

GOVERNO DE PERNAMBUCO

PLANO ESTADUAL DE SAÚDE 2005-2007

DESENVOLVIMENTO COM INCLUSÃO SOCIAL



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

**PLANO ESTADUAL DE SAÚDE
2005-2007**

DESENVOLVIMENTO COM INCLUSÃO SOCIAL

**Aprovado pelo Conselho Estadual de Saúde
Resolução N°. 364, de 12 de julho de 2006**

Ficha catalográfica

Preparada pela Biblioteca Pública do Estado de Pernambuco

P452p

Pernambuco. Secretaria de Saúde. Superintendência de Planejamento
Plano estadual de saúde 2005-2007: desenvolvimento com inclusão
social / Secretaria Estadual de Saúde. – Recife: SES, 2006.
84, [12]p.: il.

1. SAÚDE PÚBLICA – PERNAMBUCO – ORGANIZAÇÃO. 2. SAÚDE PÚBLICA – PERNAMBUCO – ADMINISTRAÇÃO. 3. SAÚDE PÚBLICA – PERNAMBUCO – ASPECTOS SOCIAIS. 4. SAÚDE – PLANEJAMENTO. 5. POLÍTICA DE SAÚDE – PERNAMBUCO. 6. EPIDEMIAS – CONTROLE. 7. VIGILÂNCIA SANITÁRIA. 8. SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE – BRASIL. I. Título.

CDU 614
CDU 362.1

PeR – BPE 06-0474

Governador do Estado de Pernambuco

José Mendonça Bezerra Filho

Secretário de Saúde do Estado de Pernambuco

Gentil Alfredo Magalhães Duque Porto

Secretário Executivo de Assistência à Saúde

João Alixandre Neto

Secretário Executivo de Gestão e Vigilância em Saúde

Caio Mário Melo Costa Oliveira

Superintendente de Gestão de Pessoas

Susana Azoubel

Superintendente Administrativo e Financeiro

Saulo José Freire Correia Lima

Superintendente de Planejamento

Maria das Graças Oliveira Pinto Souza

Gerente Geral de Modernização e Monitoramento da Assistência à Saúde

Souterland Tadeu Grando

Gerente Geral de Desenvolvimento Regional

Honório Justino Júnior

Gerente Geral de Assistência à Saúde

Kátia Cristina Guimarães Correia da Silva

Gerente Geral de Regulação, Controle e Avaliação do Sistema de Saúde

Maria de Fátima Rebelo

Gerente Geral de Vigilância em Saúde

Zuleide Dantas Wanderley

Gerente Geral de Acompanhamento e Desenvolvimento de Políticas de Saúde

Lúcia Maria de Araújo Vasconcelos

Gerentes Regionais

I GERES

Darcy Gonçalves de Freitas

II GERES

Terezinha Gomes de Oliveira Marinho

III GERES

Salvador Batista do Rego Neto

IV GERES

Kilma Maria de Medeiros Lacerda

V GERES

Ana Lúcia de Almeida Paes

VI GERES

Herbert Bezerra Leal

VII GERES

Maurício de Alencar Barros Gomes de Sá

VIII GERES

Lilia Maria Cruz Gondim

IX GERES

Josedalva Queiroz de Sá

X GERES

Márcia Lizânia Cruz Cantarelli

XI GERES

Maria do Socorro Cordeiro de Brito Pereira

**Presidente da Fundação de Hematologia e Hemoterapia de Pernambuco –
HEMOPE**

Alita da Cunha Andrade Cirne Azevedo

Presidente do Laboratório Farmacêutico de Pernambuco - LAFEPE

Luíz Alexandre Almeida

COMPOSIÇÃO DO CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE DE PERNAMBUCO BIÊNIO 2004/2006

GESTOR

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco – SES/PE

Gentil Alfredo Magalhães Porto - Titular

Alice Maria Cavalcanti Alves - Suplente

João Alixandre Neto - Titular

Souterland Tadeu Grando - Suplente

Secretaria de Educação e Cultura do Estado PE

Edna Leonardo de Brito - Titular

Rose Mary Bandeira de Melo - Suplente

Secretaria de Desenvolvimento Social e Cidadania

Rosalie Vieira de Araújo - Titular

Maria da Conceição de Freitas - Suplente

Associação Nordestina dos Hospitais

Antônio Ribeiro de Barros - Titular

Avelar de Castro Loureiro - Suplente

Federação das Misericórdias e Entidades Filantrópicas de PE

Humberto Maranhão Antunes - Titular

Sônia Lúcia Pereira de Almeida - Suplente

Universidade de Pernambuco - UPE

Nara Carneiro Lacerda - Titular

Universidade Federal de Pernambuco - UFPE

Heloísa Maria Mendonça de Moraes - Suplente

Conselho de Secretários Municipais de Saúde – COSEMS/PE

Eunice de Lima Gonçalves - Titular

Roberto Hamilton C. Bezerra - Suplente

TRABALHADOR

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

Maria do Carmo Gomes Nóbrega A. Pereira - Titular

Associação dos Servidores da Secretaria Estadual de Saúde e Fundação de Saúde – ASSESF

Maria da Glória Dantas Ferreira - Suplente

Conselho Regional de Serviço Social - CRESS

Tatiana de Santa Cruz Ramos - Titular

Conselho Regional de Psicologia - CRP

Ethiene Maira de Laranjeiras Pinto - Suplente

Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional - CREFITO

Susana Cristina de F.J. do Amaral - Titular

Conselho Regional de Fonoaudiologia

Oilda Maria da Silva - Suplente

Sindicato dos Servidores da Fundação HEMOPE - SINDSHEMOPE

Marcos Costa Lira - Titular

Conselho Regional de Enfermagem de Pernambuco - COREN

Marlene Silva de Azevedo - Suplente

Sindicato dos Médicos de Pernambuco - SIMEPE

Sílvio Sandro Alves Rodrigues - Titular

Conselho Regional de Medicina de Pernambuco - CREMEPE

Antônio Jordão de Oliveira Neto - Suplente

Sindicato dos Enfermeiros no Estado de Pernambuco - SEEPE

Lucicleide Maria da Costa - Titular

Conselho Federal de Nutricionista - CRN

Ignês Maria Bastos de Souza - Suplente

Sindicato dos Farmacêuticos no Estado de Pernambuco - SINFARPE

Veridiana Ribeiro da Silva - Titular

Sindicato dos Psicólogos de Pernambuco - PSICOSIND

Mário Roberto Agostinho - Suplente

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

Maria do Carmo Gomes da Silva - Titular

Edson Carlos Lacerda - Suplente

USUÁRIOS

Central Única dos Trabalhadores - CUT

Rosano Freire Carvalho - Titular
Enoque Amâncio Ferreira Neto - Suplente
Cristovão de Menezes Regino – Titular
Wellington Trindade Júnior- Suplente

Federação dos Trabalhadores na Agricultura do Estado de Pernambuco - FETAPE

Euclides Almeida do Nascimento - Titular
Maria José de Carvalho - Suplente

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

Josefa René dos Santos Patriota - Titular
Maria do Socorro Nascimento Vital - Suplente

Pastoral da Saúde – Arquidiocese de Olinda e Recife

André Caldas Cervinskis - Titular
Maria do Socorro Silva Cajazeiras - Suplente

Movimento de Trabalhadores Cristãos

Edmilson José Fonsêca - Titular
Adson José da Silva - Suplente

Grupo de Trabalho em Prevenção Positivo - GTP+

Josefa Severina da Conceição - Titular

Associação dos Portadores da Patologia Anemia Hereditária - APPAH

Maria do Carmo Borges da Silva - Suplente

Rede Feminista de Saúde

Micheline Américo da Silva (Zona da Mata) - Titular

Centro das Mulheres do Cabo

Joana D´Arc Correia de Souza (Zona da Mata) - Suplente

Fundação Santuário das Comunidades Rede de Conselheiros

João Domingos Pinheiro Filho (Zona do Agreste) - Titular
Maria José Cordeiro (Zona do Agreste) - Suplente

Instituto de Saúde Holística Madre Paulina - ISHMAP

Evaldo Francisco de Souza (Zona do Sertão) - Titular
José Manuel de Souza (Zona do Sertão) - Suplente

Fórum de Mulheres de PE

Íris de Fátima da Silva - Titular

Federação das Mulheres Pernambucanas

Adriana Rodrigues da Silva - Suplente

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

Margarida Maria Carreiro de Barros - Titular

Íris Cunha da Silva - Suplente

Centro Nordestino de Medicina Popular - CNMP/PE

Terezinha Maria dos Santos Farias - Titular

Maria Helena da Silva Mutzenberg - Suplente

Universidade Aberta da Terceira Idade/PE - UNATI/PE

João Gomes de Oliveira - Titular

Lina Alves de Marins - Suplente

Fraternidade Cristã de Doentes e Deficientes

Maurílio Guilherme de Araújo - Titular

Associação Pernambucana de Cegos - APEC

Sebastião Mendes dos Santos - Suplente

Etnia Pankararu

Maria do Carmo Andrade Silva (Entidade Indígena) - Titular

Etnia Truká

Ailson dos Santos (Entidade Indígena) - Suplente

EQUIPE DE ELABORAÇÃO

Coordenação Geral

Maria das Graças de Oliveira Pinto de Souza

Coordenação Executiva

Maria das Graças Santos Cavalcante

Equipe Técnica

Amanda Moreira Dávila Saltos

Edilene de Melo Silva

Elisabeth Lacerda Caldas

Marilurdes Ferreira Maia

Maria do Rosário Montarroyos Ribeiro de Brito

Zuleide Alves dos Santos

Colaboradores

Adriana Cavalcanti de Araújo

Aline Mariano Fonseca Brito

Ana Lúcia de Almeida Paes

André Coimbra de Albuquerque

Andréa Torres Ferreira

Andréa de Andrade Vasconcelos

Antônio Jordão de Oliveira Neto

Bianca Maria Russel de Pinho Alves

Cláudia Siqueira Peregrino

Cláudia Cavalcanti Silveira

Clóvis Alves de Carvalho Filho

Darcy Gonçalves de Freitas

Divaldo Sampaio

Durval Bezerra de Lima Filho

Edileuza Marques de Lira

Edmilson Alves do Nascimento

Eduardo José de Sá Barreto

Ernani Miranda Paiva

Flávio Ricardo Souza Dias

Francisco Duarte Farias Bezerra

François José de Figueirôa

Herbert Bezerra Leal

Honório Justino Júnior

Íris Cunha da Silva

Íris de Fátima da Silva

Ivone Araújo Ferreira

Jaime Brito de Azevedo

Jane Lemos

José Vitoriano dos Santos

Josedalva Queiroz de Sá

Kátia Cristina Guimarães Correia da Silva

Kilma Maria de Medeiros Lacerda

Letícia Moura Mulatinho
Lígia Ferreira de Lima
Lília Maria Cruz Gondim
Lindanita Guerra Galvão
Lúcia Maria de Araújo Vasconcelos
Luciana Figueirôa
Lucicleide Maria da Costa
Maria da Conceição Lima de Araújo
Maria do Carmo Gomes da Silva
Maria de Fátima Bandeira de Miranda
Maria de Fátima Correia de Miranda Henriques
Maria de Fátima Fagundes
Maria de Fátima Rebelo
Maria das Graças Mulatinho
Maria das Graças de Sá Magalhães Freitas
Maria de Lourdes Salgado Lucena
Maria Goretti Godoy de Souza
Maria Leopoldina Padilha Falcão
Maria Tereza da Cunha Bezerra Maia
Marcos Costa Lira
Mário Fabiano dos Anjos Moreira
Marlene Silva de Azevedo
Marta Maria Vaz Marques de Aguiar
Maurício de Alencar Barros Gomes de Sá
Nancy Veloso de Lima
Nara Carneiro Lacerda
Patrícia Maria Cavalcanti Carneiro de Albuquerque
Paula Regina Rodrigues Machado
Paulo Fernando de Albuquerque Silva
Sandra Carvalho Diniz
Simone Leal Batista
Souterland Tadeu Grandó
Susiane de Pontes Bandeira Lopes
Taciana de Andrade Vasconcelos da Costa Pereira
Tânia Valença
Tereza Cristina Alves Bezerra
Tereza Muzzi
Terezinha Gomes de Oliveira Marinho
Wallace Braz Sampaio Mendes

Formatação

Andréa Gomes de Moura

LISTA DE SIGLAS

ABO	Sistema de Grupo Sanguíneo ABO
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AIDPI	Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
ARV	Anti-retroviral
BCG	Vacina antituberculose
CAF	Cirurgia de Alta Frequência
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CBVE	Curso Básico de Vigilância Epidemiológica
CEBRID	Centro Brasileiro de Formações sobre Drogas Psicotrópicas
CEDCA	Conselho Estadual de Defesa da Criança e do Adolescente
CEO	Centro de Especialidade Odontológica
CES	Conselho Estadual de Saúde
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CIHs	Comissão Intra-Hospitalar de transplante
CISAM	Centro Integrado de Saúde Amaury de Medeiros
COAS	Centro de Orientação e Aconselhamento Sorológico
CONDICA	Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente
COSEMS	Colegiado de Secretários Municipais de Saúde
COTEL	Centro de Observação e Triagem
CTA	Centro de Testagem e Aconselhamento
CREFITO	Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional
DICLA	Divisão de Credenciamento de Laboratórios e de Provedores de Ensaio de Proficiência
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
DTP	Vacina contra Difteria, Tétano e Coqueluche
EC-29	Emenda Constitucional
E-FISCO	Sistema de Gestão Financeira e Fiscal da Secretaria da Fazenda
EPC	Equipe de Procura de Córnea
ETSPPPE	Escola Técnica de Saúde Pública de Pernambuco
FIDEM	Fundação de Desenvolvimento Municipal
GERES	Gerência Regional de Saúde
GM	Gabinete do Ministro
GPAB-A	Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada
GPSE	Gestão Plena do Sistema Estadual de Saúde
GPSM	Gestão Plena do Sistema Municipal
GRP	Sistema de Gestão Digital
HAM	Hospital Agamenon Magalhães
HBL	Hospital Barão de Lucena
HC	Hospital das Clínicas
HCTP	Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico
HEMOPE	Fundação de Hematologia e Hemoterapia de Pernambuco
HGOF	Hospital Geral Otávio de Freitas
HGV	Hospital Getúlio Vargas
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana

HLA	Antígenos Leucocitários Humanos
HPP	Hospital de Pequeno Porte
HR	Hospital da Restauração
HRA	Hospital Regional do Agreste
HTLV	Vírus T – Linfotrópicos Humano
HUOC	Hospital Universitário Osvaldo Cruz
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IDH-M	Índice de Desenvolvimento Humano - Municipal
IMIP	Instituto Materno Infantil de Pernambuco
INCA	Instituto Nacional do Câncer
INMETRO	Instituto Nacional de Metrologia
ISO	International Organization for Standardization
LACEN	Laboratório de Saúde Pública de Pernambuco
LAFEPE	Laboratório Farmacêutico do Estado de Pernambuco
LIKA	Laboratório de Imunopatologia Keizo Asami
M&A	Monitoramento e Avaliação
MEC	Ministério da Educação
MS	Ministério da Saúde
NOAS	Norma Operacional da Assistência à Saúde
NV	Nascido vivo
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONG	Organização Não Governamental
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PAISM	Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PAM	Plano de Ajustes e Metas
PCA	Programa de Conservação Auditiva
PCCVS	Plano de Cargos Carreiras Vencimentos e Salários
P&D	Pesquisa & Desenvolvimento
PDI	Plano Diretor de Investimento
PDR	Plano Diretor de Regionalização
PE	Pernambuco
PES	Plano Estadual de Saúde
PIDL	Programa Integrado de Desenvolvimento Local
PNASH	Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares
PNH	Política Nacional de Humanização
PNI	Programa Nacional de Imunização
PPA	Plano Plurianual
PPI	Programação Pactuada Integrada
PRMI	Programa de Redução da Mortalidade Infantil
PROESF	Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família
PROGESTÃO	Programa de Modernização da Gestão Pública
PROMATA	Programa de Apoio ao Desenvolvimento Sustentável da Zona da Mata de Pernambuco
PROSAD	Plano Nacional de Atenção à Saúde do Adolescente
PSA	Antígeno Prostático Específico
PSF	Programa Saúde da Família
QUALISUS	Programa de Qualidade do Sistema Único de Saúde
RD	Regiões de Desenvolvimento

RDC	Resolução da Diretoria Colegiada
REFORSUS	Reforço à Reorganização do Sistema Único de Saúde
RMR	Região Metropolitana do Recife
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SARE	Secretaria de Administração e Reforma do Estado
SDSC	Secretaria de Desenvolvimento Social e Cidadania
SEAD	Superintendência Estadual de Apoio à Pessoa com Deficiência
SECTMA	Secretaria de Ciência, Tecnologia e Meio Ambiente
SES	Secretaria Estadual de Saúde
SG.Net	Sistema de Gestão Digital
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SIM	Sistema de Informação de Mortalidade
SINAN	Sistema de Informação de Agravos Notificáveis
SINASAN	Sistema Nacional do Sangue, Componentes e Hemoderivados
SINASC	Sistema de Informação de Nascimento
SIOPS	Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde
SISCAM	Sistema de Informação do Câncer da Mulher
SISPRENATAL	Sistema de Acompanhamento do Programa de Humanização no Pré-natal e nascimento
SNA	Sistema Nacional de Auditoria
SRT	Serviço Residencial Terapêutica
SUS	Sistema Único de Saúde
TIC	Tecnologia da Informação e Comunicação
TRS	Terapia Renal Substitutiva
UFPE	Universidade Federal de Pernambuco
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
VAN	Vigilância Alimentar e Nutricional
VIGIAGUA	Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano
VIGIAR	Vigilância em Saúde ambiental relacionada a contaminação do ar
VIGIQUIM	Vigilância em Saúde por substâncias químicas
VIGISOLO	Vigilância em Saúde de populações expostas ao solo contaminado

LISTA DE ANEXOS

Anexo 1 - Pirâmide etária 1980 e 2000.

Anexo 2 - Perfil demográfico e socioeconômico de Pernambuco.

Anexo 3 - Cadeias e Arranjos Produtivos do Estado de Pernambuco.

Anexo 4 - Número e Percentual de Óbitos por Grupo de Causas (Cap. CID 10) e ano de ocorrência. Pernambuco, 2004.

Anexo 5 - Coeficientes de mortalidade infantil/1.000 NV e mortalidade materna /100.000 NV - Pernambuco 1999-2004.

Anexo 6 - Coeficiente de mortalidade infantil por 1.000 nascidos vivos segundo Microrregional de Saúde. Pernambuco, 2003-2004.

Anexo 7 - Evolução dos principais agravos em Pernambuco, 1995 a 2004.

Anexo 8 - Plano Diretor de Regionalização de Pernambuco.

Anexo 9 - Distribuição Espacial do Percentual da Cobertura do Programa Saúde da Família nos Municípios de Pernambuco, 2004.

Anexo 10 - Estrutura Organizacional da SES.

Anexo 11 - Plano Plurianual 2004-2007 - Estimativa dos Custos dos Programas segundo Órgão Executor.

Os Quatro Ds do Plano Estadual

Diálogo
Divergência
Dialética
Democrático

Dialogar é preciso
Faz parte do crescimento
Diverge-se para aprender
Na busca de entendimentos
O Plano tem que ser prático
Dialético e Democrático
Em seu desenvolvimento

A construção Democrática
É marca de resistência
Do Conselho Estadual
Que age com competência
Desvenda alguns enigmas
Quebra velhos paradigmas
Pratica nova vivência

O Plano Estadual de Saúde
É um instrumento legal
Norteia ações concretas
Por isso estamos de alerta
No controle social

Terezinha Santos
Conselheira Estadual de Saúde – Segmento dos Usuários

Apresentado pela Conselheira **Terezinha Santos** na reunião do Conselho Estadual de Saúde em 12 de julho de 2006.

SUMÁRIO**APRESENTAÇÃO**

1. INTRODUÇÃO.....	20
2. OBJETIVO GERAL.....	22
3. ANÁLISE SITUACIONAL.....	23
3.1 Aspectos demográficos e socioeconômicos.....	23
3.2 Condições de Saúde.....	24
3.3 Modelo de Atenção à Saúde.....	28
3.4 Gestão em Saúde.....	36
4. EIXOS PRIORITÁRIOS.....	39
4.1 Política de Descentralização.....	39
4.1.1 Fortalecimento das GERES.....	39
4.1.2 Regionalização e Hierarquização da Assistência /Consórcios Intermunicipais de Saúde.....	40
4.2 Organização da Rede Assistencial.....	41
4.2.1 Atenção Básica – Saúde da Família.....	41
4.2.2 Assistência de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar.....	41
4.2.3 Central de Transplantes.....	43
4.2.4 Política de Medicamentos do SUS.....	44
4.2.5 Laboratório Estadual de Saúde Pública – LACEN.....	45
4.2.6 Fundação de Hematologia e Hemoterapia de Pernambuco – HEMOPE.....	46
4.3 Desenvolvimento das Políticas de Saúde.....	48
4.3.1 Saúde da Criança.....	48
4.3.2 Saúde do Adolescente.....	50
4.3.3 Saúde da Mulher.....	51

4.3.4 Saúde da Pessoa Idosa.....	53
4.3.5 Doenças Crônico-Degenerativas – Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus.	54
4.3.6 Programa Nacional de Imunizações – PNI.....	55
4.3.7 Saúde Bucal.....	56
4.3.8 Saúde Mental.....	56
4.3.9 Saúde da Pessoa com Deficiência.....	58
4.3.10 Doenças Transmissíveis.....	58
4.3.11 Atenção à Saúde do Trabalhador.....	61
4.3.12 Saúde da População Carcerária.....	61
4.3.13 Programa de Educação e Promoção à Saúde e Prevenção de Doenças.....	62
4.3.14 Alimentação e Nutrição.....	63
4.3.15 Assistência Domiciliar.....	63
4.3.16 Saúde da População Negra.....	64
4.4 Gestão em Saúde.....	65
4.4.1 Desenvolvimento Organizacional.....	65
4.4.2 Monitoramento e Avaliação da Atenção Básica.....	66
4.4.3 Regulação, Controle e Avaliação/Programação Pactuada Integrada – PPI.....	66
4.4.4 Componente Estadual do Sistema Nacional de Auditoria – SNA.....	67
4.4.5 Tecnologia da Informação em Saúde.....	67
4.4.6 Financiamento.	68
4.4.7 Intersetorialidade.....	68
4.4.8 Ouvidoria do SUS.....	69
4.5 Investimento em Saúde.....	70
4.5.1 Melhoria funcional das instalações físicas e equipamentos das unidades de saúde e das GERES.....	70

4.5.2 Plano Diretor de Investimento – PDI.....	71
4.5.3 REFORSUS.....	71
4.5.4. Programa de Saneamento.....	71
4.5.5 Laboratório Farmacêutico de Pernambuco – LAFEPE.....	72
4.6 Gestão de Pessoas	74
4.6.1 Política de Desenvolvimento de Pessoas	74
4.6.2 Estágios para qualificação, formação profissional e Residência na área de saúde.....	74
4.6.3 Humanização da rede hospitalar.....	75
4.6.4 Escola Técnica de Saúde Pública.....	75
4.7 Vigilância em Saúde.....	77
4.7.1 Vigilância Epidemiológica.....	77
4.7.2 Vigilância Sanitária.....	78
4.7.3 Vigilância Ambiental.....	79
4.8 Controle Social.....	81
4.8.1 Acompanhamento dos Conselhos de Saúde e Conselhos Gestores de Unidade de Saúde.....	81
4.8.2 Conferências/Plenárias de Saúde.....	81
4.8.3 Manutenção do Conselho Estadual de Saúde.....	82
4.8.4 Ouvidoria do Conselho Estadual de Saúde.....	82
5. AVALIAÇÃO.....	83
6. REFERÊNCIAS.....	84
ANEXOS	

APRESENTAÇÃO

A Secretaria Estadual de Saúde tem a grata satisfação de apresentar o Plano Estadual de Saúde para o período 2005 - 2007.

Este documento nos dá a dimensão exata do que significa implementar o SUS em Pernambuco. Trata-se de uma tarefa complexa que ultrapassa o domínio do poder público e exige a participação da sociedade. Atuar, nos diferentes campos da saúde requer além do conhecimento, criatividade, paciência, esperança, parcerias, e trabalho, muito trabalho, para que possamos enfrentar e buscar soluções para os permanentes desafios do dia-a-dia.

A exemplo do Plano Nacional de Saúde, que norteou o planejamento dos estados, o nosso Plano pretende ser um instrumento de apoio ao planejamento dos sistemas municipais de saúde. Nesse sentido, pretendemos divulgá-lo amplamente a todos os municípios e a sociedade em geral.

Agradecemos o empenho da equipe da Secretaria e do Conselho Estadual de Saúde na elaboração deste Plano, esperando contar com o mesmo entusiasmo para a sua execução e dizer que da nossa parte não mediremos esforços.

Por fim, destacamos o apoio do Governo do Estado de Pernambuco, que comprometido com os problemas de saúde da população tem sido um aliado de todas as horas.

É com esse compromisso que estamos escrevendo a história do SUS em Pernambuco.

Gentil Porto
Secretário Estadual de Saúde de Pernambuco

1. INTRODUÇÃO

Os Planos de Saúde foram definidos nas Leis nº. 8.080/90 e 8.142/90 que regulamentam o Sistema Único de Saúde - SUS, sendo ratificados posteriormente em documentos normativo-operacionais e portarias ministeriais, e constituem instrumentos indispensáveis de programação, acompanhamento e controle social nas três esferas do SUS.

A Portaria GM/MS nº. 548/2001, que dispõe sobre os instrumentos de gestão do SUS, destaca os Planos de Saúde como documentos de intenções políticas, de diagnóstico, de estratégias, de prioridades e de metas, que consolidam o processo de planejamento em saúde para um quadriênio, devendo ser submetidos aos respectivos Conselhos de Saúde. Os Planos expressam compromissos, responsabilidades e pactos sobre as necessidades prioritárias no campo da saúde.

O presente Plano Estadual de Saúde - PES estabelece a política de saúde formulada pela Secretaria Estadual de Saúde - SES e Conselho Estadual de Saúde - CES para o período 2005 a 2007. Mediante circunstâncias político-administrativas, o PES não foi concluído em 2004, sendo retomado em 2005, com envolvimento dos órgãos da SES e Conselho Estadual, vindo por fim sua conclusão atender aos anseios de gestores, profissionais de saúde e segmentos sociais interessados. A sua elaboração contou também com a participação dos municípios por intermédio das contribuições dos Relatórios das Conferências Estadual de Saúde, de Saúde Bucal, de Assistência Farmacêutica e da Comissão Intergestores Bipartite Estadual - CIB.

Afinado com a política de inclusão social e redução das desigualdades sociais do Governo do Estado de Pernambuco e com o “Programa Governo nos Municípios”, o Plano Estadual de Saúde foi subsidiado por vários documentos orientadores como o Plano Nacional de Saúde e Plano Plurianual do Estado de Pernambuco 2004-2007. Agregou as contribuições do processo de Planejamento Estratégico Simplificado e a Estrutura Organizacional da Secretaria Estadual de Saúde, aprovada em janeiro de 2005.

A estrutura do documento e a metodologia para obtenção dos conteúdos específicos de cada área foram discutidas em Oficina de Trabalho, com a participação de todos os órgãos da Secretaria, Gerências Regionais, HEMOPE, LAFEPE e Conselho Estadual de Saúde. A consolidação das informações suscitou um diálogo permanente com as áreas técnicas, de forma que se considera o documento escrito a várias mãos, um trabalho de autoria coletiva.

O PES contempla oito eixos prioritários - Política de Descentralização, Organização da Rede Assistencial, Desenvolvimento de Políticas de Saúde, Gestão em Saúde, Investimento em Saúde, Gestão de Pessoas, Vigilância em Saúde e Controle Social. Cada eixo com seu objetivo específico e linhas de ação, para as quais são estabelecidas as diretrizes e metas para o período 2005-2007.

Em se tratando de um processo dinâmico, o PES não constitui um fim em si mesmo, mas um caminho a ser percorrido de forma solidária e cooperativa entre as esferas

federal, estadual e municipal do SUS, com revisão periódica das prioridades e estratégias de ação.

Como desdobramento possibilita o desenvolvimento de práticas sanitárias estruturadoras, bem como organiza o processo sistemático e contínuo de planejamento em saúde mediante a articulação com os instrumentos constitucionais de planejamento.

2. OBJETIVO GERAL

Contribuir para o aprimoramento do Sistema Único de Saúde em Pernambuco, mediante operacionalização da política estadual de saúde, construída em consonância com os princípios constitucionais de universalidade, integralidade, equidade, descentralização, regionalização e participação da sociedade no controle e acompanhamento do sistema, em parceria com os gestores das três esferas do SUS, visando melhorar a realidade de saúde da população pernambucana.

3. ANÁLISE SITUACIONAL

3.1 Aspectos Demográficos e Sócioeconômicos

O Estado de Pernambuco, localizado no Centro-leste da Região Nordeste do Brasil, tem uma extensão territorial de 98.938 km², densidade demográfica de 82,8 hab/km², distribuídos em 184 municípios e o Território de Fernando de Noronha (IBGE - 2001). Encontra-se politicamente organizado em 12 Regiões de Desenvolvimento (FIDEM - 2003) e, em relação à saúde, em 10 Gerências Regionais - GERES. Apresenta heterogeneidades quanto ao relevo, vegetação, clima e potenciais de desenvolvimento sócioeconômico.

Segundo estimativa do IBGE para 2003, Pernambuco contava com uma população de 8.161.828 habitantes, sendo 3.944.176 do sexo masculino e 4.217.652 do sexo feminino. Dessa população, 46,1% concentra-se em 10 municípios (5,4%) acima de 100.000 habitantes, sendo 17,8% na Capital; enquanto 14% está distribuída em 91 municípios (49,2%) com até 20.000 habitantes. As cidades mais populosas são Recife, Jaboatão dos Guararapes, Olinda, Paulista, Caruaru e Petrolina.

As pirâmides populacionais de Pernambuco referentes aos anos de 1980 e 2000, revelam uma inversão na estrutura etária da população caracterizada pela redução da população de 0 a 9 anos e aumento significativo nas faixas populacionais acima de 50 anos. Percebe-se um expressivo crescimento na faixa de 10 a 19 anos, representando uma grande concentração de adolescentes; o envelhecimento da população e a redução da natalidade. Estes indicadores traduzem a necessidade de adequar o sistema às necessidades de saúde decorrentes dessa situação de transição demográfica (Anexo 1).

A análise dos vários indicadores demográficos e socioeconômicos apresentados nos censos de 1991 e 2000, conforme Anexo 2, demonstra que a população do Estado de Pernambuco apresentou um crescimento anual de 1,23% e que a taxa de urbanização cresceu em 5,64%. Essa taxa de 76,51% é superior a da Região Nordeste (69,07%) e menor que a do Brasil (81,25%). Em 2000 a população de Pernambuco representava 4,66% da população do país (Atlas de Desenvolvimento Humano no Brasil, 2003).

A esperança de vida ao nascer aumentou em 5,3 anos e a fecundidade, principal indicador da dinâmica demográfica, diminuiu para 2,5 filhos por mulher. Todavia, encontra-se acima do patamar crítico (inferior a 2,1 filhos por mulher). A taxa de analfabetismo diminuiu em 9,9% e a média de anos de estudo aumentou 1,1%.

Não obstante, a renda *per capita* ter crescido e a proporção de pobres ter diminuído, o problema da desigualdade medido pelo índice de Gini aumentou nesse período, alcançando 0,67 em 2000, um valor bastante alto, considerando que o máximo teórico da desigualdade seria 1,0.

Os indicadores de habitação são expressos segundo percentual da população com acesso a bens e serviços básicos. Houve expressiva melhoria no acesso aos bens de consumo - geladeira, televisão, telefone, computador, bem como aos serviços básicos - água encanada, energia elétrica e coleta de lixo. A despeito da ampliação do acesso à água encanada, o censo não informa sobre a intermitência na distribuição.

Os indicadores de vulnerabilidade apresentaram redução dos percentuais de crianças em famílias com renda inferior a 1/2 salário mínimo e de mulheres de 15 a 17 anos com filhos. Contudo, o percentual de pessoas de 65 anos ou mais morando sozinhas aumentou de 10,8 para 11,8 expressando o processo de envelhecimento da população.

O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDH-M) de Pernambuco em 2000 foi 0,705 e está entre as regiões consideradas de médio desenvolvimento humano (IDH entre 0,5 e 0,8). Apresentou um crescimento de 13,7% no período 1991-2000. A dimensão que mais contribuiu para este crescimento foi a Educação, com 48,4%, seguida pela Longevidade, com 34,4% e pela Renda, com 17,2%. Em relação aos outros Estados, Pernambuco ocupa a 18ª posição.

As principais atividades produtivas de Pernambuco são serviços, agricultura, pecuária, indústria e mineração, que representam reais potencialidades de desenvolvimento regionais tendo sido adotadas pelo Governo do Estado de Pernambuco como estratégia de inclusão social. A distribuição espacial dessas atividades estão apresentadas no Anexo 3.

3.2 Condições de Saúde

O quadro sanitário da população de Pernambuco é retratado a partir do perfil de morbimortalidade e da situação sanitária dos grupos mais vulneráveis.

Em Pernambuco, conforme apresentado no Anexo 4, as doenças do aparelho cardiocirculatório foram a primeira causa de morte no ano de 2004 (27,3 %), seguida dos sintomas, sinais e afecções mal definidas (16,7 %), das causas externas (13,5 %), neoplasias (10,5 %), doenças endócrinas nutricionais e metabólicas (7,1 %), doenças do aparelho respiratório (6,8%) e doenças infecciosas e parasitárias (5,0 %). Contribuíram para elevar a mortalidade por doenças do aparelho cardiocirculatório a alta prevalência de hipertensão arterial e diabetes mellitus. Estima-se para 2005, 764.570 portadores de hipertensão arterial em pessoas acima de 40 anos e 240.294 portadores de diabetes.

Analisando-se os dados de mortalidade por causas externas observou-se que em Pernambuco, como no Brasil, houve na última década um aumento expressivo do número de mortes por violência (homicídios, suicídios e acidentes), podendo ser considerada um grave problema de saúde pública no estado pela magnitude do dano e pela predominância de óbitos em homens jovens. No triênio 2002 - 2004, houve um discreto declínio no coeficiente de mortalidade que passou de 91,3/100.000 habitantes para 86,1/100.000.

Dentre as neoplasias, o câncer de mama é a primeira causa de morte em mulheres cuja estimativa para 2003 foi de 1460 casos novos e 360 óbitos. Nesse mesmo ano o Instituto Nacional do Câncer (INCA) estimou para Pernambuco, a detecção de 940 casos novos e 230 óbitos de câncer do colo do útero, que é a segunda causa de mortes em mulheres no estado.

A mortalidade materna constitui um dos principais indicadores das condições vida e de saúde das mulheres e retrata as iniquidades existentes. No Brasil, estima-se que, ao menos cinco mil mortes maternas poderiam ser evitadas todos os anos através de

aumento do acesso e da qualidade do pré-natal e da atenção ao parto. Em Pernambuco o coeficiente de Mortalidade Materna, apresentou no período de 2000-2004, uma variação de 55,3 a 51,7 por 100.000 nascidos vivos, decréscimo que pode ser atribuído à política de atenção integral à saúde da mulher (Anexo 5). Os principais problemas identificados no sistema de vigilância do óbito materno no Estado foram a baixa cobertura, a qualidade das informações, além da inadequação do instrumento de notificação. Contudo, a Secretaria vem enfrentando esses problemas mediante a implementação da vigilância do óbito materno, adequação da ficha de investigação, capacitação de técnicos das GERES e fortalecimento da estratégia dos comitês de mortalidade materna. Pernambuco investiga hoje no mínimo 40% dos óbitos de mulheres em idade fértil. As principais causas de morte maternas no ano de 2004 foram doenças pré-existentes ou não, que ocasionaram complicações na gravidez, no parto e no puerpério (15,8 %) seguidas de hemorragias pós-parto (10,5 %) e eclampsia (9,2%).

Houve um declínio nas taxas de mortalidade infantil, especialmente nos últimos anos, em que o Estado passou de 30,3/1.000 nascidos vivos - NV no ano de 2000 para 22,6 em 2004. Existem ainda grandes diferenças entre as microrregiões do Estado, sendo este o principal desafio que deve ser enfrentado pela organização da atenção básica dos municípios. A Microrregional de Arcoverde apresentou a maior taxa no ano de 2004 (35,2/1.000/NV) seguida da Microrregional de Ouricuri (32,2/1.000NV), a de Garanhuns (30,2/1.000NV) e a de Afogados de Ingazeira (29,4/1.000NV). As duas principais causas de morte nesse grupo de menor de um ano foram algumas afecções originadas no período perinatal (50,5%) e as doenças infecciosas e parasitárias (12,1%) (Anexos 5 e 6).

Ao analisar a mortalidade na faixa etária de 1 a 4 anos, observou-se que do total de 543 óbitos em 2004¹, houve uma maior prevalência das doenças do aparelho respiratório (18,1%), seguida pelas causas externas (15,8%), algumas doenças infecciosas e parasitárias (15,7%) e por fim, dos sinais, sintomas e afecções mal definidos (14,0%), refletindo a necessidade de esclarecimento das causas básicas de óbitos. As doenças do sistema nervoso (9,2%) e as malformações congênitas e anomalias cromossômicas (6,6%), contribuíram de forma significativa na mortalidade em menores de 5 anos. Quando se avalia a mortalidade no grupo de 5 a 9 anos, observa-se o predomínio das causas externas (33,9%) como base de óbito, seguida das neoplasias (11,3%) e causas indeterminadas (9,8%) que muitas vezes poderiam ser esclarecidas.

Apesar da redução significativa da participação das doenças infecciosas e parasitárias no perfil da morbimortalidade, algumas delas ainda se constituem um desafio tanto pela persistência de endemias importantes como pela magnitude de agravos crônicos como Aids, tuberculose e hanseníase.

Em relação às doenças crônicas no ano de 1983 foi diagnosticado o primeiro caso de Aids em Pernambuco. A epidemia nesses 22 anos tem apresentado tendência a heterossexualização, interiorização e pauperização, sendo a relação sexual a forma mais freqüente de infecção. Desde o início da epidemia, entre os casos de Aids em menores de 13 anos, observou-se que a totalidade foi infectada pela transmissão vertical (mãe/filho) durante a gestação, no trabalho de parto e/ou pela amamentação. Até agosto de 2005 foram notificados 8.670 casos (adultos /crianças) cumulativos.

O programa de hepatites virais foi instituído no ano de 2002. Durante o ano de 2004 houve maciços investimentos na capacitação de profissionais para a vigilância e manejo adequado das hepatites virais. Em 2005 o Estado de Pernambuco atendeu em torno de 310 pacientes portadores de hepatite B e C conforme dispensação pela Farmácia de Medicamentos Excepcionais.

O Estado ocupa o 2º lugar no Nordeste em prevalência de casos de hanseníase. No ano de 2004 a mudança na metodologia do cálculo adotada pela Organização Mundial de Saúde - OMS resultou num decréscimo desse indicador para 3,1/10.000 habitantes, aproximando-o da meta de eliminação preconizada pelo Ministério da Saúde - MS, de menos de 01 caso por 10.000 habitantes. Nesse mesmo ano foram diagnosticados 3.557 casos novos, representando um coeficiente de detecção geral de 4,3/10.000 habitantes.

Com 365 desses casos diagnosticados na população menor de 15 anos. Da detecção geral, 17,3 % apresentaram grau de incapacidade I e II, demonstrando diagnóstico tardio.

O controle dos contatos mostrou que dos 8.722 registrados 27,3% foram examinados. O programa está implantado em 164 municípios, correspondendo a uma cobertura de 88,6%.

Algumas doenças apresentaram um quadro de persistência, entre elas a tuberculose, as meningites, a leptospirose, a leishmaniose e a esquistossomose.

Em relação a tuberculose, Pernambuco se encontra no 4º lugar em incidência e 6º em número de casos no país. Dos 185 municípios, 175 têm o Programa de Tuberculose implantado, o que corresponde a 94,6% de cobertura. Entretanto, apenas 116 municípios (66,2%) realizam o exame de baciloscopia. Atualmente, o Estado vem implementando o Programa fortalecendo a rede laboratorial dos municípios sede de módulo.

Dentre as doenças transmissíveis com tendência declinante ou erradicada, incluem-se o sarampo, a raiva humana, o tétano neonatal, a difteria, a coqueluche, o tétano acidental, a doença de Chagas e a peste. Atribui-se a queda das doenças imunopreveníveis as altas coberturas vacinais de rotina e de campanhas que se apresentaram compatíveis com as metas estabelecidas pelo MS, não havendo, entretanto, homogeneidade das coberturas vacinais em 70,0% dos municípios nas vacinas BCG e hepatite B. A poliomielite se encontra erradicada no Estado, não apresentando casos desde 1988. O sarampo está sob controle em consonância com a vigilância epidemiológica, não havendo registro de casos confirmados no Estado, desde 2001.

Com o registro em 2004, de dois casos de tétano neonatal no Estado, medidas vêm sendo tomadas com a implementação do plano de intensificação da vacinação contra o tétano neonatal para mulheres em idade fértil (15 a 49 anos de idade).

Ainda em relação às doenças transmissíveis, ressalta-se a epidemia de dengue em 2002 e a reintrodução da cólera em 1992, silenciosa no período de 2001 - 2003, com surtos isolados em 2004 e 2005.

Nota de rodapé

1 – Dados parciais sujeitos a revisão

A magnitude dessas doenças no quadro epidemiológico do Estado tem como um dos fatores determinantes a falta ou inadequação de saneamento básico. A manutenção de epidemias, como a cólera e dengue e endemias como a esquistossomose e leptospirose, bem como, as altas taxas de mortalidade infantil por diarreias são exemplos claros da carência de investimentos que priorizem e contemplem essas ações na zona rural do Estado ou nas áreas. A irregularidade na ocorrência e distribuição de chuvas entre os municípios ocasionou inadequada captação de água e o baixo nível dos mananciais onde a população rural se abastece, favorecendo o aumento das doenças de veiculação hídrica.

O estado não registra casos de raiva humana desde 2002 e a incidência de raiva canina vem decrescendo nos últimos anos. As altas coberturas de vacinação canina e a manutenção da estratégia de campanhas são responsáveis pela situação de controle da doença no estado. O último caso diagnosticado de raiva humana no Estado foi em 2002, no município de Belém de São Francisco.

Nas doenças transmitidas por vetores, a dengue ainda se apresenta como problema de saúde pública, pois os índices de infestação pelo *Aedes aegypti* continuam na maioria dos municípios acima de 5%. No tocante a leishmaniose visceral, o maior número de casos, concentra-se no agreste pernambucano. A leishmaniose tegumentar e a esquistossomose apresentam maiores incidências na zona da mata. A doença de Chagas (aguda) e a peste estão sob constante vigilância e os últimos casos de peste ocorreram na década 80 (Anexo 7).

Ainda faz parte da agenda epidemiológica, a implantação da vigilância de algumas doenças emergentes como a febre do Oeste do Nilo, influenza, doenças priônicas (doença da vaca louca) e hantavirose.

Em relação à Saúde Mental a OMS aponta a prevalência de 3,0% de portadores de transtornos mentais severos e persistentes que requerem atendimento contínuo, 12,0% necessitam de atenção eventual ou contínua e 6,0% são acometidos de transtornos psiquiátricos graves decorrentes do uso de álcool e outras drogas. Pesquisas do Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas – **CEBRID**, concluiu que em 22 cidades do Nordeste, correspondente a 19,1% da população do país, apontam um percentual de 16,9% dependentes de Álcool o equivalente a 1.537.000 pessoas, destacando-se como o maior do país. O uso indevido de drogas, lícitas e ilícitas, envolvem a expansão de casos de contaminação de HIV/DST, maior incidência de tuberculose e hanseníase.

Segundo dados do IBGE/Censo 2000 a existência de elevado percentual de pessoas com deficiência no Estado (17,4%) corresponde a 1.379.706 pessoas. A insuficiente cobertura preventiva e terapêutica e a centralização das ações e serviços especializados nos centros urbanos sacrificam os usuários nos seus deslocamentos em busca desses serviços.

A questão do envelhecimento no Estado de Pernambuco é hoje uma realidade, que conta com uma população de 704.890 idosos, atingindo um percentual de 8,9 %. Essas mudanças significativas na composição populacional começam a acarretar uma série de previsíveis conseqüências sociais, culturais e epidemiológicas, para as quais o modelo

assistencial atual ainda não está preparado para oferecer um atendimento humanizado e de qualidade. Em geral, as doenças dos idosos são crônicas e múltiplas, perduram por vários anos, e exigem acompanhamento médico e de equipes multidisciplinares permanentes, além de intervenções contínuas com elevados custos para o SUS.

A adolescência é alvo de grande preocupação para a saúde pública, com alto índice de gravidez, contribuindo com 23,6% dos nascidos vivos e concorre para o maior risco de complicações na gestação além de uma maior morbimortalidade nas meninas de 10 a 19 anos. A principal causa de óbito nessa faixa etária são as causas externas (70,9%), na sua maioria oriunda da violência social.

Ao longo dos anos observou-se alguns avanços na política de atenção integral à saúde da mulher. Com a implantação do Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher – PAISM em 1984, a saúde da mulher deixou de ser planejada apenas no campo da saúde reprodutiva, para ser fomentada em todas as fases da sua vida. No entanto, a implementação do Programa encontra obstáculos como baixas condições socioeconômicas e culturais da população que limitam seu acesso às ações e serviços, as diferenças de organização e de desenvolvimento tecnológico entre as diversas regiões e municípios, bem como os diferentes níveis de gestão. Em todo o Estado a cobertura do pré-natal é de 85,0%, considerada boa de acordo com as normas da OMS e do Ministério da Saúde. A violência doméstica e sexista é um dos principais indicadores da discriminação de gênero contra a mulher e um grave problema de saúde pública. Segundo a pesquisa coordenada pela OMS, no ano de 2002, em Pernambuco, 34,0% das mulheres sofreram algum tipo de violência.

As ações de planejamento familiar fazem parte da atenção básica e estão entre as responsabilidades mínimas da gestão municipal em relação à saúde da mulher. Entretanto, muitos municípios ainda não conseguiram implantar essa ação. Pernambuco, que tem uma população feminina de 4.217.652, conta apenas com três municípios com o serviço de planejamento familiar implantados, 149 parcialmente, 21 não implantados e 12 sem informação.

3.3 Modelo de Atenção à Saúde

A reorganização do modelo de atenção à saúde em Pernambuco vem avançando progressivamente impulsionada pela Norma Operacional da Assistência à Saúde - NOAS 01/02. Tendo como pilares básicos o enfoque territorial-populacional, a garantia de acesso e a integração dos sistemas municipais, a SES vem trabalhando para a construção de uma rede de serviços regionalizada, hierarquizada e cooperativa.

Nesse sentido, realizou oficinas de trabalho, em 2001 e 2002, por Regionais de Saúde, abrangendo todos os municípios, com ampla participação dos gestores municipais, para construir a proposta de organização regionalizada da assistência consolidada no Plano Diretor de Regionalização - PDR, visando conformar sistemas de atenção funcionais e resolutivos nos diversos níveis de complexidade.

Partindo da premissa que todos os municípios brasileiros são responsáveis pela atenção básica, o Plano Diretor de Regionalização de Pernambuco, aprovado pelas instâncias gestoras do SUS-PE, pactuou as referências intermunicipais no sistema estadual de

saúde da seguinte forma: 56 módulos assistenciais de referência para a média complexidade I; 10 microrregiões de saúde, referência para a média complexidade II e III, tendo como pólos as sedes das Regionais de Saúde e três macrorregiões de saúde, referência para a alta complexidade, cujas sedes são os municípios de Recife, Caruaru e Petrolina (Anexo 8).

O Estado tem pouca experiência em relação ao modelo de Consórcio Intermunicipal de Saúde. Por intermédio do Programa de Apoio ao Desenvolvimento Sustentável da Zona da Mata de Pernambuco - Promata está sendo viabilizada a primeira iniciativa de Consórcio Intermunicipal de Saúde envolvendo os municípios de Nazaré da Mata (sede), Aliança, Buenos Aires, Tracunhaém e Vicência.

No final de 2004, 20 municípios estavam habilitados em Gestão Plena do Sistema Municipal - GPSM, abrangendo 43% da população do Estado e 29 habilitados em Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada - GPAB-A.

O modelo de atenção à saúde adotado em Pernambuco considera o Programa de Saúde da Família - PSF, como a estratégia organizativa do sistema de saúde, a partir da estruturação da atenção básica, buscando intervir em todas as dimensões do processo saúde-doença. Precedido pelo Programa de Agentes Comunitários de Saúde - PACS, implantado em 1991, com o objetivo inicial de reduzir a morbimortalidade materno-infantil, o PSF foi implantado em 1994, haja vista a necessidade de dar retaguarda ao trabalho do agente comunitário de saúde - ACS e resolubilidade à atenção básica, de forma integrada aos níveis de maior complexidade.

A implementação do PACS foi gradativa, e mais acelerada que o PSF, devido ao impacto das ações de baixo custo. O número de ACS passou de 8.447 em janeiro de 1999 para 12.978 em dezembro de 2004, cobrindo 66,0% e 91,2% da população do Estado, respectivamente. O PSF teve uma expansão de 482,0%, passando de 240 equipes em janeiro de 1999 para 1.397 em dezembro de 2004, ampliando a cobertura populacional de 10,9% para 58,9%.

A partir de 2001, a atenção básica em saúde bucal foi incorporada às Equipes de Saúde da Família. O Estado conta atualmente com 632 equipes de saúde bucal em 131 municípios, beneficiando 3.312.150 habitantes, com cobertura populacional de 41%, ofertando ações básicas à população (Anexo 9).

Embora seja recente a introdução do PSF no Brasil e no Estado de Pernambuco, estudos constatarem sua eficácia como modelo de assistência na atenção básica, onde as principais conquistas foram a melhoria do acesso aos serviços básicos de saúde, da relação das pessoas com a equipe do PSF e dos indicadores de saúde.

Apesar das dificuldades encontradas para executar a conversão do modelo para o PSF, nos espaços sociais estratégicos - político, educacional e financeiro, Pernambuco se encontra no momento final de transição dessa conversão, devendo priorizar a partir dessa etapa a qualificação das equipes do PSF, assim como intensificar e institucionalizar o processo de Monitoramento e Avaliação da Atenção Básica.

A média complexidade ambulatorial e hospitalar compreende um conjunto de procedimentos ambulatoriais distribuídos por níveis de complexidade - I, II e III, e

assistência hospitalar, devendo estar articulada com a atenção básica e ofertada nos módulos assistenciais, micro e macrorregiões de saúde, para atender aos principais problemas ambulatoriais e hospitalares da população. Inclui procedimentos especializados e a utilização de recursos tecnológicos de apoio diagnóstico e terapêutico. Há necessidade de consolidar a organização e a integração da rede para assegurar uma assistência ambulatorial e hospitalar de qualidade, diminuindo o descompasso do sistema.

A rede de serviços do SUS-PE é composta por 2.989 unidades ambulatoriais e 329 hospitais/unidades mistas, com 19.100 leitos; destacando-se 90 hospitais de pequeno porte, localizados em municípios com menos de 30.000 habitantes; 10 hospitais regionais situados nas sedes das microrregiões e oito hospitais de grande porte situados em Recife. Essa rede foi responsável em 2004 pela realização de 52.568.062 procedimentos de atenção básica, 30.171.405 procedimentos especializados e 5.607.612 procedimentos assistenciais de alta complexidade.

Em relação às consultas médicas, existe distorção nas de urgência/emergência, que são realizadas acima do parâmetro de programação estabelecido. Este fato gera déficit de consultas especializadas por aplicação indevida do recurso. Existe carência de cirurgias ambulatoriais, procedimentos traumatológico-ortopédicos, de otorrinolaringologia, de urologia, de atenção aos pacientes crônicos, odontológicos, exames para diagnóstico e monitoramento de câncer (anatomopatológico, imunohistoquímica e receptores tumorais). O déficit na fisioterapia é em parte devido à capacidade instalada insuficiente para atender a demanda. O fornecimento de órtese e prótese está abaixo da necessidade.

A média complexidade em saúde bucal está sendo ofertada pelos Centros de Especialidades Odontológicas – CEO, com oito (8) já implantados, sendo quatro (4) no município do Recife, dois (2) em Caruaru, um (1) no município do Brejo da Madre de Deus e um (1) no município de Condado, com as especialidades de: endodontia, periodontia, cirurgia oral menor, estomatologia, ortodontia e atenção à pacientes portadores de necessidades especiais. Encontra-se em estudo a extensão dessas ações para outras localidades

Na assistência hospitalar observa-se a ausência de acolhimento com classificação de risco resultando em longas filas baseadas no critério de ordem de chegada, ocasionando superlotação das urgências. Esse quadro é agravado pelo deslocamento dos procedimentos eletivos agendados, gerando disputa por leitos hospitalares e de terapia intensiva, independentemente da gravidade, e muitas vezes se transformam em urgências. Depara-se ainda, com a superlotação das unidades hospitalares, com pacientes portadores de doenças crônico-degenerativas que demandam longa permanência nos hospitais e sucessivos retornos ao serviço, dessa forma ocupando os leitos e superlotando as grandes emergências.

Sendo assim, a partir de 2004, a SES em parceria com o Ministério de Saúde vem desenvolvendo o Programa QualiSUS, uma estratégia de qualificação das grandes emergências, trabalhando seus problemas internos e externos de maneira participativa e construtiva, envolvendo inicialmente as três grandes emergências (Hospital da Restauração - HR, Hospital Getúlio Vargas - HGV e Hospital Geral Otávio de Freitas - HGOF. Nesses serviços foi implantado o acolhimento com classificação de risco,

rediscutido o perfil hospitalar, implantando o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU metropolitano e otimizando Central de Regulação de Leitos.

O SAMU 192 – Metropolitano é uma outra estratégia de organização de rede e de salvar vidas, que terá uma abrangência, na primeira etapa de implantação, em 13 municípios da Região Metropolitana do Recife, com um total de 32 ambulâncias de Suporte Básico de Vida e 11 ambulâncias de Suporte Avançado de Vida. Os veículos e seus equipamentos são doados pelo Ministério da Saúde e o custeio de manutenção das equipes é tripartite sendo 50% de responsabilidade do Governo Federal (R\$ 807.500,00), 25% do Governo Estadual (R\$ 360.750,00) e 25% dos Municípios (R\$ 360.750,00). Na primeira fase, aproximadamente 3 milhões de usuários serão favorecidos pelo SAMU 192 e ainda para o ano de 2006 está prevista a ampliação para o restante dos municípios da I GERES e inclusão da II e III GERES. A Macrorregional de Caruaru está se estruturando para a implantação do SAMU 192 na região do Agreste, inclusive com o seu Comitê Gestor Regional IV já implantado. As Regionais de Arcoverde e Garanhuns também estão em fase de estruturação, assim como as do Sertão. A implantação do SAMU 192 Metropolitano contará com uma Central de Regulação das Urgências que integrará as atividades da Central de Regulação Médica da SES/PE.

O financiamento da média complexidade ambulatorial e hospitalar além de historicamente insuficiente, dificultando a ampliação da oferta de serviços, apresenta uma tabela de valores dos procedimentos defasada sendo necessária a atualização.

A rede ambulatorial de alta complexidade compreende um conjunto de ações e serviços para atender os problemas mais complexos da população, ambulatoriais e hospitalares, com recursos tecnológicos de última geração, que se concentra em grande parte na macrorregião Recife. Envolve cirurgia cardiovascular, neurocirurgia, cirurgia bariátrica, oncologia, transplante, Aids, TRS, medicamentos excepcionais, entre outros.

Esse nível de atenção dispõe de 8 serviços de quimioterapia, 4 de radioterapia, 19 de terapia renal substitutiva, 21 de tomografia computadorizada, 7 de ressonância magnética, 5 de hemodinâmica, 3 de radiologia intervencionista, 3 de medicina nuclear in vivo, 1 de litotripsia e 2 de hemoterapia. A assistência hospitalar de alta complexidade é prestada por 7 serviços de cirurgia cardiovascular, 6 de traumatologia-ortopedia, 3 de neurocirurgia, 5 de oncologia.

Em 2005, Pernambuco realizou 20.479 internações em alta complexidade, sendo 3.332 cirurgias cardiovascular, 4.949 neurocirurgia, 2.903 cirurgia oncológica, 2.177 por transplantes, 2.583 Aids, entre outros. Além de 7.355.763 procedimentos ambulatoriais, sendo 414.129 TRS/hemodiálise, 58.457 quimioterapia, 10.716 ressonância magnética entre outros.

A cirurgia buco-maxilo-facial é ofertada pelo Hospital da Restauração, Hospital Geral de Areias, Hospital Getúlio Vargas, Hospital Regional de Agreste e Hospital Dom Malan e a reabilitação estético-funcional de portadores de fissura lábio-palatal é ofertada pelo Instituto Materno Infantil de Pernambuco.

Em relação à Terapia Intensiva, o SUS dispõe de 663 leitos, entre públicos e conveniados, com uma média atual de 2,2% dos leitos, próxima à média nacional de 2,4%. A partir de 1999 a SES empreendeu uma importante ampliação de leitos de UTI, passando de 164 leitos públicos estaduais (89 adulto/geral, 22 pediátricos, 33 neonatais, 07 isolamentos e 13 queimados) para 290 em dezembro de 2005. Todavia ainda há problemas por falta de vagas, sendo esse quantitativo insuficiente para atender a demanda.

Pernambuco ocupa hoje a 6º posição no país em realização de transplantes. A partir de 1995, ano da criação da Central de Transplantes, houve uma trajetória ascendente no número de procedimentos que se intensificou em 2002, cujo crescimento em relação ao ano anterior foi de 28% e em 2003 atingiu o percentual de 34%. Em 2004, ocorreu pequeno aumento em virtude de ter alcançado um patamar bastante alto para a estrutura atual do sistema doação-transplante. Apesar dos índices atingidos, o número de doações é amplamente insuficiente diante da grande demanda por órgãos e tecidos, o que exige investimentos na consolidação das comissões intra-hospitalares de transplante (CIHs), na interiorização dos transplantes e na infra-estrutura da logística da doação, ou seja, a realização dos exames laboratoriais (bioquímica e sorologia) e gráficos, além da presença de profissionais como neurologista e anestesista.

O Programa Nacional de Imunizações é operacionalizado de forma descentralizada pelas Secretarias Municipais de Saúde, através das Coordenadorias Municipais do PNI, e recebe apoio técnico-científico do Comitê Assessor Permanente de Imunizações integrado por representantes dos diversos órgãos científicos, de ensino e áreas afins.

O programa de controle das hepatites virais tem como hospitais de referência para diagnóstico, tratamento e acompanhamento as unidades de assistência ambulatorial e hospitalar de média complexidade de nível II: Hospital Universitário Oswaldo Cruz, Hospital das Clínicas, Hospital Barão de Lucena, Hospital Geral Otávio de Freitas, Hospital Agamenon Magalhães, Hospital da Restauração, Centro de Saúde Bernardino Campos, e Centros de referência que prestam assistência ambulatorial e hospitalar de alta complexidade, Unidades de nível III: Hospital Universitário Oswaldo Cruz e Hospital das Clínicas, Hospital Barão de Lucena, Hospital Agamenon Magalhães.

Em relação aos pacientes HIV/Aids cerca de 5.000 são acompanhados nos dez Centros de Referência, sendo que 4.042 fazem uso de medicação anti-retrovirais - ARV.

A assistência psiquiátrica, em que pese avanços na última década, ainda é enfocada no sistema hospitalar asilar concentrada na Região Metropolitana. Apresenta uma rede insuficiente de serviços extras hospitalares, carência de ações específicas na atenção primária, assim como de serviços substitutivos como os Centros de Atenção Psicossocial e os Serviços Residencial Terapêutico, que permitirão a reversão do modelo assistencial preconizada pelo MS, OPS e OMS. Conta apenas com 12 leitos psiquiátricos em hospital geral (Hospital das Clínicas da UFPE) e apenas dois pólos de emergência psiquiátrica para atendimento e triagem.

Pernambuco atualmente contabiliza 11.317 presos, sendo a maioria do sexo masculino (10.897), distribuídos em 17 Unidades Prisionais (15 masculinas e 2 femininas). A faixa etária predominante situa-se entre 20 e 45 anos, com baixa escolaridade e nível

socioeconômico, registrando-se grande incidência de moléstias agravadas pelas condições de superpopulação carcerária, falta de higiene e outros fatores de riscos. Soma-se a isto, a carência de técnicos e condições que viabilizem a implementação de medidas específicas de atenção à saúde. Após a adesão ao Plano Nacional de Saúde do Sistema Penitenciário, as Secretarias Estaduais de Saúde e de Defesa Social, vêm gradativamente implantando ações de atenção integral à saúde da população prisional, desenvolvendo conjuntamente, ações de qualificação e implantação de cinco equipes multidisciplinares nos Presídios: Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP), Centro de Observação e Triagem (Cotel), Limoeiro, Igarassu e Petrolina, que desenvolvem ações de promoção à saúde, prevenção de doenças, tratamento e reabilitação, dentro do Modelo de Saúde da Família. Realiza ações de repasse de medicamentos da farmácia básica às cinco unidades qualificadas; capacitação em sala de vacina para os enfermeiros-supervisores das Unidades Prisionais; oficina de DST/HIV/Aids para profissionais de saúde do Sistema Penitenciário da Região Metropolitana do Recife; campanhas de vacinação e reorganização do sistema de coleta de exames complementares, em parceria com os municípios. Foi iniciado o processo de reforma física e contratação de recursos humanos para as unidades de saúde do Sistema Penitenciário.

As Ações de educação em Saúde vêm sendo desenvolvidas por intermédio de capacitações, oficinas, palestras e campanhas de sensibilização e esclarecimentos à população. No entanto, em face aos altos índices de morbimortalidade infantil, alta prevalência de câncer cérvico-uterino e de mama, mortalidade por câncer de próstata, internamentos por complicações de diabetes, cegueira por catarata, morbidade por doenças cardiovasculares, por dengue, cólera, leishmaniose, esquistossomose, tuberculose e hanseníase, foi criado em 2003, o Programa de Educação e Promoção a Saúde e Prevenção de Doenças para implementação de um processo educativo/preventivo sistemático, de modo a imprimir maior eficiência e eficácia, agilidade e integração entre as instituições e serviços.

Em 2003, o Programa beneficiou 24 municípios; 5.216 pessoas (ACS, professores, alunos, técnicos municipais e população em geral) foram capacitadas; 20.734 mulheres foram atendidas com exames de prevenção ao câncer da mama; 18.028 homens com prevenção ao câncer da próstata; 6.835 mulheres com prevenção ao câncer de colo uterino; 3.145 pessoas com exames oftalmológicos e 7.058 pessoas com aferição de glicemia. Com a identificação de casos de câncer de mama e próstata, articulações vêm sendo realizadas junto aos hospitais de referência de modo a garantir uma maior resolubilidade no fechamento dos casos.

Referência máxima na rede estadual de laboratórios, o LACEN - Laboratório de Saúde Pública de Pernambuco integra a rede Nacional de Laboratórios de Vigilância Epidemiológica, Sanitária, Ambiental e média e alta complexidade da assistência médica. Funciona ainda como Laboratório de Referência Regional para: coqueluche, difteria, dengue, enteroinfecções bacterianas, febre amarela, meningite bacteriana, poliomielite e outras enterovirose. Nas áreas de produto e ambiente é referência em *Vibrio cholerae*, cianobactérias e controle da qualidade de medicamentos.

Compete também ao LACEN: coordenar a rede de laboratórios públicos e privados; realizar controle de qualidade analítica e promover a capacitação de recursos humanos da rede de laboratórios.

No que se refere à realidade organizacional o LACEN dispõe atualmente de pessoal técnico qualificado, tecnologia avançada, um sistema de gestão da qualidade modernizado e formador de profissionais. Entretanto, tem uma estrutura física inadequada às normas de qualidade e biossegurança, deficiência na tecnologia da informação e organograma incompatível com as atividades que executa.

A política de assistência farmacêutica do Estado, norteadas por diretrizes do Ministério da Saúde distribui medicamentos e insumos farmacêuticos para atender aos Programas de endemias, hanseníase, tuberculose e DST através das diversas ações em consonância com as Coordenações Estaduais dos referidos Programas.

O Estado presta assistência farmacêutica a pacientes portadores de patologias crônicas e raras, pertencentes ao Programa de Medicamentos Excepcionais, normatizados e padronizados em Unidades do Recife, Caruaru e Petrolina. Considerando a crescente demanda ao programa, existe a necessidade de ampliar o acesso ao medicamento, implementando outras Unidades nas demais regionais.

Com a existência de tecnologia de baixo custo e eficaz para o controle da hipertensão arterial e do diabetes mellitus, e tendo o Ministério da Saúde se comprometido a distribuir os medicamentos para atender a rede básica nestas patologias, tornou-se possível modificar o quadro de morbimortalidade por estes agravos. Entretanto, com a rotatividade de técnicos do Programa de Saúde Família, descontinuidade de entrega de medicamentos padronizados pelo programa, articulação frágil com os demais níveis de complexidade no Sistema Único de Saúde - SUS, faz-se necessário implementar a rede de atenção aos portadores de hipertensão arterial e diabetes mellitus de forma articulada e hierarquizada, implementar a capacitação de pessoal técnico, institucionalizar ações de monitoramento e avaliação, assessorar os municípios, visando implementar ações de promoção, prevenção, controle, tratamento e redução de danos nos municípios.

No Programa de Incentivo a Assistência Farmacêutica Básica o Estado repassa aos municípios a contrapartida estadual de R\$ 0,50 *per capita*/ano em medicamentos fabricados pelo LAFEPE, para atender as patologias mais prevalentes da população. As atividades de controle e avaliação desse programa ficaram parcialmente comprometidas por dificuldades operacionais do sistema de informação eletrônico junto ao Ministério da Saúde. No âmbito das unidades hospitalares, para assegurar a assistência farmacoterapêutica das Emergências e UTI foi estabelecido um programa de medicamentos essenciais. Existem ainda dois programas de assistência farmacêutica na rede hospitalar do Estado, a chamada cesta básica, com os medicamentos mais comuns de uso hospitalar e cesta de UTI com medicamento de alto custo para as unidades hospitalares com terapia intensiva.

Com a finalidade de produzir medicamentos à população de menor poder aquisitivo, o Laboratório Farmacêutico do Estado de Pernambuco (LAFEPE), sociedade de economia mista, foi criado em 4 de janeiro de 1966. Empresa vinculada à Secretaria de Saúde vem mantendo a sua missão voltada para desenvolver, produzir e comercializar

medicamentos, saneantes e correlatos com qualidade e baixo custo, atendendo às políticas de saúde pública e atuando como regulador do mercado. Produz 57 medicamentos, divididos em linhas de produção. Uma delas, exclusiva para o Ministério da Saúde, com 10 medicamentos Anti-Retrovirais (Aids), 5 Tuberculostáticos e 1 Saneante (combate à cólera). A linha comercial com 41 medicamentos inclui 23 medicamentos do Programa Estadual de Assistência Farmacêutica, 18 para atendimento ambulatorial e hospitalar dos Estados e Municípios.

Durante o período 2001 a 2005, o LAFEPE investiu na modernização de suas instalações fabris através da construção e aquisição de equipamentos das fábricas de Líquidos Orais, Sólidos Orais, Anti-retrovirais e Controle de Qualidade. Foram concluídas em 2005, as reformas das Unidades de Cremes e Pomadas e de Tuberculostáticos. Encontra-se em andamento obras de ampliação, reforma e aquisição de equipamentos nas Unidades de Injetáveis Pequenos Volumes, Almoarifado, Central de Pesagem e de Fabricação de Imunoparvum.

Atualmente, a área produtiva concentra todos os esforços no sentido de estabelecer planejamento de produção que permita um melhor atendimento frente à demanda do Estado, por entender como prioridade o abastecimento de unidades vinculadas e das secretarias municipais de saúde. O parque fabril encontra-se em intervenções estruturais. Todas as áreas em funcionamento receberam certificação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA – RDC –210.

A Fundação HEMOPE, organização de caráter científico, educacional e assistencial, de direito público, vinculada à Secretaria de Saúde de Pernambuco desde 1977, é responsável pela Política de Sangue e Hemoderivados no Estado. Atua no segmento da hematologia e hemoterapia, na produção científica, na formação qualificada de recursos humanos e na prestação de serviços especializados, com a missão de atender com qualidade as necessidades de saúde da população em transfusão sanguínea, no diagnóstico e tratamento das doenças do sangue e na produção de derivados de plasma, com o compromisso de desenvolver o ensino e a pesquisa.

Representa experiência pioneira no Brasil, é referência para o Sistema Nacional do Sangue, Componentes e Hemoderivados (SINASAN) do Ministério da Saúde, sendo responsável pelo atendimento de 100% de toda demanda do Sistema Único de Saúde, no âmbito do Estado, no que se refere ao seu potencial de serviços.

As ações de planejamento, consubstanciadas nos planos diretores desenvolvidos no passado, e nos dias atuais, deram partida ao processo de instrumentalização da Fundação HEMOPE para crescer e responder aos novos desafios, no plano da assistência à rede pública e privada de saúde de Pernambuco. Novas dificuldades exigem ações urgentes de melhoria, quer na readequação quantitativa e qualitativa do quadro de servidores, na necessidade de implementar novas tecnologias, informatização de suas ações em todo o Estado, na modernização administrativa e gerencial, implementação do Hospital e novos investimentos nos seus Hemocentros.

O Estado conta com 4 Centros Regionais de Atendimento à Saúde do Trabalhador localizados em Recife, Goiana, Jaboatão e Petrolina. Encontra-se em implantação o Centro Estadual, em fase de aquisição materiais e equipamentos, aguardando apenas a

habilitação do MS. Estão previstas visitas para acompanhar a implantação nos municípios de Cabo e Caruaru.

3.4 Gestão em Saúde

A regionalização da assistência à saúde preconizada pela NOAS 01/02 reforça a importância da esfera estadual do SUS e tem contribuído para o redirecionamento do papel da SES, no sentido de reduzir o seu caráter executor, decorrente da grande rede pública de serviços, para exercer prioritariamente as atribuições inerentes à gestão estadual do sistema de saúde. Dentre estas se destacam a coordenação da política de saúde; o controle, avaliação, regulação e auditoria do sistema de saúde; o monitoramento e avaliação das ações e serviços; o aprimoramento do processo de descentralização mediante o fortalecimento das GERES; e a cooperação técnica e financeira aos municípios. Desta forma, a SES iniciou uma nova fase ao se habilitar na Gestão Plena do Sistema Estadual de Saúde - GPSE - em agosto de 2004.

Para o desempenho desse novo papel a esfera estadual do SUS identifica dificuldades estruturais e gerenciais que necessitam ser superadas. Nesse sentido, a Secretaria Estadual de Saúde, em parceria com a Secretaria de Administração e Reforma do Estado desencadeou um processo de Planejamento Estratégico Simplificado com vistas a promover o seu desenvolvimento organizacional.

A estrutura organizacional da SES passou por adequações em 1999, 2003 e mais recentemente em janeiro de 2005 (Anexo 10). Todavia, há necessidade de ajuste da estrutura, pois o organograma não contempla as diferentes complexidades e peculiaridades da Sede e das GERES, dificultando o processo de descentralização.

Ao assumir a GPSE, a SES entende que é necessário fortalecer e aprimorar os processos de planejamento e gestão em saúde, mediante a implementação de instrumentos e metodologias que proporcionem o desenvolvimento organizacional e avanços no processo de descentralização. Entre estes se destacam a implantação da Programação Pactuada e Integrada da Assistência; a implementação da Regulação, Controle e Avaliação da Assistência de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar; do Componente Estadual do Sistema Nacional de Auditoria; a institucionalização das ações de Monitoramento e Avaliação da Atenção Básica (M&A); da Ouvidoria do SUS; a fim de dar sustentabilidade à gestão.

A Programação Pactuada e Integrada - PPI, instrumento que viabiliza a articulação e integração da rede assistencial intermunicipal, coordenada pela SES, em parceria com o Colegiado da Secretaria Municipal de Saúde - COSEMS, teve início em 2003, mediante a aprovação dos parâmetros de programação pela Comissão Intergestores Bipartite - CIB e capacitação das GERES. A programação da assistência foi realizada em oficinas de trabalho com a participação das GERES e dos municípios, sendo concluída em março de 2004. As etapas subsequentes ficaram prejudicadas em razão do processo de eleições municipais. Esse processo foi retomado no início de 2005.

Em relação às ações de Controle e Avaliação da Assistência de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar são realizadas de forma incipiente, em função do número reduzido de recursos humanos, baixo investimento em capacitação

profissional e a centralização dessas ações no nível central. As de Regulação são desenvolvidas pela Central de Regulação Médica, implantada em 2000 e estão voltadas principalmente para orientar e garantir os internamentos através das Centrais de Partos e de Leitos; autorizar exames e procedimentos de Alto Custo/Complexidade e encaminhar pacientes para tratamento fora do domicílio.

Quanto a Auditoria do SUS, ainda não dispõe de infra-estrutura adequada e realiza atividades que são próprias de Controle e Avaliação, carecendo definir de forma precisa a sua missão institucional. A indefinição da condição funcional dos profissionais e a sua atual remuneração não compatível com o grau de responsabilidade, a complexidade e a peculiaridade destas atribuições, impossibilitam a dedicação exclusiva ao serviço por partes dos auditores. Esse problema, contudo, não ocorre apenas no Estado de Pernambuco.

Muito se tem avançado no que se refere às ações de Monitoramento e Avaliação (M&A), entretanto há necessidade de sistematizar e integrar às diversas áreas técnicas, visando uma maior efetividade das intervenções. Os processos de M&A vêm sendo desenvolvidos através do Comitê Estadual de Avaliação da Atenção Básica para qualificação dos municípios em Gestão Plena do Sistema Municipal (GPSM); dos vários Sistemas de Informação em Saúde, Sistema de Controle Avaliação e Auditoria; Acompanhamento e Supervisão do PACS e PSF; Pacto dos Indicadores da Atenção Básica e Programação Pactuada e Integrada da Vigilância em Saúde. Por intermédio do Projeto de Expansão do Saúde da Família (PROESF), no seu Componente III - Fortalecimento das Ações de M&A da Atenção Básica -, a SES vem vivenciando um momento importante para o aperfeiçoamento e incorporação dos processos avaliativos.

Os sistemas de informação existentes no SUS ainda apresentam baixa integração entre si havendo muito que evoluir nesse campo para que as informações em saúde funcionem como instrumentos de apoio à gestão.

Instituído através do Decreto Nº. 23.347 de 02 de abril de 2003, o Programa Governo Digital vinculado à Secretaria de Administração e Reforma do Estado - SARE, em articulação com a Secretaria de Ciência, Tecnologia e Meio Ambiente - SECTMA, definiu como foco as seguintes diretrizes: Atendimento ao Cidadão, Digitalização dos Processos, Economicidade, Planejamento dos Recursos do Governo - GRP e a Gestão Integrada. Para tanto, a execução do Programa deve promover o desenvolvimento de uma estrutura matricial que permita ao Governo realizar avaliações periódicas dos compromissos pactuados com as Secretarias e seus órgãos vinculados no que se refere à Tecnologia da Informação e Comunicação - TIC.

A área de recursos humanos apresenta um conjunto de problemas cruciais de diferentes naturezas, comuns aos outros Estados e anunciados nos grandes fóruns de Secretários como dificultadores da implementação do SUS. Destacam-se a insuficiência quantitativa e qualitativa de pessoal; dificuldade de reposição dos técnicos que se aposentam; deslocamento de técnicos para os municípios; dificuldade de alocar profissionais qualificados e comprometidos com a resolubilidade do SUS no interior do Estado; inexistência de incentivo de produtividade que estimule a fixação do profissional no interior; perfil dos profissionais não alinhado às principais estratégias de reorganização do modelo de atenção à saúde; cultura profissional voltada para a

especialização; além dos baixos salários. A SES tem negociado com o Governo do Estado, propostas para provimento de novas vagas, mediante a realização de Concurso Público, bem como autorização para propor um Plano de Cargos Carreiras Vencimentos e Salários (PCCVS).

Numa outra vertente, a política de gestão de pessoas da SES tem como atividade relevante o desenvolvimento, a valorização e qualificação dos profissionais mediante programas voltados para o aprimoramento, adequação às mudanças sócio-políticas, humanização, coordenação e monitoramento de residências e estágios, acompanhamento dos programas Psicossocial, o qual dá apoio psicológico aos trabalhadores do SUS e familiares, Proformar, tele-salas, para cursos técnicos e de educação continuada, objetivando melhoria contínua, agregando valores e condicionando as pessoas a desempenharem com efetividade e vontade de produzir mais e melhor. A Escola Técnica de Saúde Pública de Pernambuco - ETSPPE, com dezesseis anos de funcionamento, participa desse esforço. Prioriza cursos de qualificação e habilitação, auxiliar e técnico, na área de saúde - subáreas de enfermagem, biodiagnóstico, saúde bucal, análise clínica, vigilância sanitária, citologia e agente comunitário de saúde, com autorização da Secretaria Estadual de Educação.

A Secretaria de Saúde mantém articulação permanente com os municípios por intermédio do Colegiado de Secretários Municipais de Saúde e das Comissões Intergestores Bipartite Estadual e Regionais.

O Controle Social é exercido de forma permanente pelo Conselho Estadual de Saúde mediante reuniões ordinárias e extraordinárias mensais, realização de Plenárias e Conferências Estaduais de Saúde. O CES/PE é um órgão de caráter permanente, colegiado, paritário e deliberativo, criado pela Lei 11.018, de 30 de dezembro de 1993. É composto de 64 membros entre titulares e suplentes.

Os recursos financeiros para a programação de trabalho da SES estão definidos no instrumento constitucional de planejamento, Plano Plurianual 2004-2007 – PPA (Anexo 11).

4. EIXOS PRIORITÁRIOS

4.1 Política de Descentralização

A descentralização da saúde enquanto princípio organizativo do SUS preside a política estadual de saúde. Sua inclusão como um eixo prioritário foi deliberado na Oficina de Elaboração do Plano embora as suas diretrizes e metas perpassem transversalmente os demais eixos.

Objetivo: Consolidar e aprimorar o processo de descentralização da saúde nas GERES, enquanto representação da SES nas Regiões de Saúde e nos municípios como parceiros executivos do SUS.

4.1.1 Fortalecimento das GERES

Diretrizes: Fortalecer a estrutura física, operacional e gerencial das 10 GERES para execução, acompanhamento e desenvolvimento das políticas de saúde. Para tanto, faz-se necessário redefinir a estrutura organizacional das GERES e hospitais regionais, implementar sistemas orçamentário, financeiro e contábil, processos licitatórios e apoio legal descentralizados, acompanhada de uma política de recursos humanos compatível com o papel do Estado e com os princípios e diretrizes do SUS.

Metas	2005	2006	2007
1. Adequar a estrutura organizacional das GERES e dos hospitais regionais em consonância com o PDR.		X	X
2. Realizar concurso público para técnico de nível superior nas áreas estratégicas das GERES e Hospitais Regionais.		X	X
3. Capacitar 100% dos recursos humanos das áreas estratégicas das GERES.	X	X	X
4. Implantar sistema orçamentário, contábil-financeiro e licitatório nas GERES.		X	X
5. Implantar e implementar o controle e avaliação ambulatorial, hospitalar de alta complexidade.	X	X	X
6. Implantar serviço de apoio legal nas 10 GERES.		X	X
7. Transformar em unidades orçamentárias os hospitais regionais da II, III, IV, V, VI, VII, IX e X GERES. Na I GERES, os Hospitais João Murilo, Padre Antonio Manoel, Belarmino Correia, Correia Picanço e Alcides Codeceira.		X	X
8. Supervisionar as unidades orçamentárias dos hospitais.			X
9. Supervisionar, monitorar e avaliar as ações de saúde desenvolvidas nas GERES.	X	X	X
10. Elaborar projeto para criação do cargo de Auditor do Sistema Único de Saúde na SES-PE.		X	X

4.1.2 Regionalização e Hierarquização da Assistência/Consórcios Intermunicipais de Saúde

Diretrizes: Implementar o Plano Diretor de Regionalização e/ou a estratégia de Consórcios Intermunicipais de Saúde visando ordenar a assistência em territórios delimitados, estimular as habilitações de gestão de municípios e do Estado bem como a municipalização e/ou consorcialização de unidades estaduais de saúde.

Metas	2005	2006	2007
1. Habilitar 10 municípios sedes de módulo e microrregião em GPSM.	5	10	
2. Municipalizar 4 unidades estaduais de saúde: Hospital Geral de Areias, Hospital Ulisses Pernambucano Hospital Barão de Lucena e Hospital Agamenon Magalhães		2	2
3. Realizar seminários para discutir a instituição dos Consórcios Intermunicipais de Saúde, envolvendo nas discussões o Conselho Estadual de Saúde.		X	X
4. Implementar processo de avaliação dos sistemas municipais de saúde.	X	X	X
5. Implantar/implementar as Diretrizes Operacionais do Pacto pela Saúde.		X	X

4.2 Organização da Rede Assistencial

Objetivo: Consolidar a regionalização e a hierarquização da assistência à saúde promovendo o acesso universal, integral, equânime e resolutivo às ações e serviços, em todos os níveis de complexidade.

4.2.1 Atenção Básica - Saúde da Família

Diretrizes: Reorganizar a Atenção Básica do Estado, mediante a estratégia Saúde da Família e garantir o acesso da população às ações de promoção à saúde, prevenção de doenças, tratamento e reabilitação, nas áreas estratégicas (saúde da criança, saúde da mulher, controle da hipertensão e do diabetes mellitus, controle da tuberculose, eliminação da hanseníase e saúde bucal), atuando em territórios delimitados, com clientela adscrita e foco no cidadão, na família e na comunidade.

Metas	2005	2006	2007
1. Elevar a cobertura populacional do PSF de 65% em 2005 para 70%, implantando 375 novas equipes.	125	125	125
2. Realizar Treinamento Introdutório ao PSF para 1.200 profissionais (médicos e enfermeiros).	400	400	400
3. Realizar treinamento do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) para 300 técnicos.	100	100	100
4. Acompanhar, supervisionar e avaliar 3.750 Equipes de Saúde da Família.	1.250	1.250	1.250
5. Elevar a cobertura dos municípios com PSF para 100%.	X	X	X
6. Elevar a cobertura populacional assistida pelo PACS para 85%, selecionando 450 novos ACS.	150	150	150
7. Capacitar, em parceria com os municípios, 450 ACS do PACS/PSF.	150	150	150
8. Assessorar os 185 municípios durante todo o processo de implantação/implementação, gerenciamento e avaliação do PACS/PSF.	X	X	X
9. Instituir incentivo financeiro para a Atenção Básica, com base em critérios de avaliação definidos pela SES.		X	X
10. Elaborar protocolo de normas e rotinas para o PSF adequando à realidade do Estado.		X	X

4.2.2 Assistência de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar

Diretrizes: Estruturar a rede de assistência de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar, incluindo o atendimento às urgências e emergências, em conformidade com o Plano Diretor de Regionalização e a Programação Pactuada e Integrada, a partir dos

módulos assistenciais, micro e macrorregiões de saúde, articulando os vários níveis da atenção, visando à equidade do acesso e a integralidade do atendimento. Em relação à assistência hospitalar, as estratégias definidas contemplam a redefinição de papéis dos grandes hospitais; a implantação da classificação de risco; a definição e estruturação da retaguarda de atendimento para a média e alta complexidade; a implementação da rede especializada de apoio diagnóstico e terapêutico; a reorganização da rede de referência e contra-referência; a implantação de instrumentos de monitoramento, avaliação e regulação do acesso; o financiamento dos hospitais de pequeno porte; e a participação dos hospitais de ensino mediante contratos de gestão.

Metas	2005	2006	2007
1. Implantar o acolhimento com classificação de risco nas 6 grandes emergências: HBL, HAM, HR HGOF, HGV, HRA	X	X	
2. Implantar o sistema de monitoramento e avaliação nas 6 grandes emergências e Hospitais Regionais.	X	X	X
3. Implantar o SAMU nas 3 macrorregionais: Recife Agreste Sertão	X	X	X
4. Ampliar a rede de cirurgia cardiovascular nas macrorregiões Recife e Caruaru.	X	X	X
5. Implantar Comitês Estaduais de Urgência e Emergência, Cardiologia, Câncer e outros.	X	X	X
6. Definir prioridades e estruturar a rede de média e alta complexidade nas áreas de cardiologia e câncer.	X	X	X
7. Ampliar e equipar 52 leitos de Unidades de Terapia Intensiva: 14 leitos da UTI adultos e 8 leitos da UTI neonatal no HAM; 3 leitos neonatal no CISAM; 12 leitos da UTI neonatal interna e 9 leitos da UTI neonatal externa no HBL; e 6 leitos de UTI pediátrica no Hospital Regional do Agreste.		X	X
8. Implementar a rede de apoio diagnóstico e terapêutico nas áreas cardiovascular oncologia, nefrologia, neurologia, terapia intensiva e hematologia.	X	X	X
9. Implantar indicadores de avaliação e monitoramento da qualidade assistencial nas 6 grandes emergências.	X	X	X

Metas	2005	2006	2007
10. Implantar a política dos hospitais de pequeno porte (HPP) em 60 hospitais.		30	30
11. Firmar e acompanhar os contratos de gestão com os hospitais de ensino:			
IMIP e HC	X	X	X
HUOC	X	X	X
HGV, CISAM e HAM		X	X
HR			X
12. Implantar as Redes de Assistência em Alta Complexidade em:			
Assistência Cardiovascular	50%	60%	70%
Nefrologia	82%	90%	95%
Traumato - Ortopedia	40%	50%	60%
Saúde Auditiva	20%	40%	80%
Terapia Nutricional	20%	40%	60%
Neurocirurgia	20%	30%	40%

4.2.3 Central de Transplantes

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

Metas	2005	2006	2007
1. Implantar a Central Regional de Transplantes de Petrolina e Centros Transplantadores de Córnea em Caruaru, Serra Talhada e Garanhuns, e Centros Transplantadores de Rim para Serra Talhada, Garanhuns e Arcoverde.	X	X	X
2. Capacitar 500 pessoas com participação de Sociedades Regionais de Neurologia, Terapia Intensiva, Comissões Intra-hospitalares de Transplantes e entidades da sociedade civil.	X	X	X
3. Implementar os postos avançados de captação de órgãos e tecidos nos hospitais Getúlio Vargas, Restauração e Otávio de Freitas.		X	X
4. Implementar a infra-estrutura da Sede da Central de Transplantes de Pernambuco e Central Regional de Petrolina.		X	X

Metas	2005	2006	2007
5. Implantar o funcionamento efetivo das Comissões Intra-hospitalares de Transplante nos hospitais do Recife, Olinda e Jaboatão dos Guararapes e nos grandes hospitais do interior do Estado.		X	X
6. Aumentar em 30% o número de doações de órgãos no Estado.	X	X	X
7. Aumentar em 30% ao ano o número de transplantes realizados.	X	X	X
8. Distribuir o ranking de Rim pelo HLA, aumentando em 100% o número de pacientes receptores de rim tipados, diminuindo o risco de perda do enxerto.	X	X	X
9. Implantar Projeto EPC (Equipe de Procura de Córnea) – abrangendo o Grande Recife e os Municípios: Serra Talhada, Salgueiro, Floresta, Arcoverde, Garanhuns, Vitória de Santo Antão.	X	X	X
10. Implantar Ambulatório Pré-transplante de doador vivo, beneficiando 03 pacientes por mês nos Hospitais das Clínicas e Barão de Lucena.	X	X	X
11. Implantar campanha educativa anual em doações de órgãos e tecidos.		X	X
12. Instituir Incentivo Estadual para as comissões intra-hospitalares de doações de órgãos e tecidos para transplantes.		X	X
13. Acompanhar, supervisionar e avaliar tecnicamente os transplantes em Pernambuco.		X	X

4.2.4 Política de Medicamentos do SUS

Diretrizes: Desenvolver ações em consonância com a Política Nacional de Medicamentos e Plano Estadual de Assistência Farmacêutica, visando garantir de forma descentralizada o acesso à assistência farmacêutica no âmbito estadual mediante a implementação dos Programas: Farmácia Básica, Medicamentos Estratégicos (tuberculose, hanseníase, DST/Aids, endemias focais), Saúde Mental e Medicamentos Excepcionais (Alto Custo) e capacitação de recursos humanos.

Metas	2005	2006	2007
1. Elaborar e implantar o Plano Estadual de Assistência Farmacêutica.		X	X
2. Co-financiar, acompanhar, controlar e avaliar o Programa de Incentivo à Assistência Farmacêutica Básica nos 185 municípios.	X	X	X

Metas	2005	2006	2007
3. Programar, adquirir, armazenar, distribuir e dispensar medicamentos do Programa de Alto Custo.	X	X	X
4. Garantir o acesso à população aos medicamentos do Programa de Média e Alta Complexidade.	X	X	X
5. Gerenciar a distribuição contínua e armazenamento dos medicamentos de Programas Estratégicos, Endemias e Saúde Mental (incluindo a aquisição).	X	X	X
6. Realizar capacitação de 280 profissionais na assistência farmacêutica básica e 115 na assistência farmacêutica de média e alta complexidade.	X	X	X
7. Descentralizar as ações de assistência farmacêutica para as GERES mediante a reestruturação das instalações físicas e aquisição de equipamentos.	X	X	X

4.2.5 Laboratório Estadual de Saúde Pública - LACEN

Diretrizes: Tornar o LACEN uma Unidade Gestora fortalecendo o desenvolvimento organizacional, a estrutura física (infra-estrutura e equipamentos) e o corpo técnico para atender as ações de vigilância sanitária, epidemiológica e ambiental no contexto Regional e Nacional; melhorar e ampliar o relacionamento interlaboratorial aumentando a cooperação técnico-científica com instituições de ensino de referência nacional.

Otimizar o relacionamento com o usuário assegurando programas de saúde pública com resultados analíticos confiáveis para a satisfação do cidadão; aprimorar a gestão de pessoas promovendo a valorização profissional através de programas de educação e incentivos financeiros.

Metas	2005	2006	2007
1. Tornar o LACEN uma Unidade Gestora.		X	
2. Operacionalizar o Sistema da Qualidade e Biossegurança conforme Normas da ISO 17025 e DICLA - 083/INMETRO para o LACEN/PE.	X	X	
3. Ampliar a cobertura do programa de triagem neonatal para 100% dos nascidos vivos de Pernambuco.	X	X	X
4. Treinar profissionais de nível médio no LACEN ou unidades referência, para serem coletores nos postos de triagem neonatal implantados.	X	X	X
5. Criar gratificação de referência para os servidores do LACEN.		X	

Metas	2005	2006	2007
6. Reativar o Centro de Estudo do LACEN.		X	
7. Implantar novas metodologias em Micologia, Biologia molecular para Enterobactérias, Meningites Virais, Diagnóstico para Herpes, Vírus Respiratórios, Cianotoxinas.	X	X	X
8. Supervisionar os laboratórios das 10 GERES.	X	X	X
9. Capacitar 80 técnicos dos laboratórios da rede e realizar controle de qualidade.	X	X	
10. Habilitar o LACEN para ser referência nacional em Cianobactérias.		X	
11. Implantar jornal informativo.		X	X

4.2.6 Fundação de Hematologia e Hemoterapia de Pernambuco - HEMOPE

Diretrizes: A Fundação HEMOPE tem como diretriz desenvolver com qualidade a assistência hematológica e hemoterápica, a produção de hemoderivados e atividades de ensino e pesquisa, com inovação tecnológica, modernização e eficiência da gestão pública.

Metas	2005	2006	2007
1. Ampliar e modernizar a produção de hemoderivados para 180.000 (FA produzidos).	55.000	60.000	65.000
2. Desenvolver e implantar tecnologia de produção de anti-soros do sistema ABO por anticorpos monoclonais em parceria com o LIKA e treinar equipe na tecnologia desenvolvida.			26.620
3. Construir e reformar as instalações físicas da Fundação do HEMOPE.	X	X	X
4. Realizar 58 transplantes de medula Óssea.	18	20	20
5. Atender a 285.000 pacientes hematológicos (pacientes atendidos pelo HEMOPE).	90.000	95.000	100.000
6. Realizar pesquisa e ensino em graduação e pós-graduação.	X	X	X
7. Realizar 573.000 procedimentos hemoterápicos (hemocomponente transfundido).	190.000	191.000	192.000
8. Interiorização de 97.950 dos procedimentos e serviços hemoterápicos.	31.017	32.650	34.283

Metas	2005	2006	2007
9. Capacitar 150 profissionais (equipe multidisciplinar) para prestar aconselhamento genético a pacientes com Traço Falciforme.		50	100
10. Promover a capacitação de 200 profissionais de saúde (médicos/enfermeiros) para prestar atendimento às urgências de pacientes com Doença Falciforme.		120	80
11. Promover a capacitação de 100 odontólogos para atendimento aos pacientes com Doença Falciforme.		60	40
12. Garantir o acompanhamento multidisciplinar para os 48 casos positivos de Anemia Falciforme no HEMOPE, oriundos da Triagem Neo-Natal (Referendados pelo HR - Serviços de referência para a TNN).	14	16	18
13. Criar o Conselho Gestor da Fundação HEMOPE.		01	
14. Implantar a Comissão de Saúde do Trabalhador			01
15. Formalizar o Contrato de Gestão com o Governo Estadual, pactuando as ações do PES 2006/2007.		01	
16. Implantar o Programa de doadores Voluntários de Medula Óssea, captando e cadastrando 500 doadores/ano.		500	500
17. Elaborar em conjunto com a SES-PE o Plano Estadual de Hemoterapia.		01	
18. Informatizar os Hemocentros da IV, V, VIII GERES em 2006 e os Hemocentros da III e X GERES em 2007.		03	02
19. Implantar 02 Agências Transfusionais na I GERES (Goiana/Fernando de Noronha).		02	
20. Implantar 04 Agências Transfusionais da II a X GERES.		03	01
21. Implantar atendimento hematológico ambulatorial em Petrolina.		01	
22. Otimizar o atendimento hematológico ambulatorial em Caruaru.		01	
23. Reativar o processo de coleta de sangue nos Núcleos de Hemoterapia de Arcoverde e Limoeiro.	02		
24. Implementar 10 Comitês Hospitalares de Transfusões na I GERES.		10	
25. Desenvolver Programa de Reciclagem e Atualização em Medicina Transfusional nos municípios contemplados pela hemorrede ação 2007.		01	01

4.3 Desenvolvimento das Políticas de Saúde

Objetivo: Gerir no âmbito do Estado a execução das políticas de saúde envolvendo a implementação de modelos de atenção, com foco na promoção, prevenção, assistência e recuperação da saúde, bem como executar em caráter suplementar ações articuladas com os municípios e outras Secretarias.

4.3.1 Saúde da Criança

Diretrizes: Coordenar, assessorar e monitorar a execução das ações de Saúde da Criança, com o intuito de contribuir para a redução da morbimortalidade infantil principalmente nos grupos mais vulneráveis. As principais diretrizes estão voltadas para a implementação do Programa de Redução da Mortalidade Infantil “Criança Feliz” destacando as estratégias de atuação do Comitê Estadual para Redução da Mortalidade Infantil; criação dos Comitês Regionais e Municipais para Redução da Mortalidade Infantil; vigilância do óbito Infantil; qualificação dos profissionais envolvidos na assistência às doenças prevalentes na infância; ampliação de Bancos de Leite Humano nas unidades hospitalares; ampliação da Iniciativa Hospitais Amigo da Criança; implantação do Método Mãe – Canguru; ampliação do Programa de Triagem Neonatal; e, melhoria da assistência ao recém-nascido.

Metas	2005	2006	2007
1. Reduzir a mortalidade infantil em 7,5% ao ano.	X	X	X
2. Viabilizar credenciamento de 02 Hospitais Amigo da Criança, nos municípios de Arcoverde (2006) e Limoeiro (2007).		X	X
3. Capacitar 841 profissionais de saúde para os Hospitais Amigo da Criança de Recife, Arcoverde e Limoeiro.		X	X
4. Supervisionar anualmente os Hospitais Amigo da Criança.	X	X	X
5. Viabilizar a implantação de 03 Bancos de Leite Humano, nos municípios de Arcoverde (2005), Garanhuns (2006) e Limoeiro (2007).	X	X	X
6. Capacitar 12 profissionais para os 03 Bancos de Leite Humano nos municípios de Arcoverde, Garanhuns e Limoeiro.	X	X	X
7. Implementar o Projeto Carteiro Amigo no Incentivo ao Aleitamento Materno, através da capacitação de 30 carteiros/ano.	X	X	X
8. Ampliar a doação de leite da Central de Leite Materno em 840 litros.	X	X	X
9. Ampliar a cobertura do aleitamento materno exclusivo nos 138 municípios do semi-árido.		X	X

Metas	2005	2006	2007
10. Implementar o Método Mãe-Canguru em 06 hospitais (50%), através da capacitação de 96 profissionais de saúde.		X	X
11. Implantar o Programa de Redução da Mortalidade Infantil - PRMI na X GERES completando 100% dos municípios com o programa implantado.	X		
12. Monitorar as ações do PRMI nos municípios implantados.	X	X	X
13. Realizar 02 seminários/ano/GERES de avaliação do PRMI, através da capacitação de 300 profissionais/ano (médicos, enfermeiros e agentes comunitários de saúde).	X	X	X
14. Realizar seminários nas GERES e municípios para divulgação e sensibilização dos Comitês de Prevenção e Redução da Mortalidade Infantil nos comitês regionais e municipais.	X		
15. Realizar 10 seminários/ano para sensibilizar os Comitês Municipais para Prevenção e Redução da Mortalidade Infantil em 100% dos municípios de sede de módulo.		X	X
16. Implantar a Estratégia de Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI) em 24 municípios: 14 (2005) e 10 (2006), totalizando 100% dos municípios com a Estratégia implantada.	X	X	
17. Implementar a Estratégia AIDPI, em 100% dos municípios do Estado, através da capacitação de 160 profissionais/ano do PSF (médicos e enfermeiros).	X	X	X
18. Monitorar e avaliar a estratégia AIDPI em 05 municípios (2006 e 2007).	X	X	X
19. Atualizar as bases técnicas da Estratégia AIDPI, através da realização de oficinas em 100% das GERES (05 Regionais/ano), para 250 profissionais/ano do Programa de Saúde da Família (médicos e enfermeiros).		X	X
20. Assessorar e acompanhar 35 municípios no processo de capacitação dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) na Estratégia AIDPI.	X		
21. Avaliar as 71 unidades básicas de saúde e implantar postos de coleta para triagem neonatal (11 em 2005, 60 em 2006- 2007).	X	X	X
22. Acompanhar e reavaliar 100% dos postos de coleta do Programa de Triagem Neonatal (teste do pezinho).	X	X	X

Metas	2005	2006	2007
23. Elaborar e operacionalizar o Plano Estadual do Registro Civil de Nascimento com parceria interinstitucional.	X	X	X
24. Implementar a triagem auditiva neonatal nas maternidades de referência para gestação e/ou recém-nascidos de risco (HAM, IMIP, HBL, CISAM).	X	X	X

4.3.2 Saúde do Adolescente

Diretrizes: Implantar e implementar a política de Saúde do Adolescente no âmbito do Estado com ênfase ao combate à violência infanto-juvenil e ao uso de drogas mediante o estabelecimento de parcerias interinstitucional e intersetorial.

Metas	2005	2006	2007
1. Realizar 1 seminário estadual e 2 macrorregionais com o Ministério da Saúde em parceria com os Estados de Alagoas e Bahia, para definição e elaboração do Plano Operativo Estadual do Adolescente e Jovens Privados de Liberdade.	X		
2. Sensibilizar gestores dos 185 municípios do Estado para viabilizar a implantação/implementação do PROSAD.	X	X	X
3. Capacitar 172 profissionais de saúde, (02 por município), para implantar o programa do Adolescente em 86 municípios/ano, totalizando 100% dos municípios do Estado.		X	X
4. Avaliar grau de implantação do PROSAD através de instrumento normativo nos municípios.	X		
5. Elaborar e operacionalizar o Plano Operativo Estadual do Adolescente em Conflito com a Lei em conjunto com a Secretaria de Justiça em 9 unidades dos municípios de Arcoverde, Abreu e Lima, Cabo, Caruaru, Garanhuns, Recife e Petrolina.	X	X	X
6. Implantar o Projeto Educação e Saúde nas escolas públicas municipais e estaduais, em parceria com a Secretaria de Educação (MEC), Sociedade de Pediatria de PE, ONG, Conselhos (CEDCA e CONDICA) e coordenação Estadual da DST/AIDS, através de 04 oficinas intersetoriais para equipes multiprofissionais dos municípios de Recife, Caruaru e Trindade.		X	X

Metas	2005	2006	2007
7. Elaborar e operacionalizar em parceria com a Secretaria de Desenvolvimento Social e Cidadania, Educação, Defesa Social, Justiça e Direitos Humanos, Turismo e ONG, o Plano Estadual de Prevenção e Combate e Enfrentamento da Violência Sexual infanto-juvenil em nos municípios do Sertão do Araripe.	X	X	X
8. Assessorar 04 Centros de Referência para Crianças e Adolescentes Vítima de Violência Sexual nos municípios de Olinda, Jaboatão, Itamaracá e Ipojuca e 23 municípios da Região da Mata Sul, onde foram identificados problemas de violência sexual, em parceria com a FIDEM e Defesa Social.	X	X	X
9. Capacitar 450 profissionais de saúde e implantar o Programa de Enfrentamento da Violência Sexual infanto-juvenil em 10 municípios do Sertão do Araripe, em parceria com a Secretaria de Desenvolvimento Social e Cidadania.	X	X	X
10. Expandir as capacitações de profissionais de saúde para implantar o Programa de Enfrentamento da Violência Sexual infanto-juvenil em municípios mapeados como áreas críticas em parceria com a Secretaria de Desenvolvimento Social e Cidadania.		X	X
11. Realizar 1 Seminário Estadual anual, em parceria com o Ministério da Saúde, sobre a Dependência Química na Adolescência.		X	X
12. Realizar 10 cursos de Capacitação em Dependência Química para profissionais das GERES, em parceria com o CREFITO.		X	X

4.3.3 Saúde da Mulher

Diretrizes: Contribuir para a redução da morbimortalidade feminina, especialmente por causas evitáveis, mediante as estratégias de humanização do pré-natal e nascimento, assistência à mulher em situação de violência, assistência ao climatério, controle do câncer do útero e mama, planejamento familiar, assistência à gestação de alto risco, implantação de Comitês Regionais de Mortalidade Materna e fortalecimento do Programa Estadual das Parteiras Tradicionais.

Metas	2005	2006	2007
1. Reduzir a mortalidade materna em 5% ao ano.		X	X
2. Realizar 75 supervisões para acompanhamento à atenção integral à saúde da mulher.	X	X	X

Metas	2005	2006	2007
3. Promover 43 capacitações para a rede de serviços da atenção básica, secundária e terciária.	X	X	X
4. Realizar 14 cursos para técnicos do sistema SISPRENATAL em todos os municípios e GERES.	X	X	X
5. Realizar 16 cursos de capacitação em informática para implantar o SISCAM nas 10 GERES e respectivos municípios.		X	
6. Realizar 12 cursos de capacitação para 420 parteiras tradicionais nas 10 GERES.	X	X	X
7. Implantar 8 Comitês Regionais de Mortalidade Materna em 80% das Regionais.	X	X	X
8. Realizar 2 Treinamentos de Uniformização de Normas Laboratoriais, para 50 laboratórios credenciados no SUS.		X	X
9. Promover 6 Seminários estaduais na área da Saúde da Mulher: Seminário Estadual de Assistência ao Climatério; Seminário Estadual sobre a Atenção Obstétrica e Neonatal Humanizada Baseado em Evidências Científicas; Seminário Estadual Sobre Violência contra a Mulher; Seminário sobre a Investigação de óbito de mulheres em idade fértil; 2 Seminários do Programa Estadual Viva Mulher.	X	X X X	X X X
10. Realizar 5 treinamentos gerenciais para coordenadores municipais do Programa Viva Mulher.	X	X	X
11. Realizar 10 treinamentos para coleta do exame papanicolaou e exame clínico das mamas.		X	X
12. Realizar 02 treinamentos em cirurgia de alta frequência para médicos colposcopistas da II à X GERES.		X	
13. Realizar 03 treinamentos em consulta médica especializada (Punção da Mama por agulha grossa).		X	X
14. Realizar levantamento da coleta do material para teste do exame papanicolaou em mulheres na faixa etária de 25 a 59 anos.		X	X
15. Realizar 150.000 colposcopias.		X	X
16. Ampliar para 60% a cobertura de mamografia nas mulheres de 40 a 69 anos de idade.		X	X
17. Realizar 600 cirurgias de alta frequência – CAF nas mulheres com lesão de alto grau.		X	X
18. Reduzir a proporção de amostras insatisfatórias de exames citopatológicos para 2,7% ao ano.		X	X

Metas	2005	2006	2007
19. Realizar a punção de mama em 100% dos casos necessários ao ano.		X	X
20. Seminário de Sensibilização do Pacto Estadual pela Redução da Mortalidade Materna e Neo-natal.	X		
21. Realizar o Pacto Estadual de Redução da Mortalidade Materna e Neonatal.		X	
22. Implantação do Centro de Referência da Mulher Pernambucana (Mulher Vítima de Violência).		X	
23. Realizar 15 cursos de capacitação e sensibilização em planejamento familiar, para médicos e enfermeiras do PACS e PSF.		X	X
24. Realizar 02 cursos de atualização em assistência a infertilidade para médicos de 5 hospitais de referência da rede Estadual.			X
25. Realizar 02 cursos de esterilização cirúrgica (laqueadura tubária e vasectomia) para médicos, para implantação dessa assistência nos hospitais regionais da II a XI GERES.		X	X
26. Elaboração e reprodução de 10.000 folderes e 2.000 cartilhas para serem utilizados no programa de Planejamento Familiar.		X	
27. Supervisão/ análise e consolidação de dados relativos ao programa de Planejamento Familiar em 100% dos municípios de Pernambuco.		X	

4.3.4 Saúde da Pessoa Idosa

Diretrizes: Implementar a atenção integral à saúde do idoso mediante a promoção, prevenção e recuperação da saúde nos diversos níveis de assistência, visando a melhoria da qualidade de vida e reintegração social.

Metas	2005	2006	2007
1. Elaborar o Plano Estadual de Atenção Integral à Saúde do Idoso em consonância com as diretrizes operacionais do Pacto pela Saúde, contemplando, entre outros aspectos: - Orientação ao Atendimento ao Idoso nos âmbitos ambulatorial, hospitalar e domiciliar. - Implantação/implementação de “Centros-Dia”. - Protocolo de atendimento e o cartão do idoso.		X	X

Metas	2005	2006	2007
2. Capacitar 1.990 profissionais de saúde para o atendimento a população idosa na atenção básica, secundária e terciária, em parceria com Secretarias Estaduais envolvidas com a Política do Idoso.	X	X	X
3. Implantar 8 Centros de Referência em Atenção à Saúde da Pessoa Idosa.			X
4. Realizar anualmente um “Encontro do Idoso”.	X	X	X
5. Supervisionar 72 Instituições de Longa Permanência em parceria com a Secretaria de Desenvolvimento Econômico Turismo e Esporte.	X	X	X
6. Realizar 6 cursos de “Cuidadores de Idosos” para 180 profissionais de saúde.	X	X	X
7. Promover 2 encontros estaduais de gestores municipais e equipes de PSF para discussão da política de assistência ao idoso.		X	X
8. Implantar a Casa do Idoso em parceria com a Secretaria de Desenvolvimento Social e Cidadania e de Desenvolvimento Econômico Turismo e Esporte.		X	X

4.3.5 Doenças Crônico-Degenerativas - Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus

Diretrizes: Implementar o Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus, em parceria com municípios e Ministério da Saúde, visando o controle dos agravos e redução de danos.

Metas	2005	2006	2007
1. Implantar o Plano Estadual de Prevenção e Tratamento das Doenças Renais.		X	X
2. Realizar 350 ações de monitoramento, avaliação e supervisão dos Programas.	100	100	150
3. Realizar 11 capacitações em atenção básica, para 315 profissionais.	2	3	6
4. Realizar 2 campanhas anuais para orientar à população quanto aos fatores de risco para a hipertensão e diabetes, juntamente com a Associação de Diabetes.	2	2	2
5. Realizar 8 capacitações para implantar/implementar referência secundária para tratamento da hipertensão e diabetes.	1	1	6
6. Aplicar e analisar 1.450 questionários para avaliar o grau de implantação do Programa de Controle da Hipertensão e Diabetes nas Unidades de Saúde da Família.	X	X	

Metas	2005	2006	2007
7. Elaborar protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas para referência secundária no controle da hipertensão arterial sistêmica e do diabetes mellitus.	X	X	
8. Realizar 2 oficinas anuais de planejamento e avaliação do Programa com as GERES.	2	2	2

4.3.6 Programa Nacional de Imunizações - PNI

Diretrizes: O Programa Nacional de Imunizações tem como diretriz o controle e a erradicação de doenças imunopreveníveis bem como de outros agravos, mediante a utilização de alguns imunobiológicos com indicação para situações ou para grupos populacionais específicos. O Programa é assessorado pelo Comitê Assessor Permanente de Imunizações da SES.

Metas	2005	2006	2007
1. Vacinar anualmente 95% da população < 1 ano com as vacinas: Pólio; Hepatite B; Tetravalente; e 90% - BCG.	X	X	X
2. Vacinar anualmente 95% da população de 1 ano com a vacina Tríplice Viral.	X	X	X
3. Vacinar anualmente 70% da população de 60 anos e mais contra Gripe.	X	X	X
4. Realizar anualmente 3 Campanhas Nacionais de Vacinação.	X	X	X
5. Implantar e implementar os calendários vacinais do adolescente, adulto e idoso.	X	X	X
6. Implantar e implementar a vacina contra Rotavírus no calendário básico de vacinação para população < 1 ano.		X	X
7. Implementar e fortalecer as ações do Plano de Eliminação do Tétano Neonatal.	X	X	
8. Reformar e ampliar a Central Estadual da Rede de Frio.	X		
9. Capacitar 525 profissionais de saúde que coordenam, supervisionam e atuam em sala de vacina.	X	X	X
10. Obter homogeneidade da cobertura vacinal em 70% dos municípios do Estado.	X	X	X
11. Adquirir 9 equipamentos de refrigeração para a Rede de Frio.	X		
12. Supervisionar e apoiar todas as Coordenadorias Regionais e Municipais do PNI.	X	X	X
13. Realizar 370 supervisões/ano aos municípios para acompanhamento das coberturas vacinais.	X	X	X

4.3.7 Saúde Bucal

Diretrizes: Ampliar o acesso da população às ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal e assegurar a integralidade e resolubilidade do atendimento na atenção básica, na média e alta complexidade.

Metas	2005	2006	2007
1. Elevar a cobertura da população às ações de saúde bucal na atenção básica, implantando 670 equipes de saúde bucal.	41%	55%	60%
2. Capacitar 960 profissionais das equipes de saúde bucal para o trabalho multidisciplinar integrado ao Programa Saúde da Família.	240	360	360
3. Acompanhar, monitorar e avaliar as equipes de saúde bucal do Programa Saúde da Família.	X	X	X
4. Assessorar os gestores municipais durante o processo de implantação e implementação da atenção básica e das ações de média complexidade mediante a implantação dos Centros de Especialidades Odontológicas.	X	X	X
5. Acompanhar, monitorar e avaliar as ações de alta complexidade, implantadas nos hospitais de referência.	X	X	X
6. Realizar levantamento epidemiológico das Condições de Saúde Bucal no estado de Pernambuco, dentro dos critérios do Saúde Bucal Brasil 2003.	X		
7. Atualizar e publicar manual de detecção de câncer de boca.	X		

4.3.8 Saúde Mental

Diretrizes: Reduzir progressivamente os leitos psiquiátricos - desinstitucionalizar; expandir e consolidar a rede de Centros de Atenção Psicossociais - CAPS; incluir as ações de saúde mental na atenção básica; expandir os Serviços Residenciais Terapêuticos - SRT; consolidar a política para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas; formar e qualificar recursos humanos e avaliar sistematicamente a qualidade da assistência.

Metas	2005	2006	2007
1. Ampliar, de 47 para 100 municípios, o Colegiado dos Coordenadores Municipais de Saúde Mental.	X	X	X
2. Expandir o Programa de Assistência Ambulatorial e Farmacêutica em Saúde Mental para todos os municípios, garantindo o quantitativo necessário de medicamentos.	X	X	X

Metas	2005	2006	2007
3. Expandir e fortalecer a rede extra-hospitalar em saúde mental estimulando e assessorando a estruturação da implantação de 23 CAPS e de 12 SRT.	X	X	X
4. Efetivar o Programa de Reestruturação da Rede Hospitalar/Ministério da Saúde e reduzir os leitos em 30%.	X	X	X
5. Realizar 3 oficinas de avaliação e planejamento das ações para Coordenadores Municipais de Saúde Mental e equipe da Gerência de Atenção à Saúde Mental.	X	X	X
6. Concluir e operacionalizar o Plano Estadual de Atenção aos Usuários de Álcool e Outras Drogas.	X	X	X
7. Realizar avaliação da qualidade da assistência através de supervisões, vistorias e aplicação do PNASH – Psiquiatria em todos os hospitais psiquiátricos do Estado.	X	X	X
8. Realizar avaliações e vistorias dos Serviços extras hospitalares de saúde mental (CAPS) para cadastramento no SUS.	X	X	X
9. Realizar 6 encontros com gestores municipais nas regiões de saúde para sensibilização visando à implementação e implantação da Política de saúde mental (II a X GERES).	2	2	2
10. Realizar atividades educativas de promoção à saúde mental com confecção de material (folders, cartazes etc).	X	X	X
11. Realizar capacitação da Comissão Estadual de Reforma da Política de Saúde Mental.		X	
12. Realizar capacitação de 300 médicos generalistas, farmacêuticos e enfermeiros (PSF) em Saúde Mental.	X	X	X
13. Realizar Seminário de Avaliação e Planejamento com os Coordenadores Municipais de Saúde Mental e os técnicos da Gerência de Atenção à Saúde Mental.	X	X	X
14. Realizar reciclagem para 225 médicos generalistas, farmacêuticos e enfermeiros (PSF) em Saúde Mental.	X	X	X
15. Realizar capacitação de 270 técnicos dos CAPS da rede municipal.	X	X	X
16. Realizar Congresso Estadual sobre CAPS, para 150 técnicos, em parceria com o Ministério da Saúde e municípios.	X		
17. Realizar ações de sensibilização da sociedade para minimizar a discriminação com o usuário de Saúde Mental.		X	X
18. Desenvolver política preventiva de saúde mental dirigida a depressão pós-parto.			X

4.3.9 Saúde da Pessoa com Deficiência

Diretrizes: Implementar a atenção à saúde da pessoa com deficiência, nos três níveis de complexidade, mediante as estratégias de interiorização da assistência em saúde e reabilitação – Projeto “Ampliando a Rede de Reabilitação do SUS em Pernambuco”, descentralização do atendimento às pessoas com deficiência; otimização do “Programa de Concessão de Órteses, Próteses”; implantação/implementação da Rede de Atenção à Saúde Auditiva; desenvolvimento de ações educativas/informativas e fortalecimento da cobertura assistencial junto ao Saúde da Família.

Metas	2005	2006	2007
1. Executar o Projeto “Ampliando a Rede de Reabilitação do SUS em Pernambuco”, com implantação/implementação de 17 Núcleos de Reabilitação Física.	X	X	X
2. Supervisionar os 17 Núcleos de Reabilitação do projeto “Ampliando a Rede de Reabilitação do SUS em Pernambuco”.	X	X	X
3. Conceder, anualmente, 95.643 órteses, próteses, meios auxiliares de locomoção, bolsas de ostomias e coletores urinários através das unidades de referência do SUS-PE, e garantir os treinamentos dos usuários por profissionais habilitados.	X	X	X
4. Implantar a Rede Estadual de Atenção a Saúde Auditiva nas macrorregionais de Recife, Caruaru e Petrolina.	X	X	X
5. Capacitar 165 profissionais das áreas de Saúde da Família/Reabilitação incluindo a linguagem em libras (2007), em parceria com a Secretaria de Desenvolvimento Social e Cidadania-SDSC.	X	X	X

4.3.10 Doenças Transmissíveis

Diretrizes: O controle das doenças transmissíveis tem como diretriz a prevenção, o controle/eliminação, a assistência e a vigilância epidemiológica das DST/Aids, hepatites, tuberculose e hanseníase, levando em consideração especificidades de grupos populacionais, situação de vulnerabilidade, direitos humanos e controle social.

Metas	2005	2006	2007
DST/Aids			
1. Implantar Plano de Ação para a Redução da Sífilis Congênita.		X	
2. Realizar 23 seminários para capacitar técnicos, organizações não governamentais e governamentais na prevenção das DST/HIV/Aids/Sífilis/HTLV.	5	9	9

Metas	2005	2006	2007
DST/Aids			
3. Realizar 95 oficinas para capacitar técnicos e pessoas envolvidas nas ações de prevenção das DST/HIV/HTLV/Aids/Sífilis.	19	38	38
4. Realizar 30 jornadas municipais de prevenção as DST/HIV/HTLV/Aids e redução do estigma e discriminação.	10	10	10
5. Realizar 16 Cursos: CBVE Parteiras Tradicionais	2	3 4	3 4
6. Realizar 6 Campanhas: sobre sífilis em mulheres em idade fértil e DST/HIV/Aids para população > de 13 anos.	2	2	2
7. Implantar em municípios estratégicos: - 14 COAS/CTA - 8 serviços de assistência especializada.	4 1	5 4	5 3
8. Adquirir suprimentos necessários para testagem do HIV, HTLV e Sífilis.	20%	20%	10%
9. Ampliar o abastecimento de medicamento em DST/Aids nos serviços de referência.	X	X	X
10. Aumentar a aquisição de preservativos e gel lubrificantes.	10%	10%	10%
11. Elaborar Boletim Informativo.	2	3	3
12. Realizar estudos e pesquisas sobre Monitoramento e Avaliação - M&A do Programa DST/Aids.	1	1	1
13. Confeccionar e distribuir material instrucional e informativo para realização das ações do PAM.	X	X	X
14. Realizar a contratação de suporte técnico para desenvolvimento das atividades propostas no PAM.	X	X	X
15. Criar um Centro de Referência para portadores de HTLV nos Hospitais Universitário Oswaldo Cruz e das Clínicas.			X
16. Realizar teste para HTLV nos serviços de Pré-Natal e nas candidatas a doação de leite que ainda não tenham feito o Pré-Natal.			X
Tuberculose			
17. Implementar o Programa de Controle da Tuberculose em todos os municípios.	X	X	X
18. Detectar casos novos de tuberculose.	75%	80%	85%
19. Curar casos diagnosticados.	60%	62%	65%

Metas	2005	2006	2007
Tuberculose			
20. Reduzir o abandono do tratamento.	7,5%	7,4%	7,3%
21. Reduzir a taxa de mortalidade de 4,0 para 3,7/100.000 habitantes.	X	X	X
Hanseníase			
22. Reduzir o Registro Ativo da Hanseníase de 8.463 casos para 4.655, compreendendo um percentual de redução de 55% no período de 3 anos.	20%	20%	15%
23. Diagnosticar anualmente 80% dos casos novos esperados.	80%	80%	80%
24. Reduzir anualmente em 5% o abandono da hanseníase no Registro Ativo para que no período de 3 anos atinja menos de 15%.	25%	20%	15%
25. Reduzir anualmente 0,5% do grau de incapacidade física II (G.I e II) no momento do diagnóstico, garantindo o atendimento multiprofissional sistematizado.	5,2%	4,7%	4,2%
26. Examinar anualmente 80% dos contatos registrados.	80%	80%	80%
27. Curar anualmente no mínimo 80% dos casos diagnosticados e tratados conforme esquemas preconizados pelo Ministério da Saúde.	80%	80%	80%
Hepatites Virais			
28. Realizar 2 reuniões com profissionais do PACS/PSF e maternidades.		1	1
29. Adquirir equipamentos para laboratório de municípios sede do LACEN; Serviços de Referência - CTA, para melhorar o acesso da população ao diagnóstico da infecção pelas hepatites virais.		X	X
30. Realizar 8 oficinas de prevenção em hepatites virais para: tatuadores, cabeleireiros, profissionais de unidades de saúde, Núcleos de Epidemiologia, Distritos Sanitários e Laboratórios de Referência.		4	4
31. Realizar 12 encontros com membros da Comissão de Hepatite.		X	X
32. Realizar 6 encontros com técnicos de laboratórios e gerentes de CTA para atualização em hepatites virais.	2	2	2
33. Adquirir equipamentos e software para Departamento de Virologia (hepatites).		X	X

Metas	2005	2006	2007
Hepatites Virais			
34. Realizar 4 supervisões nas GERES e municípios.		2	2
35. Melhorar a infra-estrutura do Programa nas GERES.		X	X
36. Monitorar a atualização do banco de dados (SINAN) nos níveis Central, Regional e Municipal.		X	X
37. Reproduzir de material educativo.		X	X

4.3.11 Atenção à Saúde do Trabalhador

Diretrizes: O Programa de Atenção à Saúde do Trabalhador tem como objetivo a assistência ao trabalhador vítima de acidentes de trabalho e/ou portador de doença profissional e transtornos psíquicos decorrentes, bem como avaliar e supervisionar os ambientes de trabalho nas empresas públicas e privadas.

Metas	2005	2006	2007
1. Adquirir materiais e equipamentos para estruturar a Coordenação e o Centro Estadual.	X	X	X
2. Implantar a Coordenação em Saúde do Trabalhador, com representantes de profissionais de saúde.	X		
3. Realizar 36 Reuniões Técnicas.	12	12	12
4. Capacitar 2.000 profissionais de saúde na Atenção Básica em Saúde do Trabalhador.		1.000	1.000
5. Capacitar 960 profissionais dos Centros Estadual e Regionais.	240	360	360
6. Implantar/implementar 9 Centros Estadual, Regionais e Municipais de Saúde do Trabalhador.	X	X	X
7. Implantar o Sistema de Informação em Saúde do Trabalhador.		X	X
8. Realizar estudos, pesquisas e avaliação dos riscos e agravos em parceria com as instituições formadoras.	X	X	X

4.3.12 Saúde da População Carcerária

Diretrizes: Implantar o Plano Estadual de Saúde do Sistema Penitenciário mediante a reorganização da atenção básica nos próprios presídios, realizando ações de prevenção e tratamento de doenças, ações de vigilância epidemiológica com ênfase na promoção à saúde.

Metas	2005	2006	2007
1. Implantar 22 equipes de saúde nas 17 unidades prisionais do Estado.	4	8	10
2. Capacitar 135 profissionais de saúde das 27 equipes nas áreas estratégicas da atenção básica.	45	45	45
3. Realizar vacinação nas unidades prisionais (Hepatite, Tríplice Viral e DTP).	X	X	X
4. Adquirir e controlar medicamentos básicos.	X	X	X
5. Adquirir equipamentos e material permanente.	X	X	X
6. Reformar a estrutura física das unidades prisionais.	X	X	X
7. Monitorar e avaliar as ações e serviços de saúde no Sistema Penitenciário.	X	X	X

4.3.13 Programa de Educação e Promoção à Saúde e Prevenção de Doenças

Diretrizes: Desenvolver ações educativas em eventos promovidos pela Secretaria e instituições parceiras, bem como, mediante o Programa Saúde na Feira, realizar ações de educação em saúde, ampliar o acesso da população às ações assistenciais e de apoio diagnóstico no interior do Estado, e promover o encaminhamento dos casos diagnosticados para tratamento nos hospitais de referência.

Metas	2005	2006	2007
1. Realizar oficinas educativas e feiras de saúde conforme programação do Programa Saúde na Feira em 20 municípios/ano, inclusive comunidades indígenas.	X	X	X
2. Realizar 57 eventos de mobilização social para divulgação de campanhas educativas.	X	X	X
3. Realizar 19.500 pesquisas de papanicolaou.	X	X	X
4. Realizar 40.500 ultra-sonografias da próstata.	X	X	X
5. Realizar 15.750 exames de PSA.	X	X	X
6. Realizar 39.150 ultra-sonografias de mama.	X	X	X
7. Realizar 30.750 mamografias.	X	X	X
8. Capacitar 60 equipes de profissionais de saúde do PACS e PSF.	X	X	X
9. Articular 10 parcerias com instituições governamentais e não governamentais para desenvolvimento, de ações de promoção da saúde.	X	X	X
10. Realizar 37.500 dosagens de glicemia.	X	X	X
11. Realizar 22.500 exames clínicos para prevenção de doenças oftalmológicas.	X	X	X

4.3.14 Alimentação e Nutrição

Diretrizes: Coordenar, assessorar e monitorar a execução do Programa de Vigilância Alimentar e Nutricional com vistas à melhoria do perfil nutricional das crianças e contribuir para a redução da morbimortalidade infantil.

Metas	2005	2006	2007
1. Realizar o Seminário de Combate às Carências Nutricionais e Seminário de Promoção a Alimentação Saudável para 100 profissionais de saúde e educação do Estado de Pernambuco.	X		
2. Implementar o Programa de Combate a Hipovitaminose A em crianças menores de 5 anos e capacitar 664 profissionais.	X	X	X
3. Implantar e implementar o sistema de informatização para a Vigilância Alimentar e Nutricional (VAN) em 100% dos municípios do Estado capacitando 350 profissionais/ano do PACS/PSF.	X	X	X
4. Implantar do Projeto Piloto do Programa de Combate à Anemia Ferropriva (Caruaru e Pombos).	X		
5. Monitorar e acompanhar as crianças de 6 a 23 meses inscritas no Programa de Combate à Anemia Ferropriva.	X	X	
6. Implementar o Programa de Combate à Anemia em 100% dos municípios do Estado com capacitação de 700 profissionais.	X	X	
7. Implantar o Programa de Suplementação de Vitamina A para puérperas em todas as maternidades do SUS.	X	X	X
8. Implantar ações na área de Alimentação do Escolar, em 100% dos municípios do Estado, através da capacitação de 664 profissionais.		X	

4.3.15 Assistência Domiciliar

Diretrizes: Criar modelos assistenciais que se adequem aos novos perfis de pacientes crônicos, idosos e fora da possibilidade terapêutica, oportunizando uma assistência humanizada, contínua e integral dentro do ambiente familiar, acompanhado pelas unidades de atenção primária e equipes de retaguarda que garantam o atendimento e cuidados ao paciente.

Metas	2005	2006	2007
1. Implantar projeto piloto referente à Assistência Domiciliar para 50 pacientes.		X	X
2. Sensibilizar os municípios para a implantação da Assistência Domiciliar.		X	X

4.3.16 Saúde da População Negra

Diretrizes: A atenção à Saúde da População Negra, através do SUS, contribuirá para a redução das desigualdades econômico-raciais, garantindo o acesso e a permanência das crianças, mulheres e da juventude negras na área da saúde.

Metas	2005	2006	2007
1. Capacitar, em 20% dos municípios os profissionais de saúde no atendimento à população negra.			X
2. Implementar, em 20% dos municípios, serviços de diagnósticos e tratamento das hemoglobinopatias.			X
3. Implantar o programa de controle de anemia falciforme em 37 municípios do Estado.			X

4.4 Gestão em Saúde

Objetivo: Fortalecer o Sistema Estadual de Saúde em Pernambuco, com ênfase ao desenvolvimento organizacional, descentralização da gestão, otimização na alocação e aplicação dos recursos financeiros, com vistas a uma assistência humanizada e de qualidade, com foco no cidadão, mediante aplicação de metodologia participativa e integradora.

Implantar e implementar os instrumentos de Regulação, Controle e Avaliação; Monitoramento e Avaliação da Atenção Básica; Programação Pactuada e Integrada; Componente Estadual do Sistema Nacional de Auditoria; Políticas de Informática Pública definidas pelo Programa Governo Digital em nível da SES.

4.4.1 Desenvolvimento Organizacional

Diretrizes: A SES, em parceria com a Secretaria de Administração e Reforma do Estado – SARE, aderiu ao Programa de Modernização da Gestão Pública – PROGESTÃO – tendo como instrumento o Planejamento Estratégico Simplificado, atuando em comitês multidisciplinares da Sede, GERES e unidades hospitalares, sob gestão estadual.

Metas	2005	2006	2007
1. Implantar, implementar e monitorar o Plano Estratégico Simplificado na Sede da SES, nos Hospitais: da Restauração, Getúlio Vargas, Otávio de Freitas, Correia Picanço, Jaboatão dos Prazeres, Geral da Mirueira, Hospitais Regionais, GERES, LACEN, HEMOPE, LAFEPE, e na Escola Técnica de Saúde de PE.	X	X	X
2. Reestruturar o organograma da SES.	X		
3. Firmar e acompanhar os Contratos de Gestão com os órgãos participantes do Planejamento Estratégico Simplificado.	X	X	X
4. Implantar sistema de informação da gestão hospitalar indicadores operacionais e de custo/efetividade.	X	X	
5. Implantar e implementar o sistema E-FISCO, de acompanhamento das ações.	X	X	X
6. Implantar e implementar o Sistema de Planejamento do SUS/PE.		X	X
7. Definir prioridades em pesquisa para o SUS.		X	
8. Publicar o Guia de Serviços do SUS – PE.		X	
9. Implantar/implementar Núcleo de Engenharia Clínica na SES.		X	X

4.4.2 Monitoramento e Avaliação da Atenção Básica

Diretrizes: Desenvolver o componente III do PROESF visando institucionalizar a avaliação em saúde na SES, mediante a implantação e implementação de processos de Monitoramento e Avaliação (M&A) da atenção básica no cotidiano dos serviços de saúde, como instrumento de decisão e de aprimoramento do SUS.

Metas	2005	2006	2007
1. Elaborar e implantar a proposta metodológica para M&A da atenção básica como instrumento de gestão e planejamento com a participação das áreas técnicas da Sede da SES e das GERES.	X	X	X
2. Fortalecer a infra-estrutura física, equipamentos e Recursos Humanos para desenvolver atividade de M&A.	X	X	X
3. Realizar 05 oficinas de M&A da atenção básica com as diversas áreas técnicas da SES.			
4. Realizar 02 cursos de M&A da atenção básica para 80 técnicos da SES.	X	X	
5. Contratar 08 consultores para acompanhar o PROESF Municipal e Estadual.	X	X	X

4.4.3 Regulação, Controle e Avaliação/Programação Pactuada Integrada - PPI

Diretrizes: Aprimorar e descentralizar para as GERES os mecanismos Regulação, Controle e Avaliação das ações e serviços de saúde do SUS, visando à melhoria da qualidade da assistência e da gestão do SUS.

Implantar a Programação Pactuada e Integrada entre gestores como instrumento organizativo do sistema de saúde, garantindo o acesso da população aos serviços em todos os níveis de atenção.

Metas	2005	2006	2007
1. Estruturar o Complexo Regulador do Estado		X	X
2. Implantar, implementar, acompanhar e avaliar a PPI.	X	X	X
3. Descentralizar para as GERES o Sistema de Informação Hospitalar.		50%	100%
4. Implementar a regulação de todos os leitos hospitalares sob gestão municipal, estadual públicos e privados (UTI e transplantes).	70%	100%	100%
5. Descentralizar a Central de Regulação Estadual para as macrorregionais de Caruaru e Petrolina.		X	X
6. Descentralizar a Regulação das Urgências e Emergências extra-hospitalares para os SAMU Metropolitanos.		50%	100%

Metas	2005	2006	2007
7. Controlar e Regular os exames e procedimentos de alto Custo/Complexidade.	80%	90%	100%

4.4.4 Componente Estadual do Sistema Nacional de Auditoria - SNA

Diretrizes: O atual estágio de desenvolvimento do SUS exige a implementação do Componente Estadual do Sistema Nacional de Auditoria como forma de descentralizar as ações de avaliação técnico-científica, contábil, financeira e patrimonial visando auditar e fiscalizar sistemas e unidades de saúde.

Metas	2005	2006	2007
1. Implementar o Componente Estadual do SNA mediante estruturação física e funcional do serviço de auditoria.	X	X	X
2. Realizar atividades de Auditoria.	420		
3. Realizar auditorias, fiscalizações e apurações de denúncias nas unidades estaduais e municipais, para verificação de conformidade com as normas do SUS.		70	70
4. Promover cursos de aperfeiçoamento em Auditoria em Saúde.	01	04	04

4.4.5 Tecnologia da Informação em Saúde

Diretrizes: O Governo de Pernambuco criou o “Programa Governo Digital” com o objetivo de implantar no âmbito do Estado a digitalização e a operacionalização dos serviços públicos, voltados para o relacionamento e atendimento digital da sociedade. Tem como diretrizes implantar por meio eletrônico os processos administrativos governamentais, gerenciamento descentralizado da informática, processos de compras, acesso compartilhado à internet; Diário Oficial eletrônico e o serviço de atendimento ao cidadão.

Metas	2005	2006	2007
1. Implantar os módulos do Sistema de Gestão Digital (SG.Net) na sede da SES.	X	X	X
2. Implantar o Núcleo Setorial de Informática na sede da SES.	X	X	X
3. Implantar a manutenção do Sistema de Compras Eletrônicas na sede da SES, GERES e unidades hospitalares.	X	X	
4. Implantar a Rede PE Multidigital nos hospitais de gestão Estadual e GERES.	X	X	

Metas	2005	2006	2007
5. Implantar o Diário Oficial Eletrônico na sede da SES.		X	X
6. Implantar Sistemas de Atendimento via Internet aos Órgãos Públicos e aos Cidadãos, sobre Sistema de Gestão Hospitalar.	X	X	X

4.4.6 Financiamento

Diretrizes: O Estado, mediante a implantação da Emenda Constitucional 29 visa assegurar recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde, contribuindo, para um financiamento solidário e estável do SUS.

Metas	2005	2006	2007
1. Promover o financiamento estável da saúde mediante o cumprimento da EC-29.	X	X	X
2. Implementar e operacionalizar o Núcleo Estadual do SIOPS.	X	X	X

4.4.7 Intersetorialidade

Diretrizes: A intersetorialidade como uma diretriz do SUS se concretiza mediante o desenvolvimento de ações articuladas com outros setores governamentais e não governamentais para o enfrentamento de problemas com repercussão na saúde. Várias intervenções intersetoriais foram descritas deste Plano.

Metas	2005	2006	2007
1. Participar da execução do Plano Metropolitano de Políticas de Defesa Social e Prevenção à Violência coordenado pelo Governo do Estado em 5 áreas da RMR: Recife, Jaboatão e Olinda.	X	X	X
2. Participar do Programa Governo nos Municípios.	X	X	X
3. Participar do Programa Integrado de Desenvolvimento Local - PIDL em 11 municípios com baixo IDH.	X	X	X
4. Participar do Programa de Apoio ao Desenvolvimento Sustentável da Zona da Mata de Pernambuco - PROMATA em articulação com a Secretaria de Planejamento e Secretarias Municipais de Saúde.	X	X	X
5. Participar em articulação com a coordenação da Secretaria de Desenvolvimento Social e sete Secretarias de Estado, da execução do Plano de Combate à Prostituição Infantil na RD do Araripe.	X	X	

4.4.8 Ouvidoria do SUS

Diretrizes: A 12ª Conferência Nacional de Saúde deliberou sobre implantação de Ouvidoria no âmbito do SUS tendo como diretriz estabelecer um canal de comunicação direta e permanente entre a gestão do sistema e a população, com vistas ao conhecimento e solução de eventuais entraves na prestação de serviços, contribuindo para o aprimoramento do SUS.

Metas	2005	2006	2007
1. Implantar canal de comunicação gratuito.	X		
2. Implantar o Sistema de Informação da Ouvidoria.		X	
3. Realizar Seminário de Ouvidoria em Saúde.		X	

4.5 Investimento em Saúde

Objetivo: Adequar as estruturas físicas das unidades administrativas e rede assistencial à legislação vigente, mediante elaboração de projetos, coordenação, execução, supervisão e fiscalização de obras de construção, ampliação, reforma e/ou recuperação, buscando elevar a qualidade das ações e serviços prestados à população pelo SUS.

Executar ações de saneamento, abastecimento de água, esgotamento sanitário e melhorias sanitárias domiciliares vinculadas ao Programa de Educação em Saúde e Mobilização Social de modo a reduzir a morbimortalidade por doenças de veiculação hídricas e parasitárias.

4.5.1 Melhoria funcional das instalações físicas e equipamentos das unidades de saúde e das GERES

Diretrizes: Investir em construção, reforma, melhoria e equipagem da rede de laboratórios; implantar Centros de Parto Normal; recuperar a estrutura física das policlínicas regionais; ampliar a estrutura física das unidades de terapia intensiva da rede pública estadual e melhorar e as instalações físicas e equipagem dos hospitais da rede do Estado, além de dotar a sede da SES e das GERES de infra-estrutura adequada ao desenvolvimento do seu papel de gestor do SUS no Estado.

Metas	2005	2006	2007
1. Implantar Centro de Parto Normal nos municípios de Paulista, Águas Belas, Cabrobó e Palmerina.	X	X	X
2. Ampliar a estrutura física das UTI (reforma e recuperação) dos Hospitais Agamenon Magalhães; Barão de Lucena; Regional do Agreste; Correia Picanço; Restauração; HEMOPE; e Hospital Universitário Oswaldo Cruz.	X	X	X
3. Construir nova sede do Laboratório Estadual de Saúde Pública –LACEN.		X	X
4. Melhorar as instalações físicas dos hospitais da rede pública através de ampliação reforma e equipagem: Hospital Geral Otávio de Freitas, Getúlio Vargas, Restauração, Agamenon Magalhães, Barão de Lucena, Correia Picanço, Geral de Areias e Ulisses Pernambucano; Hospitais Regionais de Afogados da Ingazeira, Jesus Nazareno, São Sebastião, Limoeiro, Ouricuri, Sagueiro, Garanhuns, Arcoverde, Tuparetama, Serra Talhada, Goiana e Mirueira.	X	X	X
5. Melhorar as instalações físicas da Sede da SES e GERES mediante ampliação reforma e equipagem.	X	X	X

4.5.2 Plano Diretor de Investimento - PDI

Diretrizes: O Plano Diretor de Investimentos tem como diretriz assegurar a resolutividade da atenção básica e dos módulos assistenciais mediante a oferta de serviços com suficiência tecnológica. Elaborado a partir de levantamento das necessidades de equipamentos, dimensiona a necessidade de postos de coleta, eletrocardiógrafos nos municípios em atenção básica, de laboratórios de patologia clínica manual/automatizado, equipamentos de ultra-sonografia, radiologia simples e radiologia odontológica, nos municípios sedes de módulos assistenciais. Orçado em R\$ 24,8 milhões, não dispõe de financiamento definido, contudo, existe a possibilidade de captação de recursos mediante celebração de convênios.

Metas	2005	2006	2007
1. Viabilizar cooperação financeira com o MS para execução do PDI mediante celebração de convênio.	X	X	X

4.5.3 REFORSUS

Diretrizes: O Projeto de Reforço a Reorganização do SUS – REFORSUS foi executado no período 1998-2005. Na fase final de execução do componente I – apoio à melhoria da capacidade e eficiência do SUS, concentrou seus recursos na aquisição de equipamentos para hospitais de média e alta complexidade, LACEN, e Projeto Salva-Vidas, priorizando as áreas de urgência, emergência, parto, período perinatal e puerpério.

Metas	2005	2006	2007
1. Adquirir equipamentos para 12 hospitais de média e alta complexidade e LACEN.	X		

4.5.4 Programa de Saneamento

Diretrizes: O Programa Estadual de Saneamento tem como função coordenar, supervisionar, fiscalizar, orientar e executar as ações de saneamento e educação em saúde nos municípios contemplados, por intermédio do Projeto Alvorada.

Metas	2005	2006	2007
1. Realizar construção de melhorias sanitárias domiciliares em 64 municípios.	39	25	
2. Ampliar e implantar sistemas de esgotamento sanitário em 14 municípios.	2	12	
3. Ampliar e implantar sistemas de abastecimento de água em 10 municípios.	3	7	

Metas	2005	2006	2007
4. Realizar 3.865 ações educativas para capacitação de agentes multiplicadores nos municípios contemplados pelo Projeto.	3.686	179	
5. Realizar 1.167 supervisões.	884	283	

4.5.5 Laboratório Farmacêutico de Pernambuco

Diretrizes: Aprimorar os serviços do LAFEPE de modo a torná-lo de referência na cadeia produtiva farmacêutica no âmbito do SUS, alinhado às necessidades de abastecimento das Políticas Nacional e Estadual de Saúde Pública, através dos programas de assistência farmacêutica.

Dar continuidade à expansão e modernização do LAFEPE visando o aumento da capacidade de produção, em até 1 bilhão de unidades/ano, melhoria da produtividade e dos padrões de qualidade dos medicamentos produzidos, adequando-os às exigências da ANVISA.

Priorizar o atendimento ao Estado de Pernambuco e garantir o suprimento dos 17 itens pactuados e destinados à contrapartida para os municípios.

Intensificar seu caráter social através de pesquisa e produção de medicamentos para o combate de doenças ditas negligenciadas (Chagas, Leishmaniose).

Envidar esforços no sentido de viabilizar, através do Governo do Estado, a implantação do Pólo Farmoquímico visando atrair e implantar novas indústrias em Pernambuco, implementando e conquistando agilidade ao setor e gerando incremento ao desenvolvimento socioeconômico.

Ofertar serviços óticos, medicamentos produzidos pelo LAFEPE e genéricos de outras indústrias farmacêuticas, de qualidade e a preços baixos, através das Farmácias Populares instaladas em regiões pólo do Estado e auxiliando como regulador de preços.

Metas	2005	2006	2007
1. Reformar, adequar e adquirir equipamentos para o Setor de Injetáveis Pequenos Volumes.	X	X	
2. Reformar, adequar, implantar e adquirir equipamentos para a Central de Pesagem.	X		
3. Implantar o sistema para geração e distribuição de água para Injetáveis.	X		
4. Ampliar e adequar o almoxarifado de Matéria-Prima (1.000 m ²).	X		
5. Reformar e adequar a estrutura física do Setor de Tuberculostáticos (658m ²).	X		

Metas	2005	2006	2007
6. Reformar e adequar a estrutura física do Setor de Produtos Dermatológicos e Ginecológicos (Cremes, Pomadas, e outros...).		X	X
7. Reformar, adequar e adquirir equipamentos para Unidade de Fabricação da vacina Imunoparvum.	X	X	
8. Reformar e adquirir equipamentos para o Setor Ótico.	X		
9. Ampliar e adquirir equipamentos para o Setor de Tuberculostáticos.		X	
10. Transformar linhas de medicamentos similares em medicamentos genéricos (12 produtos).	X	X	X
11. Modernizar a tecnologia da informação do LAFEPE.	X	X	
12. Instalar 11 Farmácias Populares do LAFEPE em 11 municípios do Estado de Pernambuco e implementar o atendimento ótico em 8 unidades.	X		
13. Ampliar a estrutura física, adquirir equipamentos para Pesquisa & Desenvolvimento (P & D).	X	X	X
14. Realizar os passos necessários a suprir os municípios com os 17 medicamentos para Atenção Básica.	X	X	X
15. Obter registro para produção e comercialização do Bezindazol.	X	X	X

4.6 Gestão de Pessoas

Objetivo: A Superintendência de Gestão de Pessoas busca desenvolver suas ações com o objetivo de coordenar, elaborar e executar uma política de recursos humanos para a saúde em consonância com a política do SUS, implementando programas de educação permanente para os servidores, conduzindo-os a um melhor desempenho de suas atividades e maior interação entre as equipes.

4.6.1 Política de Desenvolvimento de Pessoas

Diretrizes: Desenvolver um programa de educação permanente, em parceria com as áreas técnicas visando à qualificação e humanização da assistência e valorização do profissional de saúde, bem como fortalecer o processo sistemático de supervisões para subsidiar a elaboração e implantação do Plano de Cargos, Carreiras Vencimentos e Salários (PCCVS).

Garantir a articulação com as Instituições Formadoras de Recursos Humanos no Estado como estratégia de expansão de cursos de pós-graduação de interesse do SUS (Especialização de Saúde da Família).

Metas	2005	2006	2007
1. Capacitar em parceria com as áreas técnicas 19.284 profissionais de saúde do SUS ¹ .	X	X	X
2. Promover a participação de 4.808 profissionais do SUS em seminários, simpósios, congressos e conferências.	1.578	1.600	1.630
3. Realizar 2 Encontros Anuais de Avaliação das Ações de Educação Permanente.	2	2	2
4. Nomear 4.372 candidatos aprovados no concurso público/2004 para nível superior e médio para substituir 1.827 contratos por tempo determinado e as demandas exigidas pela ampliação da rede.	X	X	X
5. Firmar parceria com a Secretaria de Educação para complementação da escolaridade dos alunos da escola técnica, em nível de ensino fundamental maior e médio.		X	X
6. Elaborar e implantar o PCCVS.	X	X	X
7. Implementar o funcionamento das Mesas Estadual e Municipais de Negociação Permanente do SUS.		X	X

4.6.2 Estágios para qualificação, formação profissional e Residência na área de saúde

Diretrizes: Otimizar e qualificar o processo de formação profissional (residência e estágios) em parceria com as diversas esferas do SUS e instituições formadoras; ampliar o número de estágios para dar maior oportunidade de formação profissional aos jovens

¹Não foi possível detalhar. Esta meta corresponde ao somatório das metas de capacitação (cursos, treinamentos, encontros, entre outros) definidas pelas áreas técnicas.

inclusive aos portadores de deficiência objetivando a inclusão no mercado de trabalho; implementar a informatização dos programas de supervisão proporcionando melhor desempenho do setor à realização de suas atribuições.

Metas	2005	2006	2007
1. Coordenar e monitorar os Programas de Residência em 07 áreas: Medicina, Enfermagem, Saúde Coletiva, Farmácia, Buco Maxilo Facial e Psicologia 11 hospitais da rede SUS do Estado.	X	X	X
2. Firmar convênios com as escolas técnicas e faculdades para estágio curricular dos estudantes nos hospitais estaduais com oferecimento de bolsas de estudos para funcionários da SES.	X	X	X
3. Ampliar em 10% o número de estagiários de nível médio e superior.	X	X	X
4. Celebrar convênio com a Superintendência Estadual de Apoio à Pessoa com deficiência - SEAD, abrangendo todas as GERES.	130	166	166
5. Complementar a formação dos auxiliares de enfermagem para técnicos de enfermagem da rede estadual do SUS, atingindo 100% dos profissionais.		720	1440

4.6.3 Humanização da rede hospitalar

Diretrizes: A Política Nacional de Humanização (PNH) foi instituída com o propósito de promover a integralidade das ações de saúde no âmbito da atenção e gestão de forma indissociável; favorecer a universalidade do atendimento e o aumento da equidade por meio da utilização de novas tecnologias e especializações de saberes sem desvalorizar os processos já instituídos. Dessa forma, a PNH foi pensada como uma política transversal às demais políticas e ações de saúde e tem procurado vincular-se a todos os processos em curso bem como na elaboração de políticas de saúde por meio dos princípios orientadores da humanização.

Metas	2005	2006	2007
1. Implantar e/ou implementar o Programa de Humanização em hospitais da rede assistencial pública e conveniada de saúde do Estado.	16	05	04

4.6.4 Escola Técnica de Saúde Pública

Diretrizes: Realizar cursos descentralizados de educação permanente, para técnico de nível médio, utilizando a metodologia da problematização, para a população economicamente ativa, inserida ou não no mercado de trabalho de saúde, contribuindo para a melhoria da qualidade dos serviços.

Metas	2005	2006	2007
1. Realizar 1.700 capacitações pedagógicas para profissionais de saúde e/residentes com enfoque em educação e saúde.	700	500	500
2. Capacitar 750 profissionais (auxiliares e técnicos de enfermagem) de saúde em UTI.	250	250	250
3. Complementar a formação de 1800 auxiliares de enfermagem para técnicos de enfermagem.	360	720	720
4. Qualificar 745 auxiliares/ e técnicos de consultório dentário.	25	720	
5. Capacitar 33 Coordenadores do PACS/PSF em Gerência na Atenção Básica.	33		
6. Realizar I e II ETAPAS do Curso de Formação para 14.320 Agentes Comunitários de Saúde.		X	X
7. Formar 70 técnicos em análises clínicas.		30	40
8. Habilitar 50 técnicos em Vigilância Sanitária e Ambiental.		50	

4.7 Vigilância em Saúde

Objetivo: Coordenar, apoiar e supervisionar no âmbito do Estado, a execução das ações descentralizadas de prevenção e controle de doenças de notificação compulsória, sistemas de informação em saúde (SIM, SINAN e SINASC), doenças e agravos não transmissíveis, doenças imunopreveníveis e de veiculação hídrica. Promover o cumprimento das normas gerais de proteção à saúde, observando a legislação sanitária pertinente; coordenar, avaliar e apoiar tecnicamente as atividades de vigilância sanitária executadas pelas Regionais de Saúde e municípios. Coordenar, apoiar e supervisionar as ações de prevenção e controle das endemias no âmbito do Estado e municípios, e, implementar, coordenar e avaliar as ações dos sistemas de Vigilância Ambiental. Executar ações em caráter suplementar nos municípios e realizar a articulação intra e intersetorial integrando as diversas áreas técnicas. Promover a qualificação das equipes das Secretarias Municipais de Saúde nas ações de vigilância epidemiológica, sanitária e ambiental.

Metas	2005	2006	2007
1. Elaborar o Plano Estadual de Contingência do Estado para o Enfrentamento de uma Pandemia de Influenza.		X	
2. Elaborar o Plano de Integração das Ações de Vigilância em Saúde na Atenção Básica.		X	

4.7.1 Vigilância Epidemiológica

Diretrizes: A Vigilância Epidemiológica tem como objetivo planejar, coordenar e executar, junto as GERES e municípios, ações visando a erradicação, a eliminação e ou controle de doenças de notificação compulsória, doenças imunopreveníveis, doenças de veiculação hídrica e vigilância dos fatores de risco das doenças não transmissíveis. Inclui ainda entre suas atribuições a vigilância de agravos inusitados que possam se constituir problemas de saúde pública e a coleta, consolidação e análise dos sistemas de informação em saúde. Contribui para definir linhas de pesquisa na área de epidemiologia e com o desenvolvimento de políticas de treinamento em epidemiologia e controle de doenças. Apóia as Gerências Regionais e as Secretarias Municipais na investigação de surto de doenças, de óbitos materno e infantil.

Metas	2005	2006	2007
1. Manter erradicada a transmissão da poliomielite no Estado.	100%	100%	100%
2. Monitorar a ocorrência de casos de sarampo.	X	X	X
3. Monitorar a ocorrência de casos de cólera.	X	X	X
4. Manter a vigilância de óbitos maternos através da investigação de 70% dos óbitos de mulheres em idade fértil, nos municípios com mais de 100.000 hab.	X	X	X

Metas	2005	2006	2007
5. Manter a vigilância dos óbitos infantis investigando pelo menos 50%.	X	X	X
6. Reduzir a menos de 15% o percentual de óbitos informados ao Sistema de Informação de Mortalidade (SIM), com causa básica mal definida.	X	X	X
7. Realizar diagnóstico por critério laboratorial em pelo menos 33% dos casos de meningite bacteriana.	X	X	X
8. Monitorar a regularidade das transferências de dados das doenças de notificação compulsória e óbitos, em 100% dos municípios.	X	X	X
9. Monitorar o encerramento oportuno das investigações de surtos de doenças de notificação compulsória e de veiculação hídrica.	X	X	X
10. Monitorar a investigação dos surtos de doença diarreica aguda e transmitidas por alimentos identificados pelos municípios.	70%	70%	70%
11. Implementar a vigilância epidemiológica de doenças e agravos não transmissíveis e seus fatores de risco no estado.	X	X	X
12. Capacitar profissionais na área de vigilância epidemiológica, sanitária e sistema de informação (cursos).	45	50	50
13. Publicar o primeiro Atlas de Mortalidade por Câncer de Pernambuco (meio eletrônico e impresso).		X	
14. Transferir o banco de dados do registro de câncer de base populacional, numa série de 10 anos de casos novos.		X	
15. Implementar o cadastramento dos estabelecimentos de saúde do Sistema de Informação dos Agravos de Notificação Compulsória nas Regionais.		X	

4.7.2 Vigilância Sanitária

Diretrizes: A intervenção do Estado nas relações entre produtores e consumidores se expressa de duas formas: controle das práticas de produção e a fiscalização para cumprimentos das normas, buscando evitar o dano no ato do consumo.

Um dos principais instrumentos utilizados pela vigilância sanitária para a proteção e promoção à saúde da população é a inspeção sanitária de produtos e serviços. Considerada importante ferramenta para o controle sanitário porque avalia a qualidade dos processos e sua reprodutibilidade na obtenção de produtos e serviços seguros e eficazes, assume papel preponderante para o combate e a prevenção de práticas negligentes e ilegais que expõem a população a riscos e danos.

A inspeção sanitária transcende a mera formalidade burocrática, cartorial, por ocasião das renovações de alvarás de funcionamento de empresas e estabelecimentos de saúde e se volta, prioritariamente, para os problemas de maior expressão sanitária e para a prevenção de problemas que requeiram acompanhamento contínuo.

Metas	2005	2006	2007
1. Descentralizar a Vigilância Sanitária para as 10 GERES.	X	X	X
2. Capacitar profissionais da área de Vigilância Sanitária (cursos).	10	10	10
3. Executar o controle de produtos e serviços de interesse à saúde (inspeções).	1.985	1.985	1.985
4. Manter a operacionalização dos sistemas de informações em Vigilância Sanitária.	X	X	X
5. Cadastrar 100% dos estabelecimentos sujeitos a Vigilância sanitária (comércio de alimentos, medicamentos, creches, ensino fundamental e estações rodoviárias e ferroviárias).	X	X	X
6. Realizar 100 Inspeções anuais dos ambientes de trabalho das empresas públicas e privadas.	X	X	X

4.7.3 Vigilância Ambiental em Saúde

Diretrizes: A Vigilância Ambiental em Saúde, tem como objetivo realizar a vigilância e o controle das doenças: raiva, dengue, leishmaniose tegumentar e visceral, Chagas, esquistossomose e peste nas áreas de fatores biológicos. Nas áreas de fatores não biológicos, destaca-se a vigilância da água para consumo humano e o monitoramento do *Vibrio cholerae* nas bacias hidrográficas do Estado (VIGIAGUA), do solo (VIGISOLO), do ar (VIGIAR) além da vigilância das substâncias químicas (VIGIQUIM).

Metas	2005	2006	2007
1. Instituir a Vigilância Ambiental na estrutura da Secretaria Estadual de Saúde.	X		
2. Promover campanha anual de vacinação anti-rábica canina em 100% dos municípios.	X	X	X
3. Supervisionar as atividades de vigilância da qualidade da água para consumo humano (VIGIÁGUA) em 100% dos municípios com população igual ou acima de 100.000 hab.	X	X	X
4. Realizar inspeções anuais para identificação e eliminação de focos e ou criadouros de <i>Aedes aegypti</i> e <i>Aedes albopictus</i> , nos municípios infestados.	14.429. 502	14.429. 502	14.429. 502

Metas	2005	2006	2007
5. Realizar a carta flebotômica nos municípios, conforme classificação epidemiológica.	27	15	16
6. Realizar pesquisa de triatomíneos em domicílios de áreas endêmicas.	33.725	33.725	33.725
7. Realizar sorologia de material coletado em carnívoros e roedores para detecção de circulação de peste em áreas focais.	5.000	5.000	5.000
8. Realizar monitoramento para vibrio cholerae nas bacias hidrográficas de Capibaribe/Beberibe, Una, Mundau, Sirinhaém, Ipojuca e São Francisco.	X	X	X
9. Implementar a Vigilância da Água para Consumo Humano nos municípios com mais de 100.000 habitantes (10) e em 50% da população abastecida do Estado (municípios com < IDH e alta prevalência de diarreia aguda).	X	X	X
10. Executar a fase 1 do Monitoramento da Fauna Vetora da Dengue, em Portos e Aeroportos em PE.		X	X
11. Capacitar, com enfoque em tratamento, as equipes do Programa de Esquistossomose, e médicos e enfermeiros dos PSFs da zona da Mata Sul e Norte do Estado.		X	X

4.8 Controle Social

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

4.8.1 Acompanhamento dos Conselhos de Saúde e Conselhos Gestores de Unidades de Saúde

Diretrizes: O Conselho Estadual de Saúde tem como diretrizes acompanhar, supervisionar, fiscalizar, capacitar, assessorar e fortalecer os Conselhos Municipais de Saúde e Conselhos Gestores de unidades de saúde, visando consolidar os mecanismos de gestão participativa e propor mudanças para formulação das políticas de saúde no Estado.

Metas	2005	2006	2007
1. Realizar 1 oficina por GERES sobre o Pólo de Educação Permanente.		5	5
2. Realizar 3 seminários com o Ministério Público Estadual e Conselhos Municipais de Saúde.	1	1	1
3. Realizar 2 Audiências Públicas Regionais para debater os Consórcios Intermunicipais de Saúde.		1	1
4. Realizar 1 oficina por GERES sobre Controle Social.		5	5
5. Promover 8 encontros/reuniões anuais para repasse de informações em áreas temáticas de interesse dos Conselhos Estadual, Municipal e Gestor.		8	8
6. Criar e implementar Conselhos Gestores em unidades de saúde sob gestão estadual.		X	X

4.8.2 Conferências/Plenárias de Saúde

Diretrizes: Promover, em parceria com a SES, Conferências e Plenárias Estaduais de Conselhos de Saúde e participar das Plenárias Nacionais.

Metas	2005	2006	2007
1. Realizar 2 Plenárias de Conselheiros de Saúde no âmbito do Estado .		1	1
2. Participar de Plenárias Nacionais e Macrorregionais de Saúde.		X	X
3. Realizar 5 Conferências (gerais e temáticas).	3	1	1

Metas	2005	2006	2007
4. Realizar 2 Seminários de Saúde Indígena com a participação dos trabalhadores do SUS, organizado pelo CES/PE.		X	X
5. Realizar uma Plenária com 185 municípios sobre DST/AIDS.			X

4.8.3 Manutenção do Conselho Estadual de Saúde

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

Metas	2005	2006	2007
1. Dotar o CES de condições necessárias ao seu funcionamento.	X	X	X

4.8.4 Ouvidoria do Conselho Estadual de Saúde

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

Metas	2005	2006	2007
1. Implantar a Ouvidoria do CES.		X	X

5. AVALIAÇÃO

O Plano Estadual de Saúde configura importante instrumento para a condução das ações de saúde do SUS. O processo de planejamento não finaliza na apresentação formal do Plano, mas assume compromissos perante a sociedade devendo ser acompanhado e avaliado. Implementar o que foi programado é de fundamental importância, mediante desenvolvimento de processos de monitoramento e avaliação visando comprovar a qualidade da prestação dos serviços oferecidos à população.

Enquanto processo pactuado, as diretrizes e metas aqui apresentadas deverão integrar as agendas das Secretarias Municipais de Saúde a fim de que se possa melhorar a situação de saúde no Estado.

A Secretaria Estadual de Saúde no exercício da Gestão Plena do Sistema Estadual vem implementando processos avaliativos a exemplo do Pacto dos Indicadores da Atenção Básica, definição de proposta metodológica de avaliação em saúde, Comitê de Avaliação dos Municípios em Gestão Plena, entre outros. As propostas apresentadas nos eixos prioritários deste Plano reforçam a determinação de avançar nesse processo abrangendo as dimensões de gestão, controle de doenças e agravos prioritários, reorientação do modelo assistencial e descentralização e controle social.

A avaliação do PES terá como base as informações técnicas e operacionais sistematizadas em consonância com a política de saúde do Estado. Deverá ser realizada a partir dos indicadores a serem definidos e selecionados para o seu acompanhamento; permitirá a identificação das desigualdades nas condições de saúde e no acesso as ações e serviços; avaliará o impacto das ações e programas desenvolvidos sobre as condições de saúde e apontará as necessidades de reorientações estratégicas das ações utilizando os dados e sistemas de informação na SES e outros setores do Governo. Esse processo irá subsidiar e aperfeiçoar a consolidação do SUS no Estado.

6. REFERÊNCIAS

Atlas de Desenvolvimento Humano do Brasil - 2003

Cadernos de Informações de Saúde 2004

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. Censo Demográfico

Lei nº. 8.080/90

Lei nº. 8.142/90

Matrizes das Áreas Técnicas da Secretaria Estadual de Saúde, CES, HEMOPE e LAFEPE, 2004 (Mimeo)

Normas Operacionais da Assistência à Saúde: NOAS - SUS 01/2002

Plano Diretor de Investimento de Pernambuco - PDI

Plano Diretor de Regionalização de Pernambuco - PDR

Plano Nacional de Saúde - PNS

Plano Plurianual do Estado de Pernambuco 2004 - 2007

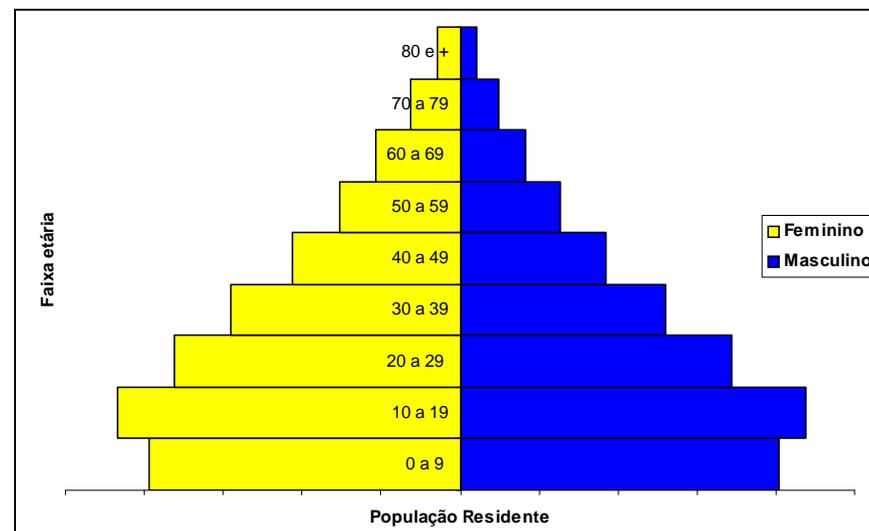
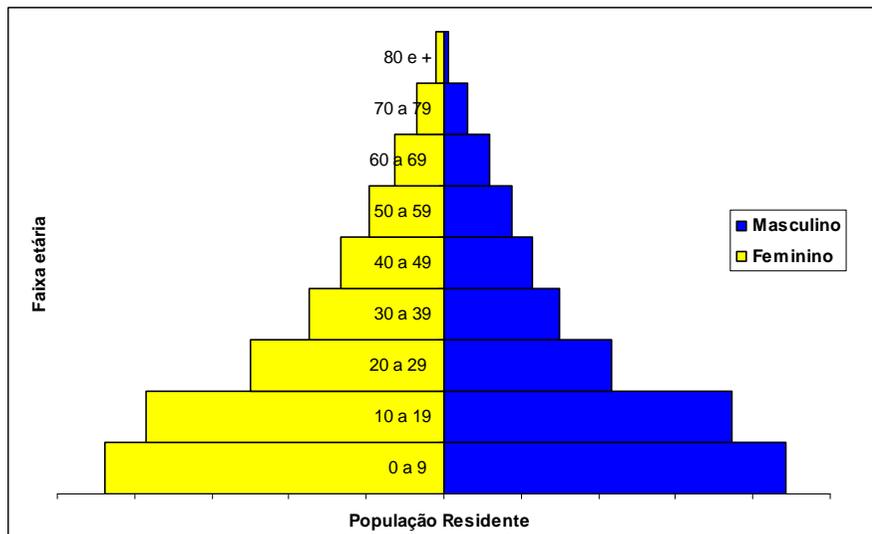
Portaria GM/MS nº.548/2001

Programa de Apoio ao Desenvolvimento Sustentável da Zona da Mata de Pernambuco - PROMATA

Relatório Final da V Conferência Estadual de Saúde - 2003

Relatório Final da XII Conferência Nacional de Saúde - 2003

ANEXO 1 – Pirâmide etária 1980 e 2000.



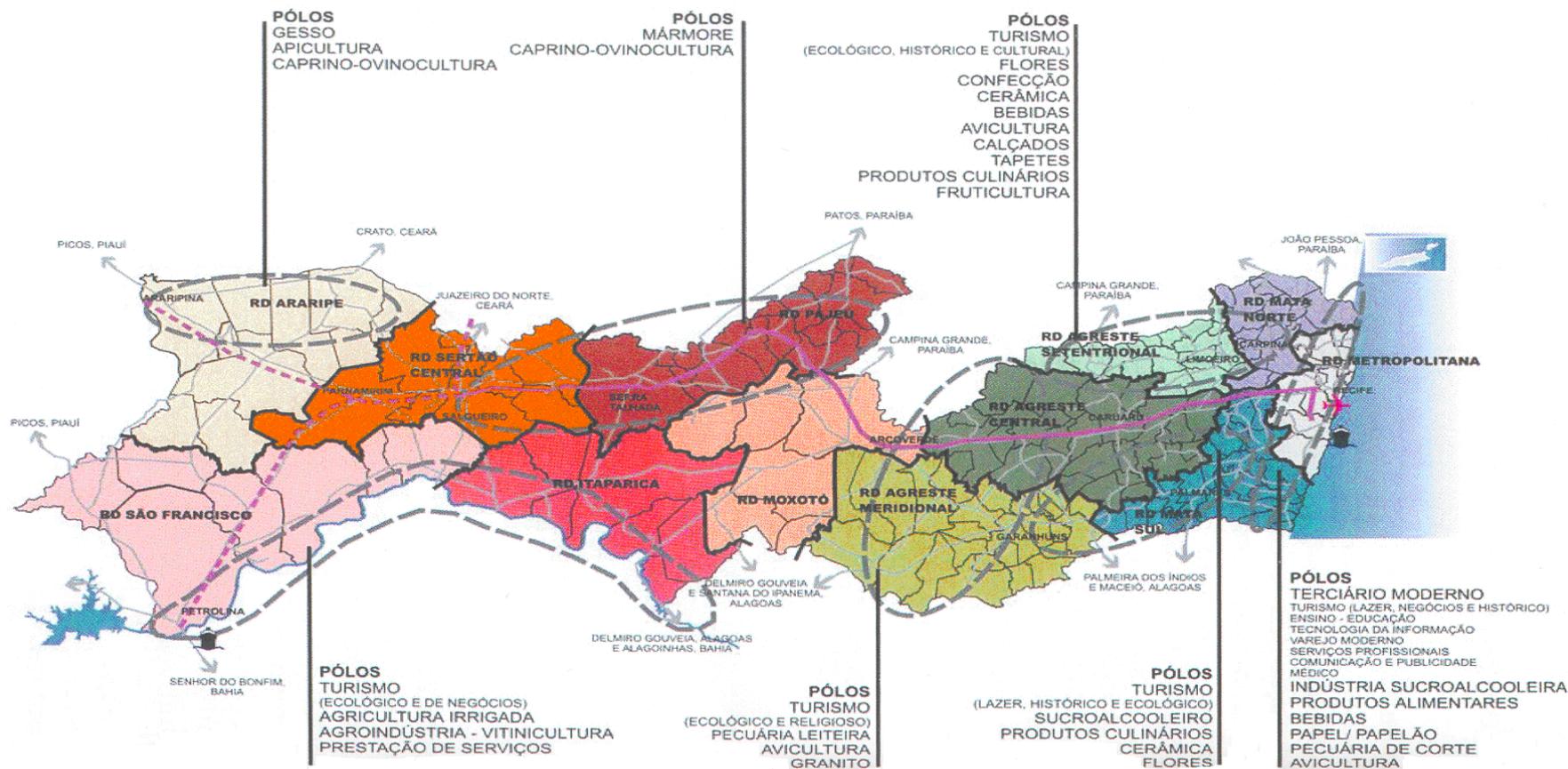
Fonte: Datasus – Informações de Saúde/Informações Demográficas e Socioeconômicas.

ANEXO 2 - Perfil demográfico e socioeconômico de Pernambuco

INDICADORES	1991	2000
DEMOGRAFIA		
População	7.127.855	7.918.344
Taxa de Urbanização	70,87	76,51
Longevidade e Fecundidade		
Esperança de vida ao nascer (anos)	62,0	67,3
Taxa de fecundidade Total (filhos por mulher)	3,3	2,5
EDUCAÇÃO		
Taxa de analfabetismo na população adulta (25 anos ou mais)	38,2 4,0	28,3 5,1
Média de anos de estudo		
RENDA		
Renda <i>per capita</i> média (R\$ de 2000)	141,4	183,8
Proporção de Pobres (%)	60,0	51,3
Índice de Gini	0,65	0,67
HABITAÇÃO		
Acesso a Serviços Básicos		
Água Encanada	56,5	67,2
Energia elétrica	80,3	95,4
Coleta de Lixo (somente domicílios urbanos)	68,2	84,7
Acesso a Bens de Consumo		
Geladeira	48,3	70,8
Televisão	56,3	84,6
Telefone	7,8	19,4
Computador	-	5,4
VULNERABILIDADE		
% de crianças em famílias com renda inferior à 1/2 SM	70,6	65,4
% de mulheres de 15 a 17 anos com filhos	9,6	6,4
% de pessoas de 65 anos ou mais morando sozinhas	10,8	11,8
DESENVOLVIMENTO HUMANO		
Índice de Desenvolvimento Humano Municipal	0,620	0,705
Educação	0,644	0,768
Longevidade	0,617	0,705
Renda	0,599	0,643

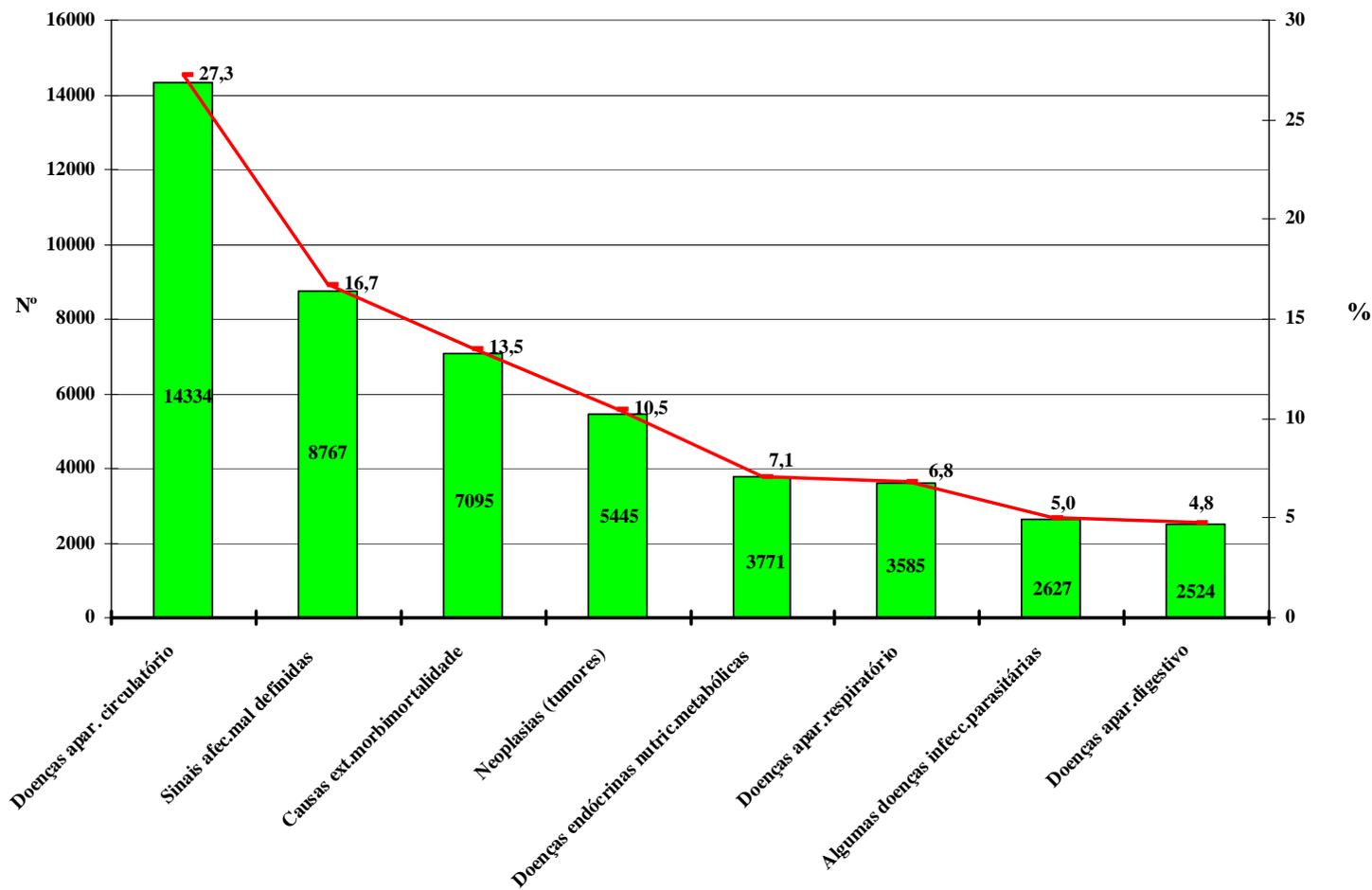
Fonte: Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil 1991 – 2000

ANEXO 3 – Cadeias e Arranjos Produtivos do Estado de Pernambuco.



Fonte: Condepe Plano Plurianual 2004/2007

ANEXO 4 - Número e Percentual de Óbitos por Grupo de Causas (Cap. CID 10) e ano de ocorrência. Pernambuco, 2004*



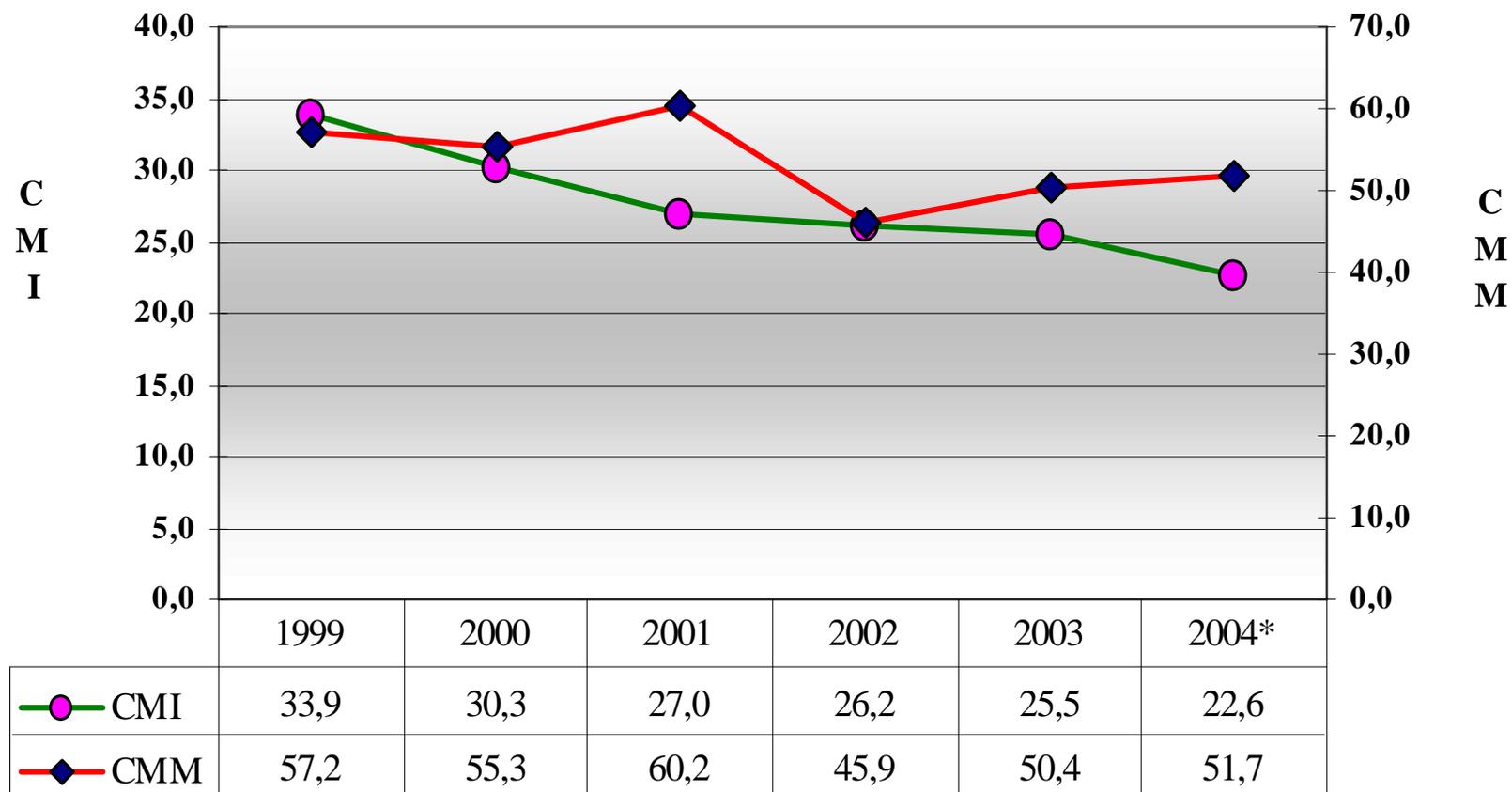
Capítulo CID 10

Capítulo CID 9

Fonte: SIM/UNIEPI/GGVS/SES-PE

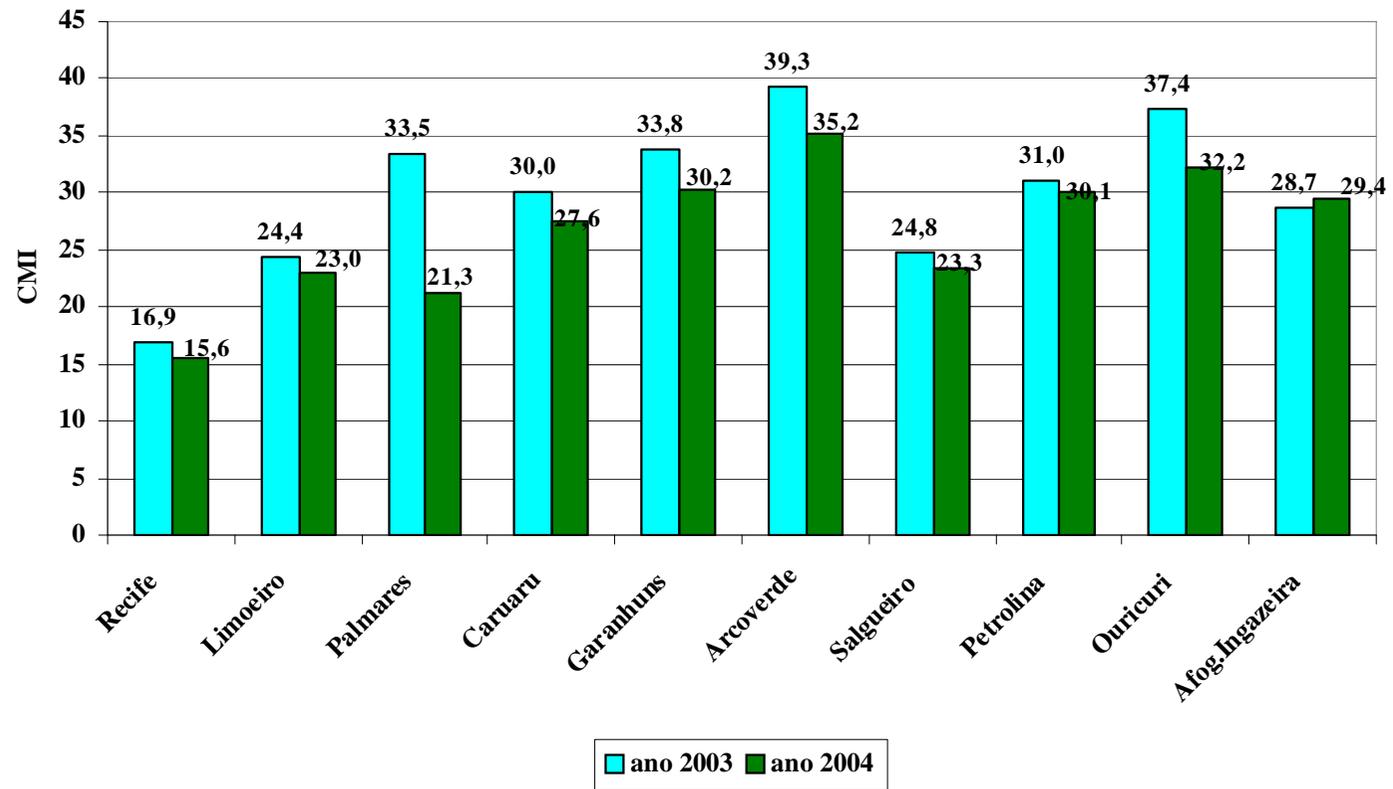
Nota: dados de 2004 sujeitos à revisão

ANEXO 5 - Coeficientes de Mortalidade Infantil/1.000NV e Mortalidade Materna/100.000NV. Pernambuco 1999-2004*



Fonte: SIM/SINASC/UNIEPI/GGVS/SES-PE
 *Dados sujeitos à revisão

ANEXO 6 - Coeficiente de mortalidade infantil por 1.000 nascidos vivos segundo Microrregional de Saúde. Pernambuco, 2003-2004.



Fonte: SIM/SINASC/UNIEPI/GGVS/SES-PE
*Dados sujeitos à revisão

ANEXO 7 - Evolução dos principais agravos em Pernambuco, 1995 a 2004*

Agravos/Doenças	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
AIDS	220	365	276	248	254	273	260	281	315	258
Cólera	908	238	562	1161	2420	498	1	0	0	21
Coqueluche	181	57	33	58	168	124	32	34	135	46
Dengue	6788	16211	23847	46320	31615	22759	12945	96670	10844	1275
Difteria	13	5	5	1	5	0	1	3	2	0
Doença de Chagas Aguda	4	0	15	38	50	46	14	57	9	5
Doença Meningocócica	246	283	271	222	208	234	218	185	134	139
Esquistossomose	25000	26455	11123	20043	11830	6722	8377	13013	11223	13498
Febre Tifóide	136	167	295	27	90	69	56	34	50	34
Hanseníase	3533	2608	2881	2888	3292	3016	3255	3382	3518	3223
Hepatite A	137	185	499	711	1317	1122	1040	914	1295	1508
Hepatite B	44	96	185	217	218	274	196	197	232	256
Hepatite C	16	13	55	53	89	249	105	92	144	226
Leishmaniose Tegumentar	817	715	577	528	812	905	632	605	622	802
Leishmaniose Visceral	223	183	154	97	172	390	334	105	86	95
Leptospirose	159	300	265	123	60	667	304	259	177	338
Meningites	1141	1208	1056	1097	1610	1381	1106	1870	1381	974
Raiva Humana	3	2	1	3	1	1	0	0	1	0
Rubéola	255	340	303	353	2384	1714	407	117	21	2
Sarampo	0	0	287	257	240	0	0	0	0	0
Sífilis Congênita	17	34	167	432	574	488	640	554	679	565
Tétano Acidental	63	68	54	49	59	42	41	47	35	11
Tétano Neonatal	7	5	7	3	3	2	2	3	0	2
Tuberculose	5313	4591	4237	4376	4138	3794	3905	4146	4374	4445

Fonte: SINAN/GGVS/ SES-PE/

	veiculação hídrica
	imunopreveníveis
	vetoriais
	outros

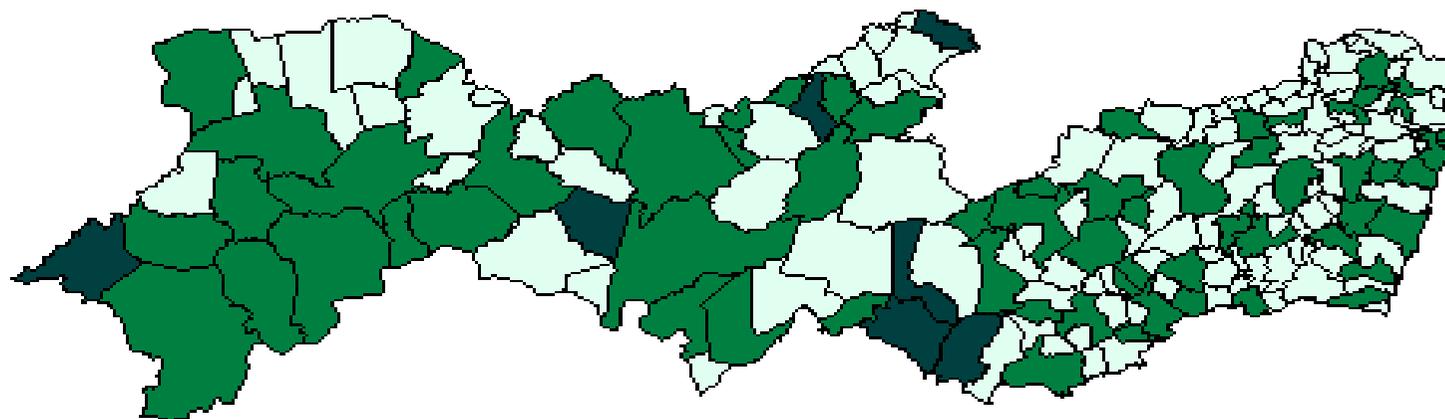
* Nota : dados sujeitos à revisão

ANEXO 8 – Plano Diretor de Regionalização de Pernambuco - Resolução CIB Nº. 720 de 12 de agosto de 2002

MICRORREGIONALIZAÇÃO DA SAÚDE EM PERNAMBUCO

I GERES	II GERES	III GERES	IV GERES	V GERES	VI GERES	VII GERES	VIII GERES	IX GERES	X GERES
1) RECIFE	1) LIMOEIRO	1) PALMARES	1) CARUARU	1) GARANHUNS	1) ARCOVERDE	1) SALGUEIRO	1) PETROLINA	1) OURICURI	1) AFOGADOS DA INGAZEIRA
2) MORENO	Bom jardim	Água Preta	Altinho	Correntes	Buique	Verdejante	Afrânio	Sta. Cruz	Camaíba
3) FERNANDO DE NORONHA	Passira	Catende	Cachoeirinha	Paranatama	Ibimirim	Mirandiba	Dormentes	Sta. Filomena	Iguaraci
4) CAMARAGIBE	Salgadinho	Xexeu	Cupira	Saloá	Custódia	Terra Nova	Lagôa Grande	2) BODOCÓ	Ingazeira
São Lourenço	João Alfredo	Joaquim Nabuco	Jurema	Jucati	Inajá	Belém S. Francisco	2) STA. Mª BOA VISTA	Moreilândia	Solidão
5) OLINDA	Cumaru	Belém de Maria	Lagôa dos Gatos (III GERES)	Jupi	Manari	Panamirim (IX GERES)	Orocó	Exu	Quixaba
6) JABOATÃO	Feira Nova	Jaqueira	Panelas	Palmeirina	Tupanatinga	Serrita	3) CABROBÓ	Granito	2) S. JOSÉ DO EGITO
7) CABO	Lagoa do Carro	Maraial	Ibirajuba	2) LAGOA DO OURO	Sertânia	Cedro		3) ARARIPINA	Brejinho
Ipojuca	Machados	São Benedito do Sul	Agrestina	3) CAETÉS	2) PETROLÂNDIA	2) FLORESTA		Ipubi	Itapetim
Sirinhaém (III GERES)	Orobó	2) ESCADA	Jataúba	4) CAPOEIRA	Jatobá	Carnaubeira da Penha		Trindade	Tuparetama
8) PAULISTA	S. Vicente Ferrer	Amaraji	São Caitano	5) CANHOTINHO	Tacaratu	Itacuruba		Panamirim (Módulo 1 da Micro Salgueiro)	Sta. Terezinha
Abreu e Lima	2) GOIANA (I GERES)	Primavera	2) RIACHO DAS ALMAS	Quipapá (III GERES)	3) PEDRA	São José do Belmonte		3) TABIRA	4) SERRA TALHADA
9) IGARASSU	Condado	Ribeirão	3) STA. C. CAPIBARIBE	Angelim	Venturosa	(Módulo 4 da Micro Afogados da Ingazeira)			
Aragoiaba	Itambé	Gameleira	4) TAQUARITINGA NORTE	6) LAJEDO	Betânia (Módulo 4 da Micro Afogados da Ingazeira)				
Itapissuma	Itaquitinga	Cortês	5) BREJO MADRE DEUS	Calçado					
Itamaracá	3) TIMBAÚBA	3) BARREIROS	6) VERTENTES	7) SÃO JOÃO					
10) VITÓRIA STO. ANTÃO	Camutanga	Tamandaré	Toritama	8) ÁGUAS BELAS					
Pombos	Ferreiros	Rio Formoso	Sta. Mª Cambucá	Itaíba					
Chã de Alegria (II GERES)	Macaparana	São José C. Grande	Frei Miguelinho	9) IATI					
Glória de Goitá (II GERES)	4) PAUDALHO	Quipapá (Módulo 5 da Micro Garanhuns) Lagoa dos Gatos (Módulo 1 da Micro Limoeiro)	7) BEZERROS	10) BOM CONSELHO					
11) CHÃ GRANDE	Carpina		Barra da Guabiraba	Brejão					
	Lagoa de Itaenga		Camocim São Felix	Terezinha					
	5) NAZARÉ DA MATA		S. Joaquim do Monte						
	Allança		Sairé						
	Buenos Aires		8) BONITO						
	Vicência		9) GRAVATÁ						
	Tracunhaém		10) BELO JARDIM						
	6) SURUBIM		São Bento do Una						
	Casinhas		Tacaimbó						
	Vertente do Lério		Sanharó						
	Chã de Alegria (Módulo 10 da Micro Recife)		11) PESQUEIRA						
	Glória de Goitá (Módulo 10 da Micro Recife)		Alagoinha						
			Poção						
SEDE MACRO E MICRORREGIONAL E DO MÓDULO		SEDE DE MICRORREGIONAL E DE MÓDULO			SEDE DE MÓDULO		Este Município faz parte da Geres, porém não faz parte do Módulo		

ANEXO 9 – Distribuição Espacial do Percentual da Cobertura do Programa Saúde da Família nos Municípios de Pernambuco, 2004.

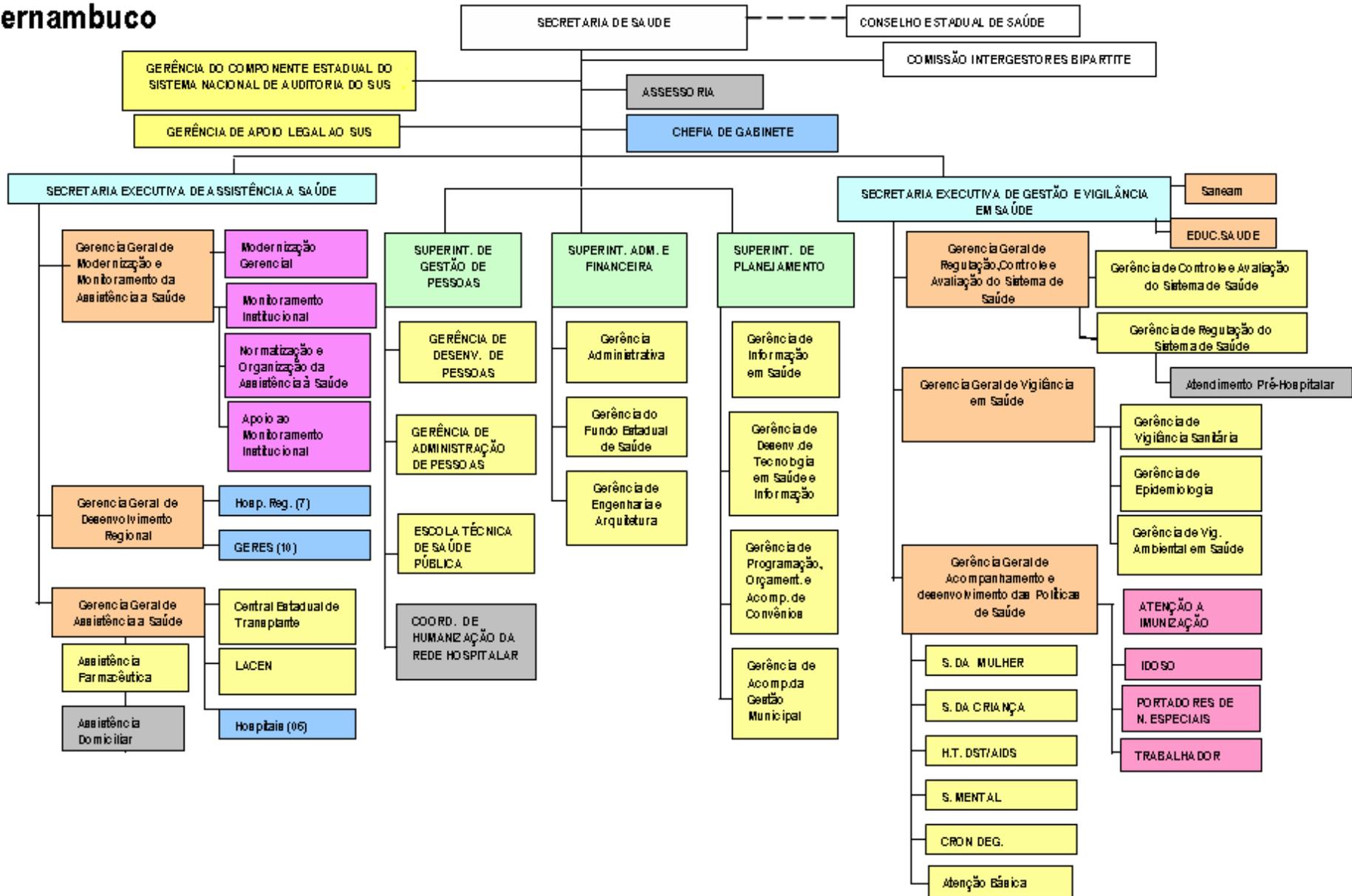


- Sem PSF Implantado**
- PSF Implantado com até 70%**
- PSF Implantado com cobertura acima de 70%**

Fonte: Gerência Geral de Desenvolvimento de Políticas de Saúde/SES-PE

ANEXO 10 – Estrutura Organizacional da SES - Decreto N°. 27.592 de 31 de janeiro de 2005

Pernambuco



ANEXO 11

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
 PLANO PLURIANUAL - 2004/2007 DESENVOLVIMENTO COM INCLUSÃO SOCIAL
 ESTIMATIVA DOS CUSTOS DOS PROGRAMAS SEGUNDO O ÓRGÃO EXECUTOR
 PERÍODO: 2004/2007
 23000 SECRETARIA DE SAÚDE

ÓRGÃO EXECUTOR/PROGRAMA	Valores em R\$ 1,000						TOTAL 2005-2007	TOTAL GERAL
	ANO		2004		EXTRA ORÇAMENTÁRIO	TOTAL		
	TESOURO	OUTRAS FONTES	TOTAL					
23010 SECRETARIA DE SAÚDE - ADMINISTRAÇÃO DIRETA								
0278 Gestão da Política de Saúde do Estado	201.975.900	0	201.975.900	0	201.975.900	672.092.800	874.068.700	
0279 Apoio Administrativo às Ações da Secretaria de Saúde	47.024.100	0	47.024.100	0	47.024.100	168.758.600	215.782.700	
TOTAL	249.000.000	0	249.000.000	0	249.000.000	840.851.400	1.089.851.400	
53010 FUNDAÇÃO DE HEMATOLOGIA E HEMOTERAPIA DE PERNAMBUCO - HEMOPE								
0204 Gestão da Política de Ações da Fundação HEMOPE	1.000.000	550.000	1.550.000	0	1.550.000	5.657.300	7.207.300	
0153 Ampliação e Melhoria da Produção de Hemoderivados da Fundação HEMOPE	0	100.000	100.000	0	100.000	436.800	536.800	
0202 Expansão e Promoção das Ações de Hematologia e Hemoterapia	13.925.000	17.703.500	31.628.500	0	31.628.500	114.442.600	146.071.100	
0203 Interiorização das Ações de Serviços Hemoretápicos	2.225.000	10.736.500	12.961.500	0	12.961.500	41.794.650	54.756.150	
0205 Apoio Administrativo às Ações da Fundação HEMOPE	7.300.000	4.300.000	11.600.000	0	11.600.000	42.135.550	53.735.550	
TOTAL	24.450.000	33.390.000	57.840.000	0	57.840.000	204.466.900	262.306.900	
53030 LABORATÓRIO FARMACÊUTICO DO ESTADO DE PERNAMBUCO S/A - LAFEPE								
0088 Produção de Medicamentos	0	21.723.400	21.723.400	0	21.723.400	20.844.800	42.568.200	
TOTAL	0	21.723.400	21.723.400	0	21.723.400	20.844.800	42.568.200	

ANEXO 11

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
 PLANO PLURIANUAL - 2004/2007 DESENVOLVIMENTO COM INCLUSÃO SOCIAL
 ESTIMATIVA DOS CUSTOS DOS PROGRAMAS SEGUNDO O ÓRGÃO EXECUTOR
 PERÍODO: 2004/2007
 23000 SECRETARIA DE SAÚDE

ÓRGÃO EXECUTOR/PROGRAMA	ANO 2004					Valores em R\$ 1,000	
	TESOURO	OUTRAS FONTES	TOTAL	EXTRA ORÇAMENTÁRIO	TOTAL	TOTAL 2005-2007	TOTAL GERAL
	53040 FUNDO ESTADUAL DE SAÚDE - FES/PE						
0116 Governo Digital	11.300.000	4.050.000	15.350.000	0	15.350.000	46.050.000	61.400.000
0250 Aprimoramento da Gestão da Secretaria Estadual de Saúde	656.800	4.841.100	5.497.900	0	5.497.900	19.795.900	25.293.800
0252 Controle Social das Ações de Serviço de Saúde	0	122.300	122.300	0	122.300	479.100	601.400
0277 Fortalecimento da Gestão do Sistema Único de Saúde-SUS/PE	0	207.700	207.700	0	207.700	674.500	882.200
0150 Atenção à Saúde da População	25.192.900	105.449.400	130.642.300	0	130.642.300	593.578.000	724.220.300
0151 Vigilância à Saúde da População	1.717.000	35.396.700	37.113.700	0	37.113.700	188.849.300	225.963.000
0234 Assistência de Qualidade na Rede do Sistema Único de Saúde - SUS/PE	5.422.000	29.113.700	34.535.700	0	34.535.700	153.326.400	187.862.100
0238 Implementação do Saneamento e Proteção ao Meio Ambiente	5.599.000	49.491.000	55.090.000	0	55.090.000	13.965.000	69.055.000
0239 Educação e Promoção à Saúde e Prevenção de Doenças	535.000	614.900	1.149.900	0	1.149.900	996.900	2.146.800
0249 Apoio à Municipalização da Saúde	30.000	13.200	43.200	0	43.200	13.200	56.400
0260 Apoio Administrativo às Ações de Saúde	122.652.300	20.700.000	143.352.300	0	143.352.300	486.406.700	629.759.000
TOTAL	173.105.000	250.000.000	423.105.000	0	423.105.000	1.504.135.000	1.927.240.000
TOTAL GERAL	446.555.000	305.113.400	751.668.400	0	751.668.400	2.570.298.100	3.321.966.500