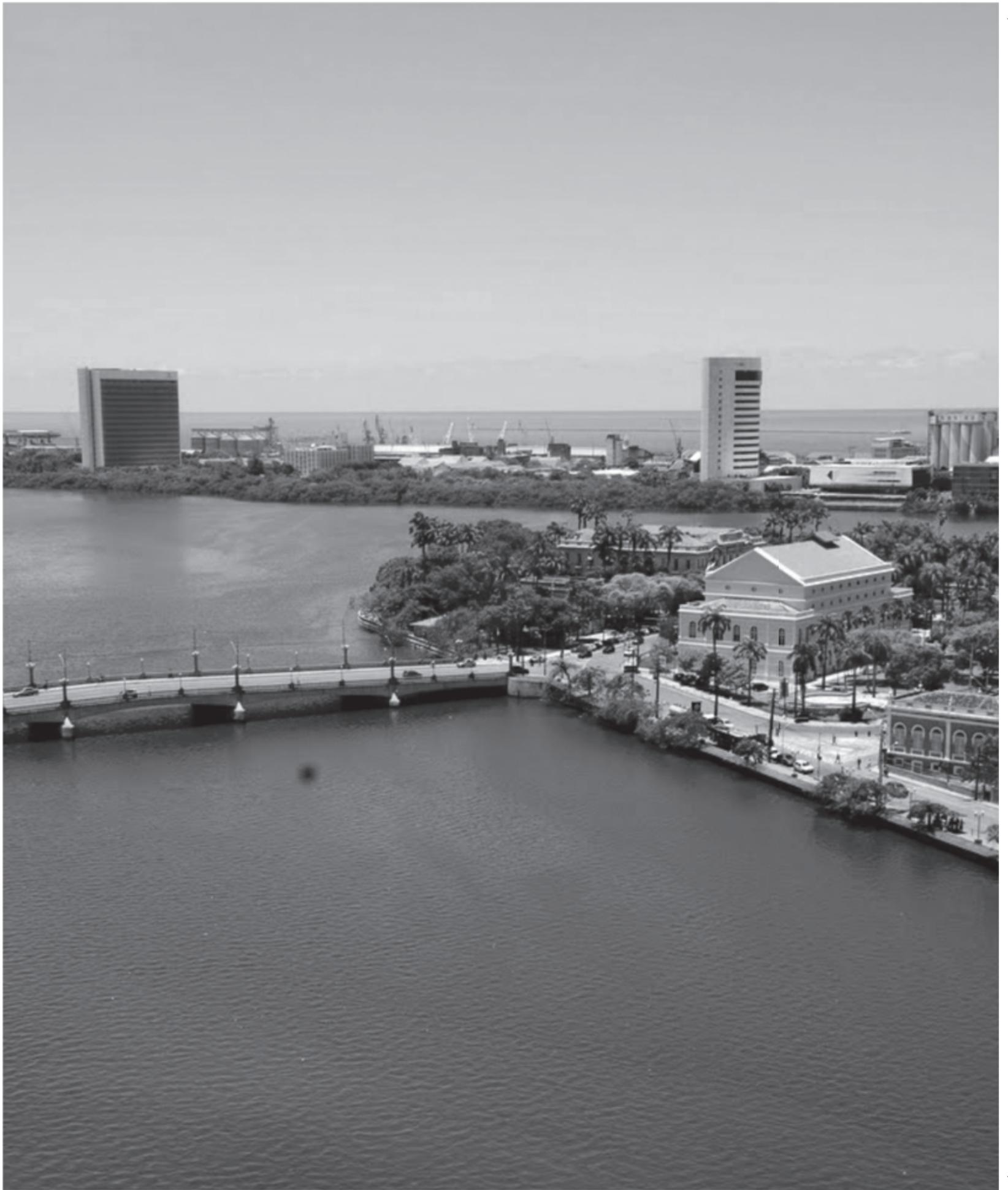


P R E F E I T U R A D O
RECIFE

Plano Municipal de Saúde 2010/2013





PREFEITURA DO RECIFE

João da Costa - Prefeito do Recife

Milton Coelho - Vice-Prefeito

SECRETARIA DE SAÚDE

Secretário de Saúde - **Gustavo Azevedo Couto**

Assessor Executivo - **Tiago Feitosa de Oliveira**

Chefia de Gabinete - **Jorge Paiva**

Assessoria de Gestão Estratégica e Participativa - **Rosano Carvalho e Eristela Feitosa**

Assessoria Especial - **Graça Cavalcante**

Assessoria Especial - **Luciana Albuquerque**

Assessoria Especial - **Ana Cláudia Cardoso**

Diretoria do Distrito Sanitário I - **Aexalgina de Aguiar Tavares Rocha**

Diretoria do Distrito Sanitário II - **Silvana Helena Dantas Moreira**

Diretoria do Distrito Sanitário III - **Georgia Maria de Albuquerque**

Diretoria do Distrito Sanitário IV - **Roseli Nascimento**

Diretoria do Distrito Sanitário V - **Rita Maria Spósito Antonio Tenório**

Diretoria do Distrito Sanitário VI - **Danielle Rodrigues Leal**

Diretoria de Planejamento e Gestão - **Petra Oliveira Duarte**

Gerência de Planejamento Estratégico - **Maria Goretti Teles Araújo**

Gerência de Informações Estratégicas - **Mirella Muzzi**

Diretoria de Regulação e Sistema - **Alberto Luiz Alves de Lima**

Assessoria - **Ana Lúcia da Silva**

Gerência de Auditoria - **Vilma Dornelas**

Gerência de Fluxos Assistenciais - **Angélica Saraiva Rangel de Sá**

Gerência de Regulação Ambulatorial - **Márcia Ribeiro**

Gerência de Programação, Controle e Avaliação - **Gilvan Bezerra**

Gerência de Tecnologia e Informação - **Gustavo Correia de Araújo**

Gerência de Regulação Hospitalar - **Ana Lúcia da Hora**

Gerência de Contratos e Informações Estratégicas em Saúde - **Paloma Alves**

Ouvidoria SUS - Recife - **Cristiane Guedes de Melo**

Diretoria Administrativa Setorial - **Adelaide Caldas Cabral**

Gerência de Administração - **Maria do Carmo Campos Ribeiro**

Gerência de Compras - **José Eduardo da Silva Ardito**

Gerência Financeira e Contábil - **Marcelo José da Silva**

Gerência de Engenharia - **Sandra Cristina Duarte**

Diretoria de Gestão do Trabalho - **Cinthia Kalyne de Almeida Alves**
Gerência de Desenvolvimento de Pessoas - **Célia Borges**
Gerência de Relações de Trabalho - **Rosângela Arraes Sampaio Coimbra**
Gerência de Gestão de Pessoas - **Washington Cavalcanti**
Diretoria de Vigilância à Saúde - **Adeilza Gomes Ferraz**
Gerência de Vigilância Epidemiológica - **Denise Santos C. Oliveira**
Gerência de Vigilância Sanitária - **Luiz Paulo Moraes Brandão**
Gerência de Vigilância Ambiental - **Otoniel Freire de Barros Neto**
Gerência de Atenção à Saúde DST/AIDS - **Arlindo Acioly Lins Neto**
Gerência de Atenção à Saúde do Trabalhador - **José Carlos Cazumbá**
Gerência de Prevenção de Acidentes e Violência - **Maria Carmelita Maia**
Diretoria de Atenção à Saúde - **Bernadete Perez Coelho/Ana Cristina Reis**
Gerência de Atenção às Urgências e Emergências - **Leonardo Gomes**
Gerência de Atenção Ambulatorial e Assistência Hospitalar - **Kátia Guimarães**
Gerência de Assistência Farmacêutica e Material Médico Hospitalar - **Hermias Veloso**
Gerência da Atenção Básica - **Aristides Vitorino de Oliveira Neto**
Gerência do Laboratório Municipal de Saúde Pública - **Ana Cristina Reis**

ÁREAS TÉCNICAS

Atenção à Saúde da Criança e do Adolescente - **Paulo Frias/Flávia Veras**
Atenção à Saúde da Mulher - **Benita Spinelli**
Atenção à Saúde do Envelhecimento - **Kátia Magdala**
Atenção à Saúde da Pessoa com Deficiência - **Alexandre David**
Atenção à Saúde da População Negra - **Miranete Arruda**
Controle do Tabagismo e outros Fatores de Risco de Câncer - **Marcus Túlio**
Alimentação e Nutrição - **Morgana Maranhão**
Programa Academia da Cidade - **Ebrivaldo Cavalcanti**
Programa Municipal de Imunizações - **Elizabeth Azoubel**
Programa “Mais Vida” de Redução de Danos - **Pollyana Pimentel**
Atenção à Saúde Mental - **Alyne Viera Lima**
Atenção à Saúde Bucal - **Bruno Santana Freitas**
Programa de Práticas Integrativas e Complementares - **Luciane Burichel**
Programa de Controle à Tuberculose - **Maria Júlia Vilela**
Programa de Controle à Hanseníase - **Milde Cavalcanti**
Programa de Controle da Filariose - **Otoniel F. Barros Neto/Denise Oliveira**

CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE - GESTÃO 2010-2011

GESTORES

Titular: **Gustavo de Azevedo Couto** - Secretário de Saúde

Suplente: **Tiago Feitosa** - Assessor Executivo/SS

Titular: **Rosano Freire Carvalho**

Suplente: **Diego Pessoa Gomes**

Titular: **Wanderilza Lourdes de França** - Coordenadoria da Mulher/SS

Suplente: **Ana Paula de Santana** - Coordenadoria da Mulher/SS

Titular: **Márcia Maria V. Barbosa Vasconcelos** - UFPE/CCS

Suplente: **Janete Arruda Araújo** - NUSP/UFPE

Titular: **Renê Porto Reis** - Federação das Misericórdias e Entidades Filantrópicas

Suplente: **Ana Paula Dantas Saldanha** - Federação das Misericórdias e Entidades Filantrópicas

Titular: **Kátia Maria Z. Moraes Guerra** - SINDHOSP/PE

Suplente: **Feliciano Abdon Araújo Lima** - SINDHOSP/PE

TRABALHADORES

Titular: **Cláudia Beatriz Câmara de Andrade** - SIMEPE

Suplente: **Tilma Belfort de Moraes Guerra** - CREMEPE

Titular: **Valderlene Guimarães Santos de Oliveira** - CREFITO

Suplente: **Edite da Rocha Cordeiro** - AMB

Titular: **Maria do Carmo Miranda** - SINDACS

Suplente: **Wellington da Silva Carvalho** - SINDACS

Titular: **José Felipe Pereira** - SINDSEP/PE

Suplente: **Núbia Ferreira Castro Almeida** - COREN/PE

Titular: **Ivonete Maria Batista** - SINDSPREV

Suplente: **Rita de Cássia de Barros Ramos** - SEEPE

Titular: **Flávio Antônio Leal de Azevedo** - SOEPE

Suplente: **Maria Eroneide dos Santos Nascimento** - PSICOSIND

USUÁRIOS

Titular: **Ricardo Jorge da Silva** - Assoc. Comunitária de Comunicação e Cultural do Bairro dos Coelho

Suplente: **Roberta da Silva Leite** - Assoc. Comunitária de Comunicação e Cultural do Bairro dos Coelho

Titular: **Maria da Guia Mendes** - Associação Comunitária do Córrego Antônio Rodrigues e ADJA

Suplente: **Manoel José da Silva** - União dos Moradores da Av. Chagas Ferreira, Rua Leôncio Rodrigues e Adjacências

Titular: **Edileusa Maria da Silva** - Conselho de Moradores do Loteamento Jardim Eldorado
Suplente: **Marcos Antônio da Silva** - Associação União dos Amigos do Alto José do Pinho
Titular: **Elzanira da Silva** - Centro de Ensino Popular e Assist. Social do Recife Santa Paula Frassinetti
Suplente: **Mariluce Amânico da Silva** - Associação dos Moradores Casarão Cordeiro em Ação
Titular: **Sônia Maria de Oliveira Pinto** - Clube de Mães da Mangueira
Suplente: **Graça Maria Braga dos Santos** - Conselho dos Moradores do Jiquiá
Titular: **Waldir Pereira dos Santos** - Conselho de Moradores do Alto da Jaqueira
Suplente: **José Cleto Machado de Oliveira** - Conselho de Moradores do Alto da Jaqueira
Titular: **Ângelo Raniere Augusto** - UEP
Suplente: **Alexandre Pinheiro** - UEP
Titular: **Gilda Guimarães da Silva** - SOS Criança - Centro Pernambucano da Criança e do Adolescente
Suplente: **Marta Carmelita Bezerra de Almeida** - SOS Criança - Centro Pernambucano da Criança e do Adolescente
Titular: **Severina Pereira da Veiga** - FIJ
Suplente: **Cláudia Martins de Azevedo** - FIJ
Titular: **Abel Francisco da Silva Filho** - FEMOCOHAB
Suplente: **Vera Lúcia Maria da Silva** - FEMOCOHAB
Titular: **Fabrcia Moura de Lima** - Gestos, Soropositividade, Comunicação e Gênero
Suplente: **Jair Brandão de Moura Filho** - Gestos, Soropositividade, Comunicação e Gênero
Titular: **Alcione de Andrade Lopes dos Santos** - NAPHE
Suplente: **Maria Luiza Nascimento Maranhão** - NAPHE

Sumário

Apresentação	
Recife - A Cidade -----	11
Breve Análise da Situação de Adoecimento e Morte -----	13
Avaliação do Momento Anterior - 2001-2009 -----	21
A Rede de Saúde e a Organização da Secretaria -----	32
Modelo de Atenção à Saúde do Recife -----	36
Diretrizes da Gestão Municipal para o período 2010-2013 -----	39
Programação Plurianual 2010-2013	
1. Consolidação e Aperfeiçoamento da Atenção Básica -----	49
1.1 Melhoria e Expansão da Rede Básica de Saúde	
1.1.1 Expansão da Estratégia Saúde da Família	
1.1.2 Readequação das Unidades da Atenção Básica	
1.1.3 Ampliação do Programa “Academia da Cidade”	
1.1.4 Implementação do Desenvolvimento Nutricional/Bolsa Família	
1.2 Desenvolvimento de Ações Estratégicas de Saúde para Grupos Específicos	
1.2.1 Promoção da Saúde da Mulher	

1.2.2 Promoção da Saúde do Adulto e do Idoso	
1.2.3 Consolidação do Modelo de Atenção à Saúde Mental	
1.2.4 Fortalecimento do Programa “Mais Vida” de Redução de Danos e Consumo de Álcool, Fumo e Outras Drogas	
1.2.5 Promoção da Atenção à Pessoa com Deficiência	
1.2.6 Promoção da Saúde Bucal	
1.2.7 Implementação da Atenção à Saúde da População Negra	
1.2.8 Implementação das Ações de Imunização	
1.2.9 Promoção do Programa de Práticas e Cuidados Integrals em Saúde	
2. Cidade Amiga da Criança -----	70
2.1.1 Implementação das Ações da Política de Atenção à Saúde da Criança	
2.1.2 Implementação das Ações da Política de Atenção à Saúde do Adolescente	
3. Consolidação e Aperfeiçoamento da Atenção à Média e Alta Complexidade -----	74
3.1 Melhoria e Expansão da Rede de Saúde Especializada	
3.1.1 Ampliação e Qualificação dos Serviços do Laboratório Municipal de Saúde Pública	
3.1.2 Ampliação e Qualificação de Outros Serviços de Média e Alta Complexidade	
3.1.3 Fortalecimento da Assistência Pré-hospitalar (Samu)	
4. Desenvolvimento da Assistência Farmacêutica -----	78
4.1 Desenvolvimento da Política de Assistência Farmacêutica	
4.1.1 Aprimoramento das Estratégias da Assistência Farmacêutica na Rede Municipal	
4.2 Manutenção do Adequado Suprimento da Rede	
5. Consolidação e Aperfeiçoamento do Modelo de Vigilância à Saúde -----	80
5.1 Controle de Doenças e Agravos	
5.1.1 Implementação do Enfrentamento à Tuberculose	
5.1.2 Consolidação das Ações de Controle em DST/Aids	
5.1.3 Implementação do Enfrentamento à Filariose	
5.1.4 Implementação do Enfrentamento à Hanseníase	
5.1.5 Implementação das Ações de Vigilância Epidemiológica	
5.1.6 Fortalecimento das Ações de Prevenção de Acidentes e Violência	
5.2 Desenvolvimento de Ações da Vigilância Sanitária	
5.2.1 Consolidação e Aperfeiçoamento das Ações de Vigilância Sanitária	
5.2.2 Desenvolvimento da Política de Vigilância em Saúde do Trabalhador	
5.3 Desenvolvimento de Ações de Saúde Ambiental	
5.3.1 Desenvolvimento da Educação Ambiental e do Controle de Riscos Ambientais	
6. Aprimoramento da Gestão do SUS -----	90
6.1 Implementação do Controle Social na Gestão das Políticas de Saúde	
6.1.1 Realização da Conferência Municipal de Saúde	

6.1.2 Ampliação e Manutenção dos Conselhos de Saúde: Conselho Municipal de Saúde, Conselhos Distritais e Conselhos de Unidade de Saúde	
6.2 Aprimoramento dos Mecanismos de Democratização da Gestão	
6.2.1 Implementação da Ouvidoria da Secretaria de Saúde	
6.2.2 Promoção do Planejamento Estratégico Descentralizado da Gestão	
6.3 Gestão do Trabalho e Desenvolvimento de Recursos Humanos	
6.3.1 Promoção da Educação Permanente	
6.3.2 Implantação e Manutenção do Sistema de Gerenciamento de Pessoas Descentralizado	
6.4 Desenvolvimento das Ações de Regulação Assistencial	
6.4.1 Estruturação do Monitoramento e Avaliação da Qualidade da Assistência	
6.4.2 Modernização da Infraestrutura Tecnológica e Conectividade da Rede de Saúde	
6.4.3 Fortalecimento da Regulação Assistencial do Sistema	
6.5 Melhoria dos Sistemas de Informação e Comunicação do Setor de Saúde	
6.5.1 Fortalecimento da Política de Informação em Saúde	
7. Gestão Administrativa do Sistema Municipal de Saúde -----	100
7.1 Apoio Administrativo às Ações do Fundo Municipal de Saúde	
7.1.1 Desenvolvimento Organizacional da Diretoria Administrativa Setorial	
7.1.2 Garantia de Infraestrutura e Expansão da Rede	
Mecanismos de Monitoramento do Plano -----	103
Anexos -----	105



Apresentação

O Plano Municipal de Saúde 2010-2013 tem o objetivo de sistematizar e publicar as diretrizes e principais ações a serem realizadas no âmbito da saúde, no referido período, de forma a permitir a gestores, trabalhadores e usuários, o melhor acompanhamento e debate das políticas de saúde. As ações aqui propostas baseiam-se nas reflexões do grupo político e da equipe técnica que atuam na Secretaria de Saúde do Recife, nas deliberações da IX Conferência Municipal de Saúde e nas pactuações realizadas entre município e governos estadual e federal, componentes do Pacto pelo SUS.

Este documento está composto pela descrição do município e dos principais problemas que afetam o campo da saúde; pela descrição dos principais agravos que afetam a população; pela análise do período anterior e pela programação plurianual 2010-2013. Buscou-se, neste Plano, amadurecer o uso de indicadores de acompanhamento das ações, bem como a definição temporal das propostas, ano a ano. Por fim, apresenta as definições orçamentárias que darão suporte às suas ações, previstas no Plano, já aprovado pela Câmara de Vereadores.

Pretende-se, ainda, que o debate permanente deste Plano Municipal de Saúde e seus ajustes anuais, possam dar vida a este documento e torná-lo um instrumento de uso cotidiano, a ser continuamente aprimorado à luz das mudanças da realidade municipal e do aprimoramento, também, das ações e serviços de saúde.

Gustavo de Azevedo Couto
Secretário de Saúde



Recife - A Cidade

Histórico da Cidade

A povoação do Recife surgiu em 1561 passando, em 1637, sob domínio holandês, a denominar-se Mauricéia, em homenagem a Maurício de Nassau. Foi elevada à categoria de vila com a denominação de Recife, por Carta Régia em 1709. O Recife é elevado à categoria de cidade, no dia 5 de dezembro de 1823 (IBGE/Cidades, 2009), e de capital do estado, em 1825.

Como núcleo da Região Metropolitana, criada em 1973 e composta por 14 municípios, o Recife só pode ser bem analisado quando inserido nesse âmbito, uma vez que mantém intensa relação com o espaço circundante, ao qual se expressa na sua dinâmica interna e externa. E, ainda, sob qualquer prisma - demográfico, cultural, econômico, político-institucional, ambiental, patrimônio histórico - que se queira destacar, o Recife é a síntese mais significativa desse contexto. Esta interdependência aponta de imediato para a demanda intensa das cidades da região metropolitana pela infraestrutura municipal.

Divisão Territorial

Recife, capital do Estado de Pernambuco, situa-se no litoral nordestino e ocupa uma posição central, a 800 km das outras duas metrópoles regionais, Salvador e Fortaleza. Apresenta uma superfície territorial de 220 km² e limita-se ao norte com as cidades de Olinda e Paulista, ao sul com o município de Jaboatão dos Guararapes, a oeste com São Lourenço da Mata e Camaragibe, e a leste com o Oceano Atlântico.

Com uma composição territorial diversificada: morros - 67,43%, planícies - 23,26%, áreas aquáticas - 9,31%, Zonas Especiais de Preservação Ambiental (ZEPA) - 5,58%; a cidade está dividida em 94 bairros aglutinados em 6 Regiões Político-Administrativas (RPA).

Para o setor de saúde, cada RPA corresponde a um Distrito Sanitário - DS (figura 1):

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

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

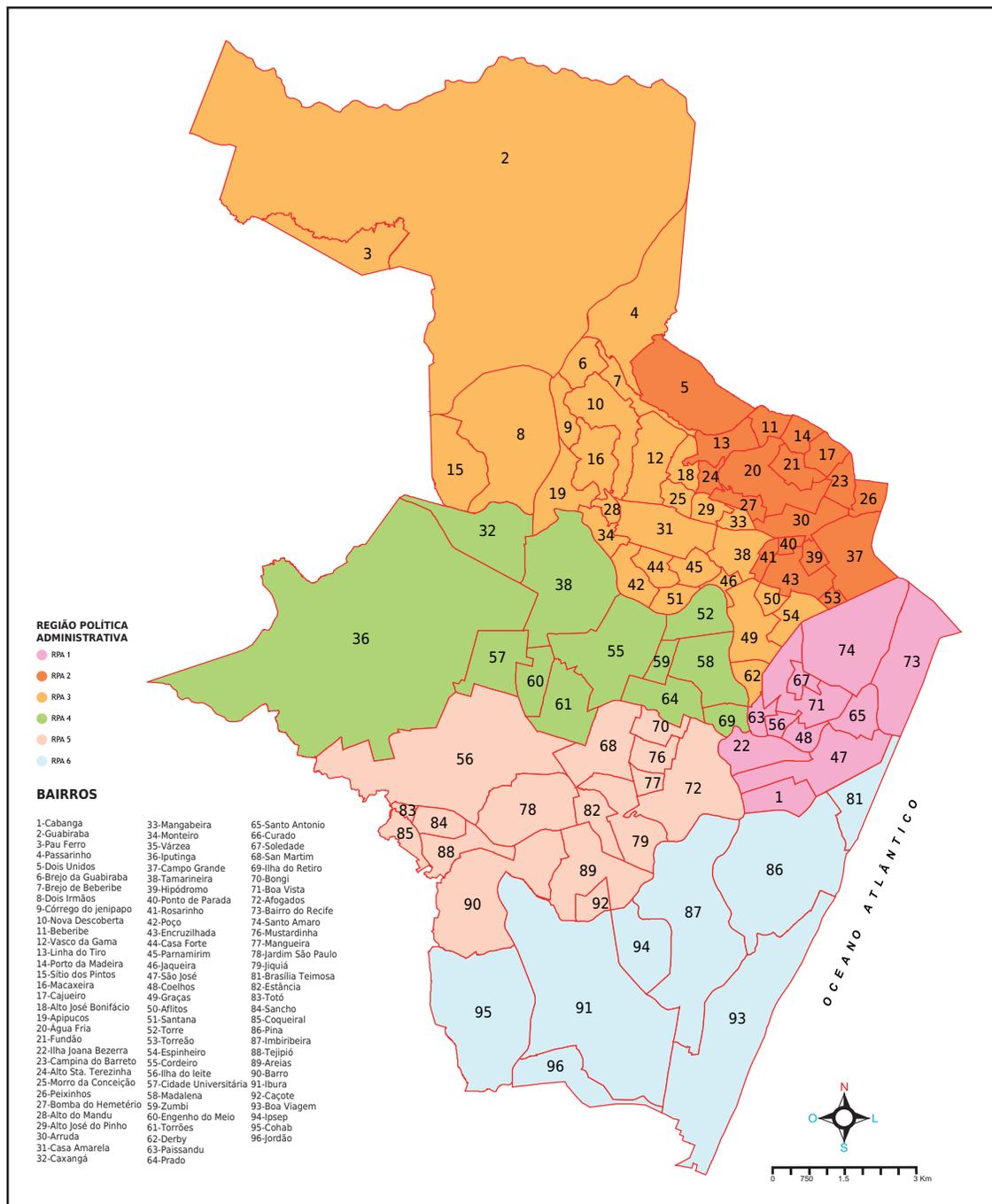
DS III - Poço, Derby, Monteiro, Tamarineira, Graças, Espinheiro, Morro da Conceição, Casa Amarela, Aflitos, Casa Forte, Parnamirin, Apipucos, Córrego do Jenipapo, Nova Descoberta, Alto José do Pinho, Mangabeira, Alto do Mandu, Alto José Bonifácio, Vasco da Gama, Macaxeira, Brejo da Guabiraba, Passarinho,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

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

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

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

Figura 1 - Recife, divisão territorial



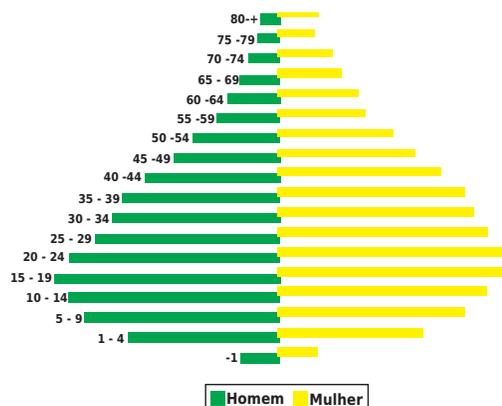
Fonte: Secretaria de Saúde do Recife/Diretoria de Planejamento, 2010

Estrutura Populacional

A Cidade é considerada totalmente urbana, com uma população residente estimada de 1.634.808 habitantes em 2010, apresentando um crescimento populacional ascendente e compatível com perfil correspondente às tendências de crescimento do Estado de Pernambuco e do Brasil.

Ao se analisar a pirâmide etária populacional do Recife (Figura 2), nota-se uma predominância das faixas etárias mais jovens. A faixa etária entre 30 e 59 anos corresponde ao maior percentual, 35,58%, com 581.727 hab., seguido do grupo da faixa etária de 15 a 29 que apresenta 28,87%, correspondendo a 471.988 hab. A população com idade acima de 60 anos representa 9,38% dos hab. e compreende 153.418 habitantes.

Figura 2 - População Residente por Faixa Etária e Sexo. Recife, 2010



Fonte: IBGE (Censo 2000 - Estimado através do método geométrico)

A distribuição geográfica desta população dentro do território municipal apresenta um padrão diversificado de ocupação dentro dos bairros. O Distrito Sanitário VI é o mais populoso, com 24,86% da população de Recife residindo nessa região, enquanto que o Distrito Sanitário I é o menos populoso, com 5,49%, conforme mostra a tabela abaixo.

Tabela 1 - População residente por Distrito Sanitário. Recife, 2009

Distrito Sanitário	Estimativa 2009	Percentual por DS
I	89.792	5,49
II	236.662	14,48
III	325.748	19,93
IV	290.695	17,78
V	283.488	17,46
VI	406.488	24,86
Recife	1.634.809	100

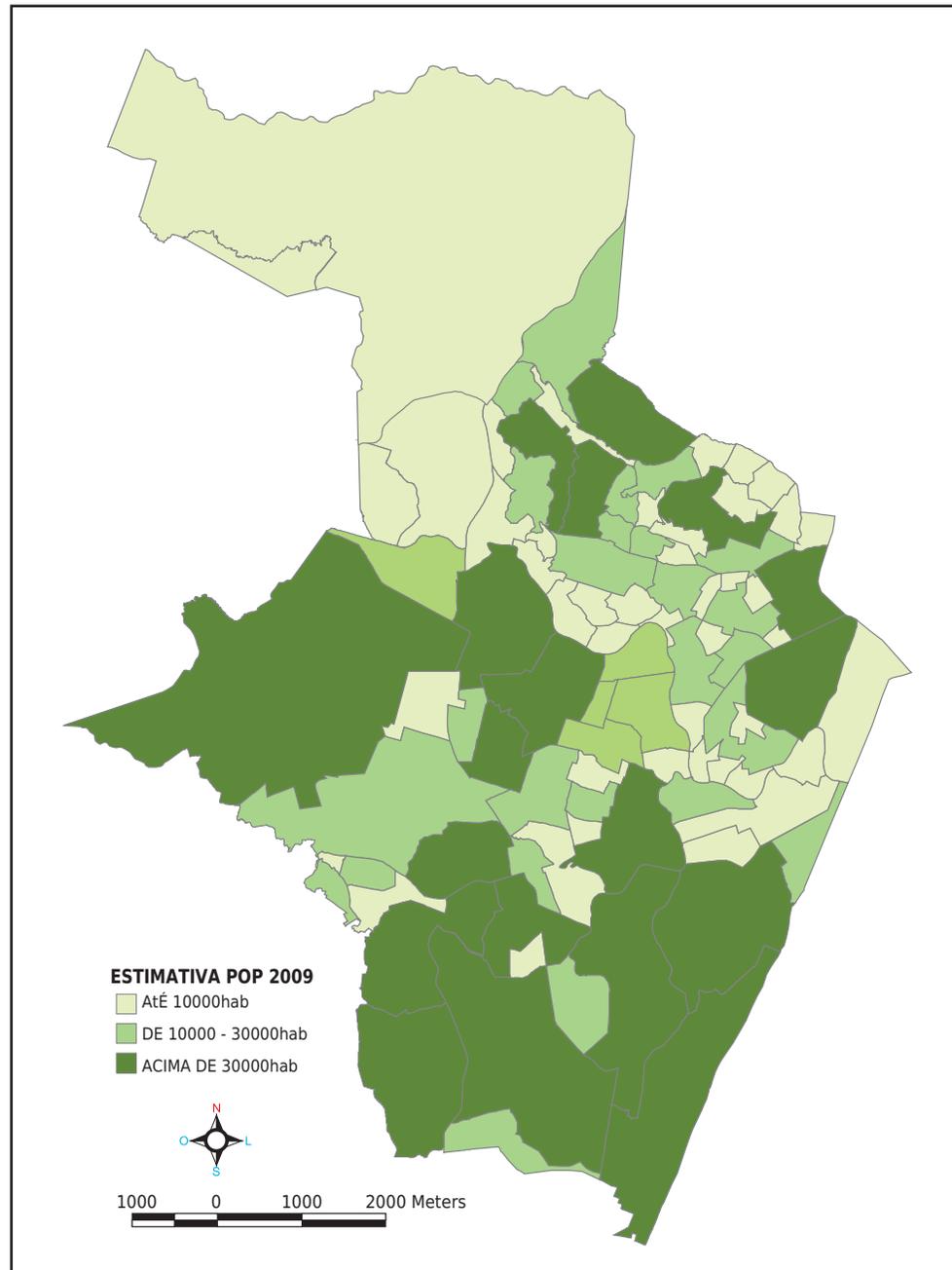
Fonte: 2000 - Censo Demográfico IBGE

Nota 1: A população 2009 foi estimada através do método geométrico, a partir da contagem de 1996 e o Censo Demográfico 2000 - IBGE.

Nota 2: 2010 é ano de Censo, os indicadores serão refeitos de acordo a divulgação dos dados oficiais do IBGE.

Com relação aos bairros, a figura 3 revela essa ocupação dando destaque aos bairros de Boa Viagem, Cohab, Várzea, Iputinga, Imbiribeira e Água Fria como os mais populosos e Pau Ferro, Paissandu, Santo Antônio, Cidade Universitária, Torreão e o Bairro do Recife como os menos populosos.

Figura 3 - Mapa de distribuição da população por bairros. Recife, 2009



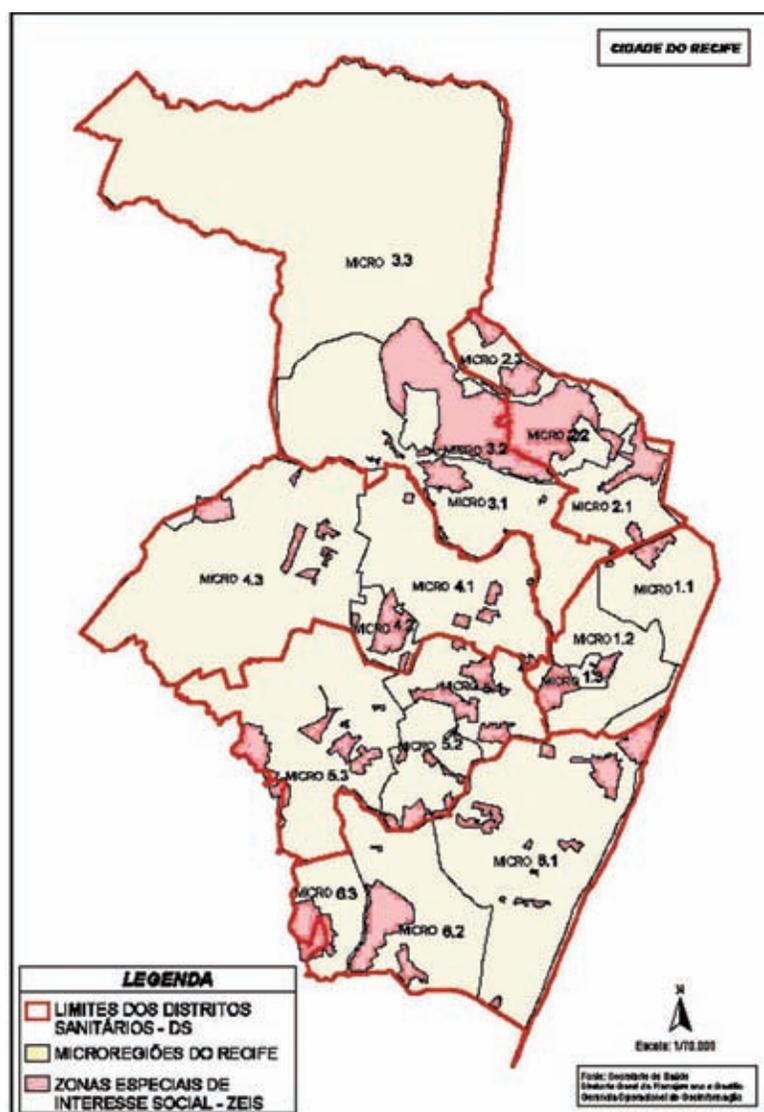
Fonte: IBGE 2000 (2009 - Estimativa realizada através do método geométrico)

Aspectos Socioeconômicos

O Recife apresenta-se como uma cidade heterogênea, onde, ao lado de áreas altamente valorizadas, encontram-se áreas com grandes problemas estruturais. O município reconhece a existência de 66 Zonas Especiais de Interesse Social - ZEIS, disseminadas pelo espaço urbano. Frente à existência de cerca de 490 favelas, representando 15% da área total do município e 25% da área ocupada, as ZEIS agregam cerca de 80% (Figura 4).

As desigualdades intra-urbanas nas condições pessoais podem ser evidenciadas por indicadores de renda familiar e de escolaridade (IBGE, 2000).

Figura 4 - Mapa das Zonas Especiais de Interesse Social. Recife, 2009



Fonte: Secretaria de Saúde do Recife/
Diretoria de Planejamento, 2009

Renda

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

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

A tabela 2 mostra maior número de domicílios com rendimento nominal mensal de até 1 salário mínimo, seguidos pelos de 1 a 2 salários e de 2 a 5. Esse é um ponto importante a considerar visto a influência determinante da renda na saúde dos munícipes e o conceito ampliado de saúde da Organização Mundial de Saúde - OMS.

Tabela 2 - Domicílios particulares permanentes, por classes de rendimento nominal mensal da pessoa responsável pelo domicílio. Recife, 2000

Rendimento Nominal Mensal (salário mínimo)	Domicílios
Até 1 salário	85.409
De 1 a 2 salários	72.967
De 2 a 5 salários	71.314
De 5 a 10 salários	48.247
De 10 a 20 salários	33.056
De 20 a 30 salários	10.527
Mais de 30 salários	14.286
Sem rendimento	40.216

Fonte: 2000 - Censo Demográfico IBGE

Quanto ao indicador renda per capita, existe uma correspondência entre os níveis de renda e o crescimento demográfico e assim uma vinculação entre as localidades de maior crescimento demográfico com as menores rendas per capita.

Escolaridade

A educação é indispensável para a criação e consolidação de mecanismos adequados de participação para a garantia do exercício dos direitos políticos e sociais. Segundo o Atlas de Desenvolvimento Humano no Recife (2005), em 2000 foram registrados 10,4 % de analfabetos maiores de 15 anos. Ao desagregar essa informação por sexo, verificou-se maior percentual de analfabetos entre as mulheres (11,54%), enquanto que para os homens, o percentual foi de 9,31%. E ainda, considerando-se apenas os residentes em área de ZEIS, o percentual de analfabetos sobe para 15,3%, permanecendo a proporção de analfabetos para o sexo feminino.



Breve Análise da Situação de Adoecimento e Morte

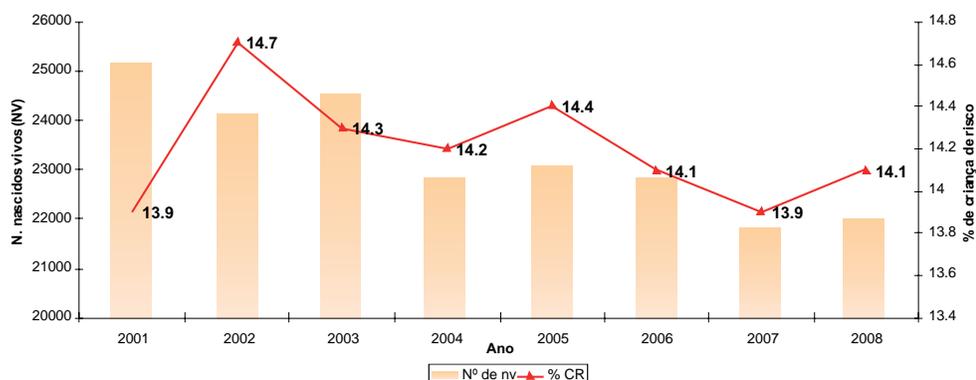
Criança em Risco

A vigilância da “criança em risco” tem o objetivo de contribuir com a redução da taxa de mortalidade infantil por meio da atenção diferenciada às crianças que ao nascer, apresentem o maior risco de morte no primeiro ano de vida. Portanto, são estabelecidos critérios para seleção das crianças com maior risco de morte no primeiro ano de vida.

Do total de nascidos vivos residentes no Recife, cerca de 14,2% foram identificados como “crianças em risco”, entre 2001 e 2008, segundo os critérios pré-definidos para as ações de vigilância. O gráfico 4 mostra o número de nascidos vivos e a proporção de crianças identificadas, que variou entre 13,9 e 14,7%, sendo o maior valor encontrado no ano de 2002. As “crianças em risco” são acompanhadas pelas equipes de saúde.

Figura 5

Número de nascidos vivos e proporção de crianças em risco identificadas. Recife, 2001 a 2008



Fonte: SINASC/DVS -
Secretaria de Saúde
do Recife, 2009.

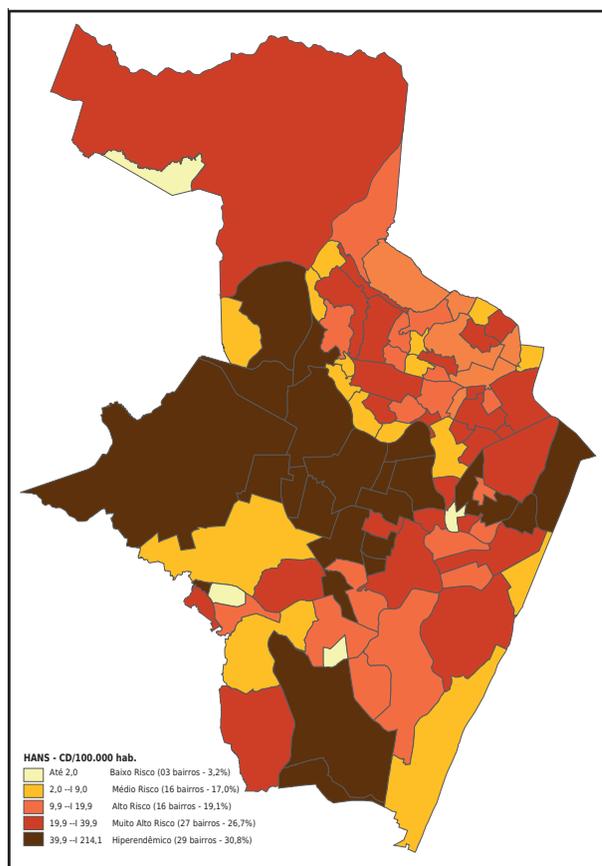
Hanseníase

O controle da hanseníase é baseado no diagnóstico precoce, tratamento oportuno e cura dos casos, visando eliminar as fontes de infecção e evitar seqüelas. Segundo os parâmetros do Ministério da Saúde, a situação do Recife é de hiperendemicidade (Coeficiente de Detecção - CD - médio 2001-2008 = 60,7/100.000 habitantes), constituindo-se prioridade para intensificação das ações de intervenção e controle.

A situação epidemiológica da hanseníase na cidade é bastante heterogênea, apresentando importantes diferenciais intraurbanos de incidência da doença. São 56 bairros da cidade que apresentam padrão compatível com situação hiperendêmica e elevada endemicidade, segundo parâmetros definidos pela Portaria nº 125/SVS-MS, de 26/03/2009 (Figura 7). Portanto, esses bairros são priorizados com ações de diagnóstico e tratamento para hanseníase.

A meta recomendada pelo Programa Nacional de Controle da Hanseníase é reduzir em 10% o coeficiente de detecção de casos novos em menores de 15 anos e curar 90% até 2011. O percentual de abandono de hanseníase no município, segundo parâmetro do Ministério da Saúde, é considerado BOM (=10%).

Figura 6 - Coeficiente de detecção médio de hanseníase (por 100.000 hab.) segundo bairro de residência. Recife, 2001-2008*



Fonte: SINAN / DVS - Secretaria de Saúde do Recife, 2009 *Dados provisórios.

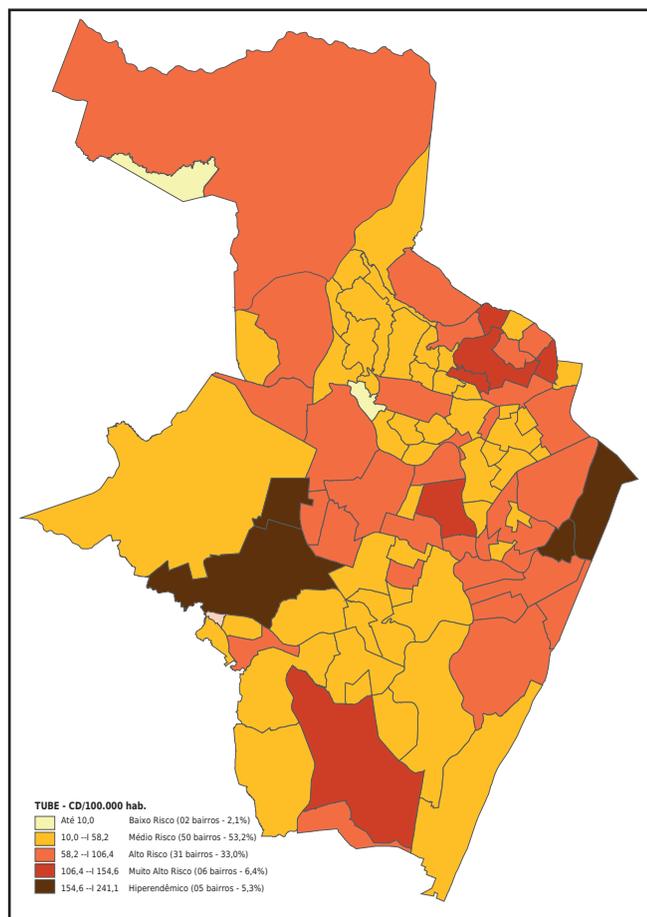
Tuberculose

O Recife encontra-se entre os 15 municípios do estado considerados prioritários para as ações de controle da tuberculose. No período entre 2001 e 2008, o coeficiente médio de detecção de tuberculose em residentes no Recife foi de 98,6/100.000 habitantes. A incidência da tuberculose entre os bairros do Recife é bastante heterogênea, apresentando importantes diferenciais intraurbanos. A maioria dos bairros (81 bairros - 86,2%) apresenta padrão compatível com situação de alto e médio risco (Figura 7).

Visando o diagnóstico precoce da doença, é importante intensificar a busca ativa de doentes, através do exame de todos os contatos intradomiciliares do caso diagnosticado e das outras formas de detecção ativa.

A OMS considera que o impacto epidemiológico será alcançado quando for atingido o percentual de cura de no mínimo 85%. Quanto à taxa de abandono, a meta Nacional é de que esse número não seja superior a 5%.

Figura 7 - Coeficiente de detecção médio de tuberculose (por 100.000 hab.) segundo bairro de residência. Recife, 2001-2008*



Fonte: SINAN / DVS - Secretaria de Saúde do Recife, 2009. * Dados provisórios

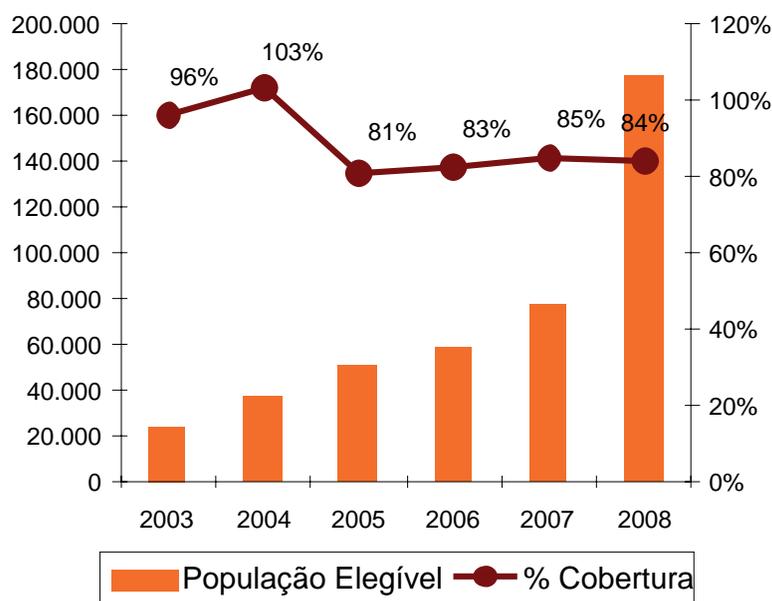
Filariose

Atualmente, no Brasil, apenas a região metropolitana do Recife mantém a Filariose Linfática, havendo o compromisso internacional de eliminá-la até o ano de 2020.

A Organização Mundial de Saúde preconiza o tratamento coletivo para áreas endêmicas de Filariose Linfática. No Recife, o tratamento coletivo teve início no DS II em 2003 e dois anos depois foi incorporado o DS III. Essas áreas vêm mantendo índices excelentes de cobertura da população apta a ser tratada, já que o preconizado é uma abrangência de 80% desta população (Figura 8).

Apesar da realização do tratamento coletivo para a filariose em áreas prioritárias, com resultados de altas coberturas, o desafio da eliminação da doença até o ano de 2020 permanece.

Figura 8
Percentual de cobertura do tratamento coletivo para filariose linfática. Recife, 2003 - 2008



Fonte: SINAN / DVS - Secretaria de Saúde do Recife, 2009

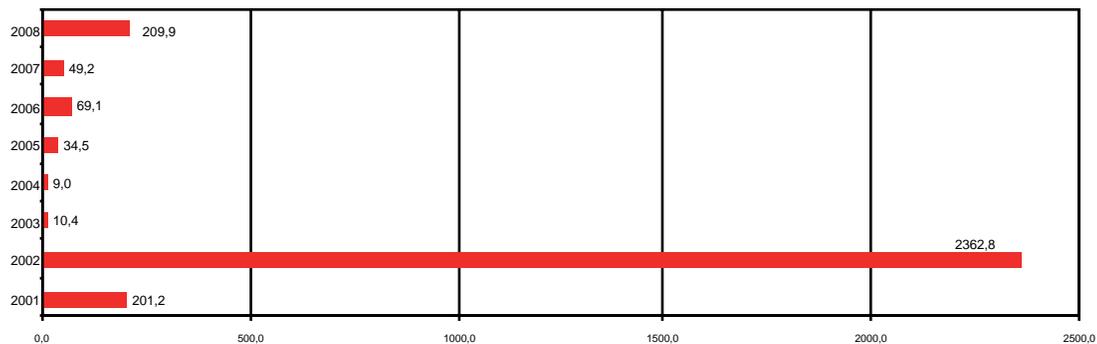
Dengue

No Recife, os primeiros casos de dengue, na forma clássica, foram registrados em Janeiro de 1995. Em 1996, surgiram casos na forma hemorrágica, sendo isolados dois sorotipos circulantes do vírus (Den1 e Den2). Até 1998, a doença apresentou-se com perfil epidêmico, e a partir de 1999, a situação epidemiológica da doença permaneceu preocupante.

Com a introdução do DEN3 no Recife, em 2002, ocorreu uma grande epidemia com incidência de 2.362,80 casos por 100 mil hab. Com a implantação do Programa de Saúde Ambiental (PSA), criado em 2001, que tem como objetivo reduzir os problemas de saúde ligados ao meio ambiente, mediante execução de ações de vigilância epidemiológica, controle, educação e informação em saúde, a epidemia pôde ser controlada e houve queda do número de casos novos nos anos subseqüentes.

Entre 2003 e 2006, a dengue apresentou comportamento endêmico, com aumento (por 100 mil hab) variando de 9,0 em 2004 a 69,1 em 2006. No ano de 2008, ocorreu uma nova epidemia que permaneceu por 12 semanas. Essa epidemia foi de menor intensidade que a do ano de 2002, e foram detectados os três vírus (DEN1, DEN2, e DEN3) circulando na cidade (Figura abaixo).

Figura 9
Incidência anual da dengue. Recife, 2001 a 2008

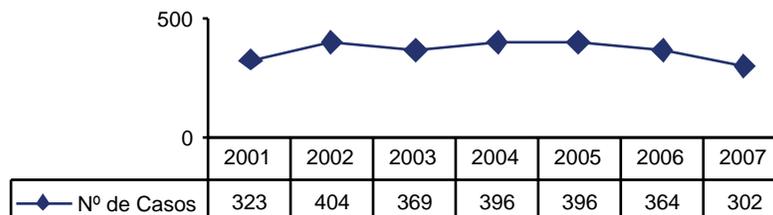


Fonte: SINAN/DVS - Secretaria de Saúde do Recife, 2009

AIDS

Entre os anos de 2000 e 2007, foram registrados pelo Sistema de Informação de Agravos de Notificação Compulsória - SINAN, 2.554 casos confirmados de Aids. Observa-se que a doença vem se mantendo, com uma discreta diminuição do número de casos em 2007 (Figura 10).

Figura 10
Número de casos de AIDS segundo ano de diagnóstico. Recife, 2001 a 2007

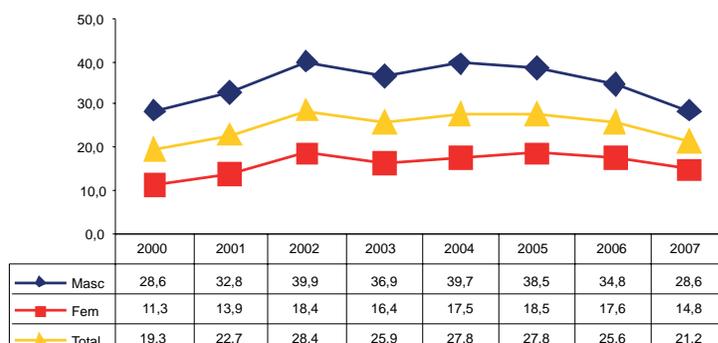


Fonte: SINAN/DVS - Secretaria de Saúde do Recife, 2009

O Coeficiente de Detecção no período variou de 19,3 /100 mil hab. a 21,2/100 mil habitantes, com o maior valor registrado no ano de 2002. Ao analisar a variável sexo, verifica-se um aumento de 31,3% do risco de adoecimento, entre os casos do sexo feminino. Quanto ao sexo masculino, esse aumento foi de 13,7%, entre os anos de 2000 e 2002 (Figura 11).

Figura 11

Coeficiente de Detecção (100 mil hab.) segundo sexo e ano diagnóstico. Recife, 2000 a 2007



Fonte: SINAN/DVS - Secretaria de Saúde do Recife, 2009

Sífilis Congênita

No Recife, no período entre 2001 e 2008, foram notificados à Secretaria Municipal de Saúde 1684 casos, dos quais 1064 (63,2%) poderiam ter sido evitados com o diagnóstico precoce e o tratamento adequado da gestante infectada e seu(s) parceiro(s) sexual (is) (Tabela 3).

Tabela 3 - Distribuição Anual dos Casos e Coeficiente de Detecção (CD/por 1000 NV) de Sífilis Congênita. Recife, 2001-2008

Ano	Casos		CD
	Identificados	Esperados*	
2001	198	83	7,9
2002	154	80	6,4
2003	184	81	7,5
2004	210	75	9,2
2005	246	76	10,6
2006	255	75	11,2
2007	247	73	11,2
2008	190	73	8,6
Total	1684	617	3,3

Fonte: SINAN/DVS/SMS-Recife, 2009.

Nota: * Cálculo realizado com base na meta estabelecida pelo Ministério da Saúde para controle da transmissão vertical da sífilis até 2009 (3,2 casos/mil nascidos vivos)

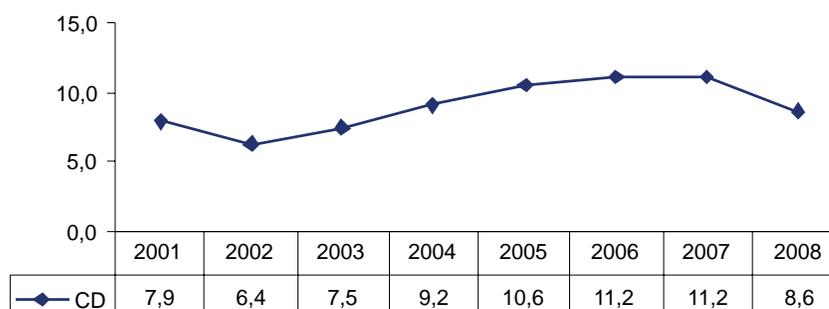
Para a eliminação desse agravo como problema de saúde pública, torna-se imprescindível a qualificação da atenção pré-natal na rede básica de saúde para captação precoce e adesão da gestante a esta assistência, com diagnóstico oportuno e tratamento adequado da mulher infectada, incluindo a implementação de estratégias eficientes para captação do parceiro.

Observa-se, nos últimos anos, aumento gradativo do risco de ocorrência de sífilis congênita. Entre 2001 e 2007, o coeficiente de detecção apresentou variação de 7,9 a 11,2 casos/1000 nascidos vivos. No entanto, no ano de 2008, houve redução da captação de casos pelos serviços de saúde (Figura 12).

O Pacto pela Saúde estabeleceu para 2009 uma redução de 15% no número de casos de sífilis congênita, tendo como base o número dos casos ocorridos no ano anterior (2008).

Figura 12

Distribuição Anual dos Casos e Coeficiente de Detecção de Sífilis Congênita. Recife, 2001-2008



Fonte: SINAN/DVS/SMS-Recife, 2009

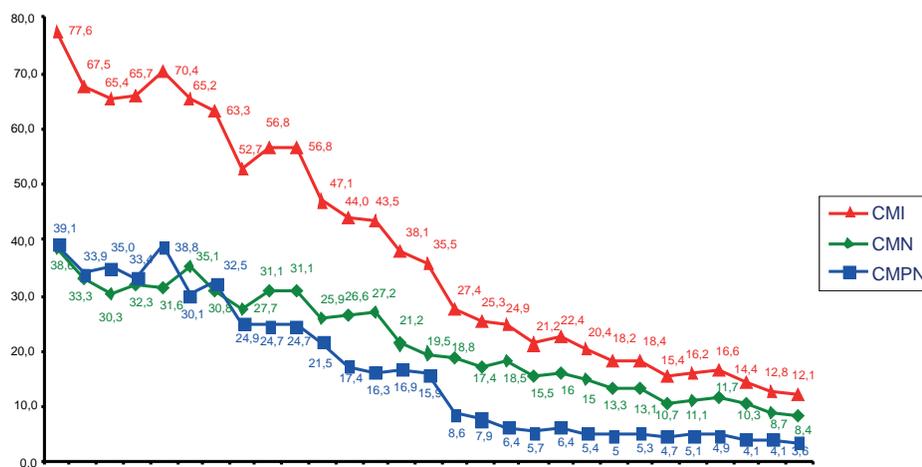
Mortalidade Infantil

No período de 1980 a 2008, o Coeficiente de Mortalidade Infantil (CMI), apresentou uma redução de 84,4%. O componente pós-neonatal merece destaque com um decréscimo de 90,8%, enquanto os óbitos neonatais apresentaram uma redução de 78,2% (Figura 13).

O Programa de Atenção à Saúde da Criança e do Adolescente, criado em 2003, instituiu o comitê de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal que hoje atua efetivamente nos 06 distritos sanitários, possibilitando a identificação dos fatores envolvidos na determinação dos óbitos e a definição de estratégias que permitam evitá-los.

A Rede Interagencial de Informação para a Saúde - RIPSa classifica a Taxa de Mortalidade Infantil em alto (50/1000 ou mais), médio (20-49) e baixo (menos de 20). Para o ano de 2009, o Pacto pela Saúde acordou uma redução de 10,0% no percentual do componente neonatal e de 4,0% no do pós-neonatal.

Figura 13 - Coeficiente de mortalidade infantil (CMI) por componente (mortalidade neonatal - CMN e mortalidade pós-neonatal - CMPN) etário e ano de ocorrência. Recife, 1980 a 2008*

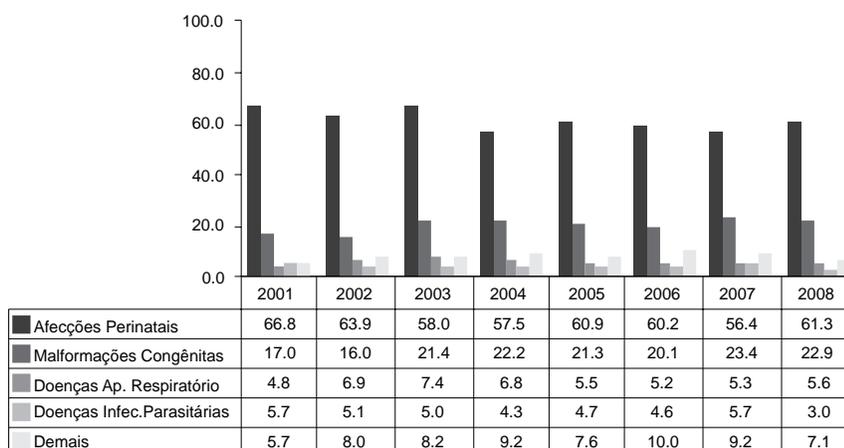


Fonte: SIM/GOIMN/GEPI/DVS/SMS-Recife, 2009 - *Dados sujeitos à revisão

Nos anos de 2001 a 2008, as afecções perinatais foram responsáveis por mais de 50% dos óbitos de menores de 1 ano. Neste mesmo período as malformações congênicas foram identificadas com percentuais acima de 16% do total dos óbitos.

As doenças do aparelho respiratório, em 2003, representaram 7,4% dos óbitos de menores de 1 ano, sendo este o maior percentual observado no período. Observa-se uma redução no percentual das doenças infecciosas e parasitárias, quando no ano de 2001, representavam 5,7% dos óbitos de menores de 1 ano e em 2008, esse percentual diminuiu para 3,0% (Figura 14).

Figura 14 - Mortalidade proporcional em menores de 1 ano por grupo de causas. Recife, 2001 a 2008



Fonte: SIM/GOIMN/GEPI/DVS/SMS-Recife, 2009
*Dados sujeitos à revisão.

Mortalidade Materna

No Recife, a Razão de Mortalidade Materna (RMM) oscilou entre 85,5 por 100.000 nascidos vivos (NV) em 2003 e 36,3/100.000 NV em 2007. De acordo com a Organização Mundial de Saúde, a RMM é considerada alta quando atinge patamares a partir de 50 óbitos por 100.000 nascidos vivos. Apenas nos anos de 2001, 2005 e 2007 este indicador esteve abaixo deste parâmetro (Tabela 4).

Tabela 4 - Razão de Morte Materna por ano de ocorrência. Recife, 2000 a 2008**

ANO	Nº	RMM
2000	18	70,7
2001	10	39,8
2002	14	57,9
2003*	21	85,5
2004*	21	91,9
2005	10	43,3
2006	18	78,7
2007	8	36,3
2008*	17	77,4

Fonte: SIM/SINASC/DVS/Secretaria de Saúde do Recife

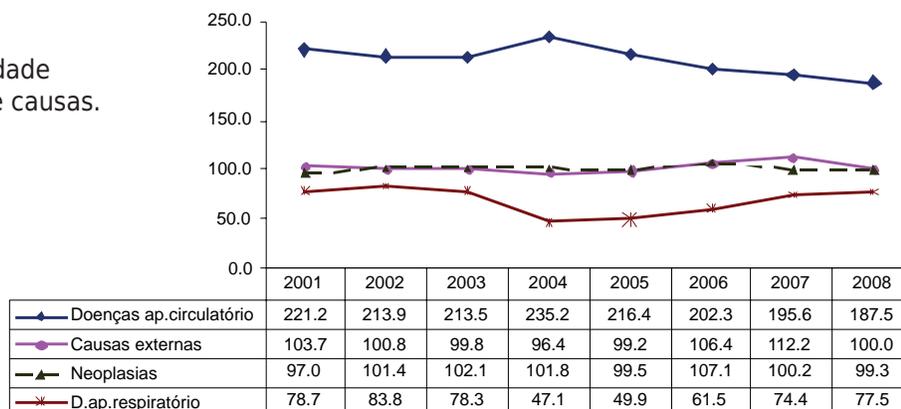
*Exceto um óbito por causas externas

**Dados sujeitos à revisão

Mortalidade com as Principais Causas

As doenças do aparelho circulatório representaram o maior risco de morte, revelando os maiores coeficientes de mortalidade no período de 2001 a 2008, contudo, tem sido observada uma redução de 15,2%, desde 2005, da mortalidade por esta causa. Nos anos de 2001, 2007 e 2008, os óbitos por causas externas (violências) ocuparam a segunda posição, superando os coeficientes de mortalidade por neoplasias. A mortalidade por óbitos provocados pelas doenças do aparelho respiratório oscilou entre 83,8 por 100.000 habitantes em 2002 e 47,1/100.000 hab. em 2004.

Figura 15
Coeficientes de mortalidade por principais grupos de causas. Recife, 2001 a 2008*



Fonte: SIM/GOIMN/GEPI/DVS/SMS - Recife, 2009.

* Dados sujeitos à revisão

Mortalidade por Neoplasias

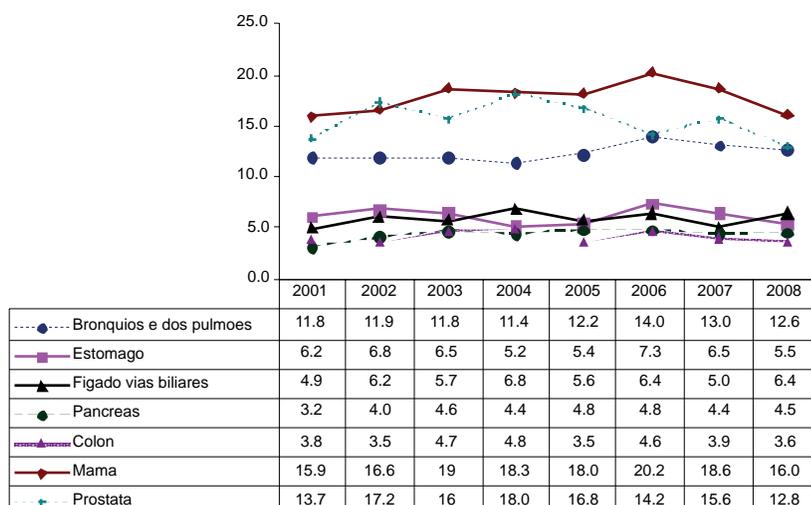
No ano de 2001 o coeficiente de mortalidade por neoplasias foi de 96,9 por 100.000 habitantes e em 2008 foi de 99,3 por 100.000 habitantes, sendo a terceira causa de mortalidade no município. No período de 2001 a 2008, os óbitos por neoplasias de brônquios e pulmões apresentaram os maiores coeficientes de mortalidade na população geral, com destaque para o ano de 2006 (14/100.000 hab.).

Destaca-se que nesse período, os coeficientes de mortalidade das neoplasias do fígado e vias biliares e de neoplasias do pâncreas que apresentaram um incremento de 30,6% e 11,3%, respectivamente.

No sexo feminino, ressalta-se a mortalidade por neoplasias de mama, sendo a primeira causa entre as mulheres. Em relação à população masculina, as neoplasias de próstata mostram elevados coeficientes de mortalidade anual no período analisado.

Figura 16

Coefficiente de mortalidade por neoplasias (por 100.000 habitantes). Recife, 2001 a 2008*



Fonte: SIM/GOIMN/GEPI/DVS/SMS-Recife, 2009

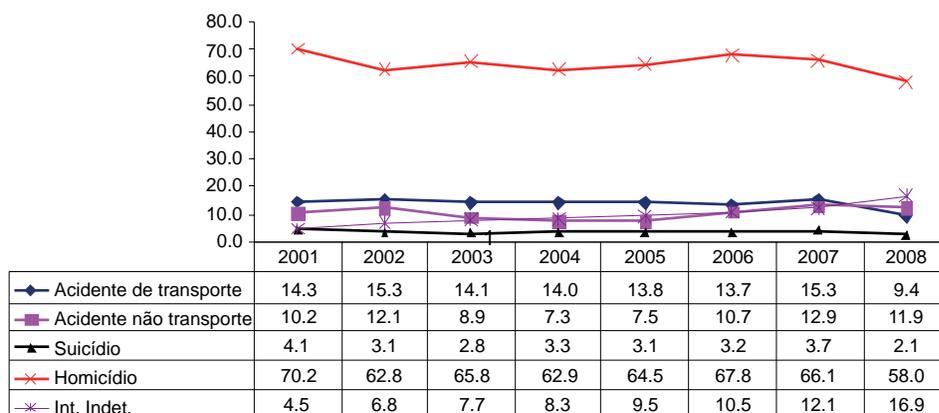
*Dados sujeitos à revisão - Nota: para o cálculo do coeficiente de mortalidade por neoplasia de mama foi utilizada a população feminina e para o coeficiente de mortalidade por neoplasia de próstata foi usada a população masculina.

Mortalidade por Causas Externas

No ano de 2001 ocorreram 1496 óbitos por causas externas com o coeficiente de 103,7 por 100.000 hab., em 2008, foram 1590 óbitos com o coeficiente de 100 por 100.000 hab., revelando uma redução de 3,6% no período.

Os homicídios se destacam com coeficiente de 58 por 100.000 hab. em 2008, mesmo com a redução de 17,4% se comparado ao ano de 2001. Os acidentes de transporte também apresentaram uma redução de 34,3%, mas o maior decréscimo ocorreu em relação aos suicídios (48,8%). Os outros acidentes e as causas externas de intenção indeterminada apresentaram um aumento 16,7% e 275,6%, respectivamente. No entanto, a informação do ano de 2008 está sujeita à revisão. Portanto, só após a finalização do banco de dados poderá ser confirmado o decréscimo da mortalidade por essa causa.

Figura 17
Coeficiente de mortalidade por causas externas. Recife, 2001 a 2008*



Fonte:SIM/GOIMN/GEPI/DVS/SMS-Recife, 2009 - *Dados sujeitos à revisão

Avaliação do Momento Anterior - 2001-2009

Em 2001, no início do período analisado, havia o diagnóstico da baixa complexidade da rede municipal e grande concentração de atendimentos em unidades estaduais; além disso, havia uma baixa cobertura do Programa Saúde da Família - PSF (27 equipes, 5,02% de cobertura populacional); Programa de Agentes Comunitários de Saúde - PACS (45%), e os 46 Centros de Saúde, Unidades Básicas Tradicionais, atuavam com baixa resolutividade e praticamente nenhum investimento no vínculo com a comunidade. Também havia o diagnóstico da persistência de importantes endemias, algumas já controladas na maior parte do país, como a filariose, a tuberculose e a hanseníase.

Do ponto de vista da organização interna da Secretaria, chamava a atenção o congelamento do teto financeiro, repassado pelo Ministério da Saúde, que permaneceu o mesmo entre 1995 e 2001; a política de medicamentos restritiva e a ausência de estrutura administrativa direcionada à gestão do trabalho.

A partir desse diagnóstico, a Secretaria de Saúde direcionou seus esforços para a implantação de um modelo de atenção à saúde com foco na estratégia de Municípios Saudáveis: ampliou radicalmente a cobertura do PSF; criou e implantou o Programa Academia da Cidade; implantou o Programa de Saúde Ambiental com 100% de cobertura da atuação dos Agentes de Saúde Ambiental; implantou o Tratamento Coletivo da Filariose e estabeleceu importantes parâmetros de controle vetorial; criou e estruturou o SAMU 192; estruturou a Diretoria Geral de Gestão do Trabalho para redefinir a relação com os trabalhadores; garantiu os direitos trabalhistas aos profissionais do PSF; realizou o concurso para substituir os vínculos precários dos profissionais do PSF/PACS; estruturou a assistência farmacêutica e criou o Programa Farmácia da Família; criou o Programa Ambiente Livre do Fumo; ampliou ações com vistas à redução da mortalidade infantil; e iniciou o debate sobre a municipalização dos serviços estaduais de saúde no território do Recife.

O município de Recife vivenciou, portanto, no período de 2001-2008, um crescimento extremamente rápido na disponibilidade de serviços de saúde. Dentre os vários serviços implantados ou am-

pliados, destacam-se 213 novas Equipes de Saúde da Família - ESF, 113 Equipes de Saúde Bucal - ESB, 04 Urgências Odontológicas 24h, 04 Centros de Especialidades Odontológicas, 10 Centros de Apoio Psicossocial - CAPS, 06 CAPS Álcool/Drogas; e 11 Residências Terapêuticas, sendo também um período fértil na inovação e incorporação de novas propostas.

O Plano Municipal de Saúde 2006-2009

Essa breve análise contém o registro e sistematização do trabalho realizado pela gestão, em quatro grandes componentes: Atenção à Saúde, Vigilância em Saúde, Gestão do Sistema Municipal de Saúde e Gestão do Trabalho, organizados segundo as metas e proposições adotadas para consecução dos objetivos propostos.

Nesse contexto, além da descrição das ações realizadas e não realizadas, o documento destaca algumas ações executadas e possibilita a visualização do trabalho e comprometimento das diretorias gerais com suas respectivas gerências e das políticas específicas, visando cada vez mais oferecer serviços de qualidade à população.

Os dados apresentados neste documento refletem os resultados alcançados pela Secretaria Municipal de Saúde e tem como referência o monitoramento da execução das metas programadas no Plano Municipal de Saúde 2006-2009. Ressalte-se, que o Plano, como instrumento dinâmico e flexível do processo de planejamento, contemplou as ações e serviços da saúde em consonância com os eixos estratégicos de governo: Eficiência Administrativa, Gestão Democrática, Cuidar das Pessoas e da Cidade do Futuro, tendo sido definidas as seguintes diretrizes para elaboração de suas proposições e metas:

- 1 - Cuidar das Pessoas, consolidando e aperfeiçoando o Modelo de Atenção à Saúde;
- 2 - Avançar na Gestão Participativa e Controle Social;
- 3 - Aumentar a Eficiência Administrativa do Sistema Municipal de Saúde; e
- 4 - Qualificar a Gestão do Trabalho da Saúde, valorizando o trabalhador.

Nessa perspectiva, os resultados ora elencados indicam que a Secretaria Municipal de Saúde contabilizou significativas realizações durante o quadriênio em foco, cumprindo metas, atingindo objetivos e resgatando compromissos, como pode ser observado pela descrição das principais ações realizadas.

Ações de Destaque do Período 2006-2009

Componente 01 - Atenção à Saúde

- Acrescidas no período 27 novas Equipes de Saúde da Família;
- Incrementadas no período 18 novas Equipes de Saúde Bucal, atingido a proporção 01 ESB para 02 ESF;
- Acrescidos também no mesmo período 11 Polos da Academia da Cidade;
- Implantação da Gerência de Território por microrregião dos 06 Distritos Sanitários;
- Implantação de 02 Centros de Especialidades Odontológicas - CEO, ampliando a cobertura para 1 CEO por Distrito Sanitário e 02 serviços odontológicos de Urgência Municipal;

- Implantação de 7 unidades de Farmácia da Família de referência;
- Implantação de 01 CAPS II, no Distrito Sanitário I, e de 03 Residências Terapêuticas;
- Implantação da dose supervisionada no tratamento da tuberculose para os casos pulmonares positivos nos 06 Distritos Sanitários, totalizando 70 unidades de saúde;
- Fortalecimento do Programa de Anemia Falciforme, ampliando a oferta na atenção básica especializada;
- Cobertura vacinal, em crianças menores de um ano, além dos 95% preconizados pelo Ministério da Saúde (período 2006 - 2008);
- Implantação de Centrais de Coleta de Leite Humano nas maternidades Barros Lima, Bandeira Filho e Arnaldo Marques;
- Oferta do exame de Prevenção ao Câncer de Colo de Útero em todas as U.S da rede;
- Inauguração da Central de Regulação Municipal de Saúde com capacidade de agendar 22 mil consultas /mês;
- Incremento da rede de atenção à saúde mental de crianças e adolescentes por meio da municipalização do CEMPI (CAPS Infantil) e do NIAPSA (ambulatório para criança e adolescente), agora chamado CAPS Cléa Lancet;
- Estudo de caso de experiências exitosas para o Projeto Mundial Cidades Livre do Fumo, no qual Recife foi escolhida pela Organização Mundial da Saúde da Saúde - OMS para representar o Brasil;
- Criação da Comissão Intersetorial de Saúde da Mulher (Resolução nº 03/2006);
- Implantação do Programa do Idoso Educadores em Saúde - IESA;
- Ampliação e readequação física dos serviços de bromatologia e bioquímica.

Componente 02 - Vigilância à Saúde

- Implantação da Clínica do Centro de Vigilância Ambiental para o controle populacional de cães e gatos;
- Desenvolvimento de ações intersetoriais com a Empresa de Manutenção e Limpeza Urbana - EMLURB, Secretarias de Saneamento e Educação, visando o controle da dengue e da leptospirose;
- Inspeccionadas 10 unidades de saúde da rede privada, repassadas pela Secretaria Estadual de Saúde para o município;
- Implantados 06 Núcleos de Epidemiologia: 02 nas maternidades Bandeira Filho e Barros Lima e 04 nos Serviços de Pronto Atendimento;
- Implantada a vigilância do óbito infantil, óbito de mulher em idade fértil, e óbito por tuberculose, através da investigação, discussão e encerramento dos casos, nos 06 Distritos Sanitários;
- Ampliado o tratamento coletivo de filariose para as áreas: DS I - Santo Amaro, Ilha Joana Bezerra, Cabanga; DS II - Água Fria, Alto Santa Terezinha, Campo Grande, Linha do Tiro; DS III - Brejo de Beberibe, Passarinho, Alto José Bonifácio, Nova Descoberta (Alto do Reservatório e Alto da

Brasileira); DS V - Afogados, Mustardinha e Mangueira;

- Implantada a vigilância das doenças não transmissíveis junto à Academia da Cidade, Controle do Tabagismo, Saúde do Idoso, Saúde Mental e Saúde do Trabalhador;
- Implantado o teste anti-HTLV e HIV (exames CD4 e CD8) nas 03 maternidades municipais;
- Distribuição de 22.436.497 preservativos masculinos e 94.843 preservativos femininos.

Componente 03 - Gestão do Sistema Municipal de Saúde

- Implantação do Sistema de Auditoria Municipal;
- Construção de protocolos assistenciais para as referências e contra - referências;
- Implantação do Plano Diretor de Tecnologia de Informação - PDTI;
- Implantação do Centro de Custo;
- Criação do Jornal do Conselho Municipal de Saúde - CMS;
- Implantação de 53 Conselhos de Unidades na rede de serviços de saúde;
- Implantação da Ouvidoria Municipal de Saúde.

Considera-se que a execução do PMS 2006-2009 privilegiou, com sucesso, as diretrizes políticas deliberadas na 7ª Conferência Municipal de Saúde. Contudo, houve dificuldade no monitoramento das ações propostas em função da indefinição de metas quantificáveis ano a ano que possibilitassem a avaliação sistemática de sua execução, o que também vem sendo cobrado pelos órgãos de controle externo.

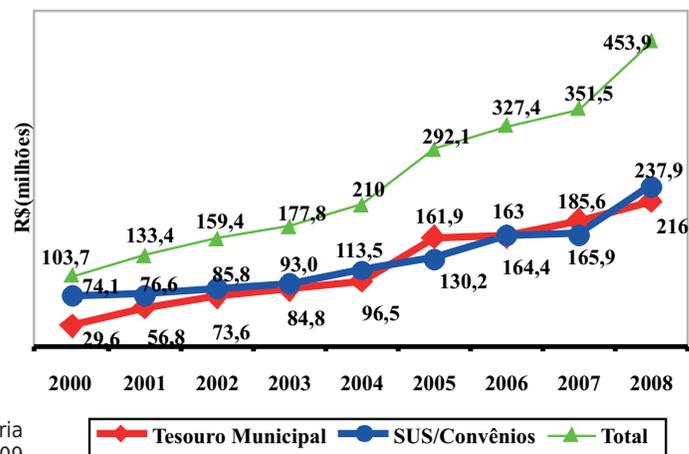
Busca-se, portanto, corrigir essas fragilidades com a construção do Plano 2010-2013, para que a gestão possa, junto com o Conselho Municipal de Saúde, amadurecer o formato do Plano e torná-lo mais “mensurável”, garantindo a divulgação e transparência das ações propostas e realizadas.

A Rede de Saúde e a Organização da Secretaria

Recursos financeiros

Os gestores da Prefeitura do Recife têm investido fortemente na saúde, garantindo o financiamento de acordo com a Emenda Constitucional 29, que estabeleceu a elevação gradativa dos recursos do tesouro repassados à saúde (mínimo de 15% a partir de 2004). O compromisso da Prefeitura com a saúde da população pode ser atestado pelo aumento crescente dos recursos municipais, da ordem de 216 milhões, destinados ao setor em 2008 quando comparado aos 29,6 milhões em 2000 (Figura 18).

Figura 18
Orçamento da Saúde (em milhões de Reais). Recife, 2000 - 2008

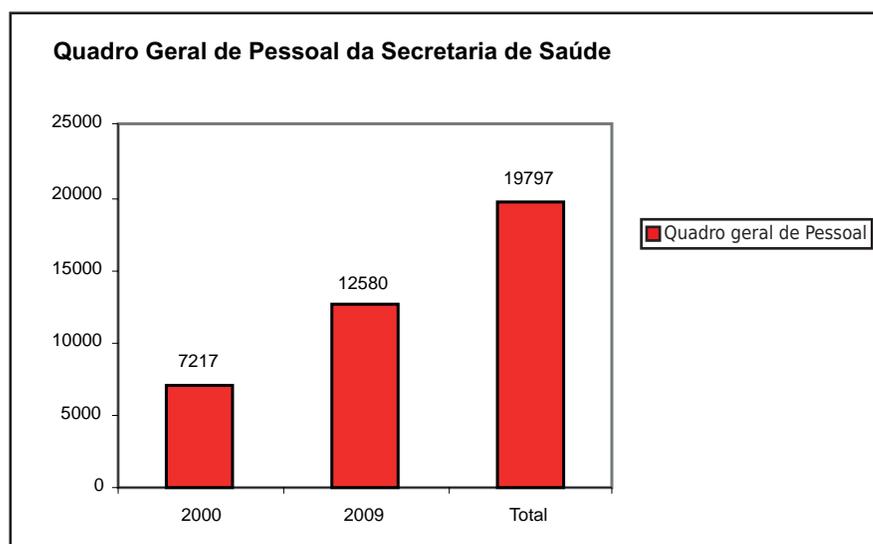


Fonte: Secretaria de Saúde do Recife/ Diretoria Administrativa Setorial /SIOPS, 2009

Recursos Humanos

O quadro geral de pessoal da Secretaria de Saúde foi fortemente ampliado (Figura 19). Realizou-se concurso público para diversas categorias da saúde e para os profissionais do Programa Saúde da Família; criou-se a Mesa Setorial Permanente de Negociação - MSPN; e implantou-se o Plano de Cargos, Carreiras e Vencimentos - PCCV. Além disso, foram realizados cursos de especialização e capacitação para os profissionais da assistência à saúde, vigilância epidemiológica, vigilância sanitária, vigilância ambiental, saúde do trabalhador e sistema de informação.

Figura 19 - Número de Profissionais de Saúde. Recife, 2000 e 2009



Rede Própria de Serviços

A rede ambulatorial básica de saúde na Cidade do Recife é composta por Unidades de Saúde da Família (USF) e Unidades Básicas Tradicionais (Centros de Saúde), que representam a principal porta de entrada do sistema. Atualmente, a rede é composta de 117 Unidades de Saúde da Família e cada unidade pode acomodar entre uma e três Equipes de Saúde da Família (ESF), totalizando 243 ESF em atividade e 123 Equipes de Saúde Bucal (ESB).

Entre 2001 e 2009, a gestão ampliou em 9 vezes o número de ESF, resultando na ampliação da cobertura do PSF (54%), o que significa o atendimento de cerca de 800 mil pessoas. As Equipes de Saúde Bucal, antes inexistentes, foram incorporadas ao PSF a partir de maio de 2001.

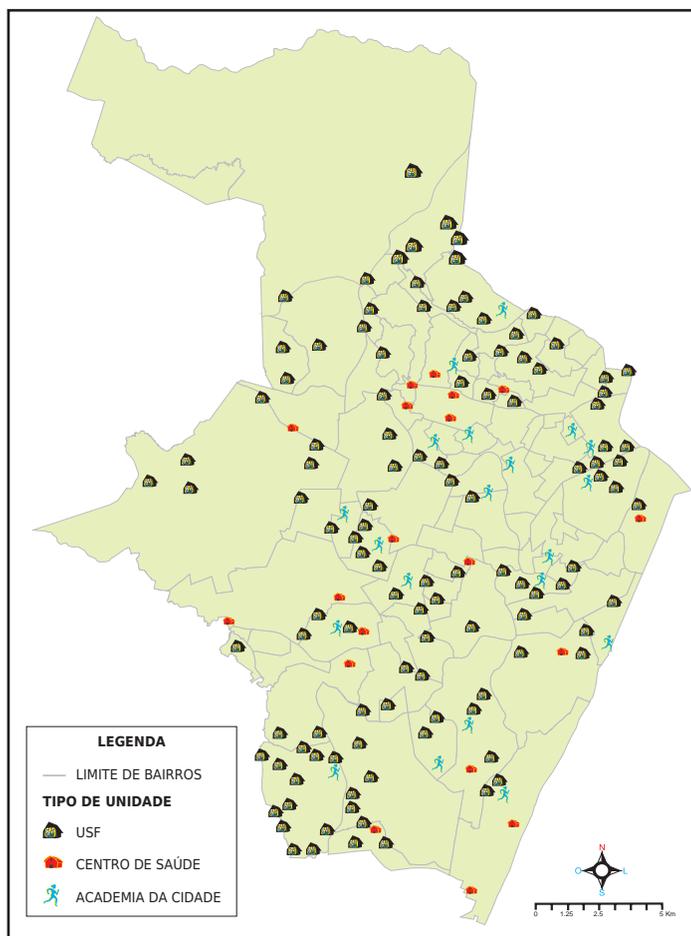
Comprometida com a consolidação da municipalização plena do SUS, e para reforçar a rede municipal, a Prefeitura do Recife investiu também na requalificação de unidades de saúde e fez negociações com o gestor estadual para a municipalização de oito serviços ambulatoriais, de forma que hoje dispomos dos seguintes serviços:

Tabela 5
 Rede Própria de Saúde do Município. Recife, 2010

SERVIÇOS	TOTAL		DISTRITO SANITÁRIO				
	NOVO	I	II	III	IV	V	VI
Unidades da Saúde da Família	117	9	17	24	19	15	33
Unidades Básicas Tradicionais	23	1	2	6	3	5	6
Polos da Academia da Cidade	21	3	3	4	4	2	5
Farmácia da Família	8	-	2	2	1	1	2
Centro de Atenção Psicossocial	18	2	4	3	2	4	3
Albergues Terapêuticos	4	1	1	-	1	-	1
Residências Terapêuticas	11	-	4	2	2	2	1
Policlínica com SPA	4	-	1	1	-	1	1
Policlínica sem SPA	7	3	-	2	1	-	1
Unidades Especializadas	8	5	1	2	-	-	-
Centro de Especialidades Odontológicas - CEO	6	1	1	1	1	1	1
Hospital Pediátrico com SPA	2	-	-	1	-	1	-
Maternidades/policlínica com SPA	2	-	-	1	-	-	1
Maternidades sem SPA1	1	-	-	-	-	1	-

Fonte: Secretaria de Saúde do Recife/ DGPG, 2010

Figura 20
 Mapa da Rede Assistencial Básica de Saúde.
 Recife, 2009



Modelo de Atenção à Saúde do Recife

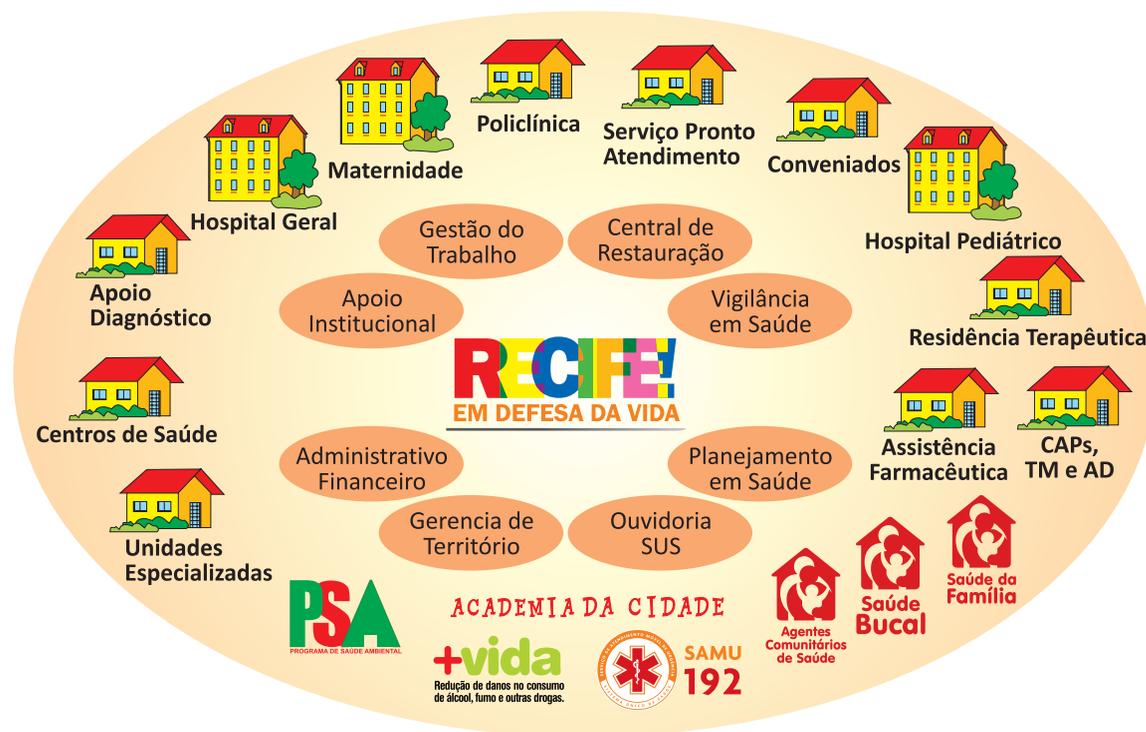
Considerando a necessidade de garantir o acesso da população às ações e serviços de saúde de qualidade, é preciso repensar a forma a organizar a atenção no SUS, desde os processos mais macro até a micropolítica do trabalho em saúde. Nesse sentido, as prioridades de gestão foram delineadas a partir de experiências e conhecimentos já acumulados por coletivos da Reforma Sanitária Brasileira. São Diretrizes do Recife em Defesa da Vida:

- A valorização da atenção básica com capacidade para resolver problemas individuais e coletivos;
- A ampliação das ações de promoção e prevenção;
- A rearticulação dos serviços de alta complexidade e especializados, segundo padrões de humanização e adoção de outras práticas em saúde como internação domiciliar, visita aberta e direito à acompanhante de livre escolha do usuário durante o internamento hospitalar;
- O estabelecimento de atenção segundo linha de cuidado com equipes de referência e co-gestão;
- Necessidade da desinstitucionalização na saúde mental e do trabalho transdisciplinar para elaboração de projetos terapêuticos com resolutividade.

Essas experiências e mudanças de conceitos e práticas oferecem alguns elementos para que se reconstrua uma teoria sobre o processo saúde-doença centralmente preocupada com a produção de saúde e de sujeitos.

Figura 21

Desenho esquemático do Modelo de Atenção à Saúde da Cidade do Recife.



Fonte: Secretaria de Saúde do Recife, 2009

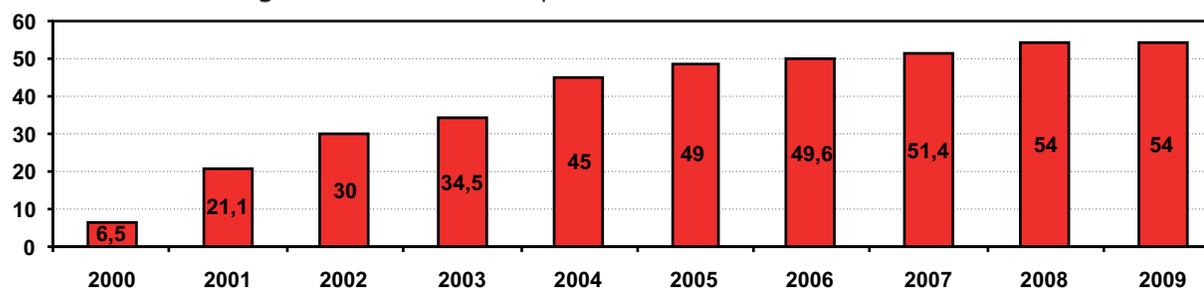
A Defesa da Vida revaloriza o cuidado com as pessoas, centrando numa proposta de revisão do modo de funcionar da rede de saúde, sem perder de vista sua finalidade: os trabalhadores da rede de serviços de saúde, os usuários e o próprio fortalecimento do SUS em Recife. Tem a força para ratificação do compromisso ético-político dos serviços de saúde na defesa da vida e aponta a necessidade de:

- Qualificar o sistema de co-gestão, a partir do princípio democrático reconhecendo a responsabilidade de cada ator no processo de gestão do sistema e na produção de saúde;
- Criar um sistema de saúde em rede, que supere o isolamento dos serviços em níveis de atenção;
- Fortalecer e qualificar a atenção básica e ampliá-la como estratégia organizadora das redes de cuidado em saúde;
- Fortalecer o processo de regionalização cooperativa e solidária, ampliando o acesso com equidade;
- Considerar a diversidade cultural e desigualdade econômica, bem como a característica epidemiológica para incorporação de recursos e tecnologia;
- Superar a fragmentação do processo de trabalho e das relações entre os profissionais;
- Implantar as diretrizes do acolhimento e da clínica ampliada;

- Melhorar a interação entre as equipes e qualificá-las para lidarem com as singularidades dos sujeitos e coletivos nas práticas de atenção.

A aposta é na indissociabilidade entre atenção e gestão, estando juntos os processos de produção de saúde e fortalecimento dos sujeitos implicados (Cartilha Atenção Básica à Saúde: Recife em Defesa da Vida, 2009; GAB, 2009).

Figura 22 - Cobertura Populacional do PSF. Recife, 2000 a 2009



Fonte: Secretaria de Saúde do Recife/ DGAS, 2009

O PSF é a estratégia utilizada para execução das ações de Atenção Básica e assume grande importância ao trabalhar de forma articulada com diversas políticas e programas como:

- **Atenção à Saúde da Mulher**, busca garantir os direitos sexuais e reprodutivos, atenção humanizada ao pré-natal, aborto e nascimento, e o enfrentamento da violência sexual e doméstica com suporte terapêutico para o cuidador;
- **Atenção à Saúde do Idoso**, instituída em 2001, teve como uma das principais ações a implantação do programa Idosos Educadores em Saúde (IESA). Neste programa os idosos atuam em comunidades como parceiros das ações de saúde do município. Os idosos orientam a população sobre assuntos relativos à saúde e promovem lutas em prol da comunidade, fortalecendo o trabalho de educação popular.
- **Atenção à Saúde da População Negra**, desenvolve importantes ações de ampliação do cuidado a esse grupo específico que corresponde a aproximadamente 53% da população recifense. Dentre essas, destacam-se a capacitação de profissionais para o diagnóstico e tratamento de doenças do recorte racial, com ênfase nas pessoas portadoras de doença falciforme; garantia do teste do pezinho nas maternidades municipais; instalação de ambulatórios de referência especializados em hematologia; adequação da estrutura do Laboratório Municipal para atendimento desses usuários, além da implantação do Quesito Raça/Cor nos Sistemas de Informação e nos formulários da Saúde. Porém, ainda existe um desconhecimento por parte dos profissionais sobre as especificidades de Saúde da População Negra, bem como uma desinformação da população em geral sobre essa questão. É premente, que haja um maior incentivo à reflexão sobre o racismo institucional no âmbito do SUS municipal.
- **Programa Nacional de Imunização do Recife**, está atendendo as coberturas vacinais preconizadas pelo Ministério da Saúde, tendo alcançado em 2009 as seguintes coberturas em menores de 01 ano: BCG - 153,28%; Tetravalente - 100,54%; contra Hepatite - 96,83%; Poliomielite - 99,55%.

A campanha de vacinação para pessoas com 60 anos e mais alcançou 115,90% de cobertura, enquanto a de Poliomielite alcançou 98,31% na primeira etapa e 99,30% na segunda.

• **Área Técnica de Alimentação e Nutrição** - ATAN, tem o objetivo de contribuir para a criação de um ambiente saudável e realizar, junto aos distritos sanitários e demais políticas responsáveis, projetos que visem a melhoria do estado nutricional e da qualidade de vida, e a redução da gravidade das doenças. Além disso, busca intensificar e/ou melhorar o registro do acompanhamento das condicionalidades das famílias perfil saúde do Programa Bolsa Família e as aplicações das doses da Vitamina A, principalmente na faixa etária de 12-59 meses. Em 2009 foram acompanhadas 28.902 (29,9%) famílias pelo referido programa. No mesmo ano, 39.553 crianças na faixa etária de 12 e 59 meses receberam a 1ª dose da vitamina A (40,4%), enquanto que 6.775 receberam a 2ª dose (11,5%). No mesmo ano, 17.637 das crianças na faixa etária de 6-11 meses receberam a suplementação dessa vitamina, correspondendo a 96,3%.

• **Política de Saúde e Cuidados Integrals**, tem a missão de democratizar a promoção da saúde e cuidados integrals, num modelo SUS / Recife em Defesa da Vida, ampliando o acesso dos usuários ao benefício das práticas integrativas, terapias vibracionais e complementares para melhorar a qualidade de vida, o bem estar, e a longevidade do ser/ cidadão e família de forma segura, descentralizada, articulada e intersetorialmente hierarquizada e humanizada, em co-gestão com os trabalhadores, movimentos sociais e comunitários em sintonia com a cultura de paz e a ética da alteridade. Dispõe-se de alguns serviços como a Unidade de Reabilitação e a Unidade de Cuidados Integrals Guilherme Abath (UCIS), sendo esta principal unidade de referência para a atenção básica. A UCIS oferta Medicina Chinesa, Homeopatia, Fitoterapia, Alimentação Saudável e Ioga, dentre outras atividades.

Outros serviços da rede com seus programas vêm para complementar as ações da Atenção Básica, como:

• **Programa Academia da Cidade**, além de requalificar os espaços públicos de convivência, favorece a realização de ações integradas de promoção à saúde, contribuindo para a formação de hábitos saudáveis e colaborando no combate às doenças crônico-degenerativas, como diabetes, hipertensão e transtornos mentais. Os polos desse programa foram implantados a partir de 2002 e contam com a orientação de uma equipe de professores de educação física e nutricionistas. Atualmente, existem vinte e um polos implantados, com uma frequência média de 25.000 pessoas por mês. A pactuação com Gestores do Estado e de outros municípios estabeleceu como meta um aumento de 40,0% no número de unidades de saúde que deverão desenvolver ações no campo da atividade física, para o ano de 2009.

• **Programa Farmácia da Família**, lançado em outubro de 2006, oferece um novo modelo de assistência farmacêutica, com mais qualidade e conforto para o cidadão, disponibilizando farmacêutico e outros profissionais qualificados. O usuário tem a garantia da entrega da medicação padronizada. Na farmácia é criada uma ficha informatizada para o controle da entrega e distribuição dos remédios. O programa segue a lógica da territorialização, o mesmo adotado pela Estratégia de Saúde da Família. Para ter acesso aos medicamentos, o paciente atendido nas Unidades de Rede Municipal de Saúde, deve se dirigir com sua receita até uma das farmácias da família, referenciadas pela unidade onde ele foi atendido. Cada farmácia da família se localiza, no máximo, a 2 km da unidade de saúde onde o paciente realiza a consulta médica, e cobre uma população entre 30 a 40 mil habitantes de um determinado território.

• **Atenção Especializada**, composta por serviços com maior complexidade, exames e procedimentos que não são oferecidos nas unidades básicas de saúde. A marcação de consulta especializada na rede municipal é feita pela Central de Regulação de Consultas. Este serviço regula 159

unidades, dentre as próprias e conveniadas. Além de consultas e exames especializados, a rede própria do município também conta com os seguintes serviços e equipamentos que atuam nos diversos níveis de atenção:

- **Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU)**, implantado em dezembro de 2001, atende pessoas em situação de risco em vias públicas e domicílios, sendo acionado pelo telefone 192, e presta assistência pré-hospitalar, com plantão 24 horas, substituindo o antigo SOS Recife, limitado ao transporte em ambulância. Atualmente, existem 15 ambulâncias, das quais 3 são dotadas de UTI e equipes da central de regulação, além de 03 motolâncias. No primeiro semestre de 2009 a média mensal de atendimentos em domicílio foi de 20.513, enquanto que a de atendimentos em vias públicas foi de 16.030. A equipe de socorristas do SAMU é composta por médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, auxiliares de regulação médica, telefonistas-digitadores, teledigifonistas, motoristas e auxiliares de serviços gerais.

- **Laboratório Central de Saúde Pública**, oferece atualmente 150 tipos de exames nas áreas de patologia, citologia, bromatologia e química (viabilizando o diagnóstico, a análise e o monitoramento laboratorial dos programas eixo da atenção básica, de agravos e doenças de notificação compulsória, das doenças transmissíveis e não transmissíveis, da qualidade da água de consumo humano e dos alimentos). Atualmente há 168 unidades de coleta que viabilizaram, em 2009, a realização de 1.697.173 exames.

- **Centro Especializado em Saúde do Trabalhador - CEST**, tem a missão de prestar assistência integral aos trabalhadores, sejam eles formais ou informais, vítimas de acidentes e doenças relacionadas ao trabalho, além de promover reabilitação física e mental, práticas educativas e ações de vigilância dos ambientes de trabalho. Inaugurado em 2002, o CEST realiza atendimentos com hora marcada, além de cursos, seminários, oficinas e demais eventos, para capacitação dos profissionais que atuam nos diversos níveis da rede municipal e de outras instituições.

- **Centros de Especialidades Odontológicas - CEO**, dispõem de serviços odontológicos especializados como cirurgias, endodontia, próteses, periodontia e pediatria. Esse serviço é oferecido pelos seis Distritos Sanitários. Há ainda 04 Urgências Odontológicas 24h para usuários que apresentam quadro de dor dentária aguda ou quadros de urgência odontológica (Unidade Mista Barros Lima, Policlínica Amaury Coutinho, Policlínica Agamenon Magalhães e Policlínica Arnaldo Marques).

Com base nas diretrizes do SUS e da reforma psiquiátrica que redirecionou a lógica do atendimento para pacientes que precisam de assistência psiquiátrica, implantou-se na rede os **Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Residências Terapêuticas e Albergues Terapêuticos**. As residências são serviços destinados a pacientes de longa permanência em hospitais psiquiátricos. Esse trabalho humanizado, realizado por uma equipe multiprofissional, procura manter o paciente no convívio com a família, melhorando sua qualidade de vida, além de minimizar os gastos públicos com internação psiquiátrica de longa duração, nem sempre necessária. Um bom exemplo é a queda no número de Internações SUS, que passou de 17.370, em 2000 para 10.300 em 2008. Nesse mesmo ano, o número de procedimentos nos CAPS passou de 9.069 para 96.443 (Sec. de Saúde do Recife - DGAS; SIH/SUS / SIA/SUS/ Dados consolidados até o 1º semestre de 2009).

O acompanhamento dos alcoolistas, tabagistas e dependentes químicos é garantido pelos CAPS-AD (álcool e outras drogas) em parceria com o PSF e programas como o **“Mais Vida”**, que trabalha com a proposta da redução de danos, procurando minimizar os efeitos negativos do consumo de álcool, fumo e outras drogas; e a Política de Controle do Tabagismo, que proporciona o tratamento do tabagismo simultaneamente ao do álcool e outras drogas nos CAPS AD e Albergues Terapêuticos.

A **Política de Controle do Tabagismo** implantou o Projeto Piloto “Abordagem do Fumante em Espaços Públicos” no Programa “Academia da Cidade” e “Círculos Populares de Esporte e Lazer”. Conta ainda com 07 Centros de Referência para Abordagem e Tratamento Intensivo do Fumante, funcionando nos 06 CAPS-AD e 01 no Centro de Referência para Mulheres Jandira Mansur, totalizando 12 grupos de tratamento. O Projeto “Ambientes Livres do Fumo” foi implantado em 100% dos bares, boates, restaurantes, hotéis e demais instituições do setor de lazer e hospitalidade cadastrados na Vigilância Sanitária Municipal; 100% das creches e Centros municipais de Educação Infantil; 100% das unidades de saúde; 100% das repartições públicas municipais; 100% dos Shoppings Center; e nas duas Instituições de Ensino Público Superior (FOP/UPE e UFRPE), beneficiando mais de 156.00 trabalhadores e mais de 1 milhão de pessoas que circulam mensalmente nesses ambientes.

Como resultado da legitimidade social da Política de Controle do Tabagismo, o Recife apresentou a maior queda na prevalência de fumantes do país, segundo dados do VIGITEL* 2008, saindo de 15,9% para 10,4 % entre 2007 a 2008. Com isso, passa a apresentar a menor prevalência de fumantes homens do Brasil, podendo ser constatado por meio da expressiva redução das doenças do aparelho respiratório, 11,1% para 7,9%, e da diminuição das internações por doenças cardiovasculares, e por neoplasias de traquéia, brônquios e pulmão, de 8,15% para 6,48%. Isso significa em uma redução de fumantes de 3,97% entre homens e 1,21% entre mulheres no período estudado. Segundo pesquisa realizada pelo Instituto DATAFOLHA em 2009, dentre as capitais que restringiram total ou parcialmente o fumo em ambientes fechados, o Recife foi uma das cidades onde os trabalhadores do setor de gastronomia e entretenimento possuem o maior conhecimento sobre doenças tabaco - relacionadas e que mais apoiam a criação de ambientes livres do tabagismo passivo.

Em 2006, foi instituída nesta Secretaria a **Gerência de Atenção à Saúde da Pessoa com Deficiência**. Dentre os principais avanços para a promoção da saúde desse grupo estão as capacitações dos servidores da rede de saúde do município em Língua Brasileira de Sinais (Libras), além da edição e distribuição de informativos de saúde em braile. Estima-se que 16,5% da população da Cidade de Recife apresenta algum tipo de deficiência, sendo 48,0% classificadas como deficiência visual, 8,0% auditiva, 26,0% física e 18,0% mental (IBGE, 2000).

*VIGITEL - Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico do Ministério da Saúde.

Controle Social

A **Ouvidoria Municipal de Saúde do Recife** atende as solicitações/reclamações/elogios da população com a finalidade de melhorar a qualidade dos serviços prestados pelo Sistema Único de Saúde. No Recife, a capacidade da Ouvidoria Municipal é realizar uma média de 800 atendimentos por mês, seja por telefone, e-mail, carta ou pessoalmente.

O **Conselho Municipal de Saúde**, representado por 24 conselheiros titulares e 24 suplentes, de acordo com a diretriz da política de saúde, tem trazido o fortalecimento das representações populares e a formulação de propostas a partir de discussões e debates nas instâncias que articulam o Poder Público e a Sociedade Civil.

Existem 53 Unidades de Saúde com Conselhos de Unidade, e em cada Distrito Sanitário há um Conselho Distrital. O total de conselheiros de saúde em Recife é de 876 conselheiros.

Diretrizes da Gestão Municipal para o Período 2010-2013

A gestão 2010-2013 representa um novo momento no desenvolvimento das políticas públicas municipais de saúde. Após um período de maior expansão, o Recife precisa consolidar os serviços implantados, e potencializar as ações em andamento mediante a criação de mecanismos de fortalecimento institucional, de desenvolvimento da gestão do trabalho e da estrutura gerencial da Secretaria de Saúde. O desafio desse novo período é consolidar essas ações, apesar das dificuldades nacionais de financiamento do setor saúde e das dificuldades de contratação de pessoas, principalmente médicos.

Tal cenário exige da gestão empenho e criatividade, com reformulação dos desenhos e estruturas organizacionais, bem como um maior aproveitamento do capital intelectual e tecnológico do município existente nas inúmeras Universidades, Centros Formadores e de Pesquisa, de que dispõe. As articulações com os municípios da Região Metropolitana, construindo parcerias, e a valorização dos espaços de pactuação, como a Comissão Intergestores Bipartite e o Colegiado de Gestão Regional -CGR, deverão representar caminhos de superação das dificuldades comuns.

Além disso, a gestão precisa continuar inovando, repensando o sistema de saúde a partir de sua base. Nesse sentido, a proposta de Apoio Institucional, fortalecendo a ação no território, abre o caminho para uma reformulação do projeto de atenção à saúde na rede. A centralidade de esforços na consolidação das ações assistenciais, articuladas com a vigilância à saúde e a promoção, direcionará os esforços na também qualificação das atividades meio, buscando a racionalidade administrativa e a sustentabilidade financeira das propostas em desenvolvimento.

Para garantir a sustentabilidade das ações é preciso não apenas re-pactuar a relação com os trabalhadores, garantindo espaços de co-gestão, e maior investimento na formação permanente destes profissionais, como também definir a contratualização de metas e o estabelecimento de normas, protocolos e fluxos claramente postos e gerenciados. Tal garantia, da sustentabilidade das ações, também está ancorada em melhorias do processo de comunicação interno/externo.

Para alcance da imagem objetivo de maior qualidade dos serviços desenvolvidos, maior aprimoramento gerencial, e expansão do acesso aos serviços, propõe-se dois grandes eixos de atuação:

- A) Reforma do modelo de atenção e prestação de serviços de saúde à população;**
- B) Reforma dos mecanismos de gestão e organização dos processos de trabalho na saúde.**

Esses dois grandes eixos terão sua operacionalização discutida a partir de 10 diretrizes de atuação da Secretaria de Saúde:

1. Centralidade no território e no sujeito

Objetivo - Consolidar as atividades da Secretaria de Saúde a partir do território, valorizando os instrumentos de gestão territorial; garantir que o SUJEITO é o foco da atuação finalística da saúde, evitando o risco do foco coletivo em detrimento da pessoa.

- Acolhimento - Acolhimento do Agudo / Integração de Ações no território;
- Gerenciamento no território com regulação;
- Ampliação da autonomia dos Distritos com definição de metas;
- Programação de ações por micro-região.

2. Co-gestão e produção de autonomia

Objetivo - Desenvolver estratégias de gestão colaborativa e democrática, com co-responsabilização de trabalhadores e usuários na ação e nos resultados, desenvolvendo a autonomia das unidades e equipes na condução dos processos de trabalho.

- Colegiados de gestão nos serviços;
- Gestão cotidiana democrática;
- Contratualização de metas na rede, por unidades e por profissionais;
- Apoio Institucional;
- Fortalecimento de Conselhos de Saúde;
- Fórum permanente de discussão com a comunidade;
- Educação em Saúde;
- Apoio Matricial.

3. Clínica Ampliada/Saúde coletiva

Objetivo- Fortalecer os vínculos da comunidade com a equipe de saúde, em atuação interdisciplinar, através de mudanças de práticas, ampliação da clínica e responsabilização da equipe.

- Trabalho em equipe interdisciplinar;
- Adscrição de clientela e construção de vínculo;

- Ampliação dos recursos de intervenção sobre o processo saúde-doença: Apoio Matricial, Protocolos Clínicos;
- Projeto terapêutico singular e projeto de saúde;
- Educação em Saúde.

4. Equidade na gestão de recursos

Objetivo - Direcionalidade dos investimentos a partir de critérios de priorização pelo mapeamento de risco, necessidade e fortalecimento da política.

- Melhoria da Estrutura Física das unidades;
- Fortalecimento da regulação assistencial na definição de investimentos e incremento nos serviços;
- Trabalhar com base em mapeamento de risco;
- Ampliação da Farmácia da Família;
- Ambiência;
- Planejamento da Manutenção Preventiva e Corretiva.

5. Desenvolvimento e modernização organizacional

Objetivo - Garantir agilidade e correção nos processos administrativos financeiros para a adequada execução das ações. Buscar otimização na gestão dos recursos, ampliação da captação e redução de custos.

- Incorporação de tecnologia;
- Reestruturação dos Fluxos Administrativos e Financeiros/ Seleção Pública de gerentes;
- Sustentabilidade financeira/Captação de recursos;
- Definição de procedimentos operacionais da DAS.

6. Desenvolvimento de Pessoas e Educação Permanente

Objetivo - Desenvolver as ações de formação permanente do funcionalismo, além de estratégias de estímulo e valorização do servidor.

- Reformulação do PCCD e demais normas internas;
- Articulação Ensino-serviço / Academia-gestão.

7. Qualificação dos Processos Internos de Trabalho e Mecanismos de Gestão

Objetivo - Consolidar a política de gestão de pessoas no território e desenvolver estratégias de aprimoramento dos processos de trabalho com vistas à qualificação das ações e alcance das metas.

- Integração de Equipes Vigilância e Atenção/ Atenção básica como base do sistema/Protocolos e Fluxos;

- Fortalecimento da integração de fluxos de trabalho entre as diretorias e demais atores;
- Informatização da Rede;
- Reestruturação organizacional dos Distritos Sanitários;
- Avaliação e monitoramento como prática cotidiana e sistemática;
- Produtividade como indutora de processos de trabalho associada à contratualização de metas;
- Fortalecer a Gestão do Trabalho nos Distritos Sanitários.

8. Atenção Básica como ordenadora da rede de saúde

Objetivo - Reorganizar e fortalecer a rede básica como base do sistema de saúde, de forma a atuar como espaço de articulação das várias ações da secretaria, ampliando sua resolutividade e desenvolvendo vínculo com a comunidade.

- Adscrição de Clientela em unidades tradicionais;
- Redefinição do papel das unidades tradicionais;
- Expansão do PSF para áreas críticas ainda descobertas, como estratégia de reversão do modelo;
- Ampliação da cobertura do PSF para 70%;
- Incremento tecnológico para as equipes de trabalho.

9. Desenvolvimento de Estratégias de Comunicação

Objetivo - Desenvolver estratégias de difusão de informações e comunicação para o fortalecimento da política municipal de saúde, internamente no governo municipal e externamente para a população em geral.

- Estruturação da Política de Informação;
- Fortalecimento dos mecanismos de comunicação.

10. Articulação intersetorial e construção de parcerias

Objetivo - Potencializar ações conjuntas e parcerias com diversos atores: outras secretarias, municípios, estado e instituições da sociedade organizada.

- Discussão das possibilidades de implantação de Consórcio Metropolitano de serviços - Rede Metropolitana de Urgência e Emergência;
- Construção de uma rede de parcerias para um modelo integrado regional;
- Núcleo de Integração Regionalizada das Políticas Municipais (revisar os Forinhos);
- Co-gestão de unidades estaduais (UPAs e serviços em unidades estaduais);
- Discussão da segurança das unidades de saúde.

Programação Plurianual 2010-2013

1. Consolidação e Aperfeiçoamento da Atenção Básica

A grande prioridade da atual gestão é a qualificação da rede atual, com foco na atenção básica como eixo estruturador do modelo de atenção. Para isso, os esforços serão direcionados na qualificação gerencial dos instrumentos de trabalho e dos profissionais na ponta do atendimento, ainda que se promova alguma expansão, com o intuito de diminuir a sobrecarga das equipes e os vazios de cobertura. Necessário será também, democratizar os espaços de gestão, e promover espaços de co-gestão com discussões transversais (fóruns microrregionais e distritais com as políticas estratégicas para discussão das linhas de cuidado), como forma de empoderar os trabalhadores no seu cotidiano de trabalho, o que inclui ainda a revisão dos processos de trabalho (vigilância e assistência) para integração das ações.

Nesse intuito, torna-se necessário adequar o modelo assistencial aos princípios do SUS, garantindo a qualidade e a integralidade das ações básicas de saúde; ampliar a oferta municipal de serviços de saúde, reformando e modernizando a infra-estrutura operacional das Unidades de Saúde no Município; ampliar e aperfeiçoar os serviços de saúde oferecidos pela Rede Municipal; além de garantir a consolidação de um modelo de atenção à saúde com clínica ampliada, acolhimento e co-gestão.

Objetivo Geral para o Período: Consolidar e aperfeiçoar o modelo assistencial de atenção básica à saúde.

1.1 Melhoria e Expansão da Rede Básica de Saúde

1.1.1 Expansão da Estratégia Saúde da Família

A Atenção Básica à saúde é de responsabilidade do município, com suporte, apoio técnico e finan-

ciamento tripartite, e tem fundamental importância na organização do sistema de saúde e na promoção da saúde da população. Qualificar o atendimento na Atenção Básica demanda a manutenção da estratégia de ampliação e qualificação da cobertura da atenção básica para 100% da população, considerando seus direitos fundamentais e a necessidade de evitar a pressão da demanda reprimida sobre a rede.

Para essa ampliação, incluindo a expansão do Saúde da Família para 70% da população, faz-se necessária a utilização de critérios de risco e vulnerabilidades, na definição das áreas prioritárias, o que deve incluir o aumento da atenção a toda população ribeirinha e o estabelecimento de pactuação intermunicipal e interdistrital para redefinição dos limites de abrangência de cada unidade de saúde.

Espera-se, ainda, ampliar o número de intervenções dos profissionais no território através de parcerias com Equipes de Saúde da Família, Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), Residências Terapêuticas, Albergues, e as organizações de apoio social existentes como Clubes de Mães, Clubes de Terceira Idade, Escolas e Igrejas.

No tocante à infraestrutura, buscar-se-á a incorporação de novas tecnologias na atenção básica (prontuário eletrônico; marcação de consulta; sistema de farmácia; etc.), a adequada manutenção do quantitativo de trabalhadores na rede e a readequação e redistribuição das ESF, no sentido de manter o número de famílias preconizado por equipe.

Objetivo geral para o período: Expandir o acesso à atenção primária para toda a população e a estratégia de Saúde da Família para 70% dos recifenses.

Quadro 1

Plano de Ampliação da Cobertura da Atenção Primária no período de 2010 a 2013

AÇÕES/METAS	Situação em 2009	Meta Final	Meta 2010	Meta 2011	Meta 2012	Meta 2013
Ampliação do Percentual de cobertura da Saúde da Família	54%	70%	60%	63%	66%	70%
Expansão do Número de Equipes de Saúde da Família	240	282	9	9	9	15
Expansão do Número de Equipes de Saúde Bucal	122	165	8	12	12	15

OUTRAS AÇÕES

- Estabelecimento de pactuação intermunicipal para redefinição dos limites;
- Aumento da cobertura de saúde bucal proporcional ao número de equipes de saúde da família;
- Ampliação da cobertura dos ACS(s) no PACS Boa Vista.

Quadro 2

Proposta de Expansão do Programa Saúde da Família, por Distrito Sanitário - Recife 2009.

ÁREAS PROPOSTAS DE EXPANSÃO DO SAÚDE DA FAMÍLIA POR DISTRITO SANITÁRIO	
DISTRITO	UNIDADE/COMUNIDADE
DS I	<ul style="list-style-type: none"> • Realeza
DS II	<ul style="list-style-type: none"> • Bomba do Hemetério; • Dois Unidos (CMS); • Sítio do Rosário • Linha do Tiro/Campo do Café (9ª CMS) • Alto do Céu (9ª CMS) • Monteiro de Moraes (9ª CMS) • Alto do Refúgio (9ª CMS)
DS III	<ul style="list-style-type: none"> • Alto do Resplendor (9ª CMS) • Alto Nossa Senhora de Fátima (9ª CMS) • Córrego do Jenipapo (9ª CMS) • Conjunto Habitacional Dom Helder Câmara (9ª CMS) • Morro da Conceição II • Alto de Santa Isabel • Córrego do Euclides/Córrego de José Grande/Alto José do Pinho (9ª CMS) • Córrego do Morcego (9ª CMS) • Córrego do Caruá (9ª CMS) • Guabiraba II (9ª CMS) • Vila Buriti (9ª CMS) • Sítio dos Macacos (9ª CMS) • Bruno Maia (9ª CMS)
DS IV	<ul style="list-style-type: none"> • Novo Detran (9ª CMS) • Berardo (9ª CMS) • Caranguejo • Novo Prado (9ª CMS) • Torrões (Rei do Gado) (9ª CMS) • Vila Felicidade (9ª CMS) • Vila Arraes (9ª CMS) • Nova Morada (9ª CMS) • Iputinga (9ª CMS)
DS V	<ul style="list-style-type: none"> • Novo Prado • Amaro Gouveia • Vila La Roque • Tejipió • Vila das Lavadeiras • Baixa • Mustardinha • Caçote • Jiquiá • Marron Glacê • Bueiro • Flores • Centro de Afogados • Coqueiral • Cápua Areias (9ª CMS) • Estância/Cabeça de Vaca • Inferninho
DS VI	<ul style="list-style-type: none"> • Paz e Amor • Vila da Imbiribeira • IPSEP • Pina • Zumbi do Pacheco • José Carneiro Leão • Djair Brindeiro • Josué de Castro • UR 1 • Três Carneiros Alto e Baixo • Cidade Operária • Alto da Jaqueira
PROPOSTA DE MUDANÇA DE SEDE DE EQUIPES DA FAMÍLIA POR DISTRITO SANITÁRIO	
DISTRITO	UNIDADE/COMUNIDADE
DS III	<ul style="list-style-type: none"> • Córrego do Jenipapo (9ª CMS) • Alto José do Pinho (9ª CMS) • Sítio dos Macacos (9ª CMS) • Bruno Maia (9ª CMS)
DS V	<ul style="list-style-type: none"> • Coqueiral

1.1.2 Readequação das Unidades da Atenção Básica

Para o período de 2010-2013 propõe-se a qualificação do atendimento prestado na Atenção Básica, com reorganização da rede e readequação do modelo de funcionamento das unidades. Na infraestrutura, isso incluirá a padronização dos equipamentos, estruturas e ambiências, garantindo os requisitos mínimos para a Certificação; e a melhora na limpeza e na conservação das unidades de saúde com quantidade de profissionais adequada.

Em relação aos trabalhadores, a proposta é realizar ações permanentes de capacitação e qualificação profissional, buscando construir estratégias de fixação e comprometimento dos mesmos, como a manutenção da reunião semanal da ESF, fiscalizando a participação obrigatória de todos os seus membros, e monitorando o processo de trabalho, através de pactuação de metas. Além disso, serão construídos espaços de co-gestão com discussões transversais (fóruns microrregionais e distritais com as políticas estratégicas para discussão das linhas de cuidado); e a revisão pactuada dos processos de trabalho (vigilância e assistência) para integração das ações, incrementando as ações integradas entre os ASACE e ACS.

Especificamente quanto à qualificação, o desafio para o período será o aprimoramento dos processos de trabalho, com valorização profissional e compromisso de todos os trabalhadores envolvidos, garantindo que o PACS tenha direito, com acesso prioritário, às suas unidades de referência, e que os médicos realizem as visitas domiciliares para os pacientes acamados e pessoas com deficiências, em áreas cobertas por PACS. Aqui também terá forte implicação a rediscussão do papel das Unidades Básicas Tradicionais (UBT) na Atenção Básica (cobertura da população adscrita), com fortalecimento da regulação distrital sobre a demanda e revisão do papel do ACS e de seu perfil junto à comunidade de acordo com as normas do Ministério da Saúde.

Reverter o modelo, incorporando a prática da clínica ampliada e buscando a ampliação do escopo de atuação das equipes, demandará o aprofundamento de estratégias direcionadas a isso, como a instituição do Apoio Matricial como política permanente de gestão, implantando equipes de retaguarda para discussão de casos e garantir suporte na condução dos mesmos; a melhoria da referência e contra-referência; o enfrentamento da questão do gerenciamento das USFs, questão esta em que os Apoios Institucionais terão importante atuação junto à equipe técnica dos Distritos Sanitários e Unidades, e ainda, em articulação com a comunidade e movimentos sociais.

Quadro 3

Programação da Implantação dos Dispositivos de Qualificação da rede de Atenção Básica.
Recife, 2010 a 2013.

AÇÕES/METAS	Situação em 2009	Meta Final	Meta 2010	Meta 2011	Meta 2012	Meta 2013
Implantação do Acolhimento, Projeto Terapêutico Singular e Clínica Ampliada nas Unidades de Saúde	20%	100%	80%	90%	100%	100%
Implantação da utilização dos kits de urgência e emergência nas Unidades de Saúde	-	100%	100%	-	-	-
Implantação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família - NASF	-	18	9	5	2	2
Implantação de Equipes de Assistência Domiciliar - SAD	-	16	8	8	-	-

OUTRAS AÇÕES

- Garantia do retorno do PSF SKYLAB e Sítio do Cardoso para as suas respectivas comunidades;
- Implantação do Programa Saúde na Escola nas Escolas Municipais;
- Transferência da sede do PSF Cabanga para mais próximo da comunidade;
- Discussão da viabilidade de territorialização única para ASACE e ACS;
- Utilização da Sala de Situação como instrumento de avaliação dos serviços da Atenção Básica, acompanhando e monitorando o processo de trabalho dos profissionais de saúde;
- Instrumentalização dos profissionais da rede básica de saúde para uso adequado dos kits de urgência e emergência;
- Implementação da busca ativa pelos ACS das grávidas sem acompanhamento de pré-natal;
- Instituir que trimestralmente cada PACS tenha direito a um médico para visitar os usuários acamados com dificuldade de locomoção ou casos singulares;
- Implementação da visita da ESF nas creches e Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILP), dentro de sua área adscrita, havendo pactuação de responsabilidades;
- Garantia do funcionário administrativo na recepção das Unidades de Saúde da Família, em todo horário de atendimento;
- Garantia do reagendamento automático das consultas em caso de eventual cancelamento;
- Definição e implantação de protocolos de atenção na rede construídos em Grupo de Trabalho temático, **garantindo a representatividade das categorias neste processo;**
- Realização de marcação de consulta na ocasião do acolhimento mediante critério de risco, garantindo a hora marcada;
- Expansão do programa HIPERDIA, com palestras, orientações, e com a participação do Nutricionista;
- Monitoramento das ESF quanto à realização do tratamento da sífilis com o uso da penicilina benzatina na própria Unidade de Saúde da Família;
- Implementação de núcleos comunitários de educação popular em saúde, vinculados às UBS, com vistas ao empoderamento dos usuários e fortalecimento das redes de apoio social;
- Reprodução de materiais educativos, como a cartilha do Programa Saúde da Família e Programa de Agentes Comunitários de Saúde, para explicar o funcionamento, direitos, deveres e obrigações dos usuários, trabalhadores, gestores e população em geral, garantindo seu adequado funcionamento; vídeos educativos nos PSF; e cartilha do PSF nos terreiros de matriz africana;
- Reforma e ampliação das Unidades de Saúde da Família, adequando a estrutura física de acordo com a realidade da comunidade e necessidades dos serviços pautados nas diretrizes da ambiência garantindo espaço para trabalhos de educação em saúde e acessibilidade em todas as unidades de saúde;
- Garantir e executar quanto ao número de pessoas por ACS, a saber: Agentes de Saúde que trabalham em áreas de difícil acesso atendam no máximo 500 (quinhentos) pessoas e 600 (seiscentos) pessoas para áreas de difícil acesso.

1.1.3 Ampliação do Programa “ACADEMIA DA CIDADE”

O Programa Academia da Cidade - PAC possui hoje 21 polos (Anexo 2). Pretende-se, nesse período

do, pelo menos duplicar o número de polos, e, para isso, buscou-se a parceria com o governo do estado. Além disso, ainda na lógica da ampliação de serviços, e configurando uma forma matricial de atuação, o PAC desenvolverá intervenções dos seus profissionais no território através de parcerias com Unidades de Saúde da Família, Centros de Apoio Psicossocial (CAPS), Residências Terapêuticas, Albergues, Associações Comunitárias, Escolas e Igrejas.

Essas ações serão fortalecidas pela garantia da infraestrutura necessária, com manutenção preventiva e corretiva dos equipamentos do PAC; ampliação da equipe, com garantia de transporte para eventos fora dos polos; garantia de espaços cobertos para a realização das ações do programa, utilizando os equipamentos sociais da comunidade sempre que possível; e estratégias de capacitação e formação em serviços para os profissionais.

Objetivo geral para o período: Fortalecimento da qualidade do serviço, provocando uma discussão ampliada sobre como intervir em saúde pública através da atividade física, de forma descentralizada e participativa.

Tabela 6

Relação dos Polos do Programa Academia da Cidade a serem implantados em 2011.

POLOS PROPOSTOS	DISTRITOS
1. Parque 13 de Maio	I
2. Praça de Chão de Estrelas	II
3. CSU Afrânio Godoy	II
4. Praça Jovem CAP (Cajueiro)	II
5. Praça do Chié	II
6. Campo Grande E23	II
7. Parque Santana	III
8. Vila um Por Todos (Vasco da Gama)	III
9. Praça do Burity	III
10. Sítio dos Pintos	III
11. Parque do Caiara	IV
12. Praça da Várzea	IV
13. Roda de Fogo	IV
14. Praça do ABC	V
15. Praça das Lavadeiras	V
16. Praça Heróis da Restauração	V
17. Praça Simão Borba	V
18. Praça do Jordão Baixo	VI
19. Cafesópolis	VI
20. Vila dos Milagres	VI
21. Praça da URS	VI

Destacamos a seguir os principais critérios adotados para implantação de um polo do Programa Academia da Cidade:

- Ter sido apontado como prioridade em instâncias de controle social, principalmente, Orçamento participativo e Conferências;
- Estar localizado em Zonas Especiais de Interesse Social (ZEIS);
- Estar localizado em regiões onde existe presença de estruturas da rede de saúde (USF, UBT, Policlínica, etc) para servir de referência e contra-referência;
- Estar localizado em áreas com indicadores de violência alto;

- Espaço físico com viabilidade técnica para a implantação da estrutura do polo (avaliação da engenharia);
- Estar localizado em áreas com menor dificuldade de utilização - áreas públicas, de preferência, sem problemas de titularidade ou com necessidade de desapropriação;
- Outros critérios como demanda populacional, áreas que possam favorecer a acessibilidade, etc.

Quadro 4

Programação das Ações de Qualificação do Programa Academia da Cidade. Recife 2010 a 2013.

AÇÕES/METAS	Situação em 2009	Meta Final	Meta 2010	Meta 2011	Meta 2012	Meta 2013
Implantação de novos Polos do Academia da Cidade	21	42	11	10	-	-
Banheiros instalados nos polos	12	21	2	3	3	1
Ampliação do percentual de redução de adultos (≥ 18 anos) fisicamente inativos em Recife	-	10%	2,5	2,5	2,5	2,5
Ampliação do Percentual de unidades de saúde que desenvolvem ações no campo da atividade física. (PACTO)	64%	18%	18%	-	-	-
Redução da prevalência de sedentarismo em adultos. (PACTO)	16,4%	32%	14,8%	15%	-	-

OUTRAS AÇÕES

- Implantação de 01 banheiro nos polos de Jardim São Paulo e recuperação da pista de Cooper (9ª CMS);
- Implantação da atividade física desenvolvida pelo Programa Academia da Cidade na USF Mangueira I (DS V) e na USF Jiquiá (DS V);
- Implantação de ações da Academia da Cidade voltadas para a Saúde do Trabalhador;
- Estímulo à referência e contra referência para o Programa Academia da Cidade;
- Elaboração de indicadores de avaliação e monitoramento do PAC;
- Garantia do atendimento com a nutricionista para os usuários do Programa Academia da Cidade;
- Colocação de piso tátil na pista de caminhada do Programa Academia da Cidade;
- Ampliação da segurança para 24h nos polos da Academia da Cidade;
- Implantação de ações sistemáticas anuais de visibilidade e mobilização municipal de combate ao sedentarismo.

1.1.4 Implementação do Desenvolvimento Nutricional/Bolsa Família

Para a efetiva realização das ações do Programa Bolsa Família, é necessário manter uma articulação constante das Secretarias de Saúde e de Assistência Social do município com o Ministério da Saúde e o Ministério de Desenvolvimento Social, para melhoria das informações das famílias cadastradas no referido Programa.

As ações de acompanhamento das Famílias Perfil Saúde buscam melhorar a qualidade do registro e a formulação de políticas públicas, visando a melhoria do estado nutricional das crianças dessas famílias. O acompanhamento da vacinação e o registro do estado nutricional (tomada de peso e altura) das crianças menores de sete anos, e o acompanhamento do pré-natal são ações desenvolvidas pelas equipes de saúde.

Torna-se também necessária a articulação e a participação dos Distritos Sanitários no monitoramento, não apenas dessas ações, como também no Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A (PNSVitA), sensibilizando enfermeiros e técnicos de enfermagem quanto aos benefícios dessa vitamina, em especial na faixa etária de 12-59 meses, intensificando as aplicações e melhorando a informação das doses aplicadas (registro da 1ª dose e 2ª dose da vitamina).

Objetivo geral para o período: Reduzir o risco nutricional e promover a melhoria do estado nutricional das crianças menores de sete anos atendidas no Programa Bolsa Família.

Quadro 5

Programação das Ações de Qualificação do Programa Bolsa Família. Recife, 2010 a 2013.

AÇÕES/METAS	Situação em 2009	Meta Final	Meta 2010	Meta 2011	Meta 2012	Meta 2013
Ampliação do percentual de Famílias Perfil Saúde beneficiárias do programa Bolsa Família acompanhadas pela atenção básica (PACTO)	29,83%	50%	35%	40%	45%	50%
Ampliação do percentual de aplicação de doses de Vitamina A na faixa etária de 12 a 59 meses	35%	55%	40%	45%	50%	55%

OUTRAS AÇÕES

- Monitoramento dos registros de acompanhamento das famílias do Programa Bolsa Família informados pelos Distritos Sanitários;
- Capacitação das equipes das USF para melhorar a qualidade e os registros das informações necessárias ao acompanhamento das Famílias Perfil Saúde no Programa Bolsa Família;
- Capacitação de enfermeiros e técnicos de enfermagem para preenchimento correto das doses aplicadas de Vitamina A.

1.2. Desenvolvimento de Ações Estratégicas de Saúde para Grupos Específicos

1.2.1 Promoção da Saúde da Mulher

A Política de Atenção à Saúde da Mulher em Recife vem promovendo a integração entre os diversos setores da gestão municipal, em articulação com as diretorias, gerências de políticas estratégicas e Distritos Sanitários. Trabalhando com a Secretaria Especial da Mulher do Recife, Secretaria de Direitos Humanos e Segurança Cidadã, Educação, Orçamento Participativo e demais secretarias municipais. Estabelecendo parcerias com a sociedade civil, universidades e entidades de classe, Conselho Municipal da Mulher do Recife e Comitê de Estudo da Mortalidade Materna do Recife.

A política tem como objetivos promover a melhoria das condições de vida e saúde das mulheres recifenses, mediante a garantia de direitos legalmente constituídos e ampliação do acesso aos meios e serviços de promoção, prevenção, assistência e recuperação da saúde em todo o território; contribuir para a redução da morbidade e mortalidade feminina no Recife, especialmente por causas evitáveis, em todos os ciclos de vida e nos diversos grupos populacionais de qualquer espécie. Além disso, visa ampliar, qualificar e humanizar a atenção integral à saúde da mulher no SUS.

Para isso, a Política de Atenção à Saúde da Mulher em Recife vem atuando através da implementação de ações com o foco em três eixos de atuação:

- Atenção à mulher vítima de violência sexual e doméstica;
- Garantia dos direitos sexuais e reprodutivos;
- Atenção à mulher no pré-natal, parto, puerpério e abortamento.

Objetivo geral para o período: Implementar e fortalecer a Política Municipal de Atenção Integral à Saúde da Mulher.

Quadro 6

Programação das Ações de Qualificação da Política Municipal de Atenção Integral à Saúde da Mulher. Recife, 2010 a 2013.

AÇÕES/METAS	Situação em 2009	Meta Final	Meta 2010	Meta 2011	Meta 2012	Meta 2013
Proporção de aumento do número de exames citopatológicos cervico-vaginais na faixa etária de 25 a 59 anos; (PACTO)	19%	29%	20%	23%	26%	29%
Ampliação do número de notificações de mulheres vítimas de violência sexual e doméstica	COPAV	20%	5%	10%	15%	20%
Redução do percentual de gestantes que não fazem pré-natal ou realizam menos de 4 consultas de pré-natal	DVS	20%	5%	10%	15%	20%
Elevação da proporção de nascidos vivos de mães com 7 ou mais consultas de pré-natal. (PACTO)	88,24%	90%	88,68%	89,12%	89,56%	90%
Redução do número de casos de sífilis congênita.	176	100	160	150	130-	100
Elevação do número de notificações de casos de sífilis em gestantes e mulheres não grávidas	DVS	40%	10%	20%	30%	40%
Elevação do Percentual de tratamento/seguimento no nível ambulatorial das lesões precursoras do câncer do colo do útero (lesões de alto grau NIC II e NIC III), em determinado local no ano (PACTO)	33,13%	100%	100%	100%	100%	100%
Aumento da Proporção de óbitos de mulheres em idade fértil investigado (PACTO)	77,70%	100%	80%	80%	90%	100%
Redução da Taxa de cesáreas (PACTO)	54,38%	-4%	-1%	-2%	-3%	-4%

OUTRAS AÇÕES

- Ampliação dos leitos de obstetrícia para risco habitual;
- Recuperação de 12 Leitos Obstétricos da Maternidade Bandeira Filho e abertura de 07 leitos;
- Elaboração e atualização dos protocolos clínicos e linhas de cuidado sobre Pré-Natal de baixo e alto risco, e de enfermagem neonatal;
- Implementação do SISPRENATAL - Sistema de Informação do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento na rede, monitorando o preenchimento adequado das fichas de cadastro;
- Implantação do Ambulatório Especializado da Saúde da Mulher na Policlínica Arnaldo Marques com garantia de referência para o apoio diagnóstico e contracepção cirúrgica voluntária;
- Implementação da oferta do exame de VDRL e HIV em mulheres sexualmente ativas e não grávidas, e para seus parceiros, garantindo maior agilidade no exame de grávidas através do Projeto Nascer;
- Implantação de Comitê para investigação de casos e óbitos por sífilis congênita;
- Discussão com a Secretaria Estadual e demais municípios da região metropolitana, acerca do fortalecimento do transporte inter-hospitalar de qualidade e com segurança para as gestantes;
- Realização de busca ativa dos casos de mulheres com risco aumentado para câncer de mama (rastreamento do Programa Amigas do Peito);
- Implementação do exame clínico da mama na rotina do exame ginecológico em toda rede do município;
- Reimplantação da Punção Aspirativa com Agulha Fina - PAAF na rede, para detecção do câncer de mama;
- Ampliação da oferta do diagnóstico por mamografia e ultrassonografia do câncer de mama;
- Implementação do SISMAMA - Sistema de Informação do Controle do Câncer de Mama;
- Realização do levantamento da situação atual das mulheres portadoras de lesão de alto grau para Câncer de Colo do útero, visando aumentar o percentual de tratamento;
- Realização da busca ativa das usuárias com citologias alteradas tanto de áreas cobertas como descobertas.
- Implementação de ações de melhoria da qualidade do Pré-Natal, intensificando a captação precoce das gestantes;
- Qualificação do atendimento especializado em Saúde da Mulher, garantindo o acesso a rádio diagnóstico, ampliando e descentralizando especialistas (colposcopista, mastologista, dentre outros), enfatizando a mulher idosa e fortalecendo o AMEM enquanto centro de referência;
- Qualificação dos serviços de atenção ao Pré-natal de alto risco nas Maternidades de referência, garantindo o atendimento odontológico às gestantes e fortalecendo a rede de referência para gestantes de alto risco;
- Vinculação do Pré-Natal à atenção ao parto, através da definição de maternidades em que as gestantes deverão ter assistência;
- Fortalecimento do Programa Doulas Comunitárias;
- Implementação do acolhimento com classificação de vulnerabilidades dentro das maternidades;
- Melhoria das estruturas para acolher o acompanhante nas maternidades;
- Implementação do Programa Municipal de Promoção do Aleitamento Materno através de Banco de Leite Humano, Centrais de Coleta, Hospitais e Unidades Básicas Amigo da Criança, visitas domiciliares de incentivo à prática, incluindo os terreiros de religiões de matriz africana, entre outras atividades;
- Reorganização da Atenção Obstétrica em articulação com a Secretaria Estadual de Saúde com vistas a

ampliação e regulação dos leitos de obstetrícia para risco habitual;

- Garantia do fornecimento sistemático dos cartões da gestante, do idoso, da mulher, da criança e do adolescente, e monitoramento do seu preenchimento adequado;
- Garantia da estratégia de ação para prevenção e redução de casos de sífilis congênita;
- Garantia da disponibilização e divulgação da contracepção de emergência em todas as Unidades de Saúde;
- Divulgar e estimular o uso dos preservativos femininos, com orientação dos profissionais das Unidades de Saúde;
- Garantia de ações de enfrentamento da violência sexual e doméstica contra mulher, através de programas como o “Nem com uma flor”;
- Ampliação, fortalecimento e garantia da manutenção de todos os grupos de educação em saúde, especialmente ao grupo de mulheres educadoras em saúde (ESAM) que estão trabalhando Educação Popular em Saúde;
- Implantação do processo de educação permanente dos profissionais em saúde da mulher, sensibilizando-os quanto ao acolhimento de mulheres lésbicas.

1.2.2 Promoção da Saúde do Adulto e do Idoso

A Política de Atenção à Saúde do Idoso tem o intuito de garantir a promoção da capacidade funcional e da saúde do idoso em ações que visem à valorização, o respeito e à efetivação do Estatuto do Idoso. (Lei No10.741, de 01.10.2003). Para tanto, está centrada em dois eixos principais de atuação:

- A ampliação do acesso ao cuidado e aos serviços e equipamentos públicos de assistência social e à saúde, buscando adequação das estruturas das Unidades de Saúde para acessibilidade; a garantia de acesso ao medicamento, às terapias adequadas, incluindo a saúde bucal e ocular, as terapias integrativas, e reabilitação física e cognitiva; e a garantia da priorização do idoso no acolhimento das unidades;
- O desenvolvimento de ações intersetoriais de fortalecimento da pessoa idosa, mediante ações contínuas e sistemáticas de apoio aos familiares e/ou cuidadores de idoso com dependência funcional; organização de redes solidárias com as comunidades e promoção de grupos de convívio e orientação, incluindo o IESA (Idosos Educadores em Saúde).

Objetivo geral para o período: O objetivo da política de atenção ao idoso é garantir à pessoa idosa (idade \geq 60 anos) atenção integral e de qualidade à sua saúde, de modo a promover sua capacidade funcional, de acordo com os princípios do Sistema Único de Saúde, da Política Nacional do Idoso, do Estatuto do Idoso, da Resolução da Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Vigilância Sanitária N^o 283/2005, do Projeto de Política de Saúde Envelhecimento Ativo da Organização Mundial de Saúde, da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, do Pacto pela Saúde 2006 e do Modelo Recife em Defesa da Vida.

Quadro 7

Programação das Ações de Promoção da Saúde dos Idosos. Recife, 2010 a 2013.

AÇÕES/METAS	Situação em 2009	Meta Final	Meta 2010	Meta 2011	Meta 2012	Meta 2013
Implantação do protocolo clínico de cuidado com os idosos	-	1	-	1	-	-
Implantação de uma Unidade de Referência em Saúde da Pessoa Idosa no Município	-	1	-	-	1	-
Implantação de equipes de reabilitação gerontológica: terapia ocupacional, fisioterapia e fonoaudiologia	-	06	02	02	02	-
Implantação do programa de Reabilitação Cognitiva para idosos	-	01	-	01	-	-
Redução da Taxa de Internação Hospitalar em pessoas idosas por fraturas do fêmur (PACTO)	9,45/10.000	4,79	5,11	5,00	4,89	4,79

OUTRAS AÇÕES

- Fortalecimento e apoio aos grupos de educação em saúde de idosos e criação de uma Rede Solidária de Cuidado ao Idoso na comunidade;
- Implantação de ações contínuas e sistemáticas de apoio aos familiares e/ou cuidadores de idoso com dependência;
- Melhoria das ações já desenvolvidas nos Distritos Sanitários em relação ao transporte dos idosos com necessidade de deslocamento aos serviços de saúde dentro e fora do território;
- Inclusão das Instituições de Longa Permanência para Idosos nas ações de saúde do território em todos os níveis de atenção, em especial na atenção básica;
- Implantação de uma Política de Atenção à Saúde do Homem;
- Otimização do fluxo dos atendimentos dos geriatras e gerontólogos, de acordo com a demanda;
- Desenvolvimento de ações de prevenção de osteoporose, queda e fratura em idosos de modo a contribuir com a redução da Taxa de Internação Hospitalar em pessoas idosas por fraturas do fêmur;
- Definição e implantação de protocolos clínicos e linhas de cuidados de atenção à saúde do idoso, que incluam: ações de cuidados paliativos e atenção no fim da vida; atenção domiciliar; acesso e acolhimento e fluxos; promoção da saúde; atendimentos com terapias integrativas; atenção ao idoso vítima de violência; e assistência farmacêutica para os estudos terapêuticos farmacológicos, com vistas à diminuição dos efeitos adversos por interações medicamentosas;
- Ampliação das visitas domiciliares aos idosos acamados, garantindo seu atendimento integral nas residências e Instituições de Longa Permanência para Idosos;
- Implantação de uma Unidade Municipal de Referência de atenção integral à saúde do Idoso;

- Identificação e acompanhamento de pessoas idosas, inclusive, demenciais, no território, vítimas de violência, abuso, maus-tratos, negligência doméstica e comunitária, através da Atenção Básica. Fazer isto articulando com os demais níveis de atenção a saúde e com outras instâncias de referência intersetorial de forma humanizada com prioridade no atendimento;
- Implementação do terceiro turno para garantir acesso à saúde dos adultos e idosos trabalhadores, assegurando uma referência em cada Distrito Sanitário (Plano Municipal de Saúde 2006-2009);
- Garantia do acesso aos equipamentos de tecnologia assistiva (órtese e prótese).

1.2.3 Consolidação do Modelo de Atenção à Saúde Mental

O município do Recife apresentou uma rápida expansão nos serviços de cuidados em saúde mental, nos últimos anos. Hoje, os recifenses dispõem de 18 CAPS, e 11 Residências Terapêuticas. Contudo, o enfrentamento do quadro atual em saúde mental demanda a qualificação, inclusive da infraestrutura, e potencialização dos serviços existentes, através da organização da rede, em termos de fluxos assistenciais e práticas de trabalho.

Busca-se, dessa forma, consolidar uma política que garanta o acesso ao tratamento dos usuários dos CAPS, albergues terapêuticos e residências terapêuticas, numa ação integrada de vários setores do município (assistência social, direitos humanos, educação) e inclusive do governo do estado, com vistas à implantação de uma nova proposta. O novo formato visa a criação de leitos breves em hospital geral, e a redução dos leitos psiquiátricos, concomitante à ampliação da rede de serviços substitutivos, garantido a reabilitação psicossocial e possibilitando a construção da autonomia possível (centros de convivência, oficinas de geração de renda, interlocução com os pontos de cultura) para os usuários com transtorno mental e de álcool e outras drogas.

Para tanto, o município está baseando suas ações em três grandes eixos de atuação:

- Superação do modelo assistencial e de financiamento baseado no hospital psiquiátrico, com a garantia de substituição por dispositivos comunitários de atenção no nível de serviços especializados, e na atenção básica, por ações de reabilitação psicossocial, operada pela expansão de serviços, como a criação de Centro de Convivência, redimensionamento do acompanhamento ambulatorial, transformação de três CAPS II para CAPS III; fortalecimento do fluxo de referências dentro dos Distritos Sanitários; e a garantia do acesso aos medicamentos necessários ao tratamento;
- Fortalecimento da integração do modelo de redes de cuidado, de base territorial e atuação transversal, com políticas específicas e setoriais, buscando o estabelecimento de uma cultura clínica e do cuidado de abordagem ampliada e qualificada, considerando o vínculo, o acolhimento, as singularidades, as vulnerabilidades, e a responsabilização compartilhada. Esse processo deverá estar associado ao incremento da qualificação e formação permanente dos profissionais dos serviços de atenção ao usuário com de transtorno mental; da supervisão clínico-institucional;
- Ampliação das parcerias com setores da sociedade, construção de espaços de produção de cidadania e manutenção da interlocução constante com os movimentos sociais organizados, usando mecanismos como a reativação de discussão em saúde mental em fóruns colegiados ampliados com a rede de saúde mental.

Objetivo geral para o período: Consolidar e qualificar, no Recife, uma rede de atenção para os usuários com transtorno mental, de acesso universal e equânime, territorial e hierarquizada, promovendo espaços de inclusão e reinserção social a esses usuários, atuando junto às famílias e às comunidades.

Quadro 8
Programação das Ações de Atenção à Saúde Mental. Recife, 2010 a 2013.

AÇÕES/METAS	Situação em 2009	Meta Final	Meta 2010	Meta 2011	Meta 2012	Meta 2013
Percentual de Equipes de Saúde da Família com Acolhimento do Transtorno Mental	60%	100%	70%	80%	90%	100%
Taxa de cobertura do CAPS por 100 mil habitantes (PACTO)	1,10	1,10	1,10	1,10	1,10	1,10
CAPS transtornos mentais 24h	1	5	2	2	-	-
Implantar Centros de Convivência	0	6	-	6	-	-
Implantar Residências Terapêuticas	11	23	12	-	-	-

OUTRAS AÇÕES

- Implantar um equipamento municipal como uma das portas de entrada de emergência psiquiátrica;
- Desenvolver uma política intersetorial para implantação de empregos protegidos para pessoas com transtornos mentais;
- Programação de formação continuada para os profissionais de saúde, educação e assistência social;
- Construir uma proposta de implantação de leitos breves em conjunto com a SES;
- Criar indicadores de Reabilitação Psicossocial para avaliação e monitoramento das ações nos Serviços Residenciais Terapêuticos e nos CAPS;
- Implantar a atuação do SAMU na intervenção de casos graves de transtorno mental e transtorno em decorrência do uso de drogas, como retaguarda e ação e atendimento pré-hospitalar;
- Realizar mapeamento epidemiológico por Distrito Sanitário para usuários identificados com transtornos mentais e transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas, e, em especial, avaliar as áreas cobertas pelo PSF e pelo PACS;
- Implantar Centros de Convivência;
- Garantir espaços de gestão compartilhada (co-gestão) através de discussão de casos integrada com os profissionais dos CAPS e as equipes do Programa Saúde Família e PACS para o atendimento dos usuários com transtorno mental e com transtorno em decorrência do uso de álcool e outras drogas do território, (fóruns microrregionais e distritais com as políticas estratégicas para discussão das linhas de cuidado) e discutir a Adequação dos Projetos Terapêuticos Singulares para atendimento da demanda de Saúde Mental e do Programa + Vida;
- Transformar os CAPS Livremente, CAPS José Carlos Souto e o CAPS Galdino Loreto, e um CAPS no DSIII em CAPS 24 horas;
- Criação de grupo de trabalho para discussão da atenção integral ao transtorno mental na infância e adolescência.

1.2.4 Fortalecimento do Programa “Mais Vida” de Redução de Danos e Consumo de Álcool, Fumo e Outras Drogas

A atenção ao usuário de álcool e outras drogas é um desafio crescente e de enfrentamento premente e, nesse sentido, o município tem desenvolvido e deve fortalecer a prática de Redução de Danos no

âmbito dos serviços do SUS, especialmente, nos 6 CAPSad - Centro de Atenção Psicossocial em Álcool e Outras Drogas, 3 Casas do Meio do Caminho e 1 Centro de referência para mulheres, como estratégia de Saúde Pública no território.

Além disso, é fundamental fortalecer ações intersetoriais de prevenção do uso de álcool e outras drogas, com formação permanente dos profissionais da saúde, educação e assistência social, com a inserção de ações de prevenção do uso de drogas através do Programa Saúde nas Escolas, PRONASCI e demais alianças estratégicas institucionais, buscando ainda a articulação para a reinserção social para os usuários e familiares de álcool e outras drogas.

Especificamente na saúde, as estratégias para essa atuação envolvem uma forte articulação com a Política de Atenção à Saúde Mental, além de:

- Incremento organizacional da rede, informatização dos serviços e construção de fluxos de ações junto aos CAPSad, NASF, Casa do Meio do Caminho e Equipes de Saúde da Família; e a ampliação do tratamento intensivo do fumante para a atenção básica e outras unidades estratégicas no Distrito Sanitário, articulado ao Projeto Terapêutico Singular, com garantia da supervisão clínico institucional para equipes nos serviços de CAPS Ad, Centro de Referência para mulheres usuárias de drogas e nas Casas do Meio do Caminho (Albergue Terapêutico) e do desenvolvimento de estratégias de reabilitação do usuário de álcool e outras drogas;
- Criação de campanhas educativas sobre redução de danos direcionadas para escolas, unidades de saúde e ambiente de trabalho, com informações e campanhas específicas para crianças, adolescentes, jovens, e adultos, de ambos os sexos;
- Garantia de espaços de gestão compartilhada (co-gestão) através de discussão de casos integrada com os profissionais dos CAPS e as equipes do Programa Saúde Família e PACS para o atendimento dos usuários com transtorno em decorrência do uso de álcool e outras drogas do território, (fóruns microrregionais e distritais com as políticas estratégicas para discussão das linhas de cuidado) e discutir a Adequação dos Projetos Terapêuticos Singulares.

Objetivo geral para o período: Consolidar, no Recife, uma rede de atenção integral e resolutiva para os usuários com transtorno em decorrência do uso de drogas, promovendo espaços de inclusão e de reinserção social e atuando junto às famílias e às comunidades.

Quadro 9

Programação das Ações do Programa Mais Vida. Recife, 2010 a 2013.

AÇÕES/METAS	Situação em 2009	Meta Final	Meta 2010	Meta 2011	Meta 2012	Meta 2013
Equipes de PSF e PACS com levantamento da população usuário adscrita em relação ao uso abusivo / dependência da população usuária de álcool e outras drogas na área coberta	PSF, 40%	100%	15%	15%	15%	15%
	PASC20%	100%	20%	20%	20%	20%
Percentual de profissionais capacitados nos serviços de CAPSad, Casa do Meio do Caminho e Centro de Referência	50%	100%	80%	20%	-	-
Percentual de profissionais da Educação e da Assistência Social sensibilizados sobre a abordagem com os usuários de álcool e outras drogas	30%	70%	10%	10%	10%	10%

OUTRAS AÇÕES

- Realizar ações de redução de danos e prevenção do uso de drogas no território. Construção de fluxos de ações junto aos CAPS e Equipes de Saúde da Família;
- Redução da prevalência de fumantes no município;
- Desenvolver um plano de atuação intersetorial para a atenção ao usuário de crack;
- Realização de mapeamento por Distrito Sanitário em relação ao uso de álcool e outras drogas, com recorte para a população adscrita na Atenção Básica em relação ao uso de álcool e outras drogas;
- Implantar o Sistema de Informação sobre uso de álcool e outras drogas;
- Expandir o Projeto de Ambientes Livre do Fumo para as escolas municipais, universidades e outras instituições públicas e privadas;
- Implantar o programa Saber Saúde (controle do tabagismo e outros fatores de risco de câncer) nas escolas municipais como parte do Programa de Saúde do Escolar - PSE;
- Fortalecer o Projeto Abordagem Básica do Fumante, em todas as Unidades de Saúde, incluindo os espaços públicos do Programa Academia da Cidade (PAC);
- Convocar conferência de saúde mental para problematizar as políticas municipais do setor conforme os temas: “redução de danos, modelo do cuidado, desospitalização, e direitos humanos”;
- Fortalecer ações integradas de saúde do trabalhador voltadas ao controle do tabagismo e do sedentarismo;
- Fortalecer a Política de Controle do Tabagismo por meio da co-gestão com os Distritos Sanitários;
- Garantir que os CAPS AD permaneçam como Ambiente Livre do Fumo;
- Garantir a formação continuada dos profissionais de saúde em abordagem mínima do fumante.

1.2.5 Promoção da Atenção à Pessoa com Deficiência

Com o intuito de fortalecer as ações de reabilitação e ampliar o acesso dos usuários, promovendo ações educativas e capacitação para melhoria do atendimento à pessoa com deficiência pelos profissionais de saúde, o grande desafio para o próximo período será de ampliar o número de especialistas para todas as áreas de deficiência (9ª CMS) e priorizar o atendimento das pessoas com deficiência nas unidades de saúde de acordo com disposto da lei federal nº 10.048/2000. Para isso, além das estratégias ligadas à organização da rede de atenção, buscar-se-á a melhoria sistemática da infraestrutura física das unidades, de forma a garantir a acessibilidade.

Objetivo geral para o período: Difundir na rede de saúde o acolhimento e os cuidados à pessoa com deficiência, respeitando suas especificidades e garantindo a adequada estrutura para o acesso dos usuários com dificuldade de locomoção.

Quadro 10

Programação das Ações de Promoção da Atenção à Pessoa com Deficiência. Recife, 2010 a 2013.

AÇÕES/METAS	Situação em 2009	Meta Final	Meta 2010	Meta 2011	Meta 2012	Meta 2013
Ampliação do percentual de unidades com acessibilidade para pessoas com deficiência	50%	100%	10%	20%	10%	10%

OUTRAS AÇÕES

- Implementação da oferta de serviços na área de reabilitação no Centro de Saúde Mario Ramos, com o remanejamento dos profissionais da área lotados no Centro de Saúde Alberto Sabin;
- Atualização dos profissionais das áreas técnicas e realização de capacitação de profissionais da rede em Libras;
- Fortalecimento do Sistema de Informação da Atenção Básica para informação da pessoa com deficiência;
- Implantação do Centro de Reabilitação (Fisioterapia, Fonoaudiologia, e Terapia Ocupacional), com inclusão de profissionais de saúde para atendimento em terapias integrativas que constam na portaria do Ministério da Saúde;
- Garantia dos equipamentos e matéria-prima e da criação do cargo profissional, por meio de concurso público, de artífice (sapateiro) e protético, para a confecção das órteses e próteses;
- Implantação do Serviço de Referência à Pessoa com Deficiência na Unidade Professor Sebastião Ivo Rabelo;
- Produção do material educativo em saúde em Braile e Libras (vídeos);
- Ampliação do serviço de reabilitação na Policlínica Agamenon Magalhães.

1.2.6 Promoção da Saúde Bucal

De forma geral, a principal estratégia de atuação da Política de Saúde Bucal está ancorada na ampliação do número de Equipes de Saúde Bucal para equiparar com as Equipes de Saúde da Família (ESF: ESB = 1:1) a médio prazo. Além disso, há a necessidade de aprimorar os serviços existentes, orientando os profissionais das Equipes de Saúde Bucal (ESB) da Atenção Básica na perspectiva de melhoria do processo de trabalho e incorporando a prática de comunicação no estreitamento das relações entre os três níveis de complexidade.

Nesse sentido, busca-se humanizar e qualificar o atendimento de saúde bucal, prioritariamente para hipertensos e diabéticos em unidades básicas e policlínicas, garantindo agendamento a partir da avaliação de vulnerabilidade e risco (idoso, gestante, usuário com transtorno mental, deficiente e demais).

Como estratégia para a ampliação do acesso, propõe-se a retomada do serviço odontológico móvel (9ª CMS) para garantir atendimento clínico nas áreas de PACS, bem como escolas atendidas pelo PSE, ampliando as ações de saúde bucal e de educação em saúde bucal nessas áreas, com garantia de kit de materiais educativos.

Outras formas de ampliar o acesso são: a instituição, junto à Central de Regulação, da regulação das consultas especializadas; e o desenvolvimento de parcerias com Instituições de Ensino, que possam desenvolver atividades na rede municipal.

Objetivo geral para o período: Garantir o acesso da população aos serviços de saúde bucal nos três níveis de atenção, em concordância com as diretrizes do modelo assistencial Recife em Defesa da Vida.

Quadro 11

Programação das Ações de Promoção da Saúde Bucal. Recife, 2010 a 2013.

AÇÕES/METAS	Situação em 2009	Meta Final	Meta 2010	Meta 2011	Meta 2012	Meta 2013
Cobertura da primeira consulta odontológica programática (PACTO)	9,65%	≥13%	≥13%	≥13%	≥13%	≥13%
Média anual de ação coletiva escovação dental supervisionada (PACTO)	0,94%	2,5%	2,5%	2,5%	2,5%	2,5%
Nº de laboratórios de prótese dentária implantados	01	06	-	1	2	2
Nº de especialidades por CEO implantadas	3	6	-	3	-	-
Cobertura da Saúde Bucal nas ESF	50%	100%	5%	10%	15%	20%

OUTRAS AÇÕES

- Garantia de 01 consultório odontológico e 01 sala para cada equipe de saúde bucal;
- Ampliação da equipe de saúde bucal na USF de Jardim Uchoa;
- Garantia do fornecimento de Equipamentos de Proteção Individuais (EPI) aos profissionais das Equipes de Saúde Bucal (ESB);
- Realização do levantamento epidemiológico denominado SB Brasil 2010 - Recife;
- Garantia do tratamento completo no CEO;
- Implantação da urgência odontológica 24h;
- Implantação do CEO (Centro de Especialidades Odontológicas) na Unidade de Saúde Vereador Romildo Gomes com laboratório de prótese;
- Habilitação da Policlínica do Pina em CEO tipo I;
- Ampliação do CEO com atendimento odontológico para pessoas com deficiência;
- Implantação do laboratório odontológico de prótese e de ortopedia preventiva dos maxilares;
- Criação do cargo/função de técnico de prótese dentária no quadro da Prefeitura da Cidade do Recife;
- Garantia de agendamento de retorno para atendimento odontológico e clínico.

1.2.7 Implementação da Atenção à Saúde da População Negra

A política desenvolvida pela Secretaria de Saúde visa a implementação da Atenção à Saúde integral da População Negra, considerando suas necessidades específicas em todas as fases do ciclo da vida.

Para tanto, faz-se necessário o aprimoramento organizacional da rede, com efetivo preenchimento do quesito raça/cor nos instrumentos de coleta de dados e Sistemas de Informação em Saúde; com a organização e humanização da atenção básica e especializada e a qualificação permanente dos profissionais; com ampliação das ações nos ambulatorios especializados; e com o fortalecimento da gestão participativa, da articulação intra e intersectorial e do Controle Social, com foco na redução das desigualdades étnico-raciais, e no combate ao racismo e à discriminação nas instituições e nos serviços do SUS.

Também é de fundamental importância a mobilização da sociedade em torno do tema, o que demanda a implementação da elaboração de material educativo e divulgação de informações sobre Saúde da População Negra e Doença Falciforme, além do fortalecimento do trabalho com as comunidades de Religiões de Matriz Africana com vistas à redução da intolerância religiosa, e à Promoção da inclusão dos Terreiros nas ações e serviços de saúde.

Objetivo geral para o período: Implementar e fortalecer a Política de Atenção à Saúde da População Negra.

Quadro 12

Programação das Ações de Atenção à Saúde da População Negra. Recife, 2010 a 2013.

AÇÕES/METAS	Situação em 2009	Meta Final	Meta 2010	Meta 2011	Meta 2012	Meta 2013
Capacitação de profissionais da Atenção Básica com enfoque na Saúde da População Negra e Doença Falciforme		12	04	04	02	02
Implantação de novas unidades que realizam o exame do teste do Pezinho		08	02	02	02	02
Aumento do nº de pacientes atendidos com Hemoglobinopatias nos ambulatórios de hematologia		50%	15%	15%	10%	10%
Implantação de unidades com procedimento específico aos pacientes com Doença Falciforme portadores de Úlceras de M.M.I.I.		03	02	01	-	-
Ampliação e fortalecimento da parceria do sistema de saúde com os Terreiros em ações voltadas as pessoas no ciclo da vida (crianças, adolescente, mulheres, homens, idosos)		36	20	05	05	06
Capacitação de profissionais dos setores de hematologia do LMSP - Laboratório Municipal de saúde pública e dos plantões das Policlínicas		30	30	-	-	-

OUTRAS AÇÕES

- Manutenção da elaboração e ampla divulgação do perfil anual de saúde da população negra através da Diretoria Geral de Vigilância em Saúde;
- Capacitação dos profissionais dos setores de hematologia do LMSP (Laboratório Municipal de Saúde Pública) e dos plantões das Policlínicas;
- Estruturação do setor de Hemoglobinopatias para ampliar o diagnóstico e a investigação nessa área, através da aquisição de equipamentos e insumos, adequação física e RH.

1.2.8 Implementação das Ações de Imunização

Com o intuito de garantir a vacinação da população susceptível, mantendo as coberturas vacinais altas e homogêneas, o Programa Municipal de Imunização desenvolve campanhas e ações de rotina para vacinar todas as faixas etárias da população de acordo com o calendário estabelecido pelo Ministério da

Saúde, priorizando os menores de 1 ano de idade. Para isso, está desenvolvendo estratégias de fortalecimento do Sistema de Informação da Atenção Básica em relação à informação sobre imunização, além de supervisionar a rede, através dos Distritos Sanitários, para a manutenção sistemática nas geladeiras do PNI, e para o cumprimento do horário de funcionamento/atendimento da sala de vacina em conformidade com a Unidade de Saúde.

Objetivo geral para o período: Controlar/eliminar a morbimortalidade por doenças imunopreveníveis através da vacinação.

Quadro 13

Programação das Ações de Imunização. Recife, 2010 a 2013.

AÇÕES/METAS	Situação em 2009	Meta Final	Meta 2010	Meta 2011	Meta 2012	Meta 2013
Manutenção da cobertura vacinal por Tetravalente em menores de um ano de idade (Pacto)	>99,3%	>95%	>95%	>95%	>95%	>95%
Nº de centrais distritais reformadas	0	6	2	2	2	-
Nº de salas de vacina readequadas	0	32	8	8	8	8
Nº de programas de imunização instalados	0	160	40	40	40	40
Cobertura vacinal por influenza na população com 60 anos e mais	100%	>80%	>80%	>80%	>80%	>80%

OUTRAS AÇÕES

- Sensibilização/treinamento de profissionais envolvidos com o monitoramento dos cartões sombra/controlado;
- Readequação/instalação de salas de vacina e central distrital de acordo com o parecer do Programa Nacional de Imunização - Recife e Vigilância Sanitária;
- Aquisição de geradores para centrais dos Distritos Sanitários;
- Investigação de todos os casos de eventos adversos pós-vacinação;
- Treinamento, atualização e supervisão capacitante, das Unidades de Saúde e dos profissionais envolvidos com a vacinação, em relação a:
 - sala de vacina e rede de frios;
 - registro e envio de informações das doses aplicadas (fortalecendo o Sistema de Informação da Atenção Básica sobre imunização);
 - Melhoria da divulgação das campanhas de vacinação;
 - Reforma da Central de distribuição de imunobiológicos, localizada na sede dos Distritos Sanitários;
 - Garantia de que as crianças recém-nascidas, ao saírem da maternidade, estejam vacinadas com as vacinas BCG e contra Hepatite B.

1.2.9 Implementação da Política Municipal de Práticas Integrativas e Complementares (PMPIC)

Para implementação da Política Municipal de Práticas Integrativas e Complementares foi constituído um Colegiado provisório, coordenado pela Gerência da Política de Saúde Integral/DGAS e formado por

representações dos 06 Distritos Sanitários, para discussão e implementação das ações no sentido de se elaborar para este momento, as diretrizes para uma política municipal cujo propósito é:

- Desencadear na rede SUS/ Recife uma medicina solidária, integrativa e humanizada com os profissionais e usuários interessados, a partir da Atenção Básica, desenvolvendo atividades de formação permanente na área, co-produzindo ações programáticas recomendadas pela PMPIC, através de gestão colegiada;
- Apoiar e instituir atividades terapêuticas que facilitam os processos de autoconhecimento e auto-cura integral por considerar os campos físico, mental, emocional e espiritual do ser humano - agindo como restauradoras da força vital dos campos e fluxos energéticos corporais. Para isso, devem-se cadastrar os serviços e as categorias profissionais aptas para ofertar tais serviços, alinhadas com a Política Municipal de Práticas Integrativas e Complementares.

Objetivo geral para o período: Democratizar e implementar a Política Municipal de Práticas Integrativas e Complementares, ampliando o acesso dos usuários às práticas integrativas, terapias vibracionais e complementares, para melhorar a qualidade de vida, o bem - estar e a longevidade do ser/cidadão de forma segura, descentralizada, articulada intersetorialmente, hierarquizada e humanizada, em co-gestão com os trabalhadores, movimentos sociais e comunitários.

Quadro 14

Programação das Ações da Política Municipal de Práticas Integrativas e Complementares (PMPIC). Recife, 2010 a 2013.

ACÇÕES/METAS	Situação em 2009	Meta Final	Meta 2010	Meta 2011	Meta 2012	Meta 2013
Implantar a oferta de procedimentos e atividades na linha do cuidado integral nas Unidades de Saúde da Família	10,16%	70%	25%	25%	20%	-
Ampliação da oferta, pelo NAPI, do uso racional de plantas medicinais e fitoterápicas e da alimentação saudável nas Unidades de Saúde da Família	-	70%	25%	15%	15%	15%
Habilitar os profissionais /cuidadores do PSF e PACS na linha de cuidados integrais	2,41	80%	20%	20%	20%	20%
Número de fóruns e eventos sazonais de dos cuidados e terapias com práticas coletivas ao ar livre	2	16	4	4	4	4

OUTRAS AÇÕES

- Identificação, através de diagnóstico situacional, e mapeamento das iniciativas institucionais e não institucionais que desenvolvem diferentes práticas integrativas e complementares;
- Instituição do manual municipal com os protocolos de Cuidados Integrais;
- Implantação dos programas de Fitoterapia, Medicina Chinesa, Antroposofia, Yogaterapia, Alimentação Saudável e correlatos, definidos pelo Ministério da Saúde e Secretaria de Saúde do Recife;
- Definição de 01 unidade de referência em cuidados integrais em cada Distrito Sanitário, descentralizando o uso da homeopatia e implantando o uso de plantas medicinais, com garantia de oferta de medicamentos fitoterápicos na rede;

- Produção de ações da PMPIC com as demais políticas públicas para uma oferta integralizada às famílias usuárias e aos casos singulares expresso pelos portadores dos principais agravos descritos no território;
- Realização de atividades coletivas como Tai chi chuan, Lian gong, yoga, aikidô, capoeira, frevo, danças circulares e trilhas nos passeios públicos, espaços ecológicos e equipamentos sociais tipo Escolas, CSU, Ginásio de Esportes, Jardim Botânico, Parques e Praias do Pina e Boa Viagem;
- Implantação da prática do yoga e outras práticas coletivas nos espaços públicos de convivência - PAC, CSU e outros;
- Identificação dos territórios/micro - áreas com hortas de plantas medicinais e implementação da iniciativa em escolas, US, CSU, jardim botânico e outros;
- Implementação da linha de cuidados integrais nas ações da Política de Saúde do Trabalhador;
- Promoção do Fórum permanente de integração entre os diversos atores, da sociedade civil e profissionais da rede, que atuam nas Práticas e Cuidados Integrais;
- Implantação do Centro de Cuidados Integrais no Prédio da ex-associação do dos Servidores da SUDENE, estreitando as parceiras com a UFPE e outras instituições/entes;
- Ampliação da oferta da ação terapêutica “Cuidando do Cuidador”;
- Oficialização da Terapia Comunitária enquanto terapia integrativa;
- Garantia de material de comunicação, informação e educativo sobre as terapias integrativas implantadas na PCR;
- Implantação do Núcleo de Apoio em Práticas Integrativas (NAPI) com plano de apoio, revitalização, fluxo e relacionamento entre a Unidade de Referência em Cuidados Integrais Guilherme Abath e as Unidades de Saúde da Família;
- Criação de Portaria Municipal que cria a Política Municipal de Práticas Integrativas e Complementares (PMPIC) e o Núcleo de Apoio às Práticas Integrativas (NAPI).

2. Cidade Amiga da Criança

A Política de Atenção à Saúde da Criança tem por desafio a manutenção e melhoria dos indicadores, em especial do óbito infantil, buscando de forma específica: reduzir a mortalidade infantil, com ênfase nas mortes evitáveis e nas localidades com piores condições de vida; garantir uma atenção integral às crianças, com vistas a um adequado desenvolvimento de suas potencialidades; reduzir a morbimortalidade na infância, com ênfase nas doenças prevalentes, e causas externas e morbidade relacionada a abuso e maus tratos; ampliar a cobertura e qualificar a atenção ao pré-natal; e melhorar atenção ao parto, nascimento e cuidados com os recém-nascidos.

Neste intuito, faz-se necessária a qualificação dos Hospitais Pediátricos, SAMU e maternidades, com incorporação de tecnologias leves e acolhimento com classificação de vulnerabilidade, bem como a qualificação da atenção prestada pelos profissionais da atenção primária (Unidades de Saúde da Família - USF e Unidades Básicas Tradicionais - UBT), com foco nos direitos sexuais e reprodutivos, pré-natal,

acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, ações básicas de saúde da criança, incentivo ao aleitamento materno, imunização, doenças prevalentes na infância e prevenção de acidentes e violências.

Considerando ainda a complexidade de fatores que envolvem a realidade de adoecimento de crianças, a gestão deve manter o estímulo ao desenvolvimento de ações intersetoriais nos territórios adstritos das Unidades Básicas de Saúde.

Objetivo geral para o período: Reduzir a mortalidade entre as crianças, garantindo as condições que favoreçam o desenvolvimento pleno das crianças da cidade.

2.1 Promoção da Saúde da Criança

2.1.1 Implementação das Ações da Política de Atenção à Saúde da Criança

Quadro 15

Programação das Ações/Metas da Política de Atenção à Saúde da Criança. Recife, 2010 a 2013.

AÇÕES/METAS	Situação em 2009	Meta Final	Meta 2010	Meta 2011	Meta 2012	Meta 2013
Redução da Mortalidade Infantil (Ação PPA 3648) - PACTO	13,8%	11,4	12,4	12,0	11,7	11,4
Manutenção e redução da Coeficiente de mortalidade Neonatal (Óbitos < 28 dias) (PACTO)	8,79/1000nv	<8,79	8,8	8,4	8,2	8,00
Manutenção e redução do Coeficiente de mortalidade pós-neonatal (de 28 a 364 dias) (PACTO)	3,72/1000nv	<3,72	3,7	3,6	3,5	3,4
Manutenção e ampliação da proporção de investigação de óbito infantil (PACTO)	84,34%	> 90	> 80	> 85	> 90	> 90
Manutenção e ampliação da emissão de certidões de nascimento nas maternidades municipais	3	3	3	3	3	3

OUTRAS AÇÕES

- Viabilização de uma rede de subespecialidades pediátricas;
- Revisão e elaboração dos Protocolos de Acolhimento, Clínicos e de Acesso para os diversos níveis de complexidade;
- Implementação da caderneta da criança;
- Implementação de núcleos comunitários, de educação popular em saúde, vinculados às UBS com vistas ao empoderamento dos usuários e fortalecimento das redes de apoio social aos problemas relacionados a causas externas e morbidades relacionadas a abuso e maus tratos;
- Criar e Fortalecer os Centros de Referência em Atenção às crianças vitimizadas;
- Implementar as iniciativas dos Hospitais Amigos da Criança;
- Implementar o Núcleo de vigilância relacionado ao tema morbimortalidade na infância por causas externas e morbidades relacionadas a abusos e maus tratos;

- Fortalecimento do transporte inter-hospitalar de qualidade relacionada a gestantes, recém nascidos e crianças graves;
- Implementar a vigilância e assistência diferenciada a gestantes e puérperas em situação de risco (idade 10 a 14 anos, sem escolaridade etc);
- Reestruturar a vigilância à criança de risco para o óbito em menores de 1 (um) ano, garantindo o acompanhamento das crianças de risco (Projeto Cidadão);
- Implementação do Projeto Nascer;
- Melhorar as estruturas das maternidades e hospitais pediátricos para o acolhimento do acompanhante;
- Ampliar a notificação de casos de abuso sexual e maus tratos em crianças e adolescentes;
- Desenvolver ações educativas e de prevenção de acidentes e violência em parceria com os Conselhos Tutelares;
- Garantir às crianças de 1 a 5 anos acompanhamento nas Unidades de Saúde da Família semestral de qualidade;
- Implantar o Programa Saúde na Escola (PSE);
- Garantir que toda criança nascida no Recife saia da maternidade com cartão da criança e vacina em dia;
- Manter e ampliar a emissão de certidões de nascimento na Maternidade Bandeira Filho;
- Implementar iniciativas como Hospital Amigo da Criança no Hospital Pediátrico Maria Cravo Gama e Maternidade Bandeira Filho;
- Implementar o Programa Municipal de Promoção do Aleitamento Materno através do Banco de Leite Humano, centrais de coleta, hospitais e unidades básicas Amigas da Criança;
- Fortalecimento das visitas domiciliares da equipe de saúde da família para incentivo à prática de aleitamento incluindo os terreiros de religiões da matriz africana, entre outras atividades;
- Fortalecer o incentivo ao aleitamento materno exclusivo e manter as atividades do Banco de Leite Humano, localizado na Maternidade Bandeira Filho;
- Garantir a utilização do cartão espelho nas equipes de Saúde da Família para adequado acompanhamento do desenvolvimento das crianças.

2.1.2 Implementação das Ações da Política de Atenção à Saúde do Adolescente

No âmbito da saúde, atualmente, os adolescentes também são atendidos no “fluxo” geral do SUS, sendo poucos os serviços que lhes oferecem atenção diferenciada e resolutiva, considerando as características biopsicossociais específicas desta faixa etária. Os avanços determinados pelo SUS e o que determina a legislação de saúde ainda não alcançaram de forma efetiva essa parcela populacional.

A Coordenação de Saúde do Adolescente vem desenvolvendo um conjunto de ações objetivando reduzir as iniquidades na distribuição dos riscos de adoecimento e morte desta população e neste sentido tem investido na mudança do modelo de atenção à saúde com a rápida incorporação de Unidades Saúde da Família e a complexificação da assistência na rede sob gestão municipal para que esta população tenha uma atenção resolutiva e de qualidade, além de desenvolver estratégias de qualificação, como a elaboração de protocolo clínico e linhas de cuidados de atenção a saúde do adolescente, para atenção básica; e

o fortalecimento das ações sobre saúde integral nas temáticas relativas à promoção da equidade de gênero, saúde e direitos sexuais e reprodutivos, prevenção de DSTs/HIV/AIDS/HEPATITES, álcool e outras drogas, paternidade e violência de gênero com os adolescentes.

Objetivo geral para o período: Promover a atenção integral à saúde de adolescentes e consolidar o olhar do cuidado na rede de saúde, em relação às especificidades dos adolescentes, visando à promoção de saúde, à prevenção de agravos e à redução da morbimortalidade.

Quadro 16

Programação das Ações/Metas da Política de Atenção à Saúde do Adolescente. Recife, 2010 a 2013.

AÇÕES/METAS	Situação em 2009	Meta Final	Meta 2010	Meta 2011	Meta 2012	Meta 2013
Percentual de Unidades com Atendimento qualificado ao adolescente	-	100%	30%	60%	90%	100%
Nº de USF trabalhando com de adolescente nas temáticas de promoção da equidade de gênero, saúde e direitos sexuais e reprodutivos.	-	112 USF	30%	60%	90%	100%

OUTRAS AÇÕES

- Implantação da Política de Saúde para os Adolescentes, com utilização da caderneta de saúde do adolescente e garantia de atenção ginecológica;
- Capacitação dos profissionais da rede para acolher as demandas dos jovens e adolescentes;
- Reduzir taxas de mortalidade de adolescentes por causas externas ao patamar de 97,3/100 mil habitantes;
- Reduzir a proporção de adolescentes Grávidas a patamares menores que <20%; (Ação PPA 3647);
- Implementação, fortalecimento e garantia da manutenção de todos os grupos de adolescentes já existentes nas Unidades de Saúde e na comunidade, inclusive AESA (Adolescentes Educadores em Saúde), que estão trabalhando Educação Popular em Saúde em todos os Distritos de saúde;
- Implementação do Projeto Trabalhando com Homens Jovens, que desenvolve ações que envolvem homens e homens jovens nas comunidades, em todos os distritos;
- Incentivo às parcerias com os programas SPE, PSE, universidades e ONG;
- Adequação da estrutura física, dos equipamentos e insumos (estrutura hospitalar) na média complexidade, para a assistência ao adolescente;
- Ampliação e garantia do número de exames e de especialidades específicos para crianças e adolescentes (neuropediatria, cardiopediatria, psiquiatria infantil, etc);
- Melhoria da assistência às adolescentes grávidas nas maternidades e garantia da atenção diferenciada aos recém-nascidos de mães adolescentes;
- Estímulo aos fóruns das microrregiões e outros colegiados, para discutir a política de saúde do adolescente;
- Realização anual da Feira de Saúde do Adolescente, envolvendo os adolescentes.

3. Consolidação e Aperfeiçoamento da Atenção à Média e Alta Complexidade

Na média e alta complexidade, propõe-se a melhoria da oferta da Rede Complementar e o fortalecimento do processo de descentralização dos serviços de saúde, buscando garantir a consolidação de um modelo de atenção à saúde com clínica ampliada, acolhimento e co-gestão.

Desta forma, será possível potencializar as ações de saúde nos territórios, incluindo a oferta de diagnóstico laboratorial, considerando risco e vulnerabilidade de grupos e sujeito, e ainda articular a atenção especializada à vigilância em saúde, com a disponibilidade do diagnóstico laboratorial aos agravos e doenças de notificação compulsória. Além disso, outra importante linha de ação será a qualificação dos encaminhamentos (protocolos de acesso da média complexidade - consultas e exames) e a elaboração de um plano de referência com ordenamento de fluxos distritais e interdistritais.

Objetivo geral para o período: Consolidar e aperfeiçoar o modelo assistencial de atenção à saúde de média e alta complexidade, contribuindo com a resolutividade e qualificação da rede na produção de saúde.

3.1 Melhoria e Expansão da Rede de Saúde Especializada

3.1.1 Ampliação e Qualificação dos Serviços do Laboratório Municipal de Saúde

O Laboratório Municipal de Saúde Pública - LMSP, no intuito de fortalecer a vigilância em saúde com a disponibilidade do diagnóstico laboratorial aos agravos e doenças de notificação compulsória e de análises laboratoriais da qualidade de produtos e do meio ambiente, tem feito todo um esforço de melhoria da infraestrutura e pretende desenvolver as seguintes estratégias:

- Implantar classificação de risco para processamento do exame e liberação de resultados priorizando as Doenças de Notificação Compulsória Programas de Atenção Básica e Evento, qualificando a Rede própria de Laboratórios 24 horas para o suporte laboratorial na Rede básica de casos agudos e de maior risco e vulnerabilidade, e estabelecendo um Programa de Controle de qualidade externa no LMSP, e em especial de Saneantes Domissanitários no serviço de bromatologia do LMSP.

- Capacitar profissionais da Rede em atividade de recepção e coleta de patologia clínica, realizar Curso Básico de Vigilância Epidemiológica e Curso de Atualização em Saúde Pública.

Objetivo geral para o período: Contribuir com a resolutividade e qualificação da rede na produção de saúde, potencializando as ações de saúde nos territórios com a oferta de diagnóstico laboratorial, prioritariamente para os programas de saúde estruturados na rede básica, considerando risco e vulnerabilidade de grupos e sujeito.

Quadro 17

Programação das Ações/Metas de Qualificação do Laboratório Municipal de Saúde.
Recife, 2010 a 2013.

AÇÕES/METAS	Situação em 2009	Meta Final	Meta 2010	Meta 2011	Meta 2012	Meta 2013
Percentual de informatização do laboratório		100%	50%	100%	100%	100%

OUTRAS AÇÕES

- Ampliar a capacidade do laboratório municipal, garantindo que os resultados sejam recebidos, em tempo hábil, considerando o tipo de exame solicitado, e ampliar os convênios com os laboratórios e serviços do apoio ao diagnóstico;
- Adequar as cotas de exames, fortalecendo a organização da rede (fluxo, referências);
- Estruturar, na Policlínica Amaury Coutinho, o laboratório 24 horas dessa unidade, com a ampliação e qualificação do mesmo para a melhoria da cobertura de diagnóstico laboratorial do SPA e dos casos agudos da AB do DS II;
- Desenvolver estudos para análise de necessidade de ampliação e/ou ajuste dos quantitativos de exames disponíveis, bem como análise de ampliação e qualificação da rede laboratorial;
- Estruturar, no Laboratório Municipal de Saúde Pública (LMSP), os setores técnicos de bioquímica, hormônio e imunologia para ampliar o diagnóstico e a resolutividade nessa área, através da integração desses setores, com requalificação dos mesmos na área tecnológica, física e em recursos humanos;
- Ampliar a oferta de patologia clínica com prioridade aos programas-eixo da atenção básica e do Pacto pela Saúde (mulher, criança, idoso, homem, Tuberculose, hanseníase, filariose, DST/HIV/Aids/hepatite), com a garantia da entrega dos resultados com prazo de 15 dias para exames de rotina e 30 dias para exames especiais;
- Incentivar o preenchimento do quesito raça/cor, especialmente nas fichas de laboratório, e ampliar a solicitação do exame de eletroforese da hemoglobina;
- Criar intersetorialmente fluxo de referência para exames de maior complexidade que não tenham cobertura do SUS.

3.1.2 Ampliação e Qualificação de Outros Serviços de Média e Alta Complexidade

A gestão e aprimoramento dos serviços de média e alta complexidade representam um grande desafio ao desenvolvimento do SUS municipal, pela histórica grande concentração de serviços no governo estadual e conseqüente baixa governabilidade municipal. Por isso, uma ação fundamental para o próximo período será a discussão, com a Secretaria Estadual de Saúde, do processo de municipalização de serviços especializados estaduais no território de Recife, com a participação do Controle Social no debate quanto a localização, gestão, gerência e modelo de gestão. Além disso, será necessário:

- Aumento do número de especialidades da rede de forma equânime priorizando a expansão das especialidades com maior déficit e garantindo ao usuário consultas a especialistas de acordo com a sua gravidade;
- Aprimoramento da contratualização com a rede filantrópica, garantindo o acesso, com qualidade, da população aos serviços prestados, em especial da Fundação Martiniano Fernandes e Clínica de Serviço de Análises Clínicas e de imagem;
- Qualificação da Rede Municipal de Atenção às Urgências e Emergências, incluindo a implantação do dispositivo de acolhimento com Classificação de Risco em todos os Serviços de Pronto Atendimento. Incluindo as diretrizes do modelo Em Defesa da Vida, como acolhimento com classificação de risco e apoio matricial nos serviços de média complexidade, garantindo agendamento em um limite máximo de 60 dias.

Quadro 18

Programação das Ações de Ampliação e Qualificação de Serviços de Média e Alta Complexidade. Recife, 2010 a 2013.

AÇÕES/METAS	Situação em 2009	Meta Final	Meta 2010	Meta 2011	Meta 2012	Meta 2013
Leitos Obstétricos da Maternidade Bandeira Filho reativados	29	19	-	-	19	-
Unidade de Referência em Saúde da Pessoa Idosa	-	1	-	1	-	-
Serviço de Assistência à Internação Domiciliar - SAD	-	16	8	8	-	-

OUTRAS AÇÕES

- Reestruturar e implantar o dispositivo com a contra-referência para Atenção Básica para acompanhamento de Acolhimento com classificação de risco em todas as 06 Unidades de Emergência;
- Disponibilizar Raio X nas Policlínicas;
- Reestruturar 04 unidades da Rede Pré-Hospitalar e Unidades Hospitalares em 04 anos;
- Implementar o Programa de Reabilitação Visual (Saúde Ocular na escola) através do Programa da Saúde do Escolar - PSE;
- Implantar o Projeto Piloto de Assistência em Oxigênoterapia Domiciliar;
- Implantar o Projeto Piloto para Assistência em Reabilitação Domiciliar;
- Reestruturar o Centro de Saúde Aristarco de Azevedo, como referência para a 6.2, com especialistas;
- Habilitação da Unidade Vereador Romildo Gomes (Geraldão) e Sebastião Ivo Rabelo em Policlínica, com inclusão de atendimento em Terapias Alternativas (Acupuntura, Homeopatia, Fitoterapia etc);
- Implantar salas de curativos e nebulização adequadas para adultos e crianças com ponto de ar comprimido e oxigênio em todas as Policlínicas, com prioridade para o Cravo Gama, Gouveia de Barros e Clementino Fraga;
- Definir um modelo de atenção para pessoas com hepatite;
- Inclusão de atendimento em Terapias Alternativas (Acupuntura, Homeopatia, Fitoterapia, etc) nos centros de especialidades;
- Implantar a Gestão de Leitos e novo modelo de Gestão em 03 maternidades;
- Reestruturar as atividades do Banco de Olhos para transplantes de córnea, e desenvolver campanhas de doação.

3.1.3 Fortalecimento da Assistência Pré-hospitalar (SAMU)

O SAMU 192 Recife, estratégia de atenção pré-hospitalar extremamente exitosa, que se tornou uma política nacional, é hoje, uma estrutura metropolitana, e, portanto, Recife vem exercendo uma articulação

e coordenação metropolitana que tornou bastante complexo o aprimoramento do serviço, em função da permanente necessidade de negociação. Isto não inviabiliza o desenvolvimento de ações municipais para esse aprimoramento, focadas essencialmente na capacitação dos profissionais (médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem) do SAMU e Policlínicas para melhoria do atendimento da assistência aos pacientes nas urgências, incluindo a sensibilização para a atuação do SAMU 192 nas intervenções dos casos graves de transtorno mental e transtorno em decorrência do uso de drogas lícitas e ilícitas, como retaguarda da atenção.

Objetivo geral para o período: Consolidar e ampliar a frota do SAMU Recife e Metropolitano, capacitando os profissionais para a qualificação do atendimento.

Quadro 19

Programação das Ações de Fortalecimento da Assistência Pré-hospitalar (SAMU).
Recife, 2010 a 2013.

AÇÕES/METAS	Situação em 2009	Meta Final	Meta 2010	Meta 2011	Meta 2012	Meta 2013
Estruturação das Bases distritais do SAMU já existentes	2	2	2	2	2	2
Implantação de novas Bases distritais do SAMU	2	6	0	1	1	2
Implantação do Projeto SAMU em escolas	0	72	24	24	12	12
Ampliação do número de ambulâncias	15	30	6	9	0	0

OUTRAS AÇÕES

- Pactuação com a SES da integração da regulação de leitos, Corpo de Bombeiros Militar de Pernambuco e o SAMU;
- Implantação de um Comitê de Urgência e Emergência no Recife;
- Fomento da discussão sobre o regime de resgate Aeromédico para as 24 horas;
- Elaboração de campanhas educativas sobre a função do SAMU e melhoria do atendimento (linguagem) dos atendentes em relação ao usuário;
- Negociação, com o Ministério da Saúde, da ampliação da frota e do número de motolâncias, além da renovação da frota em funcionamento.

4. Desenvolvimento da Assistência Farmacêutica

O Programa Farmácia da Família foi implantado pela Secretaria de Saúde do Recife em 2005, em convênio com o Ministério da Saúde. O programa segue o princípio da territorialização, atendendo uma população alvo em torno de 30.000 a 60.000 habitantes, computando-se um atendimento médio de 10 a 20% desta população/mês e atendendo prescrições de 300 a 800 pacientes/dia, em cada Farmácia da Família.

Para a viabilização dessa nova lógica de dispensação de medicamentos foi implantado um sistema informatizado para Controle das Dispensações e Custeio da Assistência Farmacêutica (SCDCAF), que integra todos os Programas de Saúde numa só base de dados, permitindo o gerenciamento pelo gestor de custeio, de dados epidemiológicos, e a avaliação dos programas. Para isso, faz-se necessária a sua ampliação com novas unidades distribuídas com base na população dos distritos sanitários e microrregiões, com distância máxima de 2 KM entre a unidade de Farmácia da Família e as unidades de atenção básica.

Este sistema deu origem ao HÓRUS (Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica), do Ministério da Saúde, que visa qualificar a gestão da assistência farmacêutica e proporcionar a ampliação do acesso da população aos medicamentos essenciais. O município do Recife está participando desse processo, de implantação do Hórus, como piloto.

Objetivo geral para o período: Garantir o acesso ao medicamento através do aprimoramento gerencial, alcançando a meta de implantação de 50 Núcleos da Farmácia da Família, e a informatização das unidades não incluídas na Farmácia da Família, inclusive as farmácias distritais.

4.1 Desenvolvimento da Política de Assistência Farmacêutica

4.1.1 Aprimoramento das Estratégias da Assistência Farmacêutica na Rede Municipal

Além da viabilização da estratégia do Farmácia da Família, o desenvolvimento da assistência farmacêutica demanda a garantia de aprimoramento dos fluxos internos de trabalho e de articulação entre a rede, garantindo, entre outras coisas: que os protocolos do Ministério da Saúde sejam respeitados; que o funcionamento das Farmácias se dê no horário de funcionamento das unidades de saúde; que seja criada a carreira do profissional de nível médio na assistência farmacêutica (9a CMS); e a normatização local das atividades da assistência farmacêutica.

Também é estratégica a capacitação dos profissionais dos distritos sanitários para as ações de descentralização da dispensação dos medicamentos, incluindo os homeopáticos, e a implantação dos fitoterápicos que serão adquiridos no mercado ou em convênios com municípios ou entidades públicas. O elenco de fitoterápicos será definido com base na RENAME (Relação Nacional de Medicamentos Essenciais), considerando a necessidade da rede.

Quadro 20

Programação das Ações de Aprimoramento da Assistência Farmacêutica. Recife, 2010 a 2013.

AÇÕES/METAS	Situação em 2009	Meta Final	Meta 2010	Meta 2011	Meta 2012	Meta 2013
Implantação de novos núcleos de Farmácia da Família	08	42	10	12	12	08
Informatização das Farmácias já existentes na rede	-	18	6	6	6	-

OUTRAS AÇÕES

- Implantação de uma política de Fitoterápicos na Rede de Saúde;
- Implantação da Assistência Farmacêutica nos SPA (Hospital Infantil, Policlínicas e Maternidade) nos sábados, domingos e feriados, inclusive em período noturno;
- Ampliação do atendimento em homeopatia na rede de saúde;
- Implantação da assistência farmacêutica vinculada aos CAPS e residência terapêutica, utilizando o Núcleo de Apoio ao Saúde da Família (NASF) de forma pactuada entre a gestão, Conselho Regional de Farmácia e Vigilância Sanitária em função da Lei 5591/73 e portaria MS 344/98;
- Incentivo ao uso da homeopatia na rede de atenção básica e garantia da busca em tempo hábil e da logística adequada para os medicamentos homeopáticos, descentralizando as ações de dispensação de medicamentos homeopáticos;
- Reforma da Central de Abastecimento Farmacêutico para adequá-la às boas práticas de estocagem e distribuição;
- Garantia do recebimento das receitas médicas originadas de outros serviços conveniados à rede SUS municipal, com base na padronização do município e no elenco pactuado na portaria GM/2982 DE 26/11/09;
- Garantia da dispensação dos insumos de prevenção de DST/Aids em todas as Equipes de Saúde da Família;
- Regulamentação das atividades de Assistência Farmacêutica no Município, através de publicação de portarias de regulamentação da Comissão de Farmácia e Terapêutica, das Normas Técnicas de Prescrição e Dispensação, Portaria que normatiza o fluxo e dispensação de talidomida no âmbito da PCR/SS, e do Decreto de criação da Farmácia da Família;
- Garantir a oferta de medicamentos com base no uso racional do medicamento;
- Implantar a Assistência Farmacêutica aos sábados, domingos e feriados, inclusive em período noturno, nos Serviços de Pronto Atendimento (Hospital Infantil, Policlínicas e Maternidades).

4.2 Manutenção do Adequado Suprimento da Rede

AÇÕES

- Garantia do Funcionamento da Farmácia Popular do Brasil;
- Promoção da dispensação dos Medicamentos da Farmácia Básica;
- Manutenção da oferta de insumos farmacêuticos, medicamentos, material médico hospitalar, material odontológico e material utilizado no Laboratório de saúde pública, na rede de saúde;
- Garantia da manutenção de forma regular do suprimento de remédios nas farmácias em toda a rede de saúde.

5. Consolidação e Aperfeiçoamento do Modelo de Vigilância à Saúde

A Prefeitura do Recife vem desenvolvendo estratégias criativas, para o fortalecimento da intersectorialidade nas ações de controle das doenças transmissíveis e da articulação entre nível central e distritos sanitários para o controle da hanseníase e tuberculose. Essas estratégias têm contribuído para a ampliação da visibilidade da política entre os profissionais da rede.

Contudo, ainda é necessário fortalecer as ações de planejamento integrado com todas as políticas, a fim de articular as ações por microrregião e por Distrito, buscando a modernização da infraestrutura dos setores da Secretaria de Saúde e a continuação do processo de construção de sistemas em colaboração com as áreas técnicas de políticas estratégicas.

Os principais desafios postos para o próximo período envolvem a implementação de ações de vigilância à saúde até o nível local (Equipe de Saúde da Família); a qualificação dos profissionais de forma sistemática; e o enfrentamento do debate quanto à política de atenção à saúde do trabalhador, buscando a promoção da integração da vigilância em saúde do trabalhador com a vigilância epidemiológica, sanitária e ambiental. Além disso, será necessária a criação de uma unidade plantonista na DGVS, a Unidade de Resposta Rápida - URR, que permita prontidão e intervenções mais rápidas em momentos críticos.

Objetivo geral para o período: Reduzir a morbimortalidade decorrente das doenças e agravos prevalentes e privilegiar a intensificação de ações coletivas de caráter preventivo.

5.1 Controle de Doenças e Agravos

5.1.1 Implementação do Enfrentamento à Tuberculose

Para enfrentamento deste importante problema de saúde pública, o município propõe para o próximo período a manutenção da atuação em três grandes eixos de ação:

1. O monitoramento dos indicadores gerais e, em especial, das principais causas de abandono do tratamento;
2. A melhoria do acesso da população à informação e ao tratamento, incluindo agilidade no diagnóstico, acesso ao medicamento e abordagem personalizada e humanizada do indivíduo;
3. Ampliar a atuação com as diversas interfaces da política, especialmente as de DST/Aids, saúde mental (redução de danos, CAPS e hospitais psiquiátricos), assistência farmacêutica, laboratório, e IASC (Instituto de Assistência Social e Cidadania). Também será necessário o fortalecimento de parcerias com a Secretaria Estadual de Saúde, Fundo Global, Organização Panamericana de Saúde - OPAS, Conselhos municipal e distritais, sociedade civil, SERES (Secretaria de Ressocialização/SDS), universidades/centros de pesquisa, e outras que sejam necessárias.

Objetivo geral para o período: Reduzir a morbimortalidade por tuberculose no município de Recife.

Quadro 21

Programação das Ações/Metas para Enfrentamento à Tuberculose. Recife, 2010 a 2013.

AÇÕES/METAS	Situação em 2009	Meta Final	Meta 2010	Meta 2011	Meta 2012	Meta 2013
Ampliação da proporção de casos de tuberculose pulmonar positivo com tratamento supervisionado		100%	80%	80%	100%	100%
Ampliação a proporção de cura de casos novos de tuberculose	65,84%	85%	70%	75%	80%	85%
Redução o abandono do tratamento	14,0%	<5%	12,5%	10,5%	7,5%	5,0%
Ampliação dos exames de contatos	33,5%	100%	40%	60%	80%	100%

OUTRAS AÇÕES

- Fortalecimento/manutenção do grupo de apoio à pessoa com TB;
- Garantia do acesso aos CAPS -AD dos usuários de álcool, fumo e outras drogas com a co-morbidade;
- Discussão de estratégias intersetoriais para a garantia do fornecimento da cesta básica;
- Implementação das ações de busca ativa (diagnóstico) e tratamento dos casos de tuberculose;
- Implementação e ampliação para 100% do tratamento supervisionado TS/DOTS para todos os casos de tuberculose pulmonar positiva;
- Oferta e garantia da testagem para o HIV para 100% dos pacientes com diagnóstico de tuberculose;
- Ampliação de ações de mobilização social e de educação em saúde com objetivo de diminuir o estigma e preconceito da doença;
- Capacitação de todos profissionais da atenção básica sobre o novo esquema de tratamento da tuberculose.

5.1.2 Consolidação das Ações de Controle em DST/Aids

Para a contenção da expansão dos casos de DST/HIV/Aids, o preservativo é ainda o principal insumo existente. Em 2008, foram 5,3 milhões de preservativos distribuídos através da secretaria municipal de saúde, enquanto que no ano de 2009 esse quantitativo foi de 6 milhões. Estimular a adesão ao uso, facilitar e ampliar seu acesso é uma estratégia eficaz para prevenir novas infecções pelo HIV.

Além disso, o município vem desenvolvendo ações para este controle e redução, que incluem:

1. Ampliar o acesso ao exame;
2. Desenvolver ações educativas e de orientação ao sexo seguro de forma diferenciada com diferentes públicos, e sempre que possível, incorporando parceiros entre comunidade, ONGs e outras;
3. Melhorar a estrutura dos serviços de estudo, prevenção e cuidado: o Serviço de Atenção Especializada - SAE, e Centro de Testagem e Acompanhamento - CTA.

Objetivo geral para o período: Prevenir e controlar as DST/Aids no Recife e promover a me-

lhoria da qualidade de vida com assistência adequada à saúde das pessoas soropositivas ao HIV residentes no município.

Quadro 22

Programação das Ações de Controle em DST/Aids. Recife, 2010 a 2013.

AÇÕES/METAS	Situação em 2009	Meta Final	Meta 2010	Meta 2011	Meta 2012	Meta 2013
Ampliação do número de testes Anti-HIV	16.200 exames/mês	42%	5%	7%	10%	15%
Digitalização dos prontuários do SAE	-	100%	10%	50%	80%	100%
Ampliação do fornecimento de insumos de prevenção	6 milhões de preservativos	35%	6%	5%	10%	10%
Ampliação do fornecimento de insumos de prevenção	6 mil	27%	5%	5%	5%	10%

OUTRAS AÇÕES

- Implantação de um protocolo de risco biológico para os trabalhadores expostos ao risco;
- Requalificação do CTA - Centro de Testagem e Acompanhamento em DST e Aids - para realização de estudos e pesquisas e maior atuação comunitária;
- Ampliação das ações de testagem para o HIV em usuários com diagnóstico de tuberculose;
- Ampliação do número de testes Anti-HIV, incluindo a realização dos 50% dos testes rápidos na rede com a garantia de aconselhamento de pré-teste e pós-teste;
- Implementação de ações de prevenção e controle ao HIV e Aids em populações vulneráveis (gays, travestis, profissionais do sexo e moradores de rua), bem como dirigidas a adolescentes, mulheres e pessoas acima de 50 anos;
- Consolidação das ações junto à Coordenação da Saúde da Mulher e do Homem para a redução gradual da Sífilis Congênita, até 2013, na cidade do Recife.

5.1.3 Implementação do Enfrentamento à Filariose

Recife, ao longo dos últimos 9 anos, foi inovador na elaboração de estratégias de redução da prevalência e erradicação da filariose, com a implantação do Tratamento Coletivo e ampliação da cobertura do PSF nas áreas de tratamento. Para isso, estabeleceu importantes parcerias com a OPAS, o Ministério da Saúde e o Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães - FIOCRUZ.

Contudo, a filariose permanece sendo um importante problema de saúde pública na região metropolitana, em especial nos municípios de Recife, Olinda e Jaboatão dos Guararapes, o que demanda a persistência e fortalecimento das estratégias adotadas.

Objetivo geral para o período: Eliminar a filariose como problema de saúde pública no município de Recife.

Quadro 23

Programação das Ações de Enfrentamento da Filariose. Recife, 2010 a 2013.

AÇÕES/METAS	Situação em 2009	Meta Final	Meta 2010	Meta 2011	Meta 2012	Meta 2013
Garantir o percentual de cobertura de tratamento coletivo em áreas de risco	84%	>=80%	>80%	>80%	>80%	>80%
Redução do índice de positividade	0.06%	0.02%	0.05%	0.04%	0.03%	0.02%

OUTRAS AÇÕES

- Avaliação do território com a finalidade de avaliar a necessidade de ampliação da cobertura do tratamento;
- Estimulo à adesão da população ao tratamento, através de ações educativas nas USF e polos de coleta;
- Redução da prevalência de Filariose;
- Garantia da busca ativa dos casos da Filariose em todas as microrregiões do município;
- Aquisição do Card Test junto ao Ministério da Saúde;
- Ampliação das áreas para o tratamento coletivo na micro 2.3 e áreas do DSIII, garantindo cobertura de 80% das áreas elegíveis.

5.1.4 Implementação do Enfrentamento à Hanseníase

A hanseníase é um importante problema de saúde pública para a cidade do Recife, pela sua alta magnitude, concentrando 40% dos casos da Região Metropolitana, apresentando um coeficiente de detecção de mais de 40 casos por 100 mil habitantes, classificando o município como hiperendêmico. A Secretaria de Saúde vem desenvolvendo esforços para controlar essa endemia com o desenvolvimento de ações em três linhas estratégicas:

- 1) Organização, manutenção e ampliação da rede de assistência ao usuário com hanseníase: implantação do critério de risco para acesso aos serviços especializados; implementação de ações de reabilitação aos sequelados nos serviços de reabilitação do município; reativação da sapataria ortopédica da Policlínica Lessa de Andrade com provimento de insumos e recursos humanos; atendimento aos usuários com hanseníase.**
- 2) Mobilização da sociedade para enfrentamento da hanseníase: Incremento das ações de educação em saúde com objetivo de diminuir o estigma e preconceito da doença através de ações educativas nas escolas, campanhas, palestras, etc..**
- 3) Melhoria dos indicadores epidemiológicos e operacionais: descoberta de casos novos; incremento do exame de contactantes; monitoramento da variação dos percentuais de cura e abandono; atualização do banco de dados do SINAN.**

Objetivo geral para o período: Fortalecer a Vigilância de Contatos de casos novos de hanseníase no município para interrupção da transmissão.

Quadro 24

Programação das Ações/Metas de Enfrentamento da Hanseníase. Recife, 2010 a 2013.

AÇÕES/METAS	Situação em 2009	Meta Final	Meta 2010	Meta 2011	Meta 2012	Meta 2013
Ampliação da proporção de cura de casos novos diagnosticados na coorte	66,3%	90%	70%	80%	90%	90%
Ampliação da proporção de contatos examinados em menores de 15 anos	33%	100%	50%	70%	90%	100%
Garantia de exame clínico dos contatos domiciliares	21,2%	80%	50%	60%	70%	80%
Redução do Abandono do tratamento	7,4%	<10%	<10%	<10%	<10%	<10%

OUTRAS AÇÕES

- Conscientização dos profissionais da Atenção Básica para a importância da suspeita dos sintomáticos dermatoneurológicos;
- Confecção de material educativo para divulgação de sinais, sintomas e tratamento da hanseníase;
- Implantação da sala de curativos na Policlínica Clementino Fraga;
- Implantação do critério de risco no atendimento aos usuários com hanseníase;
- Garantia do acesso ao tratamento das incapacidades associadas e à reabilitação física das pessoas sequeladas pela hanseníase nos serviços de reabilitação no município;
- Estabelecer o fluxo de acesso dos pacientes de hanseníase nos serviços especializados.

5.1.5 Implementação de Ações de Vigilância Epidemiológica

A gestão da Secretaria do Recife incorporou a Vigilância das doenças e dos agravos não transmissíveis ao objeto de trabalho da vigilância à saúde. Para isso, criou uma área específica que coleta processa e consolida as informações referentes à mortalidade e à morbidade das DANTS. As informações são utilizadas para atividades de monitoramento de doenças e agravos não transmissíveis, identificando grupos populacionais mais vulneráveis. Isso possibilita o direcionamento de ações de prevenção para doenças cardiovasculares, neoplasias, intoxicações exógenas e acidentes e violência.

A Vigilância Epidemiológica também desenvolve ações de monitoramento e análise da situação de saúde em relação a agravos transmissíveis, imunopreveníveis, de transmissão hídrica e de transmissão vetorial, e ainda dos agravos não transmissíveis, crônicos e por causas externas, suprindo os bancos de dados oficiais do Ministério da Saúde, Secretaria Estadual e Municipal, além de desenvolver estudos analíticos para subsídio da gestão na condução das intervenções sobre estes agravos.

Nesse sentido, precisará desenvolver supervisão junto às equipes que preenchem os instrumentos do Sistema de Informação de Agravos de Notificação, implementação de supervisão e monitoramento sistemático do SINAN nos Distritos Sanitários, fortalecer as Ações de Vigilância sobre Agravos e Doenças Não Transmissíveis e a implementação do Núcleo de Vigilância Epidemiológica à violência do adolescente; e fazer isto garantindo a integração com a Assistência da Saúde, de forma a viabilizar a intervenção necessária também do ponto de vista do cuidado com o doente.

Além disso, deverá manter a avaliação e supervisão da Unidade Sentinela para Rotavírus e das unidades Sentinelas para Influenza, desenvolvendo, ainda, reuniões técnicas trimestrais com os Núcleos de Epidemiologia Hospitalares.

Objetivo geral para o período: Manter e desenvolver o escopo de atuação da Vigilância Epidemiológica de agravos transmissíveis e não transmissíveis.

Quadro 25

Programação das Ações de Vigilância Epidemiológica. Recife, 2010 a 2013.

AÇÕES/METAS	Situação em 2009	Meta Final	Meta 2010	Meta 2011	Meta 2012	Meta 2013
Garantia da investigação de dos óbitos das mulheres em idade fértil;	64,4%	80%	65%	70%	75%	80%
Ampliação do percentual de monitoramento de crianças de risco	42%	60%	45%	50%	55%	60%
Garantia da investigação dos óbitos de menores de 1 ano;	73,2%	75%	73,5%	74%	75%	75%
Publicação de análises anuais sobre a situação de saúde da população	2	8	2	2	2	2
Garantia do número de coleta das unidades sentinelas para influenza de acordo com o que preconiza o MS	80%	80%	80%	80%	80%	80%

OUTRAS AÇÕES

- Fortalecimento do Programa de Monitorização das Doenças Diarréicas Agudas - MDDA, em toda a rede, visando à detecção precoce de Surtos de Doenças Transmitidas por Alimentos;
- Discussão sobre a descentralização da entrada de dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação;
- Apresentação dos dados de Vigilância à Saúde, incluindo a saúde do trabalhador, aos Conselhos Distritais Municipal de Saúde, na periodicidade em que são publicados.

5.1.6 Fortalecimento das Ações de Prevenção de Acidentes e Violência

Reconhecendo a contribuição do grupo das causas externas, acidentes e violências no perfil da morbimortalidade da população jovem, o município do Recife vem, ao longo dos últimos anos, implantando ações diversas para enfrentamento do problema.

Com o apoio da proposta do Ministério da Saúde de implementação de Núcleos de Prevenção das Violências e Promoção da Saúde em âmbito local visando à redução da morbimortalidade por acidentes, violências e outras causas externas, foram propostas e implementadas importantes ações de promoção da saúde e qualidade de vida, estimulando a cultura da paz e da qualidade de vida em âmbito municipal, atuando em dois grandes eixos principais:

1. Ampliar e aprimorar a rede de prevenção aos acidentes e violências, promoção da saúde e proteção integral às pessoas em situação de violência doméstica e sexual, de acordo com o proposto no Projeto Viver Sem Violência, focado no monitoramento.

2. Implementar ações para reduzir a morbimortalidade por acidentes de trânsito no Recife, visando a promoção e prevenção da saúde dos usuários e a redução dos custos sociais da saúde e com assistência às vítimas destes acidentes.

Objetivo geral para o período: Implementar e aprimorar as ações de Vigilância, Prevenção e Controle de Acidentes e Violências e Promoção da Saúde, na perspectiva de fomentar um enfrentamento efetivo, interdisciplinar e intersetorial.

OUTRAS AÇÕES

- Fortalecimento da implementação do Núcleo de Vigilância Epidemiológica à violência do adolescente;
- Ampliação da notificação de casos de violência pelas unidades de saúde;
- Desenvolvimento de ações educativas e de prevenção de acidentes, e violência e ampliação da notificação de casos de abusos e maus tratos, com ênfase no abuso e maus tratos contra crianças;
- Garantia do maior apoio institucional e fortalecimento da Educação Popular em Saúde dos grupos AESA, IESA, e ESAM, qualificando as informações sobre os principais temas em saúde;
- Ampliação do monitoramento dos desdobramentos das notificações de violência interpessoal realizadas pelas unidades de saúde, relativas aos casos de crianças, adolescentes e idosos;
- Fomento à discussão intersetorial de prevenção da violência;
- Construção de um mapa de risco dos acidentes com moto no Recife, e discutir com empregadores e sindicatos as estratégias possíveis de prevenção de acidentes de moto;
- Ampliação das unidades notificadoras dos casos de intoxicação exógena;
- Fortalecimento do fluxo de informação entre Vigilância de DANTs e Saúde Mental, referente à a informação e à localização dos casos com tentativas de suicídio.

5.2 Desenvolvimento de Ações da Vigilância Sanitária

5.2.1 Consolidação e Aperfeiçoamento das Ações de Vigilância Sanitária

A Vigilância Sanitária (VISA) tem por objeto de atuação o controle e a regulação das atividades humanas que podem gerar risco à saúde, seja dos trabalhadores e consumidores envolvidos na ação, seja da população em geral. Em função disso, a VISA municipal desenvolve inspeções e normatiza a conduta do comércio, formal e informal, e da indústria. Nos últimos anos, a VISA tem ampliado seu escopo de atuação, de forma pactuada com a Secretaria Estadual de Saúde, mas também tem buscado consolidar localmente as suas atividades, através da descentralização para os distritos sanitários.

Para o período de 2010 a 2013, a VISA tem o intuito de ampliar sua capacidade de atuação, desenvolvendo o aperfeiçoamento técnico-científico dos seus profissionais. Além disso, pretende aprimorar seus recursos tecnológicos através da implantação de link para expansão da capacidade e velocidade de conexão de todo o sistema de informática do Prédio Julião Paulo, com a aquisição de rádio transmissor. Ainda como parte da expansão das ações, buscar-se-á aprofundar o processo de descentralização, capacitando inspetores para a implantação das práticas distritalizadas, incluindo também a implantação do Sistema da VISA de informação descentralizado nos distritos.

Como ações específicas que se pretende incorporar à rotina da VISA estão: a programação de rotina de inspeção para o controle dos produtos derivados do tabaco, monitorando o comércio de cigarros regularizados na ANVISA em estabelecimentos de interesse à saúde; e o desenvolvimento de ações de

educação sanitária para o controle dos produtos derivados do tabaco, realizando palestras em escolas particulares e municipais.

Objetivo geral para o período: Ampliar e descentralizar a atuação da VISA, aprimorando suas práticas de trabalho e apoio tecnológico.

Quadro 26

Programação das Metas de Implantação do Sistema de Informação da VISA nos Distritos Sanitários. Recife, 2010 a 2013.

AÇÕES/METAS	Situação em 2009	Meta Final	Meta 2010	Meta 2011	Meta 2012	Meta 2013
Implantação do Sistema de Informação da VISA, descentralizado nos distritos	0	3	0	1	1	1

OUTRAS AÇÕES

- Promoção de inspeções da vigilância sanitária em unidades de saúde municipais, semestralmente, com envio de cópia de relatório para o Conselho Municipal de Saúde via conselhos distritais;
- Manutenção de inspeções em unidades comerciais, pelo menos na média anual de inspeções;
- Manutenção das inspeções em Instituições de Longa Permanência para Idosos, pelo menos na média anual de 33 inspeções;
- Monitoramento da qualidade da água consumida nas escolas e creches municipais, realizando inspeção sanitária e coletando amostras de água para análise bromatológica, semestralmente, ou quando houver necessidade;
- Manutenção de forma atualizada dos cadastros dos estabelecimentos acompanhados pela VISA;
- Adequação da estrutura física e logística da VISA, compatível com as atividades e o quantitativo de técnicos, visando a distritalização das ações;
- Monitoramento da adequação das estruturas físicas dos consultórios das unidades de saúde, incluindo os odontológicos, dentro das normas de vigilância sanitária, visando também o aspecto da ergonomia;
- Fortalecimento da presença da VISA em estabelecimentos que funcionam apenas em horário noturno, a fim de promover ambientes livre do fumo, dentre outras atividades.

5.2.2 Desenvolvimento da Política de Vigilância e Assistência em Saúde do Trabalhador

O desenvolvimento de estratégias direcionadas à atenção ao trabalhador é hoje um dos grandes desafios do SUS. A informalidade de grande parcela dos trabalhadores e a precariedade de vínculos dificultam uma relação institucional para implementação deste cuidado por um lado; por outro afastam o trabalhador dos equipamentos públicos assistenciais, pois “não têm tempo para se cuidar”. O trabalhador é o usuário do SUS mais distante e cujos problemas “ocultos” passarão a ser cuidados na urgência e emergência ou na fila de transplantes.

Mudar essa realidade exige uma estratégia criativa e o compromisso da persistência e pactuação constante com os órgãos de controle e estruturas jurídicas de apoio aos trabalhadores.

Para isso, propõe-se atuar em 04 grandes linhas:

- 1.** Formação dos profissionais: Inclusão, no processo de formação permanente, da temática para instrumentalizar os profissionais para atuar no campo da saúde do trabalhador; incluindo oficinas para sensibilização dos profissionais, sobre qualidade de vida associada ao ambiente de trabalho, valorizando a humanização das relações interpessoais nas Unidades de Saúde.
- 2.** Ações de orientação da população sobre riscos ocupacionais: especialmente para redução de acidentes com motociclistas profissionais.
- 3.** Desenvolver a vigilância do ambiente de trabalho e de agravos provocados pelo trabalho: Implantação das Unidades Sentinela do Recife para notificações do SINAN-NET;
- 4.** A estruturação de serviços de saúde direcionados ao cuidado integral com a saúde do trabalhador, incluindo a garantia de exames e consultas especializadas.

Especificamente na rede municipal, buscar-se-á o investimento em melhorias de condições de trabalho, e o estímulo à supervisão das condições de trabalho dos servidores, bem como a garantia do fardamento e EPIs necessários, com a adequada reposição.

Objetivo geral para o período: Implementar e fortalecer a Política Municipal de Saúde do Trabalhador em Recife, em consonância com o modelo/matriz proposto pelo Ministério da Saúde e o Modelo de Atenção em Defesa da Vida.

Quadro 27

Programação das Ações da Política de Vigilância e Assistência em Saúde do Trabalhador.
Recife, 2010 a 2013.

AÇÕES/METAS	Situação em 2009	Meta Final	Meta 2010	Meta 2011	Meta 2012	Meta 2013
Ampliação do percentual de profissionais da atenção básica e das policlínicas com atualização em Saúde do Trabalhador	0,2%	40%	10%	10%	10%	10%

OUTRAS AÇÕES

- Descentralização das ações de saúde do trabalhador para os distritos sanitários;
 - Estruturação da sede própria do CEREST;
 - Ações de promoção à saúde do trabalhador/ Articular projeto para redução de acidentes com motociclistas profissionais e ciclistas;
 - Garantia da assistência integral à saúde do trabalhador/ ampliação das cotas de exames especializados;
 - Ações de vigilância em saúde do trabalhador - VISAT, transversal às ações da visa, por ramo de atividade, após capacitação em “intervenção educativa e ética de impacto” em VISAT (vigilância em saúde do trabalhador), dos técnicos do CEREST, da VISA e da vigilância ambiental;
 - Distritalização das ações de saúde do trabalhador vinculados ao Departamento de Vigilância à Saúde;
 - Promoção do adequado preenchimento da Ficha CAT para notificação de acidente de trabalho;
 - Realização de um estudo do perfil epidemiológico e construção do mapa de risco da saúde do trabalhador do município;
 - Descentralização das ações em saúde do trabalhador através da estruturação de policlínicas, serviços de pronto atendimento e unidades de saúde da família como unidades sentinela em saúde do trabalhador;
- Plano Municipal de Saúde 2010/2013*

- Implantação das notificações do SINAN-NET nas 06(seis) policlínicas;
- Monitoramento da rede de referência e contra-referência para diagnóstico, tratamento, reabilitação e reinserção social dos trabalhadores vítimas de agravos relacionados ao trabalho;
- Garantia da política de análise preliminar do risco (APR), bem como, medidas de controle e uso de Equipamentos de Proteção Individual (EPI) para os profissionais com a reposição periódica dos mesmos (mascaras, luvas, protetor solar, botas de segurança, avental, jaleco, etc), inclusive para o ASACE.

5.3 Desenvolvimento de Ações de Saúde Ambiental

5.3.1 Desenvolvimento da Educação Ambiental e o Controle de Riscos Ambientais

A política de saúde ambiental, desenvolvida pela Prefeitura tem por escopo de atuação o monitoramento de riscos ambientais, com intervenções integradas com outras áreas da prefeitura como a limpeza urbana e o saneamento; e ações de educação ambiental, âmbito em que o Recife foi pioneiro com a criação do Agente de Saúde Ambiental e Controle de Endemias, o ASACE, que visita os domicílios para acompanhamento e orientação dos moradores.

Nesse próximo período, a prefeitura propõe, para a vigilância ambiental:

- 1.** A estruturação da vigilância ambiental, qualificando a área física da vigilância ambiental do Distrito Sanitário e dos pontos de apoio nas unidades de saúde, bem como aprimorando o uso de mapas, territorializando a área a ser vistoriada pelo ASACE, além de estabelecer maior divulgação das atribuições dos ASACE e dos pontos de apoio.
- 2.** Ampliação da articulação com as secretarias de saneamento e meio ambiente para a ampliação e implementação do sistema de saneamento ambiental, e de ações integradas com Empresa de Manutenção e Limpeza Urbana - EMLURB, Secretaria de Saneamento - SESAN e Secretaria de Educação - SEDUC, garantindo a participação dos diversos atores no Fórum Distrital para fazer planejamento e avaliação de ações intersetoriais e promover articulação com PSF/ PACS.
- 3.** Melhorar e ampliar a informação sobre os problemas de saúde relacionados ao ambiente, com ampla divulgação à população, incluindo divulgação através de leitura em braile e trabalhos com escolares, desenvolvendo ações permanentes de Educação Ambiental e o Controle de Riscos Ambientais, em especial voltado para o destino do lixo (coleta seletiva), de forma integrada com Educação em Saúde com confecção de cartilha educativa, e utilização de equipamentos de áudio e vídeo.

Objetivo geral para o período: Consolidar a Política de Saúde Ambiental, ampliando e aprimorando seu escopo de atuação com vistas ao controle e redução de riscos ambientais e seus agravos decorrentes.

Quadro 28

Programação das Ações de Saúde Ambiental. Recife, 2010 a 2013.

AÇÕES/METAS	Situação em 2009	Meta Final	Meta 2010	Meta 2011	Meta 2012	Meta 2013
Manutenção e ampliação da cobertura do Programa de Saúde Ambiental - PSA	69%	100%	69%	72%	80%	100%

OUTRAS AÇÕES

- Ampliação do percentual de redução de casos de dengue em relação ao ano de 2008;
- Implantação de sedes adequadas e melhoria da estrutura dos pontos de apoio dos Agentes de Saúde Ambiental e Controle de Endemias (ASACE) nos distritos e unidades de saúde;
- Estimulo à posse responsável de animais;
- Implantação do controle populacional de cães e gatos, criando o cadastro de animais para castração e garantindo a divulgação do serviço;
- Garantia do uso do georreferenciamento nas áreas trabalhadas pelos ASACE;
- Garantia do material didático para os profissionais do PSA que promovem palestras educativas em escolas, centros de saúde e afins;
- Promoção de ações intersetoriais no controle de roedores em áreas de maior risco de contrair a leptospirose;
- Intensificação das ações de educação com a comunidade para a manutenção da limpeza dos canais;
- Garantia da disponibilidade de vacinação animal fora das campanhas, estabelecendo unidade de referência distrital;
- Estabelecer e garantir um quantitativo mínimo para os ASACES de 25 imóveis trabalhados para áreas planas e 17 imóveis trabalhados para áreas de difícil acesso.

6. Aprimoramento da Gestão do Sus

Objetivo geral: Consolidar os mecanismos de gestão participativa e implementar instrumentos de gestão do sistema de saúde, fortalecendo a participação dos diversos atores envolvidos no processo do trabalho, visando o aperfeiçoamento do uso de informações estratégicas na tomada de decisões, na valorização dos trabalhadores, no planejamento das ações e avaliação das políticas implantadas.

Objetivos específicos: Implementar o controle social na rede de serviços; Implementar os mecanismos internos de democratização da gestão; Implementar o complexo regulatório do sistema municipal de saúde, visando facilitar o acesso com qualidade às ações e serviços de saúde; Implantar o sistema municipal de informática e informações em saúde em consonância com as diretrizes nacionais.

6.1 Implementação do Controle Social na Gestão das Políticas de Saúde

A atual gestão tem como diretrizes de atuação do controle social a agregação da lógica do Apoio Institucional no processo de trabalho do Controle Social, fortalecendo a descentralização com discussão do controle social no cotidiano dos distritos, unidades e núcleos de gestão. Também é prioridade a articulação entre os conselhos das diversas políticas públicas municipais (saúde, educação e assistência social) e a inclusão da perspectiva do controle social e ouvidoria no sistema de avaliação.

6.1.1 Realização da Conferência Municipal de Saúde

A Conferência Municipal de Saúde é a instância máxima de debates e deliberações do SUS no município e sua organização, junto com o Conselho Municipal de Saúde, tem importância para a qualidade do SUS. Cabendo à gestão executar todas as propostas encaminhadas para que não fiquem apenas no papel

contribuindo para fortalecer a credibilidade deste fórum, promovendo assim a mobilização da comunidade.

Caberá ao Conselho Municipal de Saúde, o acompanhamento, através da programação anual e relatório de Gestão (trimestral e anual), das ações previstas no Plano Municipal de Saúde e das propostas do relatório final da 9ª Conferência.

Objetivo geral para o período: Garantir a realização da 10ª e 11ª Conferências Municipais de Saúde, de forma articulada com a sociedade.

Quadro 29

Programação da Realização das Conferências Municipais de Saúde. Recife, 2010 a 2013.

AÇÕES/METAS	Situação em 2009	Meta Final	Meta 2010	Meta 2011	Meta 2012	Meta 2013
Realização da Conferência Municipal de Saúde	-	2	0	1	0	1

OUTRAS AÇÕES

- Garantia do prazo máximo de 60 dias para publicação e divulgação do relatório da 9ª Conferência Municipal de Saúde;
- Acompanhamento da aplicação dos recursos destinados à realização das conferências;
- Realização das próximas pré-conferências de saúde em dias e horários a serem discutidos nos Conselhos de Unidade, distritais e municipal;
- Garantia de que nas próximas Conferências de Saúde só possa se candidatar ao conselho municipal quem participar no mínimo de 75% dos grupos de trabalho, em todos os níveis (micro, distrital e municipal);
- Reorganização do processo das Plenárias Microrregionais, Conferência Distrital e Municipal, de forma a destinar mais tempo para discussão das propostas;
- Criação de mecanismo de divulgação, através dos Conselhos Distritais e de Unidades, realizando oficinas e palestras, em locais como: escolas, igrejas, e associação de moradores, seis meses antes das pré-conferências;
- Garantia da prestação de contas dos recursos destinados às Conferências e publicação dos resultados.

6.1.2 Ampliação e Manutenção do Número de Conselhos: Conselho Municipal de Saúde, os 06 Conselhos Distritais e Conselhos de Unidade de Saúde

A manutenção e o aprimoramento dos espaços de controle social demandam quatro linhas estratégicas de atuação:

- a) Internamente à gestão, garantir a capacitação permanente de gestores, trabalhadores e usuários para o controle social;
- b) Externamente à gestão, garantir que a atuação do conselho seja divulgada na comunidade e

que sejam criados espaços de debate com a população, incluindo o desenvolvimento do jornal do Conselho, com as informações do SUS para o exercício do controle social;

c) A garantia da infraestrutura adequada à atuação dos Conselhos Municipal e Distritais

d) A busca da atuação ampla do conselho, atuando no processo de construção das políticas de forma intersetorial, integrando as ações em rede, além de participar dos eventos relacionados às políticas de saúde e suas interfaces promovidas diversas secretarias do Governo Municipal e demais instâncias de representação da população incluindo participação na elaboração das propostas do PPA, LDO e da LOA.

Objetivo geral para o período: Manter, ampliar e fortalecer o Controle Social através dos Conselhos de Saúde e fóruns de debate público.

AÇÕES

- Garantia da infraestrutura para que os conselhos distritais façam a fiscalização das unidades de saúde;
- Ampliação do número de Conselhos de Unidade de Saúde, garantindo a criação de núcleos ou Conselhos de Unidade nos PSF (Trabalhadores e Usuários) e de outras Unidades onde não existem. Além disso, fortalecer os Conselhos de Unidade de Saúde já existentes;
- Proposição da avaliação do regimento do Conselho Municipal de Saúde em relação ao acúmulo de cargos de conselheiros;
- Garantia do repasse de recursos do Controle Social para o Conselho Municipal, Distrital e de Unidades de Saúde;
- Capacitação dos gestores, usuários e trabalhadores acerca do controle social;
- Reformulação da normatização do decreto que regulamenta a lei que cria os Conselhos Municipal e Distritais, entre o jurídico, DAS e o próprio conselho;
- Realização de reuniões sistemáticas com as coordenações das políticas estratégicas para acompanhar as ações realizadas;
- Integração entre os conselhos Municipal e Distrital e as unidades com relação ao planejamento e à aplicação de recursos;
- Instituição da reunião trimestral de avaliação do funcionamento e do trabalho das USF com o Conselho Distrital e a comunidade;
- Garantia, através dos Distritos Sanitários, da realização de oficinas nas entidades organizativas para esclarecer sobre os níveis de atenção à saúde e o papel de cada um dos níveis (básica, secundária e terciária);
- Garantia da divulgação das ações e funcionamento dos PSF e PACS junto à comunidade;
- Criação do fórum aberto para encaminhamento das propostas junto à sociedade, sob coordenação do Conselho Distrital de Saúde;
- Atualização da página da Secretaria de Saúde no site da prefeitura da cidade do Recife, incluindo um link com as informações dos Conselhos e esclarecimentos sobre os direitos e deveres do servidor;
- Oferecimento e estímulo à realização de estágios de vivência em controle social durante a formação dos estudantes para universidades e cursos profissionalizantes.

6.2 Aprimoramento dos Mecanismos de Democratização da Gestão

6.2.1 Implementação da Ouvidoria da Secretaria de Saúde

A Ouvidoria da Secretaria de Saúde, implantada em 2008, enquanto instrumento de gestão e controle social, tem o intuito de garantir espaços de expressão dos usuários e trabalhadores, sendo ainda utilizada como uma estratégia de monitoramento da qualidade dos serviços desenvolvidos na rede de saúde.

Para o próximo momento, propõe-se a ampliação dos acessos à ouvidoria, consolidando sua atuação, permitindo ainda o debate com os movimentos sociais, universidades, trabalhadores e usuários para discutir formas de participação popular na gestão, o que inclui a necessidade de divulgar o serviço da Ouvidoria na comunidade e diversificar as formas de registro das demandas dos usuários e trabalhadores.

Objetivo geral para o período: Garantir espaço de acolhimento e resposta a solicitações, questionamentos, dúvidas, reclamações, sugestões e recomendações realizadas espontaneamente, de forma anônima ou não, por usuário e trabalhadores da rede de saúde.

Quadro 30

Programação das Ações de Implementação da Ouvidoria de Saúde. Recife, 2010 a 2013.

AÇÕES/METAS	Situação em 2009	Meta Final	Meta 2010	Meta 2011	Meta 2012	Meta 2013
Implantação de caixas de sugestão/reclamação nas unidades de saúde	38,98%	100%	-	20,34%	20,34%	20,34%
Estruturação de Ouvidorias Distritais	0	6	-	3	3	-
Estruturação de Ouvidorias nas grandes unidades	0	9	3	2	2	2

OUTRAS AÇÕES

- Divulgação do padrão de prazo máximo de resposta para as demandas da Ouvidoria de acordo com as normas do SUS;
- Garantia da divulgação dos resultados da Ouvidoria, enviando relatórios para conselhos municipal e distrital;
- Modernização do site da prefeitura.

6.2.2 Promoção do Planejamento Estratégico Descentralizado da Gestão

A implantação do SUS valorizou o uso de instrumentos de planejamento e programação na gestão da saúde, contudo, a partir de 2006, com o Pacto pela Saúde e seu componente na gestão do sistema, o Pacto de Gestão, estes instrumentos têm assumido um papel de maior destaque, com utilização direta e constante pelas esferas de governo e órgãos de controle interno e externo da gestão pública.

Com o intuito de fortalecer estas poderosas ferramentas de gestão, propõe-se o desenvolvimento de instrumentos simplificados e integrados, com fluxo bem definido; o delineamento de um elenco de indicadores estratégicos de monitoramento; e a capacitação permanente da equipe da secretaria de saúde.

Além disso, como parte da busca de ampliação da captação de recursos, a gestão desenvolve estratégias de formulação de projetos para convênios com o Ministério da Saúde e outros órgãos concedentes, o que inclui a normatização destes processos de elaboração e execução de convênios e a capacitação da equipe técnica.

Objetivo geral para o período: Desenvolver estratégias para a incorporação da prática do planejamento no cotidiano das ações desenvolvidas em todos os âmbitos da Secretaria de Saúde.

Quadro 31

Programação das Oficinas de Capacitação em Planejamento e Programação. Recife, 2010 a 2013.

AÇÕES/METAS	Situação em 2009	Meta Final	Meta 2010	Meta 2011	Meta 2012	Meta 2013
Desenvolvimento de oficinas semestrais de capacitação em planejamento e programação	-	8	2	2	2	2

OUTRAS AÇÕES

- Elaboração da Programação Anual de Saúde (PAS);
- Elaboração e revisão anual do Plano Plurianual (PPA);
- Elaboração do Plano Municipal de Saúde (PMS);
- Elaboração do Relatório anual de Gestão (RAG);
- Elaboração de instrumentos sintéticos de monitoramento das ações, para uso mais cotidiano, e instrutivos de trabalho, para orientação das áreas técnicas;
- Desenvolvimento do uso de aparato tecnológico, como o georreferenciamento de informações estratégicas e uso de softwares, para monitoramento da execução do plano;
- Implantação da utilização dos programas de apoio do Ministério da Saúde: SARG e MonitoraSUS;
- Garantia da elaboração de Planos Distritais.
- Garantia de encaminhamento dos instrumentos de gestão ao Conselho Municipal com a antecedência mínima de 60 dias em relação aos prazos de encaminhamento à Comissão Intergestores Bipartite (CIB).

6.3 Gestão do Trabalho e Desenvolvimento de Recursos Humanos

A Política de Gestão do Trabalho tem o compromisso de desenvolver ações para regulação e qualificação do trabalho para o SUS Municipal, utilizando primordialmente a estratégia da Educação Permanente em Saúde ao considerar o trabalho enquanto espaço de formação dos sujeitos, trabalhadores de saúde tanto, para a atenção individual quanto para a saúde coletiva. Para isso, atua, principalmente:

- Na busca de fortalecimento das relações interinstitucionais de forma a estabelecer relações orgânicas entre as estruturas de gestão da saúde, Instituições de Ensino, serviços de atenção à saúde e controle social, na perspectiva do desenvolvimento de uma política de integração ensino-serviço;
- No desenvolvimento de estratégias de Avaliação de Desempenho dos Servidores, de forma articulada, com planejamento institucional e com o programa de qualificação profissional através de

um processo pedagógico, participativo, integrador e solidário;

- Na manutenção de espaços de negociação coletiva, por meio da negociação permanente, com os diversos representantes das categoriais específicas da Secretaria Municipal de Saúde;
- Na elaboração da política salarial e de gratificações, estabelecendo um sistema de remuneração baseado na hierarquização da rede e em parâmetros de impacto epidemiológico, capaz de contemplar com equidade os trabalhadores da rede municipal, instrumentalizando a consolidação do Modelo de Atenção à Saúde.

Objetivo geral para o período: Consolidar a Gestão do Trabalho no SUS, centrada na valorização dos trabalhadores e com a participação dos diversos atores envolvidos no processo, fortalecendo as relações do trabalho, o desenvolvimento profissional e uma atuação solidária, humanizada e de qualidade, na perspectiva do trabalho em equipe e integralidade da atenção à Saúde.

6.3.1 Promoção da Educação Permanente

O município de Recife firma compromisso com a prática da Educação Permanente, em contraposição à lógica da capacitação continuada e das ações fragmentadas de treinamento e capacitação. Propõem-se estratégias que fortaleçam o caráter pedagógico da prática cotidiana, fornecendo os aportes necessários de conhecimento atualizado para o seu fortalecimento e qualificação, de acordo com o desenvolvimento profissional dos atores envolvidos. Estas estratégias deverão ser construídas de forma integrada regionalmente, a partir da participação do município nos fóruns regionais e estadual de Educação Permanente.

O processo da Educação Permanente deve estar voltado à qualificação dos profissionais de saúde com foco na consolidação e ampliação da resolutividade da Atenção Básica, bem como para o fortalecimento da atuação em áreas prioritárias, além dos aportes para o fortalecimento gerencial, como a formação aos funcionários que trabalham nas farmácias e no apoio administrativos das Unidades Básicas.

Para isso, será elaborado o Plano Anual de Educação Permanente articulado ao modelo de Atenção Recife em Defesa da Vida, contemplando as áreas de gestão de sistema, atenção à saúde, educação e controle social, e que será composto de Planos Distritais de Educação, assumindo um olhar no território, e das propostas estratégicas das áreas temáticas. Além disso, este plano deverá pensar estratégias e critérios para a garantia da participação dos servidores em eventos e atividades científicas de acordo com as normas da Instrução Normativa de Educação Permanente.

A relação com os órgãos formadores e de pesquisa também será valorizada através da pactuação de diretrizes para intervir de forma efetiva na consolidação das reformas curriculares, refletindo as necessidades do sistema municipal de saúde, e desenvolvimento de estratégias de reconhecimento das atividades de ensino em serviço, bem como da reformulação da atuação dos residentes na rede de saúde, enfocando o fortalecimento do modelo de atenção.

Quadro 32

Programação das Ações de Promoção da Educação Permanente. Recife, 2010 a 2013.

AÇÕES/METAS	Situação em 2009	Meta Final	Meta 2010	Meta 2011	Meta 2012	Meta 2013
Regularização dos servidores nos afastamentos e qualificações (INEP)	-	100%	70%	80%	90%	100%
Plano Anual de Educação Permanente (PAEP)	-	4	1	1	1	1
Planos Distritais (PDEP)		24	6	6	6	6

OUTRAS AÇÕES

- Instituição e funcionamento do Colegiado de Formação e Educação Permanente;
- Implantação de uma política de preceptoría;
- Implementação da Instrução Normativa de Educação Permanente (INEP);
- Desenvolvimento do sistema de Educação à Distância - EAD para os técnicos e profissionais de saúde;
- Implantação e garantia de uma política de incentivo à participação dos servidores em cursos de graduação, e pós-graduação, com mecanismos que garantam o não prejuízo da assistência, bem como a utilização do aprendizado adquirido em prol do serviço, respeitando uma ordem de tempo de serviço;
- Criação do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental sediado nos CAPS da Rede Municipal, construído em parceria com as instituições de ensino superior;
- Implantação de uma Política Municipal de Estágios no SUS que possibilite ao SUS de Recife o gerenciamento dos estágios e campos de práticas nos serviços municipais, assegurando a qualidade do atendimento e a autonomia do usuário;
- O plano anual de educação permanente seja articulado com o plano regional de educação permanente (PAREPS primeira regional).

6.3.2 Implantação e Manutenção de um Sistema de Gerenciamento de Pessoas Descentralizado

A política de gerenciamento de pessoas, segundo grande eixo da gestão do trabalho, tem duas linhas principais de atuação:

- Referente aos processos administrativos que dizem respeito à vida profissional do servidor e sua atuação, e para aprimorá-los a Diretoria Geral de Gestão do Trabalho pretende a descentralização da gerência de pessoas e o incremento tecnológico de apoio a esta atividade;
- Referente aos processos normativos que respaldam este gerenciamento, campo em que será necessária a revisão da legislação vigente (Estatuto do Servidor, Plano de Cargos, Carreira, Desenvolvimento e Vencimentos e outras normas), adequando à realidade do SUS e à organização da rede; bem como da política de gratificações, contemplando o estímulo ao profissional lotado em unidade de difícil acesso e as áreas estratégicas, como os profissionais que atuam nas farmácias; e normatização da cessão/transferência/permuta interna e externa de servidores.

AÇÕES

- Implantação/implementação do Programa de Avaliação de Desempenho dos Servidores do setor Saúde - PADS e estruturar e manter o PCCV;
- Criação de equipe descentralizada nos Distritos e articulada com o Centro Especializado de Referência em Saúde do Trabalhador - CEREST - que trabalhe na escuta do trabalhador e nos casos de readaptação de função;
- Convocação de todos os profissionais concursados, de concurso em vigência, e realização de novos concursos para manutenção e incremento do quadro de pessoal de acordo com o levantamento de necessidade;

- Garantia da informação da comunidade em relação às férias dos profissionais da unidade e também quanto às licenças ou qualquer tipo de afastamento, garantindo a sua substituição;
- Revisão do organograma da Secretaria;
- Elaboração de Protocolo que auxilie os encaminhamentos da Mesa de Negociação Setorial-Saúde;
- Implantação e manutenção de um sistema de gerenciamento de pessoas descentralizado;
- Elaboração e discussão de proposta de redimensionamento dos servidores;
- Implementação de um sistema de auditoria permanente da folha;
- Ampliação do número de cuidadores nas residências terapêuticas nos Distritos Sanitários, realizando capacitação;
- Ampliação das equipes multiprofissionais dos CAPS AD e CAPS de Transtorno Mental, através de concurso público;
- Criação da categoria profissional “maqueiro”, garantindo sua contratação onde for necessário, por concurso público;
- Instituição de um apoio técnico administrativo de unidade de Saúde da Família com mais de 3 equipes;
- Garantia de gerentes nas unidades básicas de saúde (PSF e unidades básicas tradicionais);
- Garantia da isonomia salarial para todos os profissionais de nível superior, médio, técnico e elementar;
- Criação do cargo de auxiliar e técnico em prótese dentária com efetivação no concurso público.

6.4 Desenvolvimento das Ações de Regulação Assistencial

A Regulação Assistencial é imprescindível à organização da rede de atenção à saúde, mediando não apenas o fluxo da rede municipal e referências estaduais e regionais, como também o monitoramento, controle e avaliação dos serviços prestados. O intuito no próximo período é a expansão e o fortalecimento da regulação municipal e sua relação com os demais componentes regulatórios do estado.

Para isso, será elaborado o Plano de Referência, através do qual ocorrerá a (re)organização dos Fluxos Assistenciais Distritais e Municipal, concomitante com o processo de descentralização da regulação assistencial, com fortalecimento dos distritos. A Rede de Saúde contará com informatização e conectividade em todas as suas Unidades, desde os PSF até as Policlínicas, além da regulação do acesso aos serviços de saúde a partir do Sistema Municipal de Regulação. Os protocolos clínicos e de acesso serão revisados e reeditados. Desta forma, espera-se potencializar o quantitativo de consultas e exames disponibilizados na rede e garantir maior controle do agendamento, promovendo a redução em 50% do absenteísmo na Média Complexidade Ambulatorial.

Ainda como componente do sistema de regulação municipal, propõe-se o fortalecimento da contratualização de serviços, através da atualização permanente dos termos aditivos dos hospitais filantrópicos, com reformulação do processo de monitoramento; da implantação do Grupo Técnico de Gestão de Contratos; e da operacionalização do Sistema de Informações de Auditoria - SISAUD.

Objetivo geral para o período: Ordenar o acesso dos usuários na Rede SUS - Recife às consultas e exames especializados, buscando o atendimento integral, equânime e humanizado, a partir da descentralização da regulação assistencial, incorporação de novas tecnologias e monitoramento da qualidade dos serviços prestados.

6.4.1 Estruturação do Monitoramento e Avaliação da Qualidade da Assistência

AÇÕES/METAS

- Implementação do monitoramento e avaliação da qualidade da assistência;
- Regulamentação da Auditoria;
- Elaboração de sistema para o controle da prestação de serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutica;
- Elaboração do painel de indicadores da DGRS;
- Garantia do monitoramento dos serviços de saúde já contratualizados, sem perder de vista o fortalecimento dos serviços públicos, bem como a ampliação da rede própria (pública).

6.4.2 Modernização da Infraestrutura Tecnológica e Conectividade da Rede de Saúde

Quadro 33

Programação das Ações de Modernização da Infraestrutura Tecnológica e Conectividade da Rede de Saúde. Recife, 2010 a 2013.

AÇÕES/METAS	Situação em 2009	Meta Final	Meta 2010	Meta 2011	Meta 2012	Meta 2013
Ampliação do percentual da rede com computadores	39%	100%	61%	0,00%	0,00%	0,00%
Interligação das unidades de saúde via internet	20	204	54	50	50	50

OUTRAS AÇÕES

- Elaboração de cadastro único de usuário em toda rede de saúde do município;
- Implementação e ampliação da informatização e da conectividade de toda a rede de saúde;
- Implantação do prontuário eletrônico.

6.4.3 Fortalecimento da Regulação Assistencial do Sistema

AÇÕES/METAS

- Melhoria do funcionamento da central de marcação para a demanda de especialistas das unidades de saúde;

- Garantia da referência para todas as especialidades na rede municipal (maternidades, hospitais infantis e SPA's);
- Revisão e reedição dos protocolos clínicos e de acesso;
- Descentralização da regulação assistencial para os Distritos Sanitários, com implantação dos núcleos de regulação distritais e centrais de marcação em cada distrito, melhorando o acesso à atenção especializada (consultas, exames e procedimentos);
- Redefinição dos fluxos de referência aos serviços da Atenção Especializada, considerando a necessidade da população, a territorialização e a resolutividade dos serviços;
- Qualificação da Regulação Assistencial na rede de saúde, visando à redução do tempo de espera e otimização na utilização de vagas para consultas, exames e procedimentos da atenção especializada;
- Elaboração de sistema para o controle da prestação de serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutica;
- Implementação do Apoio Institucional da diretoria de regulação aos Distritos Sanitários;
- Realização de Chamada Pública para formalização dos contratos/convênios com prestadores, com maior divulgação nas unidades de saúde;
- Contratualização da rede própria.

6.5. Melhoria dos Sistemas de Informação e Comunicação do Setor de Saúde

6.5.1 Fortalecimento da Política de Informação e Comunicação em Saúde

O debate acerca da importância da informação e da comunicação para o aprimoramento da gestão de saúde tem sido pautado e aprofundado ao longo dos últimos anos, e é com base nestes debates que se propõe, para o próximo período, a reformulação da política de informação em saúde, a ser elaborada de forma conjunta entre diretorias, distritos e conselho.

Na proposta, será incluída a elaboração de boletim semestral da Secretaria, com o intuito de socializar as ações e projetos desenvolvidos pela Saúde Municipal junto ao público interno (diretorias, gerências e coordenações) e público externo (Controle Social, entidades civis e governamentais, imprensa), além da otimização e maior divulgação dos boletins informativos semestrais de saúde sobre informações epidemiológicas.

Outro item que deverá constar da proposta é a valorização dos espaços de espera do usuário para o desenvolvimento de estratégias informativas, como apresentação de programas educativos e de esclarecimentos em televisões.

Objetivo geral para o período: Aprimorar a estrutura de informação e comunicação da Secretaria de Saúde, garantindo canais acessíveis e sistemáticos de divulgação de dados e ações da Secretaria.

Quadro 34

Programação da Emissão do Boletim Semestral das Ações da Secretaria de Saúde.
Recife, 2010 a 2013.

AÇÕES/METAS	Situação em 2009	Meta Final	Meta 2010	Meta 2011	Meta 2012	Meta 2013
Emissão de Boletim semestral das ações da Secretaria	-	8	2	2	2	2

OUTRAS AÇÕES

- Implantação do Plano de Comunicação e Informação em Saúde;
- Produção de material de divulgação e comunicação em saúde; (Ação 4624)
- Elaboração do Índice de Vulnerabilidade à Saúde;
- Elaboração de calendário anual da Saúde, com datas e ações da SMS que serão desenvolvidas, a fim de garantir a integralidade das atividades e fortalecer a identidade da Política Municipal de Saúde;
- Estabelecimento do fluxo e definição dos papéis nas campanhas informativas e de combate das doenças infecto-contagiosas nas comunidades onde existem USF, principalmente informações sobre DST/Aids;
- Criação de banco de dados com informações estratégicas sobre as prioridades da Saúde, os problemas sanitários enfrentados pela gestão municipal, os programas, projetos, marcas e ações para nortear o planejamento das ações de comunicação;
- Divulgação do funcionamento da estratégia saúde da família para que a comunidade entenda seus objetivos e finalidades;
- Divulgação, junto à população, do papel de cada serviço de saúde da rede própria e atribuições de todos os profissionais da ESF;
- Utilização do espaço da página da Secretaria na Internet para democratização do acesso a informações de relevância pública.

7. Gestão Administrativa do Sistema Municipal de Saúde

Após realização de diagnóstico na Diretoria Administrativa Setorial - DAS, foram identificadas deficiências no acompanhamento da estrutura organizacional. Para o fortalecimento da área administrativa, foram propostas ações visando promover o desenvolvimento organizacional da Diretoria Administrativa Setorial - DAS, o que possibilitará a reorganização administrativa interna e das outras áreas da Secretaria, criando canais facilitadores na gestão, implantando a cultura de produtividade institucional e a criação de procedimentos normativos, para regular o desenvolvimento das atividades, objetivando criar a cultura de orientação aos sistemas administrativos e de controle a ser implantados para melhorar a qualidade dos trabalhos.

Objetivo geral: adotar uma política de resultados, enfatizando a priorização da qualidade e da eficiência, por meio das ações integradas nas gerências e seu corpo funcional, bem como com as outras áreas da Secretaria, constituindo parcerias que viabilizem o desenvolvimento das ações e serviços de saúde.

Objetivos específicos: Estimular o gerenciamento participativo, a comunicação interna e a relação interpessoal entre os quadros institucionais; fortalecer as atividades de gestão estratégica e de planejamento das metas e ações; estimular o fator motivacional como canalizador dos processos de eficiência e qualidade; estabelecer melhor controle dos equipamentos tecnológicos e materiais; valorizar os recursos

humanos; desenvolver e modernizar a estrutura administrativa financeira da secretaria.

7.1 Apoio Administrativo às Ações do Fundo Municipal de Saúde

7.1.1 Desenvolvimento Organizacional da Diretoria Administrativa Setorial

A DAS desenvolverá esforços para a garantia de que os gastos com a saúde atendam a Resolução Nº 322/2003 do CNS - EC 29 e SIOPS (Sistema de informação de orçamento público em saúde), além de, buscando a máxima eficiência administrativa, manter Cooperação Técnica com a Empresa Municipal de Informática- EMPREL e demais empresas públicas municipais.

AÇÕES

- Criação de sistema de fiscalização e acompanhamento das áreas de manutenção das ações de engenharia;
- Estruturação de programa de capacitação de gestores e técnicos da área administrativa e financeira dos Distritos, unidades de saúde e DAS;
- Capacitação por meio de convênios firmados com Escola de Contas Públicas e/ou outras instituições;
- Readequação da estrutura organizacional, orientada pela Matriz Orgânica e Operacional;
- Reestruturação da DAS, garantindo a racionalização dos processos de trabalho e dos respectivos fluxos internos;
- Capacitação para gestores e membros do Conselho Municipal de Saúde e Conselhos Distritais e Conselhos de Unidade, por meio de convênios firmados entre a Secretaria Municipal de Saúde, Escola de Contas Públicas e demais instituições afins;
- Produção de instrumentos gerenciais sobre execução financeira, que subsidiem a execução orçamentária;
- Realização de reuniões com os profissionais dos Distritos Sanitários para discussão do planejamento orçamentário da Secretaria de Saúde;
- Elaboração de plano com os Distritos sanitários e Diretorias gerais, com base na proposta orçamentária;
- Criação de Câmara Técnica para discussão e pactuação dos processos licitatórios;
- Elaboração de Relatórios de Prestação de Contas para o Conselho Municipal de Saúde e Secretário de Saúde.

7.1.2 Garantia de Infraestrutura e Expansão da Rede

Para o próximo período, a secretaria de saúde busca o melhor desenvolvimento dos processos internos, no intuito de garantir agilidade e eficiência administrativa. Desta forma, pretende-se aprimorar a gestão de contratos e convênios, e o desenvolvimento dos atos necessários às ações de manutenção e expansão da rede, no tocante à infraestrutura física e de equipamentos.

AÇÕES

- Recuperação e/ou ampliação da frota de veículos da Secretaria;
- Criação de sistema de controle e gerenciamento do patrimônio;
- Implantação de sistema de controle dos veículos;
- Seleção e arquivamento de documentos por meio de digitalização;
- Manutenção dos encargos dos servidores: vales-transporte, ticket-refeição, pagamento de pessoal, incentivo à produtividade, recolhimento de INSS sobre serviços prestados, pagamento e garantia do cumprimento da lei dos estagiários que atuam na unidade orçamentária;
- Implantação dos sistemas de protocolo eletrônico com digitalização para administração de contratos e convênios, controle de licitação e compras, controle de combustível e almoxarifado;
- Garantia de um grupo de trabalho que discuta estratégias intersetoriais com Saúde, Assistência Social e Educação, para garantia do transporte social para pacientes com necessidade de deslocamento aos serviços de saúde, conforme critérios estabelecidos, dentro do município;
- Elaboração do Plano de investimento anual.

Mecanismos de Monitoramento do Plano

O Plano Municipal de Saúde 2010-2013 será revisado anualmente, no período de janeiro a março, para adequação e aprimoramento de suas metas.

Neste intuito, alguns mecanismos de avaliação do Plano estarão sendo desenvolvidos ao longo do ano:

- **Avaliação de Execução das Deliberações da Conferência**

Anualmente, no período de novembro a dezembro, concomitante com a construção do Relatório Anual de Gestão, uma comissão formada por Conselheiros de Saúde e técnicos da Secretaria de Saúde, fará um relatório da aproximação das atividades da Secretaria em relação às deliberações da Conferência, incluindo recomendações quanto à reorientação de ações e estratégias. Este relatório será acumulativo, durante os quatro anos de vigência do Plano e servirá de subsídio à Conferência de Saúde.

- **Avaliação do Cumprimento das Metas do Pacto pela Vida**

A estratégia de indução de prioridades e ações do Pacto pela Vida inclui o monitoramento e avaliação anual dos resultados referentes aos indicadores pactuados e suas metas, que serão repactuados a cada dois anos. Os prazos e datas para esta avaliação e pactuação são fixados por portaria ministerial, mas têm se dado, nos últimos anos, nos meses de fevereiro e março.

- **Avaliação do Cumprimento das Responsabilidades do Termo de Compromisso de Gestão**

De forma semelhante à avaliação de resultados no Pacto pela Vida, as responsabilidades do Termo de Compromisso de Gestão deverão ser revistas anualmente e atualizadas de acordo com a Portaria 372, até o mês de março.

• **Avaliação do Cumprimento das Metas Estratégicas de Gestão**

O denso elenco de atividades propostas em função do enfrentamento dos problemas diagnosticados e dos objetivos, que se pretende alcançar, exige da gestão a definição de estratégias específicas e monitoramento e avaliação de suas metas estratégicas, da eficiência administrativa e do impacto, quando possível, das ações realizadas. Para tanto, grupos técnicos vêm sendo formados com importantes propostas de avaliação e monitoramento da gestão. Os produtos destas novas propostas serão também incorporadas às estratégias de monitoramento do Plano.

• **Monitoramento das Prioridades Municipais - Objetivo Desenvolvimento do Recife**

Com o intuito de monitorar o andamento de suas ações, cumprimento das metas do PPA e efetividade das ações desenvolvidas, o município do Recife implantou o monitoramento de resultados através da Proposta Objetivo Desenvolvimento do Recife, que implica em detalhado acompanhamento mensal da execução de metas prioritárias.

• **Monitoramento da Execução Anual das Ações/Operações da Programação Plurianual**

Com vistas à elaboração do Relatório Anual de Gestão - RAG e em observância ao Decreto No1.651, de 28.09.1995, quanto à realização de prestação de contas trimestral ao Conselho Municipal de Saúde, as ações previstas na Programação Anual de Saúde - PAS, desdobramentos do Plano Municipal de Saúde, serão monitoradas gerando relatórios trimestrais, nos meses de abril, julho, outubro e o Relatório Anual, a ser apresentado até março do ano seguinte. O Relatório de Gestão deverá ser descritivo e analítico, sendo sempre relacionado ao Plano, servindo de subsídio para a sua revisão.

Todas estas estratégias, juntas, implicarão no monitoramento das ações realizadas e propostas no Plano Municipal de Saúde, e serão sempre apresentadas e discutidas no Conselho Municipal de Saúde, e, conseqüentemente, inseridas no processo anual de revisão e readequação do Plano Municipal de Saúde 2010-2013.

Anexos

PLANO PLURIANUAL - SECRETARIA DE SAÚDE - ADMINISTRAÇÃO DIRETA (Revisão 2011)

PROGRAMA		VALORES 2011		
PROJETO/ATIVIDADE		TESOURO	OUTRAS FONTES	TOTAL
PROGRAMA 1216 - Consolidação e aperfeiçoamento da Atenção Básica		18.000.000,00		18.000.000,00
P/A - 2724	Manutenção da Rede Básica de Saúde	18.000.000,00		18.000.000,00
PROGRAMA 1232 - Consolidação e Aperfeiçoamento da Atenção à Média e Alta Complexidade		147.000.000,00		147.000.000,00
P/A - 2611	Manutenção da Rede especializada de Saúde	147.000.000,00		147.000.000,00
PROGRAMA 1302 - Gestão Integrada de Políticas Ambientais		9.000.000,00		9.000.000,00
P/A - 2885	Desenvolvimento de Ações de Saúde Ambiental	9.000.000,00		9.000.000,00
PROGRAMA 2107 - Gestão das Políticas Municipais de Saúde		4.000.000,00		4.000.000,00
P/A - 2074	Coordenação e Supervisão das Políticas de Saúde da Prefeitura do Recife	4.000.000,00		4.000.000,00
PROGRAMA 2165 - Gestão Administrativa do Sistema Municipal de Saúde		33.000.000,00		33.000.000,00
P/A - 2078	Apoio Administrativo às ações de Saúde	33.000.000,00		33.000.000,00
PROGRAMA 3101 - Gestão dos Encargos Gerais do Setor Saúde		40.000.000,00		40.000.000,00
P/A - 2061	Encargos com a Previdência Social dos Servidores - Regime Próprio	28.000.000,00		28.000.000,00
P/A - 2062	Encargos com a Previdência Social dos Servidores - Regime Geral	2.000.000,00		2.000.000,00
P/A - 2158	Encargos com Benefícios aos Servidores do Setor Saúde	10.000.000,00		10.000.000,00
TOTAL PPA 2011 SECRETARIA DE SAÚDE - ADMINISTRAÇÃO DIRETA		251.000.000,00		251.000.000,00

PLANO PLURIANUAL - FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE (Revisão 2011)

PROGRAMA		VALORES 2011		
PROJETO/ATIVIDADE		TESOURO	OUTRAS FONTES	TOTAL
PROGRAMA 1216 - Consolidação e aperfeiçoamento da Atenção Básica		50.000.000,00	16.691.000,00	16.741.000,00
P/A - 1592	Melhoria e Expansão da Rede Básica de Saúde	50.000.000,00	15.541.000,00	15.591.000,00
P/A - 2620	Desenvolvimento de Ações Estratégicas de Saúde para Grupos Específicos		220.000,00	220.000,00
P/A - 2724	Manutenção da Rede Básica de Saúde		930.000,00	930.000,00

PROGRAMA 1217 - Consolidação e Aperfeiçoamento da Modelo de Vigilância à Saúde		4.710.000,00	240.000,00	4.950.000,00
P/A - 2612	Controle de Doenças e Agravos	3.350.000,00	240.000,00	3.350.000,00
P/A - 2725	Desenvolvimento de Ações da Vigilância Sanitária	1.600.000,00		1.600.000,00
PROGRAMA 1220 - Comunidade Saudável		13.159.000,00		13.159.000,00
P/A - 1251	Saneamento em Saúde	8.159.000,00		8.159.000,00
P/A - 2544	Manutenção e Retificação dos Sistemas de Micro e Macro-drenagem (em Saúde)	5.000.000,00		5.000.000,00
PROGRAMA 1225 - Cidade Amiga da Criança			490.000,00	490.000,00
P/A - 2607	Promoção da Saúde da Criança		460.000,00	460.000,00
P/A - 2889	Promoção da Saúde do Adolescente		30.000,00	30.000,00
PROGRAMA 1232 - Consolidação e Aperfeiçoamento da Atenção à Média e Alta Complexidade		263.000,00	81.848.000,00	82.111.000,00
P/A - 1565	Melhoria e Expansão da Rede Especializada de Saúde	200.000,00	6.348.000,00	6.348.000,00
P/A - 2883	Oferta de Serviços de Saúde Através da Rede Complementar	63.000,00	65.000.000,00	65.000.000,00
P/A - 2884	Manutenção da Rede de Saúde Especializada		10.500.000,00	10.500.000,00
PROGRAMA 1233 - Desenvolvimento da Assistência Farmacêutica		8.050.000,00	26.404.000,00	34.454.000,00
P/A - 1604	Desenvolvimento da Política de Assistência Farmacêutica	50.000,00	394.000,00	444.000,00
P/A - 2881	Manutenção da Oferta de Suprimento da Rede em Assistência Farmacêutica	8.000.000,00	26.010.000,00	34.010.000,00
PROGRAMA 1302 - Gestão Integrada de Políticas Ambientais		0,00	500.000,00	500.000,00
P/A - 2885	Desenvolvimento de Ações de Saúde Ambiental		500.000,00	500.000,00
PROGRAMA 1307 - Limpeza Pública		1.000.000,00	0,00	1.000.000,00
P/A - 2512	Coleta de Lixo Hospitalar	1.000.000,00		1.000.000,00
PROGRAMA 2165 - Gestão Administrativa do Sistema Municipal de Saúde		1.000.000,00	58.792.000,00	58.792.000,00
P/A - 2512	Apoio Administrativa às ações do Fundo Municipal de Saúde	1.000.000,00	58.792.000,00	58.792.000,00
PROGRAMA 2174 - Aprimoramento da Gestão do SUS		9.468.000,00	71.690.000,00	81.158.000,00
P/A - 2886	Implementação do Controle Social na Gestão das Políticas de Saúde do Município		525.000,00	525.000,00
P/A - 2888	Gestão do Trabalho e Desenvolvimento de Recursos Humanos		80.000,00	80.000,00
P/A - 2890	Desenvolvimento das Ações de Regulação Assistencial	2.530.000,00	1.755.000,00	4.285.000,00
P/A - 2892	Gestão Territorial do Sistema de Saúde	6.938.000,00	69.330.000,00	76.268.000,00
PROGRAMA 3101 - Gestão dos Encargos Gerais do Município		0,00	10.000,00	10.000,00
P/A - 9002	Contribuição para o PIS/PASEP		10.000,00	10.000,00
TOTAL PPA 2011 FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE		37.700.000,00	256.665.000,00	294.365.000,00

PREFEITURA DO
RECIFE!