

A RENOVAÇÃO DA SAÚDE PÚBLICA EM PERNAMBUCO

2007 . 2008 . 2009 . 2010 . 2011 . 2012 . 2013 . 2014

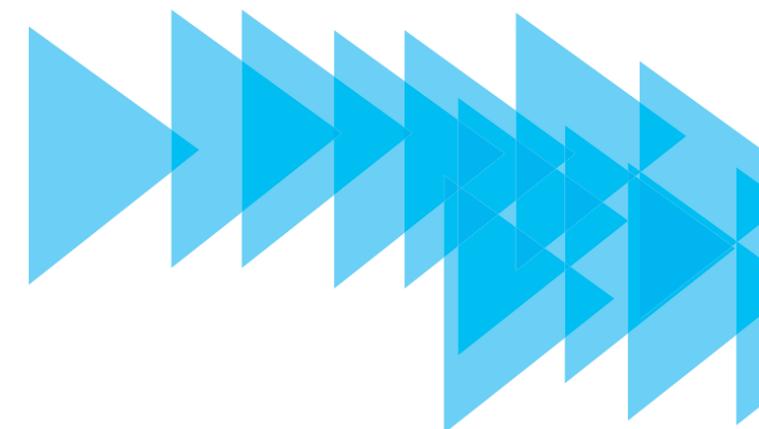


SISTEMATIZAÇÃO DA EXPERIÊNCIA

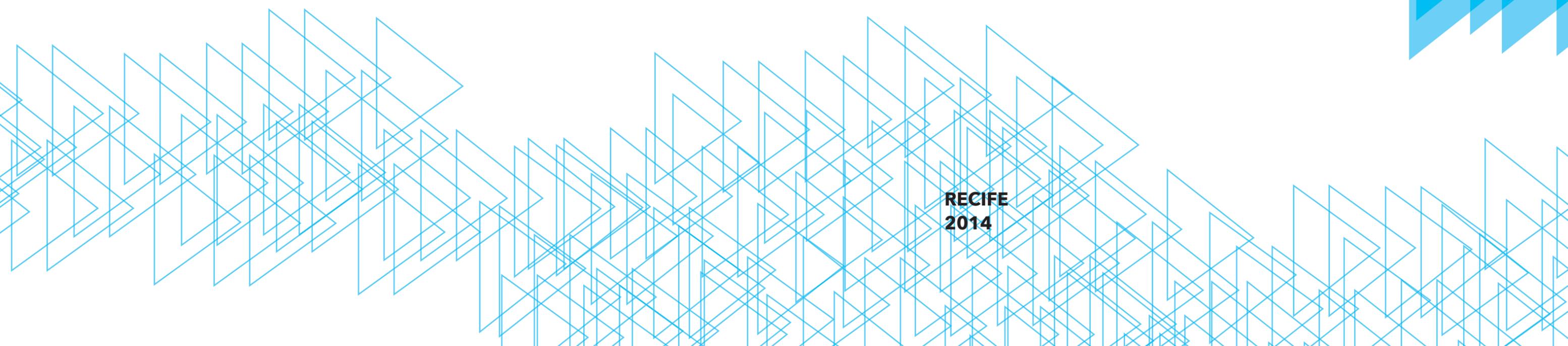
A RENOVAÇÃO DA SAÚDE PÚBLICA EM PERNAMBUCO

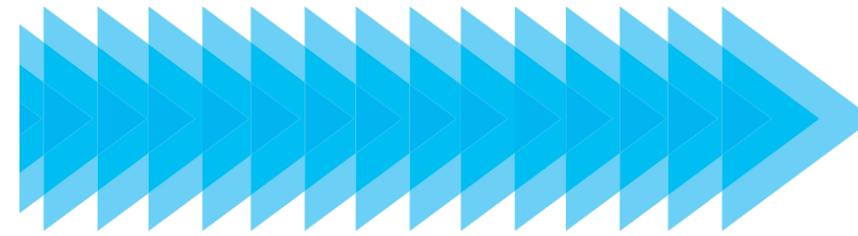
2007 . 2008 . 2009 . 2010 . 2011 . 2012 . 2013 . 2014

SISTEMATIZAÇÃO DA EXPERIÊNCIA



RECIFE
2014

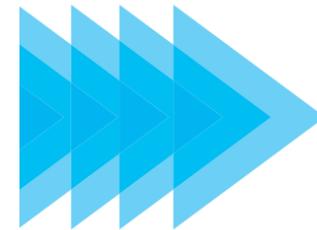




GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO

João Soares Lyra Neto

GOVERNADOR DE PERNAMBUCO



Ana Maria Martins César de Albuquerque

SECRETÁRIA DE SAÚDE

SECRETÁRIOS EXECUTIVOS DE SAÚDE

Ana Cláudia Callou Matos

COORDENAÇÃO-GERAL

Ana Lúcia de Souza Leão Ávila

REGULAÇÃO EM SAÚDE

Cinthia Kalyne de Almeida Alves

GESTÃO DO TRABALHO E EDUCAÇÃO EM SAÚDE

Ednaldo Alves Moura Júnior

ADMINISTRAÇÃO E FINANÇAS

Eronildo Felisberto

VIGILÂNCIA EM SAÚDE

Ivette Maria Buriel de Macêdo

ATENÇÃO À SAÚDE



DIRETORES DOS HOSPITAIS DE GRANDE PORTE DO ESTADO

Antonio Barreto de Miranda

HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS

Antonio da Trindade Meira Henriques Neto

HOSPITAL AGAMENON MAGALHÃES

Carla de Albuquerque Araújo

HOSPITAL BARÃO DE LUCENA

José Alves Bezerra Neto

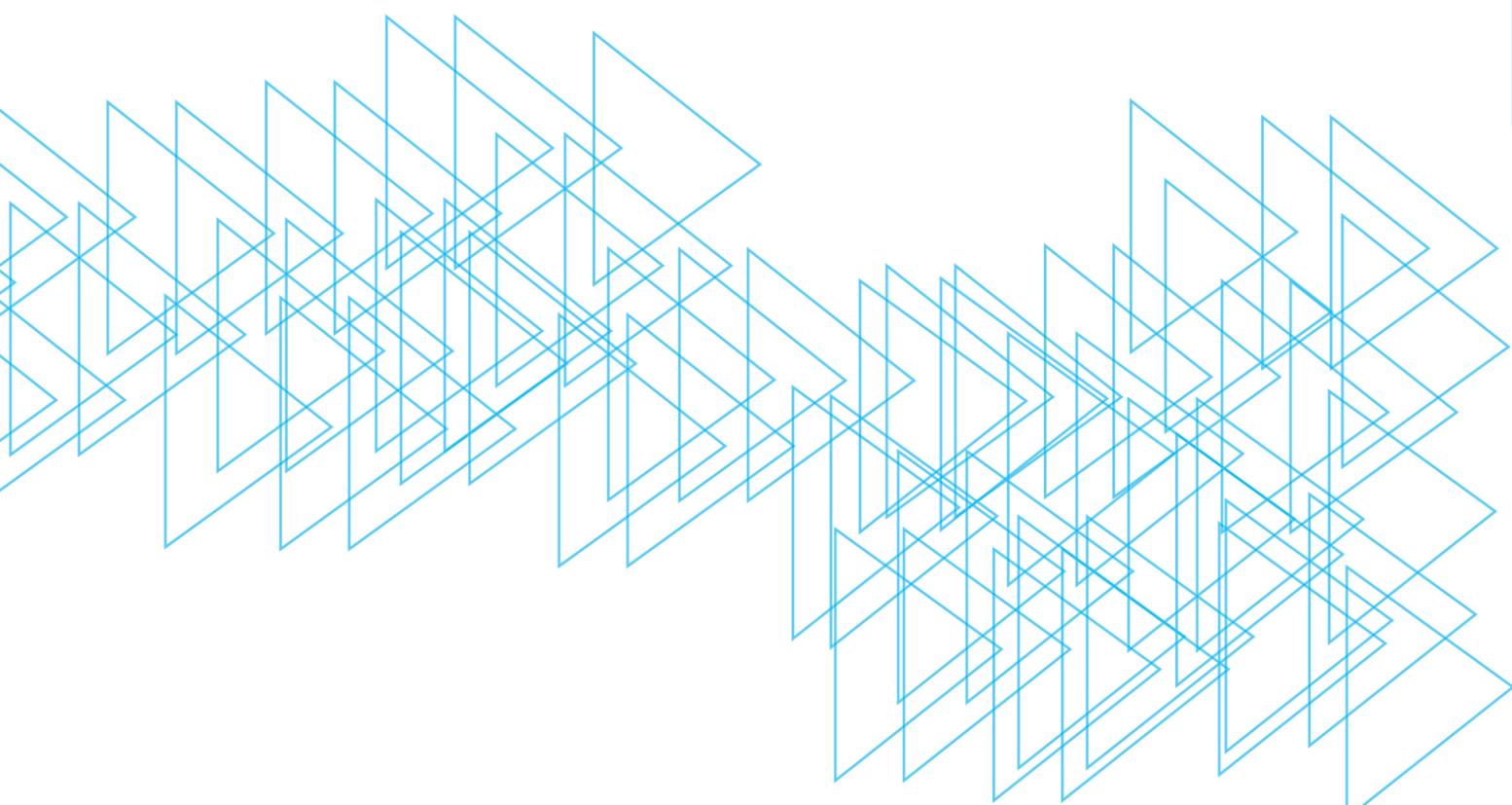
HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

Miguel Arcanjo dos Santos Junior

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

José Roberto Santos Cruz

HOSPITAL GETÚLIO VARGAS



EQUIPE TÉCNICA IAUPE

Instituto de Apoio à Fundação Universidade de Pernambuco

João Carlos Cabral de Barros
Coordenador-Geral

Alessandro José Carlos Guedes Monteiro
Flavia Carolina Faria Macedo
Lincoln da Costa Leite
Maria Esther Vieira da Cruz
Mariana Cavalcanti Pincovsky de Lima
Otto Benar Ramos Farias

EQUIPE TÉCNICA TGI

TGI Consultoria em Gestão

Ricardo de Almeida
Coordenador-Geral
Ana Elizabeth Cavalcanti
Bruna Vaz
Carla Miranda
Cármem Cardoso
Carolina Holanda
Eline Nascimento
Fátima Guimarães
Francisco Carneiro da Cunha
Leticia Rezende
Luciana Maia
Valeska Victor

Consultores Especiais

Afra Suassuna
Ana Paula Menezes
Arthur Chioro
Reneide Muniz



ENTREVISTADOS

João Soares Lyra Neto
Governador de Pernambuco e Secretário de Saúde de Pernambuco
Junho de 2008 a Março de 2010

Ana Maria Martins Cézar de Albuquerque
Secretária de Saúde de Pernambuco, desde Abril de 2014

Ana Cláudia Callou Matos
Secretária Executiva de Coordenação-Geral I SES

Ana Elizabeth (Bebeth) Andrade Lima
Coordenadora do Programa Mãe Coruja I Governo de Pernambuco

Ana Lúcia de Souza Leão Ávila
Secretária Executiva de Regulação em Saúde I SES

Antonio Carlos dos Santos Figueira
Secretário de Saúde de Pernambuco
Janeiro de 2011 a Abril de 2014

Antonio Barreto de Miranda
Diretor do Hospital Otávio de Freitas

Antonio da Trindade Meira Henriques Neto
Diretor do Hospital Agamenon Magalhães

Carla de Albuquerque Araújo
Diretora do Hospital Barão de Lucena

Cássia Maria Feitosa de Lima Guimarães
Gerente da VIII Geres

Cinthia Kalyne de Almeida Alves
Secretária Executiva de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde I SES

Claudia Miranda
Diretora do Hospital Barão de Lucena
Agosto de 2009 a Janeiro de 2013

Clovis Alves de Carvalho
Gerente da XI Geres

Ednaldo Alves Moura Júnior
Secretário Executivo de Administração e Finanças I SES

Eronildo Felisberto
Secretário Executivo de Vigilância em Saúde I SES

Frederico da Costa Amâncio
Secretário de Saúde de Pernambuco
Março de 2010 a Janeiro de 2011

Gil Brasileiro
Diretor do Hospital Tricentenário

Gilliatt Falbo
Presidente do Instituto de Medicina Integral
Professor Fernando Figueira (Imip)

Iran Costa
Diretor do Hospital do Câncer de Pernambuco

Ivette Maria Buriel de Macêdo
Secretária Executiva de Assistência em Saúde I SES

Jorge Araújo
Secretário Executivo de Coordenação-Geral I SES
Novembro de 2013 a Agosto de 2014

Secretário Executivo de Administração e Finanças I SES
Dezembro de 2008 a Novembro de 2013

Jorge José Gomes
Secretário de Saúde de Pernambuco de Janeiro de 2007 a Junho de 2008

José Alves Bezerra Neto
Diretor do Hospital Regional do Agreste

José Roberto Santos Cruz
Diretor do Hospital Getúlio Vargas

Luiz Alberto Pereira de Araújo
Superintendente do Hospital Maria Lucinda

Marcelo Ventura
Fundador da Fundação Altino Ventura

Margarida Lima
Secretária Executiva de Gestão do Trabalho I SES
Dezembro de 2008 a Janeiro de 2011

Maria Aparecida de Souza
Gerente da IV Geres
Dezembro de 2008 a Agosto de 2011

Mario Fabiano dos Anjos Moreira
Gerente da II Geres

Miguel Arcanjo dos Santos Junior
Diretor do Hospital da Restauração

Ricarda Samara da Silva Bezerra
Gerente da V Geres

Silvio Romero Muniz Marinho
Secretário Executivo de Administração e Finanças I SES
Novembro de 2013 a Agosto de 2014

P423r Pernambuco. Secretaria Estadual de Saúde
A Renovação da Saúde Pública em Pernambuco 2007/2014:
Sistematização da experiência; Coordenação geral Ricardo de
Almeida; Apresentação João Soares Lyra Neto; Introdução Ana Maria
Martins César de Albuquerque – Recife: A secretaria, 2014.
116p.

1. SAÚDE PÚBLICA – PERNAMBUCO – ASPECTOS SOCIAIS. 2. SERVIÇOS DE
SAÚDE – ADMINISTRAÇÃO – PERNAMBUCO. 3. REFORMA DO SISTEMA DE
SAÚDE – PERNAMBUCO. 4. ASSISTÊNCIA HOSPITALAR – PERNAMBUCO –
CONTROLE DE QUALIDADE. 5. POPULAÇÃO – PERNAMBUCO – ASSISTÊNCIA
SOCIAL. 6. SAÚDE PÚBLICA – PERNAMBUCO – ASPECTOS EDUCACIONAIS. 7.
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (BRASIL). I. Almeida, Ricardo de. II. Lyra Neto, João
Soares. III. Albuquerque, Ana Maria Martins César de. IV. Lucas, Fábio. V.
Almeida, Júlia Nogueira de. VI. Título

CDU 614
CDD 362.104.25

PeR – BPE 14-534



EQUIPE DE PRODUÇÃO DO LIVRO

COORDENAÇÃO-GERAL

Ana Elizabeth Cavalcanti
Francisco Carneiro da Cunha
Ricardo de Almeida

CONSULTORIA TÉCNICA

Mariana de Melo

ENTREVISTAS

Adriana Reis
Fábio Lucas
Júlia Nogueira de Almeida

TRANSCRIÇÃO DE ENTREVISTAS

Amanda Fantuzze

REDAÇÃO

Fábio Lucas
Júlia Nogueira de Almeida

REVISÃO

Cotexto
cotexto@gmail.com

FOTOGRAFIA

Acervo de divulgação da Secretaria Estadual
de Saúde, salvo créditos específicos.

PROJETO GRÁFICO

Zabad Design – Gisela Abad

Assistentes

Eduardo Nóbrega
Iara Adeodato
Taissa Vasconcelos

Arte Final

Reginaldo Vieira

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO

12 **Renovação: A marca de uma gestão**
Governador de Pernambuco
João Soares Lyra Neto

INTRODUÇÃO

20 **A mudança de paradigma**
Secretária de Saúde
Ana Maria Martins César de Albuquerque

ANTECEDENTES E O COMPROMISSO DE MUDANÇA

30 Antecedentes e o compromisso de mudança

RUMO AO NOVO MODELO DE GESTÃO

36 Diagnóstico do sistema e da gestão
48 Objetivos estratégicos

PRINCIPAIS CONQUISTAS NO PERÍODO 2007 A 2014

56 Recriação da estrutura e do modelo de gestão
66 Requalificação do modelo assistencial
86 Reversão dos indicadores inaceitáveis
94 Aperfeiçoamento da gestão do trabalho
e da educação em saúde
98 Consolidação da descentralização e regionalização com
fortalecimento da regulação
102 Melhoria do financiamento e da gestão financeira
106 Fortalecimento da participação e do controle social

CONSIDERAÇÕES FINAIS

112 O desafio da consolidação

APRESENTAÇÃO

RENOVAÇÃO

A MARCA
DE UMA
GESTÃO

DEPOIS DE QUASE
40 ANOS,
A CONSTRUÇÃO DE
**NOVOS HOSPITAIS
METROPOLITANOS**
FOI UMA
**CONQUISTA
DO POVO
PERNAMBUCANO**

RENOVAÇÃO:
A MARCA
DE UMA GESTÃO

João Soares Lyra Neto
Governador de Pernambuco

A reestruturação da saúde pública em Pernambuco começou a tomar forma em 2006, como compromisso de campanha para o Governo de Pernambuco. Sob a liderança do então candidato Eduardo Campos, tive a satisfação de participar ativamente deste processo, durante a maratona eleitoral e nos anos seguintes, a partir de 2007, quando assumimos o comando do Executivo no Estado.

A virada que resultou na maior transformação da saúde pública empreendida no País nas últimas décadas partiu do entendimento de que aquela não seria uma solução convencional. E, de fato, não foi. A situação era complexa e ensejava uma abordagem ousada, visando uma mudança qualitativa no patamar do atendimento prestado pelo Sistema Estadual de Saúde.

O que aconteceu na saúde do Estado durante os dois mandatos do nosso governo foi resultado de um conjunto de ações inovadoras e de um enfrentamento corajoso e coletivo - indo além dos limites da Secretaria Estadual de Saúde - envolvendo todo o Governo, num esforço inédito que elevou a questão ao status de prioridade de Estado. A compreensão do tamanho do desafio, e a convicção, compartilhada por muitos, de que os problemas poderiam ser superados, foram fatores cruciais para o trabalho que se seguiu.

Desde o começo, sabíamos que era preciso melhorar a situação da saúde no Estado como um todo, envolvendo as 12 Microrregiões de Desenvolvimento de Pernambuco, para alcançar a integração de todos os 184 municípios, além do Arquipélago de Fernando de Noronha.

Entre os compromissos que assumimos durante a campanha e honramos junto à população estava a construção dos três hospitais metropolitanos no Grande Recife: o Hospital Metropolitano Norte Miguel Arraes, em Paulista; o Hospital Metropolitano Sul Dom Hélder Câmara, no Cabo de Santo Agostinho; e o Hospital Metropolitano Oeste Pelópidas Silveira, no Curado, todos com atendimentos integrados à nova política de regulação da rede. Uma conquista do povo pernambucano, uma vez que havia quase quatro décadas que não se construía nenhum hospital na Região Metropolitana do Recife. O último tinha sido o Hospital da Restauração, maior Emergência de Pernambuco, inaugurado na gestão do então governador Paulo Guerra, em 1969.

Antes disso, porém, o processo de transformação anunciado por nós durante a campanha começou a se desenhar logo no início do primeiro mandato, com o apoio do Movimento Brasil Competitivo, que colaborou com o Governo, desenvolvendo um novo modelo de gestão para o Estado. Uma responsabilidade que ficou sob minha coordenação, por recomendação do governador Eduardo Campos, que me designou para acompanhar de perto as mudanças necessárias – e urgentes – que deveriam ser efetuadas nas áreas de Saúde, Educação e Segurança em Pernambuco.

No âmbito da Saúde, uma das minhas atribuições foi identificar e acompanhar o funcionamento de modelos de gestão exitosos em outras partes do País, a exemplo do sistema de saúde de Minas Gerais. Lá já se desenvolvia um trabalho no qual fomos buscar referências.

Em 2006, fomos às ruas para apresentar uma proposta à população, e nos comprometemos a construir um Novo Pernambuco, melhorando os serviços públicos, os investimentos e o desenvolvimento em todas as regiões. Depois da eleição, voltamos às ruas para fazer o programa Todos por Pernambuco e consolidar as propostas de campanha.

Mas foi em meados de 2007, a partir de um diagnóstico coordenado pela empresa pernambucana TGI Consultoria em Gestão, em conjunto com o Instituto de Apoio à Fundação Universidade de Pernambuco (Iaupe), que mapeou a real situação da saúde pública do Estado naquele momento, que obtivemos subsídios consistentes e tecnicamente embasados para construir este que, sem dúvida, é um exemplo inédito de reestruturação no âmbito da gestão pública.

O diagnóstico apontou que, à época, 88% da população de Pernambuco eram atendidos pelo Sistema Único de Saúde

(SUS) e que, com base na meta preconizada pela Organização Mundial de Saúde (OMS), havia um déficit de 2,5 milhões de consultas por ano. A OMS apontava, como meta, que fossem realizadas 2,1 consultas médicas por ano para cada habitante.

Embasados neste diagnóstico e numa estratégia consistente, que nos ajudaram na fundamentação do que precisava ser feito, atualizamos a estrutura de gestão da Secretaria Estadual de Saúde, concebemos um programa de regionalização e integração dos municípios com as gerências regionais da saúde, e iniciamos o processo de discussão sobre a gestão municipal por meio de consórcios, uma experiência que já tinha dado certo no Paraná e em Minas Gerais.

No ritmo das conquistas que avançavam a cada dia, iniciamos a construção de 14 Unidades de Pronto Atendimento (Upas), para os casos de média complexidade, e ampliamos o número de consultas médicas. Com o advento dos três hospitais metropolitanos, superamos ainda o déficit de mil cirurgias eletivas por mês, desafogando, com isso, os hospitais de urgência e emergência.

Vale registrar que, com base no modelo do Rio de Janeiro, por uma decisão política, em Pernambuco o atendimento de média complexidade (uma obrigação constitucional dos municípios) foi abarcado pelo Governo do Estado, frente à necessidade urgente de atender às demandas da população. Não se podia admitir que os pernambucanos tivessem sua qualidade de vida prejudicada, ou que sucumbissem a doenças tratáveis por falta de infraestrutura compatível com as necessidades da população. Nesse contexto, o secretário estadual de Saúde do Rio de Janeiro, Sérgio Côrtes, apoiou com entusiasmo a transformação em curso em Pernambuco.

Cabe, também, em nome do Governo do Estado, assinalar o nosso agradecimento pela valorosa contribuição de Luiz Alberto Barradas, então secretário de Saúde do Estado de São Paulo (cargo que ocupou por 14 anos, com reconhecida competência) e do consultor Wladimir Taborda, que formulou o modelo de contratualização com as organizações sociais como gestoras de unidades de saúde em Pernambuco.

A respeito dos hospitais de alta complexidade ou de grande porte, como também são chamados, outra mudança que repercutiu direta e profundamente na qualidade da assistência prestada à população foi a reestruturação do atendimento das unidades desse tipo no Estado, nos hospitais Agamenon Magalhães, Barão de Lucena, Geral do Agreste, Getúlio Vargas, Otávio de Freitas e da Restauração.

Fomos buscar em outros estados as referências bem-sucedidas para conceber o modelo a ser implantado em Pernambuco

A reestruturação do atendimento nos hospitais de grande porte repercutiu profundamente na qualidade da assistência prestada à população

Criamos uma estrutura gerencial comum às seis unidades e reformulamos seus organogramas, que passaram a contar com um diretor geral e cinco gerências (Médica, de Enfermagem, de Suprimento, de Manutenção e Administrativo-Financeira), todos cargos de livre provimento, mas ocupados a partir de um processo seletivo que escolheu profissionais tecnicamente habilitados, de acordo com a necessidade. De tal maneira, privilegiou-se o mérito técnico-profissional em detrimento das indicações políticas.

Quando assumi o posto de secretário de Saúde do Estado, desafio que acumulei ao cargo de vice-governador de Pernambuco, demos uma clara demonstração, para o Governo e, principalmente, para toda a sociedade, de que estávamos diante de uma mudança pra valer. E de uma postura irreversível, que simbolizou o caráter de absoluta prioridade com que a saúde foi tratada desde antes do primeiro dia da nossa gestão.

Se o nosso governo conseguiu deixar uma marca que será reconhecida pelas futuras gerações, é a do investimento na qualificação da gestão. E o que se pode ver na Saúde talvez seja o melhor exemplo disso. Ao longo dos últimos oito anos, iniciamos um processo lastreado em conhecimento técnico, numa boa dose de inovação e – porque não dizer – de ousadia, bebendo na fonte de experiências exitosas de outros locais do Brasil e do mundo para formatar um modelo único, dentro de nossas especificidades, que se sagrou vitorioso.

Diante de todos os avanços que pontuam a história contada nas próximas páginas, e da consciência de que é preciso perseguir o aperfeiçoamento contínuo, estamos certos de que deixamos uma base fundamentada para aqueles que terão a importante tarefa de orientar os rumos da saúde pública no nosso Estado daqui por diante.

Agora, ao povo pernambucano, cabe a maior de todas as responsabilidades: a de acompanhar a continuidade desse processo e, mais ainda, de exigir a consolidação, a preservação e o aperfeiçoamento de um patrimônio que se traduz nos frutos inegáveis de uma semente plantada: o modelo de gestão moderno e pioneiro instaurado na administração pública em Pernambuco.

**A QUALIFICAÇÃO
DA GESTÃO NA SAÚDE
É UMA MARCA
QUE
SERÁ RECONHECIDA
PELAS
FUTURAS GERAÇÕES**

INTRODUÇÃO

A MUDANÇA DE PARADIGMA

Ana Maria Martins Cézar de Albuquerque
Secretária de Saúde de Pernambuco

Os hospitais deixam de ser
ilhas de atendimento,
e os usuários passam a
dispor da rede descentralizada
do SUS no Estado.

O cidadão pernambucano testemunha, desde 2007, o Estado passar por transformações profundas em diversas áreas. As mudanças promovidas na administração pública pelo governo de Eduardo Campos e de João Lyra Neto tiveram repercussões impactantes na vida de todos nós. Resgataram a eficiência e, assim, a credibilidade do serviço público, que se valorizou a olhos vistos. A população que amargava dificuldades hoje reconhece os avanços percorridos graças ao trabalho desenvolvido, num caminho onde há muito ainda a trilhar.

Como servidora e militante do SUS, tenho orgulho de ter participado da reestruturação da saúde em Pernambuco, compromisso de campanha assumido em sua complexidade e urgência logo no início do primeiro mandato. A partir do momento em que a contagem dos votos decretou a vitória eleitoral, foi iniciado o processo para viabilizar o compromisso de campanha. Era preciso correr para tirar o atraso de uma situação indefensável e inaceitável. Mais do que um assunto de governo, a questão devia ser tratada como uma prioridade do Estado. E assim tem sido há oito anos.

O leitor encontrará neste livro a descrição dos principais pontos de uma virada radical do paradigma na rede de assistência estadual. Virada que embasou todas as conquistas alcançadas e continua sendo o norte para o que precisa ser feito. Vínhamos de um modelo de unidades autônomas, em que os hospitais eram ilhas isoladas de atendimento. E dentro deles também funcionavam serviços muitas vezes autônomos, que não se ligavam entre si.

A rede de assistência deve ser construída em função das demandas, com as várias especialidades configurando o perfil de cada unidade hospitalar, a partir da concepção da rede. Os hospitais hoje buscam seguir essa visão, oferecendo os serviços que são necessários. E o usuário também passa a utilizar a estrutura de assistência descentralizada do SUS no Estado, e não, de determinado hospital, sendo encaminhado para as unidades de acordo com a disponibilidade. Daí surge a regulação dos pacientes, dentro dessa lógica.

Por isso, não seria exagero afirmar que o que aconteceu na saúde – e ainda está em curso – é uma verdadeira revolução silenciosa. A recuperação da credibilidade da rede, sua conformação aos preceitos e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), a implantação de um modelo de gestão eficaz, a construção e a entrega de hospitais de referência, Unidades de Pronto Atendimento (UPA) e Unidades Pernambucanas de Atenção Especializadas (UPAE), desafogando e racionalizando o atendimento aos pacientes, são algumas das conquistas que foram possíveis graças a uma decisão política tomada pelo governador e assumida por toda a equipe de governo como missão de uma geração de servidores públicos ciosos de sua função e conscientes de sua responsabilidade.

O planejamento ganhou consistência e passou a ser um instrumento efetivo de gestão

Aqui se conta essa história. Aqui se busca render o devido registro a uma priorização estratégica que alterou a face da saúde pública em Pernambuco. O planejamento ganhou consistência e passou a ser um instrumento efetivo de gestão, permitindo o desenvolvimento do sentido de rede e a gradual disseminação de uma nova cultura de atendimento que se tornou ponto pacífico para a maioria dos profissionais envolvidos e para grande parcela da população.

A renovação estrutural envolveu ainda, entre outras realizações, a recuperação e a ampliação física da rede própria, a adoção de perfis integrados de atendimento, a contratualização de organizações sociais (OS) para a administração das novas unidades, a seleção pública, a profissionalização e a formação continuada dos gestores, bem como a melhoria dos instrumentos de planejamento e administração financeira.

Além disso, o propósito da presente publicação é sistematizar as informações acumuladas ao longo do tempo, para facilitar a transmissão do conhecimento adquirido e das experiências bem-sucedidas de que tomamos parte. O mesmo espírito de obra coletiva, graças ao esforço, à criatividade e à dedicação de muitos, suscita a necessidade da sistematização para a melhor condução da continuidade de um processo com longo horizonte pela frente.

Para tanto, promoveu-se de partida um diagnóstico abrangente do SUS estadual, com destaque para suas fragilidades e deficiências, com vistas ao dimensionamento acurado da realidade a ser abordada. Em seguida, o diagnóstico da gestão apontou falhas que precisavam ser corrigidas, a partir da implantação de um novo modelo, sintonizado com a agilidade nos meios e a eficiência na ponta do atendimento às pessoas, bem como na valorização e na recuperação da credibilidade da saúde pública no Estado.

Foi de posse da percepção clara do desequilíbrio entre o sistema estadual de saúde e os preceitos do SUS, especialmente a visão unificadora e democratizante da saúde, e ainda das causas internas de um sistema travado, que o governo de Eduardo Campos e de João Lyra Neto foi capaz de empreender o projeto marcante de reestruturação da saúde em Pernambuco.

Em janeiro de 2008, a estratégia de implantação do novo modelo foi definida, trazendo como elemento essencial o monitoramento constante e o alerta de cada etapa do processo, fazendo do planejamento a peça-chave para o acompanhamento das mudanças em curso.

A estratégia de implantação do novo modelo foi definida em 2008

Entre os pressupostos que nortearam a definição da estratégia estava a visão de que a mudança deveria ser efetuada pelo Governo do Estado, assumindo a responsabilidade pelo enfrentamento do problema. Com esse propósito, o fortalecimento da articulação entre a política e a gestão foi visto como condição de sucesso, uma vez que a resistência previsível não permitia margens para a hesitação. A complexidade do quadro e seu longo histórico de deficiências exigiam que a articulação fosse um fator primordial, concedendo à gestão instrumentos políticos de viabilização no novo modelo que se inaugurava.

O passivo gerado em anos e anos havia de ser combatido pela concretização do compromisso político em uma inovadora forma de gestão que trouxesse benefícios claros à população. No centro de tal projeto, residia, como ainda reside, a imperiosa necessidade de um modelo de gestão capaz de romper as contradições internas e levar a conquistas efetivas para a população.

Contra a desconfiança verificada tanto nos pacientes quanto nos servidores, dentro de um cenário problemático que até então não emitia indícios de solução, a decisão política em prol de sua correção exigia que o sonho compartilhado por muitos se expressasse como integração.

**SOMENTE
UM MODELO DE
GESTÃO INOVADOR
PODERIA
ROMPER
AS CONTRADIÇÕES
E GERAR
BENEFÍCIOS
À POPULAÇÃO**

E a integração tem sido o mote do modelo adotado. Participaram do esforço conjunto para a implantação de uma estratégia que estivesse alinhada em todo o governo a Secretaria de Planejamento e Gestão (Seplag), a Secretaria de Administração (SAD), a Procuradoria-Geral do Estado (PGE) e a Controladoria-Geral do Estado (CGE), além de outras secretarias e órgãos. Nomes de expressão na área de gestão da saúde pública foram aglutinados em torno do trabalho, constituindo uma verdadeira força-tarefa com o objetivo de alcançar no tempo mais breve possível uma visão compreensiva do quadro, traçando caminhos para a reestruturação pretendida.

Neste sentido, o envolvimento da equipe da Secretaria Estadual de Saúde foi igualmente decisivo para o uso do conhecimento indispensável à implantação do modelo. Somente assim o conhecimento deixaria de estar isolado, e em alguns casos perdido, e seria resgatado para a conformação de soluções. A parceria dos servidores tem sido fator preponderante para se chegar aonde se chegou, nesses oito anos, e discernir os desafios enormes que ainda se interpõem à frente.

A mobilização de uma equipe multidisciplinar de consultores em gestão, coordenados pelo laupe e pela TGI, para apoiar o diagnóstico e o planejamento das ações, por outro lado, tem sido fundamental para o entendimento dos gargalos e a proposição do modelo, ora em construção plena, visando ao aprimoramento do sistema estadual de saúde.

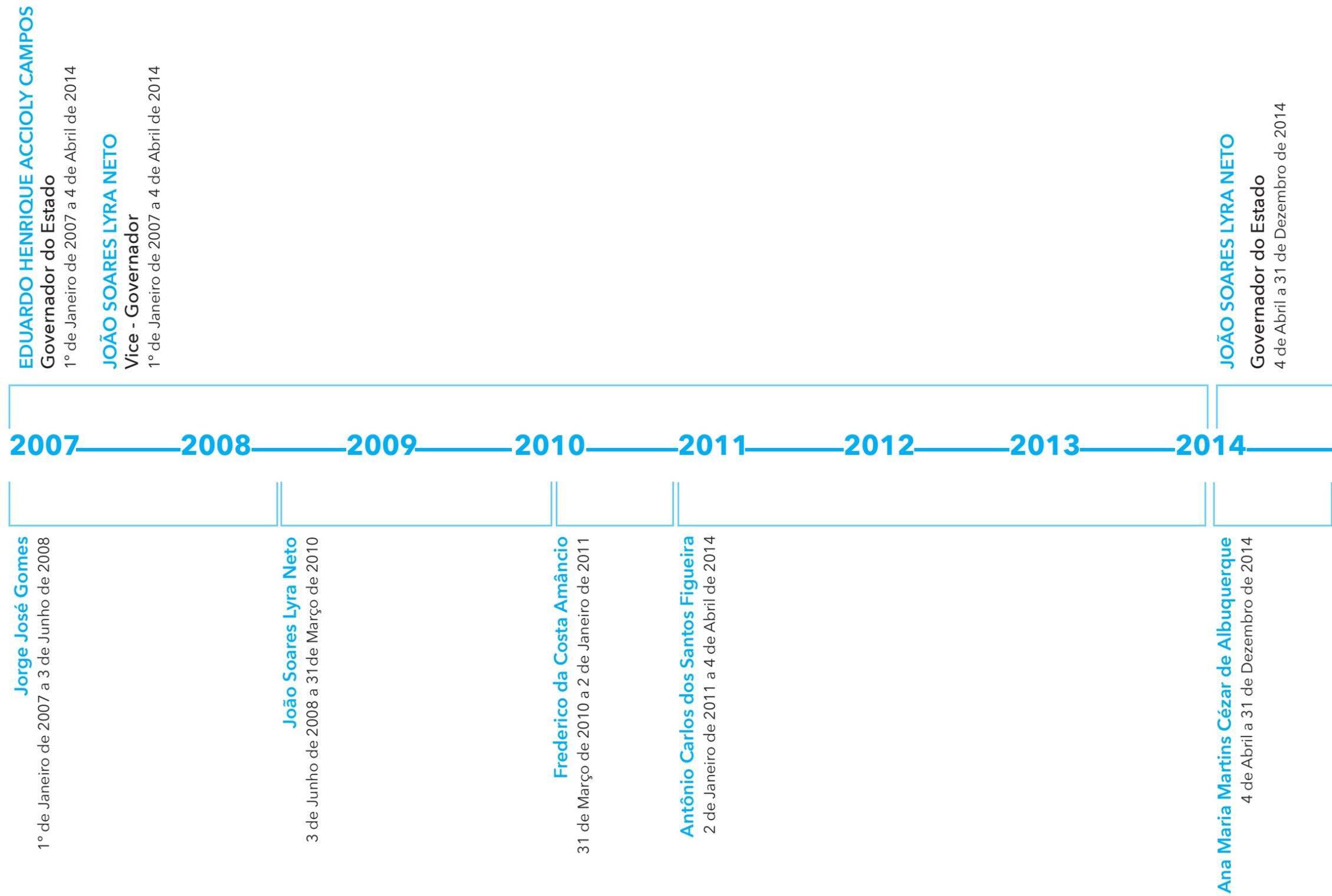
Como atual secretária da pasta, tenho imenso orgulho em integrar a força-tarefa liderada pelo saudoso governador Eduardo Campos, a quem sucedeu João Soares Lyra Neto – que, a propósito, também foi secretário de Saúde, numa inequívoca demonstração da decisão política conferida ao enfrentamento das deficiências no setor em Pernambuco.

Ao assumir o comando da SES, o então vice-governador tomou para si a liderança do processo de reforma e respaldou todos os enfrentamentos necessários. Vale destacar, em especial, a ideia das Unidades de Pronto Atendimento com ortopedista e a reforma da emergência do Hospital da Restauração, deslocando o ambulatório para o Hospital Geral de Areias e deixando no HR somente o paciente egresso, além de criar o espaço para a Emergência Clínica.

A ambos, e a todos os secretários que me antecederam – Antonio Carlos dos Santos Figueira, Frederico Amâncio e Jorge Gomes, além do próprio governador João Soares Lyra Neto –, bem como aos secretários e ex-secretários executivos, aos que passaram ou ocupam a direção dos hospitais de grande porte, dos hospitais regionais e das Geres, o meu agradecimento, que tenho certeza expressa o sentimento de gratidão dos pernambucanos.

De 2007 a 2014, a saúde pública avançou de forma significativa, graças ao trabalho e ao conhecimento de servidores de diferentes áreas de atuação e níveis hierárquicos do Governo de Pernambuco. Sem tamanha dedicação, o projeto de renovação da saúde, capitaneado pelo então governador Eduardo Campos e pelo vice-governador João Lyra Neto (que, a certa altura, também acumulou as responsabilidades do cargo de secretário de Saúde), não teria sido possível. Além dele, Jorge Gomes, Frederico Amâncio, Antônio Carlos Figueira e Ana Maria Albuquerque, e suas equipes, deram contribuições fundamentais para a consolidação de tais avanços.

Secretários de Saúde



EDUARDO HENRIQUE ACCIOLY CAMPOS

Governador do Estado

1º de Janeiro de 2007 a 4 de Abril de 2014

JOÃO SOARES LYRA NETO

Vice - Governador

1º de Janeiro de 2007 a 4 de Abril de 2014

JOÃO SOARES LYRA NETO

Governador do Estado

4 de Abril a 31 de Dezembro de 2014



**ANTECEDENTES
E O
COMPROMISSO
DE MUDANÇA**

ERA PRECISO AGIR

O dramático cenário da saúde em Pernambuco em 2007 refletia o acúmulo de um passivo histórico que requeria ações emergenciais, ao mesmo instante que exigia a implantação de mudanças estruturais, tendo em vista o objetivo de transformar de maneira radical um sistema que era alvo de reclamações justas e constantes da população.

Indicadores inaceitáveis de mortalidade infantil e materna, além de um perfil de morbidade com incidência de doenças que poderiam estar sob controle, mas atingiam diretamente a esperança de vida dos pernambucanos, como Aids, tuberculose e hanseníase, pediam a mudança imediata de postura do Governo do Estado, em face da gravidade da questão.

O desequilíbrio era evidente: a segunda maior rede pública de assistência do país apresentava um dos menores índices de internação no Nordeste. A baixa resolutividade nas unidades de serviços básicos, no pronto atendimento e nos hospitais regionais aparecia como a ponta do iceberg, causando insatisfação nos pacientes e em seus familiares e elevando o custo da assistência, quando não implicava a ampliação do risco de morte.

Sem a construção de um hospital na Região Metropolitana do Recife em quase 40 anos, a estrutura hospitalar ostentava uma distribuição geográfica desequilibrada, fazendo com que os pacientes tivessem que se deslocar horas a fio para buscar tratamento. Nos hospitais de grande porte, a precariedade das urgências e

*Pacientes precisavam
viajar horas para serem
atendidos em uma
estrutura hospitalar
precária e mal distribuída*

emergências, a falta de oferta de especialidades, o excesso de procedimentos de baixa complexidade e de leitos psiquiátricos em contraponto ao déficit de leitos para outras especialidades caracterizavam uma estrutura carente de intervenções.

Dentro do modelo assistencial existente, a rede conveniada selecionava demandas e não resolvia o déficit de atendimento, que era agravado pela cobertura insuficiente do Programa Saúde na Família. As dificuldades na regulação, com as centrais não atuando conforme preconizado, proporcionavam ao setor privado estabelecer um padrão de oferta abaixo do razoável. A compra de serviços era priorizada sem critérios técnicos, a auditoria não contava com infraestrutura e remuneração compatíveis com a função que lhe cabia e os contratos público-privados não observavam o monitoramento das metas, tampouco a avaliação do desempenho.

A gestão financeira era um sintoma adicional do sistema que necessitava de ajustes. Para o cumprimento da Emenda Constitucional 29, que estipula o percentual do orçamento estadual para a saúde, as informações se mostravam, em 2007, divergentes ou indisponíveis. O Plano Plurianual não era formulado com a participação dos diretores dos hospitais. Para eles, os recursos para custeio e investimento eram insuficientes. A baixa capacidade de registro e faturamento dos serviços, a ausência de centros de custos e sistemas de informações gerenciais e a existência de dívidas ampliavam os problemas. No mesmo cenário, verificou-se o excesso de compras emergenciais, com modalidades fragmentadas em preços diferentes, lentidão nas licitações, uso irracional dos insumos e perda de escala.

A saúde em Pernambuco não tinha atratividade para os profissionais, sem uma política de valorização que incluísse incentivos e formação continuada. O quadro de pessoal estava desestimulado, envelhecido, mal distribuído, apresentava baixa formação, sem falar nos contratos temporários, que tornavam difícil a qualificação. Para piorar, o Programa de Humanização não alcançou as metas propostas até 2007.

Do ponto de vista interno da secretaria, a estrutura inadequada não favorecia o exercício do papel preconizado pelo SUS, de formulação, coordenação e regulação do sistema no Estado. O modelo de funcionamento não oferecia o ritmo das necessidades da população. O subdimensionamento estrutural se conectava a uma debilidade na gestão que deixava os desafios quase impenetráveis, afetando o desempenho dos gestores e de todo o funcionalismo da saúde.

Os servidores estavam desestimulados em um ambiente que não promovia a qualificação - era urgente a profissionalização da gestão

Nesse contexto de dificuldades, era preciso agir. Essas e outras constatações foram detectadas pelo governo de Eduardo Campos e de João Lyra Neto, que tomou como compromisso a ser saldado com os pernambucanos a reestruturação do sistema de saúde, pois desde a campanha eleitoral, em 2006, a baixa efetividade do sistema aparecia como um dos principais desafios para a nova administração pública estadual que seria iniciada no ano seguinte, sob o olhar de angústia e esperança da população.



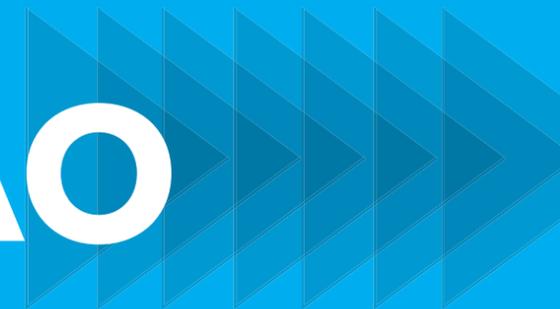
Nova sede da SES: Uma conquista que otimizou o trabalho dos servidores da Saúde.
Foto: Divulgação SEI

RUMO

AO NOVO

MODELO

DE GESTÃO



Para dar conta de um objeto complexo como a realidade do SUS, expressa pelo sistema e pelo modelo de gestão da saúde pública, o diagnóstico foi estruturado em consonância com os fundamentos do modelo SUS e se articulou em torno de oito eixos, considerados suficientes para alicerçar o desenho do novo modelo de gestão estadual.

A universalidade, a integralidade e a equidade estão na base da concepção do SUS. No que diz respeito à organização, o modelo é regido pelos princípios da regionalização, da hierarquização, da resolutividade, da descentralização, do comando único, do controle social e da complementariedade com a saúde privada.

LÓGICA DO DIAGNÓSTICO

FUNDAMENTOS DO SUS

CONCEPÇÃO

- Universalidade
- Integralidade
- Equidade

ORGANIZAÇÃO

- Regionalização
- Hierarquização
- Resolutividade
- Descentralização
- Comando Único
- Controle Social
- Complementaridade com o Setor Privado

EIXOS DE ANÁLISE

1 Indicadores Demográficos e de Saúde

Evidências do desempenho > Efeitos da ação do Sistema

2 Descentralização e Regionalização

Distribuição das responsabilidades pelas ações e serviços

3 Modelo Assistencial

Organização da oferta > Cobertura e resolutividade

4 Regulação, Controle e Avaliação

Governabilidade do Sistema / Relação com Setor Privado

5 Financiamento e Gestão Financeira

Mecanismos de financiamento e gestão financeira

6 Gestão do Trabalho e Educação e Saúde

Gestão dos Recursos Humanos

7 Estrutura e Gestão da SES

Organização e mecanismos para gestão do Sistema

8 Social e Participação da Sociedade

Funcionamento das instâncias participativas

1 EIXOS DE ANÁLISE INDICADORES DEMOGRÁFICOS E DE SAÚDE

Alguns indicadores expressavam, em 2007, o tamanho da crise, e precisavam ser alvo tanto de ações emergenciais quanto de um planejamento consistente, mirando a mudança desejada. Os indicadores demográficos e de saúde serviram como pano de fundo para o estabelecimento da eficiência e ineficiência do sistema, graças a um razoável manancial de informações, que formavam um conjunto de evidências do desempenho sofrível e dos efeitos perversos da baixa efetividade do sistema sobre a população. Os números deram a conhecer um passivo histórico de fatos inaceitáveis, entre os quais a elevada mortalidade infantil, e as maiores taxas de incidência de tuberculose e de aids no Nordeste.

2 EIXOS DE ANÁLISE DESCENTRALIZAÇÃO E REGIONALIZAÇÃO

Tendo como alvo de análise a distribuição de responsabilidades pelas ações e serviços, observou-se que a incompatibilidade com os princípios do SUS era notória. Havia na SES uma clara divergência, entre o aprofundamento da municipalização e a manutenção da situação vigente. A definição a respeito dessa questão era urgente, pois representava a base territorial de distribuição de responsabilidades sobre a qual o novo modelo de gestão poderia ser fundamentado.

3 EIXOS DE ANÁLISE MODELO ASSISTENCIAL

Baseado na organização da oferta para checagem de sua cobertura e resolutividade, verificou-se que a ausência do sentido de rede e a baixa resolutividade sobressaíam no modelo assistencial. A segunda rede pública de assistência do País possuía um dos menores índices de internações no Nordeste. A estrutura hospitalar apresentava má distribuição geográfica e insuficiência de especialidades. E a rede conveniada mostrava um comportamento inadequado, selecionando demanda.

4 EIXOS DE ANÁLISE REGULAÇÃO, CONTROLE E AVALIAÇÃO

A governabilidade do sistema e sua relação com o setor privado foram avaliados neste eixo. Viu-se que as três centrais de regulação não atuavam a contento, com déficit de leitos e de pessoal qualificado. Os sistemas de controle e avaliação eram incipientes. Os prestadores privados definiam o padrão de oferta, sem considerar as necessidades da população, o que indicava a baixa capacidade de regulação da rede. Os hospitais realizavam atendimentos à revelia do que era estabelecido pela gestão do SUS, sem definição dos perfis de cada unidade. Sem a regulação cabível, a governabilidade do sistema apresentava relação desequilibrada com o setor privado, que se aproveitava da gestão frágil do sistema – e o deixava ainda mais fragilizado.

5 EIXOS DE ANÁLISE FINANCIAMENTO E GESTÃO FINANCEIRA

Ao se debruçar sobre os mecanismos de financiamento e gestão financeira, o diagnóstico encontrou uma situação geral de insuficiência e problemas. Em relação ao cumprimento da Emenda Constitucional 29, que definiu no ano 2000 os percentuais mínimos para aplicação dos recursos públicos em saúde – determinando para os Estados o mínimo de 12% do arrecadado com impostos – as informações não estavam disponíveis a respeito do exercício de 2006, e eram divergentes a respeito de 2005. O financiamento se deparava com precariedades: poucos recursos para custeio e investimentos; atrasos superiores a três meses para a liberação de recursos; baixa capacidade de registro e faturamento; inexistência de centros de custos e informações gerenciais sistematizadas.

6 EIXOS DE ANÁLISE GESTÃO DO TRABALHO E EDUCAÇÃO EM SAÚDE

A análise dos recursos humanos do SUS estadual e municipais revelou a existência de uma gestão precária e de baixa atratividade para os trabalhadores, sem uma política de valorização e qualificação e com dificuldades para a interiorização e a fixação de pessoal, resultando numa má distribuição no território.

7

EIXOS DE ANÁLISE

ESTRUTURA E GESTÃO DA SES

Diante da organização e dos mecanismos para a gestão do sistema estadual, evidenciou-se um funcionamento refém da estrutura inadequada, que não favorecia o perfil definido pelo SUS (formulação, coordenação e regulação) e pedia um novo modelo. Em destaque, o baixo nível de integração e a insuficiência de fóruns colegiados.

8

EIXOS DE ANÁLISE

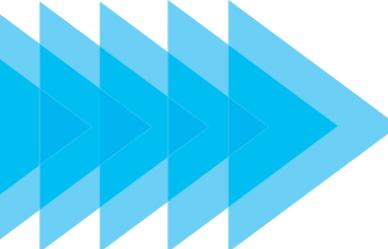
CONTROLE SOCIAL E PARTICIPAÇÃO DA SOCIEDADE

Tendo em vista as instâncias participativas disponíveis, constatou-se a baixa efetividade do controle e da participação social. Neste prisma, o Conselho Estadual de Saúde e os conselhos gestores dos hospitais de grande porte não respondiam a contento às funções que deveriam exercer.

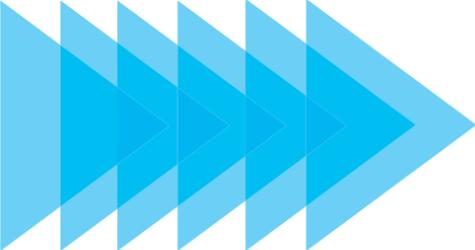
Em face do quadro delineado pelo diagnóstico realizado, foram definidos objetivos estratégicos para o enfrentamento dos problemas e a configuração de um modelo de gestão adequado às demandas da saúde estadual.

Tais objetivos começavam pela recriação da estrutura da SES e dos hospitais de grande porte, bem como do modelo de gestão apropriado para as mudanças pretendidas.

OBJETIVOS ESTRATÉGICOS



**RECRIAÇÃO DA ESTRUTURA
E DO MODELO DE GESTÃO**



REQUALIFICAÇÃO DO MODELO ASSISTENCIAL



REVERSÃO DOS INDICADORES INACEITÁVEIS



**APERFEIÇOAMENTO DA GESTÃO DO TRABALHO
E DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE**



**CONSOLIDAÇÃO DA POLÍTICA DE
DESCENTRALIZAÇÃO E REGIONALIZAÇÃO
COM FORTALECIMENTO DA REGULAÇÃO**



**MELHORIA DO FINANCIAMENTO
E DA GESTÃO FINANCEIRA**



**FORTALECIMENTO DA PARTICIPAÇÃO
E DO CONTROLE SOCIAL**

Veja mais
na página 56

Buscou-se **adequar a estrutura organizacional** da Secretaria e dos Hospitais de Grande Porte, implantar mecanismos de **gestão colegiada**.

Veja mais
na página 66

Com o propósito de **requalificar o modelo assistencial**, buscou-se aperfeiçoar a política de urgência e emergência, implantar uma rede regional de ambulatórios especializados, reestruturar a atenção hospitalar e a assistência psiquiátrica, ampliar a oferta de leitos de UTI, construir uma rede de assistência de alta complexidade e fortalecer a assistência farmacêutica, assim como ampliar a atenção básica, dando apoio aos municípios, conforme previsto no Pacto pela Saúde, uma política estratégica que visa diminuir mortes por causas evitáveis.

Criado em 2011, o Pacto pela Saúde tem como foco a melhoria da saúde da população. É uma ferramenta de gestão inédita que detalha importantes indicadores da atenção à saúde dos 184 municípios de Pernambuco e do Arquipélago de Fernando de Noronha. Para alcançar as metas estabelecidas, a SES acompanha, mensalmente, os indicadores de saúde que demonstram o desempenho da rede de serviços de todo o Estado, compreendendo as ações de atenção primária e de atenção especializada ambulatorial e hospitalar.

Veja mais
na página 86

Tendo em vista a **reversão dos indicadores inaceitáveis**, decidiu-se, entre outras medidas, pela reestruturação do Programa Mãe Coruja, uma iniciativa pioneira e bem-sucedida que viria a receber mais tarde vários prêmios internacionais, e pelo combate às doenças infecciosas, que exibiam os piores indicadores.

Veja mais
na página 94

Com o intuito de **aperfeiçoar a gestão do trabalho e a educação em saúde**, as normas de gestão do funcionalismo foram adequadas, os mecanismos de captação e atratividade foram renovados, o quadro quantitativo e a distribuição de pessoal foram adequados, o Programa de Educação Permanente foi desenvolvido e a política de Residência Médica foi reestruturada.

Veja mais
na página 98

A fim de **consolidar a política de descentralização e regionalização** e **fortalecer a regulação**, a estratégia fundou-se na definição de uma política consistente, na reestruturação de todas as gerências regionais de saúde (Geres), no estabelecimento de mecanismos de municipalização, na implantação do Complexo Estadual de Regulação e na revisão do Sistema Estadual de Auditoria.

Para **melhorar o financiamento e a gestão financeira**, era necessário cumprir o percentual previsto na Emenda Constitucional 29 – o que foi feito e até ultrapassado nos últimos anos. Além disso, os fluxos para a agilização da execução financeira foram reestruturados.

Veja mais
na página 102

E finalmente, para o **fortalecimento do controle social**, a capacitação permanente dos integrantes do Conselho Estadual de Saúde foi assumida, além da reestruturação da ouvidoria da SES e da implantação de ouvidorias nos hospitais de grande porte e de conselhos de gestão participativa nas unidades da rede.

Veja mais
na página 106

PRINCIPAIS
CONQUISTAS

NO PERÍODO

2007 . 2008 . 2009 . 2010 . 2011 . 2012 . 2013 . 2014

O enfrentamento de questões cruciais de forma inovadora levou à alteração da lógica da gestão.

A recriação da estrutura e do modelo de gestão da saúde pública em Pernambuco certamente está entre as principais conquistas de um processo que, mais que um redesenho de organograma da Secretaria de Saúde e dos hospitais de grande porte do Estado, promoveu uma mudança de paradigma, resultado de um esforço coletivo e multissetorial.

O cerne da referida mudança está no enfrentamento de questões cruciais pela Administração Estadual, que levaram à alteração da lógica da gestão e do funcionamento da saúde em Pernambuco. Nesse sentido, a estrutura organizacional da Secretaria Estadual de Saúde, revista e ampliada para dar conta da nova lógica de funcionamento, foi fundamentada em conceitos que lastreiam o Sistema Único de Saúde (SUS), como a Lei Orgânica do SUS (LOS – 1990), o Pacto pela Saúde (2006), as Normas Operacionais Básicas do SUS (NOB/SUS – 1993/2002) e as resoluções do Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (CONASS – 2007). Na prática, a Secretaria passou a contar com seis secretarias-executivas: Coordenação-Geral, Atenção à Saúde, Regulação em Saúde, Vigilância em Saúde, Gestão do Trabalho e Educação em Saúde e Administração e Finanças.

NOVA ESTRUTURA DA SES

SECRETÁRIO DE SAÚDE

COORDENAÇÃO - GERAL

**ASSESSORIA JURÍDICA
E COMUNICAÇÃO**

**DIRETORIA DE
PLANEJAMENTO**

**ADMINISTRAÇÃO E
FINANÇAS**

**REGULAÇÃO
EM SAÚDE**

ATENÇÃO À SAÚDE

**VIGILÂNCIA
EM SAÚDE**

**GESTÃO
DO TRABALHO E
EDUCAÇÃO
EM SAÚDE**

Administração
Finanças
Administração de Pessoal
Gestão do Fundo
Estadual de Saúde
T.I.

Programação em Saúde
Desenvolvimento e
Integração
Controle e Avaliação
Auditoria
Informação de Saúde
Acompanhamento de
Contrato de Gestão

Atenção Primária
Gestão de Redes
Especializadas
Urgências e Emergências
Atenção Hospitalar
Assistência Farmaceutica
Gestão do Cuidado e
Políticas Estratégicas
SNT
Política de Sangue e
Hemoderivados
Gestão de Tecnologias em
Saúde
Educação Popular

Promoção e
Intersetorialidade
Vigilância Epidemiológica
Vigilância Ambiental e
Saúde do Trabalhador
Análise de Situação de
Saúde
Política de Vigilância
Sanitária
Lacen

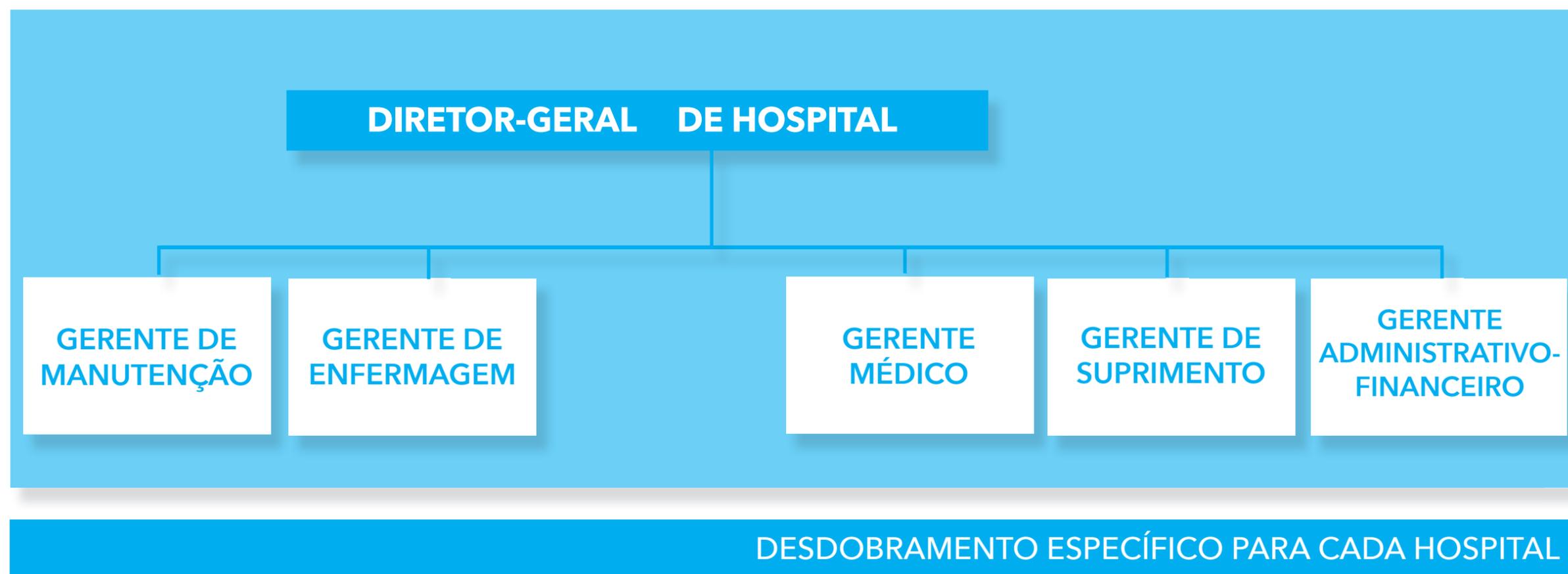
Desenvolvimento Funcional
Educação dos
Trabalhadores da saúde
Mesa de Negociação
Permanente

Fundamentos:
LOS - 1990
Pacto da Saúde - 2006
NOB/SUS - 1993/2002
CONASS - 2007

SECRETARIAS EXECUTIVAS

Nos hospitais de grande porte, o organograma de cada unidade também foi reformulado e passou a contar com uma estrutura básica única, dotada de cinco gerências, subordinadas à Direção Geral: Médica, de Enfermagem, de Manutenção, de Suprimento e Administrativo-Financeira. As especificidades de cada hospital, no entanto, não foram ignoradas, mas estava claro que, acima de tudo, era preciso adotar uma lógica de operação institucional.

NOVA ESTRUTURA DOS HOSPITAIS DE GRANDE PORTE





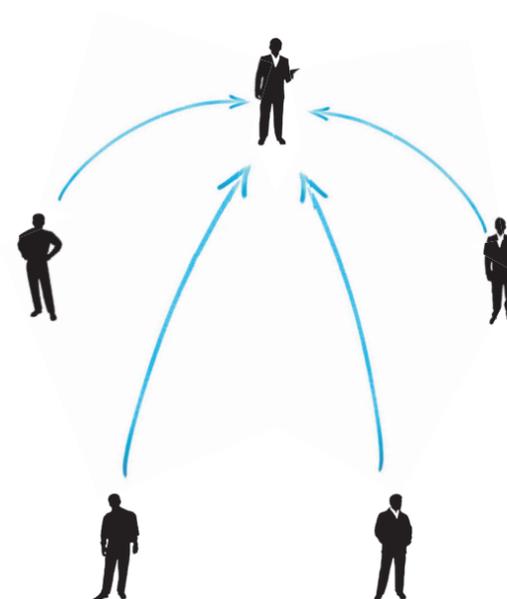
Fachada da nova Emergência do Hospital Barão de Lucena, no Recife, inaugurada em abril de 2014.
Foto: Miva Filho

O funcionamento dos hospitais de grande porte, antes vertical, tornou-se descentralizado. Na prática, o que se implantou foi uma alteração de grandes proporções, que ensejou o surgimento de um efetivo sentido de Rede de Atenção nos hospitais de grande porte do Estado, que deixaram de ser “ilhas” isoladas de prestação de serviços e passaram a funcionar de acordo com uma lógica que considera o perfil e a capacidade de atendimento de cada unidade, entre outras variáveis, com o propósito de melhorar o serviço prestado à população. Uma mudança para melhor, que exigiu capacidade de adaptação de gestores, corpo clínico e usuários.

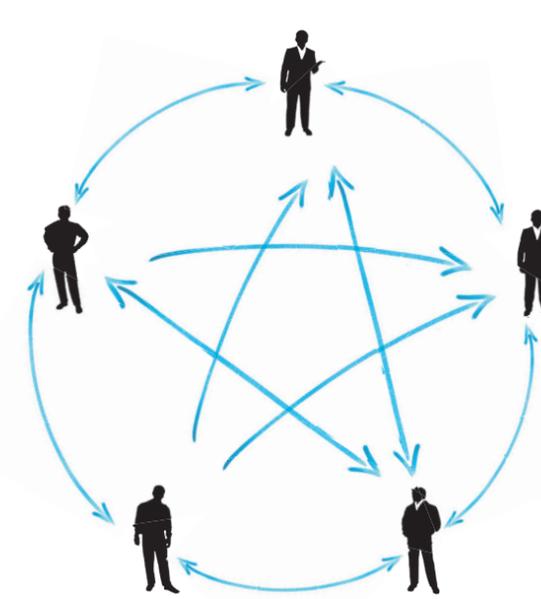
Nesse novo contexto, a palavra de ordem passou a ser gestão compartilhada, tanto na SES quanto nos grandes hospitais da rede. Os colegiados gerenciais, concebidos para

traçar linhas de ação da gestão da Secretaria e dos hospitais de alta complexidade, e monitorar seus respectivos resultados, representaram uma evolução do diálogo entre os instrumentos de gestão e a articulação de todo o sistema.

A tomada de decisões e o acompanhamento de resultados de forma colegiada superam a lógica das relações bilaterais e estão em consonância com as principais tendências das gestões estratégicas contemporâneas. Favorecem, ainda, a consolidação de grupos mais cooperativos, a partir da criação de mecanismos de articulação e de ações integradas entre todos os atores envolvidos.



RELAÇÕES BILATERAIS



RELAÇÕES COLEGIADAS

Os colegiados gerenciais para a tomada de decisões e o acompanhamento de resultados seguem as tendências das gestões estratégicas

Nesse período, a Secretaria Estadual de Saúde criou uma nova estrutura, definiu estratégias e trabalhou em equipe para viabilizar uma inovação estruturada de forma irreversível: um avanço definitivo nas práticas de gestão adotadas no Estado, deixando essa nova lógica de funcionamento como herança para os futuros gestores.

Vale destacar, ainda, que o novo modelo de gestão também contemplou as organizações sociais (OS), que participam da administração dos hospitais, garantindo a flexibilização do gerenciamento de unidades da rede, e um maior controle e acompanhamento dos contratos de metas pactuadas. As Gerências Regionais de Saúde (Geres) também foram valorizadas com a seleção pública de seus gerentes, a contratação de sanitaristas de apoio e a organização de um fluxo de articulação entre as Geres e o nível central da secretaria, por meio da Secretaria Executiva de Coordenação-Geral.

HOSPITAIS DE GRANDE PORTE DO ESTADO DEIXARAM DE SER “ILHAS” ISOLADAS DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS E PASSARAM A FUNCIONAR DE ACORDO COM UMA LÓGICA QUE CONSIDERA O PERFIL E A CAPACIDADE DE ATENDIMENTO DE CADA UNIDADE, ENTRE OUTRAS VARIÁVEIS, COM O PROPÓSITO DE MELHORAR O SERVIÇO PRESTADO À POPULAÇÃO.

Com o novo modelo de gestão, a definição dos perfis hospitalares e a interiorização dos serviços pediram nova estrutura para o modelo assistencial.

O desenvolvimento efetivo do sentido de rede, seguido da incorporação cultural do novo modelo de gestão e da definição dos perfis de cada um dos hospitais de grande porte do Estado e da interiorização dos serviços de saúde, ensejou novas mudanças na estruturação do modelo assistencial da saúde pública em Pernambuco.

Entre essas mudanças, pode-se citar o funcionamento da assistência nos hospitais do Estado, sobretudo nos de alta complexidade. Funcionamento esse que, antes vertical e atrelado à figura do médico, tornou-se descentralizado e compartilhado, com atribuições distribuídas de forma horizontal, colegiada, multidisciplinar e multiprofissional entre diversos profissionais de saúde, tendo o médico como um dos envolvidos em um contexto muito mais amplo.

Vale dizer ainda que, nestes mesmos hospitais, houve a integração dos serviços ligados às diferentes especialidades médicas em rede, eliminando, assim, as chamadas “ilhas de excelência”, que atrelavam o desempenho de cada serviço ao estilo pessoal do profissional médico que o liderava.

Também merece destaque a formatação do Núcleo Interno de Regulação (NIR), que constitui a interface da unidade de saúde com a Central de Regulação, além de ser responsável pela regulação dos leitos do hospital, de acordo com as necessidades do paciente e respeitando a missão, a

visão, o perfil assistencial e a capacidade instalada da unidade; assim como a introdução do Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR) nas portas de entrada das emergências e o início da implantação das linhas de cuidado na rede, que garantem a continuidade do tratamento e o acompanhamento da evolução clínica de cada paciente.

As linhas de cuidado, atualmente já funcionando nos hospitais Agamenon Magalhães e Barão de Lucena, no Recife, foram pensadas para expressar os fluxos assistenciais garantidos ao usuário, de forma humanizada, atendendo às suas necessidades de saúde, além de reduzir a probabilidade de procedimentos desnecessários e, muitas vezes, diminuir o tempo de internação.

Foi também no Hospital Barão de Lucena que ocorreu outro importante avanço, reforçando a profissionalização da gestão dos hospitais de grande porte do Estado e dos serviços prestados à população: o início do processo de acreditação das unidades de grande porte, a partir de dezembro de 2009, com o objetivo de alinhar a determinações nacional e internacionalmente estabelecidas as práticas, os processos internos e as infraestruturas clínica e predial dos hospitais, visando promover adequações para garantir a melhoria contínua da qualidade do serviço prestado e a segurança do paciente, de acordo com a normatização do Consórcio Brasileiro de Acreditação (CBA). A partir de novembro de 2012, o mesmo ocorreu com o Hospital Getúlio Vargas.

Houve ainda um forte investimento na informatização e na valorização de dados estratégicos, com a reforma, a equipagem e a renovação do parque tecnológico das unidades de grande porte e dos hospitais regionais, além do monitoramento dos indicadores dos hospitais de alta complexidade, que passaram a ser acompanhados mensalmente, por meio de reuniões colegiadas dos gestores de todas as unidades estaduais. Uma mudança concreta, percebida por servidores, colaboradores e parceiros de todos os níveis hierárquicos e, principalmente, pela população.

Outras mudanças que beneficiaram diretamente os usuários foram a ampliação e a interiorização da oferta de leitos de UTI em Pernambuco (passando de 264 para 1.100) e o consequente aumento do número de leitos na rede pública estadual, saindo de 3.844 para 10.701 leitos, ampliando a oferta de serviços (consultas, exames e cirurgias) através da maior cobertura no atendimento ao usuário; o fortalecimento da política de assistência farmacêutica e a reestruturação da assistência psiquiátrica a partir da desospitalização.

A mudança concreta foi percebida por servidores, colaboradores, parceiros e, principalmente, pela população

**A OFERTA DE LEITOS DE UTI EM
PERNAMBUCO
PASSOU DE**

264
PARA

1.100



**O AUMENTO
DO NÚMERO DE
LEITOS NA
REDE PÚBLICA ESTADUAL,
FOI DE**

3.844
PARA

10.701

Como nova proposta do modelo de atenção à saúde em Pernambuco, reorganizado com a perspectiva de reestruturação de uma rede hospitalar estadual regionalizada, hierárquica e integrada, o Governo de Pernambuco resolveu adotar o modelo de gerenciamento de serviços de saúde em parceria com Organizações Sociais de Saúde (OS) para a operacionalização de novos serviços de saúde: Unidades de Pronto Atendimento (UPA), Hospitais Metropolitanos e Regionais e Unidades Pernambucanas de Atenção Especializada (UPAE). As ações incluíram, entre outras iniciativas, a adoção de um modelo de gestão que propicia uma maior economicidade, metas e produção contratualizadas, repercutindo na qualidade da assistência hospitalar.

Também devem ser mencionados a requalificação do Centro de Assistência Toxicológica (Ceatox), o credenciamento dos hospitais Agamenon Magalhães, Getúlio Vargas e da Restauração como hospitais de ensino e a institucionalização da política de fortalecimento da atenção básica e cofinanciamento.

Em 2007
o Governo do Estado
instituiu a Política Estadual
de Fortalecimento
da Atenção Primária

Em 2007 o Governo do Estado instituiu a Política Estadual de Fortalecimento da Atenção Primária (Pefap), auxiliando os municípios na qualificação de pessoal e na aquisição de insumos estratégicos e equipamentos, valorizando e melhorando essa que é considerada a porta de entrada do sistema de saúde.

De 2007 a 2010, foram repassados cerca de R\$ 15 milhões para os 39 municípios que haviam solicitado e recebido a certificação para o cofinanciamento.

Com a revisão da política, todos os 184 municípios, mais o distrito de Fernando de Noronha, passaram a ser contemplados, totalizando R\$ 67,5 milhões investidos de 2011 a 2014. Isso representa um crescimento de mais de 350%. Hoje o cofinanciamento é composto por duas categorias. A primeira é o Piso Estadual da Atenção Primária à Saúde, com repasse de um valor per capita para todos os municípios de R\$ 0,46, além de R\$ 1,36 para os 168 que apresentam IDH menor do que o do Estado. Por ano, o montante chega a mais de R\$ 10 milhões. A segunda é o financiamento por desempenho, que leva em consideração dez indicadores, como o percentual de cura de casos novos de hanseníase e o percentual de crianças menores de dois anos com desnutrição.

A inserção das principais Redes de Atenção, em consonância com o modelo preconizado pelo Ministério da Saúde, favoreceu avanços significativos em todo o território na ampla resolutividade da assistência ao usuário, alinhada à matriz organizacional do modelo de atenção à saúde.

Assim sendo, a **Rede de Urgência e Emergência** proporcionou a garantia e a ampliação do acesso e o acolhimento de forma ágil e precisa no atendimento pré-hospitalar móvel (Samu 192) aos casos agudos e crônicos agudizados. Portas de entrada hospitalares e não hospitalares (pré-hospitalar fixo), leitos de retaguarda, inclusive os de atenção domiciliar, proporcionaram a redução do tempo médio de internação e sequelas decorrentes de atrasos no atendimento.

O tempo médio de internação foi reduzido, assim como as sequelas por atrasos no atendimento

No âmbito da **Rede de Atenção Psicossocial**, o Estado vem investido e apoiando o processo de fechamento de hospitais psiquiátricos com o intuito de garantir a mudança do modelo assistencial, com o fechamento de mais de 1.000 leitos distribuídos em sete hospitais psiquiátricos, elaborando, paralelamente, o projeto de desinstitucionalização (ou desospitalização) para fortalecer e impulsionar a implantação de residências terapêuticas.

Para a **Rede de Atenção à Pessoa com Deficiência**, o Estado vem monitorando o Programa de Concessão de Órteses, Próteses, Meios Auxiliares de Locomoção e outros Instrumentos de Reabilitação. Nesse sentido, o número de concessões passou de 95.000 para 181.578. O Estado também ampliou a Rede de Reabilitação Física com a implantação de Núcleos de Reabilitação Física nos hospitais da Restauração, das Clínicas, Geral de Areias, da Mirueira, João Murilo, Regional do Agreste, Dom Moura, Getúlio Vargas e Regional Fernando Bezerra Coelho.

Alguns programas e projetos foram implantados, de forma intersetorial, com outras secretarias e entidades, a exemplo da **Operação Lei Seca em Pernambuco**, sob a coordenação da SES desde dezembro de 2011, com o apoio de outras secretarias, o programa tem como eixo principal a educação no trânsito e a orientação aos condutores.

Em Pernambuco, a iniciativa se tornou uma das mais bem sucedidas políticas públicas de redução de acidentes de trânsito por embriaguez do País. Somente nos primeiros oito meses, a Operação Lei Seca em Pernambuco apontou uma queda significativa no número de óbitos causados por acidentes de trânsito no Estado. No final de 2012, ganhou três novas equipes, que passaram a atuar permanentemente, com bloqueios diários, itinerantes e em horários variados, na Zona da Mata, Agreste e Sertões do Araripe e do São Francisco, priorizando os municípios com as maiores taxas de mortalidade em acidentes deste tipo, apontados como uma epidemia em Pernambuco.

Outro projeto é o **Chapéu de Palha**, resgatado e assegurado por lei em 2007, que desenvolve, por meio da educação permanente, ações estratégicas de saúde para melhoria da qualidade de vida da população trabalhadora da entressafra da cana-de-açúcar, da fruticultura e da pesca artesanal e mariscaria em 92 municípios do Estado.

Também merece destaque o **Projeto Boa Visão**, que presta assistência oftalmológica, identificando e corrigindo problemas visuais de alunos, professores e funcionários das escolas estaduais pernambucanas, com um balanço de 38.575 óculos entregues, 66.201 consultas oftalmológicas e 791 escolas atendidas.

O **Mãe Coruja** se tornou uma política pública em Pernambuco, implantado em 103 municípios do Estado, com objetivo de reduzir a mortalidade materna e infantil a partir da garantia da atenção integral às gestantes usuárias do SUS e a seus filhos de até cinco anos de idade.



O fortalecimento da política de atenção primária promovido pelo governo de Eduardo Campos e João Soares Lyra Neto foi o marco inicial do Programa Mãe Coruja, lançado oficialmente em outubro de 2007. Em dezembro de 2009, foi transformado em política pública em defesa da vida pela Lei 13.959. É um programa que integra atualmente nove secretarias, não apenas a de Saúde, num amplo e consistente projeto coordenado por Renata Campos, viúva do governador Eduardo Campos.

À Secretaria da Saúde cabe a coordenação executiva do Mãe Coruja, com um comitê executivo, formado por cinco secretarias, e doze comitês regionais. Implantado de maneira gradativa, de acordo com os indicadores de mortalidade materna e infantil de cada regional, o programa cumpriu todas as metas propostas, reduziu as taxas de mortalidade e alcançou reconhecimento internacional.

○ **COEFICIENTE DE MORTALIDADE INFANTIL (CMI) POR MIL NASCIDOS VIVOS**

CAIU

30,1 EM 2006

PARA

15,8 EM 2011,

○ **MENOR ÍNDICE DO NORDESTE.**

NÚMEROS DO MÃE CORUJA PERNAMBUCANA ATÉ 2013

MAIS DE **110 MIL MULHERES** CADASTRADAS

MAIS DE **52 MIL CRIANÇAS** ACOMPANHADAS

439 CÍRCULOS DE EDUCAÇÃO E CULTURA EM TODAS AS REGIONAIS

230 OFICINAS PARA **4.672** MULHERES

MAIS DE **81.500** KITS DO BEBÊ ENTREGUES

O programa está presente em 2014 em 105 dos 185 municípios pernambucanos.

Em cada uma das cidades há o Canto Mãe Coruja, onde é realizado o cadastro biopsicossocial das mulheres e das crianças. O sistema de informações integrado abre um leque de demandas para o Estado e para os municípios não apenas na saúde, mas também em diversas áreas, como agricultura e educação. “A gente faz as coisas acontecerem”, diz Ana Elizabeth de Andrade Lima, coordenadora do comitê executivo do programa e diretora-geral de Gestão do Cuidado e das Políticas Estratégicas da Secretaria de Saúde.

Entre as ações desenvolvidas no âmbito do Mãe Coruja, estão: círculos de educação e cultura, cursos de qualificação profissional, oficinas de segurança alimentar e nutricional, inclusão em programas sociais, fornecimento de kits do bebê para

gestantes com sete ou mais consultas de exame pré-natal realizadas e reorganização da rede de atenção ao parto. É feito o acompanhamento das crianças através de incentivo ao aleitamento materno, à imunização e ao registro do nascimento.

Este ano, o programa foi agraciado com dois prêmios internacionais. Em maio, a Organização das Nações Unidas (ONU) concedeu ao Mãe Coruja o primeiro lugar do prestigiado United Nations Public Service Awards (UNPSA) na categoria “Promoção de Entrega de Serviços Públicos Voltados ao Gênero”. E em setembro, foi a vez de a Organização dos Estados Americanos (OEA) destacar o programa como vitorioso do Prêmio Interamericano da Inovação para a Gestão Pública Efetiva 2014, na categoria “Inovação da Qualidade das Políticas Públicas”.

Para Ana Elizabeth, o mundo entendeu que Pernambuco usa a tecnologia a serviço do desenvolvimento humano.

“O prêmio das Nações Unidas mostrou que a gente está no caminho certo e deu mais energia para continuar trabalhando e valorizando cada profissional. O desafio é grande, mas a capacidade da gente é maior ainda.”



PEDRA E CAL

Houve a realização de obras físicas, como a construção de três novos hospitais metropolitanos (Miguel Arraes, Dom Hélder Câmara e Pelópidas Silveira), do Hospital Mestre Vitalino, em Caruaru, dos hospitais municipais destruídos pelas enchentes que atingiram a Zona da Mata Sul do Estado em 2010 (Palmares, Jaqueira, Cortês, Barreiros e Água Preta), das 15 Unidades de Pronto Atendimento (UPA) e das nove Unidades Pernambucanas de Atenção Especializada (UPAE) – embora esta última não fosse, originalmente, uma incumbência da administração estadual. Do mesmo modo, as reformas e a compra de equipamentos para toda a rede de hospitais integram o conjunto de avanços que ilustram a mudança de paradigma empreendida na saúde. Avanços esses que tiveram, como prioridade absoluta, a melhoria da qualidade da assistência prestada à população pernambucana.

A construção e reforma de hospitais e a compra de equipamentos integram os avanços do novo paradigma

Hospitais de grande porte,
de cima para baixo:
Hospital Otávio de Freitas,
Hospital Barão de Lucena,
Hospital Getúlio Vargas,
Hospital da Restauração,
Hospital Agamenon Magalhães
e Hospital Regional do Agreste



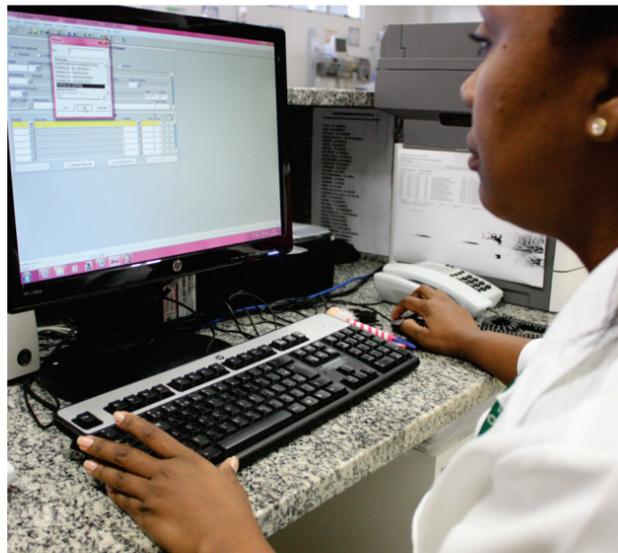
SUS FRR HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO - GOV. PAULO GUERRA





Hospital Mestre Vitalino, Caruaru
Foto: Paulo Sérgio Sales

Hospital Miguel Arraes, Paulista
Hospital Dom Helder, Cabo de Santo Agostinho
Hospital Pelópidas Silveira, Curado
UPAE Ministro Fernando Lyra, Caruaru | Foto: Paulo Sérgio Sales



Novos equipamentos para o Hospital da Restauração



Hospital Barão de Lucena



Acima, Hospital Otávio de Freitas. Abaixo, UTI do Hospital Regional de Palmares Sílvio Magalhães, totalmente reconstruído e reinaugurado em dezembro de 2011, em área livre de risco de enchentes, após ter sido destruído pelas fortes chuvas que atingiram a Mata Sul de Pernambuco, em 2010.

Foto: Miva Filho

NA
**VIGILÂNCIA EM SAÚDE,
OS PROCESSOS GERENCIAIS
PRECISAVAM SER
QUALIFICADOS
PARA A
TOMADA DE DECISÃO
EM TEMPO
OPORTUNO**

O principal desafio da Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde (SEVS/SES-PE) durante o período de gestão consistiu na reestruturação e na qualificação das ações de vigilância em saúde no Estado de Pernambuco, tomando como referência sua responsabilidade como instância coordenadora do Sistema Estadual de Vigilância em Saúde, subordinado ao Sistema Nacional e corresponsável pelos Sistemas Municipais de Vigilância em Saúde. Nesta direção, esta gestão definiu como eixo orientador conceitos e métodos do campo da avaliação em saúde, tendo o bom desempenho da gestão como objetivo, em consonância com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS). O primeiro passo foi, portanto, introduzir estratégias e dispositivos com vistas à institucionalização de práticas avaliativas voltadas para a gestão da vigilância em saúde, como estratégia de qualificar os processos gerenciais e a tomada de decisão em tempo oportuno.

A estratégia-chave foi a introdução do Monitoramento do Desempenho da Gestão da Vigilância em Saúde com o objetivo de melhorar a qualidade e a transparência da gestão da vigilância, promover uma maior responsabilização dos envolvidos e fomentar a cultura do monitoramento nas áreas técnicas que compõem a vigilância em saúde. Com o propósito de delimitar conceitualmente o campo de atuação da vigilância em saúde estadual, foram identificados cinco componentes: gestão financeira; informação e comunicação;

fortalecimento da capacidade institucional; articulação e situação de saúde. Esses componentes balizaram a construção de painéis de monitoramento compostos por indicadores e metas a serem atingidas, além de permitir, com periodicidade trimestral, a correção de rumos e o desenvolvimento de ações que potencializassem e qualificassem os processos de trabalho necessários ao alcance das metas que representavam em última instância a melhoria da situação de saúde da população.

A integração com as instituições de ensino foi uma estratégia adotada para melhorar as ações desenvolvidas

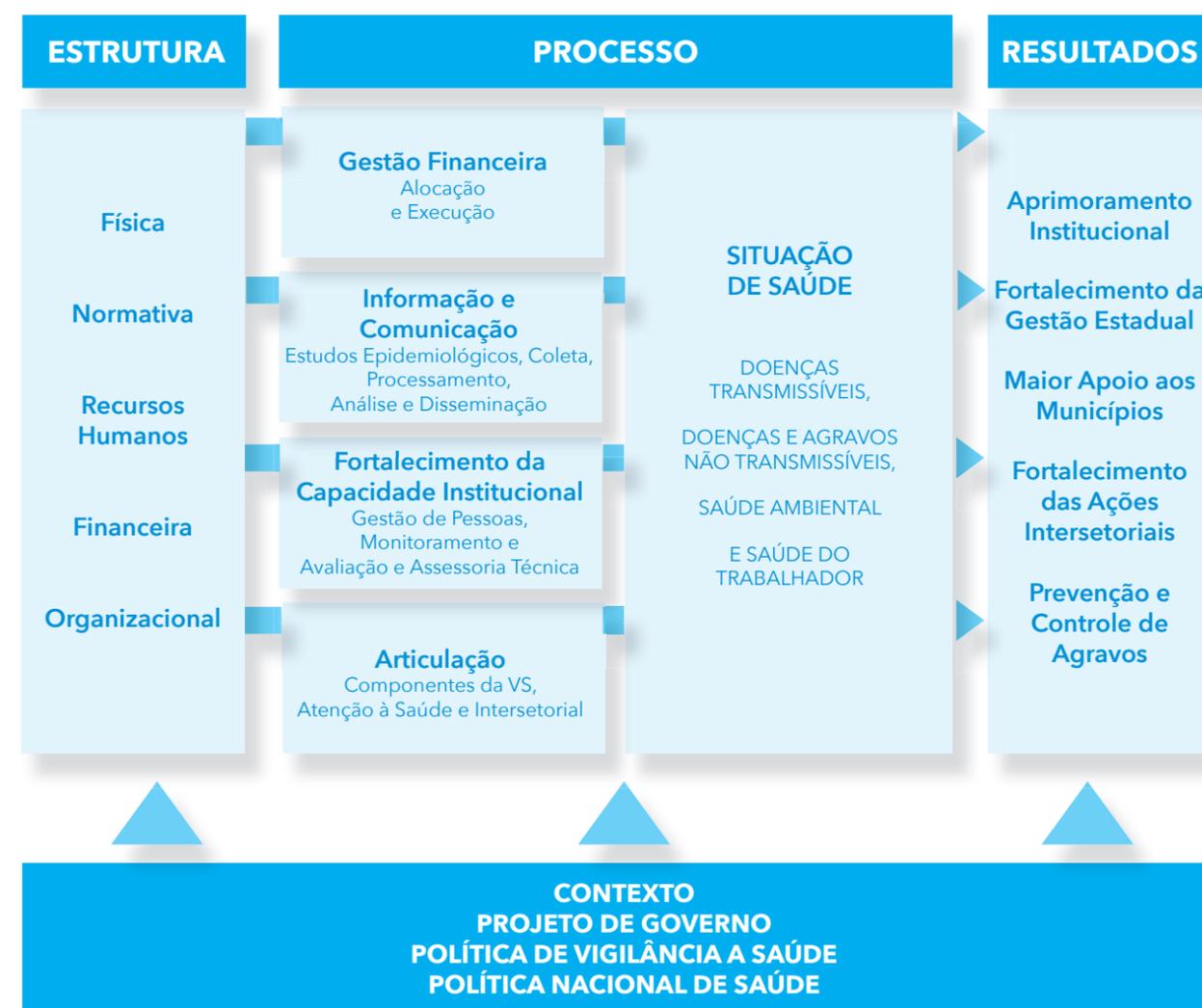
Outra estratégia associada, porém de igual magnitude, foi a iniciativa de promover uma maior integração entre a SEVS/SES-PE e as instituições de ensino e pesquisa, com vistas a qualificar não só as ações desenvolvidas pela gestão estadual, mas também o processo de ensino-aprendizagem e os subsídios às pesquisas voltadas para o aprimoramento do SUS. Assim, uma das primeiras iniciativas consistiu na criação de campo de estágio para residentes de cursos multiprofissionais na área da saúde, estabelecendo um período mínimo de seis meses de práticas nas áreas técnicas da SEVS.

Também houve estímulo aos profissionais ligados à vigilância em saúde, tanto na instância estadual quanto na municipal, para concorrerem à seleção de cursos de especialização, mestrado e doutorado, com o apoio à construção de projetos de pesquisa que resultassem em monografias, dissertações e teses de interesse a um melhor conhecimento das diversas subáreas da vigilância em saúde. Este processo resultou na qualificação de cerca de 50 especialistas, 30 mestres e dez doutores na área de saúde coletiva com foco na vigilância em saúde. Destaque-se ainda o incentivo à participação dos técnicos em eventos científicos, com especial atenção à apresentação de 110 trabalhos científicos resultantes de estudos internos no âmbito da SEVS/SES-PE.

Uma terceira decisão institucional foi a procura de dispositivos inovadores que permitissem ampliar e manter um corpo técnico em número suficiente para o gerenciamento e a execução de ações internas à SEVS/SES-PE e o reforço à capacidade funcional das 12 Geres, permitindo, dessa forma, uma assessoria técnica mais qualificada e mais presente nos municípios, principalmente naqueles com gestão local menos estruturada. Neste aspecto, foram contratados 36 apoiadores institucionais para as Geres, 40 técnicos para compor as gerências em nível central, 57 sanitaristas para a vigilância epidemiológica hospitalar (VEH) de 30 hospitais de referência, 158 profissionais especializados para o Laboratório Central de Saúde Pública (Lacen), além de abertura de estágio para 54 estudantes de graduação e 29 estagiários de nível médio para a VEH.

Por outro lado, a atualização da infraestrutura tecnológica com a aquisição de equipamentos de informática (225 computadores e 225 impressoras), sendo 150 para o nível central da SEVS/SES-PE, 24 para as Geres, 21 para as unidades sentinela de informação de acidentes de transporte terrestre (USIATT) e 30 para a VEH. Além disso, foram adquiridos 94 veículos para as atividades descentralizadas da vigilância em saúde, sendo 52 para municípios prioritários para o enfrentamento das doenças negligenciadas e 36 para as

MONITORAMENTO DO DESEMPENHO DA GESTÃO DA VIGILÂNCIA EM SAÚDE DE PERNAMBUCO



Geres. Foi adquirido, ainda, um ônibus direcionado à detecção, ao tratamento e ao acompanhamento de doentes com DST/Aids, hanseníase, tracoma e tuberculose, equipado com três consultórios, uma sala de aconselhamento e uma sala para testagem rápida. Mais 52 veículos se encontram em processo de licitação para os municípios prioritários.

Essas estratégias proporcionaram à gestão da SEVS/SES-PE uma maior qualidade no processo de trabalho, bem como descentralizaram para as Geres e para municípios polos exames de apoio diagnóstico e atividades de vigilância epidemiológica e sanitária e, por consequência, resultados mais promissores na direção da melhoria da qualidade de saúde da população, no âmbito de abrangência de sua missão institucional e do sistema estadual de vigilância em saúde.

Resultados de magnitude e o reconhecimento dos gestores municipais e regionais atestam o êxito alcançado

O êxito alcançado decorrente do processo de reestruturação da gestão da vigilância em saúde pode ser observado pelo reconhecimento dos gestores municipais e regionais, pela observação de alguns resultados de magnitude, que podem ser considerados eventos traçadores da qualidade da gestão, e pelos prêmios recebidos em reconhecimento ao trabalho desenvolvido, conforme citado a seguir:

- ▶ **Reconhecimento** pelo Ministério da Saúde (MS) como Estado de referência nas ações de saúde desenvolvidas na Copa do Mundo Fifa 2014, com destaque para o desenvolvimento do sistema informatizado Ambiente Estratégico de Monitoramento e Análise de Risco (Amber) para sistematização das informações dos atendimentos realizados nas unidades de referência em tempo real.
- ▶ **Implantação** do Programa Sanar, de enfrentamento às doenças negligenciadas, em 108 municípios prioritários, com vistas à redução da prevalência da carga de doença e, em alguns casos, à eliminação da doença como problema de saúde pública (programa considerado de referência pelo Ministério da Saúde como demonstrativo para outros Estados do país).
 - Como resultados do Sanar, nos últimos quatro anos, foi reduzida a prevalência média estadual do tracoma de 7,5% para 3,0% e da esquistossomose de 13,2% para 4,9%. Em relação à doença de chagas, houve uma redução da população do vetor (barbeiro) para um índice de infestação domiciliar de 21,6% em 2010 para 5,9%. Nenhum caso de filariose foi registrado em 2014, permitindo que Pernambuco tenha iniciado o processo de certificação do Estado como livre da filariose no Ministério da Saúde e na OPAS/OMS.

- Também houve aumento de 57% para 75% dos pacientes de tuberculose que realizaram teste para HIV; reduziram-se de 9% para 4,9% os casos de abandono do tratamento; 50% dos 50 municípios prioritários para esta doença alcançaram a condição satisfatória para a cura ($\geq 75\%$ de pacientes curados). Em relação à hanseníase, 76% dos 25 municípios prioritários alcançaram a condição satisfatória para a cura ($\geq 90\%$ de casos novos curados) e 80% a condição satisfatória para o exame dos contatos ($\geq 75\%$ de contatos examinados).

Implantação de 21 Unidades Sentinela para Acidentes de Transporte Terrestre (USIATT) em unidades de saúde hospitalares e de pronto atendimento e de 36 Núcleos de Promoção da Saúde em municípios com menos de 20 mil habitantes.

Descentralização do laboratório de água para 10 Regionais de Saúde, sendo realizadas análise de 28.893 amostras de água quanto ao parâmetro microbiológico de qualidade da água para consumo humano. Também foram distribuídos 3.872.354 frascos de hipoclorito de sódio e 4.525 pastilhas de cloro para o tratamento de água nos carros-pipa e grandes reservatórios, além de 182.500 filtros de água às famílias atingidas pela seca, beneficiando 7.982.535 habitantes.

Redução do uso das unidades motorizadas de ultra baixo volume (UBV – carro fumacê) de 320 ciclos em 2011 para 48 ciclos em 2014, o que representa uma maior qualificação no controle vetorial, evitando o uso desnecessário de inseticidas e consequentes danos à saúde das pessoas.

Identificação e cadastramento de 29 áreas (51,7%) no polo organizado de Suape e seu entorno para identificação de áreas com populações expostas a contaminantes químicos perigosos e dos resíduos sólidos gerados pelas plantas industriais e seu destino; bem como cadastramento de 33 áreas de população expostas a solos contaminados nos municípios pertencentes ao polo gesseiro (Ouricuri, Trindade, Ipubi, Araripina e Bodocó)

Descentralização do teste rápido de hepatites B e C para 30 municípios e do teste rápido de HIV para 165 municípios, com realização de 1.341.107 testes rápidos de HIV, sífilis, hepatites B e C; realização de 34.248 testes sorológicos para hepatites virais em 11.416 trabalhadores do Complexo Industrial Portuário de Suape; descentralização dos exames de citopatologia cérvico-vaginal para 13 laboratórios, com o objetivo de realizar o diagnóstico precoce do câncer de colo uterino, reduzindo o prazo de entrega dos resultados.

- ▶ **Descentralização** da sorologia para diagnóstico da dengue, leishmanioses, doença de chagas e hepatites virais para as 12 Gerências Regionais; descentralização do diagnóstico de tuberculose, com implantação da cultura de BK em Ouricuri (Geres), Arcoverde (Geres), Caruaru (Geres), Olinda (município) e Hospital Geral Otávio de Freitas (hospital de referência); cadastramento de 287 laboratórios no Gerenciador de Ambiente Laboratorial (GAL), garantindo uma maior eficiência no tempo de liberação de exames.
- ▶ **Aumento** no número de óbitos investigados, com destaque para a investigação dos fetais (46%) e infantis (22%) e introdução do processo de investigação do óbito por dengue e por tuberculose para a identificação e a correção das inadequações no transcurso do atendimento aos doentes.
- ▶ **Realização** de 86 grandes operações de vigilância sanitária (Apevisa) em parceria com as polícias Civil e Federal, Anvisa, Delegacia do Consumidor e Secretaria da Fazenda, Ipem, Procon, Polícia Militar e Polícia Rodoviária Federal (PRF), bem como de 6.143 inspeções, com a identificação de 117 estabelecimentos irregulares, 58 empresas interditadas e notificadas, além de 67 autuações; apreensão de 1.960.530 unidades de medicamentos e produtos irregulares, incluindo materiais médico-hospitalares, saneantes e bulas, de 40 toneladas de remédios e materiais hospitalares circulantes de forma ilegal pelo Estado e de 54.286.28 unidades de chumbinho, raticida e produtos tóxicos; identificação e interdição de três depósitos no Agreste de Pernambuco que continham mais de 50 toneladas de materiais descartados por hospitais.
- ▶ **Reconhecimento** nacional por intermédio de nove premiações ao longo dos últimos quatro anos: 2011 – Sanar, programa de destaque na Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco, escolha feita pelos funcionários da SES; 2012 – 1º lugar na 12ª Expoepi (mostra de experiências bem-sucedidas na área de vigilância, controle e prevenção de doenças – SVS/MS); 2013 – (i) 1º lugar na 13ª Expoepi, (ii) premiação entre os cinco melhores trabalhos do 49º Congresso da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical, (iii) Prêmio Saúde da Editora Abril – Categoria Saúde e Prevenção, (iv) 2º lugar no Prêmio Sanofi – Inovação Medical Services na categoria Medicina Tropical; 2014 – dois primeiros lugares e um segundo lugar em três mostras competitivas durante a 14ª Expoepi.

A
DESCENTRALIZAÇÃO
DE EXAMES
E TESTES RÁPIDOS
NO ESTADO
É UM DOS
AVANÇOS
DA VIGILÂNCIA EM SAÚDE

▶ TESTE RÁPIDO DE
HEPATITES B E C EM
30 MUNICÍPIOS

▶ TESTE RÁPIDO DE
HIV PARA
165 MUNICÍPIOS

HOUVE A
VALORIZAÇÃO DA
MERITOCRACIA
POR DESEMPENHO E
INVESTIMENTO NA
EDUCAÇÃO
CONTINUADA

A principal conquista da Secretaria Executiva de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde no período 2007-2014 foi a construção da Política de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde com participação do controle social.

A política contemplou a formação da força de trabalho para o SUS estadual, com programas de apoio à graduação (FORMASUS) e à pós-graduação em saúde (com ênfase nas residências em saúde) na rede SUS-Escola; a regulação da carreira do profissional de saúde da rede estadual, com a valorização da meritocracia por desempenho e o investimento em programas de educação continuada; a regionalização da educação permanente em saúde mediante integração ensino e serviço com participação social; e a concepção da Escola de Governo em Saúde Pública.

A secretaria acumula, então, uma série de conquistas no período, como a criação do FORMASUS, programa que disciplinou o uso de espaço das unidades públicas de saúde pelas instituições privadas de ensino e garantiu 538 bolsas de estudo integrais de nível técnico, além de 286 bolsas de estudo de nível superior a alunos oriundos de escolas públicas. Para implantação deste programa, mais de quatro mil vagas de estágio obrigatório às instituições de nível técnico e superior – tanto públicas quanto privadas – foram ofertadas e 330 vagas de estágio remunerado não obrigatório para acadêmicos de medicina nos plantões de

urgência e emergência foram fomentadas.

Não podemos deixar de fazer referência à expansão do programa de residências médicas e multiprofissionais, cujo número de vagas passou de 473 para 903. Destaca-se a expansão em áreas prioritárias, a saber: anestesiologia (de 12 para 29), traumatologia (de 14 para 41), psiquiatria (de duas para 15), cardiologia (de 18 para 29), geriatria (nove), cancerologia (de quatro para 14) e clínica médica (de 51 para 79). Houve ainda apoio à implantação de programas inéditos no Estado, como geriatria e cirurgia de cabeça e pescoço. Na área multiprofissional, podemos destacar a residência multiprofissional em saúde coletiva interiorizada, com 56 vagas em 2014.

Ainda no âmbito da gestão do trabalho e da educação em saúde, merecem destaque a sistematização dos padrões de dimensionamento do quadro de pessoal e a implantação do sistema de avaliação de desempenho. Este sistema foi alinhado a metas do pacto de gestão pela saúde, além disso, a inclusão da dimensão formativa valorizou a preceptoria em serviço. Ainda conformaram o sistema a elaboração e a implantação do plano de cargos, carreiras e vencimentos e a implantação da avaliação do servidor em estágio probatório.

São exemplos de parcerias que deram certo o fortalecimento do Núcleo de Atenção Psicossocial (Nuaps), destinado ao atendimento de profissionais em saúde mediante ação articulada e integrada aos serviços sociais e de saúde; a cogestão do Programa de Pesquisa para o SUS (PPSUS), em parceria com a Fundação de Amparo à Ciência e Tecnologia do Estado de Pernambuco (Facepe); o apoio à interiorização

dos cursos de medicina em conjunto com a Secretaria de Ciência e Tecnologia; além dos mais de cem cursos de aperfeiçoamento e especialização ofertados aos trabalhadores de Estados e municípios em ações articuladas entre o Ministério da Saúde, a Escola de Governo em Saúde Pública e a Secretaria de Educação do Estado.

O aperfeiçoamento do modelo de seleção de profissionais por região de saúde também foi um avanço, uma vez que, segundo especialistas, tal iniciativa orienta e melhora a provisão e a fixação de profissionais nas regiões a que concorrem.

Assim como ocorreu com os gestores das Gerências Regionais de Saúde (Geres), os diretores dos hospitais de grande porte do Estado também foram escolhidos a partir de um processo seletivo público, o que, sem dúvida, profissionalizou ainda mais e contribuiu para que a gestão de tais unidades

de saúde fosse alçada a outro patamar. Após a seleção, os diretores dos hospitais de grande porte participaram de um Programa de Desenvolvimento Gerencial – qualificação colegiada para a discussão de práticas de gestão, formatado para a realidade local.

Os profissionais também integraram missões técnicas para visitação de unidades hospitalares de outras regiões do país, cujos modelos de gestão estavam alinhados às mudanças que já ocorriam em Pernambuco. Tais iniciativas traduzem a dimensão da relevância que a administração de Eduardo Campos e João Soares Lyra Neto deu à saúde pública em Pernambuco, ainda como compromisso de campanha, em 2006, até 2014.

O modelo de seleção por região orienta a provisão e aumenta a fixação dos profissionais

GESTOR DE SAÚDE PÚBLICA

O Governo de Pernambuco seleciona profissionais para ocupar cargos de livre provimento e fortalecer o quadro gerencial da Secretaria Estadual de Saúde nas seguintes áreas:

- Gerência Médica.
- Gerência de Administração e Finanças.
- Gerência de Suprimentos.
- Gerência de Manutenção e Engenharia Clínica.

Mais informações e inscrições até o dia 07.09.08, no site www.gestordesaudepublica.pe.gov.br

GOVERNO DE Pernambuco

CONSOLIDAÇÃO DA POLÍTICA DE DESCENTRALIZAÇÃO E REGIONALIZAÇÃO COM FORTALECIMENTO DA REGULAÇÃO



A principal missão da Secretaria Executiva de Regulação em Saúde (SERS) é o gerenciamento das redes de atenção à saúde de Pernambuco, com objetivo de promover a garantia de acesso dos usuários aos diversos pontos de atenção da rede, além da execução permanente das atividades de programação, controle, avaliação e auditoria dos serviços de saúde.

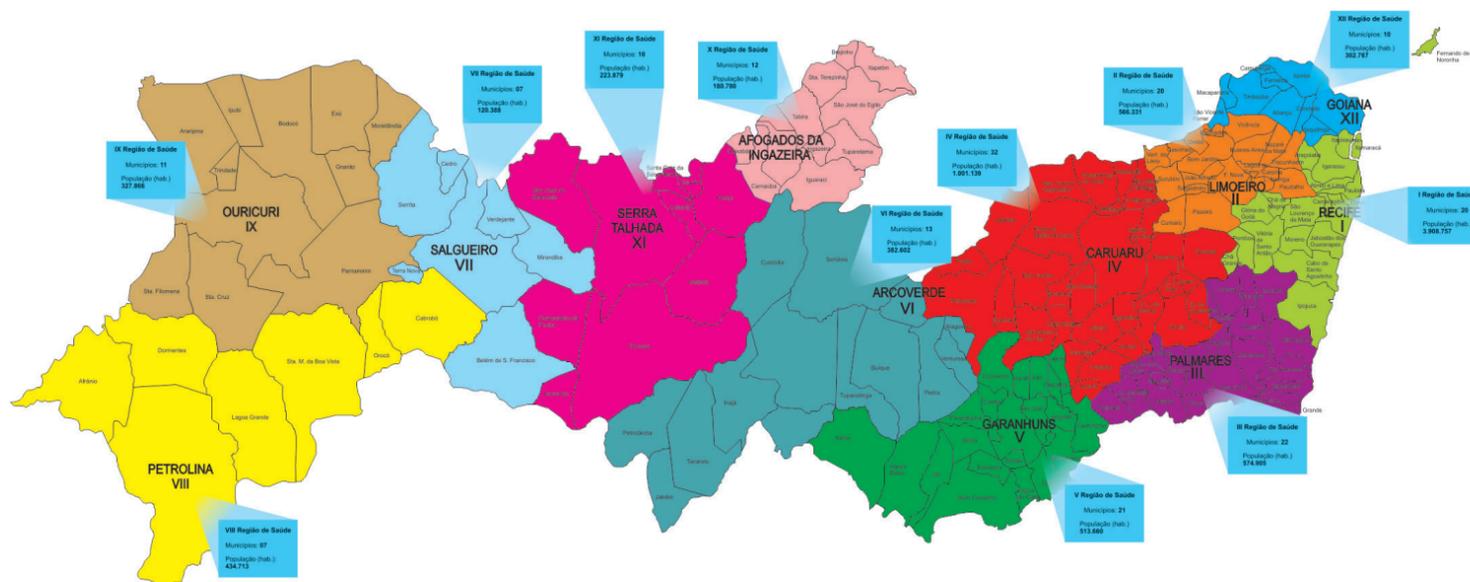
A distribuição dos serviços melhora o acesso e reduz o deslocamento para o usuário

Neste sentido, alguns avanços podem ser observados, destacando-se a descentralização da oferta de serviços da I Região de Saúde para as demais regiões, proporcionando melhor distribuição dos serviços ofertados e a melhoria do acesso para o usuário, com a redução do deslocamento.

A regionalização da saúde é uma diretriz organizativa que orienta a descentralização das ações e serviços, potencializando os processos de pactuação e negociação entre gestores. O avanço desse processo depende da construção de desenhos regionais que respeitem as realidades locais, a partir do fortalecimento da gestão regional por meio do Colegiado Intergestores Regionais (CIR) como espaços ativos de cogestão (PDR/PE, 2011).

A descentralização de ações e serviços de saúde, além da estruturação da atenção em saúde a partir da conformação de redes regionais, resolutivas e hierarquizadas, estimula estados e municípios a exercerem efetivamente seus papéis, potencializando seus trabalhos, em uma dinâmica de regionalização viva.

REGIÕES DE SAÚDE DE PERNAMBUCO



Em Pernambuco, o processo de fortalecimento da regionalização foi iniciado a partir da necessidade de redefinir a conformação territorial do Estado e reorganizar os espaços de gestão regionalizada nas regiões de saúde.

A descentralização e a estruturação das redes estimulam os municípios a exercerem seus papéis

O Plano Diretor de Regionalização foi construído de forma participativa. Apresenta-se de maneira exequível e próxima da realidade para a identificação de prioridades e de conformação de sistemas funcionais de saúde, de modo a melhorar os recursos disponíveis, pensando sempre na economia de escala e no escopo, a fim de prestar uma atenção mais resolutiva à saúde. É preciso ressaltar que esse plano não é imutável. Ao contrário, deve ser encarado como ponto de partida para futuras pactuações, que possam transformar a atual rede de assistência do Estado num sistema de saúde mais organizado, solidário e equânime.

Em 2011 e 2012 foram reestruturadas as Geres. Em anos anteriores, os gerentes regionais eram indicados politicamente, entretanto foi realizada uma seleção pública para preenchimento dos cargos do novo organograma, o que representou um avanço para o fortalecimento da gestão regionalizada. Além disso, foram criados novos cargos nas áreas de coordenação de atenção à saúde, planejamento e regulação e vigilância em saúde, bem como foram contratados sanitaristas apoiadores do planejamento para as regiões de saúde.

Atualmente existem doze CIRs estruturadas, cada uma com sua câmara técnica e um Colegiado Regional Interestadual (Crie), além de um espaço de pactuação interestadual entre a IV macrorregião de saúde de Pernambuco e a macrorregião de Juazeiro no estado da Bahia. A Rede Peba reorganiza a assistência à saúde na região do Médio São Francisco com o objetivo de eliminar as barreiras geográficas e garantir acesso aos serviços de saúde para os moradores locais.

Merecem destaque a desconcentração e a ampliação da oferta de exames de tomografia computadorizada, ressonância magnética e densitometria óssea: em 2007 e 2008 eram oferecidos uma média de 53,4 exames/10.000 habitantes distribuídos em três regiões de saúde; Em 2013 e 2014, essa oferta já representa para mais de 145 exames/10.000 habitantes, distribuídos em dez regiões de saúde. A ampliação da oferta destes exames representou um incremento de 78% de tomografias, 50% de ressonâncias e 130% de densitometrias ósseas.

Também vale ressaltar a descentralização da oferta de serviços em terapia renal substitutiva (TRS) e leitos de UTI. Hoje existem serviços de TRS presentes em oito das 12 regiões de saúde do Estado e oferta de leitos de UTI em dez regiões de saúde.

A implementação da política de transplantes em Pernambuco e a reestruturação da Central de Transplantes refletiram-se na ampliação do número de procedimentos desse tipo realizados e na redução das filas de espera por órgãos. Além disso, vale destacar a implantação de quatro Organizações de Procura de Órgãos (OPO), sendo duas no Recife, uma em Caruaru e uma em Petrolina, corroborando a decisão de interiorização dos serviços.

O fortalecimento da regulação pode ser registrado a partir da captação de recursos do SUS com o objetivo de implantação do Complexo Estadual de Regulação, composto por 12 centrais regionais de regulação e de duas centrais macrorregionais, além da implantação de Núcleos Internos de Regulação em quatro grandes hospitais da rede.

A contratualização com a rede complementar também configurou importante avanço, uma vez que em 2007 totalizavam 30% de prestadores contratualizados e em 2014 esse percentual está acima dos 70%.

**VARIÁVEIS SIMPLES
E EFICIENTES
PASSARAM A MENSURAR
OS PROCEDIMENTOS
REALIZADOS
EM CADA
HOSPITAL**

No que diz respeito ao financiamento e à gestão financeira da saúde pública em Pernambuco, uma das mais importantes conquistas do governo de Eduardo Campos e João Soares Lyra Neto foi justamente fazer a gestão financeira da saúde de forma segura e eficiente.

A princípio, isso foi possível a partir da criação de uma metodologia própria para o acompanhamento da produção ambulatorial e hospitalar de cada um dos seis hospitais de grande porte do Estado. A metodologia, desenvolvida no âmbito do Plano Operacional Anual (POA) como instrumento de gestão, viabilizou o acompanhamento dos números da produção de cada hospital, a partir da sistematização de variáveis simples – porém eficientes – para mensurar os tipos e as quantidades de procedimentos realizados, apresentados e aprovados em cada hospital.

De partida, o maior controle dos números ajudou a elucidar inadequações na gestão dos hospitais e melhorou o registro de procedimentos, impactando direta e positivamente na clareza da contribuição de cada unidade no faturamento, especialmente em relação à capacidade de negociação do Estado no Governo Federal para ampliação dos tetos financeiros repassados, sobretudo nas ações estratégicas e de alta complexidade.

Somam-se a este processo o início da implantação dos centros de custo, a implantação do E-Fisco (que permite o

acompanhamento de todas as notas fiscais eletrônicas emitidas e recebidas, bem como o seu arquivamento de forma segura), a criação e o fortalecimento das Unidades Gestoras Executoras (UGE) vinculadas aos seis hospitais de alta complexidade e o uso do Sistema de Controle de Execução Financeira (Sicrefe) das unidades administrativas (hospitais regionais), o que melhorou o controle e a transparência na execução das despesas.

Ao longo deste governo, a Secretaria Executiva de Administração e Finanças investiu fortemente em planejamento e na discussão colegiada de demandas e ações de sua competência, e avançou em outros aspectos importantes, como o cumprimento da Emenda Constitucional 29, além do mínimo – que determina que pelo menos 12% do orçamento estadual sejam destinados para a saúde –, o que foi fundamental para a consolidação do SUS. Em 2014 o orçamento total da saúde (incluindo convênios e recursos do SUS) passou de R\$ 1,7 bilhão para R\$ 4,5 bilhões.

Pernambuco se destaca no País entre os estados que mais investem recursos próprios em saúde, muito além do mínimo legal

O aumento do financiamento da saúde, para além do exigido pela EC 29, fez com que o Estado se destacasse no país entre os que mais investem recursos próprios em saúde. Em 2010 alcançou-se um percentual de receitas líquidas aplicadas em saúde de 17,64%. O acompanhamento do Sistema de Informação sobre os Orçamentos Públicos em Saúde (Siops) foi incorporado ao processo de gestão financeira da SES, criando as bases para o acompanhamento da despesa tanto do ponto de vista contábil quanto em relação aos blocos de financiamento do SUS.

Nos últimos quatro anos, o volume de investimento na saúde – ou seja, sem o custeio da rede – foi de mais de R\$ 560 milhões, utilizados na construção de novas unidades, como o Hospital Mestre Vitalino, em Caruaru, o Hospital da Mulher, as Unidades Pernambucanas de Atenção Especializada (UPAE) e as Unidades de Pronto Atendimento (UPA), bem como na compra de equipamentos para toda a rede de hospitais, laboratórios, farmácias, hemocentros e programas, compromissos assumidos pelo projeto de governo perante a sociedade.

**EM
2007
O ORÇAMENTO
TOTAL DA SAÚDE
(INCLUINDO CONVÊNIOS
E RECURSOS DO SUS)
ERA DE**

**R\$ 1,7
BILHÃO**

**EM
2014**

**R\$ 4,5
BILHÕES**

No âmbito do fortalecimento do controle social, ações importantes foram desenvolvidas durante a gestão 2007/2014 como forma de reconhecer e efetivar a participação e o controle social no SUS de Pernambuco.

A princípio, é importante registrar a adequação do organograma da Secretaria Estadual de Saúde (SES/PE), destacando-se a instituição da Secretaria Executiva de Coordenação Geral, com foco na promoção de uma maior articulação entre as áreas que compõem a SES/PE, bem como entre a SES/PE e o controle social, este representado pelo Conselho Estadual de Saúde (CES/PE). É importante ressaltar ainda a criação da Gerência de Gestão Estratégica e Participativa, componente da Diretoria-Geral de Planejamento, em cujo rol de ações se destacam as que fortalecem a participação e o controle social no SUS do Estado.

Neste sentido, a SES/PE realizou ações estratégicas de implementação de importantes pilares para a consolidação da participação social, como os comitês técnicos intersetoriais, a Ouvidoria Central do SUS e as conferências de saúde. No que tange à conformação de comitês, a Secretaria Estadual de Saúde instituiu dois comitês técnicos com representantes da SES, órgão/secretarias de governo e entidades civis organizadas, o Comitê Estadual de Saúde da População LGBT e o Comitê Estadual de Saúde da População Negra, com o intuito de subsidiar a SES/PE na elaboração e na implantação das políticas de saúde para essas populações.

Quanto à Ouvidoria Central do SUS, cabe registrar a expansão de sua estrutura física e de pessoal, que possibilitou

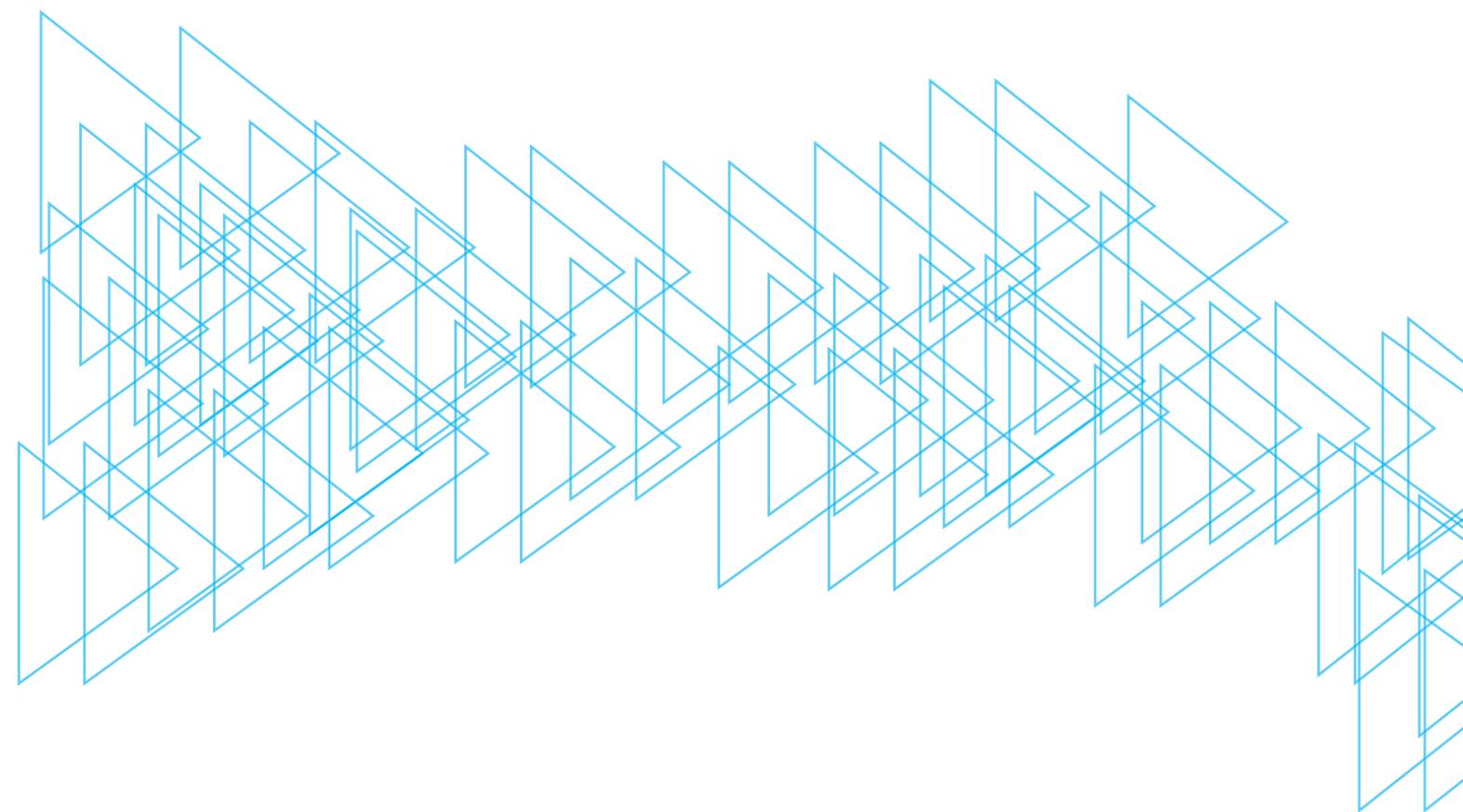
Os comitês intersetoriais, a ouvidoria central do SUS e as conferências de saúde são pilares da participação social

o alcance de metas importantes, como a implantação de 12 ouvidorias regionais e nos oito grandes hospitais do Estado, bem como um sistema que interliga todos os hospitais e UPAs à Ouvidoria Central do SUS. Os canais de ouvidoria são destinados à ausculta da população, bem como à prestação de informações em saúde pública.

De forma a proporcionar uma participação ainda mais ampla da sociedade na proposição de estratégias para a implementação do SUS de Pernambuco, a SES e o Conselho Estadual de Saúde realizaram duas Conferências Estadual de Saúde, em 2007 e 2011, e uma Conferência Estadual de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, em 2014, abordando temas importantes que subsidiaram a definição de diretrizes prioritárias para os Planos Estadual de Saúde 2008/2011 e 2012/2015, respectivamente, bem como subsidiar a implementação da política estadual de saúde do trabalhador e da trabalhadora.

Como estratégias de fortalecimento do controle social, ressaltam-se ainda importantes pautas discutidas e deliberadas no Conselho Estadual de Saúde, como a política de fortalecimento da atenção primária, em 2011, na qual o Estado de Pernambuco define coparticipação no financiamento aos municípios, e em 2014, sobre Modelo de Gestão de Unidades de Saúde Estadual. Outro aspecto cabível de enfatizar é a proposta de alteração da Lei nº 12.297/2002, que dispõe sobre o CES/PE, no qual, entre diversas questões, se destaca a proposta de eleição entre os pares que o compõem para a função de presidente, e ainda a inclusão de uma vaga na composição do CES/PE para entidade representante do movimento LGBT e outra vaga para entidade representante.

O fortalecimento da participação e do controle social durante este período se deu através de diferentes frentes e estratégias, consolidando de forma permanente a gestão pública estratégica e participativa.



CONSIDERAÇÕES FINAIS

O DESAFIO DA CONSOLIDAÇÃO

Impresso em pólen 80g na
Companhia Editora de Pernambuco - Cepe
Em dezembro de 2014.

Tiragem: 1.000 exemplares.
No projeto foram utilizadas as fontes:
Frutiger e Avenir, desenhadas por Adrian Frutiger,
em 1968 e 1988, respectivamente,
e Architects Daughter, criada
por Kimberly Geswein, em 2012.

