



Ministério da Saúde
Secretaria-Executiva
Subsecretaria de Assuntos Administrativos
Superintendência Estadual do Ministério da Saúde em Pernambuco
Serviço de Articulação Interfederativa e Participativa

NOTA TÉCNICA Nº 5/2023-PE/SEINP/PE/SEMS/SAA/SE/MS

1. **ASSUNTO**

1.1. Trata-se de uma análise quanti e qualitativa sobre o Plano Estadual de Saúde de Pernambuco (PES/PE) do quadriênio 2024-2027, apresentado e aprovado ao Conselho Estadual de Saúde de Pernambuco (CES/PE) em 05 de dezembro de 2023 com o objetivo de fortalecer o processo de construção do documento.

2. **INTRODUÇÃO**

2.1. O planejamento em saúde é a principal ferramenta para intervir sobre a realidade de maneira contínua organizada, dinâmica e metodológica. Enquanto fundamento dos processos de gestão, permite conhecer a situação de saúde da população e dos territórios, e, a partir de então, elaborar proposições alinhadas às reais necessidades de saúde. Se configura, portanto, como um elemento indispensável à rotina do Sistema Único de Saúde (SUS), ao incorporar instrumentos e estratégias que orientam a tomada de decisão nos diferentes setores e serviços, além de nortear a programação e oferta de ações e serviços de saúde (FERREIRA; SILVA; MIYASHIRO, 2017; SILVA et al., 2020). Desde a instituição do SUS, diferentes avanços têm sido delineados para qualificar os processos de planejamento e gestão no âmbito da saúde pública, em que se destaca o arcabouço legal e marcos normativos que auxiliam e orientam o processo de planejamento e gestão em saúde pública. Dentre os principais aparatos legais, enfatiza-se as Leis Orgânicas da Saúde (LOS nº 8.080/90 e 8.142/90), o Decreto nº 7.508/11, a Lei Complementar nº 141/12, e a mais recente, a PRC nº1/2017, conforme destacado na Figura 1, a seguir.

Figura 1- Principais marcos legais e normativos para o planejamento em saúde no SUS.

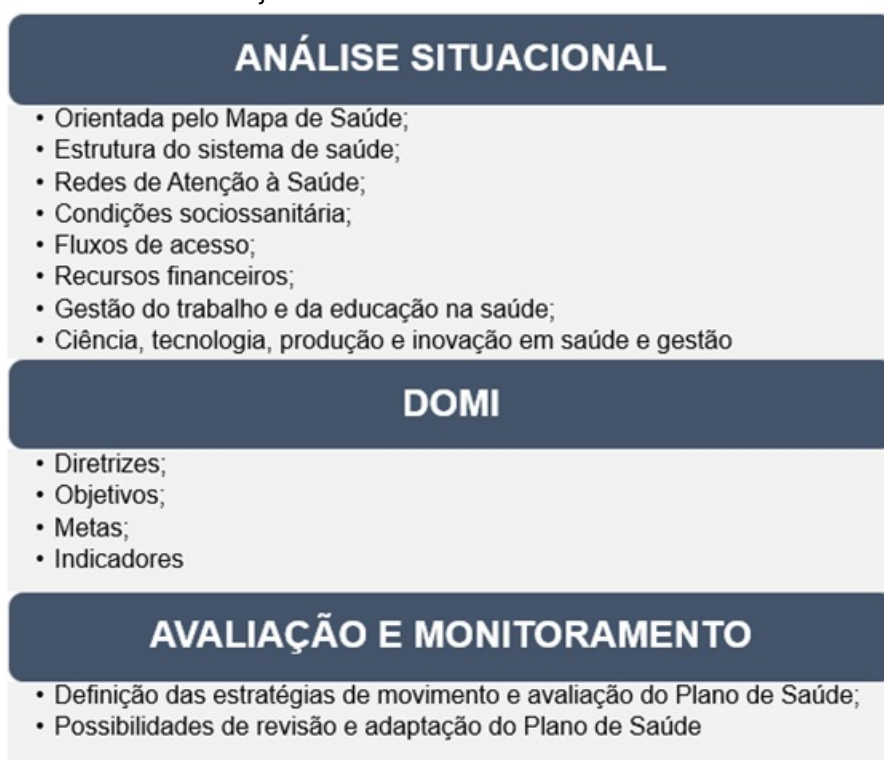
LEI Nº 8.080, DE 19 DE SETEMBRO DE 1990 <ul style="list-style-type: none">• Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências	LEI Nº 8.142, DE 28 DE DEZEMBRO DE 1990 <ul style="list-style-type: none">• Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências	LEI COMPLEMENTAR Nº 141, DE 13 DE JANEIRO DE 2012 <ul style="list-style-type: none">• Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo
DECRETO Nº 7.508, DE 28 DE JUNHO DE 2011 <ul style="list-style-type: none">• Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências	PORTARIA DE CONSOLIDAÇÃO Nº 1, DE 28 DE SETEMBRO DE 2017 - TÍTULO IV / CAPÍTULO I <ul style="list-style-type: none">• Consolidação das normas sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde, a organização e o funcionamento do Sistema Único de Saúde;• Estabelece diretrizes para o processo de planejamento no âmbito do SUS	

Fonte: Elaboração própria. Recife, PE – 2023.

2.2. O Plano de Saúde (PS), tido como principal objeto de estudo da presente Nota Técnica, é compreendido como instrumento central de planejamento, visto que orienta a definição e implementação

de todas as iniciativas no âmbito da saúde de cada esfera da gestão do SUS, bem como demarca os compromissos da gestão do ente federativo para o setor saúde e reflete, a partir da análise situacional, das necessidades de saúde da população e as peculiaridades próprias de cada esfera, com período de vigência de quatro anos, sendo, então, a base para a execução, o acompanhamento e a avaliação da gestão do sistema de saúde. Em sua elaboração, o PS deve estar amparado pelas necessidades de saúde da população, considerando elementos essenciais, conforme disposto na Figura 2, abaixo.

Figura 2. Elementos considerados para a elaboração do PS, conforme Portaria de Consolidação nº 1, - título IV Planejamento- de 28 de setembro de 2017.



Fonte: Elaboração própria. Recife, PE – 2023.

2.3. Partindo desse pressuposto, reitera-se a importância de que os instrumentos de planejamento no setor saúde - seja o PS, as Programações Anuais ou o Relatório de Gestão - estejam referenciados e alinhados às perspectivas dos instrumentos de planejamento e orçamento de governo, tais como o Plano Plurianual (PPA), a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e a Lei Orçamentária Anual (LOA), em cada esfera de gestão. Assim, é criado um cenário favorável à compatibilização entre as propostas e as possibilidades financeiras e de recursos. Para os Planos Estaduais de Saúde, a Lei Complementar nº 141/12 estabelece que deve ser explicitada a metodologia de alocação dos recursos e a previsão anual de recursos aos Municípios, pactuadas pelos gestores estaduais e municipais, em Comissão Intergestores Bipartite (CIB), e aprovadas pelo CES/PE (BRASIL; 2012; BRASIL, 2013).

2.4. No que tange à elaboração dos Planos Estaduais de Saúde, estes deverão considerar as diretrizes definidas pelos Conselhos e Conferências de Saúde, tendo como base as metas regionais, resultantes das pactuações intermunicipais, com vistas à promoção da equidade inter-regional. Além disso, deverão explicitar a metodologia de alocação dos recursos estaduais e a previsão anual do repasse de recursos aos Municípios, pactuada pelos gestores estaduais e municipais na CIB e aprovadas pelo CES/PE (BRASIL, 2013).

2.5. Em Pernambuco, o desenvolvimento das ações de planejamento e gestão no SUS tem sido conduzida a partir de uma lógica integrada e participativa, considerando os diferentes atores sociais, cenários, contextos e realidades sociodemográficas, político-culturais, sanitárias e epidemiológicas que coexistem no estado. Sobressai, nesse percurso, o incentivo à participação dos Conselhos de Saúde e a perspectiva das contribuições das Conferências de Saúde Estadual e Nacional para consolidação das propostas a serem trabalhadas no setor. Como fruto desses esforços, no ano de 2023 foi elaborado o PES/PE, produzido a partir da análise de situação de saúde do estado, com um conjunto de diretrizes, objetivos e metas a serem desenvolvidas e alcançadas no quadriênio considerado.

2.6. O Ministério da Saúde (MS), através da Superintendência Estadual do Ministério da Saúde de Pernambuco (SEMS/PE), têm fortalecido sua atuação interfederativa e próxima ao território através da orientação do trabalho norteado pelo Apoio Institucional (AI), que se trata de uma estratégia metodológica para uma nova forma de relação do MS com os gestores do SUS em cada estado. Assim, tem seu processo de trabalho pautado pela mediação, negociação, manejo e aplicação de ferramentas e instrumentos de gestão, como o planejamento, a avaliação e o monitoramento. O objetivo desse apoio consiste na reformulação dos modos tradicionais de se realizar a gestão no sistema de saúde brasileiro, privilegiando a cogestão com diferentes atores e o incentivo aos processos de mudança nas organizações, por meio de

conceitos e tecnologias advindas da análise institucional e da gestão. Pretende, então, apoiar a formulação e a execução das políticas de saúde e, ao mesmo tempo, fortalecer a democracia institucional e a construção de autonomia dos sujeitos (PEREIRA JÚNIOR; CAMPOS, 2014; BARROS; GUEDES; ROSA, 2011).

2.7. O Serviço de Articulação Interfederativa e Participativa (SEINP-PE), vinculado à SEMS/PE, tem como competência apoiar a Secretaria Estadual de Saúde (SES/PE), o Conselho de Secretarias Municipais de Saúde de Pernambuco (COSEMS/PE) e os Conselhos de Saúde na implementação e monitoramento das políticas de saúde, tendo como eixos principais de atuação o Planejamento Regional Integrado (PRI), os Instrumentos de Planejamento e as Redes de Atenção à Saúde (RAS). Desse modo, no sentido de fortalecer as instâncias de planejamento e participação social no SUS, o SEINP/SEMS-PE mobilizou estudos de avaliação do PES/PE

2.8. Nesse prisma, a presente Nota Técnica foi produzida a partir da lógica de trabalho baseada no Apoio Institucional, com apontamentos e sugestões a serem avaliadas para a finalização do PES/PE, com o objetivo de contribuir para o aperfeiçoamento e qualificação do planejamento e da gestão no campo da saúde pública. Além disso, visa apoiar a Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco (SES/PE) e os órgãos do controle social durante o desenvolvimento desses processos, incluído o monitoramento e avaliação do Plano.

2.9. A presente análise foi desenvolvida observando os itens mínimos a serem incorporados nos Planos de Saúde, os desdobramentos da Análise de Situação de Saúde e a verificação das recomendações da 10ª Conferência Estadual de Saúde nas diretrizes contidas no PES/PE.

2.10. O estudo evidencia uma breve análise dos elementos apresentados no PES/PE como os identificados na Análise de Situação de Saúde, Regionalização, Diretrizes, Objetivos e Ações, entre outras temáticas apresentadas no documento, também buscou-se verificar se as recomendações da 10ª Conferência Estadual de Saúde foram contempladas nas diretrizes contidas no PES/PE. Além do processo de análise e verificação das conformidades, a nota técnica apresenta, ao final, um conjunto de sugestões para aperfeiçoamento ou incorporação ao PES/PE, como fruto da avaliação realizada, cujo objetivo é apoiar e fortalecer a gestão interfederativa e órgãos do controle social para a qualificação dos caminhos para o planejamento no SUS no Estado.

2.11. Nesse sentido, destaca-se a forte capacidade técnica da equipe que elaborou o documento, com ampla informação da análise da situação de saúde do estado, o esforço em contemplar as recomendações da 10ª Conferência Estadual de Saúde e o envolvimento do CES/PE no processo de elaboração. Ainda assim, é importante salientar as principais lacunas percebidas nesta análise, como a falta dos indicadores no DOMI, a ausência da previsão orçamentária, a ausência de recortes mais aprofundados que reflitam a realidade das populações vulneráveis, bem como a disposição das Ações planejadas que, por vezes, parecem não se relacionar com os objetivos e diretrizes as quais se vinculam no documento.

2.12. Assim, com esta nota técnica, espera-se contribuir com elementos para reflexão do processo de construção e qualificação do PES/PE, bem como seu monitoramento futuro. A equipe SEINP/SEMS-PE permanece à disposição para colaborar com esse acompanhamento.

3. METODOLOGIA

3.1. A Nota Técnica se caracteriza como um estudo descritivo, com abordagem de análise qualiquantitativa, que seguiu uma matriz de análise descritiva para avaliação do plano. Para orientar a organização metodológica do estudo, foi proposta uma análise comparativa entre o PES/PE e as recomendações da 10ª Conferência Estadual de Saúde de Pernambuco (CES/PE) com o objetivo de verificar a adequação, conformidade e alinhamento das proposições estaduais com os espaços deliberativos do controle social estadual.

3.2. O escopo do estudo seguiu a ordem de apresentação dos tópicos trazidos pelo próprio PES/PE, que foi organizado em: **1)** Introdução; **2)** Construção do PES/PE; **3)** Análise Situacional: Necessidades de Saúde, Análise do Processo de Regionalização, Redes de Atenção à Saúde, Capacidade Institucional, Programas Prioritários da SES-PE; **4)** Recomendações da 10ª Conferência Estadual de Saúde; **5)** Diretrizes: 1 - Atenção Primária à Saúde como ordenadora do cuidado e fortalecimento das políticas estratégicas e de equidade, 2 - Aperfeiçoamento das redes de atenção à saúde como caminho para o acesso, 3 - Fortalecimento da política de assistência farmacêutica, 4 - Desenvolvimento das ações estratégicas de vigilância em saúde, 5 - Qualificação e inovação dos processos de governança e gestão estratégica e participativa na saúde, 6 - Ampliação dos investimentos em saúde de forma regionalizada; **6)** Monitoramento e Avaliação do PES/PE. Sendo assim, a etapa qualitativa consistiu no uso de ferramentas de avaliação do conteúdo trazido pelo PES/PE, sendo a análise guiada a partir das categorias de “Totalmente Contemplada”, “Parcialmente Contemplada” ou “Não Contemplada”, no que diz respeito à inclusão de Ações, no DOMI, que tenham relação direta com as recomendações da 10ª CES/PE.

3.3. A análise do conteúdo (492 páginas) envolveu a equipe SEINP-PE (6) e seus residentes (5), a leitura do documento e avaliações foram discutidas, revistas e alinhadas durante todo o processo de análise e o texto final consolidado por uma Pessoa para facilitar a convergência das informações analisadas. Destaca-se que o estudo é subjetivo e está sujeito aos vieses comuns a esse tipo de trabalho, apresenta assim, a interpretação das informações a partir do olhar dos pesquisadores envolvidos.

4. ANÁLISE

4.1. O PES/PE é um documento robusto de 492 páginas, ele contempla um conjunto sólido de informações que refletem a realidade de saúde do estado e busca evidenciar os principais desafios a serem superados. Nesse sentido, esta análise acompanha a discussão proposta no PES/PE e apresenta sugestões que contribuam para a qualificação, fortalecimento e monitoramento do instrumento.

4.2. Análise da Situação de Saúde (ASIS)

4.2.1. Na observação do item análise situacional chama atenção a realidade do estado com uma alta desigualdade regional e forte dependência econômica do setor público no estado, com destaque para III Macro com 41,5% dos vínculos registrados ligados a seção administração pública, defesa e seguridade social. Destaca-se ainda a população economicamente ativa que se apresenta menor que 50% da força de trabalho potencial, bem como o percentual elevado de informais em relação a população ocupada (41,25%). De modo geral a comparação entre as décadas de 1990 à 2000 e 2000 à 2010 revelam a diminuição do percentual de alfabetização entre todas as faixas etárias, com maior impacto na faixa de 05 a 09 anos. Entretanto, ainda há dificuldade para superar o cenário do analfabetismo. No eixo socioeconômico pode-se destacar: um alto percentual de população SUS dependente em todas as Macrorregiões de Saúde, com maior dependência III Macro (97,9%) e menor na I Macro (80,3%).

4.2.2. Ainda observa-se a possibilidade de um alto percentual da população pernambucana estar fora do mercado de trabalho considerando a força de trabalho potencial (79% da população total) e a População economicamente ativa (43,5%) essa situação tende a impactar o número de adoecimento mental. Há também um elevado número de trabalhadores informais, 41,25% da força de trabalho do estado, sem acesso, portanto a seguridade social. Esses dados revelam as fragilidades socioeconômicas do estado que dificultam em muitos aspectos a superação de problemas de saúde. Nesse sentido torna-se importante conhecê-los e acompanhá-los para também planejar ações de saúde de acordo com essa realidade e em parceria com outras pastas do governo.

4.2.3. Torna-se importante ressaltar o lapso no período temporal da análise, alguns dados datam até 2010 (IDH, GINI percentual de alfabetizados) podendo não refletir a realidade atual. Nos dados socioeconômicos percebe-se a ausência de recortes que evidenciem a situação de populações vulneráveis (negra, quilombola indígena, em situação de rua, prisional, entre outras) o que pode não dar visibilidade a importantes desigualdades e dificultar o planejamento de políticas de saúde para essas populações.

4.2.4. Ao observar a natalidade destaca-se a tendência de deslocamento da maternidade de faixas etárias mais jovens para mais velhas em Pernambuco, com destaque para a I Macrorregião de saúde, considerando as parturientes com idade igual ou superior a 35 anos, houve um incremento superior ao observado no estado, na ordem de 55,3%, entre os anos de 2012 e 2021. Também se observa que apesar da redução no percentual de nascidos vivos, segundo faixa etária da parturiente adolescentes (10 a 14 anos e 15 a 19 anos), considerando 2012 e 2021, os percentuais observados no estado em adolescentes foram maiores (0,8%) do que os identificados no Brasil no mesmo período (0,7%), (gráfico 6 e 7).

4.2.5. Com relação a assistência ao pré-natal adequado, os percentuais mais elevados de nascidos vivos (NV) de parturientes com menos de 4 consultas foram identificados na XI GERES em 2012 (18,1%) e na I GERES em 2016 (11%) e em 2021 (8,5%). Em Pernambuco, a proporção de nascidos vivos de parto cesáreo permaneceu significativamente alto em todos os anos analisados, com todas as taxas de cesáreas estão acima de 10%, apontando um importante problema de saúde pública. Com destaque para a III Macrorregião em 2021, atingindo quase 60% de NV por partos cesáreos.

4.2.6. Quanto a Morbidade destacam-se algumas situações desafiadoras vivenciadas pelo o estado, como o aumento da incidência de arboviroses em 2015, 2016 e 2019. A I Macrorregião com maior incidência, inclusive com aumento em 2021, o que não foi percebido nas demais macros. Percebe-se também o declínio da cobertura vacinal e nesse âmbito a diminuição da cobertura vacinal de influenza concomitante ao acentuado aumento dos casos, 18% evoluíram para óbito, sendo 65% desses em 2021, com predomínio na I macrorregião (86%). Ainda a meta não atingida para a cobertura vacinal do sarampo e a Poliomielite, classificada com alto risco de reintrodução da doença. Houve uma tendência decrescente na incidência da doença meningocócica, mas está pode ser comprometida pelo não alcance da meta vacinal 2017 a 2021. A sua letalidade observada entre 2012 a 2021 foi de 17%.

4.2.7. Nesse contexto é relevante pontuar a alta incidência da Leptospirose em Pernambuco e estado como área de risco para transmissão da Leishmaniose visceral, com maior incidência na IV Macrorregião. Também a Esquistossomose endêmica no estado e a elevada magnitude de doenças diarreicas agudas, com maior impacto em idosos e crianças. A Sífilis congênita apresenta em menores de 1 ano uma taxa de incidência 10,9/1.000 NV, uma tendência ascendente e na I Macrorregião, 14,8/1.000 NV, a maior taxa do estado. Seguida pela II Macro 7,1/1000. Na III Macrorregião apesar da taxa ser 3,1/1.000, ela apresenta o maior percentual de aumento, 481% de casos, já a IV Macrorregião possui 4,8/1000 e aumento 183%. Não se observa na ASIS os dados em adultos para Sífilis.

4.2.8. A Tuberculose permanece como doença endêmica no estado e ocupa o 3º lugar em casos novos no país. A I Macrorregião possui a maior taxa de incidência e o menor percentual de contatos examinados. Para a Hanseníase, Pernambuco ocupa o 7º lugar no país, em 2021, uma endemicidade alta. Quanto às Doenças crônicas não transmissíveis: as doenças do aparelho circulatório foram as de maiores

proporções de óbito, apesar de ter reduzido 8,4% nos últimos 10 anos. As Neoplasias são a 2ª causa de óbito, com destaque para IV Macrorregião (35,1% em 2012 e 37,1% em 2021) seguida da I Macro (30,5% em 2012 e 33,0% em 2021). Observa-se que os dados apresentados no PES/PE foram de mortalidade, mas a situação de Morbidade nas Doenças Crônicas não transmissíveis não foi identificado no documento.

4.2.9. Quanto a Vigilância de Acidentes de Transporte Terrestre, identifica-se um grande aumento na IV Macrorregião e decréscimo nas I, II e III macros. Ao verificar o tipo de vítima, predominam motociclistas em todas as macros (48,8%), seguido por pedestres (26%). A Vigilância das violências indica um grande aumento no nº de notificações de violência interpessoal/autoprovocada entre 2012 (7.916) e 2021 (20.324), a maioria sexo do feminino (72%). Já sobre a Saúde do Trabalhador, percebe-se predomínio de Doenças e agravos relacionados ao trabalho na I Macrorregião de saúde.

4.2.10. Cabe destacar o impacto da pandemia da Covid-19 na situação de saúde da população, considerando a influência da doença sobre os serviços de saúde que ficaram sobrecarregados e nos hábitos da população que se recolheu, evitando os espaços de saúde nos períodos críticos da pandemia. Ainda é importante pontuar a alta densidade populacional da I Macrorregião de saúde, com maior concentração de leitos no estado, fatores que podem influenciar alguns indicadores de saúde sobre esta Macrorregião.

4.2.11. Um olhar sobre a situação da mortalidade geral aponta maior concentração de óbitos entre os indivíduos do sexo masculino, com destaque para uma mortalidade mais alta entre a população negra, tendo a IV Macrorregião percentuais de óbitos de Pessoas negras acima dos observados no estado e nas demais macrorregiões nos anos de 2016 e 2021. Observa-se que o mesmo foi o único recorte por raça e cor observado na ASIS. Em relação aos óbitos classificados de acordo com CID-10, as doenças do aparelho circulatório (DAC) representaram o principal grupo de causas de óbitos, em PE nos 10 anos analisados (2012 à 2021). Até 2019, tanto no estado como nas macrorregiões, as neoplasias ocupavam o 2º e as causas externas o 3º lugar. Na pandemia (2020 e 2021), houve aumento expressivo no registro de mortes por doenças infecciosas e parasitárias e estas passaram a ocupar o 2º lugar das causas de óbitos, seguidas pelas neoplasias em 3º e pelas causas externas em 4º lugar.

4.2.12. No que diz respeito aos óbitos infantis, segundo critério de evitabilidade, percebe-se um aumento de 16,5% dos eventos reduzíveis voltados para ações de atenção à mulher na gestação, no período de 2012 a 2021. Nas Macrorregiões III e IV, esse evento apresentou aumento de 43,6% e 64,5%, respectivamente, maiores do que visto no estado. Quanto as causas de evitabilidade, observa-se que as infecções no período neonatal (excluindo ingestão de leite e alimentos regurgitados) se apresentavam como a principal causa de óbito em mais da metade das Regiões de Saúde nos biênios de 2014-2013 e 2016-2017. As outras Regiões, apresentaram como principais agrupamentos de causa aqueles relacionados à evitabilidade por atenção à mulher na gestação.

4.2.13. Quanto a mortalidade materna, comparando os anos de 2012 e 2019, observa-se uma redução da razão de mortalidade materna (RMM) em 14,34%. No entanto, apesar da redução apresentada, a RMM permanece elevada, se mantendo distante da meta de 30 por 100 mil nascidos vivos, até 2030, estabelecida para os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável - ODS - (BRASIL, 2018). Ao observar a distribuição da mortalidade materna por GERES constatou-se que, nos dois biênios (2012-2013 e 2016-2017) a III apresentou a maior RMM e a VIII a menor. No primeiro biênio de análise (2012-2013), as hipertensões (15,2%), e as hemorragias (9,6%) foram a primeira e a segunda principais causas de morte materna obstétrica direta, seguido das embolias (6,6%) e das infecções puerperais (4,5%). No segundo biênio de análise (2016-2017), as hemorragias (13,0%) foram a principal causa de óbito materno obstétrico direto, seguido das hipertensões (12,5%). As embolias (5,7%) e infecções puerperais (4,7%) completam o ranking das principais causas de morte obstétrica direta para esse período. Quanto as causas obstétricas indiretas, em ambos os biênios de 2012-2013 e 2016-2017, as doenças do aparelho cardiovascular receberam destaque, com percentual de 6,6% e 12,5%, respectivamente. O terceiro biênio (2020 e 2021), devido surgimento do vírus da COVID-19, o principal grupo de causa de óbito foram as doenças virais com complicações para a gravidez, parto e puerpério (20,9%).

4.2.14. Sobre a mortalidade por causas evitáveis, a evolução temporal do perfil de mortalidade evitável na faixa etária de 0 a 4 anos, mostra que as estas mortes por ações de diagnósticos e tratamento adequado apresentaram a maior redução observada (30,6%). Em oposição, observou-se o aumento dos óbitos que poderiam ser evitados por adequada atenção à mulher na gestação (12,6%).

4.3. **Emergências e Covid-19**

4.3.1. A análise contida no PES/PE sobre a pandemia da COVID-19 descreve as ações definidas através da CAME/CIEVS-PE, para acompanhamento e monitoramento da pandemia desde que a OMS declarou o aumento exponencial de casos como uma Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII). O plano aborda os mecanismos amparados na legislação que foram adotados para evitar a disseminação do vírus e as intervenções de vigilância e controle do coronavírus. Fica evidente neste tópico as fases da pandemia, considerando as variantes em circulação no estado e o processo de interiorização do vírus. Destaca-se a estratégia da vacinação como uma medida importante para reduzir o agravamento pela doença e o número de óbitos, no entanto, não houve plena adesão da população para o alcance da cobertura vacinal. Não se apresenta no texto o percentual da população vacinada e as doses aplicadas (1ª, 2ª e reforços).

4.3.2. Nesse contexto, recorte de gênero e raça de casos leves, graves e óbitos apresentados não parecem estar completo, pois evidencia o percentual de infectados por gênero (consta dados apenas de um gênero: se feminino ou masculino) e por não explicar se o percentual apresentando referente a raça/cor se relaciona com a totalidade dos casos ou com o gênero citado anteriormente. Não foi possível encontrar informações no PES/PE sobre a infecção, agravamento, internações ou óbitos da COVID-19 por macrorregiões, tampouco em grupos vulneráveis como indígenas.

4.3.3. O PES/PE caracteriza bem as emergências ocorridas no estado, como o caso da dengue, o documento aborda dados de 2012, no qual Pernambuco aparece em 3º lugar entre os estados brasileiros com maior prevalência de casos notificados e confirmados e de óbitos notificados. Nesse período houve maior circulação do DENV4, inicialmente no sertão e posteriormente no agreste e região metropolitana.

4.3.4. Ainda sobre a arboviroses, são apontados as informações da tríplice epidemia, que ocorreu em Pernambuco em 2015, nos quais foram registrados casos de dengue, chikungunya e zika, com destaque para a Síndrome Congênita do Zika Vírus (SCZ). A SCZ afetou muitas gestantes e teve repercussão na formação fetal ao causar, principalmente, microcefalia nos recém-nascidos. A co-circulação desses vírus também levou ao aumento de casos pós infecção da Síndrome de Guillain-Barré e de outras doenças neuroinvasivas. As informações das Semanas Epidemiológicas (SE) 30/2015 e 52/2021 na tabela 15 apontam a quantidade de casos confirmados, descartados, inconclusivos e em investigação. Entretanto não se detalha como ocorre o monitoramento atual dos casos de microcefalia, o impacto atual sobre o sistema de saúde dessa situação provocada pela tríplice epidemia.

4.3.5. Também foi apresentado o vazamento de óleo ocorrido nas praias do litoral do estado, observa-se que foi descrito os impactos causados pelo derramamento de óleo no mar e as regiões afetadas, que chegou a 70% da costa pernambucana. Ainda sobre o impacto desse crime ambiental, menciona-se as consequências econômicas das pessoas que viviam da pesca e do turismo e do impacto na saúde da população, que direcionou um esforço para realizar a limpeza das praias. Destaca-se, porém que no plano não foram encontradas informações sobre as ações da situação posterior ao momento crítico da emergência, bem como as ações para monitoramento do óleo e o impacto no ecossistema.

4.3.6. Quanto ao desastre por chuva ocorrido em 2022, observa-se que o plano expõe a tragédia causada pelo grande volume de água, que provocou 130 óbitos, 8.623 desabrigados e 120.341 desalojados na região metropolitana do Recife e municípios vizinhos. O PES/PE descreve a resposta do Estado frente aos danos através da articulação entre as gerências regionais de saúde e os municípios, além da ativação do Comitê de Operações de Emergência em Saúde - COE-Saúde-PE e destaca o trabalho dos técnicos da Força Nacional do Sistema Único de Saúde (FN-SUS/Ministério da Saúde), da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), dos Médicos Sem Fronteiras (MSF), da Defesa Civil, Corpo de Bombeiros e SAMU. Sugere-se que sejam inseridas informações referentes a outros agravos relacionados às enchentes que tiveram repercussão na saúde da população, além de ações a serem adotadas para prevenção aos danos das enchentes em momento posterior e os mecanismos de monitoramento da saúde da população que foi afetada e do risco de novas enchentes.

4.3.7. Em relação ao surto de *Candida auris*, observa-se que foi descrito no PES/PE 48 casos confirmados da infecção fúngica em 2022 e outros 10 casos em 2023, configurando outro surto em andamento. Todos os casos de 2022 tinham em comum o uso de dispositivos invasivos no momento da coleta da amostra. Apesar de 40% dos pacientes terem evoluído a óbito, nenhum deles tem relação direta com a infecção por *C. auris*. Diante disso, destaca-se a ação do Estado em conjunto com outras instituições locais e nacionais para a vigilância do surto, inclusive através de ações educativas, estabelecimento de protocolos, bloqueio de casos, busca ativa e investigação diagnóstica de contatos. Aponta-se o compromisso do Estado, conforme descrito no PES/PE, a partir das ações de educação em saúde como estratégia para superar o surto, com estímulo a implementação da educação permanente em saúde.

4.4. **Atenção Integral à Saúde**

4.4.1. O PES/PE apresenta as seguintes Políticas de Atenção Integral À Saúde: Atenção primária à Saúde; Saúde Bucal; Promoção da Saúde; Políticas Estratégicas; Saúde da Criança e do Adolescente; Saúde Integral da População Negra; Saúde Integral da População LGBT; Segurança Alimentar e Nutricional Sustentável; Saúde do Homem; Saúde da Pessoa Idosa; Saúde mental; Saúde da Mulher; Saúde da Pessoa com Deficiência; Saúde da Pessoa Privada de Liberdade; Atenção Especializada, e as seguintes Redes temáticas: Rede de Atenção Materno-Infantil de Pernambuco/Rede Cegonha; Rede de Oncologia; Rede de Oftalmologia; Rede de Urgência e Emergência; Rede de Atenção Psicossocial; Rede Ambulatorial Especializada; Rede de Atenção Hospitalar e Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência.

4.4.2. Quanto a Atenção Primária à Saúde (APS), principal porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS), acentua-se a metodologia Planificação da Atenção da Saúde (PLANIFICA-PE) adotada pela SES-PE, a partir de 2023, cujo objetivo é apoiar o corpo técnico e gerencial das secretarias municipais de saúde na organização dos macroprocessos da APS e da Atenção Ambulatorial Especializada (AAE). Além disto, é destacado a parceria entre a SES-PE e o CONASS, com outras instituições e a criação da Diretoria Geral de Atenção Primária (DGAP), em 2023, o que contribui para a inovação no cuidado da população e de perspectivas para atuação junto aos municípios. É também apresentada a cobertura da APS e o Indicador de Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP) por Macrorregiões e Regiões de Saúde. Pernambuco apresentou crescimento de 314 equipes de ESF implantadas, saindo de 2.225 em 2016 para 2.539 em

4.4.3. O estado reconhece que há desafios que precisam ser enfrentados, entre eles, a permanência de profissionais médicos nos interiores de Pernambuco. O fortalecimento da APS por meio da qualificação dos profissionais, processos de trabalho e expansão das equipes de Saúde da Família nos municípios do estado são estratégias de importância do estado para culminar no aumento da cobertura da rede de saúde e consequentemente amenizar o sofrimento da população e reduzir a morbimortalidade por doenças e agravos sensíveis à APS. Em relação ao Financiamento da Atenção Primária, o documento aponta que os municípios de Pernambuco contam com a Política Estadual de Fortalecimento da Atenção Primária (PEFAP), instituída pelo Decreto Estadual nº 30.353 de 12 de abril de 2007 que se encontra em fase de reformulação, e com Programa Previne Brasil a nível Federal. Observa-se que a SES-PE possui um conjunto de inovações para a APS que buscam desenvolver uma atenção integral que impacte positivamente na situação de saúde individual e das coletividades.

4.4.4. Reconhecendo a importância da Saúde Bucal no campo de atuação do SUS e em consonância com a Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), a Coordenação Estadual de Saúde Bucal-PE se dedica a garantir a qualificação e ampliação do acesso às ações e serviços assistências de maneira articulada e resolutiva à Rede de Atenção à Saúde Bucal. É apresentado no Documento os serviços que o Estado de Pernambuco dispõe em todos os níveis de atenção à saúde no âmbito do SUS. No intuito de contribuir, sugere-se elencar os principais procedimentos odontológicos realizados para identificar a situação da saúde bucal da população pernambucana e, assim, orientar a organizar as ações odontológicas do estado. Destaca-se que o estado, para monitoramento do acesso da população aos serviços de saúde bucal, utiliza o indicador 19 do Pacto Interfederativo de Cobertura populacional estimada de saúde bucal na Atenção Básica, com vistas ao fortalecimento do planejamento do SUS. Observa-se que no período de 2012 a 2021 houve um aumento na cobertura de Saúde Bucal na Atenção Básica (SB AB) e na Estratégia de Saúde da Família (ESFSB). Isto é resultado das ações realizadas, dentre eles, o fortalecimento da capacidade técnica de gestores e técnicos municipais, na alimentação do sistema de informação (e-Gestor) e intensificação das ações de acompanhamento de regularidade do CNES.

4.4.5. De modo conciso, é descrito a execução da Política de Promoção de Saúde no estado de Pernambuco em que tem conduzido e acompanhado os Núcleos de Promoção da Saúde (NPS) nos municípios. Felizmente, a Política de Promoção de Saúde vem sendo desenvolvida de forma satisfatória no estado, uma vez que, atualmente, 66 municípios são monitorados quanto à realização das atividades nos NPS. Ainda, o estado possui 326 polos espalhados entre os municípios que desenvolvem ações culturalmente inseridas e adaptadas aos territórios locais e que adotam como valores norteadores de suas atividades o desenvolvimento da autonomia, equidade, empoderamento e participação social.

4.4.6. Acerca das Políticas Estratégicas, sob atuação da Diretoria Geral de Políticas Estratégicas, a descrição carece de detalhamento da execução transversal das atividades relacionadas ao cuidado integral da saúde das populações, com um olhar equânime e plural em conformidade com o proposto pelo SUS, para a Saúde da Mulher, Saúde do Idoso e do Homem, Saúde da Criança e do Adolescente, Saúde Mental, Saúde da Pessoa com Deficiência, Saúde da População LGBT, Saúde da População Negra, bem como a atenção voltada para a Segurança alimentar e Nutricional e para o Programa Boa Visão.

4.4.7. A Atenção à Saúde da Criança e do Adolescente estrutura-se em sete eixos estratégicos, os quais são rotineiramente trabalhados junto à rede de saúde desde a Atenção Primária até as unidades de atendimento em alta complexidade, a fim de garantir a redução da mortalidade infantil. É enfatizada que a Saúde do Adolescente atua baseada nas Diretrizes Nacionais para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e de Jovens na Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde, apresentando como eixos prioritários de atuação: saúde sexual e reprodutiva; redução da morbimortalidade por causas externas e uso abusivo de álcool e outras drogas. Nesse contexto, recomenda-se a apresentação de ações que são desenvolvidas na Rede de Saúde da Criança e do Adolescente e a apresentação de dados que exponham a situação de saúde desses grupos, por Macrorregiões e Regionais de Saúde.

4.4.8. O Plano traz, ainda, a abordagem das políticas voltadas a grupo populacionais específicos, como população negra e LGBT. Na Política Estadual de Saúde da População Negra, é destacado a marca do reconhecimento do Racismo, das desigualdades étnico-raciais e do Racismo institucional, como determinantes sociais de saúde. Embora o documento resgate as ações da Política, não é apresentada sobre quais as principais problemáticas da população as atividades serão executadas. Quanto à Política Estadual de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis é apresentado os objetivos (geral e específicos) e apontado que Coordenação de Saúde da População LGBT de Pernambuco (CESLGBT-PE) direciona o fazer técnico a partir de três principais eixos voltados à saúde LGBT. Além do detalhamento desses itens, são descritos os 12 ambulatorios LGBT+ que estão localizados em alguns os municípios de Pernambuco. Cabe enaltecer a situação da população LGBT+ nos serviços de saúde levantada no documento, em que é caracterizada por 4.072 Pessoas cadastradas nos serviços de atenção a população LGBTQIA+. Adicionalmente, são mencionados os principais serviços realizados nos ambulatorios, que são concentrados em saúde mental, a disponibilidade de hormônios masculinizantes e feminilizantes e a realização da PEP e PrEP.

4.4.9. Em seguida, é apresentado o compromisso do Estado com a segurança alimentar e nutricional da população considerando importantes políticas públicas intersetoriais, como a PNAN, PNAB E PNPS. O plano destaca que o excesso de peso é o principal problema de saúde apresentado em todas as faixas

etárias. Observa-se que de acordo com dados da tabela disposta no tópico, a redução mais significativa foi observada em crianças de 0 < 5 anos do que no grupo de crianças entre 5 – 10 anos, considerando os anos de 2012 e 2021, não sendo possível comparar com o grupo de adultos, pois a categoria de análise geográfica foi diferente. As ações descritas para resolver o problema estão limitadas ao monitoramento do peso e altura das Pessoas atendidas nos serviços da atenção primária à saúde.

4.4.10. A Saúde do Homem é descrita de forma objetiva no documento, mas, menciona informações pertinentes, a saber: em Pernambuco, no período entre 2012 e 2021, na população masculina de 20-59 anos de idade, as principais causas de óbitos observadas foram por causas externas (38,7%), seguidas pelas doenças do aparelho circulatório (17,3%) e doenças infecciosas e parasitárias (9,1%). Quando se trata da Saúde da Pessoa Idosa, a política aborda de forma semelhante. No estado de Pernambuco, entre 2012 e 2021, as principais causas de óbito em Pessoas com 60 anos ou mais ocorreram por doenças do aparelho circulatório (32,8%), seguidas pelas doenças do aparelho respiratório (14,4%) e pelas neoplasias (tumores) (14,2%). Sendo assim, a partir desses dados é possível elaborar ações que possam atenuar as problemáticas relacionadas às principais causas de óbitos.

4.4.11. Para as Redes Temáticas, observou-se que se refere à Rede Complementar ao SUS-PE é citada nos itens “Distribuição geral dos serviços de saúde em Pernambuco”, “Atenção Hospitalar”, “ Hemorrede pública estadual de Pernambuco” e “Macrofunção de prestação de serviços: Monitoramento da Rede Complementar ao SUS/PE”. Nesse último, traz a composição da Rede Complementar, porém não delinea o perfil de ações e serviços desenvolvidos pelas mesmas, que serviria inclusive como instrumento diagnóstico para os vazios assistenciais presentes na rede própria do Estado. O desenho da Rede Oncológica em Pernambuco estabelece os fluxos regionalizados e ampliação da oferta de equipamentos para diagnóstico e tratamento oncológico, sendo composta por 66 serviços de saúde e 12 serviços habilitados na assistência de alta complexidade para atenção ao câncer. O documento descreve a Rede de Oncologia e, inclusive aponta as principais dificuldades que o estado possui, como: a oferta regulada e regionalizada de consultas e procedimentos de investigação diagnóstica para detecção precoce do câncer na Rede de Atenção Ambulatorial, sobretudo, nas regiões de saúde mais distantes da capital; e, o tratamento do câncer considerando o déficit de serviços habilitados para a oferta deste tipo atendimento.

4.4.12. Quanto a Assistência Ambulatorial Especializada é especificado que no período de 2013 a 2022 Pernambuco implantou 15 Unidades Pernambucanas de Atenção Especializada (UPAE) de forma regionalizada, as quais possuem o seu perfil caracterizado com classificação estabelecida. As especialidades médicas atendidas em cada UPAE foram definidas pela SES, de acordo com os parâmetros dispostos na Portaria MS nº 1.101, de 12 de junho de 2002, do Ministério da Saúde, bem como, com o levantamento das demandas reprimidas e a análise do perfil epidemiológico de cada uma das 12 Regiões de Saúde. Nesse contexto, sugere-se apontar a distribuição das UPAE por Macrorregião de Saúde, de acordo com o perfil de classificação determinado, no intuito de observar o potencial da Rede em atender as demandas em cada território, bem como verificar possíveis vazios assistenciais. Também, observa-se que não há clareza na menção das especialidades médicas e perfil de serviços disponíveis da Assistência Ambulatorial Especializada.

4.4.13. A respeito da Atenção Hospitalar, o documento apresenta que a missão e perfil assistencial dos hospitais da rede própria estadual de Pernambuco são definidos conforme o perfil demográfico, epidemiológico e social da população e de acordo com o Plano de Regionalização do Estado. É caracterizada a rede própria estadual que conta com 34 Hospitais distribuídos nas 12 regiões de saúde. Além disso, de forma complementar, o estado conta com 15 hospitais contratualizados, que dão suporte à rede de atenção à saúde do estado. Embora seja apresentada informações relacionadas a distribuição de leitos/especialidades SUS por Macrorregião de Saúde e, também, demonstradas a produção físico-financeira de média e alta complexidade hospitalar e ambulatorial, financiadas pelo teto da média e alta complexidade - MAC e pelo Fundo de Ações Estratégicas e Compensação - FAEC, não é descrito as potencialidades e fragilidades da Atenção Hospitalar no estado de Pernambuco.

4.4.14. Quanto Atenção Psicossocial, o PES/PE informa que no Estado, algumas Regiões de Saúde a saúde mental está em desenvolvimento e com algumas organizações dos serviços e para organização dos serviços subdivididas em Microrregiões. Porém, cita que tem como desafios o fortalecimento e ampliação da rede de atenção psicossocial, especialmente no tocante aos dispositivos 24 horas; a ampliação da oferta de leitos de Saúde Mental em hospitais gerais (gestão estadual); a qualificação de Cuidadores de Residência Terapêutica; a desinstitucionalização das Pessoas privadas de liberdade com alvará de soltura já expedido; a ampliação da oferta de leitos psiquiátricos em hospitais gerais; a ênfase na oferta das ações de redução de danos e dos consultórios de/na Rua e o fortalecimento da intervenção e da rede de cuidados infanto-juvenil. Contudo, não destaca em números, seja da procura e/ou financeiros. Não foram encontrados dados com a realidade atual, de como está a situação dentro do Estado em termos de cobertura nem foram quantificadas as lacunas existentes de acordo com a demanda de usuários.

4.4.15. Em relação a Rede de Atenção à Pessoa com Deficiência, o PES/PE apresenta o desenho da Rede de Cuidado à Pessoa com deficiência de Pernambuco por Macrorregião, porém não apresenta, por exemplo, o levantamento da situação da população que necessita de assistência, das fragilidades que a rede apresenta, como se dá o fluxo desde o início da procura até o atendimento da Pessoa com deficiência. Qual Região de Saúde tem maior potencialidade e demanda de usuários cadastrados, o número de profissionais específicos para atendimento à Pessoa com deficiência. Sugestão: Apresentar a

demanda de usuários na fila de espera, a estrutura física e de equipamentos apropriados e a quantidade de profissionais capacitados dentro do Estado prontos para atendimentos. Dessa forma, tem a dinâmica de atendimento, os nós críticos dentro da rede e o tamanho das dificuldades existentes para tentar as resoluções.

4.4.16. A Política de Saúde da Mulher em Pernambuco foi aprovada em 07 de março de 2017, tendo a Gerência Regional de Saúde como responsável pelas ações de qualificação da assistência ao pré-natal, parto e puerpério, enfrentamento de agravos que atingem a população feminina, direitos sexuais e reprodutivos e diversos tipos de violências que atingem mulheres diariamente. Promover a melhoria das condições de vida e saúde das mulheres em todas as fases do seu ciclo vital também é compromisso do estado e para que isso de fato aconteça é necessário a implantação e realização de ações, como a do monitoramento de casos de violência contra as mulheres no Estado; elaboração e divulgação das referências para Atenção Integral às Pessoas em Situação de Violência Sexual, através de mídias digitais; qualificação dos profissionais que atuam na atenção ao parto e nascimento através de capacitações e atualizações em pré-natal de risco habitual e alto risco; cursos e oficinas com base em evidências científicas em parto humanizado. Com a colaboração do trabalho em conjunto dos profissionais de saúde nesse processo as mulheres conseguem garantir assistência da saúde integral em todo o território considerando as especificidades de cada usuária. Essas ações são fundamentais para que a Política de Saúde da Mulher atinja seus objetivos, promova saúde e assistência as mulheres.

4.4.17. Na interface com a Política, quando se trata da Rede Materno Infantil de Pernambuco/Rede Cegonha o documento traz a descrição sobre as diretrizes que regem a organização da Rede no estado. Destaca-se sobre a modelagem da Rede Cegonha em que são apresentados as referências ação/serviço a nível municipal, microrregional, regional, macrorregional, estadual e interestadual. Outro ponto de destaque é a apresentação da síntese das maternidades, leitos e referências de risco habitual e alto risco por Macrorregião de Saúde. Além disto, o item traz o quadro de leitos de GAR, UTI Neonatal, UCI Neonatal, Canguru e Alojamento Conjunto existentes nas maternidades de Pernambuco.

4.4.18. No Estado de Pernambuco o Sistema Prisional possui 24 unidades e 42 cadeias públicas. As unidades prisionais possuem uma Unidade Básica de Saúde Prisional (UBSp) que é composta por Equipes de Atenção Primária Prisional (eAPP) distribuídas geograficamente pelas regionais de saúde e municípios. Um ponto importante a ser destacado na saúde do sistema prisional é o agravo da Tuberculose que acomete constantemente essa população devido as condições insalubres e super lotação do ambiente, o que pode repercutir nas condições de saúde de toda população nos territórios em que estão localizadas essas Unidades Prisionais. Estratégias foram repensadas para proporcionar a integração entre os atores envolvidos, fortalecendo a intersetorialidade, bem como a articulação com a Rede de Atenção à Saúde e com a rede de proteção social disponível no território.

4.4.19. O PES/PE descreve a disposição da Rede de Urgência e Emergência (RUE) no Estado de Pernambuco, que compreende atendimento hierarquizado e regionalizado na média e alta complexidade, cujas principais linhas de cuidado são a traumatologia, materno infantil, cardiologia, oncologia e neurologia. A visualização dos equipamentos da RUE no plano foi facilitada através da representação em forma de imagem, na qual associa esses elementos à Secretaria Executiva de Atenção à Saúde. As alterações percebidas em internação e TMP são discretas.

4.4.20. Por fim, as demais políticas e redes abordadas, tais como a Rede Oftalmológica, o Complexo Regulador do Estado, a Central de Transplante, Central de Regulação Ambulatorial e Hospitalar, Tratamento Fora do Domicílio (TFD), Terapia Renal Substitutiva, Sistema de Sangue e Hemoderivados apresentam ampla descrição do panorama situacional e dos componentes e capacidade das redes, apresentando ainda seus elementos potenciais e nós críticos.

4.4.21. **Capacidade institucional**

4.4.22. Na capacidade institucional são trazidos os tópicos "Gestão e Planejamento", "Espaços de governança", "Gestão do Trabalho e Educação na Saúde", "Gestão do Trabalho em Saúde", "Participação e Controle Social", "Ouvidoria do SUS", "Comitê Estadual de Prevenção aos Acidentes de Moto (CEPAM)", "Inovação em Saúde", "Telessaúde", "Economia da Saúde", Controle interno, "Comunicação", "Macrofunção de Financiamento Estatal" e "Macrofunção de prestação de serviços". Todos os itens apresentam o panorama situacional e descritivo, com as bases jurídicas, composições, atribuições e funções desenvolvidas no âmbito de cada conteúdo.

4.4.23. Em relação à Participação e Controle Social, o plano destaca a instituição do Sistema de Acompanhamento dos Conselhos de Saúde (SIACS) como um elemento importante para contribuição das ações do CES no que tange a comunicação e a transparência. É citado no documento um interesse relevante de adesão à plataforma com 205 solicitações que partiram de 112 municípios, dos quais 78 obtiveram êxito. Diante disso, percebeu-se que não está descrito no texto a partir de quando o SIACS começou a funcionar, quais os motivos que fizeram com que nem todos os municípios tivessem êxito no acesso, o porquê de não haver adesão de todos os municípios do Estado e quais são os segmentos que compõe as comissões presentes no CES.

4.4.24. O plano ressalta os avanços conquistados da participação e controle social, o qual está descrito que houve melhorias nas condições de funcionamento para as ações do CES/PE, mas não há explana quais melhorias ou quais ações. Da mesma forma, não descreve se as atividades de capacitação dos CMS

ocorreram de forma pontual ou contínua. Por fim, o documento demonstra quantitativamente, através do quadro 39, as atividades desenvolvidas pelo conselho entre os anos de 2016 à 2022, mas notou-se a ausência da explicação sobre a escolha do período analisado e do quadro, especificamente para abordar informações em que foi percebido discrepância do número de atividades no decorrer dos anos, como a participação de eventos.

4.4.25. No CEPAM, de acordo ao PES/PE, os acidentes de trânsito representam um grande problema para a saúde pública devido ao potencial de causar lesões e sequelas graves e incapacitantes, inclusive o óbito, além do alto custo para o serviço de saúde. Diante disso, entende-se ser necessário descrever quais são as ações realizadas pelo comitê, além de explanar mais detalhadamente qual o desfecho dos casos dos acidentes e o impacto socioeconômico para os pernambucanos.

4.4.26. Para o item "Ouvidoria do SUS", destaca-se a necessidade de explicar qual a plataforma utilizada pelos usuários para registrar sua manifestação, tendo em vista que o número telefônico foi suspenso desde 2019. Além disso, entende-se ser fundamental informar a categoria das respostas geradas aos usuários, ou seja, se houve resolução para a demanda ou se a manifestação foi apenas encerrada; além disto, se a resposta ocorreu em tempo oportuno e se houve ação prática para o serviço de saúde a partir das manifestações da população. Da mesma forma, ressalta-se a importância de descrever quais as estratégias a serem adotadas para implementar a ouvidoria central da saúde em todos os serviços de saúde conforme proposto pelo plano.

4.4.27. **Programas Prioritários**

4.4.28. Foram descritos os Programas "Programa Cuida PE" e "Programa Boa Visão", com a descrição dos objetivos dos programas e volume de procedimentos realizados, bem como os sistemas de gerenciamento, relatando os desafios encontrados durante a execução. Em relação ao "Programa Boa Visão", o documento versa sobre a revisão do cálculo para aquisição de óculos corretivos que hoje seria de m 15% de todas as consultas realizadas em alunos da rede estadual de ensino, e 40% dos funcionários e professores de acordo com a pactuação feita com a Sociedade de Oftalmologia de Pernambuco. Entendendo que a demanda tem aumentado nos últimos anos a aquisição aquém da necessidade pode prejudicar o público-alvo que apesar de ter sua necessidade identifica, continuaria sem a assistência devida.

4.4.29.

4.4.30. **Regionalização**

4.4.31. A Regionalização da Saúde é uma diretriz organizativa do SUS que orienta a descentralização das ações e serviços potencializando os processos de pactuação e negociação entre gestores. É apontada como um processo político que envolve a partilha do poder entre governo, organizações e cidadãos. Sabem-se que existem grandes dificuldades e diferenças de cobertura de serviços especializados em saúde entre as regiões do Brasil e as esferas de poder. Para garantir o fortalecimento da regionalização no âmbito do SUS, o Planejamento Regional Integrado foi pensado como um mecanismo estratégico para requalificação do Sistema, em consonância com a organização de regiões de saúde. Conforme o Plano, um marco importante para o ano de 2023 foi a seleção para os novos gerentes com o objetivo de reestruturar as gerências regionais, os grupos condutores macrorregionais e regionais também estão sendo recompostos.

4.4.32. As Gerências Regionais são essenciais em prover apoio aos municípios com base na Política Estadual de Regulação, Monitoramento, Controle e Avaliação da Gestão do SUS; abrindo agendas, distribuindo cotas, remanejando e monitorando atendimentos, exames de imagem de média e alta complexidade e consultas especializadas. Além disso, as GERES oportunizam apoio técnico aos municípios na implementação dos programas, ações e estratégias da Atenção Básica, monitoramento de indicadores dos sistemas de informação e prevenção de doenças e agravos em saúde, capacitação de profissionais de saúde. A abrangência de atividades competentes as GERES é vasta, abarcando todo o território, suas políticas estaduais de saúde e suas especificidades de forma descentralizada.

4.4.33. As ações contidas no PES/PE contemplam em sua maioria o fortalecimento e ampliação das Redes de Atenção à Saúde dos hospitais de referência nas regionais e macrorregionais. Também buscam garantir o acesso ao exames especializados de laboratório e imagem, atendendo especificidades como a gestação de alto risco materno e/ou fetal nos ambulatorios de referência de alto risco nos hospitais da III Macrorregião, no entanto, essa referência específica de realização de exames nos hospitais da III Macrorregião não está explícita no PES/PE. O acesso e a ampliação das cotas para utilização dos equipamentos de saúde como: CEO (Centro de especialidade odontológica) e CAPS (Centro de assistência psicossocial) não faz menção a X Regional de Saúde como foi proposto pela Conferência Estadual de Saúde. Para que o avanço desses processos aconteçam depende da construção de desenhos regionais que respeitem e considerem as realidades e especificidades locais, contribuindo e assegurando a saúde do usuário.

4.4.34. O PES/PE apresenta de forma detalhada a caracterização do Processo de Regionalização do estado. São elencadas as dimensões territoriais, político-administrativas, legislativas, entre outras. É apresentada a conformação das Macrorregiões e Regiões de Saúde, com breve resumo sobre as características populacionais, equipamentos e Redes de Saúde e alguns pontos da situação de saúde.

4.4.35. Além da caracterização pela dimensão da gestão regional, na qual aborda as atribuições e potencialidades da GERES, o PES/PE apresenta a dimensão do Planejamento Regional Integrado – PRI, na qual fala sobre o histórico do PRI, as normas e legislações que estão vinculadas ao processo, sobre o Projeto que está sendo desenvolvido no estado com incentivo financeiro de custeio do Ministério da Saúde por meio da Portaria 1.812/2020 e a linha do tempo do PRI no estado de Pernambuco. Dessa forma apresenta ainda as pactuações de CIB, o apoio do Projeto PROADI-Regionalização e as fases do processo. Finaliza o tópico falando das instâncias de governança regional, a qual se apresenta como as CIR - Comissão Intergestores Regional.

4.4.36. As ações contidas no PES/PE contemplam em sua maioria o fortalecimento e ampliação das Redes de Atenção à Saúde dos hospitais de referência nas regionais e macrorregionais. Também buscam garantir o acesso ao exames especializados de laboratório e imagem, atendendo especificidades como a gestação de alto risco materno e/ou fetal nos ambulatorios de referência de alto risco nos hospitais da III Macrorregião, no entanto, essa referência específica de realização de exames nos hospitais da III Macrorregião não está explícita no PES/PE. O acesso e a ampliação das cotas para utilização dos equipamentos de saúde como: CEO (Centro de especialidade odontológica) e CAPS (Centro de assistência psicossocial) não faz menção a X Regional de Saúde como foi proposto pela Conferência Estadual de Saúde. Para que o avanço desses processos aconteçam depende da construção de desenhos regionais que respeitem e considerem as realidades e especificidades locais, contribuindo e assegurando a saúde do usuário.

4.4.37. **Rede PEBA**

4.4.38. Em relação à Rede Interestadual de Atenção à Saúde do Vale do Médio São Francisco (Rede PEBA) é apresentado atributos de composição da Rede, porém, restringe à exibição de dados sobre a Regulação em Urgência e Emergência, não trazendo informações sobre a organização em articulação com outras Redes, a exemplo da Rede Materno-Infantil, como também não traz a existência de fluxos e critérios pactuados. Portanto, sugere-se a apresentação dos nós críticos da Rede PEBA (organizativos, logísticos e orçamentários).

4.5. **Financiamento**

4.5.1. O PES/PE traz uma explanação, em linhas gerais, da organização dos processos de financiamento do setor saúde por parte do Estado de Pernambuco, organizando a discussão nos eixos temáticos de “Macrofunção de financiamento estatal”, com os subeixos de “Financiamento do SUS”, “Teto MAC”, “Contrapartida Estadual aos Municípios” e “Emendas Parlamentares” e “Macrofunção de Prestação de Serviços”, com os subeixos de “Monitoramento da Rede Complementar”. Entretanto, destaca-se a caracterização mais resumida, com ausência de informações mais completas, especialmente do papel da rede complementar e conveniada, a exemplo da tipologia de serviços e ações ofertadas por meio dessas vinculações, que auxilia na explanação do cenário de deficiências, lacunas e possíveis vazios assistenciais dentro da própria rede pública estadual.

4.6. **Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores (DOMI)**

4.6.1. A definição do DOMI é uma parte altamente estratégica e relevante para a construção e operacionalização do PS. No PES/PE, a análise do Quadro 1, que apresenta sua organização e distribuição, exibe uma dissonância significativa entre o quantitativo de metas e ações programadas nas 6 diretrizes definidas. Destacamos a Diretriz 5, de “Qualificação e inovação dos processos de governança e gestão estratégica e participativa na saúde”, com um elevado número de metas descritas, dentre as quais podem ser observadas inconsistências e possibilidades de adequação, dada frequência de repetições e convergência entre diferentes ações previstas para um mesmo objetivo, que poderiam ser aglutinadas ou sumarizadas.

Quadro 1. Caracterização do DOMI reportado no PES/PE.

DOMI		
DIRETRIZES	METAS/AÇÕES	INDICADORES
D1	74	Sem indicador
D2	51	Sem indicador
D3	43	Sem indicador
D4	75	Sem indicador
D5	518	Sem indicador
D6	6	Sem indicador
TOTAL	767	
OBJETIVOS ESTRATÉGICOS		
ÁREA TEMÁTICA	QUANTITATIVO	%
MAPA SES-PE	21	42
VIGILÂNCIA EM SAÚDE	4	8
REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE/PROGRMAS DE SAÚDE	4	8
INCREMENTO TECNOLÓGICO	3	6
REESTRUTURAÇÃO DE POLÍTICAS DE SAÚDE	3	6
CONTROLE SOCIAL	2	4
ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA	2	4
IMPLEMENTAÇÃO DE POLÍTICAS DE SAÚDE	1	2
POPULAÇÕES ESPECÍFICAS	1	2
OUTROS	9	18
TOTAL	50	100

Fonte: Elaboração própria. Recife, PE – 2023.

4.6.2. Outro elemento importante a ser discutidos é que embora o PES/PE apresente as diretrizes, objetivos e metas, não há explicitação dos indicadores que serão utilizados para realizar os processos de monitoramento e avaliação das ações propostas, caracterizando uma incompletude do DOMI. A definição do indicador adequado a ser utilizado é parte essencial dessa construção, que deve ser formulado a partir de critérios como mensurabilidade, viabilidade, validade, oportunidade, reprodutibilidade, sustentabilidade, pertinência, relevância e facilidade de obtenção do dado.

4.6.3. Destacamos, ainda, que um elemento importante e que está ausente no documento é a apresentação da programação orçamentária e financeira prevista para a execução do Plano, o que pode comprometer as noções de viabilidade e operacionalização das propostas apresentadas, se considerarmos as limitações que surgem entre o planejamento dissociado do orçamento em saúde. Sugere-se a revisão dessas ausências, inclusive porque a própria inserção do PS nos sistemas de informação, a exemplo do DigiSUS Módulo Planejamento (DGMP), conforme previsto em legislação vigente (Portaria GM/MS nº 750, de 29 de abril de 2019), bem como dos outros instrumentos de planejamento, demanda a inserção obrigatória dos componentes dos indicadores.

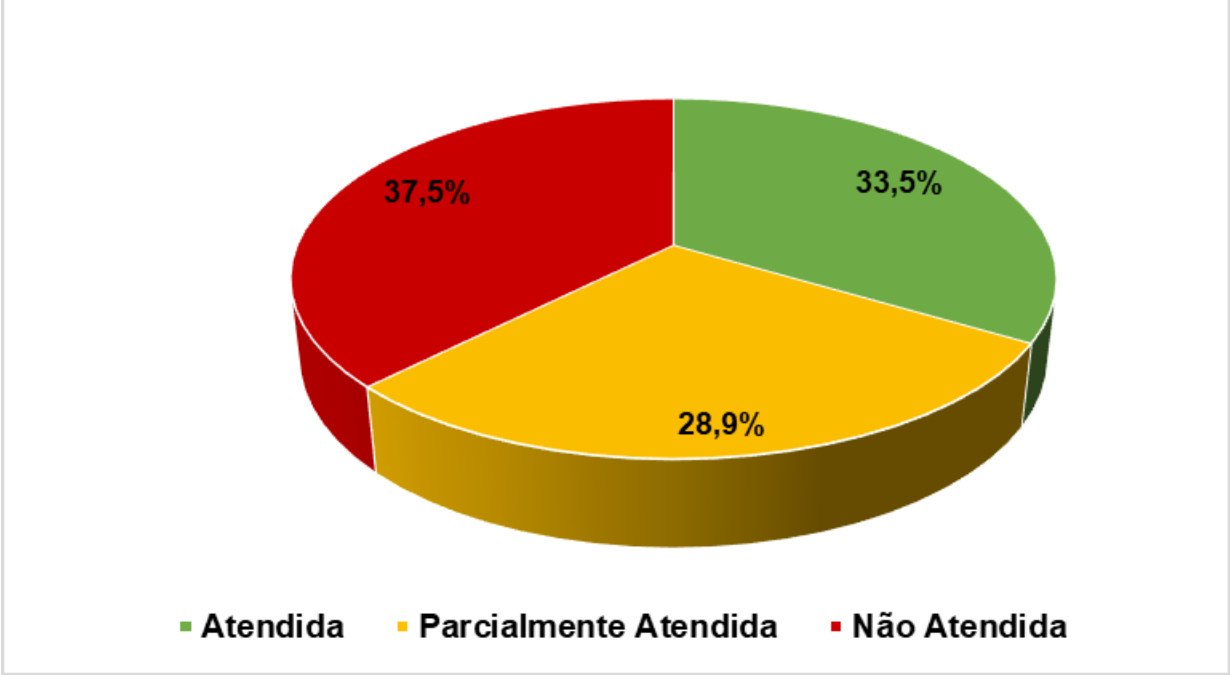
4.6.4. Esse é um apontamento particularmente importante, visto que há uma necessidade de alinhar e vincular a construção e as discussões sobre os instrumentos de planejamento no setor saúde - seja o PS, Programações Anuais ou Relatório de Gestão - ao cenário de planejamento e orçamento governamental, a partir do Plano Plurianual (PPA), da Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e da Lei Orçamentária Anual (LOA). Esses elementos articulados torna viável a definição de políticas de saúde para o nível estadual que dialoguem com as perspectivas programáticas do governo estadual.

4.7. **Análise das Recomendações da 10ª Conferência Estadual de Saúde no PES/PE**

4.7.1. O PES/PE contempla em sua Diretrizes e ações 62,4% das recomendações derivadas da 10ª Conferência Estadual de Saúde, sendo 33,5% delas contempladas em sua totalidade e 28,9% Contempladas parcialmente, conforme apresenta o Gráfico 1, a seguir. O documento deixa claro o esforço

da equipe técnica em seguir as recomendações que emanaram das discussões ampliadas proporcionado pelo do espaço democrático da Conferencia Estadual de Saúde e das interações entre os setores que representam a sociedade civil por meio dos conselheiros de saúde.

Gráfico 1- Análise das recomendações da 10ª Conferência Estadual de Saúde contempladas no PES/PE

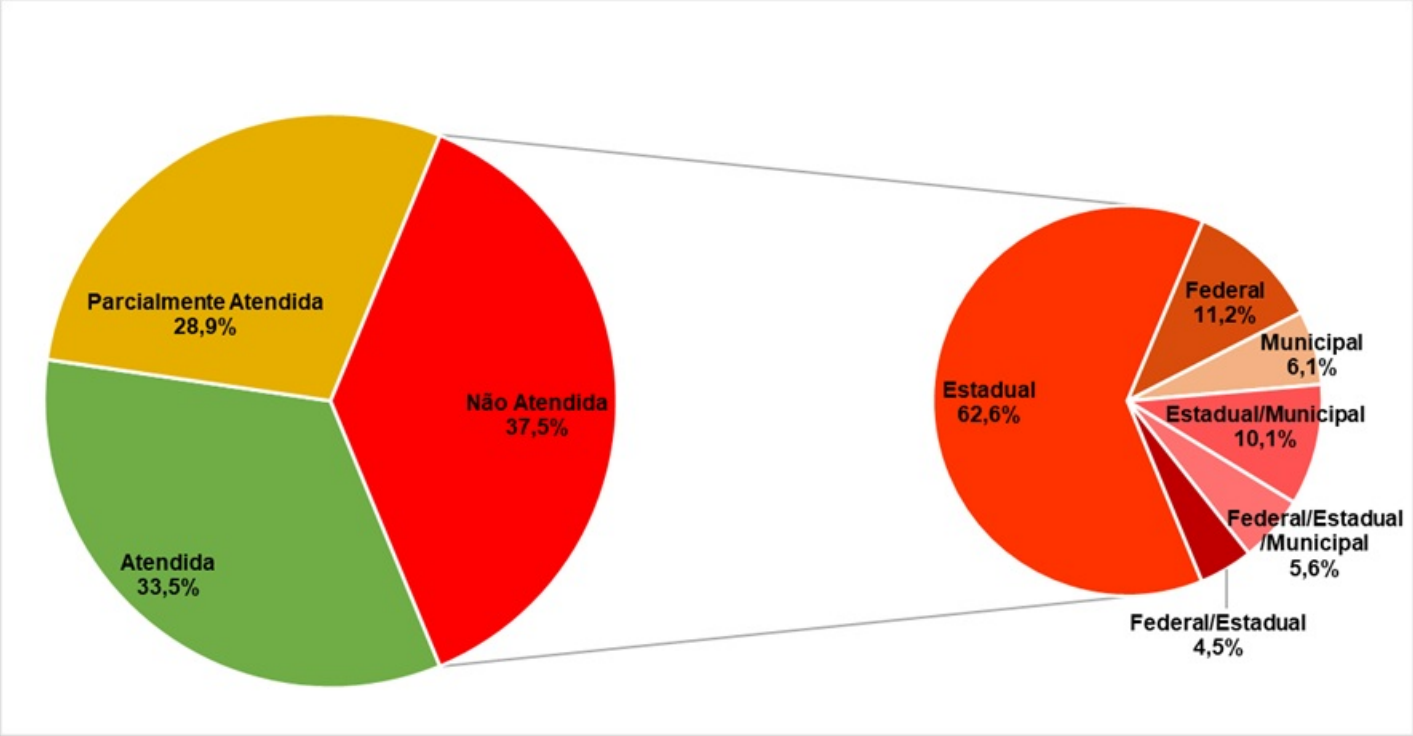


Fonte: Elaboração própria. Recife, PE – 2023.

4.7.2. A análise das recomendações não contempladas no PES/PE aponta que esse conjunto específico versa sobre os mais diversos tópicos, tendo predominância das indicações relacionadas a Média e Alta Complexidade (MAC) e Financiamento. Políticas de Saúde voltadas a seguimentos específicos também estão entre os itens, como políticas voltadas à Pessoa com Transtorno do Espectro Autista (TEA), Pessoas Neurotípicas, Povos Originários dentre outros.

4.7.3. Buscou-se nesta análise categorizar as recomendações não contempladas de acordo com a competência de atuação; federal, estadual ou municipal, destacando também aquelas que são de competência de mais de um ente, conforme o Gráfico 2, abaixo.

Gráfico 2- Percentual das recomendações não contempladas no PES/PE segundo esfera de competência



Fonte: Elaboração própria. Recife, PE – 2023.

4.7.4. Observando o conjunto das recomendações não contempladas percebe-se alguns itens que merecem destaque. A exemplo das indicações sobre a Assistência Farmacêutica, que em sua grande maioria foram abarcadas no PES/PE, mas alguns pontos não foram contemplados, como estruturação da Farmácia Viva, melhoria da infraestrutura das Centrais de Abastecimento Farmacêutico Estadual e

Municipais (CAF), fortalecimento do Laboratório Farmacêutico do Estado de Pernambuco (LAFEPE), dentre outros.

4.7.5. Ressalta-se ainda que o PES/PE apresenta diversas questões relacionadas ao controle social em suas propostas de ações, porém, alguns pontos não foram incluídos, sendo estes em sua maioria voltados a estruturação física dos conselhos de saúde e garantias de repasses financeiros para as atividades do conselho e conselheiros. O mesmo se repete sobre o tema da capacitação profissional, ainda que as ações tratem de diversos pontos sobre esse assunto, questões como estruturação da Escola de Saúde Pública de Pernambuco (ESPPE) e o fortalecimento da Política Estadual de Educação Permanente em Saúde não estão contempladas nas ações.

4.7.6. Outro ponto presente nas recomendações não contempladas versa sobre a regionalização, diversos itens têm como base o trabalho regionalizado, mas destaca-se que isso demandaria uma pactuação entre os municípios e uma estruturação das Redes de Atenção à Saúde (RAS). Salienta-se ainda que o Planejamento Regional Integrado (PRI) está em curso e portanto, ainda não finalizado.

4.7.7. Os temas como Judicialização da Saúde, Saúde do Trabalhador do SUS, Plano de Cargos e Carreiras e Vencimentos (PCCV) estadual, fortalecimento da Rede PEBA (Rede Interestadual de Saúde Pernambuco Bahia) também fazem parte dos itens indicados e não contemplados em sua totalidade.

4.7.8. Em uma análise mais aprofundada dos itens não contemplados e segmentandos por esfera de competência mostrou que 11,17% dos itens são de responsabilidades da esfera federal, 10,06% estadual e municipal, 6,15% municipal, 5,59% envolve as três esferas e 4,47% envolve a federal e estadual conjuntamente. Esta verificação sugere que a não ingerência total ou parcial do governo do estado sobre os itens indicados possa ter influenciado a não contemplação dessas recomendações nas diretrizes e ações presentes no PES/PE. Nesse sentido, evidencia-se a importância do trabalho em conjunto dentro do Sistema Único de Saúde e a necessidade de estabelecer diálogos entre os entes federados a fim de entender as necessidades que emanam da população.

4.8. **Monitoramento e Avaliação do PES/PE**

4.8.1. O PES/PE traz uma proposta de monitoramento de suas diretrizes e ações em etapas bem definidas, com periodicidade e setores responsáveis pelas etapas, bem como, discussões e compartilhamento de resultados alcançados fazendo referências a alimentação sistemática do PEplanejaSUS e consolidados quadrimestrais dos indicadores do Mapa estratégico. O documento também aborda a construção do Relatório Quadrimestral Detalhado (RQD) e sua posterior apresentação a instância deliberativa do CES/PE de Pernambuco (CES/PE).

4.8.2. O monitoramento será realizado a partir da criação de cinco grupos de monitoramento representando as quatro macrorregiões de saúde e um grupo central, formados por articuladores internos. Desta forma, é recomendada a explicitação da metodologia de composição dos grupos e inclusão de atores externos, desde o envolvimento de representantes do Ministério da Saúde por meio da SEINP, quanto de representantes do seguimento de usuários do CES/PE.

4.8.3. O PES/PE apresenta sua proposta de avaliação e destaca a necessidade do uso de indicadores que busquem mensurar o alcance das ações indicadas, focando nos indicadores de processo e resultado e que esses possam subsidiar a tomada de decisão pautada na realidade no intuito de alcançar as metas previstas em suas diretrizes e os melhores resultados.

4.8.4. Nesse sentido, apresenta os indicadores do Mapa Estratégico divididos por perspectiva, objetivos do mapa estratégico e indicadores. A Programação Anual de Saúde (PAS) é indicada como instrumento chave para verificação dos resultados utilizando uma escala de avaliação com relação a execução da meta dividida em três categorias executada quando a meta possuir entre 75 a 100% de execução, parcialmente executada entre 50 e 74% e não executada de 0 a 49%. A partir dessa análise podem ser realizadas ajustes na PAS a fim de adequações identificadas, sendo essas apresentadas e esclarecidas junto ao CES.

4.8.5.

5. **CONCLUSÃO**

5.1. O Plano Estadual de Saúde foi construído de forma participativa com o CES e envolveu todas as regionais de saúde e áreas técnicas da SES. Essa construção colaborativa é positiva e reflete um documento com potente análise da situação de saúde do estado, abarca um conteúdo importante das recomendações da 10ª Conferência Estadual de Saúde e aponta de modo estruturado o monitoramento e avaliação do Plano. Neste sentido, esta análise em tela aponta elementos que possam fortalecer o PES e, considerando a atuação da SEMS- PE no apoio institucional, na gestão interfederativa, junto aos órgãos do controle social, apoia a qualificação do planejamento no SUS no território.

5.2. Destaca-se, portanto, o importante esforço técnico para construção do documento e busca-se pontuar sugestões que podem ser analisadas e incorporadas pela SES, na medida que considerem relevantes no processo de qualificação e monitoramento do PES.

5.3. A ASIS apresentada pontua uma boa análise da situação de saúde da população, mas percebe-se a falta de um recorte de dados por população vulnerabilizada que apresente as particularidades desses

grupos e possibilite planejar e monitorar as ações mais específicas para essas populações. Considera-se importante que seja inserido recorte da população negra, indígena, de rua, prisional, marisqueiras entre outras, com o objetivo de potencializar as ações do Plano e sua assertividade. Nesse sentido, aponta-se como possibilidade a inclusão de análise sobre os impactos causados nas populações que residem próximo aos parques da energia eólica.

5.4. Cabe destacar quanto as morbidades que uma abordagem mais ampla poderia ser feita, pois não há uma caracterização clara da população atingida pelos agravos e adoecimento, bem como alguns dados sobre a morbidade em da população poderiam ser evidenciadas, como no caso das Doenças Crônicas não Transmissíveis.

5.5. Em relação ao tópico "Emergências em Saúde Pública", sugere-se a apresentação das informações referentes a outros agravos relacionados às enchentes que tiveram repercussão na saúde da população, além de ações adotadas para prevenção aos danos das enchentes em momento posterior, além dos mecanismos de monitoramento da saúde da população que foi afetada e dos riscos de novas enchentes. Nessa linha, sobre a Microcefalia, não há um detalhamento sobre o monitoramento dos casos e o impacto sobre o sistema de saúde.

5.6. Quanto à COVID-19, seria importante destacar no monitoramento das ações o percentual da população vacinada e as doses aplicadas (1ª, 2ª e reforços), bem como as informações sobre a infecção, agravamento, internações ou óbitos da COVID-19 por macrorregiões de saúde e grupos vulnerabilizados, como indígenas, visto que estes dados não estão disponíveis no documento.

5.7. No que tange às políticas de saúde e redes temáticas, são propostas a seguir sugestões a fim de complementar o panorama reportado pelo PES. Sobre o Complexo Regulador de Pernambuco, recomenda-se a adição do detalhamento situacional do Complexo Regulador do Estado de Pernambuco por Macrorregiões.

5.8. Na Rede de Atenção Materno-Infantil de Pernambuco, o item apresenta a lista de indicadores de saúde e de atenção ao parto e puerpério, contudo, apenas descreve quais são esses indicadores e não apresenta o panorama da rede. Sugere-se o acréscimo dos dados relacionados aos indicadores de saúde e de atenção ao parto e puerpério, por Macrorregião de Saúde, no intuito de identificar as problemáticas e necessidades existentes em cada território.

5.9. Para a Rede de Urgência e Emergência, sugere-se avaliar a pertinência de análise de anos anteriores sobre taxas de ocupação em emergências, tendo em vista que os dados de 2018 e 2019 apresentam-se homogêneos, além disso, apresentar a caracterização da completude da rede, visto ter sido discutido apenas os estabelecimentos hospitalares da gestão estadual que compõem a RUE (não há informações sobre o SAMU, centrais de regulação, salas de estabilização e etc.). Destaca-se a ausência da distribuição dos equipamentos da RUE por macrorregiões.

5.10. Acerca da Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas, é importante destacar que a organização da linha de cuidado não é descrita no documento, com exceção do eixo temático câncer (Rede de Oncologia), apenas é discutida a taxa de mortalidade prematura por Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT) por Macrorregião, além do percentual de mortalidade prematura por grupo de DCNT. Assim, recomenda-se a descrição da organização e operacionalização de linhas de cuidado.

5.11. Quanto à capacidade institucional, sugere-se que os espaços de Governança possam apresentar o processo de planejamento ascendente e de tomada de decisão, trazendo elementos sobre as Comissões Intergestores Regional (CIR), que representam um elo importante de atuação no território, bem como discutir os desafios postos à realidade de atuação no Comitê.

5.12. As Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores (DOMI) da forma como estão dispostos com elevado número de metas e desproporcionalidade entre seus elementos poderá implicar em dificuldades posteriores no monitoramento e acompanhamentos pela gestão e pelo controle social. Adicionalmente, a ausência dos indicadores por metas terá impacto na inserção no Sistema DigiSUS Gestor Módulo Planejamento. Assim como a ausência dos elementos orçamentárias e a relação com o plano de governo fragilizam o planejamento e a programação das ações.

5.13. A análise das diretrizes, dos objetivos estratégicos e das ações propostas no PES evidenciam o esforço importante realizado para contemplar as recomendações emanadas da 10ª Conferência Estadual de Saúde. Entretanto, cabe sinalizar algumas dificuldades que podem ser tratadas no futuro como recomendações sensíveis ao conselho que não foram tratados nas ações propostas como a questão da estruturação física dos conselhos de saúde e garantias de repasses financeiros para as atividades do conselho e conselheiros.

5.14. Cabe destacar ainda que a qualificação final das recomendações no âmbito da Conferência de Saúde pode contribuir para um planejamento de ações no PES mais organizado e integrado, pontua-se assim que dificuldades na capacidade de contemplar as diretrizes podem estar relacionadas ao conteúdo final das recomendações que foram dispostos com competências concomitantes estadual, federal e municipal.

5.15. A SEMS através do Serviço de Articulação Interfederativa e Participativa permanece à disposição para apoiar e fortalecer o processo de planejamento ascendente.

6. REFERÊNCIAS

Brasil. Ministério da Saúde. **Manual de Planejamento no SUS**. Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz. – 1. ed., rev. – Brasília : Ministério da Saúde, 2016. 138 p. : il. – (Série Articulação Interfederativa ; v. 4).

Brasil. Presidência da República. **Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 19 set. 1990a. Seção 1.

Brasil. Presidência da República. **Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 31 dez. 1990b. Seção 1.

Brasil. Presidência da República. **Decreto 7508, de 28 de junho de 2011**. Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm.

Brasil. Presidência da República. **Lei Complementar nº 141 de 13 de janeiro de 2012** - Dispõe sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas três esferas de governo; e revoga dispositivos das Leis nos 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993.

BRASIL. **Portaria de Consolidação nº 1, de 28 de setembro de 2017**. Consolidação das normas sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde, a organização e o funcionamento do Sistema Único de Saúde. Brasília - DF. Diário Oficial da União. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0001_03_10_2017.html. Acesso em 11 dezembro 2023

Recife, 18 de dezembro de 2023

Documento Elaborado pelas Técnicas:

GABRIELA MICHERLANDIA DOS SANTOS

Residente de Saúde Coletiva

ISAAC NEWTON MACHADO BEZERRA

Residente de Saúde Coletiva

MARA COSTA CONCEIÇÃO

Residente de Saúde Coletiva

RODRIGO CARDOSO DOS SANTOS

Residente de Saúde Coletiva

THAÍS EMMANUELLY MELO DOS SANTOS

Residente de Saúde Coletiva

ANDREA COSTA DE ANDRADE

Psicóloga

ELIANE MARIA MEDEIROS LEAL

Enfermeira

KEREN-HAPUQUE COSTA XAVIER LINS

Analista Técnico de Políticas Sociais

MARIA ALDILENE DANTAS

Estatística

LARISSA OLIVEIRA DE SÁ FIGUEIRÔA

Analista Técnico de Políticas Sociais

ROBERTA CORRÊA DE ARAÚJO DE AMORIM

Chefe do Serviço de Articulação Interfederativa e Participativa

De acordo e ciência por:

ROSANO FREIRE CARVALHO

Superintendente Estadual do Ministério da Saúde em Pernambuco



Documento assinado eletronicamente por **Keren Hapuque Costa Xavier Lins, Analista Técnico de Políticas Sociais**, em 18/12/2023, às 18:01, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º, do art. 4º, do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#); e art. 8º, da [Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017](#).



Documento assinado eletronicamente por **Gabriela Micherlandia dos Santos, Conveniado(a)**, em 18/12/2023, às 18:01, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º, do art. 4º, do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#); e art. 8º, da [Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017](#).



Documento assinado eletronicamente por **Rodrigo Cardoso dos Santos, Conveniado(a)**, em 18/12/2023, às 18:02, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º, do art. 4º, do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#); e art. 8º, da [Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017](#).



Documento assinado eletronicamente por **Mara Costa Conceição, Conveniado(a)**, em 18/12/2023, às 18:02, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º, do art. 4º, do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#); e art. 8º, da [Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017](#).



Documento assinado eletronicamente por **Isaac Newton Machado Bezerra, Conveniado(a)**, em 18/12/2023, às 18:14, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º, do art. 4º, do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#); e art. 8º, da [Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017](#).



Documento assinado eletronicamente por **Thaís Emmanuely Melo Dos Santos, Conveniado(a)**, em 18/12/2023, às 18:21, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º, do art. 4º, do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#); e art. 8º, da [Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017](#).



Documento assinado eletronicamente por **Roberta Corrêa de Araújo de Amorim, Chefe do Serviço de Articulação Interfederativa e Participativa**, em 18/12/2023, às 19:29, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º, do art. 4º, do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#); e art. 8º, da [Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017](#).



Documento assinado eletronicamente por **Maria Aldilene Dantas, Estatístico(a)**, em 18/12/2023, às 20:36, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º, do art. 4º, do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#); e art. 8º, da [Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017](#).



Documento assinado eletronicamente por **Larissa Oliveira de Sá Figueiroa, Analista Técnico de Políticas Sociais**, em 19/12/2023, às 08:11, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º, do art. 4º, do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#); e art. 8º, da [Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017](#).



Documento assinado eletronicamente por **Andréa Costa de Andrade, Psicólogo(a)**, em 19/12/2023, às 10:26, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º, do art. 4º, do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#); e art. 8º, da [Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017](#).



Documento assinado eletronicamente por **Eliane Maria Medeiros Leal, Assessor(a) Técnico(a) Especializado**, em 19/12/2023, às 11:07, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º, do art. 4º, do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#); e art. 8º, da [Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017](#).



Documento assinado eletronicamente por **Rosano Freire Carvalho, Superintendente Estadual do Ministério da Saúde em Pernambuco**, em 19/12/2023, às 13:37, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º, do art. 4º, do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#); e art. 8º, da [Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://sei.saude.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **0037745893** e o código CRC **F7DB8504**.

Referência: Processo nº 25019.003469/2023-27

SEI nº 0037745893

Serviço de Articulação Interfederativa e Participativa - SEINP/PE
Av. Parnamirim, nº 295, 1º andar - Bairro Parnamirim, Recife/PE, CEP 52060-901
Site - www.saude.gov.br