



2018
2021



PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE



RECIFE
PREFEITURA DA CIDADE

RECIFE, CAPITAL DO NORDESTE.

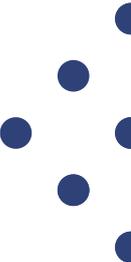


RECIFE, CAPITAL DO NORDESTE.

PREFEITURA DA CIDADE DO RECIFE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

SECRETARIA EXECUTIVA DE COORDENAÇÃO GERAL
DIRETORIA EXECUTIVA DE PLANEJAMENTO,
ORÇAMENTO E GESTÃO DA INFORMAÇÃO

Aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde do Recife
Resolução CMS/SESAU RECIFE Nº 009 de 22 de Fevereiro
de 2018



2018 - Secretaria de Saúde do Recife.

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

Tiragem: XX exemplares.

Produção, distribuição e informações:

Secretaria de Saúde do Recife
Secretaria Executiva de Coordenação Geral
Diretoria Executiva de Planejamento, Orçamento
e Gestão da Informação

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/](http://www2.recife.pe.gov.br/secretarias-e-orgaos/secretarias/saude/)

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

1ª Edição 2018

Ficha Catalográfica

RECIFE, Governo Municipal, Secretaria de Saúde do Recife, Secretaria Executiva de Coordenação Geral, Plano Municipal de Saúde 2018 - 2021 / Governo Municipal, Secretaria de Saúde do Recife, Recife. Secretaria Executiva de Coordenação Geral, Diretoria Executiva de Planejamento, Orçamento e Gestão da Informação. _ 1ª. Ed. - Secretaria de Saúde do Recife, 2018. xxx p.: - il.

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

Danielle Cesar Duca de Carvalho

Diretoria Executiva de Planejamento, Orçamento e Gestão da Informação

Dilermano Alves de Brito

Diretoria Executiva de Assuntos Jurídicos

Luciana Lima Pinheiro Caula Reis

Diretoria Executiva de Atenção à Saúde

Eliane Mendes Germano Lins

Diretoria Executiva de Administração e Finanças

Felipe Bittencourt Soares

Diretoria Executiva de Vigilância à Saúde

Joanna Paula Freire de Lima Silva

Diretoria Executiva de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde

Karina Maria Farias Tenório

Diretoria Executiva de Regulação em Saúde

Fernanda Casado

Diretoria Executiva de Articulação e Infraestrutura

Rodrigo Molina

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

Juliana Santiago de Moraes Rocha

Gerente do Distrito Sanitário V

Flávia Cristina Albuquerque Lira

Gerente do Distrito Sanitário VI

Manoela Gabriel Martins

Gerente do Distrito Sanitário VII

Ana Beatriz Vasconcelos Lima Araújo

Gerente do Distrito Sanitário VIII

Mônica de Moraes Gueiros

EQUIPE TÉCNICA DA DEPOGI:

Ana Carolina Freire da Silva

Ângela Siqueira Lima

Fábio Alencar

Isaac Melo Soares

Laura Rocha Tenório de Albuquerque

Maria de Fátima da Silva

Márcia Andréa Oliveira da Cunha

Walkerlucia do Rego Barros

COMPOSIÇÃO DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE

Colegiado Biênio 2016-2018

USUÁRIO

Titular: Rodrigo Barbosa da Silva - Ponto Cultural Espaço Livre do Coque - RPA 1

Suplente: Moises Severino Jose da Silva - Ponto Cultural Espaço Livre do Coque - RPA 1

Titular: Sebastiana Maria dos Prazeres – Conselho de Moradores da Ilha do Joaneiro - RPA 2

Suplente: Alberto Alves Correia - Conselho de Moradores da Ilha do Joaneiro - RPA 2

Titular: Lorena Gomes Raia – ONG Crescer Mangabeira - RPA 3

Suplente: Osmário Valério da Silva - Clube de Mães dos Moradores do Alto do Refúgio - RPA 3

Titular: Lucelena Cândido da Silva – Associação Grupo de Mães da Amizade dos Torrões - RPA 4

Suplente: Luciano de Paiva Ferreira - Associação Grupo de Mães da Amizade dos Torrões - RPA 4

Titular: Oscar Correia da Silva - Conselho de Moradores do Jiquiá - RPA 5

Suplente: Isaac Machado de Oliveira - Conselho de Moradores da Mustardinha - RPA 5

Titular: Maria Lúcia da Silva – Centro Comunitário da UR-12 - RPA 6

Suplente: Vera Lúcia Maria da Silva – Associação dos Moradores da Unidade Residencial 1 Ibura - RPA 6

Titular: Silvano Vale Paulino – Instituto de Desenvolvimento Social - IDS

Suplente: Angélica de Oliveira Araújo – Associação Pernambucana das Profissionais do Sexo - APPS

Titular: Rivânia Rodrigues da Silva - Articulação e Movimento para Travestis e Transexuais de Pernambuco - AMOTRANS

Suplente: Marluce Batista de Freitas - Associação de Defesa dos Usuários de Seguros, Planos e Sistema de Saúde - ADUSEPS

Titular: Elivânia Santos Matias de Sousa - Federação das Associações de Moradores de Núcleos de Cohab e Similares - FEMOCOHAB

Suplente: Judite Maria Álvares Cavalcante - Núcleo de Assistência aos Pacientes Hepáticos - NAPHE

Titular: Ubirajara Alves de Lima - Federação dos Círculos Operários de Pernambuco - FECOPE

Suplente: Sônia Maria de Oliveira Pinto - Centro de Ensino Popular e Assistencial Social do Recife Santa Paula Frassinetti - CEPAS

Titular: Juliana Araújo Cesar Tavares - GESTOS, Soropositividade, Comunicação e Gênero

Suplente: Euclides Monteiro Neto - Instituto Brasileiro Pró-Cidadania

Titular: Adrielly Araújo de Oliveira – CEBES – Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

Suplente: Marta Barbosa Coelho dos Santos – Instituto SOS Polis Cidadania,

Desenvolvimento e Sustentabilidade

TRABALHADOR

Titular: Vasti Maria da Silva Soares - Sindicato dos Agentes Comunitários de Saúde e Combate as Endemias do Estado de Pernambuco - SINDACS

Suplente: Ana Paula Ochoa Santos – Associação Brasileira de Enfermagem - ABEn

Titular: Keila Mary Tavares de Oliveira Lima - Sindicato dos Enfermeiros no Estado de Pernambuco - SEEPE

Suplente: Cristiano Batista do Nascimento - Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional - CREFITO 1ª Região

Titular: Priscila de Araújo Cavalcanti de Albuquerque - Sindicato dos Odontologistas no Estado de Pernambuco – SOEPE

Suplente: Íris Maria da Silva - Conselho Regional de Psicologia - CRP-02

Titular: Rosangela Cavalcanti de Albuquerque - Conselho Regional de Educação Física - CREF 12ª Região

Suplente: Micheline Alves de Moraes - Sindicato dos Psicólogos de Pernambuco - PSICOSIND

Titular: José Ribeiro da Silva - Sindicato dos Servidores Públicos Federais no Estado de Pernambuco - SINDSEP/PE

Suplente: Marise Matwizyn – Sindicato dos Farmacêuticos no Estado de Pernambuco - SINFARPE

Titular: Esdras Soares de Moraes - Sindicato dos Trabalhadores Públicos Federais da Saúde e Previdência Social no Estado de Pernambuco - SINDSPREV/PE

Suplente: A indicar - Sindicato dos Médicos de Pernambuco

GESTOR/PRESTADOR

Titular: Jaílson de Barros Correia - Secretaria Municipal de Saúde

Suplente: Danielle Cesar Duca de Carvalho - Secretaria Municipal de Saúde

Titular: Dilermano Alves de Brito - Secretaria Municipal de Saúde

Suplente: Kamila Matos de Albuquerque -

Secretaria Municipal de Saúde

Titular: Janaína Maria Brandão Silva -
Secretaria Municipal de Saúde

Suplente: Fernanda Costa Lima - Secretaria
Municipal da Mulher

Titular: Philip Cesar da Costa Borges Freire -
Santa Casa de Misericórdia

Suplente: Afra Suassuna Fernandes - IMIP

Titular: Sydia Rosana de Araújo Oliveira -
Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães

Suplente: Rejane Toledo da Silva - Faculdade
Pernambucana de Saúde - FPS

Titular: Rejane Maria Marinho da Cruz -
Laboratório Louis Pasteur

Suplente: Antônio Fernandes Cabral -
Laboratório Louis Pasteur

COMPOSIÇÃO DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE Colegiado Biênio 2018-2020

USUÁRIO

Titular: Leonilde de Souza Cunha - Templo de
Umbanda Mestre Cibamba - RPA 1

Suplente: Rodrigo Barbosa da Silva - Ponto
Cultural Espaço Livre do Coque - RPA 1

Titular: Rubens Alexandre Alves de
Albuquerque - Associação Defensora da Ilha do
Joaneiro - RPA 2

Suplente: Antônio José Gomes de Oliveira - Urso
Brilhante do Coque - RPA 2

Titular: Tatiana Roberta Pires Porto da Silva -
Associação Beneficente Progredir Vidas - RPA 3

Suplente: Adeilza de Souza - Clube de Mães
dos Moradores do Alto do Refúgio - RPA 3

Titular: Hermes José da Silva - Clube
Carnavalesco Misto Girafa em Folia - RPA 4

Suplente: Moises Severino Jose da Silva -
Associação Grupo de Mães da Amizade dos
Torrões - RPA 4

Titular: Isaac Machado de Oliveira - Associação
de Moradores da Mustardinha - RPA 5

Suplente: Edineide Ferreira da Silva - Conselho
de Moradores do Jiquiá - RPA 5

Titular: Lorena Gomes Raia - União dos

Moradores do Alto Asa Branca - RPA 6

Suplente: Maria de Fátima Alves de Brito -
Afoxé Omó Oba Dê - RPA 6

Titular: Adrielly Araújo de Oliveira - Centro
Brasileiro de Estudos de Saúde - CEBES

Suplente: Inez Maria da Silva - Pastoral da
Saúde Regional Nordeste 2

Titular: Sônia Maria de Oliveira Pinto - Centro
de Ensino Popular e Assistencial Social do
Recife Santa Paula Frassinetti - CEPAS

Suplente: Ubirajara Alves de Lima - Federação
dos Círculos Operários de Pernambuco -
FECOPE

Titular: Giorgio Coutinho Atademo - Central
Única dos Trabalhadores - CUT

Suplente: Marluce Batista de Freitas -
Associação de Defesa dos Usuários de Seguros,
Planos e Sistema de Saúde - ADUSEPS

Titular: Jair Brandão de Moura Filho - GESTOS,
Soropositividade, Comunicação e Gênero

Suplente: Maria Luiza Rodrigues de Aquino
- Articulação e Movimento para Travestis e
Transexuais de Pernambuco - AMOTRANS

Titular: Euclides Monteiro Neto - Instituto
Brasileiro Pró-Cidadania

Suplente: Vera Lúcia Maria da Silva - Federação
das Associações de Moradores de Núcleos de
Cohab e Similares - FEMOCO HAB

Titular: Veronildes Agna César Barbosa
Gomes - Núcleo de Assistência aos Pacientes
Hepáticos - NAPHE

Suplente: Bernardete Felipe de Melo -
Sociedade Pernambucana Especializada de
Defesa dos Animais e do Meio Ambiente

TRABALHADOR

Titular: Fábica Cristina Andrade da Silva
- Sindicato dos Agentes Comunitários de
Saúde e Combate as Endemias do Estado de
Pernambuco - SINDACS

Suplente: Daniela Amorim dos Santos -
Conselho Regional de Educação Física - CREF
12ª Região

Titular: Cristiano Batista do Nascimento -
Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia
Ocupacional - CREFITO 1ª Região

Suplente: Marise Matwizyn - Conselho
Regional de Farmácia de Pernambuco

Titular: Liana de Lisboa Pereira Emerenciano - Associação dos Profissionais de Educação Física no Estado de Pernambuco - APEF
Suplente: Priscila de Araújo Cavalcanti de Albuquerque - Sindicato dos Odontologistas no Estado de Pernambuco - SOEPE

Titular: Micheline Alves de Moraes - Sindicato dos Psicólogos de Pernambuco - PSICOSIND
Suplente: José Felipe Pereira - Sindicato dos Servidores Públicos Federais no Estado de Pernambuco - SINDSEP/PE

Titular: Ludmila Medeiros Outtes Alves - Sindicato dos Enfermeiros no Estado de Pernambuco - SEEPE
Suplente: Íris Maria da Silva - Conselho Regional de Psicologia - CRP-02

Titular: Magdiel Matias de Vasconcellos - Sindicato Profissional dos Auxiliares e Técnicos de Enfermagem de Pernambuco - SATEN/PE
Suplente: Esdras Soares de Moraes - Sindicato dos Trabalhadores Públicos Federais da Saúde e Previdência Social no Estado de Pernambuco - SINDSPREV/PE

GESTOR/PRESTADOR

Titular: Jaílson de Barros Correia - Secretária Municipal de Saúde
Suplente: Danielle Cesar Duca de Carvalho - Secretária Municipal de Saúde

Titular: Dilermano Alves de Brito - Secretária Municipal de Saúde
Suplente: Kamila Matos de Albuquerque - Secretária Municipal de Saúde

Titular: Janaína Maria Brandão Silva - Secretária Municipal de Saúde
Suplente: Fernanda Costa Lima - Secretária Municipal da Mulher

Titular: Manoel da Silva Almeida - Hospital Maria Lucinda
Suplente: A indicar - Hospital Evangélico de Pernambuco

Titular: Sydia Rosana de Araújo Oliveira - Fundação Oswaldo Cruz - FioCruz
Suplente: Rejane Toledo da Silva - Faculdade Pernambucana de Saúde - FPS

Titular: Ana Karla Góes Liberato de Mattos - Hospital do Câncer de Pernambuco - SPCC
Suplente: Rejane Maria Marinho da Cruz - Laboratório Louis Pasteur

EQUIPE DE ELABORAÇÃO:

Dilermano Alves de Brito
Diretor Executivo de Planejamento, Orçamento e Gestão da Informação

Kamila Matos de Albuquerque
Gerente de Planejamento e Informações Estratégicas

Alessandra Debone de Sousa
Gerente de Captação de Recursos

Renata Fernanda da Silva Fontes
Chefe de Divisão de Orçamento
Juliana Dantas Torres Ribeiro
Chefe de Divisão de Informações Estratégicas

Janaina Brandão
Chefe de Divisão de Gestão Estratégica e Participativa

Davi Pereira da Silva
Chefe de Divisão de Captação de Recursos

LISTA DE SIGLAS

ACCR - Acolhimento com Classificação de Risco

ACS - Agente Comunitário de Saúde

AD - Atenção Domiciliar

ADE - Adicional de Desempenho por Equipe

AIDS - Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

ATAN - Área Técnica de Alimentação e Nutrição

ASACE - Agente de Saúde Ambiental e Controle de Endemias

BCG - Bacilo de Calmette-Guérin

CAPS - Centro de Atenção Psicossocial

CASUSPE - Comitê de Auditoria do SUS de Pernambuco

CDS - Conselho Distrital de Saúde

CEO - Centro de Especialidades Odontológicas

CEREST - Centro de Referência em Saúde do Trabalhador

CF - Constituição Federal

CFT - Comissão Municipal de Farmácia e Terapêutica

CIEVS - Centro de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde

CMG - Coeficiente de Mortalidade Geral

CMS - Conselho Municipal de Saúde

CnaR - Consultório na Rua

CNES - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

CS - Centros de Saúde

CSAP - Condições Sensíveis à Atenção Básica

DAF - Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos

DCNT - Doenças Crônicas Não Transmissíveis

DEAS - Diretoria Executiva de Atenção à Saúde

DEGTES - Diretoria Executiva de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde

DERS - Diretoria Executiva de Regulação em Saúde

DM - Diabetes Mellitus

DNV - Declaração de Nascidos Vivos

DS - Distritos Sanitários

DST - Doenças Sexualmente Transmissíveis

EACS - Equipe de Agentes Comunitários de Saúde

EC29 - Emenda Constitucional 29

eCnaR - Equipes de Consultório na Rua

EMAD - Equipe Multidisciplinar de Atenção Domiciliar

EMAP - Equipe Multidisciplinar de Apoio

EMLURB - Empresa de Manutenção e Limpeza Urbana

ENASF - Equipes de Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica

ESB - Equipes de Saúde Bucal

ESF - Estratégia de Saúde da Família

FAV - Fundação Altino Ventura

FF - Farmácia da Família

GGAB - Gerência Geral de Atenção Básica

GMAIES - Gerência de Monitoramento da Assistência

GT - Grupo de Trabalho

HAS - Hipertensão Arterial Sistêmica

HMR - Hospital da Mulher do Recife

IDEB - Índice de Desenvolvimento da Educação Básica

IDH - Índice de Desenvolvimento Humano

IDHM - Índice de Desenvolvimento Humano Municipal

IES - Instituição de Ensino Superior

IESC - Integração, Ensino, Serviço e Comunidade

IMC - Índice de Massa Corporal

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

INEP - Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais

LGBT - Lésbicas, Gays, Bissexuais e Transexuais

LMSP - Laboratório Municipal de Saúde Pública

MAC - Média e Alta Complexidade

ME - Ministério da Educação

MS - Ministério da Saúde

NAPI - Núcleo de Apoio a Práticas Integrativas

NASF - Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica

NAST - Núcleo Municipal de Atenção à Saúde do Trabalhador

NV - Nascidos Vivos

OMS - Organização Mundial da Saúde

ONG - Organização Não Governamental

PAC - Programa Academia da Cidade

PBF - Programa Bolsa Família na Saúde

PCCV - Plano de Cargos, Carreiras e Vencimentos

PCCDV - Plano de Cargos, Carreiras, Desenvolvimento e Vencimentos

PCD - Política da Pessoa com Deficiência

PETSAÚDE - Programa Nacional de Educação pelo Trabalho para a Saúde

PICS - Práticas Integrativas e Complementares em Saúde

PMAQ - Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica

PMCR - Programa Mãe Coruja Recife

PMPICS - Política Municipal de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde

PNAISP - Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional

PNH - Política Nacional de Humanização

PNI - Programa Nacional de Imunização

PNM - Política Nacional de Medicamentos

PNSVIT. A - Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A

PQAVS - Programa de Qualificação das Ações de Vigilância em Saúde

PSA - Programa de Saúde Ambiental

PSE - Programa Saúde na Escola

PTS - Projeto Terapêutico Singular

RAS - Rede de Atenção à Saúde

RAPS - Rede de Atenção Psicossocial

REMUME - Relação Municipal de Medicamentos Essenciais

RENAME - Relação Nacional de Medicamentos Essenciais

RMR - Região Metropolitana do Recife

RPA - Regiões Político-Administrativas

RSI - Regulamento Sanitário Internacional

RUE - Rede de Atenção às Urgências e Emergências

SAMU - Serviço de Atendimento Médico de Urgência

SAD - Serviços de Atenção Domiciliar

SAS - Serviço de Atenção ao Servidor

SCZv - Síndrome Congênita do Zika Vírus

SISPACTO - Sistema de Pactuação do Sistema Único de Saúde

SPA - Serviço de Pronto Atendimento

SESAU - Secretaria de Saúde do Recife

SINAN-NET - Sistema de Informação de Agravos de Notificação

SISREG - Sistema de Regulação

SISVAN - Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional

SNA - Sistema Nacional de Auditoria

SRT - Serviços Residenciais Terapêuticos

SUS - Sistema Único de Saúde

TDO - Tratamento Diretamente Observado

UA - Unidade de Acolhimento

UBS - Unidade Básica de Saúde

UBT - Unidade Básica Tradicional

UCI - Unidade de Cuidados Intermediários

UCIS - Unidade de Cuidados Integrals à Saúde

UNICEF - Fundo das Nações Unidas para a Infância

UPA - Unidade de Pronto Atendimento

UPA-E - Unidade Pública de Atendimento Especializado

URA - Unidade de Resposta Audível

USF - Unidade de Saúde da Família

UTI - Unidade de Terapia Intensiva

VIGITEL - Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por Inquérito Telefônico

ZEIS - Zonas Especiais de Interesse Social

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. População residente por Distrito Sanitário. Recife, 2017.

Tabela 2. Leitos hospitalares existentes no município de Recife, segundo especialidades. Recife, 2017.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Pirâmide Etária. Recife, 2017.

Gráfico 2. Grau de instrução da população. Recife, 2010.

Gráfico 3. IDEB dos anos iniciais e finais do ensino fundamental da rede pública. Brasil, Pernambuco e Recife, 2015.

Gráfico 4. Domicílios particulares permanentes, por classes de rendimento nominal mensal da pessoa responsável pelo domicílio. Recife, 2010.

Gráfico 5. Proporção de domicílios particulares permanentes, por tipo de saneamento. Recife, 2010.

Gráfico 6. Índice de Desenvolvimento Humano do Brasil, Pernambuco e Recife, 2010.

Gráfico 7. Número de nascidos vivos e taxa de natalidade (por 1.000 hab) de mães residentes no Recife. Recife, 2007 - 2017.

Gráfico 8. Proporção de nascidos de mães adolescentes (10 a 19 anos). Recife, 2007 - 2017.

Gráfico 9. Proporção de nascidos vivos segundo número de consultas de pré-natal. Recife, 2007 - 2017.

Gráfico 10. Número de óbitos e taxa de mortalidade (por 1.000 habitantes) de residentes no Recife. Recife, 2007 - 2017.

Gráfico 11. Proporção de óbitos segundo principais causas de morte (Cap. CID10). Recife, 2007 - 2017.

Gráfico 12. Coeficiente de mortalidade fetal (por 1.000 nascimentos) e infantil (por 1.000 nascidos vivos) segundo componente etário. Recife, 2007 - 2017.

Gráfico 13. Razão da mortalidade materna (por 100.000 nascidos vivos). Recife, 2007 - 2017.

Gráfico 14. Taxa de Detecção na população geral e em < 15 anos, por 100.000 habitantes de casos de hanseníase. Recife, 2007 - 2017.

Gráfico 15. Proporção de cura e abandono de casos de hanseníase. Recife, 2007 - 2017.

Gráfico 16. Proporção contatos examinados dos casos de hanseníase. Recife, 2007 - 2017.

Gráfico 17. Total de casos notificados, taxa de detecção de Tuberculose em todas as formas e Pulmonar Bacilífera, por 100 mil habitantes. Recife, 2007 - 2017.

Gráfico 18. Proporção de cura e abandono em todas as formas e bacilífera, por 100 mil habitantes. Recife, 2007 - 2017.

Gráfico 19. Proporção contatos examinados de casos de tuberculose. Recife, 2007 - 2017.

Gráfico 20. Número de óbitos e taxa de mortalidade por tuberculose. Recife, 2007 - 2017.

Gráfico 21. Índice de Positividade (%) e número de hemoscopias noturnas realizadas. Recife, 2003 - 2017.

Gráfico 22. Número de casos e Coeficiente de Detecção de Dengue por 100.000 habitantes. Recife, 2007 - 2017.

Gráfico 23. Diagrama de controle dos casos prováveis das arboviroses por semana epidemiológica. Recife, 2015 - 2017.

Gráfico 24. Número de casos suspeitos em nascidos vivos com microcefalia

notificados e confirmados por infecção congênita do vírus Zika. Recife, 2015 - 2017.

Gráfico 25. Coeficiente de Detecção de doenças imunopreveníveis segundo ano de ocorrência. Recife, 2007 - 2017.

Gráfico 26. Número de casos de Aids segundo sexo, ano de diagnóstico e tendência linear. Recife, 2007 - 2017.

Gráfico 27. Número de casos de Aids em pacientes com menos de 13 anos de idade de ambos os sexos, segundo ano de diagnóstico e tendência linear. Recife, 2007 - 2017.

Gráfico 28. Número de casos de infecção pelo HIV segundo sexo e ano de diagnóstico. Recife, 2014 - 2017.

Gráfico 29. Distribuição dos óbitos prematuros (30 a 69 anos de idade) pelas principais doenças crônicas não transmissíveis. Recife, 2007 - 2017.

Gráfico 30. Taxa de mortalidade prematura (30 a 69 anos de idade) pelas principais doenças crônicas não transmissíveis. Recife, 2007 - 2017.

Gráfico 31. Percentual de adultos (≥ 18 anos) que referem ao diagnóstico de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus, segundo VIGITEL. Recife, 2006 - 2016.

Gráfico 32. Números internações hospitalares por Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial. Recife, 2007 - 2016.

Gráfico 33. Números de óbitos por Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial. Recife 2007 - 2016.

Gráfico 34. Distribuição dos óbitos segundo principais tipos de neoplasias (Cap. II CID10). Recife, 2007 - 2016.

Gráfico 35. Distribuição dos óbitos por causa externa (Cap XX CID10) segundo tipo. Recife, 2007 - 2016.

Gráfico 36. Orçamento da Saúde (em milhões de reais). Recife, 2006 - 2017.

Gráfico 37. Percentual de recursos próprios destinados à Saúde. Recife, 2006 - 2017

Gráfico 38. Evolução da composição da força de trabalho da Secretaria Municipal de Saúde do Recife. Recife, 2006 - 2016.

Gráfico 39. Distribuição dos atendimentos por tipo de contato. Ouvidoria SUS Recife, JAN-NOV/2017.

Gráfico 40. Proporção de nascidos vivos com parto realizado nas maternidades do Recife segundo município de residência da mãe. Recife, 2007 - 2016

Gráfico 41. Proporção de nascidos vivos das maternidades do Recife segundo tipo de parto. Recife, 2007 - 2016

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Divisão territorial de saúde. Distritos Sanitários, Recife, 2018.

Figura 2. Mapa de distribuição da população por bairros. Recife, 2017.

Figura 3. Mapa das Zonas Especiais de Interesse Social - ZEIS. Recife, 2016.

Figura 4. Principais causas de internações hospitalares (Capítulos da CID-10) de residentes em Recife. Recife, 2012 - 2017.

Figura 5. Organograma da Secretaria de Saúde do Recife.

Figura 6. Rede Básica de Saúde. Recife, 2017.

Figura 7. Rede especializada. Recife, 2017

Figura 8. Rede de Atenção Psicossocial. Recife, 2017

LISTA DE QUADROS

Quadro 1. Rede Própria de Saúde do Recife. Recife, 2017.

Quadro 2. Demonstrativo da despesa por unidade orçamentária e programa/ Unidade Orçamentária Secretaria de Saúde - Administração Direta 2018 - 2021. Recife, 2017.

Quadro 3. Demonstrativo da Despesa por Unidade Orçamentária e Programa. Secretaria de Saúde do Recife, 2018 - 2021. Recife 2017.

SUMÁRIO

Lista de siglas

Lista de tabelas

Lista de gráficos

Lista de figuras

Lista de quadros

Apresentação

1.	Análise Situacional	18
1.1	Localização geográfica	18
2.	Território de Saúde do Recife	18
2.1.	As Regiões Político-Administrativas e os Distritos Sanitários	18
2.2.	A inserção do Recife no desenho das Redes Regionais de Saúde de Pernambuco	19
3.	Aspectos Demográficos	20
3.1.	Pessoas com Deficiência	21
4.	Determinantes e Condicionantes de Saúde	21
4.1.	Aspectos Socioeconômicos	21
4.1.1.	Educação	21
4.1.2.	Emprego e Rendimento	22
4.1.3.	Habitação e Infraestrutura	23
4.2.	Condições de Vida	23
4.3.	Hábitos e Estilo de Vida	25
4.3.1.	Tabagismo	25
4.3.2.	Consumo Alimentar	25
4.3.3.	Atividade Física	25
4.3.4.	Consumo de Bebidas Alcolólicas	25
4.3.5.	Excesso de Peso	26
5.	Condições de Saúde da População	26
5.1.	Natalidade	26
5.2.	Mortalidade	28
5.2.1.	Mortalidade Geral	28
5.2.2.	Mortalidade Fetal e Infantil	29
5.2.3.	Mortalidade Materna	30
5.3.	Doenças Transmissíveis	30
5.3.1.	Hanseníase	30
5.3.2.	Tuberculose	31
5.3.3.	Filariose	33
5.3.4.	Arboviroses	34
5.3.5.	Síndrome Congênita Associada à Infecção pelo Vírus Zika	35
5.3.6.	Doenças Imunoprovíníveis	36
5.3.7.	Vírus da Imunodeficiência Humana e Síndrome da Imunodeficiência Humana	37
5.3.8.	Sífilis	38
5.4.	Doenças e Agravos Não Transmissíveis	39
5.4.1.	Doenças Crônicas não Transmissíveis	39
5.4.1.1.	Hipertensão e Diabetes	40
5.4.1.2.	Neoplasias	42
5.4.2.	Causas Externas	42
5.5.	Morbidade Hospitalar	43

6.	Gestão Pública em Saúde	43
6.1.	Estrutura da Secretaria de Saúde	43
6.2.	Planejamento, Orçamento e Gestão da Informação	44
6.3.	Gestão do Trabalho e Educação na Saúde	45
6.4.	Participação e Controle Social	49
7.	Regulação	49
7.1.	Ampliação da Rede Regulatória Municipal	50
7.2.	Gestão da Oferta e Fila de Espera	50
8.	Ouvidoria e Auditoria no SUS	51
8.1.	Ouvidoria no SUS	51
8.2.	Auditoria no SUS	52
9.	Rede de Atenção à Saúde	52
9.1.	Atenção Básica	53
9.1.1.	Apoio Matricial e Educação Permanente	55
9.1.2.	Serviço de Atenção Domiciliar	55
9.2.	Atenção Especializada	55
9.3.	Atenção Hospitalar	56
9.4.	Atenção às Urgências e Emergências	58
9.5.	Assistência Farmacêutica	59
9.6.	Serviços de Diagnóstico e Terapia	60
9.7.	Rede Complementar	60
10.	Redes Temáticas	61
10.1.	Rede de Atenção Psicossocial	61
10.1.1.	Programa de Controle de Tabagismo	61
10.2.	Rede Materno Infantil (Rede Cegonha)	63
10.3.	Rede de Cuidados a pessoa com Deficiência	65
10.4.	Rede de Atenção à pessoa com Doenças Crônicas	66
11.	Serviços de Vigilância em Saúde	67
11.1.	Vigilância Epidemiológica	67
11.2.	Vigilância Ambiental	67
11.3.	Vigilância da Saúde do Trabalhador	68
11.4.	Vigilância Sanitária	69
11.5.	Centro de Informações Estratégicas	69
12.	Diretrizes, Objetivos, Ações e Metas	70
12.1.	Diretriz 1: Fortalecimento da atenção básica e aprimoramento das redes de atenção ampliando o acesso com qualidade e eficiência	70
12.2.	Diretriz 2: Fortalecimento da política de assistência farmacêutica	75
12.3.	Diretriz 3: Ampliação e aperfeiçoamento do acesso às ações de média e alta complexidade	76
12.4.	Diretriz 4: Ampliação dos investimentos em saúde	80
12.5.	Diretriz 5: Desenvolvimento das ações estratégicas de vigilância em saúde	81
12.6.	Diretriz 6: Valorização do trabalho e educação na saúde	84
12.7.	Diretriz 7: Qualificação e inovação dos processos de gestão, governança e financiamento	86
12.8.	Diretriz 8: Fortalecer as instâncias do controle social e os canais de interação com o usuário, com garantia de transparência e participação cidadã	89
13.	Previsão Orçamentária	90
14.	Plano de Monitoramento e Avaliação do PMS 2018 - 2021	91
15.	Referências	95

APRESENTAÇÃO

O Plano Municipal de Saúde (PMS) do Recife para o quadriênio 2018-2021 expressa os compromissos do Governo Municipal com a saúde dos/das recifenses. A construção deste documento tomou como principais elementos norteadores: o Plano de Governo estabelecido para o período 2017-2020, o Modelo de Gestão Pública por Resultados adotados no Recife, a Avaliação do PMS 2014-2017. Mas, sobretudo, este documento é o resultado do valoroso e democrático debate ocorrido na 13ª Conferência de Saúde do Recife.

A metodologia de trabalho adotada na Conferência, com debates temáticos, elaboração e priorização de propostas, foi um avanço na participação popular e no controle social. A publicização das estratégias adotadas e dos resultados almejados é fruto de um processo de formulação e decisão que se respaldou em análises técnicas, baseadas no cenário sociodemográfico e epidemiológico, na análise dos contextos político e econômico e, sobretudo, considerou os problemas de maior relevância identificados pela população.

Tomando como referência as propostas priorizadas na 13ª Conferência, este PMS visa compartilhar e dar transparência às diretrizes, objetivos, ações e metas que pautarão a agenda municipal no quadriênio. As definições têm como base a adoção de medidas capazes de impactar os problemas de saúde da cidade, de forma factível e eficiente. Vale dizer que o Conselho Municipal de Saúde (CMS) teve uma atuação fundamental na construção deste documento, desempenhando seu papel propositivo e deliberativo.

Este PMS está estruturado em três partes. A primeira descreve a análise situacional do município, na qual consta um breve perfil da cidade, o panorama demográfico, os aspectos sobre os determinantes, condicionantes e condições de saúde da população, a estrutura da Secretaria de Saúde, explicitando o modelo da gestão a partir das funções desenvolvidas, composição dos programas e projetos, além dos recursos e estruturação da rede assistencial.

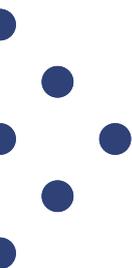
A segunda parte apresenta os objetivos, ações e metas programadas com base em oito diretrizes que demarcam os compromissos da gestão: Ampliação e fortalecimento da atenção básica com aprimoramento das redes de atenção: acesso com qualidade e eficiência; Fortalecimento da política de assistência farmacêutica; Ampliação e aperfeiçoamento do acesso às ações de média e alta complexidade; Ampliação dos investimentos em saúde; Desenvolvimento das ações estratégicas de vigilância em saúde; Valorização do trabalho e educação na saúde; Qualificação e inovação dos processos de gestão, governança e financiamento; Fortalecimento das instâncias do controle social e os canais de interação com o usuário, com garantia de transparência e participação cidadã.

A definição das ações e metas estratégicas está 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. Em conformidade com as mais recentes normas do SUS, as ações planejadas foram orçadas e apresentados os respectivos programas e ações correspondentes na Lei Orçamentária Anual do Município.

Por fim, a terceira parte, para fortalecer a prática do planejamento de forma cotidiana, contempla a proposta de monitoramento e avaliação que visa apoiar e aprimorar a gestão na busca por resultados efetivos nas condições de saúde dos/das recifenses. Cumprir as metas propostas no PMS no atual e desafiante contexto político e econômico é uma tarefa que exige modernização na gestão pública e clara defesa da sustentabilidade e dos princípios do SUS. Nesse sentido, reafirmamos esses compromissos.

Jailson Correia

Secretário de Saúde do Recife



1. ANÁLISE SITUACIONAL

1.1. LOCALIZAÇÃO GEOGRÁFICA

Recife 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.

2. TERRITÓRIO DE SAÚDE DO RECIFE

2.1 A INSERÇÃO DO RECIFE NO DESENHO DAS REDES REGIONAIS DE SAÚDE DE PERNAMBUCO

Recife ocupa lugar de destaque no desenho das redes regionais de saúde de Pernambuco. É sede da Macrorregional I do estado, arranjo territorial que agrega as Regiões I, II, III e XII de Saúde, com o objetivo de organizar, entre si, ações e serviços de média e alta densidade tecnológica (procedimentos/ações que requerem maior tecnologia e cuja demanda requer agregação, ou seja, otimização dos serviços, com economia de escala).

Além disso, o município é também sede da I Região de Saúde do estado, que se apresenta como espaço geográfico contínuo constituído por 20 municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e que compartilham redes de comunicação e infraestrutura de serviços públicos, com finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde.

A I Região de Saúde destaca-se pela forte concentração econômica e demográfica com relação ao restante do estado. Os municípios que compõem essa Região concentram mais de 65% do PIB e 44,44% da população de Pernambuco. É ainda uma importante base para o suporte em ciência e tecnologia e serviços especializados. A I Região de Saúde divide-se em 03 microrregiões. Recife compõe a Micro I, juntamente com os Municípios de Abreu e Lima, Fernando de Noronha, Igarassu, Ilha de Itamaracá, Itapissuma, Paulista e Olinda. A Microrregião II se compõe de Camaragibe, São Lourenço da Mata, Chã de Alegria, Chã Grande, Glória de Goitá, Pombos e Vitória de Santo Antão. A Microrregião III é formada por Cabo de Santo Agostinho, Ipojuca e Jaboatão dos Guararapes.

Na perspectiva de organização das redes regionais de atenção à saúde, é com esses municípios que Recife deve estabelecer pactos para organização do acesso aos serviços minimamente obrigatórios no âmbito das regiões de saúde: atenção primária, atenção ambulatorial e hospitalar, urgência e emergência, atenção psicossocial e vigilância em saúde.

Além disso, por comportar parte significativa dos serviços diagnósticos e assistenciais de alta densidade tecnológica, pertencentes, sobretudo, a rede estadual federal e filantrópica de serviços de saúde, localizada em seu território, Recife é referência na oferta de diversos serviços em nível macrorregional e mesmo em nível estadual, que compõem as linhas de cuidado prioritárias no estado: cardiologia, oncologia, urgência/emergência com ênfase em trauma, materno-infantil, nefrologia, saúde mental, saúde bucal e oftalmologia.

Essa concentração de serviços localizados no Recife, com fluxos assistenciais definidos para o seu território, propicia uma constante pressão pela utilização dos estabelecimentos de saúde pertencentes à rede de atenção sob gestão do município. Nesse sentido, a participação efetiva do Recife nos espaços de pactuação e deliberação formais do SUS é um desafio premente para o aprimoramento de pactos assistenciais e financeiros em âmbito regional.

Recife vem desenvolvendo estratégias para o aperfeiçoamento da regulação assistencial, dispondo de experiência acumulada na organização do acesso por meio, por exemplo, da implantação de serviços de classificação de risco e estratégias de gestão das filas de espera para consultas e exames e ocupa lugar de destaque na oferta de serviços na I Região. Nesse cenário, a participação do município na elaboração do Plano Regional Integrado na I Região de saúde emerge como desafio promissor na organização do acesso aos serviços e cuidados em saúde.

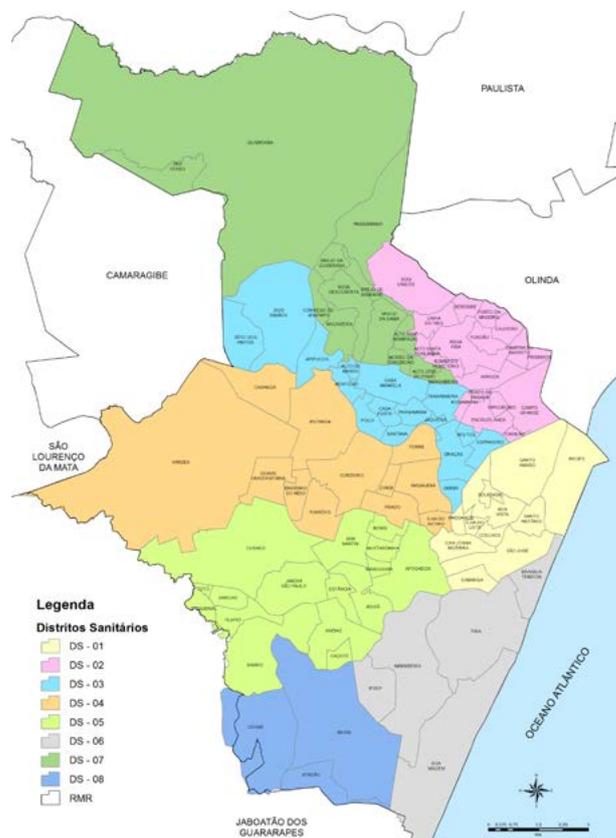
2.2. – AS REGIÕES POLÍTICO-ADMINISTRATIVAS E OS DISTRITOS SANITÁRIOS.

Com uma composição territorial diversificada, a cidade está dividida em 94 bairros aglutinados em 6 Regiões Político-Administrativas (RPA) e em 08 Distritos Sanitários (DS).

A partir do ano de 2013, estruturou-se uma nova divisão político administrativa da saúde, com a criação de dois novos distritos sanitários, desmembrando os dois distritos mais populosos. A nova divisão representou um marco importante para a gestão dos territórios envolvidos, pleito há tempos solicitado pelos usuários/as trabalhadores/as e gestores/as do SUS.

A distribuição dos bairros por DS ficou da seguinte forma (Figura 1):

Figura 1. Divisão territorial de saúde. Distritos Sanitários, Recife, 2018.



Fonte: Diretoria de Planejamento, Orçamento e Gestão da Informação/SECG/SESAU. Recife, 2018.

DS I (RPA 1 - centro: 11 bairros) - Recife, Cabanga, Soledade, Santo Amaro, São José, Coelhos, Boa Vista, Paissandu, Ilha Joana Bezerra, Santo Antônio, Ilha do Leite.

DS II (RPA 2- norte: 18 bairros) - 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 (RPA 3- noroeste: 16 bairros) - Aflitos, Alto do Mandú, Apipucos, Casa Amarela, Casa Forte, Derby, Dois Irmãos, Espinheiro, Graças, Jaqueira, Monteiro, Parnamirim, Poço, Santana, Sítio dos Pintos, Tamarineira.

DS IV (RPA 4 - oeste: 12 bairros) - Cidade Universitária, Engenho do Meio, Madalena, Várzea, Torrões, Torre, Iputinga, Prado, Zumbi, Cordeiro, Ilha do Retiro, Caxangá.

DS V (RPA 5 - sudoeste: 16 bairros) - Caçote, Mangueira, Bongí, Mustardinha, Curado, San Martin, Jardim São Paulo, Areias, Sancho, Barro, Estância, Tejiipió, Coqueiral, Jiquiá, Totó, Afogados.

DS VI (RPA 6 - sul: 5 bairros) - Boa Viagem, Brasília Teimosa, Imbiribeira, Ipsep e Pina.

DS VII (RPA 3 - 13 bairros) - Alto José Bonifácio, Alto José do Pinho, Mangabeira, Morro da Conceição, Vasco da Gama, Brejo da Guabiraba, Brejo de Beberibe, Córrego do Jenipapo, Guabiraba, Macaxeira, Nova Descoberta, Passarinho, Pau Ferro.

DS VIII (RPA 6- 3 bairros) - Ibura, Jordão e Cohab.

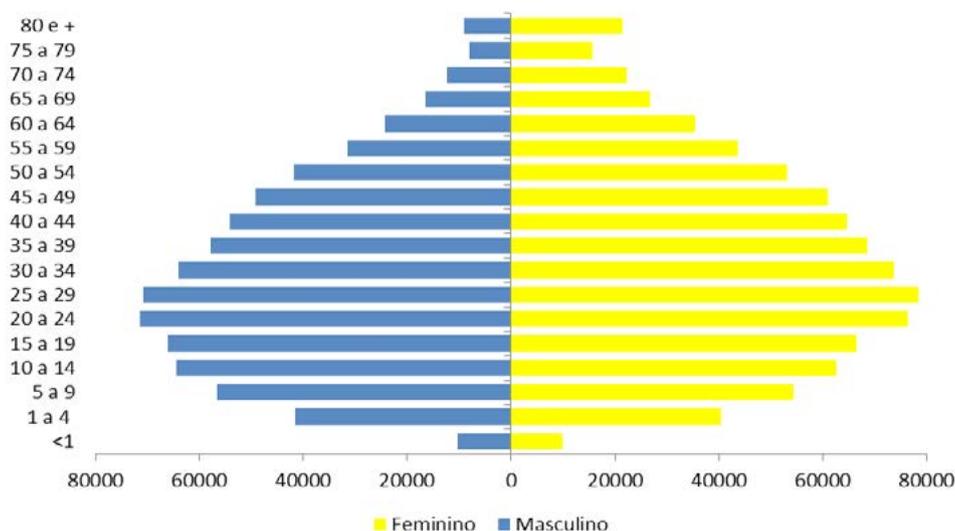
Os novos distritos reforçam o desafio de fortalecer as ações de saúde desenvolvidas nos territórios, respeitando os princípios da regionalização e hierarquização, prezando pela maior eficiência econômica e social.

3. ASPECTOS DEMOGRÁFICOS

Recife é totalmente urbano, com densidade demográfica de 7.037,61 habitantes/km² e população estimada de 1.633.697 habitantes no ano de 2017.

Ao analisar a pirâmide etária, verifica-se que a população feminina corresponde a 53,34% da população total e que os jovens na faixa etária de 20 a 39 anos são predominantes (Gráfico 1).

Gráfico 1. Pirâmide Etária. Recife, 2017.



Fonte: Censo IBGE, 2010.

Pensando-se a divisão político administrativa da saúde, destacamos que a maior concentração populacional encontra-se no DS IV, compreendendo a 18,24% da população, enquanto o DSI apresenta-se como menos populoso, correspondendo a 5,10% da população, conforme mostra a Tabela 1:

Tabela 1. População residente por Distrito Sanitário. Recife, 2017.

Distrito Sanitário	Homens	Mulheres	Estimativa 2017	Percentual por DS
I	37.588	45.263	82.850	5,10
II	108.710	126.335	235.045	14,48
III	61.137	76.446	137.583	8,48
IV	135.992	160.083	296.075	18,24
V	127.781	148.732	276.513	17,04
VI	117.539	141.664	259.203	15,97
VII	89.398	99.140	188.538	11,62
VIII	69.231	78.103	147.334	9,08
Ign			10.555	
Recife	743.663	871.417	1.633.697	100,0

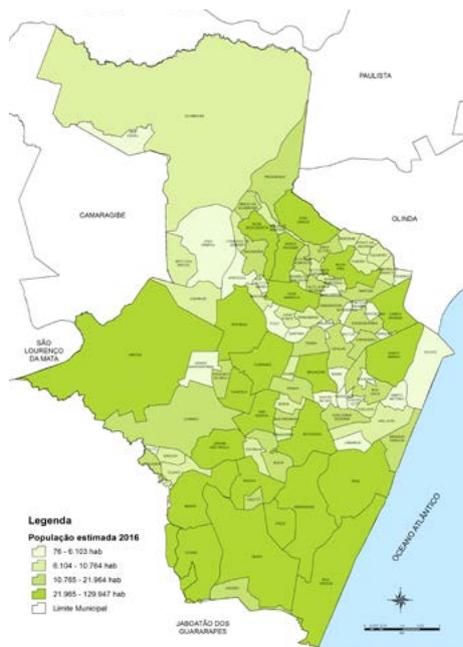
Fonte: Censo IBGE, 2010.

Nota 1: A população de 2017 por DS e sexo, foi estimada a partir do Censo de 2010, utilizando para a população total do Recife as projeções do IBGE.

Nota 2: Do total, foram excluídos 10.503 habitantes com Distrito Sanitário ignorado

Com relação aos bairros, observa-se que 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, Mangabeira e Ilha do Leite os menos populosos (Figura 2).

Figura 2. Mapa de distribuição da população por bairros. Recife, 2016.



Fonte: Diretoria de Planejamento, Orçamento e Gestão da Informação/SECG/SESAU. Recife, 2018.

3.1. PESSOAS COM DEFICIÊNCIA

Segundo Censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) de 2010, no Brasil, 23,9% da população (45,6 milhões de pessoas) têm algum tipo de deficiência. Em Pernambuco, esse recorte é de 27,58% da população total. No Recife, mais de 431 mil pessoas (23,87% da população residente) têm pelo menos um tipo de deficiência, seja visual, motora, mental ou intelectual.

Dentre as deficiências, a visual é a que tem maior expressividade (22,1% da população), seguida pela motora (8,91% da população). A deficiência auditiva está presente em 5,62% da população, enquanto a deficiência mental ou intelectual acomete 1,56%.

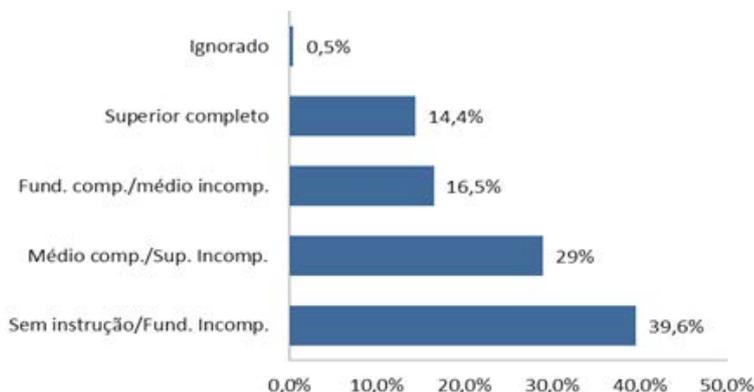
4. DETERMINANTES E CONDICIONANTES DE SAÚDE

4.1. ASPECTOS SOCIOECONÔMICOS

4.1.1. EDUCAÇÃO

A educação é indispensável para o exercício dos direitos políticos e sociais. O Gráfico 2, descreve os percentuais do grau de instrução dos/das recifenses.

Gráfico 2. Grau de instrução da população. Recife, 2010.

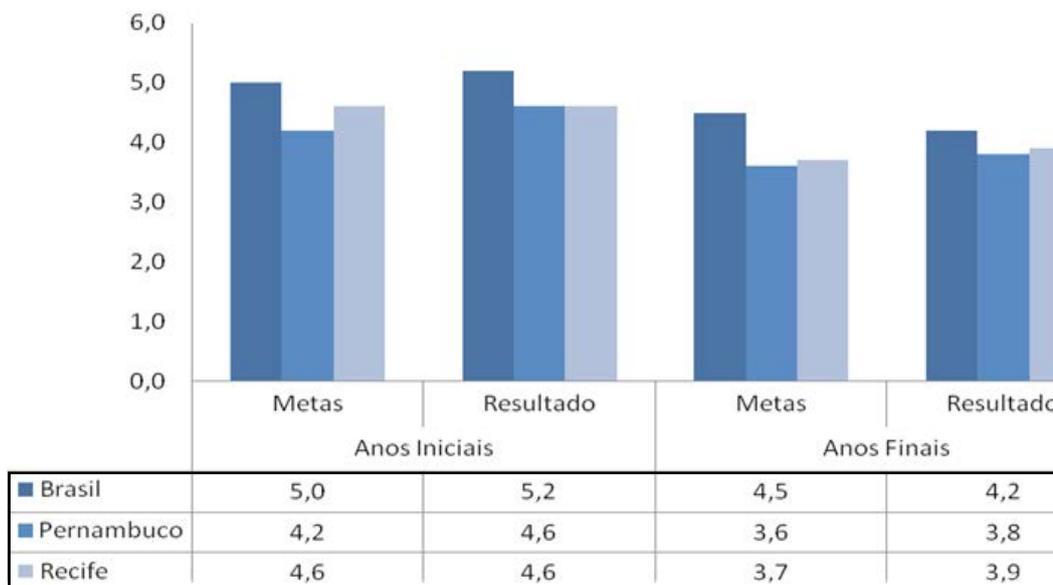


Fonte: Censo IBGE, 2010.

O Índice de Desenvolvimento da Educação Básica (IDEB) é um indicador nacional que possibilita o monitoramento da qualidade da Educação, sendo calculado a partir de dois componentes: a taxa de rendimento escolar (aprovação) e as médias de desempenho nos exames aplicados pelo Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais (INEP). Tem-se como meta alcançar indicador nacional de seis pontos até 2022, média correspondente ao sistema educacional dos países desenvolvidos.

De acordo com o Ministério da Educação (ME), Recife apresentou em 2015, o IDEB de 4,6 para os anos iniciais (1º ao 5º ano do ensino fundamental da rede pública) e de 3,9 para os anos finais (5º ao 9º ano). Ambos atingiram a meta proposta.

Gráfico 3. IDEB dos anos iniciais e finais do ensino fundamental da rede pública. Brasil, Pernambuco e Recife, 2015.



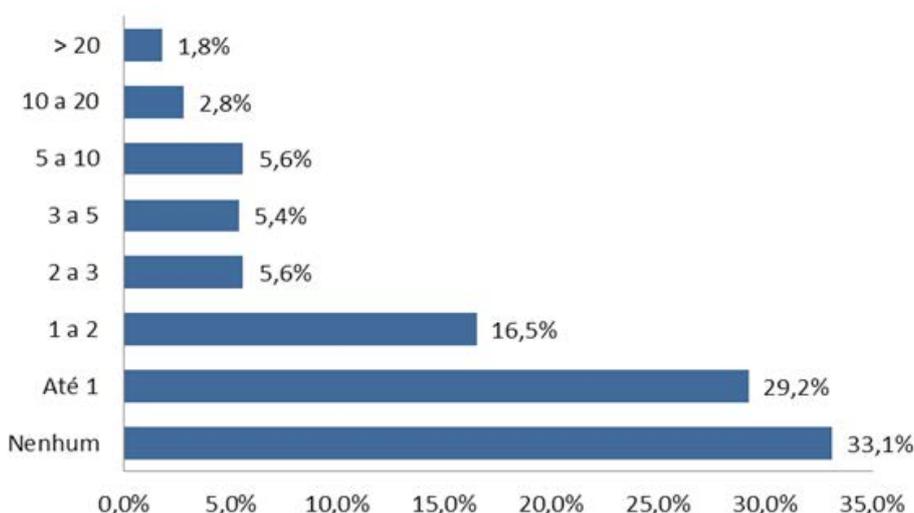
Fonte: IDEB/INEP 2015.

4.1.2. EMPREGO E RENDIMENTO

A Região Metropolitana do Recife (RMR) é formada por espaços socioeconômicos historicamente consolidados. Quanto ao tamanho populacional e a renda per capita, Recife agrega o maior núcleo entre os quatro maiores municípios da RMR (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 no município. Quanto à renda, observa-se que a maior parte dos domicílios não possui nenhum rendimento (33,1%) ou dispõe de até um salário mínimo (29,2%), e que a minoria da população (1,8%), apresenta renda maior a 20 salários mínimos (Gráfico 4). 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).

Gráfico 4. Domicílios particulares permanentes, por classes de rendimento nominal mensal da pessoa responsável pelo domicílio. Recife, 2010.

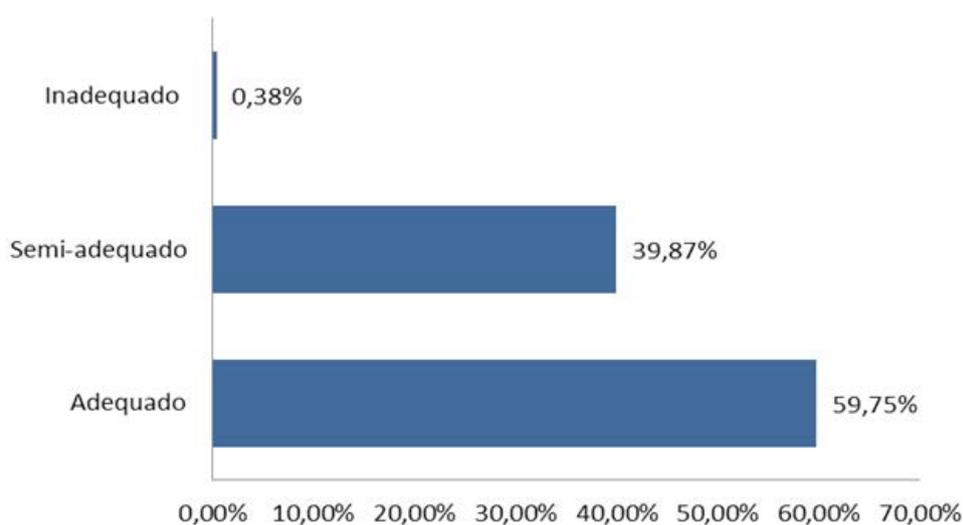


Fonte: Censo IBGE, 2010.

4.1.3. HABITAÇÃO E INFRAESTRUTURA

Segundo o documento Indicadores Sociais Municipais/IBGE, o saneamento pode ser classificado em três tipos: adequado (domicílios com escoadouros ligados à rede-geral ou fossa séptica, servidos de água proveniente de rede geral de abastecimento e com destino do lixo coletado diretamente ou indiretamente pelos serviços de limpeza); semi-adequado (domicílios que possuem, pelo menos, um dos serviços de abastecimento de água, esgoto ou lixo classificado como adequado); inadequado (domicílios com escoadouro ligado à fossa rudimentar, vala, rio, lago ou mar e outro escoadouro; servidos de água proveniente de poço ou nascente ou outra forma com destino de lixo queimado ou enterrado, ou jogado em terreno baldio). De acordo com esta classificação, 59,75% dos domicílios do Recife apresenta saneamento adequado (Gráfico 5).

Gráfico 5. Proporção de domicílios particulares permanentes, por tipo de saneamento. Recife, 2010.



Fonte: Censo IBGE, 2010.

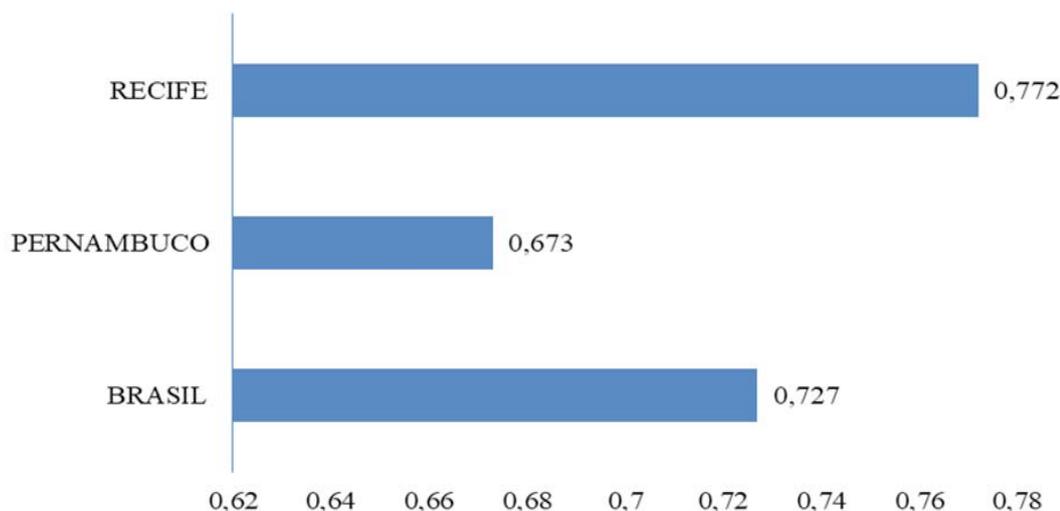
A análise dos índices de abastecimento de água e coleta de lixo apresenta percentuais acima de 87% e 98%, respectivamente. Por outro lado, a cidade ainda apresenta 55% das moradias com instalações sanitárias precárias, contribuindo para a existência de muitas moradias com esgoto a céu aberto e lixo acumulado (IBGE, 2010).

4.2. CONDIÇÕES DE VIDA

O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) é composto pelos componentes da Longevidade (expectativa de vida ao nascer), Educação (Escolaridade da população adulta e Fluxo escolar da população jovem) e Renda (Renda per capita), representado por um número que varia entre zero e um. Quanto mais próximo de um, maior o desenvolvimento humano do município.

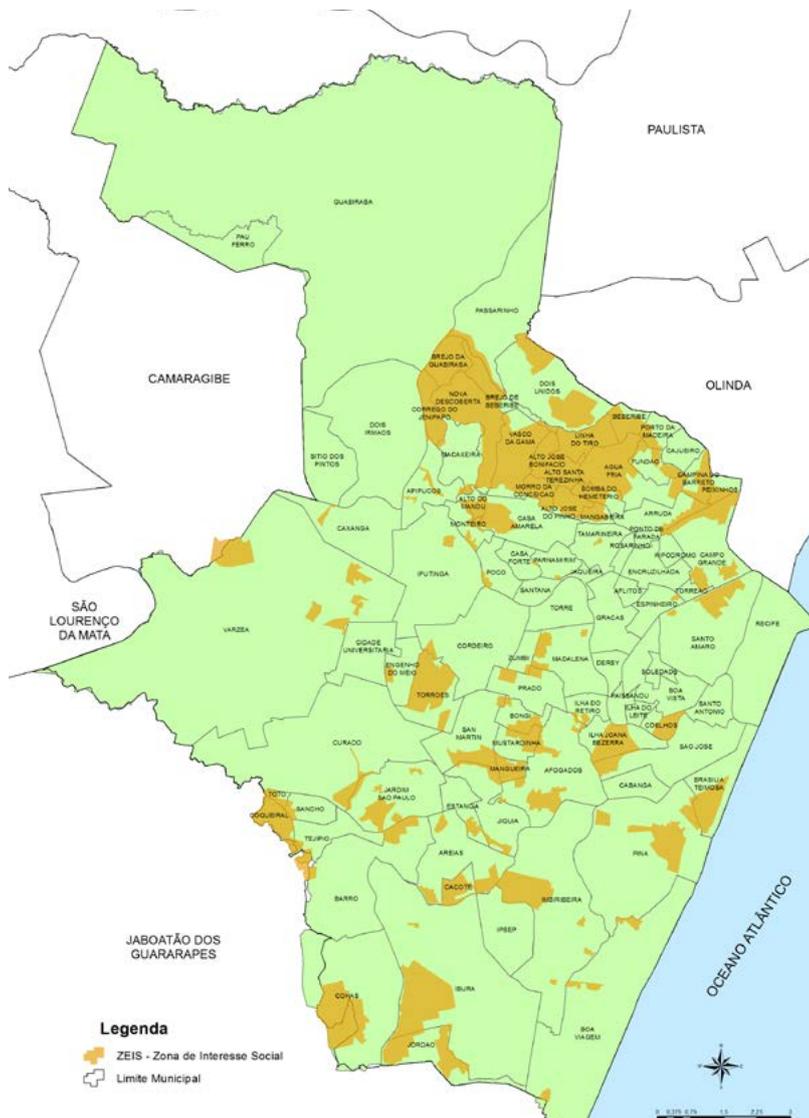
Recife, de acordo com o IBGE (2010), obteve um IDHM de 0,772, o que representa o 2º melhor de Pernambuco (0,673), perdendo apenas para Fernando de Noronha (Gráfico 6).

Gráfico 6. Índice de Desenvolvimento Humano do Brasil, Pernambuco e Recife, 2010.



Fonte: Censo IBGE, 2010.

Figura 3. Mapa das Zonas Especiais de Interesse Social - ZEIS. Recife, 2016.



Recife apresenta áreas altamente valorizadas contrapondo-se a áreas com grandes problemas estruturais. Reconhece-se a existência de 68 Zonas Especiais de Interesse Social (ZEIS), na cidade (Figura 3).

As ZEIS são áreas de assentamentos habitacionais de população de baixa renda, surgidos espontaneamente, existentes, consolidados ou propostos pelo Poder Público, onde haja possibilidade de urbanização e regularização fundiária.

Fonte: Diretoria de Planejamento, Orçamento e Gestão da Informação/SECG/SESAU. Recife, 2018.

4.3. HÁBITOS E ESTILO DE VIDA

4.3.1. TABAGISMO

O tabagismo e a exposição passiva ao tabaco são importantes fatores de risco para o desenvolvimento de uma série de doenças crônicas, tais como câncer, doenças pulmonares e doenças cardiovasculares, de modo que o uso do tabaco continua sendo líder global entre as causas de mortes evitáveis (WHO, 2009; 2011).

Segundo dados do Vigitel 2017 (BRASIL, 2018), Recife apresentou a maior frequência de adultos que fumam entre as capitais nordestinas (9,2 %), sendo 12,2% homens e 6,8% mulheres. Com relação à frequência de adultos que fumam 20 ou mais cigarros por dia, apresentou 2,6%, sendo 3,2% homens e 2,1% mulheres. No tocante a exposição passiva, a capital pernambucana apontou 10,3% de adultos fumantes passivos no domicílio e 7,9% no local de trabalho.

4.3.2. CONSUMO ALIMENTAR

A Organização Mundial da Saúde recomenda a ingestão diária de pelo menos 400 gramas de frutas e hortaliças, o que equivale, aproximadamente, ao consumo diário de cinco porções desses alimentos. De acordo com o Vigitel 2017, o percentual de adultos recifenses que consomem cinco ou mais porções diárias de frutas e hortaliças é 20,3% e em cinco ou mais dias da semana de 35,3% (BRASIL, 2018).

Quanto aos padrões alimentares inadequados, observa-se que a frequência de adultos que referiram o consumo regular (de cinco ou mais dias por semana) de refrigerantes e de sucos artificiais foi de 12,4%. O percentual de adultos que consomem feijão em cinco ou mais dias da semana foi 55,7%.

4.3.3. 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, e fortalecem o sistema ósseo e muscular, aumentam a massa magra e ajudam a diminuir a massa gorda, contribuindo no controle do peso corporal.

Dados do Vigitel 2017 estimam que 35,2% dos adultos recifenses praticam atividades físicas no tempo livre no nível recomendado, equivalentes a pelo menos 150 minutos de atividade de intensidade moderada por semana.

Do mesmo modo, foram considerados os indivíduos que se deslocam para o trabalho ou escola de bicicleta ou caminhando e que despendem pelo menos 30 minutos diários no percurso de ida e volta, equivalentes a pelo menos 150 minutos de atividade de intensidade moderada por semana, o resultado encontrado foi de 12,2%. Vale salientar que o percentual de adultos com prática de atividade física insuficiente e fisicamente inativos, representou 50,4% e 17,7%, respectivamente, de todos os indivíduos entrevistados (BRASIL, 2018).

4.3.4. CONSUMO DE BEBIDAS ALCÓOLICAS

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.

O Vigitel 2017 considera como consumo excessivo de bebidas alcoólicas no caso dos/das adultos/as que, nos últimos 30 dias, consumiram quatro ou mais doses (mulher) ou cinco ou mais doses (homem) de bebida alcoólica em uma mesma ocasião. O Recife apresentou 19,7% de adultos/as nessa condição. Além disso, 2,9% desses/as adultos/as conduziram veículos motorizados após consumo de qualquer quantidade de bebida alcoólica (BRASIL, 2018).

4.3.5. EXCESSO DE PESO

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. De acordo com o Vigitel 2017, a frequência de adultos com excesso de peso corporal em Recife foi de 54,4%. A capital pernambucana é a 11ª com maior frequência de excesso de peso em relação às demais capitais brasileiras. Ocupa a 5ª posição entre as capitais brasileiras de adultos obesos, apresentando frequência de 21% (VIGITEL, 2018).

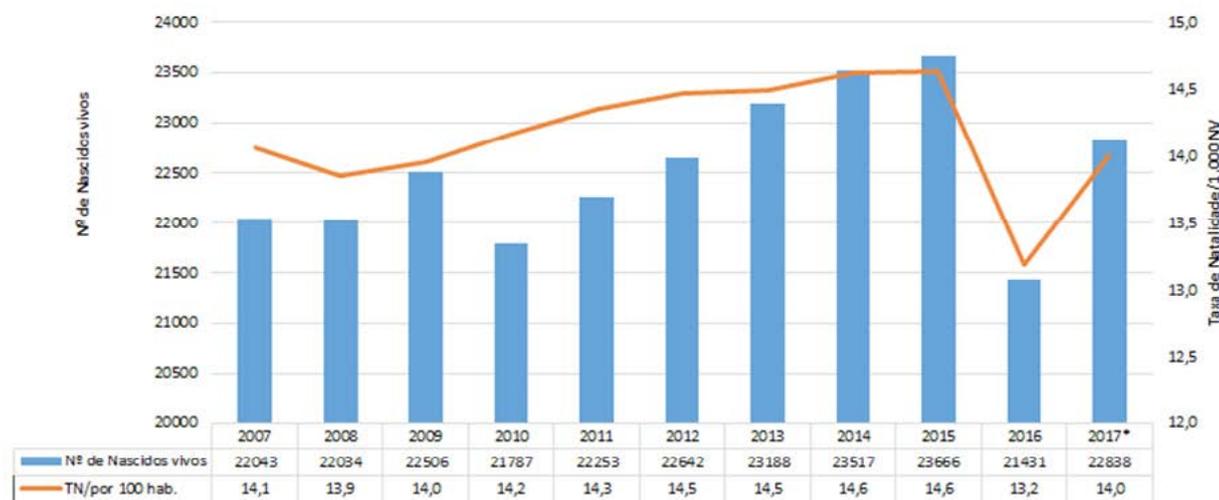
5. CONDIÇÕES DE SAÚDE DA POPULAÇÃO

5.1. NATALIDADE

No período de 2007 a 2017 ocorreram 247.905 nascimentos de mães residentes no Recife, com média de 22.536 nascidos vivos (NV) por ano. A taxa de natalidade foi em média de 14,2 NV/1.000 habitantes. O comportamento da natalidade foi irregular ao longo dos anos analisados, entretanto, constatou-se redução dos nascimentos em 2016, estando possivelmente relacionado à epidemia do Zika vírus (Gráfico 7).

Entre 2007 e 2010, 65,1% dos nascidos vivos foram negros (pretos + pardos). De 2011 a 2017, quando esta variável passou a ser relacionada à mãe, mais de 70% foram classificadas como negras (pretos + pardos).

Gráfico 7. Número de nascidos vivos e taxa de natalidade (por 1.000 hab) de mães residentes no Recife, no período de 2007 a 2017.



Fonte: Secretaria de Saúde do Recife/DEVS/UVEPI/SISV/SINASC *Dados de 2017 sujeitos a modificação

Segundo a OMS, a adolescência é o período de vida que compreende entre os 10 e 19 anos de idade. A gravidez na adolescência é considerada de alto risco, uma vez que não há uma estrutura biológica, psíquica e social preparada para assumir a responsabilidade da maternidade.

Observou-se redução de 40% na proporção de gestantes de 10 a 14 anos e de 24,7% na faixa etária 15 a 19 anos, no período de 2007 a 2017 (Gráfico 8). Entretanto, é importante destacar que em 2017 foram 3.415 gestantes adolescentes, sendo 140 com idade de 10 a 14 anos e 3.275 de 15 a 19 anos de idade.

Gráfico 8. Proporção de nascidos de mães adolescentes (10 a 19 anos). Recife, 2007-2017.



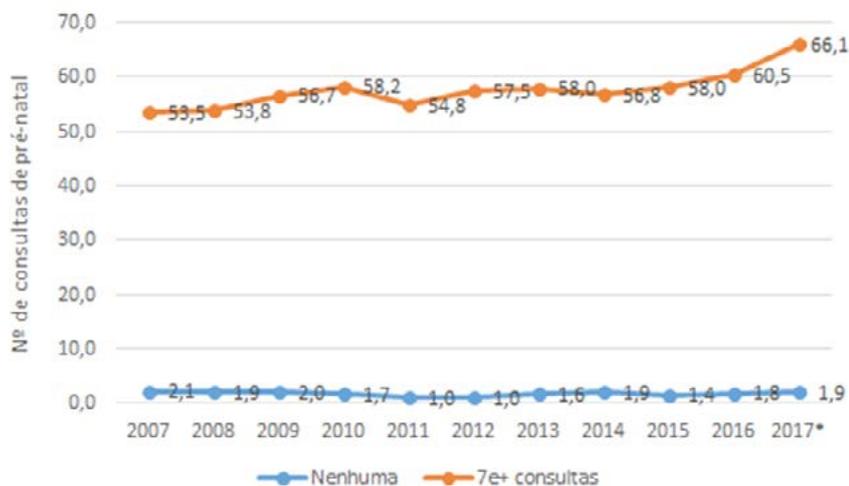
Fonte: Secretaria de Saúde do Recife/DEVS/UVEPI/SISV/SINASC
* Dados de 2017 sujeitos a modificação

Entre 2007 e 2017, a proporção de gestantes com 7 e mais consultas de pré-natal variou de 53,5% (2007) a 66,1% (2017), perfazendo acréscimo de 23,6%. Verificou-se redução de 9,5% no percentual de gestantes sem nenhuma consulta, passando de 2,1% em 2007 para 1,9% em 2017 (Gráfico 9).

Quanto ao trimestre de início do pré-natal, observou-se no período de 2011 a 2017 que 69,4% das gestantes foram captadas no primeiro trimestre, 21,6% no segundo e 2,6% no terceiro.

A recomendação do MS é a realização de, no mínimo, seis consultas de acompanhamento pré-natal, sendo, preferencialmente, uma no primeiro trimestre, duas no segundo e três no terceiro trimestre da gestação. Uma atenção pré-natal de qualidade é capaz de diminuir a morbidade e a mortalidade materno-infantil, uma vez que a identificação do risco gestacional pelo profissional permite a orientação e os encaminhamentos adequados em cada momento da gravidez.

Gráfico 9. Proporção de nascidos vivos segundo número de consultas de pré-natal. Recife, 2007 a 2017.



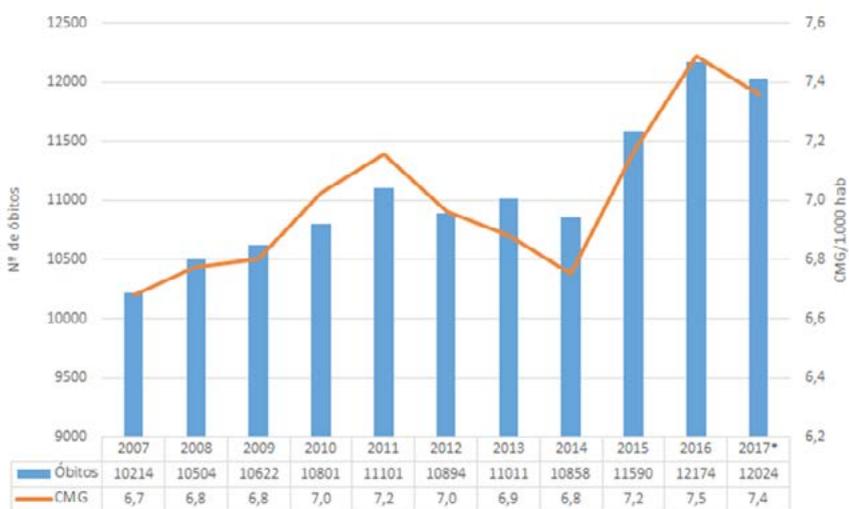
Fonte: Secretaria de Saúde do Recife/DEVS/UEVEPI/SISV/SINASC
 * Dados de 2017 sujeitos a modificação

5.2. MORTALIDADE

5.2.1. MORTALIDADE GERAL

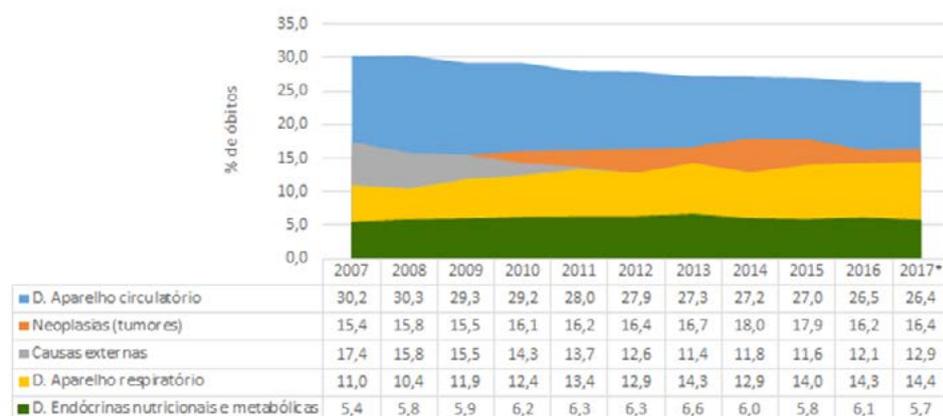
No Recife, entre 2007 a 2017 ocorreram 121.739 óbitos de residentes nesta cidade, com média de 11.072 mortes por ano, variando de 10.214 em 2007 para 12.024 em 2017. O coeficiente de mortalidade geral (CMG) aumentou de 6,5 para 7,5/1.000 hab (Gráfico 10). Cerca de 57% destes óbitos eram de pessoas de raça/cor negra (preto + pardo).

Gráfico 10. Número de óbitos e taxa de mortalidade (por 1.000 habitantes) de residentes no Recife no período de 2007 a 2017.



Fonte: Secretaria de Saúde do Recife/DEVS/UEVEPI/SISV/SIM
 * Dados de 2017 sujeitos a modificação

Gráfico 11. Proporção de óbitos segundo principais causas de morte (Cap CID10). Recife no período de 2007 a 2017.

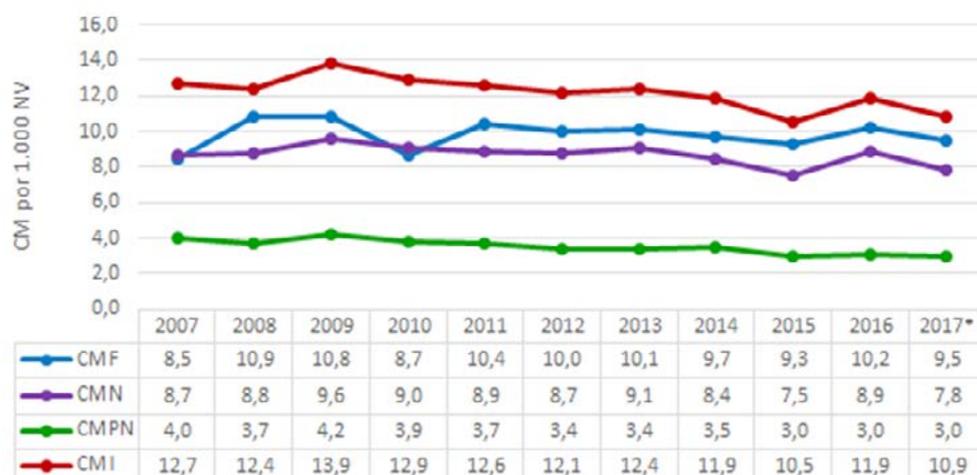


Fonte: Secretaria de Saúde do Recife/DEVS/UVEPI/SISV/SIM
* Dados de 2017 sujeitos a modificação

5.2.2. MORTALIDADE FETAL E INFANTIL

O coeficiente de mortalidade fetal apresentou pequena variação ao longo do período, com média de 9,8 óbitos por 1.000 nascimentos. Esta situação também se repetiu na mortalidade infantil que variou de 12,7 por 1.000 NV em 2007 para 10,9 em 2017. A maioria destes óbitos ocorreu no componente neonatal, com média de 8,7 por 1.000 nascimentos (Gráfico 12). Mais de 70% destes óbitos eram de crianças negras.

Gráfico 12. Coeficiente de mortalidade fetal (por 1.000 nascimentos) e infantil (por 1.000 nascidos vivos) segundo componente etário. Recife, 2007 a 2016.



Fonte: Secretaria de Saúde do Recife/DEVS/UVEPI/SISV/SIM E SINASC
* Dados de 2017 sujeitos a modificação

Quanto às causas de óbitos fetais, em 2007, destacaram-se a hipertensão materna (24,6%) e hipóxia perinatal (17,1%). Em 2017, a hipertensão materna (25,8%) continuou como a primeira causa de morte e a Sífilis congênita (16,1%) destacou-se como segunda. Nos óbitos infantis, para ambos os anos, as malformações congênitas foram as principais causas de morte. Em 2017, destacaram-se hipertensão materna (16,5%), infecção do trato urinário materno (7,7%) e ruptura prematura da membrana (7,3%).

5.2.3. MORTALIDADE MATERNA

A razão de mortalidade materna (por 100.000 nascidos vivos) é um indicador que revela as condições de prestação de serviços a mães, desde o planejamento familiar até a assistência na gestação, parto e puerpério.

No Brasil, a meta para 2030 é reduzir a mortalidade materna para aproximadamente 20 mortes por 100 mil nascidos vivos, considerando a razão oficial de mortalidade materna para o ano de 2010.

No Recife, a razão de mortalidade materna apresentou comportamento irregular entre 2007 e 2017, variando de 36,3 por 100.000 nascidos vivos em 2007 a 70,1 em 2017 (Gráfico 13).

Gráfico 13. Razão da mortalidade materna (por 100.000 nascidos vivos). Recife, 2007 a 2017.



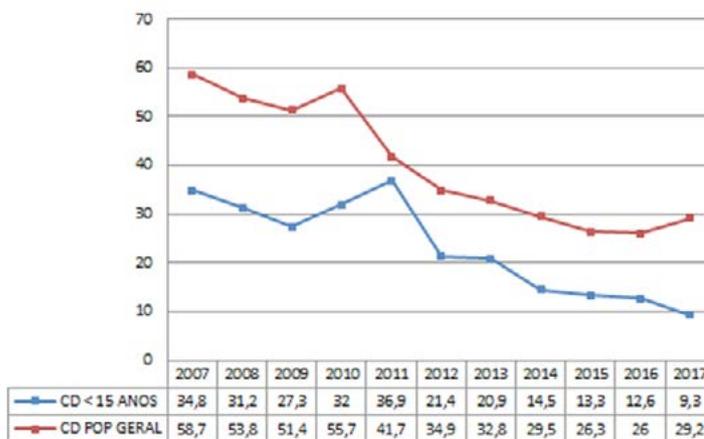
Fonte: Secretaria de Saúde do Recife/DEVS/UEVI/SISV/SIM E SINASC
* Dados sujeitos a modificação

5.3. DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS

5.3.1. HANSENÍASE

No período de 2007 a 2017, observou-se uma redução no total de casos novos de hanseníase notificados na população em geral. Mas o risco da doença na cidade ainda é avaliado como alto e a subnotificação deve ser considerada. A taxa de detecção foi de 58,7 casos por 100 mil habitantes em 2007 e passou para 29,2 em 2017 (Gráfico 14) e em menores de < 15 anos, a taxa caiu de 34,8 casos por 100 mil habitantes, para 9,3 em 2017.

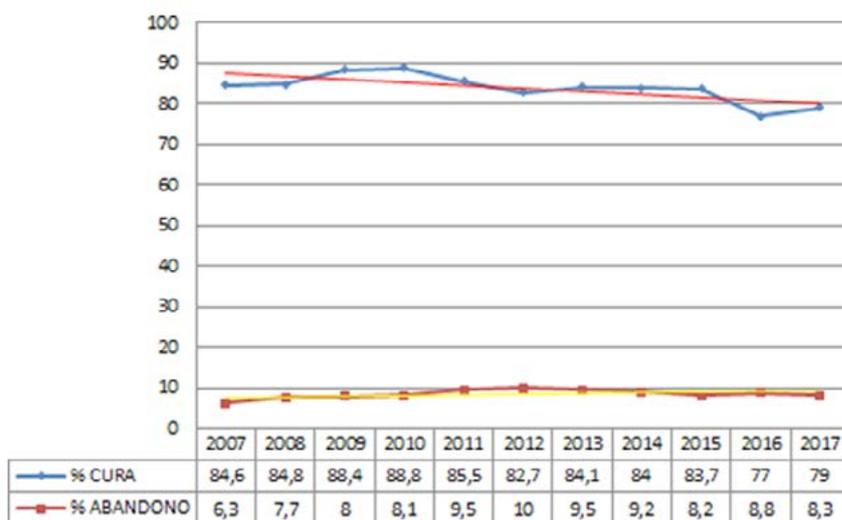
Gráfico 14. Taxa de Detecção na população geral e em < 15 anos, por 100.000 habitantes de casos de hanseníase. Recife 2007- 2017*.



Fonte: Secretaria de Saúde do Recife/DEVS/UEVI/DDT/SINAN
* Dados sujeitos a modificação

Durante o período analisado, o percentual de cura para hanseníase apresentou pequena redução em 2017, com 79% de curados, do total de casos notificados. No mesmo período, o percentual de abandono apresentou tendência constante, com um total de 8,3% em 2017 (Gráfico 15).

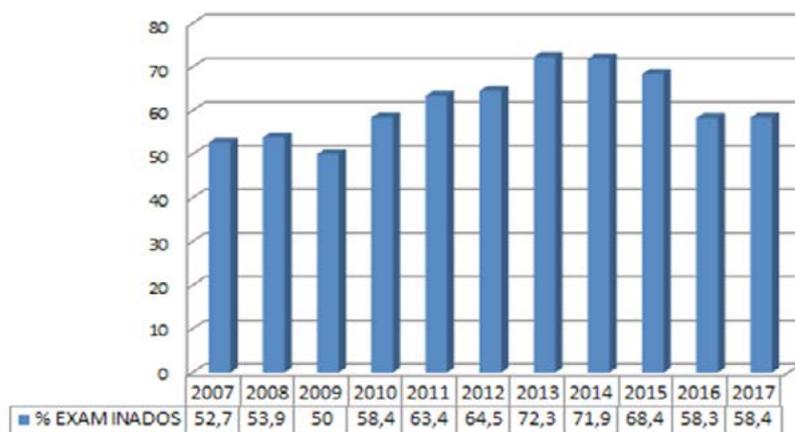
Gráfico 15. Proporção de cura e abandono de casos de hanseníase. Recife 2007- 2017.



Fonte: Secretaria de Saúde do RECIFE/DEVS/UVEPI/DDT/SINAN
 * Dados sujeitos a modificação. Coorte 2005-2016.

Verificou-se um aumento no número de contatos examinados, dentre os registrados, entre 2010 a 2013. Porém, com redução de percentual de 2014 a 2017, passando de 71,9% para 58,4% (Gráfico 16).

Gráfico 16. Proporção contatos examinados dos casos de hanseníase. Recife, 2007- 2017*.



Fonte: Secretaria de Saúde do Recife/DEVS/UVEPI/DDT/SINAN
 * Dados sujeitos a modificação. Coorte 2005-2016.

5.3.2 TUBERCULOSE

O Brasil faz parte do grupo dos 22 países que concentram 80% dos casos de tuberculose no mundo, ocupando a 16ª posição em número absoluto de casos. O país tem o compromisso de reduzir a incidência para menos 10 casos por 100 mil habitantes até o ano de 2035 e a mortalidade para menos de 1 óbito por 100 mil habitantes até o ano de 2035.

Entre 2007 e 2017, registrou-se uma média anual de 1.550 casos novos de tuberculose no Recife. O coeficiente de detecção para todas as formas variou entre 96,9 e 98,4 por 100 mil habitantes. Para a forma pulmonar bacilífera, o coeficiente variou entre 84,8 e 81,6 por 100 mil habitantes, mostrando uma tendência constante para ambas os casos (Gráfico 17).

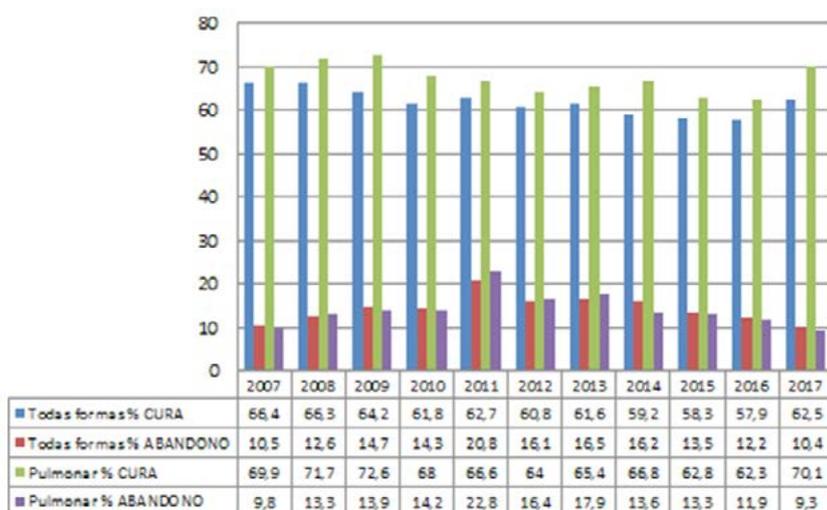
Gráfico 17. Total de casos notificados, taxa de detecção de Tuberculose em todas as formas e Pulmonar Bacilífera, por 100 mil habitantes. Recife 2007-2017*



Fonte: Secretaria de Saúde do Recife/DEVS/UEVEPI/DDT/SINAN
* Dados sujeitos a modificação.

A proporção de cura da tuberculose (todas as formas) nos últimos cinco anos ficou entre 66,4% e 62,5%, enquanto o abandono variou entre 10,5% e 10,4%. As taxas de cura e abandono para as formas pulmonares mantiveram-se próximas as primeiras, não havendo diferenças entre essas taxas por forma (Gráfico 18).

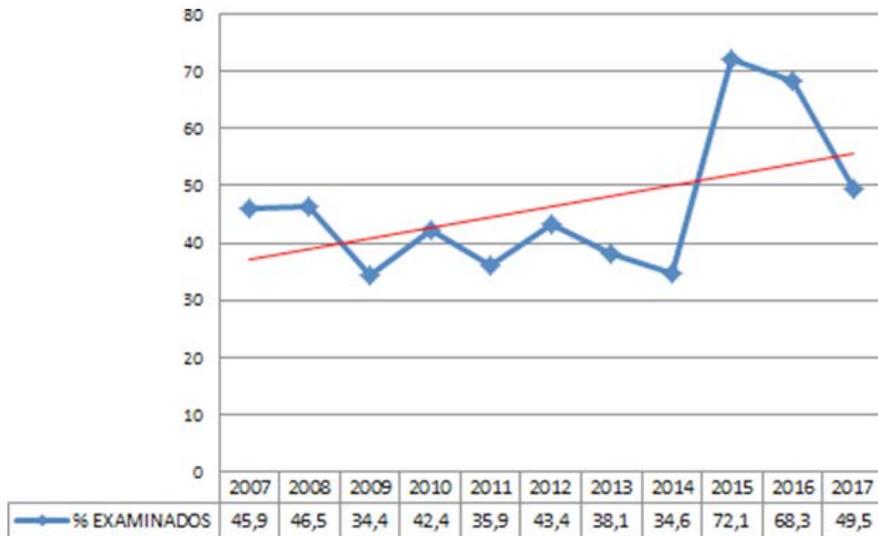
Gráfico 18. Proporção de cura e abandono em todas as formas e bacilífera, por 100 mil habitantes. Recife 2007 - 2017*



Fonte: Secretaria de Saúde do Recife/DEVS/UEVEPI/DDT/SINAN
* Dados sujeitos a modificação. Coorte 2006-2015.

Observou-se tendência de aumento da proporção de contatos examinados, passando de 46% em 2007 para 72,1% em 2015 (Gráfico 19). Em 2015, o município de Recife contou com o apoio do Ministério da Saúde através de financiamento de projeto específico para a População Privada de Liberdade (PPL) e em Situação de Rua (PSR). A partir de 2016, verificou-se queda significativa deste percentual, com 68,3 para 2016 e 49,5% em 2017.

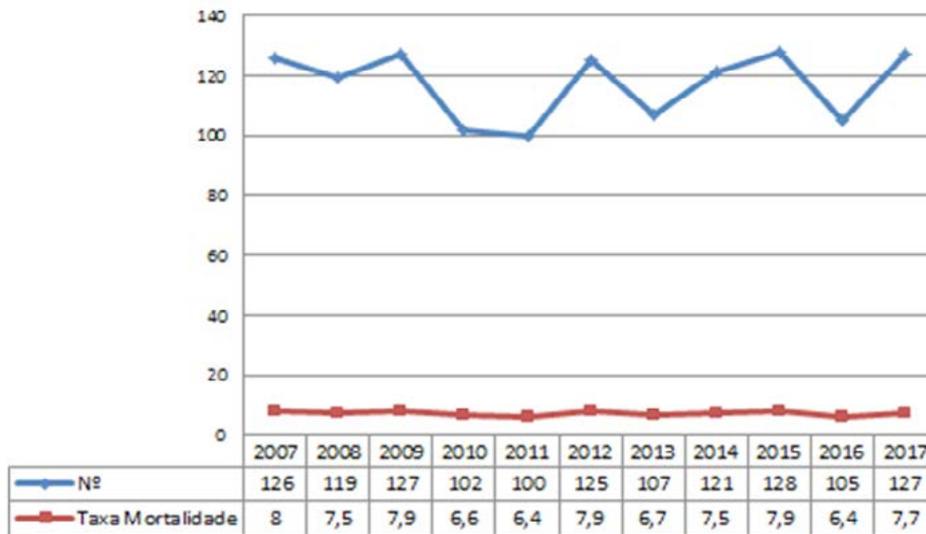
Gráfico 19. Proporção contatos examinados de casos de tuberculose. Recife 2007- 2017*.



Fonte: Secretaria de Saúde do Recife/DEVS/UVEPI/DDT/SINAN.
* Dados sujeitos a modificação

A taxa de mortalidade por tuberculose para o período apresentou-se constante, chegando a 6,4 óbitos por 100 mil habitantes em 2016 (Gráfico 20). O óbito por tuberculose é considerado um evento sentinela por ser evitável e indicativo de falhas da rede social e do sistema de saúde, com destaque ao diagnóstico tardio da doença.

Gráfico 20. Número de óbitos e taxa de mortalidade por tuberculose. Recife 2007- 2017*.



Fonte: Secretaria de Saúde do Recife/DEVS/UVEPI/DSS/SIM.
* Dados sujeitos a modificação

5.3.3. FILARIOSE

A Filariose Linfática (FL) é uma doença que se encontra em processo de comprovação de eliminação em Recife. Mediante a manutenção da vigilância ativa e os sítios sentinelas nas áreas de tratamento coletivo (TC), os últimos casos foram identificados no ano de 2012, cinco (5) casos, e no ano de 2013, um (1) caso, e (10) casos em dezembro de 2017. O fato de termos casos de filariose, não significa transmissão ativa. Casos antigos da doença podem aparecer (Gráfico 21).

Gráfico 21. Índice de Positividade (%) e número de hemoscopias noturnas realizadas. Recife, 2003-2017.



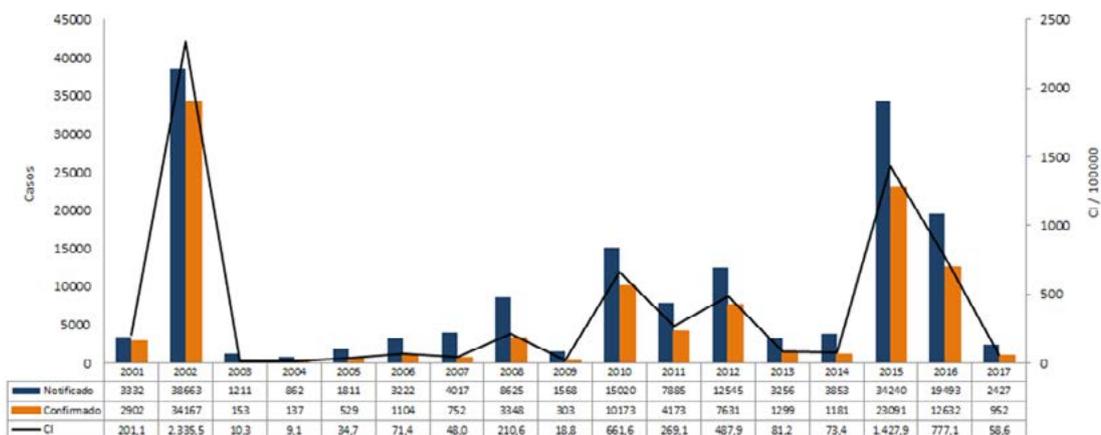
Fonte: Secretaria de Saúde do Recife/DEVS/UVEPI/DDT/SINAN

Visando a solicitação da OPAS/OMS para a verificação do controle e eliminação da filariose linfática enquanto problema de saúde pública, o município do Recife, juntamente com outros municípios da região metropolitana, representado pelo Estado de Pernambuco e pelo Ministério da Saúde, está em processo de elaboração de um dossiê técnico, com a compilação de documentos que evidenciem a interrupção da transmissão de filariose linfática em todo seu território. O dossiê nacional terá uma apresentação sistematizada das evidências da ausência de transmissão da Filariose, tendo como pilares: o estudo do TAS (Transmission Assessment Survey), desenvolvido em Recife desde o ano de 2013, nas áreas submetidas ao tratamento coletivo, com resultados satisfatórios; o inquérito de morbidade filarial e a vigilância vetorial.

5.3.4. ARBOVIROSES

O Brasil tem constatado ciclos epidêmicos de dengue a cada dois ou três anos. Recife vivenciou anos epidêmicos em 2002, 2008, 2012 e final de 2014, 2015 e 2016 apresentando uma incidência de 1.427,8 e 777,1 por 100.000 habitantes para os anos de 2015 e 2016, respectivamente (Gráfico 22).

Gráfico 22. Número de casos e Coeficiente de Detecção de Dengue por 100.000 habitantes. Recife, 2007 a 2017*.

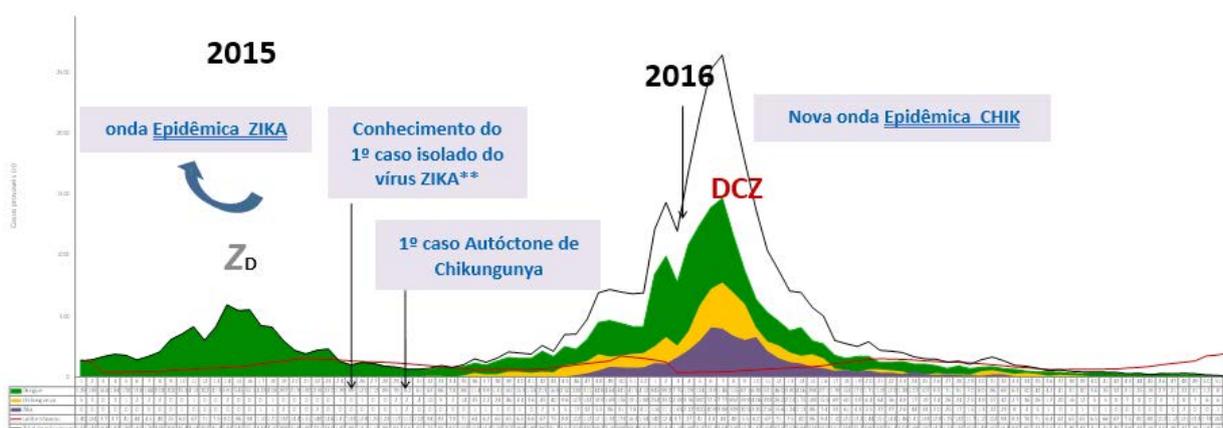


Fonte: Secretaria de Saúde do Recife/DEVS/UVEPI/DDT/SINAN * Dados sujeitos a modificação

Até o décimo primeiro mês de 2014, Recife convivia apenas com uma arbovirose (dengue). Em 2015, constatou-se a presença de circulação de um novo vírus denominado zika, resultando em uma onda epidêmica iniciada no final de 2014 e no primeiro semestre de 2015. Contudo, devido à escassez do diagnóstico laboratorial no país, um curso clínico menos severo do que o observado em outras arboviroses, exceto pela gravidade da microcefalia e alguns casos de síndromes neurológicas comuns a essas arboviroses, os casos demoraram a ser diagnosticados como tal doença, não revelando a provável magnitude da circulação desse vírus (Gráfico 23).

No segundo semestre de 2015, detectou-se a transmissão ativa de mais uma arbovirose no Recife, a febre de chicungunya, com a identificação do primeiro caso autóctone (Gráfico 23).

Gráfico 23. Diagrama de controle dos casos prováveis das arboviroses por semana epidemiológica. Recife, 2015 e 2016*

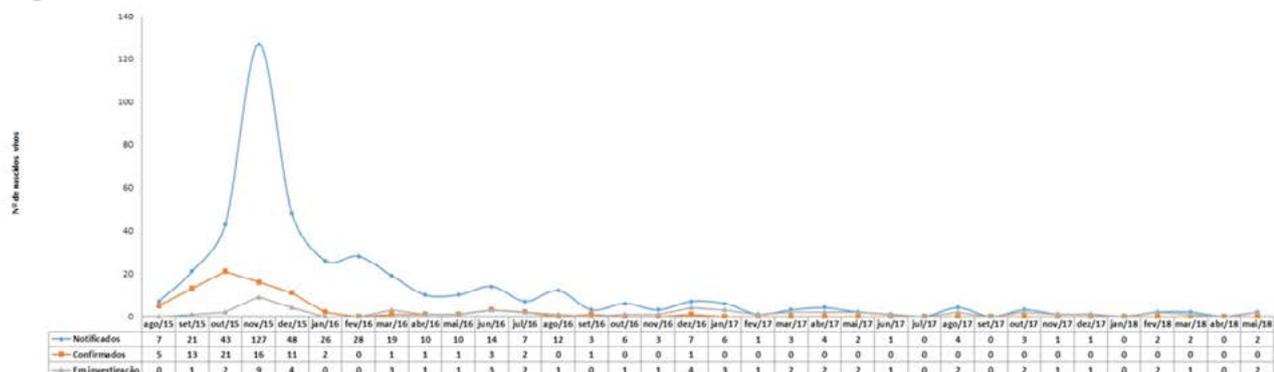


Fonte: Secretaria de Saúde do Recife/DEVS/UEVEPI/DDT/SINAN * Dados sujeitos a modificação

5.3.5. SÍNDROME CONGÊNITA ASSOCIADA À INFECÇÃO PELO VÍRUS ZIKA (SCZ)

Em agosto de 2015, iniciou-se o registro de casos de Microcefalia suspeitos de infecção congênita pelo vírus Zika. Foram registrados no Recife entre agosto de 2015 a junho de 2018, 434 casos suspeitos de SCZ. Desses, 18% (78) confirmados para SCZ, por meio de exame de neuroimagem sugestiva de origem infecciosa e/ou laboratorial, 68% (295) descartados e 14% (61) em investigação. Portanto, mais da metade (68%) das notificações não corresponderam a casos de microcefalia, segundo critérios da OMS e do MS. Entre os confirmados, 44 (56,4%) possuíam microcefalia severa e 57 (75,0%) nasceram em unidades de saúde pública. O maior número de casos suspeitos nesse período concentrou entre o mês de outubro e dezembro de 2015, após a entrada e circulação do vírus Zika em Pernambuco e Recife (Gráfico 24).

Gráfico 24. Número de casos suspeitos em nascidos vivos com microcefalia notificados e confirmados por infecção congênita do vírus Zika. Recife, 2015 -2016*.

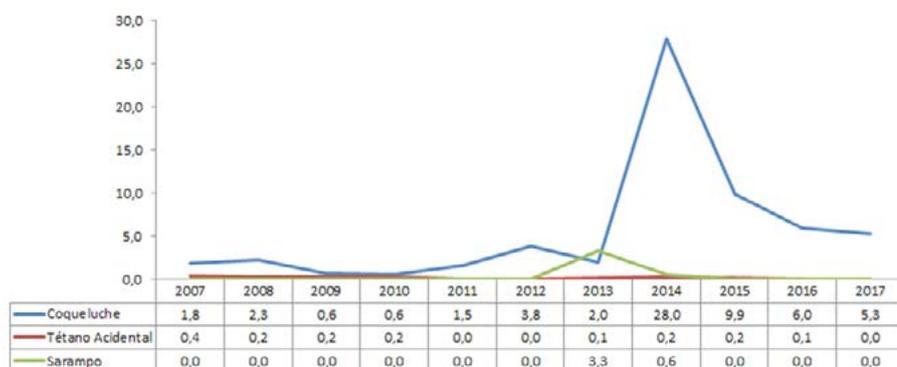


Fonte: Secretaria de Saúde do Recife/DEVS/UEVI/CIEVS Recife, * Dados de junho/2018 sujeitos a modificação. Obs: Excluídos 9 natimortos e 1 óbito fetal intra-uterino.

5.3.6. DOENÇAS IMUNOPREVENÍVEIS

Observa-se que nos últimos cinco anos, há redução significativa das doenças imunopreveníveis, com exceção da coqueluche (Gráfico 25). Medidas foram tomadas pelo Ministério da Saúde para reduzir os casos de coqueluche, como exemplo, a introdução das gestantes no calendário vacinal, da 27ª semana de gestação até a 36ª semana, em 2014.

Gráfico 25. Coeficiente de Detecção de doenças imunopreveníveis segundo ano de ocorrência. Recife, 2007 -2016*.



Fonte: Secretaria de Saúde do Recife/DEVS/UEVI/DDT/SINAN* Dados de 2018 sujeitos a alterações.

Em 2013, ocorreu um surto de sarampo no estado de Pernambuco, no qual foram registrados 54 casos no Recife, com a incidência de 3,3 por 100.000 habitantes. Em 2007, foram detectados 7 casos de tétano acidental com uma incidência de 0,4 por 100.000 habitantes. Observou-se uma redução de 85,7% em 2016 quando comparado ao ano de 2007. Entretanto, no período em estudo nenhum caso de tétano neonatal foi detectado.

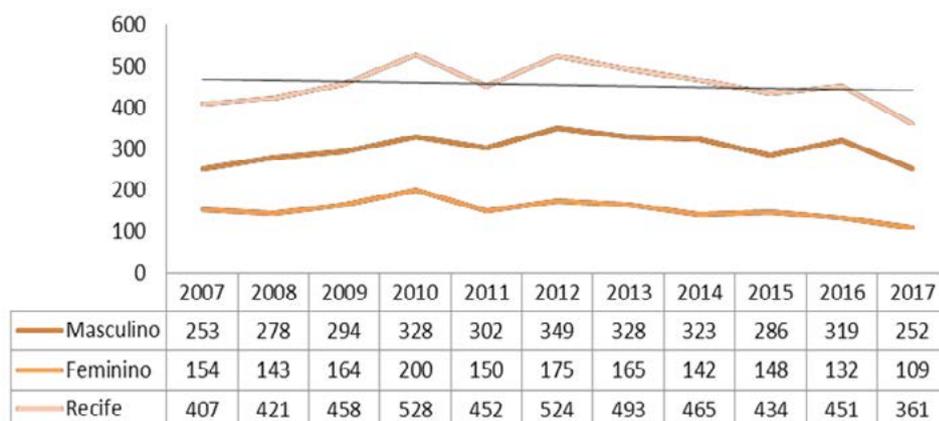
No que se refere à coqueluche, observa-se uma incidência 14 vezes maior para o ano de 2014 que o ano anterior, com um coeficiente de 28 casos por 100.000 habitantes. Comportamento este observado no Brasil um pouco antes, em meados de 2011. Desde o ano de 2015 o coeficiente vem apresentando uma queda significativa, chegando a 5,3 casos por 100.000 habitantes no ano de 2017.

No período ocorreram apenas 4 casos de difteria, sendo um em 2007, um em 2013 e 2 no ano de 2015. Para rubéola foram 36 registros em 2007 com incidência de 2,2 por 100.000 habitantes, 1 em 2008 com 0,1 por 100.000 habitantes, 2 nos anos de 2014 e 2015 com 0,1 por 100.000 habitantes cada.

5.3.7. VÍRUS DA IMUNODEFICIÊNCIA HUMANA (HIV) E SÍNDROME DA IMUNODEFICIÊNCIA HUMANA (AIDS).

No período de 2007 a 2017, foram notificados 4.994 pacientes com Aids com mais 13 anos de idade, sendo 3.312 do sexo masculino e 1.682 do sexo feminino. Nesta série, observamos uma tendência à estabilização no número de casos notificados (Gráfico 26).

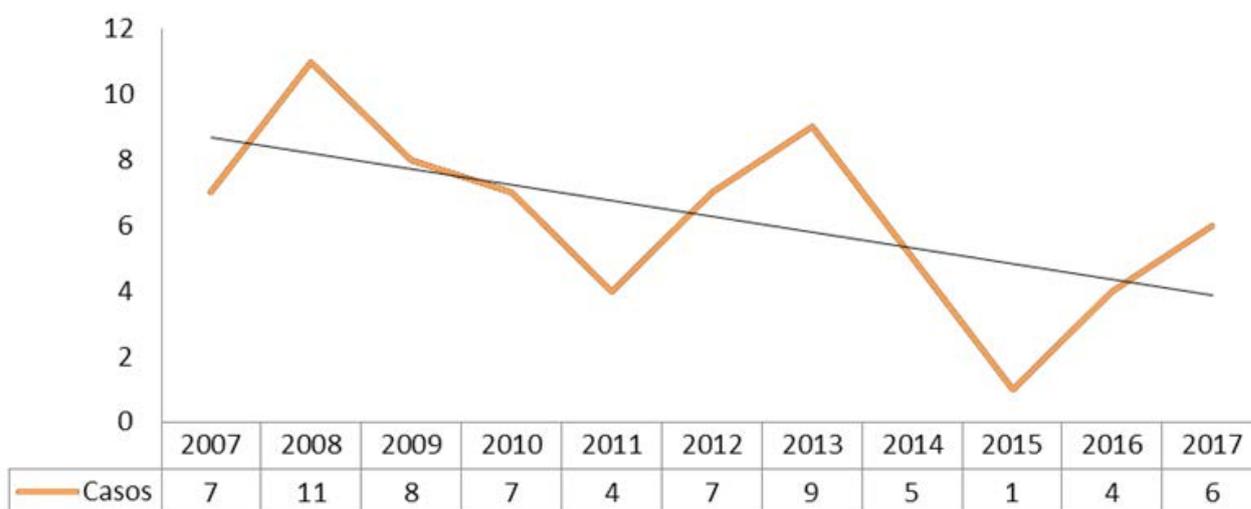
Gráfico 26. Número de casos de Aids segundo sexo, ano de diagnóstico e tendência linear. Recife, 2007 – 2017*.



Fonte: Secretaria de Saúde do Recife/ SINAN/DEVS *Dados provisórios até 26/06/2017

Para este mesmo período, foram notificados 69 casos de Aids em pacientes com menos de 13 anos de idade, com forte tendência de queda no número de casos (Gráfico 27), o que sugere que as estratégias para a prevenção da transmissão vertical do HIV, quando a criança é infectada pelo vírus durante a gestação, parto ou por meio da amamentação, têm auxiliado na diminuição dessa transmissão ao longo dos anos.

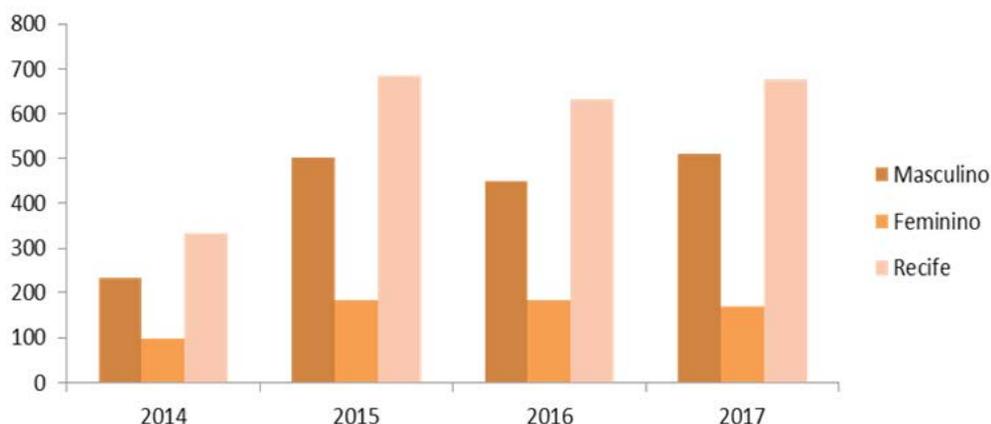
Gráfico 27. Número de casos de Aids em pacientes com menos de 13 anos de idade de ambos os sexos, segundo ano de diagnóstico e tendência linear. Recife, 2007 – 2017*.



Fonte: Secretaria de Saúde do Recife/ SINAN/DEVS *Dados provisórios até 26/06/2017

Quanto à diminuição de casos de Aids em maiores de 13 anos, os resultados apontam para a importância da manutenção da política que garante o acesso ao diagnóstico e tratamento precoce da doença na rede pública dos municípios no Brasil. A partir de junho de 2014, a notificação de casos infectados pelo HIV passa a ser compulsória. Desde então, foram notificados 2.331 pessoas infectadas, sendo 1.696 homens e 635 mulheres (Gráfico 28).

Gráfico 28. Número de casos de infecção pelo HIV segundo sexo e ano de diagnóstico. Recife, 2014 – 2017*.



Fonte: Secretaria de Saúde do Recife/DEVS/UEPEI/IST/SINAN *Dados sujeitos a alterações

A notificação de gestantes HIV+ foi instituída no Brasil em 2000, devendo essas serem notificadas tanto no pré-natal quanto na maternidade. Entre os anos de 2007 a 2017, foram notificadas 944 gestantes infectadas pelo HIV.

Entende-se como criança exposta, aquela nascida de mãe infectada ou que tenha sido amamentada por mulheres infectadas pelo HIV. Neste período, foram notificadas 898 crianças expostas ao vírus.

5.3.8. SÍFILIS

A sífilis congênita é considerada um agravo evitável e passível de eliminação, já que o tratamento adequado da infecção na gestante com a penicilina e a adoção das medidas preventivas preconizadas tem eficácia próxima a 100% e reduzem casos da doença.

Em Recife, no período de 2007 a 2017, foram notificados 4.048 casos de sífilis congênita, sendo observada baixa detecção da sífilis em gestantes, com a notificação de 1.673 casos, o que aponta falhas na atenção básica a tais gestantes durante o pré-natal, referente ao diagnóstico da sífilis, tais sejam: resultado laboratorial tardio, tratamento inadequado ou não realizado, ou gestantes identificadas somente no momento do parto, juntamente com a baixa adesão do parceiro ao tratamento. Distribuindo os casos de sífilis congênita entre residentes nos Distritos Sanitários do Recife, aparecem com maior número de casos os DS II (876), DS VII (743) e DS V (581), porém analisando-se essa distribuição por taxa de detecção por 1.000 NV, destaca-se o DS VII (113,8), seguidos dos DS II (82) e DS VIII (79,9).

Esses resultados apontam a necessidade de priorizar e intensificar o diagnóstico precoce e tratamento no pré-natal nessas regiões da cidade.

5.4. DOENÇAS E AGRAVOS NÃO TRANSMISSÍVEIS

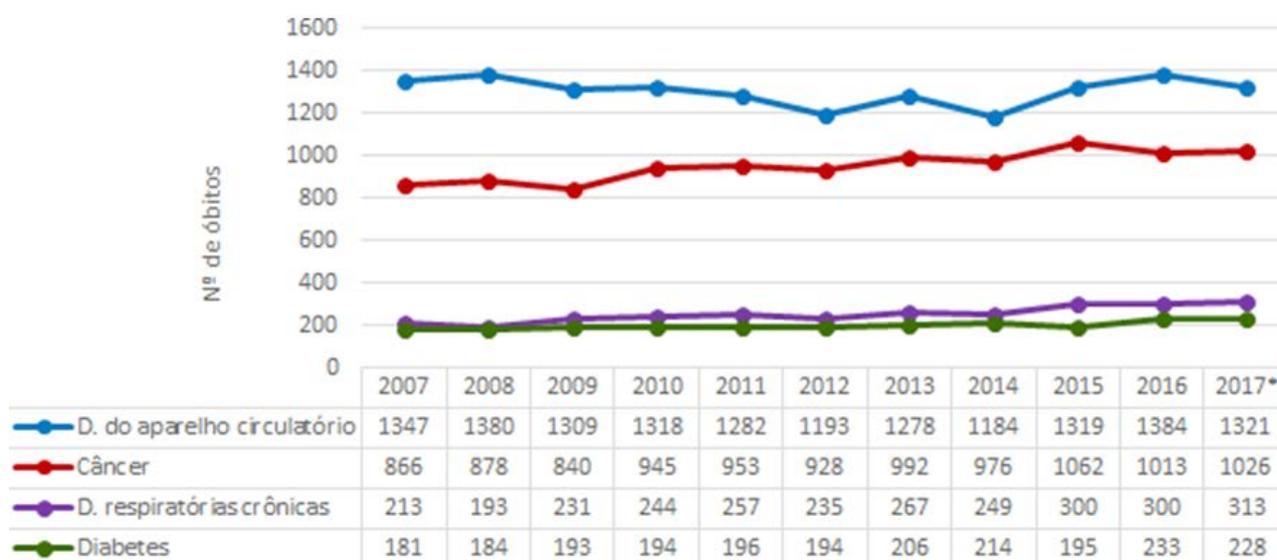
No município de Recife, na série histórica entre 2006 e 2017 (Gráfico 11), a maior proporção de causas de óbito, ocorreu por doenças do aparelho circulatório em todos os anos estudados. A segunda maior proporção foi das neoplasias malignas. As causas externas e as doenças do aparelho respiratório trocaram de posição ao longo do tempo, sendo, nos últimos anos, as doenças do aparelho respiratório a terceira causa de morte, e as causas externas a quarta. Já as doenças endócrinas nutricionais e metabólicas, que incluem a diabetes mellitus, ocuparam o quinto lugar, mas com poucas alterações ou declínio dos índices, em todo o período observado.

5.4.1. DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS (DCNT)

As DCNT constituem um objeto de preocupação global, não apenas para o setor saúde, mas para vários setores da sociedade, em função da sua magnitude e custo social. Essas doenças são responsáveis por elevado número de mortes prematuras, perda de qualidade de vida, com alto grau de limitação e incapacidade, além de serem responsáveis por impactos econômicos para famílias e comunidades, e para a sociedade em geral.

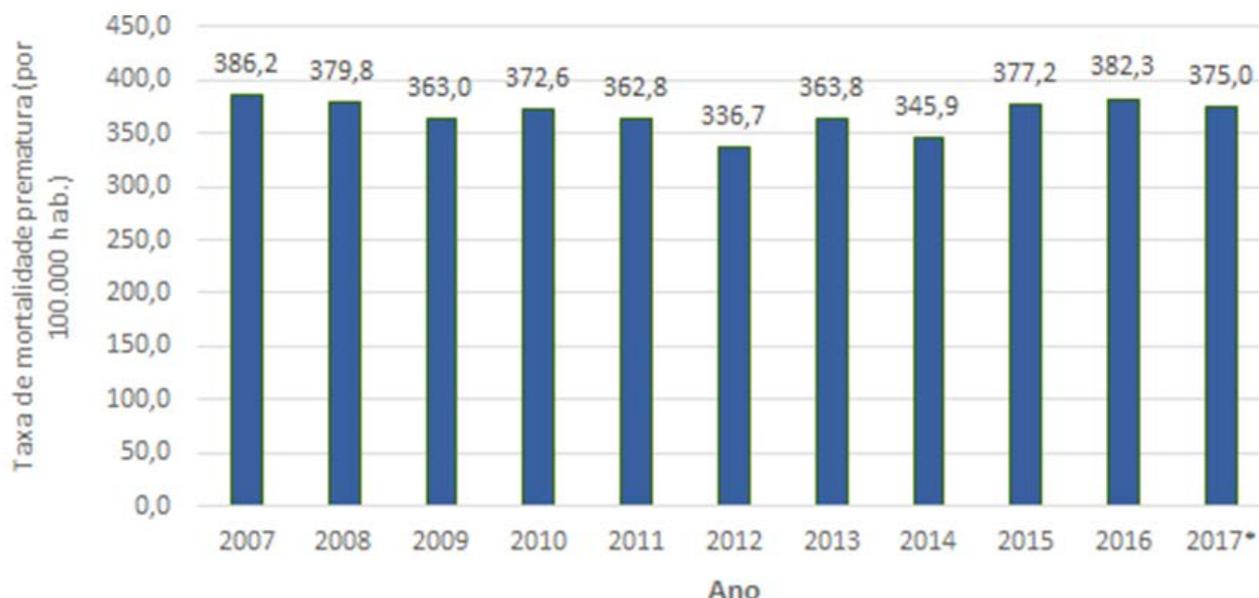
As mortes prematuras são aquelas que acontecem na faixa etária de 30 a 69 anos de idade. No período de 2007 a 2017, foi constatado no município de Recife, o aumento no número absoluto de óbitos das principais doenças crônicas não transmissíveis: doenças do aparelho circulatório, câncer, doenças respiratórias crônicas e diabetes (Gráfico 29). Contudo, verificou-se redução de 2,9% na taxa de mortalidade prematura dessas doenças, com variação de 386,2 por 100.000 habitantes em 2007 para 375 em 2017 (Gráfico 30).

Gráfico 29. Distribuição dos óbitos prematuros (30 a 69 anos de idade) pelas principais doenças crônicas não transmissíveis. Recife, 2007 a 2017*.



Fonte: Secretaria de Saúde do Recife/DEVS/UVEPI/SISV/SIM *Dados sujeitos a revisão

Gráfico 30. Taxa de mortalidade prematura (30 a 69 anos de idade) pelas principais doenças crônicas não transmissíveis. Recife, 2007 a 2017*.



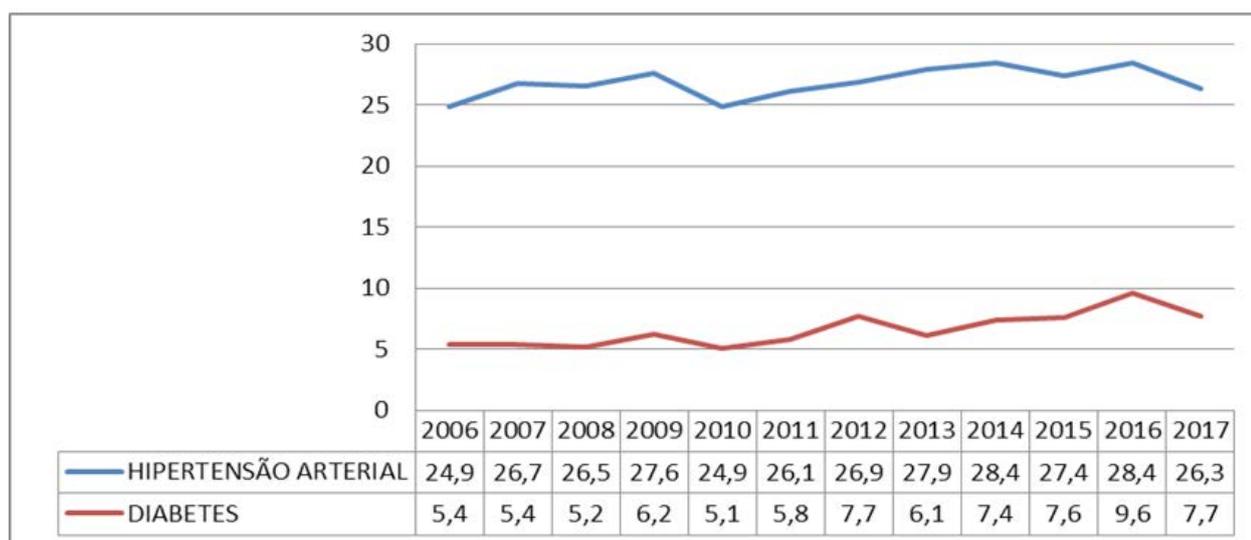
Fonte: Secretaria de Saúde do Recife/Devs/Uvepi/Sisv/SIM

5.4.1.1. HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA E DIABETES MELLITUS

As séries anuais do Vigitel (2006 a 2017) apontam um aumento de 5,6% na prevalência de hipertensão arterial (passou de 24,9 para 26,3%) e de 35,18% na de diabetes mellitus, passando de 5,4 para 7,7%, duas condições-chave na determinação da morbimortalidade por DCNT nos próximos anos (Gráfico 31).

Embora parte desse aumento possa ser explicada pela melhor detecção decorrente do acesso ampliado aos serviços da saúde, grande parte, provavelmente, se deve à epidemia da obesidade, um forte fator de risco para diabetes e hipertensão, e para muitas outras doenças crônicas.

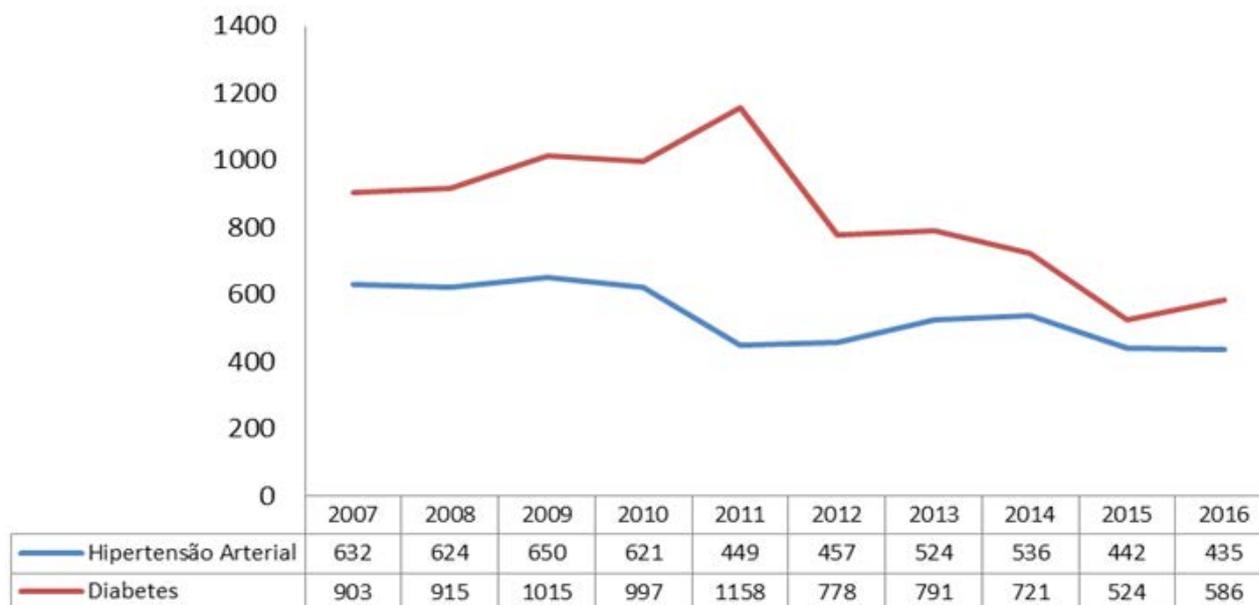
Gráfico 31. Percentual de adultos (≥18 anos) que referem ao diagnóstico de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus, segundo VIGITEL. Recife, 2006 a 2017.



Fonte: VIGITEL/MS, 2017.

No período de 2007 a 2016, ocorreram 901.927 internações em residentes no Recife, destas, 7.624 (0,8%) foram por Diabetes Mellitus e 5.370 (0,6%) por Hipertensão Arterial. No referido período, o Diabetes apresentou tendência decrescente correspondendo a uma queda de 35%, bem como a Hipertensão Arterial de 31% (Gráfico 32). Provavelmente, o programa de entrega gratuita de medicamentos do Governo Federal implantado em fevereiro de 2011, teve impacto positivo no controle da doença e, conseqüentemente, redução no número de internações por ano (BRASIL, 2014).

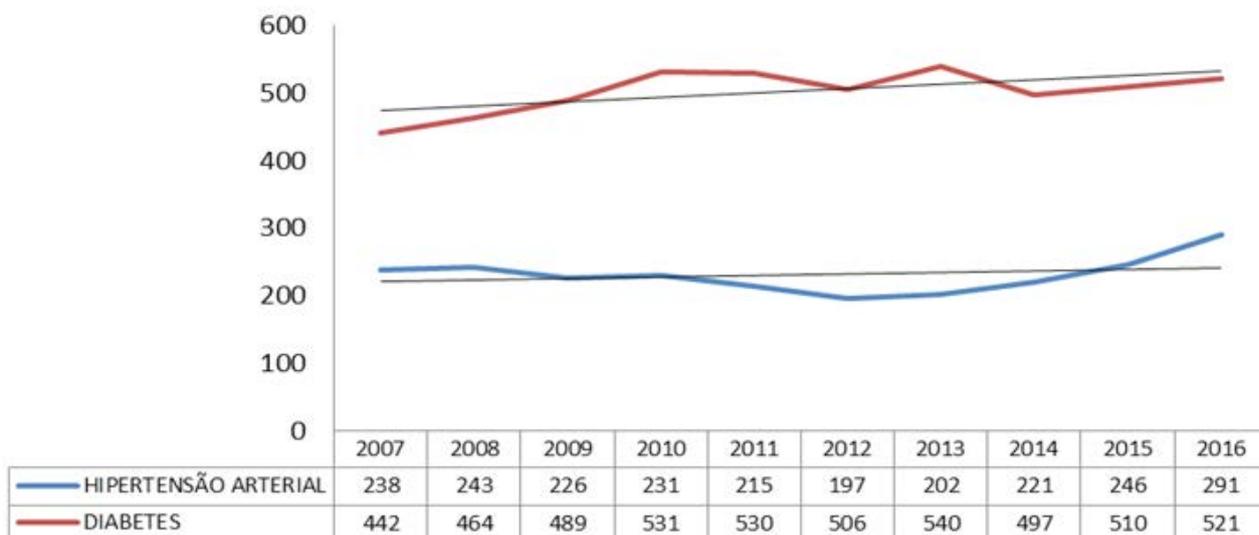
Gráfico 32. Números internações hospitalares por Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial. Recife, 2007 a 2016.



Fonte: SIH/DATASUS/Ministério da Saúde.

No período de 2007 a 2016 ocorreram 5.030 óbitos por Diabetes e 2.310 por Hipertensão Arterial em residentes do Recife. As variações no período apresentaram elevação de 17,8% nos casos de óbitos por Diabetes e de 22,2% nos óbitos por Hipertensão Arterial (Gráfico 33).

Gráfico 33. Números de óbitos por Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial. Recife 2007-2016.

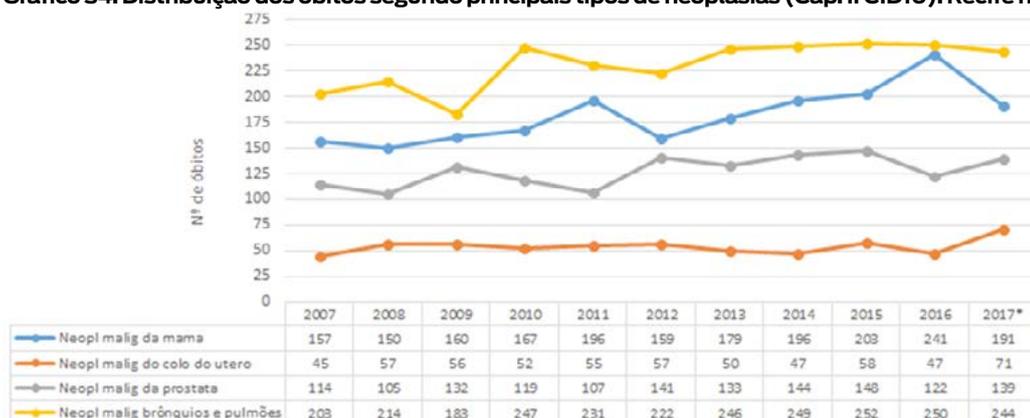


Fonte: Secretaria de Saúde do Recife/ SIM/SIS/UVUPI/DEVS *Dados parciais sujeitos a revisão, captados em 07/11/17.

5.4.1.2. NEOPLASIAS

A mortalidade por câncer vem aumentando ao longo dos anos em todo o mundo. No município de Recife, no período analisado de 2007 a 2016, também se verificou aumento na mortalidade por câncer, em especial nos óbitos por câncer na mama que variou de 157 (2007) para 191 (2017), perfazendo acréscimo 21,7%. As neoplasias de colo do útero, próstata e brônquios e pulmões apresentaram comportamento irregular entre 2007 e 2017 (Gráfico 34).

Gráfico 34. Distribuição dos óbitos segundo principais tipos de neoplasias (Cap. II CID10). Recife no período de 2007 a 2017*.



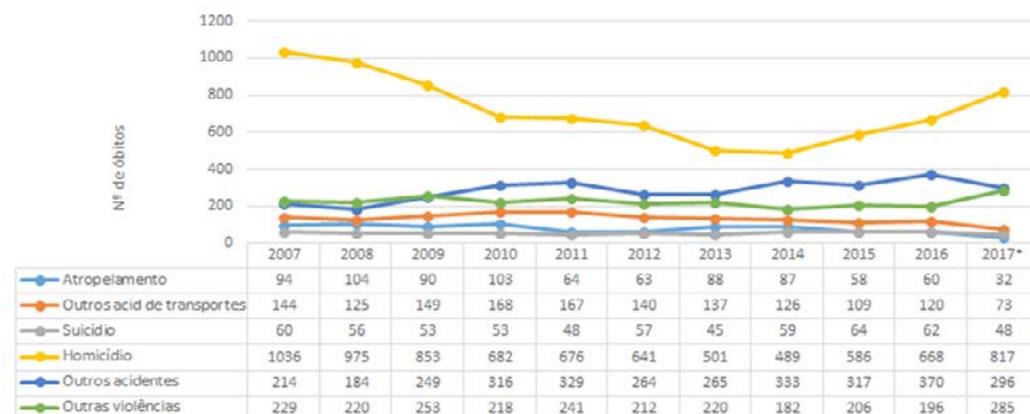
Fonte: Secretaria de Saúde do Recife/DEVS/UEPEI/SISV/SIM.
*Dados sujeitos a revisão.

5.4.2. CAUSAS EXTERNAS

As causas externas compreendem os diferentes tipos de violências e acidentes, e se constituem em um dos principais agravos à saúde da população. São causas não naturais que atuam sobre o estado de saúde em nível de adoecimento ou morte. Têm grande impacto na saúde pública em função de sua magnitude e por provocarem incapacidades e sequelas físicas e/ou psicológicas que geram elevados custos familiares e sociais.

No período de 2007 a 2017 ocorreram 16.429 óbitos de residentes no Recife por causas externas, média de 1.493 óbitos por ano, sendo 48,2% por homicídios e 14,% por acidente de transporte. Contudo, constata-se redução nos óbitos por homicídios (-22,6%), atropelamento (-52,8%) e outros acidentes de transporte (-17,3%) (Gráfico 35). Estes óbitos em sua maioria, cerca de 80%, eram de pessoas negras.

Gráfico 35. Distribuição dos óbitos por causa externa (Cap XX CID10) segundo tipo. Recife no período de 2007 a 2017.



Fonte: Secretaria de Saúde do Recife/DEVS/UEPEI/SISV/SIM

5.5. MORBIDADE HOSPITALAR

As informações de internações hospitalares são em sua maioria, relativas às doenças graves que exigem hospitalização. A figura 4 descreve as seis primeiras causas de internações dos residentes do Recife, de forma decrescente por faixa etária.

Figura 4. Principais causas de internações hospitalares (Capítulos da CID-10) de residentes em Recife. 2008-2017*

	= 1*	1-4a	5-9a	10-14a	15-19a	20-29a	30-39a	40-49a	50-59a	60-69	70-79	80+*
1*	Causas externas	D. do ap. circulatório	D. do ap. circulatório	D. do ap. circulatório	D. do ap. circulatório	D. do ap. circulatório						
2*	D. do ap. respiratório	D. do ap. respiratório	Neoplasias	Neoplasias	Neoplasias	Neoplasias	D. do ap. circulatório	Neoplasias	Neoplasias	Neoplasias	Neoplasias	D. do ap. respiratório
3*	D. endóc. Nutric. e metabólicas	Neoplasias	D. do ap. respiratório	D. do ap. respiratório	D. do ap. circulatório	D. do ap. circulatório	Neoplasias	Causas externas	Causas externas	D. do ap. respiratório	D. do ap. respiratório	Neoplasias
4*	Neoplasias	D. do ap. circulatório	D. do ap. circulatório	D. do ap. circulatório	D. do ap. respiratório	D. do ap. respiratório	D. endóc. Nutric. e metabólicas	D. endóc. Nutric. e metabólicas	D. endóc. Nutric. e metabólicas			
5*	D. do ap. circulatório	D. endóc. Nutric. e metabólicas	Causas externas	Causas externas	Causas externas	Causas externas						

Fonte: Secretaria de Saúde do Recife/DEVS/UVEPI/DANTS * Dados de 2017 sujeitos a modificação

6. GESTÃO PÚBLICA DA SAÚDE

Um Recife Melhor, mais desenvolvido e com mais qualidade de vida é o compromisso da atual gestão municipal, que tem como modelo a Gestão Pública por Resultados. Adotando como premissa uma visão empreendedora, a gestão pública por resultados assume um compromisso prioritariamente com a população e com o resultado que impacta diretamente na vida das pessoas, perseguindo padrões ótimos de eficiência, eficácia e efetividade, com ética e transparência.

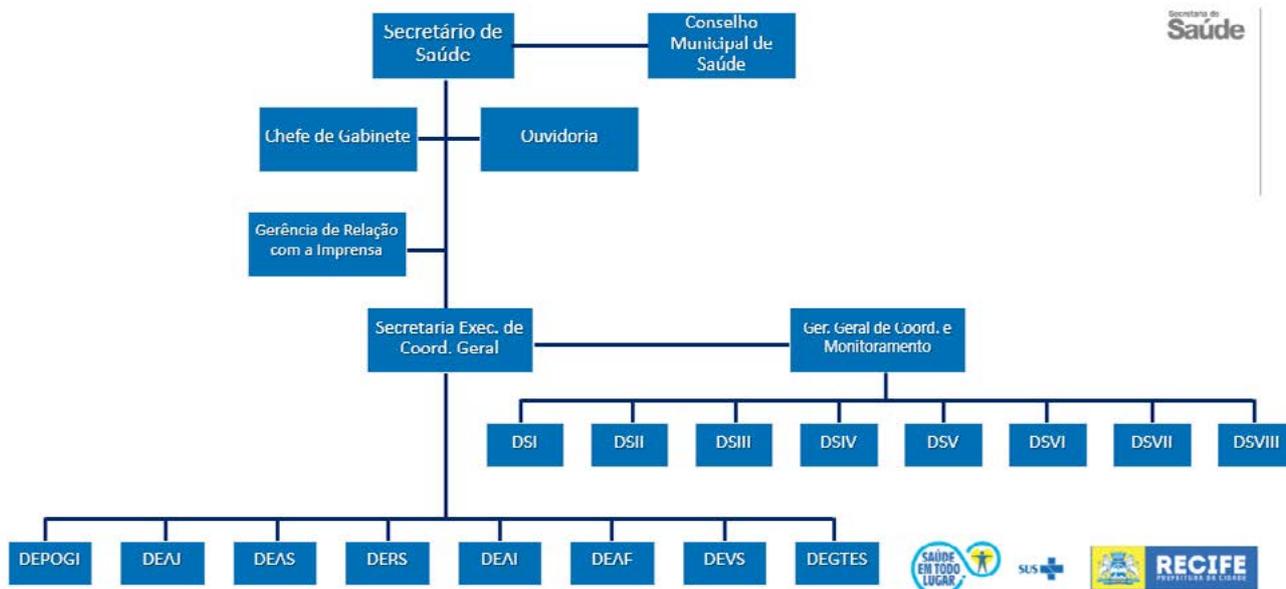
Para alcançá-los, é importante definir e construir um modelo de governança pública alinhando-o a metodologias que garantam a mensuração dos resultados, fomentando a institucionalização de uma cultura de monitoramento e avaliação desenhada com foco na utilidade.

6.1. ESTRUTURA DA SECRETARIA DE SAÚDE

Alinhado ao mapa estratégico do governo municipal, a Secretaria de Saúde tem um papel fundamental, assumindo o compromisso de melhorar o atendimento na rede pública de atenção à saúde, ampliando a oferta, o acesso e a qualidade dos serviços.

A estrutura da Secretaria de Saúde do Recife contempla 1 Secretaria Executiva de Coordenação Geral e 8 Diretorias Executivas responsáveis pelas áreas de planejamento, orçamento e gestão da informação, atenção à saúde, vigilância à saúde, regulação em saúde, gestão do trabalho e educação na saúde, administração e finanças, infraestrutura e assuntos jurídicos.

Figura 5. Organograma da Secretaria de Saúde do Recife.



O modelo de governança da Secretaria de Saúde foi reavaliado e reestruturado pautado na integração, descentralização e participação social. O planejamento e o monitoramento constante foram fortalecidos como elementos essenciais para o acompanhamento das mudanças em curso e alcance dos resultados. Outro destaque, foi a criação de dois novos distritos sanitários e a implantação de coordenadores de área na gestão da atenção básica, com ênfase na articulação em rede e na integralidade do cuidado.

Cabe destacar que o funcionamento e a cultura organizacional do Sistema Local de Saúde público do Recife tem seu Modelo de Atenção pautado pelos princípios e diretrizes constitucionais do SUS, entendendo a Atenção Básica como ordenadora e coordenadora do cuidado, que está em construção permanente, baseado em avaliações e análises das novas demandas identificadas, com vista a atender às necessidades de saúde da população.

6.2. PLANEJAMENTO, ORÇAMENTO E GESTÃO DA INFORMAÇÃO

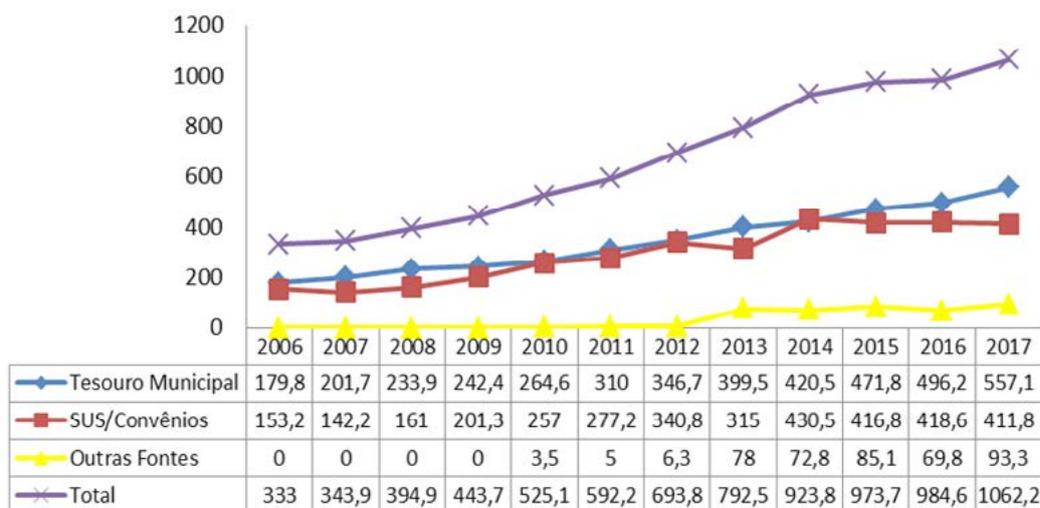
O modelo de gestão por resultados requer a estruturação e o fortalecimento contínuo das capacidades de planejamento e gestão com ênfase em metodologias de monitoramento e avaliação. Outrossim, faz-se estratégica a concentração de esforço na perspectiva de institucionalizar tais práticas de forma que as mesmas tornem-se rotina e integrem a cultura organizacional.

Nessa perspectiva, a reestruturação da SESAU contemplou uma Diretoria Executiva de Planejamento, Orçamento e Gestão da Informação incumbida de coordenar os processos de gestão no âmbito do SUS, incluindo a elaboração, monitoramento e avaliação de documentos/instrumentos dos quais destacam-se: Plano Plurianual, Lei das Diretrizes Orçamentárias, Lei Orçamentária Anual, Plano Municipal de Saúde, Programação Anual de Saúde, Relatórios Detalhados Quadrimestrais, Relatórios Anuais de Gestão, Relatórios de Conferências de Saúde, Sala de Situação e Banco de Informações Estratégicas.

Cabe também a essa Diretoria Executiva a captação de novos recursos para projetos estratégicos, bem como a estruturação de estratégias indutoras do uso eficiente dos recursos captados, prevenindo perdas de recursos seja por não execução oportuna ou descredenciamento de serviços.

Seguindo as recomendações da lei 141 de 2012, que regulamentou a Emenda Constitucional 29 (EC29), gestão municipal deve aplicar um percentual mínimo de 15% dos recursos do tesouro na saúde para garantir a qualidade da atenção ofertada à população. Recife vem elevando gradualmente os recursos do tesouro repassados à saúde, passando de 16,24% (399,5 milhões) em 2013 para uma participação de 18,67% (557 milhões) em 2017 (Gráfico 36 e 37), mesmo vivenciando a conjuntura de crise econômica e financeira pela qual passa o país.

Gráfico 36. Orçamento da Saúde (em milhões de reais). Recife, 2006 - 2017.



Fonte: Secretaria de Saúde do Recife, 2018/SIOPS.

Gráfico 37. Percentual de recursos próprios destinados a Saúde. Recife, 2006 – 2017.



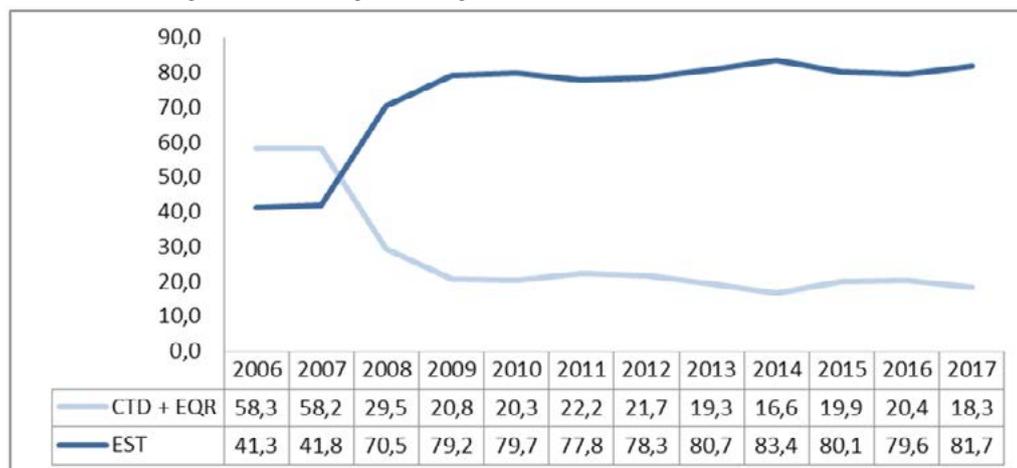
Fonte: Secretaria de Saúde do Recife, 2018/SIOPS.

6.3. GESTÃO DO TRABALHO E EDUCAÇÃO NA SAÚDE

A Gestão do Trabalho e Educação na Saúde trata das relações de trabalho e do desenvolvimento profissional a partir de uma concepção na qual a participação do trabalhador é fundamental para a efetividade e eficiência do Sistema Único de Saúde. Dessa forma, o trabalhador é percebido como sujeito e agente transformador de seu ambiente e não apenas um mero recurso humano realizador de tarefas previamente estabelecidas pela administração local.

A gestão municipal vem investindo para qualificar o trabalho e valorizar os profissionais que atuam no sistema local de saúde. Uma dessas ações foi a qualificação dos vínculos dos trabalhadores da rede. Com a realização de concursos públicos e efetivação de profissionais. No período de 2013 a 2017 foram nomeados 2.033 profissionais de saúde, entre eles 767 novos médicos, 417 Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e 208 Agentes de Saúde Ambiental e Controle de Endemias (ASACES). Houve uma diminuição do número de profissionais contratados, tornando os estatutários correspondentes ao maior percentual dos servidores da rede municipal (Gráfico 38).

Gráfico 38. Evolução da composição da força de trabalho da Secretaria Municipal de Saúde de Recife, 2006 a 2017.



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

Outra ação foi à implantação do Plano de Cargos, Carreiras, Desenvolvimento e Vencimentos (PCCDV) instituído pela Lei nº 17.772/2012. O PCCDV define as progressões funcionais que consistem na movimentação do servidor na tabela salarial de cargo, em períodos específicos e de três formas, a saber: por mérito, a cada 3 (três) anos; por qualificação, a cada 4 (quatro) anos; e por tempo de serviço, a cada 5 (cinco) anos, a contar da data de adesão do servidor ao PCCDV.

A mesa de negociação setorial da saúde foi reestruturada e fortalecida. Reconhecida como espaço oficial de negociação, tem como pautas prioritárias: questões relativas ao PCCDV; estratégias para regulamentação da produtividade no município e discussão das pautas sindicais específicas das categorias da saúde para a mesa geral de negociação, resultando em acordos firmados por meio da lei 18.217/2016.

Na área da Gestão do Trabalho, destaca-se ainda o Projeto Acolhimento e Integração dos novos servidores da saúde, que tem como objetivo acolher e promover maior integração dos novos servidores e dar conhecimento sobre a rede municipal de saúde, sobre os serviços oferecidos pela secretaria bem como seus fluxos e processos de trabalho.

Segundo a Constituição Federal (CF) de 1988, o SUS tem como competência “ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde”, o que envolve não apenas a qualificação dos profissionais que já atuam nos serviços de saúde, mas também a formação de futuros profissionais para o setor. A Lei 8.080/90 destaca que os serviços públicos que integram o SUS devem se constituir em campo de

prática para o ensino e a pesquisa, de modo a articular os interesses das Instituições de Ensino Superior (IES) e dos sistemas locais de saúde com vistas à melhoria da qualidade do atendimento à população (CAVALHEIRO & GUIMARÃES, 2011).

Visando à efetivação e ao fortalecimento dessa integração destacamos o Programa Nacional de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PETSÁUDE), as formações desenvolvidas para o enfrentamento à Síndrome Congênita do Zika Vírus (SCZv) e ao *Aedes Aegypti*, e o planejamento integrado para a realização de estágios de graduação e de nível médio e rodízio de Programas de Residência Multiprofissional e de Área Médica.

Na área de Educação na Saúde o município realizou a qualificação de mais de 6 mil profissionais de saúde, com foco principal no combate às Arboviroses e enfrentamento à Síndrome Congênita do Zika Vírus. Dentre essas ações, destacam-se o Zikalab (Laboratório de Formação do Trabalhador de Saúde no Contexto da Microcefalia) com mais de 1.800 profissionais capacitados para oferecer acolhimento às famílias e apoiar ações desde a prevenção até intervenções em bebês com microcefalia e outros agravos decorrentes do Zika; e as parcerias com a Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), a Fundação Altino Ventura (FAV), o MS e a Organização Não Governamental (ONG) Visão Mundial, com formações com foco no Desenvolvimento Infantil e na Atenção às famílias com crianças acometidas pela Microcefalia e pela SCZv – com aproximadamente 300 profissionais capacitados; e as ações educacionais para os trabalhadores (Atenção Básica, Maternidades, Pré-Natal, Ultrassonografistas, entre outros), totalizando mais de 6.000 contemplados.

Além disso, no período de 2013 a 2017, foram ofertados cursos de especialização, aperfeiçoamento e capacitação para os profissionais que atuam na rede de atenção à saúde e controle social, tais como: treinamento em diabetes para profissionais de saúde; educação continuada sobre hepatites virais; especialização em gestão do sistema de informação em saúde; curso de reanimação cardiopulmonar para adultos; atualização no diagnóstico e tratamento da hipertensão arterial; aperfeiçoamento em álcool, crack e outras drogas; capacitação do sistema de informação de agravos de notificação (SINAN-NET) do centro de referência em saúde do trabalhador (CEREST); curso à distância impacto da violência na saúde; aperfeiçoamento em vigilância sanitária; especialização em vigilância em saúde ambiental; atualização para conselheiros distritais e municipais de saúde; especialização em preceptoría no SUS, entre outras.

Outra importante ação nessa área, que vem crescendo cada vez mais, é a articulação, por meio da integração entre ensino, serviço e comunidade da rede de atenção à saúde municipal como campo de prática para a realização de estágios de estudantes e rodízios de profissionais residentes, com destaque para os Programas Municipais de Residência da Secretaria de Saúde do Recife.

Nessa área, foram ofertadas na Rede SUS Escola Recife, no ano de 2017, 19.300 vagas de estágio, sendo 9.036 vagas de graduação (estágio curricular obrigatório, aulas práticas e visita técnica), 2.058 vagas de nível técnico e 5.376 de residências.

Já no âmbito do estágio curricular não obrigatório, houve a realização de processo seletivo unificado para contratação de 102 estagiários (27 vagas nível

médio e 75 vagas nível superior) com inclusão de 16 vagas para a reestruturação do programa Posso Ajudar, visando colaborar com a implantação do Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR) nas policlínicas e maternidades da rede, contribuindo para implantação dos dispositivos da Política Nacional de Humanização (PNH), potencializando a organização dos fluxos assistenciais, priorizando o atendimento por gravidade.

Os Programas de Residência da Secretaria de Saúde constituem importante estratégia no fortalecimento da rede de atenção à saúde, com vistas a ampliar o acesso e qualificar o SUS na esfera municipal, a partir do estímulo à formação profissional em serviço.

A Secretaria de Saúde do Recife com o apoio do Ministério da Saúde e da Secretaria de Saúde de Pernambuco possui 09 Programas de Residência na área da saúde. Essa parceria ampliou de 02 vagas em 2012 para 192 em 2017, representando um investimento de R\$ 639.442,56 por mês e R\$ 7.673.310,72 por ano, considerando o valor da bolsa atual que é de R\$ 3.330,43.

Quadro 01. Programas de Residência na Área da Saúde da Secretaria de Saúde do Recife, 2018.

PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA	Nº DE BOLSAS
1.ENFERMAGEM EM ATENDIMENTO PRÉ HOSPITALAR	04
2.MEDICINA DA FAMÍLIA E COMUNIDADE	40
3.PSIQUIATRIA	18
4.ENFERMAGEM OBSTETRICA	20
5.ODONTOLOGIA EM SAÚDE COLETIVA	24
6.MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE COLETIVA	32
7.MULTIPROFISSIONAL VIGILÂNCIA EM SAÚDE	10
8.MULTIPROFISSIONAL REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL	20
9.MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA	24
TOTAL	192

Também é importante assinalar o avanço da SESAU na área de pesquisa, ensino e extensão. Cerca de 250 pesquisas foram realizadas no município e a área passou no ano de 2017 por uma reestruturação visando criar as condições para que a secretaria passe a ter agilidade nos fluxos e processos para autorização das pesquisas e possa ter um rol de pesquisas sendo realizadas de acordo com as prioridades do sistema de saúde municipal.

O Telessaúde Recife conecta os profissionais de saúde da cidade em uma rede colaborativa através das tecnologias digitais para melhorar o acesso e a qualidade dos serviços de saúde à população. Médicos e enfermeiros da atenção básica são apoiados por profissionais da atenção especializada através de chamadas telefônicas ou mensagens de texto por aplicativo móvel, para a tomada da melhor decisão clínica, organização do processo de trabalho e atualização científica.

Um dos serviços em destaque é a integração com a regulação assistencial a qual permite a busca ativa de situações sensíveis à teleconsultoria nas filas de espera dos ambulatórios especializados. Desde 2015, aproximadamente 1.560 teleconsultorias síncronas foram realizadas beneficiando mais de 300 profissionais, atingindo mais de 70% de todas as equipes do município. A média de redução de encaminhamentos após teleconsultoria é de 62,8% no período.

6.4. PARTICIPAÇÃO E CONTROLE SOCIAL

A Rede de Conselhos de Saúde do Recife é composta pelo Conselho Municipal de Saúde (CMS), Conselhos Distritais de Saúde (CDS) e Conselhos de Unidades de Saúde. Desde 2014, as parcerias entre o conselho municipal e os conselhos distritais tem estimulado o movimento de ampliação dos conselhos de unidades. Ao todo são cerca de 480 participantes possibilitando a ampliação dos espaços de decisões/ações do poder público, impulsionando a constituição de esferas públicas democráticas e sendo potenciais sujeitos sociais para processos participativos mais amplos e de interlocução ético-política com o Estado (SALIBA, 2009).

Dentre as principais ações desenvolvidas, destacam-se as agendas das comissões permanentes (executiva, orçamento, educação permanente, ética, comunicação, articulação e de fiscalização) bem como a criação, em 2017, da Comissão de Saúde do Trabalhador. A realização dos plenos ordinários mensais, os grupos de trabalhos de monitoramento e avaliação da programação anual de saúde e do relatório anual de gestão e a organização das conferências de saúde, que mobiliza uma média de três mil participantes, considerando as etapas microrregionais, distritais e a conferência municipal.

7. REGULAÇÃO

O termo regulação, aplicado ao setor saúde no país, tem diversos entendimentos, concepções e práticas, podendo ser entendida como um mecanismo de gestão que visa garantir a organização das redes e fluxos assistenciais, provendo acesso equânime, integral e qualificado da população aos serviços de saúde.

A regulação do acesso tem como objetos, conforme portaria Nº 1.559, de 1º de agosto de 2008 (BRASIL, 2008), a organização, o controle, o gerenciamento e a priorização do acesso e dos fluxos assistenciais no âmbito do SUS.

7.1. AMPLIAÇÃO DA REDE REGULATÓRIA MUNICIPAL

No ano de 2017, com o intuito de ampliar e qualificar a rede regulatória do município foi inaugurada a nova sede da Diretoria Executiva de Regulação em Saúde (DERS) o que possibilitou a melhoria do parque tecnológico, com a aquisição de 65 novos computadores e o aumento da capacidade instalada para comportar 190 profissionais, garantindo agilidade aos encaminhamentos das demandas solicitadas pela população.

Outra ação importante foi a modernização do teleatendimento, com a aquisição do Sistema de Gerenciamento do Contact Center, qualificando o gerenciamento do contato do usuário com a Central de Regulação, o que resultou na realização de 363.373 contatos telefônicos entre discados e recebidos, com uma média mensal de 36.300 ligações. Também foi implantado o serviço de envio de mensagens de texto (SMS) para informar ao usuário sobre a marcação de consultas e, desde então, foram enviadas mais de um milhão de mensagens.

Essas ações possibilitaram a ampliação de outras atividades importantes para qualificar o processo regulatório no município, como a realização de 242 visitas técnicas nas unidades da rede própria da atenção básica e especializada, com 33 capacitações para profissionais solicitantes da atenção básica, contemplando 530 profissionais de saúde; e o desenvolvimento de atividades de teleconsultoria ativa e passiva para os procedimentos: otorrinolaringologia, proctologia, infectologia e endoscopia digestiva alta.

Todos esses avanços viabilizaram a regulação de 100% da rede municipal de saúde própria e complementar via Sistema de Regulação (SISREG), com garantia de acesso a 1.282 procedimentos ambulatoriais regulados (exames, consultas e terapias) e uma média mensal de 192.459 procedimentos agendados.

7.2. GESTÃO DA OFERTA E FILA DE ESPERA

A gestão realizada nas filas de espera do município com a busca ativa dos usuários através de contato prévio via teleatendimento, tornou possível realizar o planejamento das ações em saúde, verificar reduções significativas nos tempos médios de espera e quantidade de solicitações pendentes. O aumento da oferta da rede própria, a partir do início das atividades do Hospital da Mulher do Recife, da Unidade Pública de Atendimento Especializado (UPA-E) do Arruda e também da nomeação de novos profissionais de saúde têm contribuído para a gestão das filas de espera no município.

entre os principais resultados alcançados, destacam-se a redução de solicitações pendentes para os procedimentos de consulta em proctologia (98%), endocrinologia (60%), cirurgia vascular (80%) e ultrassonografia geral (90%), bem como uma redução no tempo de espera de proctologia (97%), cirurgia vascular (95%), ultrassonografia obstétrica (70%) e urologia (80%); ampliação em 100% dos procedimentos de consulta em cirurgia vascular e consulta em

urologia. Para o procedimento de consulta em proctologia, a oferta média, em relação ao ano de 2014, teve um aumento de aproximadamente 300%.

Em 2016, com o Hospital da Mulher do Recife (HMR) e da Unidade Pública de Atendimento Especializado, pode-se destacar um aumento significativo da oferta para os procedimentos de ecocardiografia (106%), eletroencefalograma (303%), endoscopia digestiva (75%), holter 24hs (125%), espirometria (274%), teste ergométrico (212%), colonoscopia (503%), nefrologia (44%), pequenas cirurgias (65%), ultrassonografia com doppler (46%) e ultrassonografia geral (53%).

8. OUVIDORIA E AUDITORIA DO SUS

8.1. OUVIDORIA NO SUS

As Ouvidorias do SUS viabilizam a comunicação entre os(as) cidadãos(ãs) e as estruturas do SUS para apresentação, encaminhamento e resposta às demandas. Elas são responsáveis por realizar a mediação com as unidades administrativas dos órgãos e entidades do SUS com vistas à correta, objetiva e ágil instrução das demandas apresentadas pelos(as) cidadãos(ãs), bem como a sua conclusão dentro do prazo estabelecido para resposta aos demandantes (BRASIL, 2014).

Em 2017, a Ouvidoria prestou 17.888 atendimentos (Gráfico 39), para os quais foram identificados alguns perfis conforme distribuição abaixo:

Gráfico 39. Distribuição dos atendimentos por tipo de contato. Ouvidoria SUS Recife, 2017.



Fonte: Ouvidoria SUS Recife, 2017.

Foi incluído novo canal de atendimento das Ouvidorias do SUS, por meio de aplicativo para celulares e tablet – “e-saúde”, desenvolvido pelo MS, que permite o envio de manifestações do cidadão à Ouvidoria.

Houve ainda reformulação e reimplantação da nova Unidade de Resposta Audível (URA), para o 0800 da Ouvidoria, com a colaboração da equipe de interlocutores na informação da vigilância epidemiológica quanto à prevalência de doenças no município.

8.2. AUDITORIA NO SUS

A auditoria é um instrumento de gestão utilizado para fortalecer o SUS, contribuindo para a alocação e utilização adequada dos recursos, a garantia do acesso e a qualidade da atenção à saúde oferecida aos cidadãos (BRASIL, 2011).

As auditorias são desenvolvidas por eixos temáticos, de acordo com as demandas advindas da Gerência de Monitoramento da Assistência (GMAIES/DERS/SESAU) ou do Comitê de Auditoria do SUS de Pernambuco (CASUSPE). São denominadas por ações Programadas ou Especiais (específicas ou denúncias), realizadas de forma direta ou integrada com outro(s) componente(s) do Sistema Nacional de Auditoria (SNA).

O Relatório Detalhado Quadrimestral, instituído pela Lei 141 de 2012 divulga periodicamente as auditorias em curso, caracterizando-as quanto ao tipo, situação (concluída ou em andamento), objeto e recomendações.

9. REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE

As Redes de Atenção à Saúde têm como objetivo promover a integração de ações e serviços de saúde para prover uma atenção à saúde de forma contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada aos cidadãos, com vistas à consolidação dos princípios e diretrizes do SUS. Dessa forma, a rede municipal do Recife está descrita no quadro 1.

Quadro 1. Rede Própria de Saúde do Recife. Recife, 2017.

REDE DE SAÚDE	DISTRITO SANITÁRIO								TOTAL
	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	
Unidades de Saúde da Família (USF)	9	17	7	19	15	12	17	22	119
UPINHA 24h	0	2	0	0	0	0	2	0	4
UPINHA Dia	0	1	0	1	2	0	2	1	7
Equipes de Saúde da Família	16	50	7	40	33	27	48	55	276
Equipes de Saúde Bucal (ESB)	9	33	6	28	19	17	32	28	173
Equipe de Agentes Comunitários de Saúde (EACS)	2	7	6	9	14	4	11	3	56
Equipes de Núcleos de Apoio à Saúde da Família (ENASF)	2	3	1	3	3	2	3	3	20
Núcleo de Apoio a Práticas Integradas (NAPI)	-	-	-	-	-	-	-	-	1
Unidades Básicas Tradicionais (UBT)	1	1	3	3	5	4	3	2	22
Polos da Academia da Cidade	5	7	4	8	7	5	3	3	42
Farmácia da Família	0	3	2	2	2	1	0	1	11
Centro de Atenção Psicossocial (CAPS Álcool e outras Drogas)	1	1	1	1	1	1	0	0	6
Centro de Atenção Psicossocial (CAPS Transtornos Mentais)	1	2	2	1	3	2	0	0	11
Unidades de Acolhimentos (UA)	0	1	0	1	0	1	0	0	3
Residências Terapêuticas	4	6	11	8	7	16	0	0	52
Centro de Especialidades Odontológicas	1	1	1	2	1	2	1	0	9
Policlínicas	3	2	2	1	1	1	1	1	12
Serviço de Pronto Atendimento (SPA)	0	1	1	0	1	0	0	1	4

Maternidades	0	0	1	0	1	0	0	1	3
Hospitais Próprios	0	0	1	0	1	0	0	0	2
Unidades com Espaço Mãe Coruja	2	1	0	1	1	0	1	1	10
Equipes Consultórios de Rua	1	1	1	1	1	1	0	0	6
Equipes de Consultório na Rua (CNar)	1	0	0	0	0	1	0	0	2
SAMU Metropolitano do Recife (Central)	1	-	-	-	-	-	-	-	1
Bases descentralizadas do SAMU	2	1	1	1	3	1	1	1	11
SAMU - Ambulância - USB (Básica)	-	-	-	-	-	-	-	-	18
SAMU - Ambulância - USA (UTI)	-	-	-	-	-	-	-	-	4
SAMU - Motolância	-	-	-	-	-	-	-	-	6
SAMU - VIR (veículo de intervenção rápida)	-	-	-	-	-	-	-	-	1
Laboratório Municipal	1	-	-	-	-	-	-	-	1
Unidades Especializadas	4	2	2	1	0	0	0	0	9
Serviço de Atendimento Domiciliar EMAP*	-	-	-	-	-	-	-	-	3
Serviço de Atendimento Domiciliar EMAD**	-	-	-	-	-	-	-	-	9

*EMAP – Equipe Multidisciplinar de Apoio

**EMAD – Equipe Multidisciplinar de Atenção Domiciliar

Fonte: SEAS/SS do Recife, 2017

9.1. ATENÇÃO BÁSICA

A atenção primária é o centro de comunicação das redes de atenção à saúde com o sistema de saúde. A atenção primária tem papel fundamental na estruturação e organização das redes de atenção à saúde, por sua proximidade com os indivíduos e identificação das necessidades de saúde da população. Ela deve ser o centro de comunicação das relações horizontais entre os pontos das redes de atenção à saúde, com a coordenação dos fluxos e contrafluxos do sistema de saúde, e de modo a garantir o compartilhamento de objetivos, a integralidade e continuidade da atenção à saúde dos usuários.

A rede básica do município de Recife é composta pelas unidades de saúde da família, sendo algumas delas upinhas que funcionam durante o dia e outras com atendimento 24 horas; por unidades básicas tradicionais de saúde (UBT), pelos Núcleos de Apoio a Saúde da Família e pelos Serviços de Atenção Domiciliar (SAD).

Atualmente, são: 130 unidades de saúde da família, sendo, destas 4 Upinhas 24h. Essas unidades são compostas por 276 equipes de saúde da família (ESF), 173 equipes de saúde bucal (ESB), 56 Equipes da Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde, 20 Equipes de Núcleo de Apoio a Saúde da Família (ENASF) e 2 Equipes de Consultório na Rua (eCnaR) (Figura 6).

Em 2017, a cobertura populacional estimada pela atenção básica no município foi de 73%. A cobertura populacional pelas ESF atingiu 58% e por equipes de Agente Comunitário de Saúde foi de 14,5%. Já a cobertura das equipes de saúde bucal foi de aproximadamente 37%. Para o cálculo das coberturas, utilizou-se o parâmetro de 3.450 pessoas por equipe de saúde da família e bucal, e de 575 pessoas por agente comunitário de saúde.

Figura 6. Rede Básica de Saúde. Recife, 2017



Fonte: Secretaria de Saúde do Recife/SECG/DEPOGI. Recife, 2018

Equipes de Consultório na Rua (eCnaR) são voltadas para as pessoas em situação de rua, com o foco na atenção integral à saúde. O CnaR tem o desafio de inserir as pessoas em situação de rua na rede de assistência do SUS, bem como articular uma linha de cuidado. É composto por equipe multiprofissional, desenvolvendo ações compartilhadas e integradas às Unidades Básicas de Saúde e, quando necessário, também com as equipes dos Centros de Atenção Psicossocial,

dos serviços de Urgência e Emergência e de outros pontos de atenção, de acordo com a necessidade do usuário.

9.1.1. APOIO MATRICIAL E EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

Atualmente, o município do Recife/PE possui 20 Núcleos ampliados de saúde da família e atenção básica, distribuídos nos 8 Distritos Sanitários. As 20 equipes de NASF estão vinculadas a 168 ESF, correspondendo a 61% de cobertura de NASF em relação ao quantitativo atual de ESF.

Os NASF do município são formados por equipes multiprofissionais, com 07 categorias profissionais (fisioterapia, nutrição, fonoaudiologia, terapia ocupacional, farmácia, serviço social e psicologia), que atuam junto às ESF para ajudar na identificação de prioridades no território, na assistência direta individual e coletiva, e na educação permanente com atendimento compartilhado.

9.1.2. SERVIÇO DE ATENÇÃO DOMICILIAR

A Atenção Domiciliar (AD) consiste na modalidade de atenção à saúde integrada às RAS, com um conjunto de ações de prevenção e tratamento de doenças, reabilitação, palição e promoção à saúde, prestadas em domicílio, garantindo continuidade de cuidados.

Em Recife, o modelo de Serviço de Atenção Domiciliar- SAD tem como objetivos a redução da demanda por atendimento hospitalar, a redução do período de permanência de usuários internados, a humanização da atenção à saúde, com a ampliação da autonomia dos usuários e a desinstitucionalização, a otimização dos recursos financeiros e estruturais da RAS.

O SAD é o serviço complementar aos cuidados realizados na atenção básica e em serviços de urgência, substitutivo ou complementar à internação hospitalar, responsável pelo gerenciamento e operacionalização das Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar e Equipes Multiprofissionais de Apoio.

Considera-se elegível no SAD Recife o usuário que, tendo indicação de AD, e com o fim de abreviar ou evitar hospitalização, apresente afecções agudas ou crônicas agudizadas, com necessidade de cuidados intensificados e sequenciais, afecções crônico-degenerativas, considerando o grau de comprometimento causado pela doença, que demande atendimento no mínimo semanal e/ou necessidade de cuidados paliativos com acompanhamento clínico no mínimo semanal, com o fim de controlar a dor e o sofrimento do usuário.

O SAD Recife é composto por 09 EMAD e 03 EMAP. Cada EMAD tem uma constituição mínima de profissional(is) médicos(as), enfermeiros(as), fisioterapeuta(s) e auxiliares ou técnicos de enfermagem, enquanto cada EMAP é constituída minimamente por assistente social, fonoaudiólogo(a), nutricionista, psicólogo(a), farmacêutico(a) e terapeuta ocupacional.

9.2. ATENÇÃO ESPECIALIZADA

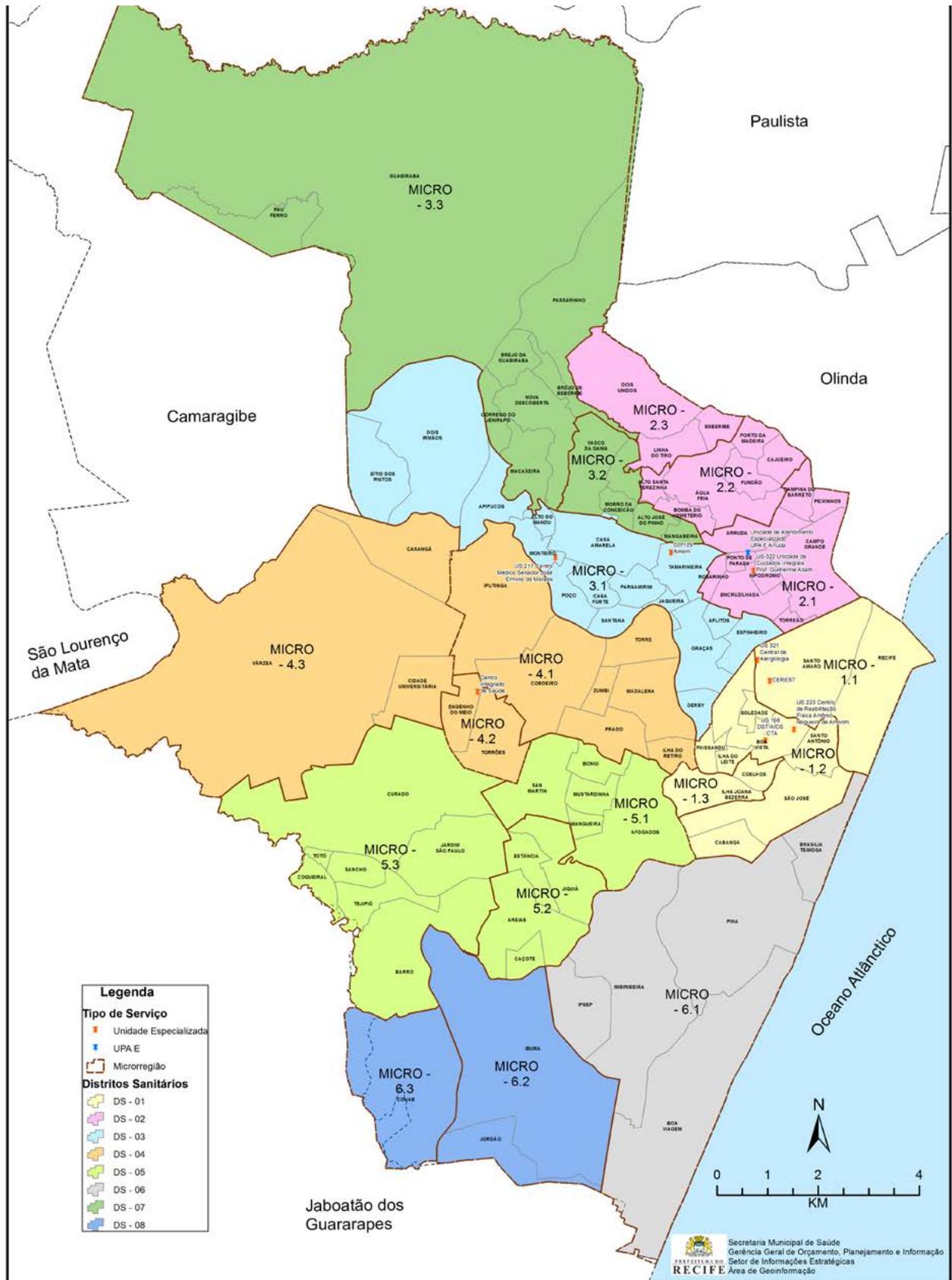
Os serviços de atenção especializada devem prestar atenção complementar a atenção básica, garantindo ao usuário a continuidade de diagnóstico e/ ou

assistência. Eles precisam estar integrados com rede de atenção e inseridos nas linhas de cuidado. O acesso à rede especializada no município se dá por encaminhamentos realizados pela atenção básica aos serviços e unidades de referência para os atendimentos das necessidades identificadas.

As unidades especializadas do município são: 12 Policlínicas, 9 Centros de Especialidades Odontológicas, o laboratório Municipal de Saúde Pública e 9 Unidades Especializadas, dentre elas o Centro de Referência em Saúde do Trabalhador, Centro de Reabilitação Física, Unidade de Cuidados Integrals, o Ambulatório Especializado da Mulher e a Unidade Pública de Atendimento Especializado.

A Unidade Pública de Atendimento Especializado (UPAE) Deputado Antônio Luiz Filho é a primeira unidade com este perfil no Recife, e é referência para toda população do município, residente em qualquer bairro. Ela oferece, por mês, cerca de 21 mil procedimentos de média complexidade, nas seguintes especialidades: cardiologia, nutrição, assistência social, enfermagem (estomatologia), terapia ocupacional, fonoaudiologia, fisioterapia, psicologia, mastologia, endocrinologia, gastroenterologia clínica, nefrologia, neurologia, pneumologia, reumatologia, traumatologia (geral), proctologia, psiquiatria. No local, são ofertados exames de Raio-X, eletrocardiograma, ergométrico, Ultrassonografia, eco/doppler, espirometria, holter, mapa, endoscopia, patologia clínica, anatomopatologia e colonoscopia.

Figura 7. Rede Especializada de Saúde. Recife, 2017



Fonte: Secretaria de Saúde do Recife/SECG/DEPOGI. Recife 2018.

9.3. ATENÇÃO HOSPITALAR

A rede hospitalar localizada no território do Recife é composta, por 73 hospitais, sendo 32 Hospitais Especializados, 40 Hospitais Gerais e 1 Hospital Dia. Esses hospitais são de gestão pública (municipal, estadual e federal), privada e filantrópica. Destaca-se que a rede hospitalar pública sob gestão do Recife é formada por 3 Maternidades, pelo Hospital Pediátrico Helena Moura e pelo Hospital da Mulher Dra. Mercês Pontes Cunha.

O Hospital da Mulher do Recife é o primeiro hospital municipal de grande porte da história da cidade. No local, são oferecidos às mulheres recifenses mais de 67 mil procedimentos, incluindo as internações, os atendimentos ambulatoriais (urgência e emergência, consultas especializadas e apoio diagnóstico) e procedimentos cirúrgicos.

O hospital apresenta 150 leitos, capacidade para realizar 400 partos e 250 cirurgias por mês. Realiza atendimentos, para mulheres, em 12 especialidades médicas (obstetrícia, neonatologia, infectologia, cardiologia, mastologia, psiquiatria, entre outras), além de serviço social, psicologia, enfermagem, nutrição e fonoaudiologia. Também tem um Centro de Parto Normal, e são oferecidos outros serviços como: farmácia; ambulatório para a população lgbt (lésbicas, bissexuais e transexuais-transgenitalizadas); centro de atenção à mulher vítima de violência; ouvidoria; salas de vacina, de coleta de exames laboratoriais e de curativos; banco de leite humano; serviço de assistência ao climatério; ginecologia infanto-puberal; serviço de pré-natal de alto risco; serviço de medicina fetal; serviço de planejamento familiar e agência transfusional.

Até novembro de 2017, a rede hospitalar localizada no território do Recife possuía 8.883 leitos, entre hospitais públicos, privados e filantrópicos. Destes, 6.397 são para o atendimento do SUS, sejam próprios ou conveniados (Tabela 2).

Tabela 2. Leitos hospitalares existentes no município de Recife, segundo especialidades, 2017.

Especialidade	Quantidade existente	Quantidade SUS
Cirúrgicos	3114	2190
Clínicos	2956	2082
Obstétrico	717	525
Pediátrico	947	783
Outras Especialidades	906	637
Hospital/DIA	243	180
TOTAL	8.883	6.397

Fonte: Ministério da Saúde/CNES, 2017.

9.4. ATENÇÃO AS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS

A Rede de Urgência e Emergência é composta pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgências (SAMU), pelos Serviços de Pronto Atendimento (SPA), pelas Unidades de Pronto Atendimento (UPA) – gestão de nível estadual, e pelas portas de urgência e emergência hospitalares de gestão municipal, estadual e federal.

O SAMU Recife tem 11 bases descentralizadas, 6 motolâncias, 2 helicópteros, 1 veículo de intervenção rápida e 22 ambulâncias, sendo 18 de suporte básico e 4 de suporte avançado.

A rede municipal conta com 4 SPA, que se constitui em um serviço organizado para funcionar 24 horas. Atende qualquer usuário, sem agendamento prévio, com caráter de urgência e emergência. O objetivo dele é diminuir as filas nos prontos-socorros dos hospitais, evitando que casos que possam ser resolvidos nos SPA sejam encaminhados para as unidades hospitalares.

As UPA 24h são unidades da rede estadual de urgência e emergência, e foram implantadas com o objetivo de preencher a carência de atendimento de emergência de média complexidade no Estado. Das 15 UPA distribuídas pelo Estado, 05 estão localizadas na cidade do Recife.

9.5. ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

A Assistência Farmacêutica é o conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, tanto individual como coletiva, tendo o medicamento como insumo essencial e visando o acesso e seu uso racional. A Portaria MS nº 3.916/1998 institui a Política Nacional de Medicamentos (PNM) e tem como finalidades principais: garantir a necessária segurança, a eficácia e a qualidade dos medicamentos; a promoção do uso racional dos medicamentos; e, o acesso da população àqueles medicamentos considerados essenciais.

A rede municipal de Recife dispõe de farmácias distribuídas em todos os distritos sanitários, em centros especializados, policlínicas, maternidades, hospitais pediátricos, centros de apoio psicossocial, SAMU e Upinhas/USF. São 11 (onze) Farmácias da Família distribuídas em todos os distritos sanitários, com exceção dos DS I e DS VII e outras 116 unidades dispensatórias, a maioria nas unidades básicas de saúde.

Nos Núcleos ampliados de saúde da família e atenção básica do Recife há 11 farmacêuticos. Estes realizam o acompanhamento farmacoterapêutico do usuário através de visitas domiciliares, atendimentos individualizados e compartilhados, atividades educativas na unidade e comunidade. Eles dão suporte aos pacientes portadores de doenças crônicas (hipertensão e diabetes), doenças negligenciadas (tuberculose e hanseníase) e portadores de distúrbios mentais, identificando não só as condições clínicas do paciente, mas todo contexto familiar e social envolvidos para a adesão ao tratamento. Além disso, participam dos grupos de idosos, gestantes, hiperdia, saúde mental, obesos e crianças, de ações de matriciamento, discussão de casos clínicos com a equipe e acompanhamento de Projeto Terapêutico Singular (PTS).

O município dispõe de Comissão Municipal de Farmácia e Terapêutica (CFT), constituída através da Portaria Nº119/2013, de 6 de agosto de 2013. É uma comissão de caráter permanente, consultivo e deliberativo, multiprofissional que vem realizando reuniões mensais a fim de promover discussões envolvendo a seleção de medicamentos, a revisão da padronização de medicamentos e definição de protocolos terapêuticos. Para tanto, a CFT utiliza a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) como instrumento norteador na construção da Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (REMUME).

Além dos medicamentos alopáticos, são ofertados medicamentos fitoterápicos e homeopáticos, sendo estes últimos produzidos na Farmácia Homeopática da Unidade de Cuidados Integrals à Saúde (UCIS) Guilherme Abath. Em relação ao sistema de informação, o município utiliza o Hórus Recife, sistema de gestão da assistência farmacêutica desenvolvido pela Secretaria Municipal de Saúde de Recife em parceria com o Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos (DAF) do MS. A expansão da implantação do sistema nas farmácias municipais tem possibilitado um maior controle de estoques, com a emissão de relatórios gerenciais, além do cadastramento e acompanhamento dos pacientes.

A AF do município mantém constante articulação com a Diretoria de Assistência Farmacêutica de Pernambuco para garantia de medicamentos e insumos financiados pelo Ministério da Saúde, que são utilizados nos programas de controle de endemias tais como tuberculose, hanseníase, malária, leishmaniose, doença de chagase e antirretrovirais (DST/Aids), estando estes últimos centralizados na Policlínica Lessa de Andrade.

9.6. SERVIÇOS DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA

Recife possui o Laboratório Municipal de Saúde Pública, que é a unidade de referência em apoio diagnóstico laboratorial da secretaria de saúde. o laboratório atende uma média mensal de 15.000 pacientes, perfazendo uma média de 150.000 exames/mês, divididos em setores técnicos (imunoquímica, hematologia, sorologia, uroanálise/parasitologia, microbiologia, citologia, histologia e bromatologia), que possuem um parque tecnológico de última geração para garantir veracidade e velocidade a esses resultados.

Na rede própria do município, em estabelecimentos como Policlínicas, UPA-E e Hospital da Mulher do Recife, são ofertados alguns procedimentos como: exames laboratoriais, de raio X, densitometria óssea, eletrocardiograma, mamografia, ressonância magnética, tomografia computadorizada, ergométrico, ultrassonografias, ecocardiograma com e sem doopler, espirometria, holter, mapa, endoscopia, patologia clínica, anatomopatologia e colonoscopia.

9.7. REDE COMPLEMENTAR

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, 05 laboratórios de patologia clínica e 08 serviços de imagem (raios-X, ultrassonografia, etc.), além de 4 serviços de oftalmologia e 7 de reabilitação.

10. REDES TEMÁTICAS

10.1. REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

A Política de Atenção Psicossocial tem como fundamento legal a Lei Federal nº 10.216/200, que estabelece a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental, e a Portaria MS/GM nº 3.088/2011/13, que institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde.

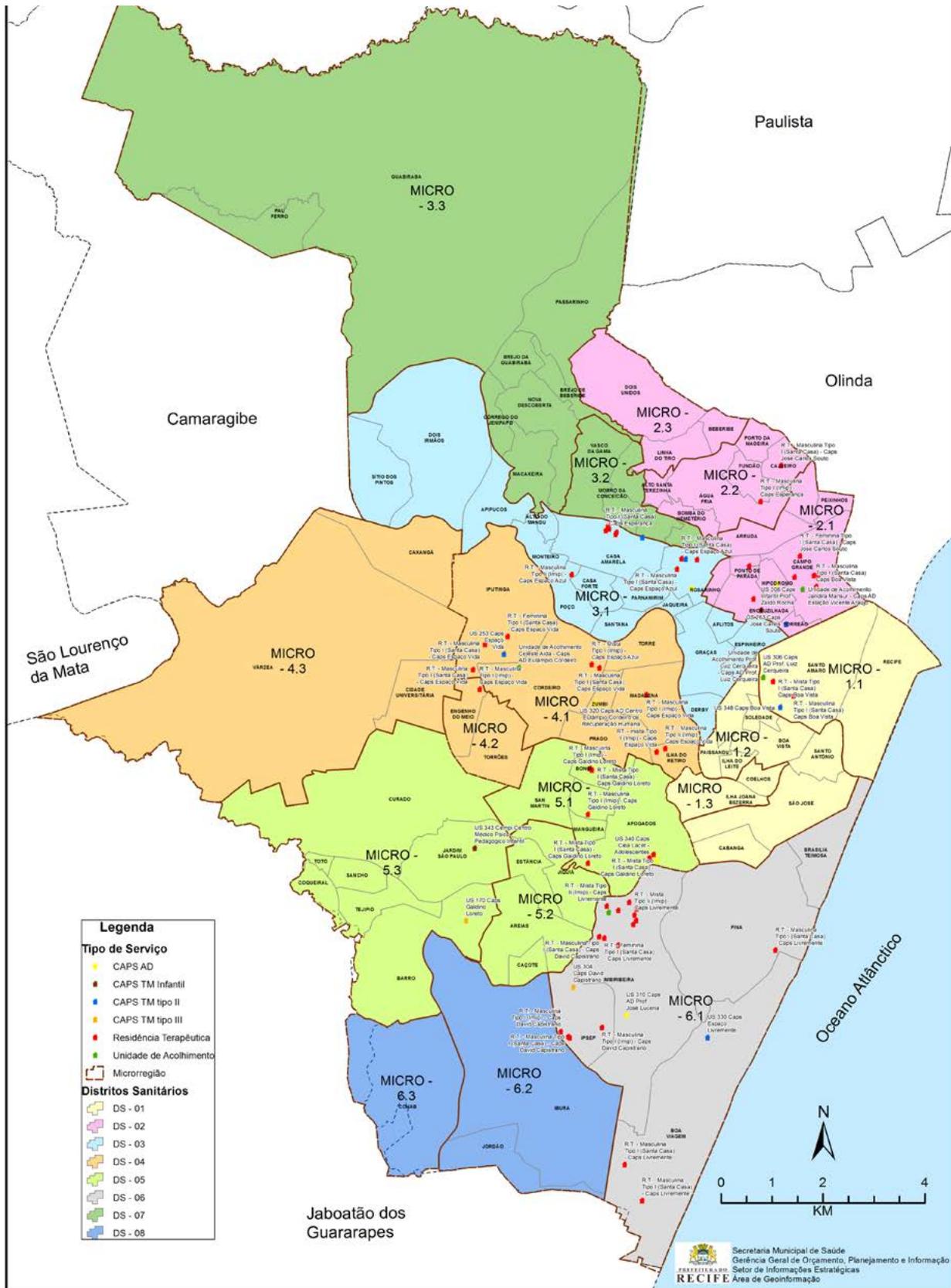
A Gestão municipal fomentou a mudança do modelo de atenção psicossocial, orientando-se pelas diretrizes da reforma psiquiátrica, com objetivo de fortalecer a clínica, ampliar o acesso, diversificar a oferta de serviços, visando a desospitalização e reabilitação psicossocial. O impacto das ações repercutiu na redução do número de internações, aumento da produção dos atendimentos na rede de atenção psicossocial própria e ampliação do número de residências terapêuticas.

Em 2016, os leitos psiquiátricos municipais foram zerados e os pacientes realocados para as residências terapêuticas. Atualmente, a RAPS do município é composta por serviços e equipamentos variados, tais como: 17 Centros de Atenção Psicossocial, sendo destes, 4 CAPS Tipo II, 4 CAPS Tipo III 24H, 4 CAPS Álcool e Drogas, 2 CAPS Álcool e Drogas Tipo III 24H e 3 CAPS Infantojuvenil; 52 Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), sendo 45 Tipo I e 7 Tipo II, com diversificada complexidade clínica e psiquiátrica; 3 Unidades de Acolhimento; 24 leitos de atenção integral em hospitais conveniados; 6 Equipes de Consultório de Rua e 2 Equipes de Consultório na Rua.

10.1.1. PROGRAMA DE CONTROLE DE TABAGISMO

A Política de Tabagismo do Município de Recife compreende o funcionamento de grupos para tratamento dos tabagistas nos CAPS AD e em USF, com garantia da cobertura de assistência em todos os DS. A implantação desses grupos nas USF se consolida como importante estratégia de fortalecimento da política na atenção básica.

Figura 8. Rede de Saúde Mental. Recife, 2017



Fonte: Secretaria de Saúde do Recife/SECG/DEPOGI. Recife 2018.

10.2. REDE MATERNO-INFANTIL (REDE CEGONHA)

A Rede Cegonha foi instituída pela Portaria GM/MS nº 1.459/2011 e tem como principais objetivos, fomentar a implementação de um novo modelo de atenção ao pré-natal e ao parto, nascimento, ao crescimento e desenvolvimento das crianças; organizar a rede de atenção à saúde materna e infantil para garantir acesso, acolhimento e resolutividade; reduzir a mortalidade materna e infantil, com ênfase no componente neonatal.

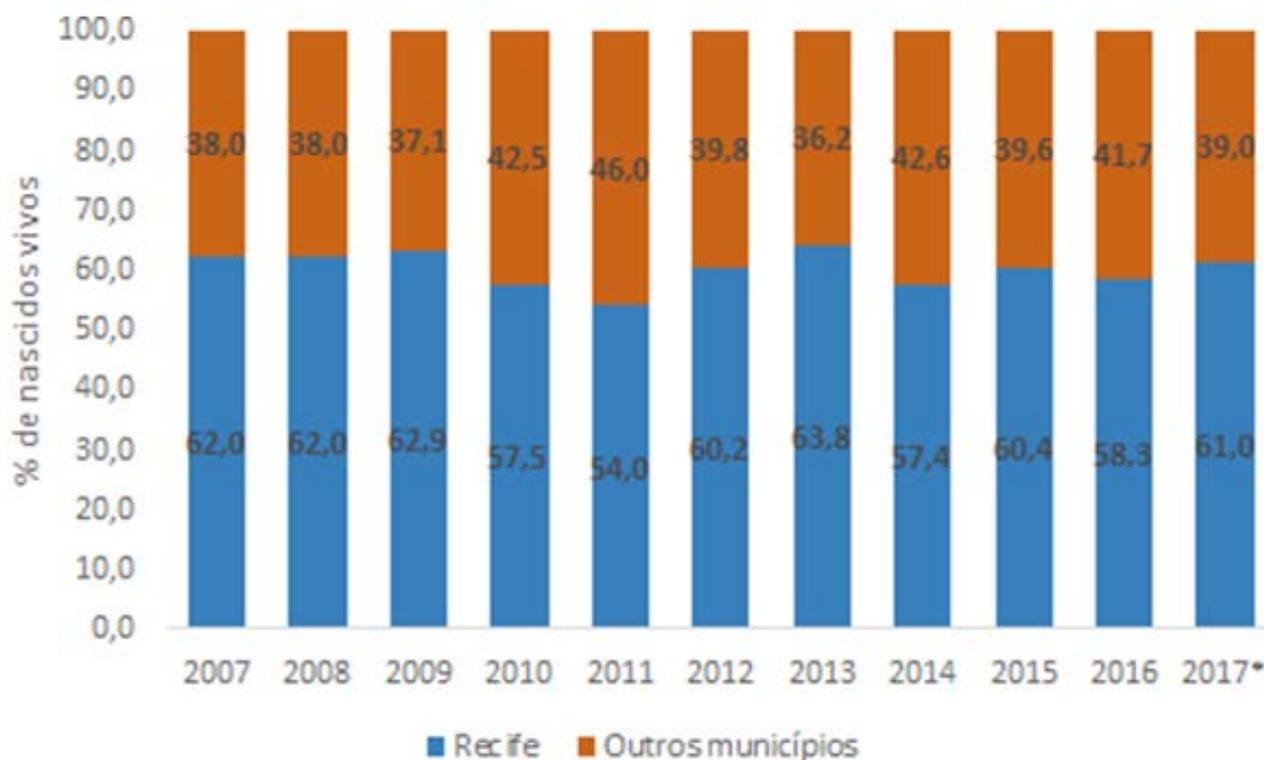
O público-alvo da Rede Cegonha são mulheres no período da gestação, parto, pós-parto e o desenvolvimento da criança até os dois primeiros anos de vida. Logo, a rede se define em quatro componentes: Pré-Natal, Parto e Nascimento, Puerpério e Atenção a Criança, e Sistema Logístico, Transporte Sanitário e Regulação. No Recife, a linha de cuidado integral para a atenção a saúde da gestante, puérpera e recém-nascido é desenvolvida nos diversos níveis de atenção. Na atenção básica o planejamento reprodutivo, captação precoce das gestantes, o acolhimento com avaliação de risco e vulnerabilidade, o pré-natal, a mediação para a visita da gestante a maternidade, as consultas puerperais e o acompanhamento das crianças na puericultura são viabilizados pelas ESF e EACS, em conjunto com todos os outros equipamentos da atenção básica, como os NASF, disponíveis no município.

Na atenção especializada, o pré-natal de alto risco é realizado na Maternidade Barros Lima, Policlínica Lessa de Andrade, Maternidade Arnaldo Marques e Hospital da Mulher, sendo atualmente ofertadas 960 consultas mensais para gestantes de alto risco. Para a atenção ao parto e nascimento, a rede pública sob gerência da SESAU é formada por 3 Maternidades (Maternidade Barros Lima, Maternidade Arnaldo Marques, e Maternidade Bandeira Filho) e mais recentemente pelo Hospital da Mulher do Recife que apresenta um Centro de Parto Normal.

Atualmente, as 3 maternidades e o Hospital da Mulher do Recife contam com 196 leitos obstétricos. Esses estabelecimentos realizam em média 10.052 partos/ano, sendo 39% de gestantes residentes em outros municípios (Gráfico 40).

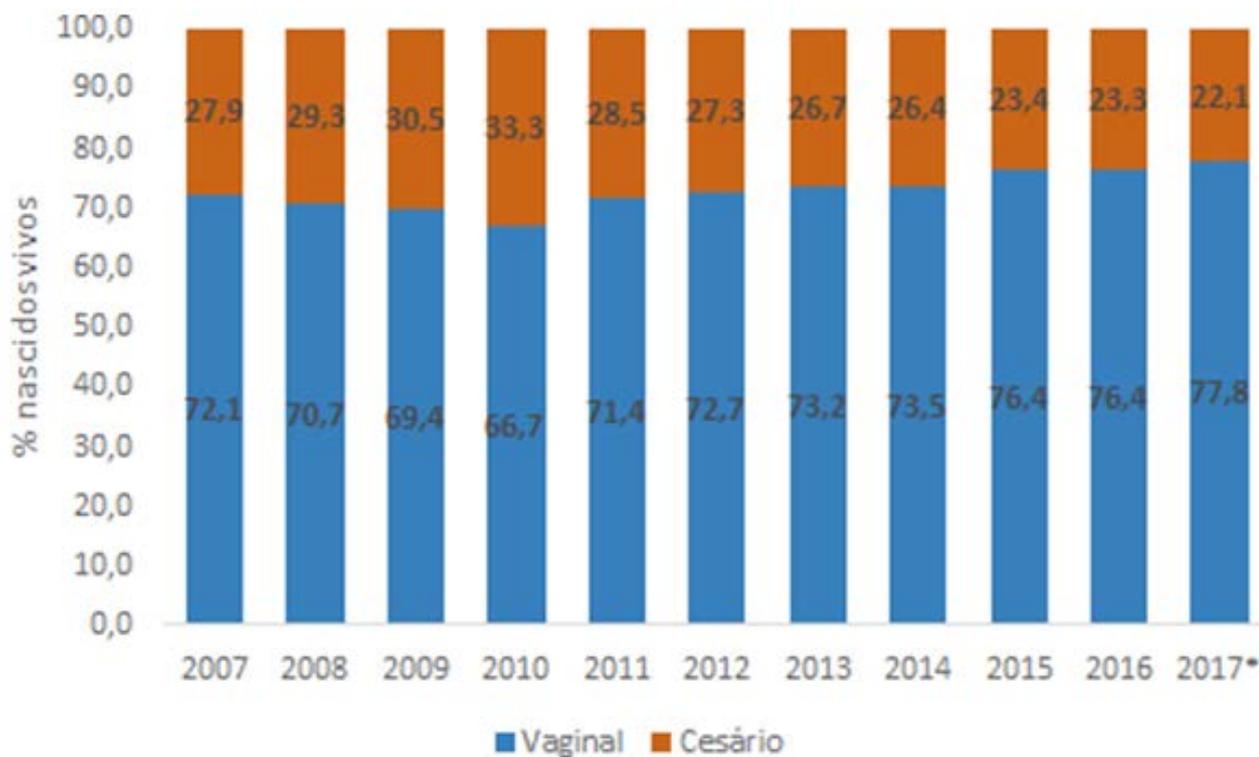
A maioria dos partos realizados nestas maternidades é vaginal, em média 72,8%, observando-se aumento nesta proporção a partir de 2012, atingindo 77,8% do total de partos em 2017 (Gráfico 41). A OMS preconiza como proporção aceitável de partos cesarianos aquela em torno de 10 a 15%. Esta determinação está fundamentada no preceito de que apenas 15% do total de partos apresentam indicação de cesariana, para preservação da saúde materna e/ou fetal.

Gráfico 40. Proporção de nascidos vivos com parto realizado nas maternidades do Recife segundo município de residência da mãe. Recife, 2007 – 2017



Fonte: Secretaria de Saúde do Recife/DEVS/UVEPI/SISV/SINASC

Gráfico 41. Proporção de nascidos vivos das maternidades do Recife segundo tipo de parto. Recife, 2007 – 2017.



Fonte: Secretaria de Saúde do Recife/DEVS/UVEPI/SISV/SINASC

A partir da rede materna e infantil, também são implementadas as práticas nas maternidades, como o direito ao acompanhante durante a internação para o parto; a inserção das doulas na assistência, com cursos de formação e atualização para doulas; o contato pele a pele efetivo entre a mãe e bebê, imediatamente após o nascimento, e o aleitamento materno na primeira hora de vida.

Para a assistência ao recém-nascido de risco, o Hospital da Mulher do Recife conta com 10 leitos de Unidade de Tratamento Intensivo (UTI) neonatal Tipo III, 15 leitos de Unidade de Cuidados Intermediários (UCI) neonatal convencional, 12 leitos de UCI neonatal canguru, e a maternidade Arnaldo Marques com 9 leitos de UCI neonatal convencional.

A continuidade do cuidado após a alta é garantido pelo acompanhamento da puérpera e do bebê pela atenção básica, com apoio ao aleitamento materno, imunizações, puericultura e o seguimento em saúde da mulher e o planejamento reprodutivo.

O Programa Mãe Coruja Recife apresenta-se como uma importante oportunidade para garantir uma melhor assistência à mulher e à criança, não sendo substitutivo às ações da Atenção Básica e também integra a rede materna e infantil do município. Atualmente com 10 Espaços Mãe Coruja implantados em bairros prioritários para a saúde materna e infantil no município, tem interface e atuação em todos os componentes para fortalecer o acesso e a qualidade da atenção ao pré-natal, ao parto e ao crescimento e desenvolvimento saudável das crianças.

10.3. REDE DE CUIDADOS À PESSOA COM DEFICIÊNCIA

A Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência foi instituída pela Portaria MS/GM Nº 1.060/2002, ela estabeleceu orientações para elaboração de planos, projetos e atividades voltados à saúde da pessoa com deficiência, a fim de propiciar atenção integral à saúde a essa população, desde a atenção básica até a reabilitação.

A Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência foi estabelecida pela Portaria nº 793/2012. Ela tem como principais objetivos, a ampliação do acesso e qualificação do atendimento às pessoas com deficiência temporária ou permanente, progressiva, regressiva, ou estável, intermitente ou contínua no SUS; a promoção da vinculação das pessoas com deficiência auditiva, física, intelectual, ostomia e com múltiplas deficiências e suas famílias aos pontos de atenção; e a garantia da articulação e a integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento e classificação de risco.

Com base nos marcos legais, Recife implantou a Política Municipal de Atenção Integral à Saúde da Pessoa com Deficiência que tem como diretriz promover a atenção integral e inclusiva das Pessoas com Deficiência desde a atenção básica até a alta complexidade - com ênfase na habilitação, reabilitação e manutenção (processo de continuidade) para a vivência do cotidiano, de acordo com as suas possibilidades.

Na atenção primária, a responsabilidade pelo cuidado às pessoas com deficiência é compartilhada entre ESF e saúde bucal, profissionais dos NASF, e outros equipamentos de atenção primária. O NASF tem papel fundamental nesse acompanhamento pela capacidade de integrar cuidados e saberes de profissionais

de diversas categorias, dentre as quais fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogos (as) e outras, que se constituem em referência de matriciamento para as ESF, além de desenvolverem ações visando à reabilitação e à manutenção ou alcance da capacidade funcional possível.

A atenção especializada ambulatorial é disponibilizada nas 12 policlínicas e 9 unidades especializadas da rede própria do município, como a UPA-E e o Centro de Reabilitação Antônio Nogueira de Amorim, nas áreas gerais e específicas de reabilitação. Fazem parte da rede de serviços especializados de reabilitação 15 serviços entre públicos, privados, filantrópicos contratados ou conveniados à Secretaria Municipal de Saúde, com especialidades como fisioterapia, fonoaudiologia, terapia ocupacional, psicologia, pediatria (estimulação precoce), assistência social, e outras.

Neste nível de atenção há também o Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) que presta atendimento especializado em saúde bucal para pessoas com deficiência. E em caso de necessidade de atendimento hospitalar em saúde bucal, o município conta com a parceria do Hospital Geral de Areias. No nível hospitalar, os cuidados a pessoa com deficiência são realizados em hospitais da rede municipal, próprios e conveniados, bem como em hospitais de gestão estadual e federal.

10.4. REDE DE ATENÇÃO À PESSOA COM DOENÇAS CRÔNICAS

O Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil 2011 – 2022 foi construído visando enfrentar e deter quatro eixos prioritários de DCNT, que estão relacionadas a 70% das causas de mortes no Brasil. São eles: reno-cardiovascular, que englobará doença renal, diabetes Mellitus e hipertensão arterial sistêmica; obesidade; câncer; e doenças respiratórias. Em resposta ao plano de enfrentamento de DCNT, a Prefeitura Municipal do Recife estabeleceu a Política de Atenção Integral à Saúde da Pessoa Portadora de Doença Crônica Não Transmissível que tem como principais objetivos, realizar a atenção integral à saúde das pessoas com doenças crônicas não transmissíveis, em todos os pontos de atenção, através da realização de ações e serviços de promoção e proteção da saúde, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e manutenção da saúde; e, ampliar as estratégias para promoção da saúde da população e para prevenção do desenvolvimento das doenças crônicas não transmissíveis e suas complicações.

O acompanhamento dos usuários hipertensos e diabéticos é realizado nas unidades básicas de saúde que atuam na busca ativa, acolhimento, prevenção primária, diagnóstico e acompanhamento desses usuários, e contam com instrumentos como o cartão do hipertenso que possibilita um acompanhamento uniforme dos pacientes.

O cuidado integral desses pacientes também é realizado nos grupos de trabalho das DCNT com participação do NASF, das Práticas Integrativas e Complementares e do Programa Academia da Cidade.

A rede também dispõe de atenção especializada, com especialidades como cardiologia e endocrinologia, com marcação pela regulação médica, sendo o Centro de Saúde Senador Ermírio de Moraes o centro de referência no município.

Está estabelecida junto ao laboratório municipal uma rotina mínima de exames para o acompanhamento desses pacientes de acordo com as diretrizes das especialidades. Já os exames de imagem são oferecidos pela rede própria e

credenciada, também com marcação sujeita à regulação médica.

Os medicamentos para tratamento da hipertensão e do diabetes estão disponíveis nas farmácias municipais.

Em relação ao enfrentamento das neoplasias, a rede municipal faz o acolhimento dos casos suspeitos, bem como a pactuação para encaminhamento a especialistas não disponíveis na rede própria do município.

Os pacientes com insuficiência renal crônica são acompanhados na rede estadual, federal e credenciada através das clínicas de hemodiálise que, além da hemodiálise propriamente dita, oferecem consultas ambulatoriais e exames complementares. Estes usuários mantêm seu vínculo com as unidades básicas de saúde onde recebem apoio farmacêutico e acompanhamento clínico, e dispõem de transporte social para as clínicas de hemodiálise.

É importante ressaltar que quando se fala em DCNT, os resultados das intervenções em saúde só podem ser observados a longo prazo. São ações sobre seus fatores de risco em comum, geralmente modificáveis, como tabagismo, álcool, inatividade física, alimentação não saudável e obesidade, que envolvem modificações de estilo de vida com impacto cultural e socioeconômico, portanto são difíceis de realizar e demandam medidas contínuas para o estabelecimento de práticas saudáveis com resultado não imediato.

11. 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.

11.1. VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

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.

11.2. VIGILANCIA 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, utilizam-se o vigiágua, vigisolo, vigidesastres, 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 8 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.

11.3. VIGILANCIA 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 51 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 8 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.

11.4. 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).

11.5. CENTRO DE INFORMAÇÕES ESTRATÉGICAS EM VIGILÂNCIA EM SAÚDE

O Centro de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde (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.

Instituído pelo decreto municipal nº 27.481 de 25/10/2013, cabe ao CIEVS Recife as atribuições de: detecção oportuna de todos os casos suspeitos de doenças, surtos e eventos, 52 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.

12. DIRETRIZES, OBJETIVOS, AÇÕES E METAS

As diretrizes, objetivos, ações e metas sistematizados abaixo constituem resultado importante de um diálogo legítimo com a sociedade iniciado no âmbito do Conselho Municipal de Saúde e compartilhado com cerca de 700 pessoas entre usuários, trabalhadores e gestores que vivenciaram ativamente as etapas da 13ª Conferência Municipal de Saúde do Recife, realizada em outubro de 2017.

O plano está estruturado com 8 diretrizes e 38 objetivos estratégicos. Com o objetivo de facilitar o acompanhamento da execução orçamentária, cada objetivo estratégico sinaliza o programa e a ação correspondente no Plano Plurianual.

12.1 DIRETRIZ 1: FORTALECIMENTO DA ATENÇÃO BÁSICA E APRIMORAMENTO DAS REDES DE ATENÇÃO AMPLIANDO O ACESSO COM QUALIDADE E EFICIÊNCIA

Objetivo estratégico 1: Consolidar e aperfeiçoar o modelo de atenção básica à saúde com foco no acolhimento e humanização.

Programa: 1237 | Ação: 2083

- Ampliar o número de Equipes de Saúde da Família, passando de 276 para 296;
- Ampliar o número de Equipes de Saúde Bucal, passando de 172 para 192;
- Desenvolver curso de aperfeiçoamento do processo de trabalho para 90% dos profissionais da AB (Médico, Enfermeiro, Dentista, Técnicos de enfermagem, ASB/TSB e Profissionais do NASF);
- Monitorar e avaliar o processo de trabalho de 100% das ESF (acolhimento, agenda padrão, trabalho integrado com NASF);
- Atualizar o processo de territorialização de 100% das Equipes de Atenção Básica;
- Ampliar a cobertura da primeira consulta odontológica programática de 5,48% para 12%;
- Ampliar média em 2% de escovação dental supervisionada, passando de 4,2 para 4,7%

- Manter o percentual de proporção de exodontias em relação aos procedimentos preventivos e curativos, passando 5,25% para < 5%;
- Implantar 01 protocolo de atenção à saúde bucal;
- Expandir o total de Equipes da Atenção Básica vinculadas ao Programa Saúde na Escola, passando de 100 (36%) para 151 (55%);
- Avaliar a antropometria, pressão arterial, saúde bucal e calendário vacinal (de crianças até 5 anos), passando de 12.250 (50%) para (24.500) 100% dos estudantes das escolas vinculadas ao PSE;
- Realizar 32 atividades de educação permanente para as Equipes de Saúde e da Educação vinculadas ao PSE;
- Implantar Prontuário Eletrônico nas Unidades de Saúde da Família, passando de 28% para 100%;
- Implantar aplicativo para 100% dos ACS registrarem suas ações utilizando dispositivos móveis

Programa: 1237 | Ação: 2724

- Manter 100% da rede básica de saúde ESF/ESB/ACS/UBT/PAC/PICS/CnRua/ENASF/PMMC);

Objetivo Estratégico 2: Qualificar e fortalecer a ações de apoio a atenção básica

Programa: 1237 | Ação: 2083

- Transformar 2 equipes de CnaRUA Tipo I em 1 tipo II e 1 Tipo III;
- Possibilitar o desenvolvimento de práticas integrativas em 50% das Equipes de atenção básica;
- Realizar curso de formação em PICS para profissionais para 1000 profissionais da Atenção Básica
- Realizar 48 Encontros de Educação Permanente - EEP no âmbito da atenção básica como forma de qualificar os profissionais que atuam no PAC;
- Informatizar 100% dos Polos PAC;

- Ampliar as eNASF de 20 para 28, garantindo a diretriz do apoio matricial;
- Realizar 480 atividades de educação permanente para eNASF;
- Informatizar 100% dos pontos de apoio NASF (20 Pontos de Apoio);
- Acompanhar as condicionalidades de saúde do Programa Bolsa Família, passando de 38,2% para > 40%;

Objetivo estratégico 3: Fortalecimento das políticas estratégicas com foco na promoção e prevenção da saúde

Programa: 1237 | Ação: 2620

- Criar e implantar 1 protocolo de acesso ao urologista;
- Acompanhar 1.240 adolescentes em conflito com a lei, através da atenção básica;
- Realizar 32 ações de promoção e prevenção da política de saúde do homem;
- Realizar 140 ações de promoção em envelhecimento ativo;
- Realizar formação para 2.000 profissionais da atenção básica para o acompanhamento e preenchimento da caderneta de saúde da pessoa idosa;
- Realizar capacitações para 2.000 profissionais da atenção básica sobre acolhimento e atendimento da População LGBT através do programa de educação permanente do município;
- Realizar 36 ações de promoção em saúde e visibilidade da política e do serviço da rede LGBT;
- Matriciar as equipes de 20 USF na linha de cuidado da população trans;

Programa: 1237 | Ação: 2083

- Aumentar a proporção de contatos examinados de casos novos de hanseníase, passando de 59,2% para 80%;
- Aumentar a proporção de cura para hanseníase, passando de 76,8% para 84%;
- Aumentar a detecção dos casos novos de hanseníase, passando de 24% para 40%;
- Capacitar 400 profissionais da rede para as ações de controle da hanseníase, com enfoque na busca de sintomáticos dermatológicos e exame de contatos (médicos e enfermeiros);
- Aumentar a proporção de cura dos casos novos de tuberculose, passando de 58% para 62%;
- Ampliar a proporção de contatos examinados de casos novos de tuberculose

pulmonar com confirmação laboratorial, passando de 45,2% para 70%;

•Aumentar a proporção de exame anti-HIV realizados entre os casos novos de tuberculose, passando de 59,1% para 70%;

•Ampliar número de salas para realização da Prova Tuberculínica de 06 para 10.

•Intensificar o Programa de Prevenção Secundária a Febre Reumática por meio de ações intersectoriais, com realização de 36 eventos;

•Capacitar os profissionais da atenção básica e referência da tuberculose no enfrentamento a tuberculose

Programa: 1237 | Ação: 2620

•Ampliar a oferta do Dispositivo Intrauterino - DIU nos serviços de atenção básica de 21 para 30.

•Realizar capacitação para 70% dos profissionais da rede sobre temas alusivos a política da população negra;

•Ampliar a proporção de notificações de violência interpessoal e autoprovocada com o campo raça/cor preenchido com informação válida, promovendo capacitação, passando de 61,42% para 95% dos profissionais da rede de atenção;

•Criar 08 Fóruns de Saúde da Juventude Negra nos território;

•Monitorar a implementação da Política Municipal de População Negra, com realização de 04 Rodas de Diálogo;

Objetivo estratégico 4: Fortalecer o Programa Municipal de Imunizações (PNI)

Programa: 1237 | Ação: 2620

•Garantir a cobertura vacinal da população, atingindo as metas preconizadas pelo Ministério da Saúde em 100% das vacinas componentes do Programa Nacional de Imunização;

•Implementar o SIS PNI em 124 salas de vacina, correspondendo a 80%;

Objetivo estratégico 5: Ampliar o SANAR Recife

Programa: 1237 | Ação: 2083

•Elaborar e institucionalizar o Plano Municipal de enfrentamento as doenças negligenciadas

Objetivo estratégico 6: Fortalecer a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas

Programa: 1237 | Ação: 2620

- Implantar o protocolo de hipertensão e diabetes na atenção básica nos 8 Distritos Sanitários;
- Realizar 100 ações de promoção sobre DCNT;
- Fortalecer a implementação do programa de rastreamento do câncer de mama para mulheres de 50 a 69 anos, ampliando a razão de mamografias realizadas, passando de 0,61 para 0,63;
- Fortalecer a implementação do programa de rastreamento do câncer de colo de útero em mulheres de 25 a 64 anos, ampliando a razão de 0,52% para 0,68;
- Realizar atualização em citologia para 100% dos enfermeiros (as) da atenção básica;

Programa: 1237 | Ação: 2083

- Ofertar um calendário de educação permanente sobre DCNT para atenção básica, com realização de 12 atividades;

Objetivo estratégico 7: Fortalecer a Rede Materno e Infantil com foco nas ações da assistência ao pré-natal e combate à Mortalidade Materna e Perinatal

Programa: 1237 | Ação: 2620

- Realizar 04 Semanas do Bebê do Recife;

Programa: 1237 | Ação: 2083

- Ampliar 10 Espaços Mãe Coruja Recife, passando de 07 para 17;
- Transformar 03 EMCR Itinerantes em fixos;

Programa: 1237 | Ação: 2620

- Implantar 01 protocolo de atenção à saúde da criança nos serviços de atenção básica (Primeira Infância);
- Ampliar a proporção de nascidos vivos de mães com sete ou mais consultas de pré-natal, passando de 66% para 75%;

- Implementar o pré-natal do parceiro em 100% das unidades;
- Implementar o pré-natal do parceiro, com realização de 100 capacitações;
- Implementar o monitoramento das crianças de risco, com acompanhamento de 2.000 crianças;

Programa: 1237 | Ação: 2083

- Ampliar o número de unidades básicas que realizam a Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil – EAAB, passando de 04 para 16 unidades;
- Capacitar 120 profissionais da rede de atenção básica e PMCR em desenvolvimento infantil;
- Realizar o Curso Gestando o Gestar para 21 técnicas do PMCR;

Objetivo Estratégico 8: Fortalecer a Rede de Cuidados a saúde da Pessoa com Deficiência

Programa: 1237 | Ação: 2620

- Elaborar o perfil epidemiológico das pessoas com deficiência do Recife;
- Realizar 16 ações de promoção e prevenção à saúde no âmbito da política da pessoa com deficiência;
- Capacitar 720 profissionais de saúde em questões específicas de saúde da pessoa com deficiência;

12.2 DIRETRIZ 2: FORTALECIMENTO DA POLÍTICA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

Objetivo Estratégico 9: Estruturar o serviço Assistência Farmacêutica

Programa: 1233 | Ação: 2086

- Implantar o Programa Remédio na Mão;
- Fortalecer e qualificar o serviço do cuidado farmacêutico, com acompanhamento de 920 usuários;
- Implantar 1 Farmácia Viva;

Objetivo estratégico 10: Promover atividades de educação permanente para atualização e valorização dos profissionais que atuam na assistência farmacêutica.

Programa: 1233 | Ação: 2086

- Realizar 4 capacitações relacionadas a boas práticas para apoiadores em Farmácia;
- Realizar 4 eventos sobre uso racional de medicamentos para os prescritores da rede municipal;
- Realizar 4 treinamentos e atualização no Sistema Gestão da Assistência Farmacêutica;

Objetivo estratégico 11: Garantir o abastecimento, o controle e a distribuição de medicamentos básicos da REMUME

Programa: 1233 | Ação: 2086

- Implantar o Sistema Gestão da Assistência Farmacêutica (HORUS RECIFE), passando de 82 (43,4%) para 189 (100%) dos pontos de entrega de medicamentos;
- Implantar 1 sistema próprio de logística (recebimento, armazenamento e distribuição);
- Desenvolver e implantar 4 novas funcionalidades para o sistema Hórus, incluindo integração com o Cartão SUS e com o Hórus Nacional, módulo de Logística e Mapa de Compras.
- Buscar financiamento tripartite para estruturar programa de distribuição de fraldas geriátricas e alimentação especial, com realização de 4 articulações para estabelecimento de parcerias junto ao MS, SES/PE OU COSEMS/PE;

Programa: 1233 | Ação: 2881

- Realizar 48 monitoramentos integrados dos processos de aquisição e distribuição da Assistência Farmacêutica, garantindo a oferta de homeopáticos e florais previstos na REMUME, assegurando de execução do plano de aquisição de medicamentos (CBAB);

12.3 DIRETRIZ 3: AMPLIAÇÃO E APERFEIÇOAMENTO DO ACESSO ÀS AÇÕES DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE

Objetivo estratégico 12: Implementar as ações e serviços do laboratório para melhorar o acesso aos exames e aos resultados

Programa: 1238 | Ação: 2085

- Informatizar a rede de laboratório, passando de 7% para 100% das unidades;
- Disponibilizar sistema de consulta de resultados de exames;
- Qualificar 280 profissionais da rede (coleta, entrega de resultado) quanto às rotinas laboratoriais;
- Instituir Grupo de Trabalho do laboratório para monitoramento dos insumos, equipamentos, logística, prazo de entrega, fluxos de prioridade em articulação com os distritos e unidades, com realização de 40 reuniões de trabalho.

Objetivo estratégico 13: Fortalecer a rede de Especialidades Odontológicas

Programa: 1238 | Ação: 2085

- Realizar 24 Ciclos de atualização Bimestrais para Cirurgiões- Dentistas, TSB e ASB da rede de atenção;
- Expandir o 3º turno em Saúde Bucal, passando de 2 para 5 CEOs;
- Implantar 1 Ambulatório Odontológico no Hospital da Mulher;
- Implantar 1 serviço de referência municipal em laserterapia odontológica;
- Implantar 1 serviço de referência municipal em Disfunção Temporomandibular e dor orofacial;
- Implantar 3 protocolos de atenção à saúde bucal (especialidades);
- Ampliar 1 serviço de Prótese Dentária;
- Ampliar os Centros de Especialidades Odontológicas, passando de 08 para 10;

Objetivo estratégico 14: Ampliar a oferta e qualificar o acesso de procedimentos de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar

Programa: 1238 | Ação: 2085

- Implantar 12 protocolos de acesso (teste ergométrico, MAPA, holter, ecocardiograma – linha de cuidado em cardio);
- Elaborar 4 protocolos clínicos (4 obrigatórios: AVC, PCR, IAM, Sepsis; Enfermagem Obstétrica, Politrauma e Pediátrico);
- Ampliar a oferta para cirurgias ginecológicas na rede municipal, com implantação de serviço de alto risco;
- Elaborar 14 relatórios parciais de atendimento e perfil dos usuários dos ambulatórios LBT e LGBT.
- Ampliar o atendimento do ambulatório LBT do Hospital da Mulher com implantação de serviços para atender as mulheres trans que ainda não fizeram a cirurgia de transgenitalização;
- Informatizar 100% das Unidades da Atenção Especializada (equipamentos, cabeamento, elétrica);
- Implantar Sistema de Informação (para Gestão Hospitalar) que contenha o Prontuário Eletrônico em 100% das Unidades da Atenção Especializada;
- Implementar 20 ciclos de atualização para os profissionais das unidades de saúde especializada (Traumato, urgência, pediatria, obstetrícia e clínicas);

Programa: 1238 | Ação: 2883

- Manter 100% da oferta de procedimentos através da rede complementar;

Objetivo estratégico 15: Ampliar a Rede de Urgência e Emergência e a Cobertura Municipal de Assistência Pré-Hospitalar Móvel/SAMU

Programa: 1238 | Ação: 2085

- Ampliar frota de ambulâncias de 22 para 30;
- Ampliar frota de motolâncias de 6 para 12;
- Ampliar a quantidade de bases descentralizadas de 11 para 15;

Objetivo estratégico 16: Fortalecer a Rede de Atenção Psicossocial

Programa: 1238 | Ação: 2085

- Realizar atividades de matriciamento junto a 100% das Equipes de Saúde da Família, na perspectiva de qualificar a assistência ao usuário (incluindo a utilização do Telessaúde e a realização de Oficinas Temáticas);
- Elaborar fluxo de atendimento ambulatorial de Psiquiatria e Psicologia para a população adulta e infantojuvenil;
- Qualificar 8 CAPS Tipo II para funcionamento Tipo III (24h), passando de 06 para 14;
- Implantar 1 Unidade de Acolhimento Infantojuvenil (UAIJ) no Distrito Sanitário I;
- Ampliar as Unidades de Acolhimento Adulto (UAA) no município, passando de 3 para 06;
- Garantir 2 leitos integrais direcionados para a população infantojuvenil na RAPS;
- Implantar 1 CAPS Infantojuvenil na RAPS Recife;
- Implantar emergência em Saúde Mental álcool e outras drogas na RAPS Recife
- Ampliar 3 atividades empreendedoras e de geração de renda para usuários e familiares da RAPS;
- Implementar o Monitoramento, Avaliação e Qualidade da RAPS Recife, com realização de 8 monitoramentos;
- Implantar 1 protocolo de acesso para usuários de saúde mental para as políticas de apoio da Atenção Básica (PAC/PIC/NASF) e atenção especializada (Ambulatórios);
- Garantir ampliação e estabelecimento de fluxo de transporte das demandas dos CAPS, com prioridade para os serviços 24h e consultório de Rua, assegurando atendimento das demandas programadas.

Objetivo estratégico 17: Fortalecer a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas

Programa: 1238 | Ação: 2085

- Ofertar um calendário de educação permanente sobre DCNT, com a realização de 4 ciclos de capacitação dos profissionais da rede de atenção especializada;
- Implantar 1 protocolo de acesso para o nefrologista;

Objetivo estratégico 18: Fortalecer a Rede Materno e Infantil com foco nas ações da assistência ao pré-natal e combate à Mortalidade Materna e Perinatal

Programa: 1238 | Ação: 2085

- Ampliar a oferta do exame de triagem neonatal metabólica, com oferta em 5 unidades de saúde;
- Ampliar a oferta de banco de leite humano, passando de 1 para 2 serviços;
- Ampliar a oferta de laqueadura tubária, passando de 2 para 3 serviços com oferta do procedimento;
- Ampliar a proporção de partos normais nas maternidades municipais, passando de 77.2% para 85%;
- Capacitar 90% dos profissionais que trabalham nas maternidades abordando temas como: reanimação neonatal, icterícias e infecções;
- Capacitar profissionais da atenção básica para transição do projeto canguru para a atenção básica.

Objetivo estratégico 19: Fortalecer a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência

Programa: 1238 | Ação: 2085

- Atender 800 crianças no Projeto Além do Olhar;

Objetivo estratégico 20: Ampliar o Serviço de Assistência Domiciliar - SAD para pacientes crônicos nas Unidades de Alta Complexidade

Programa: 1238 | Ação: 2085

- Garantir atendimento da população infantojuvenil no Serviço de Atenção Domiciliar - SAD Recife, de acordo com critérios do programa, com implantação de 03 equipes.

12.4 DIRETRIZ 4: AMPLIAÇÃO DOS INVESTIMENTOS EM SAÚDE

Objetivo estratégico 21: Construir, ampliar e equipar as unidades de saúde

Programa: 1236 | Ação: 1032

- Construir 9 Upinhas/US, passando de 11 para 20;
- Ampliar 5 Polos do PAC, passando de 42 para 47;
- Construir Central Municipal de Rede de Frios;
- Adquirir 175 câmaras de conservação de vacinas para as salas de vacinação;
- Construir 3 UPAE, passando de 1 para 4;
- Construir e equipar 1 Casa de Gestante Bebê e Puérpera na maternidade Bandeira Filho;
- Construir e equipar 3 Centros de Parto Normal nas três maternidades municipais;
- Implantar 1 Centro Especializado em Reabilitação - CER II;
- Construir 1 serviço especializado de referência contemplando a linha de cuidado das doenças crônicas não transmissíveis;

Objetivo estratégico 22: Reformar e equipar as unidades de saúde

Programa: 1236 | Ação: 1033

- Requalificar unidades de atenção especializada conforme plano anual de requalificação;
- Requalificar ambiência (Porta de Entrada) da Maternidade Bandeira Filho e Arnaldo Marques;
- Requalificar 8 CAPS previstos para funcionamento 24H (Tipo III);
- Requalificar 20 Polos PAC assegurando ambientação adequada
- Requalificar 8 pontos de apoio das ENASF assegurando ambientação adequada, passando de 12 para 20;
- Requalificar unidades de saúde da atenção básica conforme plano anual de requalificação;
- Adequar a estrutura física de 20 pontos de apoio para ASACE;
- Elaborar plano de requalificação do CVA e realizar obra.

12.5 DIRETRIZ 5: DESENVOLVIMENTO DAS AÇÕES ESTRATÉGICAS DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

Objetivo estratégico 23: Qualificar as ações e adequar estrutura de vigilância ambiental e Controle de Zoonoses, por meio de ações estratégicas e estruturantes

Programa: 1217 | Ação: 2612

- Articular instituições parceiras (academia, protetores, ong, seda, outros), para implementação da estratégia de esterilização e guarda responsável de animais;
- Manter a cobertura anual de vacinação antirrábica animal, passando de 79% para > ou = 80%;
- Manter o percentual de amostras analisadas para o Residual de Agente Desinfetante em água para consumo humano (cloro residual livre, cloro residual combinado ou dióxido de cloro) >= 75%;
- Realizar 4 ciclos inspeções para o controle da população animal sinantrópica em 100% dos imóveis trabalhados;
- Realizar inspeções para o controle das zoonoses em 100% dos imóveis trabalhados;
- Realizar 16 ciclos, sendo 4 anuais, de inspeção para controle das arbovirozes, com o mínimo de 80% de cobertura de imóveis;
- Implantar o PSAM digital (Programa de Saúde Ambiental Móvel) nos 8 Distritos Sanitários;
- Elaborar e monitorar Planos Anuais de Enfrentamento as Arbovirozes;
- Implantar Programa de Educação Permanente para os ASACEs;
- Definir as áreas de difícil acesso no trabalho das vigilâncias ambiental, epidemiológica, sanitária e saúde do trabalhador na cidade do Recife;

Objetivo estratégico 24: Estruturar e qualificar as ações de vigilância em saúde do trabalhador

Programa: 1217 | Ação: 2088

- Realizar 20 capacitações em Saúde do Trabalhador para as equipes de Atenção Básica e DEVS distritais;
- Manter 95% do preenchimento do campo “ocupação” nas notificações de agravos e doenças relacionados ao trabalho;
- Apoiar a implantação de 7 unidades sentinelas (Abreu e Lima, Camaragibe, Igarassu, Ilha de Itamaracá, Itapissuma, Olinda, Paulista e Recife) no território de abrangência do Cerest Regional Recife;
- Realizar 4 seminários sobre Saúde e Segurança do trabalhador no município do Recife;
- Realizar 4 capacitações em Saúde do Trabalhador para o Controle Social dos municípios do território de abrangência;
- Realizar 8 ações de promoção à saúde em alusão as datas referentes a Saúde do Trabalhador no território de abrangência;
- Desenvolver 1 projeto de pesquisa na área de Saúde do Trabalhador;

Objetivo estratégico 25: Implementar as ações de prevenção, detecção e tratamento das IST/Aids, hepatite virais, HTLV e sífilis congênita nos municípios

Programa: 1217 | Ação: 2087

- Implantar e implementar a estratégia de descentralização da testagem rápida, passando de 53 para 88 Unidades Básicas de Saúde;
- Capacitar Equipes de Saúde da Família em testagem rápida para Sífilis, HIV, Hepatites B e C, passando de 32 para 220;
- Ampliar número de unidades oferecendo a Profilaxia Antiretroviral Pós-exposição de risco pelo HIV (PEP) no município de 1 para 5;
- Elaborar e Implantar Plano de Enfrentamento a Sífilis;
- Realizar 2 testes de sífilis por gestante;

Objetivo estratégico 26: Fortalecer as ações de vigilância epidemiológica para o controle das doenças e agravos

transmissíveis e não transmissíveis, e promoção da saúde incluindo a qualificação do preenchimento dos sistemas de informação do SUS

Programa: 1217 | Ação: 2087

- Realizar 48 ações de educação permanente com foco na vigilância do óbito por tuberculose;
- Realizar 80 monitoramentos dos sistemas de informação da vigilância à saúde, assegurando o devido registro nas bases de dados do SIM SINASC, RCBP;
- Elaborar 4 análises epidemiológicas (perfis e boletins) sobre a situação de saúde da população;
- Ampliar 20% do número de fontes notificadoras e coletas do RCBP, passando de 28 para 34;
- Realizar 4 cursos CBVE (Curso Básico de Vigilância Epidemiológica);

Objetivo estratégico 27: Desenvolver as ações de vigilância sanitária para o controle de produtos e serviços de interesse à saúde

Programa: 1217 | Ação: 2725

- Realizar 48 capacitações com inspetores sanitários;
- Implantar o Sistema de Informação da VISA em 100% dos DS e equipes do Nível Central;
- Municipalizar a fiscalização sanitária de 5 tipos de serviços: Esterilização hospitalar, Indústria de alimentos, Farmácia de manipulação, Transportadora e distribuidora de medicamentos e Indústria de cosméticos;
- Realizar, anualmente, 6 grupos de ações de vigilância sanitárias consideradas necessárias a todos os municípios;
- Implantar 1 Núcleo de Educação Permanente em Vigilância Sanitária;

12.6 DIRETRIZ 6: VALORIZAÇÃO DO TRABALHO E EDUCAÇÃO NA SAÚDE

Objetivo estratégico 28: Desenvolver e apoiar atividades de formação e educação permanente dos trabalhadores da saúde.

Programa: 1239 | Ação: 2092

- Formalizar e monitorar o Contrato Organizativo de Ação Pública Educação na Saúde (COAPES);
- Implementar a Escola de Saúde do Recife;
- Implementar 4 Planos Anuais de Educação Permanente;
- Ampliar os programas municipais de residência em saúde, passando de 9 para 10
- Implantar Residência em Psiquiatria Infanto Juvenil na RAPS;
- Expandir o programa de estágios curriculares não obrigatórios em 25% sobre o número de vagas, partindo de 102 para 127 vagas
- Implantar uma plataforma virtual de formação, de troca de experiência e comunicação entre os profissionais da rede municipal, estimulando a participação dos trabalhadores nas ações do controle social;
- Implementar a Política Municipal de Educação Popular em Saúde;
- Implantar 8 coordenações distritais de Educação Popular em Saúde;
- Viabilizar 4 novas turmas do EDPOPSUS para os ACS, ASACE, profissionais de saúde e conselheiros do Recife;

Objetivo estratégico 29: Implementar Ações para Valorização e Qualificação dos Servidores

Programa: 2165 | Ação: 2617

- Implementar o PCCDV, com realização de 4 Ciclos de avaliação por desempenho por qualificação e mérito realizados;
- Implantar 8 núcleos distritais de acolhimento e atenção multiprofissional;
- Implementar Programas de Qualificação e Valorização da Atividade Preceptoria;
- Ofertar 4 cursos introdutórios para 100% dos profissionais que ingressarem na rede SUS Recife;
- Realizar 2 edições da Mostra Municipal de Experiências em Educação Permanente;

Objetivo estratégico 30: Fortalecer a Gestão do Trabalho e da Educação da Saúde

Programa: 2165 | Ação: 2617

- Realizar 2 edições do Seminário da Atenção Básica;
- Equipar 8 núcleos distritais de gestão do trabalho e educação na saúde;
- Realizar concurso público para diversos cargos da saúde, assegurando 80% de profissionais nomeados pelas vagas abertas;
- Desenvolver sistema integrado de gestão do trabalho e educação na saúde, assegurando 80% de implantação do sistema;
- Lançar a cartilha do servidor da saúde;
- Implantar controle de ponto eletrônico em 80% dos serviços de saúde;
- Reestruturar a produtividade para os servidores da saúde (ADE SUS);
- Implementar o Sistema de Gestão de Pesquisa no Município;
- Garantir a manutenção e fortalecimento da mesa de negociação setorial no âmbito municipal, com realização de 40 reuniões;

Objetivo estratégico 31: Fortalecer e ampliar os serviços do Telesaúde Recife com foco na telegestão, teleducação e teleassistência

Programa: 1239 | Ação: 2091

- Fortalecer e institucionalizar o Núcleo Municipal de Telesaúde;
- Fortalecer e ampliar a oferta de teleconsultoria, com oferta de 4 novas especialidades, passando de 5 para 9;

12.7 DIRETRIZ 7: QUALIFICAÇÃO E INOVAÇÃO DOS PROCESSOS DE GESTÃO, GOVERNANÇA E FINANCIAMENTO

Objetivo estratégico 32: Implementar o complexo regulatório do sistema municipal de saúde

Programa: 1239 | Ação: 2091

- Fortalecer as coordenações distritais de Regulação em saúde, com realização de 40 fóruns;
- Implantar aplicativo para monitoramento de marcação de consultas;
- Otimizar a regulação e ampliar a oferta de consultas e exames, priorizando as maiores filas de espera, para que o atendimento seja realizado em até 60 dias.
- Capacitar 600 profissionais envolvidos com o SISREG;
- Capacitar os profissionais de 24 unidades executantes em confirmação de atendimento;
- Implementar 20 ciclos de atualização para os (as) profissionais das unidades de saúde especializadas (Traumato, urgencia, pediatria, obstetricia e clínicas);
- Garantir 4 novos transportes sociais nos Distritos Sanitários observando critérios de prioridade;

Objetivo estratégico 33: Aprimorar o processo de planejamento, monitoramento e avaliação do Sistema Único de Saúde

Programa: 1239 | Ação: 2091

- Realizar 64 reuniões de acompanhamento das comissões de contratos e convênios;
- Implantar a contratualização de 9 serviços da rede própria;

Programa: 1239 | Ação: 2089

- Elaborar e divulgar guia de consulta rápida com as ofertas de serviços prestados pela SESAU;
- Implementar grupo de condutor da Rede Cegonha e RAPS;
- Realizar 12 ciclos de monitoramento das Programações Anuais de Saúde;
- Elaborar 20 instrumentos de planejamento e gestão do SUS;
- Implantar programa de apoio aos 8 Distritos Sanitários no âmbito do Planejamento e Gestão;

- Implantar 4 Programas de Desenvolvimento Gerencial e de Gestão da Informação;
- Implantar comissão de informação em saúde no âmbito da SESAU;
- Desenvolver e implantar Sistema de Gestão Estratégica;
- Realizar 4 ciclos de manutenções preventivas e corretivas da infraestrutura de tecnologia da informação e comunicação da SESAU;

Objetivo estratégico 34: Executar as ações de Auditoria e Ouvidoria do SUS

Programa: 1239 | Ação: 2089

- Otimizar e inovar os instrumentos da ouvidoria (portal, aplicativo de celular, central telefônica) com o intuito de aproximar o cidadão e a gestão, com ampla divulgação do serviço e garantia de respostas ao cidadão no prazo de até 30 dias.
- Enviar quadrimestralmente o relatório da ouvidoria para o Conselho Municipal de Saúde, totalizando 12;
- Modernizar o protocolo de auditoria;
- Realizar 100% das auditorias programadas;

Objetivo estratégico 35: Coordenação, supervisão e execução das políticas de saúde

Programa: 2107 | Ação: 2074

- Efetuar pagamento de 100% do pessoal
- Manter ações e serviços da atenção básica e vigilância à saúde;
- Garantir a segurança nos serviços de saúde com dispositivos adequados;

Objetivo estratégico 36: Encargos com benefícios aos servidores do setor de saúde (e previdência social dos servidores)

Programa: 2165 | Ação: 2617

- Efetuar o pagamento de incentivo à produtividade de 100% dos servidores do setor de saúde;

- Efetuar o pagamento de 100% do pessoal dos serviços de atenção básica;
- Efetuar o pagamento de pessoal de 100% do pessoal dos serviços de atenção especializada;
- Suprir 100% das necessidades de manutenção da unidade orçamentária;
- Efetuar o recolhimento de INSS sobre 100% dos serviços prestados, por pessoa física, no setor saúde;
- Manter cooperação técnica com a EMPREL;

Objetivo estratégico 37: Encargos com previdência social aos servidores do setor de saúde

Programa: 3102 | Ação: 2158

- Conceder vales-transporte para 100% dos servidores que os utilizam para locomoção ao local de trabalho;
- Efetuar 100% do pagamento de auxílio-funeral de direito dos servidores;

Programa: 3102 | Ação: 9021

- Recolher 100% das contribuições previdenciárias em favor dos servidores municipais do setor de saúde vinculados ao regime próprio (RPPS);

Programa: 3102 | Ação: 9022

- Recolher as contribuições previdenciárias em favor dos servidores municipais do setor de saúde vinculados ao regime geral (RGPS)

12.8 DIRETRIZ 8: FORTALECER AS INSTÂNCIAS DO CONTROLE SOCIAL E OS CANAIS DE INTERAÇÃO COM O USUÁRIO, COM GARANTIA DE TRANSPARÊNCIA E PARTICIPAÇÃO CIDADÃ

Objetivo estratégico 38: Implementar o controle social na rede de serviços

Programa: 1239 | Ação: 2886

- Elaborar e divulgar 4 Planos Anuais de Educação Permanente para o controle social na saúde;

- Realizar 32 Fóruns Abertos de Conselhos de Saúde nas Comunidades;
- Realizar 2 Conferências Municipais de Saúde;
- Implementar 4 Planos de Monitoramento e Avaliação do PMS;
- Garantir 100% da estrutura necessária (recursos humanos, insumos, transporte, etc.) para que as comissões dos conselhos municipal, distritais e de unidade sejam efetivas, incluindo o acompanhamento das obras de construção, ampliação e reformas de unidades;
- Publicizar 100% dos relatórios da Comissão de Fiscalização dos conselhos municipal e distrital no Blog do CMS e outros meios de comunicação;
- Realizar eleições de 100% dos conselhos municipal, distrital e de unidade, com ampla divulgação do processo;
- Ampliar o número de Conselhos de Unidade passando de 50 para 82;
- Produzir e divulgar 1 cartilha sobre os Direitos e Deveres dos Usuários do SUS

13. 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 2018-2021 estão previstos investimentos da ordem de R\$ 4.770.454.970 oriundos da Unidade Orçamentária do Fundo Municipal de Saúde e R\$ 2.030,00 da Unidade Orçamentária da Secretaria de Saúde, totalizando R\$ 4.770.457.000 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 9 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 16,24% em 2013 para 18,67% em 2017. Assim, Recife atingiu valor superior ao preconizado pela Lei Complementar 141 de 13 de janeiro de 2012, que é de 15%.

Quadro 2. Demonstrativo da Despesa por Unidade Orçamentária e Programa/ Secretaria de Saúde - Fundo Municipal de Saúde.

DEMONSTRATIVO DA DESPESA POR UNIDADE ORÇAMENTÁRIA E PROGRAMA								
4801 FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE - FMS		2018			2019 - 2021			TOTAL GERAL
CÓDIGO	PROGRAMA	RECURSOS DO TESOUREIRO	OUTRAS FONTES	TOTAL	RECURSOS DO TESOUREIRO	OUTRAS FONTES	TOTAL	
1.217	FORTALECIMENTO DAS AÇÕES DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE	12.056.420	2.630.000	14.686.420	39.250.860	8.590.000	47.840.860	62.527.280
1.233	AMPLIAÇÃO DO ACESSO À ASSISTÊNCIA FARMACÉUTICA	4.000.000	30.085.000	34.085.000	11.100.000	87.271.250	98.371.250	132.456.250
1.236	EXPANSÃO E MELHORIA NA INFRAESTRUTURA DE ATENDIMENTO EM SAÚDE	4.105.000	91.450.000	95.555.000	10.700.000	280.993.500	291.693.500	387.248.500
1.237	FORTALECIMENTO E QUALIFICAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA	250.000	28.800.000	29.050.000	820.000	94.360.500	95.180.500	124.230.500
1.238	MELHORIA DA ATENÇÃO À SAÚDE DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE AMBULATORIAL E HOSPITALAR	20.400.000	272.410.000	292.810.000	61.430.000	958.894.350	1.020.324.350	1.313.134.350
1.239	MELHORIA DE GESTÃO DO SISTEMA DE SAÚDE	400.000	465.000	865.000	1.296.000	1.355.750	2.651.750	3.516.750
2.107	GESTÃO DAS POLÍTICAS MUNICIPAIS DE SAÚDE	450.001.000	-	450.001.000	1.463.358.040	-	1.463.358.040	1.913.359.040
2.165	GESTÃO ADMINISTRATIVA DO SISTEMA MUNICIPAL DE SAÚDE	1.546.080	114.243.000	115.789.080	5.122.070	371.952.150	377.074.220	492.863.300
3.102	GESTÃO DOS ENCARGOS GERAIS DO SETOR DE SAÚDE	81.140.000	-	81.140.000	260.139.000	-	260.139.000	341.279.000
TOTAL		573.898.500	540.083.000	1.113.981.500	1.853.215.970	1.803.417.500	3.656.633.470	4.770.614.970

Fonte: Fundo Municipal de Saúde – FMS

Quadro 3. Demonstrativo da Despesa por Unidade Orçamentária e Programa/Secretaria de Saúde - Administração Direta

DEMONSTRATIVO DA DESPESA POR UNIDADE ORÇAMENTÁRIA E PROGRAMA				
1801 SECRETARIA DE SAÚDE - ADMINISTRAÇÃO DIRETA		2018	2019 - 2021	
CÓDIGO	PROGRAMA	RECURSOS DO TESOUREIRO	RECURSOS DO TESOUREIRO	TOTAL GERAL
2.107	GESTÃO DAS POLÍTICAS MUNICIPAIS DE SAÚDE	400.00	1.210.00	1.610.00
2.165	GESTÃO ADMINISTRATIVA DO SISTEMA MUNICIPAL DE SAÚDE	100.00	320.00	420.00
TOTAL		500.00	1.530.00	2.030.00

Fonte: Fundo Municipal de Saúde – FMS

14. PROPOSTA METODOLÓGICA DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DO PMS -2018-2021

O Plano Municipal de Saúde, documento que estipula metas plurianuais para quatro anos, prescinde de uma proposta de monitoramento e avaliação periódica. A mesma tem por objetivo verificar o desempenho das ações e metas, a viabilidade das propostas diante dos contextos ou mesmo de mudanças que venham a ocorrer, na perspectiva de sistematizar evidências para subsidiar a tomada de decisão.

A proposta metodológica do presente PMS 2018-2021, contempla os próprios instrumentos de planejamento do SUS: a Programação Anual de Saúde (PAS), o Relatório Detalhado Quadrimestral (RDQ) e o Relatório Anual de Gestão (RAG). A proposta inclui a realização de ciclos quadrimestrais de monitoramento e avaliação da Programação Anual de Saúde, instrumento de planejamento que desdobra o PMS do Recife -2018-2021 direcionando a agenda anual da gestão.

Os ciclos de monitoramento da PAS serão compostos de quatro etapas: i) coleta das informações junto às áreas técnicas responsáveis; ii) discussão nos colegiados das diretorias executivas para validação das informações coletadas, análise do desempenho das ações e pactuação de agenda para acompanhamento de ações estratégicas prioritárias, definidas pelas diretorias executivas; iii) apresentação e discussão sobre o desempenho das ações da PAS no Colegiado de Direção, com participação do Secretário de Saúde e com objetivo de pactuar agenda estratégica de acompanhamento de ações prioritárias e iv) apoio ao desenvolvimento de planos de ação para as medidas prioritárias, com acompanhamento sistemático de sua operacionalização junto a área responsável.

Para operacionalizar esses ciclos foi desenvolvido um instrumento que agrega indicadores de estrutura, processo e resultado onde as áreas registram o status das ações (a iniciar, em andamento ou concluída), a meta física alcançada e registram observações contextualizando o andamento da ação/meta a cada quadrimestre. Para apoiar a tomada de decisão, foram definidos critérios de priorização das metas (magnitude do problema, governabilidade, previsão orçamentária, prioridade para o controle social), identificando-se os responsáveis e co-responsáveis pelo monitoramento e/ou execução.

Outro instrumento de monitoramento do PMS 2018-2021 é o Relatório Detalhado Quadrimestral (RDQ), instituído pela Lei Complementar 141/2012. A referida lei trata, em seu capítulo IV, seção III, Da Prestação de Contas, versando no Art. 36: “O gestor do SUS em cada ente da Federação elaborará Relatório detalhado referente ao quadrimestre anterior, o qual conterá, no mínimo, as seguintes informações:

I - montante e fonte dos recursos aplicados no período;

II - auditorias realizadas ou em fase de execução no período e suas recomendações e determinações;

III - oferta e produção de serviços públicos na rede assistencial própria, contratada

e conveniada, cotejando esses dados com os indicadores de saúde da população em seu âmbito de atuação.”

Além dos ciclos de monitoramento operacionalizados por meio da PAS e dos RDQ, a proposta de monitoramento e avaliação do presente PMS inclui a elaboração do Relatório Anual de Gestão (RAG) e discussão do mesmo junto ao Conselho Municipal de Saúde. Nessa etapa, cada ação/meta proposta é avaliada podendo ser classificada como realizada, não realizada ou parcialmente realizada, conforme escore alcançado. O resultado parcialmente realizado é ainda classificado como de baixo, médio ou alto desempenho. Em todos os instrumentos é apresentada e discutida a execução orçamentária.

Além dos instrumentos, a proposta metodológica de monitoramento e avaliação do PMS contempla um painel de indicadores com o objetivo de observar as mudanças efetivas nos processos e nos resultados, a partir do conjunto de ações e metas prioritárias propostas. Para efeito de monitoramento e avaliação do Plano Municipal de Saúde 2018-2021, serão adotados Indicadores de estrutura, processo e de resultados.

Os indicadores de estrutura e processo são aqueles que acompanham periodicamente a estruturação e/ou o processo de execução das ações e metas estabelecidas e servirão como ferramenta de gerenciamento quadrimestral e interno da Diretoria Executiva de Planejamento, Orçamento e Gestão da Informação das ações/metad apresentadas nas programações anuais de saúde.

Para isso foi estabelecido um escore de 5 níveis de alcance que balizam este monitoramento, a saber:

Quadro 4. Percentual de realização das metas do PMS 2018-2021, Recife 2018.

NIVEL	PERCENTUAL DE REALIZAÇÃO DA META	QUALIFICAÇÃO
1	0	Não realizado
2	1 a 30%	Baixo Desempenho
3	31% a 70%	Médio Desempenho
4	71 a 99%	Alto Desempenho
5	100%	Realizado

Os Indicadores de Resultados adotados serão aqueles que avaliarão as mudanças geradas com o alcance dos objetivos propostos durante os quatro anos de Gestão e terão seus resultados parciais monitorados quadrimestralmente, de acordo com o tipo de indicador. Além disso, os mesmos serão apresentados no Relatório Anual de Gestão.

O elenco de indicadores de resultados do PMS 2018-2021 foi definido tomando como base, indicadores já utilizados pela Gestão Municipal, estando alinhados com as demais esferas de governo. Serão adotados, 39 indicadores de resultados pactuados pelo Município contemplando os indicadores do Sistema de Pactuação de Indicadores do SUS – SISPACTO e do Programa de Qualificação das Ações de Vigilância em Saúde (PQAVS), entre outros.

N	INDICADORES
1	Cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica
2	Cobertura populacional estimada de Saúde Bucal na Atenção Básica
3	Média de escovação dental supervisionada
4	Cobertura da primeira consulta odontológica programática
5	Proporção de exodontias em relação aos procedimentos preventivos e curativos
6	Cobertura de acompanhamento das condicionalidades de Saúde do Programa Bolsa Família (PBF)
7	Ações de matriciamento realizadas por CAPS com equipes de Atenção Básica
8	Proporção de vacinas do calendário básico de vacinação da criança com coberturas vacinais alcançadas
9	Proporção de salas de vacina do município alimentando mensalmente o Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações (SI-PNI)
10	Razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos na população residente de determinado local e a população da mesma faixa etária
11	Razão de exames de mamografia de rastreamento realizados em mulheres de 50 a 69 anos na população residente de determinado local e população da mesma faixa etária
12	Proporção de nascidos vivos de mães com 7 ou mais consultas de pré-natal
13	Proporção de gravidez na adolescência entre as faixas etárias de 10 a 19 anos
14	Número de testes de sífilis por gestante
15	Número de casos novos de sífilis congênita em menores de um ano de idade
16	Número de testes de HIV realizados
17	Número de casos novos de aids em menores de 5 anos
18	Proporção de cura dos casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes
19	Proporção de contatos examinados de casos novos de hanseníase
20	Proporção de contatos examinados de casos novos de tuberculose pulmonar com confirmação laboratorial

21	Proporção de exame anti-hiv realizados entre os casos novos de tuberculose
22	Proporção de cura dos casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera.
23	Proporção de parto normal no SUS e na saúde suplementar
24	Taxa de mortalidade prematura (de 30 a 69 anos) pelo conjunto das quatro principais doenças crônicas não transmissíveis (doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas)
25	Proporção de óbitos de mulheres em idade fértil (10 a 49 anos) investigado
26	Proporção de registro de óbitos com causa básica definida
27	Taxa de mortalidade infantil
28	Número de óbitos maternos em determinado período e local de residência
29	Número de semanas epidemiológicas com informações no Sinan
30	Proporção de casos de doenças de notificação compulsória imediata (DNCI) encerrados em até 60 dias após notificação
31	Proporção de casos de malária que iniciaram tratamento em tempo oportuno (até 48 horas a partir do início dos sintomas para os casos autóctones e em até 96 horas a partir do início dos sintomas para os casos importados)
32	Proporção de registros de óbitos alimentados no SIM em relação ao estimado, recebidos na base federal até 60 dias após o final do mês de ocorrência
33	Proporção de registros de nascidos vivos alimentados no SINASC em relação ao estimado, recebidos na base federal até 60 dias após o final do mês de ocorrência
34	Proporção de notificações de violência interpessoal e autoprovocada com o campo raça/cor preenchido com informação válida.
35	Proporção de preenchimento do campo "ocupação" nas notificações de agravos relacionados ao trabalho
36	Percentual de municípios que realizam no mínimo seis grupos de ações de Vigilância Sanitária consideradas necessárias a todos os municípios no ano
37	Percentual de amostras analisadas para o Residual de Agente Desinfetante em água para consumo humano (cloro residual livre, cloro residual combinado ou dióxido de cloro)
38	Número de ciclos que atingiram mínimo de 80% de cobertura de imóveis visitados para controle vetorial da dengue
39	Proporção de cães vacinados na campanha de vacinação antirrábica canina

15. REFERÊNCIAS

BRASIL. Casa Civil. Constituição. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF, 19 set. 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm>. Acesso em: 26 dez 2017.

BRASIL. Casa Civil. Constituição. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília, DF, 28 dez. 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm>. Acesso em: 26 dez 2017.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Regulação em Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. - Brasília: CONASS, 2011. 126p. (Coleção Para Entender a Gestão do SUS 2011, 10). Disponível em: <http://www.conass.org.br/bibliotecav3/pdfs/colecao2011/livro_10.pdf>. Acesso em: 26 dez 2017.

BRASIL. Distribuição Gratuita de Medicamentos do Programa Farmácia Popular. 2014.

BRASIL. IBGE. Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira: 2016. Coordenação de População e Indicadores Sociais. - Rio de Janeiro, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 1.559, de 1º de agosto de 2008. Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde - SUS. Publicada no DOU de 4 de agosto de 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 971, de 3 de maio de 2006. Aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde - SUS. Publicada no DOU de 4 de agosto de 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.125, de 7 de outubro de 2010. Aprova as Diretrizes para Vigilância, Atenção e Controle da Hanseníase.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Ouvidoria-Geral do SUS. Manual das Ouvidorias do SUS / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Ouvidoria-Geral do SUS. - Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Sistema Nacional de Auditoria. Departamento Nacional de Auditoria do SUS. Auditoria do SUS: orientações básicas / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Sistema Nacional de Auditoria. Departamento Nacional de Auditoria do SUS. - Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde? Boletim Epidemiológico Volume 46 Nº 9 - 2015. Disponível em: <<http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2015/marco/25/Boletim-tuberculose-2015.pdf>>. Acesso em: 26 dez 2017.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Vigitel Brasil 2017: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2017. Brasília: Ministério da Saúde. 130 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/saude/2014/11/ministerio-da-saude-incorpora-vacina-triplice-ao-calendario-das-gestantes>>. Acesso em: 09 de Jan. de 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. SVS. Nota Informativa nº03, de 2014 CGDT/DEVIT/SMS.

BRASIL. Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico Secretaria de Vigilância em Saúde Volume 44 Nº 16 - 2013. Disponível: <<http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2014/junho/03/Boletim-Sarampo-02-12-13.pdf>>. Acesso em 09: de Jan. de 2018.

BRASIL. Objetivos de Desenvolvimento do Milênio: Relatório Nacional de Acompanhamento Coordenação: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada e Secretaria de Planejamento e Investimentos Estratégicos; supervisão: Grupo Técnico para o acompanhamento dos ODM. - Brasília: Ipea: MP, SPI, 2014.

CAVALHEIRO, M. T. P. & GUIMARÃES, A. L. Formação para o SUS e os Desafios da Integração Ensino-Serviço. Caderno FNEPAS, v. 1, Dezembro, 2011. Disponível em: <http://www.fnepas.org.br/artigos_caderno/v11/artigo2_formacao_para_sus.pdf>. Acesso em: 09 de Jan. de 2018.

DUNCAN, Bruce Bartholow et al. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: prioridade para enfrentamento e investigação. Rev. Saúde Pública, São Paulo, v. 46, supl. 1, p. 126-134, Dec. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102012000700017&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 08 Jan. 2018.

DUNCAN, Bruce Bartholow et al. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: prioridade para enfrentamento e investigação. Rev. Saúde Pública, São Paulo, v. 46, supl. 1, p. 126-134, Dec. 2012. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102012000700017&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 04 Jan. 2018.

MALTA, Deborah Carvalho et al. Doenças crônicas Não transmissíveis e o suporte das ações intersetoriais no seu enfrentamento. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 19, n. 11, p. 4341-4350, Nov. 2014. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014001104341&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 26 Dez. 2017.

MALTA, Deborah Carvalho et al. Mortalidade por doenças crônicas não transmissíveis no Brasil e suas regiões, 2000 a 2011. Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília, v. 23, n. 4, p. 599-608, Dec. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222014000400599&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 08 Jan. 2018.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Estratégia mundial de eliminação da lepra 2016-2020: Acelerar a ação para um mundo sem lepra 2017. Disponível em: <<http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2017/setembro/06/Estrategia-Global-para-Hanseniose-OMS-2016-2020.pdf>>. Acesso em: 26 dez 2017.

PERNAMBUCO. FIDEM. Base de Dados do Governo de Pernambuco (BDE). Disponível em: <http://www.bde.pe.gov.br/estruturacaogeral/conteudo_site2.aspx>. Acesso em: 26 dez 2017.

SALIBA, N. A. et al. Conselhos de saúde: conhecimento sobre as ações de saúde. Rev. Adm. Pública, Rio de Janeiro, v. 43, n. 6, p. 1369-1378, dez. 2009. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-76122009000600007&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 21 dez. 2017.



OUVIDORIA MUNICIPAL DE SAÚDE
0800 281 1520



RECIFE
PREFEITURA DA CIDADE

RECIFE, CAPITAL DO NORDESTE.

COMPOSIÇÃO DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE

Colegiado Biênio 2016-2018

USUÁRIO

Titular: Rodrigo Barbosa da Silva - Ponto Cultural Espaço Livre do Coque - RPA 1
Suplente: Moises Severino Jose da Silva - Ponto Cultural Espaço Livre do Coque - RPA 1

Titular: Sebastiana Maria dos Prazeres – Conselho de Moradores da Ilha do Joaneiro - RPA 2
Suplente: Alberto Alves Correia - Conselho de Moradores da Ilha do Joaneiro - RPA 2
Titular: Lorena Gomes Raia – ONG Crescer Mangabeira - RPA 3
Suplente: Osmário Valério da Silva - Clube de Mães dos Moradores do Alto do Refúgio - RPA 3

Titular: Lucelena Cândido da Silva – Associação Grupo de Mães da Amizade dos Torrões - RPA 4
Suplente: Luciano de Paiva Ferreira - Associação Grupo de Mães da Amizade dos Torrões - RPA 4

Titular: Oscar Correia da Silva - Conselho de Moradores do Jiquiá - RPA 5
Suplente: Isaac Machado de Oliveira - Conselho de Moradores da Mustardinha - RPA 5

Titular: Maria Lúcia da Silva – Centro Comunitário da UR-12 - RPA 6
Suplente: Vera Lúcia Maria da Silva – Associação dos Moradores da Unidade Residencial 1 Ibura - RPA 6

Titular: Silvano Vale Paulino – Instituto de Desenvolvimento Social - IDS
Suplente: Angélica de Oliveira Araújo – Associação Pernambucana das Profissionais do Sexo - APPS

Titular: Rivânia Rodrigues da Silva - Articulação e Movimento para Travestis e Transexuais de Pernambuco - AMOTRANS
Suplente: Marluce Batista de Freitas - Associação de Defesa dos Usuários de Seguros, Planos e Sistema de Saúde -

ADUSEPS

Titular: Elivânia Santos Matias de Sousa - Federação das Associações de Moradores de Núcleos de Cohab e Similares - FEMOCOHAB
Suplente: Judite Maria Álvares Cavalcante - Núcleo de Assistência aos Pacientes Hepáticos - NAPHE

Titular: Ubirajara Alves de Lima - Federação dos Círculos Operários de Pernambuco - FECOPE
Suplente: Sônia Maria de Oliveira Pinto - Centro de Ensino Popular e Assistencial Social do Recife Santa Paula Frassinetti - CEPAS

Titular: Juliana Araújo Cesar Tavares - GESTOS, Soropositividade, Comunicação e Gênero
Suplente: Euclides Monteiro Neto - Instituto Brasileiro Pró-Cidadania

Titular: Adrielly Araújo de Oliveira – CEBES – Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
Suplente: Marta Barbosa Coelho dos Santos – Instituto SOS Polis Cidadania, Desenvolvimento e Sustentabilidade

TRABALHADOR

Titular: Vasti Maria da Silva Soares - Sindicato dos Agentes Comunitários de Saúde e Combate as Endemias do Estado de Pernambuco - SINDACS
Suplente: Ana Paula Ochoa Santos – Associação Brasileira de Enfermagem - ABEn

Titular: Keila Mary Tavares de Oliveira Lima - Sindicato dos Enfermeiros no Estado de Pernambuco - SEEPE
Suplente: Cristiano Batista do Nascimento - Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional - CREFITO 1ª Região

Titular: Priscila de Araújo Cavalcanti de Albuquerque - Sindicato dos Odontologistas no Estado de Pernambuco – SOEPE
Suplente: Íris Maria da Silva - Conselho Regional de Psicologia - CRP-02

Titular: Rosangela Cavalcanti de Albuquerque - Conselho Regional de Educação Física - CREF 12ª Região
Suplente: Micheline Alves de Moraes - Sindicato dos Psicólogos de Pernambuco - PSICOSIND