

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE
SECRETARIA EXECUTIVA DE GESTÃO DO TRABALHO E EDUCAÇÃO EM SAÚDE
DIRETORIA GERAL DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE
ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DE PERNAMBUCO

PLANO ESTADUAL DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE DE PERNAMBUCO 2009-2010



Governador do Estado de Pernambuco
Eduardo Henrique Accioly Campos

Secretário de Saúde do Estado de Pernambuco
João Lyra Neto

Secretária Executiva de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde
Margarida Maria Ferreira Lima

Diretora Geral de Educação em Saúde
Maria Emília Monteiro Higinio da Silva

Gerente da Escola de Saúde Pública de Pernambuco
Irenilda Magalhães

Gerente de Desenvolvimento Profissional
Alba Cristina de Albuquerque Moreira

Coordenadora de Educação Permanente da ESPPE
Agleildes Aricheles Leal de Queiros

Coordenadora de Comunicação Interna e Desenvolvimento de Pessoas
Maria Norma Priori Campello Mazzoni

Colaboradores

Aelildes Arichele Leal de Queiros
Adriano Lucas Abucater de Santana
Charlene de Oliveira Pereira
Edna Mirtes dos Santos Granja
Fabiana de Oliveira Silva
Jailson Lopes de Sousa
Jarbas de Góes Nunes
Maria do Carmo Ferreira de Andrade
Marília Arcoverde de Holanda
Pedro José Santos Carneiro Cruz
Tatiane Ferreira de Jesus

**RECIFE
DEZEMBRO 2009**

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	1
	1.1 Caracterização	2
	1.2 Situação de Saúde da População	2
	1.2.1 Perfil Demográfico	2
	1.2.2 Perfil Epidemiológico	4
	1.2.3 Perfil de Mortalidade	7
	1.3 Grupos Vulneráveis	9
	1.4 Áreas de Intervenção Específicas	11
	1.5 Atenção em Saúde	12
	1.5.1 Atenção Primária	12
	1.5.2 Atenção Ambulatorial específica	13
	1.5.3 Atenção Hospitalar	14
	1.5.4 Urgência e Emergência	18
	1.5.5 Assistência Farmacêutica	19
	1.5.6 Assistência Laboratorial	20
	1.6 Vigilância em Saúde	21
	1.7 Gestão em Saúde	24
2	EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE 2008-2009	29
3	PLANEJAMENTO 2009-2010	32
	3.1 Linhas Estratégicas	33
	3.1.1 Linhas do Cuidado	33
	3.1.2 Gestão	39
	3.1.3 Formação e Integração Ensino, Serviço e Pesquisa	40
	3.1.4 Formação Profissional	43
	3.1.5 Mobilização e Controle Social	46
4	MATRIZ DE ESTRATÉGIAS DO PLANO ESTADUAL DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE DE PERNAMBUCO 2009-2010	48
5	COMENTÁRIO FINAL	52

INTRODUÇÃO

Ao longo dos últimos anos a Educação Permanente em Saúde vem sustentando a necessidade de colocar o cotidiano da formação dentro da realidade do trabalho através da construção de espaços coletivos que possibilitem a reflexão e avaliação de sentido dos atos produzidos nas práticas dos serviços. Assim, entendendo que este conceito está ancorado na construção de relações e processos que perpassam por uma ação conjunta entre: as equipes de saúde; a gestão, através das práticas organizacionais e do desenvolvimento institucional pleno; as práticas intersetoriais; e os usuários e sua rede de relações, que foi pensado este Plano de Educação Permanente em Saúde para o estado de Pernambuco.

A partir de discussões e experiências vivenciadas por um conjunto de atores que compõe o nível central da Secretaria Estadual de Saúde, as Gerências Regionais de Saúde e as Secretarias Municipais de saúde foi feito um levantamento inicial de necessidades de saúde com um olhar nas diretrizes Nacionais para Educação Permanente em Saúde (Portaria GM/MS 1.996 de 20 de agosto de 2007).

Durante o ano de 2009, a Escola de Saúde Pública de Pernambuco, ligada a Diretoria Geral de Educação em Saúde que compõem um dos eixos da Secretaria Executiva de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde, liderou o processo de implantação das CIES (Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço) e utilizou como uma das estratégias a realização de Seminários Regionais para trazer para o foco as ações de Educação Permanente pensando a integralidade como eixo norteador. Nessas oficinas trabalhou-se o desenvolvimento de um pensar crítico e reflexivo, permitindo desvelar a realidade e propor ações transformadoras.

Assim, este documento está estruturado em 5 grandes eixos: 1) Linhas de Cuidado; 2) Gestão; 3) Formação e Integração Ensino, Serviço e Pesquisa; 4) Formação Profissional e 5) Mobilização e Controle Social.

Procurou-se fazer uma associação entre os problemas de saúde, as estratégias de Educação Permanente e as Políticas desenvolvidas no Estado de Pernambuco e as diretrizes do Pacto pela vida. E ainda, levou-se em consideração o Plano Estadual de Saúde 2008-2011 e os planos de Educação Permanente em Saúde para os anos 2007 e 2008. Portanto, algumas ações não consideradas neste plano estão contempladas nos

planos anteriores e continuam sendo prioridade para mudar indicadores de saúde no Estado.

A concretização das metas é bastante desafiadora, ainda mais se considerarmos que a maioria das pessoas tem a compreensão da gestão da formação como atividade meio, correndo distante da formulação de políticas de atenção à saúde e para isso a Gestão da Educação em saúde aposta na metodologia do apoio institucional como dispositivo que pense a pedagogia da Educação Permanente sendo algo que opere processos significativos a partir da realidade como ela se apresenta no cenário local e capaz de organizar as práticas para que esta produção seja possível.

1.1 Caracterização

Pernambuco é uma das 27 unidades federativas do Brasil. Localiza-se no centro-leste da região nordeste e faz limite com os estados de Alagoas, Bahia, Ceará, Paraíba e Piauí. Ocupa uma área de 98.938 km² e uma população estimada de 8.810.256 habitantes. O clima é litoral atlântico no litoral e semi-árido no agreste e sertão. Sua capital é a cidade do Recife. Ainda faz parte do seu território o arquipélago de Fernando de Noronha.

A origem do nome *Pernambuco* é controversa, alguns estudiosos afirmam que era a denominação nas línguas indígenas locais da época do descobrimento para o pau-brasil (*Caesalpinia echinata*). A mais aceita no entanto é que o nome vem do tupi Paranã-Puca, que significa "onde o mar se arrebenta", uma vez que a maior parte do litoral do estado é protegida por paredões de recifes de coral.

É constituído de 185 municípios que se distribuem em 5 mesorregiões: litoral norte, litoral sul, zona da mata, agreste e sertão. Conforme Plano Diretor de Regionalização (PDR) do estado, possui 11 regionais de saúde (Recife, Limoeiro, Palmares, Caruaru, Garanhuns, Arcoverde, Salgueiro, Petrolina, Ouricuri, Afogados da Ingazeira e Serra Talhada), e 3 Macrorregiões de saúde que se localizam nos municípios de Recife, Caruaru e Petrolina.

Como alguns indicadores, o estado possui uma expectativa média de vida de 68,3 anos e mortalidade infantil de 38,4/mil nascidos; o IDH é de 0,718.

1.2 Situação de saúde da população

1.2.1 Perfil demográfico

Em 2009, Pernambuco conta com uma população total de 8.810.256 habitantes, com predominância da população feminina, influenciada por taxas de migração e de mortalidade diferenciadas por sexo e idade (IBGE/PNAD,2009).

A população autodenominada de cor parda predomina no Estado (55,2%), 6,3% de cor preta, 37,9% de cor branca e, 0,6% de cor amarela ou indígena (IBGE/PNAD, 2008). A densidade demográfica do Estado, em 2007, é de 86,31hab/km², e a representação da distribuição populacional, segundo faixa etária e sexo, revelam uma distribuição que privilegia numericamente os indivíduos entre 20 e 29 anos (17,91%), sendo 9,16% do sexo feminino e 8,74% do masculino (IBGE/PNAD, 2008).

Outros aspectos que implicam em mudanças na composição da pirâmide etária do Estado e em novas demandas por políticas públicas são: a concomitância da queda de fecundidade e do esperado aumento da longevidade, assim como as variações nas taxas de natalidade e de mortalidade.

A Taxa de Fecundidade Total (TFT), que expressa o número médio de filhos nascidos vivos por mulher ao final do período reprodutivo, vem apresentando redução ao longo do tempo no Estado, variando de 2,1 filhos por mulher ao final do seu período reprodutivo, em 2003, a 1,7, em 2007 (SINASC/UNIEPI/GGVS/SES-PE).

Em Pernambuco, no ano de 2007, a esperança de vida ao nascer (68,3) é inferior a do Brasil (72,7) e do Nordeste (69,7), apesar de haver um crescimento desse indicador nos últimos três anos, com diferença de pontos percentuais entre o nível estadual e o do Nordeste diminuindo uniformemente (IBGE/ PNAD, 2008).

Pernambuco detém o maior percentual nordestino de população idosa, 11,2% (IBGE/PNAD, 2008). O Índice de Envelhecimento da População compreende o número de pessoas idosas para cada 100 indivíduos jovens por ano e tem na população de Pernambuco comportamento crescente, de 2001 a 2005, valor acima da população idosa do Nordeste, explicado pelo aumento da esperança de vida para essa faixa etária. No entanto, em 2006, esse indicador sofre declínio, tanto no Brasil (de 33,9% para 32,4%), quanto no Nordeste (de 30,3% para 25,2%), e em Pernambuco (de 33,5% para 28,5%). O Nordeste e o Norte foram as únicas regiões do país que apresentaram queda no índice

de envelhecimento, ressaltando que valores elevados desse indicador revelam uma transição demográfica em estágio avançado, servindo para acompanhar a evolução do ritmo de envelhecimento e subsidiar a formulação da gestão e avaliação das políticas públicas nas áreas de saúde e previdência social. Para os idosos pernambucanos, a esperança de vida aos 60 anos é de 19,60 anos para ambos os sexos, sendo maior (19,81 anos) em relação ao sexo feminino do que ao masculino (19,32 anos), abaixo da esperança de vida aos 60 anos no Nordeste (20,06 anos) e no Brasil (21,05 anos), e expressa valores crescentes nos anos estudados (IBGE/DATASUS, 2007).

O Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) em Pernambuco, entre 2003 e 2007, captou uma média anual de 52.812 óbitos de residentes no Estado, sendo 2004 o ano com maior número de óbitos captados (53.432) e 2006 com o menor (51.932). Esta flutuação no número de óbitos reflete-se na Taxa Bruta de Mortalidade Geral (TBMG), que variou entre 6,5 e 6,1 por 1.000 habitantes no período. Valores baixos das TBMG, principalmente os inferiores a 6,0/1.000 habitantes apontam a existência de subnotificação de óbitos, fazendo com que os indicadores de mortalidade obtidos de forma direta estejam submensurados (SIM/UNIEPI/GGVS/SES-PE).

Dos óbitos em Pernambuco destacam-se os ocorridos entre os indivíduos do sexo masculino, registrando uma proporção de 57,3 e 57,2 nos anos de 2003 e 2007, respectivamente. Salienta-se, também, a importante proporção de óbitos em crianças (menores de 10 anos), adolescentes (10 a 19 anos) e adultos jovens (20 a 39 anos), refletindo-se em parcelas significativas de anos potenciais de vida perdidos. Nestes grupos populacionais em conjunto (menores de 40 anos), ocorreram 13.374 óbitos em 2003 (25,1% do total de mortes) e 11.845 óbitos em 2007 (22,3%) (SIM/UNIEPI/GGVS/SES-PE).

1.2.2 Perfil Epidemiológico

Considerando a divisão adotada pela Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da saúde, as doenças transmissíveis em Pernambuco apresentam três tendências: doenças transmissíveis com tendência descendente; doenças transmissíveis com quadro de persistência e doenças transmissíveis emergentes e reemergentes.

Dentre as doenças com tendência descendente, o sarampo encontra-se em processo de erradicação, a rubéola e o tétano neonatal em processo de eliminação e em fase de controle encontram-se doenças como meningite por *Haemophilus*, difteria,

coqueluche e tétano acidental. A Hanseníase apesar de apresentar redução nos últimos anos, ainda encontra-se em situação hiperendêmica no Estado.

Quanto à varíola e poliomielite, Pernambuco assim como o Brasil, teve êxito no processo de erradicação dessas doenças. Apesar dos instrumentos eficazes de prevenção e controle, como as vacinas, casos esporádicos de doenças em fase de eliminação e controle ainda acontecem, expressando um conjunto de dificuldades atribuídas a imunização, assistência e vigilância epidemiológica.

Em relação às doenças que apresentam quadro de persistência em Pernambuco como tuberculose, hepatite, leptospirose, esquistossomose, leishmaniose visceral e tegumentar americana, faz-se necessário a articulação intersetorial, bem como uma maior integração entre as áreas de prevenção e controle e assistência, com foco voltado para o diagnóstico e tratamento visando a interrupção da cadeia de transmissão.

Quanto às doenças emergentes e reemergentes identificam-se: AIDS, Dengue e Cólera, para as quais buscam-se promover ações de prevenção e controle, através da ampliação de estratégias para novas situações, que muitas vezes apresentam elevada gravidade.

Com relação a Situação epidemiológica da influenza A (H1N1) em Pernambuco até setembro de 2009 mostra que foram notificados 510 casos suspeitos de influenza A(H1N1) e destes, 107 foram confirmados laboratorialmente. Os casos de SRAG por influenza A (H1N1) correspondem a 58,9% (63/107) dos casos confirmados.

No Brasil, foram registrados 9.249 casos confirmados de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) pelo novo vírus A (H1N1) e 899 óbitos, com taxa de mortalidade de 0,47 óbitos/100.000 habitantes, até a semana epidemiológica 36, segundo boletim do Ministério da Saúde datado de 16 de setembro de 2009. Em Pernambuco, a análise da distribuição dos casos confirmados, por semana epidemiológica (SE), demonstra uma redução no número de casos a partir da SE 34. Na distribuição dos casos confirmados de SRAG, observa-se ocorrência em doze municípios do estado, com maior concentração na Região Metropolitana do Recife, principalmente, na cidade do Recife.

Para o Estado de Pernambuco, entre os indicadores de morbidade por agravos e doenças de notificação compulsória (SINAN/UNIEPI/GGVS/SES-PE), referentes ao período 2003-2007, destacam-se:

_ Dengue, Tuberculose e Meningites representaram risco elevado de adoecimento em Pernambuco no ano de 2007: 183,3; 47,9 e 42,1 por 100.000 hab., respectivamente;

_ Dentre as doenças imunopreveníveis, coqueluche, tétano acidental e rubéola foram as que apresentaram maior número de casos nos últimos cinco anos;

_ Em 2007, ano epidêmico para a dengue, esta doença apresentou altas taxas de detecção em todas as faixas etárias, destacando-se os menores de um ano (310,7/100.000 hab.), com gradiente decrescente com o aumento da idade. Quanto à forma clínica observou-se que houve um aumento no número de casos de febre hemorrágica do dengue quando se comparam os anos de 2003 e 2007; entre as regionais de saúde, a dengue apresentou em 2007 maior número de casos na IV GERES (6.932), no entanto a maior taxa de detecção, ou seja, o maior risco de adoecer foi observado na X GERES, 749,7 por 100.000 hab.;

_ Observou-se em 2007 a ocorrência de surto de meningite viral no Estado, quando foram detectados 2765 casos. Chama-se também atenção a ocorrência de 39 casos, nos últimos cinco anos, de meningite por *Haemophilus*, doença considerada imunoprevenível;

_ Dentre as doenças influenciadas pelas condições ambientais, a raiva humana, por sua importância epidemiológica, por ser imunoprevenível e 100% letal, apesar da redução acentuada no número de casos no Estado, ainda encontra-se registrado dois casos nos anos 2003 e 2006.

Em 2006 a esquistossomose está presente como uma doença endêmica em 92 municípios do Estado, sendo 43 deles localizados na Zona da Mata, onde estão presentes as maiores prevalências. Atualmente, além desses municípios, os litorâneos também vêm mostrando importante aumento na prevalência.

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. Pernambuco apresenta a quinta maior taxa de detecção de tuberculose do país, sendo a segunda na Região Nordeste e uma taxa de detecção média nos últimos anos de 50,5 casos por cem mil habitantes (2005 e 2006) (DATASUS/SINANNET). Observando-se as taxas de detecção média da tuberculose, considerando os mesmos anos, a I GERES apresentou as maiores taxas (81,4 e 72,7 por 100.000 hab.), seguida das III e VII GERES. Pernambuco teve nos anos 2003 e 2007, uma média de 4.100 casos notificados por ano, representando a forma pulmonar cerca de 85,0% dos casos, conforme esperado (SINAN/GGVS/SES-PE).

A hanseníase em Pernambuco no ano de 2007 ocupou o 8º lugar no Brasil e o 3º no Nordeste, em coeficiente de detecção geral, com 3,3/10.000 habitantes, sendo

considerado parâmetro de alta endemicidade, segundo critérios do Ministério da Saúde. A Região Metropolitana do Recife, localizada na I Gerência Regional de Saúde, possui o maior número de casos de hanseníase, representando 62,2% dessas notificações no Estado. O grau de incapacidade física está relacionado ao comprometimento neural e revela a precocidade ou retardamento do diagnóstico dos casos e a qualidade da assistência. Dos casos novos diagnosticados, 8,0% apresentou incapacidade física II e/ou deformidade física, o que expressa um diagnóstico tardio da doença.

A epidemia do HIV/AIDS em Pernambuco, nos últimos anos (2003-2007), destaca-se pela tendência a interiorização crescente, apesar da Região Metropolitana do Recife (RMR) ainda concentrar 75,7% dos casos de AIDS. Dos 185 municípios de Pernambuco, 169 (91,4%) têm pelo menos um caso registrado (SINAN/UNIEPI/GGVS/SES-PE). O HIV/AIDS tem afetado segmentos cada vez mais jovens da população. Cerca de 90% dos casos de AIDS ocorre entre os 20 e 49 anos, destacando-se que 10,9% desses se infectaram ainda adolescentes, considerando-se o intervalo de tempo entre o momento da infecção e do adoecimento (SINAN/UNIEPI/GGVS/SES-PE). Uma consequência da tendência a heterossexualização da epidemia é o crescimento da AIDS em mulheres e em crianças, essa última devido a transmissão vertical, ou seja, da gestante/parturiente para o bebê.

Excluindo-se as internações por gravidez, parto e puerpério, o quadro das doenças que levaram a internação em Pernambuco (Sistema de Internações Hospitalares-SIH/SUS), nos anos de 2003 e 2007, demonstra que das causas mais frequentes de internação, as Doenças do Aparelho Respiratório permanecem em destaque, com maior percentual em 2007. As Doenças Infecciosas e Parasitárias, que estiveram como segunda maior proporção até 2006 passa a 4ª posição em 2007, ainda apresentando causas de internação de países em desenvolvimento, com insuficiente infra-estrutura sanitária. Os Transtornos Mentais e Comportamentais, terceira mais freqüente causa de internação até 2005, decresce para a quinta posição em 2007, possivelmente em decorrência da Política Antimanicomial. As Doenças do Aparelho Circulatório passam da 4ª posição, em 2003, para a 3ª em 2007 e as internações por Doenças do Aparelho Digestivo, tem valores crescentes de 2003 até 2007. As internações por Doenças do Aparelho Geniturinário (6º lugar), as Causas Externas de Morbimortalidade (7º lugar), as Neoplasias (8º lugar) e as Doenças Endócrinas, Nutricionais e Metabólicas (9º lugar), permanecem com o mesmo ranking nos dois anos. Apesar de não constarem como causa mais frequente, as Doenças Endócrinas, Nutricionais e Metabólicas se ressaltam

no atual cenário da saúde, uma vez que a alimentação e o estilo de vida contemporâneo geram patologias que vão engrossar o rol das doenças de outras causas. As internações de 2003 e 2007 foram mais numerosas, respectivamente, por Depleção de volume (44,46% e 35,60%), seguida da Diabetes Mellitus (23,24% e 33,39%) e da Desnutrição protéico-calórica (17,15% e 16,84%). A obesidade também se expressa como problema, sendo a 5ª causa mais frequente nos dois anos. Além de provocarem internações, essas morbidades evoluem para óbitos hospitalares, sendo que, em 2003, os mais frequentes foram por Desnutrição protéico-calórica (35,43%) e por Diabetes Mellitus (30,89%), relação que se inverte, em 2007, com a Diabetes Mellitus compondo 40,91% e a Desnutrição protéico-calórica, 40,40% dos óbitos hospitalares (DATASUS/SIH, 2008).

1.2.3 Perfil da Mortalidade em Pernambuco

Dentre os grandes grupos de causas básicas de óbito, captados pelo Sistema de Informações sobre Mortalidade-SIM/SUS, destacam-se as doenças do aparelho circulatório (25,7% e 30,9% do total de mortes em 2003 e 2007, respectivamente) como primeira causa de morte no Estado. As causas externas ocuparam a segunda posição em 2007 (15,1%). As causas mal definidas representaram o segundo grupo mais frequente no ano de 2003 (17,7%), refletindo a baixa qualidade das informações e possíveis falhas na atenção a saúde da população. No entanto, as causas mal definidas apresentaram uma redução de 70,0% no período, passando para 5,3% em 2007. Assim, em 2007, as neoplasias passaram a ocupar a terceira causa de óbito no Estado, representando 12,4% do total de mortes (SIM/UNIEPI/GGVS/SES-PE).

As doenças e agravos não transmissíveis têm se constituído em um problema de grande magnitude para a saúde pública no Estado, entre as quais, as doenças do aparelho circulatório, as neoplasias e as causas externas estão entre as primeiras causas de óbito desde a metade da década de 1980.

Salienta-se a alta proporção de mortes por doenças do aparelho circulatório que resultam, principalmente, das doenças isquêmicas do coração (e entre estas, o infarto agudo do miocárdio), doenças cérebro vasculares e as doenças hipertensivas, que representaram 10,2%, 9,2% e 4,8% do total dos óbitos do ano de 2007, respectivamente (SIM/UNIEPI/GGVS/SES-PE).

As elevadas prevalências dos fatores de risco, como o hábito de fumar, o sedentarismo, os padrões alimentares e a obesidade, têm elevado a prevalência dessas

doenças. Estima-se uma prevalência de 35% de hipertensão arterial sistêmica e de 11% de diabetes mellitus na população de 40 anos e mais, o que corresponde a 780.207 hipertensos e 245.208 diabéticos tipo 2, considerando a população residente no Estado de Pernambuco, em 2007 (IBGE).

Ressaltam-se as causas externas como fator de importância para a mortalidade. Dentre elas, os homicídios e os acidentes de transporte apresentaram maiores proporções nos anos de 2003 e 2007. Os homicídios correspondem a 8,5% do total de óbitos, representando uma média anual de 4.522 mortes (SIM/UNIEPI/GGVS/SES-PE).

No ano de 2007, as neoplasias representaram a terceira maior causa de óbito de Pernambuco, sendo o câncer de pulmão, brônquios e traquéia, o de próstata e o de mama os que apresentaram maior número de mortes entre residentes no Estado. Ressalta-se a importância que ainda ocupa o câncer de colo do útero e de porção não especificada do útero como causa de morte de mulheres no Estado (SIM/UNIEPI/GGVS/SES-PE).

Dentre as doenças do aparelho respiratório, destacam-se as doenças crônicas das vias aéreas inferiores, causadas por uma diversidade de agentes ambientais e ocupacionais, e as pneumonias (SIM/UNIEPI/GGVS/SES-PE).

Do total dos óbitos ocorridos no Estado, 6,1% tiveram como causa básica o diabetes mellitus, que se configura como um problema de saúde coletiva, devido as complicações agudas e crônicas a que dá origem e por representar um fator de risco associado às doenças cardiovasculares (SIM/UNIEPI/GGVS/SES-PE).

Salienta-se, ainda, o percentual de óbitos registrados com causas mal definidas que reflete a falta de exatidão nos diagnósticos da causa do óbito, decorrente da deficiente infra-estrutura do apoio diagnóstico e falha dos atestados na sua precisão. É importante ressaltar que esse percentual se refere aos óbitos notificados. Considerada a existência de cemitérios não regulamentados, esse número pode ser ainda maior. Observa-se que, mesmo assim, houve uma redução de 70% entre os anos de 2003 e 2007. No entanto, vale destacar a falta de homogeneidade da redução do percentual de óbitos com causa mal definida, uma vez que há municípios com proporções acima de 10%, chegando, em alguns casos, a mais de 50% (SIM/UNIEPI/GGVS/SES-PE).

Entre os grupos de causas que mais contribuem para mortalidade pós-neonatal (doenças do aparelho respiratório, infecciosas e parasitárias, endócrinas, nutricionais e metabólicas), destaca-se a importância que as pneumonias, diarreias e desnutrição ainda exercem como causa de óbito em menores de um ano (SIM/UNIEPI/GGVS/SES-PE).

Quanto às causas de morte referentes ao quadriênio 2003-2006, predominaram as obstétricas diretas (53,9%) — relacionadas a complicações obstétricas ocorridas durante a gravidez, parto ou puerpério, devido a intervenções, omissões, tratamento incorreto ou a uma cadeia de eventos resultantes de qualquer dessas causas — com destaque para as doenças hipertensivas (24,1%) e as síndromes hemorrágicas (12,4%) (SIM/UNIEPI/GGVS/SES-PE).

Os óbitos hospitalares, captados pelo Sistema de Informações Hospitalares-SIH/SUS, se distribuem em proporções semelhantes nos anos de 2003 e 2007, com o aumento proporcional mais expressivo dos eventos por Doenças do Aparelho Respiratório, ressaltando-se que os óbitos por Causas Externas não constam com maior frequência devido a subnotificação pelos profissionais de saúde, apesar da determinação legal para o registro (DATASUS/SIH, 2008).

1.3 Grupos Vulneráveis

São considerados grupos sociais mais vulneráveis da população pernambucana: mulheres, crianças, adolescentes, homens, idosos, pessoas portadores de deficiência, trabalhadores, trabalhadores rurais e quilombolas, índios, negros, ciganos, população LGBTT (lésbicas, gays, bissexuais, transgêneros e transexuais) e presidiários.

A mortalidade associada ao ciclo gravídico-puerperal e ao aborto não aparece entre as dez primeiras causas de óbito na população feminina. No entanto, a gravidade do problema é evidenciada quando se chama atenção para o fato de que a gravidez é um evento relacionado a vivência da sexualidade, portanto não é doença, e que, em 92% dos casos, as mortes maternas são evitáveis.

Em relação a investigação de mortalidade materna o Estado possui apenas 3 (três) comitês regionais implantados (IV, VIII e IX GERES), o que acaba sobrecarregando as ações do Comitê Estadual de Estudos da Mortalidade Materna (CEEMM), que analisa os óbitos de todas as outras regionais de saúde. Em 2005 o Estado de Pernambuco teve 92,1% dos óbitos de mulheres em idade fértil investigados. Esse foi o último ano de estudo concluído pelo comitê estadual, pois há um atraso nas investigações dos óbitos.

Considerando a morbidade hospitalar na rede assistencial do SUS, destaca-se as causas relacionadas a gravidez, parto e puerpério como o principal motivo de internação em mulheres com 10 ou mais anos de idade (50,7% do total). Nas adolescentes e mulheres de 20 a 49 anos, estas causas representam 76,9% e 62,3% de todos os

internamentos, respectivamente. Quanto aos partos que acontecem em domicílio, segundo o Sistema de Informação de Nascidos Vivos da Secretaria de Saúde do Estado em 2007 perfazem um percentual de 0.63% dos partos ocorridos e existem cadastradas 924 Parteiras Tradicionais (realizam parto em domicílio, principalmente na zona rural do Estado), e destas 353 não passaram por processo de capacitação.

Segundo o Instituto Nacional do Câncer (INCA) a incidência esperada para 2008 em Pernambuco e de 2.010 novos casos de câncer de mama e de 1.020 novos casos de câncer de colo do útero.

A mortalidade e, especialmente, a morbidade provocada pela violência doméstica e sexual no nosso Estado é uma realidade, observada no dia-a-dia das Unidades de Saúde; porém, com números reais ainda desconhecidos. Apenas na I Regional de Saúde existe a disponibilidade de Referência Especializada para mulheres que foram vítimas de violência.

Os óbitos masculinos em Pernambuco, segundo estudo do IPEA (2007) apontou o Estado como o mais violento do Brasil, com 84 dos 185 municípios pernambucanos entre os 10% mais violentos do país. Em 2004 morreram 98 homens para cada 100.000 habitantes, enquanto, entre as mulheres este índice foi de 6,5/100.000 hab. Na distribuição da mortalidade masculina por causas, sobressaem mortes por doenças do aparelho circulatório, seguidas por aquelas relativas a acidentes e violências. Em relação ao câncer de próstata, a mortalidade vem aumentando em varias regiões das Américas, atingindo, algumas vezes, o terceiro e mesmo o segundo lugar entre os cânceres mais frequentes no sexo masculino. Apesar de todas essas evidências, observa-se que a presença dos homens nas unidades de atenção primaria a saúde é muito menor do que a das mulheres (PINHEIRO, 2002).

Conforme a Organização Mundial de Saúde (OMS), a população de Pernambuco está envelhecendo, uma vez que o número de pessoas acima de 60 anos supera 7%, tendendo a crescer. É fato que, frente ao envelhecimento populacional do Estado, não existem indicadores de saúde para esta população, há uma baixa resolutividade dos serviços existentes, como também ausência de uma Política Estadual de Saúde específica para esta área.

1.4 Áreas de Intervenções Específicas

A desnutrição em crianças menores de cinco anos ainda se apresenta como importante problema de Saúde Pública no Estado, ao mesmo tempo em que se observa o incremento do sobrepeso/obesidade, evidenciando-se a ocorrência simultânea dessas condições.

A comparação da II e da III Pesquisa Estadual de Saúde e Nutrição (PESN-PE/97-2006) e a realização da Chamada (Inquérito) Nutricional realizada em municípios da região semi-árida do Estado (2005), evidenciam uma redução de prevalências de desnutrição, observada em todas as faixas etárias, porém ainda se apresentando com altos índices em determinadas áreas do Estado.

Diante desse quadro, Pernambuco priorizou no Pacto pela Vida, o desenvolvimento de ações contínuas, voltadas a diminuição da desnutrição. A anemia ferropriva revela-se como um dos maiores problemas de Saúde Pública, no elenco de carências nutricionais, em nível nacional. Em Pernambuco, como em outras populações do país, foram verificadas altas prevalências de anemia (40-50%) em menores de 5 anos (Batista Filho, 1999; Osório et al., 2001). Entretanto, na III Pesquisa Estadual de Saúde e Nutrição (PESN/2006), e demonstrada uma melhora substancial do problema, quando comparado com a II PESN/97, com redução nas prevalências da anemia em todo o Estado, passando de 47% em 1997 para 34% em 2006.

Quanto a Saúde Mental no Estado, segundo a Política Nacional, estima-se que 3% da população necessitam de cuidados contínuos nesse aspecto, em função de transtornos severos e persistentes. Transtornos graves associados ao consumo de álcool e outras drogas (exceto tabaco) atingem 12% da população acima de 12 anos, sendo o impacto do álcool 10 vezes maior que o do conjunto de drogas ilícitas.

Existe no Estado o Colegiado de Coordenadores Municipais de Saúde Mental, que é uma estratégia para facilitar a comunicação junto aos municípios, agilizando a implantação da política de Saúde Mental. Cabe ao Colegiado uma avaliação anual das ações de saúde mental nos diversos municípios e o planejamento das metas para o ano seguinte. Em relação ao controle social na Política de Saúde Mental, a GASAM é membro e atualmente colabora com suporte administrativo para o funcionamento da CERPSM. Acredita-se ser necessário discutir essa vinculação com objetivo de efetivar

o verdadeiro papel da CERPSM na relação com o gestor estadual, cuja prerrogativa é a fiscalização das ações de saúde mental.

A saúde bucal no Estado não possui, até a presente data, um inquérito epidemiológico com amplitude e representatividade para todos os municípios pernambucanos. Estudos pontuais demonstram que os indicadores de saúde e doença relacionados a saúde bucal em Pernambuco são precários, em especial aqueles relacionados a perda de dentes, dor e cáries, que estão entre os piores do Brasil. A OMS estabeleceu 10 metas que deveriam ser atingidas em 2000 e Pernambuco não atingiu nenhuma delas. Dados da região Nordeste indicam que mais de 28% dos adultos não possuem nenhum dente funcional (todos os dentes foram extraídos ou os que restam tem sua extração indicada) em pelo menos uma arcada. Desses, mais de 15% necessitam de, pelo menos, uma prótese total. A incidência de cárie é 49% maior nos municípios que não tem água fluoretada (SB Brasil, 2004). Até a presente data, menos de 10% dos municípios pernambucanos possuem sistema de fluoretação de água.

Em março de 2008 os Centros de Especialidades Odontológicas de Pernambuco perfazem um total de trinta e cinco (35), concentrados principalmente na região metropolitana e Zona da Mata.

1.5. Atenção à Saúde

1.5.1 Atenção Primária

A partir dos princípios da universalidade e integralidade das ações de saúde, as redes propostas terão como objetivo, a garantia de assistência aos pacientes nos vários níveis de complexidade, estabelecendo fluxos de referência e contra-referência, assim como mecanismos de avaliação, supervisão e controle da assistência prestada.

O Sistema de Saúde de Pernambuco assume peculiaridade própria dos grandes centros urbanos. O fluxo desordenado de pessoas, a demanda não programada, a frágil pactuação de procedimentos e serviços entre os gestores, bem como a incipiente regulação do acesso aos serviços pelo sistema de saúde, vem ocasionando ineficiência e pouca resolubilidade, características comuns as grandes metrópoles. A integralidade entre os níveis ou pontos da atenção figura como aspecto crítico a ser enfrentado na perspectiva de ampliar o acesso da população aos serviços de saúde. A estruturação de redes de referência especializada a partir da atenção primária, tendo por princípio a

hierarquização do Sistema de Saúde, constitui um aspecto central para organização do SUS em Pernambuco, uma vez que as ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde, de forma integral e contínua, devem se dar através do Programa Saúde da Família (PSF). Contudo, os usuários procuram as grandes emergências, que apesar de suas longas filas e corredores superlotados, são mais resolutivas.

O PSF continua sendo a porta de entrada para o Sistema de Saúde em Pernambuco sem, no entanto, focar a sua implantação em populações que vivem em situações de iniquidade em saúde, assim como sem realizar o monitoramento e avaliação da qualidade de suas ações. Em 2007 o Decreto no. 30.353 de 12 de abril de 2007, do Governo do Estado de Pernambuco define como objetivo qualificar a Atenção Primária, através da ampliação da cobertura da Equipe Saúde da Família (ESF) e da melhoria da qualidade dos serviços prestados. Já em 06 de agosto de 2007, a Portaria No. 720 da SES, regulamenta as normas da certificação das Equipes da Saúde da Família na Política Estadual de Fortalecimento da Atenção Primária. Essa Portaria define como áreas estratégicas para a atuação da atenção primária: atenção integral a saúde da mulher e da criança; redução da mortalidade infantil e materna; atenção ambulatorial a gravidez e ao puerpério; atenção às doenças prevalentes na infância; assistência às carências nutricionais; eliminação da desnutrição infantil; eliminação da hanseníase; controle da tuberculose; controle da hipertensão arterial e do diabetes mellitus; saúde do Idoso; saúde bucal; promoção da Saúde; atenção das populações rurais, de assentamentos de reforma agrária, de aldeias indígenas e remanescentes de quilombolas e implementação de políticas de atenção a população LGBTT.

Até novembro de 2009, Pernambuco apresentava uma rede com 1.850 equipes implantadas do Programa Saúde da Família com cobertura de 72% da população, com distribuição heterogênea traduzindo as iniquidades na distribuição de profissionais e na incorporação de tecnologias. O número de ESB na modalidade I é 1.194 e na modalidade II é de 44. E o número de NASF implantados atinge o número de 58. Com relação aos PACS, Pernambuco hoje possui 14.467 ACS distribuídos pelo Estado. (SAP/SEAS/SES-PE).

1.5.2 Atenção Ambulatorial Especifica

A rede ambulatorial de alta complexidade de Pernambuco está distribuída em grande parte na Macro Recife (em torno de 5.169.477.hab.) e Caruaru (em torno de

2.370.995 hab.) e realiza, em média, 1.000.000 consultas ambulatoriais. É constituída por 09 (nove) serviços de quimioterapia, 03 (três) de radioterapia, 20 (vinte) de Terapia Renal Substitutiva (TRS), 01 (um) serviço de diagnóstico, tratamento e reabilitação auditiva, 03 (três) de radiologia intervencionista, 02 (dois) de litotripsia e 03 (três) de hemoterapia. Quanto aos procedimentos ambulatoriais no ano de 2007, foram realizados 1.834.144, com a produção de 479.723 TRS/hemodiálises, 71.666 quimioterapias, 19.563 ressonâncias magnéticas e 51.615 tomografias computadorizadas.

A Portaria no 818/2001/MG regulamenta para Pernambuco, três centros de referência de alta complexidade em condições de ofertar os serviços necessários para a população sobre os procedimentos de alto custo cirúrgico e os de reabilitação. Esses exigem equipe multidisciplinar, de maneira integrada, o que não se efetiva no momento, pois os serviços descritos necessitam de melhoria na estrutura física, de equipamentos e maior número de profissionais qualificados. Apenas 02 (dois) serviços de referência em reabilitação de Alta Complexidade estão cadastrados, um localizado na região metropolitana, Hospital Getúlio Vargas, ainda não habilitado, e outro em Caruaru, no Hospital Regional do Agreste. Além desses, há mais 14 (quatorze) serviços de média e baixa complexidade nas demais localidades do Estado.

Com referência a atenção a saúde auditiva, 328.951 pessoas declararam ser incapazes, com alguma ou grande dificuldade de ouvir, o que corresponde a 4.15% da população de Pernambuco (IBGE-2000). Diante desse cenário, a SES pretende rever a rede e desenhá-la de acordo com os parâmetros das Portarias GM no 2.073/04 e SAS no 587/04, e em conjunto com outras secretarias, elaborar uma política de atenção as pessoas com deficiência auditiva, como também reestruturar as unidades de saúde da rede de serviço do SUS, no sentido de garantir o atendimento a esse segmento, normatizar e realizar a dispensação das próteses auditivas e ainda garantir o acesso aos medicamentos disponibilizados pelo SUS.

1.5.3 Atenção Hospitalar

Na atenção hospitalar de alta complexidade, o Estado, assim como no resto do País, tem uma distribuição heterogênea de serviços de saúde, estando a maioria na Região Metropolitana do Recife, constituindo um grave problema de acessibilidade da população aos serviços de média e alta complexidade. Esses serviços de alta complexidade dispõem de recursos tecnológicos de última geração, envolvendo cirurgia

cardiovascular, neurocirurgia, oncologia, nefrologia, traumato-ortopedia, entre outros. Sendo assim, o aumento da resolutividade e a garantia do acesso a esses serviços é um desafio constante.

A rede estadual dispõe de 316 leitos de alto risco distribuídos nas unidades hospitalares: Hospital Barão de Lucena (HBL) - 72; Hospital Agamenon Magalhães (HAM) - 77; Instituto Materno-Infantil de Pernambuco (IMIP) - 81; Hospital do Câncer (HC) - 34 e no Centro Integrado de Saúde Amaury de Medeiros (CISAM) - 52.

O Estado conta ainda com uma rede de assistência de média e alta complexidade para pacientes crônicos, com oferta de apenas 264 leitos. Considerando a Portaria GM nº 1.101, de 2002, a necessidade seria de 1.207 a 1.448 leitos. Portanto, há um grande déficit relacionado a capacidade instalada. Referente às Internações em Alta Complexidade em 2007, Pernambuco realizou 19.322 internamentos, sendo 6.058 em neurocirurgia, 3.492 cirurgias cardiovasculares e 3.229 cirurgias oncológicas. Segundo o Plano Diretor de Regionalização (PDR) em vigor, existe capacidade instalada de alta complexidade nas macrorregionais: Recife, Caruaru e Petrolina, embora as redes de assistência pactuadas na CIB desde 2005 ainda não estejam habilitadas e conveniadas na totalidade do número de Unidades de Produção (UP), quantificadas conforme Portarias do MS para cada especialidade.

Considerando a rede de assistência especializada, em relação a assistência materno infantil, no ano de 2007 foram realizados 115.594 partos. Destes 87,8% (101.521) de risco habitual e 12,2%(14.073) de alto risco. Dos partos de risco habitual, 26,6% (27.034) foram cesarianas. Nos partos de alto risco, este procedimento representou 51% (7.214). Hoje são disponibilizados 2.587 leitos de obstetrícia e, destes, 1.216 deveriam estar distribuídos na I GERES e 111 na VIII GERES (conforme portaria). No entanto, apenas 893 e 85 leitos, respectivamente, estão disponíveis, havendo um déficit em relação ao número de leitos preconizados pela Portaria GM nº 1.101, de 2002. A I GERES possui municípios com menos de 50% de cobertura em obstetrícia como: Igarassu, Ipojuca, Paulista e Jaboatão dos Guararapes, onde a situação é ainda mais grave, considerando a redução de 20 leitos do Hospital e Policlínica Jaboatão Prazeres (HPJP), que reduziu a cobertura para 31%. Neste contexto, está prevista a abertura de leitos de obstetrícia no HPJP, com um centro obstétrico totalmente novo, com três leitos de recuperação pós-anestésico, bem como a abertura de 10 leitos no Hospital Fernando Bezerra, em Ouricuri – IX GERES. Relacionado a situação da Cirurgia Pediátrica (CIPE) no Estado de Pernambuco, o Hospital da Restauração (HR) é o único serviço

que funciona em regime de plantão 24h na especialidade. O Hospital Barão de Lucena com equipe de cinco cirurgias pediátricas e o IMIP funcionando apenas para casos eletivos e com residentes em plantões insuficientes para a cobertura de todos os horários da semana.

Para a assistência de alta complexidade em cirurgia cardiovascular, foram considerados como critérios para a organização: população a ser atendida; necessidade, segundo a descentralização compatível com o PDR; acesso e fluxo de referência e contra-referência; capacidade técnica e operacional; série histórica das Unidades de Produção (UP). A rede de cirurgia cardiovascular, proposta e habilitada deveria atender toda a demanda prevista, entretanto a resolutividade nas UP não é eficiente nem eficaz, e entre as privadas conveniadas, 02 (duas) foram descredenciadas por solicitação e por não apresentarem produção no período determinado na Portaria SAS/MS 210 de 15.06.2004. Outro complicador para aumento da produção é a falta do sistema de regulação, como também da contra-referência não garantida pelas unidades regionais, nem pelos municípios de procedência dos pacientes, fazendo com que a taxa de permanência hospitalar aumente por falta de leitos de retaguarda. Para melhoria da assistência na Alta Complexidade (AC) de cirurgias cardiovasculares se faz necessária a retomada dos processos de habilitação, bem como estratégias de inovação na gestão e procedimentos médico-hospitalares, como para os processos internos e externos.

Referente a organização da rede de Alta Complexidade (AC) em traumatologia ortopedia, apesar de pactuada na CIB, a complexidade por conta das sub-especialidades, decorrentes dos segmentos de estrutura óssea, requer investimento nas unidades hospitalares públicas e que as unidades privadas com capacidade de atendimento em AC se proponham ao credenciamento pelo SUS.

Conta-se atualmente com aproximadamente 50% da capacidade necessária para a assistência, considerando os parâmetros da Portaria MS/SAS nº 212, de 15.06.2004. A SES tem procurado diminuir o déficit na oferta desses serviços, buscando contratos com UP Privadas de média complexidade, objetivando a transferência dos pacientes nos serviços de emergência. Outra estratégia buscada pela SES é o Projeto de incentivo aos Municípios para a organização da rede municipal com unidades de Pronto-atendimento com capacidade de realizar o atendimento de urgência de média complexidade e triagem para encaminhamento a Alta Complexidade. Novos credenciamentos estão sendo providenciados, com a retomada do processo de reestruturação da rede, como é o caso

da UP - Hospital Nossa Senhora do Perpétuo Socorro em Garanhuns, Agreste de Pernambuco.

A assistência de alta complexidade em oncologia necessita de investimentos para estruturar o processo assistencial, otimizando a capacidade instalada da rede. Nesse contexto, a SES está organizando e implementando a rede estadual de atenção oncológica de forma descentralizada e regionalizada contemplando as macros Caruaru e Petrolina, com ações de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos, objetivando garantir o acesso e tratamento adequado através de fluxo hierarquizado e regulado as Unidades de referência em Oncologia.

Atualmente, o Estado conta com 15 Hospitais psiquiátricos, sendo 3 públicos e 12 privados conveniados com o SUS, totalizando 2.911 leitos. Algumas dessas unidades encontram-se em situação precária, tanto em relação a estrutura e equipamentos, quanto a assistência. Em 2007, durante a aplicação do Programa Nacional de Avaliação da Assistência Hospitalar-PNASH do Ministério da Saúde foi constatado grande precariedade na assistência aos pacientes internos. Essa avaliação desencadeou o processo de fechamento do Hospital Psiquiátrico de Paulista - HPP, numa ação conjunta entre o Ministério Público, Secretária de Saúde de Paulista e Secretária Estadual de Saúde.

Estima-se que cerca de 50% dos leitos psiquiátricos sejam ocupados por pessoas em situação de longa permanência (com perdas de vínculos familiares e comunitários). Esses leitos concentram-se na região metropolitana, na sua grande maioria, nos municípios de Recife e Camaragibe. No caso de Camaragibe, o Hospital Jose Alberto Maia constitui-se como um dos maiores hospitais do Brasil com 659 pessoas internadas, com tempo de permanência entre 10 e 40 anos. Ao longo do tempo, a situação vem sendo agravada pela precária assistência prestada, o que tem resultado numa média alta de óbitos. Foi iniciado no dia 17 de novembro de 2009 o projeto de desinstitucionalização do Alberto Maia.

A rede de serviços substitutivos cresceu nos últimos anos, mas ainda é insuficiente para atender a população. São 27 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) para transtornos mentais e 2 CAPS infantis cadastrados no Estado. Além de serem insuficientes cerca de 60% deles concentram-se na região metropolitana do Recife. Os serviços especializados para atender a população que faz uso abusivo e indevido de álcool e outras drogas também são insuficientes, principalmente para a população adolescente. Atualmente existem 54 leitos de desintoxicação em Hospital Geral, 7

CAPS-ad (Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas) cadastrados no Estado, destes, 6 estão em Recife e 1 em Petrolina, e mais 4 CAPS-ad em processo de cadastramento, nos municípios de Olinda, Paulista, Cabo de Santo Agostinho e Camaragibe. O Estado conta ainda com 15 Residências Terapêuticas (11 em Recife e 4 em Camaragibe) e 67 usuários habilitados no Programa de Volta Para Casa. Estas estratégias precisam ser urgentemente ampliadas, em função do grande número de pessoas institucionalizadas nos hospitais de longa permanência e em leitos destinados a pacientes agudos em outras unidades hospitalares.

A magnitude do problema da saúde mental no Estado exige uma rede de cuidados densa, diversificada e efetiva. A potencialização da rede básica ou atenção primária de saúde para a abordagem das situações de saúde mental é imprescindível para oferecer respostas efetivas na melhoria da acessibilidade.

O Estado tem 48% de seus municípios com menos de 20.000 habitantes, e a maioria deles oferece apenas o atendimento ambulatorial com ênfase na medicalização dos problemas. Vale ressaltar que a qualificação dos profissionais que atuam na rede de serviços de saúde mental do Estado é um desafio, pois, de uma maneira geral, são pouco preparados para a abordagem da população com sofrimento psíquico, principalmente, da que faz uso abusivo e indevido de álcool e outras drogas.

A falta de sensibilização por parte da sociedade em geral e dos profissionais de saúde ainda permanece um obstáculo ao aumento das doações de órgãos e tecidos, bem como a alta rotatividade dos membros das Comissões Intra-hospitalares de Transplante (CIHDOTT), uma vez que esta estratégia é, de fato, uma importante alternativa para atingir o aumento das doações. Observando as estatísticas, os cinco hospitais que mais captam córneas em Pernambuco são: Hospital da Restauração (HR), Hospital Universitário Oswaldo Cruz (HUOC), Hospital Regional do Agreste (HRA), Instituto de Olhos do Vale São Francisco (IOVSF) e Instituto Materno Infantil (IMIP).

1.5.4 Urgência e Emergência

Diante da situação encontrada na SES, em 2007, quanto a problemática da superlotação das emergências, situação esta que se arrasta há anos, associada a baixa produção nas unidades de média complexidade e a baixa resolutividade da atenção básica, entende-se ser necessária a abordagem de várias vertentes: estrutura física, equipamentos, profissionais capacitados nos hospitais, infra-estrutura nos municípios, implantação do processo de trabalho (referência e contra-referência), financiamento,

gestão de leitos, abertura de novos serviços, elaboração e instituição de protocolos e desenvolvimento de mecanismos que garantam a cooperação e integração dos diversos setores da Secretaria Estadual de Saúde.

Ainda em 2007, objetivando a reorganização do Sistema de Saúde em Pernambuco, a SES integrou a Política Nacional de Urgência e Emergência e o Programa de fortalecimento da resolutividade nos municípios, através de incentivo financeiro, de acordo com as diretrizes da Política para média complexidade, sendo priorizados os municípios que mais demandam para as emergências.

Os Serviços de Atendimento Móvel de Urgências (SAMU) e suas Centrais de Regulação Médica de Urgência são passos estratégicos de grande importância na implementação da atenção integral às urgências, considerando seu incontestável potencial como observatório do sistema e da saúde da população. Habilitado em dezessete municípios, o SAMU/PE conta com uma frota de 57 viaturas, sendo 43 de suporte básico – USB e 14 de suporte avançado – USA, atendendo a uma população de aproximadamente 5.054.081 habitantes. Conta ainda, com três Centrais de Regulação montadas, sendo uma na Macro Regional Recife, outra na Macro Regional Caruaru e a última na Macro Petrolina (GGAS/SES; 2008).

Quanto as Unidades de Pronto Atendimento (UPA), a Portaria MS no 2.048, de 05 de novembro de 2002, preconiza que elas devem possuir pediatras e clínicos gerais, leitos de observação, absorver a demanda comprovada por dados locorregionais de outras especialidades, conforme necessidade (traumatologia, cirurgia e odontologia), bem como fornecer suporte mínimo de estabilização antes da transferência para centros de maior complexidade. Também devem garantir serviços de Radiologia e Laboratório 24h, contar com unidade para transporte de pacientes (Tipo A) e, por fim, garantir acessibilidade e rede de referência para os pacientes. A Secretaria Estadual de Saúde (SES) implantara 29 UPA's, que serão distribuídas em todo o Estado, absorvendo a demanda e, conseqüentemente, reduzindo a procura nas grandes emergências, segundo os critérios estabelecidos na citada portaria.

Com relação a Unidade de Terapia Intensiva (UTI), a média de leitos no Brasil está em torno de 2,64% do total de leitos SUS cadastrados, variando de 5,54% no Rio Grande do Sul e 0,22% em Rondônia (SIH/SUS,1999 e MS/SAS/DECAS/CGCAH,2000). No entanto, a SES de Pernambuco dispõe de apenas 2.20%, ou seja, abaixo da média nacional, com apenas 411 leitos públicos de terapia intensiva. Além de leitos de retaguarda em terapia intensiva, é prioridade adquirir 07

(sete) Viaturas de Suporte Avançado (UTI Móvel) para todos os hospitais públicos, com leitos de UTI. Vale salientar que o número de unidades móveis de suporte básico (USB), encontra-se em sua maioria inservíveis, pelo alto índice de uso e sem a manutenção preventiva adequada. Existe necessidade de UTI Móvel para as transferências interhospitalares e para realização de exames em pacientes fora da unidade de origem. Atualmente o SAMU, quando possível, atende essas solicitações.

Propõe-se ainda, a reordenação e implementação da rede de urgência e emergência em psiquiatria, uma vez que a estrutura física no Hospital Otávio de Freitas encontra-se improvisada e, em conjunto com o Hospital Ulisses Pernambucano, são as únicas emergências do Estado em psiquiatria.

Pertinente a rede assistencial de alta complexidade para o paciente com disfunção renal aguda, a SES possui, no Hospital Barão de Lucena, uma Unidade de Nefrologia que assume os papéis de regulação dos pacientes renais crônicos, através do encaminhamento desses as diversas clínicas de Terapia Renal Substitutiva ou através do atendimento em sua unidade de hemodiálise. Isso acontece pela constante falta de vagas nas referidas clínicas, de unidade de hemodiálise, com atendimento de mais de 100 pacientes dos vários municípios do Estado em seu cadastro, além dos pareceres e demandas internas junto as unidades de terapia intensiva e enfermarias do próprio hospital.

1.5.5 Assistência Farmacêutica

A Assistência Farmacêutica na Atenção Básica a Saúde é desenvolvida nos 185 municípios, com competência de viabilizar o acesso racional da população aos medicamentos essenciais adquiridos com recursos definidos no programa de Incentivo da Assistência Farmacêutica Básica (IAFAB) e os repassados pelo gestor estadual e federal. No IAFAB, a contrapartida do gestor estadual e municipal representa R\$ 1,50 por habitante/ano e o gestor federal representa R\$ 4,10, totalizando R\$ 7,10 por habitante ano. A contrapartida do Estado é fornecida em medicamentos do LAFEPE, conforme pactuação na CIB/PE ao valor do IAFAB. O gestor estadual e municipal deve investir mais R\$ 0,30 por habitante/ano para aquisição de insumos para controle do diabetes.

O desenvolvimento e implementação do programa Medicamentos para Todos, que tem por objetivo ampliar o acesso seguro e racional aos medicamentos essenciais,

contempla a estruturação da rede estadual de assistência farmacêutica com unidades de abastecimento e dispensação estruturadas e geridas por profissionais habilitados para prestar serviço de qualidade e humanizado.

Nos hospitais públicos, realiza-se assistência hospitalar e ambulatorial em ações de baixa, média e alta complexidade. A assistência hospitalar é financiada com os recursos financeiros de cada hospital. As Farmácias Hospitalares apresentam deficiências nas condições de armazenamento, dispensação e controles, necessitando de melhor estruturação em todas as etapas de trabalho.

A Assistência Farmacêutica na Média Complexidade é outro entrave para acesso da população. Por não haver definição quanto ao financiamento, as aquisições têm sido realizadas a partir das demandas judiciais e/ou iniciativas dos gestores estadual e municipal.

A Alta Complexidade, no Componente de Medicamentos de Dispensação Excepcional, é caracterizada pela alta demanda reprimida estimada em 100%, resultado da estrutura centralizada e dificuldades operacionais. Trata-se de um segmento que envolve altas quantias de recursos e atrai a atenção especial dos fabricantes, usuários, sociedade organizada, gestores, judiciário, entre outros. A normalização do abastecimento e ampliação do acesso aos medicamentos excepcionais passa por revisão do modelo de gestão administrativa e financeira dos recursos em busca da otimização dos processos de aquisição, distribuição, dispensação, produção (elaboração e faturamento), bem como pela estruturação e ampliação com descentralização, da rede de Centros de Referência Especializados e das Farmácias de Pernambuco e Serviço de Atendimento Domiciliar, aparelhadas e capacitadas para operacionalização do componente.

1.5.6 Assistência Laboratorial

Integrante da Rede Nacional de Laboratórios de Saúde Pública, o Laboratório Central de Saúde Pública "Dr. Milton Bezerra Sobral" (LACEN/PE) é classificado pelo Ministério da Saúde como Laboratório de Nível E, em razão do estágio de implementação do Sistema da Qualidade, seu nível de complexidade e capacidade técnica e operacional instalada, (Portarias /MS nº 2.606 de 28 de dezembro de 2005 e nº 1.419 de 10 de julho de 2008), as quais classificam os laboratórios centrais de Saúde Pública e instituem seu fator de incentivo.

Referente aos procedimentos realizados pelo LACEN, no período de 2005 a 2007 no âmbito estadual, foi verificado um aumento de 13,33% ou seja, de 594.031 para 793.404 procedimentos, respectivamente.

O Laboratório Farmacêutico de Pernambuco Governador Miguel Arraes (LAFEPE) é o segundo maior laboratório público do Brasil e foi criado em 1966 para produzir medicamentos a baixo custo para as populações de menor poder aquisitivo. Investe no seu programa pioneiro de Farmácias Populares, instaladas em áreas de comércio popular nas diversas regiões do Estado, servindo inclusive de modelo para o Governo Federal. Nossas unidades dispõem de 185 medicamentos. Destes, 150 são genéricos, os quais são adquiridos através de trâmites legais. Atualmente, encontra-se em estágio bastante avançado o desenvolvimento do Efavirenz, produto que faz parte do programa DST/AIDS.

1.6 Vigilância em Saúde

As mudanças mundiais nos padrões da produção e circulação de capital e pessoas foram concomitantes com as alterações ambientais e nos padrões de comportamento humano e das doenças, observados nas últimas décadas. No Brasil, essa realidade convive com o crescimento da população num cenário de desigualdade social que nem sempre obedece a um padrão urbano planejado para promover condições adequadas de saúde. Surge assim, um quadro de morbidade marcado pelas doenças já conhecidas e por novas doenças, ao lado de doenças reemergentes, que persistem na população ou se revelam por meio de surtos e epidemias, exigindo o aprimoramento contínuo da vigilância em saúde.

A raiva por sua importância epidemiológica e por ser 100% letal, vem sendo controlada pelas coberturas vacinais nos animais. No Estado, nos anos de 2005, 2006 e 2007 atingiram 88,7%, 86,7% e 93%, respectivamente. Ainda tem sido registrada a ocorrência de casos positivos caninos, sendo 16 em 2005, 15 em 2006 e 16 em 2007.

A leishmaniose continua sendo um grande problema de Saúde Pública, principalmente no Agreste e no Sertão. Destaca-se o município de Salgueiro com maior ocorrência de casos. No ano de 2004 foram notificados 733 casos de Leishmaniose tegumentar e 85 casos de Leishmaniose visceral, com uma letalidade de 9%.

Em relação a esquistossomose e importante a análise do baixo percentual, ao longo dos anos, de pacientes positivos que realizaram tratamento, variando de 83,76%

em 2004 a 63% em 2006, o que reflete no risco de cronificação e agravamento destes casos, havendo a necessidade de intensificação das ações do programa nos municípios, dando prioridade aquelas localidades vulneráveis, garantindo maior cobertura e tratamentos dos casos (SIS-PCE/SES).

Quanto a hanseníase, na ação de vigilância de contatos intra domiciliares, observa-se que os profissionais responsáveis pelo diagnóstico e tratamento necessitam investigar melhor os familiares que convivem no domicílio dos portadores da doença, para realização do exame de pele e nervos, a fim de descobrir novos casos e quebrar a cadeia de transmissão dessa enfermidade.

Acerca da cobertura do programa no nível municipal, conforme últimos dados fornecidos pelas Secretarias Municipais de Saúde, em 2007, 87,5% dos municípios possuem ações de controle da hanseníase implantadas, o que corresponde a 162 municípios desenvolvendo atividades de controle da doença. A meta é de 100% de cobertura no nível municipal.

Hoje, o programa de Hepatites no Estado possui 10 serviços de referências sendo oito (08) na Região Metropolitana, 01 do Agreste – no município de Caruaru e 01 no Sertão – no município de Petrolina.

Quanto a AIDS, Pernambuco tem hoje 20 Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA), onde é feita a prevenção e o diagnóstico do HIV através de aconselhamento, distribuição de material informativo, preservativo, gel e realização de exames de HIV nos municípios de: Recife, Camaragibe, Olinda, Jaboatão, Cabo, Paulista, Igarassu (RD 12), Caruaru (RD 08), Garanhuns (RD 07), Petrolina (RD 02), Palmares e Vitória de Santo Antão (RD 10), Salgueiro (RD 04), Arcoverde (RD 06), Ouricuri (RD 03), Goiana e Itambé (RD 11), Serra Talhada e Afogados da Ingazeira (RD 05), Limoeiro (RD 09); e 14 Serviços de Assistência Especializada – SAE, que são serviços de referência para atendimento aos pacientes portadores de HIV/AIDS sendo 09 localizados em Recife e os demais nos municípios de Jaboatão, Olinda (RD 12), Caruaru (RD 08), Salgueiro (RD 04) e Petrolina (RD 02).

As atividades do Programa de Controle da Doença de Chagas (PCDCh) nos anos de 2003 a 2005 foram desenvolvidas de acordo com as prioridades de cada Regional, negociadas na Pactuação de Ações Prioritárias. Em 2006, os municípios que tinham informações atualizadas e informações da época em que o Programa foi implantado, foram estratificados de acordo com características epidemiológicas e ambientais, sendo

35 municípios considerados de alto risco, 94 de médio e 39 de baixo, totalizando 168 municípios estratificados.

O Estado de Pernambuco vem registrando nos últimos anos um crescimento de casos de dengue, e a introdução do vírus da dengue DEN-3 nos municípios onde já ocorreram epidemias por outros vírus (DEN-1 e/ ou DEN-2), aumentando o risco de ocorrência das formas clínicas mais graves da doença, Febre Hemorrágica da Dengue (FHD), e óbitos.

O Estado apresenta coberturas vacinais de rotina compatíveis com as metas estabelecidas pelo Ministério da Saúde, sem haver, entretanto, homogeneidade das coberturas vacinais em 70% dos municípios nas vacinas BCG e Hepatite B. A situação epidemiológica do Sarampo e da Rubéola requer medidas efetivas de controle. Em 2007, o Estado registrou 49 casos confirmados de rubéola e nenhum caso confirmado de sarampo. Com o registro, em 2006, de um caso de Tétano Neonatal no Estado, medidas de controle tem sido adotadas pelo PNI, como a vacinação de dT(difteria e tétano) nas mulheres em idade fértil (MIF). Estão previstas ainda as ações do Plano de Intensificação da Vacinação Contra o Tétano Neonatal, integrado com as diversas áreas de atenção do Projeto Mãe Coruja. Considerando a rotatividade de pessoal que atua em sala de vacina, carência de e acompanhamento das coberturas vacinais, faz-se necessário implementar o processo sistemático de capacitação de pessoal e de supervisão.

A avaliação laboratorial da água para consumo humano tem um papel fundamental no processo de controle da sua qualidade, em vista do elevado número e da grande diversidade de microorganismos patogênicos que podem estar presentes. As doenças de veiculação hídrica e alimentar ainda se constituem problema de Saúde Pública no Estado, onde em 2007, foram notificados 200.360 casos doenças diarreicas agudas, dos quais 45,6% em idade de 10 ou mais anos e 28,9% em menores de cinco anos. As condições ambientais influenciam diretamente na saúde da população e nas necessidades estruturais dos serviços de saúde para o tratamento de doenças. A falta de saneamento básico, a infra-estrutura das cidades, o desmatamento, a ocupação desordenada do solo, além da qualidade da água, ar e solo são aspectos ambientais que necessitam ser monitorados para a detecção de fatores determinantes de morbidade.

A hemorrede estadual é composta pelo Hemocentro Recife e mais 5 Hemocentros no interior (Caruaru, Garanhuns, Serra Talhada, Palmares e Petrolina),

alem de 4 Nucleos de Hemoterapia nos municípios de Arcoverde, Salgueiro, Ouricuri e Limoeiro. Temos ainda 5 agencias Transfusionais e 15 Comitês Transfusionais no Estado.

Para a obtenção de seus produtos e execução de seus serviços, a Fundação HEMOPE dispõe de profissionais altamente qualificados, que constituem uma equipe multidisciplinar integrada por médicos, enfermeiros, farmacêuticos, odontólogos, assistentes sociais, relações públicas, terapeutas ocupacionais, fisioterapeutas, psicólogos, biomédicos, biólogos, técnicos de laboratórios e pessoal administrativo.

Em relação a infra-estrutura, é necessário reformar algumas unidades hemoterápicas do interior e melhorar a área de tecnologia da informação em toda Hemorrede. Com a chegada da HEMOBRAS em Pernambuco caberá ao HEMOPE rever a abrangência de seus objetivos e a potencialidade e experiência acumuladas de sua organização, de modo a graduá-los para o ritmo de crescimento ou de intensidade de atuação, coerente com os fluxos financeiros que acompanhem as ações transferidas. O HEMOPE pertence a Hemorrede Oficial Nacional sendo detentor da única experiência brasileira, quer na iniciativa pública, quer na iniciativa privada, no controle e fabricação de hemoderivados no país.

1.7 Gestão em Saúde

A análise da gestão em saúde deve compreender: planejamento, descentralização/regionalização, financiamento, participação social, gestão do trabalho em saúde, educação em saúde, informação em saúde e infra-estrutura.

Enquanto coordenador do processo de implantação, implementação e qualificação do PlanejaSUS, o Estado se propõe a apoiar os gestores no desafio de avançar na capilaridade do Sistema, por meio de instrumentos de trabalho que colabore na tomada de decisão e na condução de processo de implementação das políticas, planos, programas e ações de saúde sob sua responsabilidade.

O Estado de Pernambuco atualmente apresenta três Macrorregionais de Saúde (Recife, Caruaru e Petrolina), 11 Microrregionais de Saúde (Regiões de saúde que correspondem as Geres) e 56 Módulos Assistenciais, desenhado nos moldes das NOAS 01/02. Existem dificuldades quanto a definição de responsabilidades de cada uma dessas instancias de assistência, uma vez que sua organização e dinâmica e muda com o passar do tempo -

como, por exemplo, oferta de novos serviços e descredenciamento de outros - gerando novas conformações de rede e necessidade de periódicos redimensionamentos do seu desenho. Por outro lado, as Comissões Intergestores Bipartite Regionais (CIBs Regionais) apresentam fragilidades em relação a participação de todos os envolvidos nos processos deliberativos da Regionalização.

A Programação Pactuada Integrada (PPI) esta implantada em todos os municípios do Estado nos moldes estabelecidos pela NOAS 01/02. Como decorrência da precária interação entre a PPI e os demais instrumentos de planejamento e pela reconhecida incipiência dos processos de planejamento nas três esferas de gestão, a programação da assistência tem sido exercida de forma isolada, restringindo suas potencialidades e reduzindo-a, muitas vezes, a sua dimensão apenas financeira. A articulação entre as demandas decorrentes da programação da atenção básica e as programações da média e alta complexidade inexistem, bem como com a programação da Vigilância em Saúde. O processo de programação é pouco integrado com as redes regionalizadas e hierarquizadas de serviços e com o processo de regulação do acesso, apresentando fragilidade de mecanismos que garantam a efetivação dos pactos firmados entre os gestores.

Considerando o disposto no Pacto pela Saúde e as Diretrizes para a Programação Pactuada e Integrada da Assistência a Saúde estabelecida através da Port. GM 1.097, de 22.05.2006, a SES/COSEMS vem realizando oficinas de trabalho junto as áreas técnicas da SES, visando a implantação de um novo modelo de programação com base em linhas de cuidados e demandas oriundas a partir da Atenção Básica.

O Pacto pela Saúde e o resultado do processo de negociação envolvendo os compromissos da operacionalização do SUS entre gestores das três esferas de governo, na perspectiva de superar problemas políticos, técnicos e administrativos. Estabelece compromissos e metas sanitárias a serem cumpridas, tanto no controle de doenças quanto na unidade mais qualificada para grupos da população que requerem atendimento diferenciado no sentido do compromisso com a equidade.

Nesse processo, o Estado de Pernambuco estabelece compromisso político envolvendo os municípios, a fim de consolidar as discussões compartilhadas entre gestores, trabalhadores e usuários do SUS. A Secretaria de Saúde Estadual anualmente acompanha o processo de Pactuação dos Indicadores de Monitoramento e Avaliação do Pacto pela Saúde do Estado e de todos os municípios, conforme indicadores definidos pelo Ministério da Saúde e outros estabelecidos pelo Estado.

Quanto a adesão ao Pacto pela Saúde o Estado apresenta-se incipiente na sua formulação. Pernambuco possui 10 municípios com processos de Pacto de Gestão homologados em 2007, 2008 e 2009. O Estado de Pernambuco assinou o seu pacto em 2008.

Um dos maiores problemas enfrentados pela SES, na área de Gestão do Trabalho, e a falta de pessoal na assistência, como também na atividade meio. Percebe-se um esvaziamento de determinadas áreas decorrentes de más distribuições, cessões, municipalizações, acarretando baixa qualidade na prestação de serviços a população. Nos últimos anos foram nomeados 4.372 candidatos aprovados no concurso de 2004. Em 2007 foram realizadas quatro seleções simplificadas com a contratação de mais 550 pessoas, mas o problema continua. Além da falta de pessoal, percebe-se que o atendimento prestado não é bem feito. Falta estrutura adequada de acolhimento ao usuário, além de capacitação.

Nas Gerências Regionais de Saúde (GERES) identificam-se problemas estruturais (materiais, equipamentos e profissionais insuficientes) e gerenciais (dificuldades na execução dos processos de trabalho) no SUS do Estado de Pernambuco, que necessitam ser ajustados para facilitar o processo de descentralização da assistência à saúde, pois o organograma da Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco ainda não contempla as diferentes complexidades e peculiaridades das sedes das GERES. A insuficiência qualitativa e quantitativa de pessoal, o deslocamento de técnicos do nível central para os municípios durante os processos de municipalização e a inexistência de uma política que estimule a fixação do profissional no interior do Estado limitou o desempenho do trabalho das GERES em áreas estratégicas dificultando na reorganização do modelo de atenção à saúde.

Uma das queixas frequentes dos servidores do SUS é a falta de políticas de desenvolvimento de pessoal, a falta de perspectiva de crescimento e de valorização das pessoas nas suas carreiras no SUS e a falta de condições de trabalho. Algumas ações tem sido feitas, mas insuficientes para atender as expectativas de modo a resultar em satisfação dos trabalhadores e usuários e na humanização do atendimento nas unidades de saúde.

Foram capacitados mais de 14.000 Agentes Comunitários de Saúde (ACS) no Estado. Tivemos mais de 4.000 participações em congressos, simpósios, seminários e outras capacitações; foi firmado convenio com a Secretaria de Educação e Cultura de Pernambuco (SEDUC) para a implantação de atividades de complementação de

escolaridade no ensino fundamental e médio, com cerca de 550 alunos por ano (últimos três anos), mas ainda não é suficiente, pois é necessário que seja feita de forma permanente.

Com relação a valorização de pessoas, o Plano de Cargos, Carreiras e Vencimentos (PCCV) foi elaborado e está sendo implantado dentro do previsto, mas precisa ser revisto e atualizado. A gratificação SUS (produtividade), que deveria premiar os que mais produzem, tem se mostrado

ineficaz enquanto ferramenta de estímulo, necessitando de reformulação nos seus critérios. É importante que outras ferramentas sejam criadas para melhorar a satisfação do servidor.

Com frequência, o gestor de saúde, em todas as esferas de governo, enfrenta grandes dificuldades com a baixa qualificação dos trabalhadores. Por sua vez, é óbvio que trabalhadores mais qualificados podem produzir melhor para o Sistema e tendem a ficar mais satisfeitos e comprometidos com o trabalho.

Com as novas atribuições assumidas pelas Secretarias Estaduais e Municipais, a partir da Constituição de 1988, torna-se fundamental que o trabalhador desenvolva competências e capacidades específicas para o desenvolvimento das propostas de intervenção e a resolução dos problemas de saúde que afligem o Estado. Por isso, a SES tem como desafio implantar a Política de Educação Permanente objetivando fortalecer a formação dos trabalhadores de saúde, propiciando a troca de experiências sobre gestão do trabalho e da educação; e incentivar a construção de conhecimento em educação na saúde, associando o saber às necessidades epidemiológicas da população.

A política de Estágio e Residência existente no Estado precisa responder com maior precisão às necessidades do SUS. A política existente foi definida em contexto diferente e já se encontra defasada da realidade atual. Faz-se necessário um diagnóstico da real necessidade de formação de profissionais em saúde no SUS do Estado para que a atuação da SES seja mais eficaz. É necessário também dar oportunidades aos estudantes de saúde de forma mais equânime nas diversas regiões do Estado, além de buscar maior integração nas diversas formações profissionais na rede do SUS.

A SES paga hoje 850 bolsas de residência e 4.500 estudantes passam anualmente na sua rede participando de estágios e aulas práticas. Foi firmado convênios de estágio com 45 escolas de saúde e também com entidades representantes de portadores de deficiência para dar oportunidade de aprendizado profissional a essas pessoas.

Os dados disponíveis nas bases dos sistemas de informação em saúde são coletados e analisados de forma heterogênea, não padronizada, desenvolvida por “ilhas de conhecimento” na SES e no Estado, necessitando ser democratizada para todas as instancias da saúde e as que lhe fazem interface. O papel da Gerência de Informação em Saude e condensar e tratar as informações de todas as áreas de forma articulada e integrada de modo a viabilizar o acesso e democratização das informações.

A crescente demanda por atendimentos nas unidades de saude, a utilização permanente dessas unidades e as intempéries externas, provocam desgastes nas estruturas das edificações da rede assistencial do Estado, havendo assim, necessidade de constantes investimentos para a conservação, ampliação, construção e modernização dessa rede.

Atualmente a SES considera existir pontos críticos acerca das condições físicas de prédios como o edifício onde hoje funciona o LACEN-PE e o Serviço de Verificação de Óbito (SVO) no Agreste do Estado. No caso do LACEN ressalta-se a localização de suas instalações que divide espaço com outros setores da Secretaria de Saude, localizada em bairro central da cidade, com problemas de alta densidade populacional, trafego intenso, e no seu entorno áreas com funções comerciais, residenciais e de serviços públicos, que são incompatíveis e não recomendáveis com as necessidades de biossegurança de um laboratório, além desses fatores, existem as limitações construtivas no prédio atual, que não atendem as necessidades de modernização, que envolvem desde a criação e dimensionamento de fluxos, fundamentais as questões de segurança, até a definição de instalações compatíveis com a tecnologia atual. Em relação ao SVO, no município de Caruaru, destaca-se que o serviço funciona no espaço interno do Hospital Regional do Agreste, portanto, fora das normas vigentes. Em ambos os casos registra-se a necessidade de construção de novos prédios para o funcionamento dos serviços de forma adequada. O Estado tem sua rede de laboratórios composta por 06 grandes unidades e possui 02 SVO.

Apesar dos avanços em diversos setores da Secretaria de Saúde - SES na busca das inovações tecnológicas, em alguns hospitais de referencia estadual e principalmente de referencia regional, ainda há uma necessidade emergente de modernizar a gestão de tecnologia em saude.

Atualmente vimos alguns hospitais com déficit de equipamentos modernos e pessoal qualificado, dificultando os diagnósticos e a resolutividade de diversos casos clínicos, provocando uma superlotação dos hospitais estaduais localizados em Recife.

O modelo de atenção a saúde no Estado de Pernambuco vem sendo reorganizado através da conformação de redes assistenciais regionalizadas, na perspectiva de desenvolvimento de um parque hospitalar público regionalizado, hierárquico e cooperativo. Partindo dessa premissa, a Secretaria Estadual de Saúde está rediscutindo o perfil dos hospitais regionais e ao mesmo tempo propondo medidas que irão promover um melhor acesso aos serviços de saúde. A precarização dos hospitais regionais tem levado a uma sobrecarga dos serviços de urgência e emergência que compõem a rede na capital. As unidades hospitalares regionais apresentam atualmente a necessidade de novos equipamentos e recrutamento de pessoal a fim de não só melhorar a resolutividade e a qualidade da assistência prestada, mas também adequar seu perfil como um hospital de urgência e emergência daquela região. São 08 Hospitais Regionais que atendem a 127 municípios e 01 Unidade que atende a 32 municípios.

2. EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE 2008 – 2009

Em dezembro de 2008 foi apresentado e aprovado na CIB o Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde para 2008 (resolução CIB-PE nº 1.310 de 01 de dezembro de 2008). Nele, os recursos definidos pela Portaria GM/MS Nº. 2.813, de 20 de novembro de 2008, que define recursos financeiros do MS para a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde ficariam sob gestão estadual, sendo para Educação Profissional de nível técnico, no valor de 1.805.004,55 (hum milhão, oitocentos e cinco mil, quatro reais e cinquenta e cinco centavos), e para Educação Permanente em Saúde o valor de R\$ 1.263.503,18 (hum milhão, duzentos e sessenta e três mil, quinhentos e três reais e dezoito centavos).

As ações pensadas para utilização dos recursos aprovados em 2008 tiveram um foco muito particular na implantação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Entendia-se naquele momento que o atraso na constituição e funcionamento da CIES (comissões de Integração ensino-serviço), significava um distanciamento de um projeto político com vistas a mudança na concepção e nas práticas de educação dos trabalhadores do serviço. Outro aspecto importante considerado era o processo de Regionalização disparado no estado de Pernambuco, o pacto pela saúde e o fortalecimento dos colegiados de Gestão Regional, entendo ser estes fundamentais para a regionalização da Educação Permanente como conceito que incorpora o ensino e o aprendizado à vida cotidiana das organizações e às práticas sociais, no contexto real em que ocorrem.

Como estratégia inicial foi apresentada a Política em todos os Colegiados de Gestão das 11 Regionais de Saúde de Pernambuco. Observou-se que nessas reuniões vários temas eram apresentados e pactuações realizadas de forma que o tema Educação Permanente não foi entendido na sua essência e importância. Assim, foram realizados Seminários Regionais de 20h envolvendo os secretários municipais de saúde, técnicos e gestores da atenção primária, vigilância em saúde, Recursos Humanos/administrativo, representantes da secretarias municipais de educação e Instituições de ensino com cursos na área de saúde com sede nas Regionais. O objetivo foi apresentar a política, discutir o papel dos CGR's e CIES, e fazer um levantamento de necessidades de Educação Permanente com vistas a construção do Plano de Ação Regional para

Educação Permanente em Saúde. Os seminários foram realizados em 8 Regionais de Saúde, ficando 3 Regionais para o ano de 2010.

Por outro lado, as formações do nível técnico iniciadas ainda no final de 2008 tomaram proporções ainda maiores, com o aumento do número de turmas do Curso Técnico de Análise Clínicas, de forma regionalizada e a retomada do curso de complementação do Técnico de Enfermagem com turmas iniciadas em 2006.

Outra Estratégia Nacional abraçada pela Escola de Saúde Pública de Pernambuco foi o Pacto de Redução da Mortalidade Infantil para os estados do Nordeste e Amazônia Legal. Sendo assim, Pernambuco foi o primeiro a iniciar a turma do curso de Aperfeiçoamento Técnico em Assistência Materno-Infantil para técnicos de enfermagem que atuam em maternidades.

Hoje, a ESPPE possui 4 cursos em andamento:

- Curso Técnico de análise Clínicas, com 6 turmas , sendo 2 em Recife (IGERES), 2 em Palmares(III GERES) e 2 em Caruaru (IV GERES);

- Curso técnico de enfermagem – complementação, com 8 turmas, sendo 4 turmas em Arcoverde (VI GERES) e 4 turmas em Recife (I GERES);

- Curso de aperfeiçoamento para Cuidador do Idoso, com 1 turma em Recife (I GERES);

- Curso de Aperfeiçoamento técnico em assistência Materno-Infantil, com 1 turma em Recife (I GERES);

Para cada curso, é feita uma seleção simplificada para docentes, coordenadores, supervisores técnicos e monitores. Toda construção do curso é feita em conjunto nas capacitações pedagógicas (40h/a) realizadas antes do início das aulas e oficinas de avaliação ao final dos módulos, além de workshops e feiras de ciências com os alunos. A tabela a seguir apresenta um consolidado das ações.

CONSOLIDADO DAS AÇÕES REALIZADAS NO ÂMBITO DOS CURSOS EM EXECUÇÃO PELA ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DE PERNAMBUCO

Cursos	Seleções simplificadas				Quant. De Selecionados				Nível dos Docentes					Capacitações Pedagógicas		Oficinas Técnicas		Workshops	
	D	S	M	A	D	S	M	A	Doutores	Mestres	Espec.	Graduados	Formação	Eventos	Partic.	Eventos	Partic.	Eventos	Partic.
Curso Técnico em Análises Clínicas	3	1	8	7	82	6	27	192	4	13	20	45	Áreas afins	8	72	5	43	3	220
Curso Técnico em Enfermagem	2	2	2	-	48	8	68	200*	-	1	38	9	Enferm.	6	51	3	34	1	116
Cursos de Combate a Mortalidade Infantil	1	1	-	1	29	3	-	34	-	1	25	3	Enferm.	2	37	-	-	-	-
Cursos de Qualificação Cuidador do Idoso	1	1	-	1	18	-	-	39	-	4	9	5	Multi	1	25	1	25	-	-
TOTAIS	8	5	10	9	100	6	27	231	4	17	29	50		10	97	7	68	4	336

Legendas: D = Docentes; S = Supervisor; M = Monitores; A = Alunos; * = os alunos do CTE-complementação, já faziam parte das turmas iniciadas em 2006

3. PLANEJAMENTO 2009/2010

O Estado de Pernambuco passa por profundas transformações no processo de regionalização e fortalecimento dos atores locais, através da produção de estratégias locorregionais que visam favorecer a construção de mais autonomia e cooperação de cada uma de suas onze regionais e seus respectivos municípios, fortalecendo o processo decisório e de construção de políticas mais integradas a realidade local, promovendo maior qualidade e resolutividade das ações de saúde. Como parte fundamental deste cenário, está o processo de adesão do Estado e municípios ao pacto pela saúde, através da constituição e fortalecimento dos Colegiados de Gestão Regional na condução de debates e agendas em torno do desenvolvimento das ferramentas e compromissos atrelados ao Pacto pela vida, pacto em defesa do SUS e Pacto de Gestão. As agendas disparadas por este processo tem sido geradoras de amadurecimento e responsabilização dos sujeitos envolvidos com relação a defesa do SUS enquanto política pública, promovendo questionamentos e deliberações.

Tangente as ações que envolvem a adesão ao Pacto pela saúde, tendo como referência as novas diretrizes para a construção da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, instituídas pela portaria n 1996/07, está sendo promovida a constituição das Comissões Permanentes de Integração Ensino-serviço (CIES), optando-se pelo desenho de uma CIES para cada Colegiado de Gestão Regional. Hoje existem quatro CIES já instituídas, tendo mais quatro em vias de consolidação, cenário no qual se espera que até 2010 as 11 CIES já estejam em funcionamento. Nesta conjuntura, tanto de adesão ao pacto, quanto da construção de uma Política Estadual de Educação Permanente em Saúde, se faz necessário tanto o comprometimento de antigos atores (gestores, trabalhadores da saúde e usuários) como a adesão de novos sujeitos (instituições de Ensino, estudantes, preceptores e movimentos sociais) na perspectiva de trazer pluralidade ao processo, alargando horizontes e enriquecendo o processo democrático. O envolvimento e o fortalecimento de gestores, trabalhadores, movimentos sociais, sindicatos, instituições formadoras, estudantes, docentes e usuários enquanto atores a contribuir é decisivo para a politização e democratização deste processo.

Todos esses horizontes trazem consigo demandas pedagógicas junto aos atores, que promovam a construção de conhecimentos e modificação das práticas,

possibilitando um agir mais ético, solidário e comprometido com as transformações necessárias no SUS para efetivação de seus princípios e suas diretrizes.

Por isso, a SES tem como desafio implantar a Política de Educação Permanente objetivando fortalecer a formação dos trabalhadores de saúde, propiciando a troca de experiências sobre gestão do trabalho e da educação; e incentivar a construção de conhecimento em educação na saúde, associando o saber às necessidades epidemiológicas e sociais da população.

Além disso, foi homologado, no dia 27 de novembro de 2008, em reunião tripartite (União, Estados e municípios), em Brasília, o Termo de Compromisso de Gestão (TGC) de Pernambuco, assinado pelo Secretário Estadual de Saúde, João Lyra Neto, pelo ministro da Saúde e pelo presidente do Conselho dos Secretários Municipais de Saúde (Cosems-PE), Roberto Hamilton. O documento significa a adesão de Pernambuco ao Pacto pela Saúde, um conjunto de reformas institucionais do SUS que prevê maior qualidade do sistema e a divisão de responsabilidade na redução de índices negativos de mortalidade e prevalência de doenças. Com relação aos municípios apenas 10 fizeram adesão ao pacto, e dentre estes alguns ainda com muitas fragilidades de gestão. Isto, juntamente com processo de consolidação da CIES ainda em andamento, é o principal motivo para que o repasse do recurso ainda seja feito para o Fundo Estadual de Saúde. Entretanto, é compromisso do Estado de Pernambuco para o ano de 2010 a consolidação das CIES e a formulação dos Planos Regionais de Educação Permanente em Saúde (PAREPS) de forma a dar autonomia às Regionais de Saúde e os municípios nela envolvidos para executarem seus projetos, ficando sob responsabilidade do Estado apoiar, acompanhar e avaliar a realização e os resultados dos mesmos.

3.1 Eixos Estratégicos

3.1.1 LINHA DE CUIDADO

A compreensão de que a Educação em saúde é estratégica no campo de lutas para a construção de outro modelo de sociedade não é nova. No movimento de democratização da saúde nos anos 1980, essa pauta já era bastante discutida e levantada como bandeira de luta por vários intelectuais e movimentos sociais. A reforma sanitária trazia a tona o entendimento de que uma profunda reforma setorial, assim como a

renovação das organizações de saúde, não se faz sem uma política de educação para o setor.

Nessa direção, a educação permanente pode ser entendida como um processo no qual o cotidiano do trabalho ou da formação é tido como local de constante aprendizagem das pessoas e das organizações que, através da problematização do dia-dia, constroem novos saberes a partir dos problemas enfrentados na realidade e de seus conhecimentos e experiências prévias. A qualificação dos trabalhadores deve ter como eixo norteador essa concepção de educação permanente; é nessa lógica que se pensa a construção dos processos de qualificação das equipes, com o intuito de integrar diversas áreas do saber, visando contribuir com o desenvolvimento do princípio constitucional da integralidade no SUS.

Os processos educacionais aqui defendidos terão como propósitos construir saberes e práticas que possam fortalecer e qualificar o SUS. Para tanto, caracterizam-se como possibilidade de envolver gestores, trabalhadores de saúde, usuários e profissionais em formação em espaços de reflexão crítica e problematização, constituindo transformações do próprio sistema. Assim, o espaço do serviço se configura como espaço pedagógico, um cenário de aprendizado, gerador de sentidos, sentimentos, atos e fatos, valores.

Diante do exposto, o eixo Estratégico da Linha de Cuidado visa estruturar processos formativos que compreendam a organização de rede e a construção de linha do cuidado como o processo de organização da gestão e da atenção em saúde que toma como referência o conceito de cuidado. Ela busca efetivar organização da gestão setorial e das práticas assistenciais que responda por uma concepção de saúde não centrada somente no tratamento das doenças, mas na inclusão de pessoas em sistemas de produção do cuidado à saúde e de participação na afirmação da vida.

Prezar pela organização dos serviços de saúde de forma usuário-centrada, que garantida por uma equipe multiprofissional, de caráter interdisciplinar, orientada por atos de acolhimento, escuta, orientação, atendimento, encaminhamento e acompanhamento, elevando a resolutividade das práticas de cuidado, dos serviços e do sistema de saúde é um desafio para a consolidação do SUS.

A estruturação de redes de cuidados progressivas de saúde, alicerçadas através de linhas de cuidado se apresenta como um dispositivo estruturante para cuidar melhor das pessoas, otimizar a oferta de serviços e ampliar o acesso, garantindo qualidade e uma atenção integral. Com isso, faz-se fundamental agregar saberes e práticas aos

cuidados desenvolvidos nos diversos cenários de práticas do SUS, dentre eles a atenção primária a saúde, e os diversos níveis de complexidades tecnológicas a ela integradas.

A Estratégia Saúde da Família, e o Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) tem a família como núcleo principal de sua atuação, superando a prática clínica individual, própria das especialidades clínicas e cirúrgicas, e sendo capaz, por outro lado, de compreender a saúde como um objeto a ser trabalhado no âmbito coletivo, da comunidade onde atua, desenvolvendo ações de saúde coletiva e ações interinstitucionais, que contribuam para a construção de uma “comunidade saudável”. A família estaria assim na intersecção dessas duas visões, do individual e do coletivo, demandando ações próprias a cada uma dessas dimensões. O desenho do processo de cuidado que constitui a Estratégia Saúde da Família e o NASF assume os ciclos de vidas, como também as condições específicas de vulnerabilidade.

Contudo, a perspectiva de linha de cuidado exige como desafio ressignificar concepções e práticas para além da Saúde da Família, envolvendo também outros níveis de atenção e setores institucionais.

Sendo assim, os processos de qualificação na Educação Permanente serão estruturados a partir da Rede de Cuidado. O arranjo do processo formativo será desenvolvido em equipe e as certificações e carga-horária sofrerão as especificações de cada trabalhador, e de acordo com seus níveis de formação. Serão certificados como especialista trabalhadores de nível universitário, e aperfeiçoamento para os de nível médio e técnico.

Estruturar formação que dialogue com a problemática dos serviços, e que tenha como desafio produzir a rede de atenção primária à saúde articulada com toda a rede de serviços - em rede da atenção integral à saúde, é assumir um desafio institucional de assegurar a integralidade, articulando o individual com o coletivo, a promoção e a prevenção com o tratamento e a recuperação da saúde das populações, não descuidando da necessária atenção a qualquer cidadão em situação de urgência e construindo a extensão do cuidado pelas redes sociais que assegurem a autodeterminação dos usuários e não a sua dependência dos profissionais ou dos serviços.

Algumas linhas de cuidado vem sendo trabalhadas como prioridades no Pacto pela vida, e no SUS Pernambuco, tais como:

- Saúde da Criança;
- Saúde da Mulher;

- Saúde do Idoso;
- Saúde Bucal;
- Saúde Mental;
- Urgência e Emergência, dentre outras.

Realizar essa formação em rede é tentar estabelecer responsabilidades entre as esferas de governo, com mecanismos de cooperação técnica, financeira e operacional que apoiem Linhas de Cuidado inventivas e singulares (não a ação programática invariante).

Definir o dispositivo da Linha do Cuidado significa optar pelo redirecionamento do desenho organizacional centrado no cuidado e no usuário. Nesse momento iniciaremos o processo pela qualificação dos trabalhadores da perspectiva de que esse processo redirecionará a construção de práticas cuidadoras e de rede.

○ **Saúde Mental**

A efervescência do movimento de desintitucionalização no estado reacende os princípios da Reforma Psiquiátrica e nos convida a construir estratégias para consolidação da mesma.

A Reforma Psiquiátrica é entendida como processo social complexo, que envolve a mudança na assistência de acordo com os novos pressupostos técnicos e éticos e a incorporação cultural desses valores. A partir da educação permanente, é possível pensar que tal processo requer o desafio de olhar tanto para a implementação e estruturação de serviços substitutivos como para ressignificação da formação e das práticas profissionais, estratégicas para a construção da linha de cuidado em saúde mental.

A formação de recursos humanos já é apontada como um dos grandes nós na consolidação do SUS. Quando se trata da formação de apoiadores de saúde mental, é possível situar como mais um obstáculo a cultura manicomial ainda presente nas práticas e nas escolas de formação. Tal cultura vai de encontro aos referenciais de autonomia e direitos das pessoas que precisam de cuidado em saúde mental.

Ao mesmo tempo em que precisamos problematizar os mais variados processos de formação, é preciso reconhecer que há também uma rede a ser estruturada, seja pela

implementação de novos serviços, seja pela reorganização dos fluxos e conseqüente pactuação de responsabilidade. Nesse sentido, a Gerência de Saúde Mental do Estado anuncia a ampliação dessa rede, com a implementação de 30 residências terapêuticas, 07 CAPS III, 03 CAPS-ad e 03 CAPSi, além da reordenação dos fluxos, no caso dos equipamentos já existentes.

A partir desse movimento, a Diretoria de Educação Permanente em Saúde, a partir da inserção dos apoios institucionais da educação permanente, passa a se implicar nesse processo, de forma que conjuntamente passamos a propor algumas ações estratégicas.

Ênfases

- Educação Permanente em Saúde Mental: linha de cuidado e rede de atenção;
- Formação para apoiadores da saúde mental: especialização e aperfeiçoamento para trabalhadores da rede;
- Ciclo de oficinas – (Im)possibilidades de formação em Saúde Mental: as residências multiprofissionais como estratégia de integração ensino-serviço;
- Discutindo direitos: fóruns de discussão/formação com os familiares e usuários da rede de saúde mental;
- I Congresso Estadual de Saúde Mental

○ Saúde da Mulher

A política de Saúde da Mulher tem sido uma das pioneiras na construção de um rede de atenção integral. Apesar dos esforços de décadas essa construção ainda precisa agregar novas práticas e estratégicas diante do desafio de promover uma atenção mais humanizada e de qualidade.

A intervenção a esse gênero tem sido pensada para além da sua condição reprodutiva, embora se considere e busque construir uma rede de cuidados nesse sentido também. O processo de cuidado através de espaços educativos e da melhoria da clínica são condições necessárias para melhora a atenção à mulher.

O sistema de saúde tem sido convocado a pensar políticas integrais relacionadas às questões epidemiológicas e sanitárias, como também, as de relação social, como é o

caso da violência. Sendo assim a corroboração de trabalhadores que possam agregar na intervenção a mulher se torna fundamental para a construção dessa rede de cuidado e para a consolidação do Saúde da Família.

A Implantação das Linhas de Cuidado é uma proposta pensada a partir da necessidade de ofertar modos de desenvolver e qualificar o cuidado prestado às pessoas e populações e a gestão necessária para apoiar, desenvolver e acompanhar mudança das práticas na Atenção. Permite intervir sobre os problemas mais imediatos e, ao mesmo tempo, construir uma estratégia estruturante da organização do processo de trabalho.

As Linhas de Cuidado propõe modos de praticar, organizar e gerir o processo de trabalho e os serviços de saúde buscando garantir o cuidado integral do usuário, de modo responsável, coordenado e de acordo com suas necessidades, ao longo de todo o itinerário que esse usuário faz nos serviços de saúde.

Num primeiro momento, as equipes de saúde da família serão apoiadas pela gestão e envolvidas num processo de educação permanente que buscará compartilhar e desenvolver competências tanto para a produção do cuidado, quanto para a organização do mesmo e do serviço, passando pela própria competência de desenvolver processos pedagógicos na condição de educando e de educador.

As Equipes de Referência de Apoio Institucional, O MATRICIAMENTO, da sede da SES e das GERES oferecerão apoio e suporte necessários à equipe de gestão municipal e acompanharão o desenvolvimento da implantação do projeto. Assim, essa experiência de implantação, seja das equipes de cuidado seja das equipes de gestão, será aproveitada num cuidadoso processo de educação permanente para qualificar ambos os processos de trabalho e para produzir e socializar saberes e saber-fazer de modo que todos ampliem suas caixas de ferramentas.

Num segundo momento, essas equipes serão convidadas a estimular, envolver e apoiar outras equipes além de desenvolverem processos de educação permanente com as mesmas. Valorizadas e reconhecidas, serão equipes de referência para outras equipes, pela experiência produzida e pelo modo como as equipes trabalharão e conseguirão produzir com esse trabalho.

A Educação permanente, portanto será fundamental para esse processo de Implantação das Linhas de Cuidado. Os trabalhadores e gestores terão suas próprias situações de trabalho como problema e desafios a serem superados, produzindo reflexões e a busca por soluções aos problemas concretos durante o curso de especialização.

Assim, os cursos terão como opção pedagógica a problematização a partir de relatos da prática dos trabalhadores e gestores e casos problema apresentados nos módulos do curso. A reflexão promovida durante os cursos na perspectiva problematizadora partirá da compreensão da realidade dos trabalhadores e gestores em permanente transformação.

Ênfases

- Aperfeiçoamento em produção e organização do cuidado para Saúde da mulher: estratégia de formação de educandos e educadores;
- Especialização em Enfermagem obstétrica;
- Aperfeiçoamento para parteiras tradicionais;

3.1.2 GESTÃO

Qualificar a atenção e a gestão da saúde é um desafio central a ser enfrentado pelos SUS. A Constituição Federal e a Lei Orgânica da Saúde definem as atribuições e as competências dos entes federados. Contudo, apesar das definições legais e normativas e do rico processo de negociação e pactuação verificados no SUS, em muitos momentos tem-se registrado um baixo grau de responsabilização e qualificação por parte dos gestores, entre outras razões pela fragilidade dos processos de trabalho ocorridos em várias esferas de governo.

Com o processo crescente, contínuo e irreversível de descentralização das ações de saúde para o município, essa esfera de governo vem representando uma arena onde os conflitos do sistema e as necessidades dos usuários têm se mostrado cada vez mais potentes para o protagonismo no processo de produção do cuidado em saúde.

Ao passo que o nível estadual ainda requer um olhar especial para a mudança de seu objeto de gestão, aonde vem substituindo esforços para a execução de cuidados de saúde, para o papel de indução, fomento, qualificação, monitoramento e avaliação das políticas de saúde no território estadual.

Durante a construção do Pacto de Gestão 2006, formalizou-se um compromisso para o fortalecimento das responsabilidades sanitárias entre os níveis de governo, com a meta de se garantir atenção às necessidades de saúde da população, tendo por base as competências, os territórios, a organização dos serviços e a gestão do sistema.

Ênfases

- Gestão da Clínica;
- Gestão de Redes de Atenção à Saúde;
- Qualificação dos Colegiados de Gestão Regional para a atualização em Políticas do SUS e sua aplicação na rede de saúde de Pernambuco;
- Gestão do Trabalho;
- Qualificação em Gestão Estratégica e Práticas Inovadoras de Gestão no SUS;
- Monitoramento e Avaliação de Políticas e Programas de Saúde;
- Qualificação dos trabalhadores para o uso estratégico de informações em saúde;
- Gestão Administrativa e Financeira de Políticas e Programas de Saúde;

3.1.3 FORMAÇÃO E INTEGRAÇÃO ENSINO, SERVIÇO E PESQUISA

Nos últimos anos o termo educação permanente vêm sendo incorporado aos discursos no que tange as estratégias de mudanças dos serviços de saúde, considerando o alcance destas na formação dos trabalhadores para fortalecimento do SUS. O estado de Pernambuco em consonância com a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde – PNEPS (Portaria GM/MS Nº 1996) tem assumido o desafio de reorientar suas práticas sanitárias para um modelo baseado nas novas diretrizes e estratégias para a implementação desta, ao adequar-se ao Pacto pela Saúde e considerar a Regionalização uma estratégia de superação, fortalecimento e estímulo para a condução da PNEPS, em direcionar e instituir que a PNEPS perpassa pelos Colegiados de Gestão Regional com a participação das Comissões Permanentes de Integração Ensino Serviço – CIES, são instâncias intersetoriais e interinstitucionais permanentes que participam da formulação, condução e desenvolvimento da PNEPS.

Os centros de formação profissional em saúde, como a UFPE e UPE têm redesenhado seus projetos pedagógicos com o objetivo de formar trabalhadores e trabalhadoras em saúde comprometidos e capacitados, para a implementação destas mudanças, que são caminho fundamental para diminuirmos nossas desigualdades sociais e construirmos mecanismos de acesso integral de toda população aos serviços de saúde.

A integração da Rede de Cuidado em saúde com as instituições formadoras possui significado estruturante para o Sistema Único de Saúde, na medida em que podem contribuir de maneira efetiva para a formação de profissionais com um caráter ético-político coerente com o desenvolvimento da integralidade nas ações de saúde e nas linhas de cuidado.

Ademais, a aproximação da formação profissional com a realidade dos serviços dos SUS possibilita um aprendizado gerado a partir dos problemas e desafios próprios deste cotidiano. Ao centrar a aprendizagem num contato ativo e participativo neste cenário, será permitido ao estudante em formação compreender as reais contradições e os caminhos possíveis para o aperfeiçoamento e qualificação constante do SUS. Este processo ganha ainda outro sentido: o futuro profissional poderá vivenciar uma aprendizagem significativa, carregada de sentidos e concretude. Os conhecimentos socializados na sala de aula poderão ganhar vida, e se configurar em desafios e problemas reais a partir da inserção do estudante nos cenários de prática, com autonomia para participar da organização dos serviços, da gestão das políticas de saúde, do diálogo com os usuários e dos processos de cuidado nas várias linhas e programas. Esta estratégia exige outra metodologia de ensino, uma metodologia ativa, que desconstrói as abordagens tradicionais de ensino, centradas na teoria e desconectadas da realidade social do país, gerando pouco interesse e aversão por parte do educando quanto às disciplinas ofertadas.

Há de se considerar também os conhecimentos críticos e avaliações propositivas produzidas a partir da inserção das instituições formadoras nos cenários de prática. Os esforços acadêmicos de ensino, pesquisa e extensão poderão gerar saberes ou aperfeiçoar aqueles já existentes para o avanço e qualificação das ações do SUS na perspectiva da integralidade. Além disso, contribuirão para a intensificação da sistematização dos empreendimentos inovadores presentes na Rede de Cuidado do SUS, provocando as equipes para a consolidação de metodologias e estratégias para o aprimoramento das ações de saúde, na direção da atenção integral, da descentralização (cooperativa e solidária) e da participação da comunidade.

São diversas as realizações de pesquisa e extensão nos serviços de saúde do SUS. Neste contexto, o Plano de Educação Permanente em Saúde visa integrar as diversas ações acadêmicas existentes com as políticas, programas e propostas articuladas na Rede de Cuidado, num processo que aglutine os esforços e aprimore o desenvolvimento do SUS. Marcadamente, pretende-se contribuir com a significação das

várias ações para os serviços e equipes de saúde, carregando de intencionalidade transformadora as contribuições acadêmicas ao cotidiano do SUS. Com isso, pretende-se almejar a progressiva integração de esforços entre instituições formadoras, redes de cuidado e gestores de saúde.

A ESPPE ao consolidar a preceptoria como estratégia e investindo na formação destes, os quais facilitaram a formação de profissionais sensíveis e comprometidos com a PNPES, capazes de atuar nas comunidades de forma a garantir atendimento integral com resolutividade, criando vínculos e fortalecendo redes de cuidado locais, em articulação com outros níveis de atenção. Com esse intuito, a Escola de Saúde Pública, como instituição articuladora estadual visa contribuir no processo de implementação do SUS e fortalecimento da atenção á saúde, com o desafio de formar profissionais para a realidade dos serviços e comunidades. E para isso, a aproximação com os serviços e trabalhadores do SUS, enquanto parceiros é vital no processo de qualificação do ensino médico e multiprofissional de saúde. Desafio este que começa a ser enfrentado através da parceria firmada entre as secretarias de saúde de Pernambuco e instituições formadoras de graduação e pós-graduação com o objetivo de construir uma política conjunta de integração ensino-serviço.

O “abismo” entre os profissionais e os órgãos formadores põe em risco a qualificação do ensino. É necessário que as instituições formadoras e universidades sejam vistas pelos profissionais como um ente parceiro, e não só como campo de pesquisas, que se configura como campo de prática discente, geralmente de forma desarticulada e despactuada; em resposta a esta necessidade, a ESSPE propõe estágios de vivências no SUS para docentes e discentes.

Os casos isolados de unidades comprometidas com a formação para o SUS e que garantem grandes oportunidades de aprendizado para os residentes, deveram ser destacadas como experiências exitosas, na perspectiva de estimular e ampliar esta integração.

Para a residência médica é preciso o esforço de valorizar as equipes preceptoras (e não só o preceptor médico), fazendo com que o serviço formador se torne um agente vivo e significativo na dinâmica do ensino em serviço, sendo responsável não apenas para formação de profissionais, mas também um parceiro na qualificação da atenção a saúde do estado de Pernambuco.

A Gestão da Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco ao identificar a necessidade de apoiadores institucionais que atuassem junto à Escola de Saúde Pública

de Pernambuco com o processo de integração ensino serviço, propõe formar um grupo de profissionais, com experiência pedagógica, para atuar enquanto elo entre os órgãos formadores e o serviço, apoiando o debate em torno da qualificação do ensino. Assim, foram convidados vários profissionais de áreas e atuações profissionais diversas, mas com experiência com ensino e apoio institucional a fim de articular as agendas propostas pelo plano estadual de educação ensino e serviço.

Ênfases

- Formação de preceptoria de residências em saúde;
- Qualificação e Aperfeiçoamento em SUS e Educação Permanente em Saúde;
- Técnico em Prótese Dentária;
- Estágio de vivência na Realidade do SUS para docentes;
- Pesquisas sobre as necessidades de profissionais de saúde;
- Estágio de Vivência na Realidade do SUS para estudantes de graduação;
- Qualificação e Aperfeiçoamento nas CIES;
- Articulação das experiências de integração ensino-serviço.

3.1.4 FORMAÇÃO PROFISSIONAL

Os profissionais de nível médio, hoje representam mais de 60% dos trabalhadores da saúde. Existe uma queixa regular sobre a insuficiência da formação dos profissionais do Sistema Único de Saúde. Conforme legislação vigente compete às três esferas de governo formular políticas públicas no campo da Gestão da Educação na Saúde, e dentro desse contexto a Escola de Saúde Pública do Estado de Pernambuco, vem trabalhando a formação, qualificação e aperfeiçoamento dos profissionais de nível médio, objetivando a modernização das práticas no serviço, a organização da rede e melhoria de atendimento ao usuário.

No ano de 2009, tiveram início 08 turmas do curso técnico de Enfermagem na IV e I GERES, com aproximadamente 190 alunos, 06 turmas do Curso técnico de Análises Clínicas, com 163 profissionais, distribuídos na I, III e IV GERES, ainda 01 turma do curso para os profissionais que atuam nas maternidades do Recife, em

obediência ao pacto de redução de mortalidade infantil e 01 Turma de qualificação do Cuidado do Idoso.

É importante destacar que os cursos técnicos para as áreas de enfermagem, hematologia, vigilância em Saúde, citotécnico, entre outros foram pactuados nos Planos de Educação Estadual anteriores (2007 e 2008). Aguardando a publicação da Portaria do PROFAPS, o Estado de Pernambuco contemplará neste programa o técnico de Saúde Bucal.

○ Técnico de Radiologia

Para 2010 pretende-se iniciar os cursos técnicos em radiologia, que seria o primeiro curso a ser realizado pela por essa escola, o Curso de Manutenção de equipamentos e o de prótese dentária. Conforme Plano anterior, a escola está em vias de iniciar o curso Citotécnico.

Em relação ao Curso técnico em radiologia, existe uma necessidade premente da formação destes profissionais, uma vez que a maioria que prestam este serviço, encontram-se em desvio de função sem ter uma formação adequada, e considerando que nos dias atuais existe uma carência no mercado de trabalho de técnicos formados para atuarem na área de Radiologia (Técnicas Radiológicas) e com isso, as atividades que seriam desempenhadas por estes, estão sendo realizadas por leigos ou por Médicos Radiologistas e Biomédicos, o que significa um desvio da função destes últimos. Por outro lado, tem-se que ponderar que serviços desenvolvidos por Profissionais Habilitados a Nível Técnico, serão de melhor qualidade, elevando-se assim, a qualidade no atendimento à comunidade e conseqüentemente um menor risco à população, pois se trata de uma profissão que exige do profissional muito cuidado e preocupação com a prevenção radiológica e com a precisão dos diagnósticos. Considera-se ainda o elevado números de casos de acidentes traumatológicos nas grandes emergências do estado, ocasionados por acidentes automobilísticos, mais evidenciado acidentes de motos.

○ Técnico em Manutenção de Equipamentos

Considerando a especificidade dos equipamentos médico-hospitalares e a rápida evolução tecnológica por que passa o setor de saúde, vem surgindo problemas ligados à instalação e manutenção de equipamentos. É grande o número de aparelhos médicos

fora de uso e precocemente sucateados, o que acarreta entraves à prática médica e grandes prejuízos ao setor, pelo alto custo dessas tecnologias.

A aplicação cada vez mais intensiva dos diversos recursos tecnológicos aplicáveis em procedimentos diagnósticos, terapêuticos e de reabilitação, vem determinando importantes modificações no perfil dos hospitais e da medicina nestes praticada, tornando-se bastante instrumentalizada.

O funcionamento destes equipamentos depende de uma infra-estrutura de manutenção bem equipada, com pessoal devidamente preparado. O principal entrave na manutenção de equipamentos médico-hospitalares é a falta de técnicos na área, tendo em vista que o preparo desse pessoal vem sendo feito precariamente, pelos fornecedores dos equipamentos nele utilizados.

Os hospitais estaduais têm identificado uma dificuldade em relação a consertos de equipamento, tendo em vista a falta de profissional qualificado para tal, esse problema tem ocasionado grandes transtornos no processo de trabalho, vez que, o usuário fica sem atendimento ou por outra, retarda resultados de exames de resolução de problemas. Nesse contexto, a Secretaria Estadual de Saúde, através da Escola de Saúde, vem propor a possibilidade de execução do curso Técnico de Manutenção de equipamento, para suprir a demanda de formação desses profissionais no seu quadro.

○ **Técnico em Prótese Dentária**

A Política Nacional de Saúde Bucal -“Brasil Sorridente”propõe, dentre outras ações, o atendimento clínico especializado - atendimento a pacientes especiais, endodontia, periodontia, diagnóstico de câncer bucal e prótese dentária. Para a confecção da parte laboratorial das próteses dentárias serão necessários Técnicos de Prótese Dentária (TPD) e de Auxiliares de Prótese Dentária (APD). Praticamente não existem TPD e APD no serviço público de saúde, o que indica a necessidade imediata de se pensar/discutir/pactuar a formação desses profissionais.

No Brasil, aproximadamente 85% da população adulta e quase 99 % dos idosos usam ou necessitam de algum tipo de prótese dentária. Destes, mais de 36% necessitam de pelo menos uma dentadura. Para assegurar a reabilitação oral, o Governo Lula assumiu o compromisso de ofertar próteses dentárias aos brasileiros, a exemplo do que já é feito com o fornecimento de óculos, aparelhos auditivos, órteses e próteses, dentre outros.

Entendendo que hoje a maioria dos serviços que necessitam de confecção de algum tipo de prótese dentária na rede básica utilizam serviços particulares e que, com a formação do profissional especializado, este poderia ser aproveitado no sistema através de laboratórios próprios da rede, facilitando a integração entre ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação que pensou-se na formação do técnico de prótese dentária.

Ênfases

- Técnico em Radiologia;
- Técnico em Manutenção de Equipamentos;
- Técnico em Prótese Dentária;

3.1.5 MOBILIZAÇÃO E CONTROLE SOCIAL

Nos seus quase 20 anos de história, a partir da Lei 8142/90, o controle social no SUS tem traçado um caminho de amadurecimento e fortalecimento na defesa de uma gestão pública participativa e democrática, zelando pela universalidade, integralidade e equidade enquanto princípios norteadores da organização dos serviços de saúde. Nessa trajetória, os conselhos de saúde, nos seus seguimentos federal, estadual e municipal, se constituem enquanto espaços protagonistas do controle social na saúde, no exercício permanente de inclusão de novos atores, amadurecimento político, partilhamento do poder decisório, luta pela transparência, diálogo, aprendizado e questionamento. No desenvolvimento de sua *práxis*, o controle social no SUS demanda constantemente necessidades de ensino-aprendizagem para fortalecer o seu papel enquanto instância fiscalizadora, formuladora e de deliberação das políticas de saúde.

No sentido de contribuir com o processo formação do controle social no SUS, a Educação Permanente pode ser uma ferramenta importante para uma ação efetiva no dia a dia dos conselheiros de saúde, atrelando o ensino-aprendizado ao mundo da vida dos sujeitos envolvidos, gerando a produção de novos significados e estratégias, e assim, construindo saberes e práticas no exercício do agir políticos dos atores. Referenciando-se na Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, instituída pelas Portarias n 198/2004 e 1996/2007, o controle social, ao lado do cuidado á saúde, gestão do sistema, e ensino, se constitui enquanto um dos pilares da educação permanente em saúde, atuando na promoção da democratização do SUS, na garantia do direito a saúde, fortalecendo o caráter político dos conselhos na luta pela qualificação das políticas setoriais e intersetoriais de saúde. Entende-se, aqui, enquanto educação permanente para

o controle social os processos pedagógicos que visam contribuir para o desenvolvimento da ação política dos sujeitos sociais no sentido do cumprimento de seu papel de luta pelo direito à saúde. Para isso, a educação permanente faz uso de metodologias que produzam um aprendizado significativo, através de processos pedagógicos formais e informais que valorizem as vivências e a *práxis* dos sujeitos.

Neste sentido, o presente plano apresenta enquanto um dos seus eixos de ação, o controle social, visando o desenvolvimento de ações pedagógicas que contribuam para o seu fortalecimento em Pernambuco, através da construção de uma política de educação permanente junto aos conselhos estaduais e municipais de saúde. O objetivo é qualificar o controle social no sentido de contribuir com a participação social na gestão do sistema em suas instancias estaduais e municipais, entendendo a saúde de maneira ampliada e enquanto direito da sociedade e dever do Estado. Nossa intenção é transformar a educação permanente num dispositivo capaz de disparar questionamentos, debates e construção de saberes e práticas no controle social, na direção do fortalecimento do processo de regionalização, qualificação da rede assistencial de saúde, da gestão e do trabalho no SUS, no desenvolvimento de parcerias com instituições de ensino e na qualificação das ações do Pacto pela saúde, norteados pelos princípios de universalidade, equidade e integralidade.

Ênfases

- Formação de atores do Controle Social do SUS para a Educação Permanente em Saúde;
- Construção das diretrizes da Política Estadual de Educação Permanente em Saúde para o Controle Social.

**4. MATRIZ DE ESTRATÉGIAS DO PLANO ESTADUAL DE EDUCAÇÃO
PERMANENTE EM SAÚDE DE PERNAMBUCO 2009-2010**

ESTRATÉGIA	EIXO TEMÁTICO	OBJETIVO	PÚBLICO-ALVO
Formação para apoiadores da saúde mental: especialização e aperfeiçoamento para trabalhadores da rede.	Linha do cuidado	Construção da linha de cuidado em saúde mental, a partir da Implementação e estruturação de serviços substitutivos e ressignificação da formação e das práticas profissionais.	Trabalhadores da Rede de saúde nível médio e nível superior
Discutindo direitos: fóruns de discussão /formação com os familiares e usuários da rede de saúde mental.	Linha do cuidado Mobilização e Controle Social	Identificar necessidades, sentimentos e saberes entre os usuários da Rede de Saúde Mental e seus familiares e “empoderamento” como dispositivo de autonomia do sujeito .	Usuários da Rede de saúde mental e seus familiares, profissionais e gestores.
Ciclo de oficinas – (Im)possibilidades de formação em Saúde Mental: as residências multiprofissionais como estratégia de integração ensino-serviço;	Linha do cuidado Formação e integração ensino, serviço e pesquisa	Promover um espaço de discussão e articulação da Política de Saúde Mental com o processo de formação, fortalecendo a integração ensino-serviço para Rede de Saúde Mental.	IES, serviços de saúde com Programas de residência, profissionais dos CAP's, SES-PE/Gerência de Saúde Mental
I Congresso Estadual de Saúde Mental	Linha do cuidado Formação e integração ensino, serviço e pesquisa.	Fomentar as discussões e estratégias de fortalecimento da Rede de Saúde Mental; apresentação de experiências exitosas, troca de saberes e construção de conhecimentos; e apoio a pesquisa.	-
Aperfeiçoamento em produção e organização do cuidado para Saúde da mulher: estratégia de formação de educandos e educadores	Linha do cuidado Gestão	Desenvolver o pensamento crítico-analítico no sentido de agregar novas práticas e estratégicas diante do desafio de promover uma atenção mais humanizada e de qualidade; ao mesmo tempo, construir uma estratégia estruturante da organização do processo de trabalho no cuidado a saúde da mulher.	Profissionais nível médio e nível superior da Rede de Saúde de Pernambuco, dos cantos mãe coruja, dos hospitais,
Especialização em Enfermagem obstétrica;	Linha do cuidado Formação e integração ensino, serviço e pesquisa	Capacitar enfermeiros para identificação dos riscos obstétricos e perinatal; realização do parto normal; Capacitar Enfermeiros com bases epidemiológicas, clínicas e humanísticas no contexto do SUS; e para analisarem e refletirem criticamente a prática profissional humanizada, através da pesquisa científica, buscando soluções para os problemas da área.	Enfermeiros
Aperfeiçoamento para parteiras tradicionais;	Linha do cuidado	Reduzir os riscos e seqüelas na gestante, recém-nascido e puérpera, como consequência do parto domiciliar; Valorizar e regatar o trabalho das Parteiras Tradicionais e favorecer o reconhecimento do seu trabalho na atenção do SUS agregando saberes da prática diária com conhecimentos técnicos.	Parteiras Tradicionais dos municípios
Curso de Especialização e aperfeiçoamento em linhas de cuidado	Linha do cuidado	As Linhas de Cuidado propõe modos de praticar, organizar e gerir o processo de trabalho e os serviços de saúde buscando garantir o cuidado integral do usuário, de modo responsável, coordenado e de	Profissionais de nível superior e médio nos três níveis de atenção.

		acordo com suas necessidades, ao longo de todo o itinerário que esse usuário faz nos serviços de saúde.	
Curso de especialização em Gestão da Clínica e Redes de Atenção à Saúde;	Linha do Cuidado Gestão	Apoiar a gestão da clínica nas redes de atenção à saúde, que concilia a natureza do trabalho clínico e a gestão de recursos para melhorar a atenção à saúde, possibilitando a criação e garantia de fluxos assistenciais dentro do sistema.	Profissionais de nível superior da gestão do SUS municipal, regional e estadual.
Curso de Atualização em Políticas de Saúde do SUS e sua aplicação na rede de saúde de Pernambuco;	Gestão	Desenvolver o conhecimento crítico em relação ao arcabouço legal do SUS e das Políticas de Saúde.	Profissionais e gestores que compõe os Colegiados de Gestão Regional e suas Câmaras Técnicas.
Curso de Aperfeiçoamento em Gestão do Trabalho;	Gestão	Qualificar e fortalecer saberes e práticas em relação à gestão do trabalho no SUS	Profissionais e gestores municipais e regionais com inserção na gestão do trabalho.
Curso de Atualização em Gestão Estratégica e Práticas Inovadoras de Gestão no SUS;	Gestão	Desenvolver programa de qualificação que possibilitem provocar mudanças no processo de trabalho na gestão do SUS.	Profissionais, diretores e gerentes municipais e regionais das áreas de atenção, regulação, vigilância, planejamento e gestão do trabalho.
Curso de Aperfeiçoamento em Monitoramento e Avaliação de Políticas e Programas de Saúde;	Gestão	Qualificar o processo de monitoramento e avaliação das políticas e programas de saúde no âmbito do SUS.	Profissionais, diretores e gerentes municipais e regionais das áreas de atenção, regulação, vigilância, planejamento e gestão do trabalho.
Curso de Atualização para o uso estratégico de informações em Saúde;	Gestão	Qualificar o processo de uso de informações estratégicas no planejamento, monitoramento e avaliação de políticas e programas de saúde.	Profissionais, diretores e gerentes municipais e regionais das áreas de atenção, regulação, vigilância, planejamento e gestão do trabalho.
Curso de Atualização em Gestão Administrativa e Financeira de Políticas e Programas de Saúde;	Gestão	Qualificar o processo da gestão administrativa e financeira do SUS.	Gestores e Pessoal administrativo das secretarias municipais e secretaria Estadual
Encontro estadual de vivências, práticas e experiências inovadoras na gestão do SUS.	Gestão Mobilização e Controle Social	Promover intercâmbio, divulgação e troca de saberes e vivências em práticas inovadoras na gestão do SUS em consonância com as produções das estratégias de Educação Permanente.	Usuários, profissionais e gestores do SUS estadual, regional e municipal.
Formação de preceptoría de residências em saúde	Formação e integração ensino, serviço e pesquisa.	Qualificar os preceptores da Rede sobre temas diversos da área de conhecimento, políticas do SUS, linhas pedagógicas, metodologia científica.	Preceptores dos serviços e do nível central da SES-PE
Qualificação e Aperfeiçoamento em SUS e Educação Permanente em Saúde;	Formação e integração ensino, serviço e pesquisa.	Entender as políticas do SUS e sua articulação com a Política de Educação Permanente	Profissionais e gestores de Nível Superior da SES-PE: nível Central, GERES e Hospitais e gestores e técnicos municipais
Estagio de Vivencia na Realidade do SUS para docentes;	Formação e integração ensino, serviço e pesquisa.	Gerar saberes ou aperfeiçoar aqueles já existentes para o avanço e qualificação das ações do SUS na perspectiva da integralidade; Contribuir para o entendimento do campo de prática como um lugar de formação .	Docentes de IES com convênio com a SES-PE
Estágio de Vivência na	Formação e	Contribuir de maneira efetiva para a	Estudantes de graduação de

Realidade do SUS para estudantes de graduação;	integração ensino, serviço e pesquisa.	formação de profissionais com um caráter ético-político coerente com o desenvolvimento da integralidade nas ações de saúde e nas linhas de cuidado.	IES com convênio com a SES-PE
Pesquisas sobre as necessidades de profissionais de saúde;	Formação e integração ensino, serviço e pesquisa.	Fazer um levantamento dos especialistas da área de saúde, para subsidiar investimento nos programas de residência em Saúde.	–
Qualificação e Aperfeiçoamento nas CIES;	Formação e integração ensino, serviço e pesquisa	Contribuir na qualificação das CIES, na elaboração de projetos, na articulação política e nas implicações da EPS como estratégia para mudança de prática e transformação da realidade.	Componentes das CIES e CGR's
Articulação das experiências de integração ensino-serviço	Formação e integração ensino, serviço e pesquisa	Permitir a articulação entre as várias políticas desenvolvidas a nível Nacional (Pró-saúde, PET Saúde, UnaSUS, Telessaúde, PEPS, Residência).	Gestão, serviço e IES
Curso de formação do técnico de radiologia	Educação profissional	Formar técnicos em Radiologia buscando uma mudança qualitativa na sua práxis e a construção de competências voltadas para melhoria da assistência prestada.	Profissionais nível Médio
Curso de formação do técnico em prótese dentária	Educação profissional	Formar técnicos em Prótese Dentária buscando uma mudança qualitativa na sua práxis e a construção de competências voltadas para melhoria da assistência prestada.	Profissionais nível Médio
Curso de técnico em manutenção de equipamentos	Educação Profissional	Formar técnicos em Manutenção de Equipamentos para melhorar a utilização e manutenção dos mesmos agregando a incorporação de novas tecnologias,	Profissionais nível Médio
Curso de atualização para o combate a Dengue	Educação Profissional	Instrumentalizar os trabalhadores nas atribuições técnicas e de planejamento para o combate a Dengue.	Profissionais nível Médio e nível superior
Curso de atualização para o combate a H1N1	Educação Profissional	Instrumentalizar os trabalhadores nas atribuições técnicas e de planejamento para o enfrentamento da gripe H1N1..	Profissionais nível Médio e nível superior
Curso de aperfeiçoamento para Formação de Conselheiros em educação Permanente em Saúde	Mobilização e Controle Social	Apreensão conceitual e política da Política Nacional de Educação Permanente.	Conselheiros estaduais e municipais de educação e saúde.
Seminário Estadual em Educação Permanente para o Controle Social	Mobilização e Controle Social	Discutir diretrizes de implantação e implementação da Política Estadual de Educação Permanente em Saúde para o Controle Social.	Usuários, profissionais e gestores estadual, regional e municipal, envolvidos com o controle social do SUS.

5. COMENTÁRIO FINAL

O conceito de Educação Permanente adjetiva as experiências de educação e formação de pessoas implicando sentidos de aprendizado crítico e reflexivo, portanto necessariamente articulados com o mundo do trabalho. Tal tensão e riqueza de realidades e horizontes incutidos no serviço de saúde, torna um grande desafio o ato de ensinar e aprender no trabalho; este processo só se concretiza com estratégias educativas que acompanhem o trabalho em saúde e sejam capazes de problematizar e refletir sobre esta prática, partindo de um olhar orgânico, das instituições e sujeitos envolvidos, suas demandas, limites e possibilidades.

Ao assumir tal estratégia, a Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco busca colocar a educação permanente em saúde como estratégia de gestão, com o objetivo de implementar projetos de mudança no processo de trabalho e na formação de seus profissionais, colocando o cotidiano e sua qualificação como aprendizagens constituídas a partir do trabalho vivo em ato.

Sendo assim, a recente integração dos processos de Educação Permanente em Saúde com a Regionalização, instituída no Pacto pela Saúde e configurada na Portaria 1.996/2007, revela cenários estratégicos para o desenvolvimento das intenções e objetivos aqui almejados. De modo especial, destaca-se regionalmente a premência na organização das CIES -Comissões de Integração Ensino Serviço, as quais, articuladas pelos e com os CGR -Colegiados de Gestão Regional, devem primar pelo diálogo, negociação e construção coletiva para o desenvolvimento das ações e interações de Educação Permanente como caminho dinamizador da gestão solidária e cooperativa do SUS a nível regional e estadual, cuja política de desenvolvimento da Educação Permanente em Saúde poderá ser feita a partir da síntese das várias especificidades e potencialidades regionais.

Este Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde foi construído a várias mãos, buscando a integração dos saberes num sentido de coletividade e respeito as necessidades postas nos Seminários Regionais de Implantação da Política de Educação Permanente em Saúde, as prioridades do governo de Pernambuco para área da saúde, as estratégias Nacionais e o pacto pela vida .

Os eixos estratégicos aqui trabalhados: linha de cuidado; gestão; Formação e integração Ensino, Serviço e Pesquisa; formação profissional; e mobilização e Controle

Social foram definidos após várias rodas de conversas. E, a partir destes eixos, foram apresentadas as ênfases como proposta para recomposição das práticas.

Algumas ações não destacadas neste Plano, e que são prioridade para o Estado, estão planejadas nos Planos de Educação Permanente submetidos em 2007 e 2008 como por exemplo: a formação do ACS, técnico de enfermagem, citotécnico, cursos propostos pelo pacto de redução da mortalidade infantil, especialização e formação técnica em vigilância em Saúde, cuidador do idoso, qualificação para gestores, entre outros. Além disso, existem as propostas de qualificação para os trabalhadores e usuários do sistema planejadas pelas áreas técnicas da SES-PE, algumas em consonância com este Plano, representando um avanço para a integralidade das práticas e melhor utilização dos recursos. Entretanto, este ainda é um desafio a ser vencido nas estruturas de governo federal, estadual e municipal.

O plano está construído! A ousadia aqui proposta por um grupo que milita no cenário de Pernambuco pela incorporação da Educação Permanente e das metodologias libertadoras no cotidiano dos serviços é o maior combate que vamos enfrentar, mas essa também é a maior força e ela representa o sentido de luta.

A secretaria Executiva de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde toma para si a responsabilidade de compartilhar estas ações aqui propostas e ser a indutora das discussões e aproximações com os diversos atores para implementação da Política.