Costa - Suplente

Centro Nordestino de Medicina Popular - CNMP/PE

Joselle Moura Ferreira - Titular

Associação dos Amigos Defensores dos Animais e Meio Ambiente- AADAMA

Maria José Sales Padilha - Suplente

Associação dos Alunos da UNATI/PE - ASSAUPE

Moacir Simão – Titular

FAIPE

Pedro Luís C. G. Portela - Suplente

Associação de Pais e Amigos de Portadores da Síndrome de DOWN - ASPAD

Maria Thereza Almeida Antunes – Titular

Paulo Fernando da Silva – Suplente

Povos Indígenas

Etnia Truká

Ailson dos Santos - Titular

Etnia Kambiwá

Maria Luciene Silva - Suplente

Fórum de Lésbicas, Gays, Bissexuais e Transgêneros - Fórum LGBT

Chopelly Gaudytton - Titular

SATIRICON

Edvaldo José de Souza – Suplente

EQUIPE DE ELABORAÇÃO

Coordenação Geral

Ana Cláudia Callou Matos

Coordenação Executiva

Jany Welma de Sá Albuquerque

Equipe Técnica

Amanda Moreira Dávila Saltos

Elisabeth Lacerda Caldas

Erlene Roberta Ribeiro dos Santos

Keyla Brito

Márcia Gaioso

Márcia Maria Vidal Neves

Maria das Graças de Oliveira Pinto

Rosano Freire Carvalho

Suruagy Arcoverde

Vera Gaioso

Zuleide Maria Carvalho Guimarães

Revisão Geral

Zuleide Maria Carvalho Guimarães

Colaboradores

Adriana Cavalcanti de Araújo

Alessandra Fam

Ana Elizabeth de Andrade Lima

Andréa Torres Ferreira

Ângelo Lins

Beilton Freire da Rocha

Cláudia Cunha

Cristina Albuquerque de Menezes

Érika Martins

François José Figuerôa

Geovani Andrada

Gildásio dos Santos

Inês Costa

Ivo de Andrade

Jadiael Alexandre de Souza

Jaime Brito de Azevedo

João Domingos Pinheiro Filho

José Arimatéia

José Bezerra

Kátia Guimarães

Laíze Viegas Brilhante da Nóbrega

Lana Terezinha Cezar Tavares
Luciana Figueroa
Lucila Rodrigues Pellegrino de Azevedo
Lucyana Paula de Couto Moreira
Luzanira M. da Fonseca
Magna Suely Aleixo
Maria do Carmo de Souza Araújo
Maria Cristina Soares Paulino Paulino
Maria do Rosário Montarroyos Ribeiro de Brito
Mayra Ramos Barbosa da Silva
Nadja Kelly Martins de Menezes
Nicea Branco
Oswaldo Negrão
Patrícia Maria Cavalcanti Carneiro de Albuquerque
Rejane Maria de Andrade Barros dos Santos
Sandra Carvalho
Severino Catão
Tadeu Grandó
Tânia Maria Alves Pereira
Telma Costa Carneiro de Albuquerque
Terezinha de J. C. Tabosa
Tiago Feitosa
Virgínia Maria Holanda de Moura
Welliton Leandro
Zaide Carvalho dos Santos
Zuleide Wanderlei

Formatação

Marileide J. de Carvalho
Rosicleide Andrade de Araújo

LISTA DE SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
AC	Alta Complexidade
ACCR	Acolhimento com Classificação de Risco
ACD	Auxiliar de Consultório Dentário
ADVAMPE	Associação dos Deficientes Visuais do Agreste Meridional de PE
AIDPI	Atenção Integral às Doenças Prevalentes na Infância
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
AIH	Autorização de Internação Hospitalar
AMIU	Aspiração Manual Intra-Uterina
ANVISA	Agencia Nacional de Vigilância Sanitária
APEVISA	Associação Pernambucana de Vigilância Sanitária
APS	Atenção Primária à Saúde
ASSAUPE	Associação dos Alunos da UNATI/PE
ATI	Agência Estadual de Tecnologia da Informação
BAAR	Bacilo Álcool – Ácido Resistente
BCG	Vacina Contra Tuberculose
BSCUP	Banco de Sangue de Cordão Umbilical Placentário
CAF	Cirurgia de Alta Frequência
CAPS-ad	Centro de Atenção Psicossocial – álcool e droga
CASES	Centro de Atenção Sócio Educativa
CEBRID	Centro Brasileiro de Formações sobre Drogas Psicotrópicas
CEEMM	Comitê Estadual de Estudos da Mortalidade Materna
CEFT	Coordenação Estadual de Farmácia Terapêutica
CEO	Centro de Especialidade Odontológica
CEPIR	Comitê Estadual de Promoção da Igualdade Racial
CEREST	Centro de Referência em Saúde do Trabalhador
CERPSM	Conselho Estadual da Reforma Psiquiátrica de Saúde
CES	Conselho Estadual de Saúde
CGR	Colegiados Gestão Regional
CH	Concentrado de Hemácia

CHD	Concentrado de Hemácias Deleucocitadas
CIB	Comissão Intergestora Bipartite
CIES	Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço
CIHDOTT	Comissão Intra-hospitalar de Transplantes
CISAM	Centro Integrado de Saúde Amaury de Medeiros
CIST	Conselho Institucional de Saúde do Trabalhador
CMI	Coeficiente de Mortalidade Infantil
CNCDO	Central de Notificação, Captação e Distribuição dos Órgãos
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
COAS	Centro de Orientação e Acompanhamento Sorológico
COSEMS-PE	Colegiado de Secretários Municipais de Saúde do Estado de Pernambuco
COTEL	Centro de Observação Criminológica e Triagem Prof. Everardo Luna
CP	Concentrado de Plaquetas
CPAF	Concentrado de Plaquetas por Eférese
CpqAM	Centro de Pesquisa Ageu Magalhães
CRIO	Crioprecipitado
CT	Central de Transplantes
CTA	Centro de Testagem e Acompanhamento
DANTS	Doenças e Agravos Não Transmissíveis
DATASUS	Departamento de Informática do SUS
DECAS	Departamento de Controle e Avaliação de Sistemas
DEN₁	Dengue vírus tipo 1
DENASUS	Departamento Nacional de Auditoria do SUS
DOTs	Dose Diretamente Observada
DPOC	Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
DT	Difteria e Tétano
EAD	Educação a Distância
EC	Emenda Constitucional
ESF	Estratégia de Saúde da Família
ESPPE	Escola de Saúde Pública de Pernambuco

FHD	Febre Hemorrágica da Dengue
FUNASA	Fundação Nacional de Saúde
FUNDAC	Fundação da Criança e do Adolescente
GED	Gestão Eletrônica de Documentos
GGAF/SES	Gerência Geral Administração Financeira
GGAS	Gerência Geral de Atenção à Saúde
GGVS	Gerência Geral de Vigilância Sanitária
GLBT	Gays, Lésbicas, Bissexuais e Transgêneros
GM	Gabinete do Ministro
GPOAC	Gerência de Programação, Orçamentação e Acompanhamento de Convênios
GTH	Grupo de Trabalho de Humanização
HAC	Hospital Alcides Codeceira
HAM	Hospital Agamenon Magalhães
HBL	Hospital Barão de Lucena
HC	Hospital das Clínicas
HEMOBRAS	Empresa Brasileira de Hemoderivados e Biotecnologia
HEMOPE	Fundação de Hematologia e Hemoterapia de Pernambuco
HGOF	Hospital Geral Otávio de Freitas
HGV	Hospital Getúlio Vargas
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
HLA	Laboratório de Istocompatibilidade
HOF	Hospital Otávio de Freitas
HPJP	Hospital Policlínica de Jaboatão Prazeres
HPP	Hospital Psiquiátrico do Paulista
HR	Hospital da Restauração
HRA	Hospital Regional do Agreste
HTLV	Vírus T – Linfotrópicos Humano
HUOC	Hospital Universitário Oswaldo Cruz
HUP	Hospital Ulisses Pernambucano
HVGM	Hospital Vicente Gomes de Mattos
IAFAB	Instituto de Assistência Farmacêutica Básica
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IMIP	Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira
INCA	Instituto Nacional do Câncer
INDG	Instituto de Desenvolvimento Gerencial
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
LACEN	Laboratório Central de Saúde Pública de Pernambuco
LAFEPE	Laboratório Farmacêutico do Estado de Pernambuco
LER	Lesões por Esforços Repetitivos
LOSAN	Lei Orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional
MA	Ministério da Agricultura
ME	Morte Encefálica
MIF	Mulheres em Idade Fértil
MS	Ministério da Saúde
NACC	Núcleo de Apoio à Criança com Câncer
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NEPEL	Núcleo de Estudo e Pesquisa do LACEN
NV	Nascidos Vivos
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONG	Organização Não Governamental
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Pan-americana de Saúde
P&D	Programa de Desenvolvimento
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PAISM	Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PC	Concentrado de Plaquetas
PCCV	Plano de Cargos, Carreiras e Vencimentos
PCDCh	Programa de Controle da Doença de Chagas
PCT	Programa de Controle da Tuberculose
PDI	Plano Diretor de Investimento
PDR	Plano Diretor de Regionalização
PE	Pernambuco
PES	Plano Estadual de Saúde
PESN	Pesquisa Estadual de Saúde e Nutrição

PFC	Plasma Fresco Congelado
PIB	Produto Interno Bruto
PNAN	Política Nacional de Alimentação e Nutrição
PNASH	Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares
PNCD	Programa Nacional de Controle da Dengue
PNH	Política Nacional de Humanização
PNI	Programa Nacional de Imunização
PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
POE	Plano Operativo Estadual
PPA	Plano Plurianual
PPI	Programação Pactuada e Integrada
PROCAPE	Pronto Socorro Cardiológico de Pernambuco
PROMATA	Programa de Apoio ao Desenvolvimento Sustentável da Zona da Mata
PSF	Programa Saúde da Família
RBC	Reabilitação Baseada na Comunidade
RD	Regiões de Desenvolvimento
RDC	Resolução de Diretoria Colegiada
RENAST	Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador
RIPSA	Rede Interagencial de Informações para a Saúde
RMM	Razão da Mortalidade Materna
RMR	Região Metropolitana do Recife
SAE	Serviços de Assistência Especializada
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SAPE	Sistema de Atendimento ao Paciente
SAS	Secretaria de Assistência Social
SDS	Secretaria de Defesa Social
SEAUD	Serviço de Auditoria do SUS
SESDH	Secretaria de Desenvolvimento Social e Direitos Humanos
SEDUC	Secretaria Estadual de Educação
SEP	Secretaria Especial dos Portos
SEPLAG	Secretaria de Planejamento e Gestão
SEPPIR	Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade

	Racial
SERC	Sistema de Estadual de Registro Civil
SES	Secretaria Estadual de Saúde
SFAD	Serviço Farmacêutico de Atendimento Domiciliar
SFAI	Serviço Farmacêutico de Atendimento Itinerante
SHR-ad	Serviço Hospitalar de Referência – álcool e droga
SIA	Sistema de Informações Ambulatoriais
SIH	Sistema de Informação Hospitalares
SIM	Sistema de Informação de Mortalidade
SINAN-NET	Sistema de Informação de Agravos Notificáveis - NET
SINASC	Sistema de Informação de Nascimento
SIOPS	Sistema de Informação sobre Orçamento Público em Saúde
SIREX	Sistema de Requisição de Exames Laboratoriais
SIS	Sistema de Informação em Saúde
SISCAM	Sistema de Informação do Câncer da Mulher
SISCEL	Sistema de Controle e Logística de Laboratório
SISCLOM	Sistema de Controle de Logística de Medicamentos
SISCOLO	Sistema de Informação do Colo de Útero
SISMAMA	Sistema de Informação do Controle do Câncer de Mama
SISPRENATAL	Sistema de Informação do Pré-Natal
SPE	Saúde e Prevenção nas Escolas
SRC	Síndrome da Rubéola Congênita
SUS	Sistema Único de Saúde
SVO	Serviço de Verificação de Óbito
TB	Tuberculose
TBMDR	Tuberculose Multidrogas Resistente
TFD	Tratamento Fora do Domicílio
TIP	Terminal Integrado de Passageiros
TRS	Terapia Renal Substitutiva
UBS	Unidade Básica de Saúde
UNACAN	Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia
UNIAPS	Unidade de Apoio Psicossocial
UP	Unidade de Produção

UPA	Unidade de Pronto Atendimento
UPAS	Unidade de Pronto Atendimento em Saúde
UPs	Unidades Prisionais
URR	Unidade de Resposta Rápida
USB	Unidade de Suporte Básico
USF	Unidade Saúde da Família
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
VIGISUS	Sistema Nacional de Vigilância em Saúde do SUS
PlanejaSUS	Sistema de Planejamento do Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	22
1. INTRODUÇÃO	23
2. ESTRATÉGIA DE CONSTRUÇÃO	25
3. OBJETIVO GERAL	28
4. CARACTERIZAÇÃO DO ESTADO	29
5. ANÁLISE SITUACIONAL	31
5.1. CONDIÇÕES DE SAÚDE DA POPULAÇÃO	31
5.2. DETERMINANTES E CONDICIONANTES	79
5.3. GESTÃO EM SAÚDE	81
6. OBJETIVOS, DIRETRIZES E METAS	92
6.1 CONDIÇÕES DE SAÚDE DA POPULAÇÃO	92
6.1.1 Políticas Específicas	92
6.1.1.1 Grupos Vulneráveis	92
a) Saúde da Mulher	92
b) Saúde da Criança	97
c) Saúde da Pessoa com Deficiência	102
d) Saúde do Trabalhador	105
e) Saúde da População - Indígena/Negra/Cigana/ Assentamentos Rurais/ Quilombola	109
f) Saúde do Jovem e Adolescente	112
g) Saúde do Homem	115
h) Saúde do Idoso	116
i) Saúde da População Carcerária	119
6.1.1.2 Intervenções Específicas	122
a) Saúde Mental	122
b) Saúde Bucal	130
c) Programa Nacional de Imunização (PNI)	133
d) Alimentação e Nutrição	135
6.1.1.3 Controle de Doenças e Agravos – Crônicas e Transmissíveis	138
a) Hipertensão e Diabetes	138
b) DST's/HIV/AIDS/HTLV	141
c) Hepatites Virais	145

d) Hanseníase	146
e) Tuberculose	151
6.1.2 Organização das Ações e Serviços de Saúde	153
6.1.2.1 Fortalecimento da Atenção Básica	153
6.1.2.2 Rede de Média e Alta Complexidade / Humanização da Rede Hospitalar	156
6.1.2.3 Assistência Farmacêutica	168
6.1.2.4 Central de Transplantes de Pernambuco	172
6.1.2.5 Laboratório Central de Saúde Pública de Pernambuco Dr. Milton Bezerra Sobral (LACEN/PE)	174
6.1.2.6 Sangue e Hemoderivados/Fundação HEMOPE	180
6.2 CONDICIONANTES E DETERMINANTES	183
6.2.1 Ações Governamentais / Intersetorialidade	183
6.2.1.1 Programa Mãe Coruja	183
6.2.1.2 Programa Chapéu de Palha	184
6.3 GESTÃO EM SAÚDE	189
6.3.1 Planejamento	189
6.3.1.1 Pacto pela Saúde	189
6.3.1.2 Programação Pactuada Integrada (PPI)	190
6.3.1.3 PlanejaSUS	191
6.3.1.4 Convênios / Orçamento	193
6.3.2 Monitoramento e Avaliação da Atenção Primária	194
6.3.3 Regulação, Controle e Avaliação	195
6.3.4 Componente Estadual do Sistema Nacional de Auditoria	196
6.3.5 Descentralização e Regionalização	198
6.3.5.1 Fortalecimento das GERES	198
6.3.5.2 Fortalecimento dos Hospitais Regionais	199
6.3.5.3 Plano Diretor de Regionalização (PDR)	201
6.3.6 Tecnologia em Saúde	202
6.3.7 Informação em Saúde	203
6.3.8 Financiamento	205
6.3.9 Ouvidoria do SUS	206
6.3.10 Investimento em Saúde	207

6.3.10.1 Melhoria Funcional da Sede, GERES e Unidades de Saúde	207
6.3.10.2 Plano Diretor de Investimento (PDI)	210
6.3.10.3 Laboratório Farmacêutico de Pernambuco (LAFEPE)	211
6.3.11 Modernização e Monitoramento da Assistência à Saúde	213
6.4 GESTÃO DO TRABALHO	215
6.4.1 Política de Desenvolvimento de Pessoas	215
6.4.2 Estágios para Qualificação, Formação Profissional e Residência na Área de Saúde	217
6.4.3 Escola Técnica de Saúde Pública (ETESP)	220
6.4.4 Adequação do Quadro de Pessoal da SES	224
6.5 VIGILÂNCIA EM SAÚDE	226
6.5.1 Vigilância Epidemiológica	227
6.5.2 Vigilância Sanitária	232
6.5.3 Vigilância Ambiental	236
6.6 CONTROLE SOCIAL	237
6.6.1 Fortalecimento dos Conselhos de Saúde e Conselhos Gestores de Unidades de Saúde	237
6.6.2 Conferências / Plenárias de Conselhos de Saúde	240
6.6.3 Manutenção do Conselho Estadual de Saúde	240
6.6.4 Ouvidoria do Conselho Estadual de Saúde	241
7. MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DO PLANO ESTADUAL DE SAÚDE – PES	242
8. CONSIDERAÇÕES FINAIS	243
9. REFERÊNCIAS	244
10. BIBLIOGRAFIA RECOMENDADA	247

APRESENTAÇÃO

Apresentamos o Plano Estadual de Saúde de Pernambuco (PES/PE), documento que expressa o compromisso deste Governo com a saúde dos pernambucanos por meio de declaração pública das intenções e dos resultados a serem buscados no período de quatro anos.

Mais do que um cumprimento legal, o presente trabalho corresponde a um instrumento essencial para o direcionamento das ações da Secretaria Estadual de Saúde (SES), considerando que o mesmo foi elaborado com base no diagnóstico situacional do Estado e contou com a participação de diversos atores. As prioridades de atuação aqui traçadas são o resultado de um trabalho desenvolvido de forma transparente, participativa e democrática, envolvendo todos os setores da SES, o Colegiado de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS) e a sociedade civil organizada, representada pelo Conselho Estadual de Saúde (CES).

A diversidade de atores sociais envolvidos na elaboração do PES/PE possibilitou abranger as principais demandas de saúde da população, tendo como base os seguintes eixos prioritários: Atenção à Saúde (Políticas Específicas e Organização das Ações e Serviços de Saúde), Condicionantes e Determinantes, Gestão em Saúde, Gestão do Trabalho, Vigilância em Saúde e Controle Social.

A estruturação do PES está sistematizada em sete momentos. Inicialmente é apresentada, nos três primeiros momentos, uma abordagem sobre os aspectos relevantes acerca do PES e do Sistema de Planejamento do SUS (PlanejaSUS), incluindo a estratégia de construção utilizada para o desenvolvimento deste trabalho. Em seguida, é exposta a análise situacional do Estado, envolvendo seus aspectos demográficos, socioeconômicos, epidemiológicos e organizacionais, onde é explicitada a base que fundamenta o Plano. Na quinta parte, são detalhados os eixos prioritários acima citados, expondo as linhas de ação, com seus respectivos objetivos, diretrizes e metas para quadriênio 2008-2011. O sexto item traz os compromissos que dizem respeito ao monitoramento e avaliação da execução do PES. Por fim, no sétimo momento, são apresentadas as considerações finais acerca do trabalho desenvolvido. Nesse sentido, expressamos o sentimento da importante missão iniciada e a determinação do cumprimento das metas estabelecidas no presente documento.

João Lyra Neto -Secretário Estadual de Saúde

1. INTRODUÇÃO

A construção do Plano Estadual de Saúde de Pernambuco (PES/PE) referente ao quadriênio 2008-2011 atende ao exigido na Lei Federal nº. 8080/90, 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, e o Pacto pela Saúde, de fevereiro de 2006, que reafirma esta importância.

De acordo com o Ministério da Saúde, o Plano é a base para a execução, o acompanhamento, a avaliação e a gestão do Sistema de Saúde. Para tanto, a sua elaboração criteriosa, fundamentada na análise crítica e detalhada do cenário, considerando além dos aspectos demográficos, socioeconômicos e epidemiológicos, o quadro dos serviços de saúde e o desempenho da gestão, é fundamental para o estabelecimento de prioridades e metas e para a definição de estratégias de intervenção possíveis de serem executadas, cujo objetivo é um impacto positivo nas condições de saúde da população.

Uma pesquisa realizada pelo Ministério da Saúde, com a finalidade de traçar o perfil da operacionalização do planejamento no SUS nas três esferas de governo, identificou fragilidades em diversos aspectos desta atividade. No que diz respeito ao Plano de Saúde, foi observado que apesar deste se destacar enquanto um dos instrumentos mais citados para utilização no processo de planejamento, não são avaliados pela maioria das secretarias de saúde. Nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste, a proporção de secretarias que realizam a avaliação é ainda menor que nas regiões Sul e Sudeste.

Na perspectiva de fortalecer o SUS, por meio do aperfeiçoamento dos instrumentos de planejamento, monitoramento e avaliação da gestão, o referido Ministério promoveu, em 2005 e 2006, oficinas macrorregionais que contaram com a participação de diversos dirigentes e técnicos da área de planejamento das três esferas de gestão, a partir das quais foi criado o PlanejaSUS, sistema que visa difundir a prática de planejamento estratégico e participativo em todo o território brasileiro, possibilitando um melhor aproveitamento das oportunidades e desenvolvimento de rotinas de monitoramento e avaliação nas três esferas de governo para a implantação de uma nova cultura de planejamento no país.

A participação do Estado de Pernambuco nas oficinas macrorregionais, bem como nas capacitações sobre o PlanejaSUS, promovidas pelo Ministério da Saúde, foram fatores que contribuíram na construção do presente trabalho, embora tenhamos encontrado dificuldades durante a sua elaboração, tais como: resistência na desconstrução de paradigmas; cultura ainda normativa; pouca compreensão sobre a finalidade e importância deste instrumento e dificuldade de entendimento coletivo no ato de planejar. Vale ressaltar que não somente a participação do Estado nas oficinas macrorregionais e nas capacitações contribuiu muito para a elaboração do PES/PE 2008/2011, mas, sobretudo, a troca de experiências e conhecimentos entre o corpo técnico da Diretoria Geral de Planejamento da Secretaria Estadual de Saúde (DGP/SES) e as diversas áreas dessa Secretaria parte do processo; a construção integrada com o controle social (Conselho Estadual de Saúde) e a experiência da dinâmica escolhida para trabalhar de forma coletiva.

2. A ESTRATÉGIA DE CONSTRUÇÃO

A elaboração do PES/PE 2008/2011 foi fundamentada pelos preceitos do PlanejaSUS, onde o envolvimento de todos os setores da Secretaria Estadual de Saúde (SES), Conselho Estadual de Saúde (CES) e Colegiado de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS) favoreceu a construção de um Plano adequado à realidade do Estado, com um planejamento integrado à orçamentação que propiciou o desenho de metas factíveis.

A Diretoria Geral de Planejamento (DGP/SES), enquanto coordenadora do processo, estabeleceu uma Comissão de Elaboração do PES composta por representantes da SES, do CES e do COSEMS, que participaram da definição dos *eixos prioritários* do documento, a saber: Atenção à Saúde (Políticas Específicas e Organização das Ações e Serviços de Saúde), Condicionantes e Determinantes, Gestão em Saúde, Gestão do Trabalho, Vigilância em Saúde e Controle Social.

Na primeira reunião da Comissão de Elaboração, foram apresentadas e discutidas as estratégias e a proposta de roteiro para elaboração do Plano. As mesmas foram apresentadas ao Pleno do CES em Sessão Ordinária, tendo sido discutidas e aprovadas com as contribuições do referido Conselho, que instituiu na ocasião, sua comissão para acompanhamento da elaboração do PES. Também foram explanadas em reunião da Comissão Intergestora Bipartite (CIB/PE).

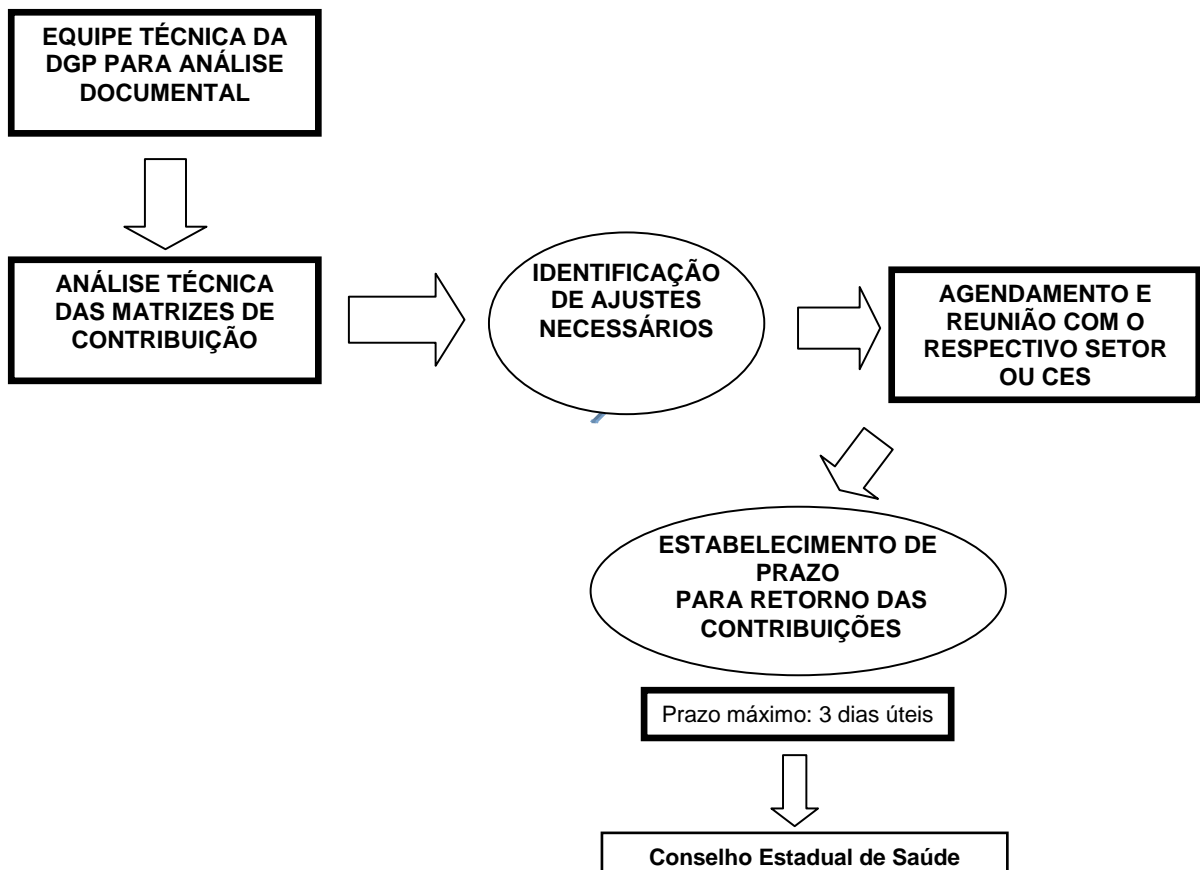
Para registro das contribuições de cada setor, foi estruturado um instrumento denominado “*Matriz do PES*”, o qual possibilitou a identificação da *análise situacional*, dos *objetivos*, das *diretrizes* e das *metas* de cada linha de ação. A alimentação das matrizes foi realizada a partir da utilização de documentos referência: Plano Plurianual (PPA 2008-2011), Plano de Ação 2007 da SES, propostas aprovadas durante a 6ª Conferência Estadual de Saúde, Relatório Anual de Gestão 2006 e versão preliminar 2007, Pacto pela Saúde, PES 2005-2007 e legislações pertinentes a cada linha de ação.

Na perspectiva de conduzir o processo de forma estruturada, foi estabelecida uma equipe, constituída por técnicos da DGP. A referida equipe foi estruturada por uma *coordenação geral* e uma *coordenação executiva*, que desempenhou o papel de articuladora do processo junto aos setores da SES e CES.

Foi realizado, como estratégia de sensibilização, um Seminário com a presença de técnicos e gestores da SES, bem como, representantes do CES e COSEMS, para exposição e debate acerca do PlanejaSUS com foco na metodologia de construção do PES, ministrado por representantes do Ministério da Saúde.

Foram realizadas ainda, no período de 11 (onze) meses, 24 (vinte e quatro) reuniões da equipe técnica (DGP/SES), seis reuniões dessa equipe com a comissão de acompanhamento do CES/PE e apresentações/discussões em três Sessões Ordinárias do CES/PE.

A análise das matrizes recebidas foi desenvolvida com base no seguinte fluxo:



Após análise técnica e ajustes efetuados pela área responsável, as matrizes foram distribuídas em Sessão Ordinária do CES/PE, de acordo com a afinidade dos conselheiros, para análise da matéria que realizaram suas avaliações e sugestões,

em parceria com as respectivas áreas responsáveis ou técnicos da DGP, sempre que solicitado pelo conselheiro.

Em seguida, foram realizados: um seminário (dias 10 e 11 de dezembro/2008), 05 (cinco) Sessões do CES com a presença de gestores e técnicos da SES para discussão e contribuição dos Conselheiros (27 e 28 de janeiro e 03 a 05 de fevereiro/2009) e Sessão Ordinária nº. 354 do CES/PE (dia 11 de fevereiro/2009), onde o Plano Estadual de Saúde 2008/2011 foi aprovado por unanimidade, através da Resolução nº. 420, publicada no Diário Oficial do Estado em 26 de fevereiro de 2009.

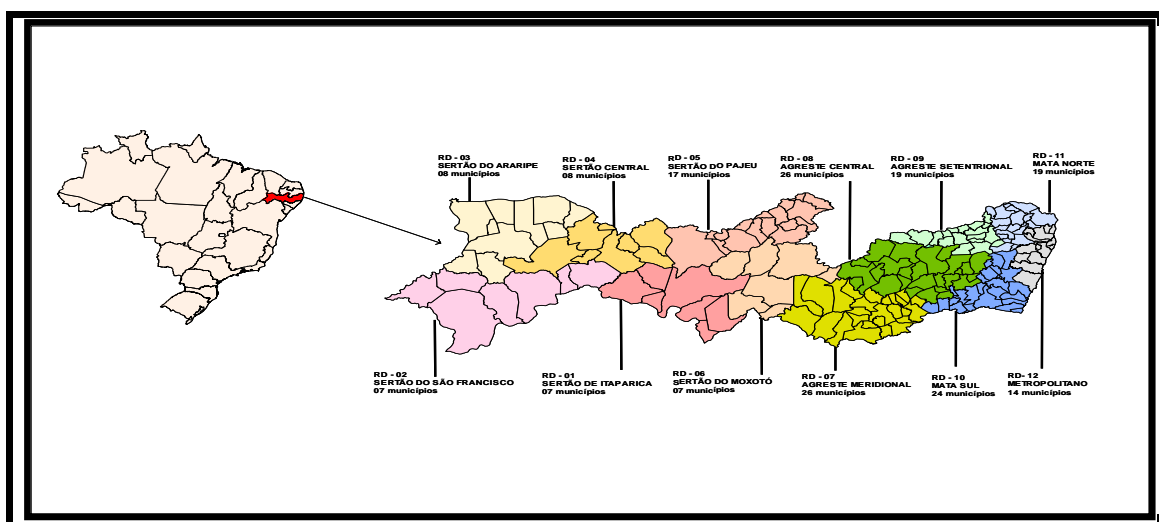
3. OBJETIVO GERAL

Instrumentalizar a gestão para o gerenciamento do Sistema Único de Saúde – SUS, no âmbito estadual, durante quatro anos, expressando uma análise situacional seguida de objetivos, diretrizes e metas, construídos com a participação de gestores e técnicos do SUS, bem como do controle social estadual, a partir da definição de prioridades e em consonância com os princípios do SUS – universalidade, integralidade, equidade, descentralização, regionalização e participação da sociedade.

4. CARACTERIZAÇÃO DO ESTADO

O Estado de Pernambuco é localizado no Centro-Leste da Região Nordeste do Brasil, tendo como limites os Estados da Paraíba e Ceará (N), o Oceano Atlântico (L), Alagoas e Bahia (S) e Piauí (O). Possui uma extensão territorial de 98.311.616 km², incluindo os 16,987 Km² do arquipélago de Fernando de Noronha que, em 1988, foi reincorporado ao seu território (BDE/IBGE, 2001).

O Estado é composto por 184 municípios e pelo Distrito Estadual de Fernando de Noronha, distribuídos em 12 Regiões de Desenvolvimento (RD), conforme apresenta o Mapa abaixo e o Anexo 1: 01 - Sertão de Itaparica, 02 - Sertão do São Francisco, 03 - Sertão do Araripe, 04 - Sertão Central, 05 - Sertão do Pajeú, 06 - Sertão do Moxotó, 07 - Agreste Meridional, 08 - Agreste Central, 09 - Agreste Setentrional, 10 - Mata Sul, 11 - Mata Norte e 12 - Metropolitana (CONDEPE/FIDEM, 2003).



Mapa 1 - Organização Territorial por Regiões de Desenvolvimento (RD). Pernambuco – 2008.

Fonte: Secretaria de Planejamento e Desenvolvimento Social - SEPLANDS

Pernambuco apresenta um relevo marcado por planície litorânea, planalto central, depressões a oeste e a leste, tendo, como principais bacias hidrográficas: São Francisco, Capibaribe, Ipojuca, Una, Pajeú e Jaboatão, e uma vegetação

característica de Mangue (Litoral), Floresta Tropical (Zona da Mata) e Caatinga (Agreste e Sertão) (CONDEPE/FIDEM, 2003).

O clima pernambucano passa do tropical atlântico (Litoral) ao semi-árido (Agreste e Sertão). As Regiões do Sertão e do Agreste compreendem 88,84% do território estadual e compõem o chamado Polígono das Secas que, como o nome indica, é a região nordestina sujeita às secas periódicas. A parte mais crítica é a Região Oeste do Estado, onde estão os municípios de Afrânio, Santa Filomena, Terra Nova e Floresta, com as menores e mais irregulares precipitações pluviométricas. (CONDEPE/FIDEM, 2003).

5. ANÁLISE SITUACIONAL

Este primeiro momento tem o objetivo de identificar a situação de saúde do Estado de Pernambuco e orientar a definição das prioridades. Desta forma, a análise situacional se baseia nos seguintes eixos orientadores:

- *Condições de saúde da população;*
- *Determinantes e condicionantes de saúde; e*
- *Gestão em saúde.*

5.1 CONDIÇÕES DE SAÚDE DA POPULAÇÃO

Para se identificar as características das condições de saúde no Estado é essencial coletar informações referentes ao perfil demográfico, socioeconômico e epidemiológico da população pernambucana, incluindo a análise das ações e serviços de saúde.

5.1.1 Perfil Demográfico

A análise do perfil demográfico do Estado contempla os seguintes aspectos: o crescimento populacional, a estrutura etária da população, a taxa de fecundidade, a esperança de vida ao nascer, o índice de envelhecimento, a taxa bruta de mortalidade e a mortalidade proporcional por idade.

Em 2007, Pernambuco conta com uma população total de 8.608.000 habitantes, composta por 4.161.000 homens e 4.447.000 mulheres, indicando predominância da população feminina, influenciada por taxas de migração e de mortalidade diferenciadas por sexo e idade (IBGE/PNAD, 2008). O Estado tem como cidades mais populosas: Recife (1.528.971 hab.), Jaboatão dos Guararapes

(661.898 hab.), Olinda (390.456 hab.), Paulista (305.407 hab.), Caruaru (287.611 hab.) e Petrolina (266.268 hab.) (DATASUS/IBGE, 2007).

A população autodenominada de cor parda predomina no Estado (55,2%), 37,9% de cor branca, 6,3% de cor preta e 0,6% de cor amarela ou indígena (IBGE/PNAD, 2008). A densidade demográfica do Estado, em 2007, é de 86,31 hab/km², e a representação da distribuição populacional, segundo faixa etária e sexo na pirâmide etária (Gráfico I), revelam que a população de 2007 apresenta semelhante proporção à de 2000, com a distribuição privilegiando numericamente os indivíduos entre 20 e 29 anos (17,91%), sendo 9,16% do sexo feminino e 8,74% do masculino (IBGE/PNAD, 2008).

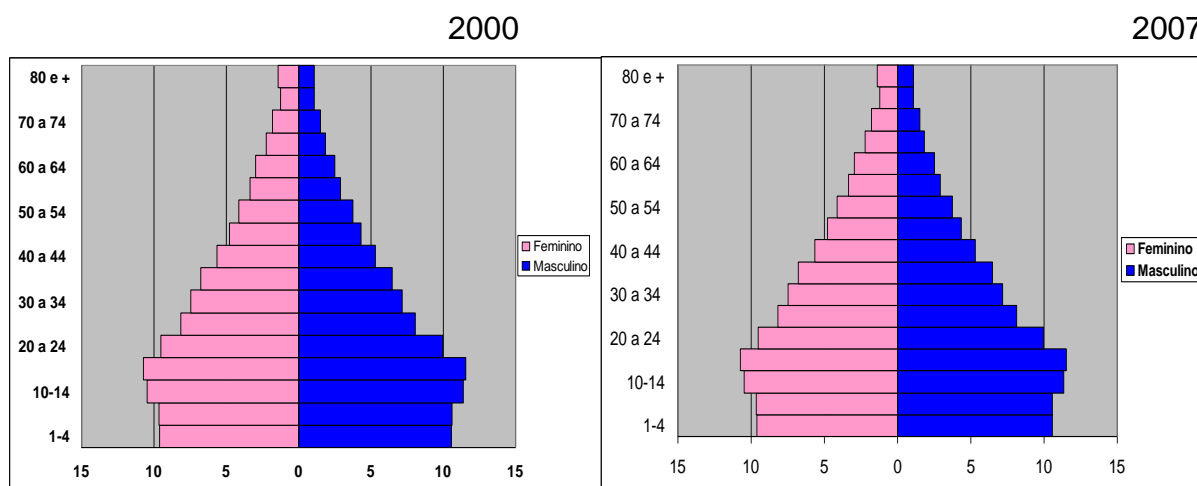


Gráfico I. Pirâmide Etária da População de Pernambuco em 2000 e 2007.

Fonte: DATASUS, 2007

Acompanhando a redução da população, observada desde 1960, o crescimento populacional médio anual de 1,21% em Pernambuco, no período de 2001 a 2006, foi inferior aos 1,62% do Brasil e aos 1,32% do Nordeste, mas é o 4º maior desta região (IBGE, 2006). No entanto, constata-se no Estado a reversão do movimento migratório tradicional observado até a década de 90, com média anual de -113.576 de saldo migratório, passando, de 2001 a 2005, para -10.221 (IPEA, 2006). Isso demonstra que o clássico movimento rural-urbano, das décadas de 50 e 60, alvo dos estudos da questão migratória no Brasil, está cedendo a vez para o

ênfoque nos movimentos interregionais, intrarregionais, internacionais e de mobilidade pendular (*commuting*), além dos movimentos sazonais, que influem no grau de urbanização (PNAD, 2004). Em 2007, ocorre crescimento na Taxa de Urbanização no Brasil (83,5%) e no Nordeste (71,8%), como também em Pernambuco (75,8%) e demais estados do Nordeste (IBGE/ PNAD, 2008).

Outros aspectos que implicam em mudanças na composição da pirâmide etária do Estado e em novas demandas por políticas públicas são: a concomitância da queda de fecundidade e do esperado aumento da longevidade, assim como as variações nas taxas de natalidade e de mortalidade.

A Taxa de Fecundidade Total (TFT), que expressa o número médio de filhos nascidos vivos por mulher ao final do período reprodutivo, vem apresentando redução ao longo do tempo no Estado, variando de 2,1 filhos por mulher ao final do seu período reprodutivo, em 2003, a 1,7, em 2007* (SINASC/UNIEPI/GGVS/SES-PE).

A Esperança de Vida ao Nascer no Estado, comparando-se os anos pontuais de 1991, 2000 e 2007, apresenta elevação nos índices federal, regional e estadual, com valores maiores para os indivíduos do sexo feminino em todos os níveis e anos, apesar de nascerem mais homens. Em Pernambuco, em 2007, a esperança de vida ao nascer (68,3) é inferior à do Brasil (72,7) e do Nordeste (69,7), apesar de haver um crescimento desse indicador nos últimos três anos, com diferença de pontos percentuais entre o nível estadual e o do Nordeste diminuindo uniformemente. (IBGE/ PNAD, 2008).

Pernambuco detém o maior percentual nordestino de população idosa, 11,2% (IBGE/PNAD, 2008). O Índice de Envelhecimento da População compreende o número de pessoas idosas para cada 100 indivíduos jovens por ano e tem na população de Pernambuco comportamento crescente, de 2001 a 2005, valor acima da população idosa do Nordeste, explicado pelo aumento da esperança de vida para essa faixa etária. No entanto, em 2006, esse indicador sofre declínio, tanto ao Brasil (de 33,9% para 32,4%), quanto no Nordeste (de 30,3% para 25,2%), e em Pernambuco (de 33,5% para 28,5%). O Nordeste e o Norte foram as únicas regiões do país que apresentaram queda no índice de envelhecimento, ressaltando que valores elevados desse indicador revelam uma transição demográfica em estágio

* Dados captados em 30/10/2008.

avançado, servindo para acompanhar a evolução do ritmo de envelhecimento e subsidiar a formulação, gestão e avaliação das políticas públicas nas áreas de saúde e previdência social. Para os idosos pernambucanos, a esperança de vida aos 60 anos é de 19,60 anos para ambos os sexos, sendo maior (19,81 anos) em relação ao sexo feminino do que ao masculino (19,32 anos), abaixo da esperança de vida aos 60 anos no Nordeste (20,06 anos) e no Brasil (21,05 anos), e expressa valores crescentes nos anos estudados (IBGE/DATASUS, 2007).

O Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) em Pernambuco, entre 2003 e 2007*, captou uma média anual de 52.812 óbitos de residentes no Estado, sendo 2004 o ano com maior número de óbitos captados (53.432) e 2006 com o menor (51.932). Esta flutuação no número de óbitos reflete-se na Taxa Bruta de Mortalidade Geral (TBMG), que variou entre 6,5 e 6,1 por 1.000 habitantes no período. Valores baixos das TBMG, principalmente os inferiores a 6,0/1.000 habitantes apontam a existência de subnotificação de óbitos, fazendo com que os indicadores de mortalidade obtidos de forma direta estejam submensurados (SIM/UNIEPI/GGVS/SES-PE).

Nos anos de 2003 e 2007, as Gerências Regionais de Saúde (GERES) que apresentaram Taxas Brutas de Mortalidade Geral (TBMG) acima de 6,0 por 1.000 habitantes foram a I, III, IV, V, VI, X e XI. Informa-se que a II GERES apresentou uma redução de 9,2%, passando de 6,5 em 2003 para 5,9 óbitos por mil habitantes em 2007*. Salienta-se que foram excluídos 205 óbitos com GERES de residência ignorada, em 2003, e 316 óbitos, em 2007.

Dos óbitos em Pernambuco destacam-se os ocorridos entre os indivíduos do sexo masculino, registrando uma proporção de 57,3 e 57,2 nos anos de 2003 e 2007*, respectivamente. Salienta-se, também, a importante proporção de óbitos em crianças (menores de 10 anos), adolescentes (10 a 19 anos) e adultos jovens (20 a 39 anos), refletindo-se em parcelas significativas de anos potenciais de vida perdidos. Nestes grupos populacionais em conjunto (menores de 40 anos), ocorreram 13.374 óbitos em 2003 (25,1% do total de mortes) e 11.845 óbitos em 2007* (22,3%) (SIM/UNIEPI/GGVS/SES-PE).

* Dados captados em 30/10/2008.

5.1.2 Perfil Sócio-econômico

De economia bastante complexa, o Estado de Pernambuco tem como principais atividades econômicas tanto os setores de ponta, como da Tecnologia da Informação e Comunicação (TIC) e Logística, quanto à agricultura, a pecuária, os serviços, a indústria e a mineração (CONDEPE-FIDEM, 2008).

Em 2007, a razão de dependência em Pernambuco é de 52,5%, sendo 41,8% de jovens e 10,7% de idosos. O Estado apresenta a 3ª menor razão de dependência entre as Unidades Federadas do Nordeste. O indicador de Pernambuco é maior que o do Brasil (48,6%), mas menor que o do Nordeste (54,7%), sendo mais de 70% da força de trabalho em atividade no setor terciário (IBGE/PNAD, 2008).

Referente ao total da população residente de 2007 em Pernambuco, 67,31% é natural em relação ao município de residência e, nessa população, em relação às famílias residentes em domicílio particular, as pessoas de referência da família como economicamente ativas compõem um percentual de 72,79%, contra 27,21% das referidas como inativas. Tal como no censo de 2000, no nível de ocupação das pessoas ocupadas com 10 anos e mais de idade, em 2007, os homens continuam apresentando percentuais mais altos (60,21%) do que as mulheres (39,79%), dado importante, tendo em vista o crescimento do número de arranjos familiares de mulheres com filhos (IBGE/PNAD, 2007).

O Produto Interno Bruto (PIB) a preços de mercado acumulado, no ano de 2006, no Brasil, teve crescimento de 2,9% em relação a 2005. A elevação do valor adicionado decorreu do desempenho dos três setores que o compõem: agropecuária (3,2%), indústria (3,0%) e serviços (2,4%). Na evolução do PIB *per capita* em reais, a Região Nordeste, em 2005, apresenta o menor PIB *per capita* dentre as regiões do país. Pernambuco mostra indicadores crescentes no período de 2003 a 2005, ocupando a terceira melhor posição na Região Nordeste, estando acima deste, com um crescimento expressivo ao longo dos últimos anos, chegando a 2005 (ano de referência 2002), com um total de R\$ 5.931,00 *per capita* (CONDEPE/FIDEM 2008).

A razão de renda, ou seja, o número de vezes que a renda dos 20% mais ricos supera a dos 20% mais pobres, o Brasil passa de 27,58% em 2001 para 24,8%

em 2003 e cai, paulatinamente, até 20,89% em 2006. Até este ano, ficam evidentes as discrepâncias interregionais. Dentre as Unidades Federadas do Nordeste, comparando os anos de 2001 e 2006, Pernambuco reduziu seu valor de 28,66% para 21,19% de razão de renda, indicando melhor distribuição das riquezas na sociedade. (DATASUS/IDB, 2006).

Além da discriminação regional, a razão de renda segundo raça/cor ressalta persistência de disparidade a favor dos indivíduos de cor branca, em relação aos de cor parda. O indicador de razão de renda não foi calculado para a população de cor preta, tendo em vista o IBGE aconselhar cautela na construção desse indicador. (DATASUS/IDB, 2006).

Os valores na diferença da razão de renda de 2001 e 2006 mostram queda na proporção de pobres no país, no Nordeste e em Pernambuco, ficando este em 7º lugar na ordenação de maior queda desse indicador na região (DATASUS/IDB, 2006).

Após aumentos sucessivos nos anos de 2003 (10,59%), 2004 (11,09%) e 2005 (11,16%), Pernambuco diminuiu a taxa de desemprego para 9,65% em 2006 sendo, desde 2004, ainda a terceira maior taxa da Região Nordeste, que também está em 3º lugar na ordenação em relação às demais regiões do país (IBGE/PNAD, 2006).

Os baixos indicadores de educação do Brasil são historicamente observados, especialmente nas Regiões Norte e Nordeste, como também nos vácuos dos guetos raciais e sociais nas regiões mais ricas. Essa situação é emblemática em Pernambuco, que ao vivenciar atualmente um período econômico promissor, com a implantação de novos parques industriais, carece de uma população com formação adequada para a inclusão nesses empreendimentos. Apesar da média nacional de alfabetização no Brasil ter chegado, em 2006, a 90,4%, o fosso social entre as regiões faz com que 81,1% dos nordestinos sejam alfabetizados. O analfabetismo funcional, ou seja, a condição de saber ler, mas não compreender os textos, impedindo o aprender sozinho, também é um problema no país, que registrou 23,6% de brasileiros analfabetos funcionais. Em relação ao sexo, os homens apresentam índices de analfabetismo maiores do que as mulheres (IBGE/PNAD, 2008).

Em Pernambuco, a Taxa de Analfabetismo na população de 15 e mais anos reflete os investimentos em educação no Estado, decrescendo de 21,51% em 2002,

para 18,48% em 2006. A partir de 2004 o Estado obteve melhores percentuais de crescimento que o Brasil e o Nordeste, quando comparados os pontos percentuais no período, sendo a 2ª menor taxa da região (IBGE/PNUD, 2008).

No Brasil, o número médio de anos de estudo para a idade não é alcançado em nenhuma faixa etária, permanecendo o hiato histórico entre brancos e pretos/pardos com superior completo, sendo que em todas as idades entre 18 e 25 anos em 2007, os estudantes pretos/pardos não alcançaram a taxa de frequência que os brancos tinham em 1997. Dos analfabetos brasileiros de 15 e mais anos, 52% estão no Nordeste do Brasil e essa região é a que apresenta o menor percentual de estudantes do nível médio na idade adequada, assim como as mais altas taxas de defasagem série-idade no ensino fundamental, que no Nordeste é de 38,8% em 2007 (IBGE/PNAD, 2008).

Essa realidade em Pernambuco revela que a média de anos de estudo em pessoas de 15 anos e mais de idade é de 6,2 anos, abaixo da média brasileira (7,3 anos de estudo), mas acima do Nordeste (6 anos). A análise por sexo demonstra valores mais altos para o sexo feminino nas três esferas de governo (IBGE/PNAD, 2008).

No Brasil, é de 50,99% o valor da população de 15 e mais anos, com 8 e mais anos de estudo em 2006, enquanto em Pernambuco esse indicador é de 40,65%, colocando o Estado na 21ª posição dentre as 26 Unidades Federadas do país, ressaltando-se a elevação desses dados nos últimos anos (DATASUS/IDB, 2007).

O Brasil encontra-se na 63ª posição no ranking de qualidade de vida (IDH= 0,792), próximo ao mínimo que o PNUD considera para um país desenvolvido, que é 0,800, medido pelo Índice de Desenvolvimento Humano (IDH). Ressalta-se que o IDH é calculado com base em variáveis como a expectativa de vida, a renda per capita, dados da saúde pública e de educação, variando do valor zero, para o menor desenvolvimento até o valor um, para o maior desenvolvimento. (PNUD, 2008).

Em 2005, Pernambuco estava em 23º lugar no ranking de maior IDH dos estados nacionais com 0,718, sendo o Nordeste a região que apresenta nos seus 9 estados os menores valores de IDH do país, reflexo da concentração de renda e da atividade econômica, ainda concentrada no Sul e Sudeste. No Brasil, a diferença de IDH dos brancos brasileiros cai de 20,6% em 1991 para 11,8% em 2005,

representando queda de 32,5% em 14 anos, permanecendo alto o hiato raça/cor, principalmente nos dados de educação (PNUD, 2006).

Assim como a educação, a situação sanitária local incide sobre os indicadores de saúde, sendo o saneamento um dos aspectos mais importantes, como também negligenciados pelas políticas públicas do país. Os dados sanitários do Estado entre 2005 e 2007 revelam que os domicílios particulares permanentes servidos pela rede geral de abastecimento de água sobem de 75,10% para 81,46%; os 40,6% domicílios particulares servidos por rede coletora de esgoto ou fossa séptica passam para 54,08% e os 70,27% com coleta de lixo diária alcançam 78,6%. Outro bem de consumo, a energia elétrica, era acessível a 98% da população referida, passando a 99% (IBGE/PNAD, 2008).

5.1.3 Perfil Epidemiológico

A análise dos dados epidemiológicos compreende três dimensões: visão geral da morbimortalidade, situação sanitária dos grupos mais vulneráveis e abordagem focalizada em algumas áreas de intervenção específica.

5.1.3.1 Visão Geral da Morbimortalidade

a) Perfil de Morbidade em Pernambuco

O perfil de morbidade em Pernambuco é obtido através dos dados registrados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) alimentado pela notificação e investigação de agravos e doenças de notificação compulsória. Para isso, é necessário que os profissionais e o sistema de vigilância da saúde estejam alertas para evitar a subnotificação dos casos.

Considerando a divisão adotada pela Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde, as doenças transmissíveis em Pernambuco apresentam três tendências: doenças transmissíveis com tendência descendente; doenças transmissíveis com quadro de persistência e doenças transmissíveis emergentes e reemergentes.

Dentre as doenças com tendência descendente, o sarampo encontra-se em processo de erradicação; a rubéola e o tétano neonatal em processo de eliminação; e em fase de controle encontram-se doenças como meningite por *Haemophilus*, difteria, coqueluche e tétano acidental. A hanseníase, apesar de apresentar redução nos últimos anos, ainda encontra-se em situação hiperendêmica no Estado.

Quanto à varíola e à poliomielite, Pernambuco, assim como o Brasil, teve êxito no processo de erradicação dessas doenças. Apesar dos instrumentos eficazes de prevenção e controle, como as vacinas, casos esporádicos de doenças em fase de eliminação e controle ainda acontecem, expressando um conjunto de dificuldades atribuídas à imunização, assistência e vigilância epidemiológica.

Em relação às doenças que apresentam quadro de persistência em Pernambuco, tais como tuberculose, hepatite, leptospirose, esquistossomose, leishmaniose visceral e tegumentar americana, faz-se necessário a articulação intersetorial, bem como uma maior integração entre as áreas de prevenção e controle e assistência, com foco voltado para o diagnóstico e tratamento visando à interrupção da cadeia de transmissão.

Quanto às doenças emergentes e reemergentes identificam-se: AIDS, dengue e cólera, para as quais se buscam promover ações de prevenção e controle, através da ampliação de estratégias para novas situações, que muitas vezes apresentam elevada gravidade.

Para o Estado de Pernambuco, entre os indicadores de morbidade por agravos e doenças de notificação compulsória (SINAN/UNIEPI/GGVS/SES-PE), referentes ao período 2003-2007*, destacam-se:

- Dengue, tuberculose e meningites representaram risco elevado de adoecimento em Pernambuco no ano de 2007: 183,3; 47,9 e 42,1 por 100.000 hab., respectivamente;

* Dados captados em 30/10/2008.

- Dentre as doenças imunopreveníveis, coqueluche, tétano acidental e rubéola foram as que apresentaram maior número de casos nos últimos cinco anos;
- Em 2007, ano epidêmico para a dengue, esta doença apresentou altas taxas de detecção em todas as faixas etárias, destacando-se os menores de um ano (310,7/100.000 hab.), com gradiente decrescente com o aumento da idade. Quanto à forma clínica, observou-se que houve um aumento no número de casos de febre hemorrágica da dengue quando se comparam os anos de 2003 e 2007; Entre as regionais de saúde, a dengue apresentou em 2007 maior número de casos na IV GERES (6.932), no entanto a maior taxa de detecção, ou seja, o maior risco de adoecer foi observado na X GERES, 749,7 por 100.000 hab.;
- Observou-se, em 2007, a ocorrência de surto de meningite viral no Estado, quando foram detectados 2.765 casos. Chama-se também atenção a ocorrência de 39 casos, nos últimos cinco anos, de meningite por *Haemophilus*, doença considerada imunoprevenível;
- Dentre as doenças influenciadas pelas condições ambientais, a raiva humana, por sua importância epidemiológica, por ser imunoprevenível e 100% letal, apesar da redução acentuada no número de casos no Estado, ainda encontra-se registrado dois casos nos anos 2003 e 2006.

Em 2006, a esquistossomose está presente como uma doença endêmica em 92 municípios do Estado, sendo 43 deles localizados na Zona da Mata, onde estão presentes as maiores prevalências. Atualmente, além desses municípios, os litorâneos também vêm mostrando importante aumento na prevalência. Vale mencionar que atividades de turismo vêm sendo implementadas em localidades de municípios de alta endemicidade, o que expõe pessoas de outras áreas ao risco de contrair esquistossomose aguda.

A tuberculose é a quarta doença que mais mata no Brasil e a interrupção do tratamento é a maior dificuldade para o controle e a cura. É importante destacar que ela é considerada um fundamental marcador da qualidade de vida além de ser um agravo de notificação compulsória no Brasil.

Pernambuco apresenta a quinta maior taxa de detecção de tuberculose do país, sendo a segunda na Região Nordeste e uma taxa de detecção média nos últimos anos de 50,5 casos por cem mil habitantes (2005 e 2006)*

* Dados captados em outubro de 2008.

(DATASUS/SINANNET). Os casos estão distribuídos em sua maioria em pessoas com mais de 15 anos (>95,0%), conforme os anos de 2005 e 2007* (SINAN/GGVS/SES-PE).

Observando-se as taxas de detecção média da tuberculose, considerando os mesmos anos, a I GERES apresentou as maiores taxas (81,4 e 72,7 por 100.000 hab.), seguida das III e VII GERES. Pernambuco teve nos anos 2003 e 2007*, uma média de 4.100 casos notificados por ano, representando a forma pulmonar cerca de 85,0% dos casos, conforme esperado, a extrapulmonar, 12,0% e a pulmonar mais extrapulmonar, 3,0% (SINAN/GGVS/SES-PE).

A hanseníase em Pernambuco no ano de 2007 ocupou o 8º lugar no Brasil e o 3º no Nordeste, em coeficiente de detecção geral, com 3,3/10.000 habitantes, sendo considerado parâmetro de alta endemicidade, segundo critérios do Ministério da Saúde.

A Região Metropolitana do Recife, localizada na I Gerência Regional de Saúde, possui o maior número de casos de hanseníase, representando 62,2% dessas notificações no Estado.

Dados preliminares de 2007 apresentam diagnóstico de 2.830 casos novos, sendo 296 ocorridos em crianças menores de 15 anos, representando um coeficiente de detecção 1.1/10.000 habitantes, que classifica o Estado como hiperendêmico, significando alta carga bacilar contagiante da doença e a existência de endemia oculta na área representada. O grau de incapacidade física está relacionado ao comprometimento neural e revela a precocidade ou retardamento do diagnóstico dos casos e a qualidade da assistência. Dos casos novos diagnosticados 8,0% apresentaram incapacidade física II e/ou deformidade física, o que expressa um diagnóstico tardio da doença. Quanto ao indicador de casos curados em 2007, obteve-se o resultado de 76% e para o abandono de tratamento, 19%. Os parâmetros recomendados pelo Ministério da Saúde são acima de 80% e menor que 10%, respectivamente, para essas situações de atendimento.

O programa de Hepatites foi instituído no ano de 2002, através da Portaria Ministerial GM/263. Até julho/2007 o Estado de Pernambuco atendia aproximadamente 374 pacientes portadores de Hepatite C e 81 pacientes com

* Dados captados em 03/11/2008.

hepatites B, através da dispensação pela Farmácia de Medicamentos Excepcionais, solicitações estas, feitas por médicos cadastrados e por hospitais de referência.

A epidemia do HIV/AIDS em Pernambuco, nos últimos anos (2003-2007*), destaca-se pela tendência à interiorização crescente, apesar da Região Metropolitana do Recife (RMR) ainda concentrar 75,7% dos casos de AIDS. Dos 184 municípios de Pernambuco mais o Distrito Estadual de Fernando de Noronha, 169 (91,4%) têm pelo menos um caso registrado (SINAN/UNIEPI/GGVS/SES-PE).

Verifica-se ainda que o número de casos entre mulheres cresce de forma acentuada, conforme pode ser observado pela razão de casos entre homens e mulheres: no início da epidemia, a razão era de 21 homens para cada mulher e, nos últimos anos, chegou a menos de 1,7 homens para cada mulher (SINAN/UNIEPI/GGVS/SES-PE).

O HIV/AIDS tem afetado segmentos cada vez mais jovens da população. Cerca de 86,9% dos casos de AIDS ocorre entre os 20 e 49 anos, destacando-se que 10,9% desses se infectaram ainda adolescentes, considerando-se o intervalo de tempo entre o momento da infecção e do adoecimento (SINAN/UNIEPI/GGVS/SES-PE).

Uma consequência da tendência à heterossexualização da epidemia é o crescimento da AIDS em mulheres e em crianças, essa última devido à transmissão vertical, ou seja, da gestante/parturiente para o bebê.

Excluindo-se as internações por gravidez, parto e puerpério, o quadro das doenças que levaram à internação em Pernambuco (Sistema de Internações Hospitalares - SIH/SUS), nos anos de 2003 e 2007, demonstra que das causas (Causa Capítulo, CID 10) mais frequentes de internação, as Doenças do Aparelho Respiratório (Cap. X) permanecem ainda como as mais frequentes, com maior percentual em 2007. As Doenças Infecciosas e Parasitárias (Cap. I), que estiveram como segunda maior proporção até 2006 passam à 4ª posição em 2007, ainda apresentando causas de internação de países em desenvolvimento, com insuficiente infraestrutura sanitária. Os Transtornos Mentais e Comportamentais (Cap. V), terceira mais frequente causa de internação até 2005, decresce para a quinta posição em 2007, possivelmente em decorrência da Política Antimanicomial. As Doenças do Aparelho Circulatório (Cap. IX) passam da 4ª posição, em 2003, para a

* Dados captados em 30/10/2008.

3ª em 2007 e as internações por Doenças do Aparelho Digestivo (Cap. XI), têm valores crescentes de 2003 até 2007. As internações por Doenças do Aparelho Geniturinário (Cap.XIV) (6º lugar), as Causas Externas de Morbimortalidade (Cap. XX) (7º lugar), as Neoplasias (Cap. II) (8º lugar) e as Doenças Endócrinas, Nutricionais e Metabólicas (Cap. IV) (9º lugar), permanecem com o mesmo *ranking* nos dois anos. Apesar de não constarem como Causa Capítulo mais frequente, as Doenças Endócrinas, Nutricionais e Metabólicas se ressaltam no atual cenário da saúde, uma vez que a alimentação e o estilo de vida contemporâneo geram patologias que vão engrossar o rol das doenças de outras Causas (Capítulo da CID 10). As internações de 2003 e 2007 foram mais numerosas, respectivamente, por Depleção de volume (44,46% e 35,60%), seguida da Diabetes *Mellitus* (23,24% e 33,39%) e da Desnutrição protéico-calórica (17,15% e 16,84%). A obesidade também se expressa como problema, sendo a 5ª causa mais frequente nos dois anos. Além de provocarem internações, essas morbidades evoluem para óbitos hospitalares, sendo que, em 2003, os mais frequentes foram por Desnutrição protéico-calórica (35,43%) e por Diabetes *Mellitus* (30,89%), relação que se inverte, em 2007, com a Diabetes *Mellitus* compondo 40,91% e a Desnutrição protéico-calórica 40,40% dos óbitos hospitalares por essa Causa Capítulo (DATASUS/SIH, 2008).

De forma geral, o percentual das doenças por cada Causa Capítulo apresenta redução, quando comparado aos anos de 2003 e 2007, mas alguns percentuais de internação apontam para situações que exigem um olhar mais cauteloso do setor saúde, salvaguardando que o Sistema de Informações sobre Internações Hospitalares não tem caráter epidemiológico, sendo implantado com objetivos de pagamento por procedimentos. Um exemplo é o que acontece com certas doenças infecciosas e parasitárias como a dengue, que não constava no elenco das maiores proporções em 2003, ficando na 6ª posição e, em 2007, assume a 3ª posição entre as mais frequentes doenças infecciosas e parasitárias. Em relação à febre hemorrágica, devido ao vírus da dengue, esses eventos ocupavam a 33ª posição dentre as mais frequentes, em 2003, passando a ser a 7ª causa de maior proporção em 2007.

As doenças resultantes de infecção por HIV que, em 2003, eram a 11ª causa do total das internações do capítulo, passam à 4ª posição em 2007. Assim também

as outras doenças de transmissão sexual, que se mantinham na 9ª posição em 2003, passam a ser a 3ª causa mais frequente de internação em 2007. A esquistossomose, que ocupava o 21º lugar no *ranking* das mais frequentes, em 2003, permanece ainda em 26ª posição em 2007, demonstrando a morosidade das ações contra essa parasitose (DATASUS/SIH, 2008).

b) Perfil da Mortalidade em Pernambuco

Dentre os grandes grupos de causas básicas de óbito, captados pelo Sistema de Informações sobre Mortalidade-SIM/SUS, destacam-se as doenças do aparelho circulatório (25,7% e 30,9% do total de mortes em 2003 e 2007*, respectivamente) como primeira causa de morte no Estado. As causas externas ocuparam a terceira posição em 2003 (14,1% do total de mortes) e a segunda posição em 2007 (15,1%). As causas mal definidas representaram o segundo grupo mais frequente no ano de 2003 (17,7%), refletindo a baixa qualidade das informações e possíveis falhas na atenção à saúde da população. No entanto, as causas mal definidas apresentaram uma redução de 70,0% no período, passando para 5,3% em 2007. Assim, em 2007, as neoplasias passaram a ocupar a terceira causa de óbito no Estado, representando 12,4% do total de mortes (SIM/UNIEPI/GGVS/SES-PE).

As doenças e agravos não transmissíveis têm se constituído em um problema de grande magnitude para a saúde pública no Estado, entre as quais, as doenças do aparelho circulatório, as neoplasias e as causas externas estão entre as primeiras causas de óbito desde a metade da década de 1980.

Salienta-se a alta proporção de mortes por doenças do aparelho circulatório que resultam, principalmente, das doenças isquêmicas do coração (e entre estas, o infarto agudo do miocárdio), doenças cerebrovasculares e as doenças hipertensivas, que representaram, respectivamente, 10,2%, 9,2% e 4,8% do total dos óbitos do ano de 2007* (SIM/UNIEPI/GGVS/SES-PE).

As elevadas prevalências dos fatores de risco, como o hábito de fumar, o sedentarismo, os padrões alimentares e a obesidade, têm elevado a prevalência

* Dados captados 30/10/2008.

dessas doenças. Estima-se uma prevalência de 35% de hipertensão arterial sistêmica e de 11% de diabetes *mellitus* na população de 40 anos e mais, o que corresponde a 780.207 hipertensos e 245.208 diabéticos tipo 2, considerando a população residente no Estado de Pernambuco, em 2007 (IBGE).

Ressaltam-se as causas externas como fator de importância para a mortalidade. Dentre elas, os homicídios e os acidentes de transporte apresentaram maiores proporções nos anos de 2003 e 2007*. Os homicídios correspondem a 8,5% do total de óbitos, representando uma média anual de 4.522 mortes (SIM/UNIEPI/GGVS/SES-PE).

No ano de 2007*, as neoplasias representaram a terceira maior causa de óbito de Pernambuco, sendo o câncer de pulmão, brônquios e traquéia, o de próstata e o de mama os que apresentaram maior número de mortes entre residentes no Estado. Ressalta-se a importância que ainda ocupa o câncer de *colo do útero* e de *porção não especificada do útero* como causa de morte de mulheres no Estado (SIM/UNIEPI/GGVS/SES-PE).

Dentre as doenças do aparelho respiratório, destacam-se as doenças crônicas das vias aéreas inferiores, causadas por uma diversidade de agentes ambientais e ocupacionais, e as pneumonias (SIM/UNIEPI/GGVS/SES-PE).

Do total dos óbitos ocorridos no Estado, 6,1% tiveram como causa básica o diabetes *mellitus*, que se configura como um problema de saúde coletiva, devido às complicações agudas e crônicas a que dá origem e por representar um fator de risco associado às doenças cardiovasculares (SIM/UNIEPI/GGVS/SES-PE).

Salienta-se, ainda, o percentual de óbitos registrados com causas mal definidas que reflete a falta de exatidão nos diagnósticos da causa do óbito, decorrente da deficiente infraestrutura do apoio diagnóstico e falha dos atestantes na sua precisão. É importante ressaltar que esse percentual se refere aos óbitos notificados. Considerada a existência de cemitérios não regulamentados, esse número pode ser ainda maior. Observa-se que, mesmo assim, houve uma redução de 70,0% entre os anos de 2003 e 2007*. No entanto, vale destacar a falta de homogeneidade da redução do percentual de óbitos com causa mal definida, uma

* Dados captados em 30/10/2008.

vez que há municípios com proporções acima de 10%, chegando, em alguns casos, a mais de 50,0% (SIM/UNIEPI/GGVS/SES-PE).

Entre as mortes por doenças do aparelho digestivo, destaca-se a importância das doenças alcoólicas do fígado e da fibrose e cirrose hepáticas. (SIM/UNIEPI/GGVS/SES-PE).

Dentre os grandes grupos de causas básicas de óbito de menores de um ano, os que apresentaram maiores proporções no ano de 2003 foram as afecções perinatais (48,0%), as causas mal definidas (15,1%) e as doenças infecciosas e parasitárias (12,2%) (SIM/UNIEPI/GGVS/SES-PE).

No ano de 2007, devido à importante redução dos óbitos por causas mal definidas, os grandes grupos de causas de morte assumiram um padrão semelhante aos de outros estados brasileiros: as afecções perinatais permanecendo como primeira causa de morte e as malformações congênitas como segunda. Ainda em 2007, as doenças infecciosas e parasitárias, principalmente em virtude das diarreias, passaram a representar a terceira causa de morte. Entre 2003 e 2007, houve redução 30,2% da mortalidade pelas doenças infecciosas e parasitárias, embora ainda respondam por 8,5% do total dos óbitos infantis (SIM/UNIEPI/GGVS/SES-PE).

A proporção de óbitos com causa mal definida em menores de um ano sofreu redução de 77,0%, entre os anos de 2003 e 2007*, passando de 15,1% para 3,4% (SIM/UNIEPI/GGVS/SES-PE).

No grupo das afecções perinatais, como principais causas específicas de óbito, destacam-se as chamadas afecções maternas, que foram responsáveis por 12% de todos os óbitos de menores de um ano em 2007*. As afecções maternas são representadas por patologias da gestante que afetam o feto e o recém-nascido, como a hipertensão arterial (pré-existente ou associada à gestação) e as infecções do trato urinário (SIM/UNIEPI/GGVS/SES-PE).

Entre os grupos de causas que mais contribuem para mortalidade pós-neonatal (doenças do aparelho respiratório, infecciosas e parasitárias, endócrinas, nutricionais e metabólicas), destaca-se a importância que as pneumonias, diarreias e desnutrição ainda exercem como causa de óbito em menores de um ano (SIM/UNIEPI/GGVS/SES-PE).

Quanto às causas de morte referentes ao quadriênio 2003-2006, predominaram as obstétricas diretas (53,9%) — relacionadas a complicações

obstétricas ocorridas durante a gravidez, parto ou puerpério, devido a intervenções, omissões, tratamento incorreto ou a uma cadeia de eventos resultantes de qualquer dessas causas – com destaque para as doenças hipertensivas (24,1%) e as síndromes hemorrágicas (12,4%) (SIM/UNIEPI/GGVS/SES-PE).

Os óbitos hospitalares, captados pelo Sistema de Informações Hospitalares - SIH/SUS, se distribuem em proporções semelhantes nos anos de 2003 e 2007, com o aumento proporcional mais expressivo dos eventos por Doenças do Aparelho Respiratório, ressaltando-se que os óbitos por Causas Externas não constam com maior frequência devido à subnotificação pelos profissionais de saúde, apesar da determinação legal para o registro (DATASUS/SIH, 2008).

5.1.3.2 Grupos Vulneráveis

A segunda dimensão da análise epidemiológica refere-se aos grupos sociais mais vulneráveis da população pernambucana: mulheres, crianças, adolescentes, homens, idosos, pessoas portadoras de deficiência, trabalhadores, trabalhadores rurais e quilombolas, índios, negros, ciganos, população LGBTT (lésbicas, gays, bissexuais, transgêneros e transexuais) e presidiários.

A mortalidade associada ao ciclo gravídico-puerperal e ao aborto não aparece entre as dez primeiras causas de óbito na população feminina. No entanto, a gravidade do problema é evidenciada quando se chama atenção para o fato de que a gravidez é um evento relacionado à vivência da sexualidade, portanto não é doença, e que, em 92% dos casos, as mortes maternas são evitáveis.

Em relação à investigação de mortalidade materna, o Estado possui apenas 3 (três) comitês regionais implantados (IV, VIII e IX GERES), o que acaba sobrecarregando as ações do Comitê Estadual de Estudos da Mortalidade Materna (CEEMM), que analisa os óbitos de todas as outras regionais de saúde. Em 2005, o Estado de Pernambuco teve 92,1% dos óbitos de mulheres em idade fértil investigados. Esse foi o último ano de estudo concluído pelo comitê estadual, pois há um atraso nas investigações dos óbitos.

Considerando a morbidade hospitalar na rede assistencial do SUS, destacam-se as causas relacionadas à gravidez, parto e puerpério como o principal motivo de internação em mulheres com 10 ou mais anos de idade (50,7% do total). Nas adolescentes e mulheres de 20 a 49 anos, estas causas representam 76,9% e 62,3% de todos os internamentos, respectivamente. Quanto aos partos que acontecem em domicílio, segundo o Sistema de Informação de Nascidos Vivos da Secretaria de Saúde do Estado em 2007 perfazem um percentual de 0,63%* dos partos ocorridos e existem cadastradas 924 Parteiras Tradicionais (realizam parto em domicílio, principalmente na zona rural do Estado), e destas 353 não passaram por processo de capacitação.

Segundo o Instituto Nacional do Câncer (INCA) a incidência esperada para 2008 em Pernambuco é de 2.010 novos casos de câncer de mama e de 1.020 novos casos de câncer de colo do útero.

O Coeficiente Médio de Mortalidade por Câncer de Mama em mulheres no Estado de Pernambuco, no período de 2001 a 2005, é de 9,3 óbitos para cada 100.000 mulheres. As Gerências Regionais de Saúde onde a maioria destas mulheres reside são entre outras, a I e IV GERES.

No que se refere ao Câncer do Colo do Útero em 2007, a Razão de Exames Citopatológicos realizados em mulheres de 25 a 59 anos foi 0,24. Vale salientar que Ministério da Saúde propõe uma pactuação de 0,33 para os estados. O exame preventivo deve ser oferecido por toda a rede básica de atenção dos municípios, dependendo do laudo citopatológico a mulher necessitará de assistência na rede secundária e terciária. A colposcopia é disponibilizada em todas as Regionais de Saúde, no entanto o procedimento de Cirurgia de Alta Freqüência (CAF) só está sendo realizado na I, IV e VIII Regional, embora a V e a III Regional disponibilize dos equipamentos para o referido procedimento. Quanto ao atendimento Terciário para o tratamento do carcinoma, este só está disponível em Recife.

A mortalidade e, especialmente, a morbidade provocada pela violência doméstica e sexual no nosso Estado é uma realidade, observada no dia-a-dia das Unidades de Saúde, porém com números reais ainda desconhecidos. Apenas na I Regional de Saúde há a disponibilidade de Referência Especializada para mulheres que foram vítimas de violência.

* Dados sujeitos a revisão.

Em 2007, em relação às crianças, as afecções perinatais foram as principais causas de mortalidade, independentemente da raça/cor, representando 46,9% e 56,5% nas crianças não-negras e negras, respectivamente. Entre as crianças não-negras que morreram com menos de um ano de idade, 40,9% foram óbitos neonatais precoces, 13,4% tardios e 45,7% pós-neonatais. No entanto, dentre as crianças negras, os óbitos neonatais precoces representaram 54,8% e 32,1% dos óbitos são pós-neonatais (SIM/UNIEPI/GGVS/SES-PE).

No ano de 2001, observou-se que, entre os adolescentes (10-19 anos) o maior percentual de óbitos (72,6%) foi por causas externas. Destaca-se, numa proporção crescente, o homicídio como principal tipo de violência entre os adolescentes (SIM/DIE/Unidade/Gerência de Atenção à Saúde da Criança / SES-PE). Todavia, são muitos os fatores que têm contribuído para o descompasso entre as garantias legais à saúde e a realidade cotidiana de adolescentes e jovens. Entre eles, pode-se destacar: o mito de que as pessoas jovens não adoecem; o baixo percentual de profissionais de Atenção Básica capacitados para esse tipo de atendimento; a descontinuidade dos Programas que se destinam a essa faixa etária e a falta de integração entre os serviços de saúde e as demais Instituições Públicas e não Governamentais que atendem a população jovem. Essa multiplicidade de fatores está afetando negativamente o indivíduo, a família e a coletividade.

Especificamente em Pernambuco, através do Programa de Desenvolvimento da Zona da Mata (PROMATA) identifica-se uma demanda importante por serviços de referência em atendimento à população jovem dessa região. Vale ressaltar a atividade desenvolvida em parceria com a Secretaria de Desenvolvimento Social e Direitos Humanos e Fundação da Criança e do Adolescente (FUNDAC-PE), com o objetivo de promover e recuperar a saúde da população adolescente em regime de internação e internação provisória.

Os óbitos masculinos em Pernambuco, segundo estudo do IPEA (2007) apontou o Estado como o mais violento do Brasil, com 84 dos 184 municípios pernambucanos e mais o Distrito Estadual de Fernando de Noronha, entre os 10% mais violentos do país. Em 2004 morreram 98 homens para cada 100.000 habitantes, enquanto, entre as mulheres este índice foi de 6,5/100.000 hab. Na distribuição da mortalidade masculina por causas, sobressaem mortes por doenças do aparelho circulatório, seguidas por aquelas relativas a acidentes e violências. Em

relação ao câncer de próstata, a mortalidade vem aumentando em várias regiões das Américas, atingindo, algumas vezes, o terceiro e mesmo o segundo lugar entre os cânceres mais frequentes no sexo masculino. Apesar de todas essas evidências, observa-se que a presença dos homens nas unidades de atenção primária à saúde é muito menor do que a das mulheres (PINHEIRO, 2002).

Conforme a Organização Mundial de Saúde (OMS), a população de Pernambuco está envelhecendo, uma vez que o número de pessoas acima de 60 anos supera 7%, tendendo a crescer. É fato que, frente ao envelhecimento populacional do Estado, não existem indicadores de saúde para esta população, há uma baixa resolutividade dos serviços existentes, como também ausência de uma Política Estadual de Saúde específica para esta área.

Há poucas ações nas diversas áreas das políticas de saúde para a pessoa com deficiência. Mesmo assim, em 2007, foi realizado junto às entidades representativas do segmento e gestores municipais, o I Fórum Pernambucano de Saúde da Pessoa com Deficiência: Inclusão e Cidadania, cujas propostas consolidadas com os parceiros foram aprovadas na VI Conferência Estadual de Saúde e referendadas pelo Conselho Estadual de Saúde. As pessoas com deficiência constituem 17,4% da população do Estado (IBGE 2000). Além de serem insuficientes as coberturas preventiva e terapêutica voltadas para o segmento, há precariedade no que diz respeito à falta de divulgação dos serviços de reabilitação existentes. Destaca-se ainda a incipiente descentralização das ações e serviços especializados, centralizados em áreas urbanas, sacrificando usuários nos seus deslocamentos em busca desses serviços. A atual Rede de Atenção à Saúde Auditiva no Estado segue os critérios de descentralização e interiorização dos serviços, mas ainda falta acessibilidade nas unidades de saúde, assim como na SES/PE.

Em Pernambuco, constata-se a inexistência do perfil epidemiológico da saúde dos trabalhadores. Nas últimas décadas, com a contínua transferência de trabalhadores para as atividades do setor informal da economia, os acidentes e doenças relacionados ao trabalho têm sido cada vez menos notificados. Interpretações baseadas apenas nos trabalhadores do setor formal induzem ao planejamento equivocado de políticas públicas para essa população. Atualmente, os indicadores de morbimortalidade referentes aos trabalhadores provêm, em geral,

dos dados organizados e divulgados pelo Ministério da Previdência e Assistência Social e Ministério do Trabalho e Emprego. Segundo o Ministério da Saúde (2001), os acidentes e as doenças relacionadas ao trabalho, como as Lesões por Esforços Repetitivos (LER), têm um grande impacto não apenas na vida do indivíduo, mas na sociedade como um todo. Oneram o Estado na atenção à saúde que precisa prover serviços aos trabalhadores afetados, além da ativação do sistema de previdência social.

Em Pernambuco, destacam-se os moradores remanescentes de quilombos vivendo em condições mais precárias do que a população rural em geral, observam-se as condições da população em relação à estrutura fundiária, distributiva das riquezas, educação e saúde, uma disparidade nas condições de desenvolvimento humano entre as regiões. Destacam-se os índices de ocorrência por complicações diarréicas e esquistossomose, bem como a necessidade de atenção de saúde às especificidades de cada um dos segmentos populacionais rurais.

Constatam-se, entre os povos indígenas em Pernambuco, casos de tuberculose e doenças de Chagas em adultos. A desidratação e a desnutrição compõem as causas de morbimortalidade na infância, sendo elevada a mortalidade infantil, apesar de a FUNASA não considerar que houve crescimentos percentuais. Segundo o órgão gestor do subsistema de saúde indígena, o que aconteceu foi uma notificação mais efetiva dos casos. Existem atualmente 11 etnias indígenas reconhecidas em Pernambuco.

Quanto aos negros, ciganos e população LGBTTT, em Pernambuco verifica-se a inexistência do perfil epidemiológico da saúde dessas populações.

O Sistema Penitenciário do Estado de Pernambuco compõe-se de 17 Unidades Prisionais - 02 femininas (757 mulheres) e 15 masculinas (14.371 homens); mais 70 cadeias públicas (2.461 dentre homens e mulheres), perfazendo um total de 17.589 pessoas presas. Na região metropolitana concentra-se 62% desta população. É importante ressaltar que no Sistema Penitenciário hoje há um déficit de 113% de vagas, ou seja, há um número de 8.289 vagas para uma população de 17.589 presos. Em decorrência dos fatores de riscos inerentes ao confinamento e insalubridade a que é submetida, a população carcerária apresenta sabidamente um número significativo de casos de doenças transmissíveis, transtornos mentais, traumas, diarréias infecciosas e problemas prevalentes da

população adulta, tais como hipertensão e diabetes, apesar de não existirem números oficiais que o demonstrem. Com a elaboração do Plano Operativo Estadual (POE), a gestão executiva das ações de saúde ficou sob a responsabilidade da Secretaria de Ressocialização, bem como a adaptação física das unidades, compra de medicamentos e material médico-hospitalar-odontológico, e ainda a contratação dos profissionais. À Secretaria de Saúde cabe orientar, apoiar, assessorar, monitorar e viabilizar ações de promoção, prevenção e assistência à saúde. As cadeias públicas ainda são objeto de estudo do Ministério da Saúde e da Justiça para criação e implantação de política específica. Hoje, esta assistência é delegada ao município, juntamente com seus PSFs e conforme articulação das Gerências Regionais Penitenciárias.

5.1.3.3 Áreas de Intervenções Específicas

A terceira dimensão da análise epidemiológica focaliza as áreas de intervenções específicas no âmbito da saúde: *a alimentação e nutrição, a saúde mental e a saúde bucal.*

A desnutrição em crianças menores de cinco anos ainda se apresenta como importante problema de Saúde Pública no Estado, ao mesmo tempo em que se observa o incremento do sobrepeso/obesidade, evidenciando-se a ocorrência simultânea dessas condições.

A comparação da II e da III Pesquisa Estadual de Saúde e Nutrição (PESN-PE/97-2006) e a realização da Chamada (Inquérito) Nutricional realizada em municípios da região do semi-árido do Estado (2005), evidenciam uma redução de prevalências de desnutrição, observada em todas as faixas etárias, porém ainda se apresentando com altos índices em determinadas áreas do Estado. Diante desse quadro, Pernambuco priorizou no Pacto pela Vida, o desenvolvimento de ações contínuas, voltadas à diminuição da desnutrição. A anemia ferropriva revela-se como um dos maiores problemas de Saúde Pública, no elenco de carências nutricionais, em nível nacional. Em Pernambuco, como em outras populações do país, foram verificadas altas prevalências de anemia (40-50%) em menores de 5

anos (Batista Filho,1999; Osório et all., 2001). Entretanto, na III Pesquisa Estadual de Saúde e Nutrição (PESN/2006), é demonstrada uma melhora substancial do problema, quando comparado com a II PESN/97, com redução nas prevalências da anemia em todo o Estado, passando de 47% em 1997 para 34% em 2006.

O consumo alimentar das crianças pernambucanas apresenta uma acentuada restrição na ingestão de energia e, em menor proporção, de proteínas (Menezes, 2006). Essa privação repercute negativamente no estado nutricional das crianças, sendo também um relevante problema de saúde pública. Em contraposição às carências alimentares e nutricionais, as elevadas prevalências de sobrepeso/obesidade na população, bem como da hipercolesterolemia em adultos, são indicativas dos elevados riscos de doenças crônicas não transmissíveis, o que também se constitui uma das prioridades na promoção de ações de saúde e nutrição no Estado.

Quanto à Saúde Mental no Estado, segundo a Política Nacional, estima-se que 3% da população necessitam de cuidados contínuos nesse aspecto, em função de transtornos severos e persistentes. Transtornos graves associados ao consumo de álcool e outras drogas (exceto tabaco) atingem 12% da população acima de 12 anos, sendo o impacto do álcool 10 vezes maior que o do conjunto de drogas ilícitas. Pesquisas do Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID) (2005), em 108 cidades brasileiras com mais de 200 mil habitantes, revelaram uma prevalência de uso na vida para qualquer droga (exceto tabaco e álcool) de 22,8%, com uma porcentagem maior na Região Nordeste (27,6% dos entrevistados já fizeram uso na vida de alguma droga). O uso de álcool na vida, nas 108 maiores cidades do país, foi de 74,6%, com uma estimativa de 12,3% de dependentes do álcool para o Brasil, sendo que no Nordeste a porcentagem foi de quase 14%. De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), o número de mortes por suicídio vem crescendo mundialmente e o Brasil está entre os dez países com maiores números absolutos de suicídio (7.987 em 2004).

Existe no Estado o Colegiado de Coordenadores Municipais de Saúde Mental. Trata-se de uma estratégia para facilitar a comunicação junto aos municípios, agilizando a implantação da política de Saúde Mental. Mensalmente, o Colegiado se reúne com a Gerência de Atenção à Saúde Mental (GASAM) e a Comissão Estadual da Reforma de Política de Saúde Mental (CERPSM) e, progressivamente, o número

de municípios que participam tem aumentado. Cabe ao Colegiado uma avaliação anual das ações de saúde mental nos diversos municípios e o planejamento das metas para o ano seguinte. Em relação ao controle social na Política de Saúde Mental, a GASAM é membro e atualmente colabora com suporte administrativo para o funcionamento da CERPSM. Acredita-se ser necessário discutir essa vinculação com objetivo de efetivar o verdadeiro papel da CERPSM na relação com o gestor estadual, cuja prerrogativa é a fiscalização das ações de saúde mental.

A saúde bucal no Estado não possui, até a presente data, um inquérito epidemiológico com amplitude e representatividade para todos os municípios pernambucanos. Estudos pontuais demonstram que os indicadores de saúde e doença relacionados à saúde bucal em Pernambuco são precários, em especial aqueles relacionados à perda de dentes, dor e cáries, que estão entre os piores do Brasil. A OMS estabeleceu 10 metas que deveriam ser atingidas em 2000 e Pernambuco não atingiu nenhuma delas. Dados da região Nordeste indicam que mais de 28% dos adultos não possuem nenhum dente funcional (todos os dentes foram extraídos ou os que restam têm sua extração indicada) em pelo menos uma arcada. Desses, mais de 15% necessitam de, pelo menos, uma prótese total. A incidência de cárie é 49% maior nos municípios que não têm água fluoretada. (SB Brasil, 2004). Até a presente data, menos de 10% dos municípios pernambucanos possuem sistema de fluoretação de água.

Em março de 2008, os Centros de Especialidades Odontológicas de Pernambuco perfazem um total de trinta e cinco (35), concentrados principalmente na região metropolitana e Zona da Mata.

5.1.4 Organização das Ações e Serviços de Saúde

Para a análise da organização das ações e serviços de saúde, destacam-se cinco vertentes: vigilância em saúde, atenção primária, assistência ambulatorial especializada, assistência hospitalar, assistência de urgência e emergência, assistência farmacêutica, assistência laboratorial.

5.1.4.1 Vigilância em Saúde

As mudanças mundiais nos padrões da produção e circulação de capital e pessoas foram concomitantes com as alterações ambientais e nos padrões de comportamento humano e das doenças, observados nas últimas décadas. No Brasil, essa realidade convive com o crescimento da população num cenário de desigualdade social que nem sempre obedece a um padrão urbano planejado para promover condições adequadas de saúde. Surge assim, um quadro de morbidade marcado pelas doenças já conhecidas e por novas doenças, ao lado de doenças reemergentes, que persistem na população ou se revelam por meio de surtos e epidemias, exigindo o aprimoramento contínuo da vigilância em saúde.

A raiva, por sua importância epidemiológica e por ser 100% letal, vem sendo controlada pelas coberturas vacinais nos animais. No Estado, nos anos de 2005, 2006 e 2007 atingiram 88,7%, 86,7% e 93%, respectivamente. Ainda tem sido registrada a ocorrência de casos positivos caninos, sendo 16 em 2005, 15 em 2006 e 16 em 2007.

A leishmaniose continua sendo um grande problema de Saúde Pública, principalmente no Agreste e no Sertão. Destaca-se o município de Salgueiro com maior ocorrência de casos. No ano de 2004 foram notificados 733 casos de Leishmaniose tegumentar e 85 casos de Leishmaniose visceral, com uma letalidade de 9%.

Em relação à esquistossomose, é importante a análise do baixo percentual, ao longo dos anos, de pacientes positivos que realizaram tratamento, variando de 83,76% em 2004 a 63% em 2006, o que reflete no risco de cronificação e agravamento destes casos, havendo a necessidade de intensificação das ações do programa nos municípios, dando prioridade àquelas localidades vulneráveis, garantindo maior cobertura e tratamentos dos casos (SIS-PCE/SES).

Em 2007, iniciou-se a implantação das ações de malacologia (estudo do molusco transmissor da doença) em 10 municípios da Zona da Mata, utilizando-se para isso os critérios de prevalências e da presença de coleções hídricas de importância epidemiológica. O Programa de Controle da Esquistossomose

recomenda realizar inquéritos nas localidades trabalhadas no mínimo a cada dois anos, tratar 90% dos positivos e manter a vigilância nos municípios com atividades de ecoturismo.

Quanto à hanseníase, na ação de vigilância de contatos intradomiciliares, observa-se que os profissionais responsáveis pelo diagnóstico e tratamento necessitam investigar melhor os familiares que convivem no domicílio dos portadores da doença, para realização do exame de pele e nervos, a fim de descobrir novos casos e quebrar a cadeia de transmissão dessa enfermidade. O indicador de contatos examinados mostra-se precário, com 44% dentre os 10.390 que foram registrados no ano 2007. A meta estadual é de examinar pelo menos 80% dos casos registrados, a cada ano. As medicações hansenostáticas específicas para o tratamento são fornecidas pela Organização Mundial de Saúde (OMS), por meio do Ministério da Saúde (MS), que distribui aos Estados. Os problemas relacionados ao atendimento à demanda ocorrem devido a divergências entre a quantidade pactuada pelo Estado e recebida pelo MS, bem como a falha de programação por parte dos municípios.

Acerca da cobertura do programa no nível municipal, conforme últimos dados fornecidos pelas Secretarias Municipais de Saúde, em 2007, 87,5% dos municípios possuem ações de controle da hanseníase implantadas, o que corresponde a 162 municípios desenvolvendo atividades de controle da doença. A meta é de 100% de cobertura no nível municipal. Em se tratando da cobertura por unidade de saúde, evidencia-se um percentual regular de 38%, o que implica na necessidade de se empreender esforços no sentido de descentralizar as ações para as demais unidades básicas dos municípios pernambucanos.

Em relação à rede laboratorial, alguns municípios realizam a baciloscopia para hanseníase, apesar de não ser um exame necessário na confirmação do diagnóstico, mas auxiliar na classificação operacional para fins da escolha do tipo de tratamento a ser realizado.

Hoje, o programa de Hepatites no Estado possui 10 serviços de referências sendo 08 (oito) na Região Metropolitana do Recife, 01 no Agreste – no município de Caruaru e 01 no Sertão – no município de Petrolina. Os critérios utilizados para notificação dos casos são de “suspeito” e “confirmados laboratorialmente”. Identificam-se como entraves para elucidação do diagnóstico e a melhora da

qualidade das notificações a resposta laboratorial, pois cerca de 90% dos exames são analisados no LACEN, não havendo maior agilidade na dispensação dos resultados, além da ocorrência de interpretação inadequada dos marcadores sorológicos, pelos laboratórios municipais.

Quanto à AIDS, Pernambuco tem hoje 20 Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA), onde é feita a prevenção e o diagnóstico do HIV através de aconselhamento, distribuição de material informativo, preservativo, gel e realização de exames de HIV nos municípios de: Recife, Camaragibe, Olinda, Jaboatão dos Guararapes, Cabo de Santo Agostinho, Paulista, Igarassu (RD 12), Caruaru (RD 08), Garanhuns (RD 07), Petrolina (RD 02), Palmares e Vitória de Santo Antão (RD 10), Salgueiro (RD 04), Arcoverde (RD 06), Ouricuri (RD 03), Goiana e Itambé (RD 11), Serra Talhada e Afogados da Ingazeira (RD 05), Limoeiro (RD 09); e 14 Serviços de Assistência Especializada – SAE, que são serviços de referência para atendimento aos pacientes portadores de HIV/AIDS sendo 09 localizados em Recife e os demais nos municípios de Jaboatão dos Guararapes, Olinda (RD 12), Caruaru (RD 08), Salgueiro (RD 04) e Petrolina (RD 02).

As atividades do Programa de Controle da Doença de Chagas (PCDCh) nos anos de 2003 a 2005 foram desenvolvidas de acordo com as prioridades de cada Regional, negociadas na Pactuação de Ações Prioritárias. Em 2006, os municípios que tinham informações atualizadas e informações da época em que o Programa foi implantado, foram estratificados de acordo com características epidemiológicas e ambientais, sendo 35 municípios considerados de alto risco, 94 de médio e 39 de baixo, totalizando 168 municípios estratificados. Em 2007, foi pactuada a captura e borrifação dos triatomíneos em 151 municípios. Foram trabalhadas 96.868 unidades domiciliares e, das 10.185 que foram borrifadas, 10.053 eram positivas. No mesmo ano foram capturados 11.034 triatomíneos com 7% de positividade.

A dengue é considerada atualmente a mais importante arbovirose (doenças transmitidas por mosquitos) que afeta o homem e se constitui em um sério problema de Saúde Pública no mundo, especialmente nos países tropicais e subtropicais, onde as condições do meio ambiente favorecem ao desenvolvimento e proliferação do *Aedes aegypti*, principal mosquito vetor da dengue nas cidades. O Estado de Pernambuco vem registrando nos últimos anos um crescimento de casos de dengue, e a introdução do vírus da dengue DEN-3 nos municípios onde já ocorreram

epidemias por outros vírus (DEN-1 e/ou DEN-2), aumentando o risco de ocorrência das formas clínicas mais graves da doença, Febre Hemorrágica da Dengue (FHD), e óbitos. Em 2007, foram 33.247 casos notificados (suspeitos) de dengue, representando um aumento de 182% em relação ao ano de 2006. As GERES mais atingidas foram a IV, com 15.509 casos, ou 46,64% do total de casos e a I, com 9.814 casos ou 29,51% do total de casos. Os casos se concentraram em Caruaru e no Recife, com 7.451 e 3.869 casos notificados respectivamente. Nesse ano, a situação epidemiológica se agravou, com aumento das formas graves da doença, quando foram registrados 426 casos suspeitos de FHD, sendo 138 casos confirmados, apresentando um coeficiente de letalidade 1,66 %.

O Estado apresenta coberturas vacinais de rotina compatíveis com as metas estabelecidas pelo Ministério da Saúde, sem haver, entretanto, homogeneidade das coberturas vacinais em 70% dos municípios nas vacinas BCG e Hepatite B. A situação epidemiológica do Sarampo e da Rubéola requer medidas efetivas de controle. Em 2007, o Estado registrou 49 casos confirmados de rubéola e nenhum caso confirmado de sarampo. Com o registro, em 2006, de um caso de Tétano Neonatal no Estado, medidas de controle tem sido adotadas pelo PNI, como a vacinação de DT (difteria e tétano) nas mulheres em idade fértil (MIF). Estão previstas ainda as ações do Plano de Intensificação da Vacinação Contra o Tétano Neonatal, integrado com as diversas áreas de atenção do Projeto Mãe Coruja. Considerando a rotatividade de pessoal que atua em sala de vacina, carência de instrutores e acompanhamento das coberturas vacinais, faz-se necessário implementar o processo sistemático de capacitação de pessoal e de supervisão.

A avaliação laboratorial da água para consumo humano tem um papel fundamental no processo de controle da sua qualidade, em vista do elevado número e da grande diversidade de microorganismos patogênicos que podem estar presentes. As doenças de veiculação hídrica e alimentar ainda se constituem problema de Saúde Pública no Estado, onde em 2007, foram notificados 200.360 casos doenças diarréicas agudas, dos quais 45,6% em idade de 10 ou mais anos e 28,9% em menores de cinco anos.

As condições ambientais influenciam diretamente na saúde da população e nas necessidades estruturais dos serviços de saúde para o tratamento de doenças. A falta de saneamento básico, a infra-estrutura das cidades, o desmatamento, a

ocupação desordenada do solo, além da qualidade da água, ar e solo são aspectos ambientais que necessitam ser monitorados para a detecção de fatores determinantes de morbidade.

No ano de 2005, foram coletadas 5.497 amostras de água de consumo humano para exames laboratoriais; em 2006, 14.244 e, de janeiro a junho de 2007, 8.410. Além do monitoramento da qualidade da água de consumo humano, é realizado também o monitoramento das bacias hidrográficas, com a colocação de mechas de *Moore* para pesquisa do *Vibrio cholerae* ao longo do curso dos principais rios do Estado. Em 2006, foram coletadas 396 mechas e encontrado o vibrião em uma amostra do município de Limoeiro. Em 2007 foram coletadas 438 mechas, sendo identificado o vibrião nos municípios de Belo Jardim, Ipojuca, Palmares e Sanharó. Dentre esses, apenas a mecha do município de Ipojuca foi avaliada como toxigênica.

Pernambuco possui atualmente cerca de 18 mil estabelecimentos sujeitos ao controle sanitário, sendo que aproximadamente 6.500 são classificados como de alta e média complexidade. Desse total, mais de 70%, ou seja, 4.550 são licenciados e fiscalizados pela Vigilância Sanitária Estadual, estando a quase totalidade sob responsabilidade do nível central. Esses estabelecimentos, para acompanhar a modernização, vêm se aprimorando em suas tecnologias, o que remete à Vigilância Sanitária a necessidade de procurar alternativas que garantam corpo técnico em quantidade e capacidade compatíveis com essa modernização. A implantação de um pólo farmoquímico no município de Goiana já é uma realidade no atual Governo, sendo imprescindível a participação da Vigilância Sanitária estadual na avaliação dos projetos e na fiscalização da produção, quando as indústrias entrarem em funcionamento. A carência de pessoal tem ocasionado um alto grau de dificuldade no seu trabalho de fiscalização, haja vista que as ações são extremamente prejudicadas pela insuficiência de recursos humanos para cobertura total do universo fiscalizado. Essa situação se agrava mais ainda no nível central da SES, por ser nesse local onde são desenvolvidas a quase totalidade das ações de fiscalização de alta e média complexidade.

A hemorrede estadual é composta pelo Hemocentro Recife e mais cinco Hemocentros no interior (Caruaru, Garanhuns, Serra Talhada, Palmares e Petrolina), além de 4 Núcleos de Hemoterapia nos municípios de Arcoverde, Salgueiro, Ouricuri

e Limoeiro. Temos ainda cinco agências Transfusionais e 15 Comitês Transfusionais no Estado.

A Resolução de Diretoria Colegiada (RDC) 153, de junho de 2007 da ANVISA prevê uma agência para cada hospital de médio e grande porte, que tenha serviço de emergência, obstetrícia e cirurgia e/ou que realize mais de sessenta transfusões/mês. Essas Agências transfusionais têm a atribuição de manter um estoque estratégico de hemocomponentes, realização de testes pré-transfusionais como classificação sanguínea, prova cruzada e pesquisa de anticorpos irregulares, bem como orientações gerais ao corpo funcional do Hospital Base.

Para a obtenção de seus produtos e execução de seus serviços, a Fundação HEMOPE dispõe de profissionais altamente qualificados, que constituem uma equipe multidisciplinar integrada por médicos, enfermeiros, farmacêuticos, odontólogos, assistentes sociais, relações públicas, terapeutas ocupacionais, fisioterapeutas, psicólogos, biomédicos, biólogos, técnicos de laboratórios e pessoal administrativo. Porém, vale salientar que a Instituição apresenta um quadro deficitário de pessoal, principalmente nos municípios do interior, onde muitos funcionários são cedidos, fragilizando o processo permanente de formação e capacitação profissional, necessário à especificidade do trabalho.

Os hemocomponentes processados no Hemocentro Recife são o Concentrado de Hemácias (CH), Concentrado de Hemácias Deleucocitadas (CHD), Concentrado de Plaquetas (CP), Concentrado de Plaquetas por Aférese (CPAF), Plasma Fresco Congelado (PFC), Plasma Comum (PC) e o Crioprecipitado (CRIO). Nos demais serviços da Hemorrede do Estado, são processados alguns destes produtos para atender diretamente às demandas das regiões de abrangência dos municípios onde estão situados os Hemocentros e Núcleos de Hemoterapia.

No ano 2007, a produção hemoterápica dos três principais produtos foi de 232.428 unidades de hemocomponentes, sendo 76.870 de Concentrado de Hemácias, 64.671 de Concentrado de Plaquetas e 79.146 de Plasma Fresco Congelado. Todavia, a Instituição não atende toda demanda de hemocomponentes, pois em 2007 foram expedidas 39.910 unidades para a rede Hospitalar do SUS, que é o dever do Hemope, para uma demanda solicitada de 45.050 unidades, sendo atingida uma cobertura de 92,55%. No tocante ao atendimento a demanda das agências transfusionais, foram expedidas 92.916 unidades e solicitadas 122.175

unidades, registrando uma cobertura de 79,05 %. Existe uma necessidade de incremento na coleta de sangue dos doadores e melhor indicação dos hemocomponentes através do estabelecimento de protocolos transfusionais.

Pelas suas características de validade e armazenamento, o concentrado de plaquetas é o hemocomponente com maior dificuldade de manutenção de estoque, motivo pelo qual a inovação de metodologias (concentrados de plaquetas com maior rendimento como o obtido pelo método de “*buffy-coat*” e coletas de doador único, através da Aférese), é alternativa para atendermos a 100% das solicitações dos leitos SUS. A produção de concentrado de plaquetas em 2007 foi de 65.000 unidades/ano, destas, 907 por aférese, e em 2006, de 58.069 unidades/ano, sendo que 6.015 em Caruaru e Petrolina.

Com relação a pacientes hematológicos atendidos em 2007, consultas e SPA - Serviço de Pronto Atendimento, no Recife foram realizados 102.798 atendimentos, em Caruaru 2.747 e Petrolina 75, sendo necessário ampliar ainda mais o acesso, descentralizando esta ação. Quanto ao HLA - Laboratório de Histocompatibilidade, nenhum exame foi realizado no Hemope até 2008.

Em relação à infra-estrutura, é necessário reformar algumas unidades hemoterápicas do interior e melhorar a área de tecnologia da informação em toda a Hemorrede.

Com a chegada da HEMOBRÁS em Pernambuco caberá ao HEMOPE rever a abrangência de seus objetivos e a potencialidade e experiência acumulada de sua organização, de modo a graduá-los para o ritmo de crescimento ou de intensidade de atuação, coerente com os fluxos financeiros que acompanhem as ações transferidas.

O HEMOPE pertence à Hemorrede Oficial Nacional sendo detentor da única experiência brasileira, quer na iniciativa pública, quer na iniciativa privada, no controle e fabricação de hemoderivados no país.

Pelo seu porte, sua capacidade instalada e seu potencial tecnológico e de conhecimento, será o fornecedor de maior volume de matéria prima para a HEMOBRÁS, vindo a figurar como Centro Colaborador e complementar, das ações da HEMOBRÁS, com possibilidade de realização entre outras coisas do Controle de Qualidade Externo desta. Tem também o potencial de realizar parceria para produção de Hemocomponentes, em especial a cola biológica e Imunoglobulinas

específicas, sem afastar-se de sua missão que é de *“atender com qualidade as necessidades de saúde da população em transfusão sanguínea, no diagnóstico e tratamento das doenças do sangue e na produção e no controle de derivados do plasma, com o compromisso de desenvolver o ensino e a pesquisa”*.

5.1.4.2 Atenção Primária

A partir dos princípios da universalidade e integralidade das ações de saúde, as redes propostas terão como objetivo a garantia de assistência aos pacientes nos vários níveis de complexidade, estabelecendo fluxos de referência e contra-referência, assim como mecanismos de avaliação, supervisão e controle da assistência prestada.

O Sistema de Saúde de Pernambuco assume peculiaridade própria dos grandes centros urbanos, sendo a Capital o segundo maior pólo médico do Brasil. O fluxo desordenado de pessoas, a demanda não programada, a frágil pactuação de procedimentos e serviços entre os gestores, bem como a incipiente regulação do acesso aos serviços pelo sistema de saúde, vem ocasionando ineficiência e pouca resolubilidade, características comuns às grandes metrópoles. A integralidade entre os níveis ou pontos da atenção figura como aspecto crítico a ser enfrentado na perspectiva de ampliar o acesso da população aos serviços de saúde. A estruturação de redes de referência especializada a partir da atenção primária, tendo por princípio a hierarquização do Sistema de Saúde, constitui um aspecto central para organização do SUS em Pernambuco, uma vez que as ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde, de forma integral e contínua, devem se dar através do Programa Saúde da Família (PSF). Contudo, os usuários procuram as grandes emergências, que apesar de suas longas filas e corredores superlotados, são mais resolutivas. O PSF continua sendo a porta de entrada para o Sistema de Saúde em Pernambuco sem, no entanto, focar a sua implantação em populações que vivem em situações de iniquidade em saúde, assim como sem realizar o monitoramento e avaliação da qualidade de suas ações.

Em 2007 o Decreto nº. 30.353, de 12 de abril de 2007, do Governo do Estado de Pernambuco, define como objetivo qualificar a Atenção Primária, através da ampliação da cobertura da Equipe Saúde da Família (ESF) e da melhoria da qualidade dos serviços prestados. Já em 06 de agosto de 2007, a Portaria nº. 720 da SES regulamenta as normas da certificação das Equipes da Saúde da Família na Política Estadual de Fortalecimento da Atenção Primária. Essa Portaria define como áreas estratégicas para a atuação da atenção primária: atenção integral à saúde da mulher e da criança; redução da mortalidade infantil e materna; atenção ambulatorial à gravidez e ao puerpério; atenção às doenças prevalentes na infância; assistência às carências nutricionais; eliminação da desnutrição infantil; eliminação da hanseníase; controle da tuberculose; controle da hipertensão arterial e do diabetes *mellitus*; saúde do Idoso; saúde bucal; promoção da Saúde; atenção das populações rurais, de assentamentos de reforma agrária, de aldeias indígenas e remanescentes de quilombolas e implementação de políticas de atenção à população LGBTTT.

Atualmente em Pernambuco existem 137 postos de coleta do Teste do Pezinho, distribuídos em 123 municípios. Em 2007, foram realizados 79.939 exames (LACEN/PE-2008), com cobertura de 56% do total de 142.882 nascidos vivos (SIM/UNIEPI/GGVS/SES-PE).

Pernambuco possui, hoje em dia, sete Hospitais Amigos da Criança com o serviço de registro civil em funcionamento, utilizando o sistema do cartório de Registro Civil de Pessoas Naturais, o qual deverá ser substituído pelo Sistema Estadual de Registro Civil (SERC), criado pela Agência Estadual de Tecnologia da Informação (ATI), para atender ao Programa Minha Certidão, que será lançado pelo Governo do Estado, ainda no mês de novembro de 2008 (GEASC/SES).

As Unidades de Saúde da Família deveriam absorver a demanda de atenção primária da população, com cobertura mínima de 70%. Atualmente, em Pernambuco, essa cobertura varia entre 30% e 60%, sendo a maior prevalência nos municípios da Macrorregional Recife (GGAS/SES).

Em junho de 2008, Pernambuco apresentava uma rede com 1.727 equipes implantadas do Programa Saúde da Família com cobertura 69.64% da população, com distribuição heterogênea traduzindo as iniquidades na distribuição de profissionais, na incorporação de tecnologias, essa distribuição configura-se diferentemente conforme descrito a seguir I GERES 53.85% II GERES, 100%III

GERES 87.95%,IV GERES 69.81% , V GERES 85.38%, VI 85.38%, VII 88.30% , VII 81.35%, VIII 58.42% ,IX 83.58%, X 99.39%, XI 64,98%.

Até setembro de 2008, foram monitoradas 655 equipes de saúde da família (37,92% do total de equipes do Estado), das quais 238 equipes foram certificadas, o correspondente a 36,89% das equipes, trabalho desenvolvido em 31 municípios de 9 GERES.

Em 2003, através da Portaria Interministerial (MS/MJ) nº. 1.777, foi lançado o Plano Nacional de Assistência à Saúde no Sistema Penitenciário e, baseado neste, foi elaborado o Plano Operativo Estadual (POE), que atende os Presídios e Penitenciárias. Inicialmente, cadastram-se 05 equipes de saúde nas unidades prisionais para realizarem as ações básicas de saúde – estas unidades de saúde também foram cadastradas no CNES. Como cada equipe é responsável por 500 detentos, a necessidade do sistema é de 32 equipes, e desde então se tem tentado cadastrar as demais, porém o cadastramento destas equipes depende de várias exigências do Ministério da Saúde.

5.1.4.3 Assistência Ambulatorial Específica

A rede ambulatorial de alta complexidade de Pernambuco está distribuída em grande parte na Macrorregional Recife (em torno de 5.169.477.hab.) e Caruaru (em torno de 2.370.995 hab.) e realiza, em média, 1.000.000 consultas ambulatoriais por mês. É constituída por 09 (nove) serviços de quimioterapia, 03 (três) de radioterapia, 20 (vinte) de Terapia Renal Substitutiva (TRS), 01 (um) serviço de diagnóstico, tratamento e reabilitação auditiva, 03 (três) de radiologia intervencionista, 02 (dois) de litotripsia e 03 (três) de hemoterapia. Quanto aos procedimentos ambulatoriais no ano de 2007, foram realizados 1.834.144, com a produção de 479.723 TRS/hemodiálises, 71.666 quimioterapias, 19.563 ressonâncias magnéticas e 51.615 tomografias computadorizadas.

A Portaria nº. 818/2001/MG regulamenta para Pernambuco, três centros de referência de alta complexidade em condições de ofertar os serviços necessários para a população sobre os procedimentos de alto custo cirúrgico e os de

reabilitação. Esses exigem equipe multidisciplinar, de maneira integrada, o que não se efetiva no momento, pois os serviços descritos necessitam de melhoria na estrutura física, de equipamentos e maior número de profissionais qualificados. Apenas 02 (dois) serviços de referência em reabilitação de Alta Complexidade estão cadastrados, um localizado na região metropolitana, Hospital Getúlio Vargas, ainda não habilitado, e outro em Caruaru, no Hospital Regional do Agreste. Além desses, há mais 14 (quatorze) serviços de média e baixa complexidade nas demais localidades do Estado. Considerando a Portaria Ministerial nº. 1.101, o Estado devia contar com 1.013 a 1.216 leitos para atender esses usuários, porém, o quantitativo de leitos existentes na rede é insuficiente, sendo apenas 20.

Diante dessa realidade, faz-se necessário empenhar esforços para implantar novos serviços que contemplem as estimativas previstas em Portaria, objetivando a Reabilitação, considerando ainda a consequência da falta desta no retorno às atividades laborativas.

O que se propõe é a estruturação da rede de Reabilitação, contemplando: Realizar diagnóstico situacional das Unidades de Produção (UP'S) – capacidade instalada, adequando às exigências das normas ministeriais; implementar ações através de equipes multidisciplinares para atendimento integral à pessoa com deficiência física e ou mental; estimular processo de integração de todas as Gerências de Saúde visando ações de promoção, prevenção e reabilitação; garantir à pessoa com deficiência grave o direito a atendimento domiciliar de saúde conforme lei específica.

Os serviços de reabilitação existentes somam hoje 09 núcleos de reabilitação física e 03 unidades de reabilitação auditiva em todo o Estado. A atual rede de Atenção à Saúde Auditiva no Estado consta de 01 unidade de alta complexidade no Recife e 02 unidades de média complexidade no interior, sendo 01 em Caruaru e 01 em Petrolina, das 05 unidades garantidas pelo Anexo V da Portaria MS/SAS nº. 587 (07/10/04).

Com referência à atenção à saúde auditiva, 328.951 pessoas declararam ser incapazes, com alguma ou grande dificuldade de ouvir, o que corresponde a 4,15% da população de Pernambuco (IBGE-2000). Diante desse cenário, a SES pretende rever a rede e desenhá-la de acordo com os parâmetros das Portarias GM nº. 2.073/04 e SAS nº. 587/04, e em conjunto com outras secretarias, elaborar uma

política de atenção às pessoas com deficiência auditiva, como também reestruturar as unidades de saúde da rede de serviço do SUS, no sentido de garantir o atendimento a esse segmento, normalizar e realizar a dispensação das próteses auditivas e ainda garantir o acesso aos medicamentos disponibilizados pelo SUS.

5.1.4.4 Assistência Hospitalar

Na assistência hospitalar de alta complexidade, o Estado, assim como em todo o País, possui uma distribuição heterogênea de serviços de saúde, estando a maioria localizada na Região Metropolitana do Recife, constituindo um grave problema de acessibilidade da população aos serviços de média e alta complexidade. Esses serviços de alta complexidade dispõem de recursos tecnológicos de última geração, envolvendo cirurgia cardiovascular, neurocirurgia, oncologia, nefrologia, traumatologia-ortopedia, entre outros. Sendo assim, o aumento da resolutividade e a garantia do acesso a esses serviços é um desafio constante.

A rede estadual dispõe de 316 leitos de alto risco distribuídos nas unidades hospitalares: Hospital Barão de Lucena (HBL) - 72; Hospital Agamenon Magalhães (HAM) - 77; Instituto Materno-Infantil de Pernambuco (IMIP) - 81; Hospital do Câncer (HC) - 34 e no Centro Integrado de Saúde Amaury de Medeiros (CISAM) - 52.

O Estado conta ainda com uma rede de assistência de média e alta complexidade para pacientes crônicos, com oferta de apenas 264 leitos. Considerando a Portaria GM nº. 1101, de 2002, a necessidade seria de 1.207 a 1.448 leitos. Portanto, há um grande déficit relacionado à capacidade instalada. Referente às Internações em Alta Complexidade em 2007, Pernambuco realizou 19.322 internamentos, sendo 6.058 em neurocirurgia, 3.492 cirurgias cardiovasculares e 3.229 cirurgias oncológicas. Segundo o Plano Diretor de Regionalização (PDR) em vigor, existe capacidade instalada de alta complexidade nas macrorregionais: Recife, Caruaru e Petrolina, embora as redes de assistência pactuadas na CIB desde 2005 ainda não estejam habilitadas e conveniadas na totalidade do número de Unidades de Produção (UP), quantificadas conforme Portarias do MS para cada especialidade.

Considerando a rede de assistência especializada, em relação à assistência materno infantil, no ano de 2007 foram realizados 115.594 partos. Destes, 87,8% (101.521) de risco habitual e 12,2% (14.073) de alto risco. Dos partos de risco habitual, 26,6% (27.034) foram cesarianas. Nos partos de alto risco, este procedimento representou 51% (7.214). Hoje são disponibilizados 2.587 leitos de obstetrícia e, destes, 1.216 deveriam estar distribuídos na I GERES e 111 na VIII GERES (conforme portaria). No entanto, apenas 893 e 85 leitos, respectivamente, estão disponíveis, havendo um déficit em relação ao número de leitos preconizados pela Portaria GM nº. 1101, de 2002. A I GERES possui municípios com menos de 50% de cobertura em obstetrícia como: Igarassu, Ipojuca, Paulista e Jaboatão dos Guararapes, onde a situação é ainda mais grave, considerando a redução de 20 leitos do Hospital e Policlínica Jaboatão Prazeres (HPJP), que reduziu a cobertura para 31%. Neste contexto, está prevista, para 2008, a abertura de leitos de obstetrícia no HPJP, com um centro obstétrico totalmente novo, com três leitos de recuperação pós-anestésico, bem como a abertura de 10 leitos no Hospital Fernando Bezerra, em Ouricuri – IX GERES. Relacionado à situação da Cirurgia Pediátrica (CIPE) no Estado de Pernambuco, o Hospital da Restauração (HR) é o único serviço que funciona em regime de plantão 24h na especialidade. O Hospital Barão de Lucena, com equipe de cinco cirurgiões pediátricos e o IMIP, funcionando apenas para casos eletivos e com residentes em plantões insuficientes para a cobertura de todos os horários da semana.

Para a assistência de alta complexidade em cirurgia cardiovascular, foram considerados como critérios para a organização: população a ser atendida; necessidade, segundo a descentralização compatível com o PDR; acesso e fluxo de referência e contra-referência; capacidade técnica e operacional; série histórica das Unidades de Produção (UP). A rede de cirurgia cardiovascular, proposta e habilitada deveria atender toda a demanda prevista, entretanto a resolutividade nas UP não é eficiente nem eficaz, e entre as privadas conveniadas, 02 (duas) foram descredenciadas por solicitação e por não apresentarem produção no período determinado na Portaria SAS/MS 210 de 15.06.2004. Outro complicador para aumento da produção é a falta do sistema de regulação, como também da contra-referência não garantida pelas unidades regionais, nem pelos municípios de procedência dos pacientes, fazendo com que a taxa de permanência hospitalar

amente por falta de leitos de retaguarda. Para melhoria da assistência na Alta Complexidade (AC) de cirurgias cardiovasculares, se faz necessária a retomada dos processos de habilitação, bem como estratégias de inovação na gestão e procedimentos médico-hospitalares, como para os processos internos e externos.

Referente à organização da rede de Alta Complexidade (AC) em traumatologia ortopédia, apesar de pactuada na CIB, a complexidade por conta das subespecialidades, decorrentes dos segmentos de estrutura óssea, requer investimento nas unidades hospitalares públicas e que as unidades privadas com capacidade de atendimento em AC se proponham ao credenciamento pelo SUS. Conta-se atualmente com aproximadamente 50% da capacidade necessária para a assistência, considerando os parâmetros da Portaria MS/SAS nº. 212, de 15.06.2004. A SES tem procurado diminuir o déficit na oferta desses serviços, buscando contratos com UP Privadas de média complexidade, objetivando a transferência dos pacientes nos serviços de emergência. Outra estratégia buscada pela SES é o Projeto de incentivo aos Municípios para a organização da rede municipal com unidades de Pronto-atendimento com capacidade de realizar o atendimento de urgência de média complexidade e triagem para encaminhamento a Alta Complexidade. Novos credenciamentos estão sendo providenciados, com a retomada do processo de reestruturação da rede, como é o caso da UP - Hospital Nossa Senhora do Perpétuo Socorro em Garanhuns, Agreste de Pernambuco.

A assistência de alta complexidade em oncologia necessita de investimentos para estruturar o processo assistencial, otimizando a capacidade instalada da rede. Nesse contexto, a SES organizará e implementará a rede estadual de atenção oncológica de forma descentralizada e regionalizada contemplando as macros Caruaru e Petrolina, com ações de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos, objetivando garantir o acesso e tratamento adequado através de fluxo hierarquizado e regulado às Unidades de referência em Oncologia.

Atualmente, o Estado conta com 15 Hospitais psiquiátricos, sendo 3 públicos e 12 privados conveniados com o SUS, totalizando 2.911 leitos. Algumas dessas unidades encontram-se em situação precária, tanto em relação à estrutura e equipamentos, quanto a assistência. Em 2007, durante a aplicação do Programa Nacional de Avaliação da Assistência Hospitalar – PNASH, do Ministério da Saúde,

foi constatada grande precariedade na assistência aos pacientes internos. Essa avaliação desencadeou o processo de fechamento do Hospital Psiquiátrico de Paulista - HPP, numa ação conjunta entre o Ministério Público, Secretaria de Saúde de Paulista e Secretaria Estadual de Saúde.

Estima-se que cerca de 50% dos leitos psiquiátricos sejam ocupados por pessoas em situação de longa permanência (com perdas de vínculos familiares e comunitários). Esses leitos concentram-se na região metropolitana, na sua grande maioria, nos municípios de Recife e Camaragibe. No caso de Camaragibe, o Hospital José Alberto Maia constitui-se como um dos maiores hospitais do Brasil com 659 pessoas internadas, com tempo de permanência entre 10 e 40 anos. Ao longo do tempo, a situação vem sendo agravada pela precária assistência prestada, o que tem resultado numa média alta de óbitos (22 óbitos de janeiro a setembro/2007).

As emergências psiquiátricas do SEP/HUP e do HGOF encontram-se, atualmente, em reforma. Em 2007, foi discutida a reformulação das emergências e regulação da Saúde Mental no estado durante um Seminário planejado para esse fim.

Até o final de 2007, 138 municípios dos 184 existentes no Estado tinham ambulatórios cadastrados para receber medicamentos essenciais utilizados nos tratamentos de transtornos mentais. A maioria desses ambulatórios funciona com médicos generalistas e oferecem, basicamente, tratamento medicamentoso.

A rede de serviços substitutivos cresceu nos últimos anos, mas ainda é insuficiente para atender a população. São 27 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) para transtornos mentais e dois CAPS infantis cadastrados no Estado. Além de serem insuficientes, cerca de 60% deles concentram-se na região metropolitana do Recife. Existem mais nove CAPS em processo de cadastramento, localizados nos municípios de Recife (dois CAPS), Chã Grande, Vicência, Palmares, Garanhuns, Parnamirim, São José de Belmonte e Araripina. Os serviços especializados para atender a população que faz uso abusivo e indevido de álcool e outras drogas também são insuficientes, principalmente para a população adolescente. Atualmente existem 54 leitos de desintoxicação em Hospital Geral, sete CAPS-ad (Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas) cadastrados no Estado, destes, seis estão em Recife e um em Petrolina, e mais quatro CAPS-ad em

processo de cadastramento, nos municípios de Olinda, Paulista, Cabo de Santo Agostinho e Camaragibe. O Estado conta ainda com 15 Residências Terapêuticas (11 em Recife e 4 em Camaragibe) e 67 usuários habilitados no Programa de Volta Para Casa. Estas estratégias precisam ser urgentemente ampliadas, em função do grande número de pessoas institucionalizadas nos hospitais de longa permanência e em leitos destinados a pacientes agudos em outras unidades hospitalares.

A magnitude do problema da saúde mental no Estado exige uma rede de cuidados densa, diversificada e efetiva. A potencialização da rede básica ou atenção primária de saúde para a abordagem das situações de saúde mental é imprescindível para oferecer respostas efetivas na melhoria da acessibilidade.

O Estado tem 48% de seus municípios com menos de 20.000 habitantes, e a maioria deles oferece apenas o atendimento ambulatorial com ênfase na medicalização dos problemas. Vale ressaltar que a qualificação dos profissionais que atuam na rede de serviços de saúde mental do Estado é um desafio, pois, de uma maneira geral, são pouco preparados para a abordagem da população com sofrimento psíquico, principalmente, da que faz uso abusivo e indevido de álcool e outras drogas.

A falta de sensibilização por parte da sociedade em geral e dos profissionais de saúde ainda permanece um obstáculo ao aumento das doações de órgãos e tecidos, bem como a alta rotatividade dos membros das Comissões Intra-hospitalares de Transplante (CIHDOTT), uma vez que esta estratégia é, de fato, uma importante alternativa para atingir o aumento das doações. Observando as estatísticas, os cinco hospitais que mais captam córneas em Pernambuco são: Hospital da Restauração (HR), Hospital Universitário Oswaldo Cruz (HUOC), Hospital Regional do Agreste (HRA), Instituto de Olhos do Vale São Francisco (IOVSF) e Instituto Materno Infantil (IMIP), que têm CIHDOTTs operantes (CNCDO-PE). Dessa forma, conclui-se que acontecem mais doações nos hospitais onde estas comissões trabalham com dedicação exclusiva, ou seja, HR, HUOC, IMIP, HRA, Hospital Getúlio Vargas (HGV), PROCAPE, Hospital D'Ávila e Evangélico.

As instalações físicas da Central de Transplantes de Pernambuco (CT/PE) estão inadequadas ao quantitativo de funcionários, bem como às atividades hoje desenvolvidas pela Instituição, o que identifica a necessidade de atualização e reciclagem permanentes dos funcionários em função da dinâmica do processo de

doação de órgãos. Identifica-se ainda grande dificuldade em concluir o protocolo de Morte Encefálica, sobretudo pela falta de método gráfico e de neurologistas na rede pública para avaliação clínica e dificuldades na realização dos exames sorológicos obrigatórios para captação de órgãos nas cidades de Caruaru e, sobretudo em Petrolina, o que tem contribuído para a baixa efetivação das doações de órgãos no Estado, inviabilizando eventualmente o aproveitamento de órgãos e tecidos nestas cidades. Vale ressaltar que a Central de Transplantes do Estado ainda trabalha com a inexistência de acompanhamento dos resultados dos transplantes realizados e atua na Região Metropolitana, na Macrorregional Caruaru (Agreste Meridional e Setentrional, Sertão do Pajeú) e Macrorregional Petrolina (Vale do São Francisco e Sertão do Araripe). Em 2007, foram realizados 837 transplantes em Pernambuco e em 2008, até setembro, 764 (CNCDO-PE). O laboratório responsável pelos exames sorológicos é o LACEN, que realizou, nos anos de 2006 e 2007, 613 e 551 exames, respectivamente, atendendo apenas a Região Metropolitana do Recife (CNCDO-PE).

5.1.4.5 Urgência e Emergência

Diante da situação encontrada na SES, em 2007, quanto à problemática da superlotação das emergências, situação esta que se arrasta há anos, associada à baixa produção nas unidades de média complexidade e a baixa resolutividade da atenção básica, entende-se ser necessária a abordagem de várias vertentes: estrutura física, equipamentos, profissionais capacitados nos hospitais, infraestrutura nos municípios, implantação do processo de trabalho (referência e contra-referência), financiamento, gestão de leitos, abertura de novos serviços, elaboração e instituição de protocolos e desenvolvimento de mecanismos que garantam a cooperação e integração dos diversos setores da Secretaria Estadual de Saúde.

Ainda em 2007, objetivando a reorganização do Sistema de Saúde em Pernambuco, a SES integrou a Política Nacional de Urgência e Emergência e o Programa de fortalecimento da resolutividade nos municípios, através de incentivo

financeiro, de acordo com as diretrizes da Política para média complexidade, sendo priorizados os municípios que mais demandam para as emergências.

Os Serviços de Atendimento Móvel de Urgências (SAMU) e suas Centrais de Regulação Médica de Urgência são passos estratégicos de grande importância na implementação da atenção integral às urgências, considerando seu incontestável potencial como observatório do sistema e da saúde da população.

Habilitado em dezessete municípios, o SAMU/PE conta com uma frota de 57 viaturas, sendo 43 de suporte básico – USB e 14 de suporte avançado – USA, atendendo a uma população de aproximadamente 5.054.081 habitantes. Conta ainda, com três Centrais de Regulação montadas, sendo uma na Macrorregional Recife, outra na Macrorregional Caruaru e a última na Macrorregional Petrolina (GGAS/SES; 2008).

Quanto às Unidades de Pronto Atendimento (UPA), a Portaria MS nº. 2.048, de 05 de novembro de 2002, preconiza que elas devem possuir pediatras e clínicos gerais, leitos de observação, absorver a demanda comprovada por dados locorregionais de outras especialidades, conforme necessidade (traumatologia, cirurgia e odontologia), bem como fornecer suporte mínimo de estabilização antes da transferência para centros de maior complexidade. Também devem garantir serviços de Radiologia e Laboratório 24h, contar com unidade para transporte de pacientes (Tipo A) e, por fim, garantir acessibilidade e rede de referência para os pacientes.

A Secretaria Estadual de Saúde (SES) implantará 29 UPA's, que serão distribuídas em todo o Estado, absorvendo a demanda e, conseqüentemente, reduzindo a procura nas grandes emergências, segundo os critérios estabelecidos na citada portaria.

Com relação à Unidade de Terapia Intensiva (UTI), a média de leitos no Brasil está em torno de 2,64% do total de leitos SUS cadastrados, variando de 5,54% no Rio Grande do Sul e 0,22% em Rondônia (SIH/SUS, 1999 e MS/SAS/DECAS/CGCAH, 2000). No entanto, a SES de Pernambuco dispõe de apenas 2,20%, ou seja, abaixo da média nacional, com apenas 411 leitos públicos de terapia intensiva. Além de leitos de retaguarda em terapia intensiva, é prioridade para Gerência Geral de Assistência à Saúde – GGAS, adquirir 07 (sete) Viaturas de Suporte Avançado (UTI Móvel) para todos os hospitais públicos, com leitos de UTI.

Vale salientar que o número de unidades móveis de suporte básico (USB), encontra-se em sua maioria inservíveis, pelo alto índice de uso e sem a manutenção preventiva adequada. Há necessidade de UTI Móvel para as transferências inter-hospitalares e para realização de exames em pacientes fora da unidade de origem. Atualmente o SAMU, quando possível, atende a essas solicitações.

Propõe-se ainda a reordenação e implementação da rede de urgência e emergência em psiquiatria, uma vez que a estrutura física no Hospital Otávio de Freitas encontra-se improvisada e, em conjunto com o Hospital Ulisses Pernambucano, são as únicas emergências do Estado em psiquiatria.

Pertinente à rede assistencial de alta complexidade para o paciente com disfunção renal aguda, a SES possui, no Hospital Barão de Lucena, uma Unidade de Nefrologia que assume os papéis de regulação dos pacientes renais crônicos, através do encaminhamento desses às diversas clínicas de Terapia Renal Substitutiva ou através do atendimento em sua unidade de hemodiálise. Isso acontece pela constante falta de vagas nas referidas clínicas, de unidade de hemodiálise, com atendimento de mais de 100 pacientes dos vários municípios do Estado em seu cadastro, além dos pareceres e demandas internas junto às unidades de terapia intensiva e enfermarias do próprio hospital. O Hospital Barão de Lucena, até outubro de 2007, funcionava ainda como unidade de atendimento às emergências dialíticas de todo o Estado.

Com o objetivo de reestruturar e melhorar a assistência ao paciente em urgência dialítica admitido nas grandes emergências do Estado (HGV, HR, HOF e HAM), a SES a partir de outubro de 2007, instituiu uma estratégia inovadora com a implantação do atendimento descentralizado às emergências dialíticas na rede pública hospitalar com qualidade, segurança e eficiência, a partir da fidelização de empresas de hemodiálise a hospitais da rede estadual, garantindo assim o suporte adequado à realização de procedimentos que envolvem tecnologia e alto nível de especialização, qualificando o atendimento à população.

Desse modo, a reestruturação da atenção ao portador de disfunção renal aguda com a implantação do atendimento descentralizado, propiciará: parecer técnico especializado ao paciente em emergência dialítica; a implantação de áreas adequadas à realização dos procedimentos dialíticos nos hospitais Otávio de Freitas, Hospital da Restauração, Hospital Getúlio Vargas, Hospital Agamenon

Magalhães, Hospital Geral de Areias, Hospital Correia Picanço, Pronto Socorro Cardiológico de Pernambuco (PROCAPE) e HEMOPE; o conhecimento do perfil demográfico e clínico dos pacientes atendidos a partir do acompanhamento dos procedimentos realizados, permitindo a locação em clínicas de TRS respeitando a regionalização, sempre que possível; a redução do tempo de início dos procedimentos dialíticos de emergência, favorecendo um melhor prognóstico; o atendimento adequado e a permanência dos pacientes potencialmente graves em seus serviços de origem, além de suporte à vida e monitoramento de sinais vitais de pacientes dos serviços especializados.

Para garantir a universalidade do acesso ao usuário do SUS, a SES planeja implantar o Projeto TeleSaúde – Pernambuco que deverá proporcionar soluções de problemas do atendimento na Assistência à Saúde, através da Informática Médica. Espera-se aumento de resolutividade e melhor distribuição de casos com encaminhamento correto para a Unidade Hospitalar de maior complexidade, se for o caso. Dentre outros benefícios, o TeleSaúde reduz substancialmente a baixa produtividade de exames e a ociosidade de equipamentos; a alta permanência nos leitos hospitalares do estado, aumentando a rotatividade destes; a necessidade de Tratamento Fora do Domicílio (TFD); aumenta a resolutividade dos Hospitais; facilita a atualização do Parque Tecnológico Médico já instalado; otimiza os Recursos Humanos já existentes e, acima de tudo, atinge alta qualidade na prestação de serviços de saúde pública, para melhor atender à população do Estado.

5.1.4.6 Assistência Farmacêutica

A Assistência Farmacêutica na Atenção Básica à Saúde é desenvolvida nos 184 municípios e Distrito de Fernando de Noronha, com competência de viabilizar o acesso racional da população aos medicamentos essenciais adquiridos com recursos definidos no programa de Incentivo da Assistência Farmacêutica Básica (IAFAB) e os repassados pelo gestor estadual e federal. No IAFAB, a contrapartida do gestor estadual e municipal representa R\$ 1,50 por habitante/ano e o gestor federal representa R\$ 4,10, totalizando R\$ 7,10 por habitante ano. A contrapartida

do Estado é fornecida em medicamentos LAFEPE, conforme pactuação na CIB/PE ao valor do IAFAB. O gestor estadual e municipal deve investir mais R\$ 0,30 por habitante/ano para aquisição de insumos para controle do diabetes.

A estrutura necessária para desenvolvimento das ações de assistência farmacêutica é precária na maioria dos municípios, carecendo de ações para estruturação física, aquisição e manutenção de equipamentos e alocação de recursos humanos capacitados. Em todas as etapas do processo, há necessidade de otimização da estrutura disponível para garantir e ampliar o acesso aos medicamentos essenciais.

O desenvolvimento e implementação do programa Medicamentos para Todos, que tem por objetivo ampliar o acesso seguro e racional aos medicamentos essenciais, contempla a estruturação da rede estadual de assistência farmacêutica com unidades de abastecimento e dispensação estruturadas e geridas por profissionais habilitados para prestar serviço de qualidade e humanizado.

Nos hospitais públicos, realiza-se assistência hospitalar e ambulatorial em ações de baixa, média e alta complexidade. A assistência hospitalar é financiada com os recursos financeiros de cada hospital, de forma isolada, gerando entre eles divergências significativas em procedimentos semelhantes e custos de aquisição dos produtos farmacêuticos.

As Farmácias Hospitalares apresentam deficiências nas condições de armazenamento, dispensação e controles, necessitando de melhor estruturação em todas as etapas de trabalho. As dificuldades operacionais das etapas do processo de abastecimento comprometem o desenvolvimento das atividades.

As Farmácias Ambulatoriais dos hospitais funcionam em condições deficitárias. Há indefinição sobre os recursos para aquisição de medicamentos básicos, resultando no desabastecimento dos produtos farmacêuticos o que implica na descontinuidade de tratamentos e conseqüentes danos à saúde desse grupo de usuários, além da forma desumanizada de como é prestada esta assistência.

A Assistência Farmacêutica na Média Complexidade é outro entrave para acesso da população. Por não haver definição quanto ao financiamento, as aquisições têm sido realizadas a partir das demandas judiciais e/ou iniciativas dos gestores estadual e municipal.

As inovações tecnológicas na terapêutica medicamentosa, principalmente na média e alta complexidade, acrescidas da pressão dos fabricantes, prescritores e usuários; além da demora na análise e liberação pela esfera federal, têm forçado os gestores a realizar aquisições por decisão judicial, na maioria das vezes individualizadas, em detrimento da coletividade, comprometendo a programação orçamentária e financeira do segmento.

Contribuem ainda para geração de demandas judiciais, as dificuldades em estabelecer e/ou atualizar, com agilidade, Normas Técnicas, Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas, respeitados os requisitos técnicos e científicos, observados os limites financeiros disponibilizados. As demandas judiciais já comprometem parte significativa dos recursos destinados à assistência farmacêutica na média e alta complexidade.

A Alta Complexidade, no Componente de Medicamentos de Dispensação Excepcional, é caracterizada pela alta demanda reprimida estimada em 100%, resultado da estrutura centralizada e dificuldades operacionais. Trata-se de um segmento que envolve altas quantias de recursos e atrai a atenção especial dos fabricantes, usuários, sociedade organizada, gestores, judiciário, entre outros.

A normalização do abastecimento e ampliação do acesso aos medicamentos excepcionais passa por revisão do modelo de gestão administrativa e financeira dos recursos em busca da otimização dos processos de aquisição, distribuição, dispensação, produção (elaboração e faturamento), bem como pela estruturação e ampliação com descentralização, da rede de Centros de Referência Especializados e das Farmácias de Pernambuco e Serviço de Atendimento Domiciliar, aparelhadas e capacitadas para operacionalização do componente.

O déficit gerado entre as necessidades de aquisição (demanda) e o volume de recursos disponíveis (receita), bem como a desorganização do processo de planejamento, aquisição, distribuição, dispensação e pagamentos implica na suspensão do atendimento aos pacientes comprometendo o tratamento dos usuários.

Outro ponto fundamental no processo é a melhoria da logística, desde o planejamento e processamento das aquisições; alocação de recursos e efetivação dos pagamentos; recepção, armazenamento, controle e distribuição com segurança e agilidade.

Além dos problemas estruturais relatados, ainda existe a cultura estabelecida na sociedade do uso irracional de medicamentos, em todos os níveis de atenção à saúde.

5.1.4.7 Assistência Laboratorial

Integrante da Rede Nacional de Laboratórios de Saúde Pública, o Laboratório Central de Saúde Pública "Dr. Milton Bezerra Sobral" (LACEN/PE) é classificado pelo Ministério da Saúde como Laboratório de Nível E, em razão do estágio de implementação do Sistema da Qualidade, seu nível de complexidade e capacidade técnica e operacional instalada, (Portarias /MS nº. 2.606 de 28 de dezembro de 2005 e nº. 1.419 de 10 de julho de 2008), as quais classificam os laboratórios centrais de Saúde Pública e instituem seu fator de incentivo.

Referente aos procedimentos realizados pelo LACEN, no período de 2005 a 2007 no âmbito estadual, foi verificado um aumento de 13,33% ou seja, de 594.031 para 793.404 procedimentos, respectivamente. Apesar desses resultados, a visibilidade nacional e estadual como órgão de referência, vem ao longo dos últimos nove anos, sofrendo desgaste em razão das dificuldades de cumprir as metas estabelecidas. A atual estrutura organizacional não possui autonomia financeira, tem quadro de profissionais insuficiente e estrutura física deficitária. O espaço físico é dividido com outros setores da Secretaria Estadual de Saúde e suas áreas técnicas estão fracionadas, tendo parte das atividades funcionando em prédios distantes, a exemplo dos diagnósticos de raiva, realizados nas instalações do Ministério da Agricultura e o da peste no Centro de Pesquisa Ageu Magalhães (CpqAM). Essa estrutura não oferece a agilidade necessária para cumprir integralmente as metas pactuadas, tanto no processo de modernização e descentralização das ações da SES /PE, como também no cumprimento da legislação vigente, ameaçando a sua missão institucional de desenvolver o monitoramento da Saúde Pública através do diagnóstico laboratorial e ações complementares.

O Laboratório Farmacêutico de Pernambuco Governador Miguel Arraes (LAFEPE) é o segundo maior laboratório público do Brasil e foi criado em 1966 para produzir medicamentos a baixo custo para as populações de menor poder aquisitivo.

Através da Coordenadoria de Pesquisa e Desenvolvimento, desenvolve novos produtos para a substituição de alguns ou inclusão de outros, que farão parte da relação de medicamentos essenciais, visando à atualização do portfólio, para melhor atendimento a nível ambulatorial e hospitalar dos programas públicos de saúde. A produção ótica tem sido modernizada com o mesmo intuito. Investe no seu programa pioneiro de Farmácias Populares, instaladas em áreas de comércio popular nas diversas regiões do Estado, servindo inclusive de modelo para o Governo Federal. Com o investimento feito na rede de comercialização ao público (farmácia e ótica) o LAFEPE amplia e descentraliza continuamente estes serviços a ponto de contar no momento com um total de 37 farmácias e 17 óticas, atendendo a um público médio mensal de 257.000 clientes, promovendo o acesso cada vez maior da população, principalmente entre os mais carentes. Nossas unidades dispõem de 185 medicamentos. Destes, 150 são genéricos, os quais são adquiridos através de trâmites legais.

Atua como regulador de preços do mercado, apóia a assistência farmacêutica em Pernambuco e nacionalmente, além de caracterizar-se como centro de desenvolvimento e produção de medicamentos para doenças negligenciadas. Atualmente encontra-se em estágio bastante avançado o desenvolvimento do Efavirenz, produto que faz parte do programa DST/AIDS. Com isso, o laboratório se credenciará a fazer também parcerias com outros laboratórios e farmoquímicas.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) classificou o Laboratório Farmacêutico do Estado de Pernambuco Governador Miguel Arraes (LAFEPE) como provedor oficial da organização. Com este reconhecimento, o laboratório pernambucano entra no seleto grupo de indústrias que fornecem medicamentos à agência a qual é ligada diretamente à Organização das Nações Unidas (ONU). O reconhecimento deve-se ao fato de o LAFEPE ser o único produtor mundial do Benznidazole (medicamento anti-Doença de Chagas), tanto na fórmula adulta, quanto na pediátrica, esta última em desenvolvimento.

5.2 DETERMINANTES E CONDICIONANTES

Nesta análise devem ser compreendidas medidas intersetoriais que interferem como determinantes e/ou condicionantes da situação de saúde ou da atenção à saúde, como: Programa Mãe Coruja e Programa Chapéu de Palha.

a) Programa Mãe Coruja

Desenvolver ações na perspectiva de reduzir a mortalidade materna e infantil exige a associação de uma série de melhorias nas condições de vida das famílias e na atenção à saúde da mulher e da criança, bem como ações intersetoriais, sendo fundamental a articulação com os diferentes segmentos da sociedade civil organizada.

Dessa forma, o Programa Mãe Coruja Pernambucana é uma iniciativa do Governo de Pernambuco e reúne diversas ações voltadas para a promoção da saúde e do desenvolvimento de mulheres gestantes e crianças de 0 a 5 anos de idade. O Mãe Coruja dá atenção integral às gestantes usuárias do SUS, a seus filhos e famílias, incentivando o fortalecimento dos vínculos afetivos e criando uma rede solidária para redução da mortalidade infantil e materna. O programa tem compromisso também com a melhoria de outros indicadores sociais, através de ações articuladas em saúde, educação, desenvolvimento e assistência social.

b) Programa Chapéu de Palha

O Programa Chapéu de Palha foi estruturado no governo Miguel Arraes, em caráter emergencial, com a finalidade de melhorar a qualidade de vida dos trabalhadores rurais da Zona da Mata através de ações assistenciais.

Foi criado e regulamentado oficialmente como programa, no ano de 2007, com o objetivo de adotar medidas de combate aos efeitos do desemprego decorrente do período da entressafra da cana de açúcar, atendendo a população carente da zona canavieira. Na gestão atual apresenta um novo formato, com ações estruturadoras nas áreas de saúde, educação, cidadania, habitação, infra-estrutura e ambiente.

Ao considerar a dura realidade enfrentada pelos canavieiros, onde a sazonalidade do cultivo da cana de açúcar agrava a situação já de extrema dificuldade vivenciada por essa população, o Programa contribui para melhorar as condições de vida dos canavieiros, contemplando 52 municípios do Estado com baixo Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), sendo 21 na Mata Sul, 19 na Mata Norte, 10 na Região Metropolitana e 02 no Agreste Setentrional. Apresentam os menores IDH os municípios de São Benedito do Sul (0,549), na Mata Sul, Barra de Guabiraba (0,554), no Agreste Setentrional, Itambé (0,574), na Mata Norte, e Araçoiaba (0,637), na Região Metropolitana do Recife (IBGE, 2002).

Esses 52 municípios registram grande carência nas condições de vida, notadamente na área de saúde, sendo, portanto, necessárias políticas públicas que concomitantemente associem vários fatores que devem contribuir para superar a situação atual.

O Chapéu de Palha ainda se encontra na posição de articulador/gerenciador e avaliador das ações executadas dentro da Atenção Primária em Saúde, a partir de parcerias estabelecidas com as áreas técnicas da Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco (saúde da mulher, saúde da criança, saúde do jovem e adolescente, saúde mental, saúde bucal, Programa Nacional Imunização, saúde do idoso, saúde da pessoa com deficiência, combate e tratamento da tuberculose, saúde do trabalhador, vigilância epidemiológica e ambiental, Coordenação de prevenção e tratamento de DST/AIDS e atividades laboratoriais desenvolvidas pelo Laboratório Central (LACEN/PE).

5.3 GESTÃO EM SAÚDE

A análise da gestão em saúde deve compreender: planejamento, descentralização/regionalização, financiamento, participação social, gestão do trabalho em saúde, educação em saúde, informação em saúde e infra-estrutura.

Um estudo realizado pelo Ministério da Saúde (MS) em 2006 demonstrou um quadro de fragilidade na estrutura do planejamento do Estado de Pernambuco, justificada pela ausência da “cultura do planejar”. Esta situação influencia negativamente para o avanço do Estado na efetivação da ação de planejamento, comprometendo vertiginosamente no alcance de resultados positivos na estruturação dos serviços de saúde. Embora a maioria dos municípios tenha elaborado seus planos municipais de saúde, tem-se observado que os mesmos foram produzidos apenas em função de cumprimento legal, muitas vezes não refletindo a realidade local e deixando de ser utilizado enquanto instrumento de gestão.

Diante deste cenário e na perspectiva de mudar esta situação, o próprio estudo aponta linhas de ação estratégicas a fim de contribuir na reversão deste quadro, como capacitações e cursos de curta duração, contando, inclusive, com incentivos financeiros do Ministério atrelados a Programas de Trabalho para a sua consolidação, além da participação efetiva de técnicos municipais e estadual de todas as atividades promovidas pelo MS concernentes a temática.

Enquanto coordenador do processo de implantação, implementação e qualificação do PlanejaSUS, o Estado se propõe a apoiar os gestores no desafio de avançar na capilaridade do Sistema, por meio de instrumentos de trabalho que colabore na tomada de decisão e na condução de processo de implementação das políticas, planos, programas e ações de saúde sob sua responsabilidade.

O Estado de Pernambuco atualmente apresenta três Macrorregionais de Saúde (Recife, Caruaru e Petrolina), 11 Microrregionais de Saúde (Regiões de saúde que correspondem às Geres) e 56 Módulos Assistenciais, desenhado nos moldes das NOAS 01/02. Existem dificuldades quanto à definição de responsabilidades de cada uma dessas instâncias de assistência, uma vez que sua organização é dinâmica e muda com o passar do tempo - como, por exemplo, oferta de novos serviços e descredenciamento de outros - gerando novas conformações de rede e necessidade de periódicos redimensionamentos do seu desenho. Por outro lado, as Comissões

Intergestores Bipartite Regionais (CIBs Regionais) apresentam fragilidades em relação à participação de todos os envolvidos nos processos deliberativos da Regionalização.

A Programação Pactuada Integrada (PPI) está implantada em todos os municípios do Estado nos moldes estabelecidos pela NOAS 01/02. Como decorrência da precária interação entre a PPI e os demais instrumentos de planejamento e pela reconhecida incipiência dos processos de planejamento nas três esferas de gestão, a programação da assistência tem sido exercida de forma isolada, restringindo suas potencialidades e reduzindo-a, muitas vezes, a sua dimensão apenas financeira. A articulação entre as demandas decorrentes da programação da atenção básica e as programações da média e alta complexidade inexistem, bem como com a programação da Vigilância em Saúde. O processo de programação é pouco integrado com as redes regionalizadas e hierarquizadas de serviços e com o processo de regulação do acesso, apresentando fragilidade de mecanismos que garantam a efetivação dos pactos firmados entre os gestores.

Considerando o disposto no Pacto pela Saúde e as Diretrizes para a Programação Pactuada e Integrada da Assistência à Saúde estabelecida através da Port. GM 1.097, de 22.05.2006, a SES/COSEMS vem realizando oficinas de trabalho junto às áreas técnicas da SES, visando à implantação de um novo modelo de programação com base em linhas de cuidados e demandas oriundas a partir da Atenção Básica.

O Pacto pela Saúde é o resultado do processo de negociação envolvendo os compromissos da operacionalização do SUS entre gestores das três esferas de governo, na perspectiva de superar problemas políticos, técnicos e administrativos. Estabelece compromissos e metas sanitárias a serem cumpridas, tanto no controle de doenças quanto na unidade mais qualificada para grupos da população que requerem atendimento diferenciado no sentido do compromisso com a equidade. Nesse processo, o Estado de Pernambuco estabelece compromisso político envolvendo os municípios, a fim de consolidar as discussões compartilhadas entre gestores, trabalhadores e usuários do SUS.

A Secretaria de Saúde Estadual anualmente acompanha o processo de Pactuação dos Indicadores de Monitoramento e Avaliação do Pacto pela Saúde do

Estado e de todos os municípios, conforme indicadores definidos pelo Ministério da Saúde e outros estabelecidos pelo Estado.

Quanto à adesão ao Pacto pela Saúde, o Estado apresenta-se incipiente na sua formulação. Pernambuco possui 02 municípios com processos de Pacto de Gestão homologados em 2007 e 03 em tramitação. Em relação à pactuação do Estado, o processo de adesão encontra-se em tramitação.

Para avaliar a necessidade de investimentos, fez-se um diagnóstico da existência e/ou suficiência tecnológica, com vistas à oferta de serviços necessários à conformação dos módulos assistenciais e da qualificação das regionais de saúde. O levantamento realizado tomou por base os termos da Portaria GM MS nº. 1.101/2002 que estabelece os parâmetros de cobertura assistencial no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Desta forma, os serviços existentes foram identificados a partir da estimativa da necessidade, segundo os critérios da referida Portaria, na qual os parâmetros estabelecidos para priorização de municípios ou regionais seguiram o critério populacional.

No instante em que se instala o processo de revisão e/ou alinhamento estratégico do PDR e da PPI, que pressupõe o diagnóstico acima referido na oferta dos serviços necessários à conformação de sistemas funcionais e resolutivos de assistência à saúde, demanda a necessidade de linhas de investimentos que compõem o PDI, justificando desta forma a sua elaboração.

O Plano Diretor de Regionalização possui 56 Módulos Assistenciais, referência para M1; 11 Microrregiões de Saúde referência para a M2 e M3 e 3 Macrorregiões de Saúde, referência para a alta complexidade. Cada micro região possui uma gerencia estadual (11 GERES) sediada no município sede da microrregião de saúde, necessitando de uma implementação para exercerem uma regulação, controle e avaliação da rede de saúde local e das referencias intermunicipais e intermicrorregionais.

A Rede de Serviços possui aproximadamente: 2.989 unidades ambulatoriais; 329 hospitais/unidades mistas, com 19.100 leitos; 90 hospitais de pequeno porte; 10 hospitais regionais situados nas sedes das microrregiões; 8 hospitais de grande porte situados em Recife; 8 Centros de Especialidades Odontológicas, entre outros. A maioria destes serviços está localizada na macro Recife e Pernambuco necessita descentralizar a assistência e garantir melhor resolutividade no interior.

O Complexo Regulador Estadual é formado por uma Central de Regulação localizada em Recife, responsável pelos módulos de regulação da urgência e emergência, obstétrica e neonatal, e UTI.

As diretrizes adotadas priorizam a descentralização do processo de regulação, controle e avaliação dos serviços de saúde para as GERES e Municípios, contribuindo assim para o acesso organizado dos usuários do SUS de forma universal, descentralizada e equânime na assistência ao parto, nas transferências inter-hospitalares das grandes emergências e na assistência em terapia intensiva; na avaliação da organização do sistema e na reorganização do modelo de assistência a partir da atenção básica e do modelo de gestão; na otimização dos recursos financeiros aplicados na saúde; assim consolidando a interiorização da assistência à saúde.

O Estado dispõe de um setor de Auditoria do Sistema Único de Saúde, conforme disposições do Ministério da Saúde, cujas rotinas são compatíveis com as diretrizes do Departamento Nacional de Auditoria do SUS (DENASUS). Atende demandas oriundas do Gestor Estadual de Saúde, dos órgãos de controle externo - Ministério Público Estadual e Federal, Tribunal de Contas da União, Procuradoria Geral do Estado, Controladoria Geral da União, Conselhos de Classe, e Departamento Nacional de Auditoria do SUS-DENASUS/Serviço de Auditoria do SUS-SEAUD/PE, dentre outros. Atua em todo o território do Estado de Pernambuco (184 municípios). Seu quadro de profissionais encontra-se numericamente defasado: o contingente atual de auditores é de 16 (dezesesseis), para um quantitativo previsto de 30 (trinta), conforme Organograma da SES, devendo-se ressaltar que o setor já atuou com esse número de profissionais. Ao mesmo tempo, o Relatório de Gestão do Ministério da Saúde referente ao exercício de 2006, informa que no período de 1997 a 2006 o número de auditores do Sistema Nacional, que engloba os componentes federal (Ministério da Saúde), Estaduais (Secretarias Estaduais de Saúde) e Municipais, sofreu um decréscimo de 1.226 para 686, com o agravante de que a idade média dos que se encontram em atividade é de 52 anos, sendo elevado, portanto, o risco de um maior esvaziamento, em curto prazo, por motivo de aposentadoria. Uma das consequências desse quadro traduz-se no aumento exponencial do volume de demanda sobre a Gerência de Auditoria do SUS/SES/PE, oriundas do SEAUD e dos órgãos de controle externo, ou seja, a demanda é

crescente e as condições objetivas para produzir respostas são restritivas. A situação assume contornos de desafio quando se tem a perspectiva da implementação da Portaria MS/ 204/2007, geradora potencial de novas demandas. Acrescente-se o fato de que frota de veículos disponível, bem como o parque de informática serem insuficientes em número e qualidade para suprir as necessidades do serviço.

Durante a análise das atividades desenvolvidas pelo Conselho Estadual de Saúde de Pernambuco (CES/PE) no período de 2003 a 2007, verifica-se avanço nesse Conselho no que tange a infraestrutura e visibilidade da atuação política. Porém, ainda são desafiadoras determinadas ações que devem ser executadas para que possam sanar algumas deficiências advindas da fragilidade de informação e formação dos entes de controle social, no âmbito municipal, estadual e das unidades de saúde do Estado de Pernambuco.

Além disso, ainda persistem alguns conselhos cartoriais e outros que apresentam condições operacionais e de infra-estrutura precárias, como também a falta de conhecimento dos conselheiros em relação ao papel que devem desempenhar.

Também observa-se a continuidade de conselhos gestores desestruturados, apresentando uma baixa atuação, uma vez que não é cumprida a periodicidade das reuniões e, ainda, a inexistência de conselhos gestores de unidades de saúde do Estado.

Igualmente, a falta de compartilhamento e intercâmbio entre os Conselhos de Saúde e os demais conselhos de políticas públicas, incluindo os movimentos sociais, dificulta o desenvolvimento do controle social. Do mesmo modo, é necessário aumentar a participação da sociedade na condução e avaliação do SUS viabilizando outros canais de escuta para a população.

No que se refere à modelo de gestão do SUS, várias reuniões e plenária de saúde acerca de implantação de consórcios intermunicipais foram realizadas, no entanto o Estado ainda não aderiu a essa forma de gestão o que se faz necessária a retomada das discussões sobre o tema.

Diante desse contexto, percebe-se que a carência de informação, de formação e de educação permanente continuada para conselheiros é um

impedimento para fortalecer e consolidar a participação social no Sistema Único de Saúde (SUS).

Em 2006 foi Implantada a Ouvidoria, com a finalidade de servir como mediadora entre o cidadão, os trabalhadores e a gestão pública, buscando a excelência na comunicação e nos serviços prestados na área de saúde.

Dois anos após sua inauguração, a Ouvidoria é composta por um Ouvidor, uma Coordenação Geral e uma equipe de profissionais capacitados para acolher o cidadão. Recebe cerca de 25 demandas por dia, provenientes das 11 GERES e dos 5 grandes hospitais da Região Metropolitana .

Uma das diretrizes da Ouvidoria Central foi implantar Ouvidorias em todas as GERES e nos principais hospitais metropolitanos, com o objetivo de agilizar o processo de comunicação; porém, até a presente data, só foram efetivamente implantadas em duas GERES – Limoeiro e Ouricuri e em dois hospitais – Hospital Geral Otávio de Freitas e Hospital Agamenon Magalhães, mostrando-se necessária à adequação dessa diretriz nas demais GERES e nos hospitais metropolitanos.

Também percebemos que o número de demandas é pouco significativo em relação à dimensão do número de usuários do SUS em nosso Estado. Considerando o exposto, concluímos que a população não usufrui dessa ferramenta por não ter o conhecimento necessário de sua existência e de como utilizar seus serviços.

A Emenda Constitucional 29 (EC29), sancionada em 2000, estabelece a vinculação de receitas das três esferas de governo para a saúde, determinando para os municípios a aplicação de no mínimo 15% da receita própria, para os Estados, 12% e para União o montante aplicado no ano anterior corrigido pela variação nominal do PIB.

O Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS), criado em 1999 pelo Ministério da Saúde, tem sido um instrumento de referência para o acompanhamento, a fiscalização e o controle da aplicação dos recursos vinculados em ações e serviços públicos de saúde, inclusive os estabelecidos pela EC 29. A possibilidade de acesso aos dados gerados pelo SIOPS pelos diferentes atores sociais, garante maior transparência acerca dos gastos públicos em saúde.

Em Pernambuco, tem sido observadas pendências na alimentação do SIOPS, bem como no cumprimento do prazo de envio dos dados ao Sistema por diversos municípios do Estado, especialmente durante o período de 2000 a 2006.

Considerando o quadro apresentado, faz-se necessário uma qualificação no monitoramento por parte do Estado, visando uma maior regularidade na alimentação do SIOPS para viabilizar o acompanhamento e fiscalização dos gastos públicos em saúde, tanto por parte dos gestores quanto pelo Controle Social.

Um dos maiores problemas enfrentados pela SES, na área de Gestão do Trabalho, é a falta de pessoal na assistência, como também na atividade meio. Percebe-se um esvaziamento de determinadas áreas decorrentes de más distribuições, cessões, municipalizações, acarretando baixa qualidade na prestação de serviços à população. Nos últimos anos foram nomeados 4.372 candidatos aprovados no concurso público de 2004. Em 2007, foram realizadas quatro seleções simplificadas com a contratação de mais 550 pessoas, mas o problema persiste. Além da falta de pessoal, percebe-se que o atendimento prestado não é bem feito. Falta estrutura adequada de acolhimento ao usuário, além de capacitação.

Nas Gerências Regionais de Saúde (GERES), identificam-se problemas estruturais (materiais, equipamentos e profissionais insuficientes) e gerenciais (dificuldades na execução dos processos de trabalho) no SUS do Estado de Pernambuco, que necessitam ser ajustados para facilitar o processo de descentralização da assistência à saúde, pois o organograma da Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco ainda não contempla as diferentes complexidades e peculiaridades das sedes das GERES. A insuficiência qualitativa e quantitativa de pessoal, o deslocamento de técnicos do nível central para os municípios durante os processos de municipalização e a inexistência de uma política que estimule a fixação do profissional no interior do Estado limitaram o desempenho do trabalho das GERES em áreas estratégicas dificultando na reorganização do modelo de atenção à saúde.

Uma das queixas frequentes dos servidores do SUS é a falta de políticas de desenvolvimento de pessoal, a falta de perspectiva de crescimento e de valorização das pessoas nas suas carreiras no SUS e a falta de condições de trabalho. Algumas ações têm sido feitas, mas insuficientes para atender às expectativas de modo a resultar em satisfação dos trabalhadores e usuários e na humanização do atendimento nas unidades de saúde.

Foram capacitados mais de 14.000 Agentes Comunitários de Saúde (ACS) no Estado. Tivemos mais de 4.000 participações em congressos, simpósios, seminários

e outras capacitações; foi firmado convênio com a Secretaria de Educação e Cultura de Pernambuco (SEDUC) para a implantação de atividades de complementação de escolaridade no ensino fundamental e médio, com cerca de 550 alunos por ano (últimos três anos), mas ainda não é suficiente, pois é necessário que seja feita de forma permanente.

Com relação à valorização de pessoas, o Plano de Cargos, Carreiras e Vencimentos (PCCV) foi elaborado e está sendo implantado dentro do previsto, mas precisa ser revisto e atualizado. A gratificação SUS (produtividade), que deveria premiar os que mais produzem, tem se mostrado ineficaz enquanto ferramenta de estímulo, necessitando de reformulação nos seus critérios. É importante que outras ferramentas sejam criadas para melhorar a satisfação do servidor.

Com frequência, o gestor de saúde, em todas as esferas de governo, enfrenta grandes dificuldades com a baixa qualificação dos trabalhadores. Por sua vez, é óbvio que trabalhadores mais qualificados podem produzir melhor para o Sistema e tendem a ficar mais satisfeitos e comprometidos com o trabalho.

Com as novas atribuições assumidas pelas Secretarias Estaduais e Municipais, a partir da Constituição de 1988, torna-se fundamental que o trabalhador desenvolva competências e capacidades específicas para o desenvolvimento das propostas de intervenção e a resolução dos problemas de saúde que afligem o Estado. Por isso, a SES tem como desafio implantar a Política de Educação Permanente objetivando fortalecer a formação dos trabalhadores de saúde, propiciando a troca de experiências sobre gestão do trabalho e da educação; e incentivar a construção de conhecimento em educação na saúde, associando o saber as necessidades epidemiológicas da população.

A política de Estágio e Residência existente no Estado precisa responder com maior precisão às necessidades do SUS. A política existente foi definida em contexto diferente e já se encontra defasada da realidade atual. Faz-se necessário um diagnóstico da real necessidade de formação de profissionais em saúde no SUS do Estado para que a atuação da SES seja mais eficaz. É necessário também dar oportunidades aos estudantes de saúde de forma mais equânime nas diversas regiões do Estado, além de buscar maior integração nas diversas formações profissionais na rede do SUS.

A SES paga hoje 850 bolsas de residência e 4.500 estudantes passam anualmente na sua rede participando de estágios e aulas práticas. Foram firmados convênios de estágio com 45 escolas de saúde e também com entidades representantes de portadores de deficiência para dar oportunidade de aprendizado profissional a essas pessoas.

Os dados disponíveis nas bases dos sistemas de informação em saúde são coletados e analisados de forma heterogênea, não padronizada, desenvolvida por “ilhas de conhecimento” na SES e no Estado, necessitando ser democratizada para todas as instâncias da saúde e as que lhe fazem interface. O papel da Gerência de Informação em Saúde é condensar e tratar as informações de todas as áreas de forma articulada e integrada de modo a viabilizar o acesso e democratização das informações.

O Sistema Público Estadual de Saúde, apesar de informatizado, carece de uma integração entre as unidades, onde não há uma troca eficiente de informações que ofereça subsídios à Gestão de Saúde. Este sistema deve ser redirecionado para oferecer inter-relação entre todas as unidades de saúde, automatizando os processos, centralizando o processamento, descentralizando a operação (com toda a segurança e o controle necessário – solução Web/Internet) possibilitando o fluxo eficiente da informação e a padronização dos processos nas unidades de saúde.

A crescente demanda por atendimentos nas unidades de saúde, a utilização permanente dessas unidades e as intempéries externas, provocam desgastes nas estruturas das edificações da rede assistencial do Estado, havendo assim, necessidade de constantes investimentos para a conservação, ampliação, construção e modernização dessa rede.

Atualmente, a SES considera existir pontos críticos acerca das condições físicas de prédios como o edifício onde hoje funciona o LACEN-PE e o Serviço de Verificação de Óbito (SVO) no Agreste do Estado. No caso do LACEN ressalta-se a localização de suas instalações que divide espaço com outros setores da Secretaria de Saúde, localizada em bairro central da cidade, com problemas de alta densidade populacional, tráfego intenso, e no seu entorno áreas com funções comerciais, residenciais e de serviços públicos, que são incompatíveis e não recomendáveis com as necessidades de biossegurança de um laboratório. Além desses fatores, existem as limitações construtivas no prédio atual, que não atendem às

necessidades de modernização, que envolvem desde a criação e dimensionamento de fluxos, fundamentais as questões de segurança, até a definição de instalações compatíveis com a tecnologia atual. Em relação ao SVO, no município de Caruaru, destaca-se que o serviço funciona no espaço interno do Hospital Regional do Agreste, portanto, fora das normas vigentes. Em ambos os casos registra-se a necessidade de construção de novos prédios para o funcionamento dos serviços de forma adequada. O Estado tem sua rede de laboratórios composta por 06 grandes unidades e possui 02 SVO.

No que tange às condições de distribuição de medicamentos no Estado, ainda se verifica uma concentração essencialmente na Região Metropolitana, fazendo com que a população de municípios mais distantes tenha que se deslocar à capital. Para minimizar esse sofrimento, o Governo do Estado irá descentralizar os serviços de distribuição e armazenamento de medicamentos, reformando pontos no interior do Estado.

Nos últimos anos vem se configurando um cenário sem precedentes no processo de transformação e de inovação tecnológica para a área de saúde. No entanto, destaque-se a importância da Gestão de Tecnologias em Saúde, a qual é entendida como um conjunto de atividades relacionadas aos processos de avaliação, incorporação, difusão e gerenciamento da utilização das tecnologias em saúde.

Apesar dos avanços em diversos setores da Secretaria de Saúde - SES na busca das inovações tecnológicas, em alguns hospitais de referência estadual e principalmente de referência regional, ainda há uma necessidade emergente de modernizar a gestão de tecnologia em saúde. Atualmente, vimos alguns hospitais com déficit de equipamentos modernos e pessoal qualificado, dificultando os diagnósticos e a resolutividade de diversos casos clínicos, provocando uma superlotação dos hospitais estaduais localizados em Recife.

Considerando esse cenário, o Governo do Estado criou a Gerência Geral de Modernização e Monitoramento da Assistência à Saúde, em 31 de janeiro de 2005, através do decreto nº. 27.592, onde define as atribuições e insere a Gerência no organograma da SES, tendo como principal atribuição elaborar e implantar planos estratégicos na SES e suas unidades.

Na gestão atual, foi redefinido o papel dessa Gerência, tendo em vista a necessidade da Secretaria de Saúde inserir projetos que envolvam novas tecnologias, até então incipientes no processo de gestão da SES, sejam elas em equipamentos hospitalares que possam produzir com maior rapidez e precisão exames de diagnose nas diversas regiões do Estado ou sistemas capazes de produzir informações que subsidiem os gestores na tomada de decisão, além do desenvolvimento de ações para implantação de novas tecnologias que apoiarem a Gestão na ampliação e reestruturação da rede assistencial de saúde.

O modelo de atenção à saúde no Estado de Pernambuco vem sendo reorganizado através da conformação de redes assistenciais regionalizadas, na perspectiva de desenvolvimento de um parque hospitalar público regionalizado, hierárquico e cooperativo. Partindo dessa premissa, a Secretaria Estadual de Saúde está rediscutindo o perfil dos hospitais regionais e ao mesmo tempo propondo medidas que irão promover um melhor acesso aos serviços de saúde. A precarização dos hospitais regionais tem levado a uma sobrecarga dos serviços de urgência e emergência que compõem a rede na capital. As unidades hospitalares regionais apresentam atualmente a necessidade de novos equipamentos e recrutamento de pessoal a fim de não só melhorar a resolutividade e a qualidade da assistência prestada, mas também adequar seu perfil como um hospital de urgência e emergência daquela região. São 08 Hospitais Regionais que atendem a 127 municípios e 01 Unidade de referência obstétrica que atende a 32 municípios.

6. OBJETIVOS, DIRETRIZES E METAS

6.1 CONDIÇÕES DE SAÚDE DA POPULAÇÃO

6.1.1 Políticas Específicas

6.1.1.1 Grupos Vulneráveis

a) Saúde da Mulher

Objetivo: Planejar, promover, coordenar, apoiar e supervisionar, no âmbito estadual, a garantia da execução das ações previstas e programadas para a Saúde da Mulher e executar algumas ações do Programa Mãe Coruja Pernambucana, referente a mulheres em idade fértil e gestantes.

Diretrizes: Redução da morbimortalidade feminina, especialmente por causas evitáveis, mediante estratégias de planejamento familiar e de direitos sexuais e reprodutivos; humanização do pré-natal, parto e puerpério; assistência à gestação de alto risco; controle do câncer de colo do útero e mama; implantação e fortalecimento dos Comitês Regionais de Estudos da Mortalidade Materna; fortalecimento do Programa Estadual de Partejas Tradicionais; enfrentamento à Violência contra a Mulher e Atenção ao Climatério, além de treinamentos e sensibilizações para os profissionais dos serviços existentes na rede.

Metas	2008	2009	2010	2011
1. Realizar capacitação/atualização para 100% dos profissionais da Atenção Primária nas ações desenvolvidas pelo Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), em parceria com o Setor de Educação Permanente em Saúde da	25%	50%	15%	10%

SES, com carga horária mínima de 40h.				
2. Implementar a política de planejamento familiar no Estado através da melhoria do acesso aos métodos contraceptivos.	25%	25%	25%	25%
3. Realizar capacitação/atualização para 100% dos profissionais em Planejamento Familiar / Direitos Reprodutivos para profissionais da Atenção Primária, em parceria com o Setor de Educação Permanente em Saúde da SES, com carga horária mínima de 40h.	25%	25%	25%	25%
4. Implementar os serviços de referência Estadual para Planejamento Familiar (laqueadura tubária e vasectomia).	25%	25%	25%	25%
5. Elaborar, reproduzir e distribuir protocolos e fluxogramas de Atenção Integral à Gestante Mãe Coruja Pernambucana nos serviços de saúde.	25%	25%	25%	25%
6. Realizar capacitação/atualização em atenção integral ao pré-natal para pelo menos 80% dos profissionais da Atenção Primária, média e alta complexidade, em parceria com o Setor de Educação Permanente em Saúde da SES, com carga horária mínima de 40h.	25%	25%	25%	25%
7. Realizar capacitação/atualização	25%	25%	25%	25%

para 100% das Parteiras Tradicionais cadastradas e que não passaram por processo de capacitação, em parceria com o Setor de Educação Permanente em Saúde da SES, com carga horária mínima de 40h.				
8. Realizar capacitação/atualização permanente para técnicos nos Sistemas de Informação em Saúde da Mulher – SISPRENATAL e SISCOLO em 100% das Secretarias Municipais de Saúde, em parceria com o Setor de Educação Permanente em Saúde da SES, com carga horária mínima de 40h.	25%	25%	25%	25%
9. Supervisionar anualmente 50% dos 165 Municípios nas ações do Programa Estadual de Parteiras Tradicionais.	25%	50%	50%	50%
10. Reduzir a razão de mortalidade materna em 5% ao ano.	5%	5%	5%	5%
11. Implantar em 100% das Regionais de Saúde os Comitês de Estudo da Mortalidade Materna.	25%	25%	25%	25%
12. Garantir a investigação dos óbitos de mulheres em idade fértil em 100% dos municípios abaixo de 80.000 habitantes e 70% nos municípios com mais de 80.000 habitantes.	25%	25%	25%	25%
13. Realizar capacitação/atualização de Prevenção e Controle do Câncer de Colo do Útero para 100% dos	25%	25%	25%	25%

profissionais da atenção primária, em parceria com o Setor de Educação Permanente em Saúde da SES, com carga horária mínima de 40h.				
14. Realizar capacitação/atualização para o Combate ao Câncer de Colo do Útero para profissionais de média e alta complexidade, em parceria com o Setor de Educação Permanente em Saúde da SES, com carga horária mínima de 40h.	-	30%	30%	40%
15. Garantir a realização da cirurgia de alta frequência (CAF) para pacientes com laudos citopatológicos alterados, em 8 GERES onde o procedimento não está sendo realizado.	-	4	3	1
16. Monitorar 100% dos casos positivos do câncer do colo do útero através de sistema de informação – SISCOLO.	100%	100%	100%	100%
17. Realizar capacitação/atualização para 80% dos profissionais da atenção primária para o exame clínico das mamas, em parceria com o Setor de Educação Permanente em Saúde da SES, com carga horária mínima de 40h.	20%	20%	20%	20%
18. Realizar capacitação/atualização para 100% dos Médicos especialistas para o tratamento do Câncer de Mama na média e alta complexidade, em parceria com o Setor de Educação	-	30%	30%	40%

Permanente em Saúde da SES, com carga horária mínima de 40h.				
19. Ampliar a oferta e realização do exame clínico de mamas nas Unidades Básicas de Saúde em 80%.	20%	20%	20%	20%
20. Realizar 100% da cobertura de mamografia dos casos suspeitos e/ou com indicação clínica e/ou epidemiológica.	10%	40%	30%	20%
21. Implementar serviços para realização de punção mamária em 100% dos casos necessários, conforme protocolo.	100%	100%	100%	100%
22. Monitorar os casos alterados de mama através de sistema de informação – SISMAMA.	-	20%	40%	40%
23. Realizar, nas GERES, atividades de promoção e prevenção ao câncer de mama e distribuição de material de divulgação com a população, enfatizando práticas preventivas e exames periódicos, fortalecendo a estratégia de diagnóstico precoce.	3	4	4	-
24. Realizar Capacitação/atualização para 50% dos profissionais da Atenção Básica em atenção à mulher no climatério, em parceria com o Setor de Educação Permanente em Saúde da SES, com carga horária mínima de 40h.	-	15%	15%	20%

25. Descentralizar para 10 GERES (II a XI) a assistência à mulher vítima de violência através da capacitação de equipes dos hospitais regionais e implantação de serviços.	-	3	3	4
26. Monitorar e Avaliar pelo menos 25% ao ano, os serviços de assistência à mulher em situação de violência, através do grau de implantação da ficha de notificação compulsória, bem como seu preenchimento adequado.	25%	25%	25%	25%
27. Implantar em 100% dos Hospitais Regionais do Estado o serviço de abortamento previsto em Lei.	-	25%	25%	25%
28. Treinar 50% dos profissionais especialistas dos Hospitais Regionais no método de Aspiração Manual Intra-Uterina (AMIU).	-	10%	20%	20%

b) Saúde da Criança

Objetivo: Fortalecer e melhorar as ações desenvolvidas para promoção da saúde, prevenção de agravos e assistência, com o intuito de contribuir para a redução da morbimortalidade infantil e fortalecer o Plano Estadual de Registro Civil de Nascimento e Documentação Básica – SEDSDH, bem como o Programa Mãe Coruja Pernambucana, contribuindo com a Erradicação do Sub-registro Civil de Nascimento.

Diretrizes: Monitoramento da criança de risco menor de 1 ano, através do acompanhamento e avaliação dos indicadores da atenção básica; Implementação das ações de promoção e incentivo ao aleitamento materno; Implantação e/ou implementação de comitês para investigação dos óbitos ocorridos em menores de 1 ano; Ampliação da cobertura do teste do pezinho – Programa de Triagem Neonatal; Implantação de Postos de Atendimento de Registro Civil de Nascimento nas maternidades públicas e conveniadas com o Sistema Único de Saúde (SUS); Implementação da Estratégia de Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância – AIDPI.

Metas	2008	2009	2010	2011
1. Monitorar 100% das crianças menores de 1 ano cadastradas no Programa da Criança de Risco (PRMI).	100%	100%	100%	100%
2. Realizar campanha anual para divulgação da Central de Leite Humano do Estado com distribuição de folders e Cartazes.	1	1	1	1
3. Realizar comemoração anual da Semana Mundial de Aleitamento Materno, em parceria com as Entidades que atuam nessa área.	1	1	1	1
4. Realizar supervisão para reavaliar o cumprimento dos critérios e dos dez passos do aleitamento materno dos Hospitais IMIP, CISAM, Barão de Lucena, Agamenon Magalhães, Hospital das Clínicas, Unidades Mistas Prof. Barros Lima e	11	11	11	11

Bandeira Filho, Maternidade Prof. Arnaldo Marques, Regionais Jesus Nazareno, Dom Malan e Santa Maria, para manutenção do título “Amigo da Criança”.				
5. Realizar 2 treinamentos/ano para atualizar profissionais dos Bancos de Leite do IMIP, CISAM, Hospitais Barão de Lucena, Agamenon Magalhães, Clínicas, Esperança e D’Ávila, Hospitais Regionais Jesus Nazareno, Rui Barros Correia, Dom Malan e Santa Maria e postos de coleta das Unidades Mista Prof. Barros Lima e Bandeira Filho, Maternidade Prof. Arnaldo Marques, em parceria com o Setor de Educação Permanente em Saúde da SES, com carga horária mínima de 40h.	2	2	2	2
6. Realizar 2 treinamentos/ano para atualizar profissionais dos Hospitais IMIP, CISAM, Hospitais Barão de Lucena, Agamenon Magalhães e Esperança, Unidade Mista Prof. Barros Lima, Regionais Jesus Nazareno, Dom Moura, Rui de Barros Correia e Dom Malan, com o método mãe canguru em funcionamento, em parceria com o Setor de Educação Permanente em Saúde da SES, com carga horária mínima de 40h.	2	2	2	2

7. Realizar 4 treinamentos para atualizar as práticas adequadas nas rotinas dos atendentes da Central de Leite Humano e bombeiro “amigo do peito”, em parceria com o Setor de Educação Permanente em Saúde da SES, com carga horária mínima de 40h.	1	1	1	1
8. Realizar 12 oficinas, nas 11 GERES, para implantar e/ou implementar comitês regionais, municipais e hospitalares de Saúde para investigar os óbitos ocorridos em menores de 1 ano por causas evitáveis.	-	4	4	4
9. Aumentar em 56% a cobertura dos nascidos vivos com exames realizados do teste do pezinho, bem como do teste da orelhinha e fundo de olho.	15%	15%	14%	12%
10. Implantar Postos de Atendimento de Registro Civil de Nascimento em 220 maternidades do SUS.	-	100	120	-
11. Realizar 22 oficinas para a implementação da Estratégia de Atenção Integral às Doenças Prevalentes na Infância – AIDPI, sendo: 11 de atualização - médicos e enfermeiros de PSF;	2	5	4	-
	-	5	6	-

11 de sensibilização - gestores dos hospitais de referência;				
12. Realizar 24 cursos operacionais regionais para profissionais do PSF (médico e enfermeiros) para implementar a Estratégia de Atenção Integral às Doenças Prevalentes na Infância – AIDPI, nos municípios com mortalidade acima de 20 por mil nascidos vivo e populações remotas (indígenas, quilombolas e assentados), em parceria com o Setor de Educação Permanente em Saúde da SES, com carga horária mínima de 40h.	6	6	6	6
13. Realizar a dispensação de medicamentos para RN com deficiência nutricional em todas as maternidades do Estado.	-	100%	100%	100%
14. Realizar a intersectorialidade com a Secretaria de Políticas Sociais para garantir 100% da alimentação dos RN com deficiência nutricional.	-	100%	100%	100%
15. Coordenar e monitorar 100% dos testes da orelhinha.	-	100%	100%	100%
16. Coordenar e monitorar 100% dos testes de fundo de olho.	-	100%	100%	100%
17. Implantar a assistência oftalmológica nas escolas públicas do Estado de Pernambuco integrada as redes municipais e estadual de saúde.	-	33%	33%	34%

c) Saúde da Pessoa com Deficiência

Objetivo: Propor políticas de saúde, assim como coordenar, apoiar e supervisionar, no âmbito do Estado, a execução das políticas voltadas para a pessoa com deficiência, envolvendo a implantação/implementação de modelos de atenção com foco na vigilância da saúde, abrangendo grupos populacionais específicos, agravos e ciclos de vida.

Diretrizes: Promoção, prevenção e assistência à saúde da pessoa com deficiência, com ênfase para a ampliação de ações na atenção primária; execução, em caráter suplementar, de ações de saúde articuladas com os municípios, outras secretarias e áreas da Secretaria Estadual de Saúde; e fortalecimento dos processos de integração com representantes da sociedade civil e segmento de pessoas com deficiência.

Metas	2008	2009	2010	2011
1. Realizar curso para 132 pessoas (profissionais de reabilitação, gestores e coordenadores de PSF) na estratégia da Reabilitação Baseada na Comunidade - RBC, nos municípios da VI, VIII e IX GERES. (Serão contempladas as demais GERES, em 2010 e 2011 conforme o Mãe Coruja, definindo o quantitativo de profissionais) em parceria com o Setor de Educação Permanente em Saúde da SES, com carga horária mínima de 40h.	-	132	-	-
2. Realizar curso para 2.118 Agentes comunitários de Saúde na estratégia da Reabilitação Baseada na Comunidade - RBC nos municípios da	-	706	706	706

VI, VIII e IX GERES. (Serão contempladas as demais GERES, em 2010 e 2011 conforme o Mãe Coruja, definindo o quantitativo de profissionais), em parceria com o Setor de Educação Permanente em Saúde da SES, com carga horária mínima de 40h.				
3. Realizar campanha estadual educativa e preventiva através da distribuição de 16.000/ano materiais educativos, em parceria com as entidades que possuem materiais similares, tais quais: cartilhas, folhetos, <i>folders</i> , cartazes, <i>banners</i> , informando sobre prevenção, promoção e assistência à saúde das pessoas com deficiência.	16.000	16.000	16.000	16.000
4. Realizar o II Fórum de Saúde da Pessoa com Deficiência nas 3 (três) macrorregionais.	-	3	-	-
5. Construir o perfil socioeconômico, epidemiológico e de acesso aos serviços e equipamentos, das pessoas com deficiência, no Estado de Pernambuco.	-	1	-	-
6. Construir 1 lista de indicadores de avaliação da saúde de pessoas com deficiência no Estado de Pernambuco.	-	-	1	-
7. Conceder, anualmente, 127.524 órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção, bolsas de colostomias	127.524	127.524	127.524	127.524

e coletores urinários através das unidades de referência do SUS-PE, com o treinamento dos usuários por profissionais habilitados.				
8. Implantar uma Unidade de Referência de Média Complexidade em Saúde Auditiva.	1	-	-	-
9. Implantar 3 núcleos de reabilitação com equipe multidisciplinar para compor a Rede de Reabilitação Física no Estado de Pernambuco.	3	-	-	-
10. Implantar 13 núcleos de reabilitação física de baixa complexidade.	-	13	-	-
11. Implantar 1 núcleo de atendimento à pessoa deficiente mental, de acordo com a faixa etária, garantindo a lotação de equipe interdisciplinar.	-	-	1	-
12. Implantar 1 serviço de referência de atenção à pessoa com deficiência visual.	-	1	-	-
13. Implementar 7 núcleos de Reabilitação para compor a Rede de Reabilitação Física no Estado de Pernambuco.	7	-	-	-
14. Avaliar, através de visitas domiciliares, questionários e contatos telefônicos, o grau de satisfação de 200 usuários/ano em relação às órteses/próteses e meios auxiliares de locomoção concedidos pelas unidades	200	200	200	200

prestadoras de serviços.				
15. Realizar pelo menos 19 supervisões/ano abrangendo os serviços de reabilitação e assistência à saúde voltados à pessoa com deficiência no Estado de Pernambuco.	19	19	19	19
16. Realizar pelo menos 24 supervisões/ano abrangendo os serviços de concessão do Programa de Órteses e Próteses.	24	24	24	24
17. Descentralizar os serviços de concessão de órteses e próteses visando à melhoria na assistência à saúde da pessoa com deficiência.	-	20%	40%	40%
18. Divulgação dos serviços de assistência a saúde de pessoas com deficiência, com distribuição dos <i>folders</i> informativos (Chapéu de Palha).	-	4.000	4.000	4.000
19. Promoção à saúde com prevenção às deficiências através de sensibilização para os trabalhadores rurais (Chapéu de Palha).	-	4	4	4
20. Distribuição de Cartilhas de Prevenção às Deficiências para os trabalhadores rurais (Chapéu de Palha).	-	10.000	10.000	10.000

d) Saúde do Trabalhador

Objetivo: Coordenar, apoiar e supervisionar em todo o território estadual a execução da Política de Saúde do Trabalhador, garantindo ações de prevenção, promoção, vigilância e assistência, bem como a captação da informação relacionada aos

agravos à saúde do Trabalhador executando, ampliando e fortalecendo a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador - RENAST.

Diretrizes: - Implementação da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador – RENAST em todo o Estado; - Fortalecimento das ações de saúde do trabalhador em todo o Estado; - Estruturação e expansão do Controle Social através do fortalecimento do Conselho Institucional de Saúde do Trabalhador - CIST Estadual e estímulo para criação dessas instâncias em nível municipal.

METAS	2008	2009	2010	2011
1. Elaborar e pactuar proposta de regionalização (municípios de abrangência de cada CEREST Regional).	1	-	-	-
2. Implantar 30 Unidades Sentinelas em Saúde do Trabalhador com 100% de cobertura no Estado, tendo como prioridade os municípios de abrangência do Programa Chapéu de Palha e Mãe Coruja (MC : Maternidade Jesus Nazareno - Caruaru , Hosp. Dom Malan - Petrolina , CISAM e Barão de Lucena - Recife ; CP : Hosp. Regional de Palmares - Palmares , Hosp. Jaboatão dos Prazeres – Jaboatão dos Guararapes , Hosp. João Murilo - Vitória , Hosp. Munic. Prof. Clóvis A. Correia - Ribeirão , Hosp. Munic. Mendo Sampaio - Cabo de Santo Agostinho e Hosp. Carozita Brito - Ipojuca , Hosp. Belarmino Correia - Goiana).	10	10	5	5

<p>3. Implementar o Sistema de Informação em Saúde do Trabalhador (SINAN-NET) nas 30 unidades sentinela com a utilização de protocolos de notificação do Ministério da Saúde, tendo como prioridade os municípios de abrangência do Programa Chapéu de Palha e Mãe Coruja (MC: Maternidade Jesus Nazareno - Caruaru, Hosp. Dom Malan - Petrolina, CISAM e Barão de Lucena - Recife; CP: Hosp. Regional de Palmares - Palmares, Hosp. Jaboatão dos Prazeres –Jaboatão dos Guararapes, Hosp. João Murilo - Vitória, Hosp. Munic. Prof. Clóvis A. Correia - Ribeirão, Hosp. Munic. Mendo Sampaio - Cabo de Santo Agostinho e Hosp. Carozita Brito - Ipojuca, Hosp. Belarmino Correia - Goiana).</p>	10	10	5	5
<p>4. Realizar formação em Saúde do Trabalhador, para 560 profissionais existentes nas Unidades de Saúde, onde serão implantadas as Unidades Sentinela para realização da notificação de acidentes de trabalho e agravos à saúde do trabalhador, tendo como prioridade os municípios de abrangência do Programa Chapéu de Palha e Mãe Coruja (MC: Maternidade Jesus Nazareno - Caruaru, Hosp. Dom Malan - Petrolina, CISAM e</p>	160	140	140	120

Barão de Lucena - Recife ; CP : Hosp. Regional de Palmares - Palmares , Hosp. Jaboatão dos Prazeres – Jaboatão dos Guararapes , Hosp. João Murilo - Vitória , Hosp. Munic. Prof. Clóvis A. Correia - Ribeirão , Hosp. Munic. Mendo Sampaio – Cabo de Santo Agostinho e Hosp. Carozita Brito - Ipojuca , Hosp. Belarmino Correia - Goiana).				
5. Ampliar em 38,5% a rede de serviços, com implantação de 5 CERESTs Regionais.	-	2	2	1
6. Estruturar o CEREST Estadual através da adequação de recursos humanos com equipe multidisciplinar e aquisição de equipamentos.	1	-	-	-
7. Estruturar, em parceria com o CES, espaço adequado para o desenvolvimento das atividades da CIST.	1	-	-	-
8. Construir o perfil epidemiológico dos trabalhadores do SUS de Pernambuco, identificando os principais agravos.	-	1	-	-
9. Desenvolver 1 programa de promoção e prevenção de agravos/acidentes relacionados ao serviço público estadual.	-	-	1	-
10. Implantar 1 programa de promoção e prevenção de agravos/acidentes relacionados ao serviço público estadual.	-	-	-	1

11. Desenvolver ações permanentes de prevenção de doenças ocupacionais físicas, inclusive as alterações da voz, audição e mentais inclusive as afasias e apoio aos trabalhadores da saúde nos ambientes de trabalho.	-	-	1	-
12. Adequar 100% das salas nos hospitais estaduais com médico do trabalhador para atendimento de todos trabalhadores nos hospitais.	-	20%	30%	50%
13. Classificar todos os acidentes conforme protocolo SINAN-NET em todas as unidades de saúde do Estado de Pernambuco.	-	40%	60%	-
14. Fortalecer e aparelhar as CIST estadual e municipais do Estado de Pernambuco.	-	100%	-	-

e) Saúde da População - Indígena, Negra, Cigana, Assentamentos Rurais e Quilombolas.

Objetivo: Atuar de maneira equânime junto às populações vulneráveis adscritas e em seus respectivos territórios, na promoção integral de atenção à saúde.

Diretrizes: Desenvolvimento de ações de atenção à saúde voltadas para as populações vulneráveis; Constituição de evidências como base de informações e dados para qualificação da gestão estadual de saúde; Instrumentalização da gestão estadual para atuação acerca das especificidades e necessidades dos grupos populacionais estratégicos.

Metas	2008	2009	2010	2011
1. Instituir, na estrutura organizacional da SES área técnica de atenção à saúde para as populações vulneráveis.	1	-	-	-
2. Realizar levantamento do aplicativo de incentivo financeiro da Portaria nº. 1.434, de 14 de julho de 2004/MS, de enquadramento nas 11 Regionais de Saúde (GERES).	-	6	5	-
3. Produzir diagnóstico acerca das equipes de saúde da família, avaliadas pelo monitoramento da atenção primária da SES, certificadas ou não-certificadas, para a identificação da cobertura dos territórios de assentamentos de reforma agrária, comunidades quilombolas e indígenas.	-	1	1	1
4. Mapear nas 11 Regionais de Saúde as iniciativas exitosas, quanto à atenção à saúde das populações vulneráveis.	-	6	5	-
5. Incluir o tema de Racismo Institucional na Saúde Pública, nos processos de Capacitação e de Educação Permanente promovidos com apoio da SES.	-	1	1	1

6. Realizar capacitação, por Regionais, dos profissionais de saúde e gestores públicos com ênfase no combate ao Racismo (Institucional) em parceria com o Setor de Educação Permanente em Saúde da SES, com carga horária mínima de 40h.	-	3	6	2
7. Confeção de 30.000 unidades de material técnico e de difusão de atenção à saúde no tocante às necessidades e especificidades da diversidade sócio-cultural, étnico-racial e origem.	-	10.000	10.000	10.000
8. Realizar 3 pesquisas sobre o quadro do perfil situacional epidemiológico, vulnerabilidades e risco à saúde das populações Ciganas, Quilombolas e Assentados de Reforma Agrária no Estado de Pernambuco.	-	1	1	1
9. Implantar no(s) Sistema(s) de Informação(ões) da SES dados desagregados por etnia, raça e origem.	-	-	1	1
10. Capacitar/atualizar, 100% das equipes de PSF/agentes indígenas e outros para atendimento às doenças negligenciadas (dengue, cólera, malária, raiva, peste, tracoma, esquistossomose, leishmaniose, chagas e doença falciforme) em parceria com o Setor de Educação Permanente em Saúde da SES, com	-	20%	40%	40%

carga horária mínima de 40h.				
11. Construir casa de apoio para a população indígena e acompanhante. (intersectorialidade).	-	-	1	-
12. Implantar o Programa Estadual de Atenção Integral a Pessoa com Doença falciforme.	-	1	-	-
13. Realizar 3 campanhas de divulgação na mídia, explicando e informando sobre anemia falciforme.	-	1	1	1
14. Elaborar e distribuir cartilhas de divulgação a todos os hospitais e centros de saúde de Pernambuco, em parceria com usuários indígenas, ciganos e quilombolas, sobre saúde e vida dessa população.	-	1	1	1
15. Realizar oficinas, eventos e seminários de integração entre a SES, controle social e representantes de populações vulneráveis.	-	1	1	1

f) Saúde do Jovem e Adolescente

Objetivo: Implantar e implementar as Diretrizes Nacionais de Atenção Integral a Saúde de Adolescentes e Jovens, através da Política Estadual de Fortalecimento da Atenção Primária em consonância com o Pacto pela Vida, Projeto Saúde e Prevenção nas Escolas e o Programa Mãe Coruja Pernambucana.

Diretrizes: Planejamento, execução e avaliação das ações de promoção de saúde, prevenção de agravos, diagnóstico precoce, tratamento e recuperação de forma articulada infra e intergovernamentais, intersectorial e interdisciplinar, constituindo um conjunto integrado.

Metas	2008	2009	2010	2011
1. Realizar 11 seminários, um em cada GERES, com participação/presença de Gestores Municipais, para implantar diretrizes da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Adolescente e Jovem no Estado de Pernambuco.	-	4	4	3
2. Realizar 16 oficinas de capacitação/atualização no “Programa de Atenção à Saúde Integral de Adolescentes e Jovens”, nos 43 municípios da Zona da Mata incluindo orientações para a implantação da Ficha de Notificação/Investigação de Violência Doméstica, Sexual e/ou Outras Violências, em parceria com o Setor de Educação Permanente em Saúde da SES, com carga horária mínima de 40h.	-	16	-	-
3. Realizar 9 atividades sócio-educativas (Seminário, Fórum e Oficinas), em parceria com a FUNDAC, para profissionais dos 09 Centros de Atenção Sócio Educativos (CASES), que atendem adolescentes e jovens em conflito com a Lei.	3	3	3	-
4. Realizar 21 oficinas em Escolas Estaduais para professores e alunos, com o objetivo de divulgar e fortalecer	-	7	7	7

a Saúde e Prevenção nas Escolas (SPE), atividade realizada em parceria com a Gerência de DST/AIDS e com a Secretaria Estadual de Educação.				
5. Realizar 16 oficinas, em parceria com os municípios, envolvendo mulheres adolescentes e jovens visando à redução da morbimortalidade no ciclo grávido-puerperal e dos seus recém-nascidos (Programa Mãe Coruja) .	2	5	5	4
6. Realizar 8 oficinas com a população jovem, visando à redução da morbimortalidade por causas externas (acidentes e violências) na I GERES.	2	2	2	2
7. Realizar capacitação/atualização para profissionais da saúde e educação do SPE – Projeto Saúde e Prevenção na Escola em parceria com a Gerência de DST/ADIS e com a Secretaria de Educação.	-	3	3	2
8. Promover 12 eventos em comemoração a datas alusivas à prevenção: 18 de maio: “Dia contra a Violência”– Novembro - Feira da Saúde do Adolescente; 1º Dezembro – Dia Mundial de Combate a AIDS.	-	4	4	4
9. Realizar 21 oficinas para capacitar/atualizar, profissionais no atendimento à atenção integral à saúde do adolescente e jovem,	1	7	7	6

especialmente os do Programa Saúde da Família, incluindo orientações para a implantação da Ficha de Notificação/Investigação de Violência Doméstica, Sexual e/ou Outras Violências, em parceria com o Setor de Educação Permanente em Saúde da SES, com carga horária mínima de 40h.				
--	--	--	--	--

g) Saúde do Homem

Objetivo: Estruturar e coordenar a Política Estadual para a Saúde do Homem, estimulando a criação e o fortalecimento de unidades regionais de Saúde do Homem.

Diretrizes: Implantação da Política Estadual para a Saúde do Homem; acolhimento à população masculina através de ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde; definição de indicadores que subsidiem tomadas de decisões e o monitoramento da saúde do homem, a partir de estudos epidemiológicos.

Metas	2008	2009	2010	2011
1. Implantar a Política Estadual da Saúde do Homem.	-	1	-	-
2. Criar unidades regionais de saúde do homem nas 11 GERES.	-	4	4	3
3. Realizar estudos epidemiológicos das condições de saúde da população masculina no Estado de Pernambuco, nas questões que se referem às	1	1	2	2

principais causas de morbimortalidade e publicá-los.				
4. Realizar campanhas de prevenção e recuperação à saúde do homem, em todo o Estado, através da divulgação de material educativo, incluindo oficinas nos municípios/regiões de desenvolvimento, contemplados pelos programas Mãe Coruja Pernambucana e Chapéu de Palha.	-	4	3	3
5. Realizar campanhas, nos municípios do Estado, com o objetivo de estimular e ampliar a presença da população masculina nas unidades de saúde, em todos os ciclos de vida, bem como capacitar seus gestores e trabalhadores em estratégias de acolhimento à população masculina e em ações de promoção, prevenção e recuperação de saúde, assegurando, assim, a equidade, integralidade e resolubilidade dos serviços.	-	2	2	2

h) Saúde do Idoso

Objetivo: Coordenar, acompanhar e avaliar, no âmbito estadual, os serviços oferecidos com base na Política Nacional e a implantação da Política Estadual de Saúde da Pessoa Idosa, com a finalidade de garantir a atenção integral e melhoria da qualidade de vida na perspectiva da promoção, prevenção e manutenção da saúde desta população, nos diversos níveis de assistência, objetivando o envelhecimento ativo e a participação social.

Diretrizes: Implantação da Política Estadual de Saúde da Pessoa Idosa, apoio a estudos e pesquisas na área do envelhecimento e promoção do envelhecimento ativo, bem como a qualificação da rede de saúde nos diversos níveis de assistência de forma integrada, estabelecendo parcerias com o segmento do idoso, universidades, municípios e secretarias do Estado.

Metas	2008	2009	2010	2011
1. Implantar a Política Estadual de Saúde da Pessoa Idosa nos 184 municípios de Pernambuco e mais o Distrito Estadual de Fernando de Noronha.	31	82	72	-
2. Monitorar os 184 municípios de Pernambuco e mais o Distrito Estadual de Fernando de Noronha, com o objetivo de avaliar os serviços existentes e a implantação da Política Estadual de Saúde da Pessoa Idosa.	-	31	82	72
3. Implantar Serviços de Referência à Saúde do Idoso em 11 Regionais de Saúde do Estado.	-	7	4	-
4. Traçar o Perfil Epidemiológico da população idosa no Estado de Pernambuco em parcerias com instituições e unidades de ensino superior, fazendo revisão a cada 2 anos contemplando as 11 GERES. (intersectorialidade)	-	1	-	-
5. Realizar 48 palestras educativas para a população idosa, inclusive, as inseridas nos Programas Estruturadores de Governo, com o	12	12	12	12

objetivo de promover o envelhecimento ativo.				
6. Realizar 1 Encontro/Fórum Anual Estadual de Saúde da Pessoa Idosa em parceria com os Municípios, Universidades, Secretarias Estaduais, Conselhos e Instituições, tendo em vista o fortalecimento do envelhecimento ativo. (intersectorialidade).	1	1	1	1
7. Produzir material informativo para divulgação das ações de saúde da pessoa idosa em todo o Estado.	-	15.000	15.000	-
8. Realizar treinamento para capacitação de técnicos multiplicadores municipais para formação de cuidadores de idosos nas GERES, em parceria com o Setor de Educação Permanente em Saúde da SES, com carga horária mínima de 40h.	-	5	6	-
9. Implantar a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa, por GERES, bem como acompanhar e avaliar os resultados de seu preenchimento.	7	11	11	11
10. Realizar capacitação para os coordenadores municipais da saúde do idoso, equipes dos PACS/PSF e demais profissionais que atuam com esta população nas 11 GERES, inclusive em relação à Reabilitação Baseada na Comunidade – RBC em parceria com o Setor de Educação	1	5	2	3

Permanente em Saúde da SES, com carga horária mínima de 40h.				
11. Implantar 300 leitos domiciliares para pessoas idosas.	-	50	100	150
12. Implantar centros permanentes para cirurgias de cataratas.	-	50%	50%	-
13. Realizar concurso público contemplando geriatra e gerontologia, para as Unidades de Saúde do Estado, de acordo com levantamento de necessidades realizado pela área.	-	1	-	-
14. Implantar serviços de reabilitação domiciliar por GERES, para idosos, composto por equipe interdisciplinar e multidisciplinar em parceria com o NASF.	-	5	6	-
15. Assessorar os municípios na implantação de coordenações municipais de saúde do idoso.	-	100%	-	-

i) Saúde da População Carcerária

Objetivo: Orientar, apoiar, assessorar e monitorar no âmbito do Estado a execução das Políticas de Saúde da população carcerária envolvendo a implementação de Modelos de Atenção, com foco na vigilância da saúde, abrangendo grupos populacionais específicos, agravos e ciclos de vida, na perspectiva da promoção, prevenção e assistência à saúde, bem como executar, em caráter suplementar, ações de saúde articuladas com os municípios e outras secretarias.

Diretrizes: Assessoramento à Secretaria de Ressocialização e monitoramento da execução das Políticas de Saúde da população carcerária; Organização da atenção primária na própria Unidade Prisional e do fluxo de referência e contra-referência

das média e alta complexidades em Unidades de Saúde; Regulação dos atendimentos de urgência/emergência no sistema penitenciário.

Metas	2008	2009	2010	2011
1. Cadastrar 17 Unidades de Saúde no Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde - CNES.	5	4	4	4
2. Realizar 12 oficinas de capacitação, de atualização e sensibilização para os profissionais de saúde de nível médio e superior, bem como gestores das Unidades Prisionais – UPs, em parceria com o Setor de Educação Permanente em Saúde da SES, com carga horária mínima de 40h.	3	3	3	3
3. Elaborar e implantar o protocolo de atendimento inicial no Centro de Observação Criminológica e Triagem Prof. Everardo Luna – COTEL e nas Colônias Penais do Recife e Buíque abrangendo 100% dos ingressos destes locais.	-	100%	-	-
4. Implementar, até 2009, o fluxo de referência e contra-referência de média e alta complexidade, conforme organização prévia do Estado, levando em conta as peculiaridades do sistema, contemplando 100% das UPs.	-	100%	-	-
5. Acompanhar, monitorar e avaliar,	100%	100%	100%	100%

continuamente, <i>in loco</i> , as ações de saúde em 100% das UPs.				
6. Acompanhar o protocolo anual de aquisição e distribuição dos medicamentos e materiais médico-hospitalar-odontológicos.	100%	100%	100%	100%
7. Realizar pesquisa para levantar a situação de saúde da população carcerária nas 17 unidades do Estado até 2011.	-	4	4	9
8. Elaborar 1 projeto para implantação, em parceria com a Secretaria de Ressocialização, de um Sistema de Regulação para o Sistema Penitenciário, nos casos de atendimento de urgência/emergência.	-	100%	-	-
9. Elaborar 1 projeto para implantação de equipes itinerantes de especialidades médicas – urologistas, cardiologistas, cirurgiões, infectologistas, dermatologistas e traumato-ortopedistas, em parceria com a Secretaria de Ressocialização.	-	100%	-	-
10. Manter e ampliar para 100% o número de profissionais de saúde, em cada Unidade Prisional, através de concurso público.	-	100%	-	-
11. Realizar tratamento de 100% dos presidiários portadores de HIV/AIDS e DST.	-	100%	-	-

12. Articular junto ao Ministério da Saúde para que o Manicômio Judiciário de Pernambuco seja credenciado ao SUS.	-	100%	-	-
13. Elaborar protocolos de normas e rotinas nas Unidades Prisionais, junto com os conselhos de classe, na promoção, prevenção, assistência e reabilitação das doenças infectocontagiosa, HAS (Hipertensão Arterial Sistêmica), Diabetes Mellitus, Saúde Mental e outros.	-	100%	-	-

6.1.1.2 Intervenções Específicas

a) Saúde Mental

Objetivo: Garantir a atenção em saúde mental, nos diferentes níveis de promoção da saúde, com o redirecionamento do modelo centrado na atenção hospitalar para a consolidação e expansão de uma rede substitutiva de cuidados de caráter psicossocial, comunitária e que conte com diversos dispositivos hierarquizados e territorializados.

Diretrizes: Promoção à Saúde Mental nos diversos níveis de assistência, com destaque à expansão da rede de assistência à saúde mental, substitutiva à internação hospitalar, visando à redução progressiva de leitos psiquiátricos, expansão de ações de desinstitucionalização e ênfase para a inclusão de ações de saúde mental na atenção primária. Consolidação da política para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas. Fortalecimento e implementação de ações de Controle Social.

Metas	2008	2009	2010	2011
1. Reduzir em 50%, com base em 2007, os leitos psiquiátricos em Hospitais Especializados concomitante à ampliação da rede substitutiva.	7%	16%	14%	13%
2. Elaborar 1 proposta visando efetivar o Programa de Reestruturação do Modelo Assistencial dos Hospitais psiquiátricos do Estado (HUP, HVGM, HAC) e do Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico.	-	100%	-	-
3. Implantar 48 leitos psiquiátricos em Hospitais Gerais, nas diversas GERES do Estado, incluindo leitos para atendimentos de crianças e adolescentes.	11	13	12	12
4. Habilitar Hospitais de Referência para atenção integral aos usuários de álcool e outras drogas (SHR-ad) conforme Portaria nº. 1612/GM/setembro de 2005, nos municípios de Petrolina, Jaboatão dos Guararapes, Salgueiro e Ouricuri.	-	1	1	-
5. Implantar 24 leitos de desintoxicação para usuários de álcool e outras drogas, em hospitais gerais.	6	6	6	6
6. Cadastrar 35 CAPS para transtorno, aumentando em 110% o número atual de Centros, com	10	10	8	7

prioridade para interiorização, municípios em processo de cadastramento (Garanhuns, Chã Grande, Vicência, Parnamirim, São José de Belmonte, Palmares, Recife, Araripina) e município com mais de 100 mil habitantes sem CAPS (Vitória de Santo Antão).				
7. Cadastrar 8 CAPS-ad, aumentando em 110% o número atual de Centros, com prioridade para os municípios em processo de cadastramento (Olinda, Cabo de Santo Agostinho, Paulista e Camaragibe), e municípios com população maior que 100 mil/habitantes (Jaboatão dos Guararapes, Caruaru, Garanhuns, Vitória de Santo Antão).	3	2	2	1
8. Cadastrar 4 CAPS-infantil.	1	1	1	1
9. Realizar o I Fórum Pernambucano de Saúde Mental (prevenção, promoção e reinserção social).	1	-	-	-
10. Elaborar um Plano de ações para o cuidado psicossocial de crianças e adolescentes, com participação das Secretarias Estaduais de Educação, Promoção Social e outras.	1	-	-	-
11. Cadastrar, em parceria com a Gerência da Atenção Primária, 40 NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família) nas 11 GERES do Estado.	3	11	13	13
12. Elaborar 1 perfil epidemiológico				

dos pacientes com longa permanência hospitalar dos hospitais psiquiátricos do Estado.	1	-	-	-
13. Aplicar o Programa Nacional de Avaliação da Assistência Hospitalar-PNASH nos 14 hospitais psiquiátricos.	14	14	14	14
14. Elaborar 1 Plano Estadual de Atenção aos usuários de álcool e outras drogas.	-	1	-	-
15. Realizar 20 oficinas de sensibilização para implantação da Política de Saúde Mental com os gestores municipais, nas 11 GERES do Estado.	5	5	5	5
16. Realizar 44 oficinas, de capacitação em saúde mental, com ênfase para abordagem aos transtornos mentais, aos usuários de álcool e outras drogas e prevenção ao suicídio, sendo 20 destas oficinas voltadas para profissionais das equipes dos CAPS e CAPS-AD e 24 envolvendo profissionais da atenção primária (PSF e ambulatórios) nas 11 GERES do Estado, com base no decreto nº. 6.286 de 5 de dezembro de 2007, em parceria com o Setor de Educação Permanente em Saúde da SES, com carga horária mínima de 40h.	9	11	12	12
17. Realizar 2 oficinas de capacitação em saúde mental, com ênfase para a implementação das ações de	1	1	-	-

desinstitucionalização, para os gestores municipais da Região Metropolitana do Recife, em parceria com o Setor de Educação Permanente em Saúde da SES, com carga horária mínima de 40h.				
18. Realizar 2 cursos de aperfeiçoamento com 120 horas, para diferentes profissionais de nível superior inseridos na rede de serviços de saúde mental e que estejam envolvidos diretamente com o processo de desinstitucionalização em parceria com FEBRAE e outros programas de apoio às famílias. (intersectorialidade).	1	1	-	-
19. Realizar 2 cursos com 80 horas, para profissionais de nível médio (técnicos de enfermagem, oficinairos, e cuidadores das residências terapêuticas) inseridos na rede de serviços de saúde mental e que estejam envolvidos diretamente com o processo de desinstitucionalização em parceria com a FEBRAE e outros programas de apoio às famílias. (intersectorialidade).	1	1	-	-
20. Promover atividades de capacitação (Inscrições em encontros, congressos, jornadas, cursos e outros) para os técnicos da GASAM/SES/PE.	8	8	8	8
21. Realizar, em parceria com outras				

instituições, eventos destinados a discussão das práticas assistenciais preconizadas na Reforma Psiquiátrica.	3	3	3	3
22. Realizar, em parceria com o Conselho Estadual de Saúde/CERPSM, a Conferência Estadual de Saúde Mental, bem como colaborar e participar das etapas municipais.	-	1	-	-
23. Realizar 10 eventos ou campanhas educativas e preventivas através da confecção e distribuição de <i>folders</i> , cartazes e panfletos sobre prevenção e tratamento de transtornos mentais.	2	3	3	2
24. Assessorar, acompanhar e monitorar as ações da assistência em saúde mental na atenção primária, na atenção especializada, na assistência farmacêutica e na reinserção social, com prioridade para os municípios com mais de 20 mil habitantes, ou seja 52% dos municípios do Estado.	13%	13%	13%	13%
25. Instituir 1 mecanismo de acompanhamento em parceria com as Coordenações Municipais de Saúde Mental para garantir o controle da aquisição e distribuição dos Medicamentos Essenciais em Saúde Mental (Portaria GM nº. 3237 de 24 de dezembro de 2007).	-	1	-	-
26. Implantar o Protocolo Clínico de				

Avaliação e Tratamento em Saúde Mental, com prioridade para os municípios com mais de 20 mil habitantes, ou seja 52% dos municípios do Estado.	13%	13%	13%	13%
27. Realizar 1 fórum de discussão entre CES e SES para definir as condições de funcionamento (estrutura física e financeira) da CERPSM.	-	1	-	-
28. Realizar 3 oficinas de capacitação com carga horária mínima de 40h, para os técnicos dos núcleos do Programa Mãe Coruja sobre ações de prevenção e promoção da saúde mental, em parceria com a FEBRAE e outros programas de apoio às famílias. (intersectorialidade).	-	1	1	1
29. Realizar pesquisa sobre prevalência de abuso de álcool e de outras drogas na população atendida no PSF e nos hospitais públicos e credenciados ao SUS (Pacto Pela Vida).	-	1	-	-
30. Realizar oficina de capacitação para os técnicos da FUNDAC para o atendimento de adolescentes usuários de álcool e outras drogas, em parceria com o Setor de Educação Permanente em Saúde da SES, com carga horária mínima de 40h. (Pacto Pela Vida). (intersectorialidade).	-	1	-	-
31. Articular junto ao MS a realização				

de convênio para que o Hospital de Custódia Psiquiátrico de Pernambuco, tenha um teto financeiro para atender aos usuários que se encontram presos.	-	1	-	-
32. Implantar uma rede regionalizada e hierarquizada de urgência/emergência no Estado em atenção à saúde mental, em conformidade com o plano estadual de urgência/emergência.	-	40%	30%	30%
33. Implantar 120 Serviços Residenciais Terapêuticos em municípios com comunidades de experiências exitosas e que apresentem uma rede mínima de saúde mental.	-	40	40	40
34. Instituir programa de atendimento aos idosos residentes na zona rural para usuários de álcool e outras drogas, em parceria com as equipes multiprofissionais do CAPS-AD e a Estratégia de Saúde da Família.	-	100%	-	-
35. Pactuar com as Secretarias de Política de Assistência Social (no âmbito municipal e estadual) visando à garantia do retorno das pessoas com transtorno mental à convivência em sociedade. (intersetorialidade)	-	100%	100%	100%
36. Reestruturar e reabrir a emergência psiquiátrica do HOF.	-	100%	-	-
37. Articular com o Conselho Nacional de Saúde-CNS a realização	-	1	-	-

da IV Conferência Nacional de Saúde Mental.				
---	--	--	--	--

b) Saúde Bucal

Objetivo: Ampliar o acesso da população aos serviços de saúde com qualidade nas ações de promoção, prevenção e recuperação de saúde bucal, assegurando a equidade, integralidade da atenção e resolubilidade dos serviços.

Diretrizes: Reorganização da Atenção Básica (especialmente por meio da Estratégia Saúde da Família) e da Atenção Especializada (através, principalmente da implantação de Centros de Especialidades Odontológicas e Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias), além da implantação de novos sistemas de fluoretação da água de abastecimento da rede pública do Estado, conforme o art. 169 da Constituição Estadual.

Metas	2008	2009	2010	2011
1. Implantar coordenações regionais de saúde bucal nas 11 GERES, tendo em vista a Política Estadual de Saúde Bucal.	-	3	5	3
2. Realizar levantamento epidemiológico das condições de saúde bucal nos municípios do Estado de Pernambuco, dentro dos critérios da Saúde Bucal Brasil 2003.	-	-	1	-
3. Realizar capacitação/atualização, para os gestores municipais, por GERES, com a finalidade de realizar os próprios inquéritos em saúde bucal, em parceria com o Setor de Educação Permanente em Saúde da SES, com carga horária mínima de	-	3	4	4

40h.				
4. Realizar capacitação/atualização voltada para os profissionais das equipes de saúde bucal, por GERES, para o trabalho multidisciplinar integrado ao Programa Saúde da Família, por meio da estratégia da educação permanente, em parceria com o Setor de Educação Permanente em Saúde da SES, com carga horária mínima de 40h.	2	4	4	1
5. Realizar 1 campanha/ano através de oficinas e divulgação de material educativo para promoção à saúde bucal nos municípios/regiões de desenvolvimento contemplados no Programa Mãe Coruja Pernambucana.	-	1	1	1
6. Realizar 1 campanha/ano, através de oficinas e divulgação de material educativo, para promoção à saúde bucal nos municípios, contemplados no Programa Chapéu de Palha, população negra, indígena, quilombola, assentamentos, ilhéus e população rural.	-	1	1	1
7. Implantar, por GERES, serviços de urgências odontológicas para atender pessoas com ou sem deficiências (pediátrico e adulto), nos serviços estaduais e municipais.	-	4	4	3
8. Implantar Centros de Especialidades Odontológicas -	11	11	11	11

CEOS, por GERES, com a finalidade de ampliar os serviços de saúde bucal.				
9. Realizar supervisão anual nos CEOS, por GERES, com o objetivo de avaliar os seus serviços.	11	11	11	11
10. Realizar capacitação/atualização nas GERES para as equipes e gestores dos CEOS, em parceria com o Setor de Educação Permanente em Saúde da SES, com carga horária mínima de 40h.	1	4	4	2
11. Implantar, por GERES, sistemas de fluoretação das águas de abastecimento da rede pública do Estado, exigindo o cumprimento do art. 169 da Constituição Estadual. (intersectorialidade).	-	4	4	3
12. Confeccionar e distribuir anualmente 1.000 unidades de materiais didáticos com temas relacionados à promoção e educação em saúde.	1.000	1.000	1.000	1.000
13. Criar programa para atendimento/tratamento com fluoretação da qualidade das águas em localidades que não dispõem de abastecimento oficial, abastecimento por poços/açudes, (intersectorialidade).	-	1	-	-
14. Distribuir 450.000 kits de escovas, cremes e fios dentais, prioritariamente para populações indígenas, quilombolas, assentados e	-	150.000	150.000	150.000

moradores de rua.				
15. Realizar 1 Encontro Anual de Experiências Exitosas em Saúde bucal.	-	1	1	1
16. Apoiar tecnicamente os municípios, por GERES, na implantação de laboratórios para confecção de próteses dentárias.	-	5	6	-
17. Implantar estrutura para realizar cirurgia de Alta Complexidade em câncer bucal nos 8 hospitais de grande porte.	-	2	3	3

c) Programa Nacional de Imunização - PNI

Objetivo: Coordenar, apoiar e supervisionar, no âmbito estadual, a execução das Políticas de Saúde envolvendo a implementação de modelos de atenção com foco na vigilância da saúde, abrangendo grupos populacionais específicos, agravos e ciclos de vida, na perspectiva da promoção, prevenção e assistência à saúde, bem como executar, em caráter suplementar, ações de saúde articuladas com os municípios e outras secretarias.

Diretrizes: Controle ou erradicação de doenças imunopreveníveis, bem como promoção à Vigilância dos Eventos Pós-Vacinação, coordenando a utilização e o suprimento de alguns imunobiológicos com indicação para situações ou para grupos populacionais específicos.

Metas	2008	2009	2010	2011
1. Vacinar anualmente 95% da população <1 ano com as vacinas: Poliomielite (Sabin), Hepatite B, Tetravalente e Rotavirus.	95%	95%	95%	95%

2.	Vacinar anualmente 90% da população < 1 ano com a vacina BCG.	90%	90%	90%	90%
3.	Vacinar anualmente 95% da população de 1 ano (12 meses) com a vacina Tríplice Viral.	95%	95%	95%	95%
4.	Vacinar anualmente 70% da população de 60 anos e mais contra Influenza.	70%	70%	70%	70%
5.	Realizar anualmente 3 Campanhas Nacional de Vacinação, sendo 2 contra Poliomielite (2 etapas) e 1 contra Influenza/Gripe(Idoso).	3	3	3	3
6.	Obter homogeneidade anual de cobertura vacinal adequada em 80% dos 184 municípios de Pernambuco e mais o Distrito Estadual de Fernando de Noronha.	80%	80%	80%	80%
7.	Capacitar/atualizar 528 profissionais de saúde que atuam como coordenadores, supervisores e digitadores nos Programas de Imunizações e de Saúde da Família, em parceria com o Setor de Educação Permanente em Saúde da SES, com carga horária mínima de 40h.	132	132	132	132
8.	Realizar 132 supervisões/ano na Rede de Frio: regional, municipal e salas de vacinas.	132	132	132	132
9.	Divulgar os Calendários de Vacinação da Criança, Adolescente e Adulto nos 184 municípios de Pernambuco e mais o Distrito Estadual de Fernando de Noronha. .	185	185	185	185

10. Realizar supervisão nas 11 Coordenações Regionais.	4	6	6	6
11. Promover atividades extramuros para intensificar a vacinação de rotina das populações excluídas (assentamentos, quilombolas, população carcerária) e Programa Chapéu de Palha.	10	10	10	10
12. Realizar 1 Campanha Nacional de Vacinação para eliminação da Rubéola e da Síndrome da Rubéola Congênita - SRC nos 184 municípios de Pernambuco e mais o Distrito Estadual de Fernando de Noronha.	185	-	-	-
13. Intensificar em 95%/ano vacinação contra o tétano, para as ações do Plano de Eliminação do Tétano Neonatal, integrados ao Projeto Mãe Coruja.	95%	95%	95%	95%

d) Alimentação e Nutrição

Objetivo: Implementar a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) e a Lei Orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional (LOSAN), no contexto do fortalecimento da Atenção Primária e no desenvolvimento dos Programas Mãe Coruja Pernambucana e Chapéu de Palha.

Diretrizes: Desenvolvimento das Políticas de Saúde nos Programas de Prevenção e Combate às Carências Nutricionais e Promoção da Alimentação Saudável e Segurança Alimentar.

Metas:	2008	2009	2010	2011
1. Realizar 11 Oficinas Regionais em Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN.	11	-	-	-
2. Realizar 20 Oficinas de capacitação/ atualização com carga horária mínima de 40h, em parceria com o Setor de Educação Permanente em Saúde da SES, para profissionais da Atenção Básica, com o objetivo de atualizar as ações de Alimentação e Nutrição (SISVAN, combate às carências nutricionais, promoção da alimentação saudável e segurança alimentar).	3	4	4	4
3. Realizar 1 Inquérito Alimentar e Nutricional na IX GERES (Mãe Coruja Pernambucana).	-	1	-	-
4. Realizar 1 pesquisa de retinol sérico em Pernambuco.	1	-	-	-
5. Realizar 4 eventos alusivos à “Semana Mundial de Alimentos”.	1	1	1	1
6. Confeccionar material instrucional (cartazes, <i>folders</i> , <i>banners</i> e <i>buttons</i>) para divulgação das ações de Alimentação e Nutrição no Estado.	10.00 0	20.0 00	20.0 00	20.000
7. Realizar 4 seminários	01	01	01	01

estaduais sobre carências nutricionais e promoção de alimentação saudável.				
8. Publicar informes: Chamada Alimentar e Nutricional dos municípios do Programa Chapéu de Palha e III Pesquisa Estadual de Alimentação e Nutrição – 2006.	2000	-	-	-
9. Reduzir em 2% a desnutrição protéico-calórica em menores de 5 anos.	0,5%	0,5%	0,5%	0,5%
10. Realizar 12 atividades de promoção da alimentação saudável, no Dia Nacional de Mobilização à Prevenção e Controle da Hipertensão Arterial (26/04/08), da Obesidade (27/10/08) e do Diabetes (14/11/08).	03	03	03	03
11. Monitorar a distribuição anual de sulfato ferroso para 553.625 crianças de 06 a 18 meses, bem como para gestantes e mulheres no puerpério, em todo o Estado, visando à redução e controle da anemia ferropriva.	326.673 (C) 113.476 (G) 113.476 (M)	326.673 (C) 113.476 (G) 113.476 (M)	326.673 (C) 113.476 (G) 113.476 (M)	326.673 (C) 113.476 (G) 113.476 (M)

<p>12. Realizar a distribuição anual com monitoramento de vitamina A para 885.639 crianças de 06 a 59 meses e, bem como para mulheres no pós-parto imediato, visando à redução e controle da hipovitaminose A.</p>	<p>(C) 6-11 m 123.812</p> <p>12-59 m 664.646</p> <p>(P) 97.181</p>	<p>(C) 6-11 m 123.812</p> <p>12-59 m 664.646</p> <p>(P) 97181</p>	<p>(C) 6-11 m 123.812</p> <p>12-59 m 664.646</p> <p>(P) 97181</p>	<p>(C) 6-11 m 123.812</p> <p>12-59 m 664.646</p> <p>(P) 9718</p>
<p>13. Realizar treinamento das merendeiras em 40% das Escolas Estaduais, com a finalidade de aperfeiçoar a qualidade dietética e higiene da merenda escolar, visando à melhoria do Estado nutricional dos escolares.</p>	-	15%	15%	10%
<p>14. Sensibilizar os gestores municipais para inserir as 46 equipes do NASF como suporte na capacitação dos profissionais.</p>	-	46	-	-

Legenda: C = criança; G = gestante; M = mulher em idade fértil; P = Puérperas

6.1.1.3 Controle de Doenças e Agravos – Crônicas e Transmissíveis

a) Hipertensão e Diabetes

Objetivo: Implementar ações de prevenção, detecção precoce e controle da hipertensão arterial sistêmica e diabetes *mellitus* no âmbito da Atenção Primária em Saúde.

Diretrizes: Promoção de hábitos saudáveis de vida, prevenindo a instalação da diabetes *mellitus* e da hipertensão arterial sistêmica, diagnosticando e tratando todos os casos identificados através de rastreamento e cadastrados, nas Unidades de Atenção Primária em Saúde.

Metas	2008	2009	2010	2011
1. Elaborar 14.000 cartilhas e distribuir para os Agentes Comunitários de Saúde – ACS, por GERES, objetivando desenvolver Programas de Educação em Saúde para a população, com vistas à promoção da alimentação saudável e de atividade física regular.	3	3	3	2
2. Capacitar/atualizar os ACS, por GERES, no sentido de desenvolver Programas de Educação em Saúde para a população, com vistas à promoção da alimentação saudável e de atividade física regular, em parceria com o Setor de Educação Permanente em Saúde da SES, com carga horária mínima de 40h.	3	3	3	2
3. Capacitar/atualizar, os profissionais de saúde de nível superior e médio (médicos, enfermeiros e técnicos), por GERES, para detecção, diagnóstico, tratamento e manejo dos casos identificados de hipertensão arterial sistêmica e de diabetes <i>mellitus</i> , em parceria com o Setor de Educação Permanente em	3	3	3	2

Saúde da SES, com carga horária mínima de 40h.				
4. Realizar detecção de casos de hipertensão arterial sistêmica e de diabetes <i>mellitus</i> , por GERES, com foco na população com idade maior que 40 anos.	3	3	3	2
5. Realizar supervisão das equipes de saúde da família, por GERES, para os casos identificados de hipertensão arterial sistêmica e de diabetes <i>mellitus</i> .	3	3	3	2
6. Elaborar e implantar, por GERES, protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas para referência de média e alta complexidade no controle da hipertensão arterial sistêmica e do diabetes <i>mellitus</i> .	3	3	3	2
7. Realizar uma oficina anual de planejamento e avaliação do Programa com as GERES.	1	1	1	1
8. Assegurar medicamentos anti-hipertensivos e hipoglicemiantes para os usuários cadastrados na USF e NASF e no PACS.	-	100%	100%	100%
9. Monitorar 100% da utilização dos protocolos clínicos pela Atenção Básica, de Média e Alta Complexidade, em parceria com as GERES.	-	100%	100%	100%
10. Realizar, no mínimo, 3 campanhas educativas/ano para orientação aos usuários portadores de	-	3	3	3

hipertensão e diabetes.				
11. Elaborar e implantar, por GERES, protocolos de normas e rotinas junto aos conselhos de classe, na promoção, prevenção, assistência, reabilitação e monitoramento da hipertensão e diabetes, na Atenção Primária.	-	11	-	-

b) DST's/HIV/AIDS/HTLV/ Sífilis Congênita

Objetivo: Manter o controle das DST/HIV/AIDS/HTLV Sífilis Congênita através de ações que visem à redução da morbimortalidade no Estado de Pernambuco.

Diretrizes: prevenção, assistência e vigilância epidemiológica, com vistas ao controle das DST/HIV/AIDS/HTLV/Sífilis Congênita e redução da morbimortalidade no Estado de Pernambuco, levando em consideração especificidades de grupos populacionais, situação de vulnerabilidade, gênero, direitos humanos e controle social.

Metas	2008	2009	2010	2011
1. Realizar capacitação/atualização, para 2.600 técnicos, profissionais de saúde e sociedade civil em prevenção, diagnóstico, tratamento e vigilância epidemiológica da Sífilis, DST, HIV, Vírus linfotrófico humano - HTLV e AIDS visando o fortalecimento das ações da Atenção Primária, do Programa Mãe Coruja e Chapéu de Palha, em parceria com o Setor de Educação Permanente em Saúde da	800	500	600	700

SES, com carga horária mínima de 40h.				
2. Ampliar o número de maternidades com Projeto Nascer no Estado de 36 para 60 com ênfase na interiorização, beneficiando municípios sede de GERES e outras maternidades com maior nº. de partos do Estado, alcançando mais de 100% dos municípios com mais de 50.000 habitantes, para o fortalecimento das ações do Programa Mãe Coruja.	6	6	6	6
3. Implantar 23 sistemas de monitoramento de exames laboratoriais e medicamentos Antirretrovirais (Sistema de Requisição de Exames Laboratoriais - SIREX, Sistema de Controle e Logística de Laboratório - SISCEL e Sistema de Controle de Logística de Medicamentos - SICLOM) para o controle da logística de exames de CD4, CD8, carga viral e genotipagem nos SAE e laboratórios	8	5	5	5
4. Estabelecer 9 convênios com municípios (Goiana, Timbaúba, Sta. Cruz do Capibaribe, Bezerros, Nazaré da Mata, Surubim, Belo Jardim, Carpina e Araripina.) estratégicos, sedes de microrregionais que tenham CTA para implementação das ações de controle das DST, HIV e AIDS	-	3	3	3

5. Repassar recursos financeiros do incentivo para 47 projetos de sociedade civil por meio de seleção pública, para desenvolverem ações no âmbito das DST/HIV/AIDS, de acordo com a Portaria nº. 2.313 de 02/12/2002.	17	10	10	10
6. Concluir 2 pesquisas avaliativas relacionadas ao monitoramento e avaliação das ações do Programa Estadual DST/AIDS. (Pesquisa de avaliação da ação de prevenção de transmissão vertical da AIDS e Sífilis e Pesquisa de soroprevalência e mutações genéticas em usuários virgens de anti-retrovirais em CTA/COAS).	2	-	-	-
7. Realizar 100 supervisões aos serviços de prevenção, assistência e vigilância das DST/HIV/AIDS e sífilis (maternidades com projeto nascer, CTA e SAEs e ONG com projetos aprovados).	20	25	25	30
8. Descentralizar o diagnóstico da infecção pelo HIV (CTA), o atendimento (SAE) e os exames de controle clínico de pacientes (MÁQUINAS), totalizando 35 ações, para municípios sede de regionais, visando o fortalecimento da Atenção Primária.	5	10	10	10
9. Realizar 8 campanhas educativas de prevenção às DST/HIV/AIDS e Sífilis Congênita.	2	2	2	2

10.	Adquirir e distribuir equipamentos e material permanente para atender demanda das unidades de referência e do Programa Estadual de DST/AIDS.	100%	100%	100%	100%
11.	Adquirir e distribuir suprimentos necessários para a testagem do HIV, Vírus linfotrófico humano - HTLV e Sífilis nas unidades de referência.	100%	100%	100%	100%
12.	Adquirir e distribuir os insumos de prevenção: fórmula infantil, gel e preservativos (masculinos e femininos) para abastecer as unidades de referência.	100%	100%	100%	100%
13.	Adquirir e distribuir medicamentos de DST pactuados pela CIB para abastecer as unidades de referência.	100%	100%	100%	100%
14.	Confeccionar e distribuir material instrucional sobre prevenção às DST/HIV/AIDS/HTLV para realização das oficinas, seminários, capacitações, atendimentos e campanhas conforme demanda, incluindo especificidades de grupos populacionais (idosos deficientes e outros).	100%	100%	100%	100%
15.	Elaborar 7 boletins informativos para à retro alimentação dos serviços e profissionais identificadores e à população geral para conhecimento do perfil epidemiológico.	1	2	2	2
16.	Promover 40 capacitações/atualizações, em	-	-	20	20

aconselhamento em DST/HIV/AIDS para técnicos e profissionais de saúde, em parceria com o Setor de Educação Permanente em Saúde da SES, com carga horária mínima de 40h.				
17. Disponibilizar/implantar teste rápido para HIV/AIDS em todas as unidades de saúde do Estado.	-	50%	50%	-

c) Hepatites Virais

Objetivo: Manter o controle das Hepatites Virais, através de ações que visem à redução da morbimortalidade do estado de Pernambuco.

Diretrizes: Prevenção, controle, assistência e vigilância epidemiológica das Hepatites no Estado de Pernambuco, levando em consideração especificidades de grupos populacionais e vulnerabilidades.

Metas	2008	2009	2010	2011
1. Realizar Capacitação/atualização para 100 profissionais de saúde na atualização em hepatites virais para profissionais de núcleos de epidemiologia, distritos sanitários e Vigilância epidemiológica de GERES, gerentes e técnicos (nível médio e nível superior) e técnicos de laboratórios dos Centros de Testagem e Aconselhamento – CTA, em parceria com o Setor de Educação Permanente	100	100	100	100

em Saúde da SES, com carga horária mínima de 40h.				
2. Confeccionar e distribuir materiais informativos para todo o Estado sobre prevenção, diagnóstico e tratamento das Hepatites Virais.	100%	100%	100%	100%
3. Realizar 11 supervisões nas regionais de saúde e municípios, para garantir o encerramento e a notificação dos casos.	2	3	3	3
4. Monitorar as notificações das hepatites através da análise do banco de dados (SINANW/SINANNET).	100%	100%	100%	100%
5. Realizar campanha estadual de divulgação de vacinas e prevenção contra hepatite	-	1	1	1

d) Hanseníase

Objetivo: Coordenar, apoiar e supervisionar, no âmbito estadual, a execução das Políticas de Saúde, envolvendo a implementação de Modelos de atenção com foco na vigilância da saúde, abrangendo grupos populacionais específicos, agravos e ciclos de vida, na perspectiva da promoção, prevenção e assistência à saúde, bem como executar, em caráter suplementar, ações de saúde articuladas com os municípios e outras secretarias.

Diretrizes: Definição de estratégias que propiciem o controle da Hanseníase no Estado, subsidiando as GERES e Municípios na execução das ações do Programa, visando à redução da sua magnitude e transcendência.

Metas	2008	2009	2010	2011
1. Ampliar a cobertura do programa de Hanseníase no Estado para as unidades de saúde de 38% para 51% ao final do plano (ano base 2007).	40%	47%	49%	51%
2. Reduzir o abandono no registro ativo de 19% para 12% (ano base 2007), incentivando a busca ativa dos faltosos.	18%	16%	14%	12%
3. Aumentar, a partir de 2008, a cura entre os casos novos diagnosticados, evoluindo de 76% para 85% (ano base pactuação Pacto MS/2007).	76%	79%	81%	85%
4. Aumentar a proporção de contatos intradomiciliares examinados entre os casos novos diagnosticados de 51% para 59% (ano base 2007).	53%	55%	57%	59%
5. Avaliar os casos quanto ao grau de incapacidades físicas no diagnóstico anualmente em 92%.	92%	92%	92%	92%
6. Aumentar a proporção de casos curados com o grau de incapacidade física avaliado de 50% para 59% (Ano base 2007).	52%	54%	56%	59%
7. Diagnosticar anualmente, no mínimo, 90% dos casos novos esperados (ano base 2007).	90%	90%	90%	90%
8. Promover 9 seminários de atualização em áreas estratégicas, regionalizados, para profissionais da Atenção Primária (nível superior e médio) nas ações de controle da	-	3	3	3

Hanseníase, contemplando todos os municípios.				
9. Realizar 20 cursos, por ano, sobre as Ações de Controle da Hanseníase para profissionais das equipes de saúde da família, em parceria com o Setor de Educação Permanente em Saúde da SES, com carga horária mínima de 40h.	20	20	20	20
10. Realizar 30 cursos de baciloscopia em Hanseníase, para profissionais da rede laboratorial para as 11 GERES, em parceria com o Setor de Educação Permanente em Saúde da SES, com carga horária mínima de 40h.	-	10	10	10
11. Realizar 4 cursos, para profissionais do Sistema de Informação de Agravo e Notificação em Hanseníase das 11 GERES, em parceria com o Setor de Educação Permanente em Saúde da SES, com carga horária mínima de 40h.	1	1	1	1
12. Realizar 32 supervisões de vigilância epidemiológica, por ano, nos 32 municípios prioritários em hanseníase.	-	32	32	32
13. Realizar 4 monitoramentos, por ano, nas ações de vigilância epidemiológica do Programa de Hanseníase, através dos indicadores epidemiológicos, contemplando os 184 municípios de Pernambuco e mais o Distrito Estadual de Fernando de Noronha.	4	4	4	4
14. Promover 15 encontros anuais de				

educação continuada para os profissionais da atenção primária envolvidos nas ações de controle da hanseníase, contemplando os municípios prioritários.	15	15	15	15
15. Realizar anualmente 2 campanhas informativas sobre os sinais e sintomas da Hanseníase no Estado, incluindo os meios de transporte e o incentivo à realização de atividades educativas (peças, teatrais, oficinas) nos equipamentos sociais das comunidades (escolas, igrejas, associações, etc).	-	2	2	2
16. Implantar 1 serviço de referência estadual em oftalmologia para atender aos portadores de Hanseníase com complicações da doença;	-	1	-	-
17. Assegurar a distribuição aos pacientes acometidos pela hanseníase de 2.000 órteses simples para melhoria funcional dos pés e mãos com incapacidades e/ou sequelas em decorrência da doença.	500	500	500	500
18. Cadastrar na SES e habilitar a oficina de produção de órteses e adaptações de calçados do Hospital da Mirueira para melhoria funcional das pessoas com incapacidades físicas e ou sequelas.	-	1	-	-
19. Realizar 15 eventos de mutirões (campanhas), em todo o Estado, sob a gerência e monitoramento da Coordenação Estadual de Prevenção em	-	5	5	5

Hanseníase, para busca ativa das pessoas com sinais e sintomas sugestivos da doença, em áreas cobertas pela Estratégia de Saúde da Família.				
20. Garantir a aquisição/dispensação dos medicamentos para tratamentos das reações hansenícas (cortecosteróides) pelo Estado e pelos Municípios em situação de carência no fornecimento desse insumo pelo Ministério da Saúde.	-	100%	100%	100%
21. Implantar, nas 11 GERES, Centros de Referências, com equipe multiprofissional para atendimento das pessoas atingidas pela Hanseníase e outras patologias.	-	3	4	4
22. Articular com as 185 Secretarias Municipais de Saúde e Assistência Social para garantir os benefícios sociais que possibilitem a continuidade do tratamento dos pacientes (transporte, cesta básica e outros).	-	185	185	185
23. Elaborar e implantar protocolo de normas e rotinas de promoção, prevenção, assistência, reabilitação e monitorização da Hanseníase, junto aos conselhos de classe.	-	1	-	-
24. Padronizar os procedimentos e medicamentos utilizados nos ferimentos das pessoas atingidas pela Hanseníase.	-	1	1	-
25. Realizar 8 cursos de capacitação/atualização, em prevenção da Hanseníase, em parceria com o Setor de	-	4	4	-

Educação Permanente em Saúde da SES, com carga horária mínima de 40h.				
---	--	--	--	--

e) Tuberculose

Objetivo: Integrar as ações do Programa de Controle da Tuberculose aos eixos prioritários das Políticas de Saúde do Estado de Pernambuco, visando reduzir a morbimortalidade e a transmissão desse agravo nos 184 municípios de Pernambuco e mais o Distrito Estadual de Fernando de Noronha.

Diretrizes: Promoção do diagnóstico precoce, do tratamento, do controle e da cura da Tuberculose, buscando o controle da doença com a interrupção da sua transmissão e a consequente diminuição dos riscos de adoecer e morrer em decorrência dela.

Metas	2008	2009	2010	2011
1. Realizar seminários anuais de atualização da tuberculose visando articulação permanente com a Atenção Básica nos Municípios envolvidos no Programa Chapéu de Palha.	3	4	4	4
2. Implementar o Programa de Controle da Tuberculose - PCT em 5 municípios do Estado, visando atingir 100% dos municípios no período de quatro anos.	1	1	1	2
3. Implantar o PCT em 17 Unidades Prisionais, visando atingir 100% das unidades.	1	6	6	4
4. Capacitar 50% dos profissionais de				

saúde dos 30 municípios (prioritários) nas ações de controle da Tuberculose, com ênfase na abordagem para solicitação do teste HIV, busca de sintomáticos respiratórios, DOTs e co-infecção ao HIV para pacientes portadores de Tuberculose.	-	10%	20%	20%
5. Implantar/implementar Centros de Referência Regionais com equipes multiprofissionais para o atendimento das complicações de Tuberculose nas ações do Programa de Controle da Tuberculose em 100% das 11 GERES, de forma integrada com outras áreas da Gerência de Controle de Micro Bactéria.	1	3	3	4
6. Capacitar/atualizar, o profissional de saúde nas ações de controle da tuberculose para o atendimento junto a populações de rua, assentados, indígenas e quilombolas, nas 11 GERES, em parceria com o Setor de Educação Permanente em Saúde da SES, com carga horária mínima de 40h.	2	3	3	3
7. Realizar 4 inquéritos tuberculínicos em Instituições de longa permanência, com a finalidade de detectar a infecção tuberculosa.	1	1	1	1
8. Aumentar o percentual de cura em pelo menos 2% a cada ano atingindo 81% no ano de 2011.	73%	75%	79%	81%
9. Realizar 2 campanhas/ano de				

divulgação dos sinais e sintomas da tuberculose nos meios de comunicação.	1	2	2	2
10. Reformar as instalações físicas do ambulatório de TBMDR do Hospital Geral Otávio de Freitas no tocante às condições de biossegurança.	-	100%	-	-
11. Adquirir e disponibilizar os equipamentos para a realização de cultura rápida de BAAR no LACEN.	-	100%	-	-
12. Descentralizar a realização de exames de cultura de BAAR para os laboratórios das IV, VI, VIII e IX GERES.	-	4	-	-
13. Ampliar em 100% o numero de leitos no HGOF destinado aos pacientes portadores de tuberculose multirresistente.	-	100%	-	-

6.1.2 Organização das Ações e Serviços de Saúde

6.1.2.1 Fortalecimento da Atenção Básica

Objetivo: Propor, coordenar, qualificar e supervisionar, no âmbito estadual, a execução da Política de Atenção Primária em Saúde, através da Estratégia de Saúde da Família, pautada no modelo de atenção da vigilância à saúde, priorizando grupos populacionais vivendo em condições precárias de vida, agravos e ciclos de vida, na perspectiva da promoção, prevenção e assistência à saúde, bem como executar, em caráter suplementar, ações de saúde articuladas com os Municípios, Regionais de Saúde e outras Secretarias, no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS).

Diretrizes: Ampliação da cobertura da atenção básica através do Programa Saúde da Família; Construção do plano diretor da rede de atenção primária para municípios prioritários; Qualificação da estratégia saúde da família através da implantação de plano de educação permanente para profissionais da rede de atenção primária e incorporação de tecnologias na prática das equipes (genoma, escala de risco, protocolos) e estruturação das USFs e UBSs para atendimento de pequenas urgências clínicas.

Metas	2008	2009	2010	2011
1. Adequar a estrutura física, equipamentos, insumos e os procedimentos em 300 Unidades de Saúde da Família - USF e atendimento de pequenas urgências em 50 Unidades Básicas de Saúde - UBS.	-	100 USF 10 UBS	150 USF 20 UBS	50 USF 20 UBS
2. Qualificar a estratégia saúde da família através de implantação de um plano de educação permanente para profissionais da rede de atenção primária.	1	-	-	-
3. Distribuir 180.000 cartilhas para equipes de saúde da família sobre protocolos e linhas de cuidado na área técnica de saúde da criança, idoso e endemias prevalentes.	-	60.000	60.000	60.000
4. Instituir para equipes de saúde da família, protocolos de normas e rotinas de cuidados na área técnica de saúde da criança, idoso e endemias prevalentes.	1	-	-	-
5. Realizar estudo da rede de atenção primária (Equipes de Saúde	-	600	500	600

da Família), para definir seu desenho e implantar um Plano Diretor em municípios prioritários.				
6. Implantar 450 Unidades Básicas de Saúde em municípios prioritários.	90	120	120	120
7. Implantar na SES, em parceria com o movimento LGBT, uma coordenação para tratar de políticas dessa população.	-	1	-	-
8. Realizar capacitação/atualização, para profissionais de 772 equipes de saúde da família, para identificação precoce dos casos de violência contra as mulheres e LGBT, garantindo a assistência humanizada e a notificação compulsória, em parceria com o Setor de Educação Permanente em Saúde da SES, com carga horária mínima de 40h.	-	372	200	200
9. Sensibilizar e qualificar permanentemente, através de oficinas, trabalhadores de 944 equipes de saúde da família, para abordagem e assistência de profissionais do sexo, homossexuais masculinos e femininos.	-	372	372	200
10. Realizar a Conferência Estadual de Saúde da População LGBT, em parceria com o controle social.	-	1	-	-
11. Avaliar no mínimo 2 vezes por ano as equipes multiprofissionais dos PSFs, com ênfase nos ACS quanto a	-	2	2	2

sua conduta profissional.				
12. Implantar a Política Estadual de Oftalmologia.	-	1	-	-

6.1.2.2 Rede de Média e Alta Complexidade / Humanização da Rede Hospitalar

Objetivo: Estruturar a Rede de Assistência de Média e Alta Complexidade (ambulatorial e hospitalar), incluindo o atendimento às urgências e emergências, em conformidade com o Plano Diretor de Regionalização e a Programação Pactuada e Integrada, articulando os vários níveis da atenção, visando à equidade do acesso e a integralidade do atendimento.

Diretrizes: Estruturação da Atenção à Saúde em Média e Alta Complexidade perpassando pela adequação da estrutura física, humana e de equipamentos, como também pelo processo de trabalho e tecnologia da informação; Ordenamento do atendimento às urgências e emergências, garantindo acolhimento em primeira atenção qualificada e resolutiva; Implantação da Política Estadual de Urgência e Emergência e Reorganização da rede de referência e contra-referência.

Atenção Especializada em Alta Complexidade

Metas	2008	2009	2010	2011
1. Implantar uma rede de atenção especializada em Urologia no Estado de Pernambuco.	30%	30%	40%	-
2. Garantir a organização da rede pública para cirurgias pediátricas no Estado de Pernambuco	25%	50%	25%	-
3. Implantar uma rede de atenção especializada em Neurocirurgia no Estado de Pernambuco.	30%	30%	40%	-
4. Implementar a rede de atenção	69	105	71	-

especializada em Terapia Intensiva no Estado de Pernambuco, através da implantação de 245 leitos.				
5. Ampliar e manter a organização da rede de alto risco em obstetrícia e neonatologia dos serviços públicos no Estado de Pernambuco.	40%	30%	30%	-
6. Implantar o atendimento, com classificação de risco por cores, vigente hoje apenas no HAM, para todas as Unidades de Saúde do Estado.	-	2	2	4
7. Implantar e manter um serviço no HOF para distribuição de medicamentos a pacientes com Asma Brônquica, Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) e Hipertensão Arterial Pulmonar.	-	100%	100%	100%
8. Ampliar em 150 pacientes o Programa de Assistência Ventilatória não Invasiva na Clínica Pneumológica do HOF.	-	35%	35%	30%
9. Ampliar em pelo menos 39 pacientes o Programa de Assistência ao Paciente Portador de Bexiga Neurogênica da Clínica Urológica do HOF.	-	13	13	13
10. Criar 300 leitos no Hospital Otávio de Freitas.	-	100%	-	-
11. Estruturar os serviços hospitalares de alta complexidade oferecidos pelos seis grandes hospitais do Estado.	-	40%	30%	30%
12. Implantar o Projeto Tele Saúde em 10 hospitais públicos da rede da SES-PE: Hospital da Restauração, Hospital Agamenon Magalhães, Hospital Otávio de Freitas, Hospital Getúlio Vargas, Hospital	-	100%	-	-

Barão de Lucena, Hospital e Maternidade Jesus Nazareno, Hospital Regional do Agreste, Hospital Regional Ruy Barros Correia, Hospital Regional Fernando Bezerra, Hospital Regional Prof. Agamenon Magalhães.				
13. Implantar o Projeto Tele Saúde em 15 hospitais públicos da rede da SES-PE: Hospital Correia Picanço, Hospital Geral de Areias, Hospital Jaboatão Prazeres, Hospital Regional José Fernandes Salsa, Hospital Regional Dr. Silvio Magalhães, Hospital São Sebastião, Hospital Regional Dom Moura, Hospital Regional Inácio de Sá, Hospital Regional Emília Câmara, Hospital Regional Dom Malan, Hospital de Trauma, Hospital Belarmino Correia, Hospital João Murilo, Hospital São Lucas, Hospital de Itaparica.	-	50%	50%	-
14. Implantar e manter sistemática de monitoramento da produção, dos custos e da resolutividade do Projeto Teles saúde em hospitais públicos da rede da SES-PE.	100%	100%	100%	100%
15. Implementar uma rede de serviços em reabilitação no Estado.	-	40%	40%	20%
16. Adequação das Emergências adulto e pediátrica e Ambulatório do Hospital da Restauração.	-	30%	50%	20%
17. Implementar e acompanhar a Política Nacional de Humanização nas unidades do Estado, priorizando as grandes emergências e hospitais de médio porte da região metropolitana do Recife.	100%	100%	100%	100%

18. Discutir com Hospital das Clínicas as cirurgias de neovulplastia e o plano de feminilização dos transexuais para realização em Hospital Universitário do Estado.	-	1	-	-
19. Criar uma campanha de prevenção para acompanhar os travestis que usam silicone industrial e capacitar às equipes médicas para acompanhamento.	-	1	1	1
20. Incluir a Unidade de Queimados no Hospital Dom Helder Câmara.	-	-	1	-

Cardiovascular

Metas	2008	2009	2010	2011
21. Habilitar um Centro de Referência para Alta Complexidade em Cardiologia no Hospital Agamenon Magalhães.	50%	50%	-	-
22. Criar fluxo de acesso aos serviços de assistência cardiovascular, incluindo a baixa, média e alta complexidade.	50%	50%	-	-
23. Implantar 4 (quatro) novos serviços de cirurgia cardiovascular adulto, 3 (três) de cirurgia cardiovascular infantil, 3 (três) de cardiologia intervencionista e 6 (seis) de cirurgia vascular, conforme necessidade.	-	50%	25%	25%
24. Implantar em Caruaru 3 (três) novos serviços de cirurgia cardiovascular adulto, 2 (dois) de cirurgia cardiovascular infantil, de 2	-	50%	50%	-

(dois) cardiologia intervencionista e 4 (quatro) de cirurgia vascular.				
25. Implantar em Petrolina 1 (um) serviço de cirurgia cardiovascular infantil e 1 (um) serviço de cirurgia vascular.	-	50%	50%	-

Traumato-ortopedia

Metas	2008	2009	2010	2011
26. Criar fluxo de acesso aos serviços de traumato-ortopedia de baixa, média e alta complexidade.	30%	70%	-	-
27. Implantar 4 (quatro) novos serviços de urgência e emergência em traumato-ortopedia em Recife.	-	50%	25%	25%
28. Implantar 2 (dois) serviços de cirurgia ortopédica infantil no Recife, sendo 1 no HUOC.	-	50%	50%	-
29. Implantar 4 (quatro) novos serviços de subespecialidade em cirurgia de perna, tornozelo e pé, incluindo urgência e emergência no Recife.	-	50%	50%	-
30. Implantar 2 (dois) novos serviços de subespecialidade em cirurgia de coxa, joelho e perna, incluindo urgência e emergência no Recife.	-	50%	50%	-
31. Implantar 2 (dois) novos serviços de subespecialidade em cirurgia de cintura pélvica, quadril e coxa, incluindo urgência e emergência no Recife.	-	50%	50%	-

32.	Implantar 2 (dois) novos serviços de subespecialidade em cirurgia de antebraço, punho e mão, incluindo urgência e emergência no Recife.	-	50%	50%	-
33.	Implantar 3 (três) novos serviços de subespecialidade em cirurgia de cintura escapular, braço e cotovelo, incluindo urgência e emergência no Recife.	-	70%	30%	-
34.	Implantar 3 (três) novos serviços de subespecialidade em cirurgia de coluna vertebral, incluindo urgência e emergência no Recife.	-	70%	30%	-
35.	Implementar centros de referência em cirurgia traumato-ortopédica .	-	100%	100%	100%
36.	Implantar 2 (dois) novos serviços de urgência e emergência em traumato-ortopedia no município de Caruaru.	50%	50%	-	-
37.	Implantar 2 (dois) novos serviços de cirurgia ortopédica infantil em Caruaru.	-	50%	50%	-
38.	Implantar 2 (dois) novos serviços de subespecialidade em cirurgia de perna, tornozelo e pé, incluindo urgência e emergência em Caruaru.	-	50%	50%	-
39.	Implantar 2 (dois) novos serviços de subespecialidade em cirurgia de coxa, joelho e perna, incluindo urgência e emergência em Caruaru.	50%	50%	-	-
40.	Implantar 2 (dois) novos serviços de subespecialidade em cirurgia de	50%	50%	-	-

cintura pélvica, quadril e coxa, incluindo urgência e emergência em Caruaru.				
41. Implantar 2 (dois) novos serviços de subespecialidade em cirurgia de antebraço, punho e mão, incluindo urgência e emergência em Caruaru.	-	-	50%	50%
42. Implantar 2 (dois) novos serviços de subespecialidade em cirurgia de cintura escapular, braço e cotovelo, incluindo urgência e emergência em Caruaru.	50%	50%	-	-
43. Implantar 2 (dois) novos serviços de subespecialidade em cirurgia de coluna vertebral, incluindo urgência e emergência em Caruaru.	-	-	50%	50%
44. Implantar 1 (um) novo serviço de urgência e emergência em Traumatologia em Petrolina.	-	100%	-	-
45. Implantar 1 (um) novo serviço de cirurgia ortopédica infantil em Petrolina.	-	100%	-	-
46. Implantar 1 (um) novo serviço de subespecialidade em cirurgia de coxa, joelho e perna, incluindo urgência e emergência em Petrolina.	-	-	100%	-
47. Implantar 1 (um) novo serviço de subespecialidade em cirurgia de cintura pélvica, quadril e coxa, incluindo urgência e emergência em Petrolina.	-	-	100%	-
48. Implantar 1 (um) novo serviço de subespecialidade em cirurgia de coxa,	-	100%	-	-

joelho e perna, incluindo urgência e emergência em Petrolina.				
49. Implantar 1 (um) novo serviço de subespecialidade em cirurgia de antebraço, punho e mão, incluindo urgência e emergência em Petrolina.	-	-	100%	-
50. Implantar 1 (um) novo serviço de subespecialidade em cirurgia de cintura escapular, braço e cotovelo, incluindo urgência e emergência em Petrolina.	-	-	100%	-
51. Implantar 1 (um) novo serviço de subespecialidade em cirurgia de coluna vertebral, incluindo urgência e emergência em Petrolina.	-	100%	-	-

Nefrologia

Metas	2008	2009	2010	2011
52. Criar fluxo de acesso aos serviços de nefrologia, incluindo a baixa, média e alta complexidade, de acordo com o Plano Diretor de Regionalização - PDR.	-	-	50%	50%
53. Implantar sistemática de capacitação de médicos clínicos nos grandes hospitais na identificação do paciente potencialmente portador de doença renal crônica, incentivando o tratamento conservador.	-	40%	40%	20%
54. Organizar a atenção especializada em urgências dialíticas no estado de Pernambuco nas	100%	-	-	-

grandes emergências (HOF, HR, HGV, HAM, Hospital Correia Picanço e Geral de Areias).				
55. Implantar a rede de referência ambulatorial em Nefrologia no Estado, de acordo com o PDR.	-	50%	50%	-
56. Fortalecer o setor de Nefrologia do Hospital Barão de Lucena.	50%	50%	-	-
57. Criar a residência médica em Nefrologia.	-	100%	-	-

Oncologia

Metas	2008	2009	2010	2011
58. Criar fluxo de acesso aos serviços de Oncologia, incluindo a baixa, média e alta complexidade.	-	50%	50%	-
59. Implantar uma Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia - UNACON na macrorregião Caruaru.	-	50%	50%	-
60. Implantar uma Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia - UNACON na macrorregião Petrolina.	-	50%	50%	-
61. Pactuar fluxo de acesso para tratamento de Radioterapia e Quimioterapia no Estado.	-	50%	50%	-

Equipagem da Rede Estadual

Metas	2008	2009	2010	2011
62. Equipar os 6 grandes hospitais públicos do Estado.	100%	-	-	-

63.	Reequipar os 6 grandes hospitais do Estado, apresentando o balanço patrimonial	-	100%	100%	100%
64.	Equipar os 300 novos leitos e o Bloco cirúrgico do HOF.	-	100%	-	-
65.	Equipar os Hospitais de média complexidade em 100%		25%	25%	50%

Política Estadual de Urgência e Emergência

Metas	2008	2009	2010	2011
66. Implantar o Sistema de Atendimento ao Paciente – SAPE com todos os módulos, em onze hospitais do Estado (HBL, Arcoverde, Afogados da Ingazeira, Caruaru, Garanhuns, Goiana, Limoeiro, Ouricuri, Palmares, Serra Talhada, Vitória de Santo Antão) e implantar o módulo de emergência em quatro hospitais (HAM, HGV, HR E HGOF).	-	40%	30%	30%
67. Implementar um Comitê de Urgência e Emergência na Macrorregional Recife e implantar dois Comitês de Urgência e Emergência nas Macrorregionais Caruaru e Petrolina.	100%	-	-	-
68. Implantar o Comitê Estadual de Urgência e Emergência .	-	1	-	-
69. Criar Plano de Acidentes com Múltiplas Vítimas e Produtos Perigosos.	-	100%	-	-

70. Implantar 29 Unidades de Pronto Atendimento em Saúde – UPAS, sendo 13 na RMR e 16 no interior do Estado, sendo o local definido pelo município contemplado.	-	21	8	-
71. Habilitar os municípios de Olinda, Recife, Cabo de Santo Agostinho, Camaragibe, Jaboatão dos Guararapes, Abreu e Lima e São Lourenço, no Programa de Fortalecimento da Urgência e Emergência.	2	2	2	1
72. Pactuar com os municípios que dispõem do SAMU, a estruturação dos serviços para o acolhimento das urgências de baixa e média complexidades.	15%	100%	100%	100%
73. Implantar o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU (base descentralizada) em todas as 11 GERES do Estado.	-	3	4	4
74. Classificar todos os acidentes conforme protocolo SINAN-NET em todas as unidades de saúde do Estado.		40%	60%	100%
75. Implementar o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU Aéreo em parceria com a Polícia Rodoviária Federal - PRF. (intersectorialidade)	100%	100%	100%	100%
76. Implementar a sistemática de educação permanente do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência –	-	100%	100%	100%

SAMU.				
77. Implantar 50 leitos de Assistência Domiciliar no HAM.	-	-	-	50
78. Implementar o serviço de regulação do SAMU nas macrorregionais do Estado, visando à diminuição do tempo resposta.	-	100%	100%	100%
79. Estruturar os Hospitais de Pequeno Porte (HPP) nos municípios que se adequem aos parâmetros da Portaria que cria a política de HPP.	-		50%	50%
80. Incentivar/articular os municípios para implantação de HPP em consonância com o Plano Diretor de Regionalização - PDR e Plano Diretor de Investimento- PDI.	-	20%	30%	50%
81. Capacitar/atualizar, as equipes do SAMU para atendimentos aos pacientes com transtornos mentais e emergências cardiovasculares, em parceria com o Setor de Educação Permanente em Saúde da SES, com carga horária mínima de 40h.	-	100%	100%	100%
82. Adquirir 100 macas reservas para todas as emergências do Estado.	-	-	100	-
83. Construir Helipontos: 1 no Recife, 2 na Região Metropolitana do Recife (norte e sul)	-	50%	50%	-

Assistência Domiciliar

	2008	2009	2010	2011
Metas				
84. Implantar 300 leitos domiciliares	-	-	150	150

em todo o Estado, garantindo a assistência necessária.				
--	--	--	--	--

6.1.2.3 Assistência Farmacêutica

Objetivo: Implantar a nova Política de Assistência Farmacêutica, garantindo o acesso racional e humanizado da população aos medicamentos básicos, estratégicos, de média e alta complexidade, visando promoção à saúde, compreendendo a prevenção, recuperação e tratamento de doenças e a redução de danos.

Diretrizes: Revisão do processo de abastecimento de medicamentos às unidades de dispensação para estabelecimento de dinâmica ágil e eficiente; Empreendimento de ações junto às Secretarias de Saúde dos Municípios e Hospitais, em busca da estruturação dos serviços de assistência farmacêutica para sua melhor operacionalização; Orientação, atualização e capacitação de profissionais de saúde e usuários quanto à utilização racional e humanizada dos medicamentos e produtos farmacêuticos para garantia do acesso; Normatização do uso de medicamentos, a partir de sua seleção, padronização e protocolização nos diversos níveis de atenção à saúde, estimulando e orientando quanto à implantação de Comitês de Farmácia e Terapêutica e estabelecimento das Relações de Medicamentos Essenciais; Monitoramento e avaliação das ações de assistência farmacêutica nas Farmácias de Pernambuco, Hospitais e Unidades Municipais e Estímulo à participação social para discussão e avaliação das ações desenvolvidas pela Assistência Farmacêutica.

Metas	2008	2009	2010	2011
1. Reestruturar o modelo organizacional da Gerência de Assistência Farmacêutica para operacionalização com agilidade e eficiência das suas atribuições.	80%	20%	-	-
2. Definir, atualizar, monitorar e avaliar o	100%	100%	100%	100%

planejamento dos medicamentos a serem adquiridos, considerando a necessidade e comprometimento orçamentário.				
3. Elaborar e implementar o programa Medicamentos para Todos nos 184 municípios de Pernambuco e mais o Distrito Estadual de Fernando de Noronha.	-	45	60	80
4. Monitorar e avaliar o Programa de Incentivo à Assistência Farmacêutica Básica, definido no Termo de Adesão, conforme Resolução CIB-PE 1.197/2007.	-	100%	100%	100%
5. Implantar 8 unidades da Farmácia de Pernambuco para dispensação de medicamentos excepcionais e especiais, contemplando uma em cada GERES (3 GERES já foram contempladas).	1	2	2	3
6. Ampliar a capacidade de atuação do Serviço Farmacêutico de Atendimento Domiciliar – SFAD, passando a contemplar 5.000 pacientes, aumentando a cobertura em 100%.	1.000	2.000	2.000	-
7. Implantar o Serviço Farmacêutico de Atendimento Itinerante – SFAI contemplando 3.000 pacientes nos serviços de terapia renal substitutiva e hospitais.	1.500	1.500	-	-
8. Reduzir a demanda reprimida de pacientes, aumentando a cobertura	18.000	22.000	27.000	30.000

em 100%, passando dos atuais 15.000 para 30.000 usuários, em medicamentos excepcionais e especiais.				
9. Dispensar medicamentos especiais e excepcionais a 100% dos pacientes cadastrados.	80%	85%	90%	100%
10. Implementar e operacionalizar a Coordenação Estadual de Farmácia e Terapêutica – CEFT.	-	100%	100%	100%
11. Instituir 10 (dez) novos Comitês Técnicos Assessores em Farmácia e Terapêutica, que atuarão na seleção e normatização de medicamentos para compor a Relação Estadual de Medicamentos Essenciais.	4	2	2	2
12. Implantar e/ou atualizar 20 (vinte) Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas e/ou Normas Técnicas.	5	5	5	5
13. Elaborar, publicar e atualizar a Relação Estadual de Medicamentos Essenciais.	-	100%	100%	100%
14. Realizar 4 Encontros Pernambucanos de Assistência Farmacêutica.	1	1	1	1
15. Realizar 11 oficinas de capacitação/atualização, uma em cada GERES, para implantação e/ou implementação das estruturas de assistência farmacêutica, compreendendo as centrais de abastecimento e unidades de dispensação conforme normas legais vigentes, em parceria com o Setor de	-	4	4	3

Educação Permanente em Saúde da SES, com carga horária mínima de 40h.				
16. Realizar programa de educação continuada para 50 profissionais que atuam na dispensação de medicamentos excepcionais.	100%	100%	100%	100%
17. Realizar 2 oficinas para farmacêuticos dos 184 municípios de Pernambuco e mais o Distrito Estadual de Fernando de Noronha, para orientá-los, na construção dos Planos Municipais de Assistência Farmacêutica.	1	1	-	-
18. Realizar capacitação/atualização, para 150 profissionais que atuam em centrais de abastecimento, em parceria com o Setor de Educação Permanente em Saúde da SES, com carga horária mínima de 40h.	-	50	50	50
19. Realizar 200 supervisões para identificação “ <i>in loco</i> ” da estrutura e operacionalização das ações de assistência farmacêutica na atenção básica, Farmácias de Pernambuco e hospitais, com apoio das GERES e outras Gerências da SES.	30	50	60	60
20. Realizar 12 reuniões com representantes das entidades de usuários para avaliar as ações desenvolvidas.	3	3	3	3
21. Realizar 3 Encontros de Usuários de Medicamentos Excepcionais e Especiais para integração com	-	1	1	1

unidades de referência e dispensação.				
22. Implantar a Política Estadual em Fitoterapia e Homeopatia.	-	100%	100%	100%
23. Implantar serviços de assistência farmacêutica para os pacientes atendidos nos ambulatórios de média e alta complexidade.	-	25%	25%	100%
24. Implantar assistência farmacêutica para o tratamento dos pacientes de alta hospitalar nas emergências.	-	25%	25%	100%
25. Elaborar e distribuir cartilhas educativas sobre orientação do manuseio, distribuição e uso racional do medicamento em todo o Estado.	-	100%	-	-

6.1.2.4 Central de Transplantes

Objetivo: Aumentar a doação de órgãos e tecidos no Estado de Pernambuco, visando reduzir as listas de espera e, conseqüentemente, o tempo para realização de transplantes.

Diretrizes: A Central de Transplantes de Pernambuco visa o crescimento nas doações de órgãos e tecidos mediante a descentralização de ações, divulgação de material explicativo, capacitação de pessoal e implementação do gerenciamento de acesso e da qualidade dos procedimentos, com vistas à eliminação/redução das listas de espera e melhoria da assistência na rede.

Metas	2008	2009	2010	2011
1. Realizar 2 (duas) campanhas/ano para sensibilizar a sociedade em geral (capital e interior), para a	2	2	2	2

importância da doação de órgãos.				
2. Promover 6 oficinas/ano de Capacitação/atualização e sensibilização, para profissionais de saúde das UTI's e emergências dos Hospitais da Restauração, Getúlio Vargas, Agamenon Magalhães, Otávio de Freitas, Regional do Agreste (Caruaru), Dom Malan (Petrolina), em parceria com o Setor de Educação Permanente em Saúde da SES, com carga horária mínima de 40h.	6	6	6	6
3. Implementar as CIHDOTTs através da realização de 2 cursos/ano para formação de coordenadores intra-hospitalares de transplante.	2	2	2	2
4. Instituir 8 (oito) novas CIHDOTTs em todo Estado.	2	2	2	2
5. Readequar a área física e equipagem da Sede da Central de Transplantes.	-	50%	50%	-
6. Realizar Capacitação/atualização para os profissionais da Central de Transplantes através 2 oficinas por ano, composta por 10 módulos cada, em parceria com o Setor de Educação Permanente em Saúde da SES, com carga horária mínima de 40h.	2	2	2	2
7. Implementar o processo de diagnóstico de Morte Encefálica (ME) em Recife através da contratação de mais 1 serviço especializado em	1	-	-	-

diagnóstico complementar de ME.				
8. Descentralizar o processo de diagnóstico complementar de ME, prioritariamente para Caruaru e Petrolina.	-	1	1	-
9. Descentralizar a realização dos exames sorológicos próprios do transplante, para as cidades de Caruaru e Petrolina.	-	1	1	-
10. Acompanhar a sobrevida do enxerto e do transplantado de 50% dos transplantes de órgãos sólidos no ano.	50%	50%	50%	50%
11. Acompanhar a sobrevida de dos transplantados de medula óssea residentes em Pernambuco.	20%	100%	100%	100%
12. Acompanhar todos os retransplantes de córnea (falência primária do enxerto).	100%	100%	100%	100%

6.1.2.5 Laboratório Central de Saúde Pública de Pernambuco Dr. Milton Bezerra Sobral – LACEN

Objetivo: Oferecer serviços de qualidade, com foco na população e nos diagnósticos dos agravos de importância em Saúde Pública para promoção, prevenção e recuperação da saúde, em consonância com as ações prioritárias de assistência e vigilância à saúde, no âmbito do SUS.

Diretrizes: Reestruturação do LACEN no âmbito administrativo, organizacional, político e financeiro para manter as referências estadual, regional e nacional, atendendo às Portarias Ministeriais, bem como às recomendações do Tribunal de Contas do Estado, visando ao seu aperfeiçoamento e desenvolvimento tecnológico,

aprimorando sua contribuição na melhoria da saúde do homem e do seu ambiente. Acompanhamento técnico–científico, junto a Engenharia, na construção do NOVO LACEN. Fortalecimento da Rede Estadual de Laboratórios para atender as metas pactuadas no processo de modernização e descentralização das ações e serviços do LACEN de acordo com o que preconiza o SUS.

Metas	2008	2009	2010	2011
1. Realizar 4 Fóruns de Planejamento e Avaliação da Rede de Laboratórios Estadual, em parceria com Ministério da Saúde.	1	1	1	1
2. Acompanhar técnico-cientificamente a construção do NOVO LACEN, junto à Engenharia.	-	100%	100%	100%
3. Estruturar e implantar novo modelo Organizacional do LACEN, em atendimento às Portarias Ministeriais.	1	1	-	-
4. Efetivar o LACEN como Unidade Gestora, atendendo recomendação do Tribunal de Contas do Estado/2007.	-	100%	-	-
5. Ampliar em 30% o quadro de servidores do LACEN, com a contratação de funcionários através de concurso público, respeitando o Regime Jurídico Único.	-	100%	-	-
6. Implantar a gratificação de incentivo como Laboratório de Referência para todos os profissionais e trabalhadores do LACEN, atendendo recomendação do Tribunal de Contas do Estado, conforme critério pré-estabelecido.	-	1	-	-

7. Fortalecer o NEPEL (Núcleo de Estudo e Pesquisa do LACEN) ampliando em 70% sua capacidade resolutiva através da celebração de convênios, <i>workshops</i> e outros.	30%	40%	-	-
8. Realizar, em parceria com a Escola Técnica de Saúde Pública de Pernambuco – ETESP, cursos para formação de citotécnicos e análises clínicas para habilitação de servidores de nível médio da rede.	-	1	1	-
9. Implantar um sistema de classificação para os laboratórios da Rede Estadual e Municipal por porte e nível, em atendimento ao Sistema de Gestão da Qualidade, conforme Portarias Ministeriais.	25%	25%	25%	25%
10. Implantar em Salgueiro (RD 4) e em Caruaru (RD 8) os diagnósticos bacteriológicos de média complexidade.	-	1	1	-
11. Implementar o Sistema de Gestão da Qualidade e Biossegurança na rede de laboratórios estadual e municipal, atingindo 100% até 2010.	30%	35%	35%	-
12. Realizar Fórum Norte e Nordeste dos LACEN, em parceria com o Ministério da Saúde.	1	-	-	-
13. Aumentar em 50% a capacidade de resolutividade do LACEN, em cumprimento às Portarias Ministeriais, para manter as referências Macrorregional e Nacional.	-	25%	25%	-

14. Ampliar o Programa de triagem neonatal em 40 %, para atingir 100% de cobertura no Estado .	10%	15%	15%	-
15. Descentralizar para 40% dos Municípios o diagnóstico do câncer cérvico-uterino.	10%	20%	10%	-
16. Descentralizar para os 10 laboratórios regionais o controle da qualidade microbiológico da água para consumo humano.	1	5	4	-
17. Descentralizar para as 10 GERES a sorologia de HIV e o teste de VDRL para Sífilis, em gestantes do Programa Mãe Coruja Pernambucana.	2	4	4	-
18. Implantar no LACEN técnicas para detecção e identificação das cianotoxinas para o controle sanitário da água de hemodiálise.	-	100%	-	-
19. Implantar no LACEN o diagnóstico molecular para 7 agravos (Meningites, Hanseníase, Cholerae, Tuberculose, Hepatites virais, Leishmaniose e Clamidia).	-	3	2	2
20. Descentralizar, monitorar e avaliar o diagnóstico sorológico de HIV, Hepatites virais e Dengue para Caruaru (RD8), Camaragibe (RD12), Olinda (RD12), Ouricuri (RD3) e Petrolina (RD2), conforme pactuação na CIBE.	-	5	-	-
21. Integrar os sistemas de informação do LACEN às GERES, oferecendo maior resolutividade,	-	30%	30%	-

considerando os aspectos jurídicos e éticos, preservando o direito do cidadão.				
22. Descentralizar, monitorar e avaliar o diagnóstico parasitológico para Doença de Chagas aguda para Caruaru (RD8), Salgueiro (RD4), Petrolina (RD2) e Serra Talhada (RD5).	1	2	1	-
23. Descentralizar, monitorar e avaliar o diagnóstico de Leishmaniose visceral canina e humana para Caruaru (RD8), Ouricuri (RD3) e Petrolina (RD2).	2	1	-	-
24. Descentralizar, monitorar e avaliar o diagnóstico da Leishmaniose tegumentar americana para Palmares (RD10), Limoeiro (RD9), Caruaru (RD8), Ouricuri (RD3) e Serra Talhada (RD5).	1	2	2	-
25. Implantar novas técnicas para o controle sanitário e da qualidade dos alimentos, água e produtos para a saúde de acordo com a legislação vigente.	-	50%	50%	-
26. Adequar em 70% o Laboratório de Endemias (espaço físico e parque tecnológico), de acordo com a legislação vigente, para ampliação do diagnóstico de Dengue, Peste, Malaria entre outras.	-	25%	45%	-

27. Realizar Capacitação para 100% dos técnicos do LACEN com vistas à adequação das Normas e Padrões Nacional e Internacionais do Sistema da Qualidade, em parceria com o Setor de Educação Permanente em Saúde da SES, com carga horária mínima de 40h.	40%	30%	30%	-
28. Realizar exames de prevenção do câncer cérvico-uterino em 100% da demanda dos 52 municípios cadastrados no Programa Chapéu de Palha .	100%	100%	100%	100%
29. Adequar a Unidade de Micologia do LACEN para realização das pesquisas de fungos emergentes e de difícil identificação (<i>Aspergillus flavus</i> e <i>Penicillium citonigus</i>) e outros.	-	50%	50%	-
30. Adquirir kits para detecção de contaminação por benzeno.	-	-	100%	-
31. Adquirir kits para teste de HIV/AIDS e manter estoque compatível com a demanda.	-	100%	100%	100%
32. Realizar diagnóstico sorológico de peste de carnívoros.	-	100%	100%	100%
33. Descentralizar diagnóstico de leishmaniose visceral em cães para as 11 GERES.	-	5	4	2

6.1.2.6 Sangue e Hemoderivados / Fundação HEMOPE

Objetivo: Melhorar a satisfação dos clientes, fornecedores e funcionários, garantindo a oferta de serviços, o atendimento às demandas, o cumprimento dos compromissos e a melhoria de infra-estrutura de trabalho.

Diretrizes: Desenvolvimento com qualidade da assistência hematológica e hemoterápica, atividades de ensino e pesquisa com inovação tecnológica, modernização e eficiência da gestão pública.

Metas	2008	2009	2010	2011
1. Realizar 618.000 mil coletas em toda hemorrede estadual.	150.000	153.000	156.000	159.000
2. Realizar 226.000 atendimentos em serviços hemoterápicos para a população da II à XI GERES (166 Municípios).	55.000	56.000	57.000	58.000
3. Melhorar a estrutura física das 9 unidades municipais no interior do Estado.	1	2	3	3
4. Reativar o processo de coleta de sangue na 11ª Região de Saúde – Limoeiro.	-	-	1	-
5. Informatizar os 8 Hemocentros das seguintes GERES, respectivamente: VIII e V; III e XI; VII e IX; VI e II.	-	3	3	2
6. Implantar 4 Agências Transfusionais na I GERES: Goiana, Paulista e Vitória de Santo Antão e na VII GERES: <u>Belém do São Francisco</u> .	1	1	1	1
7. Aumentar em 20% a produção de	3 %	3 %	6%	8%

plaquetas que tem uma cobertura em torno de 65% da demanda total.				
8. Ampliar o atendimento hematológico ambulatorial em Caruaru, em 50%, a partir da oferta atual.	5%	5%	20%	20%
9. Ampliar o atendimento hematológico ambulatorial para 55% em Petrolina, a partir da oferta atual.	10%	15%	15%	15%
10. Realizar 61 transplantes de Medula Óssea.	1	20	20	20
11. Atender a 360.000 pacientes hematológicos (pacientes atendidos, mantendo a média na I GERES e aumentando na II à XI).	90000	90000	90000	90000
12. Retomar a produção de albumina humana em 50% ao ano, partindo dos 4.800 atuais.	4.800	7.200	10.800	16.200
13. Ampliar em 40% o número de atividades técnico-científicas (cursos, treinamentos e eventos).	10%	10%	10%	10%
14. Ampliar em 20% o número de publicações técnico-científicas e outros produtos.	5%	5%	5%	5%
15. Elaborar uma Proposta de Política Estadual para a Hematologia, envolvendo HEMOPE, SES, Municípios, Associações e Conselhos de Saúde.	-	1	-	-
16. Formalizar Contrato de Gestão com o Governo Estadual, pactuando as ações do Plano Estratégico Simplificado para o período de	-	1	-	-

2009/2011.				
17. Implantar a Comissão de Saúde do Trabalhador.	-	1	-	-
18. Elaborar em conjunto com a SES-PE o Plano Estadual de Hemoterapia. (Buscar fortalecimento dos Comitês Transfusoriais).	-	-	01	-
19. HLA (Laboratório de Histocompatibilidade), realizar 2.400 (dois mil e quatrocentos) testes.	-	800	800	800
20. Implantar o BSCUP (Banco Sangue de Cordão Umbilical Placentário) participando da Rede BRASILCORD, possibilitando o estoque de células tronco obtidas de cordão umbilical, e com isso facilitar o encontro de doadores compatíveis para realização de transplantes.	-	-	-	1
21. Aumentar a captação de doadores em 10% com objetivo de viabilizar ações de ampliação de oferta de hemocomponentes.	2%	2%	3%	3%
22. Realizar Fórum sobre os critérios de doação de sangue com representantes nacionais e locais.	-	1	-	-
23. Priorizar o atendimento aos pacientes de anemia falciforme e hemofilia, na rede de média e alta complexidade.	-	100%	100%	100%
24. Reestruturar a Unidade de	-	33	33	33

Transplantes de Medula Óssea do HEMOPE para a realização de 99 transplantes.				
25. Implantar a revisão do PCCV dos servidores da Fundação HEMOPE (Lei nº. 12.208/2002), com 2 salários mínimos na base inicial (nível elementar).	-	50%	50%	-
26. Realizar concurso público para preenchimento de todos os cargos da Fundação HEMOPE com carga horária de 40h semanais.	-	100%	-	-
27. Criar um plano de incentivo para aposentadoria dos servidores da Fundação HEMOPE sem perdas de benefícios já existentes.	-	50%	50%	-

6.2 CONDICIONANTES E DETERMINANTES

6.2.1 Ações Governamentais / Intersetorialidade

6.2.1.1 Programa Mãe Coruja Pernambucana

Objetivo: Garantir atenção integral às gestantes usuárias do Sistema Público de Saúde, bem como aos seus filhos e famílias, incentivando o fortalecimento dos vínculos afetivos e criando uma rede solidária para redução da mortalidade infantil e materna, além da melhoria de outros indicadores sociais, através de ações articuladas nos eixos da saúde, educação, desenvolvimento e assistência social.

Diretrizes: Implantação da Política de Direitos Reprodutivos; Implantação da Política de Atenção Integral à Saúde da Criança e da Mulher no Ciclo Gravídico Puerperal;

Redução do número de internações de crianças de 0 a 5 anos por doenças diarreicas, respiratórias e por acidentes; Mobilização de agentes sociais em defesa dos direitos de crianças e mulheres.

Metas	2008	2009	2010	2011
1. Implantar o Programa Mãe Coruja Pernambucana em 11 Regionais de Saúde.	2	9	-	-
2. Mobilizar e sensibilizar os gestores dos municípios e das 11 GERES para implantação do Programa Mãe Coruja Pernambucana.	2	9	-	-
3. Realizar capacitação/atualização, para técnicos das secretarias municipais e GERES no protocolo operacional do Programa Mãe Coruja em todo o Estado de Pernambuco, em parceria com o Setor de Educação Permanente em Saúde da SES, com carga horária mínima de 40h.	24	161	-	-
4. Estruturar os 185 Cantos Mãe Coruja.	24	161	-	-
5. Realizar seleção de profissionais de nível superior para atuarem nos Cantos Mãe Coruja para o desenvolvimento das ações do programa nos 184 municípios de Pernambuco e mais o Distrito Estadual de Fernando de Noronha.	24	161	-	-
6. Realizar seleção de profissionais de nível superior para atuarem na	2	9	-	-

Coordenação do Programa Mãe Coruja nas 11 GERES do Estado.				
7. Realizar capacitação/atualização para 370 profissionais dos Cantos Mãe Coruja, em parceria com o Setor de Educação Permanente em Saúde da SES, com carga horária mínima de 40h.	48	322	-	-
8. Implantar 11 Comitês Regionais do Programa Mãe Coruja Pernambucana.	2	9	-	-
9. Monitorar e Avaliar o Programa Mãe Coruja Pernambucana Através de:				
• 840 reuniões quinzenais do Comitê Regional	48	264	264	264
• 420 reuniões mensais com os profissionais do Canto	24	132	132	132
• 208 Reuniões semanais do Comitê de Assessoramento	52	52	52	52
10. Monitorar 100% das ações do Programa Mãe Coruja Pernambucana, mediante avaliação dos indicadores estaduais de cobertura e serviços de referência.	100%	100%	100%	100%
11. Monitorar 100% das crianças e gestantes cadastradas no Programa Mãe Coruja Pernambucana.	100%	100%	100%	100%
12. Capacitar/atualizar, profissionais da atenção básica (nível superior) em atenção integral à saúde da mulher (pré-natal, parto, puerpério e planejamento familiar).	100%	100%	100%	100%
13. Capacitar/atualizar, profissionais da				

atenção básica (nível superior) em atenção integral à saúde da criança (nascimento, crescimento, desenvolvimento e doenças prevalentes), em parceria com o Setor de Educação Permanente em Saúde da SES, com carga horária mínima de 40h.	100%	100%	100%	100%
14. Realizar 9 oficinas regionais para estruturar 19 comitês hospitalares, para investigar os óbitos ocorridos em menores de 1 ano por causas evitáveis.	-	5	4	-
15. Realizar 24 oficinas, nas 11 GERES, para implantar e/ou implementar Comitês Regionais e Municipais de Saúde para investigar os óbitos ocorridos em menores de 1 ano por causas evitáveis.	6	6	6	6
16. Implantar 6 postos e implementar o atendimento em 5 postos para registro civil de recém-nascidos no âmbito dos hospitais “Amigo da Criança” - IMIP, CISAM, Barão de Lucena, Agamenon Magalhães, Clínicas, Unidades Mistas Prof. Barros Lima e Bandeira Filho, Maternidade Prof. Arnaldo Marques, Regionais Jesus Nazareno, Dom Malan e Santa Maria.	5	5	1	-
17. Realizar capacitação/atualização, para profissionais da média e alta complexidade das Unidades de	1	2	2	1

referência ao Programa Mãe Coruja Pernambucana, em parceria com o Setor de Educação Permanente em Saúde da SES, com carga horária mínima de 40h.				
18. Cadastrar 100% das gestantes usuárias do SUS e seus filhos dentro do Programa Mãe Coruja Pernambucana.	100%	100%	100%	100%
19. Realizar 4 Seminários Estaduais para avaliar o Programa Mãe Coruja Pernambucana.	1	1	1	1

6.2.1.2 Programa Chapéu de Palha

Objetivo: Articular ações de promoção à saúde e prevenção de agravos que acometem os trabalhadores rurais da Zona da Mata, nos 52 municípios contemplados pelo Programa Chapéu de Palha.

Diretrizes: Coordenação, acompanhamento, monitoramento e avaliação das ações programadas por áreas estratégicas da Gerência de Atenção Primária

Metas	2008	2009	2010	2011
1. Realizar, no quadriênio, 196 reuniões de coordenação no âmbito da SES com as áreas técnicas que perpassam as ações de prevenção e assistência à saúde dos beneficiários cadastrados no Programa Chapéu de Palha.	28	56	56	56
2. Monitorar permanentemente as	100%	100%	100%	100%

metas a serem executadas por áreas técnicas da SES, através de instrumento de monitoramento específico (saúde da mulher, saúde da criança, saúde do jovem e adolescente, saúde mental, saúde bucal, programa nacional imunização, saúde do idoso, saúde da pessoa com deficiência, combate e tratamento da tuberculose, saúde do trabalhador, vigilância epidemiológica e ambiental, coordenação de prevenção e tratamento de DST/AIDS e atividades laboratoriais desenvolvidas pelo Laboratório Central – LACEN/PE).				
3. Acompanhar, no quadriênio, a realização de no mínimo 364 atividades de promoção e assistência nos 52 municípios do Chapéu de Palha.	52	104	104	104
4. Realizar anualmente 1 oficina de supervisão para avaliar sistematicamente os resultados obtidos por cada área técnica.	1	1	1	1
5. Divulgar para as 52 Secretarias de Saúde dos Municípios assistidos pelo Chapéu de Palha, 1 relatório anual com os dados/indicadores obtidos a partir das ações realizadas.	1	1	1	1

6.3 GESTÃO EM SAÚDE

6.3.1 Planejamento

6.3.1.1 Pacto pela Saúde

Objetivo: Formalizar a assunção das responsabilidades e atribuições inerentes à esfera municipal e estadual, na condução do processo de aprimoramento e consolidação do SUS.

Diretrizes: Coordenação, assessoramento e monitoramento do processo do Pacto pela Saúde do Estado e Municípios, de acordo com a Regionalização da Programação de Assistência.

Metas	2008	2009	2010	2011
1. Implantar as diretrizes operacionais do Pacto pela Saúde em 183 municípios do Estado de Pernambuco.	6	59	59	59
2. Formalizar o Pacto pela Saúde do Estado.	1	-	-	-
3. Formalizar o Pacto pela Saúde de 183 Municípios.	6	59	59	59
4. Acompanhar o Processo dos Indicadores de Monitoramento e Avaliação do Pacto pela Saúde de 184 municípios e do Distrito Estadual de Fernando de Noronha.	185	185	185	185
5. Acompanhar o processo dos Indicadores de Monitoramento e Avaliação do Pacto pela Saúde no Estado.	1	1	1	1

6. Acompanhar as metas programadas do Pacto pela Saúde do Estado.	1	1	1	1
7. Acompanhar as metas programadas do Pacto pela Saúde dos municípios.	6	59	59	59
8. Monitorar anualmente os instrumentos de gestão (Relatório Anual de Gestão e Plano de Saúde) de 126 municípios.	2	8	67	126

6.3.1.2 Programação Pactuada Integrada – PPI

Objetivo: Organizar a rede de serviços de saúde, dando transparência aos fluxos estabelecidos e definir, a partir de critérios e parâmetros pactuados, os limites financeiros destinados à assistência da população própria e das referências recebidas de outros municípios, buscando a equidade de acesso da população pernambucana às ações e serviços de saúde em todos os níveis de complexidade bem como fornecer subsídios para os processos de regulação do acesso.

Diretrizes: Integração do processo geral de planejamento em saúde do Estado e dos municípios, de forma ascendente, coerente com os Planos de Saúde em cada esfera de gestão; Definição das prioridades e dos modelos de atenção, com ênfase em redes hierarquizadas e integradas de saúde, a partir do diagnóstico dos principais problemas; Definição dos fluxos de usuários no sistema de saúde mantendo consonância com o processo de construção da regionalização, considerando inclusive, as regiões interestaduais e a conformação das redes regionalizadas e hierarquizadas de serviços.

Metas	2008	2009	2010	2011
1. Elaborar 1 estratégia de				

programação da assistência à saúde e programar/implantar a PPI no Estado de Pernambuco, em cooperação com os 184 municípios e o Distrito de Fernando de Noronha em consonância com o PDR e o PDI.	1	185	-	-
2. Avaliar semestralmente a execução da PPI, visando seu fortalecimento.	-	-	2	2
3. Garantir a atualização da PPI no máximo a cada trimestre.	-	4	4	4
4. Implementar o cartão SUS em todo Estado de Pernambuco para aperfeiçoar a PPI.	-	20%	60%	100%

6.3.1.3 PlanejaSUS

Objetivo: Coordenar o processo de implantação e implementação do Sistema de Planejamento do SUS - PlanejaSUS no âmbito do Estado de Pernambuco, levando em consideração as diversidades existentes, de modo a contribuir, de forma resolutiva e qualitativa com a gestão, nas suas ações e/ou nos serviços prestados.

Diretrizes: Sensibilização de técnicos das áreas estratégicas da SES (Nível Central e GERES) e outros parceiros; Capacitação de técnicos das áreas de planejamento do Estado, municípios, COSEMS, CES e Universidades; Divulgação sistemática do PlanejaSUS; Orientação e acompanhamento às áreas estratégicas da SES e aos municípios na elaboração dos instrumentos de gestão; Monitoramento e Avaliação dos instrumentos de gestão.

Metas	2008	2009	2010	2011
1. Realizar 2 cursos capacitação/atualização, para o Sistema de Planejamento do SUS – PlanejaSUS,	1	1	-	-

para 80 técnicos, em parceria com o Setor de Educação Permanente em Saúde da SES, com carga horária mínima de 40h.				
2. Realizar oficina de preparação da fase estadual de implantação do PlanejaSUS/PE para 40 agentes multiplicadores.	-	1	-	-
3. Realizar oficina de divulgação e sensibilização do PlanejaSUS/PE para as áreas técnicas da SES.	1	-	-	-
4. Realizar 3 Seminários Pernambucanos do PlanejaSUS para mobilização e definição de uma agenda estadual de ações com os municípios.	-	3	-	-
5. Realizar 3 cursos de capacitação/atualização, macrorregionais, para incorporação do Sistema de Planejamento do SUS – PlanejaSUS e seus Instrumentos Básicos, como ferramenta de gestão do SUS no âmbito do Estado, em parceria com o Setor de Educação Permanente em Saúde da SES, com carga horária mínima de 40h.	-	3	-	-
6. Estruturar salas de situação que viabilize o acompanhamento, monitoramento de avaliação das condições de planejamento no Estado (nível central e GERES).	-	1	5	6

6.3.1.4 Convênios / Orçamento

Objetivo: Nortear a programação, orçamentação e convênios de forma compatível com as metas estabelecidas, com os recursos orçamentários e dos convênios firmados junto ao Ministério da Saúde (MS) e outros órgãos financiadores das ações de saúde.

Diretrizes: Implementação das ações de programação, orçamentação e execução de convênios.

Metas	2008	2009	2010	2011
1. Promover e coordenar o processo de elaboração e viabilização técnica, financeira e institucional dos instrumentos legais de planejamento (Plano Plurianual, Orçamento e Relatório de Gestão e Programação Financeira).	100%	100%	100%	100%
2. Realizar oficinas com os gestores e técnicos para orientação da elaboração dos instrumentos legais do planejamento e de convênios.	2	2	2	2
3. Viabilizar a participação de técnicos em eventos, congressos, seminários e cursos.	6	6	6	6
4. Assessorar a Diretoria e demais Gestores da Secretaria na elaboração, formulação, revisão e ajustes, das programações financeiras, instrumentos legais e dos programas e projetos da Secretaria.	100%	100%	100%	100%
5. Assessorar a Elaboração de				

Projetos, Programas e Planos de Trabalho, objetivando a captação de recursos, junto às fontes financiadoras.	100%	100%	100%	100%
6. Acompanhamento e monitoramento da execução de convênios junto às coordenações específicas responsáveis.	100%	100%	100%	100%
7. Reestruturar o modelo organizacional, área física e equipagem.	100%	100%	100%	100%

6.3.2 Monitoramento e Avaliação da Atenção Primária

Objetivo: Desenvolver um sistema de monitoramento, supervisão integrada e avaliação das ações de saúde, visando à melhoria da qualidade da atenção primária prestada aos usuários do SUS e certificar as equipes de saúde da família para credenciamento e recebimento de incentivo financeiro fixado através da Portaria nº. 720 da SES – PE.

Diretrizes: Coleta e avaliação de dados em todas as Equipes de Saúde da Família; Certificação das equipes para credenciamento e recebimento de incentivo financeiro fixado através da Portaria nº. 720-SES e descentralização das ações de monitoramento e avaliação da atenção primária.

Metas	2008	2009	2010	2011
1. Supervisionar pelo menos 50% ao ano das equipes de saúde da família, com o objetivo de certificar no mínimo 40% das equipes supervisionadas.	50%	50%	50%	50%

2. Monitorar pelo menos 50% ao ano das equipes de saúde da família, após 01 ano de certificação, a fim de avaliar o cumprimento das metas da Portaria nº. 720 da SES, alcançando 100% das equipes certificadas até 2011.	-	50%	50%	100%
3. Monitorar e avaliar pelo menos 50% ao ano, das equipes de saúde da família.	50%	50%	50%	50%
4. Monitorar e avaliar 100% das denúncias recebidas.	100%	100%	100%	100%
5. Implantar Núcleo de Monitoramento e Avaliação da atenção primária nas 11 GERES.	-	11	-	-
6. Realizar 1 oficina por GERES de mobilização e informação para fins de divulgação dos instrumentos de certificação e repetir nos próximos três anos, caso identifique-se necessidade.	11	4	4	3
7. Monitorar a estratégia do NASF de acordo com a necessidade sanitária dos municípios.	-	100%	100%	100%
8. Incentivar os 184 municípios para implantação da estratégia NASF.	-	50%	50%	-

6.3.3 Regulação, Controle e Avaliação

Objetivo: Melhorar o acesso da população às clínicas especializadas através do fortalecimento e descentralização da regulação, controle e avaliação.

Diretrizes: Fortalecimento da descentralização do processo de controle e avaliação, bem como dos módulos de regulação da UTI, urgência e emergência, obstétrica e neonatal.

Metas	2008	2009	2010	2011
1. Elaborar diagnósticos da rede estadual de UTI, Materno-infantil e Urgência/Emergência.	1	1	-	-
2. Elaborar 1 Plano Estadual de Fortalecimento do Controle e Avaliação da Gestão Estadual do SUS em Pernambuco.	-	1	-	-
3. Implantar o Plano Estadual de Fortalecimento do Controle e Avaliação em pelo menos 75% das GERES.	-	25%	25%	25%
4. Elaborar 1 Plano de Regulação do Sistema Assistencial em Pernambuco adequado ao PDR.	-	1	-	-
5. Implantar o Plano Estadual de Regulação em pelo menos 75% das macro e microrregiões.	-	25%	25%	25%
6. Elaborar diagnóstico da rede estadual de laboratório e fisioterapia.	-	1	-	-

6.3.4 Componente Estadual do Sistema Nacional de Auditoria

Objetivo: Otimizar as ações de auditoria do SUS e apoiar tecnicamente aos Sistemas Municipais de Saúde.

Diretrizes: Fortalecimento do Componente Estadual do Sistema de Auditoria do SUS para, através de procedimentos analíticos e operativos, atuando de forma preventiva ou saneadora, assegurar a conformidade das ações e serviços de saúde às normas pertinentes, colaborando para a corporificação da tríade Universalidade, Igualdade e Integralidade que constitui os princípios basilares do Sistema Único de Saúde. Especificamente, em cumprimento ao DECRETO nº. 30.382/2007, do Governo do Estado, apreciação e julgamento de atos, despesas, investimentos e obrigações verificados no âmbito do SUS ou alcançados pelos recursos a ele vinculados ou que lhe devem prestar contas; acompanhamento e execução do desempenho de programas tanto em serviços quanto nos sistemas municipais; colaboração aos projetos e programas de melhoria de qualidade, avaliação em saúde e avaliação da satisfação do usuário quanto à qualidade do serviço ofertado.

Metas	2008	2009	2010	2011
1. Atender anualmente 100% das denúncias emanadas dos órgãos de controle do SUS.	100%	100%	100%	100%
2. Realizar, anualmente, auditorias de gestão em 40% dos municípios de Pernambuco.	25%	35%	35%	40%
3. Estruturar núcleos de auditoria na área de abrangência em 4 Gerências Regionais de Saúde.	1	1	1	1
4. Promover 4 cursos de capacitação/atualização, de auditores, direcionados para a clientela composta por integrantes das equipes de auditores da Secretaria Estadual de Saúde e Secretarias Municipais de Saúde, em parceria com o Setor de Educação Permanente em Saúde da SES, com carga horária mínima de	1	1	1	1

40h.				
5. Modernizar o ambiente trabalho da Gerência de Auditoria estadual mediante aquisição de mobiliário e veículos automotores.	1	-	-	-
6. Realizar diagnóstico para dimensionar o quadro de auditores do Componente Estadual do Sistema Nacional de Auditoria do SUS.	1	-	-	-
7. Ampliar em 60% o quadro de auditores através de concurso público.	-	60%	-	-
8. Enviar relatórios de auditoria para os conselhos municipais de saúde dos municípios auditados.	-	100%	100%	100%

6.3.5 Descentralização e Regionalização

6.3.5.1 Fortalecimento das GERES

Objetivo: Contribuir no processo de descentralização e regionalização da saúde, através das GERES, apoiando e monitorando os municípios na execução das ações de saúde.

Diretrizes: Fortalecimento da estrutura física, operacional e organizacional das GERES com ênfase ao acompanhamento e desenvolvimento das políticas de saúde de forma descentralizada.

Metas	2008	2009	2010	2011
1. Monitorar anualmente os indicadores de saúde das 11 GERES.	11	11	11	11
2. Supervisionar, monitorar e avaliar				

2 vezes por ano as ações de saúde desenvolvidas pelas 11 GERES.	22	22	22	22
3. Implantar os 11 Planos de Ações elaborados pelas GERES em parceria com o INDG e acompanhar 100% desses Planos de Ações.	100%	100%	100%	100%
4. Construir 1 diagnóstico detalhado acerca das necessidades das 11 GERES quanto à aquisição de equipamentos, para fins de expansão.	2	3	3	3
5. Construir 1 diagnóstico detalhado acerca do quadro de recursos humanos das 11 GERES para fins de expansão.	1	-	-	-

6.3.5.2 Fortalecimento dos Hospitais Regionais.

Objetivo: Melhorar a assistência prestada aos usuários do SUS, através da organização da rede assistencial, incluindo o atendimento de urgência e emergência em conformidade com o Plano Diretor de Regionalização e Programação Pactuada e Integrada, visando à equidade do acesso e a integralidade do atendimento em saúde.

Diretrizes: Reestruturação dos hospitais regionais e definição de seus perfis; reorganização da rede assistencial e avaliação de desempenho dos hospitais regionais.

Metas	2008	2009	2010	2011
1. Monitorar anualmente os indicadores de média e alta complexidade dos 8 hospitais	9	9	9	9

regionais e 1 hospital de referência obstétrica da macrorregião Caruaru.				
2. Realizar 2 supervisões/ano dos serviços nos 8 hospitais regionais e 1 hospital de referência obstétrica da macrorregião Caruaru.	18	18	18	18
3. Adquirir equipamentos para os 8 hospitais regionais e 1 hospital de referência obstétrica da macrorregião Caruaru para o pleno funcionamento dentro do modelo público de gestão.	2	3	2	2
4. Construir 1 diagnóstico detalhado acerca do quadro de recursos humanos dos 8 hospitais regionais para fins de expansão.	1	-	-	-
5. Transformar em unidades orçamentária os 8 hospitais regionais e 1 hospital de referência obstétrica da macro região Caruaru, em parceria com áreas técnicas afins das SES/PE, garantindo o modelo público de gestão.	-	-	4	5
6. Adquirir equipamentos para os 8 hospitais de pequeno porte ligados a I GERES, para o pleno funcionamento, dentro do modelo público de gestão.	2	2	2	2
7. Construir 1 diagnóstico detalhado acerca do quadro de recursos humanos dos 8 hospitais de pequeno porte ligados a I GERES, para fins de expansão.	1	-	-	-

6.3.5.3 Plano Diretor de Regionalização – PDR

Objetivo: Identificar e reconhecer as regiões de saúde, em suas diferentes formas, visando expressar um desenho final, com a finalidade de promover o acesso à saúde com equidade e a qualificação do processo de descentralização, na perspectiva de uma assistência integral de saúde

Diretrizes: 1 - Revisão do Plano Diretor de Regionalização – PDR; 2- Organização e pactuação com os Municípios, do processo de referência intermunicipal das ações e serviços de média e alta complexidade a partir da atenção básica, de acordo com a Programação Pactuada e Integrada da atenção à saúde; 3 - Qualificação do processo de regionalização, fortalecendo o funcionamento dos Colegiados de Gestão Regional.

Metas	2008	2009	2010	2011
1. Instituir Colegiados de Gestão Regional (CGR) nas 11 Geres.	11	-	-	-
2. Instituir Câmaras Técnicas para apoio/encaminhamento às decisões dos 11 CGR.	11	-	-	-
3. Realizar 33 oficinas de capacitação e qualificação permanentes, para todos os membros das câmaras técnicas dos CGR, em parceria com o Setor de Educação Permanente em Saúde da SES, com carga horária mínima de 40h.	-	11	11	11
4. Realizar 90 oficinas de capacitação e qualificação permanentes para 736 gestores municipais, em parceria com o Setor de Educação Permanente em	-	30	30	30

Saúde da SES, com carga horária mínima de 40h.				
5. Construir, em conjunto com as instâncias gestoras da SES e o COSEMS, 1 desenho da rede de atenção básica à saúde de média e alta complexidade.	-	1	-	-
6. Realizar em parceria com as instâncias gestoras da SES, COSEMS e CES, identificação e reconhecimento das regiões de saúde, para uma atualização do desenho de rede assistencial.	-	1	-	-

6.3.6 Tecnologia em Saúde

Objetivo: Adequar e modernizar os Sistemas de Informação da Secretaria de Saúde, possibilitando um melhor controle dos processos, diminuindo as filas de atendimento e melhorando a qualidade do serviço prestado à população.

Diretrizes: Promoção de estratégias que possibilitem a descentralização de processos a partir da utilização de sistemas tecnológicos de gestão pública para a rede estadual de saúde, sistema de controle de frequência e Sistema de Gestão Eletrônica de Documentos (GED).

Metas	2008	2009	2010	2011
1. Implantar Sistema de Gestão de Saúde Pública de direito público nas unidades da SES.	10%	70%	20%	-
2. Implantar Sistema de Gestão Eletrônica de Documentos na unidade	10%	70%	20%	-

central da SES.				
3. Implantar Sistema de Controle de Freqüência nas unidades da SES para todos os profissionais de saúde e trabalhadores.	10%	90%	-	-

6.3.7 Informação em Saúde

Objetivo: Tratar a informação em saúde buscando a sua excelência, sua democratização e acessibilidade, através da descentralização e atualização sistemática das bases de dados dos Sistemas de Informação em Saúde, bem como promover a qualificação das equipes através de capacitação e formação de uma rede propiciando a intersetorialidade.

Diretrizes: Aplicação de procedimentos e ações que possibilitem a consolidação de forma sistemática dos dados das informações em saúde do estado de Pernambuco, facilitando seu acesso e democratização.

Metas	2008	2009	2010	2011
1. Realizar oficina, com os diversos setores da SES-PE, objetivando a identificação das dificuldades relacionadas às informações em saúde, através de diagnóstico e construção de proposta de ações, em parceria com o Setor de Educação Permanente em Saúde da SES, com carga horária mínima de 40h.	-	1	-	-
2. Implantar câmara técnica de informação em saúde com a finalidade	-	1	-	-

de garantir a integração entre os diversos setores que tratam da informação em saúde no Estado.				
3. Realizar 3 oficinas de Capacitação/atualização em Captação de dados pelo Tabwin e Tabnet com técnicos das GERES, para atuarem como multiplicadores da tecnologia junto aos técnicos dos municípios, em parceria com o Setor de Educação Permanente em Saúde da SES, com carga horária mínima de 40h.	-	1	1	1
4. Elaborar e publicar boletins informativos da situação de saúde do Estado.	-	2	2	2
5. Realizar capacitação/atualização, para técnicos, gerentes dos diversos setores da SES-PE e membros do CES/PE na utilização das ferramentas de tabulação de dados dos SIS do Datasus (Tabwin e Tabnet), possibilitando a democratização e acesso à base de dados do DATASUS, em parceria com o Setor de Educação Permanente em Saúde da SES, com carga horária mínima de 40h.	-	1	1	1
6. Disponibilizar a base de dados estadual, SIS e Datasus, através do Caderno de Informações em Saúde, já implantado no site da SES-PE.	-	1	1	1
7. Manter atualizadas as informações existentes no link “Informações em	100%	100%	100%	100%

Saúde”, do site da SES-P E.				
8. Realizar importação de 100% das atualizações das bases de dados dos sistemas disponibilizados pelo Datasus dos SIS disponibilizados na internet (SIA, SIH, CNES, SIM, SINASC).	100%	100%	100%	100%

6.3.8 Financiamento

Objetivo: Incentivar, acompanhar e fiscalizar o cumprimento da EC-29 pelos Municípios e pelo Estado.

Diretrizes: Cumprimento da EC 29 pelos municípios e pelo Estado de Pernambuco a partir da sensibilização e monitoramento

Metas	2008	2009	2010	2011
1. Cumprir o estabelecido pela EC 29 de aplicação mínima de 12% para o Estado.	12%	12%	12%	12%
2. Realizar oficinas sobre financiamento direcionadas para os Secretários Municipais de Saúde distribuídos nas três macrorregiões do Estado (Recife, Caruaru e Petrolina) conforme desenho atual do PDR.	-	1	1	1
3. Capacitar/atualizar, os Gestores Municipais no uso do SIOPS distribuídos nas três macrorregiões do Estado (Recife, Caruaru e Petrolina)	-	1	1	1

conforme desenho atual do PDR, em parceria com o Setor de Educação Permanente em Saúde da SES, com carga horária mínima de 40h.				
4. Acompanhar, semestralmente, o cumprimento da EC29 pelo Estado e pelos Municípios.	-	184	184	184

6.3.9 Ouvidoria do SUS

Objetivo: Implantar e implementar Ouvidorias. Estimular os setores que fazem parte do processo a terem um maior comprometimento, colaborando desta forma para o exercício deste instrumento de Gestão Pública. Divulgar os serviços oferecidos fortalecendo, assim, a imagem da Ouvidoria perante a população.

Diretrizes: Divulgação em nível estadual acerca do papel da ouvidoria; descentralização e fortalecimento da ouvidoria no SUS.

Metas	2008	2009	2010	2011
1. Elaborar um projeto de comunicação com metodologias para divulgação e fortalecimento do papel da Ouvidoria.	1	-	-	-
2. Executar o projeto de comunicação junto as 11-GERES.	.2	.4	.3	.2
3. Executar o projeto de comunicação junto aos 5 Grandes Hospitais da Região Metropolitana.	2	2	1	-
4. Implantar Ouvidorias do SUS em 9 GERES.	2	3	2	2
5. Implantar em 3 grandes hospitais da região metropolitana do Recife	1	2	-	-

ouvidoria do SUS.				
6. Implementar as ouvidorias das II e IX GERES através de 7 cursos de capacitação/ atualização em parceria com o Setor de Educação Permanente em Saúde da SES, com carga horária mínima de 40h.	1	2	2	2
7. Realizar 2 oficinas/ano para as equipes técnicas das Ouvidorias do SUS com fins de qualificação das ações desenvolvidas.	100%	100%	100%	100%
8. Encaminhar todos os casos recebidos às Gerências respectivas da SES e os casos referentes ao controle social ao CES/PE, para acompanhamento e conhecimento das necessidades.	-	100%	100%	100%
9. Enviar mensalmente ao Conselho Estadual de Saúde relatório da Ouvidoria do SUS.	-	12	12	12
10. Reestruturar o Sistema de Ouvidoria existente, integrando o Controle Social em conformidade com as deliberações da XII Conferência Nacional de Saúde.	-	1	-	-

6.3.10 Investimento em Saúde

6.3.10.1 Melhoria Funcional da Sede, GERES e Unidades de Saúde

Objetivo: Adequar as estruturas físicas das unidades administrativas e rede assistencial à legislação vigente, buscando a melhoria da qualidade das ações e serviços prestados à população pelo SUS e realizar, em parceria com órgãos afins, ações de saneamento, abastecimento de água, esgotamento sanitário e melhorias sanitárias domiciliares vinculadas ao Programa de Educação em Saúde e Mobilização Social visando reduzir a morbimortalidade por doenças de veiculação hídricas e parasitárias.

Diretrizes: Construção, reforma e ampliação nas Unidades Hospitalares da Rede Estadual de Saúde, LACEN, Pontos de Distribuição de Medicamentos, SVOs, sede da SES e GERES do Estado de Pernambuco.

Metas	2008	2009	2010	2011
1. Melhorar a qualidade da assistência prestada à população, através da reestruturação e implementação física dos Grandes Hospitais da Região Metropolitana (Restauração, Agamenon Magalhães, Otávio de Freitas, Getúlio Vargas, Barão de Lucena, Correia Picanço e Geral de Areias) e Hospitais Regionais de todo Estado, no total de 15 unidades.	15	15	15	15
2. Ampliar a oferta de leitos de UTI's nos Hospitais Getúlio Vargas, Barão de Lucena, Agamenon Magalhães, Restauração e Otávio de Freitas.	25	05	-	-
3. Construir 3 (três) Novos Hospitais na Região Metropolitana do Recife.	1	1	1	-
4. Reformar os 6 grandes Laboratórios da Rede Pública no	2	2	2	-

Estado de Pernambuco.				
5. Construir o Novo Laboratório Central de Saúde (LACEN) do Estado de Pernambuco.	-	1	-	-
6. Expandir a Rede Sanitária e Sistema de Esgotamentos Sanitário nos municípios de Gravatá, Pombos, Vitória de Santo Antão, Alto do Bonito (pavimentação) e Aliança, bem como, o Sistema de Abastecimento de Água nos municípios de Garanhuns e Santa Maria da Boa Vista, (intersectorialidade).	5	2	-	-
7. Construir e reformar o Serviço de Verificação de Óbito nos municípios de Caruaru e Recife, respectivamente.	2	-	-	-
8. Reformar as instalações das farmácias de medicamentos excepcionais nos municípios de Petrolina, Garanhuns, Serra Talhada e Arcoverde.	1	2	2	-
9. Reestruturar as instalações prediais da Secretaria de Saúde e Unidades Administrativas e sedes das GERES no Estado de Pernambuco.	8	4	1	1
10. Reformar e ampliar o Laboratório de Análises Clínicas do Hospital da Mirueira.	-	1	-	-
11. Reformar e ampliar a emergência psiquiátrica do Hospital Otávio de Freitas.	-	1	-	-
12. Construir 1 maternidade com UTI neonatal e materna em Jaboatão dos	-	1	-	-

Guararapes, além da que está em implementação.				
13. Construir 60 Unidades de PSF.	-	20	20	20
14. Elaborar 1 plano efetivo de manutenção dos grandes hospitais e hospitais regionais.	-	1	-	-
15. Garantir política de acessibilidade aos projetos de construção, reforma e ampliação de todas as unidades de saúde da rede estadual e municipal, de acordo com o Decreto nº. 5.296/2004, de 02/12/2004 e normas de acessibilidade da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT).	-	100%	100%	100%

6.3.10.2 Plano Diretor de Investimento – PDI

Objetivo: Direcionar os recursos de investimentos para a construção de redes assistenciais de saúde, de forma que estas possam tornar-se resolutivas e coerentes ao Plano Diretor de Regionalização.

Diretrizes: Integração do processo geral de planejamento em saúde do estado e dos municípios, de forma ascendente, coerente com PDR e com a PPI; Definição dos recursos de investimentos para a construção de redes assistenciais de saúde.

Metas	2008	2009	2010	2011
1. Elaborar estratégia de construção do Plano Diretor de Investimento em Saúde para o Estado de Pernambuco, em cooperação com os 184 Municípios e o Distrito de Fernando	1	1	-	-

de Noronha.				
2. Construir Plano Diretor de Investimento em Saúde.	-	1	-	-

6.3.10.3 Laboratório Farmacêutico de Pernambuco - LAFEPE

Objetivo: Participar efetivamente das ações para melhoria da Política Estadual de Assistência Farmacêutica, juntamente com a Secretaria Estadual de Saúde, em todos os segmentos de abrangência do LAFEPE, buscando melhorar o acesso do usuário do SUS aos serviços de farmácia.

Diretrizes: Aprimoramento dos serviços oferecidos pelo LAFEPE de modo a torná-lo referência na cadeia produtiva farmacêutica no âmbito do SUS, alinhado às necessidades de abastecimento das Políticas Nacional e Estadual de Saúde Pública, através dos programas de assistência farmacêutica e Prioridade no atendimento ao Estado de Pernambuco com garantia no suprimento de 31 produtos constantes no elenco da Farmácia Básica.

Metas	2008	2009	2010	2011
1. Concluir as áreas de injetáveis de pequeno volume, imunobiológicos injetáveis, geração e distribuição de água para produção de injetáveis, para produção de 9.000.000 ampolas/ano.	-	40%	100%	100%
2. Reformar e adequar a estrutura física, através da aquisição de equipamentos para aumentar a capacidade de produção de medicamentos tuberculostáticos para 50.000.000 unidades/ano de cápsulas	-	-	50%	100%

e comprimidos.				
3. Construir área e adquirir equipamentos para a produção de correlatos (gel lubrificante), com capacidade produtiva de 20.000.000 sachets/ano, para atendimento do Programa Nacional de DST/AIDS, conforme solicitação do MS.	-	-	40%	100%
4. Ampliar a estrutura física e adquirir equipamentos para Pesquisa & Desenvolvimento (P&D), visando agilizar o desenvolvimento de novos produtos (11).	1	2	4	4
5. Ampliar a Rede de Farmácias em 75% (24 unidades). As cidades serão escolhidas, no ano da implantação, de acordo com os critérios estabelecidos, e dentro das seguintes regiões: <ul style="list-style-type: none"> • 2008: Capital (1); Agreste Central (2); Agreste Meridional (2) e Sertão do Pajeú (1); • 2009: Capital (1); Região Metropolitana (1); Mata Norte (1); Agreste Central (1); Sertão do Itaparica (1) e Fernando Noronha (1); • 2010: Capital (1); Região Metropolitana (1); Mata Norte (1); Mata Sul (1); Agreste Central (1) e Agreste setentrional (1); • 2011: Capital (1); Região Metropolitana (1); Mata Sul (1); Agreste Central (1); Agreste 	6	6	6	6

Meridional (1) e Agreste Setentrional (1).				
6. Ampliar para 100% o atendimento óptico na rede de farmácias, implantando 31 óticas.	13	6	6	6
7. Reformar e adequar a estrutura física, adquirir equipamentos para o setor de cefalosporínico, com capacidade produtiva para 10.000.000 de cápsulas/ano.	-	-	35%	100%
8. Modernizar a área de tecnologia da informação do LAFEPE.	25%	25%	25%	25%
9. Implantar uma Unidade Farmoquímica no Pólo Industrial – Goiana.	-	-	-	100%
10. Adquirir equipamentos para agilizar a produção de medicamentos.	-	1	-	-
11. Realizar Prestação de contas anualmente e enviar ao CES.	-	1	-	-
12. Divulgar as ações e pesquisas exitosas.	-	100%	100%	100%

6.3.11 Modernização e Monitoramento da Assistência à Saúde

Objetivo: Modernizar e monitorar a Assistência à Saúde de Média e Alta Complexidade.

Diretrizes: Adequação da rede de serviços de saúde estadual às novas tecnologias, promoção do desenvolvimento organizacional da SES e Monitoramento dos indicadores de acompanhamento da assistência à saúde.

Metas	2008	2009	2010	2011
1. Implantar 9 salas de atendimento em saúde à distância, salas de cuidados essenciais em cardiologia com a Central de Atendimento no PROCAPE, conectadas pela rede PE Multidigital. Funcionará com plantão de 24 horas para receber informações (sons, dados e imagens) sobre pacientes atendidos <i>in loco</i> com vistas à emissão de diagnóstico e prognóstico clínico, visando subsidiar profissionais na tomada de decisão e posteriores encaminhamentos junto às Unidades de Referência.	-	3	3	3
2. Realizar treinamentos para 100% dos profissionais de saúde que trabalham na emergência dos 8 Hospitais Regionais para atuarem na sala de telemedicina.	-	33,3%	33,3%	33,3%
3. Realizar 2 supervisões/ano nas Unidades Hospitalares onde os sistemas informatizados das salas de telemedicina estejam implantados.	-	2	2	2
4. Avaliar a cada semestre o resultado da implantação das salas de telemedicina.	2	2	2	2
5. Implantar Planos de Ação em 100% das 11 GERES, para melhorar a estrutura organizacional e facilitar os processos a serem desenvolvidos pela SES.	100%	-	-	-

6. Implementar anualmente os Planos de Ação das 11 GERES, através de avaliações sistemáticas e readequações.	11	11	11	11
7. Realizar supervisões em 100% das 11 GERES onde os Planos de Ação foram implantados.	100%	100%	100%	100%
8. Realizar 3 treinamentos para 100% dos Gerentes das GERES que irão participar da elaboração e desenvolvimento dos Planos de Ação.	100%	-	-	-
9. Monitorar os indicadores e metas dos Planos de Ação das 11GERES.	11	11	11	11

6.4 GESTÃO DO TRABALHO

6.4.1 Política de Desenvolvimento de Pessoas

Objetivo: Elaborar e executar políticas de desenvolvimento de pessoas no âmbito da SES.

Diretrizes: Conclusão da implantação do Plano de Cargos e Carreiras e vencimentos existente e seu aperfeiçoamento, garantindo o crescimento dos servidores dentro do SUS; Revisão da Lei de Produtividade, tornando-a um instrumento de valorização dos que efetivamente produzem; Criação de comitês de avaliação e proposição de ações que venham a contribuir com a melhoria das condições de trabalho nas unidades hospitalares, GERES e nível central; Definição das ações de assistência ao servidor que possibilitem o seu crescimento e o enfrentamento de situações adversas no âmbito do trabalho e Avaliação do desempenho dos servidores da SES.

Metas	2008	2009	2010	2011
1. Implantar a segunda e a terceira etapas do PCCV vigente para todos os profissionais da SES.	2	-	-	-
2. 2- Revisar Lei do PCCV, tendo como parâmetro as diretrizes do SUS.	-	1	-	-
3. Implantar sistema de Avaliação de Desempenho, garantindo comissão paritária entre gestores e entidades representativa de trabalhadores do SUS.	-	1	-	-
4. Implantar subcomissões de avaliação de desempenho nas 11 GERES de saúde paritária – gestores e entidades representativas de trabalhadores do SUS.	-	11	-	-
5. Revisar a Lei de Produtividade, assegurando uma comissão paritária de decisão.	-	1	-	-
6. Implantar novos critérios de pagamento de produtividade, valorizando o conjunto dos trabalhadores.	-	1	-	-
7. Implantar 28 comitês paritários de condições de trabalho em Hospitais e Nível Central.	1	5	10	12
8. Promover participação de 15.000 servidores do SUS em congressos, seminários, conferências, cursos.	1.500	3.500	5.000	5.000
9. Reestruturar a Unidade de Apoio Psicossocial (UNIAPS) e redefinir o seu papel na SES.	-	1	-	-

10. Reinstalar e implementar de imediato a Mesa de Negociação Estadual do SUS.	-	1	-	-
--	---	---	---	---

6.4.2 Estágios para Qualificação, Formação Profissional e Residência na Área de Saúde

Objetivo: Estabelecer e executar política de estágio e residência que atenda à necessidade de formação de pessoal para o SUS em Pernambuco.

Diretrizes: Otimização e qualificação do processo de formação profissional (Residência e Estágios), em parceria com as diversas esferas do SUS e Instituições formadoras; Definição de necessidades de formação de especialistas no SUS, baseando-se em estudos de demandas no mercado, para financiamento das residências médicas e multiprofissionais; Regulamentação de oferta de estágios nas unidades hospitalares, nível central e GERES buscando equilíbrio entre demanda do mercado e capacidade de oferta da SES, levando em consideração a legislação atual e as diretrizes curriculares. Estímulo à interiorização da Residência para expandir serviços no interior. Mapeamento das Instituições formadoras nas áreas de saúde para nortear as definições de políticas de estágio e residência.

Metas	2008	2009	2010	2011
1. Coordenar e monitorar o Programa de Residência nos onze hospitais da rede estadual, nas áreas de Medicina, Enfermagem, Psicologia, Fisioterapia, Nutrição, Saúde Coletiva, Farmácia e Odontologia, apresentando o resultado desse monitoramento ao CES.	100%	100%	100%	100%
2. Identificar, através da realização de pesquisa, as necessidades de formação em residência em	-	1	-	-

Pernambuco, para atender adequadamente as demandas do SUS.				
3. Firmar 45 convênios de estágio com diversas Instituições de Ensino superior e médio na área de saúde, garantindo a proporcionalidade na distribuição entre as áreas.	25	10	5	5
4. Financiar 3.637 residentes, pagando bolsas mensais.	867	1.070	850	850
5. Propiciar 18 mil estágios curriculares e aulas práticas nas unidades hospitalares e nível central e regionais, assegurando a participação dos profissionais de saúde em serviço com a respectiva formação como preceptores, orientadores ou supervisores.	4.500	4.500	4.500	4.500
6. Financiar 600 estagiários através de bolsas para estágios extracurriculares, para nível superior e médio, nas unidades hospitalares, nos níveis central e regional.	150	150	150	150
7. Propiciar estágio para 160 pessoas com necessidades especiais em unidades hospitalares.	40	40	40	40
8. Abrir 50 vagas multiprofissionais e outras áreas de residências no interior.	-	-	25	25
9. Realizar 3 Oficinas Estadual de Integração Ensino-Serviço para avaliação e discussão da situação atual da formação do profissional de saúde e os diversos cenários de	-	1	1	1

prática/formação.				
10. Realizar 3 oficinas para discussão de áreas prioritárias de investimento em especialização/ residências em Saúde.	-	1	1	1
11. Implantar programa de residência para Assistentes Sociais, Fonoaudiólogos e Terapeutas Ocupacionais.	-	-	1	-
12. Apoiar e garantir a liberação de 100% dos profissionais, sem prejuízos de honorários, para até 2 congressos/ seminários/fóruns/jornadas ao ano, sobre temas na área de saúde.	-	100%	100%	100%

6.4.3 Escola Técnica de Saúde Pública – ETESP/ Educação Permanente em Saúde

Objetivo: Executar ações de formação/capacitação de trabalhadores em saúde em consonância com a política nacional de educação em saúde e os princípios e diretrizes do SUS.

Diretrizes: Elaboração de políticas e programas de educação em saúde, que atendam às necessidades de formação para o trabalho em saúde e promova a superação das desigualdades regionais; Garantia da integração ensino-serviço por meio da articulação com gestores, trabalhadores, instituições de ensino e controle social em saúde; Desenvolvimento de programas de Educação Permanente para o conjunto de trabalhadores do Sistema que possibilitem o fortalecimento das competências requeridas nos diferentes serviços;

Metas	2008	2009	2010	2011
1. Finalizar Curso Técnico de Enfermagem (complementação) para 635 servidores em 4 Hospitais do Estado, iniciado em 2006.	-	275	185	175
2. Formar 720 técnicos em análises clínicas em todo o Estado.	-	240	240	240
3. Formar 150 técnicos em citologia em todo o Estado.	-	50	50	50
4. Formar 180 técnicos em Hemoterapia.	-	60	60	60
5. Formar 180 técnicos em Vigilância Sanitária.	-	60	60	60
6. Realizar Capacitação/atualização, para 360 profissionais (auxiliares e técnicos de enfermagem) para o trabalho em UTI, em parceria com o Setor de Educação Permanente da SES, com carga horária mínima de 40h.	-	120	120	120
7. Realizar Capacitação/atualização, para 360 profissionais (auxiliares e técnicos de enfermagem) de todo o Estado para trabalhar em urgência/emergência, em parceria com o Setor de Educação Permanente da SES, com carga horária mínima de 40h.	-	120	120	120
8. Realizar Capacitação/atualização em todo o Estado para 1.200 profissionais da vigilância epidemiológica e ambiental, para o	-	400	400	400

controle de doenças endêmicas, em parceria com o Setor de Educação Permanente da SES, com carga horária mínima de 40h.				
9. Realizar Capacitação/atualização, em todo o Estado para 900 profissionais (médicos e enfermeiras) para controle, diagnóstico e tratamento da Dengue, em parceria com o Setor de Educação Permanente da SES, com carga horária mínima de 40h.	500	200	200	-
10. Realizar Capacitação/atualização, para 1.650 profissionais (gestores, assessores e técnicos) para Gestão de Serviços de Saúde, em parceria com o Setor de Educação Permanente da SES, com carga horária mínima de 40h.	300	450	450	450
11. Realizar Capacitação/atualização, para 710 profissionais (auxiliares de farmácia) em gestão de materiais, em parceria com o Setor de Educação Permanente da SES, com carga horária mínima de 40h.	60	300	200	150
12. Realizar Capacitação/atualização, para 510 auxiliares de farmácia sobre controle de estoque, em parceria com o Setor de Educação Permanente da SES, com carga horária mínima de 40h.	60	150	150	150
13. Formar 710 auxiliares de farmácia.	60	300	200	150
14. Realizar Capacitação/atualização,				

para 510 auxiliares de farmácia da assistência farmacêutica em medicamentos excepcionais em medicamentos excepcionais, em parceria com o Setor de Educação Permanente da SES, com carga horária mínima de 40h.	60	150	150	150
15. Realizar Capacitação/atualização, para 200 Agentes Comunitários de Saúde na I Etapa do curso de formação, em parceria com o Setor de Educação Permanente da SES, com carga horária mínima de 40h.	-	200	-	-
16. Realizar 900 capacitações/atualização pedagógicas para profissionais em saúde, com enfoque em educação em saúde, em parceria com o Setor de Educação Permanente da SES, com carga horária mínima de 40h.	-	300	300	300
17. Realizar 7 seminários/oficinas com Gestores, Profissionais de Saúde, Instituições de Ensino e Conselhos de Saúde para debater e avaliar a Política de Educação em Saúde no Estado.	1	2	2	2
18. Criar 5 Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço – CIES.	-	5	-	-
19. Criar 1 Comitê de Ética em Pesquisa da ESPPE.	-	1	-	-
20. Adquirir 1 assinatura de biblioteca virtual de periódicos e outras literaturas para a Biblioteca da	-	1	-	-

ESPPE.				
21. Implementar Ações de Educação à Distância (EAD).	-	1	2	3
22. Elaborar e implementar a Política de Educação Permanente.	-	1	-	-
23. Realizar parcerias com as diversas áreas da SES nas capacitações, para garantir carga horária mínima de 40h.	-	100%	100%	100%
24. Formar 720 técnicos em radiologia da Região Metropolitana e GERES.	-	-	360	360
25. Garantir e acompanhar 50 cursos de Latus Sensu em Saúde para os profissionais de saúde de nível técnico.	-	-	25	25
26. Garantir e acompanhar 25 cursos e <i>strictu sensu</i> para os profissionais de nível superior, sem ônus para o servidor.	-	-	15	10
27. Garantir a realização de 20 cursos em especialização de segurança de trabalho para os profissionais de saúde de nível superior e nível técnico em serviço sem ônus para o servidor.	-	-	20	-
28. Firmar convênio junto as Universidades Públicas que já possuem o Curso em Saúde do Trabalhador para os profissionais de saúde de nível superior em serviço, sem ônus para o servidor.	-	-	1	-
29. Articular junto às Universidades Públicas de Pernambuco a criação do curso de saúde do trabalhador para os profissionais de nível superior em	-	-	1	-

serviço, sem ônus para o servidor.				
30. Realizar Curso de Formação em Saúde do Trabalhador para todos os trabalhadores da vigilância sanitária do Estado em todas as 11 GERES.	-	-	5	6
31. Realizar convênio que viabilize remuneração ao profissional de saúde em serviço que atua como preceptor, orientador e supervisor em aulas e estágios curriculares e extracurriculares nas unidades hospitalares e nível central.	-	1	-	-
32. Realizar capacitação e atualização em Políticas Públicas, com carga horária mínima de 40h para as 14 profissões de nível superior em saúde.	-	-	50%	50%
33. Formar 500 auxiliares de laboratório em todo Estado.	-	-	250	250

6.4.4 Adequação do Quadro de Pessoal da SES

Objetivo: Manter o quadro de pessoal das unidades hospitalares, GERES e nível central adequado às reais necessidades de atendimento à população e às atividades meio da SES, visando a eficácia dos processos de trabalho e o cumprimento do papel do SUS.

Diretrizes: Dimensionamento e adequação do quadro de pessoal das unidades hospitalares e nível central da SES, visando bom andamento do atendimento à população; Atendimento das necessidades urgentes de reposição de mão-de-obra nas unidades hospitalares, de forma a garantir o atendimento à população; Aperfeiçoamento do atendimento ao usuário SUS nas unidades hospitalares através

do acolhimento humanizado; Aperfeiçoamento das formas de contratação nos cargos de livre provimento.

Metas	2008	2009	2010	2011
1. Contratar, em caráter emergencial, 1.326 profissionais - Médicos, Enfermeiros, Fisioterapeutas, Psicólogos - para suprir necessidades já identificadas e para a realização de novos programas de Governo, através de seleção simplificada.	1.326	-	-	-
2. Definir quadro ideal de trabalhadores, baseado na indicação dos Conselhos Profissionais para cada unidade da SES/GERES, unidades hospitalares e nível central.	-	1	-	-
3. Realizar concurso público, respeitando o Regime Jurídico Único, para todos os profissionais e trabalhadores da área de saúde.	-	1	-	-
4. Implantar sistema público de direito público de controle e gestão de pessoas, com apreciação do controle social.	-	1	-	-
5. Implantar 28 serviços de acolhimento nas unidades hospitalares do Estado já existentes.	-	6	10	12
6. Implantar comitê de busca, paritário com a participação dos trabalhadores e Governo, para contratação para cargos de livre provimento.	-	1	1	1
7. Estabelecer carga horária de 30 horas semanais, carga horária inferior, salvo	-	-	1	-

o que estiver estabelecido na Lei nº. 084/2006.				
---	--	--	--	--

6.5 VIGILÂNCIA EM SAÚDE

Objetivo: Implantar e implementar medidas que visem à redução de risco e danos à população através do conhecimento da situação de saúde.

Diretrizes: Indução e coordenação de medidas de promoção, prevenção e redução de risco à saúde, de forma descentralizada, a partir da identificação de fatores determinantes de agravos e doenças, bem como o fortalecimento da capacidade técnica das equipes de Vigilância em Saúde.

Metas	2008	2009	2010	2011
1. Certificar 19 municípios para assumir ações da Vigilância em Saúde, atingindo 100% de certificação.	10	9	-	-
2. Melhorar a infra-estrutura da Vigilância em Saúde nas 11 GERES, por meio da aquisição de equipamentos e material permanente, possibilitando melhor desempenho das suas atividades.	3	3	3	2
3. Qualificar tecnicamente 2.500 profissionais das equipes de Vigilância em Saúde dos níveis central, regionais e municipais no período de 4 anos	625	625	625	625
4. Modernizar 100% da infraestrutura física da Vigilância em Saúde, no nível central, por meio de reforma física e aquisição de equipamentos	25%	25%	25%	25%
5. Articular parceria com outros órgãos a		1	1	1

construção de rede de esgoto sanitário, principalmente para combater a esquistossomose. (intersectorialidade).	-			
6. Elaborar a programação anual de vigilância em saúde	-	1	1	1

6.5.1 Vigilância Epidemiológica

Metas	2008	2009	2010	2011
1. Gerenciar e coordenar os Sistemas de Informação Epidemiológica (SIM, SINAN e SINASC) por meio de supervisões aos 184 municípios e território de Fernando de Noronha.	45	45	45	50
2. Implantar 2 Serviços de Verificação de Óbitos (SVO) no Estado, sendo 1 em Petrolina e 1 em Caruaru.	-	1	1	-
3. Melhorar a infra-estrutura do Serviço de Verificação de Óbito (SVO) do Recife por intermédio da reforma física e adequação às normas da Portaria Ministerial nº. 1.405, de 20/06/06.	1	-	-	-
4. Manter a vigilância de óbito materno com investigação de, pelo menos, 80% dos óbitos de mulheres em idade fértil nos Municípios com mais de 100.000 habitantes.	80%	80%	80%	80%
5. Atingir e manter 90% de cobertura de óbitos informados no SIM	90%	90%	90%	90%

6. Reduzir, durante o quadriênio, para pelo menos 8% o percentual de óbitos por causas mal definidas.	2%	2%	2%	2%
7. Manter, pelo menos, 90% de cobertura dos dados do SINASC	90%	90%	90%	90%
8. Fortalecer a capacidade de resposta rápida às doenças de notificação compulsória, através da implantação de 1 Unidade especializada (Unidade de Resposta Rápida).	1	-	-	-
9. Investigar 100% dos casos de doenças inusitadas e surtos ocorridos no Estado.	100%	100%	100%	100%
10. Monitorar a ocorrência de casos de doenças diarreicas agudas por meio da coleta sistemática de swabs em 10% dos casos.	10%	10%	10%	10%
11. Monitorar a ocorrência de doenças diarreicas por rotavírus por meio de coleta sistemática de fezes in natura em 10% dos casos nas unidades sentinelas.	10%	10%	10%	10%
12. Encerrar oportunamente a investigação de 80% dos casos de doença de notificação compulsória.	80%	80%	80%	80%
13. Manter erradicada a transmissão da Poliomielite no Estado, por meio da investigação de 100% dos casos esperados de paralisia flácida aguda.	100%	100%	100%	100%
14. Monitorar a ocorrência de casos importados de sarampo por meio da detecção e investigação de 100% dos	100%	100%	100%	100%

casos suspeitos				
15. Confirmar até 2011, pelo menos, 50% dos casos de doenças meningocócicas, por meio de diagnóstico laboratorial.	35%	40%	45%	50%
16. Investigar 100% dos casos suspeitos de raiva humana.	100%	100%	100%	100%
17. Reduzir a letalidade da FHD a menos de 1%, por meio do diagnóstico precoce e tratamento adequado, até 2011.	4%	3%	2%	<1%
18. Monitorar, a cada 2 anos, a ocorrência de acidentes e violências através da realização de inquéritos nas unidades de saúde sentinelas	-	1	-	1
19. Realizar monitoramento das violências interpessoais por meio da implantação do sistema de informação específico, gerando 1 relatório semestralmente.	2	2	2	2
20. Coordenar e apoiar a implantação do Programa “Unidade de Saúde Livre do Fumo” em pelo menos 1 unidade de saúde municipal, através da capacitação de equipes, alcançando 150 municípios.	35	35	35	45
21. Coordenar e apoiar a implantação do tratamento do fumante por meio da “Abordagem Intensiva”, em pelo menos 1 unidade de saúde municipal, através da capacitação de equipes, alcançando 8 municípios com mais de 100.000 habitantes.	2	2	2	2

22. Coordenar e apoiar a implantação do “Programa Prevenção Sempre” (Livre do Fumo), em pelo menos 1 ambiente de trabalho, através da capacitação de equipes, alcançando 150 municípios.	35	35	35	45
23. Coordenar e apoiar a implantação do “Programa Saber Saúde” (introdução de conhecimentos sobre os fatores de risco de câncer nas disciplinas) em pelo menos 1 escola municipal, através da capacitação de equipes, alcançando 150 municípios.	35	35	35	45
24. Monitorar por meio de supervisões trimestrais os hospitais que têm implantado o Sistema de Registro Hospitalar de Câncer.	4	4	4	4
25. Divulgar no Estado 1 boletim epidemiológico semestralmente (6.000 exemplares/ano) com dados de doenças e notificação compulsória, óbitos, nascidos vivos e análise da situação epidemiológica de agravos relevantes.	6.000	6.000	6.000	6.000
26. Atualizar o Plano Estadual de Influenza para o enfrentamento de uma pandemia.	-	1	-	-
27. Reduzir a prevalência da esquistossomose de 7% para 5% até 2009.	6%	5%	-	-
28. Reduzir para 5% a letalidade por Leishmaniose Visceral.	1%	2%	1%	1%

29. Descentralizar as atividades de Controle do tracoma para 18 municípios de maior Treadvalência.	4	4	5	5
30. Realizar 34.000 exames oculares externo em 10% dos escolares de municípios com taxa de detecção de tracoma igual ou maior que 5%.	8.500	8.500	8.500	8.500
31. Implantar nas 11 GERES a vigilância de febre amarela .	-	3	8	-
32. Elaborar e implantar Plano Estadual de Enfrentamentos da Febre do Nilo Ocidental.	-	1	1	-
33. Implantar a Unidade de Resposta Rápida (URR) em horário integral plantão de 24 horas.	-	-	1	-
34. Implantar Serviços de Verificações de Óbitos (SVO) em Caruaru e Petrolina com plantão de 24 horas para recepção de corpos conforme Portaria MS nº. 1405 de 29/06/2006.	-	2	-	-
35. Implementar Serviço de Verificação de Óbito (SVO) com plantão de 24 horas para recepção de corpos conforme Portaria MS nº. 1405 de 29/06/2006.	-	1	-	-
36. Realizar inquérito malacológico / coproscópico na Região de São Francisco (áreas de projeto de irrigação nas zonas ribeirinhas.) e garantir o tratamento dos positivos.	-	1	-	-
37. Monitorar 100% das ações realizadas nas unidades sentinelas.	-	100%	100%	100%

6.5.2 Vigilância Ambiental

Diretrizes: Monitoramento dos fatores biológicos e não biológicos de contaminantes ambientais na água, ar e solo de importância e repercussão na saúde pública, bem como a vigilância e prevenção dos riscos decorrentes dos desastres naturais e acidentes com produtos nocivos à saúde humana, além de apoio a estudos e pesquisas aplicadas na área de Vigilância Ambiental à Saúde; Análise e divulgação de informações epidemiológicas sobre fatores ambientais de risco à saúde; Prestação de assessoria técnica em Vigilância em Saúde aos municípios.

Metas	2008	2009	2010	2011
1. Implantar a Vigilância Ambiental em Saúde nas 11 GERES.	2	3	3	3
2. Coordenar 2 campanhas/ano de vacinação antirrábica de cães e gatos nos 184 municípios do Estado, para atingir pelo menos 80% de cobertura dos cães.	80%	80%	80%	80%
3. Reduzir a infestação vetorial do <i>Aedes aegypti</i> para menos de 1% nos municípios prioritários até 2011.	-	-	-	<1%
4. Reduzir em 50% ao ano o número de casos de raiva canina e felina, tomando como parâmetro a média (16 casos/ano) dos anos 2005 a 2007.	50%	50%	50%	50%
5. Monitorar a vigilância da qualidade da água para consumo humano em 100% dos municípios com população acima de 100.000 habitantes, Municípios elegíveis	100%	100%	100%	100%

(Projeto VIGISUS) e municípios com IDH menor 0,5.				
6. Monitorar por meio de “mechas”, quinzenalmente, para <i>vibrio cholerae</i> , nas 5 (cinco) bacias hidrográficas.	5	5	5	5
7. Tratar 90% dos casos de esquistossomose até 2011.	70%	75%	80%	90%
8. Realizar 600.000 exames coprocópicos/ano para esquistossomose na Região Metropolitana, na Zona da Mata e no Agreste.	150.000	150.000	150.000	150.000
9. Descentralizar as ações de malacologia para os 10 municípios prioritários até 2008 e demais 82 municípios endêmicos até 2011.	10	28	28	26
10. Implantar a Vigilância em Saúde Ambiental dos riscos decorrentes dos desastres (eventos naturais e acidentes químicos) nas 11 GERES.	3	3	3	2
11. Realizar bloqueio da circulação viral em 100% dos casos de raiva animal.	100%	100%	100%	100%
12. Realizar pesquisa de triatomíneos em 100% dos municípios de médio e alto risco (151 municípios).	100%	100%	100%	100%
13. Realizar borrifação de controle vetorial nos domicílios positivos para triatomíneos.	100%	100%	100%	100%
14. Realizar exame em 80% dos	80%			

triatomíneos capturados.		80%	80%	80%
15. Realizar sorologia nos moradores em 100% das unidades domiciliares com triatomíneos positivos.	100%	100%	100%	100%
16. Realizar vigilância entomológica para <i>Aedes Aegypti</i> em portos e aeroportos.	-	2	2	2
17. Realizar carta anofelica, mapeamento do vetor da malária em 93 municípios.	-	13	40	40
18. Implementar carta flebotomínica, mapeamento do vetor das Leishimanioses Visceral e Tegumentar nas 11 GERES.	-	4	4	3
19. Implantar o monitoramento da prova de controle de gotas de inseticida durante as ações de controle vetorial espacial para dengue, visando menor impacto no meio ambiente, 40 ao ano.	-	40	40	40
20. Realizar em parceria com o LACEN, teste de suscetibilidade do <i>Aedes Aegypti</i> para os larvicidas/inseticidas utilizados pelo Programa Nacional do Controle da Dengue (PNCD), 6 ao ano.	-	6	6	6
Programa Chapéu de Palha:	-	3	3	3
21. Realizar 9 seminários de atualização sobre esquistossomose visando articulação permanente com a atenção básica nos				

Municípios contemplados pelo Programa.				
22. Realizar capacitação/atualização, para agentes de saúde nas ações de controle da esquistossomose na Zona da Mata Norte e Sul, em parceria com o Setor de Educação em Saúde da SES, com carga horária de 40h.	16	10	10	10
23. Realizar capacitação/atualização, para agentes de endemias de saúde nas ações de vigilância e controle da esquistossomose nos municípios contemplados pelo Programa, em parceria com o Setor de Educação em Saúde da SES, com carga horária de 40h.	-	10	11	12
24. Realizar 31 oficinas de mobilização social nos municípios da Zona da Mata Norte, Sul e Região Metropolitana, contemplados pelo programa, visando mobilizar e orientar a população, principalmente a canavieira, para os sintomas da esquistossomose.	-	12	10	9

6.5.3 Vigilância Sanitária

Diretrizes: Promoção à saúde da população, através do controle sanitário da produção, fabricação, embalagem, fracionamento, reembalagem, transporte, armazenamento, distribuição e comercialização de produtos e serviços submetidos ao regime de vigilância sanitária, inclusive dos fatores ambientais de risco que interferem na saúde humana, advindos dos processos, insumos e tecnologias relacionados a essas atividades.

Metas	2008	2009	2010	2011
1. Implementar a descentralização da Vigilância Sanitária nas 11 Regionais de Saúde através de ações permanentes de capacitação, supervisão e monitoramento do desenvolvimento de planos de ação.	100%	100%	100%	100%
2. Capacitar 1040 servidores da Vigilância Sanitária do Estado e dos Municípios das 11 Regionais de Saúde na área.	180	320	260	280
3. Executar 10.850 inspeções sanitárias para o controle de produtos e serviços de interesse à saúde, garantindo 100% de cobertura no quadriênio.	2.520	2.650	2.780	2.900
4. Cadastrar novos estabelecimentos sujeitos a vigilância sanitária.	100%	100%	100%	100%
5. Realizar monitoramento de qualidade através de análises laboratoriais de 2.550 amostras de produtos de interesse da vigilância	550	600	670	730

(alimentos, medicamentos, água, saneantes e produtos para a saúde).				
6. Adequar o quadro de serviços da APEVISA através de 1 concurso público para os níveis central e regional.	-	1	-	-

6.6 CONTROLE SOCIAL

Objetivo: Formular e deliberar permanentemente sobre a política estadual de saúde, acompanhar e fiscalizar a sua execução, sempre perseguindo a equidade, integralidade e universalidade das ações.

6.6.1 Fortalecimento dos Conselhos de Saúde e Conselhos Gestores de Unidades de Saúde

Diretrizes: Acompanhamento, supervisão, fiscalização, capacitação, e assessoramento dos Conselhos Municipais de Saúde e Conselhos Gestores de Unidades de Saúde, visando consolidar os mecanismos de gestão participativa e propor estratégias para formulação das políticas de saúde no Estado.

Metas	2008	2009	2010	2011
1. Realizar 1 oficina por GERES com vistas a apoiar os processos de Educação Permanente em saúde.	-	6	5	-
2. Realizar 3 Seminários com o Ministério Público Estadual, Conselho Estadual e Municipais de Saúde, para discussão da legislação do controle social no SUS.	-	1	1	1
3. Realizar 11 oficinas de formação e informação, uma para cada GERES, sobre o controle social, e o papel dos Conselhos na Política Estadual de Saúde, a serem ministradas por órgão especializado.	-	3	4	4
4. Promover 8 encontros/reuniões temáticas de interesse dos conselhos	2	2	2	2

estadual, municipais e gestores de saúde, incluindo os conselhos de outros Estados.				
5. Implantar e implementar conselhos gestores nas unidades de saúde pública e nas que recebem recursos do SUS, de acordo com a Lei nº. 8.142/90, pactuadas entre gestores, trabalhadores e usuários.	-	50%	50%	-
6. Realizar 13 oficinas por conselhos de saúde indígena, de formação e informação de conselheiros.	-	8	5	-
7. Realizar 3 oficinas, de formação e informação para o CES, em parceria do Setor de Educação em Saúde da SES, com carga horária de 40h.	-	1	1	1
8. Realizar 3 fóruns intersetoriais de debates, no sentido de viabilizar a interlocução continuada entre os diversos conselhos de políticas públicas.	-	1	1	1
9. Realizar 100% de assessoramentos, supervisões e/ou fiscalizações em conselhos municipais e gestores de unidades de saúde, quando solicitado formalmente.	-	100%	100%	100%
10. Implantar a nova Lei do Conselho Estadual.	-	1	-	-
11. Revisar o Decreto que institui o organograma da SES, restabelecendo a autonomia do CES e sua posição no organograma.	-	1	-	-
12. Realizar, anualmente, auditoria interna no CES, através de órgãos competentes.	-	1	1	1
13. Descentralizar 2 vezes ao ano as reuniões do CES/PE.	-	2	2	2

14. Realizar capacitação, com carga horária mínima de 40h, para os conselheiros em controle social, sistema de informação do SUS e planejamento em saúde.	-	1	-	-
15. Executar o curso de informática para os conselheiros.	-	1	-	-
16. Realizar 11 oficinas de formação e informação, uma para cada GERES, sobre o controle social, e o papel dos Conselhos na Política Estadual de Saúde, a serem ministradas por órgão especializado.	-	3	4	4
17. Promover 8 encontros/reuniões temáticas de interesse dos conselhos estadual, municipais e gestores de saúde, incluindo os conselhos de outros Estados.	2	2	2	2
18. Implantar e implementar conselhos gestores nas unidades de saúde pública e nas que recebem recursos do SUS, de acordo com a Lei nº. 8.142/90, pactuadas entre gestores, trabalhadores e usuários.	-	50%	50%	-
19. Realizar 13 oficinas por conselhos de saúde indígena, de formação e informação de conselheiros.	-	8	5	-

6.6.2 Conferências / Plenárias de Conselhos de Saúde

Diretrizes: Promoção e organização, em parceria com a SES, de Conferências e Plenárias Estaduais de Conselhos de Saúde e participação nas Plenárias Nacionais e/ou Congressos.

Metas	2008	2009	2010	2011
1. Realizar 4 plenárias de conselheiros de saúde no âmbito do Estado.	1	1	1	1
2. Participar de plenárias nacional e macrorregionais de saúde.	13	13	13	13
3. Realizar 18 conferências, sendo 17 temáticas e 1 Conferência Estadual de Saúde, conforme cronograma do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde.	3	7	1	7
4. Realizar 4 plenárias de saúde indígenas com a participação de trabalhadores do SUS, organizadas pelo Conselho Estadual de Saúde em parceria com a Secretaria Estadual de Saúde.	1	1	1	1
5. Realizar no 1º trimestre de 2009 o Fórum Estadual de Saúde Mental.	-	1	-	-

6.6.3 Manutenção do Conselho Estadual de Saúde

Diretrizes: Fortalecimento do Conselho Estadual de Saúde assegurando o orçamento para o cumprimento da sua missão incluindo assessorias e consultorias especializadas principalmente nas áreas jurídica, contábil e de comunicação.

Metas	2008	2009	2010	2011
1. Dotar o CES de infraestrutura adequada no que tange a recursos humanos, materiais, técnicos e administrativo, incluindo instalações físicas com fácil acesso a população.	100%	100%	100%	100%
2. Implementar a <i>home page</i> do CES para divulgação de suas ações para a sociedade.	-	100%	100%	100%
3. Abrir 1 (uma) conta específica para gestão dos recursos financeiros do CES.	-	1	-	-

6.6.4 Ouvidoria do Conselho Estadual de Saúde

Diretrizes: Implantação da Ouvidoria do Conselho Estadual de Saúde em conformidade com o Regimento Interno do CES, seção V, artigo 23.

Metas	2008	2009	2010	2011
1. Reestruturar o sistema de ouvidoria existente integrando ao controle social em conformidade com as deliberações da XII Conferencia Nacional.	-	1	-	-

7. MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DO PLANO ESTADUAL DE SAÚDE

Com vistas ao cumprimento dos objetivos, diretrizes e metas deste Plano, a gestão, o monitoramento e a avaliação, serão executados em parceria com gestores, técnicos e controle social, sob a coordenação da Diretoria Geral de Planejamento/Coordenação de Gestão Municipal.

As ações referentes a esse processo estarão apoiadas em informações técnicas e operacionais, bem como, através das programações anuais de saúde e dos relatórios anuais de gestão, que terão como base a avaliação/reavaliação dos indicadores pactuados no Termo de Compromisso de Gestão Estadual - TCGE, em relação às metas nacional e estadual, na busca de resultados previstos, responsáveis e transparentes, que tenham impacto na situação de saúde da população, com otimização de esforços e recursos investidos.

É objetivo da Diretoria Geral de Planejamento criar junto à área de tecnologia da SES um sistema de acompanhamento mensal que deve ser alimentado por cada área da Secretaria Estadual de Saúde, responsável pela execução das metas e monitorado pela Coordenação de Gestão Municipal.

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Entendemos a construção do Plano Estadual de Saúde 2008-2011 como um avanço para o planejamento da saúde no Estado de Pernambuco, marcada pela transição de um modelo ortodoxo de planejamento para um espaço aberto as discussões sobre os problemas de saúde da população, envolvendo a participação de todos os setores da Secretaria de Saúde (SES/PE), o Colegiado de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS) e o Conselho Estadual de Saúde (CES/PE).

Apesar de o planejamento apresentar uma organização ainda incipiente, nossos esforços convergiram para fundamentar o plano de acordo com as bases do Planejamento Estratégico Situacional e as normas que disciplinam o Sistema de Planejamento do SUS (PlanejaSUS).

Nesse sentido, torna-se necessário promover a implantação do PlanejaSUS dentro dos moldes da legislação pertinente, compreendendo estrutura organizacional, infraestrutura e pessoal em quantidade suficiente, garantindo capacitação permanente para a qualificação do trabalhador.

Também é essencial iniciar um processo contínuo de sensibilização para os gestores, técnicos, controle social e trabalhadores da saúde, no sentido de institucionalizar e divulgar a importância do planejamento na execução, controle e avaliação das ações e serviços de saúde, bem como, observar o tempo exato para iniciar a construção do plano, tendo em vista o prazo estabelecido para os outros documentos que são balizados por ele, de acordo com a legislação vigente. Além disso, é igualmente importante, promover a construção e qualificação das ações do SUS por meio da integração nas três esferas de governo.

A nossa expectativa em relação a esse plano é que seja um avanço para a tomada de decisão da gestão do SUS, uma vez que apresenta as políticas, os compromissos e as prioridades de saúde, além de que se torne de fato um instrumento de orientação, execução, monitoramento e avaliação das ações e serviços de saúde no Estado de Pernambuco.

9. REFERÊNCIAS

BRASIL. Câmara dos Deputados e Senado Federal. **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, 2000.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 818, de 05 de junho de 2001**. Cria mecanismos para a organização e implantação de Redes Estaduais de Assistência à Pessoa Portadora de Deficiência Física. Brasília, DF, 2001.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 2.048, de 05 de novembro de 2002**. Aprova o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência. Brasília, DF, 2002.

_____. Ministérios da Saúde e da Justiça. **Portaria Interministerial n.º 1.777, de 09 de setembro de 2003**. Institui a Política Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário. Brasília, DF, 2003.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria n.º. 210, de 15 de junho de 2004**. Define Unidades de Assistência em Alta Complexidade Cardiovascular e os Centros de Referência em Alta Complexidade Cardiovascular e suas aptidões e qualidades. Brasília, DF, 2004.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria n.º. 213, de 15 junho de 2004**. Define e dá atribuições aos Serviços de Assistência de Alta Complexidade em Traumatologia-Ortopedia. Brasília, DF, 2004.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria n.º. 2.073, de 28 de setembro de 2004**. Institui a Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva. Brasília, DF, 2004.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria n.º. 587, de 07 de outubro de 2004**. Determina que as Secretarias de Estado da Saúde dos estados adotem as providências necessárias à organização e implantação das Redes Estaduais de Atenção à Saúde Auditiva. Brasília, DF, 2004.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria n.º. 2.606, de 28 de dezembro de 2005**. Classifica os Laboratórios Centrais de Saúde pública (LACEN). Brasília, DF, 2005.

_____. Ministério da Saúde. Portaria Nº. 399, De 22 de Fevereiro de 2006. Divulga O Pacto Pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e Aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Brasília, Df, 2006.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº.. 1.097, de 22 de Maio de 2006.** Define o processo da Programação Pactuada e Integrada da Assistência em Saúde seja um processo instituído no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF, 2006.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº.. 204, de 29 de janeiro de 2007.** Regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle. Brasília, DF, 2007.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria Nº.. 1.419, de 10 de Julho de 2008.** Classifica os Laboratórios Centrais de Saúde Pública, a Partir da Análise dos Dados Constantes nos Relatórios de Avaliação Realizados pela Secretaria de Vigilância em Saúde por meio da Coordenação - Geral de Laboratórios de Saúde Pública. Brasília, Df, 2008.

PERNAMBUCO. Governador do Estado. **Decreto nº.. 27.592, de 31 de janeiro de 2005.** Aprova o Regulamento da Secretaria da Saúde, e dá outras providências. Pernambuco, 2005.

_____. Governo do Estado. **Decreto Nº.. 30.353, de 12 de Abril De 2007.** Dispõe sobre a Qualificação da Atenção Primária. Recife,2007.

_____. Secretaria de Saúde. **Portaria nº.. 720, de 06 de agosto de 2007.** Regulamenta as normas da Certificação das Equipes de Saúde da Família (ESF). Recife, 2007.

_____. Secretaria de Saúde. II Pesquisa Estadual de Saúde e Nutrição: Pernambuco. Recife: Secretaria de Estado de Saúde; 1997.

CONDEPE. [site da internet]. Governo de Pernambuco. Secretaria de Planejamento e Gestão. Agência Estadual de Planejamento e Pesquisas de Pernambuco. Disponível em: www.condepefidem.pe.gov.br/.

DATASUS . [site da internet]. Ministério da Saúde. Tecnologia da Informação a Serviço do SUS. Disponível em: tabnet.datasus.gov.br.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Disponível em: www.ibge.gov.br.

IPEA. [site da internet]. Presidência da República. Secretaria de Assuntos Estratégicos. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão (MPOG). Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Disponível em: www.ipea.gov.br.

PNAD. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios [site da internet]. 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. [site da internet]. *Ministério da Saúde. Rede Interagencial de Informações para a saúde. IDB Indicadores e Dados Básicos – Brasil. Disponível em: www.ripsa.org.br.*

10. BIBLIOGRAFIA RECOMENDADA

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. Brasília, DF, 1990.

_____. **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, 1990.

_____. Ministério da Saúde. **Decreto nº.. 1.651, de 28 de setembro de 1995.** Regulamenta o Sistema Nacional de Auditoria no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF, 1995.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº.. 3.085, de 1 de dezembro de 2006.** Regulamenta o Sistema de Planejamento do SUS. Brasília, DF, 2006.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº.. 3.332, de 28 de dezembro de 2006.** Aprova orientações para elaboração e aplicação de instrumentos básicos do Sistema de Planejamento do SUS. Brasília, DF, 2006.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº.. 251, de 06 de fevereiro de 2006.** Cria o Comitê de Operacionalização do Sistema de Planejamento do SUS. Brasília, DF, 2006.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº.. 399, de 22 de fevereiro de 2006.** Pacto pela Saúde 2006. Brasília, DF, 2006.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº.. 699, de 30 de março de 2006.** Regulamenta as Diretrizes Operacionais dos Pactos pela Vida e de Gestão. Brasília, DF, 2006.

_____. Ministério da Saúde. **Sistema de Planejamento do SUS: uma construção coletiva – organização e funcionamento.** Brasília, DF, 2007. (Série Cadernos de Planejamento. v.1).

_____. Ministério da Saúde. **Sistema de Planejamento do SUS: uma construção coletiva - instrumentos básicos.** Brasília, DF, 2007. (Série Cadernos de Planejamento. v. 2).

_____. Ministério da Saúde. **Sistema de Planejamento do SUS**: uma construção coletiva – estudo sobre o arcabouço legislativo do planejamento em saúde. Brasília, DF, 2007. (Série Cadernos de Planejamento. v. 3).

_____. Ministério da Saúde. **Sistema de Planejamento do SUS**: uma construção coletiva – avaliação do desenvolvimento do Plano Nacional de Saúde – 2004-2007. Um pacto pela saúde no Brasil. Brasília, DF, 2007. (Série Cadernos de Planejamento. v. 4).

_____. Ministério da Saúde. **Sistema de Planejamento do SUS**: uma construção coletiva – perfil da atividade de planejamento no Sistema Único de Saúde. Resultados da pesquisa – esfera municipal. Brasília, DF, 2008. (Série Cadernos de Planejamento. v. 5).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. Plano Nacional de Saúde 2004-2007: **Um pacto pela saúde no Brasil**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006.

GUIMARÃES, Z. M. C.; COSTA, F. M. Plano Estadual de Saúde: **Instrumento de Planejamento para a gestão do SUS. O caso de Pernambuco**. Recife, 2008.

PERNAMBUCO. Secretaria de Saúde. Superintendência de Planejamento. Plano Estadual de Saúde 2005-2007: **Desenvolvimento com inclusão social**. Recife, 2006.

_____. Secretaria de Saúde. Superintendência de Planejamento. **Relatório de Gestão 2006**. Recife, 2007.

_____. Secretaria de Saúde. Superintendência de Planejamento. **Relatório de Gestão 2007 – Versão Preliminar**. Recife, 2008.

_____. Conselho Estadual de Saúde. **Relatório da 6ª Conferência Estadual de Saúde: David Capistrano**. Recife, 2007.

_____. Secretaria de Saúde. Superintendência de Planejamento. **Plano Plurianual (PPA) 2008-2011**. Recife, 2008.

_____. Secretaria de Saúde. Superintendência de Planejamento. **Lei Orçamentária Anual (LOA) 2008**. Recife, 2008.

_____. Plano Estratégico de Governo. **Estratégia para a saúde em Pernambuco 2008-2010**. Recife.