

# MAPA DE SAÚDE
# MACRORREGIONAL I

## 2024

PLANEJAMENTO REGIONAL INTEGRADO

Secretaria da Saúde — Governo de Pernambuco — Estado de Mudança

COSEMS-PE — Conselho de Secretarias Municipais de Saúde de Pernambuco

SUS

Ministério da Saúde

Governo Federal — Brasil — União e Reconstrução

**GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO**

**VICE-GOVERNADORIA DO ESTADO DE PERNAMBUCO**

**SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE**

**SECRETARIA EXECUTIVA DE GESTÃO PARTICIPATIVA EM SAÚDE**

**DIRETORIA GERAL DE GESTÃO PARTICIPATIVA EM SAÚDE**

**CONSELHO ESTADUAL DE SECRETÁRIOS MUNICIPAIS DE SAÚDE DE PERNAMBUCO (COSEMS/PE)**

**GRUPO CONDUTOR MACRORREGIONAL DA I MACRORREGIÃO DE PERNAMBUCO (GCM I)**

**I GERÊNCIA REGIONAL DE SAÚDE**

**II GERÊNCIA REGIONAL DE SAÚDE**

**III GERÊNCIA REGIONAL DE SAÚDE**

**XII GERÊNCIA REGIONAL DE SAÚDE**

**ELABORAÇÃO TÉCNICA:**

**I Macrorregião de Saúde**
Jhonata Willian Amaral Sousa

**I Região de Saúde**
Ana Claúdia Callou Matos
Antônio Flaudino Bem Leite
Claudenice Pontes de Andrade
Clóvis Eduardo de Moura Costa
Dejanine Zeugma Pessoa de Araújo
Erika Patricia Santos Silva
João Marcos Moura
João Marcelo Cardoso dos Santos
João Pedro Souza da Silva
Juliana Maria Oria de Oliveira
Leandra Cristina Barbosa Saldanha
Luciana Caroline Albuquerque D'Angelo
Maria de Fátima Pinto Ribeiro
Nadjane Arcanjo Neves de Lima
Rodrigo Cardoso dos Santos
Sheyla Rodrigues de Lima Carneiro
Solange da Silva Mendonça
Wanessa Santos de Andrade

**II Região de Saúde**
Adrielle Nunes de Andrade Silva
Emmanuela Kethully da Mota
Evaneide Barros de Melo Araújo
Isabel Helena de Souza Leal Costa
João Marcelo Costa
Martha Janaína Souto Maior Cardoso Oliveira
Orlando Augusto de Morais Miranda
Riva Karla Vieira da Silva
Thaysa Thatyana Aragão Guerra Mota

**III Região de Saúde**
Alexsandra Machado da Silva
Ataly Lima Durval Borba
Jadelma Luanna Ebla dos Santos
Joyce Catarina Lopes De Morais
Maria Cristina Gonçalves Casale
Priscila Karoline de Menezes Silva
Suzana Cristina Pereira de Oliveira Silva

**XII Região de Saúde**
Aline Beatriz dos Santos Silva

Camilla de Sena Guerra Bulhões
Gleisy Tavares de Araújo
Juliana Cristina Barreto Pereira Rodrigues
Kaique Bruno Ferreira Bezerra
Karlla Dannielle da Silva Guedes
Thainá Rayane Bezerra Lemos

**Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco (SES/PE)**
Arabela Veloso de Morais
Celivane Cavalcanti Barbosa de Almeida
Cleonúsia Batista Leite de Vasconcelos
Laíze Viégas Brilhante da Nóbrega

**Conselho Estadual de Secretários Municipais de Saúde de Pernambuco (COSEMS/PE)**
Lícia da Silva Maciel
Maria de Fátima Lopes de Moura
Maria Lúcia Matias Ferreira
Michelly Lima Vieira

**Superintendência Estadual do Ministério da Saúde em Pernambuco - SEINP/SEMS**
Keren-Hapuque Costa Xavier Lins
Larissa Oliveira de Sá Figueirôa

**COLABORAÇÃO:**

**Residentes de Saúde Coletiva SESAU/Recife - Superintendência Estadual do Ministério da Saúde em Pernambuco - SEINP/SEMS**
Bruna de Jesus Oliveira
João Pedro Souza da Silva
Maciel Barros Lira
Rodrigo Cardoso dos Santos

**Estágiaria de Saúde Coletiva – Universidade de Pernambuco (UPE)**
Thalya Thamires Saúde Sena Alves Bernardo

2024 – I Macrorregional de Saúde/DGGP/SEGEP/SES/PE

Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada à fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial.

A responsabilidade pelos direitos autorais de textos e imagens desta obra é da área técnica.

Série A. Normas e Manuais Técnicos
Publicação eletrônica
Elaboração, distribuição e informações:
I Macrorregional de Saúde/DGGP/SEGEP/SES/PE

Município Sede Recife-PE

Digital no Brasil/*Printed in Brazil*

**Ficha Catalográfica**

Recife. I Macrorregional de Saúde/DGGP/SEGEP/SES/PE
Mapa de Saúde – I Macrorregião de Saúde (2024). Versão Preliminar -/ I Macrorregional de Saúde/DGGP/SEGEP/SES/PE. Recife: I Macrorregião, 2024.
XXX: il. – (Série A. Mapa de Saúde – I Macrorregião de Saúde de Pernambuco)

ISBN (não registrado)
1. Situação de saúde. 2. Problema de Saúde. 3. Indicadores de Saúde. I. Título. II. Serie.

NLM WR (não registrado)

Catalogação na fonte – Biblioteca Estadual de Pernambuco.

**Revisão Textual:**

Adrielle Nunes de Andrade Silva
Jhonata Willian Amaral Sousa
Thainá Rayane Bezerra Lemos

## Lista de Tabelas

Tabela 1 - População residente absoluta e distribuição proporcional segundo Regiões de Saúde e I Macrorregional, 2012 a 2022, Pernambuco. ..... 44
Tabela 2 - População de Mulheres em idade fértil. Macrorregião I, 2018. ..... 46
Tabela 3 - População privada de liberdade por Região de saúde da Macrorregião I, 2023*. ..... 48
Tabela 4 - Percentual de cobertura populacional estimada pelas eSF, segundo regiões de Saúde, 2023. ..... 51
Tabela 5 - Proporção da População Residente Alfabetizada por Faixa Etária. ..... 52
Tabela 6 - Índice de Gini da renda domiciliar per capita segundo Macrorregião e Região de Saúde – Pernambuco. ..... 53
Tabela 7 - Indicadores Socioeconômicos da I Macrorregião. ..... 56
Tabela 8 - Taxa de desemprego na Macrorregião ..... 57
Tabela 9 - Percentual da população assistida por benefícios assistenciais (PBF e BPC) * ..... 57
Tabela 10 - Número absoluto e percentual de nascidos vivos na Regiões de Saúde e I Macrorregião, Pernambuco, 2012 a 2022. ..... 66
Tabela 11 - Razão de sexo dos nascidos vivos, segundo Regiões de Saúde e I Macrorregião, Pernambuco, 2012-2022. ..... 69
Tabela 12 - Percentual de cobertura vacinal geral na I Macrorregião de Saúde e suas respectivas Regiões - Pernambuco - 2012-2021. ..... 75
Tabela 13 - Percentual de cobertura vacinal por tipo de imunizante da I Macrorregião de Saúde - Pernambuco - 2012-2021. ..... 76
Tabela 14 - Número absoluto e percentagem de casos notificados de Zika Vírus, por ano, segundo região de saúde e I Macrorregião, 2016 a 2022 ..... 87
Tabela 15 - Tabela. Óbitos perinatais. I Macrorregião de Saúde, Pernambuco, 2012-2021. ..... 167
Tabela 16 - Óbitos infantis investigados. I Macrorregião de Saúde, Pernambuco, 2012-2021. ..... 168
Tabela 17 - Nascidos vivos de parturientes, Macrorregião I de Pernambuco 2012 a 2021. ..... 179
Tabela 18 - Proporção de Nascidos vivos de parturientes pretas e pardas, Macrorregião I de Pernambuco 2012 a 2021. ..... 180

Tabela 19 - Percentual de nascidos vivos de acordo com a escolaridade materna, Macrorregião I de Pernambuco 2012 a 2021. ..... 180
Tabela 20 - Percentual de nascidos vivos de parturientes adolescentes (10 a 14 anos), Macrorregião I de Pernambuco 2012 a 2021. ..... 181
Tabela 21 - Percentual de nascidos vivos de parturientes adolescentes (15 a 19 anos), Macrorregião I de Pernambuco 2012 a 2021. ..... 181
Tabela 22 - Percentual de nascidos vivos de parturientes adolescentes (10 a 19 anos), Macrorregião I de Pernambuco 2012 a 2021. ..... 181
Tabela 23 - Percentual de nascidos vivos de parturientes que iniciaram o pré-natal até as 12 semanas de gestação (1º trimestre), Macrorregião I de Pernambuco 2012 a 2021. ..... 182
Tabela 24 - Gestantes com 6 ou mais consultas de pré-natal, Macrorregião I de Pernambuco 2012 a 2021. ..... 183
Tabela 25 - Produção de inserção de DIU ambulatorial na MRS I, 2017 a novembro de 2023. ..... 190
Tabela 26 - Produção de inserção de DIU hospitalar na MRS I, 2017 a novembro de 2023. ..... 191
Tabela 27 - Estimativa da necessidade de AGAR na MRS I. ..... 209
Tabela 28 - Estimativa de gestantes e de leitos obstétricos para o ano de 2024, I Região de Saúde. ..... 210
Tabela 29 - Estimativa de gestantes e de leitos obstétricos para o ano de 2024, II Região de Saúde. ..... 211
Tabela 30 - Estimativa de gestantes e de leitos obstétricos para o ano de 2024, III Região de Saúde. ..... 212
Tabela 31 - Estimativa de gestantes e de leitos obstétricos para o ano de 2024, XII Região de Saúde. ..... 214
Tabela 32 - Estimativa de gestantes e de leitos obstétricos para o ano de 2024, Macrorregião de Saúde I. ..... 215
Tabela 33 - Número de Nascidos Vivos segundo Região de Saúde de Residência e Tipo de Parto, Pernambuco, 2022. ..... 226
Tabela 34 - Número de consultas puerperais por Região da Saúde, Macrorregião de Saúde I, 2023. ..... 234
Tabela 35 - Nascidos Vivos com 23 a 36 semanas de gestação, Macrorregião I de Pernambuco 2012 a 2021. ..... 238

Tabela 36 - Nascidos Vivos com 23 a 36 semanas de gestação, Macrorregião I de Pernambuco 2012 a 2021. ..... 239
Tabela 37 - Pontos de triagem biológica na I Macrorregião de Saúde. ..... 246
Tabela 38 - Total de Equipes Multidisciplinares de Atenção Domiciliar (EMAD) e Equipes Multidisciplinar de Apoio (EMA) no território da I Macrorregião de Saúde. .. 393
Tabela 39 - Componente pré-hospitalar móvel (SAMU), por região de saúde. ..... 394
Tabela 40 - Componentes pré-hospitalares fixos, por região de saúde. ..... 395
Tabela 41 - Total de serviços de urgência e emergência geral e pediátrica sob gestão municipal. ..... 396
Tabela 42 - Componente hospitalar, por região de saúde. ..... 397
Tabela 43 - Número consolidado de unidades executantes, especialidades e itens de agendamento no sistema da regulação da I GERES, Recife, 2024. ..... 482
Tabela 44 - Número consolidado de unidades executantes, especialidades e itens de agendamento no sistema da regulação da II GERES, Limoeiro, 2024. ..... 484
Tabela 45 - Número consolidado de unidades executantes, especialidades e itens de agendamento no sistema da regulação da III GERES, Palmares, 2024. ..... 484
Tabela 46 - Número consolidado de unidades executantes, especialidades e itens de agendamento no sistema da regulação da XII GERES, Goiana, 2024. ..... 494
Tabela 47 - Percentual de transferência da União para o SUS I Região de Saúde. .. 513
Tabela 48 - Percentual de transferência da União para o SUS na II região de saúde. ..... 515
Tabela 49 - Percentual de transferência da União para o SUS. ..... 517
Tabela 50 - Percentual de transferência da União para o SUS na XII região de saúde. ..... 519

## Lista de Figuras

Figura 1 - Regiões de Saúde do Estado de Pernambuco. 41
Figura 2 - Distribuição das Macrorregiões de Saúde. Pernambuco, 2023. 41
Figura 3 - I Macrorregião de Saúde – Metropolitana 42
Figura 4 - Distribuição da população residente estimada de acordo com a razão entre os sexos por Região e Microrregião de Saúde integrantes da Macrorregião I, 2022. 45
Figura 5 - Pirâmide Etária da I Macrorregião de Pernambuco. 47
Figura 6 - Densidade demográfica da Macrorregião Metropolitana entre 2011 e 2020, segundo Região de Saúde, 2022. 49
Figura 7 - Número de Pessoas e Famílias em Situação de Rua cadastradas no Cadúnico, junho 2023. 53
Figura 8 - Análise Quantitativa de Amostras de Água de Consumo Humano para o Parâmetro Coliformes Totais/E. coli por Regiões de Saúde e Macrorregião I (2021-2023). 58
Figura 9 - Análise Quantitativa de Amostras de Água de Consumo Humano para o Parâmetro Cloro Residual Livre por Regiões de Saúde e Macrorregião I (2021-2023). 59
Figura 10 - Análise Quantitativa de Amostras de Água de Consumo Humano para o Parâmetro Turbidez por Regiões de Saúde e Macrorregião I (2021-2023). 60
Figura 11 - Taxa específica de fecundidade da Regiões de Saúde e I Macrorregião, Pernambuco, 2022 62
Figura 12 - Proporção de nascidos vivos na I Macrorregião, segundo ano de nascimento e número de consultas de pré-natal. Pernambuco, 2012 a 2022. 63
Figura 13 - Proporção de nascidos vivos, segundo tipo de parto na I Macrorregião por ano de nascimento, 2012 a 2022. 64
Figura 14 - Percentual de nascidos vivos segundo região de saúde de residência e ocorrência nas Regiões de Saúde da I Macrorregião - Pernambuco - 2012/2016/2021 65
Figura 15 - Taxa bruta de natalidade, por ano, segundo Regiões de Saúde da I Macrorregião, Pernambuco, 2012-2022. 68
Figura 16 - Proporção de nascidos vivos, segundo ano de nascimento e idade materna na I Macrorregião, 2012 a 2022. 70
Figura 17- Proporção de nascidos vivos, segundo semana da gestação na I Macrorregião por ano de nascimento, 2012 a 2022. 71

Figura 18 - Proporção de nascidos vivos, segundo ano de nascimento e sexo de nascimento na I Macrorregião, 2012 a 2022. ..... 72
Figura 19 - Quantidade internamentos de UTI neonatal na I Região de Saúde, de 2012 a 2023*. ..... 72
Figura 20 - Percentual de cobertura de Influenza na I Macrorregião de Saúde - Pernambuco - 2012-2021. ..... 77
Figura 21 - Taxa de incidência de Acidentes por Animais Peçonhentos (por 100 mil habitantes), por ano, segundo região de saúde e I Macrorregião, 2012 a 2022. ..... 80
Figura 22 - Frequência absoluta de atendimento antirrábico a partir dos casos notificados, entre os anos 2012 e 2021, por região de saúde e I Macrorregião. ..... 80
Figura 23 - Taxa de incidência de Leptospirose (por 100 mil habitantes), por ano, segundo região de saúde e I Macrorregião, 2012 a 2022. ..... 82
Figura 24 - Taxa de incidência de Covid-19 (por 100 mil habitantes), por ano, segundo região de saúde e I Macrorregião, 2012 a 2022. ..... 83
Figura 25 - Taxa de detecção da Dengue a partir dos casos notificados, por região de saúde, entre 2012 e 2021. ..... 83
Figura 26 - Taxa de detecção da Chikungunya a partir dos casos notificados, por região de saúde, entre 2012 e 2021. ..... 84
Figura 27 - Taxa de detecção da Zika a partir dos casos notificados, por região de saúde, entre 2012 e 2021. ..... 85
Figura 28 - Taxa de incidência de Zika Vírus (por 100 mil habitantes), por ano, segundo região de saúde e I Macrorregião, 2016 a 2022. ..... 87
Figura 29 - Taxa de incidência de Doenças Exantemáticas (por 100 mil habitantes), por ano, segundo região de saúde e I Macrorregião, 2012 a 2022. ..... 89
Figura 30 - Quantidade de casos confirmados de Sarampo, I Macrorregião PE, 2012-2021. ..... 90
Figura 31 - Quantidade de casos confirmados de Rubéola, I Macrorregião PE, 2012-2021. ..... 91
Figura 32 - Taxa de Incidência de Meningite (por 100 mil habitantes), por ano, segundo região de saúde e I Macrorregião, 2012 a 2022. ..... 92
Figura 33 - Taxa de incidência de Coqueluche (por 100 mil habitantes), por ano, segundo região de saúde e I Macrorregião, 2012 a 2022. ..... 93
Figura 34 - Taxa de incidência de Chagas Aguda (por 100 mil habitantes), por ano, segundo região de saúde e I Macrorregião, 2012 a 2022. ..... 94

Figura 35 - Taxa de incidência de Esquistossomose (por 100 mil habitantes), por ano, segundo região de saúde e I Macrorregião, 2012 a 2022. ..... 95
Figura 36 - Taxa de incidência de Leishmaniose Visceral (por 100 mil habitantes), por ano, segundo região de saúde e I Macrorregião, 2012 a 2022..... 98
Figura 37 - Taxa de incidência de Leishmaniose Tegumentar Americana (LTA) (por 100 mil habitantes), por ano, segundo região de saúde e I Macrorregião, 2012 a 2022. ..... 99
Figura 38 - Número de casos confirmados e notificados de Malária, por ano, segundo Região de Saúde e I Macrorregião, 2012 a 2022. ..... 101
Figura 39 - Taxa de Incidência de Hanseníase (por 100 mil habitantes), por ano, segundo Região de Saúde e I Macrorregião, 2012 a 2022. ..... 102
Figura 40 - Percentual de Hanseníase, por sexo, acumulado entre 2012 e 2021 na I Macrorregião de Saúde, Pernambuco..... 103
Figura 41 - Número total de Hanseníase, por raça/cor, acumulado entre 2012 e 2021 na I Macrorregião de Saúde, Pernambuco. ..... 104
Figura 42 - Taxa de incidência de Tuberculose (por 100 mil habitantes), por ano, segundo região de saúde e I Macrorregião, 2012 a 2022. ..... 105
Figura 43 - Percentual de tuberculose por sexo, entre os anos de 2012 a 2021. ..... 105
Figura 44 - Frequência absoluta de toxoplasmose gestacional entre 2019 e 2023 na I Macrorregião de Saúde, Pernambuco..... 108
Figura 45 - Frequência absoluta de toxoplasmose congênita entre 2019 e 2023 na I Macrorregião de Saúde, Pernambuco..... 109
Figura 46 - Taxa de detecção de sífilis adquirida a partir de casos notificados, por região de saúde da I Macrorregião, entre os anos de 2012 e 2021. ..... 110
Figura 47 - Frequência absoluta e relativa da sífilis adquirida a partir de casos notificados, segundo faixa etária, por região de saúde da I Macrorregião, entre os anos de 2012 e 2021. ..... 110
Figura 48 - Taxa de incidência de Sífilis Adquirida (por 100 mil habitantes), por ano, segundo região de saúde e I Macrorregião, 2012 a 2022. ..... 112
Figura 49 - Número de casos confirmados e notificados de Sífilis Congênita, acumulado entre 2012 e 2021, Regiões de saúde da I Macrorregião, em Pernambuco. ..... 113
Figura 50 - Número de casos confirmados e notificados de sífilis congênita por sexo, entre 2012 e 2021, Regiões de saúde da I Macrorregião, em Pernambuco. ..... 114

Figura 51 - Percentual de casos confirmados e notificados de Sífilis Congênita, por raça/cor, acumulado entre 2012 e 2021, na I Macrorregião de Saúde, em Pernambuco. ..... 115
Figura 52 - Taxa de incidência de sífilis congênita < 01 ano notificados, entre 2013 e 2021, na I Macrorregião de Saúde, em Pernambuco. ..... 116
Figura 53 - Taxa de incidência de Sífilis Congênita (por 100 mil habitantes), por ano, segundo região de saúde e I Macrorregião, 2012 a 2022. ..... 117
Figura 54 - Taxa de incidência da sífilis em gestante, entre 2012 e 2021, Regiões de saúde da I Macrorregião, em Pernambuco. ..... 118
Figura 55 - Percentual de casos confirmados e notificados de Sífilis em Gestante, por raça/cor, acumulado entre 2012 e 2021, em Pernambuco. ..... 119
Figura 56 - Taxa de incidência de Sífilis em Gestante (por 100 mil habitantes), por ano, segundo região de saúde e I Macrorregião, 2012 a 2022. ..... 120
Figura 57 - Incidência de Hepatites virais a partir dos casos notificados, por região de saúde, entre 2012 e 2021. ..... 121
Figura 58 - Taxa de incidência de HIV/AIDS (por 100 mil habitantes), por ano, segundo região de saúde e I Macrorregião, 2012 a 2022. ..... 122
Figura 59 - Taxa de incidência de AIDS a partir dos casos notificados, entre os anos de 2012 e 2021, por região de saúde e I Macrorregião. ..... 123
Figura 60 - Frequência absoluta dos casos de AIDS a partir dos casos notificados, segundo o sexo, entre os anos 2012 e 2021, por região de saúde e I Macrorregião. 124
Figura 61 - Frequência absoluta dos casos de AIDS a partir dos casos notificados, segundo faixa etária, entre os anos 2012 e 2021, por região de saúde e I Macrorregião..... 125
Figura 62 - Frequência absoluta dos casos de AIDS a partir dos casos notificados, segundo raça/cor, entre os anos 2012 e 2021, por região de saúde e I Macrorregião. ..... 126
Figura 63 - Frequência absoluta dos casos de AIDS a partir dos casos notificados, ≤ 01 até 14 anos, entre os anos 2012 e 2021, por região de saúde e I Macrorregião. . 127
Figura 64 - Taxa de incidência dos casos de AIDS a partir dos casos notificados, em crianças de até 14 anos, entre os anos 2012 e 2021, por região de saúde e I Macrorregião..... 128

Figura 65 - Frequência absoluta dos casos de AIDS a partir dos casos notificados, em crianças até 14 anos segundo o critério raça/cor, entre os anos 2012 e 2021, por região de saúde e I Macrorregião. ..... 129
Figura 66 - Taxa de incidência de HIV a partir dos casos notificados, entre os anos 2012 e 2021, por região de saúde e I Macrorregião. ..... 130
Figura 67 - Taxa de incidência de HIV a partir dos casos notificados, segundo sexo, entre os anos 2012 e 2021, por região de saúde e I Macrorregião. ..... 131
Figura 68 - Frequência de HIV a partir dos casos notificados, segundo faixa etária, entre os anos 2012 e 2021, por região de saúde e I Macrorregião. ..... 132
Figura 69 - Frequência absoluta de HIV a partir dos casos notificados, segundo raça/cor, entre os anos 2012 e 2021, por região de saúde e I Macrorregião. ..... 133
Figura 70 - Taxa de incidência de HIV a partir dos casos notificados em crianças, entre os anos 2012 e 2021, por região de saúde e I Macrorregião. ..... 134
Figura 71 - Frequência absoluta de HIV a partir dos casos notificados em crianças, segundo raça/cor, entre os anos 2012 e 2021, por região de saúde e I Macrorregião. ..... 135
Figura 72 - Número de casos notificados de Acidente de Trabalho com Exposição à Material Biológico, acumulado entre 2012 e 2021, Regiões de saúde da I Macrorregião, em Pernambuco. ..... 136
Figura 73 - Frequência absoluta dos casos de lesão por esforço repetitivo (Ler/Dort), por região de saúde, entre os anos de 2012 e 2021. ..... 137
Figura 74 - Taxa de incidência de Acidente de Trabalho (por 100 mil habitantes), por ano, segundo região de saúde e I Macrorregião, 2012 a 2022. ..... 138
Figura 75 - Taxa de incidência de Acidentes de Transporte Terrestre (ATT) (por 100 mil habitantes), por ano, segundo região de saúde e I Macrorregião, 2014 a 2022... 140
Figura 76 - Taxa de incidência de Acidente de Trabalho com Exposição a Material Biológico (por 100 mil habitantes), por ano, segundo região de saúde e I Macrorregião, 2012 a 2022. ..... 142
Figura 77 - Número de casos notificados de Intoxicação Exógena, acumulado entre 2012 e 2021, Regiões de saúde da I Macrorregião, em Pernambuco ..... 143
Figura 78 - Frequência absoluta dos casos de doenças crônicas não transmissíveis por região de saúde. ..... 143
Figura 79 - Coeficiente Geral de Mortalidade segundo ano do óbito. I Macrorregião de Saúde, Pernambuco, 2012-2021. ..... 145

Figura 80 - Proporção de óbitos segundo sexo masculino por ano do óbito. I Macrorregião de Saúde, Pernambuco, 2012-2022..... 146
Figura 81 - Proporção de óbitos segundo sexo feminino por ano do óbito. I Macrorregião de Saúde, Pernambuco, 2012-2022..... 146
Figura 82 - Proporção de óbitos segundo raça/cor preta e parda por ano do óbito. I Macrorregião de Saúde, Pernambuco, 2012-2022..... 147
Figura 83 - Proporção de óbitos segundo raça/cor branca por ano do óbito. I Macrorregião de Saúde, Pernambuco, 2012-2022..... 148
Figura 84 - Proporção de óbitos segundo raça/cor indígena por ano do óbito. I Macrorregião de Saúde, Pernambuco, 2012-2022..... 148
Figura 85 - Proporção de óbitos segundo raça/cor amarela por ano do óbito. I Macrorregião de Saúde, Pernambuco, 2012-2022..... 149
Figura 86 - Proporção de óbitos segundo na faixa etária menor de 1 anos por ano do óbito. I Macrorregião de Saúde, Pernambuco, 2012 a 2022. ..... 149
Figura 87 - Proporção de óbitos segundo na faixa etária de 10 a 19 anos por ano do óbito. I Macrorregião de Saúde, Pernambuco, 2012 a 2022. ..... 150
Figura 88 - Proporção de óbitos segundo na faixa etária de 20 a 59 anos por ano do óbito. I Macrorregião de Saúde, Pernambuco, 2012 a 2022. ..... 151
Figura 89 - Proporção de óbitos segundo na faixa etária de 60 e mais por ano do óbito. I Macrorregião de Saúde, Pernambuco, 2012 a 2022. ..... 151
Figura 90 - Proporção de óbitos segundo escolaridade com campo não informado e ignorado por ano do óbito. I Macrorregião de Saúde, Pernambuco, 2012 a 2022. .... 152
Figura 91 - Proporção de óbitos sem escolaridade por ano do óbito. I Macrorregião de Saúde, Pernambuco, 2012 a 2022..... 153
Figura 92 - taxa de mortalidade com ensino fundamental (completo e incompleto) por ano do óbito. I Macrorregião de Saúde, Pernambuco, 2012 a 2022..... 154
Figura 93 - Proporção de óbitos com ensino médio (completo e incompleto) por ano do óbito. I Macrorregião de Saúde, Pernambuco, 2012 a 2022. ..... 154
Figura 94 - Proporção de óbitos com ensino superior (completo e incompleto) por ano do óbito. I Macrorregião de Saúde, Pernambuco, 2012 a 2022. ..... 155
Figura 95 - Taxa de mortalidade específica por Covid-19 (por 100 mil habitantes), por ano, segundo região de saúde e I Macrorregião, 2020 a 2022..... 156
Figura 96 - Proporção de óbito por capítulo da CID-10 segundo ano do óbito. I Macrorregião de Saúde, Pernambuco, 2012 a 2022. ..... 159

Figura 97 - Proporção de óbito por doenças do aparelho circulatório segundo ano do óbito. I Macrorregião de Saúde, Pernambuco, 2012 a 2022. ..... 160
Figura 98 - Proporção de óbito por neoplasias (tumores) segundo ano do óbito. I Macrorregião de Saúde, Pernambuco, 2012 a 2022. ..... 160
Figura 99 - Proporção de óbito por causas externas de morbidade e mortalidade segundo ano do óbito. I Macrorregião de Saúde, Pernambuco, 2012 a 2022. ..... 161
Figura 100 - Proporção de óbito por doenças do aparelho respiratório segundo ano do óbito. I Macrorregião de Saúde, Pernambuco, 2012 a 2022. ..... 162
Figura 101 - Proporção de óbito por Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas segundo ano do óbito. I Macrorregião de Saúde, Pernambuco, 2012 a 2022. ..... 162
Figura 102 - Proporção de óbito por algumas doenças infecciosas e parasitárias segundo ano do óbito. I Macrorregião de Saúde, Pernambuco, 2012 a 2022. ..... 163
Figura 103 - Taxa de mortalidade precoces (100.000hab.) por ano do óbito. I Macrorregião de Saúde, Pernambuco, 2012 a 2022. ..... 163
Figura 104 - Coeficiente de Mortalidade Infantil (CMI) por ano do óbito. I Macrorregião de Saúde, Pernambuco, 2012-2022. ..... 164
Figura 105 - Coeficiente de Mortalidade Infantil (CMI) neonatal por ano do óbito. I Macrorregião de Saúde, Pernambuco, 2012-2022. ..... 165
Figura 106 - Coeficiente de Mortalidade Infantil (CMI) neonatal tardio por ano do óbito. I Macrorregião de Saúde, Pernambuco, 2012-2022 ..... 165
Figura 107 - Coeficiente de Mortalidade Infantil (CMI) pós-neonatal por ano do óbito. I Macrorregião de Saúde, Pernambuco, 2012-2022 ..... 166
Figura 108 - Coeficiente de Mortalidade Infantil (CMI) por sexo. I Macrorregião de Saúde, Pernambuco. ..... 167
Figura 109 - Número de óbitos infantis por causas evitáveis da I Macrorregião e Pernambuco, 2012-2021 ..... 169
Figura 110 - Proporção dos óbitos infantis por causas evitáveis da I Macrorregião em relação ao quantitativo do estado de Pernambuco, 2012-2021. ..... 170
Figura 111 - Proporção de óbitos infantis por causas evitáveis da I Macrorregião - Pernambuco, 2012-2021 ..... 171
Figura 112 - Número de óbitos infantis por idade da mãe da I Macrorregião - Pernambuco, 2012-2021 ..... 172
Figura 113 - Número de óbitos infantis por causas evitáveis por duração da gestação - I Macrorregião - Pernambuco, 2012-2021 ..... 173

Figura 114 - Mortalidade Materna (MM) por local de ocorrência. I Macrorregião de Saúde, Pernambuco, 2012-2021. ..... 173
Figura 115 - Óbitos maternos segundo faixa etária. I Macrorregião de Saúde, Pernambuco, 2012-2021..... 174
Figura 116 - Fluxograma da Linha de Cuidado da Gestante e Puérpera. ..... 189
Figura 117 - Processo de conhecimento da subpopulação de crianças. ..... 241
Figura 118 - Fluxograma da Linha de Cuidado da Criança ..... 241
Figura 119 - Mapa de cobertura de municípios do Programa Mãe Coruja. ..... 252
Figura 120 - Porcentagem da população, por tipo e grau de dificuldade e deficiência. ..... 292
Figura 121 - Distribuição geográfica dos pontos de atenção CER e oficina ortopédica em Pernambuco, 2024..... 295
Figura 122 - Distribuição geográfica dos atendimentos do CER-IV-Arcoverde, segundo municípios atendidos e intervalo de número de atendimento, no período de 2019 a 2023, em Pernambuco..... 296
Figura 123 - Distribuição geográfica dos atendimentos do CER-III-Afogados da Ingazeira, segundo municípios atendidos e intervalo do número de atendimento, no período de 2019 a 2023, em Pernambuco. ..... 299
Figura 124 - Distribuição geográfica da localização dos CER/CEO na I Macrorregião de Saúde de Pernambuco, 2024..... 301
Figura 125 - Distribuição geográfica dos atendimentos do CER-II de Ipojuca, segundo municípios de residência e intervalo de número de atendimento, no período de 2019 ..... 302
Figura 126 - Atendimentos ambulatoriais do CER Limoeiro, em Pernambuco, no período de janeiro de 2014 a dezembro de 2023. ..... 303
Figura 127 - Distribuição geográfica dos atendimentos do CER-II-Limoeiro, segundo municípios de residência e intervalo de atendimento, no período de 2019 a 2023, em Pernambuco. ..... 305
Figura 128 - Distribuição geográfica dos atendimentos realizados pela AACD, segundo município de residência, no período de 2019 a 2023, em Pernambuco. ..... 307
Figura 129 - Distribuição geográfica da I Região de saúde e suas microrregiões, segundo municípios com CER/oficina ortopédica implantado. Pernambuco, 2024. .. 322
Figura 130 - Distribuição geográfica dos CER implantados na II região, e divisão territorial contendo municípios das microrregiões IV e V. Pernambuco, 2024 ..... 327

Figura 131 - Divisão territorial da III Região de saúde, com seus respectivos municípios. Pernambuco, 2024..... 330
Figura 132 - Distribuição geográfica dos municípios da XII região de saúde, com localização dos serviços de reabilitação e CEO. Pernambuco, 2024. ..... 332
Figura 133 - Mapa de localização do estado de Pernambuco e sua divisão em macrorregiões e regiões de saúde. ..... 349
Figura 134 - Fluxo operacional da RAPS no âmbito da I Macrorregião de Saúde, Pernambuco, 2024..... 353
Figura 135 - Distribuição dos municípios conforme micorregião de Saúde, I Região de Saúde, 2021. ..... 362
Figura 136 - Municípios de abrangência da II Região de Saúde, Limoeiro, Pernambuco. ..... 366
Figura 137 - Mapa da XII Região de Saúde de Pernambuco. ..... 378
Figura 138 - Equipamentos da rede de saúde da XII Região de Saúde de Pernambuco, Goiana, 2024. ..... 383
Figura 139 - Quantitativo de internações no Hospital Psiquiátrico Ulysses Pernambucano, segundo CID, por Região de Saúde em 2022. ..... 385
Figura 140 - Maiores causas de internações psiquiátricas no Hospital Ulysses Pernambucano, por CID-10, no ano de 2022, na I Macrorregião de Saúde, Pernambuco. ..... 386
Figura 141 - Maiores causas de internações psiquiátricas no HUP, por CID-10, no ano de 2023, na I Macrorregião de Saúde, Pernambuco. ..... 387
Figura 142 - Maiores causas de internações psiquiátricas no HUP, por CID-10, no ano de 2023, na I Macrorregião de Saúde, Pernambuco. ..... 388
Figura 143 - Componentes da RUE e suas interfaces. ..... 392
Figura 144 - Percentual de Internações em UTI, por Região de Saúde, no período de dezembro de 2022 a dezembro de 2023..... 398
Figura 145 - Percentual de Internações por tipo de UTI nos últimos dois anos. ..... 399
Figura 146 - Percentual de alta por tipo de UTI na I macrorregião de saúde..... 400
Figura 147 - Percentual de Internações em Leitos Clínicos, por Região de Saúde, no período de dezembro de 2022 a dezembro de 2023. ..... 400
Figura 148 - Perfil de Internações por CID 10, nas regiões de saúde da I macrorregião, nos últimos dois anos. ..... 401

Figura 149 - Fluxo assistencial integral às Urgências, segundo resolução CIB n° 1.797 de novembro de 2011. ..... 411
Figura 150 - Categoria profissional de nível técnico, competência de março de 2024. ..... 425
Figura 151 - Categoria profissional multidisciplinar, março de 2024. ..... 426
Figura 152 - Categoria profissional médicos, março de 2024 ..... 427
Figura 153 - Comparativo de Recursos Repassados entre os anos de 2022 até abril de 2024. ..... 429
Figura 154 - Fluxograma de acesso dos usuários com suspeita de doença oncológica. ..... 466
Figura 155 - Despesa Total em Saúde por habitante, entre os anos de 2002 a 2022. ..... 510
Figura 156 - Despesa com Recursos próprios sobre a Despesa Total. ..... 510
Figura 157 - Aplicação do mínimo constitucional por ano. ..... 512
Figura 158 - Percentual de despesa em saúde por origem do recurso e subfunção orçamentária, I Macrorregião de Saúde - Pernambuco, 2022. ..... 513
Figura 159 - Percentual das despesas em investimentos em relação às despesas totais em saúde na I Região de Saúde. ..... 520
Figura 160 - Percentual das despesas em investimentos em relação às despesas totais em saúde na II Região de Saúde. ..... 521
Figura 161 - Percentual das despesas em investimentos em relação às despesas totais em saúde na III Região de Saúde. ..... 522
Figura 162 - Percentual das despesas em investimentos em relação às despesas totais em saúde na XII Região de Saúde. ..... 522
Figura 163 - Quantitativo de profissionais de saúde na I Macrorregião por tipo de cargo ..... 536
Figura 164 - Quantitativo de profissionais de saúde na I Macrorregião por tipo de vínculo. ..... 536
Figura 165 - Composição do GCM da I Macrorregião de saúde, segundo representações federativas. Pernambuco, 2024. ..... 559
Figura 166 - Composição do GT-GCM da I Macrorregional, segundo representações federativas. Pernambuco, 2024. ..... 559
Figura 167 - Figura do ciclo do planejamento no SUS. ..... 564

Figura 168 - Situação dos Planos Municipais de Saúde no DGMP dos municípios componentes da I Macrorregional de Pernambuco, ciclos 2018-2021 e 2022-2025.. 568
Figura 169 - Situação das Programações Anuais de Saúde (PAS) no DGMP dos municípios componentes da I Macrorregional de Pernambuco, de 2018 a 2024. ..... 570
Figura 170 - Situação dos Relatórios Anuais de Gestão no DGMP dos municípios componentes da I Macrorregião de Pernambuco, de 2018 a 2023. ..... 571
Figura 171 - Situação no DGMP dos Relatórios Detalhados de Quadrimestre Anterior dos municípios pertencentes à I Macrorregional de Pernambuco, de 2018 a 2025... 572
Figura 172 - Número de manifestações à ouvidoria nos hospitais da I Macrorregião de Pernambuco, 2023..... 575
Figura 173 - Número de manifestações à ouvidoria nos UPA da I Macrorregião de Pernambuco, 2023..... 575
Figura 174 - Número de manifestações à ouvidoria nos UPAE da I Macrorregião de Pernambuco, 2023..... 576
Figura 175 - Número de manifestações à ouvidoria nos municípios da I Região de Saúde de Pernambuco, 2023. ..... 577
Figura 176 - Número de manifestações à ouvidoria nos municípios da II Região de Saúde de Pernambuco, 2023. ..... 578
Figura 177 - Número de manifestações à ouvidoria nos municípios da III Região de Saúde de Pernambuco, 2023. ..... 580
Figura 178 - Gráfico com a demanda em percentual à ouvidoria do Hospital Regional Palmares de Palmares. Pernambuco, 2023. ..... 581
Figura 179 - Número de manifestações à ouvidoria nos municípios da XII Região de Saúde de Pernambuco, 2023. ..... 582

## Lista de Quadros

Quadro 1 - Fontes de dados de informações utilizados para elaboração do Mapa de Saúde da XII Região de Saúde segundo período de referência..... 38
Quadro 2 - População estimada, limites, localização, divisões territoriais e distância da sede da Macrorregião. ..... 43
Quadro 3 - Parâmetros para dimensionamento e organização da Rede Materna e Infantil. ..... 176
Quadro 4 - Competências Rede Cegonha por referência em Pernambuco. ..... 178
Quadro 5 - 10 Passos para o Pré-Natal de Qualidade na Atenção Primária à Saúde. ..... 183
Quadro 6 - Estrutura operacional da RAS Materno Infantil. ..... 184
Quadro 7 - Exames pré-natais a serem ofertados no pré-natal de risco habitual. ..... 191
Quadro 8 - Oferta de exames pré-natais na I RS, janeiro 2024. ..... 193
Quadro 9 - Percentual de oferta de exames pré-natais na I RS, janeiro de 2024. ..... 195
Quadro 10 - Oferta de exames pré-natais na II RS, janeiro 2024. ..... 196
Quadro 11 - Oferta de exames pré-natais na II RS, janeiro 2024. ..... 199
Quadro 12 - Oferta de exames pré-natais na III RS, janeiro 2024. ..... 199
Quadro 13 - Percentual de oferta de exames pré-natais na III RS, janeiro de 2024. . 203
Quadro 14 - Oferta de exames pré-natais na XII RS, janeiro 2024. ..... 203
Quadro 15 - Percentual de oferta de exames pré-natais na XII RS, janeiro de 2024. 205
Quadro 16 - Atendimentos de pré-natal de alto risco na I MRS. ..... 207
Quadro 17 - Serviços de saúde existentes com leitos obstétricos por município, I Região de Saúde. ..... 216
Quadro 18 - Serviços de saúde existentes com leitos obstétricos por município, II Região de Saúde. ..... 219
Quadro 19 - Serviços de saúde existentes com leitos obstétricos por município, III Região de Saúde. ..... 220
Quadro 20 - Serviços de saúde existentes com leitos obstétricos por município, XII Região de Saúde. ..... 223
Quadro 21 - Perfil da Rede Materno Infantil, I Macrorregião de Saúde 2024. ..... 224
Quadro 22 - Proposta de organização do local de assistência da gestante. ..... 227
Quadro 23 - Direcionamento do foco assistencial no acompanhamento pré-natal. ... 227
Quadro 24 - Estabelecimentos de Saúde e municípios de referências para partos de Risco Habitual e Alto Risco na I Região de Saúde - Micro I. ..... 228

Quadro 25 - Estabelecimentos de Saúde e municípios de referências para partos de Risco Habitual e Alto Risco na I Região de Saúde - Micro II. ..... 228
Quadro 26 - Estabelecimentos de Saúde e municípios de referências para partos de Risco Habitual e Alto Risco na I Região de Saúde - Micro III. ..... 229
Quadro 27 - Estabelecimentos de Saúde e municípios de referências para partos de Risco Habitual e Alto Risco na II Região de Saúde. ..... 230
Quadro 28 - Estabelecimentos de Saúde e municípios de referências para partos de Risco Habitual e Alto Risco na III Região de Saúde. ..... 231
Quadro 29 - Estabelecimentos de Saúde e municípios de referências para partos de Risco ..... 233
Quadro 30 - Serviços de atendimento a vítimas de violência sexual e aborto previsto em Lei na I MRS. ..... 237
Quadro 31 - Aleitamento exclusivo até 6 meses, Macrorregião I de Pernambuco março a dezembro de 2023. ..... 243
Quadro 32 - Bancos de Leite Humano existentes na I MRS. ..... 243
Quadro 33 - Postos de coleta de Leite Humano existentes na I MRS. ..... 243
Quadro 34 - Serviços com o selo IHAC na I MRS. ..... 244
Quadro 35 - Cobertura do teste do pezinho na I Macrorregião de Saúde, 2014 a 2021. ..... 246
Quadro 36 - Cobertura do teste do pezinho na I Região de Saúde, 2014 a 2021. .... 247
Quadro 37 - Cobertura do teste do pezinho na II Região de Saúde, 2014 a 2021. ... 247
Quadro 38 - Cobertura do teste do pezinho na III Região de Saúde, 2014 a 2021.... 248
Quadro 39 - Cobertura do teste do pezinho na XII Região de Saúde, 2014 a 2021. . 249
Quadro 40 - Leitos UTI neonatais na Macrorregião I. ..... 249
Quadro 41 - Leitos UCI neonatais convencional e canguru na Macrorregião I. ..... 250
Quadro 42 - Leitos pediátricos clínicos na Macrorregião I. ..... 250
Quadro 43 - Leitos UTI pediátricos na Macrorregião I. ..... 251
Quadro 44 - Cadastros no Programa Mãe Coruja no ano de 2023, Macrorregião I... 254
Quadro 45 - Cadastros no Programa Mãe Coruja no ano de 2023, Macrorregião I... 254
Quadro 46 - Financiamento de leitos CPN, Rede Cegonha. ..... 255
Quadro 47 - Financiamento de leitos CGBP, Rede Cegonha. ..... 255
Quadro 48 - Financiamento de leitos CGBP, Rede Cegonha. ..... 255
Quadro 49 - Financiamento de leitos UTINeo, Rede Cegonha. ..... 256
Quadro 50 - Financiamento de leitos UTI adulto, Rede Cegonha. ..... 256

Quadro 51 - Financiamento de leitos UCINCo, Rede Cegonha..... 257
Quadro 52 - Financiamento de leitos UCINCa, Rede Cegonha..... 258
Quadro 53 - Repasse de recurso Federal, em parcela única, para Estados e Municípios, referentes..... 258
Quadro 54 - Repasse de recurso Federal, em parcela única, aos Municípios, destinado à realização do Teste de Gravidez - Rede Cegonha..... 260
Quadro 55 - Programação Pactuada Integrada da I RS..... 262
Quadro 56 - Programação Pactuada Integrada da II RS..... 264
Quadro 57 - Programação Pactuada Integrada da III RS..... 266
Quadro 58 - Programação Pactuada Integrada da XII RS..... 268
Quadro 59 - Dificuldades, potencialidades e recomendações da RAMI na Macrorregião I ..... 273
Quadro 60 - Desenho dos componentes da RCPD, com os pontos de atenção da rede. Pernambuco, 2024..... 289
Quadro 61 - Demonstrativo dos tipos de deficiência e número de casos nos municípios-sede das regionais da I macrorregião de saúde. Pernambuco, 2024..... 293
Quadro 62 - Divisão territorial para organização da RCPD na I Macrorregião de Saúde, segundo região, microrregião e municípios. Pernambuco, 2024..... 294
Quadro 63 - Número de atendimento realizado pelo CER-IV-Arcoverde, segundo municípios de residência, no período de 2019 a 2023, em Pernambuco. ..... 296
Quadro 64 - Número de atendimentos realizados pelo CER-Afogados da Ingazeira, segundo municípios de residências, no período de 2019 a 2023, em Pernambuco. . 299
Quadro 65 - Desenho da RCPD na I macrorregião de saúde, segundo serviços habilitados por Regional de Saúde, tipo de serviço, unidade/município e nível de gestão. Pernambuco, 2024..... 301
Quadro 66 - Número de atendimentos realizados pelo CER-II de Ipojuca, por município de residência de Pernambuco, no período de 2019 a 2023, e total de produção no mesmo período..... 303
Quadro 67 - Número de atendimentos realizados pelo CER-II de Limoeiro, por município de residência de Pernambuco, no período de 2019 a 2023, e total de produção no mesmo período. ..... 305
Quadro 68 - Número de atendimentos realizados pela AACD, por município de residência de Pernambuco, no período de 2019 a 2023, e total de produção no mesmo período. ..... 307

Quadro 69 - Número de atendimento realizado pela AACD, segundo grupo de procedimentos. Pernambuco, 2019 a 2013. ..... 312
Quadro 70 - Distância em km entre os municípios da I à XII Regional para Recife. Pernambuco, 2024 ..... 312
Quadro 71 - Demonstrativo da normatização do MS para produção mínima de atendimentos por paciente e por equipe, segundo tipo de serviço existente nas regionais da I macrorregião. Pernambuco, 2024. ..... 316
Quadro 72 - Demonstrativo das Unidades da rede pública e complementar existentes na I macrorregião, que são habilitadas em apenas um tipo de reabilitação, segundo região de saúde, município, tipo de deficiência e de material/equipamento concedido. Pernambuco, 2024 ..... 318
Quadro 73 - Demonstrativo dos pontos de atenção da RCPD na I Região de saúde, segundo tipos de deficiências. Pernambuco, 2024. ..... 320
Quadro 74 - Demonstrativo dos pontos de atenção da RCPD na I macrorregião de saúde, segundo Unidades concessoras de OPM. Pernambuco, 2024. ..... 320
Quadro 75 - Demonstrativo de municípios com CEO aderidos à RCPD em Pernambuco, 2024 ..... 321
Quadro 76 - Demonstrativo dos estabelecimentos do SUS que realizam alguma atividade de reabilitação, com número do CNES, nos Municípios da I Região de Saúde de Pernambuco, 2024 ..... 322
Quadro 77 - Demonstrativo dos estabelecimentos da II região de saúde, por município e número do CNES, que realizam diagnóstico/reabilitação, segundo especialidades e áreas multidisciplinares. Pernambuco, 2024. ..... 327
Quadro 78 - Demonstrativo dos estabelecimentos da III região de saúde, por município, com número do CNES e quantidade de profissionais cadastrados. Pernambuco, 2024 ..... 330
Quadro 79 - Demonstrativo do quantitativo de pessoas com deficiência na XII região de saúde, segundo município de residência e tipos de deficiência. Pernambuco, 2024. ..... 332
Quadro 80 - Serviços que realizam atividades de reabilitação, com número do CNES e número de profissionais cadastrados por município da XII região de saúde (2023). . 333
Quadro 81 - Modelagem da RCPD pactuada em CIB, segundo referências e ação/serviço ofertado. Pernambuco, 2024. ..... 335

Quadro 82 - Demonstrativo dos CER habilitados na I macrorregião de saúde, segundo tipos de reabilitações ofertadas, custeio mensal e gestão de repasse de custeio. Pernambuco, 2024..... 340
Quadro 83 - Demonstrativo da divisão territorial da I macrorregião de saúde, contendo serviços habilitados, vazios assistenciais e necessidades de novos serviços da RCPD. Pernambuco, 2024..... 342
Quadro 84 - População dos municípios que compõem a I Macrorregião de Saúde, Pernambuco, 2024..... 351
Quadro 85 - Critérios para implementação dos Centros de Atenção Psicossocial, de acordo com a Portaria Nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. ..... 352
Quadro 86 - Pontos de Atenção existentes na I Macrorregião de Saúde, de acordo com cada Região de Saúde, Pernambuco, 2024. ..... 353
Quadro 87 - Distribuição dos Centros de Atenção Psicossocial tipo 1 no âmbito da I Macrorregião de Saúde, Pernambuco, 2024. ..... 355
Quadro 88 - Distribuição dos Centros de Atenção Psicossocial tipo 2 no âmbito da I Macrorregião de Saúde, Pernambuco, 2024. ..... 356
Quadro 89 - Distribuição dos Centros de Atenção Psicossocial tipo 3 no âmbito da I Macrorregião de Saúde, Pernambuco, 2024. ..... 357
Quadro 90 - Distribuição dos Centros de Atenção Psicossocial Infantil no âmbito da I Macrorregião de Saúde, Pernambuco, 2024. ..... 357
Quadro 91 - Distribuição dos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas e Álcool e Drogas tipo 3 no âmbito da I Macrorregião de Saúde, Pernambuco, 2024. . 357
Quadro 92 - Distribuição dos Serviços Residenciais Terapêuticos no âmbito da I Macrorregião de Saúde, Pernambuco, 2024. ..... 358
Quadro 93 - Distribuição dos Consultórios de Rua e na Rua no âmbito da I Macrorregião de Saúde, Pernambuco, 2024. ..... 359
Quadro 94 - Distribuição das Unidades de Acolhimento Adulto e Infantil no âmbito da I Macrorregião de Saúde, Pernambuco, 2024. ..... 359
Quadro 95 - Distribuição da Rede Hospitalar da RAPS no âmbito da I Macrorregião de Saúde, Pernambuco, 2024. ..... 359
Quadro 96 - Descrição da pactuação, avanços e necessidades da RAPS no âmbito da I Microrregião de Saúde da I Região de Saúde do estado de Pernambuco, 2024. ... 363
Quadro 97 - Descrição da pactuação, avanços e necessidades da RAPS no âmbito da II Microrregião de Saúde da I Região de Saúde do estado de Pernambuco, 2024. .. 364

Quadro 98 - Descrição da pactuação, avanços e necessidades da RAPS no âmbito da III Microrregião de Saúde da I Região de Saúde do estado de Pernambuco, 2024... 365
Quadro 99 - Descrição da pactuação, avanços e necessidades da RAPS no Polo Carpina da II Região de Saúde do estado de Pernambuco, 2024. ..... 368
Quadro 100 - Descrição da pactuação, avanços e necessidades da RAPS no Polo Limoeiro da II Região de Saúde do estado de Pernambuco, 2024. ..... 371
Quadro 101 - Descrição da pactuação, avanços e necessidades da RAPS no Polo Surubim da II Região de Saúde do estado de Pernambuco, 2024. ..... 372
Quadro 102 - Municípios de abrangência da III Região de Saúde, Palmares, Pernambuco. ..... 373
Quadro 103 - Descrição da pactuação, avanços e necessidades da RAPS na III Região de Saúde do estado de Pernambuco, 2024. ..... 374
Quadro 104 - Equipamentos da rede de saúde da III Região de Saúde de Pernambuco, Palmares, 2024. ..... 375
Quadro 105- Descrição da pactuação, avanços e necessidades da RAPS na XII Região de Saúde do estado de Pernambuco, 2024. ..... 378
Quadro 106 - Equipamentos da rede de saúde da XII Região de Saúde de Pernambuco, Goiana, 2024. ..... 381
Quadro 107 - Desempenho da Rede de Urgência e Emergência, na média complexidade na I Região de Saúde, dezembro de 2023. ..... 401
Quadro 108 - Desempenho da Rede de Urgência e Emergência, na alta complexidade na I Região de Saúde, dezembro de 2023. ..... 405
Quadro 109 - Desempenho da Rede de Urgência e Emergência, na média complexidade na II Região de Saúde, dezembro de 2023. ..... 406
Quadro 110 - Desempenho da Rede de Urgência e Emergência, na média complexidade na III Região de Saúde, dezembro de 2023. ..... 409
Quadro 111 - Desempenho da Rede de Urgência e Emergência, na média complexidade na XII Região de Saúde, dezembro de 2023. ..... 410
Quadro 112 - Perfil assistencial de acordo por especialidades. ..... 412
Quadro 113 - Diretrizes para remodelagem da Rede de Urgência e Emergência no estado de Pernambuco. ..... 420
Quadro 114 - Recurso financeiro destinado à média e alta complexidade por município na I Região de Saúde, mês de março de 2024. ..... 429

Quadro 115 - Recurso financeiro destinado a média e alta complexidade por município na II Região de Saúde, mês de março de 2024. ..... 433
Quadro 116 - Recurso financeiro destinado à média e alta complexidade por município na III Região de Saúde, mês de março de 2024. ..... 436
Quadro 117 - Recurso financeiro destinado à média e alta complexidade por município na XII Região de Saúde, mês de março de 2024. ..... 440
Quadro 118 - Resoluções emitidas pelas Comissões Intergestores Bipartite e Regionais..... 442
Quadro 119 - Distribuição das UPAE´s, especialidades e os serviços ofertados na I Macrorregião, Pernambuco..... 448
Quadro 120 - Distribuição da oferta de fila de espera para triagem geral, triagem oncológica e triagem cabeça e pescoço da I Macrorregião de Saúde, Pernambuco. 456
Quadro 121 - Distribuição da fila de espera para triagem geral, oncológica e triagem cabeça e pescoço da I Macrorregião de Saúde, Pernambuco. ..... 456
Quadro 122 - Exames diagnósticos realizados por região de ocorrência no período de novembro de 2021 a novembro de 2023, na I Macrorregião de Saúde, Pernambuco. ..... 459
Quadro 123 - Distribuição da fila de espera para exames de anatomia patológica, na I Macrorregião de Saúde, Pernambuco..... 460
Quadro 124 - Rede de exames por tipo exame e região de saúde da I Macrorregião, Pernambuco. ..... 460
Quadro 125 - Número de leitos de oncologia clínica e cirúrgica da I Macrorregião de Saúde, Pernambuco, 2022. ..... 462
Quadro 126 - Número de internamentos da I MACRO - PE, nov 2021 a out 2022. ... 463
Quadro 127 - Descrição do nível de atenção de alta complexidade da Rede Oncológica da I Macrorregião, Pernambuco, 2023. ..... 464
Quadro 128 - Produção de atendimentos em oncologia nos termos de quimioterapia, radioterapia, biópsias, entre outros, em seus pontos de atenção, no período de janeiro de 2021 a novembro de 2023 na I Macrorregião de Saúde, Pernambuco..... 465
Quadro 129 - Resoluções CIB pactuadas entre os anos de 2018 a 2023, referentes a I Macrorregião de Saúde. ..... 468
Quadro 130 - Sistemas de Regulação e de apoio operacional utilizados na I Macrorregião, segundo suas potencialidades, fragilidades e objetivos, 2024..... 474

Quadro 131 - Especialidades e procedimentos regulados pela I GERES, por unidade executante. Recife, 2024. ..... 475
Quadro 132 - Especialidades e procedimentos regulados pela II GERES, por unidade executante. Limoeiro, 2024. ..... 482
Quadro 133 - Especialidades e procedimentos regulados pela III GERES, por unidade executante. Palmares, 2024. ..... 484
Quadro 134 - Especialidades e procedimentos regulados pela XII GERES, por unidade executante. Goiana, 2024. ..... 484
Quadro 135 - Monitoramento dos contratos vigentes firmados pela SES-PE e fiscalizados pela I GERES, Recife, 2024. ..... 494
Quadro 136 - Monitoramento dos contratos vigentes firmados pela SES-PE e fiscalizados pelo II GERES, Limoeiro, 2024. ..... 498
Quadro 137 - Monitoramento dos contratos vigentes firmados pela SES-PE e fiscalizados pela III GERES, Palmares, 2024. ..... 499
Quadro 138 - Monitoramento dos contratos vigentes firmados pela SES-PE e fiscalizados pela XII GERES, Palmares, 2024. ..... 500
Quadro 139 - Sistemas utilizados pelos municípios da I Região de Saúde, suas fragilidades e potencialidades autor referidas, Recife, 2024. ..... 500
Quadro 140 - Sistemas utilizados pelos municípios da II Região de Saúde, suas fragilidades e potencialidades autor referidas, Limoeiro, 2024. ..... 503
Quadro 141 - Sistemas utilizados pelos municípios da XII Região de Saúde, suas fragilidades e potencialidades autor referidas, Goiana, 2024. ..... 505
Quadro 142 - Incentivo financeiro sob gestão municipal destinado à média e alta complexidade na I Região de Saúde. ..... 524
Quadro 143 - Desenho territorial da I Região de Saúde. ..... 527
Quadro 144 - Incentivo financeiro sob gestão municipal destinado à média e alta complexidade na II Região de Saúde ..... 527
Quadro 145 - Desenho territorial da II Região de Saúde. ..... 529
Quadro 146 - Incentivo financeiro sob gestão municipal destinado à média e alta complexidade na III Região de Saúde ..... 530
Quadro 147 - Quadro xx: Desenho territorial da III Região de Saúde ..... 532
Quadro 148 - Incentivo financeiro sob gestão municipal destinado à média e alta complexidade na XII Região de Saúde. ..... 533
Quadro 149 - Desenho territorial da XII Região de Saúde. ..... 534

Quadro 150 - Distribuição das instituições de ensino superior para a área da saúde na I macrorregião de saúde – Pernambuco. ..... 541
Quadro 151 - Distribuição dos programas de pós-graduação stricto sensu e lato sensu por instituições públicas e sem fins lucrativos. ..... 547
Quadro 152 - Quantitativo de membros da CT/CIR na I macrorregião de saúde, segundo representação das Regiões de saúde. Pernambuco, 2024..... 556
Quadro 153 - Status dos instrumentos de planejamento, com respectivos resultados. ..... 566
Quadro 154 - demonstrativo das manifestações recebidas e concluídas na II Região de saúde. Pernambuco, 2023. ..... 578
Quadro 155 - Demandas recebidas e não concluídas, na II Geres. Pernambuco, 2023. ..... 580
Quadro 156 - Fragilidades, Potencialidades e Recomendações RAMI ..... 583
Quadro 157 - Fragilidades, Potencialidades e Recomendações RCPCD..... 587
Quadro 158 - Fragilidades, Potencialidades e Recomendações RAPS..... 588
Quadro 159 - Fragilidades, Potencialidades e Recomendações RUE..... 589
Quadro 160 - Fragilidades, Potencialidades e Recomendações Rede Oncológica ... 590
Quadro 161 - Fragilidades, Potencialidades e Recomendações Demais Tópicos..... 591

**Lista de Abreviaturas e Siglas**

| | |
|---|---|
| **AAE** | Atenção Ambulatorial especializada |
| **ACS** | Agente comunitário de Saúde |
| **APS** | Atenção Primária à Saúde |
| **AAE** | Atenção Ambulatorial Especializada |
| **AGAR** | Ambulatório de Gestação de Alto Risco |
| **CER** | Centro Especializado em Reabilitação |
| **CES** | Conselho Estadual de Saúde |
| **CIB** | Comissão Intergestores Bipartite |
| **CIR** | Comissão Intergestores Regional |
| **CGBP** | Casa da Gestante Bebê e Puérpera |
| **CMCE** | Central de Marcação de Consultas e Exames |
| **CPN** | Centro de Paro Normal |
| **CRL** | Central de Regulação de Leitos |
| **DAPES** | Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas |
| **DATASUS** | Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde |
| **DGIIS** | Diretoria Geral de Informação e Informática |
| **DIU** | Dispositivo intrauterino |
| **eSF** | Equipe da Estratégia Saúde da Família |
| **eSF-SB** | Equipe da Estratégia Saúde da Família – Saúde Bucal |
| **GAR** | Gestação de Alto risco |
| **IHAC** | Iniciativa Hospital Amigo da Criança |
| **IBGE** | Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística |
| **MRS** | Macrorregião de Saúde |
| **MS** | Ministério da Saúde |
| **NASF** | Núcleo de Apoio à Saúde da Família |
| **PEPT** | Programa Estadual de Parteiras Tradicionais |
| **PNAB** | Política Nacional de Atenção Básica |
| **PNAR** | Pré-natal de Alto Risco |
| **PNRH** | Pré-natal de Risco Habitual |
| **PNRI** | Pré-natal de Risco Intermediário |

| | |
|---|---|
| **RAS** | Rede de Atenção à saúde |
| **RS** | Região de Saúde |
| **SAMU** | Serviço de Atendimento Móvel de Urgência |
| **SAS** | Secretaria de Atenção à saúde |
| **SINAN** | Sistema de Agravos de Notificação |
| **SINASC** | Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos |
| **SIH** | Sistema de Informação Hospitalar |
| **SUS** | Sistema Único de Saúde |
| **UA-A** | Unidade de Acolhimento Adulto |
| **UA-I** | Unidade de Acolhimento |
| **UBS** | Unidade Básica de Saúde |
| **UCINco** | Unidades de Cuidados Intermediários Neonatais Convencionais |
| **UCINca** | Unidades de Cuidados Intermediários Neonatais Canguru |
| **USA** | Unidade de Suporte Avançado |
| **USB** | Unidade de Suporte Básico |
| **UTI** | Unidade de Terapia Intensiva |
| **UTIN** | Unidade de Terapia Intensiva Neonatal |

## SUMÁRIO

INTRODUÇÃO ..... 37
CAMINHOS METODOLÓGICOS ..... 38
Tipo de estudo ..... 38
População alvo ..... 38
Área de abrangência ..... 38
Período de análise ..... 38
Fonte de dados e informações ..... 38
Tipos de dados ..... 39
Variáveis e indicadores selecionados ..... 39
Medidas estatísticas ..... 39
Processamento de dados ..... 39
Apresentação dos dados ..... 39
Limitações do método ..... 40
Aspectos éticos ..... 40
PERFIL EPIDEMIOLÓGICO ..... 40
Situação demográfica, socioeconômica e cultural da Macrorregião. ..... 40
Caracterização da Macrorregião ..... 40
Perfil Demográfico ..... 43
Perfil Socioeconômico ..... 51
População em Situação de Rua ..... 53
Atividades econômicas mais prevalentes na região ..... 54
IDH (Índice de Desenvolvimento Humano) ..... 55
Taxa de desemprego por Região ..... 56
Cobertura de rede de abastecimento de água entre as regiões de saúde ..... 58
Índice de qualidade da água ..... 58
INDICADORES DE NASCIMENTO ..... 61
Características das gestantes ..... 61
Características da gestação e parto ..... 62
Características do recém-nascido ..... 66
DADOS DE IMUNIZAÇÃO ..... 74
Cobertura vacinal geral ..... 74
Cobertura Vacinal por Imunizante ..... 75
Cobertura Vacinal de influenza ..... 76
INDICADORES DE MORBIDADE ..... 78

Doenças e agravos de notificações compulsórias ..... 79
Doenças Transmissíveis ..... 79
Zoonoses ..... 79
Acidente por animal peçonhento ..... 79
Acidente por animal potencialmente transmissor da raiva ..... 80
Raiva Humana ..... 81
Leptospirose ..... 81
Covid-19 ..... 82
Arboviroes ..... 83
Dengue ..... 83
Febre de Chikungunya ..... 84
Doença aguda pelo vírus Zika ..... 85
Doenças Imunopreveníveis ..... 88
Doenças Exantemáticas: a. Sarampo b. Rubéola ..... 88
Doença Meningocócica e outras meningites ..... 91
Coqueluche ..... 92
Doenças Negligenciadas ..... 94
Doença de Chagas Aguda e Crônica ..... 94
Esquistossomose ..... 95
Leishmaniose Visceral e Tegumentar Americana ..... 97
Malária na região amazônica e Malária na região extra-Amazônica ..... 100
Hanseníase ..... 101
Tuberculose ..... 104
Toxoplasmose gestacional e congênita ..... 107
Infecções Sexualmente Transmissíveis - IST ..... 109
Sífilis: a. Adquirida b. Congênita c. Em gestante ..... 109
Hepatites virais ..... 120
HIV/AIDS - Infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana ou Síndrome da Imunodeficiência Adquirida ..... 121
Agravos ..... 135
Acidente de trabalho com exposição à material biológico ..... 135
LER/DORT ..... 136
Acidente de trabalho ..... 137
Acidentes de Transportes Terrestres ..... 139
Acidente de trabalho com exposição a material biológico ..... 141

Intoxicação Exógena (por substâncias químicas, incluindo agrotóxicos, gases tóxicos e metais pesados) ..... 142
Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT) ..... 143
INDICADORES DE MORTALIDADE ..... 145
Mortalidade Geral ..... 145
Por sexo ..... 146
Por Raça/Cor ..... 147
Por faixa etária ..... 149
Por escolaridade ..... 152
Por Capítulo da CID-10 ..... 156
Por mortalidade precoce ..... 163
Mortalidade Infantil ..... 164
Mortalidade por Causas Evitáveis ..... 169
Mortalidade Materna ..... 173
REDES DE ATENÇÃO EM SAÚDE ..... 175
REDE MATERNO-INFANTIL (RAMI) ..... 175
Rede Materna ..... 179
Nascimento ..... 179
Características das Parturientes ..... 179
Características da Gestação ..... 182
Organização da Assistência ..... 183
Comunicação da APS com os demais Pontos de Atenção ..... 187
Fluxo de Atenção na Rede Materna ..... 188
Planejamento Reprodutivo ..... 190
Pré-Natal ..... 191
Parto e Nascimento ..... 210
Funcionamento da Rede ..... 215
Perfil da Rede Materna ..... 224
Tipos de Parto ..... 226
Desenho de Rede (mapa de vinculação) ..... 228
Puerpério ..... 234
Parteiras Tradicionais ..... 235
Violência Sexual e Aborto Previsto em Lei ..... 236
Rede Infantil ..... 237
Características dos Recém-Nascidos ..... 238

Organização da Assistência..... 239
Linha de Cuidado..... 240
Aleitamento Materno..... 242
Triagem Neonatal..... 244
Distribuição de Leitos..... 249
Leitos de UTI neonatal, UCI neonatal e UCI canguru..... 249
Leitos pediátricos..... 250
Programa Mãe Coruja..... 251
Financiamento..... 254
Financiamento da Rede Cegonha..... 254
Financiamento de leitos..... 254
Financiamento de exames pré-natais..... 258
Programação Pactuada Integrada..... 261
Sistemas De Governança..... 270
Dificuldades, Potencialidades e Recomendações..... 273
REDE DE CUIDADO À PESSOA COM DEFICIÊNCIA (RCPD)..... 278
Aspectos Gerais sobre a Política da Pessoa com Deficiência..... 278
Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência: arcabouço legal e estruturação..... 280
Atenção Primária na Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência na I Macrorregião de Saúde..... 288
Organização da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência na Atenção Especializada Ambulatorial..... 291
Atenção Especializada Hospitalar, e de Urgência e Emergência na RCPD..... 334
Sistema de governança da rede de cuidados à pessoa com deficiência..... 336
Fluxo regulatório dos serviços destinados à pessoa com deficiência..... 337
Financiamento da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência na I Macrorregião de Saúde..... 339
Considerações Finais..... 342
REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (RAPS)..... 346
Estrutura Operacional da RAPS, Rede e Fluxo Assistencial..... 351
Fluxo Assistencial..... 360
Pactuações, avanços e necessidades da RAPS na I macrorregião de saúde..... 361
AVALIAÇÃO DE INDICADORES..... 382
Apoio matricial como ferramenta da articulação entre Atenção Primária e CAPS..... 382

Referenciamento ao Hospital Ulysses Pernambucano - Desafios para a consolidação da RAPS ..... 383
REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA (RUE) ..... 389
Funcionamento da Rede ..... 390
Nível Primário ..... 391
Nível Secundário ..... 393
Componente pré-hospitalar móvel (SAMU) ..... 393
Componente Pré-hospitalar fixo ..... 395
Nível terciário ..... 396
Componente hospitalar ..... 396
Desempenho da Rede de Urgência e Emergência ..... 401
Fluxo assistencial ..... 410
Perfil assistencial ..... 411
Atribuições dos entes federados sob cada nível de gestão para Rede de Urgência e Emergência ..... 420
Profissionais atuantes na Rede de Urgência e Emergência (RUE) ..... 424
Recursos Financeiros ..... 427
Sistemas de apoio, logísticos e governança ..... 441
Necessidades e desafios da rede de urgência e emergência. ..... 443
Considerações finais ..... 443
REDE ONCOLÓGICA ..... 444
Funcionamento da rede de atenção oncológica ..... 446
Nível Primário ..... 446
Nível secundário ..... 447
Nível terciário ..... 462
Vazios assistenciais ..... 466
Sistema de Apoio e Logístico ..... 467
Sistema de Governança ..... 468
Considerações finais ..... 471
REGULAÇÃO E SISTEMAS DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE ..... 472
Sistemas de Informação ..... 506
Componentes dos Sistemas de Informação em Saúde ..... 506
Benefícios dos Sistemas de Informação em Saúde ..... 507
Desafios e Considerações ..... 508
RECURSOS FINANCEIROS ..... 509
GESTÃO DO TRABALHO E EDUCAÇÃO PERMANENTE ..... 535

CIÊNCIA, TECNOLOGIA E INOVAÇÃO EM SAÚDE ..... 537
Instituto Aggeu Magalhães - Fundação Oswaldo Cruz ..... 547
Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira - IMIP ..... 547
Parceiras com instituições de ensino para o desenvolvimento ciência e tecnologia ..... 548
Fundação de Amparo à Ciência e Tecnologia do Estado de Pernambuco (FACEPE) ..... 548
Empresa Brasileira de Hemoderivados e Biotecnologia (Hemobrás) ..... 549
Laboratório Farmacêutico do Estado de Pernambuco (LAFEPE) ..... 550
Considerações Finais ..... 551
Potencialidades ..... 552
Fragilidades ..... 552
Recomendações ..... 552
GOVERNANÇA, CONTROLE SOCIAL E OUVIDORIA ..... 553
Controle Social ..... 560
Planejamento em saúde. ..... 563
DigiSUS Gestor – Módulo Planejamento. ..... 564
Situação dos instrumentos de planejamento no DGMP, considerando os ciclos 2018-2021 e 2022-2025, na I Macrorregional de Pernambuco. ..... 568
Ouvidoria ..... 572
Identificação de manifestações da ouvidoria na I Macrorregião de saúde. ..... 574
Identificação de manifestações da ouvidoria na I Região de Saúde. ..... 576
Identificação de manifestações da ouvidoria na II Região de Saúde. ..... 577
Identificação das manifestações da ouvidoria na III região de saúde. ..... 580
Identificação das demandas da ouvidoria na XII Regional de Saúde. ..... 581
Desafios e Potencialidades ..... 582
ANÁLISE GERAL DA MACRORREGIÃO ..... 583
Referências ..... 593

# INTRODUÇÃO

Mapa de Saúde da I Macrorregião de Saúde, de acordo com o Decreto Federal nº 7.508/2011, abordado no inciso V do artigo 2º, deve conter descrição geográfica da distribuição de recursos humanos e de ações e serviços de saúde ofertados pelo SUS e pela iniciativa privada, considerando a capacidade instalada existente, os investimentos e o desempenho aferido a partir dos indicadores de saúde do sistema (BRASIL, 2022).

Dessa forma, tem como objetivo a instrumentalização da gestão no processo de tomada de decisão e traz no seu cerne um panorama geral da saúde na Macrorregião e de seus problemas sanitários para que facilite o planejamento e as intervenções dos gestores em saúde no contexto de governança local. Além do mais, é uma ferramenta fundamental no processo de consolidação do Planejamento Regional Integrado (PRI), visando a organização das Redes de Atenção à Saúde de forma integrada.

O presente documento busca detalhar os serviços distribuídos entre os 72 municípios que compõem a rede de atenção à saúde da I Macrorregião de Saúde de Pernambuco, com o objetivo de promover o entendimento aos gestores do SUS, sobre as informações estratégicas para o planejamento das ações, facilitando a tomada de decisão, considerando as identidades culturais, as necessidades de saúde e a economia de escala. A proposta de descrever um processo dinâmico, requer a permanente atualização deste documento, com a incorporação de novos temas e demandas sempre que se fizerem necessários.

# CAMINHOS METODOLÓGICOS

## Tipo de estudo

Estudo descritivo ecológico misto.

## População alvo

O estudo teve como público-alvo de referência a população estimada dos municípios que compõem a I Macrorregião de Saúde.

## Área de abrangência

Todas as Regiões de Saúde: I, II, III e XII.

## Período de análise

De acordo com as bases de dado das fontes dos Sistema de Informação em Saúde.

## Fonte de dados e informações

Quadro 1 - Fontes de dados de informações utilizados para elaboração do Mapa de Saúde da XII Região de Saúde segundo período de referência

| Sigla | Sistema de Informação | Ano |
|---|---|---|
| SIDRA | Sistema de Informação de Recuperação de dados do IBGE | 2010 |
| CADUNICO | Cadastro Único do Usuário SUS | 2022 |
| e-Gestor-AB | Sistemas da Atenção Primária à Saúde | 2012 a 2022 |
| Sinasc | Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos | 2012 a 2021 |
| Sinan | Sistema de Informação de Agravos Notificáveis | 2012 a 2021 |
| SIA | Sistema de Informação Ambulatorial | 2012 a 2021 |
| SIH | Sistema de Informação Hospitalar | 2012 a 2021 |
| SIM | Sistema de Informação sobre Mortalidade | 2012 a 2021 |
| SI-PNI | Sistema de Informação sobre Avaliação do Programa de Imunização | 2012 a 2021 |
| CNES | Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde | 2022 |
| SIOPS | Sistema de Informação de Orçamento Público em Saúde | 2015 a 2019 |
| SISPPI | Sistema de Informação da Programação Pactuada Integrada | 2006 |

**Tipos de dados**

Dados secundários dos sistemas de informação oficiais do item anterior.

**Variáveis e indicadores selecionados**

Indicadores conforme recomendação pela Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco.

**Medidas estatísticas**

a) Frequências absoluta (N)

b) Frequência relativa (%)

c) Média

d) Indicadores sociodemográficos, econômicos e morbimortalidade

e) Taxas

**Processamento de dados**

a) Tabnet/Datasus

b) Tabwin, versão 4.15

c) Planilhas eletrônicas

d) Qgis, versão 3.20.2

**Apresentação dos dados**

a) Gráficos

b) Figuras

c) Tabelas

d) Quadros

e) Mapas

**Limitações do método**

As possíveis limitações do estudo foram relacionadas à utilização de dados secundários, os que podem muitas vezes resultar em inconsistências, registro de duplicidades e/ou incompletudes (ABATH et al., 2014). No entanto, para minimizar as limitações mencionadas, os municípios realizaram em sua rotina de atividades dos sistemas de informações em saúde, as análises de duplicidades, incompletudes e inconsistências das fichas de notificações e registros, qualificando a base de dados.

**Aspectos éticos**

O processamento de dados e geração das informações estão em acordo com direcionalidade normativas éticas da Resolução do Conselho Nacional de Saúde Nº 510, de 07 de abril de 2016, por se tratar de dados secundários e de domínio público.

# PERFIL EPIDEMIOLÓGICO

**Situação demográfica, socioeconômica e cultural da Macrorregião.**

**Caracterização da Macrorregião**

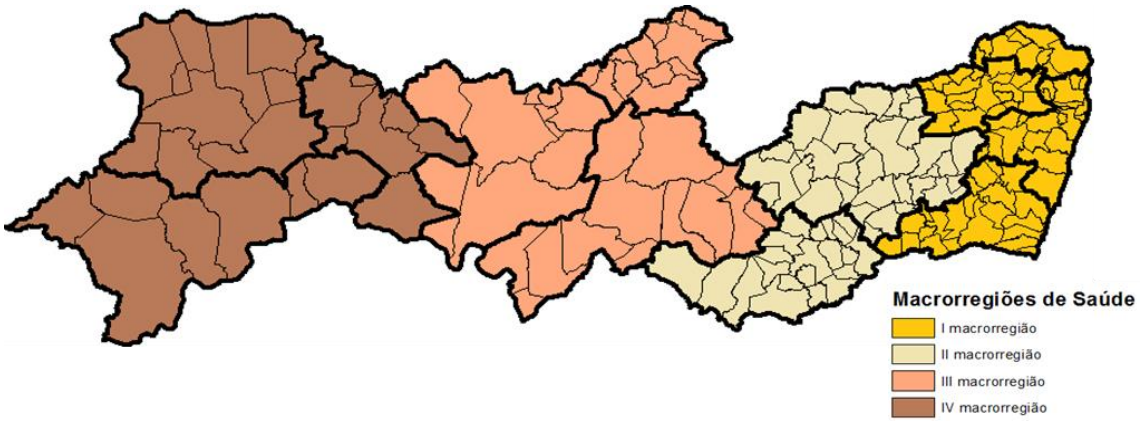
O Estado de Pernambuco está dividido em 12 Regiões de Saúde, distribuídas em 04 Macrorregiões de Saúde no Estado. (Resolução CIB 1734/2011). Entende-se por Região de saúde o "espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde" (Decreto nº 7.508/2011).

Figura 1 - Regiões de Saúde do Estado de Pernambuco.




Fonte: Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco.

Figura 2 - Distribuição das Macrorregiões de Saúde. Pernambuco, 2023.




Fonte: Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco.

O espaço regional abrangido pelo presente Mapa de Saúde é a primeira Macrorregião de Saúde em Pernambuco, também denominada de Macrorregião Metropolitana, constituída por 72 municípios (incluindo o Distrito Estadual de Fernando de Noronha) organizados em quatro Regiões de Saúde (I, II, III e

XII), com sede administrativa em Recife (PDR, 2011), visualizados na figura 3 abaixo:

Figura 3 - I Macrorregião de Saúde – Metropolitana



Fonte: Escola de Governo de Saúde Pública de Pernambuco/ESPPE

A I Região de Saúde, com sede administrativa em Recife, é composta pelo Distrito Estadual de Fernando de Noronha e por 19 municípios: Abreu e Lima, Araçoiaba, Cabo de Santo Agostinho, Camaragibe, Chã Grande, Chã de Alegria, Glória de Goitá, Igarassu, Ipojuca, Itamaracá, Itapissuma, Jaboatão dos Guararapes, Moreno, Olinda, Paulista, Pombos, Recife, São Lourenço da Mata e Vitória de Santo Antão.

A II Região de Saúde, com a sede administrativa em Limoeiro é composta por 20 municípios: Bom Jardim, Buenos Aires, Carpina, Casinhas, Cumaru, Feira Nova, João Alfredo, Lagoa de Itaenga, Lagoa do Carro, Limoeiro, Machados, Nazaré da Mata, Orobó, Passira, Paudalho, Salgadinho, Surubim, Tracunhaém, Vertente do Lério, Vicência.

A III Região de Saúde, com a sede administrativa em Palmares é composta por 22 municípios: Água Preta, Amaraji, Barreiros, Belém de Maria, Catende, Cortês, Escada, Gameleira, Jaqueira, Joaquim Nabuco, Lagoa dos Gatos, Maraial, Palmares, Primavera, Quipapá, Ribeirão, Rio Formoso, São Benedito do Sul, São José da Coroa Grande, Sirinhaém, Tamandaré, Xexéu.

A XII Região de Saúde, com sede administrativa em Goiana, é composta por 10 municípios: Goiana, Aliança, Camutanga, Condado, Ferreiros, Itambé, Itaquitinga, Macaparana, São Vicente Férrer e Timbaúba.

## Perfil Demográfico

O perfil demográfico é uma descrição detalhada das características de uma população específica. Contém informações cruciais para uma variedade de propósitos, dentre eles o planejamento de políticas públicas.

Quadro 2 - População estimada, limites, localização, divisões territoriais e distância da sede da Macrorregião.

| Local | População estimada (2022) | Área (Km²) | Densidade demográfica (Hab/ Km²) | Distância da sede da Macro (Km) | Limites territoriais |
|---|---|---|---|---|---|
| I Macrorregião | 5.834.196 | 13.615,7 | 428,5 | - | **Norte**: Paraíba; **Sul**: Alagoas; **Leste**: Oceano Atlântico; **Oeste**: II e IV Região de Saúde. |
| I Região de Saúde | 4.284.238 | 3.721,3 | 1.151,27 | - | **Norte**: XII Região de Saúde; **Sul**: III Região de Saúde e Oceano Atlantico; **Leste**: I e XII Região de Saúde; **Oeste**: II e IV Região de Saúde. |
| II Região de Saúde | 605.148 | 3.223,6 | 181,94 | 81,2 | **Norte**: Paraíba e XII Região de Saúde; **Sul**: I e IV Região de Saúde; **Leste**: I e XII Região de Saúde; **Oeste**: IV Região de Saúde e Estado da Paraíba. |
| III Região de Saúde | 624.933 | 4.745,1 | 131,70 | 122 | **Norte**: Glória do Goitá, Chã de Alegria e I Região de Saúde; **Sul**: Estado de Alagoas; **Leste**: Oceano atlântico e I Região de Saúde; **Oeste**: IV e V Região de Saúde. |
| XII Região de Saúde | 315.615 | 1.916 | 164,72 | 67 | **Norte**: Paraíba; **Sul**: I e II Região de Saúde; **Leste**: |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | Oceano atlântico; **Oeste**: Paraíba |

Fonte: Mapas Regionais de Saúde.

Tabela 1 - População residente absoluta e distribuição proporcional segundo Regiões de Saúde e I Macrorregional, 2012 a 2022, Pernambuco.

| Região de Saúde (CIR) | 2012 | | 2013 | | 2014 | | 2015 | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Absoluto | (%) | Absoluto | (%) | Absoluto | (%) | Absoluto | (%) |
| I RS | 3.964.806 | 73,08 | 4.086.807 | 73,17 | 4.116.153 | 73,21 | 4.144.593 | 73,25 |
| II RS | 582.870 | 10,74 | 600.546 | 10,75 | 604.678 | 10,76 | 608.677 | 10,76 |
| III RS | 573.337 | 10,57 | 586.944 | 10,51 | 589.573 | 10,49 | 592.127 | 10,47 |
| XII RS | 304.086 | 5,61 | 311.268 | 5,57 | 311.887 | 5,55 | 312.489 | 5,52 |
| I Macrorregião | 5.425.099 | 100 | 5.585.565 | 100 | 5.622.291 | 100 | 5.657.886 | 100 |
| **Região de Saúde (CIR)** | **2016** | | **2017** | | **2018** | | **2019** | |
| | **Absoluto** | **(%)** | **Absoluto** | **(%)** | **Absoluto** | **(%)** | **Absoluto** | **(%)** |
| I RS | 4.172.066 | 73,29 | 4.198.599 | 73,33 | 4.208.891 | 73,33 | 4.234.546 | 73,37 |
| II RS | 612.547 | 10,76 | 616.282 | 10,76 | 617.804 | 10,76 | 621.417 | 10,77 |
| III RS | 594.597 | 10,45 | 596.974 | 10,43 | 598.519 | 10,43 | 600.850 | 10,41 |
| XII RS | 313.070 | 5,50 | 313.632 | 5,48 | 314.483 | 5,48 | 315.057 | 5,46 |
| I Macrorregião | 5.692.280 | 100 | 5.725.487 | 100 | 5.739.697 | 100 | 5.771.870 | 100 |
| **Região de Saúde (CIR)** | **2020** | | **2021** | | **2022** | | | |
| | **Absoluto** | **(%)** | **Absoluto** | **(%)** | **Absoluto** | **(%)** | | |
| I RS | 4.259.679 | 73,40 | 4.284.238 | 73,43 | 3.954.654 | 74,17 | | |
| II RS | 624.957 | 10,77 | 628.415 | 10,77 | 507.147 | 9,51 | | |
| III RS | 603.140 | 10,39 | 605.374 | 10,38 | 567.688 | 10,65 | | |
| XII RS | 315.620 | 5,44 | 316.169 | 5,42 | 302.351 | 5,67 | | |
| I Macrorregião | 5.803.396 | 100 | 5.834.196 | 100 | 5.331.840 | 100 | | |

Fontes: IBGE/Projeções demográficas preliminares (2012 a 2021) e IBGE/Censo Demográfico (2022).

A população residente estimada na I Macrorregião é de 5.834.196 habitantes (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2022), dos quais, cerca de 80,5% (4.495.281 habitantes) são dependentes do Sistema Único de Saúde (SUS), segundo o Plano Estadual de Saúde de Pernambuco 2020-2023 (2019). Dentre os 5.834.196 habitantes, 3.071.897 (52,6%) são do sexo biológico feminino e

2.762.299 (47,4%) são do sexo biológico masculino. A partir da análise do perfil demográfico, fica evidente a grande variação de população entre as regiões, desde a XII Região com 315.615 habitantes à I Região com 4.284.238 habitantes, onde está inserida a capital, Recife, sede da Macrorregional I.

Pesquisa realizada em 2018, segundo a Secretaria das Cidades de Pernambuco, aponta que cerca de 57% da população de Recife e Região metropolitana (I Região de Saúde), utilizam o transporte público coletivo para locomoção. A pesquisa aponta ainda que em segundo lugar o meio de transporte mais utilizado pela população é o carro. Em contrapartida, os municípios que compõem a III Região de Saúde, a maior parte da população se locomove a pé para realizar as atividades diárias, devido aos municípios serem de menor dimensão territorial, assim também utilizam frequentemente os transportes alternativos para locomoção intermunicipal.

A razão entre os sexos é de 89,9 indivíduos do sexo biológico masculino a cada 100 do sexo feminino. Desta forma, a tabela 2 apresenta o recorte da população residente de acordo com a razão entre os sexos biológicos, referente as quatro Regiões de Saúde que compõem a Macrorregião I. A razão de sexos subsidia os processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas públicas nas áreas de saúde, educação, segurança e emprego.

Figura 4 - Distribuição da população residente estimada de acordo com a razão entre os sexos por Região e Microrregião de Saúde integrantes da Macrorregião I, 2022.

| MACRORREGIÃO METROPOLITANA | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ID[1] | Região de Saúde | | Microrregião | População Estimada[2] | | | |
| | | | | Homens | Mulheres | Total | Razão |
| 26010 | I | Recife | I | 1.244.461 | 1.445.893 | 2.690.354 | 86,1 |
| | | | II | 243.533 | 265.332 | 508.865 | 91,8 |
| | | | III | 516.672 | 568.347 | 1.085.019 | 90,9 |
| 26006 | II | Limoeiro | IV | 160.814 | 169.434 | 330.328 | 94,9 |
| | | | V | 131.897 | 143.149 | 275.046 | 92,1 |
| 26008 | III | Palmares | - | 311.148 | 317.267 | 628.415 | 98,1 |
| 26005 | XII | Goiana | - | 153.694 | 162.475 | 316.169 | 94,6 |
| **Total** | **4** | | **5** | **2.762.299** | **3.071.897** | **5.834.196** | **89,9** |

Fonte: Plano Diretor de Regionalização de Pernambuco, aprovado em CIB nº 1.734 de setembro de 2011; estimativas populacionais elaboradas pelo Ministério da Saúde/SVS/DASNT/CGIAE tendo como referência o ano de 2021.Notas: [1] ID - Código de identificação das Regiões de Saúde

de acordo com o IBGE. ² População residente estimada - Estimativas segundo sexo biológico e população total por Microrregião ou Região de Saúde.

Segundo estimativa para 2018, a Macrorregião I conta com 1.932.622 mulheres em idade fértil (de 10 a 49 anos), representando 62,9% da população feminina (IBGE, 2018). Este mesmo indicador observado por Região de Saúde mostra que a III Região de Saúde apresenta o maior percentual de mulheres em idade fértil.

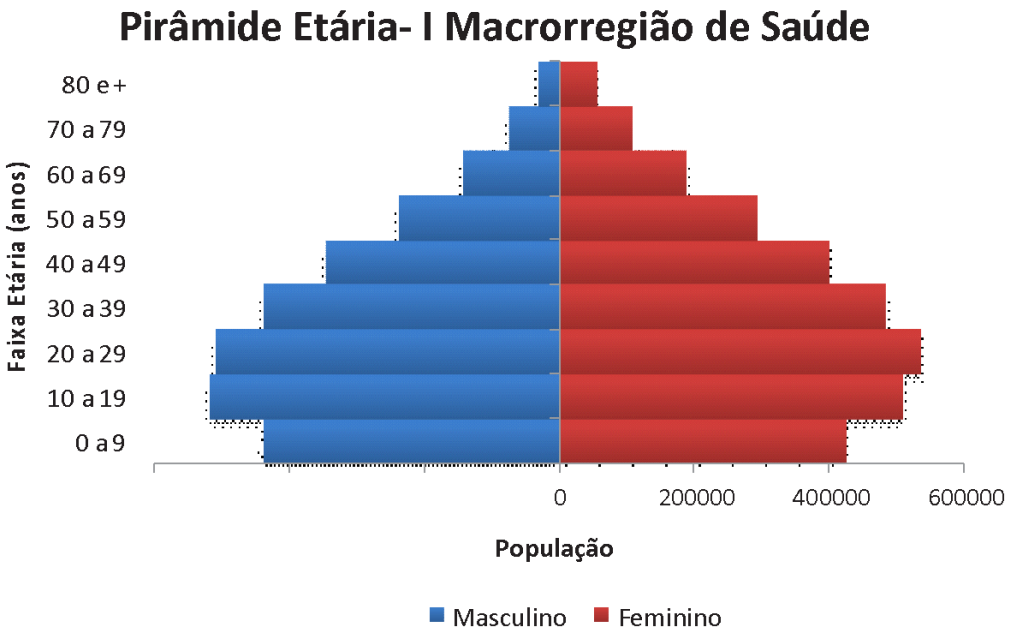
Tabela 2 - População de Mulheres em idade fértil. Macrorregião I, 2018.

| Agregados Geográficos | Quantidade | Percentual (%) |
|---|---|---|
| I Macrorregião de Saúde | 1.932.622 | 64,3% |
| I Região de Saúde | 1.432.224 | 64,4% |
| II Região de Saúde | 195.626 | 63,5% |
| III Região de Saúde | 202.889 | 65,0% |
| XII Região de Saúde | 101.883 | 63,4% |
| **TOTAL** | 1.932.622 | **64,3%** |

Fonte: PES 2020-2023

No tocante à faixa etária dos residentes na I Macrorregião, percebe-se um importante fator de envelhecimento populacional, essa tendência é observada também em Pernambuco e no Brasil.

Figura 5 - Pirâmide Etária da I Macrorregião de Pernambuco.




Fonte: PES 2020-2023

Os grupos populacionais específicos compreendem as estatísticas agrupadas por segmentos específicos da população. Conforme o Censo IBGE de 2022, entre os mais de 5 milhões de residentes da Macrorregião I, se autodeclararam indígenas 0,07%, isso representa um total de 4.084 pessoas indígenas residentes na macrorregião.

A Associação de Quilombolas de Pernambuco reconhece na I Macrorregional que existem 17 Quilombos localizados em 10 municípios, são eles: Portão do Gelo (Olinda), Chã dos Negros, Chã dos Lira, Riacho da Pedra e Cacimbinha (Passira), Povoação (Goiana), Cavuco e Pau Ferrado (Lagoa Dos Gatos), Engenho Siqueira (Rio Formoso), Conte (Salgadinho), Onze Negras e Engenho Trapiche (Cabo De Santo Agostinho), Barro Preto (Lagoa Do Carro), Ilha De Mercês (Ipojuca), Povoado Demanda (Rio Formoso), Trigueiros

(Vicência), Serra dos Quilombos (Catende). Conforme a Associação são cerca de 3.427 famílias Quilombolas na I Macrorregional.

Conforme dados da Secretaria Nacional de Políticas Penais (SENAPPEN), em 2023, a I Macrorregião de Saúde possuía um total de 19.308 pessoas privadas de liberdade, sendo esse total composto por pessoas cumprindo pena em regime fechado e semiaberto. A tabela abaixo mostra que a maior concentração dessa população se encontra localizada na I Região de Saúde, em contrapartida, a III Região de Saúde concentra o menor número de pessoas privadas de liberdade.

Tabela 3 - População privada de liberdade por Região de saúde da Macrorregião I, 2023*.

| **População privada de liberdade*** | **I RS** | **II RS** | **III RS** | **XII RS** | **I Macro** |
|---|---|---|---|---|---|
| | 14.724 | 2.115 | 971 | 1.498 | 19.308 |

Fonte: *SENAPPEN (Secretaria Nacional de Políticas Penais), 2023.

No que diz respeito à dimensão territorial da Macrorregião Metropolitana, têm-se uma área de 13.615,7 km² com densidade demográfica de 428,5 hab./km², em relação a população estimada para o ano de 2021 (SES/PE, 2022). Este valor representa um aumento da densidade demográfica de 6,5%, em comparação ao ano de 2010 (402,3 hab./km²). No período entre os anos de 2011 e 2020 o crescimento populacional nas quatro Regiões de Saúde (I, II, III e XII) foi de 5,8%; 3,7%; 5,6% e 1,8%, respectivamente. E, ao avaliar a evolução da concentração da população no território da Macrorregião Metropolitana, é possível observar que a I Região de Saúde é a que apresenta o maior crescimento populacional desde 2011, enquanto a XII Região de Saúde apresentou o menor crescimento, durante o mesmo período. Neste contexto, a Figura 6 apresenta a tendência da densidade demográfica nas Regiões de Saúde da Macrorregião em relação aos últimos dez anos (2011-2020).

Figura 6 - Densidade demográfica da Macrorregião Metropolitana entre 2011 e 2020, segundo Região de Saúde, 2022.

| MACRORREGIÃO METROPOLITANA | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ID[1] | Região de Saúde | | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 |
| 26010 | I | Recife | 1.083,6 | 1.092 | 1.100,2 | 1.108,8 | 1.115,8 | 1.123,1 | 1.130,3 | 1.133 | 1.135,7 | 1.146,7 |
| 26006 | II | Limoeiro | 179,8 | 180,6 | 181,5 | 182,3 | 183,1 | 183,8 | 184,6 | 185 | 186,4 | 186,5 |
| 26008 | III | Palmares | 124,7 | 125,7 | 126,6 | 127,4 | 128,3 | 129,1 | 129,9 | 130,2 | 130,9 | 131,7 |
| 26005 | XII | Goiana | 160,8 | 161,2 | 161,5 | 161,9 | 162,2 | 162,5 | 162,7 | 163,2 | 164,4 | 163,8 |

Fonte: SES/PE. Diretoria de Gestão Participativa. Observatório GERES.
.Notas: [1] ID - Código de identificação das Regiões de Saúde de acordo com o IBGE.

A avaliação da distância entre os municípios e a sede da Macrorregião I mostra a dinâmica da movimentação dos usuários dentro da Rede de Atenção à Saúde e os serviços ofertados na região. Para análise das distâncias foi considerado o município de Recife, por ser sede da Macrorregião I e concentrar a maioria dos serviços de saúde de média e alta complexidade. Analisando, ainda, os dados da tabela 1, pode-se observar que o município sede da Região III – Palmares é o mais distante da sede macrorregional com 122 km de distância.

Em relação às vias de acesso, a I Região de Saúde, com sede em Recife, é cortada pela BR-101, que é um dos principais eixos rodoviários do país, BR-232 que é uma das rodovias mais importantes do estado, ligando a capital à Caruaru e a BR-408 que inicia em Campina Grande (PB) e termina em Jaboatão dos Guararapes. São as principais vias utilizadas pelos municípios que compõem a Macrorregião I, para ter acesso a maior Rede de Atenção Especializada à Saúde do estado. E por comportar parte significativa desses serviços, localizados em seu território, a sede da Região I é referência na oferta de diversos serviços em nível macrorregional e mesmo em nível estadual, que compõem as linhas de cuidado prioritárias no estado: cardiologia, oncologia, urgência/emergência com ênfase em trauma, materno-infantil, nefrologia, saúde mental, saúde bucal e oftalmologia. As características naturais dessa Região são marcadas por alagamentos e deslizamentos nos períodos chuvosos, o que acarreta prejuízos para mobilidade urbana e suspensão de atividades em vários setores.

A II Regional de Saúde é cortada pela Rodovia Federal (BR 408) que inicia em Campina Grande (PB) e termina em Jaboatão dos Guararapes com melhores condições de tráfego, pois possui bom estado de conservação com alguns trechos duplicados. As rodovias estaduais PE-050, que liga os municípios de Vitória de Santo Antão a Limoeiro, PE-088, que liga os municípios de Salgadinho a Orobó, PE-090, que liga os municípios de Carpina a Vertentes e PE-095 que inicia em Limoeiro à Riacho das Almas.

A III Região de Saúde localizada na zona da Mata Sul do Estado de Pernambuco, tem como principais vias de acesso a BR -101, que liga a capital pernambucana à região da mata sul, além da PE 096 que liga os municípios do litoral sul à sede da regional, assim também a PE 126 que liga Palmares a Quipapá, a PE-120 que liga Catende a Agrestina e possui 41,6 Km de extensão, a PE 085 que liga os municípios de Ribeirão e segue até Bezerros e a PE 060 que inicia no município do Cabo de Santo Agostinho, e tem como principais pontos de passagem os municípios do litoral sul terminando no município de São José da Coroa Grande, divisa com Alagoas. A Confederação Nacional dos Transportes (CNT), realizou no final de 2023, um levantamento de avaliação das condições de tráfego nas rodovias do país e divulgou o ranking das 10 piores do Brasil, entre elas estão a PE-096 e a PE-126. As características naturais dessa Região são marcadas pela dinâmica fluvial nos períodos chuvosos, o qual ocasiona os deslizamentos e enchentes e dificultam ou impossibilitam as pessoas residentes no acesso aos serviços de saúde. É uma região também que possui uma grande parte da população residente na área rural e de difícil acesso.

A XII Região de Saúde localizada no extremo norte da Região Metropolitana do Estado de Pernambuco, tem como principais vias de acesso a BR -101, que liga a capital pernambucana à região da mata norte, além da PE 049, que tem como principal ponto de passagem, o município de Goiana, PE-062, que inicia em Goiana e vai até o município de Aliança, PE-075 que liga o município de Goiana até Ibiranga (Div PE-PB) e PE 089 que tem início em Bom Jardim e termina em Timbaúba.

A cobertura populacional estimada na Atenção Primária à Saúde (APS), dada pelo percentual da população coberta por equipes da Estratégia Saúde da

Família e por equipes de Atenção Primária, em relação à estimativa populacional é um importante indicador utilizado para o monitoramento do acesso aos serviços de Atenção Básica, com vistas ao fortalecimento do planejamento do Sistema Único de Saúde (SUS). Conforme tabela abaixo, podemos observar que a Região com maior cobertura populacional estimada pelas equipes de saúde da família é a XII Região com 99.36%.

Tabela 4 - Percentual de cobertura populacional estimada pelas eSF, segundo regiões de Saúde, 2023.

| | **I Região** | **II Região** | **III Região** | **XII Região** | **I Macrorregião** |
|---|---|---|---|---|---|
| **Cobertura populacional estimada pelas Equipes de Saúde da Família** | 65.55% | 94.97% | 83.14% | 99.36% | 85,75% |

Fonte: eGestor/ 2023.

Compreender o cenário da APS no território é imprescindível pois é um modelo de atenção à saúde que impacta diretamente na redução da mortalidade infantil, aumento da expectativa de vida e melhoria dos indicadores de saúde. Além disso, a APS é fundamental para a sustentabilidade do SUS, uma vez que atua na prevenção e manejo precoce de doenças, evitando complicações e hospitalizações desnecessárias.

A Atenção Primária à Saúde é essencial para a efetividade do SUS, desempenhando um papel central na promoção da saúde, prevenção de doenças e coordenação do cuidado. Fortalecer a APS é crucial para garantir um sistema de saúde mais justo, eficiente e acessível a todos os brasileiros.

## Perfil Socioeconômico

O analfabetismo é a incapacidade de escrever ou mesmo de ler textos simples no idioma natural de indivíduos em faixa etária na qual se espera estar

alfabetizado e é um importante parâmetro para avaliar a desigualdade social, essa, que pode influenciar o estado de saúde.

A análise dos dados demonstra que a desigualdade no percentual de analfabetos persiste: a concentração é maior no grupo daqueles com 50 anos ou mais. As pessoas mais jovens recebem maior escolarização e a população idosa concentra maiores taxas de analfabetismo. Na Macrorregião I, a faixa etária de adolescentes apresenta o maior percentual de alfabetizados.

Ao comparar as Regiões de Saúde, observa-se a maior proporção de pessoas alfabetizadas na I Região de Saúde, em contrapartida, a menor proporção da população residente alfabetizada encontra-se na III Região de saúde.

Tabela 5 - Proporção da População Residente Alfabetizada por Faixa Etária.

| Macrorregião de Saúde Região de Saúde | 5 a 9 | 10 a 14 | 15 a 19 | 20 a 49 | 50 e + | Total |
|---|---|---|---|---|---|---|
| I Macrorregião | 58,60 | 91,97 | 94,71 | 78,39 | 44,24 | 65,74 |
| I Região de Saúde | 60,06 | 91,95 | 94,36 | 80,99 | 49,45 | 68,71 |
| II Região de Saúde | 65,21 | 93,87 | 95,78 | 80,58 | 45,62 | 67,91 |
| III Região de Saúde | 51,58 | 90,50 | 94,26 | 73,68 | 38,64 | 61,19 |
| XII Região de Saúde | 57,91 | 91,47 | 94,29 | 79,14 | 43,37 | 65,46 |
| **Estado de Pernambuco** | **61,97** | **83,26** | **81,99** | **85,77** | **59,36** | **72,20** |

Fonte: IBGE/Censos Demográficos 2010.

O Índice de Gini é um indicador utilizado para medir a desigualdade social por meio do grau de concentração da distribuição de renda domiciliar *per capita*. Esse índice varia de 0 a 1, sendo o valor 0 corresponde a uma completa igualdade e o valor 1 a uma completa desigualdade. A Macrorregião I e as Regiões de Saúde que a compõem, apresentaram valores médios, vale destacar a II Região de Saúde que alcançou o índice mais baixo da Macrorregião, demonstrando uma menor desigualdade social. Esse valor mediano apresentado, pode ser explicado por melhorias na educação e pelo impacto dos

vários programas de transferência de renda instituídos no país.

Tabela 6 - Índice de Gini da renda domiciliar per capita segundo Macrorregião e Região de Saúde – Pernambuco.

| Agregado espacial | 2010 | |
|---|---|---|
| | Média | Desvio Padrão |
| I Macrorregião de Saúde | 0,5153 | 0,0446 |
| I Região de Saúde | 0,5334 | 0,0571 |
| II Região de Saúde | 0,4997 | 0,0340 |
| III Região de Saúde | 0,5112 | 0,0421 |
| XII Região de Saúde | 0,5193 | 0,0295 |

Fonte: IBGE/Censos Demográficos, 2010.

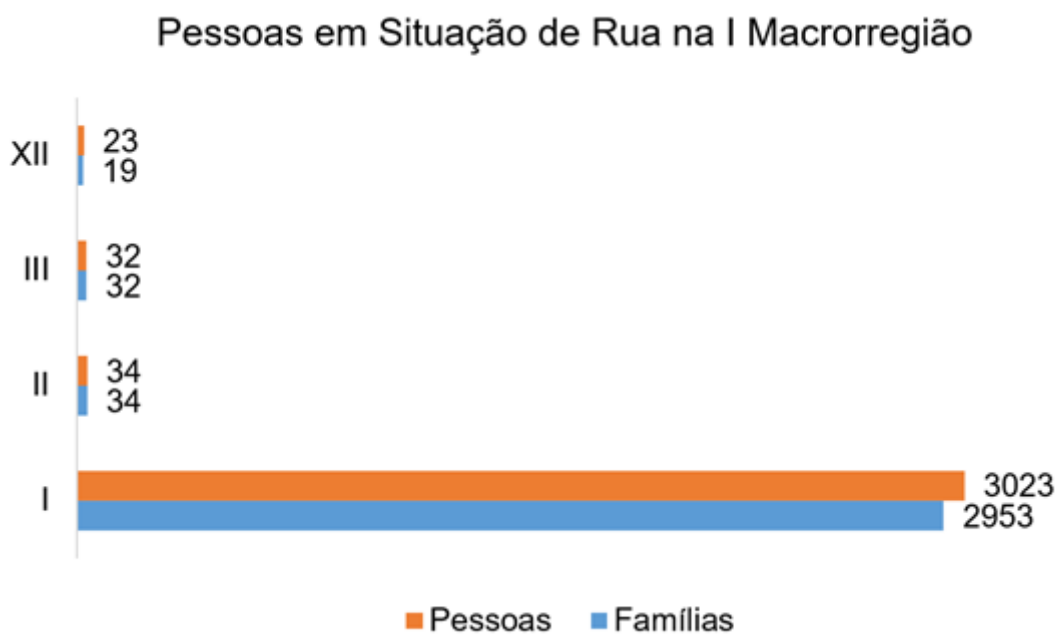
## População em Situação de Rua

Embora seja difícil obter dados precisos sobre a população em situação de rua, estima-se que existam milhares de pessoas vivendo nessa condição em Pernambuco. Esses indivíduos enfrentam uma variedade de problemas, incluindo falta de moradia adequada, acesso limitado a serviços básicos, como saúde e educação, e estigmatização social.

As razões que levam as pessoas a viverem nas ruas são diversas e muitas vezes interligadas, incluindo questões como desemprego, violência doméstica, abuso de substâncias, transtorno mental e falta de suporte familiar. Além disso, fatores estruturais, como desigualdade social, pobreza e falta de políticas públicas eficazes, contribuem para a persistência desse problema.

De acordo com os dados do CadÚnico, nota-se o elevado número de Pessoas em Situação de Rua na I Região de Saúde é o maior do estado de Pernambuco, chegando a um percentual de 75% (3023 pessoas).

Figura 7 - Número de Pessoas e Famílias em Situação de Rua cadastradas no Cadúnico, junho 2023.




Fonte: CadÚnico – Junho/2023 – Elaboração: Vigilância Socioassistencial/SEASS/SDSCJPVD/PE

Enfrentar a situação de rua em Pernambuco requer uma abordagem holística que considere não apenas as necessidades imediatas de moradia e alimentação, mas também questões subjacentes, como saúde mental, acesso a empregos dignos e reintegração social. Isso exige a colaboração entre o governo, organizações da sociedade civil, comunidades locais e outros atores relevantes para desenvolver e implementar políticas e programas eficazes de assistência e inclusão social.

**Atividades econômicas mais prevalentes na região**

A I Região de Saúde destaca-se pela forte concentração econômica e demográfica com relação ao restante do estado. Os municípios que compõem essa Região concentram mais de 65% do PIB e 44,44% da população de Pernambuco. É ainda uma importante base para o suporte em ciência, tecnologia e serviços especializados. As atividades econômicas mais prevalentes dessa região são os serviços e a indústria.

De acordo com informações da Base de Dados do Estado (BDE) as principais atividades econômicas da II Regional de Saúde estão vinculadas à agropecuária. O clima da região é propício para o cultivo agrícola da cana-de-açúcar, banana, abacaxi, mandioca, limão, feijão, fava, milho, batata-doce. Também, a região possui uma vocação cultural e climática mais bem adaptada para a pecuária, onde se verifica que os principais rebanhos são os bovinos, caprinos, ovinos, suínos e equinos.

Estima-se que boa parte da população da III Região de Saúde, viva da produção da cana-de-açúcar e seus derivados. É uma região onde há grande concentração de usinas e destilarias instaladas e respondem por 60% de toda a produção de açúcar e álcool do Estado. A Região da Mata Sul representa 7% do PIB do Estado. Esta Região também possui como característica marcante lugares paradisíacos que são as praias do litoral sul do Estado, com grande potencial para os investimentos e que atrai muitos turistas, principalmente durante o verão.

A XII Região de Saúde possui maior parte de sua economia voltada para o setor industrial e a agropecuária. Os rebanhos de aves se destacam, seguidos do bovino, nota-se ainda a produção de origem animal com ovos de galinha, mel de abelha e leite. Já o setor industrial se destaca pela presença do Polo Automotivo da Jeep, a Empresa Brasileira de Hemoderivados e Biotecnologia (Hemobrás) e a Klabin, produtora e exportadora de papéis.

**IDH (Índice de Desenvolvimento Humano)**

O Índice de Desenvolvimento Humano é um parâmetro internacional de bem-estar da população. A construção desse indicador engloba 3 dimensões: vida longa e saudável (longevidade), renda e educação. Ele reflete a qualidade de vida de uma população para além do aspecto econômico, levando em consideração o acesso a serviços essenciais, aspectos culturais e políticos.

O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) da I Macrorregião em 1991 correspondia a 0,351. Índice que situava a Macrorregião em uma faixa de desenvolvimento humano muito baixo. Ao longo dos anos nota-se uma evolução

significativa referente ao indicador, e em 2010 o indicador passa para o nível médio, conforme dados da tabela abaixo.

Tabela 7 - Indicadores Socioeconômicos da I Macrorregião.

| Indicadores | I MACRORREGIÃO |
|---|---|
| IDH 1991 | 0,351 |
| IDH 2000 | 0,465 |
| IDH 2010 | 0,614 |
| PIB per capta médio | R$ 14.355,39 |
| PIB valores correntes | R$ 124.640.580,00 |
| Esperança de vida ao nascer anos 1991 | 60,3 |
| Esperança de vida ao nascer anos 2000 | 65,8 |
| Esperança de vida ao nascer anos 2010 | 70,9 |

Fonte: Plano Estadual de Saúde 2020-2023.

## Taxa de desemprego por Região

A taxa de desemprego, que corresponde ao percentual da população em idade economicamente ativa (15 a 64 anos) sem trabalho, tem como base a metodologia usada pelo IBGE na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua – PNAD.

Em 2022, a taxa média de desemprego no Brasil foi de 7,9% são 14,8 milhões na fila em busca de um trabalho em todo país. Para o estado de Pernambuco, a taxa de desemprego foi a terceira maior do País, com 12,3%,

atrás apenas do Amapá (13,3%) e da Bahia (13,5%). Esses dados preocupam o setor da saúde, uma vez que, com a perda do trabalho e renda, as famílias tendem a renunciar ao seu plano de saúde privado, sobrecarregando o SUS e aumentando a demanda pelos serviços de saúde ofertados.

Tabela 8 - Taxa de desemprego na Macrorregião

| Macrorregião /Região | 2010 |
|---|---|
| I Macrorregião | 13,21 |
| I RS | 13,42 |
| II RS | 9,78 |
| III RS | 14,67 |
| XII RS | 13,89 |

Fonte: Tabnet, 2024.

Tabela 9 - Percentual da população assistida por benefícios assistenciais (PBF e BPC) *

| RS | Qtd.beneficiários A Serem acompanhados | Qtd.beneficiários acompanhados | Perc. cobertura de beneficiários acompanhados (%) |
|---|---|---|---|
| I RS | 774.248 | 455.772 | 58,87% |
| II RS | 179.191 | 153.765 | 85,81% |
| III RS | 180.129 | 148.906 | 82,67% |
| XII RS | 91.706 | 76.801 | 83,75% |
| I MACRORREGIÃO | 1.225.274 | 835.244 | 77,77% |

Fonte: PNAD, 2024

## Cobertura de rede de abastecimento de água entre as regiões de saúde

Nas regiões mais pobres e pouco ou não urbanizadas, o acesso ao esgotamento sanitário e à água potável ainda representam importantes desafios a serem superados. Vale destacar que outros fatores como condições de seca e racionamento ou abastecimento intermitente, podem produzir potenciais riscos para a saúde das pessoas e que, mesmo em grandes centros urbanos, o saneamento ambiental também pode mostrar-se como desafio a ser enfrentado.

## Índice de qualidade da água

A qualidade da água de consumo humano é um fator crítico para a saúde pública. Para garantir a segurança da água que abastece os territórios, diversos parâmetros são monitorados regularmente conforme preconiza o Ministério da Saúde. A monitorização contínua desses parâmetros é vital para a gestão eficaz da qualidade da água de consumo. As análises regulares ajudam a detectar e corrigir problemas antes que eles representem um risco significativo à saúde pública. Além disso, a conformidade com os padrões regulamentares assegura que a água fornecida à população atenda aos critérios de potabilidade estabelecidos na Portaria GM/MS nº 888, de 4 de maio de 2021.

Figura 8 - Análise Quantitativa de Amostras de Água de Consumo Humano para o Parâmetro Coliformes Totais/E. coli por Regiões de Saúde e Macrorregião I (2021-2023).

| Região de Saúde | Parâmetro: Coliformes Totais/E. coli | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 2021 | | | 2022 | | | 2023 | | |
| | QMA (n) | Realizado (n) | (%) | QMA (n) | Realizado (n) | (%) | QMA (n) | Realizado (n) | (%) |
| I RS | 5508 | 4693 | 85.20 | 5520 | 4151 | 75.20 | 5388 | 5081 | 94.30 |
| II RS | 2856 | 2270 | 79.48 | 2868 | 2321 | 80.93 | 2856 | 2544 | 89.08 |
| III RS | 3096 | 361 | 11.66 | 3108 | 2443 | 78.60 | 2904 | 636 | 21.90 |
| XII RS | 1452 | 174 | 11.98 | 1452 | 1368 | 94.21 | 1428 | 1002 | 70.17 |
| I Macrorregião | 12912 | 7498 | 58.07 | 12948 | 10283 | 79.42 | 12576 | 9263 | 73.66 |

Nota: QMA (n) = Quantitativo Mínimo de Análises (n). Quantitativo Mínimo estabelecido na Diretriz Nacional do Plano de Amostragem de Vigilância da Qualidade da Água de Consumo

Humano. A contagem do número de amostras analisadas não leva em consideração aquelas coletadas por motivo de surto ou desastre.
Fonte: Sistema de Informação de Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano (Sisagua). Dados atualizados até 30/06/2024 e sujeitos à alteração.

A figura acima demonstra que ouve tendência geral de melhoria na realização das análises quantitativas de Amostras de Água de Consumo Humano para o Parâmetro Coliformes Totais/E. coli ao longo dos anos, com 2022 apresentando um pico de desempenho em comparação a 2021 e 2023. As regiões I RS e II RS consistentemente realizaram a maior parte das análises mínimas exigidas, com uma melhoria notável em 2023. A XII RS apresentou um bom desempenho em 2022, mas uma queda em 2023. A III RS, por outro lado, apresentou um desempenho inconsistente, com baixos percentuais de realização em 2021 e 2023. A I Macrorregião como um todo não atingiu 100% do quantitativo mínimo em nenhum dos anos, mas mostrou uma tendência de melhoria, especialmente em 2022. No entanto, a queda em 2023 sugere a necessidade de atenção contínua e melhorias nos processos de análise, em especial junto a III RS.

Figura 9 - Análise Quantitativa de Amostras de Água de Consumo Humano para o Parâmetro Cloro Residual Livre por Regiões de Saúde e Macrorregião I (2021-2023).

| Região de Saúde | Parâmetro: Cloro Residual Livre | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 2021 | | | 2022 | | | 2023 | | |
| | QMA (n) | Realizado (n) | (%) | QMA (n) | Realizado (n) | (%) | QMA (n) | Realizado (n) | (%) |
| **I RS** | 5508 | 7483 | 135,9 | 5520 | 9275 | 168 | 5388 | 10074 | 186,97 |
| **II RS** | 2856 | 2023 | 70,83 | 2868 | 2232 | 77,82 | 2856 | 2073 | 72,584 |
| **III RS** | 3096 | 1921 | 62,05 | 3108 | 2329 | 74,94 | 2904 | 1867 | 64,291 |
| **XII RS** | 1452 | 358 | 24,66 | 1452 | 811 | 55,85 | 1428 | 712 | 49,86 |
| **I Macrorregião** | 12912 | 11785 | 91,27 | 12948 | 14647 | 113,1 | 12576 | 14726 | 117,1 |

Nota: QMA (n) = Quantitativo Mínimo de Análises (n). Quantitativo Mínimo estabelecido na Diretriz Nacional do Plano de Amostragem de Vigilância da Qualidade da Água de Consumo Humano. A contagem do número de amostras analisadas não leva em consideração aquelas coletadas por motivo de surto ou desastre.
Fonte: Sistema de Informação de Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano (Sisagua). Dados atualizados até 30/06/2024 e sujeitos à alteração.

Em 2023, a I RS superou amplamente o mínimo necessário, reforçando seu compromisso com a qualidade da água. A II e III RS apresentaram uma leve queda em relação a 2022, mas mantiveram percentuais moderados. A XII RS, apesar de uma leve melhoria em comparação com 2021, ainda não conseguiu atingir o quantitativo mínimo, indicando a persistência de desafios. A I Macrorregião manteve um desempenho robusto, superando o mínimo exigido.

A I RS consistentemente realizou análises muito acima do exigido, com uma tendência de aumento ao longo dos anos, culminando em quase 187% em 2023. A XII RS apresentou dificuldades significativas ao longo dos três anos, necessitando de melhorias substanciais na realização de análises para atingir os quantitativos mínimos exigidos. A I Macrorregião, como um todo, demonstrou um desempenho sólido, superando os quantitativos mínimos em todos os anos, com melhorias contínuas.

Figura 10 - Análise Quantitativa de Amostras de Água de Consumo Humano para o Parâmetro Turbidez por Regiões de Saúde e Macrorregião I (2021-2023).

| Região de Saúde | Parâmetro: Turbidez | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 2021 | | | 2022 | | | 2023 | | |
| | QMA (n) | Realizado (n) | (%) | QMA (n) | Realizado (n) | (%) | QMA (n) | Realizado (n) | (%) |
| **I RS** | 5508 | 5119 | 92,94 | 5520 | 4566 | 82,72 | 5388 | 5581 | 103,58 |
| **II RS** | 2856 | 2267 | 79,38 | 2868 | 2286 | 79,71 | 2856 | 2546 | 89,146 |
| **III RS** | 3096 | 1199 | 38,73 | 3108 | 2626 | 84,49 | 2904 | 1171 | 40,324 |
| **XII RS** | 1452 | 358 | 24,66 | 1452 | 1387 | 95,52 | 1428 | 645 | 45,168 |
| **I Macrorregião** | 12912 | 8943 | 69,26 | 12948 | 10865 | 83,91 | 12576 | 9943 | 79,063 |

Nota: QMA (n) = Quantitativo Mínimo de Análises (n). Quantitativo Mínimo estabelecido na Diretriz Nacional do Plano de Amostragem de Vigilância da Qualidade da Água de Consumo Humano. A contagem do número de amostras analisadas não leva em consideração aquelas coletadas por motivo de surto ou desastre.
Fonte: Sistema de Informação de Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano (Sisagua). Dados atualizados até 30/06/2024 e sujeitos à alteração.

A figura acima destaca que a I RS em 2023 superou o quantitativo mínimo necessário, realizando mais de 103% das análises exigidas. No entanto, a III RS voltou a apresentar um desempenho baixo, com apenas 40,32% das análises

realizadas. A XII RS também apresentou um desempenho abaixo do esperado, realizando apenas 45,17% das análises mínimas. A I Macrorregião manteve-se estável em relação ao ano anterior, com cerca de 79% das análises realizadas.

A I RS apresentou um desempenho consistente e melhorou ao longo dos anos, superando o quantitativo mínimo em 2023. A II RS manteve-se estável com pequenas variações, sem grandes mudanças ao longo dos anos. A III RS apresentou grandes variações e desafios significativos, com um desempenho baixo em 2021 e 2023, apesar de uma melhora temporária em 2022. A XII RS também teve dificuldades, embora tenha melhorado significativamente em 2022, seu desempenho caiu novamente em 2023. A I Macrorregião mostrou uma tendência de melhoria em 2022, mas apresentou uma leve queda em 2023, indicando a necessidade de esforços contínuos para manter e melhorar a qualidade das análises, em especial na III e XII RS. Esses dados indicam a necessidade de um esforço contínuo e possivelmente um aumento na capacidade de realização de análises em certas regiões para garantir a segurança e a qualidade da água de consumo humano.

## INDICADORES DE NASCIMENTO

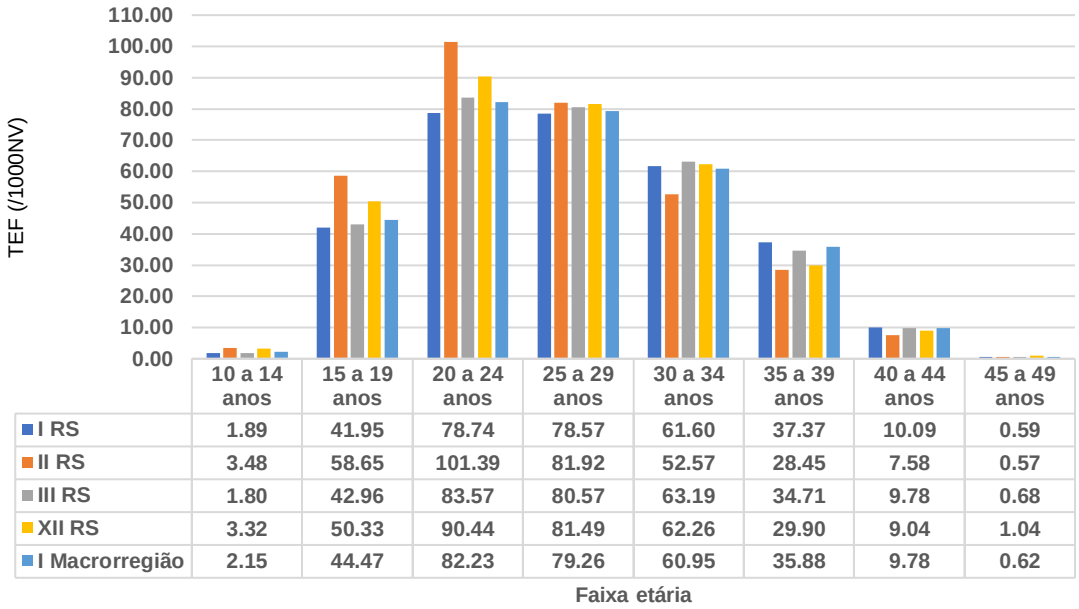
### Características das gestantes

A idade da mulher pode influenciar significativamente a saúde materna e infantil. Gestações em adolescentes têm maior probabilidade de resultar em complicações como pré-eclâmpsia, parto prematuro, baixo peso ao nascer e mortalidade infantil. As gestações em idades avançadas também podem apresentar riscos, como pré-eclâmpsia, diabetes gestacional, complicações durante o parto e problemas genéticos no bebê, devido ao declínio natural da função reprodutiva e ao aumento da prevalência de condições médicas crônicas.

O padrão de fecundidade observado na Figura 11 evidencia maiores taxas no grupo de 20 a 24 anos de idade, seguido pelo de 25 a 29 anos de idade. De maneira geral, as taxas das regiões são semelhantes. Observa-se ainda uma taxa de fecundidade considerável entre adolescentes apresentando maior taxa

na II GERES, sendo um importante dado para direcionamento de políticas públicas de saúde.

Figura 11 - Taxa específica de fecundidade da Regiões de Saúde e I Macrorregião, Pernambuco, 2022.




| | 10 a 14 anos | 15 a 19 anos | 20 a 24 anos | 25 a 29 anos | 30 a 34 anos | 35 a 39 anos | 40 a 44 anos | 45 a 49 anos |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| I RS | 1.89 | 41.95 | 78.74 | 78.57 | 61.60 | 37.37 | 10.09 | 0.59 |
| II RS | 3.48 | 58.65 | 101.39 | 81.92 | 52.57 | 28.45 | 7.58 | 0.57 |
| III RS | 1.80 | 42.96 | 83.57 | 80.57 | 63.19 | 34.71 | 9.78 | 0.68 |
| XII RS | 3.32 | 50.33 | 90.44 | 81.49 | 62.26 | 29.90 | 9.04 | 1.04 |
| I Macrorregião | 2.15 | 44.47 | 82.23 | 79.26 | 60.95 | 35.88 | 9.78 | 0.62 |

Fontes: IBGE/Censo Demográfico (2022). Dados Diretos: MS/SVS/Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos.

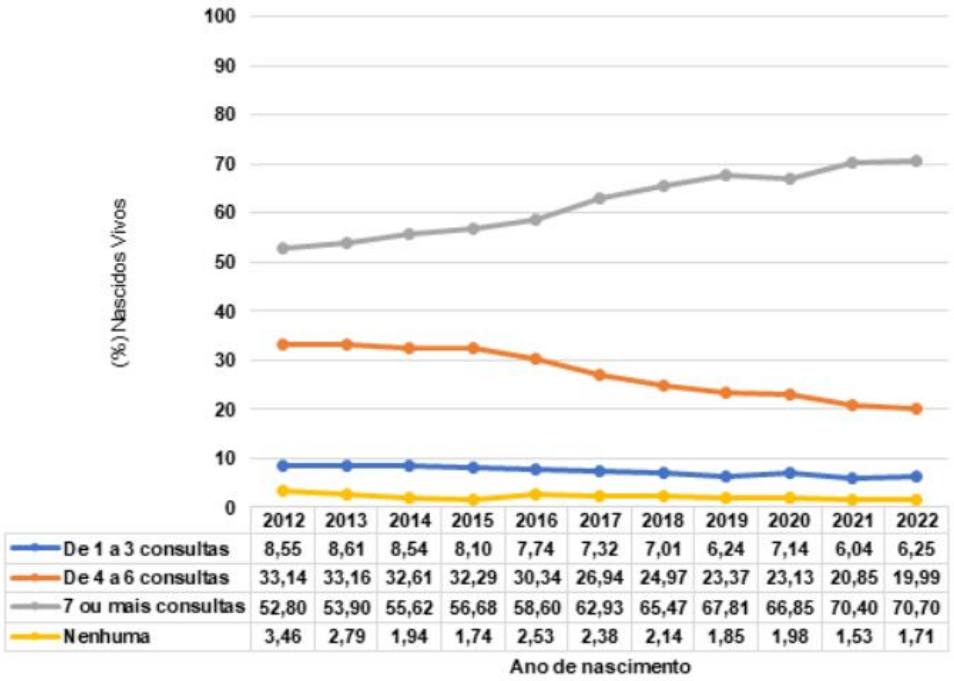
## Características da gestação e parto

Quanto a proporção de nascidos vivos e o número de consultas de pré-natal constatamos na que a maior parte dos nascimentos alcançaram 7 ou mais consultas de pré-natal, um cenário que evidencia a importância desse tipo de consulta para conduzir a gestação de forma a diminuir os riscos tanto para a mãe quanto para o bebê. Observa-se que a proporção de nascidos com número de consultas preconizado, apresenta elevação ao longo dos anos. O número de consultas de pré-natal passou a ser um critério de financiamento da Atenção Primária à Saúde por meio do Programa Previne Brasil a partir de 2020.

Ressalta-se ainda, a importância de ações para qualificação deste indicador e melhoria da qualidade da assistência ao pré-natal considerando que

ainda se observa um percentual de 6,25% de nascidos com 1 a 3 consultas no ano de 2022.

Figura 12 - Proporção de nascidos vivos na I Macrorregião, segundo ano de nascimento e número de consultas de pré-natal. Pernambuco, 2012 a 2022.

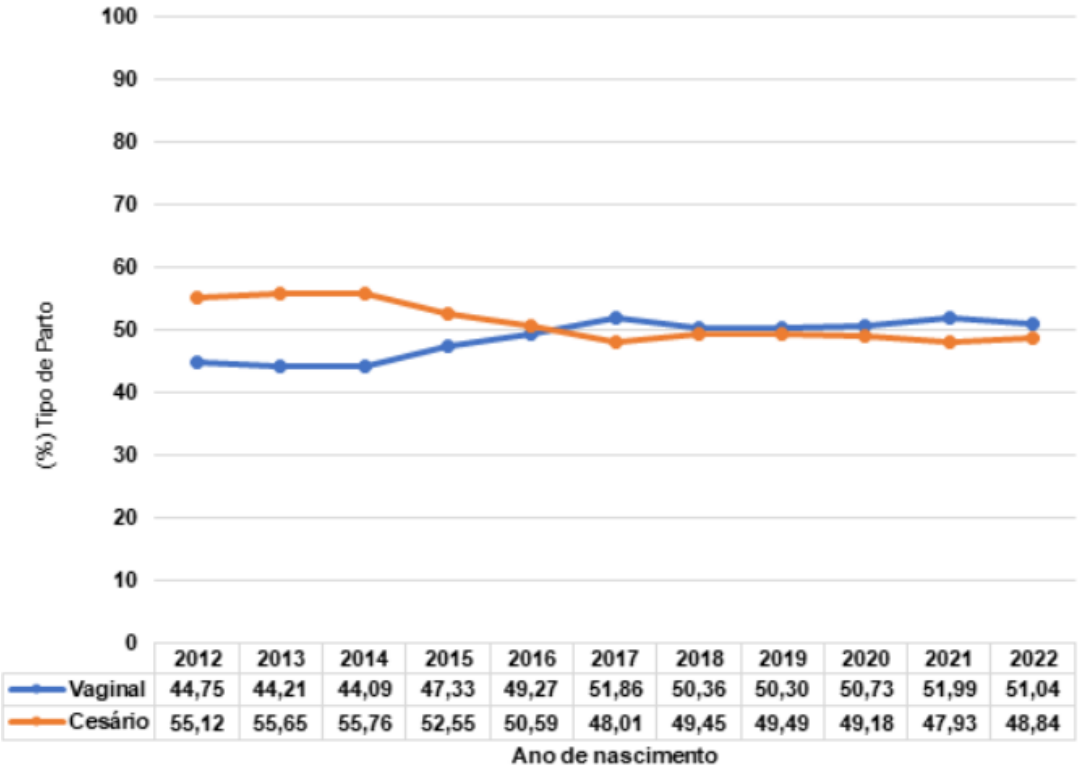



| | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| De 1 a 3 consultas | 8,55 | 8,61 | 8,54 | 8,10 | 7,74 | 7,32 | 7,01 | 6,24 | 7,14 | 6,04 | 6,25 |
| De 4 a 6 consultas | 33,14 | 33,16 | 32,61 | 32,29 | 30,34 | 26,94 | 24,97 | 23,37 | 23,13 | 20,85 | 19,99 |
| 7 ou mais consultas | 52,80 | 53,90 | 55,62 | 56,68 | 58,60 | 62,93 | 65,47 | 67,81 | 66,85 | 70,40 | 70,70 |
| Nenhuma | 3,46 | 2,79 | 1,94 | 1,74 | 2,53 | 2,38 | 2,14 | 1,85 | 1,98 | 1,53 | 1,71 |

Fonte: MS/SVS/Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos - SINASC, 2012 a 2022.

A Figura 13 mostra a proporção de nascidos vivos segundo tipo de parto, na qual observa-se que no decorrer do período analisado o cenário se inverteu gradativamente, partindo de uma maior ocorrência de partos cesáreos entre 2012 e 2016, sendo então superado pelos partos vaginais a partir de 2017 até o final da análise (2022). Apesar desse cenário ser positivo é preciso dar ainda mais ênfase as ações de estímulo ao parto humanizado que estão associadas a esse resultado, considerando que o percentual de partos cesáreos ainda é muito próximo do percentual de partos vaginais.

Figura 13 - Proporção de nascidos vivos, segundo tipo de parto na I Macrorregião por ano de nascimento, 2012 a 2022.




| | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Vaginal | 44,75 | 44,21 | 44,09 | 47,33 | 49,27 | 51,86 | 50,36 | 50,30 | 50,73 | 51,99 | 51,04 |
| Cesário | 55,12 | 55,65 | 55,76 | 52,55 | 50,59 | 48,01 | 49,45 | 49,49 | 49,18 | 47,93 | 48,84 |

Fonte: MS/SVS/Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos - SINASC, 2012 a 2022.

A Figura 14 demonstra o percentual de nascidos vivos da I macrorregião nos anos de 2012, 2016 e 2021, tanto na Região de Saúde de Residência como na Região de Saúde de ocorrência. É possível destacar a diferença das localidades onde ocorrem os nascimentos, observando-se que na I Região atinge quase 100% de nascimentos dos seus residentes ocorridos em seu próprio território, esse resultado pode estar atribuído a maior oferta de hospitais e maternidades para realização de partos de alto riso dentro desta regional. Já para as demais regiões tem um percentual alto de nascimentos fora da região de residência, corroborando com o cenário de que nestas regiões são realizados em dia maioria os partos de risco habitual.

Destaca-se ainda, que ao longo do período analisado o percentual de nascidos nas II, III e XII Regiões que são residentes nas mesmas, apresentou

uma redução, sugerindo que as estratégias para descentralização e estruturação das redes de assistência não estão sendo suficientes para melhoria deste cenário. Sobretudo a XII que possui uma situação peculiar no seu território onde boa parte dos nascimentos ocorrem no território da II Região, mais especificamente no hospital Ermirio Coutinho, esse é dos gargalos a ser trabalhado no Planejamento Regional Integrado e está contemplado nesse mapa no tópico da Rede Materno Infantil (RAMI).

Figura 14 - Percentual de nascidos vivos segundo região de saúde de residência e ocorrência nas Regiões de Saúde da I Macrorregião - Pernambuco - 2012/2016/2021

| | REGIÃO DE SAÚDE DE OCORRÊNCIA | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 2012 | | | | | 2016 | | | | | 2021 | | | | |
| REGIÃO DE SAÚDE DE RESIDÊNCIA | I | II | III | XII | Outros Estados | I | II | III | XII | Outros Estados | I | II | III | XII | Outros Estados |
| I | 98,0 | | | | 0,1 | 98,2 | | | | 0,1 | 98,5 | | | | 0,1 |
| II | | 64,7 | | | 0,1 | | 60,6 | | | 0,2 | | 57,0 | | | 0,1 |
| III | | | 74,9 | | 0,1 | | | 71,1 | | 0,2 | | | 52,9 | | 0,5 |
| XII | | | | 46,6 | 7,7 | | | | 26,2 | 5,5 | | | | 25,6 | 5,2 |

Fonte: SES-PE, SEVSAP, DGIE, GVEV, SINASC. Jan.24.

Tendo em vista o período gestacional, cujo acompanhamento próximo das mulheres é imprescindível, alguns fatores contribuem para dificuldades de acesso, principalmente ao pré-natal de alto risco. Muitas gestantes, mesmo apresentando alguma comorbidade que indicariam uma atenção mais complexa, não conseguem as consultas necessárias por superlotação dos serviços. Mesmo com os esforços de descentralização de unidades de saúde de média e alta complexidade no estado, ainda há uma concentração dos serviços na Região Metropolitana do Recife. Desse modo, a evasão de parturientes se dá dentro da própria macrorregional, entre as regiões de saúde. As pacientes que realizam seus partos nos municípios de residência, cuja rede não possui tantos recursos necessários para a assistência demandada. Isso demonstra uma fragilidade da rede materno infantil no que tange a assistência supracitada.

## Características do recém-nascido

A Tabela 10 demonstra número e percentual de nascidos vivos dividida entre as quatro Regiões de Saúde que compõem a I Macrorregião. É possível observar uma tendência geral de queda no número de nascidos vivos passando de 62.263 nascidos em 2015 a 47.204 no ano de 2022, indicando uma possível mudança demográfica ou fatores socioeconômicos que podem influenciar as decisões reprodutivas. Além da tendência decrescente, também observamos variações anuais, indicando que outros fatores, como políticas de saúde, condições socioeconômicas e até mesmo eventos específicos, podem estar influenciando os números.

Tabela 10 - Número absoluto e percentual de nascidos vivos na Regiões de Saúde e I Macrorregião, Pernambuco, 2012 a 2022.

| Ano de nascimento | Região de Saúde (CIR) | | | | | | | | I Macrorregião |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | I RS | (%) | II RS | (%) | III RS | (%) | XII RS | (%) | |
| **2012** | 59.446 | 72,17 | 9.790 | 11,89 | 8.355 | 10,14 | 4.778 | 5,80 | 82.369 |
| **2013** | 60.480 | 72,35 | 10.391 | 12,43 | 8.213 | 9,83 | 4.505 | 5,39 | 83.589 |
| **2014** | 61.093 | 71,81 | 11.080 | 13,02 | 8.193 | 9,63 | 4.711 | 5,54 | 85.077 |
| **2015** | 62.263 | 72,70 | 10.294 | 12,02 | 8.313 | 9,71 | 4.771 | 5,57 | 85.641 |
| **2016** | 56.399 | 73,19 | 9.091 | 11,80 | 7.306 | 9,48 | 4.263 | 5,53 | 77.059 |
| **2017** | 59.111 | 73,93 | 8.681 | 10,86 | 7.794 | 9,75 | 4.367 | 5,46 | 79.953 |
| **2018** | 58.561 | 73,79 | 8.384 | 10,56 | 7.966 | 10,04 | 4.451 | 5,61 | 79.362 |
| **2019** | 55.911 | 73,77 | 8.033 | 10,60 | 7.637 | 10,08 | 4.206 | 5,55 | 75.787 |
| **2020** | 53.054 | 73,37 | 7.574 | 10,47 | 7.657 | 10,59 | 4.026 | 5,57 | 72.311 |
| **2021** | 51.174 | 72,75 | 7.525 | 10,70 | 7.561 | 10,75 | 4.086 | 5,81 | 70.346 |
| **2022** | 47.204 | 73,02 | 6.724 | 10,40 | 6.911 | 10,69 | 3.803 | 5,88 | 64.642 |
| **Total** | 624.696 | 72,97 | 97.567 | 11,40 | 85.906 | 10,03 | 47.967 | 5,60 | 856.136 |

Fontes: MS/SVS/Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos - Sinasc.

O número total de nascidos vivos na I Macrorregião apresentou uma tendência de queda ao longo dos anos, passando de 82.369 em 2012 para 64.642 em 2022. A I Região de Saúde (I RS) manteve a maior proporção de

nascidos vivos em comparação com as outras regiões, variando entre 71,81% (2014) e 73,93% (2017) ao longo dos anos.

A II Região de Saúde (II RS) teve um aumento percentual entre 2012 (11,89%) e 2014 (13,02%), seguida de uma queda gradual. A III Região de Saúde (III RS) manteve uma participação relativamente estável, em torno de 10%. A XII Região de Saúde (XII RS) também manteve uma participação constante, sempre por volta de 5,5% a 5,8%. O total acumulado de nascidos vivos na I Macrorregião de 2012 a 2022 foi de 856.136. A I RS teve a maior participação com 72,97% do total acumulado, enquanto a XII RS teve a menor participação com 5,60%. Esses dados indicam uma concentração significativa de nascimentos na I Região de Saúde ao longo dos anos, com uma redução geral no número total de nascidos vivos.

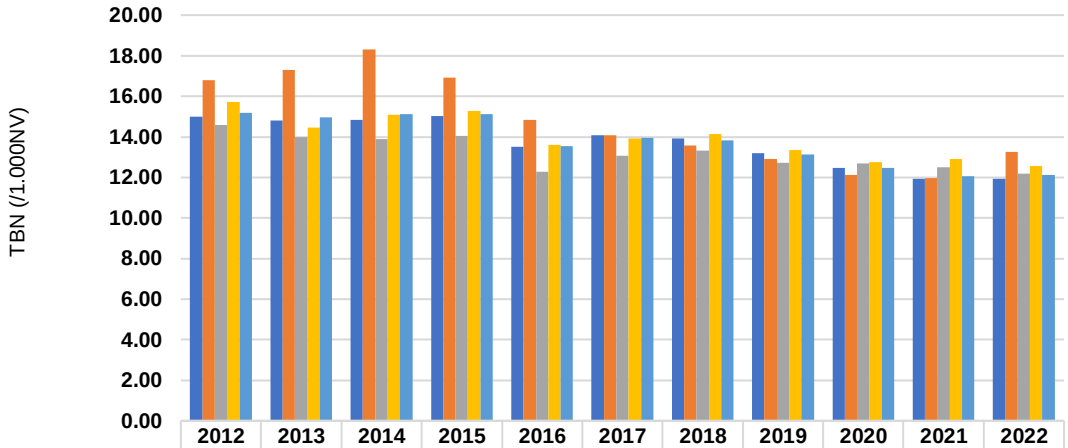
Na III Região há flutuações nos números de nascimentos ao longo dos anos, entre 2012 e 2014, houve um aumento constante, atingindo o pico em 2014 com 11.080 nascidos vivos. No entanto, a partir de 2015, houve uma diminuição acentuada, atingindo o menor valor em 2021, com 7.525 nascidos vivos.

Esses dados sugerem dinâmicas demográficas complexas, com diferentes regiões contribuindo de maneiras distintas para os índices de nascimentos. A diminuição observada em 2021 pode ser influenciada por vários fatores, incluindo a pandemia de COVID-19, que pode ter impactado as decisões reprodutivas e o acesso aos cuidados pré-natais. Assim sendo, a análise dos nascimentos vivos na I Macrorregião destaca a importância de compreender as tendências demográficas locais, considerando fatores como políticas de saúde, condições socioeconômicas e eventos específicos que podem influenciar os padrões de nascimentos ao longo do tempo.

A fFigura 15 refere-se a Taxa de Bruta de Natalidade de 2012 a 2022 da I Macrorregião de saúde. A II e a XII Regiões obtiveram as maiores taxas de natalidade no ano de 2012, sendo 16,80 e 15,71, respectivamente. Já em relação a menor taxa de natalidade entre os anos de 2012 e 2021, houve uma diferença

entre esses municípios, a XII Região apresentou sua menor taxa de natalidade no ano de 2022 (12,58) já na II Região a menor taxa de natalidade ocorreu no ano de 2021 (11,97).

Figura 15 - Taxa bruta de natalidade, por ano, segundo Regiões de Saúde da I Macrorregião, Pernambuco, 2012-2022.




| | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| I RS | 14.99 | 14.80 | 14.84 | 15.02 | 13.52 | 14.08 | 13.91 | 13.20 | 12.45 | 11.94 | 11.94 |
| II RS | 16.80 | 17.30 | 18.32 | 16.91 | 14.84 | 14.09 | 13.57 | 12.93 | 12.12 | 11.97 | 13.26 |
| III RS | 14.57 | 13.99 | 13.90 | 14.04 | 12.29 | 13.06 | 13.31 | 12.71 | 12.70 | 12.49 | 12.17 |
| XII RS | 15.71 | 14.47 | 15.10 | 15.27 | 13.62 | 13.92 | 14.15 | 13.35 | 12.76 | 12.92 | 12.58 |
| I Macrorregião | 15.18 | 14.97 | 15.13 | 15.14 | 13.54 | 13.96 | 13.83 | 13.13 | 12.46 | 12.06 | 12.12 |

Fontes: IBGE/Projeções demográficas preliminares (2012 a 2021) e IBGE/Censo Demográfico (2022). Dados Diretos: MS/SVS/Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos - SINASC.

Em relação a III Região, a maior taxa de natalidade dentre o período analisado ocorreu no ano de 2012 (14,57) e a menor taxa de natalidade ocorreu em 2022 (12,17). Na I Região, a maior taxa de natalidade ocorreu em 2015 (15,02) e a menor taxa de natalidade ocorreu em 2021 e 2022, ambos com 11,94. Em 2021, a I e a III Regiões apresentaram a menor taxa de natalidade. De forma geral a II Região destacou-se tendo a maior taxa de natalidade da I Macrorregião de Saúde de Pernambuco entre os anos de 2012 e 2017, repetindo o êxito em 2022.

Tabela 11 - Razão de sexo dos nascidos vivos, segundo Regiões de Saúde e I Macrorregião, Pernambuco, 2012-2022.

| | Masculino | Feminino | Ignorado | Razão do sexo | Total |
|---|---|---|---|---|---|
| **I RS** | 320.086 | 304.457 | 153 | 105,13 | 624.696 |
| **II RS** | 43.976 | 41.909 | 21 | 104,93 | 85.906 |
| **III RS** | 49.698 | 47.850 | 19 | 103,86 | 97.567 |
| **XII RS** | 24.470 | 23.485 | 12 | 104,19 | 47.967 |
| **I Macrorregião** | 438.230 | 417.701 | 205 | 104,91 | 856.136 |

Fontes: MS/SVS/Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos - SINASC.

Os dados sobre a razão de sexo dos nascidos vivos na I Macrorregião de Pernambuco, de 2012 a 2022, indicam uma predominância de nascimentos masculinos em todas as Regiões de Saúde. A I Região de Saúde (I RS) apresenta a maior razão de sexo com 105,13 meninos para cada 100 meninas, seguida pela II RS com 104,93, a XII RS com 104,19, e a III RS com 103,86. No agregado, a I Macrorregião tem uma razão de sexo de 104,91. Esses valores estão dentro do intervalo natural esperado de 102 a 107 meninos para cada 100 meninas, sugerindo que, apesar das variações entre as regiões, a distribuição dos nascimentos por sexo mantém-se dentro dos padrões esperados.

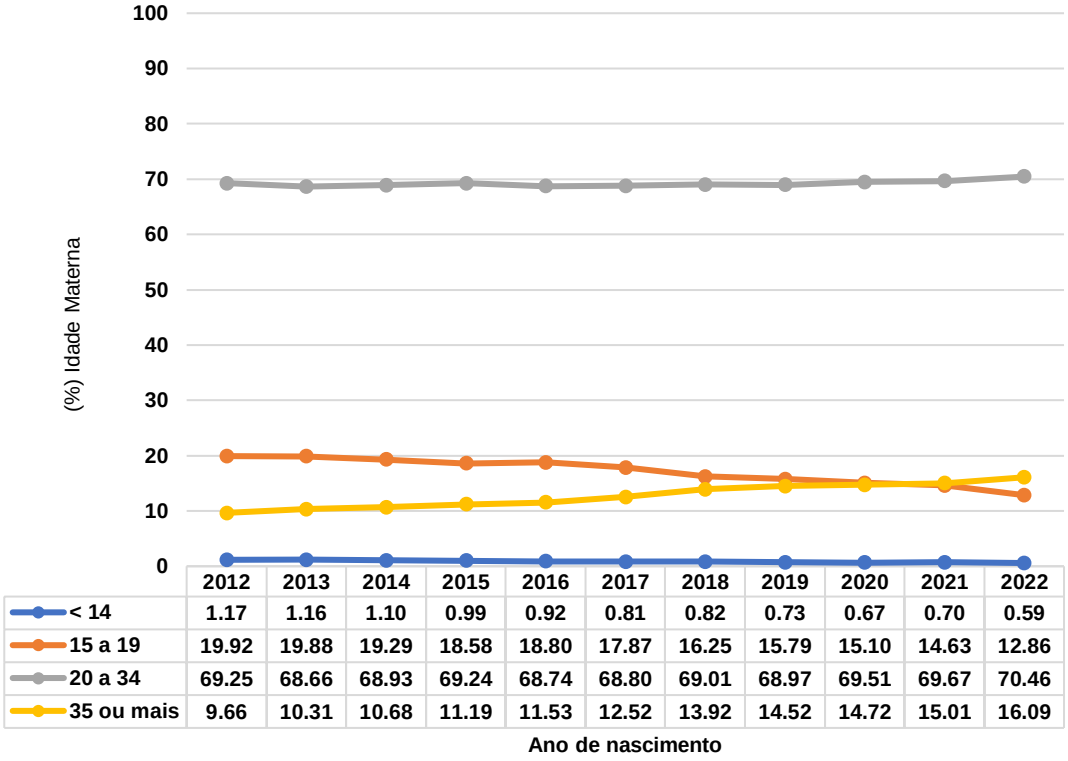
Essa ligeira predominância de nascimentos masculinos é consistente com padrões demográficos observados globalmente, onde a razão de sexo ao nascimento tende a ser ligeiramente superior a 100. Fatores biológicos naturais contribuem para essa tendência, uma vez que nascem naturalmente mais meninos que meninas. Estes dados são cruciais para o planejamento de políticas públicas, pois auxiliam na previsão de demandas futuras em áreas como educação e saúde, além de ajudarem a entender melhor as dinâmicas demográficas regionais.

Em suma, é importante que a gestão pública conheça as condições de saúde da população e dos diferentes grupos, ampliando a rede de assistência, em especial a materno infantil, descentralizando os serviços, e fortalecendo o acompanhamento da mãe e do bebê em todas as fases.

A Figura 16 apresenta a proporção de nascidos vivos segundo idade materna e ano de nascimento. Pode-se destacar que a faixa etária de idade materna mais frequente foi a de 20 a 34 anos para toda a série histórica.

Destaca-se a redução gradativa de nascimentos de mães menores de14 anos passando de 1,17 em 2012 para 0,59 em 2022, reforçando a importância do fortalecimento de políticas públicas para redução de gravidez na adolescência.

Figura 16 - Proporção de nascidos vivos, segundo ano de nascimento e idade materna na I Macrorregião, 2012 a 2022.

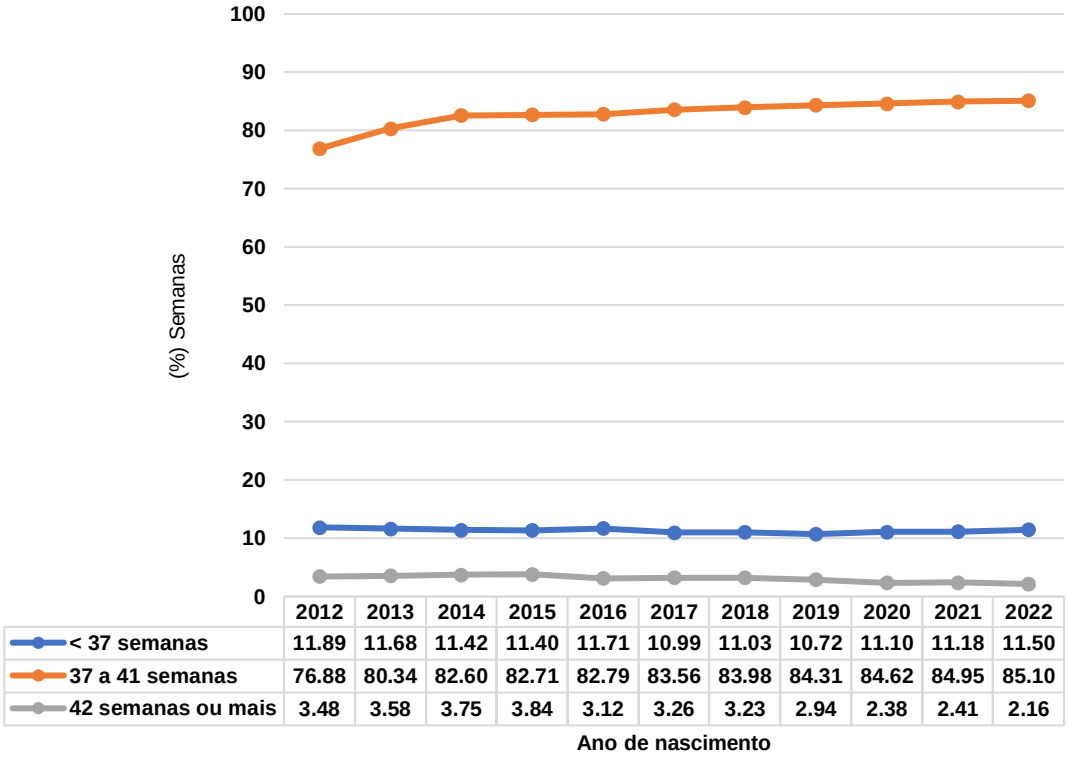



| | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| < 14 | 1.17 | 1.16 | 1.10 | 0.99 | 0.92 | 0.81 | 0.82 | 0.73 | 0.67 | 0.70 | 0.59 |
| 15 a 19 | 19.92 | 19.88 | 19.29 | 18.58 | 18.80 | 17.87 | 16.25 | 15.79 | 15.10 | 14.63 | 12.86 |
| 20 a 34 | 69.25 | 68.66 | 68.93 | 69.24 | 68.74 | 68.80 | 69.01 | 68.97 | 69.51 | 69.67 | 70.46 |
| 35 ou mais | 9.66 | 10.31 | 10.68 | 11.19 | 11.53 | 12.52 | 13.92 | 14.52 | 14.72 | 15.01 | 16.09 |

Fonte: MS/SVS/Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos - SINASC, 2012 a 2022.

Em relação a proporção de nascidos vivos por semana de gestação conforme destacado na Figura 17, é possível observar que a maior parte dos nascimentos ocorreram dentre 37 e 41 semanas de gestação. Um percentual considerável de nascimentos ocorre de forma prematura com menos de 37 semanas de gestação, mantendo-se entre 10,72% (2019) e 11,89% (2012).

Figura 17- Proporção de nascidos vivos, segundo semana da gestação na I Macrorregião por ano de nascimento, 2012 a 2022.

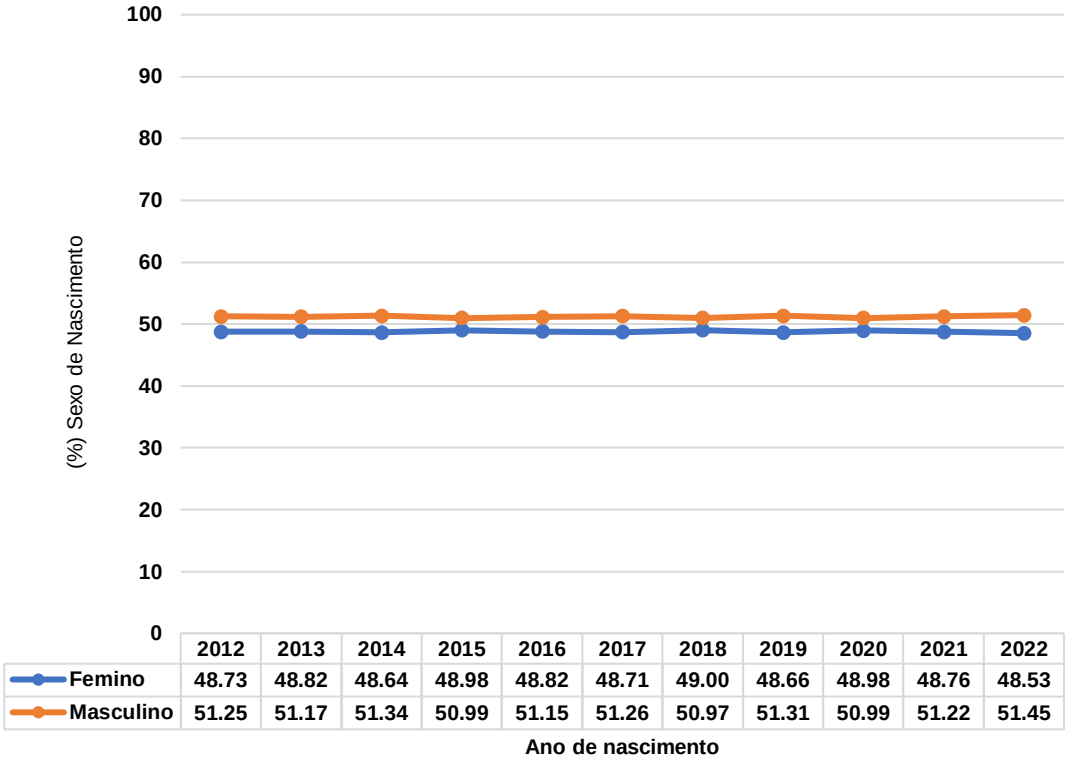



| | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| < 37 semanas | 11.89 | 11.68 | 11.42 | 11.40 | 11.71 | 10.99 | 11.03 | 10.72 | 11.10 | 11.18 | 11.50 |
| 37 a 41 semanas | 76.88 | 80.34 | 82.60 | 82.71 | 82.79 | 83.56 | 83.98 | 84.31 | 84.62 | 84.95 | 85.10 |
| 42 semanas ou mais | 3.48 | 3.58 | 3.75 | 3.84 | 3.12 | 3.26 | 3.23 | 2.94 | 2.38 | 2.41 | 2.16 |

Fonte: MS/SVS/Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos - SINASC, 2012 a 2022.

Em relação ao sexo, como exposto na Figura 18, a proporção de nascimentos do sexo masculino foi superior em relação aos nascimentos do sexo feminino em todos os anos do período analisado.

Figura 18 - Proporção de nascidos vivos, segundo ano de nascimento e sexo de nascimento na I Macrorregião, 2012 a 2022.




| | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Femino | 48.73 | 48.82 | 48.64 | 48.98 | 48.82 | 48.71 | 49.00 | 48.66 | 48.98 | 48.76 | 48.53 |
| Masculino | 51.25 | 51.17 | 51.34 | 50.99 | 51.15 | 51.26 | 50.97 | 51.31 | 50.99 | 51.22 | 51.45 |

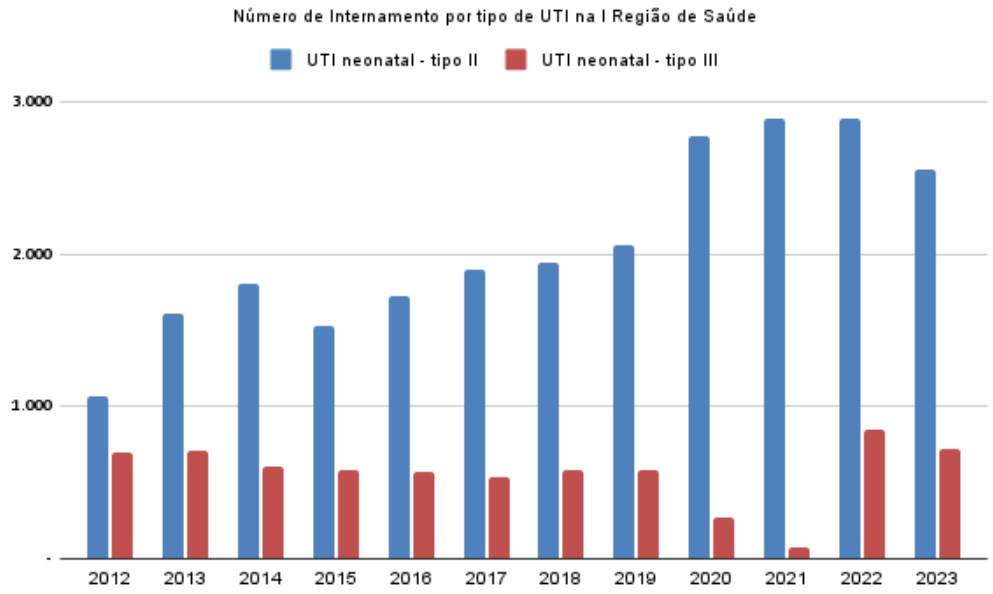
Fonte: MS/SVS/Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos - SINASC, 2012 a 2022.

Em relação aos internamentos de UTI neonatal na I macrorregião de saúde, observa-se uma concentração de internação na I Região de Saúde, que se justifica diante capacidade instalada da assistência neonatal. A

Figura 19 apresenta o número absoluto de internamentos por tipo de UTI nesta região, observa-se o aumento da utilização da UTI tipo II, especialmente, nos anos considerados pandêmicos.

Além disso, vale destacar que na I macrorregião de saúde, a III Região de Saúde, sediada em Palmares, registrou um total de 333 internamentos todos para a UTI tipo II entre os anos de 2012 e 2023. Para a II e XII Regiões de Saúde, não foi verificado nenhum registro de produção voltada para o internamento em UTI neonatal, devido à ausência deste serviço nas regiões citadas.

Figura 19 - Quantidade internamentos de UTI neonatal na I Região de Saúde, de 2012 a 2023*.




Fonte: GIS/SES/PE, Sistema de Informações Hospitalares – SIH. *Dados sujeitos a alterações 2023*.

Entender o perfil de nascimento presente na Macrorregião é importante para elaboração de ações e estratégias mais eficientes para o território considerando a realidade local, é possível afirmar que a macrorregião progrediu no decorrer das análises de alguns indicadores como proporção de tipo de parto e proporção de consultas de pré-natal realizadas. O SUS apresenta inúmeras potencialidades que beneficiam a gestação, o parto e o puerpério, como o acesso universal, programas específicos e a atenção primária robusta. No entanto, enfrenta desafios significativos, incluindo desigualdades regionais, superlotação, violência obstétrica e a necessidade de melhor gestão e capacitação contínua. Abordar esses desafios é fundamental para garantir que todas as mulheres possam usufruir plenamente dos direitos à saúde durante esses períodos críticos.

# DADOS DE IMUNIZAÇÃO

Em 1973 foi formulado o Programa Nacional de Imunizações (PNI), por determinação do Ministério da Saúde, com o objetivo de coordenar as ações de imunizações. O Calendário Nacional de Vacinação do Brasil contempla não só as crianças, mas também adolescentes, adultos, idosos, gestantes e povos indígenas. No total, são disponibilizadas na rotina de imunização cerca de 19 vacinas cuja proteção inicia ainda nos recém-nascidos, podendo se estender por toda a vida (O programa de Imunização adquire, distribui e normatiza também o uso dos imunobiológicos especiais, indicados para situações e grupos populacionais específicos que serão atendidos nos Centros de Referência para Imunobiológicos Especiais (CRIE). É também de responsabilidade desta coordenação a implantação do Sistema de Informação e a consolidação dos dados de cobertura vacinal em todo o país (Ministério da Saúde, 2024).

**Cobertura vacinal geral**

A cobertura vacinal é um indicador que estima a população alvo vacinada, pode ser entendida como a porcentagem de pessoas completamente vacinadas dentro do total de pessoas que precisam ser vacinadas, utiliza-se o total das últimas doses do esquema da vacina de interesse no numerador.

O monitoramento das coberturas vacinais é uma atividade de rotina, tanto no âmbito do Programa Nacional de Imunizações (PNI) do Ministério da Saúde, quanto no Programa de Imunizações do Estado de Pernambuco. A Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda pelo menos 95% de cobertura vacinal (CV) para manutenção da eliminação ou controle de doenças imunopreveníveis.

Na tabela abaixo são apresentados percentuais de cobertura vacinal geral na I macrorregião. Observamos que no decorrer da década, a média de

cobertura vacinal ficou abaixo da meta preconizada pelo ministério da saúde de 90% a 95%. No ano de 2015, exceto na XII RS, preconizada.

Tabela 12 - Percentual de cobertura vacinal geral na I Macrorregião de Saúde e suas respectivas Regiões - Pernambuco - 2012-2021.

| Ano | Região de Saúde | | | | Média I Macrorregião |
|---|---|---|---|---|---|
| | I | II | III | XII | |
| 2012 | 81,74 | 72,17 | 78,66 | 80,04 | 78,15 |
| 2013 | 70,03 | 72,64 | 81,58 | 68,97 | 73,31 |
| 2014 | 84,63 | 84,98 | 93,20 | 84,5 | 86,83 |
| 2015 | 100,49 | 95,84 | 102,89 | 87,15 | 96,59 |
| 2016 | 50,81 | 50,02 | 50,34 | 57,62 | 52,20 |
| 2017 | 72,04 | 78,23 | 76,86 | 61,3 | 72,11 |
| 2018 | 70,18 | 75,23 | 90,03 | 74,44 | 77,47 |
| 2019 | 61,72 | 75,2 | 83,13 | 70,71 | 72,69 |
| 2020 | 50,79 | 76,3 | 49,41 | 80,54 | 64,26 |
| 2021 | 47,56 | 71,8 | 48,69 | 77,25 | 61,33 |

Fonte: MS, SVSA, DEIDT, CGPNI, SI-PNI.

## Cobertura Vacinal por Imunizante

O Programa Nacional de Imunizações estabeleceu a meta para as vacinas que são de 90% para Rotavírus e BCG e 95% para as demais vacinas do Calendário Nacional de Vacinação da Criança, a falta de homogeneidade de cobertura vacinal, favorece bolsões de suscetíveis o que pode possibilitar a reintrodução de doenças que são imunopreveníveis no Estado. Observando a média geral da I Macro, apenas as Vacinas Rotavírus e Tríplice viral alcançaram a meta estabelecida acima de 90% e 95% respectivamente. 2015 foi o ano que demonstrou percentuais melhores de cobertura vacinal. A Partir de 2020 a queda das coberturas vacinais é expressiva, que demonstra diretamente correlação com o período pandêmico da doença Covid 19, causando alterações na rede de

atenção básica, onde se dá a maior disponibilidade dos imunizantes. No decorrer da década houve introduções de imunobiológicos como a pentavalente em substituição da tetravalente, onde a partir de 2017 não há mais registro da tetravalente na Tabela 13 Tabela 13.

Tabela 13 - Percentual de cobertura vacinal por tipo de imunizante da I Macrorregião de Saúde - Pernambuco - 2012-2021.

| Ano | Região de Saúde | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | BCG | Poliomielite | Pneumocócica | Pentavalente | Meningocócica | Rotavírus | Tetravalente | Tríplice Viral (D1) |
| 2012 | 97,0 | 93,8 | 23,5 | 96,4 | 99,0 | 99,9 | 103,6 | 108,5 |
| 2013 | 97,4 | 99,5 | 98,8 | 97,7 | 104,7 | 102,0 | 99,2 | 119,6 |
| 2014 | 96,9 | 99,8 | 99,3 | 94,4 | 102,0 | 99,7 | 98,6 | 95,2 |
| 2015 | 93,9 | 96,3 | 101,4 | 98,6 | 103,1 | 100,4 | 7,0 | 95,5 |
| 2016 | 84,4 | 84,0 | 96,9 | 101,6 | 88,4 | 97,0 | 77,2 | 121,5 |
| 2017 | 81,7 | 97,0 | 88,6 | 93,5 | 86,0 | 87,7 | | 98,9 |
| 2018 | 99,9 | 99,3 | 99,1 | 104,2 | 98,5 | 95,5 | | 99,6 |
| 2019 | 87,0 | 90,9 | 78,8 | 94,0 | 89,7 | 92,6 | | 92,6 |
| 2020 | 75,5 | 74,5 | 73,4 | 78,1 | 73,8 | 76,5 | | 66,4 |
| 2021 | 84,4 | 72,5 | 74,0 | 75,6 | 72,9 | 73,5 | | 59,8 |
| **Média** | **89,8** | **90,8** | **83,4** | **93,4** | **91,8** | **92,5** | **77,1** | **95,7** |

Fonte: MS, SVSA, DEIDT, CGPNI, SI-PNI.

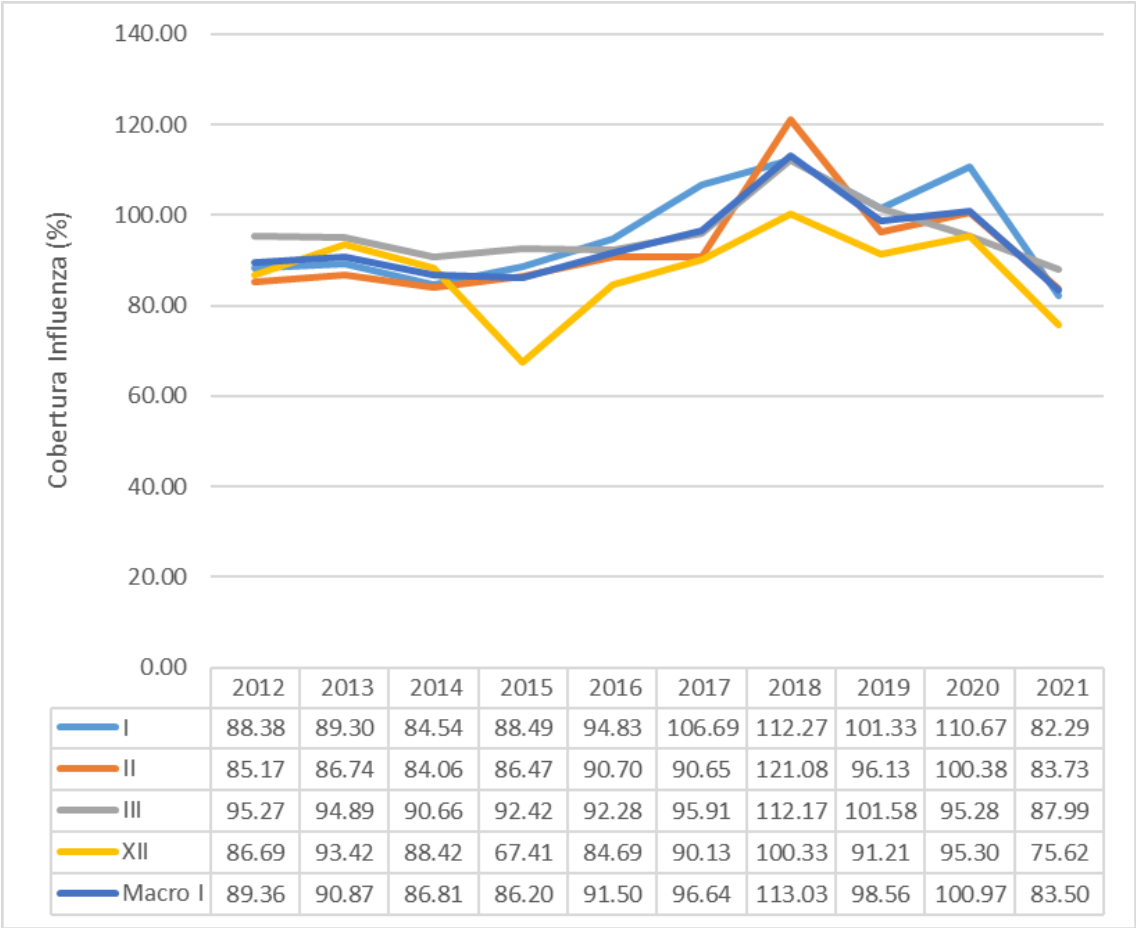
## Cobertura Vacinal de influenza

A influenza, é uma doença respiratória infecciosa de origem viral, com risco de transmissibilidade alto e comumente na maior parte da população a tendência do risco de óbito é diminuída, porém em indivíduos que apresentam fatores ou condições de risco para as complicações da infecção (crianças menores de cinco anos de idade, gestantes, adultos com 60 anos ou mais, portadores de doenças crônicas não transmissíveis outras condições clínicas especiais) o fator óbito pode apresentar-se elevado.

Entre 1999 e 2010 a imunização contra Influenza Sazonal era disponibilizada apenas para idoso, a partir de 2011 houve a ampliação para os grupos prioritários descritos acima. A imunização desta população alvo mostrou eficácia considerável diminuindo as complicações e o óbito, em condições de cobertura acima de 80%. Desde 2017 a cobertura preconizada pelo Ministério da saúde a partir de 2017 é de 90% até a presente data.

No período observado na Figura 20, o percentual de cobertura vacinal mantém-se acima de 80% na maioria das regionais de saúde, exceto na XII regional de saúde, apresentando em 2015 coberturas de (67,41%) e 2021 (75,62%) respectivamente.

Figura 20 - Percentual de cobertura de Influenza na I Macrorregião de Saúde - Pernambuco - 2012-2021.




| | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| I | 88.38 | 89.30 | 84.54 | 88.49 | 94.83 | 106.69 | 112.27 | 101.33 | 110.67 | 82.29 |
| II | 85.17 | 86.74 | 84.06 | 86.47 | 90.70 | 90.65 | 121.08 | 96.13 | 100.38 | 83.73 |
| III | 95.27 | 94.89 | 90.66 | 92.42 | 92.28 | 95.91 | 112.17 | 101.58 | 95.28 | 87.99 |
| XII | 86.69 | 93.42 | 88.42 | 67.41 | 84.69 | 90.13 | 100.33 | 91.21 | 95.30 | 75.62 |
| Macro I | 89.36 | 90.87 | 86.81 | 86.20 | 91.50 | 96.64 | 113.03 | 98.56 | 100.97 | 83.50 |

Fonte: MS, SVSA, DEIDT, CGPNI, SI-PNI.

A vacinação é uma das intervenções de saúde pública mais eficazes e economicamente viáveis. Ela desempenha um papel crucial na prevenção de doenças infecciosas, controle de surtos, erradicação e eliminação de doenças e redução de mortalidade. Atualmente a imunização sofre uma crescente onda de desinformação e negacionismo de movimentos antivacina que podem impactar na cobertura vacinal, reduzindo os percentuais de coberturas e expondo a população a riscos como o ressurgimento de doenças e sobrecarga do sistema de saúde em decorrência do aumento de casos de doenças preveníveis.

A vacinação é um componente essencial para a saúde pública global, prevenindo doenças, salvando vidas e economizando recursos. O negacionismo vacinal, por outro lado, representa uma ameaça significativa, resultando no ressurgimento de doenças e sobrecarga dos sistemas de saúde. Combater o negacionismo vacinal com educação, transparência e políticas eficazes é crucial para manter e melhorar a saúde coletiva.

## INDICADORES DE MORBIDADE

A Epidemiologia aborda a análise da situação de saúde de populações utilizando geralmente dados demográficos, de morbidade e mortalidade. Apesar de se referirem à ocorrência de eventos indesejáveis (doença e morte) e não propriamente à saúde no seu sentido mais amplo, são usados pela facilidade operacional e por serem indicadores da situação de saúde e servem de alerta para a intervenção dos serviços de saúde (BRASIL, 2024).

Os indicadores de morbidade, principalmente, a incidência/detecção, tornam-se úteis quando são relacionados à população sob risco. Em geral, os dados de morbidade no Brasil não têm cobertura populacional, exceto no caso de doenças e agravos de notificação compulsória definidos em portaria do

Ministério da Saúde. Uma fonte importante de dados de morbidade com abrangência nacional é o Sistema de Informações Hospitalares, que se refere somente a casos de doenças que demandam internação ─ morbidade hospitalar e o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) utilizado para registrar incidência e prevalência de doenças e agravos de notificação compulsória (BRASIL, 2024).

**Doenças e agravos de notificações compulsórias**

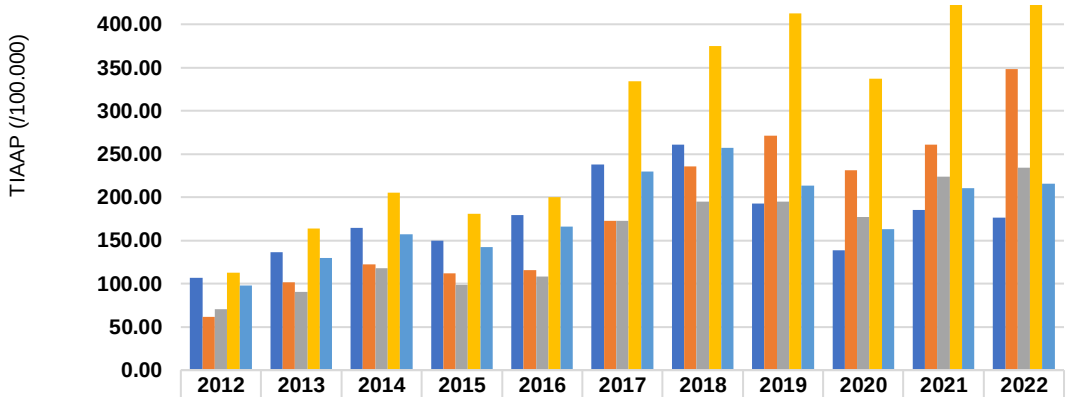
**Doenças Transmissíveis**

**Zoonoses**

**Acidente por animal peçonhento**

A Figura 21 demonstra as taxas de incidência de Acidentes por Animais Peçonhentos, onde é possível destacar que os valores mais elevados são os da XII Região de Saúde, em todos os anos do período analisado a XII se destacou em relação a ocorrência desse agravo, comparada as demais regiões e a própria macrorregião.

Figura 21 - taxa de incidência de Acidentes por Animais Peçonhentos (por 100 mil habitantes), por ano, segundo região de saúde e I Macrorregião, 2012 a 2022.




| | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| I RS | 106.64 | 136.86 | 164.30 | 149.71 | 179.24 | 238.34 | 260.76 | 192.91 | 138.51 | 185.28 | 176.55 |
| II RS | 61.42 | 101.57 | 122.71 | 112.37 | 115.75 | 172.81 | 235.67 | 271.32 | 231.70 | 261.29 | 348.42 |
| III RS | 70.29 | 90.64 | 117.88 | 98.46 | 108.14 | 172.87 | 194.98 | 195.22 | 177.24 | 223.66 | 234.46 |
| XII RS | 112.80 | 164.17 | 205.52 | 181.13 | 200.59 | 334.15 | 374.90 | 413.26 | 337.11 | 424.77 | 470.65 |
| I Macrorregião | 98.28 | 129.73 | 157.25 | 142.07 | 166.15 | 229.71 | 257.45 | 213.62 | 163.37 | 210.43 | 215.74 |

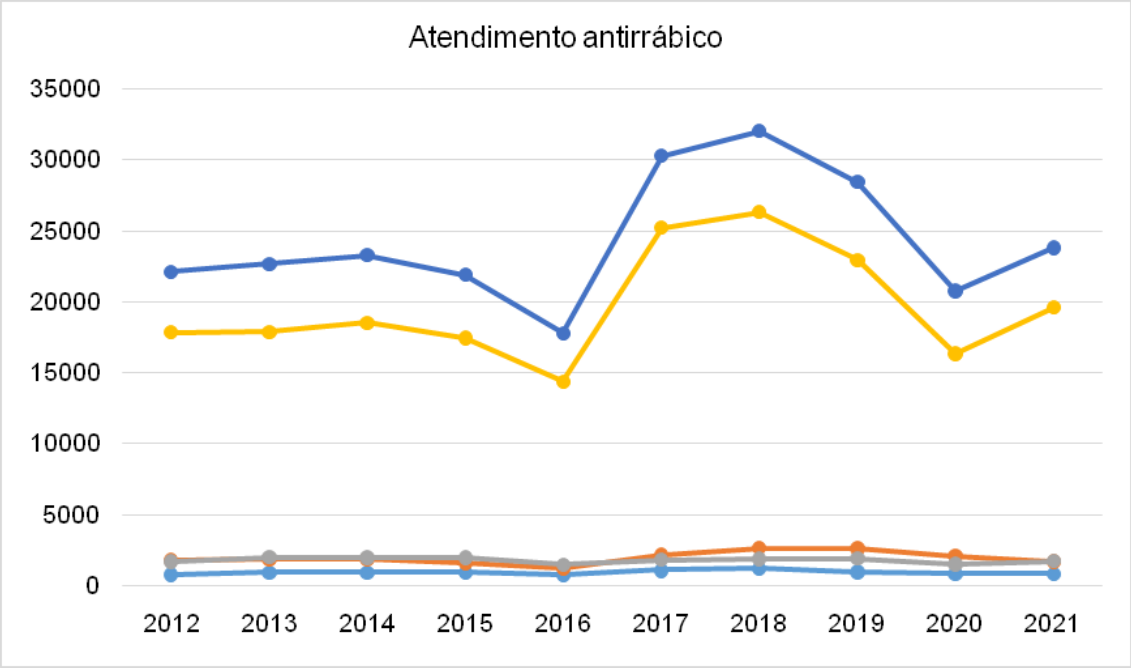
Ano de notificação

Fontes: IBGE/Projeções demográficas preliminares (2012 a 2021) e IBGE/Censo Demográfico (2022). Ministério da Saúde/SVSA - Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan Net.

## Acidente por animal potencialmente transmissor da raiva

Em relação aos atendimentos antirrábicos evidenciados na Figura 22 os números seguem o padrão dos indicadores de saúde referentes às doenças e agravos de notificação compulsória, com a I Região sendo a maior em número de notificações e praticamente determinando a variação de toda a I Macrorregião, que após apresentar o menor registro em 2016 apresentou crescimento no número de notificações e o maior registro foi no ano de 2018.

Figura 22 - Frequência absoluta de atendimento antirrábico a partir dos casos notificados, entre os anos 2012 e 2021, por região de saúde e I Macrorregião.




Fonte: Ministério da Saúde/SVSA - Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan Net, 2024.

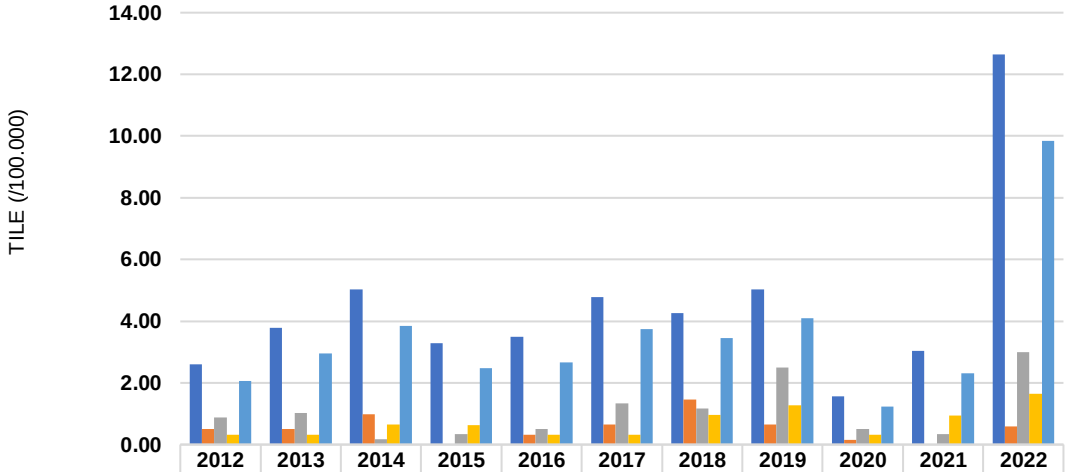
**Raiva Humana**

Historicamente, a incidência de raiva humana tem diminuído significativamente em várias regiões do mundo, incluindo o Brasil, graças a campanhas de vacinação de animais e ao controle de populações de animais errantes. Portanto, a identificação de um caso humano na I Região de Saúde em 2017 sugere a necessidade de investigar as possíveis falhas no sistema de prevenção. A notificação de um caso de raiva humana na I Região de Saúde da I Macrorregião de Saúde em 2017, conforme registrado no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN).

**Leptospirose**

No que diz respeito a taxa de incidência de Leptospirose a I Região de Saúde se sobressai em relação as demais regiões, com taxa superior até mesmo à da macrorregião em todas os anos do período analisado.

Figura 23 - Taxa de incidência de Leptospirose (por 100 mil habitantes), por ano, segundo região de saúde e I Macrorregião, 2012 a 2022.




| | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| I RS | 2.60 | 3.79 | 5.03 | 3.28 | 3.50 | 4.79 | 4.25 | 5.03 | 1.57 | 3.03 | 12.64 |
| II RS | 0.51 | 0.50 | 0.99 | 0.00 | 0.33 | 0.65 | 1.46 | 0.64 | 0.16 | 0.00 | 0.59 |
| III RS | 0.87 | 1.02 | 0.17 | 0.34 | 0.50 | 1.34 | 1.17 | 2.50 | 0.50 | 0.33 | 2.99 |
| XII RS | 0.33 | 0.32 | 0.64 | 0.64 | 0.32 | 0.32 | 0.95 | 1.27 | 0.32 | 0.95 | 1.65 |
| I Macrorregião | 2.06 | 2.95 | 3.84 | 2.47 | 2.67 | 3.74 | 3.45 | 4.09 | 1.24 | 2.31 | 9.85 |

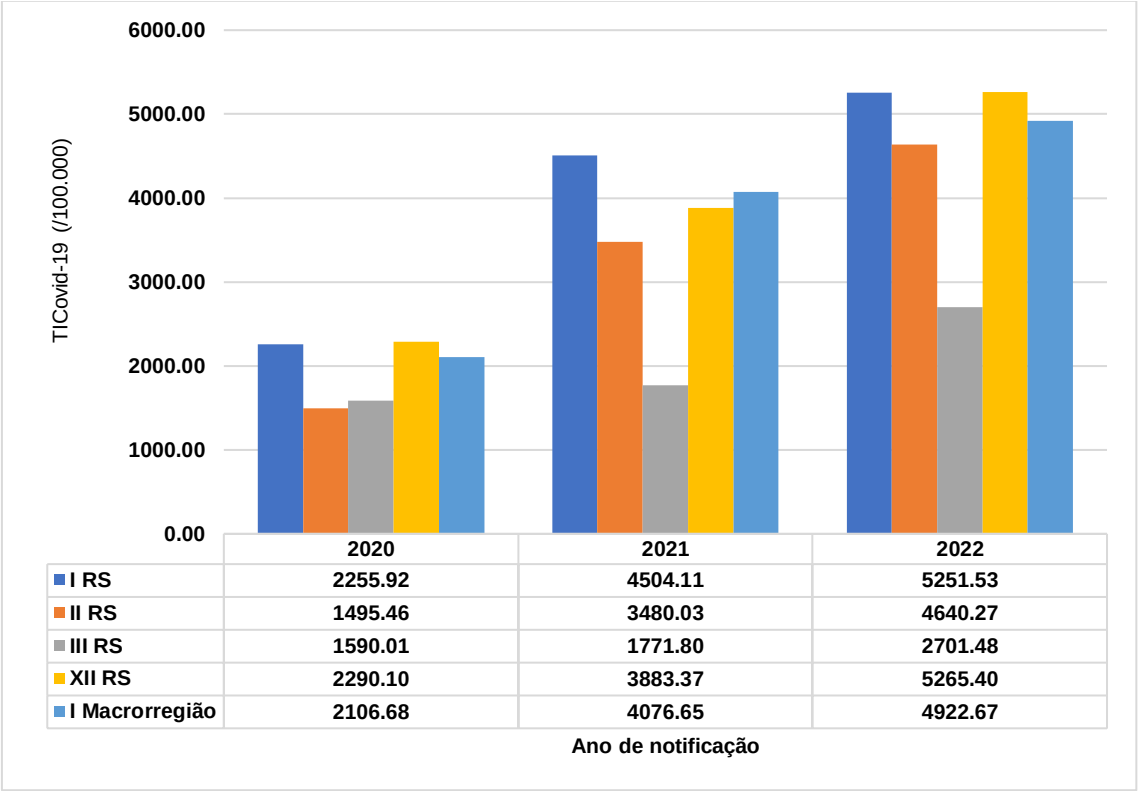
Ano de notificação

Fontes: IBGE/Projeções demográficas preliminares (2012 a 2021) e IBGE/Censo Demográfico (2022). Ministério da Saúde/SVSA - Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan Net.

## Covid-19

A pandemia COVID-19 afetou o Brasil de forma severa, resultando em mais de 700 mil mortes, produzindo impactos no Sistema de Saúde e em toda sociedade brasileira, em relação a taxa de incidência da doença na I macrorregião podemos observar que houve aumento no decorrer dos três anos de pandemia, entre as Regiões o destaque é a XII que obteve a maior taxa em dois dos três anos da análise, em contrapartida, a III Região registrou as menores taxas em dois dos três anos analisados.

Figura 24 - Taxa de incidência de Covid-19 (por 100 mil habitantes), por ano, segundo região de saúde e I Macrorregião, 2012 a 2022.




| | 2020 | 2021 | 2022 |
|---|---|---|---|
| I RS | 2255.92 | 4504.11 | 5251.53 |
| II RS | 1495.46 | 3480.03 | 4640.27 |
| III RS | 1590.01 | 1771.80 | 2701.48 |
| XII RS | 2290.10 | 3883.37 | 5265.40 |
| I Macrorregião | 2106.68 | 4076.65 | 4922.67 |

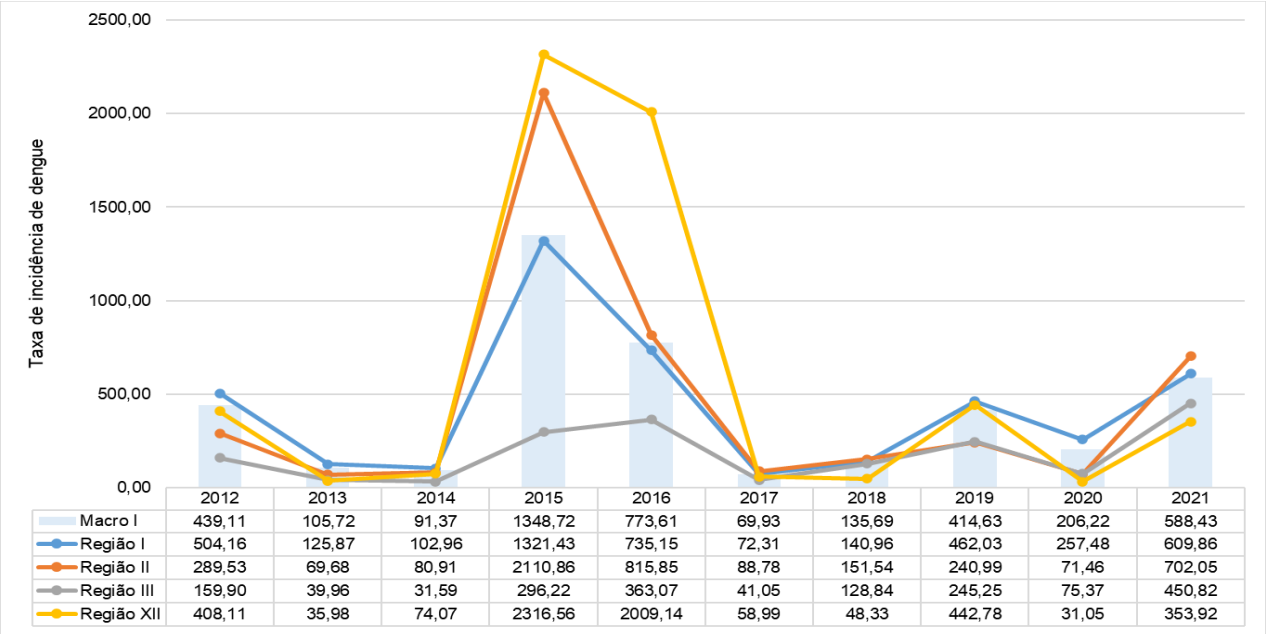
Fontes: IBGE/Projeções demográficas preliminares (2012 a 2021) e IBGE/Censo Demográfico (2022). Ministério da Saúde. Dados atualizados até 23/05/2024.

## Arboviroes

## Dengue

A análise da Figura 25 demonstra a importância de considerar o indicador de taxa de incidência para comparar dados de Regiões diferentes com populações diferentes, apesar da XII e da II possuírem as menores populações da I Macrorregião apresentaram as maiores taxas de incidência de dengue em alguns anos da amostra, com destaque para o período de 2015 a 2016 que Pernambuco registrou epidemia de arboviroses dentre elas a dengue.

Figura 25 - Taxa de detecção da Dengue a partir dos casos notificados, por região de saúde, entre 2012 e 2021.



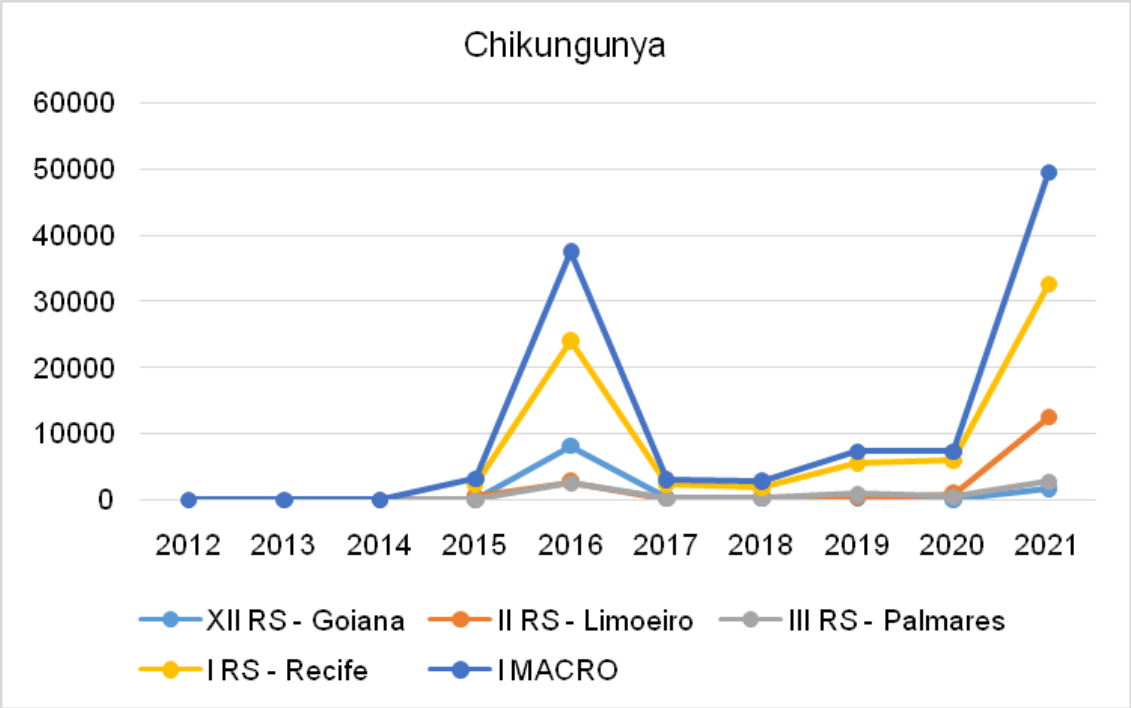

| | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Macro I | 439,11 | 105,72 | 91,37 | 1348,72 | 773,61 | 69,93 | 135,69 | 414,63 | 206,22 | 588,43 |
| Região I | 504,16 | 125,87 | 102,96 | 1321,43 | 735,15 | 72,31 | 140,96 | 462,03 | 257,48 | 609,86 |
| Região II | 289,53 | 69,68 | 80,91 | 2110,86 | 815,85 | 88,78 | 151,54 | 240,99 | 71,46 | 702,05 |
| Região III | 159,90 | 39,96 | 31,59 | 296,22 | 363,07 | 41,05 | 128,84 | 245,25 | 75,37 | 450,82 |
| Região XII | 408,11 | 35,98 | 74,07 | 2316,56 | 2009,14 | 58,99 | 48,33 | 442,78 | 31,05 | 353,92 |

Fonte: Ministério da Saúde/SVSA - Sistema de Informação de Agravos de Notificação Sinan Net, 2024.

## Febre de Chikungunya

A Chikungunya possui o mesmo padrão de sazonalidade anual, mesmo que as arboviroses sejam consideradas doenças endêmicas no estado de Pernambuco ambas apresentaram uma epidemia relevante no ano de 2016, vale destacar que neste ano a XII Região foi a segunda maior em taxa de detecção de Chikungunya, atrás apenas da I Região que foi a maior notificadora da I Macrorregião na maior parte dos anos da amostra, em 2021 houve um novo aumento exponencial na detecção dos casos, sobretudo na I, II e XII Regiões.

Figura 26 - Taxa de detecção da Chikungunya a partir dos casos notificados, por região de saúde, entre 2012 e 2021.

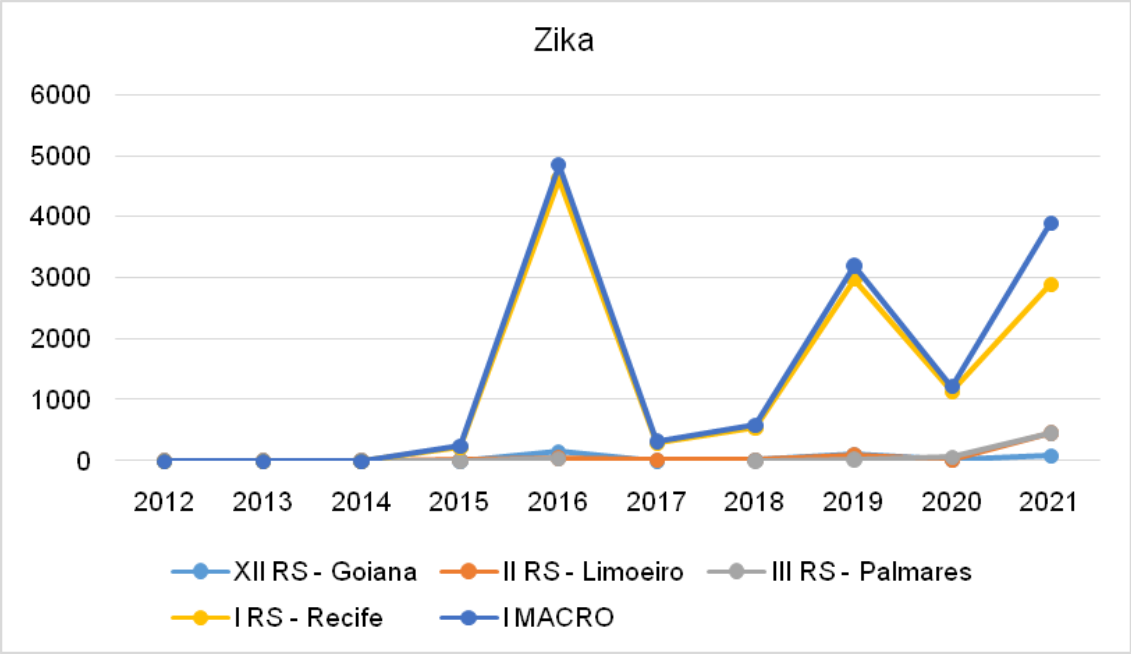



Fonte: Ministério da Saúde/SVSA - Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan Net, 2024.

**Doença aguda pelo vírus Zika**

A Zika é a doença de menor registro de notificação comparada às demais arboviroses, a Figura 27 revela que a I Região registrou taxa de detecção consideravelmente mais elevada na maior parte dos anos da amostra, que foi determinante para a variação da taxa de detecção de toda a I Macrorregião, ressaltando o ano de 2016 que foi acometido por epidemia de Zika, além da síndrome congênita do Zika vírus, caracterizada por microcefalia em crianças relacionada à infecção por Zika das mães na gestação.

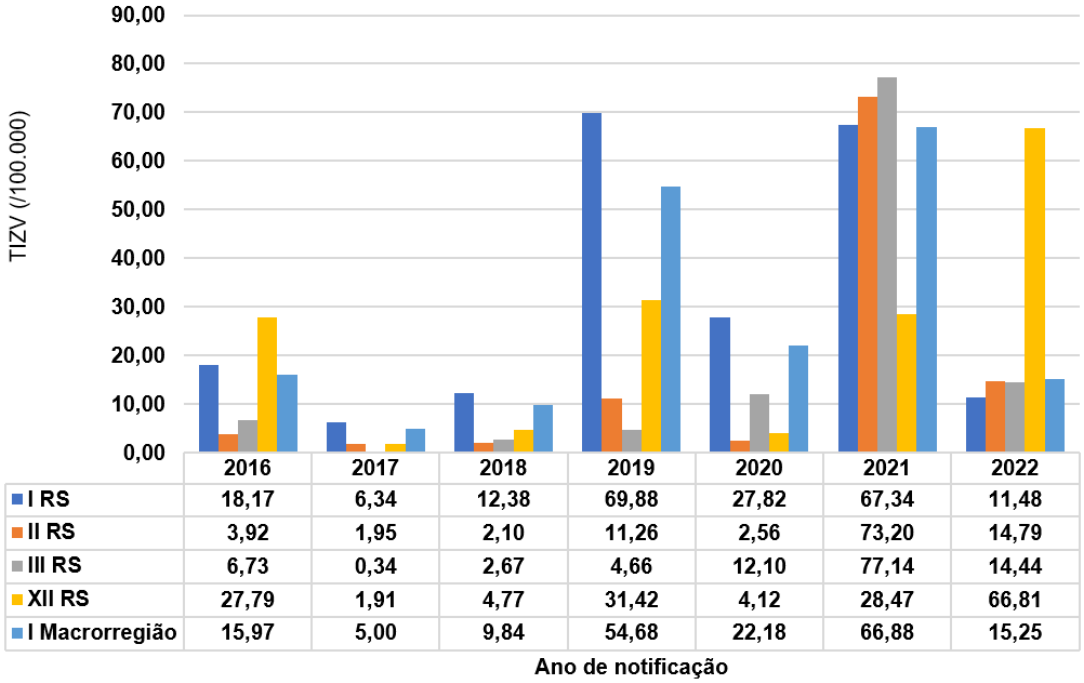
Figura 27 - Taxa de detecção da Zika a partir dos casos notificados, por região de saúde, entre 2012 e 2021.




Fonte: Ministério da Saúde/SVSA - Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan Net, 2024.

A taxa de incidência de Zika Vírus entre 2016 e 2021 demonstra um aumento relevante no ano de 2021 onde todas as Regiões apresentaram taxas maiores que nos demais anos do período analisado, com destaque para a III Região que em 2021 apresentou a maior taxa dentre todas registradas na amostra (77,14), já a XII Região em 2022 apresentou com uma taxa superior à taxa das demais regiões e da macrorregião somadas no mesmo ano.

Figura 28 - Taxa de incidência de Zika Vírus (por 100 mil habitantes), por ano, segundo região de saúde e I Macrorregião, 2016 a 2022.




| | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| I RS | 18,17 | 6,34 | 12,38 | 69,88 | 27,82 | 67,34 | 11,48 |
| II RS | 3,92 | 1,95 | 2,10 | 11,26 | 2,56 | 73,20 | 14,79 |
| III RS | 6,73 | 0,34 | 2,67 | 4,66 | 12,10 | 77,14 | 14,44 |
| XII RS | 27,79 | 1,91 | 4,77 | 31,42 | 4,12 | 28,47 | 66,81 |
| I Macrorregião | 15,97 | 5,00 | 9,84 | 54,68 | 22,18 | 66,88 | 15,25 |

Fontes: IBGE/Projeções demográficas preliminares (2016 a 2021) e IBGE/Censo Demográfico (2022). Ministério da Saúde/SVSA - Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan Net.

A Tabela 14 demonstra os números absolutos e em percentual dos casos notificados de Zika Vírus, onde é possível observar os números consideravelmente mais elevados no ano de 2021.

Tabela 14 - Número absoluto e percentagem de casos notificados de Zika Vírus, por ano, segundo região de saúde e I Macrorregião, 2016 a 2022.

| Região de Saúde (CIR) | 2016 | | 2017 | | 2018 | | 2019 | | 2020 | | 2021 | | 2022 | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | n | (%) | n | (%) | n | (%) | n | (%) | n | (%) | N | (%) | n | (%) |
| I RS | 758 | 83,39 | 266 | 93,01 | 521 | 92,21 | 2959 | 93,76 | 1185 | 92,07 | 2885 | 73,94 | 454 | 55,84 |
| II RS | 24 | 2,64 | 12 | 4,20 | 13 | 2,30 | 70 | 2,22 | 16 | 1,24 | 460 | 11,79 | 75 | 9,23 |
| III RS | 40 | 4,40 | 2 | 0,70 | 16 | 2,83 | 28 | 0,89 | 73 | 5,67 | 467 | 11,97 | 82 | 10,09 |
| XII RS | 87 | 9,57 | 6 | 2,10 | 15 | 2,65 | 99 | 3,14 | 13 | 1,01 | 90 | 2,31 | 202 | 24,85 |
| I Macrorregião | **909** | **100** | **286** | **100** | **565** | **100** | **3156** | **100** | **1287** | **100** | **3902** | **100** | **813** | **100** |

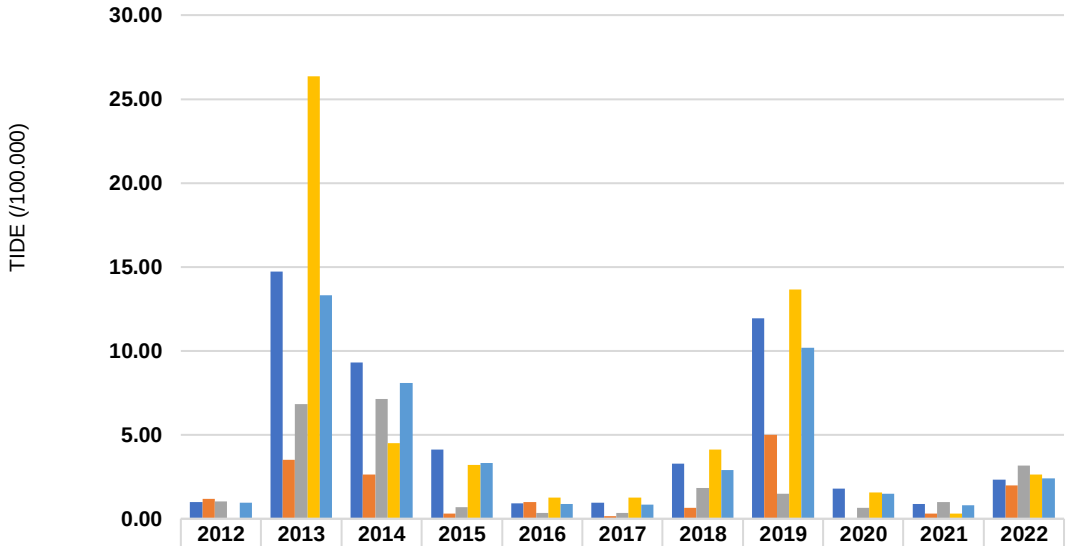
Fontes: IBGE/Projeções demográficas preliminares (2016 a 2021) e IBGE/Censo Demográfico (2022). Ministério da Saúde/SVSA - Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan Net.

**Doenças Imunopreveníveis**

**Doenças Exantemáticas: a. Sarampo b. Rubéola**

Observando os dados da incidência de doenças exantemáticas por 100 mil habitantes presentes na Figura 29, destaca-se que nas diferentes regiões de saúde e na macrorregião I ao longo dos anos de 2012 a 2022, algumas tendências emergem. Notavelmente, a II Região de Saúde exibiu uma diminuição constante na incidência dessas doenças, especialmente a partir de 2014, após um pico em 2013, onde alcançou 3,50 casos por 100 mil habitantes, caindo para 0,32 em 2021. Em contraste, a XII Região de Saúde registrou um aumento significativo em 2013, atingindo 26,34 casos por 100 mil habitantes, seguido por flutuações ao longo dos anos seguintes, sugerindo desafios contínuos no controle dessas doenças nessa área específica. No entanto, apesar das variações interanuais, parece haver uma tendência geral de redução nas taxas de incidência em todas as regiões após 2014, possivelmente refletindo esforços de intervenção e programas de prevenção mais eficazes.

Figura 29 - Taxa de incidência de Doenças Exantemáticas (por 100 mil habitantes), por ano, segundo região de saúde e I Macrorregião, 2012 a 2022.



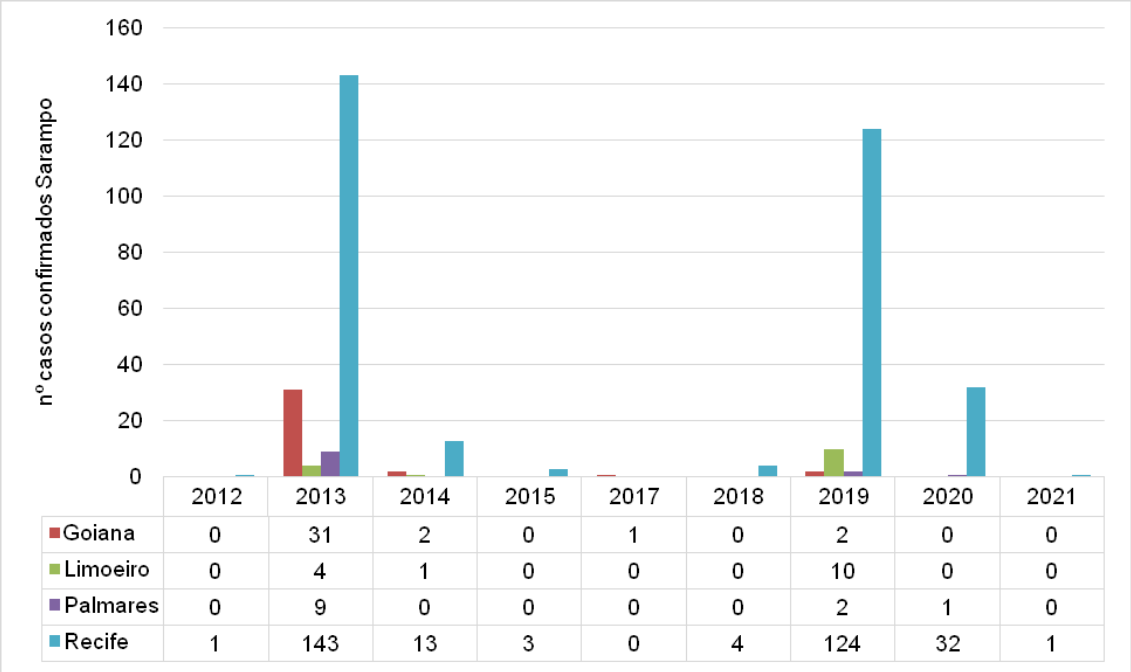

| | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| I RS | 0.98 | 14.71 | 9.30 | 4.13 | 0.91 | 0.98 | 3.28 | 11.93 | 1.81 | 0.89 | 2.33 |
| II RS | 1.20 | 3.50 | 2.65 | 0.33 | 0.98 | 0.16 | 0.65 | 4.99 | 0.00 | 0.32 | 1.97 |
| III RS | 1.05 | 6.81 | 7.12 | 0.68 | 0.34 | 0.34 | 1.84 | 1.50 | 0.66 | 0.99 | 3.17 |
| XII RS | 0.00 | 26.34 | 4.49 | 3.20 | 1.28 | 1.28 | 4.13 | 13.65 | 1.58 | 0.32 | 2.65 |
| I Macrorregião | 0.96 | 13.32 | 8.09 | 3.31 | 0.88 | 0.84 | 2.89 | 10.19 | 1.48 | 0.81 | 2.40 |

Ano de notificação

Fontes: IBGE/Projeções demográficas preliminares (2012 a 2021) e IBGE/Censo Demográfico (2022). Ministério da Saúde/SVSA - Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan Net.

Ao longo dos anos, as Regiões de Saúde I, II, III e XII, apresentaram 321, 15, 27 e 36 casos confirmados de sarampo, respectivamente. Vale ressaltar os anos de 2013 e 2019, onde essas regiões registraram um aumento de casos confirmados fora do habitual. É relevante destacar a necessidade de realizar capacitação das equipes de profissionais de saúde para detecção precoce e bloqueio vacinal seletivo de todos os pacientes e profissionais dos serviços de saúde que tiveram contato com a pessoa que esteja com suspeita ou diagnóstico de sarampo, incluindo setores de internação do caso suspeito/confirmado de sarampo ou, a depender da situação, a atualização da caderneta de vacinação de todos os profissionais do serviço de saúde.

Figura 30 - Quantidade de casos confirmados de Sarampo, I Macrorregião PE, 2012-2021.

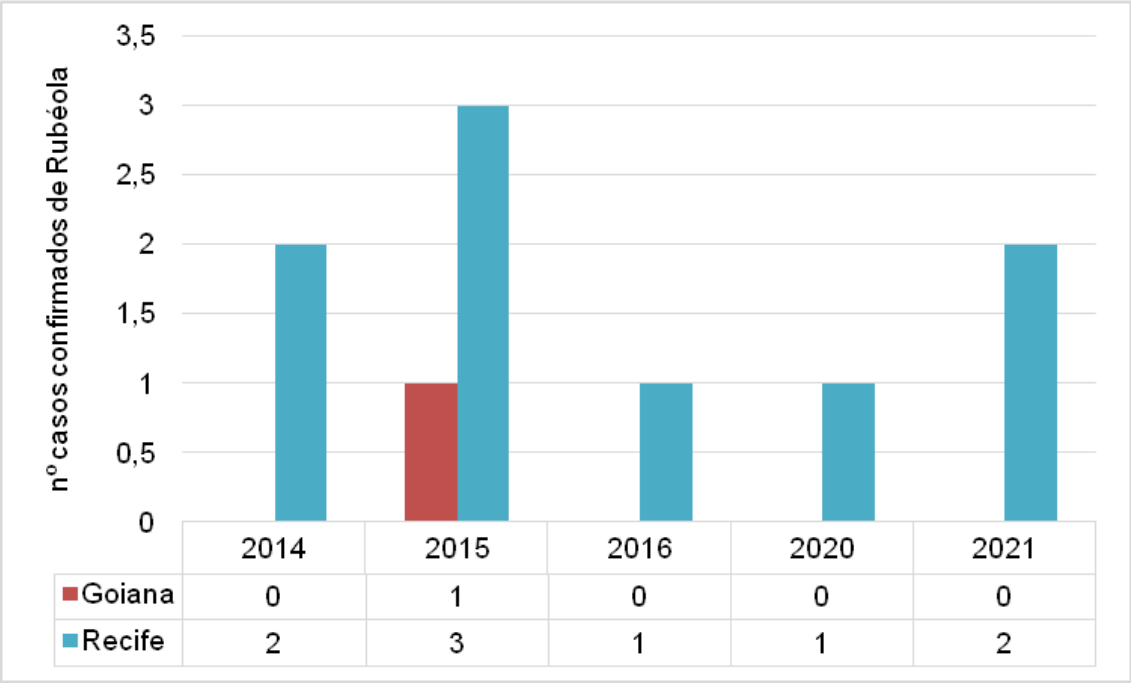



| | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Goiana | 0 | 31 | 2 | 0 | 1 | 0 | 2 | 0 | 0 |
| Limoeiro | 0 | 4 | 1 | 0 | 0 | 0 | 10 | 0 | 0 |
| Palmares | 0 | 9 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 1 | 0 |
| Recife | 1 | 143 | 13 | 3 | 0 | 4 | 124 | 32 | 1 |

Fonte: Ministério da Saúde/SVSA - Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan Net, 2024.

No período de 2012 a 2021, apenas as regiões de saúde I e XII registraram casos confirmados de rubéola, 9 e 1, respectivamente. É estabelecida a meta de 95% de cobertura vacinal, de forma homogênea, em todos os municípios brasileiros, o que reduz a possibilidade da ocorrência da rubéola e permite a sustentabilidade da eliminação da transmissão do vírus. Para avaliar e monitorar essa cobertura no âmbito local, o monitoramento rápido de cobertura deve ser realizado de forma sistemática, com articulação entre as equipes de vigilância epidemiológica e imunizações, estratégia saúde da família e agentes comunitários de saúde.

Figura 31 - Quantidade de casos confirmados de Rubéola, I Macrorregião PE, 2012-2021.

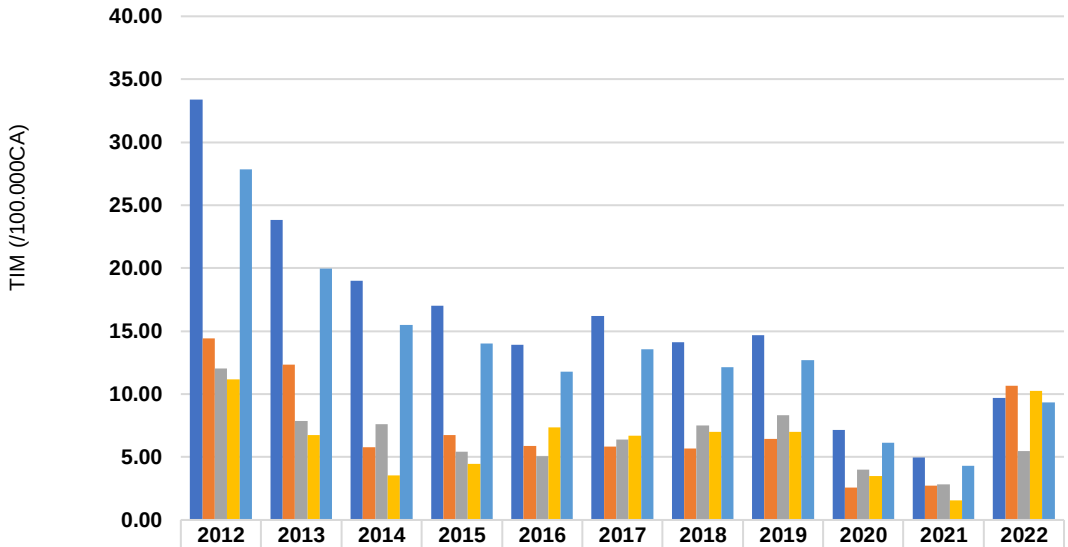



Fonte: Ministério da Saúde/SVSA - Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan Net, 2024.

**Doença Meningocócica e outras meningites**

A taxa de incidência de Meningite na I macrorregião sofreu diminuição gradativa ao longo dos anos analisados, voltando a ter aumento discreto no ano de 2022, em comparação com as taxas registradas em 2021.

Figura 32 - Taxa de Incidência de Meningite (por 100 mil habitantes), por ano, segundo região de saúde e I Macrorregião, 2012 a 2022.




| | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| I RS | 33.39 | 23.83 | 18.97 | 17.03 | 13.93 | 16.20 | 14.11 | 14.69 | 7.16 | 4.97 | 9.68 |
| II RS | 14.41 | 12.32 | 5.79 | 6.74 | 5.88 | 5.84 | 5.67 | 6.44 | 2.56 | 2.71 | 10.65 |
| III RS | 12.03 | 7.84 | 7.63 | 5.40 | 5.05 | 6.37 | 7.52 | 8.32 | 3.98 | 2.81 | 5.46 |
| XII RS | 11.18 | 6.75 | 3.53 | 4.48 | 7.35 | 6.70 | 7.00 | 6.98 | 3.49 | 1.58 | 10.25 |
| I Macrorregião | 27.85 | 19.96 | 15.51 | 14.02 | 11.77 | 13.54 | 12.13 | 12.72 | 6.13 | 4.32 | 9.36 |

Ano de notificação

Fontes: IBGE/Projeções demográficas preliminares (2012 a 2021) e IBGE/Censo Demográfico (2022). Ministério da Saúde/SVSA - Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan Net.

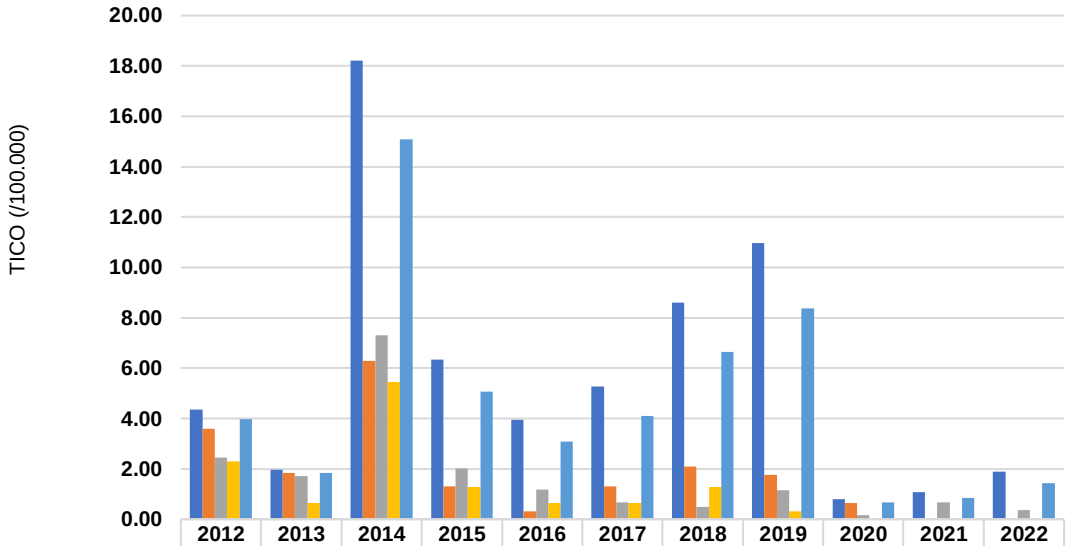
## Coqueluche

No período de 2020 a 2022, a I Macrorregião de Saúde apresentou uma redução significativa na taxa de incidência de Coqueluche. No entanto, a VII Região registrou novos casos da doença nesse mesmo período. Por outro lado, as regiões de saúde II e III experimentaram uma diminuição significativa nas taxas de incidência. Para continuar reduzindo os casos de Coqueluche, é crucial desenvolver estratégias que fortaleçam a educação em saúde, com foco específico no combate às doenças transmissíveis.

Além disso, é importante incentivar e capacitar os agentes comunitários de saúde para realizar uma busca ativa de crianças no território, a fim de garantir sua imunização. Isso contribuirá para fortalecer o vínculo entre a estratégia de

saúde da família e a população a ela vinculada. Vale ressaltar que há uma subnotificação das doenças tropicais negligenciadas e que afetam principalmente as populações mais pobres. Essa subnotificação pode ser uma das razões para a baixa notificação de casos de Coqueluche.

Figura 33 - Taxa de incidência de Coqueluche (por 100 mil habitantes), por ano, segundo região de saúde e I Macrorregião, 2012 a 2022.




| | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| I RS | 4.36 | 1.96 | 18.22 | 6.35 | 3.95 | 5.26 | 8.60 | 10.96 | 0.80 | 1.07 | 1.90 |
| II RS | 3.60 | 1.83 | 6.28 | 1.31 | 0.33 | 1.30 | 2.10 | 1.77 | 0.64 | 0.00 | 0.00 |
| III RS | 2.44 | 1.70 | 7.29 | 2.03 | 1.18 | 0.67 | 0.50 | 1.17 | 0.17 | 0.66 | 0.35 |
| XII RS | 2.30 | 0.64 | 5.45 | 1.28 | 0.64 | 0.64 | 1.27 | 0.32 | 0.00 | 0.00 | 0.00 |
| I Macrorregião | 3.96 | 1.84 | 15.08 | 5.07 | 3.09 | 4.10 | 6.66 | 8.37 | 0.67 | 0.86 | 1.44 |

Fontes: IBGE/Projeções demográficas preliminares (2012 a 2021) e IBGE/Censo Demográfico (2022). Ministério da Saúde/SVSA - Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan Net.

Os Eventos de Saúde Pública (ESP) que se constitua ameaça à saúde pública citados a seguir, no período de 2012 a 2022, não foram identificados na base de dados de informações de saúde: Poliomielite por poliovírus selvagem; Doenças com suspeita de disseminação intencional: Antraz pneumônico; Tularemia; Doenças febris hemorrágicas emergentes/ reemergentes: Arenavírus; Ebola; Marburg; Lassa; Febre purpúrica brasileira; Doença de Creutzfeldt-Jakob (DCJ); Botulismo; Cólera; Febre do Nilo Ocidental e outras

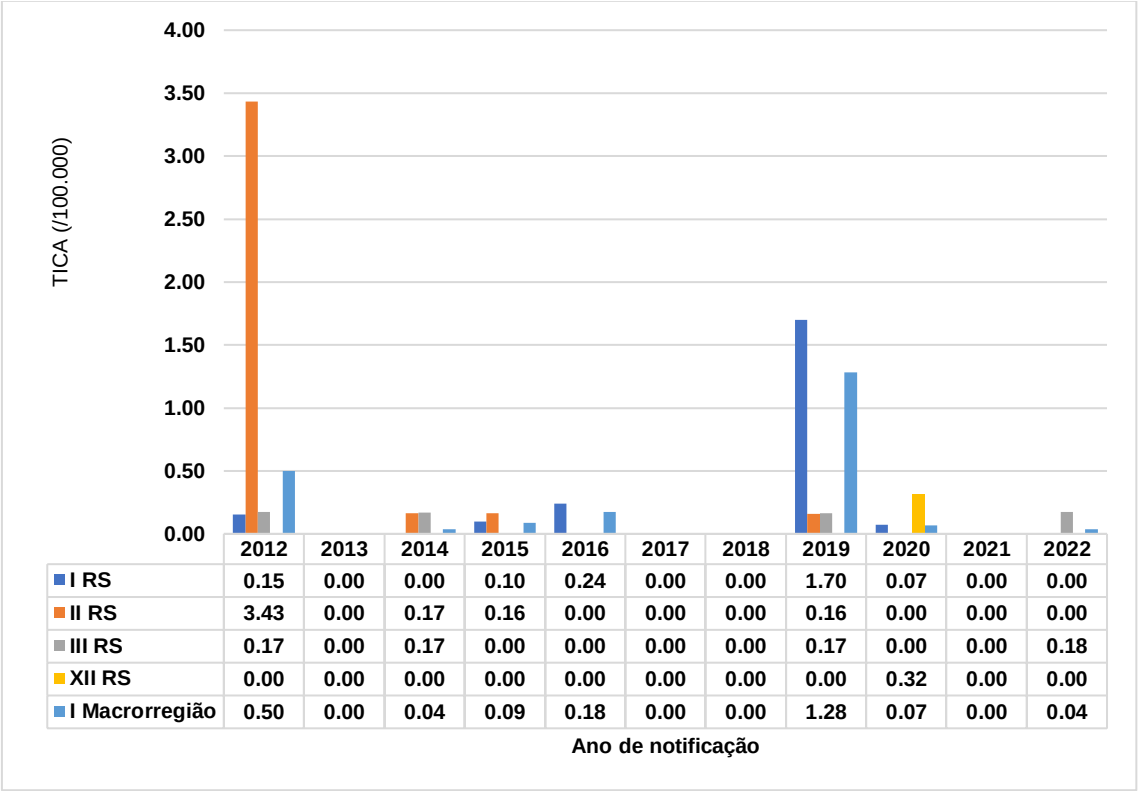
arboviroses de importância em saúde pública; Febre Maculosa e outras Riquetisioses; Febre Tifoide; Hantavirose; Monkeypox (varíola dos macacos); Peste e Eventos adversos graves ou óbitos pós-vacinação.

**Doenças Negligenciadas**

**Doença de Chagas Aguda e Crônica**

De 2012 a 2022, a I Região de Saúde registrou casos de doença de chagas aguda, no total 10 casos em 2016 e 72 casos em 2019. O cuidado adequado das pessoas infectadas por *T. cruzi* é considerado uma ação estratégica essencial para o controle integral da DC, direcionada para seu objetivo final de controle como um problema de saúde pública. A prevenção da DC está intimamente relacionada à forma de transmissão. Para a transmissão vetorial, é imprescindível instituir práticas de manejo sustentável do ambiente, de higiene, e medidas corretivas em locais com infestação e melhoria nas condições de moradia. Os casos da Doença de Chagas Crônica não são registrados no Sinan.

Figura 34 - Taxa de incidência de Chagas Aguda (por 100 mil habitantes), por ano, segundo região de saúde e I Macrorregião, 2012 a 2022.



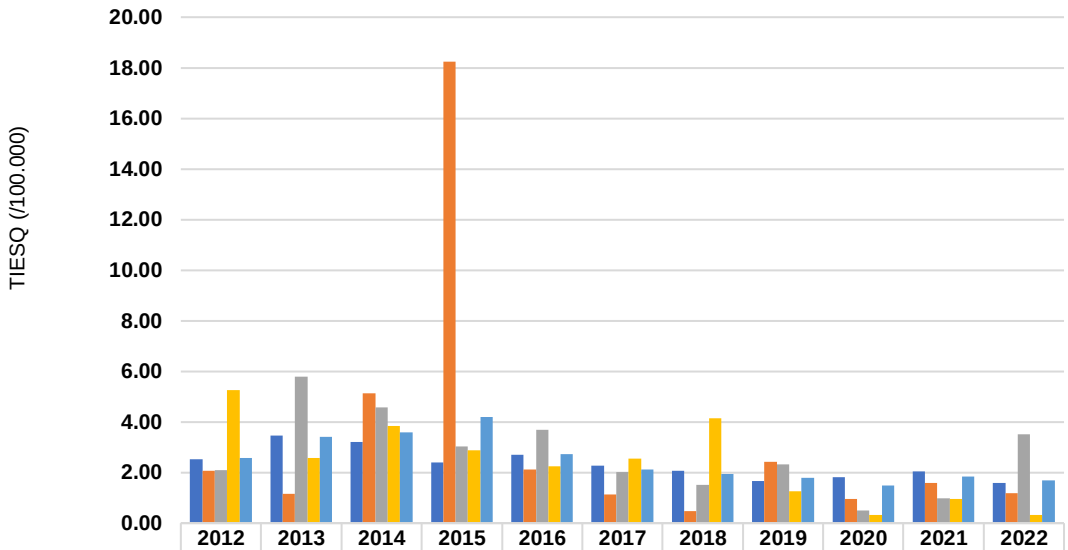

| | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| I RS | 0.15 | 0.00 | 0.00 | 0.10 | 0.24 | 0.00 | 0.00 | 1.70 | 0.07 | 0.00 | 0.00 |
| II RS | 3.43 | 0.00 | 0.17 | 0.16 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.16 | 0.00 | 0.00 | 0.00 |
| III RS | 0.17 | 0.00 | 0.17 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.17 | 0.00 | 0.00 | 0.18 |
| XII RS | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.32 | 0.00 | 0.00 |
| I Macrorregião | 0.50 | 0.00 | 0.04 | 0.09 | 0.18 | 0.00 | 0.00 | 1.28 | 0.07 | 0.00 | 0.04 |

Fontes: IBGE/Projeções demográficas preliminares (2012 a 2021) e IBGE/Censo Demográfico (2022). Ministério da Saúde/SVSA - Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan Net.

## Esquistossomose

De acordo com os dados obtidos do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), ao longo dos anos, foi observada uma estabilidade na taxa de incidência de Esquistossomose. As demais Regiões de Saúde apresentaram variações mínimas entre os anos, com exceção da II Região de Saúde, que registrou uma taxa de incidência de 18,24 (111 casos) em 2015.

Figura 35 - Taxa de incidência de Esquistossomose (por 100 mil habitantes), por ano, segundo região de saúde e I Macrorregião, 2012 a 2022.




| | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| I RS | 2.52 | 3.45 | 3.21 | 2.39 | 2.71 | 2.26 | 2.07 | 1.65 | 1.81 | 2.05 | 1.59 |
| II RS | 2.06 | 1.17 | 5.13 | 18.24 | 2.12 | 1.14 | 0.49 | 2.41 | 0.96 | 1.59 | 1.18 |
| III RS | 2.09 | 5.79 | 4.58 | 3.04 | 3.70 | 2.01 | 1.50 | 2.33 | 0.50 | 0.99 | 3.52 |
| XII RS | 5.26 | 2.57 | 3.85 | 2.88 | 2.24 | 2.55 | 4.13 | 1.27 | 0.32 | 0.95 | 0.33 |
| I Macrorregião | 2.58 | 3.40 | 3.59 | 4.19 | 2.72 | 2.13 | 1.95 | 1.78 | 1.50 | 1.83 | 1.69 |

Fontes: IBGE/Projeções demográficas preliminares (2012 a 2021) e IBGE/Censo Demográfico (2022). Ministério da Saúde/SVSA - Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan Net.

A Esquistossomose é uma doença que está intimamente relacionada aos determinantes sociais da saúde, como fatores biológicos, sociais, econômicos, ambientais, políticos e culturais. Esses determinantes contribuem para a formação de quadros endêmicos específicos da doença. Portanto, o enfrentamento da Esquistossomose deve ser realizado de forma integral e intersetorial, fortalecendo as redes de atenção à saúde.

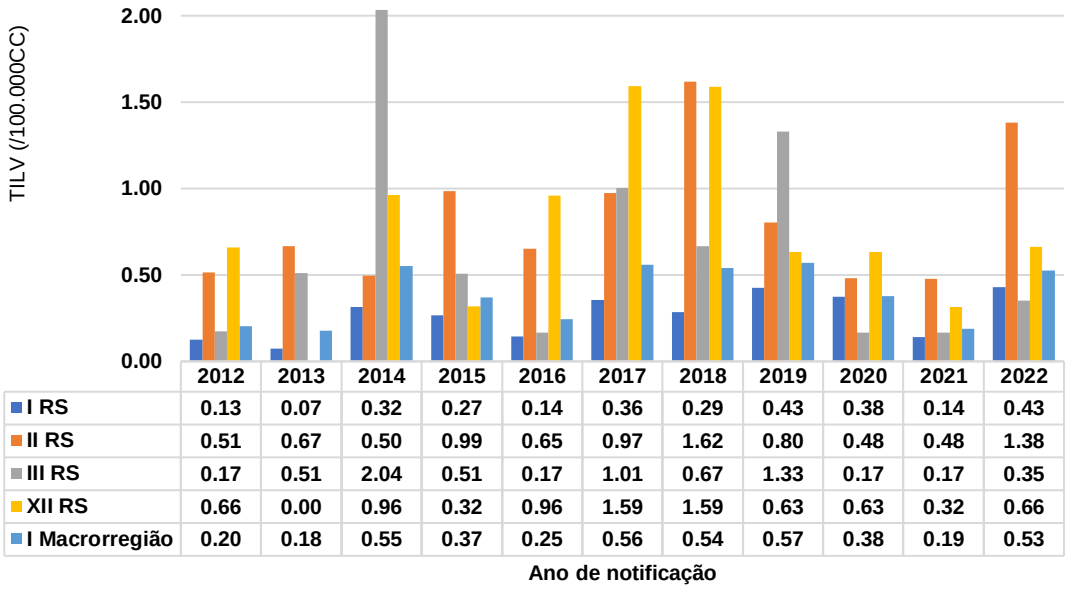
Nesse sentido, é necessário enfatizar a importância da educação em saúde, por meio do Programa Saúde na Escola, para disseminar informações sobre a doença e suas medidas de prevenção. Além disso, é fundamental investir em estratégias de diagnóstico precoce e tratamento adequado, com o objetivo de controlar a disseminação da Esquistossomose.

**Leishmaniose Visceral e Tegumentar Americana**

Com relação aos casos notificados e confirmados de Leishmaniose Visceral, todas as regiões de Saúde de Pernambuco apresentaram oscilações entre os anos. No entanto, a I Região acumulou um total de 122 casos no período de 2012 a 2022. As Regiões de Saúde II, III e XII registraram um total acumulado de 54, 42 e 26 casos, respectivamente.

A Leishmaniose Visceral é uma doença parasitária, sistêmica, crônica e potencialmente fatal para os seres humanos. Os cães atuam como reservatórios no ambiente urbano, enquanto as raposas e os marsupiais são os reservatórios no ambiente silvestre. É uma doença de grande importância em saúde pública, sendo necessário adotar medidas de controle e prevenção para reduzir a sua incidência e impacto na população.

Figura 36 - Taxa de incidência de Leishmaniose Visceral (por 100 mil habitantes), por ano, segundo região de saúde e I Macrorregião, 2012 a 2022.

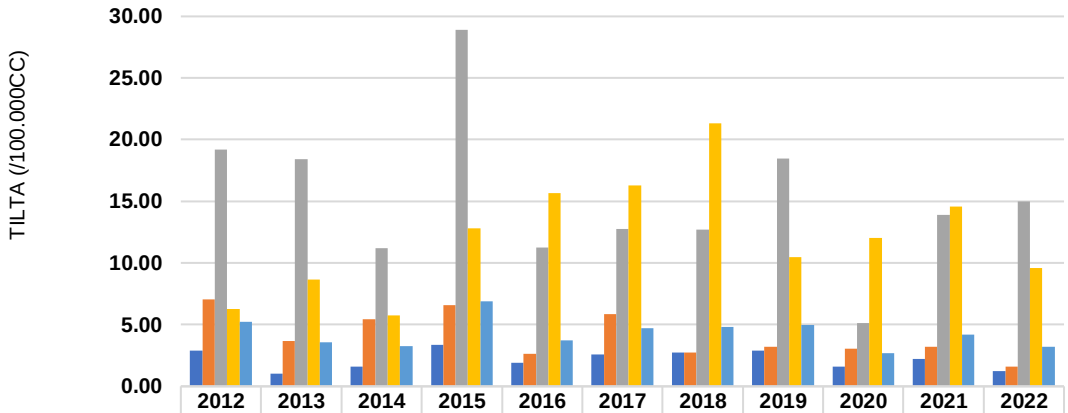



| | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| I RS | 0.13 | 0.07 | 0.32 | 0.27 | 0.14 | 0.36 | 0.29 | 0.43 | 0.38 | 0.14 | 0.43 |
| II RS | 0.51 | 0.67 | 0.50 | 0.99 | 0.65 | 0.97 | 1.62 | 0.80 | 0.48 | 0.48 | 1.38 |
| III RS | 0.17 | 0.51 | 2.04 | 0.51 | 0.17 | 1.01 | 0.67 | 1.33 | 0.17 | 0.17 | 0.35 |
| XII RS | 0.66 | 0.00 | 0.96 | 0.32 | 0.96 | 1.59 | 1.59 | 0.63 | 0.63 | 0.32 | 0.66 |
| I Macrorregião | 0.20 | 0.18 | 0.55 | 0.37 | 0.25 | 0.56 | 0.54 | 0.57 | 0.38 | 0.19 | 0.53 |

Fontes: IBGE/Projeções demográficas preliminares (2012 a 2021) e IBGE/Censo Demográfico (2022). Ministério da Saúde/SVSA - Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan Net. Nota: CC = Casos Confirmados.

Ao analisar a Leishmaniose Tegumentar Americana (LTA) no recorte temporal, é possível verificar que as regiões de saúde III e VII apresentam respectivamente as maiores taxas de incidência na I Macrorregião de Saúde. Em seguida, a II região e, posteriormente, a I. É importante destacar que todas as regiões de saúde da I Macrorregião de Saúde apresentam oscilações no período analisado. A LTA é uma doença negligenciada que afeta principalmente populações vulneráveis socioeconomicamente, expostas a condições precárias de moradia e mobilidade, analfabetismo, deficiências no sistema imunológico e desnutrição. Devido a esses fatores, não é possível inferir um aumento ou diminuição definitiva da doença.

Figura 37 - Taxa de incidência de Leishmaniose Tegumentar Americana (LTA) (por 100 mil habitantes), por ano, segundo região de saúde e I Macrorregião, 2012 a 2022.




| | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| I RS | 2.90 | 1.03 | 1.60 | 3.35 | 1.89 | 2.57 | 2.73 | 2.88 | 1.60 | 2.22 | 1.24 |
| II RS | 7.03 | 3.66 | 5.46 | 6.57 | 2.61 | 5.84 | 2.75 | 3.22 | 3.04 | 3.18 | 1.58 |
| III RS | 19.19 | 18.40 | 11.19 | 28.88 | 11.27 | 12.73 | 12.70 | 18.47 | 5.14 | 13.88 | 14.97 |
| XII RS | 6.25 | 8.67 | 5.77 | 12.80 | 15.65 | 16.26 | 21.30 | 10.47 | 12.04 | 14.55 | 9.59 |
| I Macrorregião | 5.25 | 3.56 | 3.25 | 6.89 | 3.71 | 4.73 | 4.79 | 4.96 | 2.69 | 4.20 | 3.21 |

Ano de notificação

Fontes: IBGE/Projeções demográficas preliminares (2012 a 2021) e IBGE/Censo Demográfico (2022). Ministério da Saúde/SVSA - Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan Net. Nota: CC = Casos Confirmados.

A ausência de investimentos amplos em ações educativas, diagnóstico precoce e monitoramento ativo são questões que potencializam o impacto negativo dessa doença na população. É fundamental adotar medidas efetivas para combater a LTA, promovendo a conscientização, o diagnóstico precoce e a implementação de estratégias de controle, visando reduzir a incidência e o impacto da doença na população afetada.

Para o enfrentamento desta antropozoonose é necessário realizar de forma oportuna o diagnóstico e o tratamento adequado dos casos humanos, diminuindo os riscos de transmissão mediante a redução do contato do vetor com os hospedeiros suscetíveis, bem como as fontes de infecção para o vetor e promovendo ações de educação em saúde e mobilização social.

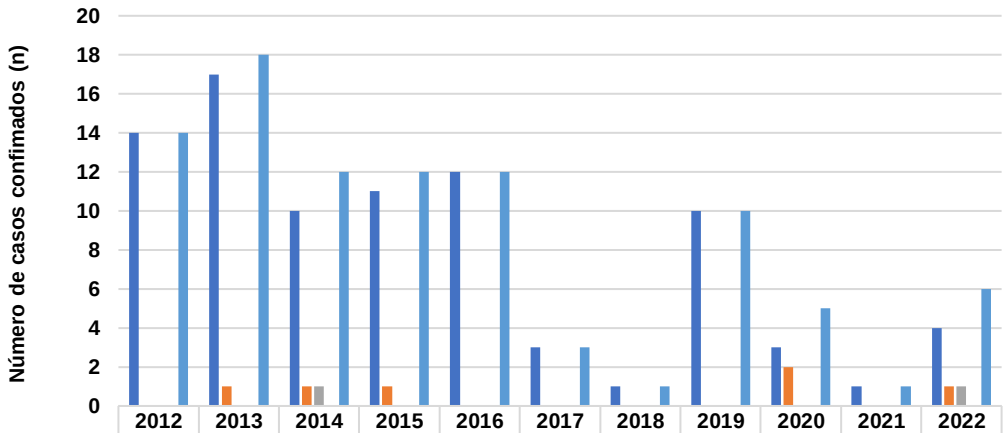
**Malária na região amazônica e Malária na região extra-Amazônica**

A I Região de Saúde possui casos confirmados da Malária, no período, provavelmente devido à vegetação do tipo floresta tropical que está em torno desta região e, que influencia fortemente a densidade vetorial. A II Região de saúde, entre 2013 e 2022, registrou 5 casos. Já a III regional registrou apenas 2 casos, em 2014 e 2022, respectivamente. A XII região não registrou casos no período mencionado.

Em região extra-amazônica a malária é uma doença de notificação compulsória imediata, portanto todo caso suspeito deve ser notificado às autoridades de saúde em até 24 horas, pelo meio mais rápido disponível. A notificação também deve ser registrada no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN).

Além disso, devem ser realizadas ações integradas com a Atenção Primária à Saúde em âmbito individual e coletivo, considerando as especificidades dos territórios, a partir das estratégias de promoção, de prevenção, de proteção, de diagnóstico, de tratamento, de reabilitação, de redução de danos, de cuidados paliativos e vigilância em saúde, na perspectiva do conceito ampliado de saúde e dos condicionantes e Determinantes Sociais da Saúde (DSS).

Figura 38 - Número de casos confirmados e notificados de Malária, por ano, segundo Região de Saúde e I Macrorregião, 2012 a 2022.




| | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| I RS | 14 | 17 | 10 | 11 | 12 | 3 | 1 | 10 | 3 | 1 | 4 |
| II RS | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 0 | 1 |
| III RS | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| XII RS | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| I Macrorregião | 14 | 18 | 12 | 12 | 12 | 3 | 1 | 10 | 5 | 1 | 6 |

Fonte: Ministério da Saúde/SVSA - Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan Net, 2024.

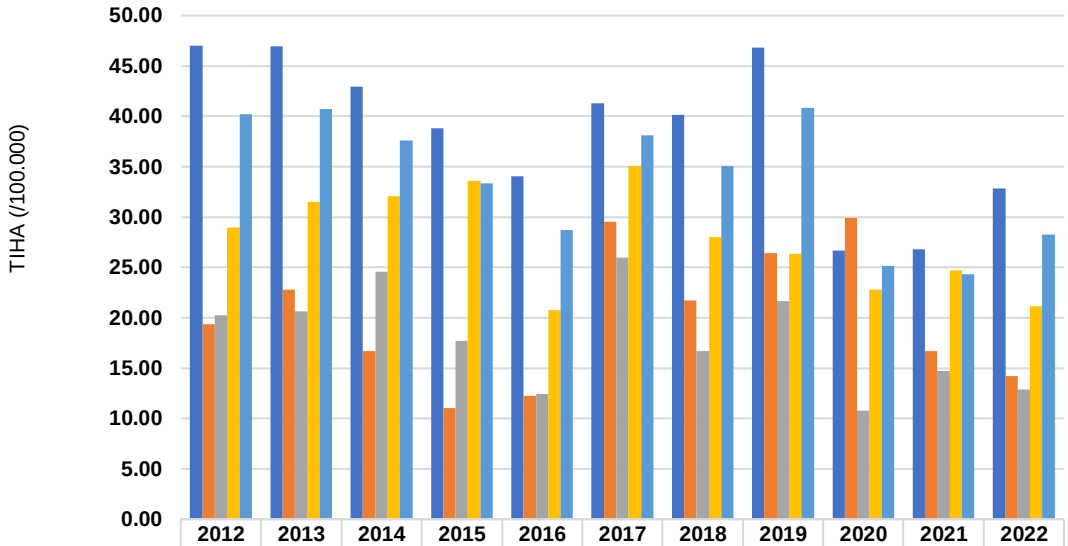
## Hanseníase

A taxa de incidência de Hanseníase na I macrorregião diminuiu gradativamente no período analisado, reduzindo de 40,22 em 2012 para 28,28 2022, a I Região foi a que apresentou a maior taxa de incidência comparada as demais Regiões em todos os anos do período analisado, a XII Região apresentou a segunda maior taxa dentre as regiões na maior parte do período, exceto nos anos de 2019 e 2020 onde foi superada pela II Região.

Essa redução da incidência não necessariamente reflete a diminuição da ocorrência de casos pois a Hanseníase é uma doença de diagnóstico dificultoso,

principalmente na Atenção Primária, o que pode estar produzindo um cenário de subnotificação.

Figura 39 - Taxa de Incidência de Hanseníase (por 100 mil habitantes), por ano, segundo Região de Saúde e I Macrorregião, 2012 a 2022.



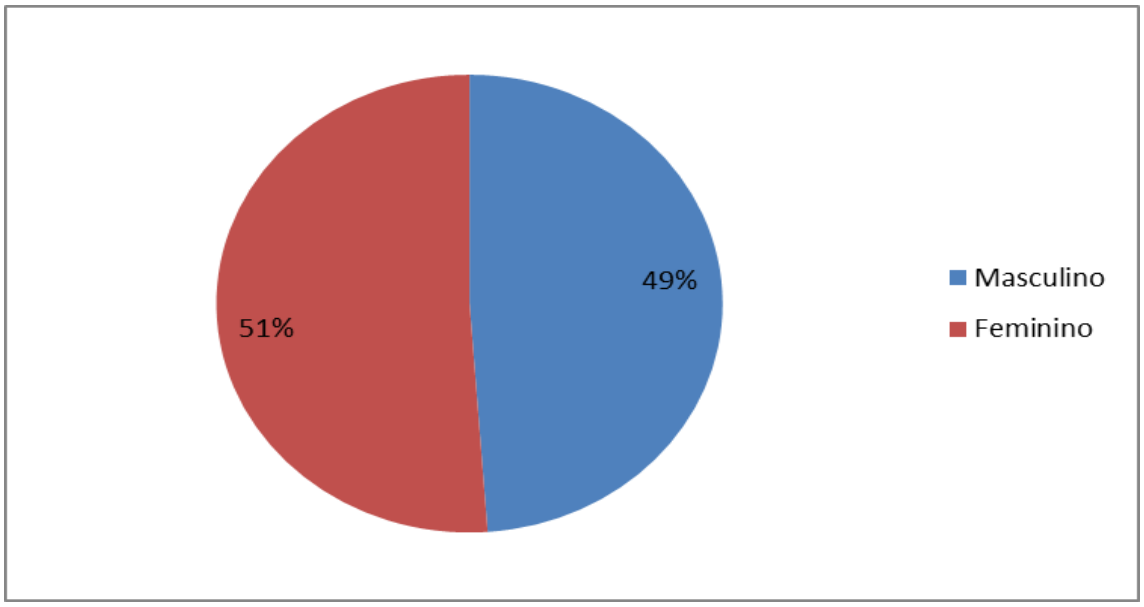

| | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| I RS | 47.04 | 46.96 | 42.95 | 38.80 | 34.01 | 41.30 | 40.13 | 46.81 | 26.69 | 26.80 | 32.85 |
| II RS | 19.39 | 22.81 | 16.70 | 11.01 | 12.24 | 29.53 | 21.69 | 26.39 | 29.92 | 16.71 | 14.20 |
| III RS | 20.23 | 20.62 | 24.59 | 17.73 | 12.45 | 25.96 | 16.71 | 21.64 | 10.78 | 14.70 | 12.86 |
| XII RS | 28.94 | 31.48 | 32.06 | 33.60 | 20.76 | 35.07 | 27.98 | 26.34 | 22.81 | 24.67 | 21.17 |
| I Macrorregião | 40.22 | 40.73 | 37.60 | 33.32 | 28.69 | 38.09 | 35.04 | 40.87 | 25.17 | 24.34 | 28.28 |

Ano de notificação

Fonte: Ministério da Saúde/SVSA - Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan Net.

Observa-se de acordo com a Figura 40 a distribuição de casos de Hanseníase por sexo entre os anos de 2012 e 2021 é semelhante em ambos os sexos, não tendo predominância significativa.

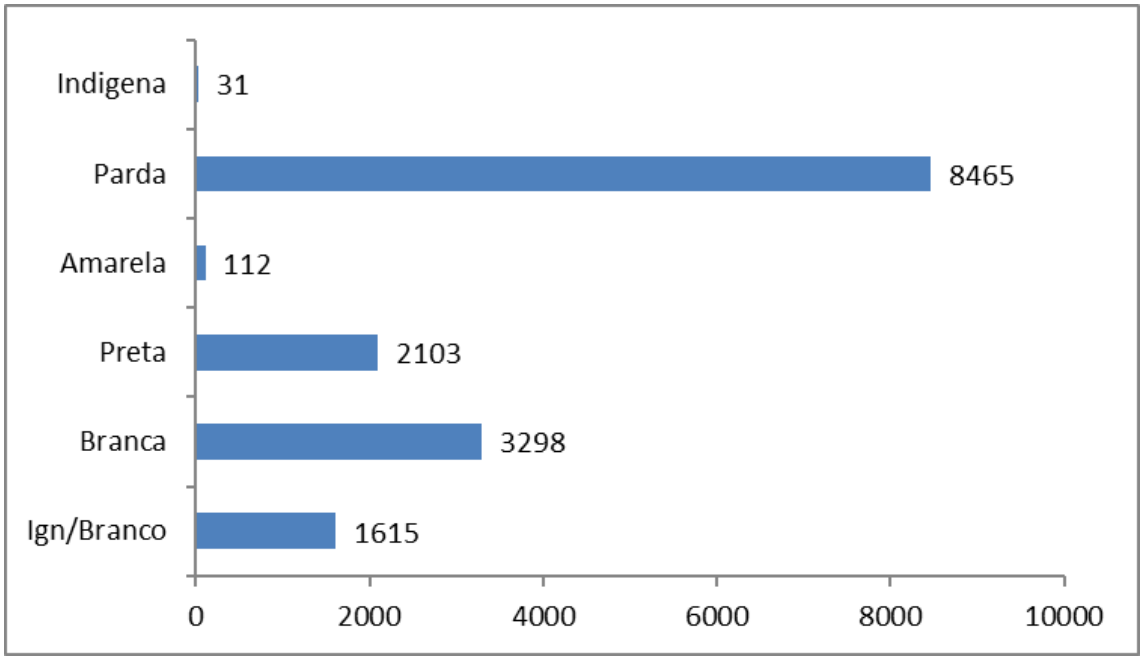
Figura 40 - Percentual de Hanseníase, por sexo, acumulado entre 2012 e 2021 na I Macrorregião de Saúde, Pernambuco.




Fonte: Ministério da Saúde/SVSA - Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan Net, 2024.

De acordo com a Figura 41, a maior parte dos casos notificados de Hanseníase são de indivíduos da raça/cor parda (8465), seguido das raças branca e preta, respectivamente. Ressalta-se o grande número de notificações com o campo raça/cor ignorado/em branco, correspondendo a 10,33% dos casos no período avaliado, indicando a necessidade de ações de qualificação do registro dessa informação.

Figura 41 - Número total de Hanseníase, por raça/cor, acumulado entre 2012 e 2021 na I Macrorregião de Saúde, Pernambuco.

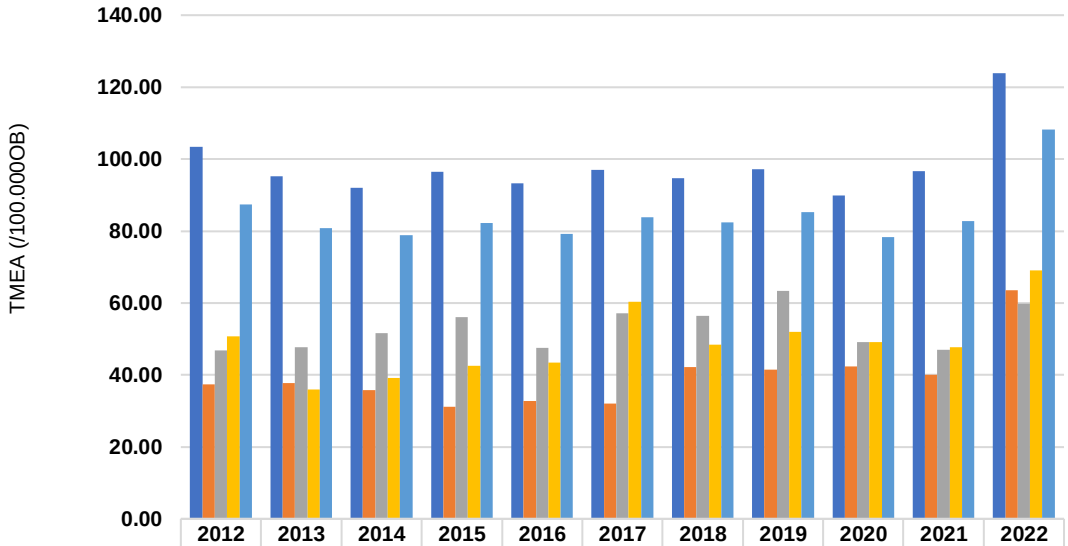



Fonte: Ministério da Saúde/SVSA - Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan Net, 2024.

## Tuberculose

A taxa de incidência de tuberculose manteve uma constante entre os anos analisados, até que no ano de 2022 ocorreu um aumento considerável em todas as Regiões, que com exceção da III registraram as maiores taxas dentre todos os anos do período e consequentemente a macrorregião também.

Figura 42 - Taxa de incidência de Tuberculose (por 100 mil habitantes), por ano, segundo região de saúde e I Macrorregião, 2012 a 2022.



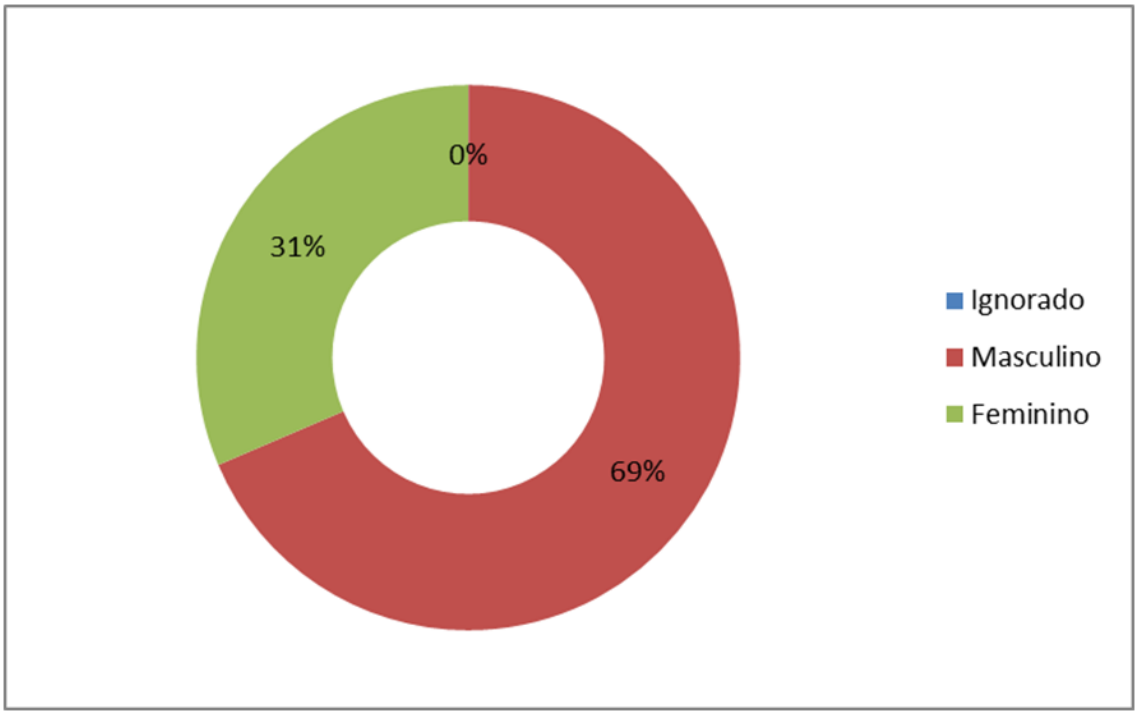

| | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| I RS | 103.38 | 95.18 | 92.05 | 96.46 | 93.19 | 97.08 | 94.63 | 97.13 | 89.84 | 96.61 | 123.88 |
| II RS | 37.40 | 37.80 | 35.72 | 31.22 | 32.81 | 31.97 | 42.25 | 41.52 | 42.40 | 40.10 | 63.49 |
| III RS | 46.74 | 47.70 | 51.56 | 56.07 | 47.60 | 57.12 | 56.47 | 63.41 | 49.08 | 47.08 | 59.89 |
| XII RS | 50.64 | 35.98 | 39.12 | 42.56 | 43.44 | 60.26 | 48.33 | 52.05 | 49.11 | 47.76 | 69.12 |
| I Macrorregião | 87.35 | 80.73 | 78.81 | 82.24 | 79.19 | 83.89 | 82.48 | 85.17 | 78.28 | 82.74 | 108.22 |

Ano de notificação

Fontes: IBGE/Projeções demográficas preliminares (2012 a 2021) e IBGE/Censo Demográfico (2022). Ministério da Saúde/SVSA - Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan Net.

Observa-se na Figura 43 uma predominância do sexo masculino dentre os casos de tuberculose em comparação ao sexo feminino. Destaca-se que a população carcerária masculina é bastante superior, e que se trata de um agravo bastante prevalente nas unidades penitenciárias, sugerindo maior número de casos nesta população.

Figura 43 - Percentual de tuberculose por sexo, entre os anos de 2012 a 2021.




Fonte: Ministério da Saúde/SVSA - Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan Net, 2024.

A ocorrência de tuberculose está intimamente relacionada aos determinantes sociais de saúde, sendo consequência de múltiplos fatores socioeconômicos que vão desde o nível individual até o Macroestrutural, com maior incidência em regiões com elevada iniquidade social. Portanto, é necessário amplo investimento em ações intersetoriais como medidas de proteção social para as populações expostas ao risco de adquirir TB. No âmbito da saúde as ações precisam ser integradas entre Atenção Primária e Vigilância em Saúde.

## Toxoplasmose gestacional e congênita

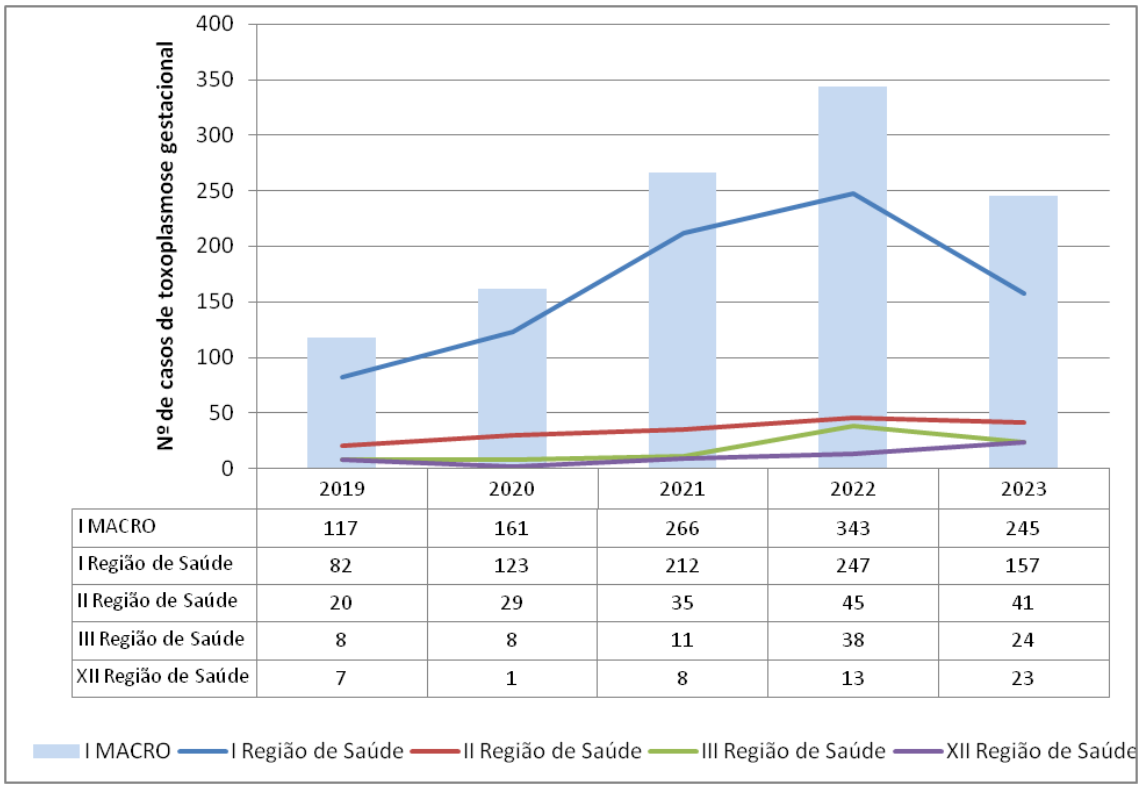
Toxoplasmose é uma doença infecciosa de distribuição mundial, causada por um protozoário, denominado *Toxoplasma gondii,* afetando os mamíferos e as aves. A infecção no homem é comum apresentando um quadro clínico variado. É chamada também de doença do gato, sendo mais comum em regiões de clima quente e de baixa altitude. A doença não é transmitida de pessoa a pessoa.

Desde 2015, o Ministério da Saúde (MS), tem coordenado uma vigilância integrada com secretarias e outras instituições para monitorar a toxoplasmose gestacional e congênita em surtos, visando estabelecer padrões de conceitos, métodos e atendimentos já utilizados pelos estados e pelo Governo Federal. Porém, a notificação do agravo iniciou-se em 2019.

Essa abordagem prioriza a notificação, investigação e o diagnóstico dos casos agudos em gestantes, possibilitando a identificação rápida de surtos, o bloqueio da fonte de transmissão e a implementação imediata de medidas de prevenção e controle, incluindo intervenções terapêuticas adequadas para reduzir complicações, sequelas e óbitos. Além disso, a investigação em recém-nascidos permite intervenções precoces nos casos confirmados da doença. Os casos isolados da doença não são de notificação compulsória.

Dentre as Regiões que compõe a I Macrorregião em Saúde, a I Região mostrou o maior número de casos de toxoplasmose gestacional de 2019 até 2022. Em 2023 a referida Região apresentou queda no número de casos, entretanto, manteve-se com a maior incidência de casos. A I e II Regiões também apresentaram crescimento dos casos entre 2019 e 2022 com queda em 2023. Já a XII Região de Saúde não teve queda de casos em 2023 apresentando crescimento em todos os anos estudados, contudo, foi a Região com o menor número de casos dentre as demais Regiões de Saúde.

Figura 44 - Frequência absoluta de toxoplasmose gestacional entre 2019 e 2023 na I Macrorregião de Saúde, Pernambuco.

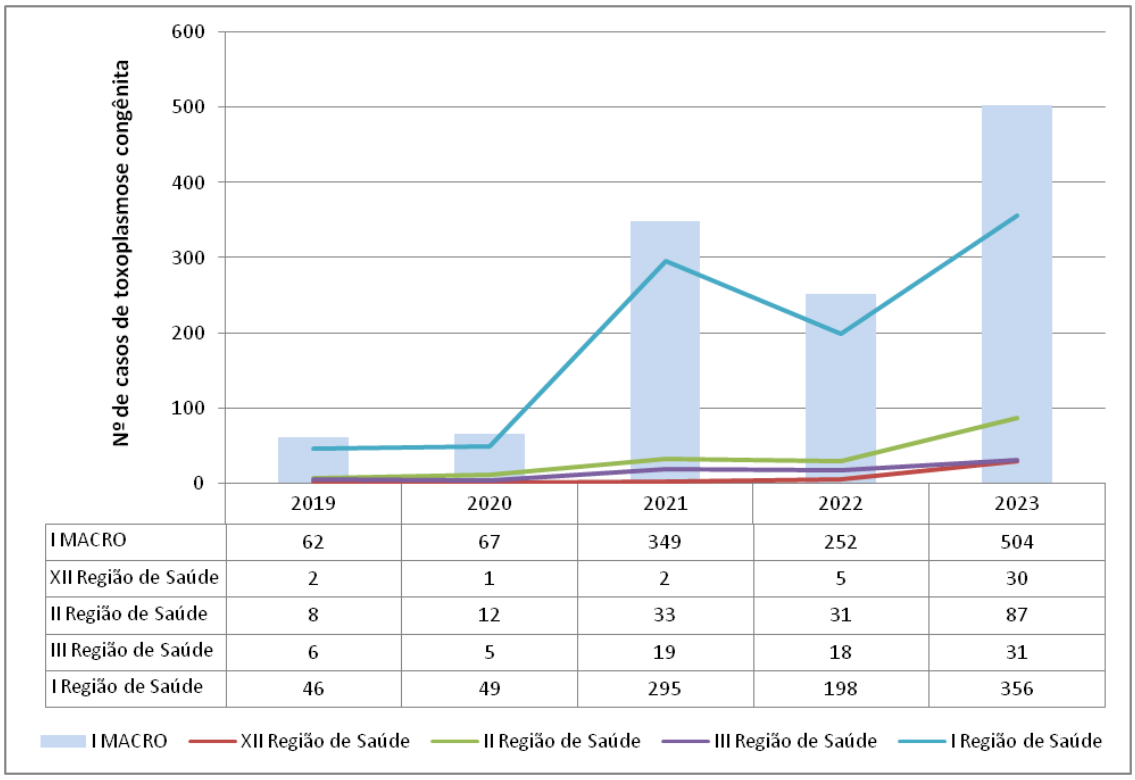



| | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 |
|---|---|---|---|---|---|
| I MACRO | 117 | 161 | 266 | 343 | 245 |
| I Região de Saúde | 82 | 123 | 212 | 247 | 157 |
| II Região de Saúde | 20 | 29 | 35 | 45 | 41 |
| III Região de Saúde | 8 | 8 | 11 | 38 | 24 |
| XII Região de Saúde | 7 | 1 | 8 | 13 | 23 |

Fonte: Ministério da Saúde/SVSA - Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan Net, 2024.

Com relação aos casos de toxoplasmose congênita, observou-se que, durante o percurso houve decréscimo de casos em 2020 na III e XII Regiões de Saúde, e na I, II e III Regiões em 2022. Vale ressaltar que mesmo com oscilações, todas as Regiões da I Macrorregião de Saúde apresentaram aumento significativo no surgimento de casos de toxoplasmose congênita em 2023.

Figura 45 - Frequência absoluta de toxoplasmose congênita entre 2019 e 2023 na I Macrorregião de Saúde, Pernambuco.




| | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 |
|---|---|---|---|---|---|
| I MACRO | 62 | 67 | 349 | 252 | 504 |
| XII Região de Saúde | 2 | 1 | 2 | 5 | 30 |
| II Região de Saúde | 8 | 12 | 33 | 31 | 87 |
| III Região de Saúde | 6 | 5 | 19 | 18 | 31 |
| I Região de Saúde | 46 | 49 | 295 | 198 | 356 |

Fonte: Ministério da Saúde/SVSA - Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan Net, 2024.

## Infecções Sexualmente Transmissíveis - IST

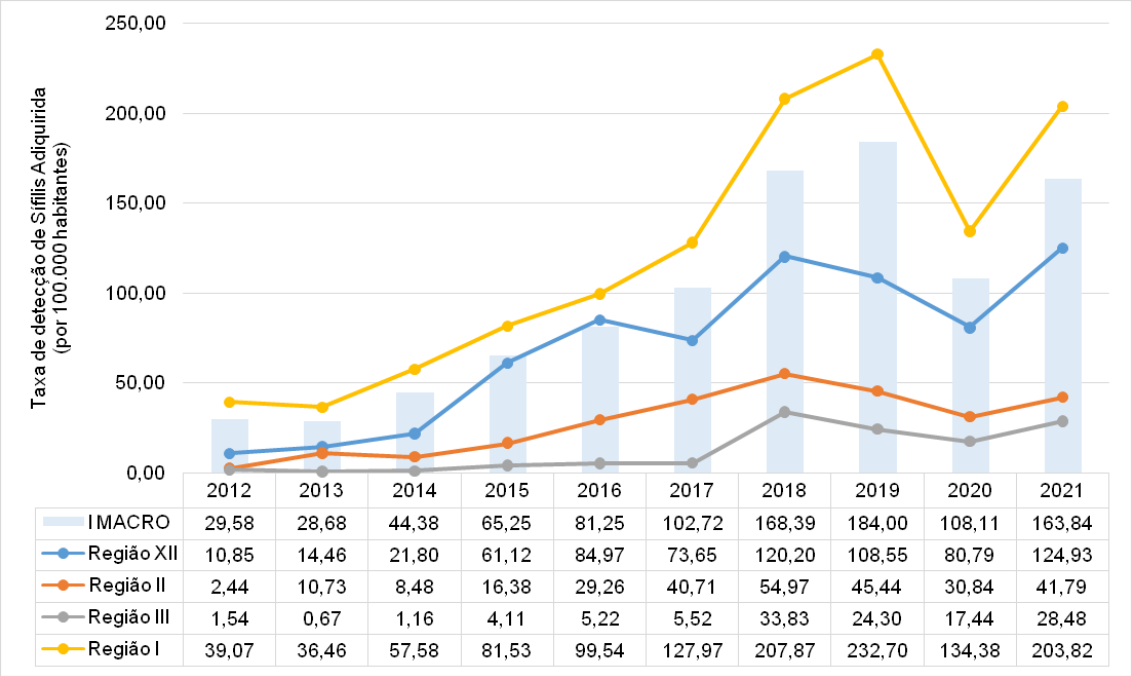
### Sífilis: a. Adquirida b. Congênita c. Em gestante

A sífilis adquirida que integra o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), aprovado pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde (Conitec), por meio da Portaria nº 42, de 5 de outubro de 2018, bem como trata-se de uma doença de notificação compulsória semanal.

No território da I Macrorregião de saúde, apresenta uma maior incidência de casos na I Região de Saúde, seguida pela XII Região. Porém, em todas as

regiões vêm apresentando aumento no número de casos entre os anos estudados, com decréscimo apenas em 2020, em decorrência da pandemia de COVID-19. Pode-se inferir que o aumento deve ser em decorrência do aperfeiçoamento da vigilância e descentralização das ações de diagnóstico nos territórios.

Figura 46 - Taxa de detecção de sífilis adquirida a partir de casos notificados, por região de saúde da I Macrorregião, entre os anos de 2012 e 2021.

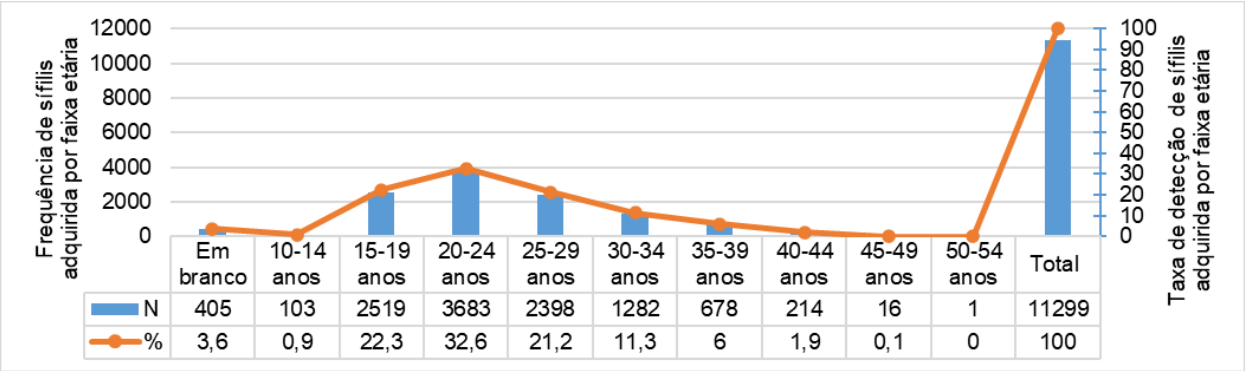



| | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| IMACRO | 29,58 | 28,68 | 44,38 | 65,25 | 81,25 | 102,72 | 168,39 | 184,00 | 108,11 | 163,84 |
| Região XII | 10,85 | 14,46 | 21,80 | 61,12 | 84,97 | 73,65 | 120,20 | 108,55 | 80,79 | 124,93 |
| Região II | 2,44 | 10,73 | 8,48 | 16,38 | 29,26 | 40,71 | 54,97 | 45,44 | 30,84 | 41,79 |
| Região III | 1,54 | 0,67 | 1,16 | 4,11 | 5,22 | 5,52 | 33,83 | 24,30 | 17,44 | 28,48 |
| Região I | 39,07 | 36,46 | 57,58 | 81,53 | 99,54 | 127,97 | 207,87 | 232,70 | 134,38 | 203,82 |

Fonte: Ministério da Saúde/SVSA - Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan Net, 2024.

A Figura 47 apresenta a frequência absoluta dos casos confirmados por sífilis adquirida segundo faixa etária, observa-se na I Macrorregião de saúde, a faixa etária mais acometida, são os adultos jovens entre 20 e 24 anos de idade.

Figura 47 - Frequência absoluta e relativa da sífilis adquirida a partir de casos notificados, segundo faixa etária, por região de saúde da I Macrorregião, entre os anos de 2012 e 2021.

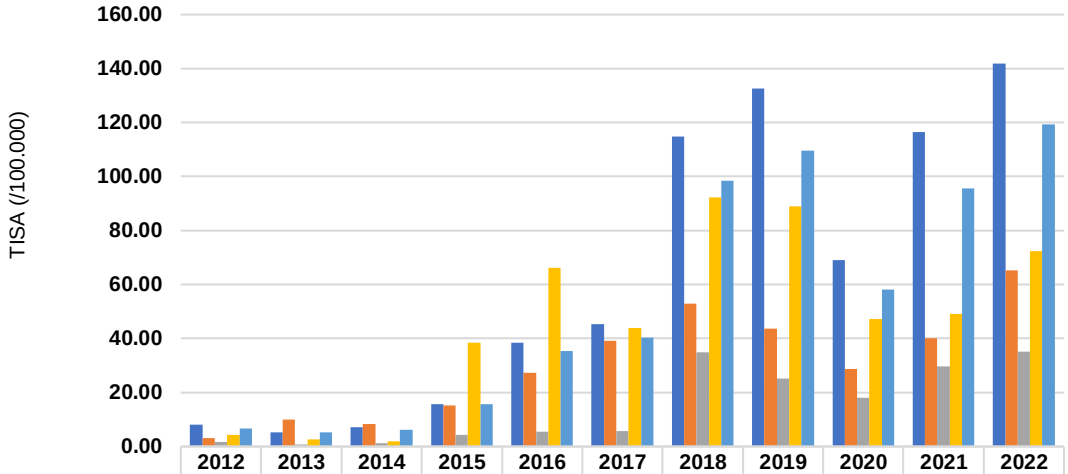



| | Em branco | 10-14 anos | 15-19 anos | 20-24 anos | 25-29 anos | 30-34 anos | 35-39 anos | 40-44 anos | 45-49 anos | 50-54 anos | Total |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| N | 405 | 103 | 2519 | 3683 | 2398 | 1282 | 678 | 214 | 16 | 1 | 11299 |
| % | 3,6 | 0,9 | 22,3 | 32,6 | 21,2 | 11,3 | 6 | 1,9 | 0,1 | 0 | 100 |

Fonte: Ministério da Saúde/SVSA - Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan Net, 2024.

A distribuição da taxa de incidência de sífilis adquirida na I Macrorregião presente na Figura 48 traduz um cenário alarmante em todas as Regiões de Saúde e consequentemente na Macrorregião, onde houve crescimento exponencial das taxas de incidência, sobretudo na I Região de Saúde, o ano de 2022 foi o que registrou os maiores valores da série analisada, a incidência da sífilis adquirida é um indicador relevante para que o território planeje as ações e estratégias necessárias para reduzir quadro atual de incidência elevada.

Figura 48 - Taxa de incidência de Sífilis Adquirida (por 100 mil habitantes), por ano, segundo região de saúde e I Macrorregião, 2012 a 2022.




| | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| I RS | 8.17 | 5.36 | 7.05 | 15.61 | 38.42 | 45.28 | 114.76 | 132.69 | 68.97 | 116.59 | 141.76 |
| II RS | 3.09 | 9.99 | 8.27 | 15.11 | 27.26 | 39.27 | 52.93 | 43.77 | 28.80 | 40.10 | 65.27 |
| III RS | 1.57 | 0.68 | 1.19 | 4.22 | 5.38 | 5.70 | 34.92 | 25.13 | 18.07 | 29.57 | 35.23 |
| XII RS | 4.28 | 2.57 | 1.92 | 38.40 | 66.12 | 44.00 | 92.21 | 88.87 | 47.21 | 49.02 | 72.43 |
| I Macrorregião | 6.71 | 5.21 | 6.28 | 15.62 | 35.29 | 40.43 | 98.54 | 109.53 | 58.17 | 95.66 | 119.21 |

Ano de notificação

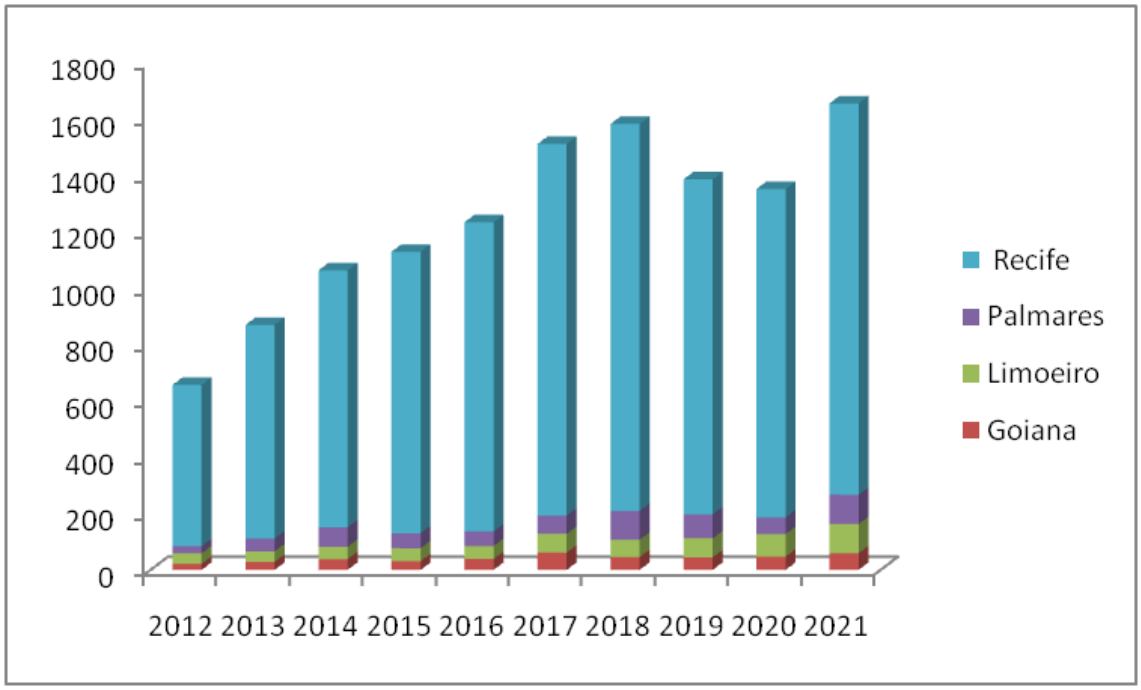
Fontes: IBGE/Projeções demográficas preliminares (2012 a 2021) e IBGE/Censo Demográfico (2022). Ministério da Saúde/SVSA - Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan Net.

A sífilis congênita é uma das doenças de notificação compulsória do SINAN instituída pela portaria GM/MS n° 542 de 22 de dezembro de 1986, apenas dos avanços em ações direcionadas para o controle e erradicação da doença, ela ainda representa um problema de saúde pública (Brasil, 2022).

A Figura 49 apresenta o número absoluto dos casos notificados de Sífilis Congênita na I Macrorregião. Observa-se que a I região de saúde nos últimos anos representou a maior taxa de detecção da sífilis congênita quando comparada com as demais regiões de saúde, seguida da região de Palmares. Pode-se inferir que este aumento nas taxas de detecção, pode ser justificado pela I Região de saúde, abrangendo a maior concentração de municípios da região metropolitana. Além disso, vale destacar a cobertura e qualidade da

assistência, especialmente, durante o pré-natal para garantia do tratamento adequado durante o período gestacional, assim é importante o fortalecimento e ampliação da cobertura da Atenção Primária à Saúde (APS), nestas regiões com maiores taxas de detecção, tendo em vista que também regiões com menores percentuais de coberturas de APS.

Figura 49 - Número de casos confirmados e notificados de Sífilis Congênita, acumulado entre 2012 e 2021, Regiões de saúde da I Macrorregião, em Pernambuco.

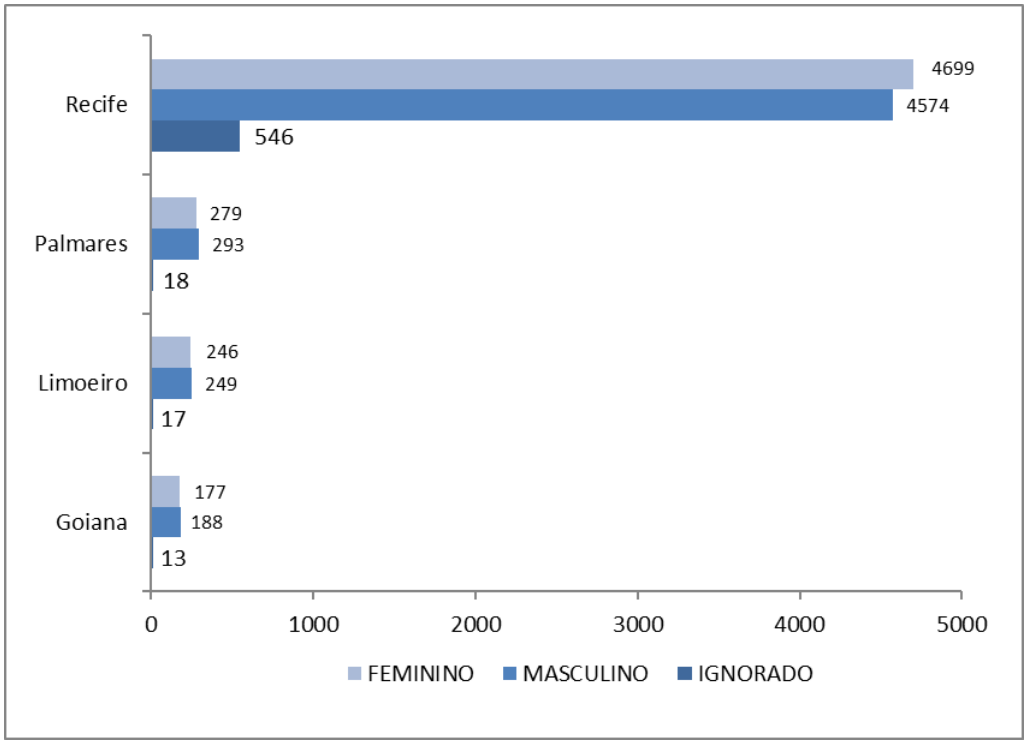



Fonte: Ministério da Saúde/SVSA - Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan Net, 2024.

A Figura 50 dispõe sobre os casos notificados da sífilis congênita por sexo, justificado pelo aumento dos casos confirmados e notificados nas respectivas regiões de saúde I e III, observa-se um aumento ao longo dos anos. Além disso, vale ressaltar que estas mesmas regiões de saúde também apresentam maior taxa de nascimento, considerando os últimos dez anos, apesar de existirem flutuações na taxa de natalidade. Assim observa-se um predomino do sexo masculino mais acometido pela doença, e chama-se atenção para as notificações com campo sexo ignoradas, considerando a importância de

compreender como a doença se comporta em diversos grupos populacionais, é necessário fortalecer o preenchimento de forma adequado nas fichas de notificações com os profissionais que atuam na ponta, bem como aqueles que têm atuação direta com alimentação deste sistema.

Figura 50 - Número de casos confirmados e notificados de sífilis congênita por sexo, entre 2012 e 2021, Regiões de saúde da I Macrorregião, em Pernambuco.

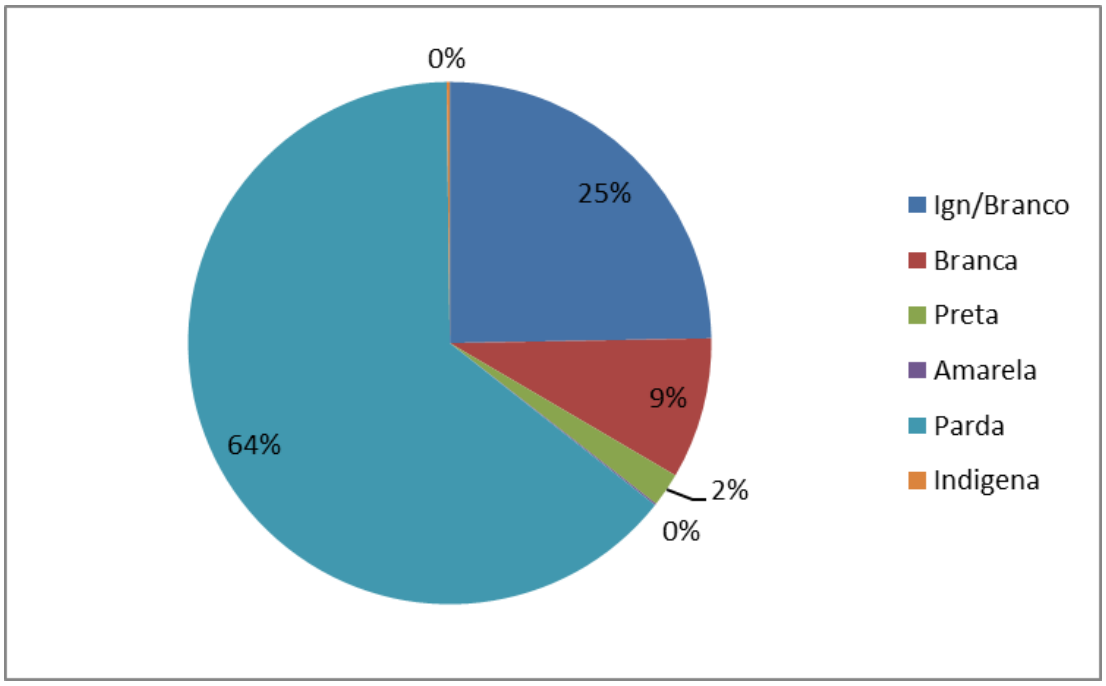



Fonte: Ministério da Saúde/SVSA - Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan Net, 2024.

A Figura 51 representa o percentual de casos confirmados e notificados da Sífilis Congênita por raça/cor na I Macrorregião de Saúde, assim observa-se que 64% dos casos são de raça/cor parda, seguida da branca, isso pode estar relacionado pela maior parte da população ser autodeclarada na cor de pele parda, além disso, é importante chamar atenção para o percentual de casos considerados ignorado ou em branco, endossando a necessidade do fortalecimento do preenchimento adequado das fichas de notificação,

corroborando com os dados de casos confirmados da Sífilis Congênita considerando o campo raça/cor.

Figura 51 - Percentual de casos confirmados e notificados de Sífilis Congênita, por raça/cor, acumulado entre 2012 e 2021, na I Macrorregião de Saúde, em Pernambuco.

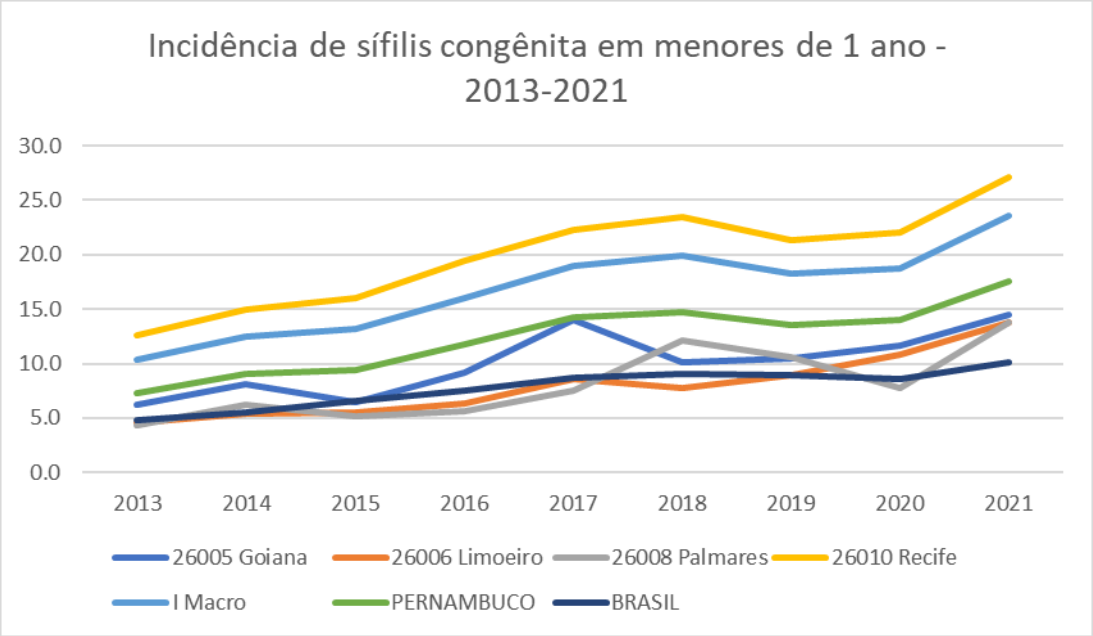



Fonte: Ministério da Saúde/SVSA - Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan Net, 2024.

Os casos de sífilis congênita em menores de 1 ano de idade representam uma grande preocupação para saúde pública, considerando que estas gestantes durante todo seu período gestacional apresentaram altas cargas bacterianas, com exposição do feto. Além disso, evidenciar a necessidade e importância do tratamento adequado da gestante de acordo com o estadiamento da doença, assim como o acompanhamento com exames laboratoriais, especialmente, o teste não treponêmico (VDRL), que serve para acompanhar a evolução da doença, que atualmente é de governabilidade municipal por ser um exame de rotina dentro do escopo de exames preconizados durante o pré-natal.

De acordo com a Figura 52 a I e a XII regiões de saúde considerando o recorte temporal estudado entre os anos de 2013 e 2021, apresentaram as maiores taxas de detecção de Sífilis Congênita < 01 ano, isso pode ser justificado pela baixa oferta de exames disponibilizados pelos municípios que compõem estas regiões, assim como a cobertura assistencial, considerando a rede de atenção materna e infantil.

Figura 52 - Taxa de incidência de sífilis congênita < 01 ano notificados, entre 2013 e 2021, na I Macrorregião de Saúde, em Pernambuco.



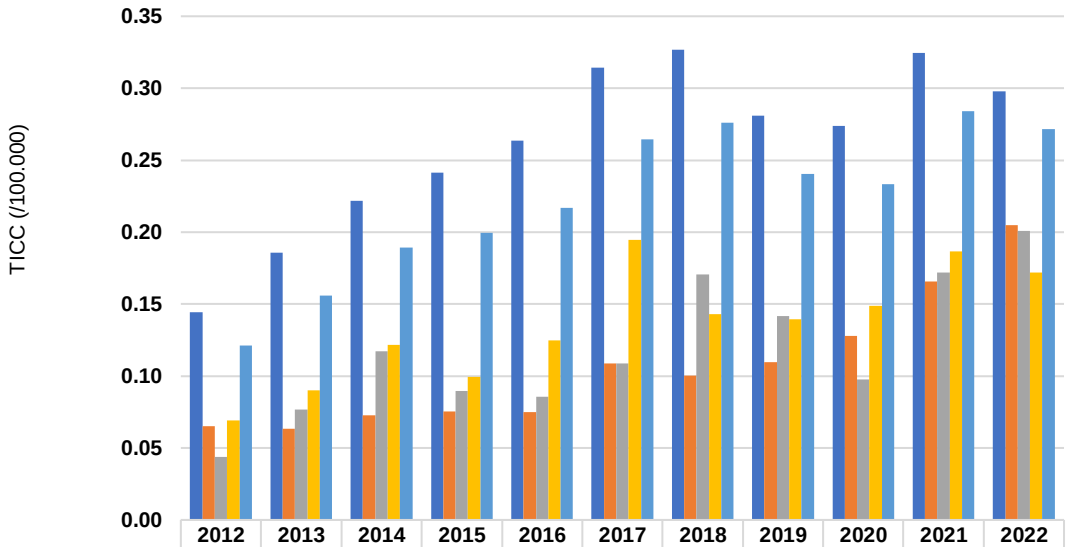

Fonte: Ministério da Saúde/SVSA - Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan Net, 2024.

Em relação à taxa de incidência de sífilis congênita em menores de 1 ano observa-se um cenário alarmante na I Macrorregião, sobretudo na I Região, onde ambas estão com taxa superior às taxas de Pernambuco e do Brasil no período analisado.

A taxa de incidência de Sifilis Congênita na I Macrorregião destacada na Figura 53 se apresenta com aumento dos números no decorrer dos anos

analisados, destacando o cenário que requer atenção e concentração de esforços da saúde pública para redução da incidência desta doença.

Figura 53 - Taxa de incidência de Sífilis Congênita (por 100 mil habitantes), por ano, segundo região de saúde e I Macrorregião, 2012 a 2022.



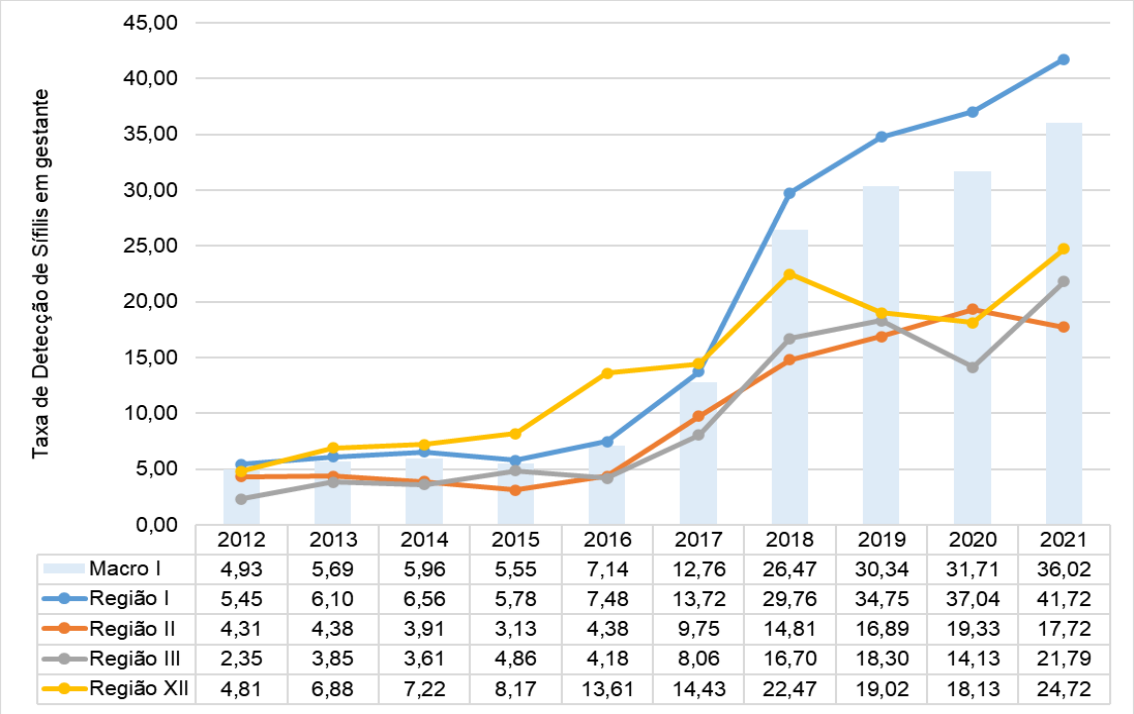

| | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| I RS | 0.14 | 0.19 | 0.22 | 0.24 | 0.26 | 0.31 | 0.33 | 0.28 | 0.27 | 0.32 | 0.30 |
| II RS | 0.07 | 0.06 | 0.07 | 0.08 | 0.08 | 0.11 | 0.10 | 0.11 | 0.13 | 0.17 | 0.21 |
| III RS | 0.04 | 0.08 | 0.12 | 0.09 | 0.09 | 0.11 | 0.17 | 0.14 | 0.10 | 0.17 | 0.20 |
| XII RS | 0.07 | 0.09 | 0.12 | 0.10 | 0.12 | 0.19 | 0.14 | 0.14 | 0.15 | 0.19 | 0.17 |
| I Macrorregião | 0.12 | 0.16 | 0.19 | 0.20 | 0.22 | 0.26 | 0.28 | 0.24 | 0.23 | 0.28 | 0.27 |

Ano de notificação

Fontes: IBGE/Projeções demográficas preliminares (2012 a 2021) e IBGE/Censo Demográfico (2022). Ministério da Saúde/SVSA - Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan Net.

A distribuição das taxas de incidência da sífilis em gestante nas Regiões de Saúde e na I Macrorregional entre os anos de 2012 e 2021, demonstra um cenário de agravamento com aumento progressivo no decorrer dos anos analisados em todas as Regiões de Saúde e consequentemente na I Macrorregião, comparando as regiões é possível destacar a I e a XII como as que se alternam no posto de maior taxa de incidência de sífilis em gestante no espaço geográfico e período analisado.

Figura 54 - Taxa de incidência da sífilis em gestante, entre 2012 e 2021, Regiões de saúde da I Macrorregião, em Pernambuco.

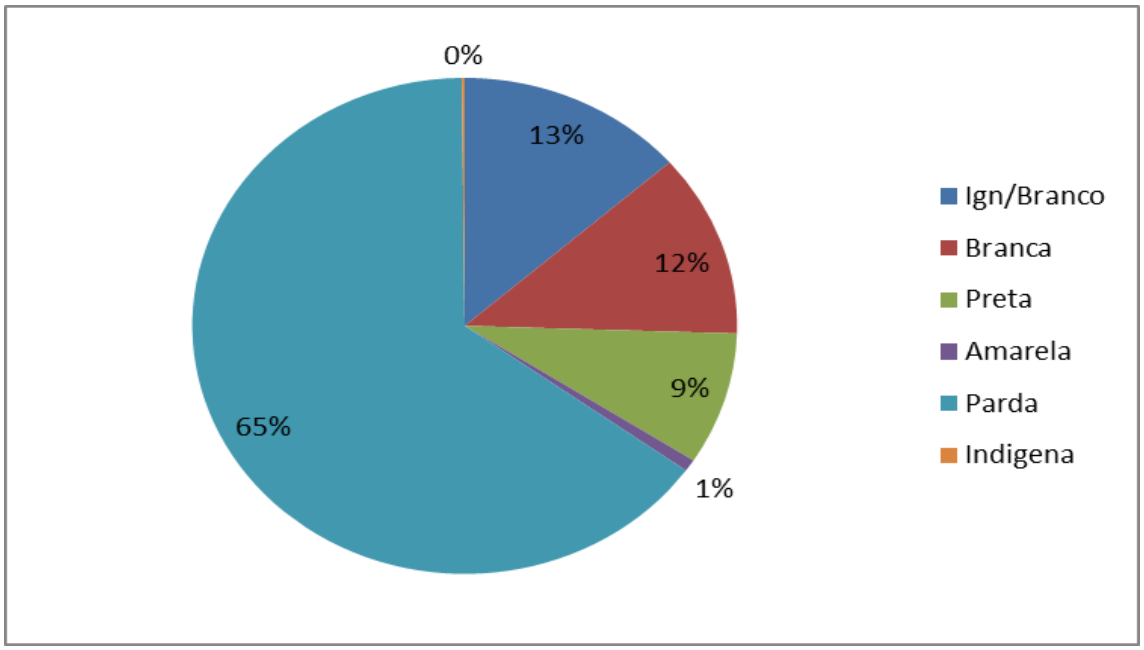



| | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Macro I | 4,93 | 5,69 | 5,96 | 5,55 | 7,14 | 12,76 | 26,47 | 30,34 | 31,71 | 36,02 |
| Região I | 5,45 | 6,10 | 6,56 | 5,78 | 7,48 | 13,72 | 29,76 | 34,75 | 37,04 | 41,72 |
| Região II | 4,31 | 4,38 | 3,91 | 3,13 | 4,38 | 9,75 | 14,81 | 16,89 | 19,33 | 17,72 |
| Região III | 2,35 | 3,85 | 3,61 | 4,86 | 4,18 | 8,06 | 16,70 | 18,30 | 14,13 | 21,79 |
| Região XII | 4,81 | 6,88 | 7,22 | 8,17 | 13,61 | 14,43 | 22,47 | 19,02 | 18,13 | 24,72 |

Fonte: Ministério da Saúde/SVSA - Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan Net, 2024.

Na análise dos casos de sífilis em gestante de 2012 a 2021 pelo critério raça/cor observamos um percentual que aponta maior vulnerabilidade da população negra (pretos e pardos) para o acometimento por essa enfermidade, tendo 74% das notificações.

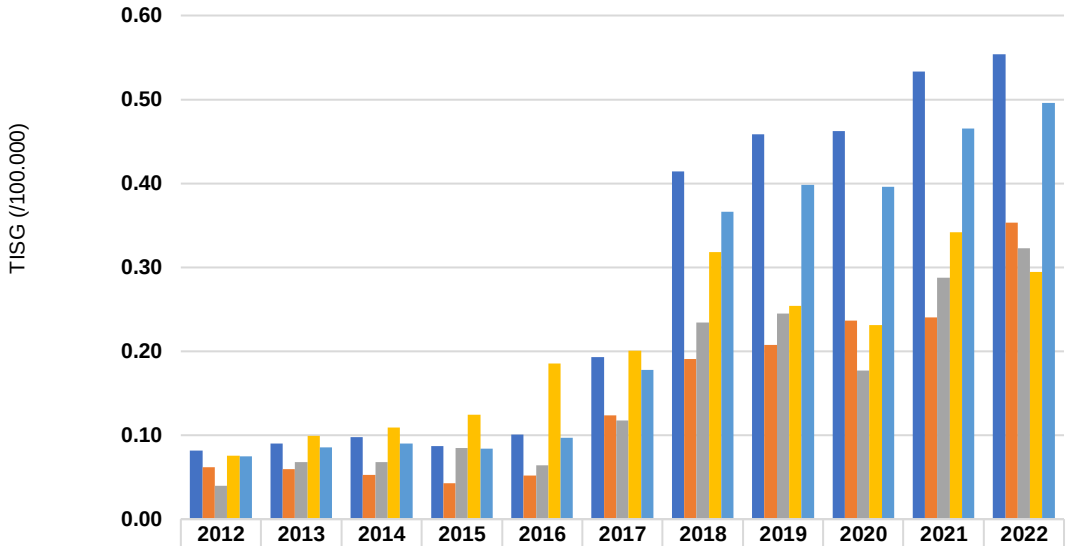
Figura 55 - Percentual de casos confirmados e notificados de Sífilis em Gestante, por raça/cor, acumulado entre 2012 e 2021, em Pernambuco.




Fonte: Ministério da Saúde/SVSA - Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan Net, 2024.

A taxa de incidência de Sífilis em Gestante aumentou gradualmente na I Macorregião entre os anos de 2012 e 2022, conforme destacado na Figura 56, a maior taxa da macrorregião foi registrada no último ano da análise.

Figura 56 - Taxa de incidência de Sífilis em Gestante (por 100 mil habitantes), por ano, segundo região de saúde e I Macrorregião, 2012 a 2022.




| | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| I RS | 0.08 | 0.09 | 0.10 | 0.09 | 0.10 | 0.19 | 0.41 | 0.46 | 0.46 | 0.53 | 0.55 |
| II RS | 0.06 | 0.06 | 0.05 | 0.04 | 0.05 | 0.12 | 0.19 | 0.21 | 0.24 | 0.24 | 0.35 |
| III RS | 0.04 | 0.07 | 0.07 | 0.08 | 0.06 | 0.12 | 0.23 | 0.24 | 0.18 | 0.29 | 0.32 |
| XII RS | 0.08 | 0.10 | 0.11 | 0.12 | 0.19 | 0.20 | 0.32 | 0.25 | 0.23 | 0.34 | 0.29 |
| I Macrorregião | 0.07 | 0.09 | 0.09 | 0.08 | 0.10 | 0.18 | 0.37 | 0.40 | 0.40 | 0.47 | 0.50 |

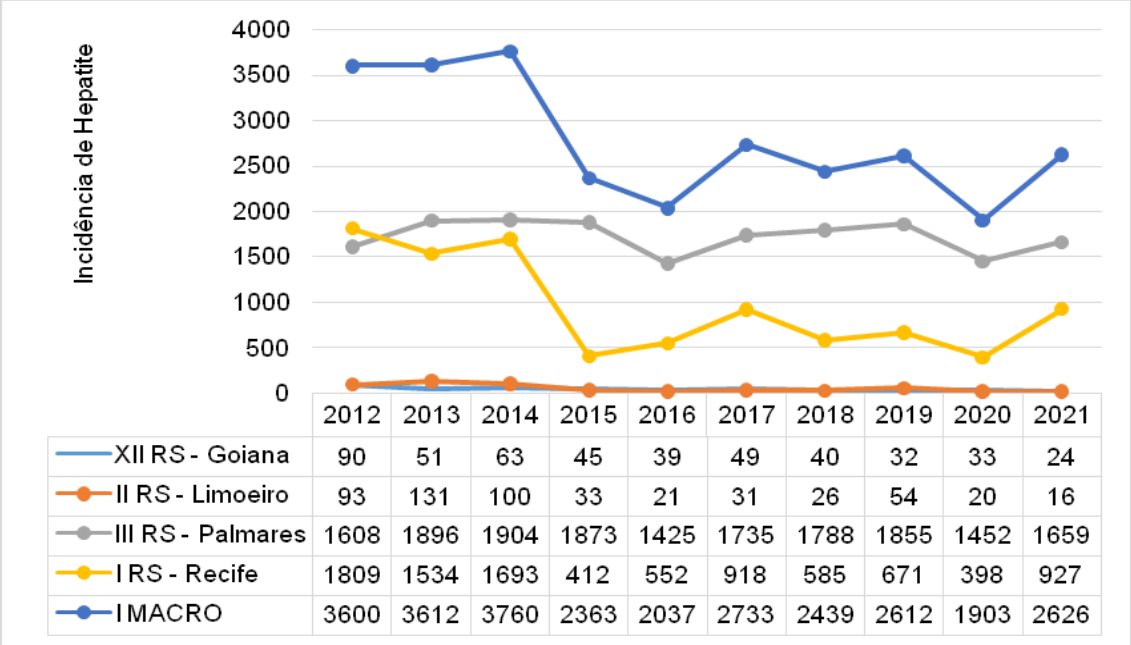
Ano de notificação

Fontes: IBGE/Projeções demográficas preliminares (2012 a 2021) e IBGE/Censo Demográfico (2022). Ministério da Saúde/SVSA - Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan Net.

## Hepatites virais

De acordo com a Figura 57 o registro de notificações referentes às Hepatites Virais apresenta os maiores valores na III Região de Saúde em quase todos os anos da amostra, com exceção do ano de 2012, esse resultado pode indicar subnotificação nas demais Regiões, sobretudo na I visto a diferença populacional que as regiões possuem quando comparadas, analisando a I Macrorregião é possível observar que houve redução exponencial no quantitativo de Hepatites Virais notificadas e o ano com menor registro foi o de 2020, resultado que pode estar relacionado aos impactos da pandemia COVID19 no Brasil.

Figura 57 - Incidência de Hepatites virais a partir dos casos notificados, por região de saúde, entre 2012 e 2021.



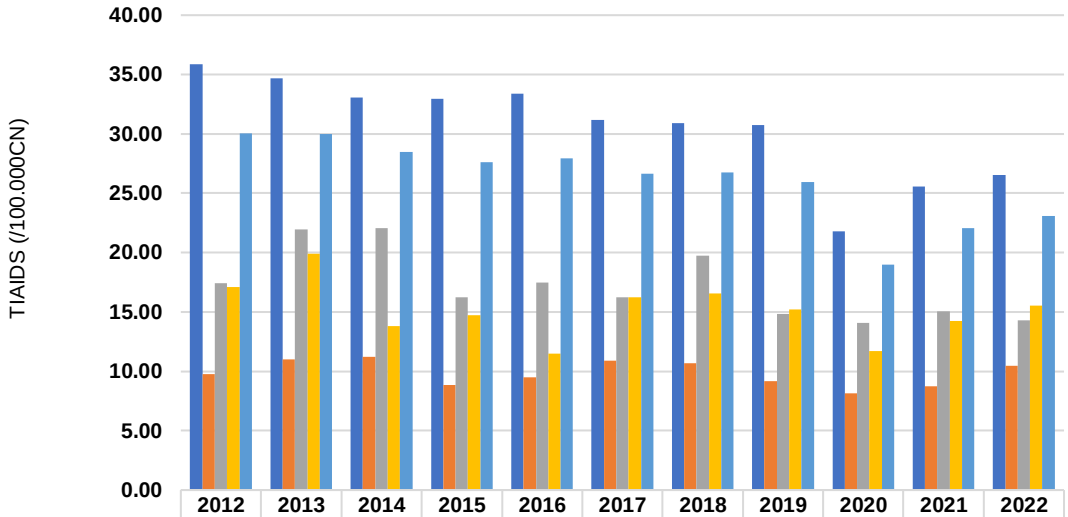

| | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| XII RS - Goiana | 90 | 51 | 63 | 45 | 39 | 49 | 40 | 32 | 33 | 24 |
| II RS - Limoeiro | 93 | 131 | 100 | 33 | 21 | 31 | 26 | 54 | 20 | 16 |
| III RS - Palmares | 1608 | 1896 | 1904 | 1873 | 1425 | 1735 | 1788 | 1855 | 1452 | 1659 |
| I RS - Recife | 1809 | 1534 | 1693 | 412 | 552 | 918 | 585 | 671 | 398 | 927 |
| I MACRO | 3600 | 3612 | 3760 | 2363 | 2037 | 2733 | 2439 | 2612 | 1903 | 2626 |

Fonte: Ministério da Saúde/SVSA - Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan Net, 2024.

## HIV/AIDS - Infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana ou Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

A Figura 58 demonstra a taxa de incidência de AIDS na I macrorregião de saúde entre 2012 e 2021, os números demonstram a discrepância entre as regiões de saúde quando comparadas entre si, a I Região aparece em posição de destaque com a maior taxa, no ano de 2020 houve uma redução considerável na taxa de incidência que pode ser atribuído a uma subnotificação em decorrência da pandemia COVID19.

Figura 58 - Taxa de incidência de HIV/AIDS (por 100 mil habitantes), por ano, segundo região de saúde e I Macrorregião, 2012 a 2022.



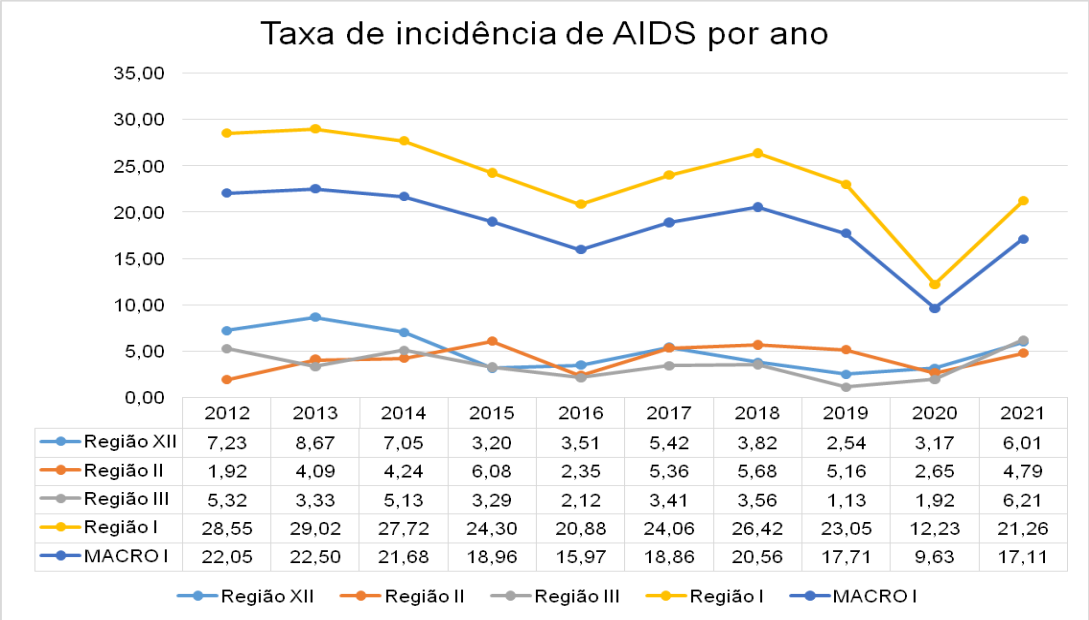

| | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| I RS | 35.84 | 34.67 | 33.04 | 32.96 | 33.36 | 31.20 | 30.89 | 30.75 | 21.79 | 25.56 | 26.55 |
| II RS | 9.78 | 10.99 | 11.25 | 8.87 | 9.47 | 10.87 | 10.68 | 9.17 | 8.16 | 8.75 | 10.45 |
| III RS | 17.44 | 21.98 | 22.05 | 16.21 | 17.49 | 16.25 | 19.72 | 14.81 | 14.09 | 15.03 | 14.27 |
| XII RS | 17.10 | 19.92 | 13.79 | 14.72 | 11.50 | 16.26 | 16.54 | 15.24 | 11.72 | 14.23 | 15.54 |
| I Macrorregião | 30.05 | 29.97 | 28.48 | 27.61 | 27.93 | 26.64 | 26.76 | 25.92 | 18.97 | 22.04 | 23.09 |

Ano de notificação

Fontes: IBGE/Projeções demográficas preliminares (2012 a 2021) e IBGE/Censo Demográfico (2022). Ministério da Saúde/SVS – Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan). Notas: Dados sujeitos a revisão (atualizado em 30/06/2023).

A taxa de incidência de AIDS na I Macrorregião foi substancialmente mais elevada na I Região em comparação com as demais, a incidência na macrorregião apresentou diminuição durante o período analisado, com tendência de estabilização.

Figura 59 - Taxa de incidência de AIDS a partir dos casos notificados, entre os anos de 2012 e 2021, por região de saúde e I Macrorregião.

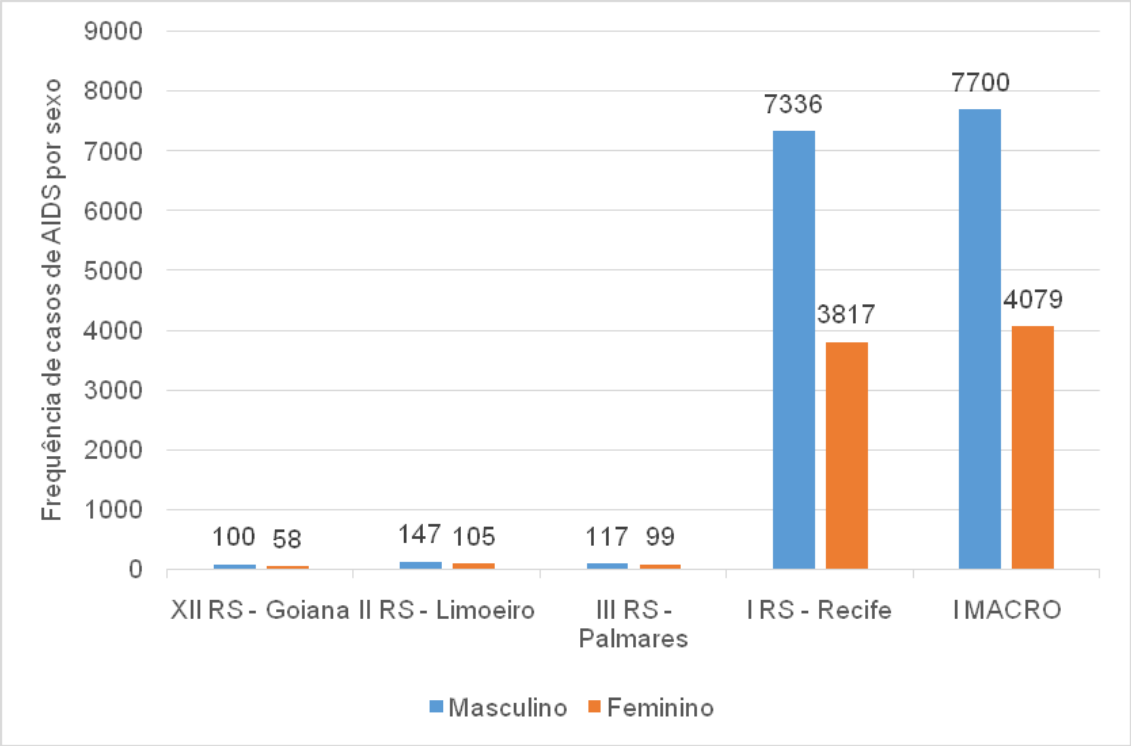



| | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Região XII | 7,23 | 8,67 | 7,05 | 3,20 | 3,51 | 5,42 | 3,82 | 2,54 | 3,17 | 6,01 |
| Região II | 1,92 | 4,09 | 4,24 | 6,08 | 2,35 | 5,36 | 5,68 | 5,16 | 2,65 | 4,79 |
| Região III | 5,32 | 3,33 | 5,13 | 3,29 | 2,12 | 3,41 | 3,56 | 1,13 | 1,92 | 6,21 |
| Região I | 28,55 | 29,02 | 27,72 | 24,30 | 20,88 | 24,06 | 26,42 | 23,05 | 12,23 | 21,26 |
| MACRO I | 22,05 | 22,50 | 21,68 | 18,96 | 15,97 | 18,86 | 20,56 | 17,71 | 9,63 | 17,11 |

Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan Net, 2024.

Analisando a distribuição da AIDS na I Macrorregião por sexo é possível identificar que a população masculina é mais vulnerável para o acometimento por essa doença infecciosa, sendo o quantitativo de homens superior em relação ao de mulheres em todas as regiões de saúde no período analisado, e consequentemente na I macrorregião.

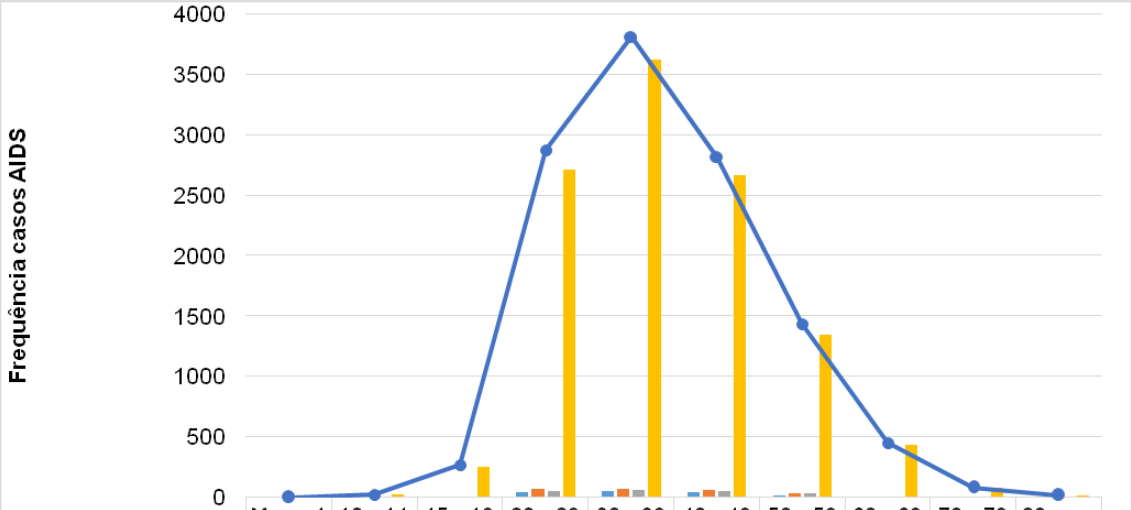
Figura 60 - Frequência absoluta dos casos de AIDS a partir dos casos notificados, segundo o sexo, entre os anos 2012 e 2021, por região de saúde e I Macrorregião.




Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan Net, 2024.

Já a distribuição da AIDS por faixa etária na I macrorregião de saúde entre 2012 e 2021 revela que a faixa etária mais acometida é a entre 30 e 39 anos, seguida pela faixa etária de 40 a 49 anos e 20 a 39 anos, através do perfil demonstrado por idade e sexo é possível associar a população masculina adulta e adulta/jovem como prioritárias para ações de prevenção e promoção à saúde a fim de reduzir a incidência e prevalência da AIDS na I macrorregião.

Figura 61 - Frequência absoluta dos casos de AIDS a partir dos casos notificados, segundo faixa etária, entre os anos 2012 e 2021, por região de saúde e I Macrorregião.

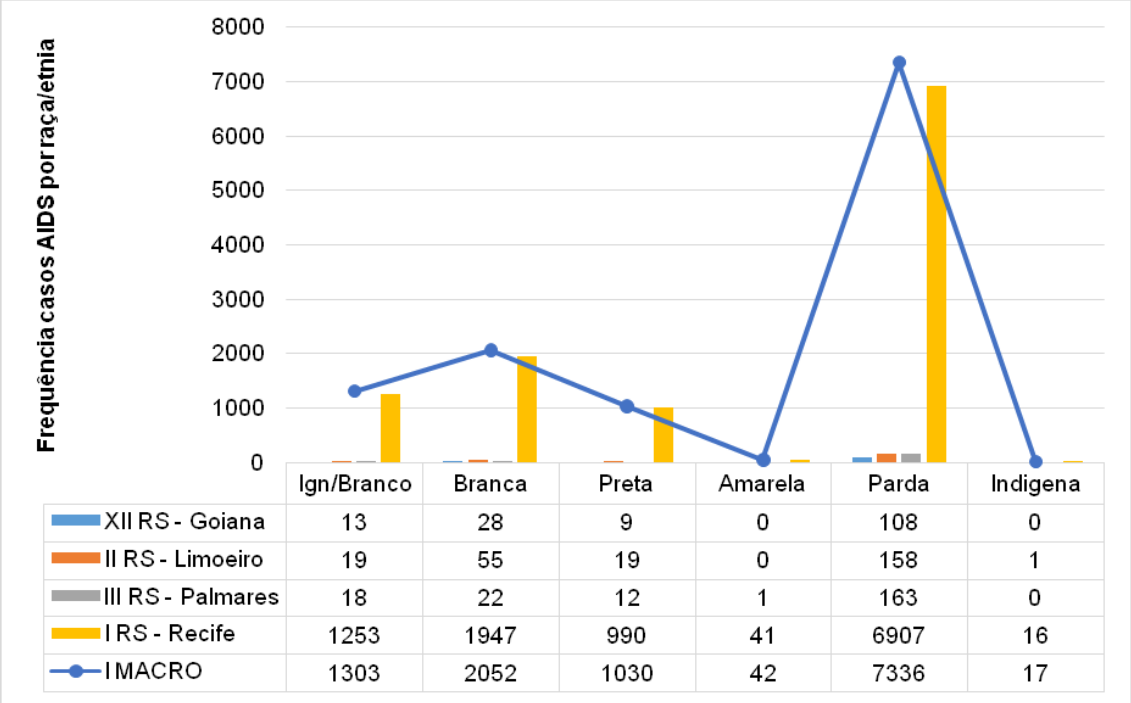



| | Menor 1 ano | 10 a 14 anos | 15 a 19 anos | 20 a 29 anos | 30 a 39 anos | 40 a 49 anos | 50 a 59 anos | 60 a 69 anos | 70 a 79 anos | 80 anos e mais |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| XII RS - Goiana | | | 5 | 39 | 50 | 40 | 19 | 4 | 1 | |
| II RS - Limoeiro | | | 6 | 72 | 71 | 61 | 31 | 7 | 4 | |
| III RS - Palmares | | 1 | 5 | 51 | 66 | 51 | 35 | 7 | | |
| I RS - Recife | 1 | 24 | 253 | 2711 | 3624 | 2665 | 1348 | 435 | 76 | 17 |
| I MACRO | 1 | 25 | 269 | 2873 | 3811 | 2817 | 1433 | 453 | 81 | 17 |

Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan Net, 2024.

A distribuição dos casos de AIDS por raça/cor na I Macrorregião demonstra que 71% dos casos acometerem a população negra (pardos e pretos), sendo os pardos o grupo étnico com maior registro da doença no período analisado, essa característica no perfil epidemiológico da AIDS na I macrorregião destaca a importância de enfrentar a doença também sobre a perspectiva de raça, aliando ações e estratégias de saúde com a luta antirracista.

Figura 62 - Frequência absoluta dos casos de AIDS a partir dos casos notificados, segundo raça/cor, entre os anos 2012 e 2021, por região de saúde e I Macrorregião.

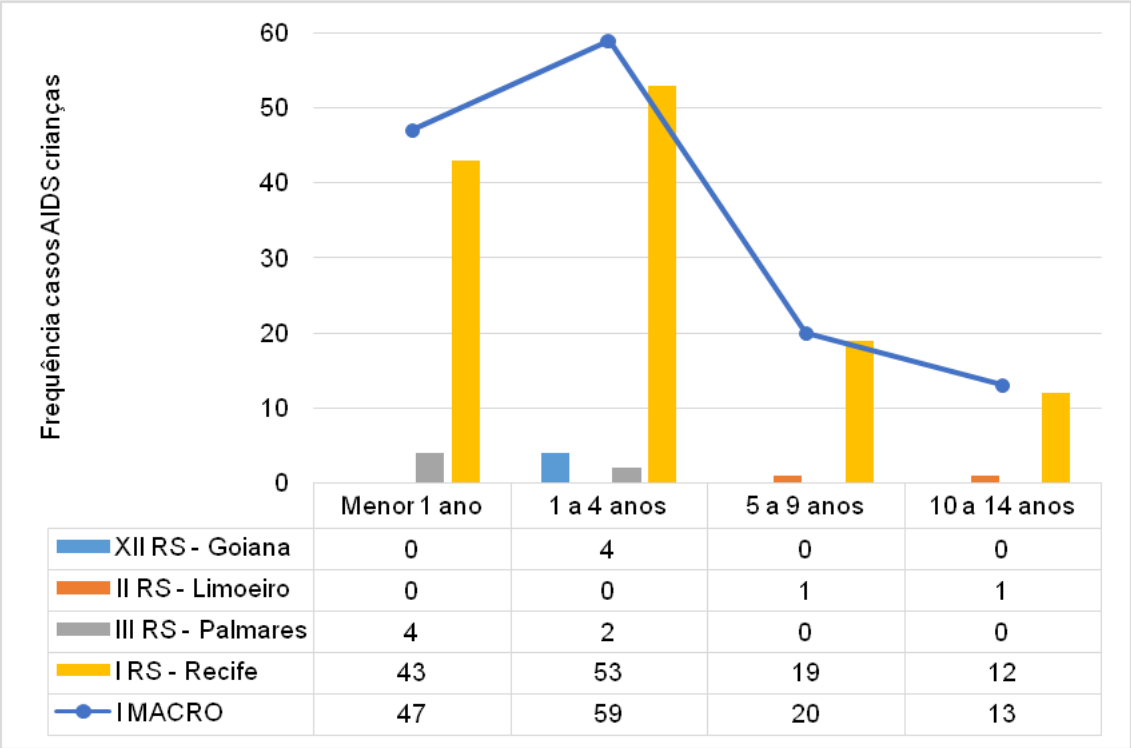



| | Ign/Branco | Branca | Preta | Amarela | Parda | Indigena |
|---|---|---|---|---|---|---|
| XII RS - Goiana | 13 | 28 | 9 | 0 | 108 | 0 |
| II RS - Limoeiro | 19 | 55 | 19 | 0 | 158 | 1 |
| III RS - Palmares | 18 | 22 | 12 | 1 | 163 | 0 |
| I RS - Recife | 1253 | 1947 | 990 | 41 | 6907 | 16 |
| I MACRO | 1303 | 2052 | 1030 | 42 | 7336 | 17 |

Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan Net, 2024.

Dentre a população até 14 anos de idade os casos concentram-se no intervalo de 1 a 4 anos.

Figura 63 - Frequência absoluta dos casos de AIDS a partir dos casos notificados, ≤ 01 até 14 anos, entre os anos 2012 e 2021, por região de saúde e I Macrorregião.

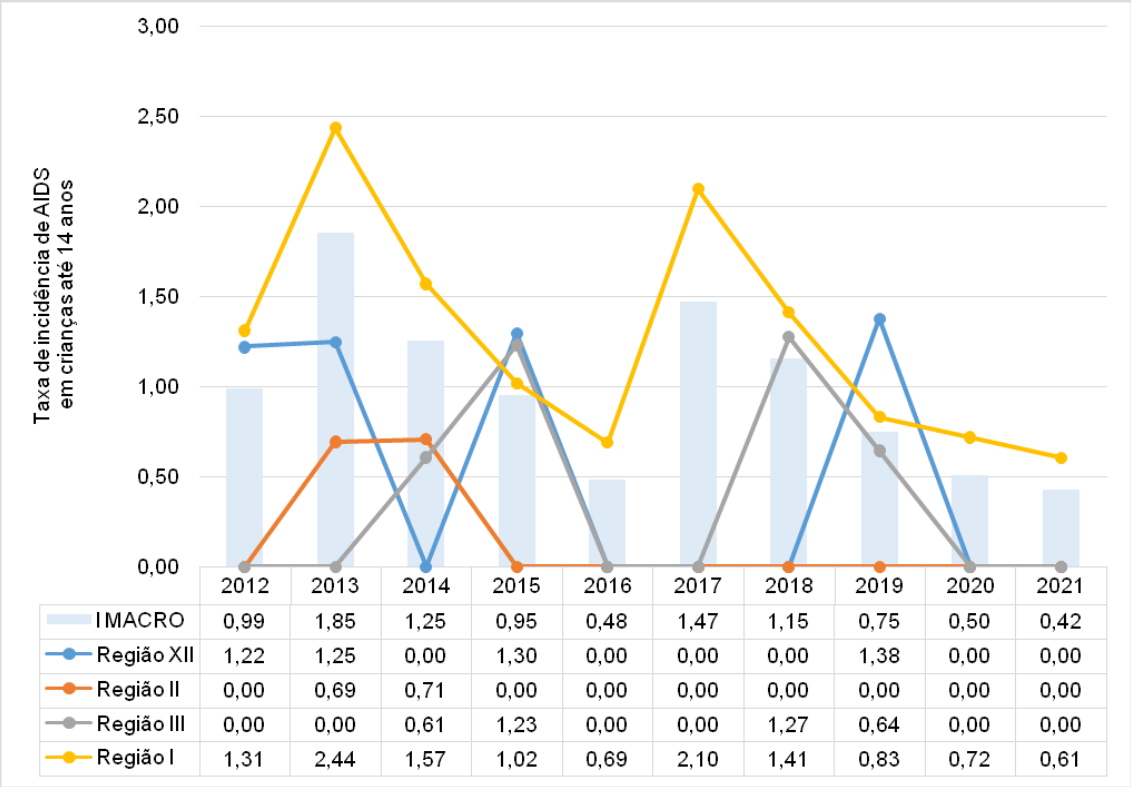



| | Menor 1 ano | 1 a 4 anos | 5 a 9 anos | 10 a 14 anos |
|---|---|---|---|---|
| XII RS - Goiana | 0 | 4 | 0 | 0 |
| II RS - Limoeiro | 0 | 0 | 1 | 1 |
| III RS - Palmares | 4 | 2 | 0 | 0 |
| I RS - Recife | 43 | 53 | 19 | 12 |
| I MACRO | 47 | 59 | 20 | 13 |

Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan Net, 2024.

Analisando a taxa de incidência dos casos de AIDS na população de até 14 anos é possível comparar os registros entre as regiões de saúde da I macrorregião, a II Região se mantém silenciosa durante a maior parte do período analisado o que pode sugerir necessidade de fortalecer a vigilância dessa doença na perspectiva regional, mas também macrorregional já que a XII e a III Regiões também tiveram anos silenciosos (6 no total), sem registros de notificação.

Figura 64 - Taxa de incidência dos casos de AIDS a partir dos casos notificados, em crianças de até 14 anos, entre os anos 2012 e 2021, por região de saúde e I Macrorregião.

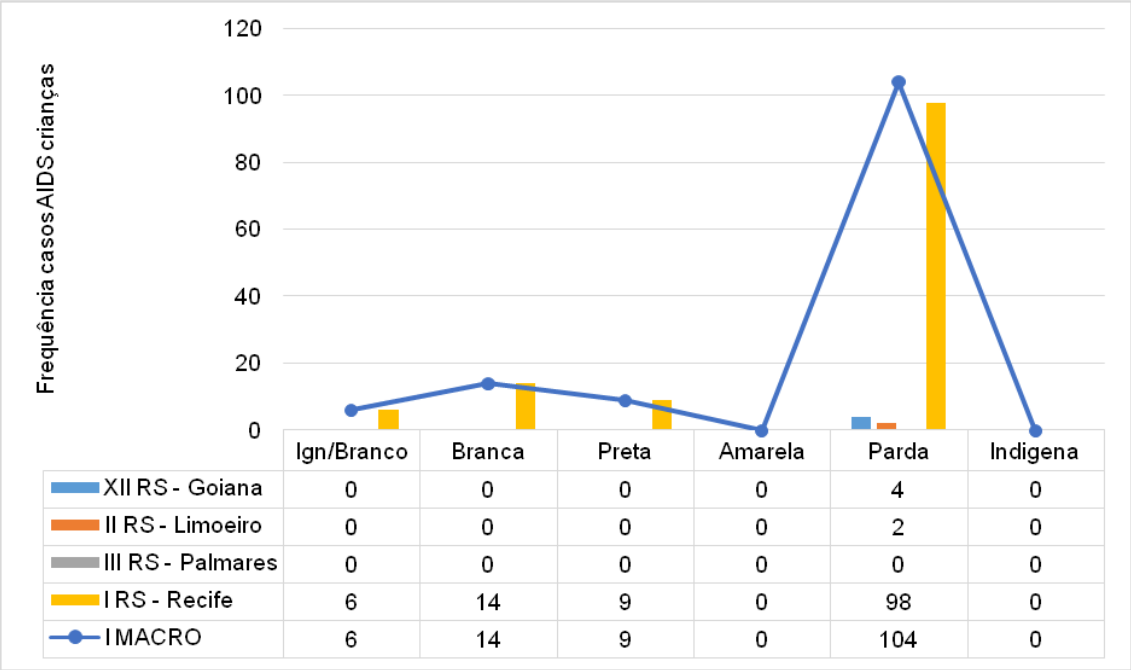



| | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| I MACRO | 0,99 | 1,85 | 1,25 | 0,95 | 0,48 | 1,47 | 1,15 | 0,75 | 0,50 | 0,42 |
| Região XII | 1,22 | 1,25 | 0,00 | 1,30 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 1,38 | 0,00 | 0,00 |
| Região II | 0,00 | 0,69 | 0,71 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| Região III | 0,00 | 0,00 | 0,61 | 1,23 | 0,00 | 0,00 | 1,27 | 0,64 | 0,00 | 0,00 |
| Região I | 1,31 | 2,44 | 1,57 | 1,02 | 0,69 | 2,10 | 1,41 | 0,83 | 0,72 | 0,61 |

Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan Net, 2024.

Na distribuição da AIDS pelo critério raça/cor na população até 14 anos os números superam o percentual da população total em relação a ocorrência da doença na população negra (pretos e pardos), atingindo 78% dentre os casos notificados de 2012 a 2021, na I macrorregião.

Figura 65 - Frequência absoluta dos casos de AIDS a partir dos casos notificados, em crianças até 14 anos segundo o critério raça/cor, entre os anos 2012 e 2021, por região de saúde e I Macrorregião.

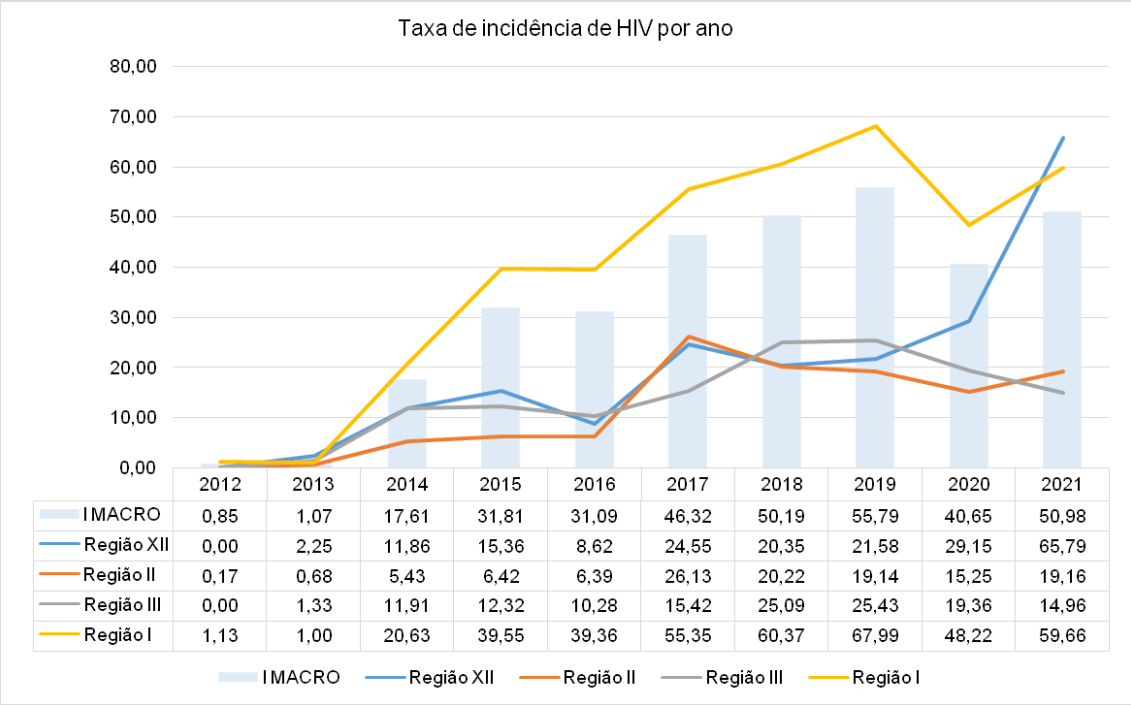



| | Ign/Branco | Branca | Preta | Amarela | Parda | Indigena |
|---|---|---|---|---|---|---|
| XII RS - Goiana | 0 | 0 | 0 | 0 | 4 | 0 |
| II RS - Limoeiro | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 0 |
| III RS - Palmares | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| I RS - Recife | 6 | 14 | 9 | 0 | 98 | 0 |
| I MACRO | 6 | 14 | 9 | 0 | 104 | 0 |

Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan Net, 2024.

A taxa de incidência de HIV na I macrorregião de saúde sofreu aumento de acordo com o exposto na Figura 66, o ano em que a I macrorregião obteve a maior taxa foi 2019 e a I Região de saúde se manteve com a maior taxa em relação as outras Regiões na maior parte do período analisado, porém em 2021 a XII Região registrou a maior taxa de incidência de HIV em toda a I macrorregião.

Figura 66 - Taxa de incidência de HIV a partir dos casos notificados, entre os anos 2012 e 2021, por região de saúde e I Macrorregião.

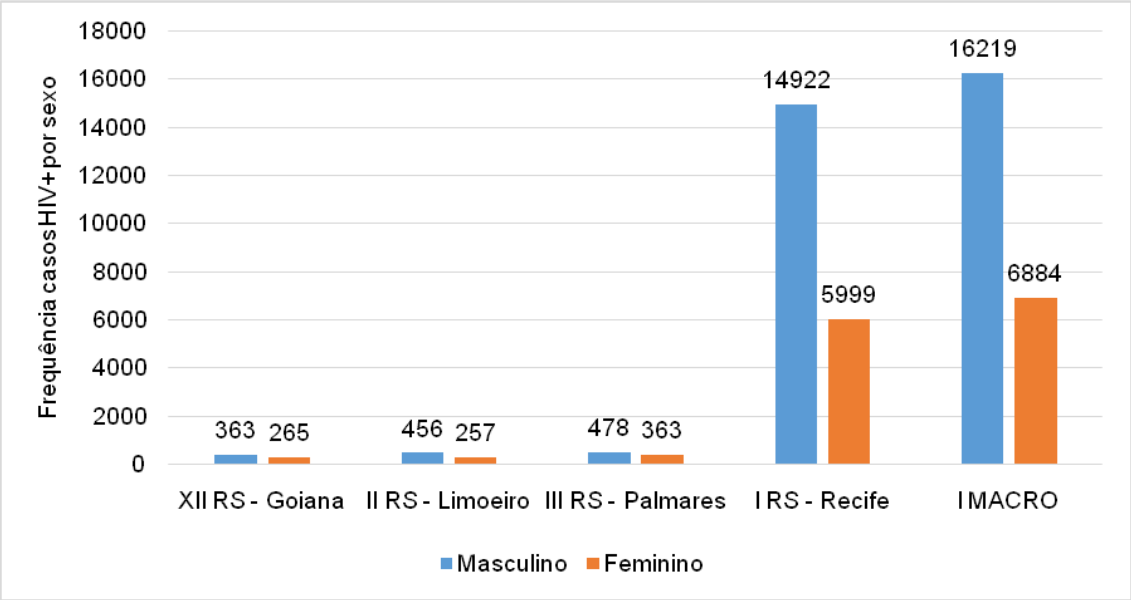



| | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| I MACRO | 0,85 | 1,07 | 17,61 | 31,81 | 31,09 | 46,32 | 50,19 | 55,79 | 40,65 | 50,98 |
| Região XII | 0,00 | 2,25 | 11,86 | 15,36 | 8,62 | 24,55 | 20,35 | 21,58 | 29,15 | 65,79 |
| Região II | 0,17 | 0,68 | 5,43 | 6,42 | 6,39 | 26,13 | 20,22 | 19,14 | 15,25 | 19,16 |
| Região III | 0,00 | 1,33 | 11,91 | 12,32 | 10,28 | 15,42 | 25,09 | 25,43 | 19,36 | 14,96 |
| Região I | 1,13 | 1,00 | 20,63 | 39,55 | 39,36 | 55,35 | 60,37 | 67,99 | 48,22 | 59,66 |

Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan Net, 2024.

A taxa de incidência de HIV por sexo na I Macrorregião entre 2012 e 2021 demonstra que a população masculina corresponde ao maior percentual dentre os acometidos, correspondendo a 70% do total.

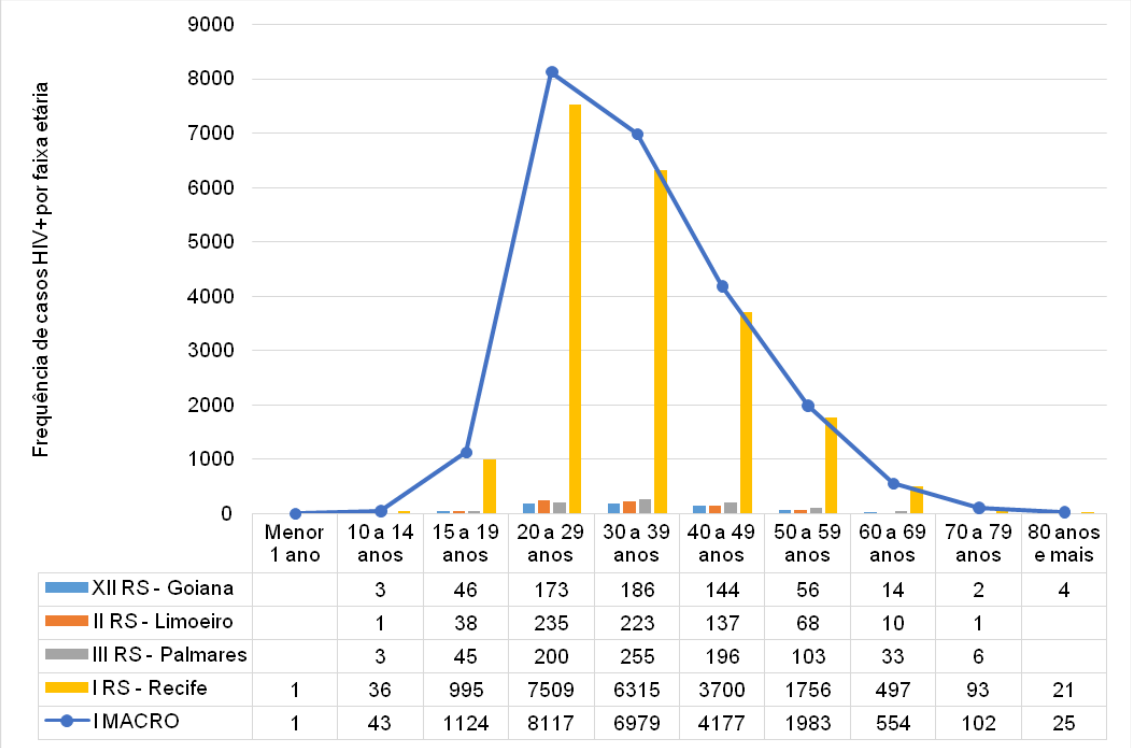
Figura 67 - Taxa de incidência de HIV a partir dos casos notificados, segundo sexo, entre os anos 2012 e 2021, por região de saúde e I Macrorregião.




Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan Net, 2024.

As faixas etárias que apresentaram os maiores valores foram as de 20 a 29 anos (35%), 30 a 39 anos (30%) e 40 a 49 anos (18%), respectivamente.

Figura 68 - Frequência de HIV a partir dos casos notificados, segundo faixa etária, entre os anos 2012 e 2021, por região de saúde e I Macrorregião.

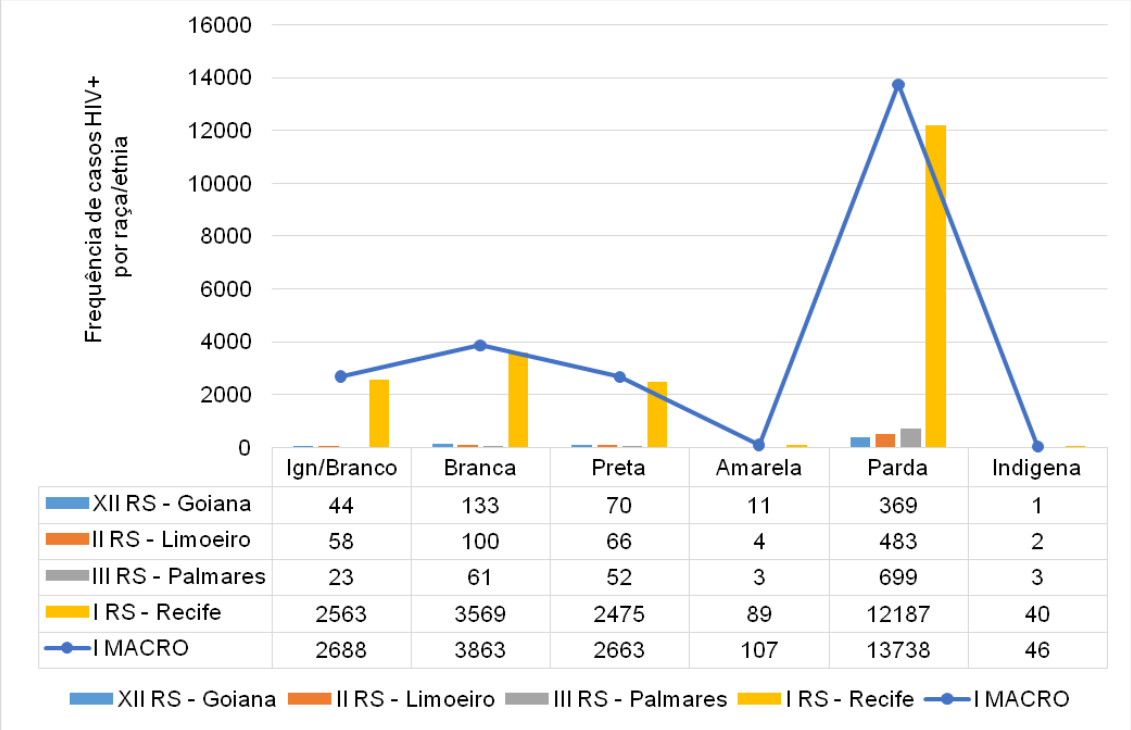



| | Menor 1 ano | 10 a 14 anos | 15 a 19 anos | 20 a 29 anos | 30 a 39 anos | 40 a 49 anos | 50 a 59 anos | 60 a 69 anos | 70 a 79 anos | 80 anos e mais |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| XII RS - Goiana | | 3 | 46 | 173 | 186 | 144 | 56 | 14 | 2 | 4 |
| II RS - Limoeiro | | 1 | 38 | 235 | 223 | 137 | 68 | 10 | 1 | |
| III RS - Palmares | | 3 | 45 | 200 | 255 | 196 | 103 | 33 | 6 | |
| I RS - Recife | 1 | 36 | 995 | 7509 | 6315 | 3700 | 1756 | 497 | 93 | 21 |
| I MACRO | 1 | 43 | 1124 | 8117 | 6979 | 4177 | 1983 | 554 | 102 | 25 |

Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan Net, 2024.

Em relação ao critério raça/cor a população negra (pretos e pardos) correspondeu a 71% do total referente às pessoas acometidas por HIV no período analisado.

Figura 69 - Frequência absoluta de HIV a partir dos casos notificados, segundo raça/cor, entre os anos 2012 e 2021, por região de saúde e I Macrorregião.

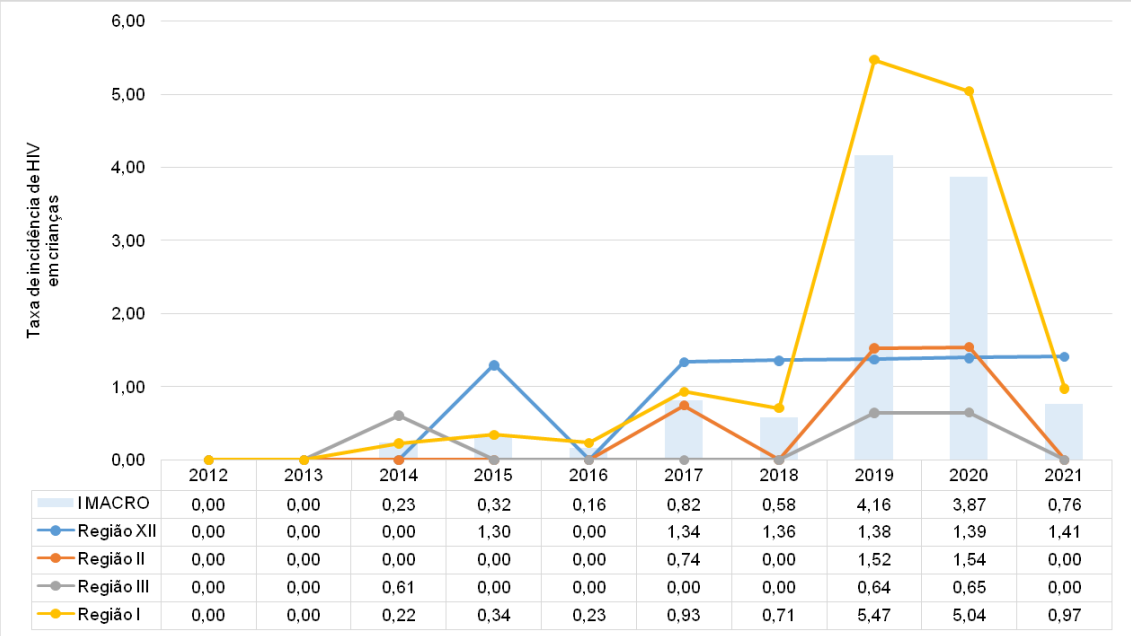



| | Ign/Branco | Branca | Preta | Amarela | Parda | Indigena |
|---|---|---|---|---|---|---|
| XII RS - Goiana | 44 | 133 | 70 | 11 | 369 | 1 |
| II RS - Limoeiro | 58 | 100 | 66 | 4 | 483 | 2 |
| III RS - Palmares | 23 | 61 | 52 | 3 | 699 | 3 |
| I RS - Recife | 2563 | 3569 | 2475 | 89 | 12187 | 40 |
| I MACRO | 2688 | 3863 | 2663 | 107 | 13738 | 46 |

Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan Net, 2024.

Entre as crianças com HIV entre os anos de 2012 e 2021 na I Macrorregião a taxa de incidência demonstra aumento gradual no decorrer do período analisado, as regiões apresentam diferenças entre os valores registrados, a I Região apresenta taxas mais elevadas na maior parte da amostra em relação as demais Regiões de saúde.

Figura 70 - Taxa de incidência de HIV a partir dos casos notificados em crianças, entre os anos 2012 e 2021, por região de saúde e I Macrorregião.

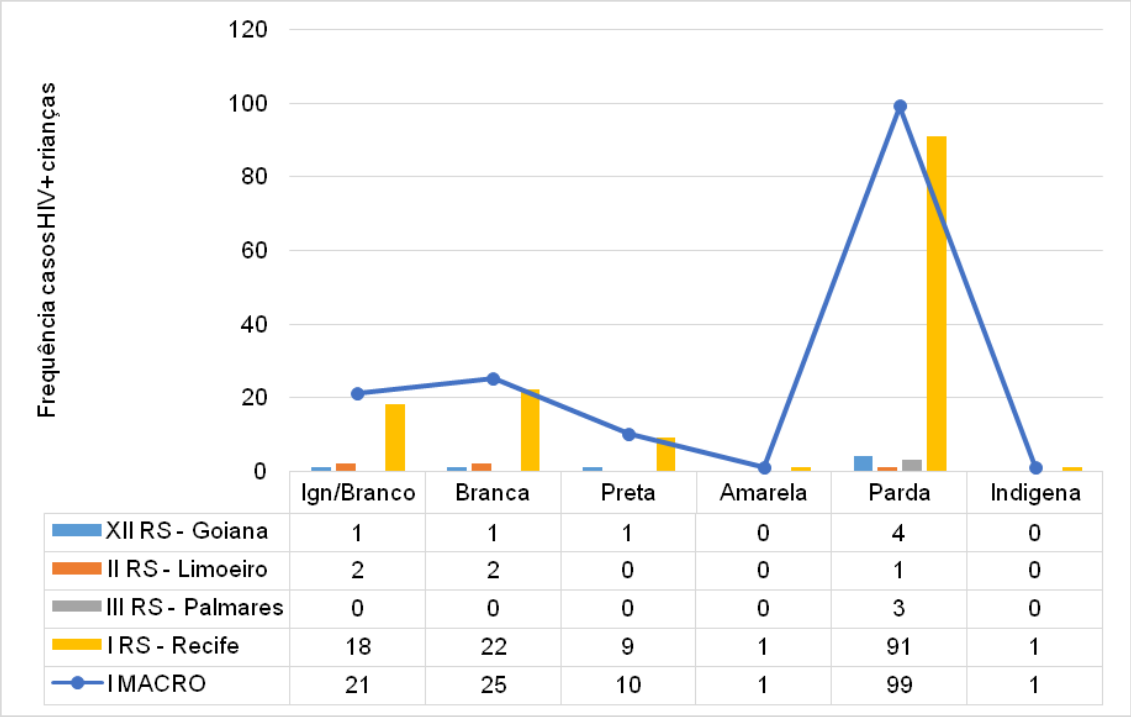



| | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| I MACRO | 0,00 | 0,00 | 0,23 | 0,32 | 0,16 | 0,82 | 0,58 | 4,16 | 3,87 | 0,76 |
| Região XII | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 1,30 | 0,00 | 1,34 | 1,36 | 1,38 | 1,39 | 1,41 |
| Região II | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,74 | 0,00 | 1,52 | 1,54 | 0,00 |
| Região III | 0,00 | 0,00 | 0,61 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,64 | 0,65 | 0,00 |
| Região I | 0,00 | 0,00 | 0,22 | 0,34 | 0,23 | 0,93 | 0,71 | 5,47 | 5,04 | 0,97 |

Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan Net, 2024.

Em relação ao critério raça/cor as crianças negras (pretos e pardos) formaram a maior parte da análise, correspondendo a 69% do total.

Figura 71 - Frequência absoluta de HIV a partir dos casos notificados em crianças, segundo raça/cor, entre os anos 2012 e 2021, por região de saúde e I Macrorregião.




| | Ign/Branco | Branca | Preta | Amarela | Parda | Indigena |
|---|---|---|---|---|---|---|
| XII RS - Goiana | 1 | 1 | 1 | 0 | 4 | 0 |
| II RS - Limoeiro | 2 | 2 | 0 | 0 | 1 | 0 |
| III RS - Palmares | 0 | 0 | 0 | 0 | 3 | 0 |
| I RS - Recife | 18 | 22 | 9 | 1 | 91 | 1 |
| I MACRO | 21 | 25 | 10 | 1 | 99 | 1 |

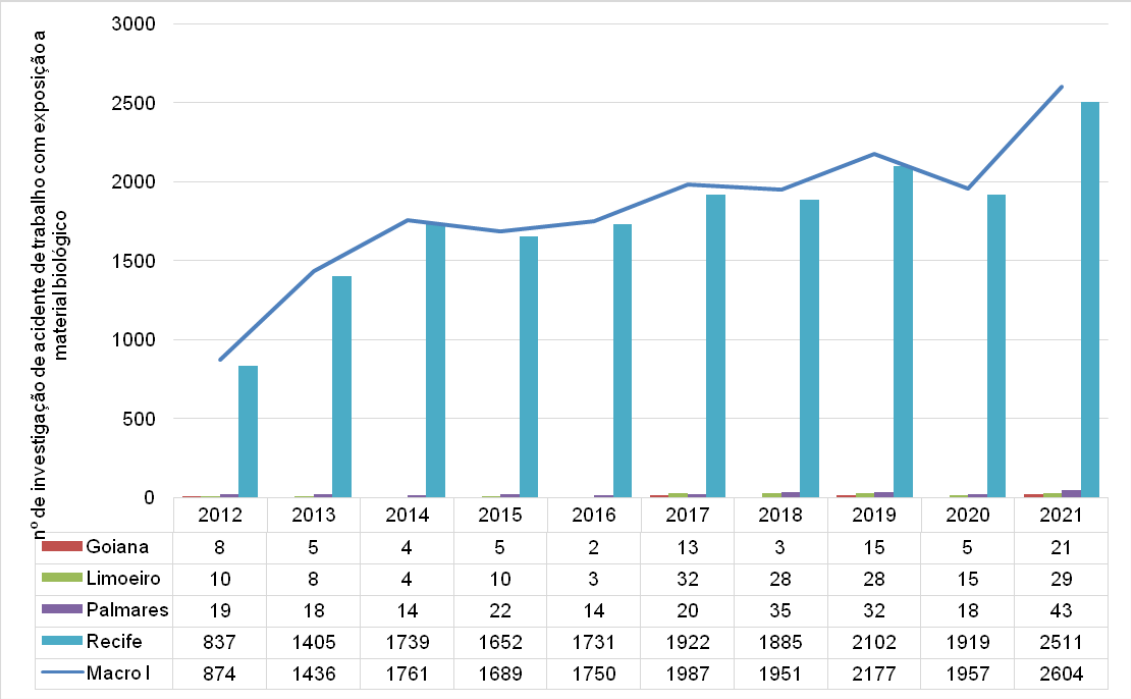
Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan Net, 2024.

## Agravos

### Acidente de trabalho com exposição à material biológico

A Figura 72 demonstra que a I Região de Saúde foi a maior notificadora de casos de acidente de trabalho com exposição à material biológico entre os anos de 2012 e 2021 no território da I Macrorregião, com registros bem mais elevados quando comparados às demais regiões, a distribuição anual dos números revela aumento do registro de notificações desse agravo na I Macrorregião, sendo o primeiro ano da amostra o de menor número de notificações e o último ano o de maior.

Figura 72 - Número de casos notificados de Acidente de Trabalho com Exposição à Material Biológico, acumulado entre 2012 e 2021, Regiões de saúde da I Macrorregião, em Pernambuco.




| | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Goiana | 8 | 5 | 4 | 5 | 2 | 13 | 3 | 15 | 5 | 21 |
| Limoeiro | 10 | 8 | 4 | 10 | 3 | 32 | 28 | 28 | 15 | 29 |
| Palmares | 19 | 18 | 14 | 22 | 14 | 20 | 35 | 32 | 18 | 43 |
| Recife | 837 | 1405 | 1739 | 1652 | 1731 | 1922 | 1885 | 2102 | 1919 | 2511 |
| Macro I | 874 | 1436 | 1761 | 1689 | 1750 | 1987 | 1951 | 2177 | 1957 | 2604 |

Fonte: Ministério da Saúde/SVSA - Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan Net, 2024.

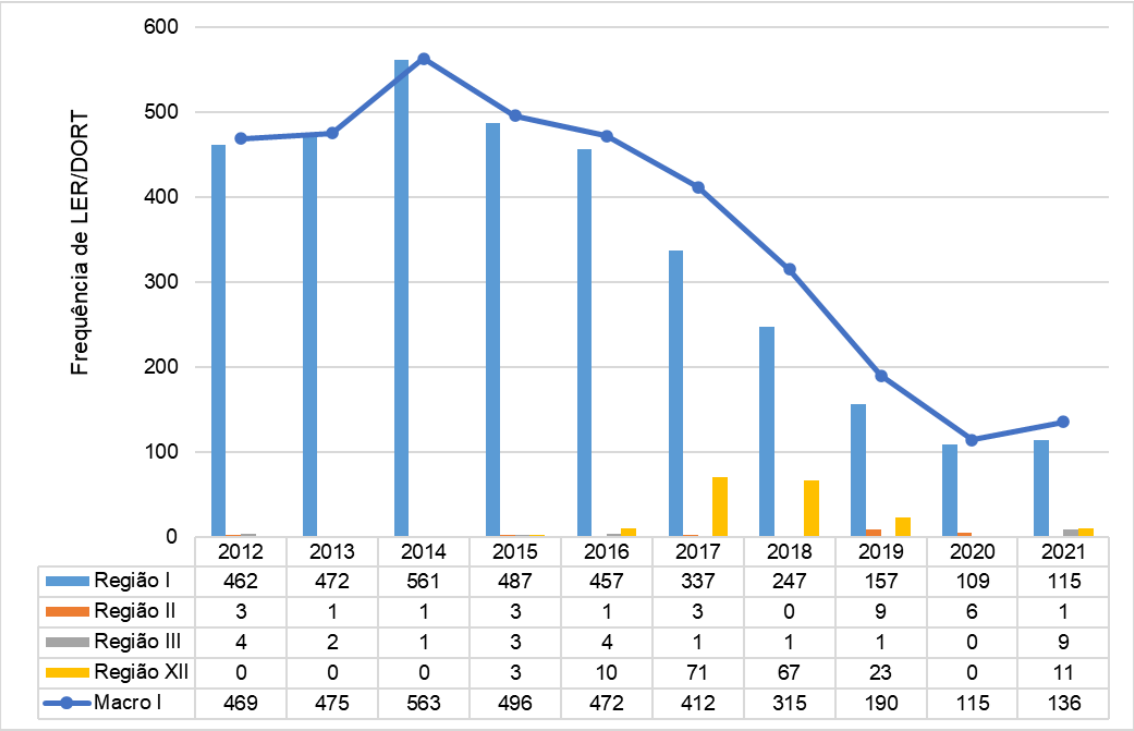
## LER/DORT

A análise da Figura 73 demonstra uma queda alarmante nas notificações do agravo relacionado ao trabalho LER/DORT, o que sugere necessidade de fortalecimento das ações de vigilância em saúde do trabalhador nesse aspecto, visto que os números aferidos nessa amostra provavelmente estão subnotificados resultando em um dado aquém da realidade.

Destaca-se que a XII Região após passar os três primeiros anos do período analisado sem registrar notificações tornou-se a segunda Região com maior número de notificações da I Macrorregião em cinco dos dez anos selecionados, voltando a ficar sem registro de notificações desse agravo novamente em 2020, que foi o ano com menor número de notificações da I Macrorregião em comparação aos demais anos da amostra, podendo este

resultado estar relacionado a pandemia COVID19, onde os esforços estavam concentrados em mitigar os impactos da doença.

Figura 73 - Frequência absoluta dos casos de lesão por esforço repetitivo (Ler/Dort), por região de saúde, entre os anos de 2012 e 2021.




| | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Região I | 462 | 472 | 561 | 487 | 457 | 337 | 247 | 157 | 109 | 115 |
| Região II | 3 | 1 | 1 | 3 | 1 | 3 | 0 | 9 | 6 | 1 |
| Região III | 4 | 2 | 1 | 3 | 4 | 1 | 1 | 1 | 0 | 9 |
| Região XII | 0 | 0 | 0 | 3 | 10 | 71 | 67 | 23 | 0 | 11 |
| Macro I | 469 | 475 | 563 | 496 | 472 | 412 | 315 | 190 | 115 | 136 |

Fonte: Ministério da Saúde/SVSA - Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan Net, 2024.

## Acidente de trabalho

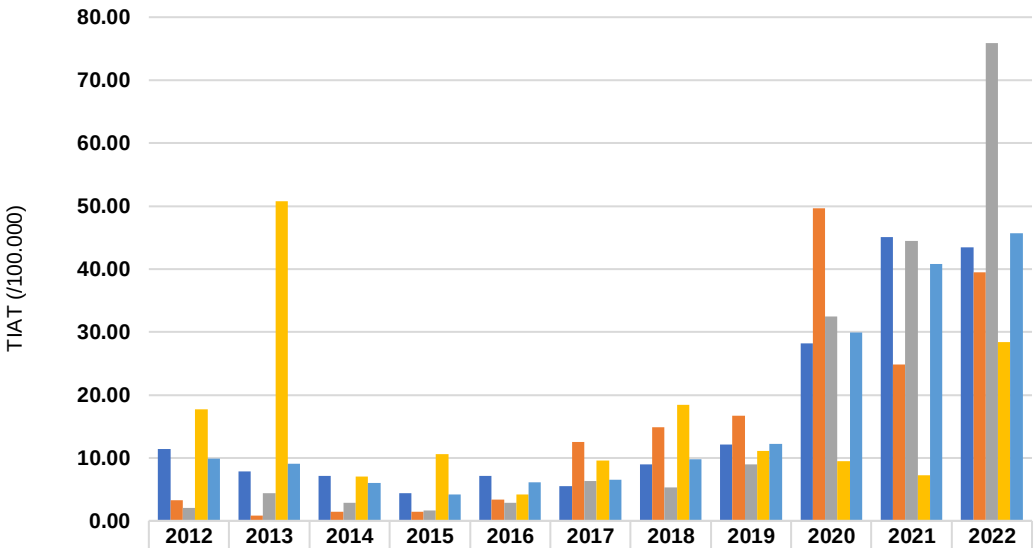
A configuração contemporânea do trabalho tem sido caracterizada por uma ampliação significativa da diversidade de setores produtivos, o que tem gerado mudanças substanciais na divisão do trabalho. Além disso, essa configuração tem levado à inserção heterogênea dos trabalhadores em diferentes ramos de atividade. No entanto, um traço marcante desse cenário é a precarização social do trabalho, que pode resultar em condições inseguras e afetar negativamente o risco de acidentes e doenças ocupacionais dos trabalhadores.

No estado de Pernambuco, essa diversidade de setores econômicos é especialmente evidente, com cada atividade desenvolvida apresentando uma série de elementos econômicos e sociais que se relacionam diretamente com o perfil de morbimortalidade dos trabalhadores nas Regiões de Saúde.

Em relação as notificações de Acidente de trabalho no território da I Macrorregião, é possível destacar que o ano de 2013 se diferencia dos demais anos da amostra pelo alto número de notificações provenientes da XII Região, entre 2017 e 2020 a II Região aumentou consideravelmente o número de notificações para esse agravo em comparação com os anos anteriores, a III Região também apresentou aumento de notificações, porém nos três últimos anos da amostra.

É importante ressaltar que esse agravo sofreu alteração por meio da Portaria GM/MS nº 217, de 1° de março de 2023 que altera o Anexo 1 do Anexo V à Portaria de Consolidação GM/MS nº 4, de 28 de setembro de 2017, para substituir o agravo "Acidente de trabalho: grave, fatal e em crianças e adolescentes" por "Acidente de Trabalho" na Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos em de saúde pública, nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, o que significa que a partir dessa publicação houve alteração na Ficha Individual de Investigação que é o instrumento de notificação do SINAN, bem como a mudança na definição de caso, passando a ser denominada apenas como Acidente de Trabalho e não mais Acidente de Trabalho Grave.

Figura 74 - Taxa de incidência de Acidente de Trabalho (por 100 mil habitantes), por ano, segundo região de saúde e I Macrorregião, 2012 a 2022.




| | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| I RS | 11.43 | 7.83 | 7.09 | 4.44 | 7.09 | 5.48 | 8.96 | 12.09 | 28.17 | 45.07 | 43.42 |
| II RS | 3.26 | 0.83 | 1.49 | 1.48 | 3.43 | 12.49 | 14.89 | 16.74 | 49.60 | 24.82 | 39.44 |
| III RS | 2.09 | 4.43 | 2.88 | 1.69 | 2.86 | 6.37 | 5.35 | 8.99 | 32.50 | 44.44 | 75.92 |
| XII RS | 17.76 | 50.76 | 7.05 | 10.56 | 4.15 | 9.57 | 18.44 | 11.11 | 9.51 | 7.27 | 28.44 |
| I Macrorregião | 9.92 | 9.11 | 6.05 | 4.17 | 6.10 | 6.55 | 9.74 | 12.21 | 29.91 | 40.78 | 45.65 |

Ano de notificação

Fontes: IBGE/Projeções demográficas preliminares (2012 a 2021) e IBGE/Censo Demográfico (2022). Ministério da Saúde/SVSA - Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan Net.

Os dados da Figura 74 indicam variações significativas nas taxas de incidência de acidentes de trabalho ao longo dos anos em diferentes regiões de saúde e na I Macrorregião. As taxas mais altas foram observadas em 2020 e 2022, especialmente na III RS e na I Macrorregião. A I Macrorregião mostra um aumento significativo na taxa de incidência de acidentes de trabalho a partir de 2020, atingindo um pico em 2022. A XII RS apresenta um pico notável em 2013, com uma taxa de 50,76, mas diminui nos anos seguintes e voltou a aumentar em 2022. A III RS tem um crescimento acentuado, especialmente em 2022, com uma taxa de 75,92.

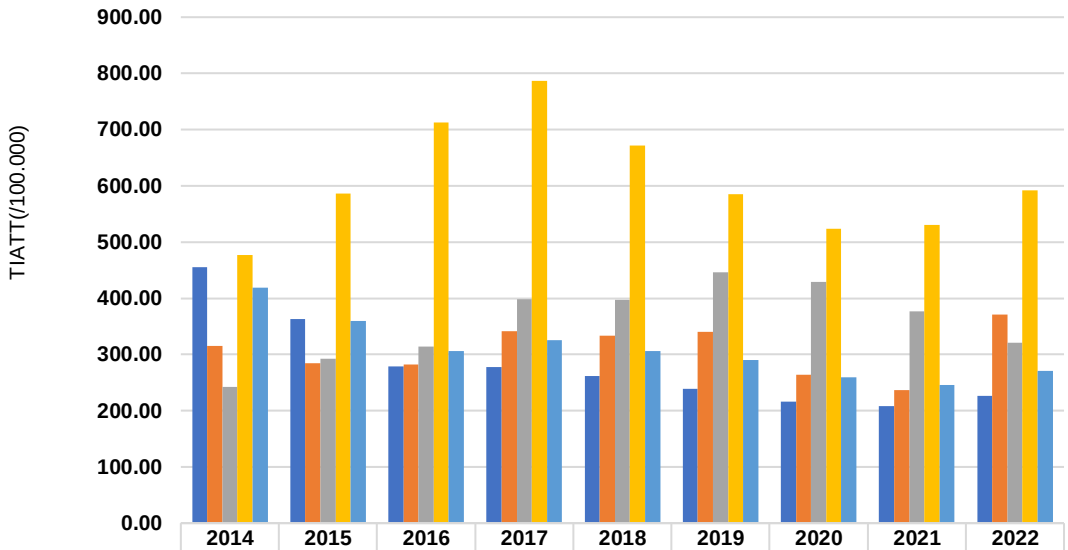
**Acidentes de Transportes Terrestres**

A Figura 75 mostra a taxa de incidência de Acidentes de Transporte Terrestre (ATT) por 100 mil habitantes entre 2012 e 2022 para diferentes Regiões de Saúde (RS) e a I Macrorregião.

A I RS: Teve um pico em 2014 com 454,79 e uma tendência geral de queda até 2021, com um leve aumento em 2022 para 226,19. A II RS: A taxa também começou alta em 2014 (315,21), caiu em 2015 e 2016, e subiu novamente em 2017. Em 2022, a taxa foi a mais alta do período, chegando a 370,90. A III RS: Mostrou uma variação significativa ao longo dos anos, com o pico em 2019 (446,70) e uma queda nos últimos anos, terminando em 321,48 em 2022. A XII RS: Apresentou as taxas mais altas entre todas as regiões, especialmente entre 2015 e 2017, com um pico de 786,59 em 2017. Em 2022, a taxa foi de 592,03, ainda muito alta.

A I Macrorregião: A taxa geral desta macrorregião mostra uma tendência de queda desde 2014, com 418,78, até 2021, com uma leve alta em 2022 para 270,84. Esses dados sugerem que, apesar de algumas flutuações anuais, houve uma tendência geral de redução das taxas de ATT na maioria das regiões de saúde ao longo dos anos, embora algumas regiões, como a XII RS, ainda apresentem índices significativamente altos.

Figura 75 - Taxa de incidência de Acidentes de Transporte Terrestre (ATT) (por 100 mil habitantes), por ano, segundo região de saúde e I Macrorregião, 2014 a 2022.




| | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| I RS | 454.79 | 362.86 | 278.64 | 277.66 | 261.87 | 238.54 | 215.72 | 207.97 | 226.19 |
| II RS | 315.21 | 284.88 | 282.59 | 341.56 | 333.44 | 340.19 | 263.70 | 236.15 | 370.90 |
| III RS | 242.72 | 293.01 | 314.16 | 398.68 | 397.31 | 446.70 | 429.42 | 376.96 | 321.48 |
| XII RS | 477.10 | 585.94 | 712.30 | 786.59 | 671.90 | 584.97 | 523.41 | 530.41 | 592.03 |
| I Macrorregião | 418.78 | 359.48 | 306.63 | 325.04 | 306.17 | 290.06 | 259.83 | 246.02 | 270.84 |

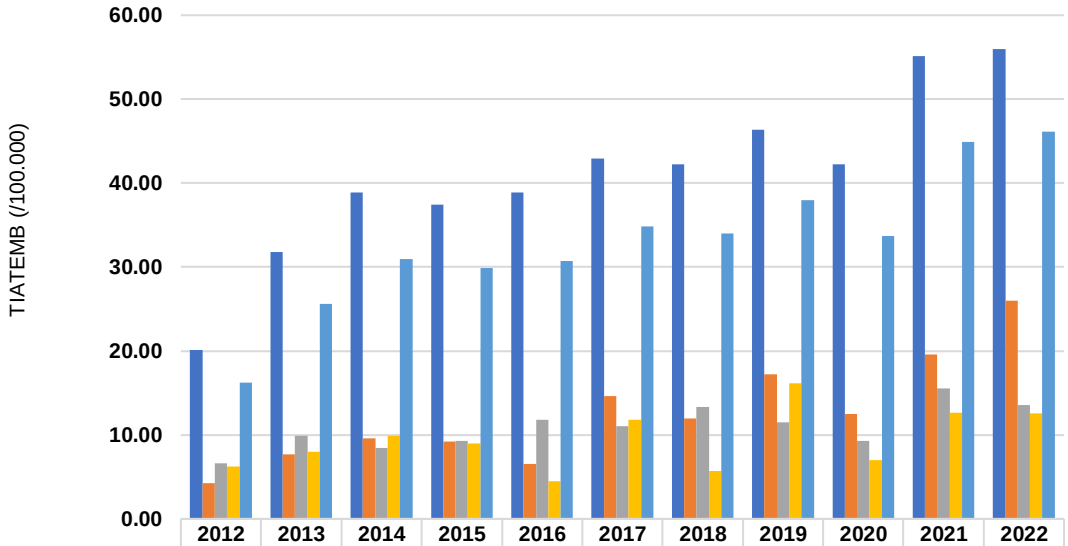
Ano de notificação

Fontes: IBGE/Projeções demográficas preliminares (2012 a 2021) e IBGE/Censo Demográfico (2022). Secretaria de Saúde de Pernambuco/SEVS - Sistema de Informação sobre Acidentes de Transporte Terrestre (Sinatt). Dados captados em 17/05/2024, sujeitos à atualização. Nota: Notificações de vítimas de acidentes de transporte terrestre (ATT) nas 17 Unidades Sentinela de Informação sobre ATT (Usiatt).

## Acidente de trabalho com exposição a material biológico

A taxa de incidência na I RS teve um aumento significativo ao longo do período de 11 anos, com algumas flutuações. O aumento mais notável é entre 2020 (42,21) e 2022 (55,93). A I Macrorregião mostra uma tendência consistente de aumento ao longo dos anos, com algumas flutuações. As taxas aumentaram significativamente de 2016 (30,69) para 2017 (34,84), e novamente de 2020 (33,67) para 2022 (46,12).

Figura 76 - Taxa de incidência de Acidente de Trabalho com Exposição a Material Biológico (por 100 mil habitantes), por ano, segundo região de saúde e I Macrorregião, 2012 a 2022.




| | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| I RS | 20.15 | 31.81 | 38.92 | 37.45 | 38.90 | 42.92 | 42.27 | 46.36 | 42.21 | 55.13 | 55.93 |
| II RS | 4.29 | 7.66 | 9.59 | 9.20 | 6.53 | 14.60 | 11.98 | 17.22 | 12.48 | 19.57 | 26.03 |
| III RS | 6.63 | 9.88 | 8.48 | 9.29 | 11.77 | 11.06 | 13.37 | 11.48 | 9.28 | 15.53 | 13.56 |
| XII RS | 6.25 | 8.03 | 9.94 | 8.96 | 4.47 | 11.80 | 5.72 | 16.19 | 6.97 | 12.65 | 12.57 |
| I Macrorregião | 16.24 | 25.58 | 30.97 | 29.89 | 30.69 | 34.84 | 33.99 | 37.94 | 33.67 | 44.89 | 46.12 |

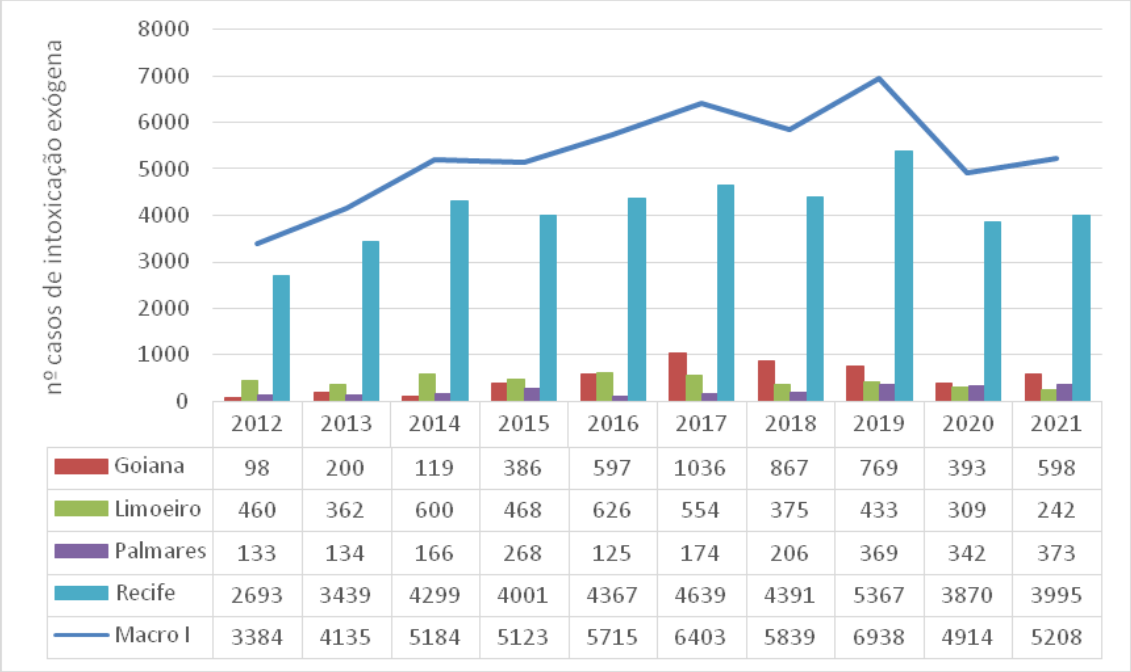
Ano de notificação

Fontes: IBGE/Projeções demográficas preliminares (2012 a 2021) e IBGE/Censo Demográfico (2022). Ministério da Saúde/SVSA - Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan Net

## Intoxicação Exógena (por substâncias químicas, incluindo agrotóxicos, gases tóxicos e metais pesados)

Em relação a Figura 77 é possível observar que a I Macrorregião possui um padrão de distribuição das notificações de intoxicações exógenas entre os anos de 2012 e 2021, com variações que demonstram crescimento de 2012 até 2019, e uma queda em 2020. Ao realizar análise comparativa das Regiões é notável que a XII demonstrou resultados crescentes em toda a amostra até que em 2017 torna-se a segunda maior em número de notificações deste agravo e mantém esse resultado até o fim do período analisado, mesmo sendo a Região que possui a menor população dentre as quatro que compõem a I Macrorregião.

Figura 77 - Número de casos notificados de Intoxicação Exógena, acumulado entre 2012 e 2021, Regiões de saúde da I Macrorregião, em Pernambuco



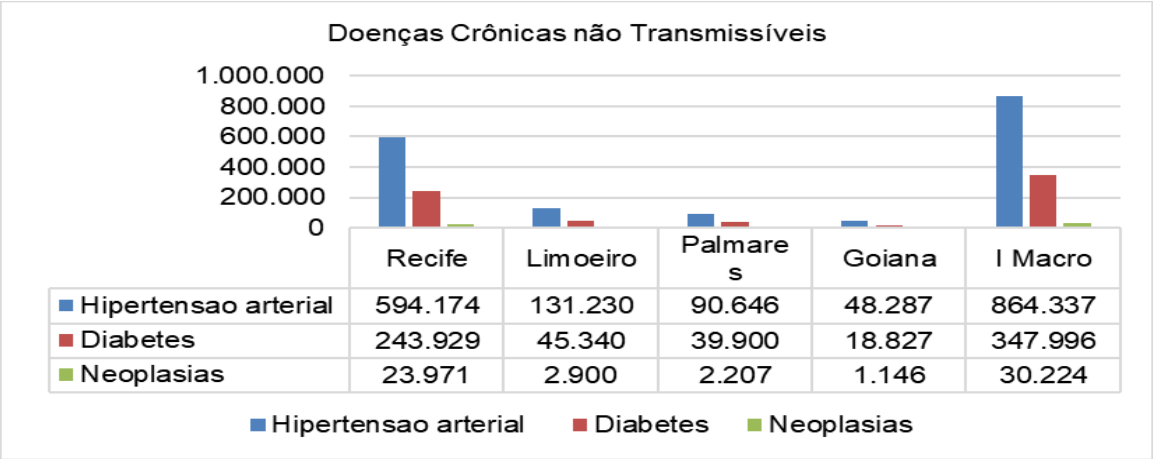

| | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Goiana | 98 | 200 | 119 | 386 | 597 | 1036 | 867 | 769 | 393 | 598 |
| Limoeiro | 460 | 362 | 600 | 468 | 626 | 554 | 375 | 433 | 309 | 242 |
| Palmares | 133 | 134 | 166 | 268 | 125 | 174 | 206 | 369 | 342 | 373 |
| Recife | 2693 | 3439 | 4299 | 4001 | 4367 | 4639 | 4391 | 5367 | 3870 | 3995 |
| Macro I | 3384 | 4135 | 5184 | 5123 | 5715 | 6403 | 5839 | 6938 | 4914 | 5208 |

Fonte: Ministério da Saúde/SVSA - Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan Net, 2024.

## Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT)

As Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT) constituem o conjunto responsável pelo maior número de mortes no Brasil, sobretudo as do grupo cardiovascular, em relação a distribuição da Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), Diabetes Mellitus (DM) e Neoplasias na I Macrorregião os dados estão de acordo com a quantidade populacional de cada uma das Regiões de Saúde, sendo a I Região a de maior número de residentes e a maior em morbidade relacionada a essas DCNT.

Figura 78 - Frequência absoluta dos casos de doenças crônicas não transmissíveis por região de saúde.




Fonte própria, 2024.

Os indicadores de morbidade subsidiam a análise de situação de saúde de um território pois destrincham como a população adoece em um determinado espaço e período, na I macrorregião é possível identificar um perfil que condiz com a transição epidemiológica existente no Brasil, onde apesar de ainda ocorrer números consideráveis de doenças infectocontagiosas as doenças crônicas não transmissíveis, agravos e causas externas vem ganhando notoriedade e registrando valores cada vez mais elevados.

Além das DCNT, Pernambuco continua a lidar com doenças endêmicas como a esquistossomose e a dengue, que são prevalentes devido às condições socioeconômicas e ambientais específicas da região. A tuberculose também permanece um desafio significativo, com altas taxas de incidência especialmente nas áreas metropolitanas. Apesar dos avanços na cobertura de saúde proporcionados pelo SUS, persistem desafios significativos, incluindo a necessidade de fortalecer a vigilância epidemiológica e adaptar as políticas de saúde pública para atender às novas demandas de saúde da população (Martin, 2021).

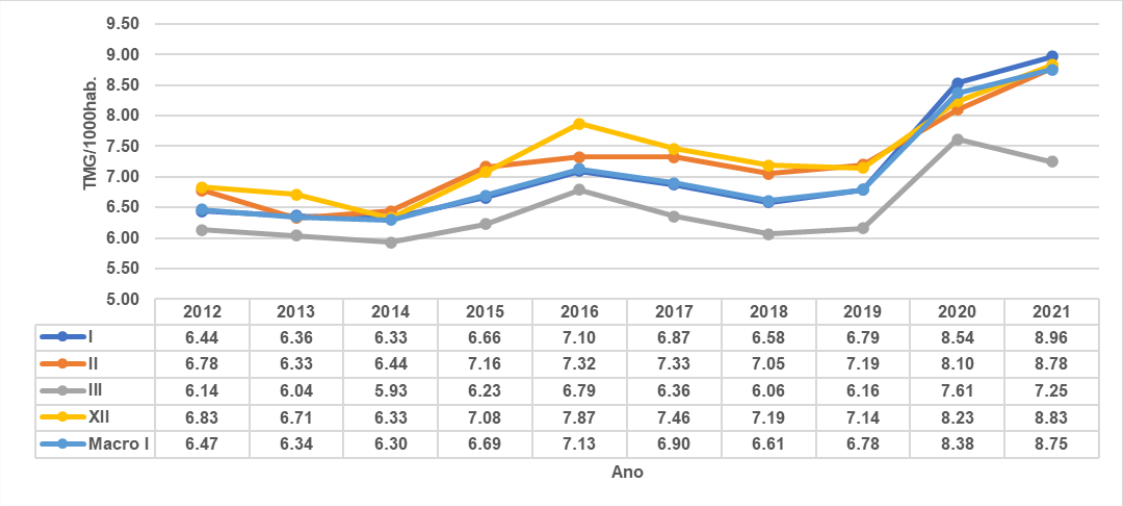
# INDICADORES DE MORTALIDADE

## Mortalidade Geral

Os dados de mortalidade representam uma fonte fundamental de informação demográfica, geográfica e de causa de morte. Estes dados são usados para quantificar os problemas de saúde e determinar ou monitorar prioridades ou metas.

A taxa de mortalidade calculada a partir do número total de óbitos registrados em uma área geográfica especificada é denominada taxa bruta de mortalidade ou coeficiente geral de mortalidade. É calculada dividindo o número total de óbitos de residentes pela população total residente, após a divisão o resultado é multiplicado por 1000.

Figura 79 - Coeficiente Geral de Mortalidade segundo ano do óbito. I Macrorregião de Saúde, Pernambuco, 2012-2021.




| | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| I | 6.44 | 6.36 | 6.33 | 6.66 | 7.10 | 6.87 | 6.58 | 6.79 | 8.54 | 8.96 |
| II | 6.78 | 6.33 | 6.44 | 7.16 | 7.32 | 7.33 | 7.05 | 7.19 | 8.10 | 8.78 |
| III | 6.14 | 6.04 | 5.93 | 6.23 | 6.79 | 6.36 | 6.06 | 6.16 | 7.61 | 7.25 |
| XII | 6.83 | 6.71 | 6.33 | 7.08 | 7.87 | 7.46 | 7.19 | 7.14 | 8.23 | 8.83 |
| Macro I | 6.47 | 6.34 | 6.30 | 6.69 | 7.13 | 6.90 | 6.61 | 6.78 | 8.38 | 8.75 |

Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM. Nov/23

Na Figura 79 observa-se um pequeno aumento no coeficiente/taxa bruta de mortalidade da I Macrorregião entre os anos de 2012 e 2016, seguido por valores decrescentes até 2018, quando ocorre aumento novamente, acentuando-se do ano de 2019 para 2020. Esse aumento da taxa pode ter sido

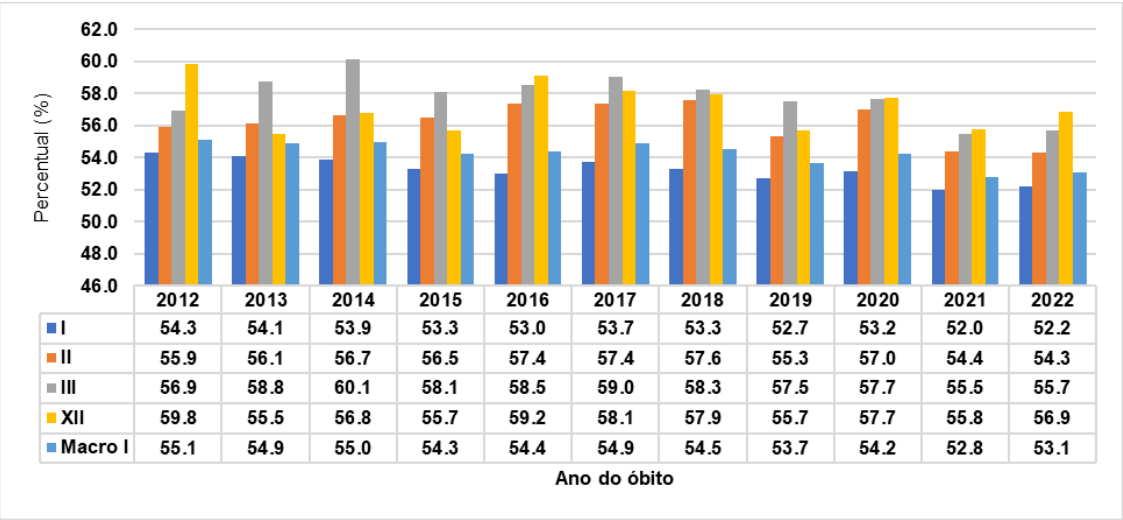
influenciado pela Pandemia de Covid-19, iniciada no primeiro trimestre de 2020, que ocasionou muitos óbitos em todo o Brasil.

**Por sexo**

Quando se analisa a taxa/coeficiente geral de mortalidade por sexo nas figuras Figura 80 e Figura 81, observa-se que a curva de cada sexo segue a curva da taxa bruta de mortalidade da macrorregião, entretanto, ocorre um aumento mais acentuado no sexo masculino em 2020 em comparação com o sexo feminino.

Essa acentuação novamente pode ter influência da Pandemia de Covid-19, pois de acordo com a OPAS (2021) tanto a incidência quanto a mortalidade por COVID-19 são significativamente mais elevadas nos homens do que nas mulheres, principalmente em faixas etárias mais avançadas.

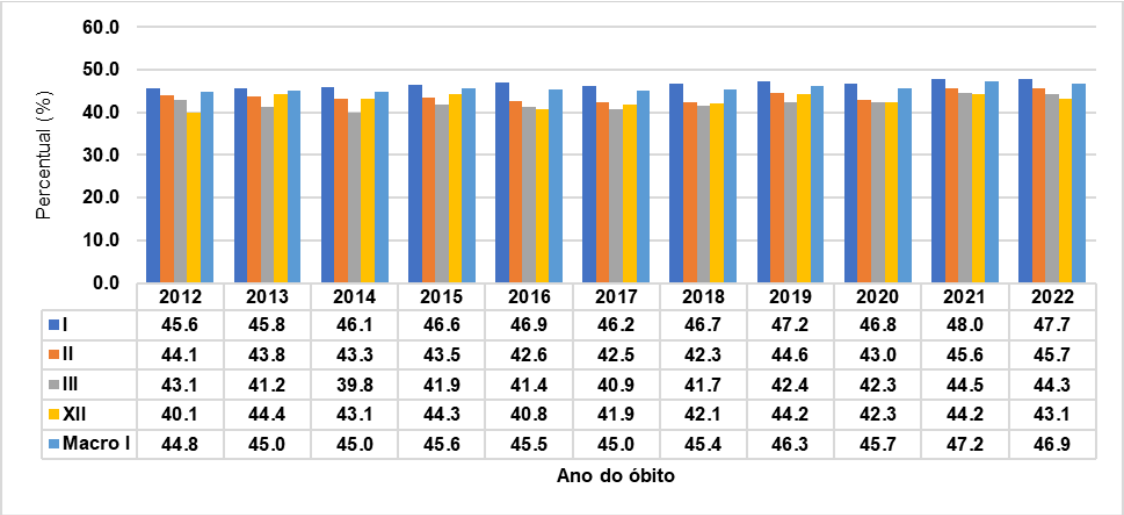
Figura 80 - Proporção de óbitos segundo sexo masculino por ano do óbito. I Macrorregião de Saúde, Pernambuco, 2012-2022.




| | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| I | 54.3 | 54.1 | 53.9 | 53.3 | 53.0 | 53.7 | 53.3 | 52.7 | 53.2 | 52.0 | 52.2 |
| II | 55.9 | 56.1 | 56.7 | 56.5 | 57.4 | 57.4 | 57.6 | 55.3 | 57.0 | 54.4 | 54.3 |
| III | 56.9 | 58.8 | 60.1 | 58.1 | 58.5 | 59.0 | 58.3 | 57.5 | 57.7 | 55.5 | 55.7 |
| XII | 59.8 | 55.5 | 56.8 | 55.7 | 59.2 | 58.1 | 57.9 | 55.7 | 57.7 | 55.8 | 56.9 |
| Macro I | 55.1 | 54.9 | 55.0 | 54.3 | 54.4 | 54.9 | 54.5 | 53.7 | 54.2 | 52.8 | 53.1 |

Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM Nov/24.

Figura 81 - Proporção de óbitos segundo sexo feminino por ano do óbito. I Macrorregião de Saúde, Pernambuco, 2012-2022.



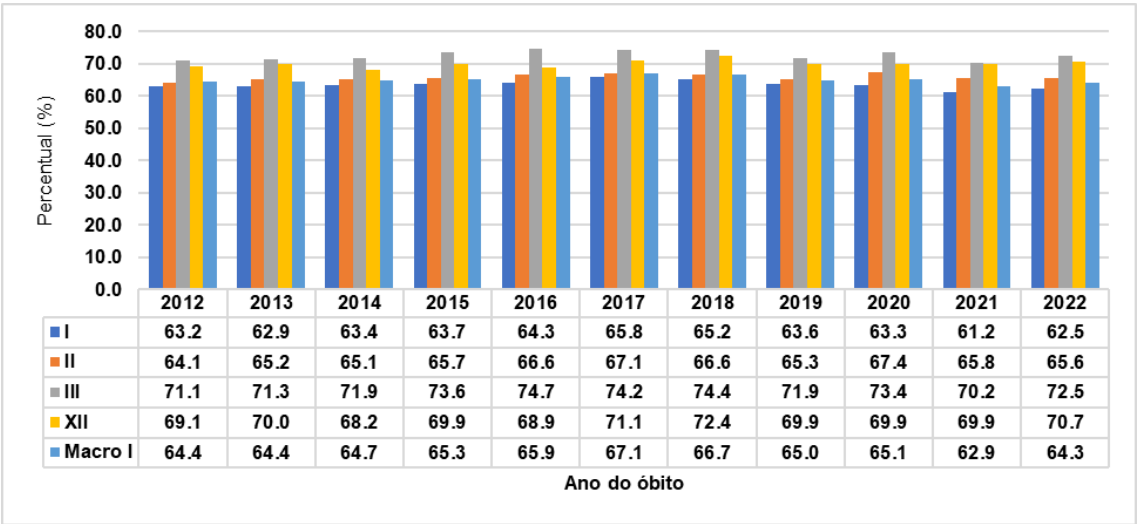

| | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| I | 45.6 | 45.8 | 46.1 | 46.6 | 46.9 | 46.2 | 46.7 | 47.2 | 46.8 | 48.0 | 47.7 |
| II | 44.1 | 43.8 | 43.3 | 43.5 | 42.6 | 42.5 | 42.3 | 44.6 | 43.0 | 45.6 | 45.7 |
| III | 43.1 | 41.2 | 39.8 | 41.9 | 41.4 | 40.9 | 41.7 | 42.4 | 42.3 | 44.5 | 44.3 |
| XII | 40.1 | 44.4 | 43.1 | 44.3 | 40.8 | 41.9 | 42.1 | 44.2 | 42.3 | 44.2 | 43.1 |
| Macro I | 44.8 | 45.0 | 45.0 | 45.6 | 45.5 | 45.0 | 45.4 | 46.3 | 45.7 | 47.2 | 46.9 |

Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM Nov/24.

**Por Raça/Cor**

No recorte de raça/cor é possível observar que a população negra (pardos e negros) é a que obteve a maior proporção de óbitos no período analisado (Figura 82).

Figura 82 - Proporção de óbitos segundo raça/cor preta e parda por ano do óbito. I Macrorregião de Saúde, Pernambuco, 2012-2022.

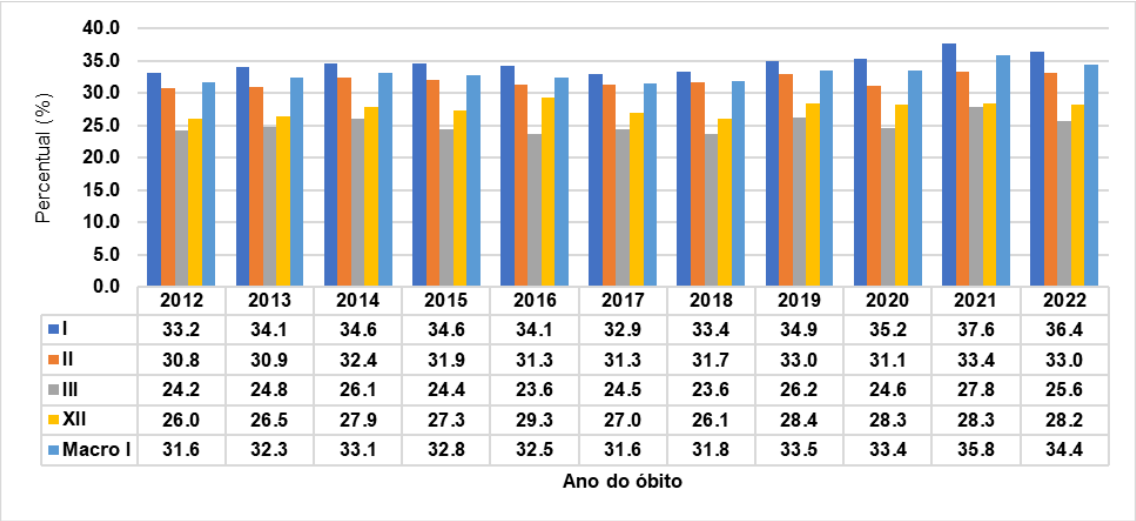



| | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| I | 63.2 | 62.9 | 63.4 | 63.7 | 64.3 | 65.8 | 65.2 | 63.6 | 63.3 | 61.2 | 62.5 |
| II | 64.1 | 65.2 | 65.1 | 65.7 | 66.6 | 67.1 | 66.6 | 65.3 | 67.4 | 65.8 | 65.6 |
| III | 71.1 | 71.3 | 71.9 | 73.6 | 74.7 | 74.2 | 74.4 | 71.9 | 73.4 | 70.2 | 72.5 |
| XII | 69.1 | 70.0 | 68.2 | 69.9 | 68.9 | 71.1 | 72.4 | 69.9 | 69.9 | 69.9 | 70.7 |
| Macro I | 64.4 | 64.4 | 64.7 | 65.3 | 65.9 | 67.1 | 66.7 | 65.0 | 65.1 | 62.9 | 64.3 |

Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM, 2024.

A população branca é a segunda maior em proporção de óbitos entre 2012 e 2022, conforme demonstrado na Figura 83.

Figura 83 - Proporção de óbitos segundo raça/cor branca por ano do óbito. I Macrorregião de Saúde, Pernambuco, 2012-2022.

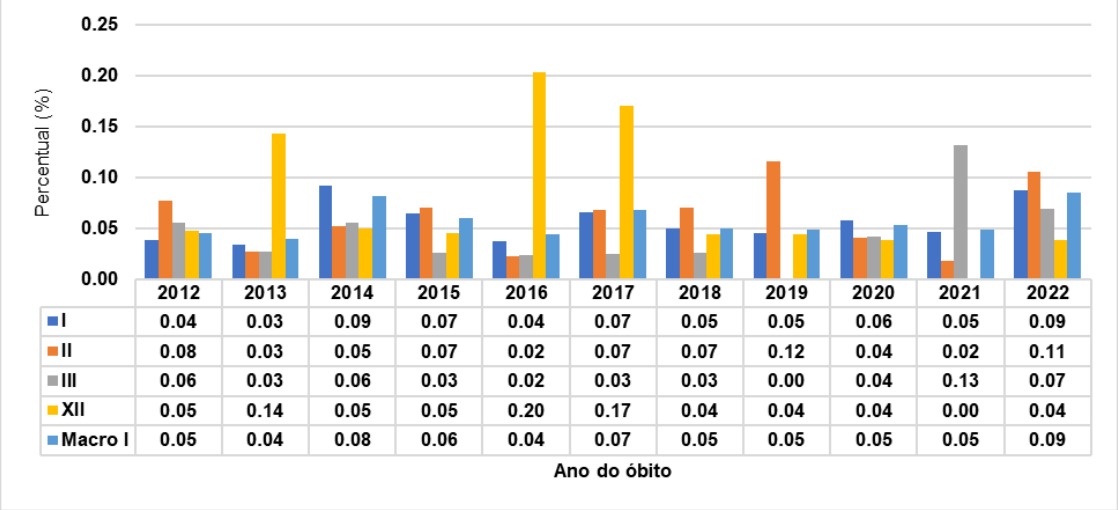



| | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| I | 33.2 | 34.1 | 34.6 | 34.6 | 34.1 | 32.9 | 33.4 | 34.9 | 35.2 | 37.6 | 36.4 |
| II | 30.8 | 30.9 | 32.4 | 31.9 | 31.3 | 31.3 | 31.7 | 33.0 | 31.1 | 33.4 | 33.0 |
| III | 24.2 | 24.8 | 26.1 | 24.4 | 23.6 | 24.5 | 23.6 | 26.2 | 24.6 | 27.8 | 25.6 |
| XII | 26.0 | 26.5 | 27.9 | 27.3 | 29.3 | 27.0 | 26.1 | 28.4 | 28.3 | 28.3 | 28.2 |
| Macro I | 31.6 | 32.3 | 33.1 | 32.8 | 32.5 | 31.6 | 31.8 | 33.5 | 33.4 | 35.8 | 34.4 |

Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM, 2024.

A Figura 84 aponta que a população indígena foi a terceira maior em proporção de óbitos no recorte racial entre 2012 e 2022.

Figura 84 - Proporção de óbitos segundo raça/cor indígena por ano do óbito. I Macrorregião de Saúde, Pernambuco, 2012-2022.

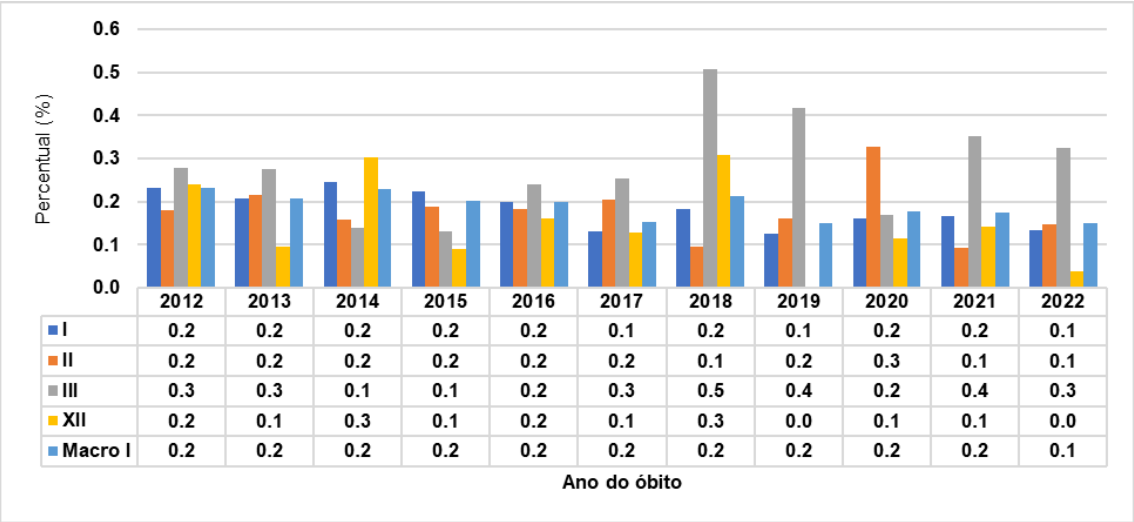



| | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| I | 0.04 | 0.03 | 0.09 | 0.07 | 0.04 | 0.07 | 0.05 | 0.05 | 0.06 | 0.05 | 0.09 |
| II | 0.08 | 0.03 | 0.05 | 0.07 | 0.02 | 0.07 | 0.07 | 0.12 | 0.04 | 0.02 | 0.11 |
| III | 0.06 | 0.03 | 0.06 | 0.03 | 0.02 | 0.03 | 0.03 | 0.00 | 0.04 | 0.13 | 0.07 |
| XII | 0.05 | 0.14 | 0.05 | 0.05 | 0.20 | 0.17 | 0.04 | 0.04 | 0.04 | 0.00 | 0.04 |
| Macro I | 0.05 | 0.04 | 0.08 | 0.06 | 0.04 | 0.07 | 0.05 | 0.05 | 0.05 | 0.05 | 0.09 |

Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM, 2024.

Já a população de raça/cor amarela foi a que obteve a menor proporção de óbitos dentre 2012 e 2022 (Figura 85).

Figura 85 - Proporção de óbitos segundo raça/cor amarela por ano do óbito. I Macrorregião de Saúde, Pernambuco, 2012-2022.



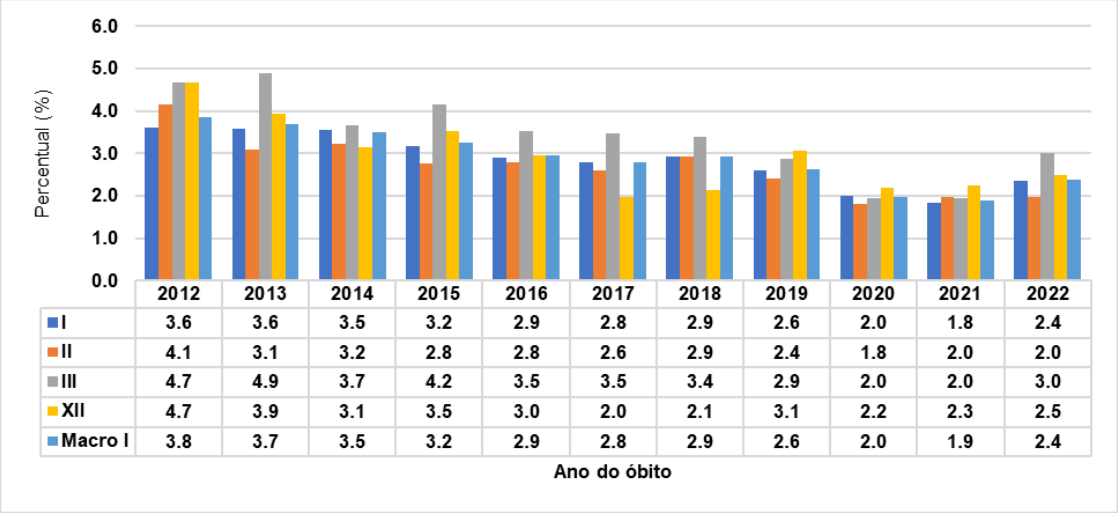

| | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| I | 0.2 | 0.2 | 0.2 | 0.2 | 0.2 | 0.1 | 0.2 | 0.1 | 0.2 | 0.2 | 0.1 |
| II | 0.2 | 0.2 | 0.2 | 0.2 | 0.2 | 0.2 | 0.1 | 0.2 | 0.3 | 0.1 | 0.1 |
| III | 0.3 | 0.3 | 0.1 | 0.1 | 0.2 | 0.3 | 0.5 | 0.4 | 0.2 | 0.4 | 0.3 |
| XII | 0.2 | 0.1 | 0.3 | 0.1 | 0.2 | 0.1 | 0.3 | 0.0 | 0.1 | 0.1 | 0.0 |
| Macro I | 0.2 | 0.2 | 0.2 | 0.2 | 0.2 | 0.2 | 0.2 | 0.2 | 0.2 | 0.2 | 0.1 |

Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM, 2024.

## Por faixa etária

Em relação a proporção de óbitos por faixa etária é possível observar um decréscimo na população menor de 1 ano com leve aumento no último ano da análise (2022), conforme Figura 86, na comparação entre as Regiões a III RS se destaca com a maior proporção em 7 dos 11 anos analisados.

Figura 86 - Proporção de óbitos segundo na faixa etária menor de 1 anos por ano do óbito. I Macrorregião de Saúde, Pernambuco, 2012 a 2022.

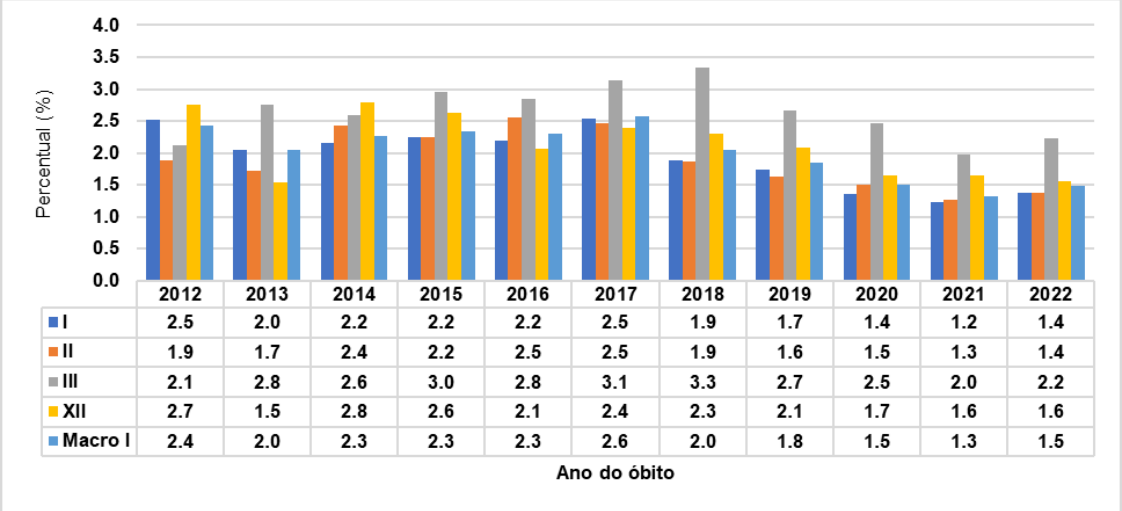



| | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| I | 3.6 | 3.6 | 3.5 | 3.2 | 2.9 | 2.8 | 2.9 | 2.6 | 2.0 | 1.8 | 2.4 |
| II | 4.1 | 3.1 | 3.2 | 2.8 | 2.8 | 2.6 | 2.9 | 2.4 | 1.8 | 2.0 | 2.0 |
| III | 4.7 | 4.9 | 3.7 | 4.2 | 3.5 | 3.5 | 3.4 | 2.9 | 2.0 | 2.0 | 3.0 |
| XII | 4.7 | 3.9 | 3.1 | 3.5 | 3.0 | 2.0 | 2.1 | 3.1 | 2.2 | 2.3 | 2.5 |
| Macro I | 3.8 | 3.7 | 3.5 | 3.2 | 2.9 | 2.8 | 2.9 | 2.6 | 2.0 | 1.9 | 2.4 |

Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM.

A proporção de óbitos na faixa etária de 10 a 19 anos (Figura 87) indica que na I Macrorregião houve redução, a comparação entre as Regiões demonstra que a III RS foi a de maior proporção em 9 dos 11 anos analisados.

Figura 87 - Proporção de óbitos segundo na faixa etária de 10 a 19 anos por ano do óbito. I Macrorregião de Saúde, Pernambuco, 2012 a 2022.

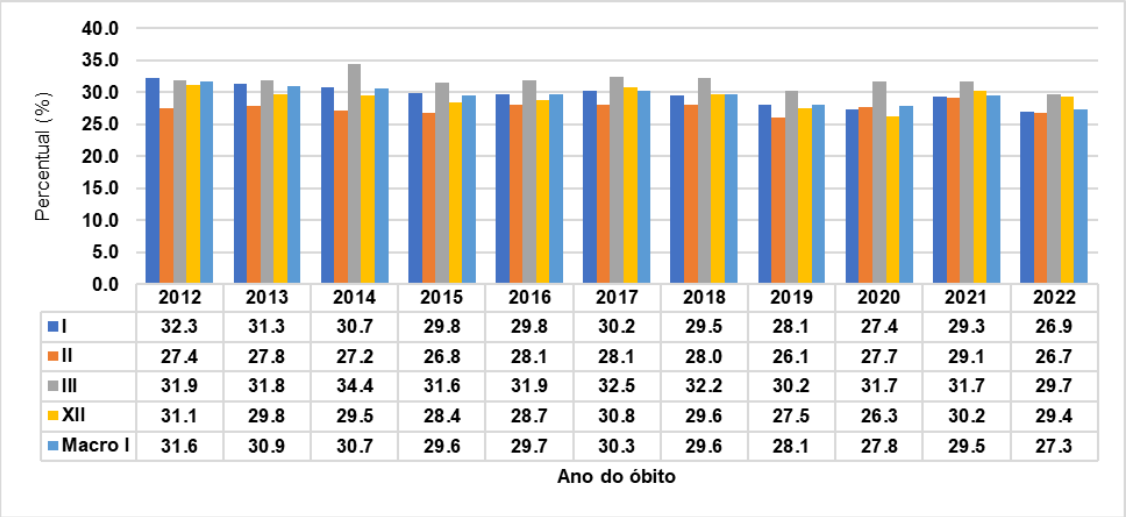



| | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| I | 2.5 | 2.0 | 2.2 | 2.2 | 2.2 | 2.5 | 1.9 | 1.7 | 1.4 | 1.2 | 1.4 |
| II | 1.9 | 1.7 | 2.4 | 2.2 | 2.5 | 2.5 | 1.9 | 1.6 | 1.5 | 1.3 | 1.4 |
| III | 2.1 | 2.8 | 2.6 | 3.0 | 2.8 | 3.1 | 3.3 | 2.7 | 2.5 | 2.0 | 2.2 |
| XII | 2.7 | 1.5 | 2.8 | 2.6 | 2.1 | 2.4 | 2.3 | 2.1 | 1.7 | 1.6 | 1.6 |
| Macro I | 2.4 | 2.0 | 2.3 | 2.3 | 2.3 | 2.6 | 2.0 | 1.8 | 1.5 | 1.3 | 1.5 |

Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM.

A proporção de óbitos na faixa etária de 20 a 59 anos sofreu discreta diminuição ao longo dos anos analisados e a III RS registrou a maior proporção em 10 dos 11 anos do período.

Figura 88 - Proporção de óbitos segundo na faixa etária de 20 a 59 anos por ano do óbito. I Macrorregião de Saúde, Pernambuco, 2012 a 2022.

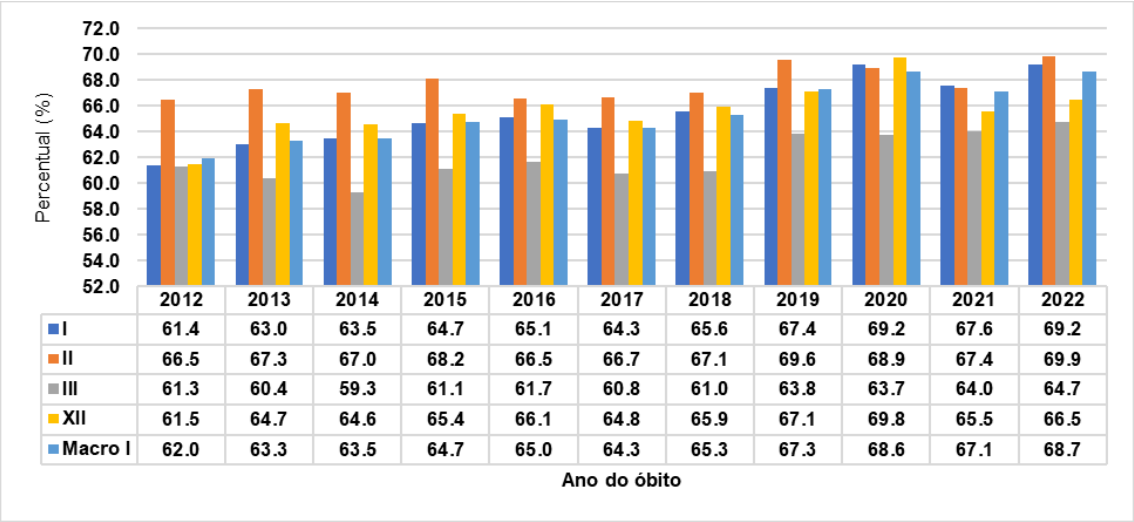



| | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| I | 32.3 | 31.3 | 30.7 | 29.8 | 29.8 | 30.2 | 29.5 | 28.1 | 27.4 | 29.3 | 26.9 |
| II | 27.4 | 27.8 | 27.2 | 26.8 | 28.1 | 28.1 | 28.0 | 26.1 | 27.7 | 29.1 | 26.7 |
| III | 31.9 | 31.8 | 34.4 | 31.6 | 31.9 | 32.5 | 32.2 | 30.2 | 31.7 | 31.7 | 29.7 |
| XII | 31.1 | 29.8 | 29.5 | 28.4 | 28.7 | 30.8 | 29.6 | 27.5 | 26.3 | 30.2 | 29.4 |
| Macro I | 31.6 | 30.9 | 30.7 | 29.6 | 29.7 | 30.3 | 29.6 | 28.1 | 27.8 | 29.5 | 27.3 |

Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM, 2024.

Já na faixa etária de 60 anos e mais a proporção de óbitos apresentou discreta elevação na I macrorregião durante o período analisado, o destaque dentre as Regiões é a II RS, que obteve a maior proporção de óbitos em 9 dos 11 anos da amostra, essa faixa etária foi a que correspondeu a maior proporção de óbitos no período analisado.

Figura 89 - Proporção de óbitos segundo na faixa etária de 60 e mais por ano do óbito. I Macrorregião de Saúde, Pernambuco, 2012 a 2022.



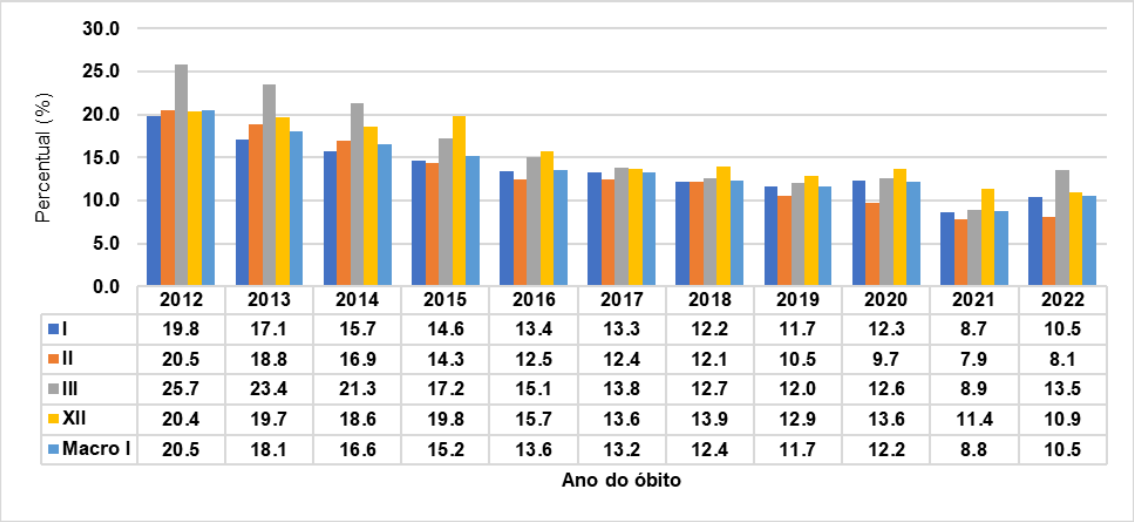

| | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| I | 61.4 | 63.0 | 63.5 | 64.7 | 65.1 | 64.3 | 65.6 | 67.4 | 69.2 | 67.6 | 69.2 |
| II | 66.5 | 67.3 | 67.0 | 68.2 | 66.5 | 66.7 | 67.1 | 69.6 | 68.9 | 67.4 | 69.9 |
| III | 61.3 | 60.4 | 59.3 | 61.1 | 61.7 | 60.8 | 61.0 | 63.8 | 63.7 | 64.0 | 64.7 |
| XII | 61.5 | 64.7 | 64.6 | 65.4 | 66.1 | 64.8 | 65.9 | 67.1 | 69.8 | 65.5 | 66.5 |
| Macro I | 62.0 | 63.3 | 63.5 | 64.7 | 65.0 | 64.3 | 65.3 | 67.3 | 68.6 | 67.1 | 68.7 |

Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM, 2024.

## Por escolaridade

A proporção de óbitos segundo escolaridade não informado e ignorado sofreu redução ao longo dos anos da análise, isso pode significar que o preenchimento desse campo na declaração de óbito foi gradualmente alcançado um maior percentual de preenchimento o que é positivo.

Figura 90 - Proporção de óbitos segundo escolaridade com campo não informado e ignorado por ano do óbito. I Macrorregião de Saúde, Pernambuco, 2012 a 2022.

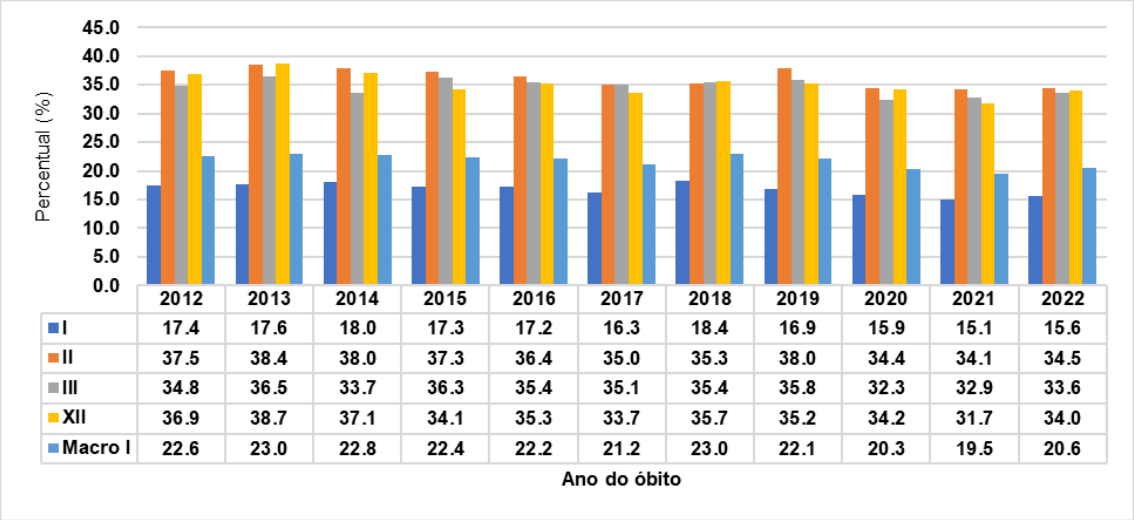



| | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| I | 19.8 | 17.1 | 15.7 | 14.6 | 13.4 | 13.3 | 12.2 | 11.7 | 12.3 | 8.7 | 10.5 |
| II | 20.5 | 18.8 | 16.9 | 14.3 | 12.5 | 12.4 | 12.1 | 10.5 | 9.7 | 7.9 | 8.1 |
| III | 25.7 | 23.4 | 21.3 | 17.2 | 15.1 | 13.8 | 12.7 | 12.0 | 12.6 | 8.9 | 13.5 |
| XII | 20.4 | 19.7 | 18.6 | 19.8 | 15.7 | 13.6 | 13.9 | 12.9 | 13.6 | 11.4 | 10.9 |
| Macro I | 20.5 | 18.1 | 16.6 | 15.2 | 13.6 | 13.2 | 12.4 | 11.7 | 12.2 | 8.8 | 10.5 |

Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM, 2024.

A proporção de óbitos sem escolaridade teve média de 21,7% do total de óbitos na I macrorregião entre 2012 e 2022, ao comparar o percentual das Regiões de Saúde é possível identificar um padrão que vai de encontro a maior parte dos indicadores, com a II, III e XII Regiões atingindo percentuais maiores do que a I Região em todos os anos do período analisado, o que pode indicar uma concentração maior de pessoas sem escolaridade no território destas Regiões, e revela a necessidade de intervir com estratégias e ações de promoção a saúde especificas para esse público, com o objetivo de reduzir essa mortalidade.

Figura 91 - Proporção de óbitos sem escolaridade por ano do óbito. I Macrorregião de Saúde, Pernambuco, 2012 a 2022.

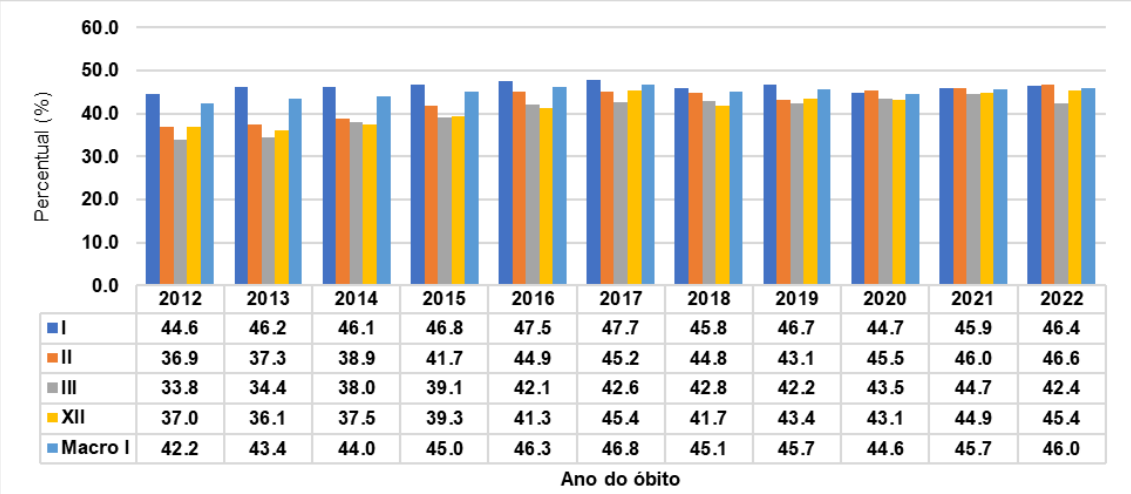



| | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| I | 17.4 | 17.6 | 18.0 | 17.3 | 17.2 | 16.3 | 18.4 | 16.9 | 15.9 | 15.1 | 15.6 |
| II | 37.5 | 38.4 | 38.0 | 37.3 | 36.4 | 35.0 | 35.3 | 38.0 | 34.4 | 34.1 | 34.5 |
| III | 34.8 | 36.5 | 33.7 | 36.3 | 35.4 | 35.1 | 35.4 | 35.8 | 32.3 | 32.9 | 33.6 |
| XII | 36.9 | 38.7 | 37.1 | 34.1 | 35.3 | 33.7 | 35.7 | 35.2 | 34.2 | 31.7 | 34.0 |
| Macro I | 22.6 | 23.0 | 22.8 | 22.4 | 22.2 | 21.2 | 23.0 | 22.1 | 20.3 | 19.5 | 20.6 |

Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM, 2024.

A população com ensino fundamental completo e incompleto corresponde a de maior percentual de mortalidade na I macrorregião entre os anos de 2012 e 2022, se comparada aos demais recortes de escolaridade, nos primeiros oito anos a I RS obteve percentual superior ao das demais Regiões, porém nos últimos três anos as Regiões apresentaram percentuais quase que equivalentes, a I macrorregião sofreu aumento discreto no decorrer da análise.

Figura 92 - taxa de mortalidade com ensino fundamental (completo e incompleto) por ano do óbito. I Macrorregião de Saúde, Pernambuco, 2012 a 2022.

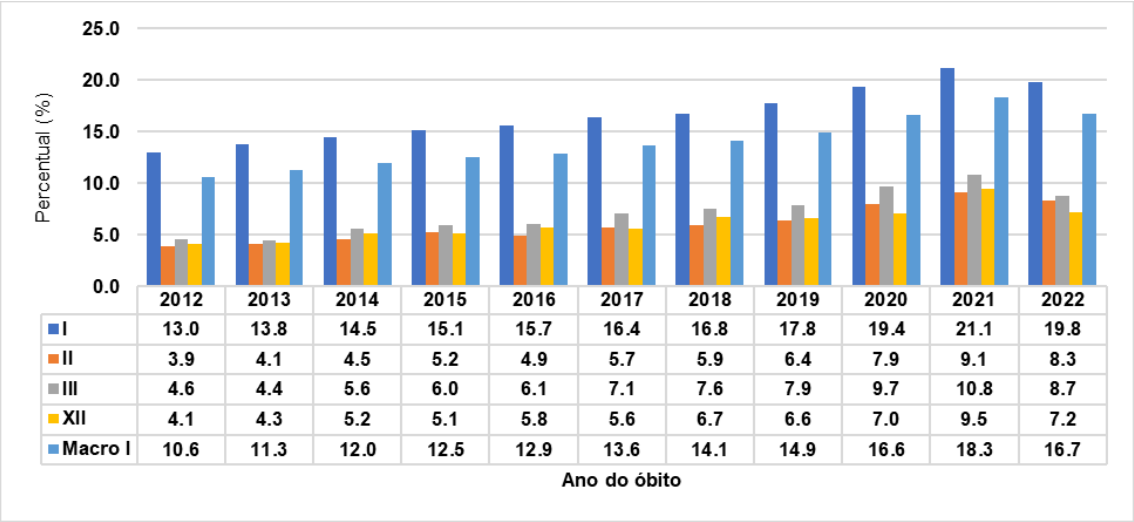



| | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| I | 44.6 | 46.2 | 46.1 | 46.8 | 47.5 | 47.7 | 45.8 | 46.7 | 44.7 | 45.9 | 46.4 |
| II | 36.9 | 37.3 | 38.9 | 41.7 | 44.9 | 45.2 | 44.8 | 43.1 | 45.5 | 46.0 | 46.6 |
| III | 33.8 | 34.4 | 38.0 | 39.1 | 42.1 | 42.6 | 42.8 | 42.2 | 43.5 | 44.7 | 42.4 |
| XII | 37.0 | 36.1 | 37.5 | 39.3 | 41.3 | 45.4 | 41.7 | 43.4 | 43.1 | 44.9 | 45.4 |
| Macro I | 42.2 | 43.4 | 44.0 | 45.0 | 46.3 | 46.8 | 45.1 | 45.7 | 44.6 | 45.7 | 46.0 |

Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM, 2024.

A proporção de óbitos com ensino médio completo e incompleto na I macrorregião entre 2012 e 2022 demonstra inversão dos números comparados ao recorte sem escolaridade, com a I Região registrando o maior percentual em comparação com as demais, e a I macrorregião registrando aumento gradual ao longo da análise, no ano de 2021 a I macrorregião registrou 18,3% do total de óbitos ocorridos em pessoas com ensino médio completo e incompleto, o maior dentre todos os anos analisados, o que pode estar relacionado a mortalidade de profissionais da saúde devido a atuação na pandemia COVID 19.

Figura 93 - Proporção de óbitos com ensino médio (completo e incompleto) por ano do óbito. I Macrorregião de Saúde, Pernambuco, 2012 a 2022.

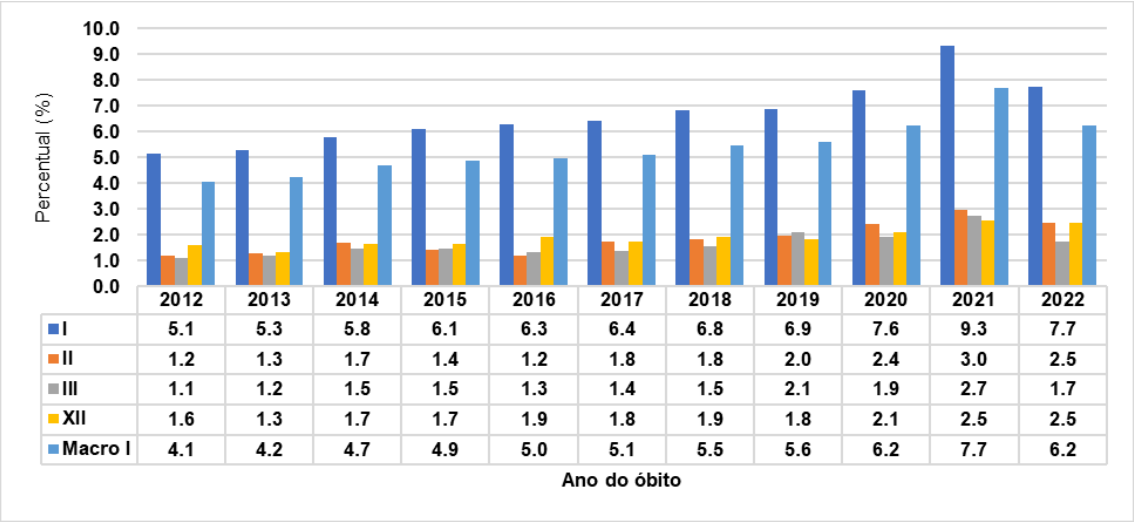



| | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| I | 13.0 | 13.8 | 14.5 | 15.1 | 15.7 | 16.4 | 16.8 | 17.8 | 19.4 | 21.1 | 19.8 |
| II | 3.9 | 4.1 | 4.5 | 5.2 | 4.9 | 5.7 | 5.9 | 6.4 | 7.9 | 9.1 | 8.3 |
| III | 4.6 | 4.4 | 5.6 | 6.0 | 6.1 | 7.1 | 7.6 | 7.9 | 9.7 | 10.8 | 8.7 |
| XII | 4.1 | 4.3 | 5.2 | 5.1 | 5.8 | 5.6 | 6.7 | 6.6 | 7.0 | 9.5 | 7.2 |
| Macro I | 10.6 | 11.3 | 12.0 | 12.5 | 12.9 | 13.6 | 14.1 | 14.9 | 16.6 | 18.3 | 16.7 |

Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM, 2024.

A proporção de óbitos com ensino superior completo e incompleto na I macrorregião entre 2012 e 2024 corrobora a inversão dos números que também foi observada no recorte de ensino médio completo e incompleto, com a I Região registrando percentuais ainda mais elevados quando comparados aos das demais Regiões de Saúde, esses resultados podem indicar uma concentração da população de maior escolaridade nesse território, no ano de 2021 a I macrorregião registrou 7,7% do total de óbitos ocorridos em pessoas com ensino superior completo e incompleto, o maior dentre todos os anos analisados, o que pode estar relacionado a mortalidade de profissionais da saúde devido a atuação na pandemia COVID 19.

Figura 94 - Proporção de óbitos com ensino superior (completo e incompleto) por ano do óbito. I Macrorregião de Saúde, Pernambuco, 2012 a 2022.



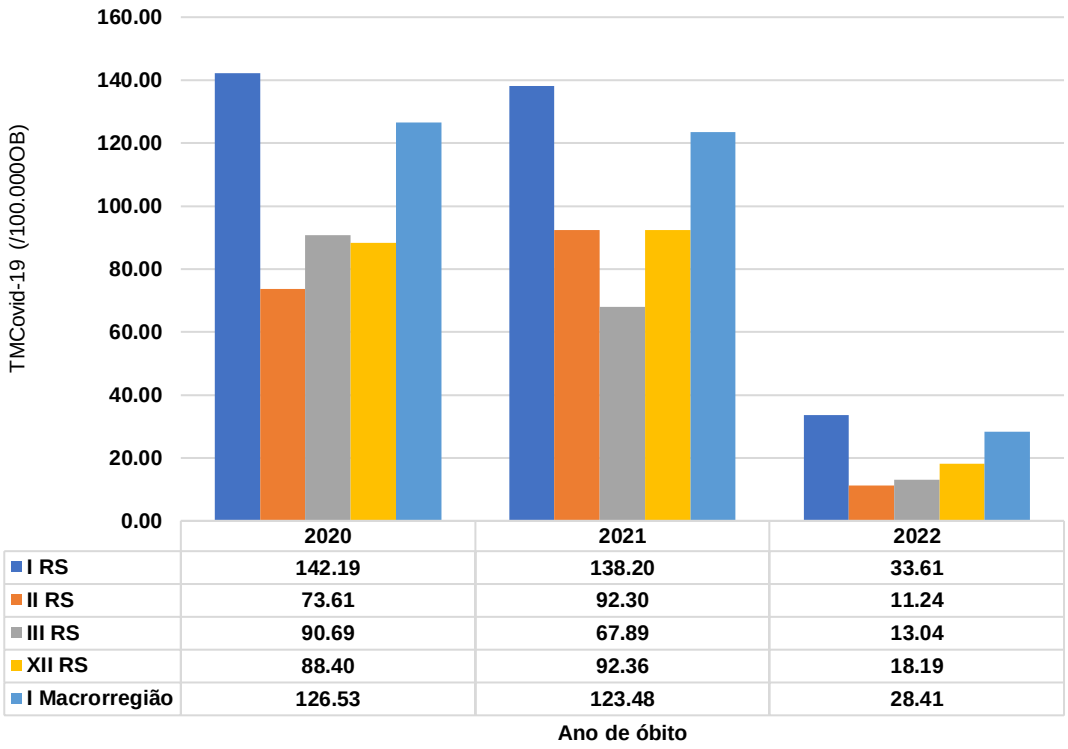

| | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| I | 5.1 | 5.3 | 5.8 | 6.1 | 6.3 | 6.4 | 6.8 | 6.9 | 7.6 | 9.3 | 7.7 |
| II | 1.2 | 1.3 | 1.7 | 1.4 | 1.2 | 1.8 | 1.8 | 2.0 | 2.4 | 3.0 | 2.5 |
| III | 1.1 | 1.2 | 1.5 | 1.5 | 1.3 | 1.4 | 1.5 | 2.1 | 1.9 | 2.7 | 1.7 |
| XII | 1.6 | 1.3 | 1.7 | 1.7 | 1.9 | 1.8 | 1.9 | 1.8 | 2.1 | 2.5 | 2.5 |
| Macro I | 4.1 | 4.2 | 4.7 | 4.9 | 5.0 | 5.1 | 5.5 | 5.6 | 6.2 | 7.7 | 6.2 |

Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade, 2024.

## Por Capítulo da CID-10

A taxa de mortalidade específica por Covid 19 auxilia na compreensão do impacto referente a mortalidade que a pandemia causou na I macrorregião, nos anos mais críticos (2020 e 2021) as taxas foram de 126,53 e 123,48 respectivamente, com o incremento das ações de combate à pandemia, sobretudo ações de vacinação essa taxa sofreu redução significativa no ano de 2022, atingindo 28,41.

Figura 95 - Taxa de mortalidade específica por Covid-19 (por 100 mil habitantes), por ano, segundo região de saúde e I Macrorregião, 2020 a 2022.



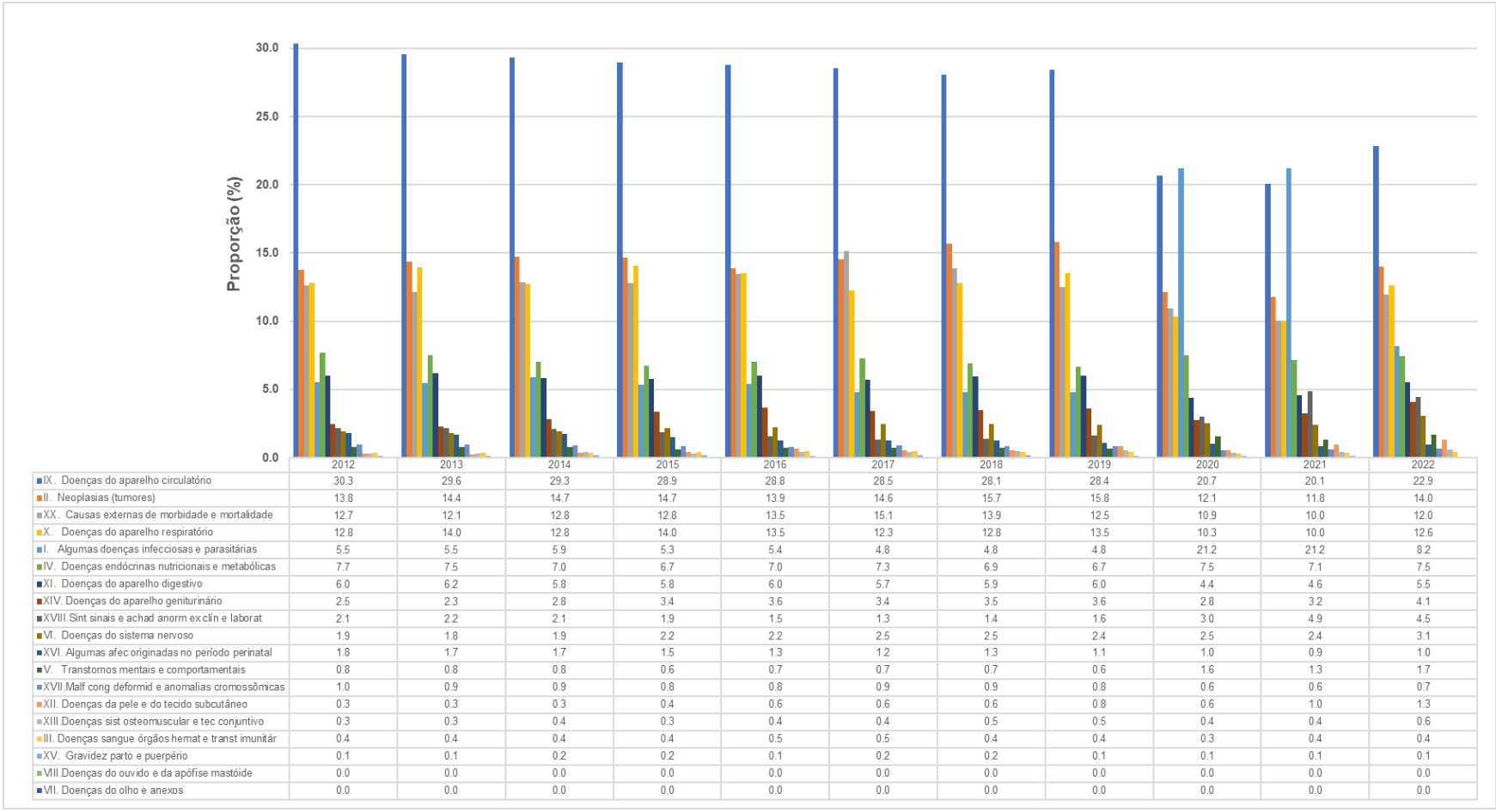

| | 2020 | 2021 | 2022 |
|---|---|---|---|
| I RS | 142.19 | 138.20 | 33.61 |
| II RS | 73.61 | 92.30 | 11.24 |
| III RS | 90.69 | 67.89 | 13.04 |
| XII RS | 88.40 | 92.36 | 18.19 |
| I Macrorregião | 126.53 | 123.48 | 28.41 |

Fontes: IBGE/Projeções demográficas preliminares (2012 a 2021) e IBGE/Censo Demográfico (2022). Ministério da Saúde. Dados atualizados até 23/05/2024.

Ao analisar a série histórica de 2012 a 2022 é possível identificar que as doenças do aparelho circulatório; neoplasias; causas externas de morbidade e mortalidade; doenças do aparelho respiratório e doenças endócrinas e metabólicas foram respectivamente os grupos de doenças responsáveis pelos maiores percentuais de mortalidade na I macrorregião, padrão condizente com a transição epidemiológica que ocorre no Brasil, onde os óbitos ocorrem principalmente por doenças e agravos não transmissíveis, o que evidencia a necessidade de desenvolver ações e estratégias de promoção à saúde que busquem reduzir essa mortalidade e proporcionem maior qualidade de vida para as pessoas, porém o grupo que corresponde a algumas doenças infecciosas e parasitárias ainda é responsável por um percentual considerável de mortalidade, sobretudo nos anos de 2020 e 2021 em que ocorre aumento acentuado na proporção de óbitos, sendo influenciado pela pandemia de Covid-19,

correspondendo a 21,2% dos óbitos em ambos os dois anos. (Figura 96).

Figura 96 - Proporção de óbito por capítulo da CID-10 segundo ano do óbito. I Macrorregião de Saúde, Pernambuco, 2012 a 2022.

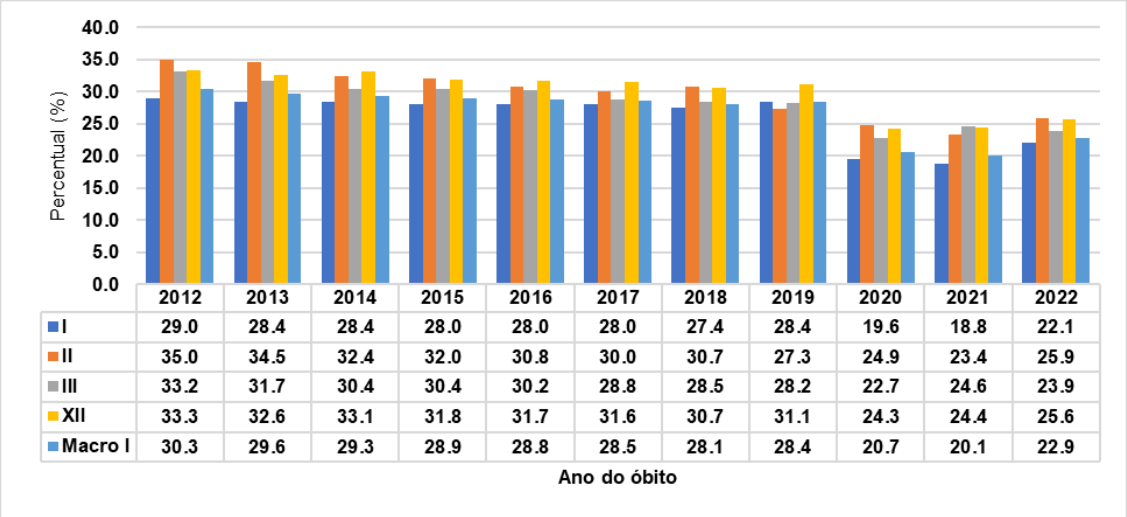



| | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| IX. Doenças do aparelho circulatório | 30.3 | 29.6 | 29.3 | 28.9 | 28.8 | 28.5 | 28.1 | 28.4 | 20.7 | 20.1 | 22.9 |
| II. Neoplasias (tumores) | 13.8 | 14.4 | 14.7 | 14.7 | 13.9 | 14.6 | 15.7 | 15.8 | 12.1 | 11.8 | 14.0 |
| XX. Causas externas de morbidade e mortalidade | 12.7 | 12.1 | 12.8 | 12.8 | 13.5 | 15.1 | 13.9 | 12.5 | 10.9 | 10.0 | 12.0 |
| X. Doenças do aparelho respiratório | 12.8 | 14.0 | 12.8 | 14.0 | 13.5 | 12.3 | 12.8 | 13.5 | 10.3 | 10.0 | 12.6 |
| I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias | 5.5 | 5.5 | 5.9 | 5.3 | 5.4 | 4.8 | 4.8 | 4.8 | 21.2 | 21.2 | 8.2 |
| IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas | 7.7 | 7.5 | 7.0 | 6.7 | 7.0 | 7.3 | 6.9 | 6.7 | 7.5 | 7.1 | 7.5 |
| XI. Doenças do aparelho digestivo | 6.0 | 6.2 | 5.8 | 5.8 | 6.0 | 5.7 | 5.9 | 6.0 | 4.4 | 4.6 | 5.5 |
| XIV. Doenças do aparelho geniturinário | 2.5 | 2.3 | 2.8 | 3.4 | 3.6 | 3.4 | 3.5 | 3.6 | 2.8 | 3.2 | 4.1 |
| XVIII.Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat | 2.1 | 2.2 | 2.1 | 1.9 | 1.5 | 1.3 | 1.4 | 1.6 | 3.0 | 4.9 | 4.5 |
| VI. Doenças do sistema nervoso | 1.9 | 1.8 | 1.9 | 2.2 | 2.2 | 2.5 | 2.5 | 2.4 | 2.5 | 2.4 | 3.1 |
| XVI. Algumas afec originadas no período perinatal | 1.8 | 1.7 | 1.7 | 1.5 | 1.3 | 1.2 | 1.3 | 1.1 | 1.0 | 0.9 | 1.0 |
| V. Transtornos mentais e comportamentais | 0.8 | 0.8 | 0.8 | 0.6 | 0.7 | 0.7 | 0.7 | 0.6 | 1.6 | 1.3 | 1.7 |
| XVII.Malf cong deformid e anomalias cromossômicas | 1.0 | 0.9 | 0.9 | 0.8 | 0.8 | 0.9 | 0.9 | 0.8 | 0.6 | 0.6 | 0.7 |
| XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo | 0.3 | 0.3 | 0.3 | 0.4 | 0.6 | 0.6 | 0.6 | 0.8 | 0.6 | 1.0 | 1.3 |
| XIII.Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo | 0.3 | 0.3 | 0.4 | 0.3 | 0.4 | 0.4 | 0.5 | 0.5 | 0.4 | 0.4 | 0.6 |
| III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár | 0.4 | 0.4 | 0.4 | 0.4 | 0.5 | 0.5 | 0.4 | 0.4 | 0.3 | 0.4 | 0.4 |
| XV. Gravidez parto e puerpério | 0.1 | 0.1 | 0.2 | 0.2 | 0.1 | 0.2 | 0.2 | 0.1 | 0.1 | 0.1 | 0.1 |
| VIII.Doenças do ouvido e da apófise mastóide | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 0.0 |
| VII. Doenças do olho e anexos | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 0.0 |

Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade, 2024.

A proporção de óbitos ocasionados por doenças do aparelho circulatório apesar de representar o maior percentual em relação ao total de óbitos na I macrorregião entre 2012 e 2022, apresentou redução ao longo dos anos, ao comparar as Regiões de saúde é possível destacar a II e a XII que se alternam entre as de maior percentual de óbitos em quase todos os anos da análise.

Figura 97 - Proporção de óbito por doenças do aparelho circulatório segundo ano do óbito. I Macrorregião de Saúde, Pernambuco, 2012 a 2022.

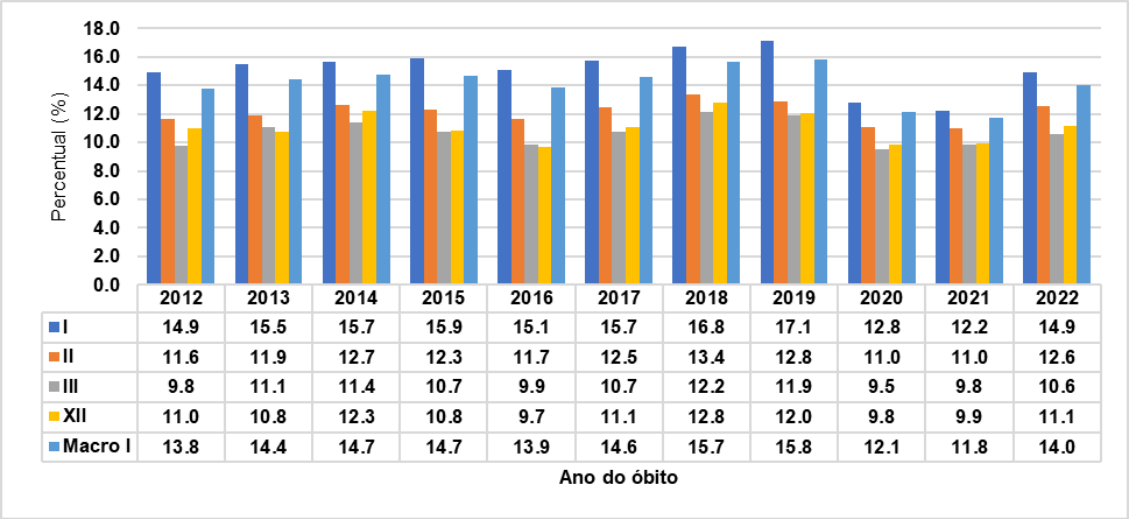



| | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| I | 29.0 | 28.4 | 28.4 | 28.0 | 28.0 | 28.0 | 27.4 | 28.4 | 19.6 | 18.8 | 22.1 |
| II | 35.0 | 34.5 | 32.4 | 32.0 | 30.8 | 30.0 | 30.7 | 27.3 | 24.9 | 23.4 | 25.9 |
| III | 33.2 | 31.7 | 30.4 | 30.4 | 30.2 | 28.8 | 28.5 | 28.2 | 22.7 | 24.6 | 23.9 |
| XII | 33.3 | 32.6 | 33.1 | 31.8 | 31.7 | 31.6 | 30.7 | 31.1 | 24.3 | 24.4 | 25.6 |
| Macro I | 30.3 | 29.6 | 29.3 | 28.9 | 28.8 | 28.5 | 28.1 | 28.4 | 20.7 | 20.1 | 22.9 |

Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM; SINASC, Mar.24.

Já a proporção de óbitos causados por neoplasias evidencia percentual mais elevado na I RS em comparação com as demais Regiões, em todos os anos analisados.

Figura 98 - Proporção de óbito por neoplasias (tumores) segundo ano do óbito. I Macrorregião de Saúde, Pernambuco, 2012 a 2022.

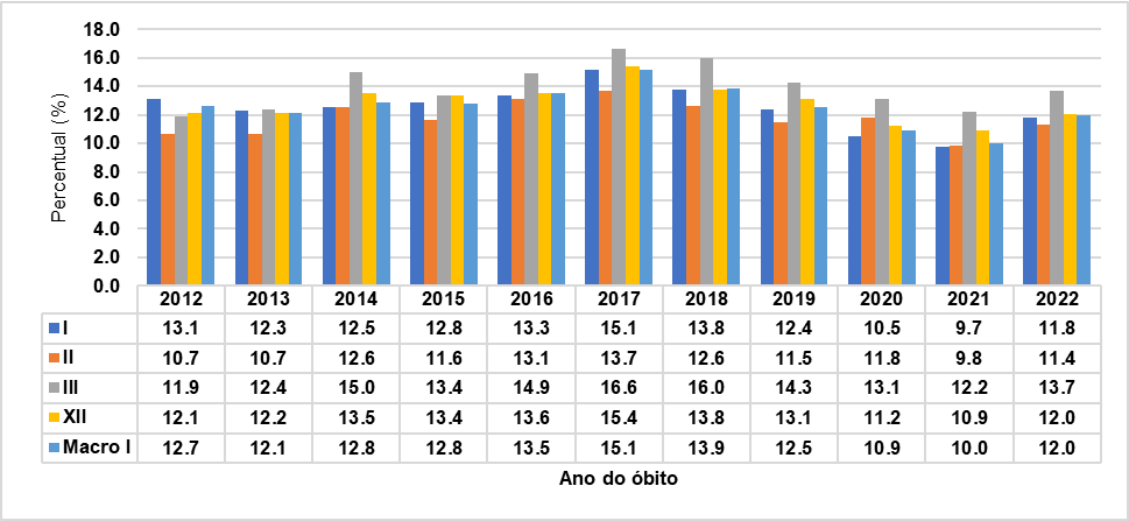



| | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| I | 14.9 | 15.5 | 15.7 | 15.9 | 15.1 | 15.7 | 16.8 | 17.1 | 12.8 | 12.2 | 14.9 |
| II | 11.6 | 11.9 | 12.7 | 12.3 | 11.7 | 12.5 | 13.4 | 12.8 | 11.0 | 11.0 | 12.6 |
| III | 9.8 | 11.1 | 11.4 | 10.7 | 9.9 | 10.7 | 12.2 | 11.9 | 9.5 | 9.8 | 10.6 |
| XII | 11.0 | 10.8 | 12.3 | 10.8 | 9.7 | 11.1 | 12.8 | 12.0 | 9.8 | 9.9 | 11.1 |
| Macro I | 13.8 | 14.4 | 14.7 | 14.7 | 13.9 | 14.6 | 15.7 | 15.8 | 12.1 | 11.8 | 14.0 |

Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM; SINASC, Mar.24.

Em relação a proporção de óbitos por causas externas de morbidade e mortalidade é possível destacar que a III RS registrou o percentual mais elevado comparado aos das demais Regiões em nove dos onze anos analisados.

Figura 99 - Proporção de óbito por causas externas de morbidade e mortalidade segundo ano do óbito. I Macrorregião de Saúde, Pernambuco, 2012 a 2022.

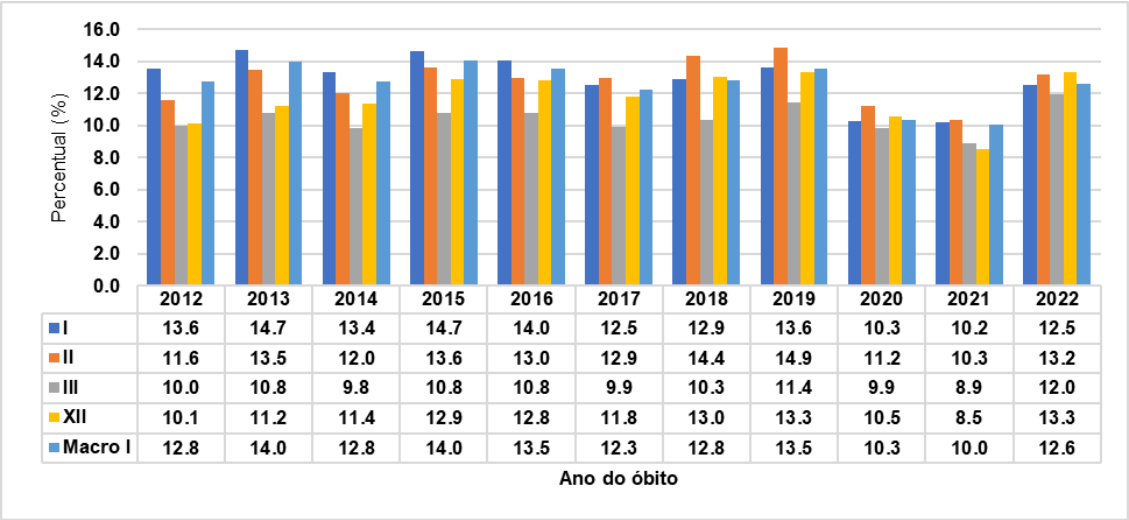



| | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| I | 13.1 | 12.3 | 12.5 | 12.8 | 13.3 | 15.1 | 13.8 | 12.4 | 10.5 | 9.7 | 11.8 |
| II | 10.7 | 10.7 | 12.6 | 11.6 | 13.1 | 13.7 | 12.6 | 11.5 | 11.8 | 9.8 | 11.4 |
| III | 11.9 | 12.4 | 15.0 | 13.4 | 14.9 | 16.6 | 16.0 | 14.3 | 13.1 | 12.2 | 13.7 |
| XII | 12.1 | 12.2 | 13.5 | 13.4 | 13.6 | 15.4 | 13.8 | 13.1 | 11.2 | 10.9 | 12.0 |
| Macro I | 12.7 | 12.1 | 12.8 | 12.8 | 13.5 | 15.1 | 13.9 | 12.5 | 10.9 | 10.0 | 12.0 |

Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM; SINASC, Mar.24.

Na proporção de óbitos por doenças do aparelho respiratório a I RS foi a que registrou o maior percentual nos cinco primeiros anos da análise, porém nos outros seis anos o maior percentual de óbitos por esse grupo de doenças ocorreu na II RS.

Figura 100 - Proporção de óbito por doenças do aparelho respiratório segundo ano do óbito. I Macrorregião de Saúde, Pernambuco, 2012 a 2022.

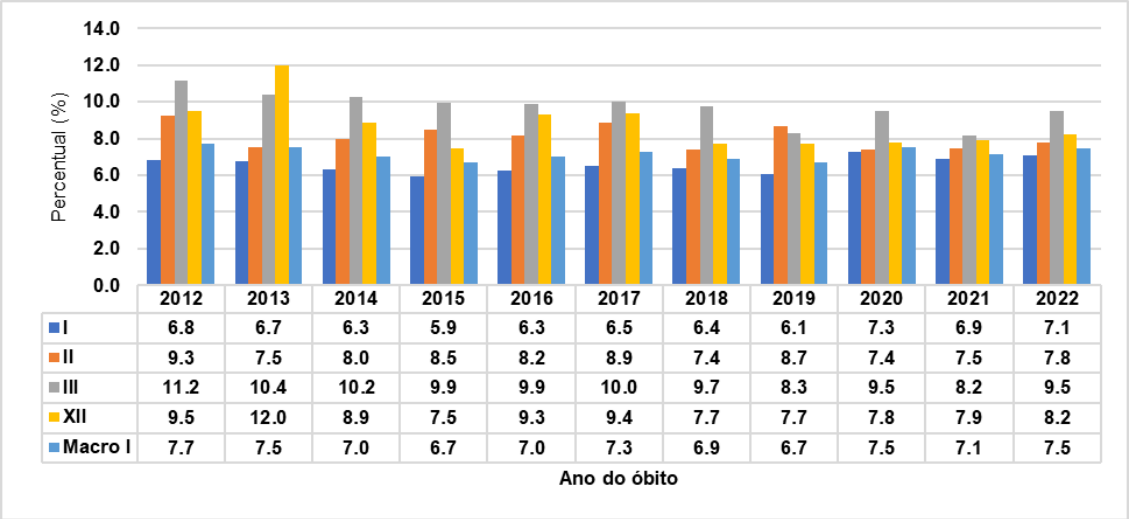



| | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| I | 13.6 | 14.7 | 13.4 | 14.7 | 14.0 | 12.5 | 12.9 | 13.6 | 10.3 | 10.2 | 12.5 |
| II | 11.6 | 13.5 | 12.0 | 13.6 | 13.0 | 12.9 | 14.4 | 14.9 | 11.2 | 10.3 | 13.2 |
| III | 10.0 | 10.8 | 9.8 | 10.8 | 10.8 | 9.9 | 10.3 | 11.4 | 9.9 | 8.9 | 12.0 |
| XII | 10.1 | 11.2 | 11.4 | 12.9 | 12.8 | 11.8 | 13.0 | 13.3 | 10.5 | 8.5 | 13.3 |
| Macro I | 12.8 | 14.0 | 12.8 | 14.0 | 13.5 | 12.3 | 12.8 | 13.5 | 10.3 | 10.0 | 12.6 |

Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM; SINASC, Mar.24.

A proporção de óbitos por doenças endócrinas nutricionais e metabólicas demonstra que a I RS registrou os menores percentuais se comparados aos das demais Regiões de Saúde em todos os anos da análise, em contrapartida a III RS foi responsável pelos maiores percentuais de mortalidades por esse grupo de doenças em dez dos onze anos analisados.

Figura 101 - Proporção de óbito por Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas segundo ano do óbito. I Macrorregião de Saúde, Pernambuco, 2012 a 2022.

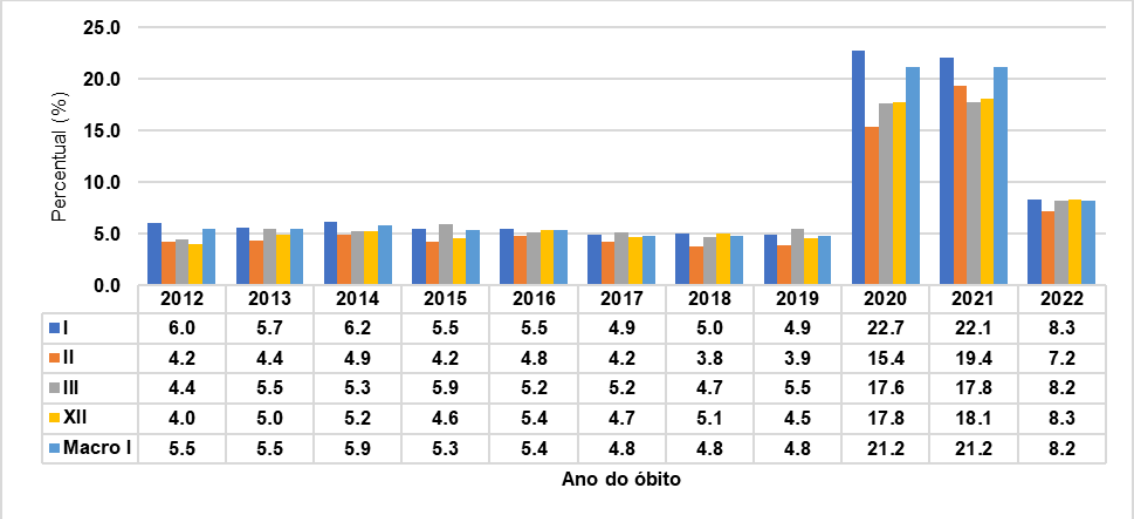



| | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| I | 6.8 | 6.7 | 6.3 | 5.9 | 6.3 | 6.5 | 6.4 | 6.1 | 7.3 | 6.9 | 7.1 |
| II | 9.3 | 7.5 | 8.0 | 8.5 | 8.2 | 8.9 | 7.4 | 8.7 | 7.4 | 7.5 | 7.8 |
| III | 11.2 | 10.4 | 10.2 | 9.9 | 9.9 | 10.0 | 9.7 | 8.3 | 9.5 | 8.2 | 9.5 |
| XII | 9.5 | 12.0 | 8.9 | 7.5 | 9.3 | 9.4 | 7.7 | 7.7 | 7.8 | 7.9 | 8.2 |
| Macro I | 7.7 | 7.5 | 7.0 | 6.7 | 7.0 | 7.3 | 6.9 | 6.7 | 7.5 | 7.1 | 7.5 |

Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM; SINASC, Mar.24.

Os óbitos ocasionados por doenças infecciosas e parasitárias foram os que sofreram a maior alteração na distribuição dos percentuais, refletindo o impacto da pandemia COVID 19 nas causas de óbito na I macrorregião, nos anos de 2020 e 2021 foi o grupo de doenças que atingiu o segundo maior percentual de mortalidade em relação ao total de óbitos.

Figura 102 - Proporção de óbito por algumas doenças infecciosas e parasitárias segundo ano do óbito. I Macrorregião de Saúde, Pernambuco, 2012 a 2022.



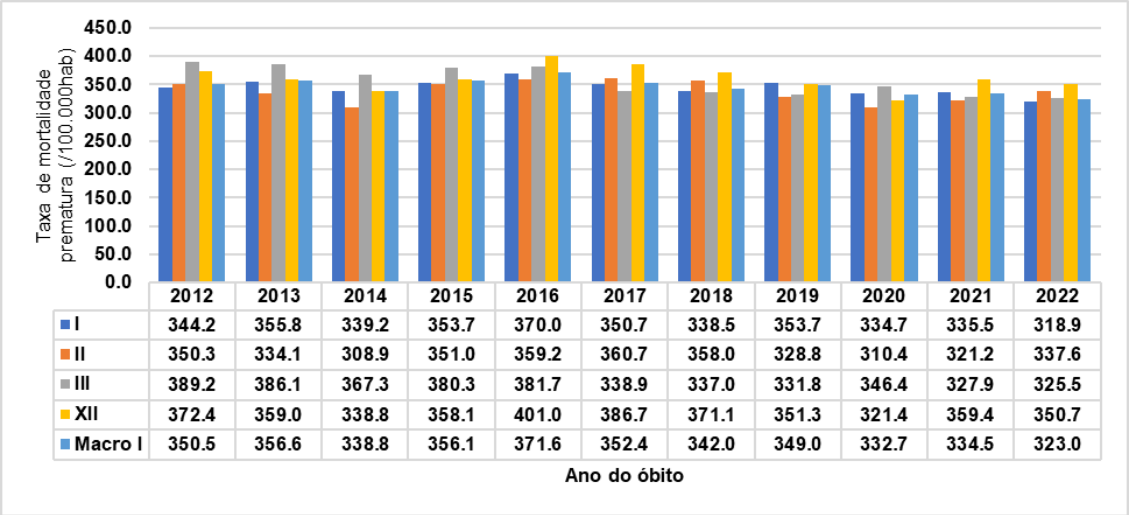

| | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| I | 6.0 | 5.7 | 6.2 | 5.5 | 5.5 | 4.9 | 5.0 | 4.9 | 22.7 | 22.1 | 8.3 |
| II | 4.2 | 4.4 | 4.9 | 4.2 | 4.8 | 4.2 | 3.8 | 3.9 | 15.4 | 19.4 | 7.2 |
| III | 4.4 | 5.5 | 5.3 | 5.9 | 5.2 | 5.2 | 4.7 | 5.5 | 17.6 | 17.8 | 8.2 |
| XII | 4.0 | 5.0 | 5.2 | 4.6 | 5.4 | 4.7 | 5.1 | 4.5 | 17.8 | 18.1 | 8.3 |
| Macro I | 5.5 | 5.5 | 5.9 | 5.3 | 5.4 | 4.8 | 4.8 | 4.8 | 21.2 | 21.2 | 8.2 |

Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM; SINASC, Mar.24.

## Por mortalidade precoce

A taxa de mortalidade precoce (menores de 7 dias) sofreu redução na I macrorregião entre os anos analisados, atingindo o menor valor no ano de 2022, já no comparativo entre as Regiões de Saúde a III e a XII registraram as maiores taxas em cinco anos cada, totalizando as maiores taxas em dez dos onze anos com alternância entre essas duas Regiões.

Figura 103 - Taxa de mortalidade precoces (100.000hab.) por ano do óbito. I Macrorregião de Saúde, Pernambuco, 2012 a 2022.



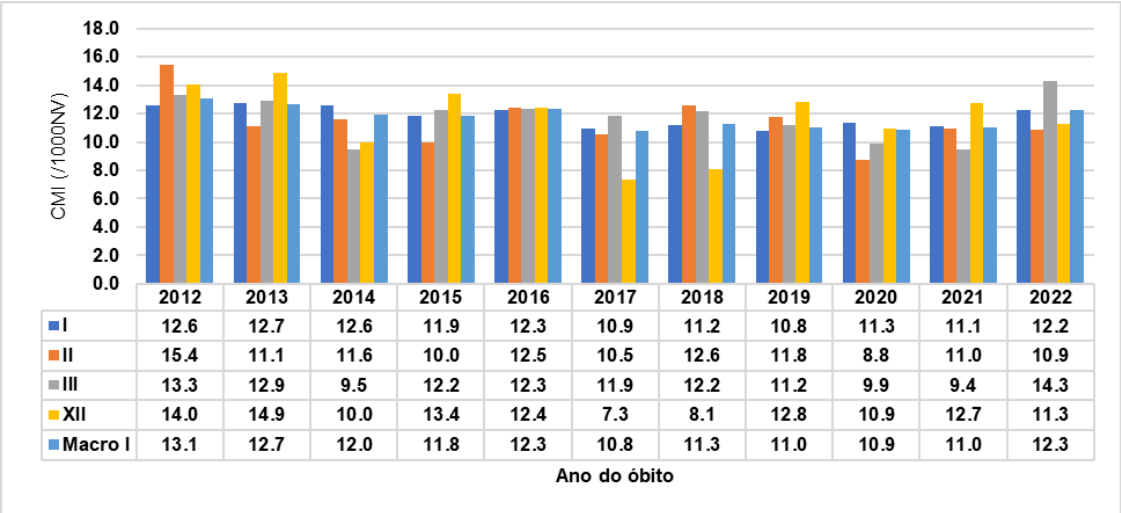

| | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| I | 344.2 | 355.8 | 339.2 | 353.7 | 370.0 | 350.7 | 338.5 | 353.7 | 334.7 | 335.5 | 318.9 |
| II | 350.3 | 334.1 | 308.9 | 351.0 | 359.2 | 360.7 | 358.0 | 328.8 | 310.4 | 321.2 | 337.6 |
| III | 389.2 | 386.1 | 367.3 | 380.3 | 381.7 | 338.9 | 337.0 | 331.8 | 346.4 | 327.9 | 325.5 |
| XII | 372.4 | 359.0 | 338.8 | 358.1 | 401.0 | 386.7 | 371.1 | 351.3 | 321.4 | 359.4 | 350.7 |
| Macro I | 350.5 | 356.6 | 338.8 | 356.1 | 371.6 | 352.4 | 342.0 | 349.0 | 332.7 | 334.5 | 323.0 |

Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM; SINASC, Mar.24.

## Mortalidade Infantil

O coeficiente de mortalidade infantil (CMI) sofreu alterações leves durante o período analisado, já a comparação entre as Regiões de Saúde demonstra a XII com o CMI mais elevado em quatro anos do período analisado.

Figura 104 - Coeficiente de Mortalidade Infantil (CMI) por ano do óbito. I Macrorregião de Saúde, Pernambuco, 2012-2022.

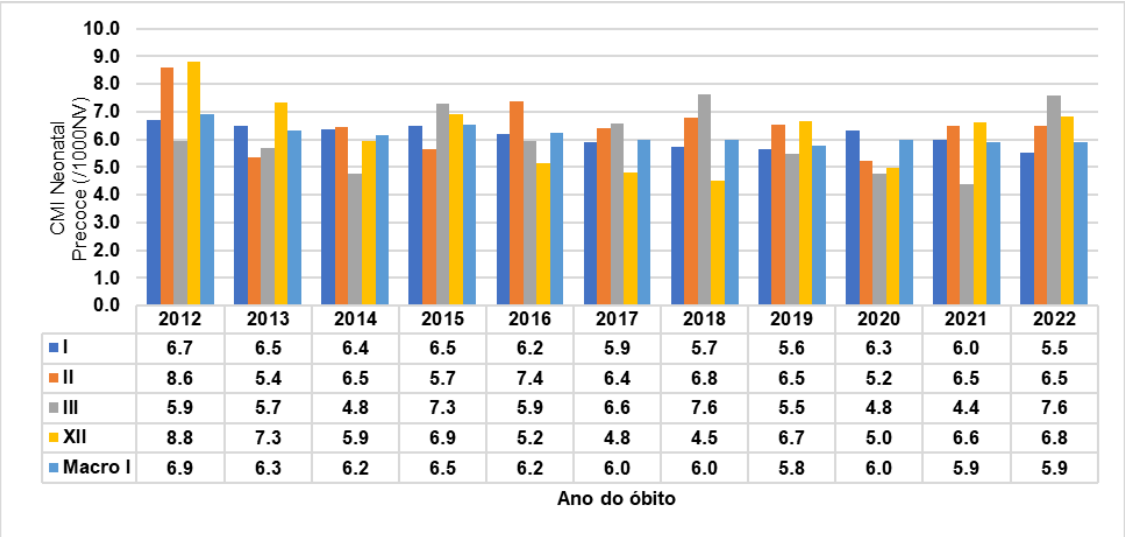



| | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| I | 12.6 | 12.7 | 12.6 | 11.9 | 12.3 | 10.9 | 11.2 | 10.8 | 11.3 | 11.1 | 12.2 |
| II | 15.4 | 11.1 | 11.6 | 10.0 | 12.5 | 10.5 | 12.6 | 11.8 | 8.8 | 11.0 | 10.9 |
| III | 13.3 | 12.9 | 9.5 | 12.2 | 12.3 | 11.9 | 12.2 | 11.2 | 9.9 | 9.4 | 14.3 |
| XII | 14.0 | 14.9 | 10.0 | 13.4 | 12.4 | 7.3 | 8.1 | 12.8 | 10.9 | 12.7 | 11.3 |
| Macro I | 13.1 | 12.7 | 12.0 | 11.8 | 12.3 | 10.8 | 11.3 | 11.0 | 10.9 | 11.0 | 12.3 |

Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM; SINASC, Mar.24.

Já em relação ao CMI neonatal (até 27 dias) observa-se um padrão semelhante ao CMI com a XII repetindo o maior valor em quatro anos do período analisado sendo que três deles (2013, 2019 e 2021) se repetem nos dois indicadores, a III RS também registrou o maior CMI neonatal em quatro anos da amostra.

Figura 105 - Coeficiente de Mortalidade Infantil (CMI) neonatal por ano do óbito. I Macrorregião de Saúde, Pernambuco, 2012-2022.

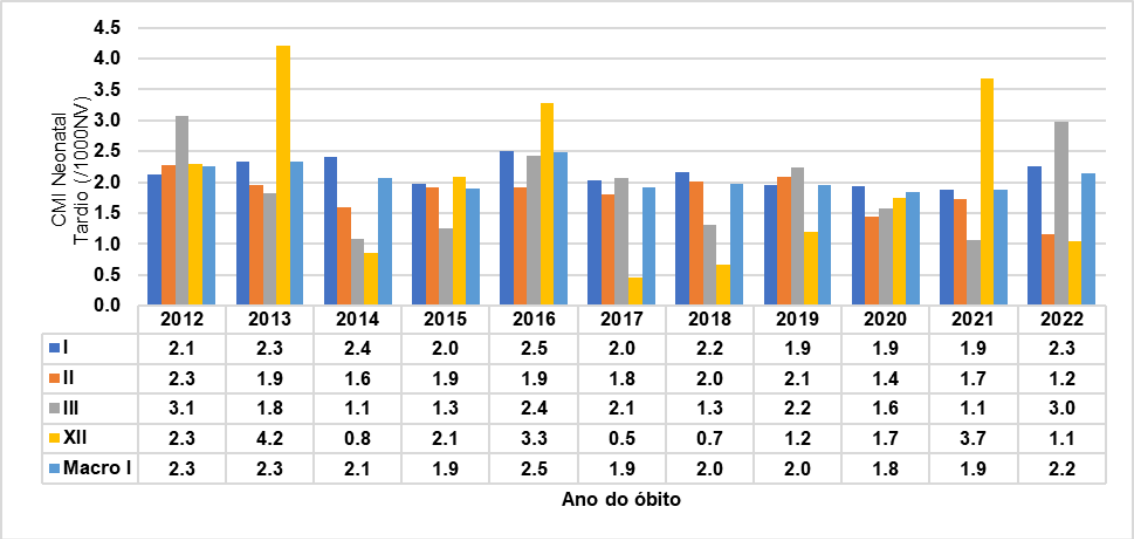



| | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| I | 6.7 | 6.5 | 6.4 | 6.5 | 6.2 | 5.9 | 5.7 | 5.6 | 6.3 | 6.0 | 5.5 |
| II | 8.6 | 5.4 | 6.5 | 5.7 | 7.4 | 6.4 | 6.8 | 6.5 | 5.2 | 6.5 | 6.5 |
| III | 5.9 | 5.7 | 4.8 | 7.3 | 5.9 | 6.6 | 7.6 | 5.5 | 4.8 | 4.4 | 7.6 |
| XII | 8.8 | 7.3 | 5.9 | 6.9 | 5.2 | 4.8 | 4.5 | 6.7 | 5.0 | 6.6 | 6.8 |
| Macro I | 6.9 | 6.3 | 6.2 | 6.5 | 6.2 | 6.0 | 6.0 | 5.8 | 6.0 | 5.9 | 5.9 |

Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM; SINASC, Mar.24.

Em relação ao CMI tardio (de 7 a 27 dias) é possível observar novamente que a XII RS foi a que registrou os valores mais elevados em quatro anos do período analisado em comparação com as demais Regiões, repetindo os anos de 2013 e 2021 com os indicadores de CMI e de CMI neonatal, a III RS também registrou o maior CMI neonatal tardio em quatro anos da amostra.

Figura 106 - Coeficiente de Mortalidade Infantil (CMI) neonatal tardio por ano do óbito. I Macrorregião de Saúde, Pernambuco, 2012-2022

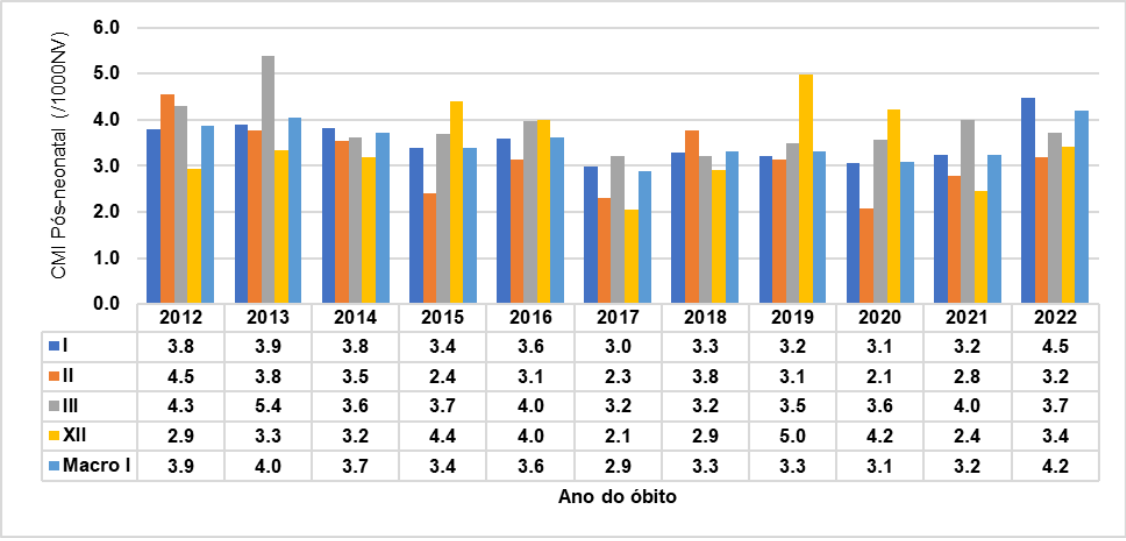



| | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| I | 2.1 | 2.3 | 2.4 | 2.0 | 2.5 | 2.0 | 2.2 | 1.9 | 1.9 | 1.9 | 2.3 |
| II | 2.3 | 1.9 | 1.6 | 1.9 | 1.9 | 1.8 | 2.0 | 2.1 | 1.4 | 1.7 | 1.2 |
| III | 3.1 | 1.8 | 1.1 | 1.3 | 2.4 | 2.1 | 1.3 | 2.2 | 1.6 | 1.1 | 3.0 |
| XII | 2.3 | 4.2 | 0.8 | 2.1 | 3.3 | 0.5 | 0.7 | 1.2 | 1.7 | 3.7 | 1.1 |
| Macro I | 2.3 | 2.3 | 2.1 | 1.9 | 2.5 | 1.9 | 2.0 | 2.0 | 1.8 | 1.9 | 2.2 |

Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM; SINASC, Mar.24.

Já o CMI pós-neonatal (entre um mês e um ano) apresenta padrão semelhante com a XII RS registrando os maiores valores em quatro anos do período analisado, repetindo 2015 com o CMI neonatal tardio e 2019 CMI e CMI neonatal, a III RS também registrou o maior CMI pós-neonatal em quatro anos da amostra.

Figura 107 - Coeficiente de Mortalidade Infantil (CMI) pós-neonatal por ano do óbito. I Macrorregião de Saúde, Pernambuco, 2012-2022

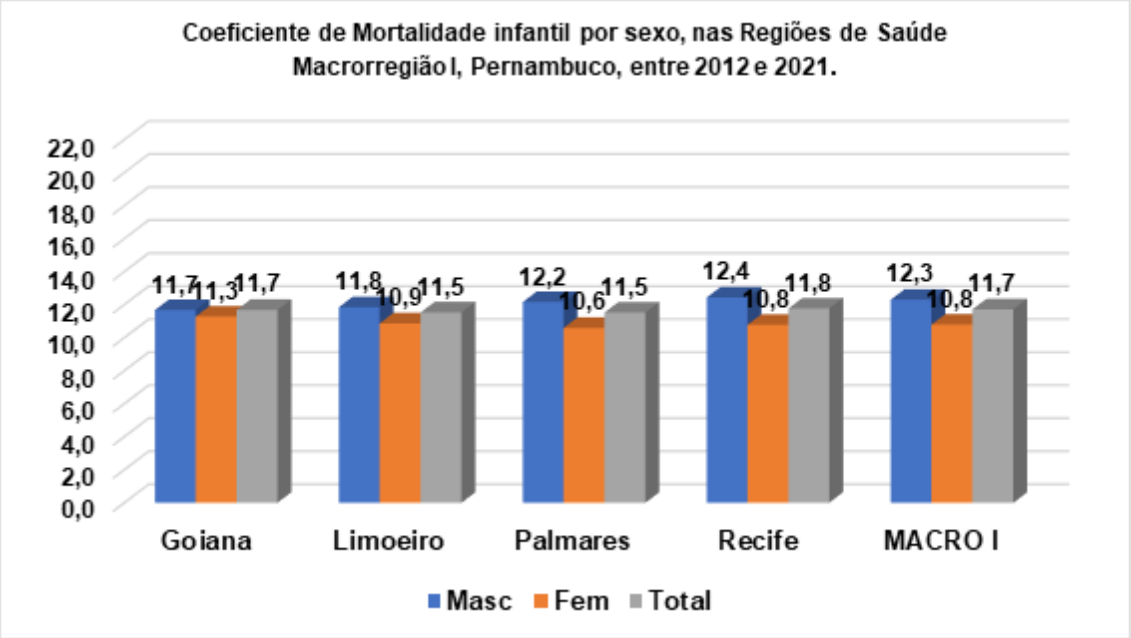



| | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| I | 3.8 | 3.9 | 3.8 | 3.4 | 3.6 | 3.0 | 3.3 | 3.2 | 3.1 | 3.2 | 4.5 |
| II | 4.5 | 3.8 | 3.5 | 2.4 | 3.1 | 2.3 | 3.8 | 3.1 | 2.1 | 2.8 | 3.2 |
| III | 4.3 | 5.4 | 3.6 | 3.7 | 4.0 | 3.2 | 3.2 | 3.5 | 3.6 | 4.0 | 3.7 |
| XII | 2.9 | 3.3 | 3.2 | 4.4 | 4.0 | 2.1 | 2.9 | 5.0 | 4.2 | 2.4 | 3.4 |
| Macro I | 3.9 | 4.0 | 3.7 | 3.4 | 3.6 | 2.9 | 3.3 | 3.3 | 3.1 | 3.2 | 4.2 |

Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM; SINASC, Mar.24.

A distribuição do CMI por sexo evidencia que a mortalidade é mais elevada no sexo masculino, em todas as Regiões de Saúde e consequentemente na I macrorregião entre 2012 e 2021.

Figura 108 - Coeficiente de Mortalidade Infantil (CMI) por sexo. I Macrorregião de Saúde, Pernambuco.




Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM.

Os óbitos perinatais ocorrem em maior quantidade no período neonatal precoce (0 a 6 dias) com 4.900 óbitos registrados entre 2012 e 2021, seguido pelos óbitos ocorridos entre 37 e 41 semanas (2.268) e os ocorridos entre 22 e 27 semanas (2.179).

Tabela 15 - Tabela. Óbitos perinatais. I Macrorregião de Saúde, Pernambuco, 2012-2021.

| Região de Saúde (CIR) | 22 a 27 semanas | 28 a 31 semanas | 32 a 36 semanas | 37 a 41 semanas | 42 semanas e mais | Ignorado | 0 a 6 dias | Total |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 26005 Goiana | 100 | 69 | 62 | 122 | 4 | 121 | 274 | 752 |
| 26006 Limoeiro | 201 | 115 | 127 | 210 | 9 | 190 | 513 | 1365 |
| 26008 Palmares | 189 | 115 | 155 | 238 | 12 | 261 | 532 | 1502 |

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 26010 Recife | 1.689 | 940 | 1.124 | 1.698 | 49 | 840 | 3.581 | 9921 |
| TOTAL | 2.179 | 1.239 | 1.468 | 2.268 | 74 | 1.412 | 4.900 | 3.540 |

Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM.

A investigação de óbito é um processo que envolve a análise dos diversos fatores que propiciaram a ocorrência do óbito e constitui uma atividade importante para a Saúde Pública, pois auxilia a evitar esses fatores em casos futuros no intuito de evitar o óbito.

Dentre os óbitos investigados na I macrorregião a XII RS obteve o maior percentual de investigação (98%), seguido pela II RS (95,1%), III RS (89,8%) e I RS (82,7), é possível destacar que a relação entre o número absoluto de óbitos infantis preconizados para a investigação e o percentual de óbitos investigados é inversamente proporcional, à medida que quanto maior o número absoluto menor o percentual de óbitos investigados em todas as Regiões de Saúde entre 2012 e 2021, o percentual de investigação de óbitos infantis da I macrorregião foi de 85,9 %

Tabela 16 - Óbitos infantis investigados. I Macrorregião de Saúde, Pernambuco, 2012-2021.

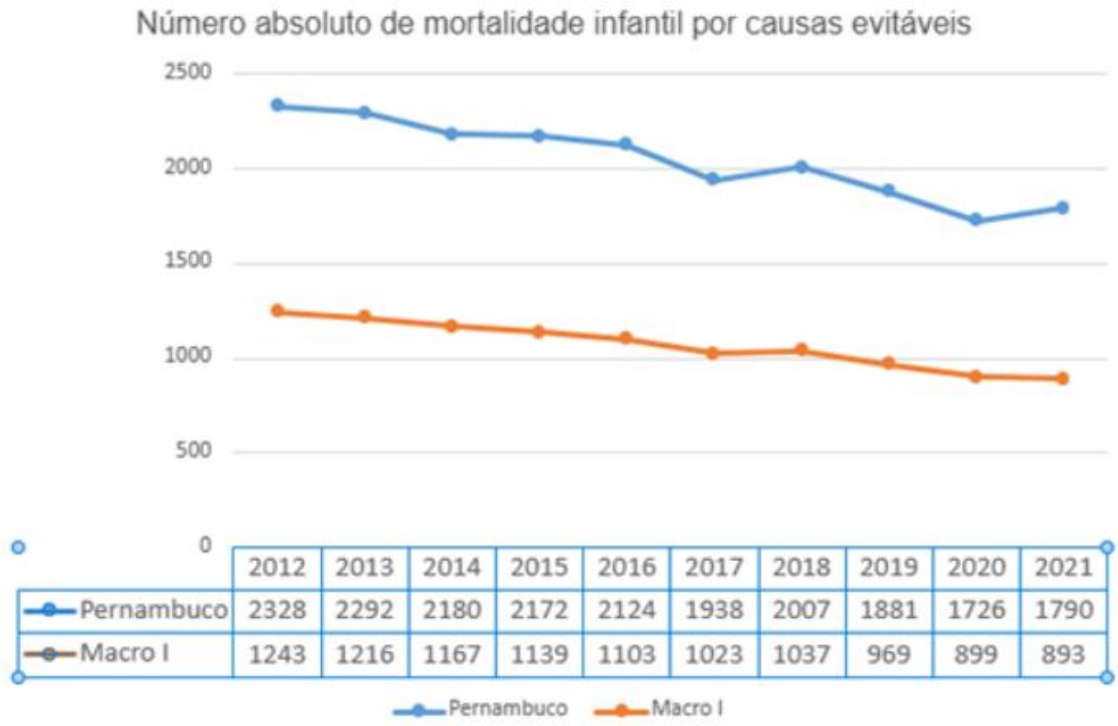
| Região de Saúde (CIR) | Óbito investigado, com ficha síntese informada | Óbito investigado, sem ficha síntese informada | Óbito não investigado | Total | % |
|---|---|---|---|---|---|
| Goiana | 527 | 6 | 11 | 544 | 98,0 |
| Limoeiro | 819 | 11 | 43 | 873 | 95,1 |
| Palmares | 938 | 17 | 108 | 1063 | 89,8 |
| Recife | 4346 | 490 | 1011 | 5847 | 82,7 |
| TOTAL | 6.630 | 524 | 1.173 | 8.327 | 85,9 |

Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM.

**Mortalidade por Causas Evitáveis**

O número absoluto de mortalidade infantil por causas evitáveis entre 2012 e 2021 sofreu redução gradativa na macrorregião assim como no estado de Pernambuco, apesar de ser um fator positivo o desejável seria números ainda menores dada a natureza evitável desses óbitos.

Figura 109 - Número de óbitos infantis por causas evitáveis da I Macrorregião e Pernambuco, 2012-2021.

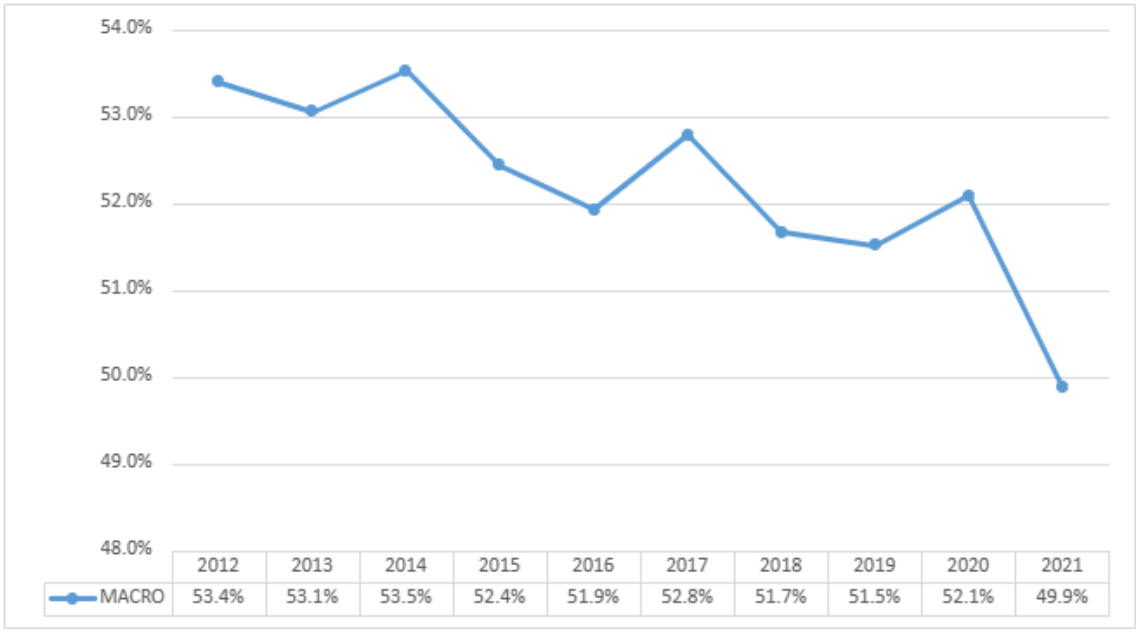



| | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pernambuco | 2328 | 2292 | 2180 | 2172 | 2124 | 1938 | 2007 | 1881 | 1726 | 1790 |
| Macro I | 1243 | 1216 | 1167 | 1139 | 1103 | 1023 | 1037 | 969 | 899 | 893 |

Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM, Mar.24.

A Figura 110 diz respeito sobre a proporção de óbitos infantis por causas evitáveis da I macrorregião em relação ao total de óbitos infantis por causas evitáveis ocorridos em Pernambuco, entre 2012 e 2021, constata-se que a I macrorregião foi responsável por mais de 50% dos óbitos infantis por causa evitáveis do estado em nove dos dez anos analisados.

Figura 110 - Proporção dos óbitos infantis por causas evitáveis da I Macrorregião em relação ao quantitativo do estado de Pernambuco, 2012-2021.

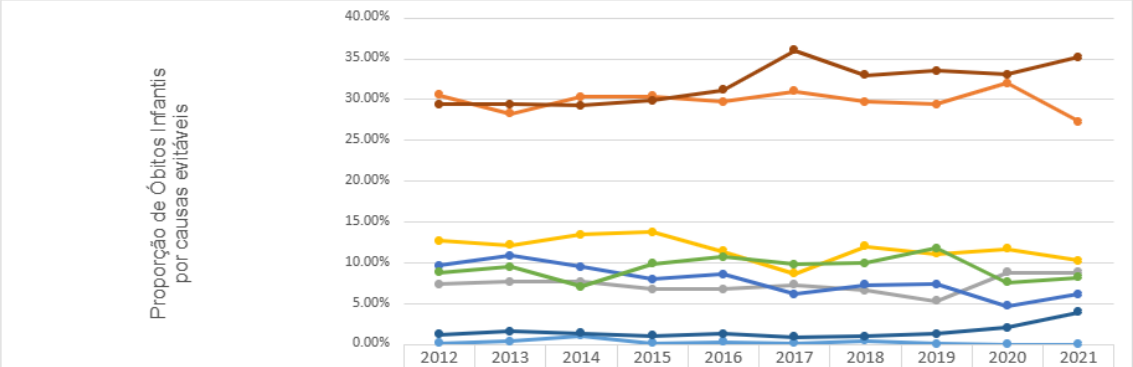



| | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| MACRO | 53.4% | 53.1% | 53.5% | 52.4% | 51.9% | 52.8% | 51.7% | 51.5% | 52.1% | 49.9% |

Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM, Mar.24.

Em relação ao conjunto de causas evitáveis que ocasionaram óbitos na I macrorregião entre 2012 e 2021 dois se destacam como os conjuntos responsáveis pela maior proporção de óbitos são eles: demais causas (não claramente evitáveis) e causas reduzíveis atenção à mulher na gestação, sendo a soma desses conjuntos responsável por mais de 50% dos óbitos evitáveis em todos os anos do período analisado. Este dado reforça a importância da realização da investigação de óbito bem como a necessidade de qualificar as consultas de pré-natal na Atenção Primária à Saúde.

Figura 111 - Proporção de óbitos infantis por causas evitáveis da I Macrorregião - Pernambuco, 2012-2021.

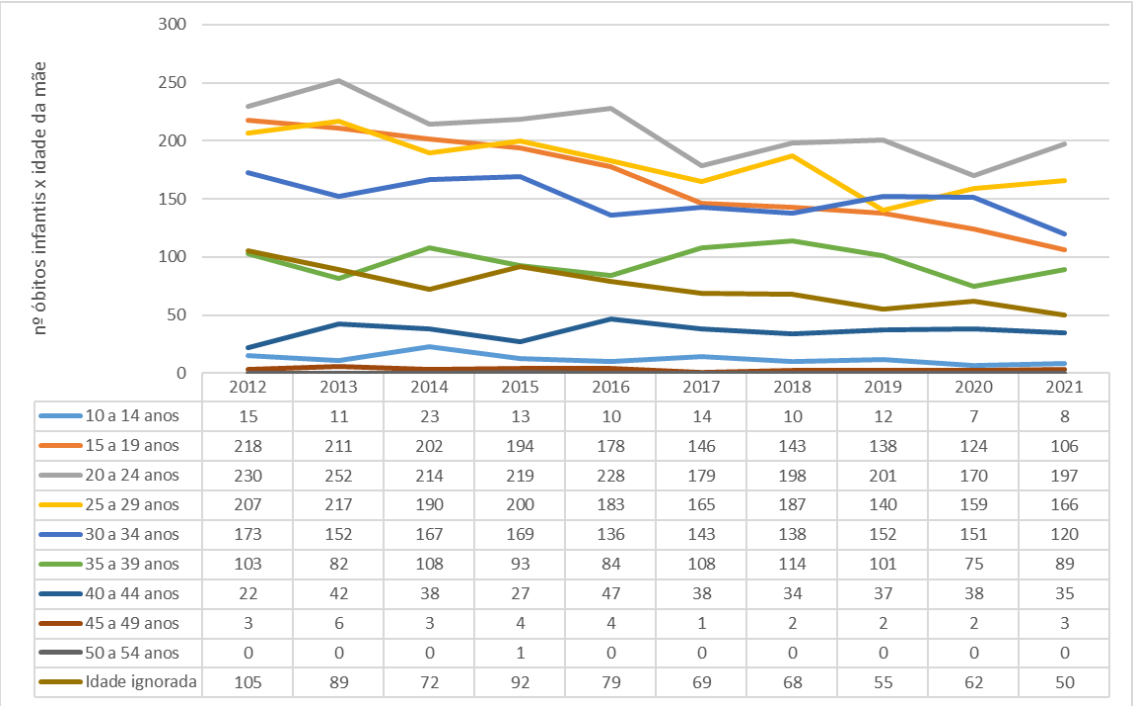



| | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Causas reduzíveis pelas ações de imunização | 0.20% | 0.40% | 1.10% | 0.20% | 0.30% | 0.20% | 0.50% | 0.10% | 0 | 0 |
| Causas reduzíveis atenção à mulher na gestação | 30.60% | 28.30% | 30.30% | 30.40% | 29.70% | 31.00% | 29.70% | 29.40% | 32.00% | 27.30% |
| Causas reduzíveis por adequada atenção à mulher no parto | 7.40% | 7.70% | 7.70% | 6.80% | 6.80% | 7.30% | 6.60% | 5.30% | 8.80% | 8.80% |
| Causas reduzíveis por adequada atenção ao recém-nascido | 12.70% | 12.20% | 13.50% | 13.80% | 11.40% | 8.70% | 12.00% | 11.10% | 11.70% | 10.30% |
| Causas reduzíveis por ações de diagnóstico e tratamento adequado | 9.70% | 10.90% | 9.50% | 8.00% | 8.60% | 6.20% | 7.30% | 7.40% | 4.70% | 6.20% |
| Causas reduzíveis por ações de promoção vinc. ações de atenção | 8.80% | 9.50% | 7.10% | 9.90% | 10.70% | 9.80% | 10.00% | 11.80% | 7.60% | 8.20% |
| Causas mal definidas | 1.20% | 1.60% | 1.40% | 1.10% | 1.30% | 0.90% | 1.00% | 1.30% | 2.10% | 4.00% |
| Demais causas (não claramente evitáveis) | 29.40% | 29.40% | 29.30% | 29.90% | 31.20% | 36.00% | 33.00% | 33.50% | 33.10% | 35.20% |

Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM, Mar. 24.

Verifica-se frequência maior de óbitos infantis na faixa etária da mãe de 20 a 24 anos, em todos os anos do período analisado. A faixa etária da mãe de 25 a 29 anos apresenta números próximos a essa, vindo decrescendo até 2017 quando ocorre um pico em 2018, sendo depois ultrapassada pela faixa 30 a 34 anos em 2019, mas tendo nova ascendência em 2020. Observa-se ainda uma tendência de queda de óbitos na faixa etária da mãe de 15 a 19 anos.

Figura 112 - Número de óbitos infantis por idade da mãe da I Macrorregião - Pernambuco, 2012-2021.

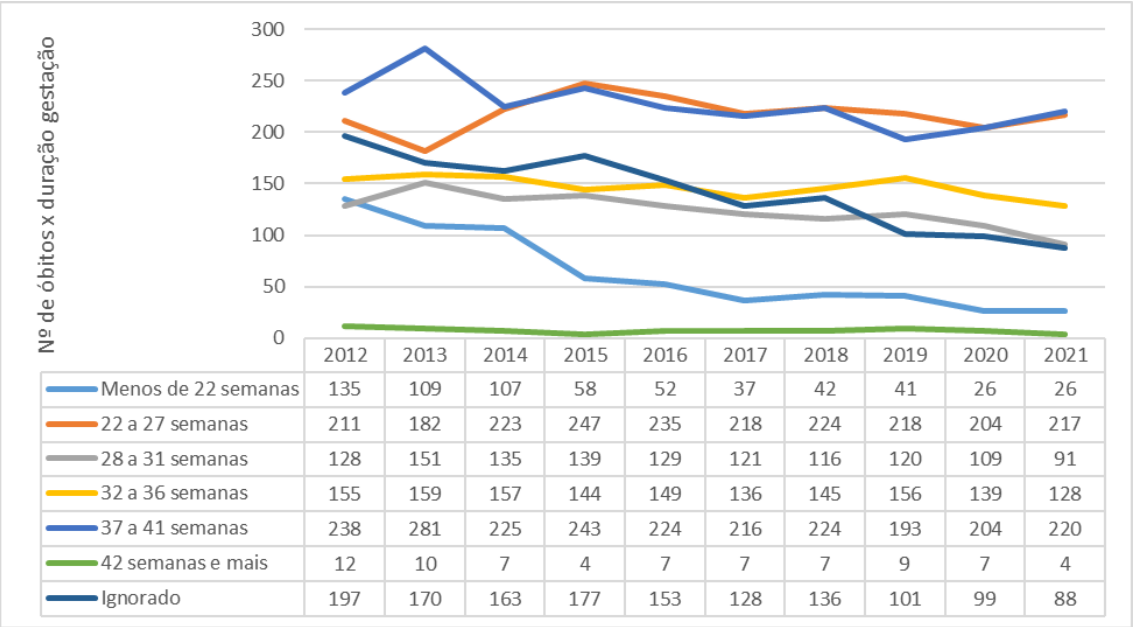



| | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 10 a 14 anos | 15 | 11 | 23 | 13 | 10 | 14 | 10 | 12 | 7 | 8 |
| 15 a 19 anos | 218 | 211 | 202 | 194 | 178 | 146 | 143 | 138 | 124 | 106 |
| 20 a 24 anos | 230 | 252 | 214 | 219 | 228 | 179 | 198 | 201 | 170 | 197 |
| 25 a 29 anos | 207 | 217 | 190 | 200 | 183 | 165 | 187 | 140 | 159 | 166 |
| 30 a 34 anos | 173 | 152 | 167 | 169 | 136 | 143 | 138 | 152 | 151 | 120 |
| 35 a 39 anos | 103 | 82 | 108 | 93 | 84 | 108 | 114 | 101 | 75 | 89 |
| 40 a 44 anos | 22 | 42 | 38 | 27 | 47 | 38 | 34 | 37 | 38 | 35 |
| 45 a 49 anos | 3 | 6 | 3 | 4 | 4 | 1 | 2 | 2 | 2 | 3 |
| 50 a 54 anos | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Idade ignorada | 105 | 89 | 72 | 92 | 79 | 69 | 68 | 55 | 62 | 50 |

Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM, Mar.24.

Em relação aos óbitos infantis por causas evitáveis por duração da gestação entre 2012 e 2021 é possível destacar que a maior parte dos óbitos ocorreram nos intervalos entre 37 e 41 semanas e de 22 a 27 semanas.

Figura 113 - Número de óbitos infantis por causas evitáveis por duração da gestação - I Macrorregião - Pernambuco, 2012-2021.



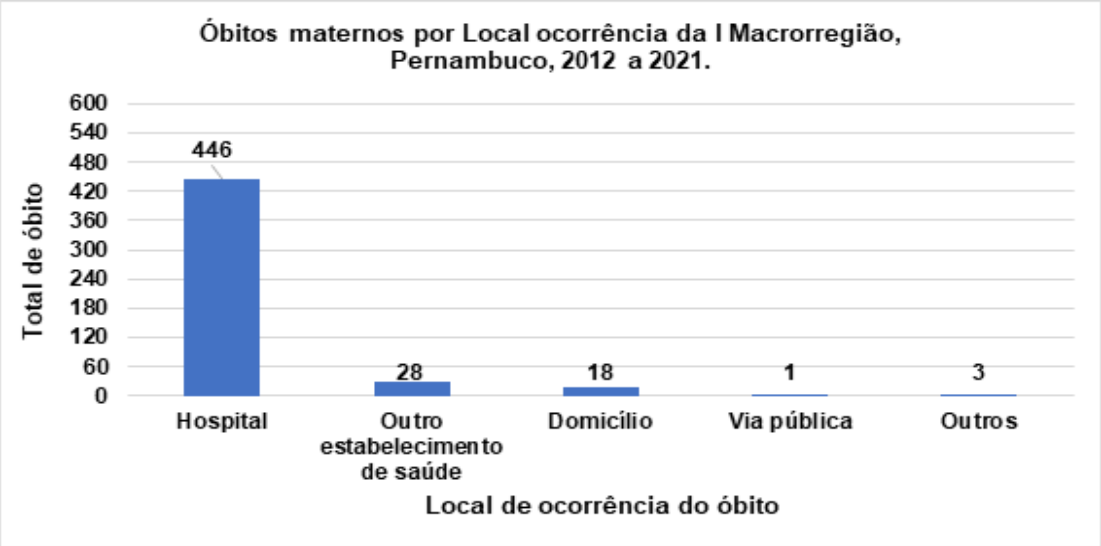

| | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Menos de 22 semanas | 135 | 109 | 107 | 58 | 52 | 37 | 42 | 41 | 26 | 26 |
| 22 a 27 semanas | 211 | 182 | 223 | 247 | 235 | 218 | 224 | 218 | 204 | 217 |
| 28 a 31 semanas | 128 | 151 | 135 | 139 | 129 | 121 | 116 | 120 | 109 | 91 |
| 32 a 36 semanas | 155 | 159 | 157 | 144 | 149 | 136 | 145 | 156 | 139 | 128 |
| 37 a 41 semanas | 238 | 281 | 225 | 243 | 224 | 216 | 224 | 193 | 204 | 220 |
| 42 semanas e mais | 12 | 10 | 7 | 4 | 7 | 7 | 7 | 9 | 7 | 4 |
| Ignorado | 197 | 170 | 163 | 177 | 153 | 128 | 136 | 101 | 99 | 88 |

Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM, Mar.24.

## Mortalidade Materna

Em relação ao local de ocorrência dos óbitos maternos na I macrorregião entre 2012 e 2021 se evidencia que a maior parte desses óbitos ocorreram em hospitais.

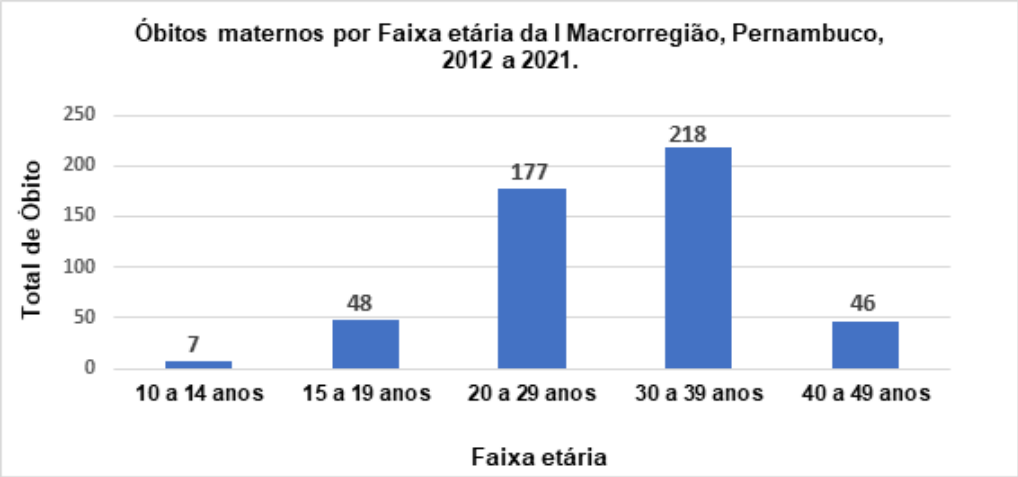
Figura 114 - Mortalidade Materna (MM) por local de ocorrência. I Macrorregião de Saúde, Pernambuco, 2012-2021.



Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM, Mar.24.

Quanto a faixa etária dos óbitos maternos na I macrorregião entre 2012 e 2021 as mulheres entre 30 e 39 anos foram as que representaram a maior parte dos óbitos (218), seguido pela faixa etária entre 20 e 29 anos (177), esses intervalos de idade apontam para o grupo prioritário para intervenções da saúde pública afim de reduzir a mortalidade materna.

Figura 115 - Óbitos maternos segundo faixa etária. I Macrorregião de Saúde, Pernambuco, 2012-2021.




Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM, Mar.24.

Os indicadores de mortalidade da I macrorregião de Pernambuco são ferramentas essenciais para a gestão eficaz da saúde pública, permitindo uma melhor compreensão das necessidades de saúde da população, a alocação mais eficiente de recursos, e a avaliação e ajuste contínuos das políticas e programas de saúde.

Através da avaliação dos indicadores de mortalidade é possível direcionar ações com base nos números, de acordo com recorte analisado podemos destacar que os óbitos na I macrorregião foram predominantemente ocasionados por doenças crônicas não transmissíveis, porém com quantitativo relevante de mortes por doenças

infecciosas e parasitárias, sobretudo nos anos de pandemia COVID 19 (2020 e 2021), além disso observamos necessidade de qualificar a vigilância do óbito em algumas Regiões de Saúde, fomentando as ações de prevenção e promoção à saúde e fortalecendo as Redes de Atenção à Saúde .

## REDES DE ATENÇÃO EM SAÚDE

## REDE MATERNO-INFANTIL (RAMI)

A Rede Materna e Infantil, intitulada Rede Cegonha, foi instituída em todo o território nacional em 2011, sendo consolidada em 2017 através da portaria GM/MS Nº 3, de 28 de setembro de 2017. A Rede Cegonha tem por objetivo organizar a Rede de Atenção à Saúde (RAS) Materna e Infantil para que seja garantido o acesso, acolhimento, resolutividade, e com tudo isso, reduzir a mortalidade materna e infantil com ênfase no componente neonatal. A mesma está estruturada com o objetivo de implementar uma rede de cuidados para assegurar às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo e a atenção humanizada no período da gravidez, ao parto e ao puerpério, assim como à criança o direito ao nascimento, crescimento e desenvolvimento seguro e saudáveis. Na sua organização, possui 04 componentes, sendo eles: 1) Pré-natal; 2) Parto e Nascimento; 3) Puerpério e Atenção Integral à Saúde da Criança; 4) Sistema Logístico: transporte sanitário e regulação (Brasil, 2011).

Os princípios da Rede Cegonha são: humanização do parto e do nascimento, com ampliação das práticas baseadas em evidência; a organização dos serviços de saúde enquanto uma RAS; acolhimento da gestante e do bebê, com classificação de risco em todos os pontos de atenção; vinculação da gestante à maternidade; a gestante não peregrina; a realização de exames de rotina com resultados em tempo oportuno.

Cada componente da Rede Cegonha, possui objetivos específicos, são eles: Pré-natal: Pré-natal na Unidade Básica de Saúde (UBS), com captação precoce e acolhimento com classificação de risco; Alimentação do sistema de informação;

Garantia dos exames de Pré-natal de Risco Habitual (PNRH); Garantia dos exames de pré-natal de Alto Risco (PNAR); Vinculação da UBS à maternidade.

Parto e Nascimento: Suficiência de leitos; Ambiência; Direito a acompanhante; Acolhimento com classificação de risco; Boas práticas: segurança; Práticas gestão: Cuidado horizontal; Conselho gestor.

Puerpério e Atenção Integral à Saúde da Criança: Aleitamento materno; Acompanhamento da criança; visita na primeira semana; Busca ativa de crianças vulneráveis; Planejamento Reprodutivo.

Sistema Logístico: Transporte seguro; Vaga sempre; Central de Regulação de Leitos.

Os Indicadores de Atenção da Rede Cegonha são:

- Número de nascidos vivos e % de gestantes com mais de 7 consultas no pré-natal;

- Cobertura de equipes de Saúde da Família;

- Tipo de parto: % de partos cesáreos e vaginais.

- % de gestantes captadas até a 12ª semana de gestação;

- % de crianças com consultas preconizadas até 24 meses;

- % de crianças com as vacinas de rotina de acordo com a agenda programada;

- % de gestantes com todos os exames preconizados.

Parâmetros para dimensionamento e organização da Rede Materna e Infantil.

Quadro 3 - Parâmetros para dimensionamento e organização da Rede Materna e Infantil.

| **Dados populacionais, leitos e serviços** | **Cálculo** | **Parâmetros** | **Referencial Normativo** |
|---|---|---|---|
| **População da Região** | Total da População RAS/Região | IBGE/ano correspondente ao SINASC | IBGE/DATASUS |
| **Nascidos vivos** | Total de Nascidos Vivos RAS/Região | Dados mais recentes do SINASC disponíveis pelo Departamento de | SINASC/DATASUS |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | | Informática do SUS/DATASUS | |
| **Número esperado de nascidos vivos SUS dependentes** | Total de Nascidos Vivos x (%) de cobertura da pop. SUS dependente | Dados de cobertura de Saúde Suplementar - ANS/ correspondente ao ano do SINASC | Portaria nº 650 de 05 de outubro de 2011 |
| **Número esperado de gestantes** | Total de Nascidos Vivos+ 10% | | |
| **Número esperado de gestantes SUS dependentes** | Total de Nascidos Vivos SUS dependentes + 10% | Dados mais recentes do SINASC disponíveis pelo Departamento de Informática do SUS/DATASUS - Agência Nacional de Saúde Suplementar | Portaria nº 650 de 05 de outubro de 2011 |
| **Leitos obstétricos (Risco habitual)** | 85% do Nº de gestantes usuárias do SUS x (média de permanência (3) dias/Tx ocupação (0,85) x365 | Dados mais recentes do SINASC disponíveis pelo Departamento de Informática do SUS/DATASUS - Agência Nacional de Saúde Suplementar | Nota Técnica de 13/01/2012/Memorando /DAPES/SAS/MS |
| **Leitos para GAR** | 15% do Nº de gestantes usuárias do SUS x (média de permanência (5) dias/Tx ocupação | | |
| **Leitos de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) adulto para gestante*** | 6% dos leitos obstétricos de risco habitual | Total de leitos obstétricos de risco habitual calculados | |
| **Leitos de Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN)** | 2 leitos para 1.000 nascidos vivos | Dados mais recentes do SINASC disponíveis pelo Departamento de Informática do SUS/DATASUS | Portaria nº 930 de 10 de maio de 2012 |
| **Leitos de Unidade de Cuidados Intermediários Neonatais Convencional (UCINco)** | 2 leitos para 1.000 nascidos vivos | | |
| **Leitos de Unidade de Cuidados Intermediários Neonatais Canguru (UCINca)** | 1 leito para 1.000 nascidos vivos | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Centro de Parto Normal (CPN)** | CPN - 100.000 a 350.000 habitantes; 2 CPN - 350.000 a 1 milhão habitantes; 3 CPN -1 a 2 milhões habitantes; 4 CPN - 2 a 6 mihões de habitantes | IBGE/ano correspondente ao SINASC | Portaria nº 650 de 05 de outubro de 2011 |
| **Casa da gestante do Bebê e da Puérpera (CGBP)** | 1 CGBP para cada maternidade habilitada para gestação de alto risco | Habilitação do Hospital/Maternidade para GAR no CNES | |

Legenda: DAPES – Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas; DATASUS – Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde; GAR – Gestação de Alto Risco; IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; MS – Ministério da Saúde; SAS – Secretaria de Atenção à Saúde; SINASC - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos; SUS - Sistema Único de Saúde.

A modelagem da Rede Cegonha foi pactuada na Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e define as competências por nível de referência, como apresenta no Quadro 4.

Quadro 4 - Competências Rede Cegonha por referência em Pernambuco.

| Referências | Ação/Serviço |
|---|---|
| **Municipal** | Atenção resolutiva ao pré-natal de risco habitual e alto risco (consultas e exames), parto de risco habitual (Maternidade e Centro de Parto Normal), puerpério e acompanhamento de crescimento e desenvolvimento da criança, planejamento reprodutivo no âmbito da Atenção Primária. |
| **Microrregional** | Pré-natal e acompanhamento da criança de alto risco (consulta de acompanhamento do especialista), assistência ao parto de risco habitual (Maternidade), planejamento reprodutivo e apoio diagnóstico complementar de média complexidade. |
| **Regional** | Menor nível de referência para o SAMU (USB e USA), Casa da Gestante, Bebê e Puérpera. |
| **Macrorregional** | Assistência ao parto de alto risco, planejamento reprodutivo e apoio diagnóstico complementar de alta complexidade, UTI adulto, UTIN, UCINco, UCINca, Banco de Leite Humano, Central de Regulação. |
| **Macrorregional Interestadual** | Assistência ao parto de alto risco, planejamento reprodutivo, e apoio diagnóstico e complementar para a alta complexidade, UTI Adulto, UTIN, UCINco, UCINca, Banco de Leite Humano, Central de Regulação. |
| **Estadual** | Medicina fetal, procedimento cirúrgico neonatal, reprodução assistida, genética médica e apoio diagnóstico complementar de alta complexidade. |

Fonte: CIB Nº 1.723 de 19/09/2011.

Legenda: SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência; USB – Unidade de Suporte Básico; USA – Unidade de Suporte Avançado; UTI – Unidade de Terapia Intensiva; UTIN - Unidade de Terapia Intensiva Neonatal; UTINco - Unidade de Terapia Intensiva Neonatal Convencional; UTINca - Unidade de Terapia Intensiva Neonatal Canguru.

## Rede Materna

### Nascimento

O número de nascimentos na Macrorregião de Saúde (MRS) I vem reduzindo na última década, notadamente após o ano de 2016, muito provavelmente com o advento do Zika vírus. Nesta MRS o maior percentual de nascimentos está na I Região de Saúde (RS) que possui a maior densidade demográfica do Estado, como pode ser observado na Tabela 17.

Tabela 17 - Nascidos vivos de parturientes, Macrorregião I de Pernambuco 2012 a 2021.

| NV | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **I MRS** | 82.490 | 83.685 | 85.122 | 85.670 | 77.062 | 79.960 | 79.382 | 75.829 | 72.352 | 70.361 |
| **I RS** | 59.509 | 60.540 | 61.118 | 62.272 | 56.398 | 59.113 | 58.573 | 55.937 | 53.089 | 51.187 |
| **II RS** | 8.371 | 8.232 | 8.198 | 8.317 | 7.311 | 7.794 | 7.970 | 7.644 | 7.658 | 7.563 |
| **III RS** | 9.822 | 10.404 | 11.087 | 10.302 | 9.089 | 8.685 | 8.388 | 8.039 | 7.578 | 7.525 |
| **XII RS** | 4.788 | 4.509 | 4.719 | 4.779 | 4.264 | 4.368 | 4.451 | 4.209 | 4.027 | 4.086 |

Fonte: Sinasc/GVEV/DGIE/SEVSAP/SES-PE.

### Características das Parturientes

As gestantes da MRS I de Pernambuco são predominantemente da raça/cor parda, como pode-se observar na série histórica abaixo de 2012 a 2021. Observa-se na Tabela 18 que neste período houve um acréscimo de 4% de gestantes declaradas pardas e negras na MRS I, sendo a III RS a que apresenta o maior percentual de gestantes pretas e pardas desta MRS.

Tabela 18 - Proporção de Nascidos vivos de parturientes pretas e pardas, Macrorregião I de Pernambuco 2012 a 2021.

| ANO | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **% I MACRO** | 75,5 | 77,3 | 77,2 | 78,9 | 79,0 | 77,6 | 78,5 | 78,4 | 79,0 | 79,7 |
| **% I RS** | 73,9 | 75,4 | 69,6 | 77,1 | 77,6 | 76,1 | 76,7 | 76,7 | 77,8 | 78,1 |
| **% II RS** | 69,4 | 72,3 | 74,5 | 75,3 | 74,2 | 70,9 | 76,0 | 76,6 | 77,5 | 79,5 |
| **% III RS** | 88,1 | 90,3 | 89,3 | 90,9 | 89,6 | 91,1 | 89,1 | 87,8 | 85,1 | 87,6 |
| **% XII RS** | 81,1 | 81,5 | 84,0 | 82,6 | 82,4 | 82,5 | 85,5 | 85,8 | 86,3 | 86,4 |

Fonte: SINASC/GVEV/DGIE/SEVSAP/SES-PE.

A análise da escolaridade das parturientes de 2012 a 2021 demonstra a redução de 6,5% desta população com 12 anos ou mais de estudos, com aumento de 41,5% das informações ignoradas.

Tabela 19 - Percentual de nascidos vivos de acordo com a escolaridade materna, Macrorregião I de Pernambuco 2012 a 2021.

| ANO | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **% Nenhuma** | 38,8 | 36,4 | 39,8 | 38,3 | 40,0 | 36,9 | 39,3 | 34,6 | 35,3 | 37,4 |
| **% 1 a 3 anos** | 43,8 | 45,9 | 45,5 | 45,1 | 46,0 | 46,3 | 44,2 | 41,9 | 40,0 | 40,8 |
| **% 4 a 7 anos** | 51,2 | 52,2 | 51,8 | 51,1 | 52,0 | 51,2 | 49,8 | 50,2 | 49,5 | 49,0 |
| **% 8 a 11 anos** | 62,7 | 61,8 | 61,7 | 61,4 | 61,0 | 60,3 | 57,8 | 57,2 | 56,5 | 55,5 |
| **% 12 ou +** | 70,7 | 71,1 | 70,3 | 69,9 | 69,0 | 68,7 | 69,0 | 67,5 | 66,0 | 66,1 |
| **% ignorado** | 41,5 | 63,1 | 60,2 | 53,0 | 47,0 | 50,9 | 54,4 | 50,9 | 65,0 | 71,0 |

Fonte: Sinasc/GVEV/DGIE/SEVSAP/SES-PE

Estudos apontam risco aumentado de morbimortalidade infantil e materna em mães adolescentes (10 a 19 anos) em virtude da imaturidade biológica e emocional, sendo mais importante este fator em idades mais jovens de 10 a 14 anos (Ratnasiri *et al*., 2020; Hoyert *et al*., 2022). A análise do percentual de gravidez na adolescência dos 10 aos 19 anos na MRS I na última década tem reduzido, porém ainda traz um número preocupante, em especial na III RS. As tabelas 4, 5 e 6 apresentam as taxas de gravidez na adolescência por RS na MRS I.

Tabela 20 - Percentual de nascidos vivos de parturientes adolescentes (10 a 14 anos), Macrorregião I de Pernambuco 2012 a 2021.

| | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **I RS** | 0,41 | 0,38 | 0,35 | 0,3 | 0,3 | 0,3 | 0,2 | 0,2 | 0,2 | 0,2 |
| **II RS** | 0,08 | 0,05 | 0,05 | 0,0 | 0,1 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 |
| **III RS** | 0,12 | 0,12 | 0,11 | 0,1 | 0,1 | 0,1 | 0,1 | 0,1 | 0,1 | 0,1 |
| **XII RS** | 0,05 | 0,04 | 0,04 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 |

Fonte: Sinasc/GVEV/DGIE/SEVSAP/SES-PE.

A Tabela 20 apresenta o percentual de gravidez ocorrida entre os 10 e 14 anos, sendo esta a faixa etária de maior risco e considerada legalmente estupro de vulnerável. A I RS é a que apresenta as maiores taxas.

Tabela 21 - Percentual de nascidos vivos de parturientes adolescentes (15 a 19 anos), Macrorregião I de Pernambuco 2012 a 2021.

| | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **I RS** | 19,9 | 19,8 | 19,0 | 18,3 | 18,2 | 17,3 | 15,5 | 15,2 | 14,6 | 14,0 |
| **II RS** | 20,8 | 21,4 | 21,7 | 20,2 | 20,4 | 19,7 | 18,1 | 16,7 | 15,8 | 16,0 |
| **III RS** | 27,3 | 27,1 | 25,5 | 25,1 | 26,8 | 25,3 | 24,7 | 23,4 | 21,8 | 21,6 |
| **XII RS** | 23,8 | 23,4 | 24,4 | 23,5 | 23,8 | 22,7 | 21,1 | 20,5 | 19,9 | 18,8 |

Fonte: Sinasc/GVEV/DGIE/SEVSAP/SES-PE

Tabela 22 - Percentual de nascidos vivos de parturientes adolescentes (10 a 19 anos), Macrorregião I de Pernambuco 2012 a 2021.

| | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **I RS** | 19 | 18 | 18 | 17 | 16 | 15 | 15 | 14 | 12 | 12 |
| **II RS** | 22 | 20 | 20 | 20 | 18 | 17 | 16 | 16 | 14 | 14 |
| **III RS** | 25 | 25 | 27 | 25 | 25 | 23 | 22 | 22 | 20 | 19 |
| **XII RS** | 24 | 24 | 24 | 23 | 21 | 21 | 20 | 19 | 16 | 17 |

Fonte: Sinasc/GVEV/DGIE/SEVSAP/SES-PE

**Características da Gestação**

A assistência pré-natal adequada está associada à redução da morbimortalidade infantil, especialmente considerando que cerca de 50% dos óbitos infantis evitáveis no Estado, no biênio 2020/2021, estão relacionados à atenção adequada à mulher durante a gestação.

O início precoce do pré-natal é importante para estratificação de risco das gestantes e rastreio de doenças que possam interferir na saúde materna e fetal. A oferta do teste rápido de gravidez nas UBS permite um diagnóstico da gestação em fase inicial, propiciando a oportunidade de início imediato dos cuidados pré-natais.

Tabela 23 - Percentual de nascidos vivos de parturientes que iniciaram o pré-natal até as 12 semanas de gestação (1º trimestre), Macrorregião I de Pernambuco 2012 a 2021.

| REGIÕES E MACRORREGIÕES | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | % | % | % | % | % | % | % | % | % | % |
| I MACRORREGIÃO | 67,1 | 66,2 | 67,1 | 69,5 | 69,0 | 70,4 | 72,2 | 73,3 | 71,9 | 74,4 |
| I RS | 68,0 | 67,2 | 66,9 | 68,7 | 68,4 | 70,1 | 71,4 | 72,4 | 70,6 | 73,2 |
| II RS | 67,1 | 68,2 | 75,2 | 77,2 | 76,8 | 77,1 | 79,9 | 80,1 | 79,9 | 82,2 |
| III RS | 60,3 | 58,3 | 61,9 | 67,8 | 66,0 | 66,0 | 69,7 | 72,7 | 71,6 | 73,2 |
| XII RS | 69,4 | 67,3 | 68,7 | 70,3 | 70,3 | 71,7 | 73,3 | 74,8 | 73,8 | 76,6 |

Fonte: Sinasc/GVEV/DGIE/SEVSAP/SES-PE

Na tabela 7 pode-se observar que o percentual de captação precoce para início do pré-natal ampliou 7,3% de 2012 a 2021, sendo a II RS a que apresentou a maior taxa no último ano avaliado.

Para um bom acompanhamento de pré-natal é preconizado ter, no mínimo, seis consultas de pré-natal durante toda a gestação. Na tabela 8 a seguir, pode-se visualizar que o número de gestantes com um número adequado de consultas de acompanhamento pré-natal aumentou de 68,3% no ano de 2012 para 79,9% em 2021 na MRS I. O melhor resultado tem sido observado na II RS.

Tabela 24 - Gestantes com 6 ou mais consultas de pré-natal, Macrorregião I de Pernambuco 2012 a 2021.

| REGIÕES E MACRORREGIÕES | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | % | % | % | % | % | % | % | % | % | % |
| **I MACRORREGIÃO** | 68,3 | 68,8 | 69,9 | 71,2 | 72,1 | 74,9 | 76,7 | 78,7 | 77,2 | 79,9 |
| **I RS** | 68,6 | 68,7 | 68,6 | 69,3 | 70,6 | 73,7 | 74,9 | 76,6 | 74,9 | 77,9 |
| **II RS** | 70,6 | 74,1 | 81,4 | 82,8 | 82,2 | 83,9 | 87,0 | 88,1 | 87,3 | 88,8 |
| **III RS** | 63,0 | 63,4 | 66,0 | 69,5 | 69,9 | 72,1 | 77,4 | 81,3 | 79,8 | 81,7 |
| **XII RS** | 72,0 | 73,1 | 76,3 | 79,0 | 78,4 | 80,5 | 81,9 | 84,3 | 83,9 | 85,6 |

Fonte: Sinasc/GVEV/DGIE/SEVSAP/SES-PE

## Organização da Assistência

A organização da atenção na RAS Materna e Infantil deve garantir o cumprimento dos 10 Passos para o Pré-Natal de Qualidade na Atenção Primária à Saúde (APS), determinados pelo Ministério da Saúde (MS).

Quadro 5 - 10 Passos para o Pré-Natal de Qualidade na Atenção Primária à Saúde.

| |
|---|
| 1. Iniciar o pré-natal na Atenção Primária à Saúde até a 12ª semana de gestação (captação precoce). |
| 2. Garantir os recursos humanos, físicos, materiais e técnicos necessários à atenção pré-natal. |
| 3. Toda gestante deve ter assegurado a solicitação, realização e avaliação em tempo oportuno do resultado dos exames preconizados no atendimento pré-natal. |
| 4. Promover a escuta ativa da gestante e de seus (suas) acompanhantes, considerando aspectos intelectuais, emocionais, sociais e culturais e não somente um cuidado biológico: "rodas de gestantes". |
| 5. Garantir o transporte público gratuito da gestante para o atendimento pré-natal, quando necessário. |
| 6. É direito do(a) parceiro(a) ser cuidado (realização de consultas, exames e ter acesso a informações) antes, durante e depois da gestação: "pré-natal do(a) parceiro(a)". |
| 7. Garantir o acesso à unidade de referência especializada, caso seja necessário. |
| 8. Estimular e informar sobre os benefícios do parto fisiológico, incluindo a elaboração do "Plano de Parto". |
| 9. Toda gestante tem direito de conhecer e visitar previamente o serviço de saúde no qual irá dar à luz (vinculação). |
| 10. As mulheres devem conhecer e exercer os direitos garantidos por lei no período gravídico-puerperal. |

Fonte: Brasil, 2013.

A organização do Rede Materna e Infantil na MRS deve se dar a partir do fluxo viário das usuárias, densidade populacional de nascimentos estimados, serviços existentes, necessidades de aporte de recursos humanos, material estrutural e financeiro, bem como capacitações e definir as responsabilidades de forma tripartite.

Para cada localidade, então, deve ser desenhado o fluxo que as usuárias podem percorrer no sistema de saúde, a fim de lhes proporcionar uma assistência integral (Brasil, 2013). Desta forma, a rede de assistência deve contar com uma estrutura operacional bem definida, com pontos de atenção de acordo com a complexidade do cuidado, garantindo o acesso aos serviços de apoio, com capacidade operacional para responder às necessidades da população.

Quadro 6 - Estrutura operacional da RAS Materno Infantil.

| **Território** | **Estrutura operacional** | **O que deve ser garantido** |
|---|---|---|
| **Município** | Unidades Básicas de Saúde na APS, preferencialmente organizadas com eSF, eSF-SB e e-multi dentro dos parâmetros populacionais propostos pela PNAB, maternidades de referência conforme pactuação CIR. | Cobertura de toda a população do território de abrangência utilizadora do SUS e manutenção da base populacional para as intervenções de cuidado. |
| | | Utilização de diretrizes clínicas baseadas em evidências adotadas na RAS. |
| | | Equipes com competência para ordenar os fluxos e contrafluxos na RAS. |
| | | Captação da gestante residente na área de abrangência e estratificação do risco gestacional. |
| | | Acompanhamento pré-natal e puerpério de gestantes de risco habitual, intermediário e alto. |
| | | Coordenação do cuidado e acompanhamento compartilhado com a atenção especializada do pré-natal e puerpério de gestantes de alto risco. |
| | | Manejo da gestante por equipe multiprofissional (eSF, eSF-SB e e-multi), de acordo com roteiros de atendimento padronizados a partir das diretrizes clínicas. |
| | | Atuação interdisciplinar para discussão dos casos das gestantes, principalmente aquelas em situação de vulnerabilidade, definição de plano de cuidados único. |
| | | Vigilância contínua dos fatores de risco gestacional e estratificação de risco em todos os atendimentos programados para as gestantes. |
| | | Utilização de tecnologias voltadas para o fortalecimento da capacidade de autocuidado. |
| | | Testes rápidos, vacinação, medicamentos e outros serviços de apoio. |
| | | Ações educacionais focadas no fortalecimento da capacidade de autocuidado e apoio familiar e comunitário. |

| | | |
|---|---|---|
| | | Disponibilização e utilização da Caderneta da Gestante como principal ferramenta para o autocuidado apoiado. |
| | | Proatividade no território para mobilização de recursos para a apoio às gestantes com vulnerabilidade. |
| | | Elaboração e monitoramento do plano de cuidado. |
| | | Elaboração e monitoramento do plano de autocuidado apoiado. |
| | | Vinculação da gestante às maternidades de referência. |
| | | Equipes com tempo protegido na carga horária para participação nas ações de educação permanente e supervisão clínica propostas pela equipe especializada ou outras possibilidades. |
| | | Monitoramento do plano de cuidados das gestantes de alto risco, com foco na estabilização das condições e morbidades diagnosticadas. |
| | | Apoio à gestante e à família para a elaboração do plano de parto, considerando, entre outros aspectos, um necessário deslocamento até o município sede, onde está localizada a maternidade de risco habitual ou alto risco. |
| | Apoio diagnóstico laboratorial e exames complementares | Exames laboratoriais de rotina para o pré-natal, de acordo com as diretrizes clínicas, dimensionados para todas as gestantes acompanhadas, com coleta realizada preferencialmente nas UBS, controle de qualidade do processamento do material biológico e tempos de resposta oportunos para a definição de condutas necessárias. |
| | | Ultrassom obstétrico disponível para todas as gestantes, de acordo com as diretrizes clínicas. |
| | Transporte em saúde municipal | Rotas de transporte rural e áreas de difícil acesso na SEDE para acesso das gestantes às UBS e outros serviços. |
| **Região de Saúde** | Ambulatório de referência para o pré-natal de alto risco, referência para as UBS de todos os municípios da região | Capacidade operacional dimensionada a partir da necessidade de saúde: número de gestantes acompanhadas pelas equipes de APS dos municípios da região de saúde. |
| | | Utilização de diretrizes clínicas baseadas em evidências adotadas na RAS. |
| | | Acompanhamento compartilhado com as equipes da APS para o pré-natal de gestantes de alto risco. |
| | | Mecanismos de compartilhamento do cuidado pactuados na região de saúde, com canais de comunicação diretos com as equipes da APS, critérios claros e modalidades de agendamento ágeis. |
| | | Manejo da gestante de alto risco por equipe multiprofissional com atuação interdisciplinar, de acordo com roteiros de atendimento padronizados para o pré-natal de alto risco a partir das diretrizes clínicas. |
| | | Exames especializados para a gestação de alto risco: cardiotocografia e ultrassom obstétrico com doppler e morfológico. |

| | | |
|---|---|---|
| | | Elaboração de plano de cuidados, compartilhado com as equipes da APS para o monitoramento. |
| | | Apoio às equipes da APS por meio de ações de educação permanente, matriciamento e apoio para a gestão da condição de saúde da gestação e puerpério. |
| | Acesso regulado | Modalidades de agendamento direto pelas equipes da APS dos municípios, com obediência aos critérios pactuados. |
| | Transporte em saúde | Transporte em saúde organizado com rotas que ligam todos os municípios com o ambulatório, considerando os cuidados necessários com a gestante de alto risco. |
| | Maternidade de risco habitual no município sede da Região de Saúde ou em outros municípios de maior porte populacional | Capacidade operacional dimensionada a partir da necessidade de saúde: número de gestantes de risco habitual e intermediário acompanhadas pelas equipes de APS dos municípios da RS. |
| | | Utilização de diretrizes clínicas baseadas em evidências adotadas na RAS. |
| | | Parto e nascimento das gestantes de risco habitual e gestantes com fatores de risco intermediário. |
| | | Processos qualificados para o pré-parto, parto e puerpério imediato. |
| | | Processos qualificados para o atendimento ao recém-nascido de risco habitual e para o suporte inicial ao recém-nascido crítico até a transferência para a unidade neonatal. |
| | | Acolhimento de gestantes em visita durante o pré-natal para conhecimento da equipe, locais de atendimento e funcionamento. |
| | | Elaboração de plano de cuidados para a puérpera e o recém-nascido no momento da alta. |
| | | Mecanismos de comunicação e integração com a APS dos municípios para a continuidade do cuidado. |
| | | Administração de medicamentos injetáveis para a gestante e puérpera não possível de ser realizada na APS. |
| | | Atendimento de intercorrências clínicas e obstétricas da gestante e puérpera de risco habitual e intermediário. |
| | | Atendimento de intercorrências clínicas do recém-nascido de risco habitual. |
| **Macrorregião de saúde** | Maternidade de alto risco no município-sede da região ampliada de saúde (macrorregião) | Capacidade operacional dimensionada a partir da necessidade de saúde: número de gestantes de alto risco acompanhadas pelas equipes de APS e AAE da região de saúde. |
| | | Utilização de diretrizes clínicas baseadas em evidências adotadas na RAS. |
| | | Parto das gestantes de alto risco. |
| | | Processos qualificados para o pré-parto, parto e puerpério imediato. |
| | | Processos qualificados para o atendimento ao neonato em situação crítica na unidade neonatal. |
| | | Acolhimento de gestantes em visita durante o pré-natal para conhecimento da equipe, locais de atendimento e funcionamento. |

| | | |
|---|---|---|
| | | Elaboração de plano de cuidados para a puérpera e recém-nascido no momento da alta. |
| | | Mecanismos de comunicação e integração com a APS dos municípios para a continuidade do cuidado |
| | Casa de apoio à gestante anexa à maternidade de alto risco | Acolhida da gestante e puérperas com necessidades específicas. |
| **Estado** | Serviços de referência ambulatoriais e hospitalares especializados | Atenção a situações de alto risco que requerem fluxos especiais: medicina fetal, HIV/AIDS e outras. |

Fonte: Brasil, 2019.
Legenda: APS- Atenção Primária à Saúde; eSF- equipe da Estratégia Saúde da Família; eSF-SB- equipe da Estratégia Saúde da Família-Saúde Bucal; e-multi – equipe multiprofissional; PNAB- Política Nacional de Atenção Básica; SUS- Sistema Único de Saúde; RAS- Rede de Atenção à Saúde; UBS- Unidade Básica de Saúde; RS– Região de Saúde; AAE- Atenção Ambulatorial Especializada; CIR – Comissão Intergestores Regional.

Na perspectiva da qualidade do cuidado, deve-se qualificar a equipe multiprofissional para o manejo adequado dos usuários, de acordo com as evidências e diretrizes clínicas. Garantir, também, fluxos e contrafluxos em tempos oportunos; processos de vigilância e cuidado qualificados; sistema de governança capaz de monitorar, avaliar e aprimorar continuamente a resposta oferecida à população (Brasil, 2013).

**Comunicação da APS com os demais Pontos de Atenção**

A APS tem papel de destaque no processo de universalização do acesso, ao ser proposta como porta de entrada prioritária no sistema de saúde e organizadora do acesso aos serviços de maior complexidade, permitindo a integração do sistema de saúde em seus vários níveis. Nesse sentido, cabe à APS a responsabilidade de coordenar e dar continuidade aos cuidados prestados às pessoas no sistema de saúde sob aspectos centrais da integralidade. As ações interligadas devem constituir uma Linha de Cuidados Integrais de Atenção à Saúde Materna e Infantil (Brasil, 2013).

A UBS deve ser a porta de entrada preferencial da gestante no sistema de saúde. É o ponto de atenção estratégico para melhor acolher suas necessidades,

inclusive proporcionando um acompanhamento longitudinal e continuado, principalmente durante a gravidez (Brasil, 2013).

**Fluxo de Atenção na Rede Materna**

A continuidade do cuidado é um dos princípios que deve ser garantido à gestante durante todo o ciclo gravídico puerperal. As equipes da APS e Atenção Ambulatorial Especializada (AAE) devem atuar como uma única equipe, “falando a mesma língua”, com relação aos critérios de manejo recomendados pelas diretrizes clínicas e os instrumentos pactuados, e com canais de comunicação e apoio recíproco, ágeis e úteis, para uma gestão compartilhada do cuidado da gestante.

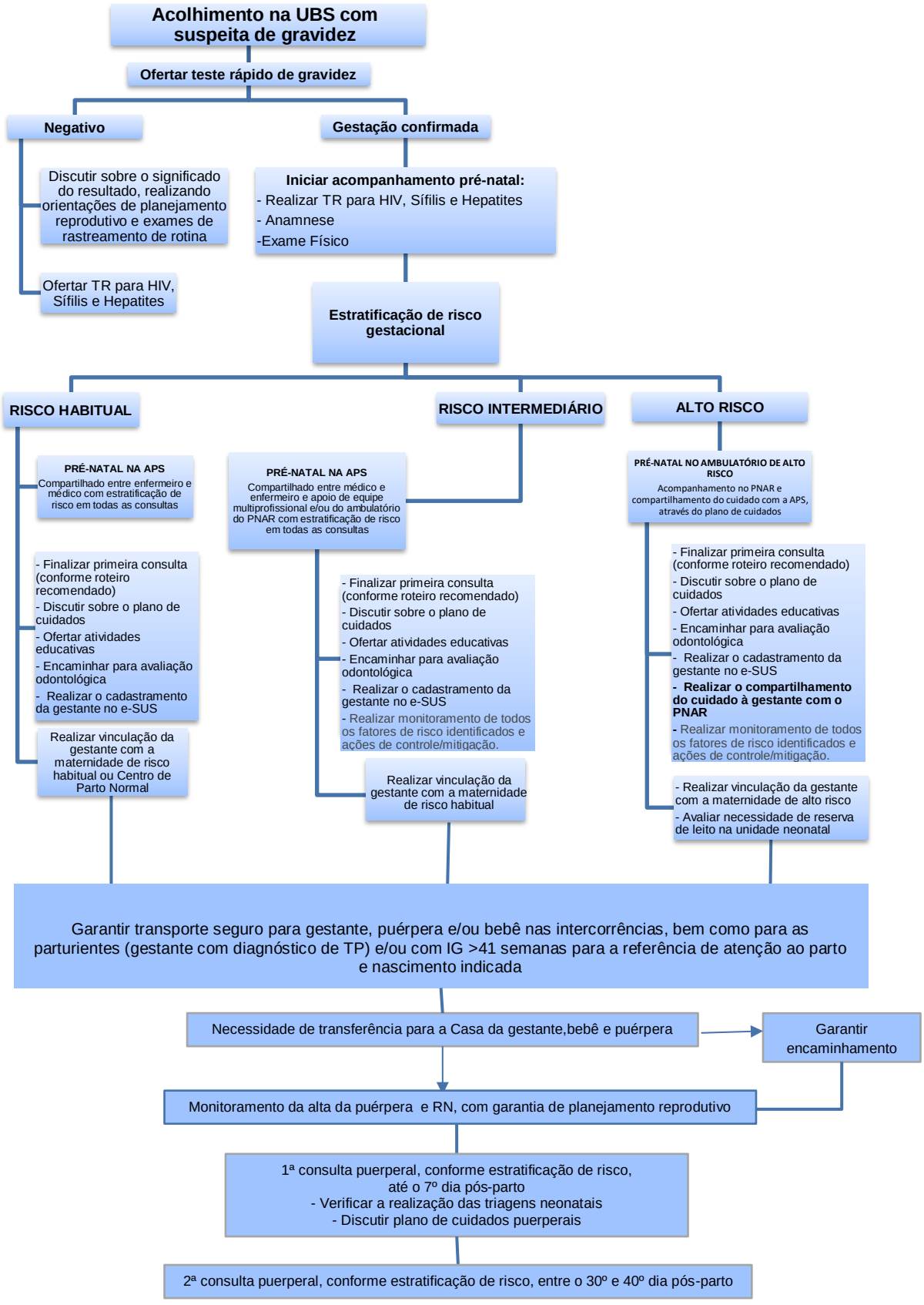
O acolhimento na APS deve iniciar desde a suspeição da gestação para uma captação precoce e início do pré-natal, realizando a estratificação de risco gestacional e conduzindo os cuidados baseados em protocolos estruturados em evidência científica até a entrega final numa maternidade vinculada.

Para assistência ao parto ou aborto, as gestantes devem se dirigir à unidade de saúde mais próxima do seu município para uma primeira avaliação clínica. Caso o serviço de saúde municipal não seja uma das maternidades de referência segura pactuadas, após avaliação, deverá entrar em contato com a Central de Regulação de Leitos (CRL), e após gerada a senha de acesso, encaminhá-la através de transporte sanitário seguro para o serviço de referência indicado, seja de risco habitual ou de alto risco.

É de responsabilidade da equipe que acompanha a gestante no pré-natal, assim como, da equipe que dá assistência ao parto ou aborto, informar e apoiar a paciente sobre o planejamento reprodutivo após evento obstétrico para evitar gravidez subsequente não planejada.

A Figura 116 traz uma representação visual em forma de fluxograma desde a suspeita da gravidez até a resolução do evento obstétrico como proposta de Linha de Cuidado da Gestante e Puérpera a ser seguida.

Figura 116 - Fluxograma da Linha de Cuidado da Gestante e Puérpera.



Fonte: Própria.

**Planejamento Reprodutivo**

O planejamento reprodutivo no Brasil é regulamentado através da Lei Ministerial Nº 14.443, sancionada em 2 de setembro de 2022, que alterou a Lei Nº 9.263 de 12 de janeiro de 1996, a qual regula o § 7º do Art. 226 da Constituição Federal, sobre o planejamento familiar.

É fundamental e existência de um Serviço de Atenção ao Planejamento Reprodutivo (municipal ou regional) efetivo constituído por uma equipe multidisciplinar formada por profissionais de enfermagem, médicas(os), psicólogas(os) e assistentes sociais, para que se promova uma atenção integral aos usuários.

Todos os métodos contraceptivos disponíveis no SUS são repassados mensalmente, de acordo com a demanda, pela farmácia estadual às farmácias regionais, que por sua vez, repassam às farmácias municipais. Somente na I RS a farmácia estadual repassa diretamente às farmácias municipais. Para a garantia de acesso à informação e disponibilização dos insumos à população, os profissionais da APS, AAE e hospitalar devem estar treinados para realizar atividades educativas e ofertar os métodos contraceptivos, incluindo os de longa duração, como o dispositivo intrauterino de cobre.

A Tabela 25 apresenta a produção de inserção de DIU ambulatorial na I MRS.

Tabela 25 - Produção de inserção de DIU ambulatorial na MRS I, 2017 a novembro de 2023.

| | **2017** | **2018** | **2019** | **2020** | **2021** | **2022** | **Jan-nov 2023** |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **I RS** | 870 | 1.944 | 2.323 | 1.523 | 2.514 | 2988 | 3.828 |
| **II RS** | - | - | - | 21 | 24 | 43 | 158 |
| **III RS** | - | - | - | - | 10 | 9 | 3 |
| **XII RS** | 6 | 32 | 24 | 3 | 60 | 207 | 126 |

Fonte: SIA/SUS. Dados captados em 18/01/2024.

Houve ampliação da oferta de inserção de DIU ambulatorial de 2017 a 2022, porém, na II RS, III RS e XII RS ainda com números pouco expressivos.

A inserção de DIU pós evento obstétrico (pós parto normal, pós cesárea ou pós aborto) é uma das principais estratégias recomendadas pela OMS para evitar gravidez subsequente não planejada. A tabela 10 apresenta a produção de inserção de DIU hospitalar na I MRS.

Tabela 26 - Produção de inserção de DIU hospitalar na MRS I, 2017 a novembro de 2023.

| | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 | jan-nov 2023 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **I RS** | 284 | 2.828 | 3.511 | 1.810 | 1.791 | 2.015 | 1.672 |
| **II RS** | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 |
| **III RS** | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 |
| **XII RS** | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

Fonte: SIH/SUS. Dados captados em 18/01/2024.

Houve ampliação da oferta de inserção de DIU hospitalar de 2017 a 2023 na I RS, porém, na II, III e XII RS inexiste a oferta registrada no Sistema de Informação Hospitalar.

**Pré-Natal**

O objetivo do acompanhamento pré-natal é assegurar o desenvolvimento da gestação, permitindo o parto de um recém-nascido saudável, sem impacto para a saúde materna. A oferta e realização dos exames de rastreamento de possíveis morbidades em tempo oportuno são fundamentais na prevenção da morbimortalidade materna, fetal e infantil. Os exames a serem ofertados no PNRH são apresentados no Quadro 7.

Quadro 7 - Exames pré-natais a serem ofertados no pré-natal de risco habitual.

| Exames pré-natais | Necessidade da oferta |
|---|---|
| Teste Rápido de Gravidez | 1 exame / gestante no 1º trimestre |

| | |
|---|---|
| ABO com Fator RH | 1 exame / gestante no 1º trimestre |
| HTLV | 1 exame / gestante no 1º trimestre |
| Teste Coombs indireto para RH | 1 exame para 30% do total gestantes |
| EAS (urina tipo I) | 2 exames / gestante no 1º e 3º trimestres |
| Glicemias | 2 exames / gestante no 1º e 3º trimestres |
| Teste de tolerância à glicose | 1 exame/gestante entre 24 e 28 semanas de gestação |
| Dosagem de Proteinúria-fita reagente | 1 exame para 30% do total de gestantes |
| VDRL | 2 exames / gestante no 1º e 3º trimestres |
| Hematócrito + Hemoglobina | 2 exames / gestante no 1º e 3º trimestres |
| Teste Rápido de Hepatite | 1 exame / gestante no 1º trimestre |
| Sorologia para toxoplasmose (IgM e IgG) | 2 exames / gestante no 1º e 3º trimestres |
| HBsAg | 2 exames / gestante no 1º e 3º trimestres |
| Anti-HIV1 e anti-HIV2 | 2 exames / gestante no 1º e 3º trimestres |
| Teste Rápido HIV | 2 exames / gestante no 1º e 3º trimestres |
| Teste Rápido de Sífilis | 2 exames / gestante no 1º e 3º trimestres |
| Eletroforese de hemoglobina | 1 exame / gestante no 1º trimestre |
| Ultrassom obstétrico* | 1 exame / gestante entre 10 a 15 semanas de gestação |
| Citopatológico cérvico-vaginal** | 1 exame / gestante |
| Cultura de Bactérias para Identificação (urina) | 2 exames / gestante no 1º e 3º trimestres |
| Parasitológico de fezes (se anemia ou manifestações sugestivas) | Se anemia ou manifestações sugestivas |

Fonte: Brasil, 2016.

Nota: * A decisão de incorporar ou não a ultrassonografia obstétrica à rotina do pré-natal deve considerar recursos disponíveis, qualidade dos serviços de saúde, bem como características e expectativas dos casais. A realização de ultrassonografia em gestantes de baixo risco tem gerado controvérsias, pois não existem evidências de que melhore o prognóstico perinatal, além da grande variação da sensibilidade do método (grau de recomendação A). Visto que está preconizada pelo Ministério da Saúde a realização de 1 (uma) ultrassonografia obstétrica por gestante (Portaria MS/SAS nº 650, de 5 de outubro de 2011, Anexo III), os profissionais da Atenção Básica devem conhecer as indicações do exame ultrassonográfico na gestação e estar habilitados para interpretar os resultados, a fim de, conjuntamente com a gestante, definir o momento mais apropriado de realizar o exame, caso seja pertinente.
**Recomenda-se análise caso a caso, pesando riscos e benefícios da ação. Gestantes aderentes ao programa de rastreamento com últimos exames normais podem ser acompanhadas de forma segura sem a coleta endocervical durante a gravidez. Por outro lado, para mulheres com vínculo frágil ao serviço e/ou não aderentes ao programa de rastreamento, o momento da gestação se mostra como valiosa oportunidade para a coleta do exame, devendo, portanto, ser completa.

Para fins de monitoramento da oferta adequada de exames na RAS, o Quadro 8 apresenta o levantamento de informações realizada via *googleform* pela área técnica da saúde da mulher da SES-PE sobre a oferta da cesta de exames pré-natais nos municípios em janeiro de 2024.

Quadro 8 - Oferta de exames pré-natais na I RS, janeiro 2024.

| Exames pré-natais | Abreu e Lima | Araçoiaba | Cabo de Santo Agostinho | Camaragibe | Chã de Alegria | Chã Grande | Fernando de Noronha |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| TR de Gravidez | NÃO | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM |
| ABO com Fator RH | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM |
| HTLV | NÃO | NÃO | SIM | NÃO | NÃO | NÃO | NÃO |
| Coombs indireto para RH | SIM | SIM | SIM | SIM | NÃO | NÃO | SIM |
| EAS (urina tipo I) | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM |
| Glicemias | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM |
| Teste de tolerância à glicose | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | NÃO |
| Dosagem de Proteinúria-fita reagente | NÃO | NÃO | SIM | SIM | NÃO | SIM | NÃO |
| VDRL | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM |
| Hematócrito + Hemoglobina | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM |
| TR de Hepatite | SIM | SIM | NÃO | SIM | SIM | SIM | SIM |
| Sorologia para toxoplasmose (IgM e IgG) | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | NÃO |
| HBsAg | SIM | SIM | SIM | NÃO | SIM | SIM | SIM |
| Anti-HIV1 e anti-HIV2 | SIM | SIM | SIM | NÃO | SIM | SIM | NÃO |
| TR HIV | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM |
| TR de Sífilis | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM |
| Eletroforese de hemoglobina | NÃO | SIM | NÃO | SIM | NÃO | SIM | NÃO |
| Ultrassom obstétrico | NÃO | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM |
| Citopatológico cérvico-vaginal | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM |
| Cultura de Bactérias para Identificação (urina) | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | NÃO |
| Parasitológico de fezes | SIM | SIM | SIM | SIM | NÃO | SIM | NÃO |

| Exames pré-natais | Glória do Goitá | Igarassu | Ilha de Itamaracá | Ipojuca | Itapissuma | Jaboatão dos Guararapes | Moreno |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| TR de Gravidez | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM |
| ABO com Fator RH | NÃO | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM |
| HTLV | NÃO | SIM | NÃO | NÃO | SIM | NÃO | SIM |
| Coombs indireto para RH | NÃO | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| EAS (urina tipo I) | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM |
| Glicemias | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM |
| Teste de tolerância à glicose | NÃO | SIM | SIM | SIM | NÃO | SIM | SIM |
| Dosagem de Proteinúria-fita reagente | SIM | SIM | NÃO | SIM | SIM | SIM | SIM |
| VDRL | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM |
| Hematócrito + Hemoglobina | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM |
| Teste Rápido de Hepatite | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM |
| Sorologia para toxoplasmose (IgM e IgG) | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM |
| HBsAg | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM |
| Anti-HIV1 e anti-HIV2 | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM |
| TR HIV | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM |
| TR de Sífilis | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM |
| Eletroforese de hemoglobina | SIM | SIM | NÃO | NÃO | SIM | SIM | SIM |
| Ultrassom obstétrico | NÃO | SIM | NÃO | SIM | SIM | SIM | SIM |
| Citopatológico cérvico-vaginal - | SIM | SIM | SIM | SIM | NÃO | SIM | SIM |
| Cultura de Bactérias para Identificação (urina) | NÃO | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM |
| Parasitológico de fezes | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM |

| Exames pré-natais | Olinda | Paulista | Pombos | Recife | São Lourenço da Mata | Vitória de Santo Antão |
|---|---|---|---|---|---|---|
| TR de Gravidez | SIM | NÃO | SIM | SIM | SIM | SIM |
| ABO com Fator RH | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM |
| HTLV | SIM | SIM | NÃO | SIM | NÃO | NÃO |
| Coombs indireto para RH | SIM | SIM | NÃO | SIM | NÃO | NÃO |
| EAS (urina tipo I) | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM |
| Glicemias | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM |
| Teste de tolerância à glicose | SIM | SIM | SIM | SIM | NÃO | NÃO |
| Dosagem de Proteinúria-fita reagente | NÃO | NÃO | NÃO | NÃO | NÃO | NÃO |
| VDRL | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Hematócrito + Hemoglobina | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM |
| TR de Hepatite | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM |
| Sorologia para toxoplasmose (IgM e IgG) | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM |
| HBsAg | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM |
| Anti-HIV1 e anti-HIV2 | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM |
| TR HIV | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM |
| TR de Sífilis | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM |
| Eletroforese de hemoglobina | SIM | SIM | NÃO | SIM | NÃO | NÃO |
| Ultrassom obstétrico | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM |
| Citopatológico cérvico-vaginal | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM |
| Cultura de Bactérias para Identificação (urina) | SIM | SIM | SIM | SIM | NÃO | NÃO |
| Parasitológico de fezes | SIM | SIM | SIM | SIM | NÃO | SIM |

Fonte: GEASM/DGPE/SEVSAP. Dados captados em janeiro de 2024.

Para compreender melhor a cobertura da cesta de exames pré-natais na I RS, o Quadro 9 demonstra o percentual de oferta dentre os 21 exames preconizados por município.

Quadro 9 - Percentual de oferta de exames pré-natais na I RS, janeiro de 2024.

| MUNICÍPIOS | NÚMERO DE EXAMES OFERTADOS | PERCENTUAL |
|---|---|---|
| Abreu e Lima | 10 | 48 % |
| Araçoiaba | 19 | 90 % |
| Cabo de Santo Agostinho | 19 | 90 % |
| Camaragibe | 18 | 86 % |
| Chã de Alegria | 16 | 76 % |
| Chã Grande | 19 | 90 % |
| Fernando de Noronha | 13 | 62 % |
| Glória do Goitá | 15 | 71 % |
| Igarassu | 21 | 100 % |
| Ilha de Itamaracá | 17 | 81 % |
| Ipojuca | 19 | 90 % |
| Itapissuma | 19 | 90 % |
| Jaboatão dos Guararapes | 20 | 95 % |
| Moreno | 21 | 100 % |
| Olinda | 20 | 95 % |
| Paulista | 19 | 90 % |

| | | |
|---|---|---|
| Pombos | 17 | 81 % |
| Recife | 20 | 95 % |
| São Lourenço da Mata | 14 | 67 % |
| Vitória de Santo Antão | 15 | 71 % |

Fonte: GEASM/DGPE/SEVSAP. Dados captados em janeiro de 2024.

Analisando o Quadro 9 observamos que os municípios de Abreu e Lima, Fernando de Noronha e São Lourenço da Mata em janeiro de 2024 ofertavam menos de 70% do total de exames pré-natais preconizados pelo MS.

Quadro 10 - Oferta de exames pré-natais na II RS, janeiro 2024.

| Exames pré-natais | Bom Jardim | Buenos Aires | Carpina | Casinhas | Cumaru | Feira Nova |
|---|---|---|---|---|---|---|
| TR de Gravidez | NÃO | SIM | SIM | NÃO | NÃO | SIM |
| ABO com Fator RH | SIM | SIM | SIM | SIM | NÃO | SIM |
| HTLV | SIM | NÃO | NÃO | SIM | NÃO | NÃO |
| Coombs indireto para RH | NÃO | SIM | SIM | SIM | NÃO | NÃO |
| EAS (urina tipo I) | SIM | SIM | SIM | SIM | NÃO | SIM |
| Glicemias | SIM | SIM | SIM | SIM | NÃO | SIM |
| Teste de tolerância à glicose | SIM | SIM | SIM | SIM | NÃO | NÃO |
| Dosagem de Proteinúria-fita reagente | SIM | SIM | SIM | SIM | NÃO | NÃO |
| VDRL | SIM | SIM | SIM | SIM | NÃO | SIM |
| Hematócrito + Hemoglobina | SIM | SIM | SIM | SIM | NÃO | SIM |
| TR de Hepatite | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM |
| Sorologia para toxoplasmose (IgM e IgG) | SIM | SIM | SIM | SIM | NÃO | SIM |
| HBsAg | SIM | SIM | NÃO | SIM | NÃO | SIM |
| Anti-HIV1 e anti-HIV2 | SIM | SIM | NÃO | SIM | NÃO | SIM |
| TR HIV | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM |
| TR de Sífilis | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Eletroforese de hemoglobina | SIM | NÃO | SIM | NÃO | SIM | NÃO |
| Ultrassom obstétrico | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM |
| Citopatológico cérvico-vaginal | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM |
| Cultura de Bactérias para Identificação (urina) | SIM | SIM | SIM | SIM | NÃO | SIM |
| Parasitológico de fezes (se anemia ou manifestações sugestivas) | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM |

| Exames pré-natais | João Alfredo | Lagoa do Carro | Lagoa do Itaenga | Limoeiro | Machados | Nazaré da Mata | Orobó |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| TR de Gravidez | NÃO | SIM | SIM | SIM | SIM | NÃO | SIM |
| ABO com Fator RH | NÃO | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM |
| HTLV | SIM | SIM | SIM | NÃO | SIM | NÃO | SIM |
| Coombs indireto para RH | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | NÃO | SIM |
| EAS (urina tipo I) | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | NÃO | SIM |
| Glicemias | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM |
| Teste de tolerância à glicose | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | NÃO | SIM |
| Dosagem de Proteinúria-fita reagente | NÃO | SIM | SIM | SIM | SIM | NÃO | SIM |
| VDRL | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM |
| Hematócrito + Hemoglobina | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM |
| TR de Hepatite | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM |
| Sorologia para toxoplasmose (IgM e IgG) | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM |
| HBsAg | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM |
| Anti-HIV1 e anti-HIV2 | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM |
| TR HIV | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM |
| TR de Sífilis | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM |
| Eletroforese de hemoglobina | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | NÃO | NÃO |
| Ultrassom obstétrico | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM |
| Citopatológico cérvico-vaginal - | SIM | SIM | SIM | SIM | NÃO | SIM | SIM |
| Cultura de Bactérias para Identificação (urina) | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Parasitológico de fezes | NÃO | SIM | SIM | SIM | SIM | NÃO | SIM |

| Exames pré-natais | Passira | Paudalho | Salgadinho | Surubim | Tracunhaém | Vertente do Lério | Vicência |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| TR de Gravidez | NÃO | SIM | NÃO | SIM | NÃO | SIM | NÃO |
| ABO com Fator RH | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM |
| HTLV | NÃO | NÃO | NÃO | NÃO | NÃO | NÃO | NÃO |
| Coombs indireto para RH | NÃO | NÃO | SIM | SIM | NÃO | SIM | SIM |
| EAS (urina tipo I) | SIM | SIM | SIM | SIM | NÃO | SIM | SIM |
| Glicemias | SIM | SIM | SIM | SIM | NÃO | SIM | SIM |
| Teste de tolerância à glicose | NÃO | SIM | SIM | SIM | NÃO | SIM | NÃO |
| Dosagem de Proteinúria-fita reagente | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | NÃO |
| VDRL | SIM | SIM | SIM | SIM | NÃO | SIM | SIM |
| Hematócrito + Hemoglobina | SIM | SIM | SIM | SIM | NÃO | SIM | SIM |
| TR de Hepatite | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM |
| Sorologia para toxoplasmose (IgM e IgG) | NÃO | SIM | SIM | SIM | NÃO | SIM | NÃO |
| HBsAg | NÃO | SIM | SIM | SIM | NÃO | SIM | NÃO |
| Anti-HIV1 e anti-HIV2 | NÃO | SIM | SIM | SIM | NÃO | SIM | NÃO |
| TR HIV | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM |
| TR de Sífilis | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM |
| Eletroforese de hemoglobina | NÃO | NÃO | SIM | SIM | NÃO | NÃO | NÃO |
| Ultrassom obstétrico | SIM | SIM | SIM | SIM | NÃO | SIM | SIM |
| Citopatológico cérvico-vaginal - | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM |
| Cultura de Bactérias para Identificação (urina) | NÃO | NÃO | SIM | SIM | NÃO | SIM | NÃO |
| Parasitológico de fezes | NÃO | NÃO | SIM | SIM | NÃO | SIM | SIM |

Fonte: GEASM/DGPE/SEVSAP. Brasil, 2016.

Para compreender melhor a cobertura da cesta de exames pré-natais na II RS, o Quadro 11 demonstra o percentual de oferta dentre os 21 exames preconizados por município.

Quadro 11 - Oferta de exames pré-natais na II RS, janeiro 2024.

| MUNICÍPIOS | NÚMERO DE EXAMES OFERTADOS | PERCENTUAL |
|---|---|---|
| Bom Jardim | 19 | 90 % |
| Buenos Aires | 19 | 90 % |
| Carpina | 18 | 86 % |
| Casinhas | 19 | 90 % |
| Cumaru | 7 | 33 % |
| Feira Nova | 16 | 76 % |
| João Alfredo | 17 | 81 % |
| Lagoa do Carro | 21 | 100 % |
| Lagoa do Itaenga | 21 | 100 % |
| Limoeiro | 20 | 95 % |
| Machados | 20 | 95 % |
| Nazaré da Mata | 13 | 62 % |
| Orobó | 20 | 95 % |
| Passira | 11 | 52 % |
| Paudalho | 16 | 76 % |
| Salgadinho | 19 | 90 % |
| Surubim | 20 | 95 % |
| Tracunhaém | 6 | 29 % |
| Vertente do Lério | 19 | 90 % |
| Vicência | 12 | 57 % |

Fonte: GEASM/DGPE/SEVSAP. Dados captados em janeiro de 2024.

Analisando o Quadro 11 observamos que os municípios de Cumaru, Nazaré da Mata, Passira, Tracunhaém e Vicência em janeiro de 2024 ofertavam menos de 70% do total de exames pré-natais preconizados pelo MS. Cumaru e Tracunhaém se destacam pela baixíssima oferta de exames.

Quadro 12 - Oferta de exames pré-natais na III RS, janeiro 2024.

| Exames pré-natais | Água Preta | Amaraji | Barreiros | Belém de Maria | Catende | Cortês |
|---|---|---|---|---|---|---|
| TR de Gravidez | NÃO | SIM | NÃO | NÃO | NÃO | SIM |
| ABO com Fator RH | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM |
| HTLV | NÃO | SIM | NÃO | NÃO | NÃO | SIM |
| Coombs indireto para RH | SIM | SIM | SIM | NÃO | SIM | SIM |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| EAS (urina tipo I) | SIM | SIM | SIM | NÃO | SIM | SIM |
| Glicemias | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM |
| Teste de tolerância à glicose | SIM | SIM | NÃO | NÃO | NÃO | NÃO |
| Dosagem de Proteinúria-fita reagente | NÃO | SIM | NÃO | NÃO | NÃO | SIM |
| VDRL | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM |
| Hematócrito + Hemoglobina | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM |
| TR de Hepatite | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM |
| Sorologia para toxoplasmose (IgM e IgG) | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM |
| HBsAg | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM |
| Anti-HIV1 e anti-HIV2 | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM |
| TR HIV | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM |
| TR de Sífilis | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM |
| Eletroforese de hemoglobina | NÃO | SIM | NÃO | NÃO | NÃO | NÃO |
| Ultrassom obstétrico | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM |
| Citopatológico cérvico-vaginal | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM |
| Cultura de Bactérias para Identificação (urina) | SIM | SIM | NÃO | NÃO | SIM | NÃO |
| Parasitológico de fezes | SIM | SIM | SIM | NÃO | SIM | SIM |

| Exames pré-natais | Escada | Gameleira | Jaqueira | Joaquim Nabuco | Lagoa dos Gatos | Maraial |
|---|---|---|---|---|---|---|
| TR de Gravidez | SIM | NÃO | SIM | SIM | SIM | SIM |
| ABO com Fator RH | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM |
| HTLV | NÃO | SIM | SIM | SIM | NÃO | NÃO |
| Coombs indireto para RH | NÃO | SIM | SIM | SIM | SIM | NÃO |
| EAS (urina tipo I) | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | NÃO |
| Glicemias | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | NÃO |
| Teste de tolerância à glicose | NÃO | NÃO | SIM | SIM | NÃO | NÃO |
| Dosagem de Proteinúria-fita reagente | NÃO | SIM | NÃO | SIM | NÃO | NÃO |
| VDRL | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | NÃO |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Hematócrito + Hemoglobina | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | NÃO |
| TR de Hepatite | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | NÃO |
| Sorologia para toxoplasmose (IgM e IgG) | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | NÃO |
| HBsAg | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | NÃO |
| Anti-HIV1 e anti-HIV2 | SIM | SIM | SIM | SIM | NÃO | NÃO |
| TR HIV | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM |
| TR de Sífilis | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM |
| Eletroforese de hemoglobina | NÃO | SIM | SIM | SIM | NÃO | NÃO |
| Ultrassom obstétrico | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM |
| Citopatológico cérvico-vaginal | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM |
| Cultura de Bactérias para Identificação (urina) | NÃO | SIM | SIM | SIM | NÃO | NÃO |
| Parasitológico de fezes | SIM | SIM | SIM | SIM | NÃO | NÃO |

| Exames pré-natais | Palmares | Primavera | Quipapá | Ribeirão | Rio Formoso | São Benedito do Sul |
|---|---|---|---|---|---|---|
| TR de Gravidez | NÃO | SIM | SIM | NÃO | SIM | SIM |
| ABO com Fator RH | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM |
| HTLV | SIM | NÃO | SIM | NÃO | NÃO | SIM |
| Coombs indireto para RH | SIM | SIM | SIM | NÃO | NÃO | SIM |
| EAS (urina tipo I) | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM |
| Glicemias | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM |
| Teste de tolerância à glicose | NÃO | SIM | SIM | NÃO | SIM | SIM |
| Dosagem de Proteinúria-fita reagente | NÃO | SIM | SIM | NÃO | SIM | SIM |
| VDRL | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM |
| Hematócrito + Hemoglobina | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM |
| TR de Hepatite | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM |
| Sorologia para toxoplasmose (IgM e IgG) | SIM | - | SIM | SIM | NÃO | SIM |
| HBsAg | SIM | - | SIM | SIM | SIM | SIM |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Anti-HIV1 e anti-HIV2 | SIM | - | SIM | SIM | SIM | SIM |
| TR HIV | SIM | - | SIM | SIM | SIM | SIM |
| TR de Sífilis | SIM | - | SIM | SIM | SIM | SIM |
| Eletroforese de hemoglobina | SIM | - | SIM | SIM | NÃO | SIM |
| Ultrassom obstétrico | SIM | - | - | SIM | SIM | SIM |
| Citopatológico cérvico-vaginal | SIM | - | - | SIM | SIM | SIM |
| Cultura de Bactérias para Identificação (urina) | SIM | - | - | SIM | NÃO | SIM |
| Parasitológico de fezes | SIM | - | - | SIM | SIM | SIM |

| Exames pré-natais | São José da Coroa Grande | Sirinhaém | Tamandaré | Xexéu |
|---|---|---|---|---|
| TR de Gravidez | SIM | NÃO | SIM | SIM |
| ABO com Fator RH | SIM | SIM | SIM | SIM |
| HTLV | SIM | NÃO | NÃO | NÃO |
| Coombs indireto para RH | NÃO | SIM | NÃO | SIM |
| EAS (urina tipo I) | SIM | SIM | SIM | SIM |
| Glicemias | SIM | SIM | SIM | SIM |
| Teste de tolerância à glicose | SIM | SIM | SIM | SIM |
| Dosagem de Proteinúria-fita reagente | SIM | SIM | SIM | SIM |
| VDRL | SIM | SIM | SIM | SIM |
| Hematócrito + Hemoglobina | SIM | SIM | SIM | SIM |
| TR de Hepatite | SIM | SIM | SIM | SIM |
| Sorologia para toxoplasmose (IgM e IgG) | SIM | SIM | NÃO | SIM |
| HBsAg | SIM | SIM | SIM | SIM |
| Anti-HIV1 e anti-HIV2 | - | SIM | SIM | SIM |
| TR HIV | - | SIM | SIM | SIM |
| TR de Sífilis | - | SIM | SIM | SIM |
| Eletroforese de hemoglobina | NÃO | SIM | SIM | NÃO |
| Ultrassom obstétrico | SIM | SIM | SIM | SIM |
| Citopatológico cérvico-vaginal | SIM | SIM | SIM | SIM |
| Cultura de Bactérias para Identificação (urina) | SIM | SIM | NÃO | SIM |
| Parasitológico de fezes | SIM | SIM | SIM | SIM |

Fonte: GEASM/DGPE/SEVSAP. Brasil, 2016.

Para compreender melhor a cobertura da cesta de exames pré-natais na III RS, o Quadro 13 demonstra o percentual de oferta dentre os 21 exames preconizados por município.

Quadro 13 - Percentual de oferta de exames pré-natais na III RS, janeiro de 2024.

| MUNICÍPIOS | NÚMERO DE EXAMES OFERTADOS | PERCENTUAL |
|---|---|---|
| Água Preta | 17 | 81 % |
| Amaraji | 21 | 100 % |
| Barreiros | 15 | 71 % |
| Belém de Maria | 12 | 57 % |
| Catende | 16 | 76 % |
| Cortês | 18 | 86 % |
| Escada | 15 | 71 % |
| Gameleira | 19 | 90 % |
| Jaqueira | 20 | 95 % |
| Joaquim Nabuco | 21 | 100 % |
| Lagoa dos Gatos | 14 | 67 % |
| Maraial | 6 | 29 % |
| Palmares | 18 | 86 % |
| Primavera | - | - |
| Quipapá | - | - |
| Ribeirão | 17 | 81 % |
| Rio Formoso | 16 | 76 % |
| São Benedito do Sul | 21 | 100 % |
| São José da Coroa Grande | - | - |
| Sirinhaém | 19 | 90 % |
| Tamandaré | 17 | 81 % |
| Xexéu | 19 | 90 % |

Fonte: GEASM/DGPE/SEVSAP. Dados captados em janeiro de 2024.

Analisando o Quadro 13 observamos que os municípios de Belém de Maria, Maraial e Lagoa dos Gatos em janeiro de 2024 ofertavam menos de 70% do total de exames pré-natais preconizados pelo MS. Os municípios de Primavera, Quipapá e São José da Coroa Grande não puderam ser avaliados por não responderem ao *googleform* sobre todos os exames.

Quadro 14 - Oferta de exames pré-natais na XII RS, janeiro 2024.

| Exames pré-natais | Aliança | Camutanga | Condado | Ferreiros | Goiana |
|---|---|---|---|---|---|

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| TR de Gravidez | SIM | SIM | NÃO | SIM | NÃO |
| ABO com Fator RH | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM |
| HTLV | SIM | NÃO | NÃO | NÃO | NÃO |
| Coombs indireto para RH | SIM | NÃO | SIM | SIM | SIM |
| EAS (urina tipo I) | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM |
| Glicemias | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM |
| Teste de tolerância à glicose | NÃO | NÃO | SIM | NÃO | SIM |
| Dosagem de Proteinúria-fita reagente | NÃO | SIM | SIM | SIM | SIM |
| VDRL | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM |
| Hematócrito + Hemoglobina | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM |
| TR de Hepatite | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM |
| Sorologia para toxoplasmose (IgM e IgG) | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM |
| HBsAg | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM |
| Anti-HIV1 e anti-HIV2 | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM |
| TR HIV | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM |
| TR de Sífilis | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM |
| Eletroforese de hemoglobina | SIM | NÃO | NÃO | NÃO | NÃO |
| Ultrassom obstétrico | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM |
| Citopatológico cérvico-vaginal | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM |
| Cultura de Bactérias para Identificação (urina) | SIM | NÃO | SIM | SIM | NÃO |
| Parasitológico de fezes | SIM | SIM | SIM | NÃO | SIM |

| Exames pré-natais | Itambé | Itaquitinga | Macaparana | São Vicente Ferrer | Timbaúba |
|---|---|---|---|---|---|
| TR de Gravidez | NÃO | SIM | SIM | SIM | SIM |
| ABO com Fator RH | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM |
| HTLV | NÃO | NÃO | NÃO | NÃO | SIM |
| Coombs indireto para RH | NÃO | SIM | SIM | NÃO | SIM |
| EAS (urina tipo I) | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM |
| Glicemias | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Teste de tolerância à glicose | NÃO | SIM | NÃO | SIM | SIM |
| Dosagem de Proteinúria-fita reagente | NÃO | SIM | SIM | NÃO | NÃO |
| VDRL | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM |
| Hematócrito + Hemoglobina | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM |
| TR de Hepatite | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM |
| Sorologia para toxoplasmose (IgM e IgG) | NÃO | SIM | SIM | SIM | SIM |
| HBsAg | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM |
| Anti-HIV1 e anti-HIV2 | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM |
| TR HIV | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM |
| TR de Sífilis | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM |
| Eletroforese de hemoglobina | NÃO | SIM | NÃO | NÃO | SIM |
| Ultrassom obstétrico | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM |
| Citopatológico cérvico-vaginal | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM |
| Cultura de Bactérias para Identificação (urina) | NÃO | SIM | SIM | NÃO | SIM |
| Parasitológico de fezes | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM |

Fonte: GEASM/DGPE/SEVSAP. Brasil, 2016.

Para compreender melhor a cobertura da cesta de exames pré-natais na XII RS, o Quadro 15 demonstra o percentual de oferta dentre os 21 exames preconizados por município.

Quadro 15 - Percentual de oferta de exames pré-natais na XII RS, janeiro de 2024.

| MUNICÍPIOS | NÚMERO DE EXAMES OFERTADOS | PERCENTUAL |
|---|---|---|
| Aliança | 19 | 90 % |
| Camutanga | 16 | 76 % |
| Condado | 18 | 86 % |
| Ferreiros | 17 | 81 % |
| Goiana | 17 | 81 % |
| Itambé | 13 | 62 % |
| Itaquitinga | 20 | 95 % |

| | | |
|---|---|---|
| Macaparana | 18 | 86 % |
| São Vicente Ferrer | 16 | 76 % |
| Timbaúba | 20 | 95 % |

Fonte: GEASM/DGPE/SEVSAP. Dados captados em janeiro de 2024.

Analisando o Quadro 15 observamos que o município de Itambé em janeiro de 2024 ofertava menos de 70% do total de exames pré-natais preconizados pelo MS.

O início do acompanhamento pré-natal dentro do primeiro trimestre de gestação tem sido incorporado como indicador de avaliação da qualidade da APS, sendo fundamental o envolvimento de toda a equipe para a assistência integral à gestante. Essa captação em tempo oportuno é primordial para o diagnóstico precoce de alterações e a identificação de eventuais fatores de risco, garantindo a realização de intervenções adequadas de forma individualizada (Febrasgo, 2014).

A atenção ao pré-natal de risco habitual (PNRH) será realizada na APS. Ao estratificar a pessoa gestante como alto risco obstétrico, esta deve ser comunicada sobre os fatores de risco identificados e as morbidades associadas, assim como a intensificação do cuidado a ser adotado durante o ciclo gravídico-puerperal. Enquanto as pessoas gestantes de risco habitual são vinculadas ao serviço e realizam seu parto na maternidade de risco habitual ou Centros de Parto Normal (CPN), a pessoa gestante de alto risco deve ser vinculada e realizar seu parto na maternidade de alto risco de referência da RAS.

Todos os municípios devem ofertar a cesta de exames pré-natais segundo as diretrizes clínicas do MS.

Gestantes de alto risco deverão ter prioridade no atendimento nos diversos pontos de atenção da rede, como laboratórios, ambulatórios para consultas com especialistas, maternidades, entre outros.

A atenção ao PNAR será realizada na AAE de acordo com as singularidades de cada usuária, com integração à APS, a qual cabe a coordenação do cuidado, com

garantia de atenção à saúde progressiva, continuada e acessível a todas as mulheres. Caso o município não possua referência de pré-natal de alto risco (PNAR), deverá ser encaminhado para as referências estaduais, via Central de Marcação de Consultas e Exames (CMCE) de acordo com o Quadro 16 a seguir.

Quadro 16 - Atendimentos de pré-natal de alto risco na I MRS.

| GERES | Unidade de Referência Pré-Natal de Alto Risco | Regulação | | Unidades de Referência Consulta Especializada Cardiologia | Regulação | | Unidades de Referência Consulta Especializada Endocrinologista | Regulação | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | Sim | Não | | Sim | Não | | Sim | Não |
| **I** | IMIP | X | | IMIP | interna | | IMIP | interna | |
| | Hospital das Clínicas | X | | Hospital das Clínicas | interna | | Hospital das Clínicas | interna | |
| | Hospital Agamenon Magalhães | X | | Hospital Agamenon Magalhães | interna | | Hospital Agamenon Magalhães | interna | |
| | Hospital Jaboatão Prazeres | X | | Hospital Jaboatão Prazeres | interna | | Hospital Jaboatão Prazeres | interna | |
| | Hospital Barão de Lucena | | X | Hospital Barão de Lucena | interna | | Hospital Barão de Lucena | interna | |
| | João Murilo | | X | Hospital Jaboatão Prazeres | X | | Hospital Agamenon Magalhães | X | |
| **II** | Hospital Fernandes Salsa | | X | Hospital Ermírio Coutinho | interna | | UPAE Limoeiro | X | |
| **III** | Hospital Silvio Magalhães | X | | Hospital Silvio Magalhães | interna | | Hospital Silvio Magalhães | interna | |
| **XII** | Hospital Belarmino Correia | X | | Hospital Belarmino Correia | interna | | Hospital Agamenon Magalhães | X | |

Fonte: GRAMB/SERS.

A II RS se encontra sem referência de PNAR desde o ano de 2021, fazendo parte desde fevereiro de 2024 do programa de Telecuidado materno com teleconsulta e teleconsultoria em pré-natal de alto risco ofertado pela plataforma da Telessaúde PE.

As normas de assistência devem permitir identificação precoce e adequada dos problemas que a gestante apresente, assim como os procedimentos diagnósticos e terapêuticos necessários, e em que nível de assistência os mesmos serão realizados (Brasil, 2013).

Importante informar que casos de gestantes cardiopatas devem ser encaminhadas ao PNAR do Hospital Agamenon Magalhães e que o IMIP é referência para medicina fetal.

A organização da atenção ambulatorial especializada deve seguir um modelo de atenção com ênfase no cuidado compartilhado com a APS e com a vinculação. Deve respeitar níveis e fluxos assistenciais em tempo oportuno de até 15 dias a partir da indicação da APS, e ser composta de equipe multiprofissional especializada.

O serviço de pré-natal de alto risco necessita dispor de apoio diagnóstico e terapêutico, de acordo com a necessidade da população referenciada, e ser referência para as UBSs de todos os municípios da região de saúde, de acordo com a parametrização e programação assistencial pactuada em Comissão Intergestores Regional (CIR) e Comissão Intergestores Bipartite (CIB). O acesso deve ser regulado via CMCE.

Os municípios devem garantir transporte sanitário organizado com rotas que ligam aos ambulatórios especializados, considerando os cuidados necessários com a gestante de alto risco.

Para um adequado planejamento da assistência, estima-se que 15% das gestações sejam de alto risco, devendo ser levado em conta este número para

subsidiar a oferta de Ambulatório de Gestação de Alto Risco (AGAR) em cada RS. A cada 5.500 gestantes, são estimadas que 825 desenvolverão gestação de alto risco.

O AGAR deve ser composto por equipe multidisciplinar. A equipe mínima para o AGAR deve ser composta por dois obstetras, um clínico geral, um enfermeiro, um nutricionista, um assistente social e um psicólogo. É necessário ter acesso regulado a subespecialidades como: medicina fetal, endocrinologista, cardiologista, neurologista, geneticista, fisiatra, fisioterapeuta, entre outras, de acordo com as necessidades de cada gestante em até no máximo 15 dias a partir da indicação clínica. O suporte diagnóstico e terapêutico será de acordo com o perfil de demanda e o caráter eletivo do atendimento: Laboratório clínico com capacidade de acesso a urocultura com resultado preliminar em 48h, acesso a hemocultura, dentre outros exames especializados; e Serviço de ultrassonografia, incluindo dopplerfluxometria (Rio Grande do Sul, 2012).

Baseado no dimensionamento de estimativas de gestantes para o ano de 2023, é apresentado no quadro a seguir a estimativa de necessidade de AGAR por cada RS da MRS I.

Tabela 27 - Estimativa da necessidade de AGAR na MRS I.

| Região de saúde | I RS – Recife | II RS – Limoeiro | III RS – Palmares | XII RS – Goiana |
|---|---|---|---|---|
| **NV 2023** | 45.986 | 6.626 | 6.725 | 3.782 |
| **Estimativa de Gestantes SUS** | 42.997 | 6.195 | 6.279 | 3.536 |
| **Estimativa Gestantes de AR** | 6.450 | 929 | 942 | 530 |
| **Nº de AGAR necessários** | 8 | 1 | 1 | 1 |

Fonte: Baseado no modelo AGAR do Rio Grande do Sul.

Esses parâmetros podem ser revistos se houver a composição com serviços de atenção ao Pré-natal de Risco Intermediário (PNRI), por exemplo 5% do número estimado de gestante de risco atendidas no ambulatório alto risco e 10% nos de risco intermediário. O PNRI deve ser avaliado em cada território na perspectiva da equipe

multidisciplinar ou de outras possibilidades de acordo com cada realidade local. Aqui o diferencial é o acesso à avaliação por obstetra e a exames.

**Parto e Nascimento**

Para o planejamento da rede materna é importante conhecer a estimativa de gestantes e necessidade de leitos obstétricos de risco habitual e de alto risco de cada RS.

Tabela 28 - Estimativa de gestantes e de leitos obstétricos para o ano de 2024, I Região de Saúde.

| Município de residência | NV 2023 | NV +10% | SUS Dependente | Estimativa 85% RH | Estimativa AR 15% | Necessidade de leitos de RH | Necessidade de Leitos de AR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Abreu e Lima** | 1.017 | 1.119 | 951 | 808 | 143 | 8 | 2 |
| **Araçoiaba** | 272 | 299 | 254 | 216 | 38 | 2 | 1 |
| **Cabo de Santo Agostinho** | 2.469 | 2.716 | 2.309 | 1.962 | 346 | 19 | 6 |
| **Camaragibe** | 1.706 | 1.877 | 1.595 | 1.356 | 239 | 13 | 4 |
| **Chã de Alegria** | 178 | 196 | 166 | 141 | 25 | 1 | 1 |
| **Chã Grande** | 270 | 297 | 252 | 215 | 38 | 2 | 1 |
| **Fernando de Noronha** | 30 | 33 | 28 | 24 | 4 | 1 | 1 |
| **Glória do Goitá** | 343 | 377 | 321 | 273 | 48 | 3 | 1 |
| **Igarassu** | 1.416 | 1.558 | 1.324 | 1.125 | 199 | 11 | 3 |
| **Ilha de Itamaracá** | 237 | 261 | 222 | 188 | 33 | 2 | 1 |
| **Ipojuca** | 1.697 | 1.867 | 1.587 | 1.349 | 238 | 13 | 4 |
| **Itapissuma** | 349 | 384 | 326 | 277 | 49 | 3 | 1 |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Jaboatão dos Guararapes** | 7.739 | 8.513 | 7.236 | 6.151 | 1.085 | 59 | 17 |
| **Moreno** | 648 | 713 | 606 | 515 | 91 | 5 | 1 |
| **Olinda** | 3993 | 4.392 | 3.733 | 3.173 | 560 | 31 | 9 |
| **Paulista** | 3.368 | 3.705 | 3.149 | 2.677 | 472 | 26 | 8 |
| **Pombos** | 308 | 339 | 288 | 245 | 43 | 2 | 1 |
| **Recife** | 16.875 | 18.563 | 15.778 | 13.411 | 2.367 | 130 | 38 |
| **São Lourenço da Mata** | 1.404 | 1.544 | 1.313 | 1.116 | 197 | 11 | 3 |
| **Vitória de Santo Antão** | 1.667 | 1.834 | 1.559 | 1.325 | 234 | 13 | 4 |
| **TOTAL** | 45.986 | 50.587 | 42.997 | 36.547 | 6.449 | 355 | 107 |

Fonte: Sinasc/GVEV/DGIE/SEVSAP/SES-PE, Dados sujeitos a alterações, coletados em 26/04/24. Cálculo da estimativa de gestantes e leitos com base no Memorando Nº 118/2012 -DAPES/SAS/MS.

Na I RS a estimativa de gestantes SUS dependente foi de 42.997, sendo 36.547 de RH e 6.549 de AR, que repercute numa necessidade de 355 leitos de RH e 107 leitos de AR.

Tabela 29 - Estimativa de gestantes e de leitos obstétricos para o ano de 2024, II Região de Saúde.

| **Município de residência** | **Total** | **NV +10%** | **SUS dependente** | **Estimativa 85% RH** | **Estimativa AR 15%** | **Necessidade de leitos de RH** | **Necessidade de Leitos de AR** |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Bom Jardim** | 403 | 443 | 377 | 320 | 57 | 3 | 1 |
| **Buenos Aires** | 134 | 147 | 125 | 106 | 19 | 1 | 1 |
| **Carpina** | 893 | 982 | 835 | 710 | 125 | 7 | 2 |
| **Casinhas** | 170 | 187 | 159 | 135 | 24 | 1 | 1 |
| **Cumaru** | 153 | 168 | 143 | 122 | 22 | 1 | 1 |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Feira Nova** | 283 | 311 | 265 | 225 | 40 | 2 | 1 |
| **João Alfredo** | 307 | 338 | 287 | 244 | 43 | 2 | 1 |
| **Lagoa do Carro** | 212 | 233 | 198 | 168 | 30 | 2 | 1 |
| **Lagoa do Itaenga** | 292 | 321 | 273 | 232 | 41 | 2 | 1 |
| **Limoeiro** | 637 | 701 | 596 | 506 | 89 | 5 | 1 |
| **Machados** | 147 | 162 | 137 | 117 | 21 | 1 | 1 |
| **Nazaré da Mata** | 302 | 332 | 282 | 240 | 42 | 2 | 1 |
| **Orobó** | 254 | 279 | 237 | 202 | 36 | 2 | 1 |
| **Passira** | 330 | 363 | 309 | 262 | 46 | 2 | 1 |
| **Paudalho** | 710 | 781 | 664 | 564 | 100 | 5 | 2 |
| **Salgadinho** | 57 | 63 | 53 | 45 | 8 | 1 | 1 |
| **Surubim** | 751 | 826 | 702 | 597 | 105 | 6 | 2 |
| **Tracunhaém** | 158 | 174 | 148 | 126 | 22 | 1 | 1 |
| **Vertente do Lério** | 93 | 102 | 87 | 74 | 13 | 1 | 1 |
| **Vicência** | 340 | 374 | 318 | 270 | 48 | 3 | 1 |
| **TOTAL** | 6.626 | 7.289 | 6.195 | 5.266 | 929 | 50 | 23 |

Fonte: Sinasc/GVEV/DGIE/SEVSAP/SES-PE, Dados sujeitos a alterações, coletados em 26/04/24. Cálculo da estimativa de gestantes e leitos com base no Memorando Nº 118/2012 -DAPES/SAS/MS.

Na II RS a estimativa de gestantes SUS dependente foi de 6.195, sendo 5.266 de RH e 929 de AR, que repercute numa necessidade de 50 leitos de RH e 23 leitos de AR.

Tabela 30 - Estimativa de gestantes e de leitos obstétricos para o ano de 2024, III Região de Saúde.

| **Município de residência** | **NV 2023** | **NV +10%** | **SUS dependente** | **Estimativa RH - 85%** | **Estimativa AR 15%** | **Necessidade de leitos de RH** | **Necessidade de Leitos de AR** |
|---|---|---|---|---|---|---|---|

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Água Preta** | 347 | 382 | 324 | 276 | 49 | 3 | 1 |
| **Amaraji** | 261 | 287 | 244 | 207 | 37 | 2 | 1 |
| **Barreiros** | 564 | 620 | 527 | 448 | 79 | 4 | 1 |
| **Belém de Maria** | 95 | 105 | 89 | 76 | 13 | 1 | 0 |
| **Catende** | 498 | 548 | 466 | 396 | 70 | 4 | 1 |
| **Cortês** | 146 | 161 | 137 | 116 | 20 | 1 | 0 |
| **Escada** | 655 | 721 | 612 | 521 | 92 | 5 | 2 |
| **Gameleira** | 242 | 266 | 226 | 192 | 34 | 2 | 1 |
| **Jaqueira** | 148 | 163 | 138 | 118 | 21 | 1 | 0 |
| **Joaquim Nabuco** | 179 | 197 | 167 | 142 | 25 | 1 | 0 |
| **Lagoa dos Gatos** | 162 | 178 | 151 | 129 | 23 | 1 | 0 |
| **Maraial** | 158 | 174 | 148 | 126 | 22 | 1 | 0 |
| **Palmares** | 766 | 843 | 716 | 609 | 107 | 6 | 2 |
| **Primavera** | 140 | 154 | 131 | 111 | 20 | 1 | 0 |
| **Quipapá** | 220 | 242 | 206 | 175 | 31 | 2 | 1 |
| **Ribeirão** | 397 | 437 | 371 | 316 | 56 | 3 | 1 |
| **Rio Formoso** | 296 | 326 | 277 | 235 | 42 | 2 | 1 |
| **São Benedito do Sul** | 124 | 136 | 116 | 99 | 17 | 1 | 0 |
| **São José da Coroa Grande** | 244 | 268 | 228 | 194 | 34 | 2 | 1 |
| **Sirinhaém** | 484 | 532 | 453 | 385 | 68 | 4 | 1 |
| **Tamandaré** | 388 | 427 | 363 | 308 | 54 | 3 | 1 |
| **Xexéu** | 201 | 221 | 188 | 160 | 28 | 2 | 1 |
| **TOTAL** | 6.715 | 7.387 | 6.279 | 5.337 | 942 | 52 | 15 |

Fonte: Sinasc/GVEV/DGIE/SEVSAP/SES-PE, Dados sujeitos a alterações, coletados em 26/04/24. Cálculo da estimativa de gestantes e leitos com base no Memorando Nº 118/2012 -DAPES/SAS/MS.

Na III RS a estimativa de gestantes SUS dependente foi de 6.279, sendo 5.337 de RH e 942 de AR, que repercute numa necessidade de 52 leitos de RH e 15 leitos de AR.

Tabela 31 - Estimativa de gestantes e de leitos obstétricos para o ano de 2024, XII Região de Saúde.

| Município de residência | NV 2023 | NV +10% | SUS dependente | Estimativa RH - 85% | Estimativa AR 15% | Necessidade de leitos de RH | Necessidade de Leitos de AR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Aliança | 465 | 512 | 435 | 370 | 65 | 4 | 1 |
| Camutanga | 101 | 111 | 94 | 80 | 14 | 1 | 0 |
| Condado | 275 | 303 | 257 | 219 | 39 | 2 | 1 |
| Ferreiros | 115 | 127 | 108 | 91 | 16 | 1 | 0 |
| Goiana | 1.088 | 1197 | 1017 | 865 | 153 | 8 | 3 |
| Itambé | 402 | 442 | 376 | 320 | 56 | 3 | 1 |
| Itaquitinga | 186 | 205 | 174 | 148 | 26 | 1 | 0 |
| Macaparana | 347 | 382 | 324 | 276 | 49 | 3 | 1 |
| São Vicente Ferrer | 234 | 257 | 219 | 186 | 33 | 2 | 1 |
| Timbaúba | 589 | 648 | 551 | 468 | 83 | 5 | 1 |
| Total | 3.802 | 4.182 | 3.555 | 3.022 | 533 | 29 | 9 |

Fonte: Sinasc/GVEV/DGIE/SEVSAP/SES-PE, Dados sujeitos a alterações, coletados em 26/04/24. Cálculo da estimativa de gestantes e leitos com base no Memorando Nº 118/2012 -DAPES/SAS/MS.

Na XII RS a estimativa de gestantes SUS dependente foi de 3.555, sendo 3.022 de RH e 533 de AR, que repercute numa necessidade de 29 leitos de RH e 9 leitos de AR.

A estimativa de total gestantes SUS dependente da Macrorregião I foi de 59.007 para o ano de 2024 com uma necessidade de 485 leitos de RH e 143 leitos de AR, como se apresenta na

Tabela 32 - Estimativa de gestantes e de leitos obstétricos para o ano de 2024, Macrorregião de Saúde I.

| RS | NV 2023 | NV + 10% | EST SUS - 85% | EST. RH 85% | EST. AR | LEITOS RH | LEITOS AR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **I** | 45.986 | 50.587 | 42.997 | 36.547 | 6.449 | 355 | 107 |
| **II** | 6.626 | 7.289 | 6.195 | 5.266 | 929 | 50 | 23 |
| **III** | 6.715 | 7.387 | 6.279 | 5.337 | 942 | 52 | 15 |
| **XII** | 3.802 | 4.182 | 3.555 | 3.022 | 533 | 29 | 9 |
| **MRS I** | 63.129 | 69.445 | 59.026 | 50.172 | 8.853 | 486 | 154 |

Fonte: Sinasc/GVEV/DGIE/SEVSAP/SES-PE, Dados sujeitos a alterações, coletados em 26/04/24. Cálculo da estimativa de gestantes e leitos com base no Memorando Nº 118/2012 -DAPES/SAS/MS.

## Funcionamento da Rede

Para analisar a utilização dos serviços de assistência ao parto da MRS I deve-se conhecer a capacidade instalada e produção de cada um.

Capacidade instalada de leito de risco habitual:

01 leito de RH para cada 102 gestantes/ano.

Cálculo RH: 3 dias para cada gestante, Mês 30 dias/3= 10 gestantes, 10 x 85% (Taxa de Ocupação) = 8,5; 8,5 pacientes mês. Ao ano 12 x 8,5 = 102 gestantes

Capacidade instalada leito de alto risco:

01 leito de AH para cada 60 gestantes/ano.

Cálculo AR: 01 leito p/5 dias. Mês 30 dias/5 = 6 gestantes. 6 x 85% (Taxa de Ocupação) = 5,1; 5 gestantes/mês. Ao ano 5 x 12 = 60 gestantes

A seguir são apresentados os serviços de saúde existentes em cada RS, leitos obstétricos existentes, sua capacidade instalada e produção no ano de 2022.

Quadro 17 - Serviços de saúde existentes com leitos obstétricos por município, I Região de Saúde.

| Municípios da I Região de Saúde | Serviços de Saúde existentes no SUS | Leitos obstétricos existentes pactuados | Leitos obstétricos existentes não pactuados | Produção 2023 | Capacidade instalada | Gestão |
|---|---|---|---|---|---|---|
| ABREU E LIMA | **Hospital e Maternidade Abreu e Lima | 9 | - | 0 | 0 | Municipal |
| ARAÇOIABA | UNIDADE HOSPITALAR DE ARACOIABA | - | 0 | 0 | 0 | Municipal |
| CABO | Maternidade Padre Geraldo Leite Bastos | 16 | - | 727 | 1.632 | Municipal |
| CAMARAGIBE | Centro de Parto Normal de Camaragibe | - | 5 | 141 | 510 | Municipal |
| | **Maternidade Amiga da Família de Camaragibe | 0 | - | 0 | 0 | Municipal |
| CHÃ DE ALEGRIA | Unidade Mista Virginia Guerra | - | 4 | 12 | 408 | Municipal |
| CHÃ GRANDE | Hospital Geral Alfredo Alves de Lima | - | 6 | 50 | 612 | Municipal |
| F. NORONHA | Hospital São Lucas | - | 0 | 0 | 0 | Estadual |
| GLÓRIA DO GOITÁ | Unidade Mista Gaião Guerra | - | 2 | 15 | 204 | Municipal |
| IGARASSU | Unidade Hospitalar de Igarassu | - | 0 | 27 | 0 | Municipal |
| ILHA DE ITAMARACÁ | Hospital Alzira Figueiredo de Andrade Oliveira | - | 4 | 0 | 408 | Municipal |
| IPOJUCA | Maternidade Mãe Lídia | 14 | - | 1.159 | 1.428 | Municipal |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| ITAPISSUMA | Hospital João Ribeiro | - | 0 | 8 | 0 | Municipal |
| JABOATÃO | **Hospital Jaboatão Prazeres | 0 | - | 0 | 0 | Estadual |
| | Hospital Memorial Guararapes | 21 | - | 3.145 | 2.142 | Dupla |
| | Centro de Parto Normal de Jaboatão dos Guararapes | - | 5 | 183 | 510 | Municipal |
| MORENO | **Clínica Santa Terezinha | 0 | - | 0 | 0 | Municipal |
| OLINDA | Hospital Tricentenário | 28 | - | 1.736 | 2.856 | Municipal |
| | **Maternidade Brites de Albuquerque | 0 | - | 0 | 0 | Municipal |
| PAULISTA | **Hospital Central de Paulista | 0 | - | 0 | 0 | Municipal |
| | Hospital Santa Ana | - | 5 | 88 | 510 | Municipal |
| POMBOS | Hospital e Maternidade Virgínia Colaço Dias | - | 3 | 4 | 306 | Municipal |
| RECIFE | *Centro Universitário Integrado de Saúde Amaury de Medeiros | 53 | - | 3.308 | 3.180 | Estadual |
| | *Hospital Agamenon Magalhães | 89 | - | 4.054 | 5.340 | Estadual |
| | *Hospital Barão de Lucena | 89 | - | 4.232 | 5.340 | Estadual |
| | *Hospital das Clínicas | 46 | - | 1.793 | 2.760 | Federal |
| | *IMIP+ CPN intrahospitalar | 104 | - | 4.888 | 6.240 | Filantrópico |
| | Maternidade Prof. Barros Lima + CPN intrahospitalar | 36 | - | 3.845 | 3.672 | Municipal |
| | Maternidade Bandeira Filho+ CPN intrahospitalar | 33 | - | 3.524 | 3.366 | Municipal |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | Maternidade Arnaldo Marques+ CPN intrahospitalar | 37 | - | 2.486 | 3.774 | Municipal |
| | *Hospital da Mulher do Recife Drª Mercês Pontes Cunha+ CPN intrahospitalar | - | 60 | 5.058 | 3.600 | Municipal |
| SÃO LOURENÇO DA MATA | Hospital Petronila Campos | 18 | - | 1.051 | 1.836 | Municipal |
| VITÓRIA | **APAMI de Vitória de Santo Antão | 0 | - | 0 | 0 | Municipal |
| | *Hospital João Murilo e Policlínica de Vitória | 35 | - | 3.105 | 3.570 | Estadual |
| **TOTAL** | **34 serviços** | **628** | **90** | **44.639** | **53.796** | |

Fonte: CNES/MS. SINASC. Critérios e Parâmetros Assistenciais para o Planejamento e Programação de Ações e Serviços de Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília, Ministério da Saúde, 2021.
Obs: O Hospital Memorial Guararapes tinha 51 leitos obstétricos até 2023 e reduziu para 21 leitos em 2024.
*Serviços de alto risco.
**Serviços inoperantes.

No Quadro 17 observa-se que dos 34 serviços, 24 apresentam um total de 718 leitos obstétricos registrados no CNES (pactuados e não pactuados), 21 são serviços pactuados, mas somente 15 apresentaram produção acima de 300 partos/ano, sendo custo efetivos.

Na I RS existem 7 serviços atuando como alto risco, sendo que o Hospital da Mulher do Recife e o Hospital João Murilo ainda não foram habilitados pelo MS como leito GAR.

Com exceção do Hospital da Mulher do Recife, os leitos não pactuados se encontram em unidades de saúde com produção de parto desprezível.

De maneira geral a I RS utilizou 83% da sua capacidade instalada de leitos obstétricos registrados no CNES.

Quadro 18 - Serviços de saúde existentes com leitos obstétricos por município, II Região de Saúde.

| Municípios da II Região de Saúde | Serviços de Saúde existentes no SUS | Leitos obstétricos existentes pactuados | Leitos obstétricos existentes não pactuados | Produção 2023 | Capacidade instalada | Gestão |
|---|---|---|---|---|---|---|
| BOM JARDIM | HOSPITAL MUNICIPAL DR MIGUEL ARRAES DE ALENCAR | - | 8 | 13 | 816 | Municipal |
| BUENOS AIRES | UNIDADE MISTA MARIA TEREZA BRENANND COELHO | - | 6 | 0 | 612 | Municipal |
| CARPINA | UNIDADE MISTA FRANCISCO DE ASSIS CHATEAUBRIAND | 12 | - | 25 | 1.224 | Municipal |
| | HOSPITAL DAS CLÍNICAS DO CARPINA | - | 5 | 0 | 510 | Municipal |
| CASINHAS | UNIDADE MISTA CECILIA LEAL DE MIRANDA | - | 9 | 6 | 918 | Municipal |
| CUMARU | UNIDADE MISTA SANTA TEREZINHA | - | 6 | 6 | 612 | Municipal |
| FEIRA NOVA | HOSPITAL MUNICIPAL JOSEFA EUSEBIA DA ROCHA | - | 5 | 7 | 510 | Municipal |
| JOAO ALFREDO | UNIDADE MISTA JOANA AMELIA CAVALCANTI | - | 7 | 38 | 714 | Municipal |
| LAGOA DO CARRO | UNIDADE MISTA SIMEAO RIBEIRO DE LEMOS | - | 3 | 6 | 306 | Municipal |
| LAGOA DO ITAENGA | CASA DE SAUDE E MATERNIDADE JOSEFA CAVALCANTI DE PETRIBU | - | 6 | 32 | 612 | Municipal |
| LIMOEIRO | HOSPITAL REGIONAL DE LIMOEIRO JOSE FERNANDES SALSA | 18 | - | 678 | 1.836 | Estadual |
| MACHADOS | HOSPITAL EDISON ALVARES | - | 2 | 0 | 204 | Municipal |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| NAZARE DA MATA | HOSPITAL ERMIRIO COUTINHO | 19 | - | 2.140 | 1.938 | Estadual |
| OROBÓ | HOSPITAL SEVERINO TAVORA | - | 4 | 12 | 408 | Municipal |
| PASSIRA | UNIDADE MISTA NOSSA SENHORA DA CONCEICAO | - | 10 | 4 | 1.020 | Municipal |
| PAUDALHO | CPNP CENTRO DE PARTO NORMAL DE PAUDALHO GABRIELLY RAMOS | 5 | - | 119 | 510 | Municipal |
| | HOSPITAL MUNICIPAL DE PAUDALHO | - | 8 | 0 | 816 | Municipal |
| SURUBIM | HOSPITAL SAO LUIZ | 18 | - | 402 | 1.836 | Municipal |
| TRACUNHAÉM | UNIDADE MISTA MARIA GERCINA DA SILVA | - | 4 | 1 | 408 | Municipal |
| VICÊNCIA | UNIDADE MISTA NAIDE RAM0S MARANHAO | - | 4 | 4 | 408 | Municipal |
| **TOTAL** | **20 serviços** | **72** | **87** | **3.493** | **16.218** | |

Fonte: CNES/MS. SINASC. Critérios e Parâmetros Assistenciais para o Planejamento e Programação de Ações e Serviços de Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília, Ministério da Saúde, 2021.

No Quadro 18 observa-se que dos 20 serviços que apresentam um total de 159 leitos obstétricos registrados no CNES (pactuados e não pactuados), 5 serviços estão pactuados, mas somente 3 deles produzem acima de 300 partos/ano, as duas maternidades estaduais e o Hospital São Luiz em Surubim. Existem mais leitos obstétricos registrados em serviços não pactuados do que em pactuados.

De maneira geral a II RS utilizou 21% da sua capacidade instalada de leitos obstétricos registrados no CNES.

Quadro 19 - Serviços de saúde existentes com leitos obstétricos por município, III Região de Saúde.

| **Municípios da III Região de Saúde** | **Serviços de Saúde existentes no SUS** | **Leitos obstétricos existentes pactuados** | **Leitos obstétricos existentes não pactuados** | **Produção 2023** | **Capacidade instalada** | **Gestão** |
|---|---|---|---|---|---|---|

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| ÁGUA PRETA | HOSPITAL MUNICIPAL CIENTISTA NELSON CHAVES | - | 8 | 2 | 816 | Municipal |
| AMARAJI | HOSPITAL ALICE BATISTA DOS ANJOS | 5 | - | 54 | 510 | Municipal |
| BARREIROS | HOSPITAL DISTRITAL JAILTON MESSIAS DE ALBUQUERQUE | 12 | - | 424 | 1.224 | Municipal |
| BELÉM DE MARIA | UNIDADE MISTA NOSSA SENHORA DAS DORES | - | 3 | 4 | 306 | Municipal |
| CATENDE | UNIDADE MISTA DR JOÃO MAYRINK | - | 6 | 34 | 612 | Municipal |
| CORTÊS | HOSPITAL SENADOR ANTÔNIO FARIAS | - | 8 | 27 | 816 | Municipal |
| ESCADA | CASA DE SAÚDE E MATERNIDADE SANTA CLARA | - | 0 | 0 | 0 | Municipal |
| | HOSPITAL REGIONAL DR BENÉVOLO WANDERLEY DO AMARAL | 15 | - | 34 | 1.530 | Municipal |
| GAMELEIRA | HOSPITAL DE PEQUENO PORTE ARGEMIRA S R BARROS | - | 8 | 9 | 816 | Municipal |
| JAQUEIRA | HOSPITAL MUNICIPAL DE JAQUEIRA MARIA HELENA SILVA DE ANDRADE | - | 7 | 11 | 714 | Municipal |
| JOAQUIM NABUCO | UNIDADE MISTA LIDIA MARIA DE FRANCA | - | 4 | 0 | 408 | Municipal |
| LAGOA DOS GATOS | UNIDADE MISTA SANTA ROSA | - | 4 | 21 | 408 | Municipal |
| MARAIAL | CASA DE SAUDE E MATERNIDADE | - | 7 | 9 | 714 | Municipal |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | ELZA MS BARROS DINIZ | | | | | |
| PALMARES | HVU HOSPITAL VALE DO UNA | 21 | - | 378 | 2.142 | Municipal |
| | HOSPITAL REGIONAL DE PALMARES DR SILVIO MAGALHÃES | 29 | - | 2.616 | 2.958 | Estadual |
| PRIMAVERA | PRONTO ATENDIMENTO MENINO DEUS | - | 0 | 0 | 0 | Municipal |
| QUIPAPÁ | HOSPITAL MUNICIPAL MARIA DIGNA PESSOA DE MELLO | 4 | - | 42 | 408 | Municipal |
| RIBEIRAO | HOSPITAL MUNICIPAL DO RIBEIRAO | 4 | - | 0 | 408 | Municipal |
| | CENTRO DE SAÚDE DE RIBEIRÃO | - | 4 | 0 | 408 | |
| RIO FORMOSO | HOSPITAL MUNICIPAL DO RIO FORMOSO | 2 | - | 12 | 204 | Municipal |
| SAO BENEDITO DO SUL | MATERNIDADE UNIDADE MISTA SANTA RITA | - | 7 | 5 | 714 | Municipal |
| SÃO JOSÉ DA COROA GRANDE | UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO OSMARIO OMENA DE OLIVEIRA | - | 6 | 16 | 612 | Municipal |
| SIRINHAÉM | HOSPITAL E MATERNIDADE MUNICIPAL OLÍMPIO M GOUVEIA LINS | 3 | - | 40 | 306 | Municipal |
| TAMANDARÉ | UNIDADE MISTA DR JOSE MUCIO MONTEIRO | - | 4 | 69 | 408 | Municipal |
| XEXÉU | UNIDADE MISTA STA JOANA CENTRO DE SAUDE OVIDIO MACIEL | - | 4 | 7 | 408 | Municipal |
| **TOTAL** | **25 serviços** | **95** | **80** | **3.814** | **17.850** | |

Fonte: CNES/MS. SINASC. Critérios e Parâmetros Assistenciais para o Planejamento e Programação de Ações e Serviços de Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília, Ministério da Saúde, 2021.

No quadro 23 observa-se que dos 25 serviços, 22 apresentam um total de 182 leitos obstétricos registrados no CNES (pactuados e não pactuados), 9 são serviços pactuados, mas somente 3 produzem acima de 300 partos/ano.

De maneira geral a III RS utilizou 21% da sua capacidade instalada de leitos obstétricos registrados no CNES.

Quadro 20 - Serviços de saúde existentes com leitos obstétricos por município, XII Região de Saúde.

| Municípios da XII Região de Saúde | Serviços de Saúde existentes no SUS | Leitos obstétricos existentes pactuados | Leitos obstétricos existentes não pactuados | Produção 2023 | Capacidade instalada | Gestão |
|---|---|---|---|---|---|---|
| ALIANÇA | UNIDADE MISTA BELARMINO L P MELO | 8 | - | 85 | 816 | Municipal |
| CAMUTANGA | UNIDADE MISTA MINERVINA GUEDES TAVARES DE MELO | - | 2 | 8 | 204 | Municipal |
| CONDADO | HOSPITAL DE MATERNIDADE JOAO PEREIRA DE ANDRADE | 5 | - | 8 | 510 | Municipal |
| GOIANA | HOSPITAL BELARMINO CORREIA | 18 | - | 518 | 1.836 | Estadual |
| | CASA DE SAÚDE DE TEJUCUPAPO | - | 7 | 2 | 714 | Municipal |
| | UPA - CASA DE SAÚDE SANTO AMARO | - | 4 | 0 | 408 | Municipal |
| ITAMBÉ | UNIDADE MISTA DR HERCÍLIO MORAES BORBA | 8 | - | 23 | 816 | Municipal |
| ITAQUITINGA | UNIDADE MISTA ADELINA AZEVEDO | - | 4 | 3 | 408 | Municipal |
| MACAPARANA | UNIDADE MISTA JOAQUIM | 6 | - | 39 | 612 | Estadual |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | FRANCISCO DE MELO CAVALCANTI | | | | | |
| SÃO VICENTE FERRER | UNIDADE MISTA EDSON REGIS DE CARVALHO | - | 3 | 11 | 306 | Municipal |
| TIMBAÚBA | HOSPITAL FERREIRA LIMA | 0 | - | 96 | 0 | Municipal |
| **TOTAL** | **11 serviços com Leitos obstétricos** | **45** | **20** | **793** | **5.918** | |

Fonte: CNES/MS. SINASC. Critérios e Parâmetros Assistenciais para o Planejamento e Programação de Ações e Serviços de Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília, Ministério da Saúde, 2021.

No Quadro 20 observa-se que dos 11 serviços, 10 apresentam um total de 65 leitos obstétricos registrados no CNES (pactuados e não pactuados), 5 são serviços pactuados, mas somente 1 produz acima de 300 partos/ano, que é o serviço estadual. O Hospital Ferreira Lima apesar de pactuado não disponibiliza mais leitos obstétricos para o SUS.

De maneira geral a XII RS utilizou 13% da sua capacidade instalada de leitos obstétricos registrados no CNES.

Os dados apontam que as maternidades da XII Região de Saúde mantêm uma baixa produtividade de partos. Observa-se que o número de nascidos vivos do Hospital Regional Belarmino Correia se encontra aquém da sua capacidade instalada, indicando a necessidade de melhorar a vinculação das gestantes àquela maternidade e discutir alternativas que possam fortalecer a rede de atenção nesta região.

### Perfil da Rede Materna

O Quadro 21 a seguir traz de modo compilado as informações sobre o perfil da Rede Materno-Infantil da MRS I.

Quadro 21 - Perfil da Rede Materno Infantil, I Macrorregião de Saúde 2024.

| **Região de Saúde** | **I RS** | **II RS** | **III RS** | **XII RS** | **I Macro** |
|---|---|---|---|---|---|
| **Maternidades de alto risco (AR)*** | 7 | 0 | 0 | 0 | 7 |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Maternidades pactuadas de risco habitual (RH) em atividade** | 10 | 4 | 9 | 5 | 28 |
| **Centro de Parto Normal (CPN)**** | 7 | 1 | 0 | 0 | 8 |
| **Serviços que produzem acima de 300 partos/ano** | 15 | 3 | 3 | 1 | 22 |
| **Número de leitos obstétricos de RH existentes pactuados** | 247 | 72 | 95 | 45 | 459 |
| **Necessidade de leitos obstétricos de RH** | 355 | 50 | 52 | 29 | 486 |
| **Número de leitos obstétricos de AR existentes** | 476 | 0 | 0 | 0 | 476 |
| **Necessidade de leitos obstétricos de AH** | 107 | 23 | 15 | 9 | 154 |

Fonte: CNES/MS
*Hospital João Murilo atende risco habitual e alto risco desde 2023.
**5 CPN intrahospitalar nas 4 maternidades do Recife e no IMIP; 3 CPN perihospitalar em Camaragibe, Jaboatão e Paudalho.
Legenda: RS - Região de Saúde; RH – risco habitual; AR – alto risco
OBS: As informações sobre quantitativo de médicos gineco/obstetras e enfermeiros se encontram no tópico gestão do trabalho.

A MRS I dispõe de 90 serviços que registram no CNES um total de 1.124 leitos obstétricos no ano de 2024. Somente 28 são maternidades de RH pactuadas em rede que estão em atividade, somando 459 leitos. Atualmente existem 7 maternidades de AR que somam 476 leitos. Das 35 maternidades pactuadas (AR e RH), apenas 22 produzem acima de 300 partos.

Todas as 7 maternidades que assistem aos partos de alto risco na MRS I estão localizadas na I RS.

Desta avaliação conclui-se a necessidade urgente de repactuação da rede baseada nos serviços que conseguem produzir acima de 300 partos/ano, otimizar a capacidade instalada das maternidades pactuadas e reduzir os leitos obstétricos SUS ao mínimo nos serviços que não permanecerem na rede após atualização da pactuação da rede de assistência ao parto.

**Tipos de Parto**

Mesmo com a criação e implantação de políticas que incentivam a prática do parto normal, a taxa de parto cesáreo continua crescente no Brasil. A Rede Cegonha prioriza ações visando a mudança desse cenário, ao desenvolver o parto para uma ambiência adequada, com a inclusão de um acompanhante de livre escolha da mulher, bem como a adoção de práticas focadas no bem-estar materno-infantil.

A cesárea, quando indicada por motivos médicos, é efetiva para salvar vidas tanto da parturiente quanto do bebê. Contudo, taxas de cesáreas acima de 10% não contribuem para a redução das taxas de mortalidade materna e neonatal (OMS, 2015), e por esta razão, se configuram como um importante problema de saúde pública.

Na análise de nascidos vivos segundo tipo de parto por RS, observou-se maior proporção de nascidos vivos de partos cesáreos. Dados registrados no SIH, considerando os nascidos vivos na rede pública e privada apontam para a necessidade de qualificar a atenção ao parto seguindo as Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal. A Tabela 33 apresenta os percentuais de partos cesarianos por RS.

Tabela 33 - Número de Nascidos Vivos segundo Região de Saúde de Residência e Tipo de Parto, Pernambuco, 2022.

| ***REGIÃO DE SAÚDE DE RESIDÊNCIA*** | ***Vaginal*** | | ***Cesário*** | | ***Não informado*** | | ***Total*** |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | ***N*** | ***%*** | ***N*** | ***%*** | ***N*** | ***%*** | ***N*** |
| I | 23.945 | 50,7 | 23.212 | 49,2 | 61 | 0,1 | 47.218 |
| II | 3.139 | 45,4 | 3.770 | 54,6 | 2 | 0,0 | 6.911 |
| III | 3.944 | 58,6 | 2.772 | 41,2 | 12 | 0,2 | 6.728 |
| XII | 1.978 | 52,0 | 1.821 | 47,9 | 4 | 0,1 | 3.803 |
| ***Total Macro I*** | ***33.006*** | ***51,0*** | ***31.575*** | ***48,9*** | ***79*** | ***0,1*** | ***64.660*** |

Fonte: SIH.

Na abordagem integrada, deve haver uma hierarquização do cuidado em camadas, por nível de hierarquia dos equipamentos de saúde, cujo local do

atendimento pré-natal e do parto é baseado na identificação contínua do risco desde o início da gravidez (Brasil, 2022).

A partir disto, o acompanhamento de cada estrato deve seguir o esquema descrito no Quadro 23, atentando para o direcionamento do cuidado nas diferentes esferas da atenção.

Quadro 22 - Proposta de organização do local de assistência da gestante.

| **Estratificação de risco** | **Risco habitual** | **Risco intermediário** | **Alto risco** |
|---|---|---|---|
| **Local preferencial de acompanhamento** | Atenção Primária à Saúde. | Atenção Primária à Saúde com equipe multiprofissional e apoio do ambulatório do pré-natal de alto risco e/ou teleassistência, se necessário. | Ambulatório pré-natal de alto risco ou ambulatório de especialidades médicas com equipe multiprofissional e compartilhamento do cuidado com a APS. |

Fonte: adaptado Brasil, 2022.

Quadro 23 - Direcionamento do foco assistencial no acompanhamento pré-natal.

| **Estrato de risco** | **Pré-Natal** | **Foco** |
|---|---|---|
| Habitual | Pela equipe da APS* | Bem-estar da gestante, do bebê e de sua família.<br>Ações de promoção e prevenção de fatores de risco oportunistas.<br>Fortalecimento da capacidade de autocuidado. |
| Intermediário | Pela equipe da APS* | Mitigação dos fatores de risco.<br>Ações de prevenção de agravos decorrentes dos fatores de risco.<br>Fortalecimento da capacidade de autocuidado.<br>Fortalecimento do apoio sociofamiliar. |
| Alto | Compartilhado entre as equipes da APS e da AAE | Estabilização clínica.<br>Vigilância para detecção precoce de agravos decorrentes dos fatores de risco e morbidades identificadas.<br>Fortalecimento do apoio sociofamiliar.<br>Suporte direto à gestante e à sua família. |

* Com apoio da equipe da AAE, quando necessário.
Fonte: adaptado Brasil, 2022
Legenda: APS- Atenção Primária à Saúde; AAE- Atenção Ambulatorial Especializada.

**Desenho de Rede (mapa de vinculação)**

Como exigência para a operacionalização da Rede, cabe à RS a elaboração de Planos de Ação Regionais, incluindo as pactuações para atendimentos às gestantes e dos locais de parto, o que integra o Plano de Ação Regional Rede Cegonha. Tais pactuações seguem um fluxo de acesso às Unidades de Saúde estabelecido de acordo com a localização da parturiente (município de residência), bem como sua situação clínica.

Nos casos de necessidade de transferência de gestantes entre serviços, o acesso deverá ser regulado através da CRL.

O desenho da rede obstétrica da MRS I pactuado está constituído pelas seguintes unidades de saúde para atenção ao parto de risco habitual e alto risco apresentadas a seguir nos quadros 23 a 29.

Quadro 24 - Estabelecimentos de Saúde e municípios de referências para partos de Risco Habitual e Alto Risco na I Região de Saúde - Micro I.

| **Município – Micro 1** | **Risco Habitual** | **Alto Risco** |
|---|---|---|
| Abreu e Lima | Hospital e Mater. de Abreu e Lima (fechado) | HBL |
| Araçoiaba | | |
| Igarassu | | |
| Ilha de Itamaracá | | |
| Itapissuma | | |
| Fernando de Noronha | IMIP | IMIP |
| **Olinda** | Hospital Tricentenário | CISAM |
| | Brites de Albuquerque (fechado) | |
| Paulista | Hospital Tricentenário | |
| | Hospital Central de Paulista (fechado) | |
| Recife | Policlínica e Maternidade Arnaldo Marques | IMIP (DS I e VI) |
| | Maternidade Bandeira Filho | HBL (DS IV e V) |
| | Unidade Mista Professor Barros Lima | HAM (DS II e III) |

Fonte: Resolução CIR Nº 19, de 17/02/2012.
Nota: A resolução CIB Nº 2.937/2016 definiu a Maternidade de Abreu e Lima como referência para partos de risco habitual das munícipes residentes em Paulista.

Quadro 25 - Estabelecimentos de Saúde e municípios de referências para partos de Risco Habitual e Alto Risco na I Região de Saúde - Micro II.

| **Município – Micro 2** | **Risco Habitual** | **Alto Risco** |
|---|---|---|

| | | |
|---|---|---|
| Camaragibe | Maternidade Amiga da Família de Camaragibe (fechado) | HBL |
| Chã de Alegria | Hospital João Murilo | Hospital João Murilo |
| Chã Grande | | |
| Glória do Goitá | | |
| Pombos | | |
| São Lourenço da Mata | Hospital Petronila Campos | HC |
| Vitória de Santo Antão | APAMI de Vitoria de Santo Antão (não oferta mais leitos obstétricos SUS) | Hospital João Murilo |

Fonte: Resolução CIR Nº 19, de 17/02/2012.

Quadro 26 - Estabelecimentos de Saúde e municípios de referências para partos de Risco Habitual e Alto Risco na I Região de Saúde - Micro III.

| **Município – Micro 3** | **Risco Habitual** | **Alto Risco** | **UCI Neo** | **UTI Neo** |
|---|---|---|---|---|
| Cabo de Santo Agostinho | Maternidade Padre Geraldo Leite Bastos | HC | | |
| Ipojuca | Hospital Mãe Lídia | HC | | |
| Jaboatão dos Guararapes | Hospital Memorial Guararapes | IMIP | | IMIP e Memorial Guararapes |
| | Hospital Jaboatão Prazeres (fechado) | | | |
| Moreno | Clínica Santa Terezinha | HBL | | Memorial Guararapes |

Fonte: Resolução CIR Nº 19, de 17/02/2012.

A I Região de saúde destaca-se pelo maior número de maternidades de alto risco do Estado, sendo referência para todas as outras RS estaduais. Possui 18 maternidades pactuadas, estando no momento atual 06 fechadas e 12 em funcionamento.

O Hospital da Mulher do Recife não tinha sido inaugurado em 2012, mas atualmente encontra-se atuando como maternidade de alto risco sendo referência para as munícipes de Recife, ainda aguardando habilitação de leitos de Gestação de Alto Risco (GAR) pelo Ministério da Saúde.

Algumas maternidades de risco habitual da I Região encontram-se com os leitos obstétricos inativos, como podem ser citadas:

- Maternidade de Abreu e Lima: Fechou em janeiro de 2021 por não conseguir manter equipe médica;

- A Maternidade Brites de Albuquerque, de Olinda, funcionou como referência para atendimento de pacientes com COVID-19 e atualmente está somente com leitos clínicos e de UTI;

- Hospital Central de Paulista encontra-se desativado;

- O município de Camaragibe implantou de um Centro de Parto Normal intrahospitalar com 5 leitos PPP, porém a maternidade fechou em dezembro de 2021, por dificuldades em arcar financeiramente com a equipe de anestesistas, ficando o Hospital Petronília Campos como referência de retaguarda;

- Maternidade Petronila Campos reabriu em março de 2020;

- APAMI de Vitória de Santo Antão encerrou o atendimento SUS por não conseguir manter a equipe obstétrica e alegar baixo número de encaminhamentos de pacientes;

- Maternidade Jaboatão Prazeres: No período da Pandemia da COVID-19 a maternidade passou a funcionar como Hospital de referência para pacientes com SRAG e COVID-19, assim, a equipe obstétrica foi remanejada para o Hospital Agamenon Magalhães.

Quadro 27 - Estabelecimentos de Saúde e municípios de referências para partos de Risco Habitual e Alto Risco na II Região de Saúde.

| **Município** | **Risco Habitual** | **Alto Risco** |
|---|---|---|
| Bom Jardim | Hospital Regional José Fernandes Salsa **Limoeiro** | CISAM e IMIP |
| Cumaru | | |
| Feira Nova | | |
| João Alfredo | | |
| Orobó | | |
| Limoeiro | | |
| Passira | | |
| Salgadinho | | |
| Surubim | Hospital São Luiz **Surubim** | |
| Casinhas | | |
| Vertente do Lério | | |
| Lagoa de Itaenga | Unidade Mista Francisco Chateaubriant **Carpina** | |
| Carpina | | |
| Lagoa do Carro | | |
| Machados | Hospital Regional Ermírio Coutinho **Nazaré da Mata** | |
| Vicência | | |
| Tracunhaém | | |
| Buenos Aires | | |

| | | |
|---|---|---|
| Nazaré da Mata | | |
| Paudalho | CPN | |

Fonte: Resolução CIR Nº 09 de 19 de maio de 2015 e *resolução CIB Nº 5042 de 10 de outubro de 2018.

A II RS possui 04 maternidades pactuadas e um CPN, porém, somente 03 maternidades produzem mais de 300 partos/ano, sendo elas: Hospital Regional Ermírio Coutinho, Hospital Regional José Fernandes Salsa e Hospital São Luiz. A maternidade de Carpina possui baixíssima produção de partos e suas munícipes têm se vinculado ao longo dos anos à maternidade do Hospital Regional Ermírio Coutinho em Nazaré da Mata. O CPN de Paudalho é referência para partos vaginais de risco habitual do próprio município e tem a maternidade do Hospital Regional Ermírio Coutinho como retaguarda.

Quadro 28 - Estabelecimentos de Saúde e municípios de referências para partos de Risco Habitual e Alto Risco na III Região de Saúde.

| **Municípios** | **Risco habitual - CIR. Nº 288/2012** | **RESOL. CIR 2014** | **Prop-osta de pactuação CIR 101 /2018** |
|---|---|---|---|
| Água Preta | Hospital Regional de Palmares Dr. Silvio Magalhães | - | Hosp Nelson Chaves |
| Amaraji | Hospital Alice Batista dos Anjos | - | - |
| Barreiros | Casa de Saúde e Maternidade João Alfredo | **CIR Nº 380/14 -** Hosp Jailton Messias de Albuquerque | - |
| Belém de Maria | Hospital Regional de Palmares Dr. Silvio Magalhães | - | - |
| Catende | | | |
| Cortês | Hospital Regional de Palmares Dr. Silvio Magalhães | - | Hospital Senador Antonio Farias |
| Escada | Hosp. Distrital de Escada Dr. Benévolo Wanderley do Amaral | - | |
| Gameleira | Hospital Regional de Palmares Dr. Silvio Magalhães | - | - |
| Jaqueira | | | |
| Joaquim Nabuco | | | |
| Lagoa dos Gatos | | | |
| Maraial | | | |
| Palmares | | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | | **CIR Nº 379/14** Instituto de Assistência Vale do Una | Hospital Regional de Palmares Dr. Silvio Magalhães; Instituto de Assistência Vale do Una |
| Primavera | Hosp. Distrital de Escada Dr. Benévolo Wanderley do Amaral | - | - |
| Quipapá | Unidade M de Saúde Maria Digna Pessoa de Mello | - | - |
| Ribeirão | Hospital Municipal Prof. Clóvis Azevedo Paiva | - | - |
| Rio Formoso | Hospital do Rio Formoso | - | - |
| S Benedito do Sul | Unidade Mista de Saúde Maria Digna Pessoa de Mello | - | - |
| S J da Coroa Grande | Hospital Regional de Palmares Dr. Silvio Magalhães | - | Unidade Mista Osmário Omena de Oliveira e HRSM |
| Sirinhaém | Hospital e Maternidade Mun Olímpio M Gouveia Lins | - | - |
| Tamandaré | Hospital Regional de Palmares Dr. Silvio Magalhães | - | Hospital R Dr. Silvio Magalhães e Unidade Mista Dr. Lúcio Monteiro |
| **Xexéu** | Hospital Regional de Palmares Dr. Silvio Magalhães | - | Hospital R Dr. Silvio Magalhães e Unidade M Santa Joana Centro de Saúde Ovídio Maciel |

Fonte: Resolução CIR Nº 288 de 12 de março de 2012 e resoluções CIR Nº 379 e 380 de 16 de dezembro de 2014.

Uma nova proposta de pactuação foi elaborada em 2018 onde seriam inseridos o Instituto Vale do Una ou Santa Rosa (861 NV), Hospital Municipal Cientista Nelson Chaves (69 NV), o Hospital Senador Antônio Farias (43 NV) e outras Unidades Mistas, porém ainda se encontra em discussão pelos municípios.

O Instituto Vale do Una ou Santa Rosa é uma entidade sem fins lucrativos localizado em Palmares de gestão dupla que possui 21 leitos conveniados ao SUS.

A III RS possui 18 estabelecimentos pactuados, mas apenas 03 serviços produzem mais de 300 partos/ano, sendo eles o Hospital Regional de Palmares Dr. Silvio Magalhães, Hospital Distrital Jailton Messias de Albuquerque e o Instituto de Assistência Vale do UNA.

Observa-se através do SINASC que a maior parte dos partos de risco habitual desta região é realizada pela maternidade estadual Dr. Silvio Magalhães. A grande

quantidade de leitos obstétricos não operacionais demonstra a necessidade que rever o Plano de Ação Rede Cegonha Regional.

Quadro 29 - Estabelecimentos de Saúde e municípios de referências para partos de Risco Habitual e Alto Risco na XII Região de Saúde.

| Município | Risco Habitual | Alto Risco |
|---|---|---|
| Aliança | U.M. Belarmino L. P. Melo | Central de Regulação |
| Camutanga | U.M. Minervina Guedes Tavares de Melo | |
| Condado | U.M. João Pereira de Andrade | |
| Ferreiros | - | |
| Goiana | Hospital Belarmino Correia | |
| Itambé | U.M. Hercílio Moraes Borba | |
| Itaquitinga | U.M. Adelina de Azevedo | |
| Macaparana | U.M. Joaquim de Melo Cavalcanti | |
| São Vicente Férrer | U.M. Edson Regis de Carvalho | |
| Timbaúba | Hospital Ferreira Lima (fechado) | |

Fonte: Resolução CIR Nº 17 de 21 de setembro de 2011.

A XII Região é constituída por 10 municípios, possui nove maternidades pactuadas, estando uma fechada, sendo o Hospital Belarmino Correia localizado na sede da regional a primeira escolha de referência para partos de risco habitual e a única que apresenta uma produção acima de 300 partos/ano, no entanto, ainda existe um grande fluxo migratório de gestantes para ter o seu parto em Nazaré da Mata. É necessário realizar um trabalho junto à APS de vinculação à maternidade regional, assim como, renovar a pactuação de referências de nascimento seguro, limpando do CNES os leitos obstétricos não operacionais.

As maternidades e CPNs precisam atender aos requisitos listados nas seguintes portarias:

- Portaria Nº 650, de 5 de outubro de 2011 - Dispõe sobre os Planos de Ação regional e municipal da Rede Cegonha
- Portaria Nº 930, de 10 de maio de 2012 - - Define as diretrizes e objetivos para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido grave ou potencialmente grave e os critérios de classificação e habilitação de leitos de Unidade Neonatal no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS);

- Portaria N°. 1.631 de 1 de outubro de 2015 - Aprova critérios e parâmetros para o planejamento e programação de ações e serviços de saúde no âmbito do SUS;
- Portaria N° 1.020, de 29 de maio de 2013 - Institui as diretrizes para a organização da Atenção à Saúde na Gestação de Alto Risco e define os critérios para a implantação e habilitação dos serviços de referência à Atenção à Saúde na Gestação de Alto Risco, incluída a Casa de Gestante, Bebê e Puérpera (CGBP), em conformidade com a Rede Cegonha;
- Portaria N° 11 de 07 de janeiro de 2015 - Redefine as diretrizes para implantação e habilitação de Centro de Parto Normal (CPN), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), para o atendimento à mulher e ao recém-nascido no momento do parto e do nascimento, em conformidade com o Componente PARTO E NASCIMENTO da Rede Cegonha, e dispõe sobre os respectivos incentivos financeiros de investimento, custeio e custeio mensal.

**Puerpério**

O puerpério tem início imediatamente após o parto. Ele dura em média 6 semanas após o parto e é classificado conforme a sua duração: imediato (do 1º ao 10º dia pós-parto), tardio (do 11º ao 45º dia pós-parto) e remoto (a partir do 45º dia, com término imprevisto, segue quadro com percentual de consulta puerperal.

Tabela 34 - Número de consultas puerperais por Região da Saúde, Macrorregião de Saúde I, 2023.

| *REGIÃO DE SAÚDE DE RESIDÊNCIA* | *Consulta agendada* | *Demanda espontânea* | *Visita domiciliar* | *Total* | *Nº de NV* | *% consulta puerperal* |
|---|---|---|---|---|---|---|
| I | 3.006 | 1.634 | 6.774 | 11.414 | 47.103 | 24,23 |
| II | 1.283 | 647 | 4.444 | 6.374 | 6.909 | 92,26 |
| III | 1.051 | 557 | 3.473 | 5.081 | 6.729 | 75,50 |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| XII | 107 | 223 | 2.505 | 2.835 | 3.800 | 74,60 |
| *Total Macro I* | *5.447* | *3.061* | *17.196* | *25.704* | *64.541* | *39,83* |

Fonte: ESUSAB.

**Parteiras Tradicionais**

Compreende-se por Parteira Tradicional aquela que atende ao parto domiciliar na comunidade em que reside, sendo reconhecida onde mora. Seu aprendizado se dá, geralmente, por meio de continuidade, repassados por outras Parteiras Tradicionais da sua família ou da comunidade que reside (Brasil, 1991; 2010). Tal denominação foi institucionalizada nos documentos oficiais do MS, e é atribuída a parteiras indígenas, não indígenas e quilombolas que atuam na assistência ao parto domiciliar, com base em saberes e práticas tradicionais, tendo o reconhecimento da sua comunidade (Gusman *et al*., 2019).

As parteiras tradicionais têm papel essencial na saúde reprodutiva das mulheres. Por serem detentoras de conhecimentos tradicionais sobre os corpos, fazem os trabalhos de assistência ao parto em processos que envolvem solidariedade, dom, parentesco, compadrio, afeto, responsabilidade, atuando com menos intervenção, respeitando a fisiologia e o corpo da mulher.

O Programa de Parteiras Tradicionais começou a ser desenhado pela Fundação Nacional de Saúde no ano de 1991 e Pernambuco teve a implantação do Programa Estadual de Parteiras Tradicionais (PEPT) em 1993. Cabe destacar que o Decreto nº 18.742/95 que definiu a organização da SES em seu Artigo Nº 177, determinou ser competência da Atenção Básica (item I) a promoção, o planejamento, a coordenação e controle da assistência ao parto domiciliar realizado por Parteiras Tradicionais e buscando reforçar essas diretrizes, o Conselho Estadual de Saúde (CES) de Pernambuco publicou a Resolução de N˚ 34 no ano de 1997 que recomendava aos municípios, proceder com o cadastro, acompanhamento e supervisão do trabalho das parteiras em sua área de atuação. Já o Programa Mãe Coruja Pernambucana (2007) inseriu no desenho da RAS, a Parteira Tradicional como uma aliada dentro da APS.

Para garantir o cadastro das parteiras do âmbito estadual, a SES através da GEASM e da Diretoria Geral de Informação e Informática (DGIIS) elaboraram e desenvolveram respectivamente o Sistema de Parteiras Tradicionais, (sisparteiras.saude.pe.gov.br) para que esse cadastro possa ser realizado, a partir de outros usuários das Gerência Regionais de Saúde e Municípios.

Nenhum município da Macrorregião I realizou o cadastro de parteiras no sisparteiras.

**Violência Sexual e Aborto Previsto em Lei**

As mulheres são o segmento da população que sofrem questões decorrentes da desigualdade de gênero, determinando vulnerabilidade. A violência sexual representa na vida das mulheres a violação dos seus direitos humanos, reprodutivos e sexuais.

O estado de Pernambuco, em consonância com as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), ~~d~~a Política Nacional de Enfrentamento à Violência e ~~d~~a Norma Técnica de Prevenção e Tratamento dos Agravos resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes do Ministério da Saúde, vem desenvolvendo ações através de uma rede intersetorial com fluxos definidos de acordo com a realidade local e que tem como função preservar a vida e ofertar o cuidado integral em saúde.

Desta forma, os serviços de referência de atenção às mulheres vítimas de violência sexual dispõem de acolhimento, atendimento humanizado, atendimento clínico, psicológico e social, orientação às pessoas em situação de violência ou aos seus responsáveis a respeito de seus direitos, dispensação e administração de medicamentos para profilaxias, notificação, exames laboratoriais, realização ou encaminhamento para interrupção da gravidez nos casos previstos em lei, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS; entre outras.

O Quadro 30 apresenta os serviços para atendimento às vítimas de violência sexual e aborto previsto em Lei existentes na I MRS.

Quadro 30 - Serviços de atendimento a vítimas de violência sexual e aborto previsto em Lei na I MRS.

| | |
|---|---|
| Recife | Pró-marias – Centro Integrado de Saúde Amaury de Medeiros (CISAM) |
| | Serviço de Apoio à mulher Wilma Lessa (Hospital Agamenon Magalhães) |
| | Centro de Atenção à Mulher Vítima de Violência Sony Santos (Hospital da Mulher do Recife) |
| | Policlínica e Maternidade Arnaldo Marques |
| | Maternidade Bandeira Filho |
| | Unidade Mista Professor Barros Lima |
| | Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP) |

Fonte: CNES.

Não existe atendimento para vítimas de violência sexual nas maternidades regionais da II, III e XII RS, sendo este um ponto importante a ser trabalhado em melhorias no acesso para qualificação da assistência.

**Rede Infantil**

A Organização Mundial de Saúde reconhecendo a prioridade da garantia de direitos da criança tem priorizado o conceito de saúde integral para designar toda uma linha de cuidado necessária para prover um crescimento e desenvolvimento adequado para a criança desde a gestação. Evidenciando isso, foi estabelecido como um dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável estabelecidos pela Organização Mundial de Saúde (OMS) para 2030, acabar com as mortes evitáveis de recém-nascidos e crianças menores de 5 anos, objetivando reduzir a mortalidade neonatal para pelo menos 12 por 1.000 nascidos vivos e a mortalidade de crianças menores de 5 anos para pelo menos 25 por 1.000 nascidos vivos. Para que isso seja possível, precisa-se garantir uma vigilância do crescimento e desenvolvimento satisfatórios na RAS da criança, sendo possível identificar e tratar possíveis doenças e agravos em tempo oportuno.

A SES-PE em parceria com as Secretarias Municipais de Saúde, desenvolve ações direcionadas à promoção de melhorias nas condições de saúde da criança fomentando o aleitamento materno através do monitoramento e instrumentalização dos maternidades para a Iniciativa Hospital Amigo da

Criança (IHAC); qualificando a assistência através de iniciativas como QUALINEO (estratégia de fortalecimento da atenção/assistência neonatal), assistência humanizada ao recém-nascido prematuro e/ou baixo peso - Método Canguru, para oportunizar o melhor início de vida ao recém-nascido além de desenvolver ações e pactuações para que o Teste do Pezinho seja realizado em todos os recém- nascidos em tempo oportuno.

**Características dos Recém-Nascidos**

Os recém-nascidos, estratificados por peso, IG e adequação e proporcionalidade do crescimento intrauterino, avaliados ao nascimento, apresentam riscos diferenciados de adaptação à vida extrauterina e de evolução neonatal, na infância e na vida adulta. O risco biológico das complicações é tanto maior quanto menor forem o peso e a IG ao nascer, com agravamento em países de baixa e média rendas, pelo acesso dificultado às práticas efetivas do cuidado (WHO, 2012).

A prematuridade é definida como todo nascimento ocorrido antes da 37ª semana gestacional ou período inferior a 259 dias a contar da data da última menstruação. Pode ser classificada, segundo a idade gestacional, em prematuridade extrema (de 22 a menos de 28 semanas), prematuridade severa (de 28 a menos de 32 semanas) e prematuridade moderada a tardia (de 33 a menos de 37 semanas) e desempenha um papel significativo na predição da mortalidade infantil, especialmente a neonatal (0 a 27 dias) (Alberto; Rosa; Iser, 2023; Martinelli *et al*., 2021).

A Tabela 35 demonstra o comportamento da taxa de prematuridade na MRS I dos anos de 2012 a 2021.

Tabela 35 - Nascidos Vivos com 23 a 36 semanas de gestação, Macrorregião I de Pernambuco 2012 a 2021.

| | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | % | % | % | % | % | % | % | % | % | % |
| I MACRO | 11,9 | 11,6 | 11,3 | 11,3 | 11,6 | 10,9 | 10,9 | 10,6 | 11,0 | 11,1 |
| I | 12,2 | 11,6 | 11,5 | 11,5 | 11,9 | 10,8 | 10,9 | 10,8 | 11,0 | 11,3 |
| II | 11,3 | 11,6 | 10,7 | 10,8 | 11,2 | 10,8 | 10,1 | 10,2 | 11,0 | 11,3 |
| III | 10,9 | 10,9 | 10,7 | 10,5 | 10,6 | 11,4 | 11,3 | 9,8 | 10,4 | 9,4 |
| XII | 10,9 | 12,0 | 11,2 | 11,3 | 10,5 | 11,2 | 11,3 | 11,5 | 11,9 | 11,1 |

Fonte: Sinasc/GVEV/DGIE/SEVSAP/SES-PE.

Observa-se que na série histórica a taxa de prematuridade se mantém em torno de 11%.

A Tabela 36 exibe o percentual de recém-nascidos com baixo peso dos anos de 2012 a 2021.

Tabela 36 - Nascidos Vivos com 23 a 36 semanas de gestação, Macrorregião I de Pernambuco 2012 a 2021.

| | *2012* | *2013* | *2014* | *2015* | *2016* | *2017* | *2018* | *2019* | *2020* | *2021* |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | *%* | *%* | *%* | *%* | *%* | *%* | *%* | *%* | *%* | *%* |
| *I MACRO* | *8,0* | *7,8* | *7,6* | *8,0* | *7,8* | *7,8* | *7,8* | *7,8* | *7,8* | *8,2* |
| I | *8,3* | *8,2* | *8,1* | *8,4* | *8,2* | *8,1* | *8,0* | *8,1* | *8,1* | *8,6* |
| II | *7,2* | *6,5* | *6,7* | *7,0* | *6,9* | *7,1* | *7,0* | *6,7* | *6,3* | *7,5* |
| III | *6,6* | *6,7* | *5,6* | *6,3* | *6,8* | *6,8* | *6,9* | *6,7* | *7,1* | *6,9* |
| XII | *7,3* | *7,4* | *7,6* | *8,2* | *6,4* | *6,9* | *7,5* | *7,2* | *7,1* | *6,8* |

Fonte: Sinasc/GVEV/DGIE/SEVSAP/SES-PE.

Observa-se que na série histórica a taxa de recém-nascidos na MRS I se mantém em torno de 8%.

**Organização da Assistência**

Implementar práticas efetivas de promoção, prevenção e, quando necessário, intervenção em saúde é uma estratégia de grande impacto na qualidade de vida da criança, na prevenção das mortes precoces por causas potencialmente evitáveis e na prevenção de eventos crônicos futuros, cardiovasculares e metabólicos. O desenvolvimento das potencialidades do ser humano é definido, em grande parte, pela continuidade do cuidado na infância, com a criança inserida na família e na comunidade, em um esforço coordenado, abrangente, multidisciplinar e intersetorial, concretizado no modelo de Atenção à Saúde materno-infantil.

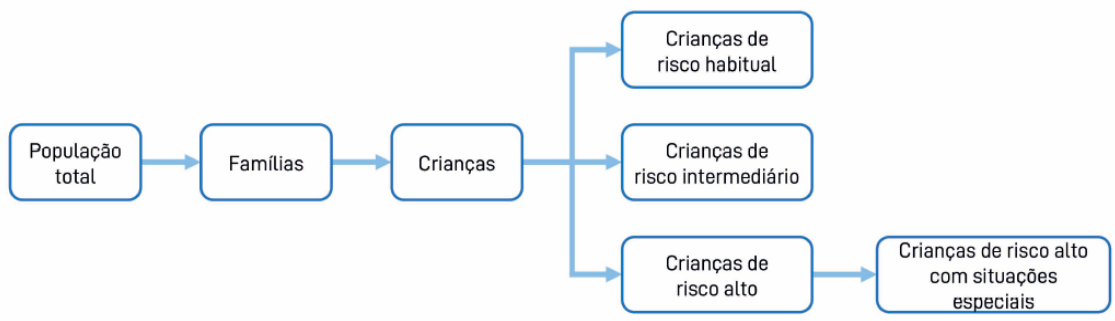
A agenda deve refletir a integralidade e a multidimensionalidade do cuidado abordando os aspectos biológicos, genéticos e epigenéticos e os fatores ecológicos, familiares, sociais e comportamentais, sumarizadas no eixo ecobiopsicossocial. Deve ainda buscar o desenvolvimento adequado da criança, resultado de interações contínuas e cumulativas entre experiência, biologia e comportamento. Se as experiências da primeira infância são protetoras e pessoais, são mais prováveis as habilidades de enfrentamento adaptativas ou saudáveis. Ao contrário, se as experiências iniciais são inseguras ou impessoais, são mais prováveis as habilidades de adaptação inadequadas ou prejudiciais.

A agenda precisa favorecer o envolvimento da família como protagonista no cuidado com a criança. Sua atuação é crítica para a adaptação e a vivência social e emocional da criança. O cuidado compartilhado com a equipe deve oferecer aos pais e aos cuidadores o conhecimento, o desenvolvimento de habilidades de cuidado e o apoio seguro para todas as situações que se apresentarem.

**Linha de Cuidado**

O conhecimento da população usuária de um sistema de atenção à saúde é o elemento básico que torna possível romper com a gestão baseada na oferta, característica dos sistemas fragmentados, e instituir a gestão baseada nas necessidades de saúde da população, identificando pessoas e grupos com necessidades de saúde semelhantes, que devem ser cuidados por tecnologias e recursos específicos, segundo uma estratificação de riscos. A partir do cadastro familiar pelo Agente Comunitário de Saúde (ACS), o recém-nascido iniciará seu acompanhamento na UBS, de acordo com a estratificação de risco, dando garantia para o cuidado contínuo de que a criança necessita.

Figura 117 - Processo de conhecimento da subpopulação de crianças.

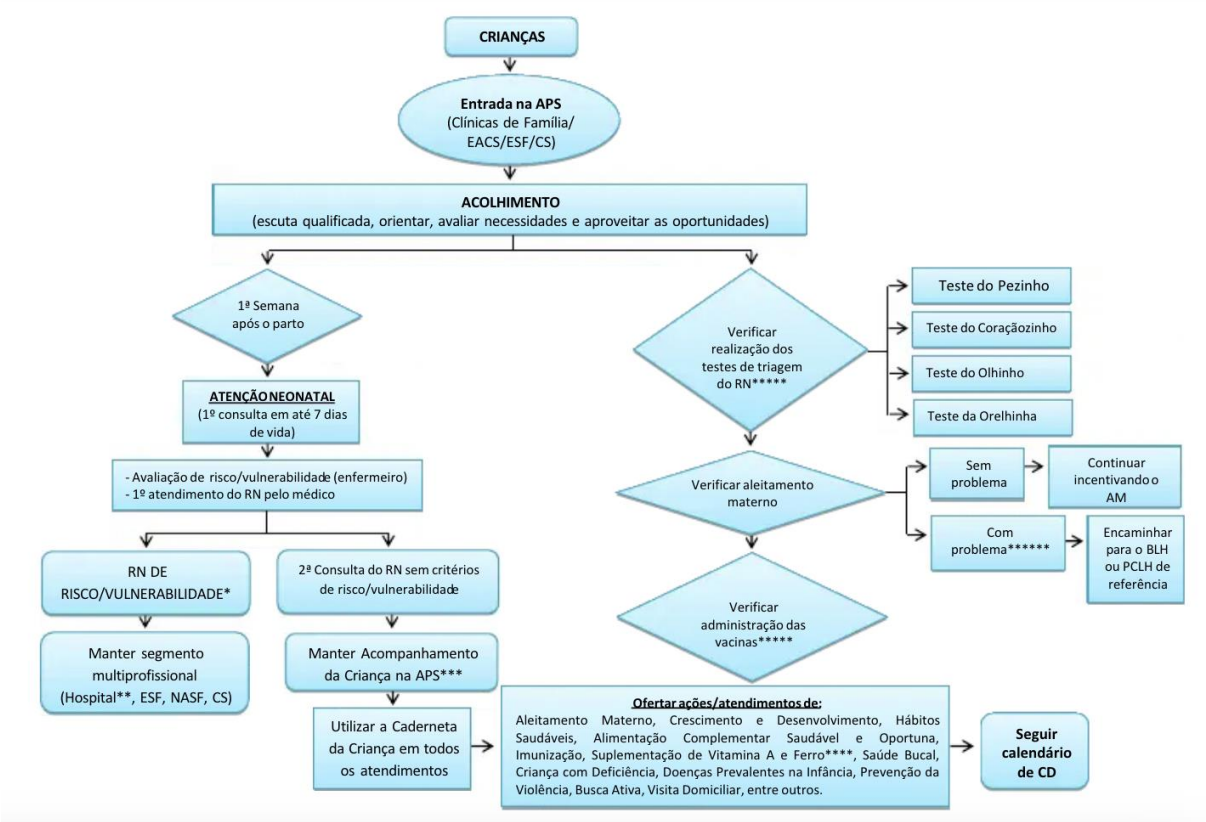



Fonte: Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein, 2021.

A primeira visita domiciliar pós-alta deve ser programada para todos os recém-nascidos da área de abrangência, de acordo com as informações obtidas junto à equipe perinatal. As visitas habituais devem ser realizadas pelo ACS nas primeiras 24 a 48 horas pós-alta. Quando há sinalização de algum fator de risco ao nascer, o enfermeiro deve realizar a visita, acompanhado pelo ACS, nas primeiras 24 horas pós-alta. Esse prazo para a realização da visita se aplica também aos recém-nascidos com internação na unidade neonatal. A visita deve ser baseada em roteiros que permitam a vigilância de fatores de risco, o reforço dos fatores protetivos e a orientação para o cuidado do recém-nascido.

A a seguir apresenta o fluxograma da Linha de Cuidado da Saúde da Criança, elaborada com o objetivo de expressar um fluxo assistencial seguro para a população infantil e suas famílias de modo que garanta o acesso à rede de saúde dessa clientela, de acordo com as necessidades e especificidades.

Figura 118 - Fluxograma da Linha de Cuidado da Criança




Fonte: Brasília - DF, 2014.

## Aleitamento Materno

O aleitamento materno tem se constituído em tema fundamental para a saúde e a qualidade de vida da criança, com algumas ações, iniciativas e estratégicas intersetoriais como: IHAC; Estratégia Nacional para Promoção do Aleitamento Materno e Alimentação Complementar Saudável no SUS – Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil (EAAB); A ação de apoio à Mulher Trabalhadora que Amamenta (MTA); A Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano (RBLH); A implementação da Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes, para Crianças de Primeira Infância, Bicos Chupetas e Mamadeiras (NBCAL) e a mobilização social em aleitamento materno.

O Quadro 31 traz o percentual de aleitamento exclusivo na MRS I.

Quadro 31 - Aleitamento exclusivo até 6 meses, Macrorregião I de Pernambuco março a dezembro de 2023.

| | Número total de aleitamento exclusivo até 6 meses | % de aleitamento exclusivo até 6 meses | Total de menores de 6 meses acompanhados |
|---|---|---|---|
| **Macro I** | 3.098 | 43,32 | 7.152 |
| **I RS** | 1.963 | 44,77 | 4.385 |
| **II RS** | 541 | 44,93 | 1.204 |
| **III RS** | 318 | 37,11 | 857 |
| **XII RS** | 276 | 39,09 | 706 |

Fonte: Sisvan

Apesar do número baixo de aleitamento exclusivo até os seis meses de idade apresentado no quadro acima, sabe-se que este é um dado subnotificado e que depende da informação das genitoras.

A I MRS dispõe de um total de 9 Bancos de Leite Humano e 4 postos de coleta de leite humano apresentados nos quadros Quadro 32 Quadro 33.

Quadro 32 - Bancos de Leite Humano existentes na I MRS.

| Região de saúde | Serviços existentes |
|---|---|
| I RS | Maternidade Professor Bandeira Filho |
| | Hospital da Mulher do Recife Dra. Mercês Pontes Cunha |
| | Real Hospital Português |
| | Hospital Materno-infantil da UNIMED |
| | Hospital Agamenon Magalhães |
| | CISAM/UPE |
| | Hospital Barão de Lucena |
| | Hospital das Clínicas de Pernambuco |
| | Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira - IMIP |

Fonte: CNES.

Quadro 33 - Postos de coleta de Leite Humano existentes na I MRS.

| Região de saúde | Serviços existentes |
|---|---|
| I RS | Policlínica e Maternidade Prof. Arnaldo Marques |
| | Uniame |
| | Policlínica e Maternidade Prof. Barros Lima |
| | Hospital Guararapes |

Fonte: CNES.

Não existe oferta de banco de leite humano ou posto de coleta nas II, III e XII RS.

A IHAC é referência em qualidade e humanização do atendimento durante todas as etapas da gestação, parto e nascimento e período neonatal precoce, que enfatiza o papel da importância da proteção, promoção e apoio ao aleitamento materno.

Na I MRS existem 10 serviços com o selo IHAC apresentados no Quadro 34.

Quadro 34 - Serviços com o selo IHAC na I MRS.

| Região de saúde | Serviços existentes |
|---|---|
| I RS | Maternidade Professor Bandeira Filho |
| | Hospital da Mulher do Recife Dra. Mercês Pontes Cunha |
| | Real Hospital Português |
| | Hospital Materno-infantil da UNIMED |
| | Hospital Agamenon Magalhães |
| | CISAM/UPE |
| | Hospital Barão de Lucena |
| | Hospital das Clínicas de Pernambuco |
| | Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira - IMIP |

Fonte: CNES.

**Triagem Neonatal**

Triagem universal neonatal: são ações preventivas que permitem identificar, em tempo oportuno, distúrbios e doenças congênitas, e realizar acompanhamento e tratamento para diminuir ou eliminar os danos associados a eles. Fazem parte da triagem neonatal:

- Triagem universal para detecção de cardiopatias congênitas críticas: teste de oximetria de pulso pré e pós-ductal. Realizar o exame a partir de 24 horas de vida, antes da alta hospitalar (SBP, 2011).

- Triagem oftalmológica neonatal universal: todos os recém-nascidos devem ter o teste de reflexo vermelho ocular realizado antes da alta hospitalar (SBP, 2018).
- Triagem auditiva neonatal universal: todos os recém-nascidos, antes da alta hospitalar, por ocasião do nascimento, devem ser triados para deficiência auditiva (Brasil, 2012).
- Triagem biológica (Teste do Pezinho): realizada entre o terceiro e o sétimo dia, mais comumente nas ações do quinto dia, incluindo minimamente a triagem para hipotireoidismo, fenilcetonúria, fibrose cística, deficiência de biotinidase, hiperplasia adrenal congênita, drepanocitose e IgM para toxoplasmose (Brasil, 2016b).

A Triagem Neonatal Biológica foi incorporada ao SUS em 2001 por meio da Portaria GM/MS nº 822, de 6 de junho de 2001, que institui o Programa Nacional de Triagem Neonatal. Em 2021 foi publicada a Lei nº 14.154/2021, que estabeleceu a ampliação, de maneira escalonada, das doenças a serem triadas pelo teste do pezinho. Segundo a referida Lei, o estado de Pernambuco está efetivado para a triagem das doenças constantes na fase I do Programa, que inclui o Hipotireoidismo Congênito, Fenilcetonúria, Doença Falciforme e outras hemoglobinopatias, Fibrose cística, Hiperplasia adrenal congênita, Deficiência de biotinidase e Toxoplasmose congênita, estando esta última em fase de implantação no Estado. O Estado dispõe de 311 pontos de coleta do Teste do Pezinho, distribuídos por todos os municípios, que realizam a coleta da amostra de sangue em papel filtro e enviam ao Laboratório Central de Saúde Pública Dr Milton Bezerra (LACEN), para análise laboratorial. Os casos suspeitos detectados pelo LACEN são notificados ao nível central (SES-PE), que repassa a informação às Gerências Regionais de Saúde e municípios, para procederem com a busca ativa dos casos suspeitos e investigação diagnóstica. Os casos suspeitos são encaminhados para investigação diagnóstica nos ambulatórios de referência de cada doença, sendo o Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP) para Fibrose cística, Hiperplasia Adrenal Congênita e Deficiência de Biotinidase; o Hospital Barão de Lucena para Hipotireoidismo Congênito e Fenilcetonúria; e o Hemocentro de Pernambuco (HEMOPE) para Doença falciforme e outras Hemoglobinopatias. Os casos confirmados passam a ser

acompanhados regularmente pelos referidos serviços, de acordo com os protocolos e diretrizes clínicas estabelecidas para cada patologia.

A Tabela 37 apresenta os quantitativos de pontos de coleta de teste do pezinho na MRS I.

Tabela 37 - Pontos de triagem biológica na I Macrorregião de Saúde.

| GERES | Nº DE MUNICÍPIOS | PONTOS DE COLETA |
|---|---|---|
| I | 20 | 46 |
| II | 20 | 21 |
| III | 22 | 32 |
| XII | 10 | 21 |
| TOTAL Macro I | 72 | 120 (*) |

Fonte: SISNEO – SISNEO – LACEN/SES-PE (*) Pontos de coleta cadastros/habilitados e enviando as amostras para o laboratório.

Se faz importante, além de conhecer a cobertura de pontos de coleta, entender como está a cobertura do teste do pezinho que se apresenta abaixo no Quadro 35.

Quadro 35 - Cobertura do teste do pezinho na I Macrorregião de Saúde, 2014 a 2021.

| **PERNAMBUCO** | | | **2014** | **2015** | **2016** | **2017** | **2018** | **2019** | **2020** | **2021** |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **MACRORREGIÃO I** | **I RS** | NV | 61.118 | 62.272 | 56.398 | 59.112 | 58.573 | 55.937 | 53.087 | 51.186 |
| | | Testados | 39.043 | 37.429 | 38.637 | 38.937 | 38.937 | 37.259 | 34.113 | 34.049 |
| | | Cobertura (%) | 63,88 | 60,10 | 68,52 | 65,86 | 66,47 | 66,60 | 64,26 | 66,52% |
| | **II RS** | NV | 8.198 | 8.317 | 7.311 | 7.794 | 7.970 | 7.644 | 7.658 | 7.563 |
| | | Testados | 6.604 | 6.795 | 5.445 | 5.974 | 6.398 | 6.094 | 5.789 | 5.908 |
| | | Cobertura (%) | 80,55 | 81,70 % | 74,48 | 76,65 | 80,28 | 79,72 | 75,59 | 78,12 |
| | **III RS** | NV | 11.087 | 10.302 | 9.089 | 8.685 | 8.388 | 8.039 | 7.578 | 7.525 |
| | | Testados | 6.848 | 6.843 | 6.500 | 5.560 | 6.248 | 8.110 | 7.184 | 5.295 |
| | | Cobertura (%) | 61,77 | 66,42 | 71,51 | 64,02 | 74,49 | 75,77 | 94,80 | 70,36 |
| | XII RS | NV | 4.719 | 4.779 | 4.264 | 4.368 | 4.451 | 4.209 | 4.027 | 4.086 |
| | | Testados | 3.670 | 3.853 | 3.063 | 2.843 | 3.324 | 3.076 | 2.796 | 2.949 |
| | | Cobertura (%) | 77,77 | 80,62 | 71,83 | 65,08 | 74,68 | 73,08 | 69,43 | 72,17 |

Fonte: Sinasc/Sisneo/Lacen/SES-PE

Segue detalhado o número de crianças triadas por município em cada RS da MRS I nos quadros 36 a 39.

Quadro 36 - Cobertura do teste do pezinho na I Região de Saúde, 2014 a 2021.

| Município | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Abreu e Lima | 693 | 958 | 627 | 715 | 711 | 622 | 539 | 463 |
| Araçoiaba | 281 | 336 | 322 | 296 | 312 | 300 | 263 | 242 |
| Cabo de Santo Agostinho | 2.266 | 2.159 | 1.890 | 1.772 | 1.911 | 1.808 | 1.599 | 1.910 |
| Camaragibe | 1.880 | 1.711 | 1.575 | 871 | 1.388 | 1305 | 1723 | 1.569 |
| Chã de Alegria | 209 | 210 | 199 | 185 | 189 | 199 | 173 | 148 |
| Chã Grande | 288 | 301 | 238 | 264 | 292 | 227 | 255 | 254 |
| Fernando de Noronha (*) | 14 | 3 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 |
| Glória do Goitá | 292 | 333 | 249 | 321 | 322 | 227 | 239 | 251 |
| Igarassu | 1.252 | 1.238 | 908 | 894 | 925 | 849 | 832 | 887 |
| Ilha de Itamaracá | 259 | 267 | 248 | 264 | 242 | 202 | 134 | 180 |
| Ipojuca | 1.200 | 1.136 | 1.052 | 1.201 | 1256 | 1231 | 1.129 | 1.258 |
| Itapissuma | 303 | 362 | 286 | 263 | 303 | 292 | 279 | 299 |
| Jaboatão dos Guararapes | 5.474 | 3.905 | 3.838 | 3.328 | 3.207 | 3.131 | 2.740 | 2.890 |
| Moreno | 638 | 441 | 380 | 422 | 476 | 441 | 364 | 470 |
| Olinda | 3.545 | 3.673 | 2.432 | 2.311 | 2.306 | 2.197 | 1.796 | 1.948 |
| Paulista | 2.377 | 2.248 | 1.382 | 1.475 | 1.491 | 1.202 | 1.308 | 1.069 |
| Pombos | 353 | 351 | 333 | 315 | 285 | 303 | 227 | 294 |
| Recife (Sede Regional) | 14.725 | 14.822 | 19.859 | 21.785 | 21.002 | 20.467 | 18.614 | 17.609 |
| São Lourenço da Mata | 1.433 | 1.409 | 1.028 | 560 | 484 | 600 | 495 | 650 |
| Vitória de Santo Antão | 1.561 | 1.566 | 1.791 | 1.720 | 1.834 | 1.647 | 1.404 | 1.657 |
| Total | 39.043 | 37.429 | 38.637 | 38.962 | 38.937 | 37.250 | 34.113 | 34.049 |

Fonte: Sinasc/Sisneo/Lacen/SES-PE.

Quadro 37 - Cobertura do teste do pezinho na II Região de Saúde, 2014 a 2021.

| Município | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Bom Jardim | 413 | 399 | 294 | 370 | 377 | 389 | 376 | 369 |
| Buenos Aires | 164 | 155 | 137 | 94 | 89 | 149 | 148 | 165 |
| Carpina | 794 | 765 | 578 | 717 | 737 | 682 | 664 | 659 |

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Casinhas | 113 | 159 | 87 | 98 | 163 | 127 | 139 | 141 |
| Cumuru | 118 | 159 | 117 | 111 | 144 | 136 | 137 | 114 |
| Feira Nova | 238 | 263 | 203 | 275 | 239 | 268 | 282 | 270 |
| João Alfredo | 325 | 344 | 284 | 318 | 343 | 303 | 302 | 312 |
| Lagoa do Carro | 207 | 211 | 150 | 178 | 188 | 197 | 185 | 191 |
| Lagoa do Itaenga | 366 | 306 | 243 | 178 | 269 | 251 | 229 | 291 |
| Limoeiro (Sede Regional) | 790 | 915 | 818 | 759 | 704 | 631 | 579 | 584 |
| Machados | 79 | 36 | 116 | 184 | 166 | 181 | 160 | 176 |
| Nazaré da Mata | 430 | 416 | 599 | 733 | 492 | 352 | 139 | 319 |
| Orobó | 264 | 245 | 217 | 213 | 241 | 233 | 232 | 255 |
| Passira | 349 | 291 | 214 | 258 | 281 | 295 | 307 | 290 |
| Paudalho | 382 | 447 | 0 | 170 | 500 | 517 | 524 | 506 |
| Salgadinho | 67 | 65 | 55 | 61 | 80 | 72 | 70 | 71 |
| Surubim | 886 | 904 | 809 | 808 | 851 | 793 | 723 | 661 |
| Tracunhaém | 152 | 190 | 115 | 63 | 117 | 130 | 171 | 151 |
| Vertente do Lério | 124 | 141 | 109 | 76 | 98 | 79 | 117 | 98 |
| Vicência | 343 | 384 | 300 | 310 | 319 | 309 | 305 | 285 |
| Total | 6.604 | 6.795 | 5.445 | 5.974 | 6.398 | 6.094 | 5.789 | 5.908 |

Fonte: Sinasc/Sisneo/Lacen/SES-PE.

Quadro 38 - Cobertura do teste do pezinho na III Região de Saúde, 2014 a 2021.

| **Município** | **2014** | **2015** | **2016** | **2017** | **2018** | **2019** | **2020** | **2021** |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Àgua Preta | 267 | 311 | 300 | 238 | 75 | 171 | 66 | 134 |
| Amaraji | 258 | 257 | 236 | 217 | 239 | 224 | 179 | 178 |
| Barreiros | 603 | 582 | 506 | 468 | 480 | 477 | 360 | 422 |
| Belém de Maria | 161 | 171 | 145 | 106 | 156 | 150 | 133 | 140 |
| Catende | 430 | 437 | 466 | 462 | 476 | 403 | 356 | 364 |
| Cortés | 189 | 202 | 178 | 166 | 158 | 153 | 119 | 160 |
| Escada | 862 | 816 | 785 | 725 | 739 | 670 | 552 | 430 |
| Gameleira | 233 | 219 | 139 | 221 | 209 | 192 | 188 | 187 |
| Jaqueira | 59 | 109 | 138 | 167 | 144 | 140 | 119 | 59 |
| Joaquim Nabuco | 151 | 221 | 169 | 104 | 141 | 156 | 118 | 126 |
| Lagoa dos Gatos | 163 | 157 | 144 | 141 | 155 | 168 | 164 | 157 |
| Maraial | 172 | 96 | 84 | 89 | 142 | 119 | 85 | 111 |
| Palmares (Sede Regional) | 926 | 776 | 744 | 763 | 872 | 758 | 787 | 675 |
| Primavera | 167 | 152 | 130 | 110 | 120 | 142 | 146 | 146 |

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Quipapá | 226 | 196 | 223 | 239 | 230 | 160 | 151 | 190 |
| Ribeirão | 498 | 539 | 395 | 375 | 409 | 427 | 381 | 399 |
| Rio Formoso | 269 | 257 | 395 | 224 | 288 | 312 | 302 | 284 |
| São Benedito do Sul | 106 | 114 | 117 | 106 | 118 | 101 | 101 | 108 |
| São José da Coroa Grande | 293 | 269 | 249 | 249 | 225 | 251 | 177 | 200 |
| Sirinhaém | 455 | 511 | 404 | 405 | 445 | 400 | 372 | 375 |
| Tamandaré | 288 | 302 | 404 | 302 | 285 | 340 | 316 | 327 |
| Xexéu | 72 | 149 | 149 | 151 | 142 | 177 | 138 | 123 |
| Total | 6.848 | 6.843 | 6.500 | 5.560 | 6.248 | 8.110 | 7.184 | 5.295 |

Fonte: Sinasc/Sisneo/Lacen/SES-PE.

Quadro 39 - Cobertura do teste do pezinho na XII Região de Saúde, 2014 a 2021.

| Município | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Aliança | 533 | 523 | 374 | 396 | 441 | 444 | 424 | 432 |
| Camutanga | 126 | 104 | 118 | 138 | 165 | 146 | 109 | 114 |
| Condado | 257 | 366 | 295 | 269 | 278 | 324 | 222 | 213 |
| Ferreiros | 126 | 162 | 133 | 140 | 126 | 136 | 126 | 140 |
| Goiana (Sede Regional) | 788 | 819 | 517 | 580 | 557 | 575 | 456 | 486 |
| Itambé | 364 | 373 | 276 | 69 | 315 | 281 | 249 | 299 |
| Itaquitinga | 199 | 211 | 149 | 69 | 160 | 88 | 132 | 128 |
| Macaparana | 356 | 376 | 344 | 326 | 382 | 303 | 358 | 321 |
| São Vicente Ferrer | 205 | 221 | 231 | 194 | 273 | 222 | 224 | 255 |
| Timbaúba | 716 | 701 | 626 | 662 | 627 | 557 | 496 | 561 |
| Total | 3.670 | 3.856 | 3.063 | 2.843 | 3.324 | 3.076 | 2.796 | 2.949 |

Fonte: Sinasc/Sisneo/Lacen/SES-PE.

## Distribuição de Leitos

## Leitos de UTI neonatal, UCI neonatal e UCI canguru

Quadro 40 - Leitos UTI neonatais na Macrorregião I.

| | Município | Estabelecimento | Leitos SUS |
|---|---|---|---|
| **I RS** | Recife | IMIP tipo III | 18 |
| | | Hospital das Clínicas | 10 |
| | | Hospital Barão de Lucena | 18 |
| | | CISAM | 10 |
| | | Hospital Maria Lucinda | 10 |
| | | Hospital Agamenon Magalhães | 15 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | Vitória de Santo Antão | Hospital João Murilo e Policlínica de Vitória | 10 |
| | Jaboatão | Hospital Memorial Guararapes | 30 |
| **III RS** | Palmares | Hospital dr. Sílvio Magalhães | 8 |
| **TOTAL MRS I** | | | 129 |

Fonte: CNES; DGAIS; Central de Regulação de Leitos Hospitalares. Dados captados em 22/05/2024.

Observamos que a I MRS concentra quase todos os leitos de UTI neonatal do estado de Pernambuco. Somente vai existir outros leitos de UTI neonatal na terceira macrorregião. Desta forma, existe superlotação de leitos neonatais na I MRS.

Quadro 41 - Leitos UCI neonatais convencional e canguru na Macrorregião I.

| RS | MUNICÍPIO | UNIDADE | UCInCO | UCInCA |
|---|---|---|---|---|
| **I RS** | Jaboatão dos Guararapes | Hospital Memorial Guararapes | 0 | 0 |
| | Palmares | Hospital Regional Professor Sílvio Magalhães | 6 | 0 |
| | Paulista | Hospital Santa Ana | 3 | 0 |
| | Recife | Hospital Agamenon Magalhães | 15 | 8 |
| | | Hospital Barão de Lucena | 16 | 10 |
| | | Hospital da Mulher do Recife | 15 | 12 |
| | | Centro Universitário Integrado Amauri de Medeiros - CISAM | 19 | 7 |
| | | Hospital das Clínicas | 5 | 0 |
| | | Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira - IMIP | 10 | 22 |
| | Vitória | Hospital João Murilo | 10 | 0 |
| **III RS** | Palmares | Hospital Silvio Magalhães | 4 | 0 |
| **Total I MRS** | | | 103 | 59 |

Fonte: CNES; DGAIS; Central de Regulação de Leitos Hospitalares. Dados captados em 22/05/2024.

## Leitos pediátricos

Quadro 42 - Leitos pediátricos clínicos na Macrorregião I.

| | Município | Estabelecimento | Leitos SUS |
|---|---|---|---|
| **I RS** | Recife | Hospital Otávio de Freitas | 18 |
| | | Hospital Barão de Lucena | 67 |
| | | Hospital geral de Areias | 37 |
| | | Hospital da Restauração | 131 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | | IMIP | 186 |
| | | Hospital Correia Picanço | 13 |
| | | Hospital Maria Lucinda | 18 |
| | | Hospital Oswaldo Cruz | 6 |
| | | Hospital das Clínicas | 22 |
| | | HEMOPE | 10 |
| | Jaboatão dos Guararapes | Hospital Jaboatão Prazeres | 20 |
| | Olinda | Hospital Tricentenário | 8 |
| | | Maternidade Brites de Albuquerque | 20 |
| | Vitória de Santo Antão | Hospital João Murilo e Policlínica de Vitória | 25 |
| | Fernando de Noronha | Hospital São Lucas | 2 |
| **II RS** | Limoeiro | Hospital Fernandes Salsa | 17 |
| | Nazaré da Mata | Hospital Ermírio Coutinho | 11 |
| **III RS** | Palmares | Hospital Silvio Magalhães | 51 |
| **XII RS** | Goiana | Hospital Belarmino Correia | 11 |
| **Total Macro I** | | | 628 |

Fonte: CNES; DGAIS; Central de Regulação de Leitos Hospitalares. Dados captados em 22/05/2024.

Quadro 43 - Leitos UTI pediátricos na Macrorregião I.

| | **Município** | **Estabelecimento** | **SUS** |
|---|---|---|---|
| **I RS** | Recife | Hospital Otávio de Freitas | 29 |
| | | Hospital Barão de Lucena | 8 |
| | | Hospital da Restauração | 16 |
| | | Hospital Oswaldo Cruz | 6 |
| | | Hospital Correia Picanço | 5 |
| | | IMIP | 46 |
| | | Hospital Maria Lucinda | 33 |
| | Jaboatão dos Guararapes | Hospital Memorial Guararapes | 10 |
| | Olinda | Maternidade Brites de Albuquerque | 30 |
| **III RS** | Palmares | Hospital Silvio Magalhães | 16 |
| **XII RS** | Goiana | Hospital Belarmino Correia | 10 |
| **Total Macro I** | | | 194 |

Fonte: CNES; DGAIS; Central de Regulação de Leitos Hospitalares. Dados captados em 22/05/2024.

## Programa Mãe Coruja

O Programa Mãe Coruja Pernambucana (PMCP) tem como missão contribuir para a redução da morbimortalidade materna e infantil no estado de Pernambuco,

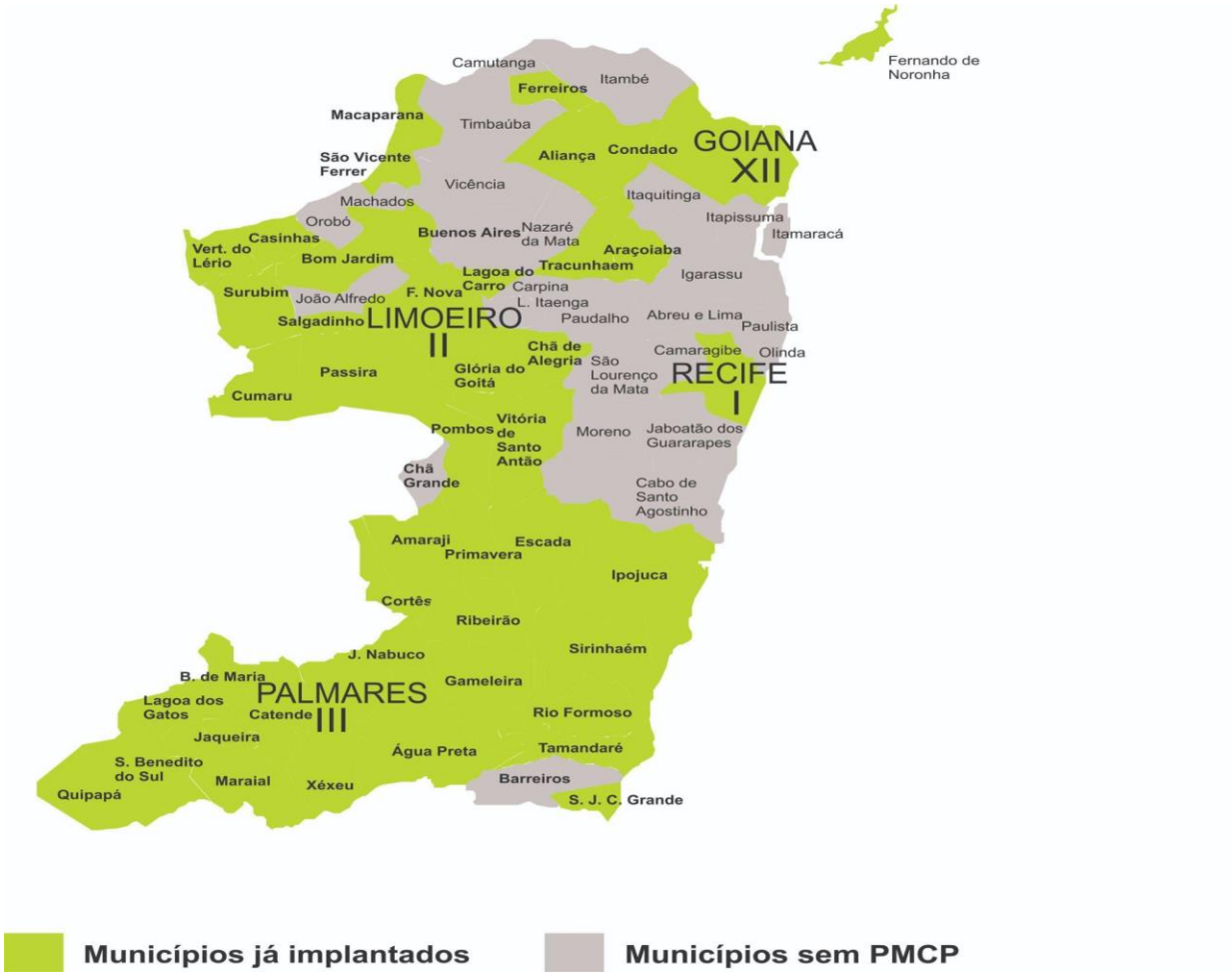
através da indução de políticas públicas de atenção integral à gestante e à criança na primeira infância, visando o fortalecimento dos vínculos afetivos, familiares e comunitários na perspectiva da promoção do desenvolvimento humano.

Instituído como política pública através da Lei 13.959, de 15 de dezembro de 2009, o programa está presente em 150 municípios do estado de Pernambuco e no Distrito de Fernando de Noronha, sendo 02 municípios de gestão municipal (Recife e Ipojuca) com Termo de Cooperação Técnica com o Estado.

Suas atividades são desenvolvidas a partir da perspectiva intersetorial, com vistas à garantia de direitos para mulheres, seus filhos e famílias. Na saúde, as ações têm o objetivo de fortalecer a atenção ofertada nas unidades de atenção primária, apoiando o pré-natal, puerpério e puericultura das famílias acompanhadas. Ainda, objetiva articular a rede de saúde municipal, regional e estadual, auxiliando na organização da rede materno-infantil.

Em cada município do programa, há um Canto Mãe Coruja que consiste em uma estrutura matricial de coordenação do cuidado para gestantes e crianças cadastradas com dois profissionais de nível superior, que acolhem, cadastram e acompanham essas gestantes e crianças, a partir de uma rede descentralizada de profissionais e de um sistema de informação, o “SIS Mãe Coruja”. Conta ainda com ações realizadas através de parcerias com os municípios, sociedade civil, organizações não governamentais e universidades. O mapa a seguir mostra onde o Programa Mãe Coruja está implantado na MRS I.

Figura 119 - Mapa de cobertura de municípios do Programa Mãe Coruja.




Fonte própria.

Os municípios contemplados com o Programa Mãe Coruja na Macro I são:

I RS - Araçoiaba. Chã de Alegria, Glória de Goitá, Fernando de Noronha, Ipojuca, Pombos, Recife e Vitória de Santo Antão;

II RS - Bom Jardim, Casinhas, Cumaru, Feira Nova, Lagoa do Carro, Limoeiro, Passira, Salgadinho, Surubim, Tracunhaém e Vertente do Lério;

III RS - Água Preta, Amaraji, Catende, Cortês, Escada, Gameleira, Jaqueira, Joaquim Nabuco, Lagoa dos Gatos, Maraial, Palmares, Primavera, Quipapá, Ribeirão, Rio Formoso, São Benedito do Sul, São José da Coroa Grande, Sirinhaém, Tamandaré, Xexéu;

XII RS - Aliança, Condado, Ferreiros, Goiana, Macaparana, São Vicente Ferrer.

O Quadro 44 apresenta o número de cadastros realizados pelo Programa Mãe Coruja no ano de 2023.

Quadro 44 - Cadastros no Programa Mãe Coruja no ano de 2023, Macrorregião I.

| INDICADORES | CONSOLIDADO GERES | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | jan a dez 2023 | | | | TOTAL DA MACRO I |
| | I | II | III | XII | |
| **Gestações cadastradas** | 195 | 1.083 | 1.909 | 477 | 1.755 |
| **Crianças Cadastradas** | 33 | 631 | 1.242 | 357 | 2.263 |

Fonte: Sistema do Programa Mãe Coruja.

## Financiamento

## Financiamento da Rede Cegonha

## Financiamento de leitos

A Portaria n° 1.506, de 12 de julho de 2012 no Art. 1º estabelece recurso de R$ 29.298.668,28 (vinte e nove milhões, duzentos e noventa e oito mil seiscentos e sessenta e oito reais e vinte e oito centavos), a ser incorporado ao Limite Financeiro Anual de Média e Alta Complexidade do estado de Pernambuco e dos municípios de Olinda, São Lourenço da Mata e Vitória de Santo Antão.

Quadro 45 - Cadastros no Programa Mãe Coruja no ano de 2023, Macrorregião I.

| Portaria | Município | Estabelecimento | Valor anual | Valor mensal | Descrição |
|---|---|---|---|---|---|
| GM 01910/2012 | Recife | Policlínica Agamenon Magalhães | 12.000.000 | 1.000.000 | Recurso sem descrição |
| GM 01910/2012 | Recife | Policlínica Salomão Kelner | 7.080.000 | 590.000 | Recurso sem descrição |
| GM 01506/2012 | Vitória de Santo Antão | Hospital João Murilo | 18.000.000 | 1.500.000 | Recurso sem descrição |
| GM 01506/2012 | Olinda | Maternidade Brites de Albuquerque | 5.595.996 | 466.333,00 | Recurso sem descrição |
| GM 01506/2012 | São Lourenço da Mata | Maternidade Petronila Campo | 5.702.672,28 | 475.222,69 | Recurso sem descrição |

Fonte: Portaria n° 1.506, de 12 de julho de 2012.

A seguir serão apresentados dos quadros 46 a 52 os leitos Rede Cegonha habilitados e financiados pela União.

Quadro 46 - Financiamento de leitos CPN, Rede Cegonha.

| Portaria | Publicação | Município | Serviço | Valor Anual | Valor Mensal | Leito | Descrição |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| GM 03063/2011 | 22/12/2011 | Recife | IMIP | 960.000 | 80.000 | 1 | Centro de parto normal |
| GM 01649/2015 | 05/10/2015 | Recife | IMIP | - 120.000 | - 10.000 | | Centro de parto normal |

Fonte: Adaptado das Portarias
*Nota: Considerando que as Portarias GM 03063/2011 e GM 01649/2015, o CPN do IMIP recebe R$ 840.000,00 (ano) e R$ 70.000,00 (mês).

Quadro 47 - Financiamento de leitos CGBP, Rede Cegonha.

| Portaria | Publicação | Município | Serviço | Valor Anual | Valor Mensal | Leito | Descrição |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| GM 03063/2011 | 22/12/2011 | Recife | IMIP | 720.000 | 60.000 | 1 | casa gestante, bebê e puérpera |

Fonte: Adaptado das Portarias

Quadro 48 - Financiamento de leitos CGBP, Rede Cegonha.

| Portaria | Publicação | Município | Serviço | Valor Anual | Valor Mensal | Leito | Descrição |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| GM 03222/2016 | 30/12/2016 | Garanhuns | Hospital Dom Moura | 1.365.100,00 | 113.758,33 | 20 | leitos de gestante de alto risco |
| GM 01885/2012 | 05/09/2012 | Caruaru | Hospital Jesus Nazareno | 2.320.670,00 | 193.389,17 | 34 | leitos de gestante de alto risco |
| GM 01498/2012 | 13/07/2012 | Petrolina | Hospital Dom Malan | 1.706.375,00 | 142.197,92 | 25 | leitos de gestante de alto risco |
| GM 03063/2011 | 22/12/2011 | Recife | Hospital das Clínicas | 2.047.650,00 | 170.637,50 | 30 | leitos de gestante de alto risco |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| GM 03063/ 2011 | 22/12/2011 | Recife | Hospital Agamenon Magalhães | 4.914.360,00 | 409.530,00 | 72 | leitos de gestante de alto risco |
| GM 03063/ 2011 | 22/12/2011 | Recife | IMIP | 4.982.615,00 | 415.217,92 | 73 | leitos de gestante de alto risco |
| GM 03063/ 2011 | 22/12/2011 | Recife | CISAM | 3.549.260,00 | 295.771,67 | 52 | leitos de gestante de alto risco |

Fonte: Adaptado das Portarias

Quadro 49 - Financiamento de leitos UTINeo, Rede Cegonha.

| Portaria | Publicação | Município | Serviço | Valor Anual | Valor Mensal | Leito | Descrição |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| GM 03063/ 2011 | 22/12/2011 | Recife | Hospital das Clínicas | 1.055.404,80 | 87.950,40 | 10 | leito de uti neo tipo II qualificado |
| GM 03063/ 2011 | 22/12/2011 | Recife | Hospital Agamenon Magalhães | 1.583.107,20 | 131.925,60 | 15 | leito de uti neo tipo II qualificado |
| GM 03063/ 2011 | 22/12/2011 | Recife | CISAM | 1.266.485,76 | 105.540,48 | 12 | leito de uti neo tipo II qualificado |
| GM 03063/ 2011 | 22/12/2011 | Recife | IMIP | 1.722.870,81 | 143.572,57 | 18 | leito de uti neo tipo III qualificado |
| GM01 00498/ 2012 | 13/07/2012 | Recife | Hospital Barão de Lucena | 1.899.728,64 | 158.310,72 | 18 | leito de uti neo tipo II qualificado |
| GM 02149/ 2013 | 27/09/2013 | Petrolina | Hospital Dom Malan | 413614,08 | 34.467,84 | 3 | leitos de uti neonatal tipo II |
| GM 00734/ 2013 | 02/05/2013 | Jaboatão dos Guararapes | Hospital Memorial Guararapes | 4136140,8 | 344.678,40 | 30 | leitos de uti neonatal tipo II |
| GM 00322/ 2013 | 04/03/2013 | Palmares | Hospital Regional de Palmares | 689356,8 | 57.446,40 | 5 | leitos de uti neonatal tipo II |

Fonte: Adaptado das Portarias

Quadro 50 - Financiamento de leitos UTI adulto, Rede Cegonha.

| Portaria | Publicação | Município | Serviço | Valor Anual | Valor Mensal | Leito | Descrição |
|---|---|---|---|---|---|---|---|

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| GM 01741/2013 | 20/08/2013 | Arcoverde | Hospital Regional Rui de Barros Correia | 211.080,96 | 17.590,08 | 2 | leitos de UTI adulto tipo II |
| GM 01741/2013 | 20/08/2013 | Petrolina | Hospital Dom Malan | 316.621,44 | 26.385,12 | 3 | leitos de UTI adulto tipo II |
| GM 01498/2012 | 13/07/2012 | Petrolina | Hospital Dom Malan | 738.783,36 | 61.565,28 | 7 | leitos de UTI adulto tipo II qualificado |
| GM 01498/2012 | 13/07/2012 | Recife | Hospital Agamenon Magalhães | 211.080,96 | 17.590,08 | 2 | leitos de UTI adulto tipo II qualificado |
| GM 01498/2012 | 13/07/2012 | Recife | Hospital Barão de Lucena | 211.080,96 | 17.590,08 | 2 | leitos de UTI adulto tipo II qualificado |
| GM 01498/2012 | 13/07/2012 | Recife | Hospital das Clínicas | 191.430,09 | 15.952,51 | 2 | leitos de UTI adulto tipo III qualificado |
| GM 01498/2012 | 13/07/2012 | Recife | IMIP | ########## | 95.715,05 | 12 | leitos de UTI adulto tipo III qualificado |

Fonte: Adaptado das Portarias

Quadro 51 - Financiamento de leitos UCINCo, Rede Cegonha.

| Portaria | Publicação | Município | Serviço | Valor Anual (R$) | Valor Mensal (R$) | Leito | Descrição |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| GM 01566/2018 | 27/08/2018 | Caruaru | Hospital Jesus Nazareno | 183.960 | 15.330 | 2 | UCINCo |
| GM 01566/2018 | 27/08/2018 | Caruaru | Hospital Jesus Nazareno | 131.400 | 10.950 | 4 | UCINCo qualificado |
| GM 01885/2012 | 05/09/2012 | Caruaru | Hospital Jesus Nazareno | 919.800 | 76.650 | 10 | UCINCo |
| GM 01875/2013 | 05/09/2013 | Vitória de Santo Antão | Hospital João Murilo | 525.600 | 43.800 | 10 | UCINCo |

Fonte: Adaptado das Portarias

Quadro 52 - Financiamento de leitos UCINCa, Rede Cegonha.

| Portaria | Publicação | Município | Serviço | Valor Anual (R$) | Valor Mensal (R$) | Leito | Descrição |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| GM 01566/2018 | 27/08/2018 | Caruaru | Hospital Jesus Nazareno | 394.200 | 32.850 | 8 | UCINCa |
| GM 01292/2017 | 29/05/2017 | Recife | Hospital Agamenon Magalhães | 394.200 | 32.850 | 8 | UCINCa |
| GM 03203/2016 | 30/12/2016 | Petrolina | Hospital Dom Malan | 394.200 | 32.850 | 8 | UCINCa |
| GM 03063/2011 | 22/12/2011 | Recife | Hospital das Clínicas | 210.240 | 17.520 | 8 | UCINCa |
| GM 03063/2011 | 22/12/2011 | Recife | Hospital Agamenon Magalhães | 367.920 | 30.660 | 14 | UCINCa |
| GM 03063/2011 | 22/12/2011 | Recife | IMIP | 551.880 | 45.990 | 21 | UCINCa |
| GM 03063/2011 | 22/12/2011 | Recife | CISAM | 394.200 | 32.850 | 15 | UCINCa |

Fonte: Adaptado das Portarias

## Financiamento de exames pré-natais

Existe o Repasse de recursos Federais para Estados e Municípios, referentes aos novos exames de pré-natal Rede Cegonha que são apresentados a seguir.

Quadro 53 - Repasse de recurso Federal, em parcela única, para Estados e Municípios, referentes
aos novos exames de pré-natal Rede Cegonha.

| **PORTARIA** | **CUSTEIO DE:** |
|---|---|
| GM/MS Nº 1.459, do dia 24 de junho de 2011 Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. | ANEXO III<br>NOVOS EXAMES DE PRÉ-NATAL<br><br>No componente pré-natal estão previstos novos exames financiados pelo Ministério da Saúde a partir da adesão à Rede Cegonha:<br><br>Teste rápido de gravidez;<br>Teste rápido de sífilis |

| | |
|---|---|
| | Teste rápido de HIV<br>Cultura de bactérias para identificação (urina)<br>Acréscimo de mais um exame de hematócrito, hemoglobina, Ampliação do ultrassom obstétrico para 100% das gestantes Proteinúria (teste rápido)<br><br>Teste indireto de antiglobulina humana (TIA) para gestantes que apresentarem RH negativo<br><br>Exames adicionais para gestantes de alto-risco:<br><br>Contagem de plaquetas<br>Dosagem de proteínas (urina 24 horas)<br>Dosagens de uréia, creatinina e ácido úrico<br>Eletrocardiograma<br>Ultrassom obstétrico com Doppler<br>Tococardiografia |
| GM/MS Nº 2.897, DE 28 DE NOVEMBRO DE 2013 - Autoriza o repasse de recursos, em parcela única, para os Estados e Municípios, referentes aos novos exames do Componente Pré-Natal e Teste Rápido de Gravidez da Rede Cegonha. | |
| GM/MS Nº 66, DE 9 DE JANEIRO DE 2014 - Altera e acresce dispositivos à Portaria no 2.897/GM/MS, de 28 de novembro de 2013, que autoriza o repasse de recursos, em parcela única, para Estados e Municípios, referentes aos novos exames do Componente Pré-Natal e Teste Rápido de Gravidez da Rede Cegonha. | |
| GM/MS Nº 1.991, DE 3 DE AGOSTO DE 2017 - Autoriza o repasse de recursos, em parcela única, para Municípios, referentes aos novos exames do pré- natal registrados no SISPRENATALWEB no ano de 2015 no âmbito da Rede Cegonha e altera a alínea "a" do inciso I do art. 10 da Portaria No-1.459/GM/MS, de 24 de junho de 2011. | Novos exames do pré-natal realizados no ano de 2015, excluindo os valores referentes ao Teste Rápido de Gravidez. |
| GM/MS Nº 3.801, DE 26 DE DEZEMBRO DE 2017 - Habilita Estados e Municípios a receberem recursos destinados à realização de novos exames do pré- natal, incluindo valor referente a um segundo exame de ultrassonografia obstétrica, para a realização de teste rápido de gravidez e altera Anexo 2 do Anexo II - Novos exames de pré-natal da Portaria de Consolidação no 3/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. | Novos exames do pré-natal realizados no ano de 2016 e recursos de custeio dos testes rápido de gravidez referente ao ano de 2017. |

| | |
|---|---|
| GM/MS Nº 2.082, DE 6 DE AGOSTO DE 2019 - Habilita Estados e Municípios a receberem recursos destinados à realização de Novos Exames do Componente Pré-Natal da Rede Cegonha. | Novos exames do pré-natal realizados no ano de 2017. |
| GM/MS Nº 3.140, DE 9 DE DEZEMBRO DE 2019 - Habilita Estados e Municípios a receberem, em parcela única, os recursos destinados à realização de novos exames do Componente Pré-Natal da Rede Cegonha. | ovos exames do pré-natal realizados no ano de 2018. |
| GM/MS Nº 2138, de 14 de agosto de 2020, trata do recurso para os novos exames de pré-natal referência ano 2019 e encaminha os links disponibilizados nesta normativa: | Novos exames do pré-natal realizados no ano de 2019. |
| GM/MS Nº 1.014, DE 20 DE MAIO DE 2021 - Repasse de recursos destinados à realização de Novos Exames de Pré-Natal da Portaria de Consolidação no 3/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. | Novos exames do pré-natal realizados no ano de 2020. |
| GM/MS Nº 990, DE 29 DE ABRIL DE 2022 - Repasse de recursos destinados à realização de Novos Exames de Pré-Natal da Portaria de Consolidação GM/MS no 3, de 28 de setembro de 2017. | Novos exames do pré-natal realizados no ano de 2021. |

Fonte: Adaptado das Portarias

Quadro 54 - Repasse de recurso Federal, em parcela única, aos Municípios, destinado à realização do Teste de Gravidez - Rede Cegonha.

| PORTARIA | CUSTEIO DE: |
|---|---|
| GM/MS Nº 2.985, DE 15 DE DEZEMBRO DE 2011 - Estabelece recursos para o Teste Rápido de Gravidez. | Referente ao período de 16 de novembro/2012 a 15 de outubro/2013. |
| GM/MS Nº 534, DE 28 DE MARÇO DE 2012 - Autoriza o repasse de recursos, em parcela única, para os Estados e Municípios, referentes aos novos exames do Componente Pré-Natal da Rede Cegonha. | Referente ao período de 1o de março de 2013 a 1º de fevereiro de 2014. |
| GM/MS Nº 2.897, DE 28 DE NOVEMBRO DE 2013 - Autoriza o repasse de recursos, em parcela única, para os Estados e Municípios, referentes aos novos exames do Componente Pré-Natal e Teste Rápido de Gravidez da Rede Cegonha. | |
| GM/MS Nº 66, DE 9 DE JANEIRO DE 2014 - Altera e acresce dispositivos à Portaria no 2.897/GM/MS, de 28 de novembro de 2013, que autoriza o repasse de recursos, em parcela única, para Estados e Municípios, referentes aos novos exames do Componente Pré-Natal e Teste Rápido de Gravidez da Rede Cegonha. | |

| | |
|---|---|
| GM/MS Nº 323, DE 4 DE MARÇO DE 2016 - Autoriza o repasse de recursos, em parcela única, para Municípios, referente aos Testes Rápidos de Gravidez do Componente Pré-Natal da Rede Cegonha. | Teste Rápido de Gravidez - competência 2016 |
| GM/MS Nº 54, DE 6 DE JANEIRO DE 2017. Altera a Portaria no 323/GM/MS, de 4 de março de 2016, que autoriza o repasse de recursos, em parcela única, para Municípios, referente aos Testes Rápidos de Gravidez do Componente Pré- Natal da Rede Cegonha. | |
| GM/MS Nº 3.801, DE 26 DE DEZEMBRO DE 2017 - Habilita Estados e Municípios a receberem recursos destinados à realização de novos exames do pré-natal, incluindo valor referente a um segundo exame de ultrassonografia obstétrica, para a realização de teste rápido de gravidez e altera Anexo 2 do Anexo II - Novos exames de pré-natal da Portaria de Consolidação no 3/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. | Custeio dos testes rápido de gravidez referente ao ano de 2017. |
| GM/MS Nº 4.095, DE 20 DE DEZEMBRO DE 2018- Autoriza o repasse de recursos destinados à realização de teste rápido de gravidez, previstos a Portaria de Consolidação no 3/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. | Custeio dos testes rápido de gravidez referente ao ano de 2017 e 2018. |
| GM/MS Nº 3.485, DE 17 DE DEZEMBRO DE 2020 - Autoriza o repasse de recursos destinados à realização de teste rápido de gravidez previsto na Portaria de Consolidação GM/MS no 3, de 28 de setembro de 2017. | Custeio dos testes rápido de gravidez referente ao ano de 2019. |
| GM/MS Nº 1.575, DE 8 DE JULHO DE 2021- Autoriza o repasse de recursos destina | Custeio dos testes rápido de gravidez referente ao ano de 2020 |
| GM/MS Nº 986, DE 29 DE ABRIL DE 2022 - Repasse aos Estados e Municípios os recursos, em parcela única, destinados à realização de Teste Rápido de Gravidez. | Custeio dos testes rápido de gravidez referente ao ano de 2021. |

Fonte: Adaptado das Portarias

## Programação Pactuada Integrada

Programação Pactuada Integrada (PPI). A PPI foi instituída no SUS através da Portaria Nº 1.097 de 22 de maio de 2006, onde são definidas e quantificadas as ações de saúde para população residente em cada território e efetuados os pactos Intergestores para garantir o acesso aos serviços de saúde. Serão apresentados dos quadros 55 a 58 a PPI referente à I MRS.

Quadro 55 - Programação Pactuada Integrada da I RS.

| Município Encaminhador | Município Recebedor | Valores | | |
|---|---|---|---|---|
| | | Físico | Financeiro | Número de partos PPI |
| ABREU E LIMA | ABREU E LIMA | 249 | 79.455,90 | 1.558 |
| | CAMARAGIBE | 15 | 5.153,25 | |
| | IGARASSU | 12 | 3.561,48 | |
| | OLINDA | 280 | 94.262,00 | |
| | PAULISTA | 462 | 165.266,64 | |
| | RECIFE | 540 | 192.569,40 | |
| ARAÇOIABA | ARAÇOIABA | 160 | 46.371,20 | 306 |
| | OLINDA | 30 | 10.099,50 | |
| | PAUDALHO | 30 | 9.816,60 | |
| | PAULISTA | 17 | 6.081,24 | |
| | RECIFE | 69 | 24.606,09 | |
| CABO DE SANTO AGOSTINHO | CABO DE SANTO AGOSTINHO | 2.206 | 701.177,10 | 2984 |
| | JABOATÃO DOS GUARARAPES | 240 | 81.477,60 | |
| | RECIFE | 520 | 185.437,20 | |
| | VITÓRIA DE SANTO ANTÃO | 18 | 5.710,14 | |
| CAMARAGIBE | CAMARAGIBE | 906 | 311.256,30 | 1968 |
| | JABOATÃO DOS GUARARAPES | 28 | 9.505,72 | |
| | OLINDA | 72 | 24.238,80 | |
| | PAULISTA | 26 | 9.300,72 | |
| | RECIFE | 836 | 298.125,96 | |
| | SÃO LOURENÇO DA MATA | 100 | 33.803,00 | |
| CHÃ DE ALEGRIA | CHÃ DE ALEGRIA | 65 | 19.085,30 | 210 |
| | POMBOS | 20 | 6.250,60 | |
| | RECIFE | 20 | 7.132,20 | |
| | VITÓRIA DE SANTO ANTÃO | 105 | 33.309,15 | |
| CHÃ GRANDE | BEZERROS | 5 | 1.612,75 | 324 |
| | CARUARU | 3 | 768,03 | |
| | CHÃ GRANDE | 261 | 81.163,17 | |
| | RECIFE | 11 | 3.922,71 | |
| | VITÓRIA DE SANTO ANTÃO | 44 | 13.958,12 | |
| FERNANDO DE NORONHA | FERNANDO DE NORONHA | 10 | 2.142,80 | 39 |
| | RECIFE | 29 | 10.341,69 | |

| Município Encaminhador | Município Recebedor | Valores | | |
|---|---|---|---|---|
| | | Físico | Financeiro | Número de partos PPI |
| GLÓRIA DO GOITÁ | GLÓRIA DO GOITÁ | 408 | 124.635,84 | 523 |
| | LAGOA DO ITAENGA | 10 | 3.267,60 | |
| | RECIFE | 35 | 12.481,35 | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | VITÓRIA DE SANTO ANTÃO | 70 | 22.206,10 | |
| IGARASSU | IGARASSU | 948 | 281.356,92 | 1.700 |
| | PAULISTA | 377 | 134.860,44 | |
| | RECIFE | 375 | 133.728,75 | |
| IPOJUCA | CABO DE SANTO AGOSTINHO | 298 | 94.719,30 | 1.323 |
| | IPOJUCA | 500 | 152.185,00 | |
| | JABOATÃO DOS GUARARAPES | 200 | 67.898,00 | |
| | RECIFE | 325 | 115.898,25 | |
| ITAMARACÁ | ABREU E LIMA | 3 | 957,30 | 323 |
| | GOIANA | 2 | 576,20 | |
| | IGARASSU | 6 | 1.780,74 | |
| | ITAMARACÁ | 180 | 52.174,80 | |
| | OLINDA | 12 | 4.039,80 | |
| | PAULISTA | 60 | 21.463,20 | |
| | RECIFE | 60 | 21.396,60 | |
| ITAPISSUMA | IGARASSU | 10 | 2.967,90 | 400 |
| | ITAPISSUMA | 220 | 64.563,40 | |
| | PAULISTA | 150 | 53.658,00 | |
| | RECIFE | 20 | 7.132,20 | |
| JABOATÃO DOS GUARARAPES | CABO DE SANTO AGOSTINHO | 104 | 33.056,40 | 11488 |
| | JABOATÃO DOS GUARARAPES | 6.629 | 2.250.479,21 | |
| | MORENO | 260 | 79.510,60 | |
| | OLINDA | 202 | 68.003,30 | |
| | RECIFE | 4.293 | 1.530.926,73 | |

| **Município Encaminhador** | **Município Recebedor** | **Valores** | | |
|---|---|---|---|---|
| | | **Físico** | **Financeiro** | **Número de partos PPI** |
| MORENO | JABOATÃO DOS GUARARAPES | 58 | 19.690,42 | 879 |
| | MORENO | 503 | 153.822,43 | |
| | RECIFE | 260 | 92.718,60 | |
| | VITÓRIA DE SANTO ANTÃO | 58 | 18.399,34 | |
| OLINDA | OLINDA | 6.000 | 2.019.900,00 | 6863 |
| | RECIFE | 863 | 307.754,43 | |
| PAULISTA | OLINDA | 1.130 | 380.414,50 | 5228 |
| | PAULISTA | 2.898 | 1.036.672,56 | |
| | RECIFE | 1.200 | 427.932,00 | |
| POMBOS | POMBOS | 386 | 120.636,58 | 451 |
| | RECIFE | 35 | 12.481,35 | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | VITÓRIA DE SANTO ANTÃO | 30 | 9.516,90 | |
| RECIFE | CAMARAGIBE | 64 | 21.987,20 | 27.486 |
| | JABOATÃO DOS GUARARAPES | 736 | 249.864,64 | |
| | OLINDA | 1.500 | 504.975,00 | |
| | RECIFE | 25.186 | 8.981.579,46 | |
| SÃO LOURENÇO DA MATA | CAMARAGIBE | 120 | 41.226,00 | 1.727 |
| | JABOATÃO DOS GUARARAPES | 30 | 10.184,70 | |
| | OLINDA | 60 | 20.199,00 | |
| | PAULISTA | 10 | 3.577,20 | |
| | RECIFE | 400 | 142.644,00 | |
| | SÃO LOURENÇO DA MATA | 1.107 | 374.199,21 | |
| VITÓRIA DE SANTO ANTÃO | POMBOS | 10 | 3.125,30 | 2417 |
| | RECIFE | 180 | 64.189,80 | |
| | VITÓRIA DE SANTO ANTÃO | 2.227 | 706.471,21 | |
| TOTAL GERAL | | 68.197 | 23.537.048,12 | 68.197 |

Fonte: Sistema SisPPI_Municipal

Quadro 56 - Programação Pactuada Integrada da II RS.

| **Município Encaminhador** | **Município Recebedor** | **Valores** | | |
|---|---|---|---|---|
| | | **Físico** | **Financeiro** | **Número de partos PPI** |
| BOM JARDIM | BOM JARDIM | 298 | 93.420,02 | 662 |
| | CARPINA | 18 | 5.748,12 | |
| | LIMOEIRO | 200 | 48.322,00 | |
| | OROBÓ | 16 | 4.608,96 | |
| | RECIFE | 30 | 10.698,30 | |
| | SURUBIM | 100 | 33.074,00 | |
| BUENOS AIRES | BUENOS AIRES | 103 | 30.356,16 | 223 |
| | NAZARÉ DA MATA | 30 | 9.496,50 | |
| | OLINDA | 20 | 6.733,00 | |
| | PAUDALHO | 30 | 9.816,60 | |
| | RECIFE | 40 | 14.264,40 | |
| CARPINA | CARPINA | 879 | 280.699,86 | 1251 |
| | LIMOEIRO | 72 | 17.395,92 | |
| | PAUDALHO | 120 | 39.266,40 | |
| | RECIFE | 180 | 64.189,80 | |
| CASINHAS | CASINHAS | 118 | 33.170,98 | 265 |
| | LIMOEIRO | 8 | 1.932,88 | |
| | RECIFE | 19 | 6.775,59 | |
| | SURUBIM | 120 | 39.688,80 | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| CUMARU | CARUARU | 135 | 34.561,35 | 511 |
| | CUMARU | 180 | 58.068,00 | |
| | LIMOEIRO | 40 | 9.664,40 | |
| | RECIFE | 140 | 49.925,40 | |
| | RIACHO DAS ALMAS | 6 | 2.071,74 | |
| | VITÓRIA DE SANTO ANTÃO | 10 | 3.172,30 | |
| FEIRA NOVA | FEIRA NOVA | 292 | 94.873,72 | 395 |
| | LIMOEIRO | 57 | 13.771,77 | |
| | RECIFE | 32 | 11.411,52 | |
| | VITÓRIA DE SANTO ANTÃO | 14 | 4.441,22 | |

| **Município Encaminhador** | **Município Recebedor** | **Valores** | | |
|---|---|---|---|---|
| | | **Físico** | **Financeiro** | **Número de partos PPI** |
| JOÃO ALFREDO | JOÃO ALFREDO | 257 | 82.707,74 | 398 |
| | LIMOEIRO | 93 | 22.469,73 | |
| | RECIFE | 48 | 17.117,28 | |
| LAGOA DO CARRO | LAGOA DO CARRO | 160 | 47.083,20 | 258 |
| | LIMOEIRO | 38 | 9.181,18 | |
| | PAUDALHO | 30 | 9.816,60 | |
| | RECIFE | 30 | 10.698,30 | |
| LAGOA DO ITAENGA | LAGOA DO ITAENGA | 340 | 111.098,40 | 401 |
| | LIMOEIRO | 10 | 2.416,10 | |
| | PAUDALHO | 11 | 3.599,42 | |
| | RECIFE | 40 | 14.264,40 | |
| LIMOEIRO | LIMOEIRO | 1.121 | 270.844,81 | 1149 |
| | RECIFE | 28 | 9.985,08 | |
| MACHADOS | LIMOEIRO | 35 | 8.456,35 | 189 |
| | MACHADOS | 129 | 37.986,63 | |
| | RECIFE | 25 | 8.915,25 | |
| NAZARÉ DA MATA | CARPINA | 20 | 6.386,80 | 454 |
| | LIMOEIRO | 6 | 1.449,66 | |
| | NAZARÉ DA MATA | 250 | 79.137,50 | |
| | PAUDALHO | 34 | 11.125,48 | |
| | RECIFE | 140 | 49.925,40 | |
| | SÃO LOURENÇO DA MATA | 4 | 1.352,12 | |
| OROBÓ | LIMOEIRO | 50 | 12.080,50 | 339 |
| | MACHADOS | 10 | 2.944,70 | |
| | OROBÓ | 250 | 72.015,00 | |
| | RECIFE | 29 | 10.341,69 | |
| PASSIRA | LIMOEIRO | 54 | 13.046,94 | 548 |
| | PASSIRA | 450 | 140.728,50 | |
| | RECIFE | 44 | 15.690,84 | |
| PAUDALHO | CAMARAGIBE | 24 | 8.245,20 | 881 |
| | PAUDALHO | 689 | 225.454,58 | |
| | RECIFE | 144 | 51.351,84 | |
| | SÃO LOURENÇO DA MATA | 24 | 8.112,72 | |

| Município Encaminhador | Município Recebedor | Valores | | |
|---|---|---|---|---|
| | | Físico | Financeiro | Número de partos PPI |
| PASSIRA | LIMOEIRO | 54 | 13.046,94 | 548 |
| | PASSIRA | 450 | 140.728,50 | |
| | RECIFE | 44 | 15.690,84 | |
| PAUDALHO | CAMARAGIBE | 24 | 8.245,20 | 881 |
| | PAUDALHO | 689 | 225.454,58 | |
| | RECIFE | 144 | 51.351,84 | |
| | SÃO LOURENÇO DA MATA | 24 | 8.112,72 | |
| SALGADINHO | CUMARU | 5 | 1.613,00 | 141 |
| | JOÃO ALFREDO | 40 | 12.872,80 | |
| | LIMOEIRO | 60 | 14.496,60 | |
| | PASSIRA | 5 | 1.563,65 | |
| | RECIFE | 31 | 11.054,91 | |
| | SALGADINHO | - | - | |
| SURUBIM | CARUARU | 10 | 2.560,10 | 969 |
| | LIMOEIRO | 27 | 6.523,47 | |
| | RECIFE | 50 | 17.830,50 | |
| | SURUBIM | 877 | 290.058,98 | |
| | VITÓRIA DE SANTO ANTÃO | 5 | 1.586,15 | |
| TRACUNHAÉM | CARPINA | 76 | 24.269,84 | 236 |
| | LIMOEIRO | 5 | 1.208,05 | |
| | NAZARÉ DA MATA | 44 | 13.928,20 | |
| | PAUDALHO | 32 | 10.471,04 | |
| | RECIFE | 51 | 18.187,11 | |
| | TRACUNHAÉM | 28 | 5.656,00 | |
| VERTENTE DO LÉRIO | RECIFE | 5 | 1.783,05 | 161 |
| | SURUBIM | 55 | 18.190,70 | |
| | VERTENTE DO LÉRIO | 101 | 30.401,00 | |
| VICÊNCIA | NAZARÉ DA MATA | 20 | 6.331,00 | 508 |
| | RECIFE | 40 | 14.264,40 | |
| | TIMBAÚBA | 30 | 9.408,00 | |
| | VICÊNCIA | 418 | 103.020,28 | |
| TOTAL GERAL | | 9.939 | 3.024.928,48 | 9939 |

Fonte: Sistema SisPPI_Municipal

Quadro 57 - Programação Pactuada Integrada da III RS.

| Município Encaminhador | Município Recebedor | Valores | | |
|---|---|---|---|---|
| | | Físico | Financeiro | Número de partos PPI |
| ÁGUA PRETA | ÁGUA PRETA | 141 | 41.101,50 | 591 |
| | PALMARES | 420 | 143.866,80 | |
| | RECIFE | 30 | 10.698,30 | |
| AMARAJI | AMARAJI | 252 | 71.903,16 | 408 |
| | ESCADA | 24 | 7.968,72 | |
| | PALMARES | 48 | 16.441,92 | |
| | RECIFE | 36 | 12.837,96 | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | VITÓRIA DE SANTO ANTÃO | 48 | 15.227,04 | |
| BARREIROS | BARREIROS | 670 | 168.357,60 | 760 |
| | PALMARES | 60 | 20.552,40 | |
| | RECIFE | 30 | 10.698,30 | |
| BELÉM DE MARIA | AGRESTINA | 9 | 2.970,27 | 191 |
| | BELÉM DE MARIA | 89 | 25.778,85 | |
| | CARUARU | 2 | 512,02 | |
| | PALMARES | 89 | 30.486,06 | |
| | RECIFE | 2 | 713,22 | |
| CATENDE | CATENDE | 300 | 61.020,00 | 587 |
| | PALMARES | 225 | 77.071,50 | |
| | RECIFE | 62 | 22.109,82 | |
| CORTÊS | CORTÊS | 203 | 59.574,41 | 239 |
| | PALMARES | 12 | 4.110,48 | |
| | RECIFE | 24 | 8.558,64 | |
| ESCADA | CABO DE SANTO AGOSTINHO | 12 | 3.814,20 | 1087 |
| | ESCADA | 1.015 | 337.010,45 | |
| | RECIFE | 48 | 17.117,28 | |
| | VITÓRIA DE SANTO ANTÃO | 12 | 3.806,76 | |
| GAMELEIRA | GAMELEIRA | 252 | 72.747,36 | 504 |
| | PALMARES | 172 | 58.916,88 | |
| | RECIFE | 20 | 7.132,20 | |
| | RIBEIRÃO | 60 | 18.198,00 | |
| JAQUEIRA | JAQUEIRA | - | - | 227 |
| | PALMARES | 207 | 70.905,78 | |
| | RECIFE | 20 | 7.132,20 | |

| **Município Encaminhador** | **Município Recebedor** | **Valores** | | |
|---|---|---|---|---|
| | | **Físico** | **Financeiro** | **Número de partos PPI** |
| JOAQUIM NABUCO | CORTÊS | 12 | 3.521,64 | 301 |
| | JOAQUIM NABUCO | 159 | 47.156,22 | |
| | PALMARES | 120 | 41.104,80 | |
| | RECIFE | 10 | 3.566,10 | |
| LAGOA DOS GATOS | BELÉM DE MARIA | 12 | 3.475,80 | 278 |
| | CARUARU | 90 | 23.040,90 | |
| | LAGOA DOS GATOS | 101 | 28.791,06 | |
| | PALMARES | 60 | 20.552,40 | |
| | RECIFE | 15 | 5.349,15 | |
| MARAIAL | MARAIAL | 100 | 29.477,00 | 280 |
| | PALMARES | 180 | 61.657,20 | |
| PALMARES | PALMARES | 1.104 | 378.164,16 | 1154 |
| | RECIFE | 50 | 17.830,50 | |
| PRIMAVERA | ESCADA | 50 | 16.601,50 | 220 |
| | PRIMAVERA | 110 | 31.595,30 | |
| | RECIFE | 60 | 21.396,60 | |
| QUIPAPÁ | GARANHUNS | 13 | 3.950,31 | 422 |
| | PALMARES | 100 | 34.254,00 | |
| | QUIPAPÁ | 294 | 87.638,46 | |
| | RECIFE | 15 | 5.349,15 | |
| RIBEIRÃO | RECIFE | 47 | 16.760,67 | 782 |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | RIBEIRÃO | 735 | 222.925,50 | |
| RIO FORMOSO | JABOATÃO DOS GUARARAPES | 10 | 3.394,90 | 415 |
| | RECIFE | 42 | 14.977,62 | |
| | RIO FORMOSO | 353 | 111.205,59 | |
| | SIRINHAÉM | 10 | 2.452,10 | |
| SÃO BENEDITO DO SUL | MARAIAL | 5 | 1.473,85 | 200 |
| | PALMARES | 80 | 27.403,20 | |
| | QUIPAPÁ | 5 | 1.490,45 | |
| | RECIFE | 5 | 1.783,05 | |
| | SÃO BENEDITO DO SUL | 105 | 30.971,85 | |

| **Município Encaminhador** | **Município Recebedor** | **Valores** | | |
|---|---|---|---|---|
| | | **Físico** | **Financeiro** | **Número de partos PPI** |
| SÃO JOSÉ DA COROA GRANDE | BARREIROS | 15 | 3.769,20 | 326 |
| | PALMARES | 10 | 3.425,40 | |
| | RECIFE | 15 | 5.349,15 | |
| | SÃO JOSÉ DA COROA GRANDE | 286 | 91.334,10 | |
| SIRINHAÉM | JABOATÃO DOS GUARARAPES | 12 | 4.073,88 | 620 |
| | RECIFE | 93 | 33.164,73 | |
| | SIRINHAÉM | 515 | 126.283,15 | |
| TAMANDARÉ | RECIFE | 66 | 23.536,26 | 388 |
| | TAMANDARÉ | 322 | 102.830,70 | |
| XEXÉU | PALMARES | 30 | 10.276,20 | 273 |
| | RECIFE | 20 | 7.132,20 | |
| | XEXÉU | 223 | 65.443,81 | |
| TOTAL GERAL | | 10.253 | 3.185.269,89 | 10.253 |

Fonte: Sistema SisPPI_Municipal

Quadro 58 - Programação Pactuada Integrada da XII RS.

| **Município Encaminhador** | **Município Recebedor** | **Valores** | | |
|---|---|---|---|---|
| | | **Físico** | **Financeiro** | **Número de partos PPI** |
| ALIANÇA | ALIANÇA | 602 | 184.109,66 | 698 |
| | RECIFE | 36 | 12.837,96 | |
| | TIMBAÚBA | 48 | 15.052,80 | |
| | VICÊNCIA | 12 | 2.957,52 | |
| CAMUTANGA | CAMUTANGA | 50 | 14.271,50 | 150 |
| | GOIANA | 20 | 5.762,00 | |
| | RECIFE | 20 | 7.132,20 | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | TIMBAÚBA | 60 | 18.816,00 | |
| CONDADO | CONDADO | 276 | 80.859,72 | 429 |
| | GOIANA | 50 | 14.405,00 | |
| | MACAPARANA | 5 | 1.536,10 | |
| | RECIFE | 32 | 11.411,52 | |
| | TIMBAÚBA | 60 | 18.816,00 | |
| | VICÊNCIA | 6 | 1.478,76 | |
| FERREIROS | FERREIROS | - | - | 201 |
| | RECIFE | 11 | 3.922,71 | |
| | TIMBAÚBA | 190 | 59.584,00 | |
| GOIANA | GOIANA | 1.081 | 311.436,10 | 1379 |
| | OLINDA | 34 | 11.446,10 | |
| | PAULISTA | 102 | 36.487,44 | |
| | RECIFE | 162 | 57.770,82 | |

| **Município Encaminhador** | **Município Recebedor** | **Valores** | | |
|---|---|---|---|---|
| | | **Físico** | **Financeiro** | **Número de partos PPI** |
| ITAMBÉ | ITAMBÉ | 538 | 154.239,22 | 591 |
| | RECIFE | 10 | 3.566,10 | |
| | TIMBAÚBA | 43 | 13.484,80 | |
| ITAQUITINGA | GOIANA | 30 | 8.643,00 | 286 |
| | ITAQUITINGA | 140 | 41.389,60 | |
| | LIMOEIRO | 20 | 4.832,20 | |
| | NAZARÉ DA MATA | 25 | 7.913,75 | |
| | PAUDALHO | 15 | 4.908,30 | |
| | RECIFE | 30 | 10.698,30 | |
| | VICÊNCIA | 26 | 6.407,96 | |
| MACAPARANA | MACAPARANA | 383 | 117.665,26 | 433 |
| | RECIFE | 20 | 7.132,20 | |
| | TIMBAÚBA | 30 | 9.408,00 | |
| SÃO VICENTE FERRER | LIMOEIRO | 22 | 5.315,42 | 312 |
| | RECIFE | 20 | 7.132,20 | |
| | SÃO VICENTE FERRER | 250 | 73.515,00 | |
| | SURUBIM | 20 | 6.614,80 | |
| TIMBAÚBA | MACAPARANA | 22 | 6.758,84 | 1106 |
| | RECIFE | 50 | 17.830,50 | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | TIMBAÚBA | 1.034 | 324.262,40 | |
| TOTAL GERAL | | 5.585 | 1.701.811,76 | 5585 |

Fonte: Sistema SisPPI_Municipal

Apesar dos municípios terem incorporado os valores PPI aos seus gastos com a saúde, existe a necessidade de revisão de pactuações e reajuste de valores.

**Sistemas De Governança**

O termo governança tem sido discutido desde o início da década de 1990, muito mais disseminado através de debates e discussões na América Latina e no Brasil, como uma retórica dos governos na busca por adotar e designar um modo específico de governar.

Especificando que a governança em saúde é importante e fundamental para rever os processos de acesso, demandas, coberturas e para analisar, avaliar e planejar as necessidades de intervenções e proposições com a participação e decisão dos entes federados sobre a gestão e implementação de políticas públicas. Nesse sentido, temos o modelo das Redes de Atenção à Saúde contribuindo como uma ferramenta para a organização dos serviços nas regiões de saúde, requer articulação que garanta o entendimento dos entes federados em defender as necessidades apontadas pelos estudos técnicos e, ao mesmo tempo, compreender o papel de cada um na operacionalização, estruturação e adequação da Rede a qual se propõe que seja executada dentro de parâmetros estabelecidos, que atenda e repercute positivamente como estratégia nacional, estadual, macrorregional, regional ou microrregional com vistas à redução de morbimortalidade materno-infantil.

Para a operacionalização da Rede enquanto política nacional tem a Rede Cegonha que descreve os seus princípios e componentes como descrito neste, porém é importante destacar que o funcionamento tem alguns pilares que devem ser discutidos e colocados em estado e status de governança conforme preconizado a saber:

- Estruturação e/ou adequação dos serviços para garantir cuidado e atenção – (requalificação de área física e equipamentos médicos, refrigeração, Informática, rede de internet e outros S/N);
- Estudos de demanda de atendimentos, procedimentos e internamentos;
- Aquisição de Recursos Humanos;
- Qualificação de recursos humanos nos diversos níveis de assistência da rede;
- Apoio diagnóstico com acesso e garantia nos níveis de atenção da rede;
- Aquisição com garantia de insumos e medicamentos para demanda esperada;
- Aporte de recursos financeiros para o funcionamento da rede, como um dos fatores determinantes;
- Avaliação dos resultados e monitoramento do funcionamento da rede;
- Etapas de reavaliação e que possibilite replanejamento, considerando que a rede é viva e ocorre mudanças;
- Definição de compromissos e responsabilidades dos entes para operacionalização da rede.

As portarias que regem as diretrizes da Rede Cegonha são:

- Portaria_consolidada 1.459 de 24 de junho de 2011 e 2.351 de 5 de outubro de 2011 - Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha.
- Portaria 2.351 de 05 de outubro de 2011 - Altera a Portaria nº 1.459/GM/MS, de 24 de junho de 2011, que institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Rede Cegonha.

- Portaria 650 de 5 de outubro de 2011 - Dispõe sobre os Planos de Ação regional e municipal da Rede Cegonha, que são os documentos orientadores para a execução das fases de implementação da rede, assim como para o repasse dos recursos, o monitoramento e a avaliação da implementação da Rede Cegonha.

As pactuações Rede Cegonha são decididas nos Colegiados Intergestores Regionais, assim como os Planos Regionais Rede Cegonha.

No estado de Pernambuco os Planos Regionais da Rede Cegonha da MRS I foram homologados através da Resolução CIB/PE Nº 1.872, em 19 de março de 2012. Na I Região de Saúde (RS), o Plano foi homologado através da Resolução CIB/PE Nº 1.873 de 26 de março de 2012. No que tange a II RS e XII RS, o Plano foi homologado através da Resolução CIB/PE Nº 1.874 de 26 de março de 2012. O Plano Regional da Rede Cegonha Regional da II Região de Saúde foi alterado em 10 de outubro de 2018, conforme Resolução CIR Nº 25. Na III RS o Plano foi homologado através da Resolução CIB/PE Nº 1.875 de 26 de março de 2012.

Cada RS deve compor um Grupo Condutor Rede Cegonha com representatividades da gestão e controle social locais, de modo a monitorar os indicadores, avaliar a situação da assistência e propor intervenções de melhorias.

A seguir são apresentadas algumas Leis de conhecimento importante relacionadas à Rede Materna.

Lei nº 11.108 de 7 de abril de 2005 - Altera a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS.

Lei nº 11.634 de 27 de dezembro de 2007 - Dispõe sobre o direito da gestante ao conhecimento e a vinculação à maternidade onde receberá assistência no âmbito do Sistema Único de Saúde.

Lei Nº 14.598/2023 - Dispõe sobre a realização de exames em gestantes incluirá no protocolo de assistência às gestantes a realização dos seguintes procedimentos: I - ecocardiograma fetal no pré-natal de gestantes; II - pelo menos 2

(dois) exames de ultrassonografia transvaginal durante o primeiro quadrimestre de gestação.

Lei Nº 14.737 de 27 de novembro de 2023 - Altera a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990 (Lei Orgânica da Saúde), para ampliar o direito da mulher de ter acompanhante nos atendimentos realizados em serviços de saúde públicos e privados.

## Dificuldades, Potencialidades e Recomendações

Quadro 59 - Dificuldades, potencialidades e recomendações da RAMI na Macrorregião I

| **Dificuldades** | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **RS** | **I RS** | **II RS** | **III RS** | **XII RS** | **I MRS** |
| **Perfil epidemiológico** | -Elevada taxa de gravidez na adolescência. | -Elevada taxa de gravidez na adolescência. | -Elevada taxa de gravidez na adolescência. | -Elevada taxa de gravidez na adolescência. | -Elevada taxa de gravidez na adolescência. |
| **Planejamento reprodutivo** | -Oferta de inserção de DIU centralizada em alguns serviços. | -Pouca oferta de DIU ambulatorial e inexistência da oferta hospitalar. | -Pouca oferta de DIU ambulatorial e inexistência da oferta hospitalar. | -Pouca oferta de DIU ambulatorial e inexistência da oferta hospitalar. | -Pouca oferta de DIU ambulatorial e inexistência da oferta hospitalar na II, III e XII RS. |
| **Pré-natal** | -Municípios que não ofertam TR de gravidez, não ofertam a cesta completa de exames PN, demora no acesso ao PNAR e necessidade constante de qualificação de profissionais da APS.<br>-Baixa cobertura do | -Municípios que não ofertam TR de gravidez, não ofertam a cesta completa de exames PN, inexistência de referência de PNAR e necessidade constante de qualificação de profissionais da APS. | -Municípios que não ofertam TR de gravidez, não ofertam a cesta completa de exames PN, demora no acesso ao PNAR e necessidade constante de qualificação de profissionais da APS. | -Municípios que não ofertam TR de gravidez, não ofertam a cesta completa de exames PN, demora no acesso ao PNAR e necessidade constante de qualificação de profissionais da APS. | -Não oferta de TR de gravidez em todas as UBS, oferta incompleta da cesta de exames PN, de cota de consultas de PNAR e necessidade constante de qualificação de profissionais da APS. |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | Programa Mãe Coruja. | | | -Baixa cobertura do Programa Mãe Coruja. | |
| **Parto/aborto** | -Superlotação no AR.<br>-Pactuação de referência de assistência ao parto desatualizada.<br>-Gestantes de Abreu e Lima, Igarassu, Itapissuma, Paulista e Ilha de Itamaracá sem referência pactuada para assistência ao parto/aborto.<br>-Número insuficiente de leitos obstétricos e baixa vinculação das munícipes de Jaboatão ao serviço municipal.<br>-Inexistência de cadastro de parteiras tradicionais. | -Pactuação de referência de assistência ao parto desatualizada.<br>-RH insuficiente no Hospital Fernandes Salsa repercutindo em plantões fechados.<br>-CPN de Paudalho com baixa produção de partos.<br>-Inexistência de cadastro de parteiras tradicionais.<br>-Inexistência de serviço de atendimento para vítimas de violência sexual e aborto previsto em Lei. | -Pactuação de referência de assistência ao parto desatualizada.<br>-UTIneo do Silvio Magalhães fechada.<br>-Inexistência de cadastro de parteiras tradicionais.<br>- Inexistência de serviço de atendimento para vítimas de violência sexual e aborto previsto em Lei. | -Pactuação de referência de assistência ao parto desatualizada.<br>-Baixa vinculação à maternidade do Hospital Regional Belarmino Correia e Recursos Humanos insuficiente nesse serviço.<br>-Inexistência de cadastro de parteiras tradicionais.<br>- Inexistência de serviço de atendimento para vítimas de violência sexual e aborto previsto em Lei. | -Pactuação de referência de assistência ao parto desatualizada.<br>-Elevada taxa de cesáreas.<br>-Superlotação dos leitos de AR.<br>-Inexistência de cadastro de parteiras tradicionais.<br>-Inexistência de serviço de atendimento para vítimas de violência sexual e aborto previsto em Lei na II, III e XII RS. |
| **Puerpério** | **-**Baixa cobertura de consultas puerperais. | **-**Baixa cobertura de consultas puerperais. | **-**Baixa cobertura de consultas puerperais. | **-**Baixa cobertura de consultas puerperais. | **-**Baixa cobertura de consultas puerperais. |
| **Primeira Infância** | -Superlotação dos leitos de UTI e UCI.<br>-Baixo nº de aleitamento exclusivo até os 6 meses.<br>-Necessidade de ampliar a cobertura do teste do pezinho. | -Inexistência de leitos para RN de risco.<br>-Baixo nº de aleitamento exclusivo até os 6 meses.<br>-Inexistência de serviços com o selo IHAC.<br>-Inexistência de postos de | -Inexistência de leitos para RN de risco.<br>-Baixo nº de aleitamento exclusivo até os 6 meses.<br>-Inexistência de serviços com o selo IHAC.<br>-Inexistência de postos de | -Inexistência de leitos para RN de risco.<br>-Baixo nº de aleitamento exclusivo até os 6 meses.<br>-Inexistência de serviços com o selo IHAC.<br>-Inexistência de postos de | **-**<br>Superlotação dos leitos de UTI e UCI.<br>-Baixo nº de aleitamento exclusivo até os 6 meses.<br>-Inexistência de serviços com o selo IHAC na II, III e XII RS. |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | -Baixa cobertura da APS na região metropolitana. | coleta de Leite Humano. | coleta de Leite Humano. | coleta de Leite Humano. | -Inexistência de postos de coleta de Leite Humano na II, III e XII RS. |
| **Potencialidades** | | | | | |
| | **I RS** | **II RS** | **III RS** | **XII RS** | **I MRS** |
| **Planejamento reprodutivo** | -Existência de centro de referência para treinamento de inserção de DIU. | - | - | - | -Centro de referência na I RS pode treinar as outras regiões. |
| **Pré-natal** | **-**Boa captação precoce e nº de consultas no PN. | -Boa captação precoce e nº de consultas no PN.<br>-Teleconsulta em PNAR. | **-**Boa captação precoce e nº de consultas no PN.<br>-Boa cobertura do Programa Mãe Coruja. | -Boa captação precoce e nº de consultas no PN. | **-**Boa captação precoce e nº de consultas no PN.<br>-Boa cobertura do Programa Mãe Coruja na II e III RS. |
| **Parto/aborto** | -Nº suficiente de leitos de AR para a região.<br>-Existência de serviços de atendimento para vítimas de violência sexual e aborto previsto em Lei. | -Número de leitos obstétricos suficientes para a RS.<br>-Boa cobertura do Programa Mãe Coruja. | | -Número de leitos obstétricos suficientes para a RS. | -Número de leitos obstétricos de AR suficientes para a I MRS. |
| **Puerpério** | - | - | - | - | - |
| **Primeira Infância** | -Boa cobertura de leitos neonatais e pediátricos.<br>-Serviços com o selo IHAC.<br>-Existência de bancos de leite | -Boa cobertura de pontos de coleta de teste do pezinho. | -Boa cobertura de pontos de coleta de teste do pezinho. | -Boa cobertura de pontos de coleta de teste do pezinho. | -Boa cobertura de leitos neonatais e pediátricos na I RS.<br>-Serviços com o selo |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | e postos de coleta de Leite Humano.<br>-Boa cobertura de pontos de coleta de teste do pezinho. | | | | IHAC na I RS.<br>-Existência de bancos de leite e postos de coleta de Leite Humano na I RS. |
| **Recomendações** | | | | | |
| | **I RS** | **II RS** | **III RS** | **XII RS** | **I MRS** |
| **Planejamento reprodutivo** | -Planejar ações para prevenção de gravidez na adolescência.<br>-Investir em compra de kits de inserção de DIU nos municípios e treinar profissionais médicos e enfermeiros. | -Planejar ações para prevenção de gravidez na adolescência.<br>-Investir em compra de kits de inserção de DIU nos municípios e treinar profissionais médicos e enfermeiros. | -Planejar ações para prevenção de gravidez na adolescência.<br>-Investir em compra de kits de inserção de DIU nos municípios e treinar profissionais médicos e enfermeiros. | -Planejar ações para prevenção de gravidez na adolescência.<br>-Investir em compra de kits de inserção de DIU nos municípios e treinar profissionais médicos e enfermeiros. | -Planejar ações para prevenção de gravidez na adolescência.<br>-Investir em compra de kits de inserção de DIU nos municípios e treinar profissionais médicos e enfermeiros. |
| **Pré-natal** | -Qualificação em PN, adequação da oferta de PNAR e cesta de exames. | -Qualificação em PN, adequação da oferta de PNAR e cesta de exames, implantar oferta de PNAR estadual. | -Qualificação em PN, adequação da oferta de PNAR e cesta de exames. | -Qualificação em PN, adequação da oferta de PNAR e cesta de exames. | -Oferta permanente de qualificação de profissionais em PN.<br>-Dimensionar a oferta de PNAR e cesta de exames de acordo com a demanda. |
| **Parto/aborto** | -Atualizar a pactuação da rede de assistência ao parto.<br>-Otimizar a capacidade instalada dos serviços pactuados. | -Atualizar a pactuação da rede de assistência ao parto.<br>-Otimizar a capacidade instalada dos serviços pactuados. | -Atualizar a pactuação da rede de assistência ao parto.<br>-Otimizar a capacidade instalada dos serviços pactuados. | Atualizar a pactuação da rede de assistência ao parto.<br>Otimizar a capacidade instalada dos serviços pactuados. | -Atualizar a pactuação da rede de assistência ao parto<br>-Otimizar a capacidade instalada dos serviços pactuados |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | -Implantar maternidade de referência para a micro I.<br>-Adequar RH nas maternidades.<br>-Município de Jaboatão ampliar leitos obstétricos de RH de acordo com a estimativa de gestantes.<br>-Descentralizar o alto risco para o interior do Estado.<br>-Cadastrar parteiras tradicionais. | -Adequar RH nas maternidades.<br>-Cadastrar parteiras tradicionais.<br>-Implantar serviço de atendimento para vítimas de violência sexual e aborto previsto em Lei. | -Adequar RH nas maternidades.<br>-Cadastrar parteiras tradicionais.<br>-Implantar serviço de atendimento para vítimas de violência sexual e aborto previsto em Lei. | Adequar RH nas maternidades. Cadastrar parteiras tradicionais. Implantar serviço de atendimento para vítimas de violência sexual e aborto previsto em Lei | -Adequar RH nas maternidades.<br>-Cadastrar parteiras tradicionais.<br>-Implantar serviço de atendimento para vítimas de violência sexual e aborto previsto em Lei nas maternidades regionais da II, III e XII RS. |
| **Puerpério** | -Ampliar a cobertura de consultas puerperais. | -Ampliar a cobertura de consultas puerperais. | -Ampliar a cobertura de consultas puerperais. | -Ampliar a cobertura de consultas puerperais. | -Ampliar a cobertura de consultas puerperais. |
| **Primeira Infância** | -Criar estratégias para realização do teste do pezinho em tempo oportuno. | -Trabalhar melhorias nos hospitais para conquista do selo IHAC. | -Trabalhar melhorias nos hospitais para conquista do selo IHAC. | -Trabalhar melhorias nos hospitais para conquista do selo IHAC. | -Descentralizar a oferta de leitos.<br>-Incrementar a coleta de triagem biológica em tempo oportuno.<br>-Trabalhar melhorias nos hospitais para conquista do selo IHAC na II, III e XII RS.<br>-Implantar postos de coleta de Leite Humano na II, III e XII RS. |

# REDE DE CUIDADO À PESSOA COM DEFICIÊNCIA (RCPD)

## Aspectos Gerais sobre a Política da Pessoa com Deficiência

A política da Pessoa com Deficiência envolve um conjunto de ações e diretrizes destinadas a promover a inclusão, a igualdade de oportunidades e o respeito aos direitos das pessoas com deficiência. Essa política visa garantir o acesso a serviços de saúde, educação, trabalho, transporte, cultura e lazer, entre outros, de forma inclusiva e sem discriminação em todos os aspectos da vida social (BRASIL, 2015).

No Brasil, foi instituída em 1999 a Política Nacional para a Integração da Pessoa com Deficiência (Decreto 3298/99), ratificada pelo país em 2008 (BRASIL, 1999; 2008). A política enfatiza que toda pessoa com deficiência tem direito a igualdade de oportunidades em relação às demais pessoas, sem discriminação de nenhuma espécie. Para tanto, criou o Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência – Viver sem Limite, o qual propõe que os direitos das pessoas com deficiência aconteçam por meio da articulação de políticas governamentais de acesso à educação, inclusão social, atenção à saúde e acessibilidade (BRASIL, 2024).

Existem várias leis e normas que fundamentam a política, como a constituição de 1988, a Lei nº 7.853/1989, Lei nº 8.213/1991, Lei nº 10.048/2000, Lei nº 10.098/2000, Lei nº 13.146/2015 e o Estatuto da Pessoa com Deficiência. Além das leis e normas, existem outras regulamentações específicas que complementam a legislação, garantindo a aplicação e a efetividade das políticas públicas voltadas para as pessoas com deficiência.

Em Pernambuco, o órgão responsável pela política da pessoa com deficiência é a Superintendência Estadual de Apoio à Pessoa com Deficiência (SEAD), que é um órgão governamental vinculado à Secretaria Executiva de Justiça e Direitos Humanos (na pasta da Secretaria de Desenvolvimento Social e Direitos Humanos). A atuação da SEAD está focada nos eixos: assistência social, desenvolvimento econômico, ciência e tecnologia e direitos humanos; planejamento e acessibilidade; educação, esportes, cultura e lazer; saúde, habilitação e reabilitação, visando o fortalecimento do trabalho em rede nas esferas municipal, estadual e federal, para garantir maior qualidade no atendimento às pessoas com deficiência (PERNAMBUCO, 2012).

Iniciando sobre a política de saúde da pessoa com deficiência, a Portaria nº 1.060 de junho de 2002 instituiu a Política Nacional de Saúde da Pessoa com

Deficiência (PNCPD), que tem como objetivo incluir indivíduos com deficiência em toda a rede de serviços do SUS, promovendo ações intra e intersetoriais. Essa política segue orientações da Organização Mundial da Saúde (OMS) que conceitua pessoa com deficiência aquela que tem uma ou mais incapacidades físicas, mentais, intelectuais ou sensoriais de longo prazo, as quais, em interação com diversas barreiras, podem obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1981).

No Ministério da Saúde (MS) encontra-se a Coordenação Nacional de Atenção à Saúde da Pessoa com deficiência que tem a de responsabilidade de coordenar o processo de formulação, implementação, acompanhamento, monitoramento e avaliação da política de saúde da pessoa com deficiência. Em Pernambuco, é a Coordenação de Atenção à Saúde da Pessoa com Deficiência (CASPD) que busca garantir assistência à saúde integral dessa população.

Para entender melhor a PNCPD, faz-se necessário compreender alguns conceitos importantes, conforme abaixo (BRASIL, 2024):

1- Tipo ou categoria das deficiências:

- Deficiência física: modificações parciais ou completas de uma ou mais parte do corpo humano, causando o comprometimento da função física.
- Deficiência auditiva: prejuízo parcial, bilateral ou definitivo, superior a quarenta decibéis (dB), confirmada por audiograma.
- Deficiência visual: perda da visão com acuidade igual ou inferior a 0,05 no melhor olho, resultando em dificuldades na percepção visual.
- Deficiência mental: desempenho intelectual consideravelmente menor que a média, resultando em dificuldades no aprendizado e na adaptação social.
- Deficiência múltipla: união de duas ou mais deficiências.

2- Tipos de deficiência física:

- Paraplegia: perda total das funções motoras.
- Monoplegia: perda parcial das funções motoras de um só membro (podendo ser superior ou inferior).

- Tetraplegia: perda total das funções motoras dos membros superiores e inferiores.
- Hemiplegia: perda total das funções motoras de um hemisfério do corpo (direito ou esquerdo).
- Ostomia: é uma intervenção cirúrgica que permite criar uma comunicação entre o órgão interno e o externo, com a finalidade de eliminar os dejetos do organismo. Os ostomizados são pessoas que utilizam um dispositivo, geralmente uma bolsa, que permite recolher o conteúdo a ser eliminado através do estoma.
- Amputação: é a remoção de uma extremidade do corpo.
- Paralisia cerebral: diz respeito a uma lesão cerebral que acontece, em geral, quando falta oxigênio no cérebro do bebê durante a gestação, no parto ou até dois anos após o nascimento (traumatismos, envenenamentos ou doenças graves). Dependendo do local do cérebro onde ocorre a lesão e do número de células atingidas, a paralisia danifica o funcionamento de diferentes partes do corpo. A principal característica é um desequilíbrio na contenção muscular que causa tensão, inclui dificuldades de força e equilíbrio e comprometimento da coordenação motora.
- Nanismo: é uma alteração genética que provoca um crescimento esquelético anormal, resultando num indivíduo cuja altura é muito menor que a altura média de toda a população.

**Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência: arcabouço legal e estruturação**

A Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD) tem por objetivo “ofertar ações e serviços de saúde para o cuidado integral à pessoa com deficiência, articulados em Redes de Atenção à Saúde e de acordo com o Planejamento Regional Integrado (PRI)”, segundo o artigo 3º da Portaria GM/MS Nº 1.526, de 11 de outubro de 2023.

A Rede foi instituída no ano de 2012 pelas Portarias GM/MS n° 793e nº 835, com consolidação em 2017 pela Portaria GM/MS nº 3, que sofreu alteração em 2023 pela Portaria GM/MS Nº 1.526, a qual dispõe sobre a PNAISP e RCPD.

A RCPD visa alcançar a criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com deficiência temporária ou permanente, progressiva, regressiva ou estável, intermitente ou contínua, no âmbito do SUS (BRASIL, 2012), e pretende, também, desenvolver ações de prevenção e de identificação precoce de deficiências nas fases pré, peri e pós-natal, infância, adolescência e vida adulta. É uma rede transversal que pode contar com equipamentos específicos para seu funcionamento.

A seguir, serão detalhadas as diretrizes, os objetivos, competências, eixos e ações, organização, operacionalização e funcionamento da Rede (BRASIL, 2024):

1- Diretrizes: respeito aos direitos humanos, com garantia de autonomia, independência e de liberdade às pessoas com deficiência; garantia de acesso e de qualidade dos serviços, ofertando cuidado integral e assistência multiprofissional, sob a lógica interdisciplinar; organização dos serviços em rede de atenção à saúde regionalizada para garantir a integralidade do cuidado; desenvolvimento da lógica do cuidado para pessoas com deficiência física, auditiva, intelectual, visual, ostomia e múltiplas deficiências, tendo como eixo central a construção do projeto terapêutico singular.

2- Objetivos: ampliar o acesso e qualificar o atendimento às pessoas com deficiência no SUS; promover a vinculação das pessoas com dficiência auditiva, física, intelectual, visual, ostomia e com múltiplas deficiências, e suas famílias, aos pontos de atenção; garantir a articulação e a integraçãodos pontos de atenção das redes de saúde no território, qualificando o cudado por meio do acolhimento e classificação de risco; desenvolver ações de prevenção e de identificação precoce de deficiências, promover cuidados em saúde especialmente dos processos de reabilitação auditiva, física, intelectual, visual, ostomia e múltiplas deficiências, ampliando a oferta de órtese, prótese e meios auxiliares de locomoção (OPM).

3- Competências por níveis de gestão definidas na Portaria incluem:

• União: tem a responsabilidade de formular e coordenar a política nacional de saúde da pessoa com deficiência, estabelecendo diretrizes, normas e

estratégias para sua implementação. Também é responsável por promover a articulação entre os entes federativos e outras instâncias governamentais e não governamentais envolvidas na política.

- Estados e Distrito Federal: devem implementar e executar as ações e serviços de saúde para as pessoas com deficiência em seu território, de acordo com as diretrizes e normas estabelecidas pela União. Também têm a responsabilidade de promover a articulação com os municípios de sua abrangência e com outras instâncias envolvidas na política.
- Municípios: devem implementar e executar as ações e serviços de saúde para as pessoas com deficiência em seu território, de acordo com as diretrizes e normas estabelecidas pela União e pelos Estados. Também têm a responsabilidade de promover a articulação com outras instâncias envolvidas na política, incluindo órgãos de assistência social, educação, habitação, entre outros.

4- Eixos e ações: promoção da saúde e prevenção de agravos; diagnóstico e tratamento; reabilitação; manutenção da saúde e garantia de direitos; ações estratégicas.

5- Organização:

- 1º ponto: inclui os pontos de atenção e fluxos assistenciais, que devem garantir o acesso integral e resolutivo aos serviços de saúde, promovendo a inclusão e autonomia, e buscando garantir qualidade e integralidade do cuidado, conforme abaixo:

➢ Pontos de atenção: APS, atenção especializada, atenção hospitalar, atenção domiciliar, apoio diagnóstico e terapêutico, transporte sanitário. Esses são os principais pontos de atenção.

➢ Fluxos assistenciais: identificação e cadastro; avaliação e classificação da pessoa com deficiência; planejamento e acompanhamento; intervenção e tratamento; reabilitação e cuidados continuados; integração com a comunidade; monitoramento e avaliação; ações intersetoriais em assistência social, educação, segurança, acessibilidade, transporte, entre outros.

- 2º ponto: define os componentes da RCPS:

➢ APS.

➢ Atenção especializada ambulatorial.

➢ Atenção hospitalar e de urgência e emergência.

6- Operacionalização

• Ministério da Saúde:

➢ Apoio ao financiamento dos pontos de atenção sob gestão municipal, estadual e distrital para a implantação e implementação da RCPD.

➢ Apoio aos Grupos Condutores da RCPD na execução de suas atribuições e ações;

➢ Monitoramento e avaliação da Rede em todo território nacional;

➢ Elaboração e implementação de Diretrizes Clínicas, Linhas de Cuidado, Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) e Diretrizes Diagnósticas e Terapêuticas (DDT) para atenção à pessoa com deficiência. • Secretaria Estadual de Saúde:

➢ Designação dos membros titular e suplente para exercer a função de coordenação do Grupo Condutor da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência.

➢ Coordenação do Grupo Condutor.

➢ Fornecimento dos meios necessários ao desenvolvimento das atividades do Grupo Condutor da RCPD.

➢ Contratualização dos pontos de atenção à saúde sob sua gestão, incluído o respectivo financiamento e respeitadas as devidas pactuações intergestores.

➢ Articulação e integração dos pontos de atenção à saúde e destes com os demais equipamentos sociais.

➢ Monitoramento e a avaliação da Rede no território estadual, de forma regionalizada.

➢ Implementação e financiamento dos pontos de atenção sob gestão estadual.

➢ Apoio técnico e institucional aos municípios e às regiões de saúde no processo de gestão, planejamento, execução, financiamento, monitoramento e avaliação das ações de saúde no território, respeitadas as devidas pactuações intergestores.

➢ Regulação do acesso aos serviços da RCPD por meio de protocolos específicos e da estratificação de risco, devidamente pactuados na CIR, quando couber, e na CIB ou no CGSES/DF.

• Secretaria Municipal de Saúde:

➢ Implementação e coordenação de ações no âmbito municipal.

➢ Contratualização dos pontos de atenção à saúde sob sua gestão, incluído o respectivo financiamento e respeitadas as devidas pactuações intergestores.

➢ Regulação do acesso aos serviços da RCPD por meio de protocolos específicos e da estratificação de risco, devidamente pactuados na CIR, quando couber, e na CIB ou no CGSES/DF.

➢ Articulação e integração dos pontos de atenção à saúde e destes com os demais equipamentos sociais.

➢ Monitoramento e a avaliação da Rede no território municipal.

7- Funcionamento (detalhado em cada componente, com enfoque nos pontos de atenção e ações estratégicas):

• Componente Atenção Primária à Saúde:

➢ Pontos de atenção: acesso a cuidados de saúde abrangentes; vigilância em saúde; promoção à saúde e prevenção a doenças e agravos; assistência, práticas de reabilitação e cuidados paliativos por meio de atenção integral e cuidado multiprofissional; atenção e cuidados relacionados à saúde bucal.

➢ Ações estratégicas: identificação e registro das pessoas com deficiência do território; promoção da identificação precoce das deficiências, por meio da qualificação do pré-natal e da atenção na primeira infância; acompanhamento dos recém-nascidos de alto risco até os dois anos de vida, tratamento adequado das crianças com deficiência e suporte às famílias conforme as necessidades; educação em saúde, com foco na promoção da saúde, na prevenção de agravos, acidentes e quedas e no letramento anticapacitista; criação de linhas de cuidado e implantação de protocolos clínicos que possam orientar o itinerário terapêutico das pessoas com deficiência; incentivo e desenvolvimento de programas articulados com recursos da própria comunidade, promovendo a inclusão e qualidade de vida de pessoas com deficiência e o letramento

anticapacitista; implantação de estratégias de acolhimento e de classificação de risco e análise de vulnerabilidade para pessoas com deficiência, com base na avaliação biopsicossocial; acompanhamento e cuidado à saúde das pessoas com deficiência na perspectiva de cuidado integral, com atuação nas UBS, no domicílio e nos espaços e equipamentos do território de abrangência; cuidado, apoio e orientação às famílias, cuidadores e acompanhantes de pessoas com deficiência; apoio e orientação, por meio do Programa Saúde na Escola, aos educadores, às famílias e à comunidade escolar; vacinação e acompanhamento do cartão de vacina; identificação, avaliação e encaminhamento de pessoas com deficiência com necessidade e/ou que fazem uso de OPM ao componente da atenção especializada ambulatorial; oferta de práticas em reabilitação individuais e coletivas pelas equipes que atuam na APS e equipes multiprofissionais (e-Multi); promoção da comunicação entre os pontos de atenção, compartilhamento do cuidado e desenvolvimento de estratégias para organização das redes de atenção, incluindo ações de matriciamento pela Atenção Especializada com foco nas necessidades das pessoas com deficiência.

• Componente Atenção Especializada Ambulatorial:

➢ Pontos de atenção: Centros Especializados em Reabilitação (CER); Centros de Especialidades Odontológicas (CEO); e oficinas ortopédicas.

➢ Ações estratégicas: serviço de referência regulado, fornecendo Atenção Especializada Ambulatorial às pessoas com deficiência auditiva, física, intelectual, visual, ostomia ou múltiplas deficiências; lugar de referência de cuidado à saúde da pessoa com deficiência nos processos de habilitação e reabilitação; ações de atenção à saúde aos familiares, cuidadores e acompanhantes de pessoas com deficiência; produzir, em conjunto com a pessoa com deficiência, de forma matricial na RAS e compartilhado com a APS, um Projeto Terapêutico Singular - PTS, baseado em avaliações multidisciplinares das necessidades e funcionalidade da pessoa com deficiência, com foco na produção de autonomia, independência, qualidade de vida e inclusão social; promover a indicação criteriosa de Tecnologia Assistiva, bem como as adaptações e adequações necessárias, considerando o ambiente físico

e social, com vistas ao uso seguro e eficiente; promover a melhoria da funcionalidade e a inclusão social das pessoas com deficiência, por meio do processo de habilitação e reabilitação; estabelecer fluxos, protocolos e práticas de cuidado à saúde de forma contínua, coordenada e articulada entre os diferentes pontos de atenção da RCPD em cada território; realizar ações de apoio matricial, compartilhando a responsabilidade do cuidado com os demais pontos da RCPD; articular-se com a Rede do Sistema Único de Assistência Social - SUAS para o acompanhamento compartilhado de casos, quando necessário; e articular-se com a rede de ensino para identificar crianças e adolescentes com deficiência e avaliar suas necessidades, fornecendo apoio e orientação aos educadores, às famílias e à comunidade escolar."

• Componente Atenção Hospitalar e de Urgência e Emergência.

➢ Ações estratégicas: instituir equipes de referência em reabilitação para identificação e tratamento precoce das deficiências; promover a alta responsável, qualificada e referenciada aos demais pontos da Rede de Atenção à Saúde; ampliar o acesso e qualificar a atenção à saúde para a pessoa com deficiência em leitos de reabilitação hospitalar; ampliar o acesso regulado da atenção à saúde para pessoas com deficiência em hospitais de reabilitação; ampliar o acesso às urgências e emergências odontológicas, bem como ao atendimento sob sedação ou anestesia geral, adequando centros cirúrgicos e equipes para esse fim; promover as condições necessárias para abreviar ou evitar hospitalização por meio das equipes do serviço de Atenção Domiciliar, quando houver. Dentre todos os componentes da rede, a atenção especializada ambulatorial merece um destaque, devido ao grau de importância e amplitude na oferta de serviços. Nela se inclui a oferta de consultas especializadas, exames complementares, procedimentos terapêuticos e reabilitação. Os serviços de reabilitação disponibilizam fisioterapia, terapia ocupacional, fonoaudiologia, psicologia, entre outros. Além disso, conta com centros de referência em deficiência, que são unidades de saúde especializadas no atendimento a pessoas com deficiência, inclusive grave ou rara. São serviços com profissionais especializados em atender as demandas mais complexas e

específicas da pessoa com deficiência. Abaixo, segue orientações conceituais importantes sobre a Atenção especializada ambulatorial (BRASIL, 2023):

• Centro Especializado em Reabilitação (CER): é um serviço de atenção ambulatorial especializada em reabilitação, que realiza diagnóstico, tratamento, concessão, adaptação e manutenção de tecnologia assistiva, sendo a reabilitação/habilitação realizada de forma interdisciplinar e com o envolvimento direto de profissionais, cuidadores e familiares nos processos de cuidado. Esse acompanhamento acontece a partir das necessidades de cada indivíduo, considerando o impacto da deficiência sobre sua funcionalidade, bem como os fatores clínicos, emocionais, ambientais e sociais envolvidos. O CER constitui um ponto de atenção da RCPD, podendo ser organizado das seguintes formas:

➢ CER II, composto por duas modalidades de reabilitação, habilitado das seguintes maneiras: auditiva e física; auditiva e intelectual; auditiva e visual; física e intelectual; física e visual; ou intelectual e visual.

➢ CER III, composto por três modalidades de reabilitação, habilitado das seguintes maneiras: auditiva, física e intelectual; auditiva, física e visual; auditiva, intelectual e visual; ou física, intelectual e visual.

➢ CER IV, composto por quatro modalidades de reabilitação, habilitado da seguinte maneira: auditiva, física, intelectual e visual.

● Centros de Especialidades Odontológicas (CEO): são estabelecimentos de saúde que ofertam atendimento especializado odontológico. Todos os CEO devem dispor de cinco especialidades mínimas para o seu funcionamento: periodontia, endodontia, cirurgia oral menor, estomatologia e odontologia para Pacientes com Necessidades Especiais (PNE). Além disso, os entes federativos com CEO podem solicitar adesão à Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD), que visa fortalecer, ampliar e qualificar o cuidado às especificidades da pessoa com deficiência que necessite de atendimento odontológico.

• Oficina Ortopédica: constitui-se em serviço que visa promover o acesso às Órteses, Próteses e Meios auxiliares de locomoção (OPM). Ela poderá ser organizada como Oficina Ortopédica Fixa e Oficina Ortopédica Itinerante.

Importante citar que, apesar do disposto na Portaria GM/MS Nº 1.526/2023 (que estabelece normas para a organização da Rede, com definição de diretrizes, objetivos, metas, indicadores, prazo de execução, mecanismos de monitoramento e avaliação das ações e serviços de saúde voltados para pessoa com deficiência), o estado de Pernambuco ainda se orienta pela Resolução CIB/PE nº 2189, de 08 de janeiro de 2013, homologada há 11 anos atrás, sendo que a mesma ainda não está plenamente implantada até o momento.

Para elaboração do Plano macrorregional de saúde, sugere-se analisar a real situação do funcionamento da Rede, e seguir as resoluções CIT nº 1 de 30/03/2021 (de consolidação), a Resolução CIB/PE n° 5613/2021 (sobre o PRI) e a Portaria nº 1526/2023, lembrando que a RCPD também deverá ofertar ações e serviços de saúde aos familiares, cuidadores e acompanhantes das pessoas com deficiência (BRASIL, 2023). Dessa forma, o plano se baseará em Portarias e normas atualizadas e viabilizará avanços significativos na organização da RCPD na I macrorregião de saúde.

**Atenção Primária na Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência na I Macrorregião de Saúde.**

A Atenção Primária à Saúde é um dos componentes da Rede de atenção à pessoa com deficiência, considerada a principal porta de entrada das pessoas no sistema, a ordenadora da rede e a coordenadora do cuidado. As ações estratégicas para ampliação do acesso e de qualificação da atenção à pessoa com deficiência na atenção primária são:

- Identificação e registro das pessoas com deficiência no território.
- Promoção da identificação precoce das deficiências, por meio da qualificação do pré-natal e da atenção na primeira infância.
- Acompanhamento dos recém-nascidos de alto risco até os dois anos de vida.
- Tratamento adequado das crianças com deficiência e suporte às famílias, conforme a necessidades.
- Educação em saúde com foco na promoção da saúde, na prevenção e agravos, acidentes e quedas e no letramento anticapacitista.

- Oferta de práticas em reabilitação individuais e coletivas pelas equipes que atuam na APS, incluindo as equipes multiprofissionais (e-Multi).
- Identificação, avaliação e encaminhamento de pessoas com deficiência com necessidade e/ou que fazem uso de OPM ao componente a atenção especializada ambulatorial.

A APS realiza o acolhimento da pessoa, a identificação da deficiência e encaminha para equipe e-Multi acompanhar os casos com doenças crônicas e, também, para a equipe e-Multi dar encaminhamento dos demais tipos de deficiência aos CER. Portanto, a APS constitui o centro norteador da organização da rede de saúde e é o centro de comunicação entre os componentes.

Segue abaixo, o quadro 01 contendo os componentes da RCPD, o qual foi retirado da Portaria 792 de 2012, e adaptado, incluindo a Equipe de Atenção Primária (e-AP). Além desses três componentes, também há o Núcleo de Atenção à Criança e Adolescente com Transtorno do Espectro Autista (TEA). Segundo a Nota Técnica de Nº 3/2024 CGSPD/DAET/SAES/MS, trata-se de um ponto de atenção ambulatorial especializado em reabilitação/habilitação que realiza avaliação, diagnóstico e acompanhamento multiprofissional de crianças e adolescentes com TEA. Constitui-se uma nova possibilidade de habilitação dos serviços que já existiam nos territórios com assistência exclusiva aos pacientes de TEA até a data de publicação da Portaria GM/MS no 1.526, de 11 de outubro de 2023.

Quadro 60 - Desenho dos componentes da RCPD, com os pontos de atenção da rede. Pernambuco, 2024.

| | |
|---|---|
| Atenção Primária | Unidade Básica de Saúde |
| | Estratégia de Saúde da Família – eSF |
| | Equipe de Atenção Primária – eAP |
| Atenção Especializada em Reabilitação Auditiva, Física, Intelectual, Visual, Ostomia e em Múltiplas Deficiências | Estabelecimentos com apenas um Serviço de Reabilitação. |
| | Centros Especializados em Reabilitação (CER): |
| | CER II |
| | CER III |
| | CER IV |
| | Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) |
| | Núcleo de Atenção Especializada às Pessoas com TEA |
| | Leitos de Reabilitação Hospitalar |

| | |
|---|---|
| Atenção Hospitalar e de Urgência e Emergência | Urgências e emergências odontológicas com atendimento sob sedação e anestesia geral |

Fonte: Portaria 793/2012, adaptado.

Nesta macrorregião, observa-se que a comunicação entre a APS e os pontos de atenção ainda demonstra fragilidade, o que pode comprometer a continuidade da atenção prestada às pessoas com deficiência. Demanda-se uma maior integração entre a APS e os demais componentes da Rede, necessitando de articulação entre os profissionais da APS com os profissionais dos serviços. Isso é observado nas deficientes contrarreferências dos serviços especializados, o que dificulta o compartilhamento de informações. Essa comunicação pode ser melhorada com apoio da gestão, através de reuniões multidisciplinares, discussões de casos clínicos e uso de sistemas de informação em saúde que permitam o registro e o acesso às informações de forma integrada e segura.

Uma grande potencialidade da APS na RCPD é que ela favorece a participação da pessoa com deficiência e de sua família na tomada de decisão sobre seu cuidado. É fundamental que as pessoas sejam ouvidas pela e-Multi e que suas necessidade e preferências também sejam consideradas.

A identificação das necessidades é feita por meio de avaliações clínicas, exames específicos ou entrevistas com os pacientese seus familiares. Quando as necessidades são identificadas e exigem atenção especializada, os pacientes são encaminhados para outros serviços. Esses encaminhamentos deveriam ser atendidos de forma rápida e eficiente, garantindo quea pessoa receba o atendimento adequado no momento oportuno, porém isso nem sempre é viável devido às filas de espera nos serviços especializados, o querepercute na própria equipe da APS que está no território e é quem houve as queixasdos comunitários.

Existe o fato de muitas famílias se negarem a receber alta dos CER,motivado pela escassa oferta de pontos de apoio para continuidade da atenção apósa alta, a exemplo de insuficientes escolas preparadas para receber as pessoas com deficiência, de ausência de trabalhos comunitários específicos, da não garantia de continuidade do cuidado pela e-Multi nas consultas de seguimento para fazer ajustes no plano terapêutico e para dar orientações à família sobre os cuidados em casa, entre outros.

**Organização da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência na Atenção Especializada Ambulatorial**

Os censos demográficos permitem a atualização das características da população por meio de dois tipos de questionários – Básico, mais simples, aplicado a 95% de todas as unidades domiciliares do município (no caso do Censo Demográfico IBGE 2010) e de Amostra – mais completo e aplicado a 5% das unidades domiciliares restantes, escolhidas para compor a amostra. Os dados coletados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), no censo de 2010, descreveram a prevalência dos diferentes tipos de deficiência que foi classificada pelo grau de severidade, de acordo com a percepção das próprias pessoas entrevistadas sobre suas funcionalidades. A avaliação foi feita com o uso de facilitadores como óculos e lentes de contato, aparelhos de audição, bengalas e próteses. As perguntas feitas aos entrevistados buscaram identificar as deficiências visual, auditiva e motora pelos seguintes graus de dificuldade: (i) tem alguma dificuldade em realizar; (ii) tem grande dificuldade; (iii) não consegue realizar de modo algum; além da deficiência mental ou intelectual. O marco conceitual adotado para investigação das pessoas com deficiência no Censo Demográfico de 2010, buscou se adaptar à Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) divulgada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em 2001. Dessa forma, o IBGE consolidou a compreensão da deficiência como produto da interação entre funções e estruturas corporais com limitações e barreiras sociais e ambientais, também em consonância com a concepção da Convenção de Direitos da Pessoa com Deficiência, aprovada no âmbito das Organização das Nações Unidas (ONU), em 13 de dezembro de 2006.

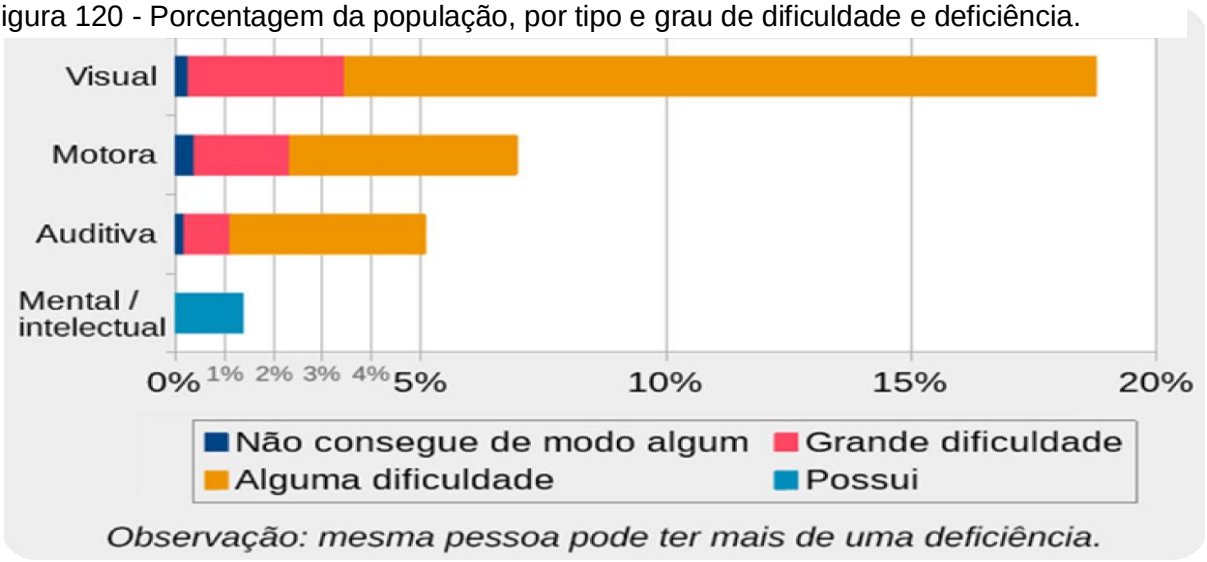
O quadro de perguntas sobre pessoas com deficiência utilizado no questionário do Censo Demográfico 2010, partiu do modelo de perguntas e respostas proposto pelo Grupo de Washington (GW) em seu conjunto curto de questões para pesquisas censitárias. Em 2010, optou-se por identificar as pessoas com deficiência que respondessem ter pelo menos alguma dificuldade em uma ou mais questões por tipo de deficiência. A partir dessa leitura foram consideradas 45.606.048 o número de pessoas com deficiência no Brasil, o que corresponde a 23,9% do total da população recenseada pelo Censo Demográfico 2010. Contudo, o IBGE publicou a Nota técnica 01/2018, que traz a releitura dos dados de pessoas com deficiência no Censo

Demográfico 2010 à luz das recomendações do Grupo de Washington, onde identifica-se como pessoa com deficiência apenas os indivíduos que responderam ter muita dificuldade ou não consegue de modo algum em uma ou mais questões no Censo 2010. Sendo assim, ao aplicar esta nova linha de corte, a população total de pessoas com deficiência residentes no Brasil captada pela amostra do Censo Demográfico 2010 passa de 45.606.048 pessoas, ou 23,9% do total para um quantitativo de 12.748.663 pessoas, ou 6,7% do total da população registrado pelo Censo Demográfico 2010.

Essa nova forma de captação de dados foi utilizada no censo de 2022, que traz o percentual de 8,4% da população do Brasil, com algum tipo de deficiência, o que equivale a 17.058.784 pessoas.

A Figura 120 , mostra a porcentagem da população brasileira, por tipo e grau de dificuldades/deficiência, evidenciando que aproximadamente 3,5% da população geral possui grande dificuldade visual, 2,5% grande dificuldade motora, e 1% grande dificuldade auditiva. Com incapacidade total, seja visual, motora e auditiva, o percentual oscila em torno de 0,2% da população. Já a dificuldade mental/intelectual se apresenta em aproximadamente 1%. São percentuais elevados para o total da população brasileira, demonstrando a necessidade da organização efetiva da RCPD para prestar assistência a essa população.

Figura 120 - Porcentagem da população, por tipo e grau de dificuldade e deficiência.




Fonte**:** IBGE, Censo Demográfico 2010, Brasil, 2010.

Em Pernambuco existe uma população estimada de 806.245 pessoas de 2 anos ou mais de idade com deficiência, correspondendo a 8,9% da população dessa faixa etária, percentual acima da média brasileira (8,4%). Isso coloca o estado no sexto lugar do ranking nacional, sendo Recife considerada a capital brasileira com maior porcentagem de pessoas com deficiência de 2 anos ou mais nessa condição (11,1%), o que equivale a 182 mil pessoas (PNAD contínua, 2022).

O censo IBGE de 2022 não possui a estratificação da população com deficiência por isso para a descrição dos números desta população no estado de Pernambuco e na I macrorregião foram utilizados dados do censo IBGE de 2010, os quais apontam que o total de pessoas com pelo menos um tipo de deficiência em Pernambuco é de 221.677, deste total 20% (44.584) reside em um dos quatro municípios-sede de regionais de saúde desta macrorregião (Recife, Limoeiro, Palmares e Goiana), conforme demonstrado no quadro 2, indicando que é urgente a organização dessa rede para que as pessoas sejam atendidas de forma oportuna e com qualidade.

Quadro 61 - Demonstrativo dos tipos de deficiência e número de casos nos municípios-sede das regionais da I macrorregião de saúde. Pernambuco, 2024.

| DEFICIÊNCIAS | PE | Recife | Limoeiro | Palmares | Goiana |
|---|---|---|---|---|---|
| Pelo menos uma das deficiências investigadas | 221.677 | 39.353 | 1.675 | 1.503 | 2.113 |
| Deficiência visual | 174.205 | 29.293 | 1.364 | 1.272 | 1.594 |
| Deficiência auditiva | 66.897 | 11.192 | 612 | 443 | 520 |
| Deficiência motora | 138.137 | 26.530 | 1.011 | 1.028 | 1.346 |
| Deficiência mental/intelectual | 7.758 | 1.854 | 69 | 29 | 54 |
| Pelo menos uma das deficiências investigadas no grau severo ou deficiência mental/intelectual | 93.311 | 18.092 | 743 | 739 | 911 |
| Deficiência visual severa | 49.447 | 9.242 | 350 | 451 | 497 |
| Deficiência auditiva severa | 15.503 | 2.757 | 119 | 95 | 105 |
| Deficiência motora severa | 55.710 | 11.967 | 425 | 474 | 588 |
| Pelo menos uma das deficiências investigadas por | 3.820 | 521 | 8 | 14 | 36 |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| frequência à escola (6 a 14 anos) | | | | | |

Fonte: IBGE, 2010.

O cuidado à pessoa com deficiência perpassa pelo número adequado de serviços implantados nos territórios. Verifica-se os territórios onde deverão ter CER implantados, conforme pactuado, lembrando que, conforme modelagem da Rede em Pernambuco, no território, deve haver, no mínimo, 1 CER IV por macro, 1 CER III por Região e 1 CER por Microrregião.

Quadro 62 - Divisão territorial para organização da RCPD na I Macrorregião de Saúde, segundo região, microrregião e municípios. Pernambuco, 2024.

| **MACRORREGIÃO I– Metropolitana**<br>Regiões de Saúde - I, II, III, XII (Sede Recife) | | |
|---|---|---|
| **I Região de Saúde** | | |
| **I MICRORREGIÃO** | **II MICRORREGIÃO** | **III MICRORREGIÃO** |
| Abreu e Lima, Araçoiaba, Fernando de Noronha, Igarassu, Ilha de Itamaracá, Itapissuma, Olinda, Paulista, **Recife** | Camaragibe, Chã de Alegria, Chã Grande, Glória do Goitá, Pombos, São Lourenço da Mata, Vitória de Santo Antão | Cabo de Santo Agostinho, Ipojuca, Jaboatão dos Guararapes, Moreno |
| **II Região de Saúde** | | |
| **IV MICRORREGIÃO** | **V MICRORREGIÃO** | |
| Bom Jardim, Casinhas, Cumaru, Feira Nova, João Alfredo, Limoeiro, Machados, Orobó, Passira, Salgadinho, Surubim, Vertente do Lério | Buenos Aires, Carpina, Lagoa de Itaenga, Lagoa do Carro, Nazaré da Mata, Paudalho, Tracunhaém, Vicência | |
| **III Região de Saúde** | | |
| Água Preta, Amaraji, Barreiros, Belém de Maria, Catende, Cortês, Escada, Gameleira, Jaqueira, Joaquim Nabuco, Lagoa dos Gatos, Maraial, Palmares, Primavera, Quipapá, Ribeirão, Rio Formoso, São Benedito do Sul, São José da Coroa Grande, Sirinhaém, Tamandaré, Xexéu | | |
| **XII Região de Saúde** | | |
| Aliança, Camutanga, Condado, Ferreiros, Goiana, Itambé, São Vicente Férrer, Itaquitinga, Macaparana, Timbaúba | | |

Fonte: CASPD/DPE/SEAS/SES-PE

A Figura 121, mostra o mapa de Pernambuco contendo a realidade de implantação dos CER no estado. Observa-se um número insuficiente desses serviços implantados para dar assistência à população pernambucana, sendo eles: 02 CER-IV na macrorregião I (em Recife) e 01 CER-IV na macrorregião III (Arcoverde); 01 CER III na macrorregião III (Afogados da Ingazeira) e 01 CER-III na macrorregião IV (Ouricuri) (que está aguardando habilitação pelo Ministério da Saúde); e 03 CER-II na macrorregião I (Recife, Ipojuca e Limoeiro). Considerando que Pernambuco possui quatro macrorregiões, doze regiões e 11 microrregiões, o plano de ação traçado para essa rede preconizava 19 CER para a I macrorregião, no entanto, no cenário atual apenas 7 encontram-se implantados, que corresponde a 26% da necessidade identificada no território. Os serviços habilitados recebem recursos financeiros da União (conforme detalhado no tópico sobre financiamento), os quais devem dar cobertura a vários municípios, conforme pactuado.

Figura 121 - Distribuição geográfica dos pontos de atenção CER e oficina ortopédica em Pernambuco, 2024.



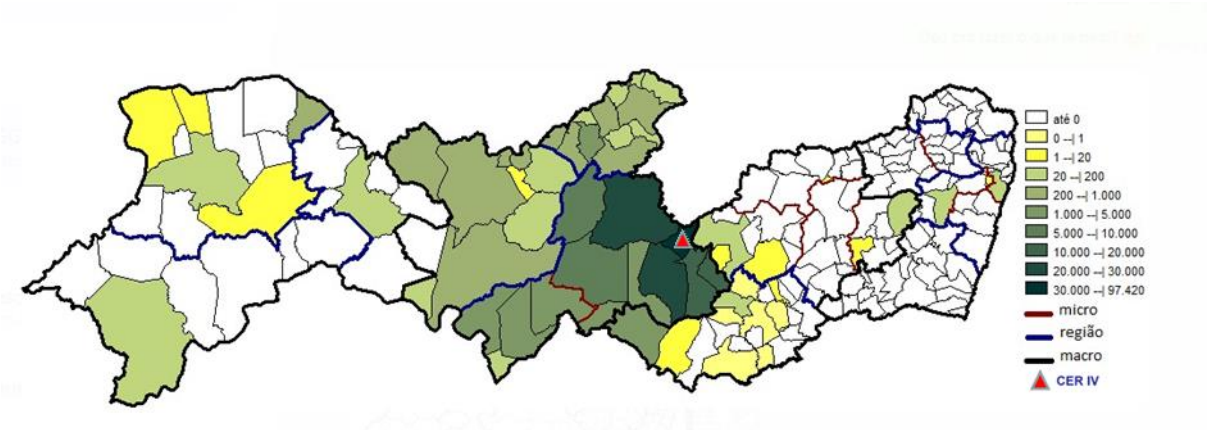

Fonte: Coordenação estadual da PAISPD/SES/PE

O Estado de Pernambuco deve ter a RCPD articulada e integrada para que os serviços funcionem adequadamente. Para isso, é importante

compreender como estão funcionando os serviços e como os pacientes se deslocam à procura dos mesmos, a fim de se ter a noção da invasão e evasão das pessoas na I macrorregião à procura de atendimentos. Identificar os macroproblemas é primordial, na perspectiva de saná-los. Diante do exposto, será descrito, a seguir, como ocorrem os deslocamentos das pessoas à procura de serviços pelo estado.

Na Figura 122, observa-se que o CER-IV de Arcoverde, que faz parte da III macrorregião, atendeu pacientes das quatro macrorregiões do estado nos últimos cinco anos, demonstrando a evasão de pacientes da I macrorregião para a III macrorregião.

Figura 122 - Distribuição geográfica dos atendimentos do CER-IV-Arcoverde, segundo municípios atendidos e intervalo de número de atendimento, no período de 2019 a 2023, em Pernambuco.




Fonte: SIA/MS: 2024.

No Quadro 63, vê-se o quantitativo de atendimentos feitos pelo CER-III de Arcoverde aos diversos municípios, sendo a grande maioria do próprio município de Arcoverde (97.420 atendimentos), apontando a necessidade de intervenção da regulação estadual nos serviços ambulatoriais especializados. Vale destacar que foram excluídos, o total de procedimentos feitos aos municípios ignorados.

Quadro 63 - Número de atendimento realizado pelo CER-IV-Arcoverde, segundo municípios de residência, no período de 2019 a 2023, em Pernambuco.

| Munic. Residência | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 | Total |
|---|---|---|---|---|---|---|

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Afogados da Ingazeira | 265 | 390 | 686 | 163 | 38 | 1.542 |
| Águas Belas | - | 2 | - | - | - | 2 |
| Alagoinha | 3 | - | 1 | 4 | 10 | 18 |
| Araripina | 4 | - | 2 | - | - | 6 |
| Arcoverde | 12.631 | 11.454 | 26.981 | 22.866 | 23.488 | 97.420 |
| Betânia | 10 | 36 | 7 | 41 | 60 | 154 |
| Bom Conselho | - | 1 | - | - | - | 1 |
| Brejinho | 8 | 22 | 30 | 9 | 16 | 85 |
| Buíque | 2.835 | 2.033 | 5.517 | 4.758 | 5.219 | 20.362 |
| Caetés | 33 | 34 | 11 | - | - | 78 |
| Calumbi | - | - | - | 4 | - | 4 |
| Camaragibe | - | - | - | 12 | - | 12 |
| Capoeiras | - | 1 | - | - | - | 1 |
| Carnaíba | 17 | 33 | 82 | 101 | 58 | 291 |
| Custódia | 1.586 | 1.137 | 2.332 | 1.704 | 1.814 | 8.573 |
| Flores | 54 | 49 | 42 | 15 | 7 | 167 |
| Floresta | 30 | 18 | 67 | 69 | 114 | 298 |
| Garanhuns | - | 1 | - | - | - | 1 |
| Gravatá | - | - | - | 147 | - | 147 |
| Ibimirim | 1.253 | 891 | 1.555 | 1.290 | 1.127 | 6.116 |
| Iguaracy | 98 | 137 | 226 | 147 | 167 | 775 |
| Inajá | 684 | 395 | 1.367 | 875 | 859 | 4.180 |
| Ingazeira | 24 | 9 | 27 | 10 | 27 | 97 |
| Ipubi | - | 1 | 4 | - | 7 | 12 |
| Itacuruba | - | - | - | 3 | 50 | 53 |
| Itaíba | 841 | 653 | 1.201 | 841 | 948 | 4.484 |
| Itapetim | 21 | 17 | 29 | 42 | 34 | 143 |
| Jatobá | 12 | 38 | 38 | 39 | 59 | 186 |
| Jupi | - | 5 | - | - | - | 5 |
| Lagoa do Ouro | - | 1 | - | - | - | 1 |
| Manari | 364 | 324 | 649 | 898 | 988 | 3.223 |
| Moreilândia | 47 | 43 | 166 | - | - | 256 |
| Ouricuri | 11 | 12 | 41 | 2 | 2 | 68 |
| Paranatama | - | - | - | 1 | - | 1 |
| Parnamirim | - | - | - | 3 | 3 | 6 |
| Pedra | 1.391 | 1.051 | 3.263 | 2.843 | 2.451 | 10.999 |
| Pesqueira | 20 | 28 | 3 | 2 | 3 | 56 |
| Petrolândia | 287 | 140 | 420 | 681 | 1.294 | 2.822 |
| Petrolina | - | - | 28 | 13 | 10 | 51 |
| Quixaba | 82 | 56 | 81 | 15 | 42 | 276 |
| Recife | 2 | 1 | 33 | 13 | 1 | 50 |

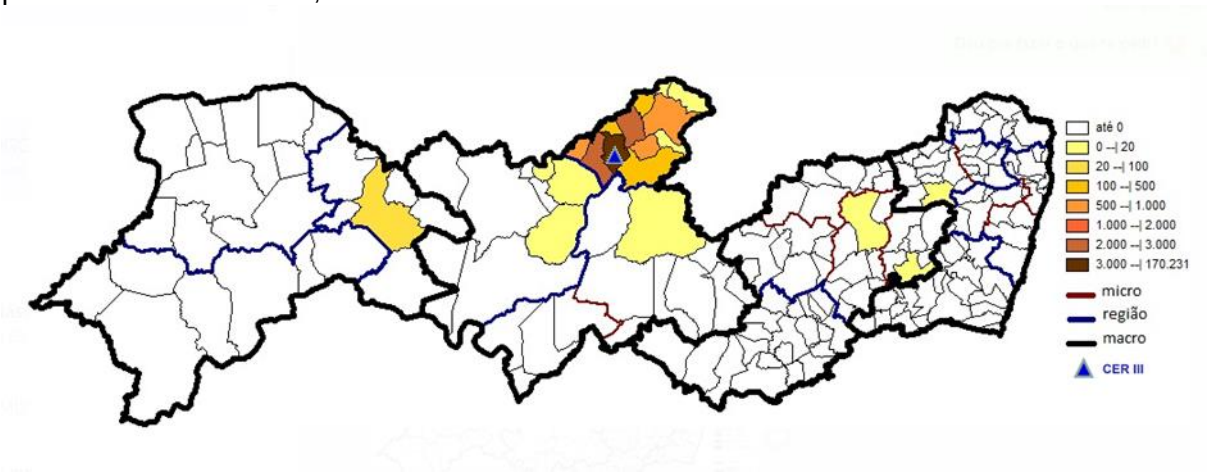
| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Salgueiro | - | - | - | - | 55 | 55 |
| Santa Cruz da Baixa Verde | 73 | 86 | 49 | 10 | 24 | 242 |
| Santa Terezinha | 13 | 23 | 45 | 34 | 31 | 146 |
| São Bento do Una | - | - | 2 | - | - | 2 |
| São João | - | 1 | - | - | - | 1 |
| São Joaquim do Monte | - | - | - | 4 | - | 4 |
| São José do Belmonte | 10 | 18 | 16 | 184 | 319 | 547 |
| São José do Egito | 62 | 133 | 331 | 276 | 119 | 921 |
| Serra Talhada | 68 | 54 | 31 | 223 | 342 | 718 |
| Sertânia | 3.150 | 2.505 | 7.323 | 6.286 | 6.738 | 26.002 |
| Solidão | 12 | 2 | 40 | 5 | 10 | 69 |
| Tabira | 55 | 94 | 116 | 138 | 103 | 506 |
| Tacaratu | 255 | 299 | 460 | 577 | 749 | 2.340 |
| Toritama | 1 | - | 3 | - | - | 4 |
| Triunfo | 52 | 82 | 65 | 70 | 105 | 374 |
| Tupanatinga | 626 | 372 | 693 | 846 | 1.093 | 3.630 |
| Tuparetama | 60 | 41 | 13 | 7 | 5 | 126 |
| Venturosa | 1.882 | 1.305 | 3.182 | 3.012 | 3.540 | 12.921 |
| Vitória de Santo Antão | - | - | - | 42 | - | 42 |
| Total | 28.932 | 24.028 | 57.258 | 49.325 | 52.129 | 211.672 |

Fonte: SIA/MS: 2024. Dados obtidos em março de 2024.

O CER-III de Afogados da Ingazeira, localizado na X região de saúde, também faz parte da III macrorregião. Este é o único CER tipo III em funcionamento em todo Pernambuco (considerando que o CER-III de Ouricuri ainda não está em funcionamento). Diante do exposto, observa-se os vazios assistenciais desse tipo de CER no estado, havendo necessidade de implantar CER-III nas Regiões I, II, III, IV, V, VI, VII, VIII, XI e XII, além da necessidade de agilizar o processo de funcionamento da IX.

AFigura 123, mostra a distribuição espacial dos atendimentos do CER-III de Afogados da Ingazeira, que atendeu a todas as macrorregiões do estado, sendo o maior volume de atendimento em seu próprio município (aproximadamente 170.231 em Afogados da Ingazeira). Isso aponta a necessidade de implantar de forma descentralizada os demais CER desenhados para o estado.

Figura 123 - Distribuição geográfica dos atendimentos do CER-III-Afogados da Ingazeira, segundo municípios atendidos e intervalo do número de atendimento, no período de 2019 a 2023, em Pernambuco.




Fonte: SIA/MS: 2024

O Quadro 64, mostra o número de atendimentos feitos por município de residência, pelo CER-III de Afogados da Ingazeira, excluindo os municípios ignorados. Evidencia-se que o município de Arcoverde detém um número muito superior de atendimento, em relação aos demais municípios, levando à conclusão de que o local que tem o serviço implantado é o que tem seus munícipes mais beneficiados, necessitando de um melhor acompanhamento da regulação nesse sentido.

Quadro 64 - Número de atendimentos realizados pelo CER-Afogados da Ingazeira, segundo municípios de residências, no período de 2019 a 2023, em Pernambuco.

| Munic. Residência | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 | Total |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Afogados da Ingazeira | 6.557 | 11.245 | 48.966 | 56.637 | 46.826 | 170.231 |
| Betânia | - | 1 | - | 2 | - | 3 |
| Bonito | - | - | 1 | 7 | - | 8 |
| Brejinho | - | - | 1 | 2 | 11 | 14 |
| Carnaíba | 16 | 42 | 276 | 1.221 | 982 | 2.537 |
| Caruaru | - | - | - | - | 8 | 8 |
| Flores | - | - | 3 | 5 | 2 | 10 |
| Iguaracy | - | 1 | 30 | 48 | 122 | 201 |
| Ingazeira | - | - | 6 | 149 | 635 | 790 |
| Itapetim | - | - | 1 | - | - | 1 |
| Passira | - | - | - | - | 2 | 2 |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Quixaba | - | - | - | 506 | 394 | 900 |
| Salgueiro | - | - | - | 32 | 3 | 35 |
| Santa Terezinha | - | - | - | 78 | 219 | 297 |
| São José do Egito | - | - | 44 | 349 | 113 | 506 |
| Sertânia | - | 2 | - | - | - | 2 |
| Solidão | - | - | - | 24 | 371 | 395 |
| Tabira | - | 8 | 86 | 1.038 | 1.155 | 2.287 |
| Triunfo | - | - | 2 | 1 | - | 3 |
| Tuparetama | - | - | - | 7 | 10 | 17 |
| Total | 6.573 | 11.299 | 49.416 | 60.106 | 50.853 | 178.247 |

Fonte: SIA/MS: 2024. Dados obtidos em março de 2024.

Enquanto não forem preenchidos os vazios assistenciais em todo o estado de Pernambuco, com a implantação dos serviços previamente pactuados, e não houver a devida regulação desses serviços, continuarão existindo deslocamento das pessoas com deficiência entre as macrorregiões do estado à procura de atendimento.

Compreender a estruturação da Rede no estado permite entender o funcionamento dos serviços nas macrorregiões. Daqui em diante, será detalhado como a RCPD é desenvolvida na I macrorregião de saúde.

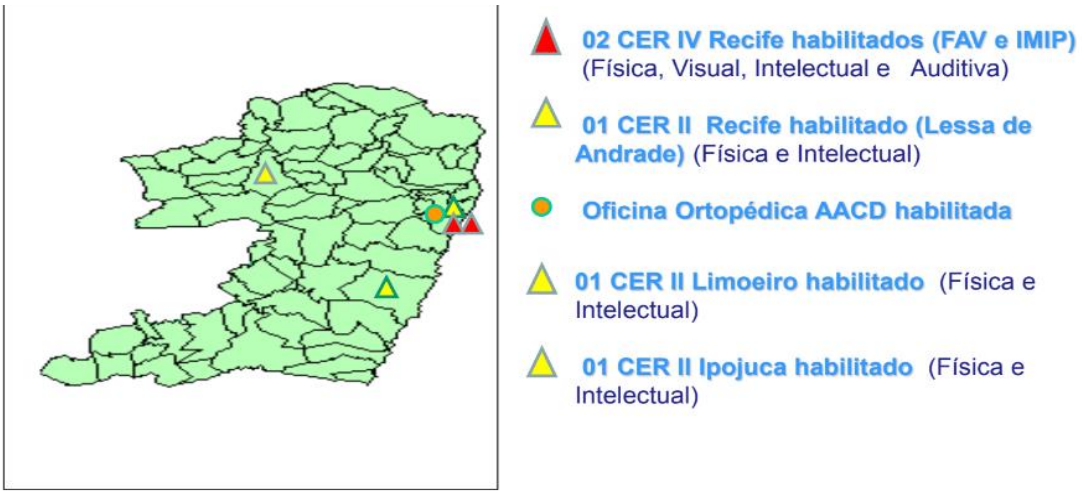
O Quadro 65, mostra o desenho dos serviços habilitados na I macrorregião de saúde, e sinaliza a necessidade de haver novas habilitações. Em seguida, na Figura 124, se vê a distribuição espacial desses serviços.

Quadro 65 - Desenho da RCPD na I macrorregião de saúde, segundo serviços habilitados por Regional de Saúde, tipo de serviço, unidade/município e nível de gestão. Pernambuco, 2024.

| Região de Saúde | Tipo de serviço | Unidade / Município | Distribuição dos serviços de saúde sob cada nível de gestão | Distribuição dos serviços de saúde por tipo de serviço | Situação |
|---|---|---|---|---|---|
| I | CER IV | IMIP / Recife | Estadual | Centro Especializado em Reabilitação (física, intelectual, auditiva e visual) | Habilitado |
| | CER IV | Fundação Altino Ventura / Recife | Estadual | Centro Especializado em Reabilitação (física, intelectual, auditiva e visual) | Habilitado |
| | CER II | Lessa de Andrade / Recife | Municipal | Centro Especializado em Reabilitação (física e intelectual) | Habilitado |
| | CER II | Ipojuca | Municipal | Centro Especializado em Reabilitação (física e intelectual) | Habilitado |
| | Serviço de Reabilitação | AACD / Recife | Municipal | Oficina Ortopédica e reabilitação física | Habilitado |
| II | CER II | Limoeiro | Municipal | Centro Especializado em Reabilitação (física e intelectual) | Habilitado |

Fonte: CASPD/DPE/SEAS/SES-PE.

Figura 124 - Distribuição geográfica da localização dos CER/CEO na I Macrorregião de Saúde de Pernambuco, 2024.

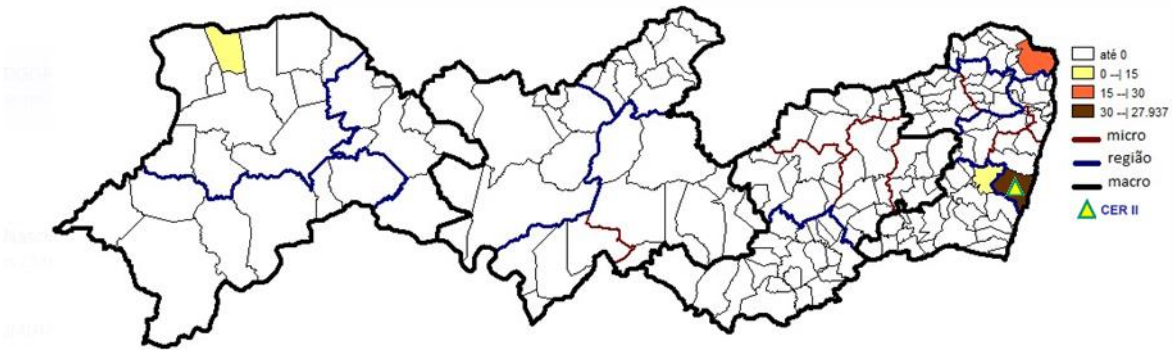



Fonte: Coordenação estadual CASPD/SES/PE.

Como visto na Figura 124, a Macrorregião I possui três CER tipo II e uma oficina de Órteses, Próteses e Meios auxiliares de locomoção (OPM), os quais serão descritos:

- O CER-II de Recife, localizado na I Região de Saúde (Policlínica Lessa de Andrade), oferta serviço de reabilitação intelectual, e vem atendendo pacientes do próprio município, além de Olinda, Paulista e Itamaracá, com uma média de 915 atendimentos mensais. Atualmente no CER-II de Recife existe uma lista de espera de avaliação global com 659 pessoas (SMS Recife, 2024). Não é possível verificar o total de atendimento desse serviço pelo sistema de informação, considerando que o CNES mostra a produção total da Unidade e não especificamente do CER.
- O CER-II de Ipojuca, também localizado na I Região de saúde, atende praticamente as pessoas do seu próprio município (27.937 atendimentos). Ademais, apenas outros três municípios foram atendidos nos últimos cinco anos, os quais não estão localizados na mesma microrregião de Ipojuca, sendo eles: Escada, Goiana e Ipubi (este último pertencente à IV macrorregião de saúde), vide Figura 125, abaixo. Este CER também disponibiliza OPM.

Figura 125 - Distribuição geográfica dos atendimentos do CER-II de Ipojuca, segundo municípios de residência e intervalo de número de atendimento, no período de 2019




Fonte: SIA/MS: 2024

O Quadro 66 contém o demonstrativo do número de atendimento feito pelo CER-II de Ipojuca, por município de residência, e o número total por

produção, nos últimos cinco anos, que evidencia uma elevação acentuada nos atendimentos do próprio município de Ipojuca, desde 2019.

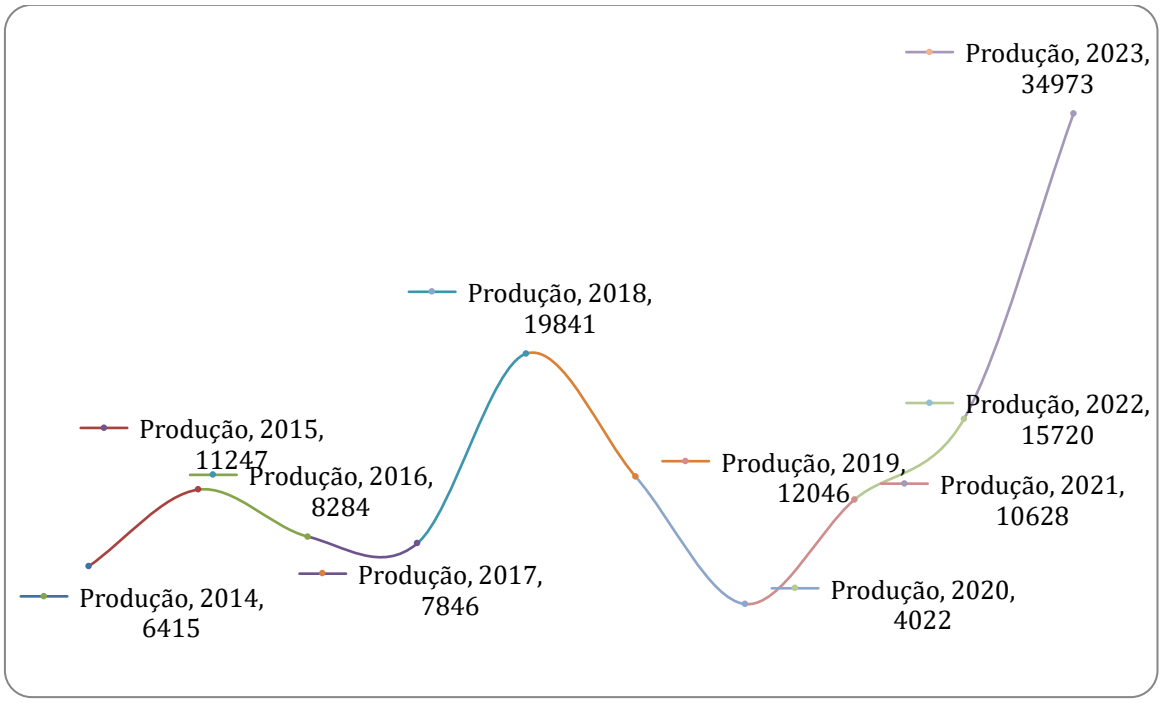
Quadro 66 - Número de atendimentos realizados pelo CER-II de Ipojuca, por município de residência de Pernambuco, no período de 2019 a 2023, e total de produção no mesmo período.

| Munic. Residência | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 | Total |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Escada | 6 | - | - | - | - | 6 |
| Goiana | 14 | - | 14 | - | - | 28 |
| Ipojuca | 13.807 | 3.897 | 5.529 | 1.202 | 3.502 | 27.937 |
| Ipubi | - | 3 | - | - | - | 3 |
| **Total por município de residência** | **13.827** | **3.900** | **5.543** | **1.202** | **3.502** | **27.974** |
| **Total de produção (incluindo municípios não identificados)** | **19.788** | **7.257** | **12.855** | **7.593** | **8.915** | **56.408** |

Fonte: SIA/MS: 2024. Dados obtidos em março de 2024.

- O CER-II de Limoeiro, localizado na II Região de Saúde, possui foco nas reabilitações física e intelectual, além de possuir o CEO para pessoas com deficiência. O acesso a este CER, que trabalha atendendo pacientes provenientes de diferentes localidades, tem o fluxo de entrada organizado e acompanhado pela gestão municipal, sendo a regulação dos serviços feita através de pactuações intermunicipais. No município de Limoeiro, o CER-II teve seu atendimento iniciado no ano de 2017. A Figura 126, demonstra a produção do CER-II de Limoeiro nos últimos dez anos, considerando que o serviço foi habilitado como CER em 2017.

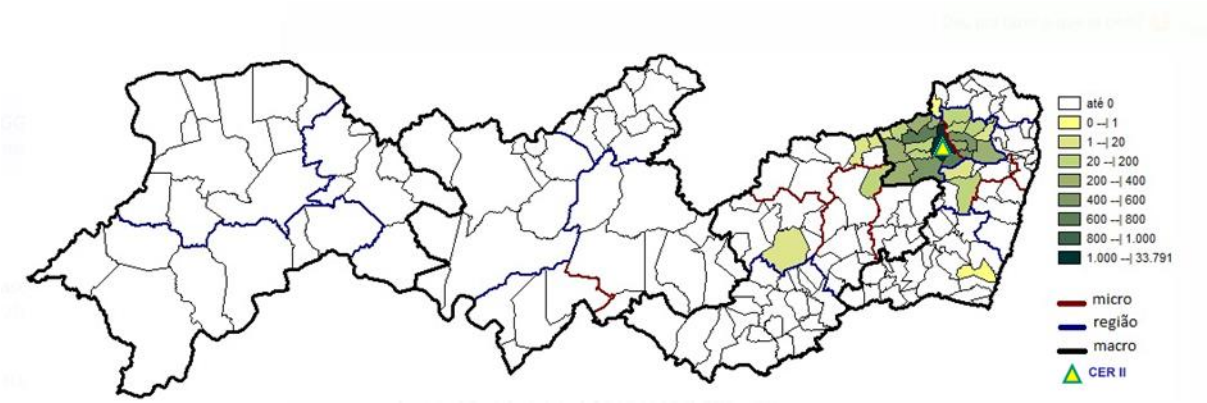
Figura 126 - Atendimentos ambulatoriais do CER Limoeiro, em Pernambuco, no período de janeiro de 2014 a dezembro de 2023.




Fonte: SIA/MS, 2024. Dados gerados em 26/02/2024.

Dentre os atendimentos feitos pelo CER-II de Limoeiro, aproximadamente 85% foi para o próprio município de Limoeiro (33.791), entre os anos de 2019 a 2023. Além disso, vale destacar que apesar do CER-II Limoeiro possuir as especialidades físicas e intelectuais, ainda estão realizando atendimentos como porte de CER-III, e este ajuste de tipologia está em andamento no Ministério da Saúde. Os demais atendimentos (4.921) foram para outros 24 municípios, distribuídos em microrregiões, regiões, e até outra macrorregião de saúde, conforme demonstrado na Figura 127 e no Quadro 67

Figura 127 - Distribuição geográfica dos atendimentos do CER-II-Limoeiro, segundo municípios de residência e intervalo de atendimento, no período de 2019 a 2023, em Pernambuco.




Fonte: SIA/MS: 2024

Quadro 67 - Número de atendimentos realizados pelo CER-II de Limoeiro, por município de residência de Pernambuco, no período de 2019 a 2023, e total de produção no mesmo período.

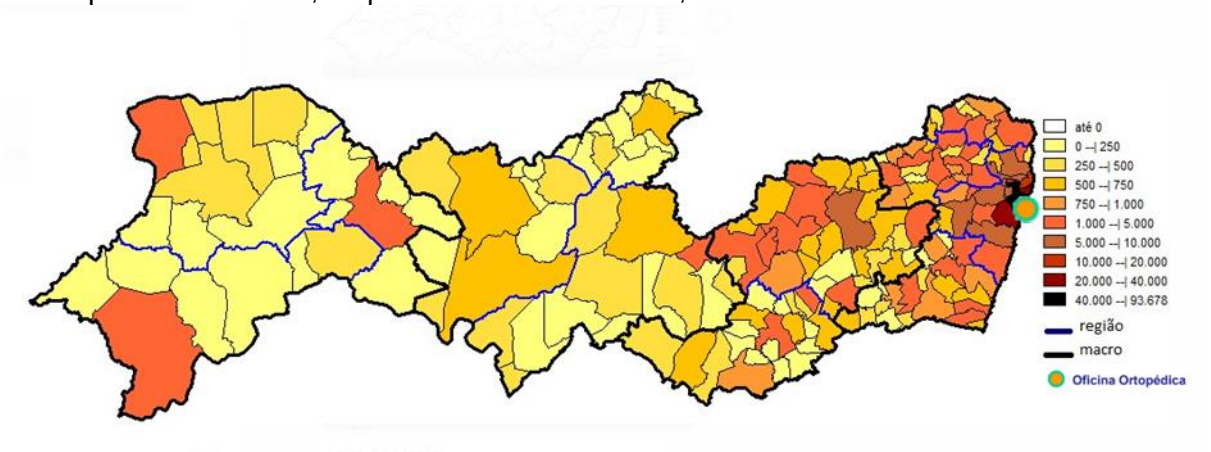
| Munic. Residência | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 | Total |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Bom Jardim | 201 | 41 | 70 | 127 | 171 | 610 |
| Buenos Aires | 16 | 5 | 19 | 50 | 11 | 101 |
| Carpina | 149 | 46 | 56 | 115 | 56 | 422 |
| Casinhas | 10 | 2 | - | 8 | 4 | 24 |
| Cumaru | 65 | 6 | 26 | 79 | 101 | 277 |
| Feira Nova | 163 | 19 | 72 | 182 | 269 | 705 |
| Glória do Goitá | - | - | 2 | - | - | 2 |
| João Alfredo | 11 | 1 | 7 | 21 | 59 | 99 |
| Lagoa do Carro | 8 | 5 | 67 | 83 | 46 | 209 |
| Lagoa de Itaenga | 240 | 40 | 57 | 45 | 103 | 485 |
| Limoeiro | 7.946 | 2.152 | 3.966 | 7.626 | 12.101 | 33.791 |
| Machados | 32 | 10 | 5 | 12 | 153 | 212 |
| Nazaré da Mata | 83 | 3 | 14 | 1 | - | 101 |
| Orobó | 76 | 17 | 18 | 66 | 146 | 323 |
| Passira | 249 | 24 | 45 | 122 | 111 | 551 |
| Paudalho | 77 | 26 | 11 | 111 | 30 | 255 |
| Riacho das Almas | - | - | - | 16 | 52 | 68 |
| Rio Formoso | - | 1 | - | - | - | 1 |
| Salgadinho | 56 | 4 | - | 9 | 3 | 72 |
| Santa Maria do Cambucá | 2 | - | - | - | - | 2 |
| São Bento do Una | - | - | - | 1 | 2 | 3 |
| São Vicente Ferrer | - | - | - | 1 | - | 1 |
| Surubim | 53 | 9 | 12 | 117 | 99 | 290 |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Tracunhaém | 2 | - | - | 3 | - | 5 |
| Vertente do Lério | 1 | 6 | 1 | 4 | 1 | 13 |
| Vertentes | - | - | - | - | 13 | 13 |
| Vicência | 1 | - | 2 | 14 | 20 | 37 |
| Vitória de Santo Antão | 40 | - | - | - | - | 40 |
| **Total** | **9.481** | **2.417** | **4.450** | **8.813** | **13.551** | **38.712** |
| **Total da produção (incluindo municípios ignorados)** | **12.046** | **4.022** | **10.628** | **15.720** | **34.973** | |

Fonte: SIA/MS: 2024. Dados obtidos em março de 2024.

- AACD: localizada na primeira Região de saúde (Recife), esta Associação confeccionou OPM para 100% dos municípios pernambucanos nos últimos cinco anos, sendo a grande maioria dos atendimentos realizados em pessoas residentes em Recife, seguido de Jaboatão dos Guararapes e outros municípios da Região metropolitana (Figura 128 e Quadro 68). Além de ser oficina de OPM, também atende casos de reabilitação, conforme observado no Quadro 69, abaixo, que aponta o número de atendimentos realizados por grupo de procedimento, no período de 2019 a 2023 (excluindo do total os pacientes de outros estados), evidenciando que procedimentos clínicos foi o que mais ocorreu no decorrer dos cinco anos, enquanto que procedimentos com finalidade diagnóstica tiveram o menor número nos anos de 2019 e 2020 e foram zerados nos anos seguintes.

Figura 128 - Distribuição geográfica dos atendimentos realizados pela AACD, segundo município de residência, no período de 2019 a 2023, em Pernambuco.




Fonte: SIA/MS: 2024

Quadro 68 - Número de atendimentos realizados pela AACD, por município de residência de Pernambuco, no período de 2019 a 2023, e total de produção no mesmo período.

| Município de Residência | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 | Total |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Abreu e Lima | 1.185 | 614 | 1.031 | 943 | 1.571 | 5.344 |
| Afogados da Ingazeira | 101 | 44 | 88 | 108 | 159 | 500 |
| Afrânio | 35 | 10 | 18 | 28 | 56 | 147 |
| Agrestina | 86 | 77 | 81 | 140 | 294 | 678 |
| Água Preta | 99 | 82 | 238 | 192 | 282 | 893 |
| Águas Belas | 139 | 141 | 79 | 65 | 170 | 594 |
| Alagoinha | 19 | 13 | 8 | 91 | 138 | 269 |
| Aliança | 204 | 100 | 283 | 365 | 488 | 1.440 |
| Altinho | 36 | 22 | 9 | 19 | 78 | 164 |
| Amaraji | 215 | 111 | 78 | 282 | 203 | 889 |
| Angelim | 41 | 9 | 47 | 110 | 26 | 233 |
| Araçoiaba | 179 | 73 | 120 | 177 | 159 | 708 |
| Araripina | 149 | 107 | 130 | 255 | 472 | 1.113 |
| Arcoverde | 334 | 167 | 224 | 234 | 335 | 1.294 |
| Barra de Guabiraba | 68 | 28 | 56 | 41 | 23 | 216 |
| Barreiros | 356 | 150 | 171 | 158 | 167 | 1.002 |
| Belém de Maria | 53 | 14 | 20 | 13 | 28 | 128 |
| Belém do São Francisco | 23 | 10 | 36 | 28 | 31 | 128 |
| Belo Jardim | 497 | 169 | 219 | 473 | 671 | 2.029 |
| Betânia | 19 | 11 | 2 | 17 | 75 | 124 |
| Bezerros | 140 | 87 | 154 | 159 | 172 | 712 |
| Bodocó | 164 | 43 | 22 | 17 | 113 | 359 |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Bom Conselho | 393 | 83 | 66 | 39 | 259 | 840 |
| Bom Jardim | 289 | 134 | 145 | 205 | 357 | 1.130 |
| Bonito | 151 | 48 | 106 | 163 | 245 | 713 |
| Brejão | 16 | 10 | 27 | 71 | 98 | 222 |
| Brejinho | 17 | - | 1 | 4 | 11 | 33 |
| Brejo da Madre de Deus | 499 | 262 | 440 | 451 | 414 | 2.066 |
| Buenos Aires | 163 | 89 | 66 | 65 | 116 | 499 |
| Buíque | 93 | 51 | 75 | 29 | 61 | 309 |
| Cabo de Santo Agostinho | 2.945 | 1.243 | 1.719 | 2.042 | 1.712 | 9.661 |
| Cabrobó | 59 | 61 | 105 | 65 | 80 | 370 |
| Cachoeirinha | 157 | 59 | 65 | 77 | 208 | 566 |
| Caetés | 84 | 109 | 98 | 186 | 257 | 734 |
| Calçado | 78 | 18 | 97 | 39 | 88 | 320 |
| Calumbi | 12 | - | 2 | 4 | 6 | 24 |
| Camaragibe | 1.784 | 829 | 1.419 | 1.325 | 1.698 | 7.055 |
| Camocim de São Félix | 69 | 56 | 74 | 107 | 72 | 378 |
| Camutanga | 5 | - | 10 | 67 | 21 | 103 |
| Canhotinho | 254 | 13 | 101 | 166 | 209 | 743 |
| Capoeiras | 14 | - | 4 | 8 | 54 | 80 |
| Carnaíba | 138 | 22 | 12 | 15 | 62 | 249 |
| Carnaubeira da Penha | 10 | 3 | 13 | 27 | 53 | 106 |
| Carpina | 743 | 437 | 917 | 783 | 852 | 3.732 |
| Caruaru | 1.362 | 676 | 1.238 | 1.610 | 1.673 | 6.559 |
| Casinhas | 175 | 55 | 258 | 286 | 193 | 967 |
| Catende | 227 | 103 | 116 | 216 | 140 | 802 |
| Cedro | 20 | 8 | 24 | 27 | 2 | 81 |
| Chã de Alegria | 252 | 148 | 226 | 219 | 209 | 1.054 |
| Chã Grande | 130 | 120 | 108 | 113 | 175 | 646 |
| Condado | 241 | 155 | 195 | 180 | 161 | 932 |
| Correntes | 100 | 13 | 27 | 21 | 36 | 197 |
| Cortês | 22 | 20 | 19 | 25 | 108 | 194 |
| Cumaru | 236 | 159 | 275 | 109 | 168 | 947 |
| Cupira | 31 | 20 | 38 | 96 | 128 | 313 |
| Custódia | 269 | 43 | 45 | 70 | 41 | 468 |
| Dormentes | 5 | 8 | 1 | 7 | 31 | 52 |
| Escada | 475 | 267 | 555 | 532 | 710 | 2.539 |
| Exu | 59 | 21 | 50 | 52 | 88 | 270 |
| Feira Nova | 102 | 94 | 191 | 319 | 379 | 1.085 |
| Fernando de Noronha | 15 | - | 52 | 5 | 14 | 86 |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Ferreiros | 128 | 102 | 123 | 53 | 48 | 454 |
| Flores | 89 | 49 | 48 | 35 | 33 | 254 |
| Floresta | 132 | 30 | 46 | 85 | 350 | 643 |
| Frei Miguelinho | 278 | 93 | 103 | 123 | 151 | 748 |
| Gameleira | 185 | 100 | 272 | 71 | 62 | 690 |
| Garanhuns | 365 | 211 | 343 | 472 | 418 | 1.809 |
| Glória do Goitá | 119 | 131 | 144 | 261 | 225 | 880 |
| Goiana | 709 | 408 | 526 | 782 | 495 | 2.920 |
| Granito | - | 6 | 14 | - | - | 20 |
| Gravatá | 685 | 289 | 389 | 439 | 790 | 2.592 |
| Iati | 181 | 26 | 154 | 26 | 102 | 489 |
| Ibimirim | 50 | 66 | 72 | 35 | 32 | 255 |
| Ibirajuba | 17 | 6 | 22 | 6 | 13 | 64 |
| Igarassu | 1.523 | 654 | 902 | 1.097 | 1.331 | 5.507 |
| Iguaracy | 6 | 4 | 1 | 27 | 33 | 71 |
| Inajá | 17 | 11 | 74 | 5 | 26 | 133 |
| Ingazeira | 11 | 2 | 2 | 5 | - | 20 |
| Ipojuca | 652 | 322 | 498 | 715 | 845 | 3.032 |
| Ipubi | 42 | 33 | 31 | 53 | 245 | 404 |
| Itacuruba | 80 | 9 | 67 | 128 | 141 | 425 |
| Itaíba | 47 | 13 | 25 | 55 | 158 | 298 |
| Ilha de Itamaracá | 130 | 62 | 60 | 98 | 145 | 495 |
| Itambé | 190 | 72 | 127 | 231 | 374 | 994 |
| Itapetim | 73 | 12 | 10 | 49 | 24 | 168 |
| Itapissuma | 264 | 171 | 583 | 314 | 182 | 1.514 |
| Itaquitinga | 157 | 56 | 279 | 114 | 133 | 739 |
| Jaboatão dos Guararapes | 10.481 | 4.960 | 7.280 | 8.625 | 7.528 | 38.874 |
| Jaqueira | 86 | 32 | 141 | 57 | 45 | 361 |
| Jataúba | 110 | 110 | 76 | 78 | 252 | 626 |
| Jatobá | 96 | 82 | 77 | 16 | 19 | 290 |
| João Alfredo | 54 | 26 | 52 | 64 | 129 | 325 |
| Joaquim Nabuco | 126 | 13 | 43 | 41 | 109 | 332 |
| Jucati | 61 | 29 | 39 | 12 | 37 | 178 |
| Jupi | 142 | 90 | 89 | 56 | 98 | 475 |
| Jurema | 64 | 32 | 76 | 114 | 247 | 533 |
| Lagoa do Carro | 85 | 74 | 236 | 308 | 290 | 993 |
| Lagoa de Itaenga | 218 | 144 | 108 | 183 | 258 | 911 |
| Lagoa do Ouro | 13 | 15 | 33 | 104 | 67 | 232 |
| Lagoa dos Gatos | 71 | 33 | 36 | 40 | 63 | 243 |
| Lagoa Grande | 102 | 4 | 23 | 40 | 18 | 187 |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Lajedo | 332 | 183 | 257 | 227 | 384 | 1.383 |
| Limoeiro | 470 | 249 | 300 | 384 | 429 | 1.832 |
| Macaparana | 92 | 44 | 59 | 34 | 188 | 417 |
| Machados | 59 | 39 | 184 | 171 | 146 | 599 |
| Manari | 25 | 6 | 11 | 26 | 30 | 98 |
| Maraial | 11 | 23 | 20 | 72 | 18 | 144 |
| Mirandiba | 108 | 12 | 15 | 25 | 48 | 208 |
| Moreilândia | 99 | 66 | 17 | 19 | 31 | 232 |
| Moreno | 721 | 420 | 742 | 606 | 676 | 3.165 |
| Nazaré da Mata | 433 | 106 | 103 | 227 | 165 | 1.034 |
| Olinda | 5.054 | 2.430 | 4.388 | 4.413 | 4.259 | 20.544 |
| Orobó | 131 | 63 | 138 | 291 | 191 | 814 |
| Orocó | 9 | 5 | - | 3 | 1 | 18 |
| Ouricuri | 120 | 58 | 54 | 66 | 106 | 404 |
| Palmares | 641 | 301 | 442 | 560 | 601 | 2.545 |
| Palmeirina | 81 | 17 | 3 | 14 | 12 | 127 |
| Panelas | 205 | 46 | 222 | 302 | 379 | 1.154 |
| Paranatama | 39 | 18 | 9 | 16 | 64 | 146 |
| Parnamirim | 22 | 1 | 11 | 44 | 132 | 210 |
| Passira | 61 | 79 | 196 | 204 | 140 | 680 |
| Paudalho | 514 | 153 | 280 | 272 | 298 | 1.517 |
| Paulista | 3.799 | 1.877 | 2.622 | 2.606 | 2.818 | 13.722 |
| Pedra | 35 | 14 | 14 | 32 | 38 | 133 |
| Pesqueira | 492 | 210 | 304 | 335 | 253 | 1.594 |
| Petrolândia | 113 | 45 | 23 | 26 | 64 | 271 |
| Petrolina | 382 | 220 | 287 | 368 | 593 | 1.850 |
| Poção | 117 | 31 | 100 | 168 | 97 | 513 |
| Pombos | 140 | 37 | 160 | 128 | 128 | 593 |
| Primavera | 35 | 16 | 42 | 10 | 94 | 197 |
| Quipapá | 66 | 63 | 116 | 210 | 183 | 638 |
| Quixaba | 26 | 4 | 45 | 101 | 55 | 231 |
| Recife | 25.359 | 13.428 | 19.581 | 18.170 | 17.140 | 93.678 |
| Riacho das Almas | 147 | 17 | 74 | 142 | 277 | 657 |
| Ribeirão | 337 | 146 | 272 | 282 | 238 | 1.275 |
| Rio Formoso | 143 | 33 | 49 | 120 | 220 | 565 |
| Sairé | 10 | 10 | 107 | 76 | 168 | 371 |
| Salgadinho | 63 | 26 | - | - | - | 89 |
| Salgueiro | 972 | 175 | 290 | 185 | 254 | 1.876 |
| Saloá | 63 | 11 | 24 | 26 | 25 | 149 |
| Sanharó | 227 | 151 | 333 | 226 | 159 | 1.096 |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Santa Cruz | 16 | 12 | 18 | 34 | 40 | 120 |
| Santa Cruz da Baixa Verde | 28 | 4 | 15 | 20 | 125 | 192 |
| Santa Cruz do Capibaribe | 658 | 194 | 172 | 329 | 416 | 1.769 |
| Santa Filomena | 8 | - | 3 | 71 | 6 | 88 |
| Santa Maria da Boa Vista | 120 | 33 | 26 | 9 | 52 | 240 |
| Santa Maria do Cambucá | 136 | 28 | 80 | 93 | 106 | 443 |
| Santa Terezinha | 6 | - | 9 | 15 | 71 | 101 |
| São Benedito do Sul | 154 | 33 | 28 | 8 | 40 | 263 |
| São Bento do Una | 413 | 135 | 91 | 103 | 176 | 918 |
| São Caitano | 177 | 36 | 57 | 187 | 292 | 749 |
| São João | 101 | 46 | 75 | 101 | 191 | 514 |
| São Joaquim do Monte | 81 | 25 | 43 | 147 | 71 | 367 |
| São José da Coroa Grande | 156 | 66 | 43 | 180 | 130 | 575 |
| São José do Belmonte | 89 | 61 | 82 | 37 | 130 | 399 |
| São José do Egito | 44 | 49 | 63 | 206 | 245 | 607 |
| São Lourenço da Mata | 1.685 | 845 | 1.416 | 1.005 | 1.267 | 6.218 |
| São Vicente Ferrer | 86 | 65 | 154 | 124 | 146 | 575 |
| Serra Talhada | 200 | 84 | 95 | 120 | 248 | 747 |
| Serrita | 70 | 41 | 22 | 35 | 71 | 239 |
| Sertânia | 162 | 72 | 103 | 69 | 171 | 577 |
| Sirinhaém | 247 | 107 | 204 | 87 | 117 | 762 |
| Solidão | 42 | 24 | 16 | 14 | 14 | 110 |
| Surubim | 372 | 180 | 445 | 283 | 433 | 1.713 |
| Tabira | 17 | 11 | 39 | 33 | 39 | 139 |
| Tacaimbó | 206 | 80 | 91 | 88 | 117 | 582 |
| Tacaratu | 17 | 8 | 22 | 11 | 39 | 97 |
| Tamandaré | 240 | 214 | 273 | 317 | 377 | 1.421 |
| Taquaritinga do Norte | 112 | 63 | 89 | 157 | 85 | 506 |
| Terezinha | 120 | 8 | 1 | 6 | 7 | 142 |
| Terra Nova | 3 | - | 4 | - | 6 | 13 |
| Timbaúba | 680 | 208 | 264 | 366 | 631 | 2.149 |
| Toritama | 252 | 117 | 282 | 220 | 115 | 986 |
| Tracunhaém | 92 | 97 | 85 | 24 | 75 | 373 |
| Trindade | 80 | 20 | 29 | 61 | 179 | 369 |
| Triunfo | 85 | 32 | 10 | 26 | 42 | 195 |
| Tupanatinga | 21 | 12 | 6 | 17 | 49 | 105 |
| Tuparetama | 7 | 1 | 9 | 15 | 35 | 67 |
| Venturosa | 101 | 35 | 74 | 94 | 44 | 348 |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Verdejante | 2 | - | - | - | - | 2 |
| Vertente do Lério | 32 | 30 | 62 | 12 | 32 | 168 |
| Vertentes | 195 | 81 | 90 | 63 | 252 | 681 |
| Vicência | 240 | 130 | 161 | 386 | 418 | 1.335 |
| Vitória de Santo Antão | 1.526 | 728 | 1.163 | 847 | 917 | 5.181 |
| Xexéu | 48 | 18 | 40 | 177 | 128 | 411 |
| **Total por município de residência** | **84.555** | **40.967** | **63.266** | **66.141** | **71.663** | **326.592** |
| **Total de produção (incluindo municípios não identificados)** | **87.415** | **42.337** | **65.193** | **66.676** | **71.723** | **333.344** |

Fonte: SIA/MS: 2024. Dados obtidos em março de 2024.

Quadro 69 - Número de atendimento realizado pela AACD, segundo grupo de procedimentos. Pernambuco, 2019 a 2013.

| Grupo de Procedimentos | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 | Total |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Procedimentos com finalidade diagnóstica | 3.039 | 1.281 | - | - | - | 4320 |
| Procedimentos clínicos | 66.861 | 30.570 | 50.248 | 52.474 | 53.365 | 253.518 |
| Órteses, próteses e materiais especiais | 17.515 | 10.486 | 14.945 | 13.961 | 18.357 | 75.264 |
| **Total** | 87.415 | 42.337 | 65.193 | 66.435 | 71.722 | 333.102 |

Fonte: SIA/MS, 2024. Dados obtidos em 19/04/2024

É nítido que há uma grande distância percorrida pelas pessoas com deficiência em busca do acesso ao atendimento em saúde na Região Metropolitana de Recife, o que gera sofrimento humano e custo financeiro oneroso com Tratamento Fora do Domicílio (TFD). O Quadro 70 contém a distância, em quilômetros, percorrida entre os municípios do estado para se chegar à capital pernambucana.

Quadro 70 - Distância em km entre os municípios da I à XII Regional para Recife. Pernambuco, 2024.

| Municípios da I Região de saúde | Distância para Recife (km) | Municípios II Região de saúde | Distância para Recife (km) |
|---|---|---|---|
| Abreu e Lima | 20 | Bom Jardim | 92 |
| Araçoiaba | 41 | Buenos Aires | 74 |
| Cabo de Santo Agostinho | 37 | Carpina | 50 |
| Camaragibe | 15 | Casinhas | 242 |
| Chã Grande | 56 | Cumaru | 123 |
| Chã de Alegria | 63 | Feira Nova | 128 |
| Glória de Goitá | 73 | João Alfredo | 101 |
| Fernando de Noronha (aéreo) | - | Lagoa de Itaenga | 81 |
| Igarassu | 32 | Lagoa do Carro | 71 |
| Ipojuca | 44 | Limoeiro | 84 |
| Itamaracá | 38 | Machados | 136 |
| Itapissuma | 31 | Nazaré da Mata | 58 |
| Jaboatão dos Guararapes | 19 | Orobó | 163 |
| Moreno | 29 | Passira | 105 |
| Olinda | 6 | Paudalho | 49 |
| Paulista | 17 | Salgadinho | 133 |
| Pombos | 58 | Surubim | 137 |
| Recife | 0 | Tracunhaém | 70 |
| São Lourenço da Mata | 19 | Vertente do Lério | 170 |
| Vitória de Santo Antão | 50 | Vicência | 104 |
| **Municípios III Região de saúde** | **Distância para Recife (km)** | **Municípios IV Região de saúde** | **Distância para Recife (km)** |
| Água Preta | 113 | Agrestina | 98 |
| Amaraji | 81 | Alagoinha | 181 |
| Barreiros | 117 | Altinho | 146 |
| Belém de Maria | 94 | Barra de Guabiraba | 109 |
| Catende | 114 | Belo Jardim | 185 |
| Cortês | 54 | Bezerros | 105 |
| Escada | 60 | Bonito | 138 |
| Gameleira | 118 | Brejo da Madre de Deus | 187 |
| Jaqueira | 130 | Cachoeirinha | 204 |
| Joaquim Nabuco | 135 | Camocim de São Félix | 100 |
| Lagoa dos Gatos | 110 | Caruaru | 135 |
| Maraial | 107 | Cupira | 129 |
| Palmares | 115 | Frei Miguelinho | 171 |
| Primavera | 74 | Gravatá | 84 |
| Quipapá | 124 | Ibirajuba | 137 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| Ribeirão | 58 | Jataúba | 207 |
| Rio Formoso | 92 | Jurema | 219 |
| São Benedito do Sul | 149 | Panelas | 115 |
| São José da Coroa Grande | 108 | Pesqueira | 218 |
| Sirinhaém | 87 | Poção | 199 |
| Tamandaré | 109 | Riacho das Almas | 202 |
| Xexéu | 120 | Sairé | 109 |
| **Municípios V Região de saúde** | **Distância para Recife (km)** | Sanharó | 199 |
| Águas Belas | 300 | Santa Cruz do Capibaribe | 209 |
| Angelim | 257 | Santa Maria do Cambucá | 202 |
| Bom Conselho | 267 | São Bento do Una | 186 |
| Brejão | 237 | São Caetano | 150 |
| Caetés | 241 | São Joaquim do Monte | 150 |
| Calçado | 219 | Tacaimbó | 173 |
| Canhotinho | 224 | Taquaritinga do Norte | 160 |
| Capoeiras | 210 | Toritama | 159 |
| Correntes | 240 | Vertentes | 156 |
| Garanhus | 228 | **Municípios VI Região de saúde** | **Distância para Recife (km)** |
| Iati | 273 | Arcoverde | 251 |
| Itaíba | 291 | Buíque | 291 |
| Jucati | 262 | Custódia | 348 |
| Jupi | 239 | Ibimirim | 282 |
| Lagoa do Ouro | 256 | Inajá | 346 |
| Lajedo | 184 | Jatobá | 485 |
| Palmerina | 279 | Manari | 299 |
| Paranatama | 265 | Pedra | 245 |
| Saloá | 289 | Petrolândia | 476 |
| São João | 197 | Sertânia | 299 |
| Terezinha | 240 | Tacaratu | 524 |
| **Municípios VII Região de saúde** | **Distância para Recife (km)** | Tupanatinga | 263 |
| Belém do São Francisco | 570 | Venturosa | 257 |
| Cedro | 539 | **Municípios VIII Região de saúde** | **Distância para Recife (km)** |
| Mirandiba | 527 | Afrânio | 642 |
| Salgueiro | 505 | Cabrobó | 615 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| Serrita | 474 | Dormentes | 653 |
| Terra Nova | 602 | Lagoa Grande | 519 |
| Verdejante | 488 | Orocó | 610 |
| **Municípios IX Região de saúde** | **Distância para Recife (km)** | Petrolina | 712 |
| Araripina | 683 | Santa Maria da Boa Vista | 657 |
| Bodocó | 588 | **Municípios X Região de saúde** | **Distância para Recife (km)** |
| Exu | 638 | Afogados da Ingazeira | 383 |
| Granito | 638 | Brejinho | 370 |
| Ipubi | 611 | Carnaíba | 401 |
| Moreilândia | 652 | Iguaraci | 375 |
| Ouricuri | 555 | Ingazeira | 378 |
| Parnamirim | 674 | Itapetim | 393 |
| Santa Cruz | 557 | Quixaba | 398 |
| Santa Filomena | 632 | Santa Terezinha | 392 |
| Trindade | 625 | São José do Egito | 393 |
| **Municípios XI Região de saúde** | **Distância para Recife (km)** | Solidão | 400 |
| Betânia | 309 | Tabira | 423 |
| Calumbi | 370 | Tuparetama | 437 |
| Carnaubeira da Penha | 544 | **Municípios XII Região de saúde** | **Distância para Recife (km)** |
| Flores | 413 | Goiana | 67 |
| Floresta | 436 | Aliança | 74 |
| Itacuruba | 466 | Camutanga | 97 |
| Santa Cruz da Baixa Verde | 462 | Condado | 85 |
| São José do Belmonte | 500 | Ferreiros | 100 |
| Serra Talhada | 418 | Itambé | 78 |
| Triunfo | 406 | Itaquitinga | 68 |
| | | São Vicente Ferrer | 104 |
| | | Timbaúba | 93 |

Fonte: Google Maps

Em relação aos CER tipo IV, são dois habilitados na I macrorregião, ambos localizados em Recife, porém os mesmos dão assistência a todo o estado de Pernambuco, conforme detalhado, a seguir:

- CER-IV IMIP: o serviço é regulado pelo estado para os atendimentos de reabilitação física em neurologia pediátrica, reabilitação auditiva pediátrica, reabilitação visual pediátrica, reabilitação intelectual pediátrica (síndrome de Down), reabilitação física de ortopedia pediátrica, reabilitação física em neurologia adulta, reabilitação auditiva adulto, reabilitação visual adulto, reabilitação intelectual adulto, reabilitação física em reumatologia, reabilitação física em paralisia facial, reabilitação em amputados (1º prótese), oficina ortopédica - materiais sob medida, oficina ortopédica - materiais sob medida (troca de dispositivo), oficina ortopédica - materiais sem medida individualizada.
- CER-IV Fundação Altino Ventura (FAV): é um serviço que não é regulado pelo estado, possui porta aberta, atende aos quatro tipos de reabilitação e tem fluxo para o acesso à tecnologia assistiva para órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção.

A produção dos diversos CER foi verificada no sistema de informação e foi superior ao que é preconizado pelo Ministério da Saúde, como destacado no Quadro 71, que contém a normatização elaborada pelo MS para produção dos CER. Os números elevados indicam a alta demanda das pessoas com deficiência a este tipo de estabelecimento, porém pode identificar sobrecarga nos serviços, que induz à queda da qualidade, uma vez que os CER-IV da I macrorregião estão realizando uma quantidade excessiva de atendimentos, com grandes filas de espera e demanda reprimida. O sistema (SIA) não possibilitou verificar a produção dos CER-IV (IMIP e FAV), em virtude de constar os atendimentos realizados de forma geral em todo o hospital, e não especificamente para o CER-IV.

Quadro 71 - Demonstrativo da normatização do MS para produção mínima de atendimentos por paciente e por equipe, segundo tipo de serviço existente nas regionais da I macrorregião. Pernambuco, 2024.

| Região de Saúde | Tipo de serviço | Quantidade mínima de pacientes | Produção mínima da equipe, (sem médico) | Produção mínima da equipe médica | Produção total |
|---|---|---|---|---|---|

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| I | CER IV IMIP (Recife) | Quantitativo mínimo de pacientes, por reabilitação, conforme Portaria de Consolidação nº 03 de setembro de 2017. Física - 200, Intelectual - 200, Auditiva - 150 e visual - 150. | Produção Mínima da equipe multiprofissional (exceto médico), conforme Instrutivos da Rede de Cuidados (MS - 2020): 5.683 | Produção Mínima da Equipe Médica, conforme Instrutivos da Rede de Cuidados (MS - 2020): 512 | Produção SIA/SUS conforme Instrutivos da Rede de Cuidados (MS - 2020): 6.195 |
| | CER IV Fundação Altino Ventura (Recife) | Quantitativo mínimo de pacientes, por reabilitação, conforme Portaria de Consolidação nº 03 de setembro de 2017. Física - 200, Intelectual - 200, Auditiva - 150 e visual - 150. | Produção Mínima da equipe multiprofissional (exceto médico), conforme Instrutivos da Rede de Cuidados (MS - 2020): 5.683 | Produção Mínima da Equipe Médica, conforme Instrutivos da Rede de Cuidados (MS - 2020): 512 | Produção SIA/SUS conforme Instrutivos da Rede de Cuidados (MS - 2020): 6.195 |
| | CER II Lessa de Andrade (Recife) | Quantitativo mínimo de pacientes, por reabilitação, conforme Portaria de Consolidação nº 03 de setembro de 2017. Física - 200, Intelectual - 200, Auditiva - 150 e visual - 150. | Produção Mínima da equipe multiprofissional (exceto médico), conforme Instrutivos da Rede de Cuidados (MS - 2020): 2.150 | Produção Mínima da Equipe Médica, conforme Instrutivos da Rede de Cuidados (MS - 2020): 256 | Produção SIA/SUS conforme Instrutivos da Rede de Cuidados (MS - 2020): 2.406 |
| | CER II Ipojuca | Quantitativo mínimo de pacientes, por reabilitação, conforme Portaria de Consolidação nº 03 de setembro de 2017. Física - 200 e intelectual – 200 | Produção Mínima da equipe multiprofissional (exceto médico), conforme Instrutivos da Rede de Cuidados (MS - 2020): 2.150 | Produção Mínima da Equipe Médica, conforme Instrutivos da Rede de Cuidados (MS - 2020): 256 | Produção SIA/SUS conforme Instrutivos da Rede de Cuidados (MS - 2020): 2.406 |
| II | CER II Limoeiro | Quantitativo mínimo de pacientes, por reabilitação, conforme Portaria de Consolidação nº 03 de setembro de 2017. Física - 200 e intelectual – 200 | Produção Mínima da equipe multiprofissional (exceto médico), conforme Instrutivos da Rede de | Produção Mínima da Equipe Médica, conforme Instrutivos da Rede de Cuidados | Produção SIA/SUS conforme Instrutivos da Rede de Cuidados (MS - 2020): 2.406 |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | Cuidados (MS - 2020): 2.150 | (MS - 2020): 256 | |

Fonte: CASPD/DGPE/SEAS/SES-PE

A Portaria GM/MS nº 793/2012 regulariza os CER, porém anteriormente a sua publicação já existiam serviços habilitados em apenas um tipo de reabilitação, financiados pelo MS. Após a Portaria, esses serviços permaneceram funcionando, porém não são considerados CER, visto que atendem apenas um tipo de reabilitação. Na I macrorregião existem alguns desses serviços, sendo todos voltados para deficiência física, e dois deles também disponibilizam OPM (AACD e Hospital Getúlio Vargas- HGV), o HGV não possui oficina, mas terceiriza OPM. No Quadro 72, observa-se que há concentração na Região metropolitana de Recife dos serviços habilitados em apenas um tipo de reabilitação, tanto da rede pública, quanto da rede complementar. Essa centralização dificulta o acesso das pessoas com deficiência que residem em outras localidades.

Quadro 72 - Demonstrativo das Unidades da rede pública e complementar existentes na I macrorregião, que são habilitadas em apenas um tipo de reabilitação, segundo região de saúde, município, tipo de deficiência e de material/equipamento concedido. Pernambuco, 2024.

| Região de Saúde | Município | Unidades da Rede Pública e Complementar (Abrangência) | Tipo de Deficiência | Tipo de Material e equipamento concedido |
|---|---|---|---|---|
| I | Recife | Hospital Getúlio Vargas (Abrangência I Região de Saúde) | Física | Próteses ortopédicas, órteses ortopédicas, cadeiras rodas e outros meios auxiliares de locomoção |
| | | AACD - Associação de Assistência à Criança com Deficiência | Física | Próteses ortopédicas, órteses ortopédicas, cadeiras de rodas e outros meios auxiliares de locomoção |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | | (Abrangência Estadual) | | |
| | Paulista | Hospital da Mirueira (Abrangência I Região de Saúde) | Física | Não Concessor |
| | Vitória de Santo Antão | Hospital João Murilo (Abrangência Municipal) | Física | Não Concessor |

**Fonte:** CASPD/DGPE/SEAS/SES-PE

Considerando a importância dos fluxos assistenciais na RCPD como instrumentos para qualificar o atendimento em saúde, o Quadro 73 contém os pontos de atenção à pessoa com deficiência, de acordo com o tipo de deficiência (física, visual, auditiva, intelectual e ostomia). O Hospital Agamenon Magalhães e o IMIP são os únicos que realizam o exame BERA (para diagnóstico), também conhecido como PEATE (Potencial Evocado Auditivo do Tronco Encefálico), exame que avalia todo o sistema auditivo, importante para o diagnóstico de TEA.

No caso de crianças acometidas pela síndrome do Zika vírus, existem alguns atendimentos específicos, tais como:

- Necessidade de cirurgia ortopédica: Hospital Getúlio Vargas
- Pneumologia: Hospital Otávio de Freitas
- Neuropediatria: Hospital Barão de Lucena.

No caso de pacientes com doenças raras (aquelas que afetam até 65 pessoas por 100 mil indivíduos), que geralmente são crônicas e incapacitantes (podendo ser degenerativas ou não), existe um serviço específico chamado RARUS que atende a esses pacientes (crianças e adultos), ligado ao Hospital Maria Lucinda (Recife), que possui variadas especialidades médicas (gastro, cirurgia geral, pediatria, ortopedia), e que realiza exames genéticos. Além do RARUS, também existe outro centro especializado de doenças raras no IMIP.

Quadro 73 - Demonstrativo dos pontos de atenção da RCPD na I Região de saúde, segundo tipos de deficiências. Pernambuco, 2024.

| MACRO | FÍSICA | VISUAL | AUDITIVA | INTELECTUAL | OSTOMIA |
|---|---|---|---|---|---|
| I | - AACD<br>- HGV<br>- HR<br>- HC<br>- HGA (Recife)<br><br>- Hospital da Mirueira (Paulista)<br><br>- Hospital João Murilo (Vitória de Sto. Antão)<br><br>-CER IV FAV<br>-CER IV IMIP<br>-CER II Recife<br>-CER II Limoeiro<br>-CER II Ipojuca | - CER-IV-FAV (Recife)<br><br>- CER-IV-IMIP (Recife) | - CER-IV-FAV (Recife)<br><br>- CER- IV-IMIP (Recife)<br><br>- Hospital Agamenon Magalhães (Recife) | - CER-IV-FAV (Recife)<br><br>- CER-IV-IMIP (Recife)<br><br>- CER-II (Limoeiro)<br><br>- CER-II (Ipojuca)<br><br>- CER II (Recife) | UPAE:<br>• Grande Recife (Abreu e Lima)<br>• Carpina<br>• Limoeiro |

Fonte: CASPD/DGPE/SEAS/SES-PE.

Dentre as UPAE existentes na I macrorregião de Saúde (Grande Recife, Palmares, Carpina, Goiana, Limoeiro e Escada), as que estão realizando atendimento a ostomizados são as UPAE Grande Recife, Carpina e Limoeiro (Quadro 74). A UPAE de Goiana está desativada e as demais não estão atendendo.

Quadro 74 - Demonstrativo dos pontos de atenção da RCPD na I macrorregião de saúde, segundo Unidades concessoras de OPM. Pernambuco, 2024.

| MACRO | FÍSICA | VISUAL | AUDITIVA |
|---|---|---|---|
| I | - AACD (Recife)<br>- Hospital Getúlio Vargas (Recife)<br>- CER-IV-FAV (Recife)<br>- CER-IV-IMIP (Recife) | - CER-IV-FAV (Recife)<br>- CER- IV-IMIP (Recife) | - CER-IV-FAV (Recife)<br>- CER-IV-IMIP (Recife)<br>- HAM (Recife) |

Fonte: CASPD/DGPE/SEAS/SES-PE

Quanto aos Centros Especializados em odontologia (CEO), o Estado de Pernambuco está contemplado com 32 CEO aderidos à RCPD e, desses, treze estão localizados em municípios da I macrorregião. Aqueles não aderidos à RCPD têm a prerrogativa de atender a pacientes especiais, dentre eles estão incluídas as pessoas com deficiência. O Quadro 75 contém a distribuição dos CEO aderidos à RCPD na I macrorregião de saúde.

Quadro 75 - Demonstrativo de municípios com CEO aderidos à RCPD em Pernambuco, 2024.

| | |
|---|---|
| Ipojuca | **1** |
| Itambé | **1** |
| Jaboatão dos guararapes | **1** |
| Limoeiro | **1** |
| Olinda | **1** |
| Paulista | **1** |
| Recife | **3** |
| Condado | **1** |
| Vitória de santo antão | **2** |
| Goiana | **1** |
| **TOTAL** | **13** |

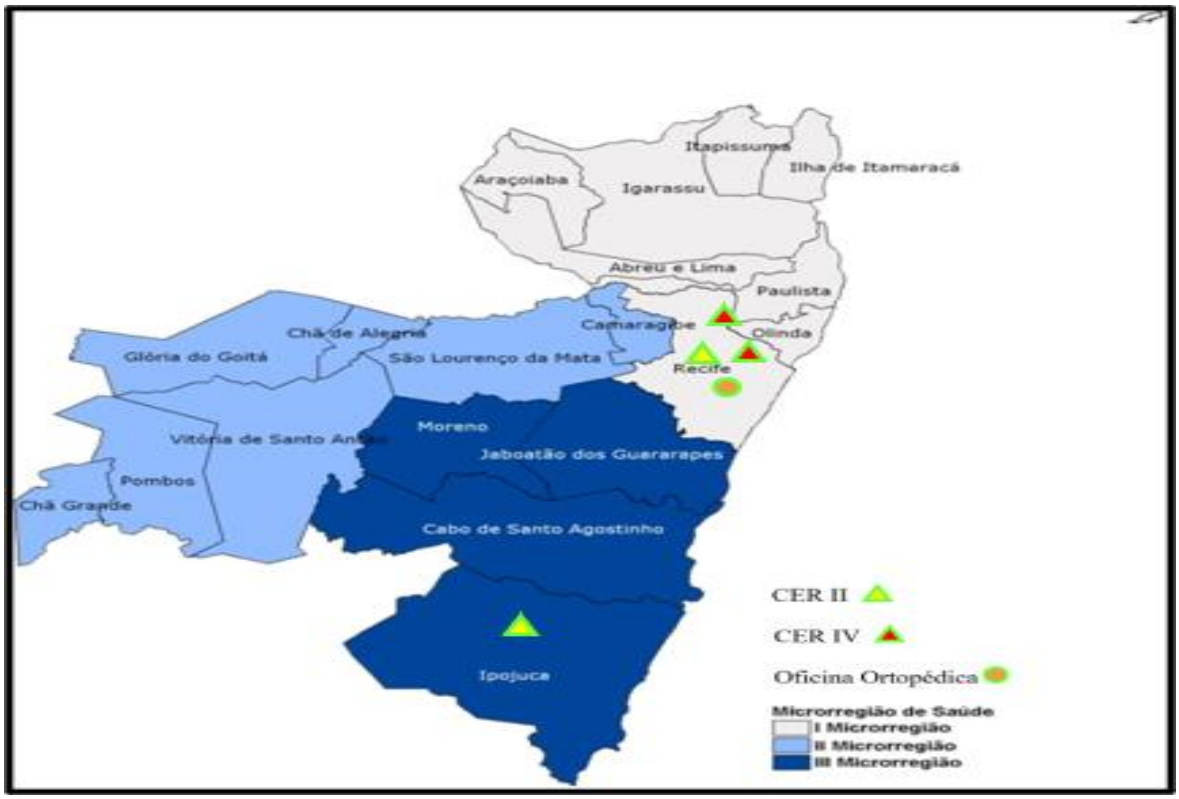
Fonte: CASPD/DPE/SEAS/SES-PE

Os municípios também prestam assistência às pessoas com deficiência através de sua rede própria ou complementar. Vale salientar que os municípios não recebem aporte financeiro do MS, o que acarreta em preocupação dos gestores municipais em relação ao custo financeiro, frente ao grande número de pessoas com Transtorno do Espectro Autista (TEA), que necessitam de reabilitação. Os serviços de reabilitação existentes nos municípios da I macrorregião, ainda que não sejam especificamente para atendimento às pessoas com deficiência, estarão destacados a seguir, categorizados de acordo com suas respectivas regionais.

**I Região de Saúde**

Os municípios da I região de saúde, que possuem algum tipo de serviço de reabilitação estão expostos na Figura 129 e no Quadro 76.

Figura 129 - Distribuição geográfica da I Região de saúde e suas microrregiões, segundo municípios com CER/oficina ortopédica implantado. Pernambuco, 2024.




Fonte: PDR e CASPD/DPE/SEAS/SES-PE

Quadro 76 - Demonstrativo dos estabelecimentos do SUS que realizam alguma atividade de reabilitação, com número do CNES, nos Municípios da I Região de Saúde de Pernambuco, 2024.

| Cód. IBGE | Município I GERES | Estabelecimentos CNES-PE |
|---|---|---|
| 260105 | Araçoiaba | 3916731 Centro de Atenção à Gestante e da Criança Infância Feliz |
| | | 7853181 centro de fisioterapia de Araçoiaba |
| 260290 | Cabo de Santo Agostinho | 0000035 Hospital Mendo Sampaio |
| | | 0000051 Policlínica Vicente Mendes |
| | | 0000094 Maternidade Padre Geraldo Leite Bastos |
| | | 5581923 Hospital Infantil Dr.Adailton C. De Alencar |
| | | 6439632 Fisioterapia do Cabo |

| | | |
|---|---|---|
| | | 6559379 Hospital Dom Hélder Câmara |
| 260345 | Camaragibe | 2346095 Núcleo de Reabilitação de Camaragibe |
| | | 2346494 Centro de Especialidades De Camaragibe |
| | | 9513787 Apae de Camaragibe |
| | | 9542019 Espaço LGBT Darlen Gasparelly |
| 260440 | Chã de Alegria | 2315165 Unidade Mista Virginia Guerra |
| | | 6971962 Unidade de Fisioterapia de Chã De Alegria |
| 260450 | Chã Grande | 0611409 Centro de Fisioterapia de Chã Grande |
| | | 2344408 Hospital Geral Alfredo Alves de Lima |
| 260545 | Fernando de Noronha | 2429586 Hospital São Lucas |
| 260610 | Glória do Goitá | 9493751 Centro Municipal de Fisioterapia e Fonoaudiologia |
| 260680 | Igarassu | 2637596 Policlínica São Lucas |
| | | 3114929 Clínica de Fisioterapia de Igarassu |
| | | 5825407 Centro de Testagem e Aconselhamento de Igarassu |
| | | 7427794 Policlínica Dr. Inaldo Ivo Lima |
| 260760 | Ilha de Itamaracá | 6761127 Centro de Fisioterapia |
| | | 6761143 Policlínica Ilha de Itamaracá |
| 260720 | Ipojuca | 6444539 Centro Especializado em Reabilitação Eduardo José Costa CER |
| | | 7207662 Policlínica Vereadora Severina Teles de Lima |
| | | 7352077 Policlínica de Camela |
| | | 9890009 Clínica de Fisioterapia Nossa Senhora do Ó |
| 260775 | Itapissuma | 6442803 Centro de Fisioterapia de Itapissuma |
| 260790 | Jaboatão dos Guararapes | 0281638 Centro de Reabilitação de Massangana |
| | | 2319454 Hospital Memorial Guararapes |
| | | 2432889 Centro de Fisioterapia Francisco Loureiro |
| | | 2679973 Policlínica da Criança e do Adolescente |
| | | 3051641 Centro de Reabilitação e Fisioterapia I Distrito |
| | | 5069319 Centro Médico Santo Expedito |
| | | 5276799 Centro de Reabilitação e Fisioterapia Antônio Caldas de Sá Barreto |
| | | 5356067 Hospital Memorial Jaboatão |
| | | 5817803 Centro De Referência Saúde da Mulher M de Lourdes Lopes de Lemos |
| | | 7432690 Caine |
| | | 9125086 Fundação Perrone |
| 260940 | Moreno | 2343681 Policlínica Dr Beiro Uchoa |
| | | 6666299 Cedim |

| | | |
|---|---|---|
| 260960 | Olinda | 2344769 CRO Centro de Reabilitação de Olinda |
| | | 2344882 Hospital do Tricentenário |
| | | 6443397 UPA Olinda |
| | | 9776974 Núcleo de Fisioterapia de Águas Compridas |
| | | 9998977 Núcleo de Fisioterapia de Ouro Preto |
| 261070 | Paulista | 2348829 Policlínica Adolpho Speck |
| | | 2348896 Policlínica Hélio Inácio |
| | | 2349035 Policlínica José Correia Mandu |
| | | 2349108 Policlínica Severino Josino Guerra |
| | | 2349140 Policlínica William Nascimento da Silva |
| | | 2433044 Hospital da Mirueira Sanatório Padre Antônio Manoel |
| | | 3221253 Nasa Núcleo de Atenção à Saúde do Adolescente |
| | | 6431569 Hospital Miguel Arraes |
| | | 7007787 Centro de Terapias Integradas do Paulista |
| | | 7344996 Clínica de Fisioterapia |
| 261130 | Pombos | 2432706 Hospital e Maternidade Virgínia Colaço Dias |
| | | 9470867 Centro de Especialidade em Reabilitação |
| | | 9981284 Policlínica Ambulatorial Pombos |
| 261160 | Recife | 0000396 Hospital das Clínicas |
| | | 0000418 Hospital Agamenon Magalhães |
| | | 0000426 Hospital Otávio de Freitas |
| | | 0000434 IMIP |
| | | 0000477 Hospital Oswaldo Cruz |
| | | 0000485 Fundação Altino Ventura |
| | | 0000507 US 160 Policlínica Gouveia De Barros |
| | | 0000531 US 159 Policlínica Agamenon Magalhães |
| | | 0000558 US 217 Centro Médico Senador José Ermírio de Moraes |
| | | 0000566 Hospital Maria Lucinda |
| | | 0000582 Hospital De Câncer De Pernambuco |
| | | 0000590 Us 128 Policlínica Lessa De Andrade |
| | | 0000604 Us 169 Policlínica Amaury Coutinho |
| | | 0000612 Us 162 Policlínica Albert Sabin |
| | | 0000655 Hospital da Restauração |
| | | 0000701 Us 165 Maternidade Bandeira Filho |
| | | 0000809 Fundação HEMOPE |
| | | 0000906 US 321 Central de Alergologia |
| | | 0001015 Us 163 Hospital de Pediatria Helena Moura |
| | | 0001716 Clínica de Fisioterapia do Recife |

| | | |
|---|---|---|
| | | 0001732 Instituto de Reabilitação Integrada Ltda Me |
| | | 0001945 Guri |
| | | 0020516 Us 167 Policlínica e Maternidade Professor Barros Lima |
| | | 0028983 Us 223 Centro de Reabilita Fisio Antônio Nogueira de Amorim |
| | | 0265500 Us 111 Hospital Eduardo Campos da Pessoa Idosa do Recife |
| | | 2427427 Hospital Barão de Lucena |
| | | 2711303 AACD |
| | | 2711613 Centro Universitário Integrado de Saúde Amaury de Medeiros |
| | | 2711974 Us 115 Hospital Geral de Areias |
| | | 2752808 Hospital Evangélico de Pernambuco |
| | | 2777460 Hospital Santo Amaro |
| | | 2802783 Hospital Getúlio Vargas |
| | | 3037096 Us 293 Policlínica do Pina |
| | | 3371301 Us 322 Unidade De Cuidados Integrais Guilherme Abath |
| | | 3985261 CERVAC |
| | | 6486444 Clínica de Fonoaudiologia UFPE |
| | | 6726852 UPA Ibura |
| | | 6774199 Fisioecia.com |
| | | 6897029 US 376 Policlínica Salomão Kelner |
| | | 7649576 UNEDIN I |
| | | 7958838 US 444 Hospital da Mulher do Recife Dra Mercês Pontes Cunha |
| | | 7993412 US 443 Unidade Pública de Atendimento Especializado UPA-e Arruda |
| | | 9533559 MG Fisioterapia E Reabilitação |
| | | 9537600 Reabilita Recife |
| | | 9846883 Mb Fisioterapia Especializada |
| 261370 | São Lourenço da Mata | 2432048 Hospital e Maternidades Petronila Campos |
| | | 6632629 Centro Municipal de Fisioterapia |
| 261640 | Vitória de Santo Antão | 2429004 APA MIde Vitoria de Santo Antão |
| | | 2712008 Hospital João Murilo e Policlínica de Vitória |
| | | 3355373 Clínica de Fisioterapia da Vitória Evandro Couceiro |
| | | 6116647 Policlínica da Criança da Vitória |

Fonte: Plano da RCPD da I GERES/SES/PE.

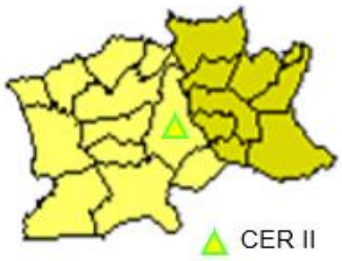
Segundo informações da Secretaria de Saúde de Recife, a rede especializada em reabilitação do município conta com 31 serviços de saúde que oferecem algum tipo de cuidado às pessoas com deficiência, sendo 18 serviços da rede própria e 13 da rede complementar. Atualmente são cinco os estabelecimentos de saúde que ofertam atendimento integral de reabilitação, sendo UNEDIN, GURI, CERVAC, UPAE Arruda, UPAE Ibura, além do CER II da Policlínica Lessa de Andrade. Nestas unidades, o acesso do usuário ocorre por meio da "Avaliação Global", e desde janeiro de 2024 é feito de forma regulada pelo Sistema de Regulação (SISREG). Também existem os Núcleos de Desenvolvimento Integral Infantil e Adulto (NDI) que objetivam favorecer o desenvolvimento integral da criança, contando com neurologia e psiquiatria, além da equipe multidisciplinar, que realiza avaliação global, definindo o PTS, realizando seguimento ou contra referenciado para o território.

A seguir serão descritos os municípios da II, III e XII regiões de saúde, que atendem a algum tipo de reabilitação.

**II Região de Saúde**

Nesta região, será demonstrado o mapa regional com seus respectivos municípios, e a localização do CER (Figura 130). Em seguida, no Quadro 77, está exposto quais municípios da II região possuem serviços atendendo algum tipo de reabilitação.

Figura 130 - Distribuição geográfica dos CER implantados na II região, e divisão territorial contendo municípios das microrregiões IV e V. Pernambuco, 2024

| Região de Saúde | Microrregião de Saúde | Municípios | Recorte Territorial |
|---|---|---|---|
| II | IV | Bom Jardim, Casinhas, Cumaru, Feira Nova, João Alfredo, Limoeiro, Machados, Orobó, Passira, Salgadinho, Surubim e Vertente do Lério |   |
| | V | Buenos Aires, Carpina, Lagoa de Itaenga, Lagoa do Carro, Nazaré da Mata, Paudalho, Tracunhaém e Vicência | |

Fonte: PDR/SES/PE, 2011

Quadro 77 - Demonstrativo dos estabelecimentos da II região de saúde, por município e número do CNES, que realizam diagnóstico/reabilitação, segundo especialidades e áreas multidisciplinares. Pernambuco, 2024.

| Municípios | Estabelecimentos | SCNES | Especialidades e áreas multidisciplinares |
|---|---|---|---|
| **Bom Jardim** | Centro de Saúde Maurício de Medeiros | 2636859 | Especialidades médicas: psiquiatria, cardiologia, ortopedia, otorrinolaringologia, pediatria. Áreas multidisciplinares: fisioterapia, fonoaudiologia, nutrição, psicologia, enfermagem. |
| | Centro Municipal de Fisioterapia | 4260627 | Fisioterapia |
| **Buenos Aires** | Centro de Fisioterapia e Reabilitação de Buenos Aires | 9312900 | Fisioterapia |
| | Centro de Especialidades ao Autismo (CEA) | 2947838 | Especialidades médicas: psiquiatria e pediatria. Áreas multidisciplinares: fisioterapia, terapia ocupacional, psicologia, fonoaudiologia, psicopedagogia, enfermagem e serviço social. |
| | Centro de Fisioterapia do Carpina | 7217080 | Fisioterapia |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Carpina** | Centro de Fisioterapia do Carpina II | 0298158 | Fisioterapia |
| | Centro de Fisioterapia Jardim Neópolis | 4125770 | Fisioterapia |
| | CEO Jaime Vicente Pereira Filho | 7572514 | Odontologia |
| | Unidade Pernambucana de Atendimento Especializado (UPAE) - Antônio Cavalcante Andrade | 7490569 | Especialidades médicas: alergologia, angiologia, cardiologia, clínica geral, dermatologia, endocrinologia, gastroenterologia, ginecologia, infectologia, mastologia, nefrologia, neurologia, otorrinolaringologia, pneumologia, proctologia, reumatologia e urologia.<br>áreas multidisciplinares: enfermagem, farmácia, fisioterapia, fonoaudiologia, nutrição, psicologia, serviço social. |
| **Casinhas** | Centro de Fisioterapia e Reabilitação de Casinhas | 7941943 | Fisioterapia e fonoaudiologia |
| **Cumaru** | - | - | - |
| **Feira Nova** | Clínica de Fisioterapia | 7217102 | Fisioterapia |
| **João Alfredo** | Núcleo de Reabilitação Física de João Alfredo | 9260870 | Especialidade médica: neurologia.<br>Áreas multidisciplinares: fisioterapia, fonoaudiologia, psicologia, educação física e serviço social. |
| **Lagoa do Carro** | CER José Amaro Soares | 0285854 | Fisioterapia |
| | Centro Multidisciplinar Terapêutico | 4186664 | Enfermagem, nutrição, psicologia, fonoaudiologia, psicopedagogia |
| **Lagoa do Itaenga** | Centro de Fisioterapia de Lagoa do Itaenga | 7717792 | Fisioterapia |
| **Limoeiro** | Centro Especializado em Reabilitação de Limoeiro (CER) | 6932401 | Especialidades médicas: neuropediatria e psiquiatra.<br>Áreas multidisciplinares: psicologia, nutrição, serviço social, fisioterapia, psicopedagogia, fonoaudiologia, enfermagem. |
| | Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) Irmã Marta | 6540429 | Odontologia |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | Unidade de Pronto Atendimento Especializado (UPAE) - Dr. José Nivaldo Barbosa de Souza | 7490569 | Especialidades médicas: angiologia, cardiologia, dermatologia, endocrinologia, gastroenterologia, mastologia, nefrologia, oftalmologia, otorrinolaringologia e urologia.<br>Áreas multidisciplinares: enfermagem, farmácia, fisioterapia, fonoaudiologia, nutrição, psicologia e serviço social |
| **Machados** | Centro de Especialidades Médicas | 7672497 | Especialidades médicas: cardiologia, ortopedia, ginecologia, psiquiatria, dermatologia.<br>Áreas multidisciplinares: fisioterapia, fonoaudiologia, psicologia, fisioterapia, nutrição, serviço social, |
| **Nazaré da Mata** | Clínica de Reabilitação Monsenhor Carlos Calabria | 2636239 | Fisioterapia |
| | SAATD- Serviço de Atendimento ao Autismo e outros Transtornos de Desenvolvimento | Sem registro no SCNES | Especialidade médica: neurologia<br>Áreas multidisciplinares: serviço social, psicologia, terapeuta ocupacional, |
| **Orobó** | Centro de Saúde Maria Frazão de Aguiar | 2703645 | Fisioterapia, nutrição, fonoaudiologia, psicologia, odontologia. |
| **Passira** | Centro de Fisioterapia Professor Nicolau | 5199689 | Fisioterapia. |
| **Paudalho** | Centro de Terapias Integradas em Saúde Mental | 4019741 | Especialidades médicas: psiquiatria, neurologia.<br>Áreas multidisciplinares: psicologia, fonoaudiologia, psicopedagogia. |
| | Núcleo de Reabilitação de Paudalho | 0617830 | Fisioterapia, nutrição, fonoaudiologia, terapia ocupacional e psicologia. |
| | Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) Paudalho. | 0919659 | Odontologia |
| **Salgadinho** | Policlínica Municipal de Salgadinho | 0983462 | Pediatria, psiquiatria<br>fisioterapia, psicologia |
| **Surubim** | Clínica de Fisioterapia | 7701276 | Fisioterapia |
| | Policlínica Estefânia Farias | 9994289 | Fisioterapia, fonoaudiologia, terapia ocupacional. |
| **Tracunhaém** | - | - | - |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Vertente do Lério** | Policlínica Vertente do Lério | 2352087 | Especialidade médicas: psiquiatria. Áreas multidisciplinares: fisioterapia, nutrição, psicologia, enfermagem. |
| **Vicência** | Central de Reabilitação de Vicência | 9261494 | Fisioterapia |
| | Centro de Especialidade Odontológica | 2355795 | Fonoaudiologia, terapia ocupacional, pedagogia, psicopedagogia e psicologia. |

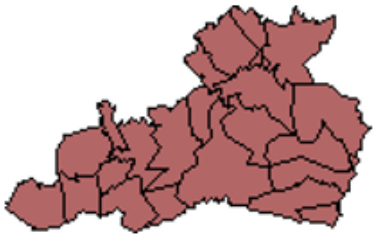
Fonte: SCNES e informações dos municípios da II Regional de Saúde.

É importante destacar, que os serviços instalados no território sob gestão municipal, que atendem as demandas intelectuais, em especial o Transtorno do Espectro Autista (TEA), necessitam de recursos financeiros federais para garantir este cuidado no território, diante da demanda crescente que está surgindo de forma ascendente.

### III Região de Saúde

Na III região de saúde não existe nenhum CER implantado, porém os municípios possuem serviços próprios com algum atendimento voltado à pessoa com deficiência, conforme mostra a Figura 131 e Quadro 78, respectivamente

Figura 131 - Divisão territorial da III Região de saúde, com seus respectivos municípios. Pernambuco, 2024

| | | | |
|---|---|---|---|
| III | | Água Preta, Amaraji, Barreiros, Belém de Maria, Catende, Cortês, Escada, Gameleira, Jaqueira, Joaquim Nabuco, Lagoa dos Gatos, Maraial, Palmares, Primavera, Quipapá, Ribeirão, Rio Formoso, São Benedito do Sul, São José da Coroa Grande, Sirinhaém, Tamandaré e Xexéu |  |

Fonte: PDR/SES/PE

Quadro 78 - Demonstrativo dos estabelecimentos da III região de saúde, por município, com número do CNES e quantidade de profissionais cadastrados. Pernambuco, 2024.

| Município | SCNES | Nome do estabelecimento | Qtd de profissionais |
|---|---|---|---|

| | | | cadastrados |
|---|---|---|---|
| Água preta | 3996409 | Centro de fisioterapia e especialidades | 6 |
| Amaraji | 6697410 | Centro de fisioterapia e reabilitação amaraji | 5 |
| Barreiros | 7897871 | Cer barreiros dr elzir amorim morais | 12 |
| Belém de maria | | | |
| Catende | 5859697 | Clínica de reabilitação genésio braz | |
| Cortês | | | |
| Escada | 2916924 | Centro de fisioterapia vereador elisael soares silva | 9 |
| | 7566808 | Centro de fisioterapia farmacêutico synval de carvalho | 9 |
| Gameleira | 771120 | Centro de fisioterapia da gameleira | 7 |
| Jaqueira | 2711540 | Centro de especialidade e reabilitação de jaqueira | 8 |
| Joaquim nabuco | | | |
| Maraial | | | |
| Lagoa dos gatos | 7434367 | Unidade de fisioterapia de lagoa dos gatos | 1 |
| Palmares | 3854256 | Centro especializado em reabilitação altair bezerra da silva | 4 |
| Primavera | | | |
| Quipapá | 6305237 | Equipes multiprofissionais heridowel gomes da rosa | 12 |
| Ribeirão | | | |
| Rio formoso | | | |
| São benedito do sul | | | |
| São jose da coroa grande | 4001915 | Policlinica municipal marcemilda garcez da cunha | 11 |
| Sirinhaém | 2924021 | Centro de reabilitação de fisioterapia de sirinhaém | 4 |
| Tamandaré | | | |
| Xexéu | 5923123 | Centro de reabilitacao jademir goncalves de lima | 4 |

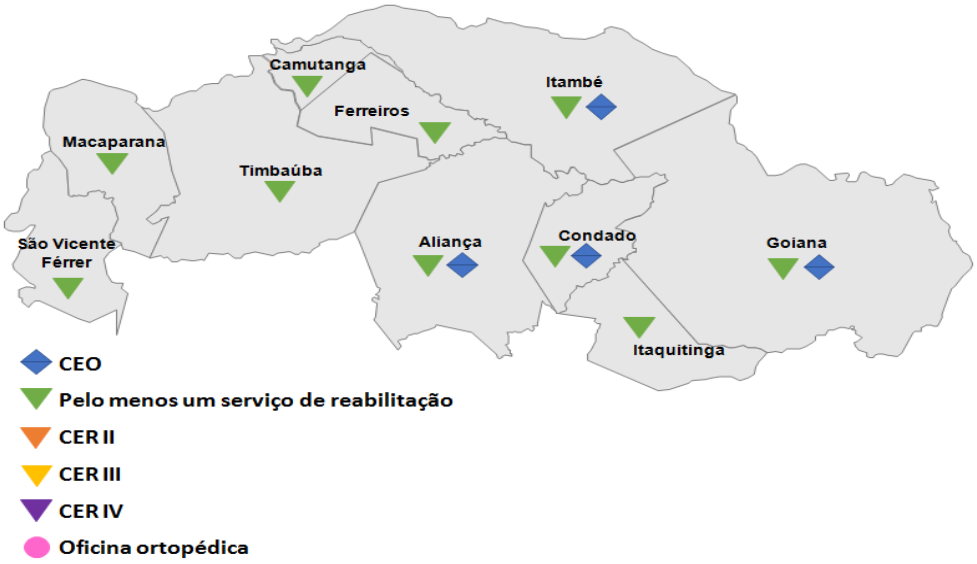
Fonte: Plano da RCPD da III Regional de saúde/SES/`PE

**XII Região de saúde**

O mapa da XII Região de saúde contém a distribuição dos serviços para pessoas com deficiência em seu território (Figura 132). Já o Quadro 79 o levantamento realizado pela XII Regional de saúde, contendo o número de

pessoas com deficiência, tomando por base o CadÚnico/SUAS (tabulador do Cadastro Único - TABCAD/CECAD 2.0).

Figura 132 - Distribuição geográfica dos municípios da XII região de saúde, com localização dos serviços de reabilitação e CEO. Pernambuco, 2024.




Fonte: Plano da RCPD da XII Regional/SES/PE

Quadro 79 - Demonstrativo do quantitativo de pessoas com deficiência na XII região de saúde, segundo município de residência e tipos de deficiência. Pernambuco, 2024.

| QUANTITATIVO DE PESSOAS COM DEFICIÊNCIA NA XII REGIÃO DE SAÚDE (ATUALIZAÇÃO CADÚNICO/2024) | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **MUNICÍPIO** | **VISUAL** | **SÍNDROME DE DOWN** | **FÍSICA** | **INTELECTUAL** | **AUDITIVA** | **TOTAL POR MUNICÍPIO** |
| **ALIANÇA** | 188 | 31 | 1.012 | 521 | 100 | 1.852 |
| **CAMUTANGA** | 30 | 8 | 107 | 100 | 22 | 267 |
| **CONDADO** | 181 | 18 | 634 | 231 | 105 | 1.169 |
| **FERREIROS** | 74 | 9 | 266 | 174 | 53 | 576 |
| **GOIANA** | 460 | 32 | 1.143 | 773 | 229 | 2.637 |
| **ITAMBÉ** | 179 | 17 | 1.043 | 598 | 96 | 1.933 |
| **ITAQUITINGA** | 70 | 5 | 343 | 162 | 70 | 650 |
| **MACAPARANA** | 126 | 48 | 896 | 486 | 75 | 1.631 |
| **SÃO VICENTE** | 128 | 12 | 525 | 237 | 53 | 955 |
| **TIMBAÚBA** | 488 | 34 | 1.941 | 754 | 223 | 3.440 |
| **TOTAL POR DEFICIÊNCIA** | 1.924 | 214 | 7.910 | 4036 | 1026 | **15.110** |

Fonte: CECAD/TABCAD/Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, 2024.

Os pontos de atenção da rede municipal da XII regional de saúde estão dispostos no Quadro 80, esta Região é desprovida de CER e não oferta OPM. Apenas o município de Macaparana oferta atendimento em reabilitação às crianças com TEA. Os demais municípios ofertam reabilitação física. Existem 04 CEO localizados nos municípios de Aliança, Condado, Goiana e Itambé.

Quadro 80 - Serviços que realizam atividades de reabilitação, com número do CNES e número de profissionais cadastrados por município da XII região de saúde (2023).

| Município | CNES | Serviço | Profissionais |
|---|---|---|---|
| **Aliança** | 2354314 | Centro de Reabilitação e Fisioterapia | - Fisioterapeutas: 06<br>- Fonoaudiólogos: 03<br>- Psicólogos: 02<br>- Nutricionista: 01<br>- Assistente social: 02<br>- Enfermeiro: 01<br>- Médico: 01 |
| | 0773395 | CEO Dr João Hilário Pereira de Lima | 11 |
| **Camutanga** | 5855411 | Policlínica Luzinete da Silva Sales | - Fisioterapeutas: 02 |
| **Condado** | 7214405 | Centro de reabilitação de Condado | -Fisioterapeutas: 03<br>- Psicólogos: 01<br>- Nutricionista: 01 |
| | 2703335 | Centro de Especialidades Odontológicas do Condado | 6 |
| **Ferreiros** | 7716842 | Centro de Fisioterapia de Ferreiros | - Fisioterapeuta: 01 |
| **Goiana** | 3566390 | Policlínica Nossa Senhora da Vitória | - Fisioterapeutas: 04<br>- Fonoaudiólogos: 03<br>- Psicólogos: 03 |
| | 2711885 | Hospital Regional Belarmino Correia | - Fisioterapeutas: 07<br>- Fonoaudiólogos: 02<br>- Psicólogos: 03 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | 6793029 | CEO Dr Helio de Siqueira Torres | 42 |
| **Itambé** | 7347391 | Centro de Fisioterapia Karina Cesar de Mendonça | - Fisioterapeutas: 09 |
| | 2429039 | Centro de Saúde Idalina Nunes Machado | - Fisioterapeutas: 02 |
| | 5457114 | Centro Especialidades Odontologica Dr Newton X de Araujo | 14 |
| **Itaquitinga** | 3665399 | Clínica de Fisioterapia de Chã de Areias | - Fisioterapeutas: 02 |
| **Macaparana** | 2840375 | Centro de Fisioterapia | - Fisioterapeutas: 05<br>- Fonoaudiólogos: 01<br>- Psicólogos: 02<br>- Terapeuta ocupacional: 01 |
| | 0946354 | Centro Especializado em Reabilitação | - Fonoaudiólogos: 01<br>- Psicólogos: 01<br>- Psicopedagogo: 01<br>- Terapeuta ocupacional: 01 |
| **São Vicente Férrer** | 7232098 | Centro de Fisioterapia Municipal | - Fisioterapeutas: 03 |
| **Timbaúba** | 4157303 | Centro Especializado de Fisioterapia | - Fisioterapeutas: 07 |
| | 7420676 | ADAT | - Fisioterapeutas: 02<br>- Fonoaudiólogos: 01<br>- Psicólogos: 02<br>- Terapeuta - ocupacional: 01 |

**Fonte:** CNES/ nov.2023 e visita técnica

## Atenção Especializada Hospitalar, e de Urgência e Emergência na RCPD

O componente da atenção hospitalar e de urgência e emergência da RCPCD está presente na I macrorregião de saúde, onde o Quadro 81 mostra as ações/serviços pactuadas em CIB que devem existir na macrorregião. Observa-se, no entanto, que também existem vazios assistenciais nesse componente, uma vez que não há ponto de atenção com acesso à urgência e emergência odontológica com atendimento sob sedação ou anestesia geral, nem tampouco

nenhum ponto de atenção com leito de reabilitação hospitalar para atendimento cirúrgico. A modelagem mostrada, a seguir, segue a resolução CIB de 2013 e não condiz com a prática assistencial vigente no estado, necessitando de adequação.

Quadro 81 - Modelagem da RCPD pactuada em CIB, segundo referências e ação/serviço ofertado. Pernambuco, 2024.

| REFERÊNCIAS | AÇÃO/SERVIÇO |
|---|---|
| **MUNICIPAL** | • Ações de promoção de saúde, inclusive por meio do Programa de Saúde na Escola, prevenção às causas e agravos de deficiência e cuidado no âmbito da atenção primária, mediante apoio matricial (NASF) em saúde PcD/RBC; acolhimento, classificação de risco e análise de vulnerabilidade para PcD = Unidade Básica;<br>• Reabilitação, prevenção de deficiências secundárias e orientação familiar = serviços habilitados em apenas um tipo de reabilitação, sem concessão (auditiva ou intelectual ou visual);<br>• Reabilitação, prevenção de deficiências secundárias e orientação familiar = núcleos de reabilitação física.<br>• Atendimento especializado odontológico = CEO. |
| **MICRORREGIONAL** | • Diagnóstico, tratamento, concessão, adaptação e manutenção de tecnologia assistiva em dois tipos de deficiências = CER II. |
| **REGIONAL** | • Diagnóstico, tratamento, concessão, adaptação e manutenção de tecnologia assistiva em três tipos de deficiências = CER III.<br>• Atendimento especializado odontológico = CEO. |
| **MACRORREGIONAL** | • Acesso à urgência e emergência odontológica com atendimento sob sedação ou anestesia geral.<br>• Avaliação clínica, reabilitação funcional, atendimento cirúrgico nas diversas especialidades, serviços auxiliares de diagnóstico e terapia = leitos de reabilitação hospitalar.<br>• Diagnóstico, tratamento, concessão, adaptação e manutenção de tecnologia assistiva em quatro tipos de deficiências = CER IV. |

Fonte: Resolução CIB nº 2189 de 08 de janeiro de 2013.

Com relação ao atendimento odontológico no Hospital Geral de Areias (HGA), localizado no Recife, ocorre de forma ambulatorial e eletiva em diversas especialidades, inclusive, realizam o atendimento para Pacientes com Necessidades Especiais (PNE), em que se faz consultas e procedimentos clínicos aos *"usuários que apresentem uma ou mais limitações, temporárias ou permanentes, de ordem mental, física, sensorial, emocional, de crescimento ou médica, que o impeça de ser submetido a uma situação odontológica convencional."* Dessa forma, a especialidade PNE atende além de pessoas com

alterações sistêmicas e congênitas, pessoas com deficiência. Vale ressaltar que, em caso de necessidade, o procedimento odontológico poderá ser executado sob sedação e/ou anestesia geral.

Como já visto anteriormente, existem serviços estaduais, municipais e filantrópicos habilitados para atender à pessoa com deficiência, nesta macrorregião. Porém não é possível informar nesse mapa o número dos serviços privados que atendem às pessoas com deficiência, considerando que a I macro possui o maior polo médico e de serviços do estado, com rotatividade de implantação de novos serviços, e não existe um sistema de informação que consolide esses dados.

Faz-se necessário que todos os componentes da RCPD estejam organizados no território da I macrorregião, com os pontos de atenção totalmente implantados (nas quatro regiões e nas 5 microrregiões), com os vazios assistenciais superados e com os fluxos assistenciais bem estabelecidos, a fim de que as demandas reprimidas nas filas de espera acabem, e culmine com uma assistência qualificada e oportuna às pessoas com deficiência.

**Sistema de governança da rede de cuidados à pessoa com deficiência.**

A governança da Rede, nessa macrorregião, deverá ser realizada pelos Grupos Condutores (GC) da RCPD, existentes nas quatro regiões de saúde, com ações articuladas com os Comitês Executivos de Governança da RAS, em observância ao Planejamento Regional Integrado (BRASIL, 2023).

As ações desses GC visam alcançar uma melhor estruturação da rede e realizar o acompanhamento, colaborando com a tomada de decisão oportuna. As pessoas que têm assento nos GC são de gestão estadual, municipal e federal, estando diretamente articulados com a Coordenação estadual de Atenção à Saúde da Pessoa com Deficiência (CASPD).

Os GC devem estimular a construção dos planos de ação regionais da RCPD, em consonância com o PRI e com os instrumentos de gestão, e realizar a análise da situação de saúde na região, incluindo aspectos demográficos, socioeconômicos, ambientais, culturais e epidemiológicos que subsidiarão a formulação dos Planos. A elaboração do desenho regional da RCPD deve ser

feita de forma ascendente, conforme Resolução de Consolidação CIT nº 1 (de 30 de março de 2021), observando as diretrizes para os processos de regionalização e o PRI (BRASIL, 2023).

A governança da Rede também deve ser executada pelos Grupos Condutores do PRI (central, macrorregional e regional), que têm caráter técnico-político, de composição tripartite, e que acompanham a implantação das cinco redes prioritárias no estado, dentre elas a RCPD. Esses GC-PRI são indutores para a organização das RAS no território macrorregional.

**Fluxo regulatório dos serviços destinados à pessoa com deficiência.**

O fluxo regulatório realizado pela SES/PE consiste nos agendamentos de consulta para o CER-IMIP e AACD, via Central de Marcação de Consultas e Exames (CMCE). Esses agendamentos seguem o fluxo da Gerência de Regulação Ambulatorial (GRAMB/SES/PE), a seguir:

- O paciente atendido na atenção básica ou atenção especializada, com a solicitação de exames ou consultas especializadas, deverá comparecer à Unidade de Saúde mais próxima de sua residência ou Secretaria de Saúde Municipal, com o encaminhamento para o município agendar.
- Caso seja uma consulta especializada e/ou exame de baixa/média complexidade e o município regule a referida consulta/exame, o mesmo deverá agendar na rede assistencial do município, caso seja uma solicitação de alta complexidade ou procedimento que não tenha na rede municipal, o mesmo deverá solicitar o procedimento através do sistema informatizado de regulação ambulatorial estadual, o sistema CMCE.
- Para os procedimentos regulados pelo Estado, há periodicamente a distribuição das vagas disponibilizadas de acordo com critérios técnico-assistenciais e situação das filas em cada região de saúde.
- Quando o Município realiza a marcação do procedimento, levando em consideração prioridade clínica estabelecida pelo médico regulador e a ordem cronológica da solicitação, é comunicado ao usuário, e

disponibilizado através do comprovante de agendamento, onde consta data, hora e local da realização da consulta/exame/procedimento.

- O paciente portando o comprovante de agendamento, encaminhamento médico e documentos de identificação, deverá comparecer na unidade de saúde onde será realizado o procedimento, no dia e horário agendado.
- Ressalte-se que, no tocante a consultas/exames, a gestão da fila de pacientes é realizada diretamente pelo Município. Compete à Secretaria de Saúde de Pernambuco a disponibilização e monitoramento das cotas aos municípios, utilizando critérios técnico-assistenciais e analisando a situação das filas em cada região de saúde.

Quanto à regulação para AACD, no que se refere a materiais e equipamentos concedidos, a GRAMB regula apenas o primeiro acesso via CMCE. O paciente passa por uma triagem no serviço e segue o fluxo interno para o recebimento de cadeiras de rodas e de banho. A AACD é credenciada em medicina física e faz reabilitação de média e alta complexidade. Os serviços ofertados pela AACD têm abrangência estadual.

Os demais serviços habilitados presentes na I macrorregião são regulados pelo município, a exemplo do CER-II do Lessa de Andrade (Recife), de Ipojuca e de Limoeiro, com exceção do CER-IV-FAV, que trabalha com sistema de porta aberta, e tem abrangência estadual. Os serviços habilitados em apenas um tipo de reabilitação (que não são considerados CER), também são regulados pelo município ou pelo próprio serviço, a exemplo do HGV (Recife), do hospital da Mirueira (Paulista) e hospital João Murilo (Vitória de Santo Antão), localizados na I Região de Saúde. Esses serviços são de abrangência municipal, com exceção do HGV que tem sua abrangência regional, conforme informações contidas no quadro 13. Tanto o HGV, quanto o hospital da Mirueira e o João Murilo atendem especificamente reabilitação para egressos.

Vale salientar que a dificuldade de acesso geográfico vai de encontro a tudo que é estabelecido na própria política da pessoa com deficiência. Os pacientes vêm de municípios longínquos, de todo o estado de Pernambuco, percorrendo longas estradas para ter acesso aos serviços localizados em Recife

(CER-IV-IMIP, CER-IV-FAV e AACD), o que causa sofrimento humano para as pessoas com deficiência física, cerebral, paralisias e pessoas com transtorno do espectro autista (vide quadro 11 com as distâncias).

**Financiamento da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência na I Macrorregião de Saúde**

O Financiamento da Rede de Cuidados se dá conforme portaria de consolidação nº 06 de 28 de setembro de 2017, que consolida as normas sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde, Título VIII, Capítulo IV, alterado pela Portaria nº 1526 de 11 de outubro de 2023.

Dessa forma, considerando o custeio dos pontos de atenção da RCPD, financiados pelo Ministério da Saúde, existentes na I Macrorregião de Saúde, o Quadro 82 discrimina os valores por ponto de atenção.

Quadro 82 - Demonstrativo dos CER habilitados na I macrorregião de saúde, segundo tipos de reabilitações ofertadas, custeio mensal e gestão de repasse de custeio. Pernambuco, 2024.

| **Ponto de Atenção RCPD** | **Reabilitações ofertadas** | **Custeio /Mês * Portaria 1526** | **Gestão *repasses de custeio fundo a fundo** |
|---|---|---|---|
| CER IV - Fundação Altino Ventura (Recife) | - Reabilitação Visual<br>- Reabilitação Intelectual<br>- Reabilitação Física<br>- Reabilitação Auditiva | *R$ 430.000,00 | Estadual |
| CER IV - Centro de Reabilitação IMIP (Recife) | - Reabilitação Visual<br>- Reabilitação Intelectual<br>- Reabilitação Física<br>- Reabilitação Auditiva | *R$ 430.000,00 | Estadual |
| CER III<br>- | - | *R$ 270.000,00 | - |
| CER II - Lessa de Andrade (Recife) | - Reabilitação Física<br>- Reabilitação Intelectual | *R$ 189.000,00 | Municipal |
| CER II - Ipojuca | - Reabilitação Física<br>- Reabilitação Intelectual | *R$ 189.000,00 | Municipal |
| CER II - Limoeiro | - Reabilitação Física<br>- Reabilitação Intelectual | *R$ 189.000,00 | Municipal |
| Oficina Ortopédica fixa da AACD (Recife) | - Confecção de Próteses e Órteses Ortopédicas. | *R$ 73.000,00 | Municipal |
| Centro de Especialidade Odontológica (CEO) | Adicional de 20% (vinte por cento) mensal, calculado sobre o valor mensal de custeio atual do serviço; | | |

| | |
|---|---|
| CER habilitados na modalidade de reabilitação intelectual que realizam atendimento voltado às pessoas com TEA | Poderão ter incentivo financeiro de custeio adicional da seguinte forma:<br>- CER II: R$ 37.800,00 (trinta e sete mil e oitocentos reais) / mês;<br>- CER III: R$ 54.000,00 (cinquenta e quatro mil reais) / mês;<br>- CER IV: R$ 86.000,00 (oitenta e seis mil reais) / mês. |

Fonte: Portaria GM/MS Nº 1.526, de 11 de outubro de 2023

Se o estado de Pernambuco implantar os serviços que faltam para se adequar ao modelo assistencial vigente, significa que receberá o financiamento do MS para os novos serviços. Considerando que na I macrorregião é necessário implantar quatro CER tipo III e dois CER tipo II, significa que, implantando, haverá um incremento de 1.458.000,00 ou seja, a I macrorregião deixa de receber esse valor, mensalmente, fundo a fundo, por não estar adequada. Em caso de repactuação do modelo pela CIB, ampliando serviços além daqueles pactuados em 2013, esse valor poderá ser ainda mais elevado. A implantação dos serviços viabilizará o fortalecimento da RCPD e um atendimento mais adequado e digno às pessoas com deficiência.

Os recursos referentes à concessão de órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção (OPM) são repassados a partir da produção informada pelos prestadores de serviço da Rede e os valores do repasse são os estabelecidos na tabela SUS de procedimentos.

A Portaria nº 1526, de 11 de outubro de 2023, define detalhadamente o financiamento para custeio, ainda não aplicável aos pontos de atenção existentes, pois tem como condição as pactuações de desenho de rede e planos de ação regionais, homologado em CIB. Até o momento, as regiões de saúde I Macrorregião de Saúde, ainda não tiveram seus planos finalizados, pactuadas e homologados. As solicitações para recebimento do incentivo financeiro deverão estar previstas nos planos de ação regionais, e deverão, também, estar de acordo com o Planejamento Regional Integrado. Excepcionalmente, novos estabelecimentos de saúde poderão ser habilitados, desde que a solicitação seja, motivadamente, definida no PRI, pactuado no Plano de Ação da RCPD, aprovado pela CIB e pelo Ministério da Saúde. Isso se aplica, também, à proposta de habilitação dos componentes da atenção especializada ambulatorial

que deverá seguir os mesmos passos: estar definida no PRI, pactuado no Plano de Ação e aprovado pela CIB (BRASIL, 2023).

## Considerações Finais

A I macrorregião de Saúde de Pernambuco se divide em quatro Regiões de Saúde, e em cinco microrregiões. O Quadro 83, demonstra a divisão territorial dessa macrorregião, e dá a dimensão dos vazios assistenciais e dos locais onde novos serviços devem ser implantados para superar esses vazios.

Quadro 83 - Demonstrativo da divisão territorial da I macrorregião de saúde, contendo serviços habilitados, vazios assistenciais e necessidades de novos serviços da RCPD. Pernambuco, 2024.

| **Realidade** | | | **Necessidade** | |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |
| **Macrorregião** | **Região de Saúde** | **Microrregião** | **Vazio Assistencial** | **Total de necessidades de serviços na I macro.** |
| **I macrorregião:**<br><br>Possui 2 CER tipo IV (FAV e IMIP)<br>+<br>AACD | **I Região:**<br><br>Não possui CER III para abrangência regional. | **I microrregião:**<br><br>**Municípios**: Abreu e Lima, Araçoiaba, Fernando de Noronha, Igarassu, Ilha de Itamaracá, Itapissuma, Olinda, Paulista, Recife.<br><br>**Serviços habilitados**:<br>1 CER-II implantado (município Recife) | Inexistência de CER III na Região I. | CER III:<br>04 serviços.<br><br>CER II:<br>02 serviços. |
| | | **II microrregião:**<br><br>**Municípios**: Camaragibe, Chã de Alegria, Chã Grande, Glória do Goitá, Pombos, São Lourenço da Mata, Vitória de Santo Antão.<br><br>**Serviços habilitados**:<br>não possui CER- II nesta microrregião. | Inexistência de CER II na microrregião II. | |
| | | **III microrregião:**<br><br>**Municípios**: Cabo de Santo Agostinho, Ipojuca, Jaboatão dos Guararapes, Moreno. | | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | | **Serviços habilitados**: 1 CER II habilitado (Ipojuca). | | |
| | **II Região:**<br><br>Não possui CER III para abrangência regional. | **IV microrregião:**<br><br>**Municípios**: Bom Jardim, Casinhas, Cumaru, Feira Nova, João Alfredo, Limoeiro, Machados, Orobó, Passira, Salgadinho, Surubim, Vertente do Lério.<br><br>**Serviços habilitados**: 1 CER II implantado (Limoeiro). | Inexistência de CER III na Região II. | |
| | | **V microrregião:**<br><br>**Municípios**: Buenos Aires, Carpina, Lagoa de Itaenga, Lagoa do Carro, Nazaré da Mata, Paudalho, Tracunhaém, Vicência.<br><br>**Serviços**: não possui CER II na microrregião. | Inexistência de CER II na microrregião V. | |
| | **III Região:**<br><br>Não possui CER III para abrangência regional. | **Não possui microrregião.**<br><br>**Municípios da Região**: Água Preta, Amaraji, Barreiros, Belém de Maria, Catende, Cortês, Escada, Gameleira, Jaqueira, Joaquim Nabuco, Lagoa dos Gatos, Maraial, Palmares, Primavera, Quipapá, Ribeirão, Rio Formoso, São Benedito do Sul, São José da Coroa Grande, Sirinhaém, Tamandaré, Xexéu.<br><br>**Serviços**: não possui CER II, pois não existe microrregião de saúde. | Inexistência de CER III na Região III. | |
| | **XII Região:**<br><br>não possui CER III para abrangência regional. | **Não possui microrregião:**<br><br>**Municípios da Região**: Aliança, Camutanga, Condado, Ferreiros, Goiana, Itambé, São Vicente Férrer, Itaquitinga, Macaparana, Timbaúba.<br><br>**Serviços**: não possui CER II, pois não existe microrregião de saúde. | Inexistência de CER III na Região XII. | |

Fonte: Resolução CIB/PE 5630/2021.

Em relação aos serviços especializados de reabilitação, considerando a modelagem da RCPD definida em CIR e a necessidade da macrorregião, pode-se identificar a importância de implementar, no mínimo, 1 CER tipo IV específico para macro I, 1 CER tipo III e 1 CEO em cada Região e 1 CER tipo II em cada microrregião. Considerando que na I macrorregião de saúde existem 4 Regiões e 5 microrregiões, o total esperado seria 10 serviços implantados (1 CER-IV, 4 CER-III e 5 CER-II). No entanto, a realidade é bem diferente, existindo apenas 3 CER-II (quando deveria ser cinco) e nenhum CER III (quando deveria ter quatro).

Como nem todas as macrorregiões do estado estão cobertas por serviços especializados de reabilitação tipo IV, isso leva o CER-IV-FAV e o CER-IV-IMIP a expandirem seus serviços às demais regiões do estado, devido à necessidade.

Para preencher os vazios assistenciais na I macrorregião em relação à assistência especializada ambulatorial, faz-se necessário implantar um CER-II na microrregião II, um CER-II na microrregião V, e um CER-III nas Regiões I, II, III e XII. Além disso, é necessário implantar os CER-IV em todas as macrorregiões do estado, a fim de regularizar os atendimentos da I macrorregião de saúde. Durante a implantação de novos CER, deve-se pactuar que os dois CER tipo IV já existentes dêem cobertura à I macrorregião devido à complexidade do território que possui 4 regiões de saúde e 72 municípios, ou de apenas um dos CER-IV prestar assistência a outra macrorregião.

No componente da Atenção Hospitalar e de Urgência não há leitos de reabilitação hospitalar e nem assistência nas urgências e emergências odontológicas com atendimento sob sedação e anestesia geral, como previsto na portaria de 2023.

A organização da RCPD necessita ser estruturada em todo o estado, o mais rapidamente possível, com vistas à melhoria do acesso para a pessoa com deficiência, evitando que se desloque e percorra quilômetros de distância para buscar atendimento na I macrorregião.

Uma observação a ser feita, é que não existem indicadores de saúde específicos para a RCPD.

Segue, abaixo, as limitações/fragilidades, desafios e potencialidades da RCPD na I macrorregião de saúde de Pernambuco:

- Limitações/fragilidades da Rede:
  - Nem todos os serviços são regulados pelo Estado
  - Há insuficiência de serviços habilitados no território estadual que leva à sobrecarga de atendimento na I macrorregião de saúde.
  - Há insuficiência de serviços habilitados no território da I macrorregião de saúde
  - Há insuficiência de exame BERA para diagnóstico, sobretudo na XII Região de saúde.
  - CER implantados na I macrorregião não dão cobertura suficiente ao território da macrorregião.
  - Serviços habilitados centralizados na capital ou nas proximidades da RMR (Recife, Paulista, Limoeiro, Ipojuca e Vitória de Santo Antão).
  - Dificuldade de acesso geográfico aos serviços, devido à distância.
  - Dificuldade de admissão nos serviços devido às filas de espera e a grande demanda reprimida.
  - Ausência de Educação Permanente voltando para a linha de cuidado da pessoa com TEA.
  - Ausência de protocolo clínico para linha de cuidado na APS às pessoas com TEA.
  - Insuficiência de órteses e próteses para demanda existente.

- Desafios da rede:
  - Sensibilização dos gestores para importância da RCPD
  - Regulação de toda RCPD, com fluxos assistenciais definidos, evitando serviços com porta aberta.
  - Ampliar a RCPD nas macrorregiões de saúde desassistidas, descentralizando os serviços para sanar os vazios assistenciais do estado de Pernambuco.
  - Preencher os vazios assistenciais específicos da I macrorregião, viabilizando a melhoria do acesso geográfico e do acesso à entrada nos serviços, com a adequada cobertura à população macrorregional.

- Atualização do desenho da RCPD que segue desde 2013.

- Potencialidades da Rede:
  - Serviços implantados de POM
  - Equipes qualificadas
  - Portaria atualizada com financiamento.

## REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (RAPS)

A organização do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil é pautada por uma estrutura complexa e articulada, que busca garantir o acesso universal e integral aos serviços de saúde. Uma das estratégias fundamentais para alcançar esse objetivo é a formação das macrorregiões de saúde, que representam uma importante instância de gestão e organização das ações e serviços de saúde em níveis territoriais mais amplos. Neste contexto, este trabalho tem como objetivo analisar a formação das macrorregiões de saúde no SUS, destacando seus principais aspectos, desafios e perspectivas.

As macrorregiões de saúde são definidas como espaços geográficos que agregam municípios e regiões de saúde com características socioeconômicas, demográficas e epidemiológicas semelhantes (BRASIL, 2006). Essa divisão territorial visa facilitar a organização e a gestão das políticas de saúde, permitindo a articulação entre os diferentes níveis de atenção e a otimização dos recursos disponíveis. No Brasil, as macrorregiões de saúde foram instituídas como parte da descentralização do SUS, prevista na Constituição Federal de 1988 e regulamentada pela Lei Orgânica da Saúde (BRASIL, 1990).

Apesar de representarem uma importante estratégia de organização do SUS, as macrorregiões de saúde enfrentam diversos desafios em sua implementação e funcionamento. Entre os principais desafios destacam-se a heterogeneidade dos territórios, as diferenças na capacidade de gestão e operacionalização dos serviços de saúde, e a necessidade de fortalecimento da

integração entre os diferentes níveis de atenção. Nesse sentido, é fundamental investir esforços para a construção de mapas situacionais de saúde, a fim de investigar vazios assistenciais e potencialidades que respeitem as reais particularidades dos territórios.

As macrorregiões são responsáveis por articular e integrar as diferentes redes de atenção que operam em seu território. Neste sentido, a Portaria Nº 4.279/2010, estabeleceu diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), representando um marco fundamental na construção e fortalecimento das redes de atenção no Brasil. Esta legislação define princípios, diretrizes e responsabilidades para a articulação e integração entre os diferentes pontos de atenção à saúde, visando à garantia da integralidade do cuidado, à promoção da saúde e à efetivação do direito à saúde da população.

No Brasil, a Reforma Psiquiátrica teve início nos anos de 1970, quando os acadêmicos recém-formados encontraram o modelo de assistência à Saúde Mental basicamente manicomial, centrado na institucionalização e na privação de liberdade, com cenários de violência e condições de cuidado precárias. O movimento da Luta Antimanicomial buscava não só uma sociedade livre de manicômios, mas também, um tratamento humanizado para pessoas em sofrimento psíquico, com o fim das discriminações, segregações e violências, ressignificando o modelo de assistência psiquiátrica (AMARANTE; NUNES, 2018).

Um dos avanços que permitiu dar nova roupagem à atenção psicossocial foi a promulgação da Lei 10.216 em 06 de abril de 2001, a qual dispõe sobre a proteção e direitos das pessoas portadoras de transtorno mental, e redirecionando o modelo de assistência em saúde mental para uma lógica psicossocial (BRASIL, 2001). No caso brasileiro, essa nova lógica de atenção à saúde mental perpassou pelo sujeito como centro do cuidado em suas diversas dimensões, considerando que ele estava inserido em um contexto sócio comunitário (SAMPAIO; BISPO JÚNIOR, 2021).

A Portaria nº 3.088 de 23 de dezembro de 2011 instituiu a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) para pessoas com sofrimento ou transtorno mental

e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), cuja finalidade é a criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do SUS (BRASIL, 2011).

A RAPS possui gestão de caráter regional e vem com a perspectiva de consolidar um modelo de atenção de base comunitária, com a garantia da livre circulação das pessoas com problemas mentais pelos serviços, comunidade e cidade. É constituída por 07 componentes que compreendem um conjunto de ações/serviços ou pontos de atenção, dentre os quais: atenção básica à saúde, atenção psicossocial especializada, atenção de urgência/emergência, atenção residencial de caráter transitório, atenção hospitalar, estratégias de desinstitucionalização e Reabilitação Psicossocial (RP) (BRASIL, 2011).

É importante destacar o conceito de Região de Saúde, que se caracteriza como um espaço geográfico contínuo, constituído por agrupamentos de municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde (BRASIL, 2011). Para ser instituída, uma Região de Saúde deve conter, no mínimo, ações e serviços de atenção primária, urgência e emergência, atenção psicossocial, atenção ambulatorial especializada e hospitalar e vigilância em saúde (BRASIL, 2011) (Figura 1).

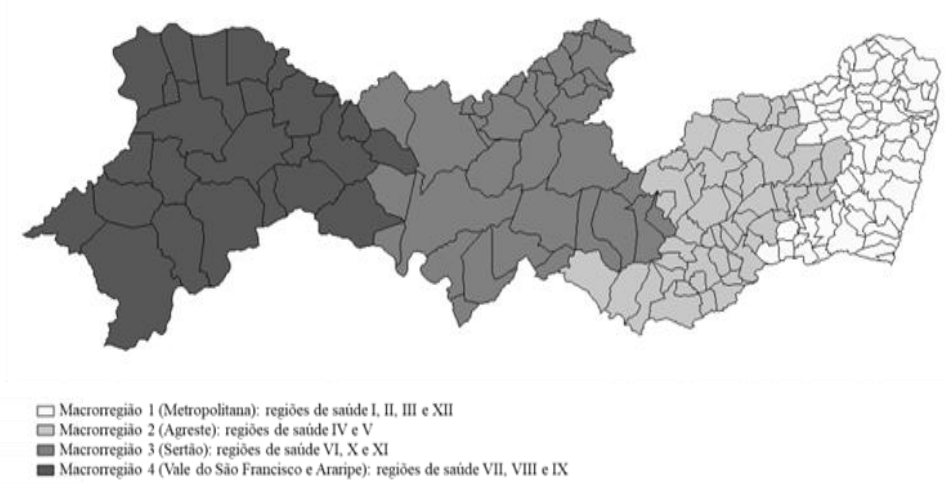
Já o conceito de macrorregiões de saúde foi instituído pela Resolução CIT Nº 37 de 22 de março de 2018, que se configura com um espaço regional ampliado que garanta a resolutividade da RAS será denominado de macrorRegião de Saúde e deve ser instituído pelas CIB no processo de planejamento regional integrado, coordenado pelos estados em articulação com os municípios e a participação da União, tendo como base a configuração das regiões de saúde existentes, observando os seguintes critérios (BRASIL, 2018) (Figura 1):

a) Conformação regional com escala necessária para a sustentabilidade dos serviços de alta complexidade, baseada em um limite geográfico, independente

de divisas estaduais, e um contingente mínimo populacional de 700 mil habitantes, exceto para os estados da Região Norte cuja base mínima populacional é de 500 mil habitantes;

b) Contiguidade territorial, mesmo quando ultrapassar as divisas estaduais, visando dar coesão regional bem como proporcionar a organização, o planejamento e a regulação de serviços de saúde no território.

Figura 133 - Mapa de localização do estado de Pernambuco e sua divisão em macrorregiões e regiões de saúde.




Fonte: Elaboração própria de acordo com dados do Plano Diretor de Regionalização (2011).

A integralidade da RAPS busca superar o estigma associado aos transtornos mentais, promovendo a participação social, a autonomia e a cidadania das pessoas atendidas. A articulação entre os diferentes pontos da rede propicia um cuidado mais próximo e contínuo, evitando a fragmentação e favorecendo a promoção da saúde mental.

Contudo, é importante destacar desafios na implementação da RAPS, como a necessidade de ampliação da oferta de serviços, a qualificação de profissionais e a redução do estigma social em relação às doenças mentais. A busca pela consolidação e aprimoramento constante da Rede de Atenção Psicossocial representa um compromisso fundamental na construção de uma sociedade mais justa e inclusiva para todas as pessoas, independentemente de sua condição de saúde mental.

A RAPS Pernambuco foi pactuada na CIB Nº 1944 de 07 de maio de 2012 e está organizada por meio de 07 componentes, com seus respectivos pontos de atenção:

**Atenção Básica em Saúde**

- Unidades básicas de saúde;
- Equipes de atenção básica (consultórios de rua, equipes de apoio aos serviços dos componentes da atenção residencial de caráter transitório, centros de convivência).

**Atenção Psicossocial Especializada**

- Centro de Atenção Psicossocial (CAPS).

**Atenção de Urgência e Emergência**

- SAMU;
- Sala de Estabilização;
- UPA 24 horas;
- Portas hospitalares de atenção à urgência/Pronto socorro;
- Unidades Básicas em Saúde, entre outros;

**Atenção Residencial de caráter transitório**

- Unidades de acolhimento;
- Serviços de atenção em regime residencial.

**Atenção Hospitalar**

- Enfermaria especializada em hospital geral;
- Serviço hospitalar de referência para atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso do crack, álcool e outras drogas;
- Leitos de Saúde Mental em Hospital Geral.

**Estratégias de Desinstitucionalização**

- Serviços de Residência Terapêutica;
- Reabilitação psicossocial/Programa de volta para casa.

**Estratégias de Reabilitação Psicossocial**

- Projetos de Geração de Renda.

**Estrutura Operacional da RAPS, Rede e Fluxo Assistencial**

A Portaria Nº 3.088 de 23 de dezembro de 2011 determina a criação, ampliação e articulação dos pontos de atenção à saúde com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de uso de crack, álcool e outras drogas no âmbito do SUS, e apresenta como premissa para estruturação da rede o porte populacional dos municípios.

A I Macrorregião de Saúde é composta por um total de 5.636.859 indivíduos, de acordo com dados coletados pelo IBGE em 2022 (Quadro 84).

Quadro 84 - População dos municípios que compõem a I Macrorregião de Saúde, Pernambuco, 2024.

| REGIÃO DE SAÚDE | MUNICÍPIO | POPULAÇÃO | MUNICÍPIO | POPULAÇÃO |
|---|---|---|---|---|
| I | ABREU E LIMA | 100.346 | CHÃ GRANDE | 21.815 |
| | ARAÇOIABA | 20.733 | CHÃ DE ALEGRIA | 13.556 |
| | FERNANDO DE NORONHA | 3.101 | GLÓRIA DE GOITÁ | 30.751 |
| | IGARASSU | 118.370 | POMBOS | 27.148 |
| | ITAMARACÁ | 26.672 | SÃO LOURENÇO | 114.079 |
| | ITAPISSUMA | 26.900 | VITÓRIA DE SANTO ANTÃO | 139.583 |
| | OLINDA | 393.115 | CABO DE SANTO AGOSTINHO | 208.944 |
| | PAULISTA | 334.376 | IPOJUCA | 97.669 |
| | RECIFE | 1.653.461 | JABOATÃO DOS GUARARAPES | 706.867 |
| | CAMARAGIBE | 158.899 | MORENO | 63.294 |
| II | BOM JARDIM | 37.629 | MACHADOS | 11.333 |
| | BUENOS AIRES | 12.808 | NAZARÉ DA MATA | 30.648 |
| | CARPINA | 79.293 | OROBÓ | 21.808 |
| | CASINHAS | 12.967 | PASSIRA | 28.340 |
| | CUMARU | 15.920 | PAUDALHO | 56.659 |
| | FEIRA NOVA | 21.427 | SALGADINHO | 5.727 |
| | JOÃO ALFREDO | 27.725 | SURUBIM | 64.120 |
| | LAGOA DO CARRO | 17.981 | TRACUNHAÉM | 13.867 |
| | LAGOA DE ITAENGA | 19.003 | VERTENTE DO LÉRIO | 7.558 |
| | LIMOEIRO | 56.510 | VICÊNCIA | 26.359 |
| III | ÁGUA PRETA | 26.461 | MARAIAL | 9.359 |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | AMARAJI | 18.205 | PALMARES | 54.584 |
| | BARREIROS | 40.121 | PRIMAVERA | 13.838 |
| | BELÉM DE MARIA | 10.378 | QUIPAPÁ | 17.928 |
| | CATENDE | 32.156 | RIBEIRÃO | 33.507 |
| | CORTES | 10.198 | RIO FORMOSO | 20.009 |
| | ESCADA | 59.891 | SÃO BENEDITO DO SUL | 13.113 |
| | GAMELEIRA | 18.214 | SÃO JOSÉ DA COROA GRANDE | 18.825 |
| | JAQUEIRA | 10.247 | SIRINHAÉM | 37.596 |
| | JOAQUIM NABUCO | 13.269 | TAMANDARÉ | 23.561 |
| | LAGOA DOS GATOS | 14.076 | XEXÉU | 11.611 |
| **XII** | ALIANÇA | 35.741 | ITAMBÉ | 34.935 |
| | FERREIROS | 15.026 | ITAQUITINGA | 16.554 |
| | CONDADO | 24.587 | MACAPARANA | 23.879 |
| | GOIANA | 81.055 | SÃO VICENTE FÉRRER | 16.677 |
| | CAMUTANGA | 7.750 | TIMBAÚBA | 46.147 |

Fonte: IBGE, 2022.

A atenção psicossocial especializada está organizada, de acordo com a Portaria, da seguinte forma, considerando o porte populacional (Quadro 85):

Quadro 85 - Critérios para implementação dos Centros de Atenção Psicossocial, de acordo com a Portaria Nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011.

| TIPOLOGIA | CRITÉRIO POPULACIONAL |
|---|---|
| CAPS I | Municípios ou regiões com população acima de 20 mil habitantes |
| CAPS II | Municípios ou regiões com população acima de 70 mil habitantes |
| CAPS III | Municípios ou regiões com população acima de 200 mil habitantes |
| CAPS AD | Municípios ou regiões com população acima de 70 mil habitantes |
| CAPS ADIII | Municípios ou regiões com população acima de 200 mil habitantes |
| CAPS i | Municípios ou regiões com população acima de 150 mil habitantes |

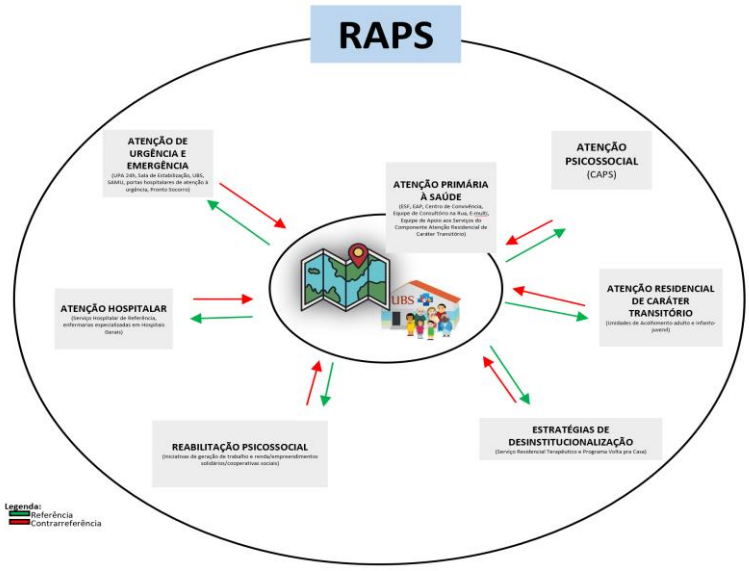
Fonte: Portaria Nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011.

A estrutura operacional da RAPS é essencial para garantir o acesso equitativo, a continuidade do cuidado e a efetividade das ações de saúde mental. Diferentes dispositivos e serviços de saúde mental estão distribuídos em uma lógica de hierarquização e complementaridade na I Macrorregião de Saúde. Entre os principais componentes destacam-se os Centros de Atenção

Psicossocial (CAPS), as Unidades de Acolhimento, os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), os Centros de Convivência e as Equipes de Consultório na Rua. A seguir apresenta-se o fluxo operacional da RAPS no âmbito da I Macrorregião de Saúde (Figura 134).

Esses dispositivos têm como objetivo oferecer uma atenção integral e humanizada às pessoas em sofrimento psíquico, promovendo a reinserção social, a autonomia e o cuidado em liberdade. Considerando a relevância dos dispositivos da RAPS para a garantia da integralidade do cuidado, a tabela abaixo consolida os Pontos de Atenção existentes na I Macrorregião de Saúde, segundo cada Regional (Quadro 86).

Figura 134 - Fluxo operacional da RAPS no âmbito da I Macrorregião de Saúde, Pernambuco, 2024.




Fonte: Portaria Nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011.

Quadro 86 - Pontos de Atenção existentes na I Macrorregião de Saúde, de acordo com cada Região de Saúde, Pernambuco, 2024.

| PONTOS DE ATENÇÃO | XII REGIÃO | I REGIÃO | II REGIÃO | III REGIÃO | TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|
| Estratégia de Saúde da Família | 109 | 866 | 202 | 218 | 1.391 |
| Equipe de Atenção Primária | 5 | 40 | 11 | 05 | 61 |
| Equipe de Consultório na Rua | 0 | 7 | 0 | 0 | 7 |
| Equipe de apoio aos serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Centro de convivência | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Equipes E-multi ou outra modalidade | 15 | 56 | 31 | 16 | 118 |
| CAPS 1 | 4 | 7 | 9 | 9 | 29 |
| CAPS 2 | 1 | 10 | 1 | 1 | 13 |
| CAPS 3 | 0 | 8 | 0 | 0 | 8 |
| CAPS IJ* 24h | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 |
| CAPS AD | 0 | 10 | 0 | 0 | 10 |
| CAPS AD 3 | 0 | 1 | 1 | 0 | 2 |
| CAPS i | 0 | 09 | 1 | 0 | 10 |
| UPA 24 horas | 3 | 13 | 3 | 0 | 18 |
| Sala de estabilização | 10 | 10 | 13 | 17 | 23 |
| SAMU | 9 | 78 | 16 | 20 | 122 |
| Portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro | 10 | 49 | 1 | 22 | 32 |
| Unidade de Acolhimento Adulto | 0 | 4 | 1 | 0 | 5 |
| Unidade de Acolhimento Infanto-Juvenil | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Serviço Hospitalar de Referência | 1 | 56 | 1 | 1 | 58 |
| Enfermarias especializadas em Hospital Geral (Leitos Integrais) | 8 | 6 hospitais (68 leitos) | 11 | 8 | 19 |
| Serviço Residencial Terapêutico | 2 | 90 | 4 | 3 | 95 |
| Programa Volta pra Casa | 1 | 0 | 2 | 0 | 2 |
| Iniciativas de geração de trabalho e renda/empreendimentos solidários/cooperativas sociais | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 |

Nota:
*IJ = Infanto-juvenil
Fonte: I, II, III e XII Geres, 2024.

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) desempenham um papel crucial na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), representando uma alternativa ao modelo manicomial e promovendo a assistência integral e humanizada às pessoas em sofrimento psíquico. Os CAPS surgiram como dispositivos estratégicos no processo de reforma psiquiátrica brasileira, fundamentados nos princípios da territorialização, integralidade, cuidado em liberdade e protagonismo dos usuários. Esses serviços têm como objetivo oferecer uma atenção multiprofissional e interdisciplinar, pautada pela promoção da

autonomia, o acolhimento, a escuta qualificada e a construção compartilhada do projeto terapêutico.

Os CAPS têm contribuído significativamente para a redução das internações psiquiátricas, fato que pode ser atribuído ao acompanhamento regular e ao suporte oferecido por esses serviços, que possibilitam a estabilização dos quadros clínicos e a prevenção de crises agudas (Silva *et al*., 2020).

Além de demonstrarem ser efetivos na promoção da autonomia e qualidade de vida das pessoas com transtornos mentais, por meio da oferta de intervenções terapêuticas e atividades de reabilitação psicossocial que visam o fortalecimento dos vínculos sociais e a ressignificação das experiências individuais (Oliveira *et al*., 2019; Santos *et al*., 2021).

Além disso, pesquisa conduzida por Souza e Pereira (2017) destaca que os CAPS desempenham um papel importante na promoção da inclusão social, atuando como espaços de convivência e protagonismo dos usuários, onde são valorizadas suas potencialidades e habilidades, contribuindo assim para a superação do estigma e da discriminação associados aos transtornos mentais.

Na I Macrorregião de Saúde observa-se maior concentração dos CAPS tipo I (Quadro 87), cujo objetivo é ofertar atendimento às pessoas com transtornos mentais graves e persistentes. O CAPS I oferece atenção diária e intensiva, incluindo atividades individuais e em grupo, acompanhamento clínico, suporte psicossocial e assistência farmacológica.

Quadro 87 - Distribuição dos Centros de Atenção Psicossocial tipo 1 no âmbito da I Macrorregião de Saúde, Pernambuco, 2024.

| TIPOLOGIA | REGIÃO DE SAÚDE | MUNICÍPIO |
|---|---|---|
| CAPS 1 | I | Chã Grande |
| | | Itamaracá |
| | | Moreno |
| | | Araçoiaba |
| | | Glória do Goitá |
| | | Itapissuma |
| | | Pombos |
| | II | Lagoa do Carro |
| | | Lagoa de Itaenga |

| | | |
|---|---|---|
| | | Paudalho |
| | | Surubim |
| | | Vicência |
| | | Feira Nova |
| | | Nazaré da Mata |
| | | Passira |
| | | Limoeiro |
| | III | Palmares |
| | | Água Preta |
| | | Barreiros |
| | | Quipapá |
| | | Catende |
| | | Tamandaré |
| | | Gameleira |
| | | Ribeirão |
| | | São José da Coroa Grande |
| | XII | Itambé |
| | | Aliança |
| | | Itaquitinga |
| | | Timbaúba |

Fonte: CNES, 2024.

Quadro 88 - Distribuição dos Centros de Atenção Psicossocial tipo 2 no âmbito da I Macrorregião de Saúde, Pernambuco, 2024.

| TIPOLOGIA | REGIÃO DE SAÚDE | MUNICÍPIO |
|---|---|---|
| CAPS II | I | Recife (DS* 1) |
| | | Recife (DS* 3) |
| | | Recife (DS* 4) |
| | | São Lourenço da Mata |
| | | Camaragibe |
| | | Igarassu |
| | | Jaboatão dos Guararapes |
| | | Cabo de Santo Agostinho |
| | | Ipojuca |
| | | Vitória de Santo Antão |
| | II | Carpina |
| | III | Escada |
| | XII | Goiana |

Nota:
*Distrito Sanitário
Fonte: CNES, 2024.

Quadro 89 - Distribuição dos Centros de Atenção Psicossocial tipo 3 no âmbito da I Macrorregião de Saúde, Pernambuco, 2024.

| TIPOLOGIA | REGIÃO DE SAÚDE | MUNICÍPIO |
|---|---|---|
| CAPS III | I | Recife (DS* 2) |
| | | Recife (DS* 3) |
| | | Recife (DS* 6) |
| | | Recife (DS* 6) |
| | | Recife (DS* 5) |
| | | Olinda |
| | | Paulista |
| | | Abreu e Lima |

Nota:
*Distrito Sanitário
Fonte: CNES, 2024.

Quadro 90 - Distribuição dos Centros de Atenção Psicossocial Infantil no âmbito da I Macrorregião de Saúde, Pernambuco, 2024.

| TIPOLOGIA | REGIÃO DE SAÚDE | MUNICÍPIO |
|---|---|---|
| CAPS infantil | I | Recife (DS* 1) - 24 horas |
| | | Recife (DS* 2) |
| | | Recife (DS* 5) |
| | | Recife (DS* 5) |
| | | Abreu e Lima |
| | | Camaragibe |
| | | Cabo de Santo Agostinho |
| | | Olinda |
| | | Jaboatão dos Guararapes |
| | | Paulista |
| | II | Carpina |

Nota:
*Distrito Sanitário
Fonte: CNES, 2024.

Quadro 91 - Distribuição dos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas e Álcool e Drogas tipo 3 no âmbito da I Macrorregião de Saúde, Pernambuco, 2024.

| TIPOLOGIA | REGIÃO DE SAÚDE | MUNICÍPIO |
|---|---|---|

| | | |
|---|---|---|
| CAPS AD | I | Recife (DS* 2) |
| | | Recife (DS* 4) |
| | | Recife (DS* 5) |
| | | Recife (DS* 6) |
| | | Abreu e Lima |
| | | Olinda |
| | | Paulista |
| | | Camaragibe |
| | | Jaboatão dos Guararapes |
| | | Cabo de Santo Agostinho |
| CAPS AD III | I | Recife (DS* 3) |
| | II | Limoeiro |

Nota:
*Distrito Sanitário
Fonte: CNES, 2024.

Quadro 92 - Distribuição dos Serviços Residenciais Terapêuticos no âmbito da I Macrorregião de Saúde, Pernambuco, 2024.

| TIPOLOGIA | REGIÃO DE SAÚDE | MUNICÍPIO | QUANTIDADE |
|---|---|---|---|
| SERVIÇO RESIDENCIAL TERAPÊUTICO | I | Recife | 50 (07 RT II) |
| | | Olinda | 6 |
| | | Paulista | 3 |
| | | Cabo de Santo Agostinho | 4 |
| | | Camaragibe | 14 (4RTII) |
| | | Abreu e Lima | 02 (1RTII) |
| | | Chã Grande | 2 |
| | | Jaboatão dos Guararapes | 4 |
| | | Ipojuca | 1 |
| | | Igarassu | 01 (RTII) |
| | | Moreno | 1 |
| | | São Lourenço da Mata | 2 |
| | II | Carpina | 1 |
| | | Lagoa do Carro | 1 |
| | | Limoeiro | 1 |
| | | Paudalho | 01 (RTII) |
| | III | Barreiros | 1 |
| | | Palmares | 1 |
| | | Catende | 1 |
| | XII | Timbaúba | 2 |

Fonte: CNES, 2024.

Quadro 93 - Distribuição dos Consultórios de Rua e na Rua no âmbito da I Macrorregião de Saúde, Pernambuco, 2024.

| TIPOLOGIA | REGIÃO DE SAÚDE | MUNICÍPIO | EQUIPES |
|---|---|---|---|
| CONSULTÓRIOS DE RUA E NA RUA | I | Abreu e Lima | 01 (Na Rua) |
| | | Cabo de Santo Agostinho | 01 (De Rua) |
| | | Camaragibe | 01 (Na Rua) |
| | | Olinda | 02 (Na Rua e De Rua) |
| | | Recife | 10 (4 Na Rua e 6 De Rua) |
| | | Paulista | 01 (Na Rua) |
| | | Jaboatão dos Guararapes | 01 (De Rua) |

Fonte: CNES, 2024.

Quadro 94 - Distribuição das Unidades de Acolhimento Adulto e Infantil no âmbito da I Macrorregião de Saúde, Pernambuco, 2024.

| TIPOLOGIA | REGIÃO DE SAÚDE | MUNICÍPIO |
|---|---|---|
| UAA e Uai | I | Recife (DS* 2) |
| | | Recife (DS* 4) |
| | | Recife (DS* 6) |
| | | Camaragibe |
| | II | Limoeiro |

Fonte: CNES, 2024.

Quadro 95 - Distribuição da Rede Hospitalar da RAPS no âmbito da I Macrorregião de Saúde, Pernambuco, 2024.

| TIPOLOGIA | REGIÃO DE SAÚDE | MUNICÍPIO | HOSPITAL | NÚMERO DE LEITOS | GESTÃO |
|---|---|---|---|---|---|
| Leitos de atenção integral em saúde mental no hospital geral | I | Recife | Hospital Geral de Areias (PAM) | 8 | Estadual |
| | | Recife | Hospital Evangélico de Pernambuco | 14 | Municipal |
| | | Recife | IMIP | 10 | Municipal |
| | | Olinda | Hospital Tricentenário de Olinda | 16 | Municipal |
| | | Vitória de Santo Antão | Hospital João Murilo de Oliveira | 12 | Estadual |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | Jaboatão dos Guararapes | Hospital Geral Jaboatão Prazeres | 8 | Estadual |
| | II | Carpina | Hospital das Clínicas de Carpina | 10 | Estadual |
| | III | Palmares | Hospital Regional Sílvio Magalhães | 8 | Estadual |
| | XII | Goiana | Hospital Belarmino Correia | 8 | Estadual |
| Leitos de saúde mental para desintoxicação | I | Paulista | Hospital da Mirueira | 30 | Estadual |
| | II | Surubim | Hospital Municipal São Luíz | 40 | Estadual |
| | XII | Timbaúba | Hospital Filantrópico Ferreira Lima | 40 | Estadual |
| Hospital urgência e emergência | I | Recife | Hospital Ulysses Pernambucano | 115 | Estadual |

Fonte: CNES, 2024.

O Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco conta com enfermaria psiquiátrica direcionada à formação de residência de psiquiatria, sendo os leitos acessados de forma independente pela central de leitos ou outros fluxos regulatórios do SUS.

**Fluxo Assistencial**

O fluxo assistencial na RAPS é caracterizado pela articulação e integração dos diferentes dispositivos e serviços, visando garantir o acesso equitativo, a continuidade do cuidado e a promoção da autonomia dos usuários. Para tanto, são adotadas diversas estratégias e dispositivos, tais como:

- Acolhimento e Classificação de Risco: Os usuários são acolhidos e avaliados quanto à gravidade e complexidade do seu quadro clínico, possibilitando uma adequada triagem e encaminhamento para os serviços mais adequados às suas necessidades.
- Referência e Contrarreferência: Estabelecimento de fluxos de encaminhamento entre os diferentes dispositivos da RAPS, garantindo uma assistência integral e coordenada ao longo do percurso terapêutico do usuário.
- Matriciamento e Apoio Matricial: Promoção da interdisciplinaridade e troca de saberes entre os profissionais de saúde, possibilitando uma atenção mais

ampliada e qualificada aos usuários, com o apoio de especialistas em saúde mental.

- Monitoramento e Acompanhamento Longitudinal: Realização de visitas domiciliares, consultas de retorno, grupos terapêuticos e atividades de reabilitação psicossocial, visando monitorar o quadro clínico e promover a adesão ao tratamento ao longo do tempo.

Apesar dos avanços alcançados na organização do fluxo assistencial na RAPS da I Macrorregional, ainda persistem desafios a serem superados, tais como a fragmentação e descontinuidade dos cuidados, a falta de integração entre os diferentes pontos de atenção, a dificuldade de acesso aos serviços e a estigmatização das pessoas com transtornos mentais.

Nesse sentido, faz-se necessário investir em políticas e estratégias que promovam a qualificação da atenção, a ampliação da oferta de serviços e a garantia dos direitos dos usuários, visando consolidar uma Rede mais efetiva, inclusiva e humanizada.

**Pactuações, avanços e necessidades da RAPS na I macrorregião de saúde**

Com o objetivo de compreender as especificidades loco regionais, as informações serão detalhadas de maneira estratificada, considerando cada regional de saúde.

**I REGIÃO DE SAÚDE**

A I Região de Saúde configura-se como a mais populosa do Estado de Pernambuco. De acordo com os dados do censo do IBGE, a I Região de Saúde tem uma população de habitantes o que corresponde a 43,8% dos habitantes de todo estado de Pernambuco, distribuídos em 3.721,3 Km2 de extensão territorial. Além do mais, a I Região de Saúde é subdividida em microrregiões de saúde conforme figura a seguir (Figura 135).

Figura 135 - Distribuição dos municípios conforme micorregião de Saúde, I Região de Saúde, 2021.




Fonte: Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco, 2016

A I Geres apresenta uma grande concentração da população, essa peculiaridade trouxe um grande desafio para discutir o Desenho da Remodelagem do Desenho da RAPS em 2013, a regional ainda tinha a maior concentração de quantidade de Leitos Psiquiátricos do Estado, com 05 Hospitais Psiquiátricos (732 leitos), 02 Hospitais Colônia e 01 Hospital de Custódia, perfazendo uma média de 900 leitos que eram ocupados por pessoas com internação de longa permanência. Muitos desses pacientes tinham vínculos familiares fragilizados, rompidos ou não tinham mais referências de família. Foi a partir de muitas discussões que o Desenho da Remodelagem da RAPS da I Geres consegue ser pactuada e aprovada e garantida nas Resolução nº 75 /2013 da CIR e CIB nº 2448 de 01 de novembro de 2013.

O cenário atual observa-se grandes avanços, com uma evolução de 2 Caps I para 7 Caps I, 4 CAPS III para 8 CAPS III; 7 CAPSi para 9 CAPS i, 54 Serviços Residencial Terapêutico (SRT) para 90 SRT e a implantação de 01 Caps AD III e 68 leitos Integrais em Hospitais Gerais (Quadros 13, 14 e 15).

**Microrregião I de Saúde da I Região de Saúde**

Quadro 96 - Descrição da pactuação, avanços e necessidades da RAPS no âmbito da I Microrregião de Saúde da I Região de Saúde do estado de Pernambuco, 2024.

| MUNICÍPIO | REDE EXISTENTE | NECESSITA AVANÇAR | OBSERVAÇÕES |
|---|---|---|---|
| ABREU E LIMA | - 01 CAPS III<br>- 01 CAPS AD<br>- 01 CAPS i<br>- 02 SRT | - CAPS AD II em AD III microrregional<br>- 01 CAPS i<br>- 01 UA-A<br>- 01 UA-IJ<br>- 04 Leitos Integrais | |
| ARAÇOIABA | - 01 CAPS I | - 01 SRT | - Em processo de judicialização a implantação do SRT |
| FERNANDO DE NORONHA | - 02 ESF<br>- 01 e-Multi | - 01 leito Integral | - Fortalecimento da Atenção Primária |
| IGARASSU | - 01 CAPS II<br>- 01 SRT | - 01 CAPS III<br>- 01 CAPSi<br>- 01 UA-IJ (MR – Itamaracá e Itapissuma)<br>- 04 Leitos Integrais<br>- 04 SRT | - CAPS AD III já recebeu incentivo parcela única em novembro de 2018 |
| ITAMARACÁ | - 01 CAPS I | - 02 Leitos Integrais<br>- 01SRT | |
| ITAPISSUMA | - 01 CAPS I | - 03 Leitos Integrais<br>- 02 SRT | |
| OLINDA | - 01 CAPS III<br>- 01 CAPS AD II<br>- CAPSi<br>- 16 leitos Integrais<br>- 04 SRT<br>- 01 Equipe Consultório na Rua | - 01 CAPS III<br>- 01 CAPS AD III<br>- Qualificar um CAPS ADII para III<br>- 03 SRT<br>- 01 UA-A<br>- 01 UA-IJ | - Solicitar habilitação de qualificação do CAPS II para CAPS III CAPSAD III<br>- Já recebeu incentivo em dezembro de 2015<br>- UA-A já recebeu incentivo novembro de 2014 |
| PAULISTA | - 01 CAPS III<br>- 01 CAPS AD II<br>- 01 CAPSi<br>- 03 SRT<br>- 01 Consultório de Rua | - CAPS AD II em AD III<br>- 01 CAPS ADII<br>- 01 CAPS III<br>- 13 Leitos Integrais<br>- 01 UA-A<br>- 01 UA-IJ<br>- 03 SRT | - Solicitar habilitação do CAPSi |

| | | | |
|---|---|---|---|
| RECIFE | - 03 CAPS II<br>- 03 CAPS i<br>- 01 CAPSIJ III<br>- 04 CAPS III<br>- 04 CAPS ad<br>- 01 CAPS ad III<br>- 50 SRT<br>- 20 Leitos Integrais<br>- 06 Consultório de Rua<br>- 03 UA-A | - Transformar 4 CAPS AD em AD III<br>- 03 CAPSAD III<br>- 03 CAPS II em CAPS III<br>- 06 Leitos Integrais<br>- 01 UA-A<br>- 02 UA IJ<br>- Implantar uma Emergência Psiquiátrica | - Solicitado ao MS habilitação de qualificação de 3 CAPSII já em funcionamento para III |

Fonte: I Gerência Regional de Saúde

## Microrregião II de Saúde da I Região de Saúde

Quadro 97 - Descrição da pactuação, avanços e necessidades da RAPS no âmbito da II Microrregião de Saúde da I Região de Saúde do estado de Pernambuco, 2024.

| MUNICÍPIO | REDE EXISTENTE | NECESSITA AVANÇAR | OBSERVAÇÕES |
|---|---|---|---|
| CAMARAGIBE | - 01 CAPS II<br>- 01 CAPS AD<br>- 01 CAPS i<br>- 01 UA-A<br>- 14 SRT | - 01 CAPS III<br>- 01 CAPS ADIII<br>- 01 CAPS i<br>- 07 Leitos Integrais<br>- 01 UA-I | - CAPS III já recebeu incentivo em junho de 2007<br>- CAPSAD III já recebeu incentivo em maio de 2014 |
| CHÃ DE ALEGRIA | | - 01 CAPS I | |
| CHÃ GRANDE | - 01 CAPS I<br>- 02 SRT | | |
| GLÓRIA DE GOITÁ | - 01 CAPS I | - 01 SRT | |
| POMBOS | - 01 CAPS I | - 01 SRT | |
| SÃO LOURENÇO DA MATA | - 01 CAPSII<br>- 02 SRT | - 01 CAPS III<br>- 01 CAPS ADIII<br>- 01 CAPS i<br>-<br>- 01 UA-A<br>- 01 UA-I (referência para Chã de Alegria e Glória de Goitá)<br>- 01 SRT | |
| VITÓRIA DE SANTO ANTÃO | - 01 CAPS II | - 01 CAPSIII<br>- 01 CAPSADIII | - Leitos Integrais em processo de |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | | - 01 CAPSi (Pombos e Chã Grande)<br>- 01 CAPSi municipal<br>- 01UA-A (MR)<br>- 02 UA-i (MR)<br>- 18 Leitos Integrais (MR: São Lourenço da Mata, Pombos, Glória do Goitá, Chã de Alegria, Moreno e Chã Grande)<br>- 04 SRT | implantação |

Fonte: I Gerência Regional de Saúde

## Microrregião III de Saúde da I Região de Saúde

Quadro 98 - Descrição da pactuação, avanços e necessidades da RAPS no âmbito da III Microrregião de Saúde da I Região de Saúde do estado de Pernambuco, 2024.

| MUNICÍPIO | REDE EXISTENTE | NECESSITA AVANÇAR | OBSERVAÇÕES |
|---|---|---|---|
| CABO DE SANTO AGOSTINHO | - 01 CAPS II<br>- 01 CAPS AD<br>- 01 CAPS i<br>- 04 SRT | - 01 CAPS III<br>- 01 CAPS ADIII<br>- 01 CAPS i<br>- 01 UA-A(MR)<br>- UA-i (MR)<br>- 01 SRT<br>- 06 Leitos Integrais | - Leitos Integrais já recebeu recurso em nov/2016 |
| IPOJUCA | - 01 CAPS II<br>- 01 SRT | - 01 CAPS AD<br>- 01 CAPS i<br>- 03 SRT<br>04 Leitos Integrais | - CAPS AD já recebeu incentivo |
| JABOATÃO | - 01 CAPS II<br>- 01 CAPS AD<br>- 01 CAPS i<br>- 04 SRT | - 01 CAPS III<br>- 01 CAPS AD III<br>- 01 CAPS i<br>- 01 UA-A<br>- 01 UA-i (MR Moreno)<br>- 01 SRT<br>- 24 Leitos Integrais | - CAPSIII já recebeu recurso em dezembro de 2009<br>- CAPSAD já recebeu recurso em maio de 2012 |
| MORENO | - 01 CAPS II<br>- 01 SRT | - 01 CAPS AD<br>- 01 CAPS i | |

Fonte: I Gerência Regional de Saúde

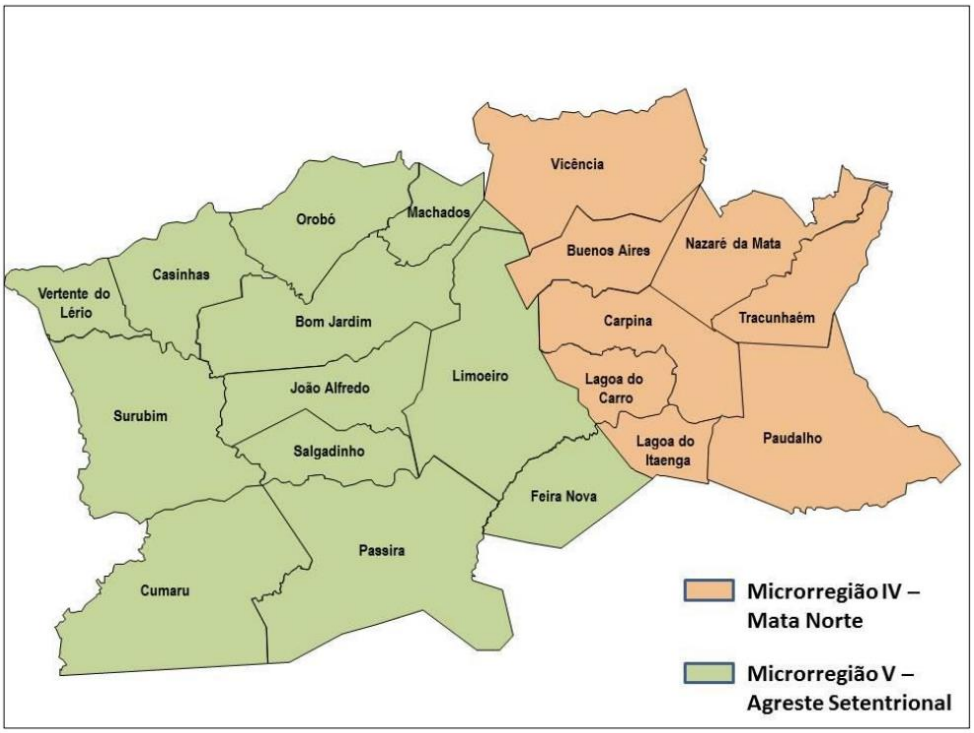
A I Geres apesar de seus avanços, concentram os dispositivos com mais potencial para substituição dos hospitais psiquiátricos na I Microrregião.

Quando se trata do cuidado aos usuários com problemas relacionados às substâncias psicoativas, só temos 01 CAPS AD na Microrregional II e 01 CAPS ADIII em toda regional. Por outro lado, em todas as Microrregiões, como visualizamos nos quadros acima, existem municípios que já receberam incentivos do Ministério da Saúde e não conseguiram cumprir com a pactuação da RAPS, contribuindo para permanência dos vazios assistenciais e fragilidade no cuidado ofertada para as situações de Sofrimento psíquico que demandem um cuidado em situação de crise.

**II REGIÃO DE SAÚDE**

Conforme já mencionado anteriormente, dentes as Regiões que compõe a I Macrorregião de Saúde (I, II, III e XII Geres), a II Região de Saúde, possui sede no município de Limoeiro-PE, o qual é composto por 20 municípios de abrangência (Figura 136).

Figura 136 - Municípios de abrangência da II Região de Saúde, Limoeiro, Pernambuco.




Fonte: Plano Diretor de Regionalização, PDR/SES/PE, 2011.

A II Região de Saúde possui uma população estimada de 589.573 habitantes, de acordo com o censo 2022 do IBGE, devido a sua extensão territorial a II Regional de Saúde apresenta duas tipologias climáticas, uma relacionada à Mata Pernambucana (Mata Norte) e a outra relacionada ao Agreste Setentrional, originando sua divisão em duas microrregiões: IV Microrregião de Saúde (Mata Norte) que abrange os municípios: Buenos Aires, Carpina, Lagoa do Carro, Lagoa de Itaenga, Nazaré da Mata, Paudalho, Tracunhaém e Vicência, e V Microrregião de Saúde (Agreste Setentrional) abrangendo os municípios de Bom Jardim, Casinhas, Cumaru, Feira Nova, João Alfredo, Limoeiro, Machados, Orobó, Passira, Salgadinho, Surubim e Vertente do Lério.

Em linhas gerais, em se tratando da pactuação estabelecida na II região de Saúde (total de 20 municípios), a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), conforme Resolução CIB/PE Nº 2515 de 11 de fevereiro de 2014, foi estabelecida entre 3 grandes municípios polo, assumindo os serviços de maior complexidade e responsabilidade, compartilhada com os demais: Limoeiro, Surubim e Carpina.

O Polo Carpina, deverá respeitar sua abrangência Microrregional, sendo referência para os seguintes municípios: Carpina, Paudalho, Tracunhaém, Nazaré da Mata, Buenos Aires e Lagoa do Carro, perfazendo-se um total de 237.615 mil habitantes.

Já o Polo Limoeiro tem sua abrangência também microrregional, sendo referência para os municípios: Limoeiro, Feira Nova, Passira, Lagoa de Itaenga, Machados e Cumaru, perfazendo um total de 152.533 mil habitantes.

Por fim, o Polo Surubim sendo referência para os municípios: Surubim, Bom Jardim, João Alfredo, Vertente do Lério, Casinhas, Salgadinho e Orobó, totalizando um universo de 177.534 habitantes.

A partir deste momento, será apresentado, por Polo, diante de suas realidades e especificidades, os avanços no processo de efetivação da Rede de Atenção Psicossocial e suas referências local, de acordo com a pactuação estabelecida, no tocante, ao processo de estruturação de uma rede compartilhada em saúde mental.

Assim como, especificar quais as necessidades que cada município necessita avançar, com relação não apenas a implantação dos serviço da RAPS pactuado, e para além disso, propondo uma reflexão entre os avanços já conquistados na região com relação a RAPS e a necessidade de fortalecer as referências microrregionais, principalmente no tocante aos CAPS 24hs já em funcionamento na região e sua relação com municípios de referência microrregional de acordo com a pactuação, assim como, possíveis vazios que possam estar sendo ocasionados por dispositivos já incentivados pelo MS mas que ainda não foram implantados, deixando lacunas no sentido da cobertura e oferta de cuidado aos demais municípios de abrangência do município Polo correspondente.

**Rede de Atenção Psicossocial II Região - Polo Carpina**

De acordo com a pactuação estabelecida na II Região de Saúde, o Polo Carpina e outros municípios de referência, estabeleceram os seguintes compromissos com relação a efetivação da RAPS, conforme descritos abaixo:

Quadro 99 - Descrição da pactuação, avanços e necessidades da RAPS no Polo Carpina da II Região de Saúde do estado de Pernambuco, 2024.

| MUNICÍPIO | REDE EXISTENTE | NECESSITA AVANÇAR | OBSERVAÇÕES |
|---|---|---|---|
| CARPINA | CAPS II<br>01 SRT<br>10 Leitos SM<br>CAPS i MR | CAPS III<br>CAPS AD III MR<br>01 - UA.A<br>02 - UA.IJ | Ref. AD III MR (Lagoa de Itaenga, Nazaré da Mata e Vicência<br>Ref. CAPSi MR (Nazaré da Mata e Lagoa do Carro) |
| PAUDALHO | CAPS I<br>01 SRT | CAPS AD MR<br>CAPS i MR | Ref. MR (Tracunhaém)<br>Ref. MR (Lagoa de Itaenga e Tracunhaém) |

| | | | |
|---|---|---|---|
| NAZARÉ DA MATA | CAPS I MR | - | Ref. MR (Buenos Aires) |
| LAGOA DO CARRO | CAPS I<br>01 SRT | - | - |
| VICÊNCIA | CAPS I | CAPS i MR<br>01 SRT | - |

Fonte: II Gerência Regional de Saúde

A Portaria Nº 3.088 de 23 de dezembro de 2011, que institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, no âmbito do SUS, define que a RAPS deverá ser composto por 9 componentes, que deverão ir desde a atenção primária até os dispositivos mais complexo de urgência e emergência, em linhas compondo-se desta forma toda uma rede ampliada e diversificada em saúde mental, na perspectiva de compartilhamento do cuidado em saúde mental. Neste sentido, cabe especificar os demais dispositivos em saúde que compõem a RAPS de cada município para além dos serviços especializados em saúde mental, como, CAPS, leitos em Hospital Geral.

A rede de saúde mental do município de Carpina é composta por 10 Leitos de Saúde Mental em Hospital Geral (em processo de Habilitação no MS – Proposta SAIPS 185732), 01 Centro de Atenção Psicossocial - CAPS Infantil, 01 Centro de Atenção Psicossocial - CAPS II e 01 Residência Terapêutica, Ambulatório em Saúde Mental com oferta de atendimento em psiquiatria e psicologia.

Além da Rede de Saúde Mental já referida, Carpina contém em sua rede: 23 Equipes Estratégias de Saúde da Família, 14 Saúde Bucal, 03 Nasf-AB, 01 Academia da Saúde, Central de Regulação, 01 CEO, 01 Central de Abastecimento Farmacêutico, 01 Centro de Especialidades Médicas, 01 Unidade Mista, 01 SAMU 192 Avançado, 01 SAMU Básico, 01 CTA - Centro de Testagem e Aconselhamento em DST AIDS, 03 Centros de Fisioterapia, 01 Centro de Especialidades ao Autismo, 01 Serviço de Atendimento Domiciliar (SAD) e 01 Centro de Especialidades da Mulher.

No caso, dos demais Municípios: Paudalho contém 19 USF, 01 Hospital Municipal, O1 CAPS I, 01 UPA 24 Horas, 03 Equipes E-multi, 02 Academia da Saúde, 01 Centro de Terapia Integradas em Saúde Mental e 02 Centros de Especialidades e Diagnóstico. Tracunhaém contém 8 UBS, 01 NASF e Unidade Mista. Nazaré Da Mata contém 14 UBS, 01 CAPS I, 02 Academia da Saúde, Ambulatório Médico Odontológico e Centro de Reabilitação. Buenos Aires contém 06 UBS, Unidade Mista, 01 NASF, 01 SAMU BÁSICO e Centro de Fisioterapia e Reabilitação. Lagoa do Carro contém 13 UBS, Unidade Mista, O1 CAPS I, 01 Residência Terapêutica, 01 Policlínica, Academia da Saúde e 01 Centro de Especialidades em Reabilitação (Tipo II). E por fim, Vicência contém 13 UBS, 01 CAPS I, Unidade Mista, 01 SAMU Básico, 02 EMULTI, Centro de Especialidades da Mulher e da Criança, 01 CEO e Centro de Reabilitação.

Realizando uma breve análise dos principais avanços e desafios no processo efetivação da RAPS na II Região de Saúde, mais especificamente, no Polo Carpina, pode-se destacar a existência de Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) na quase totalidade dos municípios que compõem esta microrregião. Um importante avanço também a ser destacado é os municípios contarem com o importante apoio e estratégico papel de cuidado em saúde mental na Atenção à Crise, nos 10 Leitos de Saúde Mental em Hospital Geral com sede em Carpina. Este dispositivo 24hs da RAPS apresenta importante papel no cuidado clínico e em saúde mental da pessoa em sofrimento, já na perspectiva de rede compartilhada, através de um sistema de central de regulação.

Apesar dos avanços e conquistas já terem sido alcançados, vale mencionar que os desafios permanecem e a efetivação deles poderá consolidar uma rede ampliada e diversificada em saúde mental. Antes de qualquer coisa, apesar do município de Carpina já apresentar um movimento na implantação de um novo CAPS AD III com referência microrregional para seis municípios, é importante evidenciar uma ausência de CAPS 24hs nesta microrregião, fato este que compromete não apenas o município sede, mas sobretudo, os demais municípios que fazem parte desta referência territorial local.

Em outras palavras, na RAPS quando um município que se comprometeu em ser referência em algum serviço para outros municípios, e

ainda não conseguiu efetivar a implantação do mesmo, não é apenas a sua população que sofre com a necessidade da oferta do respectivo serviço, mas a dos demais com que ele se comprometeu no momento de pactuar a referência, que dialoga e corresponde ao processo de regionalização em rede de um cuidado que na sua concepção passa por um processo histórico de transformação no seu modelo assistencial em saúde mental, rompendo com uma lógica anterior de natureza exclusora e asilar, para um cuidado em rede substitutiva ao hospital psiquiátrico, com capacidade de cuidado que garante direitos a pessoa em sofrimento mental e possibilita um reposicionamento nas relações sociais e comunitárias.

Um outro ponto a ser destacado como desafio e que promove lacuna na rede de cuidados a nível microrregional, diz respeito aos serviços microrregionais pactuado e já implantados que se encontram em funcionamento, que conforme pactuação, necessitam ser todos reafirmado em espaço colegiado de gestores de saúde, os compromissos estabelecidos, fluxos de atendimentos entre os serviços, mas também, o que cabe a cada um diante de sua especificidade em termos de divisão de responsabilidades com o município sede, bem como, sua rede local na garantia do cuidado em rede longitudinal em saúde de forma ampliada.

**Rede de Atenção Psicossocial II Região - Polo Limoeiro**

Quadro 100 - Descrição da pactuação, avanços e necessidades da RAPS no Polo Limoeiro da II Região de Saúde do estado de Pernambuco, 2024.

| MUNICÍPIO | REDE EXISTENTE | NECESSITA AVANÇAR | OBSERVAÇÕES |
|---|---|---|---|
| LIMOEIRO | CAPS AD III MR<br>01 SRT<br>01 UA.A | CAPS III<br>CAPS i MR<br>02 UA. IJ<br>07 Leitos SM | Ref. CAPS III MR (Machados)<br>Ref. CAPS i MR (Feira Nova)<br>Ref. AD III MR (Passira, Salgadinho, Cumaru, Machados e Feira Nova e Lagoa do Carro) |
| FEIRA NOVA | CAPS I | - | - |

| | | | |
|---|---|---|---|
| CUMARU | CAPS I | - | Estabelecimento habilitado. Aguardando Portaria de homologação. |
| PASSIRA | 01 CAPS I | 01 CAPSi MR | Ref. CAPS I (Salgadinho)<br><br>Ref. CAPSi MR (Cumaru, Salgadinho e João Alfredo) |
| LAGOA DE ITAENGA | CAPS I | - | - |

Fonte: II Gerência Regional de Saúde

## Rede de Atenção Psicossocial II Região - Polo Surubim

Quadro 101 - Descrição da pactuação, avanços e necessidades da RAPS no Polo Surubim da II Região de Saúde do estado de Pernambuco, 2024.

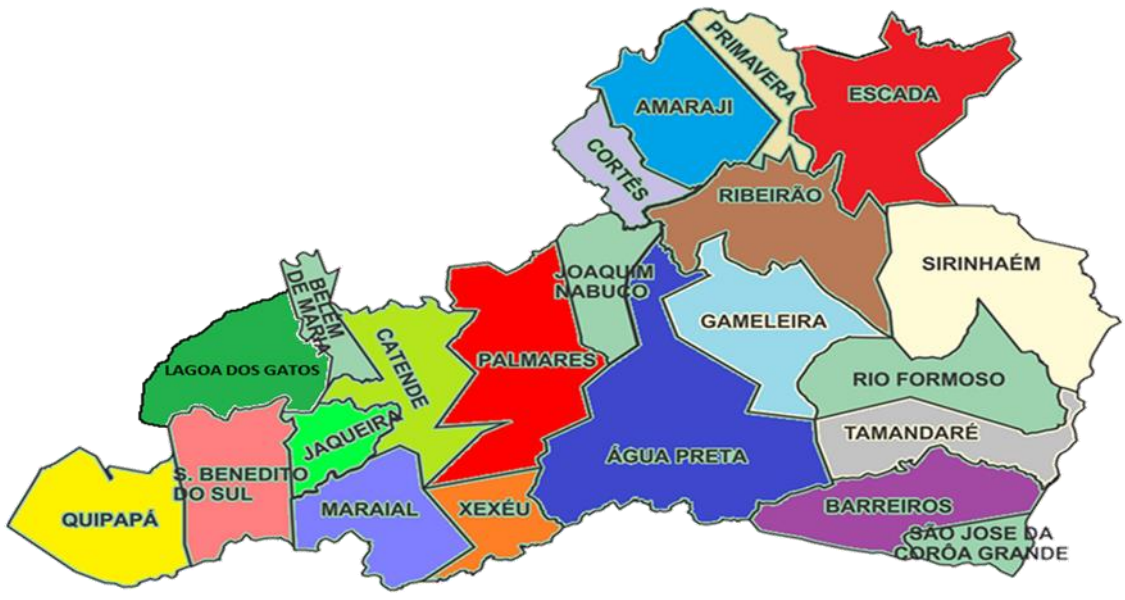
| MUNICÍPIO | REDE EXISTENTE | NECESSITA AVANÇAR | OBSERVAÇÕES |
|---|---|---|---|
| SURUBIM | CAPS I | CAPS AD III MR<br><br>CAPS i MR<br><br>Qualificar CAPS I para II MR<br><br>08 Leitos SM<br><br>01 UA.IJ<br><br>SRT 01 | Ref. CAPS II MR (Casinhas e Vertente do Lério)<br>CAPS i MR (Casinhas e Vertente do Lério)<br><br>Ref. AD III MR (Vertente do Lério, Casinhas, João Alfredo, Orobó e Bom Jardim) |
| BOM JARDIM | - | CAPS I | Iniciou solicitação no SAIPS |
| JOÃO ALFREDO | | CAPS I | |

Fonte: II Gerência Regional de Saúde

## III REGIÃO DE SAÚDE

A III Geres abrange, ao todo 22 municípios, sendo eles: Água Preta, Amaraji, Barreiros, Belém de Maria, Catende, Cortês, Escada, Gameleira, Jaqueira, Joaquim Nabuco, Lagoa dos Gatos, Maraial, Palmares, Primavera, Quipapá, Ribeirão, Rio Formoso, São Benedito do Sul, São José da Coroa Grande, Sirinhaém, Tamandaré, Xexéu com uma estimativa de 621.417 habitantes segundo o DATASUS (2020).

Quadro 102 - Municípios de abrangência da III Região de Saúde, Palmares, Pernambuco.




Fonte: III Gerência Regional de Saúde

Ao avaliar o diagnóstico da III Geres, é possível observar uma região com um grande quantitativo de municípios de pequeno porte, o que destaca ainda mais a importância e necessidade da regionalização dos serviços, especialmente quando se considera que a última pactuação do desenho da RAPS da III Geres foi através da resolução CIR nº 331 de 13 de agosto de 2013, explicitando a necessidade de um novo Desenho da Remodelagem.

Quadro 103 - Descrição da pactuação, avanços e necessidades da RAPS na III Região de Saúde do estado de Pernambuco, 2024.

| MUNICÍPIO | REDE EXISTENTE | NECESSITA AVANÇAR | OBSERVAÇÕES |
|---|---|---|---|
| ÁGUA PRETA | CAPS I | CAPS i | - |
| BARREIROS | CAPS I<br>01 SRT | - | - |
| CATENDE | CAPS I<br>01 SRT | - | CAPS I em processo de habilitação para CAPS II |
| ESCADA | CAPS I | CAPS AD MR<br>CAPS III MR | CAPS I em processo de habilitação para CAPS II |
| GAMELEIRA | CAPS I | - | - |
| PALMARES | CAPS I<br>01 SRT | CAPS i | CAPS I em processo de habilitação para CAPS II |
| QUIPAPÁ | CAPS I | - | - |
| RIBEIRÃO | CAPS I | - | - |
| RIO FORMOSO | - | - | CAPS I em processo de implantação |
| SÃO JOSÉ DA COROA GRANDE | CAPS I | - | - |
| TAMANDARÉ | CAPS I | - | - |

Fonte: III Gerência Regional de Saúde

Diante da realidade exposta e considerando o processo histórico da RAPS na III Geres, é possível destacar a presença de CAPS em 50% dos municípios da região, além do processo de habilitação do CAPS I de Palmares, Catende e Escada para tipo II, possibilitando o atendimento à população de forma micro regionalizada.

Um ponto importante a ser destacado é a implantação dos 08 Leitos Integrais no Hospital Regional de Palmares (HRP), atendendo aos 22 municípios da III Geres. Ao mesmo tempo em que é um instrumento relevante para a região, seu funcionamento também possui desafios a serem superados, tais como a articulação para uso desses leitos, proposta que está em pauta de discussão e realinhamento entre o grupo condutor regional da RAPS e o HRP.

Além dos leitos pactuados no Hospital Regional de Palmares, há a proposta para implantação de 05 Leitos Integrais no município de Escada, aumentando a disponibilidade de tal instrumento e possibilitando um remodelamento da rede.

Embora haja uma clara evidência da melhora na estrutura da RAPS na III Regional, é possível destacar alguns desafios, tais como a necessidade de um CAPS AD III, do CAPS i e de um CAPS que atende 24 horas, situações estas que comprometem a qualidade do atendimento e serviço prestado à população.

Diante da realidade da III Geres, percebe-se a necessidade de implantação e repactuação da rede, a fim de proporcionar uma melhor qualidade de atendimento à população que utiliza tais serviços e a seus familiares.

Além da RAPS, a III Região de saúde conta com uma ampla rede de atenção à saúde (Quadro 104).

Quadro 104 - Equipamentos da rede de saúde da III Região de Saúde de Pernambuco, Palmares, 2024.

| MUNICÍPIO | ESF | EAP | SAMU | SAD | SERVIÇO HOSPITALAR |
|---|---|---|---|---|---|
| ÁGUA PRETA | 13 | | 01 USB | Sim | 01 |
| AMARAJI | 09 | | 01 USB | Sim | 01 |
| BARREIROS | 14 | | 01 USB | Sim | 01 |
| BELÉM DE MARIA | 06 | | 01 USB | Não | 01 |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| CATENDE | 13 | | 01 USB | Não | 01 |
| CORTÊS | 06 | | 01 USB | Sim | 01 |
| ESCADA | 20 | 02 | 01 USB | Não | 01 |
| GAMELEIRA | 08 | | 01 USB | Não | 01 |
| JAQUEIRA | 06 | | 01 USB | Não | 01 |
| JOAQUIM NABUCO | 07 | | 00 | Sim | 01 |
| LAGOA DOS GATOS | 07 | | 01 USB | Não | 01 |
| MARAIAL | 03 | | 00 | Não | 01 |
| PALMARES | 26 | 01 | 01 USB<br>01 USA | Sim | 01 |
| PRIMAVERA | 05 | | 01 USB | Não | 01 |
| QUIPAPÁ | 10 | | 01 USB | Não | 01 |
| RIBEIRÃO | 12 | | 01 USB | Não | 01 |
| RIO FORMOSO | 10 | | 01 USB | Sim | 01 |
| SÃO BENEDITO DO SUL | 04 | | 01 USB | Não | 01 |
| SÃO JOSÉ DA COROA GRANDE | 08 | | 01 USB | Sim | 01 |
| SIRINHAÉM | 14 | 01 | 01 USB | Sim | 01 |
| TAMANDARÉ | 10 | 01 | 01 USB | Sim | 01 |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| XEXÉU | 07 | | 01 USB | Sim | 01 |
| TOTAL | 218 | 05 | 20 USB<br>01 USA | | |

Fonte: III Gerência Regional de Saúde

**XII Região de Saúde**

A XII Região de Saúde, com sede no município de Goiana, é considerada a região mais recente do estado, pensada a partir do Plano Diretor de Regionalização (2011) e instituída em 2012 por meio do Decreto nº 37.772/2012 (PERNAMBUCO, 2012). Sendo formada por dez municípios que ocupam uma área total de 1.916 Km2. Os municípios que a compõem são: Aliança, Camutanga, Condado, Ferreiros, Goiana, Itambé, Itaquitinga, Macaparana, São Vicente Férrer e Timbaúba.

A população total corresponde a 301.338 habitantes de acordo com o último Censo do IBGE (2022), onde se evidencia uma redução no porte populacional regional quando comparado ao Censo de 2010. Neste sentido, houve discussão e repactuação acerca da nova distribuição dos municípios em microrregiões considerando a proximidade geográfica e o porte populacional ficando estabelecida, por meio da Resolução Interna CIR nº 263/2023, a microrregião 1 composta por Goiana, Itaquitinga, Condado e Itambé e a microrregião composta 2 por Timbaúba, Aliança, Ferreiros, Camutanga, Macaparana e São Vicente Férrer (Figura 137).

Figura 137 - Mapa da XII Região de Saúde de Pernambuco.




Fonte: Resolução Interna CIR nº 263/2023.

No contexto da XII Região de Saúde, o avanço da RAPS perpassa um histórico de discussões e pactuações para a implantação e requalificação de serviços da rede (GOIANA, 2013; GOIANA, 2022) onde existem ainda antigas pactuações que não foram executadas para a ampliação da rede regional, embora tenha apresentado avanços pontuais desde a sua aprovação em 2013, a exemplo da implantação dos dispositivos da atenção especializada em alguns municípios.

Quadro 105- Descrição da pactuação, avanços e necessidades da RAPS na XII Região de Saúde do estado de Pernambuco, 2024.

| MUNICÍPIO | REDE EXISTENTE | NECESSITA AVANÇAR | OBSERVAÇÕES |
|---|---|---|---|
| ALIANÇA | - 01 CAPS I | - Implantar 1 CAPSi | - CAPSi de abrangência para a microrregional 1 (Goiana), sendo referência para os municípios de: Aliança, Condado, Itaquitinga e Itambé. Proposta pactuada em CIR, com Resolução nº 235 de 03 de novembro de 2022 |
| CAMUTANGA | | | Não apresenta porte populacional para abertura de CAPS municipal. Proposta de realizar convênio com o município mais próximo |

| | | | |
|---|---|---|---|
| CONDADO | | - 01 CAPS I | - O município recebeu recurso para implantação do CAPS 1 desde 2013, porém a gestão refere não ter recursos para custear o serviço e informou oficialmente em CIR a devolução do recurso de implantação |
| FERREIROS | | - 01 CAPS I | - Recebeu recurso desde 2018. Proposta de ser referência (através de convênio) para Camutanga |
| GOIANA | - 01 CAPS II<br>- 08 Leitos Integrais no Hospital Regional Belarmino Correia | - Qualificar o CAPS II em CAPS III (24hs)<br>- 01 CAPS AD III<br>- 01 CAPSi<br>- 01UA adulto<br>- 01 UA infantojuvenil<br>- 01 SRT 1 | - CAPS III e CAPS AD III serão referência para a microrregião 1<br>CAPS i será de abrangência municipal<br>- Os leitos integrais foram pactuados para serem referência a microrregião 1(Goiana, Aliança, Condado, Itaquitinga e Itambé), entretanto, até o momento encontra-se como referência para toda a regional |
| ITAMBÉ | - 01 CAPS I | - 01 SRT 1 | - Proposta de discussão para a inclusão de 01 UA adulto |
| ITAQUITINGA | - 01 CAPS I | | |
| MACAPARANA | - 01 CAPS 1 aprovada em portaria (implantação) | - 01 CAPS I<br>- 01 SRT 1 | - Possibilidade de remanejamento de recurso de Goiana para Macaparana aprovado em resolução CIR e CIB em 2022<br>- Portaria GM/ MS Nº 2.831 de 28 de dezembro de 2023 habilita o município de Macaparana a receber, em parcela única, o incentivo de implantação do CAPS 1 |
| SÃO VICENTE FÉRRER | - 01 CAPS 1 aprovada em portaria (implantação) | - 01 CAPS I | - Portaria GM/ MS 2.747 de 27 de dezembro de 2023 habilita o município de São Vicente a receber, em parcela única, o incentivo de implantação do CAPS 1 |
| TIMBAÚBA | - 01 CAPS I<br>- 01 SRT 1<br>- 01 SRT 2<br>- Programa Volta para Casa | - Qualificar o CAPS I em CAPS III (24hs)<br>- Implantar CAPS AD III<br>- Implantar CAPSi<br>- Implantar 08 leitos integrais no Hospital João Ferreira Lima | - 01 CAPS III<br>- 01 CAPS AD III<br>- 01 CAPSi<br>- 08 leitos integrais que serão referência para a microrregião 2 (Timbaúba, Camutanga, Ferreiros, Macaparana e São Vicente Férrer).<br>- Discutir a inclusão de UA infantojuvenil de referência para a microrregião 2 |

Fonte: XII Gerência Regional de Saúde

Além da RAPS, a XII Região conta com uma rede de saúde composta pelos equipamentos de saúde descritos abaixo (Quadro 106).

Quadro 106 - Equipamentos da rede de saúde da XII Região de Saúde de Pernambuco, Goiana, 2024.

| Equipamentos de saúde / municípios | Aliança | Camutanga | Condado | Ferreiros | Goiana | Itambé | Itaquitinga | Macaparana | São Vicente Férrer | Timbaúba | Total |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Unidade Básica de Saúde** | 13 | 03 | 08 | 05 | 25 | 12 | 06 | 11 | 07 | 20 | **110** |
| **NASF / eMulti** | 03 | 01 | 01 | 01 | 02 | 01 | 01 | - 01 ampliada<br>- 01 reduzida | 01 | 02 | **15** |
| **Academia da Saúde** | 03 | 01 | 0 | 01 | 0 | 01 | 02 | 01 | 01 | 02 | **12** |
| **SAMU** | 01 | 01 | 01 | 0 | 02 | 01 | 0 | 01 | 01 | 01 | **09** |
| **Hospital / Unidade Mista** | 01 | 01 | 01 | 01 | 02 | 01 | 01 | 01 | 01 | 0 | **10** |
| **CTA** | 0 | 0 | 0 | 0 | 01 | 01 | 0 | 0 | 0 | 01 | **03** |
| **CEO** | 01 | 0 | 01 | 0 | 01 | 01 | 0 | 0 | 0 | 0 | **04** |
| **Centro de Reabilitação** | 01 | 0 | 0 | | 0 | 01 | 0 | 01 | 01 | 01 | **05** |
| **UPA** | 0 | 0 | 0 | 0 | 02 | 0 | 0 | 0 | 0 | 01 | **03** |
| **Laboratório Municipal** | 01 | 01 | 0 | 0 | 01 | 01 | 0 | 01 | 01 | 0 | **06** |
| **Policlínica / Centro de Especialidades** | 01 | 01 | 01 | 01 | 02 | 01 | 0 | 01 | 0 | 0 | **08** |
| **CEREST** | 0 | 0 | 0 | 0 | 01 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | **01** |
| **ESF** | 13 | 03 | 08 | 05 | 24 | 12 | 06 | 11 | 07 | 20 | **109** |
| **EAP** | 0 | 0 | 02 | 0 | 01 | 0 | 0 | 0 | 02 | 0 | **05** |
| **Centro de Saúde** | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 01 | 0 | 0 | 0 | 0 | **01** |
| **SAD** | 01 | 0 | 0 | 0 | 01 | 01 | 0 | 0 | 01 | 0 | **04** |

## AVALIAÇÃO DE INDICADORES

### Apoio matricial como ferramenta da articulação entre Atenção Primária e CAPS

O matriciamento em saúde mental e o fortalecimento da atenção primária estão interligados em uma abordagem integrada de cuidados de saúde. É uma abordagem de colaboração e integração entre profissionais de diferentes áreas da saúde, com o objetivo de fornecer cuidados mais abrangentes e eficazes aos pacientes que necessitam de assistência em saúde mental.

Essa prática visa superar a fragmentação dos serviços de saúde mental e promover uma abordagem mais holística e centrada no paciente. Essencialmente, o matriciamento envolve a criação de uma rede de cuidados na qual profissionais de saúde mental, como psicólogos, psiquiatras, assistentes sociais e terapeutas ocupacionais, trabalham em estreita colaboração com outros profissionais de saúde, como médicos de família, enfermeiros, fisioterapeutas e farmacêuticos. Juntos, esses profissionais formam uma equipe multidisciplinar que compartilha responsabilidades no cuidado dos pacientes.

As principais características do matriciamento em saúde mental incluem:

- Colaboração interprofissional: Profissionais de diferentes especialidades trabalham em conjunto para fornecer uma abordagem integrada ao cuidado do paciente. Isso pode envolver reuniões de equipe, discussões de caso e compartilhamento de informações.
- Acesso facilitado: Os pacientes têm acesso mais fácil aos serviços de saúde mental, muitas vezes por meio de encaminhamentos diretos de outros profissionais de saúde, como médicos de família. Isso reduz as barreiras de acesso e ajuda a garantir que os pacientes recebam apoio oportuno.
- Atendimento personalizado: O matriciamento permite que os profissionais adaptem o cuidado de acordo com as necessidades

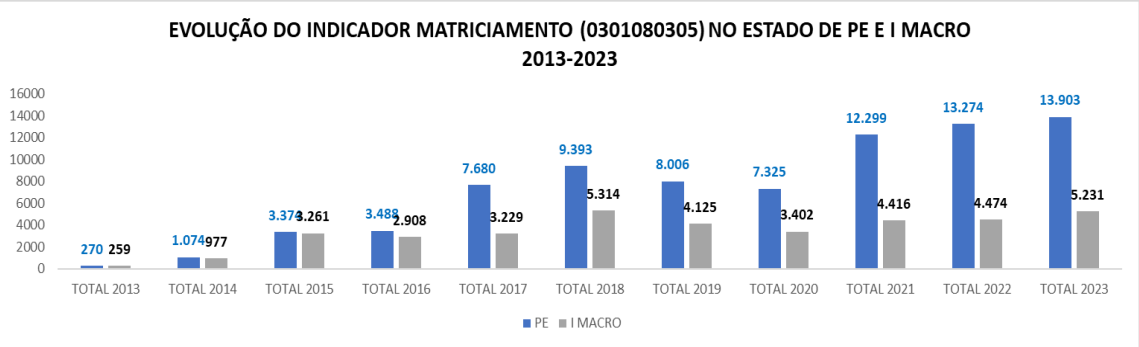
individuais de cada paciente, levando em consideração fatores biopsicossociais que possam influenciar sua saúde mental.

- Continuidade do cuidado: Ao trabalhar em equipe, os profissionais de saúde mental podem garantir uma transição suave entre diferentes níveis de cuidado e acompanhar o progresso do paciente ao longo do tempo, minimizando o risco de lacunas no tratamento.
- Abordagem centrada no paciente: O matriciamento prioriza as necessidades e preferências do paciente, envolvendo-os ativamente no processo de tomada de decisão e garantindo que recebam apoio adequado para alcançar seus objetivos de saúde mental.

O matriciamento na saúde mental tem se mostrado eficaz na melhoria dos resultados clínicos e na satisfação do paciente, ao mesmo tempo em que otimiza a utilização dos recursos de saúde. Essa abordagem promove uma visão mais ampla da saúde mental, reconhecendo sua interconexão com outros aspectos da saúde e bem-estar, e enfatiza a importância da colaboração entre profissionais para oferecer cuidados de alta qualidade e centrados no paciente.

A seguir, é descrita a evolução do indicador de matriciamento no estado de Pernambuco e na I Macrorregião de Saúde (Figura 138).

Figura 138 - Equipamentos da rede de saúde da XII Região de Saúde de Pernambuco, Goiana, 2024.




## Referenciamento ao Hospital Ulysses Pernambucano - Desafios para a consolidação da RAPS

Os internamentos psiquiátricos têm sido uma prática recorrente ao longo da história da assistência em saúde mental, porém, muitas vezes, resultam em

situações de segregação e violação dos direitos humanos das pessoas com transtornos mentais. A Reforma Psiquiátrica no Brasil, impulsionada pela Lei 10.216/2001, propôs uma mudança de paradigma, buscando a desinstitucionalização e a construção de uma rede de cuidados substitutiva ao modelo manicomial.

Nesse contexto, é relevante investigar a relação entre os internamentos psiquiátricos e a organização da RAPS, visando identificar possíveis desafios e oportunidades para a promoção de uma assistência mais humanizada e integrada em saúde mental.

O alto quantitativo de referenciamentos para o HUP representa um dos desafios para a consolidação da RAPS, pois muitas vezes refletem a falta de acesso a serviços substitutivos e a inefetividade das políticas de cuidado comunitário. Estudos como o de Silva et al. (2019) e Oliveira et al. (2020) destacam que os internamentos prolongados em hospitais psiquiátricos podem perpetuar a lógica asilar e dificultar a reinserção social das pessoas com transtornos mentais, além de gerar altos custos para o sistema de saúde.

A organização da RAPS pode desempenhar um papel fundamental na redução dos internamentos psiquiátricos, por meio da oferta de serviços substitutivos, como os CAPS, os Serviços e Cultura. Estes dispositivos promovem uma abordagem mais humanizada e integrada, favorecendo o acompanhamento longitudinal, a reabilitação psicossocial e a reinserção comunitária das pessoas atendidas.

Em Pernambuco, o Hospital Ulysses Pernambucano (HUP) destaca-se por ser a única emergência psiquiátrica 24 horas do SUS. Apesar da importância desse serviço para a assistência dos pacientes coResidenciais Terapêuticos (SRT) e os Centros de Convivência m transtornos mentais graves, é necessário cumprir com os princípios da Reforma Psiquiátrica e qualificar o processo de desospitalização.

Mesmo com as evidências supracitadas, ainda se observa um alto número de referenciamentos para o HUP, pela I Macrorregião de Saúde (Figura 139).

Figura 139 - Quantitativo de internações no Hospital Psiquiátrico Ulysses Pernambucano, segundo CID, por Região de Saúde em 2022.

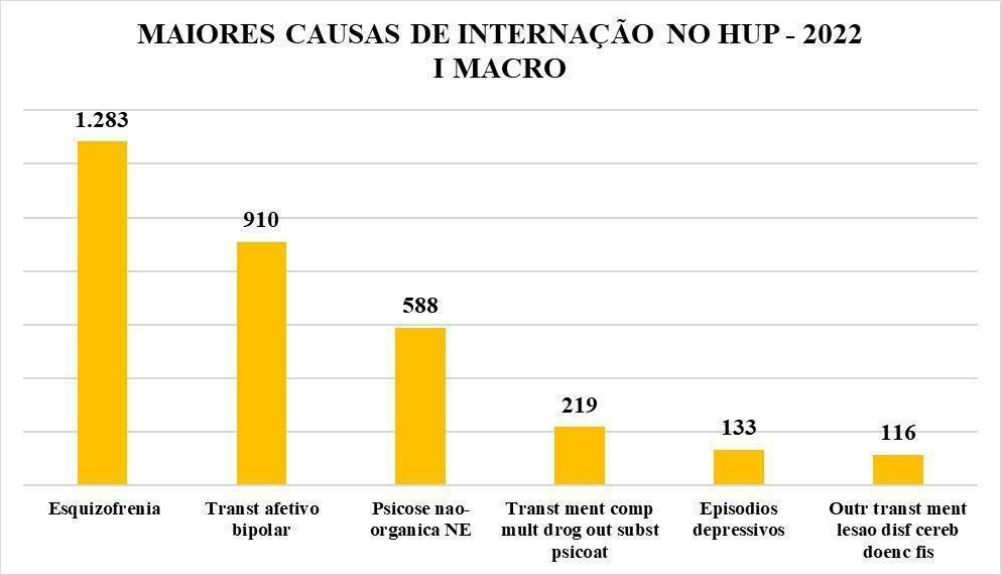
| Diag CID10 (categ) | I | II | III | XI | XII | Total |
|---|---|---|---|---|---|---|
| F02 Demencia em outr doenc COP | 1 | - | - | - | - | 1 |
| F03 Demencia NE | 14 | 1 | 1 | - | - | 16 |
| F06 Outr transt ment lesao disf cereb doenc fis | 88 | 2 | 8 | - | 5 | 116 |
| F07 Transt pers comport dev doen lesao disf cer | 3 | - | - | - | - | 3 |
| F10 Transt mentais comport dev uso alcool | 11 | 1 | - | - | 3 | 16 |
| F12 Transt mentais comport dev uso canabinoides | 4 | - | 2 | - | - | 7 |
| F14 Transt mentais e comport dev uso da cocaina | 8 | 1 | - | - | - | 9 |
| F15 Transt ment comp uso outr estim incl cafeina | 4 | - | - | - | - | 4 |
| F19 Transt ment comp mult drog out subst psicoat | 201 | 5 | 2 | - | 5 | 219 |
| F20 Esquizofrenia | 925 | 67 | 75 | 4 | 34 | 1.283 |
| F22 Transt delirantes persistentes | 7 | - | - | - | - | 7 |
| F23 Transt psicoticos agudos e transitorios | 47 | 5 | 6 | - | 3 | 62 |
| F25 Transt esquizoafetivos | 35 | 5 | 5 | - | - | 47 |
| F29 Psicose nao-organica NE | 424 | 42 | 42 | 3 | 13 | 588 |
| F30 Episodio maniaco | 12 | - | 1 | - | 2 | 16 |
| F31 Transt afetivo bipolar | 681 | 57 | 61 | 2 | 25 | 910 |
| F32 Episodios depressivos | 115 | 3 | 6 | 2 | 2 | 133 |
| F33 Transt depressivo recorrente | 47 | 6 | 2 | - | 1 | 58 |
| F41 Outr transt ansiosos | 5 | - | - | - | - | 5 |
| F42 Transt obsessivo-compulsivo | 1 | - | - | - | - | 1 |
| F43 Reacoes ao stress grave e transt adaptacao | 8 | - | - | - | - | 8 |
| F44 Transt dissociativos | 23 | - | 1 | - | 1 | 25 |
| F45 Transt somatoformes | 5 | - | - | - | - | 5 |
| F53 Transt mentais comport assoc puerperio NCOP | 8 | - | 2 | - | 3 | 14 |
| F60 Transt especificos da personalidade | 29 | 2 | 1 | - | 3 | 36 |
| F63 Transt dos habitos e dos impulsos | 1 | - | 2 | - | - | 3 |
| F64 Transt da identidade sexual | 1 | - | - | - | - | 1 |
| F69 Transt personalidade e comport adulto NE | 1 | - | - | - | - | 1 |
| F70 Retardo mental leve | 8 | - | - | - | 1 | 12 |
| F71 Retardo mental moderado | 13 | 1 | - | - | - | 16 |
| F72 Retardo mental grave | 31 | 3 | 2 | - | - | 36 |
| F79 Retardo mental NE | 29 | 2 | 3 | - | 6 | 43 |
| F83 Transt especificos misto do desenvolv | 1 | - | - | - | - | 1 |
| F84 Transt globais do desenvolv | 2 | - | - | - | - | 4 |
| F99 Transt mental NE em outr parte | 1 | - | - | - | - | 1 |
| G21 Parkinsonismo secund | - | - | - | - | 1 | 1 |
| G40 Epilepsia | 1 | - | - | - | - | 1 |
| R45 Sint e sinais relativos ao estado emocional | 1 | - | - | - | - | 1 |
| **Total** | **2.796** | **203** | **222** | **11** | **108** | **3.710** |

Fonte**:** SIH/MS, 2024.
Dados extraídos em: 15/02/2024

A partir da análise da Tabela acima, observa-se que as maiores causas de internações no Hospital Ulysses Pernambucano, no ano de 2022, são:

- Esquizofrenia: 1.283
- Transtorno afetivo bipolar: 910
- Psicose não-orgânica NE: 588
- Transt ment comp mult drog out subst psicoat: 219
- Episódios, depressivos:133
- Outr tanst ment lesao disf cereb doenc fis:116

Figura 140 - Maiores causas de internações psiquiátricas no Hospital Ulysses Pernambucano, por CID-10, no ano de 2022, na I Macrorregião de Saúde, Pernambuco.




Fonte: SIH/MS, 2024.
Dados extraídos em: 15/02/2024

Figura 141 - Maiores causas de internações psiquiátricas no HUP, por CID-10, no ano de 2023, na I Macrorregião de Saúde, Pernambuco.

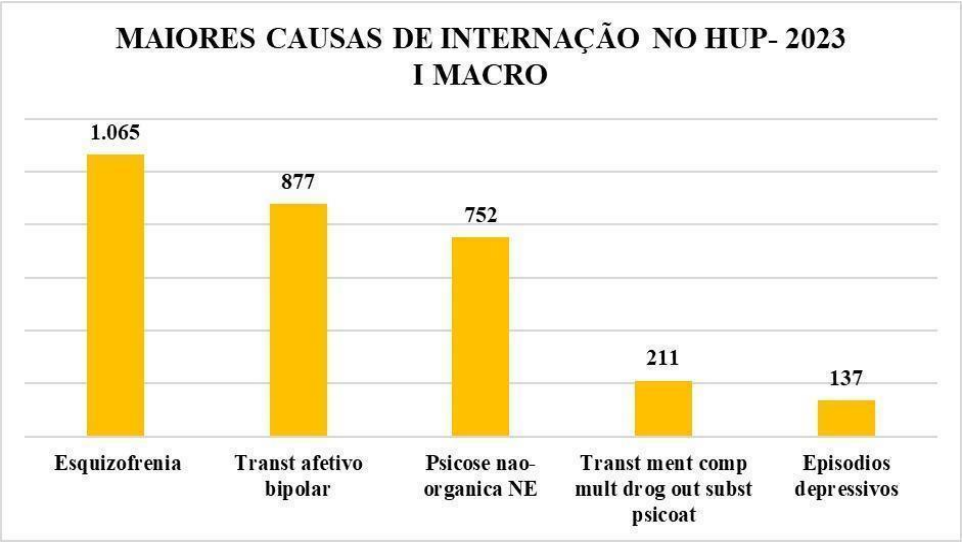
**Quantitativo de internações no Hospital Psiquiátrico Ulysses Pernambucano, segundo CID, por Regionais de Saúde - 2023**

| Diag CID10 (categ) | I | II | III | XII | Total |
|---|---|---|---|---|---|
| F03 Demencia NE | 2 | - | - | - | 2 |
| F06 Outr transt ment lesao disf cereb doenc fis | 54 | 2 | 1 | 1 | 68 |
| F07 Transt pers comport dev doen lesao disf cer | 1 | - | 2 | - | 3 |
| F09 Transt mental organico ou sintomatico NE | - | - | - | 1 | 1 |
| F10 Transt mentais comport dev uso alcool | 18 | 2 | 2 | - | 24 |
| F12 Transt mentais comport dev uso canabinoides | 4 | 2 | - | 1 | 7 |
| F13 Transt mentais comport dev uso sedat hipnot | 2 | - | - | - | 2 |
| F14 Transt mentais e comport dev uso da cocaina | 3 | - | - | - | 3 |
| F15 Transt ment comp uso outr estim incl cafeina | 2 | - | - | - | 2 |
| F18 Transt mentais comport dev uso solv volateis | 2 | - | - | - | 2 |
| F19 Transt ment comp mult drog out subst psicoat | 180 | 5 | 1 | 2 | 211 |
| F20 Esquizofrenia | 808 | 51 | 51 | 21 | 1.065 |
| F21 Transt esquizotipico | 1 | - | - | - | 1 |
| F22 Transt delirantes persistentes | 10 | - | - | - | 12 |
| F23 Transt psicoticos agudos e transitorios | 29 | 3 | 2 | - | 38 |
| F25 Transt esquizoafetivos | 25 | 5 | 9 | - | 42 |
| F28 Outr transt psicoticos nao-organicos | 1 | - | - | - | 1 |
| F29 Psicose nao-organica NE | 554 | 34 | 42 | 19 | 752 |
| F30 Episodio maniaco | 4 | - | - | 1 | 8 |
| F31 Transt afetivo bipolar | 668 | 42 | 54 | 21 | 877 |
| F32 Episodios depressivos | 112 | 9 | 4 | 5 | 137 |
| F33 Transt depressivo recorrente | 51 | 1 | 2 | - | 57 |
| F39 Transt do humor NE | 2 | - | - | - | 2 |
| F42 Transt obsessivo-compulsivo | - | - | 2 | - | 2 |
| F43 Reacoes ao stress grave e transt adaptacao | 2 | - | - | - | 3 |
| F44 Transt dissociativos | 15 | - | - | 2 | 18 |
| F53 Transt mentais comport assoc puerperio NCOP | 2 | - | 1 | 1 | 6 |
| F60 Transt especificos da personalidade | 71 | 3 | 1 | 1 | 78 |
| F70 Retardo mental leve | 8 | - | - | - | 8 |
| F71 Retardo mental moderado | 12 | - | 4 | - | 17 |
| F72 Retardo mental grave | 9 | - | - | - | 15 |
| F73 Retardo mental profundo | - | - | - | - | 1 |
| F79 Retardo mental NE | 33 | 3 | 1 | 3 | 49 |
| F84 Transt globais do desenvolv | 4 | 1 | - | - | 5 |
| F99 Transt mental NE em outr parte | 2 | - | - | - | 2 |
| G40 Epilepsia | 5 | - | - | - | 5 |
| **Total** | **2.696** | **163** | **179** | **79** | **3.526** |

FONTE: SIH/MS, 2024.
DADOS EXTRAÍDOS EM 15/02/2024.
OBS.: DADOS SUJEITOS A ALTERAÇÃO.

Fonte: SIH/MS, 2024.
Dados extraídos em: 15/02/2024

Figura 142 - Maiores causas de internações psiquiátricas no HUP, por CID-10, no ano de 2023, na I Macrorregião de Saúde, Pernambuco.




Fonte**:** SIH/MS, 2024.
Dados extraídos em: 15/02/2024

A I macrorregião totaliza 3526 internações no Hospital Psiquiátrico Ulysses Pernambucano, as maiores causas de internação identificadas são: esquizofrenia com 1.065 internamentos, Transt afetivo bipolar com 877, Psicose nao-organica NE com 752, Transt ment comp mult drog out subst psicoat com 211, Episódios depressivos com 137. Verifica-se, por conseguinte, que não há grandes alterações no perfil epidemiológico de internamentos nos anos de 2022 e 2023.

# REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA (RUE)

A Política Nacional de Urgência (PNAU), que foi criada no Brasil em 2003, surgiu a partir do descontentamento com os atendimentos prestados nas emergências hospitalares, que mobilizou: o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), a Rede Brasileira de Cooperação em Emergência (RBCE), além do próprio Governo Federal. Através desse cenário houve a criação da Coordenação Geral de Urgência e Emergência no Ministério da Saúde, que foi essencial para formulação e implantação dessa política (Konder; Odwyer, 2015).

Esta política foi atualizada, em 2011 e 2014, lançando a Política Nacional de Atenção às Urgências e Emergências, que institui a Rede de Atenção às Urgências e Emergências (PNAU/RUE). Buscando sempre o acolhimento com classificação de risco e resolutividade, a organização da Rede de Urgência e Emergência (RUE) tem a finalidade de articular e integrar todos os equipamentos de saúde, com o objetivo de ampliar e qualificar o acesso humanizado e integral aos usuários em situação de urgência/emergência nos serviços de saúde, de forma ágil e oportuna (Brasil, 2013).

De acordo com a Portaria nº 1.600, de 7 de julho de 2011, a Rede RUE é composta pelos componentes: Promoção, Prevenção e Vigilância à Saúde; Atenção Básica em Saúde; Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) e suas Centrais de Regulação Médica das Urgências; Sala de Estabilização; Força Nacional de Saúde do SUS; Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h) e o conjunto de serviços de urgência 24 horas; hospitalar; e Atenção Domiciliar. Nessa portaria ainda é possível identificar as atribuições de cada um dos componentes supracitados, como é apresentado a seguir:

> - Promoção, Prevenção e Vigilância à Saúde estimula e fomenta o desenvolvimento de ações de saúde e educação permanente voltadas para a vigilância e prevenção das violências e acidentes, das lesões e mortes no trânsito e das doenças crônicas não transmissíveis, além de ações intersetoriais.

- Atenção Básica em Saúde visa a ampliação do acesso, fortalecimento do vínculo e responsabilização e o primeiro cuidado às urgências e emergências, em ambiente adequado, até a transferência/encaminhamento a outros pontos de atenção.

- Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) e suas Centrais de Regulação Médica das Urgências tem como objetivo chegar em tempo oportuno à vítima após ter um agravo à sua saúde que possa levar a sofrimento, sequelas ou mesmo à morte, sendo necessário, garantir atendimento e/ou transporte adequado.

- Sala de Estabilização ambiente para estabilização de pacientes críticos e/ou graves, com condições de garantir a assistência 24 horas, vinculado a um equipamento de saúde, articulado e conectado aos outros níveis de atenção, para posterior encaminhamento à rede de atenção à saúde pela central de regulação das urgências.

- Força Nacional de Saúde do SUS reúne esforços para garantir a integralidade na assistência em situações de risco ou emergenciais para populações com vulnerabilidades específicas e/ou em regiões de difícil acesso.

- Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h) é o estabelecimento de saúde de complexidade intermediária entre as Unidades Básicas de Saúde/Saúde da Família e a Rede Hospitalar, que deve o prestar atendimento resolutivo e qualificado aos pacientes acometidos por quadros agudos ou agudizados de natureza clínica e prestar primeiro atendimento aos casos de natureza cirúrgica ou de trauma.

- Hospitalar será constituído pelas Portas Hospitalares de Urgência, pelas enfermarias de retaguarda, pelos leitos de cuidados intensivos, pelos serviços de diagnóstico por imagem e de laboratório e pelas linhas de cuidados prioritárias.

- Atenção Domiciliar é compreendido como o conjunto de ações integradas e articuladas de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação, que ocorrem no domicílio.

**Funcionamento da Rede**

A Secretaria Executiva de Regulação em Saúde (SERS) é responsável por coordenar as políticas de regulação de fluxos assistenciais do SUS Estadual, por credenciar, monitorar, controlar, avaliar a Rede Complementar, além de fazer auditoria da gestão do SUS e apoiar a Regionalização da Saúde. Sua estrutura organizacional é composta pelas Centrais Estaduais de Regulação Hospitalar e Ambulatorial, que tem função de definir o acesso do usuário do SUS ao serviço

de referência adequado e os Núcleos Internos de Regulação (NIR), estruturas localizadas nos estabelecimentos de saúde e vinculadas à Central de Leitos, que possibilitam a transferência dos usuários das Emergências ou leitos das Unidades de Referências para leitos de UTI e/ou enfermarias de retaguarda.

As demandas podem ser distribuídas visando à equidade entre os serviços de saúde da rede de atenção à saúde, através de critérios regulatórios. Em Pernambuco, o acesso a consultas ambulatoriais e exames da grade complementar, acontece pelas Unidades de Atenção Primária - Unidade Básica de Saúde – UBS (ESF, Centro de Saúde) ou Policlínica de referência para o agendamento de consultas e exames da determinada população de referência. Enquanto que a regulação hospitalar é responsável pelo acesso inter-hospitalar em todo o estado, desde o encaminhamento de pacientes para serviços especializados de urgência, até internações em leitos de Unidade de Terapia Intensiva (UTI).

Considerando a rede de regulação hospitalar, atualmente, o estado de Pernambuco dispõe de duas Centrais Macrorregionais (Macros I e IV). No entanto, apesar dos esforços do estado de Pernambuco, a regulação em saúde constitui um desafio, pois, para assegurar o acesso dos usuários aos serviços de saúde de forma oportuna e segura, são necessários mecanismos que garantam este atendimento em todo o percurso da linha do cuidado.

**Nível Primário**

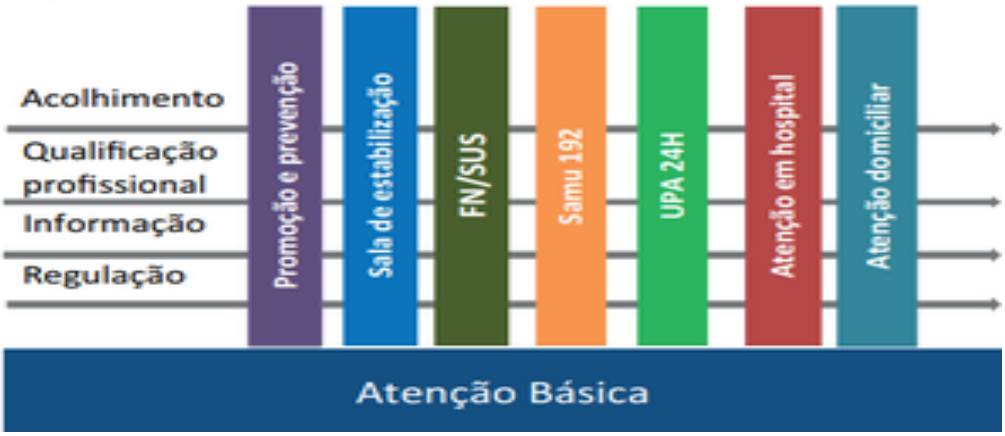
Atenção Primária à Saúde (APS)

A Atenção Básica ordenadora da rede e coordenadora do cuidado, tem como o objetivo principal reordenar a atenção à saúde em situações de urgência e emergência de forma coordenada pela atenção básica. Dessa forma, os profissionais da equipe multidisciplinar de saúde precisam estar prontos para prestar o atendimento necessário aos usuários (Freitas *et al.*, 2020). É válido salientar que, a Política Nacional de Atenção às Urgências definiu a APS como uma das formas de descentralizar esse tipo de atendimento. Assim, o nível primário de atenção à saúde tem como atribuição o acolhimento, além de atender

as urgências de baixa complexidade, proporcionando ao paciente a resolutividade. O acolhimento é uma ferramenta de humanização na relação equipe-população que através da avaliação de risco e vulnerabilidade, deve se tornar o primeiro elo da rede assistencial (Farias *et al.*, 2015).

Porém, é necessário muito mais do que a ampliação da rede de serviço: é necessário, de forma qualificada e resolutiva, o desenvolvimento de ações de promoção da saúde e prevenção de doenças e agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos (Figura 143).

Figura 143 - Componentes da RUE e suas interfaces.




Fonte: Google imagens.

Outro ponto para ser considerado na interação da APS e a rede de urgência e emergência, é a atenção domiciliar (AD) que trata da forma de atenção à saúde oferecida na moradia do usuário promovendo o cuidado integral, proporcionando um cuidado ligado aos aspectos referentes à estrutura familiar. Dessa forma, evita-se hospitalizações desnecessárias e diminui o risco de infecções. Além disso, melhora a gestão dos leitos hospitalares e o uso dos

recursos, bem como diminui a superlotação de serviços de urgência e emergência.

A Tabela 38 descreve o total de equipes multidisciplinares de atenção domiciliar, bem como equipes de apoio distribuídos no território da I macrorregional, atualmente, são 38 EMAD e 19 EMA, observa-se a necessidade de ampliação destas equipes para fortalecer as ações voltadas ao eixo de promoção, prevenção e cuidados paliativos, especialmente, no que diz respeito às violências e acidentes de trânsito, grandes geradoras de atendimentos de urgência e emergência na rede de saúde, sendo um eixo de atividades transversal aos demais eixos desta rede de atenção.

Tabela 38 - Total de Equipes Multidisciplinares de Atenção Domiciliar (EMAD) e Equipes Multidisciplinar de Apoio (EMA) no território da I Macrorregião de Saúde.

| I Macrorregião de Saúde | Total de Equipe Multidisciplinar de Atenção Domiciliar (EMAD) | Total de Equipe Multidisciplinar de Apoio (EMA) |
|---|---|---|
| I Região de Saúde | 15 | 9 |
| II Região de Saúde | 6 | 2 |
| III Região de Saúde | 7 | 5 |
| XII Região de Saúde | 10 | 03 |
| Total | 38 | 19 |

Fonte: Google forms municipal, 2024.

## Nível Secundário

### Componente pré-hospitalar móvel (SAMU)

A Tabela 39 descreve o componente pré-hospitalar móvel no território da macrorregião, ao total são 102 Unidades de Suporte Básico (USB, chama-se atenção das unidades de suporte avançado, sendo a I região de saúde mais abastada, o mesmo segue para motolâncias. Com relação às centrais de Regulação de Urgência CRU / SAMU - 192, a resolução CIB/PE nº 1.527, de 17 de novembro de 2010, aprovou em Pernambuco a implantação de 04 (quatro) Centrais de Regulação de Urgência – CRU/ SAMU – 192, sendo uma para cada

macrorregião, bem como o plano estadual do componente SAMU 192 definido nas instâncias de Comissão Intergestores Regionais (CIR).

Atualmente, a frota do SAMU 192 da I Macrorregião está em funcionamento desde 2006, que garantem cobertura de 5.834.196 milhões de habitantes e 72 municípios. É por meio da Central de Regulação das Urgências (CRU) que o SAMU é acionado, sendo acessado pelo número “192” e, após a regulação médica da urgência, tendo por critério a gravidade do caso, é possibilitado o envio de veículos tripulados por equipe capacitada. Outro destaque para este componente, é com relação às viaturas com mais de 05 anos de uso, por ser muito utilizada 24 horas por dia, os 07 dias da semana, são frotas que necessitam serem substituídas. A Tabela 39 apresenta a forma detalhada dos dispositivos instalados do SAMU.

Tabela 39 - Componente pré-hospitalar móvel (SAMU), por região de saúde.

| I Macrorregião | I Região de Saúde | II Região de Saúde | III Região de Saúde | XII Região de Saúde | Total da I Macro |
|---|---|---|---|---|---|
| **N° de USB frota habilitados** | 52 | 18 | 21 | 11 | 102 |
| **N° de USA** | 12 | 2 | 1 | 1 | 16 |
| **N° de MT** | 15 | 0 | 0 | 1 | 16 |
| **N° de Suportes Aéreos** | 01 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| **Central de Regulação** | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| **VIR** | 04 | 0 | 0 | 0 | 4 |

Fonte: SCNES, 2024.

**Componente Pré-hospitalar fixo**

Atualmente, 13 Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) de gestão estadual são administradas por OSS estão localizadas no território da I Região de Saúde, sendo elas: Barra de Jangada, Cabo de Santo Agostinho, Caxangá, Curado, Engenho Velho, Ibura, Igarassu, Imbiribeira, Nova Descoberta, Olinda, Paulista, São Lourenço da Mata e Torrões. Concomitantemente, a I Região de Saúde ainda comporta 6 UPAs sob gestão municipal, sendo elas: Camela, Eduardo Campos, Ipojuca, Porto de Galinhas, Rio Doce e Serrambi. Dentre as UPAs sob gestão municipal, destaca-se que duas delas, a UPA Rio Doce e a UPA Eduardo Campos, são gerenciadas por OSS.

Referente a II Região de Saúde, existem 2 UPAs em seu território localizadas nos Municípios de Paudalho e Surubim que estão sob gestão municipal. A XII Região de Saúde comporta 2 UPAs com gestão municipal situadas nos Municípios de Goiana e Timbaúba.

Para o componente pré-hospitalar fixo, atualmente, existem 113 salas de estabilização, distribuídas entre as quatro Regiões de Saúde que compõem a I Macrorregião de Saúde de Pernambuco, evidenciando um esforço considerável para fortalecer a acessibilidade e a equidade do acesso aos serviços de saúde de emergência dentro da macrorregião.

Tabela 40 - Componentes pré-hospitalares fixos, por região de saúde.

| I Macrorregião | I Região de Saúde | II Região de Saúde | III Região de Saúde | XII Região de Saúde | Total |
|---|---|---|---|---|---|
| **Nº de salas de estabilização.** | 83 | 13 | 14 | 3 | 113 |
| **N° de Unidades de Pronto Atendimento 24H** | 19 | 2 | 0 | 2 | 23 |

Fonte: SCNES, 2024.

A tabela abaixo apresenta o total dos serviços de urgência e emergência adulto e pediátrico, considerando a frequência absoluta para cada região de saúde, observa-se que há necessidade de ampliação e descentralização desses serviços, especialmente, para especialidade de pediatria na I Macrorregião.

Tabela 41 - Total de serviços de urgência e emergência geral e pediátrica sob gestão municipal.

| ***REGIÃO DE SAÚDE*** | **Serviço de Urgência e Emergência Geral sob gestão municipal** | **Serviço de Urgência e Emergência Pediátrica sob gestão municipal** |
|---|---|---|
| | **N** | **N** |
| **I** | 28 | 11 |
| **II** | 13 | 0 |
| **III** | 21 | 06 |
| **XII** | 12 | 03 |
| **Total Macro I** | **74** | **20** |

Fonte: Gerência Estadual de Regionalização, 2024.

## Nível terciário

## Componente hospitalar

O Componente Hospitalar da RUE é um serviço qualificado, organizado por meio da ampliação de serviço prestado pelas Portas de Entrada Hospitalares de Urgência, das enfermarias clínicas de retaguarda, dos leitos de cuidados prolongados, das Linhas de Cuidado (LC) prioritárias.

A tabela abaixo representa a capacidade instabilidade da Rede Urgência e Emergência de acordo com SCNES, ao comparar com os dados das tabelas descritas abaixa, observa-se uma discrepância nos serviços informados no SNCES, tendo em vista que este sistema é base outros sistemas de informação em saúde existente, vale destacar a importância da atualização contínua, com isso, será possível identificar de forma fidedigna a capacidade instalada e identificar as necessidades da rede.

Tabela 42 - Componente hospitalar, por região de saúde.

| I Macrorregião | I Região de Saúde | II Região de Saúde | III Região de Saúde | XII Região de Saúde | Total |
|---|---|---|---|---|---|
| **N° de hospitais municipais ou hospitais de pequeno porte (HPP)** | 22 | 17 | 18 | 4 | 61 |
| **Nº de Unidades de Tratamentos Intensivos (UTI)** | 1.240 | 10 | 85 | 20 | 1.355 |
| **Nº de leitos clínicos** | 5.226 | 347 | 321 | 187 | 6.081 |
| **Nº de leitos obstétricos*** | 748 | 161 | 204 | 84 | 1.197 |
| **Nº de leitos pediátricos** | 1.263 | 120 | 207 | 81 | 1.671 |
| **Nº de leitos cirúrgicos** | 3.933 | 164 | 215 | 92 | 4.404 |
| **Nº de leitos Complementar** | 2.379 | 20 | 106 | 20 | 2.525 |
| **Nº de unidades de cuidados prolongados** | 299 | 60 | 50 | 40 | 449 |

* Referente aos leitos obstétricos gerais e obstétricos cirúrgicos.
Fonte: SCNES, 2024.

Com relação aos leitos obstétricos, vale destacar que dentre eles estão incluídos os centros de partos normais, localizados em Paudalho na II Região de saúde e Jaboatão dos Guararapes na I Região, totalizando 05 e 10 leitos, respectivamente.

Vale destacar que 09 hospitais presentes no território da I macrorregião são geridos por OSS, sendo eles: Brites de Albuquerque, Dom Helder Câmara, Ermírio Coutinho, João Murilo de Oliveira, Miguel Arraes, Nossa senhora das Graças (Alfa), Pelópidas Silveira, Regional de Palmares Sílvio Magalhães e São Sebastião.

A III Região de Saúde, apresenta 01 ambulância de transporte alocada no Município de Cortês. Em relação aos leitos complementares, na Região III de

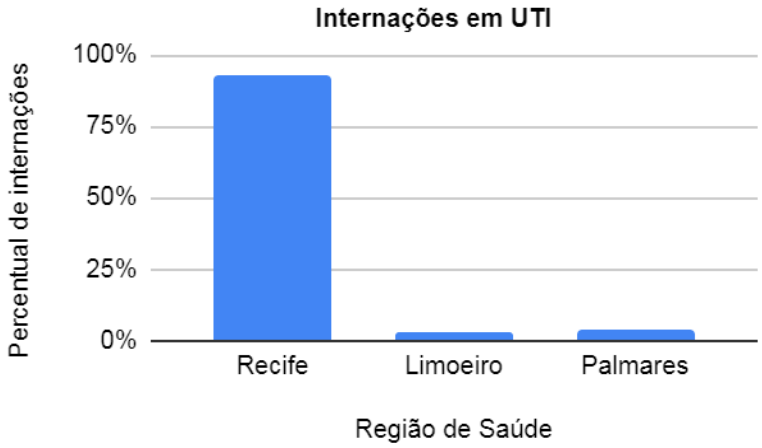
Saúde existem 12 unidades de isolamento, enquanto na Região XII de Saúde existem 07 unidades de isolamento.

Além disso, a regulação hospitalar é responsável pelo acesso inter-hospitalar em todo o estado, desde o encaminhamento de pacientes para serviços especializados de urgência, até internações em leitos de Unidade de Terapia Intensiva (UTI).

As figuras Figura 144 e Figura 145 apresentam o percentual de internações em UTI, considerando as UTIs tipo I, II e III adulto e infantil com caráter de atendimento de urgência. Com isso, é possível analisar que maior a I região de saúde demonstra maior utilização destes serviços, isso pode ser

Figura 144 - Percentual de Internações em UTI, por Região de Saúde, no período de dezembro de 2022 a dezembro de 2023.

justificado por esta regional de saúde, ser mais abastada de serviços maior densidade tecnológica e com isso acolhe usuários de outras regiões e macrorregiões de saúde.

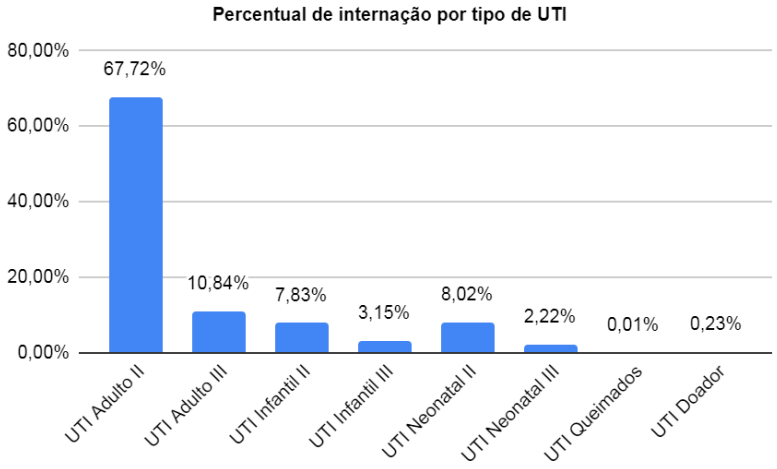



Fonte: Tabnet/PE, fevereiro de 2024.

Com relação ao percentual de internações, observa-se que na I macrorregião de saúde nos dois anos, observa-se maior percentual de

internação na UTI adulto, seguido de UTI neonatal, vale considerar o período de pandemia que ocasionou maior utilização destes tipos de UTI.

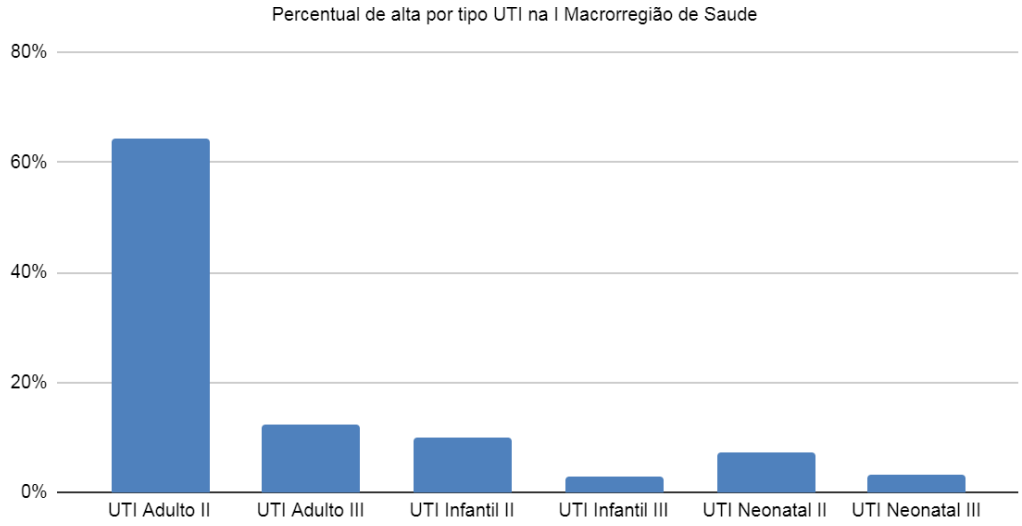
Figura 145 - Percentual de Internações por tipo de UTI nos últimos dois anos.




Fonte: Tabnet/PE, fevereiro de 2024.

A Figura 146 demonstra o percentual de alta em Unidades de Terapia Intensiva (UTI) com internação na I macrorregião de saúde, observa-se um aumento de alta nas UTIs adulto tipo II, seguida de UTI tipo III e UTI infantil e neonatal ambas do tipo II, isso corrobora com os dados acima apresentado, pois os mesmos representa o maior percentual de internações, além disso, vale destacar a potencialidade dos serviços garantir resolutividade das demandas de saúde.

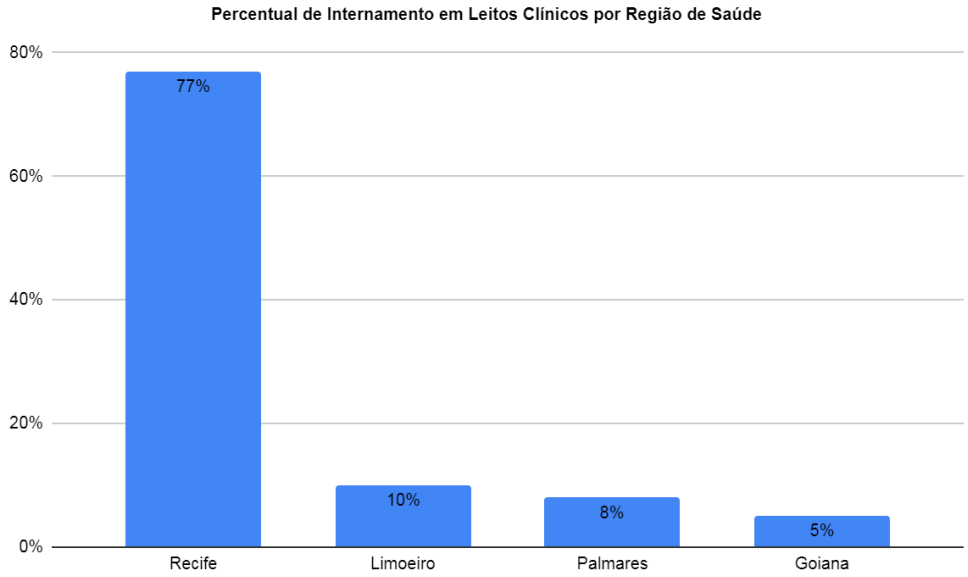
Figura 146 - Percentual de alta por tipo de UTI na I macrorregião de saúde.




Fonte: Tabnet/PE, fevereiro de 2024.

A Figura 147 apresenta os leitos clínicos de internação hospitalar, destinado a acomodar pacientes de qualquer especialidade clínica, nos últimos dois anos a I Região de Saúde destaca-se com maior percentual de internação, justifica-se pelo maior aporte de serviços de saúde neste território.

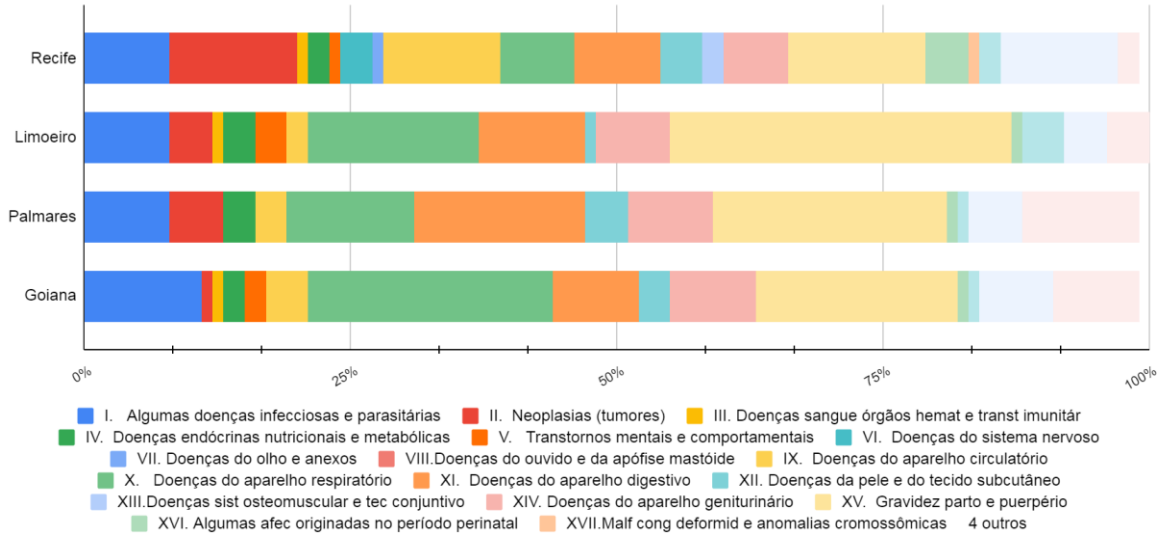
Figura 147 - Percentual de Internações em Leitos Clínicos, por Região de Saúde, no período de dezembro de 2022 a dezembro de 2023.



Fonte**:** Tabnet/PE, fevereiro de 2024.

Verifica-se na Figura 148 o perfil de internações nas regiões de saúde da I Macrorregião com a primeira causa de internações sendo vinculada a Gravidez, Parto e Puerpério, seguida por Doenças do Aparelho Respiratório, justificado pela pandemia de COVID-19, associado a isto há uma mudança no comportamento Doenças Infecciosas e Parasitárias, bem como transtornos mentais e comportamentais.

Figura 148 - Perfil de Internações por CID 10, nas regiões de saúde da I macrorregião, nos últimos dois anos.




Fonte: Tabnet/PE, fevereiro de 2024.

## Desempenho da Rede de Urgência e Emergência

Os quadros abaixo apresentam o desempenho da rede RUE na média e alta complexidade por região de saúde. O Quadro 107, apresenta a produção realizada na última competência vigente, dezembro de 2023, na I região de saúde, neste período o hospital Otávio de Freitas apresentou a maior produção no caráter de atendimento de urgência.

Quadro 107 - Desempenho da Rede de Urgência e Emergência, na média complexidade na I Região de Saúde, dezembro de 2023.

| Estabelecimentos | I Região de Saúde | |
|---|---|---|
| | n | % |
| 0000035 HOSPITAL MENDO SAMPAIO | 39 | 0% |
| 0000094 MATERNIDADE PADRE GERALDO LEITE BASTOS | 73 | 0% |
| 0000396 HOSPITAL DAS CLÍNICAS | 1081 | 5% |
| 0000418 HOSPITAL AGAMENON MAGALHÃES | 1031 | 5% |
| 0000426 HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS | 2581 | 13% |
| 0000434 IMIP | 2364 | 12% |
| 0000485 FUNDAÇÃO ALTINO VENTURA | 8 | 0% |
| 0000566 HOSPITAL MARIA LUCINDA | 436 | 2% |
| 0000582 HOSPITAL DE CÂNCER DE PERNAMBUCO | 3 | 0% |
| 0000655 HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO | 1869 | 9% |
| 0000671 US 153 POLICLÍNICA E MATERNIDADE ARNALDO MARQUES | 370 | 2% |
| 0000701 US 165 MATERNIDADE BANDEIRA FILHO | 373 | 2% |
| 0000809 FUNDACAO HEMOPE | 171 | 1% |
| 0000981 HOSPITAL CORREIA PICANCO | 45 | 0% |
| 0001015 US 163 HOSPITAL DE PEDIATRIA HELENA MOURA | 275 | 1% |
| 0001120 REAL HOSPITAL PORTUGUES | 187 | 1% |
| 0001546 HOSPITAL PSIQUIÁTRICO ULYSSES PERNAMBUCANO | 213 | 1% |

| | | |
|---|---|---|
| 0020516<br>US 167<br>POLICLÍNICA E MATERNIDADE PROFESSOR BARROS LIMA | 419 | 2% |
| 0134252 HOSPITAL NOSSA SENHORA DAS GRAÇAS | 456 | 2% |
| 0147028 SOCIEDADE HOSPITALAR MARIA VITÓRIA | 74 | 0% |
| 0265500 US 111<br>HOSPITAL EDUARDO CAMPOS DA PESSOA IDOSA DO RECIFE | 126 | 1% |
| 0519529 CENTRO DE PARTO NORMAL DE CAMARAGIBE | 10 | 0% |
| 2319454 HOSPITAL MEMORIAL GUARARAPES | 31 | 0% |
| 2343738 HOSPITAL ARMINDO MOURA | 468 | 2% |
| 2344408 HOSPITAL GERAL ALFREDO ALVES DE LIMA | 31 | 0% |
| 2344858 MATERNIDADE BRITES DE ALBUQUERQUE | 183 | 1% |
| 2344882 HOSPITAL DO TRICENTENARIO | 457 | 2% |
| 2349205 PRONTOCLÍNICA TORRES GALVÃO | 5 | 0% |
| 2427249 MATERNIDADE MÃE LÍDIA | 84 | 0% |
| 2427427 HOSPITAL BARÃO DE LUCENA | 682 | 3% |
| 2429004 APAMI DE VITORIA DE SANTO ANTÃO | 18 | 0% |
| 2429586 HOSPITAL SAO LUCAS | 10 | 0% |
| 2432048<br>HOSPITAL E MATERNIDADES PETRONILA CAMPOS | 91 | 0% |
| 2432307 CENTRO HOSPITALAR SANTA MARIA | 39 | 0% |
| 2499843 UNIDADE MISTA MARIA GAIÃO GUERRA | 1 | 0% |
| 2705842<br>CENTRO MÉDICO HOSPITALAR DE CAMARAGIBE | 2 | 1% |

| | | |
|---|---|---|
| 2711613 CENTRO UNIVERSITÁRIO INTEGRADO DE SAÚDE AMAURY DE MEDEIROS | 776 | 4% |
| 2711974 HOSPITAL GERAL DE AREIAS | 234 | 1% |
| 2711990 HOSPITAL JABOATAO PRAZERES | 264 | 1% |
| 2712008 HOSPITAL JOÃO MURILO E POLICLÍNICA DE VITÓRIA | 402 | 2% |
| 2752743 FGH | 84 | 0% |
| 2752808 HOSPITAL EVANGÉLICO DE PERNAMBUCO | 235 | 1% |
| 2777460 HOSPITAL SANTO AMARO | 55 | 0% |
| 2802783 HOSPITAL GETÚLIO VARGAS | 1044 | 5% |
| 3983730 PROCAPE | 232 | 1% |
| 5581923 HOSPITAL INFANTIL DR ADAILTON C DE ALENCAR | 67 | 0% |
| 6431569 HOSPITAL MIGUEL ARRAES | 641 | 3% |
| 6525296 SOCIEDADE HOSPITALAR MARIA VITÓRIA | 14 | 0% |
| 6559379 HOSPITAL DOM HELDER CÂMARA | 781 | 4% |
| 6908268 HOSPITAL PELÓPIDAS SILVEIRA | 741 | 4% |
| 7958838 US 444 HOSPITAL DA MULHER DO RECIFE DRA MERCÊS PONTES CUNHA | 465 | 2% |
| 9671013 ASHOPE | 145 | 1% |
| **Total** | **20.486** | **100%** |

Fonte: Tabnet, 2024.

Quadro 108 - Desempenho da Rede de Urgência e Emergência, na alta complexidade na I Região de Saúde, dezembro de 2023.

| Estabelecimentos | I Região em Saúde | |
|---|---|---|
| | n | % |
| 0000396 HOSPITAIS DAS CLÍNICAS | 83 | 4% |
| 0000418 HOSPITAL AGAMENON MAGALHÃES | 119 | 6% |
| 0000426 HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS | 24 | 1% |
| 0000434 IMIP | 616 | 29% |
| 0000485 FUNDAÇÃO ALTINO VENTURA | 14 | 1% |
| 0000566 HOSPITAL MARIA LUCINDA | 1 | 0% |
| 0000655 HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO | 338 | 16% |
| 0000809 FUNDACAO HEMOPE | 20 | 1% |
| 0000981 HOSPITAL CORREIA PICANCO | 165 | 8% |
| 0001120 REAL HOSPITAL PORTUGUES | 269 | 13% |
| 2427427 HOSPITAL BARÃO DE LUCENA | 1 | 0% |
| 2802783 HOSPITAL GETÚLIO VARGAS | 32 | 2% |
| 3983730 PROCAPE | 174 | 8% |
| 6431569 HOSPITAL MIGUEL ARRAES | 2 | 0% |
| 6559379 HOSPITAL DOM HELDER CÂMARA | 108 | 5% |
| 6908268 HOSPITAL PELÓPIDAS SILVEIRA | 138 | 7% |
| **Total** | **2104** | **100%** |

Fonte: Tabnet, 2024.

Na II Região de Saúde, o serviço de média complexidade que apresentou a maior produção foi o Hospital Ermírio Coutinho localizado em Nazaré da Mata sob gestão estadual, com perfil para o atendimento ininterrupto nas especialidades obstetrícia e pediatria de média complexidade integrante da Rede Cegonha. O Hospital Regional José Fernandes Salsa sob a gestão Estadual, de média complexidade, que se constitui na referência terciária regional com atendimento ininterrupto nas especialidades de clínica médica, cirurgia geral, traumatologia, pediatria e obstetrícia. O aumento desta produção no hospital de Nazaré da Mata, pode ser devido aos plantões fechados no hospital de referência da região de saúde, com isso, a necessidade de analisar e discutir os principais entraves destes fechamentos de plantões.

Quadro 109 - Desempenho da Rede de Urgência e Emergência, na média complexidade na II Região de Saúde, dezembro de 2023.

| Estabelecimentos | II Região de Saúde | |
|---|---|---|
| | n | % |
| 2350246 UNIDADE MISTA SANTA TEREZINHA | 2 | 0% |
| 2354551 HOSPITAL SAO LUIZ | 140 | 19% |
| 2428784 UNIDADE MISTA FRANCISCO DE ASSIS CHATEAUBRIAND | 35 | 5% |
| 2517019 HOSPITAL DAS CLINICAS DO CARPINA | 23 | 3% |
| 2711389 CASA DE SAUDE E MATERNIDADE JOSEFA CAVALCANTI DE PETRIBU | 3 | 0% |
| 2711931 HOSPITAL MUNICIPAL DR MIGUEL ARRAES DE ALENCAR | 1 | 0% |
| 2711958 HOSPITAL ERMÍRIO COUTINHO | 300 | 41% |
| 2712024 HOSPITAL MUNICIPAL JOSEFA EUSÉBIA DA ROCHA | 5 | 1% |
| 2712032 HOSPITAL REGIONAL DE LIMOEIRO JOSE FERNANDES SALSA | 154 | 21% |
| 2712067 HOSPITAL SEVERINO TÁVORA | 8 | 1% |
| 2715198 UNIDADE MISTA CECÍLIA LEAL DE MIRANDA | 1 | 0% |
| 2715287 UNIDADE MISTA JOANA AMÉLIA CAVALCANTI | 10 | 1% |
| 2715368 UNIDADE MISTA NOSSA SENHORA DA CONCEIÇÃO | 4 | 1% |
| 2715392 UNIDADE MISTA SIMEÃO RIBEIRO DE LEMOS | 1 | 0% |

| | | |
|---|---|---|
| 7551584 HOSPITAL DO VALE | 45 | 6% |
| 9578161 CPNP CENTRO DE PARTO NORMAL DE PAUDALHO GABRIELLY RAMOS | 6 | 1% |
| **Total** | 738 | 100% |

Fonte: Tabnet, 2024.

A III Região de Saúde neste período, o Hospital Regional de Palmares, localizado na sede da regional, é considerado referência para atendimentos de urgência, com isso, justificando o aumento da produção da média complexidade quando comparado com os demais serviços no território.

Quadro 110 - Desempenho da Rede de Urgência e Emergência, na média complexidade na III Região de Saúde, dezembro de 2023.

| Estabelecimentos | III Região de Saúde | |
|---|---|---|
| | n | % |
| 0164542 HOSPITAL MUNICIPAL DO RIBEIRÃO | 2 | 0% |
| 2315343 HVU HOSPITAL VALE DO UNA | 40 | 4% |
| 2353954 UNIDADE MISTA SANTA ROSA | 7 | 1% |
| 2356279 HOSPITAL MUNICIPAL CIENTISTA NELSON CHAVES | 13 | 1% |
| 2356430 HOSPITAL MUNICIPAL MARIA DIGNA PESSOA DE MELLO | 7 | 1% |
| 2428393 HOSPITAL REGIONAL DE PALMARES DR SILVIO MAGALHAES | 705 | 76% |
| 2431823 HOSPITAL E MATERNIDADE MUNICIPAL OLÍMPIO M GOUVEIA LINS | 13 | 1% |
| 2435454 HOSPITAL DE PEQUENO PORTE ARGEMIRA S R BARROS | 4 | 0% |
| 2499975 HOSPITAL DISTRITAL JAILTON MESSIAS DE ALBUQUERQUE | 30 | 3% |
| 2711915 HOSPITAL DE RIO FORMOSO | 3 | 0% |
| 2712059 HOSPITAL REGIONAL DR BENEVOLO WANDERLEY DO AMARAL | 48 | 5% |
| 2715201 HOSPITAL SENADOR ANTÔNIO FARIAS | 17 | 2% |
| 2715279 UNIDADE MISTA DR JOSÉ MÚCIO MONTEIRO | 16 | 2% |
| 7288263 HOSPITAL MUNICIPAL DE JAQUEIRA MARIA HELENA SILVA DE ANDRADE | 24 | 3% |
| **Total** | 929 | 100% |

Fonte**:** Tabnet, 2024.

No município de Goiana está o Hospital Regional Belarmino Correia sob à gestão Estadual, de média complexidade, que se constitui na referência terciária regional com atendimento ininterrupto nas especialidades de clínica médica, cirurgia geral, traumatologia, pediatria e obstetrícia, no período citado,

apresentou maior produção quando comparado com os demais estabelecimentos de saúde, justificando sua referência no território.

Quadro 111 - Desempenho da Rede de Urgência e Emergência, na média complexidade na XII Região de Saúde, dezembro de 2023.

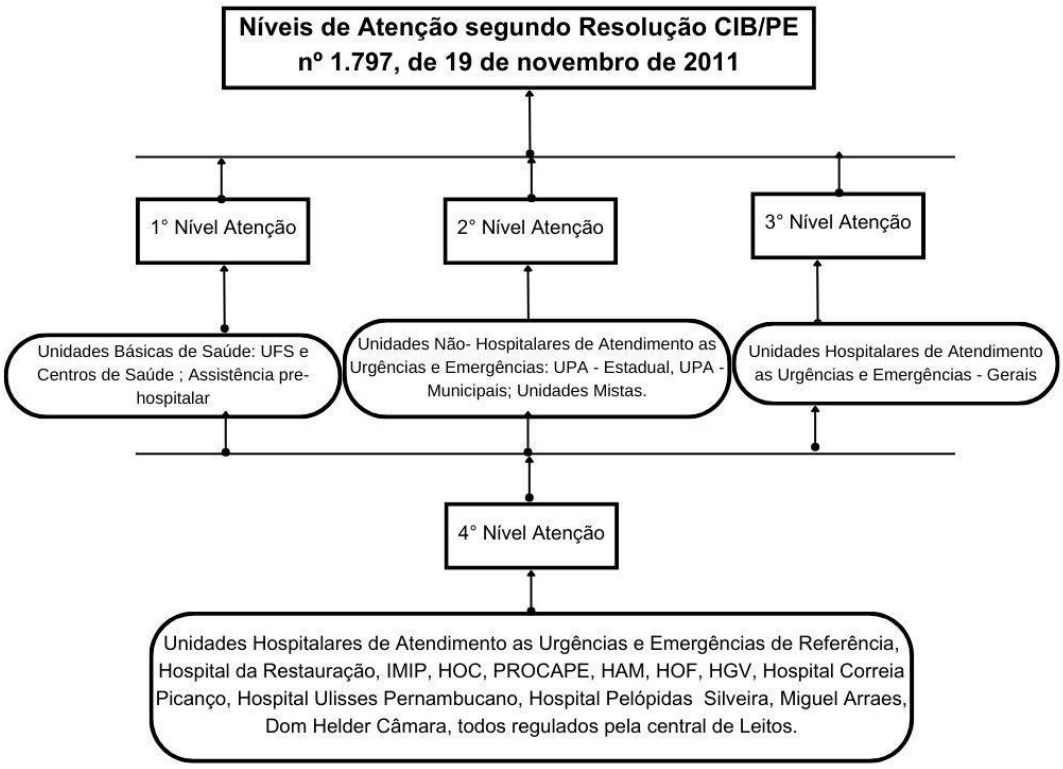
| Estabelecimentos | XII Região de Saúde | |
|---|---|---|
| | n | % |
| 454 UNIDADE MISTA EDSON RÉGIS DE CARVALHO | 3 | 18% |
| 2711885 HOSPITAL BELARMINO CORREIA | 206 | 89% |
| 2715171 UNIDADE MISTA BELARMINO L P MELO | 5 | 2% |
| 15309 UNIDADE MISTA JOAQUIM FRANCISCO DE MELO CAVALCANTI | 17 | 7% |
| **Total** | 231 | 100% |

**Fonte:** Tabnet, 2024.

## Fluxo assistencial

O fluxo da assistência integral às Urgências obedece ao modelo abaixo na lógica dos 4 (quatro) níveis de Atenção, segundo Resolução CIB/PE nº 1.797, de 19 de novembro de 2011, que define as competências e atribuições da gestão considerando a abrangência territorial.

Figura 149 - fluxo assistencial integral às Urgências, segundo resolução CIB n° 1.797 de novembro de 2011.




Fonte: Resolução CIB/PE n° 1.797 de 19 de novembro de 2011.

**Perfil assistencial**

As portas de entrada hospitalares fazem parte do componente da RUE e estas unidades têm como objetivo prestar atendimento ininterrupto ao conjunto de demandas espontâneas e referenciadas de urgências clínicas, pediátricas, cirúrgicas e/ou traumatológicas, e outras especialidades. Contudo, as urgências obstétricas e psiquiátricas não estão incluídas no escopo das portas de entrada da RUE. A habilitação destas unidades ocorre de acordo com os critérios e tipologia de classificação definidos na portaria ministerial GM/MS n° 2.395 de 2011.

A Secretaria Executiva de em Saúde (SERS) é responsável pela coordenação das políticas de regulação de fluxos assistenciais do SUS Estadual, pelos credenciamentos, monitoramento, controle, avaliação da rede

complementar, auditoria da gestão do SUS e apoio à regionalização da saúde. Em sua estrutura organizacional, encontram-se as Centrais Estaduais de Regulação Hospitalar e Ambulatorial, que são responsáveis por definir o acesso do usuário do SUS para o serviço de referência adequado e os Núcleos Internos de Regulação (NIR), estruturas situadas nas unidades de saúde e ligadas à Central de Leitos, que atuam viabilizando a transferência de pacientes das Emergências ou leitos das Unidades de Referências para leitos de UTI e/ou enfermarias de retaguarda. Através de critérios regulatórios específicos, as demandas podem ser distribuídas de forma mais equânime entre os serviços disponíveis na rede de atenção à saúde, possibilitando assistência especializada para cada caso.

A regulação hospitalar é responsável pelo acesso inter-hospitalar em todo o estado, desde o encaminhamento de pacientes para serviços especializados de urgência, até internações em leitos de Unidade de Terapia Intensiva (UTI). No entanto, apesar dos esforços do estado de Pernambuco, a regulação em saúde constitui um desafio, pois, para assegurar o acesso dos usuários aos serviços de saúde de forma oportuna e segura, são necessários mecanismos que garantam este atendimento em todo o percurso da linha do cuidado.

O quadro abaixo apresenta o perfil assistencial de acordo com as especialidades e unidades de saúde, considerando o perfil de atendimento e nível de complexidade

Quadro 112 - Perfil assistencial de acordo por especialidades.

| Especialidades | Unidades |
|---|---|
| **Bucomaxilo** | **hospital da restauração**<br>**perfil:** trauma e pediátrico geral (>30 dias de vida).<br>**Complexidade:** |
| | **HOSPITAL GETÚLIO VARGAS**<br>**PERFIL:** ADULTO GERAL.<br>**COMPLEXIDADE:** ALTA |

| | |
|---|---|
| **Cardiologia** | **hospital agamenon magalhães**<br>**Perfil:** cardio geral (agudos ou não)<br>**Complexidade:** alta |
| | **Hospital dom helder câmara**<br>**perfil:** cardio geral (agudos ou não)<br>**Complexidade:** alta |
| | **Hospital pelópidas silveira**<br>**Perfil:** cardio geral (agudos ou não)<br>**Complexidade:** alta |
| | **Pronto socorro cardiológico de pernambuco - procape**<br>**Perfil:** cardio geral preferencialmente iam (agudos e subagudo), bavt, miocardites, endocardites e dissecção de aorta torácica. Entrar em contato antes - 3181-7106 ou 7139 - mandar exclusivamente dentro do perfil.<br>**Complexidade:** alta |
| **Cipe** | **Hospital barão de lucena**<br>**Perfil:** exclusivamente para pneumonia complicadas/drenagem torácica<br>**Complexidade:** média |
| | **Hospital da restauração**<br>**Perfil:** pac acima de 30 dias de vida. Entre 00h até 07h (não há radiologista para usg), gerar a senha mas orientar a unidade solicitante só enc para o hr nas seguintes situações 1) torção testicular, 2) invaginação intestinal, abdômen inflamatório com sinais de sepse, 3) derrame pleural que necessitem de drenagem imediata e 4) abdome traumático.<br>**Complexidade:** alta |

| | |
|---|---|
| **Cirurgia geral** | **hospital barão de lucena**<br>**Perfil:** exclusivo abdome agudo inflamatório em gestantes acima de 20 semanas.<br>**Complexidade:** alta |
| | **Hospital belarmino correia**<br>**Perfil:** cirúrgico geral<br>**Complexidade:** média |
| | **Hospital da restauração**<br>**Perfil:** exclusivo de trauma.<br>**Complexidade:** alta |
| | **Hospital dom helder câmara**<br>**Perfil:** exclusivo de trauma (abrangência: barreiros, cabo, escada, ipojuca, jaboatão, palmares, primavera, rio formoso, s j da coroa grande, sirinhaém e tamandaré)<br>**Complexidade:** alta |
| | **Hospital getúlio vargas**<br>**Perfil:** cirúrgico adulto geral<br>**Complexidade:** alta |
| | **Hospital miguel arraes**<br>**Perfil:** cirúrgico geral- abrangência: abreu e lima, araçoiaba, condado, goiana, igarassu, itamaracá, itambé, itaquitinga, itapissuma, paulista e olinda.- acima de 14 anos. Pcts da região norte: regulados pela crh, samu e bombeiros.<br>**Complexidade:** alta |
| | **Hospital otávio de freitas**<br>**Perfil:** cirúrgico adulto geral preferencialmente abdome inflamatório.<br>**Complexidade:** alta |
| | **Hospital regional de limoeiro**<br>**Perfil:** cirúrgico geral<br>**Complexidade:** média |
| | **Hospital regional de palmares**<br>**Perfil:** cirúrgico geral<br>**Complexidade:** média |
| **Clínica médica** | **hospital agamenon magalhães**<br>**Perfil:** clínico geral<br>**Complexidade:** alta |
| | **Hospital belarmino correia**<br>**Perfil:** clínico geral<br>**Complexidade:** média |
| | **Hospital da restauração**<br>**Perfil:** absorção de demanda interna.<br>**Complexidade:** alta |
| | **Hospital dom helder câmara**<br>**Perfil:** podem encaminhar tvp: barreiros, cabo, escada, ipojuca, jaboatão, palmares, primavera, rio formoso, são josé da coroa grande, sirinhaém e tamandaré.<br>**Complexidade:** alta |
| | **Hospital ermírio coutinho**<br>**Perfil:** clínico geral<br>**Complexidade:** média |
| | **Hospital getúlio vargas**<br>**Perfil:** clínico geral / pode encaminhar tvp<br>**Complexidade:** alta |

| | |
|---|---|
| | **Hospital jaboatão prazeres**<br>**Perfil:** exclusivo para tvp<br>**Complexidade:** |
| | **Hospital joão murilo**<br>**Perfil:** clínico geral<br>**Complexidade:** média |
| | **Hospital miguel arraes**<br>**Perfil:** clínico geral / pode encaminhar tvp / abrangência: abreu e lima, araçoiaba, condado, goiana, igarassu, itamaracá, itambé, itaquitinga, itapissuma, paulista olinda. - acima de 14 anos. Pcts da região norte. Pacts regulados pela crh, samu e bombeiros.<br>**Complexidade:** alta |
| | **Hospital otávio de freitas**<br>**perfil:** clínico geral preferencialmente pneumopatias/pode encaminhar tvp<br>**Complexidade:** alta |
| | **Hospital regional de limoeiro**<br>**Perfil:** clínico geral<br>**Complexidade:** média |
| | **Hospital regional de palmares**<br>**Perfil:** clínico geral<br>**Complexidade:** média |
| **Dip** | **hospital correia picanço**<br>**Perfil:** só enc pacientes para parecer por suspeita de meningite e b24<br>**Complexidade:** alta |
| | **Hospital oswaldo cruz**<br>**Perfil:** apenas para pacientes estáveis e parecer. Não vinculado a vaga de internamento. É obrigatório contato prévio, funcionamento é de 24hs, não tem sala de emergência, não enc pac sem autorização do plantonista da dip. Tel: 31841392 adulto infantil - 31841369 - casos graves que necessitem de uti, orientar ligar para o ramal 31841453(esse acesso não é regulado pela crh)<br>**Complexidade:** alta |
| **Dip infantil** | **hospital correia picanço**<br>**Perfil:** crianças com suspeita de meningite<br>**Complexidade:** alta |
| **Eda** | **hospital da restauração**<br>**Perfil:** hda, corrosivos/pilhas e obstrução por corpo estranho - endoscopia para crianças encaminhar para o setor de endoscopia.<br>**Complexidade:** alta |
| | **Hospital miguel arraes**<br>**Perfil:** hda e obstrução por corpo estranho abrangência: abreu e lima, araçoiaba, condado, goiana, igarassu, itamaracá, itambé, itaquitinga, itapissuma, paulista e olinda. - acima de 14 anos. Pcts da região norte. Pacts regulados pela crh, samu e bombeiros.<br>**Complexidade:** alta |
| | **Hospital otávio de freitas**<br>**perfil:** hda e obstrução por corpo estranho - 1) pac. Estáveis: jejum de 8hs e com hemograma(unidades com recursos laboratoriais. 2pac. Instáveis: jejum dispensado<br>**Complexidade:** alta |
| **Ginecologia** | **hospital agamenon magalhães**<br>**Perfil:** ginecologia geral<br>**Complexidade:** alta |

| | |
|---|---|
| | **Hospital barão de lucena**<br>**Perfil:** ginecologia geral.<br>**Complexidade:** alta |
| | **Cisam**<br>**Perfil:** ginecologia geral<br>**Complexidade:** alta |
| | **Imip**<br>**Perfil:** ginecologia geral<br>**Complexidade:** alta |
| **Hemato** | **fundação hemope**<br>**Perfil:** adulto - apenas para pacientes estáveis e pareceres, não vinculado a vaga de internamento / recebe até 14 hs e só mandar acima de 14 anos<br>**Complexidade:** média |
| **Ncr** | **hospital da restauração**<br>**Perfil**: neurocirurgia adulto e infantil>30 dias (trme tce)<br>**Complexidade:** alta |
| **Ncr infantil** | **hospital da restauração**<br>**Perfil:**<br>**Complexidade:** |
| **Neurologia** | **hospital da restauração**<br>**Perfil:** neurologia adulto (preferencialmente em janela).<br>**Complexidade:** alta |
| | **HOSPITAL PELÓPIDAS SILVEIRA**<br>**PERFIL:** NEUROLOGIA ADULTO(ENC.PAC.EM JANELA OU FORA DE JANELA).<br>**COMPLEXIDADE:** ALTA |
| **Neurologia infantil** | **hospital da restauração**<br>**Perfil:** neurologia infantil.<br>**Complexidade:** alta |
| **Obstetrícia alto risco** | **hospital agamenon magalhães**<br>**Perfil:** alto risco materno fetal.<br>**Complexidade:** alta |
| | **Hospital barão de lucena**<br>**perfil:** alto risco materno fetal.<br>**Complexidade:** alta |
| | **Cisam**<br>**Perfil:** não encaminhar alto risco materno que necessite de uti. Ex: eclâmpsia/hellp/choque.<br>**Complexidade:** alta |
| | **Hospital das clínicas - ufpe**<br>**Perfil:** alto risco materno e fetal (6 a 8 senhas/dia) - não enc. Gineco. Podem receber até 04 gestantes de alto risco com necessidade de intervenção imediata. As demais devem ter indicação de internamento, mas não de interrupção imediata.<br>**Complexidade:** alta |
| | **Hospital da mulher do recife**<br>**Perfil:** alto risco materno e fetal sem limitação de cota (exclusivo munícipes de recife).<br>**Complexidade:** alta |

| | |
|---|---|
| | **Imip**<br>**Perfil:** alto risco materno fetal (referência em má formação fetal).<br>**Complexidade:** alta |
| | **Hospital joão murilo**<br>**Perfil:** alto risco materno fetal (exceto patologias obstétricas para tratamento clínico, obesidade mórbida, hellp/eclâmpsia e má formação fetal) - não possui enfermaria de alto risco.<br>**Complexidade:** alta |
| **Cpn** | **imip**<br>**Perfil:** termo (entre37se41se6dias), com pre-natal completo, feto único, cefálico, tpativo(du 2/ 35"/ 10', dilatação ≥5cm) e não ter tido 2 ou mais cesarianas,. Sem nenhuma condição patológica relacionada com gestação, com doença prévia ou com o feto. Cota limitada de senhas (checar com callcenter).<br>**Complexidade:** |
| **Obst. Baixo risco** | **hospital belarmino correia**<br>**Perfil:** risco habitual<br>**Complexidade:** baixa |
| | **Hospital ermírio coutinho**<br>**Perfil:** risco habitual<br>**Complexidade:** baixa |
| | **Hospital do tricentenário**<br>**perfil:** risco habitual<br>**Complexidade:** baixa |
| | **Hospital memorial guararapes**<br>**Perfil:** risco habitual (antigo baixo risco) - exclusivamente munícipes de jaboatão<br>**Complexidade:** baixa |
| | **Hospital petronila campos**<br>**perfil:** risco habitual<br>**Complexidade:** baixa |
| | **Hospital regional de limoeiro**<br>**Perfil:** risco habitual<br>**Complexidade:** baixa |
| | **Hospital regional de palmares**<br>**Perfil:** risco habitual<br>**Complexidade:** baixa |
| | **Maternidade arnaldo marques**<br>**Perfil:** risco habitual<br>**Complexidade:** baixa |
| | **Maternidade bandeira filho**<br>**perfil:** risco habitual<br>**Complexidade:** baixa |
| | **Maternidade barros lima**<br>**perfil:** risco habitual<br>**Complexidade:** baixa |
| **Oftalmo** | **Fundação altino ventura**<br>**Perfil:** oftalmo geral - emergência 24 h<br>**Complexidade:** alta |
| | **Hospital de olhos santa luzia**<br>**perfil:** oftalmo geral - horário de funcionamento 07h às 17h<br>**Complexidade:** média |

| | |
|---|---|
| | **Instituto de olhos do recife**<br>**Perfil:** oftalmo geral - horário de funcionamento 07h às 17h<br>**Complexidade:** média |
| | **Seope**<br>**Perfil:** oftalmo geral - horário de funcionamento 07h às 17h<br>**Complexidade:** média |
| **Oncopedia** | **hospital universitário oswaldo cruz**<br>**Perfil:** casos suspeitos ou confirmados.<br>**Complexidade:** alta |
| **Otorrinolaringologista** | **hospital agamenon magalhães**<br>**Perfil:** orl geral adulto criança<br>**Complexidade:** alta |
| **Pediatria** | **hospital barão de lucena**<br>**Perfil:** pediatria de alta complexidade e pacientes com pneumonia complicada com derrame pleural (necessidade ou não de cipe)<br>**Complexidade:** alta |
| | **Hospital belarmino correia**<br>**Perfil:** pediatria geral<br>**Complexidade:** média |
| | **Hospital da restauração**<br>**Perfil:** não regular pediatria.<br>**Complexidade:** alta |
| | **Hospital ermírio coutinho**<br>**Perfil:** pediatria geral<br>**Complexidade:** média |
| | **Hospital geral de areias**<br>**Perfil:** pediatria geral de média a baixa complexidade. Não possuem gasômetro<br>**Complexidade:** média |
| | **Hospital helena moura**<br>**Perfil:** pediatria geral<br>**Complexidade:** média |
| | **Hospital jaboatão prazeres**<br>**Perfil:** pediatria geral<br>**Complexidade:** baixa |
| | **Hospital joão murilo**<br>**Perfil:** pediatria geral<br>**Complexidade:** média |
| | **Hospital otávio de freitas**<br>**perfil:** pediatria geral<br>**Complexidade:** média |
| | **Hospital regional de limoeiro**<br>**Perfil:** pediatria geral<br>**Complexidade:** média |
| | **Hospital regional de palmares**<br>**Perfil:** pediatria geral<br>**Complexidade:** média |
| | **Imip**<br>**Perfil:** se menor do que 30 dias, considerar encaminhar para imip. O med solicitante deve ligar para (2122-4145) para passar o caso.<br>**Complexidade:** alta |
| **Pneumo** | **hospital otávio de freitas**<br>**Perfil:** pneumologia em geral.<br>**Complexidade:** alta |
| **Queimados** | **hospital da restauração**<br>**Perfil:** queimados adulto e infantil<br>**Complexidade:** alta |

| | |
|---|---|
| **Traumato** | **hospital belarmino correia**<br>**Perfil:** habitual de traumato-ortopedia adulto<br>**Complexidade:** média |
| | **Hospital da restauração**<br>**Perfil:** exclusivo de politrauma<br>**Complexidade:** alta |
| | **Hospital dom helder câmara**<br>**Perfil:** habitual de traumato-ortopedia adulto - abrangência: barreiros, cabo, escada, ipojuca, jaboatão, palmares, primavera, rio formoso, s j da coroa grande, sirinhaém e tamandaré. Pode encaminhar de fora da área de abrangência<br>**Complexidade:** alta |
| | **Hospital getúlio vargas**<br>**perfil:** habitual de traumato-ortopedia adulto<br>**Complexidade:** alta |
| | **Hospital joão murilo**<br>**Perfil:** habitual de traumato-ortopedia adulto<br>**Complexidade:** média |
| | **Hospital miguel arraes**<br>**Perfil:** traumato cirurgico geral abrangência: abreu e lima, araçoiaba, condado, goiana, igarassu, itamaracá, itambé, itaquitinga, itapissuma, paulistaeolinda-acimade 14 anos. Pcts da região norte. Pacts regulados pela crh, samu e bombeiros<br>**Complexidade:** alta |
| | **Hospital otávio de freitas**<br>**Perfil:** habitual de traumato-ortopedia adulto<br>**Complexidade:** alta |
| | **Hospital regional de limoeiro**<br>**perfil:** habitual de traumato-ortopedia adulto<br>**Complexidade:** média |
| | **Hospital regional de palmares**<br>**Perfil:** habitual de traumato-ortopedia adulto<br>**Complexidade:** média |
| **Traumato pediatria** | **Hospital da restauração**<br>**Perfil:** exclusivo de politrauma (acima de 30 dias).<br>**Complexidade:** alta |
| | **Hospital otávio de freitas**<br>**Perfil:** traumato-ortopedia pediatria (a partir de 3 meses até 13 anos 11meses e 29 dia)<br>**Complexidade:** alta |
| **Urg. Dialítica** | **Hospital agamenon magalhães**<br>**Perfil:** habitual de urgência dialítica- adulto<br>**Complexidade:** alta |
| | **Hospital da restauração**<br>**Perfil:** habitual de urgência dialítica- adulto<br>**Complexidade:** alta |
| | **Hospital dom helder câmara**<br>**Perfil:** habitual de urgência dialítica- adulto<br>**Complexidade:** alta |
| | **Hospital getúlio vargas**<br>**Perfil:** habitual de urgência dialítica- adulto<br>**Complexidade:** alta |

| | |
|---|---|
| | **Hospital miguel arraes**<br><br>**Perfil:** habitual de urgência dialítica - abrangência: abreu e lima, araçoiaba, condado, goiana, igarassu, itamaracá, itambé, itaquitinga, itapissuma, paulistaeolinda-acimade 14 anos. Pcts da região norte.<br>**Complexidade:** alta |
| | **Hospital otávio de freitas**<br>**Perfil:** habitual de urgência dialítica- adulto<br>**Complexidade:** alta |
| **Urologia** | **hospital miguel arraes**<br>**perfil:** demais patologias do protocolo de urologia exceto calculose urinária confirmada e hematúria.obedecer protocolo das patologias que vão para cmecg.<br>**Complexidade:** alta |
| | **Hospital otávio de freitas**<br>**Perfil:** urologia adulto.<br>**Complexidade:** alta |
| **Vascular** | **Hospital da restauração**<br>**Perfil:** receber isquemia reversível, arteriais agudos e trauma vascular.<br>**Complexidade:** alta |
| | **Hospital dom helder câmara**<br>**Perfil:** isquemia reversível, irreversível, arterial agudo e trauma arterial - abrangência: barreiros, cabo, escada, ipojuca, jaboatão, palmares, primavera, rio formoso, sj da coroa grande, sirinhaém e tamandaré. /não encaminhar fvc/ não encaminhar tvp<br>**Complexidade:** alta |
| | **Hospital getúlio vargas**<br>**perfil:** isquemia irreversível<br>**Complexidade:** alta |

Fonte: PMR-Painel de Monitoramento de Regulação de Urgência e Emergência, 2024.

## Atribuições dos entes federados sob cada nível de gestão para Rede de Urgência e Emergência.

Para o presente instrumento será apresentado os principais atributos da Rede de Urgência e Emergência da I Macrorregião de Saúde do Estado de Pernambuco. De acordo com o Plano Diretor da Saúde, a macro é formada pelas regiões de Saúde I, II, III e XII, totalizando 72 municípios com características territoriais, culturais, econômicas e de saúde distintas. Será apresentado o desenho de rede da I macrorregião.

Quadro 113 - Diretrizes para remodelagem da Rede de Urgência e Emergência no estado de Pernambuco.

| REFERÊNCIAS | AÇÃO-SERVIÇO |
|---|---|
| Estadual (SES/PE) | Central de Regulação Estadual · Atendimento Pré-Hospitalar Aero médico · Atendimento de urgência e emergência (Tratamento Cirúrgico de Aneurisma e Rotura de Aorta com necessidade de CEC), Neurocirurgia (tumores, aneurisma) Neurologia (unidade neuro-vascular), Cirurgia de cabeça e pescoço; · Regulação de leitos de média e alta complexidade considerando a regionalização pactuada, entre os Estados (Oncologia, Cardiologia, Traumato-Ortopédica, Materno-infantil e Neurologia). Funcionamento 24 horas. |
| Macrorregional Interestadual | Central de Regulação Interestadual; · Leitos de Retaguarda com pactuação Interestadual |
| Macrorregional | Central de Regulação Macrorregional SAMU 192; · Atendimento especializado na urgência e emergência – Politraumatizado, Neurologia, Cardiologia (Clínica, Cirúrgica e intervencionista), Nefrologia, Urologia, Clínica Médica, Traumatologia (Tratamento Cirúrgico das fraturas expostas com lesões vasculares associadas), Cirurgia Geral (com lesões associadas), Cirúrgica Pediátrica, Cirúrgica Vascular (traumatismo vasculares, aneurismas, complicações de procedimentos vasculares invasivos), Pediatria, BMF, Neurocirurgia; · Urgências Oncológicas; · Transplante; · SADT 24 h: USG, EDA, TAC; · Leitos de retaguarda incluindo UCO, Traumatologia incluindo cirúrgica da cintura escapular, quadril e coluna; · Angiografias e Procedimentos Endovasculares; · Regulação de urgência/emergência da sua abrangência; · Regulação de leitos de UTI, Regulação de serviços de Média/ Alta Complexidade (cardiologia, oncologia, neurocirurgia, traumato-ortopedia) e fila de espera de us abrangência, Regulação do Transporte Sanitário de sua abrangência, Funcionamento 24h; |

| | |
|---|---|
| Regional | SAMU 192 · Resolução das urgências e emergências clínicas e cirúrgicas (Drenagem torácica, Tratamento cirúrgico no abdome agudo) da média complexidade e obstétricas (assistência à gestação de alto risco) incluindo atendimento nas 30 Regional especialidade de traumatologia (fratura exposta sem lesão vascular associada) Cardiologia, Neurologia, Urologia e Nefrologia. · Telecardio – interpretação eletrocardiográfica a distância; · Telecurso- interpretação da TC a distância · CAPS III; · Leitos de retaguarda incluindo UTI; · Regulação de leitos/Internações eletivas de abrangência regional; Regulação de consultas e exames Especializados de média e alta complexidade (TAC, RNM, Dens. Óssea, etc.) de abrangência regional e TRS; Funcionamento: 12h; · Atenção Domiciliar; |
| Microrregional | · SAMU 192 – Base descentralizada ou cobertura · Resolução das urgências e emergências clínica, cirúrgicas (abdome agudo não traumático em pacientes com estabilidades hemodinâmica) e obstétricas (assistência ao parto Cesário, a mulher em situação de abortamento, intercorrências da gravidez (DPP, PP), infecções, síndrome hipertensiva e interferências de puerpério) e ao RN de média Complexidade; · SADT 12h(exames de apoio diagnostico complementar de média complexidade (Tomografia, USG com Doppler) e ambulatorial. · UPAs 24h porte II e similares- municípios de 100.001 a 200.000 e/ou porte III e similares- municípios de 200.001 a 300.000 hab; · Urgências odontológicas relacionadas a dor, odontogênica e não odontogênicas, alterações periodontais( abcessos, gengivorragia) pequenos traumatismo na face quadros infecciosos. · CAPS I e/ou II; · Leitos de retaguarda de Pediatria, Cirurgia Geral, Traumatologia (Fraturas fechadas) Clínicos (incluindo neurologia e cardiologia), Psiquiátricos e Crônicos. |

| | |
|---|---|
| Municipal | · Promoção, Prevenção e Vigilância à saúde; · SAMU 192 – Base descentralizada<br>· Acolhimento e atendimento inicial às urgências e emergências em pacientes com quadros agudos ou crônicos agudizados, a mulher em situação de abortamento, intercorrências da gravidez e assistência à mulher no puerpério na sua área de cobertura ou adscrição.<br>· Resolução das urgências clínica (crise hipertensiva, viroses, asma, dor aguda, etc.), obstétrica (assistência à gestante em período expulsivo, em trabalho de parto e ao PN sem distorcia); Urgências cirúrgicas de Baixa Complexidade (Procedimentos sob anestesia local – suturas, drenagem de acesso, exérese de unha);<br>· SADT 24h (laboratório, ECG, Radiologia Simples);<br>· Salas de Estabilização - Municípios com menos de 50.000 hab;<br>· UPAs 24h Porte I e similares – Municípios com 50.000 a 100.000 hab;<br>· Hospitais municipais e Hospitais de pequeno porte;<br>· Municípios > 100.000 hab – consultas especializadas, exames de imagem, urgência básica, pronto atendimento (24h) porte II ou porte III, base municipal do SAMU, CAPS.<br>· Leitos de retaguarda de pediatria, Clínica Médica, Obstétrica;<br>· Atenção Domiciliar;<br>· Central de Regulação Ambulatorial de procedimentos de atenção básica e média complexidade: consultas especializadas, exames complementares (USG, RX, Exames laboratorial simples, citologia oncótica, etc.) e internamentos eletivos com funcionamento 12 horas diurnas |

Fonte: Resolução CIB Nº1797: Grupo Condutor Remodelagem RUE no Estado de Pernambuco, 2011, Pernambuco.

De acordo com o Quadro 113 a respectiva de Rede de Atenção à Saúde com suas interseções nos aspectos de integralidade e hierarquia do SUS, Pernambuco possui uma das maiores redes de hospitais públicos próprios do Brasil e os atendimentos de altas complexidades, que em grande parte, concentram-se nos municípios de maior porte, orientando a priorização das portas de entrada do estado. Este fator é importante para entender a Rede de urgência e emergência da I Região de Saúde de Pernambuco, bem como a capilarização dos demais componentes. Além disso, conhecer a distribuição da RUE contribui para o estabelecimento de estratégias que otimizem o tempo resposta às urgências/emergências em todo o território pernambucano, minimizando os agravos e os riscos à vida.

**Profissionais atuantes na Rede de Urgência e Emergência (RUE)**

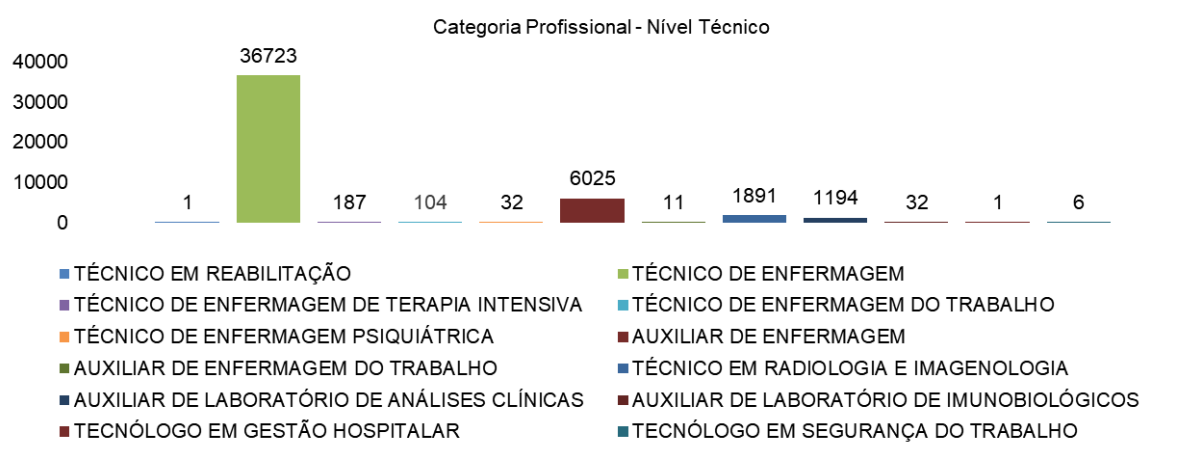
Diante da característica desta rede, bem como sua composição por diferentes pontos de atenção, de forma a dar conta das diversas ações necessárias ao atendimento às situações de urgência. É necessário que seus componentes atuem de forma integrada, articulada, sinérgica e transversal, além disso, devem estar presentes no acolhimento, na qualificação profissional, na informação e na regulação de acesso (Brasil, 2013).

Os dados que serão apresentados a seguir são retirados da sala de situação de saúde do estado de Pernambuco, diante disso, vale ressaltar que não há um filtro de seleção neste sistema para garantir que o levantamento do quadro de profissionais seja de atuação exclusiva da rede de urgência e emergência.

Figura 150 apresenta as possíveis categorias profissionais de nível técnico que atuam na rede urgência e emergência considerando a última competência do mês, com isso é possível observar a principal classe de profissionais são técnicos de enfermagem, seguido de auxiliar de enfermagem, ainda com esse aumento relevante, vale detectar que isso corresponde para todo

estado de Pernambuco, considerando uma rede apresenta alta demanda, pode-se considerar este número de profissionais atuantes de forma insuficiente.

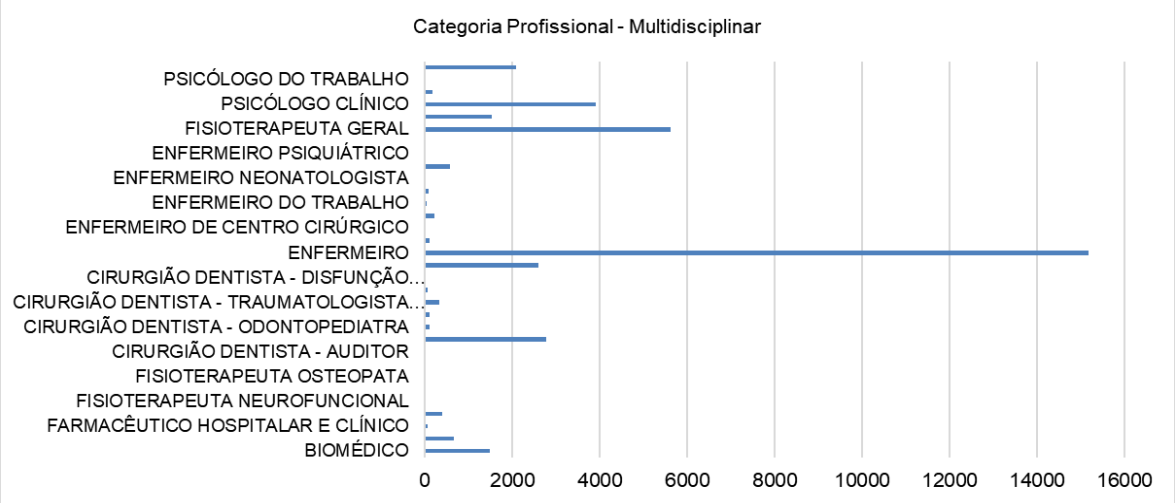
Figura 150 - Categoria profissional de nível técnico, competência de março de 2024.




Fonte: Sala de situação de saúde, Pernambuco, 2024.

Na Figura 151 estão identificadas as categorias profissionais (multidisciplinar) que podem atuar na rede de urgência e emergência. Nota-se que a maior quantidade de profissionais são enfermeiros, seguidos de fisioterapia geral e psicólogo clínico, também considerando a última competência do mês. Observa-se que profissionais multidisciplinares com atuação direcionadas déficit, a exemplo disto, temos enfermeiros psiquiátrico, fisioterapeuta osteopata e neurofuncional. Apesar deste aumento de profissionais da categoria de Enfermagem, ainda não é suficiente para atender a demanda, além disso, são a categoria profissional que o mercado de trabalho mais necessita.

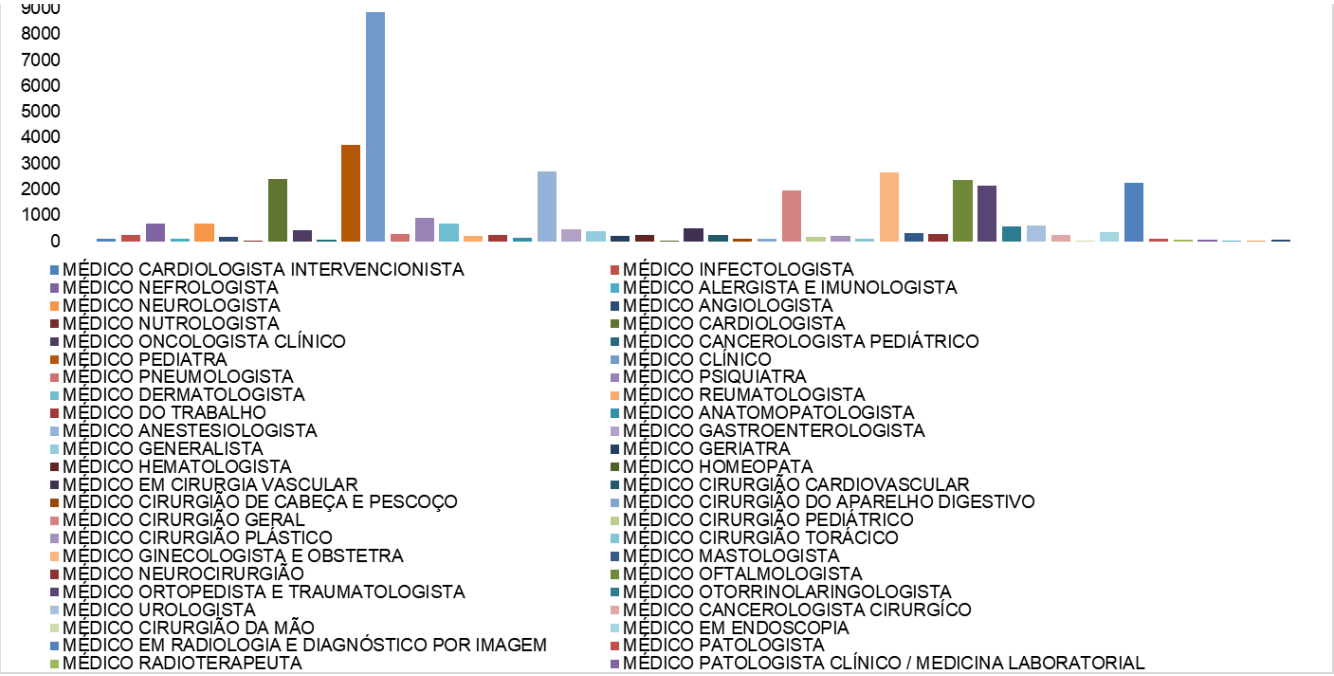
Figura 151 - Categoria profissional multidisciplinar, março de 2024.




Fonte: Sala de situação de saúde, Pernambuco, 2024.

A Figura 152, apresenta a categoria de profissionais médicos que podem atuar na RUE, por especialidades, assim, segundo a última competência do mês de março de 2024, o estado de Pernambuco registrou um quantitativo de profissionais médico clínico, pediatrico e médico ginecologista e obstetra.

Figura 152 - Categoria profissional médicos, março de 2024.




Fonte: Sala de situação de saúde, Pernambuco, 2024.

Com isso, faz necessário realizar o dimensionamento da força de trabalho necessária de acordo com a capacidade instalada desta rede, assim como, garantia de um sistema de informação que realize o monitoramento destes profissionais por rede de atenção à saúde.

**Recursos Financeiros**

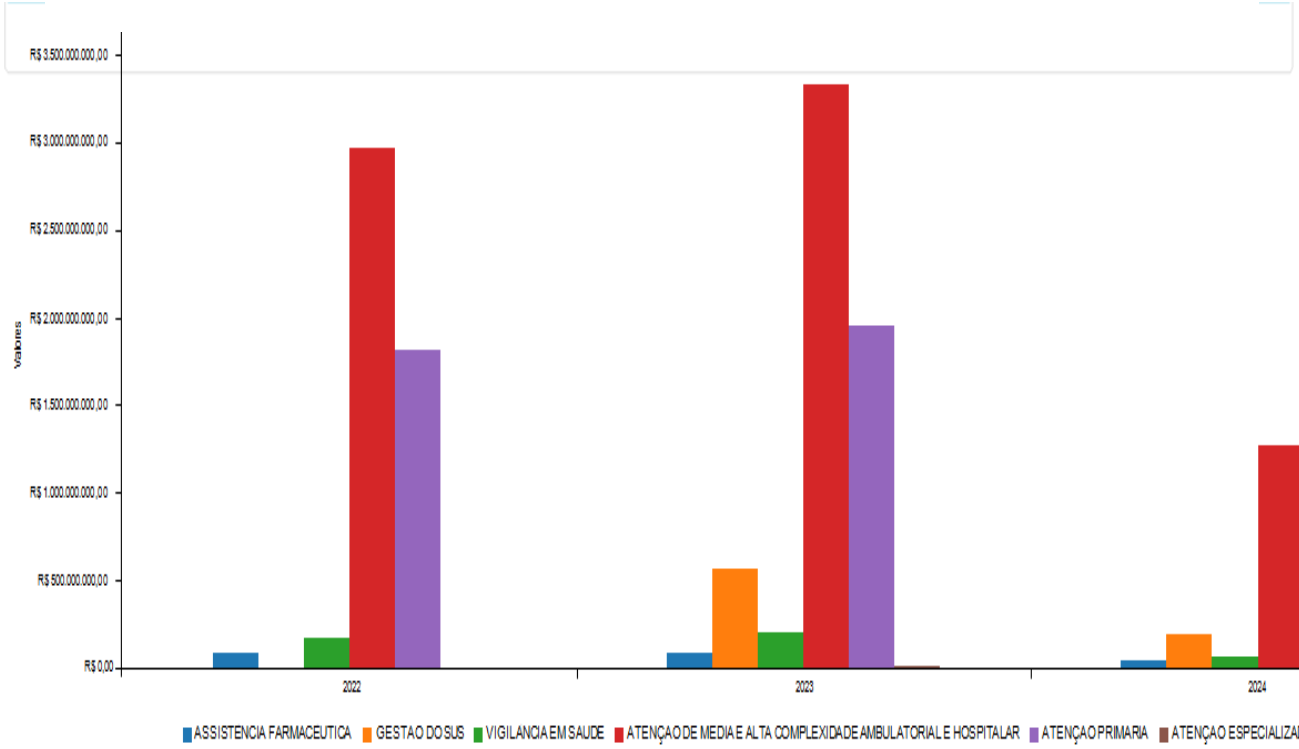
Recurso financeiro destinados aos estados e municípios são de repasse fundo a fundo com transferência automática para o bloco de custeio da atenção, atualmente, as portarias ministeriais GM/MS vigentes que dispõe sobre os incentivos financeiros desta rede são:

- Portarias ministeriais GM/MS nº 958, de 17 de julho de 2023 que dispõe sobre os valores do incentivo financeiro de custeio para manutenção das unidades móveis e Centrais de Regulação das Urgências efetivamente implantadas do SAMU 192;

- Portaria GM/MS nº 1.631, de 23 de outubro de 2023 estabelece recurso financeiro do Bloco de Manutenção das Ações e Serviços Públicos de Saúde -Grupo de Atenção Especializada referente ao reajuste dos valores de habilitação e qualificação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192), a ser incorporado ao limite financeiro de Média e Alta Complexidade (MAC) dos Estados, Municípios e Distrito Federal;
- Portaria GM/MS nº 1.997, de 24 de novembro de 2023 que altera as Portarias de Consolidação GM/MS nº 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para tratar da habilitação, da homologação e do financiamento dos serviços da Rede de Atenção às Urgências e Emergências, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS.
- Portaria GM/MS Nº 3.053, de 8 de janeiro de 2024 que divulga os montantes anuais alocados aos estados, Distrito Federal e municípios, destinados ao cofinanciamento das ações e serviços públicos de saúde no grupo de atenção de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar (Teto MAC).

A figura abaixo apresenta uma análise comparativa de recursos repassados fundo a fundo, para o bloco de manutenção das ações e serviços públicos de saúde (custeio) no estado de Pernambuco. Com isso, é possível analisar uma disparidade do investimento na área de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar quando comparada a atenção especializada e primária à saúde, fortalecendo o modelo de atenção hospitalocêntrico. Assim evidenciando a necessidade de reestruturação do modelo assistencial para reorganização e priorização da atenção primária à saúde (APS) como principal porta de entrada para os serviços de saúde, garantindo resolutividade no território.

Figura 153 - Comparativo de Recursos Repassados entre os anos de 2022 até abril de 2024.




Fonte: Fundo Nacional de Saúde, abril de 2024.

Os quadros abaixo representam os investimentos financeiros recebidos pelos municípios da I macrorregião de Saúde para manutenção dos serviços de média e alta complexidade, incluído o SAMU e cirurgias eletivas, considerando a última competência do mês de março de 2024.

Quadro 114 - Recurso financeiro destinado à média e alta complexidade por município na I Região de Saúde, mês de março de 2024.

| Região de Saúde | Município | Ação Detalhada | Valor Total |
|---|---|---|---|
| | | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| I Região de Saúde | Abreu e Lima | SAMU 192 | 34.125,00 |
| | | Atenção saúde à População Procedimentos MAC | 780.760,87 |
| | Araçoiaba | SAMU 192 | 17.062,50 |
| | | Atenção saúde à População Procedimentos MAC | 57.011,11 |
| | Cabo de Santo Agostinho | Atenção saúde à População Procedimentos MAC | 1.156.030,63 |
| | | Redução das Filas de Cirurgias (Eletivas) | 34.896,55 |
| | | SAMU 192 | 110.337,50 |
| | Camaragibe | Atenção saúde à População Procedimentos MAC | 2.131.884,24 |
| | | Redução das Filas de Cirurgias (Eletivas) | 64.752,56 |
| | | SAMU 192 | 17.062,50 |
| | Chã Grande | Atenção saúde à População Procedimentos MAC | 175.233,34 |
| | | Redução das Filas de Cirurgias (Eletivas) | 485,48 |
| | | SAMU 192 | 17.062,50 |
| | Chã de Alegria | Atenção saúde à População Procedimentos MAC | 17.062,50 |
| | | SAMU 192 | 21.006,22 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | Glória do Goitá | Atenção saúde à População Procedimentos MAC | 72.658,02 |
| | | Incremento temporário ao custeio dos serviços de assistência hospitalar e ambulatorial | 1.076.646,25 |
| | | SAMU 192 | 17.062,50 |
| | Igarassu | Atenção saúde à População Procedimentos MAC | 383.764,46 |
| | | Incremento temporário ao custeio dos serviços de assistência hospitalar e ambulatorial | 2.045.790,00 |
| | | SAMU 192 | 76.212,50 |
| | Ipojuca | Atenção saúde à População Procedimentos MAC | 537.594,00 |
| | | SAMU 192 | 93.275,00 |
| | Itamaracá | Atenção saúde à População Procedimentos MAC | 97.305,95 |
| | | SAMU 192 | 34.125,00 |
| | Itapissuma | Atenção saúde à População Procedimentos MAC | 135.610,57 |
| | | SAMU 192 | 34.125,00 |
| | Jaboatão dos Guararapes | Atenção saúde à População Procedimentos MAC | 9.043.720,43 |
| | | SAMU 192 | 144.462,50 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | | Redução de filas de cirurgias eletivas | 312.073,97 |
| | Moreno | Atenção saúde à População Procedimentos MAC | 522.449,19 |
| | | SAMU 192 | 17.062,50 |
| | Olinda | Atenção saúde à População Procedimentos MAC | 3.987.746,94 |
| | | SAMU 192 | 127.400,00 |
| | | Redução de filas de cirurgias eletivas | 138.893,90 |
| | Paulista | Atenção saúde à População Procedimentos MAC | 1.603.722,72 |
| | | SAMU 192 | 110.337,50 |
| | | Incremento temporário ao custeio dos serviços de assistência hospitalar e ambulatorial | 1.000.000,00 |
| | Pombos | Atenção saúde à População Procedimentos MAC | 112.423,57 |
| | | SAMU 192 | 17.062,50 |
| | Recife | Atenção saúde à População Procedimentos MAC | 32.254.554,42 |
| | | SAMU 192 | 1.185.161,25 |
| | | Redução de filas de cirurgias eletivas | 1.166.952,25 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | São Lourenço | Atenção saúde à População Procedimentos MAC | 823.802,26 |
| | | SAMU 192 | 17.062,50 |
| | | Redução de filas de cirurgias eletivas | 84.961,82 |
| | Vitória de Santo Antão | Atenção saúde à População Procedimentos MAC | 1.491.974,28 |
| | | SAMU 192 | 128.776,70 |

Fonte: Fundo Nacional de Saúde, abril de 2024.

Quadro 115 - Recurso financeiro destinado a média e alta complexidade por município na II Região de Saúde, mês de março de 2024.

| **Região de Saúde** | **Município** | **Ação Detalhada** | **Valor Total** |
|---|---|---|---|
| II Região de Saúde | Bom Jardim | SAMU 192 | 17.062,50 |
| | | Atenção saúde à População Procedimentos MAC | 69.995,62 |
| | Buenos Aires | SAMU 192 | 17.062,50 |
| | | Atenção saúde à População Procedimentos MAC | 17.123,92 |
| | Carpina | Atenção saúde à População Procedimentos MAC | 428.944,68 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | | Redução de Filas para cirurgias eletivas | 62.911,44 |
| | | Incremento temporário ao custeio dos serviços de assistência hospitalar e ambulatorial | 500.000,00 |
| | | SAMU 192 | 67.112,50 |
| | Casinhas | SAMU 192 | 17.062,50 |
| | | Atenção saúde à População Procedimentos MAC | 23.293,92 |
| | Cumaru | SAMU 192 | 17.062,50 |
| | | Atenção saúde à População Procedimentos MAC | 29.757,40 |
| | Feira Nova | SAMU 192 | 17.062,50 |
| | | Atenção saúde à População Procedimentos MAC | 83.592,34 |
| | João Alfredo | SAMU 192 | 17.062,50 |
| | | Atenção saúde à População Procedimentos MAC | 75.277,43 |
| | Lagoa de Itaenga | SAMU 192 | 17.062,50 |
| | | Atenção saúde à População Procedimentos MAC | 82.422,54 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | Lagoa do Carro | SAMU 192 | 17.062,50 |
| | | Atenção saúde à População Procedimentos MAC | 86.069,45 |
| | Limoeiro | SAMU 192 | 91.182,00 |
| | | Atenção saúde à População Procedimentos MAC | 828.291,82 |
| | Machados | Atenção saúde à População Procedimentos MAC | 29.007,38 |
| | Nazaré da Mata | Atenção saúde à População Procedimentos MAC | 51.702,17 |
| | | Incremento temporário ao custeio dos serviços de assistência hospitalar e ambulatorial | 700.000,00 |
| | | SAMU 192 | 17.062,50 |
| | Orobó | Atenção saúde à População Procedimentos MAC | 80.205,65 |
| | | SAMU 192 | 17.062,50 |
| | Passira | Atenção saúde à População Procedimentos MAC | 113.760,74 |
| | | SAMU 192 | 17.062,50 |
| | Paudalho | Atenção saúde à População Procedimentos MAC | 679.732,33 |
| | | Incremento temporário ao custeio dos serviços de assistência hospitalar e ambulatorial | 270.925,10 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | | SAMU 192 | 17.062,50 |
| | Salgadinho | Atenção saúde à População Procedimentos MAC | 7.830,93 |
| | Surubim | Atenção saúde à População Procedimentos MAC | 786.452,83 |
| | | Incremento temporário ao custeio dos serviços de assistência hospitalar e ambulatorial | 133.664,04 |
| | | SAMU 192 | 91.182,00 |
| | Tracunhaém | Atenção saúde à População Procedimentos MAC | 14.934,53 |
| | Vertente do Lério | Atenção saúde à População Procedimentos MAC | 7.838,75 |
| | Vicência | Atenção saúde à População Procedimentos MAC | 101.847,26 |
| | | Incremento temporário ao custeio dos serviços de assistência hospitalar e ambulatorial | 1.000.000,00 |

Fonte**:** Fundo Nacional de Saúde, abril de 2024.

Quadro 116 - Recurso financeiro destinado à média e alta complexidade por município na III Região de Saúde, mês de março de 2024.

| **Região de Saúde** | **Município** | **Ação Detalhada** | **Valor Total** |
|---|---|---|---|
| III Região de Saúde | Água Preta | SAMU 192 | 17.062,50 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | | Atenção saúde à População Procedimentos MAC | 432.892,22 |
| | Amaraji | SAMU 192 | 17.062,50 |
| | | Atenção saúde à População Procedimentos MAC | 91.526,79 |
| | Barreiros | Atenção saúde à População Procedimentos MAC | 991.448,12 |
| | | Redução de Filas para cirurgias eletivas | 159.239,58 |
| | | SAMU 192 | 17.062,50 |
| | Belém de Maria | SAMU 192 | 17.062,50 |
| | | Atenção saúde à População Procedimentos MAC | 25.349,97 |
| | Catende | SAMU 192 | 17.062,50 |
| | | Atenção saúde à População Procedimentos MAC | 126.591,90 |
| | Cortes | Atenção saúde à População Procedimentos MAC | 450.164,87 |
| | | Redução de Filas para cirurgias eletivas | 39.323,38 |
| | | SAMU 192 | 17.062,50 |
| | Escada | Atenção saúde à População Procedimentos MAC | 227.020,59 |
| | | SAMU 192 | 17.062,50 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | Gameleira | Atenção saúde à População Procedimentos MAC | 127.312,22 |
| | | SAMU 192 | 17.062,50 |
| | Jaqueira | Atenção saúde à População Procedimentos MAC | 443.253,68 |
| | | Incremento temporário ao custeio dos serviços de assistência hospitalar e ambulatorial | 400.000,00 |
| | | SAMU 192 | 28.494,70 |
| | Joaquim Nabuco | Atenção saúde à População Procedimentos MAC | 443.253,68 |
| | | Incremento temporário ao custeio dos serviços de assistência hospitalar e ambulatorial | 400.000,00 |
| | | SAMU 192 | 28.494,70 |
| | Lagoa dos Gatos | SAMU 192 | 17.062,50 |
| | | Atenção saúde à População Procedimentos MAC | 18.247,96 |
| | Palmares | Atenção saúde à População Procedimentos MAC | 1.339.308,25 |
| | | Redução de Filas para cirurgias eletivas | 30.511,48 |
| | | SAMU 192 | 67.112,50 |
| | Primavera | SAMU 192 | 17.062,50 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | | Atenção saúde à População Procedimentos MAC | 17.795,74 |
| | Quipapá | SAMU 192 | 28.494,70 |
| | | Atenção saúde à População Procedimentos MAC | 92.243,05 |
| | Ribeirão | SAMU 192 | 17.062,50 |
| | | Atenção saúde à População Procedimentos MAC | 216.350,82 |
| | Rio Formoso | Atenção saúde à População Procedimentos MAC | 110.719,87 |
| | | Incremento temporário ao custeio dos serviços de assistência hospitalar e ambulatorial | 300.000,00 |
| | | SAMU 192 | 17.062,50 |
| | São Bento do Sul | Atenção saúde à População Procedimentos MAC | 135.421,56 |
| | | SAMU 192 | 17.062,50 |
| | São José da Coroa Grande | Atenção saúde à População Procedimentos MAC | 78.664,83 |
| | | Incremento temporário ao custeio dos serviços de assistência hospitalar e ambulatorial | 250.000,00 |
| | | SAMU 192 | 17.062,50 |
| | Sirinhaém | Atenção saúde à População Procedimentos MAC | 17.062,50 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | | SAMU 192 | 158.863,05 |
| | Tamandaré | Atenção saúde à População Procedimentos MAC | 17.062,50 |
| | | SAMU 192 | 123.833,78 |
| | Xexéu | Atenção saúde à População Procedimentos MAC | 17.062,50 |
| | | SAMU 192 | 65.169,38 |

Fonte: Fundo Nacional de Saúde, abril de 2024.

Quadro 117 - Recurso financeiro destinado à média e alta complexidade por município na XII Região de Saúde, mês de março de 2024.

| **Região de Saúde** | **Município** | **Ação Detalhada** | **Valor Total** |
|---|---|---|---|
| XII Geres | Aliança | SAMU 192 | 17.062,50 |
| | | Atenção saúde à População Procedimentos MAC | 161.267,83 |
| | Goiana | SAMU 192 | 110.337,50 |
| | | Atenção saúde à População Procedimentos MAC | 220.759,96 |
| | Camutanga | SAMU 192 | 28.494,70 |
| | | Atenção saúde à População Procedimentos MAC | 15.285,19 |
| | Condado | SAMU 192 | 17.062,50 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | | Atenção saúde à População Procedimentos MAC | 64.264,49 |
| | Ferreiros | Atenção saúde à População Procedimentos MAC | 9.894,10 |
| | Itambé | SAMU 192 | 17.062,50 |
| | | Atenção saúde à População Procedimentos MAC | 190.672,04 |
| | Itaquitinga | Atenção saúde à População Procedimentos MAC | 64.575,80 |
| | Macaparana | SAMU 192 | 17.062,50 |
| | | Atenção saúde à População Procedimentos MAC | 104.390,40 |
| | São Vicente Ferrer | SAMU 192 | 17.062,50 |
| | | Atenção saúde à População Procedimentos MAC | 70.312,83 |
| | Timbaúba | SAMU 192 | 28.494,70 |
| | | Atenção saúde à População Procedimentos MAC | 1.081.453,70 |

Fonte: Fundo Nacional de Saúde, abril de 2024.

**Sistemas de apoio, logísticos e governança**

Diante da necessidade discutir as pactuações vigentes, bem como realizar novas repactuações, com a remodelagem da rede, a fim de possibilitar ampliação do acesso e aumento na resolutividade no território com a qualificação

dos serviços existentes e a implantação de outros componentes da rede. Com isso, é importante a retomada do Grupo Condutor Estadual da RUE, com seus respectivos Grupos Condutores Regionais, para identificar as necessidades, e propor estratégias para discutir em espaços legítimos de governança das Comissões Intergestores Bipartite e Regionais, o quadro abaixo apresenta as principais pactuações realizadas entre os anos de 2018 a 2023, especificamente para esta rede.

Quadro 118 - Resoluções emitidas pelas Comissões Intergestores Bipartite e Regionais.

| N° da Resolução | Data | Assunto |
|---|---|---|
| 1.797 | 19/11-2021 | Define as competências e atribuições da gestão considerando a abrangência territorial. |
| 4084 | 18/05/2018 | Aprova ad referendum Termo de Compromisso de funcionamento UPA 24h e habilitação na modalidade Porte II, opção de custeio VIII no município de Ipojuca do Estado de Pernambuco. |
| 5023 | 19/08/2018 | Atualizar a composição dos Grupos Condutores da Rede de Urgência e Emergência nas macrorregionais I, II, III e IV do Estado de Pernambuco, na representação Municipal e Estadual. |
| 5033 | 10/09/2018 | Aprova ad referendum o Termo de Compromisso de funcionamento da UPA 24h Nova UPA Paudalho CNES: 9551476 e habilitação na modalidade Porte I, Opção IV de custeio, município de Paudalho – PE. |
| 5047 | 25/10/2018 | Aprova ad referendum a inclusão de 01(uma) Unidade de Suporte Avançado (USA) do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) no Plano de Ação Regional da Rede de Urgência e Emergência da II Regional da Rede de Urgência e Emergência da II Regional de saúde - I Macrorregião. |
| 5070 | 27/12/2018 | Aprova o Credenciamento/ Habilitação do Hospital Santo Amaro como Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Traumatologia e Ortopedia. |
| 5376 | 04/12/2020 | Aprovar o Serviço de Pronto Atendimento SPA - Urgência e Emergência Hospital São Luiz, município de Surubim no Plano de Ação Regional da Rede de Urgência de Atenção às Urgências e Emergência da II Região de Saúde, do Estado de Pernambuco. |
| 5706 | 31/03/2022 | Atualizar a composição do Grupo Condutor da Rede de Urgência e Emergência nas macrorregionais I, II e IV do Estado de |

| | | |
|---|---|---|
| | | Pernambuco, na representação Municipal e Estadual. |

Fonte: SES/PE, 2024.

**Necessidades e desafios da rede de urgência e emergência.**

A rede de urgência e emergência dispõe de serviços robustos com referência municipais e estadual, seguindo fortemente o processo de regionalização em saúde, com oferta de serviços mais próximos dos usuários no território da I macrorregião de saúde. Apesar disso, faz-se necessário ampliar a oferta dos leitos, fortalecer os hospitais regionais, bem como hospitais de pequeno porte, expandir de forma estratégica as unidades de pronto atendimento, qualificar e ampliar o suporte avançado, com a descentralização de hospitais especializados de alta complexidade, reafirmando as pactuações existentes.

**Considerações finais**

A partir da análise da RUE, observamos que se trata de uma rede robusta em estrutura para o atendimento à população, unidades de Referência Municipal e Estadual. Diante disto, cabe identificar alguns aspectos a serem discutidos na microrregião, a fim de promover melhorias na efetivação dessa rede, tais como a identificação das áreas de insuficiência de recursos assistenciais na RUE regional, promovendo uma melhor distribuição dos recursos e equipamentos de saúde na região, a fim de melhorar o acesso da população. Outro grande desafio é a destinação do recurso financeiro para manutenção dos serviços de urgência e emergência nos territórios, tendo em vista que os incentivos repassados de forma fundo a fundo ainda são insuficientes, especialmente, para municípios de menor porte populacional e baixa captação financeira.

## REDE ONCOLÓGICA

A Rede de Atenção às Doenças e Condições Crônicas, é considerada uma das redes de atenção à saúde prioritárias no Brasil, de acordo com a Portaria n° 874, de 16 de maio de 2013, que institui Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), o objetivo desta política é reduzir a mortalidade**,** incapacidade e incidência de alguns cânceres, para garantir qualidade de vida dos usuários por meio de ações de promoção, prevenção, bem como diagnóstico precoce, tratamento oportuno e cuidados paliativos (Brasil, 2013).

No Brasil, para oferecer a assistência integral, e especializada aos pacientes oncológicos, existem os Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (CACON) e Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON) (Sociedade Brasileira de Cirurgia Oncológica, 2022). Os CACON possuem infraestrutura adequada à prestação de assistência de alta complexidade para o diagnóstico e tratamento de todos os tipos de cânceres, e precisam, obrigatoriamente, oferecer radioterapia. Enquanto que, os UNACON prestam assistência especializada de alta complexidade para o diagnóstico e tratamento dos cânceres mais prevalentes no Brasil, porém sem obrigatoriedade de oferecer radioterapia (Sociedade Brasileira de Cirurgia Oncológica, 2022).

Uma importante ferramenta para o monitoramento dos casos oncológicos no país é o PAINEL-Oncologia, que disponibiliza informações relevantes acerca do panorama nacional. No entanto, é válido salientar que, as informações apresentadas neste PAINEL dependem do registro e da qualidade das informações dos seguintes Sistemas de Informações: Sistema de Informação Ambulatorial (SIA - BPA-I, Apac-Onco), Sistema de Informação Hospitalar (SIH), Sistema de Informação do Câncer (Siscan), Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e Cadweb (ATTY *et al.*, 2020).

Para a concepção do arranjo atual da rede de Atenção Oncológica do estado de Pernambuco a Resolução CIB/PE N° 3061, de 23 de outubro de 2017, aprovada a organização da linha de cuidado da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas, no eixo temático câncer nas 4 Macrorregionais

de Pernambuco, sendo esta resolução um marco na assistência oncológica do estado, tendo como foco o componente de alta complexidade.

No ano de 2020, a resolução CIB/PE N° 5339, aprovou o Plano de Atenção para o Diagnóstico e Tratamento do Câncer em Pernambuco, com intuito de discutir a Rede de Alta complexidade para Oncologia, organizando a oferta de serviços qualificados em tempo oportuno e as respectivas habilitações dos serviços. Envolveu todo o desenho da rede estadual de saúde e seus desdobramentos para a assistência oncológica integral, indo desde o diagnóstico precoce até os cuidados paliativos, passando por todas as fases do tratamento, além do registro de câncer e a pesquisa em saúde.

Este Plano de Atenção para o Diagnóstico e Tratamento do Câncer apresenta entre as metas e ações para o fomento habilitações de novas Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON), Ampliação da oferta do tratamento com Iodo Radioativo (IODOTERAPIA) nas Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON), ampliação da oferta de radioterapia, capacitação dos profissionais da Atenção Primária à Saúde – APS, secundária e terciária, quanto aos sinais, sintomas, exames de rastreio, diagnósticos dos cânceres mais prevalentes e cuidados paliativos na população pernambucana, através de metodologias da educação à distância (EAD), bem como oferta de procedimentos de radiocirurgias em ao menos uma Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON). Bem como, realizar o monitoramento do Registro Hospitalar de Câncer – RHC nas Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON), promoção da assistência farmacêutica;

Além disso, o plano possibilita a construção de fluxos assistenciais, estabelecendo referências e contra referências regionalizadas para diagnóstico e tratamento dos cânceres mais prevalentes, contratualização de laboratórios de citopatologia/anatomopatológico para atender a demanda da rede de oncologia, estabelecimento de referências (Rede Própria/Contratualizada) para a realização de excisão de zona de transição (EZT) do colo do útero, capacitação de Profissionais da Atenção Primária, Secundária e Terciária em Cuidados

Paliativos e ampliação da discussão junto ao Ministério da Saúde sobre financiamento do SUS.

Segundo o Painel-Oncologia do Brasil, no ano de 2023 foram totalizados na I macrorregião de saúde de Pernambuco, 12.198 casos de cânceres, sendo distribuídos 9.760, 1.039, 815 e 584 nas I, II, III e XII regiões de saúde, respectivamente. Analisando uma série histórica dos últimos cinco anos (2019 a 2023), podemos identificar a partir dos dados disponíveis no Painel os cânceres mais prevalentes nestas quatros regionais que compõem a I macrorregião. Nesse período, destacam-se as altas incidências por neoplasias malignas de mama, próstata, colo do útero, cólon, estômago e ovário. Os estudos apontam que a mortalidade por neoplasia vem crescendo ao longo dos anos. No estado de Pernambuco, as neoplasias são a terceira causa de morte na população, o que justifica ainda mais a necessidade de uma rede articulada e organizada para a realização de prevenção efetiva, diagnóstico oportuno e tratamento resolutivo.

**Funcionamento da rede de atenção oncológica**

O estado de Pernambuco dispõe de assistência de alta complexidade em oncologia em todas as macrorregiões de saúde, no entanto a oferta de serviços de diagnóstico e tratamento ainda é insuficiente para atender às necessidades da população. A atenção oncológica enfrenta dificuldades que perpassam os três eixos prioritários da assistência integral: Atenção Básica, Atenção Especializada Ambulatorial e Atenção Especializada Hospitalar.

**Nível Primário**

O nível primário representado pela Atenção Primária à Saúde (APS) é ordenadora da rede e coordenadora do cuidado, é considerada a porta de entrada preferencial dos usuários, sendo assim essencial para o diagnóstico precoce, prevenção e promoção da saúde. Para rede de atenção oncológica, a atenção primária por estar mais próximo dos usuários, tem como competência principal a identificação de sinais e sintomas dos diversos tipos de neoplasias malignas, ou casos suspeitos. Além disso, deve-se atentar para atividades de promoção da saúde, como busca ativa de casos suspeitos, especialmente, em grupos populacionais mais suscetível aos cânceres mais prevalentes, vacinação

contra o HPV, coleta de citológicos pela técnica de papanicolau e ações de educação na saúde que são de responsabilidade da APS (Landim, et al., 2019).

Além disso, vale ressaltar a importância da APS para o acompanhamento dos casos, através das visitas domiciliares, bem como os cuidados paliativos que são essenciais para os portadores de cânceres, diante da necessidade do acompanhamento multiprofissional. Diante disso, fortalecer a educação permanente para os profissionais de saúde atuantes na APS, com intuito de aprimorar os conhecimentos e sensibilizar o reconhecimento das demandas de oncologia no território, para garantir a longitudinalidade do cuidado e atender as demandas dos usuários mais próximos do seu local de residência de forma resolutiva (Lopes, et al., 2022).

**Nível secundário**

O nível secundário tem um papel fundamental na rede de atenção oncológica, devido ao apoio às APS ao diagnóstico e rastreio de cânceres. No estado de Pernambuco, com o fortalecimento da regionalização, tem sido implantado nas regiões de saúde como componente da rede especialidade as Unidades Pernambucanas de Atenção Especializada (UPAE's), que de forma regionalizada encontram-se em cada região de saúde. Além disso, possuem os serviços de especialidades médicas e determinadas unidades apresentam contratualização para realização de procedimentos de média complexidade como exemplos os exames de imagem, punções e biópsias. Porém, estes procedimentos de biópsia ainda não ocorrem por acesso regulado via CMCE, para garantia do acesso, os usuários precisam estar sendo acompanhados pelo serviço e realizar a marcação interna.

O fluxo de acesso para as especialidades médicas e diagnóstico por imagem é via central de regulação com o sistema CMCE, as Secretarias Municipais de Saúde (SMS) através do setor da Regulação em Saúde inserem no sistema as solicitações de acordo com as prescrições médicas, as apoiadoras regionais de regulação em saúde regulam o acesso de acordo com os protocolos das unidades. A liberação das cotas ocorre no setor de regulação em saúde regional, que realiza a distribuição conforme fila de espera, população IBGE

2010 dos municípios, bem como agenda disponibilizada pelo serviço de referência. Esta metodologia é pactuada entre o estado e os municípios, por meio da Gerência de Regulação Ambulatorial (GRAMB). Atualmente, apenas a XII Região de Saúde não possui este serviço de atenção especializada ativo, assim, os usuários deste território possuem acesso regulado para os hospitais de média complexidade localizados na I Região de Saúde.

Um dos desafios da assistência especializada ambulatorial é 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, acarretando em sobrecarga dos serviços de referência na I Região de Saúde.

Quadro 119 - Distribuição das UPAE´s, especialidades e os serviços ofertados na I Macrorregião, Pernambuco.

| Região de Saúde | UPAE (Unidade Pernambucana de Atenção Especializada) | CNES | Especialidades e áreas multidisciplinares | Serviços, exames ofertados e programas |
|---|---|---|---|---|
| I - Recife | UPAE Grande Recife - Irmã Duda | 9620508 | Especialidades médicas: Cardiologia, Dermatologia, Endocrinologia, Gastroenterologia, Geriatria, Pneumologia, Otorrinolaringologia, Reumatologia, Urologia, Vascular.<br><br>Áreas multidisciplinares: Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Nutrição, Psicologia, Serviço Social,e Terapia Ocupacional. | Consultas especializadas.<br><br>Exames: Colonoscopia, Endoscopia, Holter, MAPA, Teste Ergométrico, e Ultrassonografia geral, de mama e membros inferiores.<br><br>Programas para pacientes com bexiga neurogênica, ostomizados, pé diabético, lesão vascular, reabilitação pós Covid. |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| II - Limoeiro | UPAE Limoeiro - Dr. José Nivaldo Barbosa de Souza | 7490569 | Especialidades médicas: Angiologia, Cardiologia, Dermatologia, Endocrinologia, Gastroenterologia, Mastologia, Nefrologia, Oftalmologia, Otorrinolaringologia e Urologia.<br><br>Áreas multidisciplinares: Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Nutrição, Psicologia e Serviço Social | Consultas especializadas.<br><br>Exames: Colposcopia com biópsia, Densitometria óssea, Ecocardiograma,Eletrocardiograma, Endoscopia, Exames laboratoriais, Holter, Mamografia, MAPA, Punção de agulha fina e grossa, Teste Ergométrico, Ultrassonografia simples e com doppler, Urofluxometria, Videolaringoscopia,<br><br>Programas para pacientes com bexiga neurogênica e pé diabético. |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| II - Limoeiro | UPAE Carpina - Antônio Cavalcante Andrade | 3489302 | Especialidades médicas: Alergologia, Angiologia, Cardiologia, Clínica Geral, Dermatologia, Endocrinologia, Gastroenterologia, Ginecologia, Infectologia, Mastologia, Nefrologia, Neurologia, Otorrinolaringologia, Pneumologia, Proctologia, Reumatologia e Urologia<br><br>Áreas multidisciplinares: Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Nutrição, Psicologia, Serviço Social | Consultas especializadas.<br><br>Exames: Audiometria, Colposcopia com biópsia, Ecocardiograma, Eletrocardiograma, Eletroencefalograma, Exames Laboratoriais, Holter, Mamografia, MAPA, Teste Ergométrico, Ultrassonografia simples e com doppler, Videolaringoscopia, Videonasofibroscopia, Raio X.<br><br>Programas para pacientes com bexiga neurogênica, ostomizados, pé diabético, lesão vascular. |
| III - Palmares | UPAE Escada - Cícero Dias | 3840301 | Alergologia, Angiologia, Cardiologia, Clínica Geral, Dermatologia, Endocrinologia, Gastroenterologia, Infectologia, Mastologia, Oftalmologia, Otorrinolaringologia, Nefrologia,Reumatologia, Urologia<br><br>Áreas multidisciplinares: Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Nutrição, Psicologia, Serviço Social | Consultas especializadas,<br><br>Exames: Colposcopia, Eletroencefalograma, Mamografia. |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| III - Palmares | UPAE Palmares – Dom Acácio Rodrigues | 3460967 | Angiologia, Cardiologia, Clínico Geral, Dermatologia, Endocrinologia, Gastroenterologia, Infectologia, Mastologia, Oftalmologia, Otorrinolaringologia, Pediatria, Reumatologia e Urologia.<br><br>Áreas multidisciplinares: Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Nutrição, Psicologia, Serviço Social | Consultas especializadas.<br><br>Exames: Mamografia, Teste do Olhinho. |
| XII - Goiana | UPAE Goiana | 0151475 | Desativada | |

Fonte**:** UPAEs, 2024; Gerências Regionais de Saúde, 2024.

No quadro acima observa-se a distribuição das UPAE's e serviços ofertados no território da I macrorregião de saúde. Atualmente a I Região de Saúde dispõe de 01 Unidade Pernambucana de Atenção Especializada, localizada no Grande Recife. A II Região de Saúde, possui no território 02 Unidades Pernambucanas de Atenção Especializadas (UPAE's) localizadas em Limoeiro e em Carpina; este serviço de média complexidade oferta consultas especializadas eletivas, bem como mamografias, sendo os serviços via acesso regulado, porém, procedimentos e punção de agulha fina e grossa, ultrassonografia simples e com doppler, colposcopia, biópsias simples de colo uterino, são via marcação interna.

A III Região de Saúde também possui duas UPAE's, localizadas nos municípios de Escada e Palmares, esta média complexidade oferece serviços regulados de consultas especializadas e exames de mamografia e atendimento em áreas multidisciplinares. Com relação a UPAE Goiana, localizada na XII Região de Saúde, no momento a mesma encontra-se desativada, de acordo com

os dados extraídos do SCNES. Com isso, munícipes que fazem parte desta região são regulados para média complexidade da I região de saúde, regulados via Central de Marcação de Consultas e Exames (CMCE).

A seguir, os quadros Quadro 120 e

| REGIÃO DE SAÚDE | ITEM DE AGENDAMENTO | FILA DE ESPERA |
|---|---|---|
| I GERES | HBL - CIRURGIA CABECA E PESCOCO | 779 |
| | HCP - TRIAGEM CABEÇA E PESCOÇO | 422 |
| | HCP - TRIAGEM GERAL | 71 |
| | HCP - TRIAGEM ONCOLÓGICA | 55 |
| | HDT - CONSULTA CIRURGIÃO ONCOLÓGICO | 2 |
| | IMIP - TRIAGEM CABEÇA PESCOÇO | 11 |
| II GERES | HBL - CIRURGIA CABECA E PESCOCO | 185 |
| | HCP - TRIAGEM CABEÇA E PESCOÇO | 95 |
| | HCP - TRIAGEM GERAL | 8 |
| | HCP - TRIAGEM ONCOLÓGICA | 11 |
| | HDT - CONSULTA COM CIRURGIÃO CABEÇA E PESCOÇO | 2 |
| | IMIP - TRIAGEM CABEÇA PESCOÇO | 1 |
| III GERES | HBL - CIRURGIA CABECA E PESCOCO | 191 |
| | HCP - TRIAGEM CABEÇA E PESCOÇO | 144 |

| | | |
|---|---|---|
| | HCP - TRIAGEM GERAL | 20 |
| | HCP - TRIAGEM ONCOLÓGICA | 7 |
| | IMIP - TRIAGEM CABEÇA PESCOÇO | 11 |
| XII GERES | HBL - CIRURGIA CABECA E PESCOCO | 121 |
| | HCP - TRIAGEM CABEÇA E PESCOÇO | 20 |
| | HCP - TRIAGEM GERAL | 2 |
| | HMA - CABECA E PESCOCO | 1 |
| | IMIP - TRIAGEM CABEÇA PESCOÇO | 7 |

demonstram a distribuição de cotas e fila de espera por região de saúde que compõem a I macrorregião, atualmente, a maior com fila de espera corresponde ao item de agendamento HBL - Cirurgia cabeça e pescoço, com distribuição de apenas 16 cotas por mês. Vale ressaltar que estes dados correspondem ao último mês de competência, dezembro de 2023, além disso a metodologia de distribuição do nível central para as regionais é via CMCE, bem como de acordo com a fila de espera por região de saúde.

Quadro 120 - Distribuição da oferta de fila de espera para triagem geral, triagem oncológica e triagem cabeça e pescoço da I Macrorregião de Saúde, Pernambuco.

| REGIONAL DE SAÚDE | UNIDADE EXECUTANTE | ITEM DE AGENDAMENTO | FILA DE ESPERA | OFERTA/MÊS |
|---|---|---|---|---|
| Oferta para Todas as Regionais | Hospital Barão de Lucena (HBL) | HBL - CIRURGIA CABECA E PESCOCO | 2425 | 16 |
| Oferta para Todas as Regionais | Hospital do Câncer de Pernambuco (HCP) | HCP - TRIAGEM CABEÇA E PESCOÇO | 932 | 54 |
| Oferta para Todas as Regionais | Hospital do Câncer de Pernambuco (HCP) | HCP - TRIAGEM GERAL | 125 | 140 |
| Oferta para Todas as Regionais | Hospital do Câncer de Pernambuco (HCP) | HCP - TRIAGEM ONCOLÓGICA | 104 | 54 |
| Oferta para Todas as Regionais | IMIP | IMIP - TRIAGEM CABEÇA PESCOÇO | 100 | 6 |

Fonte: Gerência Regulação Ambulatorial (GRAMB), 2024.

Quadro 121 - Distribuição da fila de espera para triagem geral, oncológica e triagem cabeça e pescoço da I Macrorregião de Saúde, Pernambuco.

| REGIÃO DE SAÚDE | ITEM DE AGENDAMENTO | FILA DE ESPERA |
|---|---|---|
| I GERES | HBL - CIRURGIA CABECA E PESCOCO | 779 |
| | HCP - TRIAGEM CABEÇA E PESCOÇO | 422 |
| | HCP - TRIAGEM GERAL | 71 |
| | HCP - TRIAGEM ONCOLÓGICA | 55 |
| | HDT - CONSULTA CIRURGIÃO ONCOLÓGICO | 2 |
| | IMIP - TRIAGEM CABEÇA PESCOÇO | 11 |
| II GERES | HBL - CIRURGIA CABECA E PESCOCO | 185 |
| | HCP - TRIAGEM CABEÇA E PESCOÇO | 95 |
| | HCP - TRIAGEM GERAL | 8 |
| | HCP - TRIAGEM ONCOLÓGICA | 11 |
| | HDT - CONSULTA COM CIRURGIÃO CABEÇA E PESCOÇO | 2 |
| | IMIP - TRIAGEM CABEÇA PESCOÇO | 1 |
| III GERES | HBL - CIRURGIA CABECA E PESCOCO | 191 |
| | HCP - TRIAGEM CABEÇA E PESCOÇO | 144 |

| | | |
|---|---|---|
| | HCP - TRIAGEM GERAL | 20 |
| | HCP - TRIAGEM ONCOLÓGICA | 7 |
| | IMIP - TRIAGEM CABEÇA PESCOÇO | 11 |
| XII GERES | HBL - CIRURGIA CABECA E PESCOCO | 121 |
| | HCP - TRIAGEM CABEÇA E PESCOÇO | 20 |
| | HCP - TRIAGEM GERAL | 2 |
| | HMA - CABECA E PESCOCO | 1 |
| | IMIP - TRIAGEM CABEÇA PESCOÇO | 7 |

Fonte**:** Gerência Regulação Ambulatorial (GRAMB), 2024.

Com relação aos exames diagnósticos realizados na I Macrorregião de Saúde, no período de novembro de 2021 a novembro de 2023, observa-se no quadro abaixo que a I Região de Saúde concentra a maior produtividade por local de atendimento, além disso, os procedimentos de alta complexidade como biópsia de medula óssea e imunofenotipagem por hemopatias malignas são realizadas exclusivamente nesta região. Em contrapartida, a XII Região de Saúde por ser uma região relativamente nova, ainda possui uma baixa produção de média complexidade, assim, necessita ainda mais dos serviços disponibilizados na I Região de Saúde (Quadro 122).

Quadro 122 - Exames diagnósticos realizados por região de ocorrência no período de novembro de 2021 a novembro de 2023, na I Macrorregião de Saúde, Pernambuco.

| EXAMES REALIZADOS | REGIÃO DE SAÚDE | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | I GERES | | II GERES | | III GERES | | XII GERES | | TOTAL |
| **Exames de anatomopatológico** | 566.826 | 99% | 75.106 | 1% | 55.521 | 0% | 15.849 | 0% | 713.302 |
| **Citopatológicos** | 646.633 | 76% | 95.588 | 11% | 87.042 | 10% | 22.292 | 3% | 851.555 |
| **Colposcopia** | 45.050 | 90% | 1.532 | 3% | 2.192 | 4% | 1.147 | 2% | 49.921 |
| **Mamografia diagnóstica e de rastreamento** | 270.364 | 84% | 27.595 | 9% | 14.355 | 4% | 10.433 | 3% | 322.747 |
| **Tomografias** | 487.066 | 95% | 3.592 | 1% | 19.911 | 4% | 1.977 | 0% | 512.546 |
| **Ressonância Magnética** | 167.718 | 94% | 5.133 | 3% | 5.240 | 3% | 0 | 0% | 178.091 |
| **Imunofenotipagem de Hemopatias Malignas (por marcador)** | 6.697 | 100% | 0 | 0% | 0 | 0% | 0 | 0% | 6.697 |
| **Biópsia de medula óssea** | 11.683 | 100% | 0 | 0% | 0 | 0% | 0 | 0% | 11.683 |
| **Punção e biópsia** | 361.287 | 100% | 226 | 0% | 129 | 0% | 179 | 0% | 361.821 |

Fonte**:** DATASUS, TABNET, 2024.

Para os exames de anatomia patológica a maior fila de espera está vinculada no item de agendamento HC - anatomia patológica de biópsia simples na I Região de saúde. Ao total são 254 usuários da I macrorregião de saúde na fila de espera para exames de anatomia patológica, considerando o último mês de competência (Quadro 123).

Quadro 123 - Distribuição da fila de espera para exames de anatomia patológica, na I Macrorregião de Saúde, Pernambuco.

| REGIÃO DE SAÚDE | ITEM DE AGENDAMENTO | FILA DE ESPERA |
|---|---|---|
| I GERES | HC - ANATOMIA PATOLÓGICA - BIÓPSIA COMPLEXA | 46 |
| | HC - ANATOMIA PATOLÓGICA - BIÓPSIA SIMPLES | 127 |
| II GERES | HC - ANATOMIA PATOLÓGICA - BIÓPSIA COMPLEXA | 4 |
| III GERES | HC - ANATOMIA PATOLÓGICA - BIÓPSIA SIMPLES | 3 |
| XII GERES | HC - ANATOMIA PATOLÓGICA - BIÓPSIA SIMPLES | 74 |
| TOTAL GERAL | - | 254 |

Fonte**:** Gerência Regulação Ambulatorial (GRAMB), 2024.

A rede de exames e tratamento para oncologia também está disponibilizada através do acesso regulado via CMCE e SISREG, por item de agendamento, vale destacar que para o SISREG apenas os municípios que compõem a I Região de saúde fazem a utilização e a distribuição de cotas é de responsabilidade da central de regulação da I Geres. Atualmente, o item de cintilografia de ossos com ou sem fluxo apresenta maior fila de espera.

Quadro 124 - Rede de exames por tipo exame e região de saúde da I Macrorregião, Pernambuco.

| ITEM DE AGENDAMENTO | REGIÃO DE SAÚDE | FILA DE ESPERA | |
|---|---|---|---|
| | | CMCE | SISREG |
| 0208020055 - CINTILOGRAFIA P/ ESTUDO DE TRANSITO ESOFAGICO (LIQUIDO) | I GERES | 35 | 0 |
| 0208030018 - CINTILOGRAFIA DE PARATIREOIDES | I GERES | 18 | 15 |
| 0208030026 - CINTILOGRAFIA DE TIREOIDE C/ OU S/ CAPTACAO DE ESTÍMULO | I GERES | 66 | 9 |
| | II GERES | 16 | - |
| | III GERES | 2 | - |
| | XII GERES | 13 | - |
| 0208040056 - CINTILOGRAFIA RENAL (QUALITATIVA E/OU QUANTITATIVA) | I GERES | 125 | 11 |
| | III GERES | 1 | - |
| 0208040102 - ESTUDO RENAL DINAMICO C/ OU S/ DIURETICO - DTPA | I GERES | 73 | 4 |
| 0208050035 - CINTILOGRAFIA DE OSSOS C/ OU S/ FLUXO SANGUINEO | I GERES | 551 | 76 |
| | II GERES | 4 | - |
| | III GERES | 7 | - |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | XII GERES | 9 | - |

Fonte: Gerência Regulação Ambulatorial (GRAMB), 2024.

**Nível terciário**

Para o componente especializado de alta complexidade hospitalar da rede de atenção oncológica, são ofertados procedimentos de diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos, além disso, dispõe dos leitos de oncologia clínica e cirúrgica. O fluxo de acesso para as primeiras consultas acontece por via central de regulação com o sistema CMCE, onde os municípios inserem as solicitações e as vagas são destinadas. O seguimento da assistência definirá quais demais exames e serviços serão necessários para diagnóstico e tratamento, sendo por meio de regulação interna do hospital.

Com relação à cobertura assistencial de quimioterapia, cirurgias e radioterapia, a I macrorregião de saúde dispõe de serviços em todos os seus pontos de atenção. Porém, serviços de alta complexidade a I região de saúde, sede de macro, apresenta-se mais abastada quando comparada às demais regiões de saúde.

Os quadros Quadro 125 e Quadro 126 dispõe de informações sobre os estabelecimentos de saúde com os respectivos leitos em oncologia, bem como apresenta o número de internamentos no período de 2021 e 2022.

Quadro 125 - Número de leitos de oncologia clínica e cirúrgica da I Macrorregião de Saúde, Pernambuco, 2022.

| **Estabelecimento de saúde** | **Leitos em Oncologia cirúrgica** | **Leitos em Oncologia clínica** |
|---|---|---|
| Hospital Barão de Lucena | - | 18 |
| Hospital das Clínicas | 4 | 18 |
| Hospital de Câncer de PE | 72 | 35 |
| Hospital Oswaldo Cruz | 21 | 21 |
| IMIP | 11 | 60 |
| **Total** | **108** | **152** |

Fonte**:** Microsoft Power BI, 2022.

Quadro 126 - Número de internamentos da I MACRO - PE, nov 2021 a out 2022.

| Estabelecimento de saúde | Internamentos |
|---|---|
| Fundação Hemope | 1.424 |
| Hospital Barão de Lucena | 1.362 |
| Hospital das Clínicas | 1.935 |
| Hospital de Câncer de PE | 13.671 |
| Hospital Oswaldo Cruz | 10.411 |
| IMIP | 10.465 |
| **Total** | **39.268** |

Fonte**:** Microsoft Power BI, 2022.

O **Error! Reference source not found.** apresenta a descrição do nível de atenção da alta complexidade na I macrorregião de saúde, ao total são 06 serviços habilitados como UNACON e 01 CACON, eles estão classificados em serviços de oncologia clínica, infantil, cirúrgica, pediátrica, que realizam serviços de radioterapia e quimioterapia.

Quadro 127 - Descrição do nível de atenção de alta complexidade da Rede Oncológica da I Macrorregião, Pernambuco, 2023.

| | Região de Saúde | CNES | Estabelecimento | Habilitação | Classificação do serviço | Serviços ofertados |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Macrorregião I** | I Região | 0000809 | Fundação Hemope | UNACON | Oncologia clínica | Laboratório de histocompatibilidade, patologia clínica, anatomia patológica/citologia, centro de oncologia I e hemoterapia. |
| | I Região | 2427427 | Hospital Barão de Lucena | UNACON | Oncologia infantil e cirúrgica | Anatomia patológica/citologia, serviço de próteses, ultrassonografia, Centro de oncologia I e patologia clínica. |
| | I Região | 0000396 | Hospital das Clínicas | UNACON | Oncologia clínica, cirúrgica e infantil | Tomografia computadorizada, ressonância magnética,patologia clínica, anatomia patológica/citologia e medicina nuclear. |
| | I Região | 0000582 | Hospital do Câncer de Pernambuco | UNACON | Oncologia clínica, cirúrgica, infantil e pediátrica | Centro de oncologia I, radioterapia, anatomia patológica/citologia e serviço de próteses. |
| | I Região | 0000477 | Hospital Oswaldo Cruz | UNACON | Oncologia clínica, cirúrgica, infantil, pediátrica e radioterapia | Centro de oncologia I, medicina nuclear, anatomia patológica/citologia, patologia clínica. |
| | I Região | 0000434 | IMIP | CACON | Oncologia clínica, cirúrgica, infantil, pediátrica, radioterapia e consulta ambulatorial para rastreio de câncer de colo uterino. | Ressonância magnética, centro de oncologia I e II, Ultrassonografia, anatomia patológica e citologia, serviço de prótese, serviço de medicina nuclear e tomografia computadorizada |
| | I Região | 0001120 | Hospital Real Portugues | UNACON | Oncologia clínica,cirúrgica e radioterapia | Ressonância magnética, tomografia computadorizada, laboratório de histocompatibilidade, patologia clínica, ultrassonografia, serviço de medicina nuclear, serviço de anatomia patológica/citologia, serviço de próteses. |

Fonte: SCNES, 2023.

Para a produtividade dos atendimentos oncológicos, na competência de novembro de 2023, a I macrorregião de saúde totalizou 223.591 procedimentos

aprovados, segundo dados do DATASUS, dentre eles, estão procedimentos média e alta complexidade, como biópsias, iodoterapia, radioterapia, quimioterapia e procedimentos cirúrgicos. No Quadro 128 é possível analisar, que 68% destes procedimentos correspondem às quimioterapias realizadas na alta complexidade e 5% corresponde aos procedimentos de radioterapia.

Quadro 128 - Produção de atendimentos em oncologia nos termos de quimioterapia, radioterapia, biópsias, entre outros, em seus pontos de atenção, no período de janeiro de 2021 a novembro de 2023 na I Macrorregião de Saúde, Pernambuco.

| Macrorregião de Saúde | Tipo procedimento | Nível de Complexidade | Total de procedimentos realizados | Percentual |
|---|---|---|---|---|
| I Macrorregião de saúde | Biópsias | Média complexidade | 29.726 | 13% |
| | Biópsias | Alta complexidade | 16.747 | 7% |
| | Radioterapia | Alta complexidade | 11.369 | 5% |
| | Quimioterapia | Alta complexidade | 159.749 | 68% |
| | Iodoterapia | Alta complexidade | 431 | 0% |
| | Procedimento Cirúrgico | Alta complexidade | 15.569 | 7% |
| Total | | | 233.591 | 100% |

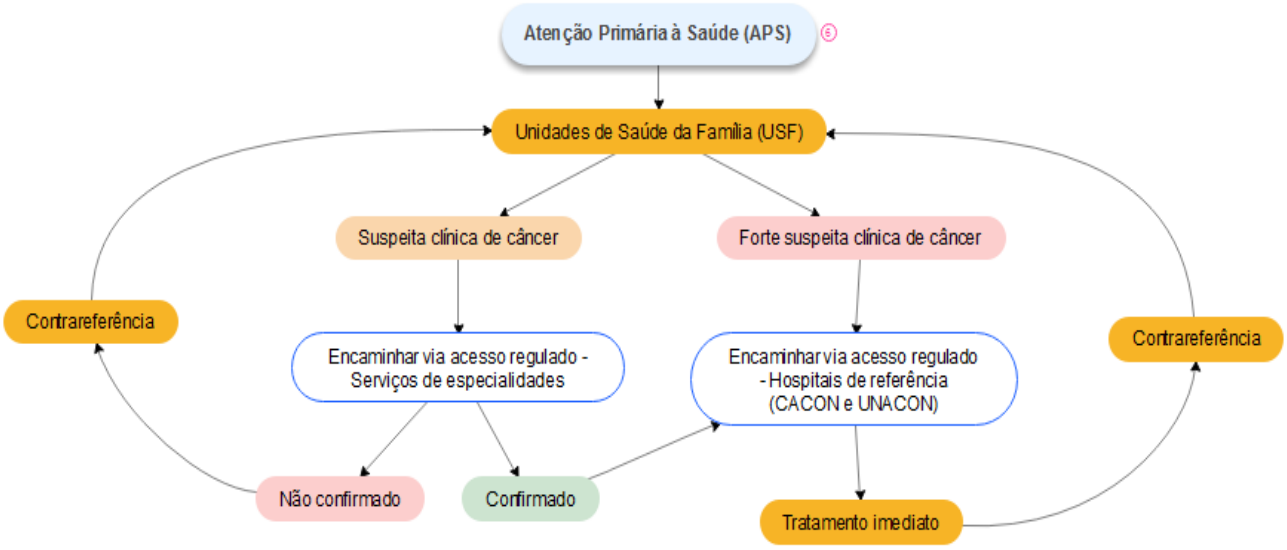
Fonte: DATASUS, Tabnet 2023.

A Figura 154 apresenta o fluxo de acesso dos usuários com suspeita de doença oncológica, a Atenção Primária à Saúde (APS) como ordenadora da rede e coordenadora do cuidado, assim o reconhecimento dos sinais e sintomas iniciais da doença, bem como promover a promoção e prevenção, são uma de suas atribuições principais para esta rede em questão. Com isso, os usuários com suspeita clínica de câncer são captados pela APS, posteriormente, encaminhados via regulação para os serviços especializados, seja municipal ou da rede estadual, após confirmação diagnóstica, o segmento do cuidado deve acontecer nos hospitais de referência e contra referenciados para APS.

Para os usuários com forte suspeita clínica de câncer devem ser encaminhados via central de regulação para os Hospitais de referências com classificação CACON e UNACON, onde receberam o tratamento imediato, tendo

em vista, que são os únicos locais que dispõe da distribuição da medicação. Além disso, vale ressaltar que todos os usuários independentemente do ponto de atenção em que esteja inserido deverá ser acompanhado pela APS como forma de garantir a longitudinalidade do cuidado.

Figura 154 - Fluxograma de acesso dos usuários com suspeita de doença oncológica.




Fonte**:** Autoria própria.

## Vazios assistenciais

O Plano de Atenção à Oncologia apresenta as prioridades para ampliação dos serviços na I macrorregião de saúde, bem como proposta de repactuação da rede assistencial. No nível secundário tem-se a necessidade de ampliar os serviços ofertados nas UPAE´s para auxiliar no diagnóstico precoce, especialmente, dos cânceres de colo do útero e mama. Para o nível terciário é interessante a inclusão do Hospital Agamenon Magalhães (HAM) para compor a rede oncológica como referência para Hospital de cirurgia de alta complexidade. Além disso, o Hospital Otávio de Freitas (HOF) poderá ser referência em pneumologia no Estado de Pernambuco, diante do grande quantitativo de

diagnóstico de neoplasias de pulmão.

Esta implantação de serviço neste hospital e a oferta de consultas e pareceres regulados possibilita a ampliação de diagnóstico por meio de biópsias e do número de cirurgias, considerando que atualmente há oferta restrita de vagas na especialidade, o mesmo é também referência em cirurgia do aparelho digestivo, urologia e ortopedia, realizando procedimentos cirúrgicos incluindo os oncológicos nestas categorias.

Outros serviços que necessita compor a rede de oncologia é o Hospital Getúlio Vargas com a disponibilização de consultas, biópsias e cirurgias nas especialidades de urologia e neurocirurgia. O Hospital Barão de Lucena (HBL) deverá ofertar, via regulação ambulatorial, ampliar cotas para especialidades e procedimentos cirúrgicos de proctologia, mastologia e ginecologia. Além disso, é importante ampliar os procedimentos de radioterapia nos serviços já habilitados para atender a necessidade de saúde da população residente na I macrorregião de saúde.

**Sistema de Apoio e Logístico**

Como sistema apoio a esta rede temos os componentes: Atenção primária à saúde, Atenção secundária tendo como referência estadual as Unidades Pernambucanas de Atenção Especializada (UPAE's), atenção hospitalar, assistência farmacêutica, rede complementar e sistema de informação. Para garantia do acesso dos usuários aos pontos de atenção citados anteriormente, nos níveis secundário e terciário, o sistema de informação em saúde da regulação que apoia a rede de atenção oncológica, é a Central de Marcação de Consultas Especializadas (CMCE).

Atualmente, para assistência farmacêutica encontram-se 06 Farmácias de Pernambucos no território da I Macrorregião de saúde, sendo elas 03 localizadas na I região de saúde, e 01 nas respectivas regiões de saúde, II, III e XII regiões de saúde (Pernambuco, 2024). Porém, o financiamento de medicamentos oncológicos não se dá por meio dos componentes da Assistência Farmacêutica. O acesso destes medicamentos ocorre por meio da sua inclusão nos procedimentos quimioterápicos registrados no subsistema APAC -SIA

(Autorização de Procedimento de Alta Complexidade do Sistema de Informação Ambulatorial) do SUS através dos hospitais habilitados para oncologia. O repasse financeiro recebido pelo Ministério da Saúde para os hospitais habilitados, é conforme o código do procedimento informado na APAC, sendo os responsáveis pelo fornecimento dos medicamentos, aquisição, padronização e prescrição, tudo isso alinhado aos protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas.

Um dos desafios do tratamento oncológico é o alto custo, sendo agravado pela ausência de revisão dos repasses financeiros pela tabela SUS. Com isso, fica claro a necessidade de estabelecer e discutir o fluxo de acesso macrorregional para resolutividade dos casos, bem como assegurar o diagnóstico precoce e tratamento imediato. Além disso, diante demanda e atraso na dispensação de forma oportuna, os usuários recorrem ao processo de judicialização da saúde. Portanto, é imprescindível a necessidade de revisar as tabelas de procedimento do SUS para aumentar os valores de custeio referente ao tratamento oncológico.

**Sistema de Governança**

Essa temática da Rede de Atenção à Oncologia tem sido discutida na Comissão Intergestora Bipartite (CIB) e Comissões Intergestores Regionais (CIR's) que são espaços de pactuações e tomada de decisão. Esta rede prioritária está integrada às outras Políticas e Programas de Saúde que são debatidas em Colegiados Regionais de Atenção à Saúde. Atualmente, a I Macrorregião de saúde não dispõe deste espaço específico para a rede de oncologia.

Com isso, faz-se necessário ampliar esse diálogo com os gestores de forma bipartite, diante da complexidade da temática, bem como garantir a resolutividade dos serviços nos territórios. O quadro abaixo apresenta as orientações e determinações das resoluções construídas nos espaços institucionais de governança (

Quadro 129).

Quadro 129 - Resoluções CIB pactuadas entre os anos de 2018 a 2023, referentes a I

Macrorregião de Saúde.

| N° da Resolução | Data | Assunto |
|---|---|---|
| 4089 | 11/06/2018 | Aprova o Hospital de Câncer de Pernambuco como candidato ao Plano de Expansão de Radioterapia do SUS para ser contemplado com a solução completa, ou seja, construção do bunker e doação do equipamento. |
| 5013 | 24/07/2018 | Aprova, ad referendum, o Credenciamento / Habilitação em Transplante de Medula Óssea em Autólogos e Alogênicos Aparentados no Hospital de Câncer de Pernambuco. |
| 5014 | 24/07/2018 | Aprovar ad referendum o Credenciamento/Habilitação em Centro de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia - CACON com Serviço de Hematologia e Pediatria do Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira - IMIP. |
| 5058 | 23/11/2018 | Aprova a recomposição de teto financeiro de Média e Alta Complexidade, em Oncologia no Estado de Pernambuco. |
| 5279 | 07/04/2020 | Aprova a Proposta com recurso de Emenda Parlamentar, para a Sociedade Pernambucana de Combate ao Câncer, Estado de Pernambuco. |
| 5268 | 13/05/2020 | Aprova a Proposta com recurso de Emenda Parlamentar para a Sociedade Pernambucana de Combate ao Câncer no Estado de Pernambuco. |
| 5339 | 31/08/2020 | Aprova o Plano de Atenção para o Diagnóstico e Tratamento do Câncer no Estado de Pernambuco. |
| 5412 | 10/03/2021 | Aprova o credenciamento/habilitação em Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia - UNACON com Serviço de Radioterapia e Hematologia e a desabilitação do serviço de oncologia pediátrica do Hospital de Câncer de Pernambuco. |
| 5424 | 26/03/2021 | Aprova o Plano Estratégico para o fortalecimento do acesso às Ações Integradas para rastreamento, detecção precoce e controle dos cânceres de mama e colo de útero no Estado de Pernambuco. |
| 5508 | 26/06/2021 | Aprova a Proposta com recurso de Emenda Parlamentar, para sociedade Pernambucana do Combate ao Câncer, Estado de Pernambuco. |
| 5542 | 17/08/2021 | Aprova a Proposta com recurso de Emenda Parlamentar para a Sociedade Pernambucana de Combate ao Câncer do Estado de Pernambuco. |
| 5575 | 16/09/2021 | Aprova o Credenciamento/habilitação em Centro de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia - CACON com Serviço de oncologia pediátrica, do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira - IMIP. |

| | | |
|---|---|---|
| 5593 | 05/10/2021 | Aprova o novo Plano Estratégico para o Fortalecimento de Acesso às Ações Integradas para rastreamento, detecção precoce e Controle dos Cânceres de Mama e Colo de útero no Estado de Pernambuco. |
| 5902 | 21/03/2023 | Aprova o Credenciamento/Habilitação em Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia - UNACON com serviço de: hematologia, oncologia pediátrica e radioterapia do Hospital Universitário Oswaldo Cruz. |
| 5894 | 01/03/2023 | Aprova o Credenciamento/Habilitação em Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia - UNACON com serviço de radioterapia do Hospital Universitário Oswaldo Cruz. |
| 5905 | 03/04/2023 | Aprova o Credenciamento/Habilitação do Hospital das Clínicas - Recife/PE, com Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Terapia Nutricional Enteral. |
| 6015 | 31/05/2023 | Aprova a Ampliação do Serviço de Radioterapia do IMIP e solicitação de aporte financeiro ao teto MAC CNES 2356287.0000434. |

Fonte: Pernambuco, SES - CIB/PE, 2024.

**Considerações finais**

A organização do fluxo de atendimento ao paciente é de competência das Secretarias de Saúde Estaduais e Municipais. A recomendação é que o serviço oncológico escolhido deva estar localizado o mais próximo à residência do paciente, já que o tratamento muitas vezes pode ser longo. Com isso, é importante considerar a ampliação dos serviços de Média e Alta Complexidade em Oncologia na I macrorregião de saúde, assim ampliando serviços de unidades para demandas de cuidados em oncologia.

Assim, é importante considerar a ampliação das coberturas de Unidades de Saúde da Família (USF), equipes multiprofissionais, ambulatórios especializados, unidades hospitalares de atenção especializadas. Com relação a alta complexidade, ampliar unidades de referências de diagnóstico do câncer, oferta de serviços contratualizados, a exemplo os exames de imagem, bem como ampliação das ofertas para atendimento de primeira consulta, além disso, realizar os exames específicos para oncologia disponibilizados pelas UPAE's sejam através do sistema de informação, CMCE, com acesso regulado em todas as regiões de saúde, com intuito de garantir a equidade**.**

Considerando a importância desta rede, suas bases legais e estruturação

nacional e estadual, desperta-se para o compromisso de direcionar esforços em prol do fortalecimento de sua governança a nível macrorregional para que, de maneira participativa, junto aos municípios seja pensada e estruturada a nossa Rede Macrorregional de Atenção em Oncologia, com o objetivo de melhor atender a prevenção, tratamento e reabilitação dos usuários integrados em consonância com as Diretrizes da Política Estadual.

## REGULAÇÃO E SISTEMAS DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE

O sistema de acesso regulado faz parte dos Sistemas Logísticos da estrutura operacional das RAS. Este consiste em estruturas operacionais que medeiam uma oferta determinada e uma demanda por serviços de saúde, de forma a racionalizar o acesso, de acordo com graus de riscos e normas definidas em protocolos de atenção à saúde e em fluxos assistenciais. Esses sistemas organizam os fluxos e contra fluxos dos usuários, produtos e das informações das RAS através de soluções tecnológicas como os softwares (MENDES, 2011).

As redes de atenção à saúde e os fluxos assistenciais são organizados a partir da estruturação das ações de regulação em saúde, gerando diminuição na fragmentação na assistência e adequação dos recursos (DAMACENO; LIMA; PUCCI, 2020). Além disso, o acesso aos serviços de saúde não é a única finalidade dos processos regulatórios, ressalta-se que funciona ainda como instrumento de qualificação da gestão, considerando que a melhor organização dos serviços ofertados, produz a mais sensata escolha para aplicação dos recursos, qualificando os serviços, atendendo as necessidades populacionais e aos interesses públicos administrativos baseados na eficiência, eficácia e efetividade (BARBOSA; BARBOSA; NAJBERG, 2016).

O cuidado em saúde perpassa por vários aspectos, pode-se afirmar que ação de regulação não se resume ao fornecimento de acesso a um serviço em saúde, é necessária a criação de fluxos, instrumentos e estratégias que direcionem o usuário ao cuidado em saúde baseado nas suas necessidades singulares, se configurando como um processo complexo, não rotineiro e nem padronizado (BRASIL, 2011).

A Política Nacional de Regulação em Saúde foi instituída pela Portaria n.º 1.559/2008, revogada pela portaria de consolidação n.º 02/2017 e prevê que as ações estejam organizadas em três dimensões de atuação integradas entre si: Regulação de Sistemas de Saúde, Regulação da Atenção à Saúde e Regulação do Acesso à Assistência. A regulação de Acesso à Assistência (regulação do acesso ou regulação assistencial) organiza, controla, gerencia e prioriza o acesso e os fluxos assistenciais no âmbito do SUS, sendo estabelecida pelo complexo regulador e suas unidades operacionais, compreende a regulação médica que exerce autoridade sanitária para a garantia do acesso baseada em protocolos, classificação de risco e demais critérios de priorização (BRASIL, 2008).

A regulação do acesso tende a depender das demandas das necessidades de saúde de um território. Além de uma rede regionalizada de serviços e de um processo regulatório para fortalecer a ampliação do acesso aos serviços médicos especializados. Associa-se que o questionamento do processo regulatório envereda para uma ação de gestão que visa minimizar as iniquidades e reduzir os impactos de desigualdades sociais existentes entre as entidades públicas versus privadas na saúde, assim como da atuação dos planos de saúde, sem separá-las quando se pensa na oferta de ações e serviços de saúde regulados no SUS (ALMEIDA; ALMEIDA; MELO, 2020).

No âmbito dos processos regulatórios o conceito mais destacado quando nos referimos à regulação em saúde se refere ao acesso de assistência pelos usuários. Este pode ser denominado também de regulação assistencial, que visa gerenciar o acesso aos serviços de saúde a partir de fluxos assistenciais desenvolvidos no âmbito do SUS, a partir das necessidades populacionais tendo seus gestores públicos como instrumentos para a garantia do acesso baseada em protocolos, classificação de risco e critérios a serem priorizados (BARBOSA; BARBOSA; NAJBERG, 2016).

As centrais de regulação e complexos reguladores por sua vez, são espaços privilegiados de observação e gestão de ofertas do conjunto do sistema (ou das RAS em municípios, regiões de saúde e estados), seguindo os princípios e diretrizes de equidade, transparência, utilização adequada e tempo oportuno

de acesso (com base nas necessidades dos usuários), visando a integralidade do cuidado (BARBOSA et al., 2016; VILARINS et al., 2012).

O desenvolvimento do processo regulatório tende a englobar a participação dos gestores, dos profissionais que atuam nos serviços de regulação, proporcionando não só a autorização das solicitações dos procedimentos em saúde, mas também desenvolvendo a oferta ao acesso baseada no grau de complexidade apresentado pela demanda de saúde do usuário, ressaltamos que o serviço de regulação em saúde é desafiador devendo ser orientado pelo princípio da integralidade (SHILLING; REIS; MORAES, 2006).

Desse modo, o processo regulatório pode ser considerado um processo complexo que perpetua uma relação de intervenção entre a demanda da população e a prestação de serviços alicerçada em regulamentos, normas e restrições.

A regulação em saúde utiliza alguns sistemas de informação no seu processo de trabalho, a seguir estão dispostas algumas informações sobre a regulação nas regionais de saúde da I macrorregião de Pernambuco.

Quadro 130 - Sistemas de Regulação e de apoio operacional utilizados na I Macrorregião, segundo suas potencialidades, fragilidades e objetivos, 2024.

| Sistema | Fragilidades | Potencialidades | Objetivos |
|---|---|---|---|
| **SEI** | Sistema instável | Organizar e agilizar o fluxo estadual e reduzir a burocracia e o consumo de papel | Encaminhamento eletrônico de documentos e processos |
| **TABNET/Sala de Situação** | Falta de atualização de dados pelo MS o que gera dificuldade de acesso | Acesso a todas as bases de informação do MS | Cruzamento e relatório de informações regionais |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **CMCE** | Programação manual; Não emite relatórios assistenciais; Pouco desenvolvimento; e falta de procura de dados por estabelecimento no perfil solicitante | Ter sistema de regulação ambulatorial de fácil acesso | Regulação ambulatorial |
| **APAC-NET** | Um sistema para operar um tratamento, restrição de funcionamento a um navegador (Explorer) | - | Uso para Iodoterapia, cateterismo cardíaco |
| **SCNES** | Gera atrasos de atualização | Operacionaliza a base do cadastro nacional de estabelecimentos | Importação e exportação dos estabelecimentos contratualizados |

Fonte: Regionais de Saúde da I Macrorregião de Pernambuco, 2024. *dados sujeitos à alteração.

Quadro 131 - Especialidades e procedimentos regulados pela I GERES, por unidade executante. Recife, 2024.

| Unidade Executante | Especialidades/Procedimentos |
|---|---|
| **HC - HOSPITAL DAS CLÍNICAS - RECIFE** | HC - Gastropediatria (Alergia À Proteína Do Leite De Vaca (Apl)<br>HC - Anatomia Patológica - Biópsia Complexa<br>HC - Anatomia Patológica - Biópsia Simples<br>HC - Anatomia Patológica - Citologia<br>HC - Cardiologista<br>HC - Cateterismo Cardíaco - Diagnóstico<br>HC - Cirurgia Bariátrica<br>HC - Cirurgia Geral<br>HC - Cirurgia Pediátrica<br>HC - Clínica Médica<br>HC - Coloproctologia<br>HC - Coluna<br>HC - Consulta Médica - Pré Angioplastia-Terapêutica<br>HC - Dermatologista<br>HC - Ecocardiografia Transtorácica Adulto/Criança |

| | |
|---|---|
| | HC - Ecocardiografia Transtorácica Infantil<br>HC - Eletroencefalograma - Infantil<br>HC - Eletroencefalograma - Adulto<br>HC - Endocrinologista<br>HC - Gastro - Adulto<br>HC - Gastropediatria<br>HC - Ginecologia Geral<br>HC - Hematologista<br>HC - Estudo Imuno-Histoquímico<br>HC - Joelho<br>HC - Mão<br>HC - Mastologia<br>HC - Nefrologista<br>HC - Nefropediatria<br>HC - Neurocirurgia<br>HC - Neurologia<br>HC - Consulta De Broncoscopia<br>HC - Oftalmologia<br>HC - Oftalmologista/Teste Do Olhinho<br>HC - Ombro<br>HC - Otorrinolaringologia<br>HC - Pediatria<br>HC - Pneumologia<br>HC - Pré Natal De Alto Risco<br>HC - Psiquiatria - Ambulatório De Triagem<br>HC - Quadril<br>HC - Reumatologista<br>HC - Reumatopediatria<br>HC - Uropediatria<br>HC - USG Infantil<br>HC - Implante De Cateter De Longa Permanência Para Hemodiálise<br>HC- Escleroterapia Com Espuma<br>Endocrinologia Pediátrica |
| **HUOC - HOSPITAL UNIVERSITÁRIO OSWALDO CRUZ** | HUOC - Cirurgia Geral<br>HUOC - Dermatologista<br>HUOC - Dermatologia Pediatria<br>HUOC - Mastologista<br>HUOC - Nefrologia<br>HUOC - Tumores Ósseos<br>HUOC - Urologista Infantil<br>HUOC - Cirurgia Oncológica<br>HUOC - Cirurgia Bariátrica |
| **HCP - HOSPITAL DO CÂNCER DE PERNAMBUCO** | HCP - Parecer Onco Hematológico (Ambulatorial)<br>HCP - Parecer Onco Hematológico (Internados) |

| | |
|---|---|
| | HCP - Triagem Cabeça E Pescoço<br>HCP - Triagem Geral<br>HCP - Triagem Oncológica |
| **HAM - HOSPITAL AGAMENON MAGALHÃES** | HAM - Cardiopediatria<br>HAM - Cirurgia Geral<br>HAM - Cirurgia Plástica<br>HAM - Cirurgia Vascular<br>HAM - Colposcopia<br>HAM - Ecocardiograma Doppler Pediátrico<br>HAM - Endócrino Infantil<br>HAM - Endocrinologista<br>HAM - Geriatria<br>HAM - Ginecologia Cirúrgica<br>HAM - Inserção Diu (1ª Consulta)<br>HAM - Inserção Diu (Retorno)<br>HAM - Otorrinolaringologista Infantil<br>HAM - Otorrinolaringologista<br>HAM - Otorrinolaringologista Saúde Auditiva<br>HAM - Patologia Do Trato Inferior (Caf)<br>HAM - Pneumologia<br>HAM - Pré Natal De Alto Risco<br>HAM - Retorno Cirurgia Geral<br>HAM - Retorno Cirurgia Plástica<br>HAM - Retorno Cirurgia Vascular<br>HAM - Retorno Consulta Diagnóstico Microcefalia/Sczv<br>HAM - Retorno Endocrinologista<br>HAM - Retorno Endocrinologista – Infantil<br>HAM - Retorno Geriatria<br>HAM - Retorno Ginecologia Cirúrgica<br>HAM - Retorno Otorrinolaringologista<br>HAM - Retorno Pneumologia<br>HAM - Cirurgia Bariátrica<br>Consulta Diagnóstico Microcefalia/Sczv |
| **HBL - HOSPITAL BARÃO DE LUCENA** | HBL - Cardio Infantil<br>HBL - Cirurgia Cabeça E Pescoço<br>HBL - Cirurgia Geral<br>HBL - Cirurgia Oncológica<br>HBL - Cirurgia Torácica<br>HBL - Cirurgia Vascular<br>HBL - Cirurgia Vascular (Amputados/Hanseníase)<br>HBL - Eletroencefalograma<br>HBL - Endocrino Adulto<br>HBL - Endocrino Infantil<br>HBL - Estomizados<br>HBL - Cirurgia Oncológica |

| | |
|---|---|
| | HBL - Gastro Infantil<br>HBL - Infertilidade<br>HBL - Mastologia<br>HBL - Nefrologia Adulto<br>HBL - Nefrologia Infantil<br>HBL - Neuro Infantil<br>HBL - Planejamento Familiar<br>HBL - Proctologia |
| **HOSPITAL SÃO LUÍS** | Laboratório Da Mulher |
| **HOF - HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS** | HOF - Broncoscopia<br>HOF - Dermatologia Pele Negra<br>HOF - Dermatologia/Hanseníase<br>HOF - Dermatologia/Hanseníase - Biopsia De Pele<br>HOF - Dermatologia<br>HOF - Gastroenterologista<br>HOF - Infectologia<br>HOF - Pneumo Infantil<br>HOF - Pneumo/ Pediatria/ Tuberculose Pulmonar<br>HOF - Pneumo/Oxigenoterapia<br>HOF - Pneumologia<br>HOF - Pneumologia - Pós Covid<br>HOF - Pneumopediatria Sczv<br>Tomografia Computadorizada |
| **HGA - HOSPITAL GERAL DE AREIAS** | HGA - Alergologia<br>HGA - Cargiologia<br>HGA - Cirurgia Oral Menor<br>HGA - Dentistica<br>HGA - Climatério<br>HGA - Clinica Medica<br>HGA - Dermatologia<br>HGA - Endodontia<br>HGA - Endocrinologista<br>HGA - Fisioterapia<br>HGA - Gastroenterologista<br>HGA - Geriatria<br>HGA - Ginecologia<br>HGA - Odontopediatria<br>HGA - Otorrinolaringologia<br>HGA - Hebiatria<br>HGA - Neurologia<br>HGA - Oftalmologia<br>HGA - Pé Diabético<br>HGA - Pediatria<br>HGA - Pequenas Cirurgias<br>HGA - Psiquiatria<br>HGA - Reumatologista<br>HGA - Rx<br>HGA - Terapia Ocupacional |

| | |
|---|---|
| | HGA - Urologia<br>HGA - Usg<br>HGA - Odotologia Pacientes Com Necessidades Especiais<br>HGA - Odontogeriatria<br>HGA - Periodontia |
| **HEMOPE - RECIFE** | HEMOPE – ambulatório triagem adulto<br>HEMOPE – ambulatório triagem infantil |
| **HPJP - HOSPITAL E POLICLÍNICA JABOATÃO PRAZERES** | HPJP - Cardiologia<br>HPJP - Dermatologia<br>HPJP - Endocrinologia<br>HPJP - Oftalmologia<br>HPJP - USG<br>HPJP - Otorrinolaringologia<br>HPJP - Pre Natal Alto Risco<br>HPJP - Ginecologia |
| **IMIP** | IMIP - Consulta Cirurgia Cardiaca<br>IMIP - Ginecologia<br>IMIP - Hematologia<br>IMIP - Maternidade Dia<br>IMIP - Pediatria<br>IMIP - Medicina Fetal<br>IMIP - Pneumologia Pediatrica (Fibrosecistica<br>IMIP - Ortopedia Pediatrica<br>IMIP - Pre Natal De Alto Risco<br>TMO - Consulta (Adulto)<br>IMIP - Clínica Médica<br>Cintilografia Do Miocardio<br>Ressonância Magnética<br>Tomografia Computadorizada |
| **HGV - HOSPITAL GETÚLIO VARGAS** | HGV- Eletroneuromiografia<br>HGV - Endocrinologia - Adultos<br>HGV - Gastroenterologia Adulto<br>HGV - Neurologia Clinica Adulto<br>HGV - Urologia - Adultos |
| **HML - HOSPITAL MARIA LUCINDA** | HML - Doenças Raras Triagem |
| **HOSPITAL ARMINDO MOURA** | HAMOURA Consulta Cirurgia De Joelho |
| **HSL - HOSPITAL DE OLHOS SANTA LUZIA** | Oftalmologia Geral |
| **FAV – FUNDAÇÃO ALTINO VENTURA** | FAV - Aplicação De Lucentis<br>FAV - Primeira Consulta E Reavaliação<br>FAV - Triagem De Catarata<br>Consulta Triagem Transplante De Córnea |

| | |
|---|---|
| **CEMUPE** | Consulta De Triagem Para Iodoterapia |
| **SIR MATRIZ** | Ressonância Magnética De Coração / Aorta C/ Cine<br>Ressonância Magnética<br>Tomografia Computadorizada |
| **SIR FILIAL** | Ressonância Magnética<br>Tomografia Computadorizada |
| **MG DIAGNÓSTICOS** | Ressonância Magnética<br>Ressonância Magnética Com Sedação |
| **IMAG** | Ressonância Magnética<br>Tomografia Computadorizada |
| **RHP – REAL HOSPITAL PORTUGUÊS** | Cintilografia Do Miocárdio |
| **BORIS BERENSTEIN - OLINDA** | Densitometria Óssea<br>Mamografia Bilateral Para Rastreamento |
| **CITOMAXX** | Citopatológico |
| **CLINICA DA IMAGEM** | Densitometria Óssea<br>Mamografia Bilateral Para Rastreamento |
| **CLINICA RADIOLOGICA LUCILO MARANHAO** | Mamografia Bilateral Para Rastreamento |
| **DIAGIMAGEM** | Densitometria Óssea<br>Mamografia Bilateral Para Rastreamento |
| **IMAG DIAGNOSTICO POR IMAGEM LTDA** | Densitometria Óssea<br>Ressonância Magnética<br>Tomografia Computadorizada |
| **MG SERVICOS DE IMAGENS** | Mutirão Ressonância Magnética<br>Ressonância Magnética<br>Ressonância Magnética Com Sedação<br>Tomografia Computadorizada<br>Tomografia Computadorizada Com Sedação |
| **PREVIMAGEM LTDA SIR DIAGNOSTICO POR IMAGEM ( FILIAL )** | Densitometria Óssea |
| **MULTIMAGEM** | Ressonância Magnética<br>Ressonância Magnética Com Sedação |
| **CLÍNICA BORIS BERESTEIN CABO** | Ressonância Magnética<br>Tomografia Computadorizada |
| **PROCAPE** | Ressonância Magnética<br>Ressonância Magnética Com Sedação<br>Tomografia Computadorizada |
| **AACD** | AACD - Triagem Adulto<br>AACD - Triagem Cadeira De Rodas |

| | |
|---|---|
| | AACD - Triagem Pediátrica |
| **HOSPITAL ALFA** | Broncoscopia<br>Colonoscopia |
| **IFP** | IFP - Consulta Triagem Acolhimento Hepatologia<br>IFP - Hepatologista Pediátrica<br>Ressonância Magnética<br>Ressonância Magnética Com Sedação<br>Tomografia Computadorizada |
| **UNINEURO** | Densitometria Óssea<br>Ressonância Magnética Com Sedação |
| **SIR DIAGNOSTICO POR IMAGEM (UNINEURO)** | Ressonância Magnética De Coração / Aorta C/ Cine<br>Densitometria Óssea<br>GRAMB - Ressonância - Reserva<br>Ressonância Magnética<br>Ressonância Magnética Com Sedação<br>Tomografia Computadorizada<br>Tomografia Computadorizada Com Sedação |
| **HOSPITAL DO CÂNCER DE PERNAMBUCO** | HCP - Parecer Onco Hematológico (Ambulatorial)<br>HCP - Parecer Onco Hematológico (Internados)<br>HCP - Triagem Cabeça E Pescoço<br>HCP - Triagem Geral<br>HCP - Triagem Oncológica |
| **HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS** | HOF - Broncoscopia<br>HOF - Dermatologia Pele Negra<br>HOF - Dermatologia/Hanseníase<br>HOF - Dermatologia/Hanseníase - Biopsia De Pele<br>HOF - Dermatologia<br>HOF - Gastroenterologista<br>HOF - Infectologia<br>HOF - Pneumo Infantil<br>HOF - Pneumo/ Pediatria/ Tuberculose Pulmonar<br>HOF - Pneumo/Oxigenoterapia<br>HOF - Pneumologia<br>HOF - Pneumologia - Pós Covid<br>HOF - Pneumopediatria Sczv |
| **UPAE IRMÃ DUDA - GRANDE RECIFE** | UPAE Irma Duda - Cardiologia<br>UPAE Irma Duda - Dematologia<br>UPAE Irma Duda - Endocrinologia<br>UPAE Irma Duda - Fisioterapia |

| | |
|---|---|
| | UPAE Irma Duda - Gastroenterelogia<br>UPAE Irma Duda - Otorrinologia<br>UPAE Irma Duda - Pneumologia<br>UPAE Irma Duda - Reabilitação Pós Covid<br>UPAE Irma Duda - Reumatologia<br>UPAE Irma Duda - Urologia<br>UPAE Irma Duda - Vascular<br>UPAE Irma Duda - Endoscopia<br>UPAE Irma Duda - Mapa<br>UPAE Irma Duda - Holter<br>UPAE Irma Duda - USG |
| **COPE** | Oftalmologia Geral |
| **FUNDAÇÃO SANTA LUZIA** | Oftalmologia Geral<br>Oftalmopediatria |
| **IOR** | Oftalmologia Geral<br>Oftalmopediatria |
| **PRONTO CLÍNICA OFTALMOLÓGICA - PCO** | Oftalmopediatria<br>Oftalmologia Geral |
| **SEOPE** | Oftalmopediatria<br>Oftalmologia Geral<br>Oftalmologia Geral<br>Oftalmopediatria<br>Consulta Triagem Transplante De Córnea |

Fonte: I Gerência Regional de Saúde, 2024. *dados sujeitos à alteração.

Tabela 43 - Número consolidado de unidades executantes, especialidades e itens de agendamento no sistema da regulação da I GERES, Recife, 2024.

| Unidades Executantes | Itens de Agendamento |
|---|---|
| 10 | 277 |

Fonte: I Gerência Regional de Saúde, 2022. *dados sujeitos à alteração.

Quadro 132 - Especialidades e procedimentos regulados pela II GERES, por unidade executante. Limoeiro, 2024.

| Unidade Executante | Especialidades/Procedimentos |
|---|---|
| **Hospital Regional José Fernandes Salsa (HRJFS)** | Subgrupo - 07 – Cirurgias aparelho digestivo, órgãos e anexos.<br>Subgrupo - 09 - Cirurgias do aparelho |

| | |
|---|---|
| | geniturinário.<br>Ortopedia<br>Cardiologista (Parecer Cardiológico) |
| **UPAE Limoeiro** | Angiologista<br>Cardiologista<br>Dermatologista<br>Endocrinologista<br>Gastroenterologista<br>Mastologista<br>Nefrologista<br>Oftalmologista<br>Otorrinolaringologista<br>Urologista<br>Fisioterapeuta<br>Colposcopia<br>Mamografia<br>Microcefalia<br>Fisioterapia<br>Psicologia<br>Fonoaudiologia |
| **UPAE Carpina** | Alergologista<br>Angiologista<br>Cardiologista<br>Colposcopia<br>Clínica médica<br>Dermatologista<br>Endocrinologista<br>Gastroenterologista<br>Ginecologista<br>Infectologista<br>Mastologista<br>Mamografia<br>Nefrologista<br>Neurologista<br>Reumatologista<br>Pneumologista<br>Proctologista<br>Otorrinolaringologista<br>Urologista<br>Programas<br>Ostomizados<br>Pé Diabético<br>Bexiga Neurogênica |
| **Dioclécio Coutinho** | Densitometria Óssea<br>Tomografia Computadorizada<br>Ressonância Magnética<br>Mamografia Bilateral de Rastreamento |
| **LACLIN/MULTILAB/CED Carpina/Laboratório de Análises Clínicas do Surubim** | Citopatológico |

| | |
|---|---|
| **Hospital São Luís** | Densitometria Óssea<br>Tomografia Computadorizada |

Fonte: II Gerência Regional de Saúde, 2024. *dados sujeitos à alteração.

Tabela 44 - Número consolidado de unidades executantes, especialidades e itens de agendamento no sistema da regulação da II GERES, Limoeiro, 2024.

| Unidades Executantes | Especialidades | Itens de Agendamento |
|---|---|---|
| **10** | **35** | **47** |

Fonte: II Gerência Regional de Saúde, 2024. *dados sujeitos à alteração.

Quadro 133 - Especialidades e procedimentos regulados pela III GERES, por unidade executante. Palmares, 2024.

| Unidades Executantes | Especialidade/Procedimento |
|---|---|
| Clínica Santa Paula | Densitometria<br>Ressonância Magnética |
| Hospital Regional de Palmares | Ortopedia<br>Obstetrícia |

Fonte: CMCE III Regional de Saúde *dados sujeitos à alteração.

Tabela 45 - Número consolidado de unidades executantes, especialidades e itens de agendamento no sistema da regulação da III GERES, Palmares, 2024.

| Unidades Executantes | Especialidades | Itens de Agendamento |
|---|---|---|
| **02** | **04** | **04** |

Fonte: III Gerência Regional de Saúde, 2024. *dados sujeitos à alteração.

Quadro 134 - Especialidades e procedimentos regulados pela XII GERES, por unidade executante. Goiana, 2024.

| Unidade Executante | Especialidade/Procedimento |
|---|---|
| **HC - HOSPITAL DAS CLÍNICAS - RECIFE** | • Otorrinolaringologia<br>• Oftalmologia<br>• Teste Do Olhinho<br>• Ortopedia Coluna<br>• Ortopedia Mão<br>• Ortopedia Quadril<br>• Ortopedia Ombro<br>• Ortopedia Joelho<br>• Psiquiatria Adulto<br>• Obstetricia Molestia Trofoblastica<br>• Pré Natal De Alto Risco<br>• Ecocardiografia Transtoracica Adulto<br>• Reumatologia<br>• Reumatopediatria<br>• Dermatologia<br>• Endocrinologia Pediatrica<br>• Pediatria<br>• Anatomia Patologica Biopsia Simples<br>• Anatomia Patologica Biopsia Complexa<br>• Anatomia Patologica Citologia<br>• Clinica Medica<br>• Estudo Imuno Histoquimico<br>• Pneumologia<br>• Pneumologia<br>• Hepatologia<br>• Pneumologia<br>• Cirurgia Plastica<br>• Cirurgia Geral<br>• Coloproctologia<br>• Cirurgia Bariatrica<br>• USG Infantil<br>• Glomerulopatia<br>• Nefrologia<br>• Neurofisiologia Clinica<br>• Neurofisiologia Clinica<br>• Endocrinologia<br>• Clinica Medica<br>• Neurocirurgia<br>• Neurologia<br>• Cirurgia Pediatrica<br>• Gastroenterologia |

| | |
|---|---|
| | • Ginecologia<br>• Hematologia<br>• Gastropediatria - (Aplv)<br>• Cardiologia<br>• Cardiologia<br>• Ecocardiografia Transtoracica Adulto<br>• Permicath - Implante De Catéter De Longa Permanência Para Hemodiálise<br>• Nefrooncologia<br>• Nefrologia<br>• Otorrinolaringologista |
| **HUOC - HOSPITAL UNIVERSITÁRIO OSWALDO CRUZ** | • Cpre Colangiopancreatografia Retrógrada<br>• Urologista Infantil<br>• Cirurgia Geral<br>• Nefrologia<br>• Tumores Osseos<br>• Dermatologista<br>• Dermato Pediatria<br>• Colangiopancreatografia Retograda<br>• Cirurgia Bariatrica<br>• Mastologista<br>• Cirurgia Toracica<br>• Cirurgia Oncologica |
| **HCP - HOSPITAL DO CÂNCER DE PERNAMBUCO** | • Triagem Geral<br>• Triagem Oncológica<br>• Parecer Onco Hematologico ( Ambulatorial)<br>• Parecer Onco Hematologico (Internados)<br>• Triagem Cabeça E Pescoço<br>• Triagem Cirurgia Toracica<br>• Triagem Mastologista |
| **HAM - HOSPITAL AGAMENON MAGALHÃES** | • Ham - Pre Natal De Alto Risco<br>• Ham - Otorrinolaringologista<br>• Ham - Endocrinologista<br>• Ham - Endocrino Infantil<br>• Ham - Pneumologia<br>• Ham - Geriatria<br>• Ham - Cirurgia Bariatrica<br>• Ham - Cirurgia Geral<br>• Ham - Cirurgia Plástica |

| | |
|---|---|
| | • Ham - Cirurgia Vascular<br>• Ham - Ginecologia Cirúrgica<br>• Ham - Consulta Diagnostico Microcefalia/Sczv<br>• Ham - Colposcopia<br>• Ham - Insercao Diu Hormonio (1º Consulta)<br>• Ham - Retorno Endocrinologista<br>• Ham - Retorno Endocrinologista – Infantil<br>• Ham - Retorno Otorrinolaringologista<br>• Ham - Retorno Cirurgia Geral<br>• Ham - Retorno Cirurgia Plastica<br>• Ham - Retorno Cirurgia Vascular<br>• Ham - Retorno Ginecologia Cirurgica<br>• Ham - Retorno Geriatria<br>• Ham - Retorno Pneumologia<br>• Ham - Retorno Consulta Diagnostico Microcefalia/Sczv |
| **HBL - HOSPITAL BARÃO DE LUCENA** | • Cpre Colangiopancreatografia Retrógrada<br>• Urologia Infantil<br>• Cirurgia Geral<br>• Nefrologia<br>• Orotpedia Tumores Osseos<br>• Dermatologia<br>• Dermatologia Pediatrica<br>• Colangeopacreatografia<br>• Bariatrica<br>• Mastologia<br>• Toracica<br>• Oncologia<br>• Oncologia - Triagem Geral<br>• Triagem Oncológica<br>• Parecer Onco Hematologico<br>• Parecer Onco Hematologico<br>• Triagem Cabeça E Pescoço<br>• Triagem Cirurgia Toracica<br>• Triagem Mastologista<br>• Pré Natal De Alto Risco<br>• Otorrinolaringologia<br>• Endocrinologia<br>• Endocrinologia Infantil<br>• Pneumologia<br>• Geriatria<br>• Bariatrica |

| | |
|---|---|
| | • Cirurgia Geral<br>• Cirurgia Plastica<br>• Cirurgia Vascular<br>• Ginecologia Cirurgica<br>• Neuropediatra Para Rn Com Microcefalia<br>• Colposcopia<br>• Inserção De Diu<br>• Retorno Endocrinologista<br>• Retorno Endocrinologista – Infantil<br>• Retorno Otorrinolaringologista<br>• Retorno Cirurgia Geral<br>• Retorno Cirurgia Plastica<br>• Retorno Cirurgia Vascular<br>• Retorno Ginecologia Cirurgica<br>• Retorno Geriatria<br>• Retorno Pneumologia<br>• Retorno Consulta Diagnostico Microcefalia/Sczv<br>• Eletroencefalograma<br>• Neuropediatria<br>• Hepatopediatria<br>• Cardiopediatria<br>• Cirurgia Geral<br>• Cirurgia Oncologica<br>• Mastologia<br>• Gastropediatria<br>• Coloproctologia<br>• Nefrologia<br>• Nefrologia Pediatrica<br>• Endocrinologia Infantil<br>• Cirurgia Cabeça E Pescoço<br>• Permicath - Implante De Catéter De Longa Permanência Para Hemodiálise<br>• Consulta Confecção Fístula - Fav<br>• Cirurgia Torácica |
| **LABORATÓRIO DA MULHER** | ● Ginecologia - Colposcopia |
| **HOF - HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS** | • Ortopedia - Escoliose Infantil Zika<br>• Gastroenterologia<br>• Dermatologia<br>• Parecer De Cirurgia Toracica - Paciente Internado<br>• Parecer - Pneumologia - Pacientes Internados<br>• Pneumo Infantil<br>• Pneumo/Pediatria/Tuberculose Pulmonar |

| | |
|---|---|
| | • Pneumologia<br>• Pneumopediatria Sczv<br>• Dermatologia/ Hanseníase<br>• Dermatologia/Hanseniase - Biopsia De Pele<br>• Pneumo - Disturbio Do Sono<br>• Pneumo/Oxigenoterapia<br>• Broncoscopia<br>• Infectologia<br>• Dermatologia - Pele Negra<br>• Pneumologia - Pos Covid |
| **HGA - HOSPITAL GERAL DE AREIAS** | • Pediatria<br>• Hebiatria<br>• Clinica Medica<br>• Climaterio<br>• Dermatologia<br>• Oftalmologia<br>• Terapia Ocupacional<br>• Fisioterapia<br>• Otorrinolaringologia<br>• Ginecologia<br>• Psiquiatria<br>• Reumatologia<br>• Geriatria<br>• Gastroenterologia<br>• Pé Diabético<br>• Cardiologia<br>• Pequenas Cirurgias<br>• Usg<br>• Endodontia |
| **HGA ODONTOLOGIA** | • Dentística<br>• Periodontia<br>• Cirurgia Oral Menor<br>• Odontologia Pacientes Com Necessidades Especias<br>• Odontopediatria |
| **HEMOPE - RECIFE** | • Hemope - Ambulatorio Triagem Infantil<br>• Hemope - Ambulatorio Triagem Adulto |

| | |
|---|---|
| **HPJP - HOSPITAL E POLICLÍNICA JABOATÃO PRAZERES** | • Cardiologia<br>• Clinica Medica<br>• Triagem - Cirurgiao Proctologista<br>• Geriatria<br>• Dermatologia<br>• Endocrinologia<br>• Oftalmologia<br>• Otorrinolaringologia<br>• Ginecologia<br>• Usg |
| **IMIP** | • Triagem Cabeça Pescoço<br>• Medicina Fetal<br>• Pre Natal De Alto Risco<br>• Hepatologia Adulto<br>• Pre Natal De Risco Habitual (Fernando De Noronha E Outras Localidades Do Estado)<br>• Ginecologia<br>• Ortopedia Pediatrica<br>• Consulta Para Ortopedia Pediatrica (Tele Atendimento)<br>• Maternidade Dia<br>• Clinica Médica<br>• Pediatria<br>• Oncologia Hematologia - Adulto<br>• Pneumologia Pediatrica - Geral<br>• Pneumologia Adulto<br>• Endocrinologia Pediatrica (Hiperplasia Adrenal Congenita)<br>• Endocrinologia Pediatrica (Geral)<br>• Triagem - Cetreim (Def. De Biotinidase<br>• Planejamento Familiar Feminino<br>• Planejamento Familiar Masculino - (Vasectomia)<br>• Cetreim - Erro Inato Do Metabolismo (Doenças Raras)<br>• Cardiologia Doenca Arterial Coronariana<br>• Cirurgia Plastica Adulto - Cbc<br>• Cirurgia Geral Adulto<br>• Cardiologia Pediatrica<br>• Cardiologia Marcapasso<br>• Cardiologia Coronariopatias<br>• Consulta Cirurgia Cardiaca<br>• Equipe Diagnóstica Cadefi - Criança E Adulto |

| | |
|---|---|
| | (Deformidade Crânio Facial Congênita E Fissura E/Ou Palato)<br>• Urologia Adulto<br>• Hepatologia Adulto<br>• Reumatologia<br>• Vascular<br>• Oncologia Hematologia - Adulto<br>• Oncologia (Cancer De Colo)<br>• Climatério<br>• Psiquiatria Adulto<br>• Ortopedia Adulto - Mão<br>• Ortopedia Adulto - Quadril<br>• Ortopedia Adulto - Tornozelo e Pé<br>• Neurocirurgia Adulto<br>• Neurologia Adulto<br>• Neurocirurgia Pediatrica<br>• Oftalmologia Adulto /Pediatria<br>• Otorrino Adulto /Pediatria<br>• Uroginecologia<br>• Trato Genital Inferior - (Ptgi) . Lab. Da Mulher<br>• Consulta Pre - Autologo (Adulto)<br>• Radioterapia<br>• Geriatria<br>• Reabilitação De Marcha<br>• Dermatologia Adulto<br>• Dermatologia Pediatrica<br>• Consulta Pre- Alogenico (Adulto)<br>• Reabilitação Fisica Em Neurologia Pediatrica (Centro De Reabilitação)<br>• Reabilitação Auditiva Pediatrica (Centro De Reabilitação)<br>• Reabilitação Visual Pediatrica (Centro De Reabilitação)<br>• Reabilitação Intelectual Pediatrico Sindrome De Down (Centro De Reabilitação)<br>• Imip - Reabilitação Fisica Em Neurologia Adulto (Centro De Reabilitação)<br>• Reabilitação Auditiva Adulto (Centro De Reabilitação)<br>• Reabilitação Visual Adulto (Centro De Reabilitação)<br>• Reabilitação Intelectual Adulto (Centro De Reabilitação)<br>• Reabilitação Fisica Em Reumatologia (Centro De Reabilitação) |

| | |
|---|---|
| | • Reabilitação Fisica Em Paralisia Facial (Centro De Reabilitação)<br>• Reabilitação Em Amputados (Centro De Reabilitação)<br>• Reabilitacao Triagem De Orteses E Proteses |
| **HGV - HOSPITAL GETÚLIO VARGAS** | • Reumatologia<br>• Ortopedia Pediatrica (Toxina Botulinica)<br>• Urologia - Adultos<br>• Neurologia Clinica Adulto<br>• Endocrinologia - Adultos<br>• Eletroneuromiografia |
| **HML - HOSPITAL MARIA LUCINDA** | • Doencas Raras (Triagem) |
| **HOSPITAL REGIONAL BELARMINO CORREIA** | • Pré Natal De Alto Risco<br>• Cardiologia<br>• Gastroentrologista<br>• Mastologista<br>• Cirurgia Geral<br>• Ortopedista<br>• Geriatria<br>• Vascular<br>• Urologista<br>• Neurologista<br>• Usg<br>• Infectologista<br>• Ecocardiograma<br>• Pediatra |
| **CUPER** | • Litotripsia - Consulta Triagem |
| **HMV – HOSPITAL MESTRE VITALINO** | • Implante De Cateter De Longa Permanencia Para Hemodiálise |
| **HSL - HOSPITAL DE OLHOS SANTA LUZIA** | • Oftalmologia Geral<br>• Oftalmopediatria |
| **FAV – FUNDAÇÃO ALTINO VENTURA** | • Fav - Primeira Consulta/Reavaliação<br>• Fav - Triagem De Catarata<br>• Fav - Parecer Oftalmologico (Pacientes Internados) |

| | |
|---|---|
| **SEOPE - SERVIÇO OFTALMOLÓGICO DE PERNAMBUCO** | • Consulta Triagem - Transplante De Cornea<br>• Oftalmologia Geral |
| **COPE - CENTRO MÉDICO OFTALMOLOGICO DE PERNAMBUCO** | • Oftalmogia Geral<br>• Oftalmopediatria |
| **CEMUPE** | • Gálio<br>• Cintilografia Do Miocardio<br>• Consulta De Triagem Para Iodoterapia |
| **MEMORIAL DIAGNÓSTICO** | ● Tomografia<br>● Densitometria |
| **RHP – REAL HOSPITAL PORTUGUÊS** | • Tmo - Consulta (Pediatrico)<br>• Tmo - Consulta Pre - Alogenico(Adulto)<br>• Tmo - Consulta Pre Autologo (Adulto) |
| **PROCAPE** | • Polissonografia<br>• Procedimentos Diagnósticos E Terapêuticos<br>• Raio X |
| **AACD** | • Aacd - Triagem Pediatrica<br>• Aacd - Triagem Cadeira De Rodas<br>• Aacd - Triagem Adulto |
| **HOSPITAL ALFA** | • Colonoscopia<br>• Endoscopia<br>• Broncoscopia |
| **IFP** | • Hepatologia<br>• Hepatopediatria<br>• Colonoscopia |
| **MEMORIAL DIAGNÓSTICO** | • Tomografia Computadorizada<br>• Densitometria Óssea<br>• Ressonância Magnética |
| **CITOMAX** | • Citopatologico |
| **CEMUPE, HC, PROCAPE, IMIP, RHP, DIA MEDICINA NUCLEAR** | • Cintilografias: Hepática, Pulmonar, Glândulas Salivares, Linfocintilografia<br>• Hepatologia<br>• Pressão Cerebral<br>• Gálio |

Fonte: GRAMB 2024 *dados sujeitos à alteração.

Tabela 46 - Número consolidado de unidades executantes, especialidades e itens de agendamento no sistema da regulação da XII GERES, Goiana, 2024.

| Unidades Executantes | Itens de Agendamento |
|---|---|
| **32** | **346** |

Fonte: GRAMB 2024*dados sujeitos à alteração.

Quadro 135 - Monitoramento dos contratos vigentes firmados pela SES-PE e fiscalizados pela I GERES, Recife, 2024.

| Município | Estabelecimento | Contrato | Procedimentos |
|---|---|---|---|
| Moreno | Hospital Armindo Moura | 081/22 | Leitos de Retaguarda em Neurologia Clínica |
| Moreno | Hospital Armindo Moura | 126/20 | Serviços de Internação Hospitalar com Prestação de Assistência Integral |
| Moreno | Hospital Armindo Moura | 038/23 | Leitos de Retaguarda Cirúrgica em Traumato-ortopedia |
| Cabo de Santo Agostinho | Clínica Boris Borenstein | 018/19 | Imagem Ambulatorial (Ressonância Magnética + Tomografia Computadorizada) |
| Olinda | Clínica Boris Borenstein | 084/20 | Imagem Ambulatorial (Ressonância Magnética + Densitometria Óssea ) |
| Vitória de Santo Antão | APAMI Vitória | 107/23 | Unidade de Terapia Intensiva – UTI Adulto Tipo II e III |
| Vitória de Santo Antão | APAMI Vitória | 051/24 | Leitos de Enfermaria Cirúrgica Vascular |
| Moreno | Hospital Armindo Moura | 049/24 | Imagem Ambulatorial |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | | | (Tomografia Computadorizada) |
| Moreno | Hospital Armindo Moura | 092/23 | Cirugias Eletivas de Média e Alta Complexidade |
| Paulista | Clínica Boris Borenstein | 026/20 | Imagem Ambulatorial (Ressonância Magnética) |
| Vitória de Santo Antão | Clínica de Imagem | 050/23 | Mamografia Bilateral para Rastreamento |
| Recife | Real Português de Beneficência de Pernambuco | 195/22 | Unidade de Terapia Intensiva UTI Adulto Tipo II e III |
| Recife | Hospital Santo Amaro | 182/22 | Unidade de Terapia Intensiva UTI Adulto |
| Vitória de Santo Antão | Diagimagem | 099/22 | Mamografia Bilateral para Rastreamento |
| Recife | Clínica Radiológica Lucilo Maranhão | 176/20 | Mamografia Bilateral para Rastreamento |
| Recife | Instituto de Diagnóstico José Rocha de Sá (Matriz) | 139/22 | Imagem Ambulatorial (Tomografia, Ressonância Magnética + Densitometria Óssea) |
| Recife | Instituto de Diagnóstico José Rocha de Sá (Filial) | 146/22 | Imagem Ambulatorial (Tomografia, Ressonância Magnética + Densitometria Óssea) |
| Recife | MG serviços de imagem | 138/22 | Imagem Ambulatorial (Tomografia, Ressonância Magnética + Densitometria Óssea |
| Recife | Unineuro Matriz | 144/22 | Imagem Ambulatorial (Tomografia, Ressonância Magnética + |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | | | Densitometria Óssea) |
| Recife | Unineuro Graças (Filial) | 147/22 | Imagem Ambulatorial (Tomografia, Ressonância Magnética + Densitometria Óssea) |
| Recife | Hospital Maria Lucinda | | Serviços de Assistência Cirúrgica Vascular, Endovascular e Osteomuscular |
| Recife | Multimagem | 097/20 | Imagem Ambulatorial (Tomografia Computadorizada + Ressonância Magnética) |
| Recife | Sociedade Hospitalar Beneficente Maria Vitória | 143/21 | Serviço de Internação Hospitalar com Prestação de Assistência Integral em Saúde em UTI Adulto |
| Recife | Instituto de Diagnóstico José Rocha de Sá (Matriz) | 024/24 | Imagem Ambulatorial (Tomografia, Ressonância Magnética + Densitometria Óssea) |
| Vitória de Santo Antão | Diagimagem | 065/24 | Imagem Ambulatorial (Tomografia, Ressonância Magnética + Densitometria Óssea) |
| Recife | Clínica Radiológica Lucilo Maranhão | 076/24 | Imagem Ambulatorial (Tomografia + Ressonância Magnética) |
| Recife | Clínica Radiológica Lucilo Maranhão | 026/24 | Imagem Ambulatorial (Densitometria Óssea) |

| | | | |
|---|---|---|---|
| Olinda | Hospital do Tricentenário | 153/21 | Serviço de Internação Hospitalar com Prestação de Assistência Integral em Saúde em UTI Adulto |
| Olinda | Hospital do Tricentenário | 060/24 | Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica Tipo II e III |
| Vitória de Santo Antão | APAMI Vitória | 085/22 | Leitos de Retaguarda em Neurologia Clínica |
| Recife | CEMUPE | 101/22 | Iodoterapia |
| Vitória de Santo Antão | IMAG Diagnóstico por imagem | 096/20 | Imagem Ambulatorial (Tomografia, Ressonância Magnética + Densitometria Óssea) |
| Paulista | Previmagem Ltda | 032/24 | Imagem Ambulatorial (Tomografia, Ressonância Magnética + Densitometria Óssea) |
| Paulista | Previmagem Ltda | 086/23 | Mamografia Bilateral para Rastreamento |
| Vitória de Santo Antão | APAMI Vitória | 073/23 | Cirurgias Eletivas de média e alta complexidade |
| Paulista | Previmagem Ltda | 066/18 | Imagem Ambulatorial (Densitometria Óssea) |
| Jaboatão dos Guararapes | Hospital Memorial dos Guararapes | 127/21 | Serviço de Internação Hospitalar com Prestação de Assistência Integral em Saúde em UTI Adulto |
| Jaboatão dos Guararapes | Hospital Memorial dos Guararapes | 064/22 | Leitos de Retaguarda em Neurologia Clínica |
| Jaboatão dos Guararapes | Hospital Memorial dos Guararapes | 184/22 | UTI Pediátrica Tipo II e III |

| | | | |
|---|---|---|---|
| Jaboatão dos Guararapes | Hospital Memorial dos Guararapes | 038/24 | UTI Pediátrica SRAG |
| Jaboatão dos Guararapes | Hospital Memorial dos Guararapes | 033/23 | Leitos de Retaguarda de Cirúrgica em Traumato-ortopedia |
| Recife | Hospital Maria Lucinda | 152/22 | UTI Pediátrica Tipo II e III |
| Recife | Hospital Maria Lucinda | 079/22 | Leitos de Retaguarda em Neurologia Clínica |
| Recife | Hospital Maria Lucinda | 033/22 | Unidade de Terapia em UTI Adulto Tipo II e III |
| Recife | Ashope Associação de Serviços Hospitalares | 029/23 | 320 leitos de retaguarda em neurologia clínica |
| Recife | Hospital Maria Lucinda | | UTI |
| Recife | Hospital Santo Amaro | 027/23 | Leitos de retaguarda cirúrgica em traumato-ortopedia |
| Vitória de Santo Antão | APAMI Vitória | 067/23 | Leitos de retaguarda cirúrgica em traumato-ortopedia |
| Recife | Max Day Hospital | 031/24 | Cirurgias eletivas, exames complementares e consultas especializadas |
| Olinda | IMEPE Instituto de Medicina Especializada de Pernambuco | 044/24 | Cirurgias eletivas, exames complementares e consultas especializadas |

Fonte: I Gerência Regional de Saúde, 2024. *dados sujeitos à alteração.

Quadro 136 - Monitoramento dos contratos vigentes firmados pela SES-PE e fiscalizados pelo II GERES, Limoeiro, 2024.

| **Município** | **Estabelecimento** | **CNES** | **Contrato** | **Procedimento** | **Fiscal de contrato** |
|---|---|---|---|---|---|
| Carpina | CDC - Clinica | 2517000 | 045/16 | Tomografia | |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | Dioclécio Coutinho | | | Ressonância Densitometria | Martha Souto Maior |
| Carpina | CDC - Clinica Dioclécio Coutinho | 2517000 | 031/20 | Mamografia | |
| Carpina | CED – Centro de Espec. e Diagnostico | 6292275 | 006/20 | Citopatológico | |
| Limoeiro | MULTLAB | 2350505 | 072/19 | | |
| Limoeiro | LACLIM | 2351609 | 071/19 | | |
| Surubim | Laboratório Luiz Celso | 5530032 | 081/19 | | |
| Limoeiro | Hospital Do Vale | 7551584 | 089/16 – 095/20 | Leitos De UTI | |
| Surubim | APAMI - SURUBIM | 2354551 | 081/18 | Densitometria / Tomografia Computadorizada | Thaís Nayara |

Fonte: II Gerência Regional de Saúde, 2024. *dados sujeitos à alteração.

Quadro 137 - Monitoramento dos contratos vigentes firmados pela SES-PE e fiscalizados pela III GERES, Palmares, 2024.

| Município | Estabelecimento | CNPJ | Contrato | Procedimentos |
|---|---|---|---|---|
| Palmares | Centro de tratamento de Doenças Renais Mata Sul Ltda | 07.296.894/0001-58 | 011/20 | Terapia Renal Substitutiva TRS ambulatorial |
| Palmares | Centro Médico Santa Paula | 09.494.424/0001-70 | 049/16 | Densitometria óssea |
| Palmares | Centro Médico Santa Paula | 09.494.424/0001-70 | 137/19 | Imagem Ambulatorial (ressonância magnética) |
| Escada | CITOMAX | 09.341.185/0001-72 | 077/19 | Citopatologia |
| Palmares | Instituto de Assistência Vale do Una | 13.296.018/0001-24 | 046/18 | Unidade de Terapia Intensica UTI adulto tipo II |
| Palmares | Instituto de Assistência Vale do Una | 13.296.018/0001-24 | 056/2019 | Ventilação Mecânica |
| Palmares | Instituto de Assistência Vale do Una | 13.296.018/0001-24 | 094/20 | 07 Leitos de UTI |

Fonte: III Gerência Regional de Saúde, 2024. *dados sujeitos à alteração.

Quadro 138 - Monitoramento dos contratos vigentes firmados pela SES-PE e fiscalizados pela XII GERES, Palmares, 2024.

| Município | Estabelecimento | CNPJ | Contrato | Procedimentos |
|---|---|---|---|---|
| Goiana | Memorial Hospital de Goiana | 12.903.605/0001-71 | 035/2023 | UTI Pediátrica tipo II |
| Goiana | Memorial Hospital de Goiana | 12.903.605/0001-71 | 034/2024 | Enfermaria Adulto SRAG Permanente – Portaria SES/PE 317/2023 |
| Goiana | Goiana Diagnóstivo por Imagem | 18.647.704/0001-16 | 041/2024 | Exames de Imagem Ambulatorial |

Fonte: XII Gerência Regional de Saúde, 2024. *dados sujeitos à alteração.

Quadro 139 - Sistemas utilizados pelos municípios da I Região de Saúde, suas fragilidades e potencialidades autor referidas, Recife, 2024.

| Municipio | Sistema de Regulação | Fragilidades | Potencialidades |
|---|---|---|---|
| **Abreu e Lima** | CMCE/SISREG | Instabilidade do sistema; Impossibilidade de gerar relatórios; Inexistência de quadro de aviso para cancelamento de agenda; Duplicidade de usuário. | Agilidade no recebimento de cotas; Identificação de faltas; Retorno para situação anterior. |
| **Araçoiaba** | CMCE/SISREG | | |
| **Cabo de Santo Agostinho** | CMCE/SISREG | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Camaragibe** | CMCE/SISREG | | |
| **Chã Grande** | CMCE/SISREG | | |
| **Chã de Alegria** | CMCE | | |
| **Glória do Goitá** | CMCE/SISREG | | |
| **Fernando de Noronha** | CMCE/SISREG | | |
| **Igarassu** | CMCE/SISREG | | |
| **Ipojuca** | CMCE/SISREG | | |
| **Itamaracá** | CMCE/SISREG | | |
| **Itapisssuma** | CMCE/SISREG | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Jaboatão dos Guararapes** | CMCE/SISREG | | |
| **Moreno** | CMCE/SISREG | | |
| **Olinda** | CMCE/SISREG | | |
| **Paulista** | CMCE/SISREG | | |
| **Pombos** | CMCE | | |
| **Recife** | CMCE/SISREG | | |
| **São Lourenço da Mata** | CMCE/SISREG | | |
| **Vitória de Santo Antão** | CMCE/SISREG | | |

Fonte: I Gerência Regional de Saúde, 2024. *dados sujeitos à alteração.

Quadro 140 - Sistemas utilizados pelos municípios da II Região de Saúde, suas fragilidades e potencialidades autor referidas, Limoeiro, 2024.

| Municipio | Sistema de Regulação | Fragilidades | Potencialidades |
|---|---|---|---|
| **Bom Jardim** | CMCE/SISREG | Programação manual; Não emite relatórios assistenciais; Pouco desenvolvimento. | Regulação Ambulatorial |
| **Buenos Aires** | CMCE/SISREG | | |
| **Carpina** | CMCE/SISREG | | |
| **Casinhas** | CMCE/SISREG | | |
| **Cumaru** | CMCE/SISREG | | |
| **Feira Nova** | CMCE/SISREG | | |
| **João Alfredo** | CMCE/SISREG | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Lagoa do Carro** | CMCE/SISREG | | |
| **Lagoa do Itaenga** | CMCE/SISREG | | |
| **Limoeiro** | CMCE/SISREG | | |
| **Machados** | CMCE/SISREG | | |
| **Nazaré da Mata** | CMCE/SISREG | | |
| **Orobó** | CMCE/SISREG | | |
| **Passira** | CMCE/SISREG | | |
| **Paudalho** | CMCE/SISREG /LA | | |
| **Salgadinho** | CMCE/SISREG | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Tracunhaém** | CMCE/SISREG | | |
| **Vertente do Lério** | CMCE/SISREG | | |
| **Vicência** | CMCE/SISREG | | |
| **Surubim** | CMCE/SISREG/ IMAQ | | |

Fonte: II Gerência Regional de Saúde, 2024. *dados sujeitos à alteração.

Os 22 municípios de abrangência da III GERES, tem como sistemas regulatórios o CMCE, de governabilidade estadual e o INFOCRAS, como um sistema regulador local de marcação de consultas e exames, de governabilidade municipal, executada pelos serviços de saúde prestadospelo município de Palmares, de participação entre os municípios e pactuações intergestores, sem intervenção, interferência ou participação da III Regional de Saúde em sua execução.

Quadro 141 - Sistemas utilizados pelos municípios da XII Região de Saúde, suas fragilidades e potencialidades autor referidas, Goiana, 2024.

| **Município** | **Sistemas de Regulação** | **Fragilidades** | **Potencialidade** |
|---|---|---|---|
| Aliança | CMCE | Instabilidade do sistema; Impossibilidade de gerar relatórios; Inexistência de quadro de aviso para | Agilidade no recebimento de cotas; Identificação de faltas; Retorno para situação anterior. |
| Camutanga | CMCE | | |
| Condado | CMCE | | |
| Ferreiros | CMCE | | |
| Goiana | CMCE/SISREG | | |
| Itambé | CMCE | | |
| Itaquitinga | CMCE | | |
| Macaparana | CMCE | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| São Vicente Ferrer | CMCE | cancelamento de agenda; Duplicidade de usuário. | |
| Timbaúba | CMCE | | |

Fonte: XII Gerência Regional de Saúde, 2024. *dados sujeitos à alteração.

## Sistemas de Informação

Sistemas de Informação em Saúde (SIS) são instrumentos que, por meio do processamento de dados coletados em serviços de saúde e outros locais, dão suporte à produção de informações para a melhor compreensão dos problemas e tomada de decisão no âmbito das políticas e do cuidado em saúde (WHO, 2010). São compostos por uma estrutura capaz de garantir a obtenção e a transformação de dados em informação, mais do que dados e relatórios, os sistemas servem como um meio para melhoria das condições de infraestrutura e modos de trabalho, fornecendo subsídio para traçar metas e estratégias, que servem para orientar decisões em saúde baseadas no perfil populacional.

### Componentes dos Sistemas de Informação em Saúde

Coleta de Dados:
Fontes de Dados: Hospitais, clínicas, laboratórios, centros de saúde pública, registros de nascimentos e óbitos, etc.
Tipos de Dados: Dados clínicos, administrativos, epidemiológicos, financeiros e demográficos.

Processamento e Armazenamento:
Bases de Dados: Bancos de dados eletrônicos para armazenar grandes volumes de informações.
Sistemas de Gerenciamento de Banco de Dados (SGBDs): Ferramentas para gerenciar e acessar dados de forma eficiente.
Análise e Interpretação:

Ferramentas de Análise: Softwares de análise estatística, ferramentas de Business Intelligence (BI), e algoritmos de machine learning.
Indicadores de Saúde: Taxas de mortalidade, prevalência de doenças, indicadores de desempenho hospitalar, entre outros.

Distribuição e Comunicação:
Plataformas de Comunicação: Portais de saúde, sistemas de informação hospitalar (HIS), e registros eletrônicos de saúde (EHR).
Relatórios e Dashboards: Ferramentas para visualizar dados e tendências de saúde.

Na saúde pública são utilizados diversos SIS cada um com uma finalidade diferente, mas todos com a característica de potencializar a qualidade de informação sobre as condições de saúde e doença da população. Na I macrorregião de saúde os municípios utilizam diversos sistemas que compreendem as áreas de Atenção Primária à Saúde, Regulação, Imunização, Vigilância em Saúde, etc. Os municípios da I Macrorregião citam dentre os SIS mais utilizados em seus processos de trabalho o SINAN, SIM, SINASC, SAI, SISREG, SISPCE, GAL, SISAGUA, SIPNI, SISLOC, ESUS Notifica, etc.

**Benefícios dos Sistemas de Informação em Saúde**

Melhoria na Qualidade do Atendimento: Acesso rápido a informações precisas permite diagnósticos e tratamentos mais eficientes. Redução de erros médicos e duplicação de exames.

Eficiência Operacional: Automação de processos administrativos e clínicos. Melhoria na gestão de recursos e no fluxo de trabalho.

Tomada de Decisão Baseada em Evidências: Dados atualizados e precisos para apoiar políticas de saúde e decisões estratégicas. Monitoramento e avaliação contínua de programas de saúde.

Pesquisa e Desenvolvimento: Dados para pesquisa epidemiológica e desenvolvimento de novas terapias e intervenções. Apoio a estudos longitudinais e análise de tendências de saúde.

Gestão e Planejamento de Recursos: Planejamento eficaz de recursos humanos e materiais. Alocação adequada de fundos e investimento em áreas prioritárias.

**Desafios e Considerações**

Segurança e Privacidade: Proteção de dados sensíveis contra acessos não autorizados e violações de privacidade. Conformidade com legislações de proteção de dados (como a LGPD no Brasil e a GDPR na Europa).

Interoperabilidade: Integração entre diferentes sistemas e plataformas de saúde. Padrões de dados e protocolos de comunicação unificados.

Capacitação e Treinamento: Treinamento contínuo de profissionais de saúde no uso de novas tecnologias e sistemas. Desenvolvimento de competências em análise de dados e informática em saúde.

Infraestrutura e Custo: Investimento em infraestrutura tecnológica adequada. Gestão dos custos de implementação e manutenção dos sistemas.

Os Sistemas de Informação em Saúde são uma peça fundamental para a modernização e eficiência dos serviços de saúde. Eles não apenas melhoram a qualidade do atendimento ao paciente, mas também fornecem uma base sólida para políticas de saúde mais eficazes e sustentáveis, a utilização desses

sistemas se torna ainda mais importante com o incremento do Programa Saúde Digital que busca ampliar a informatização do SUS em todo o país.

## RECURSOS FINANCEIROS

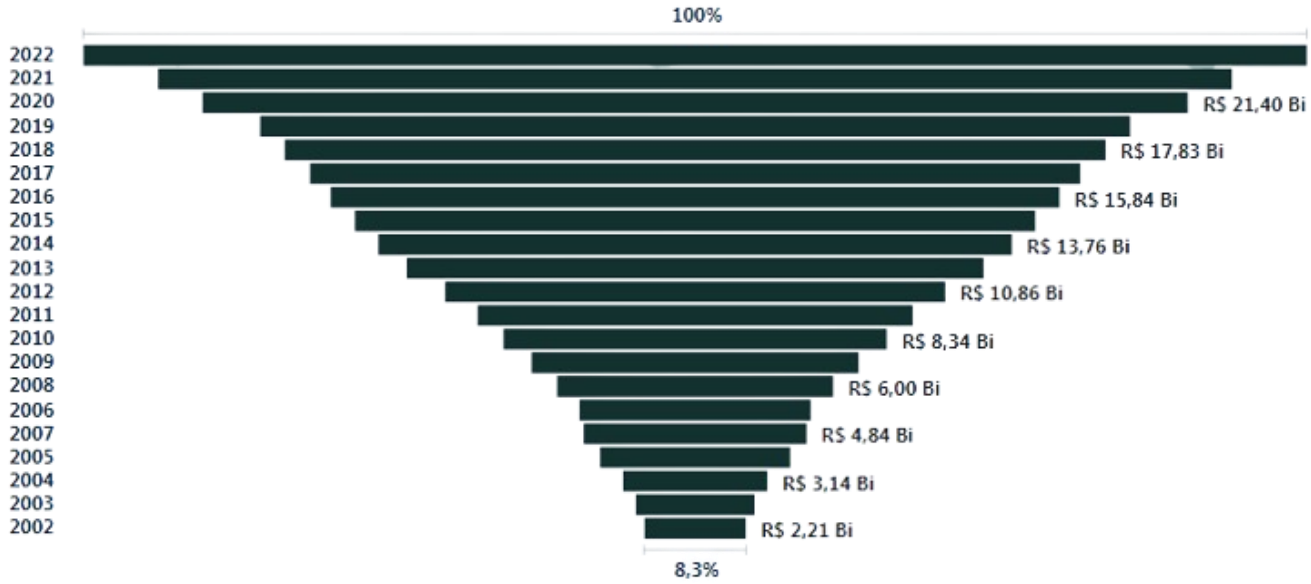
Desde a Constituição Federal de 1988, o financiamento do Sistema Único de Saúde é discutido e apresentado como responsabilidade dos três níveis de governo, tal recurso é proveniente do orçamento da Seguridade Social. Considerando o marco histórico, foram implementadas a emenda constitucional N° 29/2000, bem como a lei complementar N° 141/2012 para definir a forma de repasse, critérios e monitoramento dos recursos financeiros aplicados na saúde. Assim, fica estabelecido que os entes federados aplicarão, anualmente, em ações e serviços de saúde um percentual de recursos mínimos, sendo de responsabilidade dos seguintes percentuais 12% Estados e Distrito Federal, 15% Municípios, e para a União os recursos destinados seriam corrigidos pela variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB).

Como estratégia de garantir acesso da população sobre a destinação de recursos aplicados no sistema único de saúde, em 2000, foi criado o Sistema de Informação sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS). Trata-se de um único sistema de registro de informações orçamentárias públicas de saúde, com receitas totais e despesas públicas em saúde de todos os entes federados. Por meio dos dados preenchidos no sistema é possível monitorar o cumprimento da aplicação mínima de recursos em ações e serviços públicos de saúde (ASPS) nos níveis de gestão, sendo o preenchimento do SIOPS, portanto, obrigatório.

As despesas são quaisquer gastos com aquisição e contratação de obras e compras governamentais. A execução financeira é a utilização dos recursos financeiros visando atender à realização dos programas, ações e projetos e/ou subatividades atribuídos às unidades orçamentárias. Diante deste contexto, a Figura 155 apresenta a despesa total em saúde por habitante na I Macrorregião

de Pernambuco, com isso, observa-se uma tendência de elevação, especialmente, nos últimos dez anos.

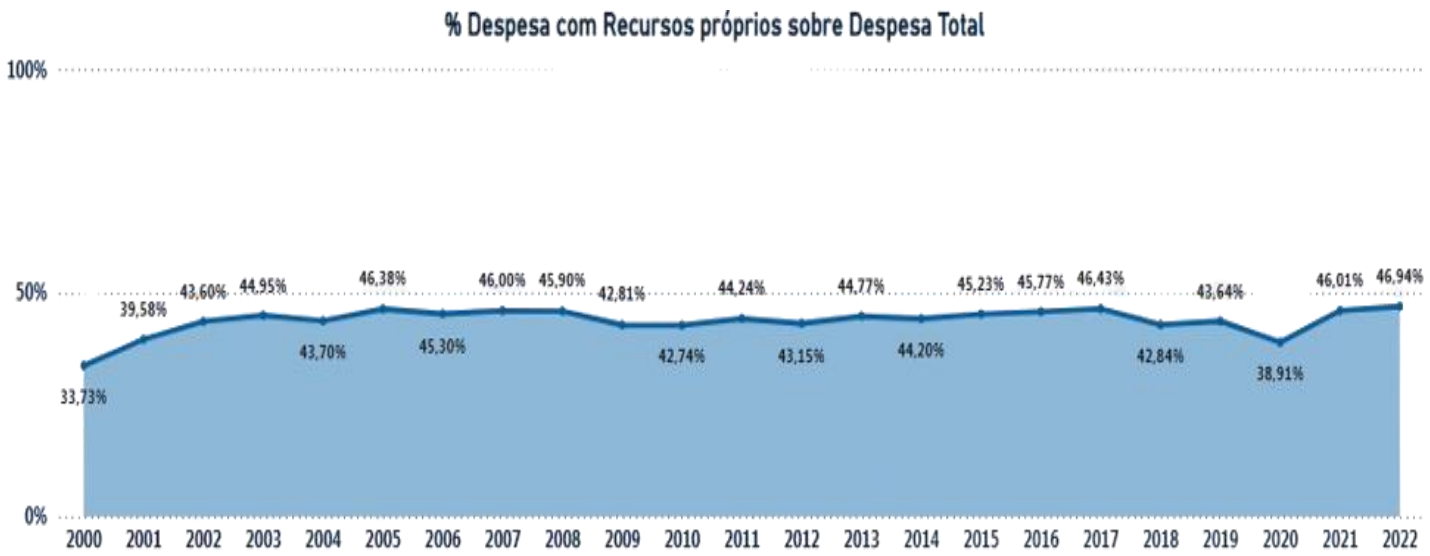
Figura 155 - Despesa Total em Saúde por habitante, entre os anos de 2002 a 2022.




Fonte: Power Bi, CONASEMS, Maio de 2024.

Por meio dos percentuais aplicados dentro dos municípios que compõem a I Macrorregião, observa-se o intenso processo de municipalização da saúde, diante da transferência dos recursos próprios destinados à saúde. A despesa com recursos próprios sobre a despesa total, conforme a Figura 156 apresenta variações entre os anos citados. Isso reflete diretamente na necessidade de coparticipação dos entes federados, bem como discutir a ampliação dos recursos financeiros destinados à saúde, considerando as necessidades locais em saúde.

Figura 156 - Despesa com Recursos próprios sobre a Despesa Total.




Fonte: Power Bi, CONASEMS, Maio de 2024.

Os valores percentuais provenientes do orçamento municipal aplicado em saúde da I Macrorregião de saúde ultrapassam todos os anos o previsto pela EC 29 que corresponde ao percentual mínimo de 15%. Com a EC 29 ficou instituída a vinculação de percentuais mínimos de recursos orçamentários a serem aplicados em Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS) pelos entes. A figura abaixo demonstra aplicação do mínimo constitucional previsto pela emenda constitucional, assim, observa-se que nos últimos anos, especialmente, no período que concerne a pandemia, houve um aumento na aplicação superior ao previsto em lei. Isso, endossa a importância da destinação dos recursos financeiros pelos entes federados por necessidade e Redes de Atenção à Saúde.

Figura 157 - Aplicação do mínimo constitucional por ano.

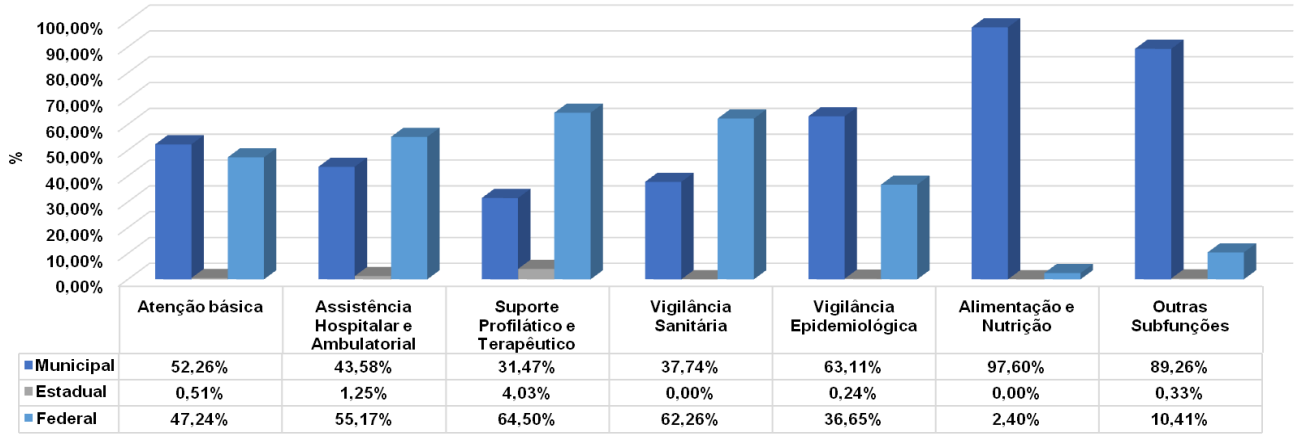



Fonte: Power Bi, CONASEMS, Maio de 2024.

A Portaria GM/MS n° 828, de 17/04/2020, altera a nomenclatura dos blocos implementada pela Portaria no 3.992/GM/MS, de 28/12/2017, alterando o "Bloco de Custeio das Ações e Serviços Públicos de Saúde" e o "Bloco de Investimento e Serviços Públicos de Saúde" para "Bloco de Manutenção das Ações e Serviços Públicos de Saúde" e "Bloco de Estruturação da Rede de Serviços Públicos de Saúde" (Brasil, 2020). Para o exercício de 2022, as despesas empenhadas nas subfunções orçamentárias, a figura xx, expõe os percentuais de despesa em saúde por origem do recurso, na I macrorregião de saúde por ente federado.

Observa-se que no ano citado, o nível de gestão que mais aplica é o ente municipal, além disso, vale ressaltar que o maior percentual de subfunções orçamentária foi relacionada a alimentação e nutrição, seguida de outras subfunções que podem estar ligadas às atividades de planejamento e orçamento, administração e outros encargos especiais. Para o estado e União chama-se atenção para o suporte profilático e terapêutico que representa maior percentual de despesa, isso pode ser explicado pelo suporte profilático prestado aos municípios, além disso, demonstra o modelo de atenção à saúde implementado na saúde pública.

Figura 158 - Percentual de despesa em saúde por origem do recurso e subfunção orçamentária, I Macrorregião de Saúde - Pernambuco, 2022.




| | Atenção básica | Assistência Hospitalar e Ambulatorial | Suporte Profilático e Terapêutico | Vigilância Sanitária | Vigilância Epidemiológica | Alimentação e Nutrição | Outras Subfunções |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Municipal | 52,26% | 43,58% | 31,47% | 37,74% | 63,11% | 97,60% | 89,26% |
| Estadual | 0,51% | 1,25% | 4,03% | 0,00% | 0,24% | 0,00% | 0,33% |
| Federal | 47,24% | 55,17% | 64,50% | 62,26% | 36,65% | 2,40% | 10,41% |

Fonte: Power Bi, CONASEMS, Maio de 2024.

Para o percentual de transferência da União para o Sistema Único de Saúde (SUS) na I região de saúde no período de 2019 a 2023, não se observa nenhuma tendência considerável, apesar do ano de 2020 ser destaque da série histórica, diante do contexto pandêmico no qual o repasse financeiro foi superior quando comparado aos demais anos. Além disso, pode ser notada uma breve heterogeneidade na distribuição deste recurso.

Tabela 47 - Percentual de transferência da União para o SUS I Região de Saúde.

| I Região de Saúde | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 | Total |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Abreu e Lima | 28,53 | 30,65 | 24,23 | 21,63 | 20,36 | 24,25 |
| Araçoiaba | 12,96 | 21,21 | 21,21 | 13,74 | 9,67 | 15,05 |
| Cabo de Santo Agostinho | 24,74 | 22,93 | 19,76 | 23,67 | 19,64 | 21,98 |
| Camaragibe | 27,1 | 35,68 | 29,7 | 26,73 | 26,61 | 28,97 |
| Chã de Alegria | 22,39 | 26,63 | 14,82 | 13,06 | 14,94 | 17,25 |
| Chã Grande | 22,56 | 29,37 | 17,94 | 14,44 | 16,03 | 18,4 |
| Glória do Goitá | 19,71 | 22,51 | 14 | 17,53 | 15,49 | 17,28 |
| Igarassu | 23,78 | 32,42 | 20,79 | 16,77 | 22 | 22,76 |
| Ilha de Itamaracá | 15,81 | 17,44 | 22,03 | 13,2 | 18,92 | 17,52 |
| Ipojuca | 25,93 | 24,4 | 16,59 | 14,03 | 11,22 | 16,9 |
| Itapissuma | 22,79 | 28,3 | 22,78 | 18,48 | 18,4 | 21,66 |
| Jaboatão dos Guararapes | 58,11 | 48,37 | 45,78 | 34,76 | 38,28 | 43,74 |
| Moreno | 21,83 | 24,94 | 21,9 | 21,73 | 21,14 | 22,19 |
| Olinda | 39,51 | 35,78 | 32,34 | 29,24 | 30,02 | 32,87 |
| Paulista | 29,54 | 28,46 | 27,86 | 26,72 | 26,67 | 27,73 |
| Pombos | 19,88 | 22,74 | 18,6 | 12,61 | 14,51 | 17,06 |
| Recife | 38,35 | 41,9 | 38,17 | 33,86 | 34,79 | 37,16 |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| São Lourenço da Mata | 29,19 | 28,08 | 28,8 | 24,29 | 23,86 | 26,31 |
| Vitória de Santo Antão | 33,64 | 37,07 | 29,8 | 28,84 | 24,68 | 30,12 |

Fonte: SIOPS, 2023.

Na II Região de Saúde o percentual de transferência da União para o Sistema Único de Saúde (SUS) nos últimos 05 anos, também se observa que não houve uma tendência de crescimento ou redução considerável, vale ressaltar que alguns municípios, especialmente, no exercício de 2023, obtiveram um percentual de transferência inferior a 15%.

Tabela 48 - Percentual de transferência da União para o SUS na II região de saúde.

| II Região de Saúde | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 | Total |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Bom Jardim | 21,13 | 23,19 | 19,55 | 20,27 | 21,03 | 20,95 |
| Buenos Aires | 16,31 | 21,32 | 13 | 18,62 | 15,32 | 16,8 |
| Carpina | 23,49 | 26,39 | 21,29 | 17,63 | 21,95 | 21,83 |
| Casinhas | 16,71 | 26,88 | 24,98 | 14,44 | 15,77 | 19,16 |
| Cumaru | 27,78 | 29,82 | 24,34 | 12,89 | 16,83 | 20,06 |
| Feira Nova | 25,99 | 24,96 | 20,12 | 12,06 | 11,59 | 17,53 |
| João Alfredo | 21,89 | 25,52 | 26,05 | 19,32 | 22,74 | 22,89 |
| Lagoa de Itaenga | 28,39 | 26,97 | 20,75 | 22,05 | 18,95 | 22,91 |
| Lagoa do Carro | 22,57 | 23,93 | 19,08 | 16,74 | 20,88 | 20,27 |
| Limoeiro | 33,04 | 27,7 | 27,3 | 24,98 | 26,92 | 27,58 |
| Machados | 14,87 | 13,62 | 18,18 | 18,82 | 15,52 | 16,39 |
| Nazaré da Mata | 16,22 | 24,19 | 13,73 | 10,67 | 11,94 | 14,67 |
| Orobó | 26,07 | 28,08 | 22,55 | 18,62 | 17,33 | 21,66 |
| Passira | 25,37 | 29,92 | 22,16 | 19,45 | 20,51 | 22,89 |
| Paudalho | 34,92 | 40,48 | 28,91 | 23,83 | 27,46 | 29,97 |
| Salgadinho | 18,27 | 21,94 | 17,86 | 13,7 | 15,3 | 16,99 |
| Surubim | 31,54 | 37,92 | 21,12 | 23,96 | 26,84 | 27,54 |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Tracunhaém | 14,92 | 15,18 | 13,94 | 16,2 | 13,95 | 14,85 |
| Vertente do Lério | 22,26 | 36,9 | 30,84 | 14,93 | 12,79 | 21,83 |
| Vicência | 20,38 | 26,54 | 17,98 | 12,59 | 18,99 | 18,87 |

Fonte: SIOPS, 2023.

Para a III Região de Saúde, considerando esta série histórica o percentual de transferência do governo federal para o SUS destes municípios, segue o mesmo padrão observado nas demais regiões de saúde que compõem esta macrorregião. Com isso, não há discrepância significativa quanto ao repasse financeiro, porém, observa-se heterogeneidade de distribuição, especialmente, nos municípios menores e interioranos.

Tabela 49 - Percentual de transferência da União para o SUS.

| III Região de Saúde | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 | Total |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Água Preta | 28,8 | 33,14 | 27,37 | 25,92 | 19,58 | 26,35 |
| Amaraji | 18,54 | 19,55 | 10,31 | 14,1 | 20,81 | 16,2 |
| Barreiros | 43,41 | 31,16 | 28,91 | 27,07 | 24,36 | 30,16 |
| Belém de Maria | 22,98 | 23,79 | 19,51 | 17,27 | 17,92 | 19,76 |
| Catende | 16,67 | 20,94 | 16,63 | 16,87 | 20,45 | 18,4 |
| Cortês | 36,37 | 40,16 | 33,69 | 24,57 | 28,57 | 31,72 |
| Escada | 18,75 | 23,26 | 17,66 | 15,92 | 9,76 | 15,3 |
| Gameleira | 14,67 | 20,38 | 16,31 | 10,76 | 17,02 | 15,64 |
| Jaqueira | 28,65 | 33,1 | 31,06 | 26,28 | 30,63 | 29,83 |
| Joaquim Nabuco | 19,52 | 23,18 | 15 | 15,3 | 11,96 | 16,11 |
| Lagoa dos Gatos | 15,96 | 17,47 | 15,7 | 16,46 | 16,71 | 16,48 |
| Maraial | 22,48 | 9,11 | 16,49 | 12,61 | 11,22 | 13,79 |
| Palmares | 32,48 | 33,43 | 30,03 | 28,08 | 29,77 | 30,46 |
| Primavera | 11,79 | 20,87 | 14,03 | 10,62 | 16,39 | 14,73 |
| Quipapá | 19,3 | 27,26 | 17,49 | 14,75 | 21,3 | 19,79 |
| Ribeirão | 20,13 | 25 | 15,99 | 14,23 | 17,43 | 18,13 |
| Rio Formoso | 19,84 | 25,5 | 15,68 | 17,39 | 18,63 | 18,81 |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| São Benedito do Sul | 16,43 | 15,94 | 11,65 | 11,27 | 12,8 | 13,24 |
| São José da Coroa Grande | 18,12 | 26,35 | 22,46 | 14,99 | 15,32 | 18,76 |
| Sirinhaém | 18,57 | 20,96 | 16,12 | 15,91 | 13,33 | 16,51 |
| Tamandaré | 23,49 | 28,56 | 16,05 | 13,92 | 20,04 | 19,77 |
| Xexéu | 16,17 | 25,11 | 21,1 | 14,34 | 15,98 | 18,07 |

Fonte: SIOPS, 2023.

A XII Região de Saúde, considerando esta série histórica o percentual de transferência do governo federal para o SUS destes municípios, não há discrepância significativa quanto ao repasse financeiro entre os anos estudados, porém, assim como nas demais regiões há destoante percentual de repasse.

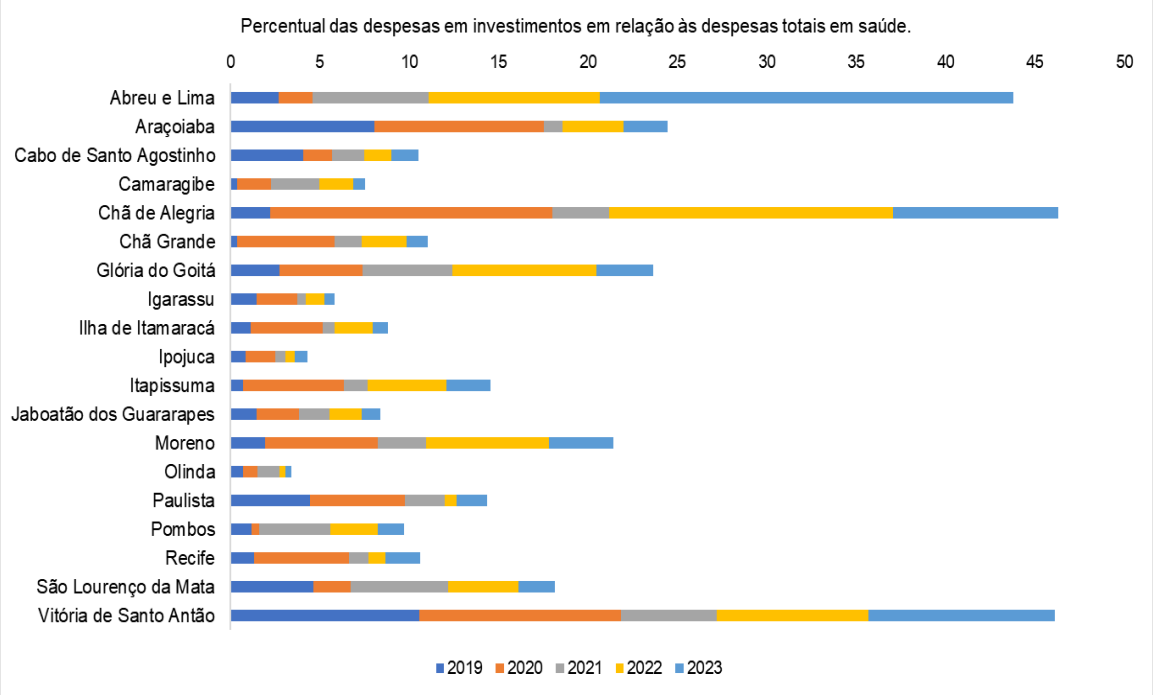
Tabela 50 - Percentual de transferência da União para o SUS na XII região de saúde.

| XII Região de Saúde | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 | Total |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Aliança | 23,12 | 22,39 | 18,24 | 20,92 | 21,94 | 21,26 |
| Camutanga | 18,65 | 32,27 | 15,88 | 17,26 | 22,01 | 21,14 |
| Condado | 24,14 | 28,29 | 17,44 | 15,86 | 18,64 | 20,29 |
| Ferreiros | 17,33 | 19,89 | 10,69 | 12,55 | 12,06 | 14,07 |
| Goiana | 22,82 | 26,23 | 23,48 | 18,9 | 14,47 | 19,94 |
| Itambé | 23,8 | 31,66 | 22 | 19,37 | 18,58 | 22,48 |
| Itaquitinga | 20,81 | 23,29 | 14,55 | 10,64 | 13,04 | 15,44 |
| Macaparana | 17,51 | 25,15 | 21,07 | 19,01 | 23,33 | 21,35 |
| São Vicente Ferrer | 19,96 | 23,25 | 19,77 | 18,98 | 22,4 | 20,92 |
| Timbaúba | 31,89 | 37,27 | 33,88 | 25,06 | 31,33 | 31,28 |

Fonte: SIOPS, 2023.

O percentual de distribuição da despesa em investimentos em relação à despesa total por município da I Região de Saúde de Pernambuco demonstra em série histórico entre os anos de 2019 a 2023 houve diminuição nos investimentos em saúde em 13 municípios desta região. Em contrapartida, observa-se que os 07 municípios apresentaram aumento dos investimentos em saúde nos últimos anos.

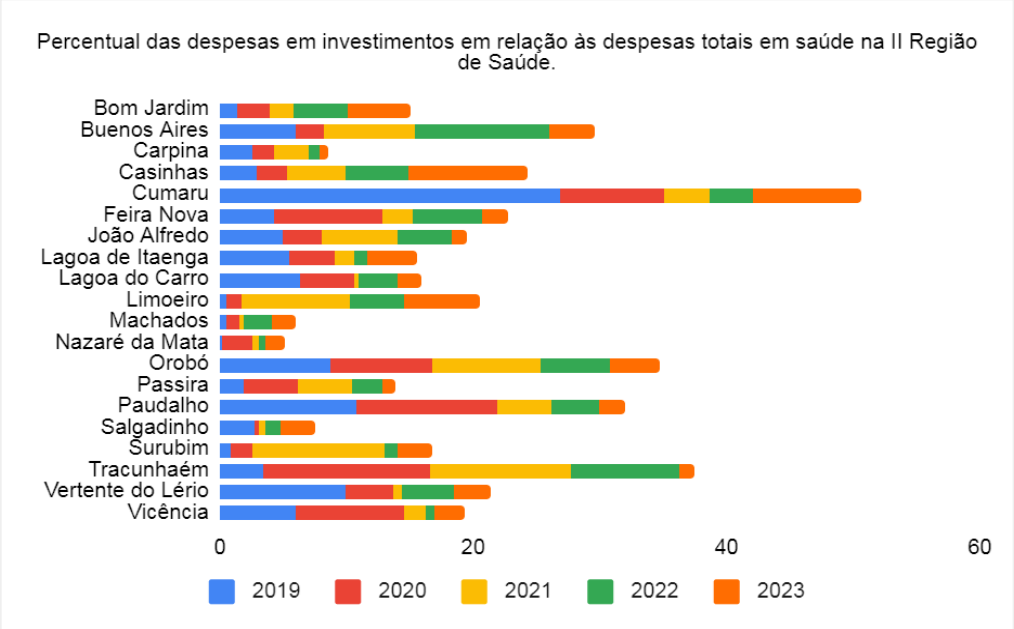
Figura 159 - Percentual das despesas em investimentos em relação às despesas totais em saúde na I Região de Saúde.




Fonte: SIOPS, 2023.

A distribuição da despesa em investimentos em relação à despesa total na II Região de Saúde de Pernambuco, demonstra em série histórica entre os anos de 2019 a 2023, observa-se oscilação acentuada em investimentos, além disso, no período da pandemia de COVID-19 os municípios apresentaram maior investimento em saúde, conforme Figura 160.

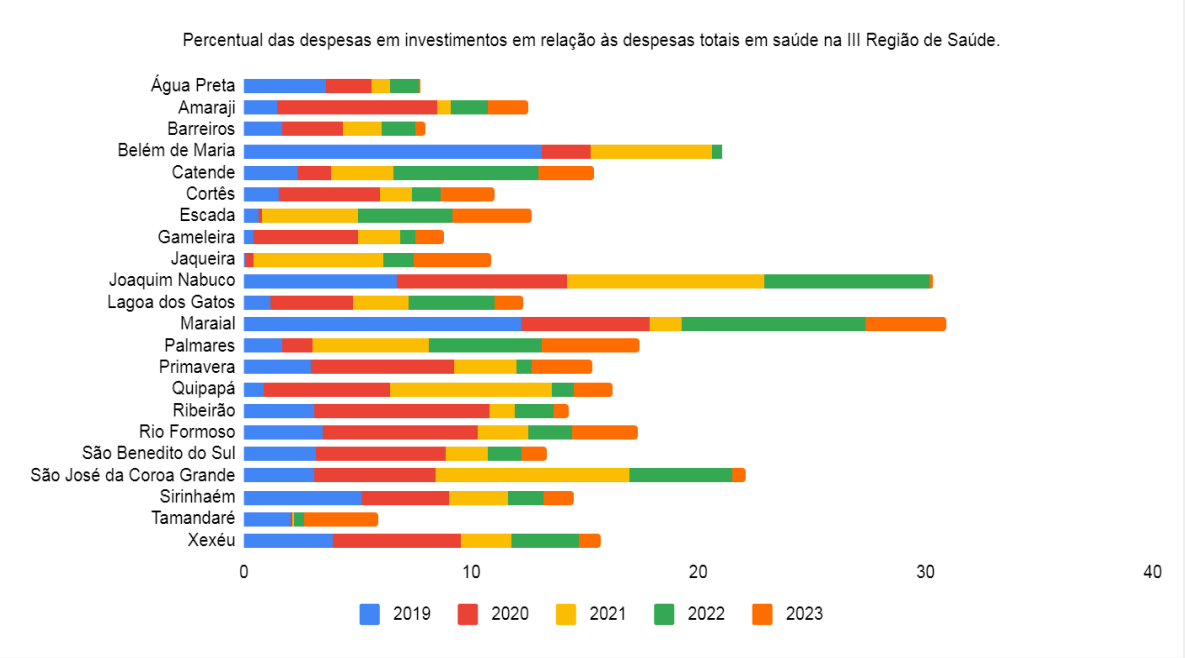
Figura 160 - Percentual das despesas em investimentos em relação às despesas totais em saúde na II Região de Saúde.



Fonte: SIOPS, 2023.

Para III Região de Saúde, a distribuição da despesa em investimentos em relação à despesa total, demonstra em série histórica entre os anos de 2019 a 2023, observa-se discrepância em investimentos, bem como entre os municípios. Em 2019 e 2020, é descrito na fFigura 161, que obteve maior percentual de investimento na maioria dos municípios da III Região de Saúde, a redução de forma acentuada acontece no ano de 2023.

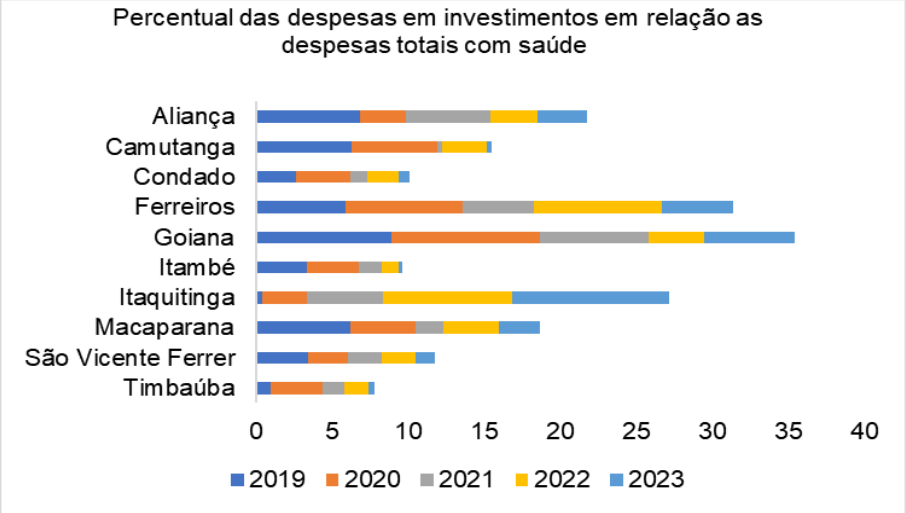
Figura 161 - Percentual das despesas em investimentos em relação às despesas totais em saúde na III Região de Saúde.




Fonte: SIOPS, 2023.

Percebe-se que a XII Região não seguiu nenhuma tendência, inclusive uma heterogeneidade no percentual das despesas em investimento, apresentando oscilações do decorrer dos anos entre aumento e quedas. Os dados ainda revelam variações significativas, se observados os municípios de São Vicente Férrer e Timbaúba.

Figura 162 - Percentual das despesas em investimentos em relação às despesas totais em saúde na XII Região de Saúde.




Fonte: SIOPS, 2023.

Os recursos federais destinados às ações e serviços de saúde de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar são dois componentes (Brasil, 2022).

- Limite Financeiro da Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar (MAC) que inclui os incentivos de custeio e é transferido de forma regular e automática aos fundos de saúde dos estados, DF e municípios;
- Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC), cuja finalidade é financiar procedimentos e políticas consideradas estratégicas, bem como novos procedimentos incorporados à Tabela do SUS. Os recursos financeiros são transferidos após a apuração da produção dos estabelecimentos de saúde registrados pelos respectivos gestores nos Sistemas de Informação Ambulatorial e Hospitalar SIA/SIH.

O Sistema de Controle do Limite Financeiro da Média e Alta Complexidade – SISMAC – foi criado pelo Ministério da Saúde, em 2003, para auxiliar o gestor do SUS a acompanhar a evolução dos recursos federais destinados ao cofinanciamento de ações e serviços ambulatoriais e hospitalares de média e alta complexidade, executados sob gestão dos estados, do Distrito Federal e dos municípios (SISMAC, 2003). Os dados representados dispõem de informações dos repasses financeiros sob gestão municipal referente ao teto da

média e alta complexidade por região de saúde para todos os municípios, considerando com e sem incentivo do governo federal, para o exercício de 2022.

Na I Região de Saúde, sede da I Macrorregião de Pernambuco, destaca-se o município de Chã de Alegria localizado na II Microrregião deste território que apresentou o menor incentivo relacionado ao MAC, contrapartida, Recife apresenta com maior incentivo recebido, quando comparado com os municípios da sua microrregião, bem como da I Região de Saúde, considerando o ano referido, conforme quadro abaixo.

Quadro 142 - Incentivo financeiro sob gestão municipal destinado à média e alta complexidade na I Região de Saúde.

| Município | Descrição Gestão | Teto MAC-Sem Incentivos-GM (R$) | Incentivos-GM(R$) | Teto MAC-Com Incentivos-GM (R$) |
|---|---|---|---|---|
| ABREU E LIMA | Gestão Municipal | R$5.628.503,79 | R$3.460.023,96 | R$9.088.527,75 |
| ARAÇOIABA | Gestão Municipal | R$252.397,32 | R$504.833,00 | R$757.230,32 |
| CABO DE SANTO AGOSTINHO | Gestão Municipal | R$10.944.459,48 | R$3.379.445,07 | R$14.323.904,55 |
| CAMARAGIBE | Gestão Municipal | R$19.165.960,92 | R$5.708.004,95 | R$24.873.965,87 |
| CHÃ DE ALEGRIA | Gestão Municipal | R$252.074,52 | R$157.500,00 | R$409.574,52 |
| CHÃ GRANDE | Gestão Municipal | R$1.756.143,84 | R$387.221,12 | R$2.143.364,96 |
| GLÓRIA DO GOITÁ | Gestão Municipal | R$701.808,24 | R$243.185,00 | R$944.993,24 |
| IGARASSU | Gestão Municipal | R$4.049.140,84 | R$1.255.402,43 | R$5.304.543,27 |
| IPOJUCA | Gestão Municipal | R$255.935,28 | R$1.142.333,00 | R$1.398.268,28 |
| ILHA DE ITAMARACÁ | Gestão Municipal | R$1.481.895,23 | R$5.122.055,75 | R$6.603.950,98 |
| ITAPISSUMA | Gestão Municipal | R$538.830,84 | R$1.319.093,00 | R$1.857.923,84 |
| JABOATÃO DOS GUARARAPES | Gestão Municipal | R$65.696.157,83 | R$47.418.467,15 | R$113.114.624,98 |
| MORENO | Gestão Municipal | R$5.683.094,17 | R$555.463,12 | R$6.238.557,29 |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| OLINDA | Gestão Municipal | R$24.966.289,44 | R$24.150.651,23 | R$49.116.940,67 |
| PAULISTA | Gestão Municipal | R$16.287.781,80 | R$7.506.303,56 | R$23.794.085,36 |
| POMBOS | Gestão Municipal | R$917.346,84 | R$504.833,00 | R$1.422.179,84 |
| RECIFE | Gestão Municipal | R$258.128.747,52 | R$88.015.696,01 | R$346.144.443,53 |
| SÃO LOURENÇO DA MATA | Gestão Municipal | R$3.342.712,44 | R$6.446.177,03 | R$9.788.889,47 |
| VITÓRIA DE SANTO ANTÃO | Gestão Municipal | R$15.638.423,20 | R$3.415.091,51 | R$19.053.514,71 |

Fonte: SIMAC/MS-Valores Anualizada

Quadro 143 - Desenho territorial da I Região de Saúde.

| Região de Saúde | Microrregião de Saúde | Municípios | População (hab.) | Recorte Territorial |
|---|---|---|---|---|
| I | I | Abreu e Lima, Araçoiaba, Fernando de Noronha, Igarassu, Ilha de Itamaracá, Itapissuma, Olinda, Paulista e Recife | 2.478.838 |  |
| | II | Camaragibe, Chã de Alegria, Chã Grande, Glória do Goitá, Pombos, São Lourenço da Mata e Vitória de Santo Antão | 462.941 | |
| | III | Cabo de Santo Agostinho, Ipojuca, Jaboatão dos Guararapes e Moreno | 966.978 | |
| Total | 03 | 20 | 3.908757 | - |

Fonte: SIMAC/MS-Valores Anualizada

A II Região de Saúde observa-se uma oscilação considerável entre os municípios e o recebimento do financiamento da média e alta complexidade. Com isso, destaca os municípios de Machados, Salgadinho, Tracunhaém e Vertente do Lério, que representam 20% desta região sem incentivo financeiro ministerial, ao mesmo tempo em que Limoeiro e Paudalho destacam-se no maior recebimento.

Quadro 144 - Incentivo financeiro sob gestão municipal destinado à média e alta complexidade na II Região de Saúde.

| Município | Descrição Gestão | Teto MAC-Sem Incentivos-GM (R$) | Incentivos - GM(R$) | Teto MAC-Com Incentivos-GM (R$) |
|---|---|---|---|---|
| BOM JARDIM | Gestão Municipal | R$839.947,44 | R$157.500,00 | R$997.447,44 |
| BUENOS AIRES | Gestão Municipal | R$205.487,04 | R$157.500,00 | R$362.987,04 |
| CARPINA | Gestão Municipal | R$3.400.052,28 | R$1.244.864,75 | R$4.644.917,03 |
| CASINHAS | Gestão Municipal | R$279.527,04 | R$157.500,00 | R$437.027,04 |
| CUMARU | Gestão Municipal | R$357.088,80 | R$157.500,00 | R$514.588,80 |
| FEIRA NOVA | Gestão Municipal | R$571.372,20 | R$504.833,00 | R$1.076.205,20 |
| JOÃO ALFREDO | Gestão Municipal | R$818.712,96 | R$242.116,20 | R$1.060.829,16 |
| LAGOA DO CARRO | Gestão Municipal | R$818.982,60 | R$243.185,00 | R$1.062.167,60 |
| LAGOA DE ITAENGA | Gestão Municipal | R$467.631,96 | R$609.833,00 | R$1.077.464,96 |
| LIMOEIRO | Gestão Municipal | R$4.995.273,84 | R$4.519.490,00 | R$9.514.763,84 |
| MACHADOS | Gestão Municipal | R$348.088,56 | R$0,00 | R$348.088,56 |
| NAZARÉ DA MATA | Gestão Municipal | R$188.690,04 | R$504.833,00 | R$693.523,04 |
| OROBÓ | Gestão Municipal | R$962.467,92 | R$157.500,00 | R$1.119.967,92 |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| PASSIRA | Gestão Municipal | R$933.392,88 | R$306.698,00 | R$1.240.090,88 |
| PAUDALHO | Gestão Municipal | R$3.552.519,96 | R$4.574.833,00 | R$8.127.352,96 |
| SALGADINHO | Gestão Municipal | R$93.971,04 | R$0,00 | R$93.971,04 |
| SURUBIM | Gestão Municipal | R$7.170.628,44 | R$3.780.482,52 | R$10.951.110,96 |
| TRACUNHAÉM | Gestão Municipal | R$179.214,36 | R$0,00 | R$179.214,36 |
| VERTENTE DO LÉRIO | Gestão Municipal | R$94.065,00 | R$0,00 | R$94.065,00 |
| VICÊNCIA | Gestão Municipal | R$1.030.431,12 | R$107.333,00 | R$1.137.764,12 |

Fonte: SIMAC/MS-Valores Anualizados.

Quadro 145 - Desenho territorial da II Região de Saúde.

| **Região de Saúde** | **Microrregião de Saúde** | **Municípios** | **População (hab.)** | **Recorte Territorial** |
|---|---|---|---|---|
| II | IV | Bom Jardim, Casinhas,Cumaru, Feira Nova, João Alfredo, Limoeiro, Machadas, Orobó, Passira, Salgadinho, Surubim e Vertente do Lério | 316.330 |  |
| | V | Buenos Aires, Carpina, Lagoa de Itaenga, Lagoa do Carro, Nazaré da Mata, Paudalho, Tracunhaém e Vicência | 250.001 | |
| Total | 02 | 20 | 566.331 | |

Fonte: SIMAC/MS-Valores Anualizados.

Para III Região de Saúde, observa-se uma padronização com as demais regiões discutidas anteriormente, demonstrando oscilação considerável entre os municípios e o recebimento do financiamento da média e alta complexidade. Com isso, destaca os municípios Joaquim Nabuco e Maraial que não obtiveram incentivo financeiro ministerial, ao mesmo tempo em que Palmares destaca-se com maior recebimento.

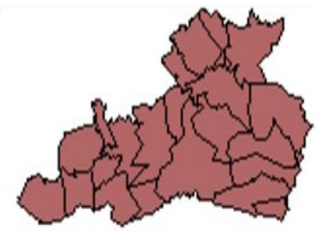
Quadro 146 - Incentivo financeiro sob gestão municipal destinado à média e alta complexidade na III Região de Saúde.

| Município | Descrição Gestão | Teto MAC-Sem Incentivos-GM (R$) | Incentivos-GM(R$) | Teto MAC-Com Incentivos-GM (R$) |
|---|---|---|---|---|
| ÁGUA PRETA | Gestão Municipal | R$4.763.030,52 | R$504.773,00 | R$5.267.803,52 |
| AMARAJI | Gestão Municipal | R$618.321,48 | R$637.500,00 | R$1.255.821,48 |
| BARREIROS | Gestão Municipal | R$10.793.641,32 | R$1.150.583,00 | R$11.944.224,32 |
| BELÉM DE MARIA | Gestão Municipal | R$ 241.849,32 | R$219.850,44 | R$461.699,76 |
| CATENDE | Gestão Municipal | R$934.834,80 | R$554.833,00 | R$1.489.667,80 |
| CORTÊS | Gestão Municipal | R$5.127.908,65 | -R$192.500,01 | R$4.935.408,64 |
| ESCADA | Gestão Municipal | R$2.724.247,20 | R$157.500,00 | R$2.881.747,20 |
| GAMELEIRA | Gestão Municipal | R$616.010,64 | R$704.833,00 | R$1.320.843,64 |
| JAQUEIRA | Gestão Municipal | R$4.718.768,40 | R$157.500,00 | R$4.876.268,40 |
| JOAQUIM NABUCO | Gestão Municipal | R$358.077,84 | R$0,00 | R$358.077,84 |
| LAGOA DOS GATOS | Gestão Municipal | R$218.975,52 | R$157.500,00 | $376.475,52 |
| MARAIAL | Gestão Municipal | R$0,00 | R$0,00 | R$0,00 |
| PALMARES | Gestão Municipal | R$8.673.293,45 | R$1.706.662,32 | R$10.379.955,77 |
| PRIMAVERA | Gestão Municipal | R$213.548,88 | R$157.500,00 | R$371.048,88 |
| QUIPAPÁ | Gestão Municipal | R$675.180,60 | R$531.215,00 | R$1.206.395,60 |
| RIBEIRÃO | Gestão Municipal | R$2.164.473,84 | R$504.833,00 | R$2.669.306,84 |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| RIO FORMOSO | Gestão Municipal | R$ 848.638,32 | R$391.500,00 | R$1.240.138,32 |
| SÃO BENEDITO DO SUL | Gestão Municipal | R$141.450,60 | R$157.500,00 | R$298.950,60 |
| SÃO JOSÉ DA COROA GRANDE | Gestão Municipal | R$463.978,08 | R$637.500,00 | R$1.101.478,08 |
| SIRINHAÉM | Gestão Municipal | R$1.234.356,60 | R$829.500,00 | R$2.063.856,60 |
| TAMANDARÉ | Gestão Municipal | R$574.269,24 | R$984.833,00 | R$1.559.102,24 |
| XEXÉU | Gestão Municipal | R$302.032,56 | R$357.500,00 | R$659.532,56 |

Fonte: SIMAC/MS-Valores Anualizados.

Quadro 147 - Quadro xx: Desenho territorial da III Região de Saúde.

| **Região de Saúde** | **Microrregião de Saúde** | **Municípios** | **População (hab.)** | **Recorte Territorial** |
|---|---|---|---|---|
| III | - | Água Preta, AMARAJI, Barreiros, Belém de Maria, Catende, Cortês, Escada, Gameleira, Jaqueira, Joaquim Nabuco, Lagoa dos Gatos, Maraial, Palmares, Primavera, Quipapá, Ribeirão, Rio Formoso, São Benedito do Sul, São José da Coroa Grande, Sirinhaém, Tamandaré e Xexéu | 574.905 |  |
| Total | - | 22 | 574.905 | - |

Fonte: SIMAC/MS-Valores Anualizados

Na XII Região de Saúde, observa-se uma padronização semelhante à das demais regiões discutidas anteriormente, demonstrando oscilação considerável

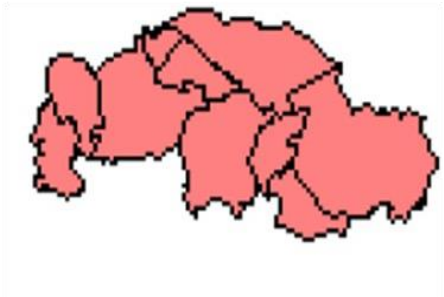
entre os municípios e o recebimento do financiamento da média e alta complexidade. Com isso, destaca os municípios Ferreiros que não obtiveram incentivo financeiro ministerial, ao mesmo tempo em que Goiana destaca-se com maior recebimento.

Quadro 148 - Incentivo financeiro sob gestão municipal destinado à média e alta complexidade na XII Região de Saúde.

| Município | Descrição Gestão | Teto MAC-Sem Incentivos-GM (R$) | Incentivos-GM(R$) | Teto MAC-Com Incentivos-GM (R$) |
|---|---|---|---|---|
| ALIANÇA | Gestão Municipal | R$831.537,96 | R$1.176.773,00 | R$2.008.310,96 |
| CAMUTANGA | Gestão Municipal | R$183.422,40 | R$157.500,00 | R$340.922,40 |
| CONDADO | Gestão Municipal | R$771.173,76 | R$157.500,00 | R$928.673,76 |
| FERREIROS | Gestão Municipal | R$118.729,20 | R$0,00 | R$118.729,20 |
| GOIANA | Gestão Municipal | R$1.374.095,52 | R$2.194.856,75 | R$3.568.952,27 |
| ITAMBÉ | Gestão Municipal | R$1.376.280,12 | R$984.881,36 | R$2.361.161,48 |
| ITAQUITINGA | Gestão Municipal | R$343.173,60 | R$347.333,00 | R$690.506,60 |
| MACAPARANA | Gestão Municipal | R$844.684,80 | R$497.500,00 | R$1.342.184,80 |
| SÃO VICENTE FERRER | Gestão Municipal | R$363.753,96 | R$637.500,00 | R$1.001.253,96 |
| TIMBAÚBA | Gestão Municipal | R$8.278.786,20 | R$3.701.961,08 | R$11.980.747,28 |

Fonte:SIMAC/MS-Valores Anualizados.

Quadro 149 - Desenho territorial da XII Região de Saúde.

| Região de Saúde | Microrregião de Saúde | Municípios | População (hab.) | Recorte Territorial |
|---|---|---|---|---|
| XI | I | Goiana, Condado, Itaquitinga e Itambé | 157.131 |  |
| | II | Aliança, Camutanga, Ferreiros Macaparana e São Vicente Férrer e Timbaúba. | 145.220 | |
| Total | 02 | 10 | 302.351 | - |

Fonte: SIMAC/MS-Valores Anualizados.

Por fim, considerando a Constituição de 1988, o Sistema Único de Saúde (SUS) tem como proposta a universalização do acesso aos serviços públicos de saúde, bem como descentralizar e direcionar de forma equitativa às esferas estadual e municipal os recursos para seu financiamento. Nota-se neste diagnóstico da I macrorregião de saúde, a necessidade e importância da virada de modelo da atenção à saúde, bem como forma de repasse financeiro para execução das ações.

Com isso, diante das oscilações e heterogeneidade de repasse financeiro fundo a fundo destinado pela União, assim como, alto percentual de aplicação dos recursos na saúde sob gestão municipal. Seguindo a lógica do financiamento tripartite e necessário refletir possibilidades de novas formas de repasse por redes de saúde especificas com aporte de recursos definido para cada ente.

# GESTÃO DO TRABALHO E EDUCAÇÃO PERMANENTE

O Sistema Único de Saúde, alicerçado na reforma sanitária, tem como função constitucional ordenar e orientar a formação dos profissionais da área. Assim, se faz necessário compreender que a formação profissional deve ser guiada pelas políticas públicas de saúde, pelas demandas da população e em respeito aos princípios que orientaram a construção do SUS.

Nesse sentido, o Ministério da Saúde institui por meio da a Portaria GM/ MS nº 198/2004, a Política Nacional de Educação Permanente (PNEPS), que define a Educação Permanente em Saúde como estratégia do SUS para a formação e desenvolvimento de trabalhadores para o setor. A referida portaria aponta a Educação Permanente em Saúde como sendo:

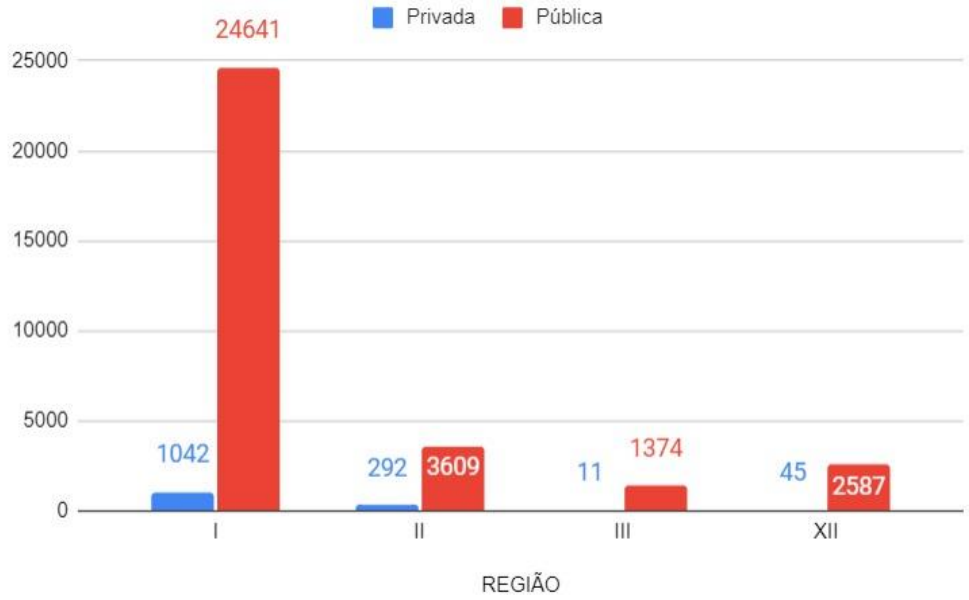
"[...] aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao quotidiano das organizações e ao trabalho. Propõe-se que os processos de capacitação dos trabalhadores da saúde tomem como referência as necessidades de saúde das pessoas e das populações, da gestão setorial e do controle social em saúde, tenham como objetivos a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho e sejam estruturados a partir da problematização do processo de trabalho. (BRASIL, 2004. p. 8)

No intuito de aproximar as formações das necessidades do território, a Portaria nº 1996 de 20 de agosto de 2007 determina que a condução regional da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde acontecerá por meio dos Colegiados de Gestão Regional, com a participação das Comissões Permanentes de Integração Ensino- Serviço (CIES).

A Política Estadual de Educação Permanente em Saúde alinha-se ao processo de regionalização, através das Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço regionais, as quais desempenham o papel de câmaras técnicas de assessoramento das Comissões Intergestoras Regionais (CIR) na pauta de educação permanente em saúde. Dessa forma, a educação permanente em saúde insere-se no contexto da gestão, dos serviços e da comunidade (Pernambuco, 2023).

Em relação ao quadro de profissionais de saúde dos municípios que compõem a I Macrorregião os mesmos estão identificados nas figuras abaixo conforme constam no Relatório Anual de Gestão (RAG) de 2022.

Figura 163 - Quantitativo de profissionais de saúde na I Macrorregião por tipo de cargo.




Fonte: RAG 2022

Figura 164 - Quantitativo de profissionais de saúde na I Macrorregião por tipo de vínculo.




Fonte: RAG 2022

As figuras Figura 163 Figura 164 demonstram que a maioria absoluta de profissionais de saúde que atuam nos municípios da I Macrorregião tem cargos públicos e possuem vínculo estatatutário

## CIÊNCIA, TECNOLOGIA E INOVAÇÃO EM SAÚDE

No Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS), de acordo com a Lei 8.080/90 tem por objetivo a garantia da universalidade e a integralidade à saúde, possibilitando assim o maior acesso da população aos sistemas de redes de atenção. No contexto de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde, a Portaria Nº 2.510/GM de 19 de dezembro de 2005, considera-se tecnologias em saúde: medicamentos, materiais, equipamentos e procedimentos, sistemas organizacionais, educacionais, de informações e de suporte, e programas e protocolos assistenciais, por meio dos quais a atenção e os cuidados com a saúde são prestados à população.

Em 2003 foi instituído pela Portaria nº 1.418/GM de 24 de julho de 2003 o Conselho de Ciência, Tecnologia e Inovação do Ministério da Saúde (CCTI/ MS). Este Conselho, coordenado pela SCTIE, possui entre as suas atribuições: implantar a Política de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde; definir diretrizes e promover a avaliação de tecnologias visando à incorporação de novos produtos e processos pelos gestores, prestadores e profissionais dos serviços de saúde.

Segundo o Manual de Oslo em sua última edição (2018), o conceito de inovação diz respeito a bens ou serviços novos ou significativamente melhorados introduzidos no mercado e é neste sentido que o termo “Inovação Produtiva é aqui utilizado”.

Para uma Política Nacional de Gestão de Tecnologia em Saúde, se faz necessário o desenvolvimento científico e tecnológico e a expansão do complexo industrial da saúde, que levam a introdução de novas tecnologias no mercado, assim como os processos de inovação tecnológica podem levar ao aumento dos custos dos sistemas de saúde, devido aos renovados investimentos em

infraestrutura e capacitação de recursos humanos. Também se faz necessário garantir as resolutividades às ações e aos serviços tendo as tecnologias como soluções aos problemas de saúde que promoverão mais qualidade de vida.

Considerando estes aspectos, a Política Nacional de Gestão de Tecnologias em Saúde terá o propósito de garantir que tecnologias seguras e eficazes sejam usadas apropriadamente. Ou seja, não é suficiente saber que o uso de uma tecnologia traz benefício, é necessário também planejar e assegurar que os recursos financeiros destinados à saúde pública sejam utilizados sem prejuízo da equidade e dos princípios de universalidade e integralidade do SUS. Neste sentido, esta Política orientará os diferentes atores do sistema de saúde na decisão sobre as atividades relacionadas à avaliação, incorporação, utilização, difusão e retirada de tecnologias no sistema de saúde.

Inovação tecnológica em saúde está diretamente ligada à aplicação de conhecimentos científicos e tecnológicos para solução de problemas que surgem em diferentes setores e que impactam mudanças no diagnóstico, tratamento e prognóstico dos indivíduos atendidos. Para ser avaliada, a inovação tecnológica em saúde deve apresentar equilíbrio entre os custos associados e o impacto na qualidade do cuidado, assim como no seu valor social, de forma tangível e não tangível, desde resultados à saúde do indivíduo, família e comunidade, satisfação e crescimento profissional, além de benefícios para a instituição e sistema de saúde.

É importante que o cuidado exercido na saúde seja entendido como tecnologia, definida como a arte, a habilidade, o método, a maneira, o modo de fazer, a razão entre o saber e o fazer, e que qualquer avanço ou adaptação para o atendimento da necessidade do indivíduo e sua família sejam percebidos e valorizados como inovação que proporcione o alcance de melhorias nas condições de vida e de saúde da pessoa que vivencia alterações em seu processo saúde-doença.

Desde 2000, o Departamento de Ciência e Tecnologia (DECIT) e outros componentes do Ministério da Saúde (MS) vêm prestando bons serviços ao

desenvolvimento da pesquisa em saúde. Nessa trajetória destacam-se as parcerias de cogestão de programas e projetos realizados com as agências de fomento e outros componentes organizacionais já existentes no MS, Ministério da Ciência, Tecnologia e Inovação (MCTI) e Ministério da Educação (MEC), no Conselho Nacional das Fundações Estaduais de Amparo à Pesquisa (CONFAP) e no Conselho Nacional de Secretários Estaduais para Assuntos de Ciência, Tecnologia e Inovação (CONSECTI).

A política de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde deve abraçar a totalidade das instituições que contribui com o avanço do conhecimento científico e tecnológico em saúde. Em um programa de recuperação de nossa capacidade científica e tecnológica em saúde, deveriam ser valorizadas as formas organizacionais de trabalho capazes de multiplicar a energia presente na massa crítica mais capacitada e, ao mesmo tempo, contribuir para a descentralização geográfica da pesquisa brasileira.

Nessa linha, destaca-se a modalidade do trabalho de pesquisas em rede onde se destaca o bem-sucedido programa dos Institutos Nacionais de Ciência e Tecnologia (INCTs), que deveria ser ampliado e fortalecido. Vale notar que nesse programa, o campo de pesquisa em saúde é o mais bem representado dentre todos, com cerca de 1/3 das 101 redes apoiadas na primeira chamada de 2008. Será também muito recomendável a retomada das ações governamentais voltadas à internacionalização da pesquisa brasileira, interrompidas desde 2017. Em relação ao tamanho da massa crítica nacional, as taxas de cooperação científica com outros países estão bem aquém das potencialidades. A experiência do programa “Ciência sem Fronteiras” deveria servir de embrião para essa retomada, naturalmente, escoimada de suas fragilidades.

É importante lembrar que para o desenvolvimento científico e tecnológico em saúde, as instituições de ensino superior, programas de residência e pós-graduação stricto sensu (mestrado, dourado). O quadro abaixo apresenta a distribuição das instituições de ensino de nível superior na área da saúde localizadas na I macrorregião. É possível observar os elevados números de instituições públicas na região sede da macrorregião (I Região - Recife).

Ademais, destaca-se o aumento nos últimos anos de ofertas de cursos na área da saúde em instituições privadas, especialmente, nas regiões interiorizadas.

Quadro 150 - Distribuição das instituições de ensino superior para a área da saúde na I macrorregião de saúde – Pernambuco.

| NOME FANTASIA | REPRESENTANTE DA IES | SIGLA | CURSOS CONVENIADOS | MUNICÍPIO | GERES |
|---|---|---|---|---|---|
| Universidade Tiradentes | Reitor em exercício | UNIT | ODONTOLOGIA | RECIFE | I |
| | | | BIOMEDICINA | | |
| | | | FISIOTERAPIA | | |
| | | | NUTRIÇÃO | | |
| | | | PSICOLOGIA | | |
| | | | ENFERMAGEM | | |
| FACULDADE TIRADENTES | JOUBERTO UCHOA DE MENDONÇA JUNIOR | FITS/JABOATÃO | MEDICINA | JABOATÃO DOS GUARARAPES | |
| UNINASSAU | Janyo Janguiê Bezerra Diniz | UNINASSAU | ENFERMAGEM | RECIFE/GRAÇAS | |
| UNINASSAU | | | BIOMEDICINA | PAULISTA | |
| UNINASSAU | | | ODONTOLOGIA | RECIFE - BOA VIAGEM | |
| FACULDADE UNINASSAU | | | FISIOTERAPIA | CABO DE SANTO AGOSTINHO | |
| FACULDADE UNINASSAU | | | NUTRIÇÃO | OLINDA | |
| CENTRO UNIVERSITÁRIO NAURICIO DE NASSAU | | | PSICOLOGIA | CARUARU | |
| Faculdade de Medicina de Olinda | Inácio Barros de Melo Neto | FMO | MEDICINA | OLINDA | |
| Unibra | Laercio Guerra de Melo Junior | UNIBRA | ENFERMAGEM | RECIFE | |
| | | | FISIOTERAPIA | | |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Faculdade de Ciências Humanas de Olinda | Maria Madalena Ferreira de Mendonça | FACHO | ENFERMAGEM | OLINDA | |
| | | | PSICOLOGIA | | |
| Faculdade Pernanbucana de Saúde/FPS | Carlos Santos Figueira | FPS | PSICOLOGIA | RECIFE | |
| | | | MEDICINA | | |
| | | | FARMÁCIA | | |
| | | | ENFERMAGEM | | |
| | | | ODONTOLOGIA | | |
| | | | NUTRIÇÃO | | |
| | | | FISIOTERAPIA | | |
| UPE | Reitor ou Pró reitor em exercício | UPE | ENFERMAGEM | RECIFE | |
| | | | ODONTOLOGIA | CAMARAGIBE | |
| | | | MEDICINA | RECIFE | |
| | | | CIÊNCIAS BIOLOGICAS | RECIFE | |
| | | | SAÚDE COLETIVA | RECIFE | |
| Universidade Federal de Pernambuco | Reitor ou Pró reitor em exercício | UFPE | NUTRIÇÃO | RECIFE | |
| | | | NUTRIÇÃO | VITÓRIA DE SANTO ANTÃO | |
| | | | ENFERMAGEM | VITÓRIA DE SANTO ANTÃO | |
| | | | PSICOLOGIA | RECIFE | |
| | | | MEDICINA | RECIFE | |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | BIOMEDICINA | RECIFE | |
| | | | FISIOTERAPIA | RECIFE | |
| | | | SERVIÇO SOCIAL | RECIFE | |
| | | | FARMÁCIA | RECIFE | |
| | | | FONOAUDIOLOGIA | RECIFE | |
| | | | TERAPIA OCUPACIONAL | RECIFE | |
| | | | SAÚDE COLETIVA | RECIFE | |
| | | | ODONTOLOGIA | RECIFE | |
| SOCEC | Clay José Mattoso/REITOR | UNIFG | ENFERMAGEM | RECIFE | |
| | | | FISIOTERAPIA | | |
| | | | SERVIÇO SOCIAL | | |
| Universidade Católica de Pernambuco | Professor DR. Pe. Pedro Rubens Ferreira Oliveira/Reitor | UNICAP | MEDICINA | RECIFE | |
| | | | ENFERMAGEM | | |
| | | | FISIOTERAPIA | | |
| | | | SERVIÇO SOCIAL | | |
| | | | FONOAUDIOLOGIA | | |
| | | | PSICOLOGIA | | |
| Centro Universitário FBV Weyden | Stephan Angelo Veras Filippo | UniFBV | BIOMEDICINA | RECIFE | |
| | | | ENFERMAGEM | | |
| | | | FARMÁCIA | | |
| | | | NUTRIÇÃO | | |
| | | | FISIOTERAPIA | | |
| Faculdade Franssinetti do Brasil | Maria das Graças Soares das Costa/Diretora | FAFIRE | PSICOLOGIA | RECIFE | |
| | | | NUTRIÇÃO | | |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Faculdade de Comunicação Tecnologia e Turismo de Olinda | Klennio Adam Justino de Lima/Diretor Presidente e Diretor de Planejamento Educacional. | FACOTTUR | ENFERMAGEM | OLINDA | |
| | | | FISIOTERAPIA | | |
| | | | NUTRIÇÃO | | |
| Instituto Pernambucano de Ensino Superior | Newton Roberto Gregório Moraes | APESU | ENFERMAGEM | RECIFE | |
| | | | FSIOTERAPIA | | |
| | | | FARMÁCIA | | |
| Faculdade Santíssima Trindade | | FAST | FARMÁCIA | NAZARÉ DA MATA | II |
| | | | ENFERMAGEM | | |
| | | | FISIOTERAPIA | | |
| | | | FARMÁCIA | | |
| UPE | Reitor ou Pró reitor em exercício | UPE | SERVIÇO SOCIAL | PALMARES | III |
| FACULDADE DE ENSINO SUPERIOR DE ESCADA | Severina Gomes Pereira | FAESC | ENFERMAGEM | ESCADA | |
| | | | FISIOTERAPIA | | |
| | | | FARMÁCIA | | |
| FACULDADE DE CIÊNCIAS DE TIMBAÚBA | LÚCIA MARIA TAVARES DE SOUSA/DIRETORA | FACET | ENFERMAGEM | TIMBAÚBA | XII |
| | | | NUTRIÇÃO | | |
| FACULADE TIRADENTES | JOSÉ ROBERTO DE ALMEIDA | FITS/GOIANA | MEDICINA | GOIANA | |
| FAG-FACULDADE DE GOIANA | ALEXANDRE MEDEIROS DE ALBUQUERQUE DOS SANTOS LIMA | FAG/GOIANA | ENFERMAGEM/EAD | GOIANA | |

Fonte: Coordenação de Integração Ensino Serviço, Secretaria Estadual de Saúde. Maio, 2024.

A concentração das instituições de ensino superior públicas com cursos de saúde principalmente na I Região de Saúde, em detrimento das cidades mais interiorizadas é um fenômeno que reflete desafios e impactos significativos no acesso à educação e na distribuição de profissionais qualificados no setor de saúde. Essa centralização pode ser atribuída a uma série de fatores inter-relacionados.

Primeiramente, pela tendência que a cidade de Recife e região metropolitana tem de atrair mais investimentos em infraestrutura e recursos, criando um ambiente mais propício para o estabelecimento e a expansão de instituições de ensino superior. Isso inclui acesso facilitado a hospitais, clínicas e laboratórios, essenciais para a prática clínica e o estágio dos estudantes. Além disso, a proximidade com grandes centros urbanos facilita a interação com profissionais de saúde experientes e especializados, enriquecendo o aprendizado teórico-prático dos estudantes.

Por outro lado, as cidades de interior muitas vezes enfrentam desafios estruturais, como infraestrutura limitada, menor oferta de recursos financeiros e escassez de profissionais qualificados para atuar como docentes e preceptores. Isso dificulta a implantação e a manutenção de cursos de saúde nessas localidades, criando um ciclo de dependência das regiões metropolitanas para formar profissionais de saúde. Embora, nos últimos anos, tenha se percebido um aumento de cursos de saúde no interior nas instituições privadas.

É essencial que políticas públicas incentivem a expansão e o fortalecimento das instituições de ensino superior em cidades de interior, garantindo infraestrutura adequada, recursos financeiros suficientes e apoio técnico para o desenvolvimento de cursos de saúde que atendam às necessidades locais e regionais. Essas medidas não apenas contribuirão para a formação de profissionais qualificados em áreas subatendidas, mas também para o fortalecimento do sistema de saúde como um todo, promovendo a equidade e a universalidade no acesso aos serviços de saúde no país.

Em relação aos Programas de Residência em área profissional, observa-se algo semelhante às instituições de ensino superior. No entanto, existe um

movimento de interiorização das residências que se mostra positivo ao longo dos anos, com perspectiva de continuidade.

Historicamente, as residências também foram predominantemente oferecidas em grandes centros urbanos, refletindo a infraestrutura e os recursos disponíveis nessas regiões. Na I macrorregião, existem 95 programas de residência em área profissional, sendo 94 localizados na I região de saúde e apenas 01 na XII região de saúde, sendo identificada ausência destes na II e II regiões de saúde.

No entanto, com o reconhecimento da necessidade de expandir a oferta de profissionais qualificados para áreas menos servidas, diversas iniciativas têm sido implementadas para promover a interiorização dos programas de residência. Um dos principais impulsionadores desse movimento é a criação de parcerias entre instituições de ensino superior, hospitais regionais e prefeituras locais.

Além disso, políticas públicas têm sido formuladas para incentivar a interiorização das residências, oferecendo apoio financeiro, como bolsas de estudo e subsídios para infraestrutura, e facilitando a integração dos residentes com a rede local de saúde. Essas medidas não apenas estimulam a permanência dos profissionais nas áreas onde realizaram a residência, mas também fortalecem os sistemas de saúde regionais ao garantir o acesso a profissionais qualificados.

Por outro lado, a situação observada em relação a presença de Programas de Residência médica é alarmante, tendo em vista a presença de apenas 20 programas distribuídas nas cidades de Cabo de Santo Agostinho, Jaboatão dos Guararapes, Olinda, Paulista (I Região de Saúde) e Goiana (XII Região de Saúde, enquanto a cidade de Recife (I Região de Saúde) abarca os outros 254 programas.

Essa disparidade na distribuição dos programas de residência não apenas limita o acesso dos residentes dessas regiões a treinamento especializado próximo de casa, mas também contribui para um desequilíbrio na distribuição de profissionais de saúde qualificados. Os residentes que se formam em grandes

centros urbanos, como Recife, muitas vezes são incentivados a permanecer nessas áreas após a conclusão da residência, perpetuando o ciclo de centralização de recursos humanos e serviços de saúde, o que dificulta o acesso à especialista e recai sobre uma outra questão que é o acesso à especialistas e a necessidade do fortalecimento das redes de saúde regionalizadas.

A distribuição desigual dos programas de residência médica em Pernambuco sublinha a necessidade urgente de políticas que promovam a equidade no acesso à educação médica especializada e ao cuidado de saúde, assegurando que todas as regiões do estado possam beneficiar-se do desenvolvimento profissional e da melhoria dos serviços de saúde.

Quadro 151 - Distribuição dos programas de pós-graduação stricto sensu e lato sensu por instituições públicas e sem fins lucrativos.

| | **Instituições Públicas** | **Total Programas de Pós - graduação lato sensu** | **Total Programas de Pós - graduação stricto sensu** |
|---|---|---|---|
| **I macrorregião de saúde** | Universidade Federal de Pernambuco - UFPE | 13 | 26 |
| | Universidade de Pernambuco - UPE | 05 | 43 |
| | Instituto Aggeu Magalhães - Fundação Oswaldo Cruz | 01 | 03 |
| | Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira - IMIP | 43 | 04 |

Ao todo foram identificados na I Macrorregião de Saúde 76 programas de pós-graduação stricto sensu em saúde, no entanto a maioria localizados na I Região de Saúde, o que aponta uma problemática semelhante aos cursos de

saúde e programas de residência. Além disso, a pesquisa científica e inovações tecnológicas em saúde são fomentadas nesses espaços, ou seja, a sua escassez prediz que o desenvolvimento em ciência, tecnologia e inovação em saúde de maneira regionalizada pode estar sendo prejudicado.

Os programas de pós-graduação stricto sensu em saúde desempenham um papel fundamental na formação de pesquisadores, na produção de conhecimento científico e na promoção de inovações tecnológicas que beneficiam diretamente o sistema de saúde e a qualidade de vida da população. Ao concentrar a maioria desses programas em uma única região, há um risco significativo de limitar o potencial de desenvolvimento científico e tecnológico em outras áreas do estado.

Além disso, a pesquisa científica e as inovações tecnológicas em saúde são essenciais para enfrentar desafios locais específicos, como doenças endêmicas, condições de saúde pública e adaptação a características regionais.

**Parceiras com instituições de ensino para o desenvolvimento ciência e tecnologia**

A I Macrorregião conta com o apoio de instituições parceiras para desenvolvimento tecnológico e científico no estado de Pernambuco. Neste âmbito destaca-se a Fundação de Amparo à Ciência e Tecnologia do Estado de Pernambuco (FACEP), o Laboratório Farmacêutico do Estado de Pernambuco (LAFEPE), a Empresa Brasileira de Hemoderivados e Biotecnologia (Hemobrás) e o Instituto Aggeu Magalhães - Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz PE).

**Fundação de Amparo à Ciência e Tecnologia do Estado de Pernambuco (FACEPE)**

Criada pela Lei Estadual N° 10.401/1989 e vinculada à Secretaria de Ciência e Tecnologia do Estado de Pernambuco (SECTEC), a Fundação de Amparo à Ciência e Tecnologia de Pernambuco (FACEPE) tem por objetivo promover o desenvolvimento científico e tecnológico do estado, através do fomento à ciência, tecnologia e inovação, mantendo estreita sintonia com o atendimento às suas necessidades socioeconômicas.

O fomento se desenvolve principalmente através da concessão de financiamento não reembolsável para o custeio de atividades de formação de recursos humanos de alto nível, projetos de pesquisas científicas ou tecnológicas realizados em instituições de pesquisa ou em empresas localizadas em Pernambuco. O financiamento é realizado principalmente através da concessão de bolsas de estudo ou pesquisa e auxílios financeiros a pesquisadores. O processo seletivo ocorre semestralmente, os critérios de avaliação seguem o barema para cada área do conhecimento, assim, são designadas pontuações para avaliação dos projetos de pesquisa com caráter e inovador e com tema importante para o desenvolvimento do estado, bem como currículo do pesquisador

Atualmente, conforme o edital n° 14/2023 que dispõe sobre a outorga de bolsas para Programas de Pós-graduação stricto sensu (PBPG), foram ofertadas 300 bolsas de mestrado e 160 de doutorado para as diversas áreas do conhecimento científico. Para o incentivo do desenvolvimento científico desde o início da carreira acadêmica, com isso, também são destinadas semestralmente, bolsas para o Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica (PIBIC), de acordo com a última seleção, foram distribuídas 500 bolsas considerando as solicitações novas e renovações, para todas as instituições de ensino superior públicas ou privadas.

**Empresa Brasileira de Hemoderivados e Biotecnologia (Hemobrás)**

A Empresa Brasileira de Hemoderivados e Biotecnologia (Hemobrás) é uma estatal com 100% do Capital Social pertencente ao Governo Federal. É vinculada ao Ministério da Saúde (MS), tendo como função social garantir aos usuários do SUS o fornecimento de medicamentos derivados do sangue e/ou obtidos por meio de engenharia genética, com produção nacional.

No território da I macrorregião de saúde há uma fábrica da Hemobrás localizada na cidade de Goiana, sediada na XII Região de Saúde, este polo contempla a fábrica de medicamentos hemoderivados e medicamentos recombinantes (Hemo-8r).

O parque fabril Hemobrás contempla 06 blocos para a produção dos medicamentos hemoderivados e 01 bloco que se destina a produção do medicamento recombinante (Hemo-8r). A empresa distribui este medicamento recombinante aos centros de saúde e hemocentros do país para tratamentos da hemofilia A. Além disso, retomou a gestão do plasma, por meio da portaria 1.710/2020 do Ministério da Saúde, e realiza expedições de bolsas de plasma para fracionamento temporário no exterior, que retorna ao Brasil, transformando o insumo em medicamentos hemoderivados, em atendimento aos programas do Ministério da Saúde para tratamento dos pacientes do Sistema Único de Saúde.

A Hemobrás possui em seu escopo o Programa de Gestão e Organização do SUS, vinculado à Diretoria de Desenvolvimento Industrial (DDI), que engloba as ações tais como a implantação da fábrica de Hemoderivados e Biotecnologia da Hemobrás que propicia a produção de fatores de coagulação VIII, IX e fator Von Willebrand, complexo protrombínico, albumina e imunoglobulinas para o tratamento dos pacientes do SUS, contribuindo para a auto-suficiência na produção de hemoderivados no Brasil e redução da dependência do mercado/tecnologia externa de insumos estratégicos.

**Laboratório Farmacêutico do Estado de Pernambuco (LAFEPE)**

O Laboratório Farmacêutico do Estado de Pernambuco (LAFEPE) criado em 1965, faz parte da administração indireta do governo estadual vinculada à Secretaria de Saúde desde 2001. O mesmo desenvolve, produz e comercializa medicamentos e óculos de baixo custo, atendendo as políticas públicas de saúde, além disso para manter o investimento em pesquisa, tornou-se referência para as indústrias farmacêuticas públicas e privadas, organizações nacionais e internacionais da área de saúde e instituições de ensino superior e técnico.

Além disso, e considerando como um dos três maiores laboratórios públicos do Brasil, destaca-se especialmente pelo programa pioneiro de farmácias populares em áreas de comércio nas regiões do estado, que visa a

comercialização de medicamentos genéricos e similares, com o intuito de ofertar esses produtos a preços inferiores aos praticados pelo mercado.

Além disso, há uma parceria com o Projeto Boa Visão foi instituído pela Lei estadual n° 14.511 de dezembro de 2011, trata-se de uma iniciativa intersetorial entre a Secretaria Estadual de Saúde (SES), Secretaria Estadual de Educação (SEE) e o Laboratório de Farmacêutico de Pernambuco (LAFEPE). O objetivo deste programa é realizar uma triagem de acuidade visual dos alunos nas escolas, a partir da identificação dos casos suspeitos são encaminhados para a consulta oftalmológicas nas Unidades Pernambucanas de Atenção Especializada (UPAE), nos municípios sede das regiões de saúde, que compõem a I macrorregião. Estão implantados no programa: Limoeiro, Palmares, Escada e Hospital Geral de Areias, localizado em Recife. Entre os anos de 2011 a 2022 foram realizadas 119.066 consultas oftalmológicas, sendo entregues 68.887 corretivos dos 77.987 dos óculos prescritos. Essas entregas de óculos ocorrem diretamente na escola, isto promove o acesso ao cuidado de forma integral e proporcionando a melhoria do desempenho escolar dos educandos através da correção oftalmológica.

**Considerações Finais**

Para impulsionar o desenvolvimento regional se faz necessária a criação de parcerias que permitam o estabelecimento de novas estratégias de desenvolvimento científico e tecnológico, aproveitando as estruturas existentes e adaptando-as para atender às necessidades específicas da população.

É fundamental investir em infraestrutura de pesquisa e inovação em saúde, incentivando a formação de bases regionais que possam estimular o desenvolvimento científico e tecnológico de maneira sustentável e inclusiva, que pode se dar, por exemplo, por meio de parcerias com as indústrias presentes nas regiões e o estado.

Além disso, a concentração dos programas de pós-graduação em saúde na I Região de Saúde de Pernambuco indica a necessidade urgente de políticas

que promovam a equidade no acesso à educação avançada e à pesquisa científica. Somente através de um investimento estratégico e equitativo, é possível alcançar um desenvolvimento regionalizado robusto em ciência, tecnologia e inovação em saúde, beneficiando a população e contribuindo para o fortalecimento do SUS.

A partir dessas análises, foi possível elencar potencialidades, fragilidades e desafios a serem enfrentados macrorregionalmente:

**Potencialidades**

- Presença de Hospitais Regionais que podem ser fortalecidos para abarcar as necessidades das instituições de ensino superior, programas de residência e pós-graduação stricto sensu que juntos podem desenvolver a inovação em ciência e tecnologias para a macrorregião de saúde;
- Identificação do aumento de programas de residência em área profissional interiorizados.

**Fragilidades**

- Centralização dos cursos de saúde, programas de residência e pós-graduação stricto sensu na região metropolitana do Recife;
- Poucas informações acerca do desenvolvimento industrial das regiões, que poderiam contribuir no desenvolvimento tecnológico e científico em parceria com as instituições de saúde.

**Recomendações**

- Articular parceria para o desenvolvimento dos projetos macrorregionais de ciência e tecnologia, junto aos órgãos competente, fomentando discussões, inclusive junto ao Ministério da Saúde;
- Desenvolvimento de Plano de Ação para o desenvolvimento da Ciência Tecnologia e Inovação em Saúde de Pernambuco;

- Instituir um contrafluxo de cursos de saúde, programas de residência e pós-graduação stricto sensu promovendo a interiorização do fomento ao desenvolvimento tecnológico e científico de maneira regionalizada;
- Fortalecer o papel das Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço (CIES) regionais.

## GOVERNANÇA, CONTROLE SOCIAL E OUVIDORIA

O Sistema Único de Saúde (SUS) abrange ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde executados pelos entes federativos, de forma direta ou indireta, mediante a participação complementar da iniciativa privada e deve ser organizado de forma regionalizada e hierarquizada. A regionalização das ações e dos serviços de saúde é uma diretriz para a instituição do SUS expressa na Constituição Federal (CF) e está essencialmente vinculada à organização federativa brasileira e às suas expressões no âmbito sanitário. Além disso, no art. 198 a CF estabelece que as ações e os serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: descentralização, atendimento integral, e participação da comunidade (BRASIL, 1988).

A regionalização recebe um novo impulso com a promulgação do Decreto Nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei Nº 8.080/90 quanto ao planejamento, à assistência à saúde e à articulação federativa na organização do Sistema Único de Saúde. O referido Decreto traz dispositivos para o planejamento governamental regional em saúde na República Federativa do Brasil com orientações para a ação integrada entre as unidades político administrativas da federação na escala regional. Tais orientações supõem mudanças no processo de produção de políticas públicas e na lógica de operação do sistema, com repercussões sobre os mecanismos e os arranjos da governança em saúde no país (BRASIL, 2011).

Atingir ações concretas em saúde requer esforços compartilhados, em um sistema de governança pactuado e integrado entre os diversos entes federativos. Isso requer que os envolvidos no processo decisório atuem de forma harmônica,

homogênea e descentralizada, para que assim, se consiga atender às necessidades reais de saúde que a população demanda. O Plano Diretor de Regionalização (PDR) do estado de Pernambuco desenhou as Regiões de Saúde no intuito de racionalizar, escalar e integralizar as ações e serviços públicos de saúde prestados à população. Dessa forma, tornou-se necessário que houvesse pactuações inter e intra regionais para atingir os objetivos da regionalização, cada um considerando os benefícios da cooperação no alcance dos objetivos coletivos e individuais (Pernambuco, 2011). Tem-se como exemplo as Comissões Intergestores Regionais (CIR), instituída via Decreto Nº 7.508 de 2011 em que estas deverão pactuar:

- Aspectos operacionais, financeiros e administrativos da gestão compartilhada do SUS, de acordo com a definição da política de saúde dos entes federativos, consubstanciada nos seus planos de saúde, aprovados pelos respectivos conselhos de saúde.
- Diretrizes gerais sobre Regiões de Saúde, integração de limites geográficos, referência e contra referência e demais aspectos vinculados à integração das ações e serviços de saúde entre os entes federativos.
- Diretrizes de âmbito nacional, estadual, regional e interestadual, a respeito da organização das redes de atenção à saúde, principalmente no tocante à gestão institucional e à integração das ações e serviços dos entes federativos.
- Responsabilidades dos entes federativos na Rede de Atenção à Saúde, de acordo com o seu porte demográfico e seu desenvolvimento econômico-financeiro, estabelecendo as responsabilidades individuais e as solidárias.
- Referências das regiões intraestaduais e interestaduais de atenção à saúde para o atendimento da integralidade da assistência.

O fórum colegiado da CIR precisa ser entendido como importante ferramenta para articular, monitorar, avaliar, pactuar, discutir pontos de fundamental importância na garantia de efetivar as políticas públicas de saúde e

alcançar objetivos coletivos para uma região. Desse modo, a Região de Saúde é espaço legítimo para a governança territorial, uma vez que, as tomadas de decisões pactuadas oferecem impactos no processo saúde-doença-adoecimento da população por envolver diferentes níveis de complexidade. O planejamento em saúde ao partir do pressuposto que o que deve ser priorizado são as demandas sanitárias da população, é uma ferramenta fundamental na condução da governança territorial. Assim, uma governança fortalecida subsidia o planejamento em saúde em caráter ascendente e participativo (BRASIL, 2017).

A inter-relação entre a governança, territorialização e o planejamento em saúde auxilia na resolução de uma das principais lacunas em saúde ainda existentes: os vazios assistenciais. É por natureza um processo político, que lida com a distribuição do poder dos atores envolvidos na mudança do quadro sanitário adverso. O processo de governança dentro do âmbito da saúde proporciona a inclusão da participação social na gestão das políticas sociais, incluindo a saúde. A efetivação da participação social culmina nos Conselhos de Saúde e na realização das Conferências de Saúde.

No entanto, sabe-se que a nível nacional a governança em saúde via Conselhos de Saúde ainda é insuficiente nos quesitos de fiscalização, acompanhamento e monitoramento das políticas públicas de saúde nas diferentes áreas, tendo como base as reais necessidades da população (CONASS, 2003).

Na governança de gestão do SUS no âmbito da primeira macrorregião de saúde, encontram-se quatro CIR e quatro Câmara Técnicas (CT) das CIR. As reuniões da CT-CIR ocorrem previamente à cada sessão CIR, e são instâncias propositivas e consultivas de natureza técnica, visto que são compostas por técnicos em saúde dos respectivos municípios e da Regional, de diferentes áreas temáticas (planejamento, regulação, vigilância em saúde, atenção à saúde), que formam as Regiões de Saúde. Dessa forma, a CT é parte integrante da organização e funcionamento da CIR, e tem como propósito articular políticas, projetos regionais e programas de interesse para saúde, bem como, discutir previamente e aprovar os pontos de pauta da CIR. A composição da pauta versa

sobre os seguintes pontos: homologações, discussão e pactuação, apresentação, discussão e informes.

O processo de composição dos pontos de discussão para a pauta ocorre antecipadamente à CT e, consequentemente, à CIR, por meio de solicitação pela coordenação de Planejamento em Saúde. Em síntese, a governança na perspectiva da regionalização, considerando o importante papel da CIR, é realizada como uma forma de promover uma maior cooperação entre os atores envolvidos partindo de uma visão partilhada do território (PERNAMBUCO, 2022).

Considerando a importância das CT/CIR, e com o intuito de analisar o funcionamento desses espaços na primeira macrorregião de saúde, foi aplicado um instrumento de coleta de dados aos coordenadores de planejamento das quatro regionais de saúde, em abril de 2024, estando os resultados dispostos, a seguir.

Quadro 152 - Quantitativo de membros da CT/CIR na I macrorregião de saúde, segundo representação das Regiões de saúde. Pernambuco, 2024.

| **Membros da CT/CIR na I Macrorregional** | | |
|---|---|---|
| Região de Saúde | Representação | |
| | COSEMS | GERES/SES |
| I | 6 | 6 |
| II | 9 | 9 |
| III | 5 | 5 |
| XII | 6 | 6 |
| Total | 21 | 26 |
| Composição paritária em 100% das Regiões de Saúde da I Macrorregional | | |

Fonte: Formulário do diagnóstico situacional da CT/CIR e CIR da I macrorregião (2024).

Em relação ao resultado levantado sobre o funcionamento das CT/CIR, no que diz respeito à existência de cronograma para as reuniões, 100% das regionais afirmaram positivamente; quanto a modalidade, 50% realizam reuniões presenciais e 50% de forma híbrida; quanto aos horários das reuniões, 50% realizam pela manhã e 50% à tarde; os dias da semana reservados para reunião são nas segundas quartas-feiras do mês (50%) e segundas quintas-feiras do mês (50%); 75% não possui suplência de membros; 75% não possui grupo de trabalho instituído(GT); 100% possui regimento interno, destes, 50% foram atualizados nos últimos 5 anos; quanto às áreas técnicas que mais demandam análise dos GT-CT/CIR, as redes de atenção à saúde, a vigilância em Saúde, e a atenção primária à saúde foram citadas por 75% das regiões de saúde, enquanto que a regulação em saúde por 50%.Observa-se que as regiões de saúde realizam 53% das ações elencadas para qualificar o processo de trabalho da CT/CIR, para a atualização dos regimentos internos, e para o fortalecimento da participação ativa das representações municipais, visando garantir quórum em reuniões ordinárias.

No que se refere às CIR, foi possível identificar que 75% delas não possui suplência; 75% realizam as reuniões em formato presencial e 25% em formato híbrido; 50% se reúne nas terceiras quartas-feiras do mês; 100% possuem cronograma; 100% possui regimento interno, destes, 50% foram atualizados nos últimos 5 anos; 100% realizam registro formal por meio de atas e/ou resumos executivos; 50% torna público o conteúdo das reuniões com divulgação via e-mail; 50% possui secretária executiva; 100% afirmaram que a CIR acompanha ou participa da elaboração de diagnóstico situacional dos grupos populacionais prioritários para sua Região de Saúde; 100% afirmaram que a CIR contribuiu com a pactuação de estratégias/ações voltadas para a implementação de apoio institucional e/ou apoio matricial nas ações e serviços de saúde da região nos últimos 2 anos; a mediana de participação na CIR em 2023 foi de 67%.O resultado mostra que 75% das regiões de saúde realizam ações para qualificar o processo de trabalho da CIR, para qualificar o fortalecimento da participação dos secretários municipais de saúde para garantia do quórum, e para

contribuição técnico-político nas discussões e pactuações; 50% citou que uma das dificuldades encontradas na CIR é a compreensão dos gestores sobre a importância desse espaço colegiado para fortalecimento da regionalização.

As Comissões Intergestores Regionais e as Comissões Intergestores Bipartite (CIB) são espaços de governança de gestão, oficialmente instituídos dentro do SUS. Mas é importante salientar que no processo de regionalização existem os Grupos Condutores Macrorregionais (GCM) e os Grupos Condutores Regionais (GCR) do Planejamento Regional Integrado (PRI), que contribuem com a governança das Redes de Atenção à Saúde (RAS), designados para a organização dessas s Redes, com participarão nas CIR ampliadas para pactuação das ações.

A primeira macrorregião de saúde possui um GCM com seu respectivo Grupo Técnico (GT), de composição tripartite (figura xx e xx), e possui, também, quatro GCR de composição bipartite (estado e municípios), todos com a função de discutir, deliberar e pactuar as ações inerentes ao PRI, nos respectivos territórios.

Os Grupos Condutores Regionais e seus respectivos Grupos Técnicos estão atualmente instituídos em apenas duas regiões de saúde, na II e III, faltando instituir na I, e estando a XII em processo de retomada das atividades do GCR. Esses espaços são importantes para fortalecer o PRI, pois norteiam o planejamento ascendente, partindo da lógica de que os atores com mais proximidade dos territórios são os que devem indicar as necessidades locais.

Conclui-se que os espaços de governança na I Macrorregião de saúde precisam ser qualificados, sobretudo nas questões de assiduidade nas reuniões das CIR, com necessidade de participação ativa de todos os atores nas decisões, e de compreensão da importância da presença efetiva dos gestores nos espaços de governança para o fortalecimento do SUS. Também se espera que nesta macrorregião 100% dos GCR estejam implantados o mais rápido possível, significando um avanço importante do PRI na Região de saúde e, consequentemente, na macrorregião.

Figura 165 - Composição do GCM da I Macrorregião de saúde, segundo representações federativas. Pernambuco, 2024.

| | NOME |
|---|---|
| REPRESENTAÇÃO COSEMS | Ana Claúdia Callou Matos |
| | Maria Lúcia Matias Ferreira |
| | Maria Cristina Gonçalves Casale |
| | Gleisy Tavares de Araújo |
| | Luciana Caroline Albuquerque D'Angelo |
| | Paloma Sonally da Cunha Pedrosa |
| | Bruno César Camilo da Silva |
| | Lícia da Silva Maciel |
| | Maria de Fátima Lopes de Moura |
| | Michelly Lima Vieira |
| | Nadjane Arcanjo Neves de Lima |
| | Emmanuela Kethully da Mota |
| | Ataly Lima Durval Borba |
| | Karlla Dannielle da Silva Guedes |
| | **NOME** |
| REPRESENTAÇÃO ESTADUAL | Maria de Fátima Pinto Ribeiro |
| | Isabel Helena de Souza Leal Costa |
| | Joyce Catarina Lopes De Morais |
| | Camilla de Sena Guerra Bulhões |
| | Joao Marcos Moura |
| | Leandra Cristina Barbosa Saldanha |
| | Thaysa Thatyana Aragão Guerra Mota |
| | Martha Janaína Souto Maior Cardoso Oliveira |
| | Suzana Cristina Pereira de Oliveira |
| | Kaique Bruno Ferreira Bezerra |
| | Aline Beatriz dos Santos Silva |
| | Laize Veigas Brilhante da Nóbrega |
| | Cleunúsia Batista Leite de Vasconcelos |
| | Celivane Cavalcanti Barbosa de Almeida |
| REPRESENTAÇAO MINISTERIO DA SAÚDE | **NOME** |
| | Keren-Hapuque Costa Xavier Lins |

Fonte: SES/PE.

Figura 166 - Composição do GT-GCM da I Macrorregional, segundo representações federativas. Pernambuco, 2024.

| | NOME |
|---|---|
| REPRESENTAÇÃO COSEMS | Nadjane Arcanjo Neves de Lima |
| | Emmanuela Kethully da Mota |
| | Ataly Lima Durval Borba |
| | **NOME** |
| REPRESENTAÇÃO ESTADUAL | Fátima Roberta Pereira Da Silva |
| | Thaysa Thatyana Aragão Guerra Mota |
| | Priscila Karoline de Menezes Silva |
| | Aline Beatriz dos Santos Silva |
| | Laize Veigas Brilhante da Nóbrega |
| REPRESENTAÇÃO MINISTÉRIO DA SAÚDE | **NOME** |
| | Keren-Hapuque Costa Xavier Lins |

Fonte: SES/PE.

## Controle Social

Desde o projeto inicial da Reforma Sanitária, na luta pela garantia da saúde enquanto direito social, a participação social foi fundamental. Esse marco inicial foi propulsor de muitos debates, inclusive a democratização da saúde. Assim, a inclusão da força social no processo de gestão em saúde repercute diretamente na capacidade dos governos de exercerem democraticamente a gestão, com controle e participação popular nas definições e fiscalização da política de saúde.

Os Conselhos de Saúde foram instituídos pela da Lei n.º 8.142/90 (BRASIL, 1990) e reforçados pela Emenda Constitucional n.º 29, de 13 de setembro de 2000 (BRASIL, 2000). Eles estão estruturados nos estados e municípios brasileiros, além do conselho nacional, acumulando as mais variadas experiências em busca de ações e instrumentos que favoreçam o desempenho de suas atribuições legais e políticas, desde contribuir na formulação de estratégias de operacionalização da política de saúde, até atuar no controle social da execução da política.

Os Conselhos de Saúde são órgãos permanentes e deliberativos com representantes do governo, dos profissionais de saúde e dos usuários (incluindo prestadores de serviços), que atuam na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde, inclusive nos aspectos econômicos, financeiros. Todos os estados e municípios devem ter os seus Conselhos de Saúde em funcionamento, que acompanham, avaliam, monitoram e aprovam as ações contidas nos instrumentos de planejamento em saúde. Além disso, é papel dos conselhos de saúde realizar as Conferências de Saúde (CONASS, 2003).

O papel dos conselheiros de saúde está intimamente ligado ao planejamento em saúde, e consequentemente, ao sistema oficial que o subsidia, a plataforma digital DigiSUS Gestor- Módulo Planejamento (DGMP). Logo, os conselheiros de saúde devem possuir acesso ao sistema para realizar acompanhamento e inserções de considerações a respeito dos instrumentos de planejamento. A solicitação de acesso ao sistema é feita a partir de envio de

ofício assinado pelo presidente do Conselho Municipal de Saúde à coordenação regional de planejamento, com indicação dos nomes, respeitando a paridade estabelecida: 2 usuários, 1 trabalhador e 1 gestor/prestador.

O processo de governança no âmbito da participação social no setor saúde, culmina na atuação dos Conselhos de Saúde e na realização das Conferências de Saúde. No entanto, sabe-se que a governança em saúde via Conselhos de Saúde ainda é insuficiente nos quesitos de fiscalização, acompanhamento e monitoramento das políticas públicas de saúde nas diferentes áreas, tendo como base as reais necessidades da população (CONASS, 2003).

Atualmente, tendo como fonte de informação o Conselho Estadual de Saúde do estado de Pernambuco (2024), os principais desafios referentes ao controle social são:

- Conscientizar a população a se inserir nos espaços de controle social, a exemplo de sua participação nos conselhos locais de unidades de saúde e municipais.
- Conscientizar e estimular os gestores de saúde, para que compreendam que o controle social é uma ferramenta importante da continuidade da política pública de saúde no seu território.
- Apoio aos Conselhos no processo de formação para conselheiros/a, como forma de qualificar a atuação frente às políticas públicas.
- Renovação paritária dos espaços colegiados, pois é notório em muitas gestões que não há um movimento mais forte de renovação das cadeiras a cada ciclo de gestão, logo se faz necessário gerar novas lideranças.
- Garantir infraestrutura para o funcionamento adequado dos conselhos de saúde, de forma que não haja engessamento na atuação dos conselhos, sobretudo dos conselhos locais de unidade de saúde e municipais.
- Implementar efetivamente os conselhos locais de unidades de saúde, que apesar de instituído, precisam ser fortalecidos.

O Conselho Estadual de Saúde compreende que sempre é preciso aprimorar sua atuação, com a garantia de infraestrutura de funcionamento, principalmente para as pessoas conselheiras que são agentes de relevância pública e desempenham um trabalho voluntário. Mas, não deverão ter prejuízos nos seus vencimentos e/ou carga horária de trabalho. A viabilização das diárias e ajudas de custo deverá ser liberada em tempo hábil, para que as representações do CES, em atividades externas não venham ser prejudicadas, pois, se utilizam transporte, hospedagens e/ou alimentações. Logo, devem receber seu custeio previamente.

Para funcionamento das reuniões plenárias, é preciso dispor de um local que acomode de forma adequada e acessível, pois a atual sede já não comporta, em estrutura, o volume de demandas desempenhadas por este colegiado. Assim, é necessária uma sede maior, ampliação do corpo técnico de funcionários e equipamentos. Outro aspecto é relacionado à necessidade de cumprimento dos prazos de retorno dos encaminhamentos do CES que são designados para devolutivas da Secretaria Estadual de Saúde. Já no quesito do funcionamento e como se estrutura, o CES tem suas Comissões Permanentes, Grupos de Trabalho e atividades do Plenário, em pleno funcionamento, com discussões, pareceres, notas e deliberações.

Assim, os desafios e propostas de melhorias do controle social nos territórios perpassam em fortalecer a educação permanente, por meio dos instrumentos necessários, a exemplo de formações para pessoas conselheiras, que visem compreender de fato qual é o seu papel no controle social, pois durante as visitas é observada a falta de conhecimento, em especial quanto aos instrumentos de gestão do SUS, o que fragiliza a compreensão das informações. Soma-se a isto, os documentos de gestão de saúde que muitas vezes chegam no mesmo dia para a análise e aprovação pelo conselho, além da apresentação não detalhada dos instrumentos de gestão do SUS de forma a facilitar a compreensão dos/a conselheiros e conselheiras. Por fim, há a necessidade de adquirir equipamentos e ampliar o corpo técnico de funcionários/a, além de assessorias.

**Planejamento em saúde.**

O planejamento no Sistema Único de Saúde é um requisito legal e um dos mecanismos relevantes para assegurar a unicidade e os princípios constitucionais do SUS. Expressa as responsabilidades dos gestores de cada esfera de governo em relação à saúde da população do território quanto à integração da organização sistêmica (BRASIL, 2021). O planejamento requer conhecimento técnico, que se expressa nos instrumentos e ferramentas desenvolvidas em processos de trabalho. Esses instrumentos, denominados instrumentos de planejamento do SUS, estão previstos na legislação desde o início da década de 1990 e referidos em normas mais recentes. São eles: Plano de Saúde (PS), Programação Anual de Saúde (PAS), Relatório Anual de Gestão (RAG) e o Relatório Detalhado do Quadrimestre Anterior (RDQA).

O Plano de Saúde é o instrumento central de planejamento para definição e implementação de todas as iniciativas no âmbito da saúde, de cada esfera da gestão do SUS, para o período de quatro anos. A elaboração do plano implica em realização da análise de situação de saúde, com definição de diretrizes, objetivos, metas e indicadores, e o processo de monitoramento e avaliação, conforme artigo 96 da Portaria de Consolidação nº1, de 28 de setembro de 2017.

A Programação anual de saúde é o instrumento que operacionaliza as intenções expressas no PS e tem por objetivo a anualização das metas desse plano e previsão da alocação dos recursos orçamentários a serem executados, de acordo com o artigo 97 da Portaria de Consolidação nº 1/ 2017. Tanto o PS como a PAS deverão apresentar conformidade com os instrumentos de governo: Plano Plurianual (PPA), Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e a Lei Orçamentária Anual (LOA).

O Relatório anual de gestão é o instrumento de gestão com elaboração anual que permite ao gestor apresentar os resultados alcançados com a execução da PAS e orienta eventuais redirecionamentos que se fizerem necessários no PS, segundo artigo 99 da Portaria de Consolidação nº1/2017.

O Relatório detalhado do quadrimestre anterior é um instrumento de monitoramento e acompanhamento da execução da PAS. Deve ser apresentado pelo gestor do SUS até o final dos meses de fevereiro, maio e setembro, em audiência pública, na Casa Legislativa do respectivo ente da Federação. Os gestores elaboram O RDQA e o RAG e encaminham para apreciação do CS no próprio DGMP. O Conselho, por sua vez, aprecia o documento e insere nesse sistema a resolução com o resultado do parecer.

Figura 167 - Figura do ciclo do planejamento no SUS.




Fonte: Google Imagens

**DigiSUS Gestor – Módulo Planejamento.**

O Ministério da Saúde, no intuito de fortalecer o processo de planejar na saúde, vem desenvolvendo ações que buscam trazer efetividade às determinações estabelecidas na legislação do SUS, dentre elas a instituição da plataforma digital DigiSUS Gestor- Módulo Planejamento (BRASIL, 2021).

O DGMP é um sistema de informação para estados e municípios, desenvolvido a partir das normativas do planejamento do SUS e da internalização da lógica do ciclo de planejamento. Sendo assim, esse sistema substitui os antigos sistemas de Apoio à Elaboração do Relatório de Gestão (SARGSUS) e de Pactuação (SISPACTO), além de agregar novas funcionalidades. De forma encadeada, os instrumentos do planejamento em

saúde são disponibilizados pelo DGMP respeitando a temporalidade de elaboração e execução de cada um deles e dando maior clareza à interrelação dos instrumentos. Tem como objetivo o aperfeiçoamento da gestão em saúde; a facilitação do acompanhamento das políticas de saúde; o aprimoramento do uso dos recursos públicos; o apoio aos gestores na elaboração dos instrumentos de planejamento em saúde; a transparência das políticas de saúde e do uso dos recursos públicos em saúde. Além da visualização do ciclo interativo do planejamento em saúde, o DGMP visa garantir todas as etapas do planejar em saúde, fazendo com que todos os segmentos envolvidos no sistema possam contribuir na melhoria dos instrumentos, e fortalecendo assim, o processo decisório.

A partir de 2018, o registro dos dados relativos aos instrumentos de planejamento por parte dos estados, Distrito Federal e municípios passou a ser feito no DGMP, que foi regulamentado pela Portaria nº 750, de 29 de abril de 2019, o qual possibilita o registro das diretrizes, objetivos, metas e indicadores (DOMI) do plano de saúde; a anualização de metas e registro da previsão orçamentária na PAS; e a prestação de contas das metas previstas na PAS por meio do RAG. O DGMP, também possui campo específico para os gestores anexaram os arquivos do PS e da PAS, bem como as resoluções do Conselho de Saúde com os pareceres sobre os referidos instrumentos.

Os status apresentados nos gráficos e tabelas referem-se às situações dos instrumentos de planejamento quanto à sua elaboração, encaminhamento e apreciação nos respectivos Conselhos de Saúde. Ressalta-se que o PS e a PAS não são elaborados e encaminhados para apreciação no CS pelo DGMP. Os gestores registram no sistema dados relativos a estes instrumentos, pressupondo-se que já foram elaborados e encaminhados aos CS anteriormente. Diferentemente, os relatórios (RDQA e RAG) são elaborados e encaminhados ao CS pelo DGMP, e a resolução como resultado da apreciação é inserida no sistema pelo CS. Assim, de acordo com o Manual do usuário do DGMP (BRASIL, 2021). Observam-se os seguintes status e respectivos significados, conforme Quadro 153.

Quadro 153 - Status dos instrumentos de planejamento, com respectivos resultados.

| STATUS | PS | PAS | RAG | RDQA |
|---|---|---|---|---|
| Aprovado (a) | A gestão encaminhou o respectivo instrumento ao CS, que se manifestou favorável pela aprovação, sendo que tais informações foram registradas pela gestão no DGMP. | A gestão encaminhou o respectivo instrumento ao CS, que se manifestou favorável pela aprovação, sendo que tais informações foram registradas pela gestão DGMP. | A gestão encaminhou o respectivo instrumento ao CS, que se manifestou favorável pela aprovação, sendo que tais informações foram registradas pela gestão no DGMP. | |
| Avaliado | Não se aplica | Não se Aplica | Não se aplica | Encaminhado pela gestão ao CS, que se manifestou favorável. Para esse instrumento, não cabe aprovação ou não aprovação. O CS avalia e faz recomendações, caso julgue necessário. As informações devem estar registradas pela gestão DGMP. |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Aprovado (a) com ressalvas | O CS aprovou o respectivo instrumento, mas alertou para algum aspecto, que não necessariamente determina a devolução ao gestor para ajustes. | O CS aprovou o respectivo instrumento, mas alertou para algum aspecto, que não necessariamente determina a devolução ao gestor para ajustes. | O CS aprovou o respectivo instrumento, mas alertou para algum aspecto, que não necessariamente determina a devolução ao gestor para ajustes. | Não se aplica |
| Não aprovado (a) | A gestão encaminhou o respectivo instrumento ao CS, que se manifestou desfavorável à aprovação, sendo que tais informações foram registradas pela gestão no DGMP | A gestão encaminhou o respectivo instrumento ao CS, que se manifestou desfavorável à aprovação, sendo que tais informações foram registradas pela gestão no DGMP | A gestão encaminhou o respectivo instrumento ao CS, que se manifestou desfavorável à aprovação, sendo que tais informações foram registradas pela gestão no DGMP | Não se aplica |
| Em análise no Conselho de Saúde | A gestão encaminhou o respectivo instrumento para apreciação no CS, que, por sua vez, ainda não se manifestou quanto à apreciação, sendo que tais informações foram registradas pela gestão no DGMP | A gestão encaminhou o respectivo instrumento para apreciação no CS, que, por sua vez, ainda não se manifestou quanto à apreciação, sendo que tais informações foram registradas pela gestão no DGMP | A gestão encaminhou o respectivo instrumento para apreciação no CS, que, por sua vez, ainda não se manifestou quanto à apreciação, sendo que tais informações foram registradas pela gestão no DGMP | A gestão encaminhou o respectivo instrumento para apreciação no CS, que, por sua vez, ainda não se manifestou quanto à apreciação, sendo que tais informações foram registradas pela gestão no DGMP |
| Em elaboração | A gestão acessou o campo do respectivo instrumento no DGMP e registrou pelo menos uma diretriz | A gestão acessou o campo do respectivo instrumento no DGMP e anualizou pelo menos uma meta ou registrou algum valor na parte orçamentária | A gestão finalizou a PAS relativa ao RAG | A gestão finalizou a PAS relativa ao RDQA |

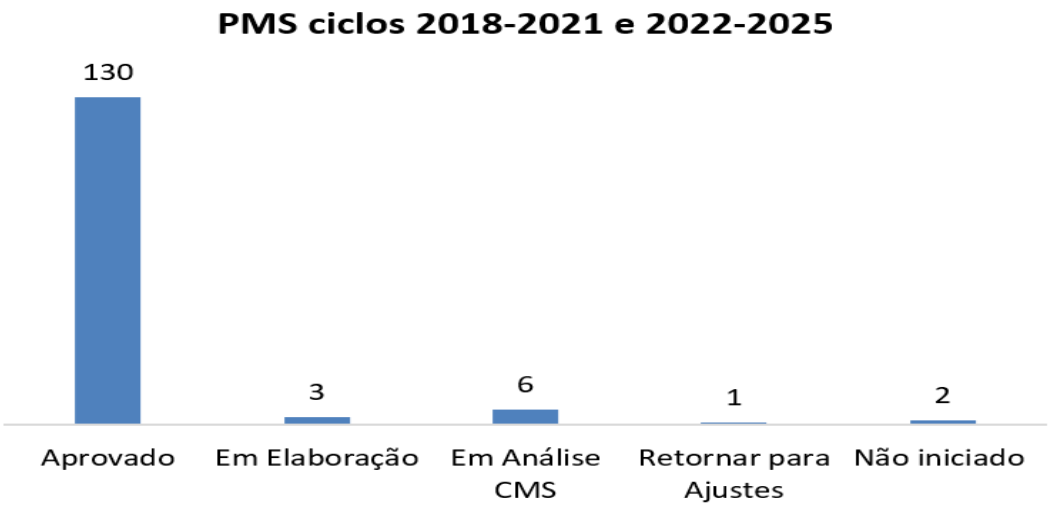
| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Retorno para ajustes | A gestão já encaminhou o instrumento para apreciação no CS, que julgou necessário solicitar mais informações ao gestor. | A gestão já encaminhou o instrumento para apreciação no CS, que julgou necessário solicitar mais informações ao gestor. | A gestão já encaminhou o instrumento para apreciação no CS, que julgou necessário solicitar mais informações ao gestor. | A gestão já encaminhou o instrumento para apreciação no CS, que julgou necessário solicitar mais informações ao gestor. |

Fonte: Manual do DigiSUS.

**Situação dos instrumentos de planejamento no DGMP, considerando os ciclos 2018-2021 e 2022-2025, na I Macrorregional de Pernambuco.**

Na Figura 168, observa-se que foram 142 os Planos municipais de Saúde elaborados no período destacado, sendo dois PMS para cada um dos 71 municípios presentes na I Macrorregião, um correspondente ao ciclo de planejamento de 2018 a 2021 e outro ao ciclo de 2022 a 2025. Apesar de 91,5% dos PMS estarem com *status* “Aprovado” no DGMP, destaca-se que os demais que estão com *status* diferente refletem descumprimento do ciclo de planejamento por parte de alguns municípios, pois segundo o calendário todos deveriam estar aprovados. Importante ressaltar que o PMS é o instrumento mais importante dentro do planejamento em saúde, portanto, imprescindível para a realização de ações e serviços pertinentes à saúde da população.

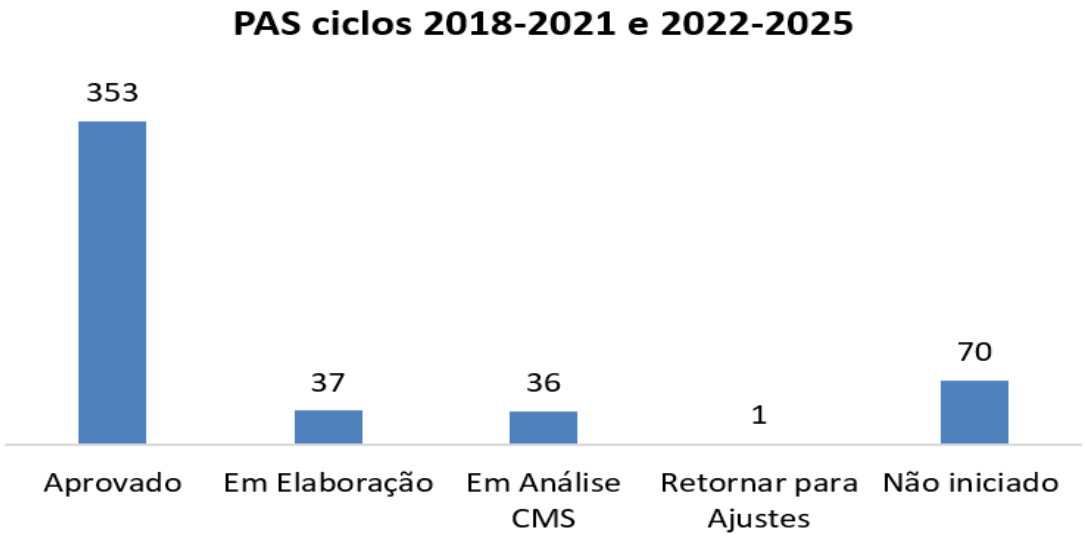
Figura 168 - Situação dos Planos Municipais de Saúde no DGMP dos municípios componentes da I Macrorregional de Pernambuco, ciclos 2018-2021 e 2022-2025.




Fonte: LIAs. Painel BI de Monitoramento dos Instrumentos de Planejamento e Gestão em Saúde – DGMP. Dados coletados em: 18/04/2024, sujeitos à alteração.

Quanto às PAS, foram consideradas as do período de 2018 a 2024, totalizando 497 instrumentos nesse intervalo, sete para cada um dos 71 municípios da I Macro. Apesar de 71% estarem com *status* “Aprovado”, os números demonstram que 14% das PAS encontram-se com *status* “Não iniciado”, resultado relevante para a análise dos ciclos de planejamento, pois indica um atraso de parte dos municípios na elaboração do instrumento e/ou na alimentação do DGMP.

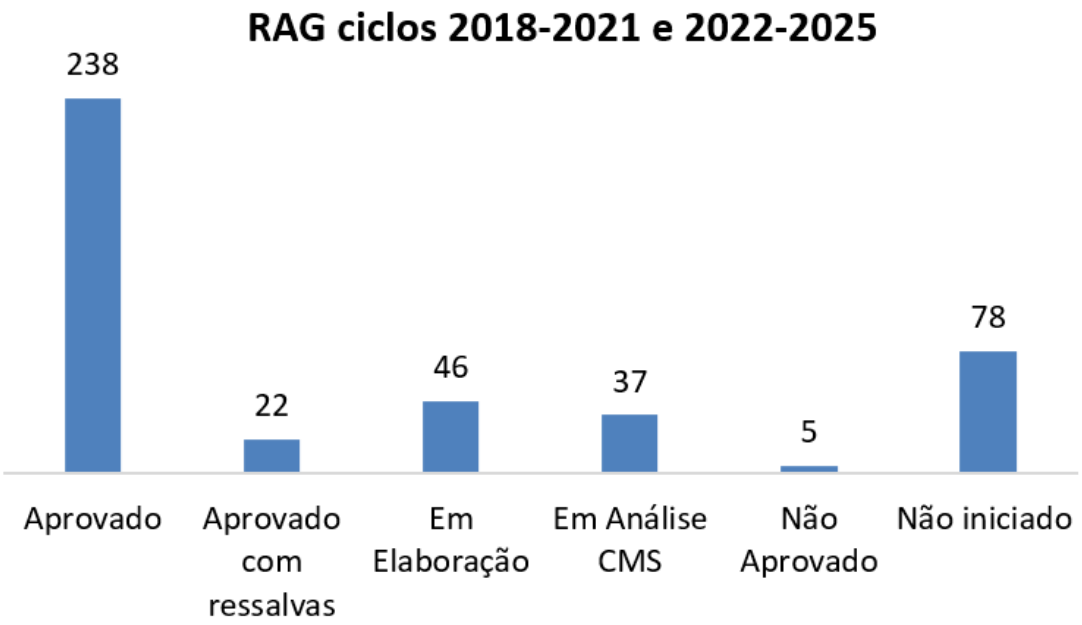
Figura 169 - Situação das Programações Anuais de Saúde (PAS) no DGMP dos municípios componentes da I Macrorregional de Pernambuco, de 2018 a 2024.




Fonte: LIAs. Painel BI de Monitoramento dos Instrumentos de Planejamento e Gestão em Saúde – DGMP. Dados coletados em: 18/04/2024, sujeitos à alteração.

Quanto aos Relatórios de Gestão (RAG), foram considerados os anos de 2018 a 2023, sendo 6 para cada um dos 71 municípios, 61% dos instrumentos encontram-se com *status* “Aprovado” ou “Aprovado com ressalvas”, porém destaca-se os 18% dos instrumentos com *status* “Não iniciado”, resultado que revela a necessidade de alguns municípios atualizarem esses instrumentos e registrarem no DGMP (Figura 170).

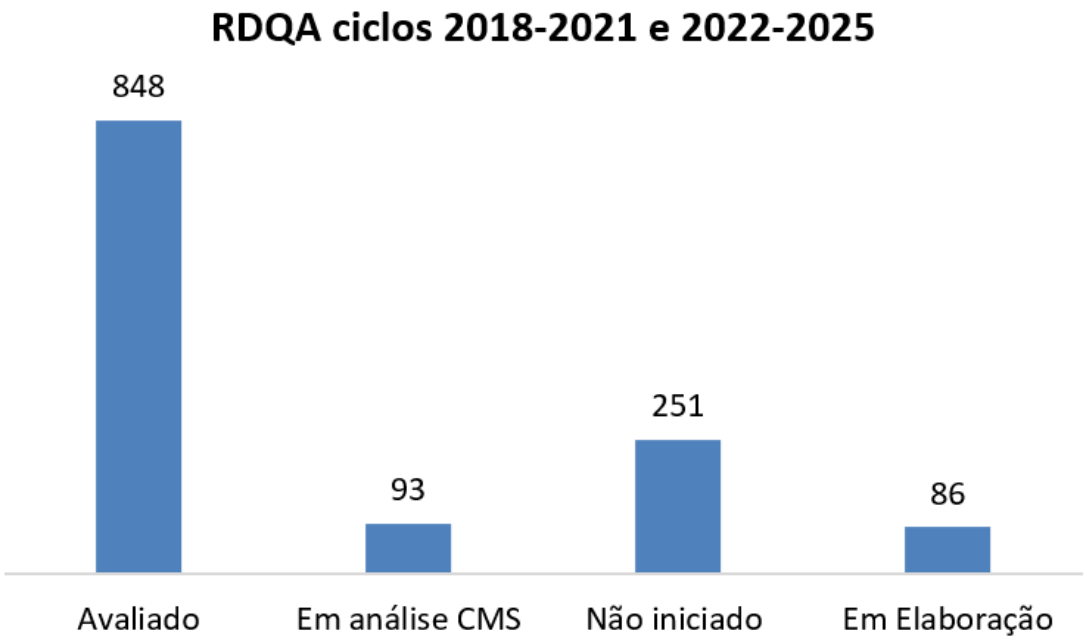
Figura 170 - Situação dos Relatórios Anuais de Gestão no DGMP dos municípios componentes da I Macrorregião de Pernambuco, de 2018 a 2023.




Fonte: LIAs. Painel BI de Monitoramento dos Instrumentos de Planejamento e Gestão em Saúde DGMP. Dados coletados em: 18/04/2024, sujeitos à alteração.

Em relação aos Relatórios Detalhados de Quadrimestre Anterior (RDQA), foram 1278 instrumentos no total, entre os anos de 2018 e 2023, 18 para cada um dos 71 municípios. Esse instrumento se difere dos outros quanto ao *status* pois não necessita de aprovação, e é possível observar que 66% dos instrumentos estão com *status* “Avaliado”, porém 20% com o *status* “Não iniciado”. O monitoramento dos instrumentos de planejamento é fundamental para conhecer a realidade dos municípios quanto às ações programadas para a saúde em seus respectivos territórios, considerando que realizar o planejamento é requisito para receber financiamento, além de fortalecer a governança e o controle social, pois exigem apreciação e aprovação pelos conselhos de saúde.

Figura 171 - Situação no DGMP dos Relatórios Detalhados de Quadrimestre Anterior dos municípios pertencentes à I Macrorregional de Pernambuco, de 2018 a 2025.




Fonte: LIAs. Painel BI de Monitoramento dos Instrumentos de Planejamento e Gestão em Saúde – DGMP. Dados coletados em: 18/04/2024, sujeitos à alteração.

O controle social permite que a população exerça seu direito de monitorar e influenciar nas decisões de saúde, contribuindo para a transparência e a qualidade dos serviços de saúde, favorecendo a equidade e a efetividade das ações.

## Ouvidoria

A ouvidoria é um espaço de acolhimento para receber, examinar e encaminhar sugestões, reclamações, críticas, elogios e denúncias, aos setores competentes, podendo gerar informações e feedback. Dessa forma, tem-se o objetivo de aperfeiçoar o processo de trabalho dentro de sua organização. Sua função é intermediar as relações entre os cidadãos e as demandam e os órgãos ou entidades aos quais pertencem, promovendo a qualidade da comunicação entre eles e a formação de laços de confiança e colaboração mútua. Para que a

ouvidoria consiga exercer sua verdadeira função e faça a diferença na instituição é preciso que ela seja um agente de mudanças. Isso significa que ela precisa ter liberdade dentro da organização e um canal direto de comunicação com os responsáveis pela tomada de decisões.

A Ouvidoria do Sistema Único de Saúde (SUS) desempenha um papel fundamental como um canal de comunicação direto entre os usuários e gestores do sistema. Por meio dela, os cidadãos podem expressar suas opiniões, reclamações, sugestões e elogios relacionados aos serviços de saúde oferecidos pelo SUS. As manifestações na Ouvidoria do SUS podem abranger uma variedade de temas e questões, refletindo a diversidade de experiências e necessidades dos usuários. Entre os tipos de manifestações mais comuns estão as reclamações sobre a qualidade do atendimento, acesso aos serviços de saúde, falta de medicamentos ou materiais, demora no agendamento de consultas e exames, entre outros. Além disso, as manifestações também podem incluir denúncias de irregularidades, como desvio de recursos, negligência médica e infraestrutura inadequada nas unidades de saúde.

Tipos de Manifestação

- Sugestão: proposição de ideia ou formulação de proposta de aprimoramento de políticas e serviços prestados pela Administração Pública federal.
- Elogio: demonstração ou reconhecimento ou satisfação sobre o serviço oferecido ou atendimento recebido.
- Solicitação: requerimento de adoção de providência por parte da Administração.
- Reclamação: demonstração de insatisfação com o serviço
- Denúncia: comunicação de prática de ato ilícito cuja solução dependa da atuação de órgão de controle interno ou externo.

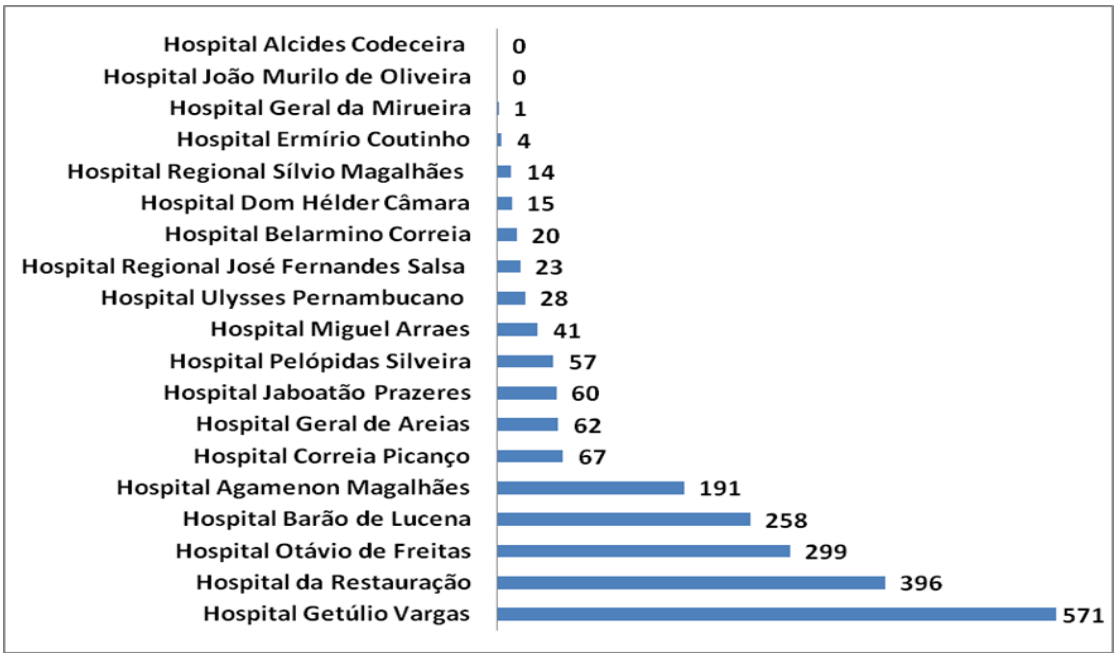
Na Ouvidoria da Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco (SES-PE) recebe-se às manifestações dos (as) cidadãos (ãs) quanto aos serviços e atendimentos prestados pelo SUS; é um mecanismo moderno e democrático de acesso aos serviços ofertados pelo Estado. Tem por propósito perceber o sentimento de satisfação do usuário do sistema, oferecendo informações aos gestores, fortalecendo a cidadania e melhorando a qualidade dos serviços prestados. Dessa maneira, além de garantir e ampliar o acesso do cidadão na busca efetiva de seus direitos, deve atuar enquanto ferramenta de gestão e instrumento de fortalecimento do controle social.

A ouvidoria central da SES-PE faz parte da Rede Nacional de Ouvidorias do SUS desde 2009. Todas as manifestações inseridas na ouvidoria são sistematizadas e organizadas em relatórios gerenciais, no intuito de informar e subsidiar a gestão na tomada de decisão. O atendimento é realizado pela Central de Atendimento 136 (ligação é gratuita, podendo ser feita por telefone fixo, celular ou orelhão); pode ser feito por cartas ou atendimento presencial na ouvidoria central, localizada na sede da Secretaria Estadual de Saúde (Endereço: Rua Dona Maria Augusta Nogueira, nº 519, Bongi). Além da Ouvidoria Central, alguns hospitais da rede também oferecem atendimento presencial em suas ouvidorias; são eles: Restauração, Agamenon Magalhães, Getúlio Vargas, Otávio de Freitas, Barão de Lucena, Correia Picanço, Regional do Agreste e Jaboatão Prazeres, ou pelo E-mail: ouvidoria@saude.pe.gov.br.

**Identificação de manifestações da ouvidoria na I Macrorregião de saúde.**

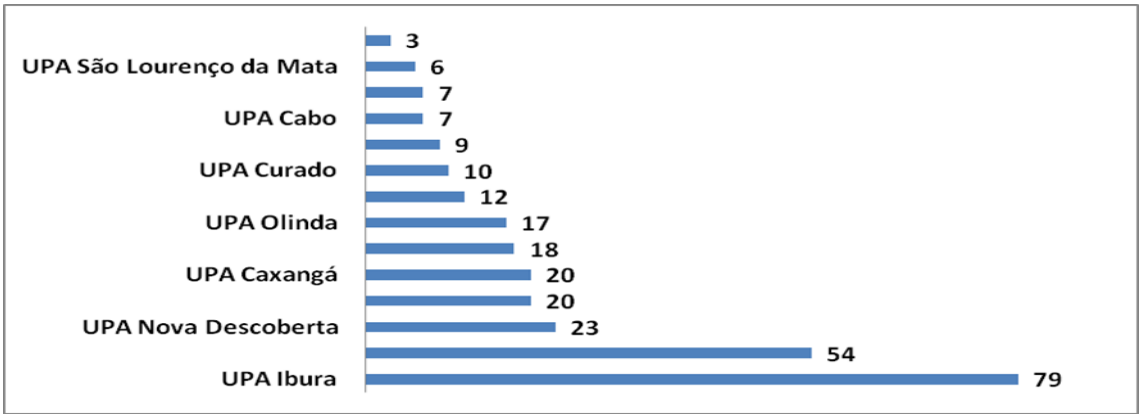
Nas figuras Figura 172,Figura 173Figura 174, verifica-se o registro do número de manifestações feitas à ouvidoria referentes às unidades de saúde da Macrorregião I em 2023, com distribuição por hospital, por UPA, por UPAE. Observa-se que o Hospital Getúlio Vargas (Figura 172), a UPA Ibura (Figura 173), e a UPAE Limoeiro (Figura 174) tiveram o maior registro de manifestação à ouvidoria.

Figura 172 - Número de manifestações à ouvidoria nos hospitais da I Macrorregião de Pernambuco, 2023.



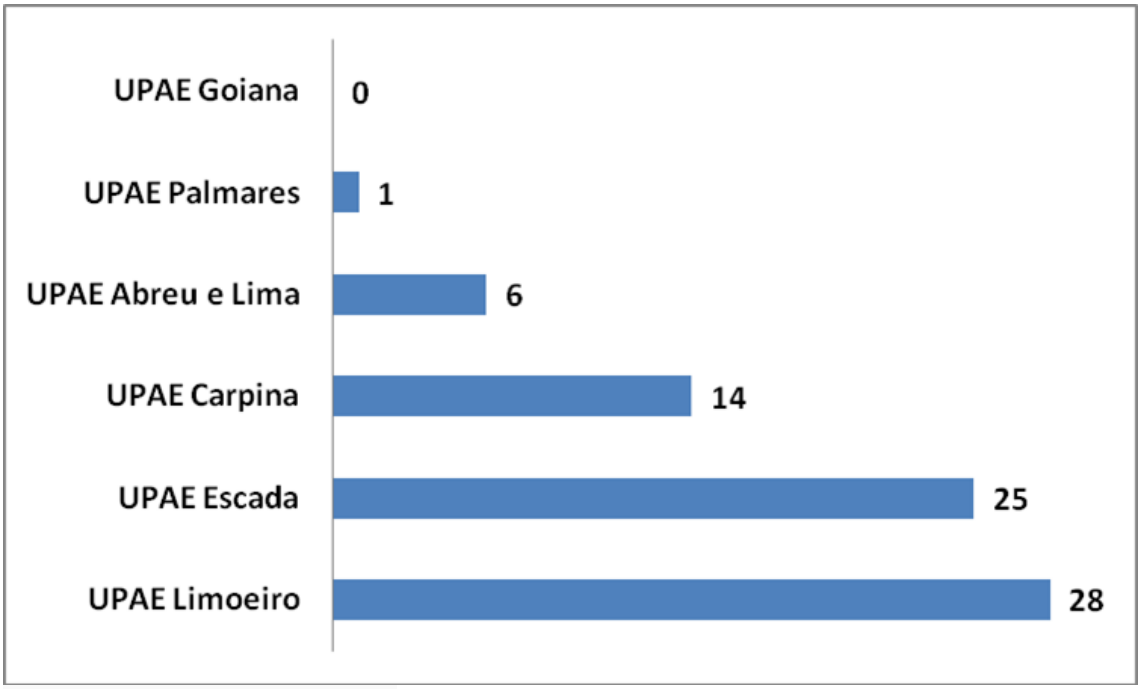

Fonte: Ouvidoria SES/PE (2024)

Figura 173 - Número de manifestações à ouvidoria nos UPA da I Macrorregião de Pernambuco, 2023.




Fonte: Ouvidoria SES/PE (2024).

Figura 174 - Número de manifestações à ouvidoria nos UPAE da I Macrorregião de Pernambuco, 2023.

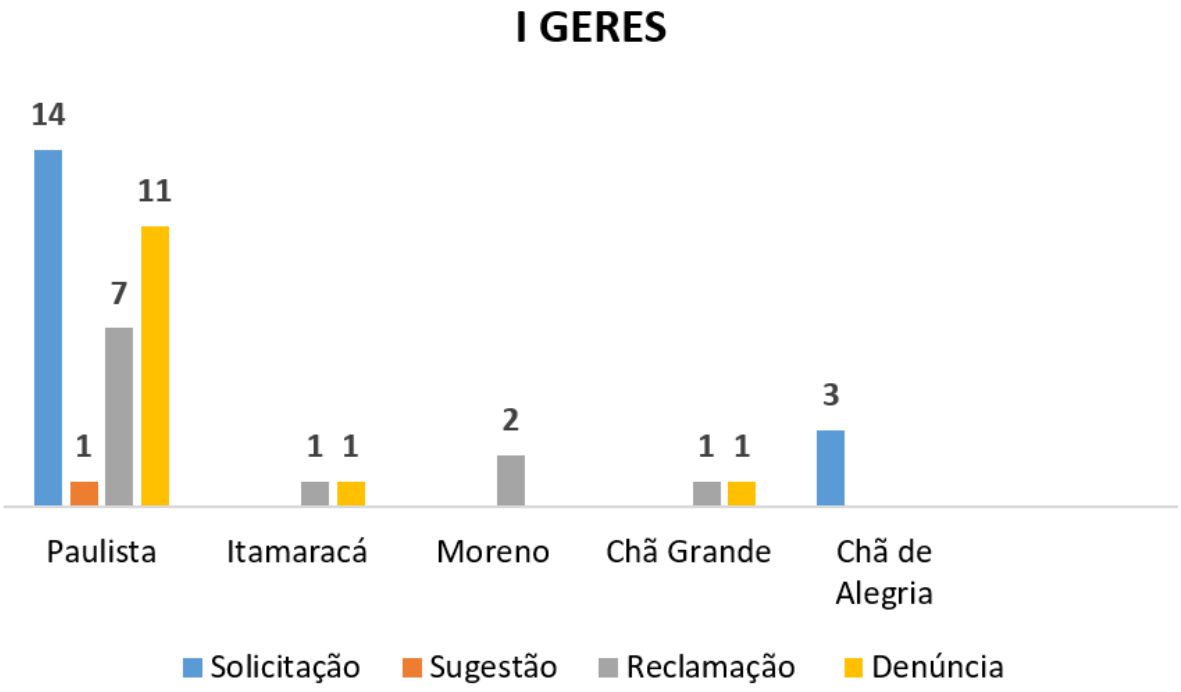



Fonte: Ouvidoria SES/PE (2023).

**Identificação de manifestações da ouvidoria na I Região de Saúde.**

Na I Região de Saúde alguns municípios possuem ouvidoria própria, portanto os municípios que receberam manifestações intermediados pela I GERES em 2023 estão destacados na Figura 175, é possível observar que Paulista registrou a maior parte das manifestações durante o ano analisado, no total foram 42 manifestações recebidas, 38 finalizadas e 4 pendentes.

Figura 175 - Número de manifestações à ouvidoria nos municípios da I Região de Saúde de Pernambuco, 2023.

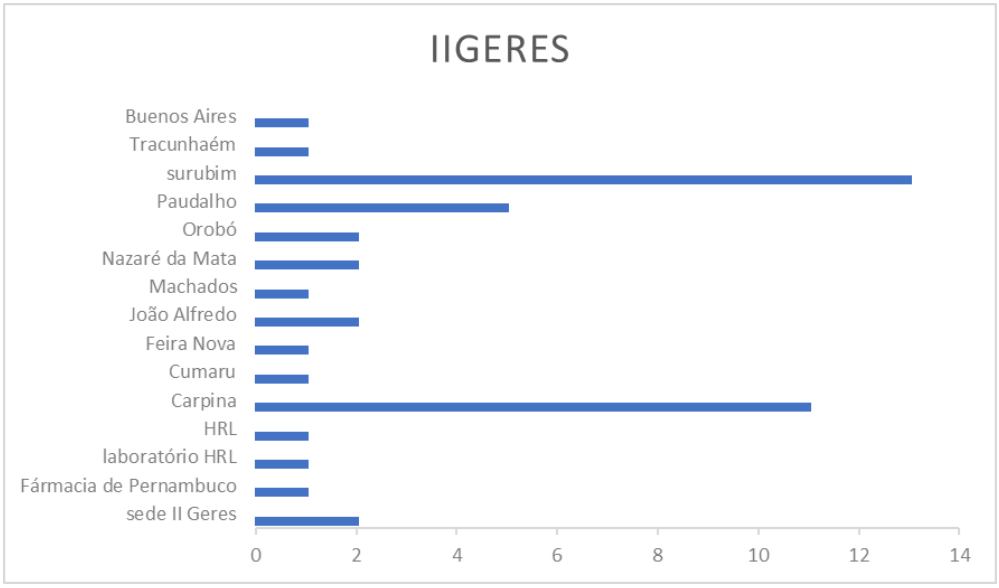



Fonte: Ouvidoria SES/PE (2024).

**Identificação de manifestações da ouvidoria na II Região de Saúde.**

Na Figura 176, sobressaíram os municípios de Surubim, Carpina e Paudalho que compõem a II Região de Saúde.

Figura 176 - Número de manifestações à ouvidoria nos municípios da II Região de Saúde de Pernambuco, 2023.




Fonte: Ouvidoria SES/PE (2024).

No Quadro 154, observa-se o quantitativo de manifestações realizadas e concluídas na ouvidoria da II região de saúde. Em relação ao tipo de manifestação prevaleceu a reclamação. Nas categorias reclamação, denúncia e solicitação Surubim evidenciou os maiores registros.

Quadro 154 - Demonstrativo das manifestações recebidas e concluídas na II Região de saúde. Pernambuco, 2023.

| **Destino da Manifestação** | **Tipo de Manifestação** | **Quantidade** |
|---|---|---|
| Sede da II Geres | Reclamação | 01 |
| | Denúncia | 01 |
| Farmácia Regional | Reclamação | 01 |
| Laboratório Regional de Saúde Pública | Denúncia | 01 |
| Hospital Regional José Fernandes Salsa | Denúncia | 02 |

| | | |
|---|---|---|
| Clínica do Rim de Carpina | Reclamação | 01 |
| UPAE Carpina | Reclamação | 01 |
| Carpina | Solicitação | 02 |
| | Reclamação | 03 |
| | Denúncia | 01 |
| Cumaru | Denúncia | 01 |
| Feira Nova | Solicitação | 01 |
| | Reclamação | 01 |
| João Alfredo | Reclamação | 02 |
| Lagoa de Itaenga | Solicitação | 01 |
| | Informação | 01 |
| Limoeiro | Reclamação | 02 |
| | Denúncia | 02 |
| Nazaré da Mata | Reclamação | 02 |
| Orobó | Solicitação | 02 |
| Paudalho | Reclamação | 03 |
| Surubim | Solicitação | 03 |
| | Reclamação | 06 |
| | Denúncia | 04 |
| **Total** | | **45** |

Fonte: Ouvidoria SES/PE.

No Quadro 155 foi identificado duas manifestações do tipo reclamação recebidas e não concluídas, nos municípios de João Alfredo e Buenos Aires.

Quadro 155 - Demandas recebidas e não concluídas, na II Geres. Pernambuco, 2023.

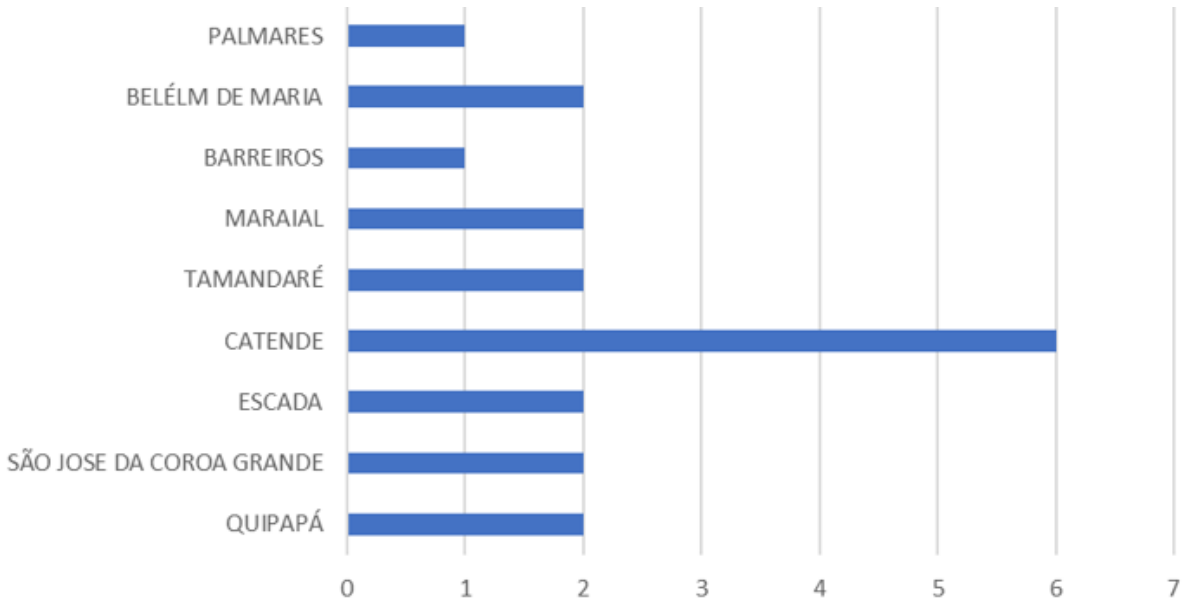
| DESTINO DA DEMANDA | CLASSIFICAÇÃO DA DEMANDA | QUANTIDADE |
|---|---|---|
| João Alfredo | Reclamação | 01 |
| Buenos Aires | Reclamação | 01 |
| **Total** | | **02** |

Fonte: Ouvidoria SES/PE.

**Identificação das manifestações da ouvidoria na III região de saúde.**

Na Figura 177, constata-se que o município de Catende (III Região de saúde) como o maior em número de manifestações.

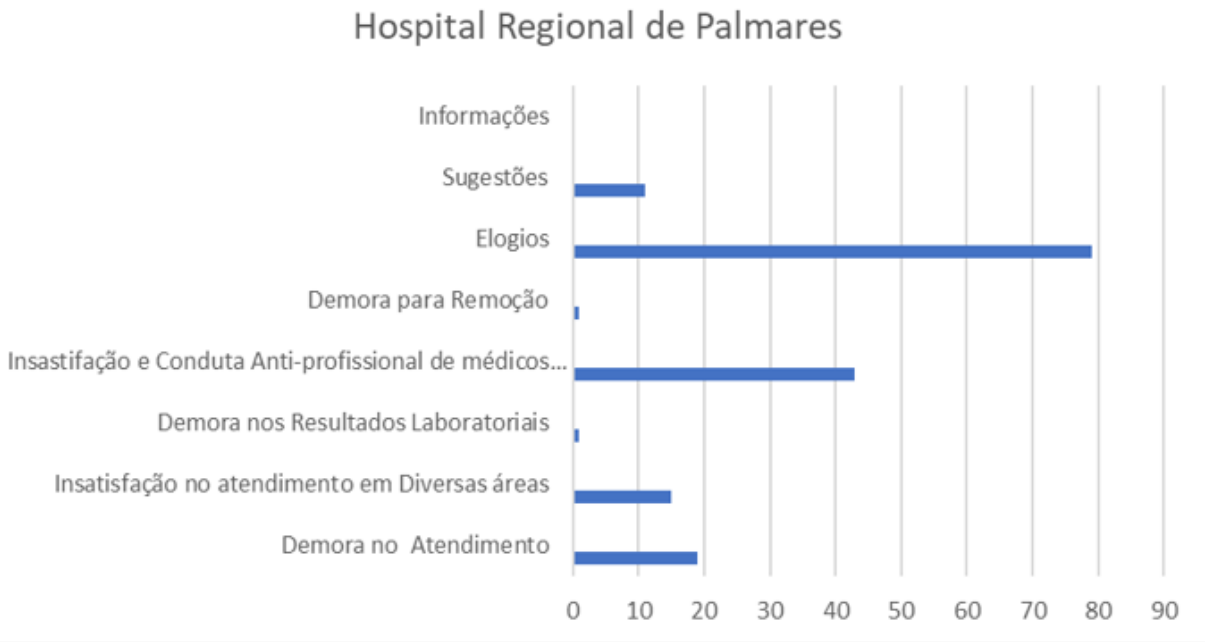
Figura 177 - Número de manifestações à ouvidoria nos municípios da III Região de Saúde de Pernambuco, 2023.




Fonte**:** Ouvidoria SES/PE.

No que diz respeito ao Hospital Regional de Palmares o elogio foi o tipo de manifestação mais prevalente (Figura 178). Vale salientar que no ano de 2023, todas as demandas do Hospital Regional de Palmares foram respondidas e resolvidas.

Figura 178 - Gráfico com a demanda em percentual à ouvidoria do Hospital Regional Palmares de Palmares. Pernambuco, 2023.

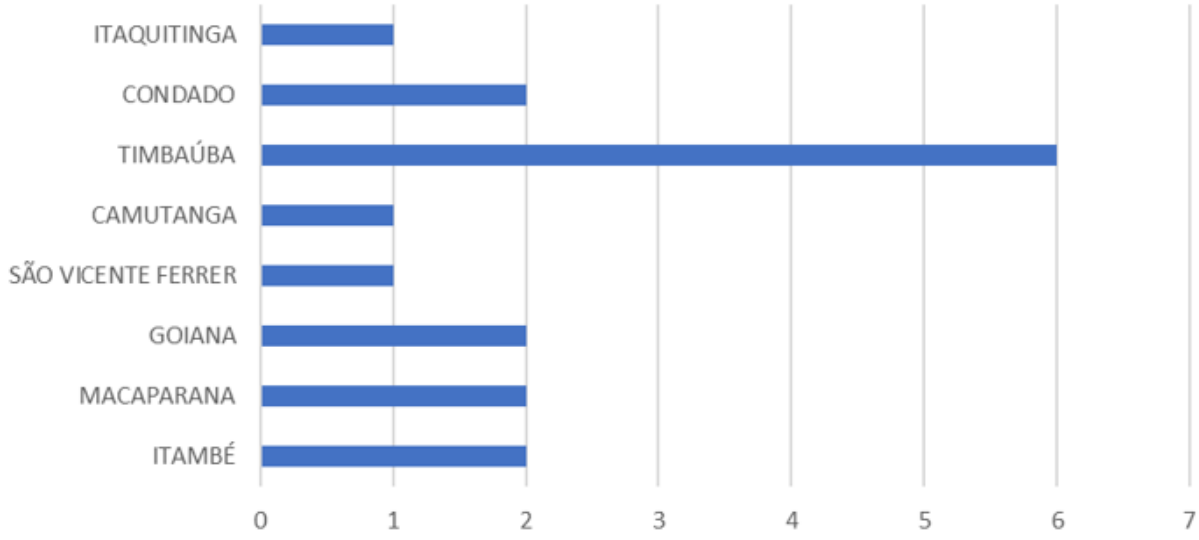



Fonte: Ouvidoria SES/PE (2024).

**Identificação das demandas da ouvidoria na XII Regional de Saúde.**

Dentre os municípios com mais manifestação para ouvidoria na XII Região de Saúde, observa-se que Timbaúba foi o que obteve maior número (Figura 179). Todas as demandas da XII Região foram respondidas e resolvidas.

Figura 179 - Número de manifestações à ouvidoria nos municípios da XII Região de Saúde de Pernambuco, 2023.




Fonte: Ouvidoria SES/PE (2024).

## Desafios e Potencialidades

Dentre os principais desafios encontrados está a sensibilização dos gestores e usuários do SUS sobre a importância da ouvidoria como um instrumento de gestão, e participação social, respectivamente. Outra dificuldade são as questões sobre agilidade e o cumprimento de prazo para a devolutiva aos usuários.

Algumas das potencialidades da ouvidoria do SUS são: o canal de comunicação com os usuários oferecendo um meio de comunicação direto com o sistema de saúde, permitindo que expressem suas opiniões, sugestões reclamações e elogios sobre os serviços oferecidos; Identificação de problemas e demandas através das manifestações recebidas; Monitoramento da qualidade e eficiência dos serviços, identificando áreas que necessitam de melhorias e avaliando o desempenho das unidades de saúde; Transparência e prestação de contas no funcionamento do sistema de saúde ao divulgar informações sobre as manifestações recebidas e medidas adotadas para solucionar os problemas

relatados, dentre outras. Desta feita desempenha um papel fundamental na promoção da qualidade, equidade e eficiência dos serviços de saúde.

## ANÁLISE GERAL DA MACRORREGIÃO

Quadro 156 - Fragilidades, Potencialidades e Recomendações RAMI

| **Análise geral da Macrorregião<br>Mapa de Saúde I Macrorregião de Pernambuco** | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Rede Materno Infantil<br>RAMI** | | | | | |
| **Fragilidades** | | | | | |
| **RS** | **I RS** | **II RS** | **III RS** | **XII RS** | **I MRS** |
| **Perfil epidemiológico** | -Elevada taxa de gravidez na adolescência. | -Elevada taxa de gravidez na adolescência. | -Elevada taxa de gravidez na adolescência. | -Elevada taxa de gravidez na adolescência. | -Elevada taxa de gravidez na adolescência. |
| **Planejamento reprodutivo** | -Oferta de inserção de DIU centralizada em alguns serviços. | -Pouca oferta de DIU ambulatorial e inexistência da oferta hospitalar. | -Pouca oferta de DIU ambulatorial e inexistência da oferta hospitalar. | -Pouca oferta de DIU ambulatorial e inexistência da oferta hospitalar. | -Pouca oferta de DIU ambulatorial e inexistência da oferta hospitalar na II, III e XII RS. |
| **Pré-natal** | -Municípios que não ofertam TR de gravidez, não ofertam a cesta completa de exames PN, demora no acesso ao PNAR e necessidade constante de qualificação de profissionais da APS;<br>-Baixa cobertura do Programa Mãe Coruja. | -Municípios que não ofertam TR de gravidez, não ofertam a cesta completa de exames PN, inexistência de referência de PNAR e necessidade constante de qualificação de profissionais da APS. | -Municípios que não ofertam TR de gravidez, não ofertam a cesta completa de exames PN, demora no acesso ao PNAR e necessidade constante de qualificação de profissionais da APS. | -Municípios que não ofertam TR de gravidez, não ofertam a cesta completa de exames PN, demora no acesso ao PNAR e necessidade constante de qualificação de profissionais da APS;<br>-Baixa cobertura do Programa Mãe Coruja. | -Não oferta de TR de gravidez em todas as UBS, oferta incompleta da cesta de exames PN, de cota de consultas de PNAR e necessidade constante de qualificação de profissionais da APS. |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Parto/aborto** | -Superlotação no AR;<br>-Pactuação de referência de assistência ao parto desatualizada;<br>-Gestantes de Abreu e Lima, Igarassu, Itapissuma, Paulista e Ilha de Itamaracá sem referência pactuada para assistência ao parto/aborto.<br>-Número insuficiente de leitos obstétricos e baixa vinculação das munícipes de Jaboatão ao serviço municipal;<br>-Inexistência de cadastro de parteiras tradicionais. | -Pactuação de referência de assistência ao parto desatualizada<br>-RH insuficiente no Hospital Fernandes Salsa repercutindo em plantões fechados;<br>-CPN de Paudalho com baixa produção de partos;<br>-Inexistência de cadastro de parteiras tradicionais;<br>-Inexistência de serviço de atendimento para vítimas de violência sexual e aborto previsto em Lei. | -Pactuação de referência de assistência ao parto desatualizada.<br>-UTI neo do Silvio Magalhães fechada;<br>-Inexistência de cadastro de parteiras tradicionais;<br>- Inexistência de serviço de atendimento para vítimas de violência sexual e aborto previsto em Lei. | -Pactuação de referência de assistência ao parto desatualizada.<br>-Baixa vinculação à maternidade do Hospital Regional Belarmino Correia e Recursos Humanos do serviço insuficiente;<br>-Inexistência de cadastro de parteiras tradicionais;<br>- Inexistência de serviço de atendimento para vítimas de violência sexual e aborto previsto em Lei. | -Pactuação de referência de assistência ao parto desatualizada;<br>-Elevada taxa de cesáreas;<br>-Superlotação dos leitos de AR;<br>-Inexistência de cadastro de parteiras tradicionais;<br>-Inexistência de serviço de atendimento para vítimas de violência sexual e aborto previsto em Lei na II, III e XII RS. |
| **Puerpério** | **-**Baixa cobertura de consultas puerperais. | **-**Baixa cobertura de consultas puerperais. | **-**Baixa cobertura de consultas puerperais. | **-**Baixa cobertura de consultas puerperais. | **-**Baixa cobertura de consultas puerperais. |
| **Primeira Infância** | -Superlotação dos leitos de UTI e UCI;<br>-Baixo nº de aleitamento exclusivo até os 6 meses;<br>-Necessidade de ampliar a cobertura do teste do pezinho;<br>-Baixa cobertura da APS na região metropolitana. | -Inexistência de leitos para RN de risco;<br>-Baixo nº de aleitamento exclusivo até os 6 meses;<br>-Inexistência de serviços com o selo IHAC;<br>-Inexistência de postos de coleta de Leite Humano. | -Inexistência de leitos para RN de risco;<br>-Baixo nº de aleitamento exclusivo até os 6 meses;<br>-Inexistência de serviços com o selo IHAC;<br>-Inexistência de postos de coleta de Leite Humano. | -Inexistência de leitos para RN de risco;<br>-Baixo nº de aleitamento exclusivo até os 6 meses;<br>-Inexistência de serviços com o selo IHAC;<br>-Inexistência de postos de coleta de Leite Humano. | **-**Superlotação dos leitos de UTI e UCI;<br>-Baixo nº de aleitamento exclusivo até os 6 meses;<br>-Inexistência de serviços com o selo IHAC na II, III e XII RS;<br>-Inexistência de postos de coleta de Leite Humano na II, III e XII RS. |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Potencialidades** | | | | | |
| | **I RS** | **II RS** | **III RS** | **XII RS** | **I MRS** |
| **Planejamento reprodutivo** | -Existência de centro de referência para treinamento de inserção de DIU. | - | - | - | -Centro de referência na I RS pode treinar as outras regiões. |
| **Pré-natal** | **-**Boa captação precoce e nº de consultas no PN. | -Boa captação precoce e nº de consultas no PN;<br>-Teleconsulta em PNAR. | **-**Boa captação precoce e nº de consultas no PN;<br>-Boa cobertura do Programa Mãe Coruja. | -Boa captação precoce e nº de consultas no PN. | **-**Boa captação precoce e nº de consultas no PN;<br>-Boa cobertura do Programa Mãe Coruja na II e III RS. |
| **Parto/aborto** | -Nº suficiente de leitos de AR para a região;<br>-Existência de serviços de atendimento para vítimas de violência sexual e aborto previsto em Lei. | -Número de leitos obstétricos suficientes para a RS;<br>-Boa cobertura do Programa Mãe Coruja. | | -Número de leitos obstétricos suficientes para a RS. | -Número de leitos obstétricos de AR suficientes para a I MRS. |
| **Puerpério** | - | - | - | - | - |
| **Primeira Infância** | -Boa cobertura de leitos neonatais e pediátricos;<br>-Serviços com o selo IHAC;<br>-Existência de bancos de leite e postos de coleta de Leite Humano;<br>-Boa cobertura de pontos de coleta de teste do pezinho. | -Boa cobertura de pontos de coleta de teste do pezinho. | -Boa cobertura de pontos de coleta de teste do pezinho. | -Boa cobertura de pontos de coleta de teste do pezinho. | -Boa cobertura de leitos neonatais e pediátricos na I RS;<br>-Serviços com o selo IHAC na I RS;<br>-Existência de bancos de leite e postos de coleta de Leite Humano na I RS. |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Recomendações** | | | | | |
| | **I RS** | **II RS** | **III RS** | **XII RS** | **I MRS** |
| **Planejamento reprodutivo** | -Planejar ações para prevenção de gravidez na adolescência;<br>-Investir em compra de kits de inserção de DIU nos municípios e treinar profissionais médicos e enfermeiros. | -Planejar ações para prevenção de gravidez na adolescência;<br>-Investir em compra de kits de inserção de DIU nos municípios e treinar profissionais médicos e enfermeiros. | -Planejar ações para prevenção de gravidez na adolescência;<br>-Investir em compra de kits de inserção de DIU nos municípios e treinar profissionais médicos e enfermeiros. | -Planejar ações para prevenção de gravidez na adolescência<br>-Investir em compra de kits de inserção de DIU nos municípios e treinar profissionais médicos e enfermeiros. | -Planejar ações para prevenção de gravidez na adolescência;<br>-Investir em compra de kits de inserção de DIU nos municípios e treinar profissionais médicos e enfermeiros. |
| **Pré-natal** | -Qualificação em PN, adequação da oferta de PNAR e cesta de exames. | -Qualificação em PN, adequação da oferta de PNAR e cesta de exames, implantar oferta de PNAR estadual. | -Qualificação em PN, adequação da oferta de PNAR e cesta de exames. | -Qualificação em PN, adequação da oferta de PNAR e cesta de exames. | -Oferta permanente de qualificação de profissionais em PN;<br>-Dimensionar a oferta de PNAR e cesta de exames de acordo com a demanda. |
| **Parto/aborto** | -Atualizar a pactuação da rede de assistência ao parto;<br>-Otimizar a capacidade instalada dos serviços pactuados;<br>-Implantar maternidade de referência para a micro I;<br>-Adequar RH nas maternidades.<br>-Município de Jaboatão ampliar leitos obstétricos de | -Atualizar a pactuação da rede de assistência ao parto;<br>-Otimizar a capacidade instalada dos serviços pactuados;<br>-Adequar RH nas maternidades<br>-Cadastrar parteiras tradicionais;<br>-Implantar serviço de atendimento para vítimas de violência | -Atualizar a pactuação da rede de assistência ao parto;<br>-Otimizar a capacidade instalada dos serviços pactuados;<br>-Adequar RH nas maternidades.<br>-Cadastrar parteiras tradicionais;<br>-Implantar serviço de atendimento para vítimas de violência | Atualizar a pactuação da rede de assistência ao parto;<br>Otimizar a capacidade instalada dos serviços pactuados.<br>Adequar RH nas maternidades;<br>Cadastrar parteiras tradicionais.<br>Implantar serviço de atendimento para vítimas | -Atualizar a pactuação da rede de assistência ao parto;<br>-Otimizar a capacidade instalada dos serviços pactuados;<br>-Adequar RH nas maternidades;<br>-Cadastrar parteiras tradicionais;<br>-Implantar serviço de atendimento para vítimas de violência sexual e aborto previsto |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | RH de acordo com a estimativa de gestantes;<br>-Descentralizar o alto risco para o interior do Estado.<br>-Cadastrar parteiras tradicionais. | sexual e aborto previsto em Lei. | sexual e aborto previsto em Lei. | de violência sexual e aborto previsto em Lei | em Lei nas maternidades regionais da II, III e XII RS. |
| **Puerpério** | -Ampliar a cobertura de consultas puerperais. | -Ampliar a cobertura de consultas puerperais. | -Ampliar a cobertura de consultas puerperais. | -Ampliar a cobertura de consultas puerperais. | -Ampliar a cobertura de consultas puerperais. |
| **Primeira Infância** | -Criar estratégias para realização do teste do pezinho em tempo oportuno. | -Trabalhar melhorias nos hospitais para conquista do selo IHAC. | -Trabalhar melhorias nos hospitais para conquista do selo IHAC. | -Trabalhar melhorias nos hospitais para conquista do selo IHAC. | -Descentralizar a oferta de leitos;<br>-Incrementar a coleta de triagem biológica em tempo oportuno;<br>-Trabalhar melhorias nos hospitais para conquista do selo IHAC na II, III e XII RS;<br>-Implantar postos de coleta de Leite Humano na II, III e XII RS. |

Quadro 157 - Fragilidades, Potencialidades e Recomendações RCPCD

| **Análise geral da Macrorregião<br>Mapa de Saúde I Macrorregião de Pernambuco** | | |
|---|---|---|
| **Rede de Cuidados a Pessoa com Deficiência RCPCD** | | |
| **Fragilidades** | **Potencialidades** | **Recomendações** |
| Nem todos os serviços são regulados pelo Estado;<br><br>Insuficiência de serviços habilitados no território estadual que leva à sobrecarga de atendimento na I macrorregião de saúde;<br><br>Insuficiência de serviços habilitados no território da I macrorregião de saúde; | Serviços implantados de POM;<br><br>Equipes qualificadas;<br><br>Portaria atualizada com financiamento. | Sensibilizar gestores para importância da RCPD;<br><br>Regular RCPD, com fluxos assistenciais definidos, evitando serviços com porta aberta; |

| | | |
|---|---|---|
| Insuficiência de exame BERA para diagnóstico, sobretudo na XII Região de saúde;<br><br>CER implantados na I macrorregião não dão cobertura suficiente ao território da macrorregião;<br><br>Concentração de serviços habilitados centralizados na capital ou nas proximidades da Região Metropolitana do Recife (Recife, Paulista, Limoeiro, Ipojuca e Vitória de Santo Antão);<br><br>Dificuldade de acesso geográfico aos serviços, devido à distância;<br><br>Dificuldade de admissão nos serviços devido às filas de espera e a grande demanda reprimida;<br><br>Ausência de Educação Permanente voltando para a linha de cuidado da pessoa com TEA;<br><br>Ausência de protocolo clínico para linha de cuidado na APS às pessoas com TEA;<br><br>Insuficiência de órteses e próteses para demanda existente;<br><br>Necessidade de discutir o financiamento tripartite. | | Ampliar a RCPD nas macrorregiões de saúde desassistidas, descentralizando os serviços para sanar os vazios assistenciais do estado de Pernambuco;<br><br>Preencher os vazios assistenciais específicos da I macrorregião, viabilizando a melhoria do acesso geográfico e do acesso à entrada nos serviços, com a adequada cobertura à população macrorregional;<br><br>Atualizar desenho da RCPD que segue desde 2013;<br><br>Qualificar RAS. |

Quadro 158 - Fragilidades, Potencialidades e Recomendações RAPS

| **Análise geral da Macrorregião<br>Mapa de Saúde I Macrorregião de Pernambuco** | | | |
|---|---|---|---|
| **Rede de Atenção Psicossocial<br>RAPS** | | | |
| **Fragilidades** | | | |
| **I RS** | **II RS** | **III RS** | **XII RS** |
| Fragilidade da APS com baixa cobertura;<br><br>Concentração de Serviços específicos da RAPS na I Microrregião;<br><br>Pouca oferta de CAPS AD e CAPS AD III;<br><br>Ausência de serviços já habilitados e que receberam financiamento (CAPS III, CAPS AD, | Necessidade de ampliar oferta de serviços específicos da RAPS (CAPS AD, CAPS AD III, CAPS i, Leitos integrais, UA). | Necessidade de ampliar oferta de serviços específicos da RAPS (CAPS III, CAPS AD III e CAPS i). | Necessidade de ampliar oferta de serviços específicos da RAPS (CAPS III, CAPS AD III, CAPS I, CAPS i). |

| | | | |
|---|---|---|---|
| CAPS AD III, UA-A, Leitos integrais);<br><br>Necessidade de discutir o financiamento tripartite. | | | |
| **Potencialidades** | | | |
| **I RS** | **II RS** | **III RS** | **XII RS** |
| Oferta e ampliação de Serviços específicos da RAPS. | Oferta de serviços específicos da RAPS;<br><br>Organização da Rede com referências Microrregionais. | Oferta de Serviços específicos da RAPS. | Remodelagem da Rede definindo Microrregiões. |
| **Recomendações** | | | |
| **I RS** | **II RS** | **III RS** | **XII RS** |
| Ampliar, qualificar e habilitar serviços específicos da RAPS, sobretudo os que já receberam financiamento (CAPS III, CAPS AD, CAPS AD III, UA-A, Leitos integrais);<br><br>Fortalecer a governança regional;<br><br>Qualificar RAS. | Ampliar oferta de serviços específicos da RAPS (CAPS AD, CAPS AD III, CAPS i, Leitos integrais, UA);<br><br>Fortalecer a governança regional;<br><br>Qualificar RAS. | Ampliar oferta de serviços específicos da RAPS (CAPS III, CAPS AD III e CAPS i);<br><br>Repactuação da Rede;<br><br>Fortalecer a governança regional;<br><br>Qualificar RAS. | Ampliar oferta de serviços específicos da RAPS (CAPS III, CAPS AD III, CAPS I, CAPS i);<br><br>Fortalecer a governança e regional;<br><br>Qualificar RAS. |

Quadro 159 - Fragilidades, Potencialidades e Recomendações RUE

| **Análise geral da Macrorregião**<br>**Mapa de Saúde I Macrorregião de Pernambuco** |
|---|

| Rede de Urgência e Emergência RUE | | |
|---|---|---|
| **Fragilidades** | **Potencialidades** | **Recomendações** |
| Incentivos repassados de forma fundo a fundo ainda são insuficientes, especialmente, para municípios de menor porte populacional e baixa captação financeira;<br><br>Áreas de insuficiência de recursos assistenciais na RUE regional;<br>Concentração dos recursos e equipamentos de saúde na região, dificultando o acesso da população;<br><br>Necessidade de discutir o financiamento tripartite. | Rede estruturada com unidades de referência municipais e estaduais;<br><br>Rede regionalizada com oferta de serviços mais próximos dos usuários no território; | Identificar as áreas de insuficiência de recursos assistenciais na RUE regional, promovendo uma melhor distribuição dos recursos e equipamentos de saúde na região, a fim de melhorar o acesso da população;<br><br>Garantir recursos financeiros para manutenção dos serviços de urgência e emergência nos territórios;<br><br>Ampliar a oferta dos leitos, fortalecer os hospitais regionais, bem como hospitais de pequeno porte;<br><br>Ampliar serviços de urgência e emergência pediátrica de forma regionalizada;<br><br>Retomada dos espaços de governança macrorregional e regional;<br><br>Expandir de forma estratégica as unidades de pronto atendimento;<br><br>Qualificar e ampliar o suporte avançado, com a descentralização de hospitais especializados de alta complexidade, reafirmando as pactuações existentes;<br><br>Qualificar RAS. |

Quadro 160 - Fragilidades, Potencialidades e Recomendações Rede Oncológica

| Análise geral da Macrorregião<br>Mapa de Saúde I Macrorregião de Pernambuco | | |
|---|---|---|
| **Rede Oncológica** | | |
| **Fragilidades** | **Potencialidades** | **Recomendações** |

| | | |
|---|---|---|
| Ausência de revisão dos repasses financeiros pela tabela SUS;<br><br>Fragilidade na governança da Rede no âmbito macrorregional;<br><br>Judicialização elevada da população para garantia de acesso ao tratamento;<br><br>Concentração dos recursos, equipamentos e estabelecimentos específicos para essa Rede de Saúde na região, dificultando o acesso da população;<br><br>Necessidade de discutir o financiamento tripartite. | Disponibilidade de serviços e estabelecimentos como farmácia de Pernambuco e grandes hospitais na I Macrrorregião;<br><br>Regulação pelo CMCE. | Ampliar coberturas de Unidades de Saúde da Família (USF), equipes multiprofissionais, ambulatórios especializados, unidades hospitalares de atenção especializadas;<br><br>Ampliar unidades de referências de diagnóstico do câncer, oferta de serviços contratualizados, a exemplo os exames de imagem, bem como ampliação das ofertas para atendimento de primeira consulta;<br><br>Garantir exames específicos para oncologia disponibilizados pelas UPAE's sejam através do sistema de informação, CMCE, com acesso regulado em todas as regiões de saúde, com intuito de garantir a equidade;<br><br>Fortalecer a governança da Rede nível macrorregional;<br><br>Revisar as tabelas de procedimento do SUS para aumentar os valores de custeio referente ao tratamento oncológico;<br><br>Incluir os seguintes hospitais para compor a rede oncológica: Agamenon Magalhães (HAM) cirurgia, Otávio de Freitas (HOF) pneumologia, Getúlio Vargas (HGV) com a disponibilização de consultas, biópsias e cirurgias nas especialidades de urologia e neurocirurgia e Barão de Lucena (HBL) que deverá ofertar, via regulação ambulatorial, ampliar cotas para especialidades e procedimentos cirúrgicos de proctologia, mastologia e ginecologia;<br><br>Qualificar RAS. |

Quadro 161 - Fragilidades, Potencialidades e Recomendações Demais Tópicos

| **Análise geral da Macrorregião**<br>**Mapa de Saúde I Macrorregião de Pernambuco** |
|---|

| **Demais tópicos** | | |
|---|---|---|
| **Fragilidades** | **Potencialidades** | **Recomendações** |
| Centralização dos cursos de saúde, programas de residência e pós-graduação stricto sensu na região metropolitana do Recife;<br><br>Poucas informações acerca do desenvolvimento industrial das regiões, que poderiam contribuir no desenvolvimento tecnológico e científico em parceria com as instituições de saúde;<br><br>Controle social com baixa participação nos instrumentos de planejamento (RAG);<br><br>Necessidade de ampliar e qualificar a participação dos gestores nos espaços de governança;<br><br>Concentração de recursos financeiros para alta e média complexidade;<br><br>Baixo percentual de aplicação de recursos estaduais e federais na saúde;<br><br>Necessidade de discutir o financiamento tripartite. | Presença de Hospitais Regionais que podem ser fortalecidos para abarcar as necessidades das instituições de ensino superior, programas de residência e pós-graduação stricto sensu que juntos podem desenvolver a inovação em ciência e tecnologias para a macrorregião de saúde;<br><br>Identificação do aumento de programas de residência em área profissional interiorizados;<br><br>Alto percentual de aplicação dos recursos municipais na saúde;<br><br>Identificação de problemas e demandas através das manifestações recebidas pelas ouvidorias;<br><br>Monitoramento através das ouvidorias da qualidade e eficiência dos serviços, identificando áreas que necessitam de melhorias e avaliando o desempenho das unidades de saúde;<br><br>CT/CIR, CIR e GCM em funcionamento na macrorregião; | Articular parceria para o desenvolvimento dos projetos macrorregionais de ciência e tecnologia, junto aos órgãos competente, fomentando discussões, inclusive junto ao Ministério da Saúde;<br><br>Desenvolvimento de Plano de Ação para o desenvolvimento da Ciência Tecnologia e Inovação em Saúde de Pernambuco;<br><br>Instituir um contrafluxo de cursos de saúde, programas de residência e pós-graduação stricto sensu promovendo a interiorização do fomento ao desenvolvimento tecnológico e científico de maneira regionalizada;<br><br>Fortalecer o papel das Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço (CIES) regionais;<br><br>Sensibilizar gestores e usuários do SUS sobre a importância da ouvidoria como um instrumento de gestão, e participação social, respectivamente;<br><br>Ampliar e qualificar a participação popular nos instrumentos de planejamento e realizar os envios no DGMP obedecendo os prazos conforme calendário;<br><br>Ampliar e qualificar a participação dos gestores nos espaços de governança;<br><br>Redefinir o repasse de recursos financeiros considerando as RAS e a APS como ordenadora do cuidado;<br><br>Instituição do dimensionamento da força de trabalho como |

| | | |
|---|---|---|
| | | ferramenta estratégica para a gestão em saúde;<br><br>Implantação/Implementação de sistemas de informação para apoiar a gestão de pessoas, integrando as diversas bases de dados;<br><br>Implementação das ações do Plano Educação Permanente em Saúde de Pernambuco;<br><br>Qualificação da gestão da integração ensino e serviço na rede SUS Pernambuco;<br><br>Treinamento contínuo de profissionais de saúde no uso de novas tecnologias e sistemas;<br><br>Desenvolvimento de competências em análise de dados e informática em saúde;<br><br>Investimento em infraestrutura tecnológica adequada;<br><br>Gestão dos custos de implementação e manutenção dos sistemas. |

**Referências**

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Acesso em: 23 maio 2024.

BRASIL. **Emenda Constitucional Nº 29, de 13 de Setembro de 2000**. Acesso em: 23 maio 2024.

BRASIL. **Lei Complementar Nº 141, de 13 de Janeiro de 2012.** Acesso em: 23 maio 2024.

CONASEMS. **Orçamento do Setor Saúde**. Disponível em: https://portal.conasems.or g.br/painéis-de-apoio/paineis/8_orcamento-do-setor-saude. Acesso em: 23 maio 2024.

BRASIL. **Portaria Nº 828, de 17 de Abril de 2020**. Acesso em: 24 maio 2024.

SISMAC. **Sistema de Controle de Limite da Media e Alta Complexidade**. Disponível em: https://sismac.saude.gov.br/teto_financeiro_detalhado. Acesso em: 28 maio 2024.

MARTINS, Thalyta Cássia de Freitas et al. Transição da morbimortalidade no Brasil: um desafio aos 30 anos de SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, p. 4483-4496, 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento de Ações Estratégicas de Epidemiologia e Vigilância em Saúde e Ambiente. **Guia de vigilância em saúde: volume 1** [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente, Departamento de Ações Estratégicas de Epidemiologia e Vigilância em Saúde e Ambiente. – 6. ed. rev. – Brasília: Ministério da Saúde, 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 217, de 1º de março de 2023**. Ementa. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 1 mar. 2023. Seção 1, p. X.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria de Consolidação GM/MS nº 4, de 28 de setembro de 2017**. Ementa. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 28 set. 2017. Seção 1, p. 50.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 542, de 22 de dezembro de 1986**. Ementa. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 22 dez. 1986. Seção 1, p. 24093.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 42, de 5 de outubro de 2018**. Ementa. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 5 out. 2018. Seção 1, p. 1.

ALBERTON, Marcos; ROSA, Vanessa Martins; ISER, Betine Pinto Moehlecke. Prevalence and temporal trend of prematurity in Brazil before and during the COVID-19 pandemic: a historical time series analysis, **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 32, n. 2, p.: 2011-2021, 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. **Programa Nacional de Parteiras Tradicionais**. Brasília, 1991.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Parto E Nascimento Domiciliar Assistidos Por Parteiras Tradicionais**. O Programa Trabalhando com Parteiras Tradicionais e Experiências Exemplares. Série C. Projetos, Programas e Relatórios. Brasília: 2010. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/parto_nascimento_domiciliar_parteiras.pdf.

BRASIL. **Portaria Nº 1.459, de 24 de Junho de 2011**. Institui, no Âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - A Rede Cegonha. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012a. 272 p.: il. – (Cadernos de Atenção Básica, nº 33)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Diretrizes de atenção da triagem auditiva neonatal**. Brasília DF, 2012b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco** [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres** / Ministério da Saúde, Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa – Brasília: Ministério. Da Saúde, 2016a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. **Triagem neonatal biológica: manual técnico** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada e Temática. – Brasília: Ministério da Saúde, 2016b.

BRASIL. **Nota Técnica para Organização da Rede de Atenção à Saúde com Foco na Atenção Primária à Saúde e na Atenção Ambulatorial Especializada – Saúde da Mulher na Gestação, Parto e Puerpério**. Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein. São Paulo: Hospital Israelita Albert Einstein: Ministério da Saúde, 2019.

BRASIL. **Critérios e Parâmetros Assistenciais para o Planejamento e Programação de Ações e Serviços de Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde**. Brasília, Ministério da Saúde, 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Gestação de alto risco: manual técnico** [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2022.

BRASIL. Secretaria de Estado da Saúde do Distrito Federal. Subsecretaria de Atenção Primária à Saúde. Diretoria de Ciclos de Vida e Práticas Integrativas em Saúde. Gerência de Ciclos de Vida. Núcleo de Saúde da Criança. **Protocolo de Atenção Primária à Saúde da Criança** / Secretaria de Estado da Saúde do

Distrito Federal. Subsecretaria de Atenção Primária à Saúde. Diretoria de Ciclos de Vida e Práticas Integrativas em Saúde. Gerência de Ciclos de Vida. Núcleo de Saúde da Criança. – Brasília: Núcleo de Saúde da Criança, 2014. 91 p.: il. – (Cadernos de Saúde da Criança, nº 03).

GUSMAN, Christine Ranier et al. 2019. “Paradoxos do programa de parteiras tradicionais no contexto das mulheres Krahô”. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2019, v. 24, n. 7, p. 2627-2636.

HOYERT, Donna L.; MINIÑO, Arialdi M. Maternal mortality in the United States: changes in coding, publication, and data release, 2018. 2020.

MARTINELLI, Katrini Guidolini et al. Prematuridade no Brasil entre 2012 e 2019: dados do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos. **Revista Brasileira de Estudos de População**, v. 38, p. e0173, 2021.

RATNASIRI, Anura WG et al. Maternal and infant predictors of infant mortality in California, 2007–2015. **PloS one**, v. 15, n. 8, p. e0236877, 2020.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul. **Resolução CIB Nº 213/2012 resolve criar os Ambulatórios de Gestação de Alto Risco (AGAR) no Estado do Rio Grande do Sul**. 2012.

SBP. Sociedade Brasileira de Pediatria. **Diagnóstico precoce de cardiopatia congênita crítica: oximetria de pulso como ferramenta de triagem neonatal.** Departamentos de Cardiologia e Neonatologia da SBP Elaborado em 7/11/2011. Disponível em: https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/2015/02/diagnostico-precoce-oximetria.pdf

SBP. Sociedade Brasileira de Pediatria. **Teste do reflexo vermelho**. Grupo de Trabalho em Oftalmologia Pediatrica. https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/__20958dDC_No1_set_2018_Teste_do_reflexo_vermelho.pdf Teste do reflexo vermelho. Conselho brasileiro de Oftalmologia. Disponível em: http://www.cbo.com.br/novo/medico/pdf/jo/ed134/2.pdf

SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA ALBERT EINSTEIN. **Nota Técnica para organização da Rede de Atenção à Saúde com foco na Atenção Primária à Saúde e na Atenção Ambulatorial Especializada - Saúde da Criança**. Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein. São Paulo: Hospital Israelita Albert Einstein: Ministério da Saúde, 2021.

WHO. Worl Health Organization. **March of Dimes, The Partnership for Maternal, Newborn & Child Health, Save the Children, World Health Organization. Born Too Soon: The Global Action Report on Preterm Birth.** Geneve: WHO; 2012. Disponível em: https://www.who.int/pmnch/media/news/2012/201204_borntoosoon-report.pdf

ATTY, Adriana Tavares de Moraes *et al*. PAINEL-Oncologia: uma ferramenta de gestão. **Revista Brasileira de Cancerologia**, [S.L.], v. 66, n. 2, p. 1-10, 30 abr. 2020. Revista Brasileira De Cancerologia (RBC). http://dx.doi.org/10.32635/2176-9745.rbc.2020v66n2.827.

LANDIM, Edivânia Lucia Araujo Santos; GUIMARÃES, Maria do Carmo Lessa; PEREIRA, Ana Paula Chancharulo de Morais. Rede de Atenção à Saúde: integração sistêmica sob a perspectiva da macrogestão. **Saúde em Debate**, v. 43, p. 161-173, 2020.

LOPES, Thainá Teixeira; CAVALLI, Luciana Osório. Acompanhamento do paciente oncológico na Estratégia da Saúde da Família: uma revisão na

literatura. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 5, p. e24911527690-e24911527690, 2022.

BRASIL. **Portaria Nº 874, de 16 de Maio de 2013**. Brasil, DF, 16 de maio de 2013. p. 1-12. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0874_16_05_2013.html. Acesso em: 22 nov. 2023.

BRASIL. **Portaria Nº 483, de 1º de Abril de 2014**. p. 1-8. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0483_01_04_2014.html. Acesso em: 22 nov. 2023.

BRASIL. **Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010**. Distrito Federal, DF, 30 dez. 2010. p. 1-25. Disponível em: https://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2011/img/07_jan_portaria4279_301210.pdf. Acesso em: 20 nov. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. **Redes Prioritárias**. 2023. Disponível em: https://aps.saude.gov.br/smp/smprasredeprioritária. Acesso em: 20 nov. 2 023.

BRASIL. Portaria nº 3742, de 22 de dezembro de 2022. **Portaria Nº 3.742, de 22 de Novembro de 2018**. p. 1-1. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2018/prt3742_23_11_2018.html. Acesso em: 22 nov. 2023.

PERNAMBUCO. Resolução nº 3061, de 23 de outubro de 2017. **Resolução CIB/PE N° 3061**. Pernambuco, 23 out. 2017. p. 1-4.

PERNAMBUCO. Resolução nº 5339, de 31 de agosto de 2020. **Resolução Cib/Pe N° 5339 de 31 de Agosto de 2020**. Pernambuco, 31 ago. 2020. p. 1-5. Disponível em: https://portal.saude.pe.gov.br/sites/portal.saude.pe.gov.br/files

/resol_5339_-_plano_oncologia_do_estado_de_pernambuco_cib.pdf. Acesso em: 22 nov. 2023.

Sociedade Brasileira de Cirurgia Oncológica (Brasil). Associação Médica Brasileira. **Diferenças entre CACON X UNACON**. 2022. Disponível em: https://sbco.org.br/dieferencas-cacom-unacom/. Acesso em: 20 nov. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **PAINEL - ONCOLOGIA - BRASIL**. Disponível em: http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/dhdat.exe?PAINEL_ONCO/PAINEL_ONCOLOGIABR.def. Acesso em: 24 nov. 2023.

PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde - SES/PE. **Comissão Intergestores Bipartite (CIB/PE)**. Disponível em: https://portal.saude.pe.gov.br/secretaria-executiva-de-gestao-estrategica-e-coordenacao-geral/comissao-intergestora-bipartite-cibpe. Acesso em: 02 jan. 2024.

PERNAMBUCO. Secretaria Executiva de Atenção à Saúde. **Farmácias de Pernambuco**. Disponível em: http://www.farmacia.pe.gov.br/farmacias-de-ernambuco. Acesso em: 03 jan. 2024.

BRASIL. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Brasília: MS, 2009, p. 20.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Medicamentos. **Portaria n° 3.196 de 30 de outubro de 1998**. Gabinete do Ministro da Saúde. Brasília, 1998.

BRASIL. **Decreto nº7508/MS, 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. DOU de 29/06/2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano de Ações Estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil - 2011-2022**, 2011.

BRASIL. Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde. **Portaria Nº 1.600, de 7 de Julho de 2011**. Nº 1600. ed. Brasil, DF, 07 jul. 2011. p. 1-5.

BRASIL. Ministério da Saúde/ Secretaria de Atenção à Saúde/ Diretoria de Articulação de Rede de Atenção - RAS Santa Catarina - Oficina de Governança Rede de Atenção à Urgência e Emergência Macrorregião Nordeste e Planalto Norte - Guia do Participante -abr. 2010.Gestão em saúde 2. Atenção à saúde 3. Redes de Atenção à Saúde 4. Sistema Único de Saúde I. Organização Pan-Americana da Saúde. II. Título.

FREITAS, Taysa Cristina Cardoso *et al*. A Atenção Primária como parte integrante da rede de atendimento as Urgências e Emergências: à luz da literatura. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, [S.L.], n. 38, p. 1-9, 23 jan. 2020. Revista Eletronica Acervo Saude. http://dx.doi.org /10.25248/reas.e2881.2020.

FARIAS, Deborah Curvelo de *et al*. Acolhimento e Resolubilidade das Urgências na Estratégia Saúde da Família. **Revista Brasileira de Educação Médica**, [S.L.], v. 39, n. 1, p. 79-87, mar. 2015. FapUNIFESP (SciELO). http://dx.doi.org/10.1590/1981-52 71201 5v39n1e00472014.

FLEURY, Sonia; OUVERNEY, Assis Mafort. Gestão de redes: a estratégia de regionalização da política de saúde. In: **Gestão de redes: a estratégia de regionalização da política de saúde**. 2007.

HERMIDA, Patrícia Madalena Vieira et al. Percepção de equipes de saúde da família sobre a atenção básica na rede de urgência. **Rev. enferm. UFPE on line**, p. 1170-1178, 2016.10.5205/reuol.8464-74011-1-SM.1004201601

KONDER, Mariana Teixeira; O'DWYER, Gisele. As Unidades de Pronto-Atendimento na Política Nacional de Atenção às Urgências. **Physis**: Revista de Saúde Coletiva, [S.L.], v. 25, n. 2, p. 525-545, jun. 2015. FapUNIFESP (SciELO). http://dx.doi.org /10 .1590/s0103-73312015000200011.

MENDES, Eugênio Vilaça. As redes de atenção à saúde. **Organização Pan-Americana da Saúde**. Brasília, 2011. https://bvsms.saude.gov.br › ...PDF AS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE.

PADILHA, Alexandre Rocha Santos *et al*. Fragilidade na governança regional durante implementação da Rede de Urgência e Emergência na Região Metropolitana. **Saúde em Debate**, [S.L.], v. 42, n. 118, p. 579-593, set. 2018. FapUNIFESP (SciELO). http://dx.doi.org/10.1590/0103-1104201811803.

ROSEN, Rebecca; HAM, Chris. Atención Integrada: enseñanzas de evidencia y experiencia. **Revista de Innovación Sanitaria y Atención Integrada, Barcelona**, v. 1, n. 2, p. 2, 2009.

AMARANTE, Paulo; NUNES, Mônica de Oliveira. Psychiatric reform in the SUS and the struggle for a society without asylums. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, p. 2067-2074, 2018. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.07082018

BRASIL. **Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001**. Brasília: Diário Oficial da União. Diário Oficial da União de 09/04/2001. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm

BRASIL. Comissão Intergestores Tripartite. Resolução nº **37, de 22 de março de 2018**. Dispõe sobre o processo de Planejamento Regional Integrado e a

organização de macrorregiões de saúde. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2018/res0037_26_03_2018.html

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº. 3088, de 23 de dezembro de 2011**. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2011 [cited 2016 Dec 12]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html

SAMPAIO, Mariá Lanzotti; BISPO JÚNIOR, José Patrício. Network of Psychosocial Care: evaluation of the structure and process of mental healthcare linkage. **Cadernos de saude publica**, v. 37, p. e00042620, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00042620>. ISSN 1678-4464.

BRASIL. **Lei Nº. 8080/90, de 19 de setembro de 1990**. Brasília, DF, 1990. Diário Oficial da União. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 01 mar. 2023

BRASIL. **Decreto nº 3298/99, que regulamenta a lei 7853/89**. Brasília, DF,1999.

BRASIL. **Portaria nº 1.060 de junho de 2002**. Institui a Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência (PNCPD), 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 793 de 24 de abril de 2012. Institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei Nº 13.146, de 6 de julho de 2015.** Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência). Brasília, DF, 2015.

BRASIL. **Portaria de Consolidação nº 3/GM/MS de 28 de setembro de 2017** (origem: Portaria nº 793 de 24 de abril de 2012). Brasília, DF, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria de Consolidação nº 3. Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. Brasília**, DF, 2017. Disponível em:http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0003_03_10_2017.html. Acesso em: 22 jan. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS Nº 1.526, DE 11 de outubro de 2023**. Dispõe sobre a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Pessoa com Deficiência (PNAISPD) e Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Cadastro Nacional Estabelecimentos de Saúde (SCNES)**, 2024. Disponível em: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (datasus.gov.br) Acesso em: 01 mar. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Biblioteca Virtual em Saúde. **Dia da Pessoa com Deficiência**, 2024. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/11-10-dia-da-pessoa-com-deficiencia-fisica/. Acesso em: 10 jan. 2024.

IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística). Disponível em: www.ibge.gov.br. Acesso em: 04 mar. 2024.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Saúde da Pessoa com Deficiência. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/saude-da-pessoa-com-deficiencia Acesso em: 06 fev. 2024.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Programa de ação mundial para pessoas com deficiência**. 1981.

PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde. **Plano Diretor de Regionalização**, 2011.

PERNAMBUCO. **Lei nº 14.789 de 1º de outubro de 2012**. Política da Pessoa com Deficiência, 2012.

PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde. **Caderno de Informações em Saúde**, 2016.

PERNAMBUCO. **Mapa da Saúde - I Região de Saúde**. Disponível em https://portal.saude.pe.gov.br/mapas-da-saude Acesso em: 03 jan. 2024.

PERNAMBUCO. **Mapa da Saúde - II Região de Saúde**. Disponível em https://portal.saude.pe.gov.br/mapas-da-saude . Acesso em: 03 jan. 2024.

PERNAMBUCO. **Mapa da Saúde - III Região de Saúde**. Disponível em https://portal.saude.pe.gov.br/mapas-da-saude . Acesso em: 03 jan. 2024.

PERNAMBUCO. **Mapa da Saúde - XII Região de Saúde**. Disponível em https://portal.saude.pe.gov.br/mapas-da-saude. Acesso em: 03 jan. 2024.

PERNAMBUCO. **Plano Estadual de Saúde (2024-2027)**. Disponível em: https://www.lai.pe.gov.br/ses/wp-

content/uploads/sites/95/2024/02/PLANO_ESTADUAL_DE_SAUDE___PES_2024_2027-3.pdf Acesso em: 05 fev. 2024.

PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde. **Saúde da Pessoa com Deficiência**. 2018. Disponível em: http://portal.saude.pe.gov.br/programa/secretaria-executiva-de-atencao-saude/saude-da-pessoa-com-deficiencia. Acesso em: 05 fev. 2024.

PERNAMBUCO. Secretaria Estadual e Saúde. **Resolução CIB/PE nº 2189, de 08 de janeiro de 2013**, que altera a Resolução CIB/PE nº 1982, de 18 de junho de 2012 que aprova diretrizes para modelagem da Rede de Cuidados à Pessoa Com Deficiência e institui o Grupo Condutor para a sua implantação, 2013.

PERNAMBUCO. Secretaria Estadual e Saúde. **Resolução CIB/PE nº5613, de 08 de novembro de 2021**. Define diretrizes, atualiza a metodologia e cronograma do Planejamento Regional Integrado (PRI), 2023.

RECIFE. Secretaria de Saúde. **Coordenação Municipal da Política de Atenção à Saúde da Pessoa com Deficiência - PAISPD**. Acesso em: 01 abr. 2024

ALMEIDA, Mônica Morrissy Martins; ALMEIDA, Patty Fidelis de; MELO, Eduardo Alves. Regulação assistencial ou cada um por si? Lições a partir da detecção precoce do câncer de mama em redes regionalizadas do Sistema Único de Saúde (SUS). **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 24, p. e190609, 2020.

BARBOSA, Dayse Vieira Santos; BARBOSA, Nelson Bezerra; NAJBERG, Estela. Regulação em Saúde: desafios à governança do SUS. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 24, p. 49-54, 2016.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Regulação em Saúde**/ Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 1.559, de 1º de agosto de 2008**. Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde - SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

MENDES, Eugênio Vilaça.. As redes de atenção à saúde. / Eugênio Vilaça Mendes. Brasília: **Organização Pan-Americana da Saúde**, 2011. 549 p.: il.

DAMACENO, Adalvane Nobres et al. Redes de atenção à saúde: uma estratégia para integração dos sistemas de saúde. **Rev. enferm. UFSM**, p. 14-14, 2020.

SCHILLING, Claunara; REIS, Afonso Teixeira dos; MORAES, José Carlos de. A política de regulação do Brasil. In: **A política de regulação do Brasil**. 2006. p. 115-115.

VILARINS, Geisa Cristina Modesto; SHIMIZU, Helena Eri; GUTIERREZ, Maria Margarita Urdaneta. A regulação em saúde: aspectos conceituais e operacionais. **Saúde em Debate**, v. 36, p. 640-647, 2012.

World Health Organization. Monitoring the building blocks of health systems: a handbook of indicators and their measurement strategies. Geneva: **World Health Organization Press**; 2010.

Manual Oslo. Guidelines for collecting, reporting, and using data on innovation: The measurement of scientific, technological and innovation activities. **Luxembourg: OECD Publishing, Paris: Eurostat**, 2018.

GUIMARÃES, Reinaldo et al. Política de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde (CT&I/S): uma atualização para debate. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, p. 6105-6116, 2021.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. **Política Nacional de Gestão de Tecnologias em Saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Ciência e Tecnologia. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 48 p. – (Série B. Textos Básicos em Saúde).

Facepe. **Facepe**. Disponível em: https://www.facepe.br/page/3/. Acesso em: 23 de abr de 2024.

Hemobrás. **Hemobrás.** Disponível em: https://hemobras .gov.br/nos sa-fabrica/. Acesso em: 23 de abr de 2024.

Hemobrás. **Hemobrás Hoje**. Disponível em: https://hemobras.gov.br/# Acesso em: 18 abr 2024.

Hemobrás. **Ação Orçamentária 1H00 - Implantação da Indústria de Hemoderivados e Biotecnologia - Hemobrás (PE)**. Disponível em: https://hemobras.gov.br/wp-content/uploads/2022/08/Espelho_SIOP-1H00.pdf Acesso em: 23 abr 2024.
Lafepe. Disponível em: https://www.lafepe. pe.gov.br/. Acesso em: 23 de abr de 2024.

PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde. **Projeto Boa Visão**. Disponível em: https://portal.saude.pe.gov.br/programa/secretaria-executiva- de -vigilancia-em-saude-e-atencao-primaria/projeto-boa-visao. Acesso em: 29 de abr 2024.