

**PREFEITURA DO RECIFE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

**PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE
2014-2017**

2014 - Secretaria de Saúde do Recife

É permitida a reprodução parcial ou total desta publicação, desde que citada a fonte.

Tiragem: 500 exemplares

Produção, distribuição e informações:

Secretaria de Saúde do Recife

Secretaria Executiva de Coordenação Geral

Gerência Geral de Planejamento e Orçamento

Endereço: Av. Cais do Apolo, nº 925, Bairro do Recife, Recife – PE. CEP: 50.030-903

Telefones: (81) 3355.9315 /3355-9326/9368

Home Page: <http://www2.recife.pe.gov.br/secretarias-e-orgaos/secretarias/saude/>

e-mail: planejamento.recife.saude@gmail.com

1ª Edição 2014

Ficha Catalográfica

RECIFE, Governo Municipal, Secretaria de Saúde do Recife, Secretaria Executiva de Coordenação Geral, Gerência Geral de Planejamento.

Plano Municipal de Saúde 2014 - 2017 / Governo Municipal, Secretaria de Saúde do Recife, Recife. Secretaria Executiva de Coordenação Geral, Gerência Geral de Planejamento.

_ 1ª. Ed. - Secretaria de Saúde do Recife, 2014. 84 p.: - il.

Inclui lista de siglas, tabelas e ilustrações.

1. Saúde Pública, Planejamento em Saúde, Gestão em Saúde Pública, Recife. Secretaria de Saúde

EXPEDIENTE

Prefeito do Recife

Geraldo Júlio de Mello Filho

Vice-Prefeito do Recife

Luciano Roberto Rosas de Siqueira

SECRETARIA DE SAÚDE

Secretário de Saúde

Jailson de Barros Correia

Secretária Executiva de Coordenação Geral

Joanna Paula Freire de Lima Silva

Secretária Executiva de Atenção à Saúde

Eliane Mendes Germano Lins

Secretária Executiva de Administração e Finanças

Juliana Dias Medicis

Secretária Executiva Interina de Vigilância à Saúde

Denise S. C . de Oliveira Scripnic

Secretário Executivo de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde

Kamila Matos de Albuquerque

Secretária Executiva de Regulação e Sistema

Fernanda Casado

Secretário Executivo de Infraestrutura em Saúde

Bruno Azevedo Cabral

Assessoria Técnica Especial

Fernando Antônio Ribeiro de Gusmão Filho

Gerente do Distrito Sanitário I

Alessandra de Lima Araújo

Gerente do Distrito Sanitário II

Romero Nogueira de Souza Mendes

Gerente do Distrito Sanitário III

Maria de Lara Hazin Pires Lira

Gerente do Distrito Sanitário IV

Polyanna Christine Bezerra Ribeiro

Gerente do Distrito Sanitário V

Lígia Ferreira de Lima

Gerente do Distrito Sanitário VI

Silvana Helena Dantas Moreira

Gerente do Distrito Sanitário VII

Ana Sofia Pessoa da Costa Carrarine

Gerente do Distrito Sanitário VIII

Mônica de Moraes Gueiros

Gerente Geral de Planejamento e Orçamento

Paulo Roberto Alves da Silva

Gerente Geral de Assistência Integral à Saúde

Mônica Lisboa da Costa Vasconcelos

Gerente Geral de Atenção Básica e Políticas Estratégicas

Zelma de Fátima Chaves Pessoa

Gerente Geral Administração Finanças Conv. e Contratos

Fernanda Emanuelle Arantes de Castro da Silva

Gerente Geral de Engenharia

José de Brito Júnior

Gerente Geral de Vigilância à Saúde

Maisa Belfort Teixeira

Gerente Geral de Formação e Avaliação de Desempenho

Karina Maria Farias Tenório

Gerente Geral de Regulação Assistencial

Tatieleme Natacha Lima

Gerente Geral de Modernização e Monitoramento

Manuella Sales dos Passos

Gerente Geral de Assuntos Jurídicos

Luciana Lima Pinheiro Caula Reis

Gerente Geral de Tecnologia da Informação

Rogério Domingues Raposo

COMPOSIÇÃO DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE GESTÃO 2014-2016

USUÁRIOS

Instituto Renascer do Coque - RPA 1

Titular: Elizângela Felix Pereira

Ponto de Cultura Espaço Livre do Coque - RPA 1

Suplente: Luiz Carlos da Silva Costa

União dos Moradores, Avenida Chagas Ferreira - RPA 2

Titular: José Pereira da Silva

Conselho de Moradores da Ilha do Joaneiro - RPA 2

Suplente: Albanise Gomes da Silva

Clube de Mães dos Moradores do Alto do Refúgio, RPA 3

Titular: Adriana Pinto da Silva

Conselho de Moradores do Lot. Jardim Eldorado - RPA 3

Suplente: Edileusa Maria da Silva

Associação Grupo de Mães da Amizade dos Torrões - RPA 4

Titular: A indicar

Associação de Moradores do Loteamento Santo Cosme Damião - RPA 4

Suplente: Marcos Emílio de Lima

Conselho de Moradores do Jiquiá - RPA 5

Titular: Oscar Correia da Silva

Associação de Moradores da Mustardinha - RPA 5

Suplente: André Cristiano de Albuquerque

Centro Comunitário da UR 2 - RPA 6

Titular: José Cleto

Associação Comunitária e Cultural da UR 10 Ibura - RPA 6

Suplente: José Barbosa da Silva

Instituto de Desenvolvimento Social - IDS

Titular: Rosicleide Barbosa da Silva

Associação das Rádios Populares de Pernambuco

Suplente: Angélica Oliveira de Araújo

CEPAS

Titular: Osvaldo Alexandre Celetino Amorim

GESTOS

Suplente: Glaudston Cordeiro de Lima

Clube da Mulher de Campos

Titular: A indicar

SOS - CORPO

Suplente: A indicar

Associação Casa do Amor

Titular: A indicar

FEMOCOHAB - Federação das Associações de Moradores de Núcleos de Cohab e Similares

Suplente: Elivânia Santos Matias de Souza

Associação Pernambucana das Profissionais do Sexo - APPS

Titular: Nanci Maria Feijó de Melo

Articulação e Movimento para Travestis e Transexuais de Pernambuco - AMOSTRANS

Suplente: Rivânia Rodrigues da Silva

SOS - Crianças

Titular: Sônia Lúcia Pereira de Almeida
Núcleo de Assistência aos Pacientes Hepáticos - NAPHE
Suplente: Alcione Lopes de Andrade Santos

TRABALHADORES

Sindicato dos Agentes Comunitários de Saúde e Combate as Endemias do Estado de Pernambuco - SINDACS
Titular: Vasti Maria da Silva Soares
Conselho Regional de Serviço Social - CRESS 4ª Região
Suplente: Náide Melo Costa
Sindicato dos Odontologistas no Estado de Pernambuco - SOEPE
Titular: Priscila de Araújo Cavalcanti de Albuquerque
Associação dos Ginecologistas e Obstetras de Pernambuco - SOGOPE
Suplente: A indicar
Sindicato dos Trabalhadores Públicos Federais da Saúde e Previdência Social no Estado de Pernambuco - SINDSPREVPE
Titular: Maria Izabel Fabrício
Conselho Regional de Biomedicina - 2ª Região
Suplente: A indicar
Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional - CREFITO 1ª Região
Titular: Heloneida Neves Romão
Sindicato dos Médicos de Pernambuco - SIMEPE
Suplente: A indicar
Sindicato dos Enfermeiros no Estado de Pernambuco - SEEPE
Titular: Keila Mary Tavares de Oliveira
Sindicato dos Servidores Públicos Federais no Estado de Pernambuco - SINDSEP/PE
Suplente: José Ribeiro da Silva
Sindicato dos Psicólogos de Pernambuco - PSICOSIND
Titular: A indicar
Conselho Regional de Educação Física
Suplente: Rosângela Cavalcanti de Albuquerque

GESTORES/PRESTADORES

Secretaria Municipal de Saúde
Titular: Jailson de Barros Correia (Secretário de Saúde)
Secretaria Municipal de Saúde (Secretária Executiva de Coordenação Geral)
Suplente: Joanna Paula Freire de Lima Silva
Secretaria Municipal de Saúde (Gerência Geral de Planejamento e Orçamento)
Titular: Paulo Roberto Alves da Silva
Secretaria Municipal de Saúde (Gerência Geral de Planejamento e Orçamento)
Suplente: Gabriela Cristina Pereira de Oliveira Lima
Secretaria Municipal de Saúde (Coordenação de Projetos Estratégicos e Gestão Participativa)
Titular: Janaína Maria Brandão
Secretaria Municipal da Mulher
Suplente: Josilene de Melo Carvalho
IMIP
Titular: A indicar
Santa Casa de Misericórdia
Suplente: Robério Elias de Almeida Silva

Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães
Titular: A indicar
FPS - Faculdade Pernambucana de Saúde
Suplente: A indicar
Clínica Radiológica Walter Braga
Titular: Marivaldo Braz da Silva
Clínica Radiológica Walter Braga
Suplente: Alcidez Braz da Silva Filho

EQUIPE DE ELABORAÇÃO

Gerência Geral de Planejamento e Orçamento
Paulo Roberto Alves da Silva

Chefe de Divisão de Informações Estratégicas
Juliana Maria Oriá de Oliveira

Chefe de Divisão de Planejamento
Débora Soledade de Oliveira

Equipe Técnica do Planejamento
Cícera Lissandra Sá Vieira Macedo
Márcia Andréa Oliveira da Cunha
Maria Goretti Teles de Araújo

Projeto Gráfico/ Diagramação / Capa
Jefferson Darllan Pinto de Santana

LISTA DE SIGLAS

ABNT	- Associação Brasileira de Normas Técnicas
ACS	- Agente Comunitário de Saúde
AIDS	- Síndrome da Imunodeficiência Humana
ANVISA	- Agência Nacional de Vigilância Sanitária
ASACE	- Agente de Saúde Ambiental e Controle de Endemias
CAF	- Cirurgia de Alta Frequência
CAPS	- Centro de Atenção Psicossocial
CAPS ad	- Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas
CD	- Coeficiente de detecção
CEO	- Centros de Especialidades Odontológicas
CER	- Centros Especializados de Reabilitação
CEREST	- Centro de Referência em Saúde do Trabalhador
CID 10	- Classificação Internacional de Doenças 10
CIEVS	- Centro de Informações Estratégica em Vigilância em Saúde
CISAM	- Centro Integrado de Saúde Amaury de Medeiros
CMI	- Coeficiente de Mortalidade Infantil
CMN	- Coeficiente de Mortalidade Neonatal
CMPN	- Coeficiente de Mortalidade Pós-neonatal
CMS	- Conselho Municipal de Saúde
CN	- Casos Novos
CNES	- Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CSURB	- Companhia de Serviços Urbanos do Recife

DANTS	- Doenças e Agravos Não Transmissíveis
DCNT	- Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DNV	- Declaração de Nascido Vivo
DS	- Distrito Sanitário
DVS	- Diretoria da Vigilância Sanitária
EMAD	- Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar
EMAP	- Equipe Multidisciplinar de Apoio
EMLURB	- Empresa Municipal de Limpeza Urbana
ENASF	- Equipes dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família
ESB	- Equipes de Saúde Bucal
ESF	- Equipes de Saúde da Família
GEVEPI	- Gerência de Vigilância Epidemiológica
GGR	- Gerência Geral de Regulação
HPV	- Papiloma Vírus Humano
IBGE	- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDHM	- Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
ILPI's	- Instituições de Longa Permanência para Idosos
IMC	- Índice de Massa Corporal
LDO	- Lei de Diretrizes Orçamentárias
LMSP	- Laboratório Municipal de Saúde Pública
LOA	- Lei Orçamentária Anual
MNP	- Mesa de Negociação Permanente
MS	- Ministério da Saúde
NAPI	- Núcleos de Práticas Integrativas
NASF	- Núcleos de Apoio à Saúde da Família
NAST	- Núcleo Municipal de Atenção à Saúde do Trabalhador
NEV	- Núcleo de Evidências
NUTES-UFPE	- Núcleo de Telessaúde da Universidade Federal de Pernambuco
NV	- Nascidos Vivos
OMS	- Organização Mundial da Saúde
ONG's	- Organizações Não Governamentais
PAC	- Programa Academia da Cidade
EACS	- Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde
PAS	- Plano Anual de Saúde
PBA	- Programa Brasil Alfabetizado
PBF	- Programa Bolsa Família
PCCDV	- Plano de Cargos, Carreiras, Desenvolvimento e Vencimentos
PCCV	- Plano de Cargos, Carreiras e Vencimentos
PGASS	- Programação Geral das Ações e Serviços de Saúde
PMAQ	- Programa Nacional de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica
PMS	- Plano Municipal de Saúde
PNI	- Programa Nacional de Imunização
PNSTT	- Política de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora
PPA	- Plano Plurianual
PSA	- Programa de Saúde Ambiental
PSE	- Programa Saúde na Escola
PTS	- Projeto Terapêutico Singular
RAG	- Relatório Anual de Gestão
RAPS	- Rede de Atenção Psicossocial
RH	- Recursos Humanos
RMM	- Razão de Mortalidade Materna
RPA	- Região Político Administrativa
RSI	- Regulamento Sanitário Internacional
SAD	- Serviço de Atenção Domiciliar
SAMU	- Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SANEAR	- Autarquia de Saneamento do Recife
SEAS	- Secretaria de Atenção à Saúde
SEDA	- Secretaria de Defesa Animal
SES	- Secretaria Estadual de Saúde
SESAU	- Secretaria de Saúde

SEVS	- Secretaria de Vigilância em Saúde
SIAB	- Sistema de Informação da Atenção Básica
SIH	- Sistema de Informações Hospitalares
SIM	- Sistema de Informação sobre Mortalidade
SINAN	- Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SINASC	- Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos
SIOPS	- Sistema e Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde
SIS	- Sistema de Informação em Saúde
SISVAN	- Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional
SNA	- Sistema Nacional de Auditoria
SRT	- Serviços Residenciais Terapêuticos
SUS	- Sistema Único de Saúde
TBMR	- Tuberculose multidroga resistentes
UBS	- Unidade Básica de Saúde
UFPE	- Universidade Federal de Pernambuco
UPA	- Unidade de Pronto Atendimento
UPAE	- Unidade Pública de Atendimento Especializado
USF	- Unidade de Saúde da Família
UTI	- Unidade de Terapia Intensiva
VDRL	- Venereal Disease Research Laboratory
VISA	- Vigilância Sanitária
VISAT	- Vigilância em Saúde do Trabalhador
ZEIS	- Zonas Especiais de Interesses Sociais

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. População residente por Distrito Sanitário. Recife, 2012.

Tabela 2. Número de casos notificados e confirmados de dengue segundo forma clínica, coeficiente de detecção (por 100.000 hab.) e óbitos. Recife, 2001 a 2013*.

Tabela 3. Número de casos de AIDS segundo ano de diagnóstico, sexo, razão por sexo e coeficiente de detecção (CD) por 100.000 hab. segundo sexo e total. Recife, 2001 – 2013*.

Tabela 4. Rede Própria de Saúde do Recife. Recife, 2013.

Tabela 5. Hospitais Conveniados.

Tabela 6. Serviços de Diagnóstico Conveniados.

Tabela 7. Serviços Especializados Conveniados.

Tabela 8. Serviços de Reabilitação e Fisioterapia Conveniados.

Tabela 9. Demonstrativo da despesa por unidade orçamentária e programa/ Unidade Orçamentária Secretaria de Saúde - Administração Direta

Tabela 10. Demonstrativo da Despesa por Unidade Orçamentária e Programa/ Fonte: Fundo Municipal de Saúde - FMS

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1. Recife, divisão territorial.

Figura 2. Pirâmide Etária. Recife, 2012.

Figura 3. Mapa de distribuição da população por bairros. Recife, 2013.

Figura 4. Mapa das Zonas Especiais de Interesse Social. Recife, 2013.

Figura 5. Domicílios particulares permanentes, por classes de rendimento nominal mensal da pessoa responsável pelo domicílio. Recife, 2010.

Figura 6. População economicamente ativa e não economicamente ativa por sexo. Recife, 2010.

Figura 7. Grau de instrução da população. Recife, 2010.

Figura 8. Abastecimento de água. Recife, 2010.

Figura 9. Instalações sanitárias. Recife, 2010.

Figura 10. Coleta de lixo. Recife, 2010.

Figura 11. Proporção de Declarações de Nascidos Vivos processadas no município segundo residência da mãe. Recife, 2006 a 2013.

Figura 12. Proporção de nascidos vivos residentes segundo faixa etária da mãe. Recife, 2006 a 2013.

Figura 13. Proporção de nascidos vivos de mães residentes segundo número de consultas pré-natal. Recife, 2006 a 2013.

Figura 14. Número de nascidos vivos e proporção de crianças em risco identificadas. Recife, 2006 a 2012.

Figura 15. Coeficientes de Mortalidade Infantil (por 1.000 nascidos vivos) segundo componente etário. Recife, 2006 a 2013*

Figura 16. Razão de Mortalidade Materna (por 100.000 Nascidos vivos) segundo ano de ocorrência do óbito. Recife, 2006 a 2013*.

Figura 17. Coeficiente de Mortalidade (por 100.000 hab.) segundo Causa Básica (Capítulo CID10). Recife, 2006 a 2013*.

Figura 18. Coeficiente de Mortalidade (por 100.000 hab.) segundo principais neoplasias (CID10 3C). Recife, 2006 a 2013*

Figura 19. Coeficiente de mortalidade (por 100.000 hab.) segundo principais tipos de causas externas, Recife, 2006 a 2013*.

Figura 20. Número e Coeficiente de Mortalidade (por 100.000 hab.) por acidente de moto. Recife, 2006 a 2013*.

Figura 21. Número de casos novos (CN) e coeficiente de detecção (CD) de hanseníase por 100.000 hab. na população total e em menores de 15 anos de idade segundo o ano de diagnóstico. Recife, 2003 – 2013*.

Figura 22. Número de casos novos (CN) e coeficiente de detecção de tuberculose (CD) por 100.000 habitantes de todas as formas e pulmonar positiva segundo o ano de diagnóstico. Recife, 2003 a 2013*.

Figura 23. Número de casos e taxa de detecção (por 100.000 hab.) de filariose. Recife, 2003 a 2013*.

Figura 24. Coeficiente de detecção de casos de AIDS em pacientes com menos de 5 anos de idade. Recife, 2001 – 2013*.

Figura 25. Número de casos de sífilis congênita e tendência linear, segundo ano de diagnóstico. Recife, 2001 a 2013*.

Figura 26. Coeficiente de detecção (CD) por 1.000 nascidos vivos segundo ano de diagnóstico. Recife, 2001 a 2013*.

Figura 27. Proporção de internações hospitalares por Capítulos da CID-10. Recife, 2001 a 2013*.

Figura 28. Percentual de notificação de violência interpessoal segundo tipo de violência. Recife, 2009 a 2013*.

Figura 29. Percentual de notificação de violência interpessoal segundo relação vítima/agressor. Recife, 2009 a 2013*.

Figura 30. Percentual de notificação de violência interpessoal segundo ocorrência da violência. Recife, 2009 a 2013*.

Figura 31. Evolução da composição da força de trabalho da Secretaria Municipal de Saúde de Recife, 2006 a 2011.

Figura 32. Orçamento da Saúde (em milhões de reais). Recife, 2000–2013.

Figura 33. Rede Básica de Saúde. Recife, 2013.

Figura 34. Rede Especializada de Saúde. Recife, 2013.

Figura 35. Rede de Saúde Mental. Recife, 2013.

SUMÁRIO

Apresentação	15
1. Histórico da Cidade do Recife	16
2. Análise Situacional	16
2.1 Panorama Demográfico	16
2.2 Determinantes e Condicionantes de Saúde	20
2.2.1 Aspectos Socioeconômicos	20
2.2.2 Hábitos e Estilo de Vida	24
2.3 Perfil de Natalidade e Mobimortalidade	27
2.3.1 Informações de Natalidade	27
2.3.2 Informações de Mortalidade	29
2.3.3 Informações de Morbidade	33
2.4 Recursos Humanos	41
2.5 Recursos Financeiros	42
2.6. Acesso a Ações e Serviços de Saúde	42
2.6.1 Rede Municipal de Serviços de Saúde	42
2.6.1.1 Rede Própria de Saúde do Recife	43
2.6.1.2. Rede Complementar de Saúde	47
2.6.2 Serviço de Vigilância em Saúde	49
2.6.2.1 Vigilância Epidemiológica	49
2.6.2.2 Vigilância Ambiental	50
2.6.2.3 Vigilância em Saúde do Trabalhador	50
2.6.2.4 Vigilância Sanitária	51
2.6.2.5 Centro de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde (CIEVS)	51
3. Objetivos, Diretrizes, Ações e Metas	52
3.1 Fortalecimento e Qualificação da Atenção Básica	52
3.2 Implementação das Redes Assistenciais de Atenção à Saúde	56
3.2.1 Fortalecimento e Qualificação da Atenção Especializada	57
3.2.2 Fortalecimento e Modernização da Assistência Farmacêutica	58

3.2.3	Atenção à Saúde da Mulher e da Criança e Implementação da Rede Cegonha e do Programa Mãe Coruja Recife	60
3.2.4	Implementação da Rede de Atenção às Urgências e Emergências	62
3.2.5	Implementação da Rede de Atenção Psicossocial	64
3.2.6	Implementação da Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência	65
3.2.7	Implementação da Rede de Atenção à Pessoa com Doenças Crônicas	66
3.2.8	Rede de Atenção à Saúde Bucal	67
3.2.9	Aprimoramento da Regulação Assistencial	68
4.	Fortalecimento das Ações de Vigilância em Saúde	69
4.1	Fortalecimento das ações do Programa de Enfrentamento às Doenças Negligenciadas SANAR RECIFE	70
4.2	Fortalecimento das ações de Vigilância Epidemiológica para o Controle de Doenças e Agravos	71
4.3	Fortalecimento das Ações de Vigilância Sanitária	72
4.4	Fortalecimento das Ações de Vigilância Ambiental	72
4.5	Fortalecimento das Ações de Vigilância em Saúde do Trabalhador	73
4.6.	Prevenção das DST/AIDS	73
5.	Aprimoramento dos Mecanismos de Gestão do Sistema de Saúde	74
5.1	Gestão do Trabalho e Educação em Saúde	75
5.1.1	Telessaúde	76
5.2	Tecnologia e Informação	76
5.3	Planejamento Estratégico e Participativo	77
5.4	Núcleo de Evidências	77
5.5	Fortalecimento da Capacidade Gerencial no Território	77
5.6	Gestão Administrativa	78
6.	Fortalecimento do Controle Social e da Transparência Pública	78
6.1	Implementação das Ações dos Conselhos de Saúde	79
6.2	Fortalecimento das Ações de Auditoria	79
6.3	Fortalecimento da Ouvidoria Municipal de Saúde	80
7.	Previsão Orçamentária	80
8.	Processo de monitoramento e Avaliação	82
9.	Referências	83



APRESENTAÇÃO

Este Plano Municipal de Saúde (PMS) apresenta as diretrizes, objetivos e ações que orientarão a gestão municipal no período de 2014 a 2017, propiciando a gestores, trabalhadores e usuários um amplo debate acerca das prioridades para as políticas de saúde do município. Está estruturado a partir de seis diretrizes que demarcam os compromissos da gestão, legitimamente discutidas com o Conselho Municipal de Saúde. As ações propostas são representativas do comprometimento com o fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS) enquanto política pública inclusiva e resolutiva. Sua elaboração teve início durante o processo de realização da 11ª Conferência Municipal de Saúde, a qual constou de 18 Plenárias Microrregionais, 06 Plenárias Distritais e culminou com a realização da Conferência Municipal de Saúde, realizada nos dias 16 a 18 de dezembro de 2013. Baseia-se, então, nas reflexões e contribuições dos gestores, equipes técnicas e usuários e nas pactuações interfederativas com o governo Estadual e Federal.

O processo de construção deste PMS em consonância com o Plano Plurianual (PPA) - instrumento de governo que estabelece, a partir de programas e iniciativas, os recursos financeiros setoriais para o período de quatro anos, na perspectiva de integração entre planejamento e orçamento municipal.

Este documento está estruturado em duas partes. A primeira descreve a análise situacional do município, na qual consta um breve histórico da cidade, o panorama demográfico, o perfil de natalidade e morbimortalidade, os determinantes e condicionantes de saúde, o acesso às ações e serviços de saúde, a estruturação dos serviços de vigilância em saúde e a disponibilidade de Recursos Humanos e financeiros. A segunda apresenta as diretrizes, os objetivos e a formulação das estratégias e metas programadas para o quadriênio 2014 a 2017.

Com o intuito de fazer deste documento um instrumento norteador e de uso cotidiano, está previsto um processo de monitoramento sistemático e de avaliações pontuais que visam produzir informações oportunas e aprimorar os mecanismos de gestão, fortalecer a participação social e promover resultados efetivos nas condições de saúde dos recifenses.

Jailson de Barros Correia
Secretário de Saúde

1. HISTÓRICO DA CIDADE DO RECIFE

A origem do Recife remonta à terceira década do Século XVI, quando era uma estreita faixa de areia protegida por uma linha de arrecifes que formava um ancoradouro. Devido às suas características físicas favoráveis, o local passou a abrigar um porto. E, no entorno dele, que servia a Vila de Olinda, formou-se um povoado com cerca de 200 habitantes, em sua maioria, marinheiros, carregadores e pescadores. O assentamento ocupava a península correspondente ao que é hoje o Bairro do Recife.

Em 1637, sob domínio holandês, a região passou a denominar-se Mauricéia, em homenagem a Maurício de Nassau. A partir do Século XVIII, com o desenvolvimento do comércio externo, a urbanização portuguesa incide predominantemente sobre o antigo território holandês, de forma espontânea, caracterizada por ruas estreitas, que se abrem em pátios onde se destaca a construção religiosa. Através da Carta Régia, em 1709, o povoado foi elevado à categoria de vila com a denominação de Recife, sendo elevado à categoria de cidade no dia 5 de dezembro de 1823 (IBGE/Cidades, 2009) e de capital do estado em 1825, apresentando um tecido densamente urbanizado que corresponde atualmente ao centro histórico.

Como núcleo da Região Metropolitana, criada em 1973 e composta por 14 municípios, o Recife só pode ser bem analisado quando inserido nesse âmbito, uma vez que mantém intensa relação com o espaço circundante, ao qual se expressa na sua dinâmica interna e externa. Dessa forma, identifica-se a relação de interdependência estabelecida entre o Recife e os demais municípios, o que aponta de imediato para a demanda intensa das cidades da região metropolitana pela infraestrutura municipal.

2. ANÁLISE SITUACIONAL

2.1 PANORAMA DEMOGRÁFICO

a) Divisão Territorial

Recife, capital do Estado de Pernambuco, situa-se no litoral nordestino e ocupa uma posição central, a 800 km das outras duas metrópoles regionais, Salvador e Fortaleza. Apresenta uma superfície territorial de 218,4 km² e limita-se ao norte com as cidades de Olinda e Paulista, ao sul com o município de Jaboatão dos Guararapes, a oeste com São Lourenço da Mata e Camaragibe e a leste com o Oceano Atlântico.

Com uma composição territorial diversificada: morros - 67,43%, planícies - 23,26%, áreas aquáticas - 9,31%, Zonas Especiais de Preservação Ambiental (ZEPA) - 5,58%, a cidade está dividida em 94 bairros aglutinados em 6 Regiões Político-Administrativas (RPA). Para o setor de saúde, cada RPA corresponde a um Distrito Sanitário - DS (figura 1):

DS I - Recife, Cabanga, Soledade, Santo Amaro, São José, Coelhos, Boa Vista, Paissandu, Ilha Joana Bezerra, Santo Antônio, Ilha do Leite;

DS II - Torreão, Ponto de Parada, Rosarinho, Porto da Madeira, Fundão, Cajueiro, Encruzilhada, Beberibe, Hipódromo, Água Fria, Peixinhos, Bomba do Hemetério, Campina do Barreto, Arruda, Campo Grande, Alto Santa Terezinha, Linha do Tiro, Dois Unidos;

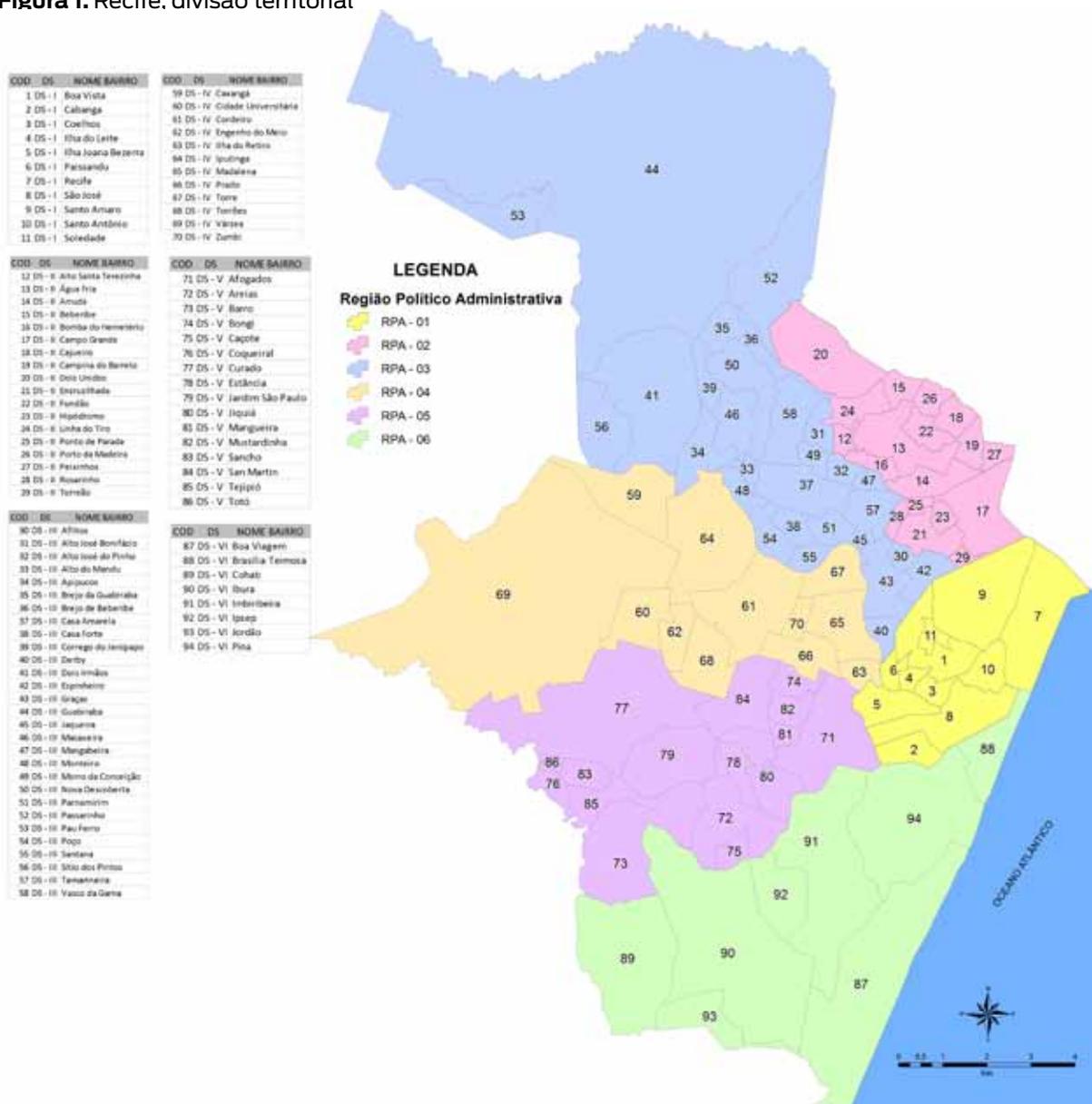
DS III - Poço, Derby, Monteiro, Tamarineira, Graças, Espinheiro, Morro da Conceição, Casa Amarela, Afritos, Casa Forte, Parnamirin, Apipucos, Córrego do Jenipapo, Nova Descoberta, Alto José do Pinho, Mangabeira, Alto do Mandu, Alto José Bonifácio, Vasco da Gama, Macaxeira, Brejo da Guabiraba, Passarinho, Dois Irmãos, Jaqueira, Santana, Guabiraba, Sítio dos Pintos, Pau Ferro, Brejo de Beberibe;

DS IV - Cidade Universitária, Engenho do Meio, Madalena, Várzea, Torrões, Torre, Iputinga, Prado, Zumbi, Cordeiro, Ilha do Retiro, Caxangá;

DS V - Caçote, Mangueira, Bongí, Mustardinha, Curado, San Martin, Jardim São Paulo, Areias, Sancho, Barro, Estância, Tejiptó, Coqueiral, Jiquiá, Totó, Afogados;

DS VI - COHAB, Brasília Teimosa, Ipsep, Ibura, Jordão, Pina, Boa Viagem, Imbiribeira.

Figura 1. Recife, divisão territorial



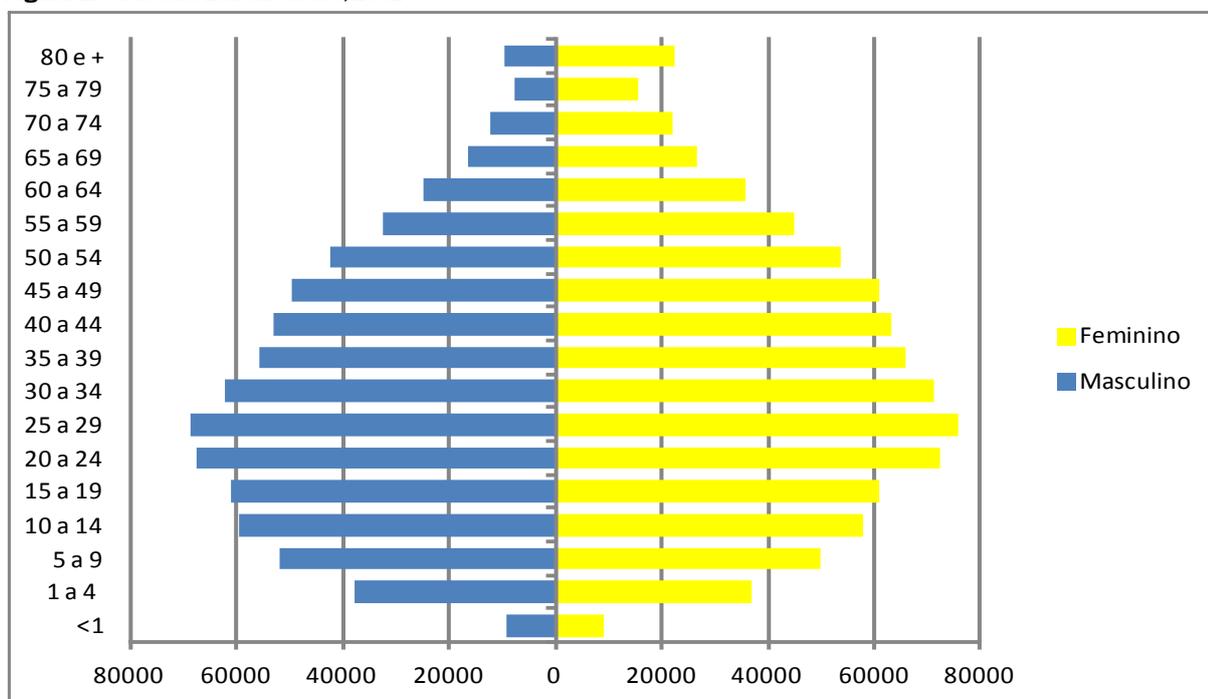
Fonte: Gerência Geral de Planejamento e Orçamento – Sesau / Recife

Estrutura Populacional

O município do Recife é totalmente urbano, com uma população estimada de 1.599.514 habitantes no ano de 2013.

Ao analisar a pirâmide etária, verifica-se que a população feminina é maioria no município. Observa-se que a população jovem é predominante no Recife, principalmente na faixa etária de 20 a 39 anos (figura 2).

Figura 2. Pirâmide Etária. Recife, 2012



Fonte: IBGE (estimativa do censo 2010).

A maior concentração da população encontra-se no Distrito Sanitário VI, correspondendo a 24,9%, enquanto o Distrito Sanitário I apresenta-se como o menos populoso, correspondendo 5,1% da população, conforme mostra a tabela 1.

Observa-se que a população feminina é a maioria no município, correspondendo a 53,8% da população. A razão de sexo no município é de 1,2, sendo que o Distrito Sanitário V apresenta a menor razão, de 1,1 (tabela 1).

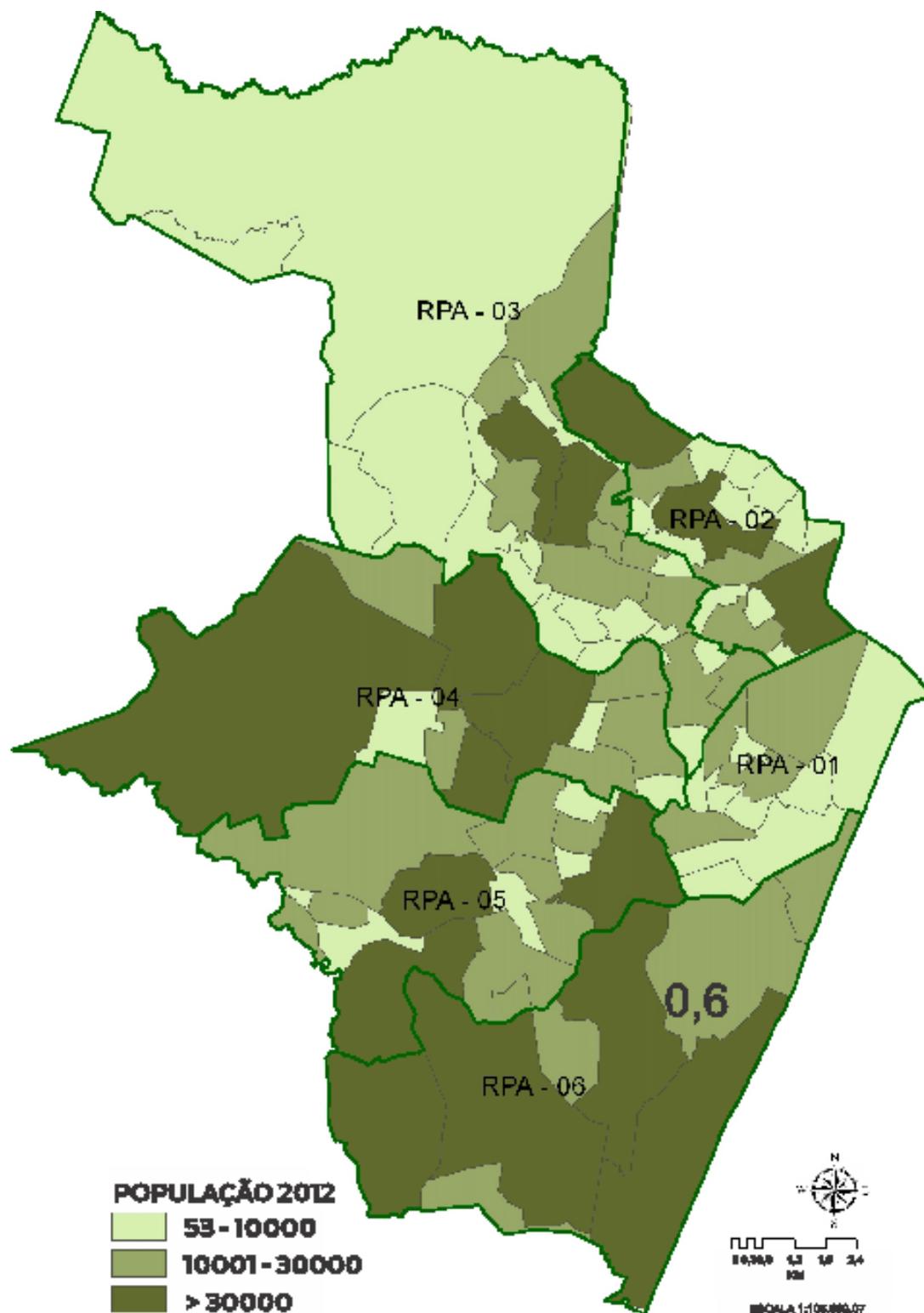
Tabela 1. População residente por Distrito Sanitário. Recife, 2012.

Dist. Sanitário	Homens	Mulheres	Razão de Sexo	Total
I	35.438	42.676	1,2	78.114
II	102.322	118.912	1,2	221.234
III	144.433	168.548	1,2	312.981
IV	128.047	150.900	1,2	278.947
V	123.783	139.995	1,1	263.778
VI	175.796	206.854	1,2	382.650
Recife	709.819	827.885	1,2	1.537.704

Fonte: SIAB, 2012

Com relação aos bairros, observa-se que os bairros de Boa Viagem, Várzea, Cohab, Iputinga, Ibura, Imbiribeira e Água Fria são os mais populosos e Pau Ferro, Santo Antônio, Paissandu, Bairro do Recife, Cidade Universitária e Torreão, os menos populosos (figura 3).

Figura 3. Mapa de distribuição da população por bairros. Recife, 2013



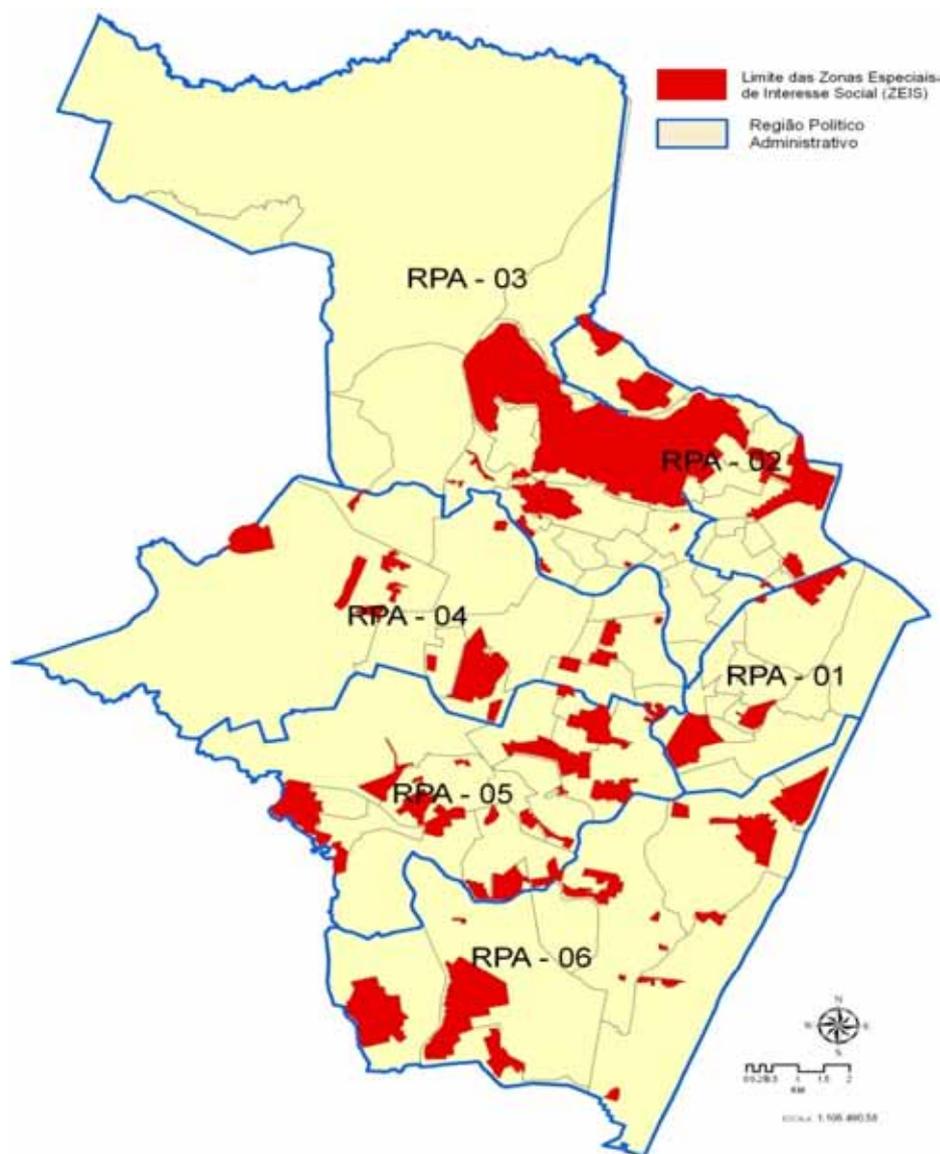
Fonte: Gerência Geral de Planejamento e Orçamento – Sesau / Recife.

2.2 DETERMINANTES E CONDICIONANTES DE SAÚDE

2.2.1 ASPECTOS SOCIOECONÔMICOS

O Recife apresenta-se como uma cidade heterogênea, onde, ao lado de áreas altamente valorizadas, encontram-se áreas com grandes problemas estruturais. O município reconhece a existência de 66 Zonas Especiais de Interesse Social - ZEIS, disseminadas pelo espaço urbano (figura 4).

Figura 4. Mapa das Zonas Especiais de Interesse Social. Recife, 2013.



Fonte: Gerência Geral de Planejamento e Orçamento – Sesau / Recife.

a) Índice de Desenvolvimento Humano Municipal - IDHM

Recife, de acordo com o IBGE (2010), obteve um Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) de 0,772, o que representa o 2º melhor resultado no estado de Pernambuco.

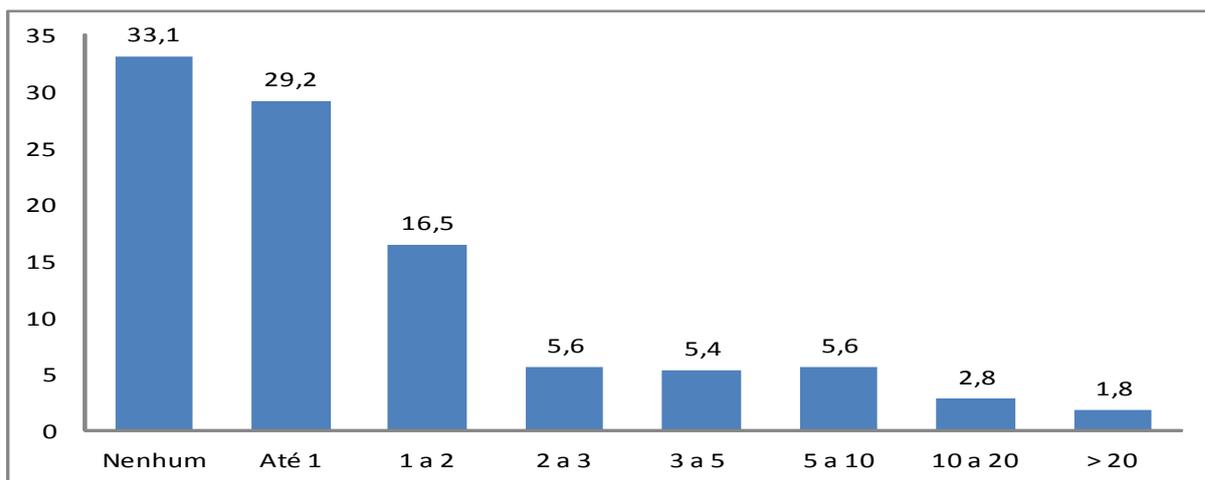
b) Renda

A Região Metropolitana do Recife é formada por espaços socioeconômicos historicamente consolidados. Quanto ao tamanho populacional e a renda per capita, o município agrega o maior núcleo entre os quatro maiores municípios da região metropolitana (Recife, Jaboatão dos Guararapes, Olinda e Paulista).

O espaço urbano demográfico e socioeconômico do Recife revela grandes contrastes que refletem a complexidade de pensar as políticas e os programas sociais aplicados aos diversos espaços.

Quanto à renda da população municipal, observa-se que a maior parte não possui nenhum rendimento (33,1%) ou recebe até 01 salário mínimo (29,2%), e que a minoria da população (1,8%) apresenta renda maior que 20 salários mínimos. Esse é um ponto importante a se considerar, visto a influência determinante da renda na saúde dos munícipes e o conceito ampliado de saúde da Organização Mundial de Saúde - OMS.

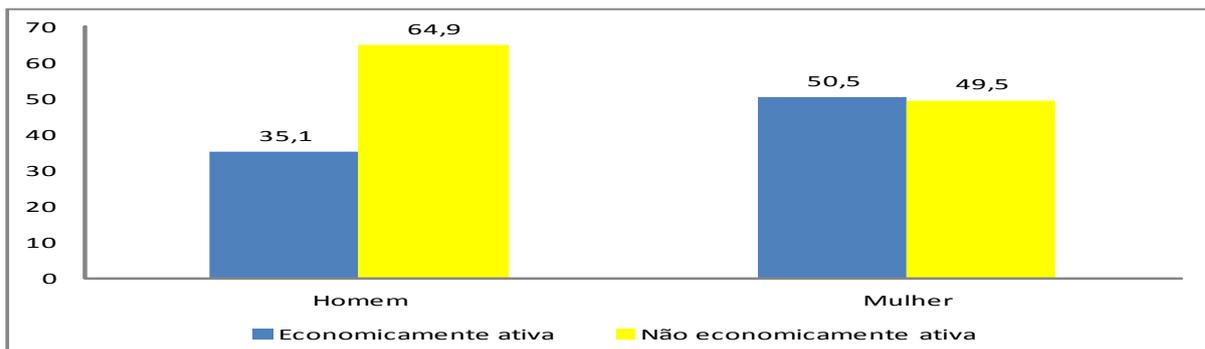
Figura 5. Domicílios particulares permanentes, por classes de rendimento nominal mensal da pessoa responsável pelo domicílio. Recife, 2010.



Fonte: IBGE, 2010.

Na figura abaixo, verifica-se que 64,9% da população masculina é economicamente ativa, enquanto 35,1% está inativa. Essa disparidade pode ser observada em menor grau ao analisar a população feminina, a qual tem 49,5% de sua população economicamente ativa e 50,5% inativa.

Figura 6. População economicamente ativa e não economicamente ativa por sexo. Recife, 2010.

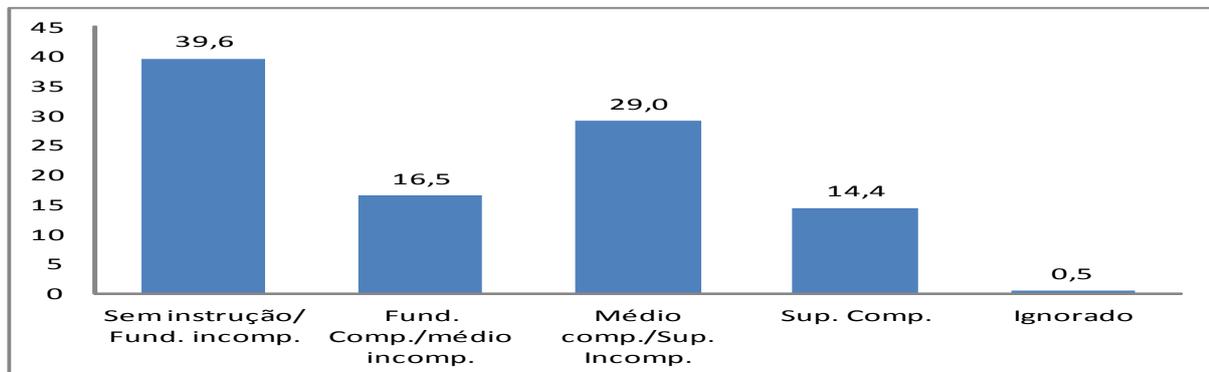


Fonte: IBGE, 2010.

c) Escolaridade

A educação é indispensável para a criação e consolidação de mecanismos adequados de participação para a garantia do exercício dos direitos políticos e sociais. De acordo com a figura 7, verifica-se que 39,6% da população não possui instrução ou tem apenas o ensino fundamental incompleto, e apenas 14,4% tem ensino superior completo.

Figura 7. Grau de instrução da população. Recife, 2010.



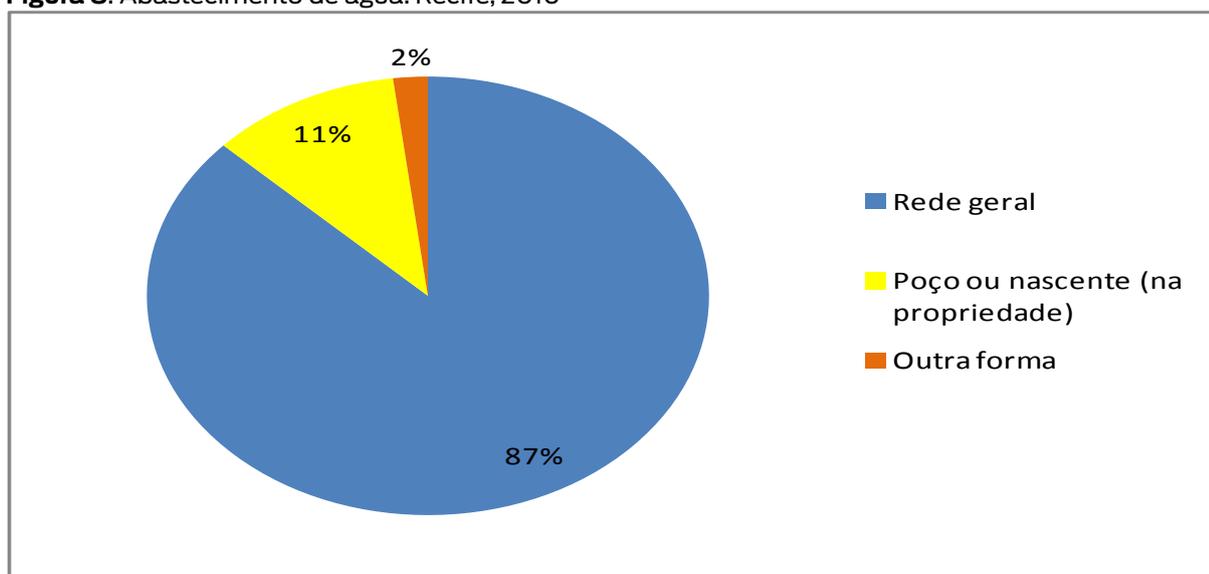
Fonte: IBGE, 2010.

d) Saneamento

Saneamento é o conjunto de medidas que visa preservar ou modificar as condições do meio ambiente com a finalidade de prevenir doenças e promover a saúde. A ausência de saneamento básico provoca uma série de problemas que vão da degradação ambiental até a ameaça à saúde da população. Saneamento básico se refere ao abastecimento de água, disposição de esgotos e tratamento do lixo.

Quanto ao abastecimento de água, observa-se na figura 8 que a maior parte (86,7%) é realizada por meio da rede geral e apenas 11% tem abastecimento através de poço ou nascente de sua propriedade.

Figura 8. Abastecimento de água. Recife, 2010

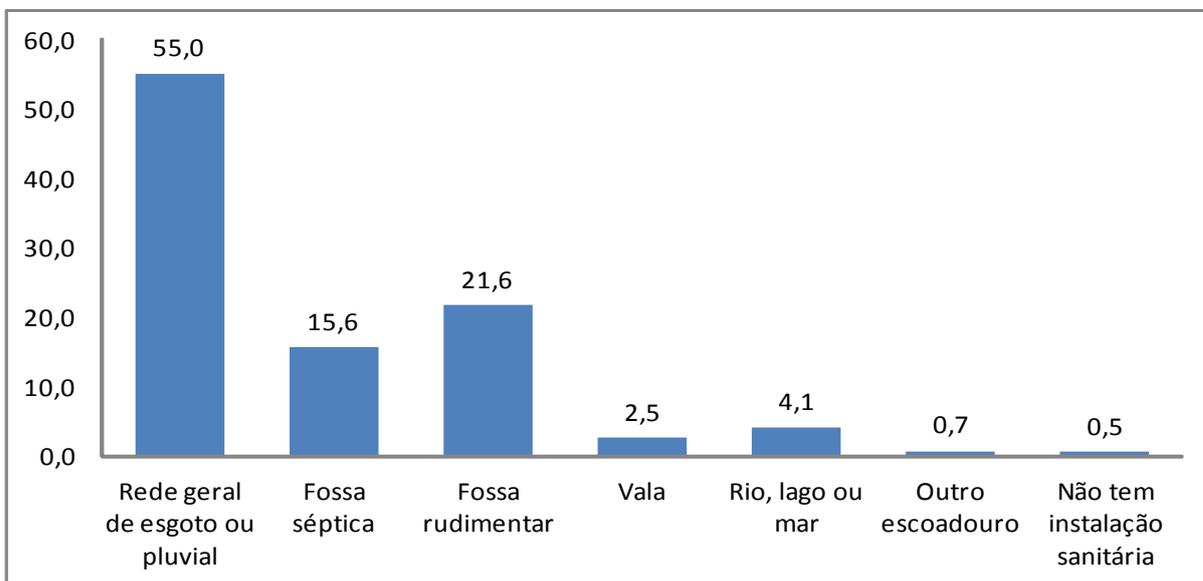


Fonte: IBGE, 2010.

O sistema de esgotos existe para afastar a possibilidade de contato de despejos, esgoto e dejetos humanos com a população, águas de abastecimento, vetores de doenças e alimentos. O sistema de esgotos ajuda a reduzir despesas com o tratamento da água de abastecimento e com as doenças provocadas pelo contato humano com os dejetos, além de controlar a poluição das praias.

A figura apresenta que 55% dos moradores de Recife possuem suas instalações sanitárias na rede geral de esgoto ou no sistema pluvial e apenas 0,7% possuem outro escoadouro e 0,5% não tem instalações sanitárias.

Figura 9. Instalações sanitárias. Recife, 2010.



Fonte: IBGE, 2010.

Com relação ao lixo é preciso verificar que o mesmo deve ser bem acondicionado para facilitar sua remoção. Observa-se que 98% dos moradores de Recife destinam seu lixo por meio de coleta pública e 2% jogam, queimam ou destinam seu lixo em outro local.

Figura 10. Coleta de lixo. Recife, 2010.



Fonte: IBGE, 2010.

2.2.2 HÁBITOS E ESTILOS DE VIDA

O estilo de vida é determinado pelo conjunto de características comportamentais que afetam a saúde e a qualidade de vida. Um estilo de vida saudável tem sido citado como elemento fundamental na manutenção da saúde e melhoria da qualidade de vida (USDHHS, 2000). Dentre os comportamentos usuais que mais têm afetado a saúde do homem contemporâneo estão os principais fatores de risco das doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs): o tabagismo, os maus hábitos alimentares, o nível de atividade física, o consumo de bebida alcoólica, dentre outros.

Para monitorar os principais determinantes das DCNTs no Brasil, foi implantado, no ano de 2006, em todas as capitais brasileiras e no Distrito Federal, o sistema de Vigilância de Fatores de Risco de DCNTs do Ministério da Saúde – o Vigitel. Seus resultados contribuem para a formulação de políticas públicas que promovam a melhoria da qualidade de vida da população, assim como subsidiam o monitoramento das metas propostas.

Abaixo, serão descritos os resultados do município de Recife encontrados pelo Vigitel (2012) em relação aos fatores de risco para as DCNTs.

a) Tabagismo

O fumo é um importante fator de risco para o desenvolvimento de uma série de doenças tais como câncer, doenças pulmonares e doenças cardiovasculares. O fumante passivo também aumenta o risco de doença cardíaca, asma e bronquite crônica.

Para estimar frequências relacionadas ao tabagismo, o Vigitel (2012) considerou fumante, todo indivíduo que fuma independentemente da frequência e da intensidade do hábito de fumar; ex-fumante, todo indivíduo que relatou ter fumado no passado, mas não tem mais este hábito. Apresenta-se ainda a frequência de indivíduos que declararam fumar 20 ou mais cigarros por dia e também a de fumantes passivos, no domicílio ou no local de trabalho.

No Recife, a frequência de adultos que fumam foi 11,8%; a de adultos que declararam ter fumado no passado foi 18,4%, sendo que o município se encontra entre as capitais com menor frequência no gênero masculino (20,6%). A de indivíduos que declararam fumar 20 ou mais cigarros, por dia, foi 5,0%; a de indivíduos fumantes passivos no domicílio foi 11,6%; e a de indivíduos fumantes passivos no local de trabalho foi de 9,4%.

O município conta atualmente com a atenção à saúde Mental, Álcool e outras Drogas, que desenvolve as seguintes atividades para o controle do tabagismo:

- Grupos de tratamento em tabagismo;
- Qualificação dos trabalhadores da Rede de Apoio Psicossocial (RAPS) por meio de palestras, seminários, encontros, simpósios e capacitação;
- Promoção de ações educativas sobre Redução de Danos em escolas, ONGs e outras instituições.

b) Excesso de Peso e Obesidade

O excesso de peso é diagnosticado quando o Índice de Massa Corporal (IMC) alcança valor igual ou superior a 25 kg/m², enquanto que a obesidade é diagnosticada com valores de IMC superiores a 30 kg/m². Estes são os critérios utilizados pelo Vigitel (2012) para analisar as informações acerca do peso da população.

Os resultados encontrados em Recife foram os seguintes: frequência de adultos com excesso de peso corresponde a 53,3% e adultos obesos corresponde a 17,7%. A capital pernambucana apresenta uma das maiores frequências de excesso de peso no sexo feminino (52,4%) quando comparada as demais capitais.

No município, um conjunto de ações vem sendo realizadas a fim de reduzir o número de pessoas com sobrepeso e obesidade e ainda prevenir o ganho de peso na população:

- Distribuição de DVD com o filme “Muito Além do Peso”;
- Matriciamento das equipes de saúde para o desenvolvimento de atividades voltadas a adoção de hábitos saudáveis;
- Prevenção da Obesidade em escolas - Mudanças de hábitos alimentares, aliados ao exercício físico;
- Avaliação do estado nutricional dos escolares do Programa Saúde na Escola;
- Avaliação do Estado Nutricional das crianças beneficiárias do Programa Bolsa Família, por meio do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN).

c) Consumo Alimentar

O consumo de frutas e hortaliças (legumes e verduras) é considerado um padrão saudável de alimentação, em contraponto, o hábito de consumir carnes com excesso de gordura (sem remover a gordura visível) e de consumir leite integral, além do consumo frequente de refrigerantes é avaliado como hábitos não saudáveis.

O consumo regular de frutas e hortaliças foi estimado pelo Vigitel (2012) tendo como referência a frequência semanal de consumo, sendo recomendada uma frequência de cinco ou mais porções diárias de frutas e hortaliças, em cinco ou mais dias da semana. A frequência de adultos que consomem regularmente estes alimentos em Recife é 35,8%, sendo uma das menores frequências no sexo masculino (34,4%), quanto comparado às demais capitais. Já o consumo das porções diárias foi modesto, sendo 19,3%.

A frequência de adultos que referiram o consumo de carnes com excesso de gordura em Recife foi de 30,5%. Em relação ao consumo de leite com teor integral de gordura, se mostrou elevada nos adultos, sendo 48,6%. A frequência de adultos que referiram o consumo regular (de cinco ou mais dias por semana) de refrigerantes e de sucos artificiais foi de 18,3%. Considerando a necessidade de promover hábitos alimentares saudáveis no município, a Secretaria de Saúde realiza ações visando o incentivo à prática de uma alimentação saudável. Dentre as quais se destacam:

- Dinâmica para alimentação saudável - com montagem/oficina do Prato Saudável;
- Desenvolvimento de oficina de Alimentação Saudável e Segura em parceria com o Tacaruna Social;
- Apresentação de teatro de Bonecos com tema de Alimentação Saudável no território e nas escolas;
- Prática culinária denominada “Mandalas de Frutas”, a qual faz parte do Curso de Alimentação Viva do Núcleo de Apoio às Práticas Integrativas (NAPI). Essa prática tem por objetivo incentivar o consumo de frutas por meio do estímulo visual colorido, didática divertida, além do conhecimento dos sabores das frutas com paladar e texturas saborosos;
- Avaliação Nutricional e ações educativas junto às crianças e pais, por meio do Programa Saúde na Escola (PSE);
- Atividades em Grupo de Hipertensos e Diabéticos: Conhecendo o sal de ervas e a farinha de maracujá.

d) Atividade Física

O nível satisfatório de atividade física é fator fundamental para um estilo de vida saudável. Exercícios físicos regulares diminuem o risco de hipertensão, obesidade, diabetes, como também fortalecem o sistema ósseo e muscular, aumentam a massa magra e ajudam a diminuir a massa gorda, contribuindo no controle do peso corporal.

Para avaliar o nível de atividade física dos adultos foram consideradas, pelo Vigitel (2012), as atividades no tempo livre e no deslocamento. Elegeu-se como nível recomendado de atividade física, no tempo livre, a prática de, pelo menos, 150 minutos semanais de atividade física de intensidade leve ou moderada ou de, pelo menos, 75 minutos semanais de atividade física de intensidade vigorosa. A frequência de adultos que praticam o nível recomendado de atividade física no tempo livre foi de 31,7%, sendo o nível de atividade entre as mulheres

recifenses em menor frequência (25,1%) quando comparada às demais capitais.

Foram considerados os indivíduos que realizam atividade física no deslocamento para o trabalho/escola de bicicleta ou caminhando e que despendem pelo menos 30 minutos diários no percurso de ida e volta. A frequência de adultos fisicamente ativos no deslocamento foi de 16,4%.

A frequência de adultos classificados na condição de inatividade física (indivíduos que não praticaram qualquer atividade física no lazer nos últimos três meses e que não realizam esforços físicos intensos no trabalho; não se deslocam para o trabalho ou para a escola a pé ou de bicicleta, perfazendo um mínimo de 10 minutos por trajeto por dia; e que não participam da limpeza pesada de suas casas) foi de 18,5%.

Em Recife foi instituído, desde 2002, o Programa Academia da Cidade (PAC) com o objetivo de contribuir para a promoção da saúde através da prática de atividades físicas e orientação para adoção de hábitos alimentares saudáveis, potencializando o uso dos espaços públicos, promovendo o protagonismo social e visando à melhoria da qualidade de vida da população recifense.

Hoje o PAC conta com um quadro de 163 profissionais de Educação Física lotados em 41 polos, que são locais públicos requalificados, distribuídos nos seis Distritos Sanitários da cidade do Recife. As intervenções ocorrem tanto nos polos como também em equipamentos de saúde, na comunidade e, ainda, em outros espaços públicos de lazer identificados como possíveis para atuação do programa. O PAC tem como público alvo toda população do Recife em todas as suas faixas etárias, mediante adesão voluntária.

As atividades desenvolvidas nos polos compreendem: jogos, lutas, dança, ginástica, esportes, avaliação física, avaliação nutricional, palestras, seminários e outros. As atividades que são desenvolvidas na comunidade são articuladas com a Estratégia de Saúde da Família, através dos seus Grupos de Idosos, Hipertensão, Gestantes, Adolescentes, e Educação Popular em Saúde. Tais atividades também podem estar articuladas com os Centros de Apoio Psicossociais a partir da construção coletiva do Grupo Movimento.

e) Consumo de Bebidas Alcoólicas

O consumo elevado de bebidas alcoólicas está associado ao maior número de acidentes de trânsito, comportamentos agressivos e comprometimento das funções hepáticas e renais, podendo levar a problemas cardíacos.

Considera-se consumo abusivo de bebidas alcoólicas a ingestão de quatro ou mais doses, para mulheres, ou cinco ou mais doses, para homens, em uma mesma ocasião, dentro dos últimos 30 dias. Concebe-se como dose de bebida alcoólica uma dose de bebida destilada, uma lata de cerveja ou uma taça de vinho (VIGITEL, 2012). A frequência de adultos que relataram consumo abusivo de bebidas alcoólicas nos últimos 30 dias foi de 21,0%, sendo o consumo entre as mulheres de Recife uma das maiores frequências (13,2%), quando comparado às demais capitais.

O município dispõe de uma rede de atenção voltada para a realização de ações de promoção da saúde, prevenção do consumo de bebidas alcoólicas e tratamento do uso abusivo, composta de 06 Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas (CAPS ad), sendo um deles infanto-juvenil; 04 Unidades de Acolhimento (internação); 24 leitos de atenção integral; 02 Equipes de Consultório na Rua e 06 equipes de Consultório de Rua.

A Gerência de Saúde Mental Álcool e Outras Drogas é responsável por realizar as seguintes ações, com vistas à redução do dano no município:

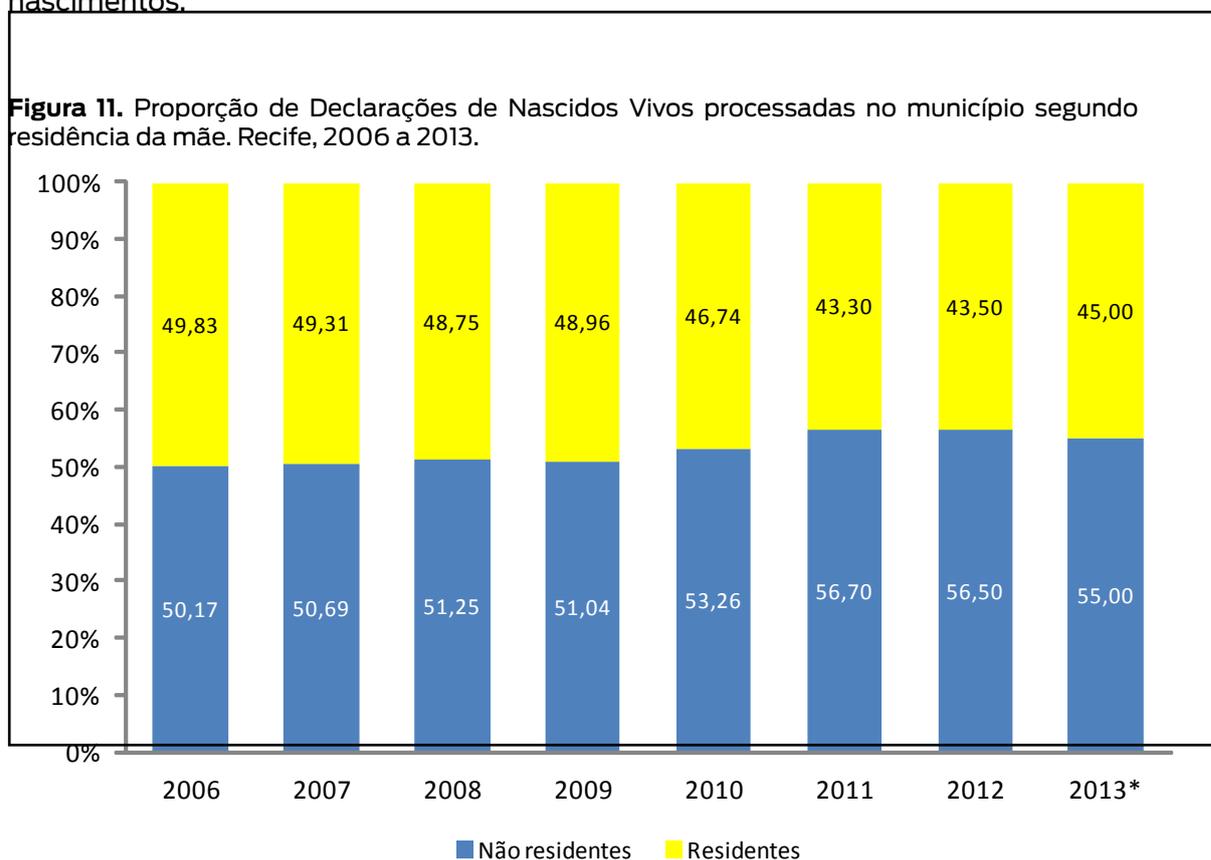
- Qualificação dos trabalhadores da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS);
- Promoção de ações educativas sobre Redução de Danos;
- Fóruns de discussão em saúde mental, álcool e outras drogas envolvendo trabalhadores, gestores e usuários;

- Apoio e fomento as ações de Reabilitação Psicossocial de usuários e familiares vinculados aos serviços da RAPS.

2.3 PERFIL DE NATALIDADE E MORBIMORTALIDADE

2.3.1 INFORMAÇÕES DE NATALIDADE

No período de 2006 a 2013, no território do Recife, nasceram anualmente uma média de 40.750 crianças (DP 3.877,36) das quais 46,93% (DP 2,68%) eram de mães residentes neste município (Figura 11). A partir de 2011, observamos que ocorreu um aumento no processamento das Declarações de Nascidos Vivos (DNV) de crianças com mães residentes em outros municípios, sendo este aumento, em 2012, de 6.680 DNV. Destaca-se que a média anual de nascidos vivos de mães residentes no Recife foi de 22.290 (DP 366,22) nascimentos.

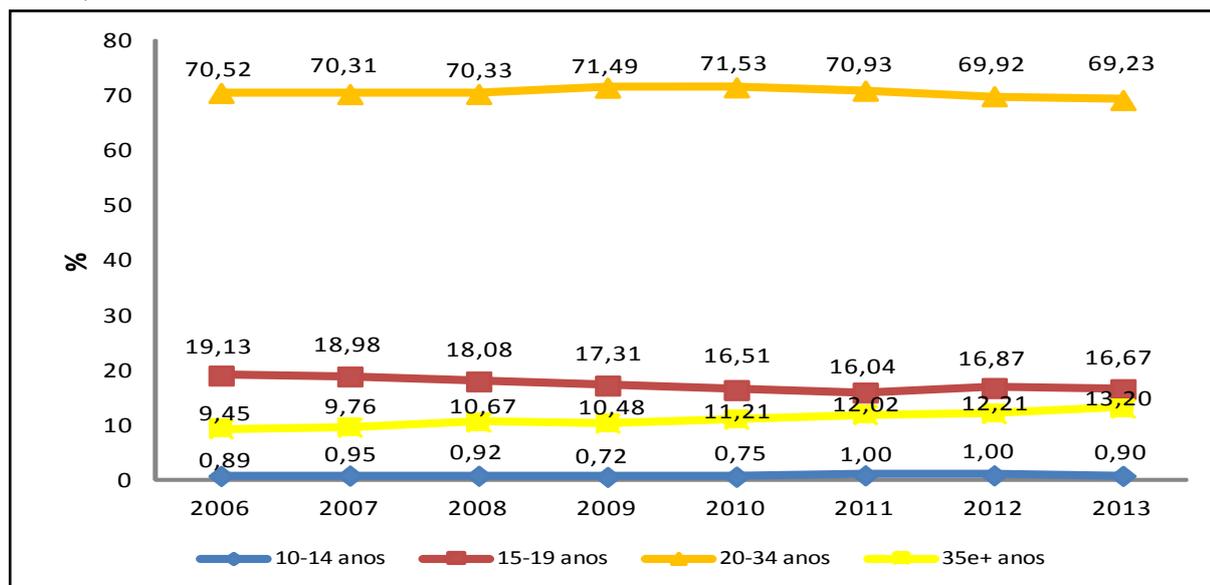


Fonte: Sesau Recife/SEVS/GEVEPI/SIS/Supervisão de Natalidade – Sinasc.

Nota: Os dados de 2012 e 2013 estão sujeitos à alteração.

Ao analisar a proporção de nascidos vivos de mães residentes no Recife, segundo a faixa etária materna, identificou-se uma redução nos nascimentos de mães mais jovens, diferentemente dos nascimentos de mães com idade acima de 35 anos (Figura 12).

Figura 12. Proporção de nascidos vivos residentes segundo faixa etária da mãe. Recife, 2006 a 2013.

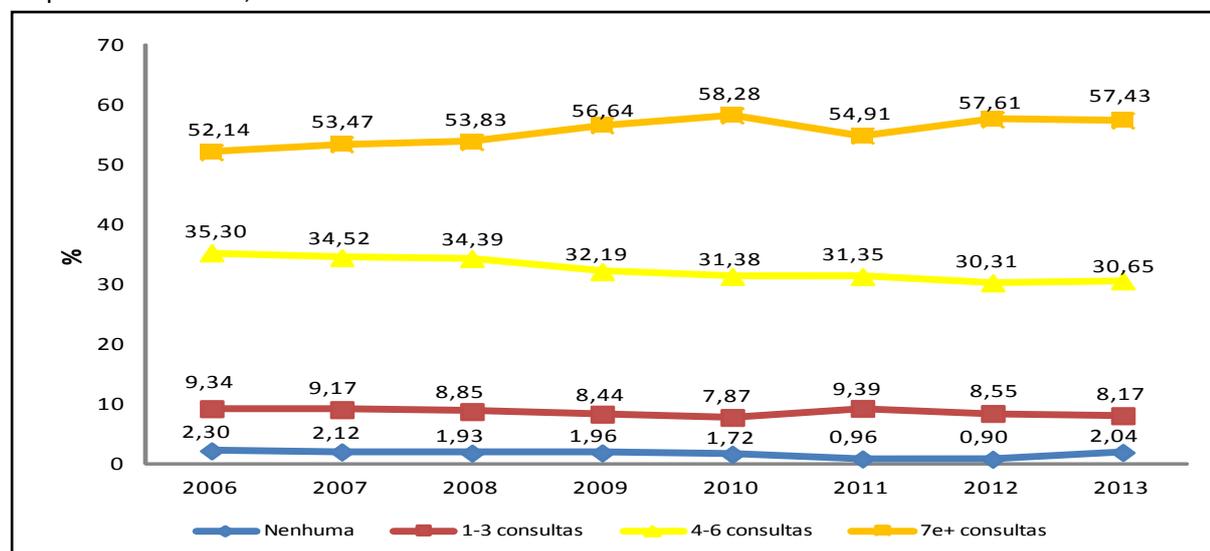


Fonte: Sesau Recife/SEVS/GEVEPI/SIS/Supervisão de Natalidade – Sinasc.

Nota: Os dados de 2012 e 2013 estão sujeitos à alteração.

Em relação aos nascimentos, segundo número de consultas de pré-natal, observa-se uma leve redução (-11,30%) no número de mães sem nenhuma consulta, quando comparado 2006 com 2013, e um discreto acréscimo no número de mães com sete ou mais consultas de pré-natal (10,14%) (Figura 13).

Figura 13. Proporção de nascidos vivos de mães residentes segundo número de consultas de pré-natal. Recife, 2006 a 2013.



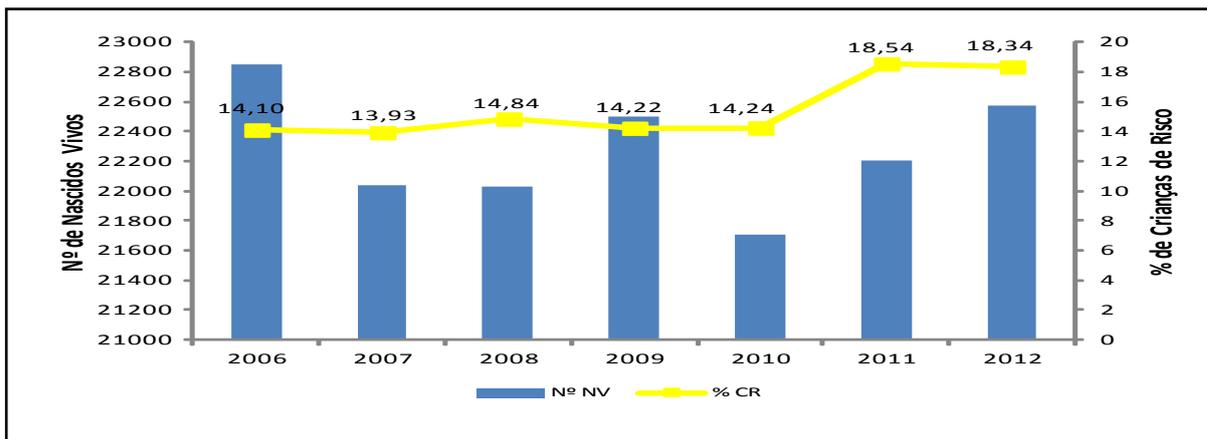
Fonte: Sesau Recife/SEVS/GEVEPI/SIS/Supervisão de Natalidade – Sinasc.

Nota: Os dados de 2012 e 2013 estão sujeitos à alteração.

Chamada: Foram excluídas as DNV com nº de consultas de pré-natal ignorado.

Do total de nascidos vivos residentes no Recife, cerca de 15,46% foram identificados como “crianças de risco”, entre 2006 e 2012, segundo os critérios pré-definidos para as ações de vigilância. A figura 14 mostra o número de nascidos vivos e a proporção de crianças identificadas, que variou de 13,93% a 18,54%, sendo o maior valor encontrado no ano de 2011.

Figura 14. Número de nascidos vivos e proporção de crianças de risco identificadas. Recife, 2006 a 2012.



Fonte: Sesau Recife/SEVS/GEVEPI/SIS/Supervisão de Natalidade – Sinasc.

Nota: Os dados de 2012 e 2013 estão sujeitos à alteração.

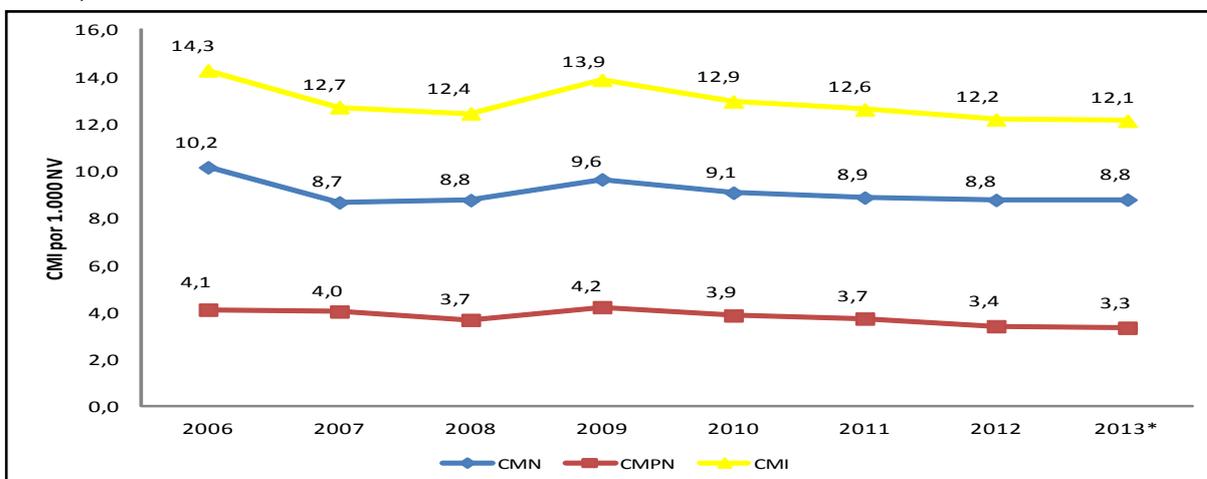
Chamada: Não foi possível analisar os dados de 2013 devido a um problema no Sistema de Vigilância da Criança de Risco.

2.3.2 INFORMAÇÕES DE MORTALIDADE

Mortalidade Infantil

No período de 2006 a 2013, observou-se uma discreta redução no Coeficiente de Mortalidade Infantil (CMI), perfazendo um decréscimo de -15,4%. Destaca-se que a maioria desses óbitos ocorreu no período neonatal (< 28 dias de vida), apresentando um Coeficiente de Mortalidade Neonatal (CMN) médio de 9,1 por 1.000 nascidos vivos (NV), enquanto que o Coeficiente de Mortalidade Pós-neonatal (CMPN) médio foi de 3,8 por 1.000 NV (Figura 15).

Figura 15. Coeficientes de Mortalidade Infantil (por 1.000 nascidos vivos) segundo componente etário. Recife, 2006 a 2013*



Fonte: Sesau Recife/SEVS/GEVEPI/SIS/SIM e Sinasc.

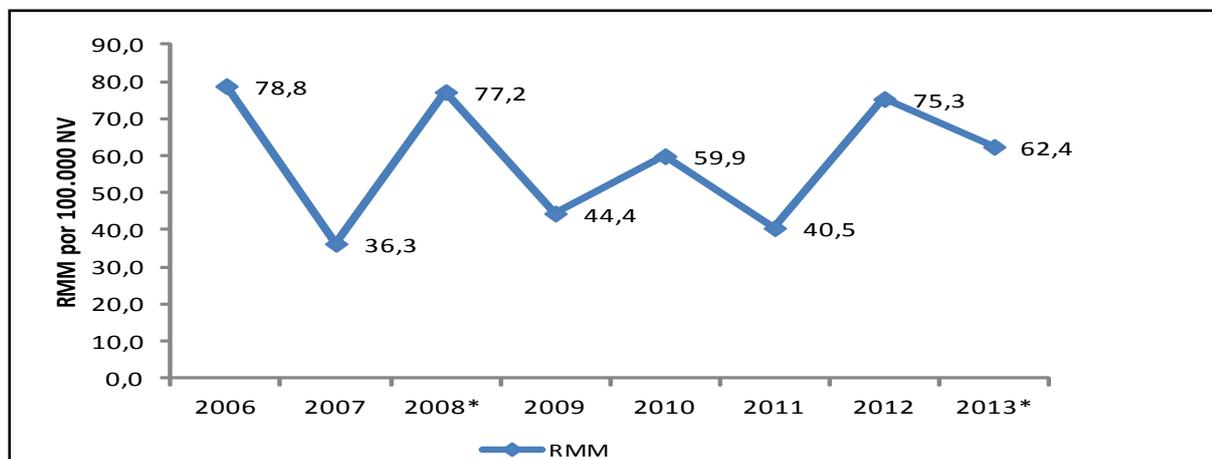
Nota: Os dados de 2012 e 2013 estão sujeitos à alteração.

CMN = Coeficiente de Mortalidade Neonatal; CMPN = Coeficiente de Mortalidade Pós-neonatal; CMI = Coeficiente de Mortalidade Infantil

Mortalidade Materna

Em relação à mortalidade por complicações durante a gravidez, parto e puerpério, observou-se um comportamento irregular na Razão de Mortalidade Materna (RMM), variando de 78,8 para 62,4 por 100.000 NV (Figura 16).

Figura 16. Razão de Mortalidade Materna (por 100.000 Nascidos vivos) segundo ano de ocorrência do óbito. Recife, 2006 a 2013



Fonte: Sesau Recife/SEVS/GEVEPI/SIS/SIM e Sinasc.

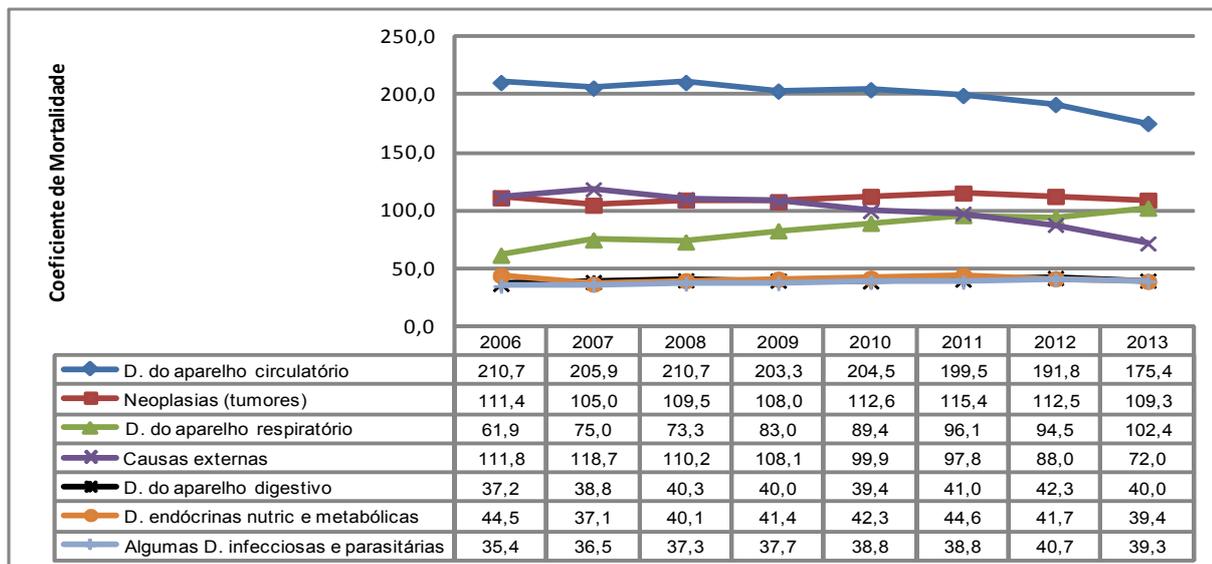
Nota: Os dados de 2012 e 2013 estão sujeitos à alteração.

RMM= Razão de Mortalidade Materna.

Mortalidade por Principais Causas

Quanto às causas de óbito no município, de maneira geral, as doenças do aparelho circulatório representaram o maior risco de morte, revelando os maiores coeficientes de mortalidade no período de 2006 a 2013. No início do período analisado, a segunda causa de morte eram as causas externas, seguidas das neoplasias e das doenças do aparelho respiratório. No entanto, ocorre uma modificação nesta sequência de causa a partir de 2010, configurando em 2013 as neoplasias como segunda causa de morte, seguida das doenças do aparelho respiratório e das causas externas (Figura 17).

Figura 17. Coeficiente de Mortalidade (por 100.000 habitantes) segundo Causa Básica (Capítulo CID10). Recife, 2006 a 2013*



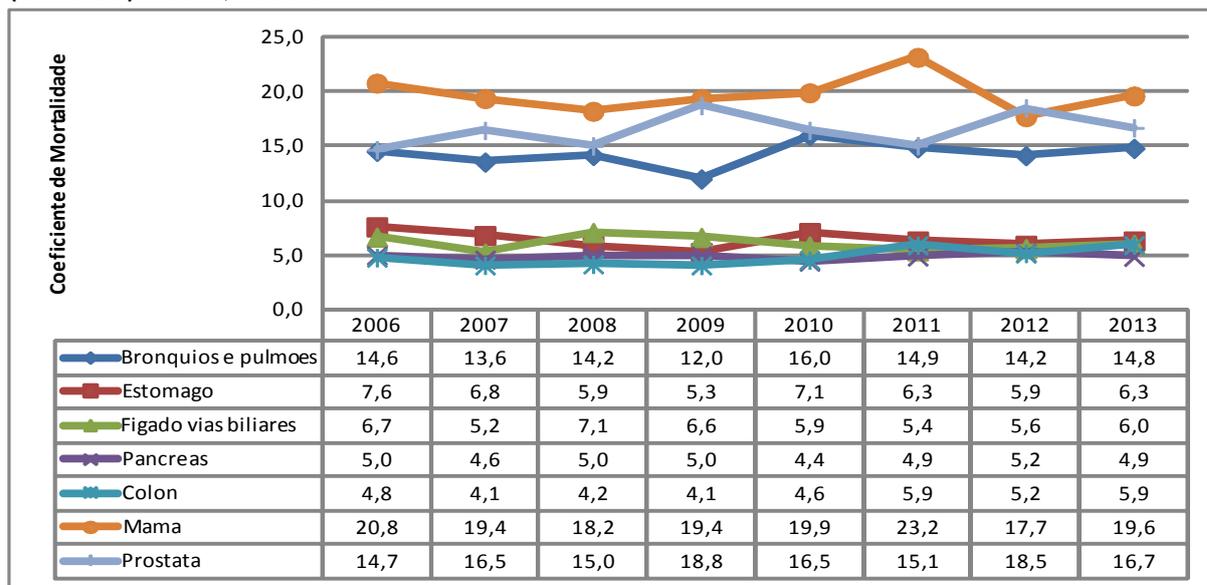
Fonte: Sesau Recife/SEVS/GEVEPI/SIS/SIM.

Nota: Os dados de 2012 e 2013 estão sujeitos à alteração.

Mortalidade por Neoplasias

No período de 2006 a 2013, as neoplasias passaram a ser a segunda causa de morte no Recife. Os óbitos por neoplasias de brônquios e pulmões apresentaram os maiores coeficientes de mortalidade na população geral, com destaque para o ano de 2010 (16,0 óbitos por 100.000 hab.). No sexo feminino, ressalta-se a mortalidade por neoplasias de mama, sendo a primeira causa entre as mulheres. Em relação à população masculina, as neoplasias de próstata mostram elevados coeficientes de mortalidade (Figura 18).

Figura 18. Coeficiente de Mortalidade (por 100.000 habitantes) segundo principais neoplasias (CID10 3C). Recife, 2006 a 2013*



Fonte: Sesau Recife/SEVS/GEVEPI/SIS/SIM.

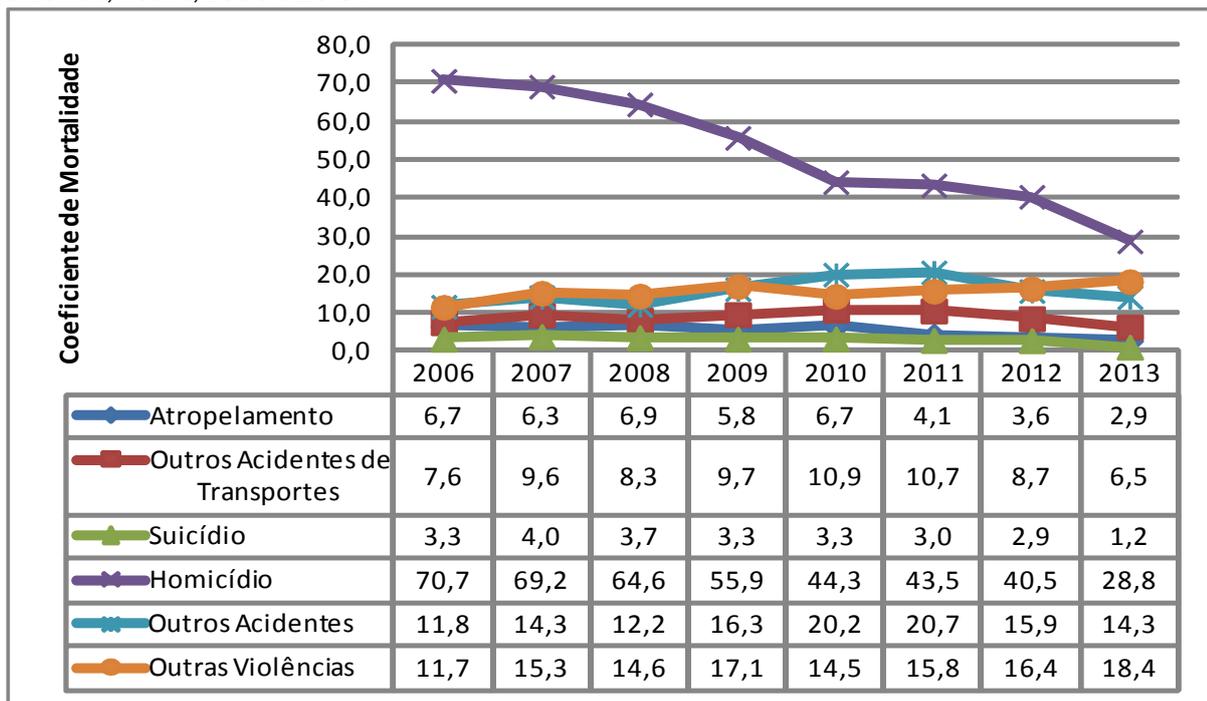
Nota: Os dados de 2012 e 2013 estão sujeitos à alteração.

Mortalidade por Causas Externas

Entre as causas externas, os homicídios apresentaram o maior risco de morte, porém apresentando redução no período, passando de 70,7 óbitos por 100.000 habitantes em 2006 para 28,8 em 2013, representando uma redução de 59,3%. No período, também ocorreu redução nos acidentes de transportes e no suicídio (Figura 19). Entretanto o percentual de óbitos por causas externas cuja intenção foi indeterminada aumentou de 10,1% em 2006 para 24,7% em 2013.

A população masculina foi a mais atingida, contudo houve redução na diferença entre os sexos. Em 2006, os homicídios foram 16 vezes mais frequente nos homens do que nas mulheres, em 2013 esta diferença reduziu para 12 vezes. Quanto à faixa etária, observou-se que os acidentes de transportes, tanto em 2006 como em 2013, foram mais frequentes nas faixas de 20 a 39 e 40 a 59 anos, o mesmo ocorreu com os suicídios. Em relação aos homicídios, em ambos os anos, os adolescentes aparecem em segundo lugar. A faixa de maiores de 60 anos é a mais vitimizada pelos outros acidentes (queda, afogamento, choque, queimadura, etc).

Figura 19. Coeficiente de mortalidade (por 100.000 habitantes.) segundo principais tipos de causas externas, Recife, 2006 a 2013*.

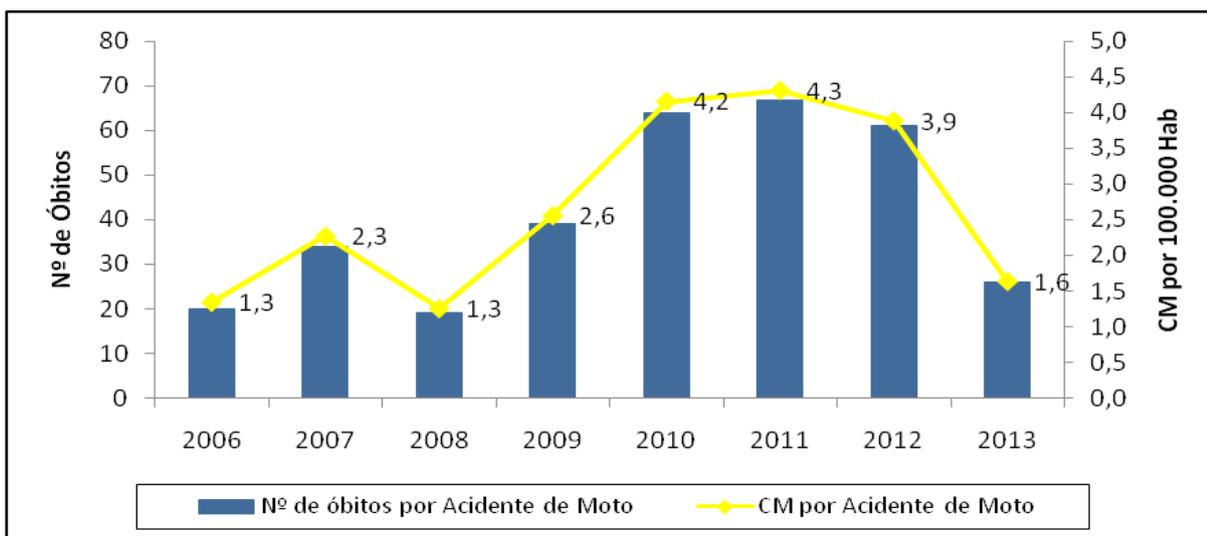


Fonte: Sesau Recife/SEVS/GEVEPI/SIS/SIM.

Nota: Os dados de 2012 e 2013 estão sujeitos à alteração.

Os acidentes de moto se comportaram de forma irregular no período analisado variando de 19 óbitos (CM 1,3 por 100.000 hab.) em 2008 para 67 (CM 4,3 por 100.000 hab.) em 2011 (figura 20). A população masculina foi a mais atingida em 2013, sendo que os acidentes de moto foram 12 vezes mais frequentes nos homens do que nas mulheres. Quanto à faixa etária, a maioria dos óbitos ocorre nos indivíduos com idade entre 20 a 39 anos.

Figura 20. Número e Coeficiente de Mortalidade (por 100.000 habitantes) por acidente de moto. Recife, 2006 a 2013*.



Fonte: Sesau Recife/SEVS/GEVEPI/SIS/SIM.

Nota: Os dados de 2012 e 2013 estão sujeitos à alteração.

2.3.3 INFORMAÇÕES DE MORBIDADE

a) Doenças transmissíveis

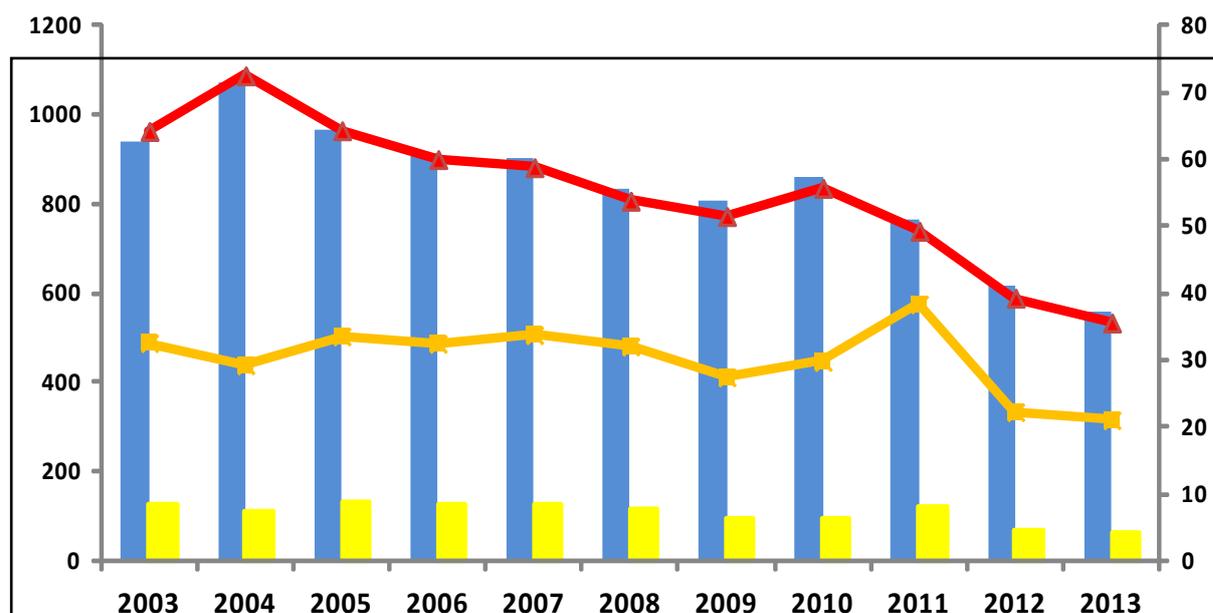
Hanseníase

Antigo problema de saúde pública no Brasil, a hanseníase constitui ainda um dos grandes desafios da saúde para as autoridades sanitárias. No Recife, esta doença é um importante problema pela sua magnitude, concentrando 40% dos casos do estado de Pernambuco, sendo também a 2ª capital do Nordeste e do Brasil em número de casos novos em menores de 15 anos.

Nos anos de 2012 e 2013, foram diagnosticados no Recife 618 e 559 casos novos de hanseníase respectivamente, apresentando coeficientes de detecção de 39,3 e 35,6 casos por 100.000 habitantes para esses dois anos. Configura-se, pois, uma situação de hiperendemicidade. Para os menores de 15 anos, o coeficiente de detecção foi 22,3 e 21,1/100.000 habitantes, indicando a persistência de casos não diagnosticados em adultos que passam a ser a fonte de infecção para as crianças e adolescentes, geralmente no espaço intradomiciliar (Figura 21). No ano de 2012, 11,3% dos casos novos foram diagnosticados em menores de 15 anos e 14,2% do total de casos dessa faixa etária apresentaram grau de incapacidade I e II. Na população total, 20% dos casos novos apresentaram grau de incapacidade física I e II, revelando um diagnóstico muito tardio.

O controle da endemia é baseado no diagnóstico precoce, cura dos casos diagnosticados e vigilância dos contatos domiciliares. Nesse contexto, a gestão vem atuando no reforço de suas atividades através do fortalecimento das ações do Programa Municipal de Controle da Hanseníase, inserido no Programa Sanar Recife, implantado em maio de 2013, para o enfrentamento de doenças negligenciadas.

Figura 21. Número de casos novos (CN) e coeficiente de detecção (CD) de hanseníase por 100.000 hab. na população total e em menores de 15 anos de idade segundo o ano de diagnóstico. Recife, 2003 – 2013*.



Fonte: Sesau Recife/SEVS/GEVEPI/DDT/Sinan.

Nota: * Dados provisórios, sujeitos a revisão.

Tuberculose

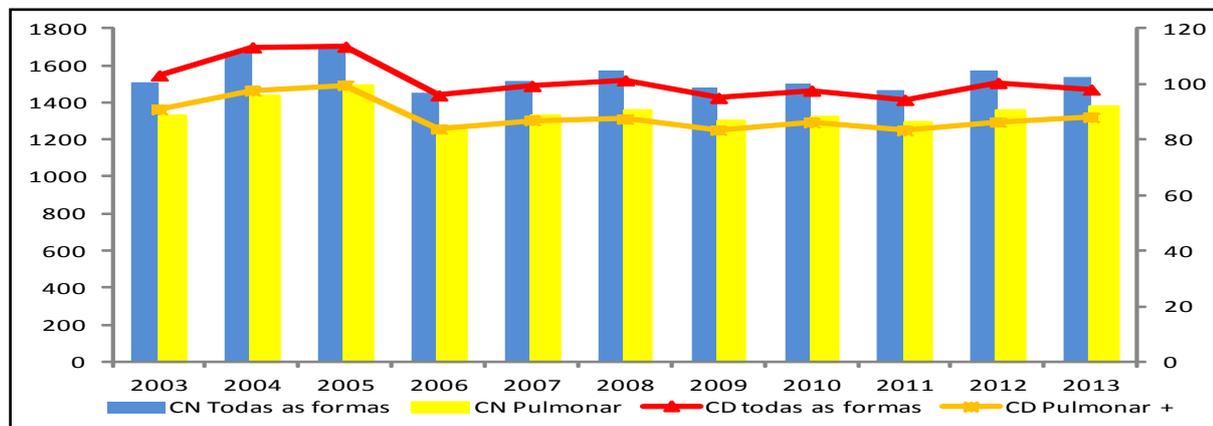
A tuberculose constitui um grave problema mundial que está intimamente ligado ao aumento da pobreza, à má distribuição de renda e à urbanização acelerada. A OMS (2004) estima que quase um terço da população mundial, dois bilhões de pessoas, está infectado com o bacilo *Mycobacterium tuberculosis* e em risco de desenvolver a doença. Anualmente, mais de oito milhões desenvolvem a tuberculose ativa, dos quais dois milhões morrem. O Brasil encontra-se entre os 22 países que concentram 80% dos casos estimados no mundo.

Uma das ações para o controle da tuberculose no Brasil tem como meta diagnosticar pelo menos 70% dos casos esperados. O Recife está acima da meta nacional de detecção da tuberculose. Os serviços de saúde do município conseguem detectar mais de 80% dos casos de tuberculose ao ano, resultado proveniente da ampliação do acesso, diagnóstico e tratamento.

Ainda não revelando uma tendência de declínio para a doença, nos anos de 2012 e 2013, foram diagnosticados em Recife, respectivamente, 1.575 e 1.538 casos novos de tuberculose, apresentando taxas de detecção de 100,4 e 98,0 casos por 100.000 habitantes (Figura 22). O município está entre as capitais brasileiras com maior risco de morte para a doença: 08 por 100.000 habitantes em 2012.

A Secretaria de Saúde do Recife vem desenvolvendo a política de controle da tuberculose com base na descentralização das ações para a atenção básica, tendo como principal eixo o desenvolvimento das ações pela Estratégia de Saúde da Família e pela Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde (EACS). Adota esses serviços como porta de entrada do sistema de saúde e reorienta a rede de referência para o devido suporte à rede básica, em cada Distrito Sanitário. A tuberculose também está inserida nas ações do Programa Sanar Recife, implantado em maio de 2013.

Figura 22. Número de casos novos (CN) e coeficiente de detecção de tuberculose (CD) por 100.000 habitantes de todas as formas e pulmonar positiva segundo o ano de diagnóstico. Recife, 2003 a 2013*.



Fonte: Sesau Recife/SEVS/GEVEPI/DDT/Sinan.

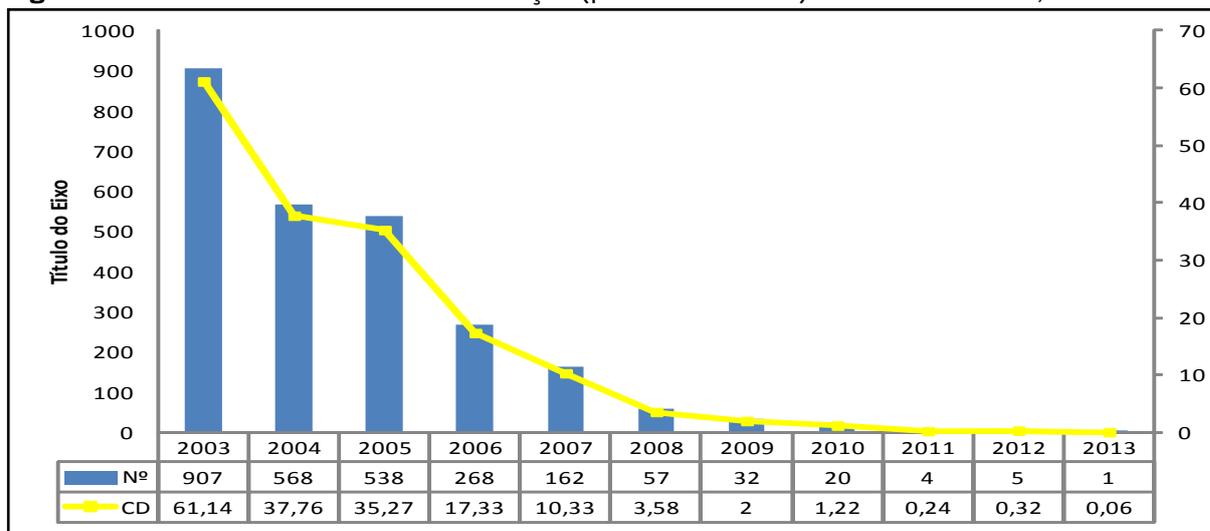
Nota: * Dados provisórios, sujeitos à revisão.

Desafio da Eliminação da Filariose

Desde o ano de 2003, foram reformuladas e intensificadas as ações de controle da filariose no Recife, com introdução do tratamento coletivo em algumas microáreas definidas como prioritárias, simultaneamente com ações integradas para o controle vetorial e ações educativas. Altas coberturas foram alcançadas com a realização do tratamento coletivo, demonstrando que essa é uma estratégia efetiva. Como resultado foi observado uma redução importante dos casos de filariose, sendo os resultados um marco do início do processo de eliminação da doença na cidade. Em 2003, foram detectados 907

casos, reduzindo em 2013 para apenas 01 caso (Figura 23). Contudo, persiste o desafio da eliminação e a vigilância deve ser mantida para evitar o retorno da elevada transmissão no município.

Figura 23. Número de casos e taxa de detecção (por 100.000 hab.) de filariose. Recife, 2003 a 2013*.



Fonte: Sesau Recife/SEVS/GEVEPI/DDT.

Dengue

A dengue atinge a população de todos os estados do Brasil e tem apresentado ciclos de epidemia. No Recife os primeiros registros de casos notificados foram no ano de 1995 e no período entre 1995 e 2011 os casos ocorridos foram atribuídos aos três sorotipos (DEN 1, DEN 2 e DEN 3). A Tabela 2 mostra o número de casos e registro dos anos de 2002, 2008, 2010, 2011 e 2012 como anos epidêmicos, confirmados pelo número acima dos casos esperados para cada ano.

Tabela 2: Número de casos notificados e confirmados de dengue segundo forma clínica, coeficiente de detecção (por 100.000 hab.) e óbitos. Recife, 2001 a 2013*.

Ano	Nº de Notificações	Dengue Clássico	Dengue Grave	Total	Coef. de Detecção	Óbitos
2001	3366	2907	27	2934	204,15	7
2002	38636	33928	207	34135	2355,54	15
2003	1212	148	6	154	10,54	-
2004	856	128	8	136	9,23	-
2005	1807	506	21	527	35,11	1
2006	3220	1071	31	1102	72,74	2
2007	4.086	716	55	771	50,43	4
2008	8.648	3245	122	3367	217,23	5
2009	1.565	298	7	305	19,53	1
2010	15.033	9586	589	10175	661,7	10
2011	8.327	4316	148	4464	287,48	15
2012	12.137	7322	40	7362	473,43	8
2013	2.997	1.182	10	1.192	76,65	10

Fonte: Sesau Recife/SEVS/GEVEPI/DDT/Sinan.

Nota: * Dados provisórios, sujeitos a revisão.

Tabela 3. Número de casos de Aids segundo ano de diagnóstico, sexo, razão por sexo e coeficiente de detecção (CD) por 100.000 hab. segundo sexo e total. Recife, 2001 – 2013*:

Ano Diagnóstico	Sexo		Total	Razão M/F	Coeficiente de Detecção		
	Masculino	Feminino			Masculino	Feminino	Recife
2001	219	108	327	2,03	32,64	13,99	22,66
2002	272	148	420	1,84	39,98	18,91	28,71
2003	249	128	377	1,95	36,09	16,13	25,41
2004	277	152	429	1,82	39,6	18,89	28,52
2005	287	160	447	1,79	40,46	19,61	29,31
2006	253	159	412	1,59	35,17	19,22	26,64
2007	244	155	399	1,57	33,46	18,48	25,44
2008	271	140	411	1,94	36,65	16,46	25,85
2009	280	156	436	1,79	37,35	18,09	27,04
2010	306	190	496	1,61	43,11	22,95	32,26
2011	267	132	399	2,02	37,28	15,78	25,7
2012	310	155	465	2,00	42,87	18,33	29,64
2013	178	103	281	1,73	25,61	12,18	17,91
Total	3413	1886	5299	1,81			

Fonte: Sesau Recife/SEVS/GEVEPI/DDT/Sinan.

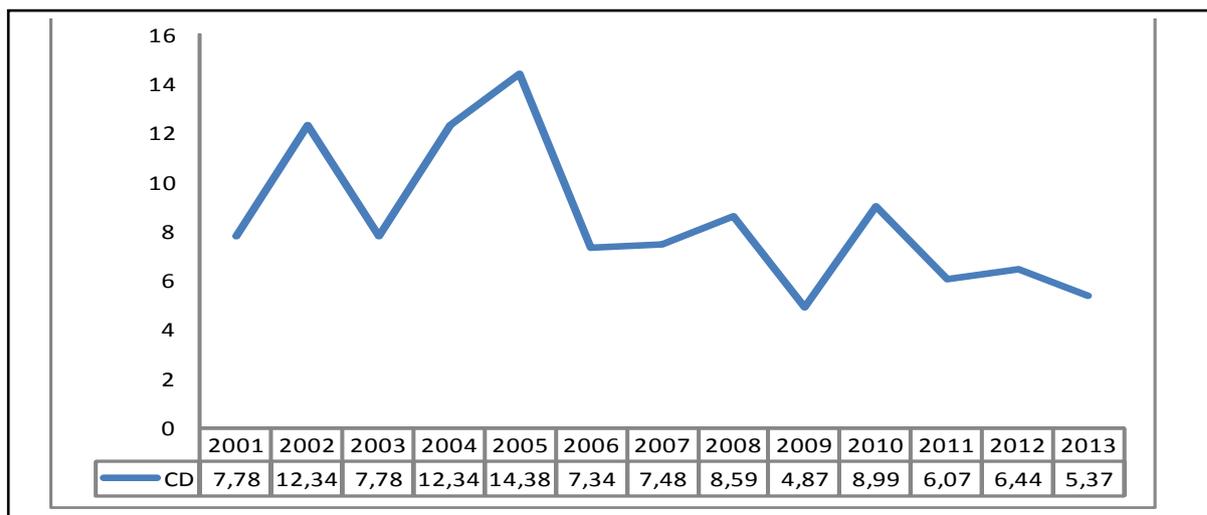
Nota: Os dados de 2012 e 2013 estão sujeitos à alteração.

População: 2001 - 2009 - DEPI - DIEVS - Secretaria de Saúde do Recife - Populações estimadas através do método geométrico, a partir da contagem populacional de 1996 e Censo 2000 – IBGE 2011 - 2012 - GEPI - DVS - Secretaria de Saúde do Recife - População estimada através do método geométrico, a partir dos Censos Demográficos 2000 e 2010 – IBGE.

Neste período, a faixa etária com maior número de casos registrados é de 30 a 39 anos, seguida de 40 a 49 anos e 20 a 29 anos. O número de casos notificados em pacientes com menos de 05 anos entre os anos de 2001 e 2013 foi de 100. O coeficiente de detecção de casos para este grupo etário é utilizado como indicador da transmissão vertical do HIV.

No Recife, este indicador, a partir do ano 2005, apresenta tendência de queda, demonstrando a eficácia do diagnóstico precoce da infecção pelo HIV em gestantes e início imediato da profilaxia com antirretrovirais na gestação, parto e nos primeiros 18 meses de vida do recém-nascido (Figura 24).

Figura 24. Coeficiente de detecção de casos de AIDS em pacientes com menos de 5 anos de idade. Recife, 2001 – 2013*.



Fonte: Sesau Recife/SEVS/GEVEPI/DDT/SINAN.

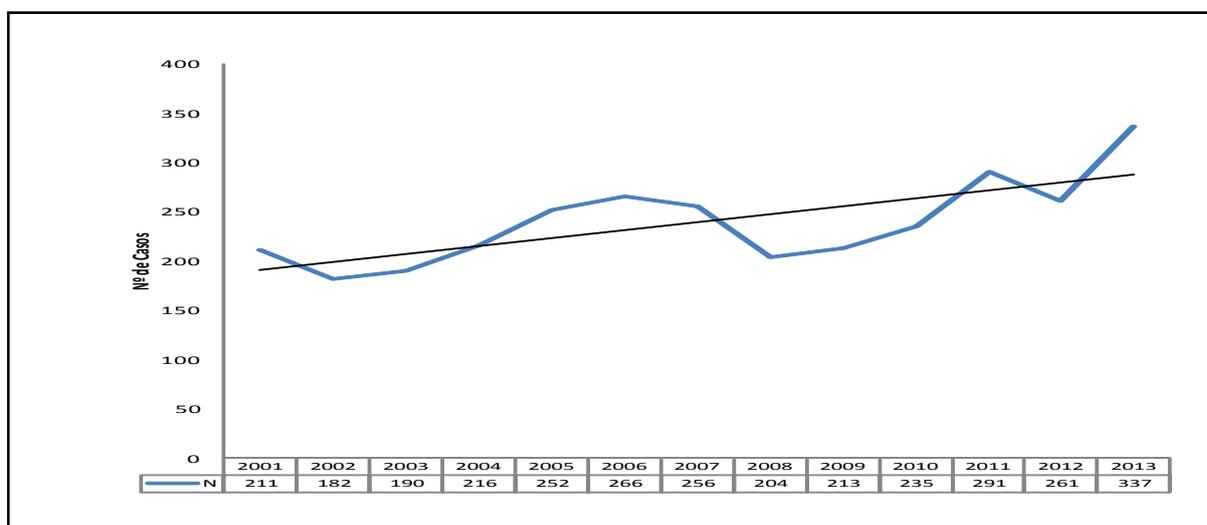
Nota: Os dados de 2012 e 2013 estão sujeitos à alteração.

População: 2001 - 2009 - DEPI - DIEVS - Secretaria de Saúde do Recife - Populações estimadas através do método geométrico, a partir da contagem populacional de 1996 e Censo 2000 – IBGE 2011 - 2012 - GEPI - DVS - Secretaria de Saúde do Recife - População estimada através do método geométrico, a partir dos Censos Demográficos 2000 e 2010 – IBGE.

SÍFILIS CONGÊNITA

No período entre os anos de 2001 e 2013, foram notificados 3.114 casos de sífilis congênita em crianças cujas mães residem no município do Recife. O número de casos variou de 182 no ano de 2002 a 337 no ano de 2013, com tendência crescente (figura 25). Os coeficientes de detecção (CD) calculados por 1.000 nascidos vivos (NV) apresentam níveis elevados em todo o período, denotando um alto risco para este agravo no Município, com $CD \geq 5,0/1.000\text{ NV}$ (figura 26). Portanto, longe da meta de eliminação deste agravo como problema de saúde pública ($<1\text{ caso}/1.000\text{ NV}$).

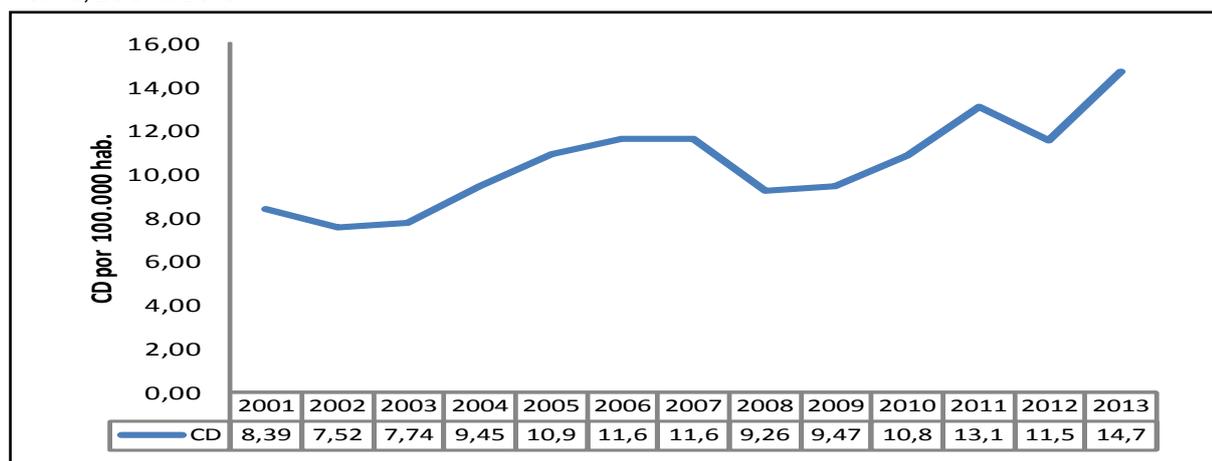
Figura 25. Número de casos de sífilis congênita e tendência linear, segundo ano de diagnóstico. Recife, 2001 a 2013*.



Fonte: Sesau Recife/SEVS/GEVEPI/DDT/SINAN.

Nota: Os dados de 2012 e 2013 estão sujeitos à alteração.

Figura 26. Coeficiente de detecção (CD) por 1.000 nascidos vivos segundo ano de diagnóstico. Recife, 2001 a 2013*.



Fonte: Sesau Recife/SEVS/GEVEPI/DDT/SINAN.

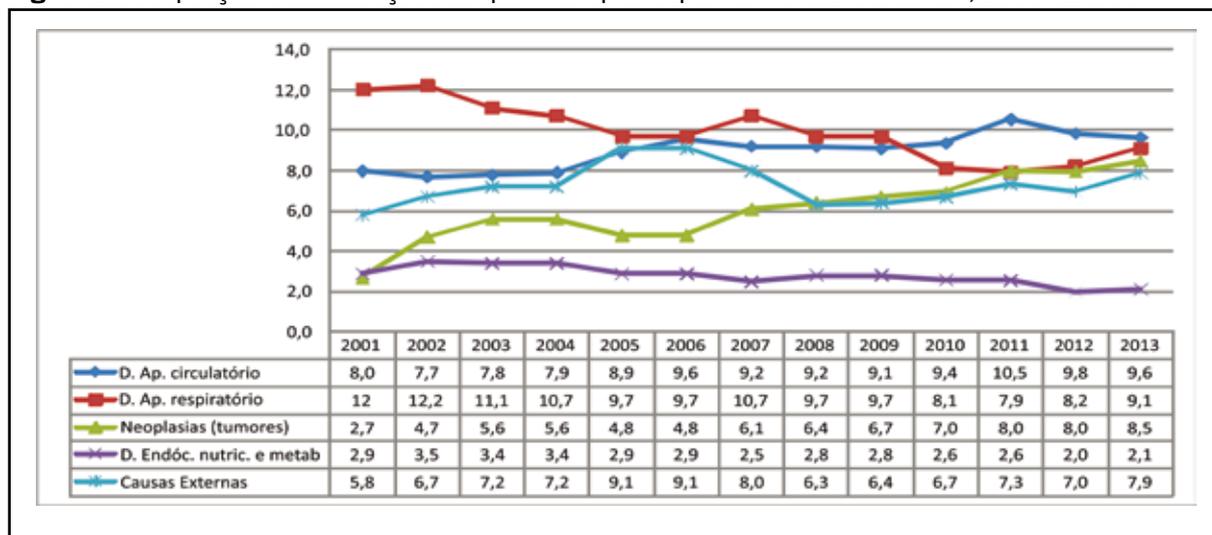
Nota: Os dados de 2012 e 2013 estão sujeitos à alteração.

b) Doenças Crônicas Não-Transmissíveis

No período de 2001 a 2013 ocorreram 1.281.167 internações entre os residentes de Recife. As principais causas de hospitalização foram ligadas à gravidez, parto e puerpério; doenças do aparelho respiratório; doenças do aparelho digestivo e doenças do aparelho circulatório.

Dentre as Doenças e Agravos Não Transmissíveis (DANT), as doenças do aparelho respiratório representaram a principal causa de internamento até o ano de 2009, quando foram ultrapassadas pelas doenças do aparelho circulatório. As causas externas apresentaram tendência crescente até 2005, sofrendo redução até 2008 quando voltam a elevar-se, apresentando flutuações em todo o período. As neoplasias aparecem em quarto lugar, entre as DANT, ultrapassando as causas externas. Em 2008 destacaram-se por apresentar incremento, sendo em 2001, responsáveis por 2,7% do total das internações e em 2013 por 8,5%. Tais números representaram uma elevação de 214,8%. As doenças endócrinas, metabólicas e nutricionais ficaram em quinto lugar e apresentaram certa estabilidade, permanecendo praticamente com os mesmos índices de internações, com uma discreta redução no ano de 2012. (Figura 27).

Figura 27: Proporção de internações hospitalares por Capítulos da CID-10. Recife, 2001 a 2013*.



Fonte: SIH/Datasus/MS.

Nota: Dados disponíveis em 2013, até o mês de novembro.

VIOLÊNCIA INTERPESSOAL

Denomina-se violência interpessoal o uso intencional de força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outras pessoas ou contra uma comunidade, que resulte ou tenha possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação (OMS, 2002). Essas são caracterizadas por variadas formas: agressão física, abuso sexual, abuso psicológico, negligência, abandono e tortura. Pode ser praticada por um ou mais autores com laços familiares, conjugais, de parentesco ou com vínculo afetivo em condições de relação de poder, seja real ou de ameaça. Este tipo de violência atinge pessoas de ambos os sexos e de todas as idades, especialmente, as crianças, os adolescentes, as mulheres e as pessoas idosas, sendo na maioria das vezes “camuflada” no âmbito privado.

O Ministério da Saúde em 2006 implantou a notificação compulsória da violência interpessoal, sendo Recife um dos municípios brasileiros a implantar essa vigilância. Até o ano de 2008, o processamento dos dados da vigilância de violência interpessoal (VIVA-contínuo) era realizado no software Epi-Info, em máscara específica. Por determinação do MS, em 2009, passou-se a ser processada no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan-Net).

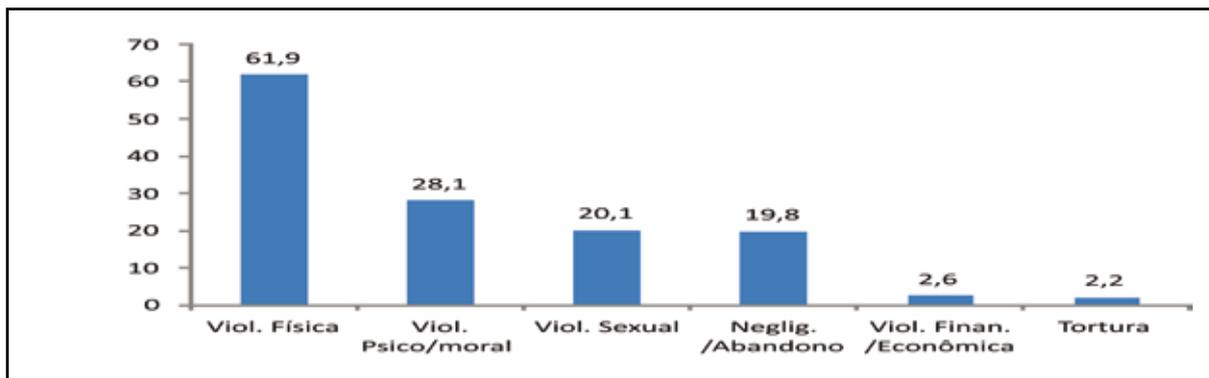
A análise a seguir mostra os resultados sobre as notificações de violência ocorridas nos residentes do Recife, atendidos nas Unidades de Saúde durante o período de 2009 a 2013.

No período de 2009 a 2013 foram notificados 6.735 casos de violência interpessoal entre os residentes do Recife. Em 2009 registrou-se 677 casos e 1.328 em 2012, apresentando um incremento de 96,2%. É válido ressaltar que este aumento representa principalmente a implementação da notificação deste agravo, refletindo um aumento na cobertura das fontes notificadoras.

Analisando a distribuição da violência entre os sexos, observou-se que as mulheres são as principais vítimas, responsáveis por mais de 70,2% das notificações. Entre as faixas etárias, a população de 20 a 39 anos (adultos jovens) foi a mais atingida com 34,8% das notificações, seguido do grupo infantil (0 a 9 anos) que apresentou 27,7% e dos adolescentes (10 a 19 anos) com 23% das notificações. A população de idosos (60 e mais) representou 3,2% das notificações.

A figura 28 mostra a ocorrência segundo o tipo de violência. Observou-se a predominância da violência física e uma ocorrência expressiva da violência psicológica e sexual. É importante ressaltar que uma vítima pode sofrer mais de um tipo de violência, sendo consideradas as respostas afirmativas para cada tipo relacionado na ficha de notificação/investigação. Na figura 29, considerando a relação vítima/agressor, observou-se que os principais agressores foram os cônjuges seguidos de mães e pais. Por último, a figura 30 traz informações sobre local de ocorrência da violência, demonstrando a residência como o lugar de maior frequência, seguida da via pública. Ressalta-se, entretanto, a existência de um alto percentual de notificação em que esta variável não foi preenchida.

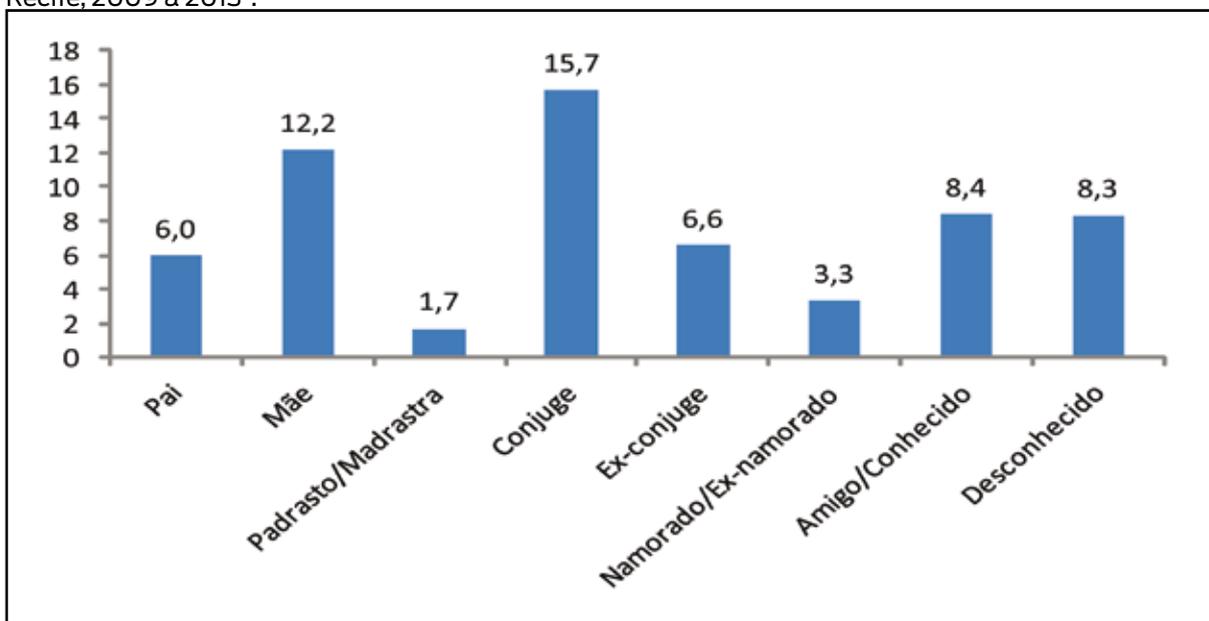
Figura 28. Percentual de notificação de violência interpessoal segundo tipo de violência. Recife, 2009 a 2013*.



Fonte: Sesau Recife/SEVS/GEVEPI/Sinan.

Nota: * Dados provisórios, sujeitos à revisão.

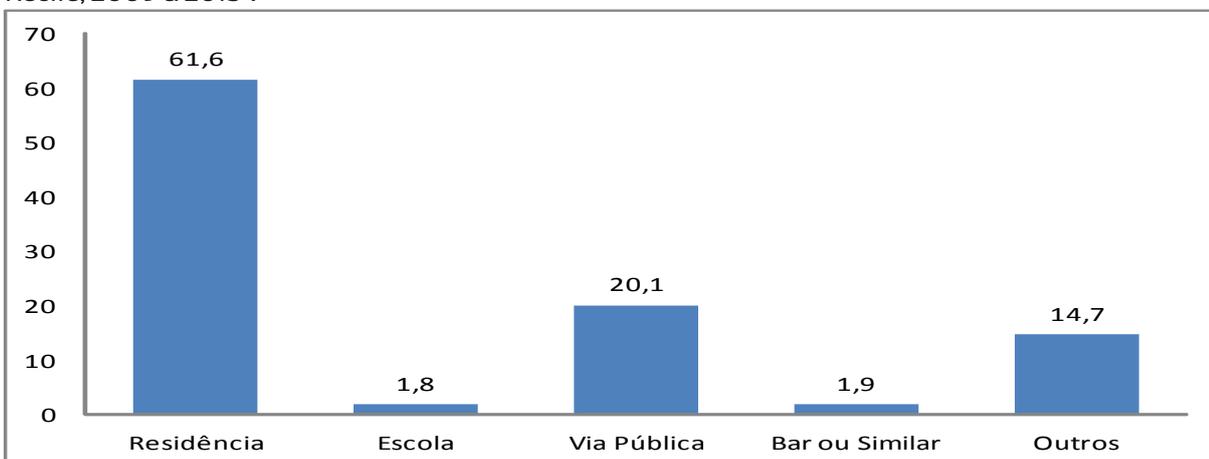
Figura 29. Percentual de notificação de violência interpessoal segundo relação vítima/agressor. Recife, 2009 a 2013*.



Fonte: Sesau Recife/SEVS/GEVEPI/Sinan.

Nota: * Dados provisórios, sujeitos à revisão.

Figura 30. Percentual de notificação de violência interpessoal segundo ocorrência da violência. Recife, 2009 a 2013*.



Fonte: Sesau Recife/SEVS/GEVEPI/Sinan.

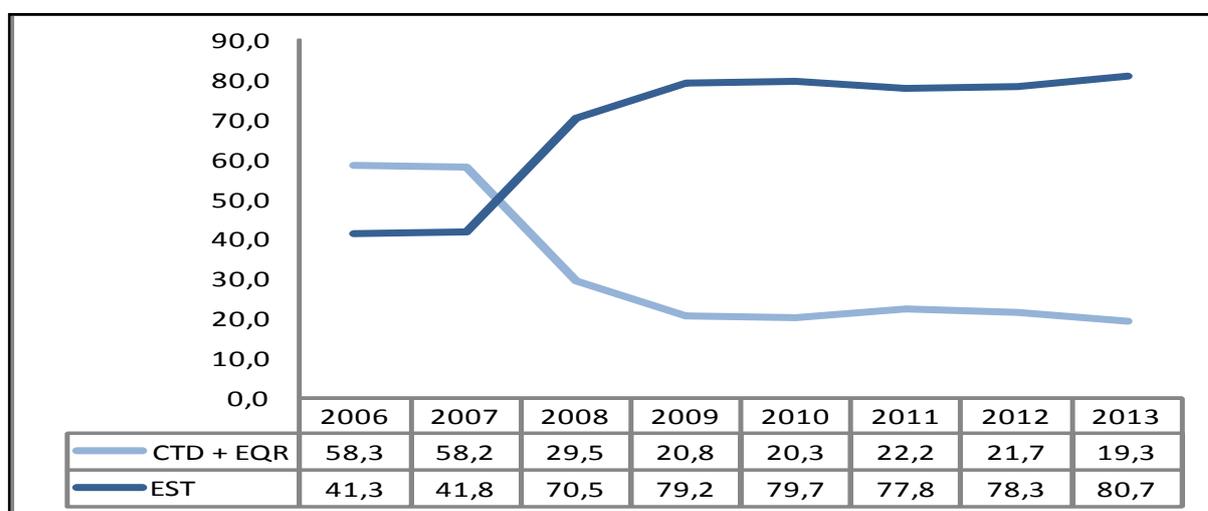
Nota: * Dados provisórios, sujeitos à revisão.

2.4 RECURSOS HUMANOS

No ano de 2006, tinha-se um número elevado de profissionais contratados na Secretaria de Saúde. No entanto, ocorreu uma mudança na composição da força de trabalho a partir de 2008, com uma significativa regularização dos vínculos trabalhistas, ampliando-se o quantitativo de servidores estatutários (figura 31).

A realização de concursos públicos e a efetivação de profissionais ACS e ASACE propiciou diminuição do número de contratados, tornando os estatutários correspondentes ao maior percentual dos servidores da rede municipal. Percentual esse que foi aumentando nos anos seguintes.

Figura 31. Evolução da composição da força de trabalho da Secretaria Municipal de Saúde de Recife, 2006 a 2013.



Fonte: Sistema de Folha de Pagamento e Cadastro Funcional – Sesau/Recife.

No Recife, além do Plano de Cargos, Carreiras e Vencimentos (PCCV) de 2004, instituído pela Lei nº 16.959/2004, tem-se também o Plano de Cargos, Carreiras, Desenvolvimento e Vencimentos (PCCDV) instituído pela Lei nº 17.772/2012. A formulação do PCCDV/2012 contou com a participação dos trabalhadores e sua implantação não revogou o PCCV/2004. Os trabalhadores podem optar por aderir ao Plano de 2012 ou permanecer no plano de 2004 para iniciar as avaliações para mudança de padrão (Progressão Vertical e/ou Progressão Horizontal).

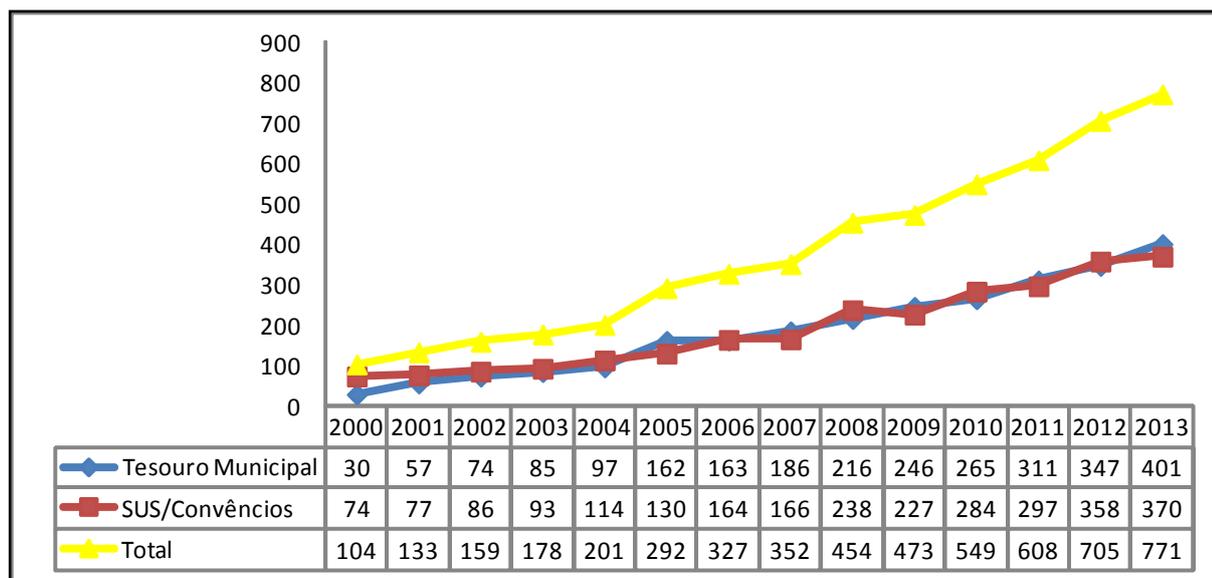
A Mesa de Negociação Permanente (MNP), implementada oficialmente a partir de 2008, é reconhecida oficialmente com o espaço de negociação e realiza reuniões sistemáticas, tendo, entre as principais pautas de discussão: a revisão e implementação do PCCV; a revisão da Lei de produtividade SUS; a necessidade de pessoal e a garantia de condições de trabalho adequadas.

Além disso, no período de 2010 a 2013, foram realizados cursos de especialização, aperfeiçoamento e capacitação para os profissionais da assistência à saúde, vigilância epidemiológica, vigilância sanitária, vigilância ambiental, saúde do trabalhador e sistema de informação, tais como: Capacitação e Treinamento em Diabetes para Profissionais de Saúde; Especialização em Gestão do Sistema de Informação em Saúde; Curso de Reanimação Cardiopulmonar para Adultos – SAMU; Atualização no Diagnóstico e Tratamento da Hipertensão Arterial; Aperfeiçoamento em Álcool, Crack e Outras Drogas; Capacitação do SINAN-NET / CEREST; Curso a distância sobre Impactos da Violência na Saúde; Aperfeiçoamento em Vigilância Sanitária; Especialização em Vigilância em Saúde Ambiental – EAD.

2.5 RECURSOS FINANCEIROS

Seguindo as recomendações da Emenda Constitucional 29, no município de Recife houve a elevação gradativa dos recursos do tesouro repassados à saúde, estabelecendo um percentual mínimo de 15% desde 2004. De acordo com a Lei Complementar 141 de 13 de janeiro de 2012, a Prefeitura do Recife vem gradativamente ampliando os recursos destinados à saúde, principalmente quando comparados os anos de 2000 (29,6 milhões) e de 2013 (401 milhões) (figura 32).

Figura 32. Orçamento da Saúde (em milhões de reais). Recife, 2000 – 2013.



Fonte: SIOPS/Sesau/Recife, 2013.

2.6 ACESSO A AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE

2.6.1 REDE MUNICIPAL DE SERVIÇOS DE SAÚDE

A Rede de saúde tem por objetivo promover a integração sistêmica de ações e serviços de saúde com provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada, bem como incrementar o desempenho do sistema em termos de acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária e eficiência econômica.

Para isso, é necessário incluir estabelecimentos de saúde que prestem serviços de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos, além de integrar os programas focalizados em doenças, riscos e populações específicas aos serviços de saúde individuais e os coletivos.

Dessa forma, o município de Recife tem sua estrutura de rede formada pelos serviços básicos, especializados, conveniados e contratados que são descritos na Tabela 4.

2.6.1.1 REDE PRÓPRIA DE SAÚDE DO RECIFE

Tabela 4. Rede Própria de Saúde do Recife. Recife, 2013

REDE DE SAÚDE	DISTRITO						TOTAL
	I	II	III	IV	V	VI	
Unidades da Saúde da Família	10	19	23	20	16	34	122
UPINHA/USF	0	1	2	0	0	0	3
Equipes de Saúde da Família	16	46	52	40	32	82	268
Equipes de Saúde Bucal	9	23	30	25	18	41	153
Equipes de Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF	2	3	4	3	3	5	20
Núcleo de Apoio a Práticas Integradas	1	1	1	1	1	1	6
Unidades Básicas Tradicionais	1	1	6	3	5	6	22
Polos da Academia da Cidade	5	7	7	7	7	8	41
Farmácia da Família	0	3	2	2	2	2	11
Centro de Atenção Psicossocial – Álcool e outras Drogas	1	1	1	1	1	1	6
Centro de Atenção Psicossocial – Transtornos Mentais	1	2	2	1	3	2	11
Albergues Terapêuticos	1	1	0	1	0	1	4
Residências Terapêuticas	0	6	3	6	5	4	24
Centro de Especialidades Odontológicas (CEO)	1	1	1	1	1	1	6
Policlínicas	3	2	3	1	1	2	12
Serviço de Pronto Atendimento	0	1	1	0	1	1	4
Maternidades	0	0	1	0	1	1	3
Hospital Pediátrico	0	0	1	0	0	0	1
Equipes Consultórios de Rua e Consultórios na Rua	1	1	1	1	1	1	6
SAMU Metropolitano do Recife (Central)	-	-	-	-	-	-	1
Bases descentralizadas do SAMU	2	1	1	2	1	2	9
SAMU- Ambulância - USB (Básica)	-	-	-	-	-	-	18
SAMU- Ambulância - USA (UTI)	-	-	-	-	-	-	4
SAMU- Motolância	-	-	-	-	-	-	3
SAMU- VIR (veículo de intervenção rápida)	-	-	-	-	-	-	1
Laboratório Municipal	-	-	-	-	-	-	1
Unidades Especializadas	-	-	-	-	-	-	7
Serviço de Atendimento Domiciliar - EMAP *	-	-	-	-	-	-	3
Serviço de Atendimento Domiciliar - EMAD **	-	-	-	-	-	-	7
Central de Regulação Ambulatorial e Hospitalar	-	-	-	-	-	-	1
Clínica de Reabilitação / Fisioterapia	1	-	-	-	-	-	1

Fonte: CNES/GGR/SEAS/SS do Recife, 2013.

*EMAP – Equipe Multidisciplinar de Apoio.

**EMAD – Equipe Multidisciplinar de Atenção Domiciliar.

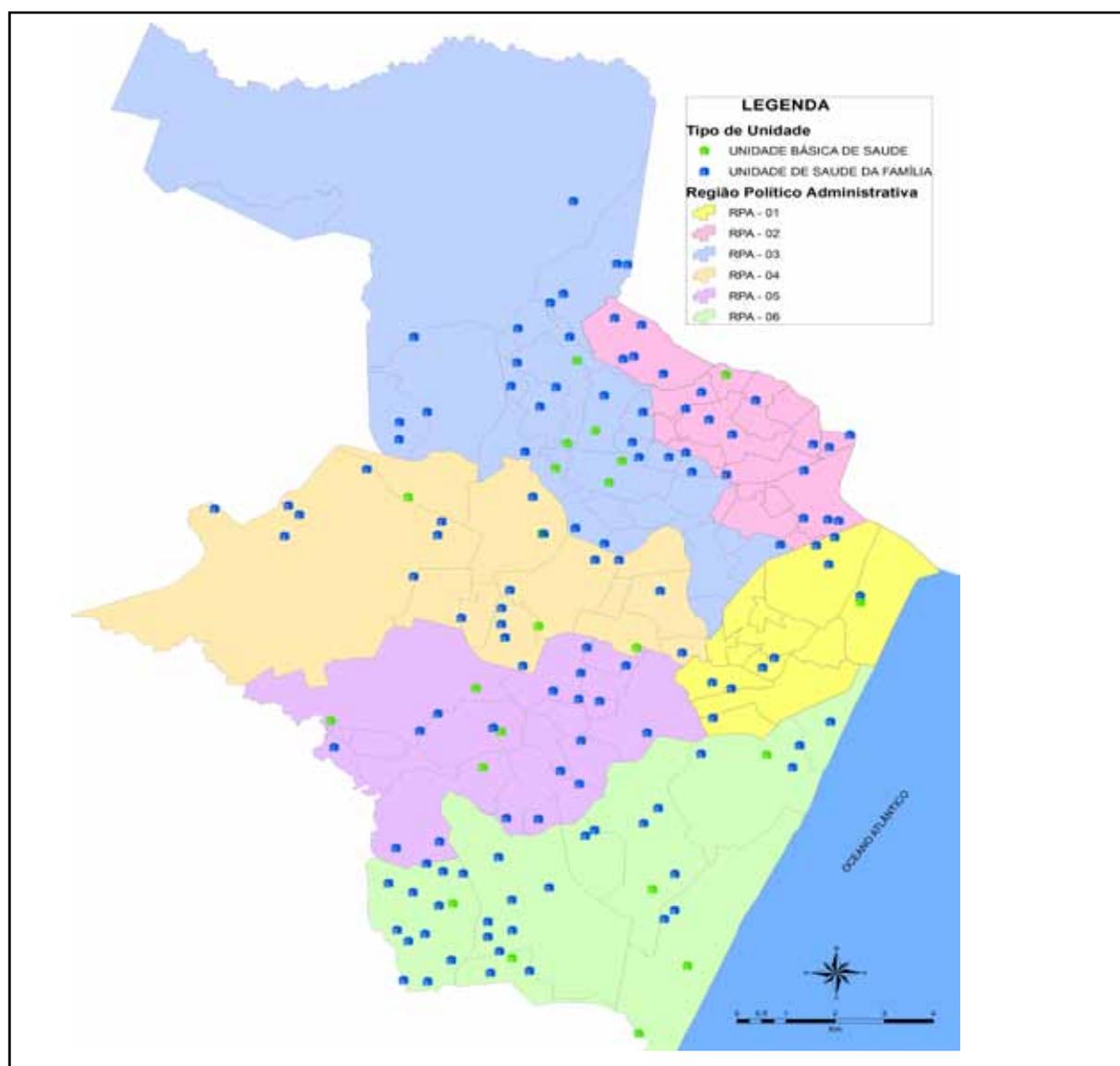
A rede básica de saúde é composta por: 122 Unidades de Saúde da Família, 03 UPINHAS/USF, com 268 Equipes de Saúde da Família (ESF) e 153 Equipes de Saúde Bucal (ESB); 26 serviços odontológicos ambulatoriais em Unidades Básicas Tradicionais e Policlínicas, 28 Equipes da Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde (EACS), 22 Unidades Básicas Tradicionais de Saúde.

Também compõem a rede básica 20 Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF), formados por equipes multiprofissionais que atuam junto às ESF para ajudar na identificação de prioridades no território, na assistência direta aos usuários e na educação permanente com atendimento compartilhado; e os 6 Núcleos de Práticas Integrativas (NAPI), com equipes multiprofissionais com formação em Práticas Integrativas e Complementares que trabalham no território com nutrição saudável, acupuntura, homeopatia, atividades corporais, fitoterapia, uso racional de medicamentos e ampliação de ofertas terapêuticas, atuando em todos os distritos sanitários.

A rede de saúde ainda conta com 41 Polos de Academia da Cidade, uma das estratégias da política de promoção à saúde, com ênfase na atividade física, lazer e alimentação saudável. Tem o objetivo de potencializar os espaços públicos de lazer, requalificando-os em equipamentos de saúde. Estima-se uma média de 85.555 atendimentos/mês nos 41 Polos do Programa.

A distribuição da rede básica de Saúde pode ser visualizada na figura 33.

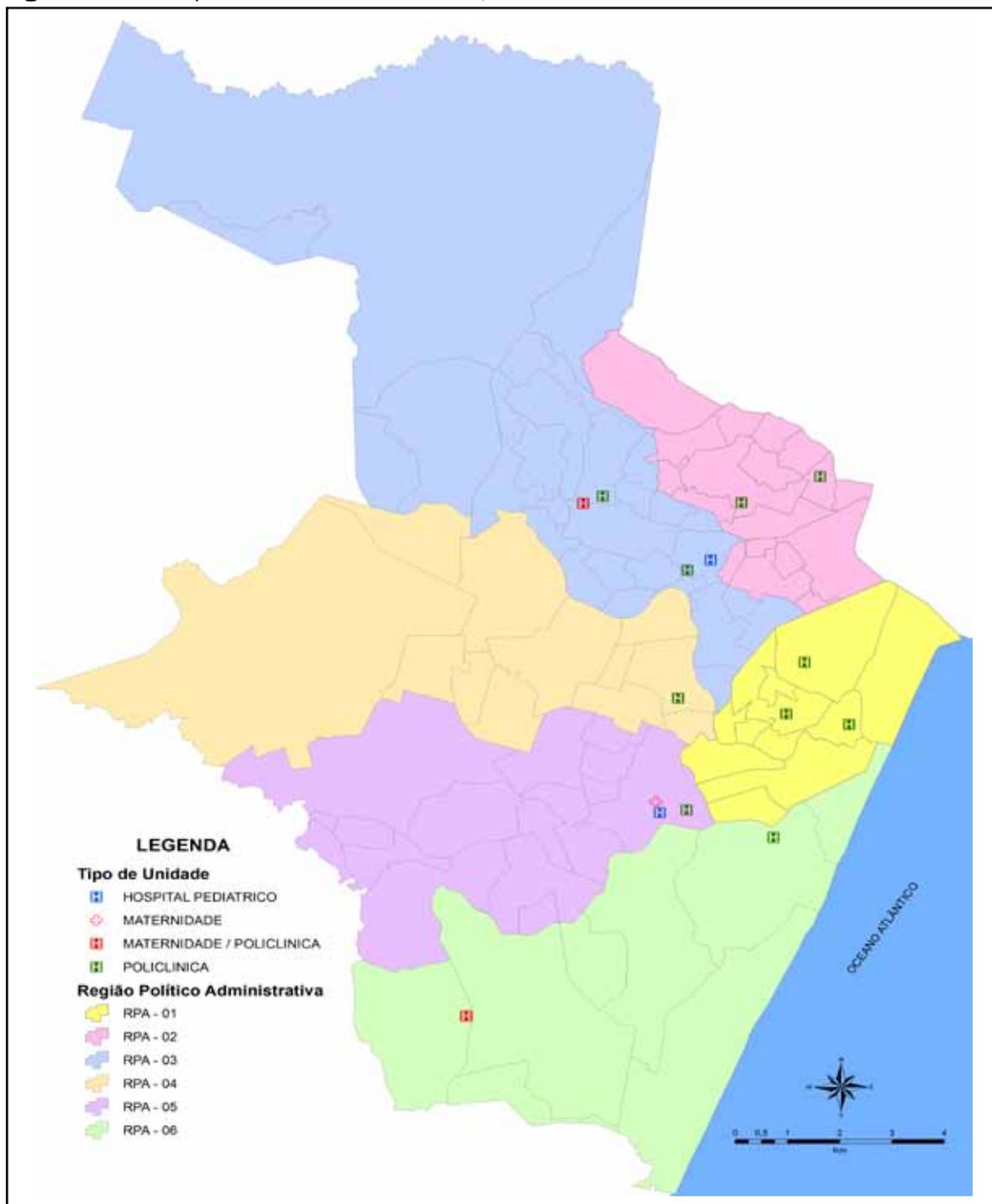
Figura 33. Rede Básica de Saúde. Recife, 2013.



Fonte: Gerência Geral de Planejamento e Orçamento – Sesau / Recife.

A rede especializada é formada por: 12 Policlínicas, 06 Centros de Especialidades Odontológicas (CEO); 04 Serviços de Urgência Odontológica e 01 serviço especializado em saúde bucal para hipertensos e diabéticos, 03 Maternidades, 01 Hospital Pediátrico, o Laboratório Municipal de Saúde Pública e 07 Unidades Especializadas. Dentre esses, temos o Centro de Referência em Saúde do Trabalhador, Centro de Reabilitação Física, Unidade de Cuidados Integrals e o Ambulatório Especializado da Mulher. Esses serviços estão distribuídos no território dos Distritos Sanitários e oferecem atendimento especializado nas áreas de enfermagem, fisioterapia, psicologia, nutrição, odontologia, serviço social, fonoaudiologia e terapia ocupacional, além de médicos nas especialidades de ginecologia, clínica geral, pediatria, ortopedia, neurologia, cardiologia, hematologia, dermatologia, medicina do trabalho, geriatria, endocrinologia, gastroenterologia, hebiatria, entre outras.

Figura 34. Rede Especializada de Saúde. Recife, 2013.

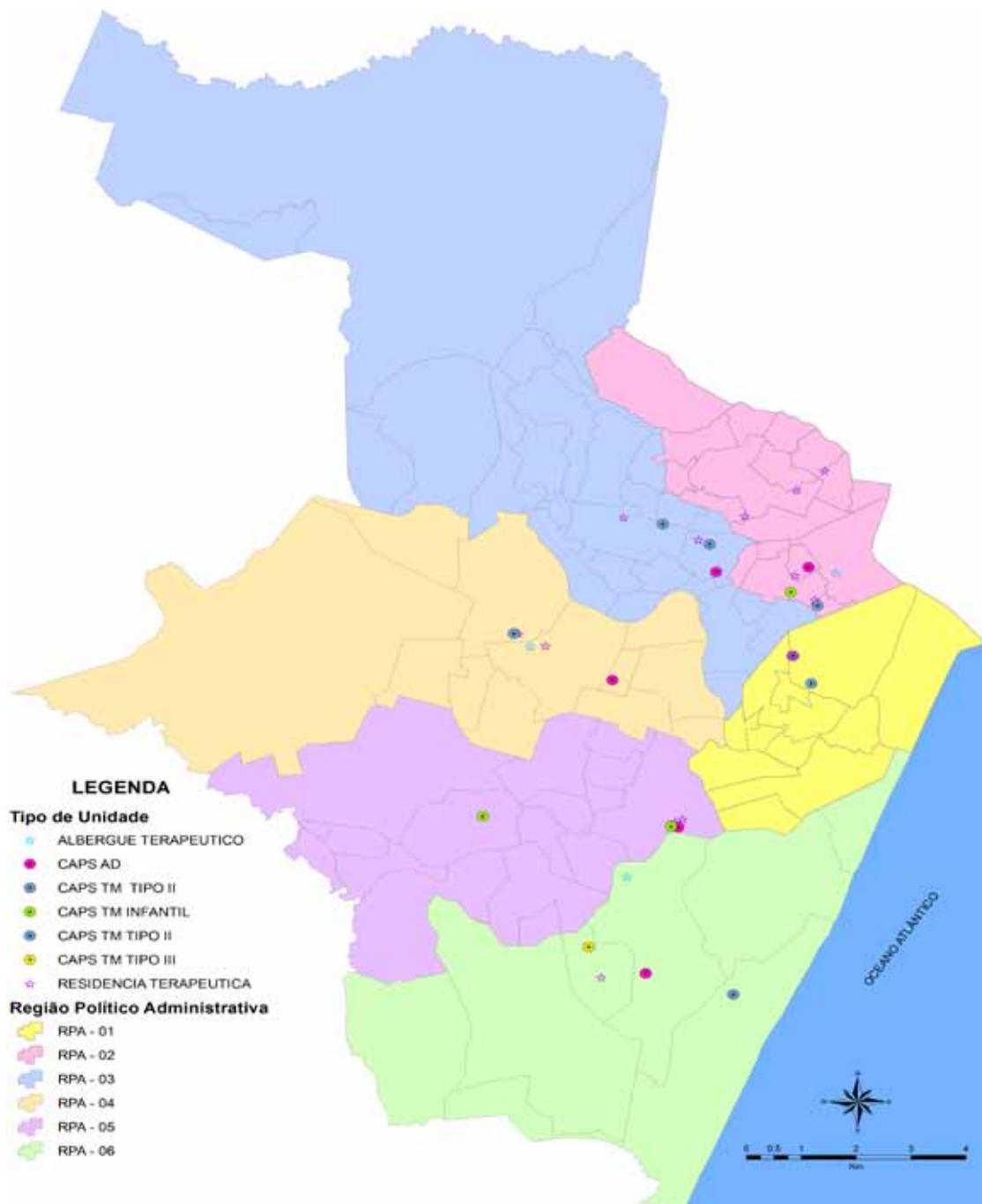


Fonte: Gerência Geral de Planejamento e Orçamento – Sesau / Recife.

A partir de 2010, os moradores do Recife passaram a contar com o Serviço de Atenção Domiciliar (SAD), que realiza atenção integral a pacientes que necessitem de cuidados intensivos com dificuldade de deslocamento para os serviços de saúde. O SAD compõe a política de atenção domiciliar e tem como objetivo o cuidado em casa prevenindo internações, diminuindo o tempo de permanência hospitalar e estimulando maiores gradientes de autonomia ao paciente e sua rede sócio-familiar.

A rede de Saúde Mental conta com 17 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), sendo 11 CAPS Transtorno Mental e 06 CAPS Álcool e Drogas, 24 Residências Terapêuticas, 04 Albergues Terapêuticos, 04 Equipes de Consultório de Rua e 02 Equipes de Consultório na Rua, os quais têm por objetivo fortalecer a clínica, ampliar o acesso e diversificar a oferta de serviços no território, com foco na desospitalização e reabilitação psicossocial.

Figura 35. Rede de Saúde Mental. Recife, 2013.



Fonte: Gerência Geral de Planejamento e Orçamento – Sesau / Recife.

2.6.1.2 REDE COMPLEMENTAR DE SAÚDE

Para garantir uma maior cobertura assistencial aos recifenses, a Secretaria de Saúde complementa a oferta com serviços privados de assistência à saúde, mediante a celebração de contratos ou convênios, garantido o cumprimento às normas de direito público e os princípios e as diretrizes do SUS. Assim, além dos serviços próprios acima descritos, o município conta com uma Rede complementar (Conveniada ou Contratada) formada por 03 Hospitais Gerais, 01 Hospital Pediátrico, 03 Hospitais Psiquiátricos, 08 Laboratórios de Patologia Clínica e 10 Serviços de Imagem (Raios-X, Ultrassonografia, etc.), além de 04 Serviços de Oftalmologia e 09 de Reabilitação.

Tabela 5. Hospitais Conveniados

N	HOSPITAIS	DS	TIPO
1	Centro Hospitalar Oscar Coutinho IMIP Hospitalar	I	Filantrópico
2	Hospital Santo Amaro (Irmandade da Santa Casa de Misericórdia do Recife)	I	Filantrópico
3	Hospital Evangélico de Pernambuco	III	Filantrópico
4	Casa de Saúde Maria Lucinda (Fundação Manoel da Silva Almeida)	III	Filantrópico
5	Sanatório Recife	I	Privado
6	Clínica Psiquiátrica Santo Antônio	IV	Privado
7	Clínica Santo Antônio de Pádua	IV	Privado
8	Instituto de Psiquiatria do Recife-IPR (FIRMANDO PASSOS)		

Fonte: CNES/Sesau, 2013.

Tabela 6. Serviços de Diagnóstico Conveniados

N	LABORATÓRIOS PRIVADOS	DS
1	CECLINE	I
2	LABOPAC	I
3	Laboratório de Análises Clínicas Louis Pasteur	I
4	Laboratório Dr Anacleto Ferreira	I
5	CELARE	III
6	CIAC	III
7	CEFAM	IV
8	LABOTERCIO	VI

Fonte: CNES/Sesau, 2013.

Tabela 7. Serviços Especializados Conveniados

N	ESTABELECEMENTOS RADIOLOGIA	DS
1	Instituto Radium Radiologia	I
2	Clínica Radiológica Manoel Borba (Boris Berenstein Radiologia S/C Ltda.)	III
3	Qualimagem (Clínica Radiológica Dr. José de Aguiar Pereira)	III
4	Clínica Radiológica N. Sr ^a . do Carmo	IV
5	Clínica Radiológica Walter Braga	III
6	Clínica Radiológica Manoel de Medeiros	III
7	Clínica Radiológica Santo Antônio	I
8	IMIP Hospitalar	I
9	Hospital Santo Amaro (Irmandade da Santa Casa de Misericórdia do Recife)	I
10	Hospital Evangélico de Pernambuco	III
11	Casa de Saúde Maria Lucinda (Fundação Manoel da Silva Almeida)	III
N	ESTABELECEMENTOS OFTALMOLOGIA	DS
1	OFTALMO - Centro de Oftalmologistas Associados de Pernambuco	I
2	PCO - Pronto Clínica Oftalmológica	I
3	CLINOPE - Clínica Oftalmológica de Pernambuco	I
4	SEOPE - Serviço Oftalmológico de Pernambuco Ltda	I
5	Fundação Santa Luzia	III
6	Hospital Santo Amaro (Irmandade da Santa Casa de Misericórdia do Recife)	I
7	Casa de Saúde Maria Lucinda (Fundação Manoel da Silva Almeida)	III
N	ESTABELECEMENTOS ULTRASSONOGRAFIA	DS
1	Ultra Diagnóstico	I
2	RC Diagnóstico e Exames Especializados	II
3	CLIMAPE - Clínica de Imagem de Pernambuco	I
4	Clínica Radiológica N. Sr ^a . do Carmo	IV
5	Clínica Radiológica Walter Braga	III
6	Clínica Radiológica Manoel de Medeiros	III
7	Clínica Radiológica Santo Antônio	I
8	IMIP Hospitalar	I
9	Hospital Santo Amaro (Irmandade da Santa Casa de Misericórdia do Recife)	I
10	Hospital Evangélico de Pernambuco	III
11	Casa de Saúde Maria Lucinda (Fundação Manoel da Silva Almeida)	III
12	SAC	V

Fonte: CNES/Sesau, 2013.

Tabela 8. Serviços de Reabilitação e Fisioterapia Conveniados

N	UNIDADE DE REABILITAÇÃO E FISIOTERAPIA	DS
1	Centro de Reabilitação Menina dos Olhos	I
2	Clínica de Fisioterapia do Recife	I
3	Clínica de Pulmões	I
4	Clínica Luís Borges (Instituto de Fisioterapia Duarte Coelho)	I
5	IRI - Instituto de Reabilitação Infantil	I
6	Centro de Reabilitação Motora do Recife	II
7	CERVAC - Centro de Reabilitação e Valorização da Criança	III
8	GURI - Grupo Universitário de Reabilitação Infantil	V
9	SUVAG - Centro SUVAG de Pernambuco	IV

Fonte: CNES/Sesau, 2013.

2.6.2 SERVIÇOS DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

A Vigilância em Saúde tem como objetivo a análise permanente da situação de saúde da população, representado um conjunto de ações que se destinam a controlar determinantes, riscos e danos à saúde, mediante a garantia da integralidade da atenção, o que inclui tanto a abordagem individual como coletiva dos problemas de saúde.

Constitui-se de ações de promoção da saúde da população, vigilância, proteção, prevenção e controle das doenças e agravos à saúde, abrangendo: vigilância epidemiológica, sanitária, ambiental e vigilância da saúde do trabalhador.

2.6.2.1 VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

A Vigilância Epidemiológica configura-se em um conjunto de ações que proporciona o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes da saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos. Constitui-se, pois, um importante instrumento para o planejamento, organização e operacionalização dos serviços de saúde, bem como para a normatização das atividades técnicas correlatas.

São atribuições da vigilância epidemiológica: a coleta, o processamento, a análise e a interpretação dos dados; a recomendação das medidas de controle apropriadas; a promoção das ações de controle indicadas; a avaliação da eficácia e efetividade das medidas adotadas e a divulgação de informações pertinentes.

2.6.2.2 VIGILÂNCIA AMBIENTAL

Compreende um conjunto de ações que propiciam o conhecimento e a detecção de mudanças nos fatores determinantes e condicionantes do meio ambiente que interferem na saúde humana, com a finalidade de identificar as medidas de prevenção e controle dos fatores de risco ambientais, relacionados às doenças ou a outros agravos à saúde.

As ações de vigilância são desenvolvidas com o propósito de proteger a saúde das populações a partir da análise de dados de monitoramento dos poluentes ambientais e dos indicadores de saúde por meio de ações baseadas no gerenciamento de riscos. Para esse monitoramento, utiliza-se o Vigiágua, Vigi solo, Vigi desastres, Balneabilidade, monitoramento ambiental da areia da praia e monitoramento do *Vibrio cholerae*.

Dentre outras ações fundamentais para manutenção do ambiente saudável está o desenvolvimento em relação ao Controle de Hospedeiros e Reservatórios Animais, como por exemplo, a realização de campanhas de vacinação antirrábica em cães e gatos visando o controle da raiva humana e animal.

A Prefeitura da Cidade do Recife foi pioneira na implantação de um Programa de Saúde Ambiental (PSA) em 2002, integrando as ações de vigilância, e desenvolvendo, desde então, ações de promoção da saúde, prevenção e controle de doenças e agravos, bem como a colaboração na proteção do meio ambiente por meio dos Agentes de Saúde Ambiental e Controle de Endemias (ASACE). Essas ações envolvem também a articulação com os diversos setores da Prefeitura para contribuir com a preservação ambiental na cidade e diminuição dos fatores de riscos à saúde.

Recife possui 946 agentes distribuídos nos seis Distritos Sanitários, os quais desenvolvem ações em parcerias com outras instituições da esfera municipal, como a EMLURB; Secretaria de Saneamento; Secretaria de Educação, entre outras. Essas ações fazem parte das políticas públicas voltadas para a construção de uma cidade saudável, desenvolvidas em conformidade com as diretrizes do SUS. Dentre as ações desenvolvidas pelo PSA, destacam-se: controle de vetores transmissores de doenças (dengue, filariose e leishmanioses), controle de roedores e controle de escorpiões.

2.6.2.3 VIGILÂNCIA EM SAÚDE DO TRABALHADOR

As ações na área de Saúde do Trabalhador são voltadas à formulação e implementação de políticas de proteção à saúde, visando à redução e eliminação do adoecimento e morte resultantes das condições, dos processos e dos ambientes de trabalho, bem como a ampliação e o aprimoramento da assistência à saúde. Para isso, a Atenção à Saúde do Trabalhador conta com o Núcleo Municipal de Atenção à Saúde do Trabalhador (NAST) e um Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) Regional.

O NAST atua no fortalecimento da Vigilância à Saúde dos Trabalhadores e na integração com os demais componentes da Vigilância em Saúde e com a Atenção Primária em Saúde do Recife. O referido núcleo responde pela articulação das ações de: vigilância da situação de saúde dos trabalhadores; notificação de causas externas e agravos relacionados ao trabalho; atividade educativa em saúde do trabalhador; promoção à saúde e melhoria da qualidade de vida; assistência à saúde do trabalhador; estabelecimento donexo causal e emissão de parecer; acompanhamento de pacientes portadores de agravos e sequelas

relacionadas ao trabalho; consulta/atendimento ao acidentado do trabalho e consulta de profissionais de nível superior na atenção especializada.

O CEREST Regional conta com oito (08) municípios em seu território de abrangência (Recife, Ilha de Itamaracá, Itapissuma, Igarassu, Paulista, Abreu e Lima, Olinda e Camaragibe). Desempenha as funções de suporte técnico, de educação permanente, além da coordenação de projetos de promoção, vigilância e assistência à saúde dos trabalhadores.

Dentre os principais eixos/componentes da intervenção do CEREST apresentam-se: a implementação da Política de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT); o desenvolvimento de projetos intrasetoriais e intersetoriais; a consolidação da rede sentinela com a implementação da rede e linhas de cuidado; a educação permanente em saúde do trabalhador; a comunicação social em saúde do trabalhador e o fortalecimento do controle social; a organização da informação, inteligência e conhecimento do território; a descentralização das ações, a identificação e articulação para redução dos índices de morbimortalidade relacionados ao trabalho e a integração da Vigilância em Saúde do Trabalhador (VISAT) aos demais componentes da Vigilância em Saúde.

2.6.2.4 VIGILÂNCIA SANITÁRIA

A Vigilância Sanitária é constituída por um conjunto de ações capazes de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços do interesse da saúde. Abrange o controle de bens de consumo direta ou indiretamente relacionados à saúde, compreendidas todas as etapas e processos, da produção ao consumo e o controle da prestação de serviços que se relacionam direta ou indiretamente com a saúde.

A Vigilância Sanitária de Recife é formada por uma equipe multiprofissional de 124 inspetores sanitários que desenvolvem ações na área de controle de alimentos; controle de saneantes e cosméticos; serviços de saúde e assistência farmacêutica e serviços de interesse à saúde. Dentre um amplo conjunto de estabelecimentos e serviços, objeto do trabalho da vigilância sanitária, destacam-se: comércio atacadista e varejista de alimentos (fábricas de gelo para consumo humano, mercado formal e informal de alimentos); serviços de interesse à saúde (indústrias de saneantes, exploradoras e transportadoras de água potável, creches, hotéis, escolas, academias, funerárias, salões de beleza) e os serviços de saúde (hospitais, consultórios, laboratórios e congêneres).

2.6.2.5 CENTRO DE INFORMAÇÕES ESTRATÉGICAS EM VIGILÂNCIA EM SAÚDE (CIEVS)

O CIEVS é uma estratégia de fortalecimento da capacidade de alerta e resposta aos riscos e emergências em saúde pública. Nos termos do Regulamento Sanitário Internacional (RSI), as emergências em saúde pública são eventos extraordinários que constituem um risco para a saúde pública devido ao seu potencial de propagação internacional e exigência de respostas coordenadas.

O CIEVS Recife foi instituído pelo decreto municipal nº 27.481 de 25/10/2013 que definiu sua estrutura organizacional e competências. As atribuições do CIEVS Recife compreendem: detecção oportuna de todos os casos suspeitos de doenças, surtos e eventos

considerados emergências em saúde pública, em fontes oficiais e não oficiais, de modo contínuo e sistemático, através de mineração de rumores e notícias nos principais meios de comunicação; verificação dos casos notificados e avaliação da relevância em conjunto com as áreas técnicas da Secretaria de Saúde; monitoramento dos eventos, em caráter complementar e repasse das informações estratégicas às áreas envolvidas em até 24h, a partir da suspeita do caso, para o desencadeamento de ações de vigilância e controle das emergências em saúde públicas.

3. OBJETIVOS, DIRETRIZES, AÇÕES E METAS

3.1 FORTALECIMENTO E QUALIFICAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA

Diretriz 1 – Ampliar as ações e os espaços intersetoriais de promoção à saúde para melhoria da qualidade de vida das pessoas.

A ampliação das ações de promoção à saúde tem como grande desafio promover a qualidade de vida e reduzir a vulnerabilidade e riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes. Reconhecendo que a promoção da qualidade de vida pressupõe a implantação de um amplo conjunto de políticas públicas que ultrapassam o escopo das ações de saúde, serão desenvolvidas ações intersetoriais vinculadas a alguns programas estratégicos, em parceria com outros órgãos e secretarias.

Programa Academia da Cidade

O Programa Academia da Cidade - PAC visa contribuir para a promoção da saúde da população a partir da implantação de espaços públicos construídos com infraestrutura, equipamentos e profissionais qualificados para o desenvolvimento de práticas corporais; orientação de atividade física; promoção de ações de segurança alimentar e nutricional e de educação alimentar, além de práticas artísticas e culturais, constituindo parte integrante da atenção básica.

Atualmente, existem 41 polos do Academia da Cidade distribuídos nos distritos sanitários, estando previstos a implantação de novos polos e a requalificação da infraestrutura física dos existentes.

METAS

- Implantar 02 novos polos do PAC;
- Ampliar em 5% o número de atendimentos no PAC;
- Requalificar e manter a infraestrutura de 70% dos polos do PAC;
- Ampliar o número de polos do PAC com estrutura física acessível de 12 para 17, passando de 29% para 40% do total (41 polos).
- Ofertar segurança 24h em 40% dos polos do PAC;
- Implantar sistema de informação para cadastramento e acompanhamento dos usuários em 40% dos polos do PAC.

OUTRAS MEDIDAS

- Qualificação dos processos e das condições de trabalho nos polos do PAC e melhoria da divulgação das ações do programa.

Projeto Vida no Trânsito

Com o compromisso de intensificar as ações de promoção à saúde, a SESAU integrou-se ao Projeto Vida no Trânsito, coordenado pela Organização Mundial de Saúde, Organização Panamericana de Saúde e Fundação Blomberg Philanthopies e Johns Hopkins University (UJH). O projeto objetiva a diminuição dos altos índices de lesões graves e mortes em acidentes de trânsito e a adoção de um atendimento humanizado na rede SUS. Para isso, desenvolve ações educativas visando prevenir o uso de bebida alcoólica por motoristas, orientação à população quanto aos bons hábitos de convivência urbana no trânsito, com ênfase nas práticas seguras a serem desenvolvidas por motoristas, pedestres, ciclistas e motociclistas.

Em Recife, a implementação do Projeto Vida no Trânsito desenvolverá intervenções direcionadas aos fatores de risco (álcool, direção, velocidade inadequada) e aos grupos prioritários (pedestres e motoristas).

META

Reduzir a mortalidade por acidentes de trânsito para $\geq 6,7\%$.

OUTRAS MEDIDAS

- Implantação do monitoramento da vigilância dos trabalhadores que fazem uso da bicicleta como instrumento de trabalho;
- Implementação do Programa Trânsito é Vida com vistas à prevenção aos acidentes de trânsito.

Diretriz 2 - Fortalecer e ampliar o acesso à atenção básica em saúde.

Ao reafirmar o papel da atenção básica enquanto entrada preferencial da rede de serviços e principal responsável pela coordenação da assistência no território, a gestão propõe desenvolver os espaços intersetoriais de promoção à saúde e qualificar e ampliar o acesso a esses serviços. Compreende-se que o investimento na atenção básica contribui para um sistema de saúde com caráter integral, resolutivo, equitativo e eficiente, pois esses serviços se organizam a partir das necessidades de saúde da população; apresentam menores custos e reduzem procedimentos mais caros; são equitativos porque discriminam positivamente grupos e regiões mais pobres; representam a primeira linha de cuidado no enfrentamento das condições crônicas e impactam significativamente nos níveis de saúde da população.

Nesse sentido, estão previstas ações para fortalecer linhas de atuação já consolidadas, como a Estratégia Saúde da Família (ESF); o aprimoramento das políticas para as linhas de cuidado e grupos prioritários, desenvolvidas no âmbito da atenção básica, numa perspectiva de integração com os demais componentes das redes de saúde e o fortalecimento e modernização da assistência farmacêutica. Além disso, várias medidas serão adotadas na qualificação dos processos e condições de trabalho das equipes técnicas e no aperfeiçoamento dos mecanismos de gestão.

Uma estratégia prioritária será o investimento na construção das Upinhas/USF. Essas unidades fortalecerão uma das ações ainda não consolidadas no âmbito da atenção básica que são os atendimentos de urgência e emergência de baixa complexidade, conforme prevê a política nacional de atenção básica e a política nacional de urgência e emergência, com o diferencial de funcionarem 24 horas.

As Upinhas/USF contarão com três equipes de saúde da família e três equipes de saúde bucal respeitando a diretriz do Ministério da Saúde de equiparação das equipes. Outro destaque desse projeto é a implantação do consultório de 3º turno com atendimento médico noturno para usuários que possuem restrição de horário para acessar os serviços de saúde nos turnos convencionais. As unidades serão informatizadas e interligadas com a atenção especializada garantindo fluxo ordenado de referência e contra-referência dos usuários na rede de serviços de saúde.

Para organizar o acesso aos serviços está previsto um amplo trabalho de análise territorial da cobertura da atenção primária, com vistas à redefinição da adscrição populacional, a partir de critérios que consideram as áreas de difícil acesso e as condições de vida e vulnerabilidade das famílias.

Mesmo com importantes avanços na consolidação do SUS, é preciso centrar esforços para dirimir a fragmentação e a verticalização dos processos de trabalho e fortalecer o vínculo e a responsabilização das equipes técnicas com os usuários. Para tanto, serão desenvolvidas ações para consolidar o trabalho em equipes e a humanização da atenção, mediante a ampliação, padronização e qualificação do acolhimento nas USF e do incentivo a construção de projetos Terapêuticos Singulares (PTS) e do Apoio Matricial às ESF.

O aprimoramento dos mecanismos de gestão se dará principalmente pela institucionalização dos instrumentos de monitoramento e avaliação, mediante o fomento à adesão ao Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica e pelas modelagens de gestão do território, através dos apoios institucionais e coordenadores de área.

METAS

- Ampliar 11,6% da cobertura da Estratégia Saúde da Família (ESF), passando de 48,4% para 60%, de acordo com a metodologia de cálculo da Política Nacional da Atenção Básica.
- Construir 20 Upinhas/USF, com novos padrões de qualidade.
- Qualificar a estrutura física de 62 USF já existentes, correspondendo a 50% do total das unidades.
- Ampliar de 77,6% para 90% o nº de Upinhas/USF que realizam o acolhimento ao usuário, padronizando e qualificando o atendimento.
- Ampliar de 62% para 70% o nº de ESF vinculadas às ENASF que desenvolvem Projetos Terapêuticos Singulares (PTS).
- Ampliar de 75,8% para 80% o nº de ENASF que desenvolvem Apoio Matricial às ESF.
- Reduzir a proporção de internações por condições sensíveis à atenção básica de 23,87% para 20%.
- Implantar e/ou qualificar o uso dos kits de urgência e emergência em, pelo menos, 90% das unidades básicas de saúde.
- Promover a adesão de, pelo menos, 70 % das ESF e ESB ao PMAQ.
- Promover a adesão de, pelo menos, 70% das ENASF ao PMAQ.
- Implantar, no mínimo, 02 equipes de Consultórios na Rua no município.
- Garantir a média de 500 pessoas por Agente Comunitário de Saúde.
- Ampliar o número de Equipes dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família- ENASF de 15 para 20.
- Ampliar de 26,8% para 40% o acompanhamento das famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família.
- Ampliar o percentual de doses de vitamina A aplicadas em crianças na faixa etária de 12 – 59 meses, de 19,95% para 25% e de 15,93% para 30% referente às 1ª e 2ª doses, respectivamente.
- Expandir o Programa de Saúde na Escola de 87 equipamentos educacionais para 100.
- Avaliar, pelo menos, 80% dos estudantes matriculados nas escolas e creches vinculados ao PSE.
- Implantar projeto de formação em 09 escolas municipais e 02 escolas estaduais inseridas no PSE.

- Implantar 02 equipes EMAD-SAD para desospitalização dos usuários ligados ao Programa SOS Emergências.
- Ampliar as Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD) de 07 para 09 e as Equipes Multiprofissionais de Apoio - EMAP de 03 para 04, incluindo a ESB, para o SAD Recife.
- Ampliar a cobertura de leitos domiciliares acompanhados pelo SAD, passando de 360 para 540.
- Garantir 95% de cobertura das vacinas do calendário básico de vacinação da criança.
- Implantar a vacina Papiloma Vírus Humano (HPV) na faixa etária de 11 a 13 anos e alcançar a cobertura de, pelo menos, 80% na população eleita.
- Reestruturar 80 salas de vacinas das Unidades Básicas de Saúde.
- Informatizar, pelo menos, 80% das salas de vacina.
- Garantir que, pelo menos, 80% das crianças nascidas nas maternidades municipais recebam a vacina BCG e hepatite B antes da alta.
- Implantar a vacina contra a Hepatite A, atingindo 95% de cobertura anual em crianças de 01 ano de idade.
- Requalificar a sede central e sedes distritais do PNI.
- Ampliar os Núcleos de Apoio a Práticas Integrativas-NAPI de 06 para 08 equipes valorizando e implementando as práticas integrativas como instrumento de promoção, prevenção e controle de doenças na atenção básica.
- Implantar 01 farmácia viva e manter uma horta de plantas medicinais no município;
- Adequar a estrutura física de 02 Centros Integrados de Saúde Recife.
- Elaborar o perfil de saúde dos idosos acamados em área adscrita nas Upinhas/USF nos Distritos Sanitários.
- Elaborar o perfil de saúde dos idosos residentes em 09 Instituições de Longa Permanência para Idosos - ILPI's, públicas e filantrópicas e acompanhamento da assistência destes, conforme instituído na Política Nacional da Atenção Básica.

OUTRAS MEDIDAS

- Fomento as estratégias de promoção da Clínica Ampliada no âmbito da atenção básica.
- Implementação do cuidado ao idoso na atenção básica garantindo o acolhimento nas USF, estímulo às atividades de promoção à saúde, como a prática regular de exercícios físicos e as práticas integrativas e a referência para a assistência especializada, conformando a linha de cuidado.
- Implementação do cuidado à pessoa com doença falciforme na atenção básica garantindo o acolhimento nas USF, estímulo às atividades de promoção à saúde, como prática regular de exercícios físicos e as práticas integrativas e a referência para a assistência especializada, conformando a linha de cuidado.
- Estruturação, articulação e qualificação da assistência às pessoas com doença falciforme em todos os níveis de atenção da rede, com manutenção do aconselhamento genético para as pessoas com traço falciforme.
- Qualificação dos processos e das condições de trabalho das equipes NASF.
- Implementação de estratégias de monitoramento e avaliação do Programa Bolsa Família.
- Desenvolvimento de ações com vistas à garantia da linha de cuidado dos escolares vinculados ao Programa de Saúde na Escola.
- Promoção da intersetorialidade nas ações do PSE e melhoria da divulgação das ações.
- Fortalecimento da integração dos processos de trabalho do Serviço de Atendimento Domiciliar e ESF.
- Estruturação dos serviços mediante aquisição e manutenção dos equipamentos e qualificação das ações do Programa Nacional de Imunização.
- Promoção da articulação das ações do Núcleo de Apoio em Práticas Integrativas-NAPI com outros programas e serviços da rede municipal de saúde.
- Incentivo ao uso de medicamentos não alopáticos na rede de atenção básica.
- Ampliação da oferta de serviços no campo das práticas integrativas.
- Divulgação das ações e serviços no campo das Práticas Integrativas em Saúde.
- Formação e educação permanente dos profissionais da rede de serviços de saúde,

residentes e usuários em Práticas Integrativas e Complementares – PIC.

- Formação e educação permanente dos profissionais da rede de serviços de saúde para atuar na política integral à Saúde do Homem.
- Revisão do território sanitário do Recife com vistas a uma readequação das áreas de atuação e da organização do trabalho das equipes de atenção básica.
- Realização de estudos e pesquisas voltados às necessidades de saúde de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais- LGBT, em parcerias com instituições formadoras.
- Inclusão de conteúdo da Política Municipal de Saúde Integral de LGBT nos processos de educação permanente para gestores, trabalhadores da saúde da atenção básica e conselheiros.
- Implementação de atividades de educação em saúde/popular que visem reduzir a morbidade e a mortalidade de travestis e transexuais, promover a autoestima e eliminar o preconceito contra a população LGBT.
- Garantia do uso do nome social de travestis e transexuais de acordo com a Portaria 1.820/2009/Ministério da Saúde, a Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde e o Decreto Estadual nº 35.051/2010.

3.2 IMPLEMENTAÇÃO DAS REDES ASSISTENCIAIS DE ATENÇÃO À SAÚDE

Diretriz 3 - Reduzir o tempo de espera para o acesso à atenção em saúde, através da definição e implementação das redes assistenciais baseadas em linhas de cuidado integrais.

O cumprimento dessa diretriz objetiva a conformação de um sistema de saúde municipal integral e resolutivo. Para isso, pressupõe a implementação de Redes de Atenção à Saúde, que têm como principal objetivo promover a integralidade da atenção, com eficiência, eficácia e efetividade na produção dos serviços. É, portanto, um caminho estratégico para assegurar economia de escala, acesso e melhoria da qualidade da atenção.

Com vistas ao fortalecimento das redes de atenção em Recife serão desenvolvidas ações que visam, sobretudo integrar os serviços, ampliar e organizar o acesso e promover a humanização do cuidado. Nesse sentido, dentre as medidas priorizadas estão à ampliação de serviços básicos, especializados e de urgência e emergência; à reorganização dos territórios/população vinculados à atenção básica, a redefinição de fluxos assistenciais e definição de protocolos clínicos e de acesso; a melhoria dos sistemas de suporte, o fortalecimento dos processos de regulação e desenvolvimento de estratégias de governança que possam articular interesses da rede complementar com as necessidades dos usuários da rede SUS municipal.

O Recife desempenha um papel importante na estruturação das redes de atenção por ser o município sede da Macrorregião Metropolitana e da I Região de Saúde em Pernambuco. É nesse contexto institucional de fomento à estruturação das redes de atenção em todas as esferas de governo, fortalecido pelas diretrizes do decreto 7508/2011, que foi definida como prioridade a estruturação de 05 redes de atenção temáticas: Rede Cegonha, Rede de Atenção as Urgências e Emergências, Rede de Atenção as Pessoas com Deficiência, Rede de Atenção as Doenças Crônicas, Rede de Atenção Psicossocial. Além destas, o Recife também está trabalhando na definição/estruturação da Rede de Saúde Bucal.

Para o fortalecimento dessas redes no Recife, além do conjunto de ações programadas para a atenção básica foram priorizadas medidas específicas em cada um dos níveis de atenção do sistema de saúde municipal, estratégias de modernização da assistência farmacêutica e aprimoramento dos mecanismos regulatórios.

3.2.1 FORTALECIMENTO E QUALIFICAÇÃO DA ATENÇÃO ESPECIALIZADA

Na atenção secundária, ou de média densidade tecnológica, foram previstas ações para melhorar os serviços terapêuticos e de apoio diagnóstico realizados em ambiente ambulatorial e hospitalar e para qualificar e ampliar a oferta dos serviços especializados. Embora tenha havido ampliação da cobertura da rede de atenção básica, há alguns gargalos na atenção especializada que interferem nas linhas de cuidado e integralidade da atenção ofertada. Nesse sentido, é necessário ampliar e qualificar a oferta desses serviços para que se possa dar suporte aos cuidados prestados na atenção primária.

Dentre as ações previstas há a implantação de novas unidades denominadas “Unidades Públicas de Atendimento Especializado” – UPA E. Trata-se de unidades especializadas que ofertarão consultas em 13 especialidades médicas, entre elas, cardiologia, endocrinologia, neurologia, pediatria, dermatologia. Também serão oferecidos exames de apoio diagnóstico como ultrassom, raios-x, etc. As unidades supracitadas terão ainda um Centro de Avaliação e Reabilitação para atender aos usuários com deficiência física e cognitiva mediante assistência multiprofissional, formada por fisioterapeutas, fonoaudiólogos, e nutricionistas. A articulação com a rede de atenção será fortalecida pela regulação da oferta, mediante a realização da marcação de consultas nas unidades de Saúde da Família.

Nos serviços de apoio diagnóstico as ações prioritárias visam à melhoria e a ampliação da oferta de exames com a redução do tempo de entrega dos resultados pelo Laboratório Municipal de Saúde Pública (LMSP), mediante a informatização dos serviços.

Ainda com o compromisso de requalificar a atenção especializada, destacam-se a reestruturação dos serviços especializados, incluindo iniciativas de reformas estruturais, gestão eficiente das escalas de profissionais, ampliação de serviços ofertados e qualificação dos profissionais.

METAS

- Implantar 06 Unidades Públicas de Atenção Especializada, sendo 01 por Região Política e Administrativa.
- Implementar o Programa Olhar Recife em, pelo menos 80%, das escolas vinculadas ao Programa Saúde na Escola - PSE e nas escolas do Programa Brasil Alfabetizado (PBA)
- Estruturar a rede para disponibilização dos resultados dos exames ofertados pelo LMSP via web em, pelo menos, 75% das unidades de saúde.
- Reestruturar 04 unidades laboratoriais com atendimento 24h.
- Ampliar a oferta de patologia clínica ofertada pelo LMSP em 10%, passando de 1.371.929 para 1.509.122 exames/ano.
- Reduzir o prazo de entrega dos resultados dos exames laboratoriais, realizados pelo LMSP para, no máximo, 20 dias.
- Ofertar exame de eletroforese, no pré-natal, para 70% das mulheres gestantes.
- Ofertar avaliação audiológica e oftalmológica para, pelo menos, 50% dos idosos na rede municipal.
- Implantar um ambulatório multiprofissional de referência para o atendimento ao processo transexualizador (atendimento pré e pós-operatório).
- Instituir um serviço de referência para lésbicas e transgenitalizadas no ambulatório do Hospital da Mulher.

OUTRAS MEDIDAS

- Implementação do processo de contrarreferência dos especialistas para a Atenção Básica, fortalecendo o processo de matriciamento na rede;
- Garantia de atendimento especializado para a pessoa idosa, bem como articulação com instância estadual, quando necessário, conformando a linha de cuidado deste público em âmbito municipal;
- Garantia de atendimento especializado para a pessoa com doença falciforme, bem como articulação com instância estadual, quando necessário, conformando a linha de cuidado deste público em âmbito municipal;
- Melhoria das condições de infraestrutura do LMSP e das unidades laboratoriais da rede de serviços;
- Articulação com a instância estadual para o encaminhamento dos usuários para exame de peniscopia na rede municipal de saúde, mediante solicitação médica;
- Garantia de acesso para os portadores de anemia falciforme com úlcera de membros inferiores nas unidades de referência para tratamento e orientações do autocuidado;
- Disponibilização de exames e insumos de competência municipal (farmacêuticos e laboratoriais) e articulação com a instância estadual, no caso de insumos excepcionais, necessários para atenção às pessoas com doença falciforme, acompanhadas nos serviços de referência de hematologia (Policlínicas Albert Sabin e Lessa de Andrade).
- Ampliação do acesso da população LGBT aos serviços especializados de saúde do SUS, garantindo o respeito às pessoas e acolhimento com qualidade e resolução de suas demandas e necessidades;
- Inclusão do conteúdo da Política Municipal de Saúde Integral de LGBT nos processos de educação permanente dos gestores, trabalhadores da saúde da atenção especializada e conselheiros.

3.2.2 FORTALECIMENTO E MODERNIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

A Política de Assistência Farmacêutica, parte integrante da Política Nacional de Saúde, trata de um conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, tanto individual como coletivo, tendo o medicamento como insumo essencial com o objetivo de ampliação do acesso e a racionalidade do seu uso.

Esse conjunto de ações envolve a pesquisa, o desenvolvimento e a produção de medicamentos e insumos, bem como a sua seleção, programação, aquisição, distribuição, dispensação, garantia da qualidade dos produtos e serviços, acompanhamento e avaliação da utilização, na perspectiva da obtenção de resultados concretos e da melhoria da qualidade de vida da população.

Como uma ação de saúde pública, a Assistência Farmacêutica é determinante para a resolubilidade da atenção e dos serviços em saúde e envolve a alocação de grandes volumes de recursos públicos.

Vale salientar que as ações realizadas nessa área não devem se limitar apenas à aquisição e distribuição de medicamentos necessitando, para a sua implementação, a elaboração de planos, programas e atividades específicas, a organização dos serviços, a necessidade de aperfeiçoamento contínuo na busca de novas estratégias no seu gerenciamento, além de pessoal capacitado para coordenar as ações.

Nesse contexto, Recife definiu estratégias para qualificar o gerenciamento das ações e atividades inerentes à Assistência Farmacêutica, por meio da ampliação da informatização das farmácias da rede, o desenvolvimento de mecanismos de logística que otimizam o armazenamento e a distribuição de insumos farmacêuticos, além da definição de iniciativas que propiciam a qualificação e ampliação do acesso como o Programa Medicamento em Casa e as Farmácias de Saúde da Família.

O Programa Medicamento em Casa consiste na entrega domiciliar supervisionada de medicamentos, em quantidade suficiente para o período de 90 dias, para pacientes portadores de patologias como a hipertensão e/ou diabetes mellitus em fase controlada da doença. Vale ressaltar que os pacientes a serem inseridos no Programa Medicamento em Casa disporão de acompanhamento periódico pelas unidades de saúde ao qual estão vinculados, com a garantia da reavaliação pelo profissional de saúde.

As Farmácias da Família estão estruturadas a partir da definição do espaço, instalações, equipamentos e materiais necessários a fim de garantir a qualidade no atendimento e a eficiência de funcionamento necessária. Seguem o princípio da territorialização, sendo designadas ao atendimento da demanda de um número de USF adstritas. Convencionou-se que as farmácias não podem distar mais de 02 Km das USF nas quais os pacientes realizam a sua consulta, definição referente em acordo com à distância máxima que o paciente pode se deslocar sem custos adicionais de transporte. Assim, prevê-se a implementação e expansão dessa estratégia de forma a qualificar o acesso ao uso do medicamento.

O investimento da gestão na estruturação e na organização dos serviços de Assistência Farmacêutica objetiva a qualificação na aplicação dos recursos financeiros, seja em capacidade instalada, modernização tecnológica, equipamentos e recursos humanos.

METAS

- Implantar 04 Farmácias da Família, passando de 11 para 15;
- Expandir o sistema de informatização em 39 farmácias da rede;
- Implantar o Programa Medicamento em Casa com atendimento de, pelo menos, 90% dos usuários elegíveis no programa, mediante acompanhamento farmacoterapêutico;
- Garantir a oferta de medicamentos, em tempo integral, em 11 serviços que funcionam 24h (04 policlínicas/SPA, 03 maternidades, 01 Hospital Pediátrico e 03 Upinhas/USF 24h);
- Garantir assistência farmacêutica integral aos usuários dos 17 CAPS, incluindo consultas e atenção farmacêutica, e com sistema informatizado de controle e gerenciamento dos medicamentos.

OUTRAS MEDIDAS

- Implementação da infraestrutura e dos processos da assistência farmacêutica;
- Qualificação dos profissionais de saúde através de educação permanente no âmbito da assistência farmacêutica.

3.2.3 ATENÇÃO À SAÚDE DA MULHER E DA CRIANÇA E IMPLEMENTAÇÃO DA REDE CEGONHA E DO PROGRAMA MÃE CORUJA RECIFE

Dentre um conjunto de ações adotado para promover a atenção integral à saúde da mulher e da criança destacam-se a prevenção ao câncer de colo de útero e de mama, à prevenção da violência, as ações focadas no respeito à diversidade cultural; o enfoque de gênero e a participação e mobilização social. Tais ações fazem parte do esforço para considerar a integralidade da atenção à saúde da mulher e da criança, tendo em conta as respectivas necessidades nos seus ciclos de vida, assim como suas realidades sociais. Na atenção materno-infantil, o município tem como principais estratégias a implementação da política Rede Cegonha e do Programa Mãe Coruja Recife.

A Política Rede Cegonha tem como objetivo elevar a qualidade da assistência ao pré-natal, ao parto, ao puerpério e à saúde integral da criança de zero a 24 meses. As estratégias adotadas são focadas na qualificação das maternidades e redes perinatais visando assegurar o direito ao planejamento reprodutivo; a atenção humanizada à gravidez, ao parto, ao abortamento e ao puerpério. Para as crianças, deve garantir o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudáveis. Além da estruturação e expansão dos serviços, a política também elege como prioridade a estruturação do transporte sanitário para acompanhamento da gestação e do parto e a estruturação dos processos regulatórios (BRASIL, 2011).

Em Recife, as ações adotadas para a qualificação da atenção materno-infantil serão reforçadas pela implementação do Programa Mãe Coruja Recife. O programa é fruto do compromisso da gestão para reduzir a morbimortalidade materna e infantil e contribuir para a redução das desigualdades sociais através de uma assistência qualificada à mulher durante o pré-natal, parto e pós-parto e ao seu filho (a) durante o nascimento, crescimento e desenvolvimento até os cinco anos de idade.

O Programa Mãe Coruja Recife tem como referência a experiência bem sucedida do Programa Mãe Coruja Pernambucana, implantado desde 2007, e que atualmente está presente em 103 municípios do Estado, envolvendo ações intersetoriais de várias secretarias. Em Recife, as ações serão desenvolvidas em toda a rede, com ênfase nos Espaços Mãe Coruja Recife, locais de acolhimento e vivência, onde serão realizados o cadastramento e acompanhamento da gestante e seu filho; monitoramento dos indicadores das ações propostas pelo programa e fortalecimento dos vínculos entre mãe, bebê e a família. As estratégias de intervenção do programa foram formuladas não apenas para intensificar as ações assistenciais previstas na política Rede Cegonha, mas ampliar o escopo de ações intersetoriais. O Programa contempla ações de âmbito do desenvolvimento social e direitos humanos, educacional, qualificação profissional e de gênero.

METAS

- Implantar o Programa Mãe Coruja Recife nos Distritos Sanitários, garantindo 10 Espaços Mãe Coruja distribuídos em 10 bairros, definidos por critérios epidemiológicos e de vulnerabilidade social (Santo Amaro, Joana Bezerra, Água Fria, Brejo da Guabiraba, Macaxeira,

Torrões, San Martin, Coqueiral, Ibura, Cohab).

- Requalificar a ambiência das 03 maternidades municipais.
- Implantar Casa da Gestante, Bebê e Puérpera na Maternidade Bandeira Filho.
- Implantar Centro de parto normal em 03 maternidades públicas municipais.
- Implantar 01 Banco de Leite Humano no Hospital da Mulher.
- Implementar 02 postos de coleta de leite humano.
- Ofertar o pré-natal de alto risco em 04 serviços municipais.
- Implantar o parto de alto risco no Hospital da Mulher.
- Ofertar laqueadura nas 03 maternidades e no Hospital da Mulher.
- Ampliar o número de testes de sífilis em gestantes de 66% para, pelo menos, 80% das gestantes.
- Ampliar em 50% o número de notificações de casos de sífilis em mulheres.
- Ampliar o acesso do teste do pezinho com implantação de 01 sala de coleta no Hospital da Mulher.
- Implantar o teste do olhinho nas Maternidades.
- Identificar 16.000 Crianças de Risco para acompanhamento, sendo 4.000 crianças por ano.
- Ampliar o acompanhamento das crianças com maior risco de morte no primeiro ano de vida de 18,34% para 40,6%.
- Reduzir o número de casos novos de sífilis congênita em menores de um ano de idade de 337 para 276 casos.
- Reduzir o Coeficiente de Mortalidade Infantil de 12,1/1000 NV para 10,6/1000 NV.
- Reduzir o Coeficiente de Mortalidade Neonatal de 8,7/1000 NV para 7,4/1000 NV.
- Reduzir o número de óbitos maternos de 17 para 10 óbitos.
- Reduzir a taxa de óbitos por afecções originadas no período perinatal de 6,9 para 6,4 /1000 NV (3% ao ano).
- Ampliar a proporção de nascidos vivos de mães com 07 ou mais consultas de pré-natal de 57,9% para 75%.
- Aumentar a proporção de partos normais de 41,8% para 80% nas maternidades municipais.
- Implantar 12 leitos “Canguru” (método de assistência neonatal que implica contato pele a pele precoce entre o recém-nascido de baixo peso e os pais) no Hospital da Mulher.
- Implantar 15 de leitos de unidades de cuidados intermediários convencional adulto no Hospital da Mulher.
- Implantar 20 leitos obstétricos de alto risco no Hospital da Mulher.
- Implantar 10 leitos de terapia intensiva neonatal e 10 adultos no Hospital da Mulher.
- Implantar 54 leitos de pós-parto, 02 leitos de isolamento e 04 leitos de mama no Hospital da Mulher.
- Implantar 20 leitos de gineco-obstetrícia no Hospital da Mulher.

OUTRAS MEDIDAS

- Implantação de alas de parto normal ligados a maternidades e de casa da gestante e do bebê.
- Qualificação e educação permanente em saúde dos profissionais nos níveis de atenção básica e média complexidade.
- Implementação de estratégias de comunicação social e de programas educativos relacionados à saúde sexual e reprodutiva.
- Ampliação e qualificação da assistência ao pré-natal em tempo oportuno de forma segura e humanizada.
- Disponibilização de kit de atenção pré-natal para as unidades de saúde.
- Ampliação do número de testes de detecção de HIV em gestantes do município.
- Ampliação de serviços de triagem neonatal e de exames voltados ao diagnóstico precoce de doenças, como o teste do pezinho, da mancha e do afoiçamento (anemia falciforme), com aumento do elenco de doenças a serem diagnosticadas.
- Oferta de triagem sorológica para hepatite B às gestantes que realizam pré-natal no SUS, vacinação e adoção de medidas profiláticas em recém-nascidos de mães diagnosticadas com a doença.

- Produção de oportunidades para ampliar o acesso e a permanência das gestantes e familiares à educação formal e profissionalizante, com foco em projetos de capacitação profissional da gestante e sua família;
- Garantia de parto e nascimento dentro de boas práticas de segurança segundo recomendações da Organização Mundial de Saúde;
- Apoio às ações desenvolvidas pelas parteiras tradicionais-doulas;
- Implantação do acolhimento com classificação de risco em obstetrícia nas portas das maternidades;
- Garantia de assistência à saúde sexual e reprodutiva com ações de atenção à anticoncepção e a pré-concepção no planejamento familiar em todas as unidades básicas de saúde;
- Promoção de ações direcionadas ao crescimento e ao desenvolvimento infantil e de prevenção às doenças prevalentes na infância e atenção especial às crianças com maior risco de morte no primeiro ano de vida;
- Implementação da vigilância à saúde materna e infantil com estímulo à notificação de casos de sífilis congênita e tétano neonatal;
- Promoção do aleitamento materno até os dois anos de idade (exclusivo até os seis meses) e fortalecimento da rede “Amamenta Brasil” e da estratégia nacional de alimentação complementar saudável;
- Garantia do acesso aos suplementos de micronutrientes para prevenção das doenças por carência nutricional específica, como a anemia e a hipovitaminose A;
- Organização dos serviços de atenção primária para garantir o acompanhamento da criança, com avaliação do crescimento e desenvolvimento em todas as consultas de rotina e preenchimento adequado da caderneta de saúde da criança;
- Atendimento especializado e diferenciado para as crianças de maior risco, bem como busca ativa dos faltosos, sobretudo das crianças de maior risco;
- Implementar o teste da orelhinha nas maternidades municipais;
- Garantia da avaliação audiológica, na rede municipal, às crianças que obtiveram teste da orelhinha positivo;
- Garantia da avaliação oftalmológica, na rede municipal, às crianças que obtiveram teste do olhinho positivo;
- Garantia de acompanhamento integral do desenvolvimento infantil na rede municipal de atenção básica e de uma assistência multiprofissional qualificada e humanizada, ressaltando a participação das áreas de nutrição, fonoaudiologia, fisioterapia, psicologia, educação física e terapia ocupacional;
- Promoção do acesso à prática da atividade física com acessibilidade e orientação a alimentação saudável para crianças e responsáveis objetivando a promoção da saúde e a melhora da qualidade de vida;
- Promoção das ações intersetoriais através da garantia dos grupos de trabalho relacionados à saúde da criança.
- Fortalecimento das redes de atenção integral às mulheres, crianças e adolescentes em situação de violências e sofrimento psicossocial;
- Promoção das ações intersetoriais através da garantia dos grupos de trabalho e comunitários relacionados à saúde da mulher.

3.2.4 IMPLEMENTAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO AS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS

A Rede de Urgência e Emergência é constituída pelos componentes Promoção, Prevenção e Vigilância à Saúde; Atenção Básica em Saúde; Serviço de Atendimento Móvel de Urgência e suas Centrais de Regulação Médica; Sala de Estabilização; Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h) e o conjunto de serviços de urgência 24 horas; Hospitalar; e Atenção Domiciliar. Pressupõe o atendimento aos casos agudos por todas as portas de

entrada dos serviços de saúde do SUS, possibilitando a resolução integral da demanda ou transferindo-a, responsabilmente, para um serviço de maior complexidade, dentro de um sistema hierarquizado e regulado (BRASIL, 2011).

Em Recife, a ampliação e qualificação dessa rede buscará promover a organização do acesso humanizado, integral, ágil e oportuno aos usuários em situação de urgências nos serviços de saúde. Está previsto um conjunto de ações prioritárias para a ampliação da oferta de serviços, o fortalecimento da capacidade resolutiva das unidades básicas, associada aos mecanismos de aprimoramento do referenciamento de pacientes; o fortalecimento da capacidade regulatória e a promoção das estratégias de humanização do cuidado.

No componente Promoção, Prevenção e Vigilância à Saúde da Rede de Urgência e Emergência, a principal estratégia adotada será a implementação do Projeto Vida no trânsito que desenvolverá ações educativas para a convivência harmônica no trânsito, contribuindo para a redução de acidentes automobilísticos.

Para fortalecer a capacidade resolutiva da atenção básica serão implantadas as UPINHAS/USF, que farão os atendimentos de urgência e emergência de baixa complexidade, conforme prevê a Política Nacional de Atenção Básica e a Política Nacional de Urgência e Emergência.

Para os demais níveis da Rede de Urgência e Emergência, será construída a Unidade de Pronto Atendimento (UPA); qualificados os Serviços de Pronto atendimento existentes; ampliado o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU). No componente hospitalar, será implantado o Hospital da Mulher, que ofertará procedimentos diagnósticos, leitos clínicos, cirúrgicos e de terapia intensiva.

A expansão do SAMU se dará de forma descentralizada, contemplando todos os distritos sanitários. Também serão realizados investimentos na renovação e qualificação da frota, visando à redução do tempo de resposta do serviço.

A construção do Hospital da Mulher objetiva implantar um serviço de alto risco ainda não existente na esfera municipal, o qual contemplará 110 leitos, Unidade de Terapia Intensiva (UTI), centro cirúrgico, mamografia, banco de leite e setor de diagnóstico. O mesmo terá capacidade para realizar 400 partos e 250 cirurgias por mês. O local também irá receber uma unidade de atendimento às mulheres vítimas de violência sexual e a Casa das Mães, que abrigarão mães cujos bebês não receberem alta após o parto.

METAS

- Implantar 06 novas bases distritais do SAMU;
- Qualificar 04 bases existentes do SAMU;
- Implantar o sistema de georreferenciamento da frota do SAMU;
- Articular a ampliação da frota de ambulância com as instâncias Federal e Estadual, passando de 22 viaturas para 30;
- Ampliar a frota de motolâncias, passando de 03 viaturas para 12;
- Expandir o projeto SAMU nas escolas, passando de 17 para 36 escolas;
- Renovar a frota de ambulâncias a cada 03 anos;
- Reduzir o tempo de resposta do SAMU de 14,3 minutos para ≤12 minutos;
- Implantar uma Unidade de Pronto Atendimento 24h no Bairro da Campina do Barreto;
- Implantar o Hospital da Mulher do Recife.

OUTRAS MEDIDAS

- Promoção de ações educativas e de infraestrutura do SAMU.

3.2.5 IMPLEMENTAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

A Rede de Atenção Psicossocial é voltada para a assistência às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, através da garantia do acesso e da qualidade dos serviços, com oferta de cuidado integral e assistência multiprofissional, sob a lógica interdisciplinar.

Entre os principais objetivos da Rede de Atenção Psicossocial está a ampliação do acesso à atenção psicossocial da população em geral; a promoção do acesso das pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas e suas famílias aos pontos de atenção; e a garantia da articulação e integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências.

Recife possui na sua rede de atenção psicossocial a atenção básica em saúde, as equipes de Consultório na Rua e Consultório de Rua, os Centros de Convivência; os CAPS, nas suas diferentes modalidades; a atenção de urgência e emergência; e estratégias de desinstitucionalização formada pelos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT). Além disso, dispõe de “albergues terapêuticos”, que são dispositivos psicossociais, voltado às pessoas que se encontram em situação de vulnerabilidade na exposição aos riscos do uso prejudicial de álcool e outras drogas e que precisam de um tratamento integral.

A fim de implementar essa rede, o município propõe a ampliação e qualificação dos serviços, a implantação de 01 Serviço de Emergência em saúde mental, álcool, crack e outras drogas, a implantação de leitos integrais, o fechamento dos leitos de longa permanência, como estratégia de desospitalização dos pacientes psiquiátricos, associado a implantação de novas residências terapêuticas, entre outras ações.

METAS

- Ampliar o acesso ao tratamento de tabagismo nas Unidades de Saúde aumentando os grupos de tratamento de 12 para 18.
- Promover a elaboração de 08 projetos de geração de renda, visando contemplar pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas e seus familiares na perspectiva da reabilitação psicossocial.
- Transformar 09 CAPS tipo II em CAPS tipo III (24h.), sendo 03 de transtorno Mental e 06 AD.
- Implantar 01 CAPS AD tipo III 24h.
- Implantar 30 leitos Integrais em Saúde Mental em hospital geral.
- Qualificar 03 Albergues Terapêuticos na Rede Psicossocial.
- Implantar 01 Serviço de Emergência em saúde mental, álcool, crack e outras drogas.
- Ampliar de 03 para 07 dispositivos de atenção infanto-juvenil na Rede Psicossocial, 02 CAPS AD infanto-juvenil, 01 UA Infanto-juvenil, 01 ambulatório infanto-juvenil.
- Fechar 301 leitos de longa permanência.
- Implantar 15 Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT).

OUTRAS MEDIDAS

- Qualificação das ações de saúde mental, álcool e outras drogas na Atenção Básica.
- Fortalecimento dos dispositivos de gestão da Política de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas.

- Desenvolvimento de estratégias de Reabilitação Psicossocial (CAPS, Unidade de Acolhimento, SRT e etc).
- Fortalecimento e promoção das ações da Política de Controle do Tabagismo.
- Qualificação dos processos de trabalho na Rede de Atenção Psicossocial.
- Melhoria das condições de infraestrutura dos CAPS.
- Atendimento aos problemas relacionados à saúde mental, drogadição, alcoolismo, depressão e suicídio entre LGBT, atuando na prevenção, promoção e recuperação da saúde.

3.2.6 IMPLEMENTAÇÃO DA REDE DE CUIDADOS À PESSOA COM DEFICIÊNCIA

O objetivo da rede de cuidado à pessoa com deficiência consiste em ampliar o acesso e qualificar o atendimento a esse grupo, com foco na organização de rede e na atenção integral à saúde, de forma que sejam contempladas as áreas de deficiência auditiva, física, visual, intelectual e ostomias. Para tal, parte-se da premissa que a qualificação do atendimento à pessoa com deficiência se dá por meio da integração e articulação dos serviços de reabilitação com a rede de atenção primária.

Dentre os componentes da rede, o município realiza ações no âmbito da atenção primária, por meio dos NASF, serviço de atenção domiciliar, garantia da assistência odontológica para pessoas com deficiência e atendimento na rede especializada.

A fim de garantir a acessibilidade das pessoas com deficiência, o município realizará readequações nas unidades de saúde para permitir a infraestrutura física adequada, bem como a construção das novas unidades nos padrões estabelecidos pela Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT); a ampliação e descentralização dos serviços; a implantação de Centro de Reabilitação Visual, além da concessão dos meios auxiliares de locomoção, e outros materiais, como órteses e próteses. Tais medidas visam contribuir para a garantia da qualidade de vida das pessoas com deficiência.

METAS

- Implantar atendimento de práticas integrativas para pessoas com deficiência em todos os DS.
- Disponibilizar 01 transporte adaptado para cada 02 DS, com motorista habilitado para o deslocamento de pessoas com deficiência e/ou mobilidade reduzida.
- Implantar o Centro de Reabilitação Visual, no Centro de Saúde Ermírio de Moraes, voltado ao público adulto, visando garantir autonomia por meio de orientações para mobilidade, aprendizado do sistema braille e utilização de lupas.

OUTRAS MEDIDAS

- Garantia de que todo material de divulgação e/ou educação em saúde seja acessível a todos, considerando as pessoas com deficiência visual e/ou auditiva e intelectual;
- Descentralização da concessão de órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção e materiais como bolsa de ostomia, cateterismo, etc. para a rede de reabilitação do município;
- Articulação com a Secretaria Estadual de Saúde para disponibilização de cadeiras de roda adaptadas para os munícipes cadastrados no Programa Inclusão sobre Rodas.

3.2.7 IMPLEMENTAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO ÀS PESSOAS COM DOENÇAS CRÔNICAS

As doenças crônicas não transmissíveis destacam-se no Brasil, como importante causa de morbidade e os maiores índices de mortalidade, sendo essas, as doenças cardiovasculares, seguidas por câncer, doenças respiratórias e diabetes. No Recife, as doenças do aparelho circulatório constituem a primeira causa de internações, seguida das doenças do aparelho respiratório, neoplasias, causas externas e as doenças endócrinas, metabólicas e nutricionais.

Doenças crônicas, como a hipertensão arterial e a Diabetes Mellitus, assumiram ônus crescente e preocupante em decorrência das transições demográfica, nutricional e epidemiológica ocorridas nas últimas décadas, constituindo a primeira causa de hospitalizações no SUS. Essas enfermidades têm em comum, fatores de risco modificáveis, como o tabagismo, a obesidade, as dislipidemias, a ingestão insuficiente de frutas e hortaliças e a inatividade física.

A finalidade da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas é realizar a atenção, de forma integral, aos usuários com doenças crônicas, em todos os pontos de atenção, realizando ações de promoção, proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e manutenção da saúde.

O Recife apresenta como estratégia para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis ações de promoção e prevenção à saúde, assim como as assistenciais, com o objetivo de reduzir a taxa de mortalidade prematura, mediante a atuação junto aos fatores de risco predisponentes ao conjunto desses agravos, e garantir a qualidade de vida aos cidadãos.

METAS

- Elaborar 02 boletins epidemiológicos utilizando os sistemas de informações epidemiológicas e inquéritos populacionais, fatores de risco e proteção para as DANTS;
- Criar sala de situação virtual para as DANTS, com indicadores a serem atualizados semestralmente;
- Ampliar o número de hipertensos cadastrados na atenção básica de 45% para 75%;
- Ampliar o número de diabéticos cadastrados na atenção básica de 58,7% para 75%;
- Manter o acompanhamento e registro de 90% dos hipertensos e diabéticos no Sistema de Informação da Atenção Básica.
- Ampliar a razão de exames de mamografia de rastreamento realizados em todas as mulheres de 50 a 69 anos, e mulheres a partir de 35 anos com história familiar de câncer de mama, de 0,31 para $\geq 0,5$;

- Ampliar a razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos de 0,46 para 0,8;
- Garantir, pelo menos, 80% de tratamento/seguimento no nível ambulatorial das lesões precursoras do câncer do colo do útero (NIC II e NIC III) diagnosticadas.
- Implantar Cirurgia de Alta Frequência (CAF) em 02 unidades de saúde de referência (Hospital da Mulher e Barros Lima);
- Reduzir em 2% ao ano a taxa de mortalidade prematura, pelo conjunto das principais DCNT;
- Reduzir a prevalência do tabagismo, passando de 10,7 % para 9,5%;
- Reduzir a prevalência do consumo de álcool, passando de 21% para 19%;
- Reduzir a prevalência da obesidade na população adulta, passando de 18% para 16,7%;
- Aumentar a prevalência de atividade física no lazer, passando de 35% para 37%;
- Aumentar a prevalência do consumo de frutas e hortaliças, passando de 20% para 23%;
- Ampliar a cobertura de consultas médicas em cardiologia passando de 65,6% para $\geq 90\%$ da necessidade estabelecida pela portaria ministerial 1.101/2002;
- Ampliar a cobertura de consultas médicas em pneumologia passando de 43,5% para $\geq 90\%$ da necessidade estabelecida pela portaria ministerial 1.101/2002;
- Ampliar a cobertura de consultas médicas em mastologia passando de 16,5% para $\geq 75\%$ da necessidade estabelecida pela portaria ministerial 1.101/2002.

OUTRAS MEDIDAS

- Implementação do Plano de Enfrentamento às DCNTs do Recife;
- Elaboração do relatório anual de análise de situação em saúde, incluindo análises sobre as DCNTs e seus fatores de risco e proteção utilizando os sistemas de informações e monitoramento existentes;
- Ampliação das atividades educativas nos espaços sociais (terreiros, associações, escolas, igrejas, etc.) na prevenção e redução das DCNTs.
- Produção e análise de situação de saúde das DCNTs e fatores de risco e fortalecimento dos sistemas de informações em saúde;
- Implementação da vigilância do câncer;
- Prevenção e ampliação do acesso ao diagnóstico e tratamento de câncer de próstata e pênis entre gays, homens bissexuais, travestis e transexuais;
- Prevenção e ampliação do acesso ao diagnóstico e tratamento qualificado de cânceres ginecológicos (cérvico-uterino e mamas) entre as lésbicas e mulheres bissexuais;
- Ampliação da rede de prevenção e controle do câncer de mama e do colo do útero.

3.2.8 REDE DE ATENÇÃO A SAÚDE BUCAL

O município do Recife dispõe de uma rede de atenção à saúde bucal que oferta ações e serviços de diferentes densidades tecnológicas, buscando garantir a integralidade do cuidado, a partir dos serviços odontológicos ambulatoriais em unidades básicas de saúde, que têm como referência os serviços de média complexidade como os CEO, Serviços de Urgência Odontológica e serviço especializado em saúde bucal para hipertensos e diabéticos.

Os compromissos da gestão na organização do modelo de atenção em saúde bucal têm como pressupostos a qualificação e resolutividade da atenção básica; a articulação de toda a rede de serviços; a organização territorial; a produção de ações baseadas em evidências científicas; a vigilância à saúde e a atuação intersetorial.

No conjunto das ações prioritárias está a expansão da cobertura das Equipes de Saúde Bucal, inclusive na assistência domiciliar, dos CEO e dos serviços de atendimentos de urgência. A integração dos serviços se dará por meio do aprimoramento dos mecanismos regulatórios, sob a lógica da coordenação do cuidado a partir da atenção básica.

METAS

- Implantar 60 Equipes de Saúde Bucal, passando de 141 para 201 ESB;
- Ampliar a cobertura das Equipes de Saúde Bucal de 26,45% para 37,7% da população;
- Implantar 05 Equipes de Saúde Bucal nas Equipes Multiprofissionais de Apoio (EMAP) do Serviço de Atendimento Domiciliar (SAD);
- Ampliar de 06 para 11 os Centros de Especialidades Odontológicas (CISAM, UFPE, Romildo Gomes, IMIP e Albert Sabin);
- Ampliar o número de Centros de Especialidades Odontológicas na Rede Viver sem Limites, passando de 03 para 11;
- Ampliar o número de serviços de prótese dentária, passando de 06 para 11 serviços, nas seguintes unidades: CISAM, UFPE, Romildo Gomes, IMIP e Albert Sabin e no Centro Médico José Ermírio de Moraes;
- Implantar o terceiro turno em 05 Centros de Especialidades Odontológicas (Lessa de Andrade, Agamenon Magalhães, Salomão Kelner, Pina e Albert Sabin), com assistência de endodontia;
- Implantar 03 Serviços de Ortodontia (Lessa de Andrade, Albert Sabin e Pina);
- Implantar 02 ambulatórios de Odontologia no Hospital da Mulher;
- Implantar 01 ambulatório da Gestante na Policlínica Barros Lima;
- Ampliar o percentual de ação coletiva e de escovação dental supervisionada de 1,19% para 2%;
- Manter a proporção de 8% de exodontias em relação aos procedimentos preventivos e curativos;
- Ampliar a razão de tratamentos concluídos de 0,16 para 0,22;
- Ampliar a cobertura da primeira consulta odontológica programática de 10,3% para 17%.

OUTRAS MEDIDAS

- Expansão do 3º turno em saúde bucal em unidades básicas de saúde.

3.2.9 APRIMORAMENTO DA REGULAÇÃO ASSISTENCIAL

O aprimoramento dos processos regulatórios se constitui em uma estratégia de fortalecimento das redes de atenção, na medida em que visa corrigir as iniquidades no acesso aos serviços de saúde e na distribuição de recursos humanos e de equipamentos. Também promove o alinhamento do desempenho dos diversos prestadores com as necessidades do sistema de saúde e exerce monitoramento e controle sobre os serviços próprios e contratualizados.

Considerando a amplitude da rede assistencial existente em Recife, composta por serviços dos três níveis de densidade tecnológica, pertencentes a rede própria e complementar, foi previsto um conjunto de ações que visam aprimorar os processos de regulação assistencial com vistas a organização do acesso.

No início da gestão apenas três distritos sanitários dispunham de sistemas de regulação organizados, sendo assim, a implantação dos processos regulatórios da rede própria e complementar nos demais distritos se constitui em prioridade da gestão. Outra questão a ser enfrentada é o redimensionamento das várias especialidades médicas e sua redistribuição equitativa na rede. Nesse sentido, foi previsto a ampliação de consultas especializadas nas áreas de proctologia, otorrinolaringologia, cirurgia ginecológica e traumatologia-ortopedia, além do fortalecimento do papel do médico regulador, com vistas à organização do acesso a partir da avaliação do nível de risco e vulnerabilidade dos usuários.

Dentre outras ações formuladas também se destacam a formalização dos contratos com os serviços conveniados; a implementação do controle e monitoramento dos serviços prestados pela rede complementar; o fortalecimento do fluxo de informações entre a gerência de regulação, os distritos sanitários e a rede própria e complementar.

METAS

- Ampliar e qualificar o processo de contratualização de 85% dos serviços da rede complementar;
- Ampliar a proporção de consultas especializadas reguladas de 58% para 90%.

OUTRAS MEDIDAS

- Redução da lista de espera no agendamento de consultas de 04 especialidades: proctologia, otorrino, cirurgia ginecológica e traumatologia-ortopedia;
- Implementação do controle e monitoramento dos serviços prestados pela rede complementar;
- Revisão e otimização do fluxo para o registro do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde;
- Fortalecimento do fluxo de informações entre a gerência de regulação, os distritos sanitários e a rede própria e complementar.
- Implantação de versão web acerca de informações de Regulação em Saúde.
- Formalização dos contratos com os serviços conveniados.

4. FORTALECIMENTO DAS AÇÕES DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

Diretriz 4—Aprimorar ações de vigilância em saúde com foco nos riscos e agravos prioritários e na capacidade de resposta rápida

A vigilância à saúde tem como objeto de intervenção a prevenção, o controle das doenças transmissíveis, das não transmissíveis e das imunopreveníveis, e a manutenção da capacidade de resposta para eventos emergentes e urgentes, tanto no âmbito individual, quanto no coletivo, mediante a vigilância da situação de saúde.

O conceito de vigilância em saúde inclui também a vigilância ambiental, vigilância da saúde do trabalhador e a vigilância sanitária. Além disso, as ações de vigilância em saúde possibilitam a qualificação e melhoria dos indicadores de saúde através da informação que predispõe a ação.

Visando a integralidade do cuidado, a vigilância em saúde deverá desenvolver suas ações a partir da atenção primária à saúde, além de estar cotidianamente inserida em todos os níveis de atenção à saúde.

4.1 FORTALECIMENTO DAS AÇÕES DO PROGRAMA DE ENFRENTAMENTO ÀS DOENÇAS NEGLIGENCIADAS (SANAR RECIFE)

O SANAR Recife constitui uma estratégia de enfrentamento a quatro doenças negligenciadas (filariose, tuberculose, hanseníase e Geohelminthíases), incluídas em agenda internacional da OMS, Organização Pan Americana de Saúde e Ministério da Saúde.

A definição das doenças que são objetos de ação do SANAR RECIFE considera uma série de requisitos: apresentação da carga da doença que justifica sua intensificação; contingência de intervenções tecnicamente viáveis e rentáveis; não disposição de financiamento específico; predisposição às incapacidades, além da possibilidade de prevenção ou eliminação com quimioterápicos com disponibilidade de diagnóstico e tratamento na rede de saúde.

Ressalta-se que a filariose, apesar de não apresentar indicadores inaceitáveis, foi incluída nesse plano, por se encontrar em fase de eliminação e necessitar de incremento de recursos e intensificação da vigilância para aquisição da sua certificação de eliminação da doença.

METAS

- Implantar a Rede de atendimento aos pacientes de Tuberculose multidrogas resistentes (TBMR) em 06 unidades de saúde acolhedora;
- Implantar 06 referências para atendimento dos pacientes de Tuberculose com Esquemas Especiais que consiste no tratamento dos efeitos adversos;
- Ampliar a proporção de cura de casos novos de Tuberculose de 61,2% para 75%.
- Reduzir o abandono do tratamento de tuberculose de 20,7 para $\leq 8\%$;
- Ampliar a proporção dos contatos examinados de tuberculose de 43,3% para 65,0%;
- Ampliar a testagem HIV para pacientes (caso novo) de tuberculose de 49,7 para 85,0%;
- Ampliar de 81,1% para 90% a proporção de cura de casos novos diagnosticados de hanseníase;
- Ampliar de 51,5 para 75% a proporção de exame clínico dos contatos domiciliares entre os pacientes de hanseníase;
- Reduzir o abandono do tratamento de hanseníase de 7,7 para $\leq 5\%$ dos casos;
- Realizar 04 campanhas de tratamento coletivo para geohelminthíases, em alunos de 05 a 14 anos, nas escolas da rede municipal;
- Realizar 04 inquéritos amostrais para avaliação dos tratamentos coletivos de geohelminthíase em escolares, com monitoramento das positivities após cada período do tratamento coletivo.

OUTRAS MEDIDAS

- Implementação do fluxo de referência e contrarreferência para os pacientes de tuberculose entre as UBS e as unidades de referência terciárias;
- Implantação do critério de risco no atendimento a população com hanseníase;
- Garantia da capacitação para os profissionais das UBS na avaliação dermatoneurológica e prevenção de incapacidades para as pessoas com hanseníase;
- Implementação de serviço de referência especializada para tratamento das incapacidades e reabilitação física das pessoas com hanseníase;
- Avaliação da eficiência/eficácia do tratamento coletivo para filariose nas áreas trabalhadas, a ser realizada em parceria com o MS e SES;
- Ampliação dos pontos fixos de coleta de filariose, de acordo com o estudo de necessidade das áreas endêmicas;
- Garantia de parceria com outros órgãos envolvidos na temática da geohelmintíase.

4.2 FORTALECIMENTO DAS AÇÕES DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA PARA O CONTROLE DE DOENÇAS E AGRAVOS

METAS

- Realizar coleta de amostras de 80% dos casos de influenza atendidas nas unidades sentinelas, por ano;
- Encerrar oportunamente 85% dos casos de doenças e agravos de notificação compulsória, por ano;
- Implementar a Vigilância da Criança de Risco com o monitoramento de 50% e investigar e discutir 55% do óbito fetal e 70% do Infantil, exceto malformações congênitas.
- Investigar 90% dos Óbitos de Mulher em Idade Fértil;
- Investigar e discutir 100% dos óbitos maternos, em tempo oportuno (120 dias);
- Ampliar o número de fontes notificadoras de casos de violência interpessoal de 27 para 30;
- Implantar vigilância e assistência diferenciada em 50% das gestantes e puérperas residentes no Recife, com idade entre 10 e 17 anos, em situação de risco.

OUTRAS AÇÕES

- Elaboração e divulgação de análises epidemiológicas sobre a situação de saúde da população;
- Fortalecimento das ações do Centro de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde (CIEVS).

4.3 FORTALECIMENTO DAS AÇÕES DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

METAS

- Realizar a categorização de 1.000 estabelecimentos, com atividade de alimentação, conforme Projeto Piloto promovido pela ANVISA, através da portaria GM 807/2013;
- Municipalizar as ações da vigilância sanitária, relativas às atividades de inspeção em 50 indústrias de alimentos de baixa e média complexidade;
- Implantar 01 Núcleo de Educação Continuada em vigilância sanitária;
- Elaborar 01 protocolo de padronização de ações da VISA para todos os serviços de interesse sanitário;
- Ampliar as inspeções sanitárias de 55.000/ano para 117.000/ano;
- Desenvolver estratégias de ação que visem reduzir em 90% a demanda reprimida de estabelecimentos sem emissão de licença sanitária.

OUTRAS MEDIDAS

- Dotação da Vigilância Sanitária com estruturas física, administrativa e de Recursos humanos compatíveis com a demanda existente, a fim de atender as metas existentes no Plano de Ação da VISA;
- Definição do número de inspetores sanitários necessários para atender 90% de cobertura dos estabelecimentos de interesse à saúde sob responsabilidade da VISA;
- Promoção da participação de inspetores sanitários em eventos e capacitações, mediante produções científicas;
- Implantação do sistema de informação com capacidade de armazenar, quantificar e gerar indicadores de risco sanitário por bairro e Distrito Sanitário;
- Apoio à realização das ações da Companhia de Serviços Urbanos do Recife (CSURB) referentes à reestruturação dos mercados públicos existentes no Recife;
- Manutenção das ações de inspeção sanitária em serviços de interesse a vigilância sanitária.

4.4 FORTALECIMENTO DAS AÇÕES DE VIGILÂNCIA AMBIENTAL

METAS

- Realizar visita em 100% dos imóveis cobertos pelo PSA para o controle da população animal sinantrópica;
- Realizar visita em 100% dos imóveis cobertos pelo PSA para a prevenção de zoonoses;
- Adequar a estrutura física de 50 pontos de apoio para ASACE, dos 70 já existentes;
- Ampliar de 61% para 80% a cobertura de imóveis visitados para controle da dengue;
- Adequar a cobertura para 25 imóveis visitados por dia, conforme preconizado pelo Ministério da Saúde;
- Realizar 04 campanhas de vacinação antirrábica animal, sendo 01 por ano, ampliando a cobertura de 75% para 80%;
- Implantar sala de situação do PSA, nos 08 Distritos Sanitários, com monitoramento de 100% dos indicadores prioritários;
- Ampliar de 480 para 600 (25%) as análises laboratoriais realizadas em amostras de água para consumo humano.

OUTRAS MEDIDAS

- Melhoria das condições de trabalho dos ASACE;
- Desenvolvimento de ações intersetoriais para controle da população de pombos no município;
- Apoio e estímulo à realização de campanhas de adoção de animais, bem como de esterilizações de cães e gatos desenvolvidas pela Secretaria de Defesa Animal (SEDA), com vistas ao controle de zoonoses.

4.5 FORTALECIMENTO DAS AÇÕES DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE DO TRABALHADOR

METAS

- Reestruturar o Centro de Referência técnica regional em Saúde do Trabalhador (CEREST);
- Implantar 01 Núcleo de Atenção à Saúde do Trabalhador em Recife (NAST);
- Implantar 16 Unidades Sentinela em Saúde do Trabalhador território de abrangência do CEREST Recife.

OUTRAS MEDIDAS

- Mapeamento dos processos produtivos do território de abrangência do CEREST Recife;
- Apoio ao desenvolvimento de projeto de promoção à saúde e qualidade de vida dos trabalhadores do território;
- Promoção do processo de educação permanente em saúde do trabalhador;
- Apoio à realização da IV Conferência de Saúde do Trabalhador.

4.6. PREVENÇÃO DAS DST/AIDS

METAS

- Ampliar o teste Anti-HIV ofertado na rede própria em 20%, passando de 19.147 para 23.273.
- Ampliar em 80% o número de Unidades Básicas de Saúde que realizam Teste Rápido-HIV, passando de 36 unidades para 65.;
- Implantar TR (teste rápido) para sífilis nas 36 UBS que realizam teste rápido-HIV;
- Ampliar em 20% a oferta do exame VDRL na rede própria de serviços, partindo de 36.280 testes para 43.536.
- Ampliar em 20% os insumos de prevenção às IST/Aids (Preservativos masculinos, femininos e gel) distribuídos na rede;
- Ampliar o número de unidades básicas de saúde realizando tratamento penicilínico para sífilis em 40%, partindo de 43 unidades para 60.

OUTRAS MEDIDAS

- Ampliação das ações de Educação Permanente relacionado à DST/Aids e Hepatites Virais para os profissionais da rede.

5. APRIMORAMENTO DOS MECANISMOS DE GESTÃO DO SISTEMA DE SAÚDE

Diretriz 5– Fortalecer a capacidade de gestão objetivando resultados que impactem na vida das pessoas

A gestão em saúde pode ser compreendida como um processo pelo qual equipes gestoras (sujeitos) tomam decisões para implementar as políticas de saúde, sendo que essas decisões perpassam a execução de atividades de gerenciamento, representando, prioritariamente, uma responsabilidade em comandar um sistema de saúde.

Para gerir um sistema de saúde, a equipe gestora deve desenvolver a capacidade de lidar com a complexidade das dimensões inerentes à saúde, na medida em que estão envolvidas ações de planejamento, organização, gerenciamento, controle e avaliação dos recursos humanos, financeiros e materiais empregados na produção dos serviços de saúde. Assim, o município estabeleceu como diretriz o fortalecimento da capacidade de gestão, com a definição de novas ferramentas e o seu revigoramento a partir de evidências científicas.

A fim de contribuir para o processo de fortalecimento gerencial, torna-se imprescindível o planejamento e o acompanhamento sistemático das ações realizadas e dos resultados alcançados. Para tanto, o modelo de gestão da Prefeitura do Recife utiliza-se do monitoramento das ações prioritárias de governo e da elaboração de ferramentas de aferição dos resultados, mediante a construção do Pacto pela Saúde do Recife.

Uma importante estratégia, que já está em curso, é o Programa de Desenvolvimento Gerencial, compreendido por um conjunto de eventos de aprendizagem voltados ao aprimoramento dos gestores e técnicos. Consiste em programas e cursos que visam criar uma visão qualificada da gestão, em diversos níveis, otimizando o desempenho dos servidores, mediante a abordagem dos conhecimentos, métodos e técnicas voltados à melhoria dos processos de trabalho, tendo como base os valores que permeiam o exercício da função pública.

Outra questão relevante para o processo de fortalecimento da gestão consiste na definição de políticas condutoras e de estímulo ao servidor no exercício de suas atividades, por meio de estratégias de incentivos por desempenho e o estabelecimento da Rede SUS Escola. Sabe-se que tais iniciativas impactam diretamente a assistência à saúde ofertada à população.

Vale salientar a importância dos aspectos normativos e legais estabelecidos pelo Sistema de Planejamento em Saúde no SUS (PlanejaSUS) mediante a formulação e/ou revisão periódica dos instrumentos específicos de gestão como Plano de Saúde, respectivas Programações Anuais de Saúde e Relatórios Anuais de Gestão, de forma contínua, articulada e integrada, orientados por problemas e necessidades de saúde. Tais ferramentas devem ser compatibilizadas com os instrumentos de planejamento e orçamento do governo, como o Plano Plurianual (PPA), Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO), e Lei Orçamentária Anual (LOA).

É nesse contexto institucional de fomento à estruturação e qualificação desses instrumentos de planejamento que se pretende avançar em uma perspectiva de gestão participativa, tecnicamente competente e eficiente. O desafio é inovar os processos de trabalho, superando a fragmentação das políticas de saúde; desenvolver o exercício da avaliação e do monitoramento das ações como rotina dos serviços de saúde e garantir o acesso da população com qualidade.

5.1 GESTÃO DO TRABALHO E EDUCAÇÃO EM SAÚDE

A Política de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde desenvolve ações de formação e qualificação dos profissionais de saúde e de regulação profissional no âmbito do SUS, com vistas à execução de uma Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, políticas de desprecarização dos vínculos de trabalho no sistema de saúde e efetivação da mesa nacional de negociação permanente do SUS.

Um dos grandes desafios que envolvem a gestão atual do SUS é a promoção de oferta de ações e serviços de saúde, com qualidade, de acordo com as necessidades de saúde das pessoas. A Sesau Recife, através da Secretaria Executiva de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde, vem articulando ações e formulando políticas com o intuito de contribuir com a adequada formação, qualificação, valorização e democratização das relações de trabalho no município.

Essas ações visam o fortalecimento da Rede de Atenção à Saúde, através de processos educativos que promovam a ressignificação do trabalho em saúde, melhorias nas condições de trabalho e na qualidade da atenção prestada às pessoas que vivem na cidade.

METAS

- Implantar a Escola de Saúde do Recife;
- Implantar 04 Programas de Residência em Saúde, conforme editais publicados pelo Ministério da Saúde (Multiprofissional ou em Área Profissional da Saúde Médica);
- Ampliar em 9% o quadro de recursos humanos na saúde, priorizando o ingresso através de concursos públicos, passando de 8.903 para 9.704.

OUTRAS MEDIDAS

- Instituição da Política de Educação Popular em Saúde mediante a formação de Comitê Municipal e normatização específica;
- Fortalecimento da integração ensino-serviço, através do Colegiado de Formação e Educação Permanente, implantação da Política de Preceptoria e estruturação dos Programas de Residência municipais;
- Reestruturação do Serviço de Atenção ao Servidor com implantação de equipe multiprofissional especializada;
- Manutenção da Mesa Setorial de Negociação Permanente do SUS, tendo como referência os Protocolos da Mesa Nacional;
- Realização de novos concursos públicos de acordo com a necessidade de provimento de profissionais na rede de saúde;
- Planejamento, modernização e informatização do sistema de informação de Recursos Humanos (RH);
- Articulação com a Secretaria de Administração e Gestão de Pessoas para a revisão da Lei de Insalubridade, visando à inclusão dos diversos profissionais que atendem à saúde;
- Promoção de ações de Educação em Saúde para os trabalhadores da Rede de Atenção Básica;

- Avaliação de Desempenho dos Servidores da Saúde inseridos no Plano de Cargos, Carreira, Desenvolvimento e Vencimentos, garantindo as progressões por tempo de serviço, mérito e qualificação.

5.1.1 TELESSAÚDE

A Telessaúde se configura como o uso de novas tecnologias de informação e comunicação para fins assistenciais, educacionais e administrativos em saúde. No município do Recife é uma ferramenta de apoio aos profissionais nos processos de educação permanente em saúde. Divide-se em três componentes: teleassistência, tele-educação, e telegestão.

A teleassistência pode ser compreendida como a oferta de teleconsultorias, segunda opinião formativa e telediagnóstico no apoio à tomada de decisão clínica e de processo de trabalho. No Recife, elas ocorrem de forma horizontal, entre profissionais médicos da Rede de Atenção Básica, através da plataforma de comunicação WhatsApp para dispositivos móveis. Na modalidade Desktop a oferta do serviço se dá através da comunidade Telessaúde Recife na plataforma de Telessaúde Healthnet, desenvolvida pelo Núcleo de Telessaúde da Universidade Federal de Pernambuco (NUTES-UFPE).

A tele-educação consiste em cursos, seminários, aulas por web ou videoconferência, acesso à ambiente virtual de aprendizagem com o objetivo de atualização profissional. Além disso, são ofertados conteúdos educativos semanalmente na comunidade Telessaúde Recife através da plataforma de comunicação WhatsApp.

A telegestão é utilizada para fins administrativos, visando otimizar os espaços de escuta e discussão entre profissionais e/ou gestores da saúde. O Telessaúde Recife também utiliza esse serviço através da plataforma de comunicação WhatsApp de dispositivos móveis.

METAS

- Ofertar serviços de Teleassistência, Telegestão e Tele-educação para 40% dos profissionais do Saúde da Família;

OUTRAS MEDIDAS

- Estruturação do Núcleo Telessaúde Recife através da composição de equipe e instalação da sede física;
- Desenvolvimento de soluções integradas, dentre as quais, protocolos de acesso e fluxos de encaminhamentos com a Regulação Assistencial.

5.2 TECNOLOGIA E INFORMAÇÃO

METAS

- Implantar protocolo eletrônico integrado em, pelo menos, 90% das unidades de saúde;
- Implantar prontuário eletrônico em, pelo menos, 80% das USF;
- Implantar acesso a internet em 100% das unidades de saúde.

OUTRAS MEDIDAS

- Implantação do Plano Diretor de Tecnologia de Informação para a Secretaria de saúde, com a participação dos usuários e trabalhadores nos DS;
- Qualificação da informação e aprimoramento dos processos de gestão por meio da informatização da rede de atenção à saúde.

5.3 PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO E PARTICIPATIVO

METAS

- Elaborar 08 Programações Anuais de Saúde (PAS) dos Distritos Sanitários;
- Elaborar 07 instrumentos de Planejamento e Gestão (PMS, PAS, RAG, balanço quadrimestral LDO, PPA, LOA);
- Criar 01 de Sala de Situação na Secretaria de Saúde.

OUTRAS MEDIDAS

- Adoção de estratégias com vistas à eficiência na execução dos processos de captação de recursos;
- Participação do planejamento regional integrado na I Região de Saúde (I GERES), visando à construção da Programação Geral das Ações e Serviços de Saúde (PGASS) da região;
- Implantação de um Comitê Técnico Intersetorial e Permanente para discussões e elaborações de propostas referentes à saúde da população LGBT.

5.4 NÚCLEO DE EVIDÊNCIAS

METAS

- Implementar 01 Núcleo de Evidências (NEV).

5.5 FORTALECIMENTO DA CAPACIDADE GERENCIAL NO TERRITÓRIO

METAS

- Implantar 30 Coordenadores de Áreas vinculados aos Distritos Sanitários;
- Criar 02 Distritos Sanitários;

5.6 GESTÃO ADMINISTRATIVA

METAS

- Ampliar o percentual de aplicação em ações e serviços públicos de saúde de 16,2% para 20% do total da receita de impostos líquida e transferências constitucionais e legais do município.

OUTRAS MEDIDAS

- Vinculação dos recursos financeiros aos respectivos blocos de financiamento aos projetos estratégicos da secretaria de saúde previstos no PMS.

6. FORTALECIMENTO DO CONTROLE SOCIAL E DA TRANSPARÊNCIA PÚBLICA

Diretriz 6 – Fortalecer o Controle Social e a Transparência pública

A participação social na formulação e no controle da política pública configura-se, no SUS, por meio de conferências, conselhos de saúde de todas as esferas, com a retaguarda de entidades profissionais e sindicais, fóruns, redes e movimentos sociais. Esses mecanismos de controle social possibilitam o monitoramento, o controle e avaliação da gestão pública, e a divulgação permanente em todas as mídias políticas, programas, dos direitos dos usuários e das ações desenvolvidas no SUS.

Os conselhos de saúde de caráter permanente e deliberativo atuam na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros. Por sua vez, as conferências de saúde são espaços consultivos destinados a analisar a conjuntura, os avanços e os desafios do SUS, e realizar a proposição das diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes, com representação dos vários segmentos sociais.

A esses mecanismos, o município de Recife propõe incorporar o fomento ao desenvolvimento da cultura de transparência na administração pública, através de serviços de controle interno, como a ouvidoria e auditoria.

As Ouvidorias do SUS no Brasil são canais democráticos de comunicação responsáveis pela mediação de conflitos entre os cidadãos e os gestores dos serviços de saúde, nas esferas federal, estadual e municipal, que prezam por um atendimento humanizado e acolhedor, iniciado pela escuta qualificada do cidadão, prestada por profissionais comprometidos com o respeito e a ética profissional (BRASIL, 2008c).

Em Recife, a ouvidoria se configura numa valiosa ferramenta de gestão estratégica, constituindo um importante agente de melhorias para os processos de trabalho do sistema Recife/SUS, já que permite identificar e corrigir os chamados “nós críticos” de sua atuação, a fim de que seus serviços sejam aperfeiçoados. Além disso, o cidadão pode validar as boas práticas implementadas, se constituindo também como um termômetro de sua atuação.

A auditoria é responsável pela verificação e adequação aos requisitos preconizados pelas leis e normas vigentes e determina se as ações e seus resultados estão de acordo com

as disposições planejadas. Possibilita avaliar a qualidade dos processos, sistemas e serviços e a necessidade de melhoria ou de ação preventiva/corretiva/saneadora. Tem como objetivo propiciar ao gestor do SUS informações necessárias ao exercício de um controle efetivo, e contribuir para o planejamento e aperfeiçoamento das ações de saúde.

6.1 IMPLEMENTAÇÃO DAS AÇÕES DOS CONSELHOS DE SAÚDE

METAS

- Realizar Conferência Municipal de Saúde a cada 02 anos;
- Realizar Fóruns abertos de saúde nas comunidades, sendo um para cada microrregião;
- Realizar eleição de composição dos conselhos de saúde (Municipal e Distritais) a cada 02 anos, após 90 dias do processo da conferência.

OUTRAS MEDIDAS

- Participação na IV Conferência Municipal de Saúde do Trabalhador;
- Garantia da criação, ampliação e implementação dos conselhos locais de saúde na rede municipal, incluindo as USF;
- Garantia da infraestrutura, orçamento e recursos humanos dos conselhos de saúde, para que possam exercer com autonomia suas atividades;
- Disponibilização periódica da agenda do conselho, exceto para a comissão de fiscalização, para todos os serviços, da rede municipal, incentivando o acompanhamento e a participação social;
- Garantia anual de dotação orçamentária para os conselhos municipal, distritais e locais, com critérios pactuados entre as instâncias de controle social e a gestão;
- Elaboração de cartilhas sobre a rede municipal de saúde e sobre o controle social para profissionais e usuários do SUS;
- Monitoramento e fiscalização da execução dos recursos da saúde, através do Portal da Transparência do município de Recife;
- Garantia de acesso do controle social aos relatórios de auditoria dos programas e ações em saúde, incluindo a publicização desses relatórios;
- Contribuição com a melhoria da qualidade dos serviços, através da realização de ações de fiscalização e elaboração de relatório de visitas para os gestores e a sociedade;
- Garantia de participação dos conselheiros distritais em convenções, congressos e seminários.

6.2 FORTALECIMENTO DAS AÇÕES DE AUDITORIA

METAS

- Realizar auditorias programadas em 60% da rede assistencial do Recife, incluindo a rede própria, os serviços contratados e conveniados;
- Acompanhar todas as auditorias realizadas na rede assistencial, sob gestão municipal, pelos Componentes Federal e Estadual do Sistema Nacional de Auditoria – SNA.

OUTRAS MEDIDAS

- Elaboração e aplicação de instrumento de avaliação da qualidade dos serviços auditados, mediante a realização de questionário a ser aplicado aos usuários e aos profissionais;
- Qualificação das ações da auditoria municipal através da capacitação dos auditores.

6.3 FORTALECIMENTO DA OUVIDORIA MUNICIPAL DE SAÚDE

METAS

- Ampliar de 19 para 28 o número de interlocutores em unidades de saúde estratégicas (Policlínicas, Centros de Saúde e hospitais da rede própria e conveniada);
- Implantar urnas para coletar demandas em todas as unidades de saúde.

OUTRAS MEDIDAS

- Implementação das atividades de educação permanente para profissionais da ouvidoria;
- Capacitação de ouvidor municipal;
- Implantação do sistema de notificação de prazos de demandas.

7. PREVISÃO ORÇAMENTÁRIA

O Plano Municipal de Saúde norteia a elaboração do orçamento do governo municipal no tocante a saúde, por isso guarda correlação com os instrumentos de gestão pública, sobretudo com o Plano Plurianual (PPA). Este apresenta os Programas de Governo com os respectivos objetivos, indicadores, custos e metas por um período de 04 anos, estabelecendo uma correlação entre as prioridades de longo prazo e a Lei Orçamentária Anual (LOA) que, por sua vez, estabelece a previsão de receitas (arrecadação) e despesas (gastos) do governo para o ano seguinte. A integração entre esses instrumentos conformam um processo cíclico de planejamento para operacionalização integrada e sistêmica do SUS.

No PPA 2014-2017 estão previstos investimentos da ordem de R\$ 2.592.550.075 oriundos da Unidade Orçamentária do Fundo Municipal de Saúde e R\$ 1.661.042.434 da Unidade Orçamentária da Secretaria de Saúde, totalizando R\$ 4.253.592.509 para o quadriênio. Os recursos contemplarão programas estratégicos que serão operacionalizados através de ações orçamentárias (projetos, atividades e operações especiais). Os Programas esclarecem os objetivos dos gastos e articulam um conjunto de ações suficientes para enfrentar um problema, visando à concretização dos objetivos a serem alcançados, sendo mensurado por indicadores estabelecidos no Plano Plurianual. Os Programas estratégicos para a saúde componentes do PPA estão descritos nas tabelas 09 e 10, organizados de

acordo com as respectivas unidades orçamentárias e recursos previstos para o quadriênio.

Com o compromisso de fortalecer a rede de atenção à saúde, a Prefeitura do Recife ampliou os investimentos do total da receita líquida de impostos e transferências constitucionais e legais ao setor saúde de 15,14% em 2012 para 16,24% em 2013. Assim, Recife atingiu valor superior ao preconizado pela Lei Complementar 141 de 13 de janeiro de 2012, que é de 15%, e assumiu o compromisso de elevar tal investimento para 20% até 2016.

Tabela 9. Demonstrativo da despesa por unidade orçamentária e programa/ Unidade Orçamentária Secretaria de Saúde - Administração Direta

Fonte: Fundo Municipal de Saúde - FMS

DEMONSTRATIVO DA DESPESA POR UNIDADE ORÇAMENTÁRIA E PROGRAMA				
1801	SECRETARIA DE SAÚDE - ADMINISTRAÇÃO DIRETA	2014	2015/2017	Total geral
Código	PROGRAMA	Recursos do Tesouro	Recursos do Tesouro	Recursos do Tesouro
2.107	GESTÃO DAS POLÍTICAS MUNICIPAIS DE SAÚDE	301.747.000	1.071.458.656	1.373.205.656
2.074	COORDENAÇÃO, SUPERVISÃO E EXECUÇÃO DAS POLÍTICAS DE SAÚDE	301.747.000	1.071.458.656	1.373.205.656
2.165	GESTÃO ADMINISTRATIVA DO SISTEMA MUNICIPAL DE SAÚDE	24.250.000	86.108.138	110.358.138
2.078	APOIO ADMINISTRATIVO ÀS AÇÕES DE SAÚDE	24.250.000	86.108.138	110.358.138
3.102	GESTÃO DOS ENCARGOS GERAIS DO SETOR DE SAÚDE	38.999.000	138.479.640	177.478.640
2.061	ENCARGOS COM A PREVIDÊNCIA SOCIAL DOS SERVIDORES REGIME PRÓPRIO	33.999.000	120.725.385	154.724.385
2.062	ENCARGOS COM A PREVIDÊNCIA SOCIAL DOS SERVIDORES REGIME GERAL	5.000.000	17.754.255	22.754.255
Total		364.996.000	1.296.046.434	1.661.042.434

Tabela10 - Demonstrativo da Despesa por Unidade Orçamentária e Programa

Fonte: Fundo Municipal de Saúde - FMS

DEMONSTRATIVO DA DESPESA POR UNIDADE ORÇAMENTÁRIA E PROGRAMA								
4801 - FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE - FMS		2014			2015/2017			Total geral
Código	PROGRAMA	Recursos do Tesouro	Outras Fontes	Total	Recursos do Tesouro	Outras Fontes	Total	
1.217	FORTALECIMENTO DAS AÇÕES DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE	10.429.480	8.997.414	19.426.894	34.533.096	31.600.937	66.134.033	85.560.927
1.233	AMPLIAÇÃO DO ACESSO À ASSISTÊNCIA FARMACÉUTICA	3.443.663	29.155.000	32.598.663	12.227.932	102.417.907	114.645.839	147.244.502
1.236	EXPANSÃO E MELHORIA NA INFRAESTRUTURA DE ATENDIMENTO EM SAÚDE	769.353	68.502.589	69.271.942	1.959.548	226.776.323	228.735.871	298.007.813
1.237	FORTALECIMENTO E QUALIFICAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA	9.000	48.610.530	48.619.530	31.998	170.762.777	170.794.735	219.414.265
1.238	MELHORIA DA ATENÇÃO À SAÚDE DE MÉDIA E ALTA COMP. AMB. E HOSP.	75.000	226.056.093	226.131.093	266.314	793.317.751	793.584.065	1.019.715.158
1.239	MELHORIA DA GESTÃO DO SISTEMA DE SAÚDE	969.343	9.662.934	10.632.277	94.679.021	32.396.634	127.075.655	137.707.932
2.107	GESTÃO DAS POLÍTICAS MUNICIPAIS DE SAÚDE	65.011.000	10.000	65.021.000	230.844.379	35.129	230.879.508	295.900.508
2.165	GESTÃO ADMINISTRATIVA DO SISTEMA MUNICIPAL DE SAÚDE	26.694.411	72.608.440	99.302.851	3.462.698	255.482.383	258.944.881	358.247.732
3.102	GESTÃO DOS ENCARGOS GERAIS DO SETOR DE SAÚDE	6.757.250		6.757.250	23.993.989		23.993.989	30.751.239
Total		114.158.500	463.603.000	577.761.500	401.998.935	1.612.789.641	2.014.788.576	2.592.550.076

8. PROCESSO DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

A adoção de mecanismos de monitoramento sistemático e avaliações pontuais é uma das medidas eleitas para a qualificação das estratégias de gestão do sistema de saúde para os próximos quatro anos. Com essas medidas pretende-se contribuir com informações úteis e oportunas para possíveis reformulações e redimensionamentos que possam contribuir para a efetividade das ações e serviços ofertados, de forma participativa.

De acordo com as diretrizes da lei 141/12 serão produzidos relatórios quadrimestrais de prestação de contas e os Relatórios Anuais de Gestão, devidamente apresentados aos órgãos de controle público e gestores e técnicos da Secretaria de Saúde. Para além da produção dos referidos relatórios serão realizadas oficinas de monitoramento com gestores da Secretaria de Saúde para identificar possíveis deficiências na alocação de recursos, no suporte técnico e na adequação das ações desenvolvidas aos objetivos iniciais dos planos de ação. Nessa perspectiva, também serão realizadas avaliações anuais da execução do Plano Municipal.

9. REFERÊNCIAS

Brasil. Ministério da Saúde. Sistema de Planejamento do SUS (PLANEJASUS): Instrumentos básicos. 2 ed. Brasília:MS, 2009. 56 p. (série cadernos de planejamento, v. 2).

_____. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília, DF, 21 de out. 2011.

Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html

_____. Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. Brasília, DF, 24 jun. 2011.

Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html

_____. Portaria nº 2.395, de 11 de outubro de 2011. Organiza o Componente Hospitalar da Rede de Atenção às Urgências no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Brasília, DF, 11 de out. 2011.

Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2395_11_10_2011.html

_____. Portaria nº 793, de 24 de abril de 2012. Institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF, 24 de abr. 2012.

Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0793_24_04_2012.html

_____. Portaria nº 252, de 19 de fevereiro de 2013. Institui a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Brasília, DF, 19 de fev. 2013.

Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0793_24_04_2012.html

_____. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde.

Brasília, DF, 23 dez. 2011.

Disponível em <http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/111276-3088.html>

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Vigitel Brasil 2012: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico.

Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 136 p.: il.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Plano Nacional de Saúde 2012-2015. Brasília 2011.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Assistência Farmacêutica no SUS/ Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 2007.

186 p. (Coleção Progestores – Para entender a gestão do SUS, 7).

_____. Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012. Regulamenta o §3º do art. 198 da Constituição Federal. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, Distrito Federal, 16 de jan. 2012.

Seção 1, p. 1. IBGE/Cidades, 2009 alterar para IBGE/Cidades, 2014.

Disponível em: Recife (PE). Prefeitura. 2014.

Disponível em: <http://www2.recife.pe.gov.br>. Acesso em: jan. 2014.

Pernambuco. Secretaria Estadual de Saúde. Plano Estadual de Saúde, 2012-2015. Recife, 2012.

Recife. Conselho Municipal de Saúde. Relatório da 11ª Conferência Municipal de Saúde: Saúde: O Recife na luta pela defesa do SUS, através do controle social. Recife, 2013.

_____. Secretaria de Saúde do Recife. Plano Municipal de Saúde, 2010-2013. Recife, 2010.

_____. Programa de Governo da Prefeitura do Recife, 2013.

TAMAKI, E. M. et al. Metodologia de construção de um painel de indicadores para o monitoramento e a avaliação da gestão do SUS. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 17(4):839-849, 2012.

USDHHS (2000). *Measuring Healthy Days*. Atlanta, G.A: Center for Disease Control and Prevention. Disponível em: <www.cdc.gov/nccdphp/brfss/htm>.