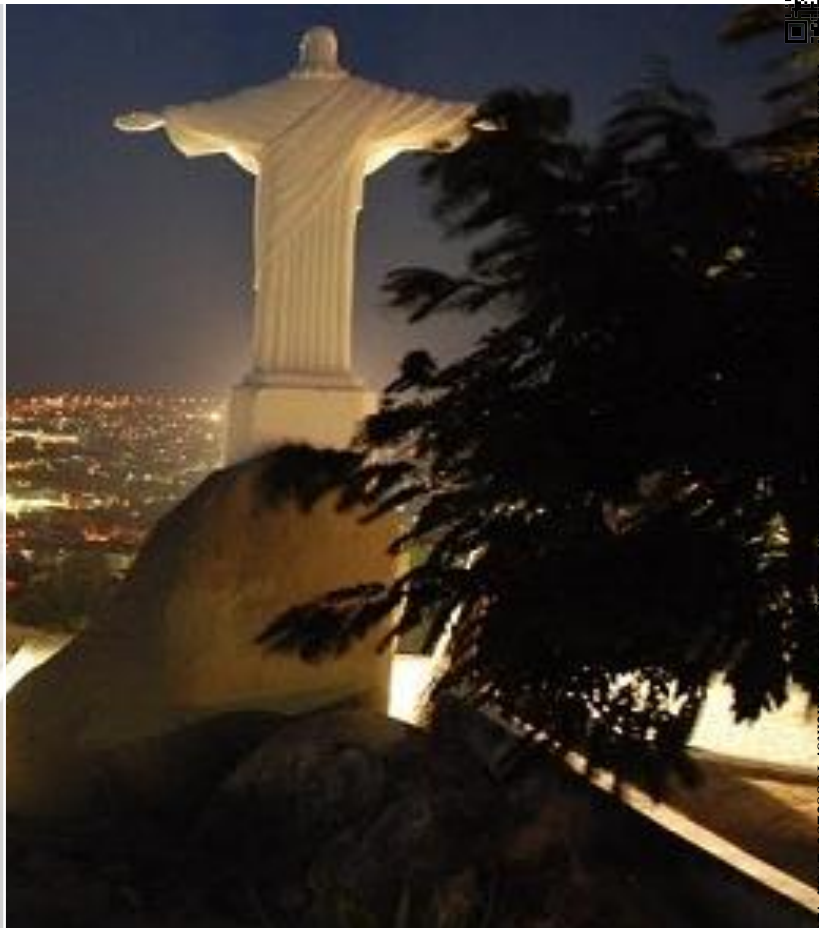


PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE

SECRETARIA DE SAÚDE DE GRAVATÁ

2014-2017



Documento Assinado Digitalmente por: JOSE ROBERTO DE ARAUJO
Acesso em: <https://www.gov.br/gravata> / Documento: 1668e2be-27df-4264-bbf6-0eb764610b8b

Instrumento de gestão que expressa o compromisso do governo municipal para a saúde dos munícipes. Composto por um modelo de arranjo baseado em processo sistematizado em rede. Vem firmar contrato social com os gravataenses, contribuindo para a gestão pública consolidar com transparência, sua política em saúde. Com ferramenta consultiva e pública, vinculado ao compromisso e respeito à saúde.

SECRETARIA DE SAÚDE
RUA IZALTINO POGGI, 33
(81) 3533 9025 / 9025
planejasaudegta@gmail.com
gabinetesaudegta@hotmail.com

Secretaria
de Saúde



Prefeitura de
GRAVATÁ
A cidade cresce com a gente

PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE

2014 – 2017

Aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde
Resolução nº 01, em 13 de fevereiro de 2014.



Documento Assinado Digitalmente por: JOSE ROBERTO DE ARAUJO
Acesse em: <https://stc.e-ice.pe.gov.br/epp/validaDoc.seam> Código do documento: 1668e2be-27da-426d-bbf6-0eb764610b8b



Gestores Públicos (Exercício 2013/2016)

Prefeito de Gravatá *Bruno Coutinho Martiniano Lins*

Vice-Prefeito *Rafael Luiz Prequé M. de Oliveira*

Secretário de Saúde *Ivan Simões de Medeiros*



COMPOSIÇÃO DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE

NOMEADOS PARA O BIÊNIO 2013/2014. ELEIÇÃO REALIZADA EM 24 DE MAIO DE 2012 PELA PORTARIA 318/2013.

SEGMENTO GESTOR

Titular: IVAN SIMÕES DE MEDEIROS

Suplente: SEVERINA MARIA DO NASCIMENTO

Titular: ELIZEU VIEIRA DE MELO

Suplente: DALVINA MARIA DE LEMOS

Titular: MARIA ALVES DE ARAÚJO

Suplente: ANDREA CARLA GOMES DE ARAÚJO

Titular: MARCELO PORTO FERREIRA BATISTA

Suplente: JOSÉ LUIS DA SILVA ALVES

SEGMENTO TRABALHADOR

Titular: ANDERSON BRUNO DE OLIVEIRA

Suplente: LINDALVA HENRIQUE DA SILVA

Titular: ANTÔNIO FIRMINO DA SILVA FILHO

Suplente: MÁRCIO JOSÉ DOS SANTOS SILVA

Titular: JOSÉ HELENO DA SILVA

Suplente: ALEXANDRE CÉSAR DO NASCIMENTO

Titular: ANTÔNIO MANOEL DA SILVA

Suplente: TEREZINHA ALVARES SALGADO



SEGMENTO USUÁRIO

Titular: SINDICATO DOS SERVIDORES MUNICIPAIS DE GRAVATÁ – CARLOS ANDRÉ PAIVA FERREIRA

Suplente: ASSOCIAÇÃO AÇÃO LIVRE BRASIL – EVANDRO DE FARIAS

Titular: ASSOCIAÇÃO DE PROMOÇÃO E DEFESA DE PESSOAS COM NECESSIDADES ESPECIAIS DE GRAVATÁ– MARIA CONCEIÇÃO DA SILVA

Suplente: CÍRCULO DE TRABALHADORES CRISTÃOS DE GRAVATÁ – VELÚZIA RODRIGUES DO NASCIMENO

Titular: ASSOCIAÇÃO DOS AMIGOS DO MEIO AMBIENTE DE GRAVATÁ – COSME JOSÉ DA SILVA

Suplente: SINDICATO DOS TRABALHADORES (AS) RURAIS DE GRAVATÁ – TEREZINHA SILVA DOS SANTOS

Titular: PASTORAL CARCERÁRIA DE GRAVATÁ – GISELDA FERREIRA DOS SANTOS

Suplente: PASTORAL DA SAÚDE – ELISABETE RODRIGUES DA SILVA

Titular: RUTH CABRAL JATOBÁ DE CARVALHO LISBOA

Suplente: LUCIANE MARIA DE CARVALHO

Titular: ADRIANA AUTA DA SILVA MELO

Suplente: CRISTINA GOMES DO REGO

Titular: MARLY PEREIRA DA SILVA

Suplente: MICHELINE SOARES DE MORAES VILAR

Titular: MARIA JANUÁRIA DA SILVA

Suplente: STELA MARIA DO NASCIMENTO SILVA



EQUIPE DE ELABORAÇÃO E COLABORADORES

<i>Adriana Carla Gomes de Araújo</i>	Vigilância Sanitária
<i>Alessandra de Alencar Parente</i>	Território I
<i>Ana Claudia Chagas Silva</i>	Gerência Laboratório e Radiologia HPVP
<i>Anderson Bruno de Oliveira</i>	Planejamento
<i>Andreia Maria Heitor</i>	Território II
<i>Bernardo Amélio Magalhães</i>	Controle, Avaliação e Auditoria
<i>Crisllayne Geysica dos Santos Bezerra</i>	Sec. Exec. Assistência Especializada
<i>Cristiana Gonçalves de Oliveira</i>	Centro de Saúde Fernando da V. Pessoa
<i>Doralécio Fortes Lins e Silva</i>	Vigilância Ambiental
<i>Edjane da Silva Monteiro</i>	Assuntos Jurídicos
<i>Helbert Pereira Matias</i>	Diretor Médico HPVP
<i>João Bosco Pereira de Moraes</i>	Sec. Exec. de Gestão em Saúde
<i>Juciana Ma. P. F. de Medeiros</i>	Regulação
<i>Laura Izabel do Nascimento Alves</i>	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
<i>Luciana Vieira de Melo e Silva</i>	Programa Nacional de Imunização - M
<i>Lucivaldo Julião da Silva</i>	Planejamento
<i>Márcia Lidiane Alves da Silva Paiva</i>	Compras e Manutenção
<i>Márcio Alessandro Bezerra Correia</i>	Saúde Bucal
<i>Maria Alves de Araújo</i>	Assessora Especial de Gabinete
<i>Maria Damiana de Mesquita C. Alves</i>	Centro de Saúde Gravatá
<i>Maria José de Almeida</i>	Gestão de Pessoas
<i>Milena Doswley S. de O. Pereira Melo</i>	Saúde Mental
<i>Mychel Cosme de A. Paes Barreto</i>	Direção Administrativa HPVP
<i>Rodrigues Pereira da Silva</i>	Apoio Logístico
<i>Rosângela Firmo de Lira</i>	Sec. Exe. da Atenção Primária
<i>Severina Maria do Nascimento</i>	Sec. Exec. Administrativa Setorial
<i>Silmara Maria Cristiane de Carvalho</i>	Gerência de Enfermagem HPVP
<i>Tárcila Kalyna de A. Alves Saborido</i>	Vigilância Epidemiológica
<i>Tatiane Kleide de Araújo</i>	Assistência Farmacêutica
<i>Viviany Cavalcante de Oliveira</i>	Políticas Estratégicas e Promoção à Saúde
<i>Waléria Oliveira de Sousa</i>	SAMU



COLABORADORES

Comissão Temporária do Conselho para apoio a construção do PMS

Antônio Firmino da Silva Filho; Antônio Manoel da Silva; Evandro de Farias; Carlos André Paiva Ferreira; Elizeu Vieira de Melo; Andréia Carla Gomes de Araújo; e Cosme José da Silva.

Demais Colaboradores

Christiana Paula Diniz (Secretária do CMS); Golbery Fortunato da Silva (AB); Noêmia Juliana da Silva (AB); Viviane Maria de Arantes (AB); Marlene Bezerra (AB); Alexandre Bezerra (AB); Gilda Ferreira da Costa Filha (Recepção SMS); Margarete Gomes de Moura (Recepção SMS); Adriano José da Silva (Reprodução); Maria José da Conceição (Compras); Rui Brito de Siqueira (Compras); Luiz Sérgio de Lima (Transporte); Elisangela Martins Barbosa (Serviço Geral); Joseane Maria da Cruz (Serviço Geral); Diorgenes Anderson de Arruda (AB); Cristina de Carvalho Lemos (AB); Adenize Torres de Oliveira (Financeiro); Alaíne Pereira dos Santos (Financeiro); Emanuella Pessoa Santos (Financeiro); Lúcia Maria de Medeiros (Financeiro); Daniele Bezerra da Silva (Ed. em Saúde); José Wilson dos Santos (Ed. em Saúde); Maria José de Lira (Ed. em Saúde); Glória Medeiros Paixão (VIGEP); Rosimere Queiroz (VIGEP). Maria Rita de Cássia da Silva (Regulação); Girlayne Maria da Silva (Regulação); Márcio Rolins (Regulação); José Valdir (Regulação); Fábio Cavalcanti Pereira (Faturamento); José Antônio Bezerra (Faturamento).

Agradecemos a todos os colaboradores que fazem parte da rede municipal de saúde, que direto ou indiretamente constrói a saúde do município com dedicação e respeito aos direitos humano e social. Em especial as Equipes de Saúde da Família, Núcleo de Apoio à Saúde da Família NASF, Centro de Apoio Psicossocial CAPS2 e CAPSad, Centro de Especialidade Odontológica CEO e Saúde Bucal, Centro de Fisioterapia, Central de Abastecimento Farmacêutico CAF, Serviço Móvel de Urgência SAMU, Centro de Saúde Fernando da Veiga Pessoa, Centro de Saúde de Gravatá, Hospital Municipal Paulo da Veiga Pessoa e Vigilâncias em Saúde (Ambiental, Sanitária e Epidemiológica).



Documento Assinado Digitalmente por: JOSE ROBERTO DE ARAUJO
Acesse em: <https://etce.tce.pe.gov.br/epp/validaDoc.seam> Código do documento: 1668e2be-27da-426d-bbf6-0eb764610b8b

"Nós sabemos agora que a fonte de riqueza é algo especificamente humano: CONHECIMENTO. Se aplicar o conhecimento para tarefas que já sabemos como fazer, nós chamamos de 'PRODUTIVIDADE'. Se aplicar o conhecimento para tarefas que são novas e diferentes chamamos 'INOVAÇÃO'. Somente o conhecimento nos permite alcançar essas duas metas." (PETER DRUCKER, 1992)



SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO

1. INTRODUÇÃO	12
2. ANÁLISE SITUACIONAL	14
2.1 CONDIÇÕES DE SAÚDE DA POPULAÇÃO	16
2.1.1 Perfil Demográfico	16
2.1.2 Perfil Socioeconômico.....	22
2.1.2.1 <i>Índice de Desenvolvimento Humano (IDH)</i>	23
2.1.2.2 <i>Educação</i>	25
2.1.2.3 <i>Renda</i>	27
2.1.2.4 <i>Situação dos domicílios particulares permanentes</i>	27
2.1.3 Perfil Epidemiológico.....	28
2.1.3.1 <i>Natalidade</i>	28
2.1.3.2 <i>Mortalidade</i>	31
2.1.3.3 <i>Morbidade</i>	35
2.1.3.3.1 <i>TB - Tuberculose</i>	37
2.1.3.3.2 <i>HAN - Hanseníase</i>	38
2.1.3.3.3 <i>DST/ AIDS</i>	41
2.1.3.4 <i>Endemias</i>	44
2.1.3.4.1 <i>Dengue</i>	47
2.1.3.4.2 <i>Helminthíases</i>	48
2.1.3.4.3 <i>Esquistossomose</i>	49
2.1.3.4.4 <i>Doenças de Chagas</i>	50
2.1.3.4.5 <i>Leishmaniose Visceral</i>	50
2.1.3.5. <i>Grupos Prioritários</i>	51
2.1.3.5.1 <i>Crianças e Adolescentes</i>	52



2.1.3.5.2 <i>Idosos</i>	53
2.1.3.5.3 <i>Homens</i>	54
2.1.3.5.4 <i>Mulheres</i>	55
2.1.3.5.5 <i>População Negra</i>	56
2.1.3.5.6 <i>Trabalhador</i>	57
2.1.3.5.7 <i>Pessoas com Deficiência</i>	58
2.1.3.5.8 <i>Pessoas com Sofrimentos</i>	59
2.1.3.5.9 <i>População Carcerária</i>	61
2.1.3.4.10 <i>População em Situação de Rua</i>	61
2.1.3.6 Políticas Especiais do Governo	62
2.1.3.6.1 <i>Programa Mãe Coruja</i>	62
2.1.3.6.2 <i>SANAR</i>	63
2.1.3.6.3 <i>Projeto Boa Visão</i>	64
2.1.3.6.4 <i>Segurança Alimentar e Nutricional Sustentável</i>	64
2.1.3.6.5 <i>Programa Nacional de Imunização (PNI)</i>	65
2.1.3.7 Perfil Assistencial	66
2.1.3.7.1 <i>Assistência Hospitalar</i>	70
2.1.3.7.2 <i>Assistência Ambulatorial</i>	73
3 DESCENTRALIZAÇÃO E REGIONALIZAÇÃO EM SAÚDE NO ESTADO	76
4 PROGRAMA DO GOVERNO MUNICIPAL (PLANO 2013/2016)	79
5 MAPAS DA ESTRATÉGIA DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE	81
6 ORGANISMO ADMINISTRATIVO DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE	82
7 DIRETRIZES ESTRATÉGICAS 2014/2017	93
CONSIDERAÇÕES FINAIS	123
ANEXOS	124



APRESENTAÇÃO

O Plano Municipal de Saúde (2014/2017), enquanto instrumento de gestão quadrienal que expressa o compromisso do Governo Municipal para a saúde dos munícipes. Busca traduzir os anseios da sociedade gravataense objetivando priorizar e propor medidas e ações, construída a partir de diretrizes que possam impactar nas problemáticas de saúde em Gravatá.

Composto de um modelo de arranjo com características baseada em processo sistematizado em rede, vem estruturar, organizar, integrar e coordenar as atividades a serem realizadas pela Secretaria Municipal de Saúde. Possibilitando ao Gestor da Saúde adotar de forma oportuna, segundo especificidade de cada esfera do SUS, o planejamento de que necessita para a oferta de ações e serviços capazes de promover, proteger e recuperar a saúde da população do município.

Tendo como propósito alinhar as estratégias dos entes federados para a saúde da população com necessidade humana básica visando garantir qualidade de vida e, por via de consequência, promover o bem-estar individual e coletivo. Prioriza, a partir do princípio de geração de resultados, um trabalho de forma organizada, desenvolvido de forma democrática e participativa, com engajamento dos gestores e técnicos da Secretaria Municipal de Saúde e da Sociedade Civil Organizada – com presença ativa da comissão temporária de elaboração do PMS (composta por Conselheiros Municipal de Saúde).

Neste sentido, a Secretaria Municipal de Saúde tem como missão: “Garantir a atenção integral à saúde da população, por meio de ações de prevenção, promoção e assistência em rede”, se posicionando em “Atuar de forma estratégica com articulação intersetorial e comprometimento multidisciplinar, agindo de forma integrada e participativa; com transparência, humanização, equidade, qualidade, valorização e respeito ao trabalho em saúde”.

Compreendida a missão da organização com alcance da eficiência num cenário de diversidade existente no sistema para a consolidação do SUS, e consequentemente, para resolutividade e qualidade da Gestão e da atenção à saúde, faz-se necessário à definição de onde se quer chegar, elegendo a visão como forma de: “Melhorar a atenção à saúde com foco no atendimento integral e controle social”.



Para tanto, o presente documento traz, inicialmente, as bases estratégicas do planejamento da saúde de Gravatá, relatando seu processo de construção com breve levantamento da estrutura organizacional dos serviços de apoio assistencial, urgência e emergência da VII Microrregião de Saúde, na qual se encontra inserido.

Em sequência, realiza-se a Análise Situacional, com síntese dos principais problemas de saúde do município, levando em consideração aspectos demográficos, socioeconômicos, epidemiológicos e organizacionais. Em continuidade, é descrito os grupos prioritários e seus aspectos gerais, enquanto estrutura de rede local com abordagem orgânica.

Descrito, posteriormente, o processo de organização estabelecido a nível estadual, onde se baseia no processo de descentralização e regionalização em saúde, tendo como ênfase fortalecer as regiões de saúde com dispositivo estratégico de governança, desenvolvimento e fortalecimento do SUS no território pernambucano.

Em seguida, estrutura-se o mapa estratégico do plano de saúde, que apresenta um diagrama composto pela Missão, Visão e pelo Posicionamento da Secretaria Municipal de Saúde, e seus elementos norteadores com diretrizes e objetivos estratégicos, almejando as metas do Plano Municipal para o quadriênio 2014/2017.

Por conseguinte, neste capítulo, é demonstrada a conexão das metas quadrienais do PMS com o Plano Plurianual (PPA 2014/2017) em consonância com o Plano de Governo Municipal, enveredado por indicativos das ações orçamentárias, conferindo sua viabilidade e alcance de resultados esperados, garantindo efetivo suporte financeiro.

Por fim, apresentam-se os compromissos concernentes as Diretrizes Estratégicas para execução do PMS 2014/2017 e as considerações finais acerca do trabalho desenvolvido. Assim sendo, expressamos a consciência de responsabilidade com a importante tarefa e o compromisso com o cumprimento das metas estabelecidas neste presente trabalho, com a certeza de que o mesmo contribuirá, significativamente, para a construção conjunta da Política Municipal de Saúde.



1. INTRODUÇÃO

Dentre os avanços que podem ser creditados ao Sistema Único de Saúde (SUS), está o crescente reconhecimento da importância do planejamento e seus instrumentos para a gestão da saúde pública. Um movimento contínuo, articulado, integrado e solidário do processo de planejamento em saúde reúne condições singulares para que se exercitem, em plenitude, os princípios da universalidade, integralidade e equidade, contribuindo para o que constitui o seu propósito mais sublime que é possibilitar melhores condições de vida e saúde às pessoas.

Contudo, apesar dos avanços identificados, a consolidação de uma cultura de planificação em saúde ainda representa um enorme desafio, considerando tratar-se de um processo que envolve mudanças de postura individual e técnica, além da mobilização, engajamento e decisão de gestores e profissionais.

Mediante tal desafio, a construção do Plano Municipal de Saúde (PMS 2014/2017); com o intuito de atender aos preceitos da Lei Federal nº 8080 de 19 de setembro de 1990, Art. 15, inciso VIII, onde estabelece as atribuições dos gestores do Sistema Único de Saúde (SUS), em elaborar e atualizar periodicamente o plano de saúde, enquanto instrumento de gestão essencial para direcionar as atividades e programações de cada esfera de governo. Busca traduzir em instrumento consultivo, as intenções e os resultados a serem perseguidos.

Reafirmando a importância do Plano de Saúde, o Governo Federal, através da Lei nº 8080/90, com o advento do Decreto nº 7.508 de 28 de junho de 2011, destaca o planejamento da saúde de forma regionalizada e ascendente a partir das carências municipais, expressas no estabelecimento de metas explícitas das necessidades em saúde.

Conforme acordado pelo Ministério da Saúde, o Plano de Saúde é a base à execução, monitoramento, avaliação e gestão do SUS. Sua implantação está alicerçada em princípios e diretrizes. No tocante as diretrizes, o que se refere à regionalização e hierarquização aponta para a organização dos serviços de saúde em níveis crescentes de complexidade, em uma determinada área geográfica, planejados a partir de referenciais epidemiológicos e estudos de necessidades individuais e coletivas, a partir da definição e conhecimento da clientela a ser assistida; estabelecendo as prioridades e a definição de estratégias intervencionistas viáveis e factíveis a sua execução, com impacto na qualidade de vida e saúde da população.



Todavia, como documento síntese de proposições política municipal na área da saúde, o Plano de Saúde expressa o compromisso com a saúde dos munícipes; sendo a síntese de um processo de decisão sobre o que fazer para enfrentar um elenco de desafios, que contemple basicamente, as dimensões política, técnica e econômica. “Política, na medida em que a escolha entre as alternativas de ação é sempre um processo que envolve princípios e valores éticos, morais, culturais e políticos; Técnica, porquanto se baseiam na utilização de diversas informações, conhecimento e tecnologias que permitem a identificação, descrição e análise dos problemas, subsidiando na escolha de alternativas de ação frente a tais problemas; E, Econômica, porque inclui entre os recursos disponíveis e os recursos necessários para a execução das ações entre atividades previstas”.

Diante do desafio para que chegue a um consenso, ainda que transitório em torno das políticas e prioridades da gestão do sistema municipal de saúde se pretende instrumentalizar o governo para a gestão do SUS; alinhada aos entes federados, durante os próximos quatro anos, a partir das prioridades e em consonância com seus princípios e diretrizes – universalidade, integralidade, equidade, descentralização, regionalização e participação da sociedade.



2. ANÁLISE SITUACIONAL

FICHA TÉCNICA

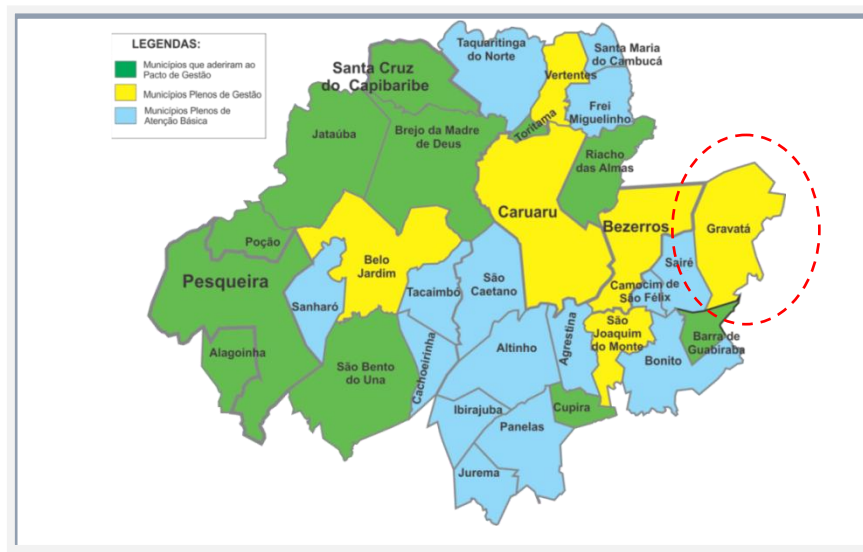
Fundação do Município: 15 de março de 1893

Código no IBGE: 2606408

Modalidade da Saúde: Gestão Plena (habilitado em Fev.2000)

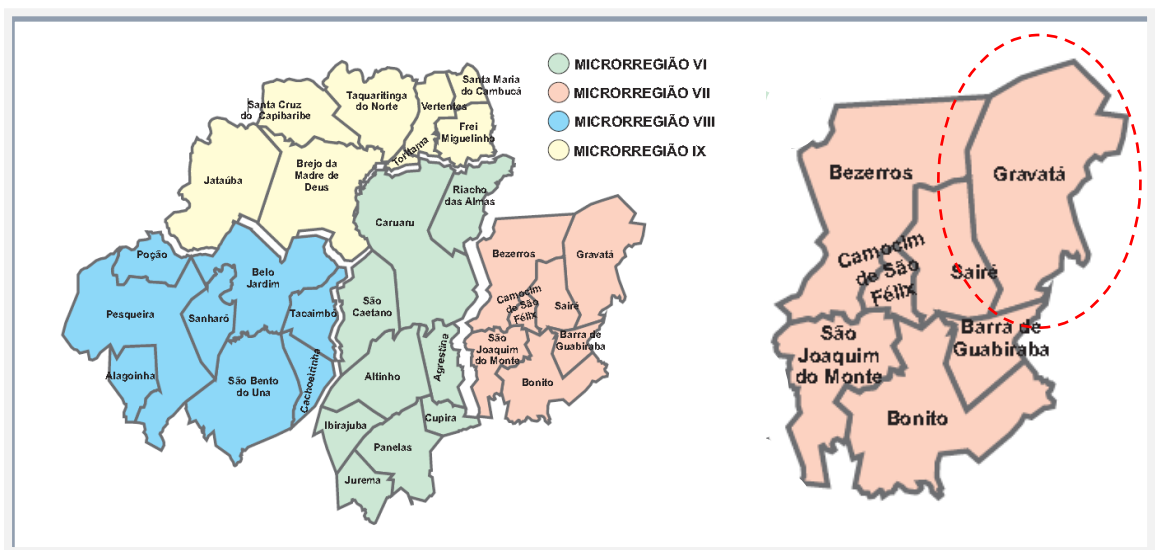
Gerência de Saúde: IV Gerência Regional de Saúde - GERES (Sede Caruaru)

Figura 1 Mapa da IV Regional de Saúde.



Fonte: IV GERES (2013)

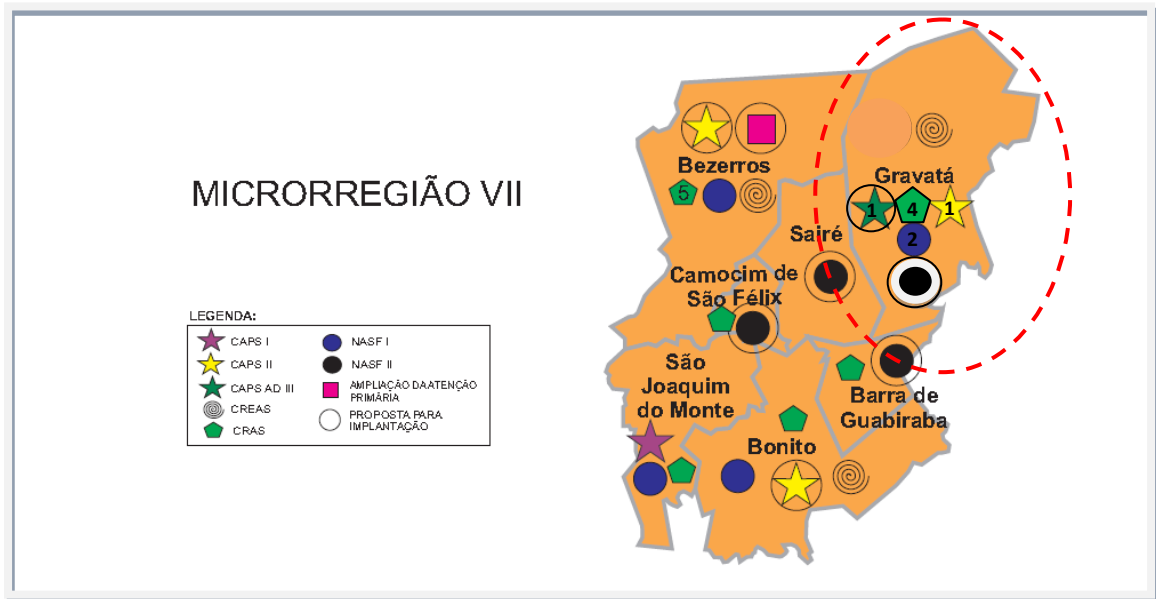
Figura 2 IV Regional de Saúde (Caruaru), destaque Microrregião VII.



Fonte: IV GERES (2013)

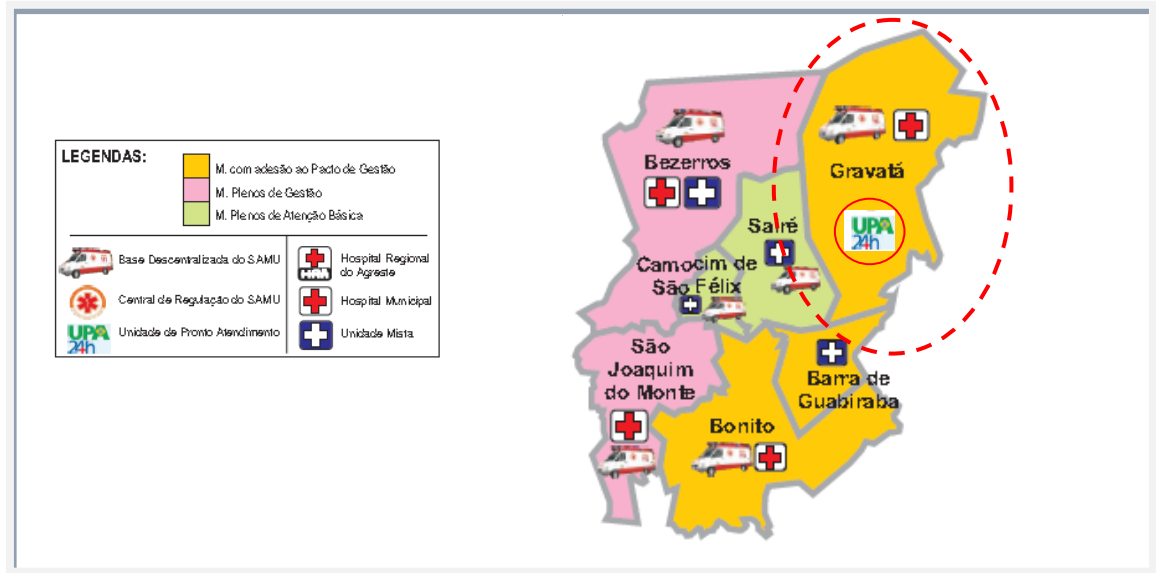


Figura 3 Mapa VII Microrregião de Saúde, composição dos serviços de apoio assistencial.



Fonte: IV GERES (2013)

Figura 4 Mapa VII Microrregião de Saúde, estrutura urgência / emergência.



Fonte: IV GERES (2013)

As Figuras 3 e 4 representam *layout* proposto pela Secretaria Estadual de Saúde - SES para organização da atenção assistencial baseado em microrregionalização da IV GERES, distribuídos por ações de assistência de apoio social, saúde da família e saúde mental, e estrutura urgência / emergência.



2.1 CONDIÇÕES DE SAÚDE DA POPULAÇÃO

2.1.1 Perfil Demográfico

O município de Gravatá encontra-se a 85,2 km (\cong 1h17min.) da capital pernambucana, Recife. A uma distância de 53,5 km (\cong 50min.) da IV GERES (Gerência Regional de Saúde - Caruaru), conforme dados cartográfico *Google Map* (2013). Está localizada na Mesorregião do Agreste Central e Microrregião do Vale do Ipojuca, com uma extensão territorial de 507 km², ocupando uma área de 0,5% do Estado. Como coordenada da sede, localiza-se a Latitude 8°12'4" e a Longitude 35°33'53".

Com uma altitude de 447 metros ao nível do mar, apresenta característica geográfica singular; de clima tropical, tende a ser úmido influenciado pelo oceano atlântico, tornando a temperatura confortável durante grande parte do ano. Considerado como o 5^a melhor micro clima do mundo, com temperatura média de 22°C. Composto de um relevo acidentado, localizado no Planalto da Borborema. Com sua hidrografia inserida na bacia do rio Ipojuca e do rio Capibaribe, além do rio Amaraji. Formado por um bioma com vegetação de caatinga hiperxerófila¹, e mata atlântica composta por floresta caducifólia².

Como municípios limítrofes encontram-se: no Norte, Passira (40,7 km \cong 40min.); no Sul, Barra de Guabiraba (59,2 km \cong 52min.), Amaraji (55,1 km \cong 41min.) e Cortês (72,4 km \cong 1h17min.); no Leste, Pombos (23,3 km \cong 22min.) e Chã Grande (14 km \cong 14min.); e no Oeste, Bezerros (26,2 km \cong 25min.) e Sairé (24,5 km \cong 37min.). Como verificado nos dados cartográfico do *Google Map* (2013).

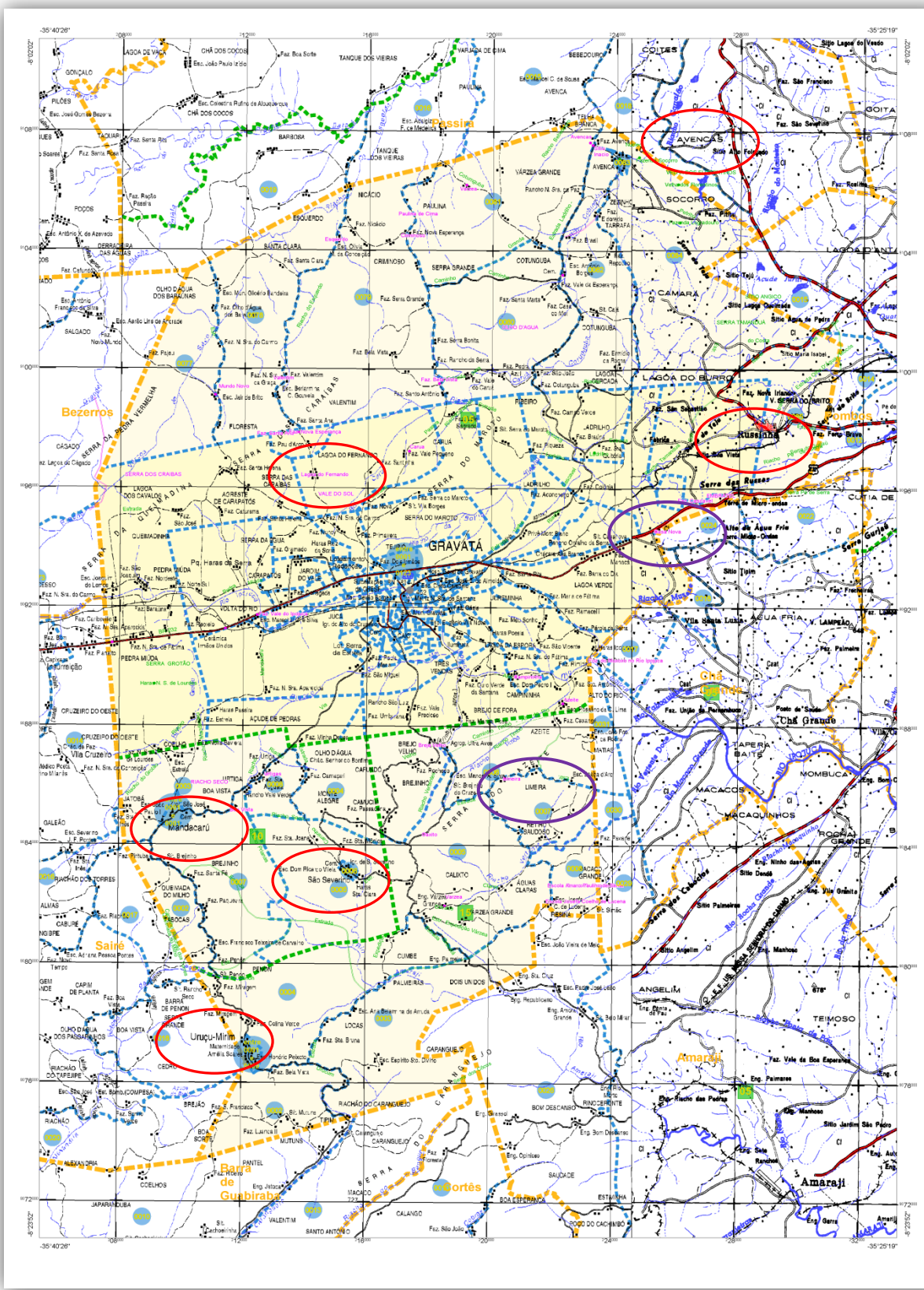
Tendo como principais vias de acesso ao município: a BR-232 que corta o Estado; a PE-078 (Gravatá/Passira - liga a BR-232 a PE-095 em Passira); a PE-087 (Gravatá/Barra de Guabiraba – passando pelo distrito de Mandacaru e Uruçu Mirim); e a estrada velha de Chã Grande. Cortando o centro da cidade encontra-se a perimetral urbana. Na Figura 5 apresenta-se o mapa com destaque para os distritos e povoados, com áreas de referências dos USF's da zona rural e localidades de apoio (difícil acesso) Casa Nova e Limeira. Em seguida na Figura 6, mostram-se as principais vias de acesso ao município.

¹ Composta por vegetação arbustiva e rala com forte intensidade de cactáceos e bromeliáceos. (PARAÍBA, 1985)

² Floresta caducifólia é um tipo de floresta constituída por árvores de folha 'caduca', ou seja, com folhas que caem no Outono, voltando a nascer na Primavera. (WIKIPEDIA, 2013)



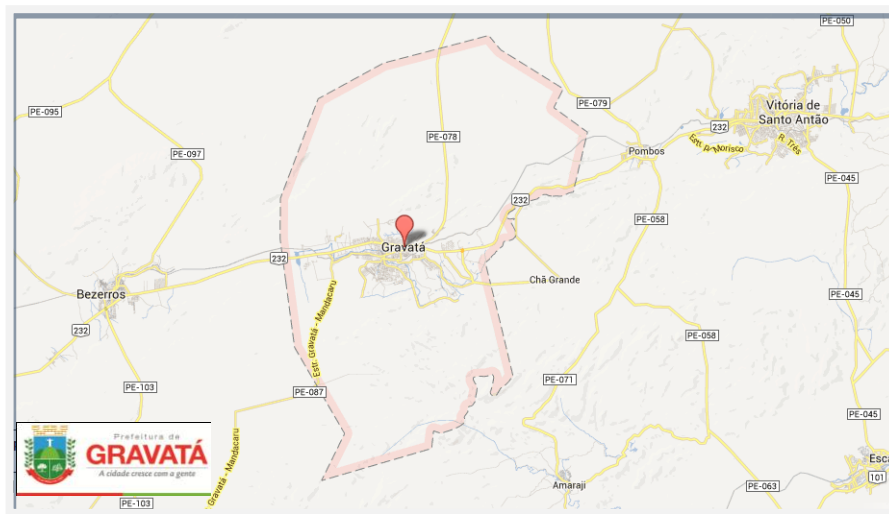
Figura 5 Mapa Gravata – PE



Fonte: IBGE (2013)



Figura 6 Mapa político de Gravatá, principais rodovias de acesso, ano 2013.



Fonte: Google Map (dados cartográficos, 2013).

O município é formado por seis Distritos / Povoados: Mandacaru (\cong 15 km); Uruçu Mirim (\cong 25 km); São Severino (\cong 11 km); Lagoa do Fernando (\cong 7 km); Avencas (\cong 23 km) e Russinhas (\cong 18 km). [Distância média da secretaria municipal de saúde].

Tendo um perfil demográfico definido, com a população de 77.845 habitantes (DATASUS, 2012); com uma densidade territorial de 154,11 hab./km², distribuída em uma extensão de 507 km² (IBGE, 2010). Com uma taxa de urbanização de 89,44% (BDE, 2010).

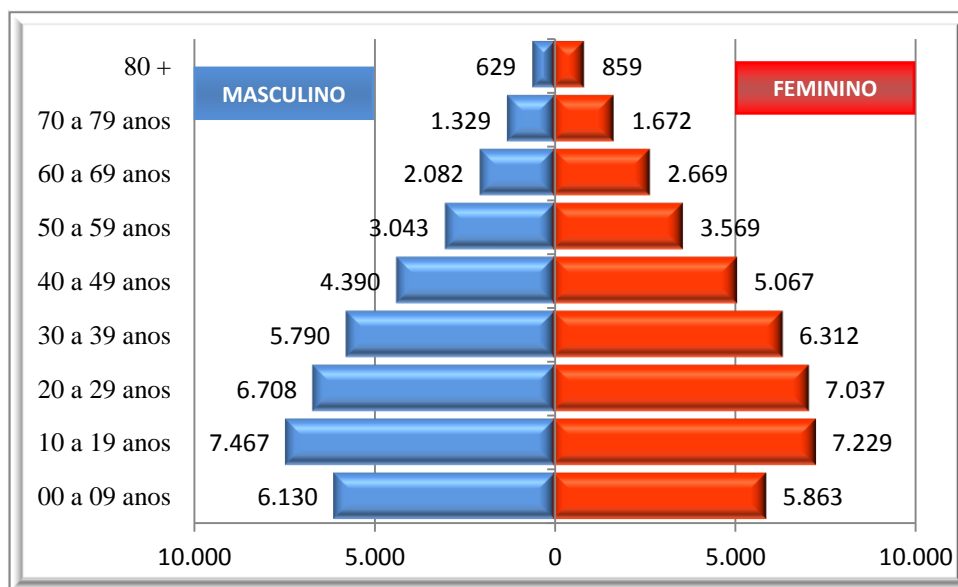
Segundo o porte do município, a população residente de Gravatá apresentou um crescimento de 3,5%, entre os anos de 2009 a 2012, que representa um crescimento médio anual na ordem de 1,2%, considerado baixo, para o potencial turístico e econômico do município.

No que se refere a variável gênero, a população masculina, segundo DATASUS (2012) totaliza 37.568 (48,3%), enquanto a população feminina corresponde a 40.277 (51,7%). Assim sendo, a distribuição por gênero, segue uma tendência como verificada no Estado, Região Nordeste e Brasil, onde o gênero feminino apresenta discreta superioridade numérica (51,9%, 51,2% e 51,0% respectivamente), em relação ao masculino.



No Gráfico 1, verifica-se um crescimento do número populacional regular entre 0 (zero) a 9 (nove) anos. Onde se visualiza a faixa etária de 10 (dez) a 19 (dezenove), com maior registro populacional geral, obtendo um número absoluto de 14.696 de pessoas (18,9%). A partir desta faixa, observa-se um decréscimo do seu número populacional.

Gráfico 1 Pirâmide etária, segundo gênero, ano 2012.



Fonte: DATASUS

Constata-se a crescente população do gênero feminino nas faixas etárias a partir do 20 anos, enquanto que a masculina diminui. Tendência verificada nas pirâmides etárias regional, estadual, e nacional. Conforme dados do IBGE (2012), o município chega a atingir uma razão do número de homens/mulheres na ordem de 93,27%.

Em relação à estrutura etária, apresenta-se a seguinte composição: de 0 (zero) a < de 20 anos, 34,3% (feminino 16,8% e masculino 17,5%); de 20 anos a < de 40, 33,2% (feminino 17,2% e masculino 16,1%); nas demais faixas etárias o comportamento se assemelham a esta última chegando a 32,5% (feminino 17,7% e masculino 14,7%).

Constata-se, porém que o gênero feminino mantém um padrão regular, menor apenas na faixa etária < de 20 anos. O gênero masculino, no entanto tende a decair. Conforme verificado na Tabela 1. Contudo, no Gráfico 2, registram-se os percentuais por raça/cor baseado em



estimativa do IBGE (2010), justificado sua utilização pela falta de dados estratificada pelo DATASUS (2012), onde os registros por segmento se encontram zerado.

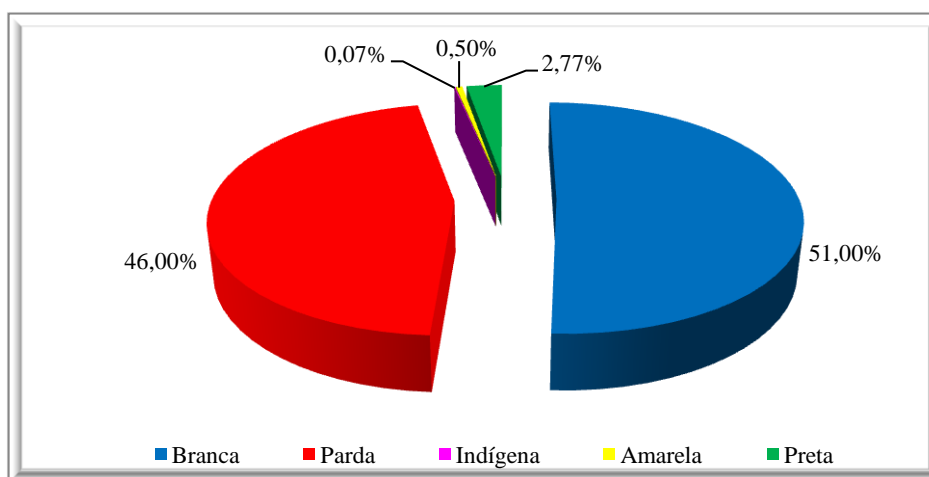
Tabela 1 População por faixa etária e gênero, ano 2012.

Faixa Etária	Masculino	Feminino	Total
< 1 ano	528	517	1.045
1 a 4 anos	2.319	2.201	4.520
5 a 9 anos	3.283	3.145	6.428
10 a 14 anos	3.743	3.585	7.328
15 a 19 anos	3.724	3.644	7.368
20 a 29 anos	6.708	7.037	13.745
30 a 39 anos	5.790	6.312	12.102
40 a 49 anos	4.390	5.067	9.457
50 a 59 anos	3.043	3.569	6.612
60 a 69 anos	2.082	2.669	4.751
70 a 79 anos	1.329	1.672	3.001
80 anos e mais	629	859	1.488
Total	37.568	40.277	77.845

Fonte: DATASUS

No município temos uma população considerada branca 51%, parda 46%; totalizando 96,66% segundo dados do IBGE (2010); Os de cor amarela representam 0,50% e preta atingem 2,77%. Registra-se que 0,07% são de etnia indígena, como registrado no Gráfico 2.

Gráfico 2 População segundo raça/cor, ano 2010.



Fonte: IBGE



Entretanto, os registros cadastrais do Sistema de Informação de Atenção Básica – SIAB encontram com dados mais precisos sobre a população residente. Com uma cobertura de 91,70%, na atenção primária. Registra-se 80.660 pessoas cadastradas em novembro de 2013, apresentando um percentual de 80,24% na população urbana, enquanto que na rural atinge 19,75%. Conforme observada na Tabela 2.

Tabela 2 Distribuição populacional por segmento, ano 2013.

Segmento	População cadastrada	Percentual
Urbano	64.726	80,24
Rural	15.934	19,75
Total	80.660	100

Fonte: SIABMUN (11.11.13) - dados sujeitos a revisão.

Na tabela 3 está expresso o número de pessoas acompanhadas pela Estratégia Saúde da Família, distribuído por gênero nas respectivas Unidades de Saúde, da área rural. Com uma população de 15.179 pessoas, cadastradas no Sistema de Informação da Atenção Básica Municipal - SIABMUN.

Tabela 3 Distribuição populacional por USF da zona rural, segundo gênero, ano 2013

Unidades Rurais	Masculino	Feminino	Total
USF Mandacaru	1.354	1.255	2.609
USF Uruçu Mirim	1.249	1.175	2.424
USF São Severino	1.524	1.277	2.801
USF Avencas	946	851	1.797
USF Lagoa do Fernando	1.142	1.075	2.217
USF Russinhas	1.710	1.621	3.331
Total	7.925	7.254	15.179

Fonte: SIABMUN (11.11.13) - dados sujeitos a revisão.

Na Região Nordeste, no ano de 2005 (IBGE, 2010), constata-se que existe um ascendente crescimento médio de vida comparado ao período de 1991 a 2005. Onde, o gênero



feminino tem expectativa mais elevada, devido à sobre mortalidade masculina nas diversas idades. Registrando em ambos os sexos 62,8% (1991), 64,8% (1995), 67,2% (2000), e 69% (2005). O Estado apresenta a terceira menor da Região Nordeste (69,1 anos), maior apenas que Alagoas e Maranhão, apesar de ter conquistado um aumento superior (4,1%) ao observado na Região Nordeste 3,6% e no Brasil 3,1%, comparados os dados entre 1999 e 2009 (PES-PE, 2012-2015). O município de Gravatá registrou em 2000 uma expectativa de vida ao nascer de 65,4 anos (IBGE), o Estado conquista 69,2 anos (IBGE, 2009), enquanto que o Brasil alcança 73,8 anos (UNDP, 2010).

Quanto ao envelhecimento da população gravataense, registra-se um índice de 47,8%, (TABNET-PE, 2012), atingindo uma proporção de idosos em 10,7 (IBGE, 2010); comparados a Região Nordeste e no Brasil, que se encontra em estágio avançado na transição demográfica, com variação de seu índice entre 28,6% e 41,6%, na década de 2000, representando um aumento de 51,4% e 45,2%, respectivamente (PES-PE, 2012-2015). Onde o processo de envelhecimento se concretiza quando a participação idosa se torna considerável em relação à população jovem.

Em Pernambuco, no ano 2010, a taxa específica de fecundidade, que expressam o número de filhos nascidos vivos, por mulher, para cada ano de idade do período reprodutivo, foi de 0,054, enquanto que a fecundidade total chega a 1,82; destaca-se que houve uma redução de 25,32%, se comparados os anos 2000 e 2010 (PES-PE 2012-2015). No município, no ano de 2012, atingiu-se uma taxa de fecundidade específica de 0,053 (IBGE), tendo no ano de 2000 fecundidade total na ordem de 2,59.

2.1.2 Perfil Socioeconômico

O setor imobiliário do município é um dos mais importantes do interior, além das ofertas de terrenos e condomínios, conta com 240 privês cadastrados (PM, 2010).

Conhecido como importante pólo moveleiro do Estado, concentra um grande número de fabricantes de móveis rústicos e semirrústicos em madeira maciça, além de fibras naturais de junco, vime, ratã e cana-da-índia.

Com um grande celeiro de artistas, onde muitos trabalham com o artesanato, enquanto núcleo de produção familiar e/ou grupos de produção artesanal (SEBRAE/PE, 2012), conta



com peças de todos os gêneros, desde a tradicional bonequinha da sorte passando pelos brinquedos educativos em madeira da Artgravatá, até telas e esculturas.

Tendo como principal atividade econômica a agricultura (abacaxi, milho, batata doce, tomate, tangerina, feijão, banana, mandioca, morango), o comércio varejista e a pecuária. Importante polo de cultivo de hortaliças e legumes do agreste pernambucano, especialmente no setor orgânico, produz e comercializa, em média, duas toneladas semanais, em feiras da cidade e cidades círculo vizinhas. Tem destaque no cultivo de plantas e flores, com a produção de diversos tipos de rosas, crisântemos e outras espécies de flores, que garante ao município o título de maior produtor de flores temperadas do Nordeste (SEBRAE/PE, 2012).

No setor da criação animal, destacam-se por sua vocação de criador de animais selecionados, cavalos das raças *Manga Larga Marchador* e *Quarto de Milha*; rebanho bovino das raças leiteiras *Jersey*, *Gir*, *Girolando*, e *Guzolando*; ovino das raças *Santa Inês*, *Sulffolk*, e *Texel*; e caprino com planteis de *Bôer*, importados do Canadá, Estados Unidos e África do Sul. Além dos inúmeros canis, com raças *Rottweiler*, *Boxer* e *Cocker Spaniel*.

2.1.2.1 Índice de Desenvolvimento Humano (IDH)

De acordo com dados divulgados em 2008 pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), o IDH de Pernambuco foi de 0,718. O Estado ocupa a 23ª posição no ranking dos estados brasileiros e em relação à região Nordeste encontra-se na 5ª posição. O Brasil encontra-se em 85º com 0,730 (PUND, 2012). O município apresentou Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) nos anos 1991 e 2000, de 0,561 e 0,654 respectivamente (IV GERES, 2012), atingindo 0,63 em 2010 (IBGE). Vale salientar que segundo (IBGE, 2000) o município atingiu um índice de exclusão social em torno de 0,36.

Na tabela 4, observa-se o IDH municipal no decorrer de aproximadamente vinte anos, cresce sensivelmente, passando de uma situação considera muito baixo (0,000 – 0,499) para médio (0,600 – 0,699). No ranking dos 185 municípios analisados pelo órgão encontra-se em 1991 no 45º lugar, 34º em 2000 e 33º em 2010. Quando visualizados nos anos 1991, 2000 e 2010, pelo componente IDHM Renda, registra-se um avanço passando do 22º para 17º do ranking do Estado; no componente longevidade constitui uma evolução, porém no ano de 2000 fica no 88º lugar, reagindo em 2010 para o 28º; no IDHM Educação, há uma mudança



no passar dos anos, ficando em 1991 no 56º, em 2000 em 40º, perdendo posição em 2010, onde atinge 65º do ranking do Estado.

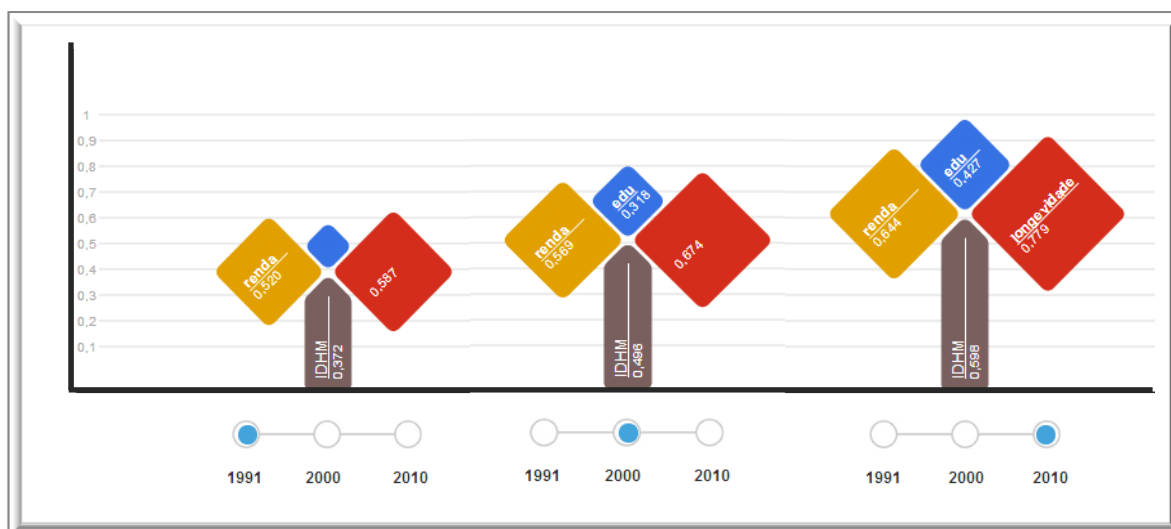
Tabela 4 Índice de Desenvolvimento Humano, no município, e seus componentes, período 1991, 2000 e 2010.

Ano	IDHM	Renda	Longevidade	Educação
1991	0,372	0,520	0,587	0,168
2000	0,496	0,569	0,674	0,318
2010	0,634	0,630	0,794	0,510

Fonte: BRASIL, 2013

O Gráfico 3, observa-se a evolução do IDHM no período de 1991, 2000 e 2010, com tendência de crescimento nos últimos vinte anos. Vale ressaltar que, a metodologia aplicada para os indicadores realizada pela plataforma Atlas do Brasil 2013, atualiza e ajusta componentes dos subíndices, com novas fórmulas, possibilitando uma análise das tendências do desenvolvimento humano para os municípios, ao longo das últimas décadas.

Gráfico 3 Árvore do IDH de Gravatá, períodos 1991, 2000 e 2010.



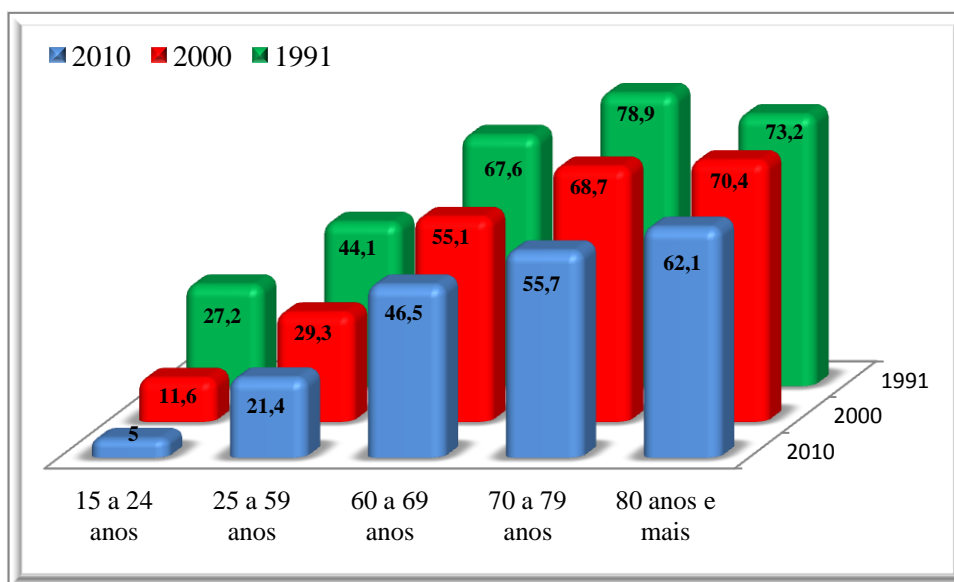
Fonte: BRASIL, 2013



2.1.2.2 Educação

Com relação à escolaridade observa-se que no município conforme dados no (DATASUS, 2013), a taxa de analfabetismo por faixa etária nos anos de 2009 e 2010, que se encontra expressa no Gráfico 4, aferiu-se que com o passar dos anos, o grau de instrução tende a crescer. Onde, observa-se 12.741 pessoas acima de 15 anos não alfabetizados no ano de 2010, com uma taxa de 22,2%. O Estado chegou a registrar no mesmo ano conforme dados (IBGE, 2012) uma taxa de 16,73% da população geral; alcançando uma taxa de 17% na Região Nordeste. E o Brasil atingindo 9,02%, no ano anterior.

Gráfico 4 Taxa de analfabetismo por faixa etária, 1991, 2000 e 2010.

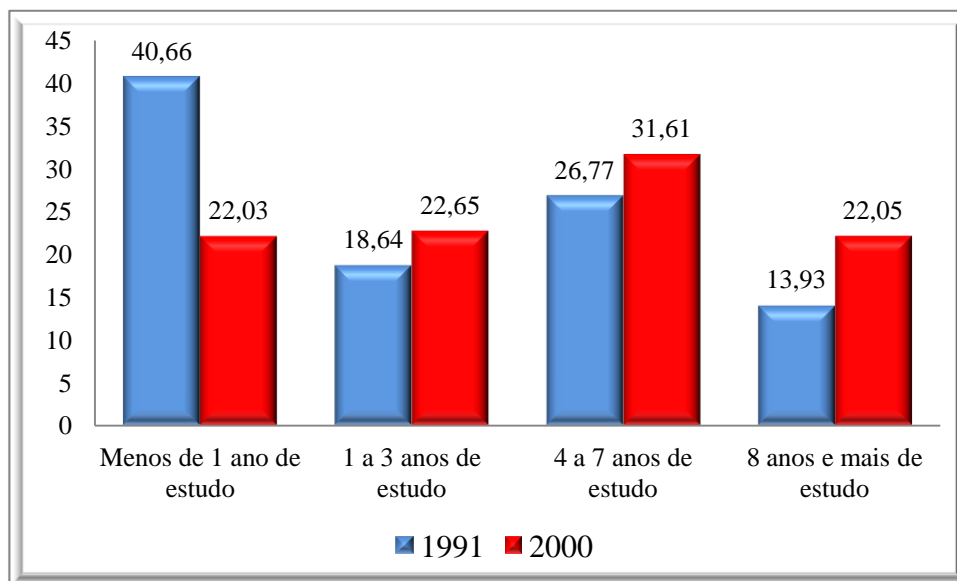


Fonte: DATASUS

De acordo com o Gráfico 5, verifica-se ainda um importante aumento nos níveis de escolaridade da população com mais de 15 anos. O número de analfabetos funcionais (menores de 4 anos de estudo) vem decrescendo nos anos analisados. Porém encontra-se ainda em patamares elevados. Observa-se que entre 4 a 7 anos de estudo há crescente nível no ano de 2000 em relação a 1991. Podemos averiguar que a partir de 8 anos e mais de estudo com o passar dos anos tende a aumentar com o passar do tempo.



Gráfico 5 Nível de escolaridade* na população de 15 anos e mais, 1991 e 2000.



Fonte: DATASUS (*) anos de estudo

Quanto à distribuição populacional por escolaridade registra-se: sem instruções / ciclo fundamental incompleto em 35,34%; 1º ciclo fundamental completo / 2º ciclo fundamental incompleto 16,87%; 2º ciclo fundamental completo ou mais 35,02%; e não determinado 12,78%. Encontra-se registrado no ano 2000 Alfabetização de adultos em 0,28%; sem determinação 1,38% (DATASUS, 2010).

Podemos inferir que com o passar do tempo às ações em promoção em saúde deverá ser trabalhada baseadas em modelos diferenciados e abordagem pontual específica, para que se atinjam os objetivos e resultados esperados. As intervenções em saúde ao escolar deve exercer uma perspectiva de enfrentamento das problemáticas locais e pessoais, com um novo perfil profissional e das metodologias aplicadas, onde o exercício do profissional - educador em saúde - deva ser construtivo e, sobretudo mediador das condicionalidades comportamentais - individual e coletiva -; fomentando a mudança de hábitos insalubres, mitigando os riscos as doenças evitáveis e propondo uma visão de higiene integral.



2.1.2.3 Renda

No Estado, em 1992 a renda média domiciliar *per capita* era R\$ 259,7 passando para R\$ 416,2 em 2008, um acréscimo de mais de 60% (PES-PE 2012-2015). Contudo, segundo dados do DATASUS (2010), o município gravataense conquista uma renda familiar *per capita* média de R\$ 392,96 (para um salário mínimo de R\$ 510,00); no que se refere ao desemprego da população, o Estado atinge um taxa na ordem de 10,95%, enquanto que o município alcança 10,16%.

Quando analisado a desigualdade de renda da população através do índice de Gini, o município registra 0,5660 (2000) e 0,5403 (2010), o que indica que entre a escala (0 e 1), onde quando mais próximo do zero representa à completa igualdade de renda (onde todos tem a mesma renda), e 1 (um) a completa desigualdade.

Levando em consideração o trabalho infantil, o Estado registra uma taxa de 9,53% para uma população ocupada de 95.833, enquanto que o município atinge 9,37% para 811 crianças trabalhando DATASUS (2010).

2.1.2.4 Situação dos domicílios particulares permanentes

Como destacado no (IBGE, 2010), a proporção de domicílios particulares por tipo de saneamento representa: Adequado – com rede de água por rede geral, esgotamento sanitário por rede geral ou séptica e lixo coletado diretamente ou indiretamente – em 61,78%; semi-adequado – domicílio com pelo menos uma forma de saneamento considerado adequado em 27,63%; e inadequado – todas as formas de saneamento consideradas inadequadas com 10,59% das residências.

Segundo dados do Sistema de Informação da Atenção Básica - SIABMUN (2013), para a população cadastrada de 25.044 famílias, registra-se (1,49%) das pessoas com cobertura de plano de saúde. Constando famílias, no Programa Bolsa Família na ordem de 34,13% representando 8.548 famílias cadastradas (DATASUS, 2013).

Quanto aos tipos de casas no município, há residências de tijolos e adobe em 96,55%, de taipa revestida 1,81%, em taipa não revestida 1,17%, em madeira 0,24%, em material aproveitado 0,32% correspondendo a 80 casas. Com energia elétrica chega a 98,52% das residências.



As coberturas dos serviços de abastecimento de água se comportam com fornecimento de rede pública 85,33%, tendo como uso para consumo doméstico através de poço ou nascentes dentre outros, 3.674 família 14,67%. Quanto ao tratamento da água, registra-se que 64,61% das famílias usam a filtragem como forma de tratamento, não realizando tratamento 29,47%. As demais famílias faz uso da fervura e cloração como técnica principal para consumo da água, atingindo 1.483 famílias 5,92%.

A população residente tem como principal destino dos resíduos sólidos a coleta pública em 85,07%, fazendo o uso da técnica de queima e/ou enterramento 11,04%, abandonando em área a céu aberto 3,89%. Para o município, a população adota para o destino dos dejetos o sistema de esgoto em 73,55%, através de fossa 17,36%, e a céu aberto em 9,09%, observada com maior incidência na zona rural, situação enfrentada pela falta de acesso as ações de saneamento sanitário do setor público.

2.1.3 Perfil Epidemiológico

2.1.3.1 Natalidade

No tocante a natalidade do município, temos como base para o processo de construção do perfil epidemiológico, dados referentes ao Sistema de Informação (SINASC), consultado no TABNET-PE (2012). Dar-se-á tabulações e análises sobre as características dos recém-nascidos, das gestantes e da atenção à saúde prestada pelo município, onde o uso de suas informações torna-se de forma direta, para cálculo de indicadores, mais atualizadas. Na Tabela 5, registra-se um percentual de 40,80% de parto vaginal e 57,38% cesariana; de acordo com a OMS essa taxa não deveria ultrapassar 15%. Em 2010 a taxa no Brasil foi de 52,3%.

Tabela 5 Tipos de parto, período de 2009 a 2012.

Tipos de Parto	Vaginal	Cesariana	Não informado	Total
2009	457	708	002	1.167
2010	424	687	-	1.111
2011	485	704	-	1.189
2012*	535	646	002	1.184
Total	1.898	2.669	004	4.651

Fonte: TABNET-PE * Dados preliminares



Como se verifica na Tabela 6, os nascidos vivos segundo período gestacional, registra-se um aumento gradativo, no período de 32 a 36 semanas. Gestação de 37 a 41 semanas nos anos de 2009 e 2010 representa 61,87% do total, enquanto que nos últimos dois anos chegam a 38,12%. Observa-se também aumento importante nos registros dos ignorados com 748 nascimentos, chegando a 16,30%.

Tabela 6 Nascidos vivos segundo gestação, período de 2009 a 2012.

Ano de Nascimento	< de 22 semanas	22 a 27 semanas	28 a 31 semanas	32 a 36 semanas	37 a 41 semanas	42 e + semanas	Ign	Total
2009	1	3	4	49	1.108	2	-	1.167
2010	2	5	6	44	1.046	3	5	1.111
2011	1	7	11	70	681	33	385	1.189
2012	-	6	2	87	694	29	366	1.184
Total	4	20	23	250	3.530	67	748	4.651

Fonte: TABNET-PE

Quanto às características do recém-nascido, o baixo peso ao nascer (BPN) e a prematuridade, é um indicativo do risco para a morbidade no primeiro ano de vida. Na tabela 7, que reflete o peso ao nascer segundo município de residência, registra-se nos anos analisados, que dos nascidos vivos < de 2,5 kg, chega a 6,12%. Entre 2,5 kg e < 3, registra-se 18,18%. Na faixa de peso considerada ideal para o nascimento conquista 67,79%. Nos nascidos entre 4 kg e < 6 kg, consta um percentual de 7,89%.

Tabela 7 Nascidos vivos por peso ao nascer segundo município de residência, período de 2009 a 2012.

Ano de Nascimento	101 gr. a 500 gr.	501 gr. a 999 gr.	1 kg a 1,499kg	1,5kg a 2,499kg	2,5kg a 2,999kg	3 kg a 3,999kg	4 kg a 4,999kg	5 kg a 5,999kg	Total
2009	1	1	6	65	223	782	87	2	1.167
2010	2	5	8	59	204	746	86	1	1.111
2011	-	2	4	63	187	835	98	-	1.189
2012	1	4	5	59	232	790	92	1	1.184
Total	4	12	23	246	846	3.153	363	4	4.651

Fonte: TABNET-PE



Quanto às características da gestante, à faixa etária gestacional, registra-se de 10 a 14 anos um total de 56 nascidos vivos 1,20%, entre 15 a 19 anos 20,27%, onde totaliza 999 nascimentos em menores de 20 anos com 21,47%; entre 20 a 24 anos 27,95%, totalizando 2.200 nascimentos em menores de 24 anos. Na faixa etária acima dos 35 anos, atinge 9,03%. Onde se constata na análise, que se faz necessário uma atenção especial para adolescentes menores de 20 anos, com ações pontuais voltadas para suas necessidades. Conforme registrada na Tabela 8, e das condições de vida da população vulnerável menos favorecida economicamente.

Tabela 8 Nascidos vivos por faixa etária da mãe (14), período de 2009 a 2012.

Ano de Nascimento	10 a 14 anos	15 a 19 anos	20 a 24 anos	25 a 29 anos	30 a 34 anos	35 a 39 anos	40 a 44 anos	45 a 49 anos	Ign.	Total
2009	14	241	321	308	187	71	21	4	-	1.167
2010	10	253	343	276	144	67	15	2	1	1.111
2011	20	220	317	319	192	88	30	3	-	1.189
2012	12	229	319	295	211	102	13	3	-	1.184
Total	56	943	1.300	1.198	734	328	79	12	1	4.651

Fonte: TABNET-PE

Com referência à gestante, destacam-se o grau de instrução e a idade materna. No período analisado, em média, 11,30% das mães possuem menos de 3 anos de estudo, cerca de 1,99% não apresenta instrução, chegando a 42,71% entre oito e onze anos de estudo, acima de 12 anos de instrução 8,79%.

Tabela 9 Frequência por instrução segundo ano do nascimento, período de 2009 a 2012.

Ano de Nascimento	Nenhuma	1 a 3 anos	4 a 7 anos	8 a 11 anos	12 e + anos	Ign.	Total
2009	33	138	451	410	131	4	1.167
2010	18	104	428	438	121	2	1.111
2011	20	93	436	558	77	5	1.189
2012	22	98	397	581	80	6	1.184
Total	93	433	1.712	1.987	409	17	4.651

Fonte: TABNET-PE



2.1.3.2 Mortalidade

A taxa bruta de mortalidade no município é de 7,8 por 1.000 hab. (TABNET-PE, 2012). Onde o Brasil apresenta um CMG em torno de 6,38 por 1.000 habitantes.

No período entre 2009 a 2012, conforme o Sistema de Informação de Mortalidade – SIM, se verifica uma média anual de 535 óbitos dos residentes de Gravatá, apresentando um maior número em 2012, no ano de 2009 há registro inferior aos demais anos analisados. Conforme apresentado na Tabela 10. Porém, observa que o cociente de mortalidade geral, no período, comporta-se ascendente, com uma média de 6,95%.

Tabela 10 Frequência de Óbito por faixa etária, período de 2009 a 2012.

Faixa etária Ano	2009	2010	2011	2012	Total
< 01	13	11	11	12	47
01 a 04 anos	3	1	3	1	8
05 a 14 anos	3	3	1	3	10
15 a 49 anos	81	103	112	102	398
50 anos +	374	377	410	471	1.632
Ign.	11	10	10	15	46
Total	485	505	547	604	2.141
CMG	6,3	6,6	7,1	7,8	6,95

Fonte: TABNET-PE

Destaca-se o número de óbito em menores de 1 ano de vida, representando 2,19% do total de morte no município; para os menores de 15 anos, no entanto soma-se 65 mortes, atingindo 3,03%. Portanto, ações em políticas públicas pontuais, se faz imprescindível para mitigar as mortalidades evitáveis nesta faixa etária. Fortalecendo as diretrizes do SUS, ofertando promoção em saúde direcionada a grupos prioritários.

Quanto a Mortalidade Infantil, que reflete de uma maneira geral, os níveis de saúde e de desenvolvimento socioeconômico de uma população, sendo considerado um dos indicadores epidemiológicos mais importantes internacionalmente. Observa-se que nos quatros anos analisados ocorreu uma redução de 80% no número de óbitos em menores de 1



dia, comparando 2012 e 2009. Com coeficiente de mortalidade infantil atingindo 10,34%, no período analisado. Destaca-se maior incidência de óbitos na faixa etária de 1 a 6 dias de vida. Como verificada na Tabela 11.

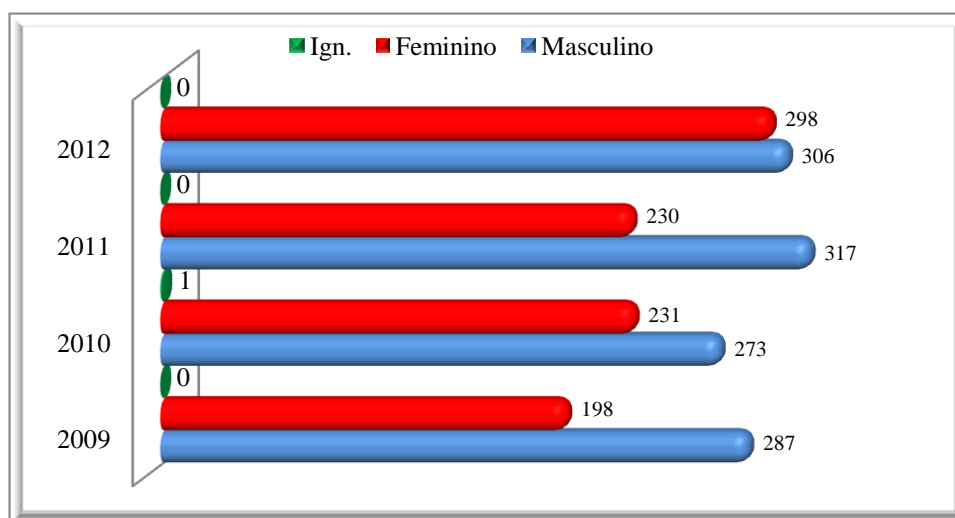
Tabela 11 Frequência por faixa etária segundo ano de óbito, período de 2009 a 2012.

Ano do Óbito	< 1 dia	01 a 06 dias	07 a 27 dias	28 dias < 1 mês	Total	CMI
2009	5	4	2	2	13	11,14
2010	4	5	1	1	11	9,91
2011	1	5	2	3	11	10,01
2012	1	3	2	6	12	10,34
Total	11	17	7	12	47	10,35

Fonte: TABNET-PE

Na análise de óbitos por gênero, entre 2009 a 2012, observa-se maior incidência de mortalidade masculina 55,25%, constata-se que o número de óbito aumenta a cada ano, passando, de 485 em 2009 para 604 em 2012, do número de óbitos. Vale salientar que o aumento de morte do gênero feminino cresce em relação aos anos anteriores, atingindo percentual de 49,33%. Enquanto que o masculino comporta-se na média de 295 óbitos/ano, como observado a seguir no Gráfico 6.

Gráfico 6 Óbito anual por gênero, período de 2009 a 2012.



Fonte: TABNET-PE



Como registrada na Tabela 12, dentre os grandes grupos de causas básicas de óbito, destacam-se as doenças do Aparelho Circulatório como primeira causa de morte, 28,44% do total, as Neoplasias e as doenças Endócrinas Nutricionais e Metabólicas, que ocupa a segunda e terceira posição, representando 13,35% e 11,72% respectivamente; neste último, porém configura um problema de saúde coletiva, tendo como causa principal a Diabetes Mellitus, devido às complicações aguda e crônica, e por representar um fator de risco às doenças cardiovasculares.

Tabela 12 Frequência por ano do óbito, segundo causa CID10 CAP, período de 2009 a 2012

Causa (CID10 - CAP)	2009	2010	2011	2012	Total
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	12	17	19	20	68
II. Neoplasias (tumores)	64	63	64	95	286
III. Doenças sangue órgão hemat. e transt. Imunitária	6	-	2	-	8
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	38	67	68	78	251
V. Transtornos mentais e comportamentais.	6	3	6	5	20
VI. Doenças do sistema nervoso	9	7	8	3	27
IX. Doenças do aparelho circulatório	155	144	147	163	609
X. Doenças do aparelho respiratório	49	47	54	56	206
XI. Doenças do aparelho digestivo	25	24	27	24	100
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	1	-	2	1	4
XIII. Doenças sist. osteomuscular e tecido conjuntivo	1	1	-	1	3
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	11	10	12	11	44
XVI. Algumas afecções originadas no período perinatal	21	18	18	18	75
XVII. Malformação congênita, deformidade e anomalias cromossômicas.	2	3	1	4	10
XVIII. Sintomas, sinais e achada norm. ex. clínico e laboratorialmente.	36	46	63	60	205
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	49	55	56	65	225
Total	485	505	547	604	2.141

Fonte: SIM/SMS de Gravatá (dados sujeitos a revisão)

As doenças e agravos não transmissíveis têm-se constituído um problema de grande importância para a Saúde Pública no município, entre as quais se destacam as doenças do



Aparelho Circulatório, as Neoplasias e as doenças Endócrinas Nutricionais e Metabólicas. Salientam-se a alta proporção de mortes por doenças do Aparelho Circulatório, que resultam principalmente das doenças isquêmicas do coração, doenças cerebrovasculares e as doenças hipertensivas. Os principais fatores de risco, como o tabagismo, sedentarismo, padrões alimentares, obesidade, etc. têm contribuído para a elevada prevalência das referidas doenças.

As neoplasias representam a segunda maior causa de óbitos. As doenças Endócrinas Nutricionais e Metabólicas aparecem como a terceira causa e fator importante para a mortalidade, com tendência ascendente nos registros. Valendo destacar que as causas externas surgem como preocupante, onde 10,50% da população é vitimada por agentes externos como acidentes de trânsito, agressões, lesões auto provocadas voluntariamente etc.

Analisando a incidência das causas de óbito não fetal em menores de 1 ano, entre 2009 e 2012, constata-se que as Afecções originárias no período perinatal chegam a 65,95%, seguida de Malformação congênita, deformidade e anomalias cromossômicas com 14,89%; as doenças do Aparelho Geniturinário e algumas doenças infecciosas e parasitárias chegam a 0,42%, com apenas dois registro cada uma.

Tabela 13 Frequência de óbito não fetal em menores de 1 ano, por causa (CID 10 BR), período de 2009 a 2012.

Causa (CID 10 BR)	2009	2010	2011	2012	Total
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	1	0	0	1	2
II. Neoplasias (tumores)	0	0	1	0	1
IX. Doenças do aparelho circulatório	0	0	0	1	1
X. Doenças do aparelho respiratório	0	0	0	1	1
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	1	0	0	0	1
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	0	0	1	1	2
XVI. Algumas afecções originadas no período perinatal	10	10	8	3	31
XVII. Malformação congênita, deformidade e anomalias cromossômicas.	1	1	1	4	7
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	0	0	0	1	1
Total	13	11	11	12	47

Fonte: SIM/SMS (dados sujeitos a revisão)



2.1.3.3 Morbidade

Entre os indicadores de morbidade por agravos e doenças de notificação compulsória, analisam-se os agravos notificados (Tabela 14) e de agravos confirmados (Tabela 15). Alimentado pela notificação e investigação dos agravos e das doenças de notificação compulsória, pelas Unidades de Saúde do Município. Para que tenhamos este Sistema confiável, é necessário que os profissionais e o sistema de vigilância da saúde estejam em alerta permanente para evitar a subnotificação dos casos.

Quanto às notificações compulsórias, observa-se que o atendimento Antirrábico 41,16%, Dengue 32,36%, Acidentes com animais peçonhentos 10,67%, e Esquistossomose 6,58%, são os agravos mais registrados. Evidencia-se que no último ano não foram notificados casos de Leptospirose e Leishmaniose Visceral. Podendo ser considerado ausência de notificação, ou políticas públicas contundentes.

Tabela 14 Principais agravos à saúde notificados, período de 2009 a 2012.

Agravos Notificados	2009	2010	2011	2012	Total
Acidentes por Animais Peçonhentos	97	76	124	136	433
Atendimento Antirrábico	440	378	450	402	1.670
Coqueluche	-	-	-	1	1
Dengue	84	561	168	500	1.313
Doenças Exantemáticas - Rubéola	5	4	3	5	17
Esquistossomose	52	70	88	57	267
Hanseníase	34	33	28	20	115
Hepatites Virais	21	24	17	24	86
Leishmaniose Visceral	1	-	-	-	1
Intoxicação Exógena	-	-	18	-	18
Leptospirose	1	6	7	-	14
Malária	-	-	-	-	-
Sífilis não especificada	-	-	1	-	1
Sífilis Congênita	1	2	2	1	6
Sífilis em Gestante	1	2	4	6	13
Tuberculose	22	10	25	19	76
Varicela	5	6	10	44	65
Total	764	1.172	945	1.176	4.096

Fonte: SINAN/SMS de Gravatá



No que se refere às confirmações dos principais agravos, no período analisado, verifica-se que as suspeita relacionadas à Dengue foram confirmadas em 19,80% e Esquistossomose 100%. Das doenças Exantemáticas (rubéolas) não foram confirmados, enquanto para as Hepatites Virais se confirma 19 casos dos 86, e para Leptospirose 7 casos dos 14 suspeitos. Das notificações compulsórias e confirmações podemos aferir que houve 72,04% de acerto, entretanto nota-se que há uma subnotificação, no município. Observada na Tabela 15.

Tabela 15 Principais agravos à saúde confirmados, no período de 2009 a 2012.

Agravos Confirmados	2009	2010	2011	2012	Total
Acidentes por Animais Peçonhentos	97	76	124	136	433
Atendimento Antirrábico	440	378	450	402	1.670
Coqueluche	-	-	-	1	1
Dengue	3	209	48	-	260
Doenças Exantemáticas - rubéola	-	-	-	-	-
Esquistossomose	52	70	88	57	267
Hanseníase	34	33	28	20	115
Hepatites Virais	8	8	1	2	19
Leishmaniose Visceral	-	-	-	-	-
Intoxicação Exógena	-	-	18	-	18
Leptospirose	-	3	4	-	7
Malária	-	-	-	-	-
Sífilis não especificada	-	-	1	-	1
Sífilis Congênita	1	2	2	1	6
Sífilis em Gestante	1	2	4	6	13
Tuberculose	22	10	25	19	76
Varicela	5	6	10	44	65
Total	663	797	803	649	2.951

Fonte: SINAN/SMS de Gravatá

Em relação às doenças que apresentam quadro de persistência como Hanseníase, tuberculose, hepatite, leptospirose, esquistossomose e leishmaniose tegumentar, se fazem necessária uma maior articulação entre todos os setores da Saúde, visando às ações de prevenção, controle e assistência, com foco voltado para o diagnóstico precoce, tratamento específico e interrupção da cadeia de transmissão.



2.1.3.3.1 Tuberculose (TB)

A tuberculose é a quarta doença que mais mata no Brasil e a interrupção do tratamento é a maior dificuldade para o controle e a cura. É importante destacar que ela é considerada um marcador fundamental da qualidade de vida.

O Brasil é o único país da América Latina incluído entre as 22 nações responsáveis por 80% do total de casos de tuberculose no mundo. As regiões Norte, Nordeste e Sudeste são as que apresentam as maiores taxas de incidência da doença. O estado de Pernambuco detém os piores indicadores nacionais em relação à doença, apresentando a terceira maior incidência, a segunda maior mortalidade do país, superada apenas pelo Rio de Janeiro e lidera no Nordeste esses dois indicadores. Segundo dados informados no (PAS-PE 2012-2015).

Os casos no Município estão distribuídos na sua maioria em pessoas com mais de 15 anos, conforme a Tabela 16. Quanto à evolução no período analisado, seu ápice se dar em 2011 com 33,76% dos casos confirmados, em 2012 chega a 24,67% do total geral.

Tabela 16 Casos notificados e confirmados de Tuberculose, segundo faixa etária, período 2009 a 2012

Faixa etária	2009	2010	2011	2012	Total
< de 1 ano	-	-	-	-	-
1 a 4 anos	-	-	-	-	-
5 a 9 anos	1	-	-	-	1
10 a 14 anos	-	-	-	1	1
15 a 19 anos	4	1	2	-	7
20 a 34 anos	3	4	10	8	25
35 a 49 anos	10	4	7	7	28
50 a 64 anos	3	-	3	2	8
65 a 79 anos	-	-	3	-	3
80 e mais	1	1	1	1	4
Total	22	10	26	19	77

Fonte: SINAN/SMS de Gravatá

Em 2011 a detecção dos casos novos foi superior a 2010, o que demonstra que a busca ativa foi fortalecida, contudo no ano de 2012 volta a diminuir. Dos casos notificados, observa-se que 77,92% apresentam a forma pulmonar. Como demonstrada na Tabela 17.



Tabela 17 Casos de Tuberculose, segundo forma clínica, período 2009 a 2012

Forma Clínica	2009	2010	2011	2012	Total
Pulmonar	14	6	23	17	60
Extra pulmonar	4	3	2	2	11
Pulmonar + Extra pulmonar	4	1	1	-	6
Total	22	10	26	19	77

Fonte: SINAN/SMS de Gravatá

Na Tabela 18, no que diz respeito à situação de encerramento dos casos de Tuberculose, podemos aferir que há 81,81% de cura, chegando a óbito apenas um caso em 2011. Registre-se um caso de mudança de diagnóstico nos anos de 2011 e 2012. Dos casos registrados no período analisado apenas 12,98% abandonaram o tratamento, tendo uma média de 2,5 casos anuais.

Tabela 18 Casos de Tuberculose, segundo situação encerramento, período 2009 a 2012

Situação Encerra	2009	2010	2011	2012	Total
Cura	17	8	21	17	63
Abandono	5	2	2	1	10
Óbito por TB	-	-	1	-	1
Transferência	-	-	1	-	1
Mudança de Diagnóstico	-	-	1	1	2
Total	22	10	26	19	77

Fonte: SINAN/SMS de Gravatá

2.1.3.3.2 Hanseníase (HAN)

Em Pernambuco, apesar do coeficiente de detecção de casos novos da doença vir decrescendo anualmente, o território estadual continua sendo classificado como endemicidade muito alta na detecção geral e hiperendêmico em menores de 15 anos de idade, sendo responsável por 8,5% dos casos novos do Brasil na população geral e 12% dos casos novos em menores de 15 anos. De acordo com a Coordenação Geral do Programa Nacional de Controle da Hanseníase, o estado de Pernambuco ocupa a 10ª colocação em coeficiente de



detecção geral e a 6ª em menores de 15 anos, em relação às outras unidades federadas do país. Conforme registrado no (PAS-PE 2012-2015).

A Hanseníase continua sendo um importante problema de Saúde Pública no Município. Observa-se que o coeficiente de detecção e prevalência, no período estudado vem mantendo tendência alta, portanto, longe da perspectiva da meta preconizada de eliminação da Hanseníase como problema de Saúde Pública, que é de menos de 1 caso por 10.000 habitantes. Nota-se na Tabela 19.

Tabela 19 Casos notificados e confirmados de Hanseníase, segundo faixa etária, período 2009 a 2012

Faixa etária	2009	2010	2011	2012	Total
< de 1 ano	-	-	-	-	-
1 a 4 anos	1	-	-	-	1
5 a 9 anos	-	-	1	-	1
10 a 14 anos	-	1	1	1	3
15 a 19 anos	2	2	1	2	7
20 a 34 anos	9	8	6	2	25
35 a 49 anos	7	10	6	2	25
50 a 64 anos	13	9	9	12	43
65 a 79 anos	1	2	4	1	8
80 e mais	1	1	-	-	2
Total	34	33	28	20	115

Fonte: SINAN/SMS de Gravatá

Os indicadores de monitoramento da Hanseníase no município apresentam, conforme dados do relatório do Perfil Epidemiológico (2011), registra: Detecção geral 87,5%, Contatos registrados 112,5%, Contatos examinados 85,5%, e Percentual de cura em 92,5%. Contudo a associação destes indicadores apontam para a implantação permanente de ações na busca ativa e exames de contatos, para maior promoção, prevenção, detecção e controle da doença no município.



Tabela 20 Casos de Hanseníase, segundo forma clínica, período 2009 a 2012

Forma Clínica	2009	2010	2011	2012	Total
Indeterminada	5	10	9	11	35
Tuberculóide	7	9	6	1	23
Dimorfa	19	10	11	3	43
Virchowiana	3	4	2	4	13
Não classificada	-	-	-	1	1
Total	34	33	28	20	115

Fonte: SINAN/SMS de Gravatá

Quanto à forma clínica, como colocado na Tabela 19 acima, verifica-se que não houve predominância importante de uma forma específica, com pequeno aumento da Dimorfa e Indeterminada sobre as demais. Contudo podemos observar que a forma Dimorfa se comporta descendente no passar dos anos, enquanto que a indeterminada tende a aumentar. Enquanto na Tabela 21, verifica-se que a classificação operacional diminuiu com os anos em 58,82%.

Tabela 21 Classificação operacional de Hanseníase, período 2009 a 2012.

Classificação operacional	Paucibacilar	Multibacilar	Total
2009	12	22	34
2010	19	14	33
2011	15	13	28
2012	11	9	20
Total	57	58	115

Fonte: SINAN/SMS de Gravatá

Dos casos novos, nota-se que a cada ano diminuiu, atingindo em 2012 (15,53%), enquanto que em 2009 (32,03%). Quanto ao comportamento de recidiva aferiu-se 4,34% dos casos. Registra-se que no tocante a transferências ocorreu no período, um caso entre unidades locais, quatro entre município, e um de Estado. Como outro modo de ingresso apenas um. Como exposto na Tabela 22, a seguir.



Tabela 22 Casos de Hanseníase, segundo modo de entrada, período 2009 a 2012

Modo de entrada	2009	2010	2011	2012	Total
Caso novo	33	29	25	16	103
Transferência (municipal)	-	-	-	1	1
Transferência (intermunicipal)	-	2	-	2	4
Transferência (estadual)	-	-	1	-	1
Recidiva	1	1	2	1	5
Outros ingressos	-	1	-	-	1
Total	34	33	28	20	115

Fonte: SINAN/SMS de Gravatá

Para os casos de cura, conforme Tabela 23, chega a 102 casos com 88,69%. Abandona o tratamento dois pacientes. Chega a óbito três dos 115 notificados. Com erro diagnóstico encontram-se três casos e sem preenchimento cinco. Podemos afirmar que existe um bom resultado para os casos acompanhados pelas equipes de saúde, chegando a encerrar o tratamento com alto percentual de cura.

Tabela 23 Casos de Hanseníase, segundo situação encerramento, período 2009 a 2012

Situação Encerra	2009	2010	2011	2012	Total
Cura	32	31	24	15	102
Abandono	1	-	1	-	2
Óbito	1	1	1	-	3
Erro Diagnóstico	-	1	2	1	3
Sem preenchimento	-	-	-	5	5
Total	34	33	28	20	115

Fonte: SINAN – SMS de Gravatá

2.1.3.3.3 DST/AIDS

A sífilis no município de Gravatá registra incidência em gestantes ascendente nos anos analisados, com 65% dos casos notificados; sendo 30% dos casos de sífilis congênita. Conforme Tabela 24 registram-se no período analisado 20 casos confirmados, pelo setor de epidemiologia municipal.



Tabela 24 Sífilis por categoria confirmada, período de 2009 a 2012.

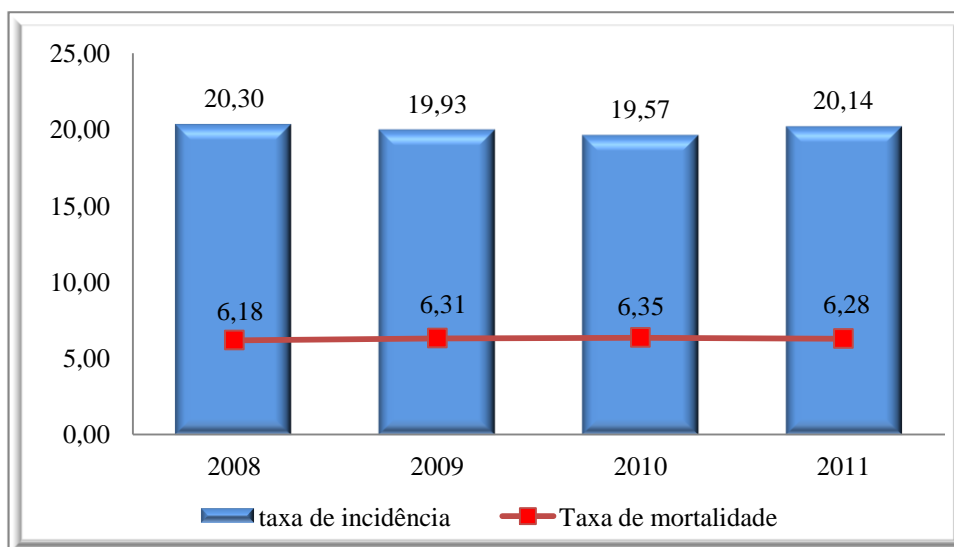
Categoria	2009	2010	2011	2012	Total
Sífilis não especificada	-	-	1	-	1
Sífilis Congênita	1	2	2	1	6
Sífilis em Gestante	1	2	4	6	13
Total	2	4	7	7	20

Fonte: SINAN – SMS de Gravatá

Contudo, conforme registro do IBGE (2012) a taxa de incidência de sífilis congênita em menores de 1 ano (por 100.000 hab.), em 2008 representou 1,87; em 2009, 2010 e 2011 consta (2,02), (2,56), (3,42) respectivamente. Onde se verifica que há uma tendência ascendente no decorrer dos anos.

A epidemia de AIDS em Pernambuco teve início em 1983 e desde então vem apresentando tendências de crescimento, demonstradas nos registros de notificação. Como verificados, nos anos de 2008, 2009, 2010 e 2011 registra-se uma taxa de incidência por 100.000 hab., onde podemos observar no Gráfico 7.

Gráfico 7 Incidência VS Mortalidade de AIDS, período 2008 a 2011.



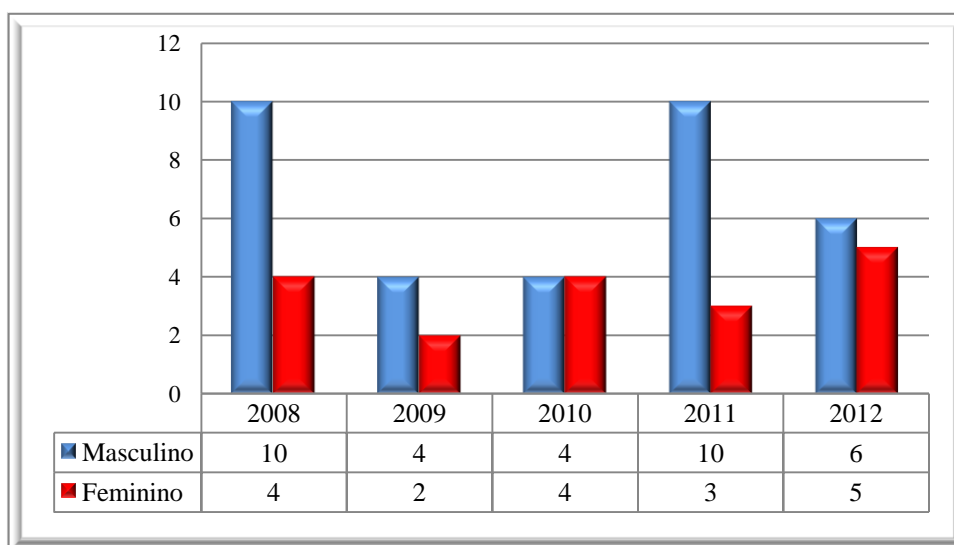
Fonte: DATASUS (2012)



Com relação às doenças sexualmente transmissíveis e HIV/AIDS, destaca-se a sua interiorização crescente. Verifica-se no período de 2008 a 2012, 52 casos confirmados (DATASUS, 2012). Salienta-se a inexistência de serviços especializado para o controle, tratamento e acompanhamento de portadores de HIV/AIDS. Com tratamento garantido em Caruaru ou Recife. Com proposta de implantação do Centro de Testagem e Acompanhamento.

Quando analisado por gênero, verificado no Gráfico 8, observa-se a alta incidência para a população masculina em comparação ao feminino, sobretudo nos anos 2008 e 2011. Em 2012 registra-se uma variação média. Analisado por faixa etária, a frequência é maior entre 20 a 49 anos, em todos os anos com 80,76% dos casos.

Gráfico 8 Frequência de casos de AIDS, por gênero segundo ano de diagnóstico, período 2008 a 2012.



Fonte: DATASUS (2013)

Quando realizado estratificação, por faixa etária, nota-se que entre 20 a 49 anos registra-se maior notificação dos casos de AIDS chegando a 80,7% dos casos confirmados; destacando que no início de vida sexualmente ativa se faz necessário maior intervenção preventiva sobre a óptica educativa e mediadora de ações conjunta com a sociedade civil e seus agentes. Construindo coletivamente ações de intervenções geradoras de mudanças de comportamento social aos riscos inerentes a sociedade.



Tabela 25 Frequência de casos de AIDS, por faixa etária (SINAN), segundo município de residência, período de 2008 a 2012.

Faixa etária (SINAN)	2008	2009	2010	2011	2012	Total
< de 1 ano	1	-	-	-	-	1
1 a 4 anos	-	-	-	-	1	1
15 a 19 anos	1	-	-	-	-	1
20 a 34 anos	7	4	2	8	8	29
35 a 49 anos	1	2	6	2	2	13
50 a 64 anos	-	-	-	3	-	3
65 a 79 anos	3	-	-	-	-	3
80 e +	1	-	-	-	-	1
Total	14	6	8	13	11	52

Fonte: DATASUS

2.1.3.4 Endemias

Como doenças localizadas em um espaço limitado denominado ‘faixa endêmica’, as endemias caracteriza-se por se manifestarem apenas numa região determinada e com causa local. Todavia, para o controle das principais endemias, o município está estruturado com as coordenações de vigilância articulada e integrada. Contribuindo para mitigar os índices no Estado e região; o município conta para seu enfrentamento, com a Vigilância Ambiental (VIGAM), Vigilância Sanitária (VISA) e a Vigilância Epidemiológica, com uma rede interdisciplinar composta por colaboradores em toda cadeia (atenção básica, especializada, assistencial e técnica).

Para promover controle o município dispõe de uma estrutura física uniformizada, com sua sede “Casas das Vigilâncias”, para maior agilidade das ações e atividades, dispõe de registros das principais características do município para suprir suas necessidades. Conforme expressa Tabela 26, onde se registram as principais localidades, relacionadas aos imóveis existentes por categoria, subdividida em 20 bairros/localidades, atingindo um total de 44.043 imóveis. Catalogados 1.453 quarteirões na zona urbana, para maior controle das ações estratégicas no setor de controle das endemias. Salienta-se que o levantamento foi realizado no ano de 2007, sendo atualizado no ano de 2013 e, portanto em fase de construção.



Tabela 26 Relação de Imóveis por localidade, ano 2010.

Localidades Bairro	Residência	Comércio	Outros	Terreno baldio	TOTAL	Ponto Estratégico (*)	Quarteirão
Centro	1.337	408	791	12	2.546	04	69
Norte	634	18	184	30	866	09	15
São José	920	14	195	48	1.177	10	27
Maria Auxiliadora	1.496	13	419	274	2.202	-	71
Jucá	684	04	296	84	1.068	03	32
Jardim Petrópolis	770	02	279	347	1.398	-	94
Cruzeiro	2.516	29	490	458	3.493	06	142
Bairro Novo	3.321	47	782	227	4.377	01	100
COHAB II	537	04	127	76	744	-	34
Boa Vista	3.927	147	631	86	4.791	03	83
Prado	2.296	195	760	83	3.334	08	64
Sampaio	1.671	11	781	408	2.871	01	101
N. Sra. das Graças	2.469	35	503	202	3.209	05	116
PETUR	1.479	98	383	32	1.992	05	35
Setor I	894	01	530	258	1.683	02	123
Setor II	2.347	54	1.096	642	4.139	14	166
Setor III	1.848	01	876	461	3.186	-	108
Volta do Rio	361	02	244	358	965	02	73
Total	29.507	1083	9.367	4.086	44.043	73	1.453

Fonte: VIGAM (*) As nomenclaturas de PE estão inclusos, em outros e comércios.

Como município com característica turística justifica-se o registro de áreas povoado com a população flutuante, e com necessidades de atuação estratégica diferenciada. Na Tabela 27, observa-se levantamento realizado em 2007 dos Privês, segundo Zona Urbana e Rural.

Tabela 27 Número de Privês, segundo Zona Urbana e Rural.

Zona	Nº de localidades	Nº de Privês	Nº de Quarteirões	Nº de imóveis
Urbana	12	210	216	4.641
Rural	04	14	10	222
Total	16	224	224	4.863

Fonte: VIGAM (Dados levantados em 2007)



Na Tabela 28 e 29, nota-se o levantamento dos Privês, suas localidades, números de quarteirões e imóveis existentes no município segundo localidade / bairro. Onde, consta que existem 210 Privês distribuído no município entre 216 quarteirões, somando 4.641 imóveis.

Tabela 28 Número de Privês, segundo localidades / bairros da zona urbana.

Zona Urbana (Localidades / Bairro)	Nº de Privês	Nº de Quarteirões	Nº de Imóveis
Maria Auxiliadora	05	05	449
Jardim Petrópolis	11	27	227
Bairro Novo	02	02	302
Cruzeiro	01	01	14
COHAB II	02	02	137
Boa Vista	01	01	12
Prado	01	01	04
Sampaio	39	30	638
Nossa Sra. das Graças	04	04	126
Setor I	32	41	683
Setor II	38	31	677
Setor III	74	71	1.372
Total	210	216	4.641

Fonte: VIGAM (Dados levantados em 2007)

Tabela 29 Número de Privês, segundo localidades da Zona Rural.

Zona Rural (Localidades)	Nº de Privês	Nº de Quarteirões	Nº de Imóveis
Brejo de Fora	01	-	29
Volta do Rio	04	01	51
Casa Nova I	01	01	28
Casa Nova II	08	08	114
Total	14	10	222

Fonte: VIGAM (Dados levantados em 2007)



2.1.3.4.1 Dengue

Nos últimos anos o Estado tem apresentado altas taxas de incidência da forma clássica, e elevado grau de letalidade nos casos de Febre Hemorrágica da Dengue (FHD), devido a fatores ambientais favoráveis à proliferação e manutenção do vetor.

No município a Dengue representou um risco importante para adoecimento, nos anos de 2008 e 2010, com altas taxas de detecção em todas as faixas etárias, com predomínio da dengue clássica de 85,21%, apresentando redução importante em 2011; chegando 2012, 31,22% de casos notificados segundo ano do 1º sintoma(s). Como observado na Tabela 30.

Destaca-se que no ano de 2013, o município enfrenta dificuldades para o enfrentamento da Dengue, com diminuição acentuada do quadro de Agentes de Endemias, tornado os ciclos inalcançáveis. Contudo, ações emergências foram realizadas.

Tabela 30 Casos de Dengue, notificados por classificação final, segundo ano do 1º sintoma(s), período de 2008 a 2012.

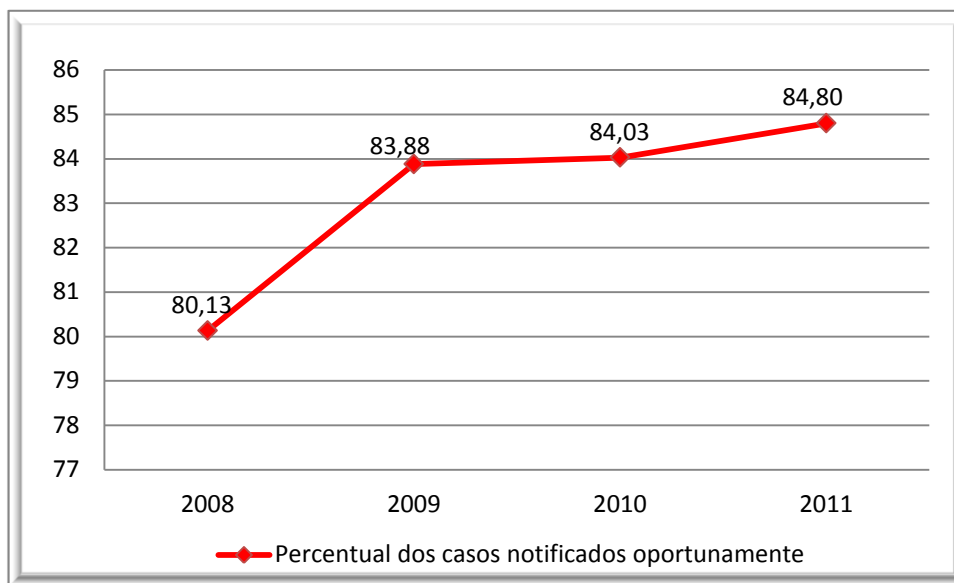
Classificação	2008	2009	2010	2011	2012	Total
Ign/Branco	2	-	9	-	-	11
Dengue Clássica	125	2	193	47	198	565
Dengue com complicações	1	-	1	-	-	2
Inconclusivo	-	-	75	1	9	85
Total	128	2	278	48	207	663

Fonte: DATASUS

No decorrer de quatro anos, verifica-se que as notificações oportunas ascendem gradativamente. Porém, no ano de 2011 como registrados (IBGE, 2012), o município atinge uma taxa de incidência 26,08 por 100.000 hab. Quadro preocupante, que necessita de intervenções de políticas pública consistente para postergar posteriores casos endêmicos e/ou epidêmico.



Gráfico 9 Notificação oportuna dos casos de Dengue, período 2008, 2009, 2010 e 2011.



Fonte: DATASUS

2.1.3.4.2 *Helmintíases*

Conforme ressaltado no PES-PE 2012/2015, as prevalências observadas nos municípios variaram entre 36% e 0,5%. Média de exames realizados, dos casos diagnosticados de helmintíase. Donde se adotou para os municípios endêmicos para esquistossomose receberam ações de vigilância voltadas também para a helmintíase.

O município de Gravatá foi contemplado com ações de administração quimioterápica para escolares da rede pública cadastrada no Programa Saúde na Escola (PSE). As atividades atingiram todas as crianças com dose única de antivermífugo, com atividades educativas com tema referente a cuidados de higiene física, doméstica e ambiental.

Como objetivo reduzir a carga parasitária de verminose na população de 5 a 14 anos de idade. Tendo como resultado esperado a proporção de crianças tratadas para geo-helmintíase em relação ao total de crianças matriculadas. Foram envolvidos para a campanha 25 Escolas Municipais e 5 Escolas Estaduais, com apoio das 20 (vinte) Equipes de Saúde da Família, assistência farmacêutica municipal e a equipe do PSE e Promoção da Saúde Municipal, além da coordenação da Vigilância epidemiológica.

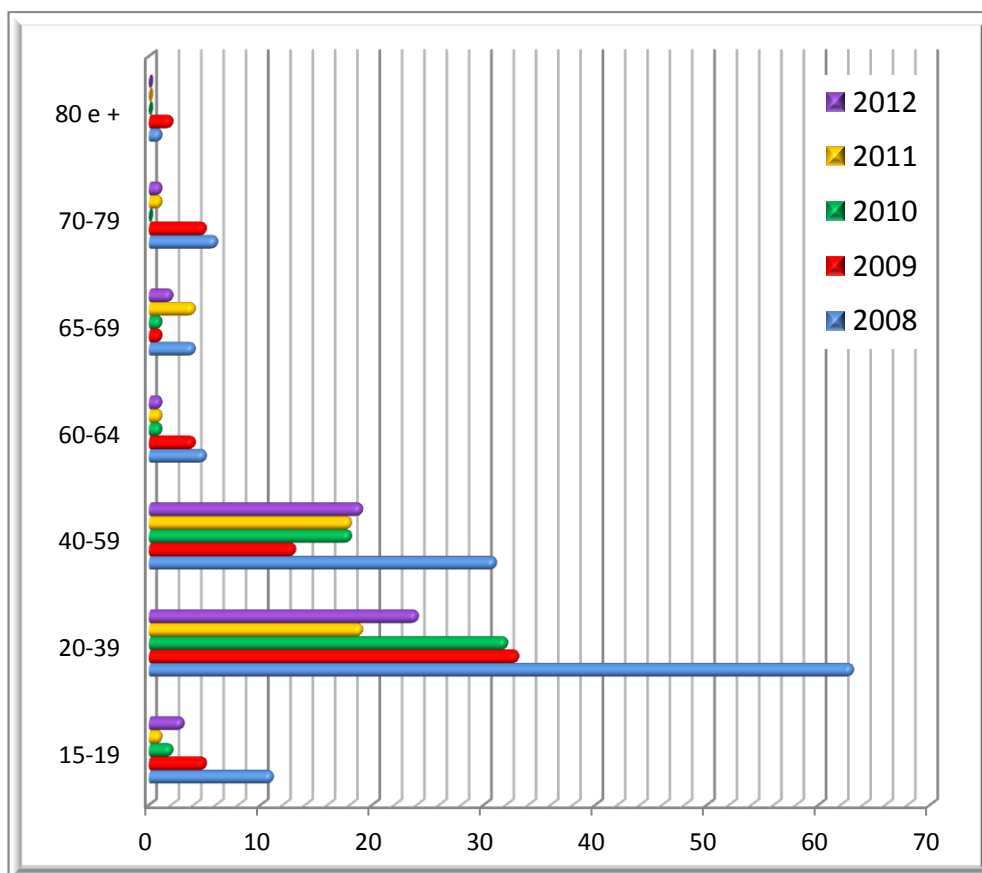


2.1.3.4.3 Esquistossomose

As espécies de caramujos *Biomphalaria glabrata* e *B. straminea* são os hospedeiros intermediários presente no Estado. Pernambuco é considerado endêmico para a esquistossomose mansônica, tendo importantes áreas com transmissão ativa em 109 municípios, e com prevalências que variam entre 32,7% e 0,2% (PES-PE 2012/2015).

No município entre de 2008 a 2012, registra-se um aumento significativo dos casos de esquistossomose, segundo ano do 1º sintoma(s), com maior incidência na faixa etária entre 15 a 59 anos (87,95%) a partir dos 60 anos (12,04%). Contudo, nos anos analisados comporta-se com diminuição dos casos registrados, evidenciando que em 2008 atingiu (36,44%) do período analisado, chegando em 2012 (15,06%), conforme Gráfico 10.

Gráfico 10 Casos confirmados de Esquistossomose, por faixa etária segundo ano do 1º sintoma(s), período 2008 a 2012.



Fonte: DATASUS



2.1.3.4.4 Doenças de Chagas

É causada pelo *Trypanosoma cruzi* e tem como vetor o triatomíneo. Em Pernambuco, a média de domicílios positivos para o vetor é de 9.340 domicílios/ano. O triatomíneo é encontrado em 140 municípios, sendo que as Regiões de Saúde VIII, VII e IX concentram 54% dos domicílios positivos para o hospedeiro da doença. No ano de 2010, foram capturados 11.482 triatomíneos e destes 662 foram positivos para *Trypanosoma SP* (PES-PE 2012/2015).

O trabalho da vigilância entomológica concentra-se em municípios considerados de risco, que são aqueles que os resultados mostram a presença domiciliar do vetor com positividade para T. Cruzi, e existem dificuldades operacionais de realizar o término de ciclos de tratamento dos focos.

2.1.3.4.5 Leishmaniose Visceral

Assim como em outros estados da Região Nordeste, a Leishmaniose Visceral é historicamente endêmica em Pernambuco. A doença encontra-se amplamente distribuída no território, havendo registros de casos em toda área geográfica pernambucana. (PES-PE 2013/2015).

A Leishmaniose Visceral acomete indivíduos de todas as faixas etárias, entretanto, crianças, adolescentes e adultos jovens apresentam as maiores taxas de infecção, no Estado. Quanto ao município não registramos casos em 2008. Para o período de 2009 a 2012 segundo dados do (DATASUS, 2013), são confirmados quatro casos da doença, segundo ano do 1º sintoma(s), como mostra o Gráfico 11. Na Tabela 31, estão elencados os casos de Leishmaniose Visceral, no período 2008/2011, apresentando um padrão linear regular.

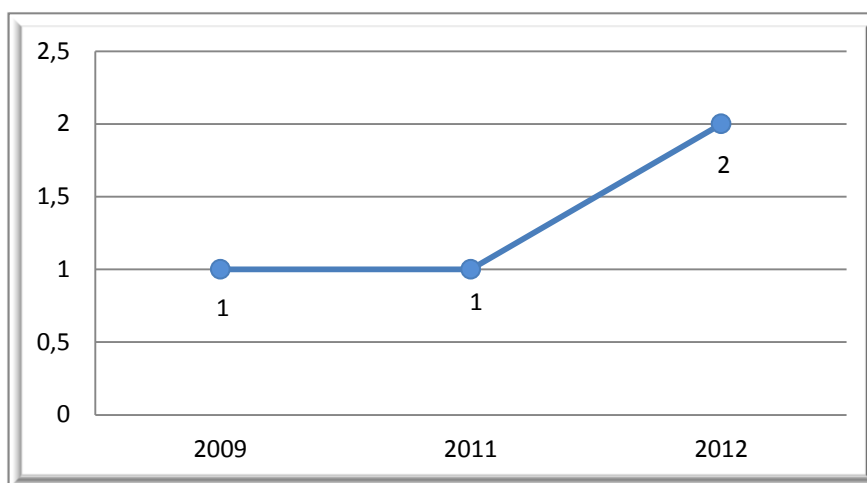
Tabela 31 Casos de Leishmaniose, confirmados por laboratório, período de 2008 a 2011.

Classificação (%)	2008	2009	2010	2011
Nº de casos	86,31	84,45	87,89	87,82

Fonte: DATASUS



Gráfico 11 Casos confirmados de Leishmaniose Visceral, segundo ano do 1º sintoma(s), período 2009 a 2012



Fonte: DATASUS

2.1.3.5. Grupos Prioritários

A Política Nacional de Atenção Básica – PNAB/Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, caracteriza a atenção básica como um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde; com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas, nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades.

Portanto, a atenção básica considera o sujeito em sua singularidade e inserção sociocultural, buscando produzir a atenção integral; sendo o contato preferencial dos usuários com o sistema de saúde, orientando-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e do acompanhamento longitudinal, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. (BRASIL/MS, 2012).



2.1.3.5.1 Crianças e Adolescentes

A população infantil (menores de 10 anos), em 2012, representa 10.764 habitantes (SIABMUN, 2013) e a população de adolescentes (10 a 19 anos) de 14.707, correspondentes a respectivamente, 13,38% e 18,28% da população total de Gravatá.

No que se relaciona à mortalidade infantil, comporta-se estável com um coeficiente de mortalidade de 10,34% em 2012, atingindo 11,14% em 2009 de óbitos para cada mil nascidos vivos (TABNET-PE, 2013). As principais causas são as afecções originadas no período perinatal, seguidas de malformação congênita e/ou deformidade e/ou anomalias cromossômicas. A maior parte dos óbitos de crianças se concentra no primeiro mês de vida entre 1 a 6 dias. Neste cenário, se evidencia a importância dos cuidados com a gestante, o parto e o pós-parto, ofertando assistência integral e articulada entre os organismos de atenção assistencial da rede municipal e regional.

O município dispõe de uma rede de assistência para as gestantes, articulada, através das Equipes de Saúde da Família, com referência/contra referência para os quadros de alto risco acolhido pelo Centro de Saúde de Gravatá. Para acesso ao parto, encontra-se disponível o Hospital Municipal Paulo da Veiga Pessoa, contudo sua assistência encontra-se abaixo das expectativas da população. Onde podemos verificar a baixa realização dos partos no município, conforme dados do DATASUS (2012), relacionado aos residentes, dos 1.168 apenas 214 nasceram no município.

Ações de enfrentamento estão sendo realizados, para mitigar tal desconforto. Melhoria na atenção da assistência nas USF, fortalecida pelo PMAQ instalada; e projeto de construção do Centro de Parto Normal conforme layout regionalizado da IV GERES, em concomitância com a reforma do HPVP, em parceria com o Governo do Estado e União; são estratégias para garantia a assistência integral, equânime e universal do usuário do SUS municipal.

No tocante aos adolescentes, a promoção em saúde desenvolve atividades conjuntas com as USF, NASF e PSE, garantindo atenção voltada, primordialmente, aos agravos preveníveis; através de atendimento para escolares quanto à obesidade/sobrepeso, consumo de álcool e outras drogas, acuidade visual e palestras em diversos temas. Fomento à formação de grupos para construção coletiva e participativa da sociedade, encontra-se incipiente com discreta mobilização. Onde inferimos ser a comunidade organizada o vetor propulsor para que seja possível atingir a população, mediada pelos colaboradores Educação/Saúde.



2.1.3.5.2 Idosos

A Atenção à Saúde da Pessoa Idosa atua no fortalecimento das ações no município, objetivando o envelhecimento ativo e a participação social. Conforme dados do DATASUS (2012) a população idosa (acima de 60 anos) corresponde a 11,89% da população geral, onde consta que 4.040 são do sexo masculino e 5.220 feminino. Com indicação de envelhecimento da população e tendência de crescimento, registrando um índice de 47,8% (TABNET-PE, 2012).

Portanto, é crescente o número de pessoas idosas com doenças crônicas não transmissíveis, fazendo uso de fármacos, com maior risco de descompensações clínicas, gerando frequentes internamentos, aumento de co-morbidade e aumento da mortalidade nesta faixa etária, caracterizado pela própria fragilidade, baixa reserva funcional, polipatologias e uso de polifármacos.

Na Tabela 32, observam-se as dez maiores causas de morbidade entre 2008 a 2012 da referida população. Aonde, doenças do Aparelho Circulatório chegam a 22,87%, doenças do Aparelho Respiratório 14,66%, e doenças Endócrinas Nutricionais e Metabólicas 9,67%, sendo as principais causas de adoecimento, atingindo 47,35% dos idosos.

Tabela 32 Frequência de internações por local de residência, período de 2008 a 2013.

Morb CID-10 (acima de 60 anos)	2008	2009	2010	2011	2012	Total
09 Doenças do aparelho circulatório	12	12	30	11	13	78
10 Doenças do aparelho respiratório	3	7	21	10	9	50
04 Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	5	2	17	4	5	33
19 Lesões enven e alg out conseq causas externas	5	3	7	7	8	30
02 Neoplasias (tumores)	4	6	5	6	8	29
11 Doenças do aparelho digestivo	7	5	8	6	2	28
01 Algumas doenças infecciosas e parasitárias	4	9	8	6	-	27
.. Pneumonia	2	5	10	3	6	26
14 Doenças do aparelho geniturinário	4	3	7	3	4	21
.. Diabetes mellitus	1	1	13	2	2	19
Total	47	53	126	58	57	341

Fonte: DATASUS



As doenças do Aparelho Circulatório respondem pela maioria das causas de internamento, conseqüentemente pelas principais causas de mortalidade, seguidas das Infecções Respiratórias e Neoplasias. Exercendo um impacto significativo na procura dos serviços de saúde nos diversos níveis de assistência. A Tabela 33 reflete que comparando os anos de 2008 a 2012 entre 70 a 79 anos concentra 37,91% das internações; tendo em 2010 o maior registro, chegando a 32,83%. Como verificado na Tabela 33.

Tabela 33 Frequência de internações por local de residência, período de 2008 a 2012.

Ano de processamento Mês de MAIO	60 a 69 anos	70 a 79 anos	80 anos e mais	Total
2008	11	23	17	51
2009	13	22	15	50
2010	32	42	36	110
2011	19	20	26	65
2012	24	20	15	59
Total	99	127	109	335

Fonte: DATASUS * Mês de análise (maio)

2.1.3.5.3 Homens

A Atenção à Saúde do Homem facilita e amplia o acesso da população masculina aos serviços de saúde, contribuindo para a redução das causas de morbidade, mortalidade e atuando nos aspectos socioculturais.

Conforme dados do DATASUS (2012) a população masculina representa 48,26% da população do município, onde a partir dos 30 anos ocorre uma diminuição da população em relação à feminina. Com indicadores abaixo do desejável a essa população.

Quanto às causas de óbitos, estão evidenciadas as causas externas como principal causa de óbito na população jovem. Na idade adulta, os homens são acometidos cada vez mais cedo por doenças do aparelho circulatório e doenças crônico-degenerativas. Em relação ao câncer de próstata e pênis, a mortalidade vem aumentando no Estado, prevalecendo na terceira idade.

Todavia, o entrave na assistência à saúde do homem está relacionado às questões socioculturais, resultando em resistência na procura do serviço de saúde, o que provoca



agravamento dos sintomas ou gera complicações que oneram os custos dos tratamentos e amplia o período de convalescência, visualizado como aspecto comum no município e região.

No município as ações proposta encontram-se tímidas para mitigar a resistência da população masculina. Contudo, atua em ações de promoção e prevenção pontuais, em momentos estratégicos realiza atividades para sensibilização, através da semana de 'saúde do homem' com oferta de atendimento clínico e orientações diversas, com visitas em organizações públicas e privadas.

Para o enfrentamento desta problemática, a gestão repensa suas estratégias de saúde da família, focada na articulação de promoção interinstitucional, como forma de promover novas formas de pensar e agir. Reorganização das ações de saúde com proposta inclusiva, integrando as entidades da sociedade organizada na corresponsabilidade das ações governamentais.

2.1.3.5.4 *Mulheres*

No município, em 2012 a população feminina corresponde a 51,74%, da população geral (DATASUS, 2012).

Com relação à mortalidade, registra-se com tendência de crescimento com o passar dos anos, em 2012 chegando tecnicamente a igualar, dos 306 óbitos masculinos registrou-se 298 óbitos feminino. Onde, vale salientar a ausência de óbito materno no período.

A estratégia prioritária é organizar a linha de cuidados de forma a garantir à continuidade a atenção humanizada e com qualidade, integrada em rede nos níveis de atenção e em consonância com as Políticas de Saúde da Mulher, Pacto pela Redução da Mortalidade Materno e Neonatal etc.

O município prioriza a garantia de acesso e implemento das ações do Programa de Câncer do Colo de Útero; Programa de Câncer de Mama; Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento; Programa de Assistência à Mulher em Situação de Violência; Programa de Assistência Hospitalar à Gestante de Alto Risco e Mortalidade Materna; Programas de Parteiros Tradicionais; Programa de Planejamento Reprodutivo; Comitê de Óbitos Materno Infantil etc., mesmo que de forma discreta em sua plenitude.



Existem dificuldades no monitoramento dos óbitos maternos que é o hiato ocorrido nos últimos anos com a inatividade da Comissão de Óbito Materno Infantil o que gera entraves para o acompanhamento dos casos. O atendimento no puerpério ainda é um desafio, bem como a garantia de acesso ao parto no município.

No entanto, avanços importantes são realizados, no sentido de melhorar a atenção à saúde das mulheres, primordialmente aos relacionados à priorização das ações baseadas nos indicadores de saúde, como a redução da mortalidade infantil tendo como repercussão, a garantia do Selo UNICEF conquistado em 2012 pelo município. A capacitação das Equipes de Saúde da Família para temas afins. Ações de combate a câncer de colo de útero implementado, e reformulação do Comitê de Óbitos Materno Infantil, dentre outros.

Levando em consideração a mortalidade por câncer do colo de útero e mama requer uma garantia de acesso ao diagnóstico precoce com aumento do número de exames de mamografia, dentre outros. Intensificando a necessidade de ações com intuito de prevenir as referidas doenças.

2.1.3.5.5 *População Negra*

Como informado pelo (IBGE, 2010), a desigualdade racial é um traço marcante da sociedade, expondo a população negra a maiores riscos do que a população branca e influenciando negativamente os indicadores de morbidade e da mortalidade nesse segmento populacional. No município a população negra corresponde a 49% da população total, destes 46% são pardos e 6% de cor negra.

No Estado de Pernambuco a Atenção à Saúde da População Negra, tem como diretriz a articulação com setores determinantes, gestores, profissionais de saúde e demais instancias envolvida com a execução das políticas voltadas para esta população, com destaque para ações como: Articulação intersetorial para preenchimento do quesito raça/cor nos sistemas de informação e formulários da saúde; incorporação da Rede de religiões de Matriz Africana, reconhecendo-as enquanto parceria fundamental, em consonância com os princípios do SUS; implementação da Política de Sangue e Hemoderivados e da Política de Atenção às Pessoas com Doenças Falciformes; Parceria com o MS da Política Nacional Saúde Integral da



População Negra; e delineamento das ações para as comunidades quilombolas, garantido o acesso a PNTN/Pré-natal, exames de eletroforese da hemoglobina e atenção primária.

No entanto, o município não dispõe de uma estratégia específica voltada para a referida população, sendo sua assistência incorporada nas atividades gerais, sendo sua assistência tratada sem segregação. Políticas de valorização da articulação intersetorial quanto ao preenchimento de quesito raça/cor já se incorpora na rotina para informações e formulários.

2.1.3.5.6 *Trabalhador*

Como pioneiro na área de Saúde do Trabalhador, o Estado de Pernambuco adota ações voltadas para o referido grupo, conforme Constituição Estadual (1989), estabelecendo sobre sua competência o desenvolvimento e garantia da eliminação dos riscos de acidentes e doenças profissionais e do trabalho (PES-PE, 2012/2015).

Dentre as ações, se estreitam a informação pontual para os trabalhadores a respeito das atividades que comportem riscos à saúde e dos métodos para o seu controle; controlar e fiscalizar os ambientes e processos de trabalho, de acordo com os riscos de saúde, garantindo o acompanhamento pelos sindicatos.

Conforme portaria nº 942, institui-se o Programa Estadual de Saúde do Trabalhador, com implantação dos Centros de Referência Especializados em Saúde do trabalhador (CRESAT). Tendo preconizado a execução das ações de Saúde do Trabalhador por equipe multidisciplinar em oito hospitais estaduais. O Estado integra a Rede Nacional de Saúde do Trabalhador (RENAST) e os Centros de referência Especializados em Saúde do Trabalhador, a partir de 2005 tornam-se Unidades Sentinelas (CEREST Estadual e regionais), onde constitui a porta de entrada para os atendimentos, como apoio matricial na área de promoção e vigilância à saúde através de sua equipe multidisciplinar.

A partir de 2008, formula-se o Plano Estadual de Atenção à saúde do trabalhador, com eixos prioritários: Definição do processo de regionalização, garantindo a cobertura assistencial de todo território Estadual no que se refere às ações de Saúde do trabalhador; Implantação e implementação do Sistema de Informação (SINAN-NET), objetivando a captação das informações relacionadas aos agravos à Saúde do Trabalhador em todo o Estado; estruturação da rede de serviços em Saúde do Trabalhador, possibilitando a atenção integral



ao trabalhador no Estado e o fornecimento e ampliação da RENAST; Inserção e fortalecimento das ações na atenção primária; implementação do processo de educação permanente junto aos profissionais da RENAST; e fortalecimento do Controle Social junto à Política de Saúde do Trabalhador no Estado.

Conforme ressaltado no (PES-PE 2012/2015) há inexistência de um perfil epidemiológico da Saúde dos Trabalhadores no Estado. Com o aumento nas últimas décadas dos trabalhadores informais consecutivamente a falta de captação de informações, representa um gargalo que necessita de ser enfrentado para assim pleitear ações massivas e gerar promoção eficiente.

O município limita-se, basicamente, a promoção em saúde com visitas periódicas, assistindo-os com atividades preventivas de vacinação em grupos de trabalhadores de empresas e instituições, orientações em temas diversos com palestras e eventos promovidos, com distribuição de materiais midiáticos. Quanto ao registro de agravos, decorrentes do exercício da profissão ou danos com risco a saúde, não dispomos de um protocolo instituído, sua notificação segue padrões gerais de notificação centralizada no HPVP, para doenças e agravos gerais.

2.1.3.5.7 *Pessoas com Deficiência*

A Coordenação de Atenção à Saúde da Pessoa com Deficiência, do Estado considera que 10% da população pernambucana são acometidos por algum tipo de deficiência, seja física, auditiva, visual, mental ou intelectual. (PES-PE 2012/2015).

Tendo em vista a prevenção das deficiências, a assistência integral à saúde e a promoção da qualidade de vida da pessoa com deficiência, a ampliação e fortalecimento dos mecanismos de informação, a organização e o funcionamento dos serviços que atendem este grupo e a capacidade de recursos humanos.

O município dispõe do Serviço de Estimulação e Reabilitação da Criança (SERC), que desempenha serviços de Estimulação e Reabilitação para crianças e adolescentes especiais, estendendo sua atenção às famílias. Atende uma média de 300 crianças com as mais diversas necessidades com tratamento médico e educacional.



Quanto à deficiência ocular, o município atua com colaboração da Fundação Altino Ventura realizando atendimento para população com diagnóstico de catarata, realização de cirurgias duas vezes ao ano em média. O PSE através das Equipes de Saúde da Família realiza triagem de acuidade visual para escolares das escolas contempladas pelo programa.

Ações clínicas em otorrinologia são garantidas nos centros de saúde através de consultas agendadas advindas de triagem das Unidades de Saúde da Família. O NASF atua com atenção prestada aos casos em fonoaudiologia da população de sua área de abrangência. Os portadores de deficiência mental são assistidos pelo CAPS 2, que assume o papel de assistência ofertada pelo município.

2.1.3.5.8 *Pessoas com Sofrimentos*

Em Pernambuco, a Gerência de Saúde Mental (GASAM) coordena as políticas, objetivando o apoio técnico, político e financeiro aos municípios, na ampliação e qualificação da rede de ações e serviços, com intuito de substituir progressivamente os leitos psiquiátricos do Estado, por serviços comunitários. Substituindo a atenção em leitos manicomial para uma assistência com ênfase ambulatorial (PES-PE 2012/2015).

O Estado desenvolve articulação com o município fomentando o acolhimento dos usuários provenientes dos hospitais, com redesenho da rede regional para a implantação de serviços substitutos integrados que possam dar resolutividade às demandas como uma estratégia de cuidado não excludente, onde propicia assim uma mudança de lógica na visão que a sociedade possui do portador de transtornos mentais.

No entanto, o município conta com uma assistência psicossocial, formatada pelo Programa de Saúde Mental Municipal, através do Centro de Apoio Psicossocial (CAPS 2), com oferta de atendimentos em psicologia, psiquiatria, terapia ocupacional etc., além de alguns projetos de reinserção social através de atividades culturais e de geração de renda.

Conforme necessidade de atenção especial para população acometida por uso de álcool e outras drogas, o município encontra-se em processo de implantação do CAPSad, inserido no âmbito microrregional conforme Tabela 28. Sua estruturação norteia-se nas ações de acordo com o Plano Estadual e intersetorial integrado, de atenção às pessoas que fazem uso de álcool e outras drogas. Onde, tem por finalidade ampliar os leitos integrais em hospitais gerais para



desintoxicação, sendo esta ação contínua e ainda em processo, além da interlocução com a Secretaria de Desenvolvimento Social e Direitos Humanos (SESDDH) para acolhimento e o cuidado a referida população.

De certa forma, encontramos em uma ambiência estruturada na área de saúde mental, no que se refere às diretrizes definidas pelo Estado. Já nos encontramos com uma estrutura implantada para as demanda proveniente das Unidades de Saúde da Família e NASF, além dos assistidos em unidades hospitalares, acompanhados pelo programa. Como estratégia de cuidado em saúde mental, encontra-se em fase de deliberação leitos no HPVP para 6 pacientes com transtorno mental e / ou necessidade de desintoxicação. Como visualizada na Tabela 34, a proposta da rede de atenção Psicossocial sugerida pela IV GERES.

Tabela 34 Proposta de rede para Gravatá em atenção psicossocial sugerida pela IV GERES.

Componente	Ponto de Atenção	Necessidade	Existente	Déficit	Proposta
Atenção Básica	ESF	20	20 (89%)	-	Qualificar Atenção Básica; articular recursos intersetoriais para implantar e/ou qualificar CC.
	NASF	02 NASF 1	02	-	
	CC	01	-	01	
Atenção Especializada	CAPS III MR	01	CAPS III	01	Qualificar CAPS II em III MR; implantar CAPS AD III MR, CAPS i M e MR, qualificar equipes e referências.
	CAPSad III MR	01	-	01	
	CAPS i III MR	01	-	01	
	CAPS i III MR	01 (MR Barra de Guabiraba, Sairé e Bezerros).	-	01	
Urgência e Emergência					Qualificar serviço de urgência
At. Res. De Caráter Transit.	UA-A-MR	01 (VII MR)	-	01	Implantar 01 UA-A e 02 UA-IJ e qualificar referência
	UA-IJ	02 (VII MR)	-	02	
Estr. Desinst.	SRT	01	-	01	Implantar e qualificar 01 SRT
Reabilitação Psicossocial	PTR	01	-	01	Qualificar CAPS e articular outros setores p/ a iniciativa

Fonte: IV GERES (Gerência de Atenção à Saúde Mental)



2.1.3.5.9 *População Carcerária*

Em processo de formulação, no Estado, a Política Estadual de Atenção à Saúde da População Carcerária, a Secretaria Executiva de Ressocialização (SERES), com parceria com municípios, Regiões de Saúde e outros órgãos, promovem e executam ações voltadas para a promoção e o enfrentamento dos principais agravos que acometem os (as) reeducados (as), (PES-PE 2012/2015).

No município, já dispomos de ações voltadas para a população carcerária com atividades pontuais, através dos agentes de promoção em saúde com orientação sobre diversos temas e administração de imunobiológicos; disponibilização de exames para diagnóstico do vírus HIV, distribuição de condons etc., bem como consultas com a Equipe de Saúde da Família do Jucá (área de abrangência).

Salientando, a articulação com a Promotoria Pública, que tem facilitado o acesso à referida população, necessitando, porém, de uma maior integração entre os diversos instrumentos sociais. Além da necessidade de assistência contínua e integral, para os agentes penitenciários inseridos na estratégia municipal.

2.1.3.5.10 *População em Situação de Rua*

O Decreto Presidencial nº 7.053, de 23 de dezembro de 2009, institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua e a criação do Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento da referida política nacional. A atual política define a (PSR) como grupo populacional heterogêneo que possui em comum a pobreza extrema; os vínculos familiares interrompidos ou fragilizados, a inexistência de moradia convencional regular e que utiliza os logradouros públicos e as áreas degradadas como espaço de moradia e sustento, de forma temporária ou permanente, bem como as unidades de acolhimento para pernoite temporário ou como moradia provisória.

A política prevê como princípios, além da igualdade e equidade; o respeito à dignidade da pessoa humana; o direito à convivência familiar e comunitária; a valorização e respeito à vida e à cidadania; o atendimento humanizado e universalizado; o respeito às condições sociais e diferenças de origem, raça, idade, nacionalidade, gênero, orientação sexual e religiosa, com atenção especial às pessoas com deficiência. Dessa forma, observando que as



condições de vulnerabilidade vivenciadas pela população em situação de rua, além das questões psicossociais geradoras de sofrimentos físicos e emocionais, possibilitam riscos maiores para a saúde desse grupo, representando um desafio à efetivação de políticas de saúde que deem conta dessa complexidade.

Sensível à situação que se encontra a População em Situação de Rua (PSR), algumas ações foram realizadas pelo município para a referida população. Contudo, não há dados que definam as características para uma análise situacional e políticas públicas integrada com os agentes públicos. Diante deste cenário, definir ações depende inicialmente da realização de cadastramento e/ou rastreamento dos pontos geográficos onde estão localizados a PSR. Conhecer a psicodinâmica, nos faz refletir sobre a necessidade do enfrentamento dessa realidade, com políticas que compreendam o contexto da vida nas ruas, por meio de estratégias direcionadas, com dispositivos que desenvolva ações integrais em saúde *in lócus*, visando a serem resolutivos perante as necessidades de saúde da população de rua.

2.1.3.6 Políticas Especiais do Governo do Estado

2.1.3.6.1 *Programa Mãe Coruja*

Diante dos indicadores de mortalidade infantil no Estado, com alto percentual de mães adolescentes e de gestantes sem consultas de pré-natal, dentre outros aspectos importantes. O governo implanta o programa com intuito de mitigar indicadores indesejáveis, implantando o Programa Mãe Coruja, em 2007. Visando ao cuidado com a atenção integral às gestantes usuárias do sistema público de saúde, bem como aos seus filhos e famílias.

Com o objetivo em reduzir a mortalidade infantil e materna em 5% ao ano nos municípios beneficiados com o programa, cuidando de forma ampla da mulher no ciclo gravídico puerperal e de seus filhos; fortalecer os vínculos afetivos, promover a gestação saudável, garantir às crianças nascidas em território pernambucano o direito a um nascimento e desenvolvimento saudável e harmonioso, priorizar o cuidado da primeira infância desde o momento da concepção.

Sua estruturação se dar de forma intersetorial, incorporando a Secretaria Estadual de Desenvolvimento Social e Direitos Humanos, Saúde, Educação, Juventude e Emprego, Agricultura, Mulher e Planejamento.



2.1.3.6.2 SANAR

Compreendendo o Plano Global e o benefício para o desenvolvimento local, o Estado de Pernambuco, implantou no primeiro semestre de 2011 o programa para Enfrentamento das Doenças Negligenciadas - SANAR, onde elegeu algumas doenças transmissíveis negligenciadas persistentes. Considerando as desigualdades intramunicipais, se definiu as doenças a serem perseguidas, e os municípios prioritários para desenvolverem ações direcionadas, buscando redução da carga e ou eliminação das doenças consideradas negligenciadas.

Conforme resolução (OPAS/OMS CD49 R, 2009 *apud* PES-PE 2012-2015), são doenças negligenciadas as que estão incluídas na agenda internacional que mostram carga de doenças que justificam intensificações, possuem intervenções viáveis e rentáveis, não possuem financiamento específico (exceto Tuberculose), causam incapacidade, são preveníveis ou eliminadas com quimioterápicos e que possuem disponibilidade de diagnóstico e tratamento na rede de saúde.

Como doenças negligenciadas prioritárias para intervenção, o Estado adota: geohelmintíase, esquistossomose, filariose, doenças de Chagas, hanseníase, tuberculose e tracoma. Contudo, a tuberculose foi incluída, pela importante carga de doença (elevada morbidade e mortalidade) no âmbito no Estado, porém não é considerada uma doença negligenciada pelo MS e OMS.

O projeto atua de acordo com as seguintes etapas: definição de agravos em função da magnitude e carga de doenças no Estado, definição dos municípios com prioridade 1 (P1) para as intervenções, definição das estratégias prioritárias e atuação até 2014, visando reduzir a carga de doenças e/ou melhoria dos indicadores inaceitáveis.

A inclusão do município como prioritário no Projeto SANAR, fortalece o monitoramento e avaliações das ações na rede local. Com análise situacional das intervenções das unidades de saúde.

O município adotou como prioridade para trabalhar, a Tuberculose, hanseníase, geohelmintíase, esquistossomose, doenças de Chagas. Com ações através do PSE, realizou-se triagem de hanseníase para escolares atendidas pelo programa através de ficha de autoimagem; e administração de vermífugo. Ressalta-se a inserção das Equipes de Saúde da Família no processo de priorização das ações do programa.



2.1.3.6.3 *Projeto Boa Visão*

O diagnóstico precoce de alterações visuais é de extrema importância, como desenvolvimento físico e psicossocial, e sua correção ou controle garante que o rendimento das crianças e adolescentes em idade escolar não seja comprometido. Diante deste fato o Estado, estrutura o Projeto Boa Visão para implementar ações nesta área, tendo como objetivo a promoção da assistência oftalmológica, identificando e corrigindo problemas visuais relacionados à refração, em alunos do ensino médio e fundamental, professores e funcionários das Escolas Estaduais do Estado.

O município atua na área de oftalmologia com triagem em escolares na rede pública municipal através do Programa Saúde na Escola (PSE) realizando acuidade visual, em comunhão com as ESF's. No ano corrente se estreitam as ações com atividades para creches e escolas prioritárias, com garantia de exames oftalmológica, para as crianças com alguma alteração visual, e fornecimento de óculos para correção visual.

2.1.3.6.4 *Segurança Alimentar e Nutricional Sustentável*

Uma condição nutricional adequada da população requer políticas públicas e ações intersetoriais, propiciando um ambiente que estimule, apoie e proteja padrões saudáveis de alimentação e de atividade física. Com base nisso, a Coordenação de Segurança Alimentar e Nutricional Sustentável têm como objetivos: implementação da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) e da Lei Orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional (LOSAN); e a elaboração da Política Estadual de Alimentação e Nutrição no contexto do fortalecimento da Atenção Primária e no desenvolvimento dos Programas Mãe Coruja Pernambucana, Chapéu de Palha e Pernambuco Igual para todos (Brasil Sem Miséria).

Com fase de transição nutricional no Estado, apresentando redução das doenças infecciosas e de desnutrição em crianças menores de cinco anos e, na população adulta, e um aumento das situações de sobrepeso / obesidade, gerando uma íntima associação com doenças crônico-degenerativas, segundo dados apresentados na III Pesquisa Estadual de Saúde e Nutrição (III PESN, 2006 apud PES-PE 2012/2015). Ainda há uma disparidade na relação entre zona urbana e rural no que refere a peso/idade, onde o retardo estrutural no setor rural é predominante em todos os grupos etários, bem como a relevância do estado de desnutrição da população geral que atinge 4,7%.



No município, estão desenvolvidas as seguintes ações: monitoramento dos sistemas de Alimentação e segurança alimentar; implantação do Programa Bolsa Família em condicionalidade com a área da saúde; prevenção e combate ao sobrepeso; promoção à alimentação saudável e segurança alimentar; prevenção e controle dos distúrbios nutricionais e das doenças associadas à alimentação e nutrição; distribuição e monitoramento de vitamina A, para crianças de 6 a 59 meses e mulheres no pós-parto imediato, visando à redução e controle da hipovitaminose A; e distribuição de sulfato ferroso para crianças de 6 a 18 meses, gestantes e mulheres no puerpério visando à redução de anemia ferropriva.

Atendimento clínico na área nutricional para acompanhamento e avaliação da população também se encontra disponível, além da assistência e acompanhamento de grupo através NASF. Mensuração de crianças e adolescentes da rede municipal promovido pelo PSE acompanhado pelas Equipes de Saúde da Família fecha a rede de assistência nutricional.

2.1.3.6.5 *Programa Nacional de Imunização (PNI)*

O programa de imunização do Estado coordena e desenvolve estratégias de vacinação para a população pernambucana, estabelecendo critérios e prestando apoio técnico, operacional e financeiro às Regiões de Saúde e às Secretarias de Saúde, para elaboração, implantação e implementação das políticas públicas de vacinação. Com objetivo contribuir para o controle, a eliminação e/ou erradicação das doenças imunopreveníveis, com estratégias básicas de vacinação e campanhas anuais de forma hierarquizada e descentralizada.

Neste sentido, o município desenvolve ações de atualização das cadernetas para população infantil, adolescente, adulta e idosa, o que exige a introdução de ações específicas e a busca de aperfeiçoamento técnico e científico, como introdução de calendário para grupos de trabalhadores, em cárcere etc.

Para atender esta demanda, o município, dispõem de uma rede assistencial distribuído por uma Sala de Vacinação (distribuição central), com duas salas de vacinação nos dois Centros de Saúde, vinte unidades de saúde da família sendo seis na zona rural. São utilizados nesta rede, equipamentos que garantem a qualidade dos imunobiológicos com geladeiras e freezer na central para estocagem de insumos necessários.



Com sistema descentralizado, sua gerência delibera estratégias para atuação das equipes, disponibilizando insumos necessários para sua manutenção e orientação quanto aos critérios de processos de conservação (rede de frio), eventos adversos, com atualização das técnicas de sala de vacina. O fortalecimento articulado com a atenção básica favorece o desenvolvimento de atuação preventiva pela rede de serviços. Vale salientar a importância do pessoal da área de informática que exerce papel fundamental, disponibilizando relatórios e alimentação do SI-PNI.

Contudo, a intensificação da vacinação de rotina e nas Campanhas anuais (Influenza, Pólio e Seguimento do Sarampo e Rubéola), vem contribuindo, efetivamente, para o controle da situação epidemiológica das doenças imunopreveníveis. O acompanhamento das coberturas vacinais, com o monitoramento articulado com a Regional/Estado, garante obtenção das metas conforme preconizada pelo Ministério da Saúde. Embora no caso da Influenza apresente dificuldades.

Adequação as normas de estrutura são preocupação da gestão, constituindo grande desafio a manutenção dos equipamentos e sua substituição. Veículo adequado para o transporte o município não dispõe para garantir suas características iniciais e assim conferir imunidade à população alvo.

2.1.3.7 Perfil Assistencial

A partir da Constituição Federal de 1988, a assistência à saúde tomou novos rumos com a reformulação da lógica da assistência, ressaltando a necessidade de descentralização da rede assistencial tendo como foco a regionalização. Neste processo a distribuição de poder, assim como a implantação de um sistema que inclua diversos atores sociais num mesmo espaço geográfico, demandando por novos instrumentos de planejamento e novas formas de proceder à regulação e financiamento das ações e serviços.

Como desafio permanente, tendo como recorte as diversidades e as desigualdades de acesso à assistência, exige-se tomadas de decisões baseadas na descentralização e regionalização como forma de desobstruir os polos de concentração geográfica de assistência de média e alta complexidade, bem como os serviços hospitalares dos grandes centros urbanos. Com a reconstrução institucionalizada de uma rede mais homogênea de serviços.



Alinhada as perspectivas desenvolvidas pelo Estado, cientes desses aspectos com visão de garantir o acesso aos serviços pela população, o município integrada a VII microrregional da IV Regional de Saúde (GERES), com modelo de gestão plena. Insere nos planos de assistência, planejamento, monitoramento, controle e avaliação a missão de garantir à saúde da população por meio de ações de prevenção, promoção e assistência em rede, visando melhorar a atenção à saúde com foco no atendimento integral e controle social; atuando com comprometimento multidisciplinar com articulação intersetorial, com transparência, humanização, equidade, qualidade, valorização e respeito ao trabalho em saúde de forma integrada e participativa.

Conforme dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), o município possui 83 estabelecimentos de saúde, com 98,80% sob gestão municipal, representado apenas 1,20% dupla gestão; considerando as unidades públicas e privadas, distribuída por estabelecimento de saúde segundo tipo de unidade gestão, conforme elencado na Tabela 35.

Tabela 35 Distribuição dos estabelecimentos de saúde por tipo de unidades e gestão, Gravatá, Maio de 2013.

Tipos de Estabelecimento	Tipos de Gestão		Total
	Dupla	Municipal	
Centro de Atenção Psicossocial CAPS	-	1	1
Centro de Saúde / Unidade Básica de Saúde	-	22	22
Central de Regulação de Serviços de Saúde	-	1	1
Clínica Especializada / Ambulatório Especializado	-	6	6
Consultório	-	32	32
Hospital Geral	-	2	2
Policlínica	1	-	1
Posto de Saúde	-	1	1
Secretaria de Saúde	-	2	2
Unidade de Serviço de Apoio de Diagnose e Terapia	-	13	13
Unidade Móvel de Nível Pré-Hosp. Urgência Emergência	-	4	4
Total	1	83	84

Fonte: DATASUS



Quanto aos prestadores segundo o tipo de estabelecimento, conforme dados do DATASUS (2013), o serviço dispõe de estabelecimentos com prestadores público em (38,09%) enquanto privado atinge 60,71%, observada na Tabela 36, a seguir.

Tabela 36 Tipo de prestador segundo tipo de estabelecimento, Gravatá Maio de 2013.

Tipos de Estabelecimento	Tipos de Prestador			Total
	Pública	Privada	Sindicato	
Centro de Atenção Psicossocial CAPS	1	-	-	1
Centro de Saúde / Unidade Básica de Saúde	20	2	-	22
Central de Regulação de Serviços de Saúde	1	-	-	1
Clínica / Ambulatório Especializados	2	4	-	6
Consultório	-	32	-	32
Hospital Geral	1	-	-	1
Policlínica	-	1	-	1
Posto de Saúde	-	-	1	1
Secretaria de Saúde	2	-	-	2
Unid. de Serv. de Apoio de Diag. e Terapia	1	12	-	13
Unidade Móvel de Nível Pré-Hosp.	4	-	-	4
Urgência Emergência				
Total	32	51	1	84

Fonte: DATASUS

Na Tabela 37, encontram-se elencados as unidades assistenciais que compõe a rede pública por tipo de assistência prestada. O arranjo estrutural da rede se comporta com unidades de controle de vigilâncias em Epidemiologia, Sanitária e Ambiental. A atenção assistencial está disposta de forma articulada, composta pelas Unidades de Saúde da Família e os Centros de Saúde, apoiados pelo Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF). A assistência odontológica é constituída por equipes inseridas no PSF com modalidades 1 e 2, tendo como referência o Centro de Especialidade Odontológica (CEO).

A assistência pré-hospitalar e hospitalar completa a rede de média e alta complexidade, garantindo assim a população atenção integral. Sendo o Hospital Municipal Paulo da Veiga Pessoa e o SAMU, promotores do serviço em urgência / emergência articulado com o serviço ambulatorial do município.



Tabela 37 Rede assistencial do município, segundo tipo de assistência, Ano 2013

CNES - Unidade assistencial	Tipo de assistência		
	Hosp. pré/Hosp.	Assist.	Controle
2435802 - Hospital Geral Dr. Paulo Da Veiga Pessoa	X		
2435810 - USF do CAIC		X	
2435829 - Centro de Saúde de Gravatá		X	
2435837 - USF do Bairro Novo PS II		X	
2435896 - USF de Avencas		X	
2435942 - USF de Mandacaru		X	
2435950 - USF de Russinha		X	
2435969 - USF de Urucu Mirim		X	
2435977 - USF de São Severino		X	
2435993 - Posto de Saúde I - Fernando da Veiga Pessoa		X	
2436000 - Unidade de Vigilância Sanitária			X
2436019 - USF de Lagoa do Fernando		X	
2436027 - USF Maria Gomes de Araújo PS III		X	
2436035 - USF Santa Helena PS IV		X	
2436043 - USF Patrícia Nely Pires de Carvalho Lima		X	
2436051 - USF Jucá		X	
2436086 - USF Maria Auxiliadora		X	
2726815 - Centro de Fisioterapia de Gravatá		X	
2726831 - Unidade de Vigilância Ambiental			X
2726858 - Unidade de Vigilância Epidemiológica			X
5510910 - SAMU Gravatá	X		
5625637 - USF Nossa Senhora das Graças		X	
5659973 - USF do Cruz. Dr. Judas Tadeu de Souza Rios		X	
5708222 - USF Dra. Ana Ma. Caminha M. Silva (mod. 2)		X	
5744202 - Farmácia Popular		X	
5750172 - Núcleo de Apoio da Saúde da Família NASF		X	
5872758 - USF Ricardo Valmir da Silva Lima		X	
5872766 - USF Nielson Lucivanio Salgado da Silva		X	
5895413 - USF Auta Soares Vilar		X	
6795781 - Centro de Especialidade em Odontologia CEO		X	
7044488 - Centro de apoio Psicossocial CAPS		X	
Total	2	26	3

Fonte: DATASUS

Obs.: O município conta com duas localidades de difícil acesso da população as unidades básicas de referencia (Limeira USF de São Severino e Casa Nova USF de Russinhas).



2.1.3.7.1 Assistência Hospitalar

Pelos dados do CNES em 2013, a rede hospitalar de Gravatá é constituída por uma unidade pública, Hospital Municipal Paulo da Veiga Pessoa e com Serviço de Urgência Móvel (SAMU USB2); com modelo de gestão municipal de nível de atenção ambulatorial com atividades de atenção básica e média complexidade, atende a população no município, na assistência pré e hospitalar, com sistema de rede integrada. Com proposta de expansão, com a construção de uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA I), objetivando estruturação da complexidade intermediária entre as Unidades Básica de Saúde e a porta emergencial, integrando o componente pré-hospitalar da rede de atenção à urgência/emergência;

Complementando a rede, a Central de Parto Normal, em fase de implantação, surge como estratégia estabelecida pela gerência de saúde para arranjo microrregional de assistência ao parto, tendo como objetivo preencher a carência local e microrregional do atendimento as parturientes, desafogando unidades de referências além de melhorar e agilizar o atendimento com humanização e qualidade.

Quanto à unidade hospitalar Paulo da Veiga Pessoa com nível de hierarquia (07-Média-M3), classificada como Hospital Geral com atendimento contínuo de 24 horas, estão disponíveis leitos conforme Tabela 38. Compondo o corpo de funcionário registrado no CNES totalizando 166 profissionais.

Tabela 38 Número de leitos, segundo especialidade, Maio de 2013

Leitos por Especialidade	Leitos Existentes CNES	Leitos Necessários
Cirurgia geral	12	23
Obstétrica cirúrgica	8	10
Clínica geral	20	47
Pediatria clínica	12	16
Psicossocial (CAPS)	6	-
Total	58	96

Fonte: CNES/DATASUS, Portaria 1.101/2002.



Na Tabela 39, dispõe quantitativo de equipamentos das Unidades de Urgência / Emergência para diagnóstico e infraestrutura conforme dados CNES/DATASUS. Disponível no Hospital Paulo da Veiga Pessoa e no Serviço Móvel de Urgência.

Tabela 39 Número de equipamentos da Unidade Hospitalar e Serviço Móvel de Urgência

Equipamento disponível	HPVP	SAMU
DIAGNÓSTICO POR IMAGEM		
Raio X de 500MA	1	-
INFRAESTRUTURA		
Grupo Gerador	1	-
MANUTENÇÃO DA VIDA		
Berço aquecido	3	-
Bomba de infusão	1	-
Desfibrilador	2	1
Equipamento de fototerapia	2	-
Incubadora	2	-
Monitor de ECG	2	1
Reanimador pulmonar / Ambu	7	2
Respirador / Ventilador	1	1
MÉTODO GRÁFICO		
Eletrocardiógrafo	1	-
RESÍDUO/REJEITO		
Coleta seletiva de rejeito	Sem registro	-
Resíduo biológico	Sem registro	-
Resíduos comuns	Sem registro	-

Fonte: CNES/DATASUS

Quanto às instalações físicas do Hospital Paulo da Veiga Pessoa, a Tabela 40 elenca os departamentos / setores; características dos serviços de apoio, além dos serviços especializados disponíveis na assistência prestadas a população do município. Valem salientar, que se encontra em fase de ampliação alguns setores como a urgência/emergência para que seja humanizada a assistência de pronto atendimento e seus anexos.



Tabela 40 Instalação física para assistência Hospital Paulo da Veiga Pessoa, ano 2013.

Instalações Física	Qtde. Consultório	Leitos Equipos
URGÊNCIA E EMERGÊNCIA		
Sala de Atendimento Indiferenciado	2	-
Sala de Curativo	1	-
Sala de pequena cirurgia	1	-
Sala de repouso / observação – Feminino	3	11
Sala de repouso / observação – Masculino	2	8
Sala de repouso / observação – Pediátrica	1	4
AMBULATORIAL		
Clínica especializada	1	-
Sala de gesso	1	-
Sala de nebulização	1	-
HOSPITALAR		
Sala de Cirurgia	2	-
Sala de Recuperação	1	2
Sala de Parto Normal	1	-
Leitos de alojamento conjunto	8	-
SERVIÇO DE APOIO		
Ambulância	Próprio	
Central de esterilização de materiais	Próprio	
Farmácia	Próprio	
Lavanderia	Próprio	
Necrotério	Próprio	
SAME ou SPP (serviço de prontuário de paciente)	Próprio	
SERVIÇOS ESPECIALIZADOS		
	Ambulatorial	Hospitalar
Diagnóstico por imagem	Sim	Sim
Diagnóstico por laboratório clínico	Sim	Sim
Diagnóstico por métodos gráficos dinâmicos	Sim	Sim
Serviço de hemoterapia	Sim	Sim
Serviço de Vigilância em saúde	Sim	Não
Serviço posto de coleta de materiais biológicos	Sim	Sim

Fonte: CNES/DATASUS

Na Tabela 41, encontram-se informações gerais do Serviço Móvel de Urgência (SAMU), enquanto Unidade de nível pré-hospitalar na área de urgência. Atendendo a população com 3 (três) motolâncias, 2 (duas) Unidade de Suporte Básico e 1 (uma) Unidade de Suporte Avançado, que atende a região além de seu limite territorial.



Tabela 41 Característica geral do Serviço Móvel de Urgência SAMU, ano 2013.

Informações Gerais	Qtde.	Leitos Equipos
SERVIÇO DE APOIO		
Ambulância	3	-
Motolância	1	-
SERVIÇO ESPECIALIZADO		
Característica		
Atendimento Móvel de Urgência	Próprio	Ambulatorial
SERVIÇO E CLASSIFICAÇÃO		
Atendimento Móvel de Urgência	Ambulância de suporte básico de vida	
NÍVEL E HIERARQUIA		
TIPO DE UNIDADE		
03- Média – M2 e M3	Unidade Móvel de Nível pré-hospitalar na área de urgência	

Fonte: CNES/DATASUS

2.1.3.7.2 Assistência Ambulatorial

Com análise periódica das consultas médica, enfermagem, odontológica e demais procedimentos, tendo como objetivo analisar a relação de cobertura e o atendimento às necessidades da população, bem como complementar a rede assistencial para satisfação do público alvo. Além do planejamento quanto à demanda das especialidades para assistência e continuidade de tratamento que necessitam de acompanhamento de especialistas, oriundo das USF.

Tendo como porta de entrada do sistema, 20 (vinte) Unidades de Saúde da Família, apoiado pelo Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), e Programa de Agentes Comunitários de Saúde PACS, como apoio. Articulada com a central de regulação que assessora o transito de referenciamento das necessidades demandadas pelos agentes promotores de assistências.

O município estrutura-se, na assistência ambulatorial, com dois centros de assistência especializados (Centro de Saúde de Gravatá e Centro de Saúde Fernando da Veiga Pessoa). Na rede ambulatorial contamos com serviços de imunização, citológico, teste do pezinho, teste da orelhinha, e teste do olhinho, atendimento médico, enfermagem, nutrição etc. realizado no CS Fernando da Veiga Pessoa. No Centro de Saúde de Gravatá, sendo estão



ofertados, exames colposcópico, atendimento médicos especializados, referência em Tuberculose e Hanseníase.

Tabela 42 Rede Ambulatorial dos Centros de Saúde, ano 2013.

Especialidades	CS		Total
	CS Gravatá	Fernando da Veiga Pessoa	
Clínica Geral	-	4	4
Ginecologia	1	1	2
Dermatologia	1	1	2
Cardiologia	1	1	2
Geriatria	1	-	1
Psicologia	1	1	2
Psiquiatria	1	1	2
Infectologia	1	-	1
Proctologia	1	-	1
Mastologia	1	-	1
Pediatria	1	2	3
Fonoaudiologia	-	2	2
Otorrinolaringologia	-	1	1
Oftalmologia	-	1	1
Nutrição	-	1	1
Ortopedia	-	1	1
Enfermagem	-	2	2
At. Tuberculose e Hanseníase.	1	-	1
Pré-natal de Alto Risco	1	-	1
HIPERDIA	1	-	1
Pequenas Cirurgias	1	-	1
Colposcopia	1	-	1
Total	15	19	34

Fonte: Gerência dos Centros de Saúde via ofício

Compreendendo desta forma a rede assistencial ambulatorial e de média complexidade, formatada no modelo de gestão plena onde se insere o município. Onde, para a logística da informação e controle de acesso e para a garantia aos serviços disponíveis, se dispõe da Central de Regulação, que articula as atividades do serviço em saúde disponibilizando a população, marcação de consultas e exames – para serviços oferecidos na rede local - no município; e cidades da rede microrregional para exames especializados de média e alta complexidade.



Todavia, a articulação entre agentes e serviços, local e/ou regional, requer uma maior adequação e implementação para assim suprir a demanda reprimida. E, garantia de traslado dos pacientes que necessitam realizar tratamento fora do município de forma confortável e igualitária. Onde, a gestão eficiente do sistema logístico exige por parte dos responsáveis constantes esforços, tornando-se importante estabelecer diretrizes básicas.

A intersetorialidade, neste processo, precisa de maior articulação e planejamento para mitigar os gargalos enfrentados. Tendo na infraestrutura setorial e na engenharia logística seu maior desafio. *Gaps*³ na organização estrutural com uma arquitetura fragmentada requer uma análise holística, com planejamento a curto, médio e longo prazo. Mas, um plano de enfrentamento das dificuldades e propostas para resolução do problema se faz imprescindível.

Fatores de oportunidades, contudo, consideramos reverter situações incômodas existentes, vindo assumir eficácia na assistência prestada aos clientes – internos e externos -, com redução do tempo de resposta, agilizando as atividades tornando as operações mais rápidas e ágeis, conseqüentemente reduzindo os erros operacionais.

³ *Gaps* - termo em inglês que significa um distanciamento; afastamento, separação, uma lacuna ou um vácuo.



3. DESCENTRALIZAÇÃO E REGIONALIZAÇÃO EM SAÚDE NO ESTADO

Em mais de 20 anos de existência do SUS, a partir da Lei orgânica de saúde (1990), um dos principais avanços em sua implementação está relacionado à acelerada descentralização político-administrativa, com progressiva transferência de responsabilidades e de recursos da União para Estados e Municípios. Para subsidiar esse processo, foram editadas quatro Normas Operacionais Básicas (NOB/SUS), na década de 1990: NOB 01/91, NOB 01/92, NOB 01/93 e NOB 01/96; as duas últimas resultaram de processos de pactuação entre diferentes atores, particularmente no âmbito da Comissão Intergestores Tripartite e do Conselho Nacional de Saúde.

Em 2001, a Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS/SUS) introduziu a concepção dos módulos assistenciais, microrregiões, macrorregiões e regiões, expressas no Plano Diretor de Regionalização (PDR). A NOAS foi fundamentada no reconhecimento da regionalização em saúde como essencial à consolidação dos princípios de universalidade e da igualdade no acesso e na integralidade da atenção. O aprofundamento do processo de regionalização, à luz da NOAS, foi possível face aos avanços decorrentes da descentralização, com ênfase na municipalização. Tal processo possibilitou a emergência de milhares de gestores municipais como atores políticos, reafirmando a sua responsabilidade sanitária. A experiência acumulada trouxe novos elementos para o aprofundamento da reflexão sobre as especificidades do papel do gestor estadual no SUS.

Em decorrência da descentralização da saúde, algumas fragilidades emergiram, sobretudo, no que diz respeito à necessidade de fortalecimento da capacidade de gestão das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde. Além disso, a própria rede de atenção à saúde, mostrou-se fragmentada e pouco resolutiva (MENDES *apud* PES-PE 2012/2015).

Em Pernambuco, o processo de descentralização e a proposição de organização da rede de atenção por níveis de complexidade resultaram na elaboração do Plano Diretor de Regionalização discutido e produzido entre os anos de 2001 e 2002, em conformidade às disposições da NOAS – SUS 01/01. O referido Plano não passou por atualizações significativas, permanecendo com o desenho territorial e uma incipiente definição de redes assistenciais.



Com o advento do Pacto pela Saúde em 2006, surgiu a possibilidade para a elaboração de um PDR fundamentado em uma nova perspectiva. A pactuação de responsabilidades entre as três esferas gestoras do SUS, tanto no campo da gestão como da atenção à saúde, passa a ser a linha condutora para a possibilidade de uma efetiva realização de acordos entre as instâncias que visem reformas de aspectos institucionais. Esse modelo de pactuação permite inovações nos processos e instrumentos de gestão que visam alcançar maior efetividade, eficiência e eficácia; ao mesmo tempo, redefine responsabilidades coletivas, por resultados sanitários, em função das necessidades de saúde da população (BRASIL *apud* PES-PE 2012/2015).

O Pacto mantém a regionalização como eixo central e reafirma os instrumentos de planejamento instituídos pelas NOAS ampliando a visão da regionalização para além da assistência à saúde, evidenciando a necessidade de conformação de sistemas regionais que deem conta da integralidade em seus diversos componentes.

O Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2012, no seu capítulo II, seção I, Art. 6º, reafirma a importância das regiões e ressalta: “As regiões de saúde serão referência para as transferências de recursos entre os entes federativos”.

A resolução nº 1 de 29/09/2011 no seu Art. 3º estabelece os objetivos para organização das Regiões de saúde: I - garantir o acesso resolutivo da população, em tempo oportuno e com qualidade [...]; II - efetivar o processo de descentralização de ações e serviços de saúde entre os entes federados, com responsabilização compartilhada, favorecendo a ação solidária e cooperativa entre os gestores [...]; e III – buscar a racionalidade dos gastos, a otimização de recursos e eficiência na rede de atenção à saúde [...].

No seu Art. 4º, a mesma resolução delinea as diretrizes gerais para organização das regiões de Saúde: I - avaliação do funcionamento das atuais Regiões de Saúde por Estados e Municípios, a ser pactuada na Comissão Intergestores Bipartite (CIB) [...]; II - delimitação das Regiões de Saúde a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e redes de comunicação [...]; III - observância das políticas de saúde na organização e execução das ações e serviços de saúde de atenção básica, vigilância em saúde, atenção psicossocial, urgência e emergência, atenção ambulatorial especializada e hospitalar [...]; IV - reconhecimento de necessidades econômicas, sociais e de saúde da população da região para o processo de pactuação dos fluxos assistenciais; V - instituição, quanto à composição



político-administrativa, de Regiões de Saúde intraestaduais - quando dentro de um mesmo Estado - e interestaduais - quando os partícipes se situarem em 2 (dois) ou mais Estados; e VI - constituição da Comissão Intergestores Regional (CIR) como foro interfederativo regional de negociação e pactuação de matérias relacionadas à organização e ao funcionamento das ações e serviços de saúde [...].

Portanto, a regionalização deve orientar o processo de identificação e construção de Regiões de Saúde, nas quais as ações e serviços devem ser organizados de forma a garantir o acesso da população, bem como, potencializar os processos de planejamento, negociação e pactuação entre os gestores.

A estratégia de regionalização em saúde, em Pernambuco, revisa o Plano Diretor de Regionalização ao qual firma compromisso político-democrático do Governo Estadual tendo como objetivo “identificar e reconhecer as regiões de saúde, em suas diferentes formas; visando expressar um desenho final, com a finalidade de promover o acesso à saúde com equidade e a qualificação do processo de descentralização, na perspectiva de uma assistência integral de saúde”, organizada de forma interiorizada, em regionais de saúde, com ações estratégicas para a melhoria dos indicadores e a redução de desigualdades regionais.

Formatando as Gerências Regionais de Saúde – GERES, enquanto unidades técnico-administrativa da Secretaria Estadual de Saúde; que têm a missão de planejamento, execução, acompanhamento, monitoramento e avaliação das ações/serviços de saúde e das diretrizes da política estadual de saúde em cada Região de Saúde. O Estado, em sua gestão de saúde, passa a ser organizado, a partir de 19/09/2011, por doze GERES, em conformidade com as Regiões de Saúde.

O desenho territorial do PDR anterior foi construído em conformidade com o preconizado na NOAS/SUS 01/01 (PERNAMBUCO *apud* PES-PE 2012/2015). O atual desenho do PDR considera as diretrizes definidas no Decreto Presidencial nº 7508/2011: a análise de fluxos assistenciais, a malha viária, a rede de saúde existente, os potenciais investimentos regionais com base no PPA do Estado, as identidades cultural e social, perfil epidemiológico e os consensos entre gestores obtidos através de oficinas macrorregionais durante o processo de pactuação. Desse modo, ficaram definidas quatro macrorregiões em Pernambuco: Metropolitana, Agreste, Sertão Central e Vale do São Francisco e Araripe.



4. PROGRAMA DO GOVERNO MUNICIPAL (PLANO 2013/2016)

O Programa de Governo Municipal em linha geral orienta-se pelo propósito de estabelecer um trabalho voltado para a modernização da infraestrutura da cidade, na diversificação da sua economia, na ampliação de acesso aos serviços públicos e na melhoria de vida da população. Com visão estratégica e inovadora de gestão pública.

O Plano de Governo propõe como lema SAÚDE para todos. Esse é nosso caminho. Com proposta para o município conforme elencados abaixo:

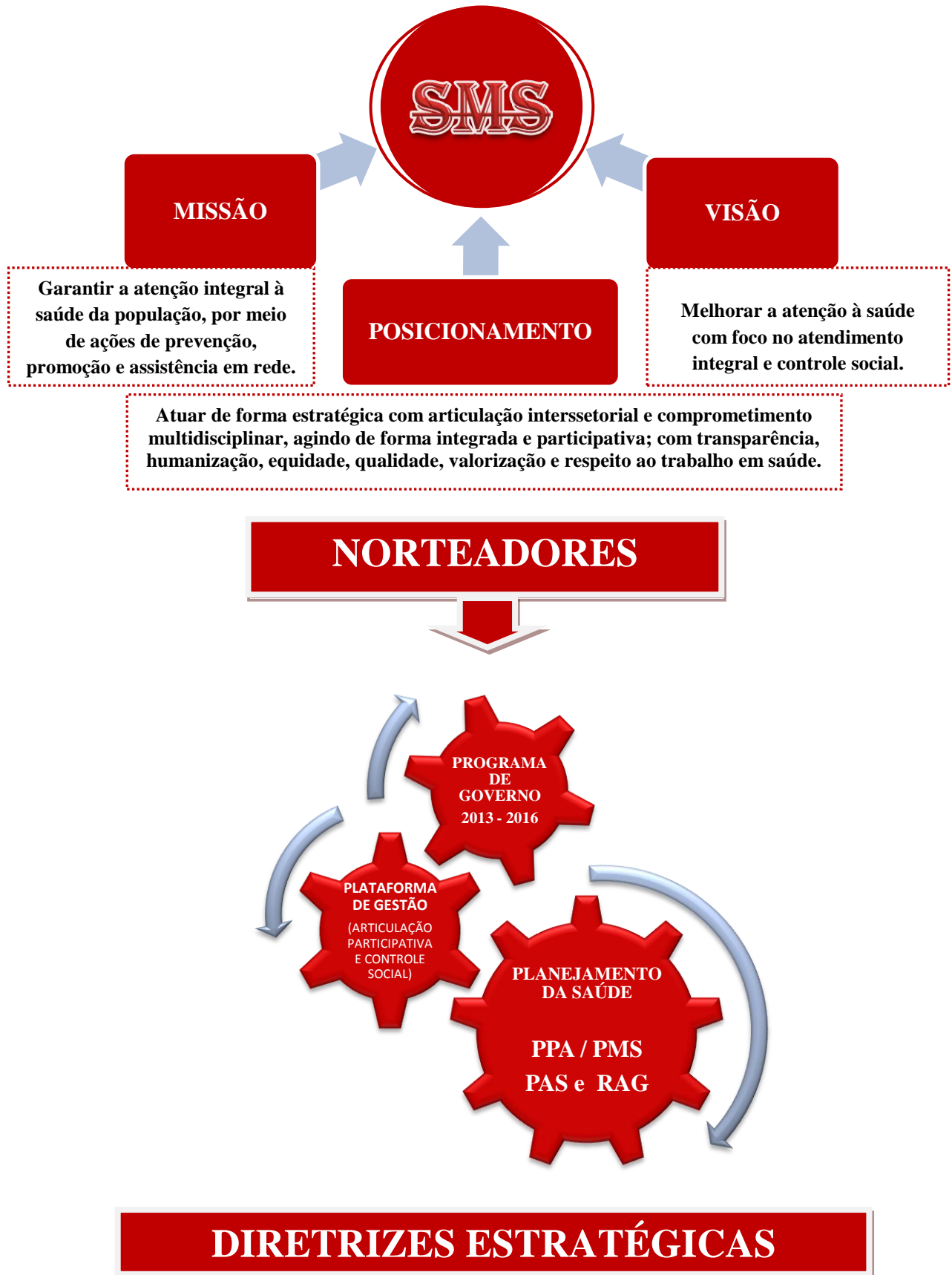
- ✓ Construir a Unidade de Saúde Materno-infantil municipal, garantindo atendimento para a população;
- ✓ Reformar e modernizar o Hospital Municipal Dr. Paulo da Veiga Pessoa, garantindo um atendimento de mais qualidade e humanizado;
- ✓ Ampliar os programas do MS (Saúde da Família, Saúde do Idoso, Brasil Sorridente, Atendimento Domiciliar, Internação Domiciliar, Farmácia popular, SAMU, CAPS, etc.);
- ✓ Criar o SAMUG – reestruturando os serviços de pronto-atendimento e mantendo serviços 24 horas que atendam as necessidades da população;
- ✓ Garantir medicamentos gratuitos para quem mais precisa;
- ✓ Ampliar o atendimento odontológico nas unidades básicas de saúde;
- ✓ Reestruturar a VISA, intensificando o trabalho preventivo;
- ✓ Aprimorar os programas de atenção à saúde da criança e adolescente, da mulher, do adulto, do idoso, do trabalhador, das pessoas com deficiência, DST/AIDS e saúde mental;
- ✓ Disponibilizar ambulâncias para unidades básicas de saúde dos Distritos;
- ✓ Capacitar os servidores para o atendimento humanizado;
- ✓ Implantar o Projeto Formar Saúde, estabelecendo parcerias com Universidades e outros órgãos (MS / SES) para cooperação técnica voltada à formação de pessoal (podendo ser presencial e à distância) interno e externo à Secretaria de Saúde;
- ✓ Implantar o Projeto Cuida de Mim visando oferecer curso para “cuidadores” como forma de capacitar gratuitamente pessoas que desenvolvem trabalhos nesta área, para atendimento a idosos, pessoas com necessidades especiais, acamados, etc.;



- ✓ Implantar o Programa Academia da Cidade;
- ✓ Implantar o Projeto Mente Sã visando o funcionamento do CAPSad voltado pra o tratamento de álcool e outras drogas e serviços de residência terapêutica;
- ✓ Implantar o Projeto Gravatá Sorrindo com serviços de urgência odontológica;
- ✓ Implantar o Projeto Saúde Geral para criação de uma unidade de saúde interdisciplinar, contando com atendimento nas áreas de fisioterapia, fonoaudiologia, nutrição, psicologia, serviço social, assistência farmacêutica, consultas médicas especializadas, posto de coleta laboratorial para teste do pezinho, da orelhinha, dentre outros;
- ✓ Implantar o Projeto Gestão de Todos, instituindo um colegiado de Gestão no HPVP;
- ✓ Implantar o Projeto Gravatá Vê Bem Melhor estabelecendo parcerias com Fundações e ONG's, pra viabilizar cirurgias oftalmológica de baixa complexidade;
- ✓ Implantar o Projeto Saúde em Casa, atendendo os pacientes com dificuldade de locomoção nas suas residências: Fisioterapia, Nutrição, Médico, Farmacêutico, Psicologia, Enfermagem e Cuidadores em casa;
- ✓ Implantar o Projeto Farmácia na Rede com controle informatizado de medicamentos (com utilização de *software* do MS) nas unidades de saúde;
- ✓ Implantar o Projeto SF Conectado para informatizar as unidades de saúde da família;
- ✓ Implantar o Projeto Atendimento Online interligando os profissionais de saúde à internet e estabelecendo convênios com a rede NUTES para realização de discussão de casos clínicos;
- ✓ Implantar o Projeto Recicla Gravatá visando realizar campanhas para coleta de materiais e resíduos para reciclagem do lixo;
- ✓ Implantação de uma UPA 24 horas na cidade em parceria com o governo no Estado;
- ✓ Implantar o Projeto Saúde e Cultura Itinerante integrando as Secretarias de Saúde e Educação, visando adquirir um veículo que se transforme em palco itinerante para apresentações de peças teatrais educativas voltadas para a saúde e a cultura nas comunidades; e
- ✓ Implantar o Projeto Campo de Estágio objetivando firmar convênios com Instituições para realização de estágios na Secretaria de Saúde.



5. MAPA DA ESTRATÉGIA DA SECRETARIA DE SAÚDE DE GRAVATÁ





6. ORGANISMO ADMINISTRATIVO DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Partindo da concepção de que as políticas de saúde se materializam nos serviços, mediante as ações de atores sociais e suas práticas cotidianas, para concretização organizacional eficiente que potencialize e aperfeiçoe seus processos interno/externo, surge a necessidade de um arranjo estrutural que fomente a assistência integral, que abranja o direito a saúde como princípio elementar. Assim sendo, vislumbra-se adequação das práticas do processo de gerenciamento nas ações logísticas da informação, bem como uma adequada infraestrutura; para assim, intervir diretamente na cadeia de valores que estimulem seus *stakeholders*⁴.

Na administração pública, contudo, enquanto conjunto de órgãos, serviços e agentes do Estado que procuram satisfazer as necessidades da sociedade, caracterizada pela gestão dos interesses da coletividade por meio da prestação de serviços públicos de forma direta e indireta. Surge como relevância, a implantação de um sistema que venha gerar melhorias contínuas e permanentes em sua capacidade instalada com intervenção no âmbito estrutural, sobre o prisma operacional, tático e estratégico.

Assim sendo, no âmbito da Secretaria Municipal de Saúde, com visão administrativa estratégica em melhorar a atenção à saúde com foco no atendimento integral e controle social, alicerçada nas perspectivas de aprendizado e crescimento, perspectiva de processos internos, perspectiva do cliente, e perspectiva financeira; inferisse enfrentamentos nos campos de desenvolvimento de competências, clima e ambientes de trabalho, tecnologia eficiente e estrutura adequada como pilares para alcançar efetivamente suas metas e objetivos.

Mediante formatação do mapa estratégico, conforme diagrama a seguir, podemos visualizar as diretrizes norteadoras para que vislumbre melhorias contínuas na ordem administrativa (operacional, tática e estratégica) da Secretaria Municipal de Saúde, onde com nuances específicas, desenvolvam-se critérios e diretrizes de intervenções a partir das perspectivas supracitadas.

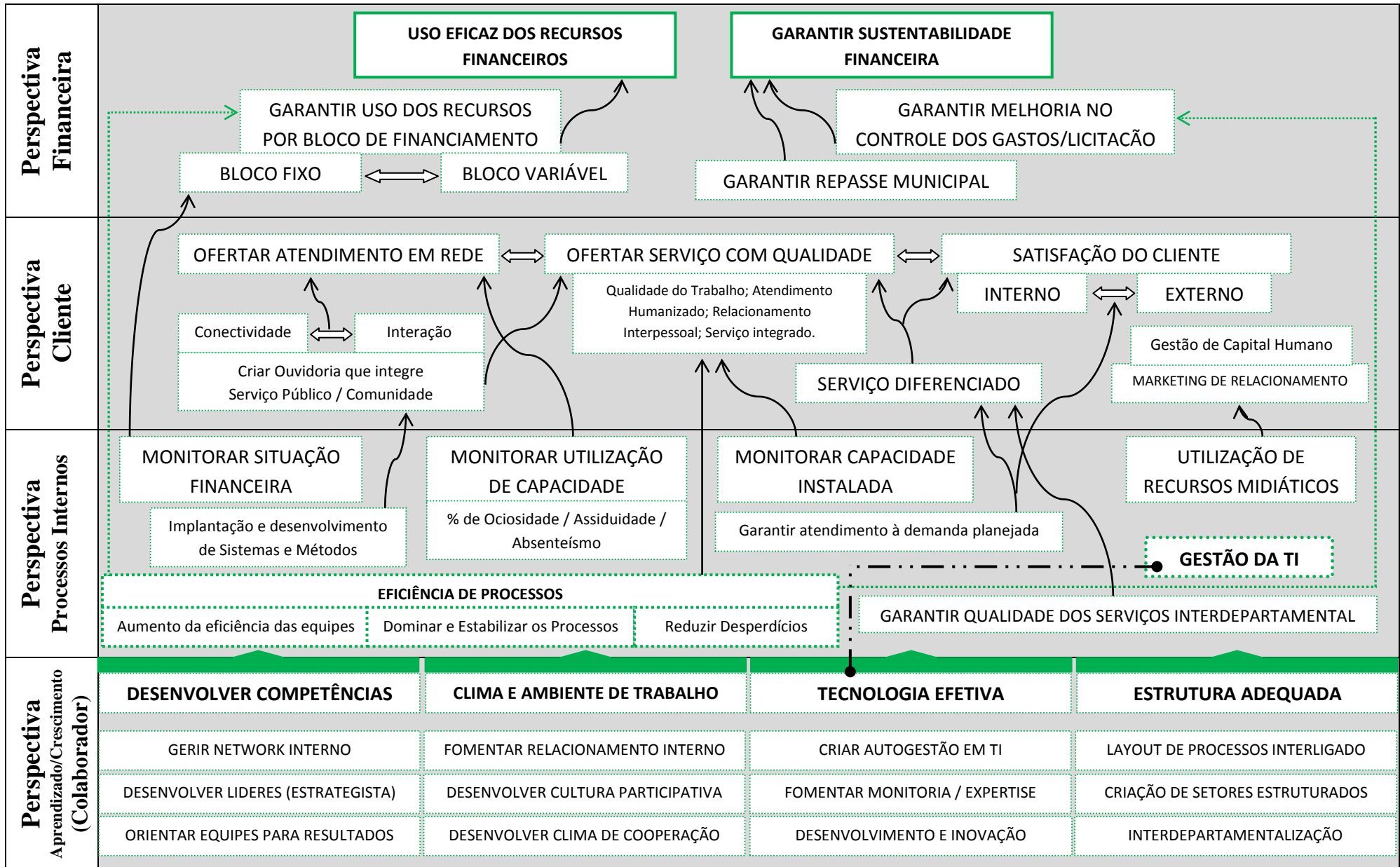
⁴ *Stakeholder*, pessoa ou grupo, que legitima as ações de uma organização e que tem um papel direto ou indireto na gestão e resultados dessa mesma organização. Formado pelos funcionários, gestores, gerentes, fornecedores, ONGs, clientes, o Estado, sindicatos e diversas outras pessoas ou organizações que estejam relacionadas com uma determinada ação ou projeto.

MAPA ESTRATÉGICO



Documento Assinado Digitalmente por: JOSE ROBERTO DE ARAUJO
Acesse em: <https://etce.ice.pe.gov.br/epp/validaDoc.aspx> Código do documento: 1668e2be-27da-426d-bb16-0eb764d10b8b

VISÃO: Melhorar a atenção à saúde com foco no atendimento integral e controle social.





Evidenciando, porém, que para o uso eficaz dos recursos e garantia da sustentabilidade financeira, tendo como objetivo ofertar atendimento em rede, com serviço de qualidade e satisfação do cliente (interno e externo). O monitoramento financeiro-administrativo, monitoramento da utilização da capacidade instalada, bem como controle dos indicadores tangíveis e intangíveis, tem como propósito garantir atenção diferenciada às demandas preconizadas, ampliando e desenvolvendo sistemas e métodos, com domínio e estabilidade, reduzindo desperdício de recursos; tornando o enfrentamento dos desafios, um modelo de governança sistêmico.

A estruturação física, entretanto, requer atenção especial onde à implementação de setores adequados – departamentalizados - com *layout* e com seus processos interligados, possam contribuir para o processo das atividades e ações desempenhadas pelo serviço de saúde pública no município. Nesta análise evidencia-se que a garantia de equipamentos tecnológicos eficientes baseados em desenvolvimento e inovação contínua dos processos com criação de autogestão em Tecnologia da Informação – TI, que constitua interatividade que integre serviço público e comunidade, torna-se *sine qua non* para sua efetividade administrativo-financeira.

Nesta engenharia logística o organismo administrativo da Secretaria Municipal de Saúde, requer desenvolver uma melhor concepção teleológica – estudo do comportamento com finalidade de alcançar objetivos por aquilo que se produz, ou pelo seu propósito (missão, visão e posicionamento) -; assim sendo, a partir desta concepção, os sistemas possam ser visualizados de forma holística e funcionais em busca de suas metas pré-estabelecida.

Nestes moldes, contribuindo, na geração de conhecimento e valor para a organização que conduza a novas formas de trabalho, de comunicação, de tecnologias e de interações inovadoras; aonde sua aplicação venha fomentar os colaboradores a apreender e aplicar seus conhecimentos. Sendo o aprendizado organizacional um agente transformador quando a discrepância entre o ideal e o real, que seja identificada e corrigida, sobre a perspectiva de aprendizado e crescimento.

Concatenar as perspectivas clientes e de processos internos, gerindo os equipamentos midiáticos, utilizando-os para criação de relacionamento interpessoal (comunidade – serviço – comunidade), e fomentando a *network* interno¹; apresenta-se como base para o fortalecimento do sistema público municipal, aonde a identificação e o desenvolvimento de líderes com

¹ Rede de contatos, ou rede de relacionamentos profissionais.



mentalidade estratégica orientada para resultados, componha nosso banco de talentos; estimulando a participação efetiva da sociedade na busca dos direitos conquistados constitucionalmente; customizando processos flexíveis num prisma participativo e colaborativo alinhado as doutrinas do controle social como instrumento para promover a democratização da saúde dos munícipes.

Outrossim, gerir um sistema aberto – sistema de informação organizacional -; onde possa funcionar adequadamente interligadas e interrelacionadas – interno e/ou externo -. Assegurando em sua totalidade sincronia para o sistema. Tendo como finalidade alcançar seus objetivos, com um fluxo de informações entre áreas e níveis organizacionais, que transite e funcione como elementos integradores, imprescindível para que o sistema gere resultados.

Entretanto, o desafio reside na busca incessante de novas soluções e a essência está na interação em rede, parcerias e interconectividade; sabendo que quanto mais democratizada o acesso à informação tanto mais informado e ágil se torna a organização e seus *stakeholders*. Tendo impacto na promoção de uma nova ordem, sendo a comunicação seu núcleo central, onde o sistema de informação organizacional enquanto plataforma e suporte tático e operacional respaldem as decisões estratégicas adequadamente, com bancos de dados eficiente, eficaz e efetivo.

Com ações conjunta e integrada, e sua estreita interação, se busca um sistema de informação que permita proporcionar ações coordenadas. Com sistema de informação organizado, alimentado adequadamente, baseado num modelo de gestão em rede. Para que o gerenciamento – pessoas, dados, tecnologia e procedimentos organizacionais -, possam ser monitorados e controlados, proporcionando aos gerentes, em função de suas necessidades específicas, operações e enfrentamento dos problemas cotidianos, informações confiáveis para tomada de decisão. E, que permita que o sistema se conecte e interaja dinamicamente entre si, criando as condições básicas para o alcance da sinergia do sistema em seus vários níveis de informações.

Sendo assim, para redução das incertezas e riscos, o valor da informação em termo de benefício são perseguidos quanto à adequação, qualidade, oportunidade e quantidade. Para encorajar e apoiar a geração, distribuição e uso da informação organizacional, para adequadas decisões com informações que assegure recursos necessários e importantes. E, para atender aos crescentes desafios e necessidades, na medida em que a organização se desenvolva, com

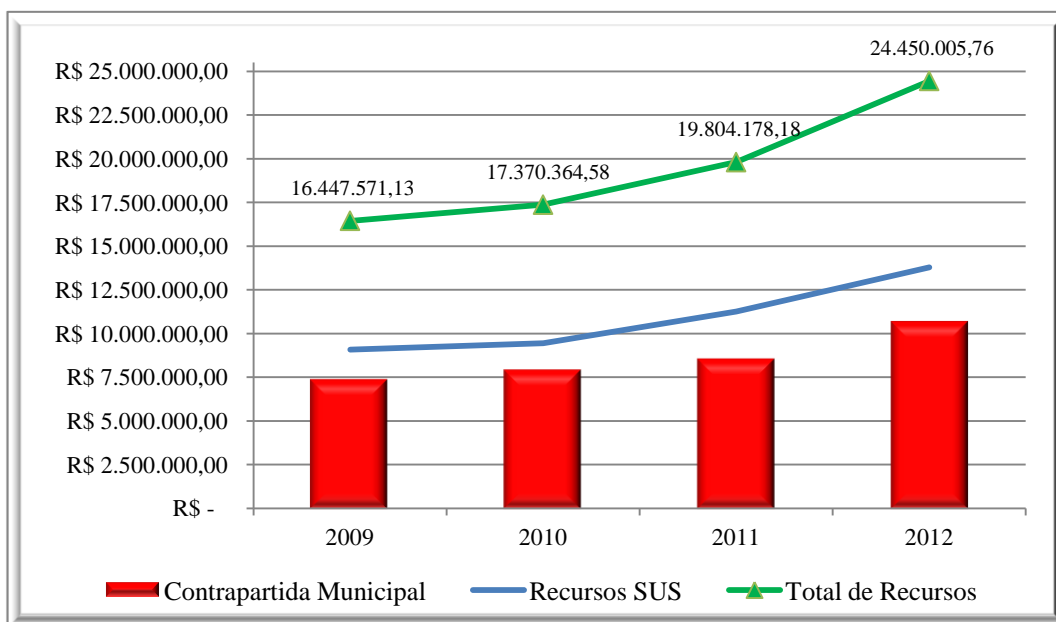


oferta flexível e maior expansibilidade. Fomentando a mudança, vivendo a mudança e encarando a complexidade e a incerteza de frente, são os pilares alicerçados pelo modelo de sistema, organização e métodos que se pretende aplicar como norteadores.

Todavia, para sua sustentabilidade se faz necessário o controle dos custos com saúde, onde as despesas, gastos e investimentos, sejam visualizados como fator que conduza sua efetividade na manutenção de todo sistema, com métodos aplicados em sua plenitude e que gerem resultados de curto, médio e longo prazo. Constituindo uma filosofia cultural internalizada, onde o *statu quo*² organizacional promova um estado salutar entre todos os envolvidos na promoção e condução da saúde coletiva e individual dos gravataenses.

Em sequência no Gráfico 12, verifica-se como se comporta a distribuição da receita no período de 2009 a 2012. Com a contrapartida municipal e o investimento em saúde pública da união através de incentivos repassados fundo a fundo, para atender as necessidades dos munícipes no período.

Gráfico 12 Receita do município, período de 2009 a 2012.



Fonte: Setor Financeiro da SMS

² Statu quo é uma expressão latina (in statu quo ante) que designa o estado atual das coisas, seja em que momento for.



Na Tabela 43, observam-se as receitas por bloco de investimento no período de 2009 a 2012. Onde, constam os recursos financeiros repassados para o município pelos entes federados; geradores de atividades e ações ofertados para a população, planejado baseado em prognóstico anteriormente estabelecido no plano municipal de saúde (2010/2012). No período analisado, os recursos encontram-se distribuídos conforme critérios: Bloco da Atenção Básica; Bloco da Alta e Média Complexidade; Bloco das Vigilâncias; Bloco de Assistência Farmacêutica Básica; Bloco de Investimento; Outros Programas - Fundo a Fundo; e Outras Receitas. Em sequência, Gráfico 13 registram-se as despesas realizadas no mesmo período, onde são apresentados os custos do serviço em saúde.

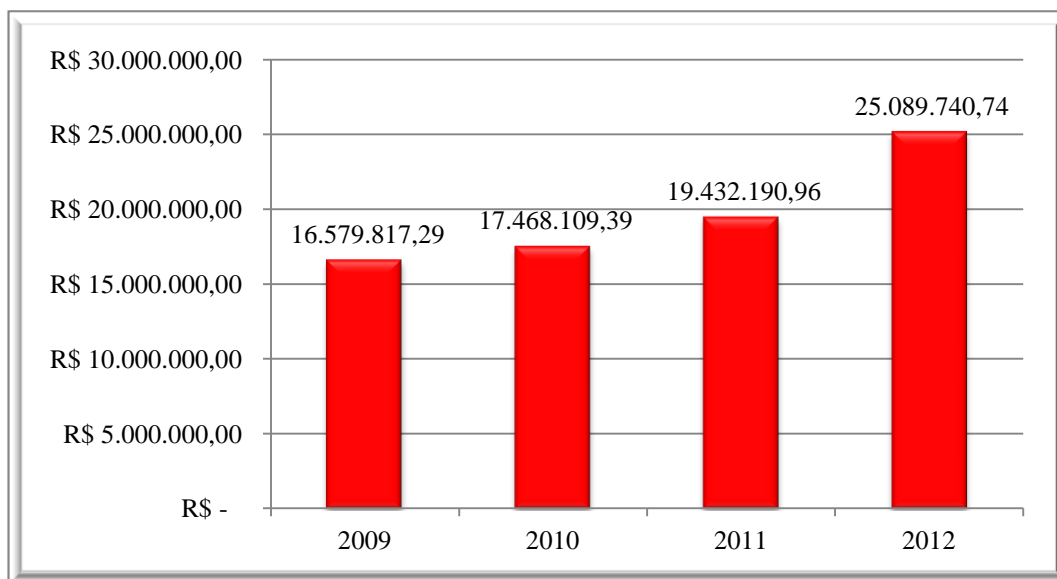
Tabela 43 Receita do município no período de 2009 a 2012

RECEITA (R\$)	2012	2011	2010	2009
BLOCO DA ATENÇÃO BÁSICA				
PAB - FIXO	1.732.483,53	1.503.892,50	1.343.907,00	1.292.165,36
PSF	1.685.400,00	1.571.300,00	1.670.400,00	1.503.600,00
PACS	2.071.402,00	1.914.381,00	1.429.806,00	1.364.755,00
SAÚDE BUCAL	378.030,00	376.900,00	323.200,00	348.500,00
PSE	89.110,00	19.200,00	-	-
NASF	480.000,00	520.000,00	-	-
INVESTO. CONSTRUÇÃO MARIA AUX.	60.100,00	20.000,00	-	-
PMAQ	691.300,00	29.800,00	-	-
BLOCO DA ALTA E MÉDIA COMPLEXIDADE				
GESTÃO PLENA	2.857.806,60	2.864.406,35	2.833.564,56	2.828.253,42
SAMU - MINISTÉRIO	773.500,00	706.000,00	468.000,00	520.000,00
CEO	75.900,00	40.000,00	-	-
CAPS	113.086,25	-	-	-
REDE CEGONHA	58.682,12	-	-	-
CIRURGIAS ELETIVAS	157.888,92	125.696,68	71.528,66	71.232,52
MAMOGRAFIA (FAEC)	103.455,00	55.170,00	-	1.896,00
BLOCO DAS VIGILÂNCIAS				
EPIDEMIOLOGIA E CONTROLE DE DOENÇAS	378.810,93	306.852,90	308.345,94	235.085,36
VIGILÂNCIA SANITÁRIA	29.684,80	42.730,08	41.293,21	42.356,43
VACINAÇÃO DO IDOSO	-	-	-	3.872,70
VACINAÇÃO CONTRA POLIOMIELITE	-	-	-	5.457,60
VACINAÇÃO CONTRA RUBEOLA	4.865,00	4.865,00	-	-
CAMPANHA H1N1	-	-	20.375,92	-
VACINAÇÃO ANTIRRÁBICA	-	-	8.034,00	8.034,00
TAXA DE FISCALIZAÇÃO DA VISA	-	21.077,79	26.819,80	28.567,41



BLOCO DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA BÁSICA				
FARMÁCIA BÁSICA	383.667,96	415.640,29	344.176,38	283.436,96
BLOCO DE INVESTIMENTO				
IMPLANTAÇÃO DAS UNIDADES BÁSICAS	193.800,00	-	-	-
IMPLANTAÇÃO DA ACADEMIA DA SAÚDE	36.000,00	-	-	-
UPA	140.000,00	-	-	-
EQUIPAMENTOS AB	150.000,00	-	-	-
CONSTRUÇÃO MARIA AUX	130.000,00	-	-	-
AÇÕES DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO	54.000,00	-	-	-
OUTROS PROGRAMAS - FUNDO A FUNDO				
GESTÃO SUS	-	75.000,00	-	-
FARMÁCIA POPULAR	110.000,00	130.000,00	110.000,00	130.000,00
ATENÇÃO BÁSICA - ESTADO	261.948,94	178.731,06	163.190,00	102.481,61
SAMU - ESTADO	172.492,50	227.992,50	164.995,00	240.920,00
CAMPANHA DE CIRURGIAS DE CATARATAS	-	-	-	18.271,32
IMPLANTAÇÃO DE USF	-	-	20.000,00	-
OUTRAS RECEITAS				
RENDIMENTOS DE APLICAÇÃO	48.485,46	68.782,51	36.540,23	42.623,01
OUTRAS RESTITUIÇÕES	209.594,21	7.653,00	12.858,42	185,58
ALIENAÇÃO DE BENS	145.700,00	-	-	-
RESTITUIÇÃO SEGURO GOL	-	29.558,00	-	-
CONTRAPARTIDA DO MUNICÍPIO	10.672.811,54	8.548.548,52	7.923.668,31	7.365.876,85
TRANSFERÊNCIA BANCO REAL	-	-	49.661,15	-
TOTAL	24.450.005,76	19.804.178,18	17.370.364,58	16.437.571,13

Gráfico 13 Despesas em saúde, período de 2009 a 2012.



Fonte: Setor Financeiro da SMS



Na Tabela 44, apresenta-se a projeção baseada em métodos estatísticos, utilizando-se do desvio padrão do montante de recursos transferidos fundo a fundo ao ano, objetivando a previsão dos recursos financeiros para o setor saúde, na geração de continuidade dos programas da rede de atenção à saúde para o município.

Tabela 44 Planilha de orçamento projetado, período de 2013 a 2017.

Ano	Projeção Orçamentária
2013	26.232.411,18
2014	28.144.753,95
2015	30.196.506,52
2016	32.397.831,84
2017	34.759.633,78

Fonte: Setor Planejamento, Monitoramento e Avaliação da SMS.

Todavia, o financiamento em saúde é um dos grandes desafios da gestão do SUS. Onde, destaca-se a Lei Complementar 141 de 15 de junho, que estabelece 15% do total da arrecadação do município, 12% do Estado e a variação do PIB para aplicação na saúde. Iniciativas promissoras como a “Saúde mais Dez” e “Royalties do Petróleo” surgem como meio adicionais de incentivo para melhoria contínua do serviço em saúde no país.

O município entre os anos de 2011 a 2012 teve um aumento de 2,31% na participação da receita com impostos. Nos serviços de saúde, enquanto as receitas do município subiram 8,35%, as despesas foram 13,84% maior que em 2011 (SIOPS, 2012).

Estimar quanto de recursos existem pode ser uma forma eficiente de planejar as ações e serviços na área da saúde. Mas, a estimativa constata que se elevou a receita para os serviços em saúde em 32,5%; por outro lado às despesas foram superiores, onde esse percentual se deu em função da reestruturação da rede urgência/emergência e demais gastos operacional e administrativo.

Contudo, se prever para o ano de 2014, os recursos repassado pelo MS, para custo mensal da UPA24 h. chegando a R\$ 100.000,00 onde se estima uma despesa total de aproximadamente R\$ 600.000,00 por mês para manutenção dos seus serviços. Outras fontes para reforma da unidade hospital para a Central de Parto Normal e da Emenda Parlamentar para atenção especializada estão em fase de apreciação para investimento na rede assistencial.



Na Tabela 45 se evidencia as proposta em curso e em fase de apreciação para implantação e implementação do serviço no município, promovendo a melhoria da qualidade de serviço prestado à população para o quadriênio 2014/2017.

Tabela 45 Propostas FNS do Município, período 2013 a 2014.

Programa/Proposta	Valor	Ano de Conclusão
Construção de UBS Lagoa do Fernando	200.000,00	2012
Construção de UBS Maria Auxiliadora	200.000,00	2013
Ampliação da UBS Russinhas	69.000,00	2014
Construção da Academia da Saúde	180.000,00	2014
Reforma da UBS Ana caminha	39.978,96	2014
Reforma da UBS Jucá	37.720,00	2014
Reforma da UBS Avencas	52.424,82	2014
Reforma da UBS Mandacaru	87.595,20	2014
Reforma da UBS Uruçu Mirim	74.319,00	2014
Reforma do Hospital para CPN	234.739,92*	2014
Emenda Parlamentar Atenção Básica	1.500.000,00	2013
Emenda Parlamentar Atenção Especializada	700.000,00	2013
Construção da UPA 24h - porte 1	1.400.000,00	2014

Fonte: SISMOB/FNS (07.11.2013) *Em fase de apreciação

Outrossim, para que se faça efetivamente saúde se faz necessário cuidar do ser humano, capital intelectual motivado e protegido. Contudo, para o desenvolvimento de Recursos Humanos em saúde, um sério desafio enfrentado em países considerados emergentes; dar-se-á com superposição de problemas e desafios emergentes. Donde a combinação de ambas leva a cenários em que problemas acumulados de sistemas tradicionais continuam sem soluções, enquanto surgem novos desafios como resultado de reformas setoriais; sendo ambos afetados pela dinâmica de um contexto global em mutação (OPAS/OMS, 2004).

Desde 1999, o Brasil tem investido na experiência inovadora e de sucesso, para construção de uma Rede de Observatórios de Recursos Humanos em Saúde (Rorehs); constituída por um conjunto de instituições de pesquisa e assistência que busca contribuir para superar os desafios da consolidação e do fortalecimento do SUS naquilo que se trabalha em saúde e à formação dos trabalhadores do setor.



Todavia, o desenvolvimento e o aprimoramento dessa rede são de fundamental importância para o suprimento de informações que norteiem os processos de regulação, gestão, formação, desenvolvimento e formulação de políticas de Recursos Humanos em saúde.

Em resposta a esta necessidade, a Secretaria Municipal de Saúde integra ações para fortalecer a função coordenadora a partir da implantação das políticas em vigilância do trabalhador conjuntamente com promoção em saúde, a fim de produzir conhecimento e instrumentos que conduza a melhoria de políticas, regulamentos, administração e educação do capital intelectual ativo.

Contudo, observa-se que neste cenário, o serviço em saúde municipal alicerça sobre a óptica do desenvolvimento do capital intelectual, na perspectiva do aprendizado e crescimento e de processos internos, como soluções para as superposições. Problemas e desafios emergentes que são um marco da gestão na busca eminente para resolver os gargalos administrativos.

Análise preliminar, no entanto elenca como problemas persistentes: Desequilíbrio na disponibilidade, na composição e na distribuição da força de trabalho; Administração e avaliação insuficiente do desempenho da força de trabalho; falta de sistema de incentivo para qualidade e produtividade; fragmentação de processos de trabalho; treinamento inadequado, centralizado e de impacto duvidoso; motivação deficiente, absenteísmo e baixa taxa de participação de trabalhadores em postos de tomada de decisão; regulamentos e normas inflexíveis e retrógrados.

Como desafios emergentes, se destaca mudanças gerenciais – descentralização administrativa pública e importância dos processos administrativos; maior flexibilidade nas condições de trabalho no enfoque de equipe; preocupações com competências, produtividade, qualidade e credenciamento; melhor recrutamento e práticas de retenção; complexidade da coexistência de regimes de trabalho diversos para categorias ocupacionais semelhantes; atenção ao estado de saúde, direitos e obrigações dos trabalhadores de saúde.

Assim sendo, a Secretaria de Saúde estabelece como diretrizes, ações e soluções contidas na programação – eixo sequencial deste trabalho -, respostas de enfrentamento aos desafios emergentes constituída a partir da visão dos munícipes e seus *stakeholders*, construído em meados do segundo semestre do ano 2013.

Na tabela 46, encontra-se discriminado o banco de talentos que compõe a rede de capital intelectual da Secretaria Municipal de Saúde.



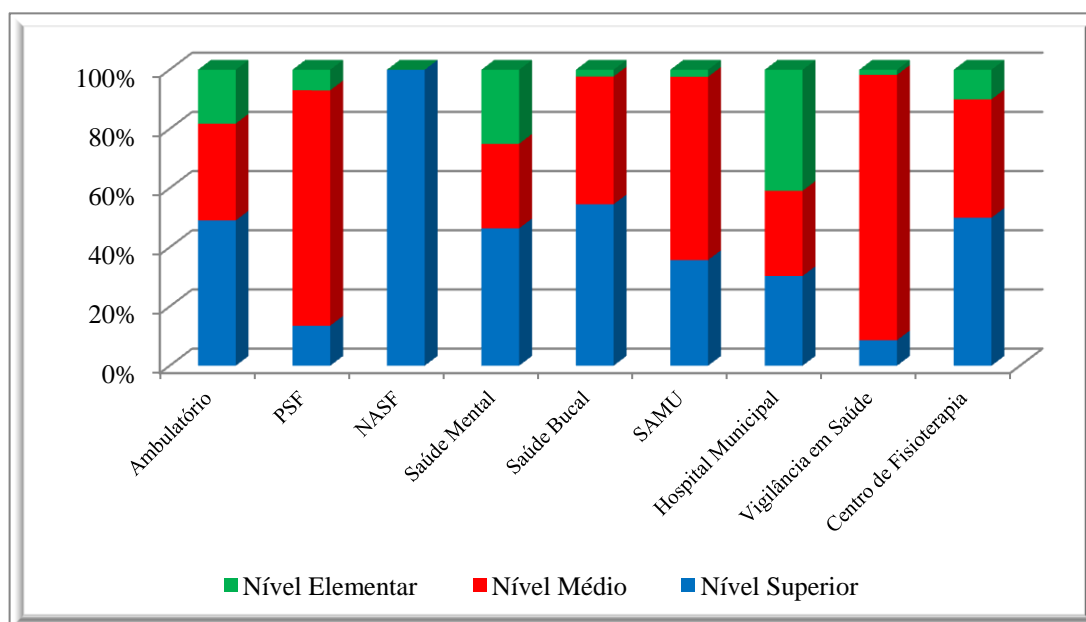
Tabela 46 Composição de recursos humanos da SMS, 2013.

Profissionais (Nível)	Vínculo		Lotação									TOTAL
	Contrato	Efetivo	Ambulatório	Programa Saúde da Família PSF	Núcleo de Apoio NASF	Saúde Mental	Saúde Bucal	SAMU	Hospital Municipal	Vigilância a em Saúde	Centro de Fisioterapia	
Superior	152	28	27	39	12	13	24	15	40	5	5	180
Médio	165	229	18	229	-	8	19	26	38	52	4	394
Elementar	64	31	10	20	-	7	1	1	54	1	1	95
Total	381	288	55	288	12	28	44	42	132	58	10	669

Fonte: Setor de RH/SMS (06.12.2013)

No município, podemos observar um índice de pessoal de nível superior no quadro de servidores público 26,90% sendo 84,44% contratados. Destaque para pessoal de nível médio com 58,89% com contrato 41,87%. No aspecto geral de vínculo empregatício com contratação 56,95% e efetivado 43,04%. No gráfico 14 contata-se como se comporta a distribuição dos servidores na rede municipal por unidades prestadoras de serviços.

Gráfico 14 Percentual geral por setor, 2013



Fonte: Setor de RH/SMS (06.12.2013)



7. DIRETRIZES ESTRATÉGICAS 2014/2017.

Organizado por 5 (cinco) blocos, baseado em diretrizes, objetivos e metas conforme trabalhos realizados com os atores sociais e atores políticos. Constando como legenda: (1) Pacto pela saúde; (2) Programa de Valorização das Ações em Saúde (3) VI Conferência Municipal de Saúde.

BLOCO I - ATENÇÃO PRIMÁRIA

DIRETRIZ 1 – Garantia do acesso da população a serviços de qualidade e em tempo adequado ao tratamento das necessidades de saúde, mediante aprimoramento da política de Atenção Primária.

DESCRIÇÕES DAS SITUAÇÕES PROBLEMAS – Inadequação do atendimento da população em alguns setores das Unidades Básica de Saúde; Cobertura de áreas vulneráveis sem assistência integral e equânime; falta de ações integrativa e complementar; Infraestrutura inadequada e equipamentos obsoletos; população acamada e com dificuldade de locomoção sem assistência especializada integral; logística de transporte do usuário deficitário.

OBJETIVO GERAL: Utilizar de mecanismo que propiciem a ampliação do acesso a Atenção Básica.

RESULTADOS ESPERADOS	INDICADOR	META
(3) Adequar a Estratégia de Saúde da Família no âmbito municipal baseando-se na Política Nacional de Atenção à saúde.	Cobertura da Atenção Primária.	Garantir a cobertura mínima da ESF em 70%.
(1) Redução de internações por causas sensíveis à atenção primária.	Proporção de internações por condições sensíveis à atenção primária.	Reduzir para 25% as internações por causas sensíveis à atenção primária ao ano.
(1) Aumentar o percentual de cobertura de acompanhamento das condicionalidades de saúde do programa Bolsa Família.	Cobertura de acompanhamento das condicionalidades de saúde do Programa Bolsa Família.	Atingir 90% de acompanhamento em cada vigência (semestral).
(3) Implantar centros de práticas integrativas e complementares.	Nº de centros implantados	Implantar 01 (um) serviço integrativo e complementar no município até 2015.
(3) Garantia da assistência do paciente no ambiente familiar, diminuindo o risco de infecção hospitalar.	Nº de equipes do Serviço de Atenção Domiciliar implantadas.	Implantar (01) uma Equipe Multiprofissional da AD e (01) um EMAP (apoio).
(3) Garantir a manutenção permanente dos equipamentos e mobiliários (médico-hospitalares e odontológicos).	Proporção de equipamentos e mobiliários com manutenção realizada.	100% das UBS's com manutenção periódica dos equipamentos e mobiliários.



DIRETRIZ 2 - Promoção da atenção integral à saúde da mulher e da criança e implementação da “Rede Cegonha”, com ênfase nas áreas e populações de maior vulnerabilidade.

DESCRIÇÕES DAS SITUAÇÕES PROBLEMAS - Baixa incidência de partos normais – população residente; Procura tardia das mulheres para as consultas de pré-natal; Apoio diagnóstico ineficiente para a demanda.

OBJETIVO GERAL 2.1: Organizar a Rede de atenção à Saúde Materna e Infantil para garantir acesso, acolhimento e resolutividade.

RESULTADOS ESPERADOS	INDICADOR	META
Acolhimento garantido no Hospital Municipal Paulo da Veiga Pessoa (Central de Parto Normal - CPN) com atenção integral e humanizada.	Proporção de partos normais realizados no município.	Garantir serviço humanizado para parturientes da VII microrregional, conforme rede sugerida pela GERES.
Aumentar a proporção de gestantes com Pré-Natal iniciado no 1º trimestre.	Proporção de gestantes com pré-natal iniciado 1º trimestre.	Ofertar as gestantes da rede 50% de pré-natal iniciado no 1º trimestre ao ano.
(1) Realizar pelo menos, 2 testes de sífilis em gestantes.	Proporção de gestantes com 2 (dois) exames de detecção de sífilis realizados.	Garantir para todas as gestantes acesso a no mínimo 2 (dois) exames/resultados de detecção de sífilis.
(1) Reduzir a mortalidade infantil.	Proporção de mortalidade infantil ao ano.	Reduzir 5% da mortalidade infantil ao ano.
(1) Reduzir o número de casos de sífilis congênita.	Proporção de casos de sífilis congênita confirmadas ao ano.	Reduzir em até 50% ao ano o número de casos de sífilis congênita.
(1) Aumentar a proporção de nascidos vivos de mães com no mínimo 7 consultas de pré-natal.	Proporção de gestantes com no mínimo 7 consultas de pré-natal.	Garantir oferta de 7 consultas de pré-natal, atingindo no mínimo 50% das gestantes cadastradas no SISPRENATALWEB.



DESCRIÇÕES DAS SITUAÇÕES PROBLEMAS - Demanda reprimida de mulheres na faixa etária 25 a 64 anos, para realizarem exames citopatológicos; Especialista em quantidade insuficiente para atendimento à demanda de exames colposcópicos; Baixa oferta de exame de mamografia para a faixa etária exigida pelo MS.

OBJETIVO GERAL 2.1: Fortalecer e ampliar as ações de prevenção, detecção precoce e tratamento oportuno do Câncer de Mama e do Colo de Útero.

RESULTADOS ESPERADOS	INDICADOR	META
(1) Ampliar a razão de mulheres na faixa etária de 25 a 64 anos com 1 (um) exame citopatológico a cada 3 anos.	Nº de citologias satisfatórias realizadas na faixa etária de 25 a 64 anos.	Garantir razão de 0,6 das mulheres de 25 a 64 anos, exames/resultados citopatológico satisfatório.
Atender a demanda do município e garantir diagnóstico precoce as mulheres de 25 a 49 anos, ofertando o exame colposcópico.	Proporção de exames colposcópico realizados ao ano.	Garantir diagnóstico precoce (câncer de colo uterino), para 100% das mulheres referenciadas pelas UBS's.
(1) Ampliar a razão de exames de mamografia em mulheres de 50 a 69 anos de idade.	Nº de mamografias realizadas na faixa etária de 50 a 69 anos.	Garantir razão de 0,35 de exames de monografia para as mulheres da faixa etária de 50 a 69 anos, ao ano.



DIRETRIZ 3 - Garantia da atenção integral à saúde da pessoa idosa e dos portadores de doenças crônicas, com estímulo ao envelhecimento ativo e fortalecimento das ações de promoção e prevenção.

DESCRIÇÕES DAS SITUAÇÕES PROBLEMAS - Falta de divulgação de grupos terapêuticos nas UBS's; Falta de acessibilidade da população idosa aos grupos terapêuticos; Assistência insuficiente para a demanda.

OBJETIVO GERAL: Melhoria das condições de Saúde do Idoso e portadores de doenças crônicas mediante qualificação da gestão e das redes de atenção.

RESULTADOS ESPERADOS	INDICADOR	META
Inserção gradativa da população idosa de cada UBS's nos grupos terapêuticos.	Percentual da população idosa inserida nos grupos.	Garantir participação de 30% da população idosa de cada UBS's nos grupos terapêuticos.
População idosa e portadores de doenças crônicas orientadas quanto à promoção da melhoria na qualidade de vida.	Percentual da população portadora de doenças crônicas.	Garantir participação de 30% da população idosa portadora de doenças crônicas de cada UBS's nos grupos terapêuticos.
Melhoria da assistência à pessoa idosa e portadores de doenças crônicas e degenerativas.	Nº de especialistas ofertados	Contratação de 2 (dois) especialista (Geriatra e Endocrinologista).
(1) Reduzir a taxa de mortalidade prematura (<70 anos) por doenças crônicas não transmissíveis.	Nº de óbitos em <70 anos por doenças crônicas não transmissíveis.	Reduzir 2% das mortalidades prematuras (<70 anos) por doenças não transmissíveis ao ano.



DIRETRIZ 4 - Promover acesso da População aos serviços odontológicos.

DESCRIÇÕES DAS SITUAÇÕES PROBLEMAS - Equipamento odontológico obsoleto e defeituoso; Falta de local adequado para realização de atividades educativas e escovação supervisionada; Infraestrutura dos consultórios fora dos padrões de biossegurança; Baixo percentual de cobertura de saúde bucal nas Unidades Básicas de Saúde.

OBJETIVO GERAL: Garantir acesso do usuário ao atendimento odontológico de qualidade.

RESULTADOS ESPERADOS	INDICADOR	META
(3) Realizar melhoria e conserto dos equipamentos do centro de especialidade odontológica e das USF's.	Nº de consultórios reestruturados.	Garantir estrutura adequada e manutenção preventiva e corretiva para 100% dos consultórios odontológico.
Consultórios odontológicos dentro dos padrões de biossegurança.	Nº de consultórios reformados.	Garantir infraestrutura adequada aos padrões de biossegurança conforme preconizado pelo MS/VISA em 100% das UBS's.
(1) Aumentar o número de equipes de Saúde Bucal no âmbito municipal.	Nº de USF's com equipes de saúde bucal.	Garantir cobertura ampliada de saúde bucal à população adscrita em 100% das USF's.
(1) Aumentar o percentual de ação coletiva de escovação dental supervisionada.	Percentual de ação coletiva de escovação supervisionada.	Garantir ações coletivas de escovação dental supervisionada com aumento de 0,2% ao ano a população adscrita das UBS's até 2015.
(1) Reduzir o percentual de exodontia em relação aos procedimentos preventivos e curativos.	Proporção de procedimentos de exodontia.	Attingir a proporção de 10% ao ano dos procedimentos permanentes de exodontia da população adscrita das UBS's.



DIRETRIZ 5 - Garantir e Ampliar o Núcleo de Apoio a Saúde da Família – NASF, como principal unidade intermediária entre a estratégia de saúde da família e os serviços de maior complexidade.

DESCRIÇÕES DAS SITUAÇÕES PROBLEMAS - Inadequação a portaria 3.124 de 28 de Dezembro de 2012 que institui o número de equipes de saúde da família por equipe de NASF; Dificuldade de realizar atividades por falta de material adequado; Atendimento interdisciplinar e com grupos de promoção à saúde deficitária.

OBJETIVO GERAL: Prestar assistência inovadora, trabalhando em equipe com articulação comunitária tendo como ênfase à interação dos escolares, associações comunitárias e demais grupos e lideranças existentes.

RESULTADOS ESPERADOS	INDICADOR	META
Ofertar e expandir os serviços de promoção e prevenção à população na área rural.	Nº de equipes implantadas.	Ampliar os serviços conforme preconizado pela Portaria 3.124/12 estendendo os serviços à população da zona rural com serviços de promoção cobrindo 100% das USF's até 2015.
Oferecer melhores condições de trabalho e melhores resultados nas intervenções terapêuticas e preventivas.	Nº de material permanente adquirido.	Garantir 70% de materiais e equipamentos permanentes para as equipes do NASF até 2015.
Aprimorar o trabalho das equipes do NASF e ESF ajustando-se as diretrizes do MS.	Nº de Projeto Terapêutico Singular - PTS implantado.	Aprimorar as atividades desenvolvidas pelo NASF subsidiando ações conjuntas às USF's com adesão aos PTS.



DIRETRIZ 6 - Garantir integração entre as Secretaria de Educação e Secretaria de Saúde na Promoção em Saúde de forma contínua.

DESCRIÇÕES DAS SITUAÇÕES PROBLEMAS - Atendimento no serviço de educação e saúde abaixo de seu potencial; inexistência de continuidade das ações ofertada aos escolares.

OBJETIVO GERAL: Fortalecer vínculos entre as secretarias do município.

RESULTADOS ESPERADOS	INDICADOR	META
Aumento da oferta de ações de promoção em saúde para órgão público, privado e instituições não governamentais.	Nº de eventos realizados com parceiros.	Fomentar parceiras que promova a expansão do serviço intersetorial, ampliando as ações de promoção em saúde no município.
Melhoria da qualidade de vida da população adscrita pelo programa Academia da Saúde.	Nº de polos implantados	Implantar 2 (dois) polos da academia da saúde até 2015.



DIRETRIZ 7 – Garantir acesso da população a rede de saúde mental com serviços que possibilitem a ressocialização dos pacientes e tratamento perto dos familiares, em substituição ao tratamento de longa duração.

DESCRIÇÕES DAS SITUAÇÕES PROBLEMAS - Falta de estrutura física (própria) para os CAPS 2 e AD; Equipe multidisciplinar reduzida para a demanda do município; Ausência de leitos de atenção integral destinado às pessoas com sofrimento psicossocial; Falta de uma rede de atenção especializada em álcool e outras drogas.

OBJETIVO GERAL: Fortalecimento da rede de saúde mental, com ênfase no enfrentamento da dependência de crack e outras drogas.

RESULTADOS ESPERADOS	INDICADOR	META
(3) Ofertar atendimento humanizado de qualidade aos servidores e usuários, com melhoria da assistência prestada.	Nº de CAPS estruturados.	Construir sedes próprias para o CAPS II e CAPSAD até 2016.
(3) Oferecer melhor atendimento ao usuário do CAPS de forma multidisciplinar.	Nº de profissionais (concurso)	Destinar 7 (sete) vagas para o CAPSAD e 6 (seis) para o CAPS II.
(3) Ofertar leitos para atenção integral aos usuários do CAPS.	Nº de leitos ofertados	Ampliar a oferta de 1 (um) leito até 2015 mais 1 (um) leito 2016.
(3) Fortalecimento da promoção e prevenção ao uso de álcool e outras drogas conjuntamente articuladas.	Nº de grupos formados	Formar 1 (um) grupo até 2015.
(3) Garantir a longitudinalidade, (cuidado integral do usuário da saúde mental).	Nº de referenciados.	Utilizar mecanismos de referência e contra referência como monitoramento do 'caminhar' dos usuários na rede de saúde.
(3) Ação integral com o cuidado da saúde dos usuários.	Nº de transporte adquirido/disponibilizados.	Adquirir/disponibilizar de forma contínua 2 (dois) veículos para a rede de saúde mental até 2014.
(3) Eficácia da intervenção junto ao usuário de saúde mental.	Nº de capacitações realizadas para o SAMU	Garantir ao usuário atendimento de urgência e emergência de forma segura e humanizada.
(3) Realizar oficinas, fomentar o empreendedorismo e efetivação de espaço de exposição permanente dos artigos produzidos.	Nº de Oficinas realizadas.	Valorizar a promoção do trabalho realizado nas oficinas dos CAPS.
(1) (3) Garantir a assistência em saúde mental ao público de crianças e adolescentes (aumento da cobertura psicossocial).	Nº de serviços implantados.	Implantar (1) um CAPS i III MR (2014) e (1) um CAPSad III MR (2016) e (1) uma Unidade de Acolhimento (2014). Obedecendo ao Pacto CIR.
(3) Garantir assistência aos usuários do SUS internados em hospitais psiquiátricos de outras cidades.	Nº de Serviço Residencial Terapêutico SRT.	Implantar o SRT até 2014.



BLOCO II - MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE

DIRETRIZ 1 - Garantia do acesso da população a serviços de qualidade, com equidade e em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde, mediante aprimoramento da política de Atenção Especializada.

DESCRIÇÕES DAS SITUAÇÕES PROBLEMAS – Falta de divulgação dos serviços realizados pela Rede de Atenção Especializada para usuários e colaboradores; Ineficiência na articulação para acesso ao atendimento da atenção básica; Baixa oferta de procedimentos oftalmológicos.

OBJETIVO GERAL 1.1: Utilização de mecanismos que propiciem a ampliação do acesso especializado.

RESULTADOS ESPERADOS	INDICADOR	META
Garantir que os usuários/colaboradores sejam informados dos serviços ofertados pela Rede de Atenção Especializada.	Nº de ações da Atenção Especializada divulgadas na mídia local.	Divulgar 100 % das ações da atenção especializada através de mídias locais ao ano.
Proporcionar desobstrução da urgência pelo excesso de atendimento de Baixa Complexidade.	Nº de especialistas para atendimento da demanda da Atenção Primária.	Ampliar a oferta de especialista em 4 (quatro) especialidades de acordo com as necessidades.
Aumento no acesso e oferta aos procedimentos oftalmológicos.	Nº de procedimentos oftalmológicos realizados.	Garantir em média 120 (cento e vinte) procedimentos oftalmológicos por mês.
(1) Aumentar o número de procedimentos ambulatoriais de média complexidade selecionados para população residente.	Razão de procedimentos ambulatoriais de média complexidade à população residente.	Garantir razão de 0,3 da população residente em procedimentos ambulatoriais de média complexidade ao ano.
(1) Aumentar o número de internações clínico-cirúrgicas de média complexidade na população residente.	Razão de internações clínico-cirúrgicas de média complexidade à população residente.	Garantir razão de 2,5 de internações clínico-cirúrgicas de média complexidade da população residente ao ano.



DESCRIÇÕES DAS SITUAÇÕES PROBLEMAS – Estrutura física do laboratório municipal pequeno à demanda; Demanda reprimida de profissionais no laboratório municipal; Falta de equipamentos automatizados e modernos para o laboratório.

OBJETIVO GERAL 1.2: Utilização de mecanismos que propiciem a ampliação do acesso a exames laboratoriais.

RESULTADOS ESPERADOS	INDICADOR	META
Oferecer melhor conforto ao servidor e usuário.	Proporção de estrutura física para o laboratório de análise clínica adequada.	Adequar instalações físicas que garanta proteção e conforto aos servidores e usuários até 2015.
Recursos humanos em número e capacidade técnica adequada.	Nº de profissionais contratados para o laboratório.	Contratar 3 (três) profissionais. (Auxiliar de serviços gerais, Técnico de Laboratório e Bioquímico).
Equipamentos automatizados modernos em quantidade suficiente para atender a demanda com agilidade e qualidade que venha proporcionar melhor diagnóstico.	Nº de equipamentos adquiridos.	Aquisição de 1 (uma) máquina automatizada para Hematologia e 1 (uma) para Uroanálise até 2014.
(3) Garantia de exames laboratoriais de forma ágil e com qualidade para efetivo diagnóstico.	Tempo entre referência e contrarreferência.	Oferecer aos profissionais condições de diagnóstico preciso em tempo adequado.



DIRETRIZ 2 – Aprimoramento da rede de atenção às urgências, com expansão e adequação de unidades de pronto atendimento (UPA), de serviços de atendimento móvel de urgência (SAMU), de prontos socorros e centrais de regulação, articulada a outras redes de atenção.

DESCRIÇÕES DAS SITUAÇÕES PROBLEMAS - Atendimento inadequado na rede urgência / emergência; Sobrecarga no HPVP com centralização do atendimento de urgências e emergências; Sala de atendimento as urgências com infraestrutura inadequada as necessidades do serviço; Número de acionamentos dos serviços do SAMU não classificados como atendimento de Urgência; Baixo índice de nascimentos no Hospital Paulo da Veiga Pessoa; Modelo administrativo centralizado, dificultando as ações e serviços gerando sobrecarga aos profissionais; Sobrecarga no número e permanência de internamentos.

OBJETIVO GERAL: Implementação da rede de Atenção às Urgências.

RESULTADOS ESPERADOS	INDICADOR	META
Uniformizar o atendimento hospitalar aos critérios de classificação de risco.	Proporção de pacientes avaliados pela classificação de risco.	Classificar 100% dos pacientes atendidos na unidade hospitalar.
Garantir um atendimento adequado aos os usuários em situação crítica de urgência/emergência.	Proporção de sala de reanimação estruturada.	Reestruturar 1 (uma) sala de reanimação aos padrões preconizados.
Diminuir a proporção de atendimentos dos casos que são de competência do SAMU, minimizando a frequência de trotes.	Proporção de acionamento indevido.	Reduzir em 80% dos trotes, utilizando recursos midiáticos para a população ao ano.
(3) Maior índice de nascimentos por parto normal, com melhoria do atendimento as gestantes.	Proporção de nascidos vivos por parto normal.	Alcançar 960 partos normais/ano na microrregional até 2015.
Melhoria do atendimento e das condições de trabalho na Unidade Hospitalar.	Proporção de ambientes adequados.	Garantir estrutura adequada em 100% dos ambientes na rede de atenção às urgências até 2015.
Descentralizar as decisões que podem impactar os serviços prestados, melhorando a gestão hospitalar.	Nº de conselhos gestor implantado.	1 (um) conselho gestor em funcionamento até 2015.
Melhoria no atendimento ao usuário, fomentando a redução de pacientes que procuram as unidades emergenciais, garantindo integração na rede assistencial.	Proporção de atendimentos na UPA 24h.	Reduzir em 30% o número de atendimento na rede de atenção às urgências (HPVP).
(1) Ampliar o número de unidades de saúde com serviço de notificação contínua da violência doméstica, sexual e/ou outras violências ao ano.	Proporção de unidades com serviço de notificação implantado.	Implantar em 100% das UBS's até 2015.
(3) Extensão do horário de atendimento médico nos postos da zona rural, até às 16hs e carro a disposição para urgência na zona rural.	Proporção das USF's da zona rural funcionando até às 16 horas.	Expandir o horário de atendimento nas 6 (seis) USF's da zona rural.



RESULTADOS ESPERADOS	INDICADOR	META
(3) Melhoria da comunicação entre os UBS's e a rede às urgências.	Proporção de UBS's com linha telefônica em funcionamento.	Garantir funcionamento das linhas telefônicas em 100% das UBS's.
(3) Garantir a humanização no ambiente hospitalar e UBS's com melhoria da postura profissional.	Proporção de profissionais capacitados.	Capacitar 100% dos profissionais da rede em humanização.
(3) Implantação das principais especialidades todos os dias no plantão da Unidade Hospitalar.	Proporção de especialidade implantada.	Garantir os 3 (três) especialistas preconizados por plantão.
(3) Marcação de ortopedia através da planilha das UBS's.	Nº de consultas em ortopedia marcadas através de planilhas	100% das marcações reguladas.
(3) Substituições de lençóis por TNT nas salas de observação e urgência.	Proporção de lençóis substituídos.	Substituir 100% dos lençóis por TNT.
(3) Garantir uma equipe técnica para manutenção continuada dos equipamentos.	Proporção de equipamentos com manutenção preventiva realizada.	100% dos equipamentos com manutenção preventiva ao ano.



BLOCO III - ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

DIRETRIZ 1 - Garantia da assistência farmacêutica no âmbito do SUS.

DESCRIÇÕES DAS SITUAÇÕES PROBLEMAS - Inadequação do estoque físico da CAF ao Programa de gestão de estoques; Falta de cadastro dos pacientes nas farmácias das UBS's; Falta de cadastro para a dispensação dos medicamentos psicotrópicos; Falta de profissionais exclusivos e capacitados para as farmácias das UBS's; Falta de transporte próprio da CAF; Falta de climatizadores para a CAF conforme normas estabelecidas; Estruturas inadequadas para as farmácias das UBS's; Baixa prescrição dos medicamentos fitoterápicos.

OBJETIVO GERAL: Implantar o Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica – HORUS, e ampliar a estratégia de qualificação da gestão da Assistência Farmacêutica no SUS.

RESULTADOS ESPERADOS	INDICADOR	META
Aperfeiçoamento do planejamento das aquisições e dispensação de medicamentos e materiais médico/hospitalar; acompanhamento da real necessidade de cada UBS's; e garantir os fármacos à população.	Proporção de sistema HORUS implantado.	Implantar o Sistema HORUS na rede local de assistência farmacêutica até 2014.
Controle na gestão de estoques, dispensação, melhoria na cobertura de atendimento aos pacientes da rede.	Proposição de farmácias das UBS's informatizadas.	Informatizar 100% das farmácias da rede até 2017.
Redução dos custos com as compras dos medicamentos psicotrópicos; melhoria da cobertura de dispensação; e redução de estoque domiciliar.	Proporção de pacientes cadastrados para uso de medicamentos psicotrópicos.	Cadastrar 100% dos usuários de medicamentos psicoativos até 2017.
Melhoria do atendimento ao público com horário integral para dispensação.	Proporção de profissionais contratados/capacitados.	Capacitar todos os profissionais da rede com ampliação do número de profissionais até 2017.
(3) Agilizar e oferecer pronto atendimento na entrega dos medicamentos, materiais médico/hospitalar, odontológico e materiais de limpeza às unidades da rede.	Nº de veículos disponíveis.	Garantir reposição de estoque com disponibilização de 1 (um) transporte semanalmente para a CAF.
Garantir a eficácia medicamentosa através do armazenamento adequado aos insumos sensíveis à temperatura.	Nº Climatizadores adquiridos para a CAF.	Adquirir 6 (seis) aparelhos climatizadores até 2014.



RESULTADOS ESPERADOS	INDICADOR	META
Adequar às normas de estruturação no âmbito do SUS; proporcionar local de trabalho adequado aos profissionais; e garantir melhor atendimento ao usuário com conforto e sigilo das informações quanto ao uso dos fármacos.	Proporção de farmácias das UBS's estruturadas de acordo com as normas do SUS.	100 % das UBS's preconizadas conforme as normas do MS até 2017.
Aumento da prática alternativa de saúde com a oferta ampliada dos medicamentos fitoterápicos.	Proporção de prescrição para uso de medicamentos fitoterápicos.	Garantir 100% dos insumos para a demanda de medicamentos fitoterápicos como forma complementar ao elenco de fármacos disponibilizado pelo serviço até 2017.
(3) Incluir nas farmácias das unidades de saúde os fármacos fitoterápicos de forma contínua e permanente na rede municipal.	Nº de medicamentos fitoterápicos ofertados.	Implementar elenco de medicamentos fitoterápicos de forma efetiva até 2017.



BLOCO IV - VIGILÂNCIA EM SAÚDE

DIRETRIZ 1 - Redução dos riscos e agravos à saúde da população, por meio das ações de promoção e vigilância em saúde.

DESCRIÇÕES DAS SITUAÇÕES PROBLEMAS – Falta de uma política de fortalecimento das Ações de Vigilância em Saúde.

OBJETIVO GERAL 1.1: Induzir o aperfeiçoamento das ações em vigilância em saúde no âmbito municipal.

RESULTADOS ESPERADOS	INDICADOR	META
(2) EPI - Alimentar o Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) até 60 (sessenta) dias do final do mês de ocorrência.	Proporção de registros de óbitos alimentados.	90% de registros de óbitos, alimentados até 60 dias no final do mês de ocorrência.
(2) EPI - Alimentar o Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) até 60 (sessenta) dias do final do mês de ocorrência.	Proporção de registros de nascidos vivos alimentados.	90% de registros de nascidos vivos, alimentados até 60 dias no final do mês de ocorrência.
(2) PNI - Informatizar e implantar nas salas de vacina do Município o Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações (SI-PNI).	Proporção de salas de vacina alimentadas mensalmente pelo SI-PNI.	80% das salas de vacinas com SI-PNI alimentados mensalmente.
(2) PNI - Alcançar cobertura vacinal preconizada em 100% das vacinas do calendário básico de vacinação da criança.	Proporção de coberturas vacinais alcançados por vacina.	100% de cobertura do calendário básico de vacinação da criança alcançada.
(2) VIGAM - Realizar análises obrigatórias para o parâmetro coliformes totais em água para consumo humano.	Proporção de análises realizadas.	90% das análises de coliforme totais em água para consumo humano.
(2) EPI - Enviar pelo menos 1 lote do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), semanalmente.	Proporção de semanas com lotes do SINAN enviados.	92% dos lotes do SINAN enviados ao ano.
(2) EPI - Encerrar as doenças compulsórias imediatas registradas no SINAN, em até 60 (sessenta) dias a partir da data de notificação.	Proporção de casos de doenças de notificação compulsória imediata DNCI encerradas.	80% das doenças compulsórias imediatas encerradas até 60 dias da notificação.
(2) VIGAM - Realizar pelo menos 4 (quatro) ciclos de visitas domiciliares.	Proporção de imóveis visitados.	80% de cobertura em cada ciclo (total de 4 ciclos).



RESULTADOS ESPERADOS	INDICADOR	META
(2) EPI - Realizar o exame dos contatos intradomiciliares dos casos novos de hanseníase.	Proporção de contatos intradomiciliares examinados.	80% dos contatos intradomiciliares examinados. (HAN)
(2) EPI - Examinar os contatos de casos novos de tuberculose pulmonar bacilíferos positivos.	Proporção de contatos examinados.	80% dos contatos intradomiciliares examinados. (TB)
(2) AP (Assist.) Aumentar o número de testes de HIV realizados.	Número de teste de HIV realizados.	Ampliar em 15% o número de teste de HIV ao ano.
(2) AP (Assist.) - Preencher o campo "ocupação" nas notificações de agravos e doenças relacionados ao trabalho.	Proporção de preenchimento do campo "ocupação" nas notificações de agravos e doenças relacionadas ao trabalho.	Realizar 90% das notificações de agravos e doenças relacionados ao trabalho com preenchimento no campo ocupação.
(1) EPI - Aumentar a proporção de cura nas coortes de casos novos de tuberculose pulmonar bacilíferos.	Proporção de cura de novos casos de TB.	Garantir 100% de cura dos novos casos de tuberculose pulmonar bacilíferos.
(1) EPI - Realizar exames anti-HIV entre os casos novos de tuberculose.	Nº de exames de HIV realizados em paciente de TB	Garantir 85% dos casos novos de tuberculose confirmados com exames de HIV realizados.
(1) EPI - Aumentar a proporção de registro de óbitos com causa básica definida.	Proporção de registros de óbito com causa básica definida	Definir 95% das causas de óbitos.
(1) EPI - Aumentar o percentual de cura nas coortes de casos novos de hanseníase.	Proporção de cura de novos casos de hanseníase	Garantir 90% de cura nas coortes de novos casos de hanseníase.
(3) Vig. Saúde - Redução da morbimortalidade e dos agravos decorrentes dos processos produtivos do trabalho.	Proporção de vigilâncias implantadas no município.	Implantar a vigilância do trabalhador.
(3) SAÚDE DO TRABALHADOR Garantia dos cuidados necessários aos profissionais de saúde dentro da política de saúde do trabalhador.	Proporção de projetos implantados.	Implantar 1 (um) projeto em até 2015.
(3) SAÚDE DO TRABALHADOR Garantia da regulamentação do processo de trabalho dos trabalhadores em saúde.	Proporção de processo de trabalhos regulamentados.	Implantar normas regulamentares do processo de trabalho até 2014.



DESCRIÇÕES DAS SITUAÇÕES PROBLEMAS - Desatualização do Código Sanitário Municipal; Número insuficiente de profissionais para atividades prioritárias da VISA; Falta de capacitação / atualização dos servidores da VISA em Legislação Sanitária e Manipulação de Alimentos; Falta de veículo para entrega de DAM e demais atividades.

OBJETIVO GERAL 1.2: Fortalecer a Vigilância Sanitária (VISA).

RESULTADOS ESPERADOS	INDICADOR	META
Adequar às exigências legais para respaldar a VISA.	Proporção de código sanitário elaborado.	Construir/atualizar o Código Sanitário Municipal até 2015.
Aumento do licenciamento sanitário nos Estabelecimentos de interesse à saúde.	Nº de licenciamentos emitidos	Aumentar em 15 % o número de licenciamento emitido aos estabelecimentos do município.
Aumentar a qualidade dos serviços e oferecer qualificação adequada aos servidores.	Número de profissionais capacitados.	Capacitar 14 (quatorze) profissionais do setor em 2014.
Agilizar a entrega de DAM em todo o município.	Prazo de entrega do DAM	Reduzir em 90 (noventa) dias o prazo de entrega do DAM em 2014.
(3) Melhor qualificação profissional para manipuladores de alimentos.	Proporção de estabelecimentos com técnicos capacitados.	Capacitar 1 (um) técnico por estabelecimento do município em 2014.



DESCRIÇÕES DAS SITUAÇÕES PROBLEMAS - Incidência da Esquistossomose no município; Altos índices de infestação dos triatomíneos com baixo controle; Dificuldades de atingir cobertura vacinal em população canina e felina.

OBJETIVO GERAL 1.3: Fortalecer a Vigilância Ambiental (VIGAM).

RESULTADOS ESPERADOS	INDICADOR	META
Agilizar a identificação dos locais vulneráveis com a finalidade de executar programas eficazes, melhorando a saúde da população com tratamentos específicos.	Proporção de áreas urbanas mapeada.	Mapear 100% da área urbana em 2014.
Normalização das ações de doenças de Chagas no município.	Proporção de casos novos registrados.	Reativação do programa de controle de doenças de Chagas até 2015.
Melhorar a saúde ambiental a partir da parceria com a Secretaria do Meio Ambiente.	Número de parcerias criadas.	Criar parceria com a Secretaria Municipal de Meio Ambiente até 2014.
Atingir cobertura de Vacinação Antirrábica na população canina e felina.	Nº de animais vacinados no ano.	Atingir cobertura vacinal de 80% da população canina e felina ao ano.
Sensibilizar a população através da campanha do dia 'D' da Dengue	Nº de casos de Dengue registrados e/ou confirmados no ano.	Realizar 1 (uma) campanha de Combate a Dengue anual.
Capacitar/atualizar os ACE's em controle de roedores e quirópteros urbanos.	Proporção de ACE's capacitados ao ano.	Realizar 2 (duas) capacitações dos ACE's ao ano.



DESCRIÇÕES DAS SITUAÇÕES PROBLEMAS - Inexistência de Gerenciador de Ambiente Laboratorial – GAL; Corpo Técnico insuficiente para controle da Hanseníase e Tuberculose; Inexistência do Grupo Técnico de investigação de óbito fetal Materno Infantil; Falta de capacitação / atualização para profissionais da ponta no preenchimento das fichas de notificação/investigação; Inexistência de veículo próprio que garanta as diversas atividades externas do setor.

OBJETIVO GERAL 1.4: Fortalecer a Vigilância Epidemiológica.

RESULTADOS ESPERADOS	INDICADOR	META
Obter / disponibilizar os resultados de exames laboratoriais em tempo hábil para fechamento dos casos suspeitos notificados no SINAN.	Nº de casos suspeitos notificados e encerrados.	Encerrar 90 % dos casos notificados com implantação do GAL.
Melhorar o monitoramento e apoiar as ações de HAN e TB.	Nº de casos de HAN e TB monitorados.	Monitorar em 100% os casos de HAN e TB ao ano.
(3) Redução dos óbitos fetal materno e infantil.	Nº de óbitos fetal, materno e infantil.	Reduzir em 5% o número de óbitos fetal e materno infantil.
Melhorar as informações da Vigilância Epidemiológica; gerenciar e analisar o risco para saúde coletiva.	Número de capacitações realizadas.	Realizar 8 (oito) capacitações ao ano.
Garantir a realização de busca ativa e investigação.	Proporção de automóvel/disponibilizado.	Aquisição de um automóvel até 2016.
(1) Investigar os óbitos infantil e fetal.	Proporção de óbitos infantil e fetal investigados.	Garantir 100% dos óbitos infantil e fetal investigados.
(1) Investigar os óbitos maternos.	Proporção de óbitos maternos investigados.	Garantir 100% dos óbitos maternos investigados.
(1) Investigar os óbitos em mulheres em idade fértil (MIF).	Proporção de óbitos em mulheres em idade fértil investigados.	Garantir 100% dos óbitos em mulheres em idade fértil investigados.
Sensibilizar a população ao combate da Hanseníase (Dia da Mancha).	Nº de campanhas de HAN realizadas.	Realizar 1 (uma) campanha anual.
Orientar e sensibilizar a população vulnerável quanto aos riscos da Tuberculose.	Nº de campanhas de TB realizadas.	Realizar 1 (uma) campanha de sensibilização dos riscos da TB anual.
Orientar e Sensibilizar a população aos riscos inerentes a DST/AIDS.	Nº de campanhas de DST/AIDS realizadas.	Realizar 1 (uma) campanha anual com parceria com a Educação em Saúde municipal.



DESCRIÇÕES DAS SITUAÇÕES PROBLEMAS - Sistema de informação centralizada com 1 (um) Técnico treinado no SI-PNI, dificultando o acesso dos dados para planejamento; Geração de informação imprecisa para a central municipal; Falta de climatização das salas de vacinas conforme normas estabelecidas; Não realização de visitas / supervisão sistemática nas salas de vacinas por falta de transporte.

OBJETIVO GERAL 1.5: Ampliar os serviços do PNI com garantia de imunobiológicos para a população.

RESULTADOS ESPERADOS	INDICADOR	META
Garantir acesso aos dados das áreas adscritos em tempo hábil; agilizar a alimentação da base central. Promover ferramentas de planejamento para as UBS's.	Nº de salas de vacinas informatizadas.	Garantir 100 % das salas informatizadas até 2015.
Garantir ambientes com temperaturas propicia a eficácia dos imunobiológicos.	Proporção de salas de vacinas climatizadas.	Garantir 100% das salas de vacina climatizadas.
(3) Otimizar as ações de vigilância em saúde.	Nº de salas de vacinas supervisionadas.	Garantir 100% das salas supervisionadas periodicamente (mensal).
(3) Manutenção periódica dos aparelhos de ar condicionado e das salas de vacina.	Nº de salas de vacina com condições permanente de trabalho.	100% das salas adequadas conforme preconizado pelo MS.



BLOCO V - GESTÃO EM SAÚDE

DIRETRIZ 1 - Garantia do acesso da população a serviços de qualidade, com equidade e em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde, mediante aprimoramento das políticas de saúde.

DESCRIÇÕES DAS SITUAÇÕES PROBLEMAS – Inexistências de projetos voltados à saúde do trabalhador; Ruídos na comunicação entre operacional, tático e estratégico; Serviços deficitários em divulgação; Estrutura física inadequada às necessidades do usuário e dos servidores; Pouca oferta de medicamentos complementares.

OBJETIVO GERAL 1.1: Implantar uma infraestrutura voltada para serviços em processos baseados em rede que fomente a resultados efetivos.

RESULTADOS ESPERADOS	INDICADOR	META
(3) Efetivar os projetos das demais secretarias voltados/adequados à saúde dos trabalhadores de saúde.	Nº de projetos implantados.	01 Projeto executado.
(3) Ampliar o diálogo entre trabalhadores, usuários e gestores.	Nº de grupos criados.	Criar 1 (um) Grupo de Trabalho GT – Humanização.
(3) Ampliar o acesso à informação dos serviços prestados pela secretaria de saúde.	Nº de serviços de saúde divulgados.	Divulgar 100% dos serviços de saúde.
(3) Efetivar o compromisso ético-político dos serviços de saúde na defesa da vida. (3) Levantar índices de satisfação dos usuários quanto aos serviços/profissionais ofertados no SUS municipal.	Nº de Unidades com serviço de acolhimento implantado. Proporção de pesquisas realizadas.	Acolhimento implantado nos três níveis de atendimento ao usuário. Realizar 01 pesquisa semestral.
(3) Disponibilizar mecanismo de comunicação direta com os usuários colhendo: Críticas, elogios, sugestões e denúncias.	Nº de Ouvidoria implantada.	Implantar 01 Ouvidoria da Saúde até 2014.
(3) Garantir melhores condições de trabalho e atendimento aos usuários com ambiência acolhedoras e confortáveis.	Nº de UBS reformadas/com condições de trabalho.	Reformar todas as UBS com necessidades de melhoria em infraestrutura.
(3) Proporcionar condições seguras de deslocamento do usuário e colaboradores.	Proporção de veículos e motoristas a serviço da secretaria da Saúde.	Aumentar a frota de veículos destinados a SMS em 20 veículos até 2017.
(3) Aumentar à disponibilização de medicamentos fitoterápicos a população.	Nº de medicamentos fitoterápicos no município.	Ofertar medicamentos complementares de acordo com necessidade demandada ao ano.
Garantir ao usuário do SUS de forma sigilosa, serviços de saúde que realizam ações de diagnóstico e prevenção de DST/AIDS.	Proporção de Centro de Testagem implantados.	Implantar 1 (um) Centro de Testagem e Aconselhamento em DST/AIDS em 2014.
Garantir aos portadores de DST/AIDS acompanhamento clínicos necessários através da equipe multidisciplinar.	Proporção de Serviço implantado	Implantar 1 (um) Serviço de Atenção Especializada SAE em 2014.



DESCRIÇÕES DAS SITUAÇÕES PROBLEMAS – Acesso ao cartão do SUS deficitário; Dificuldade no acesso ao serviço de Regulação; Infraestrutura inadequada de difícil acesso a portadores de necessidades especiais; Baixa integração interdepartamental.

OBJETIVO GERAL 1.2: Implementar o departamento de Regulação em Saúde.

RESULTADOS ESPERADOS	INDICADOR	META
Agilizar emissão do cartão SUS.	Nº de cartões produzidos.	Atingir 100% da população até 2017.
Melhoria no atendimento do serviço à população (linha telefônica, fax, equipamentos de informática e internet).	Nº de mecanismos de marcação implantados.	Implantar uma linha 0800 com serviço de marcação de consultas/exames online pela atenção básica.
Garantir acessibilidade aos usuários com necessidades especiais os serviços de saúde da rede.	Proporção de ambiente com acessibilidade garantida.	100% dos usuários com acessibilidade garantida.
Melhor relacionamento interpessoal com servidores e resposta a demanda otimizada.	Nº de protocolos implantados.	Implantar protocolos de acordo com as necessidades da rede.



DESCRIÇÕES DAS SITUAÇÕES PROBLEMAS - Subnotificação da produção gerada; Falta de Sincronia das informações geradas pelos diversos sistemas de informação da Saúde; Não cumprimento dos prazos de entrega dos materiais produzidos pelos profissionais/equipes; Falta de suporte de um profissional de sistema de informação.

OBJETIVO GERAL 1.3: Fortalecimento dos Sistemas de Informação da Secretaria Municipal de Saúde.

RESULTADOS ESPERADOS	INDICADOR	META
Aumentar o aproveitamento das informações geradas pelas produções	Nº de profissionais capacitados.	Capacitar 100% dos profissionais até 2015.
Equivalência dos dados entre os sistemas de informação.	Nº de avaliações realizadas nos sistemas de informação.	Padronização de coleta de dados.
Garantir o envio das informações para os níveis centrais (GERES, Estado e MS) em tempo hábil.	Nº de sistemas de informação alimentados em tempo hábil.	Estruturar e adequar sistema de cronograma dos envios aos entes federados.
Garantir alimentação eficiente dos sistemas dando apoio as gerência no planejamento das suas ações.	Nº de profissionais contratados.	Contratar 1 (um) profissional de nível superior em TI.



DESCRIÇÕES DAS SITUAÇÕES PROBLEMAS - Falta de atuação efetiva do papel de conselheiro; Baixa frequência dos conselheiros nas reuniões agendadas; Ausência de divulgação das atividades realizadas pelo Conselho Municipal de Saúde.

OBJETIVO GERAL 1.4: Fortalecer os vínculos do cidadão, conselheiros de saúde, lideranças de movimentos sociais, agentes comunitários de saúde, agentes de combate às endemias, educadores populares com o SUS.

RESULTADOS ESPERADOS	INDICADOR	META
Conselheiros capacitados e sensibilizados de suas atribuições.	Nº de Conselheiros capacitados.	Capacitar os 32 conselheiros de Saúde.
Assiduidade dos membros do conselho nas reuniões ordinárias e extraordinárias.	Proporção de frequência nas reuniões.	Garantir presença média de 70% dos conselheiros nas reuniões do CMS.
Conscientização do usuário do SUS da importância do Conselho de Saúde e Gerar acessibilidade das atividades e ações realizadas pelo CMS.	Nº de plataformas criadas.	Manter 01 (uma) plataforma de acesso via Web site (blog) atualizado periodicamente.
(3) Revisão da legislação atual do Conselho Municipal de Saúde.	Nº de legislação revisada.	Revisar a legislação do CMS antes do pleito de 2014.
(3) Ampliar a participação dos usuários e trabalhadores do SUS no Conselho Municipal de Saúde com inclusão de representantes dos seis distritos, incluindo usuários não vinculados às entidades sociais.	Nº de representantes dos distritos inseridos no CMS.	Incluir 6 (seis) representantes dos distritos no CMS em 2014.
(3) Constituir Conselho Gestor em todas as Unidades de Saúde, conforme determina a resolução 543/12 do CNS.	Nº de Conselhos Gestor criados.	Implantar Conselho Gestor em 100% das UBS's.
(3) Promover reunião itinerante do CMS, a cada 90 (noventa) dias, com objetivo de ouvir a população e o conselho gestor de cada unidade acerca do atendimento aos usuários do SUS.	Nº de Reuniões realizadas.	Realizar 4 (quatro) reuniões itinerantes ao ano.
(3) O CMS adote providencias no sentido de que a administração do FMS volte a ser realizada pela Secretaria de Saúde, com acompanhamento direto do CMS, conforme legislação pertinente.	FMS gerido pelo gestor.	FMS gerido pelo gestor municipal da saúde em 100%.
(3) Promover campanha educativa em controle social da saúde para os movimentos sociais e demais interessados a participar do CMS, até seis meses antes das eleições.	Nº de Campanhas promovidas.	Realizar 1 (uma) campanhas com agentes sociais de forma contínua.



RESULTADOS ESPERADOS	INDICADOR	META
(3) Garantir no orçamento recursos financeiros para atender às necessidades do CMS, de acordo com orçamento elaborado anualmente pelo próprio Conselho.	Proporção dos recursos utilizados pelo CMS.	Destinar 100% dos recursos financeiros do CMS para ações, eventos e capacitações.
(3) Realizar reunião ampliada do CMS, a cada 120 dias, a contar de 1º de janeiro de 2014, com objetivo de acompanhar a execução do Plano Municipal de Saúde 2014/2017.	Nº de reuniões realizadas.	Realizar 03 (três) reuniões ao ano para acompanhamento das execuções do PMS.



DESCRIÇÕES DAS SITUAÇÕES PROBLEMAS - Desvalorização dos profissionais de Saúde; Falta de monitoramento das condições de trabalho para os servidores exercerem suas funções com estrutura e proteção; Alto índice de profissionais que atendem o SUS sem vínculo protegido; Precarização dos serviços de combate às endemias; Falta de Equipamentos de Proteção Individual - EPI's necessário para o exercício da profissão para se evitar riscos evitáveis através do uso equipamentos de proteção; Falta de política de educação permanente na saúde; Falta de informação especializada na área da saúde; Ausência do serviço de assistência à saúde do trabalhador.

OBJETIVO GERAL 1.5: Investir em qualificação e fixação de profissionais para o SUS. Desprecarização do trabalho em saúde nos serviços do SUS da esfera pública na região de saúde.

RESULTADOS ESPERADOS	INDICADOR	META
Valorizar os profissionais. Reduzindo a desprecarização do trabalho em saúde nos serviços do SUS da esfera pública na região de saúde (2014).	Nº de programas de valorização dos profissionais implantados.	Implantar um Plano de Cargos e Carreira e Salário PCCS em 2014.
Corrigir as necessidades levantadas referentes às condições de trabalho.	Proporção de necessidades corrigidas.	Corrigir 100% das necessidades encontradas nos postos de trabalho.
(1) Aumentar o número de profissionais que atendem o SUS com vínculo protegido (2014).	Nº de concursos realizados.	Realizar concurso para preenchimento de vagas disponíveis até 2014.
Alcançar índices aceitáveis na saúde preventiva (controle endêmico) e adequação as Leis vigentes.	Nº de Agentes de endemias selecionados por concurso/processo seletivo.	Selecionar 50 ACE's conforme regulamentação do Programa Nacional de Controle da Dengue PNCD até 2014.
Garantir fornecimento de EPI's aos profissionais com risco de adoecimento, evitáveis por proteção de barreira. (2014)	Nº de profissionais com material em trabalho.	Garantir Equipamento e Proteção Individual EPI, para 100% dos profissionais.
Aumento e melhoria na qualificação e humanização dos serviços prestados pelos profissionais de saúde.	Nº de treinamentos realizados.	Realizar 3 (três) treinamentos para os profissionais ao ano.
Realizar a discussão de casos clínicos entre os profissionais de saúde.	Nº de núcleo implantado – NUTES.	Implantar uma rede de núcleo de telessaúde até 2017.
(3) Criar o programa de valorização do trabalhador da atenção primária á saúde (Aquisição de EPI's, construção de grupos terapêuticos para os profissionais, saúde e segurança do trabalhador).	Nº de programa implantado.	Criar 1 (um) programa que atinja 100% dos profissionais da atenção primária até 2016.



RESULTADOS ESPERADOS	INDICADOR	META
(3) Capacitar os profissionais da atenção primária no atendimento às urgências e emergências nas unidades de saúde.	Nº de profissionais capacitados.	Capacitar 4 (quatro) profissionais ao ano.
(3) Qualificação adequada dos profissionais de saúde para lidarem com agravos por animais peçonhentos.	Nº de profissionais qualificados.	Capacitar 100% dos profissionais.
(3) Melhor qualificação profissional dos trabalhadores em saúde para realização de ações relativas ao PNI.	Proporção de capacitações realizadas	Realizar 2 (duas) capacitações ao ano.
Atendimento de boa qualidade e satisfação dos usuários da rede especializada.	Proporção de profissionais capacitados.	Capacitar 100% dos profissionais ao ano.
(3) Formação continuada dos enfermeiros, técnicos e médicos quanto ao atendimento de urgência e emergência do HPVP.	Nº de profissionais com capacitação continuada.	Formação continuada para 100% dos profissionais ao ano.
(3) Promover capacitações permanentes aos profissionais da atenção primária (Humanização, comunicação, processos de trabalho, etc.).	Nº de capacitações realizadas	Realizar 4 (quatro) capacitações ao ano.



DESCRIÇÕES DAS SITUAÇÕES PROBLEMAS - Falta de local adequado para arquivamento de documentos dos diversos setores (arquivo morto); Falta de privacidade do setor financeiro / administrativo; Baixa conectividade dificultando as atividades online da SMS; Estrutura física inadequada; Falha na comunicação das diversas coordenações que necessitam dos serviços do setor; Sobrecarga dos setores para as atividades diárias; Estrutura operacional inadequada as necessidade atuais da SMS.

OBJETIVO GERAL 1.6: Minimizar possíveis problemas de fluxo na Secretaria Municipal de Saúde, garantindo a eficiência dos serviços prestados.

RESULTADOS ESPERADOS	INDICADOR	META
Garantir informações e registros dos diversos documentos sem extravio ou danos em local adequado.	Nº de espaços disponíveis para arquivo da secretaria.	Disponibilizar/Estruturar 1 (um) local para o arquivo da SMS até 2014.
Privacidade e segurança para melhor atender o desenvolvimento das atividades do setor.	Nº de espaços reestruturados.	Reestruturar o setor financeiro até 2015.
Agilizar os serviços online sem perdas da produtividade dos servidores.	Nº de serviço contratado.	Contratação de serviço que garanta conexão online efetiva para toda rede de serviço em saúde até 2014.
Melhorar e agilizar as atividades do setor proporcionando resposta ágil às demandas.	Nº de reformas realizadas.	Realizar 1 (uma) reforma até 2014.
Uniformização das solicitações realizadas ao setor de compras adequada e satisfatória que agilize o processo de fornecimento dos pedidos.	Nº de protocolos formalizados	Formalizar/utilizar protocolo em 2014.
Melhorar e agilizar as atividades dos setores humanizando o atendimento ao servidor.	Nº de setores reestruturados.	Reestruturar todos os setores com necessidades levantadas até 2017.
Agilizar as atividades diárias e humanizar o atendimento ao servidor.	Proporção de profissional contratado.	Contratar 1 (um) profissional para setor de recursos humano até 2014.
Servidor monitorado, acompanhado e atualizado permanentemente.	Nº de avaliação de desempenho realizada.	01 (uma) avaliação ao ano.
(3) Otimizar transporte para os usuários do SUS na zona rural 24 horas.	Nº de transporte disponibilizado nos distritos.	Estruturar o setor de transporte de forma proporcional à demanda dos distritos até 2015.



DESCRIÇÕES DAS SITUAÇÕES PROBLEMAS – Falta de integração interdepartamental; Baixo impacto dos instrumentos de planejamento nas ações do setor; Deficiência no controle e monitoramento das atividades pactuadas pelo setor saúde.

OBJETIVO GERAL 1.7: Planejamento, Monitoramento e Avaliação da rede municipal.

RESULTADOS ESPERADOS	INDICADOR	META
Cumprir as determinações da Portaria 2.135 de 25 de setembro de 2013.	Proporção de instrumentos elaborados e aprovados pelo CMS.	Elaborar 1 (um) Relatório Anual de Gestão – RAG; 1 (um) Plano Municipal de Saúde - quadrienal; 1 (um) Programação Anual de Saúde.
Monitorar e acompanhar os indicadores semestralmente e o processo de implantação do Contratato Organizativo das Ações Públicas em Saúde COAP.	Proporção de indicadores monitorados.	Gerir indicadores do Pacto pela Saúde/COAP e do Programa de Qualificação das Ações de Vigilância em Saúde - PQAVS.
Acompanhamento sistemático e controle das ações da Secretaria de Saúde.	Proporção de relatórios apreciados pelo CMS.	3 (três) relatórios detalhados do quadrimestre anterior – (maio/setembro/fevereiro).
Monitoramento das atividades pactuadas e consolidação das ações de gestão do SUS no município.	Proporção de avaliações realizadas.	Alcançar 100% das metas pactuadas pelo município.
Cumprimento de prazos estabelecidos pelas Portarias/Programas. Monitoramento das atividades pactuadas realizadas na Comissão Intergestores Regionais.	Proporção de propostas monitoradas. Proporção de pactuações cumpridas.	Monitorar 100% das propostas no período. Alcançar 100% das metas pactuadas pelo município - CIR.
Participar de projetos prioritários da IV GERES, conforme ‘definido’ no COAP/CIR.	Proporção de projetos executados.	Participar de 100% dos projetos prioritários da rede.
Gerar integração entre gestores proporcionando maior conhecimento multidisciplinar.	Proporção de encontros realizados.	1 (um) encontro mensal.



DESCRIÇÕES DAS SITUAÇÕES PROBLEMAS – Inexistência de serviços de auditoria da rede; Inexistência de mecanismo para monitorar e fiscalizar procedimentos da rede.

OBJETIVO GERAL 1.8: Garantir controle avaliação e autoria na rede municipal.

RESULTADOS ESPERADOS	INDICADOR	META
Reativar/Implantar a auditoria na rede sob sua gestão, em articulação com as ações de controle, avaliação e regulação assistencial.	Proporção de serviços de auditoria implantada.	Reativar/Implantar 1 (um) serviço de auditoria até 2014.
Implantar a avaliação das ações de saúde nos estabelecimentos de saúde, por meio de análise de dados e indicadores e verificação de padrões de conformidade.	Proporção de avaliações realizadas.	Avaliações trimestrais realizadas no período.
Monitorar e fiscalizar a execução dos procedimentos realizados em cada estabelecimento de saúde por meio das ações de controle e avaliação ambulatorial e hospitalar.	Proporção de auditorias realizadas.	Realizar 1 (uma) auditoria anual.



CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Plano Municipal de Saúde vem firmar contrato social com os munícipes, contribuindo para a gestão pública consolidar, com transparência, sua política em saúde; como instrumento consultivo e público vinculado ao compromisso com a vida e respeito à saúde dos gravataenses. Sabendo que para realizar efetivamente saúde, se faz necessário cuidar do ser humano, com seu capital intelectual motivado e protegido.

Tendo em linhas gerais sua orientação alicerçada no propósito em estabelecer o conhecimento voltado para a modernização do trabalho em equipe multiprofissional, na ampliação de acesso aos serviços públicos e na melhoria de vida da população, com visão estratégica e inovadora em gestão pública.

Como instrumento norteador, o plano que ora se constitui com esforço e engajamento de atores sociais e políticos, esboça-se em contornos universal, equânime e integral; em que a quantidade e a complexidade das tarefas a serem realizadas, bem como o volume de recursos e pessoas envolvidas na sua realização não podem correr o risco do imprevisto, onde a necessidade do planejamento torna-se premente.

Neste prisma vemos que a implementação das ações de saúde, para ser apropriado a cada ente, precisa ser uma necessidade internalizada da gestão do sistema como parte integrante do ecossistema social. Neste sentido, juntamo-nos ao coro que prega o aprimoramento da gestão com base em estratégias que fortaleçam as estruturas organizacionais em todos os níveis de gestão; não se restringindo apenas as tecnologias necessárias, mas também, e mais do que isso, à valorização dos princípios que devem orientar a missão e o papel que assumimos.

Diante deste desafio, para validar as políticas e prioridades da gestão do sistema municipal de saúde, se instrumentaliza o Gestor da Saúde para gerir o SUS municipal, para os próximos quatro anos, alinhando as prioridades em comunhão com os princípios e diretrizes predefinidas. Com visão administrativa estratégica na melhoria da atenção à saúde com foco no atendimento integral e controle social, alicerçada nas perspectivas de aprendizado e crescimento, perspectiva de processos internos, perspectiva do cliente, e perspectiva financeira.



Documento Assinado Digitalmente por: JOSE ROBERTO DE ARAUJO
Acesse em: <https://etce.tce.pe.gov.br/epp/validaDoc.seam> Código do documento: 1668e2be-27da-426d-bbf6-0eb764610b8b

A N E X O S



Pré-conferência Zona Rural

Realizada no dia 24 de outubro de 2013, para escolha dos Delegados, segmento usuário, com 199 participantes em 6 (seis) Unidades Básicas de Saúde.





Pré-conferência Zona Urbana

Realizada do dia 31 de outubro de 2013, para escolha dos Delegados, segmento usuário com 295 participantes em 14 Unidades Básicas de Saúde.





6ª Conferência Municipal de Saúde

Realizada nos dias 19 e 20 de outubro de 2017 como Tema Central: “OUVIR PARA CONSTRUIR: O PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE 2014/2017”, com seus Eixos Temáticos: Atenção Básica (34 delegados); Gestão de Saúde (33 delegados); Controle Social (24 delegados); Saúde Mental (20 delegados); Urgência/Emergência (28 delegados) e Vigilância em Saúde (29 delegados). Computando 205 participantes no 1º dia e no 2º dia 168. Totalizando 373 nos segmentos: Gestor, Trabalhador e Usuários. Com 60 propostas aprovadas pela plenária.





Encontros com Colaboradores para Construção Técnica do PMS

Com 5 (cinco) encontros realizados em 11 de julho, 16 de julho, 22 de agosto, 05 de setembro e 03 de outubro de 2013. Para desenvolvimento da versão do PMS e demais instrumentos de planejamento. Contando com todo elenco de colaboradores da rede.





Encontros com Colaboradores para Construção Técnica do PMS

Reunião de encerramento dos trabalhos do Plano Municipal de Saúde com apreciação geral e fechamento da RAG, em 18 de dezembro de 2013.



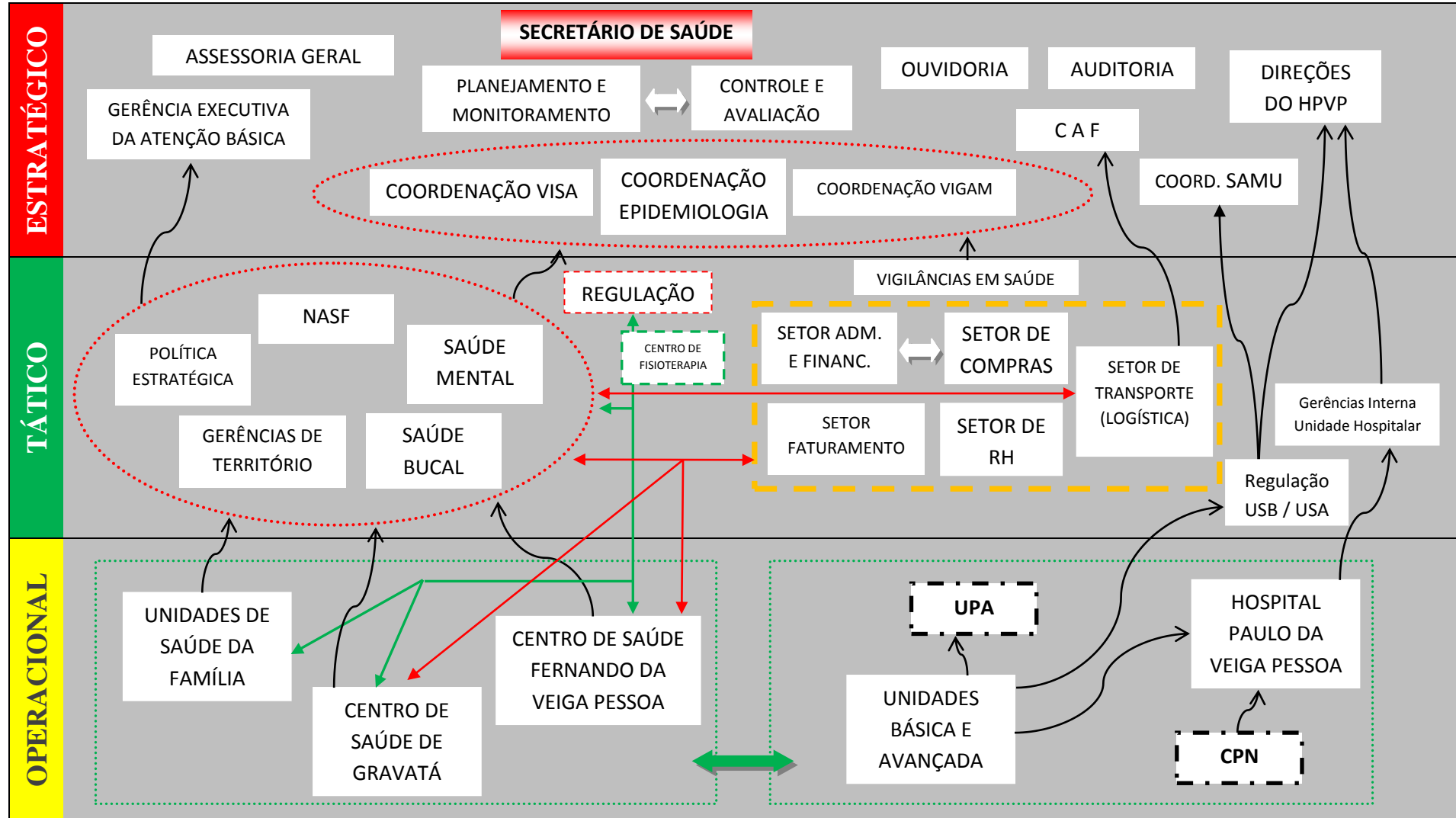
Apresentação final do PMS para o Conselho Municipal de Saúde em 13 de Fevereiro de 2014.

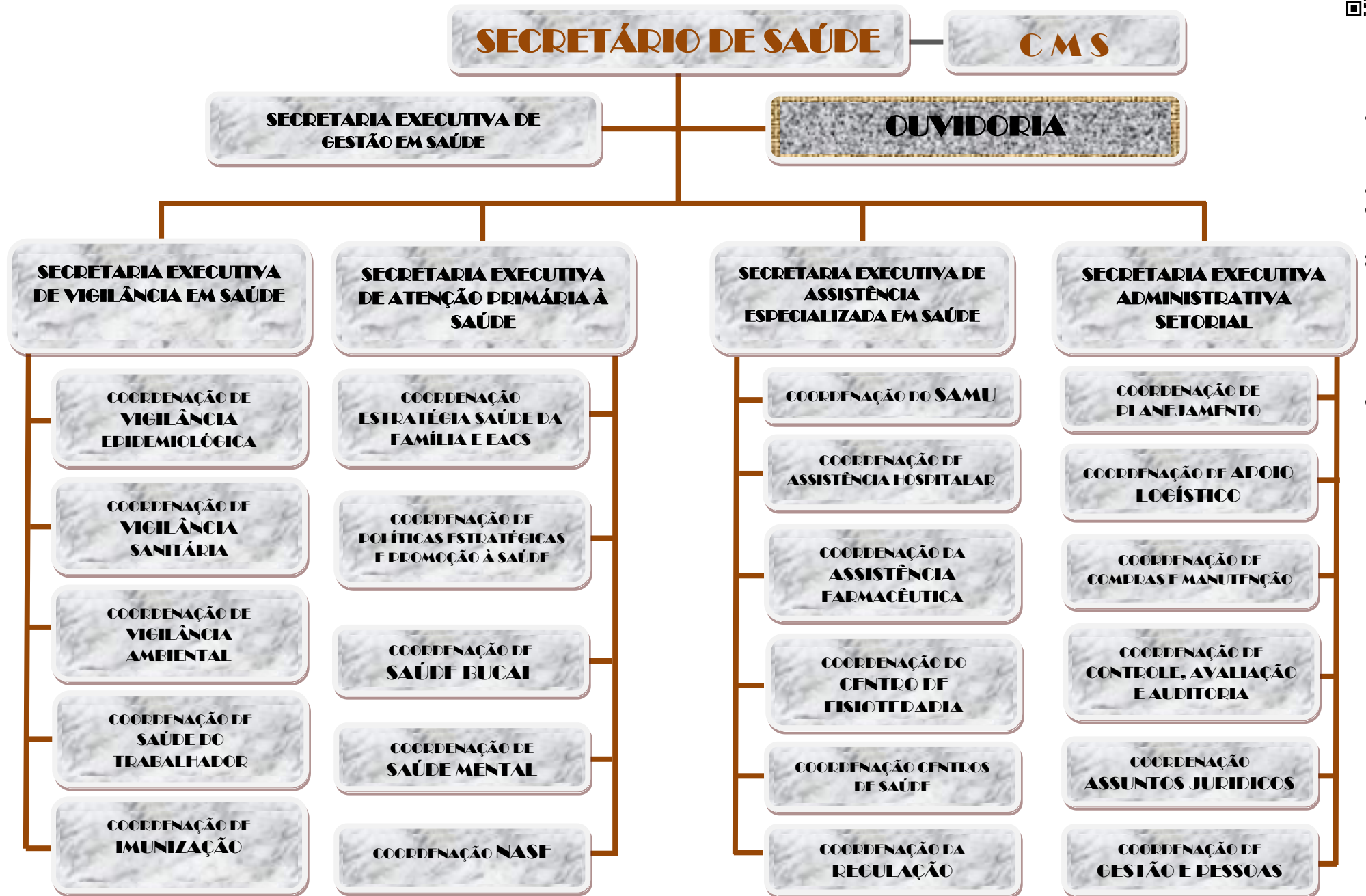




ORGANISMO ESTRUTURAL

SMS – Secretaria Municipal de Saúde / 2013







QUADRO 1: Instrumentos de Planejamento e Orçamentários segundo periodicidade, legislação, órgão de competência e prazos.

INSTRUMENTOS DE PLANEJAMENTO	PERIODICIDADE	LEI QUE ESTABELECE PRAZOS	ÓRGÃO DE COMPETÊNCIA	PRAZO LEGAL E OU SUGERIDO
Plano de Saúde – PS	4 anos, sendo produzido no primeiro ano da gestão	Lei Complementar nº 141/12	CMS	Até Julho do primeiro ano gestão já deliberado pelo CMS
Programação Anual de Saúde PAS	Anual	Lei Complementar nº 141/12	CMS	Até Julho do ano anterior à sua vigência já deliberado pelo CMS
Relatório Quadrimestral Detalhado	A cada 4 meses	Resolução CNS nº 459; Lei Complementar nº 141/12	CMS e Câmara de Vereadores Municipal	Maio e setembro do ano vigente e fevereiro do ano subsequente.
Relatório Anual de Gestão RAG	Anual	Portaria MS nº 1.229/07; Portaria GM/MS nº 3.176/08; Acórdão TCU nº 1459/11; Portaria MS nº 575/12; Lei Complementar nº 141/12.	Câmara de Vereadores Municipal e o CMS que deve deliberar e anexar resolução no SARGSUS	Até 30 de março do ano posterior à sua vigência
Plano Plurianual – PPA	4 anos, sendo produzido no primeiro ano da gestão.	Emenda Constitucional nº 31/08. Art 124, § 1º, II	Câmara de Vereadores Municipal	Até 05 de outubro do primeiro ano de gestão
Lei de Diretrizes Orçamentárias – LDO	Anual	Emenda Constitucional nº 31/08. Art 124, § 1º, I	Câmara de Vereadores Municipal	Até 01 de agosto do ano anterior à sua vigência
Lei Orçamentária Anual - LOA	Anual	Emenda Constitucional nº 31/08. Art 124, § 1º, III	Câmara de Vereadores Municipal	Até 05 de outubro de cada



QUADRO 2 - Resumo do Plano Plurianual (Previsão de despesas por ano) Bloco Secretaria Municipal de Saúde

AÇÕES	METAS	METAS	METAS	METAS	TOTAL
	2014	2015	2016	2017	
Gestão Técnica e Administrativa da SMS	R\$ 4.900.000,00	R\$ 5.390.000,00	R\$ 5.929.000,00	R\$ 6.521.900,00	R\$ 22.740.900,00
Manutenção do Conselho Municipal de Saúde	R\$ 50.000,00	R\$ 55.000,00	R\$ 60.500,00	R\$ 66.550,00	R\$ 232.050,00
Construção, Ampliação e Restauração de UBS's (AP)	R\$ 300.000,00	R\$ 330.000,00	R\$ 363.000,00	R\$ 399.300,00	R\$ 1.392.300,00
Construção da Academia da Saúde	R\$ 100.000,00	R\$ 110.000,00	R\$ 121.000,00	R\$ 133.100,00	R\$ 464.100,00
Divulgação Institucional	R\$ 50.000,00	R\$ 55.000,00	R\$ 60.500,00	R\$ 66.550,00	R\$ 232.050,00
Qualificação de Recursos Humanos	R\$ 100.000,00	R\$ 110.000,00	R\$ 121.000,00	R\$ 133.100,00	R\$ 464.100,00
Construção, Ampliação e Restauração de UBS's (MAC)	R\$ 500.000,00	R\$ 550.000,00	R\$ 605.000,00	R\$ 665.500,00	R\$ 2.320.500,00
SUBTOTAL	R\$ 6.000.000,00	R\$ 6.600.000,00	R\$ 7.260.000,00	R\$ 7.986.000,00	R\$ 27.846.000,00



QUADRO 3 - Resumo do Plano Plurianual (Previsão de despesas por ano) Bloco Fundo Municipal de Saúde

AÇÕES	METAS	METAS	METAS	METAS	TOTAL
	2014	2015	2016	2017	
Reequipamento da Unidade (AP)	R\$ 200.000,00	R\$ 220.000,00	R\$ 242.000,00	R\$ 266.200,00	R\$ 928.200,00
Reequipamento da Unidade (MAC)	R\$ 200.000,00	R\$ 220.000,00	R\$ 242.000,00	R\$ 266.200,00	R\$ 928.200,00
Aquisição de Equipamentos Hospitalares e Cirúrgicos	R\$ 300.000,00	R\$ 330.000,00	R\$ 363.000,00	R\$ 399.300,00	R\$ 1.392.300,00
Aquisição de Veículos	R\$ 300.000,00	R\$ 330.000,00	R\$ 363.000,00	R\$ 399.300,00	R\$ 1.392.300,00
Manutenção do Hospital Municipal	R\$ 16.400.000,00	R\$ 18.040.000,00	R\$ 19.844.000,00	R\$ 21.828.400,00	R\$ 76.112.400,00
Manutenção Centro de Saúde	R\$ 1.400.000,00	R\$ 1.540.000,00	R\$ 1.694.000,00	R\$ 1.863.400,00	R\$ 6.497.400,00
Subvenções a Endidades de Saúde	R\$ 100.000,00	R\$ 110.000,00	R\$ 121.000,00	R\$ 133.100,00	R\$ 464.100,00
Implantação e Manutenção de Atenção Domiciliar	R\$ 400.000,00	R\$ 440.000,00	R\$ 484.000,00	R\$ 532.400,00	R\$ 1.856.400,00
Implantação e Manutenção da UPA 24 horas	R\$ 6.000.000,00	R\$ 6.600.000,00	R\$ 7.260.000,00	R\$ 7.986.000,00	R\$ 27.846.000,00
Implantação e Manutenção de CTA	R\$ 250.000,00	R\$ 275.000,00	R\$ 302.500,00	R\$ 332.750,00	R\$ 1.160.250,00
Centro de Parto Normal	R\$ 310.000,00	R\$ 341.000,00	R\$ 375.100,00	R\$ 412.610,00	R\$ 1.438.710,00
Manutenção Campanhas de Vacinação	R\$ 50.000,00	R\$ 55.000,00	R\$ 60.500,00	R\$ 66.550,00	R\$ 232.050,00
Manutenção das Ações de Saúde (AP)	R\$ 450.000,00	R\$ 495.000,00	R\$ 544.500,00	R\$ 598.950,00	R\$ 2.088.450,00
Manutenção do NASF	R\$ 540.000,00	R\$ 594.000,00	R\$ 653.400,00	R\$ 718.740,00	R\$ 2.506.140,00
Manutenção do CEO	R\$ 300.000,00	R\$ 330.000,00	R\$ 363.000,00	R\$ 399.300,00	R\$ 1.392.300,00
Manutenção da Farmácia Popular	R\$ 170.000,00	R\$ 187.000,00	R\$ 205.700,00	R\$ 226.270,00	R\$ 788.970,00
Programa Vigilância em Saúde	R\$ 350.000,00	R\$ 385.000,00	R\$ 423.500,00	R\$ 465.850,00	R\$ 1.624.350,00
Vigilância do Trabalhador	R\$ 40.000,00	R\$ 44.000,00	R\$ 48.400,00	R\$ 53.240,00	R\$ 185.640,00
Manutenção do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)	R\$ 580.000,00	R\$ 638.000,00	R\$ 701.800,00	R\$ 771.980,00	R\$ 2.691.780,00
Programa de Saúde Bucal	R\$ 1.190.000,00	R\$ 1.309.000,00	R\$ 1.439.900,00	R\$ 1.583.890,00	R\$ 5.522.790,00
Manutenção do SAMU	R\$ 1.800.000,00	R\$ 1.980.000,00	R\$ 2.178.000,00	R\$ 2.395.800,00	R\$ 8.353.800,00
Programa de Tratamento Fora do Domicilio - TFD	R\$ 150.000,00	R\$ 165.000,00	R\$ 181.500,00	R\$ 199.650,00	R\$ 696.150,00
Vigilância Ambiental	R\$ 50.000,00	R\$ 55.000,00	R\$ 60.500,00	R\$ 66.550,00	R\$ 232.050,00
Manutenção PACS	R\$ 3.370.000,00	R\$ 3.707.000,00	R\$ 4.077.700,00	R\$ 4.485.470,00	R\$ 15.640.170,00
Manutenção PSF	R\$ 3.400.000,00	R\$ 3.740.000,00	R\$ 4.114.000,00	R\$ 4.525.400,00	R\$ 15.779.400,00
Vigilância Epidemiológica	R\$ 800.000,00	R\$ 880.000,00	R\$ 968.000,00	R\$ 1.064.800,00	R\$ 3.712.800,00
Manutenção de Assistência Farmacêutica	R\$ 900.000,00	R\$ 990.000,00	R\$ 1.089.000,00	R\$ 1.197.900,00	R\$ 4.176.900,00
Sub total	R\$ 40.000.000,00	R\$ 44.000.000,00	R\$ 48.400.000,00	R\$ 53.240.000,00	R\$ 185.640.000,00
TOTAL	R\$ 46.000.000,00	R\$ 50.600.000,00	R\$ 55.660.000,00	R\$ 61.226.000,00	R\$ 213.486.000,00



QUADRO 4 Principais Documentos do PMS (Planejamento e Controle).

ORDEM	DOCUMENTOS INSTRUMENTOS	DESCRIÇÃO
01	NOB/SUS	Normas Operacionais Básicas do Sistema Único de Saúde. (NOB/SUS 01/91, NOB/SUS 01/93 e NOB/SUS 01/96). Em 2001 foi publicada a primeira Norma Operacional da Assistência a Saúde (NOAS/SUS 01/01), que foi revista e publicada em 2002, a qual se encontra atualmente em vigor (NOAS/SUS 01/02).
02	Plano de Governo	PG é um documento do qual constam as principais orientações políticas e as medidas a adaptar ou a propor para governar.
03	PDR	Plano Diretor de Regionalização é o instrumento de ordenamento do processo de regionalização da atenção à saúde. Deve ser elaborado dentro de uma lógica de planejamento integrado, compreendendo as noções de territorialidade na identificação de prioridades de intervenção e de conformação de sistemas funcionais de saúde, de modo a otimizar os recursos disponíveis.
04	PPA.	O Plano Plurianual é o instrumento de planejamento governamental de médio prazo, previsto no artigo 165 da Constituição Federal, regulamentado pelo Decreto 2.829, de 29 de outubro de 1998 e estabelecem diretrizes, objetivos e metas da Administração Pública para um período de 4 anos, organizando as ações do governo em programas que resultem em bens e serviços para a população.
05	LDO	A Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) é o instrumento por meio do qual o governo estabelece as principais diretrizes e metas da Administração Pública para o prazo de um exercício.
06	LOA	A Lei Orçamentária Anual é uma lei elaborada pelo Poder Executivo que estabelece as despesas e as receitas que serão realizadas no ano consecutivo.
07	Lei 8080/90.	A lei 8080/90 estabelece como atribuição comum à união, estados e municípios a elaboração e atualização periódica do plano municipal de saúde, indicando ainda que a proposta orçamentária da saúde deve ser feita em conformidade com o Plano.
08	Portaria GM/MS nº 3.085, de 01/12/06.	Regulamenta o Sistema de Planejamento do SUS.
09	Portaria 3.332/GM/2006.	A portaria 3.332/GM/2006 define que o Plano Municipal de Saúde (PMS), é o instrumento básico que, em cada esfera, norteia a definição da Programação Anual das ações e serviços de saúde prestados, assim como da gestão do SUS. Segundo a mesma portaria, o Plano apresenta as intenções e os resultados a serem buscados no período de quatro anos, expressos em objetivos, diretrizes e metas.
10	Portaria GM/MS nº 3.176, de 24/12/08.	Aprova orientações acerca da elaboração, da aplicação e do fluxo do Relatório Anual de Gestão.



11	Decreto 7508/11.	Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências.
12	Acórdão TCU nº 1459/2011, de 03/06/11.	Dispõe sobre a obrigatoriedade na alimentação do Relatório Anual de Gestão no sistema SARGSUS a estados e municípios e permite o acesso aos relatórios de gestão registrados no SARG-SUS por qualquer cidadão via internet.
13	Portaria GM/MS nº 575, de 29/03/12.	Institui e regulamenta o uso do Sistema de Apoio ao Relatório Anual de Gestão (SARGSUS), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).
14	Portaria GM/MS nº 1239, de 14/06/12.	Dispõe sobre a ampliação do prazo para a atualização do Sistema de Apoio ao Relatório Anual de Gestão (SARGSUS) no ano de 2012
15	Resolução CNS nº 459, de 10/10/12.	Aprova o Modelo Padronizado de Relatório Quadrimestral de Prestação de Contas para os Estados e Municípios, conforme dispõe o parágrafo 4º do artigo 36 da Lei Complementar nº 141/2012.
16	Lei Complementar 141/12.	Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nºs 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências.
17	Portaria 2135/13.	Estabelece as diretrizes para o processo de planejamento no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).
18	Nota Técnica 01 SES.	Orientações gerais sobre o plano municipal de saúde 2014-2017.
19	Nota Técnica 02 SES.	Orientações para o processo de trabalho durante a construção do plano municipal de saúde 2014-2017.
20	Nota COSEMS	A construção do plano municipal de saúde 2014-2017 - orientações básicas em 4 questões (Quando começar o PMS? Quando ele deverá estar pronto? Estamos atrasados, então? o que fazer? Como começar, então; qual a relação entre os instrumentos de gestão?).
21	Lei Municipal 9022/92	Institui o Conselho Municipal de Saúde e dá outras providências.
22	Portaria 298/12	Nomeia os conselheiros municipais de saúde para o biênio 2012/2014, baseado na Lei Municipal 3167 de 18 de novembro de 2003.
23	Lei Municipal 9023/92	Institui o Fundo Municipal de Saúde e dá outras providências.



Hino de Gravatá - PE

Letra: Profª. Maria José de Carvalho **Música:** Maestro Manoel Pereira (Manuel Bombardino)

Entre vales bem no alto da serra
Tu te ergues cidade altaneira
Linda Flor és o orgulho da terra
Dessa imensa Nação Brasileira!
Sobre o Cristo de braços abertos
Se desdobra num manto de luz
Este céu que parece tão perto
Do caminho que a Deus nos conduz

Gravatá tu és bela e gentil
Por teus filhos serás sempre amada
Rica jóia do nosso Brasil
Ter no berço cidade encantada

Registrando um passado de glória
Tu viveste o episódio real
Foi Campelo este vulto da historia
Quem te fez imortal, imortal!
De Justino o audaz cavaleiro
Que um dia em teu solo pisou
Recebemos felizes herdeiros
A herança da paz que ficou!



Hino de Pernambuco - BR

Composto em 1908 - **Letra:** Oscar Brandão da Rocha **Música:** Nicolino Milano

Coração do Brasil! em teu seio
Corre sangue de heróis - rubro veio
Que há de sempre o valor traduzir
És a fonte da vida e da história
Desse povo coberto de glória,
O primeiro, talvez, no porvir.

REFRÃO: "Salve! Ó terra dos altos coqueiros!
De belezas soberbo estendal!
Nova Roma de bravos guerreiros
Pernambuco, imortal! Imortal!"

Esses montes e vales e rios,
Proclamando o valor de teus brios,
Reproduzem batalhas cruéis.
No presente és a guarda avançada,
Sentinela indormida e sagrada
Que defende da Pátria os lauréis.

REFRÃO: Do futuro és a crença, a esperança,
Desse povo que altivo descansa
Como o atleta depois de lutar...
No passado o teu nome era um mito,
Era o sol a brilhar no infinito
Era a glória na terra a brilhar!

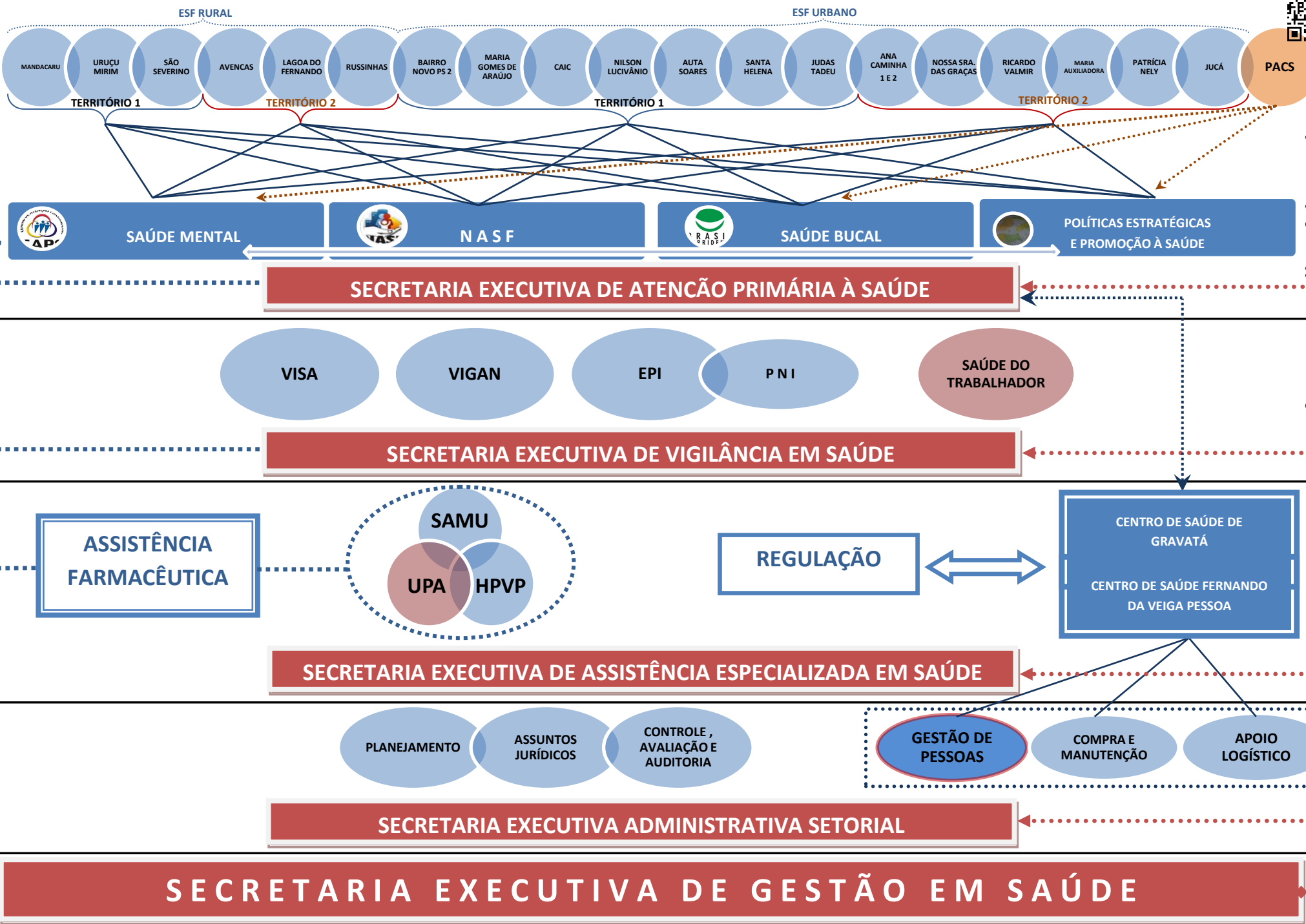
REFRÃO: A República é filha de Olinda,
Alva estrela que fulge e não finda
De esplendor com seus raios de luz.
Liberdade! Um teu filho proclama!
Dos escravos o peito se inflama
Ante o Sol dessa terra da Cruz!"

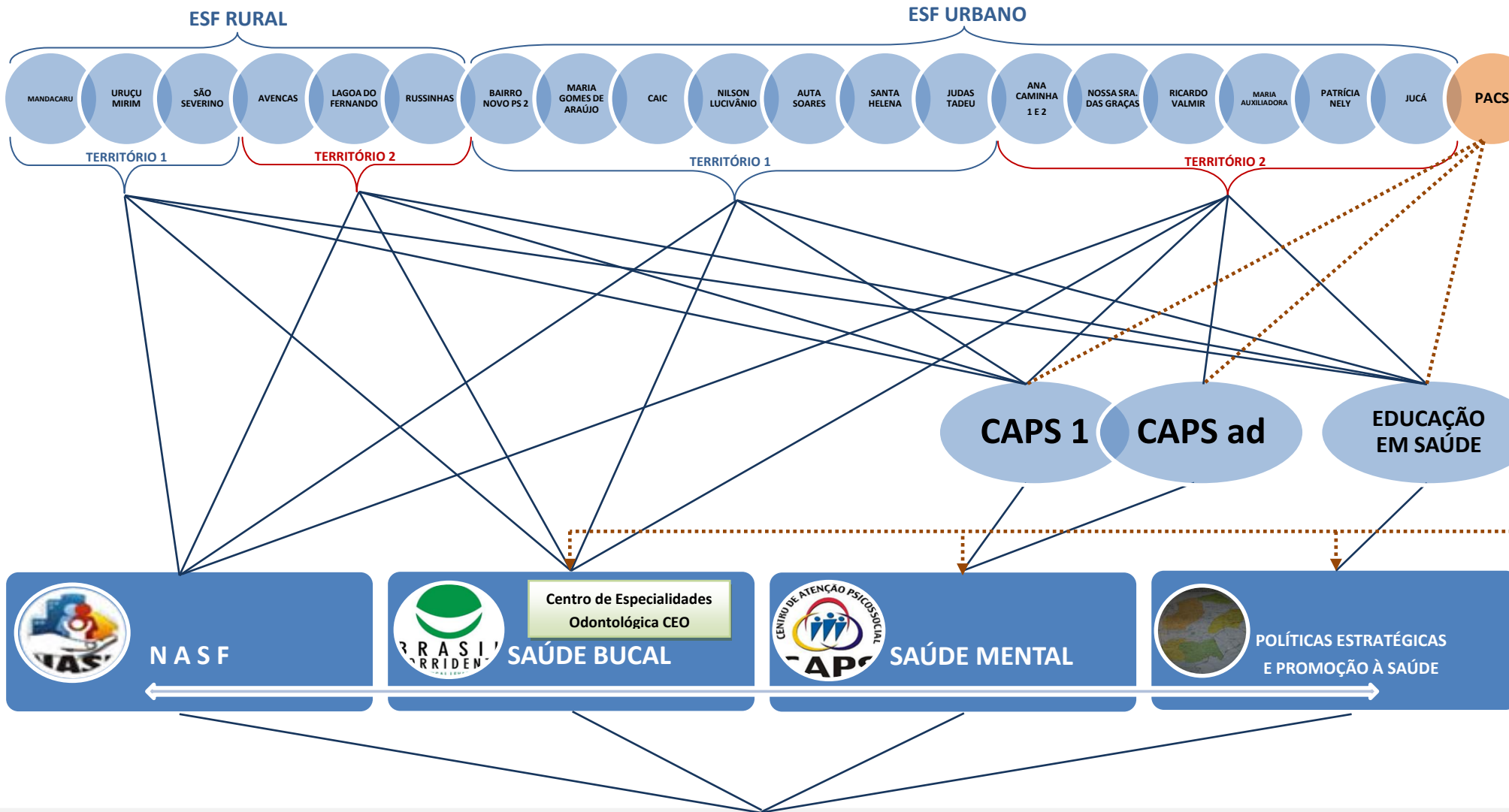


REDE NEURAL DA SECRETARIA DE SAÚDE DE GRAVATÁ



Documento Assinado Digitalmente por: JOSE ROBERTO DE ARAUJO
Acesse em: <https://etce.tce-pe.gov.br/epp/validacao/seam> Código do documento: 1668e20e-27da-426d-bb16-0e9764d10b8b

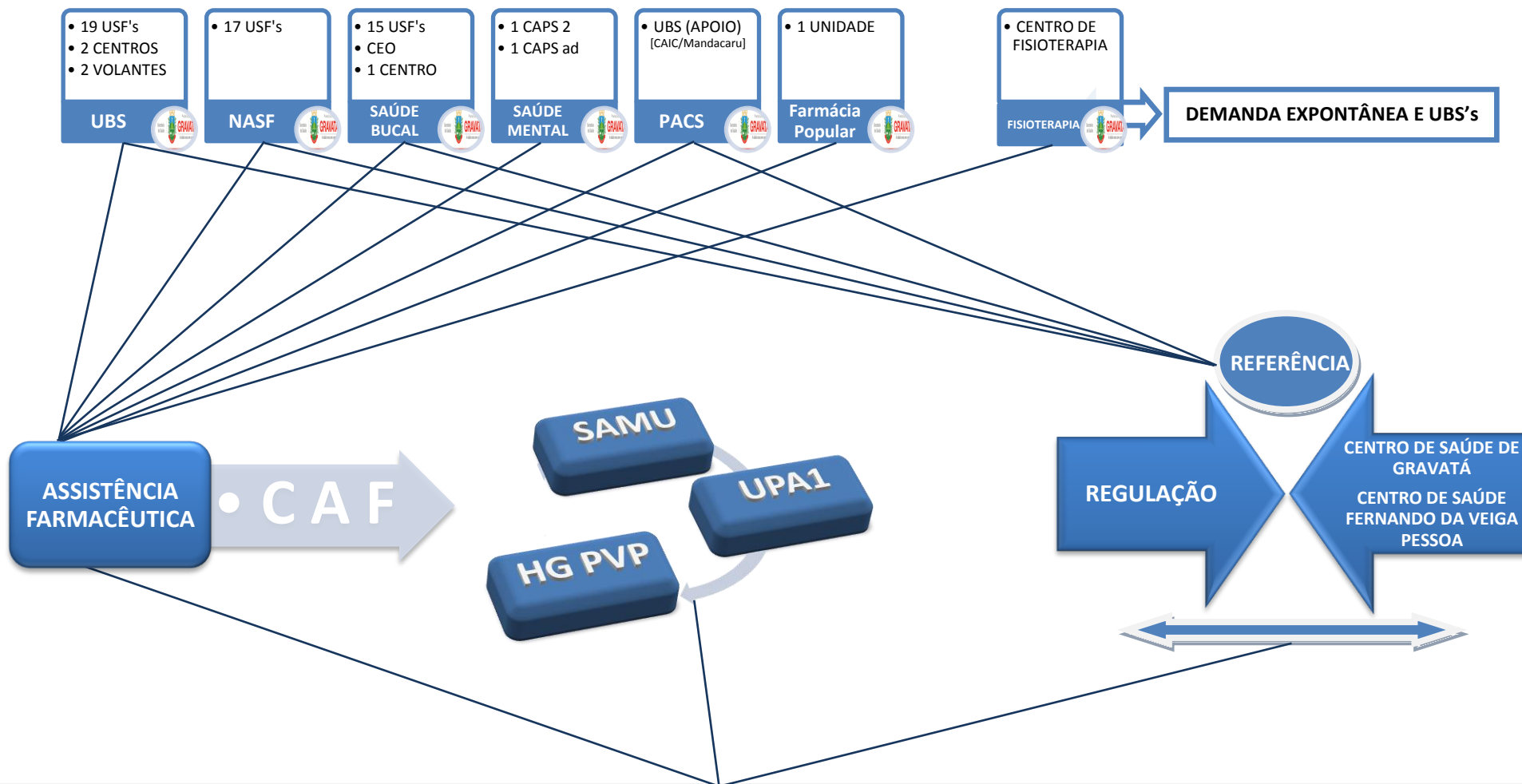




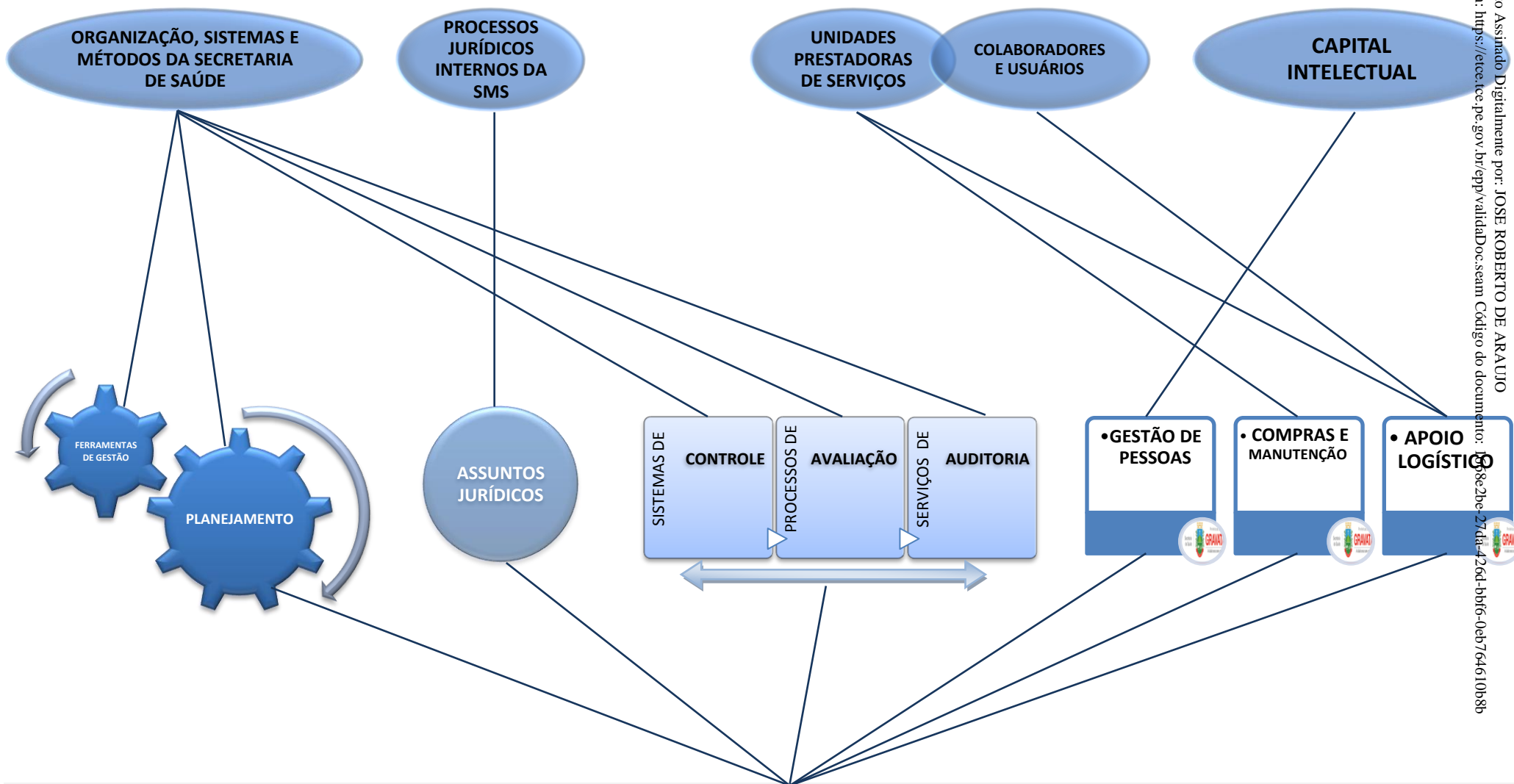
Documento Assinado Digitalmente por: JOSE ROBERTO DE ARAÚJO
Acesse em: <https://efcc.tce-pe.gov.br/epp/validarDoc.seam> Código do documento: 16682be-27da-4-26d-bbf6-0eb764e10b8b

SECRETARIA EXECUTIVA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

REDE NEURAL DA ASSISTÊNCIA ESPECIALIZADA

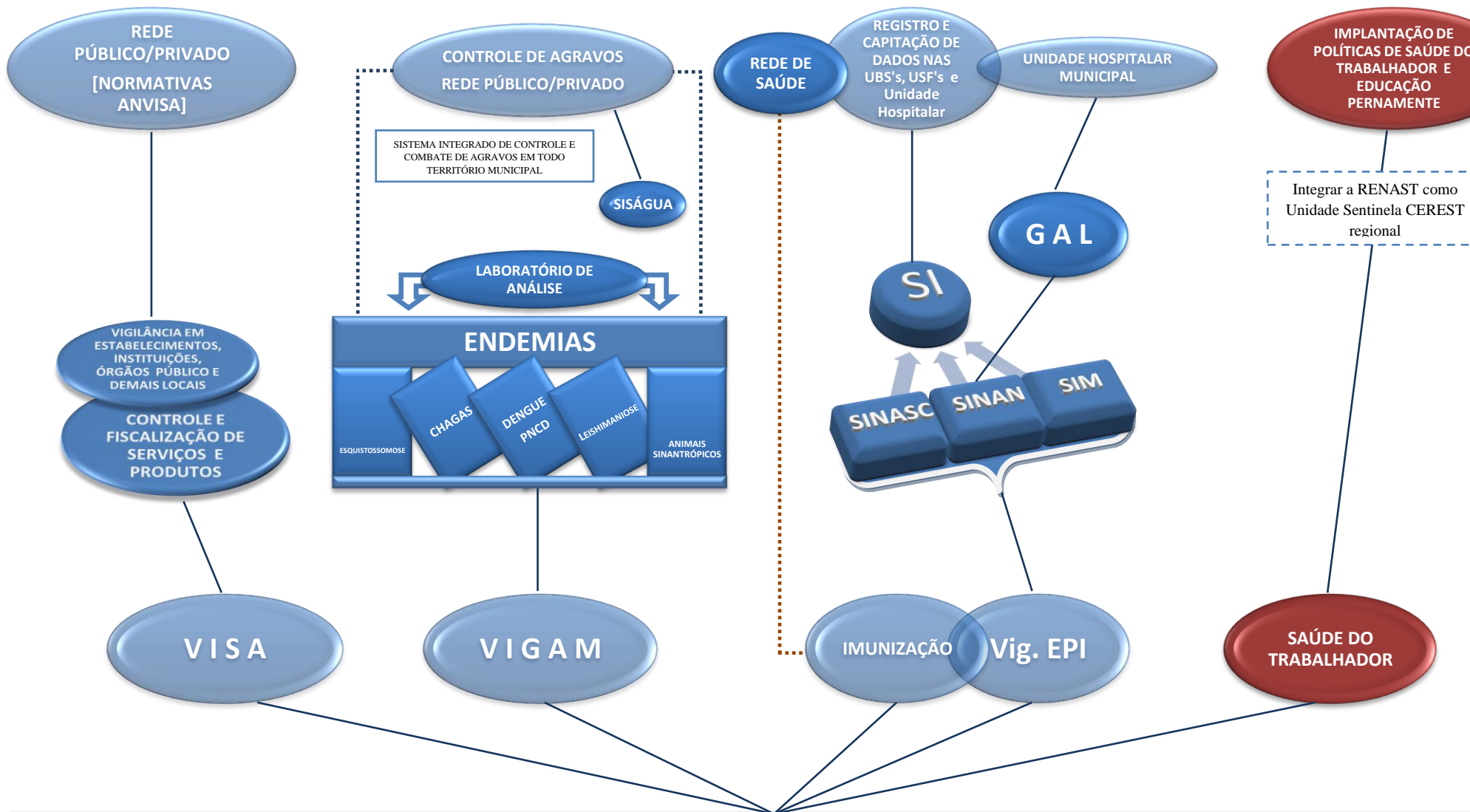


SECRETARIA EXECUTIVA DE ASSISTÊNCIA ESPECIALIZADA



SECRETARIA EXECUTIVA ADMINISTRATIVA SETORIAL

REDE NEURAL DA VIGILÂNCIA EM SAÚDE



SECRETARIA EXECUTIVA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE