Secretaria da Saúde

GOVERNO DE PERNAMBUCO
ESTADO DE MUDANÇA

PLANO ESTADUAL DE SAÚDE

2024-2027

RECIFE - PERNAMBUCO - BRASIL
2023

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO

SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DE PERNAMBUCO

SECRETARIA EXECUTIVA DE GESTÃO ESTRATÉGICA E COORDENAÇÃO GERAL

APROVADO PELO CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE DE PERNAMBUCO

RESOLUÇÃO CES Nº 913 DE 05 DE DEZEMBRO DE 2023

EQUIPE DIRIGENTE

Governadora do Estado de Pernambuco
Raquel Teixeira Lyra Lucena

Vice-Governadora do Estado de Pernambuco
Priscila Krause Branco

Secretária de Saúde do Estado de Pernambuco
Zilda do Rego Cavalcanti

Secretaria Executiva de Gestão Estratégica e Coordenação Geral
Bárbara de Assis Florêncio

Secretaria Executiva de Atenção à Saúde
Domany Cavalcanti Gonzaga da Silva

Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde e Atenção Primária
Verônica Galvão Freire Cisneiro

Secretaria Executiva de Regulação em Saúde
Fabiana Wanderley Emerenciano

Secretaria Executiva de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde
Chrystiane Kelli Araújo Barbosa

Secretaria Executiva de Administração e Finanças
Rodrigo Antunes Lira

Chefe de Gabinete
Gerlane Albuquerque dos Santos e Silva

Diretoria Geral de Assuntos Jurídicos
Yuri de Menezes Albert

Diretoria Geral de Controle Interno
Fauster Barbosa Ferreira

Diretoria Geral de Gestão Interfederativa e Participativa
Renan Carlos Freitas da Silva

Diretoria Geral de Monitoramento e Gestão
Mariana Neide do Carmo Silva

Diretoria Geral do Telessaúde
Frederico Jorge Ribeiro

Diretoria Geral de Gestão Estratégica
Itala do Nascimento Gomes Silva

Diretoria Geral de Planejamento Orçamentário

Marcos Erbeli Wasiliew

Diretoria Geral de Administração
João Paulo Santos Aragão

Diretoria Geral de Finanças
Alvimar Antônio da Silva Neves

Diretoria Geral de Infraestrutura
Isabella Rayanne Miguel Patriota

Diretoria Geral de Inovação e Informatização em Saúde
Guilherme Alexandre Monteiro Reinaldo

Diretoria Geral de Assistência Integral à Saúde
Adriana Cavalcanti Bezerra

Diretoria Geral de Monitoramento dos Contratos de Gestão
Isabela Guedes Ferreira Lima

Diretor Geral de Assistência Farmacêutica
Jean Batista de Sá

Diretoria Geral de Fluxos Assistenciais
Noemy Alencar de Carvalho Gomes

Diretoria Geral de Monitoramento e Avaliação da Gestão do SUS
Jessika Francielly de Araújo e Silva

Diretoria Geral de Programação e Controle em Saúde
Andréa Pimentel Goes

Diretoria Escola de Governo em Saúde Pública de Pernambuco
Célia Maria Borges da Silva Santana

Diretoria Geral de Políticas de Dimensionamento do Trabalho
João Paulo Advincula Valença Correa

Diretoria Geral de Educação na Saúde
Jessica Myrian de Amorim Garcia

Diretoria Geral de Gestão do Trabalho
Rafaela Brasileiro Gurgel Botshkis

Diretoria Geral de Políticas Estratégicas
Alda Roberta Lemos Campos Boulitreau

Diretoria Geral de Atenção Primária
Eline Ferreira Mendonça

Diretoria Geral de Assistência Prisional
Bruno Isao Matos Ishigami

Diretoria Geral de Vigilância Epidemiológica
Sarah Zayanne Rafael da Silva Ribeiro

Diretoria Geral de Informações Epidemiológica
José Lancart de Lima

Diretoria Geral de Vigilância Ambiental da Saúde do Trabalhador
Eduardo Augusto Duque Bezerra

Diretora Geral de Laboratórios de Saúde Pública
Keilla Maria Paes e Silva

Diretor Geral da Agência Pernambucana de Vigilância Sanitária (APEVISA)
Karla Freire Baêta

Diretora Presidente da Fundação de Hematologia e Hemoterapia de Pernambuco - HEMOPE
Raquel Carneiro de Albuquerque Santana Teixeira

Superintendência de Comunicação
Joelli Cristine de Azevedo

Superintendência de Planejamento e Governança em Saúde
Lidiane Rodrigues Gonzaga

Superintendência de Articulação
José Honorato Júnior

Superintendência de Patrimônio e Apoio Logístico
Maria Camyla Gonçalves Wanderley

Superintendência e Contratos
Gesilda Maria de Oliveira

Superintendência de Suprimentos
Christiane Cavalcanti Vicente da Silva

Superintendência do Fundo Estadual de Saúde
André Felipe Patriota

Superintendência Grandes Hospitais
Maria Aparecida de Santana

Superintendência OSS / UPAs - UPAEs
Milena Ferreira dos Santos Hacker

Superintendente de Acompanhamento Regional
Juliana dos Santos Gomes

Superintendência do Programa Mãe Coruja
Ana cláudia Albuquerque de Araújo

Superintendência de Imunizações e das Doenças Imunopreveníveis
Jeane Tavares Torres

Superintendência de Contratação Centralizada
Camila Diniz Bezerra

Coordenação Executiva Operação Lei Seca
Tenente - Coronel Steice Mavie

Coordenação do Comitê de Prevenção de Acidentes de Moto
Jackeline Maria Tavares Diniz

GERENTES REGIONAIS

I GERES
Maria de Fátima Pinto Ribeiro

II GERES
Isabel Helena de Souza Leal Costa

III GERES
Joyce Catarina Lopes de Morais

IV GERES
Maria Claudia Ribeiro Agra

V GERES
Izeni Teixeira Pimentel

VI GERES
Dayvison Herbety Araújo Amaral

VII GERES
Maria Auxiliadora de Sá Magalhães Santos

VIII GERES
Ana Célia de Almeida Carvalho

IX GERES
Fernando Antonio Parente de Melo

X GERES
Mary Delanea Sousa Pinheiro dos Santos

XI GERES
Karla Millene Souza Lima Cantarelli

XII GERES
Camilla de Sena Guerra Bulhões

COMPOSIÇÃO DO CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE

BIÊNIO 2021-2023

GESTORES/PRESTADORES

SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DE PERNAMBUCO - SES-PE
Titular: André Longo Araújo De Melo
Suplente: Humberto Maranhão Antunes

SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DE PERNAMBUCO - SES-PE
Titular: Lidiane Rodrigues Gonzaga
Suplente: Jany Welma De Sá Albuquerque

SECRETARIA DE EDUCAÇÃO
Titular: Elizabeth Cavalcanti Jales
Suplente: Enilda Lino Do Nascimento

SECRETARIA DE PLANEJAMENTO E GESTÃO - SEPLAG
Titular: Maria Fernanda Gomes Ribeiro De Andrade
Suplente: Gustavo Brito Marinho Falcão

ASSOCIAÇÃO NORDESTINA DE HOSPITAIS
Titular: Renato Botto
Suplente: Flavia Maria Dos Santos Silva

COLEGIADO DE SECRETÁRIOS MUNICIPAIS DE SAÚDE DO ESTADO DE PE. - COSEMS
Titular: Elidio Ferreira De Moura Filho
Suplente: Gabriela Mendonça De Lima

FEDERAÇÃO DAS MISERICÓRDIAS E ENTIDADES FILANTRÓPICAS DE PERNAMBUCO
Titular: Amaro Henrique Pessoa Lins
Suplente: Leonardo Collier Selva

CENTRO DE PESQUISAS AGGEU MAGALHÃES - FIOCRUZ
Titular: Pedro Miguel Dos Santos Neto
Suplente: Naíde Teodósio Valois Santos

TRABALHADORES

SINDICATO DOS TRABALHADORES PÚBLICOS FEDERAIS DA SAÚDE E PREVIDÊNCIA SOCIAL DO ESTADO DE PERNAMBUCO - SINDSPREV
Titular: José Carlos Tavares
Suplente: Ivonete Maria Batista

SINDICATO DOS TRABALHADORES EM SAÚDE E SEGURIDADE SOCIAL DO ESTADO DE PERNAMBUCO - SINDSAÚDE/PE
Titular: João Batista Fortunato
Suplente: Rudenil Monteiro Simões

SINDICATO DOS ENFERMEIROS DO ESTADO DE PERNAMBUCO - SEEPE
Titular: Ludmila Medeiros Outtes Alves

SINDICATO PROFISSIONAL DOS AUXILIARES E TÉCNICOS DE ENFERMAGEM DE PERNAMBUCO - SATENPE
Suplente: Magdiel Matias De Vasconcellos

SINDICATO DOS FARMACÊUTICOS DO ESTADO DE PERNAMBUCO - SINFARPE
Titular: Brigyda Maria Fernandes Soares

CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA DA 2ª REGIÃO - CRP 02
Suplente: Iris Maria Da Silva

SINDICATO DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE E AGENTE DE COMBATE ÀS ENDEMIAS DE PERNAMBUCO - SINDACS/PE
Titular: Silvânia Timóteo De Lima

CONSELHO REGIONAL DE EDUCAÇÃO FÍSICA DA 12ª REGIÃO/PERNAMBUCO - CREF 12
Suplente: Raquel Bezerra Pajeú

SINDICATO DOS SERVIDORES PÚBLICOS FEDERAIS NO ESTADO DE PERNAMBUCO - SINDSEP/PE
Titular: José Felipe Pereira

CONSELHO REGIONAL DE FONOAUDIOLOGIA DA 4ª REGIÃO - CREFONO
Suplente: Oilda Maria Da Silva

SINDICATO DOS ODONTOLOGISTAS NO ESTADO DE PERNAMBUCO - SOEPE
Titular: Rosa Maria De Lima Gomes

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE PERNAMBUCO - COREN/PE
Suplente: Ana Caroline Novaes Soares

SINDICATO DOS SERVIDORES DA UNIVERSIDADE DE PERNAMBUCO - SINDUPE
Titular: Adma Belarmino De Souza

SINDICATO DOS TRABALHADORES DAS UNIVERSIDADES FEDERAIS DE PERNAMBUCO - SINTUFEPE
Suplente: Cicera Dos Santos Gois Monteiro

USUÁRIOS

CENTRAL ÚNICA DOS TRABALHADORES - CUT/PE
Titular: Alan Patricio Menezes Silva
Suplente: Eugenia Gonçalves De Lemos

NOVA CENTRAL SINDICAL DE TRABALHADORES - NCST/PE
Titular: José Cícero Do Monte
Suplente: Hélvio Mozart Montenegro

FEDERAÇÃO DOS TRABALHADORES RURAIS AGRICULTORAS FAMILIARES DO ESTADO DE PERNAMBUCO - FETAPE

Titular: Antenor Martins De Lima Filho
Suplente: Cristiana Maria De Andrade

ASSOCIAÇÃO DE DEFESA DOS USUÁRIOS DE SEGUROS, PLANOS E SISTEMAS DE SAÚDE - ADUSEPS
Titular: Josefa Renê Santos Patriota
Suplente: Mônica Maria Gusmão Costa

CENTRO DE ENSINO POPULAR E ASSISTÊNCIA SOCIAL DO ESTADO DE PERNAMBUCO PAULA FRANSSINETTI - CEPAS
Titular: Elzanira Da Silva
Suplente: Bernadete Alves Dos Santos

FEDERAÇÃO DOS CÍRCULOS OPERÁRIOS DE PERNAMBUCO - FECOPE
Titular: Ubirajara Alves De Lima
Suplente: Antonio José Gomes De Oliveira

SOROPOSITIVIDADE, COMUNICAÇÃO E GÊNERO - GESTOS
Titular: Jair Brandão De Moura Filho
Suplente: José Cândido Da Silva

CÍRCULO OPERÁRIO NAZARÉ DA MATA
Titular: Josué Júlio Da Silva
Suplente: Julio Cesar Bezerra Da Silva

ASSOCIAÇÃO DOS DEFICIENTES VISUAIS DO AGRESTE MERIDIONAL DE PERNAMBUCO - ADVAMPE
Titular: Erivânia Ferreira Da Silva
Suplente: Givanildo Sérgio De Lima

INSTITUTO DE SAÚDE HOLÍSTICA MADRE PAULINA
Titular: Paula Thauany De Alencar Lucio
Suplente: José Wilson Alencar De Oliveira

ARTICULAÇÃO E MOVIMENTO PARA TRAVESTIS E TRANSEXUAIS DE PERNAMBUCO - AMOTRANS
Titular: Natasha Amanda Lima Da Silva
Suplente: Karla Dias Macedo Da Silva

PASTORAL DA SAÚDE NORDESTE 2
Titular: Ana Mônica Ribeiro Nascimento Cordeiro
Suplente: Adeildo Antonio Da Silva

INSTITUTO BRASILEIRO PRÓ-CIDADANIA
Titular: Euclides Monteiro Neto
Suplente: Luiz Sebastião Da Silva

CASA VOVÓ BIBIA DE APOIO À FAMÍLIA
Titular: Elizete Maria Viana Maciel
Suplente: Ziuna Da Costa Cirne

SOCIEDADE ASSISTENCIAL SARAVIDA
Titular: Isaac Machado De Oliveira

ASSOCIAÇÃO DE PAIS E AMIGOS DE PESSOAS COM SÍNDROME DE DOWN "T21"
Suplente: Maria Thereza Almeida Antunes

DISTRITO SANITÁRIO ESPECIAL INDÍGENA DE PERNAMBUCO
Titular: Antônio Carlos De Barros
Suplente: Josué Pereira Da Silva

BIÊNIO 2023-2025

GESTORES/PRESTADORES

SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DE PERNAMBUCO - SES-PE
Titular: Zilda do Rego Cavalcanti
Suplente: Bárbara de Assis Florêncio

SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DE PERNAMBUCO - SES-PE
Titular: Nádia Virgínia Victor Pereira
Suplente: Renan Carlos Freitas da Silva

SECRETARIA DE EDUCAÇÃO
Titular: Cláudio Maia
Suplente: Vania Maria de Arruda Oliveira

SECRETARIA DE PLANEJAMENTO E GESTÃO - SEPLAG
Titular: Maria Fernanda Gomes Ribeiro de Andrade
Suplente: Gustavo Brito Marinho Falcão

COLEGIADO DOS SECRETÁRIOS MUNICIPAIS DE SAÚDE DE PE - COSEMS
Titular: Elidio Ferreira de Moura Filho
Suplente: Antônio Fernando Amato Botelho dos Santos

ASSOCIAÇÃO NORDESTINA DE HOSPITAIS
Titular: Renato Botto Dantas
Suplente: Tarcio Cavalcanti

FEDERAÇÃO DAS MISERICÓRDIAS E ENTIDADES FILANTRÓPICAS DE PERNAMBUCO - FEHOSPE
Titular: Anderson Ribeiro Queiroz
Suplente: Tereza de Jesus Campos Neta

CENTRO DE PESQUISAS AGGEU MAGALHÃES - FIOCRUZ
Titular: Domício Aurélio de Sá
Suplente: Francisco Carlos Amanajas de Aguiar Junior

TRABALHADORES

SINDICATO DOS ENFERMEIROS DO ESTADO DE PERNAMBUCO - SEEPE
Titular: Fernanda de Lira Soares Craveiro
Suplente: Gislaine Fernandes Santana da Silva Pereira

SINDICATO PROFISSIONAL DOS AUXILIARES E TÉCNICOS DE ENFERMAGEM DE PERNAMBUCO - SATENPE
Titular: Magdiel Matias de Vasconcellos
Suplente: Liana de Lisboa Pereira Emerenciano

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE PERNAMBUCO - COREN/PE
Titular: Eduardo de Andrade Quintas
Suplente: Michelle Giovana da Silva

SINDICATO DOS CONDUTORES DE AMBULÂNCIA DO ESTADO DE PERNAMBUCO - SINDCONAM-PE
Titular: Cleidenilson José de Vasconcelos Meira
Suplente: Silvia Lúcia Gomes Cavalcanti

CONSELHO REGIONAL DE ODONTOLOGIA DE PERNAMBUCO CRO-PE
Titular: Igor Gabriel de Morais Santos
Suplente: Gutemberg Felix Ferreira

CONSELHO REGIONAL DE NUTRICIONISTAS 6ª REGIÃO
Titular: Margareth da Cunha Xavier
Suplente: Raquel Bezerra Pajéu

SINDICATO DOS ODONTOLOGISTAS NO ESTADO DE PERNAMBUCO - SOEPE
Titular: Oilda Maria da Silva
Suplente: Fábia Cristina Andrade da Silva

CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA DA 2ª REGIÃO - CRP 02
Titular: Iris Maria da Silva
Suplente: Priscilla Viégas Barreto de Oliveira

USUÁRIOS

CUT – CENTRAL ÚNICA DOS TRABALHADORES
Titular: Alan Patricio Menezes Silva
Suplente: Fábia Gomes da Silva

CUT – CENTRAL ÚNICA DOS TRABALHADORES
Titular: Ana Maria de Melo
Suplente: Julliana Tenório Fausto de Araújo

FEDERAÇÃO DOS TRABALHADORES RURAIS AGRICULTORES E AGRICULTORAS FAMILIARES DO ESTADO DE PERNAMBUCO - FETAPE
Titular: Maria Amália da Silva Marques
Suplente: Adimilson Nunis de Souza

FEDERAÇÃO DOS CÍRCULOS OPERÁRIOS DE PERNAMBUCO - FECOPE
Titular: Antônio José Gomes de Oliveira
Suplente: Verônica Maria Ribeiro

ASSOCIAÇÃO DE DEFESA DOS USUÁRIOS DE SEGUROS, PLANOS E SISTEMAS DE SAÚDE - ADUSEPS
Titular: Carlos Antonio Alves de Freitas
Suplente: Márcia Andrada Tenório

CENTRO DE ENSINO POPULAR E ASSISTÊNCIA SOCIAL DE PERNAMBUCO SANTA PAUL FRASSINETTI - CEPAS
Titular: Sônia Maria de Oliveira Pinto
Suplente: Inez Maria da Silva

GESTOS - SOROPOSITIVIDADE, COMUNICAÇÃO E GÊNERO
Titular: Josineide de Meneses Silva
Suplente: Thiago Jerohan Albuquerque da Cruz

PRÓ-CIDADANIA
Titular: Luiz Sebastião da Silva
Suplente: Oscar Correia da Silva

CÍRCULO DOS OPERÁRIOS DE NAZARÉ DA MATA
Titular: Júlio César Bezerra da Silva
Suplente: Maria de Fátima Alves Brito (Mãe Fátima)

ASSOCIAÇÃO DOS DEFICIENTES VISUAIS DO AGRESTE MERIDIONAL DE PERNAMBUCO - ADVAMPE
Titular: José Diniz Júnior
Suplente: Antônio Roberto Vilaça Sobrinho

RECANTO MADRE PAULINA - INSTITUTO DE SAÚDE HOLÍSTICA MADRE PAULINA
Titular: Eliana Isabel de Souza Sicsú Gomes
Suplente: José Manoel de Souza

AMOTRANS-PE (ARTICULAÇÃO E MOVIMENTO PARA TRAVESTIS E TRANSEXUAIS DE PERNAMBUCO)
Titular: Rivânia Rodrigues da Silva
Suplente: Natasha Amanda Lima da Silva

PASTORAL DA SAÚDE CNBB - NE 2
Titular: Eugênia Carla Cavalcanti
Suplente: João Bosco Bonifácio da Silva

CASA VOVÓ BIBIA DE APOIO À FAMÍLIA
Titular: Márcia Noelma Gonçalves
Suplente: Maria de Fátima Araújo Brito Vieira

ASSOCIAÇÃO PERNAMBUCANA DE CEGOS - APEC
Titular: Lucas Estevão da Silva

INSTITUTO DE INCLUSÃO E CIDADANIA DE PERNAMBUCO - IICPE
Suplente: André Vinícius Guimarães de Carvalho

CONSELHOS DISTRITAIS DE SAÚDE INDÍGENA – CONDISI/PE
Titular: Antonio Carlos de Barros
Suplente: Laucine José de Sá

GRUPO CONDUTOR

Secretaria Executiva de Gestão Estratégica e Coordenação Geral
Bárbara de Assis Florêncio

Secretaria Executiva de Atenção à Saúde
Domany Cavalcanti Gonzaga da Silva

Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde e Atenção Primária
Verônica Galvão Freire Cisneiro

Secretaria Executiva de Regulação em Saúde
Fabiana Wanderley Emerenciano

Secretaria Executiva de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde
Chrystiane Kelli Araújo Barbosa

Secretaria Executiva de Administração e Finanças
Rodrigo Antunes Lira

Diretoria Geral de Gestão Interfederativa e Participativa
Renan Carlos Freitas da Silva

Diretoria Geral de Gestão Estratégica
Ítala do Nascimento Gomes Silva

Diretoria Geral de Monitoramento e Gestão Estratégica
Mariana Neide do Carmo Silva

Diretoria Geral do Telessaúde
Frederico Jorge Ribeiro

Diretoria Geral de Atenção Primária
Eline Ferreira Mendonça

Diretoria Geral de Informações Epidemiológicas
José Lancart de Lima

Diretoria Geral de Vigilância Epidemiológica
Sarah Zayanne Rafael da Silva Ribeiro

Diretoria Geral das Políticas Estratégicas
Alda Roberta Campos

Diretoria Geral de Assistência Prisional
Bruno Issao Matos Ishigami

Diretoria Geral da Agência Pernambucana de Vigilância Sanitária
Karla Freire Baêta

Diretoria Geral de Vigilância Ambiental e Saúde do Trabalhador
Eduardo Augusto Duque Bezerra

Diretoria Geral de Assistência Farmacêutica
Jean Batista de Sá

Diretoria Geral de Assistência Integral à Saúde
Adriana Cavalcanti Bezerra

Diretoria Geral de Educação na Saúde
Jéssica Myrian de Amorim Garcia

Diretoria da Escola de Governo em Saúde Pública do Estado de Pernambuco – ESPPE
Célia Maria Borges da Silva Santa**na**

Diretoria Geral de Políticas e Dimensionamento do Trabalho
João Paulo Advincula Valença Corrêa

Diretoria Geral de Gestão do Trabalho
Rafaela Brasileiro Gurgel Botshkis

Diretoria Geral de Finanças
Alvimar Antônio da Silva Neves

Diretoria de Inovação e Informatização em Saúde
Guilherme Alexandre Monteiro Reinaldo

Diretoria Geral de Planejamento Orçamentário
Marcos Eberli Wasiliew

Diretoria Geral de Infraestrutura
Isabella Rayanne Miguel Patriota

Diretoria Geral de Controle Interno
Thayse Kelly Galvão das Neves

Diretora Geral de Laboratórios de Saúde Pública
Keilla Maria Paz e Silva

Superintendência de Planejamento e Governança em Saúde
Lidiane Rodrigues Gonzaga

Superintendência do Telessaúde
Ana Sofia Costa

Superintendência de Assistência da Rede Ambulatorial e Hospitalar dos Contratos de Gestão
Milena Ferreira dos Santos Hacker

Superintendência de Articulação do Gabinete
Miriam de Albuquerque

Superintendência de Acompanhamentos e Metas Farmacêutica
Maria Selma Lopes Machado

Gerência de Informação em Saúde
Marcus Vinícius Moreira Barros

Gerência de Planejamento e Controle Social
Nádia Virgínia Victor Pereira

Gerência de Regionalização
Bruna Rafaela Dornelas Lima Monteiro

Gerência de Informações Estratégicas, Monitoramento e Avaliação da Atenção Primária
Ântony Eliel Andrade da Silva

Gerência de Expansão e Qualificação da Atenção Primária
Rafaela Niels da Silva

Gerência de Vigilância Ambiental e Saúde do Trabalhador
Paulo Victor de Azevedo Lira

Gerência de Programação dos Serviços de Saúde
Dalvany dos Santos Souza

Gerência de Regulação Ambulatorial
Fabiana Manso de Melo

Gerência da Central Estadual de Transplante
Melissa Albuquerque Moura

Gerência de Monitoramento da Contratualização dos Serviços de Saúde
Mayave Vieira de Souza Belchior

Gerência de Assistência à Saúde Prisional - DGASP
Suelen d'Andrada Cruz

Gerência de Inovação em Saúde ou Gerência de Sistemas
Fausto José Feitosa

Gerência de Integridade, Riscos e Transparência
Vanessa Bezerra Duarte da Silva

Gestora de Ações Estratégicas da Fundação de Hematologia e Hemoterapia de Pernambuco – HEMOPE
Maria Flora Sabino Costa

Coordenação de Acompanhamento da Gestão Municipal
Petronila de Queiroz Silva

Coordenação de Monitoramento dos Instrumentos de Planejamento
Luiz Henrique de Souza Neto

Coordenação do Planejamento Regionalizado Integrado
Thais Neves Gomes

Coordenação de Monitoramento das Contratualizações Específicas
Érica Lanny Alves Ximenes

Coordenação do Projeto Boa Visão
Geisy Muniz de Lemos

Coordenação de Sistemas de Apoio aos Serviços de Saúde
Ivo Leonardo Kawahala

Chefia de Monitoramento Estratégico
Erilson Vieira da Silva

Comitê Estadual de Farmácia e Terapêutica
Amanda Figueiredo Barbosa Azevedo

Assessoria Técnica dos Instrumentos de Planejamento
Carolina Moreira de Paula Guimarães
Françoise Michelle dos Santos
Silvana Maria dos Santos Medeiros
Tamires Soares da Silva Aguiar
Vera Lúcia Lima Vátimo Duque

Assessoria Administrativa da Gerência de Planejamento e Controle Social
Eduarda da Silva Vieira de Barros
Marileide Carvalho
Nayane Sarah Nery Couto

Conselho Estadual de Saúde
Sônia Maria de Oliveira Pinto
Oscar Correia da Silva
Júlio César Bezerra da Silva
Liana de Lisboa Pereira Emerenciano
Oilda Maria da Silva
Nádia Virgínia Victor Pereira

Secretaria Executiva do Conselho Estadual de Saúde
Suzana Sousa de Assis

COLABORADORES

Ana Carine dos Santos Interaminense de Aguiar
Ana Cecília Primavera Arantes
Alessandra Maria Monteiro e Silva
Andreza Maria Santos
Angela Cavalcanti
Bruna Ariella Aguiar Muniz
Cássio Vinícius Alencar Cavalcanti
Cintia Michele Gondim de Brito Lima
Débora Priscila dos Santos
Elidiane Oliveira Gomes da Silva
Elisabeth Lacerda Caldas
Yago Vinícius Vasconcelos Ribeiro de Albuquerque
José Honorato Júnior
Maria Eduarda Soares da Silva
Priscila Rossany de Lira Guimarães Portella
Hayana Figueiredo Gonçalves
Oetsia Vargas Smits
Heloíse Gondim Bezerra Silva
Geyse Lóren de Souza Santos de Aquino
George José de Oliveira Filho

DESIGN

André Felipe da Silva

LISTA DE SIGLAS

10º CES - 10ª Conferência Estadual de Saúde
AAE - Atenção Ambulatorial Especializada
AB - Atenção Básica
ACE - Agente de combate às Endemias
ACS - Agentes Comunitários de Saúde
AE - Atenção Especializada
AECI - Assessoria Especial de Controle Interno
AIDS- Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
AM - Acidentes de motocicletas
AMIU - Aspiração Manual Intrauterina
ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar
ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APACNET - Sistema de Regulação da Emissão de APAC
APEVISA - Agência Pernambucana de Vigilância Sanitária
APS - Atenção Primária à Saúde
APURASUS - Sistema de Apuração e Gestão de Custos do SUS
AR - Alto Risco
ARES - Acervo de Recursos Educacionais em Saúde
ASPS - Ações e Serviços Públicos em Saúde
AT - Acidentes de Trabalho
ATEMB - Acidente de Trabalho com Exposição a Material Biológico
ATG - Acidentes de Trabalho Graves
ATT- Acidentes de Transportes Terrestres
AVA - Ambiente Virtual de Aprendizagem
BNAFAR - Base Nacional de Dados de Ações e Serviços da Assistência Farmacêutica do Sistema Único de Saúde
CACON - Centros de Alta Complexidade em Oncologia
CAF - Centrais de Abastecimento Farmacêutico Estadual e Municipais
CAF - Cirurgia de Alta Frequência
CAME/CIEVS-PE - Comitê de Avaliação e Monitoramento dos Eventos de Saúde Pública
CAPS - Centros de Atenção Psicossocial
CBAF - Componente Básico da Assistência Farmacêutica
CBO - Classificação Brasileira de Ocupações
CCIH - Comissão de Controle de Infecção Hospitalar
CEME/MS - Central de Medicamento
CEO - Centros de Especialidades Odontológicas
CER - Centro Especializado em Reabilitação
CEREST - Centro de Referência em Saúde do Trabalhador
CERESTs Regionais - Centros de Referência em Saúde do Trabalhador Regionais
CES-PE - Conselho Estadual de Saúde de Pernambuco
CESAF - Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica
CESLGBT-PE - Coordenação de Saúde da População LGBT de Pernambuco
CGM - Coeficiente Geral de Mortalidade
CGPNI- Coordenação Geral do Programa Nacional de Imunizações
CI - Coeficiente de Incidência
CIB-PE - Comissão Intergestores Bipartite
CIES - Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço
CIEVS - Centro de Informações Estratégicas e Respostas em Vigilância em Saúde
CIEVS/PE - Centro de Informações Estratégicas de Vigilância em Saúde de Pernambuco
CIR - Comissões Intergestores Regionais
CISAM/UPE - Centro Integrado de Saúde Amaury de Medeiros
CIT - Comissão Intergestores Tripartite
CM - Coeficiente de Mortalidade
CMCE - Central de Marcação de Consultas e Exames
CMI - Coeficiente de Mortalidade Infantil
CMS - Conselhos Municipais de Saúde
CNAE: Classificação Nacional das Atividades Econômicas.
CNES - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CODEMU - Comissão Descentralizada Multiprofissional de Residência
COE-Saúde-PE - Comitê de Operações de Emergência em Saúde
COES - Centro de Operações de Emergência em Saúde

CoPs - Comunidade de Prática
COSEMS/PE - Conselho dos Secretários Municipais de Saúde de PE
CQSP - Coordenação de Qualidade e Segurança do Paciente
CR - Central de Regulação
CRESAT - Centros de Referência Especializados em Saúde do Trabalhador
CRIE - Colegiado Regional Interestadual
CRIL - Central de Regulação Interestadual de Leitos
CSANS - Coordenação de Segurança Alimentar e Nutricional Sustentável
CSAP - Condições Sensíveis à Atenção Primária
CT-CIR - Câmaras Técnicas das CIR
CVLI - Crimes Violentos Letais Intencionais.
CVZ - Coordenação de Vigilância das Zoonoses
DAC - Doenças do aparelho circulatório
DAD - Doenças do aparelho digestivo
DAE- Doenças e afecções especificadas
DANT - Doenças e Agravos Não Transmissíveis
DAR - Doenças do aparelho respiratório
DART - Doenças e Agravos Relacionados ao Trabalho
DATASUS - Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde.
DCAR - Doenças Crônicas do Aparelho Respiratório
DCNT - Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DDA - Doenças Diarreicas Agudas
DEIDT - Departamento de Imunização e Doenças Transmissíveis
DESPPE - Diretoria Geral da Escola de Saúde Pública de Pernambuco
DGAIS - Diretoria Geral de Assistência em Saúde
DGAP - Diretoria Geral de Atenção Primária
DGASP - Diretoria Geral de Assistência Prisional
DGCI - Diretoria Geral de Controle Interno
DGES - Diretoria Geral de Educação na Saúde
DGGP - Diretoria Geral de Gestão Participativa
DGGT - Diretoria Geral de Gestão do Trabalho
DGIE- Diretoria Geral de Informações Epidemiológicas
DGMMAS - Diretoria Geral de Modernização e Monitoramento de Assistência à Saúde
DGMP - DigiSUS Gestor - Módulo Planejamento
DGPDT - Diretoria Geral de Políticas e Dimensionamento do Trabalho
DGT - Diretoria Geral de Telessaúde
DGVE - Diretoria Geral de Vigilância Epidemiológica
DHAA - Direito Humano à Alimentação Adequada
DIU - Dispositivo Intrauterino
DM - Diabetes Mellitus
DOGES - Departamento de Ouvidoria Geral do SUS
DOL - Distúrbios Ondulatórios de Leste
DSEI-PE - Distrito Sanitário Especial Indígena
DTHA- Doenças de Transmissão Hídrica e Alimentar
EAP - Equipes de Atenção Primária
EAPP - Equipe de Atenção Primária Prisional
EMAD - Equipe Multidisciplinar de Atenção Domiciliar
eSB - Estratégia de Saúde Bucal
ESF - Equipes de Saúde da Família
ESF-SB - Equipes de Saúde da Família com Saúde Bucal
ESPII - Emergência em Saúde Pública de Importância Internacional
ESPIN - Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional
ESPPE - Escola de Governo em Saúde Pública de Pernambuco
FAB – Força Aérea Brasileira
FACEPE - Fundação de Amparo à Ciência e Tecnologia de PE
FAEC - Fundo de Ações Estratégicas e Compensação
FES - Fundo Estadual de Saúde
FN - SUS - Força Nacional do Sistema Único de Saúde
FNS - Fundo Nacional de Saúde
FORMSUS - Serviço Formulário do Sistema Único de Saúde
GAL- Gerenciador de Ambiente Laboratorial
GASAM - Gerência de Atenção à Saúde Mental

GCC - Grupo Condutor Central
GCI - Gerência de Controle Interno
GCM - Grupos Condutores Macrorregionais
GCO - Gestão de Correição
GCR - Grupos Condutores Regionais
GEASC/SES-PE - Gerência de Atenção à Saúde da Criança e do Adolescente
GERES - Gerência Regional de Saúde
GIE- Sistema de gestão de informações escolares
GIS - Gerência de Informação em Saúde
GON - Gestão de Orientação e Normatização
GPA - Gestão de Regularidade, Prestação de Contas e Atendimento aos Órgãos de Controle
GRAMB - Gerência de Regulação Ambulatorial
GT - Grupo de Trabalho
GTR - Gestão de Transparência, Integridade e Gestão de Riscos
HC/UFPE - Hospital das Clínicas
HDM - Hospital Dom Malan
HEC - Hospital Eduardo Campos
Hemope - Fundação de Hematologia e Hemoterapia de Pernambuco
HGA - Hospital Geral de Areias
HÓRUS - Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica
HOSPAM - Hospital Agamenon Magalhães
HPP - Hospitais de Pequeno Porte
HRFB - Hospital Regional Fernando Bezerra
IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.
ICSAP - Indicador De Condições Sensíveis À Atenção Primária
IDH - Índice de Desenvolvimento Humano.
IDHM - Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
IE - Intoxicação Exógena
IHENE - Instituto de Hematologia do Nordeste
IMIP- Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira
IST- Infecções Sexualmente Transmissíveis
LACEN- Laboratório Central de Pernambuco
LAFEPE - Laboratório Farmacêutico de Pernambuco
LAG - Lesão de Alto Grau
LAI - Lei de Acesso à Informação
LDO - Lei de Diretrizes Orçamentárias
LEMI - Laboratório Especial de Micologia
LER/DORT- Lesões por Esforços Repetitivos/Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho
LGBT - Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais e Transgêneros
LIAS - Laboratório de Inteligência Artificial em Saúde
LISM - Leitos Integrais em Saúde Mental
LOA - Lei Orçamentária Anual
LRPD - Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias
MACC - Modelo de Atenção às Condições Crônicas
MEC - Ministério da Educação
MIF - Mulher em Idade Fértil
MS - Ministério da Saúde
MSF - Médicos Sem Fronteiras
NASF-AB - Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica
NAST - Núcleo de Atenção à Saúde do Trabalhador
NEP's - Núcleos de Educação Permanente
NES-HOSP - Núcleos de Economia da Saúde Hospitalar
NES-PE - Núcleo Estadual de Economia da Saúde
NESPPE - Núcleo Estadual de Segurança do Paciente de Pernambuco
NIR - Núcleos Internos de Regulação
NPS - Núcleos de Promoção da Saúde
NSP - Núcleos de Segurança do Paciente
NV - Nascidos Vivos
OE - Objetivos Estratégicos
OGE - Ouvidoria Geral do Estado
OMS - Organização Mundial da Saúde
OPAS - Organização Pan-Americana da Saúde

OPM - Órtese, Prótese e Meios Auxiliares de Locomoção
OPO - Organização de Procura de Órgãos
OSS - Organização Social de Saúde
PACS - Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PAIR - Perda Auditiva Induzida por Ruído
PAREPS - Planos de Ação Regional para Educação Permanente em Saúde
PAS - Programação Anual de Saúde
PCCV - Plano de Cargos, Carreiras e Vencimentos
PCEP - Protocolo de Cooperação entre Entes Públicos
PDI - Plano Diretor de Investimentos
PDR - Plano Diretor Regional
PEAF - Política Estadual de Assistência Farmacêutica
PEAPS - Piso Estadual da Atenção Primária à Saúde
PEEPS - Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde de Pernambuco
PEFAP - Política Estadual de Fortalecimento da Atenção Primária
PEPS-PE - Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde de Pernambuco
PES - Plano Estadual de Saúde
PESILGBT - Política Estadual de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais
PESP - Plano Estadual de Segurança do Paciente
PIB - Produto Interno Bruto
PICS - Práticas Integrativas e Complementares em Saúde
PLANIFICA-PE - Planificação da Atenção da Saúde
PMS - Planos Municipais de Saúde
PNAB - Política Nacional de Atenção Básica
PNAD - Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio
PNAIC - Pacto Nacional pela Alfabetização na Idade Certa
PNAISC - Política Nacional de Atenção à Saúde da Criança
PNAISH - Política Nacional de Atenção Integral da Saúde do Homem
PNAISP - Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional
PNAN - Política Nacional de Alimentação e Nutrição
PNAN - Política Nacional de Alimentação e Nutrição
PNAO - Política Nacional de Atenção em Oftalmologia
PNAU - Política Nacional de Atenção às Urgências
PNEPS - Política Nacional de Educação Popular em Saúde
PNGC - Programa Nacional de Gestão de Custos
PNGEP - Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa
PNH - Política Nacional de Humanização
PNHOSP - Política Nacional de Atenção Hospitalar
PNI- Política Nacional de Imunizações.
PNPIC - Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares
PNPICS - Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde
PNPS - Política Nacional de Promoção da Saúde
PNRMAV - Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências
PNSB - Política Nacional de Saúde Bucal
PNSIP - Política Nacional de Saúde Integral da População Negra
PNSIPE - Política Nacional de Saúde Integral de Populações Específicas
PNSPI - Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa
PPA - Plano Plurianual
PPI - Programação Pactuada e Integrada
PPL - Pessoa Privada de Liberdade
PQAVS - Programa de Qualificação da Vigilância em Saúde
PRI - Planejamento Regional Integrado
PRI-PE - Planejamento Regional Integrado em Pernambuco
PROADI-SUS: Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde
PS - Plano de Saúde
QGIS - Sistema de Informação Geográfica
QUALIFAR-SUS - Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica
QUALIVIDA - Programa de Saúde, Segurança, e Qualidade de Vida
RAG - Relatório Anual de Gestão
RAIS - Relações Anuais de Informações em Saúde
RAPS - Rede de Atenção Psicossocial
RAS - Rede de Atenção à Saúde

RCPD - Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência
RDQA - Relatório Detalhado do Quadrimestre Anterior
REA - Recursos Educacionais Abertos
REAO-PE - Rede Estadual de Atenção em Oftalmologia
REDE CIEVS - Rede Nacional de Alerta e Resposta às Emergências em Saúde Pública
Rede ECOS - Rede de Economia da Saúde para a Gestão do SUS
REDE PEBA - Regulação Interestadual entre Pernambuco e Bahia
RedEscola - Rede Brasileira de Escolas de Saúde Pública
REESME - Relação Estadual de Medicamentos Essenciais
REMUMES - Relação Municipal de Medicamentos Essenciais
RENAME - Relação Nacional de Medicamentos
RESP - Registro de Eventos em Saúde Pública
RETSUS - Rede de Escolas Técnicas e Centros Formadores
RMI - Rede Materno e Infantil
RMM - Razão de Mortalidade Materna
RNP - Rede Nacional de Pesquisa
RSI - Regulamento Sanitário Internacional
RUE - Rede de Urgência e Emergência
RUTE - Rede Universitária de Telessaúde
SAMU - Serviço Móvel de Urgência
Sargsus - Sistema de Apoio à Elaboração do Relatório de Gestão
SCV - Síndrome Congênita associada à infecção pelo vírus Zika
SEAS - Secretaria Executiva de Atenção à Saúde
SEE - Secretaria Estadual de Educação
SEGECG - Secretaria Executiva de Gestão Estratégica e Coordenação Geral
SEGTES - Secretaria Executiva de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde
SES/PE - Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco
SEVSAP - Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde e Atenção Primária
SIA - Sistema de Informações Ambulatoriais
SIACS - Sistema de Acompanhamento dos Conselhos de Saúde
SIASI - Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena
SIDI- Superintendência de imunizações e das Doenças Imunopreveníveis
SIG - Grupo de Interesse Especial
SIGTAP - Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS
SIH/SUS - Sistema de Informações Hospitalares
SIM - Sistema de Informação sobre Mortalidade
SINAN - Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SINASC - Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos
SINATT - Sistema de Informações sobre Acidentes de Transporte Terrestre
SIOPS - Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde
SISCAN - Sistema de Informação do Câncer
Sispacto - Sistema de Pactuação
SISPCDCH - Sistema do Programa de Controle da Doença de Chagas
SISPCE - Sistema de Informação do Programa de Controle da Esquistossomose
SISVAN - Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional
SIVEP- Sistema de Informação da Vigilância Epidemiológica da Gripe
SIVEPDDA- Sistema de Informação de Vigilância Epidemiológica Doenças Diarreicas Agudas
SMS - Secretarias Municipais de Saúde
SOF - Segunda Opinião Formativa
SRAG - Síndrome Respiratória Aguda Grave
SRT - Serviço de Residência Terapêutica
SUAS - Sistema Único de Assistência Social
SUS - Sistema Único de Saúde.
SVS- Secretaria de Vigilância em Saúde
TBN - Taxa Bruta de Natalidade.
TDAH - Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade
TDIC - Tecnologias Digitais da Informação e Comunicação
TEA - Trabalho do Transtorno do Espectro Autista
TELECARDIO-PE - Rede de Telecardiologia de Pernambuco
TFD - Tratamento Fora Domicílio
TI - Taxa de Incidência
TIC - Tecnologias da Informação e Comunicação

TMP - Tempo Médio de Permanência
TMRT - Pneumoconioses e Transtornos Mentais Relacionados ao Trabalho
TRS - Terapia Renal Substitutiva
UA - Unidades de Acolhimento
UAA - Unidades de Acolhimento Adulto
UAEO - Unidades de Atenção Especializada em Oftalmologia
UAIJ - Unidades de acolhimento infanto-juvenil
UBSP - Unidade Básica de Saúde Prisional
UD - Unidades Domiciliares
UNACON - Unidades de Assistência de Alta Complexidade
UNASUS - Universidade Aberta do SUS
UNIAPS - Unidade de Apoio Psicossocial
UNIVASF - Universidade Federal do Vale do São Francisco
UPA - Unidades de Pronto Atendimento
UPAE - Unidade Pernambucana de Atendimento Especializado
URM - Uso Racional de Medicamentos
USIATT- Unidades Sentinelas de Informação sobre Acidentes de Transporte Terrestre
UTI - Unidade de Terapia Intensivos
VIGIDESASTRES/PE - Vigilância das Populações Expostas aos Desastres da Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco
VIGSATT - Vigilância Sentinela de Acidentes de Transporte Terrestre
ZIKV - Vírus Zika

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. População Residente e razão de sexo por Macrorregião e Região de Saúde segundo sexo, 2021. 50
Tabela 2. População de Mulheres em idade fértil. Pernambuco, 2021. 50
Tabela 3. População etária de Pernambuco por Macrorregião de saúde. 52
Tabela 4. Índice de Gini da renda domiciliar per capita segundo Macrorregião e Região de Saúde – Pernambuco. 54
Tabela 5. Proporção da População Residente Alfabetizada por Faixa Etária. 56
Tabela 6. Número de estabelecimentos cadastrados segundo seção do CNAE 2.0, Pernambuco, 2021. 59
Tabela 7. Número de vínculos registrados segundo seção do CNAE 2.0, Pernambuco, 2021. 60
Tabela 8. Proporção De Nv Segundo Faixa Etária/Região e Macrorregião da (O) Parturiente. 63
Tabela 9. Percentual de NV segundo anos de escolaridade da(o) parturiente por Macrorregião e Região de Saúde, Pernambuco, 2012, 2016 e 2021. 66
Tabela 10. Percentual de NV segundo número de consultas de pré-natal por Macrorregião e Região de Saúde de residência, Pernambuco, 2012, 2016 e 2021. 67
Tabela 11. Percentual de NV segundo duração da gestação, Pernambuco, 2012 a 2021.2016 e 2021. 68
Tabela 12. Percentual de NV segundo tipo de parto por Macrorregião de Saúde de residência, Pernambuco, 2012, 2016 e 2021. 70
Tabela 13. Percentual de NV segundo tipo de parto por Região de Saúde de residência, Pernambuco, 2012, 2016 e 2021. 71
Tabela 14. Número de óbitos de chikungunya ocorridos em Pernambuco por Macrorregião, Pernambuco, 2015-2021.73
Tabela 15. Número e percentual de casos de Síndrome Congênita do Zika segundo classificação final e ano de notificação, Pernambuco, SE 30/2015 a SE 12/2021. 75
Tabela 16. Número e percentual de casos de Síndrome Congênita do Zika segundo classificação final e Macrorregião de Saúde de notificação. Pernambuco, SE 30/2015 a SE 12/2021. 75
Tabela 17. Percentual de óbitos segundo sexo por Macrorregião e Região de Saúde, Pernambuco, 2012, 2016 e 2021.110
Tabela 18. Percentual de óbitos segundo raça/cor por Macrorregião e Região de Saúde, Pernambuco, 2012, 2016 e 2021. 111
Tabela 19. Percentual de óbitos segundo local de ocorrência por Macrorregião e Região de Saúde, Pernambuco, 2012, 2016 e 2021. 112
Tabela 20. Percentual de óbitos segundo faixa etária por Macrorregião e Região de Saúde, Pernambuco, 2012, 2016 e 2021. 114
Tabela 21. Percentual de óbitos segundo capítulo da CID-10 por Região de Saúde, Pernambuco, 2012, 2016 e 2021. 114
Tabela 22. Coeficiente de mortalidade infantil por componente etário, Pernambuco e Brasil, 2012 a 2021. 117
Tabela 23. Coeficiente de Mortalidade Infantil por macrorregião e Região de saúde segundo componente etário, Pernambuco, 2012-2013, 2016-2017 e 2020-2021. 118
Tabela 24. Distribuição dos óbitos infantis segundo critério de evitabilidade por Macrorregião de Saúde, Pernambuco, 2012 a 2021. 119
Tabela 25. Distribuição dos principais agrupamentos de causas de óbitos infantis evitáveis segundo critério de evitabilidade por Região de Saúde, Pernambuco, 2012-2013, 2016-2017 e 2020-2021. 120
Tabela 26. Número e proporção da distribuição dos grupos de causa de óbito materno, Pernambuco, 2012 a 2021. 128
Tabela 27. Distribuição proporcional dos grupos de causa de óbito materno da I Macrorregional e Regionais de Saúde, Pernambuco, 2012 a 2021. 129
Tabela 28. Distribuição proporcional dos grupos de causa de óbito materno da II Macrorregional e Regionais de Saúde, Pernambuco, 2012 a 2021. 130
Tabela 29. Distribuição proporcional dos grupos de causa de óbito materno da III Macrorregional e Regionais de Saúde, Pernambuco, 2012 a 2021. 131
Tabela 30. Distribuição proporcional dos grupos de causa de óbito materno da IV Macrorregião e Regionais de Saúde por biênio, Pernambuco, 2012-2013; 2016-2017 e 2020-2021. 132
Tabela 31. Percentual de óbitos na faixa etária de 0 a 4 anos segundo critério de evitabilidade* por Macrorregião de Saúde, Pernambuco, 2012, 2016 e 2021. 133

Tabela 32. Percentual de óbitos na faixa etária de 0 a 4 anos segundo critério de evitabilidade* por Região de Saúde, Pernambuco, 2012, 2016 e 2021. 134

Tabela 33. Distribuição dos principais agrupamentos de causas de óbitos evitáveis na faixa etária de 0 a 4 anos segundo critério de evitabilidade. Macrorregiões de saúde, Pernambuco, 2012, 2016 e 2021. 135

Tabela 34. Distribuição dos principais agrupamentos de causas de óbitos evitáveis na faixa etária de 0 a 4 anos segundo critério de evitabilidade. Regiões de saúde, Pernambuco, 2012, 2016 e 2021. 136

Tabela 35. Percentual de óbitos na faixa etária de 5 a 74 anos segundo critério de evitabilidade* por Macrorregião de Saúde, Pernambuco, 2012, 2016 e 2021. 137

Tabela 36. Percentual de óbitos na faixa etária de 5 a 74 anos segundo critério de evitabilidade* por Região de Saúde, Pernambuco, 2012, 2016 e 2021. 138

Tabela 37. Percentual de cobertura da atenção primária, segundo Regional e Macrorregião de Saúde, Pernambuco, 2016 - 2022. 176

Tabela 38. Percentual de Cobertura de Saúde Bucal na Estratégia de Saúde da Família e na Atenção Básica, por Macrorregião e Região de Saúde. Pernambuco, Dez/2021. 178

Tabela 39. Distribuição dos Estabelecimentos de Saúde por tipo gestão. Pernambuco, dezembro de 2016 e 2022. 194

Tabela 40. Estabelecimentos de Saúde por Macrorregião de Saúde e tipo de gestão. Pernambuco, 2016 a 2022. 195

Tabela 41. Estabelecimentos de saúde vinculados ao SUS, por tipo e Macrorregião de Saúde. Pernambuco, 2016 e 2022. 195

Tabela 42. Distribuição de Leito/Especialidade SUS por Macrorregião de Saúde. Pernambuco de 2016 e 2022. 217

Tabela 43. Produção aprovada de procedimentos financiados pelo teto MAC. Pernambuco, 2016 e 2022. 219

Tabela 44. Produção aprovada de procedimentos financiados pelo teto FAEC. Pernambuco, 2016 e 2022. 219

Tabela 45. Percentual aplicado em Saúde – Estados do Nordeste. 282

Tabela 46. Limite Financeiro da Média e Alta Complexidade – Gestão Estadual PE. 283

Tabela 47. Indicadores do Mapa Estratégico da SES/PE. 488

LISTA DE QUADROS

Quadro 1. Perfil socioeconômico do estado de Pernambuco e suas Macrorregiões de Saúde. 52

Quadro 2. Número de beneficiários por operadoras de saúde suplementar em assistência médica no Estado de Pernambuco. 138

Quadro 3. População SUS dependente e beneficiários da saúde suplementar, segundo Macrorregional de Saúde, no Estado de Pernambuco. 139

Quadro 4. Caracterização da I Macrorregião de Saúde: Divisão político-administrativa, área em km², distância em Km, limites geográficos e População (total e densidade demográfica). Pernambuco, 2023. 143

Quadro 5. Caracterização da II Macrorregião de Saúde: Divisão político-administrativa, área em km² , distância em Km, limites geográficos e População (total e densidade demográfica). Pernambuco, 2023. 148

Quadro 6. Caracterização da III Macrorregião de Saúde: Divisão político-administrativa, área em km² , distância em Km, limites geográficos e População (total e densidade demográfica). Pernambuco, 2023. 151

Quadro 7. Caracterização da IV Macrorregião de Saúde: Divisão político-administrativa, área em km² , distância em Km, limites geográficos e População (total e densidade demográfica). Pernambuco, 2023. 155

Quadro 8. Caracterização da Macrorregião de Saúde Interestadual Pernambuco-Bahia: Divisão político-administrativa, área em km², distância em Km, limites geográficos e População (total e densidade demográfica). Pernambuco, 2023. 158

Quadro 9. Proporção do indicador por Condições Sensíveis à Atenção Básica, segundo Regionais de Saúde, Pernambuco, 2016-2022. 174

Quadro 10. Causas de óbitos na população masculina de 20-59 anos de idade em Pernambuco, 2012 e 2021. 180

Quadro 11. Causas de óbitos na população pessoas com 60 anos de idade em Pernambuco, 2012 e 2021. 182

Quadro 12. Núcleos de Segurança do Paciente da Rede Estadual de Saúde. Pernambuco, 2023. 193

Quadro 13. Modelagem da Rede Cegonha em Pernambuco. 195

Quadro 14. Síntese das Maternidades, Leitos e Referências de Risco Habitual, I Macrorregional de Saúde, Pactuação Rede Cegonha. Pernambuco, 2022. 197

Quadro 15. Maternidades, Leitos e Referências de Alto risco, I Macrorregional de Saúde, Pactuação Rede de Cegonha. Pernambuco, 2022. 197

Quadro 16. Síntese das Maternidades, Leitos e Referências Risco Habitual, II Macrorregional de Saúde, Pactuação Rede Cegonha. Pernambuco, 2022. 198

Quadro 17. Síntese das Maternidades, Leitos e Referências Risco Habitual, III Macrorregional de Saúde, Pactuação Rede Cegonha. Pernambuco, 2022. 198

Quadro 18. Síntese das Maternidades, Leitos e Referências Risco Habitual, IV Macrorregional de Saúde, Pactuação e de Cegonha. Pernambuco, 2022. 199

Quadro 19. Leitos de GAR, UTI Neonatal, UCI Neonatal, Canguru e Alojamento Conjunto existentes nas maternidades de Pernambuco, 2022. 200

Quadro 20. Rede Estadual de Alta Complexidade em Oncologia por estabelecimento de saúde e respectiva habilitação. Pernambuco, 2023. 202

Quadro 21. Produção de cirurgia oncológica, radioterapia e quimioterapia. Pernambuco, 2022. 202

Quadro 22. Serviços de Atenção em Oftalmologia por tipo de unidade e critérios estabelecidos pela Portaria SAS/MS nº 288/2008. 204

Quadro 23. Rede Estadual e Regionais de Atenção em Oftalmologia. 205

Quadro 24. Proposta de rede de cuidados oftalmológicos integrais por macrorregião. 205

Quadro 25. Serviços existentes por macrorregião de saúde. Pernambuco, 2023. 206

Quadro 26. Número de internações e tempo médio de permanência, por estabelecimento de saúde e ano de processamento. 208

Quadro 27. Taxa de ocupação global dos seis grandes hospitais de administração direta. 208

Quadro 28. Taxa de ocupação das emergências dos seis grandes hospitais de administração direta. 209

Quadro 29. Desenho da Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência de Pernambuco por Macrorregião. 209

Quadro 30. Unidades concessoras de OPM (Órteses, Próteses e Meios auxiliares de locomoção). 210

Quadro 31. Número de leitos dos hospitais próprios da gestão estadual, por Macrorregião. 216

Quadro 32. Ranking Nacional dos Transplantes, por órgão/tecido – Janeiro a Março de 2023. 224

Quadro 34. Situação da Programação Anual de Saúde por Região de Saúde do Estado de Pernambuco no período de 2016 - 2017. 240

Quadro 35. Situação da Programação Anual de Saúde por Região de Saúde do Estado de Pernambuco no período de 2018 - 2022. 241

Quadro 36. Situação dos Instrumentos de Planejamento do Estado de Pernambuco, no período de 2016 a 2022. 247

Quadro 37. Atividades desempenhadas e resultados alcançados- CIB/PE 2019-2023. 249

Quadro 38. Distribuição dos profissionais de saúde nomeados nos anos de 2019 a 2022. Pernambuco, janeiro de 2019 a dezembro de 2022. 253

Quadro 39. Atividades desenvolvidas pelo Conselho Estadual de Saúde. 259

Quadro 40. Deflagração, implantação e portarias dos Núcleos de Economia da Saúde de Pernambuco. Período 2013 a 2023. 266

Quadro 41. Demonstrativo das principais ações realizadas pelo Núcleo Estadual de Economia da Saúde. Período 2015 a 2023. 268

Quadro 42. Quantitativos de procedimentos de MC e AC para cada Programa. 284

Quadro 43. Projeto Boa Visão - Consultas oftalmológicas, óculos prescritos e óculos entregues 2012-2022. 286

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Pirâmide etária do estado de Pernambuco. 54
Gráfico 2. Mercado de trabalho em Pernambuco, 2023. 60
Gráfico 3. Taxa Bruta de Natalidade. Pernambuco e Brasil, 2012 a 2021. 64
Gráfico 4. Taxa Bruta de Natalidade. Macrorregiões de Saúde, Pernambuco, 2012, 2016 e 2021. 64
Gráfico 5. Taxa Bruta de Natalidade. Regiões de Saúde, Pernambuco, 2012, 2016 e 2021. 65
Gráfico 6. Percentual de NV segundo faixa etária da (o) parturiente (10 a 14 anos), Pernambuco e Brasil, 2012 a 2021. 67
Gráfico 7. Percentual de NV segundo faixa etária da (o) parturiente (15 a 19 anos), Pernambuco e Brasil, 2012 a 2021. 67
Gráfico 8. Percentual de NV segundo número de consultas de pré-natal, Pernambuco, 2012 a 2021. 70
Gráfico 9. Percentual de NV segundo tipo de parto, Pernambuco, 2012 a 2021. 72
Gráfico 10. Incidência de dengue por Macrorregião de Saúde, Pernambuco, 2012-2021. 74
Gráfico 11. Número de óbito por dengue por Macrorregião de Saúde. Pernambuco, 2012-2021. 74
Gráfico 12. Incidência de Chikungunya por Macrorregião, Pernambuco, 2015- 2021. 75
Gráfico 13. Incidência de Zika por Macrorregião. Pernambuco, 2015-2021. 76
Gráfico 14. Coberturas Vacinais por imunobiológico: BCG, Rotavírus Humano, Pneumocócica Meningocócica C, Pentavalente e Poliomielite, Pernambuco – 2012 – 2019. 77
Gráfico 15. Distribuição dos casos de SRAG por influenza por Macrorregião de Saúde, cobertura vacinal e ano epidemiológico dos sintomas. Pernambuco, 2012-2021. 78
Gráfico 16. Distribuição dos casos de SRAG por influenza com evolução para óbito, segundo Macrorregião de Saúde, cobertura vacinal e ano epidemiológico dos sintomas, Pernambuco, 2012-2021. 78
Gráfico 17. Distribuição dos casos de sarampo, segundo cobertura vacinal e ano epidemiológico do exantema. Pernambuco, 2012-2021. 80
Gráfico 18. Distribuição do coeficiente de incidência de doença meningocócica (por 100 mil habitantes), segundo Macrorregião de Saúde, cobertura vacinal e ano epidemiológico dos sintomas, Pernambuco, 2012-2021. 81
Gráfico 19. Distribuição da letalidade de doença meningocócica, segundo cobertura vacinal e ano epidemiológico dos sintomas, Pernambuco, 2012-2021. 81
Gráfico 20. Número de casos e incidência de leptospirose. Pernambuco, 2012 a 2021. 81
Gráfico 21. Distribuição da incidência de leptospirose por Macrorregião de Saúde, Pernambuco, 2012 a 2021. 82
Gráfico 22. Distribuição dos casos de raiva por espécie. Pernambuco, 2012 – 2021. 83
Gráfico 23. Casos de raiva por espécie e distribuição nas Macrorregião de Saúde. Pernambuco, 2012-2021. 83
Gráfico 24. Número de casos notificados e confirmados de esporotricose humana. Pernambuco, 2016 a 2021. 84
Gráfico 25. Índice de infestação vetorial, segundo as Macrorregiões de Saúde. Pernambuco, 2012 – 2021. 85
Gráfico 26. Coeficiente de incidência por LV segundo Macrorregião de Saúde. Pernambuco, 2012-2021. 85
Gráfico 27. Percentual (%) de óbitos por LV segundo Macrorregião de Saúde de residência. Pernambuco, 2012-2021. 85
Gráfico 28. Percentual (%) de positividade da esquistossomose segundo Macrorregião de Saúde. Pernambuco, 2012-2021. 86
Gráfico 29. Taxa de mortalidade (100.000 habitantes) por esquistossomose, I e II Macrorregiões de Saúde, Pernambuco, 2012-2021. 87
Gráfico 30. Taxa de mortalidade (100.000 habitantes) por esquistossomose segundo Macrorregiões de Saúde, Pernambuco, 2012-2021. 87
Gráfico 31. Corredor endêmico semanal de casos de DDA atendidos em unidades sentinela por semana epidemiológica, Pernambuco, 2012-2021. 88
Gráfico 32. Monitoramento Laboratorial das amostras clínicas de DDA coletadas em casos de surtos e monitoramento, Pernambuco, 2012 a 2021. 88
Gráfico 33. Distribuição de casos de diarreia em menores de cinco anos de idade classificados como elegível para a vigilância do rotavírus segundo ano de início dos sintomas, Pernambuco, 2012-2021. 89
Gráfico 34. Distribuição dos surtos de DTHA notificados e número de doentes segundo o ano de ocorrência, Pernambuco, 2012-2021. 90
Gráfico 35. Distribuição dos surtos de DTHA notificados por Macrorregional de ocorrência, Pernambuco, 2012-2021. 90
Gráfico 36. Casos de AIDS em menores de 5 anos segundo ano de diagnóstico e Macrorregião de Saúde de residência.

Pernambuco, 2012 a 2021. 91

Gráfico 37. Coeficiente de mortalidade por AIDS (por 100.000 habitantes) segundo ano de diagnóstico e Macrorregião de Saúde de residência. Pernambuco, 2012 a 2021. 91

Gráfico 38. Taxa de incidência de sífilis congênita em menores de 1 ano (por 1.000 NV) segundo ano de diagnóstico na Macrorregião de Saúde de residência. Pernambuco, 2012 a 2021. 92

Gráfico 39. Percentual de contatos examinados de casos de hanseníase segundo Macrorregiões de Saúde. Pernambuco, 2016 a 2022. 93

Gráfico 40. Taxa de incidência (100.000 habitantes) tuberculose por Macrorregião de Saúde. Pernambuco, 2021-2022*. 93

Gráfico 41. Taxa de incidência (100.000 habitantes) de tuberculose em menores de 15 anos por Macrorregião de Saúde. Pernambuco, 2021-2022*. 94

Gráfico 42. Coeficiente de mortalidade de tuberculose (100.000 habitantes) por Macrorregião de Saúde. Pernambuco, 2016-2022*. 9

Gráfico 43. Coeficiente de detecção geral e em menores de 15 anos de hanseníase por 100.000 habitantes. Brasil e Pernambuco, 2016 a 2022. 95

Gráfico 44. Percentual de contatos examinados de casos novos de hanseníase segundo Macrorregiões de Saúde, Pernambuco, 2012 a 2021. 96

Gráfico 45. Taxa de mortalidade prematura por DCNT (30 a 69 anos), por 100.000 habitantes em residentes de Pernambuco por Macrorregião de Saúde. Pernambuco, 2012-2021. 96

Gráfico 46. Percentual de mortalidade prematura (30 a 69 anos) nos quatro grupos principais de DCNT por Macrorregião de Saúde. Pernambuco, 2012 e 2021. 97

Gráfico 47. Número de notificação de vítimas de ATT registradas nas 17 USIATT por Macrorregião de Saúde de ocorrência do acidente, Pernambuco, 2014-2021. 98

Gráfico 48. Número de notificação de vítimas de AM registradas nas 17 USIATT por Macrorregião de Saúde de ocorrência do acidente, Pernambuco, 2014-2021. 98

Gráfico 49. Taxa de mortalidade (por 100.000 habitantes) por acidentes de transporte terrestre (ATT) e Acidente de Motocicleta (AM), segundo ano do óbito e Macrorregião de Saúde, Pernambuco, 2012 a 2021. 98

Gráfico 50. Proporção de óbitos por acidentes de transporte terrestre, por Macrorregião de Saúde e tipo de vítima, Pernambuco, 2021. 99

Gráfico 51. Número de notificações de violência interpessoal/autoprovocada por Macrorregião de Saúde, Pernambuco, 2012-2021. 100

Gráfico 52. Percentual das Doenças Relacionadas ao Trabalho por Macrorregião de Saúde, Pernambuco, 2012 a 2021. 100

Gráfico 53. Número de casos de Acidente de Trabalho por Macrorregião de Saúde, Pernambuco, 2012 a 2021. 101

Gráfico 54. Número de casos de acidente com exposição a material biológico, por Macrorregião de Saúde, Pernambuco, 2012 a 2021. 102

Gráfico 55. Número de casos, casos graves e óbitos em Pernambuco, segundo semana epidemiológica e ano de notificação, 2020 - 2022. Destaque na semana de detecção das variantes Covid-19. 107

Gráfico 56. Coeficiente geral de mortalidade (por 1.000 habitantes), segundo ano do óbito. Pernambuco e Brasil, 2012 a 2021. 110

Gráfico 57. Razão de Mortalidade Materna precoce, Brasil, 2012 a 2021. 129

Gráfico 58. Número de óbitos maternos e Razão de Mortalidade Materna precoce. Pernambuco, 2012 a 2021. 130

Gráfico 59. Número de óbitos maternos e Razão de Mortalidade Materna total (precoce e tardio), Pernambuco, 2012 a 2021. 131

Gráfico 60. Razão de Mortalidade Materna precoce por Macrorregião, Pernambuco, 2012 a 2021. 131

Gráfico 61. Razão de Mortalidade Materna precoce por Região de Saúde, Pernambuco, 2012 a 2021. 132

Gráfico 62. Dispositivos da Rede de Atenção à Saúde Mental em Pernambuco, 2023. 193

Gráfico 63. Número de Atendimento por ano de atendimento segundo diagnóstico/grupo nas 12 regionais de Saúde, 2020 a 2022. 193

Gráfico 64. Número de procedimentos e atendimentos por ano nos serviços da RAPS em Pernambuco, 2020 a 2022. 194

Gráfico 65. Número de PPL segundo agravos transmissíveis. Pernambuco, 2012-2021. 199

Gráfico 66. Número de PPL segundo agravos transmissíveis. Pernambuco, 2012-2021. 199

Gráfico 67. Número de nascidos vivos no Estado de Pernambuco, 2017 a 2021. 206

Gráfico 68. Quantitativo de partos segundo tipo de gestão em Pernambuco 2012-2022. 206

Gráfico 69. Evolução no Número de Usuários da Farmácia de Pernambuco. 231

Gráfico 70. Oferta de leitos de UTI nos anos de 2020 até julho de 2023 sob regulação na Central Macrorregional. 234
Gráfico 71. Oferta de leitos de enfermaria no período de 2020 até julho de 2023 sob a regulação na Central Macrorregional. 234
Gráfico 72. Histórico dos transplantes em Pernambuco
Gráfico 73. Variação Percentual Acumulada dos Transplantes em Pernambuco – Janeiro a Dezembro de 2020 236
Gráfico 74. Histórico de receptores em lista de espera de 2018 a junho de 2023. 237
Gráfico 75. Oferta de procedimentos ambulatoriais, regulados no sistema informatizado CMCE, referente aos anos de 2019-2022. 242
Gráfico 76. Média anual dos pacientes de Terapia Renal Substitutiva – TRS Ambulatorial regulados no sistema informatizado APACNET, referente aos anos 2019-2022. 245
Gráfico 77. Coletas realizadas pela Hemorrede Estadual. 246
Gráfico 78. Total de doações realizadas no Hemocentro Recife - 2019 a 2022. 247
Gráfico 79. Percentual de doações realizadas no Hemocentro Recife em relação à rede estadual. 247
Gráfico 80. Percentual de Doadores de Repetição - Hemocentro Recife - 2019 a 2022. 248
Gráfico 81. Comparativo da situação dos Planos Municipais de Saúde nos períodos de 2018 a 2021, e 2022-2025 informados pelo Laboratório de Inteligência Artificial em Saúde - LIAS. 251
Gráfico 82. Situação das Regiões de Saúde sobre a PAS no período de 2016 a 2017. 256
Gráfico 83. Situação das Regiões de Saúde sobre a PAS no período de 2018 a 2022. 257
Gráfico 84. Situação dos Relatórios de Gestão de todas as Regiões de Saúde do estado de Pernambuco no período de 2016 - 2017. 258
Gráfico 85. Situação dos Relatórios de Gestão de todas as Regiões de Saúde do estado de Pernambuco no período de 2018 - 2022. 258
Gráfico 86. Quantidade de manifestações registradas por ano. 273
Gráfico 87. Percentual de resolutividade das manifestações por ano. 273
Gráfico 88. Percentual aplicado em Saúde – Estado de PE. 288
Gráfico 89. Despesa Liquidada por Fonte de Recurso (Estado x União). 289
Gráfico 90. Teto MAC X Produção Apresentada. 291
Gráfico 91. Captação de Emendas Parlamentares Federais – Custeio. 294
Gráfico 92. Captação de Emendas Parlamentares Federais – Investimento. 294
Gráfico 93. Valores de Emendas Parlamentares Estaduais repassados. 295

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Linha do tempo do processo de construção do PES 2024 - 2027. 42
Figura 2. Mapa Estratégico da SES/PE 2024 - 2027. 43
Figura 3. Principais atividades produtivas identificadas por região de saúde de Pernambuco. 60
Figura 4. Distribuição espacial do risco de reintrodução da poliomielite por Município, Pernambuco, 2021. 80
Figura 5. Casos confirmados de esporotricose humana, Pernambuco por município, 2016 a 2021. 81
Figura 6. Regionalização do estado de Pernambuco em 04 Macrorregiões com os municípios sede, Pernambuco. 141
Figura 7. Regionalização do Estado de Pernambuco em 12 Regiões de Saúde com os municípios sede, Pernambuco. 142
Figura 8. Linha do Tempo sobre a Rede PEBA. 160
Figura 9. Leitos de UTI da Rede PEBA. 161
Figura 10. Organograma geral da GERES. 162
Figura 11. Atendimentos em Ambulatórios LGBT, Pernambuco 2023. 180
Figura 12. Equipamentos da Rede Estadual de Saúde, sob a gestão da Secretaria Executiva de Atenção à Saúde/Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco. 209
Figura 13. Distribuição da rede de atenção psicossocial nas doze gerências regionais de saúde de PE. 213
Figura 14. Área de abrangência dos Cerest Regionais em Pernambuco. 218
Figura 15. Estruturação da Assistência Farmacêutica no SUS. 219
Figura 16. Fluxo de regulação ambulatorial. 231
Figura 17. Estrutura Física da Hemorrede Estadual de Pernambuco. 236
Figura 18. Organograma da SEGTES. 253
Figura 19. Rede de Ouvidorias e Interlocutores de Ouvidorias do SUS em Pernambuco. 262

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO 35

1. INTRODUÇÃO 38

2. CONSTRUÇÃO DO PES 2024 - 2027 41

3. ANÁLISE SITUACIONAL 47

3.1. NECESSIDADES DE SAÚDE 49

3.2 ANÁLISE DO PROCESSO DE REGIONALIZAÇÃO 141

3.3 REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE 173

3.4 CAPACIDADE INSTITUCIONAL 241

3.5 PROGRAMAS PRIORITÁRIOS DA SES-PE 289

4. RECOMENDAÇÕES DA 10ª CONFERÊNCIA ESTADUAL DE SAÚDE 293

5. PROGRAMAÇÃO DO PES 2024-2027 322

5.1 DIRETRIZ 1: ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE COMO ORDENADORA DO CUIDADO E FORTALECIMENTO DAS POLÍTICAS ESTRATÉGICAS E DE EQUIDADE 323

5.2 DIRETRIZ 2: APERFEIÇOAMENTO DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE COMO CAMINHO PARA O ACESSO REGIONALIZADO 339

5.3 DIRETRIZ 3: FORTALECIMENTO DA POLÍTICA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA 356

5.4 DIRETRIZ 4: DESENVOLVIMENTO DAS AÇÕES ESTRATÉGICAS DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE 365

5.5 DIRETRIZ 5: QUALIFICAÇÃO E INOVAÇÃO DOS PROCESSOS DE GOVERNANÇA E GESTÃO ESTRATÉGICA E PARTICIPATIVA NA SAÚDE 387

5.6 DIRETRIZ 6: AMPLIAÇÃO DOS INVESTIMENTOS EM SAÚDE DE FORMA REGIONALIZADA 484

6. MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DO PES 2024-2027 488

REFERÊNCIAS 493

APRESENTAÇÃO

APRESENTAÇÃO

O Plano Estadual de Saúde (PES) é o principal instrumento de planejamento utilizado pela gestão estadual do Sistema Único de Saúde (SUS). Sua finalidade é orientar as políticas públicas durante o período de 2024-2027, levando em consideração as necessidades de saúde da população de Pernambuco, bem como os determinantes e condicionantes do processo saúde-doença. Mediante uma análise situacional da saúde no estado, o PES estabelece compromissos, iniciativas, ações, metas e indicadores a serem alcançados ao longo de quatro anos. Além disso, o plano define a estratégia para monitorar e avaliar as metas propostas no âmbito estadual.

A Missão da Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco (SES/PE) é de assegurar o desenvolvimento da Política Pública de Saúde de forma equânime, colaborativa e regionalizada, respeitando os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) com participação dos entes federativos e da sociedade para promover a organização da Rede de Atenção e garantir saúde e qualidade de vida a população pernambucana.

Após a compreensão da Missão da SES/PE, é essencial definir o objetivo almejado. O "como chegar" é concretizado por meio de Diretrizes, Objetivos Estratégicos, Metas e Indicadores de Resultados.

Este plano é o resultado do trabalho em conjunto de técnicos dos diferentes setores da SES/PE e reflete as deliberações advindas das Conferências Macrorregionais, da 10ª Conferência Estadual de Saúde (10º CES) ocorridas em 2023, das Escutas Sociais e do diálogo contínuo com o Conselho Estadual de Saúde de Pernambuco (CES-PE), estando alinhado com o Plano Plurianual (PPA) 2024-2027 e o Plano de Governo.

O PES 2024-2027 está em sintonia com o Mapa Estratégico da SES. Esse alinhamento visa orientar o comportamento dos profissionais na gestão estadual, bem como as políticas e ações de saúde, proporcionando uma direcionalidade clara para a gestão e refletindo abrangentemente o sistema de saúde em Pernambuco.

Vale destacar o papel crucial desempenhado pelo Conselho Estadual de Saúde de Pernambuco (CES-PE) na criação deste documento orientador das ações e políticas de saúde no Estado, evidenciando sua participação inovadora e colaborativa no processo de elaboração do documento.

A elaboração do PES 2024-2027 foi orientada pelos seguintes elementos principais: as propostas e recomendações derivadas da 10ª Conferência Estadual de Saúde, a análise do PES 2020-2023 , considerando as observações e sugestões apresentadas nas Programações Anuais (PAS) e nos Relatórios Anuais de Gestão (RAG) avaliados pelo CES, o Plano de Governo para a Saúde e o conjunto de propostas provenientes das áreas técnicas da SES/PE, com suporte metodológico prestado pelo PROADI-SUS.

Assim, colaborativamente, percorremos a trajetória para fortalecer a promoção, proteção e prevenção da saúde, intervindo na recuperação quando necessário. Avançaremos na consolidação da regionalização para a organização das Redes de Atenção, aprimorando a assistência farmacêutica e modernizando a gestão e o acesso aos serviços, com ênfase na regulação em saúde. Dessa forma, estaremos alcançando novos marcos e conquistas para o Sistema Único de Saúde em Pernambuco, reafirmando nosso compromisso com a realização dos objetivos definidos no Plano Estadual de Saúde 2024-2027, afim de contribuir significativamente para a construção conjunta da Política Estadual de Saúde, cumprindo com os princípios e diretrizes do SUS e mantendo um diálogo contínuo CES-PE.

Secretária Estadual de Saúde

INTRODUÇÃO

INTRODUÇÃO

O Plano Estadual de Saúde (PES) é um documento que expressa o compromisso do Governo com a saúde dos pernambucanos, traduzindo as prioridades e propondo as medidas e ações que impactem na melhoria das condições da saúde em Pernambuco.

A construção do Plano Estadual de Saúde (PES) 2024-2027 atende aos preceitos da Lei Federal nº. 8080 de 19 de setembro de 1990, art. 15, inciso VIII, que estabelece, enquanto atribuições dos(as) gestores(as) do Sistema Único de Saúde (SUS), elaborar e atualizar periodicamente o plano de saúde, instrumento de gestão essencial para direcionar as atividades e programações de cada esfera de governo.

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

A Portaria Nº 2.135 de 29 de Setembro de 2013, estabeleceu as diretrizes para o processo de planejamento no âmbito do SUS, reafirmando como instrumentos básicos de planejamento os seguintes instrumentos:

- Plano de Saúde (PS): instrumento que apresenta as intenções e os resultados a serem buscados no período de quatro anos expresso em diretrizes, objetivos, metas e indicadores. É a base para a execução, o monitoramento, a avaliação e a gestão do sistema de saúde.
- Programação Anual de Saúde (PAS): instrumento que operacionaliza as intenções expressas no plano de saúde, são detalhadas as metas anuais e os recursos financeiros que operacionalizam o plano e reúne o conjunto das iniciativas a serem implementadas pela respectiva esfera de gestão em cada ano de vigência do plano.
- Relatório Detalhado do Quadrimestre Anterior (RDQA): é o instrumento que apresenta a oferta e a produção de serviços públicos na rede assistencial, comparando os dados com os indicadores de saúde da população em seu âmbito de atuação, no intuito de prestar contas e tornar públicos os resultados alcançados durante o quadrimestre e também apresenta o montante e a fonte de recursos aplicados, auditorias realizadas ou em fase de execução e suas recomendações.
- Relatório Anual de Gestão (RAG): é o instrumento que apresenta os resultados alcançados com a execução da PAS, além de constituir-se em comprovação da aplicação dos recursos, tem por finalidade, orientar a elaboração da nova programação anual, bem como, eventuais redirecionamentos que se fizerem necessários no Plano de Saúde.

A execução, o monitoramento, a avaliação e gestão do SUS tem como base, o Plano Estadual de Saúde. Com isso, sua elaboração deve ser fundamentada na análise situacional de saúde do Estado; na missão, visão e valores da instituição; nas recomendações advindas da Conferência Estadual de Saúde; nas diretrizes, objetivos, metas e indicadores estabelecidos pelas áreas técnicas; e no processo de monitoramento e avaliação do instrumento elaborado.

Além disso, o plano constitui base para programações e previsão de proposta orçamentária, devendo orientar a elaboração dos instrumentos de planejamento da administração pública como o Plano Plurianual (PPA), a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e a Lei Orçamentária Anual (LOA), compatibilizando as necessidades da política de saúde com a disponibilidade de recursos financeiros para o período de sua vigência. E, ainda, estar alinhado com o Planejamento Regional Integrado (PRI), que assegura as necessidades de saúde de acordo com as

regiões do Estado e as propostas e recomendações advindas das Conferências de Saúde, importante instrumento de controle social.

Este documento apresenta a Construção do PES 2024 - 2027 com as etapas do processo de elaboração do documento, a Análise Situacional em Saúde de Pernambuco, dividida em 04 dimensões: Necessidades de Saúde, Análise do Processo de Regionalização, Redes de Atenção à Saúde e Capacidade Institucional, a seção dos Programas Prioritários da SES/ PE; o Mapa Estratégico de Saúde contendo a Missão, Visão e Valores da SES; as Diretrizes, Objetivos Estratégicos, Metas e Indicadores (DOMI) propostos; e por fim, o Monitoramento e Avaliação, que tem por objetivo apresentar como se dará o acompanhamento da execução do plano ao longo de sua vigência.

CONSTRUÇÃO DO PES 2024 - 2027

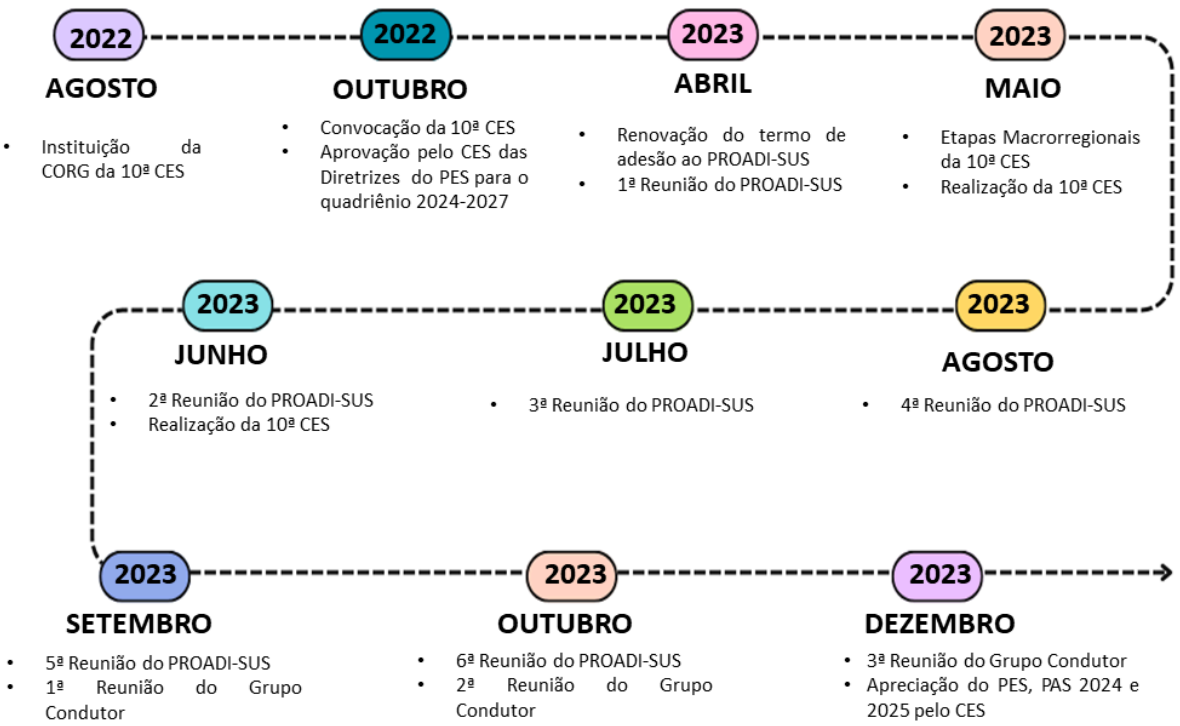
CONSTRUÇÃO DO PES 2024 - 2027

Em abril de 2023, a SES/PE renovou o termo de adesão ao Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do SUS (PROADI-SUS). O PROADI-SUS é uma estratégia de fortalecimento da Gestão Estadual com o objetivo de apoiar o planejamento estratégico e a elaboração de forma integrada dos instrumentos de planejamento em saúde com os de gestão, desenvolvendo integração com os instrumentos orçamentários.

O Grupo Condutor do PES 2024-2027 foi instituído em setembro de 2023, para auxiliar na construção do PES 2024-2027, com representantes das Secretarias Executivas e do Conselho Estadual de Saúde. O objetivo deste grupo foi articular e orientar o processo de elaboração do documento, assegurando a participação de todas as áreas técnicas da SES e do CES.

É importante salientar a realização da 10ª Conferência Estadual de Saúde (10ª CES), um espaço de controle social e de deliberações, na qual foram incorporadas ao documento final do Plano. E através do sistema PE planejaSUS, foram analisadas e serviram de base, juntamente com as proposições do Plano de Governo 2023 - 2026 e as deliberações advindas das Reuniões Ordinárias e Extraordinárias do CES (período de 2020 - 2023), para que as áreas técnicas da SES construíssem suas ações e metas para o próximo ciclo de planejamento.

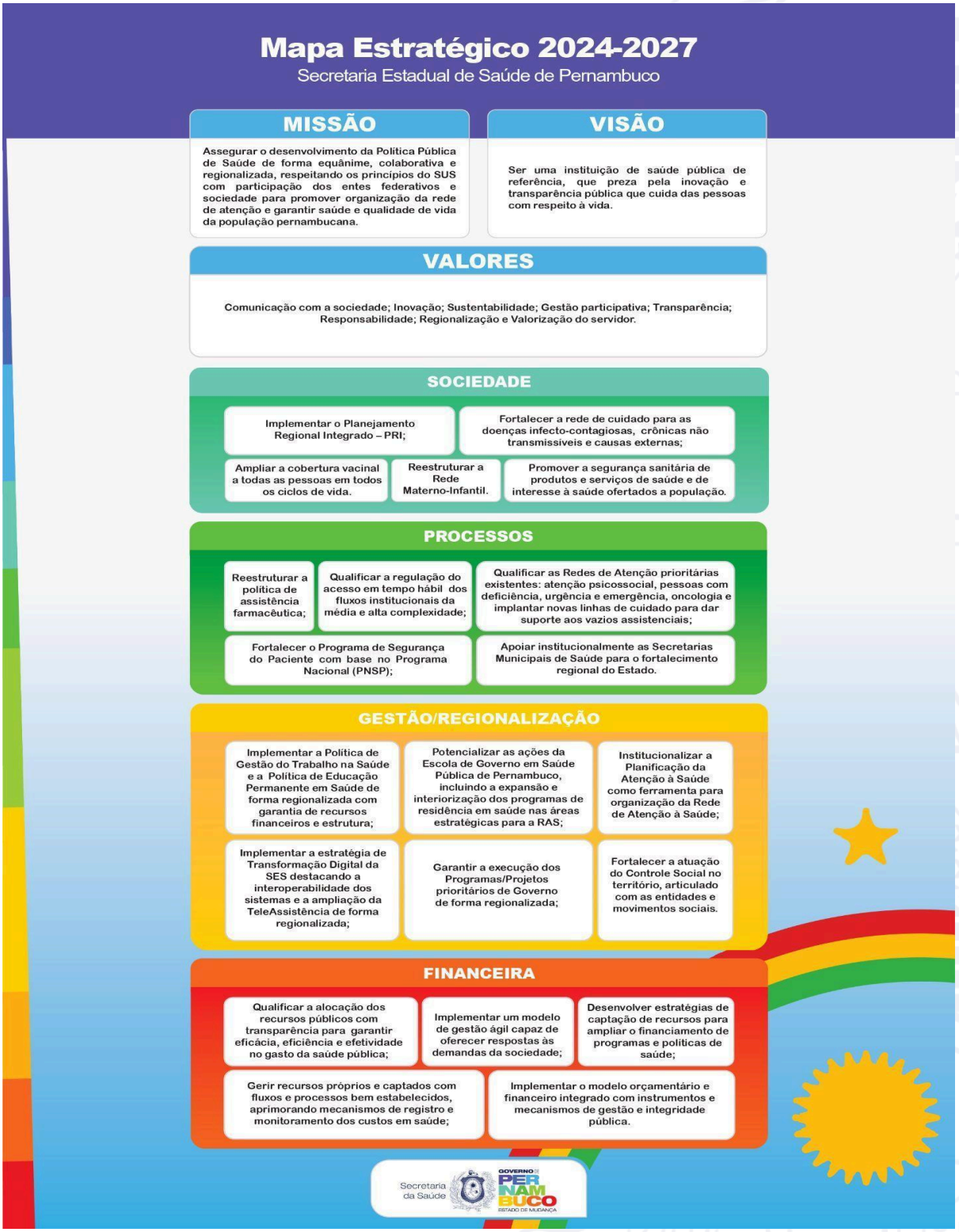
Figura 1. Linha do tempo do processo de construção do PES 2024 - 2027.



O PROADI/SUS também possibilitou a elaboração de forma integrada da Análise Situacional contendo as condições de saúde da população pernambucana e do Mapa Estratégico da SES com a Missão, Visão, Valores da SES e respectivos Objetivos Estratégicos. Estas produções trouxeram contribuições significativas para a priorização das ações estratégicas da gestão nos próximos quatro anos.

Para o Planejamento Estratégico desenvolvido com o apoio do PROADI-SUS foram elencados ao todo 21 Objetivos, distribuídos em quatro perspectivas: Resultados para Sociedade, Processos, Gestão/Regionalização e Financeira.

Figura 2. Mapa Estratégico da SES/PE 2024 - 2027.



OBJETIVOS ESTRATÉGICOS DOS PES 2024 - 2027

Para o PES 2024-2027 foram elencados 50 objetivos estratégicos, dos quais estão inseridos os 21 objetivos do Mapa Estratégicos da SES/PE, listados abaixo.

OBJETIVOS ESTRATÉGICOS	MAPA E/OU PES
1. Ampliar a atuação da Operação Lei Seca e CEPAM;	PES
2. Ampliar a cobertura vacinal a todas as pessoas em todos os ciclos de vida;	MAPA/PES
3. Ampliar a Comunicação com a Sociedade;	PES
4. Ampliar a estrutura tecnológica da SES;	PES
5. Ampliar a oferta de procedimentos e serviços de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar;	PES
6. Ampliar o acesso de informações à população para promover o uso racional de medicamentos;	PES
7. Aperfeiçoar as ações do Projeto Boa Visão;	PES
8. Apoiar institucionalmente as Secretarias Municipais de Saúde para o fortalecimento regional do Estado;	MAPA/PES
9. Aprimorar a Ação Regulatória na Gestão Estadual;	PES
10. Aprimorar o Monitoramento dos Contratos de Gestão das OSS;	PES
11. Atender a necessidade de hemocomponentes das instituições de saúde pública;	PES
12. Construir, ampliar, reformar e equipar as unidades de saúde pertencentes ao estado de Pernambuco;	PES
13. Apoiar o desenvolvimento das ações de vigilância sanitária para a regulação e o controle de produtos e serviços de saúde e de interesse à saúde;	PES
14. Desenvolver estratégias de captação de recursos para ampliar o financiamento de programas e políticas de saúde;	MAPA/PES
15. Estruturar a rede de assistência Farmacêutica em todos os níveis de atenção à saúde;	PES
16. Fortalecer as ações preventivas e assistenciais de origem toxicológica;	PES
17. Fortalecer a articulação com as Secretariais Municipais para a implantação do Serviço de Assistência Domiciliar – SAD;	PES
18. Fortalecer a Atenção à Saúde Integral no Sistema Prisional;	PES

19. Fortalecer a atuação do Controle Social no território, articulado com as entidades e movimentos sociais;	MAPA/PES
20. Fortalecer a Política Estadual das Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), Aids e Hepatites virais;	PES
21. Fortalecer a Rede de Cuidado para as doenças infecto-contagiosas, crônicas não transmissíveis e causas externas;	MAPA/PES
22. Fortalecer a vigilância de Acidente de Transporte Terrestre (ATT);	PES
23. Fortalecer ações de Vigilância em Saúde do Trabalhador;	PES
24. Fortalecer as ações de vigilância epidemiológica e ambiental para o controle das doenças e agravos e promoção da saúde;	PES
25. Fortalecer as Políticas Estratégicas e de Equidade na Atenção à Saúde;	PES
26. Fortalecer o mecanismo de Ouvidoria no SUS;	PES
27. Fortalecer o processo de Transplante de Órgãos e Tecidos;	PES
28. Fortalecer o Programa de Segurança do Paciente com base no Programa Nacional (PNSP);	MAPA/PES
29. Fortalecer ações integradas de controle da tuberculose e hanseníase, no estado de Pernambuco;	PES
30. Fortalecer o Telessaúde no Estado;	PES
31. Fortalecer os espaços de planejamento e governança para que expressem as necessidades de saúde do território e do controle social;	PES
32. Garantir a execução dos Programas/Projetos prioritários de Governo de forma regionalizada;	MAPA/PES
33. Garantir recursos financeiros e estrutura na política de valorização e desenvolvimento dos trabalhadores do SUS , a Política de Educação Permanente em Saúde;	PES
34. Gerir recursos próprios e captados com fluxos e processos bem estabelecidos, aprimorando mecanismos de registro e monitoramento dos custos em saúde;	MAPA/PES
35. Implementar o Planejamento Regional Integrado – PRI;	MAPA/PES
36. Institucionalizar a Planificação da Atenção à Saúde como ferramenta para organização da Rede de Atenção à Saúde;	MAPA/PES
37. Implementar a estratégia de Transformação Digital da SES destacando a implementação da inteligência epidemiológica, a interoperabilidade dos sistemas de informação em saúde e a ampliação da TeleAssistência de forma regionalizada;	MAPA/PES

38. Implementar a Política de Gestão do Trabalho na Saúde e a Política de Educação Permanente em Saúde de forma regionalizada com garantia de recursos financeiros e estrutura;	MAPA/PES
39. Implementar e qualificar as ações de fortalecimento da Rede Pernambucana de Laboratórios (RPELAB);	PES
40. Implementar o modelo orçamentário e financeiro integrado com instrumentos e mecanismos de gestão e integridade pública;	MAPA/PES
41. Implementar um modelo de gestão ágil capaz de oferecer respostas às demandas da sociedade;	MAPA/PES
42. Potencializar as ações da Escola de Governo em Saúde Pública de Pernambuco, incluindo a expansão e interiorização dos programas de residência em saúde nas áreas estratégicas para a RAS;	MAPA/PES
43. Qualificar a alocação dos recursos públicos com transparência para garantir eficácia, eficiência e efetividade no gasto da saúde pública;	MAPA/PES
44. Qualificar a Rede de Saúde das anomalias congênitas e doenças raras;	PES
45. Qualificar a regulação do acesso em tempo hábil dos fluxos institucionais da média e alta complexidade	MAPA/PES
46. Qualificar as Redes de Atenção prioritárias existentes: Atenção psicossocial, pessoas com deficiência, urgência e emergência, oncologia e implantar novas linhas de cuidado para dar suporte aos vazios assistenciais;	MAPA/PES
47. Reestruturar a política de assistência farmacêutica;	MAPA/PES
48. Reestruturar a Política Estadual de Fortalecimento da Atenção Primária;	PES
49. Reestruturar a Rede Materno-Infantil.	MAPA/PES
50. Promover a segurança sanitária de produtos e serviços de saúde e de interesse à saúde ofertados à população.	MAPA/PES

Ressaltamos que a participação do CES na elaboração e apreciação do PES 2024 - 2027 deu-se desde o início do processo de construção do documento com a inclusão de 06 Conselheiros(as) Estaduais de Saúde do Grupo Condutor do PES 2024 - 2027, como também, no monitoramento das etapas de construção do PES 2020-2023 nas reuniões do Pleno do CES.

ANÁLISE SITUACIONAL DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

INTRODUÇÃO

A situação de saúde pode ser compreendida como um conjunto detalhado dos problemas e das necessidades de uma população em um dado território, em um tempo estabelecido. A situação de saúde revela as condições de vida e o perfil de adoecimento e morte de uma população, evidenciando seus determinantes e condicionantes (BAHIA, 2015).

A análise situacional em saúde pública é uma avaliação abrangente do estado da saúde de uma população, identificando os principais problemas de saúde, determinantes sociais, recursos disponíveis e desafios enfrentados pelo sistema de saúde. Essa análise é fundamental para o planejamento, implementação e avaliação de políticas, programas e intervenções em saúde pública.

Destacam-se alguns atributos de uma análise de situação de saúde: ser um processo contínuo, uma vez que o processo saúde-doença-cuidado também é dinâmico; ser estratégico, contribuindo para a análise da realidade e na busca de meios para alcance dos objetivos institucionais; ser multidisciplinar e participativo, envolvendo diversos saberes e atores-chave que representam a gestão e o controle social e ser institucionalizado como instrumento da prática cotidiana de gestão.

Uma análise situacional em saúde pública considera alguns aspectos para a sua construção, a exemplo dos diversos indicadores de saúde: taxas de mortalidade, expectativa de vida e incidência de doenças transmissíveis, que são usados para entender a situação geral de saúde de uma população. Além deles, os aspectos socioeconômicos, culturais e ambientais possuem uma relevância significativa na vida e na saúde da população.

Nesse contexto, o perfil epidemiológico subsidia a análise da distribuição de doenças nos territórios e as condições de saúde da população, contribuindo para a identificação dos riscos e tendências de agravos à saúde. Com base nos indicadores e perfis epidemiológicos, identificam-se os principais problemas de saúde que afetam a população.

A análise situacional também inclui a avaliação da infraestrutura de saúde, como hospitais, centros de saúde, profissionais de saúde, medicamentos e tecnologia médica disponíveis, bem como a capacidade de acesso da população a esses serviços. E ainda, considera a importância da participação social para o desenvolvimento da análise, implementação e aprimoramento dos programas e políticas de saúde.

Vale ressaltar que a emergência sanitária de proporção mundial nos últimos anos por Covid-19, assim como os desastres provocados por eventos adversos da natureza ou ainda os desastres tecnológicos, apontam para a necessidade da análise situacional de avaliar a capacidade do sistema de saúde para lidar com emergências de saúde, pandemias, epidemias e surtos de doenças, desastres naturais, dentre outras crises, sejam a níveis locais ou a patamares internacionais.

Neste sentido, no estado de Pernambuco, abordam-se aspectos relacionados às necessidades de saúde da população, capacidade institucional disponível, redes de atenção à saúde e programas prioritários desenvolvidos para atender às demandas específicas do Estado. De forma geral, esse documento tem como finalidade apresentar um diagnóstico claro, objetivo e integrado que embasou a tomada de decisão, estabelecimento de metas e prioridades para os próximos anos da gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) a nível estadual, bem como informar à população pernambucana a respeito da situação atual da saúde pública no Estado.

A análise situacional deste Plano Estadual de Saúde 2024-2027 foi construída a partir do suporte metodológico prestado pelo PROADI-SUS, em conjunto com as áreas técnicas da SES e responsáveis por cada temática envolvida. Foram realizadas oficinas que instrumentalizaram a elaboração integrada do diagnóstico situacional e posteriormente, a produção de todo o material descritivo e analítico das dimensões.

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

NECESSIDADES DE SAÚDE DA POPULAÇÃO

1. NECESSIDADE DE SAÚDE DA POPULAÇÃO

1.1 PERFIL DEMOGRÁFICO

O estado de Pernambuco, com taxa anual de crescimento estimada em 1,1% entre 2000-2010 (DATASUS), em 2021, conta com uma população de 9.674.784 habitantes, sendo 48,1% do sexo masculino e 51,9% o feminino, tendo, pois, a razão de sexos de 93 homens para cada grupo de cem mulheres. Essa relação é influenciada por taxas de migração e de mortalidade diferenciadas por sexo e idade. O seu cálculo aponta para os fenômenos sociais que lhe fazem interface, como as migrações, mercado de trabalho, organização familiar e morbimortalidade por causas. A razão de sexos subsidia os processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas públicas nas áreas de saúde, educação, segurança e emprego. O recorte da razão de sexos por Macrorregião de Saúde demonstra um valor crescente deste indicador, à medida da interiorização no Estado, apresentando o valor mais desejável na IV Macrorregião (97 homens para cada grupo de cem mulheres), seguida da III Macrorregião, com 96; da II Macrorregião, com 94 e da I Macrorregião, com 91, mostrando a predominância de mulheres em todas as Regiões de saúde.

Tabela 1. População Residente e razão de sexo por Macrorregião e Região de Saúde segundo sexo, 2021.

Macrorregião de Saúde	Masculino	Feminino	Total	Razão Sexo
I Macrorregião	2.734.992	3.004.753	5.739.745	0,9102
II Macrorregião	925.067	983.208	1.908.275	0,9409
III Macrorregião	416.104	433.661	849.765	0,9595
IV Macrorregião	492.038	506.543	998.581	0,9714
Total	4.568.201	4.928.165	9.496.366	0,9270

Fonte: *IBGE, Censos e Estimativas de 2021. Dados Gerados em 27/09/23.*

Segundo estimativa para 2021, Pernambuco conta com 3.207.339 mulheres em idade fértil (de 10 a 49 anos), representando 63,9% da população feminina (DATASUS, 2021). Este mesmo indicador observado por Macrorregião de Saúde mostra que a IV Macrorregião apresenta o maior percentual de mulheres em idade fértil (64,5%), como também a razão de sexo mais equilibrada, com maior chance de reposição populacional, seguida da I (64,3%), e das II e III Macrorregiões de Saúde, com, respectivamente 63,1% e 61,8%**.**

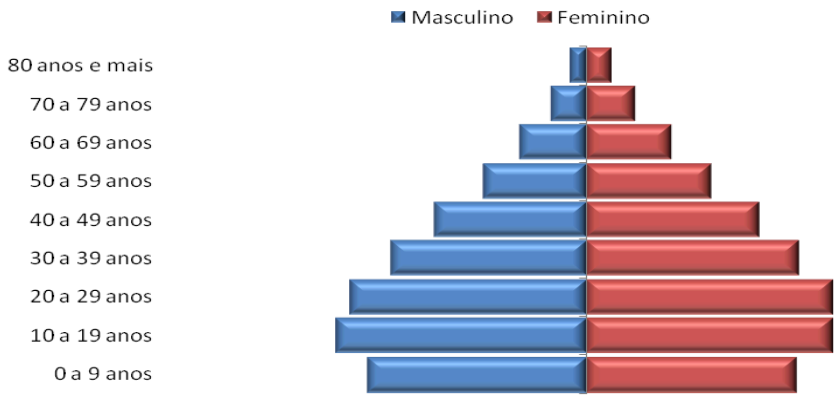
Tabela 2. População de Mulheres em idade fértil. Pernambuco, 2021.

Macrorregião de Saúde	Frequência	Percentual (%)
I Macrorregião	1.932.622	64,3%

Macrorregião de Saúde	Frequência	Percentual (%)
II Macrorregião	620.109	63,1%
III Macrorregião	268.059	61,8%
IV Macrorregião	326.715	64,5%
Total	3.147.505	63,9%

Fonte: *IBGE,Censos e Estimativas 2021 - Dados Gerados em 27/09/23.*

Gráfico 1. Pirâmide etária do estado de Pernambuco.



Fonte: *IBGE,Censos e Estimativas 2021 - Dados gerados em 27/09/23.*

Tabela 3. População etária de Pernambuco por Macrorregião de Saúde.

MACRO	SEXO	0 a 9 anos	10 a 19 anos	20 a 29 anos	30 a 39 anos	40 a 49 anos	50 a 59 anos	60 a 69 anos	70 a 79 anos	80 anos e mais	Total
Macro I	Masculino	447185	525964	517766	444261	351383	242302	145360	74018	31970	2780209
	Feminino	431789	516564	546732	493882	407439	298772	192279	110194	56353	3054004
	Total	**878974**	**1042528**	**1064498**	**938143**	**758822**	**541074**	**337639**	**184212**	**88323**	**5834213**
Macro II	Masculino	-169394	-193323	-173810	-135945	-103503	-69879	-52121	-30964	-15757	-944696
	Feminino	163726	191494	179620	146230	116402	83206	63181	39592	20790	1004241
	Total	**-5668**	**-1829**	**353430**	**282175**	**219905**	**153085**	**115302**	**70556**	**36547**	**1948937**
Macro III	Masculino	80549	87809	75602	57113	45858	31530	24270	13616	7519	423866
	Feminino	77442	86946	76260	60195	49667	36201	28419	17329	9240	441699
	Total	**157991**	**174755**	**151862**	**117308**	**95525**	**67731**	**52689**	**30945**	**16759**	**865565**
Macro IV	Masculino	99316	107479	94536	74528	54319	33287	23711	12183	6182	505541
	Feminino	96890	105550	95927	77014	57417	37376	26990	15248	8116	520528
	Total	**196206**	**213029**	**190463**	**151542**	**111736**	**70663**	**50701**	**27431**	**14298**	**1026069**

Fonte: *IBGE,Censos e Estimativas 2021 - Dados gerados em 27/09/23.*

Com área territorial de 98.076 Km², o estado de Pernambuco possui uma Densidade Demográfica de 96,7Hab./Km². A população total em 2018 era de 9.496.366 e a População SUS-dependente 85%. A esperança de vida ao nascer no Estado passou de 60,7 anos em 1991, para 65,5 anos em 2000 e 71,1 anos em 2010. O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) cresceu, sendo de 0,544 em 2000, passando para 0,673 em 2010 e elevando-se para 0,719 em 2021. O PIB per capita em 2018 foi de R$ 19.272,3 e o PIB Valores correntes no mesmo ano, foi de R$ 182,80 bilhões. O percentual de alfabetização em Pernambuco subiu de 76,8% em 2000 para 83,3% em 2010.

Das Macrorregiões de Saúde do Estado, as que possuem maior percentual de População SUS dependente são a III (98%) e a II (94%) Macrorregiões, seguidas da IV (92%) e da I Macrorregião, com 78% dessa população. Na assistência à Atenção Primária à Saúde, em 2020, o Estado possuía 91,95% de cobertura estimada pelo Programa de Agentes Comunitários de Saúde, e 92% de cobertura estimada pelas Equipes de Saúde da Família. OS Crimes Violentos Letais Intencionais (CVLI) no Estado passou de 4.170 em 2018 para 3418 em 2022, representando um incremento anual de -18,1% neste indicador.

Quadro 1. Perfil socioeconômico do estado de Pernambuco e suas Macrorregiões de Saúde.

Perfil socioeconômico - I Macrorregião		
População Total	**5.834.213**	**Habitantes**
Área Territorial	**13.607,5**	**Km²**
Densidade demográfica	**428,7**	**Hab/Km²**
População SUS dependente	**4.556.359**	**Habitantes**
% população SUS dependente	**80,3**	**%**
Cobertura populacional estimada da Atenção Primária	**82,6**	**%**
Esperança de Vida ao Nascer 1991 (Média)	**60,3**	
Esperança de Vida ao Nascer 2000 (Média)	**65,8**	
Esperança de Vida ao Nascer 2010 (Média)	**70,9**	
IDH (1991) (Média)	**0,351**	

IDH (2000) (Média)	0,465	
IDH (2010) (Média)	0,614	
PIB per capita médio (em bilhões)	R$	17.118,52
PIB Valores correntes (Milhão)	R$	144.903.071.584,00

Caderno de informações de saúde, 2021.

Perfil socioeconômico - II Macrorregião

População Total	1.948.937	Habitantes
Área Territorial	18.578,3	Km²
Densidade demográfica	104,9	Hab/Km²
População SUS dependente	1.838.439	Habitantes
% população SUS dependente	94,3	%
Cobertura populacional estimada da Atenção Primária	89,9	%
Esperança de Vida ao Nascer 1991 (Média)	57,3	
Esperança de Vida ao Nascer 2000 (Média)	63,5	
Esperança de Vida ao Nascer 2010 (Média)	69,7	
IDH (1991) (Média)	0,313	
IDH (2000) (Média)	0,421	
IDH (2010) (Média)	0,574	
PIB per capita médio (em bilhões)	R$	11.324,87
PIB Valores correntes (Milhão)	R$	27.596.591.239,00

Caderno de informações de saúde, 2021.

Perfil socioeconômico - III Macrorregião

População Total	865.565	Habitantes
Área Territorial	30.262,6	Km²
Densidade demográfica	28,6	Hab/Km²
População SUS dependente	847.533	Habitantes
% população SUS dependente	97,9	%
Cobertura populacional estimada da Atenção Primária	88,9	%
Esperança de Vida ao Nascer 1991 (Média)	59,8	
Esperança de Vida ao Nascer 2000 (Média)	64,8	
Esperança de Vida ao Nascer 2010 (Média)	69,9	
IDH (1991) (Média)	0,329	
IDH (2000) (Média)	0,449	

IDH (2010) (Média)	0,593	
PIB per capita médio (em bilhões)	R$	10.559,37
PIB Valores correntes (Milhão)	R$	10.501.839.430,00

Caderno de informações de saúde, 2021.

Perfil socioeconômico - IV Macrorregião		
População Total	1.026.069	Habitantes
Área Territorial	35.619,5	Km²
Densidade demográfica	28,8	Hab/Km²
População SUS dependente	1.078.376	Habitantes
% população SUS dependente	90,9	%
Cobertura populacional estimada da Atenção Primária	91,9	%
Esperança de Vida ao Nascer 1991 (Média)	61,4	
Esperança de Vida ao Nascer 2000 (Média)	65,9	
Esperança de Vida ao Nascer 2010 (Média)	70,6	
IDH (1991) (Média)	0,311	
IDH (2000) (Média)	0,439	
IDH (2010) (Média)	0,598	
PIB per capita médio (em bilhões)	R$	10.698,39
PIB Valores correntes (Milhão)	R$	14.646.384.764,00

Caderno de informações de saúde, 2021.

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

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

Agregado espacial	2010	
	Média	Desvio Padrão
I Macrorregião de Saúde	0,5153	0,0446
II Macrorregião de Saúde	0,5260	0,0430
III Macrorregião de Saúde	0,5450	0,0371
IV Macrorregião de Saúde	0,5619	0,0385

Caderno de informações de saúde, 2021.

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

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

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

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

Os baixos percentuais de alfabetização na faixa etária de 05 a 09 anos vão de encontro ao Pacto Nacional pela Alfabetização na Idade Certa (PNAIC), programa do Governo Federal na área da educação, implantado em 2012, com vista a garantir a aquisição da leitura e da escrita de milhões de crianças até os 08 anos de idade.

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

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

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

Houve queda também no percentual da faixa etária de 20 a 49 anos, com percentual de 14,79 na comparação entre 1991 e 2000, decrescendo para 8,72%, quando comparados os anos 2000 e 2010. Apenas a população de 50 e mais anos teve aumento constante de percentual de alfabetizados, partindo de 15,04% de

crescimento quando comparados os anos de 1991 a 2000 e aumentando a percentual para 20,71, na comparação do ano 2000 com 2010. Possivelmente, o crescimento percentual na faixa etária acima de 50 anos deve-se à progressão dos segmentos populacionais mais jovens.

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

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

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

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

Faixa Etária	1991	2000	2010
5 a 9	26,8	42,7	62,0
10 a 14	67,3	84,8	83,3
15 a 19	76,9	89,0	82,0
20 a 49	68,7	78,9	85,8
50 e +	42,7	49,2	59,4
Total	56,2	65,0	72,2

Caderno de informações de saúde, 2021.

1.2 PERFIL PRODUTIVO

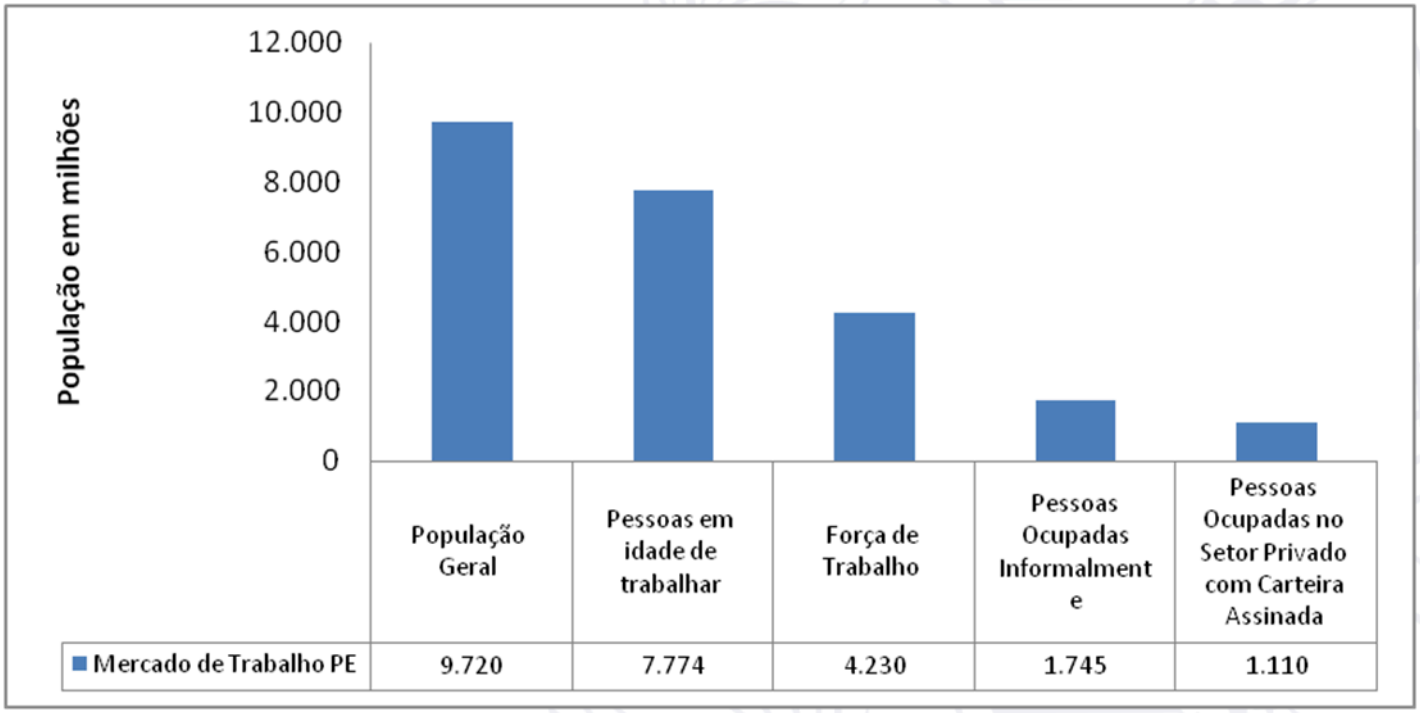
De acordo com o censo de 2022 do IBGE a população Pernambucana foi de 9.058.931[1] pessoas (IBGE, 2023). Quando exploradas informações acerca do mercado de trabalho, a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), aponta que no segundo trimestre de 2023, Pernambuco teve população estimada em 9.720.000 habitantes, na qual 7.774.000 (79% da população do estado) correspondem a pessoas em idade de

trabalhar (pessoas de 14 anos ou mais) e 4.230.000 compõe a força de trabalho do estado (pessoas de 14 anos ou mais que informaram estar ocupadas ou desocupadas no momento da coleta da informação), o que representa 43,5% da população do estado. O nível de ocupação, representado pela proporção pessoas ocupadas/pessoas em idade de trabalhar, foi 46,4%, com 1.745.000 trabalhadores em ocupações informais, que corresponde a 41,25% da força de trabalho do estado

---

[1] É necessário destacar que existe considerável diferença entre a população estimada na PNAD 2023 e a população divulgada no Censo 2022, variação de 6,8% (em torno de 660.000 pessoas). Como no censo 2022 ainda não foram disponibilizadas informações sobre mercado de trabalho, optamos por manter as informações da PNAD referente ao segundo trimestre de 2023.

Gráfico 2. Mercado de trabalho em Pernambuco, 2023.



**dados extraídos da PNAD continua/IBGE 3º trimestre de 2023.*

Diante do complexo cenário do mundo do trabalho Pernambuco destaca-se pela diversificação de atividades econômicas distribuídas de maneira heterogênea por seu território, evidenciando fértil cenário para desenvolvimento de ações de Vigilância em Saúde, com foco na Vigilância em Saúde do Trabalhador. Cada atividade laboral desempenhada resulta num conjunto de elementos socioeconômicos que trazem vulnerabilidades, riscos, cargas e exigências biopsíquicas ao trabalhador, e atuam diretamente no perfil de morbimortalidade da população adstrita.

Apesar do incentivo político-econômico nas últimas décadas para industrialização e interiorização de serviços, coexistem no estado atividades econômicas relacionadas à agricultura, devido aos aspectos históricos e geográficos favoráveis para o cultivo de produtos e exportação que incrementam a economia, colaborando para a ocorrência de atividades distintas simultaneamente em uma na mesma região.

Dessa maneira, conhecer o perfil produtivo do estado é também produzir informação e conhecimento sobre o processo saúde-doença de trabalhadores e sua relação com o trabalho e da população em geral com os diversos

processos produtivos em determinada localidade, como também orientar as ações de Vigilância em Saúde a serem desenvolvidas nos territórios. Este perfil não é estático, deve ser acompanhado periodicamente e alterado à medida que ocorram mudanças relevantes nos processos e ambientes de trabalho instalados no estado.

As informações apresentadas a seguir foram extraídas da Relação Anual de Informações Sociais (RAIS) e referem-se ao ano de 2021 (última atualização disponível) e tratam de estabelecimentos e vínculos formalmente registrados. Foi considerada na tabulação dos dados da Classificação Nacional das Atividades Econômicas (CNAE) por seção, considerando o número de estabelecimentos e vínculos no estado.

Ao considerar os estabelecimentos instalados no estado, o setor de comércio, reparação de veículos automotores e motocicletas destaca-se com 42,1% dos estabelecimentos registrados em Pernambuco, seguido por 9,5% dos estabelecimentos registrados no setor de atividades administrativas e complementares. Quando estratificado por macrorregião do estado, o setor de comércio, reparação de veículos automotores e motocicleta apresenta os maiores percentuais, com 39% na I macrorregião, 47% na II macrorregião, 56,1% na III macrorregião e 65,3% na IV macrorregião. Os valores absolutos e percentuais estão expostos na tabela 6.

Tabela 6. Número de estabelecimentos cadastrados segundo seção do CNAE 2.0, Pernambuco, 2021.

Estabelecimento CNAE 2.0 - seção	Pernambuco		I Macrorregião		II Macrorregião		III Macrorregião		IV Macrorregião	
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
Agricultura, Pecuária, Produção Florestal, Pesca e Aquicultura	3169	2,9%	1304	1,8%	577	2,7%	152	2,5%	152	2,0%
Indústrias Extrativas	136	0,1%	51	0,1%	21	0,1%	9	0,2%	9	0,1%
Indústrias de Transformação	9075	8,3%	4867	6,9%	3075	14,4%	359	6,0%	359	4,7%
Eletricidade e Gás	111	0,1%	72	0,1%	15	0,1%	13	0,2%	13	0,2%
Água, Esgoto, Atividades de Gestão de Resíduos e Descontaminação	326	0,3%	217	0,3%	61	0,3%	20	0,3%	20	0,3%
Construção	5309	4,9%	3887	5,5%	754	3,5%	184	3,1%	184	2,4%
Comércio, Reparação de Veículos Automotores e Motocicletas	45881	42,1%	27570	39,0%	10014	47,0%	3358	56,2%	4939	65,3%
Transporte, Armazenagem e Correio	3676	3,4%	2770	3,9%	458	2,1%	138	2,3%	138	1,8%
Alojamento e Alimentação	6754	6,2%	4877	6,9%	1085	5,1%	261	4,4%	261	3,5%
Informação e Comunicação	1848	1,7%	1322	1,9%	303	1,4%	90	1,5%	90	1,2%
Atividades Financeiras, de Seguros e Serviços Relacionados	1637	1,5%	1215	1,7%	215	1,0%	82	1,4%	82	1,1%
Atividades Imobiliárias	1065	1,0%	708	1,0%	281	1,3%	16	0,3%	16	0,2%
Atividades Profissionais, Científicas e Técnicas	4592	4,2%	3214	4,5%	750	3,5%	208	3,5%	208	2,8%
Atividades Administrativas e Serviços	10337	9,5%	8534	12,1%	1120	5,3%	211	3,5%	211	2,8%

**dados extraídos da RAIS.*

Em relação ao número de vínculos registrados na RAIS, tendo por base o ano de 2021, a seção administração pública, defesa e seguridade social destaca-se com 24,7% dos vínculos formais registrados em Pernambuco. Quando à análise é particularizada por macrorregião de saúde, a seção permanece em com

destaque, com 23,3% dos vínculos registrados na I macrorregião, 25,3% na II macrorregião, 41,5% na III macrorregião e 27,5% na IV macrorregião de saúde. Também merecem destaque as seções comércio, reparação de veículos automotores, com 18,1%, e, indústria de transformação com 12,1% dos vínculos formais registrados em Pernambuco (tabela 7).

Tabela 7. Número de vínculos registrados segundo seção do CNAE 2.0, Pernambuco, 2021.

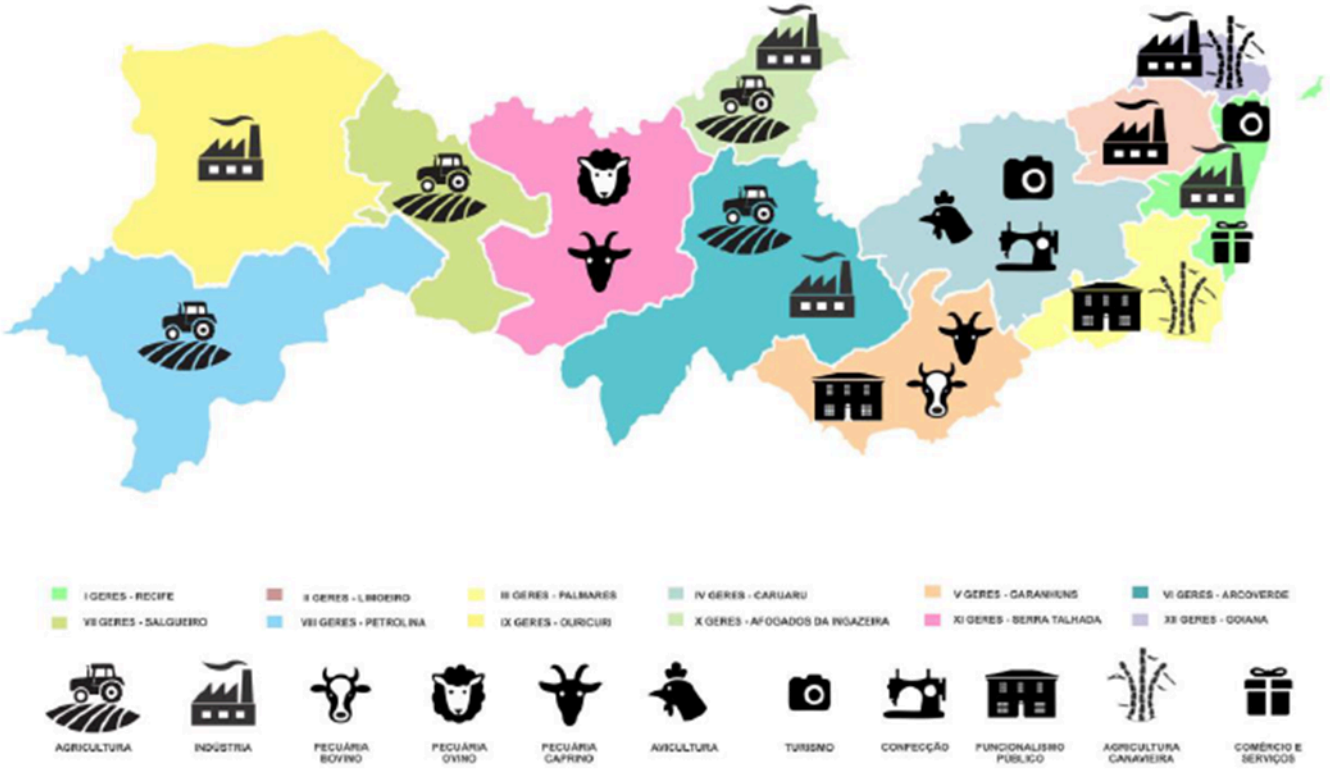
Vínculo CNAE 2.0 - seção	Pernambuco		I Macrorregião		II Macrorregião		III Macrorregião		IV Macrorregião	
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
Indústrias Extrativas	1636	0,1%	743	0,1%	234	0,1%	79	0,1%	580	0,4%
Indústrias de Transformação	200732	12,1%	152277	12,2%	36861	16,7%	4135	6,2%	7459	5,8%
Eletricidade e Gás	6377	0,4%	4919	0,4%	576	0,3%	438	0,7%	444	0,3%
Água, Esgoto, Atividades de Gestão de Resíduos e Descontaminação	14109	0,8%	12254	1,0%	1330	0,6%	298	0,4%	227	0,2%
Construção	65756	4,0%	55411	4,4%	4963	2,2%	1511	2,3%	3871	3,0%
Comércio, Reparação de Veículos Automotores e Motocicletas	301407	18,1%	206687	16,6%	52277	23,7%	16018	23,9%	26425	20,4%
Transporte, Armazenagem e Correio	63498	3,8%	54164	4,3%	5240	2,4%	1336	2,0%	2758	2,1%
Alojamento e Alimentação	56675	3,4%	45694	3,7%	6687	3,0%	1114	1,7%	3180	2,5%
Informação e Comunicação	25659	1,5%	21526	1,7%	2200	1,0%	538	0,8%	1395	1,1%
Atividades Financeiras, de Seguros e Serviços Relacionados	18688	1,1%	14440	1,2%	2307	1,0%	672	1,0%	1269	1,0%
Atividades Imobiliárias	5218	0,3%	4244	0,3%	780	0,4%	26	0,0%	168	0,1%
Atividades Profissionais, Científicas e Técnicas	44538	2,7%	32516	2,0%	7881	0,5%	975	0,1%	3166	0,2%

**dados extraídos da RAIS.*

É importante destacar que um grande número de atividades desenvolvidas no estado estão relacionadas à informalidade, o que torna mais complexa a caracterização do perfil produtivo, visto a escassez de dados para a caracterização destas atividades. Nesse sentido, foi publicado pela Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco,

Perfil Produtivo e Epidemiológico dos Trabalhadores de Pernambuco (PERNAMBUCO, 2020). A publicação apresenta síntese das principais atividades desenvolvidas no estado, incluindo atividades informais e destaca os principais setores produtivos na figura 1.

Figura 3. Principais atividades produtivas identificadas por região de saúde de Pernambuco.



**Pernambuco, 2020.*

A caracterização do perfil produtivo auxilia no direcionamento das ações de saúde e possibilita compreender uma questão central "de que adoecem e morrem os trabalhadores e trabalhadoras de nosso estado?". A construção do perfil também auxilia no planejamento de ações de saúde para populações que estão próximas a grandes empreendimentos, por exemplo. Assim, a construção da análise de situação de saúde (nesta incluída a saúde do trabalhador), que direcionará as ações de saúde nos próximos anos, perpassa pela construção de perfil social, demográfico, produtivo, epidemiológico da população pernambucana.

1.3 PERFIL EPIDEMIOLÓGICO

CARACTERÍSTICAS DO PERFIL DE NATALIDADE DOS PERNAMBUCANOS

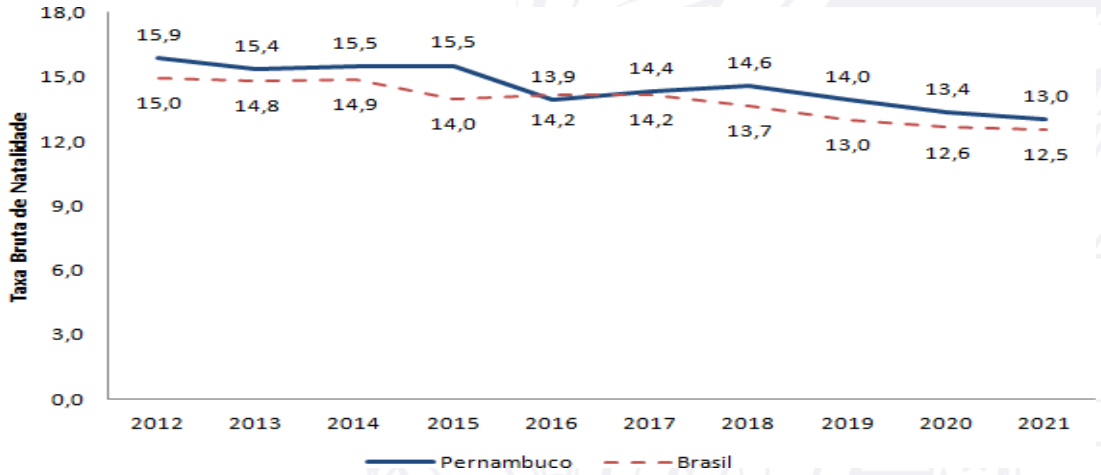
Acompanhar a tendência e as características da natalidade tem importância não apenas para projeções futuras do volume da população, mas também para o dimensionamento das principais demandas requeridas tanto nos setores da saúde, quanto em outros setores. Analisar características do recém-nascido, da mãe, da gestação e do parto permite compreender as condições de saúde da mulher e da sobrevivência da criança, bem como evidenciar desigualdades ainda existentes e os principais desafios a serem superados na área da Saúde Coletiva.

EVOLUÇÃO DA NATALIDADE

A taxa bruta de natalidade (TBN) expressa o número de nascidos vivos (NV) por mil habitantes e representa a intensidade com que o nascimento ocorre na população de uma dada localidade. De modo geral, taxas elevadas estão associadas a condições socioeconômicas precárias, aspectos culturais e sociais.

Entre 2012 e 2021, houve redução de aproximadamente 11% e 8% no número de NV em Pernambuco e no Brasil, respectivamente. Observou-se também redução na TBN na ordem de 17,7% no Estado e de 16,2% no país (gráfico 3).

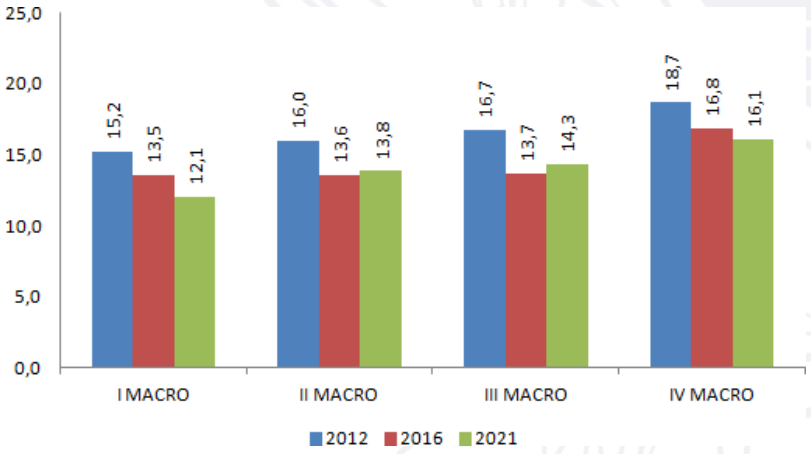
Gráfico 3. Taxa Bruta de Natalidade. Pernambuco e Brasil, 2012 a 2021.



Fonte: *Sinasc/MS, Sinasc/SES-PE e IBGE.*

Em relação à análise da TBN por Macrorregiões de saúde, os maiores percentuais foram identificados na IV Macrorregião nos anos de 2012, 2016 e 2021. Ainda que se observe nas II e III Macrorregionais o aumento da TBN entre os anos de 2016 e 2021, ao longo de todo o período analisado ocorreu a diminuição deste indicador, com destaque para a redução observada na I Macrorregião (20,7%) quando comparados os percentuais dos anos de 2012 e 2021 (gráfico 3).

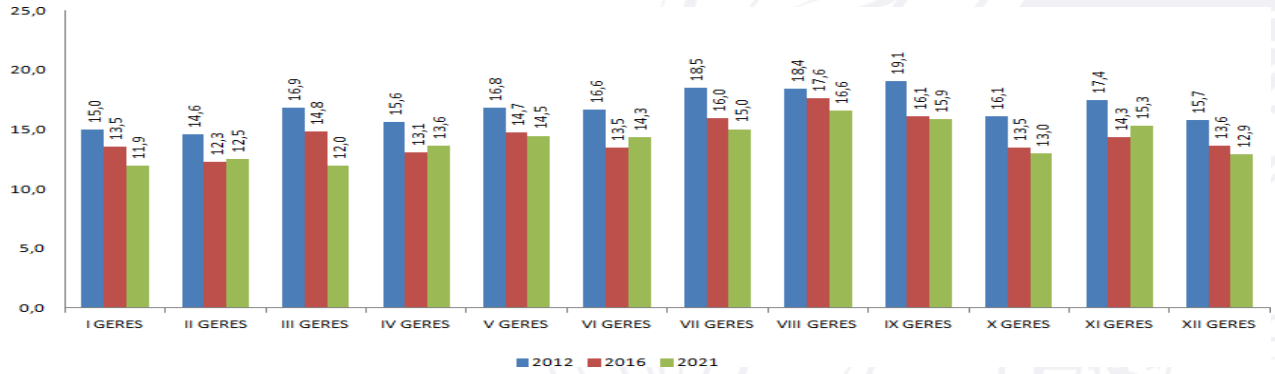
Gráfico 4. Taxa Bruta de Natalidade. Macrorregiões de Saúde, Pernambuco, 2012, 2016 e 2021.



Fonte: *Sinasc/SES-PE e IBGE.*

No Gráfico 5, são apresentados os percentuais da TBN por Gerência Regional de Saúde (GERES) ou Regiões de Saúde. O maior percentual para o ano de 2012 foi observado na IX GERES (19,1%) e para os anos de 2016 e 2021, na VIII GERES (17,6% e 16,6%, respectivamente). Considerando os anos analisados, percebe-se redução deste indicador em todas as Regiões de Saúde, com destaque para a redução ocorrida na III GERES, com 16,9% em 2012 para 12% em 2021.

Gráfico 5. Taxa Bruta de Natalidade. Regiões de Saúde, Pernambuco, 2012, 2016 e 2021.



Fonte: *Sinasc/SES-PE e IBGE*.

CARACTERÍSTICAS DA (O) PARTURIENTE

Tabela 8. Proporção De Nv Segundo Faixa Etária/Região e Macrorregião Da (O) Parturiente.

	10-14 ANOS			15-19 ANOS			20-34 ANOS			≥ 35 ANOS		
	2012	2016	2021	2012	2016	2021	2012	2016	2021	2012	2016	2021
I Macrorregião	1,2	0,9	0,7	19,9	18,8	14,6	69,2	68,7	69,7	9,7	11,5	15,0
I GERES	1,1	0,8	0,6	18,8	17,4	13,4	18,8	69,3	69,8	10,5	12,5	16,2
II GERES	1,0	0,8	0,7	19,7	19,6	15,3	70,6	69,5	70,2	8,7	10,0	13,8
III GERES	2,0	1,5	1,1	25,4	25,3	20,5	66,1	65,5	68,9	6,5	7,7	9,5
XII GERES	1,2	1,3	1,3	22,6	22,5	17,4	68,7	67,2	69,4	7,5	9,0	12,8
II Macrorregião	1,2	1,1	0,9	21,1	20,6	15,7	67,9	67,8	69,4	9,8	10,5	14,0
IV GERES	1,3	1,1	0,9	21,1	20,8	15,6	68,2	67,9	70,1	9,3	10,1	13,4
V GERES	1,1	1,0	0,9	21,0	20,1	15,7	67,1	67,5	67,8	10,8	11,4	15,5
III Macrorregião	1,1	1,1	0,8	21,5	20,5	17,3	68,3	67,7	68,7	9,1	10,8	13,6
VI GERES	1,2	1,4	0,8	22,1	21,3	18,5	66,6	66,4	67,2	10,0	10,9	13,5

X GERES	**0,9**	**0,8**	**0,6**	**19,6**	**19,4**	**15,2**	**70,6**	**68,0**	**69,8**	**9,0**	**68,0**	**14,3**
XI GERES	**0,9**	**0,8**	**1,0**	**22,0**	**19,9**	**16,7**	**69,4**	**69,5**	**69,1**	**7,7**	**69,5**	**13,2**
IV Macrorregião	**1,4**	**1,1**	**1,0**	**21,8**	**22,0**	**16,8**	**67,6**	**67,0**	**68,7**	**9,2**	**10,0**	**13,4**
VII GERES	**0,8**	**0,7**	**1,0**	**20,2**	**21,6**	**16,5**	**69,4**	**67,6**	**67,8**	**9,5**	**10,2**	**14,7**
VIII GERES	**1,5**	**1,2**	**0,8**	**20,7**	**20,2**	**15,6**	**68,5**	**67,8**	**69,5**	**9,3**	**10,8**	**14,1**
IX GERES	**1,6**	**1,1**	**1,4**	**23,8**	**24,8**	**18,8**	**65,6**	**65,5**	**68,1**	**9,0**	**8,5**	**11,7**
Pernambuco	**1,2**	**1,0**	**0,8**	**20,5**	**19,7**	**15,4**	**68,7**	**68,2**	**69,4**	**9,6**	**11,1**	**14,4**
Brasil	**1,0**	**0,8**	**0,7**	**18,3**	**16,7**	**13,0**	**69,4**	**69,0**	**69,6**	**11,3**	**13,5**	**16,8**

Fonte: *Sinasc/SES-PE e Sinasc/MS.*

A maior proporção de NV no Estado, em 2012, foi observada na faixa etária dos 20 aos 34 anos (68,7%). Este achado também ocorreu nos anos de 2016 (68,2%) e 2021 (69,4%), conforme a tabela 8.

Entre os anos de 2012 e 2021, o país experimentou um incremento de 49,1% no percentual de NV de parturientes com idade igual ou superior a 35 anos. Comparativamente, o Estado observou um aumento de 50,7%, ao progredir de 9,6% em 2012 para 14,4% em 2021, considerando o mesmo grupo etário (tabela 8).

Esses dados apontam para uma tendência de deslocamento da maternidade de faixas etárias mais jovens para mais velhas no Estado, o que caracteriza o fenômeno do adiamento da maternidade. Nesse contexto, é essencial destacar que a maternidade tardia pode acarretar desafios e riscos adicionais, demandando cuidados pré-natais adequados e acompanhamento médico especializado.

A análise por Macrorregião de Saúde, apresentada nas (tabela 8), evidenciou que o percentual de NV de parturientes na faixa etária dos 20 aos 34 anos foi o mais prevalente entre as Macrorregionais, destacando-se a I Macrorregional, que apresentou os maiores percentuais em 2012, 2016 e 2021. Considerando parturientes com idade igual ou superior a 35 anos, a Macrorregião I apresentou um incremento superior ao observado no Estado, na ordem de 55,3%, entre os anos de 2012 e 2021.

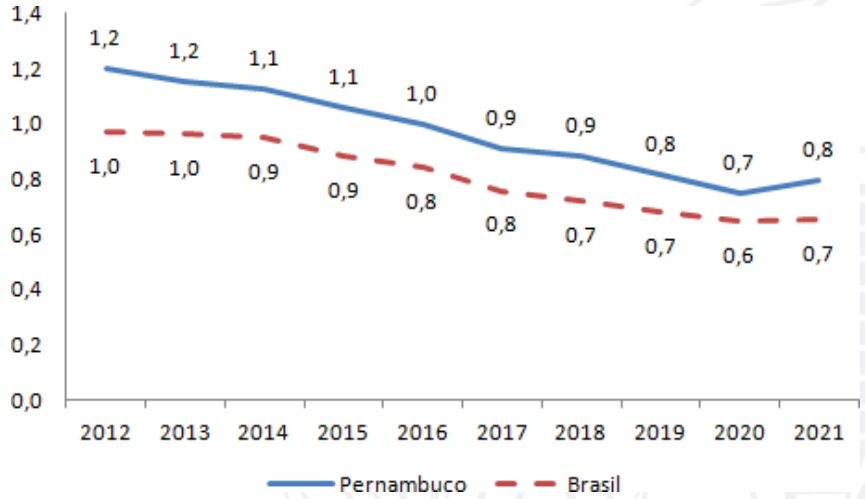
A análise do percentual de NV de parturientes na faixa etária de 20 a 34 anos por GERES não difere do que foi observado nas Macrorregiões de saúde. Essa faixa etária foi a mais prevalente em todas as GERES, com destaque para os percentuais da II e X GERES em 2012 (70,6%), II e XI GERES em 2016 (69,5%) e II GERES em 2021 (70,2%). Já acerca do NV de parturientes com 35 anos ou mais, sete GERES apresentaram proporção maior do que a observada no Estado: I (54,2%), II (58,1%), VII (54,3%), VIII (51,7%), X (59,6%), XI (71,7%) e XII (70,7%) (gráfico 6 e 7).

Alguns estudos apontam risco aumentado de morbimortalidade infantil e materna em mães adolescentes (10 a 19 anos), em virtude da imaturidade biológica e emocional da adolescente, sendo ainda mais preocupante quando na faixa etária de 10 a 14 anos (RATNASIRI et al., 2020; HOYERT et al., 2022).

Entre os anos de 2012 e 2021, ocorreu redução de 34,1% no percentual de NV de parturientes na faixa etária dos 10 aos 14 anos. Comportamento semelhante também foi observado no Brasil, cuja redução foi de 32,9% para o mesmo grupo etário e período avaliado. Desse modo, observa-se que os percentuais do Estado são superiores aos do país em todos os anos avaliados, conforme visualizado no gráfico 6. O percentual de NV de parturientes na faixa etária dos 15 aos 19 anos também apresentou redução no Estado e no país, na ordem de

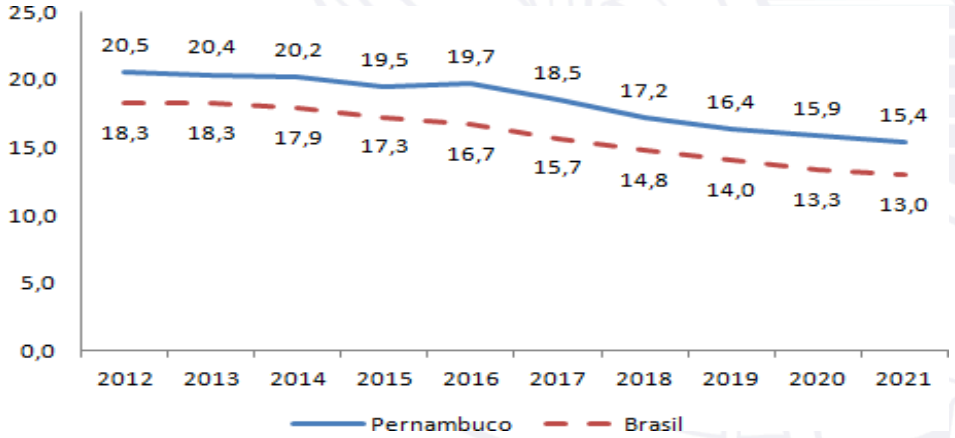
25,0% e 29,1%, respectivamente. Os percentuais observados em Pernambuco foram maiores do que os identificados no Brasil no período de 2012 a 2021 **(gráfico 7).**

Gráfico 6. Percentual de NV segundo faixa etária da (o) parturiente (10 a 14 anos), Pernambuco e Brasil, 2012 a 2021.



Fonte: *Sinasc/SES-PE e Sinasc/MS***.**

Gráfico 7. Percentual de NV segundo faixa etária da((o) parturiente (15 a 19 anos), Pernambuco e Brasil, 2012 a 2021.



Fonte: *Sinasc/SES-PE e Sinasc/MS.*

PROPORÇÃO DE NV SEGUNDO ESCOLARIDADE DA (O) PARTURIENTE

No estado de Pernambuco, no período de 2012 a 2021, observou- se um aumento significativo na proporção de NV cujas parturientes possuíam escolaridade igual ou superior a oito anos. Essa proporção registrou aumento de 25,5% no componente de oito a 11 anos de estudo e de 41,3% nas (os) parturientes com 12 anos e mais anos de estudos (tabela 9).

Em contraponto, houve redução no percentual de NV de parturientes com até sete anos de estudo. No grupo de parturientes com um a três anos de estudo, a redução foi de 66,2%, enquanto no grupo de quatro a sete anos de estudo a diminuição foi de 39,5% entre os anos de 2012 e 2021 (tabela 9).

Tabela 9. Percentual de NV segundo anos de escolaridade da(o) parturiente por Macrorregião e Região de Saúde, Pernambuco, 2012, 2016 e 2021.

	01 - 03 ANOS			04 - 07 ANOS			08 - 11 ANOS			12 ANOS OU MAIS		
	2012	2016	2021	2012	2016	2021	2012	2016	2021	2012	2016	2021
I Macrorregião	5,3	3,4	*	25,1	20,6	15,2	54,4	58,8	63,3	13,2	15,9	18,2
I GERES	3,4	2,4	*	21,7	17,7	13,3	57,6	60,2	62,2	15,9	18,7	21,4
II GERES	8,5	4,6	*	29,6	23,3	17,9	51,1	61,0	67,8	7,4	9,7	11,5
III GERES	11,7	7,2	*	38,0	32,1	21,3	41,5	50,7	66,0	4,9	7,8	8,1
XII GERES	9,9	6,5	*	33,4	28,8	21,9	47,1	54,7	63,3	6,4	7,3	9,6
II Macrorregião	10,8	6,7	*	36,1	30,6	24,1	42,2	50,1	58,6	7,4	10,1	12,0
IV GERES	10,3	6,5	*	35,9	30,1	23,2	43,5	51,5	59,9	7,3	10,1	12,2
V GERES	11,8	7,3	*	36,6	31,7	26,1	39,3	46,9	55,6	7,7	9,9	11,5
III Macrorregião	8,7	4,8	*	31,5	24,7	15,7	45,5	58,8	70,5	6,7	8,3	9,2
VI GERES	10,4	6,0	*	31,9	28,3	21,1	39,8	53,8	62,7	5,7	7,8	8,8
X GERES	6,5	2,6	*	32,9	19,6	5,9	50,8	68,2	87,9	7,7	8,3	5,2
XI GERES	7,3	4,5	*	29,7	22,6	13,4	51,0	60,1	72,1	7,7	9,3	12,4
IV Macrorregião	8,1	5,1	*	30,5	24,8	16,2	50,2	57,4	67,3	8,7	11,3	13,2
VII GERES	7,2	4,2	*	26,9	19,4	15,2	54,1	59,9	66,7	9,4	13,9	14,2
VIII GERES	6,6	3,6	*	29,0	22,7	14,1	52,4	59,7	67,7	10,2	12,8	16,1
IX GERES	10,5	7,6	*	33,9	30,3	19,7	45,8	52,7	66,8	6,4	7,7	8,7
Pernambuco	7,1	4,4	*	28,6	23,4	17,3	50,6	56,9	63,5	10,9	13,5	15,4

*** Não consta o percentual.**
Fonte: *Sinasc/SES-PE e Sinasc/MS.*

A partir da análise por Macrorregião de Saúde, evidenciou-se um incremento no percentual de NV de parturientes com escolaridade igual ou superior a oito anos em todas as Macrorregionais, assim como verificado no Estado. Além disso, constatou-se uma redução percentual nas categorias de um a 3 anos e de 4 a 7 anos de

estudo em todas as Macrorregionais no referido período, também conforme o padrão do Estado.

A análise da escolaridade segundo as Regiões de Saúde de residência é apresentada para os anos de 2012, 2016 e 2021, respectivamente. Em conformidade ao observado em Pernambuco e Macrorregiões de saúde, a análise por GERES identificou o aumento percentual de NV de parturientes com oito ou mais anos de estudo em todas as Regiões de Saúde, exceto na X GERES – que apresentou redução de 31,7% entres os anos de 2012 e 2021. Além da X GERES, apenas a I, VII e IX apresentaram incrementos abaixo do observado no Estado para o grau de escolaridade supracitado.

No tocante ao percentual de NV de parturientes com até quatro anos de estudo, repetiu-se o comportamento identificado para o Estado e Macrorregiões de Saúde, isto é, houve uma queda nos percentuais de NV para o referido nível de escolaridade em todas as GERES e anos analisados – com destaque para a II, III, VII, VIII, IX, X, XI e XII, que apresentaram reduções abaixo da estadual entre 2012 e 2021.

CARACTERÍSTICAS DA GESTAÇÃO

A assistência pré-natal adequada está associada à redução da morbimortalidade infantil, especialmente considerando que cerca de 50,0% dos óbitos infantis evitáveis no Estado, durante o biênio 2020/2021, estão relacionados à atenção adequada à mulher durante a gestação.

Em relação ao número de consultas de pré-natal em Pernambuco, constatou-se que a proporção de NV de parturientes com sete ou mais consultas de pré-natal aumentou de 56,4% em 2012 para 74,3% em 2021, representando um aumento proporcional de 31,7%. Observou-se também redução de 42,9% no percentual de NV de parturientes com menos de quatro consultas de pré-natal no Estado entre os anos de 2012 e 2021 (Tabela 10).

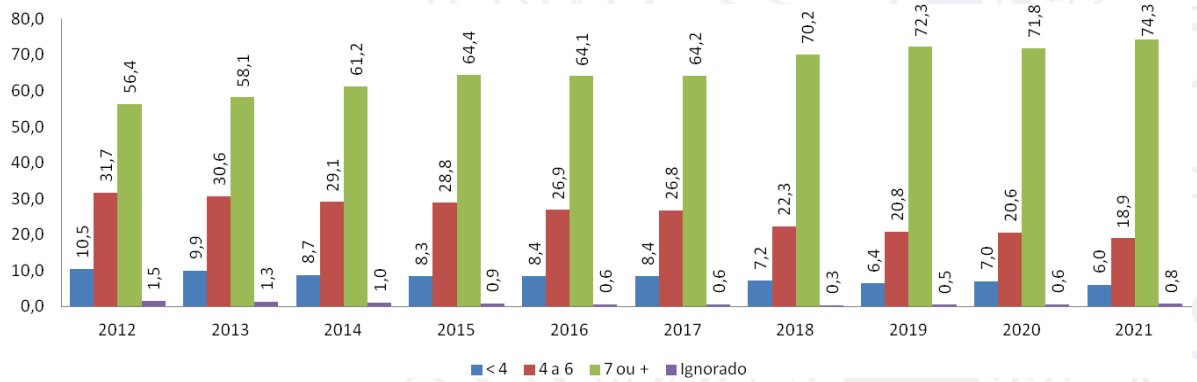
Tabela 10. Percentual de NV segundo número de consultas de pré-natal por Macrorregião e Região de Saúde de residência, Pernambuco, 2012, 2016 e 2021.

	1 - 3 CONSULTAS			4 - 6 CONSULTAS			7 OU + CONSULTAS			NÃO INFORMADO		
	2012	2016	2021	2012	2016	2021	2012	2016	2021	2012	2016	2021
I Macrorregião	8,6	7,7	6,0	33,3	30,3	20,8	53,1	58,6	70,4	*	*	*
I GERES	11,1	11,0	8,5	32,8	31,3	21,8	53,7	56,8	68,2	2,4	0,9	1,4
II GERES	11,5	5,8	3,4	32,6	22,8	15,2	54,7	71,0	80,9	1,2	0,4	0,6
III GERES	14,8	10,4	6,5	38,4	33,8	21,9	46,1	55,5	71,1	0,7	0,3	0,5
XII GERES	10,1	8,1	5,1	30,8	33,2	17,1	57,7	68,0	77,2	1,4	0,8	0,7
II Macrorregião	6,0	4,7	3,5	30,2	24,0	18,5	59,9	69,7	76,8	*	*	*
IV GERES	10,1	6,2	4,5	32,3	25,9	20,3	57,1	67,7	74,8	0,5	0,2	0,4
V GERES	7,2	5,9	4,0	25,5	19,8	14,3	66,1	74,1	81,5	1,2	0,2	0,2
III Macrorregião	5,5	4,1	3,2	27,6	17,7	14,6	61,3	76,3	81,0	*	*	*

VI GERES	**8,8**	**5,8**	**4,6**	**27,6**	**17,0**	**13,6**	**63,1**	**77,0**	**81,6**	**0,5**	**0,2**	**0,3**
X GERES	**5,0**	**3,1**	**1,7**	**24,2**	**13,9**	**8,9**	**70,5**	**82,8**	**89,3**	**0,2**	**0,2**	**0,1**
XI GERES	**18,1**	**5,7**	**3,9**	**30,3**	**21,9**	**20,1**	**51,5**	**70,3**	**74,3**	**0,1**	**2,1**	**1,7**
IV Macrorregião	**6,8**	**4,9**	**2,9**	**29,4**	**21,5**	**14,5**	**62,3**	**72,3**	**81,8**	*	*	*
VII GERES	**6,0**	**3,9**	**3,4**	**29,5**	**18,8**	**12,2**	**63,6**	**76,9**	**84,2**	**0,9**	**0,3**	**0,2**
VIII GERES	**8,3**	**7,1**	**4,3**	**29,3**	**21,3**	**14,3**	**61,1**	**71,3**	**81,4**	**1,3**	**0,3**	**0,0**
IX GERES	**7,0**	**5,0**	**2,6**	**29,5**	**22,9**	**15,8**	**63,2**	**71,8**	**81,5**	**0,3**	**0,3**	
Pernambuco	**7,6**	**6,4**	**4,8**	**31,7**	**26,9**	**18,9**	**56,4**	**64,1**	**74,3**	*	*	*

Fonte: *Sinasc/SES-PE e Sinasc/MS.*
***** Não consta o percentual.

Gráfico 8. Percentual de NV segundo número de consultas de pré-natal, Pernambuco, 2012 a 2021.



Fonte: *Sinasc/SES-PE.*

Em todos os anos e em todas as Macrorregiões, observa-se maior proporção de NV de parturientes que realizaram, no mínimo, sete consultas de pré-natal. Vale ressaltar que, além do aumento no quantitativo de NV de parturientes que realizaram sete ou mais consultas de pré-natal, houve diminuição das que realizaram ou não realizaram menos de sete consultas de pré-natal em todas as Macrorregionais.

No contexto das GERES, observa-se um aumento significativo na proporção de parturientes que realizaram sete ou mais consultas de pré-natal ao longo do decênio analisado. A X GERES destacou-se por apresentar o maior percentual de NV de parturientes com 7 consultas ou mais de pré-natal, com um incremento de 26,7% entre os anos de 2012 e 2021. O aumento desse dado nas GERES indica melhoria do acesso e da busca por cuidado pré-natal adequado, o que é fundamental para a saúde materna e infantil.

Inversamente, os percentuais mais elevados de NV de parturientes com menos de 4 consultas foram identificados na XI GERES em 2012 (18,1%) e na I GERES em 2016 (11%) e em 2021 (8,5%). De 2012 e 2021, houve redução de 78,5% no percentual do indicador na XI GERES e de 23,4% na I GERES.

PROPORÇÃO DE NASCIDOS VIVOS SEGUNDO DURAÇÃO DA GESTAÇÃO

A prematuridade é definida como todo nascimento ocorrido antes da 37ª semana gestacional ou período inferior a 259 dias a contar da data da última menstruação. Segundo a idade gestacional, pode ser classificada em prematuridade extrema (de 22 a menos de 28 semanas), prematuridade severa (de 28 a menos de 32 semanas) e prematuridade moderada à tardia (de 33 a menos de 37 semanas). Esse indicador desempenha um papel significativo na predição da mortalidade infantil, especialmente a neonatal (0 a 27 dias) (ALBERTO; ROSA; ISER, 2023; MARTINELLI et al., 2021).

Tabela 11. Percentual de NV segundo duração da gestação, Pernambuco, 2012 a 2021.2016 e 2021.

	< 37 semanas			≥ 37 semanas			Ignorado		
	2012	2016	2021	2012	2016	2021	2012	2016	2021
I Macrorregião	12,0	11,7	11,2	81,6	85,9	87,4	6,3	2,3	1,5
I GERES	12,3	12,0	11,4	83,4	86,2	87,4	4,3	1,8	1,2
II GERES	11,5	11,3	11,4	76,1	84,6	87,0	12,4	4,1	1,5
III GERES	12,3	10,8	9,5	74,5	85,7	88,6	14,5	3,5	1,9
XII GERES	11,1	10,6	11,3	84,4	85,0	84,8	4,6	4,4	3,9
II Macrorregião	12,0	11,0	10,6	82,0	87,7	88,0	5,9	1,3	1,5
IV GERES	12,3	11,0	10,2	81,1	88,0	88,6	6,6	1,0	1,1
V GERES	11,5	11,0	11,3	84,2	86,9	86,3	4,3	2,1	2,4
III Macrorregião	11,4	10,4	11,5	80,2	85,6	83,2	8,4	4,0	5,3
VI GERES	12,2	11,1	10,7	79,6	83,1	80,1	8,2	5,8	9,2
X GERES	10,4	10,0	9,4	86,2	89,2	90,3	3,4	0,7	0,3
XI GERES	10,7	9,7	14,3	76,8	86,9	83,7	12,5	3,4	2,0
IV Macrorregião	12,1	11,2	11,3	85,5	87,7	88,4	2,3	1,2	0,3
VII GERES	13,8	12,3	17,2	84,6	82,6	82,1	1,6	5,1	0,8
VIII GERES	11,2	10,9	10,6	87,1	88,8	89,3	1,7	0,2	0,1
IX GERES	12,7	11,1	10,2	83,8	88,0	89,5	3,5	0,9	0,3
Pernambuco	12,0	11,4	11,1	82,1	86,5	87,2	6,0	2,1	1,7

Fonte: *Sinasc/SES-PE e Sinasc/MS.*

No estado de Pernambuco, observou-se redução de 7,5% na proporção de NV prematuros, passando de

12% em 2012 para 11,1% em 2021.

A análise por Macrorregião de Saúde evidenciou maior prevalência de NV com duração de gestação igual ou superior a 37 semanas em todas as Macrorregiões e períodos analisados. Seguindo o padrão estadual, à exceção da III Macrorregião que apresentou a maior proporção de duração da gestação não informada, as demais apresentaram uma redução nos partos prematuros e no percentual não informado. Na IV Macrorregião, foi verificada a maior proporção de partos com gestação igual ou superior a 37 semanas e o menor percentual não informado em todos os períodos.

A análise das Regiões de Saúde revelou uma diminuição na proporção de NV prematuros, com exceção da VII (24,6%) e da XI (33,6%), onde houve um aumento significativo dessa proporção entre os anos de 2012 e 2021. Por outro lado, em relação aos NV com duração gestacional igual ou superior a 37 semanas, todas as GERES apresentaram aumento na proporção, exceto a VII GERES, que registrou redução de 2,96%.

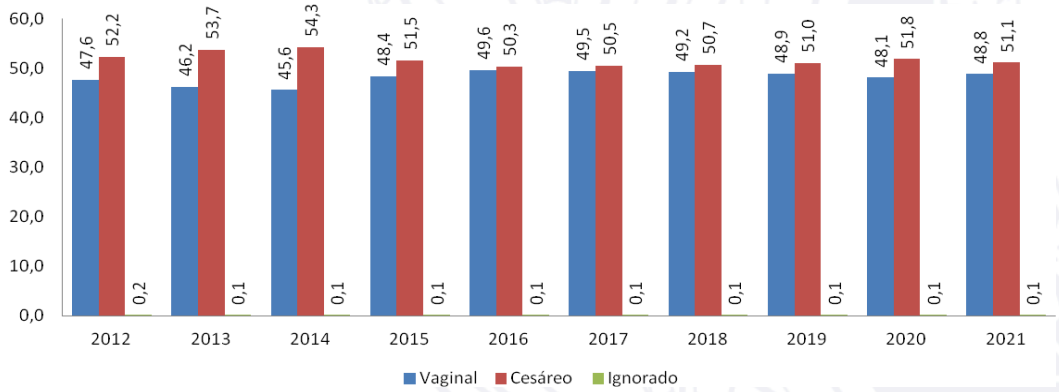
Fonte: SINASC/SES-PE.

PROPORÇÃO DE NASCIDOS VIVOS SEGUNDO TIPO DE PARTO

A cesárea, quando indicada por motivos médicos, é efetiva para salvar as vidas da (o) parturiente e do bebê. Apesar disso, taxas de cesáreas acima de 10% não contribuem para a redução das taxas de mortalidade materna e neonatal (OMS, 2015) e por esta razão, representam um importante problema de saúde pública.

Em Pernambuco (gráfico 9), a proporção de NV de parto cesáreo permaneceu significativa em todos os anos analisados, ainda que se tenha observado discreta redução na ordem de 2,1% – ao passar de 52,2% em 2012 para 51,1% em 2021.

Gráfico 9. Percentual de NV segundo tipo de parto, Pernambuco, 2012 a 2021.



Fonte: *SINASC/SES-PE*.

Tabela 12. Percentual de NV segundo tipo de parto por Macrorregião de Saúde de residência, Pernambuco, 2012, 2016 e 2021.

Tipo de parto		I Macrorregião	II Macrorregião	III Macrorregião	IV Macrorregião	PE
Vaginal	2012	44,8	49,6	49,7	56,5	47,6
	2016	49,3	50,4	46,8	52,1	49,6

	2021	52,0	46,6	40,8	44,9	48,8
Cesário	2012	55,1	50,3	50,1	43,3	52,2
	2016	50,6	49,5	53,1	47,9	50,3
	2021	47,9	53,4	59,2	55,1	51,1

Fonte: *SINASC/SES-PE.*

Na análise de NV segundo tipo de parto por Macrorregião, observou-se maior proporção de partos cesáreos, com destaque para a III Macrorregião – atingindo quase 60% de NV para esse tipo de parto em 2021. Por sua vez, as maiores proporções de partos vaginais foram encontradas em três Macrorregiões: a IV Macrorregião em 2012 e 2016, a II Macrorregional em 2016 e a I Macrorregional em 2021 (Tabela 12).

Tabela 13. Percentual de NV segundo tipo de parto por Região de Saúde de residência, Pernambuco, 2012, 2016 e 2021.

		Regiões de Saúde											
Tipo de parto		I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII
Vaginal	2012	43,8	41,9	46,3	46,3	60,0	50,6	50,6	58,7	56,1	29,6	47,6	53,1
	2016	48,8	45,4	48,1	48,1	57,6	43,0	43,0	55,6	50,6	31,2	40,7	58,1
	2021	51,6	46,9	44,4	44,4	52,5	30,8	30,8	49,0	44,4	29,4	28,8	54,0
Cesário	2012	56,1	57,8	53,6	53,6	39,8	49,2	49,2	41,2	43,7	70,3	51,9	46,7
	2016	51,1	54,6	51,8	51,8	42,3	57,0	57,0	44,4	49,4	68,7	59,2	41,7
	2021	48,3	53,0	55,6	55,6	47,5	69,2	69,2	51,0	55,6	70,6	71,2	45,9

Fonte: *SINASC/SES-PE.*

No contexto das Regiões de Saúde, apenas as GERES I (17,8%), II (11,9%), III (18,9%) e XII (1,7%) apresentaram aumento na proporção de partos vaginais em relação aos partos cesáreos entre os anos de 2012 e 2021. Os maiores incrementos entre os percentuais de partos cesáreas foram observados na GERES VI (40,5%), VIII (27,3%) e VII (23,9%) quando comparados os anos de 2012 e 2021 (Tabela 13). Vale ressaltar que, em 2021, as GERES VII, X e XI apresentaram proporção de partos cesáreos de, aproximadamente, 70%, conforme a **(Tabela 13).**

DOENÇAS E AGRAVOS

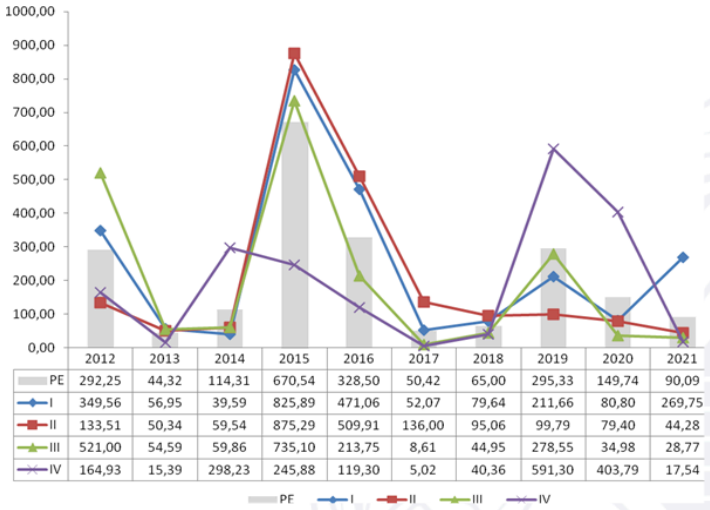
CARACTERÍSTICAS DO PERFIL DE ADOECIMENTO DOS PERNAMBUCANOS

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

DENGUE, CHIKUNGUNYA E ZIKA

No período analisado de 2012 a 2021, observa-se elevação na incidência de casos nos anos 2012, 2015, 2016 e 2019 (Gráfico 10). Constatou-se que os períodos epidêmicos foram similares na maioria dos anos estudados, divergindo nos anos de 2012, 2014, 2019 e 2020.

A I Macrorregional, quando comparadas ao Estado e a outras Macrorregiões, destaca-se na elevação dos casos em 2012, 2016 e 2021. Em seguida, IV Macrorregião aparece em destaque nos anos de 2014, 2019 e 2020. Nesses períodos, reconhecidamente epidêmicos, constatou-se a circulação simultânea dos quatro sorotipos virais (DENV-1, DENV-2, DENV-3 E DENV-4), além da introdução de duas novas arboviroses (Chikungunya e Zika).



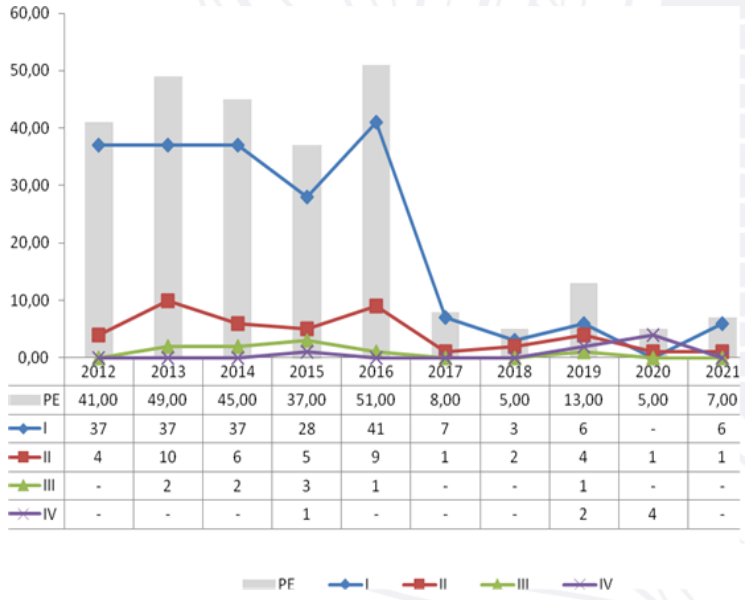
	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
PE	292,25	44,32	114,31	670,54	328,50	50,42	65,00	295,33	149,74	90,09
I	349,56	56,95	39,59	825,89	471,06	52,07	79,64	211,66	80,80	269,75
II	133,51	50,34	59,54	875,29	509,91	136,00	95,06	99,79	79,40	44,28
III	521,00	54,59	59,86	735,10	213,75	8,61	44,95	278,55	34,98	28,77
IV	164,93	15,39	298,23	245,88	119,30	5,02	40,36	591,30	403,79	17,54

Gráfico 10. Incidência de dengue por Macrorregião de Saúde, Pernambuco, 2012-2021.

Fonte: *SINAN online. Dados atualizados em 12 de julho de 2023. Dados sujeitos à alteração.*

Em relação aos óbitos confirmados por dengue no período de 2012 a 2021 por Macrorregião de Saúde, nota-se um maior número registrado na I Macrorregião, conforme Gráfico 11 , sendo a I Região de Saúde a que contribui para o aumento desses óbitos nesta Macrorregião (Gráfico 11).

Gráfico 11. Número de óbito por dengue por Macrorregião de Saúde. Pernambuco, 2012-2021.

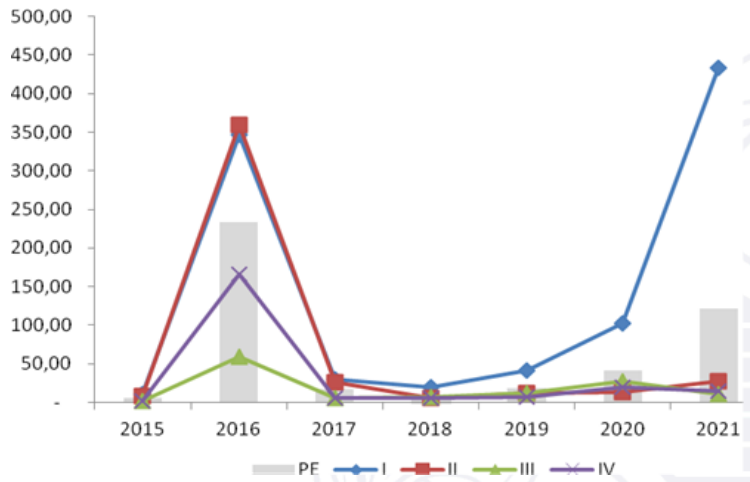


	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
PE	41,00	49,00	45,00	37,00	51,00	8,00	5,00	13,00	5,00	7,00
I	37	37	37	28	41	7	3	6	-	6
II	4	10	6	5	9	1	2	4	1	1
III	-	2	2	3	1	-	-	1	-	-
IV	-	-	-	1	-	-	-	2	4	-

Fonte: *SINAN online. Dados atualizados em 12 de julho de 2023. Dados sujeitos à alteração.*

Com relação à Chikungunya, observa-se que em 2016 e 2021 a I Macrorregião – a qual contempla a Região Metropolitana do Recife, apresentou maior elevação na incidência de casos quando comparada às demais Macrorregiões. A II Macrorregião apresentou elevação da incidência de casos em 2016 **(Gráfico 12).**

Gráfico 12. Incidência de Chikungunya por Macrorregião, Pernambuco, 2015- 2021.



Fonte: *SINAN online. Dados atualizados em 12 de julho de 2023. Dados sujeitos à alteração.*

Após a introdução do vírus Chikungunya no Estado em 2015, observa-se um aumento no número de óbitos no ano seguinte, destacando a Macrorregião I com o maior número de óbitos e casos confirmados (Tabela 14).

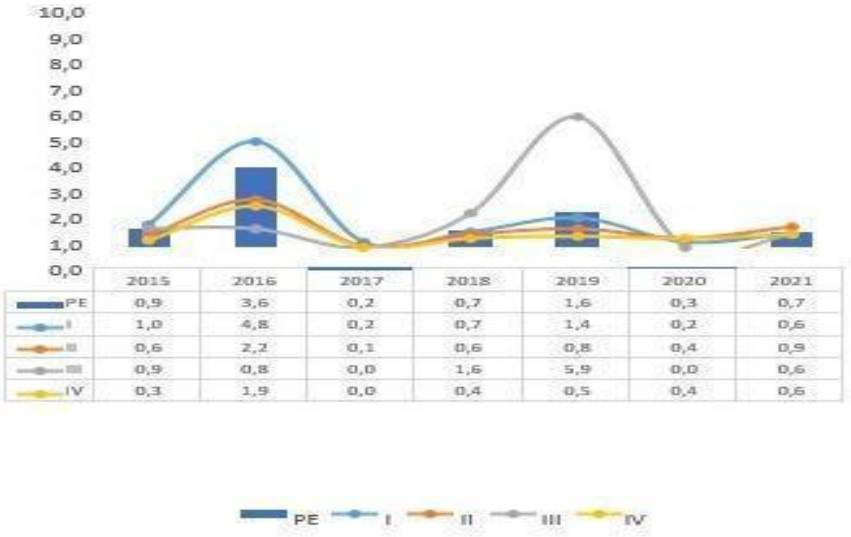
Tabela 14. Número de óbitos de chikungunya ocorridos em Pernambuco por Macrorregião, Pernambuco, 2015-2021.

Macrorregião de Saúde	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
I	11	95	0	3	2	0	4
II	0	4	1	0	0	0	0
III	0	2	0	0	0	0	0
PE	11	101	1	3	2	0	4

Fonte: *SINAN online. Dados atualizados em 12 de julho de 2023. Dados sujeitos à alteração.*

Em Pernambuco, os primeiros casos de Zika foram registrados em dezembro de 2015, ano em que foram realizadas mudanças no processo de registros dos casos, refletindo nos anos subsequentes (Gráfico 13). Nos anos iniciais, observa-se maior incidência na I Macrorregião de Saúde. Posteriormente, verificou-se maior número de casos confirmados na III Macrorregião, em 2018 e 2019. Cabe destacar que em 2016 foi confirmado apenas um óbito pelo vírus Zika, investigado e encerrado pelo município do Recife-PE.

Gráfico 13. Incidência de Zika por Macrorregião. Pernambuco, 2015-2021.



	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
PE	0,9	3,6	0,2	0,7	1,6	0,3	0,7
I	1,0	4,8	0,2	0,7	1,4	0,2	0,6
II	0,6	2,2	0,1	0,6	0,8	0,4	0,9
III	0,9	0,8	0,0	1,6	5,9	0,0	0,6
IV	0,3	1,9	0,0	0,4	0,5	0,4	0,6

Fonte: *SINAN Net. Dados atualizados em 12 de julho de 2023. Dados sujeitos à alteração.*

SÍNDROME CONGÊNITA DO ZIKA

A Síndrome Congênita associada à infecção pelo vírus Zika (SCZ) compreende um conjunto de sinais e sintomas apresentados por conceptos que foram expostos à infecção pelo Vírus Zika (ZIKV) durante a gestação, podendo comprometer o crescimento e o desenvolvimento neurocognitivo, motor, sensorial e odontológico, além de levar a incapacidades ou ao óbito (DEL CAMPO *et al.*, 2017; FRANÇA *et al.*, 2018; FREITAS *et al.*, 2020).

A vigilância epidemiológica da SCZ surgiu como resultado da Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN), deflagrada em novembro de 2015, e da Emergência em Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII) da microcefalia, que foi associada à infecção pelo vírus Zika e declarada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em fevereiro de 2016. A SES de Pernambuco foi pioneira na detecção inicial da doença em outubro de 2015.

Entre as Semanas Epidemiológicas 30/2015 e 52/2021, foram notificados 3.001 casos suspeitos de SCZ no Estado, sendo confirmados 471 (15,7%) casos e 13 (0,4%) continuam em investigação (Tabela 15).

As Tabelas 15 e 16 apresentam o número de casos de SCZ distribuídos por Macrorregional de Saúde de residência. É possível observar uma concentração de casos na I Macrorregião, com 55,8% (1.679 casos), seguido da II 628 (20,9%). Em relação à classificação final, as Macrorregiões I e II apresentaram os maiores números de casos confirmados, com 309 casos (65,6%) e 87 casos (18,5%) respectivamente.

Tabela 15. Número e percentual de casos de Síndrome Congênita do Zika segundo classificação final e ano de notificação, Pernambuco, SE 30/2015 a SE 12/2021.

Classificação	Ano da Notificação															
	2015		2016		2017		2018		2019		2020		2021		PE	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Confirmados*	265	23,1	160	14,7	19	9,8	18	9,3	7	3,7	1	0,9	1	1,4	**471**	**15,7**
Descartados	837	72,9	869	79,9	153	78,9	154	79,4	153	81,0	107	91,5	54	76,1	**2327**	**77,5**
Inconclusivos	46	4,0	59	5,4	22	11,3	22	11,3	24	12,7	6	5,1	11	15,5	**190**	**6,3**
Em Investigação	0	-	0	-	0	-	0	-	5	2,6	3	2,6	5	7,0	**13**	**0,4**
Total geral	1148	100,0	1088	100,0	194	100,0	194	100,0	189	100,0	117	100,0	71	100,0	3001	100,0

Fonte: *RESP/FORMSUS/GIE/DGIER/SEVSAP/SES-PE. Nota: os casos confirmados em 2020, 2021 e 2022 nasceram, respectivamente, nos anos de 2020, 2015 e 2015. Dados sujeitos à alteração.*

Tabela 16. Número e percentual de casos de Síndrome Congênita do Zika segundo classificação final e Macrorregião de Saúde de notificação. Pernambuco, SE 30/2015 a SE 12/2021.

Classificação	Macrorregião de Saúde									
	Confirmados		Descartados		Inconclusivos		Em Investigação		PE	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Metropolitana	309	65,6	1220	52,4	144	75,8	3	23,1	1676	55,8
Agreste	87	18,5	509	21,9	23	12,1	9	69,2	628	20,9
Sertão Pernambucano	41	8,7	319	13,7	10	5,3	0	-	370	12,3
Vale São Francisco/Araripe	34	7,2	279	12,0	13	6,8	1	7,7	327	10,9
Total geral	471	100,0	2327	100,0	190	100,0	13	100,0	3001	100,0

Fonte: *RESP/FORMSUS/GIE/DGIE/SEVSAP/SES-PE.*

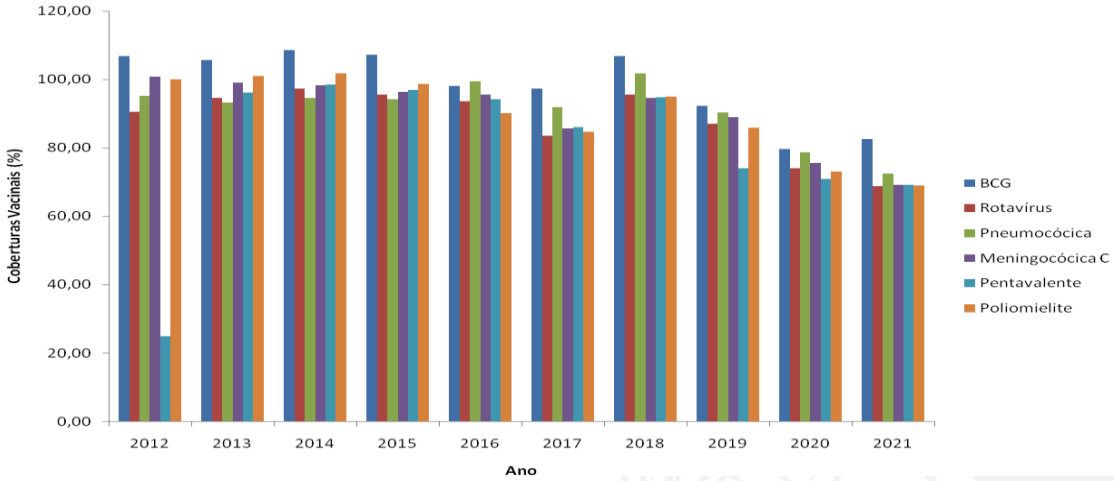
DOENÇAS IMUNOPREVINÍVEIS

IMUNIZAÇÃO

A análise da série histórica das coberturas vacinais para menores de 1 ano, apresentada no gráfico 14, revela alguns padrões importantes. No período de 2012 a 2015, a maioria dos imunizantes alcançou as metas estabelecidas, exceto pela vacina pentavalente, que teve uma cobertura mais baixa devido à sua implantação em 2012.

Entre 2013 e 2015, a vacina pneumocócica também não atingiu a meta de 95%, sendo uma exceção nesse período. No entanto, a partir de 2016, houve um declínio notável na cobertura vacinal. Em 2016, tanto as vacinas pentavalente quanto a poliomielite não alcançaram as metas. Esse declínio se intensificou em 2017, quando cerca de 90% das vacinas do calendário infantil ficaram abaixo das metas estabelecidas. O ano de 2018 registrou um aumento nas coberturas da BCG, rotavírus e pneumocócica. Entre 2019 e 2021, a cobertura de todas as vacinas apresentou um declínio, sendo agravado pela pandemia da Covid-19 (Gráfico 14).

Gráfico 14. Coberturas Vacinais por imunobiológico: BCG, Rotavírus Humano, Pneumocócica Meningocócica C,



Pentavalente e Poliomielite, Pernambuco – 2012 – 2019.

Fonte: *SI-PNI/CGPNI/DEIDT/SVS/MS. Acesso em Junho de 2023.*

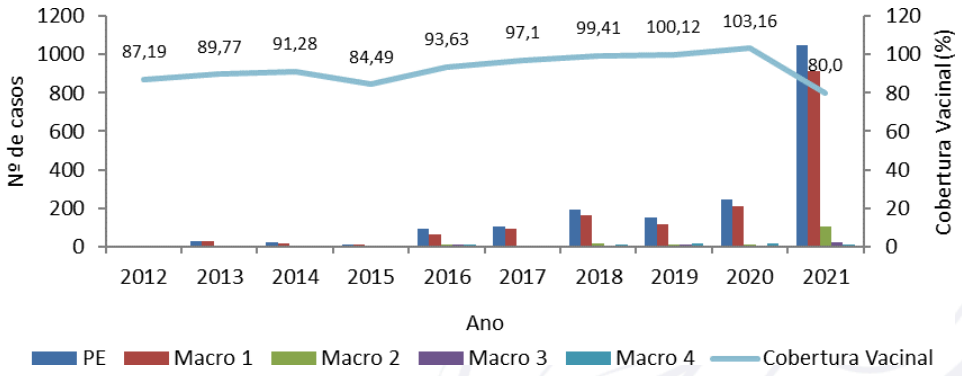
As cinco principais razões apontadas pelo Ministério da Saúde para a redução das coberturas vacinais são frequentemente mencionadas nos monitoramentos realizados após campanhas nacionais de vacinação em municípios brasileiros. Essas razões incluem a percepção enganosa de que a vacinação não é necessária devido ao desconhecimento do calendário nacional de vacinação, o medo de reações adversas, o receio de sobrecarga imunológica e a falta de tempo das pessoas para buscar a imunização nos postos de saúde. Além disso, também foram identificados relatos de profissionais de saúde que desaconselham a vacinação contra doenças já erradicadas no país.

Essa relação entre os dados históricos das coberturas vacinais e as razões apontadas pelo Ministério da Saúde, destaca-se a importância de conscientizar a população sobre os benefícios da vacinação, combater a desinformação e implantar estratégias eficazes para aumentar as coberturas vacinais, garantindo a proteção da saúde pública.

SRAG POR INFLUENZA

Em Pernambuco, foram confirmados 1.897 casos de SRAG por influenza, com maior concentração em 2021, quando ocorreu 55,20% desses casos. Esse cenário resultou no aumento da sensibilidade na notificação e na coleta de amostra clínica para diagnóstico laboratorial. Além disso, no mesmo ano foi identificada uma nova cepa da influenza H3N2, a chamada Darwin. Verificou-se a ocorrência de casos em todas as Macrorregiões, com predomínio na I (85,29%) (gráfico 15).

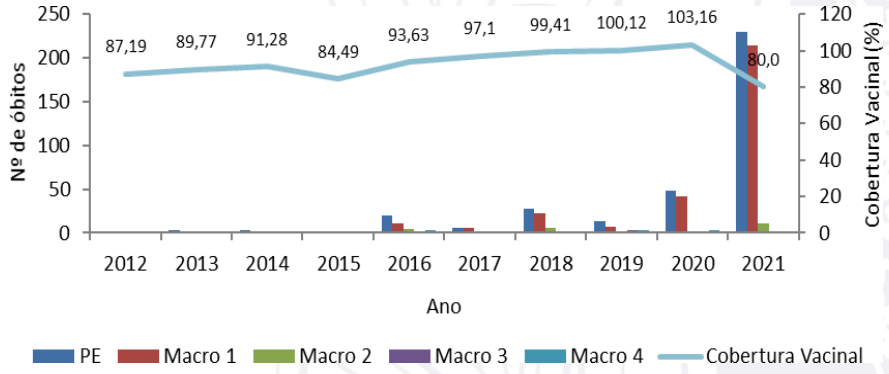
Gráfico 15. Distribuição dos casos de SRAG por influenza por Macrorregião de Saúde, cobertura vacinal e ano epidemiológico dos sintomas. Pernambuco, 2012-2021.



Fonte: *SINAN Influenza Web/SIVEP-Gripe/SEVSAP/SES-PE. SI-PNI/CGPNI/DEIDT/SVS/MS. Dados atualizados em 14/07/2023, sujeitos à alteração.*
Nota: *Para o cálculo da cobertura vacinal, utilizou-se a vacina da influenza.*

Dos casos de SRAG por influenza, 352 (18,56%) evoluíram para óbito. Não houve registro de óbito em 2015 e 65,06% dos óbitos no período estudado ocorreram em 2021. Verificou-se o predomínio dos óbitos na I Macrorregião (86,65%) (gráfico 16).

Gráfico 16. Distribuição dos casos de SRAG por influenza com evolução para óbito, segundo Macrorregião de Saúde, cobertura vacinal e ano epidemiológico dos sintomas, Pernambuco, 2012-2021.



Fonte: *SINAN Influenza Web/SIVEP-Gripe/SEVSAP/SES-PE. SI-PNI/CGPNI/DEIDT/SVS/MS. Dados atualizados em 14/07/2023. Dados sujeitos à alteração.*
Nota: *Para o cálculo da cobertura vacinal, utilizou-se a vacina da influenza.*

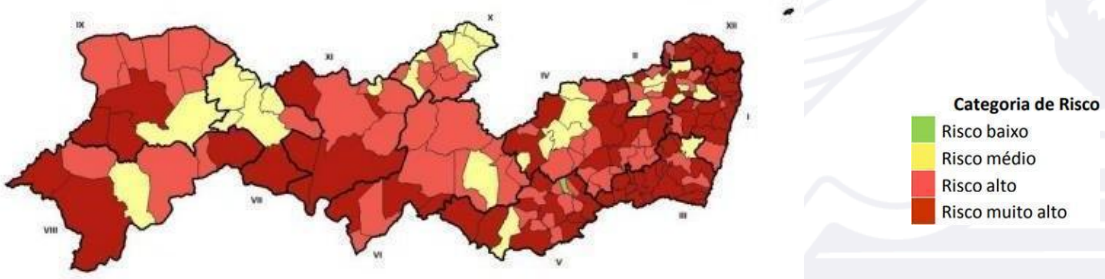
Em relação à faixa etária, 43,38% dos casos ocorreram na população de 60 anos e 21,72% em menores de cinco anos. Quanto aos óbitos, 61,36% ocorreram na faixa etária de 60 anos e mais de 11,08% entre 50 e 59 anos. Como os menores de 5 anos e a população com 60 anos e mais são grupos de risco para complicação por influenza, é imprescindível o alcance das metas preconizadas de cobertura vacinal para redução da morbimortalidade (gráfico 16).

POLIOMIELITE

Apesar dos avanços globais na erradicação da poliomielite, a doença persiste de forma endêmica em alguns países. Há mais de 30 anos, o Brasil não registra casos de poliomielite e no Estado de Pernambuco o último caso ocorreu em 1988. No entanto, desde 2016, Pernambuco tem apresentado coberturas vacinais baixas e heterogêneas e em 2021, o Estado foi classificado como de muito alto risco para a reintrodução da doença. Calculando esse risco por município, 86,11% dos municípios da I Macrorregião, 86,79% da II, 74,29% da III e 72%

IV foram categorizados como alto e muito alto risco (figura 2).

Figura 4. Distribuição espacial do risco de reintrodução da poliomielite por Município, Pernambuco, 2021.

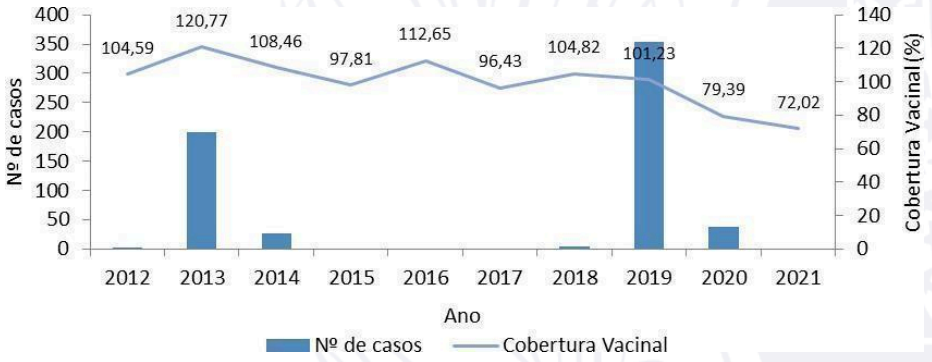


Fonte: SEVSAP/SES-PE.

SARAMPO

Em Pernambuco, não é registrada a ocorrência de casos endêmicos de sarampo desde o ano 2000, com o registro de um caso importado da França (genótipo D4) em 2012. Nos anos seguintes, foram identificados três surtos (2013, 2018, 2019), com diferentes dimensões e disseminação no território (gráfico 17).

Gráfico 17. Distribuição dos casos de sarampo, segundo cobertura vacinal e ano epidemiológico do exantema. Pernambuco, 2012-2021.



Fonte: CDI/SIDI/DGVE/SEVSAP/SES-PE.SI-PNI/CGPNI/DEIDT/SVS/MS. Dados atualizados em 14/07/2023.

Nota: Para o cálculo da cobertura vacinal, utilizou-se a primeira dose da vacina tríplice viral.

O primeiro surto de sarampo foi causado pelo genótipo D8 no período de março/2013 a março/2014, com a confirmação de 226 casos, distribuídos nas Macrorregiões de Saúde I e II (97% e 3% dos casos, respectivamente) e um óbito. Do total, 167 (73,9%) tinham menos de 5 anos, enquanto adolescentes e adultos representavam 7,5% e 16,4%, respectivamente. O segundo surto ocorreu em 2018 com um caso primário importado de Manaus – AM, com transmissão para mais três pessoas de sua família, todos residentes no município do Recife.
Em seguida, a ausência de registro de casos em Pernambuco foi interrompida por outro surto, que iniciou em julho de 2019, estendendo-se até março de 2020. Foram confirmados 392 casos com identificação do genótipo D8 e um óbito. Nesse surto houve maior disseminação no interior do Estado, envolvendo 41 Municípios distribuídos em todas as Macrorregiões, sendo 178 casos na I (45,41%), 201 casos na II (51,28%), 10 na III (2,55%) e três na IV (0,76%). Quanto à faixa etária, 43,1% eram crianças menores de 5 anos, enquanto 18,9% e 34,2% eram

adolescentes e adultos, respectivamente.

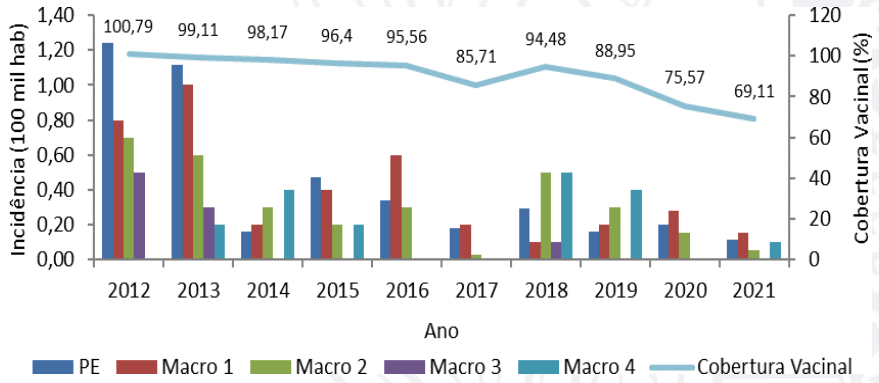
É importante ressaltar que as ações desenvolvidas pelas Secretarias Estadual e Municipais de Saúde conseguiram interromper a circulação do vírus no Estado diante do surto. Entretanto, nos anos de 2020 e 2021, não foram alcançadas coberturas vacinais ideais para manter Pernambuco livre da circulação do sarampo.

DOENÇA MENINGOCÓCICA

No estado de Pernambuco, observou-se, no período entre 2012 e 2021, uma tendência decrescente no coeficiente de incidência da doença meningocócica. É possível que as elevadas coberturas vacinais tenham contribuído para a queda. No entanto, para manter essa tendência, é necessário a continuidade de elevadas coberturas vacinais (≥ 95%). Como a meta não foi alcançada entre 2017 e 2021, essa conquista pode ser revertida (gráfico 18).

Analisando a evolução histórica do coeficiente de incidência por Macrorregiões de Saúde, o mesmo comportamento foi observado na I e II. Nas demais Macrorregiões, não foi possível analisar o perfil diante da instabilidade estatística dos pequenos números.

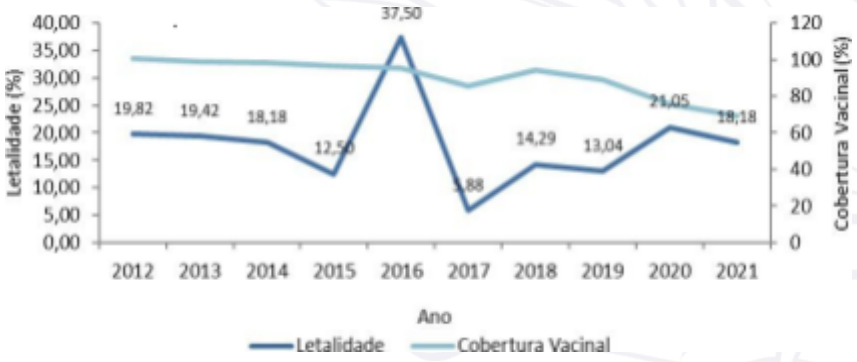
Gráfico 18. Distribuição do coeficiente de incidência de doença meningocócica (por 100 mil habitantes), segundo Macrorregião de Saúde, cobertura vacinal e ano epidemiológico dos sintomas, Pernambuco, 2012-2021.



Fonte: *SINAN/SEVSAP/SES-PE. SI-PNI/CGPNI/DEIDT/SVS/MS. Dados atualizados em 14/07/2023.*
Nota: *Para o cálculo da cobertura vacinal, utilizou-se a vacina para a meningocócica c.*

A taxa de letalidade média por doença meningocócica em Pernambuco, de 2012 a 2021, foi de 17,99%, com variação entre 5,88% (em 2017) e 37,50% (em 2016) (gráfico 19).

Gráfico 19. Distribuição da letalidade de doença meningocócica, segundo cobertura vacinal e ano epidemiológico dos sintomas, Pernambuco, 2012-2021.



Fonte: *SINAN/SEVSAP/SES-PE. SI-PNI/CGPNI/DEIDT/SVS/MS. Dados atualizados em 14/07/2023.*
Nota: *para o cálculo da cobertura vacinal, utilizou-se a vacina para a meningocócica c.*

ZOONOSES

LEPTOSPIROSE

No período de 2012 a 2021, foram notificados 1.722 casos no Estado. A taxa média anual de incidência foi de 1,83/100.000 habitantes. Observa-se que a distribuição da doença no ano de 2019 representou um comportamento epidêmico (gráfico 20).

Gráfico 20. Número de casos e incidência de leptospirose. Pernambuco, 2012 a 2021.



Fonte: *SINAN/CVZ/SEVSAP/SES-PE.*

Historicamente, observa-se que o Recife e municípios da Região Metropolitana sempre apresentaram alta incidência de leptospirose devido aos altos índices pluviométricos locais, além de ser uma doença ligada a fatores ambientais e socioeconômicos, dificultando ainda mais o seu controle.

Gráfico 21. Distribuição da incidência de leptospirose por Macrorregião de Saúde, Pernambuco, 2012 a 2021.



	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
I	1,32	1,87	2,40	1,50	1,70	2,33	2,21	2,65	0,85	1,48
II	0,32	0,26	0,31	0,00	0,36	0,30	0,55	0,70	0,30	0,15
III	0,00	0,40	0,00	0,00	0,00	0,00	0,13	0,13	0,12	0,12
IV	0,00	0,00	0,00	0,00	0,10	0,10	0,20	0,30	0,09	0,09

Fonte: *SINAN/CVZ/SEVSAP/SES-PE.*

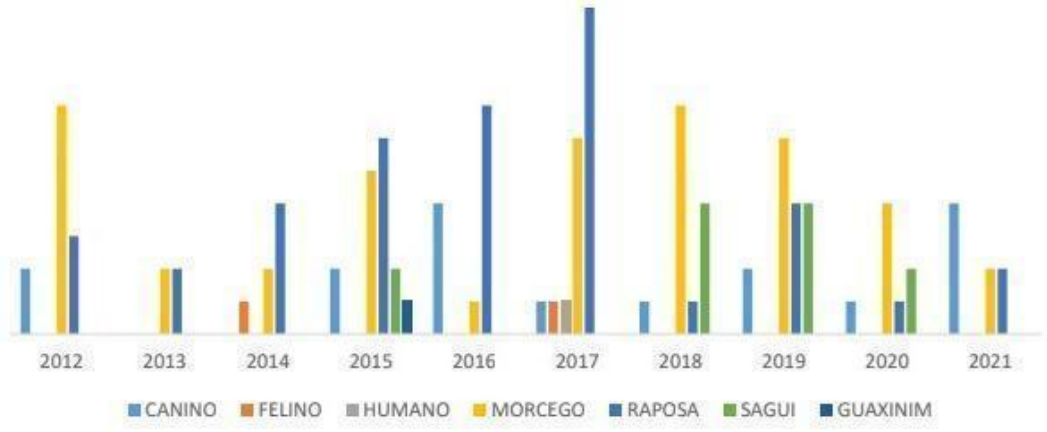
Analisando o coeficiente de incidência de leptospirose por Macrorregião de Saúde, observa-se que a I Macrorregião destaca-se por apresentar 95,35% dos casos da zoonose no Estado, com a I Região de Saúde apresentando incidência de 2,34/100.000 habitantes. Comparando as Regiões da II Macrorregião, destaca-se a IV Região de Saúde, com incidência média de 0,7/100.000. As Macrorregiões III e IV não apresentam importância

epidemiológica para este agravo, tendo em vista a ocorrência de poucos casos durante o período avaliado (gráfico 21).

RAIVA

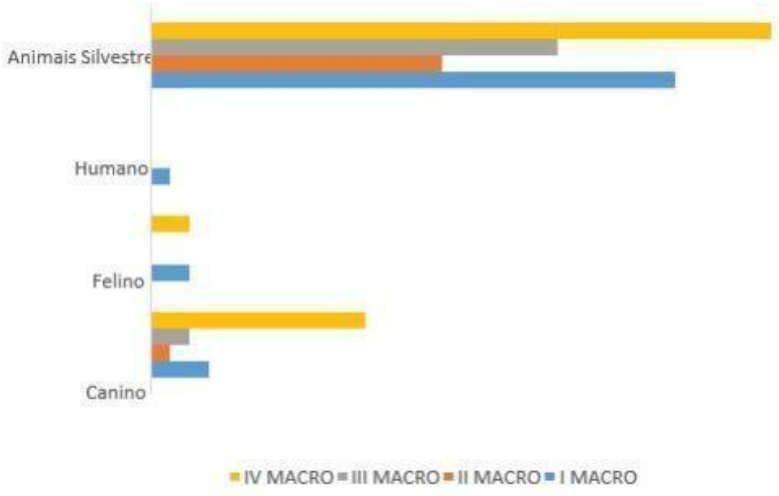
No estado de Pernambuco, de 2012 a 2021, ocorreram 117 casos de raiva animal e um caso humano, sendo 95 casos em animais silvestres, o equivalente a 81% do total de casos positivos (gráfico 22). Observa-se uma maior positividade dos casos de raiva em morcegos, seguido de raposas (gráfico 22). Entre as Macrorregiões, destaque à concentração dos casos de raiva em animais silvestres e caninos na IV Macrorregional (gráfico 23).

Gráfico 22. Distribuição dos casos de raiva por espécie. Pernambuco, 2012 – 2021.



Fonte: LACEN/CVZ/SEVSAP/SES-PE.

Gráfico 23. Casos de raiva por espécie e distribuição nas Macrorregião de Saúde. Pernambuco, 2012-2021.



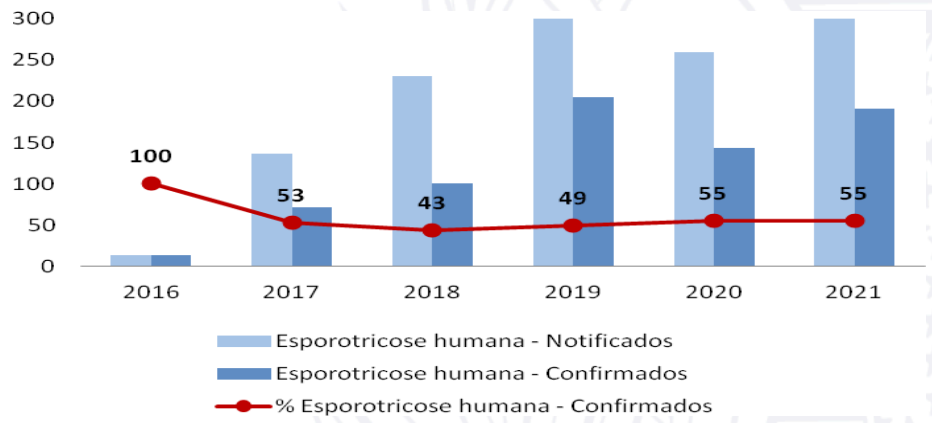
Fonte: *LACEN/CVZ/SEVSAP/SES-PE.*

ESPOROTRICOSE HUMANA

Em Pernambuco, de 2016 a 2022, foram notificados 1405 casos, dos quais 724 casos (52%) foram confirmados (gráfico 24). A taxa média anual de incidência foi de 1,3 a cada 100.000 habitantes. Observou-se que os municípios de Camaragibe (10,3/100.000), Olinda (5,2/100.000) e Recife (5,2/100.000) apresentaram maior incidência da doença, compondo a Região Metropolitana do Recife – que registra o maior número de casos confirmados (figura 3).

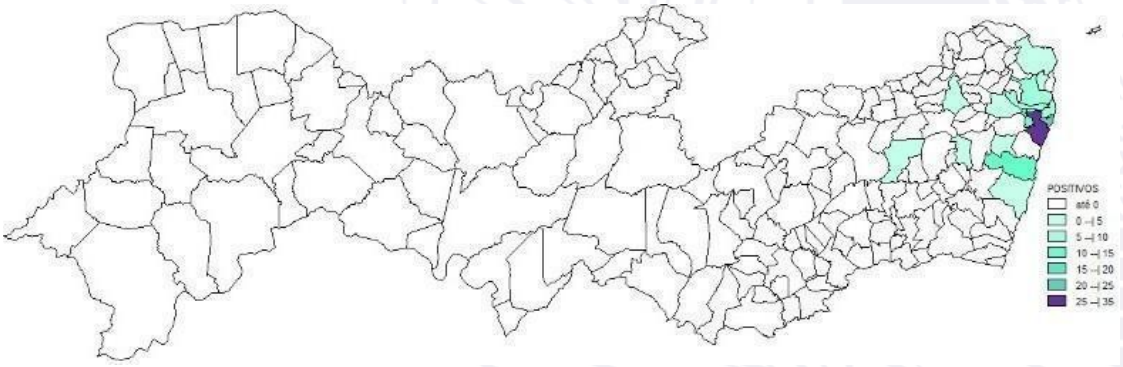
Analisando o coeficiente de incidência de esporotricose humana por Macrorregiões de Saúde, observa-se que a I Macrorregião destaca-se por apresentar 97,9% dos casos desta zoonose no Estado. Comparando-se as regiões da II Macrorregião (Agreste) observou-se que a IV Região de Saúde, apresentou incidência média de 0,09/100.000. A III Macrorregião (Sertão) com 1,1% dos casos e incidência média de 0,09/100.000 habitantes, e por fim a IV Macrorregião (Vale do São Francisco) não apresentou casos para o período analisado.

Gráfico 24. Número de casos notificados e confirmados de esporotricose humana. Pernambuco, 2016 a 2021.



Fonte: *SINAN/CVZ/SEVSAP/SES-PE.*

Figura 5. Casos confirmados de esporotricose humana, Pernambuco por município, 2016 a 2021.



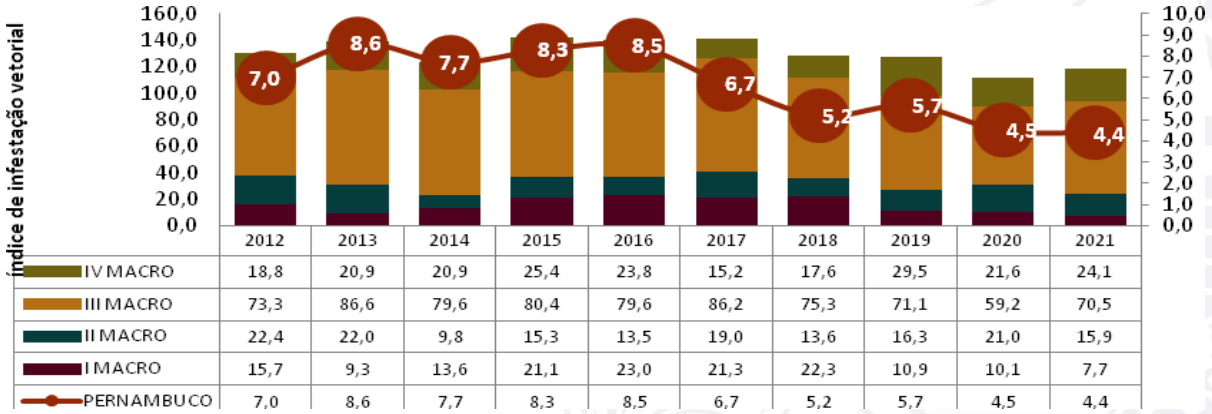
Fonte: *SINAN/CVZ/SEVSAP/SES-PE.*

DOENÇA DE CHAGAS

No período analisado, 612.394 unidades domiciliares foram pesquisadas, das quais 43.194 positivaram para a presença do vetor. O índice de infestação vetorial se apresenta mais elevado nos municípios da III e IV Macrorregiões, sinalizando a realização maior da atividade de vigilância entomológica e da presença de

triatomíneo nas Unidades Domiciliares (UD), aumentando o risco de transmissão vetorial (gráfico 25).

Gráfico 25. Índice de infestação vetorial, segundo as Macrorregiões de Saúde. Pernambuco, 2012 – 2021.



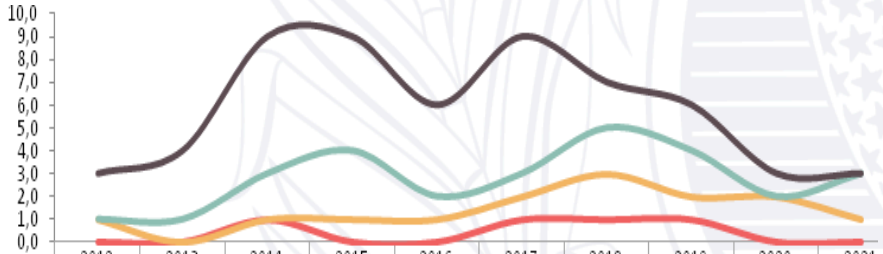
	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
IV MACRO	18,8	20,9	20,9	25,4	23,8	15,2	17,6	29,5	21,6	24,1
III MACRO	73,3	86,6	79,6	80,4	79,6	86,2	75,3	71,1	59,2	70,5
II MACRO	22,4	22,0	9,8	15,3	13,5	19,0	13,6	16,3	21,0	15,9
I MACRO	15,7	9,3	13,6	21,1	23,0	21,3	22,3	10,9	10,1	7,7
PERNAMBUCO	7,0	8,6	7,7	8,3	8,5	6,7	5,2	5,7	4,5	4,4

Fonte: SisPCDCh/SEVSAP/SES-PE. Dados sujeitos a alteração.

LEISHMANIOSE VISCERAL

O estado de Pernambuco situa-se em uma área originalmente de risco para a transmissão da doença. Entre 2012 e 2021, houve transmissão da LV em 141 municípios, onde foram confirmados 1290 casos, com uma média anual de 129 casos/ano. Ao longo da série histórica, a Macrorregião IV obteve a maior incidência para a doença em todos os anos e a partir de 2020, observa-se uma redução da incidência em todas as Macrorregiões (gráfico 26).

Gráfico 26. Coeficiente de incidência por LV segundo Macrorregião de Saúde. Pernambuco, 2012-2021.

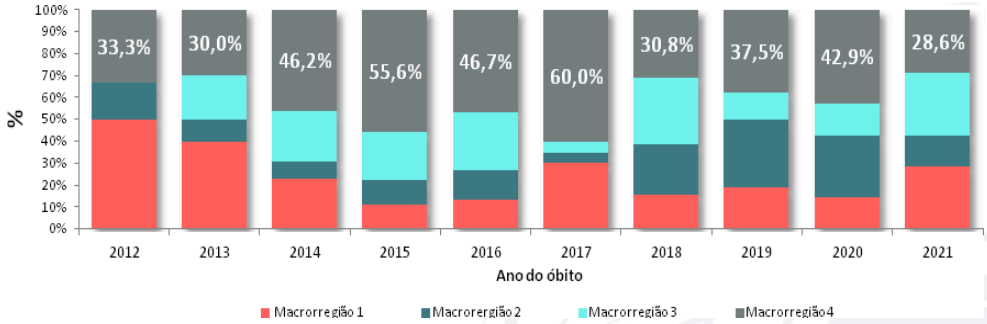


	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Macrorregião 1	0,0	0,0	1,0	0,0	0,0	1,0	1,0	1,0	0,0	0,0
Macrorregião 2	1,0	0,0	1,0	1,0	1,0	2,0	3,0	2,0	2,0	1,0
Macrorregião 3	1,0	1,0	3,0	4,0	2,0	3,0	5,0	4,0	2,0	3,0
Macrorregião 4	3,0	4,0	9,0	9,0	6,0	9,0	7,0	6,0	3,0	3,0

***Fonte:** SINAN-SEVSAP/SES-PE. Dados sujeitos a alteração.*

Nesse mesmo período, ocorreram 132 óbitos, dos quais a maior proporção eram residentes da Macrorregião IV (gráfico 27). A maioria era do sexo masculino (70,5%), afetando principalmente crianças menores de cinco anos (n= 20), adultos entre 30 e 39 anos (n= 20) e idosos a partir de 60 anos (n= 34).

Gráfico 27. Percentual (%) de óbitos por LV segundo Macrorregião de Saúde de residência. Pernambuco, 2012-2021.



Fonte: *SINAN-SEVSAP/SES-PE. Dados sujeitos à alteração.*

ESQUISTOSSOMOSE

O estado de Pernambuco é considerado endêmico para a esquistossomose. Essa doença é prevalente em 101 municípios distribuídos em seis Regiões de Saúde (I, II, III, IV, V, e XII GERES), ocupando a I e II Macrorregiões. Essas regiões concentram áreas de solo fértil, rios perenes e não sujeita a secas periódicas, o que favorece infecção do homem a partir do contato com água doce contaminada por cercárias, estágio larval do *Schistosoma mansoni.*

As informações sobre morbidade por esquistossomose são disponibilizadas pelo Sistema de Informação do Programa de Controle da Esquistossomose (SISPCE), que está sendo implantado nos municípios da I e II Macrorregiões, por apresentarem maior concentração de municípios endêmicos. Comparando-se aos anos da série histórica, verifica-se que em 2021 houve uma redução significativa de 59% da prevalência da doença quando comparado ao ano de 2012 (gráfico 28).

Gráfico 28. Percentual (%) de positividade da esquistossomose segundo Macrorregião de Saúde. Pernambuco, 2012-2021.



Fonte: *SISPCE/SEVSAP/SES-PE. Dados sujeitos à alteração.*

Segundo o Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), embora tenha havido redução de cerca de 29% na taxa de mortalidade do Estado entre 2012 e 2021, comparando a I e II Macrorregiões aos dados de Pernambuco, evidencia-se que as taxas de mortalidade na I Macrorregião são superiores às do Estado, o que pode estar relacionado à concentração da maioria dos municípios endêmicos (n = 69) (gráfico 29).

Gráfico 29. Taxa de mortalidade (100.000 habitantes) por esquistossomose, I e II Macrorregiões de Saúde, Pernambuco, 2012-2021.



Fonte: *SIM/SEVSAP/SES-PE. Dados sujeitos à alteração.*

Em relação ao número de óbitos por município de residência, verifica-se que 86,13% (valor médio) dos óbitos do período analisado eram residentes da I Macrorregião, 12,97% (valor médio) correspondentes à Macrorregião II, 0,66% (valor médio) à Macrorregião III e 0,24% (valor médio) à Macrorregião IV (gráfico 30).

Gráfico 30. Taxa de mortalidade (100.000 habitantes) por esquistossomose segundo Macrorregiões de Saúde, Pernambuco, 2012-2021.



Fonte: SIM/SEVSAP/SES-PE. Dados sujeitos à alteração.

É importante ressaltar que a esquistossomose é uma doença crônica de progressão lenta, na qual o local de infecção, muitas vezes, difere do local de residência. No entanto, a organização da rede de cuidados de saúde deve ser direcionada pelo município onde os casos de residência são registrados. A análise dos óbitos por Regiões de Saúde revela as áreas com alta transmissão nas regiões pertencentes a I e II Macrorregiões de Saúde.

DOENÇAS DE TRANSMISSÃO HÍDRICA E ALIMENTAR

DOENÇAS DIARREICAS AGUDAS

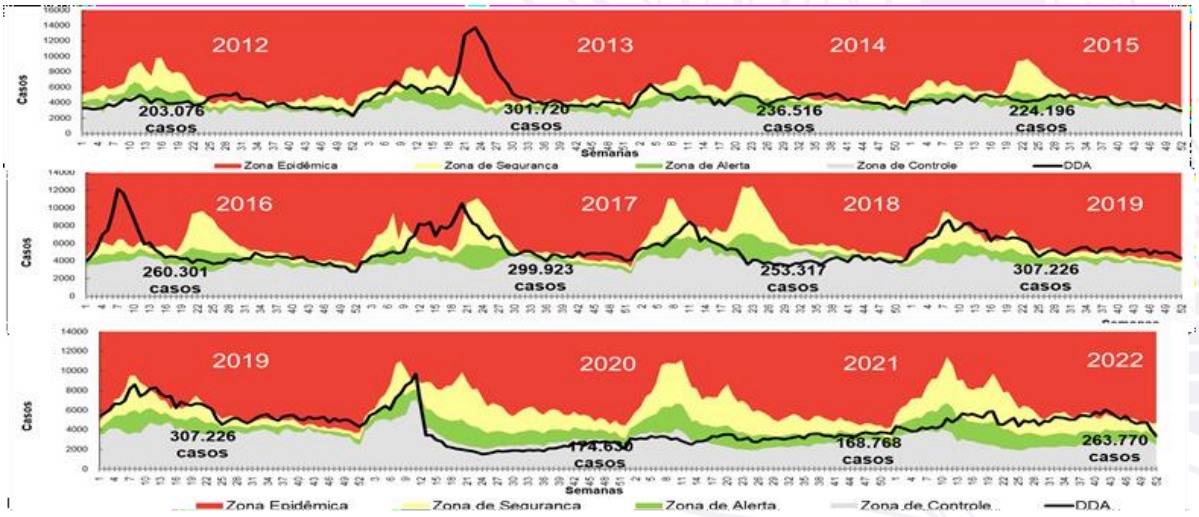
Os casos de Doenças Diarreicas Agudas (DDA) são notificados quando atendidos em unidades sentinela. Pernambuco possui 1.700 unidades sentinelas situadas em seus 185 municípios. Anualmente, são registrados uma média de 244.000 casos de DDA e o seu padrão epidemiológico é monitorado semanalmente por meio do corredor endêmico, o qual classifica o comportamento endêmico/epidêmico nos níveis, municipal, regional e estadual.

No período entre 2012 e 2021, foram registrados no SIVEP-DDA 2.429.675, demonstrando a elevada magnitude da DDA no Estado, com grandes variações endêmicas e epidêmicas, permitindo a detecção de surtos e situações de alerta provenientes da contaminação da água de consumo humano/alimentos em situações de rotina e/ou diante de desastres naturais, a exemplo da estiagem prolongada, seca e/ou enchentes.

O número de casos variou com suas maiores elevações nos anos de 2019 (307.226) e 2013 (301.720) com redução durante a pandemia de COVID-19 nos anos de 2020 (174.630) e 2021 (168.768). Nos anos de 2013, 2016, 2017, 2019 e início de 2020 as DDA apresentaram-se em zona epidêmica em várias regiões de Pernambuco (gráfico 31).

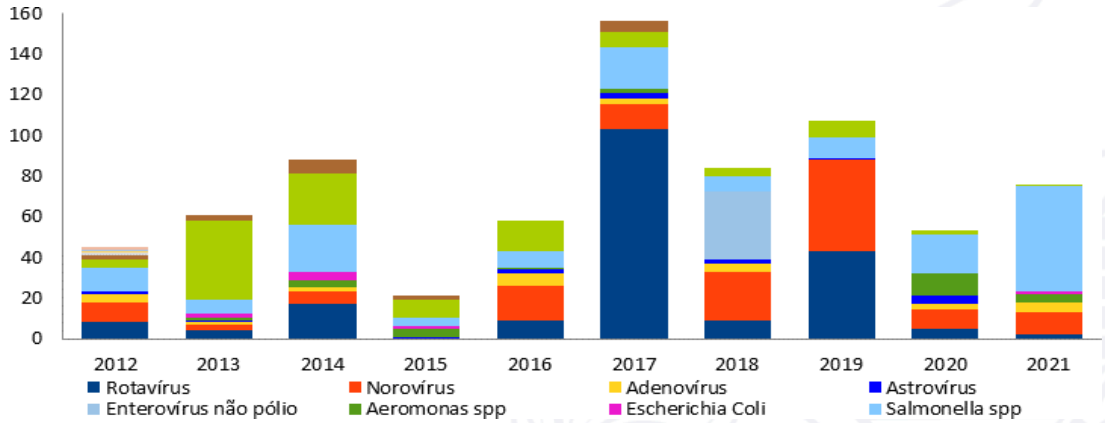
No período analisado, 3.482 casos de DDA evoluíram para óbito em Pernambuco. Os grupos etários mais atingidos foram os idosos com 70,2% (n= 2.446), seguido das crianças 14,3% (n= 498) com destaque para as crianças menores de um ano que representaram 10,8% (n= 375) do total de óbitos por DDA.

Gráfico 31. Corredor endêmico semanal de casos de DDA atendidos em unidades sentinela por semana epidemiológica, Pernambuco, 2012-2021.



Fonte: *SIVEP-DDA/SEVSAP/SES-PE*

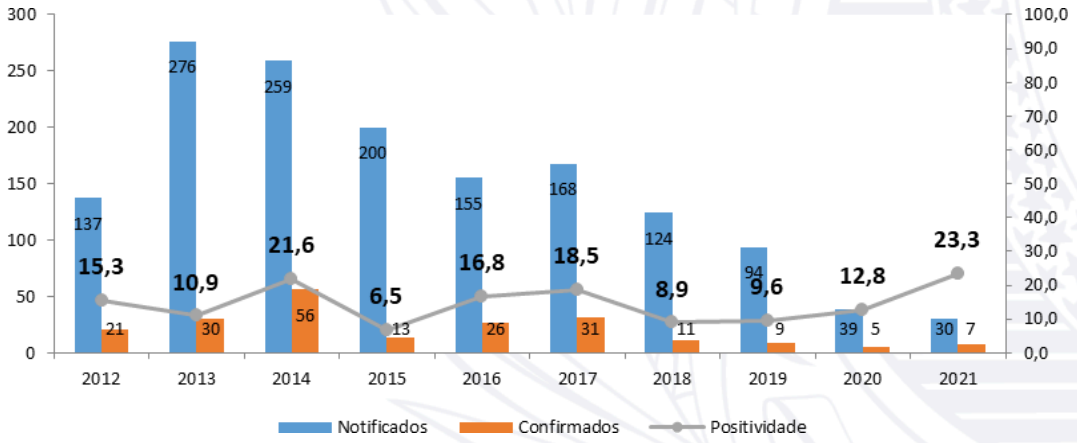
Gráfico 32. Monitoramento Laboratorial das amostras clínicas de DDA coletadas em casos de surtos e monitoramento, Pernambuco, 2012 a 2021.



Fonte: *GAL/LACEN-PE/SEVSAP/SES-PE.*

No período entre 2012 e 2021, por meio da vigilância sentinela hospitalar (Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira - IMIP,Hospital Geral de Areias - HGA e laboratorial de rotavírus (Organização Panamericana de Saúde - OPAS), foram notificados 1.482 casos suspeitos de rotavírus em crianças com idade menor que cinco anos, dos quais 209 (14,1%) foram confirmados presença desse agente nas amostras fecais (gráfico 33).

Gráfico 33. Distribuição de casos de diarreia em menores de cinco anos de idade classificados como elegível para a vigilância do rotavírus segundo ano de início dos sintomas, Pernambuco, 2012-2021.



Fonte: *SINAN/SEVSAP/SES-PE.*

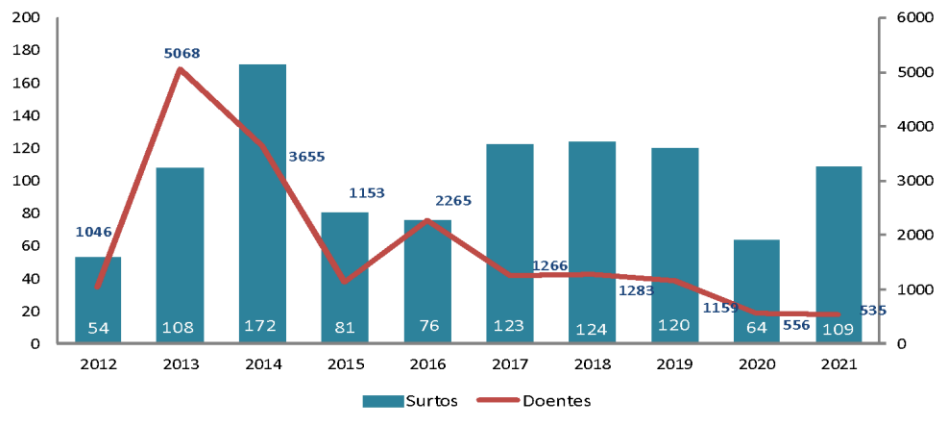
SURTO DE DOENÇAS DE TRANSMISSÃO HÍDRICA E ALIMENTAR (DTHA)

Considera-se surto de DTHA quando duas ou mais pessoas apresentam doença semelhante após ingerirem alimentos e/ou água contaminados da mesma origem. Existem mais de 250 tipos de DTHA no mundo, podendo ser causadas por bactérias e suas toxinas, vírus, parasitas intestinais oportunistas ou substâncias químicas.

Em Pernambuco, no período analisado, foram notificados 1.031 surtos de DTHA, correspondente a 16,2% dos surtos do país – acometendo 17.986 doentes, dos quais 2.313 foram hospitalizados e 11 evoluíram para óbito. A mediana anual de surtos e doentes correspondeu a 108 e 1.212, respectivamente (gráfico 34).

Nessa série histórica, entre 2013 e 2014, observou-se um aumento expressivo no número de surtos e de doentes, possivelmente em consequência da severa estiagem iniciada no ano de 2012, observado em todas as Macrorregionais, com maior expressão na II Macrorregional (IV e V GERES), com recrudescimento dos surtos 2017 a 2019 (gráfico 34).

Gráfico 34. Distribuição dos surtos de DTHA notificados e número de doentes segundo o ano de ocorrência, Pernambuco, 2012-2021.



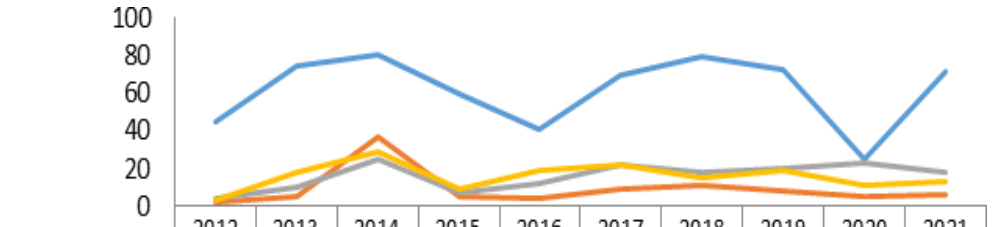
Fonte: *SINAN/SEVSAP/SES-PE.*

Dentre os acometidos, o grupo etário mais atingido foi de adultos jovens, entre 20 e 49 anos (48,3%), seguido das crianças (20,0%) e dos adolescentes (18,3%). Em 62,2% (n= 641) dos surtos foi identificado o tipo de alimento causador, mostrando discreto predomínio dos surtos veiculados por alimentos (50,5%) quando relacionado à água de consumo humano (49,5%). Dentre os alimentos, os principais foram as preparações mistas (13,9%), seguidas por múltiplos alimentos (20,4%) e leite/derivados (8,6%).

Em 53,8% (555/1.031) dos surtos, os agentes etiológicos causadores foram identificados em laboratório. Os agentes biológicos predominaram (99,3%), em relação aos de origem química (0,7%). Entre os biológicos mais prevalentes estão Escherichia coli (38,7%), Bacilus cereus (11,2%), Salmonella spp (9,2%), Staphylococus aureus (5,9%), Norovírus (5,8%) e Shigella (5,6%).

Entre os surtos com local de ocorrência definido (99,6%), houve predomínio nas residências (42,9%) e nos serviços de alimentação: restaurantes, padarias ou similares (16,9%). A Macrorregional I composta pelas GERES I, II, III e XII, concentrou 60,3% dos surtos em todos os anos da série histórica, seguida por aquelas do Sertão: Macrorregional III (15,4%) e Macrorregional IV (15,3%) (gráfico 35).

Gráfico 35. Distribuição dos surtos de DTHA notificados por Macrorregional de ocorrência, Pernambuco, 2012-2021.



	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Macro I	45	75	81	60	41	70	80	73	25	72
Macro II	2	5	37	5	4	9	11	8	5	6
Macro III	4	10	25	7	12	22	18	20	23	18
Macro IV	3	18	29	9	19	22	15	19	11	13

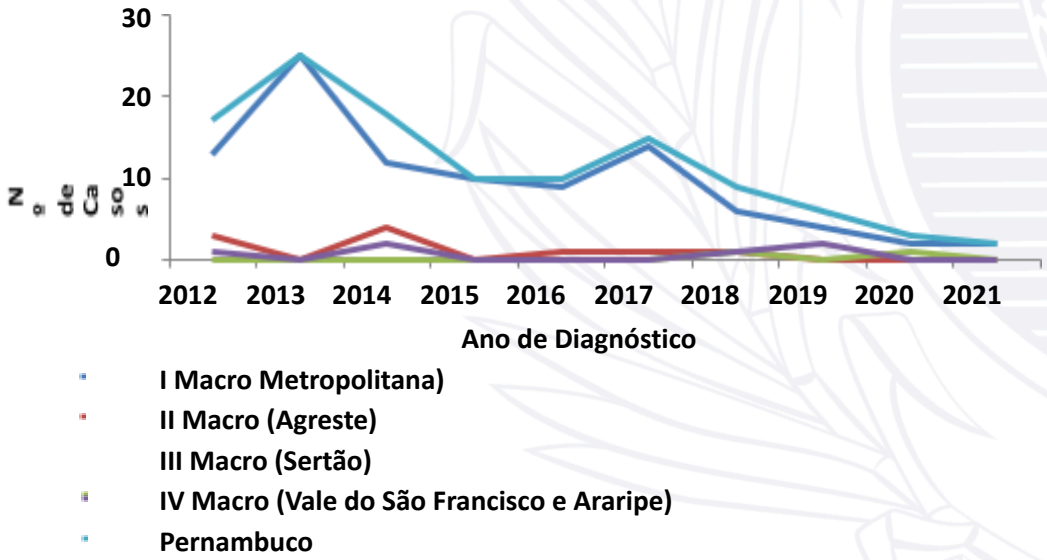
Fonte: *SINAN/SEVSAP/SES-PE.*

INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS

AIDS EM MENORES DE 5 ANOS

No estado de Pernambuco, foram diagnosticados 115 casos de AIDS em menores de 5 anos no período de 2012 a 2021, evidenciando uma tendência decrescente. Em 2021, apenas dois casos foram diagnosticados. Analisando por Macrorregião, 97 casos foram registrados na I Macrorregião – expressando 84,6% de redução entre 2012 a 2021. A II Macrorregião registrou 10 casos e a IV contabilizou 6 casos, ambas com redução de 100,0%. A III Macrorregião permanece estável, sem casos diagnosticados (gráfico 36).

Gráfico 36. Casos de AIDS em menores de 5 anos segundo ano de diagnóstico e Macrorregião de Saúde de residência. Pernambuco, 2012 a 2021.



Fonte: *SINAN/Programa Estadual de IST/AIDS/HV/DGVE/SEVSAP/SES-PE. Dados atualizados em 07/07/2023. Dados sujeitos à alteração.*

ÓBITOS POR AIDS

Em Pernambuco, ocorreram 5.728 óbitos por AIDS entre 2012 a 2021, apresentando um coeficiente de mortalidade (CM) de 6,1 a cada 100.000 habitantes para o período, cuja redução foi de 19,0%.

Na I Macrorregião ocorreram 4.697 óbitos, o CM no período foi de 8,3/100.000 habitantes e o percentual de redução foi de 19,7%. Apesar da diminuição, esta Macrorregião apresentou o coeficiente maior que o do Estado em todos os anos. Na II Macrorregião ocorreram 620 óbitos, com o CM de 3,3/100.000 habitantes e o percentual de redução de 13,5%. Na III Macrorregião ocorreram 167 óbitos, com o CM de 2,0/100.000 habitantes e o percentual de redução de 36,8%. Na IV Macrorregião ocorreram 244 óbitos, sendo a única com percentual de aumento de 4,2% no CM (gráfico 37).

Gráfico 37. Coeficiente de mortalidade por AIDS (por 100.000 habitantes) segundo ano de diagnóstico e Macrorregião de Saúde de residência. Pernambuco, 2012 a 2021.



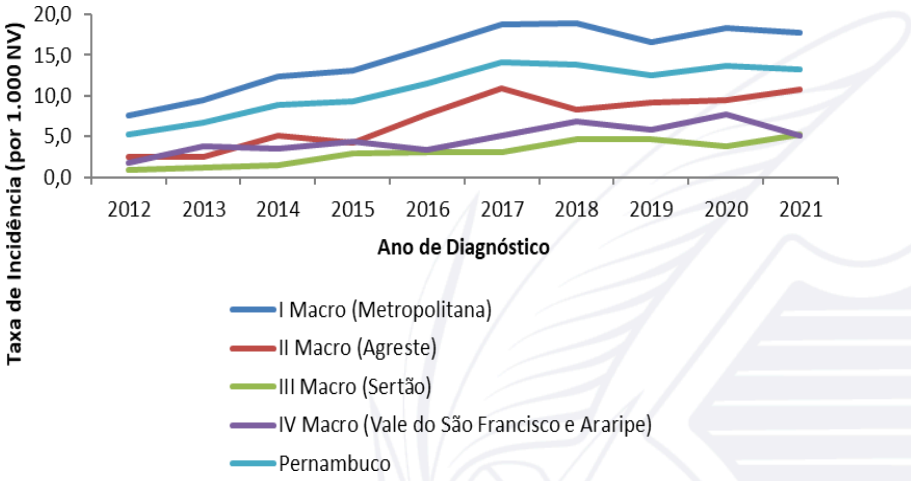
Fonte: *SIM/Programa Estadual de IST/AIDS/HV/DGVE/SEVSAP/SES-PE e IBGE. Dados atualizados em 01/06/2023. Dados sujeitos à alteração.*

SÍFILIS CONGÊNITA EM MENORES DE 1 ANO

Em Pernambuco, foram diagnosticados 15.252 casos de sífilis congênita em menores de um ano entre 2012 e 2021, apresentando uma taxa de incidência (TI) de 10,9 a cada 1.000 nascidos vivos (NV) – com tendência ascendente de aumento ao longo dos anos.

Na I Macrorregião foram diagnosticados 11.992 casos, a taxa de incidência no período foi de 14,8/1.000 NV e percentual de aumento de 132,4%, representando a única Macrorregião com taxas maiores que as do Estado. Na II Macrorregião foram diagnosticados 2.028 casos, com taxa de incidência de 7,1/1.000 NV e percentual de aumento de 324,8%. Já na III Macrorregião, foram diagnosticados 406 casos, com taxa de incidência de 3,1/1.000 NV e apresentando o maior percentual de aumento do Estado, 481,6%. Por fim, na IV Macrorregião foram diagnosticados 826 casos, com taxa de incidência de 4,8/1.000 NV e percentual de aumento de 183,3% (gráfico 38).

Gráfico 38. Taxa de incidência de sífilis congênita em menores de 1 ano (por 1.000 NV) segundo ano de diagnóstico na Macrorregião de Saúde de residência. Pernambuco, 2012 a 2021.



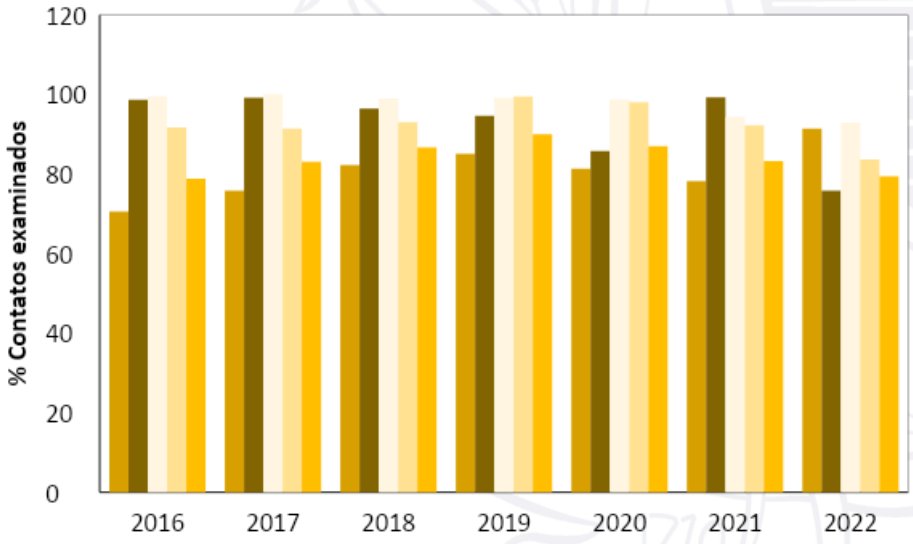
Fonte: *Sinan/Programa Estadual de IST/AIDS/HV/DGVE/SEVSAP/SES-PE. Dados atualizados em 07/07/2023. Dados sujeitos à alteração.*

TUBERCULOSE

Em Pernambuco, a doença se manifesta de forma endêmica e o Estado ocupa o 3º lugar em número de casos novos.

Pernambuco ocupou o 7° lugar em relação ao Brasil no ano de 2021, com uma taxa de detecção de 16,3/100 mil habitantes, representando um Estado de endemicidade alta. Quanto à detecção em menores de 15 anos, indicador que demonstra a presença de fontes de transmissão ativa da doença, Pernambuco passou de um padrão de hiperendemicidade (11,9/100 mil habitantes), em 2012, para endemicidade alta (3,3/100 mil habitantes) em 2021 (gráfico 39).

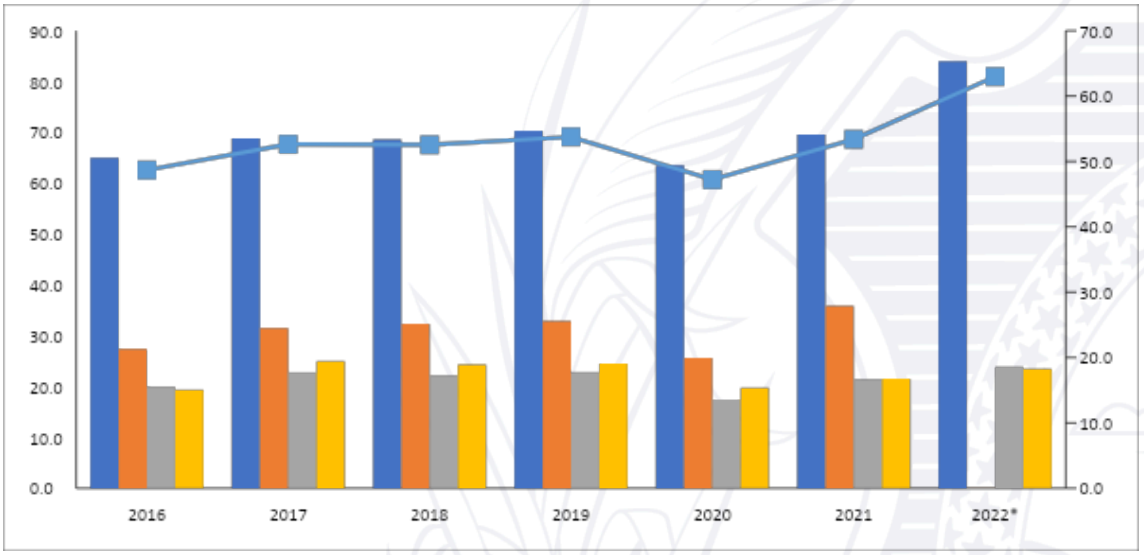
Gráfico 39. Percentual de contatos examinados de casos de hanseníase segundo Macrorregiões de Saúde. Pernambuco, 2016 a 2022.



Fonte: *SinanNet/SEVSAP/SES-PE*

O estado de Pernambuco apresentou percentual regular de contatos examinados, segundo os critérios estabelecidos pelo Ministério da Saúde, alcançando melhor resultado em 2019, com 89,9%. A III Macrorregião (VI, X e XI GERES), em 2017, examinou 100% dos contatos que foram registrados no SINAN. O menor percentual, configurado como precário, foi registrado na I Macrorregião (I, II, III e XII GERES), no ano de 2016 (gráfico 40).

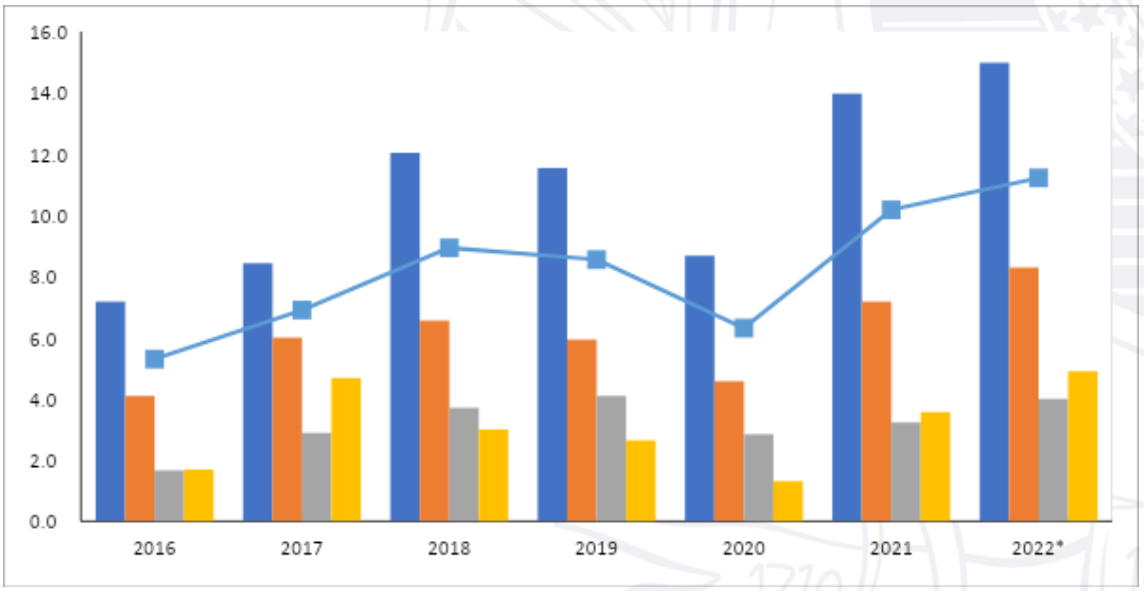
Gráfico 40. Taxa de incidência (100.000 habitantes) tuberculose por Macrorregião de Saúde. Pernambuco, 2021-2022*.



Fonte: *SINAN/SEVSAP/SES-PE *Nota: Dados extraídos em Junho de 2023.*

A I Macrorregião de Saúde concentra as maiores taxas de incidência de tuberculose, superando as apresentadas no Estado. Registrando em 2019 o maior coeficiente de incidência, sendo este 70,3. As menores taxas encontram-se na III Macrorregião de Saúde.

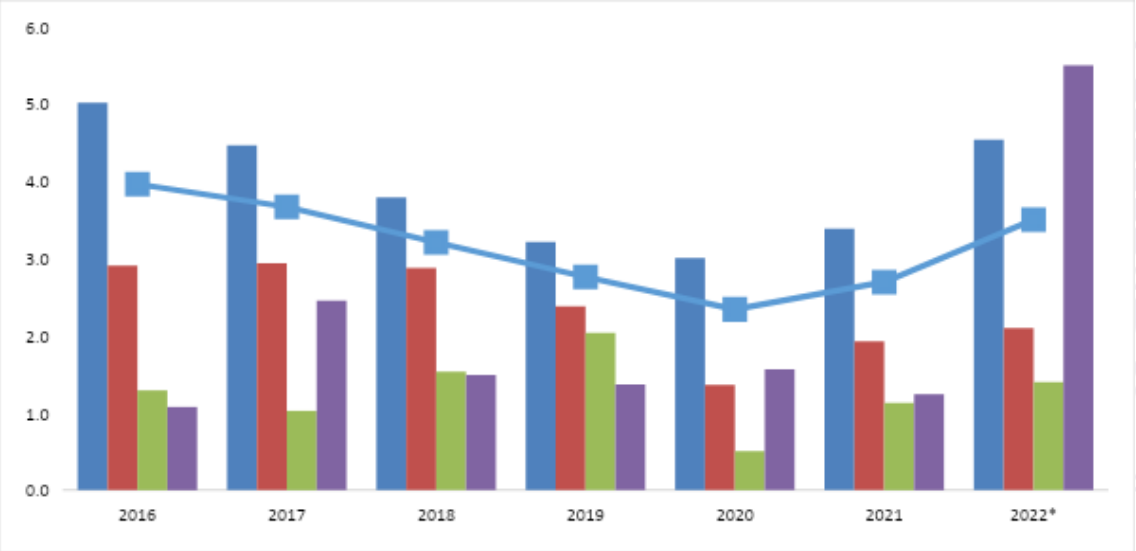
Gráfico 41. Taxa de incidência (100.000 habitantes) de tuberculose em menores de 15 anos por Macrorregião de Saúde. Pernambuco, 2021-2022*.



Fonte: *SINAN/SEVSAP/SES-PE. *Nota: Dados extraídos em Junho de 2023.*

Nos anos analisados, Pernambuco apresentou expressivo número de casos novos de tuberculose em menores de 15 anos. O maior número de notificações ocorreu em 2021, no qual a I Macrorregião de Saúde registrou 196 casos novos e o Estado registrou 253 casos, no mesmo ano.

Gráfico 42. Coeficiente de mortalidade de tuberculose (100.000 habitantes) por Macrorregião de Saúde. Pernambuco, 2016-2022*.



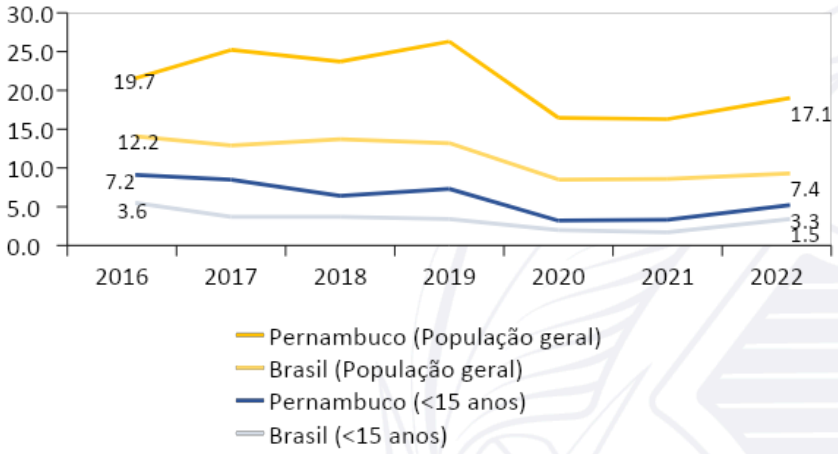
Fonte: *SINAN/SEVSAP/SES-PE* **Nota: Dados extraídos em Junho de 2023.*

Os maiores coeficientes de mortalidade encontram-se na I Macrorregião, seguida da II, IV e III em ordem decrescente (gráfico 42). Em todo o período analisado, a I Macrorregião de Saúde superou o coeficiente estadual.

HANSENÍASE

Em relação aos dados nacionais, Pernambuco ocupou o 7° lugar no ano de 2021, com uma taxa de detecção de 16,1/100 mil habitantes, representando um Estado de endemicidade alta. Quanto à detecção em menores de 15 anos, indicador que demonstra a presença de fontes de transmissão ativa da doença, Pernambuco passou de um padrão de hiperendemicidade (11,9/100 mil habitantes), em 2012, para endemicidade alta (3,3/100 mil habitantes) em 2021 (gráfico 43).

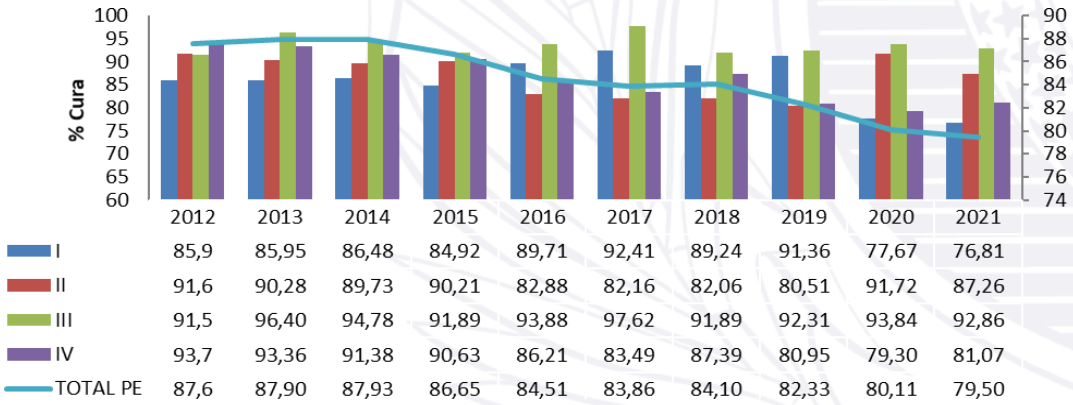
Gráfico 43. Coeficiente de detecção geral e em menores de 15 anos de hanseníase por 100.000 habitantes. Brasil e Pernambuco, 2016 a 2022.



Fonte: *SinanNet/SEVSAP/SES-PE*

A vigilância de contatos objetiva identificar casos novos entre aqueles que convivem ou conviveram, de forma prolongada com o caso novo de hanseníase diagnosticado. Ao longo da série histórica, observa- se que Pernambuco apresentou percentual regular de contatos examinados, segundo os critérios estabelecidos pelo Ministério da Saúde, alcançando melhor resultado em 2019, com 89,9%. A III Macrorregião (VI, X e XI GERES), em 2013 e 2017, examinou 100% dos contatos que foram registrados no SINAN. O menor percentual, configurado como precário, foi registrado na I Macrorregião (I, II, III e XII GERES), no ano de 2016 (Gráfico 45).

Gráfico 44. Percentual de contatos examinados de casos novos de hanseníase segundo Macrorregiões de Saúde, Pernambuco, 2012 a 2021.



	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
I	85,9	85,95	86,48	84,92	89,71	92,41	89,24	91,36	77,67	76,81
II	91,6	90,28	89,73	90,21	82,88	82,16	82,06	80,51	91,72	87,26
III	91,5	96,40	94,78	91,89	93,88	97,62	91,89	92,31	93,84	92,86
IV	93,7	93,36	91,38	90,63	86,21	83,49	87,39	80,95	79,30	81,07
TOTAL PE	87,6	87,90	87,93	86,65	84,51	83,86	84,10	82,33	80,11	79,50

Fonte: *SinanNet/SEVSAP/SES-PE.*

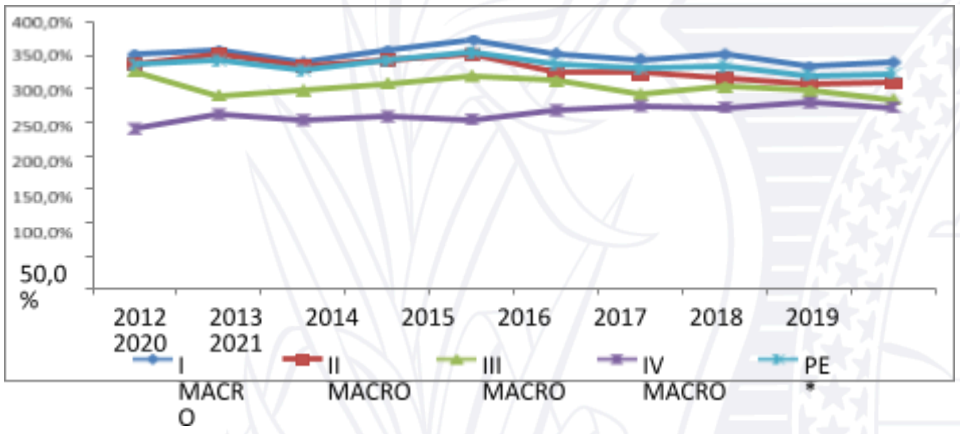
CARGA DAS DOENÇAS E AGRAVOS NÃO TRANSMISSÍVEIS

DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS

As doenças do aparelho cardiovascular (DAC), as doenças crônicas do aparelho respiratório (DCAR), os cânceres (CA) e o *Diabetes Mellitus* (DM) configuram-se como as principais doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), segundo o Ministério da Saúde.

Comparando a taxa de mortalidade prematura por DCNT (por 100.000 habitantes) nos anos de 2012 a 2021, nota-se um decréscimo de 4,1% em Pernambuco. Quando estratificado por Macrorregião de Saúde, essa redução é mais evidente na III Macrorregião de Saúde, com taxa de 12,8% (gráfico 46). A IV Macrorregião de Saúde destacou-se por ser a única a apresentar incremento percentual de 13,2% entre as taxas de mortalidade prematura pelas principais DCNT, entre 2012 e 2021. Na I e II Macrorregião, houve uma queda de 3,2% e 8,6% respectivamente, no período analisado.

Gráfico 45. Taxa de mortalidade prematura por DCNT (30 a 69 anos), por 100.000 habitantes em residentes de Pernambuco por Macrorregião de Saúde. Pernambuco, 2012-2021.

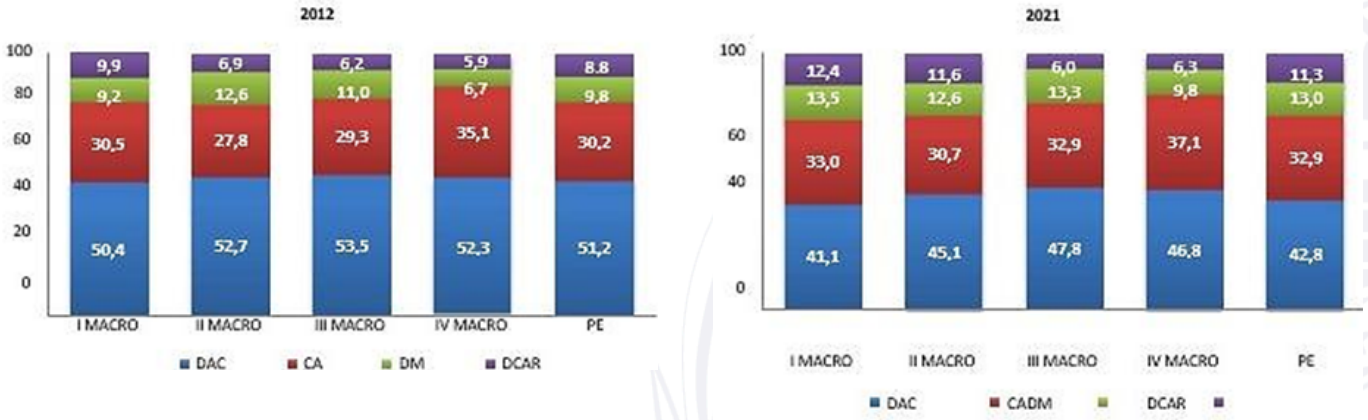


Fonte: *SIM/SEVSAP/SES-PE. Banco atualizado em 01/08/2023, sujeito à revisão. *199 casos de Município ignorado de PE.*

Em relação ao percentual de mortalidade prematura por grupo de DCNT, observa-se que, comparando os anos de 2012 e 2021, as DAC apresentaram as maiores proporções de óbito em todas as Macrorregiões de saúde, apesar desse percentual ter reduzido em 8,4% entre os dois anos em Pernambuco (gráfico 47). As neoplasias foram a segunda causa de óbito pelos quatro principais grupos de DCNT, na faixa etária de 30 a 69 anos, com destaque para a IV Macrorregião de Saúde, que apresentou os maiores percentuais nos anos analisados (35,1% em 2012 e 37,1% em 2021), seguida da I Macrorregião (30,5% em 2012 e 33,0% em 2021) (gráfico 47).

Quanto às DCAR, destaca-se a II Macrorregião de Saúde, com aumento de 4,6%, dos óbitos, comparando os anos de 2012 e 2021 (gráfico 47). Para os óbitos por diabetes, as II e III Macrorregiões apresentaram as maiores proporções em 2012 (12,6% e 11,0%, respectivamente). Também houve aumento de 4,3% na proporção de óbitos por diabetes na I Macrorregião, entre 2012 e 2021 (gráfico 47).

Gráfico 46. Percentual de mortalidade prematura (30 a 69 anos) nos quatro grupos principais de DCNT por Macrorregião de Saúde. Pernambuco, 2012 e 2021.



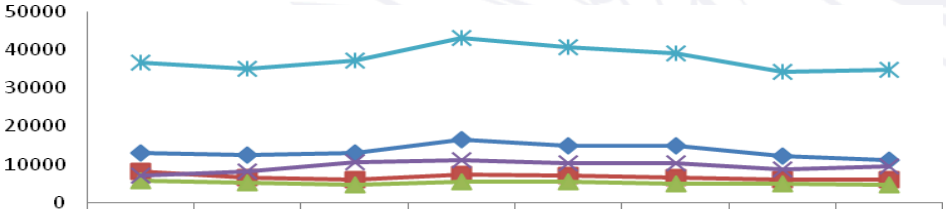
Fonte: *SIM/SEVSAP/SES-PE. Banco atualizado em 01/08/23, sujeito à alteração.*

VIGILÂNCIA DE ACIDENTES DE TRANSPORTE TERRESTRE

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

Em 2014, as 17 USIATT notificaram 36.581 vítimas de ATT e 26.978 vítimas de Acidentes de Motocicleta (AM) em Pernambuco. No mesmo ano, do total de registros para ATT, 12.960 (35,4%) ocorreram na I Macrorregião de Saúde, seguido da II, a qual registrou a ocorrência dos acidentes em 8.190 casos notificados (22,4%). Em 2021, foram notificadas 34.763 vítimas de ATT e 24.951 de AM cujos acidentes ocorreram no Estado. Os ATT concentraram-se nas I e IV Macrorregiões, com 31,5% (n= 10.963) e 27,5% (n=9.577), respectivamente (gráfico 48 e 49).

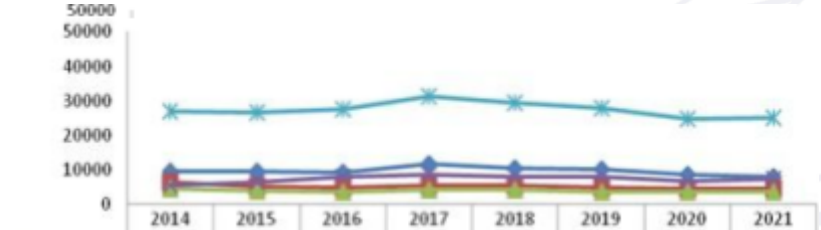
Gráfico 47. *Número de notificação de vítimas de ATT registradas nas 17 USIATT por Macrorregião de Saúde de ocorrência do acidente, Pernambuco, 2014-2021.*



	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
I Macro	12960	12375	12854	16489	14911	14824	12237	10963
II Macro	8190	6627	6054	7177	7074	6469	5843	5825
III Macro	5762	5018	4631	5416	5443	4782	4773	4609
IV Macro	7008	8049	10598	11034	10272	10288	8564	9577
PE*	36581	34992	37173	43161	40755	39081	34271	34763

Fonte: *SINATT/GIE/DGIE/SEVSAP/SES-PE. Dados captados em 03/07/2023. Dados sujeitos à alteração. Dos 300.777 casos notificados no Estado, 24.081 estão como municípios ignorados de Pernambuco.*

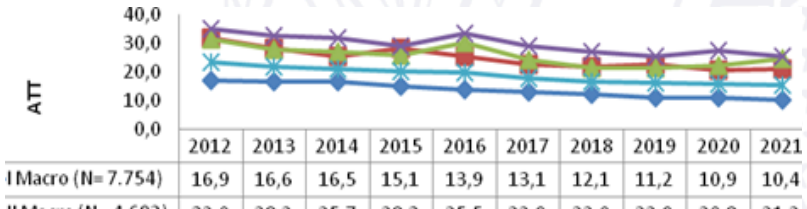
Gráfico 48. Número de notificação de vítimas de AM registradas nas 17 USIATT por Macrorregião de Saúde de ocorrência do acidente, Pernambuco, 2014-2021.



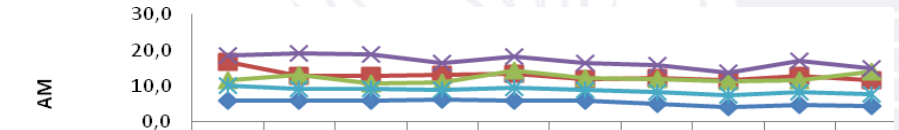
	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
I Macro	9391	9328	9134	11593	10218	10162	8604	7827
II Macro	6172	5067	4778	5416	5418	4758	4387	4478
III Macro	4313	3872	3663	4178	4100	3649	3560	3396
IV Macro	5261	6254	8010	8351	7797	7766	6540	7163
PE*	26978	26515	27623	31311	29414	27895	24849	24951

Fonte: *SINATT/GIE/DGIE/SEVSAP/SES-PE. Dados captados em 03/07/2023. Dados sujeitos à alteração. Dos 219.536 casos notificados no Estado, 14.932 estão como municípios ignorados.*

Gráfico 49. Taxa de mortalidade (por 100.000 habitantes) por acidentes de transporte terrestre (ATT) e Acidente de Motocicleta (AM), segundo ano do óbito e Macrorregião de Saúde, Pernambuco, 2012 a 2021.



	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
I Macro (N= 7.754)	16,9	16,6	16,5	15,1	13,9	13,1	12,1	11,2	10,9	10,4
II Macro (N= 4.692)	32,0	28,2	25,7	28,3	25,5	22,9	22,0	22,9	20,8	21,2
III Macro (N= 2.159)	31,6	28,1	27,0	25,8	30,5	24,2	21,5	21,4	22,4	24,6
IV Macro (N= 2.924)	35,0	32,9	32,0	29,2	33,4	29,2	27,2	25,6	27,6	25,4
PE* (N= 17.719)	23,5	21,9	21,1	20,4	20,0	17,9	16,7	16,1	15,9	15,6

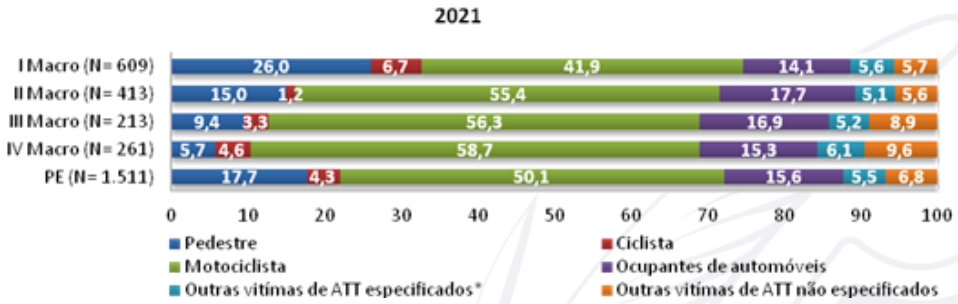


	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
I Macro (N= 3.054)	6,0	5,8	5,9	6,1	6,0	5,8	5,0	4,1	4,8	4,4
II Macro (N= 2.428)	16,7	12,9	12,7	13,0	13,4	12,0	12,1	11,7	12,8	11,7
III Macro (N= 1.021)	11,5	13,1	10,6	11,0	14,2	12,3	12,0	11,2	11,5	13,9
IV Macro (N= 1.661)	18,4	19,2	18,9	16,5	18,3	16,4	15,7	13,7	16,9	14,9
PE** (N= 8.193)	10,0	9,3	9,1	9,0	9,5	8,8	8,2	7,3	8,3	7,8

Fonte*: SIM/SEVSAP/SES-PE. Dados captados em 01/06/2023. Dados sujeitos à alteração.*
*190 casos de município ignorado. **19 casos de municípios ignorado de PE.

Quanto à distribuição dos óbitos segundo tipo de vítima, há predomínio de motociclistas em Pernambuco (48,8%) e em todas as Macrorregiões. O pedestre destaca-se em seguida para o perfil estadual em 2012 e 2021, com 24,8% e 26,0%, respectivamente (gráfico 49).

Gráfico 50. Proporção de óbitos por acidentes de transporte terrestre, por Macrorregião de Saúde e tipo de vítima, Pernambuco, 2021.



Fonte: *SIM/SEVSAP/SES-PE. Dados captados em 04/07/2023. Dados sujeitos à alteração. Inclui: ocupantes de triciclo, caminhonete, veículo pesado, ônibus e outras vítimas de ATT não especificados anteriormente.*

VIGILÂNCIA DAS VIOLÊNCIAS

No período de 2012 a 2021, houve 144.837 notificações de violência interpessoal/autoprovocada em residentes de Pernambuco (gráfico 51). Quanto à morbidade por violências, a análise dos casos notificados evidenciou um total de 7.916 residentes de vítimas de violência interpessoal e/ou autoprovocada em 2012, predominando o sexo feminino (72%), na faixa etária de 20 a 39 anos (39,5%) e tendo sofrido violência física (48,3%). Todas as Macrorregiões de Saúde seguiram a tendência estadual. Quando analisado apenas o sexo masculino, observou-se que as faixas etárias de 0 a 9 anos e 60 e mais (idosos) predominaram entre os casos notificados.

É importante salientar que os eventos de violência urbana em homens de 20 a 59 anos não são objeto de notificação compulsória no SINAN, salvaguardado os casos em que estes façam parte de algum grupo prioritário (criança, adolescente, idoso, pessoa com deficiência, indígena e/ou população LGBT) (gráfico 51).

Em 2021, foram notificadas 20.324 vítimas de violência interpessoal/autoprovocada residentes de Pernambuco e quando comparado a 2012, percebe-se que as principais notificações foram do sexo feminino (72,3%), sobretudo na faixa dos 20 a 39 anos (36,5%). Visualizou-se que todas as Macrorregiões de Saúde apresentaram também este panorama. Entre os homens, a faixa etária com mais vítimas notificadas foi a de 0 a 9 anos (47,4%) (gráfico 51).

Gráfico 51. Número de notificações de violência interpessoal/autoprovocada por Macrorregião de Saúde, Pernambuco, 2012-2021.



	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Macro I (N=83092)	4900	6510	6423	6603	7698	10273	10990	11168	8376	10151
Macro II (N=20773)	670	1199	1328	1862	1230	1959	2977	3403	2633	3512
Macro III (N=11300)	530	698	798	814	575	900	1429	1593	1764	2199
Macro IV (N=29672)	1816	2056	2126	1965	2550	3336	3601	4184	3576	4462
PE (N=144837)	7916	10463	10675	11244	12053	16468	18997	20348	16349	20324

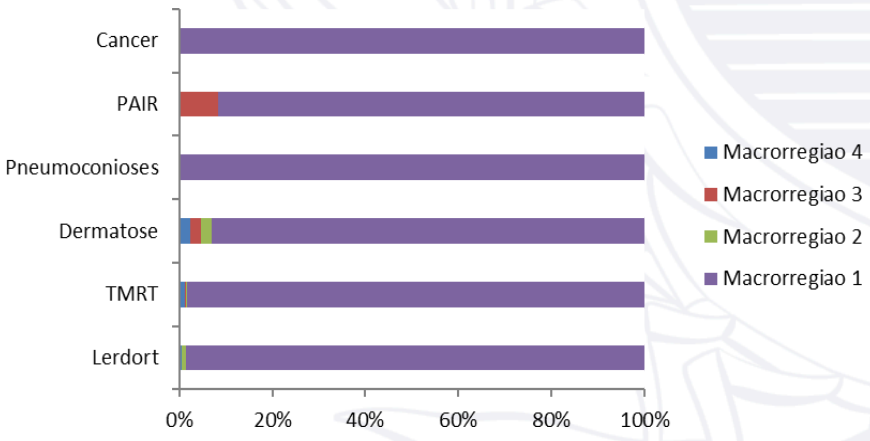
Fonte: *SINAN/GIE/DGIE/SEVSAP/SES-PE. Dados captados em 03/07/2023, sujeitos à revisão.*

SAÚDE DO TRABALHADOR

Em Pernambuco, entre os anos de 2012 a 2021, foram notificados 51.826 casos de Doenças e Agravos Relacionados ao Trabalho (DART), que são: Acidentes de Trabalho (AT)[1], Acidente de Trabalho com Exposição a Material Biológico (ATEMB), Intoxicação Exógena (IE), Câncer Relacionado ao Trabalho, Dermatose Ocupacional, Lesões por Esforços Repetitivos/Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho (LER/DORT), Perda Auditiva Induzida por Ruído (PAIR), Pneumoconioses e Transtornos Mentais Relacionados ao Trabalho (TMRT).

Chama atenção o aumento do número das notificações de TMRT na I Macrorregião, com a I Região de Saúde concentrando 97,7% do total das notificações (n= 709), seguido de LER/DORT com 3.427 (92,7%) notificações (gráfico 53). Os valores podem ser explicados pela densidade populacional, pela maior complexidade tecnológica dos equipamentos de saúde na região, além da presença dos Centros de Referência Especializados em Saúde do Trabalhador (CRESAT), Núcleo de Atenção à Saúde do Trabalhador (NAST) e os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador Regionais (CERESTs Regionais).

Gráfico 52. Percentual das Doenças Relacionadas ao Trabalho por Macrorregião de Saúde, Pernambuco, 2012 a 2021.



Fonte: *SINAN/SES-PE. Dados captados em 07/07/2023. Dados sujeitos à alteração.*

[1] Até a publicação da Nota Informativa Nº 94/2019 – DSASTE/SVS/MS em julho de 2019, só eram notificados os Acidentes de Trabalho Graves (ATG), classificados segundo critério de gravidade pelo Ministério da Saúde (fatais e/ou com mutilação e/ou com crianças e adolescentes). A partir da publicação da nota, todo caso de acidente de trabalho passa a ser notificado, independente da gravidade.

No período de 2012 a 2021, foram notificados 19.714 acidentes de trabalho em Pernambuco. A maior parte dos casos está concentrada na I Macrorregião (48,3%), com 39,8% na I GERES devido à maior concentração de unidades hospitalares nesta região (Gráfico 54).

Sobre o aumento de casos no Estado entre 2020 e 2021, justifica-se devido à notificação de COVID-19 relacionado ao trabalho. Convencionou-se nacionalmente a notificação por meio da identificação do CID-10 B34. 2 (infecção por coronavírus de localização não especificada). Ao todo, foram notificados 4.560 casos de COVID-19 relacionados ao trabalho, sendo 70,7% em 2020 e 29,3% em 2021. Destes, 56,5% foram notificados na I Macrorregião, seguido pela II, com 32,8% dos casos.

Gráfico 53. Número de casos de Acidente de Trabalho por Macrorregião de Saúde, Pernambuco, 2012 a 2021.



	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
I Macrorregião	792	892	541	398	589	574	864	956	2090	1831
II Macrorregião	142	109	108	94	53	310	701	745	2164	797
III Macrorregião	34	56	67	62	54	119	136	158	186	98
IV Macrorregião	212	233	279	282	377	404	371	562	850	424
PE	1180	1290	995	836	1073	1407	2072	2421	5290	3150

Fonte: *SINAN/SES-PE. 04/07/2023. Dados sujeitos à alteração.*

Os acidentes de trabalho com exposição a material biológico registraram 23.221 casos notificados, com 17.736 notificações (78,5%) registradas na I Macrorregional, podendo ser explicado por esta região ter em seu território a unidade de referência estadual para esse tipo de acidentes, o Hospital Correia Picanço (gráfico 54). A III Macrorregional, por sua vez, apresenta o menor número de notificações do agravo, com apenas 2,2% do total de casos registrados no Estado, com 503 notificações no período analisado (gráfico 53).

Gráfico 54. Número de casos de acidente com exposição a material biológico, por Macrorregião de Saúde, Pernambuco, 2012 a 2021.



	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Macrorregião 1	884	1441	1754	1679	1758	1998	1961	2183	1960	2612
Macrorregião 2	99	129	191	215	156	172	223	332	285	400
Macrorregião 3	13	25	26	19	29	55	56	100	64	116
Macrorregião 4	159	149	180	229	254	281	245	272	232	285
Pernambuco	1155	1744	2151	2142	2197	2506	2485	2887	2541	3413

EMERGÊNCIAS EM SAÚDE PÚBLICA PERNAMBUCO - 2012 A 2021

Nas últimas décadas, as mudanças no padrão epidemiológico das doenças ou na dinâmica de transmissão dos seus agentes e consequente ocorrência de epidemias e pandemias por doenças emergentes ou reemergentes, obrigou a comunidade internacional a aprimorar os serviços de vigilância em saúde.

Uma Emergência em Saúde Pública caracteriza-se como uma situação que demande o emprego urgente de medidas de prevenção, de controle e de contenção de riscos, de danos e de agravos à saúde pública em situações que podem ser epidemiológicas (surtos e epidemias), de desastres ou de desassistência à população.

Um dos principais meios de abordar as preocupações sobre as doenças transmissíveis nos países industrializados e em desenvolvimento ocorre através do aprimoramento de sistemas de vigilância. Com a aprovação do novo Regulamento Sanitário Internacional (RSI 2005) – *instrumento jurídico com o objetivo de prevenir, proteger, controlar e dar uma resposta de saúde pública contra a propagação internacional de doenças, de maneiras proporcionais e restritas aos riscos para a saúde pública, e que evitem interferências desnecessárias com o tráfego e o comércio internacionais* – fica estabelecido que cada Estado deverá desenvolver, fortalecer e manter, o mais brevemente possível, as capacidades para detectar, avaliar, notificar e informar eventos.

Atendendo às regulamentações advindas do RSI (2005), no Brasil, houve a implantação do Centro de Informações Estratégicas e Respostas em Vigilância em Saúde (Cievs) e da Rede Nacional de Alerta e Resposta às Emergências em Saúde Pública (Rede Cievs), em março de 2006. Compete ao Cievs a função de detectar emergências de saúde pública, propiciar o gerenciamento dessas emergências e coordenar resposta apropriada.

O Centro de Informações Estratégicas de Vigilância em Saúde de Pernambuco (Cievs-PE) é uma unidade componente da Rede Nacional de Monitoramento e Respostas às Emergências em Saúde Pública, tendo como objetivo detectar, monitorar e apoiar a resposta às emergências em saúde pública. Atualmente a Portaria SES/PE N° 124, de 31 de março de 2020, define as competências do Cievs e sua estrutura organizacional. O Cievs-PE atua nos eventos capazes de constituir ameaça à saúde pública, como doenças de notificação compulsória imediata,

surtos ou epidemias, agravos decorrentes de desastres ou acidentes de qualquer natureza, além de realizar monitoramento de eventos de massa, funcionando 24 horas por dia.

Em Pernambuco, entre 2012 e 2022, diferentes emergências apresentaram-se de forma aguda inesperada, muitas exigindo constituição de uma resposta contingencial rápida e coordenada por meio dos mecanismos de ativação dos COES (Centro de Operações de Emergência em Saúde), sempre com apoio operacional do Cievs/PE. No caso dos desastres, no âmbito da vigilância em saúde, o acompanhamento se dava por meio do Vigidesastres-PE (Vigilância das Populações Expostas aos Desastres da Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco), junto às equipes das GERES e municípios afetados. Dentre os contextos que ilustram as situações de emergência do período entre 2012 e 2022, no estado de Pernambuco destacam-se:

EPIDEMIA DE DENGUE, 2012

No ano de 2012, a ocorrência da epidemia de dengue respondeu pelo registro de 61.805 casos de dengue distribuídos em 184 municípios. As Regionais com maior número de notificações são: I Regional de Saúde, com 34.356 casos, a IV com 6.718 casos, a X com 4.759 casos e a II com 3.667 casos, representando 55,59%, 10,87%, 7,70% e 5,93% do total de casos do Estado, respectivamente. A análise do Coeficiente de Incidência (CI), que indica o risco de adoecimento de uma população, demonstrou alta incidência em 96 municípios, média incidência em 54. Foram notificados 325 casos de dengue grave em 2012, tendo 28,31% dos casos registrados em menores de 15 anos, especialmente nas faixas etárias de 5-9 e 10-14 anos. Foram notificados 78 óbitos suspeitos, sendo 33 confirmados.

Esse evento também teve a influência da introdução e propagação do DENV-4 no estado de Pernambuco. A circulação do DENV 4 foi iniciada no sertão em 2011 e expandiu-se em 2012 para as Regiões Metropolitana e Agreste. Nesta epidemia, Pernambuco foi o terceiro dentre os cinco estados brasileiros com taxas de prevalência mais altas de casos notificados e confirmados de dengue, atrás do Rio de Janeiro e Goiás apenas. No tocante aos óbitos, com 33 óbitos registrados, Pernambuco ocupou a terceira posição com o maior percentual de óbitos notificados (10,4%), em relação ao total nacional. Apenas os estados de Goiás (15,4%) e do Ceará (10,7%) tiveram índices mais elevados.

Na época, em resposta à epidemia, foram realizadas diversas ações para o fortalecimento da vigilância de casos e do vetor transmissor entre essas se destacam: a intensificação da descentralização do diagnóstico laboratorial, o aprimoramento do manejo clínico pelos profissionais de saúde com divulgação do novo protocolo clínico, a capacitação dengue 15 minutos adotada pela Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde (SVS/MS), além do apoio nas ações de mobilização social com a produção e distribuição de peças de comunicação gráfica e audiovisual. Desta forma, foram desenvolvidas ações nos vários componentes que integram ao sistema de causalidade da doença.

SURTO DE SARAMPO, 2013-2014

No Brasil, considera-se que a transmissão autóctone do vírus do sarampo esteja interrompida desde o ano 2000. Porém, em decorrência de casos importados do genótipo D8, provavelmente originário de viajantes da Europa ou Venezuela, a ocorrência de surto de casos em território pernambucano foi observada entre os meses de março de 2013 e março de 2014. As notificações ocorreram nas cidades do Cabo de Santo Agostinho (2), Paulista (2) e Olinda (1), todas na Região Metropolitana do Recife. Esse surto somou 226 (21,9%) confirmações, a partir de 1.030 casos confirmados. Destes 44,6% (110/224) eram menores de um ano de idade, faixa etária na qual houve o único óbito em uma criança com comorbidades.

Para controle desta emergência, a principal medida foi a busca, o rastreio e o bloqueio de contatos com vacinação ausente ou atrasada, a antecipação da idade mínima da 1ª dose para a partir de seis meses e a chamada da população para vacinação de crianças de seis meses a menos de cinco anos. Esses casos predominaram nos municípios da Região Metropolitana do Recife, havendo maior contingente de confirmações na III GERES, IV, V, VIII e XII.

Em 2019 e 2020, um novo surto de sarampo ocorreu no Estado, com 1.091 notificados e 151 (13,8%) confirmados. Os principais locais afetados foram Santa Cruz do Capibaribe, Brejo da Madre de Deus, Caruaru, Toritama, Recife, Taquaritinga do Norte, Gravatá, Paulista e Vertentes. Estes cenários epidemiológicos impõem a necessidade de manutenção de altas e homogêneas coberturas vacinais, além de constante vigilância epidemiológica, mesmo em períodos nos quais não haja circulação ativa de vírus.

TRÍPLICE EPIDEMIA DE ARBOVIROSES TRANSMITIDAS PELO AEDES E SÍNDROME CONGÊNITA DO VÍRUS ZIKA, 2015/2016

Em 2015, uma nova epidemia de dengue foi registrada em Pernambuco, com 146.089 notificados e 51.776 confirmados, desta vez com presença de todos os sorotipos circulantes da doença. A epidemia ocorreu de forma simultânea à introdução e propagação de casos de Chikungunya e Zika vírus – também transmitidos por meio da picada do mosquito *Aedes aegypti*, configurando a chamada "tríplice epidemia". No referido ano, a circulação da Febre do Zika vírus foi confirmada inicialmente em 14 amostras de residentes em Olinda, Recife, Jaboatão dos Guararapes, Goiana e Frei Miguelinho. Até o fim do ano, houve 1.386 casos suspeitos do Zika vírus, distribuídos em 10 Regionais do Estado (exceto na IX e na XI GERES).

Também houve registro de 2.605 casos suspeitos de Chikungunya, sendo 450 confirmados, notificados em 105 municípios do Estado. Com influência do Chikungunya, foi observada a elevação das taxas de óbitos de pessoas. Provavelmente foram ocasionadas por efeitos diretos do vírus (forma aguda), pela resposta imunológica (manifestações atípicas e graves de repercussão cardiovascular, renal e neurológica) ou pela toxicidade aos medicamentos.

Destaca-se, no mesmo período, a ocorrência do mais grave problema de Saúde Coletiva deste século até então: a emergência da síndrome congênita do Vírus Zika. O epicentro inicial foi em Pernambuco e a síndrome do Zika vírus atingiu proporções de emergência mundial. A presença de microcefalia e outras anomalias congênitas em recém-nascidos de mães que contraíram o Vírus da Zika durante a gestação foram as repercussões mais graves. A co-circulação desses vírus também levou ao aumento de casos pós infecção da Síndrome de Guillain-Barré e de outras doenças neuroinvasivas.

Em resposta ao cenário da tríplice epidemia, além das ações de controle do vetor e inovações como o uso de mosquitos estéreis ou com *Wolbachia*, a prioridade foi dada ao estabelecimento de políticas para prevenção e qualificação da assistência às crianças com Síndrome Congênita do Zika.

VAZAMENTO DE ÓLEO NO LITORAL PERNAMBUCANO, 2019

Em agosto de 2019, o litoral do Nordeste brasileiro foi atingido pelo maior desastre ambiental provocado por vazamento de petróleo na história do país. O vazamento alastrou-se por mais de 70% dos 3.300 quilômetros de litoral nos outros estados do Nordeste, atingindo quase 500 locais até o início de novembro. Em Pernambuco, os maiores danos ocorreram em Barreiros (Praia de Ponta das Ilhotas, do Porto e na Várzea do Una); Cabo de Santo Agostinho (Enseada dos Corais, Gaibu, Itapuama e Paiva); Goiana (Catuama e Ponta de Pedras), Ilha de

Itamaracá (Pontal do Jaguaribe, Jaguaribe, Quatro Cantos, Forte Orange e Sossego); Ipojuca (Ilha do Francês/Suape, Porto de Galinhas, Gamboa, Muro Alto, Nossa Senhora do Ó, Cupe e Pontal de Maracaípe; Jaboatão dos Guararapes (Barra da Jangada, Candeias, Piedade); Olinda (Del Chifre), Paulista (Conceição, Maria Farinha, Nossa Senhora do Ó, Pau Amarelo e Janga); Recife (Boa Viagem); São José da Coroa Grande (Abreu do Una e praia de São José da Coroa Grande); Sirinhaém (Ilha de Santo Aleixo, Ponta da Gameleira, Barra de Sirinhaém, Pedra e Guaiamum) e Tamandaré (Carneiros, Boca da Barra, Mamucaba, Reduto e praia de Tamandaré).

À medida que as manchas e ondas impactantes e inesperadas de óleo bruto chegavam à costa do Nordeste, muitos voluntários locais se mobilizavam, tanto individual quanto coletivamente, movidos por forças humanitárias e ambientais para limpar as praias. Eram pescadores, residentes, estudantes, comerciantes, turistas e surfistas, todos expostos a essas substâncias. Ao todo houve registro de 149 casos suspeitos de intoxicação por petróleo. Os casos sintomáticos foram principalmente sistêmicos (cefaleia, náuseas, tontura), cutâneos (irritação e manchas), respiratórios (dispneia, faringite) e digestivos (vômitos, diarreia, dor abdominal). Nenhum evoluiu com gravidade ou óbito. Outra consequência desse desastre foram os danos ambientais e socioeconômicos provocados pelo vazamento de óleo. Com a forte recomendação contra o uso das praias contaminadas ou o consumo de pescados e mariscos provenientes dessas regiões, o comércio de pesca e os setores de turismo ficaram paralisados. Os pescadores e marisqueiros, assim, foram o grupo social mais exposto aos impactos negativos provocados pelo vazamento, já que seus lugares de trabalho e moradia foram os mais duramente atingidos por não conseguir comercializar os peixes e outros produtos.

DESASTRE POR CHUVA PE, 2022

No final de maio de 2022, fortes chuvas atingiram a Região Metropolitana do Recife e causaram alagamentos, enxurradas e deslizamentos de barreiras em várias cidades. Todos esses eventos tiveram relação com a ocorrência, na época, dos Distúrbios Ondulatórios de Leste (DOL) — também chamados de Ondas de Leste. Esse fenômeno ocorre após a formação de nuvens de chuva por causa da circulação de correntes de vento que vêm do continente africano, passam pelo oceano e chegam ao litoral leste do Brasil, atingindo o Nordeste. Oficialmente, os dados da Defesa Civil registraram 130 óbitos, 8.623 desabrigados (distribuídos em 76 abrigos e em 30 municípios), 120.341 desalojados e 2.516 vítimas atendidas. Os referidos óbitos se distribuíram pelos municípios de Jaboatão dos Guararapes (64 óbitos); Recife (n=50); Camaragibe (n=7); Olinda (n=6); Paulista (n=1) no Grande Recife. No período também houve óbitos em Limoeiro (n=1) e em Bom Conselho (n=1). Deste total, 121 falecidos ficaram soterrados em deslizamentos de barreiras e nove se afogaram em enchentes.

Os locais mais intensamente afetados com danos a população, isolamento inicial do acesso às vítimas, destruição de domicílios e interrupção de serviços de serviços de saúde foram as localidades de Jardim Monte Verde e Milagres, situados na fronteira entre o Recife e Jaboatão dos Guararapes onde houve registro de 21 mortes. Um total de 58 municípios foram afetados dos quais 14 municípios estavam contidos no decreto de emergência estadual: Cabo de Santo Agostinho, Camaragibe, Goiana, Jaboatão dos Guararapes, Macaparana, Moreno, Nazaré da Mata, Olinda, Paudalho, Paulista, Recife, São José da Coroa Grande, São Vicente Férrer e Timbaúba. Imediatamente após o desastre ocorrido em maio de 2022, equipes de resposta da SES-PE foram ativadas em articulação com as GERES e municípios e fizeram fluxo de rotinas de visitas diárias exploratórias dos cenários de saúde com objetivo de aferição da magnitude do evento e de necessidades relacionadas à saúde (danos estruturais nos serviços de atenção, insumos, equipamentos, medicamentos e vacinas para a população). De forma concomitante se estabeleceu a ativação do Comitê de Operações de Emergência em Saúde - COE-Saúde-PE.

Nos dias seguintes, Integraram-se ao COE-PE os técnicos enviados para apoio institucional por meio da Força Nacional do Sistema Único de Saúde (FN-SUS/Ministério da Saúde), da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e dos Médicos Sem Fronteiras (MSF - organização internacional, não governamental e sem fins lucrativos que oferece ajuda médica e humanitária). Todas essas ações coordenadas permitiram a execução das seguintes

medidas: 1) ativação e manutenção das equipes de urgência e emergência (defesa civil, corpo de bombeiros e SAMU) para socorro e atenção às vítimas; 2) restabelecimento da capacidade mínima de atenção ambulatorial de execução de consultas de clínica para curativos, atendimento de problemas de menor complexidade e ou encaminhamento aos serviços de referência e avaliação de pressão arterial e glicemia e prescrição de medicamentos para pessoas com doenças crônicas, como diabetes e hipertensão com entrega de medicamentos de uso contínuo e orientação sobre sua utilização; 3) aplicação de vacinas: de COVID-19, influenza, sarampo e antitetânica na Comunidade e nos abrigos; 4) orientações sobre higiene pessoal e de alimentos, distribuição de hipoclorito de sódio e kits de saúde bucal pelas equipes de atenção básica e 5) acolhimento em saúde mental, com escuta qualificada feita por psicólogos, terapeutas ocupacionais e assistentes sociais.

SURTO DE CANDIDA AURIS

No decorrer do ano de 2022, ao todo 48 pacientes foram confirmados com o fungo. Os casos ocorreram em pacientes internados nos hospitais da Restauração (47) e Hospital Miguel Arraes (01). Todos os pacientes estavam com dispositivos invasivos no momento da coleta. Além do uso de dispositivos invasivos e de antibióticos, os pacientes tiveram um longo período de internação e apresentavam fatores de risco para infecção ou colonização pelo fungo. Todos os casos positivos deram entrada no hospital pela unidade de trauma, mas apenas 19 (40,4%) tiveram amostras coletadas no local; 17 (36,2%) foram amostras coletadas em UTI. A mediana do tempo de internamento foi de 40 dias, variando de 8 a 313 dias. Quanto à evolução, 42,6% dos pacientes receberam alta e 40,4% evoluíram para óbito. Nenhum óbito foi confirmado como relacionado diretamente a C. auris, mas sim a outros fatores relacionados ao motivo original da internação do paciente ou a complicações desta. Para controle do surto, foram instituídas algumas ações: vigilância dos contatos; educação continuada para equipe de saúde e limpeza; estabelecimento de protocolos de desinfecção com troca do saneante utilizado na rotina; definição de protocolo com fluxo interno e externo de pacientes; contratação adicional de recursos humanos; formação de comissão multidisciplinar. O último caso detectado em 2022 ocorreu no mês de setembro daquele ano.

A vigilância ativa e contínua e o acompanhamento dos casos e contatos, bem como as ações desenvolvidas em conjunto com a SES-PE, permitiram aos hospitais o controle do surto. Nessa ação, além das equipes dos hospitais houve atuação direta e/ou apoio de diversos atores envolvidos: LACEN/PE, ANVISA, Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), Agência Pernambucana de Vigilância Sanitária (APEVISA), EpiSUS/SVS/MS, Cievs Nacional, profissionais do hospital, especialistas do LEMI UNIFESP. Como medidas de prevenção da disseminação de microorganismos para outros hospitais da rede de saúde do estado, o Hospital da Restauração promoveu, através da CCIH, treinamentos sobre C. auris e elaboração de protocolos de controle do fungo para diversos hospitais. Além disso, o LACEN/PE monitorou os grandes hospitais da região metropolitana do Recife através do recebimento de planilhas com informações das espécies de Candida detectadas num período anterior (últimos três meses), importante para checar se houve um aumento no diagnóstico de Candida spp. (espécies detectadas num período anterior (últimos três meses), importante para checar se houve um aumento no diagnóstico de Candida spp. (espécies não albicans), e se um possível surto passado de C. auris não foi identificado.não albicans), e se um possível surto passado de C. auris não foi identificado.

O estado vivencia, atualmente, o segundo surto de C. auris. Pelo menos 10 casos foram confirmados em quatro surtos em hospitais de Pernambuco: Miguel Arraes, Tricentenário em Olinda, Real Português e da Restauração. A SES-PE iniciou junto a estas unidades o trabalho de bloqueio de casos, prevenção e controle da propagação do fungo. Nos espaços onde os casos estavam internados foi estabelecida imediata intensificação das ações de limpeza e desinfecção de ambientes. Para detecção de possíveis novos casos também estão sendo realizadas busca ativa e investigação diagnóstica de contatos que coabitaram os espaços de internamento.

COVID-19 EM PERNAMBUCO 34 MESES DE ENFRENTAMENTO

A pandemia de COVID-19, a qual o mundo vivencia desde dezembro de 2019, a partir de casos de pneumonia grave de etiologia desconhecida, surgiu na cidade de Wuhan, na China e rapidamente se espalhou para todo o mundo. Foi causada por um novo coronavírus, que posteriormente foi denominado de SARS-CoV-2 e a doença chamada de COVID-19.

No Brasil, o primeiro caso confirmado foi em 26 de fevereiro de 2020, em São Paulo. No estado de Pernambuco, as primeiras respostas à pandemia tiveram início em janeiro de 2020, momento em o evento ainda estava como surto na China, mas a Organização Mundial da Saúde (OMS) já o classificava como evento importante para monitoramento, e posteriormente declarado como Emergência em Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII).

Nesse primeiro momento, já ocorria o acompanhamento desse evento por meio do CAME/CIEVS-PE (Comitê de Avaliação e Monitoramento dos Eventos de Saúde Pública), que tem o Centro de Informações Emergenciais em Vigilância em Saúde do Estado de Pernambuco como responsável operacional pela sua execução, naquele momento, em nome da SEVS/SES-PE (Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde da Secretaria de Saúde de Pernambuco). Em seguimento a esse acompanhamento da epidemia no estado, ocorre a construção de protocolos, instrumentos e fluxos de vigilância e assistência, assim como a definição de hospitais de referência.

A confirmação dos dois primeiros casos importados de COVID-19 em Pernambuco ocorreu em 12 de março de 2020. Dois dias depois, o estado publicou seu primeiro Decreto Lei proibindo eventos com mais de 500 pessoas. A partir de então, seguiu publicando decretos para o enfrentamento da COVID-19, principalmente com medidas de proteção e distanciamento social.

Entre elas, destaca-se a utilização de intervenções não farmacológicas, como o decreto do uso obrigatório de máscaras pela população, em 16 de maio de 2020, em consonância com as evidências científicas da efetividade de seu uso na prevenção da disseminação de outros vírus respiratórios e COVID-19. Essa medida passou por diversos processos de flexibilização ao longo do tempo, chegando até a extinção da obrigatoriedade do uso de máscara nos diversos espaços fechados em setembro de 2022, à exceção de unidades e serviços de saúde que fazem atendimento à população em quaisquer níveis de atenção.

Após o primeiro caso confirmado no estado, até o final de 2022, o vírus infectou mais de 1,1 milhão de pessoas e fez quase 22 mil vítimas fatais (Fonte: Sala de Situação/SEVS/SES-PE. Dados de 01/01/2020 a 31/12/2022, atualizados em 08/08/2023). A pandemia da COVID-19 tem como uma de suas características um vírus que se move e se transforma muito rapidamente.

Ao longo desse período, a propagação das variantes no território pernambucano foi retratada em ondas de altas e baixas sucessivas dos números de casos e mortes e a vigilância em saúde da SES-PE, através do Cievs, teve importante papel no monitoramento da situação epidemiológica da doença no estado. Do ponto de vista de gestão, registros de casos e óbitos da COVID-19 em níveis estadual e municipal passaram a ser objeto de análises epidemiológicas para a compreensão da dinâmica da transmissão do SARS-CoV-2 nos territórios, e assim, subsidiar a formulação, definição e implementação de medidas de vigilância e controle do novo Coronavírus.

Importantes estratégias como a vacinação, a ampliação da testagem, as medidas de proteção individual e o distanciamento social, assim como a expansão da rede hospitalar com abertura de novos leitos de UTI e o aumento do número de profissionais de saúde foram essenciais para desacelerar o ritmo de infecções e de mortes por COVID-19 em Pernambuco e evitar assim, o colapso do sistema de saúde.

NÚMEROS DA COVID-19 EM PERNAMBUCO

Em Pernambuco foram cerca de 22 mortes por dia e quase uma a cada hora em decorrência da pandemia de COVID-19, no período de março de 2020 a dezembro de 2022. Os impactos da pandemia são imensos no Brasil com um número de óbitos que chega a 693.853 mil (Fonte: Ministério da Saúde, dados atualizados até 08/08/2023), sendo 3,3% ocorridos no estado de Pernambuco (gráfico 56).

Nos trinta e quatro meses de epidemia no estado contabilizando 1.122.935 casos e 22.579 óbitos devido à

COVID-19 (Fonte: Sala de Situação/SEVS/SES-PE. Dados de 01/03/2020 a 31/12/2022, atualizados em 08/08/2023). Além de afetar a saúde da população, a pandemia sobrecarregou os sistemas de saúde em todo mundo, resultando em uma combinação de efeitos sociais, econômicos e na saúde mental incalculáveis, que agravam as desigualdades estruturais de nossa sociedade.

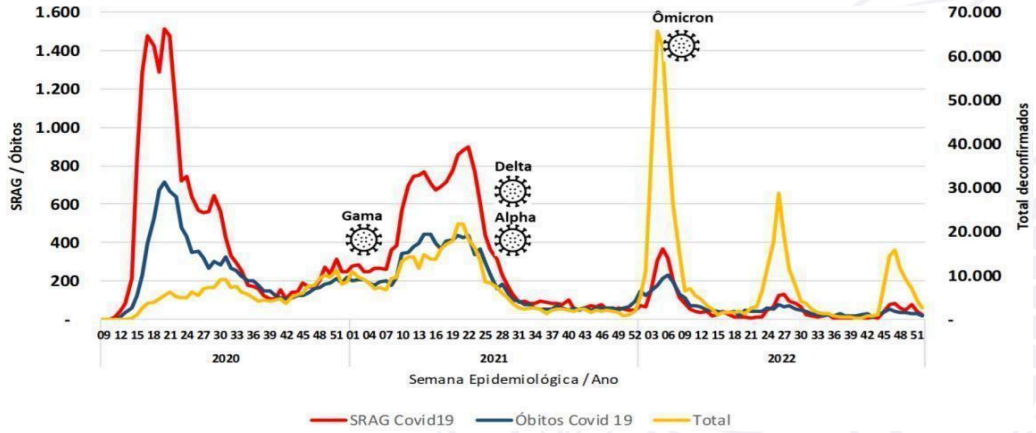


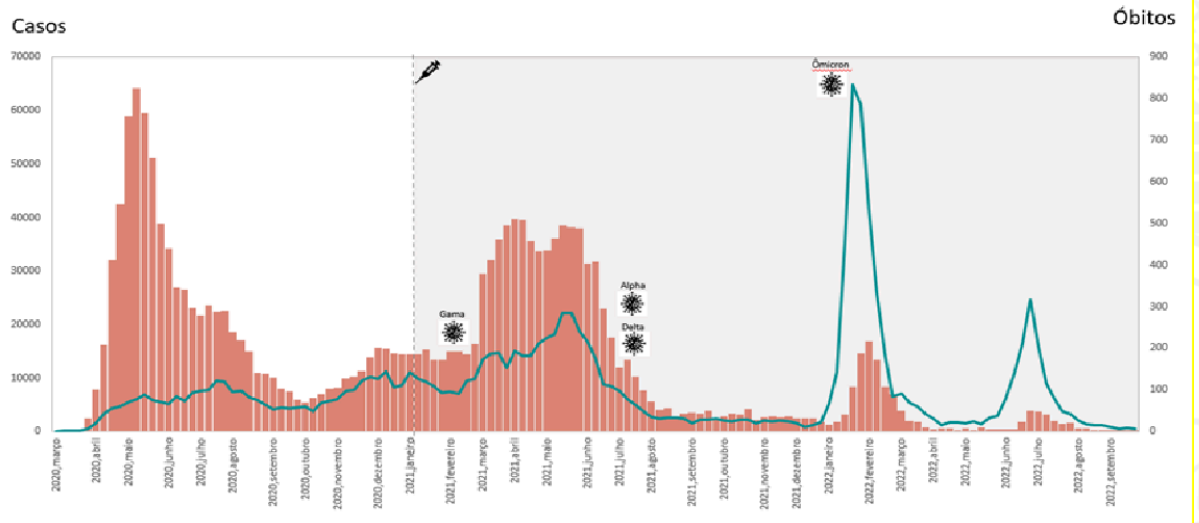
Gráfico 55. Número de casos, casos graves e óbitos em Pernambuco, segundo semana epidemiológica e ano de notificação, 2020 - 2022. Destaque na semana de detecção das variantes Covid-19.

Fonte: *Sala de Situação/SEVS/SES-PE. Dados de 01/03/2020 a 31/12/2022, atualizados em 08/08/2022.*

A primeira fase da pandemia no estado foi caracterizada pela expansão da transmissão na capital e em direção a áreas periféricas, pequenas cidades e zonas rurais, num movimento gradual de interiorização. Esse processo teve início em março e perdurou até julho de 2020. Foi o momento de maior rigor no distanciamento social, principalmente na restrição da livre circulação da população, inicialmente na região metropolitana do Recife (maio), seguida da região de Caruaru (junho).

De agosto a outubro de 2020, o estado viveu uma segunda fase da pandemia, com redução e estabilização dos indicadores de transmissão, registrando na semana epidemiológica SE 42/2020 o menor número de casos graves confirmados (157 casos) para a doença desde o início da pandemia no território pernambucano.

Numa terceira fase, seguida pelo que seria chamada de “segunda onda” de transmissão, houve um



aumento do número de casos e óbitos de novembro de 2020 a maio de 2021. Esse intervalo coincidiu com o

período de festas de final de ano (dezembro) e férias (janeiro). Foi nesse cenário que ocorreu o rápido crescimento e a chegada da variante Gama, na época ainda denominada como P.1, com elevação do número de casos e óbitos, atingindo o ápice em maio de 2021. Esse aumento resultou na retomada de medidas restritivas com o objetivo de conter o novo avanço da doença, pois as taxas de ocupação de leitos de UTI do estado se mantinham acima dos 90-95%.

Ainda nesse contexto, em 18 de janeiro de 2021, Pernambuco iniciou a campanha de vacinação contra a COVID-19, com público prioritário de idosos a partir de 60 anos que estavam em instituições de longa permanência, profissionais de saúde que atuavam em UTI com referência para COVID-19 e populações indígenas aldeadas. Esse marco, contudo, não ocorreu com a adesão da população, assim aquém da quantidade (cobertura vacinal) e velocidade necessárias para impedir imediatamente o rápido crescimento e grande número de casos, internações e óbitos no estado. Importante ressaltar, porém, que nos meses seguintes, o progressivo impacto positivo do processo de vacinação avançou contribuindo para a redução do número de casos e óbitos entre os mais idosos.

De junho a novembro de 2021, iniciou a quarta fase da pandemia, com redução significativa de casos e óbitos para COVID-19. Nesse período foi possível verificar a eficácia da vacinação na redução da disseminação e da gravidade dos casos do novo coronavírus, ao mesmo tempo em que foi confirmada a circulação no estado das novas variantes Alpha e Delta.

Em dezembro de 2021, iniciou uma nova "onda" de transmissão juntamente com a circulação comunitária da influenza A (H3N2), e coincidindo mais uma vez com o período de festividades de final de ano, férias e relaxamento nas medidas restritivas, e a introdução da nova variante Ômicron. Nessa fase da Ômicron, foi possível perceber o acelerado aumento no número de casos, devido a uma maior transmissibilidade dessa variante, e, também no número de óbitos (principalmente em não vacinados) ainda que em menor proporção.

A "terceira onda", assim como foi classificada, apesar do aumento preocupante do número de casos, apresentou uma menor letalidade da doença, que nos primeiros anos da pandemia se situava entre 4,2% (2020) e 2,6% (2021). Na época, com a predominância da variante Ômicron e a maior parte da população adulta vacinada, esse indicador caiu para 0,3%.

Após um período de aceleração da doença, de março a maio de 2022 os casos começaram a desacelerar e foram observadas quedas nos índices de intensidade de transmissão da COVID-19. A ampliação da vacinação, principalmente nas regiões do estado com menor cobertura e a intensificação das doses de reforço em grupos populacionais mais vulneráveis, pôde reduzir ainda mais as consequências da pandemia em relação aos agravamentos dos casos, internações e óbitos.

Em junho de 2022, e nos meses de novembro e dezembro, houve um novo crescimento dos casos confirmados. O primeiro por conta da circulação das subvariantes BA.4 e BA.5 da Ômicron e o segundo com maior prevalência de registro da variante BQ,1 e presença identificada da XBB, chamada de Karen.

- Mais de 1,1 milhão de pessoas contaminadas.
- Casos leves:58,1%Feminino e 67,5% cor da pele negra.
- Casos Graves:52,2%Masculino e 75,6% cor da pele negra.
- Óbitos: 53,2%Masculino e 72,6% cor da pele negra.
- 43% dos pacientes internados tinham alguma comorbidade. Dentre as comorbidade, os portadores das doenças cardíacas ou vasculares e de diabetes foram os mais prevalentes, inclusive nos casos que evoluíram para óbito.

PERSPECTIVAS DA PANDEMIA

Segundo dados do Cievs-PE, o número de mortes semanais relatadas entre setembro e outubro de 2022 caiu para o menor nível desde março de 2020 em Pernambuco, havendo um discreto aumento em novembro e dezembro. No mesmo mês de setembro de 2022, o diretor geral da OMS disse que o fim da pandemia de

COVID-19 estava próximo, porém, também destacou que se o mundo não aproveitar a oportunidade agora para implementar estratégias para acelerar o fim da crise sanitária, ainda há risco do surgimento de mais variantes, de aumento de mortes, de interrupções e de incertezas.

O ano de 2022 encerrou com a perspectiva do fim da emergência relacionada à pandemia de 2019, mas também com a compreensão de que a COVID-19 não será erradicada e teremos que aprender a conviver com o vírus.

Mantém-se o desafio de alcançar as taxas mínimas de cobertura da vacina e seus reforços, principalmente na população vulnerável às formas graves. Lembramos que a evolução do ômicron, somada a cobertura vacinal, reduziu as taxas de internação e mortes, mas estas ainda persistem em menor magnitude, principalmente em não vacinados ou com imunização incompleta.

Também permanece a necessidade de melhor entender e registrar os casos de COVID longa e seus os impactos individuais e coletivos. Este é um dos desafios do período pós-pandêmico. A cobertura vacinal de aproximadamente 40% das crianças entre 3 e 11 anos sem nenhuma dose da vacina e de 90% destas sem reforço coloca esse público como alvo de preocupação.

Assim, mantém-se a necessidade de fortalecer as recomendações, com base nas evidências e na experiência dos últimos 34 meses, que incluem orientações sobre vacinação da maioria dos grupos de risco, testes e sequenciamento contínuos do vírus e integração de tratamento eficaz para COVID-19 nos sistemas de saúde primários. Também foi enfatizada a necessidade de que as autoridades tenham planos para futuros surtos, incluindo a garantia de suprimentos, equipamentos e profissionais de saúde extras.

Tudo isso reforça a importância da manutenção de estratégias sustentáveis de testagem e de vacinação para grupos prioritários da população, além claro, da necessidade de perseverar na vigilância, com atenção às mudanças no cenário epidemiológico do estado de Pernambuco e à vigilância genômica, monitorando frequentemente a circulação das variantes no território pernambucano. Trata-se de estar com a visão aberta para continuamente e, mesmo nos meses de menor circulação viral, entendermos o cenário de risco em que nos encontramos.

MORTALIDADE

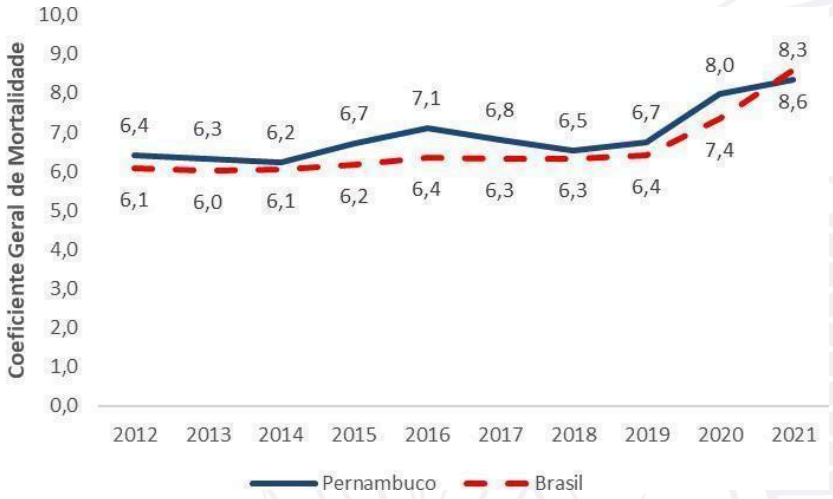
CARACTERÍSTICAS DO PERFIL DE MORTALIDADE DOS PERNAMBUCANOS

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

De 2012 a 2021, foram registrados 651.467 óbitos na população do estado, em média, 65.147 por ano. Durante este período houve o incremento de 41,0% no número de óbitos no estado, sobretudo durante o período pandêmico, correspondente aos anos de 2020 a 2021. Comportamento semelhante foi observado para o Brasil, com incremento de 55,2% no número de óbitos entre os anos de 2012 e 2021, principalmente em virtude da pandemia da COVID-19.

Quanto ao Coeficiente Geral de Mortalidade (CGM), observa-se que, com exceção do ano de 2021, os valores identificados para o estado foram maiores do que aqueles percebidos para o país. Com uma variação, entre os anos de 2012 e 2021, de 30,2% e 41,1% em Pernambuco e no Brasil, respectivamente (gráfico 56).

Gráfico 56. Coeficiente geral de mortalidade (por 1.000 habitantes), segundo ano do óbito. Pernambuco e Brasil, 2012 a 2021.



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

Quanto à análise da mortalidade por Macrorregião de Saúde, observa-se que no final do período analisado houve um crescimento no CGM nas quatro Macrorregiões, cabendo destacar a I Macrorregião, que registrou um aumento de 35,1%. Quando comparados os anos 2012 verifica-se CGM de 6,5/1.000 habitantes para 8,8/1.000 habitantes em 2021.

A análise das regiões de saúde revelou que todas as gerências regionais registraram incremento coeficiente geral de mortalidade ao final do decênio. Observou-se que a I GERES registrou o maior CGM no fim do período, ao passar de 6,4/.1000 habitantes em 2012 para 9,0/1.000 habitantes em 2021, um aumento de 40,6%.

Tabela 17. Percentual de óbitos segundo sexo por Macrorregião e Região de Saúde, Pernambuco, 2012, 2016 e 2021.

	MASCULINO			FEMININO		
	2012	2016	2021	2012	2016	2021
I Macrorregião	55,1	54,5	52,7	44,9	45,5	47,2
I GERES	54,3	53,0	52,0	45,6	46,9	48,0
II GERES	55,9	57,4	54,4	44,1	42,5	45,6
III GERES	57,0	58,5	55,6	43,0	41,4	44,4
XII GERES	59,8	59,3	55,7	40,1	40,7	44,2
II Macrorregião	55,2	56,7	55,2	44,8	43,3	44,7

IV GERES	**55,4**	**57,0**	**55,0**	**44,6**	**43,0**	**45,0**
V GERES	**54,7**	**55,7**	**55,9**	**45,3**	**44,3**	**44,1**
III Macrorregião	**54,9**	**54,9**	**55,8**	**45,1**	**45,0**	**44,2**
VI GERES	**55,7**	**55,1**	**56,2**	**44,3**	**44,8**	**43,7**
X GERES	**53,6**	**54,4**	**54,7**	**46,4**	**45,6**	**45,3**
XI GERES	**54,5**	**55,1**	**56,0**	**45,5**	**44,9**	**44,0**
IV Macrorregião	**58,9**	**58,3**	**58,1**	**41,0**	**41,6**	**41,6**
VII GERES	**50,7**	**56,8**	**56,1**	**49,3**	**43,2**	**43,9**
VIII GERES	**58,4**	**59,9**	**58,2**	**41,6**	**39,9**	**41,7**
IX GERES	**58,8**	**57,2**	**56,5**	**41,1**	**42,8**	**43,4**
Pernambuco	**55,4**	**55,4**	**54,0**	**44,6**	**44,5**	**46,0**

Fonte: *SIM/SES-PE.*

Na perspectiva das Macrorregiões, nota-se o mesmo padrão estadual de maior concentração de óbitos entre os indivíduos do sexo masculino nos anos 2012, 2016 e 2021. No ano de 2016, todas as Macrorregiões, excetuando a I Macrorregião (52,7%), apresentaram uma porcentagem maior do que o estadual (54%). Destaca-se a IV Macrorregião, que registrou uma proporção de 58,1%, representando um aumento de 7,6% em relação à proporção estadual, conforme ilustrado na.

Em relação às GERES, observa-se que em todos os anos analisados, os percentuais de óbitos foram mais elevados para indivíduos do sexo masculino, como é evidenciado pelas.

Tabela 18. Percentual de óbitos segundo raça/cor por Macrorregião e Região de Saúde, Pernambuco, 2012, 2016 e 2021.

	BRANCA			NEGRA			AMARELA			INDÍGENA			NÃO INFORMADO		
	2012	2016	2021	2012	2016	2021	2012	2016	2021	2012	2016	2021	2012	2016	2021
I Macrorregião	31,7	32,4	35,9	64,7	65,9	63	0,2	0,2	0,2	0	0	0,1	3,3	1,4	0,9
I GERES	33,4	34,1	37,7	63,5	64,3	61,2	0,2	0,2	0,2	0	0	0	2,9	1,3	0,8
II GERES	30,9	31,4	33,4	64,5	66,5	65,8	0,2	0,2	0,1	0,1	0	0	4,4	1,9	0,7
III GERES	24,2	23,6	27,8	71,3	74,8	70,3	0,3	0,2	0,3	0,1	0	0,1	4,2	1,4	1,4
XII GERES	26,1	29,1	28,3	69,2	69,1	70	0,2	0,2	0,1	0	0,2	0	4,4	1,4	1,5
II	36,3	34,7	36,1	58,4	62,5	62,1	0,2	0,2	0,2	0,4	0,4	0,4	4,6	2,2	1,2

Macrorregião															
IV GERES	39,6	37	38,2	57,7	61,4	60,4	0,2	0,2	0,2	0,4	0,4	0,4	2,1	1	0,9
V GERES	28,3	28,6	30,9	60,2	65,2	66,3	0,4	0,3	0,3	0,4	0,4	0,3	10,7	5,4	2,1
III Macrorregião	28,7	30,9	29,7	67,2	65,9	67,5	0,3	0,4	0,2	1,2	1,4	1,5	2,6	1,4	1,1
VI GERES	22,7	26,6	24,4	72,9	69,7	72,8	0,4	0,2	0,2	1,5	1,7	1,7	2,5	1,8	0,9
X GERES	43,1	45,4	42,3	53,3	52,5	55,9	0,2	0,7	0,2	0,1	0	0,1	3,3	1,3	1,6
XI GERES	25,1	25,3	26,7	70,8	71,4	69,8	0,3	0,2	0,3	1,7	2,2	2,4	2,1	0,9	0,8
IV Macrorregião	20,7	21,3	21,9	66,9	73,7	73,3	0,3	0,2	0,2	0,4	0,6	0,7	11,8	4,2	4
VII GERES	22,1	17,9	20	72,1	78	75,8	0,1	0,1	0,2	1,1	1,6	2,3	4,6	2,4	1,7
VIII GERES	22,5	22,5	24,5	58,4	69,9	69,7	0,2	0,2	0,2	0,3	0,7	0,6	18,7	6,8	5
IX GERES	20,5	21,5	20,6	75,2	76,1	77	0,5	0,3	0,2	0,1	0	0	3,7	2,1	2,2
Pernambuco	31,5	31,8	34,2	63,8	65,8	64,1	0,2	0,2	0,2	0,3	0,3	0,3	4,2	1,9	1,3

Fonte: *SIM/SES-PE.*

Quanto à mortalidade proporcional por raça/cor, observou-se no estado uma importante concentração dos óbitos nos indivíduos de raça/cor negra (preta e parda), com mais da metade dos casos em todos os anos analisados. Contudo, percebeu-se maior incremento de óbitos na raça/cor branca, na ordem de 8,6%, quando comparados os anos de 2012 e 2021.

A tabela apresenta a análise para as macrorregiões de saúde do estado. Todas registraram aumento na proporção de óbitos de indivíduos da raça/cor negra, com exceção da I Macrorregião, que registrou uma discreta diminuição na concentração desses óbitos. A IV Macrorregião apresentou ainda percentuais de óbitos de pessoas negras bem acima dos observados no estado e nas demais macrorregiões nos anos de 2016 e 2021.

A análise por regional de saúde, apresentada nas, demonstrou, para todos os anos analisados, maior percentual de óbitos na raça/cor negra, independente da GERES. Além disso, a menor diferença entre os percentuais de óbitos da raça/cor branca e negra foi observado na X GERES. Ao final de 2021, excetuando-se a I, IV e X GERES, todas as demais apresentaram uma proporção de óbitos maior entre indivíduos de raça/cor negra em comparação com a proporção estadual observada para o mesmo ano (65,8%). Com destaque para a IX GERES que registrou uma proporção de 77,0% em 2021, representando uma diferença de 17,0% em relação ao estado. No entanto, no final do período analisado, apenas as I, III, VI e XI GERES registraram uma redução nos percentuais de óbitos de indivíduos de raça/cor negra, com uma diminuição média de 1,6%.

Tabela 19. Percentual de óbitos segundo local de ocorrência por Macrorregião e Região de Saúde, Pernambuco, 2012, 2016 e 2021.

	HOSPITAL			OUT. ESTAB. SAÚDE			DOMICÍLIO			VIA PÚBLICA			OUTROS			NÃO INFORMADO		
	2012	2016	2021	2012	2016	2021	2012	2016	2021	2012	2016	2021	2012	2016	2021	2012	2016	2021

I Macrorregião	70,2	71,2	69	2,2	2,2	6,9	18	17,7	18,3	7	6,4	3,2	2,3	2,4	2,5	0,3	0	0
I GERES	73,9	74,3	70,3	2,8	2,6	8,3	13,8	14,6	16	7	6	3	2,3	2,4	2,3	0,3	0	0
II GERES	60,8	62,6	64,8	0,8	0,6	2,8	30	27,7	26,7	6	6,7	3	2	2,2	2,7	0,5	0,1	0
III GERES	59,8	64,9	66,8	0,6	0,6	1,1	29,5	23,4	23,6	8	8,2	4,6	1,8	2,8	3,9	0,2	0	0
XII GERES	60,8	59,3	63,3	0,6	2,5	4,9	27,9	28,3	25,1	7,4	7,1	3,7	3	2,8	3	0,3	0	0,1
II Macrorregião	51,9	54,3	63	3,3	5,2	2,2	35,1	30,9	27,9	7,4	7,5	4,6	2,1	2	2,3	0,3	0,1	0
IV GERES	54,6	56,6	63,5	2,9	4,7	3	32,7	28,9	26,4	7,5	7,9	4,8	2	1,9	2,3	0,3	0	0
V GERES	45,3	48,4	61,8	4,4	6,5	0,3	40,7	36,1	31,3	7,1	6,7	4,3	2,1	2,3	2,4	0,2	0,1	0
III Macrorregião	51,2	54,3	61,2	0,6	0,6	0,4	37,6	35,4	30,8	7,3	7	4,6	3	2,7	2,9	0,3	0,1	0
VI GERES	52,7	52,6	62,9	0,6	1,1	0,4	35	35,6	29,3	8,3	7,9	4,3	2,8	2,7	3,1	0,6	0	0,1
X GERES	53,2	56,9	60,2	0,9	0,3	0,6	38	34,7	33,1	5	5,5	3,7	2,8	2,4	2,3	0,2	0,1	0
XI GERES	47	54,6	59,4	0,2	0,2	0,4	41,2	35,5	31,1	7,8	6,9	6,1	3,7	2,8	3	0,1	0,1	0
IV Macrorregião	54,2	56,2	55,4	0,5	4	7	29,7	27,9	27,3	9,8	7,4	5,6	5,7	4,5	4,8	0,1	0,1	0
VII GERES	57,5	64,5	65,4	0,7	0,4	0,6	29,3	24	26,3	7,8	6,9	4,4	4,8	4,1	3,3	0	0,1	0
VIII GERES	57,6	53,2	51,2	0,6	8,6	13,5	28,7	24,7	25,1	7	8,4	5,7	6,1	4,9	4,4	0	0,2	0,1
IX GERES	51,9	56	58,9	0,1	0,2	0,9	35,1	33,2	32,6	7,9	6,4	4	5,1	4,1	3,6	0	0	0
Pernambuco	63,3	64,6	66	2,2	2,9	5,5	24,4	22,9	22	7,3	6,9	3,8	2,6	2,6	2,7	0,3	0,1	0

Fonte: *SIM/SES-PE.*

A análise segundo local de ocorrência constatou que a maior parte dos indivíduos tiveram acesso à assistência hospitalar no momento do óbito em todos os anos analisados em Pernambuco. Contudo, foi relativamente alto o percentual observado de mortes ocorridas no domicílio, em média 23,1%.

Quanto à análise das Macrorregiões, todas registraram redução nos óbitos em domicílio e em vias públicas. Em relação aos óbitos hospitalares, somente a I esteve acima da proporção estadual e também foi a única que apresentou uma diminuição desse percentual, de 1,7%, conforme demonstrado.

Seguindo o padrão observado ao nível do Estado e Macrorregiões, a análise por Região de Saúde constatou que a maioria dos óbitos ocorreu em ambiente hospitalar, ainda que os percentuais tenham variado segundo a GERES e o ano analisado.

Importante destacar também que, ainda que se tenha observado aumento dos registros de óbitos domiciliares, os incrementos percentuais de óbitos ocorridos em outros estabelecimentos de saúde em algumas Regiões de Saúde foram bastante consideráveis, como na I (195,4%), II (236,3%), IV (376,1%), VIII (1364,2%) e XII (8767,0%); quando comparados os anos de 2012 e 2021.

Tabela 20. Percentual de óbitos segundo faixa etária por Macrorregião e Região de Saúde, Pernambuco, 2012, 2016 e 2021.

	< 01 ANO			01 09 ANOS			10 14 ANOS			15 19 ANOS			20 59 ANOS			≥ 60 ANOS			NÃO INFORMA		
	2012	2016	2021	2012	2016	2021	2012	2016	2021	2012	2016	2021	2012	2016	2021	2012	2016	2021	2012	2016	2021
I Macrorregião	**3**	**2,3**	**1,5**	**0,8**	**0,6**	**0,4**	**0,5**	**0,3**	**0,2**	**2**	**2**	**1,2**	**31,6**	**29,7**	**29,6**	**62**	**65**	**67,2**	**0,1**	**0,1**	**0,1**
I GERES	2,9	2,3	1,5	0,7	0,6	0,3	0,5	0,3	0,2	2,1	1,9	1,1	32,3	29,7	29,3	61,5	65,1	67,6	0,1	0,1	0
II GERES	3,3	2,1	1,6	0,8	0,7	0,4	0,4	0,3	0,2	1,4	2,2	1,2	27,4	28,1	29,1	66,5	66,6	67,4	0	0	0,1
III GERES	3,6	2,7	1,5	1	0,8	0,4	0,4	0,5	0,2	1,8	2,3	1,8	32	31,8	31,8	61,2	61,7	64,1	0,1	0,1	0,2
XII GERES	3,2	2,1	1,9	1,4	0,8	0,4	0,8	0,3	0	2	1,8	1,7	31	28,7	30,4	61,4	66,1	65,6	0,1	0,1	0,1
II Macrorregião	**3,3**	**2,5**	**2,3**	**0,9**	**0,7**	**0,5**	**0,6**	**0,4**	**0,3**	**1,7**	**1,9**	**1,2**	**27,4**	**27,3**	**28,9**	**65,9**	**67**	**66,7**	**0,2**	**0,1**	**0,1**
IV GERES	3	2,2	2,3	0,7	0,7	0,5	0,5	0,4	0,2	1,7	2	1,2	27,8	27,7	29,4	66	66,7	66,3	0,3	0,2	0,1
V GERES	4,1	3,2	2,2	1,3	0,8	0,5	0,8	0,4	0,3	1,9	1,7	1,1	26,3	26,3	27,8	65,5	67,6	67,8	0,2	0,1	0,2
III Macrorregião	**5**	**3,4**	**2,7**	**1,2**	**0,9**	**0,5**	**0,6**	**0,4**	**0,3**	**1,4**	**1,6**	**1,2**	**28,3**	**25,6**	**26,8**	**63,6**	**68,1**	**68,5**	**0,1**	**0**	**0,1**
VI GERES	5,8	3,7	2,7	1,2	1	0,5	0,7	0,3	0,4	1,8	1,5	1,3	28,8	27,7	27,1	61,6	65,7	67,9	0	0	0,1
X GERES	3	2,8	2	1,5	0,5	0,3	0,2	0,3	0,4	0,8	1,1	1	27,1	22,1	25,4	67,3	73,2	71	0	0	0
XI GERES	5,3	3,4	3,2	0,8	1,1	0,7	0,6	0,5	0,2	1,2	2	1,2	28,4	25,5	27,6	63,5	67,5	67	0,1	0	0,2
IV Macrorregião	**5,8**	**5,6**	**3,6**	**1,7**	**1,2**	**0,6**	**1**	**0,6**	**0,3**	**2,3**	**2**	**1,3**	**33,7**	**32,1**	**31,4**	**54,2**	**58,2**	**60,8**	**1,3**	**0,3**	**2**
VII GERES	6	4,6	3,4	0,7	1	0,5	1,1	0,8	0,5	1,9	1,2	0,7	26,2	29,4	29,4	64	62,9	65,4	0,3	0,2	0,1
VIII GERES	6,2	6,4	4,1	2	1,4	0,6	1	0,7	0,3	1,8	2,1	1,3	36	36,8	34,4	52,7	52,3	59,2	0,3	0,4	0
IX GERES	6,2	5,1	3,5	2	1	0,7	1,2	0,5	0,2	2,5	2,4	1,6	30,7	27,8	28,7	57,4	63,1	65,2	0,1	0,1	0
Pernambuco	**3,5**	**2,7**	**1,9**	**0,9**	**0,7**	**0,4**	**0,6**	**0,4**	**0,2**	**1,9**	**1,9**	**1,2**	**30,6**	**29,1**	**29,4**	**62,3**	**64,9**	**66,6**	**0,2**	**0,3**	**0,3**

Fonte: *SIM/SES-PE.*

A análise por faixa etária revelou que a mortalidade em Pernambuco foi mais elevada em indivíduos na faixa dos 60 anos ou mais em todos os anos considerados, sendo esta a única faixa etária que apresentou incremento ao longo do período analisado (6,9%). Cabe destacar que houve redução de 44,7% no percentual de óbitos infantis no estado entre os anos de 2012 e 2021.

Assim como o estado, todas as quatro Macrorregiões registraram a mortalidade mais elevada nos indivíduos da faixa dos 60 anos ou mais. Quando comparados os anos de 2012 e 2021, observou-se que todas as Macrorregiões registraram aumento do percentual de óbitos da faixa dos 60 anos ou mais, com destaque para a IV Macrorregião (12,1%).

No tocante ao percentual de óbitos infantis, quando comparados os anos de 2012 e 2021, constatou-se redução em todas as macrorregiões, com destaque para a observada na I Macrorregião de saúde: 50,4%.

A análise regional mostrou que a proporção dos óbitos segundo a faixa etária segue o mesmo comportamento da proporção observada nas Macrorregiões de Saúde e do estado, com a maioria dos óbitos na faixa etária dos 60 anos ou mais.

Além disso, também se observou também redução do percentual de óbitos infantis em todas as GERES, sobretudo na III (57,3%), quando comparados os anos de 2012 e 2021.

Tabela 21. Percentual de óbitos segundo capítulo da CID-10 por Região de Saúde, Pernambuco, 2012, 2016 e 2021.

CAP. CID-10	ANO	REGIÃO DE SAÚDE											
		I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	**2012**	**6,0**	**4,3**	**4,4**	**2,8**	**3,0**	**3,1**	**5,0**	**3,7**	**4,1**	**3,4**	**3,8**	**4,0**

	2016	5,4	4,8	5,2	4,3	3,7	4,7	3,8	5,3	4,7	4,9	5,5	5,4
	2021	21,9	18,2	15,4	14,7	12,7	14,4	18,5	18,5	21,1	16,6	17,0	17,8
	2012	15,0	11,7	9,8	12,9	10,9	11,5	13,8	15,1	12,5	15,9	12,7	11,1
	2016	15,2	11,7	10,0	11,7	10,8	12,0	15,2	13,2	10,7	14,4	12,1	9,6
II. Neoplasias (tumores)	2021	12,4	11,1	10,2	10,9	11,3	10,6	12,8	13,5	11,5	14,2	12,7	10,0
	2012	0,3	0,4	0,4	0,6	0,6	0,6	0,3	0,6	0,7	0,6	1,0	0,3
	2016	0,5	0,5	0,6	0,6	0,7	0,4	0,5	0,5	1,1	0,6	0,7	0,6
III. Doenças do sangue e dos órgãos hematopoéticos e alguns transtornos imunitário	2021	0,3	0,5	0,3	0,5	0,4	0,4	0,5	0,5	0,3	0,4	0,4	0,5
	2012	7,0	9,3	11,3	10,8	9,4	7,5	6,2	5,6	6,9	9,0	5,9	9,3
	2016	6,4	8,3	10,0	9,2	9,4	8,8	8,4	6,7	6,3	11,4	8,1	9,3
IV. Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	2021	7,4	7,5	8,4	7,2	7,5	7,9	5,7	7,1	5,9	7,8	7,5	8,0
	2012	0,7	1,1	1,2	1,2	1,4	1,4	2,3	1,0	1,3	1,9	1,5	1,1
	2016	0,7	0,9	0,9	1,0	1,5	1,3	1,9	1,1	1,3	1,4	1,5	1,0
V. Transtornos mentais e comportamentais	2021	1,6	1,5	1,8	2,1	1,9	1,9	1,0	1,6	1,1	0,9	1,7	1,4
	2012	2,1	1,4	1,4	1,4	1,6	1,3	2,0	1,5	1,5	1,4	1,8	1,4
	2016	2,6	1,5	1,5	1,9	1,7	1,6	2,2	2,0	1,5	1,4	1,9	1,8
VI. Doenças do sistema nervoso	2021	2,9	1,7	1,6	2,4	2,1	2,0	1,9	2,6	1,4	1,8	1,9	2,3
	2012	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	2016	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0
VII. Doenças do olho e anexos	2021	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	2012	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	2016	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastóide	2021	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	2012	29,1	35,3	33,3	30,4	29,4	28,1	28,6	22,3	31,4	37,2	36,1	33,3
	2016	28,1	31,0	30,2	26,7	29,6	26,5	27,2	21,4	26,8	31,4	31,1	31,8
IX. Doenças do aparelho circulatório	2021	19,0	23,5	25,3	21,1	24,7	23,5	25,7	21,3	24,5	28,3	26,7	24,3
	2012	13,3	11,3	9,8	10,4	7,9	7,7	9,7	5,2	6,7	7,8	6,6	10,2
	2016	13,8	12,8	10,6	12,8	13,3	10,3	12,5	6,9	10,5	11,2	9,6	12,7
X. Doenças do aparelho respiratório	2021	9,8	10,9	9,4	9,0	10,2	8,0	8,5	6,9	7,1	8,5	6,8	8,6
	2012	6,0	5,9	6,1	5,2	4,2	4,2	3,8	4,5	4,3	4,5	4,1	6,5
	2016	5,9	6,5	6,1	5,3	5,0	4,5	4,1	4,1	5,3	3,9	3,5	6,7
XI. Doenças do aparelho digestivo	2021	4,3	5,2	5,1	4,7	4,9	3,6	5,3	3,7	3,8	3,9	3,7	5,0
	2012	0,3	0,2	0,3	0,2	0,1	0,3	0,1	0,3	0,1	0,2	0,2	0,2
XII. Doenças da pele e do tecido													

subcutâneo	2016	0,6	0,5	0,6	0,5	0,5	0,5	0,2	0,0	0,2	0,2	0,4	0,4
	2021	0,9	0,6	0,8	0,7	0,9	0,5	0,4	0,5	0,6	0,6	0,3	0,9
XIII. Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo	2012	0,3	0,3	0,4	0,3	0,2	0,4	0,1	0,3	0,3	0,2	0,1	0,3
	2016	0,5	0,3	0,3	0,4	0,4	0,3	0,1	0,6	0,1	0,5	0,3	0,3
	2021	0,4	0,4	0,4	0,5	0,6	0,6	0,5	0,6	0,4	0,2	0,2	0,7
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	2012	2,6	1,7	2,3	2,2	1,5	1,6	1,5	1,6	1,5	1,5	1,9	1,9
	2016	3,9	2,4	3,4	3,4	2,7	2,8	3,2	1,9	2,1	3,7	2,8	3,0
	2021	3,3	3,1	2,7	2,8	2,5	2,8	2,8	1,7	1,8	2,6	2,8	3,2
XV. Gravidez parto e puerpério	2012	0,2	0,0	0,3	0,1	0,1	0,2	0,1	0,2	0,5	0,0	0,1	0,1
	2016	0,1	0,1	0,3	0,1	0,2	0,1	0,1	0,2	0,6	0,0	0,2	0,1
	2021	0,2	0,2	0,1	0,1	0,0	0,1	0,3	0,3	0,2	0,1	0,1	0,1
XVI. Algumas afecções originadas no período perinatal	2012	1,7	2,0	2,0	1,8	2,2	3,2	4,5	3,7	3,9	1,5	3,9	1,9
	2016	1,3	1,2	1,4	1,2	1,7	2,0	3,3	3,7	3,2	1,2	2,1	1,0
	2021	0,8	0,8	0,8	1,2	1,4	1,6	2,3	2,3	2,3	1,3	2,1	1,3
XVII. Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas	2012	0,9	1,0	1,2	0,8	1,0	1,3	1,1	1,4	1,3	1,0	1,0	1,3
	2016	0,8	0,8	0,8	0,8	1,1	1,0	1,1	1,4	1,0	1,1	0,6	0,8
	2021	0,6	0,6	0,6	0,8	0,6	0,9	0,7	1,1	0,8	0,4	0,9	0,5
XVIII. Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte	2012	1,4	3,3	3,8	6,4	13,6	15,3	9,7	15,5	5,5	3,1	5,7	4,7
	2016	0,9	3,5	3,1	7,3	5,6	9,8	3,5	12,2	9,8	3,3	7,1	2,0
	2021	4,2	4,3	4,9	7,5	6,5	8,9	3,2	4,1	4,0	3,9	3,6	4,8
XIX. Lesões, envenenamentos e algumas outras conseqüências de causas externas	2012	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	2016	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,2	0,0
	2021	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	2012	13,1	10,8	12,0	12,6	12,9	12,4	11,3	17,5	17,4	10,8	13,6	12,2
	2016	13,4	13,2	15,0	13,0	12,3	13,3	12,5	18,5	14,6	9,3	12,6	13,5
	2021	9,4	9,5	12,3	10,1	8,8	9,5	10,2	13,6	12,7	8,3	11,3	10,6

Fonte: *SIM/SES-PE.*

Em relação aos óbitos classificados de acordo com os capítulos da 10ª revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10), as doenças do aparelho circulatório (DAC) representaram o principal grupo de causas de óbito em Pernambuco no decênio analisado. Até o ano de 2019, as neoplasias ocupavam o segundo lugar e as causas externas o terceiro. Entretanto, nos anos pandêmicos de 2020 e 2021, houve um aumento

expressivo no registro de mortes por doenças infecciosas e parasitárias e estas passaram a ocupar o segundo lugar das causas de óbitos, seguidas pelas neoplasias em terceiro e pelas causas externas em quarto lugar. Entre os anos de 2012 e 2021, o percentual de óbitos por DAC reduziu 28,7%, por neoplasias 10,9% e por causas externas 22,1%. Neste mesmo período, o percentual de óbitos por doenças infecciosas e parasitárias aumentaram na ordem de 311,9%.

A análise das Macrorregiões de Saúde evidenciou o mesmo padrão do estado. Nos anos de 2012 e 2016, em todas, as DAC, neoplasias e causas externas foram as principais causas de óbitos. Contudo, em virtude da pandemia de COVID-19, em 2021 observou-se alteração do cenário epidemiológico a partir do expressivo aumento dos óbitos por doenças infecciosas e parasitárias. O percentual de óbitos por DAC, neoplasias e causas externas reduziu em todas as macrorregiões entre os anos de 2012 e 2021, ao passo que, as doenças infecciosas e parasitárias aumentaram nas quatro macrorregiões de saúde do estado.

A análise das causas de óbitos de acordo com a CID-10 e segundo as Regiões de Saúde de residência é apresentou que as DAC foram a principal causa de óbitos em todas as Regiões de Saúde nos anos de 2012 e 2016, enquanto que a segunda e terceira causa variaram de acordo com a região e ano.

Em 2021, as DAC permaneceram como principal causa de óbitos em todas as Regiões de Saúde, com exceção da I GERES onde observou-se as doenças infecciosas e parasitárias em primeiro lugar. As doenças infecciosas e parasitárias se tornaram a segunda principal causa de óbitos nas demais GERES naquele ano.

MORTALIDADE INFANTIL

A mortalidade infantil é comumente utilizada para avaliar as condições de vida da população, uma vez que um dos indicadores mais expressivos, o Coeficiente de Mortalidade Infantil (CMI), infere o risco de morte dos Nascidos Vivos (NV) no primeiro ano de vida e reflete, de maneira geral, as condições de desenvolvimento socioeconômico e infraestrutura ambiental, bem como o acesso e a qualidade dos recursos disponíveis para atenção à saúde materna e da população infantil.

O CMI pode ser calculado conforme seus grupos etários: neonatal precoce (0 a 6 dias), neonatal tardio (7 a 27 dias) e pós-neonatal (28 a 364 dias). Entre os anos de 2012 e 2021, o CMI sinaliza redução para todos os componentes etários. O componente pós-neonatal apresentou redução mais expressiva em relação ao componente neonatal, tendência observada no Brasil e no Estado de Pernambuco, emb**ora o estado tenha apresentado uma maior redução para o CMI no período analisado (Tabela 22 e 23).**

Tabela 22. Coeficiente de mortalidade infantil por componente etário, Pernambuco e Brasil, 2012 a 2021.

Ano	Brasil			Pernambuco		
	Neo precoce	Neo tardio	Pós-neo	Neo precoce	Neo tardio	Pós-neo
2012	7,1	2,3	4,1	7,7	2,2	4,3
2013	7,0	2,2	4,2	7,3	2,4	4,4
2014	6,8	2,2	3,9	7,0	2,2	4,0
2015	6,7	2,1	3,6	7,4	2,0	3,6
2016	6,7	2,1	3,9	7,4	2,4	4,1
2017	6,6	2,1	3,6	6,7	2,0	3,5

2018	**6,4**	**2,1**	**3,6**	**6,6**	**2,1**	**3,7**
2019	**6,5**	**2,1**	**3,8**	**6,7**	**2,1**	**3,5**
2020	**6,2**	**2,0**	**3,2**	**6,7**	**1,7**	**3,2**
2021	**6,3**	**2,1**	**3,5**	**6,8**	**2,1**	**3,5**

Fonte: *SIM/GVEV/DGIE/SEVSAP/SES-PE.*

Tabela 23. Coeficiente de Mortalidade Infantil por macrorregião e Região de saúde segundo componente etário, Pernambuco, 2012-2013, 2016-2017 e 2020-2021.

Região de Saúde	2012 – 2013			2016 - 2017			2020 - 2021		
	Neo precoce	Neo tardio	Pós-neo	Neo precoce	Neo tardio	Pós-neo	Neo precoce	Neo tardio	Pós-neo
I Macrorregião	**6,6**	**2,3**	**4,0**	**6,1**	**2,2**	**3,2**	**5,9**	**1,8**	**3,2**
I GERES	**6,6**	**2,2**	**3,9**	**6,1**	**2,3**	**3,3**	**6,1**	**1,9**	**3,2**
II GERES	**6,8**	**2,1**	**4,2**	**6,8**	**1,9**	**2,7**	**5,8**	**1,6**	**2,4**
III GERES	**5,8**	**2,4**	**4,8**	**6,2**	**2,3**	**3,6**	**4,5**	**1,3**	**3,8**
XII GERES	**8,2**	**3,2**	**3,0**	**5,0**	**1,9**	**3,0**	**5,8**	**2,7**	**3,3**
II Macrorregião	**7,6**	**2,4**	**4,8**	**2,4**	**2,1**	**4,5**	**6,9**	**1,8**	**3,7**
IV GERES	**7,0**	**2,3**	**4,2**	**6,5**	**2,0**	**4,1**	**6,9**	**1,9**	**3,5**
V GERES	**9,0**	**2,6**	**6,3**	**8,2**	**2,2**	**5,2**	**6,9**	**1,6**	**3,9**
III Macrorregião	**10,9**	**2,0**	**5,9**	**8,7**	**2,0**	**4,5**	**8,6**	**1,6**	**3,0**
VI GERES	**11,4**	**2,0**	**7,5**	**8,5**	**2,0**	**6,5**	**8,8**	**1,4**	**3,5**
X GERES	**6,3**	**2,5**	**4,4**	**6,7**	**2,7**	**4,1**	**8,4**	**2,2**	**2,7**
XI GERES	**13,7**	**1,6**	**4,4**	**10,0**	**1,7**	**4,6**	**8,6**	**1,6**	**2,3**
IV Macrorregião	**9,4**	**4,8**	**6,2**	**9,2**	**2,7**	**3,8**	**8,7**	**2,5**	**3,9**
VII GERES	**10,8**	**2,2**	**3,8**	**11,1**	**2,2**	**3,8**	**8,1**	**0,9**	**4,5**
VIII GERES	**9,3**	**2,3**	**4,4**	**9,5**	**2,6**	**4,6**	**8,9**	**2,9**	**4,0**
IX GERES	**9,1**	**2,6**	**4,0**	**11,5**	**1,7**	**3,8**	**8,7**	**2,6**	**3,4**

Fonte: *SIM/GVEV/DGIE/SEVSAP/SES-PE.*

Observando o CMI por Macrorregião de Saúde, verifica-se que houve uma redução em todos os

componentes etários entre 2012 a 2021. Entretanto, a II Macrorregião, nos anos de 2020 e 2021, apresentou um incremento de 187,5% no componente neonatal precoce, em relação a 2016-2017, partindo de 2,4 para 6,9/1.000 NV. Apesar disso, o CMI para o componente se manteve abaixo do apresentado em 2012-2013.

No detalhamento por Região de Saúde o CMI por componente etário, observa-se que no período neonatal precoce no primeiro e segundo biênio a XII GERES apresentou maior redução (31,1%), enquanto a IX apresentou um incremento (26,5%) nestes números. No terceiro biênio, todas as Regiões de Saúde apresentaram redução nesta faixa etária, com exceção da X GERES.

Quando analisamos o período neonatal tardio, observamos que entre os anos de 2016 e de 2017, assim como no período neonatal precoce, houve uma maior redução na XII GERES. Já no período pandêmico (2020-2021) houve uma maior redução (59,2%) na VII GERES.

Ao avaliarmos o período pós-neonatal entre os anos de 2012 e 2017 todas as regiões apresentaram redução e nos anos de 2020 e 2021 a VI Região apresentou uma redução de 53,3%, seguido da XI Região (48,3%).

Na análise da evitabilidade adotou-se a Lista de Causas de Mortes Evitáveis por Intervenções do SUS, onde os óbitos são classificados em: 1) evitáveis: reduzíveis pelas ações de imunização, pela adequada atenção à mulher na gestação e parto e ao recém-nascido, e por ações adequadas de diagnóstico e tratamento, 2) não evitáveis e 3) mal definidos.

No tocante aos óbitos infantis, segundo critério de evitabilidade, percebe-se um aumento de 16,5% dos eventos reduzíveis voltados para ações de atenção à mulher na gestação, no período de 2012 a 2021. Em paralelo, os óbitos infantis reduzíveis por ações de diagnóstico e tratamento adequado de atenção reduziram 50,9% no mesmo período.

Observando a distribuição dos óbitos infantis segundo a evitabilidade por macrorregião, verifica-se que as Macrorregiões III e IV apresentaram aumento de 43,6% e 64,5%, respectivamente, dos eventos por adequada atenção à mulher na gestação maior que o apresentado pelo Estado (16,5%).

Tabela 24. Distribuição dos óbitos infantis segundo critério de evitabilidade por Macrorregião de Saúde, Pernambuco, 2012 a 2021.

Evitabilidade		Macrorregião de saúde				PE
		I	II	III	IV	
Ações de imunização	2012 - 2013	0,5	0,5	0,3	0,2	0,4
	2016 - 2017	0,2	0,0	0,0	0,0	0,1
	2020 - 2021	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Atenção à mulher na gestação	2012 - 2013	48,9	38,7	31,2	28,2	41,7
	2016 - 2017	52,9	41,4	37,2	30,5	45,1
	2020 - 2021	52,1	44,0	44,7	46,3	48,6
Adequada atenção à mulher no parto	2012 - 2013	12,3	15,5	19,3	18,5	14,7
	2016 - 2017	12,0	13,5	16,6	18,8	14,0
	2020 - 2021	15,0	17,9	24,2	10,4	15,8

Adequada atenção ao recém nascido	2012 - 2013	18,5	22,8	26,9	31,9	22,3
	2016 - 2017	16,7	23,9	20,6	35,7	21,7
	2020 - 2021	18,8	24,3	20,5	27,8	21,7
Ações de diagnóstico e tratamento adequados	2012 - 2013	10,8	10,3	10,5	7,0	10,1
	2016 - 2017	7,4	9,3	14,8	6,8	8,5
	2020 - 2021	5,2	4,2	3,7	6,2	5,0
Ações de promoção e atenção à saúde	2012 - 2013	9,0	12,2	11,9	14,2	10,8
	2016 - 2017	10,7	11,8	10,8	8,3	10,6
	2020 - 2021	8,9	9,6	6,8	9,3	9,0

Fonte: *SIM/GVEV/DGIE/SEVSAP/SES-PE.*

Tabela 25. Distribuição dos principais agrupamentos de causas de óbitos infantis evitáveis segundo critério de evitabilidade por Região de Saúde, Pernambuco, 2012-2013, 2016-2017 e 2020-2021.

Região de Saúde	2012-2013			2016-2017			2020-2021		
	1º	2º	3º	1º	2º	3º	1º	2º	3º
I	Afecções maternas	Complicações maternas na gravidez	Infecções no período neonatal*	Afecções maternas	Complicações maternas na gravidez	Infecções no período neonatal*	Afecções maternas	Complicações maternas na gravidez	Infecções no período neonatal*
II	Afecções maternas	Complicações maternas na gravidez	Infecções no período neonatal**	Afecções maternas	Infecções no período neonatal*	Complicações maternas na gravidez	Infecções no período neonatal**	Afecções maternas	Complicações maternas na gravidez Gestação de curta duração e baixo peso ao nascer Hipóxia
III	Infecções no período neonat	Afecções maternas	Hipóxia	Afecções maternas	Infecções no período neonatal*	Hipóxia	Afecções maternas	Complicações maternas na gravidez	Placenta prévia /Descola mento de

	al*						Gestação de curta duração e baixo peso ao nascer Infecções no período neonatal*	Enterocolite necrosante	placenta
IV	Afecções maternas Gestação de curta duração e baixo peso ao nascer	Infecções no período neonatal*	Transtorno respiratório e cardiovascular do período neonatal	Afecções maternas	Infecções no período neonatal*	Gestação de curta duração e baixo peso ao nascer Complicações maternas na gravidez	Afecções maternas Infecções no período neonatal*	Hipóxia	Complicações maternas na gravidez
V	Infecções no período neonatal*	Hipóxia	Doenças infecciosas intestinais	Gestação de curta duração e baixo peso ao nascer	Afecções maternas Infecções no período neonatal*	Hipóxia	Afecções maternas	Infecções no período neonatal*	Gestação de curta duração e baixo peso ao nascer
VI	Infecções no período neonatal*	Doenças infecciosas intestinais	Transtorno respiratório e cardiovascular do período neonatal	Afecções maternas	Pneumonia	Hipóxia Infecções no período neonatal*	Gestação de curta duração e baixo peso ao nascer	Hipóxia	Afecções maternas Síndrome da aspiração neonatal**
VII	Infecções no período neonatal*	Transtorno respiratório e cardiovascular do período neonatal	Síndrome da angústia respiratória do recém-nascido	Infecções no período neonatal*	Transtorno respiratório e cardiovascular do período neonatal	Gestação de curta duração e baixo peso ao nascer Síndrome da angústia respiratória do	Transtorno respiratório e cardiovascular do período neonatal	Complicações maternas na gravidez	Infecções no período neonatal*

						recém-nascido			
						Hipóxia			
VIII	Infecções no período neonatal*	Transtorno respiratório e cardiovascular do período neonatal	Hipóxia	Infecções no período neonatal*	Transtorno respiratório e cardiovascular do período neonatal	Gestação de curta duração e baixo peso ao nascer	Complicações maternas na gravidez	Afecções maternas	Infecções no período neonatal*
IX	Infecções no período neonatal*	Hipóxia	Gestação de curta duração e baixo peso ao nascer	Síndrome da angústia respiratória do recém-nascido	Transtorno respiratório e cardiovascular do período neonatal	Hipóxia	Infecções no período neonatal*	Transtorno respiratório e cardiovascular do período neonatal	Gestação de curta duração e baixo peso ao nascer
					Infecções no período neonatal*				
X	Infecções no período neonatal*	Afecções maternas	Gestação de curta duração e baixo peso ao nascer	Afecções maternas	Complicações maternas na gravidez	Feto e recém-nascido afetados por complicações da placenta e membranas	Transtorno respiratório e cardiovascular do período neonatal	Hipóxia	Infecções no período neonatal*
				Infecções no período neonatal*	Hipóxia	Síndrome da aspiração neonatal **			
					Transtorno respiratório e cardiovascular do período neonatal	Pneumonia			
XI	Gestação de curta duração e	Infecções no período neonatal*	Transtorno respiratório e cardiovascular do	Gestação de curta duração e baixo peso ao	Infecções no período neonatal*	Afecções maternas	Síndrome da angústia respiratória do	Afecções maternas	Gestação de curta duração e baixo peso ao

<table>
<tr><td></td><td>baixo peso ao nascer</td><td></td><td>período neonatal</td><td>nascer</td><td></td><td></td><td>recém-nascido</td><td>Complicações maternas na gravidez</td><td>nascer</td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td>Hipóxia</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>Hipóxia</td><td>Infecções no período neonatal*</td></tr>
<tr><td rowspan="3">XII</td><td rowspan="3">Afecções maternas</td><td>Transtorno respiratório e cardiovascular do período neonatal</td><td rowspan="3">Doenças infecciosas intestinais</td><td rowspan="3">Infecções no período neonatal*</td><td>Gestação de curta duração e baixo peso ao nascer</td><td>Afecções maternas</td><td rowspan="3">Infecções no período neonatal*</td><td rowspan="3">Afecções maternas</td><td rowspan="3">Gestação de curta duração e baixo peso ao nascer</td></tr>
<tr><td>Hipóxia</td><td>Complicações maternas na gravidez</td></tr>
<tr><td>Infecções no período neonatal*</td><td>Doenças infecciosas intestinais</td><td>Transtorno respiratório e cardiovascular do período neonatal</td></tr>
</table>

Fonte: *SIM/GVEV/DGIE/SEVSAP/SES-PE.*

***Exclui síndrome da rubéola congênita e hepatite viral congênita**

****Exclui leite e alimento regurgitados**

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

Ainda no tocante à evitabilidade, os principais agrupamentos de causas de óbito evitáveis foram identificados a partir do cálculo da proporção de cada grupo em relação ao total de óbitos classificados como tal, diante disso, foi possível observar que as infecções no período neonatal (excluindo ingestão de leite e alimentos regurgitados) se apresentavam como a principal causa de óbito em mais da metade das Regiões de Saúde nos

biênios de 2014-2013 e 2016-2017. As demais regiões apresentaram como principais agrupamentos de causa aqueles relacionados à evitabilidade por atenção à mulher na gestação. No segundo biênio, observa-se a mudança no perfil da mortalidade infantil com predominância das afecções maternas, reduzíveis pelo aprimoramento de ações voltadas à atenção à mulher durante a gestação (Tabela 25).

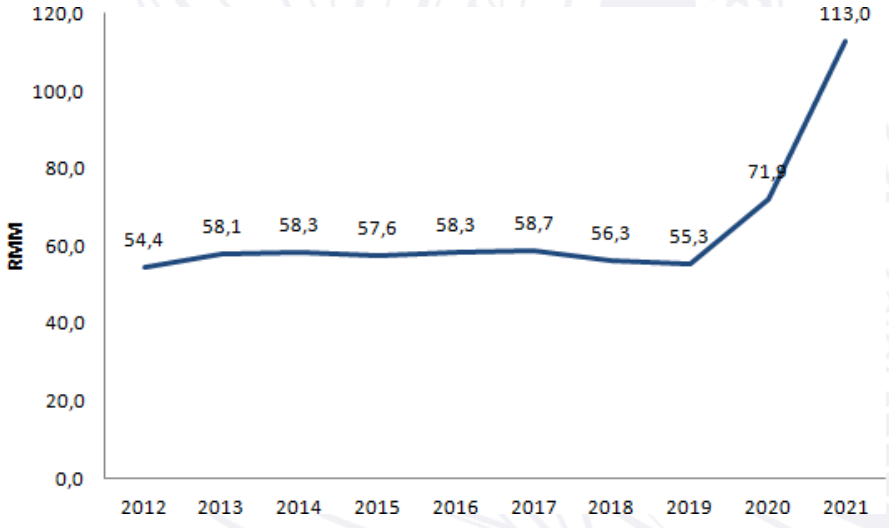
Considerando os anos de 2020 e 2021, houve um predomínio do grupamento de causas reduzíveis por atenção à mulher na gestação e adequada atenção à mulher no parto (Tabela 25).

MORTALIDADE MATERNA

A morte de uma mulher durante o período gravídico-puerperal é um evento, em sua maioria evitável, e sentinela para avaliação do acesso e da qualidade da assistência à saúde ofertada a essa população (OSANAN et al., 2018). A Razão de Mortalidade Materna (RMM) é um indicador que permite a comparabilidade entre regiões e estima o risco de uma Mulher em Idade Fértil (MIF) morrer a cada 100.000 Nascidos Vivos (NV), por causas ligadas à gravidez, ao parto e ao puerpério até 42 dias. Este indicador é sensível às condições sociais e econômicas e pode refletir as desigualdades em saúde nos territórios e alertar os gestores sobre inadequações nos cuidados à saúde da mulher (CHOU; WALKER; KANYANGARARA, 2019).

No Brasil, na série histórica de 2012 a 2019, apresentou uma RMM de 57,1 óbitos maternos por 100.000 NV sem muitas instabilidades, sendo a menor razão observada no ano de 2012 (RMM = 54,4) e a maior no ano de 2017 (RMM 58,7). No entanto, no ano de 2020, a RMM apresentou incremento de 30,0% quando comparado ao ano de 2019, saindo de uma RMM de 55,3/100.000 NV para 71,9/100.000 NV. Em 2021, esse incremento foi ainda mais expressivo, apresentando uma RMM de 113,0 óbitos por 100.000 NV, o que representou um aumento de 104,4%, quando comparado ao ano de 2019.

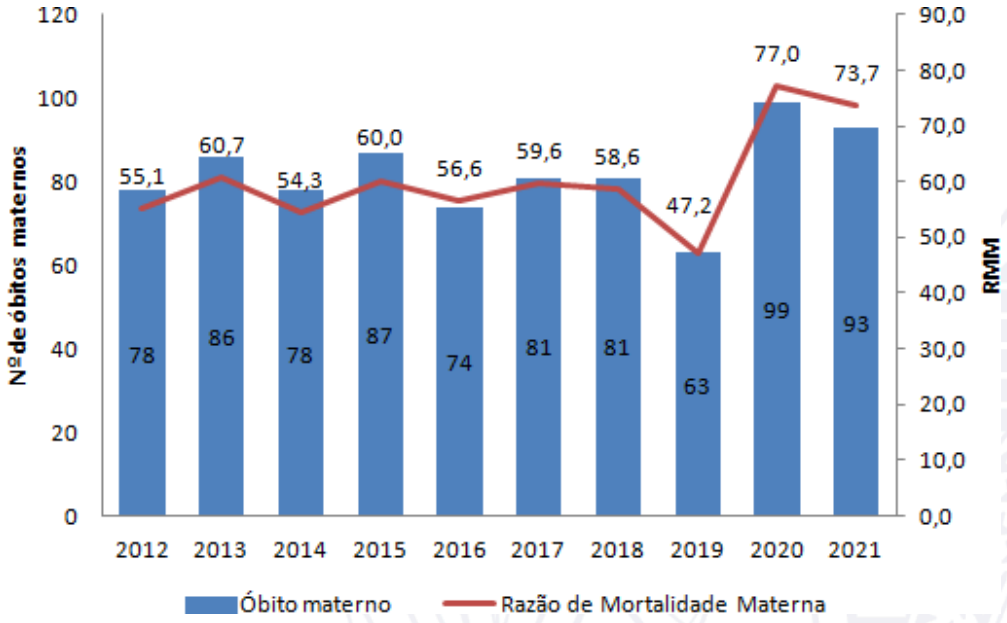
Gráfico 57. Razão de Mortalidade Materna precoce, Brasil, 2012 a 2021.



Fonte: *MS/SVS/CGIAE (Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM)*

No Estado de Pernambuco, quando comparamos os anos de 2012 e 2019, observa-se uma redução da razão de mortalidade materna em 14,34%, saindo de 55,1/100.000 NV em 2012, para 47,2/100.000 NV em 2019. No entanto, apesar da redução apresentada, a RMM permanece elevada, se mantendo distante da meta de 30 por 100 mil nascidos vivos, até 2030, estabelecida para os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável - ODS - (BRASIL, 2018). Com o advento dos anos da pandemia de COVID-19, houve incremento de 63,14% na RMM, saindo de uma razão de 47,2/100.000 NV em 2019, para 77,0/100.000 NV em 2020 (gráfico 58).

Gráfico 58. Número de óbitos maternos e Razão de Mortalidade Materna precoce. Pernambuco, 2012 a 2021.



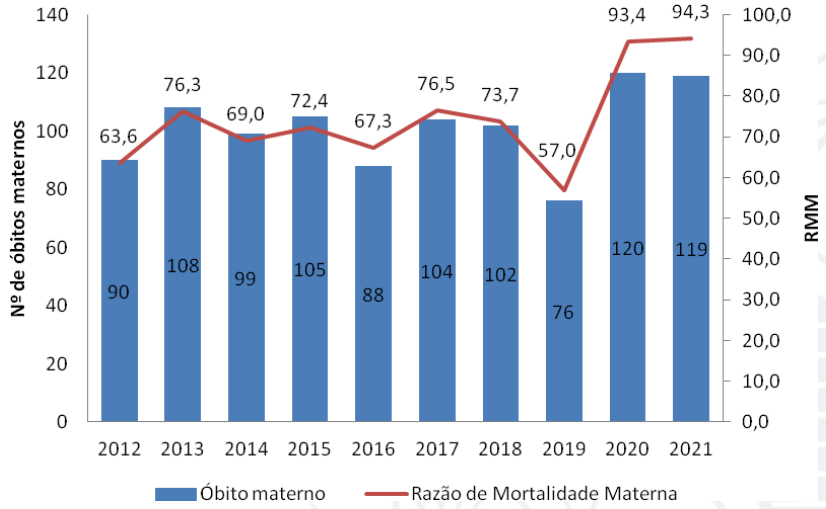
Fonte: *SIM/GVEV/DGIE/SEVSAP/SES-PE.*

Embora nacionalmente a RMM seja calculada considerando apenas o número de óbitos maternos ocorridos até 42 dias de puerpério (óbitos maternos precoces), a partir das discussões sobre a evitabilidade desses óbitos nos grupos técnicos e Comitês de Mortalidade Materna Estadual e Municipal do Recife-PE, observou-se a relação entre as mortes de mulheres ocorridas no puerpério tardio (até um ano após o parto) com o estado gravídico-puerperal, recomendando-se que a RMM seja calculada considerando a inclusão dos óbitos ocorridos no puerpério tardio.

Quando observada a RMM total (óbitos maternos precoces e tardios) em Pernambuco, verifica-se uma acentuada redução em 2019, comportamento que também visualizamos analisando a RMM dos óbitos maternos precoces. Essa redução pode ser influenciada pela subnotificação dos eventos vitais (óbitos e nascimentos) registrados no SIM e no Sinasc.

Diferentemente da RMM dos óbitos ocorridos até 42 dias após o parto, em 2021, a RMM incluindo os óbitos até um ano após o parto apresentou um aumento (94,3/100.000 NV) em relação ao ano anterior.

Gráfico 59. Número de óbitos maternos e Razão de Mortalidade Materna total (precoce e tardio), Pernambuco, 2012 a 2021.

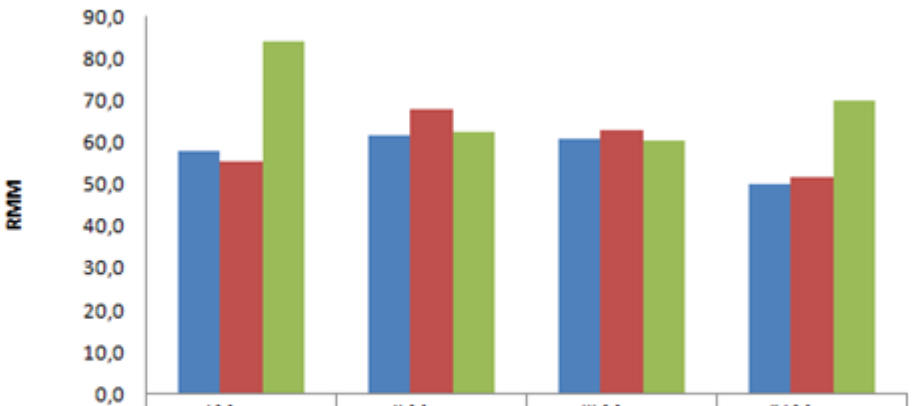


Fonte: *SIM/GVEV/DGIE/SEVSAP/SES-PE.*

As Macrorregiões de Saúde são divisões organizacionais do território com o objetivo de atender a média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar. As análises da situação de saúde de um território devem levar em consideração as diferenças regionais, com isso, é possível evidenciar disparidades na oferta e na assistência em saúde e orientar os gestores para um melhor uso dos recursos que, por vezes, são escassos.

A análise da RMM por Macrorregião de Saúde foi realizada a partir da observação do comportamento do indicador nos três biênios dentro do período de 2012 a 2021. Entre o primeiro biênio analisado e o segundo, observamos uma redução da RMM precoce na I Macrorregião, que abrange a região metropolitana, de 57,8 para 55,4 por 100.000 NV (gráfico 61). Nas Macrorregionais II, III e IV observa-se um incremento de 10,3%, 3,4% e 3,0%, respectivamente (gráfico 61). Nos anos pandêmicos de 2020 e 2021, último biênio analisado, a I Macrorregião de Saúde apresentou a maior RMM precoce para o período (84,1/100.000 NV) (gráfico 60).

Gráfico 60. Razão de Mortalidade Materna precoce por Macrorregião, Pernambuco, 2012 a 2021.



	I Macro	II Macro	III Macro	IV Macro
2012 -2013	57,8	61,6	61,0	50,1
2016-2017	55,4	67,9	63,0	51,6
2020-2021	84,1	62,7	60,3	69,8

Fonte: *SIM/GVEV/DGIE/SEVSAP/SES-PE.*

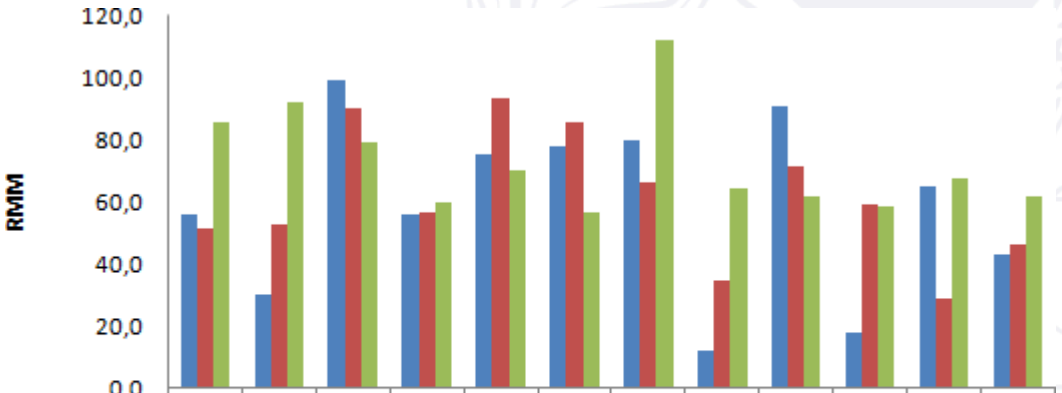
Ao observar a distribuição da mortalidade materna por GERES constatou-se que, nos dois períodos dos biênios (2012-2013 e 2016-2017) a III apresentou a maior RMM e a VIII a menor.

Durante os anos pandêmicos, 2020 e 2021, a VII apresentou a maior RMM (111,9/100.000NV), por outro lado, as III, V, VI e IX apresentaram redução no indicador no mesmo período (19,2%; 6,5%; 27,0% e 32,0%, respectivamente) (gráfico 61).

Destaca-se que a II GERES apresentou a maior variação nos períodos analisados, com um incremento de 205,6% na RMM quando comparado o primeiro e último biênio de análise (gráfico 61).

Vale ressaltar que a maior instabilidade do indicador observada nas Regiões de Saúde, pode estar relacionada ao menor contingente populacional desses agregados geográficos, que influenciam na variação (redução ou incremento) relacionada ao acaso, característica própria dos pequenos números. Essa variação também pode ter relação com a subnotificação da mortalidade materna e de nascidos vivos registrados no SIM e no Sinasc, respectivamente.

Gráfico 61. Razão de Mortalidade Materna precoce por Região de Saúde, Pernambuco, 2012 a 2021.



	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII
2012 -2013	55,8	30,1	98,9	55,7	75,0	77,8	79,8	11,9	90,6	17,5	65,0	43,0
2016-2017	51,1	53,0	90,0	56,8	93,4	85,4	66,5	34,8	71,6	58,8	28,6	46,3
2020-2021	85,4	92,0	79,5	59,7	70,1	56,8	111,9	64,3	61,6	58,7	67,3	61,6

Fonte: *SIM/GVEV/DGIE/SEVSAP/SES-PE*

Na análise das mortes maternas, também é importante o diagnóstico das principais causas de óbitos maternos segundo a classificação em óbitos maternos obstétricos diretos e indiretos. Os diretos ocorrem por complicações obstétricas durante a gravidez, parto ou puerpério devido a intervenções, omissões, tratamento incorreto ou a uma cadeia de eventos resultantes de qualquer dessas causas. Os indiretos são resultantes de doenças preexistentes à gestação ou que se desenvolveram durante esse período, agravadas pelos efeitos fisiológicos da gravidez (BRASIL, 2009).

No primeiro biênio de análise (2012-2013), as hipertensões (15,2%), e as hemorragias (9,6%), se configuram como a primeira e segunda principal causa de morte materna obstétrica direta, seguido das embolias (6,6%) e das infecções puerperais (4,5%). No segundo biênio de análise (2016-2017), as hemorragias (13,0%) apresentaram-se como a principal causa de óbito materno obstétrico direto seguido das hipertensões (12,5%). As embolias (5,7%) e infecções puerperais (4,7%) completam o *ranking* das principais causas de morte obstétrica direta para o período de 2016 a 2017. Para as causas obstétricas indiretas, em ambos os biênios de 2012-2013 e 2016-2017, as doenças do aparelho cardiovascular receberam destaque, com percentual de 6,6% e 12,5%, respectivamente (tabela 26).

O terceiro biênio analisado, que compreende os anos pandêmicos de 2020 e 2021, apresentou um padrão de causas de morte incomum em razão do surgimento do vírus da COVID-19. Neste último biênio, o principal grupo de causa de óbito foram as doenças virais com complicações para a gravidez, parto e puerpério (20,9%), uma vez que neste grupo estão incluídos os óbitos maternos por COVID-19 (tabela 26).

Tabela 26. Número e proporção da distribuição dos grupos de causa de óbito materno, Pernambuco, 2012 a 2021.

Grupo de Causas	2012-2013		2016-2017		2020-2021	
	n	%	n	%	n	%
Causas maternas obstetricas diretas						
Hipertensões diretas	30	15,2	24	12,5	36	15,1
Hemorragias (Incluindo inércia uterina)	19	9,6	25	13,0	19	7,9
Infecção puerperal	9	4,5	9	4,7	12	5,0
Embolias	13	6,6	11	5,7	10	4,2
Gravidez Ectópica	5	2,5	4	2,1	6	2,5
Gravidez que termina em aborto	5	2,5	4	2,1	3	1,3
Mola Hidatiforme	-	-	2	1,0	-	-
Outras causas obstetricas diretas	14	7,1	16	8,3	18	7,5
Subtotal	95	48,0	**95**	49,5	**104**	43,5
Causas maternas obstetricas indiretas						
DAC complicando gravidez, parto ou puerpério	13	6,6	24	12,5	10	4,2
Doenças virais complicando gravidez, parto ou puerpério	2	1,0	-	-	50	20,9
Outras DAE complicando gravidez, parto ou puerpério	10	5,1	13	6,8	2	0,8
DAR complicando gravidez, parto ou puerpério	9	4,5	8	4,2	4	1,7
DAD complicando gravidez, parto ou puerpério	8	4,0	2	1,0	3	1,3
HIV/AIDS	4	2,0	-	-	2	0,8
Outras causas obstetricas indiretas	17	8,6	10	5,2	15	6,3
Subtotal	63	31,8	57	29,7	86	36,0
Morte obstetrica de causa não especificada	6	3,0	3	1,6	2	0,8
Total de óbitos maternos (até 42 dias)	164	82,8	155	80,7	192	80,3
Morte materna tardia (de 43 dias até 1 ano)	34	17,2	37	19,3	47	19,7
Total de óbitos maternos (Incluindo os tardios)	**198**	**100,0**	**192**	**100,0**	**239**	**100,0**

Fonte: SIM/GVEV/DGIE/SEVSAP/SES-PE. DAC - Doenças do aparelho circulatório, DAR - Doenças do aparelho respiratório e DAD - Doenças do aparelho digestivo, (-) não houve óbito materno.

Na I Macrorregião de Saúde, no período analisado, as hipertensões diretas aparecem como a principal causa de óbito obstétrico direto, seguida das hemorragias. Quanto às causas obstétricas indiretas, as doenças do aparelho circulatório, seguidas das doenças do aparelho respiratório configuram-se como as principais causas nos dois primeiros biênios analisados 2012-2013 e 2016-2017. No entanto, no biênio pandêmico (2020-2021), as doenças virais com complicações na gravidez, parto e puerpério apresentam- se como a principal causa de óbito, cenário igualmente encontrado no Estado (tabela 26).

Ao analisar o principal grupo de causa de óbito materno da I Macrorregião distribuídos por GERES, observa-se que a I GERES apresenta, em todos os biênios analisados, as hipertensões como o principal grupo de causas obstétricas diretas. A III Região de Saúde apresenta um padrão semelhante, com exceção do biênio de 2020 e 2021, onde o principal grupo de causas obstétricas diretas foram as hemorragias. Na II Região de Saúde, as hipertensões, as hemorragias e a infecção puerperal alternaram entre si no *ranking* do principal grupo de causas obstétricas diretas. Já na XII, as hipertensões, hemorragias e embolias ganham destaque (tabela 27).

Na análise dos óbitos maternos por causas obstétricas indiretas, vale ressaltar que, no período pandêmico, as doenças virais se configuraram como um importante grupo de causa de óbito, antes ocupado pelos grupos do aparelho circulatório, respiratório e digestivo (tabela 27).

Tabela 27. Distribuição proporcional dos grupos de causa de óbito materno da I Macrorregional e Regionais de Saúde, Pernambuco, 2012 a 2021.

Grupo de Causas	2012-2013					2016-2017					2020-2021				
	I	II	III	XII	I Macro	I	II	III	XII	I Macro	I	II	III	XII	I Macro
Causas maternas obstetricas diretas															
Hipertensões diretas	11,8	-	27,3	-	*13,7*	10,0	22,2	11,1	25,0	*11,7*	12,8	26,7	14,3	20,0	*14,6*
Hemorragias (Incluindo inércia uterina)	7,1	16,7	18,2	25,0	*10,3*	7,5	22,2	11,1	25,0	*9,9*	5,1	20,0	21,4	40,0	*9,3*
Infecção puerperal	3,5	16,7	4,5	-	*4,3*	5,0	-	5,6	-	*4,5*	6,0	6,7	-	-	*5,3*
Embolias	8,2	-	-	25,0	*6,8*	7,5	11,1	-	25,0	*7,2*	0,9	6,7	-	20,0	*2,0*
Gravidez Ectópica	3,5	-	4,5	-	*3,4*	3,8	-	-	-	*2,7*	3,4	6,7	-	-	*3,3*
Gravidez que termina em aborto	2,4	-	9,1	-	*3,4*	2,5	-	5,6	-	*2,7*	2,6	-	-	-	*2,0*
Mola Hidatiforme	-	-	-	-	-	-	11,1	-	-	*0,9*	-	-	-	-	-
Outras causas obstetricas diretas	8,2	16,7	-	-	*6,8*	12,5	-	5,6	-	*9,9*	12,8	26,7	14,3	20,0	*6,0*
Causas maternas obstetricas indiretas															
DAC complicando gravidez, parto ou puerpério	5,9	-	4,5	50,0	*6,8*	7,5	11,1	27,8	25,0	*11,7*	4,3	6,7	7,1	-	*4,6*
Doenças virais complicando gravidez, parto ou puerpério	1,2	-	-	-	*0,9*	-	-	-	-	-	26,5	20,0	14,3	-	*23,8*
Outras DAE complicando gravidez, parto ou puerpério	3,5	16,7	4,5	-	*4,3*	6,3	-	-	-	*4,5*	1,7	-	-	-	*1,3*
DAR complicando gravidez, parto ou puerpério	7,1	-	-	-	*5,1*	2,5	11,1	16,7	-	*5,4*	0,9	-	7,1	20,0	*2,0*
DAD complicando gravidez, parto ou puerpério	2,4	-	4,5	-	*2,6*	1,3	-	-	-	*0,9*	-	-	-	-	-
HIV/AIDS	3,5	-	4,5	-	*3,4*	-	-	-	-	-	1,7	-	-	-	*1,3*
Outras causas obstetricas indiretas	7,1	16,7	4,5	-	*6,8*	6,3	-	5,6	-	*5,4*	3,4	-	14,3	-	*4,0*
Morte obstetrica de causa não especificada	3,5	-	4,5	-	*3,4*	1,3	-	-	-	*0,9*	-	-	-	-	-
Total de óbitos maternos (até 42 dias)	78,8	83,3	90,9	100,0	*82,1*	73,75	88,9	88,9	100,0	*78,4*	76,1	93,3	85,7	100,0	*79,5*
Morte materna tardia (de 43 dias até 1 ano)	21,2	16,7	9,1	-	*17,9*	26,3	11,1	11,1	-	*21,6*	23,9	6,7	14,3	-	*20,5*
Total de óbitos maternos (Incluindo os tardios)	*100,0*	*100,0*	*100,0*	*100,0*	*100,0*	*100,0*	*100,0*	*100,0*	*100,0*	*100,0*	*100,0*	*100,0*	*100,0*	*100,0*	*100,0*

Fonte: SIM/GVEV/DGIE/SEVSAP/SES-PE. DAC - Doenças do aparelho circulatório, DAR - Doenças do aparelho respiratório e DAD - Doenças do aparelho digestivo, (-) não houve óbito materno.

A II Macrorregião de Saúde, evidenciou durante os períodos de análise, que as hipertensões diretas se configuraram como a principal causa de óbito obstétrico direto, seguida das hemorragias. Quanto às causas obstétricas indiretas, as outras causas obstétricas indiretas, seguido das doenças do aparelho digestivo complicando gravidez, parto ou puerpério, configuram respectivamente como as principais causas nos dois primeiros biênios analisados (2012-2013) e (2016-2017). No entanto, no biênio pandêmico (2020-2021), as doenças virais com complicações na gravidez, parto e puerpério apresentam-se como a principal causa de óbito (tabela 28).

Ao analisar o principal grupo de causa de óbito materno da II Macrorregião distribuídos por GERES, observa-se que a V GERES apresenta, com exceção do segundo biênio (2016-2017), as hipertensões como o principal grupo de causas obstétricas diretas. No segundo biênio (2016-2017) a IV GERES teve como mais prevalente as hemorragias como causa direta do óbito (tabela 28).

Na análise dos óbitos maternos por causas obstétricas indiretas, no primeiro biênio (2012-2013) as GERES IV e V apresentaram uma maior evidência para outras causas obstétricas indiretas. No segundo biênio (2016-2017) a IV GERES apresentou como causa básica mais evidente as doenças do aparelho circulatório complicando gravidez, parto ou puerpério e outras doenças do aparelho, seguida das doenças e afecções não especificadas com causa de óbito. No terceiro biênio (2020-2021) ocorre em ambas as GERES um predomínio das doenças virais complicando gravidez, parto ou puerpério (tabela 28).

Tabela 28. Distribuição proporcional dos grupos de causa de óbito materno da II Macrorregional e Regionais de Saúde, Pernambuco, 2012 a 2021.

Grupo de Causas	2012-2013			2016-2017			2020-2021		
	IV	V	II Macro	IV	V	II Macro	IV	V	II Macro
Causas maternas obstetricas diretas									
Hipertensões diretas	8,0	38,5	*18,4*	20,8	23,1	*21,6*	25,9	16,7	*23,1*
Hemorragias (Incluindo inércia uterina)	8,0	7,7	*7,9*	12,5	15,4	*13,5*	7,4	-	*5,1*
Infecção puerperal	8,0	7,7	*7,9*	8,3	-	*5,4*	-	16,7	*5,1*
Embolias	8,0	-	*5,3*	4,2	7,7	*5,4*	3,7	25,0	*10,3*
Gravidez Ectópica	4,0	-	*2,6*	-	-	-	-	-	-
Gravidez que termina em aborto	-	-	-	-	7,7	*2,7*	-	-	-
Mola Hidatiforme	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Outras causas obstetricas diretas	8,0	-	*5,3*	4,2	-	*2,7*	25,9	16,7	*7,7*
Causas maternas obstetricas indiretas									
DAC complicando gravidez, parto ou puerpério	8,0	7,7	*7,9*	12,5	7,7	*10,8*	3,7	-	*2,6*
Doenças virais complicando gravidez, parto ou puerpério	4,0	-	*2,6*	-	-	-	18,5	16,7	*17,9*
Outras DAE complicando gravidez, parto ou puerpério	8,0	-	*5,3*	12,5	23,1	*16,2*	-	-	-
DAR complicando gravidez, parto ou puerpério	4,0	-	*2,6*	4,2	-	*2,7*	3,7	-	*2,6*
DAD complicando gravidez, parto ou puerpério	8,0	-	*5,3*	-	-	-	7,4	-	*5,1*
HIV/AIDS	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Outras causas obstetricas indiretas	12,0	15,4	*13,2*	4,2	15,4	*8,1*	-	8,3	*2,6*
Morte obstetrica de causa não especificada	-	-	-	4,2	-	*2,7*	7,4	-	*5,1*
Total de óbitos maternos (até 42 dias)	88,0	76,9	*84,2*	87,5	100,0	*91,9*	85,2	91,7	*87,2*
Morte materna tardia (de 43 dias até 1 ano)	12,0	23,1	*15,8*	12,5	-	*8,1*	14,8	8,3	*12,8*
Total de óbitos maternos (Incluindo os tardios)	*100,0*	*100,0*	*100,0*	*100,0*	*100,0*	*100,0*	*100,0*	*100,0*	*100,0*

Fonte: *SIM/GVEV/DGIE/SEVSAP/SES-PE. DAC - Doenças do aparelho circulatório, DAR - Doenças do aparelho respiratório e DAD - Doenças do aparelho digestivo, (-) não houve óbito materno.*

Na III Macrorregião, as hipertensões seguidas das hemorragias se apresentaram como o primeiro e segundo grupo de causa de óbito obstétrico direto nos biênios de 2012-2013 e 2020-2021. No segundo biênio, 2016-2017, as hemorragias foram a principal causa de óbito superando as hipertensões, no entanto, as doenças do aparelho circulatório foram a principal causa de óbito entre as causas obstétricas indiretas (tabela 29).

Na análise por GERES, a VI e a XI, no biênio de 2012 e 2013, apresentaram a hipertensão como o principal grupo de causa obstétrica direta e a X GERES, para o mesmo período, concentrou a ocorrência de óbitos em outras causas obstétricas diretas (tabela 29).

Para o biênio de 2016 e 2017, as hemorragias e as hipertensões foram os principais grupos de causas da VI e X GERES, respectivamente. A XI GERES neste mesmo período, não relatou a ocorrência de óbitos maternos por causas obstétricas diretas (tabela 29).

No último período analisado (2020 e 2021), as hipertensões se mostraram como o principal grupo de óbitos por causas diretas na VI e XI GERES e o grupo da gravidez ectópica foi o único com ocorrência de óbito na X GERES, se configurando como a principal causa (tabela 29).

Quanto às causas indiretas de morte materna, no primeiro período analisado (2012-2013), as doenças do aparelho circulatório e as doenças e afecções especificadas foram as principais causas de óbito materno da VI e XI, respectivamente. Não houve ocorrência de óbito materno por causa indireta na X GERES (tabela 29). No segundo biênio, 2016-2017, as doenças do aparelho circulatório foram as principais causas da VI e XI. As doenças e afecções especificadas foi o único grupo de causa de morte materna indireta da X GERES (tabela 29).

Em 2020-2021, as doenças virais foram o principal grupo de causa na VI e X que, além desta causa, apresentou o mesmo percentual (20,0%) para o grupo de causas de doenças do aparelho circulatório. Neste

último biênio, a XI GERES não apresentou casos de óbito materno indireto (tabela 29).

Tabela 29. *Distribuição proporcional dos grupos de causa de óbito materno da III Macrorregional e Regionais de Saúde, Pernambuco, 2012 a 2021.*

Grupo de Causas	2012-2013				2016-2017				2020-2021			
	VI	X	XI	III Macro	VI	X	XI	III Macro	VI	X	XI	III Macro
Causas maternas obstetricas diretas												
Hipertensões diretas	16,7	-	40,0	*25,0*	-	33,3	-	*8,3*	28,6	-	20,0	*17,6*
Hemorragias (Incluindo inércia uterina)	-	-	20,0	*8,3*	20,0	33,3	-	*16,7*	28,6	-	-	*11,8*
Infecção puerperal	-	-	-	-	-	-	-	-	14,3	-	-	*5,9*
Embolias	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	40,0	*11,8*
Gravidez Ectópica	-	-	-	-	-	-	-	-	-	20,0	-	*5,9*
Gravidez que termina em aborto	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Mola Hidatiforme	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Outras causas obstetricas diretas	16,7	100,0	-	*16,7*	-	-	-	-	28,6	-	20,0	*11,8*
Causas maternas obstetricas indiretas												
DAC complicando gravidez, parto ou puerpério	16,7	-	-	*8,3*	40,0	-	50,0	*33,3*	-	20,0	-	*5,9*
Doenças virais complicando gravidez, parto ou puerpério	-	-	-	-	-	-	-	-	14,3	20,0	-	*11,8*
Outras DAE complicando gravidez, parto ou puerpério	-	-	40,0	*16,7*	-	33,3	-	*8,3*	-	-	-	-
DAR complicando gravidez, parto ou puerpério	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
DAD complicando gravidez, parto ou puerpério	-	-	-	-	20,0	-	-	*8,3*	-	-	-	-
HIV/AIDS	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Outras causas obstetricas indiretas	-	-	-	-	-	-	-	-	14,3	-	-	*5,9*
Morte obstetrica de causa não especificada	16,7	-	-	*8,3*	-	-	-	-	-	-	-	-
Total de óbitos maternos (até 42 dias)	66,7	100,0	100,0	*83,3*	80,0	100,0	50,0	*75,0*	100,0	60,0	100,0	*88,2*
Morte materna tardia (de 43 dias até 1 ano)	33,3	-	-	*16,7*	20,0	-	50,0	*25,0*	-	40,0	-	*11,8*
Total de óbitos maternos (Incluindo os tardios)	*100,0*	*100,0*	*100,0*	*100,0*	*100,0*	*100,0*	*100,0*	*100,0*	*100,0*	*100,0*	*100,0*	*100,0*

Fonte: *SIM/GVEV/DGIE/SEVSAP/SES-PE. DAC - Doenças do aparelho circulatório, DAE- Doenças e afecções especificadas, DAR - Doenças do aparelho respiratório e DAD - Doenças do aparelho digestivo, (-) não houve óbito materno.*

No cenário da IV Macrorregião foi evidenciado que durante o primeiro (2012-2013) e último biênio (2020-2021), as hipertensões diretas se configuraram como a principal causa de óbito obstétrico direto, seguida das hemorragias. No biênio 2016-2017 as hemorragias demonstraram um percentual mais elevado. Em relação às causas obstétricas indiretas, no primeiro biênio (2012-2013), as doenças do aparelho digestivo representaram a principal causa de óbito. As doenças do aparelho circulatório complicando gravidez, parto ou puerpério e as doenças virais complicando a gravidez, parto e puerpério apresentam-se respectivamente como a principal causa de óbito dos biênios 2016-2017 e 2020-2021 (tabela 30).

Na análise das GERES da IV Macrorregião, no primeiro biênio (2012-2013) as hipertensões diretas se caracterizam como a principal causa de óbito materno nas GERES VII, VII e IX. Especificamente ainda nesse período a VII GERES apresentou juntamente com as hipertensões diretas, as hemorragias como principal causa obstétrica direta do óbito materno. No segundo biênio (2016-2017) as causas de óbito materno na VII GERES se assemelham ao primeiro biênio, com adição da mola hidatiforme. Ainda no segundo biênio (2016- 2017) a VIII GERES apresenta as hemorragias como principal causa, já a IX GERES apresenta seguida das hipertensões outras causas obstétricas diretas como preponderante a causa do óbito obstétrico. No terceiro biênio (2020 - 2021), a VII e VIII GERES apresentaram como principal causa de óbito as hemorragias diretas seguidas de outras causas obstétricas diretas, diferentemente da IX GERES que apresentou as causas de infecção puerperal e embolias como causas de maior predominância (tabela 30).

Com relação às causas maternas obstétricas indiretas no primeiro biênio (2012-2013) a VII apresentou as doenças do aparelho digestivo como de maior evidência, já a IX GERES apresentou as doenças do aparelho circulatório complicando gravidez, parto ou puerpério juntamente com outras doenças e afecções especificadas e

as doenças do aparelho respiratório como principal causa de óbito. No segundo biênio (2016-2017) a VIII e IX apresentaram respectivamente as outras causas obstétricas diretas e as as doenças do aparelho circulatório complicando gravidez, parto ou puerpério com maior percentual. Por fim, no terceiro biênio (2020-2021) a VIII e a IX GERES tiveram as doenças virais complicando gravidez, parto ou puerpério como as maiores causas, diferentemente da VII GERES que apresentou como principal causa indireta do óbito obstétrico as outras causas obstétricas indiretas (tabela 30).

Tabela 30. Distribuição proporcional dos grupos de causa de óbito materno da IV Macrorregião e Regionais de Saúde por biênio, Pernambuco, 2012-2013; 2016-2017 e 2020-2021.

Grupo de Causas	2012-2013				2016-2017				2020-2021			
	VII	VIII	IX	IV Macro	VII	VIII	IX	IV Macro	VII	VIII	IX	IV Macro
Causas maternas obstetricas diretas												
Hipertensões diretas	33,3	14,3	21,4	*17,4*	33,3	-	5,3	*5,3*	50,0	18,8	-	*27,6*
Hemorragias (Incluindo inércia uterina)	33,3	7,1	7,1	*8,7*	33,3	36,4	15,8	*31,6*	-	6,3	-	*10,3*
Infecção puerperal	-	-	7,1	-	-	9,1	5,3	*5,3*	-	-	10,0	*3,4*
Embolias	-	7,1	14,3	*4,3*	-	9,1	-	*5,3*	-	-	10,0	-
Gravidez Ectópica	-	-	-	-	-	-	5,3	-	-	-	-	-
Gravidez que termina em aborto	-	-	7,1	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Mola Hidatiforme	-	-	-	-	33,3	-	-	*5,3*	-	-	-	-
Outras causas obstetricas diretas	-	7,1	7,1	*8,7*	-	-	15,8	-	50,0	18,8	-	*10,3*
Causas maternas obstetricas indiretas												
DAC complicando gravidez, parto ou puerpério	-	-	7,1	*4,3*	-	9,1	10,5	*15,8*	-	6,3	-	*3,4*
Doenças virais complicando gravidez, parto ou puerpério	-	-	-	-	-	-	-	-	-	18,8	20,0	*13,8*
Outras DAE complicando gravidez, parto ou puerpério	-	-	7,1	-	-	-	5,3	-	-	-	-	-
DAR complicando gravidez, parto ou puerpério	-	7,1	7,1	*4,3*	-	-	5,3	-	-	-	-	-
DAD complicando gravidez, parto ou puerpério	-	21,4	-	*13,0*	-	9,1	-	*10,5*	-	-	10,0	-
HIV/AIDS	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Outras causas obstetricas indiretas	-	14,3	-	*8,7*	-	18,2	-	*10,5*	16,7	6,3	10,0	*10,3*
Morte obstetrica de causa não especificada	-	-	7,1	*4,3*	-	-	5,3	-	-	-	-	-
Total de óbitos maternos (até 42 dias)	66,7	78,6	92,9	*73,9*	100,0	90,9	73,7	*89,5*	83,3	68,8	70,0	*79,3*
Morte materna tardia (de 43 dias até 1 ano)	33,3	21,4	7,1	*26,1*	-	9,1	26,3	*10,5*	16,7	31,3	30,0	*20,7*
Total de óbitos maternos (Incluindo os tardios)	*100,0*	*100,0*	*100,0*	*100,0*	*100,0*	*100,0*	*100,0*	*100,0*	*100,0*	*100,0*	*100,0*	*100,0*

Fonte: *SIM/GVEV/DGIE/SEVSAP/SES-PEDAC - Doenças do aparelho circulatório, DAR - Doenças do aparelho respiratório e DAD - Doenças do aparelho digestivo, (-) não houve óbito materno.*

MORTALIDADE POR CAUSAS EVITÁVEIS

As mortes evitáveis são definidas, de maneira geral, como eventos que não deveriam ocorrer diante de uma adequada atenção à saúde. Embora essa definição seja reconhecida, estudos apontam que a melhoria das condições de vida da população, representada pelo progresso da situação socioeconômica, juntamente com ações específicas relacionadas ao cuidado em saúde, interferem na redução da mortalidade (RUTSTEIN et al., 1976, NOLTE; MCKEE, 2004; HOLLAND, 1988) .

Nesse sentido, foi editada uma Lista Brasileira de Causas de Mortes Evitáveis, a qual define a relação de causas evitáveis reduzíveis, total ou parcialmente, por ações efetivas dos serviços de saúde sob o contexto do SUS (MALTA et al., 2007; MALTA et al., 2010).

A evolução temporal do perfil de mortalidade evitável na faixa etária de 0 a 4 anos, em Pernambuco, mostra

que as mortes evitáveis por ações de diagnósticos e tratamento adequado apresentaram a maior redução observada: 30,6%. Em oposição, observou-se aumento dos óbitos que poderiam ser evitados por adequada atenção à mulher na gestação: 12,6%, conforme tabela 31.

No tocante a análise por Macrorregiões de Saúde, percebeu-se similaridade com o perfil observado ao nível estadual, isto é, redução das mortes, nas macrorregionais, por ações de diagnósticos e tratamento adequados e aumento dos óbitos evitáveis segundo adequada atenção à mulher na gestação, exceto na II Macrorregional, quando comparados os anos de 2012 e 2021. A IV Macrorregional apresentou o maior incremento de mortes entre as causas evitáveis segundo adequada atenção à mulher na gestação: 117,3%. Contudo, apresentou maior redução para mortes que poderiam ser evitadas segundo adequada atenção à mulher no parto (62,5%).

Tabela 31. Percentual de óbitos na faixa etária de 0 a 4 anos segundo critério de evitabilidade* por Macrorregião de Saúde, Pernambuco, 2012, 2016 e 2021.

CAUSAS EVITÁVEIS 0-4 ANOS	*ANO*	*MACRORREGIÃO DE SAÚDE*				*PE*
		I	*II*	*III*	*IV*	
Ações de imunizações	2012	0,4	0,9	0,0	0,4	0,4
	2016	0,4	0,0	0,0	0,0	0,2
	2021	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Adequada atenção à mulher na gestação	2012	44,8	37,4	27,5	19,2	37,4
	2016	45,0	33,8	35,3	24,2	38,3
	2021	45,7	36,0	41,4	41,8	42,1
Adequada atenção à mulher no parto	2012	10,8	12,5	20,2	20,5	13,7
	2016	10,4	10,8	19,0	17,2	12,5
	2021	14,5	16,6	22,7	7,7	14,7
Adequada atenção ao recém-nascido	2012	17,5	17,9	24,4	31,4	20,5
	2016	16,2	22,3	15,7	35,7	20,5
	2021	16,0	22,3	17,2	26,9	19,9
Ações de diagnóstico e tratamento adequados	2012	13,8	14,6	13,0	10,5	13,4
	2016	12,4	15,8	14,4	10,1	12,9
	2021	9,6	9,3	6,3	9,6	9,3
Ações de atenção e promoção à saúde	2012	12,8	16,7	15,0	18,0	14,6
	2016	15,7	17,3	15,7	12,8	15,6
	2021	14,3	15,8	12,5	13,9	14,1

Fonte: SIM/SES-PE.

Tabela 32. Percentual de óbitos na faixa etária de 0 a 4 anos segundo critério de evitabilidade* por Região de Saúde, Pernambuco, 2012, 2016 e 2021.

CAUSAS EVITÁVEIS 0-4 ANOS	ANO	REGIÃO DE SAÚDE											
		I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII
Ações de imunizações	2012	0,2	1,9	0,0	0,9	0,9	0,0	0,0	0,0	1,0	0,0	0,0	0,0
	2016	0,6	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	2021	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Adequada atenção à mulher na gestação	2012	47,4	46,6	30,3	38,6	35,1	20,2	25,6	14,6	21,6	30,8	38,1	39,2
	2016	47,4	52,2	29,2	35,6	30,6	33,8	28,6	21,3	26,2	28,0	41,2	34,1
	2021	45,7	38,5	38,1	35,8	36,6	35,1	34,5	46,6	38,2	38,5	51,1	56,4
Adequada atenção à mulher no parto	2012	9,9	6,8	19,2	10,2	16,7	18,3	12,8	20,4	23,7	19,2	23,8	11,8
	2016	10,3	8,7	12,4	7,2	17,3	18,2	14,3	14,8	21,4	16,0	21,6	9,8
	2021	14,5	19,2	14,3	13,6	23,9	29,8	10,3	7,8	6,6	23,1	13,3	10,3
Adequada atenção ao recém-nascido	2012	15,9	20,4	22,2	18,6	16,7	26,0	46,2	33,0	23,7	15,4	25,4	21,6
	2016	14,7	18,8	23,6	22,8	21,4	15,6	40,0	38,9	29,8	24,0	11,8	14,6
	2021	16,0	19,2	19,0	22,7	21,1	14,0	37,9	21,4	30,3	23,1	17,8	17,9
Ações de diagnóstico e tratamento adequados	2012	15,0	6,8	12,1	16,3	11,4	17,3	7,7	10,7	11,3	15,4	4,8	17,6
	2016	11,8	5,8	18,0	16,1	15,3	16,9	5,7	13,0	8,3	16,0	9,8	19,5
	2021	9,6	13,5	9,5	10,8	5,6	7,0	6,9	11,7	7,9	7,7	4,4	7,7
Ações de atenção e promoção à saúde	2012	11,6	17,5	16,2	15,3	19,3	18,3	7,7	21,4	18,6	19,2	7,9	9,8
	2016	15,3	14,5	16,9	18,3	15,3	15,6	11,4	12,0	14,3	16,0	15,7	22,0
	2021	14,3	9,6	19,0	17,0	12,7	14,0	10,3	12,6	17,1	7,7	13,3	7,7

Fonte: *SIM/SES-PE.*

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

A análise da evitabilidade dos óbitos de 0 a 4 anos por Regiões de Saúde, apresentada nas tabelas 33 e 34, diverge da observada para o Estado e Macrorregiões de Saúde. Ao passo que se observou importantes reduções nos percentuais de mortes reduzíveis por ações de diagnósticos e tratamento adequados, as II e VIII GERES apresentaram incremento, na ordem de 98,1% e 9,1%, respectivamente; quando comparados os anos de 2012 e 2021.

As mortes que poderiam ser evitadas mediante adequada atenção à mulher na gestação apresentaram redução na I, II e IV GERES e aumento em todas as demais Regiões de Saúde, com destaque para a VII GERES (220,0%). Os maiores percentuais de redução de óbitos foram observados na IX (72,3%) e VIII (61,9%) GERES no tocante às mortes preveníveis por meio de adequada atenção à mulher no parto. Contudo, a II GERES apresentou um importante aumento dos óbitos nesta variável com 183%.

Os principais grupos de causas de óbitos evitáveis na faixa etária de 0 a 4 anos segundo as Macrorregiões de Saúde e Estado de Pernambuco mostraram que as afecções maternas foram a principal causa de óbito evitável no Estado para os anos de 2012, 2016 e 2021.

A análise por macrorregional evidenciou a especificidade epidemiológica dessas regiões à medida que apenas a I Macrorregional apresentou para os três anos avaliados, a mesma causa de óbito principal: afecções maternas. Em 2012, cada macrorregional apresentou uma principal causa de óbito evitável distinta. Em 2016, as afecções maternas foram a principal causa de óbito nas I e III, e as infecções no período neonatal nas II e IV. Por fim, a principal causa de óbito evitável em 2021 foram as afecções maternas (I e II Macrorregionais), transtorno respiratório e cardiovascular do período neonatal (III Macrorregional) e complicações materna da gravidez (IV Macrorregional).

Tabela 33. Distribuição dos principais agrupamentos de causas de óbitos evitáveis na faixa etária de 0 a 4 anos segundo critério de evitabilidade. Macrorregiões de saúde, Pernambuco, 2012, 2016 e 2021.

MACRO	RANKING 2012			RANKING 2016			RANKING 2021		
	1º	2º	3º	1º	2º	3º	1º	2º	3º
I	Afecções maternas	Complicações maternas da gravidez	Infecções no período neonatal*	Afecções maternas	Complicações maternas da gravidez	Infecções no período neonatal*	Afecções maternas	Infecções no período neonatal*	Complicações maternas da gravidez
II	Gestação de curta duração e baixo peso ao nascer	Afecções maternas	Transtorno respiratório e cardiovascular do período neonatal	Infecções no período neonatal*	Gestação de curta duração e baixo peso ao nascer	Afecções maternas	Afecções maternas	Infecções no período neonatal*	Hipóxia
III	Tanstorno respiratório e cardiovascular do período neonatal	Hipóxia	Infecções no período neonatal*	Afecções maternas	Gestação de curta duração e baixo peso ao nascer	Hipóxia	Transtorno respiratório e cardiovascular do período neonatal	Hipóxia	Síndrome da angústia respiratória do recém-nascido
IV	Infecções no período neonatal*	Hipóxia	Transtorno respiratório e cardiovascular do período neonatal	Infecções no período neonatal*	Transtorno respiratório e cardiovascular do período neonatal	Gestação de curta duração e baixo peso ao nascer	Complicações maternas da gravidez	Infecções no período neonatal*	Transtorno respiratório e cardiovascular do período neonatal
PE	Afecções maternas	Infecções no período neonatal*	Transtorno respiratório e cardiovascular do período neonatal	Afecções maternas	Infecções no período neonatal*	Complicações maternas da gravidez	Afecções maternas	Infecções no período neonatal*	Complicações maternas da gravidez

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

Reduzíveis por:

1.2.1 Atenção à mulher na gestação 1.2.2 Atenção à mulher no parto 1.2.3 Atenção ao recém-nascido
1.3 Ações de diagnóstico e tratamento adequado
1.4 Ações de promoção e atenção à saúde

A partir da análise por Região de Saúde constatou-se que as infecções no período neonatal foram a principal causa de óbito evitável de 0 a 4 anos na maioria das GERES no ano de 2012 (tabela 34), o que refletia a necessidade de uma maior atenção à assistência prestada ao recém-nascido em seus primeiros dias de vida.

Já nos anos seguintes (2016 e 2021) o cenário epidemiológico por GERES se modificou. As infecções no período neonatal e agora, as afecções maternas, foram as principais causas de óbito evitável de 0 a 4 anos na maioria das regiões de saúde do Estado (tabela 34).

Tabela 34. Distribuição dos principais agrupamentos de causas de óbitos evitáveis na faixa etária de 0 a 4 anos segundo critério de evitabilidade. Regiões de saúde, Pernambuco, 2012, 2016 e 2021.

REGIÃO DE SAÚDE	RANKING 2012			RANKING 2016			RANKING 2021		
	1º	2º	3º	1º	2º	3º	1º	2º	3º
I	Afecções maternas	Complicações maternas da gravidez	Infecções no período neonatal*	Afecções maternas	Complicações maternas da gravidez	Infecções no período neonatal*	Afecções maternas	Complicações maternas da gravidez	Infecções no período neonatal*
II	Afecções maternas	Complicações maternas da gravidez	Infecções no período neonatal*	Afecções maternas	Infecções no período neonatal*	Complicações maternas da gravidez	Afecções maternas	Infecções no período neonatal*	Hipóxia
III	Infecções no período neonatal*	Hipóxia	Afecções maternas	Infecções no período neonatal*	Pneumonia	Afecções maternas	Infecções no período neonatal*	Gestação de curta duração e baixo peso ao nascer	Afecções maternas
IV	Transtorno respiratório e cardiovascular do período neonatal	Gestação de curta duração e baixo peso ao nascer	Afecções maternas	Infecções no período neonatal*	Afecções maternas	Transtorno respiratório e cardiovascular do período neonatal	Afecções maternas	Infecções no período neonatal*	Transtorno respiratório e cardiovascular do período neonatal
V	Infecções no período neonatal*	Hipóxia	Doenças infecciosas intestinais	Gestação de curta duração e baixo peso ao nascer	Infecções no período neonatal*	Transtorno respiratório e cardiovascular do período neonatal	Infecções no período neonatal*	Complicações do parto	Afecções maternas
VI	Transtorno respiratório e cardiovascular do período neonatal	Infecções no período neonatal*	Hipóxia	Afecções maternas	Hipóxia	Transtorno respiratório e cardiovascular do período neonatal	Gestação de curta duração e baixo peso ao nascer	Síndrome da aspiração neonatal	Hipóxia
VII	Infecções no período neonatal*	Transtorno respiratório e cardiovascular do período neonatal	Pneumonia	Infecções no período neonatal*	Transtorno respiratório e cardiovascular do período neonatal	Gestação de curta duração e baixo peso ao nascer	Infecções no período neonatal*	Complicações maternas da gravidez	Transtorno respiratório e cardiovascular do período neonatal
VIII	Infecções no período neonatal*	Hipóxia	Transtorno respiratório e cardiovascular do período neonatal	Infecções no período neonatal*	Transtorno respiratório e cardiovascular do período neonatal	Gestação de curta duração e baixo peso ao nascer	Complicações maternas da gravidez	Afecções maternas	Infecções no período neonatal*
IX	Hipóxia	Infecções no período neonatal*	Gestação de curta duração e baixo peso ao nascer	Transtorno respiratório e cardiovascular do período neonatal	Síndrome da angústia respiratória do recém-nascido	Infecções no período neonatal*	Infecções no período neonatal*	Transtorno respiratório e cardiovascular do período neonatal	Gestação de curta duração e baixo peso ao nascer
X	Infecções no período neonatal*	Hipóxia	Gestação de curta duração e baixo peso ao nascer	Afecções maternas	Infecções no período neonatal*	Hipóxia	Gestação de curta duração e baixo peso ao nascer	Hipóxia	Infecções no período neonatal*
XI	Gestação de curta duração e baixo peso ao nascer	Transtorno respiratório e cardiovascular do período neonatal	Hipóxia	Gestação de curta duração e baixo peso ao nascer	Afecções maternas	Infecções no período neonatal*	Síndrome da angústia respiratória do recém-nascido	Afecções maternas	Hipóxia
XII	Afecções maternas	Pneumonia	Transtorno respiratório e cardiovascular do período neonatal	Gestação de curta duração e baixo peso ao nascer	Complicações maternas da gravidez	Doenças infecciosas intestinais	Afecções maternas	Infecções no período neonatal*	Feto e recém nascido afetados por complicações da placenta e membranas

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

Reduzíveis por:

1.2.1 Atenção à mulher na gestação 1.2.2 Atenção à mulher no parto 1.2.3 Atenção ao recém-nascido
1.3 Ações de diagnóstico e tratamento adequado
1.4 Ações de promoção e atenção à saúde

A evolução temporal do perfil de mortalidade evitável na faixa etária de 5 a 74 anos, no Estado de Pernambuco, mostra que as mortes reduzíveis por atenção às causas externas apresentaram a maior redução observada (7,4%). Em contrapartida, observou-se aumento dos óbitos que poderiam ser evitados por atenção às doenças infecciosas (14,0%), conforme tabela 35.

Tabela 35. Percentual de óbitos na faixa etária de 5 a 74 anos segundo critério de evitabilidade* por Macrorregião de Saúde, Pernambuco, 2012, 2016 e 2021.

CAUSAS EVITÁVEIS 0-4 ANOS	ANO	MACRORREGIÃO DE SAÚDE				PE
		I	II	III	IV	
Ações de imunizações	2012	0,2	0,1	0,1	0,0	0,2
	2016	0,2	0,2	0,0	0,0	0,2
	2021	0,2	0,1	0,0	0,0	0,1
Adequada atenção à mulher na gestação	2012	13,2	8,5	7,1	8,2	11,4
	2016	13,9	11,0	9,3	10,2	12,6
	2021	14,4	11,2	10,0	8,7	13,0
Adequada atenção à mulher no parto	2012	61,3	62,6	64,6	54,8	61,0
	2016	59,3	58,7	62,1	53,6	58,8
	2021	61,6	61,6	62,6	59,2	61,4
Adequada atenção ao recém-nascido	2012	0,4	0,2	0,3	0,7	0,4
	2016	0,3	0,3	0,2	0,8	0,3
	2021	0,5	0,3	0,2	0,8	0,4
Ações de diagnóstico e tratamento adequados	2012	24,9	28,6	27,9	36,3	27,1
	2016	26,3	29,9	28,3	35,3	28,1
	2021	23,4	26,7	27,1	31,4	25,1

Fonte: *SIM/SES-PE.*

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

Analisando as Macrorregiões, é possível observar que há uma semelhança com o padrão identificado a nível estadual. Ou seja, houve diminuição nas mortes evitáveis por atenção às causas externas em todas as macrorregiões, com especial destaque para a IV Macrorregional, que registrou uma redução de 13,5% nesses óbitos entre os anos de 2012 e 2021. Oposto a isto, todas as macrorregiões registraram aumento dos óbitos que poderiam ser evitados por atenção às doenças infecciosas. Em relação aos óbitos evitáveis por atenção às doenças não transmissíveis, apenas as II e III Macrorregiões apresentaram redução nesse percentual, onde o maior percentual de redução foi da III Macrorregional (3,1%). No final do período analisado, as I e IV macrorregiões registraram aumento nesses óbitos, com destaque para a IV Macrorregional(7,9%). A III Macrorregional apresentou o maior incremento de mortes entre todas as causas evitáveis: 41,9% óbitos que poderiam ser evitados por atenção às doenças infecciosas e a maior redução também: 18,8% para mortes que poderiam ser evitadas por atenção às causas maternas entre os anos de 2012 e 2021.

Tabela 36. Percentual de óbitos na faixa etária de 5 a 74 anos segundo critério de evitabilidade* por Região de Saúde, Pernambuco, 2012, 2016 e 2021.

CAUSAS EVITÁVEIS 5-74 ANOS	ANO	REGIÃO DE SAÚDE												
		I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII	MUNICÍPIO IGNORADO
Atenção às doenças Imunopreviníveis	2012	0,2	0,2	0,2	0,1	0,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,3	0,0	0,0
	2016	0,2	0,1	0,2	0,2	0,1	0,0	0,0	0,1	0,0	0,2	0,0	0,3	0,0
	2021	0,2	0,1	0,1	0,1	0,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,3	0,0
Atenção às doenças infecciosas	2012	14,3	10,9	9,8	8,9	7,3	7,1	9,9	8,0	7,7	7,2	7,0	10,0	6,9
	2016	14,4	11,8	12,2	11,1	10,7	10,0	9,1	10,7	10,1	9,6	8,1	13,7	10,5
	2021	15,0	12,9	13,0	11,7	10,2	9,1	7,7	8,6	9,3	12,0	9,6	12,2	7,3
Atenção às doenças não-transmissíveis	2012	59,7	66,0	66,3	63,2	60,7	62,8	62,2	53,1	54,0	69,1	63,4	63,2	10,1
	2016	59,4	60,4	58,6	57,9	60,6	59,1	63,7	50,7	52,7	68,1	62,0	58,1	15,8
	2021	61,7	62,4	60,1	59,5	66,4	63,3	64,6	59,5	56,3	63,7	60,8	60,8	21,8
Atenção às causas maternas	2012	0,4	0,1	0,7	0,2	0,3	0,4	0,4	0,4	1,3	0,0	0,3	0,3	0,0
	2016	0,3	0,2	0,5	0,2	0,5	0,2	0,3	0,6	1,5	0,0	0,4	0,2	0,0
	2021	0,5	0,4	0,3	0,4	0,1	0,3	0,8	0,7	0,7	0,2	0,2	0,2	0,0
Atenção às causas externas	2012	25,4	22,8	23,1	27,5	31,4	29,7	27,6	38,5	37,1	23,7	29,0	26,5	83,0
	2016	25,7	27,5	28,5	30,7	28,1	30,7	26,9	38,0	35,7	22,1	29,4	27,7	73,7
	2021	22,6	24,1	26,5	28,3	23,1	27,3	26,9	31,2	33,7	24,1	29,4	26,5	70,9

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

A análise das Regiões de Saúde revelou que, com exceção da VII GERES, que registrou redução de 22,2% nos registros de óbitos evitáveis por atenção às doenças não infecciosas, todas as demais GERES registraram aumento, com destaque para a X GERES, que teve o maior aumento percentual, na ordem de 66,6%. No que se refere aos óbitos evitáveis por doenças não-transmissíveis, entre os anos de 2012 e 2021, observou-se redução significativa em metade das Regiões de Saúde (II, III, IV, X, XI e XII), sendo a maior redução observada na III GERES: 9,35%. Já as demais GERES (I, V, VI, VII, VIII e IX) apresentaram aumento, destacando-se a VIII GERES com o maior percentual, correspondendo a 12,0%. Quanto aos óbitos evitáveis por causas externas observou-se redução nas I, V, VI, VII, VIII e IX GERES, com destaque para a V GERES: 26,4%. Por outro lado, as demais Regiões de Saúde (II, III, IV, X e XI) registraram aumento nesses óbitos, cabendo destaque para a III GERES, que entre os anos de 2012 e 2021 registrou aumento de 26,5%. Ao considerar todas as causas evitáveis de óbitos na faixa etária de 5 a 74 anos, o maior percentual de aumento, entre os anos de 2012 e 2021, foi observado na II GERES no tocante as mortes evitáveis por adequada atenção às causas maternas: 630,0%; enquanto que, a maior redução ocorreu na III GERES, em relação aos óbitos que poderiam ter sido evitados por adequada atenção às causas maternas (60,0%).

SAÚDE SUPLEMENTAR

No Brasil existem 1.135 operadoras de saúde com registros ativos, destas 370 (33%) possuem beneficiários cobertos por serviços de saúde suplementar em Pernambuco no mês de junho de 2023. Porém, somente 16 (1,4%) são registradas no Estado de Pernambuco. Observam-se, no Quadro 2, as dez maiores operadoras com cobertura no Estado, o que equivale a aproximadamente 85% dos 1.393.843 beneficiários residentes em Pernambuco. Destacam-se as duas maiores operadoras: a Hapvida Assistência Médica S.A. com 492.304 (35%) e a Unimed Recife Cooperativa de Trabalho Médico com 170.789 (12%).

Quadro 2. Número de beneficiários por operadoras de saúde suplementar em assistência médica no Estado de Pernambuco.

Operadoras de Assistência Médica	Nº Beneficiários	Percentual
HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA S.A.	**492.304**	**35%**
UNIMED RECIFE COOPERATIVA DE TRABALHO MEDIC	**170.789**	**12%**
BRADESCO SAÚDE S.A.	**102.110**	**7%**

AMIL ASSISTENCIA MEDICA INTERNACIONAL S.A.	90.587	6%
SUL AMERICA COMPANHIA DE SEGURO SAÚDE	90.150	6%
UNIMED CARUARU - COOPERATIVA DE TRABALHO MEDI	68.589	5%
UNIMED NACIONAL - COOPERATIVA CENTRAL	63.554	5%
UNIMED VALE DO SAO FRANCISCO COOPERATIVA DE	43.472	3%
CAIXA DE ASSISTENCIA DOS FUNCIONARIOS DO BA	29.024	2%
ASSOCIAÇÃO FCA SAÚDE	27.375	2%
OUTRAS OPERADORAS	215.889	15%
TOTAL	1.393.843	100%

Fonte: *SIB/ANS/MS-06/2023.*

Observa-se na cobertura populacional da assistência à saúde no Estado de Pernambuco, que todos os 184 municípios e o Distrito de Fernando de Noronha possuem beneficiários de operadoras de assistência médica de saúde suplementar. Porém, somente 16 (8,6%) municípios apresentam uma cobertura acima de 10% da população residente, sendo que 81 % destes pertencem a I Macrorregional de Saúde. O número de municípios que têm menos de 1% de cobertura pela Saúde Suplementar é de 53 (29%), sendo estes distribuídos nas macrorregionais com um percentual de: 26% na I Macrorregional , 23% na II, 34% na III e 17% na IV.

Isto posto, verifica-se a magnitude da população que usa exclusivamente o SUS como sistema de assistência à saúde, ou seja, a população SUS dependente. Observa-se no Quadro 3 que estes correspondem a aproximadamente a 85% da população do Estado, isto é, somente 15% da população é beneficiárias da saúde suplementar. A I Macrorregião de Saúde é a com maior cobertura da população pela saúde suplementar. Ademais, observa-se que esta cobertura é bem mais baixa nas demais Macrorregiões de Saúde, o que evidencia uma dependência de serviço assistencial fornecido pelo SUS, sendo a III Macrorregional com a maior população SUS dependente com aproximadamente 98% da sua população.

Quadro 3. População SUS dependente e beneficiários da saúde suplementar, segundo Macrorregional de Saúde, no Estado de Pernambuco.

Macrorregionais	População	População SUS dependente	Beneficiários Saúde Suplementar	% população SUS dependente	% beneficiários Saúde Suplementar
I	5.331.254	4.155.733	1.175.521	78%	22%
II	1.879.000	1.762.630	116.370	94%	6%
III	836.977	818.556	18.421	98%	2%
IV	1.010.924	927.428	83.496	92%	8%
PE	9.058.155	7.664.347	1.393.808	85%	15%

Fonte: *SIB/ANS/MS, 06/2023; IBGE, 2023.*

Os tipos mais frequentes de contratação de saúde suplementar são os planos de saúde coletivos (74%), os quais se dividem em coletivo empresarial (58,2%) e coletivo por adesão (15,8%). Os planos de saúde individuais ou familiares representam 26% dos tipos de contratação ofertados pelas operadoras. Esta predominância de contratos coletivos na saúde suplementar poderá impactar em um aumento da população SUS dependente, em períodos que ocorre aumento da taxa de desemprego e o beneficiário poderá ficar descoberto devido à demissões e interrupção na assistência da saúde suplementar.

Ressaltando-se que além das ações e programas assistenciais médicos hospitalares, ambulatoriais e de

saúde mental e bucal, saúde indígena, saúde da população negra, população carcerária, LGBT e outras, o SUS oferece à população geral, SUS dependente ou não, uma série de serviços que incluem a vigilância sanitária e epidemiológica, distribuição gratuita de medicamentos prioritários, vacinas e imunobiológicos, controle e fiscalização de serviços, produtos e substâncias de interesse para a saúde, fiscalização e inspeção de alimentos, água e bebidas para consumo humano, fazendo assim de todo brasileiro um usuário do SUS, o qual garante o direito integral, universal e gratuito a saúde para toda a população.

ANÁLISE DO PROCESSO DE REGIONALIZAÇÃO

2.1 A DIMENSÃO TERRITORIAL E DA ALOCAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE COM VISTAS A ORGANIZAÇÃO DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE, A DIMENSÃO DO ACESSO E ACESSIBILIDADE DA POPULAÇÃO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE E A DIMENSÃO DA GESTÃO REGIONAL

O estado de Pernambuco, a partir da Resolução CIB-PE nº 1734, de 17/09/2011, o qual aprova o Plano Diretor de Regionalização, definiu-se no referido documento que a conformação territorial da saúde no estado seria organizada em 04 Macrorregiões, 12 Regiões e 11 Microrregiões de saúde. Em 2021, devido às ações relacionadas ao Planejamento Regional Integrado, foi necessário ratificar o desenho político-administrativo e sanitário da saúde pernambucana, através da Resolução CIB-PE nº 5813, de 08/11/2021.

Figura 6. Regionalização do estado de Pernambuco em 04 Macrorregiões com os municípios sede, Pernambuco.



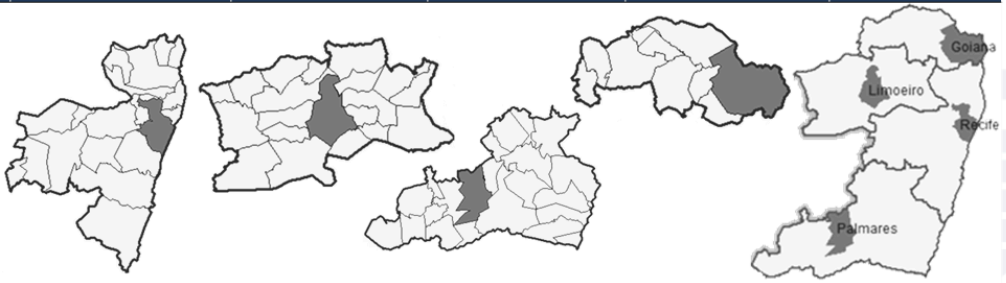
Figura 7. Regionalização do Estado de Pernambuco em 12 Regiões de Saúde com os municípios sede, Pernambuco.



I MACRORREGIÃO DE SAÚDE

A primeira Macrorregião de Saúde em Pernambuco, também denominada de Macrorregião Metropolitana, é constituída por 72 municípios (incluindo o Distrito estadual de Fernando de Noronha) organizados em quatro Regiões de Saúde (I, II, III e XII), com sede administrativa em Recife (PDR, 2011). A população residente estimada neste território é de 5.834.196 habitantes (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2022), dos quais, cerca de 80,5% (4.495.281 habitantes) são dependentes do Sistema Único de Saúde (SUS), segundo o Plano Estadual de Saúde de Pernambuco 2020-2023 (PES-PE, 2019).

Quadro 4. Caracterização da I Macrorregião de Saúde: Divisão político-administrativa, área em km², distância em Km, limites geográficos e População (total e densidade demográfica). Pernambuco, 2023.

	Região de Saúde I	Região de Saúde II	Região de Saúde III	Região de Saúde XII	I Macrorregião de Saúde
Recorte Territorial					
Municípios	**I Microrregião:** Abreu e Lima, Araçoiaba, Fernando de Noronha, Igarassu, Ilha de Itamaracá, Itapissuma, Olinda, Paulista e Recife. **II Microrregião:** Camaragibe, Chã de Alegria, Chã Grande, Glória do Goitá, Pombos, São Lourenço da Mata e Vitória de Santo Antão. **III Microrregião:** Cabo de Santo Agostinho, Ipojuca, Jaboatão dos Guararapes e Moreno.	**IV Microrregião:** Bom Jardim, Casinhas, Cumaru, Feira Nova, João Alfredo, Limoeiro, Machados, Orobó, Passira, Salgadinho, Surubim, Vertente do Lério. **V Microrregião:** Buenos Aires, Carpina, Lagoa de Itaenga, Vicência, Lagoa do Carro, Nazaré da Mata, Paudalho, Tracunhaém.	**Municípios :** Água Preta, Amaraji, Barreiros, Belém de Maria, Catende, Cortes, Escada, Cameleira. Jaqueira, Joaquim Nabuco, Lagoa dos Gatos, Maraial, Palmares Primavera, Xexéu Quipapá, Ribeirão, Sirinhaém. Rio Formoso, Tamandaré, São Benedito do Sul, São José da Coroa Grande.	**Municípios:** Aliança, Camutanga: Condado, Ferreiros; Goiana, Itambé, São Vicente Ferrer; Itaquitinga; Macaparana, Timbaúba.	Total de 72 Municípios
	Total: 22 Municípios	Total: 20 Municípios	Total: 22 municípios	Total: 10 municípios	
Município Sede	Recife	Limoeiro	Palmares	Goiana	
Nº Total de Municípios e Regiões de Saúde ou Microrregiões de Saúde	22 municípios e 03 Microrregiões de Saúde	20 municípios e 02 Microrregiões de Saúde	22 municípios e (-) Microrregiões de Saúde	10 municípios e (-) Microrregiões de Saúde	72 municípios e 04 Regiões de Saúde
Área (Km²)	2.721,2 Km²	3.223,7 Km²	4.746,3 Km²	1.916,4 Km²	13.607,5 Km²
Distância entre município-sede da RS até município-sede da Macrorregião	0 Km	64,75 Km	122,4 Km	65,2 Km	(-)
Limites geográficos da macrorregião	**Norte:** XII RS e II RS. **Sul:** III RS. **Leste:** Oceano Atlântico; **Oeste:** II RS e IV RS.	**Norte:** Paraíba e Sul da XII RS. **Sul:** IV RS e I RS. **Leste:** Oeste da I RS. **Oeste:** IV RS.	**Norte:** I RS. **Sul:** Alagoas e Canhotinho (V RS). **Leste:** Oceano Atlântico. **Oeste:** IV RS.	**Norte:** Paraíba. **Sul:** II RS; I RS. **Leste:** Oceano Atlântico, Arquipélago de Fernando de Noronha. **Oeste:** Paraíba.	**Norte:** Paraíba. **Sul:** Alagoas. **Leste:** Oceano Atlântico. **Oeste:** II Macro.
População Total	4.284.248 hab [1]	605.406 hab [1]	628.399 hab [1]	316.160 hab [1]	5.834.213 hab.
Densidade demográfica	1.151,3 hab./Km²	187,8 hab./Km²	132,4 hab./Km²	165,0 hab./Km²	428,7 hab./Km²
% da população da RS² em relação à Macrorregião e Estado	73,4% ; 44,28%	10,4% ; 6,26%	10,7% ; 6,49%	5,42% ; 3,28%	(-) 60,30%

Fonte: *Caderno de Informações em Saúde, DGGEAI/GIS, 2021, e data da coleta de informação: 18.05.2022; PDR-PE (2011); Informações retiradas do Google Maps.*
Nota: *(1) = habitantes/(2) Região de Saúde.*

I REGIÃO DE SAÚDE

A I Região de Saúde, com sede em Recife, tem seu território subdividido em três Microrregiões de Saúde (I, II e III) e apresenta a população residente estimada, tendo como referência o ano de 2021, de 4.284.238 habitantes (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2022). É formada por 19 municípios e o Distrito Estadual de Fernando de Noronha, sendo a Região de Saúde mais populosa da I Macrorregião, além de ser, também, sede da I Macrorregião de Saúde. Os municípios mais populosos são representados por Recife, Jaboatão dos Guararapes e Olinda. Considerando o processo de disseminação urbana, observa-se que os municípios de Recife, Camaragibe, Fernando de Noronha e Paulista apresentam 100% de urbanização de seus territórios.

Em relação à oferta e cobertura de ações e serviços de saúde, a I região conta com 12 centros de testagem e aconselhamento e 10 serviços de assistência especializada. A cobertura populacional de Equipes de Saúde da Família, pactuada para Pernambuco em 2020, foi de 79,9%, sendo que apenas 35% dos municípios atingiram essa cobertura. Os municípios de Igarassu, Olinda, Paulista, Recife, Ipojuca e Jaboatão dos Guararapes apresentaram cobertura abaixo de 79% em 2020. Quanto às Equipes de Saúde Bucal, a I região conta com 46,04% de cobertura. Para o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) a cobertura é de 68,3%. Porém, os municípios de Fernando de Noronha, Itamaracá, Paulista, Chã de Alegria, Chã Grande e Glória de Goitá apresentam 100% de cobertura.

Para o Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), apesar das mudanças ocorridas na forma de funcionamento da atenção primária, a I região conta com 56 NASF-AB distribuídos em 18 municípios. Em relação à cobertura dos Centros de Especialidades Odontológicas, a I região conta com 18 unidades de atendimento.

No âmbito das Redes de Atenção à Saúde a I região conta com a Rede Cegonha, ofertando Pré-natal de alto risco e 11 maternidades com produtividade a partir de 500 partos/ano. A rede de Urgência e Emergência atende na lógica dos 04 níveis de atenção. Para a rede de Atenção Psicossocial (RAP) a I região de saúde está organizada da seguinte forma: 29 CAPS na microrregião I, 07 na microrregião II e 08 na microrregião III. Para a RAPS damos destaque para o município de Recife que conta com 67% dos CAPSi, sendo a única microrregião com CAPS III.

Além dos serviços de saúde, o território da I região conta com 04 Centrais de Regulação, sendo elas: Hospitalar, Ambulatorial, de Transplante e Interestadual Pernambuco-Bahia (Rede PEBA). A regulação conta também com sistemas de informação, a exemplo do CMCE, próprio do estado de Pernambuco, para solicitação de consultas e exames.

II REGIÃO DE SAÚDE

A II Região de Saúde tem sua sede administrativa no município de Limoeiro, sendo formada por 20 municípios, e apresenta uma população estimada em 605.148 habitantes. Nos últimos anos notou-se um aumento populacional estimado em 10,7% para 2020, sendo que os municípios de Cumaru e Vertente do Lério apresentaram diminuição de sua população, chamando atenção para o município de Cumaru com queda de 41% de sua população em um período de 11 anos. Os municípios com maior aumento de sua população são: Carpina (11,3%), Surubim (10,8%) e Paudalho (9,7%).

Em relação à oferta de serviços da Atenção Primária, no território da II região de saúde, a cobertura de equipes de saúde da família corresponde a 96,22%. Dos 20 municípios, 15 apresentam cobertura de 100%. Dentre os municípios com menor cobertura estão Cumaru (63,27%) e Tracunhaém (75,17%). As Equipes de Saúde Bucal tem cobertura para 84% da população. Os municípios com menor cobertura em saúde bucal são Carpina (49,5%) e Nazaré da Mata (31,87%). O município de Cumaru não apresenta cobertura de saúde bucal.

Para o Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) a II região de saúde apresenta 29 do tipo I e 02 do tipo II. Os municípios de Salgadinho e Vertente do Lério não têm nenhum NASF-AB. O programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) é o programa de maior cobertura dentro do território, sendo 96,55%. São 1.264 Agentes Comunitários de Saúde (ACS) distribuídos entre os 20 municípios. Cumaru e Tracunhaém são os municípios com menores coberturas, sendo 62,64% e 73,81%, respectivamente. Um destaque importante para a II região de saúde em relação à Atenção Primária é que a sua cobertura está 20% acima da cobertura estadual.

A Rede de Atenção à Saúde no território da II região conta com várias estratégias. Dentro da Rede Materno e Infantil (RMI) conta-se com o Programa Mãe Coruja e a Rede Cegonha. A Rede Cegonha possibilita que os partos de risco habitual, para mulheres residentes em todos os municípios que integram a II região de saúde, sejam realizados dentro do próprio território. Porém, os locais para parto de alto risco encontram-se localizados fora do território, na cidade do Recife. Para atendimento de Urgências e Emergências Obstétricas há ausência de leitos de Unidade de Terapia Intensivos (UTI) neonatal e adulto na regional. Dentro da RMI é possível observar que o território da II região recebe mulheres de outras regiões de saúde, como IV e XII, municípios esses que não estão pactuados dentro da regional.

Para a Rede de Urgência e Emergência (RUE) é possível observar que na II região de saúde necessita de organização em relação a fluxo, complexidade e níveis de necessidade dos usuários da rede. Há necessidade de sala de estabilização em municípios que ocupam posição estratégica em relação à RUE. Dentro da Rede de Oncologia não há fluxo de acesso e nem de regulação estabelecidos a nível regional.

III REGIÃO DE SAÚDE

A III Região de Saúde é composta por 22 municípios sendo eles: Água Preta, Amaraji, Barreiros, Belém de Maria, Catende, Cortês, Escada, Gameleira, Jaqueira, Joaquim Nabuco, Lagoa dos Gatos, Maraial, Palmares, Primavera, Quipapá, Ribeirão, Rio Formoso, São Benedito do Sul, São José da Coroa Grande, Sirinhaém, Tamandaré, Xexéu com uma estimativa de 624.933 habitantes segundo o DATASUS (2021), com área territorial de 4.745,115km², tendo sua sede no município de Palmares que fica localizada a 122 km de Recife, com distância média de 48 km entre os municípios da regional.

A III GERES localiza-se na zona da Mata Sul do Estado de Pernambuco e tem como principais vias de acesso a BR -101, que liga a capital pernambucana à região da mata sul, além da PE 096 que liga os municípios do litoral sul à sede da regional, como também a PE 126, a PE 120, a PE 085 e a PE 060.

A distância entre os municípios e os serviços de referência em Recife e Palmares é um fator que influencia na qualidade do acesso aos serviços de saúde. O município de Sirinhaém é o mais distante do município sede, enquanto Quipapá é o município que mais se distancia da capital pernambucana. Alguns municípios ofertam transportes para Tratamento Fora Domicílio (TFD) e casas de apoio próximas aos principais hospitais de referência de Recife. Tal realidade expõe os pacientes a uma rotina cansativa, que influencia negativamente no prognóstico da doença, especialmente em pacientes em tratamento oncológico e hemodialítico. Assim, faz-se necessário a ampliação dos serviços em rede descentralizada, a fim de minimizar as dificuldades citadas.

No âmbito da Atenção Primária, a III região de saúde apresenta uma cobertura de 93,43% de seu território. A cobertura para o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) é de 98,32%, sendo que entre os anos de 2015 e 2020 houve uma redução de 1,3% no número de ACS. Um destaque importante é observado no município de São Benedito do Sul que tem um percentual de apenas 65,11% de cobertura do PACS, um valor bem abaixo do observado nos demais municípios da região. Outro fator que fragilizou o funcionamento da rede de assistência dentro do território foi a desativação do NASF-AB em 06 municípios após mudança no financiamento da Atenção Primária em Saúde (APS). No âmbito da saúde bucal a região conta com 156 equipes na modalidade I e 01 equipe na modalidade II.

Diante do funcionamento da Rede de Atenção à Saúde no território da III região nota-se que a mesma apresenta uma rede de saúde mental fragilizada, sendo necessário a implantação de novos serviços para CAPS, principalmente o CAPS III, CAPSi, CAPS AD e Residência Terapêutica. A rede Materna e Infantil conta com o Programa Mãe Coruja que fortalece as ações voltadas à saúde materna e infantil. Todavia, entre os anos de 2013 e 2019 houve uma queda no cadastro das crianças nascidas vivas no programa. Outro fator importante é o percentual de gestantes adolescentes que se mostra acima de 19% para os municípios de Amaraji, Joaquim Nabuco, Maraial, Palmares, Rio Formoso e Xexéu.

Para a Rede de Atenção às Urgências e Emergências é observado que apenas os municípios de Joaquim Nabuco e Maraial não aderiram ao SAMU 192. Entre os anos de 2015 e 2020 foi observado uma redução significativa no número de leitos do SUS. Porém, é observado um aumento no número de leitos de UTI, especialmente para a cobertura da Covid-19. Outro fator a considerar no território da III região é a não existência de equipes de atenção domiciliar e de Unidades de Pronto Atendimento (UPA).

Dentro da Rede de cuidados à Pessoa com deficiência (RCPD), apesar da existência de serviços de reabilitação, a rede se encontra com várias fragilidades devido a ausência de profissionais específicos para atendimentos ambulatoriais, a falta de especialidades voltadas ao atendimento à pessoa com deficiência, a alta de demanda de usuários na fila de espera, estrutura física precária e falta de equipamentos apropriados que dificulta a dinâmica de atendimentos.

Na Rede de Oncologia é observado que os índices de mamografia e de exame citopatológico do colo uterino estão abaixo dos índices registrados no estado. Apesar da existência de mamógrafos nos municípios que compõem a região, foi verificado que ainda há um percentual considerável de mulheres que precisam se deslocar para outras regiões de saúde, para realizar confirmação de diagnóstico. Para o período avaliado, foi observado que houve uma redução de 200% no número de mamógrafos disponíveis para a população. Os municípios de Escada e Palmares foram os que apresentaram os maiores números de internações em oncologia entre os anos de 2015 e 2019 na regional. Os dados mostram ainda que, apesar de haver estabilização no número de internações nos municípios, tem havido aumento de mortalidade.

XII REGIÃO DE SAÚDE

Na XII Região de Saúde, com sede no município de Goiana, é considerada a região mais recente a ser instituída, data de 2012, a partir do Decreto No 37.772/2012 (PERNAMBUCO, 2012). Sendo formada por dez municípios que ocupam uma área total de 1.916 Km². A XII Região de Saúde faz limite geográfico com a I e II Regiões de Saúde Ao Norte faz divisa com o estado da Paraíba e ao Leste com o oceano Atlântico.

No âmbito dos serviços de saúde a XII região é observada uma cobertura de 98,23% para a Estratégia de Saúde da Família (ESF). Nesse território, além das equipes de Saúde da Família, a região também conta com uma equipe de Atenção Primária Prisional. Para o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), no ano de 2019, a região contava com 100% de cobertura de Agentes Comunitários de Saúde (ACS). A Estratégia de Saúde Bucal (eSB) também está presente em 100% do território da região, sendo que todas as equipes credenciadas pertencem à modalidade I. Além da eSB, o território conta com 08 Laboratórios de Prótese dentária e 03 Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), sendo dois do tipo I nos municípios de Condado e Itambé e um do tipo II em Goiana.

O Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) representa um total de 17 NASF-AB cadastrados, sendo a modalidade I a mais abrangente no território. Além do NASF-AB, o território conta ainda com o Programa Academia da Saúde, dentre os 10 municípios, 07 possuem o programa. Apenas os municípios de Camutanga, Itaquitinga e Timbaúba possuem pólos homologados pelo Ministério da Saúde.

No âmbito das Redes de Atenção à Saúde a XII região conta ainda com a rede Materna e infantil, onde está inserido o Programa Mãe Coruja e a Rede Cegonha. Os municípios que aderiram a esse Programa Mãe Coruja foram: Aliança, Ferreiros, Macaparana, Condado e São Vicente Ferrer. A Rede Cegonha, apesar de ser uma estratégia que possibilita a oferta contínua de ações para saúde materna e infantil, na XII região necessita de melhor implementação e fortalecimento. Entre os anos de 2018 e 2019 apenas 29,13% dos partos ocorreram no território. É observado que os municípios não conseguem garantir equipe completa preconizada nos 07 dias da semana, em consequência disso apenas partos em período expulsivo são realizados na região. Além disso, há uma necessidade de 13 leitos para atendimento de alto risco.

Para a Rede de Atenção à Pessoa com Deficiência (RCPD), os serviços são ofertados no âmbito da atenção primária, com as equipes de saúde da família, equipes NASF-AB e Equipes de Saúde Bucal. Na atenção especializada os atendimentos são ofertados nos CEO e pelo serviço ambulatorial de reabilitação existente no Hospital Regional Belarmino Correia. Porém, para a atenção hospitalar e de urgência, não há leitos de reabilitação destinados ao atendimento integral à pessoa com deficiência física e nem urgências e emergências odontológicas com atendimento sob sedação e anestesia geral. Ainda no âmbito da RCPD há previsão para implantação de um Centro Especializado em Reabilitação (CER), porém sem perspectiva para o momento, o que colabora para fragilização da rede.

Na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), dentre os dez municípios que integram a XII região de saúde, apenas 05 possuem Centro de Apoio Psicossocial (CAPS). Os municípios de Aliança, Itambé, Itaquitinga e Timbaúba possuem CAPS tipo I, e o município de Goiana possui um CAPS tipo II. No município de Timbaúba, além do CAPS I, há duas residências terapêuticas. A região conta também com 04 leitos no Hospital Regional Belarmino Correia localizado na cidade de Goiana. Em relação à necessidade de serviços, o território necessita de implantação de CAPS III, CAPSi, CAPS ad III, Unidades de acolhimento adulto (UAA) e Unidades de acolhimento infanto-juvenil (UAIJ).

No que concerne à Rede de Urgência e Emergência (RUE), na XII região de saúde, há existência do Serviço Móvel de Urgência (SAMU 24h), em 08 municípios. Apenas os municípios de Ferreiros e Itaquitinga não possuem SAMU. As portas de entrada ocorrem nas unidades Mistas e Hospitais Municipais e também no o Hospital Regional Belarmino Correia, sob gestão estadual, que atende nas especialidades de clínica médica, cirurgia geral, traumatologia, pediatria e obstetrícia. Um fator importante que fragiliza a RUE, no território da XII região, é a ausência de leitos de Unidade de Terapia Intensiva (UTI).

II MACRORREGIÃO DE SAÚDE

A Segunda Macrorregião de Saúde em Pernambuco, também conhecida como Macrorregião Agreste, é formada por 53 municípios organizados em duas Regiões de Saúde (IV e V), com sede administrativa em Caruaru (PDR, 2011). A população residente estimada para este território é de 1.948.946 habitantes (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2022) e, destes, aproximadamente 93,7% (1.788.053 habitantes) são dependentes exclusivamente do Sistema Único de Saúde (SUS) para o acesso a Ações e Serviços de Saúde, de acordo com o Plano Estadual de Saúde de Pernambuco 2020-2023 (2019).

No que diz respeito à dimensão territorial da II Macrorregião de Saúde, têm-se uma área com a abrangência de 18.578,1 km² com densidade demográfica de 104,9 hab./km², em relação a população estimada para o ano de 2021 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2022). Já a cobertura estimada de Equipes de Saúde da Família (ESF) para o território é de 93,8%, à medida que a população coberta por Agentes Comunitários de Saúde (ACS) é mais elevada e alcança 97,8% (PES-PE, 2019).

Quadro 5. Caracterização da II Macrorregião de Saúde: Divisão político-administrativa, área em km² , distância em Km, limites geográficos e População (total e densidade demográfica). Pernambuco, 2023.

	Região de Saúde IV	Região de Saúde V	II Macrorregião de Saúde
Recorte Territorial			
Municípios	**VI Microrregião:** Agrestina, Altinho, Caruaru, Cupira, Ibirajuba, Jurema, Panelas, Riacho das Almas, São Caitano. **VII Microrregião:** Barra de Guabiraba, Bezerros, Bonito, Camocim de São Félix, Gravatá, Sairé, São Joaquim do Monte. **VIII Microrregião:** Alagoinha, Belo Jardim, Cachoeirinha, Pesqueira, Poção, Sanharó, São Bento do Uma, Tacaimbó. **IX Microrregião:** Brejo da Madre de Deus, Frei Miguelinho, Jataúba, Santa Maria do Cambucá, Santa Cruz do Capibaribe, Taquaritinga do Norte, Toritama, Vertentes.	Águas Belas, Angelim, Bom Conselho, Brejão, Calçado Caetés, Canhotinho, Capoeiras, Correntes, Garanhuns, Iati, Itaíba, Jucati, Jupi, Lagoa do Ouro, Lajedo, Palmeirina, Paranatama, Saloá, São João, Terezinha.	Total de 53 municípios.
	Total: 32 Municípios	Total: 21 Municípios	
Município Sede	Caruaru	Garanhuns	
Nº Total de Municípios e Regiões de Saúde ou Microrregiões de Saúde	32 municípios e 04 Microrregiões de Saúde	21 municípios e (-)Microrregiões de Saúde	53 municípios e 02 Regiões de Saúde
Área (Km²)	11.343,8 Km²	7.234,5 Km²	18.578,3 Km²
Distância entre município-sede da RS até município-sede da Macrorregião	0 Km	103,1 Km	(-)
Limites geográficos da macrorregião	**Norte:** Paraíba. **Sul:** I Macro (III RS) e V RS **Leste:** I Macro (I, I e III RS). **Oeste:** III Macro (VI RS) e Paraíba.	**Norte:** IV RS. **Sul:** Alagoas. **Leste:** Alagoas e I Macro (III RS). **Oeste:** III Macro (VI RS) e Alagoas.	**Norte:** Paraíba. **Sul:** Alagoas. **Leste:** I Macro. **Oeste:** III Macro.
População Total	1.399.743 hab [1]	549.194 hab [1]	1.948.937 hab. [1]
Densidade demográfica	123,4 hab./Km²	75,9 hab./Km²	104,9 hab./Km²
% da população da RS[2] em relação à Macrorregião e Estado	71,82 % ; 14,47%	28,18 % ; 5,67%	(-) 20,14%

Fonte: *Caderno de Informações em Saúde, DGGEAI/GIS, 2021, e data da coleta de informação: 18.05.2022; PDR-PE (2011); Informações retiradas do Google Maps.*
Nota: *(1) = habitantes/(2) Região de Saúde.*

IV REGIÃO DE SAÚDE

A IV Região de Saúde é composta por 32 Municípios do Agreste de Pernambuco, os quais estão organizados em quatro microrregiões (VI, VII, VIII e IX). A sede fica localizada no município de Caruaru, estando posicionada estrategicamente no território, concentrando a maior oferta dos serviços de saúde nos diversos níveis de atenção do sistema. É cortada por várias vias e rodovias e tem grande fluxo diário de pessoas entre os municípios vizinhos. As principais rodovias que cruzam a Região são a BR 232, BR 104 e PE 103.

A IV Região de Saúde tem uma vocação econômica relacionada à produção e comercialização de roupas, tendo o maior polo de confecções do Norte e Nordeste. Abriga milhares de pequenas e microempresas têxteis, que fabricam e exportam variados tipos de roupas para todo o País, com destaque para os municípios de Santa Cruz do Capibaribe, Toritama e Caruaru.

Além das atividades relacionadas ao polo de confecções, Caruaru possui um comércio muito pujante, um polo médico de referência regional e um parque industrial promissor. Outras cidades se destacam em áreas diferentes, como Belo Jardim, que abriga a Fábrica de Baterias Moura; Gravatá, pela atividade turística; Sairé, pela produção de laranjas, e São Bento do Una, pelo agronegócio, com a produção e a comercialização de diversas culturas animais.

Em relação a oferta e cobertura dos serviços de saúde, A IV Região de Saúde de Pernambuco, formada por 32 municípios, apresentou uma cobertura média de Equipe de Saúde da Família (ESF) de 79,63% no ano de 2019 e cobertura de Atenção Básica (AB) de 85,76%*, sendo o município de Santa Cruz do Capibaribe o que apresentou a menor taxa de cobertura da AB correspondente a 54,93%, seguido de Toritama (56,54%) e São Bento do Una (56,94%). O quadro a seguir mostra o Percentual de cobertura das Equipes de Saúde da Família na IV Região de Saúde de Pernambuco, 2011 – 2019.

O processo de regulação do acesso a procedimentos e consultas ambulatoriais está sob a coordenação da IV Geres e da Central Regional de Regulação, localizada no município de Caruaru, sede da região de saúde. Na regulação existem dois sistemas oficiais, o Sistema Estadual - CMCE, e o Sistema Regional, sob gestão do Município de Caruaru, o INFOCRAS. Dessa forma os 32 municípios que compõem a IV Região de Saúde podem realizar o agendamento de exames e consultas para as referências regionais e estaduais através destes sistemas. Há ainda alguns municípios que possuem sistema de regulação próprio, mas este é utilizado apenas para processos de regulação dentro do território municipal.

A IV Região de Saúde apresenta uma estrutura de saúde relativamente robusta, com unidades básicas distribuídas por todos os municípios, apresentando uma cobertura média pelas equipes de saúde da família de 90,5%. Em relação à assistência de média complexidade, com exceção dos municípios de Santa Maria do Cambucá e Tacaimbó, todos os demais possuem unidades hospitalares nos seus territórios.

No território da IV Regional de Saúde a média complexidade ambulatorial, no que se refere às consultas de média complexidade, conta com dois equipamentos que são referência para os usuários da Região. A UPAE (Unidade Pernambucana de Atenção Especializada) Ministro Fernando Lyra, localizada no município de Caruaru, atende os 32 municípios da Regional e a UPAE Padre Assis Neves, localizada no município de Belo Jardim, que atende os 8 municípios da 8ª microrregião.

Em relação a rede cegonha, o parto de risco habitual deve ser realizado sempre que possível na unidade mais próxima da casa da gestante, onde a mesma deve ser recebida com dignidade, com práticas humanizadas e seguras na organização das rotinas, dos procedimentos e da estrutura física, com a incorporação de condutas acolhedoras e não-intervencionistas.

A Rede de Urgência e Emergência da IV Região, o SAMU é o componente da rede presente em todos os municípios, em relação aos hospitais, apenas dois municípios não possuem: Tacaimbó e Santa Maria do Cambucá. Já as Unidades de Pronto Atendimento, estão distribuídas nos seguintes municípios: Caruaru, Pesqueira, Brejo da Madre de Deus, Santa Cruz do Capibaribe, Belo Jardim, Gravatá e Bezerros. Os hospitais Estaduais estão localizados no município sede (Caruaru), são eles: Hospital Mestre Vitalino, Hospital Regional do Agreste e a Maternidade Jesus Nazareno.

A Rede de Atenção Psicossocial, em seu componente Centro de Apoio Psicossocial, é formada por CAPS nos seguintes municípios: Caruaru, Agrestina, Cupira, Panelas, Altinho, Poção, Belo Jardim, Pesqueira, Jataúba , Santa Cruz , Taquaritinga do Norte, Bezerros, Gravatá, São Joaquim do Monte.

V REGIÃO DE SAÚDE

A V Região de Saúde, localizada no Agreste Meridional do Estado de Pernambuco é composta por 21 municípios, com área de 7.330 Km² e uma população total estimada de 537,678 habitantes (IBGE, 2019).

Os 21 municípios que compõem a V Região de Saúde de PE são: Águas Belas, Angelim, Bom Conselho, Brejão, Caetés, Calçado, Canhotinho, Capoeiras, Correntes, Garanhuns, Iati, Itaíba, Jucati, Jupi, Lagoa do Ouro, Lajedo, Palmeirina, Paranatama, Saloá, São João e Terezinha.

A distância da Sede da V Região de Saúde, localizada no município de Garanhuns e a Sede da Macrorregião (Caruaru) é de 101 km com tempo médio de deslocamento de 85 minutos, já em relação à Capital, a sede da Região dista 230 km, com tempo médio de deslocamento de 165 minutos. No que se refere aos serviços de média e alta complexidade, estes têm como referência as cidades de Garanhuns, Caruaru e Recife.

A Região de Saúde em questão é cortada por duas Rodovias Federais: a BR 423 e 424; seis (6) Rodovias Estaduais: PE 177, 180, 193, 214, 218 e 244. As Rodovias citadas possuem pista simples em razoável estado de conservação.

O Agreste Meridional de Pernambuco tem uma população de 48.494 trabalhadores empregados no mercado de trabalho formal. Como principais cadeias produtivas da região, destacam-se: Leite e derivados, Turismo, Artesanato, Avicultura, Móveis e Agricultura com produção de batata doce e café. A atividade econômica que mais empregou em 2018 foi a do Comércio Varejista de Materiais de Construção. Entre as ocupações que mais empregaram, destacam-se as de Gesseiro e Servente de Obras. Entre 2014 e 2018, no mês de março aconteceu o ápice de geração de empregos.

Em relação a oferta de serviços de saúde nas redes de atenção, O desenho da Rede Cegonha na V Região de Saúde, fruto de históricas discussões acerca de seu mapeamento, é hoje regido pela Resolução CIR nº 03 de 27 de fevereiro de 2018, segundo a qual são estabelecidos o Hospital Regional Dom Moura e o Hospital Infantil Palmira Sales, ambos em Garanhuns, como referências para assistência de risco habitual, sendo Caruaru, segundo a mesma resolução, a referência de alto risco para os 21 municípios da V Região de Saúde.

Em relação a Rede de Urgência e Emergência, no que se refere ao componente Serviço Móvel de Urgência, todos os municípios da V Região possuem o serviço. Além disso, nesta rede, os municípios também possuem hospitais com leitos de retaguarda.

Já sobre a Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência, a V Região de Saúde dispõe de 3 Serviços de Reabilitação – Hospital Regional Dom Moura, em Garanhuns (estadual), Núcleo de Reabilitação Física, em Lagoa do Ouro e Centro de Saúde Dona Lindú, em Caetés.

Acerca da cobertura dos dispositivos de Saúde Mental no território da V Região de Saúde, conta-se hoje com 18 dispositivos específicos da RAPS contemplados na Portaria 3.088, destes, 15 são Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Ademais, a região conta com 14 Leitos de Atenção Integral em Hospitais Gerais, em conformidade com a Portaria nº 148 de 31 de janeiro de 2012.

III MACRORREGIÃO DE SAÚDE

A terceira Macrorregião de Saúde em Pernambuco, também intitulada de Macrorregião Sertão, estrutura-se através de três Regiões de Saúde: VI, X e XI. O seu território é constituído geograficamente por 35 municípios, com sede administrativa da Macrorregião em Serra Talhada (PDR, 2011). A população residente estimada é de 865.576 habitantes (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2022), dos quais, quase a totalidade (97,9%: 832.769 habitantes) são dependentes exclusivamente do Sistema Único de Saúde (SUS) para o acessar Ações e Serviços de Saúde, de acordo com o Plano Estadual de Saúde de Pernambuco 2020-2023 (2019).

Quadro 6. Caracterização da III Macrorregião de Saúde: Divisão político-administrativa, área em km² , distância em Km, limites geográficos e População (total e densidade demográfica). Pernambuco, 2023.

	Região de Saúde VI	Região de Saúde X	Região de Saúde XI	III Macrorregião de Saúde
Recorte Territorial				
Municípios	**X Microrregião:** Arcoverde, Buíque, Custódia, Ibimirim, Manari, Pedra, Sertânia, Tupanatinga, Venturosa. **XI Microrregião:** Inajá, Jatobá, Petrolândia, Tacaratu.	Afogados da Ingazeira, Brejinho, Carnaíba, Iguaraci, Ingazeira, Itapetim, Quixaba, Santa Terezinha, São José do Egito, Solidão, Tabira, Tuparetama.	Betânia, Calumbi, Carnaubeira da Penha, Flores, Floresta, Itacuruba, Santa Cruz da Baixa Verde, São José do Belmonte, Serra Talhada, Triunfo.	Total de 35 municípios
	Total: 13 municípios	Total: 12 municípios.	Total: 10 municípios.	
Município Sede	Arcoverde	Afogados da Ingazeira	Serra Talhada	
Nº Total de Municípios e Regiões de Saúde ou Microrregiões de Saúde	13 municípios e 02 Microrregiões de Saúde	12 municípios e (-) Microrregiões de Saúde	10 municípios e (-) Microrregiões de Saúde	XX municípios e 03 Regiões de Saúde
Área (Km²)	13.695,6 Km²	4.308,6 Km²	12.258,4 Km²	30.262,6 Km²
Distância entre município-sede da RS até município-sede da Macrorregião	159,0 Km	121,0 Km	0 Km	(-)
Limites geográficos da macrorregião	**Norte:** X RS e Paraíba **Sul:** II Macro (II RS), Alagoas, Rio São Francisco e Bahia. **Leste:** II Macro (IV e V RS) **Oeste:** XI RS.	**Norte:** Paraíba. **Sul:** XI e VI RS. **Leste:** Paraíba. **Oeste:** Paraíba.	**Norte:** X RS, Paraíba e Ceará. **Sul:** VI RS, Rio São Francisco e Bahia. **Leste:** VI e X RS. **Oeste:** IV Macro (VII RS);	**Norte:** Paraíba e Ceará **Sul:** Alagoas, Rio São Francisco e Bahia. **Leste:** I Macro **Oeste:** IV Macro.
População Total	432.229 hab [1]	191.056 hab [1]	242.280 hab [1]	865.565 hab. [1]
Densidade demográfica	31,6 hab./Km²	44,3 hab./Km²	19,8 hab./Km²	28,6 hab./Km²
% da população da RS[2] em relação à Macrorregião e Estado	49,94% ; 4,48 %	22,07% ; 1,97 %	27,99 % ; 2,50 %	(-) 8,95%

Fonte: *Caderno de Informações em Saúde, DGGEAI/GIS, 2021, e data da coleta de informação: 18.05.2022; PDR-PE (2011); Informações retiradas do Google Maps.*
Nota: *(1) = habitantes/(2) Região de Saúde.*

VI REGIÃO DE SAÚDE

A VI região de saúde, com sede em Arcoverde, tem seu território subdividido em duas microrregiões (X e XI microrregiões), a X Microrregião de Saúde com sede em Arcoverde, comporta além da sede, os municípios de Buíque, Custódia, Ibimirim, Pedra, Sertânia, Tupanatinga e Venturosa; e a XI Microrregião de Saúde com sede em Petrolândia, incluindo os municípios de Inajá, Jatobá, Manari e Tacaratu. Sua área territorial cobre 13.706,1 km², apresentando uma população estimada em 421.510 habitantes.

É formada por 13 municípios, sendo a região mais populosa da III Macro. Os municípios mais populosos são representados por Arcoverde, Buíque, Custódia e Petrolândia. Considerando o perfil do sertão, onde existem grandes extensões territoriais e baixa densidade demográfica, temos que os municípios que apresentam maior densidade demográfica são Arcoverde, Jatobá, Venturosa e Manari, com 196,05 hab/km², 50,25 hab/km², 50,05 hab/km², respectivamente.

Importante destacar ações governamentais a fim de oferecer acessibilidade à saúde e qualidade de vida. Com relação a população indígena, apenas os municípios de Buíque, Ibimirim, Inajá, Jatobá e Tacaratu apresentam em seu território.

Já na oferta e cobertura de ações e serviços de saúde, a VI região conta com 1 centro de testagem e aconselhamento e 1 serviço de assistência especializada. A cobertura populacional de Equipes de Saúde da Família, pactuada para Pernambuco em 2020, foi de 79,9%, sendo que apenas 35% dos municípios atingiram essa cobertura. Apenas o município de Buíque apresentou captação ponderada de 100%, meta pactuada para a atenção básica, todos os demais apresentam valores inferiores, entretanto mesmo o município com captação total não apresenta adequação de cobertura da atenção básica, apontando para uma fragilização, com possível sobrecarga das equipes.

Quanto às Equipes de Saúde Bucal, a VI região conta com 58,185% de cobertura. Para o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) a cobertura é de 79,7%. Porém, os municípios de Pedra, Venturosa e Manari apresentam cobertura acima de 90%. Para o Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), a VI região conta com 6 NASF-AB distribuídos em 6 municípios e 11 academias da saúde, em 10 municípios. Em relação à cobertura dos Centros de Especialidades Odontológicas, a VI região conta com 3 unidades de atendimento.

No âmbito das Redes de Atenção à Saúde a VI região conta com a Rede Cegonha, ofertando Pré-natal de alto risco e 4 hospitais de referência para partos de risco habitual com produtividade a partir de 150 partos/ano. A rede de Urgência e Emergência esta sendo fortalecida, com processo de implantação do SAMU na macrorregional, tendo os hospitais regionais como unidades sentinelas, entretanto níveis mais complexos ainda precisam ser transferidos da macrorregional. Para a rede de Atenção Psicossocial (RAP) a VI região de saúde está organizada da seguinte forma: 13 CAPS, sendo 03 em Arcoverde, 1 CAPS ADIII regional, 01 CAPS II e 01 CAPS i Infanto-Juvenil Microrregional, sendo referência para Venturosa; os demais municípios, com exceção de Venturosa, possuem 01 CAPS I. A região conta com 01 Serviço de Residência Terapêutica (SRT) localizado no município de Ibimirim, de caráter municipal, e 06 Leitos Integrais em Saúde Mental (LISM) no Hospital Regional Ruy de Barros Correia.

A Rede de cuidados à pessoa com deficiência apresenta um CER IV, salas de atendimento educacional especializado, nos municípios de Arcoverde, Manari, Pedra, Buíque e Venturosa, e atendimento especializado na

UPAE, hospital Ruy de Barros e CER IV. A Rede de Atenção à Saúde da VI região conta com 431 estabelecimentos de saúde e serviços dentro do território. A distribuição de leitos para o SUS é de 8.552. O número de leitos não pertencentes ao SUS é de 1.296.

Além dos serviços de saúde, o território da VI região conta com 02 Centrais de Regulação, sendo elas: Hospitalar e Ambulatorial. A regulação conta também com sistemas de informação, a exemplo do CMCE, próprio do estado de Pernambuco, para solicitação de consultas e exames.

X REGIÃO DE SAÚDE

A X região de saúde, com sede em Afogados da Ingazeira, possui uma organização, entre os municípios de São José do Egito, Tuparetama, Brejinho e Itapetim, que se configura como microrregião, entretanto não formalizado no PDR (2011). Sua área territorial cobre 4.308,55 Km², apresentando uma população estimada em 190.551 habitantes. É formada por 12 municípios, sendo a região menos populosa da III Macro. Os municípios mais populosos são representados por Afogados da Ingazeira, São José do Egito, Tabira e Carnaíba. Considerando o perfil do sertão, onde existem grandes extensões territoriais e baixa densidade demográfica, temos que os municípios que apresentam maior densidade demográfica são Afogados da Ingazeira, Tabira e Brejinho, com 92,90 hab/km², 71,11 hab/km² e 68,75 hab/km², respectivamente.

Em relação à oferta e cobertura de ações e serviços de saúde, a X região conta com 1 centro de testagem e aconselhamento e 1 serviços de assistência especializada. A cobertura populacional de Equipes de Saúde da Família, pactuada para Pernambuco em 2020, foi de 79,9%, sendo que apenas 35% dos municípios atingiram essa cobertura. Na região, todos os municípios apresentaram taxa de cobertura da atenção básica de 100%. Para o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) a cobertura é de 100% também.

Quanto às Equipes de Saúde Bucal, a região conta com 100% de cobertura. Para o Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), a região conta com 11 NASF-AB distribuídos em 11 municípios, apenas o município de Quixaba apresentou um NASF desabilitado em 2020, o mesmo existiu até 2019, e 30 academias da saúde, em todos os municípios. Em relação à cobertura dos Centros de Especialidades Odontológicas, a X região conta com uma unidade de atendimento, entretanto a mesma refere apenas o município de Afogados da Ingazeira.

No âmbito das Redes de Atenção à Saúde a VI região conta com a Rede Cegonha, ofertando Pré-natal de alto risco e 12 hospitais de referência para partos de risco habitual com produtividade a partir de 56 partos/ano. A rede de Urgência e Emergência está sendo fortalecida, com processo de implantação do SAMU na macrorregional, tendo os hospitais regionais como unidades sentinelas, entretanto, níveis mais complexos ainda precisam ser transferidos para fora da macrorregional.

Para a rede de Atenção Psicossocial (RAP) a X região de saúde está organizada da seguinte forma: 8 CAPS, sendo 02 em Afogados da Ingazeira (1 CAPS ADIII regional e 01 CAPS i Infanto-Juvenil), 01 CAPS I em Carnaíba, Iguaraci, Itapetim, São José do Egito e Tabira e 01 CAPS i Infanto-Juvenil em São José do Egito. A região conta com 04 Leitos Integrais em Saúde Mental (LISM) no Hospital Regional Emília Câmara.

A Rede de cuidados à pessoa com deficiência na X Geres é composta pelo CER III (física, visual e auditiva), CEO e Unidade Pernambucana de Atendimento Especializado (UPAE). A Rede de Atenção à Saúde da VI região conta com 271 estabelecimentos de saúde e serviços dentro do território. A distribuição de leitos para o SUS é de 4.504. O número de leitos não pertencentes ao SUS é de 776.

Além dos serviços de saúde, o território da X região conta com 02 Centrais de Regulação, sendo elas: Hospitalar e Ambulatorial. A regulação conta também com sistemas de informação, a exemplo do CMCE, próprio do estado de Pernambuco, para solicitação de consultas e exames.

XI REGIÃO DE SAÚDE

A XI região de saúde, com sede em Serra Talhada, apresenta uma população estimada em 238.772 habitantes. É formada por 10 municípios, sendo a sede da III Macrorregião, possui uma organização, entre os municípios de São José do Egito, Tuparetama, Brejinho e Itapetim, que se configura como microrregião, entretanto não formalizado no PDR (2011). Os municípios mais populosos são representados por Serra Talhada, São José do Belmonte e Floresta. A maioria dos municípios que compõem a XI GERES apresentam densidade populacional baixa em relação ao estado. Somente o município de Santa Cruz da Baixa Verde apresenta alta densidade demográfica, comparado ao Brasil e Pernambuco.

Em relação à oferta e cobertura de ações e serviços de saúde, a XI região conta com 1 centro de testagem e aconselhamento e 1 serviço de assistência especializada. A cobertura populacional de Equipes de Saúde da Família, pactuada para Pernambuco em 2020, foi de 79,9%, sendo que apenas 35% dos municípios atingiram essa cobertura. Os municípios de Carnaubeira da Penha e Itacuruba apresentaram cobertura abaixo de 79% em 2020, entretanto vale ressaltar que são municípios com grande porcentagem de população indígena, sendo dessa forma atendidas pela SESAI. Quanto às Equipes de Saúde Bucal, a I região conta com 85,85% de cobertura. Para o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) a cobertura é de 98,16%. Porém apenas os municípios de Floresta e Carnaubeira da Penha, apresentam valores menores que 100% de cobertura.

Para o Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), a XI região de saúde conta com 4 NASF-AB distribuídos em 4 municípios e 10 academias da saúde, sendo uma em cada município. Em relação à cobertura dos Centros de Especialidades Odontológicas, somente o município de Serra Talhada possui o Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), de referência municipal.

No âmbito das Redes de Atenção à Saúde a XI região conta com a Rede Cegonha, ofertando Pré-natal de alto risco e um hospital regional como referência para parto de risco habitual com produtividade a partir de 798 partos/ano. A rede de Urgência e Emergência esta sendo fortalecida, com processo de implantação do SAMU na macrorregional, tendo os hospitais regionais como unidades sentinelas, entretanto níveis mais complexos ainda precisam ser transferidos da macrorregional. Para a rede de Atenção Psicossocial (RAP) a XI região de saúde está organizada da seguinte forma: 2 CAPS I em Floresta e São José do Belmonte, CAPS II, em Serra Talhada, CAPS i em Serra Talhada e CAPS AD III regional em Serra Talhada. Para a RAP damos destaque para os oito leitos integrais em hospitais gerais, sendo quatro em Serra Talhada e quatro em Floresta.

A Rede de Atenção à Saúde da XI região conta com 47 estabelecimentos de saúde com vínculo SUS e nenhum serviço sem vínculo dentro do território. A XI Região de Saúde conta com 422 leitos do SUS e com 93 leitos privados credenciados ao SUS, totalizando 515 leitos para assistência pelo SUS, o que corresponde a 87,14% dos leitos SUS disponíveis na Regional. Em relação aos leitos de Unidade de Terapia Intensiva, existem 10 leitos privados de UTI credenciados ao SUS.

Além dos serviços de saúde, o território da XI região conta com 02 Centrais de Regulação, sendo elas: Hospitalar e Ambulatorial. A regulação conta também com sistemas de informação, a exemplo do CMCE, próprio do estado de Pernambuco, para solicitação de consultas e exames.

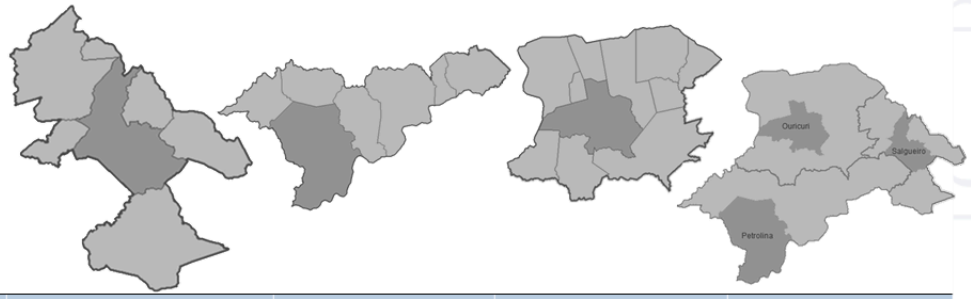
IV MACRORREGIÃO DE SAÚDE

A quarta Macrorregião de Saúde em Pernambuco, também denominada Macrorregião do Vale do São Francisco e Araripe, é formada por 25 municípios organizados em três Regiões de Saúde (VII, VIII e IX), com sede administrativa em Petrolina (PDR, 2011) .

Ressalta-se que a IV Macrorregião de Saúde e a Macrorregião Norte da Bahia integram a Rede Interestadual de Saúde do Vale do Médio São Francisco – Rede PE/BA–, a qual se propõe a facilitar as tomadas de decisões para ações e serviços da Rede de Urgência e Emergência a fim de promover a ampliação das referências assistenciais de saúde no território.

No que diz respeito à dimensão territorial da IV Macrorregião de Saúde, têm-se uma área de 1.490,6 km², com densidade demográfica de 28,4 hab./km², em relação a população estimada para o ano de 2021 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2022).

Quadro 7. Caracterização da IV Macrorregião de Saúde: Divisão político-administrativa, área em km² , distância em Km, limites geográficos e População (total e densidade demográfica). Pernambuco, 2023.

	Região de Saúde VII	Região de Saúde VIII	Região de Saúde IX	IV Macrorregião de Saúde
Recorte Territorial				
Municípios	Belém de São Francisco, Cedro, Mirandiba, Salgueiro, Serrita, Terra Nova, Verdejante.	Afrânio, Cabrobó, Dormentes, Lagoa Grande, Orocó, Petrolina, Santa Maria da Boa Vista.	Araripina, Bodocó, Exu, Granito, Ipubi, Ouricuri, Parnamirim, Santa Cruz, Santa Filomena, Trindade, Moreilândia.	Total de 25 municípios
	Total: 7 municípios	Total: 7 municípios	Total: 11 municípios.	
Município Sede	Salgueiro	Petrolina	Ouricuri	
Nº Total de Municípios e Regiões de Saúde ou Microrregiões de Saúde	07 municípios e (-) Microrregiões de Saúde	07 municípios e (-) Microrregiões de Saúde	11 municípios e (-) Microrregiões de Saúde	25 municípios e 03 Regiões de Saúde
Área (Km²)	6.809,7 Km²	14.655,7 Km²	14.154,1 Km²	35.619,5 Km²
Distância entre município-sede da RS até município-sede da Macrorregião	249,3 Km	0 Km	211,4 Km	(-)
Limites geográficos da macrorregião	**Norte:** Ceará e II Macro (XI RS). **Sul:** Bahia e Rio São Francisco. **Leste:** II Macro (XI RS). **Oeste:** VIII e IX RS	**Norte:** IX RS. **Sul:** Bahia. **Leste:** VII RS e Bahia. **Oeste:** Piauí	**Norte:** Ceará e Piauí **Sul:** VII RS **Leste:** VII RS. **Oeste:** Piauí.	**Norte:** Ceará. **Sul:** Bahia. **Leste:** III Macro (XI RS). **Oeste:** Piauí.
População Total	148.925 hab [1]	517.029 hab [1]	360.115 hab [1]	1.026.069 hab. [1]
Densidade demográfica	21,9 hab./Km²	35,3 hab./Km²	25,4 hab./Km²	28,8 hab./Km²
% da população da RS² em relação à Macrorregião e Estado	14,51 % ; 1,54 %	50,39 % ; 5,34 %	35,09 % ; 3,72 %	(-) 10,60 %

Fonte: *Caderno de Informações em Saúde, DGGEAI/GIS, 2021, e data da coleta de informação: 18.05.2022; PDR-PE (2011); Informações retiradas do Google Maps.*
Nota: *(1) = habitantes/(2) Região de Saúde.*

VII REGIÃO DE SAÚDE

A VII Região de Saúde, com sede em Salgueiro, é constituída por sete municípios: Belém do São Francisco, Cedro, Mirandiba, Salgueiro, Serrita, Terra Nova e Verdejante. As principais atividades econômicas da Região de Saúde são representadas pelas feiras livres, realizadas nos sete municípios deste território. É importante ressaltar que o período de desenvolvimento na área da construção civil foi impulsionado, com o advento de empresas para a construção da transnordestina e transposição do rio São Francisco na zona rural do **município de Salgueiro e** Terra Nova. A Região apresenta uma população estimada em 148.297 habitantes (IBGE, 2021; MAPA DE SAÚDE, 2021).

A Região conta com 54 Equipes de Saúde da Família (ESF). Observa-se melhor cobertura no ano de 2020, mas não há 100% de cobertura, este fato pode estar relacionado ao aumento populacional que as cidades tiveram, conforme estimativa IBGE 2020 (MAPA DE SAÚDE, 2021).

Quanto às Equipes de Saúde Bucal, a VII Região conta com 89,26% de cobertura (PES, 2020). O Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) tem cobertura de 97,7%%. Apenas o município de Belém do São Francisco não possui 100% de cobertura (CIS, 2020).

Para o Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), apesar das mudanças ocorridas na forma de funcionamento da atenção primária, a VII Região conta com 07 NASF-AB, um em cada município. Em relação à cobertura dos Centros de Especialidades Odontológicas, a VII Região conta com 02 unidades de atendimento (MAPA DE SAÚDE, 2021).

Conforme Pactuação da Rede no território da VII Região de Saúde desde 2011, os municípios que a compõe tem como referência de risco habitual a maternidade do Hospital Regional Inácio de Sá e como alto risco o Hospital Dom Malam em Petrolina como sede de macro (MAPA DE SAÚDE, 2021).

Segundo informações contidas no Plano de Ação de Urgência e Emergência da VII Região de Saúde, faz parte deste componente, a promoção, prevenção e vigilância a saúde, SAMU 192 e suas centrais de regulação médica das urgências, sala de estabilização, UPA 24h e o conjunto de serviços de urgência 24h, hospital, portas de entrada e leitos de retaguarda, e atenção domiciliar (MAPA DE SAÚDE, 2021).

Para a Rede de Atenção Psicossocial (RAP) a VII Região de saúde possui: 01 CAPS I e 10 Leitos de Saúde Mental Hospital Regional Inácio de Sá (PES,2020; Mapa de saúde, 2021).

Na Região, a atuação de Redes, colegiados, grupos técnicos entre outras representações de gestores, trabalhadores, movimentos sociais e usuários tem ampla participação e são consideradas ferramentas fundamentais nos processos de governança regional do SUS, bem como articulação entre outras políticas setoriais (MAPA DE SAÚDE, 2021).

VIII REGIÃO DE SAÚDE

A VIII Região de Saúde, com sede em Petrolina, abrange administrativamente sete municípios: Afrânio, Cabrobó, Dormentes, Lagoa Grande, Orocó, Petrolina e Santa Maria da Boa Vista. Faz limite com os municípios de Parnamirim, Belém do São Francisco e divisa com os estados da Bahia e Piauí. É uma região banhada pelo Rio São

Francisco é composta por populações ribeirinhas, indígenas, quilombolas e assentamentos, apresentando uma população estimada em 517.042 habitantes (IBGE, 2021).

A VIII Região vem se destacando nos últimos anos em termos de crescimento econômico. As principais atividades são a agroindústria, vinicultura e fruticultura, com maior potencialidade de desenvolvimento para agroindústria, agricultura e artesanato. É conhecida como polo dinâmico de desenvolvimento da irrigação, da fruticultura e de exploração turística às margens do Rio São Francisco, com suas ilhas e hidrelétricas, têm impactado em um crescimento acelerado e desordenado, o que resulta em vários efeitos sociais e de saúde (MAPA DE SAÚDE, 2022).

A VIII Região de Saúde possui cobertura da ESF de 96,2%, um percentual satisfatório. Quanto à cobertura de Agentes Comunitários de Saúde (ACS), a Região apresentou em 2021, 86% de assistência da categoria em seu território. Em relação às Equipes de Saúde Bucal, a Região conta com 60,2% de cobertura. Para o Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), a VIII Região conta com 16 NASF-AB distribuídos em sete municípios (MAPA DE SAÚDE, 2022).

A pactuação do desenho regional da rede estabelece a responsabilidade de cada município no componente Pré-natal e no componente Parto e Nascimento. Para a assistência pré-natal de risco habitual, o conjunto dos sete municípios fizeram a adesão com garantia de atendimento no próprio território. Para a assistência de alto risco, os municípios de Afrânio, Cabrobó, Dormentes, Lagoa Grande, Petrolina e Santa Maria da Boa Vista garantem o atendimento no próprio território, enquanto o município de Orocó teria Cabrobó como referência (MAPA DE SAÚDE, 2022).

Quanto à pactuação do componente Parto e Nascimento, o Hospital Dom Malan, localizado em Petrolina, é referência de alto risco para todos os municípios da VIII GERES, sendo que, o município de Cabrobó pactua referência, também, para o Hospital Regional Inácio de Sá, em Salgueiro (VII Região) (MAPA DE SAÚDE, 2022).

Para a rede de Atenção Psicossocial (RAP) a VII Região de Saúde possui em Petrolina três modalidades de dispositivos CAPS (AD III, Infanto-Juvenil e CAPS II), além de duas Unidades de Acolhimento, sendo uma adulta (UAA) e outra Infanto-juvenil (UAIJ). O CAPS AD III de Petrolina é referência para os municípios de Afrânio, Lagoa Grande e Dormentes, conforme pactuação da RAPS.

Além dos serviços de saúde, o território da VIII Região conta com duas Centrais de Regulação, sendo uma ambulatorial e outra de Transplante. Ademais, conta com a Central de Regulação Interestadual de Leitos (CRIL), que está localizada em Juazeiro, estado da Bahia, que regula também, o acesso dos usuários da VIII Região.

IX REGIÃO DE SAÚDE

A IX Região de Saúde do Estado de Pernambuco é formada por onze municípios: Araripina, Bodocó, Exu, Granito, Ipubi, Moreilândia, Ouricuri (sede), Parnamirim, Santa Cruz, Santa Filomena e Trindade. Localizados no alto sertão do Araripe, no total abrangem uma área de 14.143,82 Km², com uma população de 357.999 habitantes. Limita-se ao leste com os municípios da VII Região de Saúde, ao sul com os municípios da VIII Região de Saúde, ao norte com os municípios do Estado do Ceará e ao oeste com os municípios do Estado do Piauí (MAPA DE SAÚDE, 2021).

Percebe-se ainda que a economia da região é caracterizada pela exploração da gipsita no chamado Pólo Gesseiro, pelas culturas de subsistência nas áreas de sequeiro e pela pecuária extensiva (bovino/caprinonocultura) e agricultura diversificada na Chapada do Araripe (produção da mandioca) (MAPA DE SAÚDE, 2021).

A cobertura populacional estimada de Equipes de Saúde da Família na IX Região foi de 93,7% em 2020 (CIS, 2020). Quanto às Equipes de Saúde Bucal, conta com 68,55% de cobertura. Para o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) a cobertura é de 90,2% (PES, 2020-2023).

Para o Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), A Região conta com 14 NASF-AB, na Regional a modalidade Tipo I é a mais abrangente, apenas o município de Granito tem a modalidade Tipo II. Destaca-se a ampliação e a presença deste equipamento de saúde nos 11 municípios da Regional, contribuindo para o fortalecimento e integralidade da atenção (MAPA DE SAÚDE, 2021).

Já a atenção ao parto de risco habitual na IX Região de Saúde segue uma pactuação que determina que Bodocó, Exu, Granito, Moreilândia, Santa Cruz, Santa Filomena, e Ouricuri devem encaminhar suas pacientes para a Maternidade Mãe Coruja/HRFB, já o Hospital e Maternidade Santa Maria se posiciona como referência para Araripina, Ipubi e Trindade. O Hospital Dom Malan - HDM, situado em Petrolina, tornou-se referência para toda a IX Região de Saúde, tanto para os partos de alto risco quanto para o atendimento de maior complexidade tecnológica neonatal e pediátrica (MAPA DE SAÚDE, 2021).

A Rede de Atenção Psicossocial da IX Região de Saúde está em desenvolvimento e para organização dos serviços a Região pode ser subdivida em três Microrregiões: Araripina (Araripina, Ipubi e Trindade), Bodocó (Bodocó, Exu, Granito e Moreilândia) e Ouricuri (Ouricuri, Parnamirim, Santa Filomena e Santa Cruz). A Microrregião de Araripina conta com um CAPS I em cada município e seis leitos integrais de saúde mental (localizados em Araripina), a Microrregião de Bodocó conta com CAPS I em Bodocó e Exu e a Microrregião de Ouricuri conta com um CAPS I em Ouricuri (MAPA DE SAÚDE, 2021).

Caracterizam-se como portas de entradas para a Rede de Atenção e Urgência as unidades mistas e os hospitais municipais, entretanto, o Hospital Regional Fernando Bezerra - HRFB, localizado na cidade de Ouricuri, também funciona como porta de entrada, em virtude de o município sede não possuir hospital municipal. O HRFB é referência para os serviços de média complexidade, com atendimentos contínuos e ininterruptos de cunho especialista em clínica médica, cirurgia geral, traumatologia, pediatria e obstetrícia (MAPA DE SAÚDE, 2021).

MACRORREGIÃO INTERESTADUAL DE SAÚDE DO VALE DO MÉDIO SÃO FRANCISCO PERNAMBUCO E BAHIA - REDE PEBA

A Rede Interestadual de Atenção à Saúde do Vale do Médio São Francisco (Rede PEBA), instituída por meio da Portaria Ministerial no 1.989, de 23 de setembro de 2008 (BRASIL, 2008), surgiu com o processo de reordenamento das ações e serviços de saúde para garantir acesso, resolutividade e integralidade da atenção. Representantes dos municípios de Petrolina-PE e Juazeiro-BA, os Estados de Pernambuco e Bahia e o Ministério da Saúde, discutiram modelos e formas de organização, com o objetivo de organizar as ações e serviços de média e alta complexidade, buscando a complementaridade da atenção à saúde das populações e a constituição de uma macrorregião interestadual que possibilitasse aos gestores a racionalização dos gastos e otimização dos recursos (Mapa de Saúde da VIII Região, 2022)

A Rede PEBA é um produto da articulação entre gestores, ações e serviços de saúde, sobretudo de urgência e emergência, de municípios que compõem a IV Macrorregião de Saúde do Estado de Pernambuco (Região de Salgueiro, Petrolina e Ouricuri) e a Macrorregião Norte do Estado da Bahia (Região de Paulo Afonso, Juazeiro e Senhor do Bonfim), tendo como municípios sede as cidades de Petrolina e Juazeiro (Mapa de Saúde da VIII Região, 2022).

Quadro 8. Caracterização da Macrorregião de Saúde Interestadual Pernambuco-Bahia: Divisão político-administrativa, área em km², distância em Km, limites geográficos e População (total e densidade demográfica). Pernambuco, 2023.

	Estado Pernambuco	Estado da Bahia	Macro interestadual
	Macrorregião IV	Macrorregião: Núcleo Regional de Saúde - Norte	
Recorte Territorial			
Regiões de Saúde	•VII RS - Salgueiro •VIII RS - Petrolina •IX RS - Ouricuri	•Região de Paulo Afonso; •Região de Juazeiro; •Região de Senhor do Bonfim.	(-)
Município Sede da Macrorregião / Sede de NRS	Petrolina	Juazeiro	(-)
Nº Total de Municípios da macro correspondente	25 municípios	28 municípios	53 municípios
Área (Km²)	35.619,5 Km²	95.313,485 Km²	130.932,985 Km²
Distância entre município-sede das Macrorregiões	5,4 Km		
Limites geográficos da macrorregião	**Norte:** Ceará. **Sul:** Bahia. **Leste:** III Macro (XI RS). **Oeste:** Piauí.	Norte: Pernambuco (VII e VIII RS) Sul: NRS Centro-Norte, Centro-Oeste, Oeste e Nordeste Leste: NRS Oeste, VII RS de PE. Oeste: Pernambuco	(-)
População Total	1.026.069 habitantes	1.072.047 habitantes	2.098.116 habitantes
Densidade demográfica	28,8 hab./Km²	11,25 hab./Km²	16,02 hab./Km²

Fonte: *Caderno de Informações em Saúde, DGGEAI/GIS, 2021, e data da coleta de informação: 18.05.2022; PDR-PE (2011); Informações retiradas do Google Maps.*
Nota: (1) = *habitantes/(2) Região de Saúde.*

O processo de constituição da Rede PEBA iniciou em 2008, contando com a participação dos principais gestores municipais de Petrolina e Juazeiro, uma vez que o fluxo de pacientes entre os estados já ocorria. Dessa forma, os gestores municipais em articulação com os gestores estaduais de Pernambuco e da Bahia e o Ministério da Saúde se articularam para a construção de um projeto de regionalização interestadual. A construção desse projeto teve apoio do Ministério da Saúde que, através da Portaria no 1.989/2008, definiu um Grupo de Trabalho (GT) composto por representantes do Ministério da Saúde, da Secretaria de Estado de Pernambuco e da Bahia, das Secretarias de Saúde dos municípios de Petrolina, Salgueiro, Ouricuri, Juazeiro, Paulo Afonso e Senhor do Bonfim e da Universidade Federal do Vale do São Francisco (UNIVASF). Além disso, contou com apoio técnico de

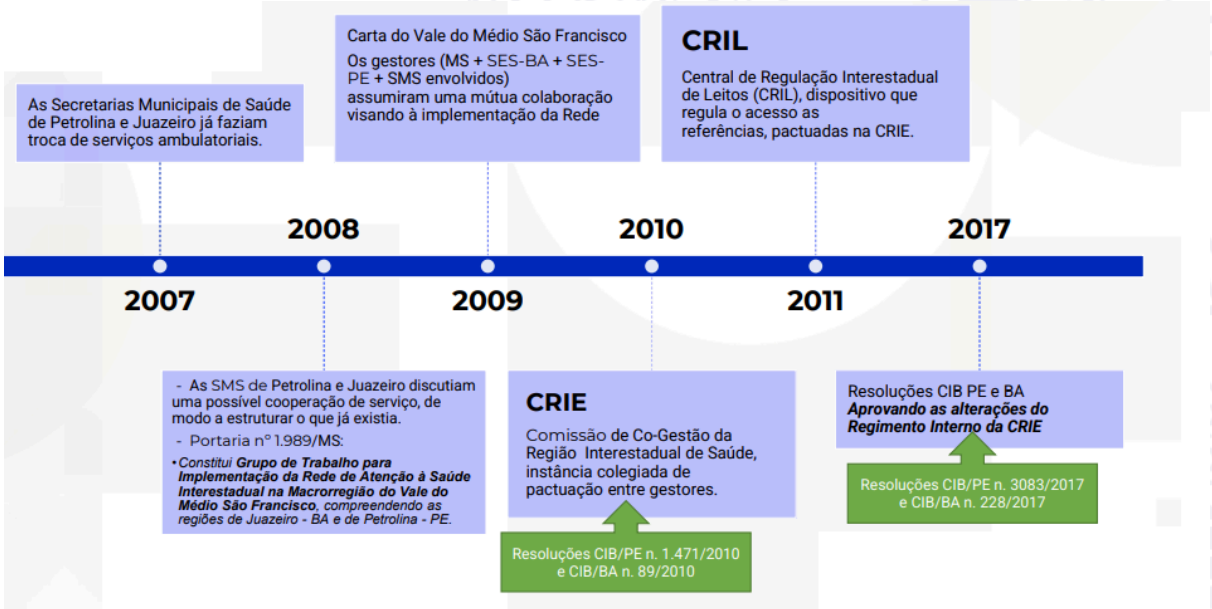
consultores coordenados pelo Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP) (Mapa de Saúde da VIII Região, 2022).

A partir daí foi instituído o GT que adotou um formato através de oficinas e fóruns macrorregionais que contemplou o alinhamento conceitual e metodológico; pactuação dos compromissos; elaboração do Mapa de Saúde da Região; formulação dos objetivos, metas e suas principais linhas de ação como primeira fase. Havia previsão também de estabelecimento de custos através do Plano Diretor de Investimentos (PDI) para a implantação dos componentes acima mencionados até a assinatura do Termo de Compromisso Interestadual, Carta do Vale do Médio São Francisco, como etapa final do processo (Mapa de Saúde da VIII Região, 2022).

Dois anos após a criação do GT, foi instituído em 2010, a Comissão de Co-gestão da Rede Interestadual de Saúde Pernambuco e Bahia (CRIE) e, através das Resoluções CIB/Bahia no 89/2010 e CIB/Pernambuco no 1.471/2010 foi aprovado o Regimento da CRIE, onde em 2013 foi alterado e passou a ser denominada de colegiado (Mapa de Saúde da VIII Região, 2022).

O CRIE é uma instância colegiada de articulação, negociação e pactuação entre os entes federativos das esferas de governo envolvidas, e se constitui num espaço de decisão por meio da identificação, definição de prioridades e de pactuação de soluções para a organização de uma Rede Interestadual de ações e serviços de atenção à saúde, integrada e resolutiva, à luz do Decreto 7.508/2011. Esse espaço de governança regional é constituído pelos secretários de saúde do estado de Pernambuco e da Bahia, dos gerentes das regiões de saúde dos dois estados, dos secretários dos municípios de Petrolina, Salgueiro e Ouricuri do lado de Pernambuco, dos municípios de Juazeiro, Paulo Afonso e Senhor do Bonfim do lado da Bahia e da UNIVASF (Mapa de Saúde da VIII Região, 2022). Segue abaixo a linha histórica sobre a conformação desta Rede Interestadual:

Figura 8. Linha do Tempo sobre a Rede PEBA.



No dia 21 de setembro de 2023, a Rede PEBA foi reconhecida oficialmente como Macrorregião Interestadual de Saúde do Vale do Médio São Francisco – Pernambuco Bahia – PEBA, durante a 9ª Reunião Ordinária da Comissão Intergestores Tripartite (CIT), realizada na sede da Opas/OMS, em Brasília.

O primeiro produto da CRIE, construído após três oficinas macrorregionais, foi a Central de Regulação Interestadual de Leitos (CRIL), a primeira do país, com sede no município de Juazeiro-BA.

A VIII Região de Saúde, por fazer parte da Rede PEBA, é regulada pela CRIL, dispositivo de regulação, que tem como objetivo ordenar o acesso aos serviços de urgência e emergência para as unidades de referência previamente acordadas na CRIE.

Quanto ao número de leitos exclusivos para a rede PEBA não há um número exato, pois a CRIL regula acesso e não leitos, por conta da superlotação das referências. Vale ressaltar ainda que o projeto previa o fortalecimento da APS, definidos através de três eixos: a expansão da Estratégia de Saúde da Família, segundo a qual os municípios deveriam elevar sua cobertura populacional para no mínimo 60%; a estruturação da rede de atenção, que previa a priorização da organização na atenção materno-infantil com acolhimento das urgências, a organização de um observatório sobre a APS na região e o fortalecimento da atuação da APS na atenção às urgências; e, por fim, o terceiro eixo dizia respeito à qualificação do cuidado. A implantação dessa rede interestadual é uma experiência pioneira no contexto da estruturação e organização das Redes de Atenção à Saúde no âmbito do SUS.

Figura 9. Leitos de UTI da Rede PEBA.

LEITOS DE UTI - PERNAMBUCO

LEITO	UNIDADE	QTD
ADULTO	PSSF – SALGUEIRO –PE	10
	HRIS – SALGUEIRO	10
	HRFB – OURICURI	10
	HMSM – ARARIPINA	20
PED.	HDM – PETROLINA	04
	HMSM – ARARIPINA	10
	HDM SRAG – PETROLINA	05
	HRIS – SALGUEIRO	03
	HMSM SRAG – ARARIPINA	10
	HRFB SRAG – OURICURI	10
NEO.	HDM – PETROLINA	06
	HRIS – SALGUEIRO	07
	HMSM SRAG – ARARIPINA	10
SRAG	HRFB – OURICURI	10
CARDIO	INSTITUTO MEMORIAL DO VALE	04
TOTAL		129

LEITOS DE UTI - BAHIA

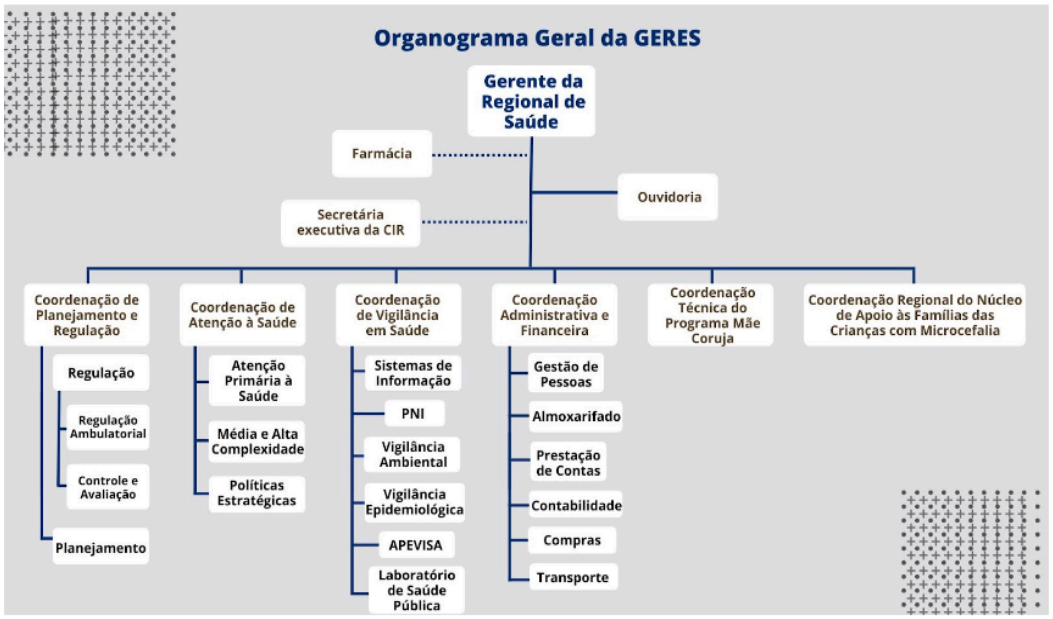
LEITO	UNIDADE	QTD
ADULTO	HRJ – JUAZEIRO	40
	HSP – REMANSO	10
	HDAM – SENHOR DO BONFIM	10
	HSF – CAMPO FORMOSO	10
	HRPA – PAULO AFONSO	10
PED.		
NEO.		
COVID		
TOTAL		80

A DIMENSÃO DA GESTÃO REGIONAL

Para apoiar todos os 184 municípios de Pernambuco mais a ilha de Fernando de Noronha, foram criadas as 12 Gerências Regionais de Saúde (GERES), o modelo de gestão da Saúde permite que as particularidades de cada região recebam atenção na hora de decidir ações e campanhas.

A gestão regional é disparada a partir das GERES através do gabinete da gerência e suas áreas técnicas em constante comunicação, articulação e pactuação com os municípios de suas respectivas circunscrições (Figura 8).

Figura 10. Organograma geral da GERES.



Fonte: GERES, 2022.

No âmbito do planejamento regional a GERES apoia os municípios nos instrumentos de planejamento do SUS incentivando o desenvolvimento de estratégias de articulação das Secretarias Municipais de Saúde (SMS) junto aos Conselhos Municipais de Saúde (CMS) com foco no aprimoramento do papel do controle social em relação ao processo de planejamento do SUS.

A área técnica do planejamento regional coordena o processo de pactuação interfederativa junto aos municípios e acompanha o monitoramento no tocante ao alcance de metas e indicadores do Plano Municipal de Saúde, contribuindo para elaboração de estratégias para aprimoramento do Plano Diretor de Regionalização (PDR) e fortalecendo a regionalização.

Ademais, formula estratégias para a consolidação dos espaços de governança regional já existentes, como as Comissões Intergestores Regionais (CIR), suas Câmaras Técnicas e os Conselhos Municipais de Saúde da Região de Saúde, participando da elaboração e implantação do Planejamento Regional Integrado - PRI e seus grupos condutores e da permanente atualização do Mapa de Saúde Regional.

No tocante à regulação regional, a GERES é fundamental no apoio aos municípios com base na Política Estadual de Regulação, Monitoramento, Controle e Avaliação da Gestão do SUS/PE, em especial a dimensão de regulação do acesso à assistência ou regulação assistencial, abrindo agendas, distribuindo cotas, remanejando e monitorando atendimentos, exames de imagem de média e alta complexidade e consultas especializadas.

A Coordenação de Regulação Regional organiza, controla e gerencia o fluxo entre necessidade, demanda e oferta das ações e serviços de saúde no âmbito regional, de forma equânime, resolutiva, integral, na perspectiva de oferecer um acesso qualificado e equitativo aos serviços de saúde. Para além dessas atribuições, há a conferência e atesto das notas fiscais dos contratos com prestadores de serviços de saúde através de convênios com a SES/PE.

Um ponto essencial na gestão regional é a Atenção à Saúde, onde a GERES proporciona apoio técnico aos municípios no gerenciamento e monitoramento das ações previstas, e na implementação dos programas, ações e estratégias da Atenção Básica. Há a realização de visitas técnicas aos serviços de saúde, bem como preceptoria em saúde tendo parceria de instituições de ensino de nível superior nos Programas de Residência em Saúde.

A GERES ainda participa na condução de grupos de trabalho e discussão quando avaliada necessidade específica levantada por algum município, bem como na organização e promoção de cursos e capacitações profissionais e condução de reuniões colegiadas permanentes.

As gerências regionais também coordenam as ações de vigilância em saúde no âmbito regional fornecendo apoio técnico aos municípios no monitoramento de indicadores dos sistemas de informação e prevenção de doenças e agravos em saúde. A GERES também capacita profissionais de saúde nas áreas de interesse à Vigilância em Saúde, assessora os municípios da região de saúde e realiza e/ou apoia as investigações de surto.

Numa perspectiva epidemiológica de gestão regional, a vigilância em saúde apoia os municípios em resposta às situações emergentes em saúde pública, realiza colegiados e reuniões técnicas com municípios e hospitais, faz o acompanhamento das atividades de promoção da saúde da população e monitora indicadores relacionados aos acidentes de transporte terrestre e discussão dos óbitos.

O Programa Nacional de Imunização (PNI) tem suas atividades coordenadas, a nível regional, pelas GERES, no que diz respeito ao recebimento e planejamento de distribuição dos imunobiológicos aos municípios que compõem a regional de saúde. A gerência regional também monitora a cobertura vacinal de rotina e campanha, realiza visitas técnicas às coordenações do PNI municipais e capacita profissionais para atuação nas ações de vacinação.

Ainda no espectro da vigilância em saúde, a vigilância ambiental dentro da regional de saúde realiza monitoramento dos indicadores relacionados às endemias locais, oferece suporte técnico aos sistemas de informação das arboviroses, distribuição de insumos como inseticidas e larvicidas, fazendo o devido monitoramento dessas ações. Além disso, através da vigilância sanitária, a GERES realiza inspeção e dispensação de licença sanitária, atende denúncias, atua na investigação de surtos de doenças e dispensa de talonário aos profissionais prescritores habilitados.

O escopo de atividades das gerências regionais é extenso e denso tendo em vista a representação estadual dentro daquele território, necessitando abarcar todas as áreas e políticas estaduais no âmbito da saúde e suprir essa dimensão de coordenação e monitoramento de forma descentralizada.

2.2 A DIMENSÃO DO PLANEJAMENTO REGIONAL/MACRORREGIONAL

PRI-PLANEJAMENTO REGIONAL INTEGRADO

No Brasil, o compromisso com a descentralização e a regionalização da saúde foi assumido ainda na Constituição Federal de 1988. A Regionalização da Saúde é uma diretriz organizativa do SUS que orienta a descentralização das ações e serviços potencializando os processos de pactuação e negociação entre gestores.

O Planejamento Regional Integrado (PRI) e a organização de Regiões de Saúde expressam as responsabilidades dos Gestores em relação à população do território quanto à integração da constituição sistêmica do SUS, evidenciando o conjunto de diretrizes, objetivos, metas, ações e serviços para a garantia do acesso e da resolubilidade da atenção por meio da organização das Redes de Atenção à Saúde (RAS), observando os Planos de Saúde dos três entes federados. No PRI, a organização do território transcende o espaço do ente federado municipal, abrangendo a Região e a Macrorregião de Saúde e impõe um conjunto de desafios aos gestores nas três esferas do SUS.

Porém, a regionalização da saúde, é vista como um processo político, que envolve a partilha do poder entre governo, organizações públicas e privadas, e cidadãos. Configura a região como o principal centro integrador das referências entre os serviços das esferas subnacionais, e abarca a formulação de ferramentas e instrumentos para mediar e implementar o planejamento, gestão, integração, regulação e financiamento (VIANA; LIMA, 2011; SANTOS; CAMPOS, 2015).

No entanto, existem grandes dificuldades e diferenças de cobertura de serviços especializados em saúde entre as regiões do Brasil e dentro das federações. Esse contexto é, parcialmente, consequência da forma de financiamento da saúde pública, valendo-se de pagamento por procedimento e de incentivos financeiros para o desenvolvimento de políticas específicas, sem, necessariamente, integrar uma rede de atenção à saúde (RIBEIRO, 2017).

O avanço deste processo depende da construção de desenhos regionais que respeitem as realidades locais, a partir do fortalecimento da Governança Regional nos espaços ativos de cogestão.

A discussão sobre o Planejamento Regional Integrado em Pernambuco (PRI-PE) iniciou-se a partir da publicação do Decreto Ministerial de 7.508/2011, que regulamentou a Lei 8.080/1990, no que diz respeito à organização do SUS, com foco no planejamento e na assistência à saúde e inaugurou um novo marco na relação interfederativa.

Como estratégia de resgate e fortalecimento da regionalização no âmbito do SUS, o PRI-PE foi pensado como um mecanismo de fortalecimento do Sistema, em consonância com a organização de regiões de saúde. Nesse contexto, desde 2011, observam-se avanços importantes no estado como a atualização do Plano Diretor de Regionalização (PDR), através da reorganização do território assistencial e administrativo estadual em 4 (quatro) Macrorregiões e 12 (doze) Regiões de Saúde (PERNAMBUCO, 2011), bem como a conformação e pactuação de Redes de Atenção à Saúde prioritárias. Tal conformação expressa as responsabilidades dos Gestores de saúde em relação à população do território evidenciadas por meio do conjunto de diretrizes, objetivos, metas, ações e serviços para a garantia do acesso e da resolubilidade da atenção e organização das Rede de Atenção à Saúde, observando os Planos de Saúde dos três entes federados.

As orientações e diretrizes nacionais para a construção do PRI nos estados foram interrompidas em meados de 2013 pelo Ministério da Saúde (MS) e retomadas apenas em 2017, quando a CIT/MS publicou a Resolução nº 23 e estabeleceu novas diretrizes para os processos de Regionalização e PRI, o qual deveria ser elaborado de forma ascendente e considerada a Governança das RAS no âmbito do SUS. Em 2018, a mesma comissão publicou a Resolução nº 37 dispondo sobre o processo do PRI e a necessidade de reorganização das Macrorregiões de saúde.

Este processo foi então retomado em Pernambuco por meio da publicação da Resolução Comissão Intergestores Bipartite (CIB-PE) nº 4.086/2018, onde foi estabelecida nova metodologia e cronograma do processo de construção do PRI-PE. Nesse contexto, foi pactuada a organização do Grupo Condutor Central, visando dar andamento às ações do PRI-PE de acordo com a Resolução CIB-PE Nº 5.045/18.

Desta forma, o Planejamento Regional Integrado (PRI) em Pernambuco vem sendo executado pela Secretaria Estadual de Saúde (SES), em parceria com o COSEMS-PE e SEINP-PE. Para o desenvolvimento das ações previstas no Projeto de Estruturação para o Planejamento Regional Integrado em Pernambuco, contamos com o apoio dos recursos previstos na Portaria GM/MS n° 1.812 de 22 de Julho de 2020.

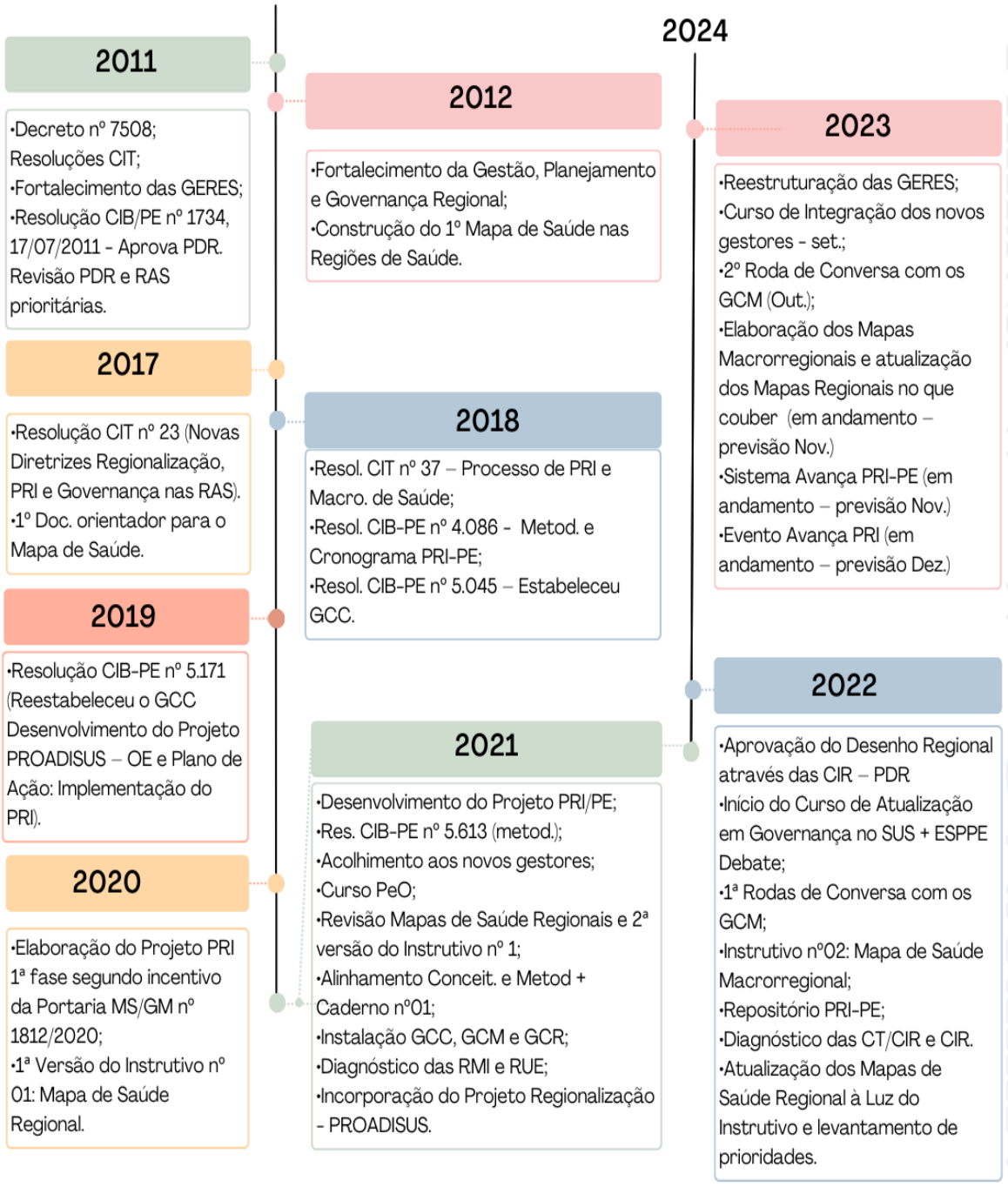
Em 2020, o Ministério da Saúde emitiu a Portaria MS/GM 1.812/2020 de incentivo financeiro de custeio, aos Estados e ao Distrito Federal, para o aprimoramento das ações de gestão, planejamento e regionalização da saúde, visando à organização e à governança da Rede de Atenção à Saúde, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Onde se definiu 05 momentos do PRI: 1- Composição dos Grupos Condutores; 2- Formulação de Estratégias; 3- Estudos e Análises; 4- Definição de Prioridades; 5- Pactuações.

E o Projeto foi dividido em 05 objetivos estratégicos (OE) são eles: OE1 - Articulação Interfederativa; OE2 - Alinhamento Conceitual e Metodológico; OE3 - Fortalecimento do Planejamento em Saúde; OE4 - Fortalecimento da Gestão e Governança Regional; OE5 - Reorganização do Processo de Regionalização. Cada objetivo com suas atividades correspondentes para atingir as metas.

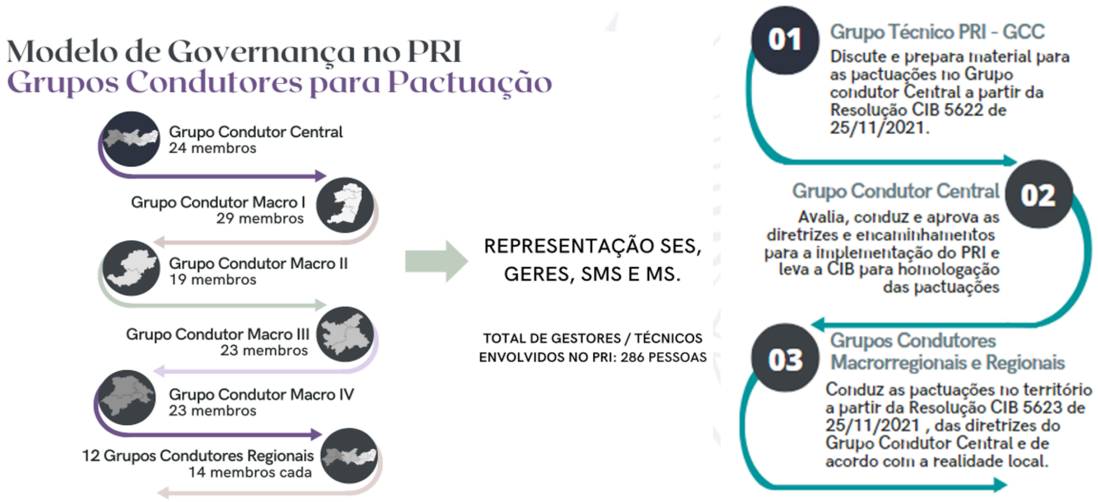
Para atingirmos os objetivos, o Projeto PRI/PE divide-se em duas fases. Na primeira, o foco principal está voltado para a produção de condições organizativas de implementação do PRI. Com o trabalho em conjunto, por meio das discussões e pactuações realizadas entre os Grupos Condutores Central, Macrorregionais e Regionais

para deixar tudo organizado no território e, então, passarmos à implantação da Fase 2 do projeto, que prevê a Operacionalização do Planejamento Regional Integrado em PE, através da: a Remodelagem das Redes de Atenção à Saúde (RAS), o processo regulatório da RAS, a Definição de Responsabilidades Executivas e Financeiras e o Processo de Monitoramento e Avaliação.

Considerando o processo histórico do PRI em Pernambuco, segue a linha do tempo:



Na Resolução CIB-PE nº 5.613/2021, traz sobre a metodologia e cronograma do PRI, informa que o processo é conduzido através de Grupos Condutores, sendo 01 Grupo Condutor Central (GCC); 04 Grupos Condutores Macrorregionais (GCM); 12 Grupos Condutores Regionais (GCR). Os Grupos condutores são constituídos de forma tripartite, com representações da Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco (SES/PE), do Ministério da Saúde (MS) e do Conselho dos Secretários Municipais de Saúde de PE (COSEMS/PE), apenas o GCR tem sua composição restrita à representações das Gerências Regionais e Secretarias Municipais (COSEMS). Veja o esquema abaixo e funcionamento de cada grupo:

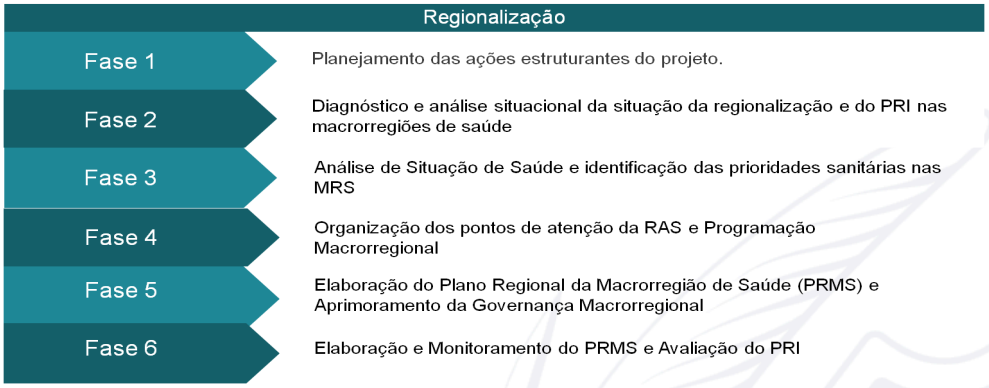


A reestruturação das gerências regionais com nova seleção para gerentes e a importância destes atores, os grupos condutores macrorregionais (Resolução CIB-PE 6288, de 27 de setembro de 2023) e regionais estão sendo recompostos à medida que as equipes de das Gerências Regionais finalizam a recomposição das equipes. Enquanto isso, o Grupo Técnico GCC-PRI retomou suas atividades em 18 de maio de 2023, e se reúne todas as quintas-feiras das 14h às 17h para discutir e planejar ações segundo a Resolução CIB-PE nº5622/2023. Como estratégia, foi ampliada a composição do GT de forma que englobe outros setores estratégicos da SES, como Atenção Primária à Saúde, Vigilância em Saúde, Regulação na Saúde, Atenção à Saúde, Gestão do Trabalho e Educação na Saúde.

Para potencializar às atividades no território junto aos GCM e GCR, a Secretaria Executiva de Gestão Estratégica e Coordenação Geral junto à Diretoria Geral de Gestão Participativa (DGGP) munem-se da estratégia de ampliar o número de apoiadores de regionalização voltados para cada região de saúde, para tratarem das questões referentes ao tema. Essas apoiadoras possuem a missão de fortalecer e apoiar os processos relacionados à Regionalização nas Gerências Regionais e as ações dos Grupos Condutores Macrorregionais e Regionais.

Diante das Resoluções CIB-PE nº 6288/2023 de composição dos GCMs e CIB-PE nº5624/2021 de composição dos GCRs, e suas atribuições no desenvolvimento das atividades no território.

Um marco importante, em setembro de 2021, foi a incorporação do Projeto do ProadiSUS de "Fortalecimento dos Processos de Governança, Organização e Integração da Rede de Atenção à Saúde: Regionalização", projeto mais conhecido como o Proadi-Regionalização, que tem como parceira o Hospital Alemão Oswaldo Cruz, a beneficência Portuguesa de São Paulo, CONASS, CONASEMS e Ministério da Saúde. O ProadiSUS vem com o intuito fortalecer a gestão estratégica tripartite do SUS para a implementação do processo de PRI e aprimoramento da governança macrorregional do SUS, por meio de assessoria técnica e metodológica no desenvolvimento do PRI, o projeto possui fases que serão desenvolvidas a partir de algumas premissas metodológicas que serão transversais, a saber:



2.3 A DIMENSÃO DA GOVERNANÇA REGIONAL

A Comissão Intergestores Regional - CIR é uma instância de cogestão no espaço regional, não paritário, de natureza permanente, cujas decisões são tomadas por consenso, constituindo-se em um espaço de planejamento, pactuação, cogestão solidária e negociação entre os gestores municipais e o estado, através das Gerências Regionais, para constituição de rede regionalizada a definição das regras da gestão compartilhada do Sistema Único de Saúde - SUS. Cabe às CIR a pactuação, organização e o funcionamento em nível regional das ações e serviços de saúde integrados na rede de atenção à saúde – RAS.

A CIR foi instituída pelo Decreto 7.508/11, tem suas competência definidas na Resolução CIT n.º 001/2011. Considerando que a regionalização é uma diretriz constitucional, é de fundamental importância a existência dessa ferramenta de integração entre todos os gestores públicos, para a discussão dos desafios da saúde e elaboração de intervenções que tragam melhorias na operacionalização de ações e serviços no âmbito regional. Além disso, ainda cabe à CIR colaborar com a organização do SUS no Estado, para cumprir seus objetivos maiores, de aperfeiçoar a universalidade da saúde, garantir a integralidade da assistência e obter a equidade de acesso às ações e serviços de saúde entre as diferentes regiões do Estado.

Pernambuco possui 12 regiões de saúde e em cada região sua CIR. Cada CIR possui um Regimento Interno que estabelece os fluxos e a operacionalidade da referida Comissão e respectiva Câmara Técnica Compete minimamente às Câmaras Técnicas das CIR:

I - Coordenar, propor, acompanhar e avaliar os trabalhos das Comissões Temáticas e Grupos de trabalho;

II - Elaborar a pauta das reuniões do Plenário da CIR VII Geres;

III - Desenvolver estudos e análises com vistas a assessorar e subsidiar a Plenária da CIR na discussão da política no âmbito do SUS/PE;

IV - Participar das Reuniões da Plenária e assessorar os membros da CIR no desenvolvimento dos trabalhos;

V - Formular propostas de estratégias para implementação das políticas no SUS, como subsídio às deliberações da CIR;

VI - Promover o intercâmbio de informações com outras Câmaras Técnicas, em temas correlatos;

VII - Promover, apoiar e participar dos processos de qualificação de educação permanente das Câmaras Técnicas.

CT-CIR

Segundo tabela abaixo, a maioria das CT-CIR não são paritários, todas as reuniões são agendadas, possui cronograma, a organização das reuniões, na sua maioria, é na segunda semana de cada mês, no período da manhã, de forma híbrida. A maioria das Câmaras Técnicas possui regimento Interno, bem como grupos de trabalho de diversas áreas temáticas,como as relacionadas às Redes de Atenção à Saúde, Atenção Primária, Vigilância em Saúde, Regulação entre outros:

	Membros CT/CIR		Processo de Trabalho					
	1 - COSEMS	2 - GERES/SES	3 - REUNIÃO AGENDADA?	4 - POSSUI CRONOGRAMA?	5 - TURNO DA REUNIÃO DA CT/CIR?	FREQUÊNCIA	6 - FORMATO DA REUNIÃO	7 - POSSUI REGIMENTO?
I REGIÃO	7	7	Sim	Sim	Tarde	2ª terça/mês	Híbrido	SIM - AGOSTO 2021
II REGIÃO	10	8	Sim	Sim	MANHÃ	2ª quinta/mês	híbrida	SIM - ABRIL 2017
III REGIÃO	6	6	Sim	Sim	MANHÃ	2ª quarta/mês	híbrida	SIM - MAIO 2012
IV REGIÃO	8	8	Sim	Sim	MANHÃ	2ª quarta/mês	Híbrido	NÃO
V REGIÃO	20	17	Sim	Sim	MANHÃ	2ª terça/mês	Híbrido	SIM - OUTUBRO 2021
VI REGIÃO	4*	4*	Sim	Sim	MANHÃ	2ª terça/mês	Presencial	NÃO
VII REGIÃO	7	8	Sim	Sim	Manhã/Tarde	3ª segunda/mês	Híbrido	NÃO
VIII REGIÃO	8	7	Sim	Sim	MANHÃ	2ª segunda/mês	Híbrido	SIM - FEVEREIRO 2020
IX REGIÃO	8	8	Sim	Sim	Manhã/Tarde	2ª sexta/mês	Virtual	SIM - MAIO 2018
X REGIÃO	12	12	Sim	Sim	MANHÃ	2ª quinta/mês	Presencial	SIM - NÃO APRESENTOU DATA
XI REGIÃO	10	6	Sim	Sim	MANHÃ	2ª quinta/mês	Presencial	SIM - AGOSTO 2019
XII REGIÃO	1	12	Sim	Sim	MANHÃ	2ª segunda/mês	Híbrido	SIM - SETEMBRO 2019

Nota: *Atualizado através da resolução CIR n° 132 de 17/05/2022.

	Processo de Trabalho		
	8- POSSUI GRUPOS DE TRABALHO?	9-QUAIS?	10- ÁREAS TEMÁTICAS
III REGIÃO	Sim	Comissão de Planejamento e Regulação; Vigilância em Saúde; Gestão do Trabalho; Educação em Saúde.	Atenção Primária; Atenção Ambulatorial MAC; Redes de Atenção à Saúde; Atenção Hospitalar MAC; vigilância em saúde; regulação; assistência farmacêutica.
IV REGIÃO	Sim	Planejamento e Gestão; Atenção Primária em Saúde; Vigilância em Saúde.	Atenção Primária; atenção amb. de média e alta complexidade; Redes de Atenção à Saúde; atenção hosp. de média e alta complexidade; vigilância em saúde; regulação.
V REGIÃO	Sim	Comissão de Planejamento, Gestão e Regulação em Saúde; Comissão de Vigilância em Saúde; Comissão de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde.	Atenção Primária; vigilância em saúde; regulação.
VII REGIÃO	Sim	Atenção à Saúde; Vigilância em Saúde.	Atenção Primária; Redes de Atenção à Saúde; vigilância em saúde; regulação.
VIII REGIÃO	Sim	GT Ortopedia; GT Obstetrícia; GT Vascular; GT do Acesso Ambulatorial.	Atenção amb. De média e alta complexidade; atenção hosp. de média e alta complexidade; Redes de Atenção à Saúde.

	14- Áreas Temáticas										
	Redes de Atenção à Saúde	Atenção Primária	Atenção Ambulatorial MAC	Atenção Hospitalar MAC	Assistência Farmacêutica	Pacto pela Saúde	Mãe Coruja	PNI	Planejamento e Gestão	Regulação	Vigilância em Saúde
I REGIÃO	Ok	Ok	Ok	Ok	-				-	-	-
II REGIÃO	Ok	Ok	-	-	Ok				Ok	Ok	Ok
VI REGIÃO	Ok	Ok	-	-	-				Ok	-	-
IX REGIÃO	Ok	Ok	Ok	Ok	-				-	Ok	Ok
X REGIÃO	Ok	Ok	Ok	Ok	-				-	Ok	Ok
XI REGIÃO	Ok	Ok	Ok	Ok	OK	OK	OK	OK	OK	Ok	Ok
XII REGIÃO	-	-	-	-	-				-	-	-

A Pauta da CT/CIR na sua maioria é elaborada após indicação dos temas solicitados aos gestores municipais, áreas técnicas das Geres, apoiadores do COSEMS. Em outras são elaboradas de acordo com as prioridades e a relevância do tema seguindo à sequência: homologação, discussão, pactuação e informes. Muitas vezes técnicas de áreas específicas são convidados para apresentar a pauta que os compete. É na Câmara Técnica que é definida a pauta da CIR e todas as pautas consensuadas nas CT, são discutidas com as gerentes de GERES.

11 - COMO É ELABORADA A PAUTA DA CT/CIR?

- Elaborada após a indicação dos temas que são solicitados a: gestores municipais de saúde, áreas técnicas das GERES, Apoiador/a COSEMS, Área indígena, Prestadoras estaduais, HU/UNIVASF.
- Construída de acordo com a prioridade e a relevância do tema, de acordo com a seqüência: Homologação, discussão e pactuação e informes.
- Gestoras/es e/ou Técnicas/os são convidados para apresentar a pauta específica de sua área
- A pauta é apresentada na CT CIR e dela, é definida a pauta para a CIR

12 - A PAUTA DEPOIS DE CONSENSUADA NA CT É DISCUTIDA COM A GERENTE DE GERES?

- Todas as regiões informaram que SIM

CIR

Segundo tabela abaixo, a minoria mantém a paridade nas CIR, a maioria possuem suplência nas representações. Nas reuniões contam com a presença de outros atores convidados. Todas as reuniões são agendadas previamente, sendo assim, possui cronograma, essa reuniões acontecem na terceira semana de cada mês, de forma híbrida, após as suas Câmaras Técnicas, todo o conteúdo discutido são tornados públicos através de atas. Todas as CIR possuem Regimento Interno emitidos em Resolução CIR.

	Membros CIR : questões 16, 17 e 18		
	COSEMS	GERES	OUTROS ATORES
I REGIÃO	20	8	X
II REGIÃO	20	9	SIM
III REGIÃO	22	9	SIM
IV REGIÃO	32	8	SIM
V REGIÃO	1	10	SIM
VI REGIÃO	13	13	SIM
VII REGIÃO	1	7	SIM
VIII REGIÃO	7	4	SIM
IX REGIÃO	11	6	SIM
X REGIÃO	12	12	SIM
XI REGIÃO	10	6	SIM
XII REGIÃO	1	12	SIM

	Processo de Trabalho							
	19- PESSOAS EXTERNAS CONVIDADAS, QUE NÃO SÃO MEMBROS, PODEM PARTICIPAR DE FORMA ATIVA NAS REUNIÕES ORDINÁRIAS DA CIR?	20 - EXISTE SUPLÊNCIA?	21 e 21.1 - COMO SÃO ESCOLHIDOS OS MEMBROS DA DIREÇÃO DA CIR?	22 - DURAÇÃO DO MANDATO DA MESA DIRETORA	23 - TEM SECRETARIA EXECUTIVA?	24 - QUANDO SE REÚNE?	25 - POSSUI CRONOGRAMA DAS REUNIÕES?	26 - FORMATO DA REUNIÃO
I REGIÃO	SIM	NÃO	CONFORME REG.INTERNO	1 ANO	EM FASE DE IMPLANTAÇÃO	3º QUINTA - FEIRA DO MÊS	SIM	HÍBRIDO
II REGIÃO	SIM	NÃO	ELEIÇÃO ENTRE MEMBROS NATOS	4 ANOS	NÃO	3º QUINTA - FEIRA DO MÊS	SIM	PRESENCIAL
III REGIÃO	SIM	NÃO	ELEIÇÃO ENTRE MEMBROS NATOS	2 ANOS	SIM	3º TERÇA - FEIRA DO MÊS	SIM	HÍBRIDO
IV REGIÃO	SIM	NÃO	ELEIÇÃO ENTRE MEMBROS NATOS	2 ANOS	SIM	3º QUARTA - FEIRA DO MÊS	SIM	HÍBRIDO
V REGIÃO	SIM	SIM – 1	ELEIÇÃO ENTRE MEMBROS NATOS	2 ANOS	SIM	3º TERÇA - FEIRA DO MÊS	SIM	HÍBRIDO
VI REGIÃO	SIM	SIM – 4	CONFORME REG.INTERNO	ENQUANTO DURAR O MANDATO	EM FASE DE IMPLANTAÇÃO	3º TERÇA - FEIRA DO MÊS	SIM	PRESENCIAL
VII REGIÃO	SIM	SIM - 3	POR CONSENSO	4 ANOS	SIM	3º TERÇA - FEIRA DO MÊS	SIM	HÍBRIDO
VIII REGIÃO	SIM	SIM	CONFORME REG.INTERNO	SUBSTITUIÇÃO POR SOLICITAÇÃO DO GESTOR OU SAÍDA DO CARGO	SIM	3º QUARTA - FEIRA DO MÊS	SIM	PRESENCIAL
IX REGIÃO	SIM	SIM	ELEIÇÃO ENTRE MEMBROS NATOS	2 ANOS	SIM	3º QUINTA - FEIRA DO MÊS	SIM	PRESENCIAL
X REGIÃO	SIM	SIM - 12	ELEIÇÃO ENTRE MEMBROS NATOS	2 ANOS	SIM	3º QUARTA - FEIRA DO MÊS	SIM	PRESENCIAL
XI REGIÃO	SIM	NÃO	ELEIÇÃO DO COSEMS INDICAÇÃO DO GERENTE GERES PRESIDÊNCIA CONF. REGIMENTO	2 ANOS	SIM	3º QUINTA - FEIRA DO MÊS	SIM	PRESENCIAL
XII REGIÃO	SIM	SIM - 1	CONFORME REG.INTERNO	DE ACORDO COM REG. INTERNO	SIM	3º SEGUNDA-FEIRA DO MÊS	SIM	PRESENCIAL

	Processo			
	28- POSSUI REGIMENTO?	29 - AS REUNIÕES SÃO REGISTRADAS	30 - TORNA PÚBLICO O CONTEÚDO DAS REUNIÕES?	30.1 - DE QUAL MANEIRA A CIR TORNA PÚBLICO O CONTEÚDO DAS REUNIÕES?
I REGIÃO	SIM -AGOSTO/2021	SIM	SIM	DISPONIBILIZAÇÃO DAS ATAS
II REGIÃO	SIM - ABRIL/2017	SIM	SIM	DISPONIBILIZAÇÃO DAS ATAS
III REGIÃO	SIM - MAIO/2012	SIM	SIM	DISPONIBILIZAÇÃO DAS ATAS
IV REGIÃO	SIM - NÃO INFORMA DATA	SIM	SIM	DISPONIBILIZAÇÃO DAS ATAS
V REGIÃO	SIM- MARÇO/2016	SIM	SIM	DISPONIBILIZAÇÃO DAS ATAS
VI REGIÃO	SIM - FEVEREIRO/2017	SIM	SIM	Disponibilização das atas impressas, Public. em DO,Site da SES, Redes Sociais
VII REGIÃO	SIM - AGOSTO/2019	SIM	NÃO	NÃO
VIII REGIÃO	SIM - FEVEREIRO/2020	SIM	NÃO	NÃO
IX REGIÃO	SIM - MAIO/2018	SIM	SIM	MEIOS DE COMUNICAÇÃO
X REGIÃO	SIM- NÃO INFORMA DATA	SIM	NÃO	NÃO
XI REGIÃO	SIM - AGOSTO/2011	SIM	SIM	DISPONIBILIZAÇÃO DAS ATAS
XII REGIÃO	SIM - SETEMBRO/2019	SIM	NÃO	NÃO

REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE

ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

A Atenção Primária à Saúde (APS) é o primeiro nível de atenção em saúde e se caracteriza por um conjunto de ações, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte positivamente na situação de saúde das coletividades.

Trata-se da principal porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS) e do centro de comunicação com toda a Rede de Atenção dos SUS. E funciona como um filtro capaz de organizar o fluxo dos serviços nas redes de saúde, dos mais simples aos mais complexos.

Nesse sentido a SES-PE adota, a partir de 2023, como metodologia para organização da RAS, a Planificação da Atenção da Saúde, o PLANIFICA-PE, que tem como objetivo central apoiar o corpo técnico e gerencial das secretarias municipais de saúde na organização dos macroprocessos da APS e da Atenção Ambulatorial Especializada (AAE), tendo por base o modelo operacional de Construção Social da Atenção Primária à Saúde e o Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC).

O modelo propõe o conhecimento da população alvo residente em um território, sua estratificação de acordo com a presença de fatores de risco e a complexidade da condição de saúde, além do dimensionamento da oferta de serviços a partir da necessidade identificadas e da qualificação das intervenções em coerência com complexidade da situação.

A parceria estabelecida entre a SES-PE e o CONASS, com outras instituições, abre uma grande oportunidade de inovação no cuidado da saúde da população, construindo um modelo pioneiro de implantação da Planificação, que envolve não só as unidades básicas de saúde, como também a atenção ambulatorial especializada, a assistência hospitalar.

Entendendo a importância da Atenção Primária, foi criada em 2023 a Diretoria Geral de Atenção Primária (DGAP), uma mudança não só de organograma, mas também de perspectivas para atuação junto aos municípios. Com isso, assume-se a responsabilidade de reorganização dos processos de trabalho, reformulação e reorientação do cofinanciamento, e qualificação deste equipamento essencial da RAS.

FINANCIAMENTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA

O financiamento da Atenção Primária à Saúde é de responsabilidade dos três entes federados: Municípios, Estados e Governo Federal. Neste sentido os municípios de Pernambuco contam com a Política Estadual de Fortalecimento da Atenção Primária (PEFAP), instituída pelo Decreto Estadual nº 30.353 de 12 de abril de 2007 (que se encontra em fase de reformulação), e com Programa Previne Brasil a nível Federal.

O programa Previne Brasil foi instituído pela Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019, como modelo de financiamento federal da APS e repassa os recursos com base em três critérios: captação ponderada, pagamento por desempenho e incentivo para ações estratégicas. O pagamento por desempenho é um dos componentes que induz o aprimoramento dos processos de trabalho e a qualificação dos resultados em saúde.

COBERTURA POPULACIONAL DA ATENÇÃO PRIMÁRIA

A portaria N° 2.436, de 21 de setembro de 2017, que institui a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), aponta a equipe Saúde da Família como a principal estratégia para expansão e consolidação da Atenção Primária. Nesse sentido, a qualificação da Estratégia de Saúde da Família (ESF) e de outras formas de organização da Atenção Primária à Saúde, como as Equipes de Atenção Primária (EAP), deverão seguir as diretrizes da Atenção Primária à Saúde do SUS.

Destaca-se que entre os anos de 2016 e 2022, o Estado de Pernambuco apresentou crescimento de 314 equipes de ESF implantadas, saindo de 2.225 em 2016 para 2.539 em 2022. Com o objetivo de expandir as equipes de ESF, há desafios que precisam ser enfrentados, entre eles, a permanência de profissionais médicos no interior do Estado, situação que o programa ministerial Mais Médicos tem buscado solucionar com o provimento desses profissionais nas regiões mais necessitadas do país.

A tabela a seguir demonstra uma oscilação na cobertura da Atenção Primária em algumas Regionais de saúde no período de 2016 a 2022 por isso, dar-se a importância de fortalecer a APS através da qualificação dos profissionais, processos de trabalho e expansão das equipes de ESF nos municípios do Estado, o que culmina no aumento da cobertura da rede de saúde e consequentemente minora o sofrimento da população e reduz a morbimortalidade por doenças e agravos sensíveis à APS.

Tabela 37. Percentual de cobertura da atenção primária, segundo Regional e Macrorregião de Saúde, Pernambuco, 2016 - 2022.

REGIÃO DE SAÚDE	COBERTURA DA ATENÇÃO PRIMÁRIA						
	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
I MACRORREGIÃO							
I	64,78%	67,35%	67,87%	67,79%	70,14%	54.57%	58.75%
II	94,82%	96,25%	96,47%	97,99%	96,21%	92.25%	94.28%
III	91,90%	92,86%	92,02%	91,41%	92,36%	77.76%	81.74%
XII	98,79%	100%	100%	98,23%	99,13%	98.48%	99.19%
II MACRORREGIÃO							
IV	81,31%	82,15%	82,46%	82,97%	82,58%	78.04%	83.63%
V	97,64%	96,18%	96,97%	96,90%	98,15%	93.17%	96.59%
III MACRORREGIÃO							
VI	83,69%	86,99%	89,81%	92,27%	93,16%	85.83%	87.94%
X	100%	100%	100%	100%	100%	99.2%	99.27%
XI	90,82%	91,56%	91,12%	90,96%	91,80%	85.93%	89.36%
IV MACRORREGIÃO							
VII	99,23%	98,05%	88,33%	92,95%	98,45%	96.35%	96.81%
VIII	92,60%	93,64%	92,22%	90,78%	91,28%	96.23%	98.32%
IX	94,52%	95,84%	86,06%	83,13%	88,17%	85.81%	87.84%
PE	**79,12%**	**80,74%**	**80,54%**	**80,56%**	**81,96%**	**72,55%**	**76,19%**

Fonte: Histórico de Cobertura - eGestor.

INDICADOR DE CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO PRIMÁRIA (ICSAP)

O ICSAP mensura a qualidade da APS, assim as hospitalizações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (CSAP) correspondem a eventos passíveis de serem evitados por ações características do primeiro nível de atenção em saúde. No entanto, caso não haja atendimento eficaz e oportuno, a situação pode evoluir e necessitar da internação dos usuários.

Observa-se que este indicador comportou-se com decréscimo durante o período de 2019 e 2021, saindo de uma proporção de 11,2 para 9,7 voltando a crescer em 2022 com 11,1 Quadro 9.

Quadro 9. Proporção do indicador por Condições Sensíveis à Atenção Básica, segundo Regionais de Saúde, Pernambuco, 2016-2022.

Região de Saúde	PROPORÇÃO DE INTERNAÇÃO POR ICSAP						
	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
I MACRORREGIÃO							
I	11,2	11,6	10,8	11,3	9,7	10,2	11,4
II	9,4	10,0	9,2	9,6	8,4	8,5	9,7
III	10,3	10,2	10,1	10,3	9,6	10,0	10,8
XII	9,4	9,6	9,5	9,6	8,2	8,7	9,1
II MACRORREGIÃO							
IV	10,6	10,4	9,6	10,8	8,3	9,1	9,9
V	8,7	11,0	11,3	11,4	9,3	8,5	9,8
III MACRORREGIÃO							
VI	14,4	16,4	15,7	16,2	12,7	13,5	13,4
X	4,6	6,0	7,5	8,7	7,4	7,4	10,1
XI	15,2	15,3	13,9	11,5	8,9	8,7	11,1
IV MACRORREGIÃO							
VII	14,9	15,1	13,4	11,6	9,3	9,6	10,3
VIII	8,6	10,5	10,8	10,7	7,9	7,8	10,1
IX	13,3	13,1	14,2	14,0	12,1	9,4	12,5
Total	**10,9**	**11,4**	**10,9**	**11,2**	**9,4**	**9,7**	**11,1**

Fonte SIH/SUS (2023)

SAÚDE BUCAL

A Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) – Programa Brasil Sorridente, instituída em 2004 e incorporada na Lei 8.080 em 2023, para incluir a saúde bucal no campo de atuação do SUS, visa organizar e orientar as ações direcionadas às ações odontológicas em todos os níveis de atenção à saúde no âmbito do SUS.

Em consonância com a PNSB, a Coordenação Estadual de Saúde Bucal busca garantir a qualificação e ampliação do acesso às ações e serviços assistências de maneira articulada e resolutiva à Rede de Atenção à Saúde Bucal. Atualmente, o Estado de Pernambuco possui 1.785 Equipes de Saúde da Família com Saúde Bucal (ESF-SB); Em nível de atenção secundária possui 11 Serviços de Urgência Odontológica, 76 Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), 32 Centros de Especialidades Odontológicas inseridos na Rede de Cuidado à pessoa com deficiência (RCPD) e 140 Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias (LRPD), e na alta complexidade com atendimento hospitalar a pacientes com necessidades especiais, defeitos da face, hematologia, reabilitação de prótese bucomaxilofacial coadjuvante ao tratamento de câncer e Rede de Bucomaxilo.

O indicador 19 do Pacto Interfederativo de Cobertura populacional estimada de saúde bucal na Atenção Básica atualmente é utilizado para o monitoramento do acesso da população aos serviços de saúde bucal, com vistas ao fortalecimento do planejamento do SUS. Em dezembro de 2021 o Estado de Pernambuco apresentou 68,66% da Cobertura de Saúde Bucal na Atenção Básica e 64,45% da cobertura de Saúde Bucal na Estratégia de

SAÚDE DA FAMÍLIA

De acordo com a tabela 38, observa-se que nos últimos dez anos houve um aumento na cobertura de Saúde Bucal na Atenção Básica e na Estratégia de Saúde da Família. Entre as ações que contribuem para este fenômeno, podemos apontar as de fortalecimento da capacidade técnica de gestores e técnicos municipais, na alimentação do sistema de informação (e-Gestor); fortalecimento de regularidade da atualização do CNES pelos municípios; intensificação das ações de acompanhamento de regularidade do CNES; e, intensificação do monitoramento junto aos municípios, quanto à regularidade de alimentação do sistema de informação.

Tabela 38. Percentual de Cobertura de Saúde Bucal na Estratégia de Saúde da Família e na Atenção Básica, por Macrorregião e Região de Saúde. Pernambuco, Dez/2021.

Macrorregião	Região de Saúde	2012		2013		2014		2015		2016		2017		2018		2019		2020		2021	
		Cobertura ESF SB	Cobertura SB AB	Cobertura ESF SB	Cobertura SB AB	Cobertura ESF SB	Cobertura SB AB	Cobertura ESF SB	Cobertura SB AB	Cobertura ESF SB	Cobertura SB AB	Cobertura ESF SB	Cobertura SB AB	Cobertura ESF SB	Cobertura SB AB	Cobertura ESF SB	Cobertura SB AB	Cobertura ESF SB	Cobertura SB AB	Cobertura ESF SB	Cobertura SB AB
I Macrorregião	I Região de Saúde	41,36%	48,07%	37,67%	43,48%	36,33%	42,74%	36,72%	43,53%	36,46%	41,93%	38,47%	43,31%	38,73%	44,22%	39,38%	44,83%	41,59%	47,64%	41,80%	48,20%
	II Região de Saúde	70,64%	71,69%	75,02%	76,07%	74,57%	75,08%	74,54%	74,54%	74,84%	75,34%	81,02%	82,77%	83,50%	84,81%	85,73%	87,24%	85,34%	88,78%	89,87%	91,28%
	III Região de Saúde	82,13%	83,96%	80,48%	84,31%	81,87%	84,15%	83,81%	86,29%	83,78%	86,81%	84,26%	84,92%	84,62%	85,62%	85,77%	86,86%	87,73%	89,37%	90,28%	90,76%
	XII Região de Saúde	85,45%	89,21%	93,38%	93,38%	95,14%	96,11%	93,22%	95,09%	92,25%	96,24%	96,19%	96,19%	100%	100%	100%	100%	98,99%	98,99%	100%	100%
II Macrorregião	IV Região de Saúde	59,95%	67,42%	60,24%	67,44%	62,02%	68,26%	64,08%	69,10%	64,90%	70,75%	67,77%	72%	69,26%	73,82%	70,98%	75,05%	73,99%	79,06%	74,95%	78,92%
	V Região de Saúde	71,59%	76,53%	74,72%	77,90%	75,88%	78,92%	77,58%	80,75%	78,21%	84,30%	78,41%	80,91%	79,47%	81,69%	82,58%	85,07%	83,62%	88,85%	84,04%	85,68%
III Macrorregião	VI Região de Saúde	78,13%	81,61%	77,43%	78,58%	76,82%	79,41%	79,74%	81,50%	74,25%	78,46%	78,88%	80,43%	81,69%	82,40%	85,72%	87,44%	87,79%	90,82%	89,39%	92,15%
	X Região de Saúde	57,8%	71,03%	79,44%	79,44%	86,37%	89,25%	84,74%	84,74%	87,93%	87,93%	91,42%	93,02%	95,97%	95,97%	94,76%	94,76%	100%	100%	100%	100%
	XI Região de Saúde	70,78%	72,78%	66,40%	69,71%	71,43%	74,65%	71,06%	76,18%	73,63%	81,23%	76,19%	83,31%	81,63%	86,88%	84,37%	84,96%	92,37%	93,62%	90,57%	93,12%
IV Macrorregião	VII Região de Saúde	84,19%	87,94%	86,49%	86,49%	83,30%	83,30%	87,79%	87,79%	87,52%	87,52%	89,59%	89,59%	88,35%	89,35%	89,26%	90,59%	92,97%	92,97%	93%	93%
	VIII Região de Saúde	40,6%	46,94%	45,51%	49,69%	43,76%	46,49%	43,84%	44,47%	42,22%	48,96%	56,27%	59,02%	57,52%	61,37%	57,44%	62,86%	56,82%	61,18%	60,29%	63,08%
	IX Região de Saúde	68,05%	69,41%	73,38%	75,19%	70,77%	73,63%	72,86%	74,59%	75,25%	76,72%	80,09%	82,70%	73,27%	81,06%	71,21%	74,39%	77,99%	86,80%	71,90%	78,41%
TOTAL	Pernambuco	56,12%	61,66%	55,92%	60,43%	55,75%	60,37%	56,59%	61,04%	56,49%	61,24%	59,62%	63,19%	60,45%	64,49%	61,54%	65,36%	63,74%	68,50%	64,45%	68,66%

Fonte: e-Gestor Atenção Básica.

POLÍTICA DE PROMOÇÃO DA SAÚDE

Instituída pela Portaria MS/GM nº 687, de 30 de março de 2006, a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), reconhece a constante necessidade de qualificar e atualizar as ações e os serviços prestados pelos gestores e pelos trabalhadores da saúde, garantindo os princípios e as diretrizes do SUS, estabelecendo **relação** com as demais políticas públicas conquistadas pela população, incluindo as do setor Saúde, por ex.: Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), Política Nacional de Humanização (PNH), Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa (PNGEP), Política Nacional de Educação Popular em Saúde (PNEPS), Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências (PNRMAV), Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU), Política Nacional de Saúde Integral de Populações Específicas (PNSIPE).

Pernambuco tem conduzido e acompanhado a implementação dos Núcleos de Promoção da Saúde (NPS) nos municípios. Os NPS têm por objetivo estimular a adoção de estilos e modos de vida saudáveis, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida da população, reduzindo o índice de Doenças e Agravos Não Transmissíveis (DANT), configurando-se assim como um espaço de articulação, discussão e reflexão sobre a área da promoção da

saúde, a partir da realidade local. Atualmente, 66 municípios são monitorados quanto à realização das atividades nos NPS.

Além dos NPS, a SES-PE estimula a implantação espaços públicos conhecidos como POLOS, que são espaços voltados ao desenvolvimento de ações culturalmente inseridas e adaptadas aos territórios locais e que adotam como valores norteadores de suas atividades o desenvolvimento da autonomia, equidade, empoderamento e participação social, com 326 polos espalhados pelo estado.

POLÍTICAS ESTRATÉGICAS

A Diretoria Geral de Políticas Estratégicas está integrada à Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde e Atenção Primária (SEVSAP) e atua transversalmente nas atividades relacionadas ao cuidado integral da saúde das populações, com um olhar equânime e plural em conformidade com o proposto pelo SUS, para a Saúde da Mulher, Saúde do Idoso e do Homem, Saúde da Criança e do Adolescente, Saúde Mental, Saúde da Pessoa com Deficiência, Saúde da População LGBT, Saúde da População Negra, bem como a atenção voltada para a Segurança alimentar e Nutricional e para o Programa Boa Visão.

SAÚDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE

A Gerência de Atenção à Saúde da Criança e do Adolescente (GEASC/SES-PE), atua em consonância com a Política Nacional de Atenção à Saúde da Criança (PNAISC), instituída pela Portaria nº 1.130, de 5 de agosto de 2015, que estrutura-se em sete eixos estratégicos, a saber: 1) Atenção humanizada e qualificada à gestação, ao parto, ao nascimento e ao recém-nascido (consiste na melhoria do acesso, cobertura, qualidade e humanização da atenção obstétrica e neonatal, integrando as ações do pré-natal e acompanhamento da criança na Atenção Básica com aquelas desenvolvidas nas maternidades, conformando-se uma rede articulada de atenção); 2) Aleitamento materno e alimentação complementar saudável; 3) Promoção e acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento integral; 4) Atenção integral às crianças com agravos prevalentes na infância e com doenças crônicas; 5) Atenção integral à criança em situação de violências, prevenção de acidentes e promoção da cultura de paz; 6) Atenção à saúde de crianças com deficiência ou em situações específicas e de vulnerabilidade e na 7) Vigilância e prevenção do óbito infantil, fetal e materno. Estes preceitos são rotineiramente trabalhados junto à rede de saúde desde a Atenção Primária até as unidades de atendimento em alta complexidade, a fim de garantir a redução da mortalidade infantil.

A Saúde do Adolescente atua baseada nas Diretrizes Nacionais para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e de Jovens na Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde, baseada na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e de Jovens, sensibilizando gestores para uma visão holística do ser humano e para uma abordagem sistêmica das necessidades dessa população. Busca, ainda, apontar para a importância da construção de estratégias interfederativas e intersetoriais que contribuam para a modificação do quadro nacional de vulnerabilidade de adolescentes e de jovens, influindo no desenvolvimento saudável desse grupo populacional. E apresenta como eixos prioritários: Saúde Sexual e Reprodutiva; Redução da morbimortalidade por Causas Externas e Uso abusivo de álcool e outras drogas.

SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA

A Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIP), instituída pela Portaria MS/GM nº 992/2009 e instituída em Pernambuco através do Decreto estadual Nº 37.949 de 08 de março de 2012, é uma conquista dos Movimentos sociais e da População Negra, frente às desigualdades em saúde que acometem essa

população. Em Pernambuco, segundo o Censo do IBGE de 2010, a População Negra (composta por pretos e pardos) corresponde a 62% do total da população geral.

A implementação desta política decorre do reconhecimento da existência de condições de vida resultantes de injustos processos sociais, culturais e econômicos da história do país, expressos nas altas taxas de mortalidade materna e infantil, precocidade de óbitos, maior prevalência de doenças crônicas, a exemplo da Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus e doenças hereditárias como a Doença Falciforme, igualmente doenças infecciosas, como as Doenças Negligenciadas e as IST´s; somem-se os altos índices de violência urbana que incidem sobre a população negra, principalmente a juventude.

A Política Estadual de Saúde da População Negra tem como marca o reconhecimento do Racismo, das desigualdades étnico-raciais e do Racismo institucional, como determinantes sociais de saúde. A Política está embasada nos princípios constitucionais da saúde como direito social, de cidadania, dignidade humana, de repúdio ao Racismo e reafirma os princípios do SUS, universalidade, integralidade da atenção, equidade, participação e controle social, tendo como princípios organizativos a transversalidade e a descentralização político-administrativa.

A referida Política visa através de suas ações:

- Acompanhar o preenchimento da variável raça/cor nos formulários de identificação e nos Sistemas de Informação em saúde para produção de informações epidemiológicas com recorte racial;
- Incluir os temas Racismo e Saúde da População Negra, nos processos de formação e educação permanente dos trabalhadores da saúde e no exercício do controle social na saúde;
- Ampliar e fortalecer a participação do Movimento Social Negro nas instâncias de controle social das políticas de saúde, em consonância com os princípios da gestão participativa do SUS;
- Qualificar, humanizar e fortalecer as ações de atenção e cuidado às pessoas com Doença Falciforme incluindo a reorganização, descentralização e ampliação das correspondentes ações de saúde: Teste do Pezinho, a Eletroforese da Hemoglobina no Pré-Natal, atendimento especializado ambulatorial, nas urgências/emergências e a atenção diferenciada na internação, além da dispensação de medicamentos na assistência farmacêutica;
- Garantir e ampliar o acesso da população negra do campo e da floresta, em particular as populações quilombolas, às ações e aos serviços de saúde;
- Promover o reconhecimento dos saberes e práticas populares de saúde, incluindo aqueles preservados pelas religiões de matrizes africanas;
- Estimular, apoiar e fortalecer enquanto estratégia de gestão, a intersetorialidade com incorporação do recorte racial pelas demais políticas e o desenvolvimento das competências e responsabilidades nas esferas de gestão.

SAÚDE DA POPULAÇÃO LGBT

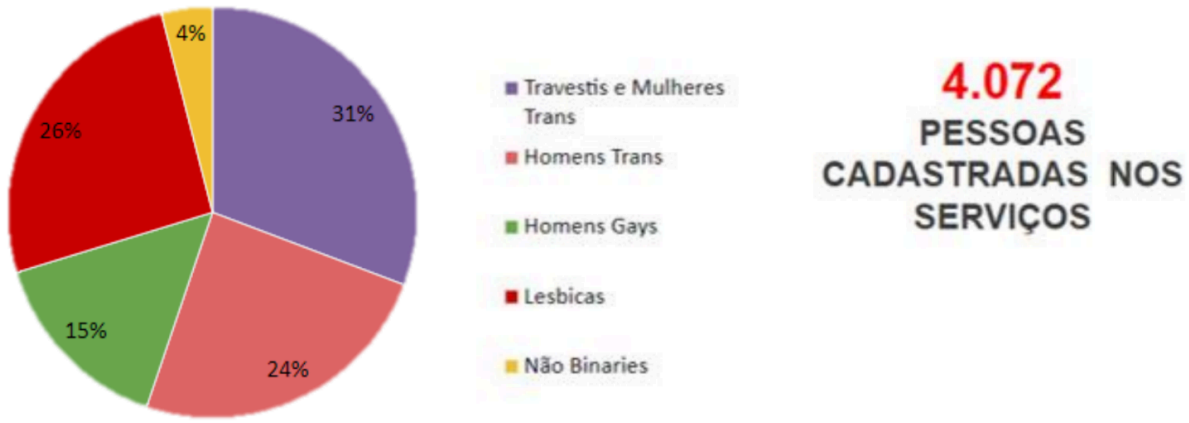
A Política Estadual de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (PESILGBT), instituída por meio da portaria SES/PE nº 60, de 11 de março de 2015, tem como objetivo geral promover a saúde integral da população LGBT no Estado de Pernambuco, e como objetivos específicos: Apoiar a implantação e implementação da Política Estadual de Saúde Integral LGBT no âmbito dos municípios; Atuar na eliminação do preconceito e da discriminação da população LGBT nos serviços públicos e privados de saúde; Ampliar e qualificar a rede de serviços do SUS para a atenção e o cuidado integral à saúde da população LGBT garantindo às pessoas o respeito e a prestação de serviços de saúde com qualidade e resolutividade de suas demandas e necessidades; Garantir acesso ao processo transexualizador na rede Estadual, a partir do aperfeiçoamento das tecnologias - para mulheres e homens - nos moldes regulamentados; Oferecer atenção e cuidado à saúde contemplando todos os ciclos de vida da população LGBT; Garantir os direitos sexuais e direitos reprodutivos da população LGBT no âmbito do SUS; Garantir o uso do nome social das travestis e transexuais, nos serviços públicos e privados de saúde, de acordo com a Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde e do Decreto Estadual no

35.051, de 25 de maio de 2010; Contribuir para a participação de representações da população LGBT nos espaços de controle social, como no Conselho e Conferências de Saúde, dentre outros.

Objetivando ampliar a saúde integral da população LGBT, a CESLGBT-PE direciona o fazer técnico a partir de três principais eixos voltados à saúde LGBT, são eles: a Atenção à Saúde, que busca reduzir os danos à saúde física e mental relacionadas às especificidades da população LGBT; a Educação em Saúde que versa na construção e inclusão de ações educativas voltadas à eliminação e enfrentamento de preconceitos e discriminações por orientação sexual e identidade de gênero nos serviços de saúde, como também na disseminação da Política Estadual de Saúde LGBT, e a Vigilância em Saúde que coleta, monitora, qualifica e dissemina as informações e dados sobre a população LGBT no estado de Pernambuco.

O estado de Pernambuco dispõe de 12 ambulatórios LGBT+, sendo eles: o Ambulatório Patrícia Gomes que funciona dentro da Policlínica Lessa de Andrade, o Ambulatório LBT no Hospital da Mulher do Recife, o Espaço de Acolhimento e Cuidado às Pessoas Trans e Travestis do Centro Integrado de Saúde Amaury de Medeiros (CISAM/UPE) e o Espaço de Acolhimento e Cuidado às Pessoas Trans e Travestis do Hospital das Clínicas (HC/UFPE) que estão localizados no município de Recife. Em outros municípios temos o Ambulatório LGBT Darlen Gasparelly, em Camaragibe; o Ambulatório LGBT de Jaboatão dos Guararapes que fica no Centro de Referência em Saúde da Mulher; o Ambulatório LGBT Rafaella Cicarelly, em Olinda; o Ambulatório LGBT do Cabo de Santo Agostinho; o Ambulatório LGBT na Policlínica Maria das Graças Costa da Silva, em Ipojuca; o Ambulatório LGBTQIA+ Dani Almeida localizado na UPA-E de Vitória de Santo Antão; e o Ambulatório LGBT de Serra Talhada. A população LGBT é uma população marcada por vivenciar diversas violações de direitos, a existência de ambulatórios para esta população garante acesso a um atendimento mais efetivo e assertivo, com profissionais qualificados e sensíveis às necessidades específicas, diminuindo barreiras de acesso nos serviços de saúde.

Figura 11. Atendimentos em Ambulatórios LGBT, Pernambuco 2023.



Fonte: SEVSAP/SES-PE

De acordo com o levantamento de dados realizado pela Coordenação de Políticas de Saúde LGBT, o estado de Pernambuco possui um total de 4.072 pessoas cadastradas nos serviços de atenção a população LGBTQIA+; 31% dessa população são mulheres trans e travestis, 24% são homens trans, 15% são homens gays, 26% são mulheres lésbicas e 4% são não bináries, figura 11. Dentre os serviços disponibilizados pelos ambulatórios LGBTQIA+ a maior demanda se concentra em 3 grandes eixos: saúde mental, a disponibilidade de hormônios masculinizantes e feminilizantes e a realização da PEP e PrEP. Importante ressaltar que por conta da ausência da inclusão dos quesitos identidade de gênero e orientação sexual nas fichas de notificação em saúde, há um apagamento das subjetividades e singularidades LGBT no país, gerando um dado não fidedigno para tomadas de decisões.

SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL SUSTENTÁVEL

A Coordenação de Segurança Alimentar e Nutricional Sustentável (CSANS) atua em consonância com a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) do Ministério da Saúde, por meio de um conjunto de Políticas Públicas as quais propõe: respeitar, proteger, promover e prover os direitos humanos à saúde e à alimentação.

Tem como propósito a melhoria das condições de alimentação, nutrição e saúde da população, mediante a promoção de práticas alimentares adequadas e saudáveis, a vigilância alimentar e nutricional, a prevenção e o cuidado integral dos agravos relacionados à alimentação e nutrição.

A partir de uma análise do panorama atual no âmbito da Atenção Primária em Saúde (APS), identificou-se que o excesso de peso é o principal agravo nutricional que acomete crianças, adolescentes e adultos em Pernambuco.

Os dados obtidos pelo Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) reafirmam a existência dos agravos extremos relacionados à má nutrição e ressaltam a importância do trabalho dos profissionais de saúde atuantes na APS no monitoramento sistemático de peso e altura, bem como o uso prioritário desses dados na implementação de ações voltadas à organização da atenção nutricional no SUS.

Crianças de 0 < 5 anos				
ANO	2012		2021	
Estado Nutricional	Magreza e Magreza acentuada	Sobrepeso e Obesidade	Magreza e Magreza acentuada	Sobrepeso e Obesidade
PE	6,14%	22,35%	5,20%	18,08%
MACRO	7,16%	27,39%	6,09%	20,26%
GERES	7,82%	36,88%	6,14%	23,53%
Crianças de 5-10 anos				
ANO	2012		2021	
Estado Nutricional	Magreza e Magreza acentuada	Sobrepeso e Obesidade	Magreza e Magreza acentuada	Sobrepeso e Obesidade
PE	7,28%	33,03%	6,15%	34,26%
MACRO	8,66%	37,06%	6,78%	38,95%
GERES	9,49%	43,52%	7,95%	45,56%
Estado Nutricional - Excesso de peso em Adultos*				
ANO	2012		2021	
PE	49,57%		65,94%	
NE	48,57%		64,80%	
BR	51,75%		67,49%	

Fonte: *SISVAN 2023. *Sobrepeso, Obesidade I, Obesidade II e Obesidade III.*

Pode-se observar que no período analisado de 10 anos, ocorreu aumento do percentual de crianças de 5 a 10 anos e adultos com excesso de peso, em nível estadual, macrorregional e regional. A I Macrorregional apresentou a maior prevalência de crianças de 0 a 10 anos com excesso de peso nos anos de 2012 e 2021. Por sua vez, a III e a II Regiões de Saúde apresentaram maior percentual de excesso de peso na mesma faixa etária no ano de 2012 e 2021, respectivamente.

Com relação à população adulta, comparando os dados de 2012 e 2021, foi observado um aumento expressivo da prevalência de excesso de peso (sobrepeso e obesidade) tanto a nível nacional, regional e estadual. De acordo com o relatório de 2021, 6 a cada 10 pessoas acompanhadas pela APS, apresentaram excesso de peso.

Considerando a complexidade dos determinantes da SAN, a construção e implementação de políticas públicas que objetivam a garantia do Direito Humano à Alimentação Adequada (DHAA), deve pautar-se na articulação intersetorial e na integração da PNAN a diversas áreas, como: a Política de Segurança Alimentar, de desenvolvimento econômico e social, de educação, de agricultura, além de incluir ações de diagnóstico, vigilância alimentar, nutricional e de promoção da alimentação adequada e saudável.

A Política Nacional de Alimentação e Nutrição também considera os princípios e diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica e da Política Nacional de Promoção à Saúde (PNPS), alinhando-os aos seus valores para o estabelecimento da saúde e da Segurança Alimentar Nutricional.

SAÚDE DO HOMEM

A Saúde do Homem, em Pernambuco, segue as diretrizes da Política Nacional de Atenção Integral da Saúde do Homem (PNAISH), tendo como público alvo a população masculina adulta – 20 a 59 anos - do Estado e buscando promover ações de saúde que contribuam significativamente para a compreensão da realidade singular masculina nos seus diversos contextos socioculturais, de gênero e político-econômicos.

O reconhecimento de que os homens adentram ao sistema de saúde por meio da atenção especializada tem como consequência o agravo da morbidade pelo retardamento na atenção e maior custo para o SUS. Dessa forma, para fortalecer e qualificar a atenção primária garantindo, assim, a promoção da saúde e a prevenção aos agravos evitáveis, a Política Nacional de Saúde do Homem é desenvolvida a partir de cinco (05) eixos temáticos:

1. Acesso e Acolhimento: visa reorganizar as ações de saúde para que homens percebam os serviços de saúde também como espaços masculinos e, por sua vez, os serviços reconheçam os homens como sujeitos que necessitam de cuidados;

2. Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva: busca sensibilizar gestores (as), profissionais de saúde e a população em geral para reconhecer os homens como sujeitos de direitos sexuais e reprodutivos;

3. Paternidade e Cuidado: objetiva envolver o homem no contexto da gestação e nas ações de cuidado com seus(uas) filhos (as), destacando como esta participação pode fortalecer vínculos entre crianças, homens e suas(eus) parceiras(os), trazendo saúde e bem-estar;

4. Doenças prevalentes na população masculina: busca fortalecer a assistência básica no cuidado à saúde dos homens pensando em suas particularidades e no enfrentamento aos fatores de risco associado aos processos de adoecimento da população masculina;

5. Prevenção de Violências e Acidentes: visa propor e/ou desenvolver ações que chamem atenção para a grave e contundente relação entre a população masculina e as violências (em especial a violência urbana) e acidentes, sensibilizando a população em geral e os profissionais de saúde.

Nesse contexto, em Pernambuco, no período entre 2012 e 2021, pensando no perfil epidemiológico da população masculina de 20-59 anos de idade, as principais causas de óbitos observadas foram por causas externas (38,7%), seguidas pelas doenças do aparelho circulatório (17,3%) e doenças infecciosas e parasitárias (9,1%), quadro 10.

Quadro 10. Causas de óbitos na população masculina de 20-59 anos de idade em Pernambuco, 2012 e 2021.

						ANO					
Causa (Cap CID10)	**2012**	**2013**	**2014**	**2015**	**2016**	**2017**	**2018**	**2019**	**2020**	**2021**	**Total**
Causas externas de morbidade e mortalidade	4749	4686	4714	5125	5617	6236	5362	4782	5245	4826	51342
Doenças do aparelho circulatório	2234	2314	2259	2368	2492	2430	2434	2430	1971	1984	22916
Algumas doenças infecciosas e parasitárias	820	795	860	806	881	808	746	738	2278	3353	12085
Neoplasias (tumores)	1094	1110	1188	1187	1230	1209	1278	1263	1157	1184	11900
Doenças do aparelho digestivo	1050	1117	1001	1093	1103	1075	995	971	972	993	10370
Doenças do aparelho respiratório	636	660	533	685	714	532	561	608	667	814	6410
Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	418	402	415	438	472	467	436	493	597	599	4737
Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de Laboratório	505	520	569	445	404	323	251	226	461	684	4388
Transtornos mentais e comportamentais	348	364	301	257	308	308	307	342	615	629	3779
Outras causas	402	385	437	460	499	428	483	549	549	636	4828
Total	12256	12353	12277	2864	3720	3816	2853	2402	4512	5702	32755

Fonte: *SEVSAP/SES-PE*

SAÚDE DA PESSOA IDOSA

A Saúde da Pessoa Idosa, em Pernambuco, é desenvolvida de forma alinhada à Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), cujo objetivo primordial é recuperar, manter e promover a autonomia e a independência dos indivíduos idosos, direcionando medidas coletivas e individuais de saúde para esse fim, em consonância com os princípios e diretrizes do SUS. Na legislação brasileira, é considerada idosa a pessoa que tenha 60 anos ou mais de idade.

Para planejar ações voltadas para a população idosa é necessário saber quantos idosos vivem no território de abrangência e conhecer suas diferentes necessidades. Uma forma de planejar o cuidado a partir dessas necessidades é classificar as pessoas idosas de acordo com sua capacidade funcional e com os cuidados de que necessitam. Estão entre as diretrizes da PNSPI:

- Envelhecimento ativo e saudável;
- Atenção integral e integrada;
- Estímulo às ações intersetoriais;
- Fortalecimento do controle social;
- Garantia de orçamento;
- Incentivo a estudos e pesquisa.

No Estado de Pernambuco, período entre 2012 e 2021, as principais causas de óbito em pessoas com 60 anos ou mais ocorreram por doenças do aparelho circulatório (32,8%), seguidas pelas doenças do aparelho respiratório (14,4%) e pelas neoplasias (tumores) (14,2%), quadro 11.

Quadro 11. Causas de óbitos na população pessoas com 60 anos de idade em Pernambuco, 2012 e 2021.

	ANO										
Causa (Cap CID10)	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	Total
Doenças do aparelho circulatório	13615	13631	13472	14268	15044	14465	13709	14318	13736	14073	140331
Doenças do aparelho respiratório	5076	5661	5475	6497	7111	6522	6248	6674	6237	6132	61633
Neoplasias (tumores)	5157	5490	5548	6041	5966	6209	6521	6867	6465	6612	60876
Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	3858	3874	3658	4019	4283	4188	3797	4005	4752	4776	41210
Algumas doenças infecciosas e parasitárias	1242	1403	1428	1541	1852	1496	1513	1699	10398	9782	32354
Doenças do aparelho digestivo	1782	1932	1892	1986	2266	2068	2202	2348	2102	2321	20899
Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório	1932	1806	1599	1854	1935	1504	1322	1486	2368	2968	18774
Causas externas de morbidade e mortalidade	1182	1272	1364	1534	1672	1626	1710	1799	1831	1915	15905
Doenças do aparelho geniturinário	965	964	1177	1592	1882	1697	1714	1913	1745	2058	15707
Outras causas	1211	1324	1524	1700	2003	2077	2057	2420	2845	3173	20334

Total	36020	37357	37137	41032	44014	41852	40793	43529	52479	53810	428023

Fonte: *SEVSAP/SES-PE*

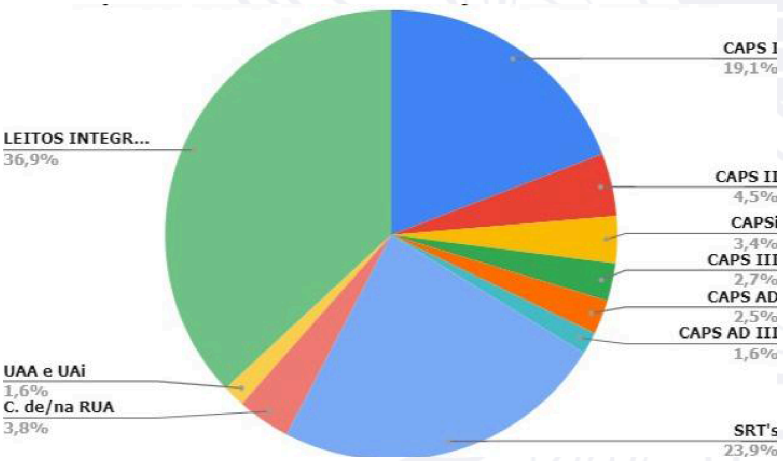
SAÚDE MENTAL

Pernambuco foi o terceiro estado brasileiro a promulgar uma lei própria, a Lei Nº 11.064, de 16 de maio de 1994, que dispõe sobre a substituição progressiva dos hospitais psiquiátricos por Rede de Atenção Integral à Saúde Mental e dá outras providências. Essa iniciativa, antecipadamente à Lei 10.216/2001 – conhecida como a Lei da Reforma Psiquiátrica, demonstra o compromisso com a reversão do modelo de cuidado asilar por um modelo substitutivo à internação psiquiátrica.

O modelo substitutivo consiste em uma rede pública formada por pontos diversificados e territoriais de cuidado que abrangem desde a Atenção Primária, Atenção Especializada, Urgência e Emergência até a Atenção Hospitalar, nos chamados leitos integrais de saúde mental em hospitais gerais. O Estado é uma das referências nacionais na reestruturação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), aprovada por meio da Resolução CIB Nº 1944, de 07 de maio de 2012. Pouco depois, em 2017, a SES publicou uma instrução normativa que possibilitou a implantação de leitos hospitalares de atenção integral para pessoas com sofrimento e/ou transtorno mental, incluindo também usuários com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool e outras drogas no âmbito dos hospitais gerais sob gestão estadual.

Em 11 de julho de 2018, através da Resolução CES/PE Nº 747, foi instituída a Política de Saúde Mental de Pernambuco, em conformidade com os princípios e diretrizes do SUS e comprometida com os princípios antimanicomiais e redução de danos. O objetivo da política estadual é garantir o acesso de pessoas com transtornos mentais e/ou com necessidades decorrentes do uso prejudicial de drogas, inclusive suas famílias, ao acolhimento e cuidado na RAPS de base territorial. Atualmente, o Estado dispõe da seguinte composição da Rede de Atenção à Saúde Mental: 85 CAPS I, 20 CAPS II, 15 CAPSij, 12 CAPS III, 11 CAPS AD, 7 CAPS AD III, 106 SRT, 17 equipes do Consultório de/na Rua, 7 UAa e UAij e 164 leitos integrais de saúde mental em hospital geral (gráfico 62).

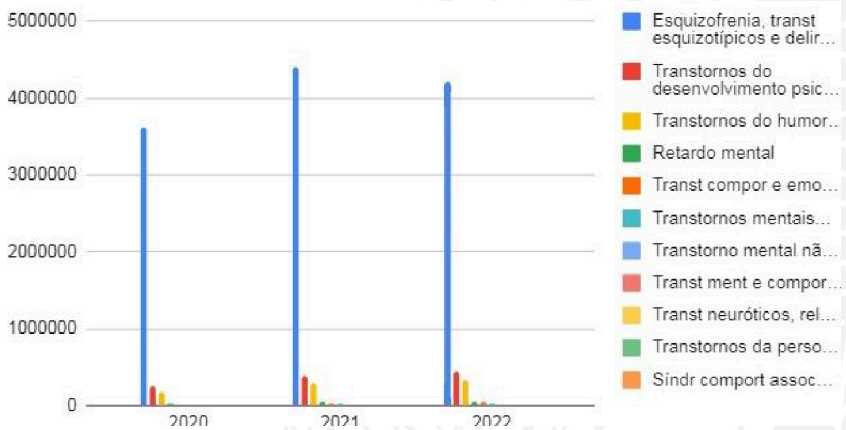
Gráfico 62. Dispositivos da Rede de Atenção à Saúde Mental em Pernambuco, 2023.



Fonte: *SEVSAP/SES-PE*

Considerando dados registrados pelas equipes dos serviços substitutivos, a quantidade de atendimento segundo diagnóstico/grupo por ano nas 12 GERES apresenta-se na gráfico 63. No último triênio, os grupos de enfermidades mais prevalentes foram: a esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e delirantes, totalizando 12.248.812 registros; transtornos do desenvolvimento psicológico, com 1.086.543 registros e transtornos do humor (afetivos), contabilizando 793.496 registros.

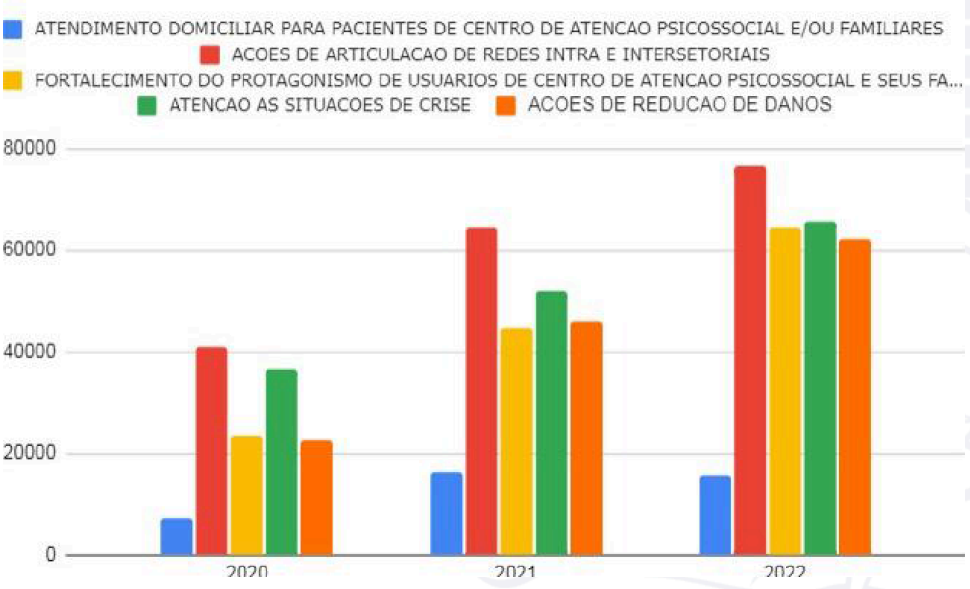
Gráfico 63. Número de Atendimento por ano de atendimento segundo diagnóstico/grupo nas 12 regionais de Saúde, 2020 a 2022.



Fonte: *SEVSAP/ TabNet /SES-PE*

No último biênio os principais procedimentos realizados foram: ações de articulação de redes intra e intersetoriais, com 182.027 registros; atenção às situações de crise, com 154.169 registros; fortalecimento do protagonismo de usuários de CAPS e seus familiares, com 132.510 registros; ações de redução de danos, totalizando 130.613 registros e atendimento domiciliar para usuários do CAPS e/ou familiares, com 38.993 registros (gráfico 64).

Gráfico 64. Número de procedimentos e atendimentos por ano nos serviços da RAPS em Pernambuco, 2020 a 2022.



Fonte: *SEVSAP/ TabNet /SES-PE.*

A Gerência de Atenção à Saúde Mental (GASAM), como indutora da política, atua e oferta o suporte técnico para propagar o compromisso de Pernambuco com o desenvolvimento e fortalecimento da RAPS – PE.

SAÚDE DA MULHER

Em 07 de Março de 2017 foi aprovada e publicada pelo Conselho Estadual de Saúde a Resolução Nº 695 publicação da Política da Saúde da Mulher em Pernambuco com o objetivo de nortear a assistência na rede pública de Saúde do Estado.

A Gerência é responsável pelo desenvolvimento de ações voltadas a qualificação da assistência ao pré-natal, parto e puerpério, enfrentamento de agravos que atingem a população feminina, direitos reprodutivos, violência e prevenção do câncer de colo do útero e controle do câncer de mama.

REDE MATERNA: A Organização Mundial de Saúde (OMS) afirma que o pré-natal constitui uma medida eficiente de rastreio, diagnóstico e prevenção de doenças no feto durante a gestação. Seguindo os princípios da Rede Cegonha e do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento a GEASM tem incentivado a qualidade e a humanização da atenção obstétrica e neonatal, a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério às gestantes e ao recém-nascido. A GEASM vem realizando um estudo para diagnóstico e repactuação de serviços na Rede de Atenção Obstétrica e Neonatal:

- Qualificação dos profissionais que atuam na atenção ao parto e nascimento através de capacitações e atualizações em pré-natal de risco habitual e alto risco; cursos e oficinas com base em evidências científicas em parto humanizado; Seminários de aprimoramento e Fóruns para análise construção de propostas para melhora a atenção ao pré-natal, parto e nascimento; Implantação da Residência em Enfermagem Obstétrica, através de processo seletivo em parceria com a Escola de Saúde Pública; Adesão ao Projeto ÁpiceOn e Mortalidade Materna pelos Hospitais de Alto Risco da Rede SUS do Estado; Qualificação da Assistência Pré-natal e Puerperal – reconhecendo os sinais de alerta no pré-natal, parto e puerpério, a **partir da Gestão** da Clínica, uma parceria com o Hospital Albert Einstein e a Merck Sharp and Dohme for Mothers; Elaboração e divulgação de Notas Técnicas e Protocolos orientadores da assistência;
- Aquisição e distribuição de equipamentos para a promoção do parto humanizado para as maternidades Regionais/Municipais. Parceria da Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco com o Ministério da Saúde;
- Implantação do Projeto Zero Morte por Hemorragia na VIII Região de Saúde;
- Publicação da Portaria Nº 625/2019 para Incentivo a construção de Centro de Parto Normal;
- Coordenação do Grupo Condutor Estadual da Rede Cegonha com reuniões sistemáticas;
- Coordenação do Comitê Estadual de Estudo da Morte Materna; O Programa de Mortalidade Materna atua prioritariamente na implantação e monitoramento dos comitês regionais de investigação do óbito de mulheres em idade fértil, identificando as principais causas e buscando meios de enfrentar o problema;
- Capacitação em Assistência Humanizada ao Abortamento e implantação da técnica de Aspiração Manual Intrauterina (AMIU) nos Hospitais Regionais de Pernambuco (2014);
- Lançamento do Sistema de Parteiras Tradicionais e capacitação no Sistema de Parteiras Tradicionais (julho de 2022); Implantação do Colegiado das maternidades estaduais;
- Firmado o Termo de Cooperação Técnica OPAS/SES-PE para Qualificação do modelo de Atenção à Saúde do Estado de Pernambuco, com foco na da Rede de Atenção Obstétrica, Neonatal Precoce,

Planejamento reprodutivo e o fortalecimento do Programa de Controle do Câncer do Colo do Útero (para reduzir o câncer de colo do útero).

PLANEJAMENTO REPRODUTIVO: O Programa de Planejamento Reprodutivo objetiva promover o acesso da população feminina e masculina às ações de planejamento reprodutivo, por meio da estruturação e ampliação de serviços e capacitação de recursos humanos. É de responsabilidade estadual a organização da rede assistencial, incluindo a formalização dos sistemas de referência e contrarreferência. As principais ações de planejamento reprodutivo são: Incremento da inserção de Dispositivo Intrauterino (DIU) de intervalo, pós-parto e abortamento, com fortalecimento de ações de informação e comunicação em Saúde Sexual e Reprodutiva; Qualificação de profissionais que atuam na atenção primária para inserção de DIU ambulatorial e no pós–parto e pós-aborto e em Direitos Sexuais e Reprodutivos; 1ª Nota Técnica emitida sobre a Inserção de DIU pós-parto e pós-abortamento; Implantação de estratégia com aquisição pela SES e distribuição do DIU Mirena contemplando pacientes com Endometriose, Adenomiose; Miomatose Sangramento Uterino Anormal; Cardiopatias graves; pacientes com Hipermenorragia refratária a tratamento clínico por 6 meses; Pacientes com contra-indicação de hormonioterapia sistêmica; Ampliação dos serviços ambulatoriais para inserção do DIU Mirena em todas as regiões de saúde; Ampliação do acesso ao DIU de cobre, de 519 no ano para aproximadamente 15 mil até 2022. Sendo descentralizada a oferta do DIU com Cobre na APS.

CÂNCER DO COLO DO ÚTERO E CÂNCER DE MAMA: O Programa do Câncer de Colo do Útero visa combater a incidência deste tipo de câncer, entre as mulheres pernambucanas. Para isso, atua com ações de prevenção entre a população feminina, especialmente na faixa etária prioritária de 25 a 64 anos.

AÇÕES: Elaboração e publicação de Notas técnicas orientadoras sobre rastreio do câncer do colo do útero e do câncer de mama; Credenciamento de serviços para ampliação da oferta de exame citopatológico; Orientações sobre a linha de cuidado e a prevenção do câncer no contexto da pandemia pela COVID-19 e a retomada dos serviços na rede; Capacitações com oferta de cursos sobre a técnica de coleta do material cervico-vaginal/microflora e atualização das diretrizes para profissionais de saúde; Curso sobre Câncer de Colo do útero direcionado aos agentes comunitários de saúde; Treinamento teórico e prático sobre, rastreio, diagnóstico e seguimento do câncer de colo e câncer de mama; Capacitação sobre o Sistema de Informação do Câncer (SISCAN); Seminários e palestras sobre o perfil epidemiológico do Câncer de Colo Uterino; Elaboração e Publicação da Cartilha do Câncer do Colo e Mama de forma física e virtual em 2018; Treinamentos em Cirurgia de Alta Frequência (CAF) de médicos que atuam na rede estadual de Saúde; Atualização e normatização do novo laudo colposcópico em Pernambuco; Coordenação do Sistemas de Informação do Câncer (SISCAN); Aquisição de 10 aparelhos para Cirurgia de Alta Frequência (CAF) distribuídas para equipamentos de atendimento da rede estadual e Coordenação do Sistema de Informação do Câncer (SISCAN) tendo como objetivo geral de monitorar e avaliar os Programas de controle do Câncer do Colo do Útero, Mama respectivamente, nas regiões e nos municípios; Implantação do Programa Útero é vida e realização de oficinas na I Macrorregional. Atualização do protocolo de acesso ao mastologista e mamografia nas UPAEs.

VIOLÊNCIA: O Programa de Assistência à Mulher em Situação de Violência busca reduzir as repercussões físicas, psicológicas e sociais na mulher vítima de violência, atuando na descentralização da assistência e na articulação e integração de uma rede estadual de enfrentamento à violência. O objetivo é aumentar a eficiência da rede de atenção às vítimas, reduzindo a desigualdade de acesso da mulher em situação de violência à rede de saúde.

AÇÕES: Realização do monitoramento de casos de violência contras as mulheres no Estado; Elaboração e divulgação das referências para Atenção Integral às Pessoas em Situação de Violência Sexual, através de mídias digitais. Realização de reuniões mensais do Grupo Técnico de Atenção às Pessoas em situação de Violência Sexual; Participação como membro efetivo da Câmara Técnica para o enfrentamento da Violência de Gênero Contra à Mulher; Realização de capacitações com foco na Atenção às Pessoas em Situação de Violência Sexual, para profissionais da saúde, da educação e da assistência social; Seminários Anuais sobre os desafios de enfrentamento da violência contra a mulher; Construção do Protocolo de Feminicídio de Pernambuco: Constitui-se de diretrizes Estaduais para Prevenir, Investigar, Processar e Julgar as Mortes Violentas de Mulheres

com Perspectiva de Gênero, os resultados dos Planos de Ação elaborados pelas instâncias e operativas do Sistema de Justiça (Tribunal de Justiça, Ministério Público e Defensoria Pública) e das secretarias estaduais da Mulher, Defesa Social, Saúde e Justiça e Direitos Humanos, necessários à aplicabilidade da Lei do Feminicídio, sancionada em março de 2015.

LABORATÓRIO DA MULHER: Publicada a Portaria Estadual Nº 358 de 25 de setembro de 2015 determinando que o Laboratório da Mulher Dra. Mercês Pontes Cunha passaria a pertencer à estrutura organizacional da Secretaria Executiva de Atenção à Saúde (SEAS). O Laboratório da Mulher é a unidade estadual de referência para apoio diagnóstico do câncer do colo do útero, atendendo mulheres que tenham o exame Preventivo (citopatológico do colo do útero) alterado, como também material de biópsia do colo do útero para a realização do histopatológico, e encaminhamento para tratamento das lesões precursoras e do câncer de colo do útero.

AÇÕES: Oferta de testes rápidos de HIV, sífilis, Hepatites B e C; Apoio aos municípios sem referência para a leitura dos exames citopatológico do colo do útero; Monitoramento Externo da Qualidade dos laboratórios públicos ou privados conveniados ao SUS; Regula mulheres para realização de CAF; Colabora com as coletas de mulheres com Lesão de Alto Grau (LAG) contribuindo com o projeto Útero é vida.

CLIMATÉRIO: Capacitações sistemáticas em Climatério/Menopausa.

SAÚDE DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA

Segundo informações do Censo de 2022, o Brasil tem uma população estimada em 18,6 milhões de pessoas com deficiência com 2 anos de idade ou mais. A região Nordeste teve o maior percentual, 10,3%, correspondente a 5,8 milhões de pessoas, ficando acima da média nacional. O Estado de Pernambuco teve um percentual de 10,1% de sua população registrada.

A Política de Saúde da Pessoa com Deficiência, em PE, tem como base legal a Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência (2010), e como propósitos proteger a saúde e reabilitar a pessoa com deficiência na sua capacidade funcional e desempenho humano, contribuindo para a inclusão em todas as esferas da vida social e prevenção de agravos que determinam o aparecimento de deficiências, respeitando os direitos humanos, com garantia de autonomia, independência e liberdade às pessoas com deficiência, garantindo acesso, qualidade de serviços, excelência no atendimento dos profissionais de saúde, ofertando cuidado integral e assistência multiprofissional, sob a lógica interdisciplinar, com organização dos serviços em rede de atenção à saúde regionalizada para garantir a integralidade do cuidado, observando seus componentes (Atenção Básica, Atenção Especializada, Hospitalar e de Urgência e Emergência), desenvolvendo a lógica do cuidado para pessoas com deficiência.

Esta Política está fundamentada também na Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (2011), que objetiva ampliar o acesso e qualificar o atendimento às pessoas com deficiência no SUS, promovendo a vinculação das pessoas com deficiência auditiva, física, intelectual, visual, ostomia e com múltiplas deficiências e suas famílias aos pontos de atenção, garantindo a articulação e a integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento e classificação de risco, bem como desenvolvendo ações de prevenção e de identificação precoce de deficiências, promovendo cuidados em saúde, especialmente dos processos de reabilitação, ampliando a oferta de Órtese, Prótese e Meios Auxiliares de Locomoção (OPM), eliminando barreiras que obstruem sua participação plena na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas.

Além disso, visando sua integralidade, a Política de Saúde da Pessoa com Deficiência considera, promove e se integra em ações intersetoriais, junto às demais Políticas de Saúde, bem como, ao Desenvolvimento Social, à Educação e aos Direitos Humanos, entre outros setores, na efetivação da acessibilidade, inclusão e autonomia da Pessoa com Deficiência no Estado de Pernambuco.

Por fim entende-se que a Diretoria Geral de Políticas Estratégicas atua junto à toda a população, porém

faz-se necessária uma atenção criteriosa para dar visibilidade às populações vulnerabilizadas, com respeito à diversidade e a saúde dessa população. Tais ações requerem qualificação da assistência e podem impactar positivamente nos serviços oferecidos na rede pública, através da educação permanente em saúde no território, capacitando os profissionais, nas localidades prioritárias visando a redução dos índices de adoecimento e mortalidade, contribuindo para melhoria da qualidade de vida da população.

POPULAÇÃO PRIVADA DE LIBERDADE

Pernambuco tem uma história marcada pelo protagonismo na implementação das políticas de saúde voltadas ao sistema prisional, através da adoção de várias estratégias que buscam qualificar o cuidado ofertado à Pessoa Privada de Liberdade (PPL). Com o advento da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP), que direciona a estruturação dos serviços de saúde prisional a partir da lógica da Atenção Primária à Saúde (APS) e os integram com as Redes de Atenção à Saúde (RAS), o Estado fortaleceu o compromisso com a melhoria das condições de saúde dessa população.

Sob a gestão da Secretaria de Justiça e Direitos Humanos, o sistema prisional inclui 24 Unidades Prisionais e 42 cadeias públicas. Cada unidade prisional possui uma Unidade Básica de Saúde Prisional (UBSp) com uma Equipe de Atenção Primária Prisional (eAPP) e são distribuídas geograficamente pelas regionais de saúde e municípios da seguinte maneira:

I GERES - 11 UBSp	
RECIFE	PJALLB
	PAMFA
	PFDB
	CPFR
ABREU E LIMA	COTEL
	PFAL
	CSP
ITAPISSUMA	PIG
ILHA DE ITAMARACÁ	PAISJ
	PPBC
VITÓRIA DE SANTO ANTÃO	PVSA

II GERES - 1 BSp	
LIMOEIRO	PDEPG

III GERES - 1 UBSp	
PALMARES	PRRL

IV GERES - 4 UBSp	
CARUARU	PJPS
SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE	PSCC
TACAIMBÓ	PTAC
PESQUEIRA	PDAD

IV GERES - 1 UBSp	
CANHOTINHO	CRA

VI GERES - 2 UBSp	
ARCOVERDE	PABA
BUÍQUE	CPFB

VII GERES - 1 UBSp	
SALGUEIRO	PSAL

VIII GERES - 1 UBSp	
PETROLINA	PDEG

XII GERES - 2 UBSp	
ITAQUITINGA	PIT I
	PIT II

Fonte: *Pernambuco, 2023.*

No ano de 2014, Pernambuco aderiu à PNAISP, estabelecendo um processo de cogestão entre a SES e a SERES na saúde. Sob a ótica da Política, e grande marco local, em 2019, a Secretaria Estadual de Saúde (SES)

assumiu a gestão das eAPP, o que representa um avanço na saúde prisional do Estado, que caminhou na direção da organização da APS no âmbito prisional e integração das eAPP com a RAS.

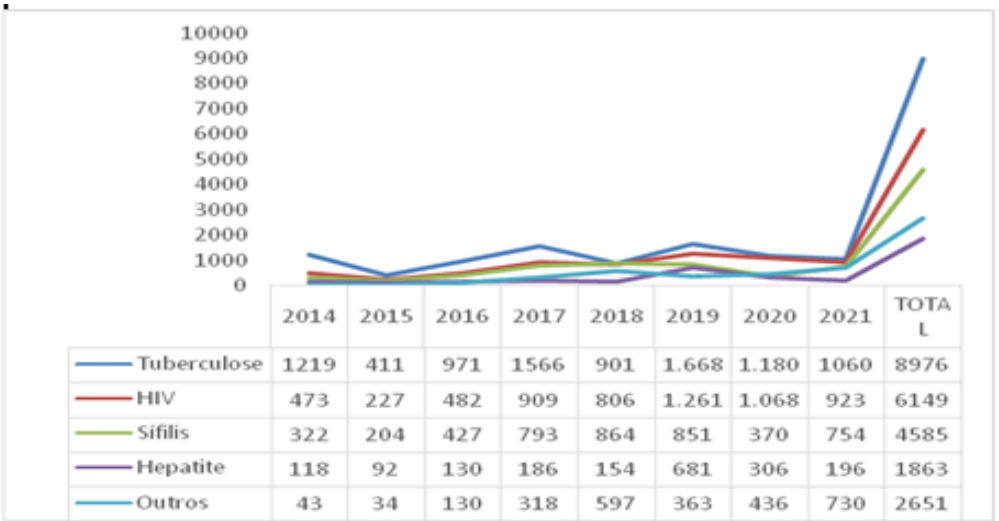
No mesmo ano, foi implantado no Estado o Serviço de Avaliação e Acompanhamento das Medidas Terapêuticas Aplicáveis à Pessoa com Transtorno Mental em Conflito com a Lei (EAP), ampliando a possibilidade de cuidado territorial dessas pessoas, que visa o acompanhamento da execução das penas e das medidas de segurança em todas as fases do processo criminal das pessoas com transtorno mental em conflito com a lei, atuando como dispositivo conector entre os órgãos da justiça criminal, a Rede de Atenção à Saúde/SUS e a rede do SUAS (Assistência Social).

Nessa reestruturação da gestão da saúde prisional, a SES definiu o Apoio Institucional (AI) como ferramenta prioritária de gestão da micropolítica das eAPP. A equipe da Diretoria Geral de Assistência Prisional (DGASP) é atualmente composta por um AI em cada UBSp, que coordena a organização do processo de trabalho na perspectiva da garantia do acesso com qualidade na APS no âmbito prisional.

O acesso e qualidade da atenção à saúde das PPL é um tema que envolve uma complexidade de fatores, particularmente considerando as condições estruturais atreladas à situação de confinamento no sistema prisional e a diversidade de atores. Pernambuco em 2021 possuía 49.715 PPL, sendo que 68,7% da população prisional é composta por pessoas pardas ou pretas, 34,7% jovens entre 18 e 29 anos e 54,2% tem baixo grau de escolaridade, não tendo acessado, ainda, o ensino médio (INFOPEN, 2023).

Os dados apresentados são materializados nas diversas dimensões de vida das PPL, com repercussão inerente no perfil de adoecimento e morte dessa população. Dados do Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias – Infopen, no período de 2012 a 2021, apontam que em Pernambuco 59% dos óbitos ocorridos em PPL foram por causa natural/motivos de saúde. Quanto às patologias mais comuns no sistema penitenciário, no mesmo período, estão a tuberculose, o HIV, a hepatite e a sífilis, todos agravos transmissíveis (gráfico 65), além da ocorrência dos não transmissíveis.

Gráfico 65. Número de PPL segundo agravos transmissíveis. Pernambuco, 2014-2021.



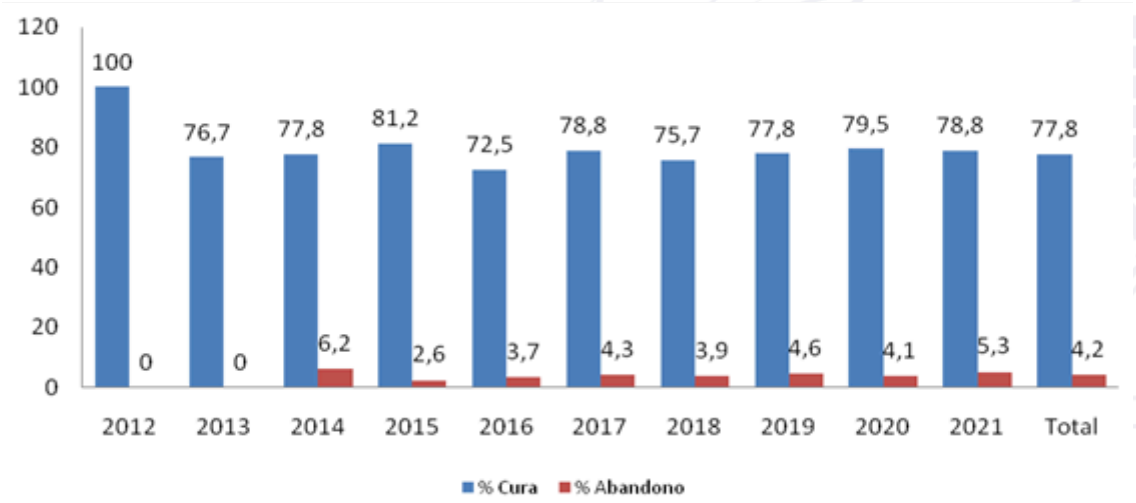
	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	TOTAL
Tuberculose	1219	411	971	1566	901	1.668	1.180	1060	8976
HIV	473	227	482	909	806	1.261	1.068	923	6149
Sífilis	322	204	427	793	864	851	370	754	4585
Hepatite	118	92	130	186	154	681	306	196	1863
Outros	43	34	130	318	597	363	436	730	2651

Fonte: infopen/Ministério da Justiça. (*Nota: Dados extraídos em julho de 2023).

Cabe refletir que o impacto da TB no sistema prisional repercute nas condições de saúde de toda população nos territórios em que estão localizadas as Unidades Prisionais.

Nesse sentido, destaca-se aqui que a cura dos casos diagnosticados com TB é uma das principais estratégias para redução da morbimortalidade da doença. No período de 2012 a 2021, do total de novos casos pulmonares diagnosticados com confirmação laboratorial em PPL, em média 77,8% foram curados e 4,2% abandonaram o tratamento da doença (gráfico 66).

Gráfico 66. Número de PPL segundo agravos transmissíveis. Pernambuco, 2012-2021**.**



Fonte: *Sinan/SEVSAP/SES-PE (*Nota: Dados extraídos em julho de 2023).*

Com este panorama, entende-se que o atual modelo de gestão da saúde prisional em Pernambuco vem proporcionando a integração entre os atores envolvidos, fortalecendo a intersetorialidade, bem como a articulação com a RAS e com a rede de proteção social disponível no território, qualificando tecnicamente as ações de saúde, na perspectiva de garantir o direito constitucional para esta população. Todavia, faz-se necessário ainda, afinar o diálogo entre saúde e segurança e promover avanços na garantia da estrutura física adequada, o acesso à RAS extra-muros, bem como na organização de um processo de trabalho que promova acesso integral e priorize as ações de promoção à saúde e prevenção de agravos e doenças.

ATENÇÃO ESPECIALIZADA

A Atenção Especializada (AE) integra procedimentos de média e de alta complexidade estruturados na atenção ambulatorial e hospitalar, podendo ser realizados na rede própria e privada, com ou sem fins lucrativos, credenciada pelo SUS. No entanto, deve-se reconhecer que a Atenção Especializada no SUS está, majoritariamente, identificada como procedimentos ditos de média complexidade. Nesse sentido, deve-se considerar que o cuidado especializado é necessário para dar efetividade e continuidade à APS, e prover assistência especializada aos que dela necessitam é fundamental para o alcance de uma integralidade desejada.

De acordo com os Art. 13 e 14, da Portaria MS/GM nº 483, a atenção especializada constitui um conjunto de pontos de atenção com diferentes densidades tecnológicas para a realização de ações e serviços de urgência e emergência, ambulatoriais especializados e hospitalares, apoiando e complementando os serviços da APS de forma resolutiva e em tempo oportuno. O subcomponente ambulatorial especializado da atenção especializada constitui um conjunto de ações e serviços eletivos de média e alta densidade tecnológica, com a finalidade de propiciar a continuidade do cuidado.

DISTRIBUIÇÃO GERAL DOS SERVIÇOS DE SAÚDE EM PERNAMBUCO

O estado de Pernambuco, em dezembro de 2022, conta com 10.722 estabelecimentos de saúde cadastrados no CNES, incluindo as unidades públicas e privadas, sendo 5.862 estabelecimentos vinculados ao SUS. Destes, 97% estão na gestão municipal, 2% na gestão estadual e 1% sob dupla gestão (estabelecimentos com base compartilhada).

Na tabela 39 observa-se também que, entre os anos de 2016 e 2022 houve uma ampliação de 2.061 estabelecimentos dos quais 906 de natureza pública e 116 na rede complementar (natureza privada com e sem fins lucrativos).

No que se refere à distribuição dos serviços por Macrorregião de Saúde, a tabela 40 demonstra ao longo do histórico de cadastro grande concentração de estabelecimentos na I Macrorregional, a exemplo do que observa-se em 2022 (64%), sendo esta então considerada como um polo assistencial.

Tabela 39. Distribuição dos Estabelecimentos de Saúde por tipo gestão. Pernambuco, dezembro de 2016 e 2022.

2016					
Tipo de Gestão	Vinculados ao SUS		Não SUS	Existente	Percentual
	Público	Privado			
DUPLA	21	45	5	71	1%
ESTADUAL	119	80	43	242	3%
MUNICIPAL	4.173	402	3.773	8.348	96%
Total	**4.313**	**527**	**3.821**	**8.661**	100%

2022					
Tipo de Gestão	Vinculados ao SUS		Não SUS	Existente	Percentual
	Público	Privado			
DUPLA	9	69	1	79	1%
ESTADUAL	156	81	29	266	2%
MUNICIPAL	5.054	493	4.830	10.377	97%
Total	**5.219**	**643**	**4.860**	**10.722**	100%

No que se refere a regionalização dos serviços de saúde, a tabela 40 mostra grande concentração de estabelecimentos na I Macrorregional, onde se situa o principal polo assistencial do estado.

Tabela 40. Estabelecimentos de Saúde por Macrorregião de Saúde e tipo de gestão. Pernambuco, 2016 a 2022.

MACRORREGIÃO DE SAÚDE	2016					2017					2018					2019					2020					2021					2022				
	D	E	M	Total	%	D	E	M	Total	%	D	E	M	Total	%	D	E	M	Total	%	D	E	M	Total	%	D	E	M	Total	%	D	E	M	Total	%
I	36	163	4.817	5.016	58%	36	166	5.054	5.256	61%	35	166	5.462	5.663	65%	35	154	5.613	5.802	67%	38	161	4.284	4.483	52%	46	161	4.901	5.108	59%	48	170	5.367	5.585	64%
II	12	32	1.873	1.917	22%	12	32	1.975	2.019	23%	12	35	2.091	2.138	25%	12	35	2.190	2.237	26%	11	37	2.305	2.353	27%	11	37	2.462	2.510	29%	9	41	2.625	2.675	31%
III	17	21	792	830	10%	19	22	821	862	10%	14	18	874	906	10%	10	16	900	926	11%	11	20	952	983	11%	11	22	1.030	1.063	12%	11	23	1.086	1.120	13%
IV	6	26	866	898	10%	8	28	923	959	11%	8	28	992	1.028	12%	7	28	1.061	1.096	13%	11	31	1.125	1.167	13%	11	32	1.210	1.253	14%	11	32	1.299	1.342	15%
Total	71	242	8.348	8.661	100%	75	248	8.773	9.096	100%	69	247	9.419	9.735	100%	64	233	9.764	10.061	100%	71	249	8.666	8.986	100%	79	252	9.603	9.934	100%	79	266	10.377	10.722	100%

Fonte: *Tabwin/CNES, mês de referência, dezembro dos anos 2016 a 2022.*
Legenda: *D - Dupla Gestão, E - Gestão Estadual, M - Gestão Municipal.*

Em relação ao tipo do estabelecimento de saúde vinculados ao SUS, a tabela 41 apresenta a distribuição regionalizada dessas unidades no estado.

Quanto ao tipo de estabelecimento de saúde, a tabela 40 demonstra as unidades vinculadas ao SUS, por Macrorregião de Saúde dos anos 2016 e 2022.

Tabela 41. Estabelecimentos de saúde vinculados ao SUS, por tipo e Macrorregião de Saúde. Pernambuco, 2016 e 2022.

Tipo de Estabelecimento	2016					2022				
	I Macro	II Macro	III Macro	IV Macro	Total	I Macro	II Macro	III Macro	IV Macro	Total
CENTRAL DE ABASTECIMENTO	-	-	-	-	-	66	55	40	26	**187**
CENTRAL DE GESTAO EM SAUDE	93	54	36	27	**210**	93	56	38	28	**215**
CENTRAL DE NOTIFICACAO,CAPTACAO E DISTRIB DE ORGAOS ESTADUAL	4	3	-	1	**8**	1	1	-	-	**2**
CENTRAL DE REGULACAO DE SERVICOS DE SAUDE	7	-	-	-	**7**	-	-	-	-	-
CENTRAL DE REGULACAO DO ACESSO	14	16	5	6	**41**	23	17	5	8	**53**
CENTRAL DE REGULACAO MEDICA DAS URGENCIAS	1	1	-	1	**3**	1	1	1	1	**4**
CENTRO DE APOIO A SAUDE DA FAMILIA	80	50	20	21	**171**	74	58	23	21	**176**
CENTRO DE ATENCAO HEMOTERAPIA E OU HEMATOLOGICA	2	2	1	3	**8**	2	2	1	3	**8**
CENTRO DE ATENCAO PSICOSSOCIAL	67	35	20	14	**136**	74	35	27	19	**155**
CENTRO DE IMUNIZACAO	-	-	-	-	-	11	10	2	1	**24**
CENTRO DE PARTO NORMAL - ISOLADO						3	-	-	2	**5**
CENTRO DE SAUDE/UNIDADE BASICA	1.122	529	286	261	**2.198**	1.292	607	328	281	**2.508**
CLINICA/CENTRO DE ESPECIALIDADE	224	90	51	45	**410**	306	141	77	67	**591**
CONSULTORIO ISOLADO	7	12	11	1	**31**	11	16	10	4	**41**
COOPERATIVA OU EMPRESA DE CESSAO DE TRABALHADORES NA SAUDE	2	1	1	-	**4**	3	1	1	-	**5**
FARMACIA	28	11	2	1	**42**	50	32	5	15	**102**
HOSPITAL ESPECIALIZADO	19	3	1	1	**24**	16	1	1	1	**19**
HOSPITAL GERAL	83	42	22	20	**167**	112	54	25	30	**221**
HOSPITAL/DIA - ISOLADO	2	2	-	1	**5**	2	-	-	-	**2**
LABORATORIO CENTRAL DE SAUDE PUBLICA LACEN	2	-	-	-	**2**	1	-	-	-	**1**
LABORATORIO DE SAUDE PUBLICA	4	4	3	3	**14**	15	7	5	4	**31**
POLICLINICA	60	17	1	9	**87**	64	15	4	13	**96**
POLO ACADEMIA DA SAUDE	101	50	45	26	**222**	143	82	73	44	**342**
POSTO DE SAUDE	144	102	55	31	**332**	91	91	26	48	**256**
PRONTO ATENDIMENTO	23	9	1	-	**33**	27	8	1	3	**39**
PRONTO SOCORRO ESPECIALIZADO	1	-	-	-	**1**	1	-	-	-	**1**
PRONTO SOCORRO GERAL	2	2	1	-	**5**	3	1	1	-	**5**
SERVICO DE ATENCAO DOMICILIAR ISOLADO(HOME CARE)	-	-	-	-	-	-	2	-	-	**2**
TELESSAUDE	8	-	-	1	**9**	6	-	-	1	**7**
UNIDADE DE APOIO DIAGNOSE E TERAPIA (SADT ISOLADO)	136	45	25	30	**236**	155	55	37	42	**289**
UNIDADE DE ATENCAO A SAUDE INDIGENA	2	9	27	8	**46**	2	6	28	11	**47**
UNIDADE DE VIGILANCIA EM SAUDE	24	10	7	6	**47**	35	21	15	6	**77**
UNIDADE MISTA	38	19	22	12	**91**	18	12	18	7	**55**
UNIDADE MOVEL DE NIVEL PRE-HOSPITALAR NA AREA DE URGENCIA	133	60	-	7	**200**	147	69	12	7	**235**
UNIDADE MOVEL TERRESTRE	19	13	7	11	**50**	28	15	6	12	**61**
Total	**2.452**	**1.191**	**650**	**547**	**4.840**	**2.876**	**1.471**	**810**	**705**	**5.862**

Fonte: *Tabwin/CNES, mês de referência, dezembro dos anos 2016 e 2022.*

QUALIDADE EM SAÚDE E SEGURANÇA DO PACIENTE

A segurança do paciente é definida pela OMS como: “Uma estrutura de atividades organizadas que cria culturas, processos, procedimentos, comportamentos, tecnologias e ambientes nos cuidados de saúde que reduzem os riscos de forma consistente e sustentável, reduzem a ocorrência de danos evitáveis, tornam os erros menos prováveis e reduzem o seu impacto quando ocorrem”.

A segurança do paciente é um princípio fundamental e deve ser reconhecido como eixo transversal que deve ser implantado em todos os pontos de assistência ao paciente, além de envolver todos os atores, desde a gestão, os profissionais de saúde, os pacientes e as famílias.

Na Secretaria Estadual de Saúde, as instâncias que articulam a temática são: a Coordenação de Qualidade e Segurança do Paciente (CQSP), que tem dado apoio técnico à implantação dos Núcleos de Segurança do Paciente (NSP) nas unidades de saúde da rede própria, gestão direta e OSS, tendo avançado de 45% de uma rede composta de 57 unidades, atingindo 100% de NSP implantados em 2023 em rede de 63 unidades de saúde, além de implantação de um NSP na Farmácia Central de Pernambuco (tabela 40), monitora os indicadores do Plano Estadual de Saúde onde a Segurança do Paciente foi inserida desde 2018, fazendo parte do mapa estratégico; representa a SES na Câmara Técnica para Qualidade do Cuidado e Segurança do Paciente do CONASS, em 2021 criou a Rede Colaborativa de Segurança do Paciente, como estrutura de trabalho colaborativo dos coordenadores NSP da rede estadual de saúde e a Farmácia Central do estado, com 100 % de adesão em 2023. Há ainda outra instância consultiva, o Núcleo Estadual de Segurança do Paciente de Pernambuco (NESPPE), composto por representantes de áreas estratégicas da SES e de unidades de saúde.

Em 2019 foi elaborado o Plano Estadual de Segurança do Paciente (PESP) para o quadriênio de 2020 a 2023, no intuito de fortalecer os serviços de saúde sob os preceitos da segurança do paciente na rede estadual.

A OMS lançou o Plano de Ação Global de Segurança do Paciente da OMS 2021-2030 com o objetivo de impulsionar políticas, estratégias e ações baseadas na ciência, experiência do paciente, configuração do sistema e parcerias para eliminar todas as fontes de risco e danos evitáveis aos pacientes e profissionais de saúde; percebeu-se que em muitos objetivos a SES-PE está alinhada com este plano maior que norteia os países membros.

Quadro 12. Núcleos de Segurança do Paciente da Rede Estadual de Saúde. Pernambuco, 2023.

Macrorregional de Saúde	Região de Saúde	Equipamento de Saúde
I	I	Hospital Getúlio Vargas
		Hospital Agamenon Magalhães
		Hospital Barão de Lucena
		Hospital Otávio de Freitas
		Hospital da Restauração
		Hospital Geral de Areias
		Hospital Ullysses Pernambucano
		Hospital Correia Picanço
		Hospital Geral da Mirueira
		HEMOPE
		Hospital Jaboatão Prazeres
		Hospital Miguel Arraes
		Hospital Pelópidas Silveira
		Hospital Dom Hélder
		Hospital João Murilo
		Hospital Alfa
		Hospital Brittes de Albuquerque
		Hospital São Lucas
	II	Hospital Regional Fernandes e Salsa
		Hospital Regional Ermírio Coutinho
	III	Hospital Regional Sílvio Magalhães
	XII	Hospital Belarmino Correia
II	IV	Hospital Jesus Nazareno
		Hospital Mestre Vitalino
		Hospital São Sebastião
		Hospital Regional do Agreste
	V	Hospital Regional Dom Moura
III	VI	Hospital Regional Ruy de Barros Correia
	X	Hospital Regional Emília Câmara
	XI	Hospital Regional Prof. Agamenon Magalhães
IV	VII	Hospital Regional Inácio de Sá
	VIII	Hospital Dom Malan
	IX	Hospital Regional Fernando Bezerra

Fonte: *Coordenação de Qualidade e Segurança do Paciente/DGAIS/SEAS/SES-PE, 2023.*

O grande desafio é implementar o PESP de modo consistente e sustentável, alinhado com o Plano de Ação Global por meio de algumas estratégias principais:

- Ampliar colaborações e parcerias das mais diversas
- Integrar pela segurança do paciente com políticas e programas como SERS, Escola Superior de Saúde Pública, SEVSAP entre outras;
- Qualificar os profissionais de saúde em Segurança do Paciente;
- Avançar na inserção dos critérios de Segurança do Paciente na rede contratualizada e conveniada de serviços para linhas prioritárias de cuidado;
- Fortalecer a transversalidade da Segurança do Paciente como princípio norteador de ações estratégicas;
- Aumentar envolvimento do paciente e família no autocuidado e na segurança do paciente;
- Aderir a sistemas de monitoramento de indicadores em segurança do paciente para monitorar as práticas de segurança do paciente e avaliar o progresso em relação às melhores práticas e melhores referências de desempenho;
- Promover a criação de uma Política Estadual de Segurança do Paciente, com alocação de recursos específicos para a temática.

E, portanto, instigando um entendimento comum e compromisso compartilhado entre todas as partes interessadas para melhoria contínua dos processos tanto administrativos quanto assistenciais que contemplem gerenciamento de riscos, mitigação de danos ao paciente, promovendo um cuidado mais seguro na rede estadual de Pernambuco, mudando o paradigma para uma cultura de segurança.

REDES TEMÁTICAS

REDE MATERNO INFANTIL DE PERNAMBUCO/REDE CEGONHA

A Rede Materno Infantil de Pernambuco/Rede Cegonha consiste numa rede de cuidados que visa assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudáveis.

No âmbito do SUS, a Rede Cegonha foi instituída em todo território nacional em 2011, sendo consolidada em 2017 pela Portaria de Consolidação GM/MS nº 3, de 28 de setembro de 2017, que alinhou as normas sobre as redes do SUS. Outros instrumentos legais fortaleceram a instituição dessa rede de atenção à saúde, tais como: Portaria SAS/MS nº 650, de 05 de outubro de 2011, que dispõe sobre os Planos de Ação regional e municipal da Rede Cegonha; Resolução CIB/PE nº 1.872, de 26 de março de 2012, que homologa os Planos Regionais da Rede Cegonha no Estado de Pernambuco; Portaria GM/MS n° 1.631, de 01 de outubro de 2015, que aprova critérios e parâmetros para o planejamento e programação de ações e serviços de saúde no âmbito do SUS; Portaria de Consolidação GM/MS nº 6, de 28 de setembro de 2017, que consolida as normas sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde do SUS.

No estado de Pernambuco os Planos Regionais da Rede Cegonha foram homologados através da Resolução CIB/PE nº 1.872, de 26 de março de 2012. O quadro 13 apresenta a modelagem da Rede Cegonha em Pernambuco.

.

Quadro 13. Modelagem da Rede Cegonha em Pernambuco.

Referências Ação/Serviço
Municipal: Atenção resolutiva ao pré-natal de risco habitual e alto risco (consultas e exames), parto de risco habitual (Maternidade e Centro de Parto Normal), puerpério e acompanhamento de crescimento e desenvolvimento da criança, planejamento reprodutivo no âmbito da Atenção Primária. **Microrregional:** Pré-natal e acompanhamento da criança de alto risco (consulta de acompanhamento do especialista), assistência ao parto de risco habitual (Maternidade), planejamento reprodutivo e apoio diagnóstico complementar de média complexidade. **Regional:** Menor nível de referência para o SAMU (USB e USA), Casa da Gestante, Bebê e Puérpera (CGBP). **Macrorregional:** Assistência ao parto de alto risco, planejamento reprodutivo; Assistência ao parto de alto risco; Macrorregional planejamento reprodutivo e apoio diagnóstico complementar de alta complexidade, UTI adulto, UTI e UCI neonatal, Banco de Leite Humano, Alojamento Canguru, Central de Regulação. **Macrorregional e Interestadual:** Assistência ao parto de alto risco, planejamento reprodutivo, e apoio diagnóstico o complementar para Interestadual a alta complexidade, UTI Adulto, UTI e UCI neonatal, Banco de Leite Humano, Alojamento Canguru, Central de Regulação. **Estadual**: Medicina fetal, procedimento cirúrgico neonatal, reprodução assistida, genética médica e apoio diagnóstico complementar de alta complexidade.

Fonte: *Resolução 1.872 DE 26/03/2012.*

Para fins de diagnóstico situacional, os parâmetros estabelecidos pela Rede Cegonha são:

Indicadores de Saúde:

Indicadores de mortalidade e morbidade - Incidência de sífilis congênita; taxa de óbitos infantis (neonatal e pós-neonatal); número de óbitos maternos por faixa etária; nascidos vivos segundo idade da mãe x idade gestacional; % de óbitos fetais investigados; percentual de óbitos de mulheres em idade fértil por causas presumíveis investigados.

Indicadores de atenção - Nº de nascidos vivos e percentual de gestantes com mais de 7 consultas no pré-natal; cobertura das equipes de Saúde da família; Tipo de parto: % de partos cesáreos e partos normais; percentual de gestantes captadas até a 12ª semana de gestação; % de crianças com vacinas de rotina de acordo com a agenda programada; % de gestantes com todos os exames preconizados.

Situação da capacidade instalada - Número de leitos obstétricos totais e por estabelecimento de saúde; identificação das maternidades para gestação de alto risco e/ou atendimento ao recém- nascido e crianças de alto risco; identificação dos leitos de UTI adulto nos hospitais que realizam partos.

Indicadores de gestão - % de investimento estadual no setor de saúde; Plano Diretor de Regionalização atualizado; Programação Pactuada e Integrada (PPI) atualizada; identificação de centrais de Regulação (Urgências; Internação e Ambulatorial); implantação de ouvidorias do SUS no Estado.

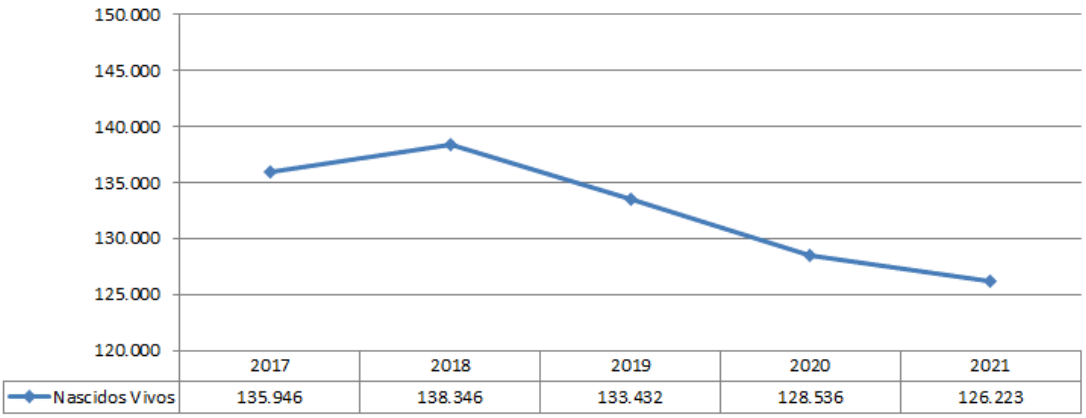
Indicadores de Atenção ao Parto e Puerpério

Os Indicadores Populacionais da Rede de Atenção Materno-Infantil são proposições relacionadas aos parâmetros primários que definem a população alvo das ações propostas.

Os Parâmetros Assistenciais da Rede de Atenção Materna e Infantil, correspondem ao conjunto de parâmetros associados a todas as gestantes na Atenção Primária; outros para as gestantes de alto risco; também parâmetros de infraestrutura para todas as gestantes.

Baseada nesses parâmetros, para 2022, foi estimado o número de gestantes 126.223, sendo 112.653 (85%) de risco habitual e 13.570 (15%) de alto risco. E que 40,5% dos Nascidos Vivos do estado nasceriam nas maternidades da I Região de Saúde. O gráfico 67 mostra o número de nascidos vivos no estado de Pernambuco nos anos de 2017 a 2021.

Gráfico 67. Número de nascidos vivos no Estado de Pernambuco, 2017 a 2021.



	2017	2018	2019	2020	2021
Nascidos Vivos	135.946	138.346	133.432	128.536	126.223

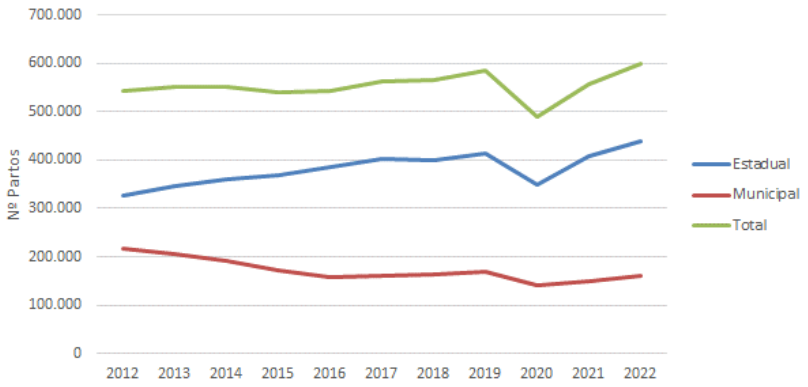
Fonte: *Sinasc/GVEV/DGIE/SEVSAP/SES-PE. Dados sujeitos a alterações.*

.

A organização da Rede Materno-Infantil no estado é dinâmica e periodicamente sua distribuição é repactuada. Desde a sua implantação, em 2012, destaca-se a redução do número de maternidades municipais,

manutenção do número de maternidades estaduais e aumento do número de partos realizados pela gestão estadual, conforme exposto no gráfico 68.

Gráfico 68. Quantitativo de partos segundo tipo de gestão em Pernambuco 2012-2022.



Fonte: *SIH/SUS/MS em 13/09/23. Dados sujeitos a alterações.*

Serviços existentes na I Macrorregião de Saúde com sede em Recife

As Regiões de Saúde que compõem a I Macrorregião tiveram seus planos de ação pactuados separadamente, em 2012, sendo necessárias revisões continuadas.

Quadro 14. Síntese das Maternidades, Leitos e Referências de Risco Habitual, I Macrorregional de Saúde, Pactuação Rede Cegonha. Pernambuco, 2022.

Maternidades de Risco Habitual	Município	Leitos Ativos	Referências
Maternidade Padre Geraldo Leite Bastos	Cabo de Santo Agostinho	19	Cabo de Santo Agostinho
Maternidade Amiga da Família de Camaragibe	Camaragibe	5	Camaragibe
Hospital Memorial Guararapes	Jaboatão	41	Jaboatão dos Guararapes
Maternidade Mãe Lídia	Ipojuca	20	Ipojuca
Hospital Tricentenário	Olinda	28	Olinda
Barros Lima	Recife	36	Recife
Bandeira Filho	Recife	33	Recife
Arnaldo Marques	Recife	37	Recife
Hospital da Mulher do Recife	Recife	60	Recife
Hospital João Murilo	Vitória	16	Chã Grande, Chã de Alegria, Glória de Goitá, Pombos, Vitória de Santo Antão, Moreno* (Após o fechamento da Clínica Santa Terezinha)
IMIP – Centro de Parto Normal	Recife	5	Recife, Fernando de Noronha, Jaboatão dos Guararapes e Distritos I e IV e II Região de Saúde
Maternidade Petronila Campos	São Lourenço da Mata	33	São Lourenço da Mata
Hospital São Luiz	Surubim	18	Surubim, Casinhas e Vertente do Lério
Hospital Regional de Limoeiro José Fernandes Salsa	Limoeiro	16	Bom Jardim, Cumaru, Feira Nova, João Alfredo, Limoeiro, Orobó, Passira e Salgadinho
Unidade Mista Francisco Chateaubriant	Carpina	12	Carpina, Lagoa de Itaenga, Lagoa do Carro
Hospital Regional Ermírio Coutinho	Nazaré da Mata	19	Machados, Vicência, Tracunhaém. Buenos Aires, Nazaré da Mata
Hospital Regional de Palmares Dr. Silvio Magalhães	Palmares	29	Gameleira, Jaqueira, Joaquim Nabuco, Lagoa dos Gatos, Maraial, Belém de Maria, Catende, São José da Coroa Grande, Tamandaré e Xexéu.
Hosp. Distrital de Escada Dr. Benévolo Wanderley do Amaral	Escada	15	Escada e Primavera
Hospital Municipal Maria Digna Pessoa de Mello	Quipapá	4	Quipapá, São Benedito do Sul
Hospital Municipal Cientista Nelson Chaves	Água Preta	8	Água Preta
Hospital Alice Batista dos Anjos	Amaraji	8	Amaraji
Hospital Distrital Jailton Messias de Albuquerque	Barreiros	12	Barreiros
Hospital Senador Antônio Farias	Cortês	8	Cortês
Hospital Belarmino Correia	Goiana	18	Goiana
TOTAL MATERNIDADES RISCO HABITUAL		**500**	

Fonte: *I Região de Saúde: Resolução CIR Nº 19, de 17 de fevereiro de 2012; II Região de Saúde: Resolução CIR nº 09 de 19 de Maio de 2015; Resolução CIB Nº 5042 de 10 de Outubro de 2018 (Altera o Plano da Rede da XII Região com a inserção do CNP de Paudalho; III Região de Saúde: Resolução CIR Nº 288, de 12 de março de 2012. XII Resolução CIR Nº 17, de 21 de setembro de 2011.*

Quadro 15. Maternidades, Leitos e Referências de Alto risco, I Macrorregional de Saúde, Pactuação Rede de Cegonha. Pernambuco, 2022.

Maternidades de Alto Risco	Município	Leitos Referências Ativos	Referências
João Murilo	Vitória	11	Chã Grande, Chã de Alegria, Glória de Goitá, Pombos, Vitória de S. Antão
IMIP*	Recife	73	Recife, Fernando de Noronha, Jaboatão dos Guararapes e Distritos I e IV e II Regiões de Saúde
Hospital das Clínicas	Recife	45	Chã Grande, Chã de Alegria, Glória de Goitá, Pombos, Vitória de Santo Antão, São Lourenço, Cabo, Ipojuca
Hospital Barão de Lucena - HBL**	Recife	89	Abreu e lima, Araçoiaba, Igarassu, Ilha de Itamaracá, Itapissuma, Distritos IV e V, Camaragibe e III Região de Saúde
CISAM*	Recife	53	Paulista, Olinda, II Região de Saúde
Hospital Agamenon Magalhães	Recife	89	Recife
Total GAR		**360**	

*O IMIP e o CISAM ficaram como referência para os partos de Alto Risco (AR), conforme regulação, para as mulheres da II Região de Saúde.
** O HBL ficou como referência para os partos de AR da III região de saúde

Fonte: *I Região de Saúde: Resolução CIR Nº 19, de 17 de fevereiro de 2012; II Região de Saúde: Resolução CIR nº 09 de 19 de Maio de 2015; Resolução CIB Nº 5042 de 10 de Outubro de 2018 (Altera o Plano da Rede da XII Região com a inserção do CNP de Paudalho; III Região de Saúde: Resolução CIR Nº 288, de 12 de março de 2012. XII Resolução CIR Nº 17, de 21 de setembro de 2011.*

Serviços existentes na II Macrorregião de Saúde com sede em Caruaru

Os planos de ação das Regiões de Saúde que compõem a II Macrorregião foram pactuados separadamente, em 2012. Na IV Região de Saúde não houve mudanças neste plano. A resolução CIR nº 03, de 27 de fevereiro de 2018, da V Região de Saúde aprovou o Hospital Regional Dom Moura e o Hospital Infantil Palmira Sales, em Garanhuns como referência para assistência de risco habitual, e como referência para assistência de alto risco o Hospital Jesus Nazareno, em Caruaru.

Quadro 16. Síntese das Maternidades, Leitos e Referências Risco Habitual, II Macrorregional de Saúde, Pactuação Rede Cegonha. Pernambuco, 2022.

Maternidade de Risco Habitual	Município	Leitos Ativos	Referências
Hospital de Caruaru Jesus Nazareno	Caruaru	63	Agrestina, Altinho, Frei Miguelinho, Cupira, Ibirajuba, Jurema, Panelas, Riacho das Almas, Santa Maria do Cambucá, São Caitano, Toritama, Vertentes.
Hospital Lidio Paraiba em Pesqueira	Pesqueira	24	Alagoinha, Pesqueira, Poção, Sanharó
Hospital Geral de Gravatá Dr. Paulo Veiga Pessoa	Gravatá	7	Bonito, Barra de Guabiraba, Gravatá, Camocim de São Félix
Hospital Regional Júlio Alves de Lira	Belo Jardim	15	São Bento do Una, Tacaimbó, Belo Jardim
Hospital Dr. José Carlos de Santana em Brejo	Brejo da Madre de Deus	5	Brejo da Madre de Deus, Cachoeirinha
Casa de Saúde Bom Jesus	Caruaru	40	Caruaru
Hospital Raymundo Francelino Aragão	Santa Cruz do Capibaribe	12	São Joaquim do Monte, Taquaritinga do Norte, Santa Cruz do Capibaribe, Jataúba
Hospital Regional Dom Moura	Garanhuns	22	Águas Belas, Angelim, Bom Conselho, Brejão, Caetés, Calçado, Canhotinho, Capoeiras, Correntes, Garanhuns, Iati, Itaiba, Jucati, Jupi, Lagoa do Ouro, Lajedo, Palmeirina, Paranatama, Saloá, São João, Terezinha
Hospital Infantil Palmira Sales	Garanhuns	26	Águas Belas, Angelim, Bom Conselho, Brejão, Caetés, Calçado, Canhotinho, Capoeiras, Correntes, Garanhuns, Iati, Itaiba, Jucati, Jupi, Lagoa do Ouro, Lajedo, Palmeirina, Paranatama, Saloá, São João, Terezinha
TOTAL RH		**214**	

Fonte: *IV Região de Saúde: Resolução CIR Nº 97, de 23 de Março de 2012; V Região de Saúde: Resolução CIR Nº03 de 27 de Fevereiro de 2018.*

Ressalta-se que segundo a Portaria GM/MS Nº 569, de 05 de Junho de 2000, onde no anexo II cita as condições adequadas para a assistência ao parto, dentre elas a equipe profissional mínima para Unidades Mistas, Hospitais Gerais e Maternidade para a realização de parto, que devem ser compostas 24 horas por dia, obrigatoriamente, por: obstetra, pediatra/neonatologista, clínico geral, enfermeiro (preferencialmente com especialização em obstetrícia), auxiliar de enfermagem, auxiliar de serviços gerais.

Observa-se que muitas unidades hospitalares possuem equipes incompletas, resultando em plantões fechados, baixa produção de partos e maior número de transferência de gestantes para outras localidades.

Serviços existentes na III Macrorregional com sede em Serra Talhada

Em 2012, foram pactuados, separadamente, os planos de ação das Regiões de Saúde que compõem a III Macrorregião. Em 2016, houve repactuação do plano de ação da VI Região de Saúde, através da Resolução CIR nº 48, de 14 de junho de 2016. Sendo necessárias revisões contínuas das demais regiões.

Quadro 17. Síntese das Maternidades, Leitos e Referências Risco Habitual, III Macrorregional de Saúde, Pactuação Rede Cegonha. Pernambuco, 2022.

Maternidades de Risco Habitual	Município	Leitos Ativos	Referências
Hospital Regional Rui de Barros Correia	Arcoverde	22	Arcoverde, Ibimirim, Manari, Pedra, Tupanatinga, venturosa.
Unidade Mista Elizabeth Barbosa	Custodia	10	Custodia, Sertânia
Hospital Municipal de Petrolândia - HOMUPE	Petrolândia	14	Petrolândia, Tacaratu, Jatobá, Inajá
Maternidade Alcides	Buíque	8	Buíque
Hospital Regional Emília Câmara	Afogados da Ingazeira	19	Afogados da Ingazeira, Brejinho, Carnaíba, Iguaraci, Ingazeira, Quixaba, Santa Terezinha, Solidão
Unidade Mista Maria Silva	Itapetim	4	Itapetim
Unidade Mista Maria Rafael de Siqueira	São José do Egito	8	São José do Egito
Hospital Maria Gaião Pessoa Guerra	Glória do Goitá	4	Tabira
Unidade Mista Severino Souto de Siqueira	Tuparetama	3	Tuparetama
Hospam-Serra Talhada Casa de Saúde e Maternidade São Vicente Serra Talhada	Serra Talhada	11	Betânia, Calumbi, Carnaubeira da Penha, Flores, Santa Cruz da Baixa Verde, São José do Belmonte, Serra Talhada, Triunfo
Hospital Cel. Álvaro Ferraz Casa de Saúde e Maternidade São Vicente	Floresta	11	Floresta, Itacuruba, Santa Cruz da Baixa Verde, São José do Belmonte, Serra Talhada, Triunfo
TOTAL RH		114	

Obs.: *Maternidades de Alto Risco Hospital: Professor Agamenon Magalhães HOSPAM*
Fonte: VI Região de Saúde: Resolução CIR Nº 48, de 14 de Junho de 2016; X Região de Saúde: Resolução CIR Nº 147, de 29 de fevereiro de 2012; XI Região de Saúde: Resolução CIR Nº 114, de 15 de março de 2012.

Assim como ocorre nas demais Regiões de Saúde, existe uma concentração de partos de risco habitual ocorrendo nos Hospitais regionais em detrimento das maternidades municipais, que apresentam uma produção aquém do esperado. A Unidade Mista Elizabeth Barbosa, a Unidade Mista Maria Silva e a Unidade Mista Severino Souto de Siqueira apresentaram um baixo número de partos em 2018, segundo o SINASC, necessitando uma nova revisão do Plano de Ação para redirecionamento das referências.

Serviços existentes na IV Macrorregional com sede em Petrolina

Em 2012, as Regiões de Saúde que compõem a IV Macrorregião realizaram suas respectivas pactuações dos planos de ação, separadamente. A VII Região de Saúde pactuou através da Resolução CIR nº 04, de 9 de março de 2012, o Risco Habitual com o Hospital Inácio de Sá em Salgueiro e o Alto Risco com o Hospital Dom Malan de Petrolina. A VIII Região de Saúde pactuou para o risco Habitual e Alto Risco através da Resolução CIR nº 169, de 07 de março de 2012. A IX Região de Saúde pactuou maternidades para o risco Habitual e Alto Risco através da Resolução CIR nº 21, de 21 de março de 2012.

Quadro 18. Síntese das Maternidades, Leitos e Referências Risco Habitual, IV Macrorregional de Saúde, Pactuação e de Cegonha. Pernambuco, 2022.

Maternidades de Risco Habitual	Município	Leitos Ativos	Referências
Hospital Regional Inácio de Sá	Salgueiro	27	Belém de São Francisco, Cedro, Mirandiba, Salgueiro, Serrita, Terra Nova, Verdejante
Hospital Dom Malan	Petrolina	-	Afrânio, Dormentes, Petrolina
Hospital Monsenhor Ângelo Sampaio	Santa Maria da Boa Vista	10	Orocó, Cabrobó, Santa Maria da Boa Vista
Hospital e Maternidade de Santa Maria - Araripina	Araripina	24	Araripina, Trindade, Ipubi
Hospital Regional Fernando Bezerra	Ouricuri	17	Exu, Granito, Moreilândia, Ouricuri, Parnamirim, Santa Cruz, Santa Filomena
TOTALI RH		78	

Fonte: *VII Região de Saúde: Resolução CIR Nº04 de 09 de Março de 2012; VIII Região de Saúde: Resolução CIR Nº 169, de 7 de março de 2012; IX Região de Saúde: Resolução CIR Nº 005, de 26 de Setembro de 2017*

Serviços de referência para o Alto Risco

As assistências à gravidez e parto de alto risco correspondem a aproximadamente 15% das gestações, segundo a Organização Mundial de Saúde. As maternidades de referência para o alto risco concentram-se prioritariamente na capital do estado, com outros estabelecimentos em Vitória de Santo Antão (I Macrorregional), Caruaru (II Macrorregional) e Petrolina (IV Macrorregional). Há previsão de implantação de uma maternidade de alto risco em Caruaru e Serra Talhada. Em relação aos leitos de Alto Risco pode-se dizer que o Estado dispõe de 408 leitos de alto risco, com 306 destes custeados pelo Ministério da Saúde e 102 pela Secretaria Estadual de Saúde.

Quadro 19. Leitos de GAR, UTI Neonatal, UCI Neonatal, Canguru e Alojamento Conjunto existentes nas maternidades de Pernambuco, 2022.

Macrorregião de Saúde/ Maternidades	Leitos Existentes				
	GAR	UTI Neonatal	UCI Neonatal	Canguru	AC
Macrorregião I - Metropolitana					
Hospital Barão de Lucena	61	18	16	10	28
Hospital Agamenon Magalhães	72	15	15	8	25
IMIP	73	18	56	-	21
Hospital das Clinicas	30	10	5	-	-
Hospital Memorial Guararapes	-	30	-	-	5
Hospital da Mulher do Recife	18	10	15	12	42
Hospital Regional de Palmares	-	5	-	-	-
CISAM	52	12	15	7	7
Casa de Saúde Santa Helena	-	-	-	-	2
Maternidade Padre Geraldo	-	-	-	-	10
Hospital Tricentenário	-	-	-	-	5
Casa de Saúde e Maternidade Nossa Senhora de Fátima	-	-	-	-	7
Hospital Santa Rosa	-	-	-	-	3
CHS Nossa Senhora das Graças	-	-	-	-	4
Hospital João Murilo	10	10	-	-	10
TOTAL	316	128	122	37	169
Macrorregião II - Agreste					
Hospital Jesus Nazareno	34	-	16	8	33
Macrorregião III - Sertão					
Hospital Regional Inácio de Sá	10	-	5	-	10
Hospital Regional Rui de Barros Correia	-	-	-	-	8
Hospital São Vicente	-	-	-	-	6
HOMUPE	-	-	-	-	2
Hospital Geral Maria Rafael de Siqueira	-	-	-	-	8
Hospital Professor Agamenon Magalhães	-	-	-	-	3
TOTAL	10	-	5	-	37
Macrorregião IV - Vale do São Francisco					
Hospital Dom Malan	25	6	27	8	-
Hospital Regional Fernando Bezerra	-	-	-	-	5
Hospital Regional Inácio de Sá	10	-	5	-	8
Casa de Saúde São José	-	-	-	-	4
TOTAL	35	6	32	8	17
TOTAL GERAL	**395**	**134**	**175**	**53**	**56**

Fonte: *CNES, 2023.*

A Rede Cegonha em Pernambuco ainda enfrenta consideráveis desafios no que se refere a uma assistência de qualidade, desde o planejamento reprodutivo, pré-natal, parto e nascimento, puerpério e assistência ao recém-nascido.

Faz-se necessário que a implementação da atenção em planejamento reprodutivo tenha um contexto de escolha livre e informada, com incentivo à dupla proteção (prevenção da gravidez e de IST), o uso DIU Tcu-380. O DIU de cobre é uma prática de anticoncepção de eficácia comprovada, disponível no SUS, e as evidências recomendam sua implementação logo após o parto.

Quanto ao pré-natal, verificam-se dificuldades em relação à captação precoce da gestante (antes da 12ª semana de gestação). Além da necessidade de: garantia do acolhimento e classificação de risco; melhoria da qualidade do pré-natal (qualificação dos profissionais da Atenção Primária); assegurar os exames do pré-natal de risco habitual e de alto risco preconizados pelo Ministério da Saúde; aumento de cobertura da Estratégia de Saúde da Família com equipes completas; oferta de consultas de obstetras e enfermeiros intercaladas; consultas com especialistas no pré-natal de alto risco; imunização da gestante; oferta de medicamentos essenciais; melhoria dos registros nos sistemas de informações do SUS; encaminhamento e monitoramento ao alto risco; garantia de vinculação da gestante à unidade de referência e transporte seguro para o pré-natal e parto.

Em relação à vinculação das gestantes a maternidade de risco habitual de referência por vezes não tem seguido a pactuação, tendo em vista que alguns fatores interferem no processo de vinculação das gestantes às maternidades. Entre os fatores podem ser citados: a malha viária, os fluxos existentes, valores culturais, influências familiares e sociais, pacto com o profissional de saúde, dentre outros. Algumas maternidades possuem número de leitos insuficiente para atender a demanda ultrapassando o limite de capacidade instalada.

Outras maternidades dispõem de leitos suficientes, mas não possuem profissionais de saúde para abrir os plantões durante os sete dias da semana por 24 horas, principalmente médicos neonatologistas ou pediatras. A dificuldade na vinculação das gestantes baseadas na pactuação da RC de 2012 tem elevado a ocupação das maternidades de alto risco por gestantes de risco habitual. O acesso das gestantes de alto risco aos hospitais é coordenado pela Central Estadual de Regulação.

Dentro das boas práticas de atenção ao parto destaca-se a questão da adequação da ambiência das maternidades. Esse problema representa um entrave para a gestão, pois dados do MS indicam que a maior parte das maternidades do Brasil e do estado de Pernambuco necessita de reformas para adequar sua ambiência. Deve-se considerar que uma grande parte das maternidades estaduais e municipais possui estrutura arquitetônica antiga quando comparadas com os novos padrões recomendados pelo MS. Nessa perspectiva, para uma melhor adequação seria necessário maior investimento financeiro de forma tripartite, ou seja, de recursos Federal, Estadual e Municipal.

O tipo de parto permite avaliar a qualidade e o acesso da assistência à mulher durante o pré-natal e o parto. A OMS preconiza que o percentual de partos cesáreos seja de no máximo 15%, tendo em vista sua associação ao aumento das taxas de morbimortalidade materna e infantil. Por outro lado, ainda temos regiões com 65% de cesáreas na rede SUS sugerindo um alto índice de cesáreas eletivas.

Os recursos financeiros estaduais e municipais hoje são insuficientes para cobrir os custos da rede materno-infantil e só com uma política de financiamento otimizada, mais estruturada e com valores atualizados às necessidades da linha do cuidado, desde o planejamento reprodutivo até o puerpério, incluindo os cuidados aos recém-nascidos, é que possibilitará o funcionamento de rede materno e infantil de forma eficiente, adequada e dentro dos padrões de humanização desejada.

REDE DE ONCOLOGIA

A organização da linha de cuidado da Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas, no eixo temático câncer, foi redefinida para as quatro macrorregiões de saúde do estado com base na Resolução CIB Nº 3061, aprovada em outubro de 2017.

O desenho da Rede de Oncologia do estado tem como base o Plano Estadual de Oncologia que contempla a reestruturação da rede e estabelece os fluxos regionalizados e ampliação da oferta de equipamentos para diagnóstico e tratamento oncológico. Para esse propósito foram consideradas a Portarias de Nº 874, de 16 de maio de 2013, que institui a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do SUS; a Portaria Nº 483, de 1º de abril de 2014, que redefine a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do SUS e estabelece diretrizes para a organização das suas linhas de cuidado; e a Portaria SAS/MS Nº 1.399, de 17 de dezembro de 2019, que redefine os critérios e parâmetros referências para a habilitação de estabelecimentos de saúde na alta complexidade em oncologia no âmbito do SUS.

O arranjo atual da rede de atenção oncológica do estado foi concebido através da Resolução CIB/PE Nº 5.339 de 31 de agosto de 2020 que aprova o Plano para o Diagnóstico e o Tratamento do Câncer no estado de Pernambuco.

Essa rede de atenção está composta por 66 serviços de saúde; destes 46 unidades são gerenciadas por Organizações Sociais, sendo 15 Unidades de Pronto Atendimento (UPA) 24h, 15 Unidades Pernambucanas de Atenção Especializada (UPAE) e 14 hospitais.

Dessa forma, o estado de Pernambuco tem fortalecido a regionalização e interiorização da assistência oncológica com vistas a assegurar ao usuário o conjunto de ações e serviços com efetividade e eficiência.

Quadro 20. Rede Estadual de Alta Complexidade em Oncologia por estabelecimento de saúde e respectiva habilitação. Pernambuco, 2023.

Macrorregião de saúde	Região de saúde	Município	Estabelecimento de Saúde	Habilitação
I	I	Recife	Instituto Materno Infantil de Pernambuco - IMIP	CACON com serviço de Hematologia e Serviço de Pediatria
			Fundação de Hematologia e Hemoterapia de Pernambuco - HEMOPE	UNACON exclusiva de Hematologia
			Hospital Universitário Oswaldo Cruz	UNACON com serviço de Hematologia, Serviço de Oncologia Pediátrica e Serviço de Radioterapia
			Hospital Barão de Lucena	UNACON
			Hospital das Clínicas de Pernambuco	UNACON
			Hospital de Câncer de Pernambuco	UNACON com serviço de Radioterapia, Serviço de Oncologia Pediátrica e Serviço de Hematologia
			Real Hospital Português	UNACON com serviço de Radioterapia
II	IV	Caruaru	Hospital Regional do Agreste Waldomiro Ferreira	UNACON com serviço de Radioterapia
			Hospital Mestre Vitalino	UNACON
	V	Garanhuns	Casa de Saúde e Maternidade Nossa Senhora do Perpétuo Socorro	UNACON
III	VI	Arcoverde	Hospital Memorial de Arcoverde	UNACON
	XI	Serra Talhada	Hospital geral do Sertão	-
IV	VIII	Petrolina	Hospital Dom Tomás	UNACON com serviço de Radioterapia

Fonte: *DGPCS/SERS/SES-PE.*

O estado de Pernambuco possui 12 serviços habilitados na assistência de alta complexidade para atenção ao câncer, sendo: 05 UNACON; 03 UNACON com serviço de Radioterapia; 01 UNACON com serviço de Hematologia, de Oncologia Pediátrica e de Radioterapia; 01 UNACON com serviço de Radioterapia, de Oncologia Pediátrica e de Hematologia; 01 UNACON exclusiva de Hematologia; e 01 CACON com serviço de Hematologia e Oncologia Pediátrica (quadro 20).

Quadro 21. Produção de cirurgia oncológica, radioterapia e quimioterapia. Pernambuco, 2022**.**

Estabelecimento de Saúde	Procedimento		
	Cirurgia	Quimioterapia	Radioterapia
Hospital Universitário Oswaldo Cruz	2377	22126	-
IRSIR	-	-	-
IMIP	2574	32627	1823
Hospital de Câncer de Pernambuco	5611	62472	2553
IRWAM	-	-	295
Hospital das Clínicas de Pernambuco	680	5511	-
HEMOPE	-	8075	-
Hospital Barão de Lucena	887	3034	-
Hospital Regional do Agreste	241	16706	1012
Casa de Saúde Perpétuo de Socorro	105	2690	-
Hospital Memorial Arcoverde	359	7091	-
Hospital Dom Tomás	613	18965	-
Total	**13447**	**179297**	**5683**

Fonte: *DGPCS/SERS/SES-PE.*

Observamos que o atual desenho da rede dos UNACONS mesmo que de forma descentralizada e interiorizada, pelos números da produção apresentados no quadro 21 referente ao ano de 2022, demonstra uma concentração de procedimentos da assistência oncológica (cirurgia, quimioterapia e radioterapia) nas Unidades localizadas na I Macrorregião de Saúde, o que fragmenta a proposta da linha do cuidado em sua totalidade no estado de Pernambuco.

Um dos desafios da assistência especializada ambulatorial é a oferta regulada e regionalizada de consultas e procedimentos de investigação diagnóstica para detecção precoce do câncer na Rede de Atenção Ambulatorial, sobretudo nas regiões de saúde mais distantes da capital. Neste contexto o Plano de Atenção Oncológica propõe a construção de arranjos regionalizados que contemplem os componentes da linha de cuidado desde a Atenção Primária à Saúde passando pelo componente especializado de apoio ao diagnóstico de média complexidade até a atenção especializada de alta complexidade hospitalar.

O tratamento do câncer é um desafio a ser enfrentado, considerando o déficit de serviços habilitados para a oferta de atendimento de Alta complexidade em Oncologia no estado de Pernambuco conforme os critérios da Portaria Ministerial 1.399 de 17 de Dezembro de 2019.

REDE DE OFTALMOLOGIA

A Política Nacional de Atenção em Oftalmologia (PNAO) foi instituída pela Portaria GM/MS no 957, de 15 de maio de 2008, consolidada, em 28 de setembro de 2017, pelo Ministério da Saúde, através da publicação da Portaria de Consolidação n° 03, Anexo XXXV, que em seu Artigo 3° define seus componentes fundamentais, dentre os quais se destacam os incisos I, II e III.

A Rede de Oftalmologia de Pernambuco tem como marco legal, e base para definição de seus parâmetros, a Portaria SAS/MS n° 288, de 19 de maio de 2008, que define as Redes Estaduais e Regionais de Atenção em Oftalmologia, e a Resolução CIB/PE n° 5.001, de 10 de julho de 2018, que aprova a proposta de Rede Estadual de Atenção em Oftalmologia.

Estão estabelecidos no âmbito da Atenção Básica, o desenvolvimento de ações educativas, preventivas e de investigação diagnóstica relacionadas às comorbidades, tais como diabetes e hipertensão, e que precederão de atendimento especializado em oftalmologia. São de competência da Atenção Básica, além da oferta de consultas, médicas e de enfermagem, e realização de teste de acuidade visual, o acompanhamento dos usuários contra-referenciados pelas Unidades de Atenção Especializada em Oftalmologia (UAEO).

No âmbito da Atenção Especializada, são preconizados:

- Consulta Oftalmológica com avaliação clínica que consiste em: anamnese, aferição de acuidade visual, refração dinâmica e/ou estática, biomicroscopia do segmento anterior, exame de fundo de olho, hipótese diagnóstica e apropriada conduta propedêutica e terapêutica;
- Procedimentos de diagnose, terapia e acompanhamento da patologia oftalmológica identificada;
- Seguimento ambulatorial pré-operatório e pós-operatório continuado e específico para os procedimentos cirúrgicos, incluindo os procedimentos de diagnóstico e terapia complementares.
- Atendimento das complicações que advierem do tratamento cirúrgico realizado;
- Os procedimentos de diagnóstico, terapia e cirúrgicos, contidos nos anexos desta Portaria, compatíveis com o tipo de assistência especializada ao qual se credenciar/ habilitar.

Quadro 22. Serviços de Atenção em Oftalmologia por tipo de unidade e critérios estabelecidos pela Portaria SAS/MS nº 288/2008.

Tipo de Unidade	Critérios
Unidade de Atenção Especializada em Oftalmologia (UAEO) - Média Complexidade	Procedimentos de Assistência Especializada em Conjuntiva, Córnea, Câmara Anterior, Íris, Corpo Ciliar e Cristalino descritos na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, OPM do SUS, e, nomínimo, mais um (01) dos seguintes grupos de Assistência Especializada, garantindo a integridadeda atenção: Assistência Especializada em Pálpebras, Vias Lacrimais; Assistência Especializada em Corpo Vítreo, Retina, Coróide, e Esclera; Assistência Especializada em Cavidade Orbitária Globo Ocular. Deverão prestar assistência em uma ou mais das áreas a seguir: Assistência Especializada em Transplantes Oftalmológicos; Assistência Especializada em Tumores Oftalmológicos;
	Assistência Especializada em Reconstrução de Cavidade Orbitária.
Unidade de Atenção Especializada em Oftalmologia (UAEO) - Alta Complexidade	I – Atendimento de Urgência e Emergência em regime de 24h, de acordo com a necessidade local e/ou regional; II – Atendimento ao paciente portador de glaucoma; III – Atendimento em reabilitação visual, na própria unidade de atenção ou referenciar a serviços que realizem este atendimento – tratamento e reabilitação visual para indivíduos com baixa visão e cegueira que consiste na avaliação clínica, avaliação funcional, prescrição de recursos ópticos e não ópticos e demais ajudas técnicas que venham a ser regulamentadas. Deverão prestar assistência em uma ou mais das áreas a seguir: Assistência Especializada em Transplantes Oftalmológicos; Assistência Especializada em Tumores Oftalmológicos; Assistência Especializada em Reconstrução de Cavidade Orbitária.
Centro de Referência em Oftalmologia* (CRO)	I – Ser Hospital de Ensino, certificado pelo Ministério da Saúde e o Ministério da Educação, de acordo com a Portaria MEC/MS nº 1.000/2004, e ser contratualizado pelo gestor, de acordo com a Portaria GM/MEC/MS nº 1.006/2004 e Portaria GM/MS nº 1.702/2004; II – Ser, preferencialmente, hospital público; III – Participar de forma articulada e integrada com o sistema local e regional; IV – Possuir adequada estrutura gerencial, capaz de zelar pela eficiência, eficácia e efetividade das ações prestadas; V – Subsidiar as ações dos gestores na regulação, fiscalização, controle e avaliação, incluindo estudos de qualidade e estudos de custo-efetividade; VI – Participar dos processos de desenvolvimento profissional em parceria com o gestor, tendo como base a Política de Educação Permanente para o SUS.

***** Do ponto de vista assistencial, CRO deverão realizar os seguintes procedimentos nas seguintes áreas: I – A totalidade das ações previstas no Artigo 5º – da Portaria; II – A totalidade dos procedimentos previstos no Artigo 6º desta Portaria; III – A totalidade dos procedimentos previstos no Artigo 7º desta Portaria; IV – Atendimento de urgência e emergência em oftalmologia em regime de 24 horas; V- A totalidade dos procedimentos de diagnose, terapia e cirúrgicos contidos no Anexo desta Portaria; VI – Oferecer atenção especializada e integral aos pacientes portadores de Retinopatia da Prematuridade, atuando nas mais variadas modalidades assistenciais.
Fonte: *Portaria SAS/ MS nº 288 de 19 de maio de 2008*

Quadro 23. Rede Estadual e Regionais de Atenção em Oftalmologia.

Composição da Rede Estadual e Regionais de Atenção em Oftalmologia	
Atenção Básica	• Unidade Básica de Saúde;
	• Núcleo de Apoio a Saúde da Família - NASF;
	• Programa Saúde na Escola – PSE;
	• Programa Boa Visão – PBV.
Atenção Especializada	• Unidade Pernambucana de Atendimento
	• Especializado- UPAE;
	• Programa Boa Visão;
	• Unidade de Atenção Especializada em Oftalmologia UAEO;
	• Reabilitação Visual.
Atenção Hospitalar e de Urgência e Emergência	• Urgências e emergências oftalmológicas;
	• Unidades de Atenção Especializada em Oftalmologia UAEO
	• Centro de Referência em Oftalmologia - CRO.
Critérios	As exigências estabelecidas para a conformação da Rede Estadual de Atenção em Oftalmologia (REAO-PE) estão em conformidade com o estabelecido com a Portaria Nacional N° 288 de 2008.

Fonte: *Resolução CIB/ PE nº 5.001, de 10 de julho de 2018.*
Obs: *As exigências estabelecidas para a conformação da Rede Estadual de Atenção em Oftalmologia (REAO-PE) estão em conformidade com o estabelecido com a Portaria Nacional N° 288 de 2008.*

Quadro 24. Proposta de rede de cuidados oftalmológicos integrais por macrorregião.

Macrorregião de Saúde	Municípios[1]	UAEO	Centro de Referência
Macrorregião I	Olinda, Paulista, **Recife**, Glória do Goitá, Vitória de Santo Antão, Cabo de Santo Agostinho, Ipojuca, Jaboatão dos Guararapes, Limoeiro. Carpina, Lagoa do Carro, Barreiros, Escada, Palmares, Ribeirão, Sirinhaém.	13	1
Macrorregião II	Agrestina, Caruaru, Gravatá, Belo Jardim, Santa Cruz do Capibaribe, Lagoa do Ouro, Garanhuns.	4	-
Macrorregião III	Arcoverde, Afogados da Ingazeira,Serra Talhada.	2	-
Macrorregião IV	Salgueiro, Petrolina, Araripina, Ouricuri.	2	-

A proposta de modelagem de Rede Estadual de Atenção em Oftalmologia de Pernambuco foi elaborada em 2015, seguindo os critérios:

I - o parâmetro de distribuição das UAEO de Média Complexidade será de 01 UAEO-MC em cada microrregião para cobertura de até 250.000 habitantes, sendo que superado em 20% esse parâmetro, será possibilitado o credenciamento de nova Unidade prestadora de Média Complexidade, desde que não exista serviço habilitado em Alta Complexidade e que atenda a mesma região de saúde;

II - o parâmetro de distribuição das UAEO de Alta Complexidade será de 01 UAEO-AC em cada macrorregião com cobertura de até 400.000 habitantes, sendo que superado em 20% esse parâmetro, será possibilitado o credenciamento de nova Unidade prestadora de Alta Complexidade, desde que não exista Centro de Referência habilitado e que atenda a mesma região de saúde;

§1º Os serviços habilitados como UAEO de Alta Complexidade atenderão na média complexidade uma população de até 300.000 habitantes.

Quadro 25. Serviços existentes por macrorregião de saúde. Pernambuco, 2023.

Macrorregião de Saúde	Região de Saúde	Município	Serviço de Saúde
Macrorregião I	I	Recife	SEOPE – Serviço Oftalmológico de Pernambuco Ltda
			Instituto de Olhos do Recife Ltda
			Fundação Altino Ventura
			Hospital de Olhos Santa Luzia
Macrorregião IV	VII	Salgueiro	Fundação Altino Ventura

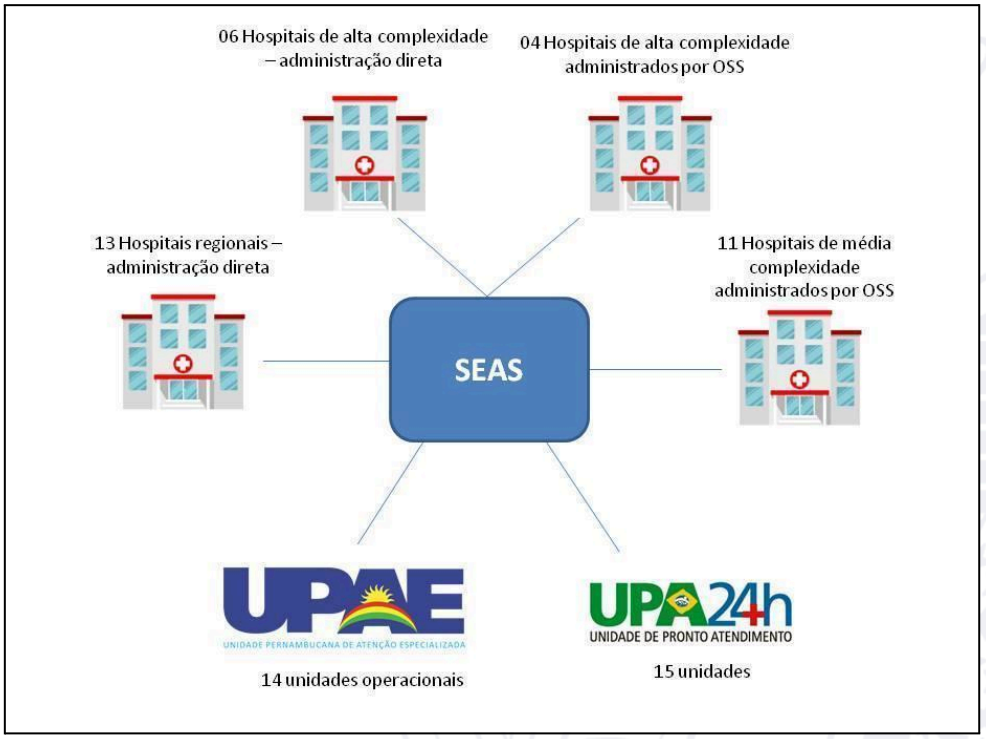
[1]*Municípios que realizam assistência oftalmológica em média complexidade.*
Resolução CIB/ PE nº 5.001, de 10 de julho de 2018

Com a Resolução CIB/ PE nº 5001, de 10 de julho de 2018, foi aprovada a proposta REAO e a abertura de credenciamento em Serviços de Oftalmologia para as I, II, III e IV Macrorregionais, no entanto houve restrições orçamentárias para a implantação da proposta, em tempos que os prestadores estiveram inaptos a prestar o serviço de alta complexidade solicitado no Termo de Referência, além de que houve baixa adesão ao credenciamento e convênio ao SUS por não apresentarem capacidade instalada para o aumento da demanda.

REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA (RUE)

O estado de Pernambuco conta com ampla rede hospitalar de saúde própria (Figura 12), que contempla as maiores urgências do estado nas principais linhas de cuidado, quais sejam: traumatologia, materno infantil, cardiologia, oncologia e neurologia. A RUE, em particular, está composta por serviços de média e alta complexidade que prestam atendimento de urgência de forma regionalizada e hierarquizada e os equipamentos de saúde da gestão estadual estão distribuídos por todo o estado de forma a facilitar o acesso ao tratamento de forma oportuna. No entanto, o fenômeno da superlotação nas emergências do SUS está presente em Pernambuco, assim como no restante do Brasil.

Figura 12. Equipamentos da Rede Estadual de Saúde, sob a gestão da Secretaria Executiva de Atenção à Saúde/Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco.



Fonte: *DGAIS/SEAS/SES-PE.*

O FENÔMENO SUPERLOTAÇÃO

A superlotação nas emergências do estado é motivo de constante preocupação para a gestão em saúde, que busca estabelecer de forma clara os fatores envolvidos neste fenômeno, diferenciando as condições relacionadas aos processos internos das unidades, fatores atrelados à gestão financeira, situações ligadas aos condicionantes externos e outros associados à rede de saúde nos diversos níveis de atenção.

Esta condição tem sido tema de estudo, dada as consequências para o sistema de saúde e para a sociedade e têm a finalidade de ajudar a entender quais os agentes envolvidos e suas responsabilidades nos diversos níveis da atenção à saúde. Os resultados destas análises são importantes para subsidiar ações de planejamento e tomada de decisão pelos gestores, relacionadas à estrutura e capacidade instalada da rede de saúde que envolve estas unidades e seus processos internos.

As análises preliminares dos dados de internamento dos seis grandes hospitais de administração direta, de acordo com o Sistema de Informações Hospitalares (SIH/SUS), demonstram que as unidades apresentaram flutuações no número de internamentos ao longo dos anos analisados (2017-2022). É importante destacar que em 2020, foram identificadas reduções do número de internamentos de todos os hospitais, sendo o Hospital Agamenon Magalhães, Hospital Otávio de Freitas e Hospital da Restauração aqueles que apresentaram as diferenças mais relevantes, quando os indicadores de 2020 foram comparados ao ano anterior (2019). Possivelmente, a diminuição do número de internamentos em todas as unidades está relacionada à emergência em saúde provocada pela COVID-19, que alterou a mobilidade das pessoas, principalmente entre 2020 e 2021.

Similarmente, de acordo com o SIH/SUS, o Tempo Médio de Permanência (TMP) das respectivas unidades, por ano, apresentou variações durante o período analisado, sendo observada uma redução do indicador, em 2020, no Hospital Agamenon Magalhães, Hospital Otávio de Freitas e Hospital da Restauração e Hospital Regional do Agreste, possivelmente em virtude da COVID-19. Por outro lado, o Hospital Barão de Lucena e o Hospital Getúlio

Vargas apresentaram incremento do TMP, em 2020 (quadro 26). Este evento pode estar associado ao fato das unidades atuarem como unidade de referência para o cuidado de pacientes com diagnóstico positivo para a COVID-19, dos perfis pediátricos e cirúrgicos, respectivamente.

Quadro 26. Número de internações e tempo médio de permanência, por estabelecimento de saúde e ano de processamento.

Unidade de Saúde	Critério	2017	2018	2019	2020	2021	2022	MÉDIA (2017-2022)
Hospital Agamenon Magalhães	Internamento	17.252	17.749	18.108	15.174	17.252	18.387	17.320
	Permanência	8,1	7,8	8	7	6,8	6,9	7,4
Hospital Otávio de Freitas	Internamento	21.436	20.304	20.672	17.646	17.854	19.235	19.525
	Permanência	7,9	7,9	7,8	6,9	6,9	7	7,4
Hospital da Restauração	Internamento	37.178	35.456	37.351	32.847	35.962	34.473	35.545
	Permanência	7,4	7,8	7,4	7,3	7,1	7,7	7,5
Hospital Regional do Agreste Waldomiro Ferreira	Internamento	8.374	7.174	7.950	7.760	8.976	9.298	8.255
	Permanência	8	9,6	8,6	6,7	6,8	6,7	7,7
Hospital Barão de Lucena	Internamento	16.260	15.544	16.738	16.623	19.332	17.402	16.983
	Permanência	6,1	6,4	6	6,3	6	6,1	6,2
Hospital Getúlio Vargas	Internamento	19.140	18.656	18.793	18.483	20.553	21.055	19.447
	Permanência	7,9	7,6	7,7	8,2	7,8	7,6	7,8

Fonte: *Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS).*

No quadro 27, observa-se a taxa de ocupação global das unidades, que ao longo dos anos de análise demonstrou aleatoriedade, não apresentando uma regularidade. Ocorrendo o mesmo com o número de internamentos e tempo médio de permanência, foi possível identificar uma redução nas taxas de ocupação de todas as unidades, em 2020, quando esta foi comparada ao ano anterior. Sugerindo que a emergência em saúde provocada pela COVID-19 pode ter contribuído para o decréscimo do indicador.

Quadro 27. Taxa de ocupação global dos seis grandes hospitais de administração direta.

Unidade de Saúde	2018	2019	2020	2021	2022
Hospital Agamenon Magalhães	90,3%	93,9%	69,8%	77,1%	84,2%
Hospital Otávio de Freitas	71,2%	73,2%	52,9%	52,3%	59,5%
Hospital da Restauração	91,3%	92,3%	79,4%	85,3%	88,3%
Hospital Regional do Agreste Waldomiro Ferreira	96,2%	94,5%	89,3%	92,5%	93,1%
Hospital Barão de Lucena	81,3%	80,8%	80,7%	82,3%	71,9%
Hospital Getúlio Vargas	92,6%	84,8%	75,7%	83,4%	92,5%

Fonte: *Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS).*

Já o quadro 28 nos oferece dados a respeito da taxa de ocupação das emergências dos seis grandes hospitais de administração direta. Vale ressaltar que nestes setores, há diferentes perfis de emergência, como pediatria, traumatologia, cardiologia e obstetrícia e para a obtenção dos dados, estabeleceu-se uma média aritmética entre as diferentes taxas de ocupação das respectivas unidades. Considerando os indicadores, identifica-se aleatoriedade nos dados, ao longo do período de avaliação. Contudo, observamos também que apesar de algumas unidades diminuírem a taxa de ocupação da emergência, a maior parte delas permanece com elevadas taxas de ocupação nas emergências.

Quadro 28. Taxa de ocupação das emergências dos seis grandes hospitais de administração direta.

Unidade de Saúde	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Hospital Agamenon Magalhães	267%	313%	336%	167%	184%	372%
Hospital Otávio de Freitas	168%	150%	162%	145%	196%	169%
Hospital da Restauração	121%	590%	139%	95%	129%	131%
Hospital Regional do Agreste Waldomiro Ferreira	214%	210%	147%	131%	164%	188%
Hospital Barão de Lucena	113%	99%	123%	145%	118%	61%
Hospital Getúlio Vargas	146%	135%	126%	147%	167%	195%

Fonte: *Unidades de saúde. Consolidado pela DGAIS/SEAS/SES-PE*

Considerando a análise dos indicadores acima e após avaliação do perfil das emergências e dos pacientes internados nestes setores, podemos considerar alguns fatores contribuem para a elevação das taxas de permanência e ocupação das emergências e que repercutem na superlotação dos serviços, tais como: Perfil dos pacientes internados nas emergências e Unidades de Terapia Intensiva (UTI); Ausência de protocolos clínicos em algumas unidades e/ou dificuldade na ampla divulgação dos protocolos clínicos existentes; Subfinanciamento pelo SUS, comprometendo a regularidade de abastecimento das unidades (medicamentos e insumos básicos); Vagas de terapia renal substitutiva ambulatorial insuficientes; Dificuldades com a conclusão de processos licitatórios para as unidades de saúde em tempo oportuno, contribuindo com o desabastecimento de insumos, equipamentos, medicamentos e materiais médico-hospitalares; Inexistência de rotinas para análise de indicadores nas unidades assistenciais; Inexistência de contrarreferência efetiva entre os diferentes níveis de atenção; e, Leitos de retaguarda insuficientes e com perfil inadequado, em algumas regiões. Por outro lado, é importante destacar o avanço conquistado com a implantação dos Núcleos Internos de Regulação (NIR) nas grandes unidades de saúde, que vêm contribuindo com a destinação dos diferentes perfis dos pacientes internados nas emergências e Unidades de Terapia Intensiva (UTI), o que pode otimizar o giro de leitos nos grandes hospitais.

REDE DE CUIDADOS À PESSOA COM DEFICIÊNCIA

A Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD) foi instituída pela Portaria GM/MS nº 793, de 24 de abril de 2012. Em 28 de setembro de 2017, o Ministério da Saúde publica a Portaria de Consolidação nº 03, que redefine as normas sobre as Redes do SUS, estando a RCPD contida em seu Artigo 3º, Inciso V. A Portaria revoga as anteriores, mas mantém o teor e estrutura da RCPD.

O Anexo x da Portaria de Consolidação nº 03/2017, em seu Art. 1º institui a RCPD por meio da criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com deficiência temporária ou permanente; progressiva, regressiva, ou estável; intermitente ou contínua, no âmbito do SUS. Não estabelecendo parâmetros para a criação da mesma.

Os Centros Especializados em Reabilitação (CER), bem como as Oficinas Ortopédicas, são norteados, para o pleno funcionamento, pelos Instrutivos de Reabilitação Auditiva, Física (incluindo os serviços de apoio à Pessoa com Ostomia), Intelectual (incluindo o serviço de Atenção à Pessoa com Transtorno do Espectro do Autismo) e Visual, que tem como referências a Portaria de Consolidação GM/MS nº 03/2017 (Anexo VI - Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência – RCPD) e a Portaria de Consolidação GM/MS nº 06, de 28 de setembro de 2017, que consolida as normas sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde do SUS, revogando entre outras, a Portaria nº 835/ GM/MS, de 25 de abril de 2012.

Quadro 29. Desenho da Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência de Pernambuco por Macrorregião.

MACRORREGIÃO DE SAÚDE	FÍSICA	VISUAL	AUDITIVA	INTELECTUAL	OSTOMIA
I - METROPOLITANA	- AACD, GV, HR, HC, HGA (Recife); -Hospital da Mirueira (Paulista); -H. João Murilo (Vitória de Sto. Antão); -CER IV FAV; -CER IV IMIP; -CER II Recife; -CER II Limoeiro; -CER II Ipojuca.	-CER IV FAV (Recife); -CER IV IMIP (Recife).	-CER IV FAV (Recife); -CER IV IMIP (Recife); -HAM (Recife).	-CER IV FAV (Recife); -CER IV IMIP (Recife); -CER II Limoeiro; -CER II Ipojuca; -CER II Recife.	-UPAE (ABREU E LIMA).
II - AGRESTE	-HRA (Caruaru); -H. Dom Moura (Garanhuns); -Hospital Lídio Paraíba (Pesqueira).		-Unidade Municipal de Saúde Auditiva (Caruaru).	-PODE (Pesqueira).	-HRA (Caruaru).
III - SERTÃO	-Núcleo Dr. Severiano D. de Carvalho (Serra Talhada); -CER IV Mens Sana (Arcoverde); -CER III Eduardo Campos (Afogados da Ingazeira).	-CER IV Mens Sana (Arcoverde); -CER III Eduardo Campos (Afogados da Ingazeira).	-CER IV Mens Sana (Arcoverde); -CER III Eduardo Campos (Afogados da Ingazeira).	-CER IV Mens Sana (Arcoverde).	
IV – VALE DE SÃO FRANCISCO/ ARARIPE	-Hospital de Urgência e Trauma (Petrolina); -H. Reg. F. Bezerra (Ouricuri) - Aguardando habilitação pelo Ministério da Saúde.		-Centro Auditivo Mun. de Petrolina.		

Fonte: *CASPD/DPE/SEAS/SES-PE, 05/04/2019.*

Quadro 30. Unidades concessoras de OPM (Órteses, Próteses e Meios auxiliares de locomoção).

MACRO	FÍSICA	VISUAL	AUDITIVA	OSTOMIA
I - METROPOLITANA	**-AACD (Recife); -CER IV FAV (Recife); -CER IV IMIP (Recife).**	**-CER IV FAV; -CER IV IMIP.**	**-CER IV FAV; -CER IV IMIP; -HAM (Recife).**	**-UPAE (ABREU E LIMA).**
II - AGRESTE			**-Unidade Municipal de Saúde Auditiva (Caruaru).**	**-HRA (Caruaru).**
III - SERTÃO	**-CER IV Mens Sana (Arcoverde); -CER III Eduardo campos (Afogados da Ingazeira).**	**-CER IV Mens Sana; -CER III Eduardo campos (Afogados da Ingazeira).**	**-CER IV Mens Sana; -CER III Eduardo campos (Afogados da Ingazeira).**	
IV – VALE DE SÃO FRANCISCO/ ARARIPE			**-Centro Auditivo Mun. de Petrolina.**	

Fonte: *CASPD/DPE/SEAS/SES-PE, 05/04/2019.*

REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

Na Saúde Mental, Pernambuco ocupa um lugar de destaque no âmbito da legislação de saúde, tendo sido o terceiro Estado brasileiro a promulgar uma Lei própria (nº 11.064, de 16 de maio de 1994), que dispõe sobre a substituição progressiva dos hospitais psiquiátricos por uma rede de atenção integral à saúde mental; regulamenta a internação psiquiátrica involuntária e dá outras providências. Essa iniciativa, anterior à Lei da Reforma Psiquiátrica, demonstra o compromisso de Pernambuco com a reversão do modelo de cuidado em saúde mental substitutivo à internação psiquiátrica, o qual passa a ser constituído por uma rede pública formada por pontos diversificados e territoriais de cuidado que abrangem desde a atenção básica até a atenção hospitalar. Pernambuco conta com uma rede de atenção psicossocial – RAPS, composta por 147 Centros de Atenção Psicossocial – CAPS, sendo 85 do tipo I, 20 do tipo II, 12 do tipo III, 15 infanto juvenil; 11 para álcool e outras drogas e 7 para álcool e outras drogas tipo III; 163 Leitos de saúde mental em Hospitais Gerais, dos quais 89 em unidades de gestão estadual; 18 Consultórios de/na Rua; 07 Unidades de Acolhimento (UA) e 106 Residências Terapêuticas. Todos esses dispositivos funcionam sob a gestão dos municípios, com a retaguarda técnica do governo do Estado e estão distribuídos nas doze gerências regionais de saúde – GERES, conforme figura 13.

Figura 13. Distribuição da rede de atenção psicossocial nas doze gerências regionais de saúde de PE.



A Rede de Atenção Psicossocial tem como marco legal a Portaria N°3088/2011, tendo sido instituída para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas, no âmbito do SUS com definição de pontos de atenção à saúde mental claros e organizados de forma hierarquizada. Posteriormente a Resolução CIB PE Nº 1944, de 07 de maio de 2012, aprovou as diretrizes para remodelagem da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) do Estado de Pernambuco. Dentro da RAPS são pontos de atenção psicossocial especializada os CAPS tipo I (para municípios com população entre 20.000 e 70.000 habitantes, com atendimento das 8 às 17h); CAPS tipo II (para municípios com população entre 70.000 e 200.000 habitantes com atendimento das 8 às 17h), CAPS tipo III (para municípios com população acima de 200.000 habitantes, funcionamento 24 horas); CAPS álcool e outras drogas (com atendimento das 8 às 17h) e CAPS álcool e outras drogas tipo III (funcionamento 24 horas); CAPS infantil (com atendimento das 8 às 17h) e Leitos psiquiátricos em hospital geral. Os CAPS recebem financiamento fundo a fundo, com incentivo direto do governo federal.

A gestão da política de saúde mental tem como objetivos: induzir, monitorar e fortalecer a rede de atenção psicossocial (RAPS); garantir o acesso, acolhimento e cuidado de qualidade na rede de atenção psicossocial; fomentar o compromisso com os princípios antimanicomiais e da redução de danos; potencializar assistência por demandas clínicas em hospital geral; articular o processo de desinstitucionalização das pessoas asiladas de longa permanência em Hospitais Psiquiátricos/Manicômio judiciário; estimular e qualificar novos dispositivos em saúde mental. Pernambuco avançou no tocante à Saúde Mental, a aprovação da Política Estadual de Saúde Mental; a implantação dos Planos de Ação para a Rede de Atenção Psicossocial nas doze Regiões de Saúde; a efetivação de 100% de desinstitucionalização das pessoas asiladas; a ampliação de Leitos Integrais em Saúde Mental em Hospital Geral sob Gestão Estadual; a criação da Comissão Estadual Revisora de Internação Psiquiátrica Involuntária e a garantia de incentivo para implantação de Residência Terapêutica (parcela única). São perspectivas da política de Saúde Mental do Estado de Pernambuco reafirmar o compromisso com a Reforma Psiquiátrica Brasileira; o estímulo à prática da clínica ampliada; a defesa intransigente dos Direitos Humanos; o fortalecimento do Controle e Participação Social; a ênfase no cuidado em liberdade de base territorial e o alinhamento com a Atenção Primária em saúde.

Temos como desafios o fortalecimento e ampliação da rede de atenção psicossocial, especialmente no tocante aos dispositivos 24 horas; a ampliação da oferta de leitos de Saúde Mental em hospitais gerais (gestão estadual); a qualificação de Cuidadores de Residência Terapêutica; a desinstitucionalização das pessoas privadas de liberdade com alvará de soltura já expedido; a ampliação da oferta de leitos psiquiátricos em hospitais gerais; a ênfase na oferta das ações de redução de danos e dos consultórios de/na Rua e o fortalecimento da intervenção e da rede de cuidados infanto juvenil.

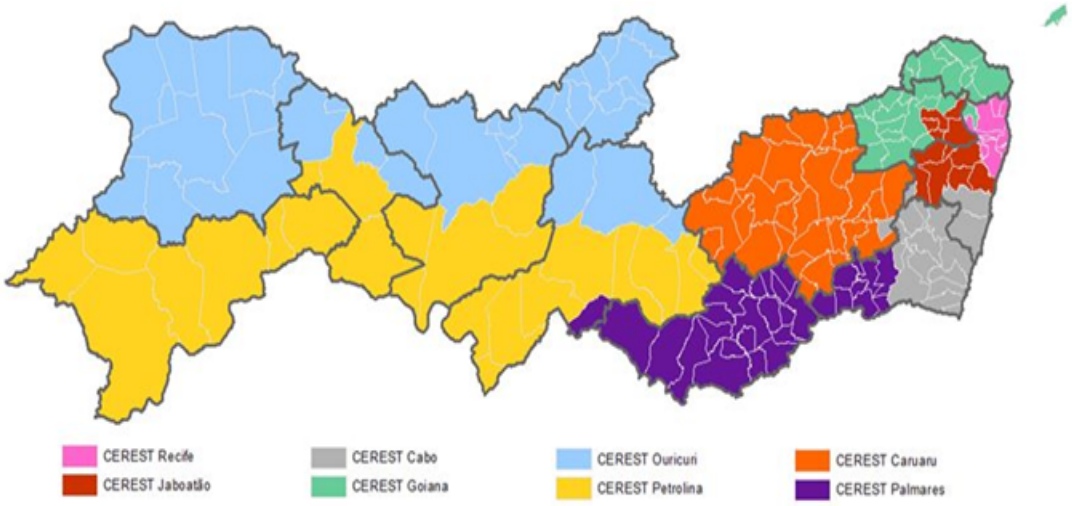
REDE NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DO TRABALHADOR EM PERNAMBUCO

A Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT) dispõe de uma rede especializada para articulação e execução das ações de saúde do trabalhador na perspectiva do Sistema Único de Saúde (SUS). Esta rede, denominada de Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (Renast), compreende diversos serviços de assistência e vigilância em saúde.

Em Pernambuco, a Renast é composta principalmente pelos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (Cerest) e pelos Centros de Referência Especializada em Saúde do Trabalhador (Cresat). Os Cerest funcionam como um grande centro articulador que atua na retaguarda técnica das ações de vigilância em saúde do trabalhador, visando à redução do adoecimento advindo dos riscos presentes nos ambientes e processos de trabalho. O estado conta com 9 (nove) Cerest, sendo um estadual, localizado na capital Recife, e mais 8 (oito)

Cerest Regionais que possuem sede no Cabo de Santo Agostinho, Caruaru, Goiana, Jaboatão dos Guararapes, Ouricuri, Palmares, Petrolina e Recife (Figura 14).

Figura 14. Área de abrangência dos Cerest Regionais em Pernambuco.



No âmbito da assistência existem os Cresat, localizados em unidades hospitalares estaduais, sendo responsáveis por realizar a assistência especializada ao trabalhador, atuando dentre outras atribuições, no estabelecimento de nexo causal entre a patologia e atividade produtiva desenvolvida (Resolução CIB/PE Nº 3.045 de 04 de setembro de 2017). Existem Cresat nos seguintes hospitais estaduais: Agamenon Magalhães, Getúlio Vargas, Otávio de Freitas e Restauração; além do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco.

Embora existam dispositivos específicos na Renast, as ações de saúde do trabalhador devem estar articuladas com as demais redes de atenção à saúde do SUS, ampliando o acesso e a resolutividade nas ações de promoção, prevenção, vigilância em saúde e assistência integral ao trabalhador e trabalhadora pernambucano.

ATENÇÃO AMBULATORIAL ESPECIALIZADA (AAE)

Entre os anos de 2013 a 2022 Pernambuco implantou 15 Unidades Pernambucanas de Atenção Especializada (UPAE) de forma regionalizada, ampliando o acesso ao serviço ambulatorial de média complexidade e a oferta de consultas especializadas regionalmente.

As UPAEs são centros de diagnósticos e orientação terapêutica com atendimentos ambulatoriais em especialidades médicas e procedimentos diagnósticos de média complexidade e possuem acesso exclusivamente de forma regulada pelas centrais de regulação municipais, onde os usuários são referenciados a partir da Estratégia de Saúde da Família buscando garantia de qualidade das ações dessas equipes. Acrescenta-se que além de favorecer maior resolutividade na atenção básica, reduzir a procura por atendimentos de urgência em Unidade de Pronto Atendimento ou hospitais.

As unidades têm o seu perfil caracterizado como: Tipo I: realização de consultas médicas especializadas e não médicas e exames diagnósticos; estão dentro desta classificação as unidades dos municípios: Afogados da Ingazeira, Arcoverde, Belo Jardim, Carpina, Escada, Goiana, Grande Recife, Limoeiro, Ouricuri, Palmares, Salgueiro e Serra Talhada; e Tipo II: realização de consultas médicas especializadas e não médicas, além de exames diagnósticos, cirurgias ambulatoriais, que estão implantadas nos municípios de Petrolina, Caruaru e Garanhuns.

As especialidades médicas atendidas em cada UPAE foram definidas pela SES, de acordo com os parâmetros dispostos na Portaria MS nº 1.101, de 12 de junho de 2002, do Ministério da Saúde, bem como, com o levantamento das demandas reprimidas e a análise do perfil epidemiológico de cada uma das 12 Regiões de Saúde. As UPAE recebem pacientes encaminhados pelo setor de regulação médica, provenientes prioritariamente das unidades de atenção primária ligadas às Secretarias Municipais de Saúde.

ATENÇÃO HOSPITALAR

De acordo com Portaria de Consolidação nº 02/2017, em seu anexo XXIV da Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP), os hospitais são instituições complexas, com densidade tecnológica específica, de caráter multiprofissional e interdisciplinar, responsável pela assistência aos usuários com condições agudas ou crônicas, que apresentem potencial de instabilização e de complicações de seu estado de saúde, exigindo-se assistência contínua em regime de internação e ações que abrangem a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação.

Os hospitais da rede própria estadual de Pernambuco prestam ações e serviços no âmbito do SUS como um ponto de atenção, cuja missão e perfil assistencial são definidos conforme o perfil demográfico, epidemiológico e social da população e de acordo com o Plano de Regionalização do Estado, vinculados a uma população de referência com base territorial definida, com acesso regulado e atendimento por demanda referenciada e/ou espontânea. A rede própria estadual conta com 34 Hospitais distribuídos nas 12 regiões de saúde, sendo 06 grandes hospitais de alta complexidade de gestão direta, 04 hospitais de alta complexidade sob gestão de Organização Social (OS), 07 hospitais regionais de gestão direta, 08 hospitais regionais de gestão OS, 06 hospitais especializados, 02 hospitais de retaguarda geridos por OS e 01 hospital de referência gerido por OS.

De forma complementar à rede própria, o estado de Pernambuco conta com 15 hospitais contratualizados, que dão suporte à rede de atenção à saúde do estado. A contratualização, seguindo os preceitos da Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) é a formalização da relação entre o gestor público de saúde e os hospitais integrantes do SUS, públicos e privados, com ou sem fins lucrativos, sob sua gestão.

Em relação à cobertura de leitos, o estado de Pernambuco conta com um total de 26.977 leitos SUS distribuídos por especialidades nas macrorregiões de saúde conforme mostra a tabela 42.

Tabela 42. Distribuição de Leito/Especialidade SUS por Macrorregião de Saúde. Pernambuco de 2016 e 2022.

TIPOS DE LEITO	2016					2022				
	MACRORREGIÃO DE SAÚDE				Total	MACRORREGIÃO DE SAÚDE				Total
	I	II	III	IV		I	II	III	IV	
Cirúrgico	4.218	729	362	316	**5.625**	4.315	626	333	398	**5.672**
Clínico	4.669	1.158	701	659	**7.187**	6.410	1.684	827	889	**9.810**
Complementar	2.064	195	49	143	**2.451**	2.807	382	135	338	**3.662**
Obstétrico	1.669	540	373	326	**2.908**	1.560	489	313	305	**2.667**
Pediátrico	1.684	421	311	368	**2.784**	1.605	390	246	312	**2.553**
Outras Especialidades	2.054	253	175	33	**2.515**	1.655	270	197	42	**2.164**
Hospital/DIA	223	50	0	15	**288**	386	45	2	16	**449**
Total	**16.581**	**3.346**	**1.971**	**1.860**	**23.758**	**18.738**	**3.886**	**2.053**	**2.300**	**26.977**

Fonte: *Tabwin/CNES, Dezembro de 2016 e 2022.*

A tabela 42 demonstra aumento nas especialidades clínica, hospital dia e complementar, onde estão inseridos os leitos de UTI.

No que se refere à distribuição dos leitos por especialidade, observa-se maior concentração de leitos

clínicos, seguido de leitos cirúrgicos.

LEITOS - ESPECIALIDADES	2016					2022				
	MACRORREGIÃO				Total	MACRORREGIÃO				Total
	I	II	III	IV		I	II	III	IV	
UTI II Adulto - COVID19	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
UTI II Pediátrica - COVID19	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Unidade intermediária	173	6	0	0	179	64	24	0	8	96
Unidade intermediária neonatal	212	28	0	32	272	162	18	0	32	212
Unidade intermediária Pediátrica	28	0	0	0	28	33	5	0	0	38
Leito Canguru	37	0	0	8	45	37	12	0	8	57
Unidade isolamento	99	20	19	9	147	113	29	14	37	193
UTI adulto I	197	11	5	15	228	209	15	5	7	236
UTI adulto II	756	110	24	59	949	1.475	252	104	186	2.017
UTI adulto III	138	0	0	0	138	161	0	0	0	161
UTI infantil I	32	0	1	3	36	21	0	1	2	24
UTI infantil II	95	10	0	4	109	211	10	11	26	258
UTI infantil III	23	0	0	0	23	23	0	0	0	23
UTI neonatal I	56	0	0	4	60	62	7	0	3	72
UTI neonatal II	146	0	0	9	155	163	0	0	25	188
UTI neonatal III	28	0	0	0	28	18	0	0	0	18
UTI de Queimados	2	0	0	0	2	2	0	0	0	2
UTI Coronariana III	42	10	0	0	52	53	10	0	4	67
Total	2.064	195	49	143	2.451	2.807	382	135	338	3.662

Fonte: *Tabwin/CNES, Dezembro de 2016 e 2022.*

Nas tabelas abaixo estão demonstradas a produção físico-financeira de média e alta complexidade hospitalar e ambulatorial, financiadas pelo teto da média e alta complexidade - MAC e pelo Fundo de Ações Estratégicas e Compensação - FAEC, segundo gestão, nos anos de 2016 e 2022.

Tabela 43. Produção aprovada de procedimentos financiados pelo teto MAC. Pernambuco, 2016 e 2022.

Complexidade	Frequência/ Valor Aprovado	2016			2022		
		Gestão		Total	Gestão		Total
		Estadual	Municipal		Estadual	Municipal	
Hospitalar de Média Complexidade	Freq.	495.661	157.400	653.061	382.481	159.885	542.366
	Valor	392.735.926,88	110.797.777,57	503.533.704,45	560.776.987,90	133.713.782,72	694.490.770,62
Hospitalar de Alta Complexidade	Freq.	39.411	307	39.718	45.119	1.441	46.560
	Valor	179.114.440,43	565.713,54	179.680.153,97	187.731.709,70	4.501.478,22	192.233.187,92
Total Hospitalar	**Freq.**	**535.072**	**157.707**	**692.779**	**427.600**	**161.326**	**588.926**
	Valor	**571.850.367,31**	**111.363.491,11**	**683.213.858,42**	**748.508.697,60**	**138.215.260,94**	**886.723.958,54**
Ambulatorial de Média Complexidade	Freq.	34.893.295	34.590.611	69.483.906	37.828.366	50.997.636	88.826.002
	Valor	229.113.722,69	213.029.991,15	442.143.713,84	253.584.737,15	331.043.984,37	584.628.721,52
Ambulatorial de Alta Complexidade	Freq.	943.898	42.559	986.457	664.303	89.681	753.984
	Valor	141.676.790,84	5.663.491,52	147.340.282,36	209.957.147,93	19.774.712,94	229.731.860,87
Ambulatorial Complexidade Não se aplica	Freq.	248.546	2.595.388	2.843.934	296.464	3.625.070	3.921.534
	Valor	18.095.966,79	17.401.232,87	35.497.199,66	13.912.178,78	30.187.924,26	44.100.103,04
Total Ambulatorial	**Freq.**	**36.085.739**	**37.228.558**	**73.314.297**	**38.789.133**	**54.712.387**	**93.501.520**
	Valor	**388.886.480,32**	**236.094.715,54**	**624.981.195,86**	**477.454.063,86**	**381.006.621,57**	**858.460.685,43**

Fonte: *MS/Tabwin SIA e SIH, 2016 e 2022.*

Tabela 44. Produção aprovada de procedimentos financiados pelo teto FAEC. Pernambuco, 2016 e 2022.

Complexidade	Frequência/ Valor Aprovado	2016			2022		
		Gestão		Total	Gestão		Total
		Estadual	Municipal		Estadual	Municipal	
Hospitalar de Média Complexidade	Freq. Aprovada	670	929	1.599	15	0	15
	Valor Aprovado	412.758,55	420.455,55	833.214,10	9.363,23	-	9.363,23
Hospitalar de Alta Complexidade	Freq. Aprovada	6.490	47	6.537	10.114	36	10.150
	Valor Aprovado	49.072.013,03	74.468,85	49.146.481,88	88.694.617,58	41.347,23	88.735.964,81
Total Hospitalar	**Freq.**	**7.160**	**976**	**8.136**	**10.129**	**36**	**10.165**
	Valor	**49.484.771,58**	**494.924,40**	**49.979.695,98**	**88.703.980,81**	**41.347,23**	**88.745.328,04**
Ambulatorial de Média Complexidade	Freq. Aprovada	555.996	426.443	982.439	51.194	10.229	61.423
	Valor Aprovado	11.210.355,60	20.373.156,26	31.583.511,86	5.222.494,17	3.585.520,26	8.808.014,43
Ambulatorial de Alta Complexidade	Freq. Aprovada	773.853	1.192	775.045	982.589	261	982.850
	Valor Aprovado	147.423.529,58	412.622,60	147.836.152,18	242.997.965,60	44.431,20	243.042.396,80
Ambulatorial Complexidade Não se aplica	Freq. Aprovada	15.695	488	16.183	14.944	150	15.094
	Valor Aprovado	7.770.205,51	75.788,00	7.845.993,51	3.849.107,58	22.200,00	3.871.307,58
Total Ambulatorial	**Freq.**	**1.345.544**	**428.123**	**1.773.667**	**1.048.727**	**10.640**	**1.059.367**
	Valor	**166.404.090,69**	**20.861.566,86**	**187.265.657,55**	**252.069.567,35**	**3.652.151,46**	**255.721.718,81**

Fonte: *MS/Tabwin SIA e SIH, 2016 e 2022.*

A Tabela 43 apresenta um total de 588.926 internações no valor de R$ 886.723.958,54 e 93.501.520 procedimentos ambulatoriais de alta e média complexidade, no valor de R$ 858.460.685,43. Totalizando um valor de R$ 1.745.184.643,97, referente a produção MAC/SUS de janeiro a dezembro de 2022 no estado.

Quadro 31. Número de leitos dos hospitais próprios da gestão estadual, por Macrorregião.

MACRORREGIÃO	CNES - ESTABELECIMENTO	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
I MACRO	0000418 HOSPITAL AGAMENON MAGALHAES	406	411	413	421	410	410	410
	0000426 HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS	427	416	482	407	640	610	630
	0000655 HOSPITAL DA RESTAURACAO	415	415	415	415	822	822	822
	2427427 HOSPITAL BARAO DE LUCENA	148	148	148	148	391	82	404
	2802783 HOSPITAL GETULIO VARGAS	173	173	173	173	252	502	433
	0000809 FUNDACAO HEMOPE	822	822	822	822	67	67	67
	0000981 HOSPITAL CORREIA PICANCO	61	61	61	63	94	94	87
	0001546 HOSPITAL PSIQUIATRICO ULYSSES PERNAMBUCANO	88	88	88	88	119	119	119
	2429586 HOSPITAL SAO LUCAS	137	137	137	137	17	173	17
	2711885 HOSPITAL BELARMINO CORREIA	1	1	1	1	81	108	89
	2711974 HOSPITAL GERAL DE AREIAS	112	112	96	96	62	41	80
	2711990 HOSPITAL JABOATAO PRAZERES	65	61	61	61	111	62	69
	2712032 HOSPITAL REGIONAL DE LIMOEIRO JOSE FERNANDES SALSA	234	234	234	234	555	61	61
	0151475 UPAE GOIANA	120	99	79	45	50	280	15
	2344858 MATERNIDADE BRITES DE ALBUQUERQUE	120	82	82	82	59	24	61
	2428393 HOSPITAL REGIONAL DE PALMARES DR SILVIO MAGALHAES	8	10	10	10	198	383	165
	2711958 HOSPITAL ERMIRIO COUTINHO	60	60	60	62	41	1	41
	2712008 HOSPITAL JOAO MURILO E POLICLINICA DE VITORIA	444	444	366	545	61	121	128
	6431569 HOSPITAL MIGUEL ARRAES	32	32	32	32	170	173	172
	6559879 HOSPITAL DOM HELDER CAMARA	0	0	0	0	32	190	153
	6908268 HOSPITAL PELOPIDAS SILVEIRA	0	0	0	0	0	32	170
	0000477 HOSPITAL OSWALDO CRUZ	600	600	600	600	439	452	465
	0134252 HOSPITAL NOSSA SENHORA DAS GRACAS	164	164	119	119	253	60	160
	2347342 HOSPITAL COLONIA PROFESSOR ALCIDES CODICEIRA	310	322	340	340	82	101	82
	2433044 HOSPITAL DA MIRUEIRA SANATORIO PADRE ANTONIO MANOEL	13	13	13	13	137	17	137
	2500078 CASA DE SAUDE E MATERNIDADE ELZA MS BARROS DINIZ	107	107	101	108	13	137	13
	2711613 CENTRO UNIVERSITARIO INTEGRADO DE SAUDE AMAURY DE MEDEIROS	81	81	81	81	108	13	108
	2711923 HOSPITAL DOS SERVIDORES DO ESTADO PERNAMBUCO HSE	41	41	41	41	1	81	1
	2946424 HOSPITAL DE RETAGUARDA EM NEUROLOGIA HRN	173	173	173	173	172	252	75
	3983730 PROCAPE	170	170	170	170	173	182	252
	7288263 HOSPITAL MUNICIPAL DE JAQUEIRA MARIA HELENA SILVA DE ANDRADE	0	0	0	0	0	0	32
	Total	**5.532**	**5.477**	**5.398**	**5.487**	**5.610**	**5.650**	**5.518**
II MACRO	2427419 HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE DR WALDEMIRO FERREIRA	197	197	197	197	134	183	183
	2351994 HOSPITAL DE CARUARU JESUS NAZARENO	110	110	124	124	124	124	223
	2702983 HOSPITAL REGIONAL DOM MOURA	142	114	114	114	134	134	124
	2428989 HOSPITAL SAO SEBASTIAO	0	0	60	60	60	60	60
	7296762 UPAE ANTONIO SIMAO DOS SANTOS FIGUEIRA GARANHUNS	24	24	24	24	25	24	24
	7381344 UPAE MINISTRO FERNANDO LYRA CARUARU	0	24	24	24	28	32	32
	7498810 HOSPITAL MESTRE VITALINO	279	215	245	245	301	370	357
	Total	**555**	**487**	**591**	**591**	**672**	**744**	**820**
III MACRO	2348489 HOSPITAL PROFESSOR AGAMENON MAGALHAES	72	75	75	75	65	65	55
	0226491 HOSPITAL EDUARDO CAMPOS	0	0	0	0	38	34	80
	2428385 HOSPITAL REGIONAL EMILIA CAMARA	61	65	65	65	75	64	96
	2551764 HOSPITAL REGIONAL RUY DE BARROS CORREIA	110	104	98	98	103	123	150
	2353296 UNIDADE MISTA EDMIR FERRAZ GOMINHO	17	17	17	0	0	0	0
	2639041 HOSPITAL MUNICIPAL MARIA DECI MACEDO VALENCA	35	35	0	0	0	0	0
	3513351 UNIDADE MISTA JOAO PAULO II	16	16	0	0	0	0	0
	Total	**311**	**312**	**255**	**238**	**216**	**221**	**326**
IV MACRO	2356287 HOSPITAL REGIONAL INACIO DE SA	121	132	142	121	127	140	130
	2430711 HOSPITAL DOM MALAN	256	256	256	256	256	256	256
	2712040 HOSPITAL REGIONAL FERNANDO BEZERRA	88	88	88	88	85	96	72
	7297394 UPAE DR EMANUEL ALIRIO BRANDAO PETROLINA	10	10	10	10	60	50	30
	0245364 HOSPITAL DE CAMPANHA DE PETROLINA	0	0	0	0	30	30	0
	2639203 HOSPITAL MUNICIPAL EULINA DE NOVAES BIONE	11	11	11	0	0	0	0
	Total	**486**	**497**	**507**	**475**	**558**	**572**	**488**

Fonte: *Tabwin/CNES, dezembro de 2016 a 2022. SEAS/SES.*

SISTEMA DE APOIO

ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

Na Constituição de 1988, o direito à saúde ganhou status de direito fundamental e, em contrapartida, estabeleceu-se para o Estado um dever fundamental "consistente na elaboração de políticas sociais e econômicas para implementação de ações e serviços, garantindo um sistema universal e igualitário de acesso aos serviços públicos de saúde". O direito fundamental à saúde, nos moldes estabelecidos no texto constitucional, consubstancia-se no direito ao acesso universal e igualitário às políticas públicas de saúde definidas pelo Poder Legislativo e implementadas pelo Poder Executivo. No intuito de concretizar o direito à saúde, o legislador constituinte estabeleceu que os serviços públicos integram uma rede regionalizada e hierarquizada, constituindo um sistema único (GONDIM, 2019).

O SUS foi instituído pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, sendo regulamentado pelo Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que garante a "assistência terapêutica integral, inclusive a farmacêutica" (BRASIL, 1990, 2011b). A assistência integral significa que a política pública deve englobar todos os níveis de complexidade de doenças, com diversas linhas de cuidado, desde a promoção, proteção e recuperação da saúde, visando à diminuição dos riscos de doenças (e seus agravos); não podendo a integralidade ser compreendida como a obrigatoriedade de o Poder Público fornecer indiscriminadamente e, independentemente do impacto financeiro, todos os tratamentos existentes para todas as pessoas (GONDIM, 2019).

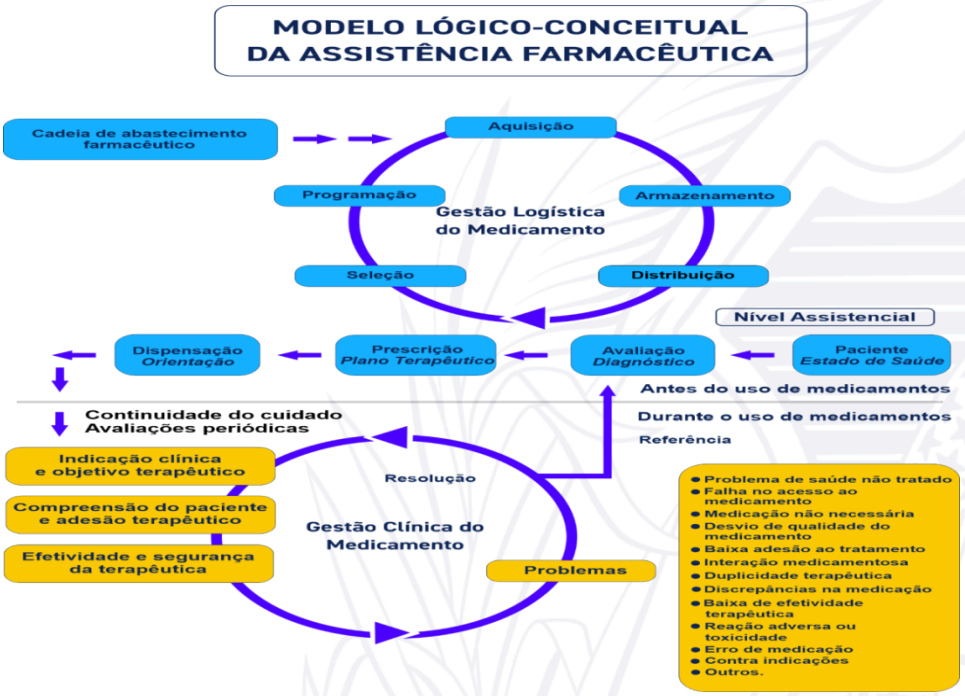
A estruturação e organização da Assistência Farmacêutica para a prestação de um serviço efetivo e eficiente, garantindo o acesso universal e o uso racional de medicamentos é um dos maiores desafios vividos pelos gestores e profissionais que atuam no SUS, principalmente no contexto atual em que novas tecnologias surgem a uma velocidade impressionante, ocasionando uma busca incessante por novos tratamentos e uso indiscriminado de medicamentos.

Figura 15. Estruturação da Assistência Farmacêutica no SUS.

BÁSICO	ESPECIALIZADO	ESTRATÉGICO
Medicamentos e insumos essenciais	Medicamentos para assistência integral à saúde	Medicamentos para tratamento de doenças endêmicas e epidemias
Destinação	**Destinação**	**Destinação**
Assistência a doenças e agravos mais prevalentes	Linhas de cuidado conforme Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT)	Tratamento de doenças epidêmicas e endêmicas como HIV/AIDS, tuberculose, hanseníase, malária, leishmaniose, doença de Chagas
Âmbito	**Âmbito**	**Âmbito**
Atenção primária em saúde, em nível ambulatorial Unidades básicas de saúde Programa Saúde da Família	Tratamento de doenças conforme Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas. Os pacientes devem cumprir com os Critérios de Inclusão	A estratégia de controle da doença concentra-se no tratamento de seus portadores

Nesse tocante, surge o questionamento de como compatibilizar a efetivação do direito à saúde, garantindo a melhor prestação da assistência terapêutica, considerando-se, de um lado, o acesso universal e a integralidade do tratamento e, de outro, as limitações orçamentárias e a necessidade de decisões pautadas nas melhores evidências científicas. As decisões sobre a formulação de políticas públicas de saúde perpassam por questões de

ordem legal, econômico-financeira e técnico científico, e "envolvem necessariamente escolhas alocativas a serem realizadas pelo poder público, que implicam inclusão e exclusão de ações e serviços". Por isso, "devem ser pautadas por parâmetros técnico-científicos - objetivos e seguros – à luz das melhores evidências possíveis e com custo-benefício, de modo que se consiga equilibrar as variáveis envolvidas nesse processo de tomada de decisão" (GONDIM, 2019).



A Assistência farmacêutica em Pernambuco teve o seu início, como assim descreve Dagoberto Carvalho, em seu livro – Tempo da Farmácia – baseado no Diário Oficial do Estado de Pernambuco, de 26 de abril de 1972, com o recebimento de "doação" da Central de Medicamento – CEME/MS com a sua repercussão, não negligenciado o alcance propagandístico que lhe emprestaram os governos ditatoriais da época – sobretudo, o local – associando-a às comemorações do Sesquicentenário da Independência do Brasil.

A Política Estadual de Assistência Farmacêutica (PEAF) foi instituída com a Resolução do Conselho Estadual de Saúde CES/PE nº 753 de 08 de agosto de 2018, com o objetivo de garantir à população pernambucana o acesso integral e qualificado aos medicamentos essenciais e produtos para saúde padronizada e incluída na Relação Estadual de Medicamentos Essenciais (REESME) em todos os níveis de atenção à saúde, promovendo o uso racional, a dispensação contínua e o atendimento humanizado, com base no Decreto n° 7.508, de 28 de junho de 2011, considera-se que a Integralidade contempla: "Integralidade da assistência à saúde se inicia e se completa na rede de atenção à saúde, mediante referenciamento do usuário na rede regional e interestadual, conforme pactuado nas Comissões Intergestores".

Os medicamentos são dispensados na rede nas Farmácias de Pernambuco, composta de 30 unidades, sendo 11 próprias e 19 parceiras municipais e hospitalares em 11 regionais de saúde e atualmente com um total de 70 mil pacientes atendidos nos programas da Assistência Farmacêutica.

Distribuição Geográfica das Farmácias de Pernambuco



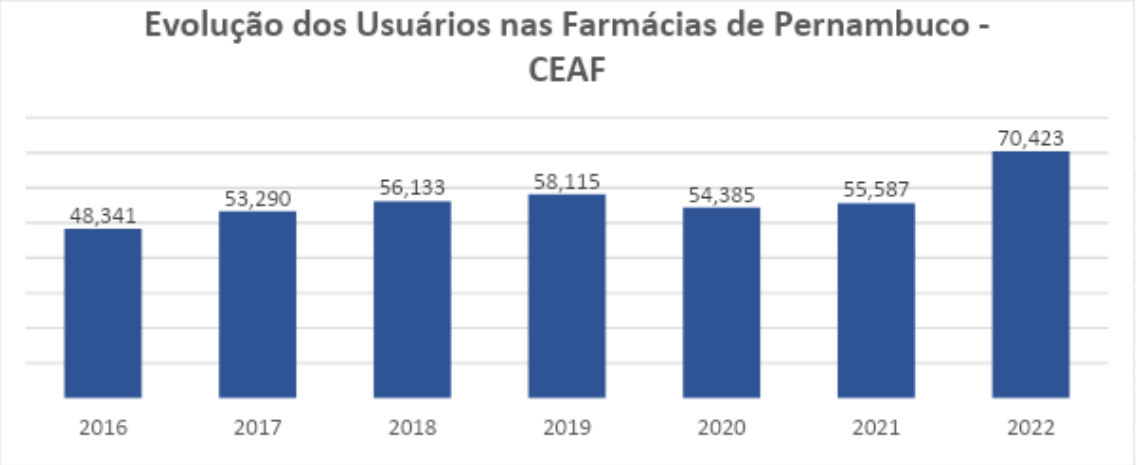
Farmácias de Pernambuco

Rede Parceira

Farmácia de Pernambuco Parceira Municipal	Goiana		Ipojuca		Pesqueira
	Petrolândia		São José de Egito		Vitória de Santo Antão
Farmácia de Pernambuco Parceira Hospitalar	CEOC	HC	HCP	HEMOPE	HUOC
	H. MARIA LUCINDA	H. MESTRE VITALINO	IMIP	ONCO GARANHUNS	ONCO HBL
	ONCO PETROLINA	PROCAPE	UPAE-E CARUARU		

As ações para o fortalecimento da assistência farmacêutica na rede de atenção à saúde possibilita o atendimento de forma descentralizada, integrada, humanizada e informatizada, beneficiando as pessoas que residem nos 185 municípios do Estado através da Assistência Farmacêutica regional, municipal e das Farmácias de Pernambuco. O gráfico 69 abaixo destaca a evolução do número de usuários no período de 2016 a 2022.

Gráfico 69. Evolução no Número de Usuários da Farmácia de Pernambuco.



A Secretaria de Saúde de Pernambuco adota o Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica (HÓRUS), inclusive ofertando e estimulando aos municípios o uso do sistema ou outra tecnologia que atenda a Base Nacional de Dados de Ações e Serviços da Assistência Farmacêutica do Sistema Único de Saúde (BNAFAR), conforme preconiza o Ministério da Saúde. Além de apoiar e estimular a estruturação dos serviços e manutenção das atividades vinculadas à educação continuada voltada à qualificação dos recursos humanos da Assistência Farmacêutica na Atenção Básica à Saúde. Ademais utiliza um percentual de até 15% da soma dos valores dos recursos financeiros, conforme legislação vigente para o CBAF e ao Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica (QUALIFAR- -SUS), que visa a qualificação para gestão, e que, em uma de suas ações, destina investimentos para reestruturação, onde já conseguimos adesão de 138 municípios.

ACESSO E FINANCIAMENTO DE MEDICAMENTOS DO COMPONENTE BÁSICO E ESTRATÉGICO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

O Componente Básico da Assistência Farmacêutica (CBAF) destina-se à aquisição de medicamentos e insumos relacionados a agravos e programas de saúde específicos, no âmbito da Atenção Primária em Saúde. É regulamentado pela Portaria de Consolidação Nº 2, de 28 de setembro de 2017, trata das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde. (Anexo XXVII art. 33 e 34) e Portaria de Consolidação GM/MS nº 06 de 28 de setembro de 2017 atualizadas pela Portaria nº 3193 de 09 de dezembro de 2019, que dispõe sobre o financiamento da Assistência Farmacêutica no SUS.

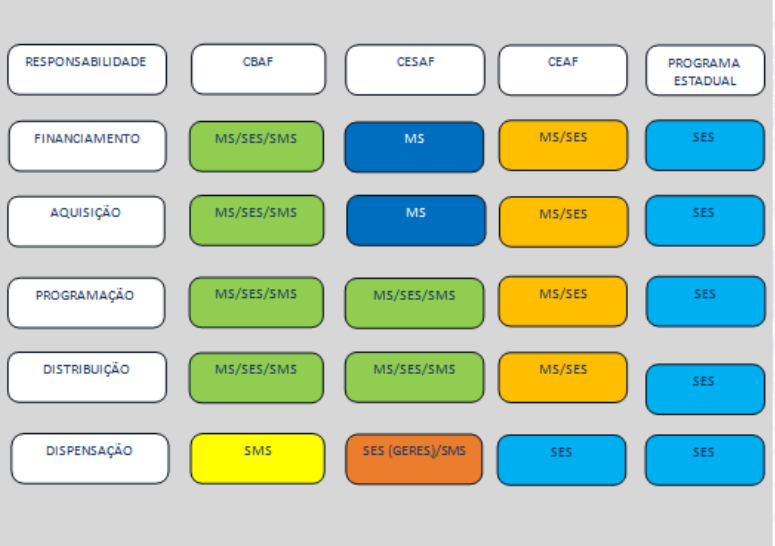
Os valores a serem repassados pela Esfera Federal para financiar a aquisição dos medicamentos e insumos do CBAF, constantes dos Anexos I e IV da RENAME vigente no SUS, estão definidos com base no Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM), conforme classificação dos municípios nos seguintes grupos:

Esfera de Gestão	Financiamento
Federal	**R$ 5,85, 5,90, 5,95, 6,0 e 6,05***
Estadual	**R$ 2,36**

Municipal	**R$ 2,36**

Obs.: IDHM muito baixo: R$ 6,05 por habitante/ano; IDHM baixo: R$ 6,00 por habitante/ano; IDHM médio: R$ 5,95 por habitante/ano; IDHM alto: R$ 5,90 por habitante/ano; e IDHM muito alto: R$ 5,85 por habitante/ano. Fonte: Portaria MS nº 3.193/2019.

Responsabilidade de cada esfera de Gestão no Componente da Assistência Farmacêutica.



A Portaria GM/MS Nº 4.114, de 30 de dezembro de 2021 dispõe sobre as normas e ações para o acesso aos medicamentos e insumos de programas estratégicos, sob a gestão do Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica (CESAF), no âmbito do SUS.O CESAF destina-se à garantia do acesso equitativo a medicamentos e insumos, para prevenção, diagnóstico, tratamento e controle de doenças e agravos de perfil endêmico, com importância epidemiológica, impacto socioeconômico ou que acometem populações vulneráveis, contemplados em programas estratégicos de saúde do SUS.

A Diretoria Geral de Assistência Farmacêutica desenvolve e articula ações junto às coordenações estadual, regional e municipal, a fim de viabilizar o acesso e melhores estratégias de atendimento dos agravos, conforme o que preconiza as diretrizes e protocolos de tratamento.

SISTEMAS LOGÍSTICOS

REGULAÇÃO ASSISTENCIAL EM PERNAMBUCO

A regulação em saúde consiste em um conjunto de procedimentos técnico-científicos que possibilitam controlar de forma qualificada o acesso dos usuários do SUS aos serviços de saúde, bem como regulamentar e elaborar regras neste quesito. É um espaço de gerenciamento do fluxo de acesso do usuário ao longo dos caminhos terapêuticos percorridos nos serviços da rede, sejam atendimentos em urgência/emergência ou internamentos hospitalares.

O complexo regulador se caracteriza por ser um sistema logístico contido nas redes de atenção à saúde, que articula e integra centrais de internações, de urgência e emergência, consultas ambulatoriais, serviços especializados e sistemas de apoio diagnóstico e terapêutico. A operacionalização dos complexos reguladores ocorre nos três entes interfederativos. Cabe às Secretarias Estaduais de Saúde a gestão direta com o prestador ou com o gestor municipal.

A Portaria Nº 1.559/GM instituiu em 1º de agosto de 2008 a Política Nacional de Regulação do SUS, organizando a Regulação em Saúde no SUS em três dimensões:

(I) Regulação dos Sistemas de Saúde, que contempla as Macrodiretrizes para a Regulação da Atenção à Saúde, envolvendo ações de monitoramento, controle, avaliação, auditoria e vigilância desses sistemas;

(II) Regulação da Atenção à Saúde, exercida pelas Secretarias Estaduais e Municipais, cujo objeto é o controle da oferta de serviços, centrada nos prestadores públicos e privados;

(III) Regulação do Acesso à Assistência ou Regulação Assistencial, que "tem como objeto a organização, o controle, o gerenciamento e a priorização do acesso e dos fluxos assistenciais no âmbito do SUS", sendo estabelecida pelo complexo regulador e suas unidades operacionais.

Esta dimensão é efetivada pela disponibilização da alternativa assistencial mais adequada por meio de atendimentos às urgências, consultas, leitos e outros que se fizerem necessários, contemplando as seguintes ações:

I - Regulação médica da atenção pré-hospitalar e hospitalar às urgências;

II - Controle dos leitos disponíveis e das agendas de consultas e procedimentos especializados;

III - Padronização das solicitações dos procedimentos por meio dos protocolos assistenciais;

IV – O estabelecimento de referências entre unidades de diferentes níveis de complexidade, de abrangência local, intermunicipal e interestadual, segundo fluxos e protocolos pactuados.

Nesse sentido, a regulação das referências intermunicipais é responsabilidade do gestor estadual, expressa na coordenação do processo de construção da programação pactuada e integrada da atenção em saúde, do processo de regionalização e do desenho das redes.

Em Pernambuco, na perspectiva de qualificar a regulação dos fluxos assistenciais, foi aprovada em 2012 a Política Estadual de Regulação em Saúde, por meio da Resolução CIB/PE N° 1.820, sendo este um instrumento de gestão do SUS que se propõe a prover o acesso aos usuários de forma equânime, integral e qualificada aos serviços de saúde, respeitadas as competências das esferas de gestão.

O Complexo Regulador do Estado de Pernambuco, elaborado a partir da referida Política Estadual de Regulação, adotou a divisão territorial constante no Plano Diretor de Regionalização e previu a implantação de 04 Centrais Macrorregionais e 12 Centrais Regionais. O Complexo envolve a nível central as Gerências de Regulação Hospitalar, Regulação Ambulatorial e de Transplantes.

A saber, uma Central de Regulação (CR) pode ser definida como uma estrutura operacional que desempenha a atividade permanente e dinâmica de organizar a demanda por serviços de saúde, a partir do conhecimento da capacidade instalada regional. Além disso, devem ser organizadas em rede informatizada, regionalizada e resolutiva nos vários níveis de complexidade do processo assistencial, dispondo em tempo real de informações da oferta de serviços.

Atualmente existem 02 Centrais Macrorregionais em funcionamento, 01 em Recife, sede da I Macrorregião e 01 em Juazeiro-BA, onde funciona a Central de Regulação Interestadual Pernambuco Bahia, que responde pela IV Macrorregião do Estado de Pernambuco. As Macrorregiões II e III, ainda sem Centrais implantadas, estão sob a gestão da Central Macrorregional I. As referidas Centrais são responsáveis pelo acesso inter-hospitalar em todo o Estado, englobando desde o encaminhamento de pacientes para serviços especializados de urgência, até internações em leitos de Unidade de Terapia Intensiva (UTI).

Gráfico 70. Oferta de leitos de UTI nos anos de 2020 até julho de 2023 sob regulação na Central Macrorregional.



Fonte: GRH/DGFA/SERS /SES

Gráfico 71. Oferta de leitos de enfermaria no período de 2020 até julho de 2023 sob a regulação na Central Macrorregional.



Fonte: *GRH/DGFA/SERS/SES*

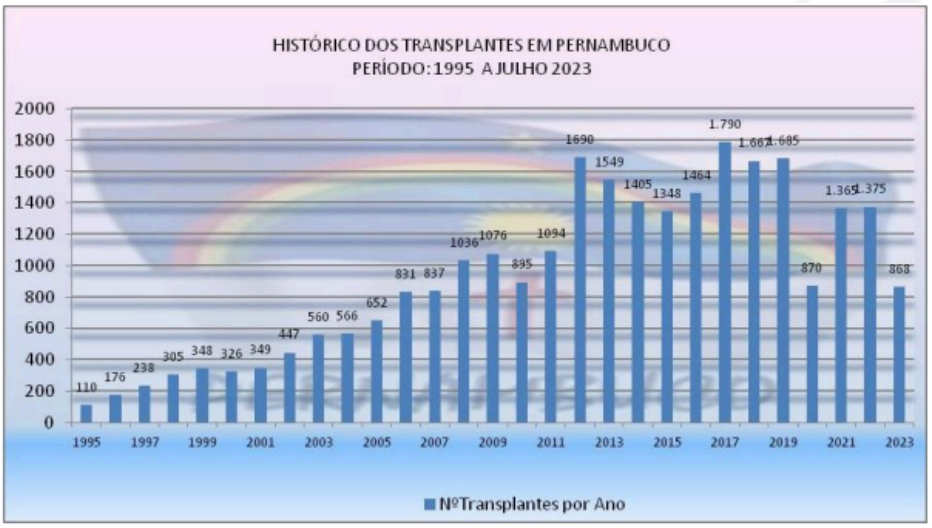
Fortalecendo a atuação da regulação hospitalar, destaca-se a existência de 12 Núcleos Internos de Regulação (NIR), sendo estruturas ligadas à Central de Leitos que atuam dentro das unidades de saúde do Estado para agilizar o processo regulatório de acesso. O intuito é otimizar a ocupação de leitos dentro da própria unidade e viabilizar a transferência de pacientes das emergências ou leitos das unidades de referências para leitos de UTI e de enfermaria de retaguarda, impactando na redução da superlotação das grandes emergências do Estado. A Central da IV Macrorregião de Saúde contempla uma condição especial: a operacionalização da Regulação Interestadual entre Pernambuco e Bahia – a Rede PEBA/CRIE (Colegiado Regional Interestadual), que reorganiza a assistência à saúde na região do Médio São Francisco, com o objetivo de eliminar as barreiras geográficas e garantir acessos aos serviços de saúde para os moradores locais.

CENTRAL DE TRANSPLANTE

A Central de Transplante de Pernambuco foi criada em dezembro de 1994 através de Decreto Estadual 18.179 e tem como principal competência através de processo regulador coordenar e organizar as funções de doação e transplante em seu âmbito de atuação seguindo as legislações vigentes. Fomentar a política de transplantes do Estado,seja com o aumento da oferta de doações,seja com a habilitação de equipes transplantadoras e bancos de órgãos e tecidos, viabilizando a captação de órgãos, tanto com o suporte técnico

para os profissionais de saúde e instituições hospitalares envolvidas no processos doação/transplante.

Gráfico 72. Histórico dos Transplantes em Pernambuco.



Pernambuco vem se consolidando ao longo dos últimos anos como uma referência em transplantes no Norte e Nordeste, sendo destaque no cenário nacional e, apesar das oscilações no número de procedimentos ao ano, PE está entre os dez Estados que mais realizam transplantes no país,com destaque para os transplantes cardíacos.

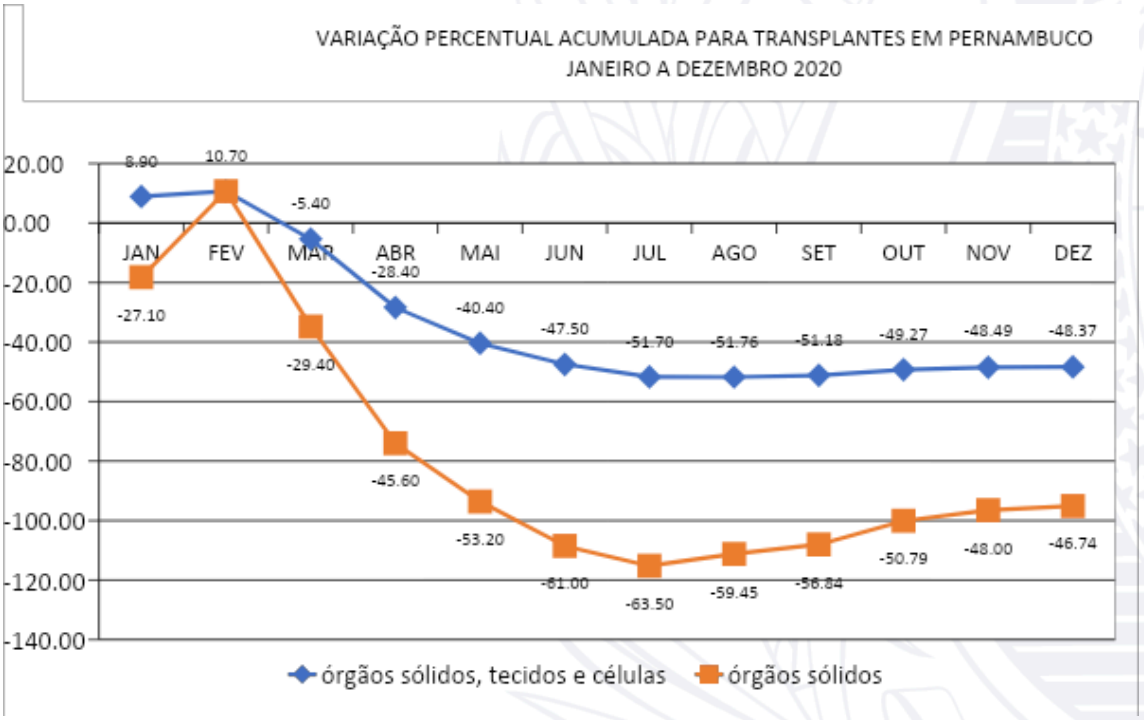
Quadro 32. Ranking Nacional dos Transplantes, por órgão/tecido – Janeiro a Março de 2023.

ESTADO	RIM	FÍGADO	CORAÇÃO	PÂNCREAS	MEDULA ÓSSEA	CÓRNEA	PULMÃO	TOTAL
SP	455	148	25	14	482	1.406	6	2.536
PR	107	69	9	0	82	257	0	524
MG	165	42	17	5	83	165	0	477
RS	126	36	3	0	73	186	9	433
CE	50	48	7	2	39	262	0	408
RJ	101	67	8	1	76	113	1	367
PE	90	25	11	1	59	150	0	336
SC	63	33	4	2	32	196	0	330
BA	62	9	0	0	21	177	0	269
DF	38	33	10	0	43	89	0	213
GO	28	1	0	0	0	139	0	168
PA	14	3	0	0	0	100	0	117
RN	13	0	0	0	35	26	0	74
MA	6	0	0	0	0	66	0	72
ES	14	5	0	0	0	47	0	66
MT	0	0	0	0	0	60	0	60
PI	11	0	0	0	0	45	0	56

ESTADO	RIM	FÍGADO	CORAÇÃO	PÂNCREAS	MEDULA ÓSSEA	CÓRNEA	PULMÃO	TOTAL
PB	7	2	2	0	1	44	0	56
MS	10	0	1	0	0	37	0	48
SE	0	0	0	0	0	41	0	41
AM	0	0	0	0	0	26	0	26
TO	0	0	0	0	0	18	0	18
AL	0	0	0	0	0	10	0	10
RO	0	0	0	0	0	10	0	10
AC	0	3	0	0	0	3	0	6
TOTAL	1.360	524	97	25	1.026	3.673	16	6.721

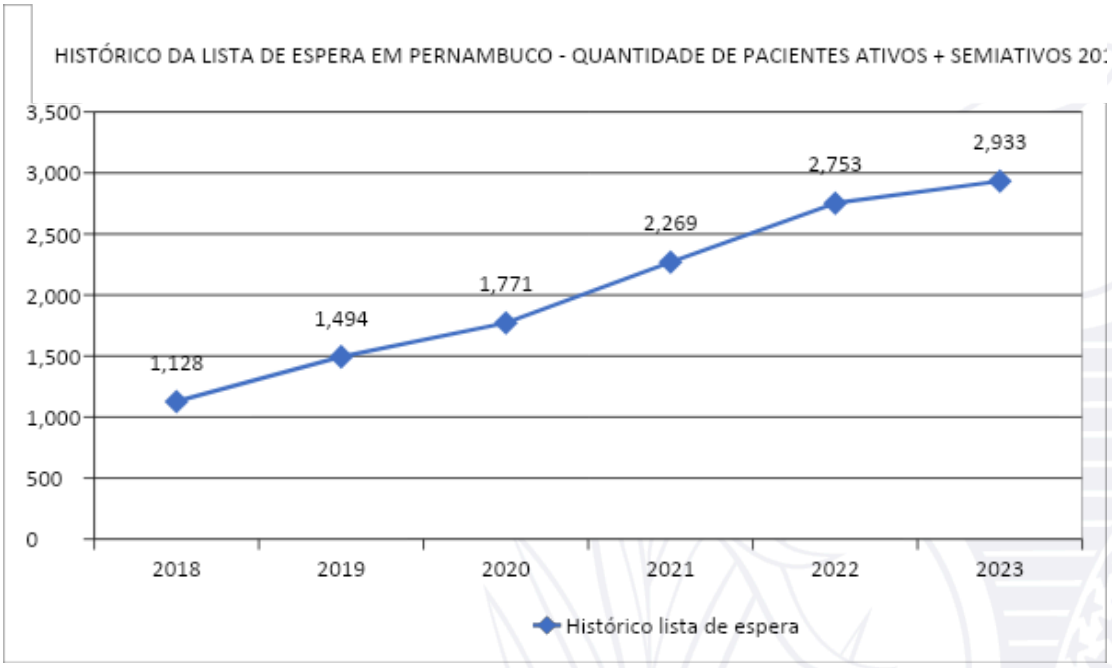
Vale salientar que esse ritmo sofreu forte impacto com o advento da pandemia de SARSCOVID 19, em que os programas de transplante de córneas e rins praticamente paralisaram suas atividades, e os transplantes de coração e fígado mantiveram os casos de urgência.

Gráfico 73. Variação Percentual Acumulada dos Transplantes em Pernambuco – Janeiro a Dezembro de 2020



Com o advento da vacinação e fim do estado de emergência da pandemia, as atividades transplantadoras retomaram seus programas, novos credenciamentos de equipes e centros transplantadores e estratégias para redução da fila de receptores estão em andamento.

Gráfico 74. Histórico de receptores em lista de espera de 2018 a junho de 2023.



De janeiro a julho de 2023 foram realizados 868 transplantes de órgãos sólidos e tecidos em nosso estado, obtendo aumento de 12,7%de transplantes em Pernambuco, em relação ao mesmo período do ano anterior.

Quadro 33. Quantitativo de transplantes de órgãos sólidos e tecidos realizados de janeiro a julho de 2022/2023.

ÓRGÃOS/ TECIDOS TRANSPLANTADOS	Nº TRANSPLANTES JANEIRO A JULHO		VARIAÇÃO (%)
	2022	2023	
CORAÇÃO	20	24	20,0%
VALVA	8	6	-25,0%
CÓRNEA	357	401	12,3%
MEDULA ÓSSEA	164	163	-0,6%
FÍGADO	52	54	3,8%
RIM	166	219	31,9%
RIM/PÂNCREAS	3	1	-66,7%
FÍGADO/RIM	0	0	-
CORAÇÃO/RIM	0	0	-
TOTAL	770	868	12,7%

Um dos obstáculos enfrentado no início do corrente ano foi à desestruturação do programa de Residência Médica em neurologia vinculado ao Hospital Universitário do Vale do São Francisco da Rede EBSERH (Petrolina).

O hospital, pertencente a Organização de Procura de Órgãos – OPO, da Macrorregional Petrolina, é uma referência na região em atendimento de pacientes vítimas de neuro-trauma e se diferenciava como o segundo hospital do estado em número de doadores.

SISTEMA DE TRANSPORTE SANITÁRIO

A Central de Regulação Hospitalar é responsável pela oferta de leitos de enfermaria, Unidade de Terapia Intensiva, senhas de Urgência/emergências e transporte avançado terrestre, além do transporte avançado aéreo para atender as demandas de pacientes críticos no interior do estado e na Ilha de Fernando de Noronha, mediante os protocolos regulatórios e assistenciais preconizados e acordados com as unidades de saúde. A CRH conta com profissionais reguladores em escala de 24 horas ininterruptas, tanto na sede da CRH como profissionais distribuídos nas 12 unidades hospitalares de maior demanda do estado, dispostos a partir dos Núcleos Internos de Regulação (NIR).

Dentre as competências podemos citar:

- Encaminhamentos via sistema REGMED das senhas de Urgência/emergências;
- Regulações via sistema Regulador MV das solicitações para internamento/transferência para leitos de enfermaria;
- Regulações via sistema Regulador MV das solicitações para internamento/transferência para leitos de Unidade de Terapia Intensiva(UTI);
- Regulação e disponibilização do transporte avançado terrestre para atender as demandas de pacientes críticos;
- Regulação e disponibilização do transporte avançado aéreo para atender as demandas de pacientes críticos, mediante protocolos regulatórios e assistenciais preconizados e acordados com as unidades de saúde.

Vale ressaltar que o transporte sanitário de pacientes que necessitam de uma ambulância básica é de competência das unidades solicitantes. No que se refere ao transporte avançado para pacientes críticos que foram regulados via senha de urgência ou transferência por essa central de regulação hospitalar, fica a cargo desta Central mediante requerimento da unidade solicitante e avaliação do profissional médico regulador através do 0800 281 3555.

Segundo o Ministério da Saúde, em alguns Estados do País, quase 60% dos transplantes necessitam de logística aérea, comercial ou militar. O processo logístico do transplante deve considerar o tempo de isquemia fria de cada órgão, distância do hospital captador ao hospital transplantador, o meio ou meios de transporte a ser utilizado, segurança da equipe médica.

A logística para captação e transplante em Pernambuco é realizada por via:



PLANEJAMENTO DA LOGÍSTICA

REGIÃO METROPOLITANA

Após a positiva familiar para doação de órgãos e tecidos a central de transplantes confirma com os médicos transplantadores o horário da captação e o aceite dos órgãos que serão aproveitados. No horário marcado para o término da retirada do 1º órgão (o coração),a logística será toda terrestre e já terá um carro esperando de imediato devido o tempo de isquemia fria,o fígado e os demais órgãos serão distribuídos num segundo momento,após o término da cirurgia.

REGIÃO AGRESTE

Após a positiva familiar para doação de órgãos e tecidos a central de transplantes confirma com os médicos transplantadores o horário da captação e o aceite dos órgãos que serão aproveitados.No agreste a logística possibilita a ida da equipe de captação de coração de helicóptero ou de via terrestre e no horário marcado para o término da retirada do 1º órgão (coração) a equipe volta de helicóptero para reduzir o tempo de isquemia fria do órgão.A equipe de órgãos abdominais viaja de via terrestre capta fígado e os demais órgãos virão num segundo momento de logística terrestre para Recife.

SERTÃO

Após a positiva familiar para doação de órgãos e tecidos a central de transplantes confirma com os médicos transplantadores o horário da captação e o aceite dos órgãos que serão aproveitados. Se houver captação de coração será necessário uma aeronave para embarque, se possível ,de todos os 6 profissionais das equipes de coração e órgãos abdominais.Essa mesma aeronave volta apenas com a equipe de coração para reduzir o tempo de isquemia fria do órgão e os demais profissionais da equipe de órgãos abdominais voltam em outra aeronave com o fígado e os rins.

- A malha aérea comercial possui um convênio com o MS para transporte gratuito de equipes de profissionais captadores e caixas térmicas contendo órgãos interestaduais, facilitando o deslocamento e a logística
- O MS também disponibiliza aeronaves militares da FAB – Força Aérea Brasileira para captações apenas de coração e fígado em caráter de prioridade e quando disponíveis, devido o alto custo desse vôo e dificuldade em conciliar a demanda com todas as regiões brasileiras.

- É importante ressaltar que a equipe de cirurgiões captadores se desloca até o hospital onde está o corpo do doador, salvo os casos onde o hospital não dispõem de centro cirúrgico e o corpo do doador é removido (com permissão da família) para uma unidade hospitalar dotada de bloco cirúrgico para proceder a remoção dos órgãos.Essa remoção é realizada em serviço móvel hospitalar de urgência em virtude da instabilidade hemodinâmica do doador.

- Nossos carros possuem adesivos, luzes e sirenes de identificação especiais, adequadas à legislação de trânsito.Isso possibilita que circulem nas faixas especiais e agilizem o transporte de equipes e de caixas térmicas contendo órgãos e tecidos para entrega em hospitais transplantadores,especialmente em horários de trânsito intenso.

CENTRAL DE REGULAÇÃO AMBULATORIAL DO ESTADO DE PERNAMBUCO

A Central de Regulação Ambulatorial do Estado de Pernambuco é responsável pela regulação dos procedimentos (consultas/exames) de média/alta complexidade, regulação da Terapia Renal Substitutiva (TRS) e o Tratamento Fora do Domicílio Estadual (TFD).

O processo regulatório ocorre através do sistema informatizado Central de Marcação de Consultas e Exames – CMCE para a regulação de consultas e exames e o sistema APACNET para o processo de autorização dos procedimentos de alta complexidade.

O fluxo de acesso aos procedimentos ambulatoriais, no âmbito Estadual é essencial para entender todo o processo regulatório e como ocorrem as etapas, para conhecimento e ciência de todos os entes envolvidos. Segue o fluxo de acesso.

Figura 15. Fluxo de regulação ambulatorial.



I. O paciente atendido na Atenção Primária ou atenção especializada, com a solicitação de exames ou consultas especializadas, deverá comparecer à unidade de saúde mais próxima de sua residência ou Secretaria de Saúde Municipal, com o encaminhamento para o município agendar ou solicitar no sistema informatizado CMCE (Central de Marcações de Consultas e Exames) do estado de Pernambuco;

II. Caso seja um consulta especializada e/ou exame de baixa/média complexidade regulada pelo município, este deverá realizar o agendamento na própria rede assistencial municipal. Caso seja uma solicitação de média/alta complexidade ou procedimento que não esteja disponível na rede municipal, cabe ao município solicitar o procedimento através do sistema informatizado de regulação ambulatorial estadual, o sistema CMCE;

III. Para os procedimentos regulados pela Regulação Estadual, todo mês a Gerência de Regulação Ambulatorial (GRAMB) distribui as vagas disponibilizadas de acordo com critérios técnico-assistenciais e situação das filas em cada região de saúde;

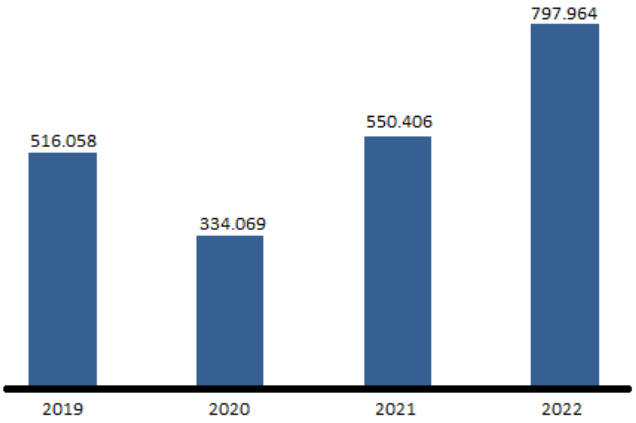
IV. O município com cotas disponibilizadas pela GRAMB através do sistema informatizado CMCE, realiza a marcação do procedimento e comunica ao usuário através do comprovante de agendamento, informando data, hora e local da realização da consulta/exame;

V. O usuário comparece à unidade de saúde com o comprovante de agendamento, encaminhamento médico e documentos de identificação, no dia e horário agendado para a realização do procedimento.

As Centrais Regionais de Regulação Ambulatorial funcionam com sede nas 12 Gerências Regionais de Saúde, exceto Recife (I GERES), Caruaru (IV GERES) e Afogados da Ingazeira (X GERES) que dividem as atribuições com os municípios sedes de Regionais, devido a pactuações anteriores, de acordo com a Política Estadual de Regulação (2012). As Centrais Regionais contam com a equipe composta por Coordenador de Regulação e Planejamento, Apoiador Institucional de Regulação Ambulatorial, Médico regulador e apoios técnicos em algumas regionais para colaborar no processo, conforme relatado no fluxo acima.

No gráfico a seguir, observa-se crescimento na oferta de procedimentos ambulatoriais regulados no CMCE no período de 2021 a 2022, e uma queda entre 2019 a 2020 devido à pandemia da COVID-19 na qual por vários meses não houve o funcionamento dos ambulatórios, onde por vários meses não houveram o funcionamento dos ambulatórios (Gráfico 75).

Gráfico 75. Oferta de procedimentos ambulatoriais, regulados no sistema informatizado CMCE, referente aos anos de 2019-2022.



Fonte: Sistema Informatizado – Central de Marcação de Consultas e Exames (CMCE)

TRATAMENTO FORA DO DOMICÍLIO (TFD – ESTADUAL)

O Tratamento Fora de Domicílio (TFD) consiste em um recurso de exceção a ser prestado a qualquer cidadão, quando indisponíveis os meios de tratamento/investigação diagnóstica em seu município ou estado de residência desde que haja indicação médica com a possibilidade de cura total ou parcial, limitado ao período estritamente necessário a esse tratamento e aos recursos orçamentários existentes.

Os benefícios do TFD foram estabelecidos pela Portaria SAS/MS Ministério da Saúde Nº 055, de 24 de fevereiro de 1999, que dispõe sobre o TFD no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Essa portaria estabeleceu uma sistemática para a inclusão desses procedimentos específicos na tabela do Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA-SUS). O benefício consiste no fornecimento de passagens áreas para o atendimento médico especializado de diagnóstico, terapia e/ou tratamento de alta complexidade, a ser prestado a usuários atendidos

exclusivamente pelo SUS em outros Estados. Além disso, deve ser garantida uma ajuda de custo para alimentação e pernoite de paciente e acompanhante, quando necessário.

A solicitação de Tratamento Fora de Domicílio deverá ser sugerida pelo médico assistente do usuário nas unidades assistenciais vinculadas ao SUS, mediante preenchimento do Laudo Médico padrão do TFD/SES/PE, no qual deverá ficar caracterizado o quadro clínico do usuário, assim como a necessidade de realizar o tratamento fora do Estado, quando esgotadas todas as possibilidades de resolução no âmbito da Atenção Primária, média ou alta complexidade nas unidades disponíveis no Estado.

Considerando a normativa estabelecida pela Portaria SAS/MS/Nº 055/99, publicada pelo Diário Oficial nº 238 de 11 de dezembro de 1998, seguem os critérios para concessão do benefício ao TFD no Estado de Pernambuco:

- O TFD só será autorizado quando esgotados todos os meios de tratamento dentro do próprio município, região e ou Estado;
- Será concedido, exclusivamente, ao paciente atendido na rede pública (ambulatorial e hospitalar) própria, conveniada ou contratada do SUS;
- O TFD só será autorizado quando houver garantia de atendimento pela unidade executante vinculada ao SUS, com horário e data definido previamente, através de comprovante de agendamento;
- A solicitação do TFD deverá ser prévia ao deslocamento do usuário e será realizada pelo médico assistente que preste serviço em unidades assistenciais vinculadas ao SUS;
- A autorização para o TFD contempla o pagamento dos deslocamentos (ida e volta) e ajuda de custo (alimentação e pernoite) ao usuário e acompanhante (quando indicado), de acordo com disponibilidade, orçamentária do Estado e com base nos valores da Tabela SIGTAP;
- Será permitido o pagamento de despesas para deslocamento de acompanhante nos casos em que houver indicação médica, esclarecendo o porquê da impossibilidade de o usuário se deslocar desacompanhado. O acompanhante deverá ser preferencialmente pessoa da família, maior de idade (entre 18 a 59 anos) e/ou responsável legal;
- A autorização de transporte aéreo e terrestre para usuário e acompanhante será precedida de rigorosa análise da Comissão Médica TFD e Coordenação de Passagens Aéreas da SES/PE;
- Em situações de urgência e emergência, o usuário deverá ser atendido nas unidades hospitalares locais até a estabilização do quadro, incluindo aqueles que possuem processo no TFD já autorizados;
- Quando houver pela SES unidades ou centros de referência na especialidade, poderá ser solicitado parecer médico do serviço justificando a necessidade de encaminhamento para fora do Estado;
- Fica vedado o pagamento de TFD em deslocamentos inferiores a 50 Km de distância (transporte terrestre e fluvial) ou 200 milhas percorridas por transporte aéreo;
- Não faz parte da abrangência do TFD os tratamentos considerados de caráter experimental, não reconhecidos pelo Ministério da Saúde – bem como os de doenças crônico-degenerativas, inflamatórias e genéticas, sem especificidade terapêutica, enquanto não houver um tratamento resolutivo.
- Os casos de diagnóstico podem ser atendidos pelo programa enquanto os meios para tal estejam indisponíveis no Estado. A continuidade do TFD ficará limitada a situações devidamente justificadas pela instância executante.
- O recurso do TFD destinado ao deslocamento de usuários não poderá ser utilizado para o recebimento de medicamentos e/ou resultados de exames.

TERAPIA RENAL SUBSTITUTIVA

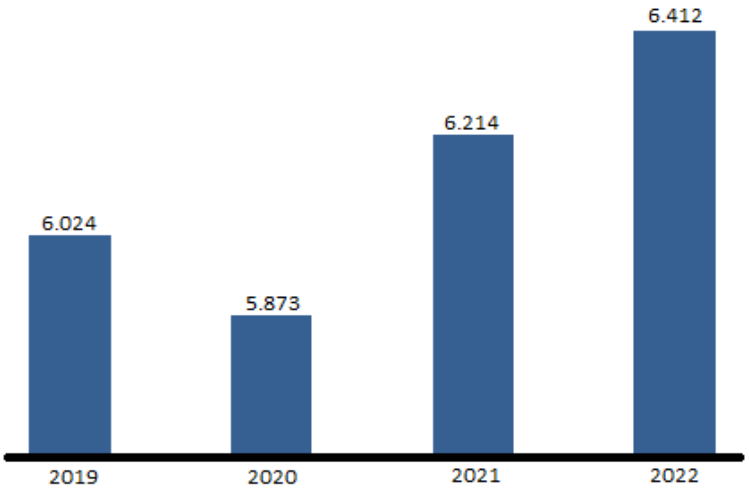
A Terapia Renal Substitutiva é a forma de tratamento para o usuário com falência da função renal. Desse modo, o acesso às clínicas satélites para o paciente renal crônico ocorre a partir da inclusão da solicitação do paciente internado/ambulatorial dentro das unidades de saúde aguardando a autorização das clínicas para ter alta médica.

No Estado de Pernambuco, há 26 clínicas satélites contratualizadas, são elas:

RECIFE	IMIP
	HOSPITAL DAS CLÍNICAS
	HOSPITAL MARIA LUCINDA
	DAVITA RECIFE
	DAVITA BOA VISTA
	DAVITA TEJIPIÓ
	NEFROCENTRO
	HOSPITAL BARÃO DE LUCENA
	REAL HOSPITAL PORTUGUÊS
PAULISTA	NEFROVIDA
OLINDA	SOS RENAL
JABOATÃO DOS GUARARAPES	CENTRO DE TRATAMENTO RENAL ZONA SUL
CABO DE SANTO AGOSTINHO	CLÍNICA DE DIÁLISE DO CABO
VITÓRIA DE SANTO ANTÃO	CLÍNICA DO RIM DE VITÓRIA
CARPINA	CLÍNICA DO RIM DE CARPINA I
	CLÍNICA DO RIM DE CARPINA II
PALMARES	CENTRO DE TRATAMENTO RENAL MATA SUL
CARUARU	SOS RIM
	NEPHOCARE
	HOSPITAL MESTRE VITALINO
GARANHUNS	CASA DE SAÚDE PERPÉTUO SOCORRO
ARCOVERDE	SOS RIM ARCOVERDE
SERRA TALHADA	ITR – ALICE TORRES
SALGUEIRO	IMIP SALGUEIRO
ARARIPINA	CENTRO DE NEFROLOGIA DO ARARIPE
PETROLINA	CLÍNICA DO RIM DE PETROLINA

Destaca-se ampliação na oferta de Terapia Renal Substitutiva no período de 2021 para 2022, com uma discreta queda no período de 2019 e 2020 devido à pandemia da COVID-19.

Gráfico 76. Média anual dos pacientes de Terapia Renal Substitutiva – TRS Ambulatorial regulados no sistema informatizado APACNET, referente aos anos 2019-2022.



Fonte: GRAMB/DGFA/SERS/SES

SANGUE E HEMODERIVADOS

O Hemope (Fundação de Hematologia e Hemoterapia de Pernambuco) é uma organização de caráter científico, educacional e assistencial, está vinculada à SES-PE e tem a responsabilidade de coletar, processar o sangue em hemocomponentes, exercer o controle sorológico com eficiência para evitar a transmissão de doenças conhecidamente transmitidas pelo sangue, garantindo a segurança transfusional e dispensar os hemocomponentes para as unidades de Saúde.

Além disso, o Hemope possui um hospital com 61 leitos para tratamento das doenças do sangue e uma rede de laboratórios especializados para diagnóstico e acompanhamento do tratamento. Também é responsável por promover pesquisas e disseminar conhecimentos nas áreas de Hematologia e Hemoterapia. Tem como missão, atender a demanda de hemocomponentes e atuar no diagnóstico e tratamento das doenças do sangue, na rede pública estadual de saúde, com qualidade, eficiência, com o compromisso de desenvolver o ensino e a pesquisa.

HEMORREDE PÚBLICA ESTADUAL DE PERNAMBUCO

Sua estrutura física está constituída de 01 Hemocentro Coordenador Recife, 01 Unidade de Coleta no Hospital da Restauração, 05 Hemocentros Regionais, 02 Hemonúcleos Regionais, e 02 Agências Transfusionais Regionais distribuídas nas principais regionais de saúde do Estado, conforme figura abaixo:

Figura 17. Estrutura Física da Hemorrede Estadual de Pernambuco.



HEMORREDE PÚBLICA

A hemorrede pública é constituída de 1 hemocentro coordenador, 5 hemocentros regionais, 2 núcleos de hemoterapia e 2 agências transfusionais regionais.

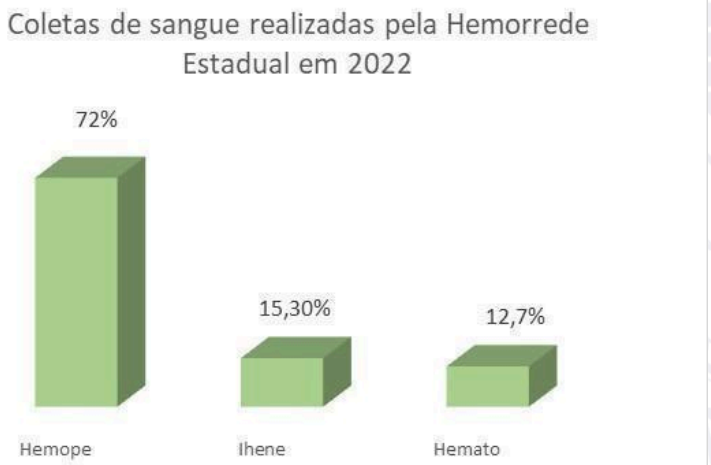
REDE COMPLEMENTAR

A rede complementar de Hemoterapia é formada pelo IHENE, banco de sangue privado que atende à rede SUS, através de convênio celebrado com a Secretaria de Saúde. Temos outro banco de sangue privado no estado, o GSH, mas que não presta serviço ao SUS, atende apenas a rede privada.

PRODUÇÃO DA HEMORREDE ESTADUAL

A Hemorrede pública, em 2022, foi responsável por 72% das coletas realizadas em todo Estado de Pernambuco, conforme gráfico abaixo

Gráfico 77. Coletas realizadas pela Hemorrede Estadual.



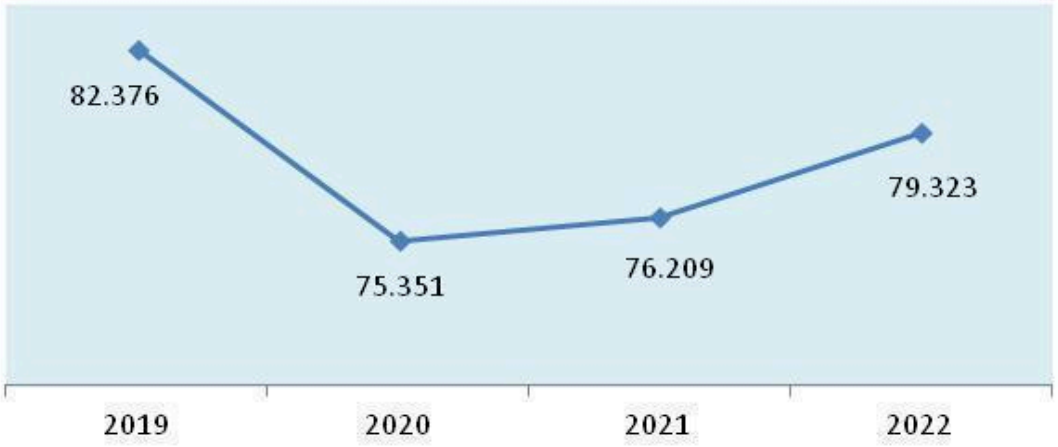
Fonte: APEVISA

A partir das bolsas de sangue coletadas apenas pela Hemorrede Pública do Estado de Pernambuco, foi possível fracionar os hemocomponentes e disponibilizá-los para mais de 330 unidades de saúde, públicas e privadas, localizadas no Estado de Pernambuco.

A maior demanda de hemocomponentes é da I GERES, onde está localizado o maior número de unidades públicas de saúde e os hospitais de maior complexidade do estado de Pernambuco, recebendo inclusive pacientes de outras regionais. Isto quer dizer que as doações de sangue realizadas no Hemocentro Recife, devem atender também a essa população oriunda de outras regiões de saúde.

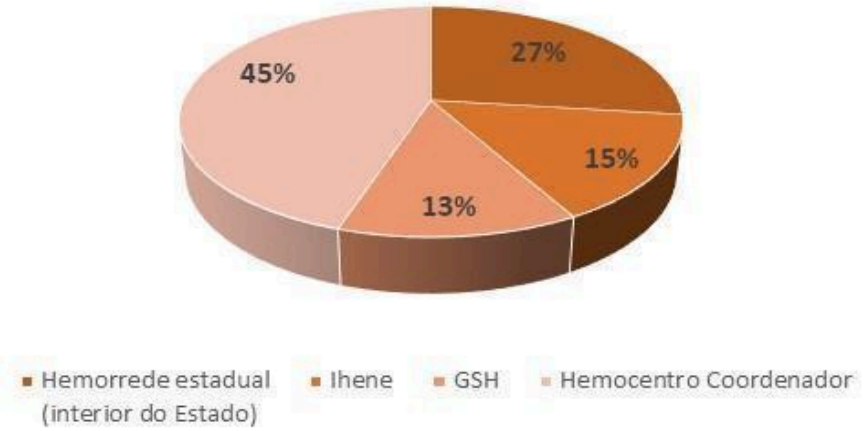
O Hemocentro Recife realizou mais de 75 mil coletas de sangue ao ano, no período de 2019 a 2022, conforme gráfico abaixo. Em 2022, de todas as coletas do Estado 45% foram realizadas pelo Hemocentro Recife.

Gráfico 78. Total de doações realizadas no Hemocentro Recife - 2019 a 2022.



Fonte: Hemoprod

Gráfico 79. Percentual de doações realizadas no Hemocentro Recife em relação à rede estadual.

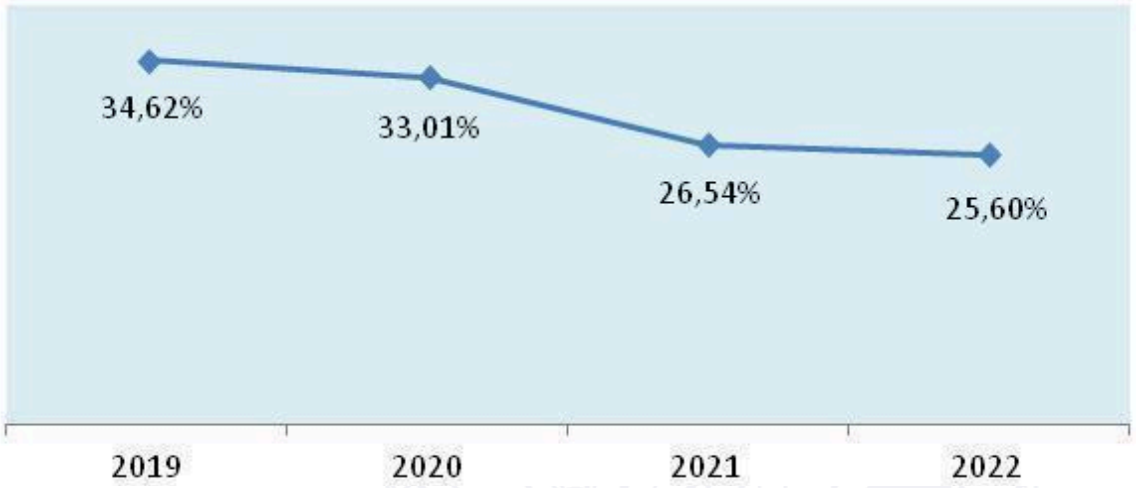


Fonte: Hemoprod/APEVISA

A Organização Mundial de Saúde – OMS recomenda que o número de doadores regulares se mantenha entre 3% e 5% da população. A I GERES é composta por vinte (20) municípios e detém a maior densidade demográfica do Estado, mais de 4 milhões e duzentas mil pessoas. Em 2022, a Primeira Regional de Saúde alcançou o índice de 1,8% da população doadora, estando inferior à faixa aceitável pela OMS.

Outra barreira a ser vencida é aumentar a taxa de doadores de repetição, ou seja, doadores que doam sangue com regularidade de pelo menos duas (02) doações ao ano. É importante enfatizar que esses doadores regulares são mais cuidadosos com a saúde e, consequentemente, apresentam as menores taxas de resultados laboratoriais reagentes para as doenças transmissíveis pelo sangue. Do total das doações realizadas no Hemocentro Recife e no Posto Fixo de Coleta do Hospital da Restauração, menos da metade foram realizadas por doadores de repetição, conforme gráfico abaixo. A Coordenação Geral de Sangue e Hemoderivados, do Ministério da Saúde, responsável pela Política Nacional do Sangue, recomenda que a hemorrede pública nacional estimule as doações de repetição, reduzindo custos para os hemocentros e contribuindo para a maior segurança transfusional.

Gráfico 80. Percentual de Doadores de Repetição - Hemocentro Recife - 2019 a 2022.



Fonte: Hemoprod

Durante as pesquisas realizadas com doadores, foi revelado que muitas vezes eles deixam de doar regularmente devido à distância do Hemocentro Recife dos seus locais de moradia. Ou seja, o Hemope precisa descentralizar os serviços de coleta de sangue na I GERES, facilitando o acesso dos doadores aos locais de coleta e aumentando o número de doadores de repetição, assim como desafogando o Hemocentro Coordenador e melhorando a satisfação do doador.

Outra necessidade é o investimento em campanhas de sensibilização para Doação de Sangue contínuas junto a população para que não ocorram os períodos de estoques críticos.

CAPACIDADE INSTITUCIONAL

GESTÃO E PLANEJAMENTO

INSTRUMENTOS DE PLANEJAMENTO DO SUS

O planejamento da saúde realizado no âmbito da Região de Saúde tem por objetivo contribuir para o alinhamento do conjunto de processos relacionados à harmonização das políticas de saúde, que estão expressos nos instrumentos de planejamento dos entes federados que compõem a Região de Saúde, evidenciando os planos de saúde e as respectivas programações anuais.

O art.15 do Decreto Nª 7.508/2011 pontua que o processo de planejamento da saúde deve ser ascendente e integrado, do nível local até o federal, ouvidos os respectivos Conselhos de Saúde, estando em concordância com as necessidades das políticas de saúde e com a disponibilidade de recursos financeiros.

Os instrumentos de planejamento do SUS auxiliam na análise de situação de saúde e na resolução de questões administrativas e organizacionais, sendo aplicados de forma combinada, com a intenção de auxiliar na tomada de decisão baseada em informação e na busca de soluções para problemas, tendo por finalidade apoiar o gestor na condução da prestação de ações e serviços de saúde no âmbito de seu território, de maneira que alcance a efetividade esperada na melhoria dos níveis de saúde da população e no aperfeiçoamento do sistema.

Estes instrumentos contribuem na disponibilização dos meios para o aperfeiçoamento contínuo da gestão participativa e das ações e serviços prestados, auxiliando no trabalho do controle interno e externo, essencialmente do Controle Social.

Nesta perspectiva, foi instituído pela Portaria MS Nº 750/2019, o Sistema DigiSUS Gestor - Módulo Planejamento (DGMP), um sistema de informação para estados e municípios desenvolvido a partir dos normativos do planejamento do SUS e da internalização da lógica do ciclo de planejamento, substituindo então os antigos Sistema de Apoio à Elaboração do Relatório de Gestão (Sargsus) e Sistema de Pactuação (Sispacto). Desde o ano de 2018, o uso é obrigatório para o registro de informações e documentos relativos ao PES, à PAS e às metas da Pactuação Interfederativa de Indicadores, bem como a elaboração do RDQA e do RAG.

A utilização do DGMP aperfeiçoa a gestão em saúde, facilita o acompanhamento das políticas de saúde, aprimora o uso dos recursos públicos, apoia os gestores na elaboração dos instrumentos de planejamento em saúde e facilita o monitoramento e avaliação das metas e ações em saúde estabelecidas, com transparência das políticas e do uso de recursos públicos, tanto para o gestor quanto para o Conselho de Saúde.

Observa-se que uma parcela significativa dos municípios pernambucanos não dispõe de equipe específica qualificada para o planejamento, sendo muitas vezes alocados profissionais oriundos de outros setores para preencher, em muitos casos, essas lacunas. Dessa forma, ressalta-se a importância de instituir a cultura de planejamento nas Regiões de Saúde, para corroborar com o processo de construção e qualificação dos instrumentos de planejamento.

Resultados alcançados no período de 2016 a 2022

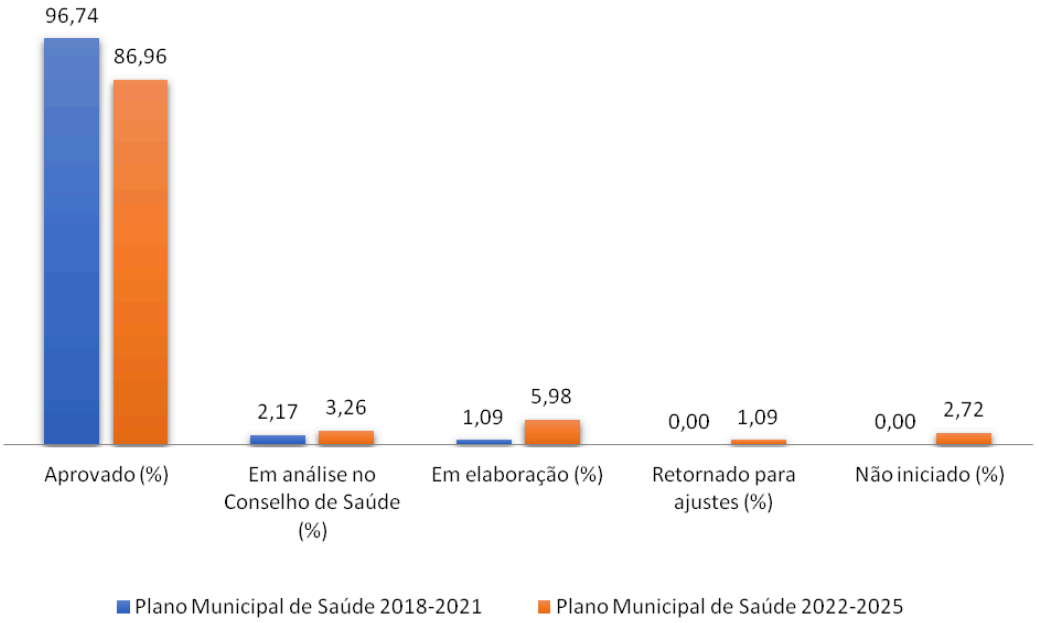
Plano de Saúde

O Plano de Saúde (PS) é instrumento do planejamento previsto pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que tem como função consolidar as políticas de saúde e seus compromissos. O PS serve para nortear a elaboração do Planejamento em Saúde e o orçamento do governo relacionados ao setor saúde, e sua elaboração

e atualização são baseadas na análise situacional, respeitando as necessidades e particularidades dos diferentes territórios, devendo ser feitas a cada quatro anos, sendo responsabilidade das três esferas de gestão.

O Gráfico 81 representa a situação atual dos Planos Municipais de Saúde (PMS) em Pernambuco, mostrando a situação dos PMS por Regiões de Saúde do Estado.

Gráfico 81. Comparativo da situação dos Planos Municipais de Saúde nos períodos de 2018 a 2021, e 2022-2025 informados pelo Laboratório de Inteligência Artificial em Saúde - LIAS.



Fonte: Laboratório de Inteligência Artificial em Saúde-LIAS-DIGISUS/SPGS/SEGECG/SES-PE, 27.09.2023.

Observou-se que os Planos Municipais de Saúde referentes ao período de 2018-2021 nas Regiões de Saúde de Pernambuco estão, em sua maioria, elaborados, tendo apenas 2,17% em análise no Conselho de Saúde e 1,09% constam em elaboração. No que se refere ao período de 2022-2025, também é possível identificar que grande parte das regionais, elaborou o PMS, tendo em vista que o quadriênio ainda não foi fechado.

Infere-se que no período da construção do último PMS houve o contexto da Pandemia, o que pode ter acarretado prejuízo no processo de construção dos instrumentos, com base nos dados demonstrados acima.

Programação Anual de Saúde

A Programação Anual de Saúde (PAS) é o desdobramento anual do PS, a partir da definição anual de metas, ações e recursos financeiros, que operacionalizam as diretrizes, objetivos e metas do Plano, tendo o propósito de subsidiar a construção da Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) bem como da Lei Orçamentária Anual (LOA), além de ser a base para construção do RAG. A partir da publicação da LC nº 141/12 a PAS passa a ter caráter obrigatório com parecer do respectivo Conselho de Saúde.

A PAS é um instrumento que tem como finalidade operacionalizar as intenções definidas no Plano de Saúde, inclusive prevendo como serão alocados os recursos orçamentários para execução das ações.

O quadro 34 apresenta a situação das PAS dos municípios do Estado, de acordo com as 12 Regiões de Saúde, no período de 2016 e 2017.

Quadro 34. Percentual de elaboração Situação da Programação Anual de Saúde por Região de Saúde do Estado de Pernambuco no período de 2016 - 2017.

REGIÃO DE SAÚDE	SITUAÇÃO	2016	2017
I GERES	PAS elaborada	84,00	89,00
	Sem informação	16,00	11,00
II GERES	PAS elaborada	95,00	100,00
	Sem informação	5,00	0,00
III GERES	PAS elaborada	54,00	72,00
	Sem informação	46,00	28,00
IV GERES	PAS elaborada	87,00	90,00
	Sem informação	13,00	10,00
V GERES	PAS elaborada	76,00	95,00
	Sem informação	24,00	5,00
VI GERES	PAS elaborada	84,00	100,00
	Sem informação	16,00	0,00
VII GERES	PAS elaborada	100,00	71,00
	Sem informação	0,00	29,00
VIII GERES	PAS elaborada	85,00	85,00
	Sem informação	15,00	15,00
IX GERES	PAS elaborada	72,00	100,00
	Sem informação	28,00	0,00
X GERES	PAS elaborada	100,00	100,00
	Sem informação	0,00	0,00
XI GERES	PAS elaborada	100,00	90,00
	Sem informação	0,00	10,00
XII GERES	PAS elaborada	90,00	60,00

	Sem informação	**10,00**	**40,00**

Fonte: SARGSUS/MS/SPGS/SEGECG/SES-PE, Agosto-2023.

Observou-se, que grande parte das Regiões de Saúde apresentaram altos percentuais de elaboração da PAS, onde em 2016, dos 184 municípios que compõem o Estado, 30 municípios (16,30%) não elaboram o instrumento. Já no ano de 2017, 20 municípios (10,87%) não elaboraram a PAS, identificando então uma evolução quanto ao percentual de elaboração.

O quadro 35 apresenta a situação das PAS dos municípios do Estado, de acordo com as 12 Regiões de Saúde, no período de 2018 a 2022.

Quadro 35. Situação em percentual da Programação Anual de Saúde por Região de Saúde do Estado de Pernambuco no período de 2018 - 2022.

REGIÃO DE SAÚDE	SITUAÇÃO	2018	2019	2020	2021	2022
I GERES	Aprovado	100,00	84,20	94,70	84,20	84,20
	Não iniciado	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	Em elaboração	0,00	0,00	0,00	5,30	10,50
	Em análise no Conselho de Saúde	0,00	15,80	5,30	10,50	5,30
	Retornado para ajustes	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	Não aprovado	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
II GERES	Aprovado	100,00	95,00	95,50	95,00	75,00
	Não iniciado	0,00	0,00	0,00	0,00	10,00
	Em elaboração	0,00	0,00	5,00	5,00	10,00
	Em análise no Conselho de Saúde	0,00	5,00	0,00	0,00	5,00
	Retornado para ajustes	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	Não aprovado	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
III GERES	Aprovado	72,70	63,60	54,54	40,92	45,50
	Não iniciado	13,60	18,20	18,18	22,73	31,80
	Em elaboração	4,50	0,00	13,64	9,10	9,10
	Em análise no Conselho de Saúde	9,11	18,20	13,64	22,70	13,60
	Retornado para ajustes	0,00	0,00	0,00	4,55	0,00

	Não aprovado	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
IV GERES	Aprovado	96,90	96,90	90,63	84,38	71,90
	Não iniciado	0,00	0,00	3,12	6,24	15,60
	Em elaboração	0,00	3,10	3,12	0,00	9,40
	Em análise no Conselho de Saúde	3,10	0,00	3,13	9,38	3,10
	Retornado para ajustes	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	Não aprovado	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
V GERES	Aprovado	90,48	85,70	85,70	71,43	76,19
	Não iniciado	4,76	9,50	9,50	14,29	14,29
	Em elaboração	4,76	0,00	4,80	4,76	4,76
	Em análise no Conselho de Saúde	0,00	0,00	0,00	4,76	4,76
	Retornado para ajustes	0,00	4,80	0,00	4,76	0,00
	Não aprovado	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
VI GERES	Aprovado	100,00	100,00	92,30	92,30	92,30
	Não iniciado	0,00	0,00	0,00	0,00	7,70
	Em elaboração	0,00	0,00	7,70	7,70	0,00
	Em análise no Conselho de Saúde	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	Retornado para ajustes	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	Não aprovado	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
VII GERES	Aprovado	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00
	Não iniciado	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	Em elaboração	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	Em análise no Conselho de Saúde	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	Retornado para ajustes	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	Não aprovado	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
VIII GERES	Aprovado	100,00	100,00	100,00	100,00	85,70

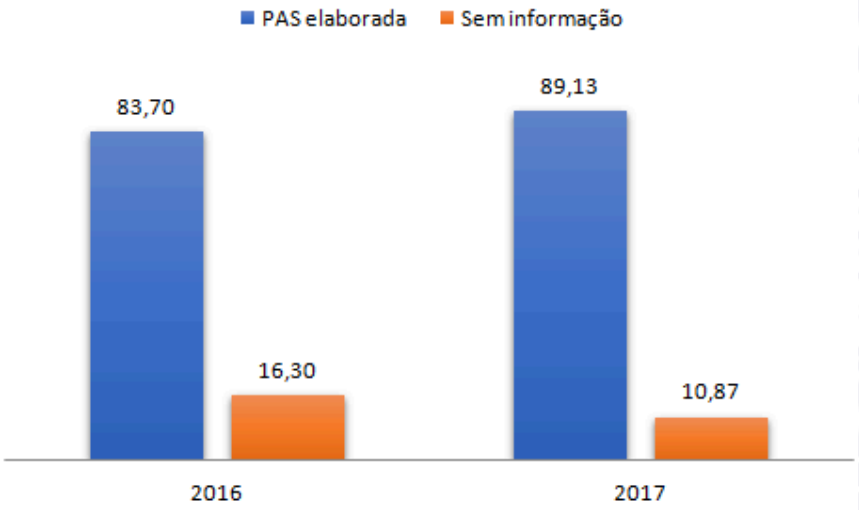
	Não iniciado	0,00	0,00	0,00	0,00	14,30
	Em elaboração	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	Em análise no Conselho de Saúde	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	Retornado para ajustes	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	Não aprovado	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
IX GERES	Aprovado	81,80	90,90	90,90	100,00	90,90
	Não iniciado	0,00	9,10	9,10	0,00	9,10
	Em elaboração	9,10	0,00	0,00	0,00	0,00
	Em análise no Conselho de Saúde	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	Retornado para ajustes	9,10	0,00	0,00	0,00	0,00
	Não aprovado		0,00	0,00	0,00	0,00
X GERES	Aprovado	100,00	100,00	91,70	83,34	75,00
	Não iniciado	0,00	0,00	0,00	0,00	8,30
	Em elaboração	0,00	0,00	8,30	8,33	16,70
	Em análise no Conselho de Saúde	0,00	0,00	0,00	8,33	0,00
	Retornado para ajustes	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	Não aprovado	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
XI GERES	Aprovado	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00
	Não iniciado	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	Em elaboração	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	Em análise no Conselho de Saúde	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	Retornado para ajustes	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	Não aprovado	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
XII GERES	Aprovado	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00
	Não iniciado	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	Em elaboração	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

	Em análise no Conselho de Saúde	**0,00**	**0,00**	**0,00**	**0,00**	**0,00**
	Retornado para ajustes	**0,00**	**0,00**	**0,00**	**0,00**	**0,00**
	Não aprovado	**0,00**	**0,00**	**0,00**	**0,00**	**0,00**

Fonte: Laboratório de Inteligência Artificial em Saúde-LIAS-DIGISUS/SPGS/SEGECG/SES-PE, Agosto-2023.

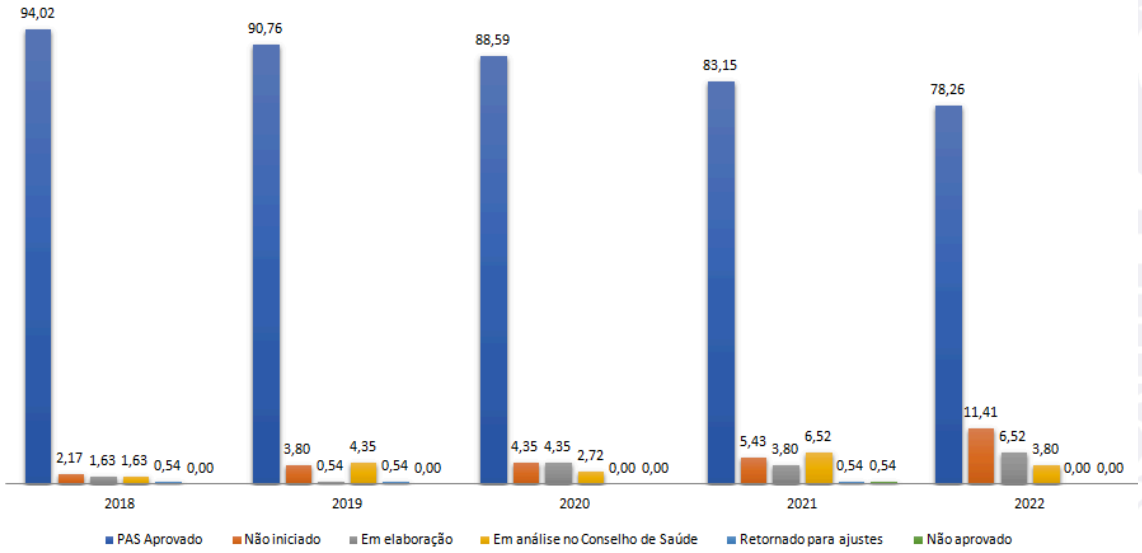
Quanto a PAS 2022, constatou-se que teve um percentual mais elevado quanto aos anos anteriores analisados no que se refere ao status do instrumento não iniciado, onde dos 184 municípios que compõem o Estado, 21 municípios (11,41%) não elaboram o instrumento. Do mesmo modo, ainda sobre o status dos municípios em 2022, 6,52% constam como em elaboração e 3,80% em análise no Conselho de Saúde. Com isso, verifica-se a necessidade de impulsionar a discussão com as Regiões de Saúde em relação às informações pendentes nos municípios, de forma estratégica para sanar as dificuldades expostas, além de considerar que a Pandemia da COVID-19 comprometeu as ações da gestão pública.

Gráfico 82. Percentual da situação das Regiões de Saúde sobre a PAS no período de 2016 a 2017.



Fonte: DGGP/SPGS/SEGECG/SES-PE, 16.08.2023.

Gráfico 83. Percentual da situação das Regiões de Saúde sobre a PAS no período de 2018 a 2022.



Fonte: DGGP/SPGS/SEGECG/SES-PE, 16.08.2023.

Com base na análise dos Gráficos 82 e 83, verifica-se a necessidade de fomentar a discussão com os gestores das Regiões de Saúde em relação às informações pendentes nos municípios, visto que ainda existem várias informações com pendências referente a PAS. Se faz necessário ainda, buscar estratégias para sanar tal demanda.

Vale ressaltar que durante esse período houve a transição do sistema SargSUS para o DigiSUS, sendo necessário suporte técnico aos municípios para atualização das informações no Sistema vigente.

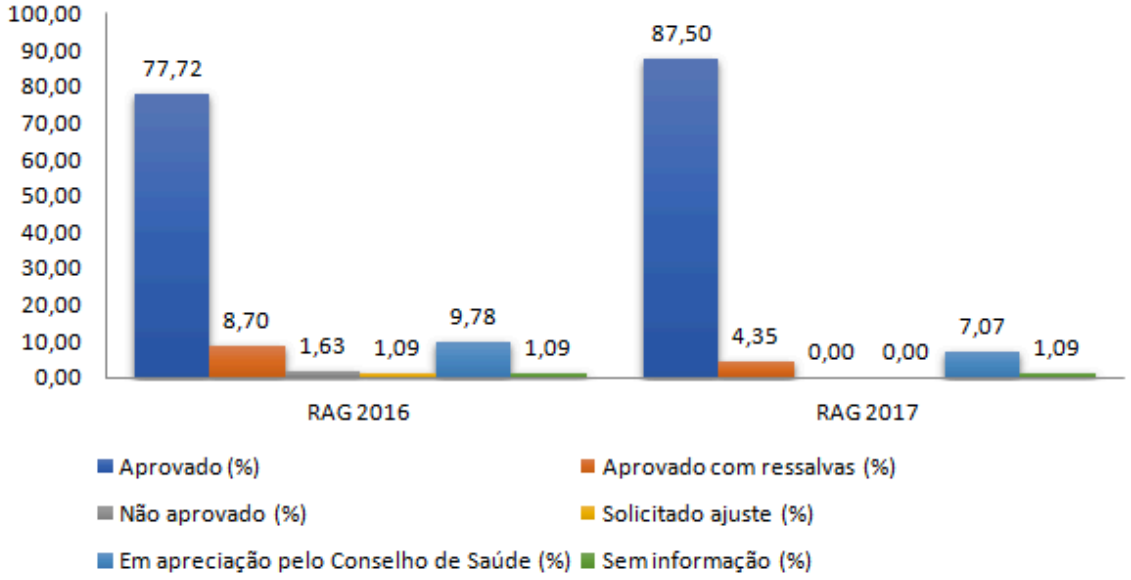
Relatório Anual de Gestão

O Relatório Anual de Gestão (RAG) é o instrumento que apresenta os resultados alcançados com a execução da PAS, além disso, é norteador das ações de Auditoria e de controle interno e externo, constituindo-se no instrumento de comprovação da aplicação dos recursos repassados do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, utilizando como uma importante ferramenta o Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS).

Os Relatórios Anuais de Gestão são instrumentos elaborados pela gestão e analisados pelo controle social, podendo aprovar o documento por completo, aprová-lo com ressalvas ou não aprová-lo.

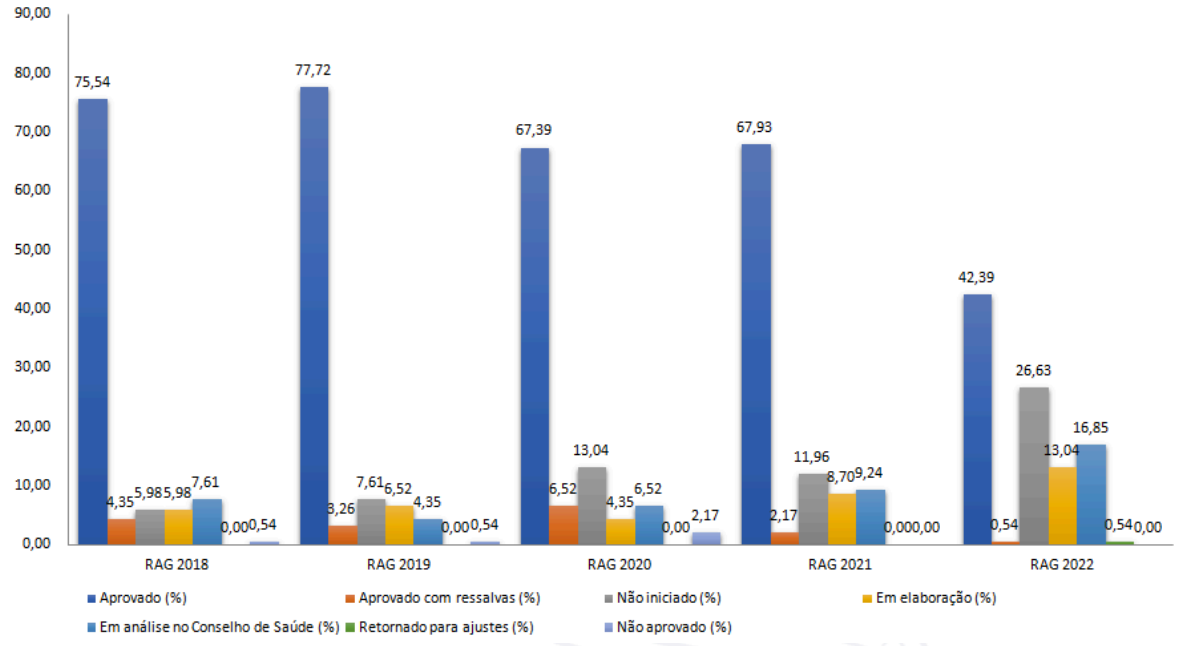
Os resultados dos RAG dos municípios que compõem as 12 Regionais de saúde, estão descritos nos Gráfico 84 e 85, que apresentam os dados consolidados do Estado por ano de exercício.

Gráfico 84. Situação dos Relatórios de Gestão de todas as Regiões de Saúde do estado de Pernambuco no período de 2016 - 2017.



Fonte: DGGP/SPGS/SEGECG/SES-PE, 17.08.2023.

Gráfico 85. Situação dos Relatórios de Gestão de todas as Regiões de Saúde do estado de Pernambuco no período de 2018 - 2022.



Fonte: DGGP/SPGS/SEGECG/SES-PE, acessado em 17.08.2023.

Na análise dos gráficos 84 e 85, observa-se que no período de 2016 e 2017 houve um aumento de elaboração e aprovação dos instrumentos por parte dos municípios.

Quanto ao período de 2018 a 2022, fica evidente o período de 2022 com a demonstração da redução do percentual de municípios que não conseguiram cumprir as exigências legais com a entrega dos instrumentos de gestão do SUS.

Relatório Detalhado do Quadrimestre Anterior

Por meio do Relatório Detalhado do Quadrimestre Anterior (RDQA), a cada quatro meses, o estado monitora e presta contas à sociedade do desempenho e aplicação dos recursos por meio das ações, da oferta e da produção de serviços públicos, dos indicadores de saúde e financeiros, bem como as auditorias realizadas no período. De forma anual, as ações propostas e o alcance das metas do ano são avaliados através do Relatório Anual de Gestão (RAG), momento em podem ser construídas propostas e recomendações e sugestões para a próxima PAS e/ou realizados os redirecionamentos do Plano de Saúde.

O RDQA está previsto na Lei Complementar nº 141/2012, sendo um importante instrumento de planejamento e acompanhamento da gestão da saúde, ao qual o gestor do SUS está obrigado a apresentar aos órgãos de controle interno e externo de planejamento, visando o monitoramento das ações e metas, bem como a prestação de contas e a publicização dos resultados alcançados durante o quadrimestre.

Os dados referentes ao RDQA e demais instrumentos de planejamento do Estado (PES, PAS e RAG) estão apresentados no quadro 36 abaixo.

Quadro 36. Situação dos Instrumentos de Planejamento do Estado de Pernambuco, no período de 2016 a 2022.

INSTRUMENTOS	SITUAÇÃO
PES 2016-2019	**Aprovado**
PAS 2016	**Aprovado com recomendações**
RDQ 1º, 2º e 3º quadrimestre de 2016	**Apresentado em audiência pública e enviado ao CES**
RAG 2016	**Aprovado com recomendações**
PAS 2017	**Aprovado com recomendações**
RDQA 1º, 2º e 3º quadrimestre de 2017	**Apresentado em audiência pública e enviado ao CES**
RAG 2017	**Aprovado com ressalvas**
PAS 2018	**Aprovado**
RDQA 1º, 2º e 3º quadrimestre de 2018	**Avaliado**
RAG 2018	**Aprovado com ressalvas**
PAS 2019	**Aprovado**
RDQA 1º, 2º e 3º quadrimestre de 2019	**Avaliado**
RAG 2019	**Aprovado com ressalvas**
PES 2020-2023	**Aprovado**
PAS 2020	**Aprovado**
RDQA 1º, 2º e 3º quadrimestre de 2020	**Avaliado**

RAG 2020	**Aprovado com ressalvas**
PAS 2021	**Aprovado**
RDQA 1º, 2º e 3º quadrimestre de 2021	**Avaliado**
RAG 2021	**Aprovado com ressalvas**
PAS 2022	**Aprovado**
RDQA 1º e 2º quadrimestre de 2022	**Avaliado**
RAG 2022	**Aprovado com ressalvas**
RDQA 3º quadrimestre de 2022	**Avaliado**

Fonte: DGGP/SPGS/SEGECG/SES-PE, outubro-2023.

Um dos grandes impactos para a efetivação do planejamento em saúde é a escassez de recursos humanos qualificados na área de planejamento em saúde, sendo esta uma dificuldade de longas datas.

Trazendo para o contexto da Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco (SES/PE), observou-se desafios na articulação entre os instrumentos Plano Plurianual (PPA), Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e Lei Orçamentária Anual (LOA) com os instrumentos de planejamento em Saúde, o que acarreta dificuldades na efetivação do planejamento no Estado de forma efetiva.

Vale ressaltar um fato predominante a nível nacional e que também ocorre no Estado de Pernambuco, resultante a situação citada da escassez de recursos humanos qualificados, são as inserções das empresas de consultorias, como figuras responsáveis pelo processo de planejamento e elaboração de seus instrumentos nos municípios, prestando importantes serviços ao sistema de saúde local, mas deve-se atentar para o quesito de que muitas dessas empresas desempenharem um papel mais administrativo e burocrático, e por muitas vezes não dispõem de pessoas na equipe, especializadas em saúde.

Avanços

- Desenvolvimento do sistema de planejamento, monitoramento e avaliação (PE PLANEJASUS), em construção;
- Implantação do Grupo Condutor como espaço de discussão e deliberação para a construção do PES 2024-2027 (presente documento);
- Ampliação da participação das áreas técnicas da SES, do HEMOPE e do CES, maior envolvimento, e comprometimento dos gestores integrantes do processo de planejamento;
- Melhor entendimento da importância e conteúdo dos instrumentos de planejamento por algumas das áreas técnicas da SES, decorrente de processos de educação permanente;
- Programação de ações e metas regionalizadas nos instrumentos de planejamento;
- Alinhamento estrutural entre os instrumentos de planejamento do SUS (PES/PPA) e os instrumentos de governo (PAS/LOA);
- Instituir metodologia discursiva em conjunto com a comissão de orçamento do CES.

Desafios

- Proporção de estratégia que fomente o planejamento ascendente e regionalizado, instituindo a cultura de planejamento nas Regiões de Saúde;

- Promoção de estratégias de planejamento participativo, que envolva os atores pertinentes à elaboração e execução das metas planejadas;
- Consolidação das Diretrizes, Objetivos e Metas em instrumentos de planejamento, monitoramento e avaliação do SUS, considerando a construção participativa;
- Proporção de ferramentas e metodologias que apoiem a análise e deliberação do Conselho de Saúde, acerca dos instrumentos de planejamento do SUS;
- Subsidiação da gestão com informações em saúde para a tomada de decisões, sejam estas macro ou específicas;
- Monitoramento dos custos para tomadas de decisões na aplicação dos recursos de forma eficiente e eficaz;
- Pouca priorização do processo de planejamento em saúde;
- Insuficiente articulação entre os instrumentos de gestão, planejamento e orçamentários;
- Alguns instrumentos ainda produzidos de forma cartorial, principalmente a nível municipal;
- Pouca integração entre os instrumentos básicos de planejamento do SUS e o RDQA;
- Necessidade de educação permanente para Municípios e equipes das GERES;
- Necessidade de ampliação da participação da equipe técnica das GERES na construção do PES 2024-2027, considerando a importância do PRI.

ESPAÇOS DE GOVERNANÇA

COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE

A Norma Operacional Básica (NOB-SUS) 01/93, editada pela Portaria GM/MS nº 545, de 20 de maio de 1993, criou as Comissões Intergestores Bipartite (CIB). Em Pernambuco a CIB foi instituída pela Portaria Estadual nº 143, de 11 de janeiro de 1993 e seu Regimento Interno foi aprovado pela Resolução Conjunta da CIB nº 01, de 28 de junho de 1993. Desde então, a Intergestores Bipartite Estadual de Pernambuco (CIB/PE) vem se constituindo como importante espaço político de representação dos entes federativos no processo de formulação e implementação das políticas de saúde do Estado.

Secretaria da Comissão Intergestores Bipartite

Desde sua criação em 1993, a CIB/PE possibilita a articulação, negociação e pactuação entre os gestores municipais e estaduais, sempre com o compromisso de avançar numa política de saúde voltada para a população, buscando consolidar e fortalecer o SUS em Pernambuco.

A CIB/PE é um órgão de caráter permanente, formado por representantes da Secretaria Estadual de Saúde (SES) e por representantes do Colegiado de Secretários Municipais de Saúde (Cosems/PE).

Todos os temas discutidos nas plenárias são, antecipadamente, analisados e fundamentados pela Câmara Técnica (CT), formada por membros de composição bipartite, que dão subsídios técnicos às decisões dos gestores da CIB.

Quadro 37. Atividades desempenhadas e resultados alcançados- CIB/PE 2019-2023.

ATIVIDADES	PERÍODO				
	2019	2020	2021	2022	2023 (Jan à Julho)

REUNIÕES CÂMARA TÉCNICA/CIB	Ordinária	11	07	10	10	5
	Extraordinária	02	01	11	01	3
PLENÁRIA CIB	Ordinária	09	07	05	07	4
	Extraordinária	01	-	22	11	-
RESOLUÇÕES CIB EMITIDAS	-	164	150	268	227	316
EMENDAS PARLAMENTAR COM RECURSOS APROVADOS PARA OS MUNICÍPIOS	Municípios com solicitação	45	27	53	45	21
	Valor Total	R$ 33.596.906,00	R$ 22.327.229,44	R$ 44.057.014,09	R$ 60.579.611,00	R$ 24.787.473,00
RECURSOS PROGRAMAS/ AÇÕES PORTARIA GM/MS Nº 544 03/05/2023	Municípios com solicitação	-	-	-	-	114
	Valor Total	-	-	-	-	R$ 760.592.104,29
RECURSOS PROGRAMAS/ AÇÕES PORTARIA GM/MS Nº 635 22/05/2023	Nº Municípios com solicitação	-	-	-	-	43
	Valor Total	-	-	-	-	R$ 9.762.393,00
REUNIÕES CRIE/PEBA	-	02	02	01	02	-

Fonte: Coordenação Executiva da CIB/PE.

No período de 2019 a 2023, foram realizadas 32 reuniões ordinárias da CIB, sendo o ano de 2021, o que teve o maior número de reuniões extraordinárias em decorrência da pandemia de Covid-19 no Brasil, vinte e duas ao total. Com relação às resoluções, nesse período foram emitidas 1.125 Resoluções CIB/PE que possibilitaram o fortalecimento do sistema estadual de saúde de Pernambuco. Destacamos a emissão de 64 resoluções com distribuição de vacinas de Covid-19 para abastecimento em todo o estado de Pernambuco. De janeiro a Julho de 2023 foram emitidas 264 resoluções e distribuídos R$ 955.702.730,82 em emendas de Programa/Ação Financeiro Emergencial para os municípios, o maior valor dentre os anos demonstrados no quadro acima.

GESTÃO DO TRABALHO E EDUCAÇÃO NA SAÚDE

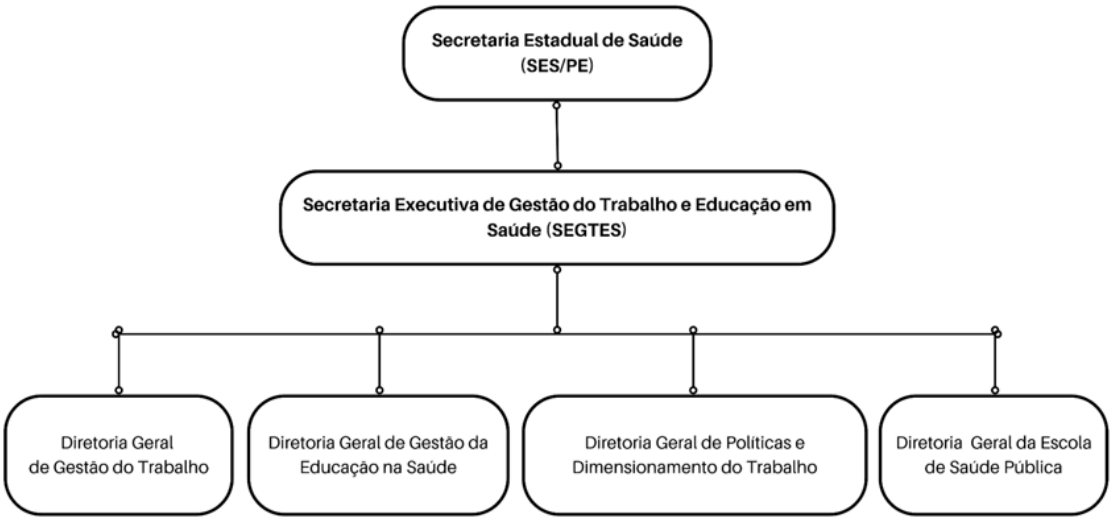
A Política de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde tem por objetivo formular e implantar políticas públicas orientadoras da gestão, formação e qualificação dos trabalhadores e da regulação profissional na área da saúde.

A Secretaria Executiva de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (SEGTES) foi criada em dezembro de 2008, através do Decreto nº 32.823 que aprovou a nova estrutura da Secretaria de Saúde de Pernambuco. Tem como principais funções a organização do trabalho em saúde e a qualificação dos trabalhadores, contribuindo desta forma com a formação de profissionais capazes de responder às necessidades de saúde da população, de acordo com os princípios e diretrizes do SUS.

Quanto às suas atribuições e competências, a Segtes é responsável pela gestão dos recursos humanos, promoção da gestão de políticas de movimentação, desenvolvimento, dimensionamento do quadro de pessoal, valorização dos trabalhadores, elaboração e desenvolvimento de políticas de formação e desenvolvimento profissional para a área de saúde e monitoramento e avaliação das atividades desenvolvidas. Além das atribuições listadas, também compete a esta Secretaria Executiva promover a integração com as instituições de ensino, tanto de superior como de técnico, para a formação e qualificação dos trabalhadores do SUS, fortalecendo a estratégia de integração ensino-serviço, bem como articular com entidades sindicais e de fiscalização do exercício profissional e movimentos sociais para o desenvolvimento do trabalho no setor da saúde.

Atualmente possui quatro diretorias: Diretoria Geral de Gestão do Trabalho - DGGT, Diretoria Geral de Educação na Saúde - DGES, Diretoria Geral de Políticas e Dimensionamento do Trabalho - DGPDT e Diretoria Geral da Escola de Saúde Pública de Pernambuco - DESPPE (figura 18).

Figura 18. Organograma da SEGTES.



A SEGTES desenvolve as atividades prioritariamente para os trabalhadores da rede Estadual de Saúde que conta com o quadro de 30.346 servidores (folha de pagamento de julho/2022) entre Estatutários, Contratados por Tempo Determinado, Cedidos a SES e Comissionados. A SES conta com 18 hospitais sob gestão direta e 7 Hospitais gerenciados por Organização Social de Saúde (OSS), contendo uma rede hospitalar de média e alta complexidade para atendimento aos usuários do Estado de Pernambuco.

A GESTÃO DO TRABALHO EM SAÚDE

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

No âmbito da SES, a Gestão do Trabalho compete à Diretoria Geral de Políticas e Dimensionamento do Trabalho (DGPDT) e à Diretoria Geral de Gestão do Trabalho (DGGT). A primeira é responsável pelas ações voltadas às políticas e regulação do trabalho (PCCV, processos avaliativos, apoio às mesas de negociação), concursos públicos, lotação, processos seletivos e gestão das carreiras, gratificação de desempenho, dimensionamento e monitoramento da força de trabalho, promoção à qualidade de vida e saúde do servidor.

Já a DGGT, desenvolve ações relacionadas à vida funcional do servidor público, a partir do início do exercício nos serviços de saúde até a sua aposentadoria, analisando todos os pleitos relacionados a cadastro, movimentação interna (entre hospitais de rede) e externa (cessão), folha de pagamento, controle dos profissionais contratados por tempo determinado, benefícios, licenças e afastamentos, além de ficar responsável pelo serviço de atendimento ao servidor.

Diante da condição de emergência de saúde pública instaurada a nível global no ano de 2020, a Secretaria Estadual de Saúde criou, desenvolveu, executou e monitorou ações locais com vistas ao enfrentamento da pandemia, a partir da organização e fortalecimento da rede SUS estadual. A Secretaria Executiva de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde teve importância central para gestão dos desafios e necessidades emergenciais que abrangeram todo o contingente populacional e de trabalhadores do SUS com impactos diretos sobre o cotidiano dos serviços de saúde. Certamente, a gestão do trabalho em saúde foi uma das ações prioritárias de maior centralidade para o enfrentamento do cenário emergencial de saúde pública, instaurado a partir da pandemia de Covid 19.

A Política de Gestão do Trabalho na Saúde em Pernambuco, no período de 2019 a 2022, implantou/implementou as seguintes ações:

- Realização de Seleções Públicas Simplificadas para atender necessidades de excepcional interesse público em alguns programas estratégicos do Governo;
- Estruturação da política de avaliação de desempenho para todos os cargos da área de saúde;
- Regulamentação de incentivos e benefícios ao servidor;
- Estruturação do Programa de Saúde, Segurança, e Qualidade de Vida – QUALIVIDA;
- Estruturação da área de Dimensionamento com a criação de setor na estrutura organizacional da SEGTES.

Dentre as ações de enfrentamento à pandemia de Covid-19 gerenciadas pela DGGT/ SEGTES estão:

- Suprimento e recomposição da força de trabalho em saúde: foram ofertadas 19.747 novas vagas de trabalho para profissionais de saúde, durante os anos de 2019 até meados de setembro de 2022. Paralelamente, a DGGT realocou profissionais novos ou antigos para setores cuja suas contribuições fossem mais substantivas e oportunizadas de acordo com a expertise de cada servidor de modo a endossar uma contribuição mais efetiva no momento pandêmico.
- Centros de Testagem da Covid-19: Em abril de 2020 foi estruturado o primeiro Centro de Testagem para Covid-19 como forma de viabilizar a coleta de exames dos profissionais de saúde, da segurança pública do estado de Pernambuco e de seus familiares. Em junho de 2020, o serviço foi ampliado e os centros passaram a atender os outros profissionais dos serviços essenciais do estado de Pernambuco e a partir de julho de 2020 a população geral. Foram estruturados, sob gestão da SEGTES, 06 (seis) centros de testagens para exames de detecção da Covid-19.
- Acolhe SES e Teleacolhimento - QUALIVIDA: O Acolhe SES foi uma estratégia da Secretaria de Saúde do Estado, por meio da Unidade de Apoio Psicossocial – UNIAPS, em parceria com a Escola de Governo em Saúde Pública de Pernambuco e a Gerência de Saúde Mental, visando oferecer acolhimento psicossocial,

inicialmente aos profissionais de saúde que viveram o estresse diário na linha de frente do combate à COVID-19, e posteriormente foi ampliado para todos os cidadão do estado de Pernambuco.

Em relação à reposição do quadro de pessoal, a SES-PE no período de 2019 a 2022 nomeou 6.746 profissionais de saúde (quadro 38). O último concurso público foi realizado no ano de 2018 para as diversas categorias da saúde e abrangendo as várias Gerências Regionais de Saúde.

Quadro 38. Distribuição dos profissionais de saúde nomeados nos anos de 2019 a 2022. Pernambuco, janeiro de 2019 a dezembro de 2022.

NOMEAÇÕES CONCURSOS	2019	2020	2021	2022	TOTAL
Profissionais de saúde de nível superior	739	1507	543	843	3632
Profissionais de nível médio	164	1846	333	771	3114
TOTAL	903	3353	876	1614	6746

Desafios:

Entre os desafios da área de Gestão do Trabalho, destacam-se:

• Instituição do dimensionamento da força de trabalho como ferramenta estratégica para a gestão em saúde;

•Implantação/Implementação de sistemas de informação para apoiar a gestão de pessoas, integrando as diversas bases de dados;

•Implantação de mesa de negociação setorial, atualmente implantada de maneira centralizada na Secretaria de Administração com participação da Secretaria de Saúde nas discussões e negociações.

A Diretoria Geral de Educação na Saúde (DGES)

A DGES tem a missão de planejar e regular a formação de profissionais para o SUS em articulação com as Instituições formadoras, e promover a Educação Permanente em Saúde considerando as necessidades de saúde da população, referenciada no fortalecimento da regionalização e apoio aos municípios. Além de ter o papel de apoiar a estruturação e desenvolvimento das CIES e dos Planos de Ação Regional para Educação Permanente em Saúde (PAREPS), a partir das necessidades de formação nas 12 Regionais de Saúde de Pernambuco.

A Política de Educação Permanente em Saúde de Pernambuco

A estruturação da Política de Educação Permanente em Pernambuco foi baseada pelas diretrizes da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde - PNEPS (Portaria GM/MS 1.996/2007), que orientou a constituição das Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço (CIES) nas 12 Regionais de Saúde e da CIES Estadual, e elaboração dos Planos de Ação Regional de Educação Permanente em Saúde (PAREPS), com assessoramento e suporte técnico da Diretoria Geral de Educação na Saúde e da Escola de Governo em Saúde Pública de Pernambuco (ESPPE).

A Política Estadual de Educação Permanente em Saúde alinha-se ao processo de regionalização, através das Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço regionais, as quais desempenham o papel de câmaras técnicas de assessoramento das Comissões Intergestoras Regionais (CIR) na pauta de educação permanente em saúde. Dessa forma, a educação permanente em saúde insere-se no contexto da gestão, dos serviços e da comunidade.

O Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde de Pernambuco - PEPS-PE (2019- 2022) foi fruto de uma construção coletiva conduzida pela Diretoria Geral de Educação na Saúde e pela Escola de Governo em Saúde Pública, articulada por meio da Comissão de Integração Ensino Serviço – CIES Estadual. O estado de Pernambuco tem protagonizado ao longo do processo de implantação da política de educação permanente em saúde um movimento de resistência pelo funcionamento das Comissões de Integração Ensino Serviço estadual e regionais e pela garantia da manutenção da Política de Educação Permanente e de seu adequado financiamento. Ressalta-se o caráter tripartite do financiamento da PNEPS. Dessa forma, além de defender a ampliação de recursos financeiros federais, estado e municípios têm investido recursos próprios no desenvolvimento das ações de educação permanente em saúde em Pernambuco. A Política de Educação Permanente em Saúde é uma prática ativista e criativa, e, portanto, contra hegemônica. Pressupõe a consolidação de espaços democráticos de diálogo e construção coletiva, e que valorize e respeite as especificidades loco-regionais. Nesse contexto atual, de redução dos investimentos no Sistema Único de Saúde, de ameaças à garantia do direito à saúde e do acesso às ações e serviços, segue cada vez mais necessário que o estado de Pernambuco se posiciona em defesa da PNEPS na integralidade de seus elementos conceituais e operacionais, pela garantia da autonomia para efetivação da regionalização, na defesa da ampliação de recursos financeiros para a PNEPS, no fortalecimento das Comissões de Integração Ensino Serviço, e consolidando a Escola de Governo em Saúde Pública como uma instituição formadora do SUS compromissada com uma agenda regionalizada de formação.

Desafios:

- Implementação das ações do Plano Educação Permanente em Saúde de Pernambuco;
- Expansão e interiorização dos programas de residência em saúde nas áreas estratégicas para o fortalecimento das redes de atenção à saúde
- Fortalecimento da gestão e execução descentralizada das Residências em Saúde por meio da Escola de Governo em Saúde Pública de Pernambuco
- Garantia do financiamento de bolsas de Residência em Saúde
- Qualificação da gestão da integração ensino e serviço na rede SUS Pernambuco
- Retomada da reforma física da sede própria da ESPPE.

A Escola de Governo em Saúde Pública de Pernambuco – ESPPE

A Escola de Governo de Saúde Pública de Pernambuco (ESPPE) foi criada em 1989, dentro de um contexto social e político importante do país, com o processo de redemocratização e a implementação do

Sistema Único de Saúde (SUS). Destacou-se durante a década de 1990 e início dos anos 2000 na Educação Profissional Técnica em Saúde para os trabalhadores do SUS de Pernambuco, ampliando sua oferta de formação para cursos de pós-graduação lato sensu nas modalidades especialização e residências em área profissional da saúde no ano de 2013, por meio da Lei nº 15.066/13, tendo como principal diretriz a interiorização e regionalização, atendendo as necessidades de formação dos municípios mais distantes da capital.

A realização dos cursos de forma descentralizada e regionalizada é um grande diferencial da atuação da ESPPE, bem como a relação direta com os órgãos de gestão e participação em instâncias políticas no campo da educação na Saúde.

A ESPPE teve e tem um papel fundamental na estruturação da Política de Educação Permanente em Saúde no estado por inserir a pauta da educação no contexto da gestão, dos serviços e da comunidade, promovendo mudanças nas práticas de saúde. Na estrutura organizacional, a ESPPE integra à Secretaria Executiva de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde. Tal secretaria Executiva, criada em 2008, é responsável por formular e implantar políticas públicas orientadoras da gestão, formação e qualificação dos (as) trabalhadores(as) e da regulação profissional na área da saúde.

Nacionalmente, integra a Rede de Escolas Técnicas e Centros Formadores (RETSUS), a Rede Brasileira de Escolas de Saúde Pública (RedEscola) e a Rede Colaborativa de Escolas de Saúde Pública do CONASS, espaços potentes de diálogo e troca de experiências com o objetivo de fortalecer a política de formação dos trabalhadores do SUS. A Direção da ESPPE também compõe a Coordenação de Articulação Regional (Nordeste 2) da Rede Unida junto com representantes dos estados da Paraíba e Bahia.

Seus processos formativos têm como princípios norteadores o valor social, a adoção de metodologias de ensino voltadas para a problematização do processo de trabalho, o alinhamento com as necessidades de saúde da população, o compromisso com a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho e o compromisso institucional com o SUS.

As formações propostas compõem o Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde de Pernambuco (PEEPS), construído a partir de articulações entre as áreas técnicas da SES e gestores do SUS e aprovados na Comissão Intergestora Bipartite (CIB). A maioria dos cursos ofertados se desenvolve nas Regiões de Saúde do interior do estado, cumprindo assim a missão da formação ser realizada mais próxima do trabalhador e do seu contexto de trabalho.

A partir de 2014 incorporou o uso da tecnologia, através do Ambiente Virtual de Aprendizagem (AVA), como apoio nas atividades complementares aos cursos presenciais. No contexto da pandemia pelo novo coronavírus, intensificou esse uso promovendo as adequações necessárias a essa ferramenta de forma a dar continuidade às ações educacionais, agora, mediadas pelas tecnologias de comunicação à distância como as plataformas de webconferência e de transmissão de vídeos (estúdio virtual) que permitiram a realização de aulas e debates virtuais.

A abrangência das ações educacionais contempla os trabalhadores inseridos nos 185 municípios das 12 Regiões de Saúde nas suas diversas áreas de atuação.

No período de 2019 a 2022 as ações de gestão e os processos educacionais desenvolvidos pela ESPPE e DGES foram organizados a partir dos seis eixos do Plano de Educação Permanente em Saúde de Pernambuco: 1) Governança da Política de Educação Permanente em Saúde de Pernambuco (PEPS-PE); 2) Desenvolvimento da gestão e do controle social no SUS; 3) Desenvolvimento e disseminação de capacidade pedagógica no SUS; 4) Rede SUS- Escola; 5) Desenvolvimento da Atenção- Redes Integradas e Linhas de Cuidado; 6) Comunicação e gestão do conhecimento aplicado ao SUS.

Eixo 1 - Governança da Política de Educação Permanente em Saúde de Pernambuco (PEPS-PE) foram executadas ações para apoiar e fortalecer a governança da Política Estadual de Educação Permanente em Saúde (PEPS-PE), buscando o fortalecimento da CIES Estadual e Regionais, a articulação colegiada dos Programas de Residências em Saúde, o apoio à estruturação das Políticas Municipais de Educação Permanente

em Saúde. E Incentivar a estruturação da política de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde nas 12 Regiões de Saúde e nos 185 municípios

Eixo 2 - Desenvolvimento da gestão e do Controle Social no SUS foram executadas ações de formação de gestores e outros atores estratégicos, com o objetivo de fortalecer a capacidade técnico-político das equipes de gestão estadual e municipal.

Eixo 3 - Desenvolvimento e disseminação da capacidade pedagógica no SUS - O desenvolvimento e disseminação da capacidade pedagógica atende à determinação constitucional do ordenamento da formação de recursos humanos na saúde e o reconhecimento dos serviços como ambientes de ensino e aprendizagem. As ações desenvolvidas buscaram potencializar a integração ensino-serviço-comunidade, construção de competências docentes entre os trabalhadores, formação de preceptores e tutores, qualificação da integração ensino serviço e a expansão e qualificação dos Programas de Residência em Saúde.

Eixo 4 - Rede SUS Escola - Nesse eixo as ações foram voltadas a reconhecer a necessidade de abrir as portas dos níveis gerenciais, assistenciais e educativos à formação das novas gerações profissionais (graduandos e estudantes de nível técnico) e dos novos especialistas (residentes), com isso fortalecer a integração entre as Instituições de Ensino e a Rede SUS em Pernambuco

Eixo 5 - Desenvolvimento da Atenção – Redes Integradas e Linhas de Cuidado - Foram priorizadas ações de enfrentamento à pandemia da Covid-19, destacando ofertas educacionais para trabalhadores do SUS para o enfrentamento à Covid-19.

Eixo 6 - Comunicação e gestão do conhecimento aplicado ao SUS aprimorar os processos de informação e comunicação das ações de educação e de saúde produzidas na Rede SUS Pernambuco e estimular a realização e divulgação de pesquisas na rede estadual de Saúde.

Principais agendas consolidadas no período de 2019-2022:

- Ampliação da oferta de ações educacionais regionalizadas;

- Ampliação do investimento em pesquisas em áreas estratégicas do SUS PE, junto com a FACEPE - Fundação de Amparo à Ciência e Tecnologia de PE, com efetiva participação dos técnicos e gestores da SES na definição de prioridades de pesquisa e na avaliação dos impactos dos projetos financiados;

- Ampliação do financiamento de bolsas de residências em saúde com recursos estaduais;

- Ampliação de programas e vagas de residência com ênfase na regionalização dos programas de residências em saúde em áreas estratégicas para o SUS em Pernambuco;

- Fortalecimento da governança da Política Estadual de Residências em Saúde, com implementação dos espaços colegiados de gestão nas residências em área profissional da saúde e instituição da Comissão de Residência Médica da SES;

- Recomposição de parte da equipe com nomeação de sanitaristas e analistas em educação na saúde e qualificação do quadro de técnicos terceirizados;

- Desenvolvimento de ações de matriciamento, formação em educação permanente em saúde e apoio à equipe das Gerências Regionais de Saúde para fortalecimento das Comissões de Integração Ensino Serviço (CIES);

- Retomada do apoio técnico e financeiro ao desenvolvimento de ações descentralizadas por meio das CIES regionais;

- Contexto da pandemia da COVID 19, que demandou novas atribuições à área da Educação na Saúde;

Limites e questões a serem superadas:

- Retomar uma agenda conceitual e de espaços institucionais da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde;

- Necessidade de retomada da gestão política, apoio técnico e financiamento federal para a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. O Plano de Educação Permanente em Saúde de Pernambuco do período foi elaborado e executado sem coordenação nacional e sem destinação de recursos por parte do Ministério da Saúde;

- Necessidade da retomada dos editais de financiamento de bolsas de residência pelo Ministério da Saúde e da efetiva participação do MEC em novos financiamentos para os programas de residência vinculados aos serviços da rede federal de ensino;

- Efetiva e adequada atuação da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde, respeitando a trajetória dos diversos atores, a democracia, e tendo como questão central de sua atuação a defesa do SUS;

- Implementação da Comissão Descentralizada Multiprofissional de Residência – CODEMU do Estado;

- Implementação dos cursos das práticas de estágio e internato dos cursos de graduação em medicina no estado de forma regionalizada;

- Avançar no fortalecimento dos Núcleos de Educação Permanente (NEP's) dos hospitais estaduais.

- Avançar na descentralização e na estruturação da Política Estadual de Residências em Saúde;

- Aprimorar os sistemas informatizados de gestão.

PARTICIPAÇÃO E CONTROLE SOCIAL

Símbolo do processo de redemocratização do país, a Constituição Federal Brasileira de 1988, também conhecida como constituição cidadã, determinou a proteção de diversos direitos e garantias fundamentais em prol de uma sociedade mais justa. A Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, resultado da luta pela democratização dos serviços de saúde, é uma importante conquista para a população brasileira. Nela foram criados os Conselhos e as Conferências de Saúde como espaços vitais para o exercício do controle social do Sistema Único de Saúde (SUS).

Os Conselhos de Saúde são expressões legítimas de participação popular nas esferas de definição da Política Pública de Saúde, são espaços permanentes de deliberações e negociações. Foram constituídos para formular, fiscalizar e deliberar sobre as Políticas de Saúde e garantir a implementação das suas deliberações, representando uma disputa permanente em defesa do SUS. É importante enfatizar que a transparência e o conhecimento acerca da saúde no país e o papel dos Conselhos de Saúde promovem o fortalecimento do SUS.

Pernambuco teve a criação do seu Conselho de Saúde com o Decreto nº 13.909, de 04 de outubro de 1989 e regulamentado pela Lei Ordinária nº 12.297, de 12 de dezembro de 2002 e alterações contidas nas Leis nº 12.501, de 16 de dezembro de 2003 e 17.700, de 22 de março de 2022. O Conselho Estadual de Saúde de Pernambuco (CES/PE) é um órgão de caráter permanente, colegiado, paritário e deliberativo que integra o SUS, cuja função é participar da formulação, acompanhamento, controle e avaliação da Política Estadual de Saúde.

O Conselho tem em sua estrutura organizacional, o Plenário como instância máxima de deliberação; a presidência eleita entre os pares, como órgão de coordenação e representação institucional; a vice-presidência

como órgão de atuação na ausência da presidência; a Secretaria Executiva como órgão de assessoramento técnico-administrativo; Assessorias Jurídica, de Comunicação e Saúde Pública, ligadas diretamente à Secretaria Executiva do CES para assessoramento do pleno, além das comissões e grupos de trabalho como órgão de análise e estudo para subsidiar as decisões do pleno.

O CES/PE é composto de 64 conselheiros, sendo 32 conselheiros titulares e 32 suplentes – obedecendo ao princípio da paridade com relação aos usuários, sendo 50% do segmento dos usuários, 25% do segmento de gestores/prestadores e 25% de trabalhadores do SUS, todos (as) com direito a voto. Além disso, o CES/PE é composto por Comissões Permanentes (Comissão Executiva, Comissão de Análise de Orçamento, Comissão de Fiscalização, Comissão de Assessoramento, Comissão de Comunicação Social e Imprensa, Comissão de Grupos Vulneráveis/Específicos) e Grupos de Trabalho, com o objetivo de apoiar e subsidiar suas ações.

Com o intuito de fortalecer as ações do controle social foi instituído o Sistema de Acompanhamento dos Conselhos de Saúde (SIACS), uma ferramenta de comunicação e informação para contribuir com a efetividade do Controle Social. O SIACS possibilita visualizar a realidade de funcionamento dos Conselhos de Saúde através das informações registradas, as quais estão para além de paridade. É possível conhecer os conteúdos que os conselhos de todo o país têm discutido e contribuído para o debate acerca da qualidade da saúde para a população. Em Pernambuco, entre 2017 a 2023, 205 solicitações de adesão ao SIACS foram realizadas. Estas solicitações partiram de 112 municípios, o que representa 60,87% da totalidade do Estado. Alguns destes municípios realizaram a solicitação mais de uma vez, visto que não alcançaram as exigências necessárias à adesão da ferramenta. Dentre aqueles que pleitearam o acesso ao sistema, 78 municípios obtiveram êxito. Somente em 2023, 39 municípios tiveram acesso à plataforma, representando um aumento de 100% de adesão, comparado à soma dos anos de 2017 a 2022.

Esse avanço na implantação do SIACS foi alcançado através de mobilizações contínuas durante os eventos que o CES/PE promoveu e por meio da articulação junto aos Conselhos Municipais, em especial durante a organização para a realização das etapas da 10º Conferência Estadual de Saúde, bem como suas Conferências Macrorregionais.

Em relação ao papel do controle social acerca do monitoramento e avaliação das iniciativas indicadas pelo PES e operacionalizadas pela Programação Anual de Saúde (PAS), cabe destacar o Relatório Anual de Saúde (RAG), instrumento que apresenta os resultados alcançados com a execução da PAS, como ferramenta fundamental aos Conselhos de Saúde, para o desenvolvimento desse papel.

Avanços:

- Publicação da Lei n° 17.700, de 22 de março de 2022, que altera a Lei nº 12.297, de 12 de dezembro de 2022, que dispõe sobre o CES/PE, e explicita que o Presidente e o Vice-Presidente do CES/PE serão eleitos entre os membros titulares no plenário, na primeira Reunião Ordinária, observando a alternância entre os segmentos que o compõe, permitida uma única recondução;
- Melhoria nas condições de funcionamento para as ações do CES/PE;
- Aperfeiçoamento do processo de planejamento do CES/PE, adotando os Planos Estaduais de Saúde como instrumento norteador dos momentos de programação, acompanhamento e avaliação;
- Ativação do Grupo de Trabalho de Emergências Sanitárias sempre que condições epidemiológicas requeiram seu funcionamento;
- Criação do Grupo de Trabalho do Transtorno do Espectro Autista (TEA) para discutir e propor diretrizes com vistas ao estabelecimento da Política Integral à Saúde da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista;
- Estruturação de fluxos de encaminhamentos para o recebimento das auditorias realizadas nas unidades de saúde remetidas ao CES/PE;
- Estímulo aos CMS para análise de auditorias realizadas em unidades de saúde sob gestão municipal;
- Promoção de eventos/atividades voltadas para capacitação dos CMS e conselhos locais de saúde sob gestão estadual;

- Participação em fóruns para agregar conhecimento ao controle social, ao exemplo da inclusão de representantes do CES/PE em comitês estaduais de políticas de saúde, bem como, representação paritária em seminários, oficinas e afins;
- Publicização das ações do Conselho nos meios de comunicação em geral, além de veículos próprios como home page, jornal e boletins bimensais.

Desafios:

- Pautar oportunamente os problemas de saúde da população pernambucana;
- Implementar uma Política de Educação Permanente para o Controle Social e inseri-la na agenda das Secretarias de Saúde;
- Construir redes do Controle Social no território, capilarizando com as bases e movimentos sociais;
- Ampliar a comunicação com a sociedade.
- Fortalecer de forma oportuna as comissões permanentes e Grupos de Trabalho dos Conselhos com integração e articulação com a SES.
- Viabilizar novo espaço para sediar o CES/PE;
-

Quadro 39. Atividades desenvolvidas pelo Conselho Estadual de Saúde.

Atividades	Resultados						
	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Reuniões Ordinárias e Extraordinárias	15	13	11	12	07	16	14
Reuniões de Comissões Permanentes e Grupos de Trabalho	127	55	80	116	65	140	149
Resoluções Homologadas	34	34	48	30	19	24	25
Políticas Estaduais apreciadas e aprovadas	08	11	18	09	10	14	11
Deliberações do CES/PE	74	64	46	96	36	85	53
Número de Atas aprovadas	09	04	10	09	23	11	15
Pareceres Jurídicos				01	12	05	04
Denúncias recebidas	11	13	17	10	16	49	40
Auditorias recebidas	35	68	16	106	50	19	23
Eventos Realizados	01	10	03	15		08	28
Participação em Eventos	06 Eventos/ 25 conselheiros/as	12 Eventos/45 conselheiros/as	34 Eventos /74 conselheiros/as	48 Eventos/140 Conselheiros(as)	08 Eventos/16 conselheiros /as	09 Eventos/ 99 conselheiros /as	13 Eventos /32 conselheiros/as

Instrumentos de Gestão Apreciados e Aprovados	**04**	**04**	**04**	**04**	**03**	**04**	**04**

No período de 2016 a 2022, foram realizadas 12 Etapas Macrorregionais, 03 Conferências de Saúde Temáticas e 01 Conferência Estadual de Saúde, importantes momentos de avaliação da situação da saúde no Estado e país, momento de formulação de diretrizes para as políticas públicas no setor, reunindo cidadãos pela defesa da garantia de direitos, em atenção às necessidades da população.

OUVIDORIA DO SUS

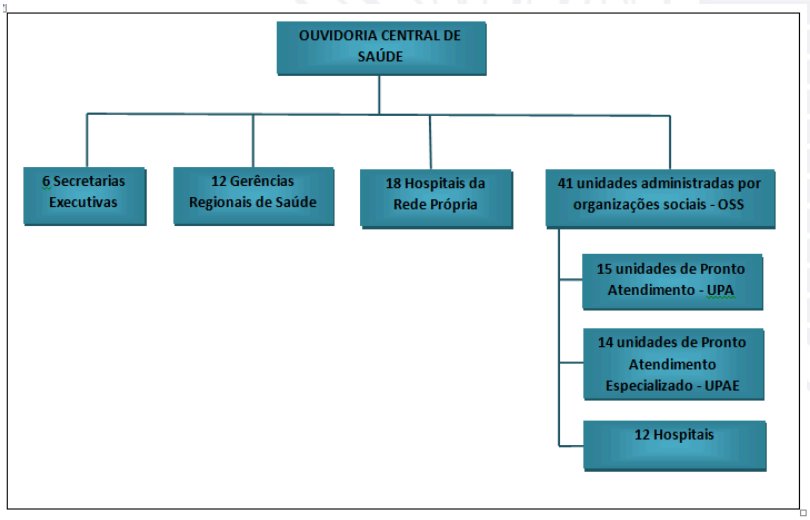
A Ouvidoria Central de Saúde é o setor responsável por receber manifestações dos cidadãos (ãs), como reclamações, denúncias, elogios, solicitações e sugestões acerca dos serviços e atendimentos prestados pelo SUS em Pernambuco. O seu principal objetivo é garantir e ampliar o acesso dos usuários (as) dos serviços públicos de saúde na busca efetiva de seus direitos.

Nesse contexto, a ouvidoria se constitui como espaço estratégico de comunicação entre usuários (as) e a gestão dos serviços, atuando enquanto ferramenta de gestão e instrumento de fortalecimento do controle social. Esse espaço de escuta é fundamental para a consolidação e fortalecimento do SUS.

A Ouvidoria Central de Saúde integra a Rede Estadual de Ouvidorias do Poder Executivo de Pernambuco, coordenada pela Ouvidoria Geral do Estado (OGE), bem como integra a Rede Nacional de Ouvidorias do SUS, coordenada pelo Departamento de Ouvidoria Geral do SUS (DOGES) do Ministério da Saúde. No âmbito do Estado, consolida-se a Rede Estadual de Ouvidorias do SUS – composta pela Ouvidoria Central de Saúde, Ouvidorias das Unidades Hospitalares, de Pronto Atendimento (UPA), de Pronto Atendimento Especializados (UPAE), de Gerências Regionais de Saúde (GERES) e de Ouvidorias Municipais de saúde.

Em sua atuação enquanto rede de ouvidorias de saúde, a Ouvidoria Central apoia tecnicamente os municípios que possuem Ouvidoria do SUS e os que queiram implantar, bem como as ouvidorias das unidades de saúde estaduais.

Figura 19. Rede de Ouvidorias e Interlocutores de Ouvidorias do SUS em Pernambuco.



Competências da Ouvidoria Central de Saúde SES/PE

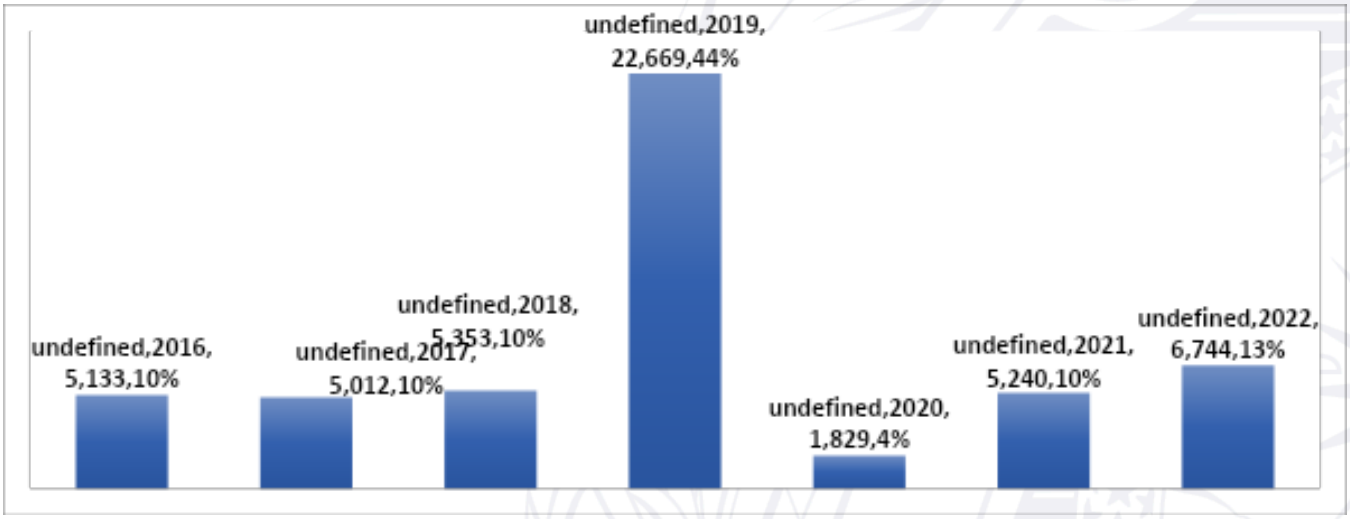
- Receber, analisar e encaminhar as manifestações dos usuários (as) dos serviços públicos de saúde;
- Articulação permanente com setores, órgãos e instituição responsáveis para resolução das demandas;

- Elaboração de relatórios gerenciais.

Relatórios

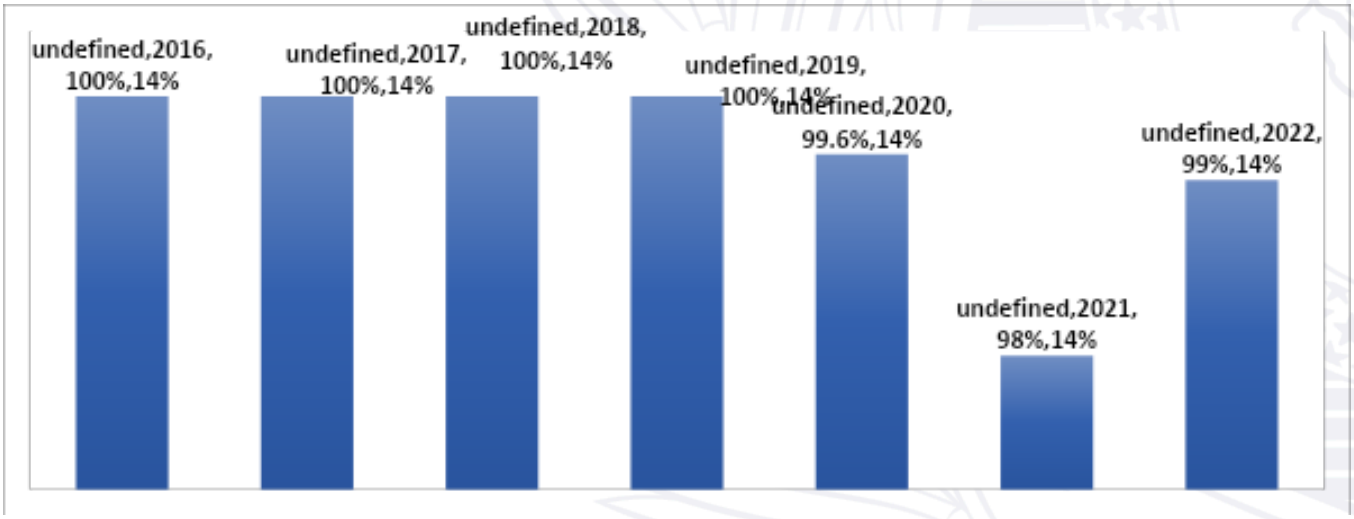
Nos gráficos abaixo, são apresentadas as informações sobre as manifestações de Ouvidoria registradas no período de 2016 a 2022.

Gráfico 86. Quantidade de manifestações registradas por ano.



Fonte: Sistemas OuvidorSUS/ GCON.

Gráfico 87. Percentual de resolutividade das manifestações por ano.



Fonte: Sistemas OuvidorSUS/ GCON.

Entre 2016 a 2022, foi registrado um total de 51.992 manifestações, das quais 99,7% foram concluídas. Contudo, nosso maior desafio é alcançar o objetivo de concluir as manifestações no prazo previsto na Lei Estadual nº 16.420, de 17 de Setembro de 2018, que regulamenta a Ouvidoria e define a necessidade de resposta em até 30 dias.

Avanços

- Portaria nº 1.975, de 29 de junho de 2018 do Ministério da Saúde (incentivo financeiro);
- Rede operacional vinculada ao OuvidorSUS;
- Incorporação de antigas funções da ouvidoria que eram separadas: ligue saúde e 0800 farmácia;
- Participação como validadores da unidade 2 do Curso Nacional de Qualificação de Auditorias e Ouvidorias do SUS;
- Participação na coordenação do Projeto *Ouvidoria em Ação*, realizada nos municípios de Caruaru (2016), Afogados da Ingazeira e Petrolina (2017), como parceiros da Ouvidoria Geral do Estado;
- Participação como validadores do referencial de qualidade no processo de Acreditação Institucional de Ouvidorias do SUS no Brasil;
- Realização do I Encontro Amigos da Ouvidoria, em 2018 ;
- Realização do I Fórum Amigos da Ouvidoria, em 2018 ;
- Ouvidoria premiada com o Prêmio Cecília Donnangelo de Ouvidoria SUS e com o Certificado da Ouvidoria Geral do SUS – 3º Ouvidoria do SUS, destaque em resolubilidade;
- Aumento contínuo do percentual de resolutividade de resposta às manifestações dos usuários;
- Reuniões periódicas com as ouvidorias dos grandes hospitais;
- Retomada das articulações juntos aos municípios para implantação de ouvidorias municipais do SUS (2022).

Observação: O call center da Ouvidoria que atendia o 0800.286.2828 foi suspenso desde 2019, consequentemente foi descontinuado o atendimento da farmácia e ligue saúde.

Desafios

- Ampliar o percentual de respostas das manifestações dentro do prazo previsto em Lei;
- Oferecer Educação Permanente para toda a rede de Ouvidoria, bem como para equipe técnica da ouvidoria;
- Viabilizar orçamento para a execução das ações previstas;
- Ampliar o número de ouvidorias municipais do SUS;
- Atingir 100% dos hospitais estaduais utilizando o sistema OuvidorSUS;
- Consolidação da pesquisa de satisfação dos usuários do SUS nos 6 grandes Hospitais;

- Implementar ações de divulgação da Ouvidoria;

- Valorização do papel das Ouvidorias do SUS enquanto instrumento de gestão para melhoria da qualidade dos serviços prestados.

COMITÊ ESTADUAL DE PREVENÇÃO AOS ACIDENTES DE MOTO (CEPAM)

Os sinistros de trânsito resultam na morte de aproximadamente 1,3 milhão de pessoas em todo o mundo a cada ano e deixam entre 20 e 50 milhões de pessoas com lesões não fatais. Mais de metade de todas as mortes e lesões causadas pelo trânsito envolvem utentes vulneráveis, ciclistas, motociclistas e seus passageiros. As lesões de trânsito são um importante problema de saúde pública global, configurando entre as dez principais causas de morte em países de baixa e média renda (OMS, 2022).

De acordo com o Panorama da morbimortalidade por lesões de trânsito no Brasil em 2019 houve 193 mil internações no SUS, foram gastos 287 milhões com internações, 78% dos óbitos ocorridos no trânsito foram vítimas do sexo masculino, e ocorreu 87 óbitos por dia neste ano (Ministério Da Saúde, 2021). Os motociclistas são as vítimas mais frequentes dos sinistros de trânsito, são mais vulneráveis por sua exposição corporal durante o impacto, e consequentemente estão envolvidos em lesões de trânsito com consequências mais graves. Atualmente, a magnitude das lesões e mortes não é um problema de trânsito apenas. As incapacidades e perdas de vida em idade produtiva apresentam consequências sociais e econômicas graves, como a dor da família e a fragmentação do lar desfeito pela morte ou sequela permanente; a perda produtiva na sociedade; os altos custos na área da saúde com internações hospitalares, procedimentos cirúrgicos e reabilitação das vítimas; o aumento do custo com a previdência social e seguro DPVAT; e, dentre eles, os valores intangíveis, pois cada vida importa (BRASIL, 2017).

De 2019 a 2022, as 17 Unidades Sentinela de Informação sobre Acidentes de Transporte Terrestre em Pernambuco registraram 154.763 notificações de vítimas atendidas, das quais 111.792 (72,2%) utilizavam no momento do acidente a motocicleta. São dados impactantes que demonstram a importância das ações desenvolvidas pela Secretaria de saúde a partir das atividades do Comitê estadual de prevenção de acidentes de moto e da Operação lei seca.

O CEPAM tem competências que precisam ser compartilhadas com os órgãos envolvidos com o trânsito, devendo realizar análise da situação referente aos acidentes de moto, a partir de dados fornecidos pelos órgãos ou entidades competentes. Todavia, com a vigência da Pandemia do COVID-19 os CRPAM (Comitê Regional De Prevenção Aos Acidentes De Moto) deixaram de atuar, bem como não houve a criação dos Comitês de avaliação de óbitos de trânsito nas 12 gerência de saúde no estado. Esses comitês são essenciais para acompanhar os indicadores relacionados às vítimas de acidentes de trânsito que são atendidos na rede de saúde e fundamentar as ações de promoção de vidas no trânsito. A reestruturação dos comitês com apoio das equipes da Operação lei seca e Gerência de acidentes de trânsito são fundamentais.

INOVAÇÃO EM SAÚDE

As Tecnologias da Informação e Comunicação (TIC) são compreendidas como um conjunto de recursos tecnológicos integrados entre si, que proporcionam – por meio das funções de hardware, software e telecomunicações, a automação e comunicação dos processos de negócios, da pesquisa científica e de ensino e aprendizagem. Essa integração entre pessoas, organizações e sistemas aponta para o desenvolvimento de um notável híbrido tecnológico, fazendo circular diferentes formas de informação e comunicação em tempo real no chamado espaço digital ou ciberespaço.

O setor saúde vem sendo fortemente influenciado pelo uso das TIC e é sensível à incorporação tecnológica, para fins terapêuticos, diagnósticos e de manutenção da vida, utilizando os conhecimentos e produtos da informática, novos equipamentos e materiais, porém tem sido menos agressivo na utilização de inovações no campo da organização e relações de trabalho.

Neste contexto, em 2019, foi criada a Diretoria de Inovação e Informatização em Saúde, vinculada diretamente ao Secretário de Saúde, responsável pela implementação da Estratégia de Transformação Digital da Secretaria, formulando propostas de articulação das diversas áreas técnicas do nível central e rede estadual de atenção à saúde.

Em seguida, serão detalhados os grupos que compõem as TIC: Infraestrutura, Aplicativos e a Conformidade com a Legislação:

Infraestrutura

Abrange todos os ativos físicos e softwares básicos necessários para que os Sistemas Aplicativos funcionem através deles. Compõem a Infraestrutura de TIC: equipamentos de grande porte, como os dos *DATACENTER*s, redes de comunicação de dados, estações de trabalho e impressoras, ativos de segurança, dispositivos móveis entre outros.

Aplicativos

Neste grupo, enquadram-se os tipos de software utilizados pelos(as) usuários(s), divididos em:

Softwares de Apoio ao Usuário Final: são softwares de automação de escritório, de correio eletrônico, chat, *web* conferência e os de uso específico de algumas áreas, como de desenho, planejamento, geoprocessamento entre outros.

Sistemas Aplicativos: são sistemas que apoiam as atividades de negócio exercidas nas diversas áreas da SES, podendo ser desenvolvidos, adquiridas soluções de mercado ou utilizadas soluções fornecidas pelo Ministério da Saúde ou outros entes do Governo.

Conformidade com a Legislação

Na Área de TIC, existem diversos instrumentos a serem seguidos, como leis, decretos, normas, resoluções, padrões, portarias, além de súmulas e acórdãos dos Tribunais de Contas, entre outros, representando instrumentos federais ou estaduais. A maioria deles trata dos processos de aquisição que abrange qualquer forma de obtenção, onerosa ou não, de bens ou serviços, incluindo a cessão de direito de uso, comodato, regime de parceria, serviços de terceiros, empréstimo por tempo determinado ou indeterminado e o uso de programas livres.

Além dos instrumentos, há uma série de alterações recentes estabelecidas em âmbito nacional e estadual, que visam garantir a conformidade no campo das TIC, como: Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais, Lei de

Acesso à Informação (LAI), Marco Civil da Internet, Lei Estadual sobre os Direitos dos Usuários dos serviços públicos, entre outros.

Desafios:

- Tornar a TIC estratégica;
- Identificar novos modelos para a contratação de produtos e serviços de forma menos custosa e burocrática;
- Aproveitar as iniciativas de inovação existentes no ecossistema de TIC;
- Garantir que as estratégias adotadas para o funcionamento das TIC na SES estejam de acordo com a legislação estabelecida.
- Implementação de Integração de Dados de Saúde na RES/RNDS (interoperabilidade, através Datelog e BigData PE;
- Sistemas de Soluções integradas centradas no cidadão, visando uma melhor qualidade dos serviços à sociedade;
- Implementação e modernização das camadas de segurança da informação para efetiva garantia das conformidades legais e proteção dos Dados de Saúde;
- Atualização do parque tecnológico de conectividade e acesso à rede de sistemas das unidades de saúde da SES.

TELESSAÚDE

A Diretoria Geral de Telessaúde (DGT), vinculada à Secretaria Executiva de Gestão Estratégica e Coordenação Geral (SEGECG), tem como objetivo implementar serviços de teleassistência, teleducação e telegestão, por meio de Tecnologias Digitais da Informação e Comunicação (TDIC) aplicadas à saúde, em consonância com a Política Estadual de Telessaúde (2018), que estabelece as competências das esferas de governo com relação à telessaúde.

A teleassistência, um dos componente da telessaúde, abrange os serviços de telediagnóstico, teleconsulta, teleconsultoria e segunda opinião formativa (SOF). Com relação ao telediagnóstico, Rede de Telecardiologia de Pernambuco (Telecardio-PE), conta com 250 pontos de em eletrocardiologia (Tele-ECG), abrangendo 144 municípios, nas regiões de saúde do Estado. Este serviço vem sendo desenvolvido em parceria com a Superintendência de APS, Coordenação da Saúde Prisional, Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI-PE), Diretoria Geral de Assistência em Saúde (DGAIS) e Diretoria Geral de Modernização e Monitoramento de Assistência à Saúde (DGMMAS) além do PROCAPE. Foram realizados mais de 198.196 exames eletrocardiograma de forma remota, destacando Pernambuco no cenário nacional pelo pioneirismo na oferta do telediagnóstico em ECG para a população privada de liberdade.

O serviço de teleconsulta iniciou em abril de 2020, diante da urgência da Covid-19. Até agosto de 2023, foram realizadas 44.667 teleconsultas, ao passo que ocorreu uma redução do quantitativo de consultas, devido ao retorno das atividades presenciais e o fim da pandemia. Atualmente, foram registradas 1763 consultas médicas no primeiro semestre de 2023 (média de 294 consultas por mês), sendo oferecidas por 06 estabelecimentos de saúde, utilizando a plataforma Clínic da empresa MV informática. O PROCAPE destaca-se pela oferta da teleconsulta em Cardiologia no ambulatório de anticoagulação oral, contabilizando 14.273 atendimentos. Os serviços de teleconsulta poderiam ser ampliados com apoio das Secretarias Executivas de Assistência à Saúde e Regulação em Saúde, a partir da instituição de um fluxo assistencial baseado nas estratégias de teleassistência

(teleconsulta, teleinterconsulta e telediagnóstico), visando garantir a priorização na média e alta complexidade dos usuários oriundos de atendimentos da APS, através de telessaúde.

A teleducação utiliza as TDIC's para contribuir na qualificação de profissionais da rede de saúde em Pernambuco. Ancorada na Política Estadual de Telessaúde, as ações da área envolvem a curadoria de conteúdos, baseados em evidências científicas e aplicáveis ao contexto de trabalho. Portanto, compõe um portfólio de serviços que conta com encontros síncronos (webpalestras e webseminários), cursos *online*, treinamentos, capacitações, Comunidade de Prática (CoPs), Grupo de Interesse Especial (SIG), produção de *podcasts*, SOF, preceptoria, projetos de extensão universitária, além de pesquisas, ebooks, publicações e apresentação em eventos científicos. Alguns Recursos Educacionais Abertos (REA) provenientes de encontros síncronos, *podcasts* e SOF são depositados no Acervo de Recursos Educacionais em Saúde (ARES) da Universidade Aberta do SUS (UNASUS), podendo ser consultados neste endereço: encurtador.com.br/jnKMV. Conta com 31.946 inscritos no Ambiente Virtual de Aprendizagem (AVA), totalizando 35.314 certificações geradas até setembro de 2023. Neste ambiente estão hospedados os recursos educacionais em saúde com foco na educação permanente e qualificação da gestão.

A SES-PE, em 2018, foi a primeira do país a ser homologada como membro da RUTE - RNP (Rede Universitária de Telessaúde - Rede Nacional de Pesquisa). Assim, criou o SIG de Economia da Saúde, que tem por objetivo instituir a cultura da economia da saúde como ferramenta para tomada de decisão, buscando alinhamento entre a necessidade de saúde da população, custo, financiamento, eficiência, eficácia e efetividade dos serviços ofertados. Foi instituído em 2019, em parceria com a Diretoria Geral de Gestão Estratégica e Articulação Interfederativa e o Núcleo de Economia da Saúde desta secretaria. É composto por gestores e profissionais de saúde que conduzem esse espaço colaborativo em pesquisa, inovação, gestão e educação.

A oferta do serviço de teleconferência iniciou em agosto de 2015 por meio, na ocasião, da instituição da RVS. A integração a RUTE- RNP, provê um link de alto desempenho, equipamentos e ferramentas de webconferência, o que possibilitou a utilização de salas virtuais de webconferência através da ferramenta Mconf. Foram criadas 45 salas virtuais para atender os diversos setores a nível central da SES-PE, Escola de Saúde Pública e as Gerências Regionais de Saúde, além de serem realizadas 4.670 sessões de videocolaboração e 109.357 profissionais beneficiados, até setembro de 2023.

ECONOMIA DA SAÚDE

A Economia da Saúde é o campo de conhecimento voltado para o desenvolvimento e uso de ferramentas de economia na análise, formulação e implementação das políticas de saúde. Envolve estudo e desenvolvimento de metodologias relacionadas ao financiamento do sistema, a mecanismos de alocação de recursos, à avaliação tecnológica, à apuração e gestão dos custos, entre outros.

A gestão de custos compõe todos os gastos e investimentos necessários para que a instituição de saúde possa realizar suas atividades. Em especial, serve para direcionar o planejamento estratégico e contribui para a melhoria dos gastos em saúde, não necessariamente para a diminuição, pois há muitas vezes necessidade de ampliação dos mesmos para promover a melhoria da qualidade da atenção prestada aos usuários do Sistema Único de Saúde.

A Economia da Saúde em Pernambuco tem como foco prioritário, desde 2015, a implantação da gestão de custos nos serviços de saúde da rede estadual, trabalhando no fortalecimento e institucionalização da cultura dos custos em saúde pública. Atualmente é coordenada pela Secretaria Executiva de Gestão Estratégica e Coordenação Geral (SEGECG/SES-PE), por meio da Diretoria Geral de Gestão Participativa (DGGP), da Superintendência de Planejamento e Governança e da Gerência de Informação em Saúde (GIS).

Implantação da Gestão de Custos em Unidades de Saúde

A Secretaria Estadual de Pernambuco, por meio das portarias SES nº 428/2015 e 464/2015 constituiu o Núcleo Estadual de Economia da Saúde (NES-PE) e os Núcleos de Economia da Saúde Hospitalar (NES-HOSP). Os esforços, inicialmente, foram direcionados para a implantação dos NES-HOSP em unidades da administração direta. Porém tal demanda foi ampliada para os diversos tipos de Unidades de Saúde da rede estadual. Com meta de implantação da Gestão de Custos em 03 (três) serviços de saúde por ano.

O NES-PE tem como missão implantar a gestão de custo na rede estadual de saúde e segue as orientações do Programa Nacional de Gestão de Custos (PNGC) do Ministério da Saúde, implantando o Sistema de Apuração e Gestão de Custos do SUS (APURASUS) nas unidades de saúde, além de participar da Rede de Economia da Saúde para a Gestão do SUS (Rede ECOS).

Unidades com a Gestão de Custos implantada e utilizando o APURASUS:

1. Procape;
2. Centro Integrado de Saúde Amaury de Medeiros (CISAM);
3. Hospital Universitário Osvaldo Cruz;
4. Hospital da Restauração;
5. Hospital Barão de Lucena;
6. Hospital Agamenon Magalhães;
7. Hospital Regional do Agreste;
8. Hospital Correia Picanço;
9. Hospital Ulysses Pernambucano;
10. Hospital Regional Dom Moura;
11. Hospital Regional Fernandes Salsa.

Unidades com a Gestão de Custos implantada e em andamento no ApuraSUS:

12. Hospital Jesus Nazareno;
13. Hospital Regional Inácio de Sá;
14. Diretoria Geral de Assistência Farmacêutica.
15. HEMOPE – Hemoterapia;
16. HEMOPE – Hematologia.

Unidades em processo de Implantação da Gestão de Custos:

1. Hospital Otávio de Freitas;
2. Hospital Getúlio Vargas.
3. Hospital Regional Geral de Areias;
4. Hospital e Policlínica Jaboatão Prazeres.

Monitoramento da Gestão de Custos

O monitoramento ocorre de forma contínua com a análise dos indicadores que sinalizam em relação a problemas que deverão ser enfrentados pelos gestores. A Gestão de Custos em Pernambuco tem como linhas de monitoramento:

- A institucionalização dos núcleos de economia em unidades de saúde;
- A implantação da gestão de custos nas unidades de saúde;
- A análise de eficiência dos processos instituídos.

É realizado mensalmente através de apoio técnico às unidades de saúde, acompanhando os processos por meio de critérios que correspondem a Infraestrutura da unidade para apoiar a implantação da gestão de custos;

Suporte institucional disponibilizado; Mobilização dos integrantes dos núcleos de economia; Sensibilização dos setores envolvidos; Alimentação do sistema APURASUS e Análise dos relatórios disponibilizados pelo APURASUS.

Resultados Alcançados

Quadro 40. Deflagração, implantação e portarias dos Núcleos de Economia da Saúde de Pernambuco. Período 2013 a 2023.

UNIDADE DE SAÚDE	DEFLAGRAÇÃO	IMPLANTAÇÃO	PORTARIAS
1.Procape;	Set/2017	Out/2018	Portaria Conjunta SES/SECTI nº 001 de 01/11/2017
2.Centro Integrado de Saúde Amaury de Medeiros (CISAM);	Out/2018 Maio/2020	- Dez/2020	Portaria SES/SECTI nº001 de 26/09/2022
3.Hospital Universitário Osvaldo Cruz;	Ago/2018 Ago/2020	- Dez/2020	-
4.Hospital da Restauração;	Dez/2015	Nov/2017	Portaria SES nº 464 de 10/12/2015 Portaria SES nº 543 de 01/11/2017
5.Hospital Barão de Lucena;	Dez/2015	Mar/2017	Portaria SES nº 563 de 19/09/2013 Portaria SES nº 464 de 10/12/2015 Portaria SES nº 541 de 01 de novembro de 2017
6.Hospital Agamenon Magalhães;	Dez/2015	Mar/2017	Portaria SES nº 464 de 10/12/2015 Portaria SES nº 540 de 01/11/2017
7.Hospital Regional do Agreste;	Dez/2016	Nov/2017	Portaria SES nº 545 de 01/11/2017
8.Hospital Correia Picanço;	Dez/2015	Nov/2017	Portaria SES nº 464 de 10/12/2015 Portaria SES nº 542 de 01/11/2017
9.Hospital Ulysses Pernambucano;	Out/2017	Out/2018	Portaria SES nº 088 de 14/03/2018

10.Hospital Regional Dom Moura;	Dez/2015	Mar/2017	Portaria SES nº 464 de 10/12/2015 Portaria SES nº 542 de 01/11/2017 Portaria SES nº 595 de 23/09/2022
11.Hospital Regional Fernandes Salsa.	Dez/2015	Mar/2017	Portaria SES nº 464 de 10/12/2015
12.Hospital Jesus Nazareno;	Dez/2016 Jun/2022	Out/18 Dez/2022	Portaria SES nº 547 de 01/11/2017 Portaria SES nº 432 de 29/06/2022
13.Hospital Regional Inácio de Sá;	Out/2017 Jun/2022	Out/2018 Dez/2022	Portaria SES nº 546 de 01/11/2017 Portaria SES nº 430 de 29/06/2022
14.Diretoria de Assistência Farmacêutica.	Jun/2017	Out/2018	Portaria SES nº 089 de 14/03/2018
15.HEMOPE – Hemoterapia;	Jul/2019 Fev/2021	- Dez/2021	Portaria Conjunta SES/HEMOPE nº 001 de 30/11/2020
16.HEMOPE – Hematologia.	Nov/2020 Fev/2021	- Dez/2021	Portaria Conjunta SES/HEMOPE nº 001 de 30/11/2020
17.Hospital Otávio de Freitas;	Dez/2015 Jun/2023	Nov/2017 andamento	Portaria SES nº 563 de 19/09/2013 Portaria SES nº 464 de 10/12/2015
18.Hospital Getúlio Vargas.	Dez/2015 Out/2019 Julho 2021 Jun/2022 Maio/2023	- - Dez/2021 - andamento	Portaria SES nº 464 de 10/12/2015 Portaria SES nº 518 de 24/07/2021 Portaria SES nº 431 de 29/06/2022
19.Hospital Regional Geral de Areias;	Out/2017 Jul/2023	Out/2018 andamento	Portaria SES nº 087 de 14/03/2018
20.Hospital e Policlínica Jaboatão Prazeres.	Nov/2017	andamento	-

21.HOSPAM*	**Ago/2017** **Jul/2020**	**-** **Dez/2020**	**-**
22.HRBC*	**Fev/2017**	**Mar/2017**	**-**
23 PM*	**Set/2019**	**-**	**-**
24.HSE*	**Nov/2019**	**-**	**-**

***Unidades com o PNGC suspenso.**

Fonte: SES/SEGECG/DGGP/NES-PE 2023

Quadro 41. Demonstrativo das principais ações realizadas pelo Núcleo Estadual de Economia da Saúde. Período 2015 a 2023.

AÇÕES	PRODUTO	RESULTADOS 2015 - 2023
Reuniões com os NES-HOSP	**Reuniões**	**60**
Apoio Técnico aos NES-HOSP	**Visitas**	**889**
Realização de Oficinas de Gestão de Custos/Análise de relatórios	**Pessoas Capacitadas**	**206**
Realização de Oficinas de Análise de relatórios	**Pessoas Capacitadas**	**50**
Trabalhos Científicos	**Trabalhos**	**25**
Especialização em Economia da Saúde	**Alunos**	**17**
Boletins Informativos em Economia da Saúde	**Publicações**	**14**
Realização de Oficina sobre as Potencialidades da Economia da em parceria com a Abres	**Pessoas Capacitadas**	**30**
Realização do Curso APURASUS	**Pessoas Capacitadas**	**87**
Realização de Oficina de Planejamento Estratégico da Saúde	**Pessoas Participantes**	**21**
Realização do SIG Economia da Saúde	**Aulas**	**42**
Publicação de Manual PNGC PE	**Documento publicado**	**1**
Publicação de Regimento Interno NES-HOSP	**Documento publicado**	**1**
Elaboração da Política Estadual de Gestão de Custos	**Documento**	**1**
Contratação de Apoiadoras NES-PE	**Pessoas contratadas**	**2**

Fonte: SES/SEGECG/DGGP/NES-PE 2023

Principais Desafios Enfrentados

O controle dos custos em todos os setores da economia representa um grande desafio para a gestão pública ou privada. Na Saúde, o envelhecimento da população, o agravamento da crise econômica, entre outros aspectos, são fatores que promovem o aumento da demanda por ações e serviços de saúde: as demandas são crescentes e os recursos cada vez mais escassos.

Neste sentido, implantar a Política de Economia da Saúde, e em especial a gestão de custos em saúde requer uma ação fortemente institucional no sentido de promover uma cultura no âmbito da SES-PE e Unidades de Saúde, de melhorar a Eficiência e Efetividade desses gastos a fim de otimizar os recursos disponibilizados para o funcionamento do setor.

Portanto, o desafio ora apresentado se relaciona com a disponibilidade de infra estrutura e pessoal exclusivo para operacionalizar a gestão de custo nos serviços públicos, participação e apoio dos gestores das unidades de saúde nas reuniões de monitoramento, participação no SIG Economia da Saúde e implantação da gestão à vista, promovendo o debate no âmbito das Unidades de Saúde e SES, colaborando para a compreensão e proposição de soluções.

CONTROLE INTERNO

O Controle Interno é um conjunto de processos, políticas, práticas e procedimentos estabelecidos por uma organização para gerenciar e supervisionar suas operações, recursos e atividades. Presente tanto em organizações públicas quanto privadas, desempenha um papel fundamental no aprimoramento dos processos administrativos, financeiros e patrimoniais e visa garantir a eficiência operacional, a conformidade com leis e regulamentos, a proteção de ativos, a gestão de riscos e a produção de informações confiáveis para tomada de decisões.

Em 2019, a Secretaria Estadual de Saúde (SES) tomou medidas decisivas para fortalecer seu controle interno. A criação da Assessoria Especial de Controle Interno (AECI) no organograma da secretaria marcou um passo significativo nessa direção. Embasada pelo Decreto 47.087/2019, a AECI foi incumbida das atribuições específicas que visam otimizar os processos de governança pública e garantir a correta condução das políticas públicas e a prestação de serviços que beneficiam a sociedade.

No decorrer de 2022, a AECI passou a ser denominada como Diretoria Geral de Controle Interno (DGCI). A Diretoria Geral de Controle Interno tem como responsabilidade principal dirigir, propor e acompanhar as atividades executadas pela Ouvidoria Central de Saúde e pela Gerência de Controle Interno, juntamente com suas unidades especializadas. Estas unidades desempenham funções cruciais no fortalecimento do controle interno no âmbito da Secretaria Estadual de Saúde.

A perspectiva da Diretoria de Controle Interno é fortalecer a governança da Secretaria, promovendo transparência, integridade nas operações internas e fornecer suporte na identificação de riscos, além de identificar oportunidades de aprimoramento e fomentar o cumprimento de regulamentos e normas.

A estrutura da DGCI consolida a abordagem holística da SES em relação ao controle interno, incluindo a Ouvidoria Central de Saúde, a Gerência de Controle Interno (GCI) e suas Unidades, que são: Gestão de Orientação e Normatização (GON), Gestão de Transparência, Integridade e Gestão de Riscos (GTR), Gestão de Regularidade, Prestação de Contas e Atendimento aos Órgãos de Controle (GPA), Gestão de Correição (GCO), a secretaria demonstra seu comprometimento em abordar diferentes aspectos de governança e controle.

Nesse sentido, o desafio é aprimorar as ações da Ouvidoria Central de Saúde e das Unidades da Gerência de Controle Interno. Suas atribuições incluem:

Ouvidoria Central de Saúde:

- receber, analisar e responder a todas as manifestações e pedidos de acesso à informação, promovendo a comunicação eficaz entre os usuários e a SES, enfatizando a transparência;
- gerar informações gerenciais a partir das manifestações dos usuários, contribuindo para melhorar a qualidade dos serviços de saúde e identificar problemas e soluções;
- apoiar a criação e fortalecimento das ouvidorias municipais do Sistema Único de Saúde (SUS), descentralizando o controle interno e aumentando a participação cidadã local;
- oferecer suporte técnico e orientações às ouvidorias do SUS existentes no estado, garantindo boas práticas e uniformidade em todo o sistema;
- defender os direitos dos usuários de serviços públicos de saúde, seguindo as diretrizes da legislação, e aprimorar a qualidade dos serviços de saúde prestados.

A Ouvidoria Central de Saúde desempenha um papel crucial na promoção da transparência, na participação cidadã e no aprimoramento contínuo do sistema de saúde estadual, possibilitando que as vozes dos usuários sejam ouvidas e que seus direitos sejam respeitados.

Gestão de Correição (GCO):

- coordenar as atividades relacionadas aos Processos Administrativos Disciplinares, Processos Administrativos de Aplicação de Penalidade e Tomadas de Contas Especial, garantindo que esses processos sejam conduzidos de maneira justa e imparcial;
- acompanhar as etapas dos processos, incluindo a verificação de prazos e a coleta de evidências, e
- realizar o monitoramento contínuo das atividades relacionadas aos processos disciplinares, de penalidade e às Tomadas de Contas Especial, assegurando que todas as partes envolvidas estejam cientes do andamento dos processos e que as medidas necessárias sejam tomadas quando necessário.

Gestão de Regularidade, Prestação de Contas e Atendimento aos Órgãos de Controle (GPA):

- monitorar a conformidade legal, fiscal, financeira e administrativa da SES, com vistas a garantir que a organização cumpra todas as leis, regulamentos e normas pertinentes;
- coordenar a elaboração e apresentação das prestações de contas das unidades vinculadas à SES e ao Fundo Estadual de Saúde, assegurando que os relatórios financeiros e gerenciais estejam em conformidade com os requisitos legais;
- auxiliar na preparação de defesas em resposta a auditorias e inspeções de órgãos de controle externo, gerenciando eficazmente o fluxo de informações e respostas;
- acompanhar a implementação das recomendações feitas por órgãos e instituições de controle externo, visando garantir ações corretivas e promover a melhoria contínua na gestão e na transparência da SES.

Gestão de Orientação e Normatização (GON):

- disseminar informações relacionadas às atividades de controle interno, promovendo o compartilhamento de conhecimentos essenciais;
- responder consultas originadas das áreas técnicas da Secretaria, oferecendo orientações e esclarecimentos necessários;
- elaborar de boletins, cartilhas, orientações, regulamentos e outros normativos relacionados ao Controle Interno, visando padronizar procedimentos e diretrizes;
- acompanhar a implementação da política de proteção de dados da SES, assegurando a conformidade com regulamentações e diretrizes de segurança de informações;
- orientar a implantação de controles internos de primeira linha, com foco nas prioridades, contribuindo para a eficácia e eficiência das operações da SES.

Gestão de Transparência, Integridade e Gestão de Riscos (GTR):

- planejar e promover ações destinadas a aprimorar a transparência das atividades e operações da Secretaria;
- monitorar o cumprimento dos normativos legais relacionados ao acesso à informação e à transparência na gestão, com vistas a assegurar que a SES esteja em conformidade com todas as obrigações legais nesse contexto;
- desenvolver e implementar ferramentas e estratégias de integridade e gestão de riscos específicas para a SES, incluindo a criação de diretrizes, políticas e procedimentos para identificar, avaliar e mitigar riscos relacionados à gestão de recursos e processos;
- promover uma cultura de integridade e gestão de riscos em toda a SES, envolvendo a sensibilização, treinamento e engajamento de funcionários em práticas e comportamentos éticos, além de incentivar a identificação proativa de riscos e a busca por soluções preventivas.

Além disso, a Diretoria Geral de Controle Interno também exerce um papel fundamental ao coordenar tecnicamente a Comissão Mista de Avaliação dos contratos de Gestão, garantindo a avaliação rigorosa e eficaz desses contratos.

A Diretoria Geral de Controle Interno desempenha uma importante função na promoção da transparência, eficiência e conformidade dentro da Secretaria Estadual de Saúde, contribuindo significativamente para o alcance dos objetivos estabelecidos no Plano Estadual de Saúde.

COMUNICAÇÃO

Dos últimos anos, o maior desafio da Superintendência da Saúde ocorreu durante a pandemia da COVID-19. Uma doença nova, que mudou a realidade do planeta. A comunicação, diante do fato, teve o papel fundamental de minimizar as novas ondas do coronavírus, a partir da disseminação de informações com embasamento científico.

O ano de 2020 e 2021 foram fundamentais para o fortalecimento da comunicação em saúde. A rotina das redações foi modificada, a Internet passou a ser a principal fonte de notícias e, por entender os desafios que surgiam, a Assessoria de Comunicação da Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco se adaptou às novas demandas.

Boletins diários foram formulados e enviados à imprensa e as entrevistas coletivas on-line tornaram-se cada vez mais recorrentes. Por meio de estratégicas inerentes à área, pôde-se tornar relevante a ciência como meio central - e indiscutível -, na luta contra esse novo mal. Além disso, construiu-se canais que levaram à sociedade a informação de eventos significativos, como a chegada das doses de vacinas contra a COVID-19.

Além da necessidade de conter o vírus, foi objetivo da comunicação expor questões relacionadas à prevenção e ao controle de outras doenças que não desapareceram do Estado em virtude da pandemia. Por meio de novas tecnologias foi possível apresentar dados referentes à abertura de novos leitos de cuidados intensivos e apresentar informações através da Telessaúde sobre todo tipo de doenças.

Com a pandemia, os veículos digitais se fortaleceram. Assim, as notícias chegaram mais rapidamente aos milhares de usuários. Nesse sentido, a Comunicação teve papel decisivo na gestão da informação e divulgação com responsabilidade e agilidade, de forma clara, objetiva e transparente.

Essa Comunicação, fortalecida no momento da maior crise sanitária deste século, tornou-se não só estratégica, mas fundamental para consolidar a imagem do Sistema Único de Saúde (SUS) em todo o país. Destaca-se Pernambuco, que sempre esteve no centro das discussões nacionais, estabelecendo-se como

vanguarda na divulgação de informações guiadas por especialistas, que retratavam a temática, como compra de vacinas e abertura de leitos, com qualidade e respeito aos interlocutores.

Além do desafio da pandemia, a Superintendência de Comunicação da SES-PE tem por função coordenar ações relativas à assessoria de imprensa, à publicidade, ao desenvolvimento de campanhas, à comunicação institucional e à cobertura jornalística da pasta. O setor é formado por profissionais de comunicação social, com habilidades em jornalismo, fotojornalismo, design, além de videomaker que presta suporte no produto audiovisual elaborado na secretaria.

Desde que foi criado o setor na secretaria, buscam-se os mais diversos caminhos para emplacar pautas positivas, levando em consideração a transparência e o serviço à população. Por meio dos profissionais de comunicação, a SES-PE apresenta-se como importante fonte de dados para os veículos da região. É referência na oferta de entrevistados, pelo quadro de especialistas que dispõe na pasta, e pelo banco de números, dos mais diversos, que municiam, esclarecem e trazem credibilidade às produções dos veículos da imprensa local e nacional.

Apenas no primeiro quadrimestre de 2019, foram catalogadas 3.217 notícias sobre a SES-PE na mídia, sendo 42,6% positivas. Entre os assuntos de destaque notam-se obras, investimentos, ações e campanhas feitas ao longo desse período.

Para ampliar o alcance e a repercussão dessas ações, a Superintendência tem trabalhado no plano de Comunicação da SES. Com o objetivo de inovar e chegar ainda mais perto da sociedade, novas ferramentas estão sendo desenvolvidas, principalmente as digitais. Assim como outras propostas de materiais estão sendo estudados, bem como canais de divulgação e campanhas educativas de Saúde Pública.

No dia a dia da redação da Superintendência, destacam-se as reuniões semanais de pauta para a divulgação das ações da Secretaria e as discussões diárias que envolvem as estratégias comunicacionais visando ao maior alcance de audiência. Nesta gestão, busca-se dar vez ao interior do Estado, com espaço para a realização das Gerências Regionais de Saúde (Geres), e expandir os serviços de comunicação para outros equipamentos diretamente ligados à SES-PE, exemplos do HEMOPE e do Lafepe.

MACROFUNÇÃO DE FINANCIAMENTO ESTATAL

Financiamento do SUS

A Constituição Federal de 1988 determina que as três esferas de governo (União, Estados, Distrito Federal e Municípios) financiem o Sistema Único de Saúde - SUS, gerando receita necessária para custear as despesas com ações e serviços públicos de saúde. No entanto, planejar esse financiamento, promovendo arrecadação e repasse necessários de forma a garantir a universalidade e integralidade do sistema, tem se mostrado uma questão bem delicada. As restrições orçamentárias para o setor e a necessidade urgente de superá-las fazem com que as discussões sobre o financiamento ocupem constantemente a agenda dos movimentos sociais e políticos que atuam em defesa do SUS.



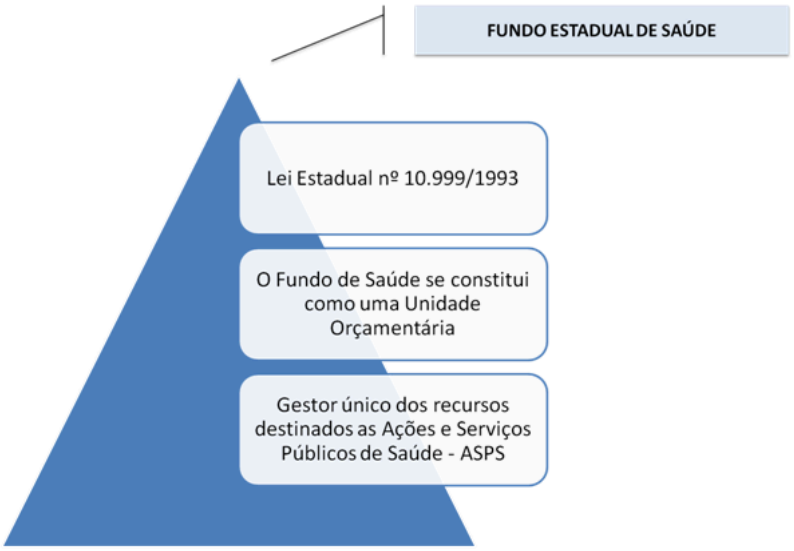
Os percentuais mínimos de aplicação de recursos financeiros dos municípios, estados e União no SUS são definidos atualmente pela Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, resultante da sanção presidencial da Emenda Constitucional nº 29/2000.

Para fins de apuração da aplicação dos recursos mínimos estabelecidos na Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, é considerada como despesa com ações e serviços públicos de saúde aquelas voltadas para a promoção, proteção e recuperação da saúde que atendam, simultaneamente, aos princípios estatuídos no art. 7º da Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, e às seguintes diretrizes:

- Sejam destinadas às ações e serviços públicos de saúde de acesso universal, igualitário e gratuito;
- Estejam em conformidade com objetivos e metas explicitados nos Planos de Saúde de cada ente da Federação; e
- Sejam de responsabilidade específica do setor da saúde, não se aplicando a despesas relacionadas a outras políticas públicas que atuam sobre determinantes sociais e econômicos, ainda que incidentes sobre as condições de saúde da população.

Além de atender aos critérios estabelecidos acima, as despesas com ações e serviços públicos de saúde realizados pela União, pelos estados, pelo Distrito Federal e pelos municípios deverão ser financiadas com recursos movimentados por meio dos respectivos fundos de saúde, instituídos por lei.

O Fundo Estadual de Saúde de Pernambuco foi devidamente instituído pela Lei Estadual nº 10.999, de 15 de dezembro de 1993, e se constitui como único receptor e gestor dos recursos financeiros do Sistema Único de Saúde – SUS, no âmbito estadual.



Pela Lei Complementar nº 141/2012, são consideradas despesas com ações e serviços públicos de saúde àquelas referentes à:

- Vigilância em saúde, incluindo a epidemiológica e a sanitária;
- Atenção integral e universal à saúde em todos os níveis de complexidade, incluindo assistência terapêutica e recuperação de deficiências nutricionais;
- Capacitação do pessoal de saúde do Sistema Único de Saúde;
- Desenvolvimento científico e tecnológico e controle de qualidade promovidos por instituições do SUS;
- Produção, aquisição e distribuição de insumos específicos dos serviços de saúde do SUS, tais como: imunobiológicos, sangue e hemoderivados, medicamentos e equipamentos médico-odontológicos;
- Saneamento básico de domicílios ou de pequenas comunidades, desde que seja aprovado pelo conselho de saúde do ente da Federação financiador da ação e esteja de acordo com as diretrizes das demais determinações previstas nesta Lei Complementar;
- Saneamento básico dos distritos sanitários especiais indígenas e de comunidades remanescentes de quilombos;
- Manejo ambiental vinculado diretamente ao controle de vetores de doenças;
- Investimento na rede física do SUS, incluindo a execução de obras de recuperação, reforma, ampliação e construção de estabelecimentos públicos de saúde;
- Remuneração do pessoal ativo da área de saúde em atividade nas ações de que trata este artigo, incluindo os encargos sociais;
- Ações de apoio administrativo realizadas pelas instituições públicas do SUS e imprescindíveis à execução das ações e serviços públicos de saúde; e gestão do sistema público de saúde e operação de unidades prestadoras de serviços públicos de saúde.

De acordo com Lei Complementar nº 141/2012, não são consideradas despesas com ações e serviços públicos de saúde aquelas decorrentes de:

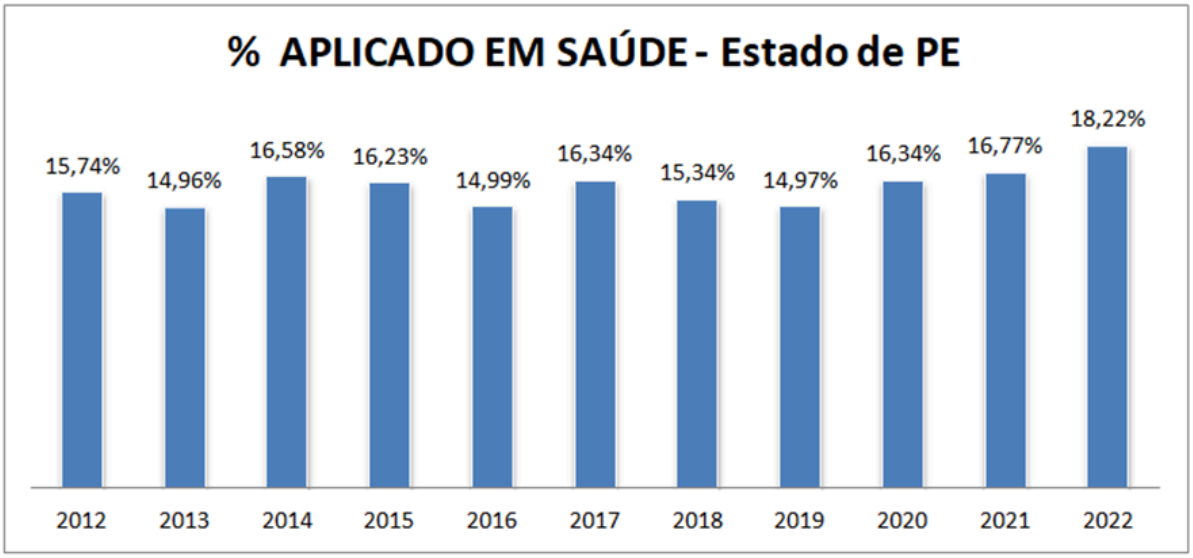
- Pagamento de aposentadorias e pensões, inclusive dos servidores da saúde;
- Pessoal ativo da área de saúde quando em atividade alheia à referida área;
- Assistência à saúde que não atenda ao princípio de acesso universal;
- Merenda escolar e outros programas de alimentação, ainda que executados em unidades do SUS, ressalvando-se o disposto no inciso II do art. 3º;
- Saneamento básico, inclusive quanto às ações financiadas e mantidas com recursos provenientes de taxas, tarifas ou preços públicos instituídos para essa finalidade;

- Limpeza urbana e remoção de resíduos;
- Preservação e correção do meio ambiente, realizadas pelos órgãos de meio ambiente dos entes da Federação ou por entidades não governamentais;
- Ações de assistência social;
- Obras de infraestrutura, ainda que realizadas para beneficiar direta ou indiretamente a rede de saúde; e
- Ações e serviços públicos de saúde custeados com recursos distintos dos especificados na base de cálculo definido nesta Lei Complementar ou vinculados a fundos específicos distintos daqueles da saúde.

Por esta lei, municípios devem aplicar, anualmente, no mínimo, 15% (quinze por cento) da arrecadação dos impostos em ações e serviços públicos de saúde, cabendo aos estados e ao Distrito Federal 12% (doze por cento), deduzidas as parcelas que forem transferidas aos respectivos municípios. No caso da União, o valor mínimo e normas de cálculo do montante mínimo a ser aplicado anualmente em ações e serviços públicos de saúde vêm sofrendo alterações, desde a Constituição Federal de 1988.

O Estado de Pernambuco vem ampliando progressivamente a aplicação dos recursos próprios em ações e serviços em saúde acima do mínimo estabelecido na Lei Complementar n° 141/2012, conforme fica claro no gráfico abaixo.

Gráfico 88. Percentual aplicado em Saúde – Estado de PE.



Fonte: *SIOPS.*

Considerando o tamanho da rede de saúde e o apoio que o estado garante para toda a região Nordeste, Pernambuco é o estado da Região Nordeste que mais investe recursos próprios em ações e serviços públicos de saúde, tendo esse percentual aumentado nos últimos anos.

Tabela 45. Percentual aplicado em Saúde – Estados do Nordeste.

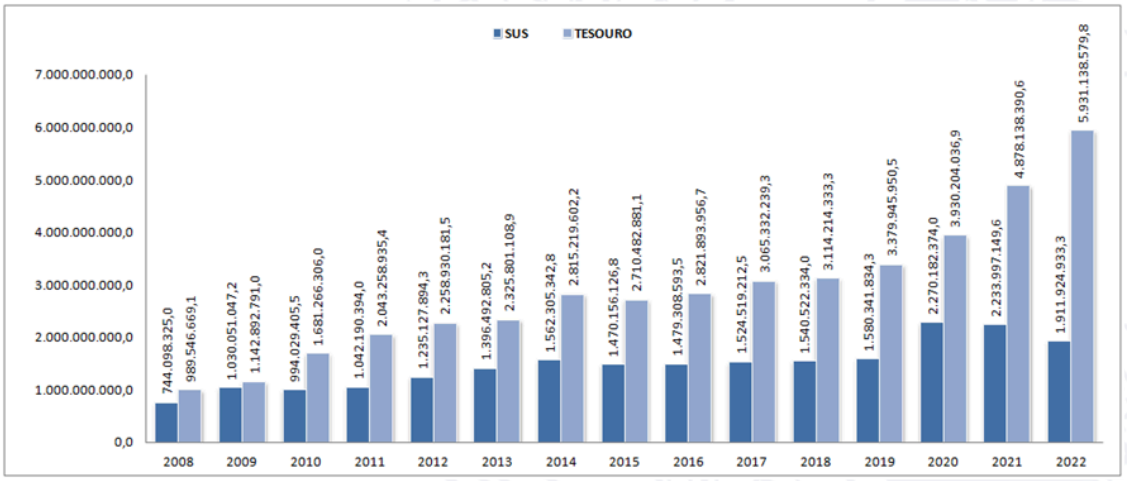
ESTADO	2019	2020	2021	2022
Maranhão	14,37%	13,45%	14,88%	14,53%
Piauí	12,05%	15,66%	14,58%	15,59%
Ceará	13,42%	16,01%	15,27%	16,24%
Rio Grande do Norte	12,10%	13,58%	12,69%	13,48%
Paraíba	12,22%	12,09%	12,23%	12,45%
Pernambuco	14,97%	16,58%	17,12%	18,82%
Alagoas	12,08%	12,39%	16,26%	17,11%
Sergipe	12,28%	12,53%	14,49%	16,51%
Bahia	12,96%	12,95%	12,63%	14,25%

Fonte: SIOPS.

É importante observar que ao longo dos anos, segundo dados do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS), os entes subnacionais vêm aportando mais recursos em ações e serviços públicos em saúde do que a União, que fica com a maior "fatia" dos impostos arrecadados no país.

Ao se analisar o período de 2008 a 2022 observa-se o Estado de Pernambuco como o principal financiador das Ações e Serviços Públicos em Saúde – ASPS, com o crescimento progressivo do aporte de recursos financeiros, onde no exercício de 2022, o percentual do orçamento disponibilizado pelo Estado foi de 75%, enquanto que o da União foi 25%.

Gráfico 89. Despesa Liquidada por Fonte de Recurso (Estado x União).



O Estado de Pernambuco vem arcando com mais de 2/3 (dois terços) o financiamento da rede estadual de saúde, reflexo da queda significativa do financiamento federal às ações e serviços públicos de saúde, o que está comprometendo significativamente os cofres do tesouro estadual.

Teto MAC

O financiamento do Sistema Único de Saúde é de responsabilidade das três esferas de governo, como determina a Constituição Federal de 1988. No que se refere a participação da União, as transferências de recursos aos estados, Distrito Federal e municípios estão disciplinadas pela portaria ministerial nº 204/2007, cujo texto foi transcrito para a Portaria de Consolidação nº 6, com a modificação dada pela Portaria GM/MS nº 3992/2017, que transforma o que eram blocos em grupos de financiamento que integram um único bloco de custeio, incluindo o que se destina às ações e serviços ambulatoriais e hospitalares, conhecido como Limite Financeiro da Média e Alta Complexidade, ou Teto MAC.

Os recursos de MAC possuem dois componentes: Limite Financeiro da Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar e Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC). O primeiro destina-se ao financiamento de procedimentos (Teto MAC, em regra atrelado à prestação de serviços de saúde – produção) e de incentivos permanentes (geralmente associados à existência do serviço – remuneração da estrutura), sendo transferidos mensalmente do Fundo Nacional de Saúde (FNS) aos fundos de saúde de estados, DF e municípios, conforme Programação Pactuada e Integrada (PPI), para custeio de ações de média e alta complexidade em saúde. Já o FAEC diz respeito a questões específicas, como transplantes e procedimentos vinculados; ações estratégicas ou emergenciais, de caráter temporário e implementadas com prazo pré-definido; bem como os novos procedimentos não relacionados aos constantes da tabela vigente ou que não possuam parâmetros para permitir a definição de limite de financiamento.

O Teto MAC tem por base o valor histórico, corrigido por programação, ou seja, ainda que o valor transferido seja global, essa quantia agrupa montantes definidos com base em parâmetros esperados de produção (realização de procedimentos) de determinadas políticas/programas de saúde vinculadas à Média e Alta Complexidade. Em geral, os aumentos de Teto MAC são precedidos de solicitações dos gestores dos estados/municípios à medida que comprovam aumentos na capacidade de ofertar tratamentos, seja pela habilitação de novos hospitais, instalação de equipamentos ou até pela realização de procedimentos em quantitativo acima do parâmetro esperado. Em caso de concordância do Ministério da Saúde, publica-se Portaria com o valor a ser acrescido, o ente beneficiado e o motivo para o acréscimo, vinculando-se às transferências posteriores.

Atualmente a composição do Teto MAC da Gestão Estadual de Pernambuco se dá por 65% (sessenta e cinco por cento) de recursos atrelados à prestação de serviços (produção ambulatorial e hospitalar) e 35% (trinta e cinco por cento) de recursos oriundos de incentivos para a manutenção de determinados programas e serviços de saúde.

Tabela 46. Limite Financeiro da Média e Alta Complexidade – Gestão Estadual PE.

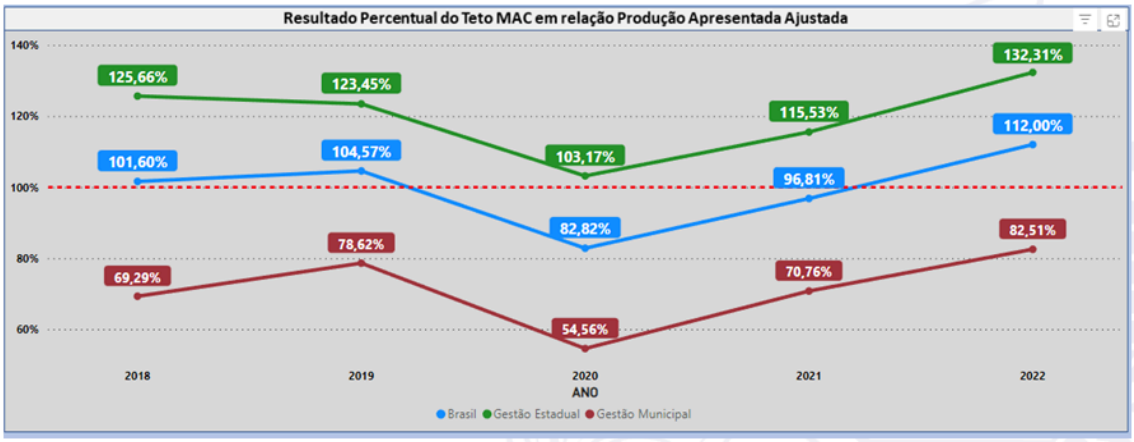
Teto Financeiro MAC	Gestão Estadual - Valores Anuais
Sem Incentivos	R$ 857.528.228,12
Incentivos	R$ 454.012.437,45
Teto MAC	R$ 1.311.540.665,57
PCEP	R$ 44.848.763,28
Teto MAC com PCEP	R$ 1.356.389.428,85

Fonte: SISMAC.

Além do mais, há a complementação do Teto MAC de recursos oriundos de termos firmados por Protocolo de Cooperação entre Entes Públicos – PCEP, ou seja, recursos descontados do Teto MAC de municípios que possuem unidades hospitalares sob Gestão Estadual.

Em estudo técnico do Limite Financeiro da Média e Alta Complexidade desenvolvido pela área técnica da Secretaria de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul, que objetivou evidenciar e avaliar a necessidade de recomposição dos recursos financeiros do Teto MAC dos Entes Federativos, ficou demonstrado que o Teto MAC da Gestão Estadual de Pernambuco está deficitário em comparação com o Teto recebido e o valor da produção ambulatorial e hospitalar apresentada.

Gráfico 90. Teto MAC X Produção Apresentada.



Fonte: SISMAC, SIA, SIH, CNES.

Nota-se que o montante recebido do Teto MAC da Gestão Estadual de Pernambuco está aquém ao montante da produção apresentada, ficando evidente uma produção elevada, necessitando de incremento do valor desse Teto.

Contrapartida Estadual aos Municípios:



.

A Política Estadual de Fortalecimento da Atenção Primária – PEFAP foi instituída pelo Decreto Estadual nº 30.353/2007, com vistas à valorização e à melhoria da cobertura e qualidade da atenção primária ofertada pelas Secretarias Municipais de Saúde, na implementação de incentivo financeiro para qualificação e fixação de profissionais, de educação continuada e de insumos estratégicos.

A Portaria SES/PE nº 720/2007 estabeleceu as normas da PEFAP e a Portaria SES/PE n° 640/2011 instituiu o Piso Estadual da Atenção Primária à Saúde – PEAPS, composto da seguinte forma:

- Componente 1, no valor de R$ 0,46 (quarenta e seis centavos) por habitante/ano, será destinado para os 184 municípios do estado e para o distrito de Fernando de Noronha. O total de recursos financeiros destinados ao Componente 1 corresponderá a 40% (quarenta por canto) do recurso total do PEAPS;
- Componente 2, no valor de R$ 1,36 (um real e trinta e seis centavos) por habitante/ano, será voltado para os municípios com o Índice de Desenvolvimento Humano 2000 (IDH-2000) menor que 0,705 (índice de Pernambuco). O total de recursos financeiros destinados ao Componente 2 corresponderá a 60% (sessenta por cento) dos recursos totais do PEAPS.

Além disso, a Portaria SES/PE n° 640/2011 também institui o Incentivo Estadual da Atenção Primária à Saúde por Desempenho Municipal, cujo valor será calculado a partir do resultado em indicadores de saúde selecionados, sendo o seu monitoramento realizado pela Secretaria Estadual de Saúde.



Componente Básico da Assistência Farmacêutica - CBAF

O Componente Básico da Assistência Farmacêutica – CBAF é financiado pelas três esferas de gestão (financiamento tripartite) e gerenciado pela esfera municipal, este Componente destina-se à aquisição dos medicamentos no âmbito da atenção básica em saúde, com base em valores per capita. As Comissões Intergestores Bipartite (CIB) de cada estado estabelecem o mecanismo de operacionalização desta sistemática, respeitando a aplicação mínima dos seguintes valores monetários/habitante/ano: R$ 5,85 a R$ 6,05 pela União, de acordo com o Índice de Desenvolvimento Humano (IDHM); R$ 2,36 pelos Estados e R$ 2,36 pelos Municípios.

SAMU 192

Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU

A Resolução CIB nº 1.527, de 17 de novembro de 2010, estabeleceu as regras do financiamento da contrapartida estadual ao Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU, onde o repasse financeiro do Fundo Estadual de Saúde – FES destinado a manutenção/custeio aos municípios com SAMU 192 implantado se dá seguinte forma:

- o valor do repasse aos municípios sede das Centrais de Regulação Regional será no percentual de 25% correspondente a Central de Regulação nele sediada;
- o valor do repasse da contrapartida estadual em relação as UBS ficou distribuídos da seguinte forma: 50% ao município sede da Central de Regulação Regional a que os mesmos estejam vinculados e os outros 50% aos municípios sede USA que dão cobertura aos municípios que não possuem a mesma; e
- o valor do repasse das USA dos demais municípios obedecerá ao mesmo percentual de 25% e será repassado integralmente ao município sede de base descentralizada de USA.

Nesta resolução também ficou estabelecido que os repasses financeiros pela SES-PE será efetuado de forma fundo a fundo (anteriormente repassados na forma de Convênio) até o 15º dia útil de cada mês.



Hospital de Pequeno Porte - HPP

A transferência automática de recursos financeiros do Fundo Estadual de Saúde – FES para os Fundos Municipais de Saúde incluídos na Política Nacional para Hospitais de Pequeno Porte – HPP foi instituída pela Portaria SES/PE nº 023, de 17 de janeiro de 2014, alterada pela Portaria SES/PE nº 265, de 22 de julho de 2016.

Os recursos financeiros de que trata esta Portaria serão destinados ao custeio dos estabelecimentos de saúde classificados como Hospitais de Pequeno Porte e que atendam aos critérios definidos no art. 2°, da Portaria GM/MS nº 1.044/2004, do Ministério da Saúde.

O Governo do Estado será responsável por transferir 50% (cinquenta por cento) do valor referente ao incentivo financeiro da Política Nacional para os Hospitais de Pequeno Porte, no âmbito do seu território, sendo a definição do valor unitário correspondente ao custeio global dos Hospitais de Pequeno Porte de competência do Ministério da Saúde.

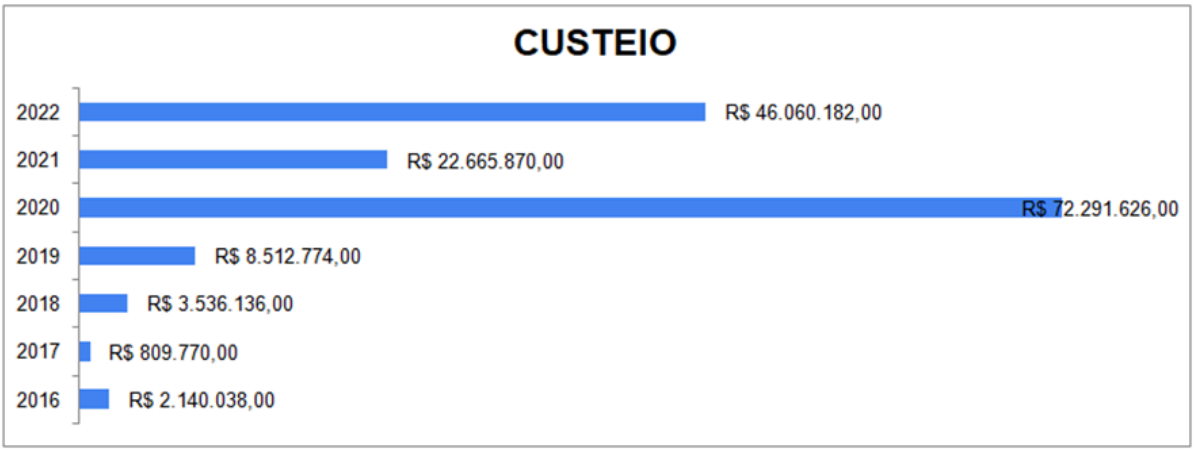
Emendas Parlamentares

A emenda parlamentar é o instrumento que permite aos deputados e senadores realizarem alterações no orçamento anual. As emendas apresentadas ao Projeto de Lei Orçamentária Anual poderão alocar recursos a órgãos ou entidades da administração pública direta ou indireta da União, dos Estados e Municípios e do Distrito Federal, consórcio público, organização da sociedade civil ou serviço social autônomo. As emendas são chamadas impositivas porque os Entes Federativos são obrigados a executá-las quando aprovadas.

Os recursos decorrentes das emendas parlamentares são repassados ao ente federado beneficiário por meio de transferência com finalidade definida, vinculadas à programação estabelecida na emenda e aplicados nas áreas de competência constitucional do Ente Federativo.

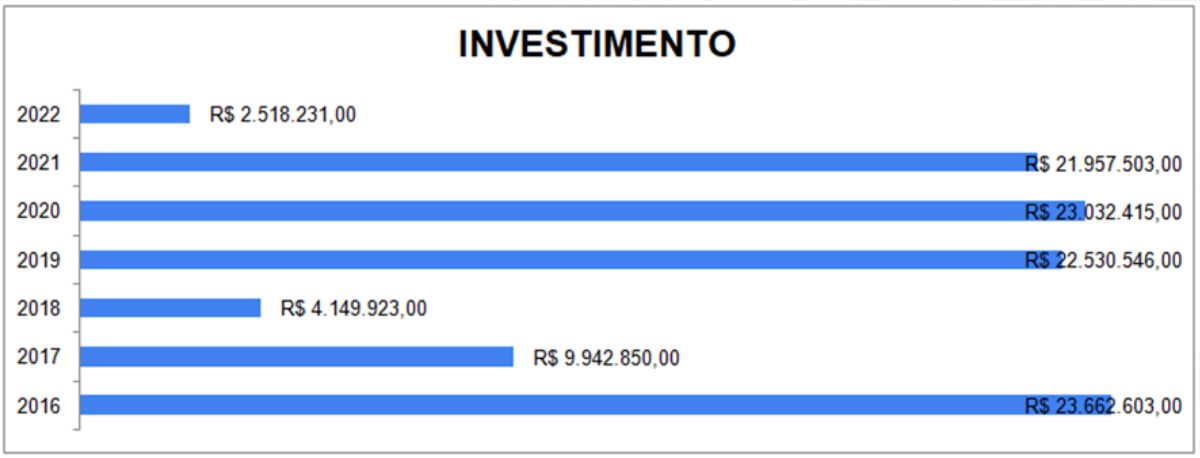
O Estado de Pernambuco vem cada vez captando mais recursos financeiros oriundos de emendas parlamentares federais vinculadas às ações e serviços públicos de saúde, tanto para custeio quanto para investimento, conforme observamos nos gráficos abaixo.

Gráfico 91. Captação de Emendas Parlamentares Federais – Custeio.



Fonte: *FNS, FES.*

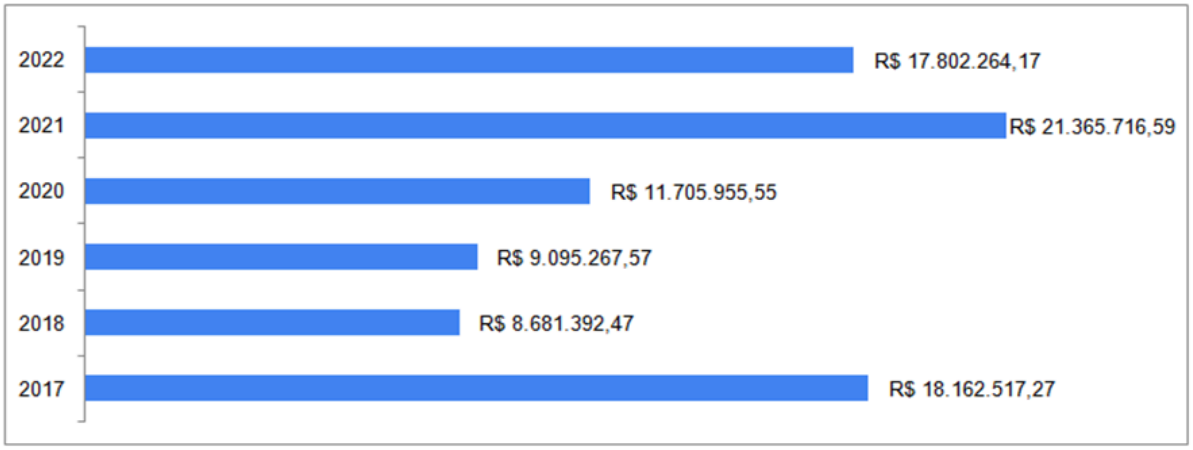
Gráfico 92. Captação de Emendas Parlamentares Federais – Investimento.



Fonte: *FNS, FES*.

No caso das emendas parlamentares estaduais, a alocação do orçamento segue direcionada às entidades, municípios, hospitais e/ou entre órgãos públicos, de acordo com a necessidade daquele local, visto que, os parlamentares estaduais têm uma proximidade maior da realidade/necessidade das regiões do estado.

Gráfico 93. Valores de Emendas Parlamentares Estaduais repassados.



Fonte: *FES.*

MACROFUNÇÃO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS

Monitoramento da Rede Complementar ao SUS/PE

Entidades com fins econômicos

As entidades com fins econômicos integram a Rede do Estado de Pernambuco de forma complementar ao SUS/PE, por meio de processos de licitação, de acordo com a necessidade de serviços, previsão orçamentária e financeira e normativa vigente. Representam atualmente um universo de 97 prestações de serviços, com instrumento contratual formalizado via Credenciamento e Pregão Eletrônico, por objeto específico, e execução monitorada.

A distribuição dos prestadores com fins econômicos integrantes da Rede Complementar ao SUS/PE encontra-se localizados em 24 municípios: Araripina, Arcoverde, Garanhuns, Serra Talhada, Cabo de Sto. Agostinho, Olinda, Recife, Vitória de Sto. Antão, Petrolina, Palmares, Jaboatão dos Guararapes, Carpina, Arcoverde, Caruaru, Sertânia, Limoeiro, Ouricuri, Afogados da Ingazeira, Surubim, Escada, Goiana, Paulista, Salgueiro e Santa Cruz do Capibaribe distribuídas nas quatro macrorregiões de saúde.

Entidades sem fins econômicos

A Secretaria Estadual de Saúde/PE possui, atualmente, 52 prestações de serviços em entidades filantrópicas, distribuídas em 25 estabelecimentos, todas com instrumento contratual formalizado e monitorados. Entre as formas de contratualização com estas entidades, temos o Credenciamento e Convênios.

Complementar ao SUS/PE encontra-se localizados em 15 municípios: Recife, Petrolina, Surubim, Vitória de Sto. Antão, Salgueiro, Olinda, Bezerros, Jaboatão dos Guararapes, Serra Talhada, Palmares, Timbaúba, Araripina, São Lourenço da Mata, Moreno e Limoeiro distribuídos nas quatro macrorregiões de saúde.

PROGRAMAS PRIORITÁRIOS

Programa Cuida PE

No início de 2023 foi realizado o compilado das filas apresentadas pelos 185 gestores municipais e pelos hospitais pertencentes à gestão estadual, sendo constatado uma significativa quantidade de pacientes aguardando por cirurgias eletivas no total 103.955 procedimentos.

Entretanto, após uma análise minuciosa dos procedimentos inscritos nas filas foi observado que alguns procedimentos elencados eram incompatíveis com o objetivo dos programas de cirurgias eletivas vigentes. Assim, foi realizado a exclusão destes procedimentos e validados o quantitativo de 99.397 (noventa e nove mil, trezentos e noventa e sete) procedimentos cirúrgicos eletivos, conforme descrição do SIGTAP - Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS. Esses números representam um impacto negativo para a sociedade, uma vez que interferem na qualidade de vida dos pacientes, aumentando o risco de complicações e agravamento de suas condições de saúde. Além disso, existem implicações econômicas e sociais decorrentes da espera prolongada, incluindo o aumento dos custos de saúde e a diminuição da produtividade dos pacientes.

Em 03 de fevereiro do presente ano, o Ministério da Saúde publicou a Portaria GM/MS nº 90, que instituiu o Programa Nacional de Redução das Filas de Cirurgias Eletivas, Exames Complementares e Consultas Especializadas no âmbito do SUS. O objetivo deste programa é organizar e ampliar o acesso às cirurgias, exames e consultas na atenção especializada, priorizando a demanda reprimida identificada pelos gestores.

Diante do cenário apresentado, percebeu-se a necessidade de complementação com uma estratégia estadual para resolver a enorme fila para cirurgias eletivas, que mesmo diante do recurso disponibilizado pelo governo federal, seria insuficiente para minimizar a fila com eficaz redução do tempo de espera e proporcionar maior acesso dos pacientes aos procedimentos necessários.

Essa estratégia foi apresentada através da Portaria SES nº 339 de 13 de julho de 2023 que Institui no âmbito da Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco (SES/PE) o Programa de Redução das Filas de Cirurgias Eletivas, Exames Complementares e Consultas Especializadas - Cuida PE. Para o exercício de 2023, o Programa prioriza os procedimentos cirúrgicos eletivos de média complexidade, devendo os procedimentos cirúrgicos de alta complexidade e as demais estratégias relacionadas, serem implementadas em anos posteriores.

Quadro 42. Quantitativos de procedimentos de MC e AC para cada Programa.



Neste contexto de construção de uma estratégia por fases de execução, a Portaria do Cuida PE está em consonância com a proposta a Portaria GM/MS nº 90, que instituiu no seu art. 4º a priorização dos procedimentos cirúrgicos eletivos de média complexidade, sendo os procedimentos cirúrgicos de alta complexidade e as demais estratégias relacionadas, implementadas em anos posteriores.

PROGRAMA BOA VISÃO

O Projeto Boa Visão foi instituído pela Lei estadual nº 14.511, de 07 de dezembro de 2011 enquanto uma iniciativa intersetorial entre a Secretaria Estadual de Saúde (SES), Secretaria Estadual de Educação (SEE) e o Laboratório Farmacêutico de Pernambuco (LAFEPE). A triagem de acuidade visual dos alunos é realizada no próprio ambiente escolar pelos professores e servidores das escolas que são capacitados e recebem informações sobre os principais agravos que acometem a visão. Nos casos suspeitos, os triadores encaminham os estudantes para consultas oftalmológicas, com recebimento de óculos corretivos quando necessário. Os atendimentos oftalmológicos ocorrem nas Unidades Pernambucanas de Atenção Especializada (UPAE), e estão implantados nos municípios de Afogados da Ingazeira, Belo Jardim, Arcoverde, Caruaru, Garanhuns, Limoeiro, Petrolina, Serra Talhada, Palmares e Escada, e no Hospital Geral de Areias.

A entrega dos óculos ocorre na escola, otimizando a finalização do processo por parte do aluno. Desde o início do projeto até o ano de 2022 foram realizadas 119.066 consultas oftalmológicas, sendo entregues 68.887 óculos corretivos dos 77.987 óculos prescritos, conforme Tabela 1. Observa-se que nos últimos dez anos houve aumento progressivo no percentual de óculos prescritos em relação às consultas realizadas pelo Projeto Boa Visão. Este fenômeno pode estar relacionado a diversos fatores que permeiam a sociedade atual, sendo um deles o uso excessivo de telas eletrônicas para fins de entretenimento, trabalho e estudos. Dados da Sociedade Brasileira de Oftalmologia apontam que 75,5% da população brasileira utiliza telas eletrônicas por mais de cinco horas por dia.

Atualmente, o cálculo para aquisição de óculos corretivos para o Projeto Boa Visão é realizado de acordo com parâmetros pactuados com a Sociedade de Oftalmologia de Pernambuco, sendo baseada em 15% de todas as consultas realizadas em alunos da rede estadual de ensino, e 40% dos funcionários e professores. Considerando que a população de alunos representa a maior parcela do público-alvo atendido pelo projeto, compreende-se que este parâmetro de cálculo deve ser revisto e repactuado, tendo em vista que se encontra subestimado quando comparado à realidade de prescrições observada nos últimos anos. A projeção subestimada de óculos pode resultar na aquisição abaixo da demanda real, resultando em parte do público-alvo desassistido e/ou na necessidade de celebração de termos aditivos ao contrato original para pagamento no exercício seguinte.

Quadro 43. Projeto Boa Visão - Consultas oftalmológicas, óculos prescritos e óculos entregues 2012-2022.

Ano	CONSULTAS OFTALMOLÓGICAS	ÓCULOS CORRETIVOS (PRESCRITOS)	% de óculos prescritos	ÓCULOS CORRETIVOS (ENTREGUES)	% de óculos entregues
2012	22.323	11.411	51%	11.411	100%
2013	24.711	15.899	64%	15.899	100%
2014	22.419	13.374	60%	13.374	100%
2015	7.683	4.944	64%	4.546	92%
2016	9.166	7.521	82%	4.472	59%
2017	11.622	8.226	70%	5.812	71%
2018	7.711	5.723	74%	4.043	71%
2019	7.183	5.125	71%	4.553	89%
2020	268	196	73%	184	94%
2021	1.289	1.599	124%	1.023	64%
2022	4.691	3.969	84%	3.570	90%
TOTAL*	**119.066**	**77.987**	**65%**	**68.887**	**88%**

Fonte: *SEVSAP/SES-PE*

RECOMENDAÇÕES DA 10ª CONFERÊNCIA ESTADUAL DE SAÚDE

RECOMENDAÇÕES DA 10ª CONFERÊNCIA ESTADUAL DE SAÚDE

1. Garantia da inserção de discussões sobre o controle social e gestão participativa em ações no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS) por meio da ferramenta metodológica da Educação Popular em Saúde.
2. Celeridade do Ministério da Saúde em homologar equipes de saúde descritas na PNAB.
3. Mecanismos de incentivo à formulação dos Planos de Saúde com ênfase na Atenção Básica e na sua integração com a Vigilância em Saúde.
4. Fortalecer a interdisciplinaridade na atenção básica ampliando a equipe multidisciplinar com financiamento das três esferas de governo, e a criação de um prontuário único nacional e do centralizador estadual.
5. Fortalecer a APS com base na programação das necessidades da população estratificada para gastos relacionados à promoção, prevenção, proteção e recuperação da saúde, visando a valorização dos profissionais de saúde.
6. Implantar a Política Nacional de Saúde Integral das populações do campo e da floresta e águas.
7. Reativar o Comitê de Equidade e Educação Popular em Saúde, com ênfase na implementação das políticas dos campos, florestas e água, ribeirinhos e ciganos.
8. Implementar, ampliar e fortalecer a efetividade da política nacional de Práticas Integrativas e complementares em saúde (PNPICS) na APS, garantindo a capacitação para os profissionais e criação de centros de referências em PICS.
9. Criar, implementar, garantir e incentivar a política de acesso e inclusão aos usuários seguindo os critérios da lei 13146/2015 garantindo a implementação e fortalecendo as políticas de promoção da equidade em saúde e da PNH em todos serviços de saúde do Estado.
10. Revisar a Portaria no 2979/2019, para um modelo que garanta ampliação da estrutura e organização da atenção primária e vigilância em saúde adequando às necessidades dos territórios de saúde, estabelecendo indicadores de desempenho específicos e de integração entre Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e Agente de combate às Endemias (ACE).
11. Estruturar, garantir e efetivar estratégias de fortalecimento da Atenção Primária à Saúde, com ênfase na promoção da saúde e prevenção de doenças, a partir da ampliação das equipes de Saúde da Família e articulação em rede, garantindo a referência, contrarreferência e o acesso integral, universal e equânime.
12. Implementar na política de saúde bucal a oferta de kits de higiene bucal com escova,creme dental e fio dental (adulto e infantil).
13. Implantar consultórios móveis para áreas de difícil acesso, com o objetivo de garantir o acesso à saúde, integrando profissionais na equipe mínima da composição da Estratégia de Saúde da Família como: psicólogo, assistente social, nutricionista, educador físico, fisioterapeuta e farmacêutico.
14. Ofertar aos profissionais de saúde um olhar diferenciado, pós-pandemia, com políticas de saúde mental voltadas para assistência continuada.
15. Implantar e efetivar o Prontuário Eletrônico do Cidadão em rede, garantindo a capacitação dos profissionais para manuseio e a intercomunicação com outros sistemas, a exemplo do Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (SIASI).
16. Ampliar o número de ações de educação popular em saúde, de prevenção e promoção em saúde para um maior vínculo população – Atenção Primária à Saúde (APS), com garantia de insumos para a realização das atividades e temas que contemplem a inclusão, equidade, os povos tradicionais e a diversidade.
17. Fortalecimento e ampliação do Programa de Saúde na Hora, que busca ampliar o acesso aos serviços em horário estendido, garantindo segurança e gratificações aos profissionais que atuam no referido horário e garantir participação dos sindicatos e conselhos dos trabalhadores na elaboração do programa.
18. Estruturação, ampliação e fortalecimento de toda rede de média e alta complexidade de forma descentralizada por macrorregionais de saúde, na promoção das ações com práticas sensíveis à realidade regionalizada da população das macrorregiões.

19. Democratizar as filas de cirurgias eletivas, colocando no portal de transparência para o usuário ter acesso e acompanhamento em tempo real das filas.
20. Fortalecer e ampliar média e alta complexidade, garantindo o subsídio do nível estadual e corresponsabilidade com o usuário.
21. Organizar a rede de referência e contrarreferência das UPA E do Estado, garantindo maior eficácia no matriciamento com a APS.
22. Formalizar convênio com o estado para a requalificação da linha de cuidado do câncer de mama através do rastreio com mamografias em unidade móvel, para população-alvo.
23. Planejar os serviços de saúde de acordo com as demandas e necessidades evidenciadas nas Unidades Básicas de Saúde, possibilitando um acesso mais eficiente a exames laboratoriais e de imagem, bem como consultas e procedimentos especializados, através da coordenação da Atenção Primária à Saúde e da Central de Regulação do Acesso, permitindo uma maior resolutividade na APS e a continuidade do cuidado do usuário.
24. Fortalecer serviços e descentralizar procedimentos e apoio diagnóstico especializado, localizados apenas na I Macrorregional, com foco nos serviços e procedimentos de alta demanda da II Macrorregional, com mecanismos de controle e avaliação.
25. Garantir a ampliação das consultas e procedimentos especializados em quantidade suficiente, de modo que atenda às necessidades do território.
26. Integralização e fortalecimento da linha de cuidado em nível Municipal, Estadual e Federal aos pacientes portadores de Transtorno do Espectro Autista (TEA).
27. Fortalecer e ampliar as Linhas de Cuidado e as Redes de Atenção à Saúde dos hospitais de referência nas regionais e macrorregionais.
28. Garantia de exames especializados (laboratoriais e imagens), para gestação de alto risco materno e/ou fetal nos ambulatórios de referência do pré-natal de alto risco nos Hospitais Regionais da III Macrorregião de Saúde.
29. Garantir e ampliar o acesso às cotas para a X Regional de Saúde aos equipamentos de saúde como: CEO (Centro de especialidade odontológica) e CAPS (Centro de assistência psicossocial).
30. Garantir a promoção de prevenção contra todos os tipos de câncer nas unidades de saúde, e dar prioridade na execução dos exames do paciente oncológicos, bem como priorizando recursos para existência de ambulatório oncológico em cada município.
31. Organizar a assistência, definindo fluxo e as referências regionalizadas adequadas na Rede de Atenção às Urgências e Emergências de forma coordenada para o HEC (Hospital Eduardo Campos - Serra Talhada).
32. Fortalecer o Centro de Especialidade Odontológica Regional a fim de contemplar a necessidade de atendimento aos municípios da Macrorregional.
33. Fortalecer os hospitais de alta e média complexidade para garantir assistência aos usuários referenciados em tempo oportuno.
34. Acompanhamento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) dos municípios e o não financiamento das comunidades terapêuticas pela saúde.
35. Garantir que os Hospitais Regionais sejam mais resolutivos na assistência nas regionais de saúde no que diz respeito a cirurgias eletivas e assistência materno- infantil.
36. Fortalecer a relação entre a atenção primária e a rede de atenção psicossocial (RAPS), implementando e ampliando as políticas públicas em relação à saúde mental (CAPS AD, CAPS, CAPS I), saúde da mulher, população idosa, população LGBTQIAP+, população em estado de vulnerabilidade, saúde da população negra, saúde do homem, populações indígenas e quilombolas, bem como garantindo a melhoria do atendimento nos CAPS para o apoio à família dando assistência a quem cuida.
37. Fortalecer a política de saúde da população do campo, das florestas e das águas, com apoio do estado e dos municípios, garantindo a descentralização de serviços.

38. Fortalecer a política de saúde da população do campo, das florestas e das águas, com apoio do estado aos municípios, garantindo a descentralização de serviços.
39. Fortalecer e implementar a estrutura a nível estadual de saúde para atendimento de urgência e emergência de média e alta complexidade.
40. Contratação de profissionais para pré-natal de alto risco, ofertas de exames laboratoriais e USG (Ultrassonografia) para todas as Gestantes, conscientização da participação da família nas consultas de Pré-Natal, planejamento familiar com ofertas de métodos contraceptivos, criação de grupo psicológico com ajuda para mulheres com algum tipo de transtorno mental ou que sofram algum tipo de abuso e fortalecer a vinculação das gestantes com o local do parto.
41. Ampliação do número de cirurgias eletivas em todo o estado, de acordo com a necessidade apresentada por cada município.
42. Efetivar a RAPS pactuada e a rede de cuidados para a pessoa com deficiência, garantindo incentivo financeiro aos municípios para expansão dos leitos integrais em hospital geral, especialmente para a população infanto juvenil, CAPS 24h (Centro de Atenção Psicossocial), Unidade de Pronto Atendimento, Unidade de Acolhimento, equipes multiprofissionais para diagnóstico e acompanhamento de crianças, adolescentes e adultos com necessidade de reabilitação intelectual e psicossocial (com foco: TDAH (Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade), TEA (Transtornos do Espectro Autista), síndrome de Down, pessoas com dislexia), doenças raras, oncológicas e garantia de transporte sanitário, assistência aos responsáveis com a quantidade de profissionais necessários e qualificados garantindo o atendimento humanizado.
43. Fortalecer as redes de atenção à saúde, ampliando e assegurando à nível regional a oferta de vagas de especialidades odontológicas para pessoas com deficiência.
44. Garantir a descentralização dos serviços estaduais da assistência de média e alta complexidade com implantação e continuidade dos serviços: UTI (Unidade de Terapia Intensiva) neonatal, UPA 24h (Unidade de Pronto Atendimento) de emergência e urgência, unidades oncológicas, ambulatório LGBTQIA+ localizadas nas sedes das regiões de saúde.
45. Garantir em todas as Regiões de Saúde um centro de referência para atender às pessoas com deficiência e/ou doenças raras, trazendo assim, qualidade de vida e um acolhimento a essas pessoas.
46. Fortalecer a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) e Rede Materno Infantil pactuadas no território em todas as Regiões de Saúde sejam executadas garantindo acesso com equidade e humanização.
47. Garantir a efetivação da RAPS/PE pactuada nas 12 regionais de saúde.
48. Garantir a implantação de centros de atendimento especializado para pessoas com transtornos de neurodesenvolvimento, crianças com TEA (Transtornos do Espectro Autista) e TDAH (Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade), garantindo equipe multiprofissional (neuropediatras, neurologistas, enfermeiros, fonoaudiólogos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, psicólogos, psiquiatra, pediatra e hebiatra) e financiamento tripartite.
49. Realizar o aprimoramento dos sistemas de informação em regulação com a qualificação dos processos de referência e contrarreferência, fortalecendo a integração entre os serviços de saúde, com foco na articulação entre a APS e os demais níveis de atenção.
50. Garantir o fortalecimento das ações de Educação Permanente a profissionais de saúde e acompanhamento multidisciplinar no pré-natal, tendo em vista melhoria da referência de gestantes em trabalho de parto, reduzindo então a mortalidade materno infantil.
51. Garantir a assistência pré-natal de alto risco de forma regionalizada com profissionais capacitados, acessos à exames laboratoriais e de imagens, implantando os centros regionais especializados em obstetrícia e ginecologia de risco habitual e alto risco.
52. Reorganizar as ofertas dos serviços de saúde, de acordo com as linhas de cuidado, garantindo a continuidade da atenção integral do tratamento através do aumento no conjunto de

especialidades/diagnóstico, considerando a parametrização de atendimento de pessoas com deficiência, (tea, transtorno mental, pessoas que vivem com HIV/AIDS, entre outros) e as grandes emergências com aporte/garantia de financiamento e recursos financeiros tripartite.

53. Garantir o fortalecimento e reestruturação dos serviços regionais de referência de Média e Alta complexidade visando a redução das filas de exames, consultas e cirurgias.

54. Realizar o monitoramento dos casos mais prevalentes na região de saúde, e diante disso elaborar estratégias para qualificar o atendimento prestado, de forma integral e equânime, através da Educação Permanente a gestores e trabalhadores.

55. Fortalecer a Rede de Média e Alta Complexidades com a manutenção dos leitos de UTI (Unidade de Terapia Intensiva) no Hospital Belarmino Correia, implantação da UPAE (Unidade Pernambucana de Atendimento Especializado) no território da XII Regional de Saúde, implantação de uma Clínica Regional de Hemodiálise, implantação do CER tipo IV (Centro Especializado em Reabilitação) e descentralizar o HEMOPE de forma regional.

56. Garantir acesso a todas as pessoas na Rede de Atenção à Saúde com a oferta de cirurgias, exames e procedimentos de alta complexidade de acordo com a demanda registrada no município.

57. Requalificação de rede de regulação: modernizando todo o sistema que tange o software e hardware em toda a cadeia da informação, aumentar o número de pessoal regulador, implantar um setor de regulação alimentadora em todas as unidades de saúde estaduais e conveniadas, elencar de forma clara priorizando os casos graves, aumentar o número para alta e média complexidade e integrar toda a rede através de prontuário eletrônico.

58. Ampliar o número de cotas para exames e consultas especializadas.

59. Ampliar as equipes multidisciplinares e aumentar a integralidade com as Redes de Atenção à Saúde, para melhorar a assistência da população em geral

60. Aumento das cotas de atendimento de Média e Alta complexidade para a UPAE (Unidade Pernambucana de Atenção Especializada) regional.

61. Centro de apoio a saúde do homem a nível estadual

62. Implementar a Rede Saúde Digital, interligada para oferta de serviços visando resolução e agilidade nos encaminhamentos necessários, proporcionando melhor assistência, referência e contra referência em tempo oportuno;

63. Ampliar as cotas da regulação para exames e especialidades de alta complexidade incluindo cotas de regulação para ambulatório LGBTQI+ nos hospitais de referência.

64. Implantação de um Programa Estadual de Saúde da Criança, voltado às crianças com autismo, TDAH (transtorno do déficit de atenção com hiperatividade) entre outros transtornos para ampliação de oferta do acompanhamento especializado dentro da Região de Saúde a atender aos municípios, a fim de garantir às crianças uma maior resolutividade de seu cuidado em saúde no próprio território

65. Ampliar oferta de serviço especializado de média e alta complexidade e regionalizado, disponibilizado aos municípios; Rever a política de financiamento do programa de cirurgias eletivas e garantir incentivo de custeio para implantação de política para atenção à saúde do homem.

66. Ampliar o número de consultas e de exames de baixa e média complexidade.

67. Ampliar e fortalecer a rede Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e a rede de pessoas com autismo nos municípios com apoio da gestão estadual e federal.

68. Ampliar a rede de assistência à saúde da gestante de alto risco em hospitais de referência no estado.

69. Criação da Regulação Municipal para Média e Alta Complexidade.

70. E Implementar um programa que possibilite a atenção básica regular os pacientes, mediante suas complexidades e gravidade para outros níveis da Rede de Atenção à Saúde. Garantindo o princípio da equidade e fortalecimento a Atenção Primária em Saúde como ordenadora cuidado e rede; reconhecendo as necessidades de saúde da população e organizando o fluxo dos usuários entre as redes de atenção.

71. Criação ou convênio de um hospital de referência regional para a realização de cirurgia de média e alta complexidade.
72. Ampliar e fortalecer a rede de atenção psicossocial promovendo a integração dos serviços de saúde de acordo com os princípios da reforma psiquiátrica.
73. Ampliar ações relacionadas à saúde mental: educativas, sociais, de diagnóstico e tratamento.
74. Descentralização para as macrorregiões dos serviços das redes de atenção à saúde relacionados à população infanto-juvenil, com foco em urgências e emergências pediátricas, cirurgias eletivas, atenção psicossocial, exames especializados e centros de reabilitação.
75. Implantar Rede Regional Especializada de Atenção à Pessoa com Deficiência.
76. Ampliar a capacidade de referência estadual para consultas e exames especializados.
77. Implantação de unidade móvel para exames de imagem para os municípios do estado através da Secretaria Estadual de Saúde.
78. Implantação e descentralização de serviços regionalizados de média e alta complexidade (cardiologia, oncologia, saúde mental, oftalmologia, bucomaxilofacial e neuropediatria).
79. Descentralizar os serviços e garantir a ampliação das consultas, cirurgias e especialidades de média e alta complexidade na regional e na macrorregional, fortalecendo as redes temáticas prioritárias na região e na macrorregional (rede materno infantil, urgência e emergência, saúde mental, oncologia).
80. Ampliar e fortalecer a capacidade de atendimento especializado e aquisição de equipamentos e insumos que atendam as demandas da população baseando-se nas necessidades epidemiológicas de cada região de saúde.
81. Implantar os serviços de oferta de exames de alta e média complexidade de formas regionalizadas (ressonância, tomografia, ultrassonografia com Doppler e cintilografia).
82. Ampliar o número de cotas e especialidades para as UPAes (Unidades Pernambucanas de Atenção Especializada) de acordo com a necessidade de cada região de saúde.
83. Criação de uma política para distribuição de fórmula e outros nutrientes especiais, para uso na nutrição específica.
84. Ampliar o acesso da população as Unidades de saúde proporcionando métodos de acesso não presencial através do teleatendimento para consultas especializadas.
85. Ampliar o número de Centros Especializados em Reabilitação de acordo com a realidade e necessidade regional\microrregional com enfoque na reabilitação intelectual.
86. Organização da Rede de serviços de alto risco na atenção obstétrica e neonatal na III Macrorregional de Saúde, com implantação de serviço de referência, de forma regionalizada, com descentralização de recursos.
87. Criação de Centro de Acolhimento e Reabilitação de pessoas com deficiência, garantindo o acesso dos usuários de forma regional.
88. Melhorar o acesso regionalizado especializado ao público, com a regulação para OftalmoPE, aumentando cotas de especialidade de oftalmologia e o retorno em tempo hábil das consultas.
89. Implantar um sistema de tecnologia integrado entre os serviços de diferentes níveis de atenção, com garantia de acessibilidade para pessoas com deficiência, a fim de melhorar a referência e a contrarreferência.
90. Solicitar a implantação do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPSad) conforme a necessidade microrregional.
91. Repactuar os desenhos regionais das redes materno infantil, rede da pessoa com deficiência, urgência e emergência, rede de saúde mental no estado de pernambuco.
92. Ampliar, estruturar, fortalecer e garantir o diagnóstico na rede de acesso a oncologia na III Macrorregião de Saúde.
93. Aumentar a oferta de médicos especialistas de acordo com as filas de espera e garantir em tempo hábil os exames gerados por essa demanda.

94. Criação da Política Estadual de Cuidado com o acompanhante.

95. Implantar em todos os hospitais regionais referência de serviços de urgência/emergência 24 horas, a nível Estadual para: oftalmologia e otorrinolaringologia.

96. Ampliar e garantir em tempo hábil a capacidade de referência estadual para consultas e exames especializados.

97. Ampliar vagas específicas para a saúde de povos originários dentro da regulação da macrorregião de saúde para a média e alta complexidade, levando em conta as especificidades dessas populações.

98. Aumentar o número de cotas fornecidas pela Central de Marcação de Consultas e Exames (CMCE) do setor de regulação para todo o estado de Pernambuco.

99. Criação de ambulatório destinado ao diagnóstico e tratamento de crianças com transtorno do espectro autista e Transtorno do déficit de atenção com hiperatividade (TEA/TDAH) e outros transtornos e dispondo de fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, psicólogo, neuropediatra, nutricionista, psiquiatra, psicopedagogo, entre outras especialidades garantindo a participação do estado no cofinanciamento entre outra ações de apoio aos municípios.

100. Estruturar as Unidades Pernambucanas De Atenção Especializada (UPAE) de tipo 1 para o tipo 2, com centros cirúrgicos para realização de procedimentos de baixa e média complexidade, como cirurgias oftalmológicas, dermatológicas, otorrino, hérnia e proctologia, serviços de odontologia, visando a melhoria da assistência aos pacientes residentes dos municípios de todo o estado.

101. Retornar o serviço da Fundação de Hematologia e Hemoterapia de Pernambuco (HEMOPE) na III Regional e implementar em todo o estado de Pernambuco.

102. Ampliar, garantir e estruturar a assistência do pré-natal de alto risco de forma regionalizada em todo estado.

103. Implantar centro de geriatria em âmbito macrorregional, visando atendimento aos residentes dos municípios adscritos nas macrorregionais de todo o estado de Pernambuco.

104. Implantar centro ambulatorial da saúde da mulher para atendimento aos residentes dos municípios adscritos em todo o estado, visando especialidades em geral.

105. Implementar laboratórios a nível estadual para análise de exames de microbacteriologia e viral e análise das coletas de água.

106. Construir um centro específico de odontologia, especialmente para pessoas com TEA (Transtornos do Espectro Autista), a nível estadual, com serviços de urgência 24 horas.

107. Criar rede estadual de vigilância epidemiológica que contemple diretrizes e financiamento para unidades de média e alta complexidade (incluindo UPA e Policlínica).

108. Implantar política estadual de aquisição de fórmulas específicas (criança/idoso e dieta enteral) e aumentar atendimentos com Pediatra, fonoaudiólogo, Psicólogo e fisioterapeuta e terapia ocupacional e espaço público recreativo voltado ao público infantil.

109. Assegurar os itens pactuados na Relação Estadual de Medicamentos do Estado de Pernambuco (REESME-PE) e ampliar a oferta de medicamentos essenciais.

110. Ampliar o financiamento federal e estadual para medicações integrantes do Programa HiperDIA, com base nos indicadores do Programa Previne Brasil e ampliar a lista de medicações disponibilizada pela Farmácia de Medicamentos Excepcionais para população neurodivergente (população com TEA, TDAH, dislexia, dentre outras condições).

111. Garantir na Farmácia Estadual os medicamentos especiais em conformidade com o perfil epidemiológico local .

112. Implantar e garantir rotina de distribuição de medicamentos e insumos por parte do ente Estadual.

113. Ampliar a oferta de medicamentos de alto custo para diversas doenças, a nível Estadual, a fim de atender as necessidades da população, otimizando o fluxo de dispensação de medicamentos, facilitando o acesso da população e diminuindo a judicialização.

114. Ofertar a consulta farmacêutica com ênfase aos pacientes portadores de doenças crônicas, garantindo um financiamento adequado de medicamentos essenciais impostos pela Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME).

115. Rever as políticas de processos licitatórios, visando a aquisição de medicamentos e insumos de forma regional / atualizar semestralmente o banco de preços da saúde - BPS para mitigar os processos fracassados.

116. Garantir o retorno de todos os medicamentos que foram retirados do Estado para Atenção básica e Rede Hospitalar.

117. Coordenar a valorização a partir do Ministério da Saúde da Atenção Primária em conjunto com Estados e Municipal, garantindo programação que contemplem sua ampliação e qualificação a exemplo da estratégia de Saúde da Família; Garantindo acesso a medicamentos adequadamente indicados e tecnologia como direitos humanos fundamentais, com devidos recursos para farmácia popular.

118. Ampliação e melhoria no sistema Hórus integrando os programas já existentes, implantando o sistema off-line. Além da reformulação no financiamento com aumento dos recursos do nível federal para o componente da atenção básica, facilitando também o acesso de compras de medicamentos e validações das empresas para que consigam cumprir com os critérios estabelecidos, incluindo a valorização e qualificação dos profissionais farmacêuticos e técnicos.

119. Adotar política de revisão anual sobre o financiamento dos medicamentos e insumos disponibilizados pelo SUS, assim como o recurso para instalação e manutenção dos equipamentos de saúde, que proporcionem acesso, acolhimento, cuidado, informação, segurança e eficácia às farmacoterapias.

120. Garantir um canal de reembolso para medicamentos judicializados.

121. Ampliação de distribuição de medicamentos através do aumento de financiamento, retomada do Programa da Farmácia Popular do Brasil, bem como a garantia da contrapartida das três (03) esferas de Governo.

122. Criar linha de financiamento para aquisição de fórmulas infantis, dietas enterais e suplementos alimentares, para uso em domicílio.

123. Aprimoramento na distribuição dos medicamentos de responsabilidade do Estado.

124. Assegurar, em todas as atividades que envolvam medicamentos ou em ações que visem otimizar a farmacoterapia, a presença do profissional farmacêutico como também a realização de ações de educação em saúde e farmacovigilância.

125. Ampliação da distribuição de fármacos por meio do Programa Farmácia Popular do Brasil, com aumento dos repasses financeiros e garantia da contrapartida Estadual.

126. Promover inclusão de ações de assistência farmacêutica, no planejamento de aquisição, armazenamento e dispensação de medicamentos da rede do SUS nas três esferas de governo.

127. Pactuar novo financiamento para a assistência farmacêutica nos municípios baseadas em dados informados relativos à população assistida.

128. Fortalecimento da política de Assistência Farmacêutica, reajuste do financiamento da contrapartida estadual para o componente básico da assistência farmacêutica, com a finalidade de conseguir um maior repasse financeiro para aquisição de medicamentos básicos.

129. Investir no fortalecimento da assistência farmacêutica a partir da reformulação da política de assistência farmacêutica, compreendendo as necessidades de medicamentos e insumos em todos os níveis de atenção à saúde.

130. Fortalecer a promoção do uso racional de medicamentos através de estratégias de conscientização nas três esferas de governo, com o intuito de diminuir o uso irracional e indiscriminado dos mesmos, vide o consumo excessivo de principalmente psicotrópicos.

131. Fortalecer e qualificar os serviços de assistência farmacêutica existentes, em articulação com os gestores estaduais como também em diferentes níveis da atenção.

132. Garantir, por meio da estruturação (física e equipe técnica capacitada) e ampliação do fluxo, o acesso à farmácia estadual, a descentralização e integralização dos serviços na rede de atenção, com ações

educativas e cuidado farmacêutico no uso racional, possibilitando a adequada oferta de medicamentos do componente especializado e evitando perdas.

133. Incentivar e monitorar os municípios na construção das suas Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (REMUMES), para garantia do fornecimento dos medicamentos a população.

134. Garantir que as emendas parlamentares relacionadas às políticas de assistência farmacêutica e de estrutura tenham prioridade na sua execução pela Secretaria Estadual de Saúde.

135. Garantia de recursos para abastecimento dos medicamentos e insumos, voltados para ampliação e fortalecimento da assistência farmacêutica nos setores hospitalares municipais.

136. Garantir que as emendas parlamentares relacionadas a Política de Assistência Farmacêutica para estruturação das Farmácias das Regionais de Saúde tenham prioridades na sua execução pela SES - PE.

137. Promover campanhas a nível estadual para a utilização racional de medicamentos disponibilizados pelo SUS, conscientizando a população e profissionais da saúde, sobre a gravidade do uso indiscriminado e desperdício de medicamentos.

138. Garantir o repasse financeiro aos municípios para continuidade do direito da população à assistência farmacêutica gratuita, com fornecimento e distribuição de medicamentos, acesso rápido a novos medicamentos da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), com investimentos fiscais num plano estadual de saúde para aquisição de medicamentos essenciais, tributação diferenciada, além do fortalecimento da farmácia popular.

139. Implantar e custear um Programa de Educação permanente dos profissionais de saúde referente a política de assistência farmacêutica.

140. Fortalecer a integralidade da Assistência Farmacêutica nos territórios Indígenas e Quilombolas no âmbito estadual.

141. Ampliar o contingente de farmacêuticos atuantes na assistência farmacêutica regional, garantindo aos usuários um acesso à informação do uso adequado das medicamentos, dentro do contexto do uso racional de medicamentos (URM), que tem como premissa a segurança e eficácia.

142. Ampliar e garantir o “Programa Remédio em Casa” para pessoas acamadas e grupos de risco.

143. Ampliar e melhorar a infraestrutura das Centrais de Abastecimento Farmacêutico Estadual e Municipais (CAF), além das farmácias das unidades de Atenção Primária à Saúde (APS) para garantir melhoria na qualidade da assistência aos usuários, cumprindo todas as normativas farmacêuticas.

144. Incluir a cannabis medicinal (tetrahidrocanabinol - thc e canabidiol - cbd) na Relação Estadual de Medicamentos Essenciais (REESME).

145. Fortalecer o programa de medicamentos fitoterápicos e Farmácia Viva em todas as unidades de saúde com conscientização dos profissionais/usuários.

146. Incentivar a adesão e utilização adequada do Sistema Hórus em todas as unidades de saúde municipais.

147. Criar fluxo de comunicação entre segmentos sociais com as comissões farmacêuticas municipais e estaduais visando atualizar a Relação Estadual de Medicamentos do Estado de Pernambuco (REESME-PE) de acordo com as demandas. Como também, contemplar e garantir os medicamentos no componente especializado, além de atualizar as normas técnicas estaduais.

148. Fortalecimento do Laboratório Farmacêutico do Estado de Pernambuco (LAFEPE) e a ampliação da rede de farmácias do mesmo, via concurso, para reposição das vacâncias, como também, a ampliação da produção de medicamentos, garantindo a oferta de produtos de baixo custo no território estadual.

149. Reduzir o tempo entre o cadastro e a dispensação do medicamento especializado, além de desburocratizar a renovação da LME, retirando assim a necessidade de envio para Recife, ficando esta sob análise da própria regional, evitando descontinuidade do tratamento do paciente.

150. Garantir a implantação e manutenção da Política Nacional e Estadual de Assistência Farmacêutica para a Farmácia Viva.

151. Fortalecer a integração das ações de âmbito coletivo da vigilância em saúde com as da assistência (âmbito individual e clínico), gerenciando o conhecimento necessário à implantação e acompanhamento da Rede de Atenção à Saúde e o gerenciamento de risco e de agravos à saúde.

152. Fortalecer e priorizar a saúde do trabalhador do SUS para que ele ofereça um atendimento melhor aos pacientes.

153. Garantir o reconhecimento através de CBO (Classificação Brasileira de Ocupações) a profissão de Técnico de Vigilância em Saúde e que Estado e município realize concurso nesta área.

154. Fortalecer os sistemas laboratorial regional, unificar os sistemas de notificação para um acompanhamento mais efetivo dos usuários do SUS.

155. Garantir através de lei estadual/federal que os CEREST (centro de referência em saúde do trabalhador) regionais tenham autoridade sanitária em realizar e atuar inspeção sanitária em saúde do trabalhador (ISST), em seu território e aplicar as leis vigentes em condições de ambiente e processo de trabalho e desta forma fortalecer a política e qualidade de vida dos trabalhadores e trabalhadoras.

156. Capacitar os profissionais da vigilância em saúde para a utilização do QGIS (Sistema de Informação Geográfica) livre com código fonte aberto, multiplataforma de sistema de informação geográfica, que permite a visualização, edição e análise de dados.

157. Investir na prevenção das doenças laborais psíquicas e/ou motoras de todo trabalhador.

158. Revisão do Código Sanitário Estadual.

159. Implantação de ações que garantam a integração da vigilância sanitária, epidemiológica e saúde do trabalhador e demais setores efetivos com gestores e sociedade civil organizada para troca de informações nas áreas de abrangências de determinados agravos de notificações compulsórios e crônicos, implementar protocolos da vigilância visando a participação efetiva nas notificações, investigações e tratamento com seguimento intersetorial.

160. Garantir o fornecimento de todas as vacinas do calendário nacional de imunização por quantitativo de população, com um percentual superior, considerando as perdas, para a prevenção e promoção da saúde.

161. Implantar e implementar protocolo e diretrizes da vigilância e controle da esporotricose humana e animal no estado de Pernambuco.

162. Fortalecer a política de educação permanente com foco na Vigilância em Saúde, garantindo a integração com a Atenção Primária à Saúde (APS).

163. Implementar centros de referência em atendimento à saúde do trabalhador nos municípios da II Macrorregional.

164. Fomentar e apoiar o desenvolvimento e o fortalecimento da Vigilância integrada de Doenças Crônicas Não Transmissíveis e seus fatores de riscos.

165. Fortalecer a Vigilância em saúde, com investimento do governo estadual e federal para aquisição de equipamentos, insumos e veículos para auxiliar o trabalho da Vigilância em Saúde.

166. Apoiar e monitorar todos os municípios do estado para que cumpram 100% das metas do Programa de Qualificação da Vigilância em Saúde – PQAVS.

167. Fortalecer as atividades de vigilância em saúde através das regionais de saúde, para ampliar as ações dos municípios e do distrito de Fernando de Noronha.

168. Ampliar e redistribuir geograficamente os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) em Pernambuco, ampliando o quantitativo por Regionais de Saúde.

169. Capacitar profissionais de saúde envolvidos na rede a fim de conscientizar a importância do preenchimento correto das notificações, por meio de ações de educação continuada e compartilhada com todos os componentes envolvidos.

170. Garantir o investimento para aquisição de materiais e insumos para vigilância em saúde e criar rotinas regulares e antecipadas de ações educativas em prevenção combinada ao HIV e AIDS e desenvolver ações que possibilitem à prevenção de todas as infecções sexualmente transmissíveis (IST´s).

171. Garantir o programa estadual para educação continuada de Agentes Comunitários de Saúde e Endemias (ACS e ACE) para fortalecer a integração da Vigilância em saúde e Atenção Básica.

172. Garantir o programa estadual para educação continuada de Agentes Comunitários de Saúde e Endemias (ACS e ACE) para fortalecer a integração da Vigilância em saúde e Atenção Básica.

173. Fortalecer a política de enfrentamento de doenças negligenciadas com o fortalecimento da rede laboratorial de diagnóstico e com a garantia de fornecimento de medicação.

174. Ampliar o programa de Vigilância em Saúde da população exposta a poluentes atmosféricos e agrotóxicos no Estado de PE.

175. Garantir que as regionais de saúde tenham recursos humanos, insumos e equipamentos (tecnologias e carros) para realizar monitoramento, avaliação e apoio aos municípios no que diz respeito à uma vigilância de qualidade.

176. Fortalecer a vigilância da qualidade da água de consumo humano, ampliando as equipes da vigilância em saúde na execução das ações de monitoramento da qualidade da água de abastecimento público para o consumo humano, em conformidade às normas legais.

177. Garantir a transferência dos recursos financeiros estaduais aos municípios para ações e serviços de vigilância em saúde e desenvolver políticas de saúde ambiental, saúde animal e saúde do trabalhador e da trabalhadora, promovendo a sustentabilidade financeira da Vigilância em Saúde e sua maior integração assistencial com a Atenção Pr.

178. Solicitar ao Ministério da Saúde a atualização/ampliação de Agente Combate de Endemias nos municípios de acordo com o número de imóveis cadastrados no sistema de informação.

179. Incentivar à descentralização e operacionalização ao serviço de assistência especializada com a implantação de uma política de assistência voltada para o acolhimento, bem estar e qualidade de vida das pessoas que vivem com HIV/Aids e outras Infecções Sexualmente Transmissíveis.

180. Fortalecer o sistema de informações eletrônico das notificações compulsórias, para que as informações cheguem à equipe técnica em tempo hábil.

181. Garantir dotação orçamentária própria, estrutura administrativa e quadro de pessoal dos conselhos de forma autônoma nos mecanismos de gestão pública.

182. Fortalecer a Gestão Municipal para qualificação dos procedimentos da gestão estratégica do SUS.

183. Fortalecer a Gestão Estratégica e Participativa e o controle social com ênfase na atuação dos conselhos de saúde e dos colegiados intergestores em todas as instâncias federativas.

184. Implementar a política de saúde da população do campo, das águas e das florestas no Estado de Pernambuco.

185. Ampliar as ferramentas de orçamento participativo.

186. Ampliar a rede de internet com vistas a garantir a acessibilidade das informações dos usuários em tempo hábil e maior impacto nos indicadores de saúde.

187. Fortalecer e ampliar a integração política na gestão do SUS de maneira democrática e participativa.

188. 189 Estruturar e ampliar a coordenação estadual de saúde LGBTQIA+ bem como o comitê técnico estadual, e implementar novos comitês de equidade do SUS (população negra, educação popular) através da garantia do seu pleno funcionamento, inclusive dos já existentes.

189. Implantação de políticas públicas estaduais que garantam a saúde do trabalhador rural, pescadores e marisqueiros.

190. Ampliar os espaços de discussões/fóruns com a população, capacitando os mesmos sobre seus direitos e deveres de forma intersetorial com uma gestão participativa.

191. Aperfeiçoar os atuais canais de participação social, através da criação de novos canais e mecanismos de escuta do cidadão.

192. Garantir e desburocratizar o acesso da população para os serviços de saúde, criando um aplicativo e um 0800, acessível para a população.

193. Implementar na rede de atenção primária, programas de qualificação multiprofissionais.

194. Fortalecer a Gestão do SUS, mediante cooperação técnica entre os entes, aperfeiçoamento dos mecanismos de planejamento, integração regional e controle social.

195. Garantir nos três níveis de governo recursos para implantar/implementar uma política pública em vigilância em saúde permanente e sustentável com planejamento estratégico de ações articuladas com as demais áreas da saúde.

196. Intensificar a articulação e divulgação das ações, a fim de garantir a gestão de forma participativa e estratégica, estendendo os espaços de debate e planejamento.

197. Dar mais transparência às contas públicas do estado para a sociedade civil.

198. Garantir as condições necessárias (recursos humanos, materiais e financiamento para as políticas) para que os trabalhadores possam desenvolver as ações e serviços de vigilância em saúde com qualidade, de forma articulada e integrada com a rede de atenção à saúde.

199. Ampliação da integração entre a Secretaria Estadual de Ordem Social e Secretaria Estadual de Saúde para aumento na segurança das unidades de saúde.

200. Implementar a gestão participativa em saúde por meio da conscientização, sobretudo dos usuários, a respeito do SUS (mídias educativas, eventos regionais, campanhas publicitárias).

201. Aperfeiçoar audiências e consultas, criando mecanismos de participação em ações e garantir o direito de participação dos povos indígenas e comunidades tradicionais.

202. Desenvolver ações estratégicas para fortalecer o uso da ouvidoria do SUS, nas três esferas de governo, como instrumento essencial e potencializador do processo de gestão participativa.

203. Reforçar especialização dos profissionais para que se possa ofertar um atendimento qualificado promovendo empatia, tornando assim o serviço de saúde um ambiente acolhedor. Assegurando ao paciente e seus cuidadores uma qualidade de vida com menos impacto.

204. Promover cursos/oficinas sobre a temática do SUS: organização, acesso, responsabilidades da gestão e direitos dos usuários.

205. Garantir que as deliberações das conferências de saúde sejam incorporadas a agenda do SUS.

206. Criar um canal participativo, através de uma ouvidoria específica para usuários do SUS, com objetivo de aprimorar serviços já oferecidos

207. Ampliar o quadro de apoiadores/sanitaristas nas Gerências Regionais de Saúde para que haja melhor suporte nas ações de Vigilância em Saúde, especialmente na Vigilância Sanitária

208. Ampliar e fortalecer os meios/canais para diálogos e deliberações entre gestão e população usando a gestão participativa, com a garantia de recursos financeiros pelos entes municipais e estaduais.

209. Garantir a participação da população no processo de governança estratégica e participativa da saúde, através de capacitação, bem como, instituir processo de qualificação junto aos gestores municipais, nos principais espaços de governança (Conselhos Municipais de Saúde, CIR)

210. Potencializar os espaços de governança regional e estadual para discutir as redes de atenção à saúde ainda fragilizadas

211. Elaborar agenda semestral com os secretários municipais de saúde para avaliação dos serviços de média e alta complexidade ofertados em âmbito estadual, assim como, implantar o programa de educação permanente para todos os níveis de atenção em parceria com a Escola de Saúde Pública de Pernambuco (ESPPE).

212. Garantir profissionais especialistas para atendimento da demanda de cirurgias eletivas e de urgência, com intervenção do estado na contratualização de anestesistas, na rede estadual de saúde.

213. Fortalecer a gestão do SUS, mediante ampliação dos espaços públicos para participação popular através de aperfeiçoamento de mecanismos de planejamento e integração regional do controle social.

214. Qualificação permanente dos gestores para melhor liderar sua equipe

215. Instituir um sistema de informações próprio agregando prontuário eletrônico, que todos os componentes da rede tenham acesso; Comissão permanente para estabelecer prioridade e articular capacitações permanentes; Implementação de um centro de referência de PICS (Práticas Integrativas e Complementares

em Saúde); Ampliar o apoio assistencial às equipes de APS inserindo profissionais de outras especialidades(resgatando o programa NASF); Monitorar e avaliar a qualidade da atuação das equipes de APS, quanto a atributos, carga horária e resultados periodicamente; ouvindo os usuários, os profissionais da APS e os gestores.

216. Instituir mecanismos e ferramentas de fomento sistemático à cultura participativa na governança do SUS

217. Implementar uma política de saúde voltada para as pessoas neurotípicas, com garantia de acesso às terapias, que tenham comprovação científica

218. Oferta de curso de formação presencial para ouvidores e sensibilização de gestores para implantação de ouvidorias nas secretarias municipais de saúde com a finalidade de fortalecer a gestão estratégica e participativa

219. Ampliar oferta de consultas e exames de Média e Alta complexidade e cirurgias eletivas de forma regionalizada com base nas necessidades identificadas no PRI (Planejamento Regional Integrado) e garantindo as referências e contrarreferências.

220. Institucionalização e repactuação de deveres, obrigações e metas do governo federal, estaduais e municipais bem como a garantia do financiamento da Rede Interestadual de Saúde do Médio Vale do São Francisco - Rede PE/BA.

221. Promover parcerias intersetoriais e interinstitucionais para a consolidação de políticas públicas com vistas à promoção e prevenção à saúde.

222. Firmar pactuação intermunicipais na promoção de consórcios para implantação de serviços de saúde.

223. Promover educação permanente e continuada para os profissionais de saúde, tendo em vista o aumento do quantitativo de pacientes acometidos com transtorno do espectro autista (TEA).

224. Promover o incentivo aos municípios, qualificando e ampliando a cobertura e o custeio estadual da Atenção Primária, políticas estratégicas e ciclos de vida, a fim de garantir Atenção Integral à Saúde, com ações de prevenção e cuidado para todas as pessoas, com ênfase aos usuários em vulnerabilidade, de forma equânime, garantindo acolhimento humanizado dos usuários, incentivando a educação popular em saúde e educação permanente para os profissionais da rede.

225. Uso de tecnologia para agendamento de consultas e exames através de aplicativos.

226. Garantir o acesso da população, trabalhadores e gestores da saúde nas estratégias que concernem à assistência dos usuários do SUS em toda a rede de atenção à saúde.

227. Garantir Educação com formação continuada dos profissionais de saúde, fortalecendo as políticas estratégicas com resolutividade e equidade.

228. Fortalecer os processos de gestão junto aos municípios, ampliando a oferta de educação continuada.

229. Fortalecer as instâncias de Governança em saúde, implantando o sistema de auditoria do SUS nos municípios, fóruns regionais de governança e garantido participação nas instâncias deliberativas (CIR, CIB, CIT).

230. Incentivo para Educação Continuada e Permanente aos profissionais de saúde para realização de atendimentos de urgência e emergência e identificação de doenças raras, pessoas com Transtorno do Espectro Autista (TEA), doenças crônicas, neurodivergentes e pessoa com deficiência nas unidades básicas de saúde.

231. Ampliar e aprimorar os mecanismos de controle e fiscalização na garantia da autonomia dos gestores públicos responsáveis pelas ações e decisões tomadas, que assumem os riscos e as consequências das escolhas e assim, buscar a eficiência na utilização dos recursos públicos, aplicando-os de forma eficaz, otimizando os resultados obtidos.

232. Ampliação de pactuação da Assistência em Saúde Mental

233. Fortalecer a Rede PEBA (Rede Interestadual de Saúde Pernambuco Bahia), através da repactuação dos fluxos existentes e oferta de serviços, além da garantia de financiamento pelo Ministério da Saúde.

234. Assegurar ambientes de trabalhos saudáveis e promotores do bem estar dos usuários e profissionais de saúde, com estrutura física adequada para cada setor.

235. Fortalecer as centrais de regulação e qualificar os profissionais para regularem os procedimentos em quantidade capaz de atender as necessidades da população, viabilizando as ações e serviços de saúde de Média e Alta Complexidade com priorização para a condição clínica do paciente.

236. Interoperabilidade e padronização entre sistemas do Ministério da Saúde (MS), Estados, Regionais de Saúde e Municípios para qualificação do controle, avaliação e auditoria para uma melhor governança entre eles.

237. Desenvolver e investir na capacidade institucional das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde focada nas áreas de planejamento, gestão e monitoramento das redes regionais de serviços de saúde.

238. Criação de um aplicativo para cadastro de referência de serviços em todos os níveis de complexidade (exames, consultas e procedimentos) para garantir que o usuário acompanhe a situação das filas de espera dos exames, consultas e procedimentos.

239. Garantir a implantação das estratégias nos municípios para democratizar e fortalecer a transparência do uso dos recursos financeiros, revogando a emenda constitucional 95 que congela os recursos para garantir uma Gestão Participativa no SUS

240. Fortalecer a interlocução e integração do estado e municípios de âmbito fiscalizador para fazer valer o andamento dos serviços oferecidos.

241. Criar estratégias de fortalecimento da Política Nacional de Humanização no SUS com Educação Permanente e Continuada no Estado e Municípios, para que se possa ofertar um atendimento qualificado, promovendo empatia, tornando assim o serviço de saúde um ambiente acolhedor, assegurando esse paciente e seus cuidadores de uma qualidade de vida com menos impacto.

242. Fortalecer a educação permanente em saúde para os profissionais de saúde, gestores e conselheiros para melhorar a qualidade nos atendimentos dos usuários.

243. Fortalecer os núcleos de educação permanente em saúde, garantindo dotação orçamentária, para ações de integração, treinamento, educação continuada e educação permanente aos funcionários da rede estadual de saúde.

244. Implementar os colegiados macrorregionais de discussão e de governança das redes integradas de saúde.

245. Retomar a implementação do Planejamento Regional Integrado – PRI, para descentralização dos serviços de saúde de Média e Alta Complexidade de maneira equânime.

246. Implantar mecanismos de monitoramento, avaliação e fiscalização por parte dos Conselhos de Saúde, de maneira que desenvolva mecanismos de participação social (usuários) nas etapas do ciclo de planejamento e orçamento das ações de saúde.

247. Potencializar a articulação e integração dos pontos de atenção da rede de atenção psicossocial, garantindo o cuidado integral da população em geral.

248. Garantir o vínculo empregatício, através de concurso público nas três esferas de governo.

249. Fortalecer a teleconsulta por meio do telessaúde estadual para contemplar a redução de fila de espera dos usuários que buscam os atendimentos especializados.

250. Garantir a sede própria com estrutura física adequada para funcionamento da Escola de Governo de Saúde Púbica de Pernambuco (ESPPE) para atender a formação, qualificação e atualização em novas tecnologias de forma periódica através de cursos, oficinas e seminários presenciais, para o adequado enfrentamento das doenças, agravos e eventos adversos que venham a acontecer à população, incluindo a população do campo.

251. Realizar concursos públicos para ampliar as equipes de saúde com inclusão do profissional de educação física, e garantia da inclusão das Pessoas com Deficiência nos respectivos processos seletivos.

252. Ampliar capacidade de gestão da política de integração ensino-serviço comunidade alinhadas com as necessidades do SUS.

253. Fortalecer a Escola estadual e as municipais de Saúde Pública em Pernambuco como equipamentos públicos de formação para a rede de saúde, com garantia de dotação orçamentária para atender as necessidades de formação dos trabalhadores do SUS contida no plano estadual de Educação Permanente em Saúde, visando

uma atuação ética, política, técnica e humanizada de profissionais de saúde, gestores, conselheiros e usuários do SUS.

254. Implementar a Política de Educação Permanente em Saúde voltada às Comunidades Rurais, por meio dos PAREPS, considerando as necessidades locorregionais.

255. Promover a inovação e qualificação dos processos de governança e gestão estratégica e participativa da saúde por meio de fortalecimento, investimento, estruturação e formação dos conselhos de saúde, garantindo a realização das conferências de saúde e educação permanente em saúde.

256. Garantir a valorização dos trabalhadores da saúde com salários dignos, autonomia, formação continuada, infraestutura e instrumentos de trabalho.

257. Ampliar a capacidade instalada e qualidade de serviços da rede de atenção materno-infantil a nível regional, estadual e municipal ampliando o acesso aos serviços de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar de forma regionalizada e descentralizada.

258. Aprimorar Plano de Cargos e Carreiras e Vencimentos (PCCV) estadual do SUS e estimular o aprimoramento dos PCCV municipais.

259. Fortalecer políticas públicas voltadas para organização do sistema de governança estratégica (ouvidoria/auditoria) com a valorização do profissional, do controle social, da democratização, da mobilização social, da gestão ética dos serviços públicos de saúde e a garantia do financiamento tripartite.

260. Garantir capacitação e educação permanente aos profissionais de saúde para a comunicação e atendimento às pessoas com deficiência.

261. Garantir o incentivo para a execução da política de educação permanente em saúde e produção de pesquisas aplicadas ao SUS.

262. Fortalecer as centrais de regulação através de protocolos clínicos, e qualificar os profissionais para regularem os procedimentos em quantidade capaz de atender as necessidades da população, viabilizando as ações e serviços de saúde de Média e Alta Complexidade com priorização para a condição clínica do paciente.

263. Ampliar o acesso e qualificar o atendimento às pessoas com deficiências, atendendo a portaria de consolidação n° 3/gm/ms de 28 de setembro de 2017, bem como fortalecer a política estadual de atenção básica, com treinamentos/ capacitações com os profissionais que realizam os atendimentos nas UBS's, incentivando um olhar mais humanizado a todos os usuários do SUS.

264. Ofertar capacitações/educação permanente (cursos presenciais ou online que possibilite a realização em horários flexíveis) para os profissionais, e garantir a liberação para frequentar os cursos estratégicos da sua área de atuação.

265. Garantir a ampliação de programas de residências em saúde em áreas estratégicas do SUS de forma regionalizada, de acordo com as necessidades do SUS em Pernambuco.

266. Fortalecer, ampliar, investir, requalificar e implementar a Política Estadual de Educação Permanente em Saúde com recursos tripartite.

267. Implantar um canal virtual 24h financiado pelo estado para orientação dos usuários quanto a regulação de redes nos municípios e estado.

268. Apoiar as equipes de Vigilância em Saúde municipais, visando o fortalecimento estrutural e técnico, subsidiando educação permanente em saúde com estímulo ao provimento de admissão de profissionais da área de saúde.

269. Garantir financiamento da Vigilância em Saúde compatível com os programas de saúde pública e necessidades epidemiológicas locais.

270. Implantar e Implementar plano de cargos e carreiras para os profissionais e valorização do trabalho.

271. Fazer planejamento ascendente com garantia de financiamento de custeio e investimento para as propostas eleitas na 10ª Conferência Estadual de Saúde.

272. Readequar os investimentos nos serviços de média e alta complexidade para melhoria da política dos hospitais públicos de pequeno porte.

273. Solicitar ao Ministério da Saúde o aumento de projetos de financiamento para investimentos do SUS.
274. Investir na Atenção Básica de forma a possibilitar a captação em tempo oportuno bem como o diagnóstico, tratamento, controle e reabilitação, diminuindo a demanda para atendimentos secundários e terciários.
275. Garantir o custeio de modo que a UPAE execute 100% da sua capacidade instalada.
276. Ampliar os recursos destinados à média e alta complexidade à população em geral.
277. Permitir o uso dos recursos dos programas ativos do Ministério da Saúde para contratação e encargos de pessoal, sem impactar nos cálculos referentes à lei de responsabilidade fiscal.
278. Propor uma revisão e aumento dos recursos federais e estaduais para a saúde.
279. Proporcionar investimento em estruturas e equipamentos adequados, visando assegurar a qualidade, integridade, boas condições de armazenamento e dispensação dos medicamentos consequentemente a segurança dos usuários.
280. Fortalecer a ampliação e financiamento com garantia de acesso aos serviços ofertados de forma regionalizada nas redes de atenção à saúde: Materno Infantil, urgência e emergência, rede psicossocial, incluindo a possibilidade de parcerias e consórcio ou convênio com serviços contratados.
281. Solicitar ao Governo Estadual, a garantia do repasse financeiro aos municípios, objetivando a ampliação da faixa etária ofertada pela Portaria do Ministério da Saúde, para exames destinados à saúde da mulher;
282. Disponibilizar financiamento para proporcionar maior quantidade de exames solicitados na atenção básica e na alta complexidade.
283. Garantia de repasse financeiro Estadual para os municípios fortalecerem as ações educativas que possam interferir no processo saúde-doença da população e na melhoria da qualidade de vida.
284. Ampliação dos serviços de Triagem neonatal.
285. Ampliar o financiamento para melhorar o abastecimento de insumos para assistir o paciente de modo qualificado.
286. Assegurar o cumprimento da contrapartida estadual para o financiamento em saúde dos municípios (como realizado em outros Estados da Federação).
287. Reorganizar as políticas de saúde com novos incentivos em investimentos em programas, assim como a criação de incentivos fiscais para empresas que investem em saúde.
288. Destinar recursos estaduais de investimentos para ampliação e manutenção das UBS e equipes multiprofissionais ligadas à atenção primária à saúde.
289. Valorização dos trabalhadores de saúde, obedecendo o piso salarial.
290. Ampliar do repasse financeiro Estadual para Média e Alta Complexidade (MAC) municipal, Atenção Secundária, Urgência e Emergência, Terciária em Saúde dos Municípios por meio da reformulação da Lei de Repasse do Teto Financeiro, bem como aumento dos valores do incentivo financeiro Estadual para Assistência Farmacêutica Municipal e realizar a revisão dos Protocolos Terapêuticos de prescrição de medicamentos.
291. Participação mais ativa do Estado na atenção primária e secundária para custeio e investimento.
292. Reformar e estruturar os hospitais do estado com contratação de empresas qualificadas em saúde, requalificando as estruturas dos recursos humanos.
293. Ofertar veículos para desenvolvimento das políticas de saúde.
294. Investir na implantação de um núcleo regionalizado de avaliação de solicitação de exames realizados pelo estado para desburocratizar o fluxo de atendimento.
295. Garantir o financiamento da ampliação de oferta de procedimentos de alta complexidade, principalmente que requerem contraste e sedação bem como procedimentos de média complexidade com demanda reprimida por falta de oferta.
296. Garantir o cofinanciamento do governo estadual e federal para investimentos (construção, reformas, ampliações e aquisição de equipamentos para Atenção primária e especializados dos municípios).
297. Garantir recursos para implantação de uma unidade de alta complexidade de oncologia (UNACON) regional, no regime de consórcio, no território da macro regional Nordeste; como também abertura e ampliação de

centro de reabilitação neurológica e ortopédica, com suporte de órtese e próteses e aumentar a demanda de psicólogo e psiquiatras.

298. Ampliar repasse financeiro para investimento em infraestrutura adequada e qualificação profissional da vigilância em saúde.

299. Implantar contrapartida dos entes Federados para aquisição dos recursos humanos.

300. Redirecionar os investimentos em saúde por meio da realidade atual e as demanda de cada estado em referência aos municípios, priorizando a equidade, integralidade, qualidade e humanização no atendimento.

301. Fortalecimento do investimento e ampliação da rede de urgência e emergência nas microrregiões do estado de Pernambuco.

302. Garantir incentivo financeiro para o cuidado integral dos profissionais de saúde.

303. Garantir recursos financeiros suficientes para o adequado funcionamento dos Hospitais de Pequeno Porte.

304. Aumento no repasse de financiamento da farmácia básica e farmácia viva nas três esferas: municipal, estadual e federal.

305. Revisão do repasse de custeio do ministério da saúde para vigilância em saúde.

306. Ampliar e garantir o repasse de recursos estaduais para o ente municipal.

307. Aumentar recursos de custeio e investimentos por parte da União para os programas existentes no SUS.

308. Ampliar o financiamento da Vigilância e linha de cuidado para enfrentamento das Zoonoses.

309. Ampliação do repasse financeiro para requalificação e manutenção da média e alta complexidade nos municípios.

310. Aumento da contrapartida do Ministério da Saúde para o financiamento da Atenção Básica (incremento da captação ponderada) que possibilite o pagamento dos recursos necessários para uma assistência qualificada (recursos humanos e materiais), bem como, instituir financiamento estadual para a Atenção Básica.

311. Investimentos financeiros de acordo com a real necessidade de cada região.

312. Garantir o recurso para instituições que realizam cirurgia geral.

313. Revisão e ampliação da tabela SUS, garantindo o repasse dos 10% da união para os municípios.

314. Viabilizar recursos para capacitar profissionais; custear a aquisição de novos equipamentos nas unidades hospitalares e atenção básica; garantindo recursos para projetos de promoção à saúde no orçamento estadual e federal baseado nas leis e portarias.

315. Investir recursos financeiros para ampliação e adequação do Hospital Agamenon Magalhães - HOSPAM para maternidade de alto risco e ampliar a linha de cuidado dos serviços já existentes no Hospital Eduardo Campos - HEC.

316. Reformar a estrutura de financiamento do Sistema Único de Saúde, buscando viabilizar estratégias para assegurar a universalidade e igualdade dos serviços ofertados.

317. Garantir aumento do investimento nos programas/redes, voltados para oncologia, hemodiálise, regionalização de cirurgias e exames radiológicos de alta complexidade, ortopedia e trauma, interiorizando os serviços de referência, facilitando o acesso aos usuários dos serviços, ampliando recursos financeiros (atualizando valores que se desfazem ao longo do tempo) para que se possa oferecer melhorias na qualidade de vida das comunidades Indígenas, quilombolas e população em geral.

318. Garantir o financiamento para implantação, ampliação e qualificação dos serviços de referência no atendimento materno-infantil.

319. Garantir o aumento gradativo, a partir de repasse de recursos estaduais, para desenvolver ações do Programa de Qualificação das Ações de Vigilância em Saúde (PQAVS) que visem a melhoria da qualidade de vida da população.

320. Ampliar o repasse de recursos estaduais destinados à implantação e implementação das Farmácias VIVAS, visando a produção de fitoterápicos e terapias integrativas nas regionais de saúde.

321. Reestruturar, redimensionar, ampliar, efetivar e garantir o incentivo financeiro da Atenção Primária, com foco na promoção, prevenção e educação permanente.

322. Incentivo financeiro estadual para criação do SAMU nos municípios.

323. Fundo estadual de apoio para a ampliação da estrutura física das unidades de saúde municipais deficitárias, aumentando o financiamento da atenção primária a fim de obter melhorias da estrutura física e melhorar o atendimento multiprofissional.

324. Retomar o programa de requalificação das unidades básicas, construção de prédios próprios (com espaços físicos específicos para atendimento de pessoas com tea e pessoas com deficiência) para funcionamento das UBSs e garantia de manutenção, ampliando também a equipe de atenção básica e equipe multiprofissional com transporte de acordo com cnes de cada equipe.

325. Garantir a implantação dos recursos humanos com valorização do profissional através do concurso público e Planos de Cargos e Carreiras e Vencimentos nas esferas de governo.

326. Ampliar o financiamento e oferta de medicamentos para doenças crônicas, saúde da mulher e saúde mental, com distribuição regular.

327. Implantar Centros de referências especializados em autismo e neurodivergentes vinculados à atenção primária à saúde.

328. Garantir recursos para educação permanente para os profissionais da saúde e gestores.

329. Garantir e ampliar recursos financeiros a assistência farmacêutica e demais serviços prestados a nível municipal.

330. Garantir financiamento estadual adequado e suficiente para todas as áreas de atuação na saúde, garantindo cumprimento do repasse em tempo oportuno, estabelecendo uma data limite mensal para que o estado repasse para os municípios, evitando atrasos e prejuízos na sua execução.

331. Garantir a ampliação das verbas específicas estaduais e a contrapartida do Estado para hospitais municipais das microrregiões, visando a otimização dos recursos humanos, materiais e estruturais.

332. Garantir especialidades médicas tais como urologia, dermatologia, vascular, odontologia em todas as suas especialidades, psicologia infantil, oftalmologia e neurologia infantil priorizando a necessidade e demanda da população e a fila de espera dos municípios de todas as regionais.

333. Garantir o financiamento tripartite para as ações de saúde, assegurando e ampliando recursos de investimento e custeio para os blocos de atenção primária (PICS, equipe multidisciplinar e outros), atenção especializada, assistência farmacêutica e vigilância à saúde, atualizando os valores repassados com incremento de novas fontes de recursos diretamente aos municípios e garantia de financiamento Federal para o pagamento dos pisos salariais de todas as categorias que forem aprovados.

334. Solicitar aumento de 100% de cotas de exames de alta complexidade, ampliar as cotas de exames de média e alta complexidade, disponibilizado pelo Estado e de acordo com a demanda do município (CMCE).

335. Garantir de forma equânime, descentralizada e cooperativa, a distribuição dos recursos humanos, financeiros, materiais, farmacológicos e de transportes, para os municípios interioranos do estado de Pernambuco. A fim de aumentar a resolutividade dos serviços prestados e diminuir a superlotação na capital, considerando a necessidade prioritária de cada município.

336. Fortalecer as Políticas Estratégicas da Atenção Primária em Saúde, com investimentos (aquisição) em equipamentos e veículos para auxiliar o trabalho das equipes e garantir o financiamento do governo Federal e cofinanciamento Estadual.

337. Garantir que as regionais de saúde sofram reformas na infraestrutura e que tenham profissionais de saúde, insumos e equipamentos (tecnologias e carros) para realizar monitoramento, avaliação e apoio aos municípios no que diz de uma vigilância de qualidade, efetividade, eficiente e eficaz.

338. Garantir o investimento financeiro de 100% do orçamento já existente para implantar Centros de Oncologia e a manutenção adequada desses serviços nas regionais que apresentam este vazio assistencial para atender de forma adequada e humanizada os usuários portadores destas doenças proporcionando aos mesmo conforto e reduzido assim distância dos municípios em levar os seus munícipes para a capital bem como fortalecer os Centros Oncológicos já existentes.

339. Reorganização da Rede Materno-Infantil para todas as Macrorregiões com ampliação dos serviços de triagem neonatal.

340. Ampliar o repasse financeiro federal e estadual para a compra de medicamentos de acordo com a carga epidemiológica das doenças da região/macrorregião de saúde e para o investimento em recursos materiais e humanos específicos para garantir a qualidade e eficácia da assistência farmacêutica à população.

341. Fortalecer a Gerência Regional de Saúde, em apoio aos municípios e Distrito Estadual de Fernando de Noronha, com investimentos em tecnologia e qualificação técnicas para profissionais de saúde e gestores.

342. Incentivo do repasse do bloco de manutenção das ações e serviços públicos de saúde no grupo de assistência farmacêutica, promoção de insumos estratégicos na Atenção Primária, Secundária e Terciária à Saúde para garantir o abastecimento adequado de medicamentos básicos (antihipertensivos, antidiabéticos, antibióticos, entre outros), como também EPIs e materiais para curativos.

343. Aumentar a oferta dos serviços especializados com dimensionamento das cotas de especialização de acordo com a demanda regional. Para os municípios e Distrito Estadual de Fernando de Noronha (consulta e exames e cirurgias eletivas), entre outras necessidades.

344. Propor novos mecanismos de financiamento das políticas públicas de saúde com foco na garantia do contínuo assistencial e na responsabilização das três esferas de governo.

345. Reestruturação do financiamento em saúde da Autarquia Distrital Estadual de Fernando de Noronha em infraestrutura, recursos humanos, insumos, equipamentos e SAMU 4x4, contribuindo com as ações de saúde da autarquia.

346. Investir em atenção básica melhorando a estrutura física das Unidades e equipamentos garantindo a acessibilidade a pessoas com obesidade, pessoas com deficiência e transtornos mentais.

347. Ampliação e gestão eficaz e eficiente dos investimentos em saúde em todas as regionais de saúde do estado de Pernambuco, garantindo acesso universal, integral e equânime a população as redes de saúde, para implantação das equipes multidisciplinares para todos os serviços em todos os níveis de saúde no âmbito da promoção, prevenção e assistência com participação efetiva do controle social na gestão e definição de prioridades, na aplicação dos recursos com distribuição equitativa entre a atenção primaria, atenção especializada e vigilância em saúde, contemplando todas as redes de atenção como: rede de atenção primaria com ampliação da cobertura para 100% da população, rede de atenção especializada destacando CEO, UPA, UPAE, hospitais gerais, laboratórios centrais e laboratórios de urgência e emergência e os centros de reabilitação motora, intelectual, auditiva e visual infantil e adulto; rede de atenção psicossocial (RAPS) com abertura de serviços de emergência municipais e/ou regionais, centros de convivências, ambulatórios integrados de saúde mental e neuroatípicos, e ampliação do número de CAPS tipo 3, CAPS I, tipo II e AD e o fortalecimento de equipe de consultório de rua em todo estado por meio de concurso público; garantir os investimentos no sistema de vigilância em saúde, prontuário eletrônico, regulação, controle em supervisão de rede com integração dos sistemas de informação em saúde.

348. Implantação de uma Maternidade Regional de Alto Risco em todas as Gerências Regionais de Saúde.

349. Implantação dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) em todas as Regionais não contempladas.

350. Realizar investimentos, priorizando as necessidades dos municípios e Distrito Estadual de Fernando de Noronha, de acordo com os dados registrados nos sistemas de informação da saúde, para tratamento de doenças e prevenção da desnutrição, por meio de atendimento multidisciplinar.

351. Criação de um Grupo de Trabalho para discussão sobre o cofinanciamento da RAPS de Pernambuco.

352. Garantir que a destinação prevista em lei dos recursos da arrecadação do IPVA, licenciamento e multas de trânsito. Esses recursos devem ser repassados de forma regular e proporcional, levando em consideração os registros dos veículos de cada município.

353. Garantir a ampliação dos espaços e órgãos de controle social em saúde, bem como o repasse de recursos financeiros para manutenção das atividades e estruturação dos conselhos de saúde, em todas as esferas de governo, fortalecendo a formulação de políticas de controle social e seus multiplicadores.

354. Promover políticas de controle social para que se possa fortalecer e fiscalizar ações de saúde que busquem melhorar o atendimento e acolhimento das minorias sociais com cursos de atualização em educação permanente (Ex.: libras, usuário LGBT+).

355. Garantir que o controle social fiscalize as ações do serviço público em relação ao prazo para a realização de cirurgias eletivas.

356. Fortalecer os Conselhos de Saúde em parceria com CES (Conselho Estadual de Saúde) e CNS (Conselho Nacional de Saúde), garantindo maior suporte técnico, apoio institucional, acesso às informações, estrutura física adequada, materiais e programas de educação permanente para conselheiros.

357. Garantir o fortalecimento das ações de educação na saúde, voltado aos conselhos, fazer valer a lei 8.142/90, Garantindo recursos específicos para manter o conselho.

358. Garantir a implantação e responsabilizar os gestores nas três esferas do sus pela oferta de estrutura física, recursos humano e financiamento adequado para que os conselhos de saúde possam exercer plenamente suas funções cumprindo com suas atribuições definidas pela lei.

359. Participação cidadã: Inovar e qualificar a participação cidadã nos processos de tomadas de decisões e nos espaços de discussão pública, como audiências públicas, conferências e conselhos municipais, garantindo o acesso à informação por meio da divulgação de dados e processos administrativos em plataformas digitais, veículos de comunicação e ouvidoria.

360. Intensificar a fiscalização das ações no que se refere a recursos financeiros.

361. Garantir a efetivação da realização das pré-conferências nas três esferas de governo, para debater o tema e escolha de delegados.

362. Fortalecer a participação popular para que ocupem espaços de representatividades e discussão de políticas públicas de forma intersetorial.

363. Garantir as condições de funcionamento e fortalecimento do Conselho de Saúde, como órgão deliberativo e de fiscalização, com autonomia e independência política, financeira e administrativa, por meio do investimento financeiro do Governo do Estado ao Controle Social dos Conselhos Municipais e Distritais de Saúde , para estrutura e independência financeira para formação, qualificação e aquisição de equipamentos e desenvolvimento de ações de prevenção e promoção à saúde junto a suas comunidades para ampliação da participação da sociedade civil no SUS e implantar o tema participação social em saúde como essencial nas ações do Programa Saúde na Escola (PSE) e nas ações de educação em saúde nas Unidades Básicas de Saúde por meio da Equipe Multiprofissional.

364. Garantir a fiscalização, por parte dos conselhos das três esferas, aos equipamentos de saúde e sistemas de regulação, com o objetivo de diminuir o tempo de espera das consultas e exames e assim melhorar a qualidade de atendimento, especialmente reabilitação e o acolhimento das famílias das pessoas com deficiências e idosos, conforme a LBI 13146/6 de Julho de 2015.

365. Desenvolvimento de ações por meio da comissão de educação permanente de escuta e orientação da população para o fortalecimento do controle social nos serviços de saúde, através das escolas, associações de moradores, gestores de saúde, conselho municipal de saúde, associações rurais, associações religiosas, e ouvidorias do SUS ativa.

366. Garantir a integração e o intercâmbio do conselho estadual de saúde com os conselhos municipais de saúde para divulgação das ações dos conselhos no âmbito estadual, por meio de coordenação de plenária, capacitações e fortalecimento do controle social.

367. Garantir a descentralização das ações de fiscalização e de formação continuada do conselho estadual de saúde e instituir comitês técnicos regionais de apoio ao controle social compostos de maneira paritária pelos componentes do controle social dos municípios da região e do conselho estadual de saúde.

368. Fortalecer e garantir o funcionamento da resolução 453/2012 do conselho nacional de saúde destacando sua quarta diretriz que fala sobre o funcionamento dos conselhos de saúde.

369. Garantir e promover políticas de controle social para que se possa fortalecer e fiscalizar ações de saúde que busquem melhorar o atendimento e acolhimento das diversidade sociais com cursos de atualização em educação permanente (ex.: libras, usuário LGBTQIA+). com vigilância socioassistencial: a vigilância socioassistencial deve analisar as informações relativas às demandas quando às:

I - incidências de riscos e vulnerabilidades e as necessidades de proteção da população, no que concerne aos serviços de saúde ofertados;

II - características e distribuição da oferta de rede socioassistencial instalada vistas a perspectiva do território, considerando a integração entre a demanda e a oferta.

370. Garantir por parte da SES a divulgação ampla e prévia aos municípios as realizações das ações para a população em nível estadual, com resumo de todos os documentos e materiais em linguagens acessíveis, constando também prestação de contas sobre sua implementação. A nível municipal criar conferências itinerantes onde tenham unidades de saúde com o conselho de saúde e gestão municipal, discutindo e conferindo junto à população as necessidades para a saúde, onde serão determinados os delegados e propostas na conferência municipal.

371. Comprometer e responsabilizar os gestores nas três esferas do SUS pela oferta de estrutura física, recursos humanos e financiamento adequado para que os conselhos de saúde possam exercer plenamente suas funções cumprindo com suas atribuições definidas em lei.

372. Garantir que os conselhos distritais, municipais e estadual realizem plenárias itinerantes e descentralizadas nas comunidades do campo e da cidade com a presença de seus segmentos, tendo a finalidade de fortalecer a política do SUS, do Controle Social e informação sobre os direitos e deveres dos usuários, com transporte exclusivo para as ações e serviços dos conselhos de saúde.

373. Promover a inclusão nos Conselhos de Saúde representações que busquem o enfrentamento das iniquidades em saúde, tais como: mulheres, idosos população do campo e das florestas, juventude, população negra e quilombola, LGBTQIAP+, população em situação de rua, pessoas com deficiências.

374. Construir um plano de ações educacionais que visem a qualificação de todos os cidadãos, com relação à participação social por meio das escolas.

375. Fortalecer a participação da população infanto-juvenil, através de programas, como PSE, onde as informações de direitos e deveres serão direcionadas à faixa etária mais jovem, introduzindo conteúdos na educação para garantir a defesa social do SUS. Desta forma, buscando conscientização precoce dos futuros conselheiros de saúde.

376. Formação continuada dos Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde, tendo em vista o desenvolvimento de um controle social mais efetivo e com maior conhecimento dos problemas de saúde dos usuários do SUS.

377. Criação do conselho regional de saúde.

378. Aumento no n° de cursos e capacitações para a sociedade civil em relação a necessidade do controle social.

379. Garantir educação permanente do controle social de forma descentralizada para todos os segmentos (usuários, trabalhadores e gestores).

380. Implantar e garantir a educação permanente, buscando uniformizar a informação e qualificar o controle social, baseado nos princípios da Humanização e da Participação Social.

381. Implementar e capacitar facilitadores de Educação e Saúde de forma permanente, estabelecendo um canal de diálogo com os movimentos populares, estimulando a corresponsabilidade social em defesa do SUS.

382. Ampliar o conhecimento da população na importância do controle social e a função do Conselho de Saúde, através da qualificação profissional com ampliação de recursos financeiros para a elaboração de políticas públicas.

383. Viabilizar cronograma de capacitação para o Conselho Municipal de Saúde.

384. Implantar uma unidade institucional de referência macrorregional para apoiar na organização jurídica e na qualificação dos movimentos sociais municipais e regionais.

385. Equipar os conselhos municipais e estaduais com equipamentos de transmissão online para as reuniões e conferências ampliando o acesso e a participação da população.

386. Garantir programa de educação permanente para todos os participantes do Controle Social do SUS e implantar a ouvidoria do conselho estadual de saúde, garantindo devolutiva das propostas aprovadas nas

etapas municipais das conferências estaduais, bem como a garantia de formação continuada para os conselheiros municipais de saúde.

387. Qualificar os conselheiros municipais de saúde quanto a aplicação dos recursos financeiros.

388. Garantir o financiamento pela gestão e o conselho da esfera governamental correspondente para realização de cursos de formação, qualificação dos trabalhadores, agentes sociais, do controle social e da gestão participativa do SUS, desenvolvendo e fortalecendo os instrumentos para implementação dos eixos estruturantes e diretrizes para consolidação da área da gestão do trabalho no SUS, visando à democratização das relações de trabalho e a melhoria na prestação de serviços.

389. Garantir a inclusão da temática "controle social no SUS" em articulação com o PSE e/ou outros programas em todas as escolas estaduais e municipais pelo menos uma vez ao ano envolvendo toda a comunidade escolar.

390. Garantir o cumprimento da lei de criação e do regimento interno de cada conselho visto ao fundo municipal de saúde, e que os gestores responsáveis por gerir o fundo assumam a responsabilidade financeira com os conselheiros municipais e distritais de saúde, com suas respectivas diárias para os seus deslocamentos e hospedagens respeitando o direito dos conselheiros e delegados eleitos nas conferências para que eles participem de conferências, fóruns, seminários e outros em todo e qualquer evento.

391. Garantir a inclusão nos espaços dos conselhos municipais, estaduais e federal de saúde de representantes que busquem os enfrentamentos das iniquidades em saúde. Tais como: juventudes, mulheres, idosos, população do campo, floresta e água e ribeirinhas, população negra, povo de terreiro, quilombolas, povos originários e LGBTQIA+ (lésbicas, gays, bissexuais, transexuais, queer, intersexuais, assexuais) , população em situação de rua, egressos do sistema prisional, população cigana e pessoas com deficiência e implantar comitê regional para troca de experiências do controle social e fortalecer e intensificar junto aos conselhos de saúde municipal, estadual e federal processos contínuos de educação permanente sobre controle social do SUS.

392. Garantir financiamento de custeio e investimento dos equipamentos de saúde já existentes, visando um atendimento integral, de forma regular nas três esferas de governo, destinados à saúde de qualidade e de forma regionalizada.

393. Ampliação do EMAD (Equipe Multidisciplinar de Atenção Domiciliar).

394. Que os entes federativos criem e garantam recursos orçamentários permanentes para regulamentação e efetivação do piso das categorias de saúde, respeitando- se na sua implementação, os Planos de Cargos e Carreiras.

395. Criação de bloco de financiamento para valorização da carreira SUS dos profissionais da Atenção Primária à Saúde, com remuneração digna, número suficiente de profissionais, e educação permanente para garantir a qualidade do atendimento e do acesso aos usuários.

396. Aumentar o financiamento e custeio da política de assistência farmacêutica, bem como ampliar junto a secretaria estadual de saúde, ministério da saúde para o aumento das cotas de insumos dos programas que são disponibilizados por eles.

397. Revisar o teto da vigilância em saúde para garantir a manutenção dos serviços e garantir educação permanente.

398. Fomento financeiro para implantação de políticas públicas voltadas à crianças com deficiência.

399. Ampliar os recursos de Atenção Básica voltado para Política Nacional de Saúde Integral na população do campo e da floresta.

400. Garantir financiamento para os centros de referências regionais para atender pessoas com transtornos de desenvolvimento, ampliando e efetivando os serviços da UPAE´s, para atender as demandas de exames conforme patologias.

401. Criar condições favoráveis para à valorização profissional, de forma legal, garantindo os direitos trabalhistas e efetivação dos pisos salariais vigentes de toda equipe multiprofissional.

402. Garantir repasse financeiro estadual, de investimento e custeio para Saúde Bucal na Atenção Básica e Especializada a fim de: ampliar a rede e o acesso dos serviços ofertados para a população, melhorar a qualidade do atendimento através da aquisição de novas tecnologias, fortalecer a valorização dos profissionais através do pagamento do piso salarial previsto em lei.

403. Criação de uma política de financiamento exclusiva de contribuição financeira estadual aos municípios para o Programa de Tratamento Fora de Domicílio (TFD).

404. Garantir a ampliação dos serviços especializados com foco nas necessidades da Atenção Primária à Saúde, assegurando a equidade no financiamento das políticas estratégicas segundo as diferenças regionais e com contrapartida da gestão estadual para o apoio aos municípios.

405. Estabelecer financiamento para garantir a presença do profissional de farmácia nas UBS e reajuste urgente dos valores da Assistência Farmacêutica.

406. Ampliar o financiamento da assistência farmacêutica para a Atenção Primária e dos serviços de média e alta complexidade, distribuindo adequadamente medicamentos e materiais associados aos programas do ministério da saúde, bem como viabilizar o programa para a distribuição de absorventes.

407. Garantir a contrapartida do estado da atenção primária para fortalecer o acesso, considerando o princípio da equidade.

408. Implantar o piso salarial de todos profissionais de saúde.

409. Reativar, reestruturar e garantir o financiamento e educação permanente voltados para as atividades das equipes multiprofissionais.

410. Garantir o cofinanciamento do Estado e assegurar a efetividade para a integração da equipe multiprofissional na atenção primária à saúde na validação do acesso aos serviços e implementação de linhas de cuidado voltadas para às pessoas com transtorno do espectro autista (TEA), doenças crônicas (a exemplo de fibromialgia, lúpus, etc.) doenças raras e neurodivergentes.

411. Garantir o financiamento de forma regular para implantação de Centros de zoonoses regional/municipal para controle populacional de animais e das zoonoses.

412. Criação de bloco de financiamento para valorização e efetivação do Plano de cargos e carreiras SUS dos profissionais da APS, com remuneração digna, número suficiente de profissionais, e educação permanente para garantir a qualidade do atendimento e do acesso aos usuários.

413. Fortalecer o programa Farmácias Vivas, garantindo o repasse e a ampliação do seu financiamento.

414. Criar e subsidiar financeiramente um programa em articulação com o Programa Saúde na Escola (PSE) e Fitoterapia na área da Educação Estadual sobre a Saúde para que desde a infância a sociedade saiba sobre a importância da nossa participação na construção e funcionamento do SUS e Fortalecer ações sociais nas escolas em conjunto com as demais secretarias.

415. Garantir cofinanciamento estadual para política infanto-juvenil priorizando as necessidades das pessoas com deficiência e os serviços das Rede de Atenção Psicossocial.

416. Garantir de forma permanente, contínua e com correção inflacionária o financiamento da Política Estadual de fortalecimento da Atenção Básica com destinação de recursos aos municípios e estímulo a política de provimento de profissionais, a partir de concurso público e investimentos em infraestrutura das Unidades Básicas de Saúde, a fim de promover as condições necessárias para que a APS seja ordenadora da rede de atenção à saúde e cumpra com seus atributos.

417. Garantir o financiamento adequado aos serviços de Atenção Especializada de maneira descentralizada e regionalizada, na lógica das redes de atenção, priorizando os vazios assistenciais e ampliando a oferta dos exames de imagem.

418. Maior repasse de recursos para os municípios para que possam ser custeados mais profissionais de saúde através de concurso público na Estratégia de Saúde da Família.

419. Garantir o repasse financeiro de forma adequada e contínua as regionais e principalmente para os municípios conforme é preconizado pelo SUS (Atenção Básica, Vigilância, Assistência Farmacêutica e Média e Alta Complexidade).

420. Garantir o aumento do cofinanciamento estadual do componente básico na assistência farmacêutica com reajustes anuais de acordo com os índices de aumento de medicamentos.

421. Garantir financiamento para enxaguante bucal, creme dental e escova dental para tratamento de doenças periodontais, dentro da Política Nacional de Saúde Bucal.

422. Ampliar e garantir recursos para implantação/manutenção dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), pelo Governo Estadual.

423. Garantir o financiamento da atenção primária em saúde, especialmente a contrapartida do financiamento por parte do estado.

424. Ampliar o financiamento dos serviços especializados (Bloco Cirúrgico, Transporte Fora do Domicílio, Centros de Especialidades Odontológicas, Centro Especializado em Reabilitação, Serviço de Atenção Domiciliar, Serviço de Atendimento Móvel de Urgência e Centros de Atenção Psicossocial, Serviço de Atendimento especializado em HIV/AIDS IST'S e Hepatites virais) através de transferências regulares e adequadas à oferta de ações e serviços públicos de saúde com descentralização da oferta e provimento de profissionais para o estado.

425. Garantir financiamento para os centros de referências regionais para atender pessoas com transtornos de desenvolvimento e outros transtornos, ampliando e efetivando os serviços da UPAE´s, para atender as demandas de exames conforme patologias.

426. Cofinanciar os municípios para execução de ações dos componentes do Bloco de financiamento da Vigilância em Saúde, incorporando tecnologias, através de sistema integrado de informação em saúde.

427. Garantir investimento na ampliação e adequação na rede de assistência materno infantil com o objetivo de redução da morte materna e redução da transmissão vertical de HIV e sífilis.

428. Garantir o financiamento estadual de forma regular para prevenção e controle de Tuberculose, HIV/AIDS, IST'S, Hepatites virais e Hanseníase.

429. Garantir e ampliar o cofinanciamento estadual para garantir a manutenção e ampliação das políticas regionais de saúde e repasses financeiros para as políticas da atenção primária, inclusive Academia da Saúde e Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (Profissionais e Estruturas) e Laboratórios de Saúde Pública, sem a prestação do serviço pela iniciativa privada ou parcerias público-privadas e, articular também com o Ministério da Saúde e parlamentares para viabilizar recursos aos municípios com novos repasses e emendas para ações como: distribuição de fraldas infantis, geriátricas e para pessoas com deficiência, e oferta de transporte social/sanitário com o apoio do PE Conduz para os serviços municipalizados que contemplem os usuários em situação de vulnerabilidade.

430. Garantir o pagamento do piso salarial nacional da enfermagem e das outras categorias dentro do estado de Pernambuco a partir do estabelecimento dos recursos financeiros.

431. Garantir o pagamento do piso da equipe de enfermagem em todo estado, segundo a MP-PEC 042/2022, Lei nº 14343/2020 e portaria GM/MS 597 de 12 de maio de 2023. E das equipes de saúde bucal conforme a lei federal 3.999/1961.

432. Garantir reajuste dos repasses para atenção básica levando em consideração as necessidades e as especificidades epidemiológicas de cada município.

433. Revisar a política de financiamento dos Hospitais de Pequeno Porte – HPP.

434. Garantir efetivo repasse dos recursos estaduais da saúde destinados aos municípios, em especial para a atenção primária, em conformidade com as pactuações nas instâncias colegiadas intergestores.

435. Atualização da tabela SUS e aumento do valor do repasse por parte do Governo Estadual para os municípios.

436. Aplicar 12% das suas receitas correntes brutas (RCB), ou seu equivalente na receita corrente líquida (RCL), além da incorporação de novos recursos para atender o direito constitucional à saúde com financiamento suficiente e adequado, conforme proposta do Conselho Nacional de Saúde.

437. Fortalecimento e ampliação dos recursos e revisão da tabela do SUS

438. Fortalecer a elaboração de orçamento participativo em todas as esferas do SUS, respeitando a competência legal, autônoma e deliberativa dos Conselhos de Saúde.

439. Garantir os repasses financeiros adequados ao funcionamento dos serviços de saúde, reavaliando os critérios de financiamento para os municípios com grandes vulnerabilidades sociais.

440. Descentralização de recursos financeiros e prestações de serviços, de acordo com realidade regionalização.

441. Ampliar o financiamento da atenção à saúde no âmbito Macrorregional/Estadual, no sentido de garantir assistência qualificada e resolutiva.

442. Garantir um financiamento estadual adequado e suficiente para todas as áreas de atuação na saúde, estabelecendo uma data para o repasse em tempo oportuno, evitando atrasos e prejuízos na sua execução.

443. Elaboração de um estudo que viabilize a revisão dos repasses financeiros para o custeio dos serviços de saúde para o município, como por exemplo rever a (E.C) Emenda constitucional de Nº95/2016 e como a PPI (Programação pactuada Integrada) onde são definidas e quantificadas as ações para a população residente em cada território, bem como efetuados os pactos intergestores para garantia de acesso da população aos serviços de saúde.

444. Instituir portaria Estadual/Federal com incentivo financeiro de custeio e capital para os conselhos municipais de saúde.

445. Garantir aporte financeiro estadual de forma regionalizada para hospital municipal.

446. Fortalecer o “Núcleo de Judicialização” por meio da portaria no 2.566, de 04 de outubro de 2017, para que ao se cumprir as medidas judiciais o princípio da universalidade seja antes respeitado.

447. Garantir financiamento estadual para todas as áreas de atuação da saúde, garantindo cumprimento do repasse em tempo oportuno, estabelecendo data limite mensal, para que o estado repasse para os municípios

448. Garantir e ampliar as transferências mensais de repasses financeiros fundo a fundo do Estado e recursos SUS.

449. Garantir um melhor financiamento do estado para os municípios estável e sustentável para o SUS, melhorando assim o padrão do gasto, e qualificando o financiamento e os processos de transferência de recurso

450. Propiciar mais investimentos estaduais e federais para o pagamento de profissionais credenciados públicos filantrópicos e privados pelo SUS e mais recursos oriundos da Secretaria estadual de saúde para ampliação e manutenção dos programas de Estado existentes nos municípios.

451. Ampliação das fontes de financiamento, necessidade de investimento em infraestrutura, equipamentos, medicamentos, recursos humanos e tecnologia, além disso, é importante garantir a aplicação eficiente dos recursos, por meio de políticas públicas.

452. Garantir financiamento estadual adequado e suficiente para todas as áreas da saúde, garantindo o comprimento do repasse em tempo oportuno estabelecendo uma data limite mensal para que o estado repasse para os municípios, evitando prejuízos na sua execução.

453. Ampliar o repasse financeiro do governo do estado para mais serviços do órgão municipal

454. Garantir repasse com maior percentual do financiamento estadual, que seja mais adequado e suficiente a todas as áreas de atuação da saúde.

455. Aplicar conforme estabelecido pela Lei no 141 de 13 de janeiro de 2012, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde, no mínimo 12% (doze por cento) da arrecadação dos impostos.

456. Aumentar o percentual de recurso financeiro destinado à saúde de acordo com a necessidade, o desenvolvimento e o crescimento populacional; revendo o financiamento da Política do Previne Brasil em todo território nacional.

457. Garantir e aumentar o repasse financeiro do estado de forma regional e hierarquizada para os atendimentos de alta e média complexidade.

458. Estabelecer critérios claros em relação ao financiamento tripartite, promover o controle e divulgação desses recursos, bem como ampliar os recursos de financiamento do SUS para estados e municípios.

459. Corrigir o teto financeiro e garantir repasse aos municípios dos programas estratégicos pelo estado de Pernambuco.
460. Garantir financiamento para o plano regional integrado no Estado Pernambuco.
461. Criação do fundo e valorização dos profissionais do SUS.
462. Revogação da emenda constitucional 95/2016 e o cumprimento da lei complementar 141/2012 pela união.
463. Garantir a proposta de 10% da receita corrente bruta da união para a saúde.
464. Ampliar o repasse financeiro do SUS em nível Estadual e Federal, considerando as particularidades da população e sua área geográfica, tal como a sua vulnerabilidade.
465. Intensificar a fiscalização dos repasses financeiros, buscando efetivação dos princípios organizativos e doutrinários do SUS.
466. Investir recursos Estaduais e federais em políticas públicas de tecnologias, como teleatendimento e atendimento remoto.
467. Promover a atualização da legislação em vigor, de financiamento tripartite, com manutenção do percentual mínimo de 15% para os municípios, aumento do percentual do estado, de 12% para 15% e aumento do percentual da união, para 30%.
468. Revogar a emenda constitucional 95/2016 e revisão imediata da tabela SUS.
469. Garantir a criação de um Fundo Regional de Investimentos em Saúde , de forma compartilhada entre os municípios e o governo estadual, através da regional de saúde, administrado por consórcio intermunicipal específico, respeitando o volume de receitas/despesas de cada município
470. Reivindicar a revogação da Emenda Constitucional 95/2016, que estabelece o congelamento de gastos em saúde. Garantindo assim recursos orçamentários para sustentabilidade do SUS.
471. Revisar a tabela SUS anualmente e incluir novos procedimentos com incorporação em 100% nos valores repassados pela União e estados para os municípios, de acordo com os índices inflacionários, considerando o Censo atualizado.
472. Aumento do financiamento referente aos valores monetários/habitantes ano pelos entes federados e correção anual de acordo com a inflação, visando a alta dos preços dos medicamentos.
473. Garantir recursos financeiros para capacitação dos conselheiros em áreas específicas: finanças, orçamento, jurídica e etc. Promovendo a autonomia e planejamento das ações aos conselhos.
474. Aumentar o financiamento para realização de concurso público e manutenção do vínculo de profissionais (desprecarização do vínculo no SUS), e possibilitar melhores condições de trabalho e assistência no âmbito do SUS.
475. Aumentar o valor financeiro de repasse estadual para investimento e custeio das políticas públicas de saúde.
476. Aumentar o financiamento estadual com base na PEC nº 01/2015, oriunda de um Projeto de Lei de Iniciativa Popular do movimento Saúde +10.
477. Garantir investimento para aquisição/renovação de equipamentos para o funcionamento adequado do Conselho Estadual de Saúde e garantia da manutenção das ações e capacitações sistemáticas, incluindo os conselhos municipais de saúde.

PROGRAMAÇÃO DO PLANO ESTADUAL DE SAÚDE 2024 - 2027

DIRETRIZ 1: ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE COMO ORDENADORA DO CUIDADO E FORTALECIMENTO DAS POLÍTICAS ESTRATÉGICAS E DE EQUIDADE

DIRETRIZ 1: ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE COMO ORDENADORA DO CUIDADO E FORTALECIMENTO DAS POLÍTICAS ESTRATÉGICAS E DE EQUIDADE

DESCRIÇÃO: Ampliar e qualificar a atenção primária em Pernambuco, através da Estratégia de Saúde da Família, priorizando grupos populacionais específicos, com atenção aos agravos à saúde e aos ciclos de vida, na perspectiva da promoção, prevenção e assistência à saúde.

OBJETIVO ESTRATÉGICO: Ampliar a Comunicação com a Sociedade

SUBFUNÇÃO ORÇAMENTÁRIA: 131
PROGRAMA NO PPA: 1077
AÇÃO NA LOA: 2153

DESCRIÇÃO: Ampliar, fortalecer e qualificar a articulação com os órgãos de imprensa e com a própria sociedade, por meio da produção de conteúdo e mídias sociais, para a divulgação permanente das boas ações da SES-PE e propagação das campanhas preventivas, educativas e de relevância para a saúde coletiva, criando uma imagem institucional competente e forte, compatível com a missão do órgão.

Ação	Abrangência	Situação Atual	Meta Quadrienal
Desenvolver materiais digitais, conteúdos e ferramentas educacionais.	ESTADUAL	17	36 produções

OBJETIVO ESTRATÉGICO: Ampliar a estrutura tecnológica da SES

SUBFUNÇÃO ORÇAMENTÁRIA: 122
PROGRAMA NO PPA: 0510
AÇÃO NA LOA: 4405

DESCRIÇÃO: Ampliar e fortalecer os processos de gestão e oferta de serviços da Secretaria Estadual de Saúde através da manutenção e incorporação de tecnologias digitais, inclusive através de processos de inovação, promovendo ações de colaboração entre governo e sociedade.

Ação	Abrangência	Situação Atual	Meta Quadrienal
Implantar o centralizador estadual	ESTADUAL	0	100% dos municípios

OBJETIVO ESTRATÉGICO: Ampliar o acesso de informações à população para promover o uso racional de medicamentos

SUBFUNÇÃO ORÇAMENTÁRIA: 303
PROGRAMA NO PPA: 0528
AÇÃO NA LOA: 3126

DESCRIÇÃO: Ampliar o acesso de informações à população para promover o uso racional de medicamentos, através de ações permanentes e campanhas educativas.

Ação	Abrangência	Situação Atual	Meta Quadrienal
Promover ações de Educação em Saúde para orientações quanto ao uso racional medicamentoso.	ESTADUAL	0	08 ações

OBJETIVO ESTRATÉGICO: Aperfeiçoar as ações do Projeto Boa Visão

SUBFUNÇÃO ORÇAMENTÁRIA: 301
PROGRAMA NO PPA: 0518
AÇÃO NA LOA: 4217

DESCRIÇÃO: Promover assistência oftalmológica, identificando e corrigindo problemas visuais relacionados à refração, em alunos do ensino médio e fundamental, professores e funcionários das Escolas Estaduais de Pernambuco.

Ação	Abrangência	Situação Atual	Meta Quadrienal
Realizar Oficinas de qualificação do PROJETO BOA VISÃO incluindo profissionais da saúde e da educação, com foco no olhar integral para o estudante e para os profissionais da educação , dando continuidade ao processo de cuidar.	ESTADUAL	0	16 oficinas

OBJETIVO ESTRATÉGICO: Apoiar institucionalmente as Secretarias Municipais de Saúde para o fortalecimento regional do Estado

SUBFUNÇÃO ORÇAMENTÁRIA: 122

PROGRAMA NO PPA: 0510

AÇÃO NA LOA: 4405

DESCRIÇÃO: Desenvolver estratégias de assessoramento técnico nos territórios municipais por meio das Gerências Regionais de Saúde.

Ação	Abrangência	Situação Atual	Meta Quadrienal
Realizar oficinas nas macrorregionais para qualificação de profissionais da saúde da APS na temática Alimentação e Nutrição	ESTADUAL	0	600 profissionais
Promover Encontro Estadual de Tutores da Estratégia Amamenta e Alimentar Brasil - EAAB	ESTADUAL	0	2 Encontros

OBJETIVO ESTRATÉGICO: Desenvolver estratégias de captação de recursos para ampliar o financiamento de programas e políticas de saúde

SUBFUNÇÃO ORÇAMENTÁRIA: 301

PROGRAMA NO PPA: 0518

AÇÃO NA LOA: 4217

DESCRIÇÃO: Aumentar a captação de recursos financeiros a fim de ampliar a oferta de ações e serviços públicos de saúde.

Ação	Abrangência	Situação Atual	Meta Quadrienal
Realizar oficinas regionais para mobilizar e apoiar tecnicamente os gestores municipais de saúde no diagnóstico e apresentação de proposta à Secretaria de Atenção Primária à Saúde do Ministério da Saúde de financiamento para expansão e qualificação da Atenção Primária à Saúde nos municípios de Pernambuco.	ESTADUAL	0	12 Oficinas

Realizar treinamento com referências regionais quanto aos instrumentos utilizados para avaliação dos Planos de Viabilidade Financeira dos Municípios para ampliação e qualificação da APS.	ESTADUAL	0	1 oficina

OBJETIVO ESTRATÉGICO: Fortalecer a Atenção à Saúde Integral no Sistema Prisional

SUBFUNÇÃO ORÇAMENTÁRIA: 301

PROGRAMA NO PPA: 0518

AÇÃO NA LOA: 4217

DESCRIÇÃO: Promover o acesso das pessoas privadas de liberdade à Rede de Atenção à Saúde, de forma integral, bem como qualificar e humanizar a atenção à saúde no sistema prisional por meio de ações conjuntas de promoção, proteção, prevenção entre as áreas da saúde e da justiça.

Ação	Abrangência	Situação Atual	Meta Quadrienal
Reestruturar o Grupo Condutor da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da População Privada de Liberdade (PNAISP), com inclusão de representante do Conselho Estadual de Saúde	ESTADUAL	0	01 Grupo
Realizar oficinas regionais para fortalecimento da discussão sobre a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da População Privada de Liberdade (PNAISP) junto aos municípios do estado	ESTADUAL	03	12 Oficinas
Implementar fluxograma de atendimento nos serviços de saúde mental para os profissionais da Saúde e da Justiça acerca da execução das medidas terapêuticas aplicáveis às pessoas com transtornos mentais em conflito com a lei.	ESTADUAL	0	01 fluxograma
Instituir a Política Estadual de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional no âmbito do Sistema Único de Saúde.	ESTADUAL	0	1 Política

Implantar sistema para monitorar a assistência farmacêutica nas Unidades Básicas de Saúde Prisional.	ESTADUAL	0	02 Sistemas
Realizar 01 oficina de qualificação para os profissionais das eAPP sobre identificação precoce e diagnóstico da Tuberculose e Hanseníase na população privada de liberdade	ESTADUAL	0	01 Oficina
Realizar 01 oficina sobre Promoção de Saúde e a0 PNH para os profissionais das eAPP	ESTADUAL	0	01 Oficina

OBJETIVO ESTRATÉGICO: Fortalecer a Rede de Cuidado para as doenças infecto-contagiosas, crônicas não transmissíveis e causas externas

SUBFUNÇÃO ORÇAMENTÁRIA: 305

PROGRAMA NO PPA: 0518

AÇÃO NA LOA: 2164

DESCRIÇÃO: Fortalecer a Rede de Cuidado para as doenças infecto-contagiosas, crônicas não transmissíveis e causas externas através de capacitações dos profissionais da rede para realizar o monitoramento e proporcionar melhor fluxo do cuidado.

Ação	Abrangência	Situação Atual	Meta Quadrienal
Realizar oficinas de organização da Linha de Cuidado do Sobrepeso e Obesidade na Rede de Atenção à Saúde em quatro módulos.	ESTADUAL	0	5 Oficinas

OBJETIVO ESTRATÉGICO: Fortalecer as ações de vigilância epidemiológica e ambiental para o controle das doenças e agravos e promoção à saúde

SUBFUNÇÃO ORÇAMENTÁRIA: 305

PROGRAMA NO PPA: 0518

AÇÃO NA LOA: 2164

DESCRIÇÃO: Proporcionar o conhecimento epidemiológico, visando a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes da saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle de doenças ou agravos. Na vigilância ambiental, priorizar a detecção e a prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes do

ambiente que interferem na saúde humana com o objetivo de recomendar e adotar medidas de prevenção e controle.

Ação	Abrangência	Situação Atual	Meta Quadrienal
Construir um painel para monitoramento e avaliação de registros nos sistemas de informação acerca do perfil nutricional e seus agravos a fim de orientar as ações estratégicas das equipes multidisciplinar.	ESTADUAL	0	01 painel
Elaborar ações educativas (de ampla divulgação) orientando modos de prevenir, diagnóstico precoce e cuidados sobre diversos tipos de cânceres (mama, bucal, próstata, pele, infantil, etc..)	ESTADUAL	0	08 campanhas educativas
Capacitar referências técnicas regionais e municipais para formação de Grupos de Redução de Danos na Atenção Primária em parceria com a GASAM (Gerência de Atenção à Saúde Mental)	ESTADUAL	0	04 oficinas
Realizar oficinas por macrorregião de saúde para disseminar a Política Nacional de Promoção de Saúde com objetivo de formar parcerias Intersetoriais para garantir sua aplicabilidade.	ESTADUAL	0	04 oficinas

OBJETIVO ESTRATÉGICO: Fortalecer as Políticas Estratégicas e de Equidade na Atenção à Saúde

SUBFUNÇÃO ORÇAMENTÁRIA: 244, 301

PROGRAMA NO PPA: 0529, 0518, 0528

AÇÃO NA LOA: 4217, 4323, 4722

DESCRIÇÃO: Fortalecer o acesso às ações e serviços de saúde, contribuindo para a redução das causas de morbimortalidade em todos os ciclos de vida e nos diversos grupos populacionais, sem discriminação de qualquer espécie, atuando nos aspectos socioculturais, com vistas a desenvolver ações de promoção, prevenção, assistência e recuperação da saúde, priorizando a Atenção Primária à Saúde.

Ação	Abrangência	Situação Atual	Meta Quadrienal
Qualificar profissionais da saúde sobre os Impactos da LGBTfobia na Saúde Mental da População LGBT	ESTADUAL	0	1000 profissionais
Qualificar profissionais da saúde sobre a temática da Saúde LGBT	ESTADUAL	597	1000 profissionais
Implantar 01 Ambulatório Regional de Atenção Integral à Saúde LGBT no Estado	III MACRORREGIONAL	0	1 Ambulatório
Elaborar a Política Estadual de Saúde da Pessoa com Deficiência e seus familiares.	ESTADUAL	0	01 Política
Incentivar, como custeio, unidades municipais de atendimento ao Transtorno do Espectro Autista.	ESTADUAL	0	12 unidades
Qualificar profissionais da atenção Primária à Saúde da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no atendimento ao Transtorno do Espectro Autista	ESTADUAL	0	1000 profissionais
Promover educação permanente para trabalhadores da rede intersetorial, para garantir melhor acesso e assistência aos dispositivos da RAPS, respeitando os princípios do SUS a todas as populações, inclusive às pessoas em situação de rua.	ESTADUAL	0	20 Seminários
Qualificar profissionais da atenção primária na Atenção à Saúde dos Homens	ESTADUAL	347	600 profissionais
Qualificar profissionais da atenção primária na Atenção à Saúde das Pessoas Idosas	ESTADUAL	460	600 profissionais
Qualificar profissionais da atenção primária, especializada, média e alta complexidade na Atenção à Saúde dos Homens em temáticas relacionadas à Saúde Mental	ESTADUAL	1	200 profissionais

Qualificar profissionais da atenção primária, especializada, média e alta complexidade na Atenção à Saúde das Pessoas Idosas em temáticas relacionadas à Saúde Mental	ESTADUAL	01	200 profissionais
Elaborar materiais gráficos educativos para Educação Popular com temas relacionados a Saúde dos Homens	ESTADUAL	0	40 materiais gráficos
Realizar oficinas de capacitação e sensibilização dos profissionais e gestores para incentivar a realização e o registro das consultas de pré-natal do pai parceiro	ESTADUAL	0	400 profissionais
Promover grupos de trabalho regionais para discutir a Atenção à Saúde dos Homens e das Pessoas Idosas	ESTADUAL	0	12 grupos de trabalho
Capacitar profissionais sobre enfrentamento ao Racismo na Saúde, com carga horária de 20h para o módulo introdutório e de 60h para o módulo de aprofundamento.	ESTADUAL	0	400 participantes
Criar informativos, em forma de Cards, sobre os serviços de concessão de OPM na Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no Estado.	ESTADUAL	0	8 informativos
Criar informativos, em forma de Cards, sobre os serviços de Reabilitação na Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no Estado.	ESTADUAL	0	8 informativos
Criar informativos em forma de Cards referentes às datas alusivas às Pessoas com Deficiência.	ESTADUAL	0	24 informativos
Realizar seminários on-line sobre reabilitação destinados aos profissionais da Rede de Saúde em PE, cuidadores e familiares de Pessoas com Deficiência.	ESTADUAL	0	12 seminários
Realizar seminários on-line sobre Transtorno do Espectro Autista (TEA) destinados aos profissionais da Rede de Saúde em PE, cuidadores e familiares de Pessoas com Deficiência.	ESTADUAL	02	12 seminários
Elaborar e divulgar Cartilha sobre vacinação para Pessoas com Deficiência no Estado.	ESTADUAL	0	1 cartilha

Desenvolver Curso de Atualização nos Programas, Sistemas e Ações Estratégicas na Área de Alimentação e Nutrição do SUS.	ESTADUAL	0	4 cursos
Realizar oficinas macrorregionais sobre Políticas e Programas de Promoção da Alimentação Adequada e Saudável, Prevenção e enfrentamento da Obesidade Infantil.	ESTADUAL	0	4 Oficinas
Qualificar profissionais para atenção integral à saúde na primeira infância.	ESTADUAL	958	250 profissionais
Ampliar a cobertura da triagem neonatal biológica e detecção de casos suspeitos em tempo oportuno.	ESTADUAL	529	174 profissionais
Realizar colegiados de saúde mental (regionais, estaduais e câmaras técnicas), com participação em reuniões de CIR e CIB nas 12 Regionais de Saúde.	ESTADUAL	4	48 Colegiados e Câmaras técnicas
Instituir a Política Estadual (PE) das PICS (Port. 519 de 21-12-2020).	ESTADUAL	0	01 Política
Qualificar os profissionais da atenção primária à saúde para o cuidado compartilhado em saúde mental das mulheres, disseminando conhecimentos e desenvolvendo competências.	ESTADUAL	0	400 profissionais
Construir painel Atenção à Saúde Materno-infantil de monitoramento das solicitações de credenciamento/homologação de equipes feitas pelos municípios junto ao Ministério da Saúde e acompanhar as solicitações (trimestralmente)	ESTADUAL	0	1 Painel
Realizar ações de educação popular, promovendo a interação entre o saber empírico de povos tradicionais e o conhecimento técnico-científico dos profissionais de saúde (produção de saberes/troca) através de palestras, seminários, webconferências, dentre outros.	ESTADUAL	0	8 Ações
Qualificar os profissionais de saúde da rede SUS em saúde sexual e reprodutiva.	ESTADUAL	3879	400 profissionais

Realizar oficinas para a implantação das novas equipes de Consultório na rua.	ESTADUAL	0	3 Oficinas
Realizar Seminário sobre Equidade no SUS com foco nas políticas estratégicas.	ESTADUAL	0	01 seminário
Realizar curso de formação em educação popular em saúde para o cuidado integral da População em Situação de Rua	ESTADUAL	0	12 Cursos
Realizar Seminário integral da Diretoria de Políticas Estratégicas (DGPE) que tem como função primordial a organização e qualificação da Rede de Atenção à Saúde (RAS) voltada a responder às necessidades de saúde da população, de forma regionalizada, descentralizada, interseccionalizada, contínua e sistematizada, com ênfase na reorientação do modelo assistencial, a partir dos princípios do SUS .	ESTADUAL	0	4 seminários
Realizar Seminário sobre Equidade no SUS - Diretoria de Políticas Estratégicas (DGPE) que tem como função primordial a organização e qualificação da Rede de Atenção à Saúde (RAS) voltada a responder às necessidades de saúde da população, de forma regionalizada, descentralizada, interseccionalizada, contínua e sistematizada, com ênfase na reorientação do modelo assistencial, a partir dos princípios do SUS .	ESTADUAL	0	24 seminários
Inserir a temática no Seminário Estadual das equipes do Consultório Na Rua para articulação e atendimento das mulheres que estão em População em Situação de Rua	ESTADUAL	0	24 Seminários
Inserir a temática no Seminário Estadual das equipes do Consultório Na Rua	ESTADUAL	0	4 Seminários
Realizar atividades de educação permanente (cursos, oficinas, treinamentos) em parceria com as regionais de saúde, referências técnicas municipais para formação de grupos comunitários para elaboração de temas sobre Educação Popular em	ESTADUAL	0	12 oficinas

Saúde identificados no território.			
Elaborar um Plano de Educação Permanente para diversas categoria profissional atuante na Atenção Primária em parceria com a ESPPE	ESTADUAL	0	01 plano
Instituir grupo de trabalho integrado e regionalizado para promover espaços de diálogos e construção da Política Estadual de Promoção de Saúde e a PNH.	ESTADUAL	0	4 grupos de trabalho
Elaborar junto às regionais de saúde oficinas para promover integração entre as Secretarias de saúde e de educação para qualificação e fortalecimento das ações do Programa Saúde na Escola (PSE) nos territórios.	ESTADUAL	0	12 oficinas
Elaborar Política Estadual de Promoção da Saúde e atividade física	ESTADUAL	0	1 Política
Qualificar a Rede de Atenção à Saúde nas áreas saúde da mulher, do homem, do idoso, bucal, da pessoa com deficiência, da criança e do adolescente, através da planificação das macrorregiões de saúde.	ESTADUAL	0	03 Macrorregiões
Realizar Colegiado ampliado/integrado entre a DGAP e as demais áreas da SES	ESTADUAL	0	24 Colegiados
Elaborar materiais gráficos educativos para Educação Popular com temas relacionados à saúde das Pessoas Idosas	ESTADUAL	0	40 materiais gráficos
Qualificar profissionais de saúde para Atenção Integral à Saúde de Adolescentes	ESTADUAL	237	700 profissionais

OBJETIVO ESTRATÉGICO: Fortalecer os espaços de planejamento e governança para que expressem as necessidades de saúde do território e do controle social

SUBFUNÇÃO ORÇAMENTÁRIA: 125

PROGRAMA NO PPA: 1078

AÇÃO NA LOA: 4422

DESCRIÇÃO: Fortalecer os espaços de planejamento participativo e governança através da regionalização em saúde, entendida como um dos princípios fundamentais para a consolidação da universalidade e da igualdade no

acesso e na integralidade da atenção, no aprimoramento dos espaços de controle social e de pactuação das ações e serviços de saúde como a CIB e as CIR com a qualificação e reorganização das Gerências Regionais de Saúde

Ação	Abrangência	Situação Atual	Meta Quadrienal
Realizar Oficinas Regionais para fortalecimento da discussão/qualificação do controle social	ESTADUAL	0	4 oficinas

OBJETIVO ESTRATÉGICO: Garantir a execução dos Programas/Projetos prioritários de Governo de forma regionalizada

SUBFUNÇÃO ORÇAMENTÁRIA: 301

PROGRAMA NO PPA: 0518

AÇÃO NA LOA: 4217

DESCRIÇÃO: Realizar o planejamento, monitoramento e avaliação nas reuniões de colegiado de secretários executivos dos projetos prioritários de governo.

Ação	Abrangência	Situação Atual	Meta Quadrienal
Elaborar uma (01) Política Estadual de Saúde Bucal - Pernambuco Sorrindo	ESTADUAL	0	1 Política
Apresentar proposta para expansão e qualificação a Rede de Urgência e Emergência Odontológica no estado de Pernambuco	ESTADUAL	12	1 Proposta
Implementar a planificação da atenção à Saúde como ferramenta para qualificação da Rede de Atenção à Saúde Materno-infantil	ESTADUAL	0	3 Planificações
Instituir um Grupo de Trabalho Tripartite para promover, articular, coordenar, integrar e qualificar as discussões relacionadas à APS.	ESTADUAL	0	1 Grupo

Elaborar estudo técnico para subsidiar projeto estadual de recursos de investimento para APS	ESTADUAL	0	01 Proposta técnica
Realizar estudo técnico e financeiro para qualificação da Rede de Saúde Bucal	ESTADUAL	0	1 estudo

OBJETIVO ESTRATÉGICO: Institucionalizar a Planificação da Atenção à Saúde como ferramenta para organização da Rede de Atenção à Saúde

SUBFUNÇÃO ORÇAMENTÁRIA: 301

PROGRAMA NO PPA: 0518

AÇÃO NA LOA: 4217

DESCRIÇÃO: Implementar a Planificação da Atenção à Saúde em Pernambuco, visando apoiar o corpo técnico-gerencial das Secretarias Municipais de Saúde, na organização dos macroprocessos da APS, da Atenção Ambulatorial Especializada (AAE) e a comunicação com a atenção hospitalar, permitindo desenvolver a competência das equipes para o planejamento e a organização da atenção à saúde, com foco nas necessidades dos usuários sob sua responsabilidade e buscando a correta operacionalização de uma dada rede de atenção.

Ação	Abrangência	Situação Atual	Meta Quadrienal
Implementar a Planificação da Atenção à Saúde como ferramenta de organização das RAS no estado de Pernambuco	ESTADUAL	0	03 macrorregiões
Promoção de apoios técnicos aos municípios	ESTADUAL	0	1 Oficina

OBJETIVO ESTRATÉGICO: Implementar a Política de Gestão do Trabalho na Saúde e a Política de Educação Permanente em Saúde de forma regionalizada com garantia de recursos financeiros e estrutura

SUBFUNÇÃO ORÇAMENTÁRIA: 301

PROGRAMA NO PPA: 0518

AÇÃO NA LOA: 4217

DESCRIÇÃO: Desenvolver ações para a estruturação e qualificação da gestão do trabalho, formulando políticas que garantam a valorização do trabalhador, assegurando Plano de Cargos, Carreiras e Vencimentos, o incentivo à formação e qualificação, a desprecarização do vínculo, a humanização das relações do trabalho, a fixação do trabalhador em áreas estratégicas, além da remuneração, benefícios e movimentação de pessoal.

Ação	Abrangência	Situação Atual	Meta Quadrienal
Elaborar um Plano Integrado de Educação Permanente para ACS e ACE em parceria com ESPPE (Escola de Saúde Pública de Pernambuco).	ESTADUAL	0	12 Planos

OBJETIVO ESTRATÉGICO: Qualificar as Redes de Atenção prioritárias existentes: Atenção psicossocial, pessoas com deficiência, urgência e emergência, oncologia e implantar novas linhas de cuidado para dar suporte aos vazios assistenciais

SUBFUNÇÃO ORÇAMENTÁRIA: 301

PROGRAMA NO PPA: 0528

AÇÃO NA LOA: 4722

DESCRIÇÃO: Desenvolver estratégias que qualifiquem e fortaleçam as redes prioritárias existentes:1-Garantir a Atenção psicossocial com acesso e a qualidade dos serviços, ofertando cuidado integral e assistência multiprofissional, sob a lógica interdisciplinar, com ênfase em serviços de base territorial e comunitária, diversificando as estratégias de cuidado, com participação e controle social dos usuários e de seus familiares. 2-Fortalecer a rede de atenção à pessoa com deficiência ofertando serviços voltados à reabilitação que funcionam em núcleos da rede pública e conveniada com o SUS 3-Situações de urgência e emergência que necessitam de uma ação médica imediata. 4-Organizar a rede de referência e contrarreferência para o diagnóstico e tratamento dos cânceres mais prevalentes nas Regiões de Saúde.

Ação	Abrangência	Situação Atual	Meta Quadrienal
Realizar qualificação para os CAPS I, CAPS ad, CAPS ad III, Unidades de Acolhimento e Leitos Integrais, por regionais de saúde, divulgando as ações da Política de Redução de Danos.	ESTADUAL	0	12 qualificações

OBJETIVO ESTRATÉGICO: Reestruturar a política de assistência farmacêutica

SUBFUNÇÃO ORÇAMENTÁRIA: 302

PROGRAMA NO PPA: 0528

AÇÃO NA LOA: 2396

DESCRIÇÃO: Fortalecer a assistência Farmacêutica por meio da reestruturação da rede de assistência farmacêutica, assegurando o monitoramento e avaliação das ações desenvolvidas.

Ação	Abrangência	Situação Atual	Meta Quadrienal
Estimular e Orientar a criação do Programa de Farmácia Viva nas Unidades Básicas de Saúde.	ESTADUAL	0	12 oficinas

OBJETIVO ESTRATÉGICO: Reestruturar a Política Estadual de Fortalecimento da Atenção Primária

SUBFUNÇÃO ORÇAMENTÁRIA: 301

PROGRAMA NO PPA: 0518

AÇÃO NA LOA: 4217

DESCRIÇÃO: Reestruturar o modelo vigente de cofinanciamento estadual, a fim de contribuir com a qualificação das ações da Atenção Primária, por meio de repasse de recursos financeiros fundo a fundo.

Ação	Abrangência	Situação Atual	Meta Quadrienal
Reformular a Política Estadual de Fortalecimento da Atenção Primária (PEFAP)	ESTADUAL	1	1 Política

OBJETIVO ESTRATÉGICO: Reestruturar a Rede Materno-Infantil

SUBFUNÇÃO ORÇAMENTÁRIA: 244

PROGRAMA NO PPA: 0529

AÇÃO NA LOA: 4323

DESCRIÇÃO: Reestruturar o Modelo de Atenção integral ao Parto e ao Nascimento, de forma a garantir acesso, vinculação, acolhimento e melhoria da resolutividade, seguindo os princípios da humanização, com o objetivo de reduzir a mortalidade materna e infantil.

Ação	Abrangência	Situação Atual	Meta Quadrienal
Apresentar proposta técnica para reestruturação e universalização do Programa Mãe Coruja no estado de Pernambuco.	ESTADUAL	150	34 municípios com PMC
Qualificar profissionais de saúde para atenção à Saúde da Criança.	ESTADUAL	1.276	1.710 profissionais
Qualificar os profissionais da atenção primária na assistência integral durante o pré-natal de risco habitual.	ESTADUAL	7.369	600 profissionais

DIRETRIZ 2: APERFEIÇOAMENTO DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE COMO CAMINHO PARA O ACESSO REGIONALIZADO

DIRETRIZ 2: APERFEIÇOAMENTO DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE COMO CAMINHO PARA O ACESSO REGIONALIZADO

DESCRIÇÃO: Desenvolver uma lógica de planejamento integrado de maneira a assegurar redes articuladas e cooperativas de atenção, referidas a territórios delimitados e a populações definidas, dotadas de mecanismos de comunicação e fluxos de inter-relacionamento que garantam o acesso dos usuários às ações e serviços de níveis de complexidade necessários para a resolução de seus problemas de saúde de média e de alta complexidade, otimizando os recursos disponíveis.

OBJETIVO ESTRATÉGICO: Ampliar a oferta de procedimentos e serviços de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar

SUBFUNÇÃO ORÇAMENTÁRIA: 302

PROGRAMA NO PPA: 0528

AÇÃO NA LOA: 2393, 3647

DESCRIÇÃO: Ampliar a oferta de procedimentos e serviços de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar, aumentando o acesso regulado à assistência ambulatorial e à assistência hospitalar

Ação	Abrangência	Situação Atual	Meta Quadrienal
Implantar 10 leitos de UTI adulto no Hospital Belarmino Correia e monitorar indicadores assistenciais.	I MACRORREGIONAL	0	10 Leitos
Implantar um Centro Oncológico na III Macrorregião	III MACRORREGIONAL	0	1 Centro
Garantir o tratamento da esporotricose disseminada grave nos hospitais de referência	ESTADUAL	0	100% dos pacientes
Estruturar um serviço de neurofisiologia no estado de Pernambuco.	ESTADUAL	0	1 Serviço
Implantar a Carreta de Oftalmologia para ampliação do acesso, conforto e resolutividade dos usuários	ESTADUAL	0	01 Carreta

Criar política de tratamento de AVC nos pilares de prevenção, atendimento agudo do AVC, investigação e prevenção secundária e reabilitação e ampliar o número de unidades que ofertam o tratamento de AVC agudo com trombólise	ESTADUAL	0	1 Política
Aumentar em 100% o número de procedimentos em neurorradiologia intervencionista.	ESTADUAL	50	100% dos Procedimentos
Estruturar serviço de distúrbio do movimento em unidade de saúde da rede.	ESTADUAL	0	1 Serviço
Ampliar o nº de leitos de UTI do Hospital Hemope	I REGIÃO DE SAÚDE	4	02 leitos
Habilitar um serviço de UNACON com serviço de hematologia na IV macrorregião	IV MACRORREGIONAL	1 Serviço de UNACON habilitado na VIII Região de Saúde	1 UNACON
Habilitar centro de epislepsia (vídeoEEG).	ESTADUAL	0	1 Centro
Criar Plano de Ação da Linha de Cuidado em Traumatortopedia	ESTADUAL	0	1
Qualificar gestores e profissionais de saúde de todos os níveis de atenção à saúde da importância de fortalecer a Rede de Urologia no Estado de Pernambuco	ESTADUAL	0	200 Profissionais
Implantar o programa das carretas itinerantes, para atendimento às mulheres, dentro da faixa etária prevista pelo programa, a fim de que todos os municípios sejam contemplados, inclusive considerando as áreas de difícil acesso e vazios assistenciais	ESTADUAL	0	1 Programa
Implantar gestor de bloco nos Hospitais Regionais e 6	ESTADUAL	0	11 Gestores de Bloco Cirúrgico

grandes para controle do serviços de cirurgias eletivas, visando melhor organização , funcionamento, dando celeridade aos processos internos, garantindo maior efetividade na realização das cirurgias eletivas.			
Construir Linha de Cuidado em oftalmologia	ESTADUAL	0	1 Linha de cuidado
Implantar protocolo de cuidados paliativos no Hospital HEMOPE	I REGIÃO DE SAÚDE	0	1 Protocolo
Descentralizar serviço para assistência de criança e adolescente portadora de cardiopatia congênita e/ou adquirida, na IV macrorregião de saúde	IV MACRORREGIONAL	0	1 Serviço

OBJETIVO ESTRATÉGICO: Aperfeiçoar as ações do Projeto Boa Visão

SUBFUNÇÃO ORÇAMENTÁRIA: 301

PROGRAMA NO PPA: 0518

AÇÃO NA LOA: 4217

DESCRIÇÃO: Promover assistência oftalmológica, identificando e corrigindo problemas visuais relacionados à refração, em alunos do ensino médio e fundamental, professores e funcionários das Escolas Estaduais de Pernambuco.

Ação	Abrangência	Situação Atual	Meta Quadrienal
Realizar oficinas semestrais de qualificação do Projeto Boa Visão	ESTADUAL	0	08 oficinas

OBJETIVO ESTRATÉGICO: Apoiar institucionalmente as Secretarias Municipais de Saúde para o fortalecimento regional do Estado

SUBFUNÇÃO ORÇAMENTÁRIA: 122

PROGRAMA NO PPA: 0510

AÇÃO NA LOA: 4405

DESCRIÇÃO: Desenvolver estratégias de assessoramento técnico nos territórios municipais por meio das Gerências Regionais de Saúde.

Ação	Abrangência	Situação Atual	Meta Quadrienal
Realizar reuniões com as 12 Gerências Regionais de Saúde/Secretarias municipais de Saúde a fim de estimular a abertura de todos os dispositivos pactuados em Saúde Mental.	ESTADUAL	05	12 Reuniões
Realizar atividades de educação permanente voltada aos gestores de serviços de saúde.	XII REGIÃO DE SAÚDE	0	04 atividades

OBJETIVO ESTRATÉGICO: Aprimorar a Ação Regulatória na Gestão Estadual

SUBFUNÇÃO ORÇAMENTÁRIA: 122

PROGRAMA NO PPA: 0510

AÇÃO NA LOA: 4405

DESCRIÇÃO: Desenvolver estratégias que fortaleçam a função regulatória na gestão estadual priorizando equidade e transparência no acesso, de modo a otimizar a oferta assistencial.

Ação	Abrangência	Situação Atual	Meta Quadrienal
Regular na integralidade a oferta de vagas dos serviços de referência de triagem neonatal nas alterações no teste do pezinho.	ESTADUAL	0	100% de vagas
Ofertar suporte especializado de neurocirurgião/neurologia com suporte ao médico clínico do hospital por meio da teleassistência	ESTADUAL	0	100% dos casos elegíveis

Implantar um instrumento de orientação para divulgação dos fluxos de acesso regulado das consultas e exames para os usuários do SUS e disponibilizar nos instrumentos institucionais definidos pela gestão.	ESTADUAL	0	1 instrumento

OBJETIVO ESTRATÉGICO: Aprimorar o Monitoramento dos Contratos de Gestão das OSS

SUBFUNÇÃO ORÇAMENTÁRIA: 122, 301, 302

PROGRAMA NO PPA: 0518,0528, 0531

AÇÃO NA LOA: 4610, 4217, 4553, 2393

DESCRIÇÃO: Desenvolver ações que contribuam para o aprimoramento do processo de cumprimento das metas estabelecidas pela Gestão Estadual às OSS contratadas.

Ação	Abrangência	Situação Atual	Meta Quadrienal
Incluir o indicador de Matriciamento : "Matriciamento das equipes de saúde da família dos municípios da sua área de abrangência", em todos os contratos de gestão de UPAEs.	ESTADUAL	03	12 indicadores
Acompanhar e monitorar 04 contratos de gestão referentes ao gerenciamento e operacionalização dos servidos de unidades móveis para realização de mamografia de rastreio.	ESTADUAL	0	04 contratos
Monitorar e acompanhar os termos aditivos referentes ao Programa Cuida PE nas unidades de rede OSS.	ESTADUAL	07	100% dos termos
Monitorar e acompanhar o contrato de gestão referente a UPAE no	XII REGIÃO DE SAÚDE	0	01 Contrato

território da XII Regional de Saúde (UPAE Goiana).			
Implantar o ambulatório de diagnóstico nas UPAE'S	ESTADUAL	0	4 Ambulatórios
Contratualizar e Monitorar os Contratos de Gestão com Organizações Sociais de Saúde, para gerenciamento e operacionalização dos serviços de saúde de 04 novas maternidades.	ESTADUAL	0	4 Contratos

OBJETIVO ESTRATÉGICO: Atender a necessidade de hemocomponentes das instituições de saúde pública

SUBFUNÇÃO ORÇAMENTÁRIA: 302

PROGRAMA NO PPA: 0528

AÇÃO NO LOA: 3647

DESCRIÇÃO: Desenvolver ações de saúde na área do sangue, produzindo bens e serviços, visando otimizar o uso do sangue coletado, garantindo a oferta de um produto de excelente qualidade para as redes hospitalares pública e privada.

Ação	Abrangência	Situação Atual	Meta Quadrienal
Implantar sistema de banco de sangue na hemorrede pública estadual de hemoterapia	ESTADUAL	02	08 sistemas

OBJETIVO ESTRATÉGICO: Fortalecer as ações preventivas e assistenciais de origem toxicológica

SUBFUNÇÃO ORÇAMENTÁRIA: 302

PROGRAMA NO PPA: 0528

AÇÃO NA LOA: 2393

DESCRIÇÃO: Fortalecer a formação continuada dos profissionais de saúde no atendimento às vítimas de acidentes com animais peçonhentos da relação de doenças tropicais negligenciadas que acometem na maioria dos casos, populações pobres que vivem em áreas rurais.

Ação	Abrangência	Situação Atual	Meta Quadrienal
Capacitar profissionais de saúde que atuem na baixa, média e alta complexidade atendendo às vítimas de Intoxicações e acidentes com animais peçonhentos	ESTADUAL	80	200 profissionais

OBJETIVO ESTRATÉGICO: Fortalecer a articulação com as Secretariais Municipais para a implantação do Serviço de Assistência Domiciliar – SAD

SUBFUNÇÃO ORÇAMENTÁRIA: 302

PROGRAMA NO PPA: 0528

AÇÃO NA LOA: 2393

DESCRIÇÃO: Assegurar a desinstitucionalização de pacientes que se encontram internados nos serviços hospitalares e apoiar as equipes de atenção básica no cuidado àqueles pacientes que necessitam de atenção à saúde prestada no domicílio.

Ação	Abrangência	Situação Atual	Meta Quadrienal
Realizar capacitações para os profissionais com foco na humanização e na assistência das redes de saúde	VIII REGIÃO DE SAÚDE	0	4 Capacitações

OBJETIVO ESTRATÉGICO: Fortalecer as Políticas Estratégicas e de Equidade na Atenção à Saúde

SUBFUNÇÃO ORÇAMENTÁRIA: 244, 301

PROGRAMA NO PPA: 0518, 0528, 0529

AÇÃO NA LOA: 0529, 4722, 4323, 4217

DESCRIÇÃO: Fortalecer o acesso às ações e serviços de saúde, contribuindo para a redução das causas de morbimortalidade em todos os ciclos de vida e nos diversos grupos populacionais, sem discriminação de qualquer espécie, atuando nos aspectos socioculturais, com vistas a desenvolver ações de promoção, prevenção, assistência e recuperação da saúde, priorizando a Atenção Primária à Saúde.

Ação	Abrangência	Situação Atual	Meta Quadrienal
Implementar serviços de Triagem Auditiva Neonatal (TAN) em 07 Hospitais da Rede Estadual.	ESTADUAL	0	7 Serviços
Qualificar profissionais da Atenção Especializada em Saúde da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no atendimento ao Transtorno do Espectro Autista	ESTADUAL	0	1000 profissionais
Implantar 2 Oficinas Ortopédicas pela Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no Estado	ESTADUAL	2	2 oficinas
Implantar fluxo para a organização do protocolo da Cirurgia de Esterilização Voluntária - Vasectomia e articular com os pontos da rede para execução do fluxo.	ESTADUAL	0	1 Fluxo
Qualificar os profissionais de saúde na assistência às pessoas em situação de violência sexual e doméstica.	ESTADUAL	2042	400 profissionais
Elaborar cronograma de palestras, com apresentação de um tema relevante por linha de cuidado (Neurologia, Oftalmologia, Nefrologia, Traumatortopedia; UTI; Serviço de Atenção Domiciliar; Rede de Urgência e Emergência; Materno-infantil; Doenças raras; Oncologia; Cardiologia)	ESTADUAL	10	44 palestras

Qualificar profissionais da Atenção Primária à Saúde da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no atendimento em reabilitação física, auditiva, visual e intelectual	ESTADUAL	0	1000 Profissionais
Qualificar profissionais da atenção Especializada em Saúde da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no atendimento em reabilitação física, auditiva, visual e intelectual.	ESTADUAL	0	1000 Profissionais
Implantar plataforma de rastreio para direcionar o acesso das crianças com TEA aos serviços da Rede Estadual de Saúde.	ESTADUAL	0	1 Plataforma
Implantar 4 (quatro) Centros especializados em Reabilitação - CER, do Tipo IV.	ESTADUAL	8	4 CER
Qualificar os profissionais de saúde na abordagem ao climatério e menopausa.	ESTADUAL	1602	400 Profissionais
Qualificar os profissionais da APS na abordagem ginecológica baseada em sinais e sintomas.	ESTADUAL	1114	400 Profissionais

OBJETIVO ESTRATÉGICO: Fortalecer o Programa de Segurança do Paciente com base no Programa Nacional (PNSP)

SUBFUNÇÃO ORÇAMENTÁRIA: 302

PROGRAMA NO PPA: 0528

AÇÃO NA LOA: 4610, 2393, 4611

DESCRIÇÃO: Qualificar o cuidado em saúde em todos os estabelecimentos de saúde do território estadual com a finalidade de oferecer uma assistência segura à pacientes, famílias, gestores e profissionais de saúde.

Ação	Abrangência	Situação Atual	Meta Quadrienal
Qualificar os profissionais de saúde e colaboradores da rede estadual de saúde em segurança do paciente para tornar o cuidado em saúde mais seguro.	ESTADUAL	1000	1400 profissionais
Incentivar a adesão dos serviços da rede estadual de saúde ao protocolo de identificação institucional correta elaborado.	ESTADUAL	0	65% de adesão
Elaborar o protocolo estadual de identificação institucional correta do paciente para a rede própria estadual de serviços de saúde	ESTADUAL	0	1 protocolo
Realizar ações para fomentar a cultura de segurança do paciente na rede estadual de saúde	ESTADUAL	0	16 Ações
Realizar ações para incentivar o envolvimento de pacientes e famílias na segurança do paciente para tornar o cuidado em saúde mais seguro.	ESTADUAL	150	200 Ações

OBJETIVO ESTRATÉGICO: Fortalecer os espaços de planejamento e governança para que expressem as necessidades de saúde do território e do controle social

SUBFUNÇÃO ORÇAMENTÁRIA: 131, 301

PROGRAMA NO PPA: 1077, 0528

AÇÃO NA LOA: 2153, 4722

DESCRIÇÃO: Fortalecer os espaços de planejamento participativo e governança através da regionalização em saúde, entendida como um dos princípios fundamentais para a consolidação da universalidade e da igualdade no acesso e na integralidade da atenção, no aprimoramento dos espaços de controle social e de pactuação das ações e serviços de saúde como a CIB e as CIR com a qualificação e reorganização das Gerências Regionais de Saúde.

Ação	Abrangência	Situação Atual	Meta Quadrienal
Fortalecer a rede de atenção psicossocial e promover adesão de outros atores visando a otimização da rede.	V REGIÃO DE SAÚDE	0	100% de adesão
Implementar Ouvidoria do SUS na IV Região de Saúde de Pernambuco	IV REGIÃO DE SAÚDE	0	04 ações
Atualizar o Plano de Ação Regional da Rede de Urgência e Emergência do Estado de Pernambuco.	ESTADUAL	0	1 Plano
Construir e pactuar o Plano Regional de Atenção à Pessoa com Deficiência na VIII Região de Saúde	VIII REGIÃO DE SAÚDE	0	1 Plano

OBJETIVO ESTRATÉGICO: Garantir a execução dos Programas/Projetos prioritários de Governo de forma regionalizada

SUBFUNÇÃO ORÇAMENTÁRIA: 301

PROGRAMA NO PPA: 0518

AÇÃO NA LOA: 4217

DESCRIÇÃO: Realizar o planejamento, monitoramento e avaliação nas reuniões de colegiado de secretários executivos dos projetos prioritários de governo.

Ação	Abrangência	Situação Atual	Meta Quadrienal
Implantar um Programa Estadual para as crianças com diagnóstico de Alergia à Proteína do Leite de Vaca (APLV).	ESTADUAL	0	1 Programa

OBJETIVO ESTRATÉGICO: Potencializar as ações da Escola de Governo em Saúde Pública de Pernambuco, incluindo a expansão e interiorização dos programas de residência em saúde nas áreas estratégicas para a RAS

SUBFUNÇÃO ORÇAMENTÁRIA: 122

PROGRAMA NO PPA: 0510

AÇÃO NO LOA: 4405

DESCRIÇÃO: Promover a capacitação das equipes dos CERESTs, Conselhos, CISTs, ampliar o sistema de fiscalização das notificações em acidentes de trabalho tanto na rede pública como na privada, bem como, capacitar e qualificar as unidades sentinelas no Estado e dos conselhos locais, através de oficinas em saúde do trabalhador.

Ação	Abrangência	Situação Atual	Meta Quadrienal
Ofertar para o colegiado integrado oficinas sobre temática do SUS	V REGIÃO DE SAÚDE	0	08 Oficinas

OBJETIVO ESTRATÉGICO: Qualificar a Rede de Saúde das anomalias congênitas e doenças raras

SUBFUNÇÃO ORÇAMENTÁRIA: 302

PROGRAMA NO PPA: 0528

AÇÃO NO LOA: 2393, 2396, 4610, 4611

DESCRIÇÃO: Garantir as políticas públicas de atenção dos direitos das pessoas com fibromialgia, bem como, síndromes e doenças raras e seus cuidadores afetivos dando atenção integral às necessidades de saúde e ao atendimento multiprofissional, além do acesso a medicamentos, nutrientes, fraldas e garantindo o transporte para o tratamento.

Ação	Abrangência	Situação Atual	Meta Quadrienal
Desenvolver, junto à Escola de Saúde Pública de Pernambuco, um curso virtual para capacitação e qualificação de profissionais da rede de saúde para identificação de pessoas com doenças raras.	ESTADUAL	0	01 Curso Virtual

OBJETIVO ESTRATÉGICO: Qualificar as Redes de Atenção prioritárias existentes: Atenção psicossocial, pessoas com deficiência, urgência e emergência, oncologia e implantar novas linhas de cuidado para dar suporte aos vazios assistenciais

SUBFUNÇÃO ORÇAMENTÁRIA: 302

PROGRAMA NO PPA: 0528

AÇÃO NO LOA: 2393, 2396, 4610, 4611, 4722

DESCRIÇÃO: Desenvolver estratégias que qualifiquem e fortaleçam as redes prioritárias existentes:1-Garantir a Atenção psicossocial com acesso e a qualidade dos serviços, ofertando cuidado integral e assistência multiprofissional, sob a lógica interdisciplinar, com ênfase em serviços de base territorial e comunitária, diversificando as estratégias de cuidado, com participação e controle social dos usuários e de seus familiares. 2-Fortalecer a rede de atenção à pessoa com deficiência ofertando serviços voltados à reabilitação que funcionam em núcleos da rede pública e conveniada com o SUS 3-Situações de urgência e emergência que necessitam de uma ação médica imediata. 4-Organizar a rede de referência e contrarreferência para o diagnóstico e tratamento dos cânceres mais prevalentes nas Regiões de Saúde.

Ação	Abrangência	Situação Atual	Meta Quadrienal
Capacitar os profissionais de saúde, sobre o que é, como, a quem, e em que situação encaminhar, fortalecendo a cooperação entre as redes (CRAS - CREAS - CAPS - Hospital).	IX REGIÃO DE SAÚDE	0	1 Encontro
Realizar curso de atualização e fortalecimento da RAPS, em formato digital, abrangendo os principais temas dentro da Rede de Atenção Psicossocial (equipamentos, serviços, diretrizes, equipes, especialidades, ações, estratégias e elaboração de documentações).	ESTADUAL	0	10 cursos
Realizar curso de formação em Redução de Danos para Servidores e Profissionais da Saúde e assistência, em articulação com a Escola Livre de Redução de Danos nas 12 regionais de saúde.	ESTADUAL	0	12 Cursos de Formação
Qualificar as equipes dos CAPS que integram a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) para prestar assistência adequada às pessoas com autismo nas doze regionais de saúde do Estado de Pernambuco	ESTADUAL	0	12 Equipes
Qualificar os profissionais de saúde na linha do cuidado do câncer do colo do útero e mama.	ESTADUAL	5246	600 Profissionais

Implantar o Grupo Condutor Regional da Rede de Cuidado à Pessoa com deficiência	II REGIÃO DE SAÚDE	0	1 Grupo

OBJETIVO ESTRATÉGICO: Reestruturar a Rede Materno-Infantil

SUBFUNÇÃO ORÇAMENTÁRIA: 244

PROGRAMA NO PPA: 0528

AÇÃO NO LOA: 4323

DESCRIÇÃO: Reestruturar o Modelo de Atenção integral ao Parto e ao Nascimento, de forma a garantir acesso, vinculação, acolhimento e melhoria da resolutividade, seguindo os princípios da humanização, com o objetivo de reduzir a mortalidade materna e infantil.

Ação	Abrangência	Situação Atual	Meta Quadrienal
Qualificar os profissionais de saúde em boas práticas na assistência ao parto, nascimento e puerpério assegurando a equidade e a humanização na assistência.	ESTADUAL	0	400 profissionais
Criar o Plano de Ação Regional da Rede Materno infantil	ESTADUAL	0	1 Plano
Qualificar os profissionais da assistência pré-natal de alto risco de forma regionalizada (capacitação, cursos, oficinas, palestras, fóruns, seminários, dentre outros)	ESTADUAL	7369	400 profissionais
Promover ações de qualificação da atenção ao parto e nascimento.	ESTADUAL	0	8 Ações

DIRETRIZ 3: FORTALECIMENTO DA POLÍTICA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

DIRETRIZ 3: FORTALECIMENTO DA POLÍTICA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

DESCRIÇÃO: Ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, tanto individual como coletiva, tendo o medicamento como insumo essencial e visando ampliação do seu acesso e seu uso racional.

OBJETIVO ESTRATÉGICO: Estruturar a rede de assistência Farmacêutica em todos os níveis de atenção à saúde

SUBFUNÇÃO ORÇAMENTÁRIA: 302, 303

PROGRAMA NO PPA: 0528

AÇÃO NA LOA: 2396, 3126

DESCRIÇÃO: Estruturar a rede de assistência Farmacêutica , em todos os níveis de atenção, assegurando a descentralização, o monitoramento e avaliação das ações desenvolvidas.

Ação	Abrangência	Situação Atual	Meta Quadrienal
Promover capacitações junto aos municípios para a correta utilização do sistema Hórus e ajudar na instrumentalização para a implantação do mesmo	XII REGIÃO DE SAÚDE	0	1 Capacitação
Realizar campanhas e elaborar material de apoio para divulgar e incentivar a prescrição e o uso de plantas medicinais e fitoterápicos	XII REGIÃO DE SAÚDE	0	4 Campanhas
Capacitar os farmacêuticos e técnicos dos municípios no sistema Hórus	VIII REGIÃO DE SAÚDE	0	4 capacitações
Criar fórum regional para discussão de assuntos pertinentes à assistência farmacêutica	VI REGIÃO DE SAÚDE	0	01 Fórum
Realizar reforma na IV Regional de Saúde para adequação da Central de Distribuição Farmacêutica	IV REGIÃO DE SAÚDE	0	01 reforma
Realizar Oficina para fortalecimento dos Sistemas de Informação da Assistência Farmacêutica	IV REGIÃO DE SAÚDE	0	04 oficinas

OBJETIVO ESTRATÉGICO: Reestruturar a política de assistência farmacêutica

SUBFUNÇÃO ORÇAMENTÁRIA: 302, 303

PROGRAMA NO PPA: 0528

AÇÃO NA LOA: 2396, 3126

DESCRIÇÃO: Fortalecer a assistência Farmacêutica por meio da reestruturação da rede de assistência farmacêutica, assegurando o monitoramento e avaliação das ações desenvolvidas.

Ação	Abrangência	Situação Atual	Meta Quadrienal
Realizar 1 seminário regional de PICs e fitoterápicos	VII REGIÃO DE SAÚDE	0	1 seminário
Realizar seminários com a participação dos farmacêuticos no controle social, como forma de fortalecimento da AF nas esferas de governo	ESTADUAL	0	3 seminários
Realizar encontros, junto às Gerências Regionais de Saúde, com destaque para a atuação da assistência farmacêutica na rede de atenção à saúde frente às populações: indígena e quilombola.	ESTADUAL	0	3 encontros
Divulgar através meios de comunicação e redes sociais os guias, panfletos e fluxos de acesso com esclarecimentos do uso racional de medicamentos aos profissionais, entidades representativas e usuários	ESTADUAL	1	12 ações
Capacitar os gestores na utilização dos sistemas de gestão da Assistência Farmacêutica integrado à Base Nacional de Dados de Ações e Serviços da Assistência Farmacêutica do Sistema Único de Saúde – BNAFAR do Ministério da Saúde, visando o uso racional e a otimização de recursos	ESTADUAL	0	6 capacitações
Capacitar os profissionais para elaboração de projetos de implantação e/ou implementação de farmácias vivas e/ou organização com arranjos produtivos locais de fitoterápicos e plantas medicinais com o cuidado farmacêutico na rede SUS, conforme Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos e incentivo local	ESTADUAL	0	4 capacitações
Reestruturar a rede de Farmácias de Pernambuco de forma a garantir aos pernambucanos acesso aos medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica	ESTADUAL	0	3 farmácias

Realizar seminários para fortalecer as políticas públicas de educação e da saúde, no sentido de valorização do profissionais que atuam na assistência farmacêutica, promovendo a integração entre a formação e as políticas públicas de saúde, incluindo o desenvolvimento da AF, dos serviços farmacêuticos e pesquisa	ESTADUAL	0	4 seminários
Estruturar as centrais de distribuição de medicamentos e insumos das regionais, conforme preconiza a legislação vigente	ESTADUAL	0	6 centrais
Capacitar os gestores municipais e profissionais que atuam na assistência farmacêutica quanto a utilização do sistema de gestão da assistência farmacêutica, para aprimoramento das informações necessárias na gestão de processos e de dispensação de medicamentos	ESTADUAL	0	04 capacitações
Capacitar gestores e profissionais para elaboração de projetos que favoreçam o uso do recurso da contrapartida estadual/municipal (15%) conforme portaria do MS de Consolidação nº 02/2017	ESTADUAL	0	12 capacitações
Estruturar as centrais de distribuição de medicamentos e insumos das regionais, conforme preconiza a legislação vigente.	ESTADUAL	0	6 centrais
Reestruturar a rede de Farmácias de Pernambuco de forma a garantir a todos pernambucanos acesso aos medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica	ESTADUAL	0	6 farmácias
Implantar Painel de Movimentação da Assistência Farmacêutica com todos os repasses mensais, sejam financeiros ou de quantidades de medicamentos e produtos para saúde dos componentes Básico, Especializado e Estratégico.	ESTADUAL	0	1 painel
Realizar oficinas para incentivar a necessidade de instituir a Comissão de Farmácia e Terapêutica - CFT municipal, subsidiando a elaboração das relações municipais de medicamentos essenciais – REMUME e programação dos medicamentos	ESTADUAL	0	08 oficinas
Realizar capacitação dos profissionais que atuam na Assistência farmacêutica, para atendimento em consultório	ESTADUAL	0	4 capacitações
Promover oficinas de capacitação dos profissionais que atuam na AF sobre aquisição de medicamentos e insumos para saúde	ESTADUAL	0	04 oficinas

Reestruturar o programa para ampliação de usuários	ESTADUAL	2000	800 pacientes
Capacitar os profissionais que atuam na rede de atenção à saúde, quanto ao uso racional de medicamentos	ESTADUAL	10	04 capacitações
Realizar orientação técnica prévia aos profissionais de saúde, quanto ao manejo de tratamentos e/ou alternativas farmacoterapêuticas	ESTADUAL	4	4 orientações
Realizar oficinas junto ao MS sobre a importância do estoque de segurança de medicamentos e insumos dos componentes da assistência farmacêutica, com ênfase na aquisição centralizada pelo Ministério da Saúde	ESTADUAL	0	4 oficinas
Capacitar os profissionais da assistência farmacêutica sobre orientação técnica prévia, quanto ao manejo de tratamentos e/ou alternativas farmacoterapêuticas, que insurgem em risco de se comprometerem com o desabastecimento	ESTADUAL	0	8 capacitações
Capacitar os gestores sobre da presença, qualificação e apoio aos profissionais farmacêuticos para a sua atuação na equipes multiprofissionais na atenção primária à saúde (APS), as eMulti, visando a integração destes com a assistência farmacêutica e a promoção do acesso e uso racional de medicamentos	ESTADUAL	0	4 capacitações
Criar juntamente com a SES as Câmaras Técnicas de AF e de medicamentos no SUS, nas regionais de saúde	ESTADUAL	0	06 Câmaras técnicas
Capacitar os gestores na utilização do sistema de gestão da Assistência Farmacêutica integrado à Base Nacional de Dados de Ações e Serviços da Assistência Farmacêutica do Sistema Único de Saúde – BNAFAR do Ministério da Saúde, visando o uso racional e a otimização de recursos	ESTADUAL	0	04 capacitações
Implantar a metodologia de ressuprimento dos medicamentos e insumos dos componentes da assistência farmacêutica, com ênfase na aquisição centralizada pelo Ministério da Saúde	ESTADUAL	0	01 implantação
Capacitar os profissionais que atuam na Assistência farmacêutica	ESTADUAL	10	04 capacitações

Capacitar os gestores e profissionais que atuam na assistência farmacêutica sobre o sistema de gestão de assistência farmacêutica para desenvolvimento e monitoramento do uso racional de medicamentos.	ESTADUAL	0	3 ações
Realizar ações para viabilizar o acesso regular aos medicamentos e produtos do Componente Especializado e Estratégico, assim como a contrapartida Estadual para o Componente Básico da Assistência Farmacêutica	ESTADUAL	0	3 ações
Realizar parceria junto aos municípios para dispensação dos medicamentos do componente especializado da Assistência Farmacêutica	ESTADUAL	06	4 parcerias
Implantar uma unidade de Farmácia de Pernambuco na XII GERES	ESTADUAL	0	01 Unidade
Capacitar os profissionais da AF quanto ao utilização do recurso do QUALIFAR no eixos estrutura	ESTADUAL	0	8 capacitações
Apresentar modelo de assistência farmacêutica, infraestrutura com memorial descritivo das unidades das Farmácias Comunitárias e Centrais de Abastecimento Farmacêutico públicas nos municípios do Estado de Pernambuco	ESTADUAL	0	01 modelo
Capacitar gestores municipais para manutenção e/ou implantação do sistema de gestão da Assistência Farmacêutica integrado à Base Nacional de Dados de Ações e Serviços da Assistência Farmacêutica do Sistema Único de Saúde – BNAFAR do Ministério da Saúde, visando o uso racional e a otimização de recursos	ESTADUAL	0	12 capacitações
Promover cursos e eventos, de forma perene e sustentável no SUS, para qualificar os profissionais da assistência farmacêutica	ESTADUAL	0	4 ações, cursos ou eventos
Implantar ferramenta digital visando a redução do tempo entre o cadastro da solicitação e a dispensação do medicamento	ESTADUAL	0	1 ferramenta
Capacitar os gestores sobre a presença, qualificação e apoio aos profissionais farmacêuticos para a sua atuação na equipes multiprofissionais na atenção primária à saúde (APS), as eMulti, visando a integração destes com a assistência farmacêutica e a promoção do acesso e uso racional de medicamentos	ESTADUAL	0	4 capacitação

Realizar campanhas e divulgar através de mídia os guias e panfletos, fluxos de acesso que favoreçam esclarecimentos do uso racional de medicamentos aos profissionais, entidades representativas e usuários	ESTADUAL	0	4 campanhas

DIRETRIZ 4: DESENVOLVIMENTO DAS AÇÕES ESTRATÉGICAS DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

DIRETRIZ 4: DESENVOLVIMENTO DAS AÇÕES ESTRATÉGICAS DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

DESCRIÇÃO: Realizar o monitoramento contínuo da situação de saúde de determinado território (estado/região/município), por meio de estudos e análises que revelem o comportamento dos principais indicadores de saúde, priorizando questões relevantes e contribuindo para um planejamento de saúde mais abrangente.

OBJETIVO ESTRATÉGICO: Ampliar a cobertura vacinal a todas as pessoas em todos os ciclos de vida

SUBFUNÇÃO ORÇAMENTÁRIA: 305

PROGRAMA NO PPA: 0518

AÇÃO NA LOA: 2164

DESCRIÇÃO: Ampliar estratégias de vacinação, estabelecendo critérios e prestando apoio técnico, operacional e financeiro às Regiões de Saúde e às Secretarias Municipais de Saúde para elaboração, implantação e implementação das políticas públicas de vacinação, visando contribuir para o controle, a eliminação e/ou erradicação das doenças imunopreveníveis em todos os ciclos de vida.

Ação	Abrangência	Situação Atual	Meta Quadrienal
Adquirir insumos para imunização no estado de Pernambuco.	ESTADUAL	0	72.879.440 insumos
Alcançar a cobertura vacinal preconizada para Doenças Imunopreveníveis em crianças até 1 ano (Pneumo, Poliomielite, Pentavalente e Tríplice Viral)	ESTADUAL	60%	95% de cobertura
Qualificar profissionais de saúde que atuam no Programa Nacional de Imunização (PNI)	ESTADUAL	185	740 profissionais

OBJETIVO ESTRATÉGICO: Apoiar o desenvolvimento das ações de vigilância sanitária para a regulação e o controle de produtos e serviços de saúde e de interesse à saúde

SUBFUNÇÃO ORÇAMENTÁRIA: 308

PROGRAMA NO PPA: 521

AÇÃO NA LOA: 2164

DESCRIÇÃO: Realizar ações estratégicas para o gerenciamento do risco sanitário.

Ação	Abrangência	Situação Atual	Meta Quadrienal
Criar grupo técnico entre as vigilâncias sanitária, epidemiológica, ambiental, laboratorial, e de saúde do trabalhador para o planejamento de ações conjuntas.	ESTADUAL	0	01 Grupo
Implantar o programa de cofinanciamento das ações de vigilância sanitária a serem desenvolvidos pelos municípios de Pernambuco.	ESTADUAL	0	01 Programa
Descentralizar as atividades de Vigilância Sanitária para os municípios e Regionais de acordo com o risco sanitário.	ESTADUAL	0	80% de descentralização
Atualizar o Código Sanitário Estadual	ESTADUAL	0	01 Atualização

OBJETIVO ESTRATÉGICO: Fortalecer a Política Estadual das Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), Aids e Hepatites virais

SUBFUNÇÃO ORÇAMENTÁRIA: 305

PROGRAMA NO PPA: 0518

AÇÃO NA LOA: 2164

DESCRIÇÃO: Consolidar o programa de DST/AIDS e Hepatites virais com vistas à ampliação da promoção/prevenção à saúde, acesso da testagem, aconselhamento e assistência à saúde.

Ação	Abrangência	Situação Atual	Meta Quadrienal
Implantar as linhas de cuidado do HIV/aids, sífilis, HTLV e hepatites B e C no Estado.	ESTADUAL	0	6 Linhas de Cuidado

Disponibilizar fórmula láctea infantil 1º semestre às crianças expostas ao HIV e/ou HTLV.	ESTADUAL	9.488.400 g	100% das solicitações
Publicar edital, anualmente, de seleção de projetos executados pela Sociedade Civil Organizada (OSC) financiados pelo Estado	ESTADUAL	01	4 editais
Qualificar profissionais de saúde em ações de prevenção combinada, detecção e manejo clínico das IST, HIV/aids e hepatites virais.	ESTADUAL	575	2000 profissionais
Reproduzir materiais gráficos educativos voltados à temática da prevenção combinada das infecções sexualmente transmissíveis, HIV/aids e hepatites virais.	ESTADUAL	0	200.000 exemplares
Implantar o Plano Estadual de Eliminação/Redução da Transmissão Vertical da Sífilis e HIV.	ESTADUAL	0	01 Plano

OBJETIVO ESTRATÉGICO: Fortalecer a Rede de Cuidado para as doenças infecto-contagiosas, crônicas não transmissíveis e causas externas

SUBFUNÇÃO ORÇAMENTÁRIA: 305

PROGRAMA NO PPA: 0518

AÇÃO NA LOA: 2164

DESCRIÇÃO: Fortalecer a Rede de Cuidado para as doenças infecto-contagiosas, crônicas não transmissíveis e causas externas através de capacitações dos profissionais da rede para realizar o monitoramento e proporcionar melhor fluxo do cuidado.

Ação	Abrangência	Situação Atual	Meta Quadrienal
Atualizar profissionais de assistência a pessoa em situação de violência, tanto no nível estadual quanto no municipal, sobre a ficha de notificação compulsória de violência Interpessoal/autoprovocada	ESTADUAL	200	500 profissionais

OBJETIVO ESTRATÉGICO: Fortalecer a vigilância de Acidente de Transporte Terrestre (ATT)

SUBFUNÇÃO ORÇAMENTÁRIA: 301

PROGRAMA NO PPA: 0518

AÇÃO NA LOA: 4217

DESCRIÇÃO: Prevenir os acidentes de transporte terrestre, por meio do conhecimento do perdas vítimas e dos acidentes, dando subsídios ao planejamento de ações intersetoriais e contribuindo com a adequação e qualificação da rede de atenção integral a estas vítimas.

Ação	Abrangência	Situação Atual	Meta Quadrienal
Capacitar profissionais da rede notificadora de vigilância de acidentes de transporte terrestre, a fim de qualificar as informações das vítimas de ATT.	ESTADUAL	98	300 profissionais
Elaborar informes epidemiológicos da vigilância de ATT bimensais para subsidiar as estratégias da Coordenação da Operação Lei Seca.	ESTADUAL	0	20 Informes

OBJETIVO ESTRATÉGICO: Fortalecer ações de Vigilância em Saúde do Trabalhador

SUBFUNÇÃO ORÇAMENTÁRIA: 301

PROGRAMA NO PPA: 0510

AÇÃO NA LOA: 2630

DESCRIÇÃO: Promover a capacitação das equipes dos CERESTs, Conselhos, CISTs, ampliar o sistema de fiscalização das notificações em acidentes de trabalho tanto na rede pública como na privada, bem como, capacitar e qualificar as unidades sentinelas no Estado e dos conselhos locais, através de oficinas em saúde do trabalhador.

Ação	Abrangência	Situação Atual	Meta Quadrienal
Implementar vigilância dos óbitos por acidente de trabalho, incluindo participação da vigilância sanitária e epidemiológicas nas ações realizadas	ESTADUAL	0	6 Vigilâncias dos óbitos
Atualizar Análise de Situação de Saúde do Trabalhador do Estado de Pernambuco	ESTADUAL	0	1 análise de situação de saúde do trabalhador
Capacitar a equipe técnica de Vigilância em Saúde de Fernando de Noronha nas ações de Vigilância em Saúde do Trabalhador.	ESTADUAL	01	7 capacitações
Formação para implantação de Vigilância em Saúde do Trabalhador nos municípios prioritários e indicação de referência técnica nos municípios.	ESTADUAL	0	4 formações
Realizar formação em saúde do trabalhador para profissionais da Rede de Atenção à Saúde.	ESTADUAL	0	200 profissionais
Matriciar Centros de Referência Especializada em Saúde do Trabalhador (CRESAT) nos grandes hospitais estaduais	ESTADUAL	6	100% dos CRESATS
Formar, em conjunto com as áreas técnicas de Saúde Mental, Atenção Especializada e Reabilitação da SES, as capacitações, matriciamentos e as ações para a Atenção Especializada, a Rede de Atenção Psicossocial e de Reabilitação de municípios	ESTADUAL	4	200 profissionais

prioritários.			
Realizar formações para a rede de saúde e seus profissionais voltado a uma visão estratégica para a Saúde do Trabalhador das Águas, Campos e Florestas no Cerest Estadual.	ESTADUAL	0	4 formações
Realizar cursos, capacitações e fóruns com com foco na Vigilância em Saúde do Trabalhador e sua articulação intra e intersetorial, incluindo o controle social e representação dos trabalhadores.	ESTADUAL	0	3 Cursos
Realizar formações e matriciamento em qualificação da notificação de Acidente de Trabalho, Acidente de Trabalho por Exposição a Material Biológico e Intoxicação Exógena Relacionada ao Trabalho para profissionais da Rede de Vigilância Epidemiológica Hospitalar da urgência/emergência e hospitais, Cerests Regionais e Geres	ESTADUAL	0	100% das geres e Cerest Regionais
Realizar análise situacional sobre a distribuição e regionalização dos CEREST em Pernambuco.	ESTADUAL	0	1 análise situacional
Realizar colegiado de Vigilância em Saúde do Trabalhador incorporando Cerest Regionais e Referências Técnicas das Geres.	ESTADUAL	02	16 Colegiados

OBJETIVO ESTRATÉGICO: Fortalecer as ações de vigilância epidemiológica e ambiental para o controle das doenças e agravos e promoção da saúde

SUBFUNÇÃO ORÇAMENTÁRIA: 305

PROGRAMA NO PPA: 0518

AÇÃO NA LOA: 2164

DESCRIÇÃO: Proporcionar o conhecimento epidemiológico, visando a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes da saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle de doenças ou agravos. Na vigilância ambiental, priorizar a detecção e a prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes do ambiente que interferem na saúde humana com o objetivo de recomendar e adotar medidas de prevenção e controle.

Ação	Abrangência	Situação Atual	Meta Quadrienal
Ampliar anualmente a coleta de metais pesados em água para consumo humano em municípios prioritários, definidos a partir de pontos estratégicos.	ESTADUAL	0	Ampliar em 20% o número de coletas
Ampliar a Vigilância em Saúde de populações expostas a poluentes atmosféricos (Vigiar) e a Vigilância em Saúde de populações expostas a agrotóxicos (VSPEA) no Estado de PE.	ESTADUAL	0	80% dos Municípios
Ampliar a Vigilância em Saúde de populações expostas a poluentes atmosféricos (VIGIAR) e a Vigilância em Saúde de populações expostas a agrotóxicos (VSPEA) no Estado de PE, por intermédio da implantação de unidades sentinelas no estado	ESTADUAL	01	2 unidades
Realizar Seminário Regional Vigilância Epidemiológica e Atenção à Toxoplasmose Adquirida na Gestação e Toxoplasmose Congênita.	ESTADUAL	0	6 Seminários
Realizar treinamentos sobre normas e rotinas do Sistema de Notificação de Agravos de Notificação (Sinan) com profissionais que atuem no uso do	ESTADUAL	13	44 treinamentos

referido sistema, no âmbito estadual.			
Realizar capacitação, em operacionalização do Sistema de Notificação de Agravos de Notificação (Sinan), para técnicos municipais e das Regionais de Saúde.	ESTADUAL	0	8 capacitações
Realizar oficinas para atualização dos profissionais da Rede Estadual de Vigilância Epidemiológica Hospitalar (REVEH), sobre a notificação e investigação de doenças, agravos e eventos em saúde pública.	ESTADUAL	30	44 oficinas
Promover colegiados integrados com Atenção Primária, Assistência à Saúde e Regulação com o intuito de integração e participação no processo de Vigilância dos Óbitos infantil, fetal, materno e MIF	ESTADUAL	0	8 colegiados integrados
Capacitar as Vigilâncias Epidemiológicas Hospitalares, as regionais de saúde e seus respectivos municípios sobre vigilâncias dos óbitos fetal/infantil/Mulher em Idade Fértil (MIF)/Materno	ESTADUAL	0	4 capacitações
Elaborar formulários eletrônicos para a notificação dos óbitos fetal/infantil/Mulher em Idade Fértil (MIF)/Materno	ESTADUAL	0	2 formulários

Realizar oficinas macrorregionais sobre o desenvolvimento, no âmbito das regionais de saúde e nos municípios sob sua abrangência, a rotina de elaboração e atualização dos Planos de Saúde com ênfase na atuação integrada da atenção primária e vigilância em saúde na preparação e resposta aos desastres, surtos, epidemias e outros eventos de importância sanitária.	ESTADUAL	12	16 oficinas
Realizar formações sobre o uso de softwares e outras ferramentas de georreferenciamento, geoestatística e construção de imagens e Mapas, incluindo o uso do QGIS (Sistema de Informação Geográfica) para desenvolvimento, no âmbito das regionais de saúde e nos municípios sob sua abrangência, da capacidade da atenção primária e vigilância em saúde na preparação e resposta aos desastres, surtos, epidemias e outros eventos de importância sanitária.	ESTADUAL	0	8 formações
Capacitar equipes macrorregionais dos CIEVS, vigidesastres e vigilância em saúde sobre as diretrizes e fluxos de comunicação, avaliação e registro de notificação e acompanhamento de surtos, epidemias, desastres, emergencias e outros eventos de	ESTADUAL	0	8 capacitações

notificação imediata.			
Implantar painel de monitoramento automatizado de indicadores de casos leves, graves e óbitos suspeitos ou confirmados para COVID-19 no estado de Pernambuco.	ESTADUAL	0	1 painel
Implantar um Centro de Inteligência e Informação em Saúde para acompanhamento, em tempo real, e em ambiente digital, das informações a respeito da incidência, mortalidade, ocupação de leitos, e outras informações relevantes em relação a casos, surtos e óbitos por doenças transmissíveis, desastres ou outros eventos que constituam ameaça à saúde pública.	ESTADUAL	0	1 Centro de Inteligência
Realizar cursos de Vigilância das Doenças de Transmissão Hídrica e Alimentar para técnicos de vigilância em saúde das 12 Regionais de Saúde e do nível central da SES-PE.	ESTADUAL	0	4 cursos
Fortalecer a vigilância da qualidade da água de consumo humano, aprimorando equipes da vigilância em saúde para execução das ações de monitoramento da qualidade da água de abastecimento público para o consumo humano, em conformidade às normas legais.	ESTADUAL	0	48 formações
Realizar oficinas de atualização sobre doenças de transmissão vetorial e zoonoses de importância de saúde pública com ênfase na integração entre as	ESTADUAL	0	16 oficinas

vigilâncias e atenção primária			
Implantar o teste rápido (TR) para diagnóstico da leishmaniose visceral humana (TR/LVH) em Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Pólo Base indígena.	ESTADUAL	0	39 implantações
Realizar capacitação para a implantação da notificação de doença de chagas crônica no estado de Pernambuco	ESTADUAL	0	12 Capacitações
Implantar o grupo técnico (GT) para discussão de óbito por causas evitáveis ou reduzíveis da Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco	ESTADUAL	0	1 grupo técnico
Implantar o diagnóstico de raiva no Laboratório de Saúde Pública de Pernambuco (Lacen-PE)	ESTADUAL	0	01 diagnóstico
Adquirir equipamentos e insumos estratégicos para o desenvolvimento de ações de vigilância epidemiológicas, entomológica, malacológica e zoonoses de atribuição estadual;	ESTADUAL	0	4 ciclos de aquisição de equipamentos e insumos
Capacitar para o diagnóstico rápido de malária para os hospitais privados da Região Metropolitana do Recife (RMR)	ESTADUAL	0	2 seminários
Implantar a vigilância vetorial da Febre do Nilo Ocidental	ESTADUAL	0	01 Vigilância
Capacitação dos profissionais das ESF dos municípios prioritários para manejo clínico das Arboviroses	ESTADUAL	0	4 capacitações

Realizar e apoiar a pesquisa entomológico para anofelinos	ESTADUAL	0	2 pesquisas
Realizar e apoiar os estudos de flutuação (sazonalidade) e fauna flebotomínica no estado de Pernambuco	ESTADUAL	0	2 estudos
Realizar e apoiar os estudos de fauna malacológica em ênfase no esquistossomose e meningite eosinofílica	ESTADUAL	0	2 estudos
Capacitar a vigilância da esporotricose humana e animal no estado	ESTADUAL	0	4 capacitações
Capacitar para o diagnóstico da esporotricose humana e animal para as macrorregionais de saúde do estado de Pernambuco	ESTADUAL	0	4 Capacitações
Realizar oficinas sobre vigilância e manejo clínico da esporotricose humana com regionais de saúde e municípios pernambucanos de maior prevalência	ESTADUAL	0	12 oficinas
Confeccionar material educativo sobre as medidas de prevenção e controle da esporotricose	ESTADUAL	0	2 materiais educativos
Realizar capacitação de monitoramento e avaliação dos indicadores entomológicos para os Coordenadores de Vigilância da Arboviroses das GERES (incluindo os apoiadores) e municípios	ESTADUAL	0	12 capacitações
Realizar capacitação sobre o uso e manutenção dos equipamentos de UBV portátil para os técnicos das GERES (incluindo os apoiadores) e municípios	ESTADUAL	0	12 capacitações

Realizar oficina com municípios sede de Geres para assessoramento na implantação das UVZs a nível do município	ESTADUAL	0	8 oficinas
Curso de gerenciamento em vigilância e controle de zoonoses	ESTADUAL	0	4 cursos
Realizar colegiado de vigilância, com as doze regionais de saúde.	ESTADUAL	00	40 colegiados

OBJETIVO ESTRATÉGICO: Fortalecer ações integradas de controle da tuberculose e hanseníase, no estado de Pernambuco

SUBFUNÇÃO ORÇAMENTÁRIA: 305

PROGRAMA NO PPA: 0518

AÇÃO NA LOA: 2164

DESCRIÇÃO: Proporcionar o conhecimento epidemiológico com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle, reduzindo a mortalidade, a morbidade e a transmissão da Tuberculose.

Ação	Abrangência	Situação Atual	Meta Quadrienal
Realizar Colegiado de monitoramento dos casos de hanseníase com Grau de Incapacidade Física (GIF), a fim de subsidiar diálogos entre vigilância e assistência à saúde, para reorganização e instituição de linha de cuidado para hanseníase	ESTADUAL	0	16 Colegiados
Realizar oficinas com apoiadores regionais de vigilância, para discussão dos indicadores de tuberculose e hanseníase, presentes no PQAVS, e demais indicadores monitorados pelas áreas técnicas das citadas doenças.	ESTADUAL	0	16 Oficinas

Realizar, a nível de regionais de saúde, integrado à atenção primária, oficinas anuais de manejo clínico e vigilância de tuberculose e hanseníase, busca ativa de casos, interrupções de tratamento e contatos.	ESTADUAL	0	04 Oficinas
Realizar Seminários anuais dos indicadores e qualificação de dados, nos Sistema de Informação de vigilância dos casos de tuberculose e hanseníase, com regionais e municípios.	ESTADUAL	0	04 Seminários
Elaborar Plano Estadual de Enfrentamento à Tuberculose e Hanseníase como Problema de Saúde Pública.	ESTADUAL	0	1 plano

OBJETIVO ESTRATÉGICO: Implementar e qualificar as ações de fortalecimento da Rede Pernambucana de Laboratórios (RPELAB)

SUBFUNÇÃO ORÇAMENTÁRIA: 303, 122

PROGRAMA NO PPA: 0528, 0531

AÇÃO NA LOA: 2141, 4553

DESCRIÇÃO: Atuar junto às vigilâncias em Saúde, Sanitária, Epidemiológica e Ambiental realizando procedimentos de alta complexidade para complemento de diagnóstico e realizando exames de controle da qualidade de produtos para consumo humano, compreendendo alimentos, medicamentos, imunobiológicos, cosméticos, insumos farmacêuticos, drogas, produtos de higiene e meio ambiente.

Ação	Abrangência	Situação Atual	Meta Quadrienal
Construir nova sede para o Laboratório Central de Saúde Pública de Pernambuco.	ESTADUAL	01	01 Sede
Realizar visitas técnicas aos Laboratórios Regionais	ESTADUAL	0	12 visitas
Descentralizar novos diagnósticos para os Laboratórios Regionais	ESTADUAL	0	04 diagnósticos

Implantar o Sistemas de Gestão da Qualidade (SGQ) nos Laboratórios Regionais	ESTADUAL	0	11 SGQ

OBJETIVO ESTRATÉGICO: Qualificar a Rede de Saúde das anomalias congênitas e doenças raras

SUBFUNÇÃO ORÇAMENTÁRIA: 305

PROGRAMA NO PPA: 0518

AÇÃO NA LOA: 2164

DESCRIÇÃO: Garantir as políticas públicas de atenção dos direitos das pessoas com fibromialgia, bem como, síndromes e doenças raras e seus cuidadores afetivos dando atenção integral às necessidades de saúde e ao atendimento multiprofissional, além do acesso a medicamentos, nutrientes, fraldas e garantindo o transporte para o tratamento.

Ação	Abrangência	Situação Atual	Meta Quadrienal
Realizar capacitação em Vigilância Epidemiológica, das Regionais de Saúde, sobre a notificação e investigação dos casos e óbitos suspeitos de Síndrome Congênita do Zika.	ESTADUAL	01	4 capacitações

OBJETIVO ESTRATÉGICO: Reestruturar a Rede Materno-Infantil

SUBFUNÇÃO ORÇAMENTÁRIA: 244

PROGRAMA NO PPA: 0529

AÇÃO NA LOA: 4323

DESCRIÇÃO: Reestruturar o Modelo de Atenção integral ao Parto e ao Nascimento, de forma a garantir acesso, vinculação, acolhimento e melhoria da resolutividade, seguindo os princípios da humanização, com o objetivo de reduzir a mortalidade materna e infantil.

Ação	Abrangência	Situação Atual	Meta Quadrienal
Elaborar Boletim Epidemiológico de Vigilância dos óbitos de mulher em idade fértil (MIF), materno, fetal e infantil.	Estadual	0	04 boletins

OBJETIVO ESTRATÉGICO: Promover a segurança sanitária de produtos e serviços de saúde e de interesse à saúde ofertados à população

SUBFUNÇÃO ORÇAMENTÁRIA: 305

PROGRAMA NO PPA: 0518

AÇÃO NA LOA: 2164

DESCRIÇÃO: Realizar ações estratégicas para o gerenciamento do risco sanitário.

Ação	Abrangência	Situação Atual	Meta Quadrienal
Implantar o programa VISA legal, o qual consiste no incremento de ferramentas de modernização dos processos de tramitação de atos públicos de liberação, bem como estratégias para o gerenciamento de riscos e benefícios potenciais em vigilância sanitária.	ESTADUAL	0	01 Programa
Ampliar o Programa de Monitoramento da Qualidade de Alimentos (PEMQSA).	ESTADUAL	20	2.210 coletas

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

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

DESCRIÇÃO: Aprimorar a capacidade de Governança e Gestão estadual na implementação das políticas públicas, por meio da integração das dimensões estratégicas de Gestão do SUS, promovendo o fortalecimento dos diversos mecanismos de Controle e Participação Social e da equidade em saúde.

OBJETIVO ESTRATÉGICO: Ampliar a atuação da Operação Lei Seca e CEPAM

SUBFUNÇÃO ORÇAMENTÁRIA: 301, 305

PROGRAMA NO PPA: 0518

AÇÃO NA LOA: 4217, 2164

DESCRIÇÃO: Ampliar a prevenção dos acidentes de transporte terrestre, em especial aqueles que envolvem motociclistas, através da educação no trânsito e outras estratégias que diminuam o número de vítimas no Estado

Ação	Abrangência	Situação Atual	Meta Quadrienal
Aumentar o número de equipes educativas da Operação Lei Seca.	ESTADUAL	1	2 Equipes
Intensificar o número de ações e blitz de fiscalização da Operação Lei Seca em todo o Estado.	ESTADUAL	172.581 abordagens e 2.153 blitz	10.000 Blitzes
Apoiar a implantação do Comitê de avaliação de óbitos de trânsito nas 12 gerências de saúde.	ESTADUAL	0	12 comitês
Elaborar Curso EAD sobre prevenção de acidentes de trânsito com apoio da escola de saúde pública de Pernambuco.	ESTADUAL	0	01 curso
Realizar Encontro sobre Vítimas de Acidentes de Moto em Pernambuco	ESTADUAL	0	01 encontro
Ampliar as equipes de fiscalização da Operação Lei Seca (OLS)	ESTADUAL	7	4 Equipes
Intensificar as ações educativas nas regiões de saúde do Estado de Pernambuco.	ESTADUAL	22	1632 Ações

Implantar o CRPAM (comitê regional de prevenção aos acidentes de moto) nas 12 gerências de saúde do Estado de Pernambuco.	ESTADUAL	0	12 CRPAM
Elaborar o Guia para implantação do comitê municipal de prevenção aos acidentes de moto.	ESTADUAL	0	1 Guia

OBJETIVO ESTRATÉGICO: Ampliar a cobertura vacinal a todas as pessoas em todos os ciclos de vida

SUBFUNÇÃO ORÇAMENTÁRIA: 307

PROGRAMA NO PPA: 520

AÇÃO NA LOA: 2164

DESCRIÇÃO: Ampliar estratégias de vacinação, estabelecendo critérios e prestando apoio técnico, operacional e financeiro às Regiões de Saúde e às Secretarias Municipais de Saúde para elaboração, implantação e implementação das políticas públicas de vacinação, visando contribuir para o controle, a eliminação e/ou erradicação das doenças imunopreveníveis em todos os ciclos de vida.

Ação	Abrangência	Situação Atual	Meta Quadrienal
Realizar capacitação dos profissionais para a realização exames de baciloscopia de hanseníase de na III Regional	III REGIÃO DE SAÚDE	0	04 capacitações

OBJETIVO ESTRATÉGICO: Ampliar a Comunicação com a Sociedade

SUBFUNÇÃO ORÇAMENTÁRIA: 131

PROGRAMA NO PPA: 1077

AÇÃO NA LOA: 2153

DESCRIÇÃO: Ampliar, fortalecer e qualificar a articulação com os órgãos de imprensa e com a própria sociedade, por meio da produção de conteúdo e mídias sociais, para a divulgação permanente das boas ações da SES-PE e propagação das campanhas preventivas, educativas e de relevância para a saúde coletiva, criando uma imagem institucional competente e forte, compatível com a missão do órgão.

Ação	Abrangência	Situação Atual	Meta Quadrienal
Desenvolver campanhas de vacinação para conscientizar a população	ESTADUAL	02	08 campanhas
Divulgar eventos, notas técnicas e ações da SES-PE com temáticas que fortaleçam o SUS.	ESTADUAL	200	720 divulgações
Realizar cobertura jornalística das ações realizadas pela Secretaria Estadual de Saúde, envio de releases para a mídia local e regional, criação de quadros constando prestação de contas.	ESTADUAL	200	240 coberturas jornalísticas
Implantar sistema físico de ouvidoria na Farmácia de Pernambuco descentralizada	II REGIÃO DE SAÚDE	0	1 Sistema Físico de Ouvidoria
Divulgar ações em parceria com o programa Útero é vida da OPAS	ESTADUAL	09	32 divulgações

OBJETIVO ESTRATÉGICO: Ampliar a estrutura tecnológica da SES

SUBFUNÇÃO ORÇAMENTÁRIA: 122

PROGRAMA NO PPA: 0510, 0531

AÇÃO NA LOA: 4405, 4553

DESCRIÇÃO: Ampliar e fortalecer os processos de gestão e oferta de serviços da Secretaria Estadual de Saúde através da manutenção e incorporação de tecnologias digitais, inclusive através de processos de inovação, promovendo ações de colaboração entre governo e sociedade.

Ação	Abrangência	Situação Atual	Meta Quadrienal
Implantar Prontuário Eletrônico do Cidadão nos seis grandes (HR, HBL, HGV, HAM, HOF e HRA) + 13 hospitais da rede própria.	ESTADUAL	0	19 Prontuários
Construir o App da Saúde PE	ESTADUAL	0	1 aplicativo
Construir um programa de computador chatbot da saúde PE.	ESTADUAL	0	1 Chatbot
Ampliar a conectividade através da adesão ao novo contrato da RNP (Rede Nacional de Pesquisa) envolvendo os 6 grandes hospitais.	ESTADUAL	0	6 RNP
Ampliar a conectividade para toda a rede de saúde própria da metropolitana do Grande Recife através da adesão à REPEPE.	I REGIÃO DE SAÚDE	0	13 Unidades
Implementar soluções tecnológicas em apoio às ações planejadas pelas executivas das SES.	ESTADUAL	8	20 Soluções Tecnológicas
Construir sistema unificado para registro de Doenças de Notificação Compulsória Imediata	ESTADUAL	0	24 formulários de notificação
Implantar sistema de dispensação de medicamento no datacenter estadual em substituição ao sistema Hórus.	ESTADUAL	0	1 Sistema

OBJETIVO ESTRATÉGICO: Apoiar institucionalmente as Secretarias Municipais de Saúde para o fortalecimento regional do Estado

SUBFUNÇÃO ORÇAMENTÁRIA: 122, 301, 305

PROGRAMA NO PPA: 0510, 0518, 0528

AÇÃO NA LOA: 4405, 4217, 2164, 3085, 4722

DESCRIÇÃO: Desenvolver estratégias de assessoramento técnico nos territórios municipais por meio das Gerências Regionais de Saúde

Ação	Abrangência	Situação Atual	Meta Quadrienal
Realizar estudos, de caráter qualitativo e quantitativo, com vistas a qualificação do processo de monitoramento e avaliação da distribuição de recursos financeiros inerentes ao custeio de serviços de Média e Alta Complexidade, de gestão estadual e municipal, e a adequação do financiamento diante das Redes de Atenção à Saúde organizadas de forma regionalizada - considerando os parâmetros e critérios propostos pelo Ministério da Saúde para a Programação Geral das Ações e Serviços de Saúde (PGASS) e as necessidades de assistência à saúde priorizadas no processo de Planejamento Regional Integrado (PRI)	ESTADUAL	0	04 estudos Macrorregionais
Elaborar boletim informativo anual, referente ao monitoramento dos recursos financeiros repassados aos HPPs do Estado de Pernambuco.	ESTADUAL	0	04 boletins
Realizar estudo para dimensionar os custos operacionais e custeios necessários para manutenção da oferta de serviços dos Hospitais de Pequeno Porte no Estado de Pernambuco.	ESTADUAL	0	4 Estudos
Realizar oficinas integradas por área técnica descentralizada em todos os municípios.	VII REGIÃO DE SAÚDE	0	100%

Implantar o plano de Cuidado da Pessoa com Deficiência	III REGIÃO DE SAÚDE	1	100%
Atualizar o plano da RAPS, monitorar a implantação dos novos serviços vinculados ao PAC.	VII REGIÃO DE SAÚDE	1	1 Plano
Realizar um estudo da utilização das consultas e exames pelos municípios da regional e levantar, junto aos gestores municipais, a real necessidade dos usuários, para pactuar em CIR uma oferta adequada às condições de saúde da população.	XI REGIÃO DE SAÚDE	1	1 Estudo
Elaborar estudo, junto a Secretaria Executiva de Regulação em Saúde (SERS) e a Secretaria Executiva de Administração e Finanças (SEAF), para revisão dos parâmetros e critérios adotados para o estabelecimento de repasses de recursos financeiros, na forma de incentivo, direcionados a estabelecimentos de saúde de Média e Alta Complexidade de gestão municipal, considerando as necessidades de assistência à saúde priorizadas no processo de Planejamento Regional Integrado (PRI)	ESTADUAL	0	01 estudo

Elaborar estudos técnicos, junto a Secretaria Executiva de Regulação em Saúde (SERS), a Secretaria Executiva de Administração e Finanças (SEAF) e a Secretaria Executiva de Atenção à Saúde (SEAS), para construção e envio de propostas ao Ministério da Saúde para aumento do repasse federal de recursos financeiros com vistas a ampliação da oferta de serviços de Média e Alta Complexidade (MAC) por meio do aumento do Limite financeiro MAC (Teto MAC) da gestão estadual, considerando as necessidades de assistência à saúde priorizadas no processo de Planejamento Regional Integrado (PRI)	ESTADUAL	0	02 Estudos
Realizar diagnóstico situacional para identificar a rede ofertada pelos municípios aos pacientes de TEA, transtorno mental, HIV/AIDS.	V REGIÃO DE SAÚDE	0	01 Diagnóstico Situacional
Realizar diagnóstico acerca das fragilidades das vigilâncias em saúde municipais	XI REGIÃO DE SAÚDE	0	01 diagnóstico
Revisão do Diagnóstico Situacional para equilíbrio de cotas de especialidades	VI REGIÃO DE SAÚDE	0	4 Revisões
Elaborar um instrumento de referência e contra referências para facilitar a comunicação entre os diversos serviços.	VI REGIÃO DE SAÚDE	01	01 Instrumento
Promover ações alusivas a educação no trânsito em parceria com os outros órgãos responsáveis	XII REGIÃO DE SAÚDE	0	04 Ações

Realizar capacitações de IST, arboviroses, Tuberculose e Hanseníase, vigilância da água, saúde do trabalhadores Chagas, sistema de informação SIM, SINAN e SINASC	II REGIÃO DE SAÚDE	0	12 Capacitações
Capacitação do Planejamento Estratégico Participativo para técnicos do planejamento e gestores municipais e regionais na VI GERES.	VI REGIÃO DE SAÚDE	0	01 Capacitação
Realização do II Simpósio Regional "Aprimorando as práticas humanizadas no SUS", na VI GERES	VI REGIÃO DE SAÚDE	0	01
Criar um painel de monitoramento estratégico de regulação de pacientes.	IV REGIÃO DE SAÚDE	0	1 Painel
Realizar diagnóstico situacional da rede de apoio a pacientes portadores de TEA e outros transtornos de neurodesenvolvimento e reforçar a discussão da linha de cuidado no Planejamento Regional Inte grado.	II REGIÃO DE SAÚDE	0	01 Diagnóstico Situacional
Realizar Seminário sobre a política de humanização do SUS para os profissionais da II Região de Saúde, reafirmando os princípios e diretrizes da política.	II REGIÃO DE SAÚDE	0	1 Seminário
Realizar oficina sobre a temática Materno infantil	V REGIÃO DE SAÚDE	0	8 Oficinas
Realizar Colegiados Regionais de Saúde Mental, pautando a temática do atendimento humanizado e integral, além da prevenção ao suicídio e automutilação, estimulando os municípios a disseminarem ações voltadas ao tema	XII REGIÃO DE SAÚDE	0	08 colegiados

Promover treinamentos em Vigilância em Saúde para os municípios do território	XI REGIÃO DE SAÚDE	0	04 treinamentos

OBJETIVO ESTRATÉGICO: Aprimorar a Ação Regulatória na Gestão Estadual

SUBFUNÇÃO ORÇAMENTÁRIA: 122

PROGRAMA NO PPA: 0510

AÇÃO NA LOA: 4405

DESCRIÇÃO: Desenvolver estratégias que fortaleçam a função regulatória na gestão estadual priorizando equidade e transparência no acesso, de modo a otimizar a oferta assistencial.

Ação	Abrangência	Situação Atual	Meta Quadrienal
Realizar Seminários Macrorregionais de Regulação em Saúde	ESTADUAL	0	4 Seminários
Ampliar o percentual de procedimentos ambulatoriais regulados	ESTADUAL	668.000	20% ampliado

OBJETIVO ESTRATÉGICO: Construir, ampliar, reformar e equipar as unidades de saúde pertencentes ao estado de Pernambuco

SUBFUNÇÃO ORÇAMENTÁRIA: 122,301, 302

PROGRAMA NO PPA: 0510, 0531, 0528

AÇÃO NA LOA: 4405, 4553, 2393, 4611, 4722

DESCRIÇÃO: Melhorar a qualidade da assistência prestada à população através da reestruturação física e equipagem das unidades de saúde do Estado.

Ação	Abrangência	Situação Atual	Meta Quadrienal
Realizar anualmente levantamento das necessidades de infraestrutura e recursos humanos das 12 Regionais de Saúde	ESTADUAL	01	4 levantamentos

Reestruturar e adequar a unidade da I Regional de Saúde.	I REGIÃO DE SAÚDE	0	100%
Reestruturar e adequar a unidade da II Regional de Saúde	II REGIÃO DE SAÚDE	0	100%
Reestruturar e adequar a unidade da III Regional de Saúde	III REGIÃO DE SAÚDE	0	100%
Reestruturar e adequar a unidade da IV Regional de Saúde	IV REGIÃO DE SAÚDE	0	100%
Reestruturar e adequar a unidade da V Regional de Saúde	V REGIÃO DE SAÚDE	0	100%
Reestruturar e adequar a unidade da VI Regional de Saúde	VI REGIÃO DE SAÚDE	0	100%
Reestruturar e adequar a unidade da VII Regional de Saúde	VII REGIÃO DE SAÚDE	0	100%
Reestruturar e adequar a unidade da VIII Regional de Saúde	VIII REGIÃO DE SAÚDE	0	100%
Reestruturar e adequar a unidade da IX Regional de Saúde	IX REGIÃO DE SAÚDE	0	100%
Reestruturar e adequar a unidade da X Regional de Saúde	X REGIÃO DE SAÚDE	0	100%
Reestruturar e adequar a unidade da XI Regional de Saúde	XI REGIÃO DE SAÚDE	0	100%
Reestruturar e adequar a unidade da XII Regional de Saúde	XII REGIÃO DE SAÚDE	0	100%

OBJETIVO ESTRATÉGICO: Fortalecer a atuação do Controle Social no território, articulado com as entidades e movimentos sociais

SUBFUNÇÃO ORÇAMENTÁRIA: 125, 131

PROGRAMA NO PPA: 1077

AÇÃO NA LOA: 4422, 2153

DESCRIÇÃO: Fortalecer e qualificar os espaços de Controle Social garantindo as condições de funcionamento do Conselho Estadual de Saúde, bem como na coordenação e apoio às mobilizações às conferências estaduais, municipais, temáticas e plenárias estaduais de saúde, seminários e eventos pertinentes, assegurando a realização de um controle social de qualidade.

Ação	Abrangência	Situação Atual	Meta Quadrienal
Reformular a Lei 17700, de 2023 do CES/PE	ESTADUAL	0	01 Reformulação
Realizar um encontro com gestores sobre a conscientização sobre a importância da participação ativa dos Conselhos de Saúde para maior pluralidade e representatividade nas discussões de políticas de saúde.discussões de políticas de saúde.	XI REGIÃO DE SAÚDE	0	1 Encontro
Realizar as atividades de capacitação dos conselheiros de saúde para o DGMP, de acordo com a realidade local, garantindo uma carga horária que possibilite a ampla discussão, democratização das informações e exploração de dinâmicas de grupo que facilitem a construção dos conteúdos teóricos e, também, a interação do grupo.	XII REGIÃO DE SAÚDE	0	04 Capacitações
Realizar Rodas de Conversas com os Conselhos Municipais de Saúde sobre o temática do enfrentamento das iniquidades em saúde e das populações, a exemplo: mulheres, idosos, população do campo e das florestas, juventude, população negra e quilombola, LGBTQIAP+, população em situação de rua, pessoas com deficiências.	ESTADUAL	0	04 rodas de conversa

Elaborar uma normativa que oriente os conselheiros nas atividades externas das comissões.	ESTADUAL	0	01 normativa
Adquirir transporte para o CES/PE.	ESTADUAL	0	01 Transporte
Realizar Encontro Nordeste dos Conselhos Estaduais e Conselhos Municipais de Saúde das capitais.	ESTADUAL	0	01 Encontro
Criar campanhas educativas com o tema do fortalecimento do controle social.	ESTADUAL	04	04 Campanhas
Adquirir material de identificação para o CES - 20 coletes e 64 identificações institucionais para o CES.	ESTADUAL	0	168 Materiais de identificação
Implantar o ponto de videoconferência na sede do Conselho Estadual de Saúde de Pernambuco.	ESTADUAL	01	04 pontos de videoconferência
Realizar Rodas de Conversas com os Conselhos Municipais de Saúde sobre o tema da importância das Conferências Municipais de Saúde para construção dos instrumentos de planejamento do SUS.	ESTADUAL	01	04 rodas de conversa
Realizar Fóruns Macrorregionais para Fortalecimento das Comissões Intersetoriais de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (CISTT).	ESTADUAL	01	04 Fóruns Macroregionais
Elaborar cursos de formação do controle social e as contas em orçamento público.	ESTADUAL	0	02 cursos
Participar de eventos, comitês e fóruns dentro do Estado de Pernambuco.	ESTADUAL	33	200 eventos, comitês e fóruns
Realizar encontros Macrorregionais do Conselho Estadual e	ESTADUAL	0	04 encontros

Municipais de Saúde.			
Realizar Plenária Estadual de Conselheiros de Saúde.	ESTADUAL	0	03 plenárias
Publicar o jornal do CES com periodicidade anual.	ESTADUAL	0	04 jornais
Implantar um curso instrucional e matriz curricular na formação dos conselheiros na renovação do biênio.	ESTADUAL	0	04 Cursos
Realizar seminário sobre saúde mental dos trabalhadores junto com a CIIST.	ESTADUAL	0	02 Seminários
Realizar a 11ª Conferência Estadual de Saúde e suas etapas Macrorregionais.	ESTADUAL	1	1 Conferência
Realizar Conferência Temática Estadual de Saúde e suas etapas Macrorregionais.	ESTADUAL	0	02 Conferências
Realizar um seminário com caráter de consulta pública para revisão da Política de população negra.	ESTADUAL	0	01 seminário
Realizar oficinas de sensibilização para os integrantes do CES com áreas técnicas e representantes sociais da temática.	ESTADUAL	0	04 oficinas
Construir Programação Orçamentária Anual de Saúde de forma participativa com o CES/PE.	ESTADUAL	0	04 Programações
Elaborar bimensalmente boletins eletrônicos como meio de divulgação das ações do CES.	ESTADUAL	06	24 boletins eletrônicos
Realizar ações de mobilização nas Regiões de Saúde e segmentos referentes a 11ª Conferência Estadual de Saúde de Pernambuco.	ESTADUAL	0	12 ações de mobilização

Participar de Eventos Nacionais sobre saúde e controle social.	ESTADUAL	09	48 eventos
Fazer uma oficina de capacitação sobre os procedimentos de fiscalização.	ESTADUAL	0	03 oficinas
Elaborar um seminário para as Secretarias Executivas dos CMS e para a equipe técnica do CES.	ESTADUAL	0	04 seminários
Adquirir material de identificação e equipamentos para o CES.	ESTADUAL	0	04 equipamentos
Atualizar o regimento interno do Conselho Estadual de Saúde de Pernambuco em conformidade com a Lei vigente do CES/PE.	ESTADUAL	0	01 regimento
Garantir o imóvel para sede própria do CES.	ESTADUAL	0	01 imóvel
Recompor quadro técnico do CES/PE.	ESTADUAL	0	06 Técnicos

OBJETIVO ESTRATÉGICO: Fortalecer as ações de vigilância epidemiológica e ambiental para o controle das doenças e agravos e promoção da saúde

SUBFUNÇÃO ORÇAMENTÁRIA: 305

PROGRAMA NO PPA: 0518

AÇÃO NA LOA: 2164

DESCRIÇÃO: Proporcionar o conhecimento epidemiológico, visando a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes da saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle de doenças ou agravos. Na vigilância ambiental, priorizar a detecção e a prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes do ambiente que interferiram na saúde humana com o objetivo de recomendar e adotar medidas de prevenção e controle.

Ação	Abrangência	Situação Atual	Meta Quadrienal
Realizar oficina sobre atuação da Vigilância Sanitária no âmbito do SUS	IV REGIÃO DE SAÚDE	0	4 Oficinas

OBJETIVO ESTRATÉGICO: Fortalecer as Políticas Estratégicas e de Equidade na Atenção à Saúde

SUBFUNÇÃO ORÇAMENTÁRIA: 301, 244, 305

PROGRAMA NO PPA: 0518, 0528, 0529

AÇÃO NO LOA: 4217, 4722, 4323, 2164

DESCRIÇÃO: Fortalecer o acesso às ações e serviços de saúde, contribuindo para a redução das causas de morbimortalidade em todos os ciclos de vida e nos diversos grupos populacionais, sem discriminação de qualquer espécie, atuando nos aspectos socioculturais, com vistas a desenvolver ações de promoção, prevenção, assistência e recuperação da saúde, priorizando a Atenção Primária à Saúde.

Ação	Abrangência	Situação Atual	Meta Quadrienal
Instituir novos Comitês Técnicos de Saúde LGBT	ESTADUAL	05 Comitês	4 Comitês
Implantar Linha de Cuidado de Atenção Integral à Saúde LGBT no Estado de Pernambuco	ESTADUAL	0	1 linha de cuidado
Capacitar os conselheiros do Conselho Estadual de Saúde acerca das Políticas de Saúde do Homem e da Pessoa Idosa	ESTADUAL	0	80 conselheiros
Formar grupo condutor das respectivas redes, para garantia de acesso integral e igualitário a estes serviços.	III REGIÃO DE SAÚDE	0	1 Grupo
Capacitar os coordenadores municipais e regionais da rede de atenção à saúde da mulher visando fortalecer e desenvolver competências.	ESTADUAL	200	800 coordenadores
Realizar formações com gestores, profissionais e usuários sobre o monitoramento e a avaliação do processo de descentralização da assistência à saúde com enfoque nas particularidades do cuidado Integral à Saúde da População Negra na II Macro (Caruaru), III Macro (Serra Talhada), IV Macro	ESTADUAL	0	12 formações

(Petrolina).			

OBJETIVO ESTRATÉGICO: Fortalecer o mecanismo de Ouvidoria no SUS

SUBFUNÇÃO ORÇAMENTÁRIA: 131

PROGRAMA NO PPA: 1077

AÇÃO NO LOA: 2153

DESCRIÇÃO: Acompanhar o grau de satisfação do usuário do Sistema Único de Saúde (SUS), fortalecendo a cidadania e melhorando a qualidade dos serviços prestados, fornecendo informações aos gestores,para a qualificação dos serviços, desempenhando um papel de mediadora entre o cidadão, trabalhadores e gestores Serviço Público na construção e fortalecimento do SUS.

Ação	Abrangência	Situação Atual	Meta Quadrienal
Elaborar relatório anual, contendo dados quantitativos das manifestações de ouvidoria, bem como as principais demandas dos usuários.	ESTADUAL	0	4 relatórios
Ampliar o quantitativo de ouvidorias municipais do SUS	ESTADUAL	40	36 Ouvidorias
Adquirir material gráfico (banner, cartaz, folder) para ampliar a divulgação dos canais da Ouvidoria da Secretaria Estadual de Saúde.	ESTADUAL	0	19.000 materiais gráficos
Ofertar formação presencial para ouvidores e equipe técnica do SUS, municipal e estadual .	ESTADUAL	02	08 formações

OBJETIVO ESTRATÉGICO: Fortalecer o processo de Transplante de Órgãos e Tecidos

SUBFUNÇÃO ORÇAMENTÁRIA: 302

PROGRAMA NO PPA: 0510, 0528

AÇÃO NO LOA: 2139

DESCRIÇÃO: Realizar ações de mobilização social e de fortalecimento assistencial (equipamentos e profissionais) visando aumentar o índice de doadores e o número de transplantes realizados no Estado de Pernambuco.

Ação	Abrangência	Situação Atual	Meta Quadrienal
Ampliar o número de transplantes por milhão de população (pmp) Pernambucana.	ESTADUAL	14,5 pmp	2 pmp

OBJETIVO ESTRATÉGICO: Fortalecer o Telessaúde no Estado

SUBFUNÇÃO ORÇAMENTÁRIA: 301

PROGRAMA NO PPA: 0518

AÇÃO NO LOA: 4217

DESCRIÇÃO: Fortalecer as ações da Atenção à Saúde nos três níveis de assistência por meio da incorporação das estratégias de Telessaúde que visam ampliar o acesso às diversas especialidades, apoiar a gestão e contribuir para educação permanente dos profissionais de saúde a nível central, nas GERES e nos municípios.

Ação	Abrangência	Situação Atual	Meta Quadrienal
Ampliar a oferta nacional de Telediagnóstico (ONTD) em Cardiologia.	ESTADUAL	0	179 pontos
Implantar exames diagnósticos de Dermatoscopia e Retinografia, abrangendo a Atenção Primária à Saúde.	ESTADUAL	0	24 pontos

OBJETIVO ESTRATÉGICO: Fortalecer os espaços de planejamento e governança para que expressem as necessidades de saúde do território e do controle social

SUBFUNÇÃO ORÇAMENTÁRIA: 122, 131

PROGRAMA NO PPA: 0510, 1077

AÇÃO NO LOA: 4405, 4422, 2153

DESCRIÇÃO: Fortalecer os espaços de planejamento participativo e governança através da regionalização em saúde, entendida como um dos princípios fundamentais para a consolidação da universalidade e da igualdade no acesso e na integralidade da atenção, no aprimoramento dos espaços de controle social e de pactuação das ações e serviços de saúde como a CIB e as CIR com a qualificação e reorganização das Gerências Regionais de Saúde.

Ação	Abrangência	Situação Atual	Meta Quadrienal
Realizar oficinas de planejamento integrado junto aos municípios por microrregional.	I REGIÃO DE SAÚDE	0	04 Oficinas
Instituir o Colegiado de Média e Alta Complexidade na II Região de Saúde	II REGIÃO DE SAÚDE	0	01 Colegiado
Realizar colegiado como os coordenadores do Programa PSE, para discutir as programações semestrais, introduzindo a temática direitos sociais.	I REGIÃO DE SAÚDE	0	08 Colegiados
Realizar oficinas através do Núcleo de Educação Permanente da IV GERES	IV REGIÃO DE SAÚDE	0	04 oficinas
Realizar um fórum regional de controle social para explanar sobre a importância do Conselho de Saúde estimulando a criação de conselhos de saúde locais	XII REGIÃO DE SAÚDE	0	01 Fórum Regional
Realizar diagnóstico descentralizado de cenário de prática/formação na rede SUS escola de Pernambuco.	ESTADUAL	0	01 diagnóstico
Realizar estudo para dimensionar os custos e investimentos necessários para manutenção dos serviços dos HPPs.	ESTADUAL	0	04 estudos
Realizar uma oficina para conduzir e orientar a Assistência Farmacêutica Municipal no processo de confecção de sua Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (REMUME).	XI REGIÃO DE SAÚDE	0	1
Realizar oficinas de planejamento estratégico situacional.	VII REGIÃO DE SAÚDE	0	01 oficina

Realizar levantamento da quantidade de Recursos Humanos existentes, assim como dos setores técnicos e a necessidade de novos servidores para compor o quadro de pessoal e fortalecer as atividades de apoio da GERES.	XI REGIÃO DE SAÚDE	0	1 Levantamento
Criar mecanismos e/ou ações para qualificar os canais de comunicação à população em geral sobre a função/importância dos Conselhos Municipais de Saúde.	VI REGIÃO DE SAÚDE	0	100%
Realizar ações sobre o planejamento para os profissionais de saúde e controle social com o intuito de instituir a cultura de planejamento ascendente no âmbito regional oficinas e cursos	XII REGIÃO DE SAÚDE	0	4 Ações
Elaborar sistema para levantamento das ofertas e fila de espera estadual e municipal (Observa PE).	ESTADUAL	0	02 SISTEMAS
Realizar levantamento das necessidades tecnológicas e qualificação técnica dos profissionais das 12 Regiões de saúde	ESTADUAL	0	04 Levantamentos
Realizar o II Simpósio Regional "Aprimorando as práticas HumanizaSUS"	VI REGIÃO DE SAÚDE	0	01 Simpósio
Elaborar e divulgar Boletins Epidemiológicos.	VI REGIÃO DE SAÚDE	0	4 Boletins
Realizar II Mostra de Experiências Exitosas na VI GERES.	VI REGIÃO DE SAÚDE	0	1 Mostra
Realizar ações de escuta à população através das caixinhas de críticas e sugestões itinerante	VI REGIÃO DE SAÚDE	0	04 ações
Realizar Fóruns com temas específicos sobre saúde e	VI REGIÃO DE SAÚDE	0	02 Fóruns

governança			
Realizar o I Fórum de Discussão para gestores em políticas de saúde na VI GERES	VI REGIÃO DE SAÚDE	0	1 Fórum
Realizar capacitação em Educação Popular em Saúde, para profissionais da rede da VI GERES	VI REGIÃO DE SAÚDE	0	01 Capacitação
Realizar diagnóstico de recursos humanos e justificar tecnicamente as necessidades de ampliação.	ESTADUAL	0	4 Diagnósticos
Realizar Seminário Estadual de Integração Ensino e Serviço	ESTADUAL	0	02 Seminários
Aumentar a frota de veículos para desenvolver ações dentro do território da X Região de Saúde	X REGIÃO DE SAÚDE	0	01 carro
Formar grupo de discussão para o alinhamento necessário entre os serviços da rede de atenção à saúde.	VIII REGIÃO DE SAÚDE	0	1
Criar comitê de governança das políticas do SUS, junto aos gestores municipais	III REGIÃO DE SAÚDE	0	1 Comitê
Realizar 01 seminário de planejamento em saúde para as equipes da Vigilância em Saúde e Atenção Primária em Saúde.	IV REGIÃO DE SAÚDE	0	04 seminários
Realizar 01 seminário anual de Atenção Primária em Saúde para o fortalecimento do Planejamento ascendente no SUS.	IV REGIÃO DE SAÚDE	0	04 seminários
Realizar seminário sobre a temática do Transtorno do Espectro Autista (TEA).	IV REGIÃO DE SAÚDE	0	02 seminários
Implantar comitê de equidade na IV Regional de Saúde (LGBTQIA+; População Negra; Educação popular)	IV REGIÃO DE SAÚDE	0	01 comitê

Implantar Grupos Condutores das Rede de Atenção à Saúde, com representação por microrregião de saúde	IV REGIÃO DE SAÚDE	0	1
Implantar um comitê de discussão da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) na IV GERES	IV REGIÃO DE SAÚDE	0	01 comitê
Realizar oficinas do Planejamento Regional Integrado na IV GERES	IV REGIÃO DE SAÚDE	0	04 oficinas
Realizar 01 fórum semestral para avaliação de serviços de média e alta complexidade da Região	IV REGIÃO DE SAÚDE	0	8 fóruns
Realizar oficina sobre gestão participativa no SUS na IV GERES	IV REGIÃO DE SAÚDE	0	4
Criar painel de monitoramento de indicadores epidemiológicos na IV GERES	IV REGIÃO DE SAÚDE	0	01 painel de monitoramento
Realizar oficina para fortalecimento dos protocolos de pré-natal de risco habitual e alto risco	IV REGIÃO DE SAÚDE	0	04 oficinas
Realizar oficinas de microplanejamento de análises laboratoriais.	IV REGIÃO DE SAÚDE	0	04 oficinas
Realizar uma oficina de microplanejamento de Assistência Farmacêutica na IV GERES	IV REGIÃO DE SAÚDE	0	04 oficinas
Realizar seminário, junto às instituições de ensino superior, sobre o Sistema Único de Saúde	IV REGIÃO DE SAÚDE	0	04
Aumentar a frota de veículos para desenvolver ações dentro do território da VI Região de Saúde	VI REGIÃO DE SAÚDE	0	01 Carro
Implantar nas microrregiões de saúde da IV GERES os comitês de discussão e de governança em Saúde	IV REGIÃO DE SAÚDE	0	1

Aumentar a frota de veículos para desenvolver ações dentro do território da III Região de Saúde	III REGIÃO DE SAÚDE	0	01 Carro
Instituir um grupo de trabalho regional em Saúde Mental, dentro da estrutura do Colegiado com foco na discussão de casos, manejos terapêuticos, funcionamento e cofinanciamento dos serviços da RAPS nos territórios da XII regional.	XII REGIÃO DE SAÚDE	0	01 GRUPO DE TRABALHO
Realizar oficinas de planejamento integrado com ênfase na Atenção Básica e na sua integração com a Vigilância em Saúde junto aos municípios da I GERES.	I REGIÃO DE SAÚDE	0	04 Oficinas
Realizar o Fórum Regional Intersetorial com Ênfase na Política Nacional Sobre Drogas, com o intuito de sensibilizar os municípios a respeito da necessidade de qualificação da RAPS e dos dispositivos voltados à assistência dos usuários que sofrem pelo uso de álcool, crack e outras drogas.	XII REGIÃO DE SAÚDE	0	04 Fóruns
Promover capacitações com o tema TEA, marcos de desenvolvimento e outros transtornos de neurodesenvolvimento para os profissionais da Atenção Básica.	II REGIÃO DE SAÚDE	0	04 Capacitações
Instituir Colegiado Regional de Atenção Hospitalar	II REGIÃO DE SAÚDE	0	1
Instituir Colegiado Regional de Farmacêuticos	II REGIÃO DE SAÚDE	0	01 Colegiados
Realizar o I Fórum Ampliado de Média e Alta Complexidade para promover espaço de integração entre gestores municipais e demais atores da rede.	II REGIÃO DE SAÚDE	0	3 Fóruns

Garantir Educação com formação continuada dos profissionais de saúde, fortalecendo as políticas estratégicas com resolutividade e equidade.	I REGIÃO DE SAÚDE	0	01 Política
Produzir material educativo sobre direitos e deveres dos usuários do SUS.	I REGIÃO DE SAÚDE	0	2 Materiais Educativos
Desenvolver materiais didáticos objetivando ampliar a divulgação do controle social para a população.	II REGIÃO DE SAÚDE	0	3 Materiais Didáticos
Construir materiais didáticos ou demais documentos que facilite a divulgação das ações e serviços de saúde e do controle social para a população.	II REGIÃO DE SAÚDE	0	03 Materiais Didáticos
Implantar Comitê Regional para apoio e acompanhamentos dos conselhos municipais de saúde, na VI GERES	VI REGIÃO DE SAÚDE	0	01 Comitê Regional
Incentivar a abertura do CEO Regional no município Sede da Região	IX REGIÃO DE SAÚDE	0	1 CEO Regional
Realizar seminário Regional sobre a temática do Transtorno do Espectro Autista (TEA).	II REGIÃO DE SAÚDE	0	02 Seminário
Realizar ações de discussão de rede entre os municípios da regional, repactuando na PRI.	I REGIÃO DE SAÚDE	0	04 Ações
Implantar o Grupo Condutor Regional da Rede de Urgência e Emergência	II REGIÃO DE SAÚDE	0	1 Grupo Condutor
Instituir novos Núcleos de Economia da Saúde em Unidades de Saúde.	ESTADUAL	0	04 NES
Implementar no colegiado de Atenção à Saúde a pauta contínua de assistência farmacêutica integrando os farmacêuticos da Região nas	II REGIÃO DE SAÚDE	0	01 colegiado implantado

discussões pertinentes.			
Realizar oficina de Planejamento	V REGIÃO DE SAÚDE	0	8 oficinas
Elaborar e enviar tempestivamente os instrumentos de planejamento ao Controle externo e Controle Social.	ESTADUAL	0	18 instrumentos
Realizar Seminário Macrorregionais com técnicos de planejamento das Regionais e dos Municípios para fortalecimento do planejamento ascendente e participativo.	ESTADUAL	0	16
Instituir Grupos de Monitoramento do Plano Estadual de Saúde.	ESTADUAL	0	05 grupos de monitoramento
Aumentar a frota de veículos para desenvolver ações dentro do território da I Região de Saúde	I REGIÃO DE SAÚDE	0	01 Carro
Aumentar a frota de veículos para desenvolver ações dentro do território da II Região de Saúde	II REGIÃO DE SAÚDE	0	01 Carro
Aumentar a frota de veículos para desenvolver ações dentro do território da V Região de Saúde	V REGIÃO DE SAÚDE	0	01 Carro
Aumentar a frota de veículos para desenvolver ações dentro do território da IV Região de Saúde	IV REGIÃO DE SAÚDE	0	01 Carro
Aumentar a frota de veículos para desenvolver ações dentro do território da VII Região de Saúde	VII REGIÃO DE SAÚDE	0	01 Carro
Aumentar a frota de veículos para desenvolver ações dentro do território da VIII Região de Saúde	VIII REGIÃO DE SAÚDE	0	01 Carro
Aumentar a frota de veículos para desenvolver ações dentro do território da IX Região de Saúde	IX REGIÃO DE SAÚDE	0	01 Carro

Aumentar a frota de veículos para desenvolver ações dentro do território da XI Região de Saúde	XI REGIÃO DE SAÚDE	0	01 Carro
Aumentar a frota de veículos para desenvolver ações dentro do território da XII Região de Saúde	XII REGIÃO DE SAÚDE	0	01 Carro
Adquirir equipamentos e materiais permanente para a I GERES.	I REGIÃO DE SAÚDE	0	100%
Adquirir equipamentos e material permanente para a II GERES	II REGIÃO DE SAÚDE	0	100%
Adquirir equipamentos e materiais permanente para a III GERES	III REGIÃO DE SAÚDE	0	100%
Adquirir equipamentos e materiais permanentes para a IV GERES.	IV REGIÃO DE SAÚDE	0	100%
Adquirir equipamentos e materiais permanentes para a V GERES.	V REGIÃO DE SAÚDE	0	100%
Adquirir equipamentos e material permanente para a VI GERES.	VI REGIÃO DE SAÚDE	0	100%
Adquirir equipamentos e materiais permanentes para a VII GERES.	VII REGIÃO DE SAÚDE	0	100%
Adquirir equipamentos e material permanente para a VIII GERES.	VIII REGIÃO DE SAÚDE	0	100%
Adquirir equipamentos e material permanentes para a IX GERES.	IX REGIÃO DE SAÚDE	0	100%
Adquirir equipamentos e material permanente para a X GERES.	X REGIÃO DE SAÚDE	0	100%
Adquirir equipamentos e material permanente para a XI GERES.	XI REGIÃO DE SAÚDE	0	100%
Adquirir equipamentos e material permanente para a XII GERES.	XII REGIÃO DE SAÚDE	0	100%

Ofertar capacitações continuadas para os 22 municípios que compõem a Regional, sensibilizando-os quanto a importância correta das notificações, para melhor qualidade dos dados gerados, para que assim possam ser realizadas atividades efetivas e oportunas.	III REGIÃO DE SAÚDE	0	100%
Instituir o colegiado de assistência farmacêutica integrado com as diferentes áreas da VII região de saúde.	VII REGIÃO DE SAÚDE	1	01 Colegiado instituído
Realizar ações de fortalecimento dos comitês intersetoriais existentes na VII região de saúde.	VII REGIÃO DE SAÚDE	1	100%
Criar Núcleo de Educação Permanente na regional de saúde, com participação dos membros da GERES e dos municípios com apoio da CIES Regional.	VI REGIÃO DE SAÚDE	1	1 Núcleo
Realizar Rodas de Conversa com profissionais de áreas temáticas das Rede de Atenção nos espaços de governança.	V REGIÃO DE SAÚDE	1	5
Realizar fóruns de integração do planejamento regional com o planejamento estadual	VI REGIÃO DE SAÚDE	1	04 Fóruns
Realizar oficina de Planejamento de processos de governança e gestão estratégica e participativa da saúde	IV REGIÃO DE SAÚDE	1	4 Oficinas
Fortalecer as discussões sobre a importância da inserção do controle social nas ferramentas de gestão potencializando a necessidade e integração.	III REGIÃO DE SAÚDE	1	100%
Instituir grupos de discussão por área técnica em consonância com as estratégias do PRI.	I REGIÃO DE SAÚDE	1	1

Realizar um Seminário Regional com foco para a qualificar a atuação dos conselheiros de saúde, enquanto sujeitos sociais representantes da sociedade, que devem atuar na formulação e acompanhamento das políticas de saúde.	IX REGIÃO DE SAÚDE	1	1 seminário
Realizar Oficinas de Microplanejamentos para as áreas técnicas da Secretaria Executivas	ESTADUAL	0	24 instrumentos
Elaborar Curso em Planejamento do SUS e instrumentos governamentais em plataforma de acesso virtual.	ESTADUAL	0	01 curso elaborado
Realizar oficinas para implantação da ouvidoria junto as microrregiões de saúde da regional levando em consideração a importância da ferramenta.	I REGIÃO DE SAÚDE	0	4 oficinas
Qualificar as equipes através de formação continuada, com cursos sobre AIDIPI, formação sobre populações estratégicas (povos originários, campos e florestas), e população em situação de vulnerabilidades, objetivando resolutividade e equidade.	III REGIÃO DE SAÚDE	0	04 cursos

OBJETIVO ESTRATÉGICO: Garantir recursos financeiros e estrutura na política de valorização e desenvolvimento dos trabalhadores do SUS , a Política de Educação Permanente em Saúde

SUBFUNÇÃO ORÇAMENTÁRIA: 122

PROGRAMA NO PPA: 0510

AÇÃO NA LOA: 4405

DESCRIÇÃO: Realizar uma gestão financeira de forma eficaz e concomitante com a gestão de custos em saúde, afim de subsidiar uma tomada de decisão financeiramente responsável e de acordo com as reais necessidades de saúde da população

Ação	Abrangência	Situação Atual	Meta Quadrienal
Executar e ampliar programas regionalizados de residência em área profissional de saúde desenvolvidos pela ESPPE	ESTADUAL	0	26 turmas de Programa de Residência

OBJETIVO ESTRATÉGICO: Gerir recursos próprios e captados com fluxos e processos bem estabelecidos, aprimorando mecanismos de registro e monitoramento dos custos em saúde

SUBFUNÇÃO ORÇAMENTÁRIA: 121

PROGRAMA NO PPA: 0510

AÇÃO NA LOA: 4419

DESCRIÇÃO: Realizar uma gestão financeira de forma eficaz e concomitante com a gestão de custos em saúde, a fim de subsidiar uma tomada de decisão financeiramente responsável e de acordo com as reais necessidades de saúde da população.

Ação	Abrangência	Situação Atual	Meta Quadrienal
Implantar/Instituir Núcleos de Economia da Saúde nas Regionais de Saúde	ESTADUAL	0	12 núcleos implantados

OBJETIVO ESTRATÉGICO: Implementar o Planejamento Regional Integrado – PRI

SUBFUNÇÃO ORÇAMENTÁRIA: 121, 122

PROGRAMA NO PPA: 0510

AÇÃO NO LOA: 4419, 4405

DESCRIÇÃO: Implementar o Planejamento Regional Integrado (PRI) em Pernambuco, para desenvolver e executar ações de forma integrada e cooperativa, partir das necessidades de saúde, dos vazios assistenciais, da capacidade instalada, e das potencialidades do território, observando as diversidades regionais e macrorregionais para definição de Redes de Atenção à Saúde prioritárias, partindo de um planejamento ascendente e da definição de prioridades, responsabilidades sanitárias e financeiras, pactuados de forma tripartite e solidária nos diversos espaços de Governança, com objetivo de garantir equidade e resolutividade no acesso às ações e serviços ofertados e eficiência dos recursos disponíveis. Tem o intuito de promover maior acessibilidade, equidade social e econômica, seguindo as etapas de levantamento e diagnóstico, priorização dos macroproblemas, desenvolvimento do plano, incentivos financeiros, monitoramento e ajustes contínuos.

Ação	Abrangência	Situação Atual	Meta Quadrienal
Realizar reuniões/oficinas/encontros para construir proposta de desenhos das Redes de Atenção Prioritárias, em articulação com as diversas secretarias executivas da SES, como SEAS, SEGTES, SREG, SEGECG, SEVSAP e SEAF, para definir as competências dos pontos de atenção, sistemas de apoio e sistema logísticos, para serem validados pelos Grupos Condutores do PRI-PE e nas Comissões Intergestores Regionais e Bipartite.	ESTADUAL	0	05 propostas
Concluir a elaboração dos 04 Mapas de Saúde Macrorreginais, para posteriormente, definir as prioridades de saúde no território, através da atuação dos Grupos Condutores do PRI.	ESTADUAL	0	04 Mapas de Saúde
Realizar estudo de viabilidade da implantação da sede da Central de Regulação Interestadual de Leitos (CRIL) da Região PEBA no município de Petrolina	VIII REGIÃO DE SAÚDE	0	01 estudo
Realizar ações para estimular a caracterização, constituição, implementação e institucionalização dos Comitês Executivos de Governança das RAS (CEGRAS) nas 04 macrorregiões de Saúde, em articulação com os Grupos Condutores do PRI, CIB, CIR e SEGEGC/SES.	ESTADUAL	0	04 CEGRAS
Realizar ações com ênfase para a definição das prioridades de saúde macrorregionais à luz dos 04 Mapas de Saúde Macrorregionais elaborados, em articulação com os	ESTADUAL	0	4 ações

Grupos Condutores do PRI.			
Realizar ações/instrumentos para elaboração de proposta de parametrização e programação assistencial das ações e serviços de saúde, nos pontos de atenção de cada Rede prioritária, com a avaliação da suficiência quantitativa e qualitativa das ações e serviços de saúde, em articulação com os Grupos Condutores do PRI, e demais áreas da SES, como SEAS, SREG, SEGECG, SEGTESS e SEVSAP.	ESTADUAL	0	05 propostas de parametrização
Realizar ações para sistematização da proposta para a elaboração dos Planos de Saúde Macrorregionais e Regionais de Saúde, com definição das Diretrizes, Objetivos, Metas, Indicadores e Prazos de Execução, priorizando a descentralização e resolutividades à nível macrorregional, em articulação com os Grupos Condutores do PRI e demais áreas do Planejamento da SES-PE (DGGP/SEGECG).	ESTADUAL	0	04 Mapas de Saúde Macrorregionais
Solicitar a contratação de apoiadores de regionalização em cada Região de Saúde e Macrorregional para o fortalecimento do processo de regionalização, em especial o processo do PRI.	ESTADUAL	0	16 apoiadores
Realizar evento com abrangência tripartite, com a participação de atores externos à saúde, como, o controle interno e externo, os poderes executivos e legislativos, entre outros, para impulsionar a afirmação dos compromissos para o desenvolvimento do PRI em	ESTADUAL	0	01 evento

Pernambuco.			
Construir em parceria com a ESPPE um curso autoinstrucional para melhor conhecimento sobre o Planejamento Regional Integrado no contexto Pernambucano, de forma a realizar um alinhamento conceitual e metodológico.	ESTADUAL	0	01 curso
Aprimorar o sistema "Avança PRI-PE" para melhoria do processo de trabalho dos Grupos Condutores do PRI e seu monitoramento, bem como para abarcar as demais etapas do PRI-PE no meio digital, junto à DGIIS.	ESTADUAL	0	100%
Realizar visitas em cada sede da Macrorregião de saúde, no mínimo, 1 vez ao ano em cada, para acompanhamento das atividades do PRI no Território.	ESTADUAL	0	16 visitas
Realizar construção de documento que identifique e defina as responsabilidades dos entes federados envolvidos com o Plano Macrorregião de Saúde, em articulação com os Grupos Condutores do PRI e com os entes federados, SES, SMS e SEINP/MS.	ESTADUAL	0	04 documento dos entes federados por macrorregião.
Monitorar o andamento das atividades do Planejamento Regional Integrado a cada semestre para transparência das ações realizadas.	ESTADUAL	1	08 monitoramentos
Articular junto com a SEVSAP e SREG, ações estratégicas para ampliar e qualificar as ações da Atenção Básica, de forma a exercer as atribuições de ordenadora das RAS em articulação com a Vigilância	ESTADUAL	0	04 ações

em Saúde e Sistema de Regulação.			
Acompanhar grupos de trabalho que discutam sobre as Redes de Atenção Prioritárias para realizar trabalhos que subsidiem as etapas do PRI-PE.	ESTADUAL	1	5 grupos das RAS prioritárias
Realizar monitoramento das atividades do Planejamento Regional Integrado a cada semestre para transparência das ações realizadas.	ESTADUAL	0	08 monitoramentos
Construir um diagnóstico/documento/ estudo em articulação com a SREG, que explicite análises sobre o funcionamento das Centrais de Regulação, e demais equipamentos de apoio logísticos, com apresentação de soluções aos problemas, apresentados e definidos em CIR Ampliada.	ESTADUAL	0	01 diagnóstico/documento/ estudo

OBJETIVO ESTRATÉGICO: Implementar a estratégia de Transformação Digital da SES destacando a implementação da inteligência epidemiológica, a interoperabilidade dos sistemas de informação em saúde e a ampliação da TeleAssistência de forma regionalizada

SUBFUNÇÃO ORÇAMENTÁRIA: 122

PROGRAMA NO PPA: 0510

AÇÃO NO LOA: 4405

DESCRIÇÃO: Implementar a Transformação Digital na SES com ênfase na interoperabilidade dos sistemas de saúde, promovendo a integração eficiente de informações para aprimorar a gestão e a prestação de serviços ao cidadão, permitindo que o paciente seja acompanhado em toda sua jornada e em todos os níveis de atenção à saúde. O uso das plataformas digitais de Telessaúde podem ampliar e facilitar o acesso dos usuários à assistência à saúde evitando deslocamentos desnecessários.

Ação	Abrangência	Situação Atual	Meta Quadrienal
Contratar plataforma para teleconsulta com serviços agregados, incluindo recursos para acessibilidade	ESTADUAL	0	01 Plataforma

Construir sistema para disponibilizar para o cidadão suas informações referentes a cirurgias eletivas.	ESTADUAL	0	01 sistema
Estabelecer a execução da segunda opinião formativa (SOF) como política a ser executada dentro dos projetos da Telessaúde.	ESTADUAL	0	100% das SOF´s
Construir a Rede Estadual de Dados em Saúde (REDS-PE) para interoperabilidade de dados em sistemas estaduais, municipais e Ministério da Saúde.	ESTADUAL	0	01 REDS
Disponibilizar painel público com as informações sobre as cirurgias eletivas.	ESTADUAL	0	1 Painel

OBJETIVO ESTRATÉGICO: Implementar a Política de Gestão do Trabalho na Saúde e a Política de Educação Permanente em Saúde de forma regionalizada com garantia de recursos financeiros e estrutura

SUBFUNÇÃO ORÇAMENTÁRIA: 301

PROGRAMA NO PPA: 0510

AÇÃO NO LOA: 2630

DESCRIÇÃO: Desenvolver ações para a estruturação e qualificação da gestão do trabalho, formulando políticas que garantam a valorização do trabalhador, assegurando Plano de Cargos, Carreiras e Vencimentos, o incentivo à formação e qualificação, a desprecarização do vínculo, a humanização das relações do trabalho, a fixação do trabalhador em áreas estratégicas, além da remuneração, benefícios e movimentação de pessoal.

Ação	Abrangência	Situação Atual	Meta Quadrienal
Executar o Plano de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde o qual prevê incentivo financeiro para a execução de ações formativas nas Regiões de Saúde, Fortalecimento dos Núcleos de Educação Permanente e Desenvolvimento do Programa Pesquisa para o SUS - PPSUS	ESTADUAL	0	1 Plano de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde

Realizar concurso público para provimento de cargo efetivo, considerando as demandas existentes, bem como os profissionais descritos no CBO de saúde.	ESTADUAL	0	1 Concurso Público
Construir os Planos de Ação Regionais de Educação Permanente em saúde nas Regionais de Saúde e garantir o repasse financeiro para ações formativas na Regionais, desenvolvidas pela CIES.	ESTADUAL	0	4 Planos de ação
Construir os PAREPS com as Regionais de Saúde através das CIES Regionais, inserindo temática em conjunto com a área técnica(SEVSAP e DPE) e ESPPE dentro das ações do Plano de Gestão do Trabalho e Educação Permanente em Saúde.	ESTADUAL	0	12 PAREPS
Implantar o comitê gestor na IV GERES para o fortalecimento das políticas de saúde por meio intersetoriais e interinstitucionais.	IV REGIÃO DE SAÚDE	0	1 Comitê Gestor
Implementar as Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS), como política de prevenção de agravos, promoção e recuperação da saúde do trabalhador do SUS.	ESTADUAL	0	11 unidades implementadas

Ampliar a oferta de vagas de residências em saúde em áreas estratégicas do SUS, de forma regionalizada, e com ênfase na interiorização.	ESTADUAL	1.913	192 Novas vagas de residência em Saúde
Criar projeto de potencialização e apoio às ações dos NEP da rede estadual de Saúde, considerando apoio estrutural e financeiro para fortalecimento de suas ações, e um espaço de governança de acompanhamento e apoio técnico da gestão estadual.	ESTADUAL	0	01 Projeto
Fortalecer a atuação dos Núcleos de Educação Permanente na Rede Estadual, garantindo a comunicação com os mesmos e com outros espaços da rede de Saúde para pactuação de liberações de profissionais para participação em cursos.	ESTADUAL	0	4 Cursos
Implantar estruturas na área de saúde e segurança do trabalhador (Consultório médico, NUAPS, UNIAPS e SESMT).	ESTADUAL	0	13 Estruturas
Articular com o núcleo de gestão a viabilidade de implementação da mesa setorial, propondo regulamentação e institucionalizando a mesa de negociação setorial de saúde.	ESTADUAL	0	1 Nova Legislação

OBJETIVO ESTRATÉGICO: Implementar o modelo orçamentário e financeiro integrado com instrumentos e mecanismos de gestão e integridade pública

SUBFUNÇÃO ORÇAMENTÁRIA: 122

PROGRAMA NO PPA: 0510

AÇÃO NO LOA: 4405

DESCRIÇÃO: Implementar uma boa gestão orçamentária e financeira na Secretaria Estadual de Saúde, que é um aspecto fundamental para garantir a eficiência, transparência e accountability no uso dos recursos públicos

Ação	Abrangência	Situação Atual	Meta Quadrienal
Publicar e implementar a Política Estadual de Economia da Saúde de Pernambuco com ênfase na Gestão de Custos das Unidades de Saúde.	ESTADUAL	0	1 Publicação

OBJETIVO ESTRATÉGICO: Implementar um modelo de gestão ágil capaz de oferecer respostas às demandas da sociedade

SUBFUNÇÃO ORÇAMENTÁRIA: 122

PROGRAMA NO PPA: 0510

AÇÃO NA LOA: 4405

DESCRIÇÃO: Implementar conjunto de técnicas e práticas que têm por objetivo otimizar o processo de gestão financeira, tornando-a mais rápida e eficiente.

Ação	Abrangência	Situação Atual	Meta Quadrienal
Implantar Centro de Inteligência na Saúde de Pernambuco	ESTADUAL	0	01 Centro de Inteligência na Saúde

OBJETIVO ESTRATÉGICO: Potencializar as ações da Escola de Governo em Saúde Pública de Pernambuco, incluindo a expansão e interiorização dos programas de residência em saúde nas áreas estratégicas para a RAS

SUBFUNÇÃO ORÇAMENTÁRIA: 122

PROGRAMA NO PPA: 0510

AÇÃO NO LOA: 4405

DESCRIÇÃO: Promover a capacitação das equipes dos CERESTs, Conselhos, CISTs, ampliar o sistema de fiscalização das notificações em acidentes de trabalho tanto na rede pública como na privada, bem como, capacitar e qualificar as unidades sentinelas no Estado e dos conselhos locais, através de oficinas em saúde do trabalhador.

Ação	Abrangência	Situação Atual	Meta Quadrienal
Realizar o Curso Técnico de Enfermagem (complementação 600h)	I REGIÃO DE SAÚDE	0	1 Curso
Realizar o Curso Técnico de Enfermagem (complementação 600h)	VII REGIÃO DE SAÚDE	0	1 Curso
Realizar ações formativas de Educação Popular para trabalhadores da Rede SUS Pernambuco	ESTADUAL	0	2 ações
Realizar formações para profissionais de saúde na área da Pessoa com Deficiência	ESTADUAL	0	2 formações
Realizar formações para Profissionais de saúde na área de Vigilância e Atenção Primária em Saúde	ESTADUAL	0	4 Formações
Realizar formações para profissionais de saúde na área da Atenção Hospitalar	ESTADUAL	0	3 Formações
Realizar Curso de Especialização em Saúde Pública regionalizado	ESTADUAL	0	1 Curso
Realizar ações educacionais voltadas para a Rede SUS Escola	ESTADUAL	0	4 Ações educacionais
Realizar Especialização Técnica de nível médio em Enfermagem em linha de cuidado Saúde materna, neonatal e lactante.	VII REGIÃO DE SAÚDE	0	1 Especialização
Realizar Especialização Técnica de nível médio em Enfermagem em linha de cuidado Saúde materna, neonatal e lactante.	I REGIÃO DE SAÚDE	0	1 Especialização
Realizar formações para Profissionais de nível médio e técnico da Atenção Básica	ESTADUAL	0	4 formações

Realizar formações para Profissionais de saúde na área da Linha de Cuidado Materno Infantil	ESTADUAL	0	4 formações
Realizar monitoramento das ações relacionadas à reforma da sede própria da ESPPE a ser realizada junto à área técnica responsável.	I REGIÃO DE SAÚDE	0	4 monitoramentos
Realizar formações para profissionais de saúde na área de Gestão, Financiamento e Controle Social do SUS	ESTADUAL	0	4 Formações

OBJETIVO ESTRATÉGICO: Qualificar a alocação dos recursos públicos com transparência para garantir eficácia, eficiência e efetividade no gasto da saúde pública

SUBFUNÇÃO ORÇAMENTÁRIA: 122

PROGRAMA NO PPA: 0510

AÇÃO NA LOA: 4405

DESCRIÇÃO: Capacitar e orientar os envolvidos na correta alocação dos recursos financeiros do Sistema Único de Saúde - SUS.

Ação	Abrangência	Situação Atual	Meta Quadrienal
Realizar rodas de conversas com os coordenadores de planejamento e regulação em saúde, bem como nível central para discutir sobre PPI na II Região de Saúde.	II REGIÃO DE SAÚDE	0	12 Rodas de Conversas

OBJETIVO ESTRATÉGICO: Qualificar a regulação do acesso em tempo hábil dos fluxos institucionais da média e alta complexidade

SUBFUNÇÃO ORÇAMENTÁRIA: 122

PROGRAMA NO PPA: 0510

AÇÃO NA LOA: 4405

DESCRIÇÃO: Ampliar o escopo de atuação das Centrais de Regulação de modo a viabilizar acesso às de ações e serviços de saúde de Média e Alta Complexidade com priorização para condições de maior gravidade.

Ação	Abrangência	Situação Atual	Meta Quadrienal
Elaborar novo Plano Estadual de Regulação Assistencial da Saúde	ESTADUAL	0	1 novo plano

OBJETIVO ESTRATÉGICO: Qualificar as Redes de Atenção prioritárias existentes: Atenção psicossocial, pessoas com deficiência, urgência e emergência, oncologia e implantar novas linhas de cuidado para dar suporte aos vazios assistenciais;

SUBFUNÇÃO ORÇAMENTÁRIA: 302, 301

PROGRAMA NO PPA: 0528

AÇÃO NA LOA: 4610, 2393, 4611, 4722

DESCRIÇÃO: Desenvolver estratégias que qualifiquem e fortaleçam as redes prioritárias existentes:1-Garantir a Atenção psicossocial com acesso e a qualidade dos serviços, ofertando cuidado integral e assistência multiprofissional, sob a lógica interdisciplinar, com ênfase em serviços de base territorial e comunitária, diversificando as estratégias de cuidado, com participação e controle social dos usuários e de seus familiares. 2-Fortalecer a rede de atenção à pessoa com deficiência ofertando serviços voltados à reabilitação que funcionam em núcleos da rede pública e conveniada com o SUS 3-Situações de urgência e emergência que necessitam de uma ação médica imediata. 4-Organizar a rede de referência e contrarreferência para o diagnóstico e tratamento dos cânceres mais prevalentes nas Regiões de Saúde.

Ação	Abrangência	Situação Atual	Meta Quadrienal
Pactuar a Rede de Pessoas com Deficiência	V REGIÃO DE SAÚDE	0	1 Pactuação
Realizar oficinas entre as regionais de saúde e os hospitais regionais para implementar as linhas de Cuidado e as Redes de Atenção à Saúde (CIR AMPLIADA)	V REGIÃO DE SAÚDE	0	04 Oficinas

Elaborar plano de ação (Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) e Rede Materno Infantil), para garantir juntos aos municípios o acesso com equidade e humanização, com a otimização da classificação de risco.	V REGIÃO DE SAÚDE	0	01 Plano de ação
Promover ações de capacitação dos profissionais com relação às deficiências intelectuais.	VI REGIÃO DE SAÚDE	0	04 Capacitações

Secretaria da Saúde
GOVERNO DE PERNAMBUCO ESTADO DE MUDANÇA

OBJETIVO ESTRATÉGICO: Reestruturar a Rede Materno-Infantil

SUBFUNÇÃO ORÇAMENTÁRIA: 244

PROGRAMA NO PPA: 0529

AÇÃO NA LOA: 4323

DESCRIÇÃO: Reestruturar o Modelo de Atenção integral ao Parto e ao Nascimento, de forma a garantir acesso, vinculação, acolhimento e melhoria da resolutividade, seguindo os princípios da humanização, com o objetivo de reduzir a mortalidade materna e infantil.

Ação	Abrangência	Situação Atual	Meta Quadrienal
Realizar o diagnóstico e avaliação de indicadores de atenção materna e infantil identificando as necessidades de melhorias na linha de cuidado.	ESTADUAL	6	16 diagnósticos
Realizar oficinas para diagnóstico situacional da rede materna junto ao colegiado de maternidades, Comitê Estadual de Estudo da Morte Materna e o Grupo Condutor Estadual	ESTADUAL	6	48 oficinas

DIRETRIZ 6: AMPLIAÇÃO DOS INVESTIMENTOS EM SAÚDE DE FORMA REGIONALIZADA

DIRETRIZ 6: AMPLIAÇÃO DOS INVESTIMENTOS EM SAÚDE DE FORMA REGIONALIZADA

DESCRIÇÃO: Garantir investimentos para a ampliação dos equipamentos públicos de saúde (construção e aparelhagem) melhorando as condições de atendimento da população do Estado.

OBJETIVO ESTRATÉGICO: Ampliar a oferta de procedimentos e serviços de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar

SUBFUNÇÃO ORÇAMENTÁRIA: 302

PROGRAMA NO PPA: 0528

AÇÃO NA LOA: 2393

DESCRIÇÃO: Ampliar a oferta de procedimentos e serviços de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar, aumentando o acesso regulado à assistência ambulatorial e à assistência hospitalar.

Ação	Abrangência	Situação Atual	Meta Quadrienal
Habilitar duas unidades da rede de saúde da SES, como Centro de atendimento de urgência aos pacientes com AVC.	ESTADUAL	2	2 Unidades

OBJETIVO ESTRATÉGICO: Apoiar institucionalmente as Secretarias Municipais de Saúde para o fortalecimento regional do Estado

SUBFUNÇÃO ORÇAMENTÁRIA: 122

PROGRAMA NO PPA: 0531, 0528

AÇÃO NA LOA: 4553, 2393

DESCRIÇÃO: Desenvolver estratégias de assessoramento técnico nos territórios municipais por meio das Gerências Regionais de Saúde.

Ação	Abrangência	Situação Atual	Meta Quadrienal
Realizar palestra com os municípios elegíveis para implantação de SAD nos territórios	ESTADUAL	0	1 Palestra

OBJETIVO ESTRATÉGICO: Construir, ampliar, reformar e equipar as unidades de saúde pertencentes ao estado de Pernambuco

SUBFUNÇÃO ORÇAMENTÁRIA: 301, 122, 302

PROGRAMA NO PPA: 0531, 0528

AÇÃO NA LOA: 4553, 2393, 4611, 4722

DESCRIÇÃO: Melhorar a qualidade da assistência prestada à população através da reestruturação física e equipagem das unidades de saúde do Estado.

Ação	Abrangência	Situação Atual	Meta Quadrienal
Reestruturar os Hospitais Regionais de Jaboatão dos Guararapes e Limoeiro.	I MACRORREGIONAL	0	2
Elaborar Plano de manutenção preventiva e corretiva para as Unidades de Saúde.	ESTADUAL	0	01 Plano

OBJETIVO ESTRATÉGICO: Gerir recursos próprios e captados com fluxos e processos bem estabelecidos, aprimorando mecanismos de registro e monitoramento dos custos em saúde

SUBFUNÇÃO ORÇAMENTÁRIA: 302

PROGRAMA NO PPA: 0528

AÇÃO NA LOA: 4611

DESCRIÇÃO: Realizar uma gestão financeira de forma eficaz e concomitante com a gestão de custos em saúde, afim de subsidiar uma tomada de decisão financeiramente responsável e de acordo com as reais necessidades de saúde da população.

Ação	Abrangência	Situação Atual	Meta Quadrienal
Implantar Núcleo de apoio à gestão financeira do SUS para os municípios	ESTADUAL	0	1 Núcleo

OBJETIVO ESTRATÉGICO: Qualificar a alocação dos recursos públicos com transparência para garantir eficácia, eficiência e efetividade no gasto da saúde pública

SUBFUNÇÃO ORÇAMENTÁRIA: 122

PROGRAMA NO PPA: 0531

AÇÃO NA LOA: 4553

DESCRIÇÃO: Capacitar e orientar os envolvidos na correta alocação dos recursos financeiros do Sistema Único de Saúde - SUS.

Ação	Abrangência	Situação Atual	Meta Quadrienal
Formar o Grupo de Trabalho para estabelecer critérios e valores do programa de cofinanciamento da RAPS PE.	ESTADUAL	0	1 Grupo de Trabalho

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DO PES 2024 - 2027

O Monitoramento e Avaliação são elementos essenciais da gestão pública. São funções estratégicas de planejamento e devem ser inerentes a todas as políticas, pois informam a tomada de decisão e ao Controle Social sobre os rumos da política de saúde, indicando a alocação dos recursos disponíveis de forma adequada e orientando quanto aos problemas de execução das ações e programas.

Os entes federados devem responsabilizar-se em monitorar e avaliar os compromissos e intenções assumidas junto à sociedade nos seus Planos de Saúde e Programações Anuais de Saúde, visando analisar os resultados alcançados e as estratégias adotadas para o alcance dos objetivos propostos.

Com o intuito de construir uma cultura de planejamento, a SES/PE juntamente com sua Diretoria Geral de Gestão Interfederativa e Participativa (DGGIP) e a Superintendência de Planejamento e Governança em Saúde (SPGS) elaboraram o PE PlanejaSUS, uma ferramenta tecnológica para gestores(as) e técnicos utilizarem no processo de planejamento, monitoramento e avaliação de suas ações.

O PE PlanejaSUS tem como objetivos específicos: Elaborar o Plano Estadual de Saúde (PES); Elaborar a Programação Anual de Saúde (PAS); Construir os monitoramentos através do Relatório Detalhado do Quadrimestre Anterior (RDQA); Avaliar as PAS através dos Relatórios Anuais de Gestão (RAG) e Monitorar o Mapa Estratégico da SES/PE.

Monitoramento da execução das ações programadas

O monitoramento consiste no acompanhamento contínuo de uma política pública, através da coleta e análise sistemática de dados sobre a sua execução, a fim de verificar se sua implementação está de acordo com as metas planejadas. As ações e os recursos necessários para atingir as metas propostas no PES estão definidas na PAS. A cada quatro meses, através do RDQA, o estado monitora a oferta e a produção de serviços públicos, os indicadores de saúde e financeiros, bem como as auditorias realizadas no período.

Desta forma, serão estabelecido 05 Grupos de Monitoramento, sendo 01 Grupo por Macrorregião de Saúde e um Grupo Central, compostos por representantes (articuladores internos) das Secretarias Executivas da SES/PE que terá papel fundamental de fomentar a cultura de monitoramento da execução das ações e metas planejadas, a partir da coordenação do processo interno na respectiva Secretaria Executiva, de forma a manter o plano como instrumento vivo nos diversos setores.

Etapas do Monitoramento

1) Realizar reuniões internas mensais em cada Secretaria Executiva coordenada pelos articuladores de referência;

2) Enviar à Diretoria de Geral de Gestão Participativa (DGGP) da Secretaria Executiva de Gestão Estratégica e Coordenação Geral (SEGECG) o monitoramento realizado nas reuniões internas com periodicidade bimestral (a cada dois meses);

3) Atualizar periodicamente no sistema PEplanejaSUS as informações enviadas pelos técnicos de referência com periodicidade quadrimestral;

4) Apresentar o Consolidado Quadrimestral as Secretarias Executivas com resultados do alce dos indicadores do Mapa Estratégico;

5) Os resultados quadrimestrais da execução das ações e metas deverão ser apresentados aos Secretários Executivos para validação e posterior inclusão no RDQ. Este relatório será apresentado em Audiência Pública, conforme legislação, bem como ao CES.

O acompanhamento bimestral das ações planejadas será realizado através do sistema PE PlanejaSUS.

Avaliação anual da execução das ações programadas

A avaliação fundamenta-se na apreciação dos resultados alcançados, devendo considerar em que medida as políticas, programas, ações e serviços de saúde promoveram ou não a melhoria das condições de saúde da população ao final de quatro anos. Os critérios a serem observados neste momento de avaliação são impacto, efetividade, prioridades elencadas pelos objetivos estratégicos, racionalidade dos recursos, contexto político, dentre outros.

Com esse intuito, serão utilizados indicadores, que poderão mensurar de forma simples uma determinada situação, os quais se propõem a avaliar e monitorar, o desempenho e a eficácia das estratégias e ações planejadas na SES/PE. Esses ajudarão a acompanhar o progresso em direção a metas específicas, identificar áreas que precisam de melhoria e fornecer informações valiosas para a tomada de decisões dos gestores.

Serão adotadas categorias diferentes de monitoramento e avaliação do PES 2024-2027, de acordo com o momento e a forma de obtenção dos dados. Para isso, serão eleitos Indicadores de Processo e Indicadores de Resultados. Os Indicadores de Processo são aqueles que acompanham periodicamente a execução das ações e metas estabelecidas pela PAS. Seu monitoramento será realizado quadrimestralmente, sendo subsídio para apresentar a situação de execução dessas ações nos RDQAs. Os Indicadores de Resultados visam avaliar as mudanças advindas com o alcance dos objetivos propostos durante os quatro anos de Gestão e terão seus resultados parciais apresentados no RAG.

Tabela 47. Indicadores do Mapa Estratégico da SES/PE.

PERSPECTIVA	OBJETIVOS DO MAPA ESTRATÉGICO	INDICADORES
Sociedade	Implementar o Planejamento Regional Integrado – PRI.	• Número de Planos Macrorregionais de Saúde aprovados em CIB.
	Fortalecer a rede de cuidado para as doenças infecto-contagiosas, crônicas não transmissíveis e causas externas.	• Número de regiões de saúde com Planificação da Atenção à Saúde implantada. • Número de laboratórios regionalizados dotados de equipamento e equipes para a realização de sorologia de arbovírus e biologia molecular de HIV e TB. • Número de rede hospitalar em neurotrauma implantada. • Qualificação das equipes do CTA/SAE nas regionais de saúde para ampliação da oferta de serviços.
	Ampliar a cobertura vacinal de todas as pessoas nos ciclos de vida	• % de cobertura vacinal de Pentavalente; Pneumocócica; Poliomielite; tríplice viral e Covid. • Proporção de ESF qualificadas quanto às ações do PNI.
	Reestruturar a Rede Materno-Infantil	• Número de maternidade implantada

	Promover a segurança sanitária de produtos e serviços de saúde e de interesse à saúde ofertados à população.	• Proporção de licenciamento sanitário em tempo oportuno • Percentual de estabelecimentos classificados de alto risco sanitário inspecionado.
Processos	Reestruturar a política de assistência farmacêutica	• Percentual de usuários com acesso aos medicamentos fornecidos pelo componente especializado da assistência farmacêutica. • Taxa de abastecimento de medicamento do componente especializado aos usuários do SUS.
	Qualificar a regulação do acesso em tempo hábil dos fluxos institucionais da média e alta complexidade	• Tempo de espera para realização de exames contratualizados de média e alta complexidade, na prioridade muito alta e alta.
	Qualificar as Redes de Atenção prioritárias existentes: atenção psicossocial, pessoas com deficiência, urgência e emergência, oncologia e implantar novas linhas de cuidado para dar suporte aos vazios assistenciais.	• Reduzir taxa de internação hospitalar • Número de nova Linha de Cuidado implantadas na SES • Monitorar indicadores assistenciais.
	Fortalecer o Programa de Segurança do Paciente com base no Programa Nacional (PNSP).	• Número de ações realizadas no tema segurança do paciente • Percentual de profissionais de saúde e colaboradores da rede estadual de saúde qualificados em segurança do paciente • Número de ações realizadas envolvendo o paciente e família na segurança do paciente • Percentual de serviços da rede estadual de saúde com adesão ao protocolo estadual de identificação institucional correta do paciente
	Apoiar institucionalmente as Secretarias Municipais de Saúde para o fortalecimento regional do Estado.	• Percentual de implantação da programação de ações e serviços.
Gestão/Regionalização	Implementar a Política de Gestão do Trabalho na Saúde e a Política de Educação Permanente em Saúde de forma regionalizada com garantia de recursos financeiros e estrutura.	• Nº de ações do Plano plurianual de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde executadas.
	Potencializar as ações da Escola de Governo em Saúde Pública de Pernambuco, incluindo a expansão e interiorização dos programas de residência em saúde nas áreas estratégicas para a RAS.	• Percentual de ampliação de vagas de residências em saúde em áreas estratégicas do SUS. • Percentual de trabalhadores do SUS qualificados
	Institucionalizar a Planificação da Atenção à Saúde como ferramenta para organização da Rede de Atenção à Saúde.	• Política Pública Estadual da Planificação da Atenção à Saúde e organização da RAS aprovada
	Implementar a estratégia de Transformação Digital da SES destacando a interoperabilidade dos sistemas e a ampliação da TeleAssistência de forma regionalizada.	• Percentual de sistemas com painéis de BI e/ou interoperação. • Número de Regionais de Saúde com Teleconsulta/Teleinterconsulta implantada.
	Garantir a execução dos Programas/Projetos prioritários de Governo de forma regionalizada.	• Número total de projetos/programas prioritários implantados com no mínimo 50% das metas alcançadas.
	Fortalecer a atuação do Controle Social no território, articulado com as entidades e movimentos sociais.	• Nº de conselhos de saúde no estado com no mínimo 03 conselheiros qualificados nº de conferências de saúde realizadas. • Nº de conferências de saúde realizadas. • Viabilizar a representação do controle social nos Comitês Macrorregiões de Saúde do Planejamento Regional Integrado.
	Qualificar a alocação dos recursos públicos com transparência para garantir eficácia, eficiência e efetividade no gasto da saúde pública.	• Nº absoluto de demonstrativos detalhados/quadrimestre inseridos no Portal da Transparência.

Financeira	Implementar um modelo de gestão ágil capaz de oferecer respostas às demandas da sociedade;	• Nº absoluto de demandas recebidas/ atendidas advindas da sociedade e dos Fundos Municipais de Saúde (FMS).
	Desenvolver estratégias de captação de recursos para ampliar o financiamento de programas e políticas de saúde;	• Nº absoluto de intervenções realizadas/ano.
	Gerir recursos próprios e captados com fluxos e processos bem estabelecidos, aprimorando mecanismos de registro e monitoramento dos custos em saúde.	• Implantar núcleos de economia de saúde (NES).
	Implementar o modelo orçamentário e financeiro integrado com instrumentos e mecanismos de gestão e integridade pública.	• Nº absoluto de relatórios com análise sobre execução orçamentária/ ano.

Na avaliação anual serão apresentados os resultados alcançados ao final de cada ano a partir da observação da execução de ações e metas programadas na PAS já monitoradas na etapa anterior. O alcance anual da execução das metas previstas será avaliado de acordo com o status demonstrado abaixo.

STATUS	% de EXECUÇÃO DE META
Executada	**75 a 100%**
Parcialmente executada	**50 a 74%**
Não executada	**0 a 49%**

A partir desse status, será possível reprogramar a ação para o ano posterior, corrigindo os rumos do plano a partir de ajustes na PAS. Caso haja suspensão de alguma ação/meta, a mesma deverá ser justificada para posterior esclarecimento ao Conselho Estadual de Saúde.

No decorrer do quadriênio, o Conselho Estadual de Saúde emitirá resoluções acerca dos instrumentos apreciados em cada ano, apresentando quando necessárias Ressalvas e Recomendações nas avaliações das PAS, RDQ e RAG, as quais serão adotadas não só como orientação para ajustes nas programações subsequentes, como também para avaliação final do PES 2024- 2027.

Também, será possível verificar, por meio de avaliação durante a 11ª Conferência Estadual de Saúde, o impacto na saúde da população e as mudanças alcançadas na organização do SUS em Pernambuco com os compromissos estabelecidos neste plano.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALBERTON, Marcos.; ROSA, Vanessa Martins.; ISER, Betine Pinto Moehlecke. Prevalence and temporal trend of prematurity in Brazil before and during the COVID-19 pandemic: a historical time series analysis, Epidemiologia e Serviços de Saúde, v. 32, n. 2, p.: 2011-2021, 2023.

BRASIL. Brasília: Organização Mundial da Saúde, 2018 Folha informativa - Mortalidade materna [Internet]. [citado em 2021 fev 19]. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5741:folhainformativa-mortalidade-materna&Itemid=820

BRASIL. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Guia de Vigilância Epidemiológica do Óbito Materno. Brasília, 2009. Dispinívelem:[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_vigilanci a_epidem_obito_materno.pdf]. Acesso em 20/07/2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos não Transmissíveis no Brasil 2021-2030 [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. – Brasília : Ministério da Saúde, 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Guia Vida no Trânsito / Ministério da Saúde, Universidade Federal de Goiás. - Brasília : Ministério da Saúde, 2017.

CHOU, Victoria B.; WALKER, Neff; KANYANGARARA, Mufaro. Estimating the global impact of poor quality of care on maternal and neonatal outcomes in 81 low-and middle-income countries: a modeling study. PLoS medicine, v. 16, n. 12, 2019.

IBGE. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Rio de Janeiro: IBGE, 2021.

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

HOYERT, Donna L. Maternal mortality rates in the United States, 2020. 2022.

MALTA DC, et al. Lista de causas de mortes evitáveis por intervenções do Sistema Único de Saúde do Brasil. Epidemiol. e Serv. Saúde, Brasília, v.16, n.4, p.:233-244, out-dez, 2007.

MALTA DC, et al. [Avoidable causes of infant mortality in Brazil, 1997-2006: contributions to performance evaluation of the Unified National Health System]. Cad Saúde Pública. v. 26, n. 3, p.:481-91, 2010.

MALTA DC, et al. Atualização da lista de causas de mortes evitáveis por intervenções do Sistema Único de Saúde do Brasil. Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília, v.19, n 2, p.:173-176, abr-jun, 2010 .

MARTINELLI, K. G. et al.. Prematuridade no Brasil entre 2012 e 2019: dados do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos. Revista Brasileira de Estudos de População, v. 38, p. 173, 2021.

NOLTE E, MCKEE M. Does health care save lives? Avoidable mortality revisited. London: Nuffield Trust; 2004.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Declaração da OMS sobre taxas de cesáreas. Genebra: 2015.

OSANAN GC, et al. Strategy for Zero Maternal Deaths by Hemorrhage in Brazil: A Multidisciplinary Initiative to Combat Maternal Morbimortality. Rev Bras Ginecol Obstet.v.40, p.: 103-5, 2018.

PERNAMBUCO. Plano Diretor de Regionalização 2011. Disponível em : [https://portal.saude.pe.gov.br/sites/portal.saude.pe.gov.br/files/pdrconass-versao_final1.doc_ao_conass_em_jan_2012.pdf]. Acesso em 20/07/2023

PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde. IX Regional de Saúde do Estado de Pernambuco. Mapa de Saúde da IX Regional de Saúde de Pernambuco. 2022.

PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde. Plano Estadual de Saúde 2020-2023 / Secretaria Estadual de Saúde. – Recife: A Secretaria, 2021.

PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde. Caderno de Informações em Saúde 2020.

PERNAMBUCO, Secretaria Estadual de Saúde. Perfil Produtivo e Epidemiológico dos Trabalhadores de Pernambuco. 1 ed. Recife: Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco, 2020. 232 p.

RATNASIRI, Anura WG et al. Maternal and infant predictors of infant mortality in California, 2007–2015. PloS one, v. 15, n. 8, p. e0236877, 2020.

REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÕES PARA A SAÚDE (RIPSA). Indicadores Básicos para saúde no Brasil: conceitos e aplicações. Rede Interagencial de informações para a Saúde - Ripsa. 2ª ed. Brasília: Organização PanAmericana da Saúde, 349p., 2008. Rutstein DD, at al. Measuring the quality of medical care, a clinical method. N Engl J Med. v. 294, p.:582-8,1976

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Road traffic injuries. 2022 [acesso 4 Out 2023]. Disponível em: https://www.who.int/ health-topics/road-safety#tab=tab_1