

MAPA DE SAÚDE
MACRORREGIONAL II

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

Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco
Secretaria Executiva de Gestão Estratégica e Participativa
Diretoria Geral de Gestão Participativa

GOVERNADORA DO ESTADO DE PERNAMBUCO
Raquel Teixeira Lyra Lucena

SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE
Zilda do Rego Cavalcanti

SECRETÁRIO EXECUTIVO DE GESTÃO ESTRATÉGICA E PARTICIPATIVA
Anderson Bruno de Oliveira

SECRETÁRIO EXECUTIVO DE ADMINISTRAÇÃO E FINANÇAS
Rodrigo Antunes de Lira

SECRETARIA EXECUTIVA DE ATENÇÃO À SAÚDE
Domany Cavalcanti Gonzaga da Silva

SECRETARIA EXECUTIVA REGULAÇÃO EM SAÚDE
Fabiana Wanderley Emerenciano

SECRETARIA EXECUTIVA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE
Bruno Issao Matos Ishigami

DIRETORIA GERAL DE GESTÃO PARTICIPATIVA
Renan Carlos Freitas da Silva

SUPERINTENDÊNCIA DE ARTICULAÇÃO
José Honorato da Silva Junior

GERÊNCIA DE REGIONALIZAÇÃO
Lígia Ferreira de Lima

GESTÃO INTERFEDERATIVA
Cíntia Brito

COORDENAÇÃO DO PLANEJAMENTO REGIONAL INTEGRADO
Thaís Neves Gomes

APOIADORAS PRI-DGGP
Laíze Viégas Brilhante da Nóbrega
Thays de Melo Berra

APOIADORES DE REGIONALIZAÇÃO
Catarina de Souza Almeida
Martina de Oliveira Silva Bezerra

GERÊNCIAIS REGIONAIS DE SAÚDE

GERENTE DA IV GERÊNCIA REGIONAL DE SAÚDE

Maria Claudia Ribeiro Agra

COORDENAÇÃO DE ATENÇÃO À SAÚDE IV GERÊNCIA

Laryssa Paes

COORDENAÇÃO DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE IV GERÊNCIA

Aline Florêncio

COORDENAÇÃO DE PLANEJAMENTO E REGULAÇÃO EM SÁUDE IV GERÊNCIA

Riselda Barbosa

CORDENAÇÃO ADMINISTRIVO FINANCEIRA DA V GERÊNCIA

Djanete Feitoza

GERENTE DA V GERÊNCIA REGIONAL DE SAÚDE

Izeni Teixeira Pimentel

COORDENAÇÃO DE ATENÇÃO À SAÚDE V GERÊNCIA

Michelle Paschoal

COORDENAÇÃO DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE V GERÊNCIA

Conceição Santana

COORDENAÇÃO DE PLANEJAMENTO E REGULAÇÃO EM SAÚDE V GERÊNCIA

Evelliny Metódio

CORDENAÇÃO ADMINISTRIVO FINANCEIRA DA V GERÊNCIA

Adriana Ramos

COLABORADORES

Grupo Condutor Macrorregional

REPRESENTAÇÃO COSEMS

VICE-PRESIDENTE - IV GERES

Giancarla Couto Rangel

VICE -PRESIDENTE ADJUNTO - V GERES

Elias Flávio Quintino De Araújo

SMS-CARUARU - SEDE DA IV GERES

George Veloso De Melo

SMS-GARANHUNS -SEDE DA V GERES

Catarina Fábia Tenório Ferro

APOIADOR COSEMS/PE IV REGIÃO

Maria Aparecida De Souza

APOIADOR COSEMS/PE V REGIÃO

Antonio Amato

SMS-TACAIMBÓ - ATENÇÃO PRIMÁRIA

Wedneide Cristiane De Almeida

SMS-TACAIMBÓ - ATENÇÃO ESPECIALIZADA

Cristiana Acevedo Zarzar

SMS-BOM CONSELHO – PLANEJAMENTO

Isadora Raquel

SMS DE TERESINHA - PLANEJAMENTO

Edilson De Lima Paranhos

REPRESENTAÇÃO ESTADUAL

GERENTE DA IV GERES

Maria Claudia Ribeiro Agra

GERENTE DA V GERES

Izenir Teixeira Pimentel

COORDENADORA DE PLANEJAMENTO E REGULAÇÃO V GERES

Evelliny Da Silva Metódio

COORDENADORA DE ATENÇÃO À SAÚDE V GERES

Michelle Da Luz Paschoal

TÉCNICA PPI

Natalícia Betânia dos Santos

DGAP

Marília Eutímia

COORDENADORA DE VIGILÂNCIA - IV GERES

Aline Silva Florêncio

TÉCNICA DO PLANEJAMENTO IV GERES

Marilena Silva De Vasconcelos

REPRESENTAÇÃO DO MINISTÉRIO DA SAÚDE

Larissa Oliveira Sá Figueiroa

Sumário

APRESENTAÇÃO 10

1. INTRODUÇÃO 11

2. CARACTERIZAÇÃO GERAL DA II MACRORREGIÃO 12

2.1. Área Territorial 14

2.1.1 Geografia 15

2.1.2 Principais Rodovias 18

2.2 Densidade Demográfica 21

3. ANÁLISE DA SITUAÇÃO EM SAÚDE DA II MACRORREGIÃO 23

3.1 Situação socioeconômica, demográfica e cultural da II Macrorregião de Saúde 23

3.1.1 Situação Socioeconômica 23

3.1.2 Principais impactos das atividades econômicas da II Macrorregião 25

3.1.3 População Estimada 28

3.1.4 Distribuição da População Segundo Faixa Etária 31

3.1.5 Distribuição da População Segundo raça ou cor 33

3.1.6 Comunidades quilombolas 36

3.1.7 Comunidades Indígenas 37

3.1.8 População Privada de Liberdade 43

3.1.9 População em Situação de Rua 45

3.1.10 População SUS dependente na II Macrorregião de Pernambuco 47

3.1.11 Cobertura Saúde da Família da II Macrorregião 48

3.2 Produto Interno Bruto (PIB) 49

3.3 Renda 52

3.4 Índice de Gini 53

3.5 Escolaridade 59

3.6 Programa Bolsa Família 61

3.7 Índice de Desenvolvimento Humano 65

3.8 Índice de Vulnerabilidade Social (IVS) 68

3.9 Usina de energia renovável e seu impacto na saúde da população 72

3.10 Infraestrutura básica da II Macrorregião 74

3.11 Aspectos culturais da II Macrorregião 82

4. Indicadores de Saúde 84

4.1 Indicadores de Nascimentos 84

4.1.1 Taxa de fecundidade total (TFT) 84
4.2 Indicadores de Morbidade 103
4.2.1 Carga das Doenças e Agravos não Transmissíveis 103
4.2.2 Doenças de Notificação Compulsória 108
4.2.3 Doenças Tropicais Negligenciadas (DTNs) 109
4.2.4 Tríplice epidemia de arboviroses: Zika, dengue e Chikungunya 111
4.3 Indicadores de Mortalidade 119
4.3.1 Mortalidade proporcional por grupos de causas 119
4.3.2 Mortalidade infantil 122
5. IMUNIZAÇÃO 139
6. REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE 144
6.1. Rede de Atenção Materno Infantil 145
6.1.2 Componente Pré-Natal 156
6.1.3 Componente Parto e Nascimento 168
6.1.4 Componente Puerpério e Atenção Integral à Saúde da Criança 176
6.1.5 Componente Sistema Logístico (Transporte Sanitário e Regulação) 180
7. Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) 182
7.1 Composição da Raps na IV Região de Saúde 182
7.1.2 Composição da RAPS na V Região de Saúde 183
8. Rede de Urgência e Emergência (RUE) 183
8.1 Distribuição dos Leitos SUS e Complementares (NÃO SUS) 184
8.1.2 Leitos de Retaguarda 185
9. Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência 185
9.1 Caracterização da Rede de Atenção à Pessoa com Deficiência na II Macrorregião de Saúde de Pernambuco 188
10. Rede de Atenção em Oncologia 190
11. REGULAÇÃO EM SAÚDE E SISTEMAS DE INFORMAÇÃO 191
11.1. Regulação em Saúde 191
11.1.2. Sistemas de Informação 192
12. RECURSOS FINANCEIROS 193
13. GESTÃO DO TRABALHO E EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE 199
13.1. Gestão do Trabalho 200
13.2. Educação Permanente em Saúde 202
13.3 Caracterização da rede de educacional da II Macrorregião de saúde 205

13.4 Residências em área profissional da saúde 210
14. CIÊNCIA, TECNOLOGIA, PRODUÇÃO E INOVAÇÃO EM SAÚDE 211
14.1 SUS Digital 213
15. GOVERNANÇA, CONTROLE SOCIAL E OUVIDORIA 214
15.1. Governança Regional 215
15.2 Controle social no SUS 215
15.3 Ouvidoria do Sistema Único de Saúde 216
16. Planejamento em Saúde da II Macrorregião 216
16.1 Organização da CIR: dinâmica dos sujeitos na construção das políticas locorregionais 218
16.1.2 Consórcios Intermunicipais de Saúde (CIS) na II Macroregional de Saúde de Pernambuco 219
REFERÊNCIAS 232
ANEXO 241

APRESENTAÇÃO

O presente documento retrata o Mapa de Saúde da II Macrorregião de Saúde do Estado de Pernambuco. Sua construção foi orientada sob a lógica do Planejamento Regional Integrado (PRI) após análise e aprovação dos Mapas Regionais de Saúde da IV e V Regiões de Saúde, pela Comissão Intergestores Regional (CIR), conforme Resolução CIR n°460/2022, de 5 de abril de 2022 (IV Região de Saúde) e Resolução CIR nº 08/2022, de 17 de Março de 2022 (V Região de Saúde).

O Mapa de Saúde da II Macrorregião é uma ferramenta importante para subsidiar estratégias de planejamento e gestão em saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Este documento, através da análise situacional, objetiva construir mais uma etapa do PRI, auxiliando as discussões e posteriores definições das prioridades de saúde, visando a elaboração do Plano da Macrorregião de Saúde.

1. INTRODUÇÃO

Os princípios doutrinários do SUS, Universalidade, Integralidade e Equidade, orientam as ações e serviços de saúde, buscando o cuidado da pessoa de modo integral, com acesso universal e equânime na atenção à sua necessidade de saúde. Para a organização da atenção integral aos usuários, estratégias no âmbito de gestão e de fortalecimento do controle social do ponto de vista da Política de Saúde, são essenciais para promoção de uma maior eficiência e efetividade das ações e serviços. Dentre estas estratégias, o Mapa da Saúde, previsto no Decreto nº 7.508 de 28 de junho de 2011, foi definido como uma descrição geográfica da distribuição de recursos humanos e de ações e serviços de saúde ofertados pelo SUS, considerando-se a capacidade instalada existente, os investimentos e o desempenho aferido a partir dos indicadores de saúde do sistema (Brasil, 2011).

Uma das mais importantes funções do Mapa da Saúde é fornecer aos gestores do SUS um modelo assistencial de atenção baseado na governança em Redes Atenção à Saúde (RAS), que se caracteriza pela colaboração entre gestores interdependentes em processos de negociação e tomada de decisão coletiva sobre a distribuição e conteúdo das responsabilidades sanitárias (Mendes, 2019). Utilizando esta ferramenta, é possível desenvolver estratégias para melhorar o acesso da população ao SUS e proporcionar aos gestores de saúde uma maior resolubilidade, autonomia e potencialidade dos resultados.

A aprovação da Resolução CIT n° 23, de agosto de 2017, teve como objetivo fortalecer o planejamento em saúde, estabelecendo diretrizes para o processo de Regionalização, Planejamento Regional Integrado e Governança das Redes de Atenção à Saúde (RAS), no âmbito do SUS. Posteriormente, a Resolução CIT n° 37, de março de 2018 tratou do processo de Planejamento Regional Integrado e da organização das macrorregiões de saúde. Assim, compreende-se por macrorregião de saúde os espaços regionais ampliados que garantam a resolutividade da RAS e instrumentos necessários para sua efetivação. O Mapa de Saúde da II Macrorregião tem como finalidade descrever e analisar a real situação do território em nível

macrorregional. Considerando a Resolução CIB/PE n° 5613/2021, o mapa foi construído com o intuito de apontar as necessidades da população do referido território, suas prioridades sanitárias, a capacidade instalada, o desenho das redes prioritárias, a sobreposição de serviços e os vazios assistenciais.

Os determinantes e condicionantes da saúde são fatores que impactam de maneira ampla na saúde da população, que é um direito básico do cidadão. Reconhecer que a saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental, social, e não somente a ausência de afecções e enfermidades, é o primeiro passo em busca da qualificação do acesso à saúde (OMS, 2013).

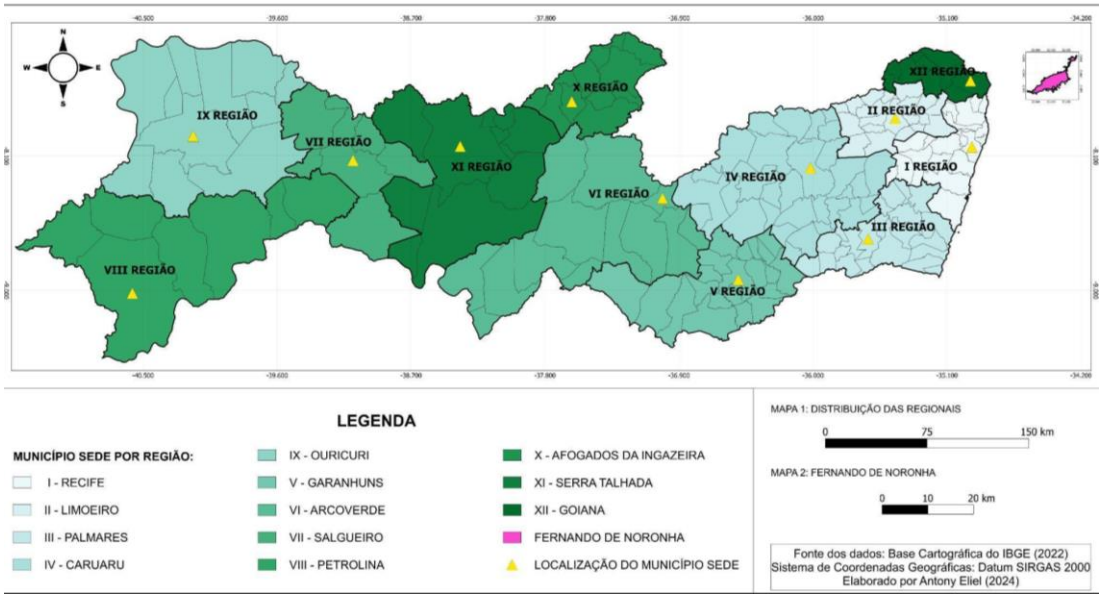
O Planejamento Regional Integrado é uma estratégia colaborativa que ascende a partir da região de saúde e compreende os processos de territorialização e organização de redes assistenciais de saúde, através da lógica de otimização de recursos, por meio do diagnóstico das necessidades de saúde da população. Os marcos legais como o Decreto n° 7.508/2011 e a Lei n°141/2012 fundamentaram a importância do PRI para superar a fragmentação das redes de atenção à saúde e fomentar o planejamento resolutivo em tempo oportuno (Brasil, 2011).

2. CARACTERIZAÇÃO GERAL DA II MACRORREGIÃO

A partir do Plano Diretor de Regionalização (PDR) foi estabelecida nova conformação territorial da saúde que organizou o estado em 04 Macrorregiões e 12 Regiões de Saúde. As figuras 1 e 2 evidenciam, respectivamente, a divisão do estado de Pernambuco por região e macrorregião de saúde, destacando a localização da II Macrorregião, sendo formada pela IV e V regiões de saúde no agreste do estado. A IV Região de Saúde, com sede no município de Caruaru, agrupa 32 municípios e possui em seu Plano Diretor de Regionalização a disposição de microrregiões em seu território, enquanto a V Região de Saúde é composta por 21 municípios, tendo como sede o município de Garanhuns, e não possui a divisão microrregional em seu território. Para organização dos Grupos de Trabalho do Planejamento Regional Integrado na II Macrorregião, foram definidos polos considerando os

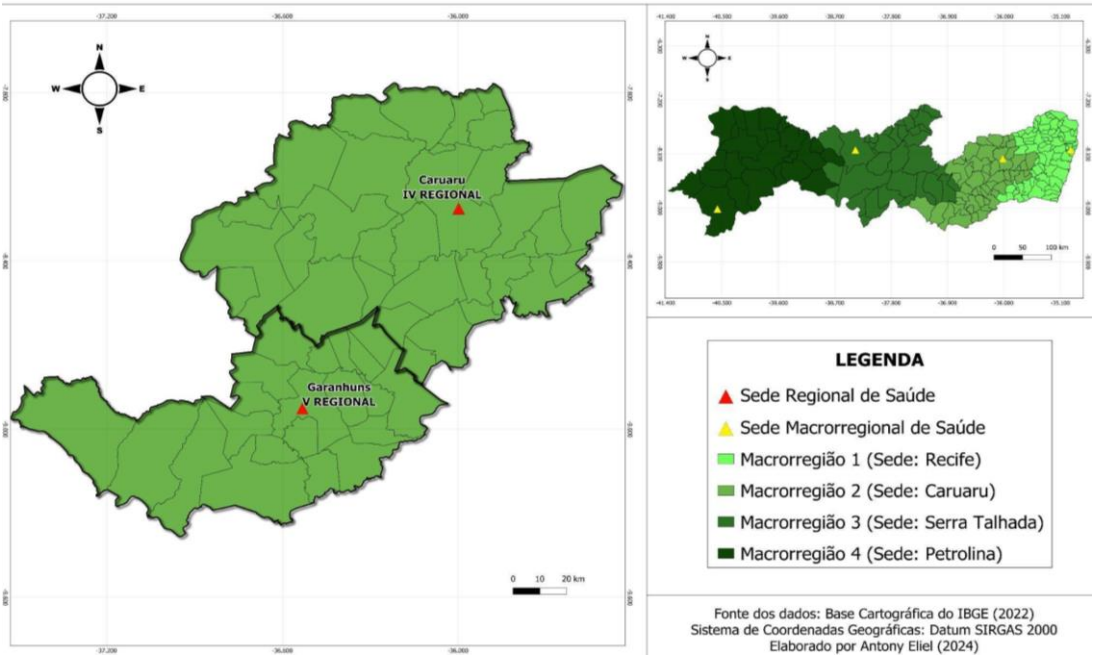
fluxos de acessos dos municípios da V Região de Saúde (Plano Estadual de Saúde de Pernambuco, 2021).

Figura 1. Mapa da divisão por regional de saúde no Estado de Pernambuco



Nota: O arquipélago de Fernando de Noronha encontra-se a 341 Km de Recife, capital do estado de Pernambuco, fazendo parte da I Macrorregião de Saúde.

Figura 2. Mapa de Localização da II Macrorregião de saúde no Estado de Pernambuco.



Nessa perspectiva, pode-se concluir que a II Macrorregião de Saúde está instalada em uma área privilegiada ao longo do território pernambucano, tendo em vista localização anteposta à I Macrorregião de Saúde que possui maior contingente de equipamentos da RAS de alta complexidade, fazendo com que pessoas em busca de atendimentos de efetivo contingente tecnológico possam ser acolhidos na II Macrorregião de Saúde, diminuindo a distância a ser percorrida, bem como fluxo e demanda para a I Macrorregião de Saúde.

2.1. Área Territorial

O quadro 1 abaixo apresenta os municípios das IV e V Regiões de Saúde que integram a II Macrorregião de Saúde.

Quadro 1. Descrição da divisão territorial da II Macrorregião

IV Região de Saúde		V Região de Saúde
II Macrorregião		
Agrestina	Pesqueira	Águas Belas
Alagoinha	Poção	Angelim
Altinho	Riacho das Almas	Bom Conselho
Barra de Guabiraba	Sairé	Brejão
Belo Jardim	Sanharó	Caetés
Bezerros	Santa Cruz do Capibaribe	Calçado
Gravatá	Santa Maria do Cambucá	Canhotinho
Bonito	São Bento do Una	Capoeiras
Brejo da Madre de Deus	São Caitano	Correntes
Cachoeirinha	São Joaquim do Monte	Garanhuns
Camocim de São Félix	Tacaimbó	Iati
Caruaru	Taquaritinga do Norte	Itaíba
Cupira	Toritama	Jucati
Frei Miguelinho	Vertentes	Jupi
Ibirajuba		Lagoa do Ouro
Jataúba		Lajedo
Jurema		Palmeirina
Panelas		Paranatama
		Saloá
		São João
		Terezinha

Fonte: Próprio autor, 2024.

2.1.1 Geografia

A II Macrorregião de Pernambuco possui uma extensão territorial de 24.513,34 Km e os 53 municípios fazem parte das regiões agreste setentrional e agreste meridional do estado de Pernambuco (Quadros 1 e 2) (IBGE, 2023).

Quadro 2. Dimensão territorial da geografia da II Macrorregião, segundo área, distância da sede da macrorregião e da capital e limites territoriais.

Regiões que compõem a Macro	Área	Distância da sede da Macro	Distância para a capital	Limites Territoriais
IV Região de Saúde	11.356 km	-	133 km	Norte: Municípios do estado da Paraíba Sul: Municípios da III Região de Saúde Oeste:Municípios da III e V Região de Saúde Leste:Municípios da III, II e I Região de Saúde
V Região de Saúde	7.330 km	101 km	229 km	Norte:Municípios da IV e VI Região de Saúde Sul: Municípios do estado de Alagoas Oeste: Municípios da VI Região de Saúde Leste: Municípios da III Região de saúde

Fonte: IBGE, 2022.

Quadro 3. Descrição da geografia da II Macrorregião, segundo características ambientais.

Região	Altitude	Vegetação predominante	Clima	Bacia hidrográfica
IV Região de Saúde	No município de Caruaru, sede da IV Região de Saúde, a altitude média de 550 metros. O Morro Bom Jesus tem uma altitude de 620 metros. O pico dominante da região é a Serra da Taquara ou Brejo do Buraco, com uma altitude de 1.027 metros.	Caatinga - Cactos - Mandacaru- Xique-xique - Caroá - Avelós	Na maior parte dos municípios, o clima é semiárido quente, com média de 22° a 30° graus. O período mais chuvoso encontra-se entre junho e julho.	Rio Capibaribe Rio Ipojuca - Apesar do Rio Capibaribe cobrir a maior área, o eixo físico econômico é representado pelo Rio Ipojuca, que, nascendo em Arcoverde, corta a região em toda a extensão no sentido longitudinal.
V Região de Saúde	Planalto bastante antigo e erodido , denominado Borborema , que abrange vários sistemas de dobramentos lineares que se separam por altos do embasamento , relacionados ou não a falhas.	Caatinga hipoxerófila e mata serrana	Clima tropical quente e seco quente sub-úmido seco(Semi-árido) quente sub-úmido seco	Rio Mundaú nasce no município de Garanhuns e banha 8 municípios limítrofes, também percorrendo áreas do estado de Alagoas.

Fonte: Agência Estadual de Planejamento e Pesquisas de Pernambuco - Agência CONDEPE/FIDEM. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Meio Ambiente - SECTMA/Serviço Geológico do Brasil - CPRM.

2.1.2 Principais Rodovias

A fim de viabilizar a análise do acesso da população aos serviços e ações de saúde, é fundamental desenhar as principais rodovias que cortam a macrorregional e sua interligação com outras macrorregiões Nesse sentido, o quadro 4 a seguir apresenta as principais rodovias existentes na II Macrorregião de Saúde/ PE.

Quadro 4. Descrição das principais rodovias existentes na II Macrorregião de Saúde/PE.

Situação das vias	Rodovias
Implantada	PE 075, PE 90, PE 160, PE 223,
Pavimentada	PE 078, PE 95, PE 99, BR 101, BR 104, PE 103, PE 109, PE 121, PE 122, PE 130, PE 144, PE 149, PE 170, PE 177, PE 180, PE 187, PE 193, PE 214, PE 217, PE 218, PE 219, BR 232, BR 423, BR 424, BR 300
Leito natural	PE 145

Fonte: IBGE. Logísticas dos Transportes no Brasil, 2022.Nota: Leito natural: Rodovias que não atendem às normas rodoviárias de projeto geométrico, não se enquadrando, portanto, em nenhuma das classes de rodovias estabelecidas pelo DNIT. Sua superfície de rolamento se apresenta no próprio terreno natural. Implantada: Rodovias construídas de acordo com as normas rodoviárias de projeto geométrico e que se enquadram em determinada classe estabelecida pelo DNIT. Apresentam superfície de rolamento sem pavimentação. Pavimentada: Rodovias implantadas que apresentam sua superfície com pavimento asfáltico, de concreto cimento ou de alvenaria poliédrica. Departamento Nacional de Infra-Estrutura de Transportes Diretoria de Planejamento e Pesquisa

Considerando a totalidade das rodovias existentes na II Macrorregião de Saúde/ PE é possível constatar que o território de saúde em questão possui um grande número de vias pavimentadas indicando, a princípio, que o fluxo de acesso aos serviços de saúde não apresenta maiores dificuldades. Contudo, há que se levar em consideração o estado de conservação das vias que, de acordo com o site da CNN, um estudo desenvolvido pela Confederação Nacional do Transporte (CNT) em pesquisa realizada em 29 de novembro de 2023, revelou

que 67,5% das rodovias brasileiras eram consideradas regulares, ruins ou péssimas. Apenas 32,5% eram classificados como ótimo ou bom (Infoescola (Martins, 2024).

É importante que tanto os municípios quanto a Gestão Estadual/ PE prossigam acompanhando a classificação em tela de modo sistemático, pois um quadro de piora da conservação das estradas poderá se efetivar como um elemento dificultador dos fluxos de atendimento.

A figura 3 demonstra a II Macrorregião e sua malha viária perpassando pelas demais macrorregiões de saúde. Nesse sentido, foi possível observar que existem vias de acesso da II macrorregião de Saúde/ PE às demais Macrorregiões de Saúde/ PE. Essa viabilidade do acesso, facilita buscar atendimentos diversos e especializados quando da escassez de serviços ou mesmo vazios assistenciais de saúde existentes no âmbito da II Macrorregião de Saúde PE.

Figura 3. Malha viária do estado de Pernambuco



Fonte: Martins, 2024.

Com relação aos meios de transportes disponíveis na II Macrorregião de Saúde, conforme consta no quadro 11 abaixo, foi catalogada uma quantidade expressiva de meios de transportes como automóveis, caminhões, ônibus, etc., totalizando 878.857 veículos, calculando-se 0,5 meio de transporte/ habitante (Quadro 5).

Analisar a malha viária da II Macrorregião, é de suma importância para analisarmos a situação das vias terrestres, e identificar os problemas que podem fragilizar a garantia do transporte fora do domicílio (TFD) para beneficiários que necessitam de atendimento de média e alta complexidade, que não estão disponíveis dentro da região residente. Essa discussão é muito pertinente, para avaliar a destinação de recursos relativos aos deslocamento desses pacientes, considerando o teto financeiro definido pelos municípios.

Quadro 5. Principais meios de transporte da II Macrorregião

Meios de Transporte	Total
Automóvel	325309
Caminhão	28707
Caminhonete	56534
Camioneta	21048
Ônibus	4242
Microônibus	9772
Motocicleta	336767
Outros	96478

Fonte: Departamento Estadual de Trânsito de Pernambuco.Nota: Outros = Caminhão trator, Ciclomotor, Motoneta, Reboque, Semi-reboque e Utilitário.

As sedes das Regiões de Caruaru e Garanhuns, contavam com 08 empresas

de ônibus e 05 empresas, respectivamente. O município de Caruaru possuía 01 aeroporto, bem como o município de Garanhuns. Esses equipamentos também favorecem o fortalecimento de fluxos intermunicipais/ interestaduais, tanto no que diz respeito em receber pessoas para tratamento, quanto encaminhar para atendimento em outras localidades (Quadro 12).

Quadro 6. Caracterização das vias terrestres e aéreas da II Macrorregião

Empresa de ônibus	Aeroportos	
	Regionais	Privados
Astrotur, Borborema, Caruaruense, Coletivo, Expresso 1002, Progresso	Aeroporto de Caruaru (IATA: CAU, ICAO: SNRU) - Caruaru Aeroporto de Garanhuns (IATA: QGP, ICAO: SNGN) - Garanhuns	Aeródromo Fazendo Lagoa do Cavalo - Gravatá Aeródromo Fernando João Pereira dos Santos Filho - Brejo da Madre de Deus

Fonte: Agência Nacional de Aviação Civil, 2024.

2.2 Densidade Demográfica

Densidade demográfica, conceitualmente, consiste no número médio de habitantes por quilômetro quadrado. Áreas com maior densidade demográfica tendem a agregar maiores vulnerabilidades sociais, ambientais e econômicas. Estes impactos atingem, também, questões como a criminalidade e a própria sobrecarga das vias (Santos *et. al.,* 2018). Avaliar a concentração populacional de uma determinada região permite, especialmente, construir políticas públicas, com base no planejamento urbano e territorial, a fim de conceber melhores serviços públicos para a população de cada localidade (Infoescola, Martins, 2024).

De acordo com a perspectiva sistêmica da epidemiologia, a densidade demográfica pode influir na intensidade do contato físico entre pessoas, favorecendo a transmissão de agentes infecciosos. É neste espaço de encontros que a transmissão flui pela população e emerge, a nível sistêmico, na forma de epidemias. Durante todo o século XX, grande esforço foi dedicado a desvendar os

fatores populacionais que favorecem ou não o surgimento de epidemias, sua temporalidade e espacialidade (Martins, 2024).

O quadro 7 explicita a densidade populacional da II Macrorregião de Saúde de Pernambuco, que demonstra onde há uma maior concentração populacional no território, quando comparada aos parâmetros estadual (92,4) e, sobretudo, nacional (23,8).

O quadro 13 apresentado na sequência, indica que a IV Região de Saúde possuía maior densidade demográfica que a V Região de Saúde. Em relação à densidade demográfica do Estado de Pernambuco (92,37 – Censo IBGE/ 2022 é possível concluir que a V Região possuía uma densidade menor que a do estado, enquanto a da IV Região era maior. É importante acompanhar a evolução das respectivas densidades, especialmente na atenção e vigilância em saúde de doenças transmissíveis, a exemplo das Doenças Respiratórias, Influenza, COVID-19, etc.

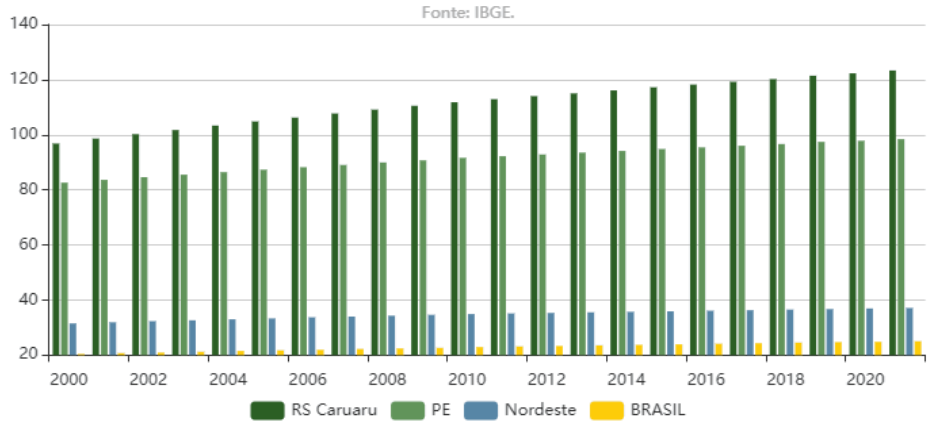
Quadro 7. Densidade demográfica da II Macrorregião

Macrorregião	Densidade demográfica	Região de Saúde	Densidade demográfica
II	105,42	IV	129,9
		V	80,8

Fonte: PROADESS, 2023.

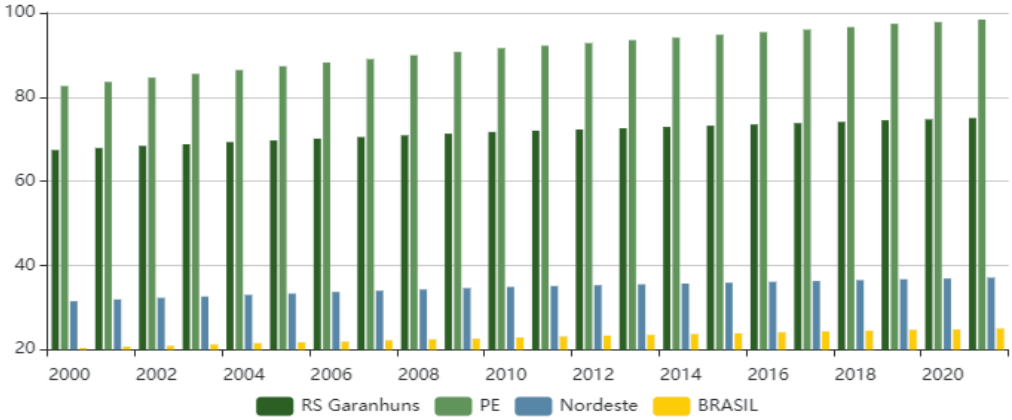
A figura 4 e 5 indicam que a IV Região de Saúde possui maior densidade demográfica que a V Região de Saúde. Em relação à densidade demográfica do Estado de Pernambuco (92,37 – Censo IBGE/ 2022 é possível concluir que a V Região possuía uma densidade menor que a do estado, enquanto a da IV Região era maior. É importante acompanhar a evolução das respectivas densidades, especialmente na atenção e vigilância em saúde de doenças transmissíveis, a exemplo das Doenças Respiratórias, Influenza, COVID-19, etc.

Figura 4. Densidade demográfica da IV Região de Saúde entre os anos de 2000 e 2020



Fonte: IBGE.

Figura 5. Densidade demográfica da V Região de Saúde entre os anos de 2000 e 2020



Fonte: IBGE.

3. ANÁLISE DA SITUAÇÃO EM SAÚDE DA II MACRORREGIÃO

3.1 Situação socioeconômica, demográfica e cultural da II Macrorregião de Saúde

3.1.1 Situação Socioeconômica

O processo saúde-doença tem relação direta com a qualidade de vida e o ambiente em que os sujeitos estão inseridos, portanto frequentemente as condições sociais e sanitárias podem ser determinantes no adoecimento da população. Para Câmara *et al*. (2012), o processo saúde-doença representa

alterações, mudanças e/ou experiências vivenciadas de modo singular, que reverberam na coletividade. Logo, as formas de viver e conviver em uma comunidade, bem como as formas como as relações com o meio e com os pares se dão, devem ser levadas em consideração no momento em que planejamos tecnicamente as ações e serviços de saúde. Dessa forma, as reflexões acerca dos Determinantes Sociais da Saúde mostram que fatores sociais, econômicos, culturais, biológicos/genéticos ou comportamentais reverberam nas condições e necessidades de saúde de uma população (Carrapato; Correia; Garcia, 2017).

Os indicadores que serão apresentados buscam evidenciar as realidades sociais, das quais a saúde constitui um aspecto, contribuindo para a formulação de políticas e programas que têm a missão de reduzir e/ou extinguir as iniquidades em saúde, em consonância com as diferenças demográficas, epidemiológicas e socioeconômicas que caracterizam o país (IBGE, 2009).

Historicamente, a fonte de renda do agreste pernambucano esteve atrelada à cultura de algodão a partir do século XVIII, e à criação de gado por volta do século XVII. A primeira ascendeu especialmente em concomitância com a revolução industrial na Inglaterra, superando a pecuária e a venda de couro que lideravam esse mercado anteriormente. (Xavier, 2006).

A economia voltada para confecção e comércio de roupas tem sua força gerada a partir de 1960, iniciando no município de Santa Cruz do Capibaribe. O marco temporal no referido ano decorre sobretudo de fatores como o declínio das atividades de pequenos agricultores, que eram expulsos de suas terras para que estas fossem utilizadas nas grandes produções ligadas à bovinocultura; a subsequente migração de famílias rurais para os espaços urbanos; o aprendizado doméstico das mulheres no ramo da costura (Andrade, 2008) e, o fato da atividade de costura ser consideravelmente menos dependente da água, numa região do semiárido. (SEBRAE, 2013)

Atualmente, a região possui o maior pólo de confecções do Norte e Nordeste, destacando-se os municípios de Caruaru, Toritama e Santa Cruz do Capibaribe. Além das atividades de confecções, Caruaru ainda se destaca pelo pólo médico de referência regional e parque industrial. Outras cidades despontam

em áreas diferentes de vocação econômica, como Belo Jardim, onde localiza-se a Fábrica de Baterias Moura; Gravatá, por sua conhecida atividade turística; Sairé, pela produção de laranjas e São Bento do Una, pela agropecuária e avicultura (Pernambuco, 2021a).

O Agreste Meridional de Pernambuco tem uma população de 48.494 trabalhadores empregados no mercado de trabalho formal. Como principais cadeias produtivas da região, destacam-se o leite e derivados, turismo, artesanato, avicultura, móveis e agricultura com produção de batata doce e café.

A atividade econômica que mais empregou em 2018 foi a do comércio varejista de materiais de construção. Entre as ocupações que mais empregaram, destacam- se as de gesseiro e servente de Obras. Entre 2014 e 2018, no mês de março aconteceu o ápice de geração de empregos.

Figura 6. Principais atividades econômicas da II Macrorregião de saúde, 2024.

Grande Grupamento	Estoque	Celetista	Estatutário	Remuneração Real Média
Agropecuária	6.966	6.966		$1.585,10
Indústria	42.148	42.148		$1.955,62
Construção	7.133	7.133		$2.030,15
Comércio	57.274	57.274		$1.717,40
Serviços	123.534	81.044	42.490	$2.505,68
Não Identificado	16	16		*****
Total	**237.071**	**194.581**	**42.490**	**$2.178,10**

Fonte:RAIS, 2024.

3.1.2 Principais impactos das atividades econômicas da II Macrorregião

A atividade de costura na região é muito comum e as posturas equivocadas ocasionam dores propagadas pelo corpo em virtude da redução da circulação e fadiga dos músculos de membros inferiores e superiores, e das colunas lombar e cervical. Em razão disso, habilidades como destreza, boa visão, atenção e bastante dedicação são exigidas. Contudo, movimentos invariáveis, recorrentes e extenuantes se tornam inevitáveis. Essas enormes modificações geram o relato álgico, prejudicando a qualidade de vida desses trabalhadores

(MORETTO; CHESANI, 2017). Para tanto, faz-se necessário o conhecimento do perfil clínico, social e condição de trabalho destes trabalhadores.

A lombalgia atinge até 84% da população brasileira, causa frequente de morbidade e incapacidade representando um alto índice de absenteísmo no trabalho. As costureiras se mantêm sentadas por longos períodos, o que pode gerar danos laborais irreversíveis a longo prazo. Devido à falta de conhecimento do setor têxtil em relação aos riscos e danos que a atividade laboral pode apresentar é de suma importância destacar a prevalência da lombalgia nas costureiras nesse setor.

No estudo intitulado “Perfil dos trabalhadores de uma empresa do ramo têxtil e de confecção atendidos por um Centro de Referência em Saúde do Trabalhador do nordeste brasileiro”, destacou-se entre as doenças osteomusculares relacionadas ao trabalho de costura a Sinovite e Tenossinovite, além de outros transtornos psíquicos em costureiras.

No que diz respeito aos trabalhadores do comércio varejista, cujas vendas são direcionadas preponderantemente à população em geral, considerando que as atividades dos comerciários englobam o atendimento ao público na venda de produtos diversos, a estocagem e reposição de materiais, o trabalho administrativo, a limpeza, entre outros, de um modo geral, é possível considerar que os problemas existentes no comércio são os apresentados no quadro que se segue e podem ser generalizados para todos os ramos. Tais condições podem ocasionar acidentes, doenças e sofrimento em geral, mas além dos problemas existentes nos ambientes de trabalho se deve considerar o local onde está instalada a empresa, uma vez implicando em questões de deslocamento/trajeto de casa até o trabalho e vice-versa, poluição ambiental (poeira, gases, ruído etc) e violência urbana. Também deve-se considerar outras questões que ocasionam problemas na vida social do trabalhador deste ramo, como a jornada de trabalho e a sazonalidade da intensificação das demandas.

Ainda fazendo referência aos principais ramos de atividade, a construção civil é um setor que requer dos trabalhadores a realização de tarefas árduas. O baixo índice de escolaridade, pouca carga horária em treinamentos, ferramentas

defeituosas e a baixa remuneração são algumas das características que acometem o trabalhador deste segmento (MEDEIROS, 2013). Um dos riscos mais encontrados dentro de canteiros de obras é o risco ergonômico. Tal risco atinge praticamente todos os trabalhadores, e principalmente os serventes.

Figura 7.Riscos, agravos e condições inadequadas de trabalho no setor do comércio

RISCOS, AGRAVOS E CONDIÇÕES INADEQUADAS DE TRABALHO NO SETOR DO COMÉRCIO

Ramos	Riscos e condições	Agravos
Comércio e Reparação de Veículos Automotores e Motocicletas; e Comércio a Varejo de Combustíveis	● Levantamento e deslocamento de pesos; ● Posturas inadequadas de trabalho	● Dores lombares, câimbras, dores musculares, problemas posturais, varizes precoces
	● Quedas de equipamentos ferramentas e materiais ● Manuseio de equipamentos em funcionamento ● Movimentação e manuseio de objetos cortantes	● Lesões diversas (cortes, contusões, fraturas) ● Idem, além de amputações e esmagamentos
	● Exposição a agentes químicos (gasolina, óleo diesel, álcool combustível, solventes, aditivos, graxas, etc.)	● Intoxicações, afecções da pele, alergias, doenças do sangue e respiratórias, queimaduras químicas
	● Risco de incêndio e explosões	● Queimaduras térmicas e morte
Comércio por atacado e intermediários do comércio	● Ruído	● Perda auditiva e outros distúrbios
	● Poeira	● Alergias e problemas respiratórios
	● Má iluminação	● Acidentes e problemas visuais
	● Pressões de trabalho relacionadas com atendimento ao público ● Jornada excessiva de trabalho ● Trabalho noturno e em turno	● Stress, hipertensão e outros distúrbios
	● Má ventilação	● Problemas respiratórios, outras contaminações (fungos, bactérias etc.)
Comércio Varejista e Reparação de Objetos Pessoais Domésticos	● Movimento repetitivo ● Introdução acelerada de novas tecnologias	● Fadiga mental ● Acidentes diversos e problemas posturais

De acordo com a Associação Brasileira de Engenharia de Produção - ABEPRO, os serventes possuem funções diárias repetitivas tais como: martelar um

prego, erguer e abaixar os membros superiores ou inferiores, fazer a condução de um carrinho de mão com materiais, erguer objetos pesados, misturar a argamassa, dobrar fios metálicos com as mãos, carregar objetos sobre os ombros ou a cabeça, entre outras. Mesmo quando cada servente tem sua atividade específica é preciso um rodízio entre os trabalhadores para que os afazeres não prejudiquem sua integridade física, mental e o seu bem-estar. Entre as doenças relacionadas ao trabalho do servente de obras, destacam-se a bursite, tendinite, hérnia de disco e lesão muscular.

Dessa forma, considerando o contexto laboral da II Macrorregião de Saúde, as doenças ocupacionais de maior frequência, conforme foram citadas acima, devem nortear a construção de Políticas de Saúde preventivas, bem como se efetivar a garantia do tratamento das doenças ocupacionais instaladas.

3.1.3 População Estimada

Segundo o IBGE (2022), a população da II Macrorregião de Saúde de Pernambuco é estimada em 1.879.038 (um milhão, oitocentos e setenta e nove mil e trinta e oito) habitantes, distribuída em 912.885 pessoas do sexo masculino e 976.381 pessoas do sexo feminino, tendo por razão de sexo de 91 homens para cada grupo de 100 mulheres, em um determinando espaço geográfico, representando 51,7% da população residente no estado. É caracterizada como a segunda maior macrorregião do estado de Pernambuco, composta por duas regiões de saúde, que totalizam 53 municípios.

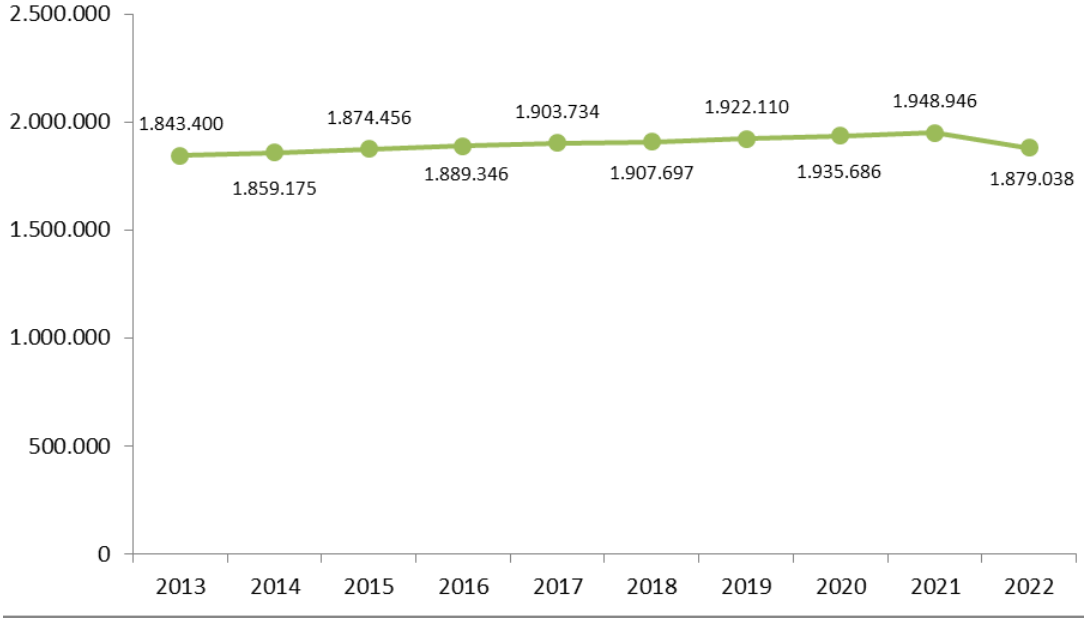
Quadro 8. População da II Macrorregião

Região de Saúde	População
IV	1.340.060
V	538.978
II	1.879.038

Fonte: IBGE, 2022.

A curva de crescimento populacional do período de 2013 a 2021 considera a população estimada em relação ao censo realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em 2010, a qual apresenta um crescimento anual da população. Por sua vez, a população de 2022 refere-se ao levantamento do censo do IBGE realizado no mesmo ano, o qual revela um declínio da população em relação à estimativa do ano anterior (Gráfico 1). Segundo especialistas, esse comportamento pode ser explicado pela desaceleração do ritmo de crescimento populacional, antes do que indicavam as projeções do próprio IBGE, calculada em 0,52% ao ano (IBGE, 2024).

Gráfico 1. Curva de crescimento populacional da II Macrorregião de Pernambuco.

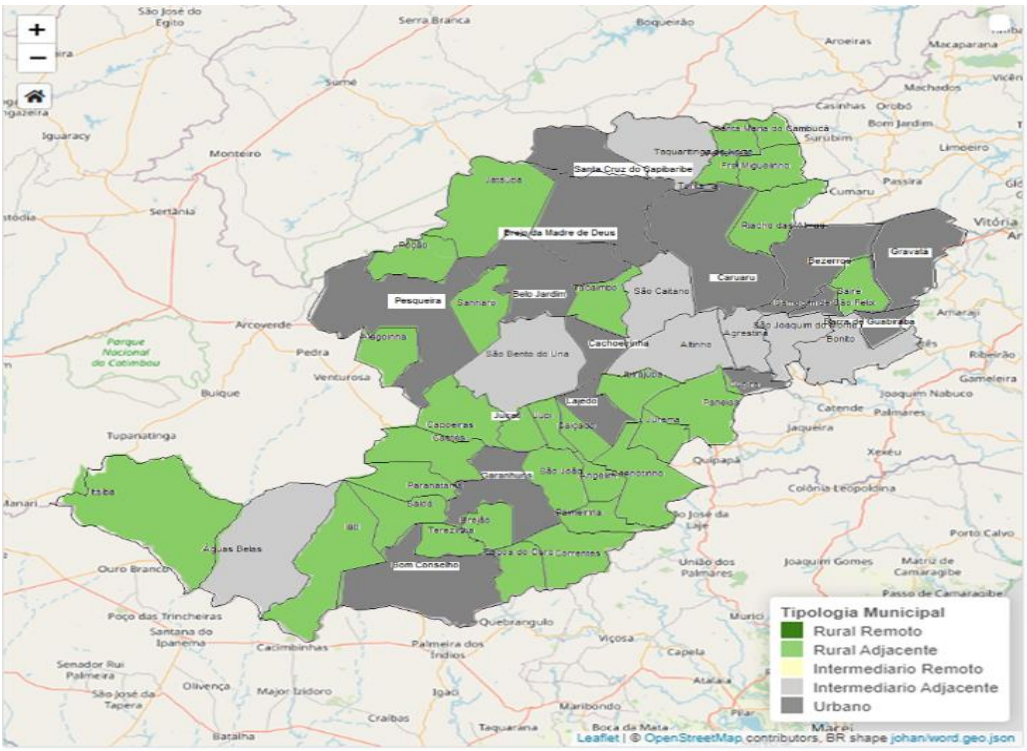


Fonte: IBGE,2024.

A figura 8 a seguir apresenta a classificação do IBGE em relação à tipologia dos municípios integrantes da II Macrorregião de Saúde. Nesse sentido, é importante considerar as seguintes legendas: 1)Rural remoto; 2) Rural adjacente; 3) Intermediário remoto; 4) Intermediário adjacente e 5) Urbano.

A II Macrorregião de Saúde não apresentou município caracterizado como rural remoto que apresentam contextos territoriais marcados por características geográficas, econômicas, políticas, históricas e culturais específicas que afetam diretamente a vida das pessoas que vivem em localidades com essa tipologia e o alcance das políticas e serviços públicos, entre os quais os de saúde. Estudos identificam que essas populações enfrentam barreiras adicionais na busca por cuidados em saúde e que, por esta razão, demandam uma compreensão ampliada de como se organizam e se relacionam os sistemas formais e informais envolvidos nos processos de atenção. Por outro lado, a referida classificação mostra que a II Macrorregião de Saúde, têm maior contingente de municípios enquadrados como Rural adjacente, seguido de municípios considerados urbanos. Assim, o acesso à saúde e outros bens e serviços públicos não são de intensa dificuldade, entretanto não significa dizer que de alguma forma apresentam maior facilidade de acesso. É importante prosseguir acompanhando essa tipologia classificatória.

Figura 8. Tipologia dos municípios da II Macrorregião



Fonte: Sala de Apoio à Gestão Estratégica, 2024.

3.1.4 Distribuição da População Segundo Faixa Etária

O quadro 9 a seguir, demonstra a distribuição da população residente da II Macrorregião de Saúde de acordo com a faixa etária e o sexo. Nesse sentido, observa-se que com relação ao sexo, apesar da faixa etária de menores de 10 anos apresentar maior contingente populacional de pessoas do sexo masculino, nas faixas seguintes há modificação, prevalecendo as pessoas do sexo feminino. Na faixa etária entre 15 e 19 anos ocorre de forma similar esse quantitativo a maior. Nesse sentido, sugerem-se estudos específicos sobre a mortalidade dessas faixas etárias que poderão indicar variáveis que estejam interferindo na expectativa de vida dessas populações específicas e com isso surgirem propostas para compor as Políticas de Saúde do território.

Quadro 9. Distribuição da população residente segundo sexo e faixa etária da II Macrorregião de Saúde, Pernambuco, 2022.

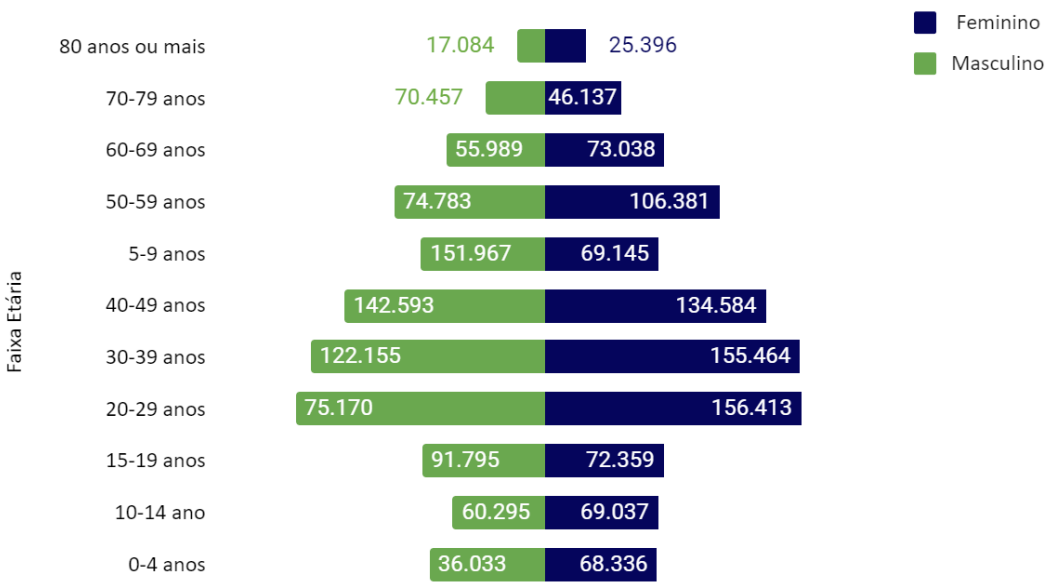
Faixa Etária	Sexo Masculino	Sexo Feminino	Total
0-4 anos	70.457	68.336	138.793
5-9 anos	75.170	69.145	141.315
10-14 ano	55.989	69.037	125.026
15-19 anos	74.783	72.359	147.142
20-29 anos	151.967	156.413	308.380
30-39 anos	142.593	155.464	298.057
40-49 anos	122.155	134.584	256.739

Faixa Etária	Sexo Masculino	Sexo Feminino	Total
50-59 anos	91.795	106.381	198.176
60-69 anos	60.295	73.038	133.333
70-79 anos	36.033	46.137	82.170
>80 anos	17.084	25.396	42.480
TOTAL	895.321	976.290	1.871.611

Fonte: IBGE, 2022.

O gráfico a seguir, mostra a pirâmide etária da II Macrorregião de Saúde. Em formato de pirâmide etária são representações gráficas da estrutura populacional de um determinado lugar elaboradas conforme a idade e o sexo da população total. Os gráficos são formados por barras superpostas e possuem topo, corpo e base. As barras inferiores correspondem à população mais jovem, e as barras superiores correspondem à população mais velha. O lado esquerdo do gráfico representa a população masculina, enquanto o lado direito representa a população feminina. Existem quatro tipos principais de pirâmides etárias: pirâmide jovem, pirâmide adulta, pirâmide rejuvenescida e pirâmide envelhecida. De acordo com essa classificação, é possível identificar que a representação etária da II Macrorregião de Saúde pode ser classificada como sendo pirâmide adulta cujo gráfico é formado por barras superpostas e possuem topo, corpo e base. As barras inferiores correspondem à população mais jovem, e as barras superiores correspondem à população mais velha. O lado esquerdo do gráfico representa a população masculina, enquanto o lado direito representa a população feminina.

Gráfico 2. Pirâmide etária da II Macrorregião de Saúde de Pernambuco, 2022.



Fonte: IBGE, 2022.

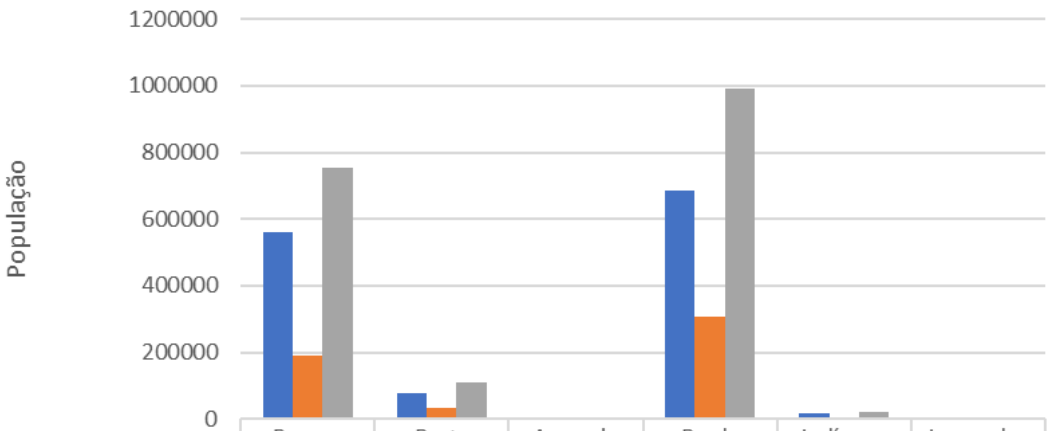
É importante ressaltar que a pirâmide etária classificada como adulta apresenta uma base larga com tendência à diminuição, visto que há propensão a uma redução da taxa de natalidade. O topo e o corpo da pirâmide aparecem mais alargados, constatando o aumento da expectativa de vida, e o corpo representa a população economicamente ativa. Esse dado é importante para subsidiar as discussões de políticas de saúde, que

3.1.5 Distribuição da População Segundo raça ou cor

Em relação à distribuição da população por raça ou cor, conforme o Censo do IBGE de 2022, a maioria da população das IV e V Região de Saúde se declarou parda, seguida por branca e preta em terceiro lugar (Gráfico 3).

Dentre os municípios da II Macrorregião, Frei Miguelinho é o de maior proporção de pessoas brancas entre sua população (54,34%), também onde há o menor percentual do estado de raça ou cor preta, 2,23% do total dos habitantes. O de maior percentual de raça cor preta é Brejão (9,12% da sua população) e de indígena é Pesqueira (22,24%).

Gráfico 3. População residente, segundo raça/cor, II Macrorregião de Pernambuco, 2022.

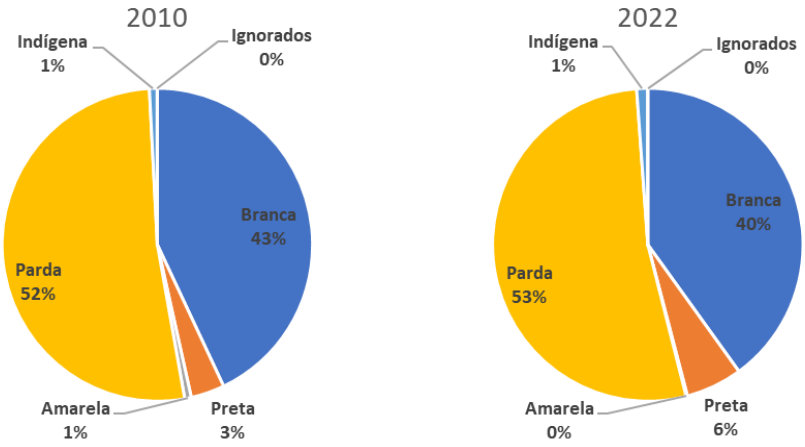


	Branca	Preta	Amarela	Parda	Indígena	Ignorados
IV Região de Saúde	562028	76343	1907	683642	16105	35
V Região de Saúde	189926	34162	595	308651	5625	19
II Macrorregião	751954	110505	2502	992293	21730	54

Fonte: IBGE, 2022.

Entre 2010 e 2022, as populações preta e parda ganharam participação na população da II Macro, aumentando 3 e 1 pontos percentuais respectivamente (Gráfico 4).

Gráfico 4. População residente, percentual por cor ou raça, II macrorregião de PE, 2010-2022.



Fonte: IBGE, 2024.

Quadro 10. Esperança de vida ao nascer da II Macrorregião, 1991, 2000 e 2010.

Município	1991	2000	2010
	Esperança de vida		

Agrestina	57,84	64,41	70,57
Alagoinha	57,39	65,79	73,04
Altinho	57,22	65,56	72,54
Barra de Guabiraba	55,49	60,85	68,54
Belo Jardim	60,22	64,12	71,95
Bezerros	56,22	62,85	70,1
Bonito	56,66	62,45	70,26
Brejo da Madre de Deus	57,84	62,45	69,06
Camocim de São Félix	57,84	64,67	69,25
Caruaru	65,34	67,36	72,96
Cupira	57,84	64,16	70,8
Frei Miguelinho	58,31	66,81	70,47
Gravatá	60,22	65,41	72,63
Ibirajuba	56,34	63,34	70,16
Jataúba	56,4	63,33	67,74
Jurema	51,61	58,18	65,87
Panelas	57,84	64,12	71,68
Pesqueira	56,22	62,7	70,04
Poção	54,75	59,82	65,59
Riacho das Almas	56,85	61,92	70,39
Sairé	57,84	64,67	72,05
Sanharó	56,77	63,34	70,47
Santa Cruz do Capibaribe	65,34	69,02	73,35
Santa Maria do Cambucá	54,57	61,99	69,08
São Bento do Una	58,31	65,56	72,34
São Caitano	55,44	63,34	70,38
São Joaquim do Monte	56,66	62,65	69,47
Tacaimbó	57,39	65,04	69,86
Toritama	65,51	68,66	72,83
Vertentes	59,35	66,51	68,69

Fonte: Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento/Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicada/Fundação João Pinheiro.

3.1.6 Comunidades quilombolas

As comunidades Quilombolas são formadas por grupos étnicos-raciais remanescentes das comunidades dos quilombos. Estão atreladas a ancestralidade negra e resistência à opressão histórica ao período escravocrata e são estruturadas a partir de relação específica cultural e territorial com trajetória histórica própria definida por meio da autoatribuição (Fundação Cultural Palmares, 2023).

O Estado de Pernambuco se destaca pelo histórico de lutas e resistência à escravização através da formação de quilombos. No final do século XVI, foi criado o maior quilombo do Brasil: o quilombo dos Palmares. Posteriormente, no século XIX, houve a formação do quilombo de Catucá, localizado na Zona da Mata próxima à Recife. Atualmente, há 102 comunidades quilombolas certificadas no Estado de Pernambuco.

Na V Região de Saúde existem trinta e cinco (35) Comunidades Quilombolas Certificadas, localizadas nos municípios de Águas Belas (04); Bom Conselho (11); Brejão (02); Caetés (1), Capoeiras (03); Garanhuns (06), Iati (01), Itaíba (06) e Saloá (01).

Quadro 11 - Comunidades Quilombolas segundo região de saúde. II Macrorregião de Saúde, Pernambuco, 2023.

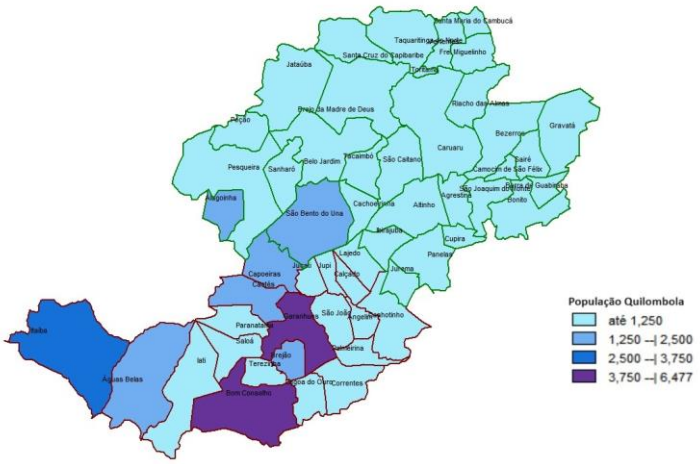
Região de Saúde	N° de Comunidades	Comunidades
IV	19	Furnas, Vila Pé da Serra dos Mendes, Alverne, Campo de Majé, Laje do Carrapicho, Guaraciaba, Guaribas, Sambaquim, Riachão do Sambaquim, Sítio Sambaquim, Negros do Osso, Caibra, Caldeirãozinho, Jiraú, Primavera, Serrote do Gado Brabo, Sítio Barro Branco, Japecanga, Sítio do Barro Vermelho,
V	35	Quilombo, Sítio Pinhão, Tanquinhos, Sítio Serra Preta, Angico, Isabel, Macacos, Sítio Flores, Angico de Cima, Lagoa Cumprida, Sítio Queimada Grande, Mocós, Sítio Lagoa rimeira, Sítio Amargoso, Barrocão,Batinga, Curiquinha dos Negros, Atoleiro, Fidelão, Sítio Cascavel, Sítio Imbé, Timbó,

Região de Saúde	N° de Comunidades	Comunidades
		Castainho, Estiva, Estrela, Caluete, Tigre, Sítio Retiro, Cacimba de Negras e Mocambo, Estreito, Riacho Seco, Caboclo, Caraíbas, Flores e Vilãozinho, Lagoa do Bento, Serra de São Pedro, Serra de São Pedro
Total	35	

Fonte: Fundação Cultural Palmares (2023).

Tendo em vista essa população, é importante que seja fortalecida a Política de Saúde específica para atendimento às demandas da população em foco.

Figura 9. Distribuição da população quilombola na II Macrorregião de Saúde de Pernambuco, 2022.



Fonte: IBGE, 2022.

3.1.7 Comunidades Indígenas

A "Comunidade indígena" é toda comunidade fundada em relações de parentesco ou vizinhança entre seus membros, que mantém laços histórico-culturais. Grande parte dos povos indígenas têm subdivisões territoriais internas que são chamadas de aldeias ou comunidades. Cada aldeia/comunidade apresenta processos de formação relativamente autônomos, mas são todas vinculadas ao seu grupo maior (o povo) pela história, cultura, genealogia e particularidades (Valverde, 2013).

De acordo com a Fundação Nacional do Índio (FUNAI), a população indígena no Brasil é de aproximadamente 1.693.535 pessoas, representando cerca de 0,83% da população brasileira, segundo dados do censo de 2022. Ainda no cenário nacional, cerca de 21,8% se concentram em terras indígenas e outros 78,21% fora delas. O Nordeste é a segunda região de maior concentração da população indígena do país com cerca de 31,22%.

Há duas etnias presentes no município de Pesqueira: Xukuru de Cimbres e Xukuru do Ororubá. Cada uma com suas particularidades. Em virtude de um conflito ocorrido em 2003 entre as duas etnias, a maior parte da etnia Xukuru de Cimbres vive dispersa dentro do território urbano da cidade, porém outros indígenas já vivem na reserva indígena Xukuru de Cimbres na Aldeia Mãe Maria (Santa Helena). A etnia Xukuru do Ororubá está dentro do território indígena Xukuru do Ororubá, na serra do Ororubá, composta por 31 aldeias.

O modo de organização é composto por Cacique, Vice Cacique, Pajé, Presidente do Conselho de Lideranças, Lideranças em todos os seguimentos, Conselho de Saúde, Conselho de Educação e associação, todos esses segmentos se reúnem, discutem, e tem independência em sua área de atuação para propor, consultar e fiscalizar de acordo com o que lhe é pertinente (Povos Indígenas do Brasil, 2024).

O acompanhamento dos indígenas via sistema é realizado pelo Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena – SIASI. É nesse sistema que é inserida as informações dos usuários e registro de atendimentos.

O Polo Base Xukuru de Cimbres é composto por 1 Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena (EMSI), a qual é formada por 5 Agentes Indígenas de Saúde (AIS), 1 Agente Indígena de Saneamento (AISAN), 2 enfermeiras - uma enfermeira de área e uma enfermeira de polo, 1 médico (Programa Mais Médico– PMM), 1 odontóloga, 3 técnicos de enfermagem – um técnico atua como coordenação administrativa e técnica do SIASI e dois técnicos de enfermagem na assistência, 1 auxiliar de saúde bucal (ASB), 1 farmacêutico – o qual não é exclusivo do polo, dividindo-se nas duas etnias; 1 motorista, 2

vigilantes e 1 auxiliar de serviços gerais (ASG), tendo uma população de 1.241 indígenas.

O Polo Base Xukuru do Ororubá é composto por 3 EMSI , 32 AIS, 27 AISAN, 4 enfermeiros – três enfermeiros de área e um enfermeiro de polo, 3 médicos (Programa Mais Médico – PMM), 3 odontólogos, 12 técnicos de enfermagem – sendo 2 técnicos do SIASI, 01 auxiliar administrativo, 3 ASB, 2 agentes de endemias, 1 nutricionista, 1 assistente social, 1 farmacêutico – o qual não é exclusivo do polo, dividindo-se nas duas etnias; 1 técnico de edificações, 1 técnico de laboratório, 1 técnico de eletrotécnica, 10 motoristas, 2 vigilantes e 7 ASG, tendo uma população de 8.137 indígenas.

As etnias têm como referência hospitalar imediata o Hospital Municipal Dr. Lídio Paraíba e a UPA 24hs Pesqueira para atendimentos de maternidade, pediatria e demais atendimentos (urgência, emergência, partos e internamento), internamentos (clínica médica e sala vermelha – até conseguir transferência para outro hospital) onde são interligados pelo mesmo prédio. O paciente indígena pode ser encaminhado para qualquer referência estadual, seguindo o fluxo da Central de Regulação de Leitos do estado de Pernambuco, conforme necessidade individual.

Na Atenção Básica, em nível de ambulatório, a referência segue para os Ambulatórios Municipais de Pesqueira: Centro de Saúde da Mulher e da Criança– com disponibilidade de teste do pezinho e administração da vacina BCG, serviço de Fonoaudiologia; Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), Centro de Especialidades Médicas (CEM) com as seguintes especialidades: Cardiologia, Clínica Médica, Geriatria, Ginecologia, Neurologia, Nutricionista, Obstetrícia, Ortopedia, Pediatria, Pequenas Cirurgias, Psiquiatria, Psicologia Adulto e Infantil e Urologia; Centro de Especialidades Odontológicas, Centro de Fisioterapia, Serviço de Atendimento Domiciliar – SAD, Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA) e Associação PODE – Portadores de Direitos Especiais, com triagem auditiva, fonoaudiologia, fisioterapia, psicologia entre outros – ações desenvolvidas para pessoas com deficiência.

Quando há necessidade – por não ter rede especializada no município ou necessidade mais avançada, o indígena poderá ser encaminhado para a referência de média e alta complexidade na UPAE Caruaru e/ou Belo Jardim e Recife (locais disponíveis da rede do Estado pela Central de Regulação. Algumas marcações para a rede especializada de Recife são realizadas em parceria com a CASAI/CMG – Casa de Apoio à Saúde Indígena/Camaragibe.

O serviço de Oftalmologia ofertado, também é pela central de regulação do Estado, onde a maioria dos pacientes estão sendo encaminhados para a Clínica Oftalmo PE, localizada no município de Garanhuns-PE, a 94,5 km de distância de Pesqueira. Portanto, o município disponibiliza transporte sanitário – Transporte Fora Domicílio (TFD), para levar e trazer o paciente que necessite do serviço. Quando o município não tem mais vaga no TFD, algumas vezes conseguimos levar esse paciente através do transporte do Polo Base – viatura oficial. Quando não é possível realizar esse translado, consegue-se alterar a data da consulta para um dia que haja vaga no transporte sanitário.

Os exames laboratoriais são realizados em laboratórios terceirizados (particulares) conveniados à Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Pesqueira. São recebidas, por mês, 30 vagas totais para serem preenchidas em uma planilha no drive, compartilhada pela SMS com data, hora e laboratório a ser realizado a coleta. As vagas são divididas: 10 para gestantes, 25 gerais e 5 específicas. Porém, se sobrarem vagas de gestantes ou gerais, podemos acrescer, desde que não passem as 30 vagas totais. Só não é permitido, pela SMS, aumentar as vagas de exames específicos e se o paciente conter exames gerais e específicos, ele deve entrar nas duas planilhas, sendo utilizado 2 vagas para cada. Essa cota não é negociável, porém, se forem exames urgentes, de pacientes em tratamentos mais sérios, conseguimos cota extra diretamente no setor de regulação municipal.

Exames como Raio-X, são realizados na UPA 24hs Pesqueira/PE – em caso de urgência, serão realizados conforme necessidade; eletivo, será agendado previamente pela central de regulação do município ou por nós do Polo Base,

através de uma planilha compartilhada no drive pela SMS. Para agendamento do Raio-X, são disponibilizadas 10 vagas diárias para todas as unidades de saúde do município, que ao contrário da planilha de exames que cada um tem a sua, essa é única para todos.

As ultrassonografias (USG) são realizadas no Hospital Municipal Dr. Lídio Paraíba, em sala específica, com médico especialista e marcação eletiva. Não há USG de emergência/urgência. A quantidade de cotas ofertadas das USG's não é suficiente para a demanda dos polos, deixando uma fila de espera muito longa. Em relação a USG Obstétrica, o Polo Base Xukuru de Cimbres recebe cota mensal permanente de 03 vagas, a qual supre a necessidade em relação a quantidade de gestantes acompanhadas pela EMSI Xukuru de Cimbres; já o Polo Base Xukuru do Ororubá recebe cota mensal permanente de 10 vagas, sendo insuficiente em relação a quantidade de gestantes acompanhadas pelas 03 EMSI de Xukuru do Ororubá.

Exames mais específicos como densitometria óssea, tomografia computadorizada e ressonância magnética são encaminhados para a referência de média e alta complexidade, via regulação.

Os indígenas são assistidos dentro de todos os programas de atenção primária à saúde propostos pela Secretaria de Saúde Indígena e Ministério da Saúde. Diante de suas especificidades, dependendo da etnia, localização, cultura, crenças e costumes, as EMSI's vão está direcionadas a atendê-las da melhor forma possível, garantindo uma assistência adequada. As morbidades que mais acometem essa duas etnias são a Hipertensão Arterial Sistêmica, Diabetes e Saúde Mental. Outras morbidades presentes são tratadas conforme protocolo instituído para os indígenas.

Quadro 12. População indígena da IV e V Regiões de Saúde de Pernambuco, segundo faixa etária.

Região	Total	População Indígena por Faixa Etária	
		0 a 4 anos	1.778

IV	24.820	5 a 9 anos	1.856
		10 a 14 anos	2.013
		15 a 19 anos	2.108
		20 a 29 anos	4.035
		30 a 39 anos	3.528
		40 a 49 anos	3.234
		50 a 59 anos	2.894
		60 anos ou mais	3.374
V	6604	0 a 4 anos	609
		5 a 9 anos	582
		10 a 14 anos	622
		15 a 19 anos	668
		20 a 29 anos	1052
		30 a 39 anos	894
		40 a 49 anos	811
		50 a 59 anos	571
		60 anos ou mais	795

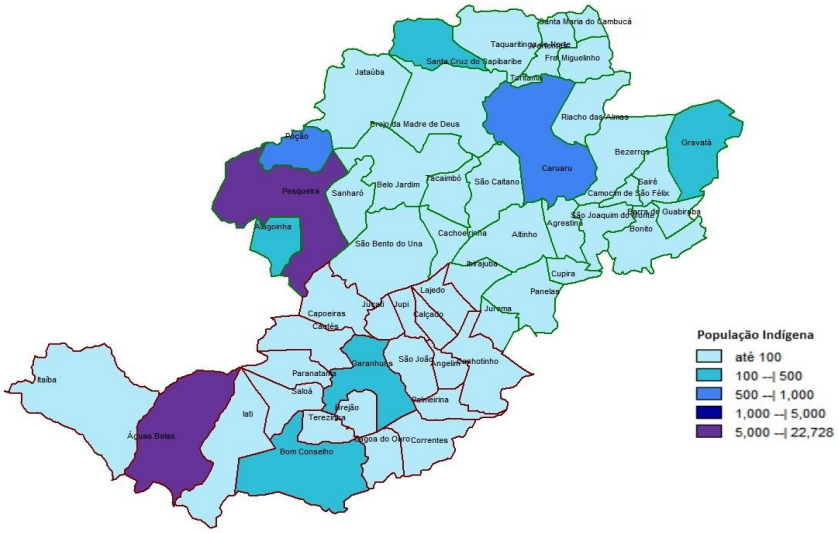
Fonte: IBGE, 2022.

Na V Região, os indígenas Fulni-ô vivem no município de Águas Belas, numa aldeia com aproximadamente 11.500 hectares, localizada a 500 metros

da sede da cidade (Siasi, Sesai, 2014). Sua população, no ano de 2022, foi de aproximadamente 5.712 indígenas (Sidra, 2023).

Também conhecidos como Carnijó ou Carijó, vivem principalmente do artesanato e da agricultura de subsistência. Conservam o idioma Yaathé através de cantos, festas, imersões no ritual do Ouricuri, ninhos de língua e, atualmente, possuem até mesmo uma rádio comunitária apresentada na língua. Segundo a FUNAI (disponível em www.funai.gov.br/index), em 2011, um projeto deu início ao Coletivo Fulni-ô de Cinema que tem papel fundamental na manutenção da língua e já possui doze produções que fazem parte da obra, que são narradas em Yaathé. A partir disto, é preciso que o planejamento em saúde seja estruturado considerando o conhecimento da realidade específica de cada população em seu modo de viver a partir de uma análise contextual e com ações de enfrentamento do racismo entre profissionais e instituições. Historicamente, o racismo tem sido o fator preponderante para os baixos índices de saúde da população negra como consequência da carência de acesso a trabalho, habitação, saneamento, renda, educação e lazer com implicações diretas sobre o bem estar de comunidades indígenas e quilombolas.

Figura 10. Distribuição da população indígena na II Macrorregião de Saúde de Pernambuco, 2022.



Fonte: IBGE, 2022.

3.1.8 População Privada de Liberdade

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) tem objetivo de ampliar as ações no âmbito da saúde, promovendo qualidade de vida e viabilidade do serviço de saúde prisional como ponto de atenção à saúde dentro da rede de Atenção à Saúde (PNAISP, 2024).

Diversos fatores contribuem para o elevado número de adoecimento, visto as condições físicas e sociais, como a circulação em massa de pessoas e a recorrência de encarceramento. No Brasil, essa população representa 0,3% da população geral. Dessa forma, entende-se a necessidade de reestruturar e efetivas as políticas públicas de saúde, voltada para a PPL (PNAISP, 2024).

Quadro 13. População Privada de Liberdade da IV e V Regiões de Saúde de Pernambuco.

Municípios	Fechado	Aberto	Provisório	Total
Alagoinha	6	5	25	36
Altinho	-	-	22	22
Bezerros	-	-	10	10
Bom Conselho	-	-	25	25
Cachoeirinha	-	-	3	3
Caetés	29	-	62	94
Canhotinho	-	-	-	1631
Caruaru	1001	-	811	1812
Garanhuns	6	-	164	170
Gravatá	-	-	63	63
Lajedo	-	-	75	75
Pesqueira	341	-	251	592
Riacho das Almas	-	-	3	3

Saloá	-	-	72	72
Santa Cruz do Capibaribe	198	-	374	572
São Joaquim do Monte	-	-	14	14
Tacaimbó	590	-	21	611
TOTAL	2171	5	1995	**5805**

Fonte: Secretaria Nacional de Políticas Penais, 2024.

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional enfrenta alguns problemas para sua efetivação, uma delas é a superação das dificuldades impostas pela própria condição de confinamento, dificultando o acesso às ações e serviços de saúde. A Portaria Interministerial nº 01, de 02 de janeiro de 2014 foi promulgada com o objetivo de que cada serviço de saúde prisional passasse a ser visualizado como ponto de atenção da Rede de Atenção à Saúde. Assim, é importante que a PNAISP seja fortalecida na II Macrorregião de Saúde, devendo haver o acompanhamento/ monitoramento das ações de saúde desenvolvidas nas instituições prisionais com respectivo impacto epidemiológico.

3.1.9 População em Situação de Rua

A existência de um número tão grande de pessoas em situação de rua no Brasil é fruto do agravamento de questões sociais. Diversos fatores colaboraram para esse agravamento e, consequentemente, para o crescimento da quantidade de indivíduos nessa situação, entre eles: a rápida urbanização ocorrida no século 20, a migração para grandes cidades, a formação de grandes centros urbanos, a desigualdade social, a pobreza, o desemprego, o preconceito da sociedade com relação a esse grupo populacional e, muitas vezes, a ausência de políticas públicas. O fenômeno “situação de rua” pode ser considerado como consequência de diversos condicionantes, como: fatores estruturais – ausência de moradia, trabalho e

renda; fatores biográficos relacionados à vida particular do indivíduo – por exemplo, a quebra de vínculos familiares, doenças mentais e uso abusivo de álcool ou drogas; e fatos da natureza – como terremotos ou inundações.

Certamente, a invisibilidade é um dos graves problemas que assola essa população e impede que ela tenha seus direitos reconhecidos. Essa invisibilidade se torna evidente quando pensamos que apenas em 2009 instituiu-se a Política Nacional para População em Situação de Rua e que o Movimento Nacional da População em Situação de Rua só surgiu no início do século 21. Embora existissem ações do Estado e da sociedade civil visando essa população, podemos afirmar que esses atores agiam quase sempre com uma ótica assistencialista ou até com políticas higienistas. Ou seja, o reconhecimento dessas pessoas como cidadãos de direitos é recente e ainda não é acolhido na sociedade. A partir da publicação do Decreto nº 7.053, de 23 de dezembro de 2009, foi criada a Política Nacional para a População em Situação de Rua (PSR).

De acordo com essa política, "considera-se população em situação de rua o grupo populacional heterogêneo que possui em comum a pobreza extrema, os vínculos familiares interrompidos ou fragilizados e a inexistência de moradia convencional regular, e que utiliza os logradouros públicos e as áreas degradadas como espaço de moradia e de sustento, de forma temporária ou permanente, bem como as unidades de acolhimento para pernoite temporário ou como moradia provisória". Ou seja, estabelece quatro condições para a caracterização como pessoa em situação de rua: pobreza extrema; vínculos familiares interrompidos ou fragilizados; inexistência de moradia convencional regular; e utilização dos logradouros públicos e áreas degradadas como espaço de moradia e de sustento.

Uma vez fortalecidas as vinculações ao espaço da rua, pode-se instalar um processo em que a rua passa a ser o espaço primordial de relações pessoais e estratégias de sobrevivência, conduzindo a uma gradativa adesão aos códigos das ruas como local de moradia e trabalho. A dificuldade de acesso a serviços públicos de qualidade e, por vezes, a falta de respostas às

necessidades e demandas, com a devida agilidade e respeito à dignidade, contribuem para que a rua se configure como um espaço de resistência e sobrevivência.

Uma das fragilidades em relação à Política de Saúde das Populações em Situação de Rua no âmbito da II Macrorregião de Saúde é a identificação com precisão do quantitativo dessa população. Outro aspecto digno de nota, diz respeito à necessidade de desenvolver Políticas Públicas intersetoriais a fim de atender ao público em questão na sua integralidade.

O exercício da participação e do controle social por parte da população em situação de rua ou de entidades que atuam em defesa dos seus direitos é fundamental para que ações que melhoram o atendimento à sua saúde sejam efetivadas. Com a garantia da participação e do controle social do público alvo será possível construir um Plano Operativo para efetivação da Política de Saúde das Populações em Situação de Rua. O Plano em tela tem os seguintes objetivos: garantir o acesso da PSR às ações e aos serviços de saúde; reduzir os riscos à saúde decorrentes dos processos de trabalho na rua e das condições de vida; e melhorar os indicadores de saúde e da qualidade de vida da PSR. As estratégias para promoção da saúde da PSR definidas no Plano estão divididas em cinco eixos: Eixo 1: Inclusão da PSR no escopo das redes de atenção à saúde; Eixo 2: Promoção e Vigilância em Saúde; Eixo 3: Educação Permanente em Saúde na abordagem da Saúde da PSR; Eixo 4: Fortalecimento da Participação e do Controle Social e Eixo 5: Monitoramento e avaliação das ações de saúde para a PSR.

Quanto à constituição de Redes Assistenciais de Saúde voltadas para a Atenção à Saúde das PSR, não há Consultórios de Rua instalados na II Macrorregião de Saúde, demonstrando o quanto essa política de saúde deve ser fortalecida.

3.1.10 População SUS dependente na II Macrorregião de Pernambuco

Quadro 14. Percentual da população SUS dependente na II Macrorregião, 2024.

REGIÃO DE SAÚDE	% DA POPULAÇÃO SUS DEPENDENTE
IV	92,76%
V	95,02%
II MACRO	93,35%

Fonte: IBGE - Censo Demográfico

O Sistema Único de Saúde é um dos maiores sistemas de saúde pública do mundo e é a maior política de saúde do país, que tem como objetivo ofertar assistência à saúde, em seus níveis de complexidade, de forma gratuita, universal e equitativa.

O quadro acima, apresenta um importante dado para subsidiar as discussões no âmbito de governança em redes, onde a II Macrorregião apresenta um percentual acima de 90% da população SUS dependente. Cabe salientar que o SUS, é responsável por ofertar acesso ao serviço de saúde, às paralelas mais vulneráveis da sociedade. O SUS recebe usuários de planos de saúde/serviços privados na oferta de atendimento da alta complexidade, visto que o SUS possui em sua rede assistencial, os programas de hemodiálises, transplantes e distribuição de medicamentos de alto custo.

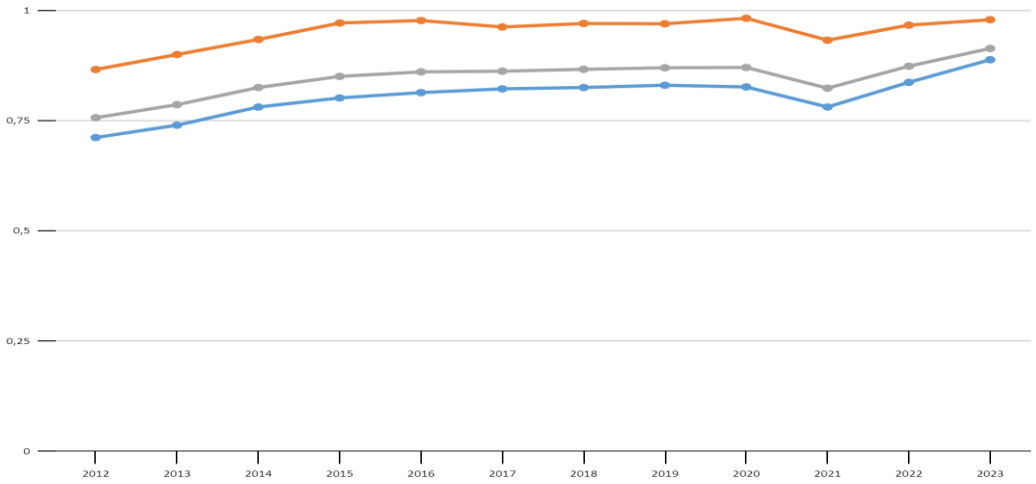
3.1.11 Cobertura Saúde da Família da II Macrorregião

Quadro 15. Cobertura da II Macrorregião

Ano/Região	IV Região	V Região	II Macro
2012	71,12%	86,55%	75,62%
2013	73,92%	89,94%	78,58%
2014	78,04%	93,35%	82,47%
2015	80,09%	97,08%	84,98%
2016	81,31%	97,64%	85,99%
2017	82,15%	96,18%	86,16%
2018	82,46%	96,97%	86,59%
2019	82,97%	96,90%	86,94%
2020	82,58%	98,15%	87,00%
2021	78,05%	93,18%	82,31%
2022	93,18%	83,63%	87,29%
2023	88,76%	97,82%	91,31%

Fonte: E-gestor: Histórico de cobertura

Gráfico 5. Cobertura Saúde da Família da II Macrorregião



Fonte: E-gestor: Histórico de cobertura

3.2 Produto Interno Bruto (PIB)

O PIB é uma medida do valor dos bens e serviços que o país produz em um determinado período. Por outro lado, PIB per capita ou PIB por pessoa, por sua vez, revela o que cada pessoa do local analisado teria do total de riquezas que são produzidas no país.O PIB é um indicador econômico bastante utilizado na macroeconomia, podendo refletir um possível crescimento da economia e, consequentemente, o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) positivo.

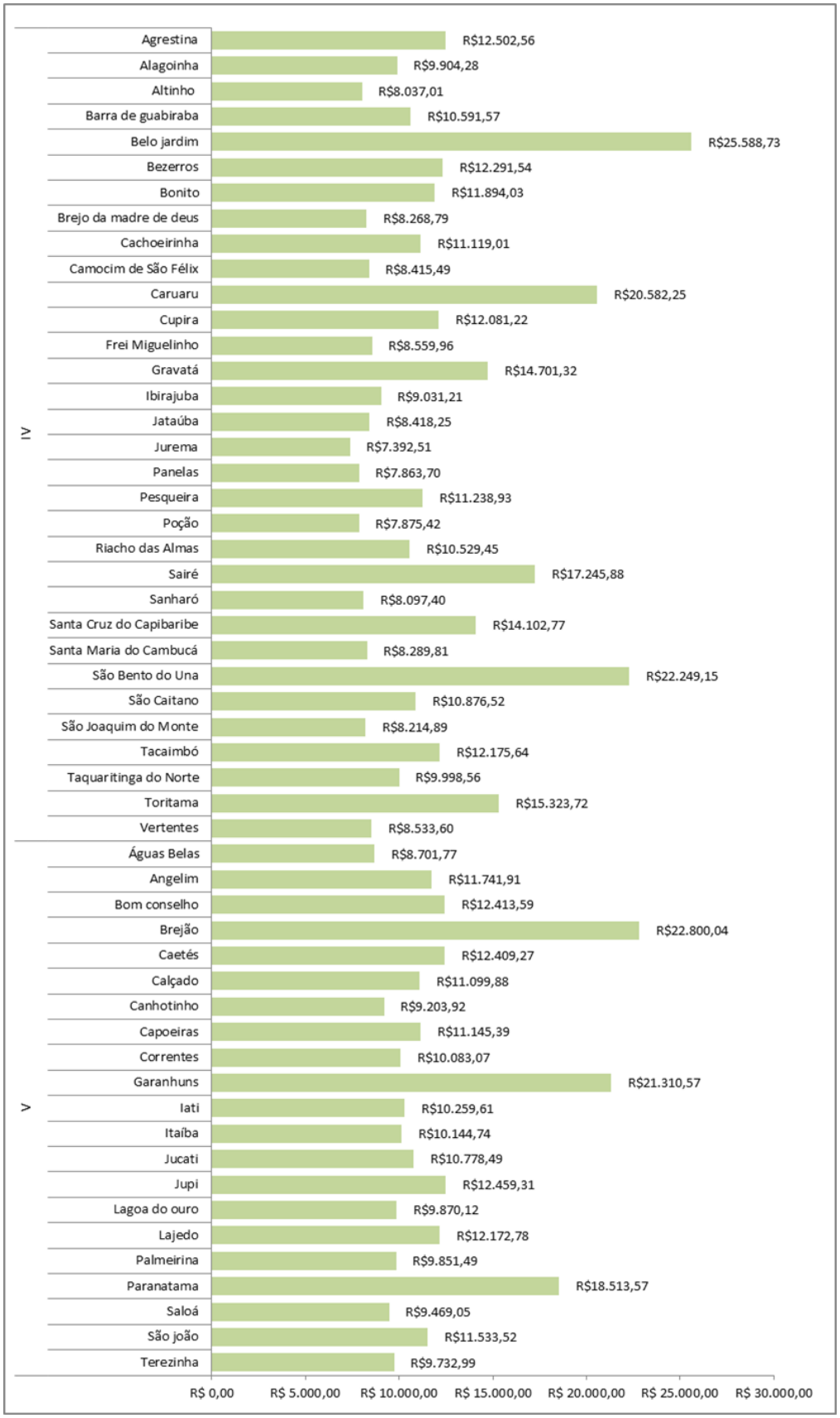
O PIB per capita do estado de Pernambuco, em 2018, foi de R$19.272,3 e o PIB valores correntes no mesmo ano foi de R$182,80 bilhões. Em 2019, Pernambuco teve um crescimento de 1,9% no PIB, em comparação a 2018, apresentando um desempenho maior que o da economia brasileira. No Agreste Meridional, o PIB é de R$6,71 bilhões, cerca de 4,0% do PIB de Pernambuco, com uma composição de 11,5% para a Agropecuária, 9,6% para a Indústria e 71,3% para Serviços. O quadro a seguir mostra o PIB na II Macrorregião em 2020 (Gráfico 5).

Apesar de ser um indicador de economia, ele ajuda a compreender a evolução do PIB na II Macrorregião de Saúde, analisar o desempenho da economia no território, é importante avaliar e correlacionar fatores de

educação, população assistida por benefícios assistenciais, a distribuição de renda, visto que a macrorregião pode possuir um PIB alto e possuir um padrão de vida relativamente baixo.

De acordo com o gráfico 06 os municípios com maiores PIB per capita são: Belo Jardim, Caruaru, Garanhuns, Paranatama, Brejão e São Bento do Uma.

Gráfico 6. PIB per capita segundo município da II Macrorregião



Fonte: IBGE (2023).

Os municípios com menor PIB per capita estão localizados na IV Região de Saúde (Jurema, Panelas e Poção), bem como os de maiores PIB per capita, demonstrando que há uma grande probabilidade de desigualdades em termos de produção de riqueza. Nesse sentido, os municípios com menor PIB per capita podem apresentar maior dificuldade em alavancar a expansão de sua RAS devido à circulação de riqueza reduzida.

3.3 Renda

O rendimento nominal mensal domiciliar per capita de 2022 do estado de Pernambuco foi de R$1.010,00 (hum mil e 10 reais) (IBGE,2023). Este rendimento mostra a média das rendas domiciliares per capita das pessoas residentes em determinado espaço geográfico, no ano considerado. O cálculo se dá na soma dos rendimentos mensais dos moradores do domicílio dividido pelo número de seus moradores.

Na tabela 2, observamos a evolução do rendimento per capita e a IV Região de Saúde com a maior renda média domiciliar da II Macrorregião. Isso ocorre devido a alguns fatores, entre eles a densidade demográfica, a concentração do polo têxtil de Pernambuco, o agrupamento de indústrias e a geolocalização da região de saúde, no estado de Pernambuco.

Tabela 1. Renda média domiciliar per capita da II Macrorregião

Região de Saúde	Renda per capita (R$)		
	1991	**2000**	**2010**
IV	159,16	275,48	383,72
V	123,42	195,14	303,7
Macro II	147,57	250,53	360,33

Fonte: IBGE– Censos Demográficos (2022).

A melhoria da renda per capita possibilita o acesso à melhoria do quadro educacional, ampliação do acesso à alimentação saudável, dentre outros fatores que podem interferir no processo saúde-doença da população.

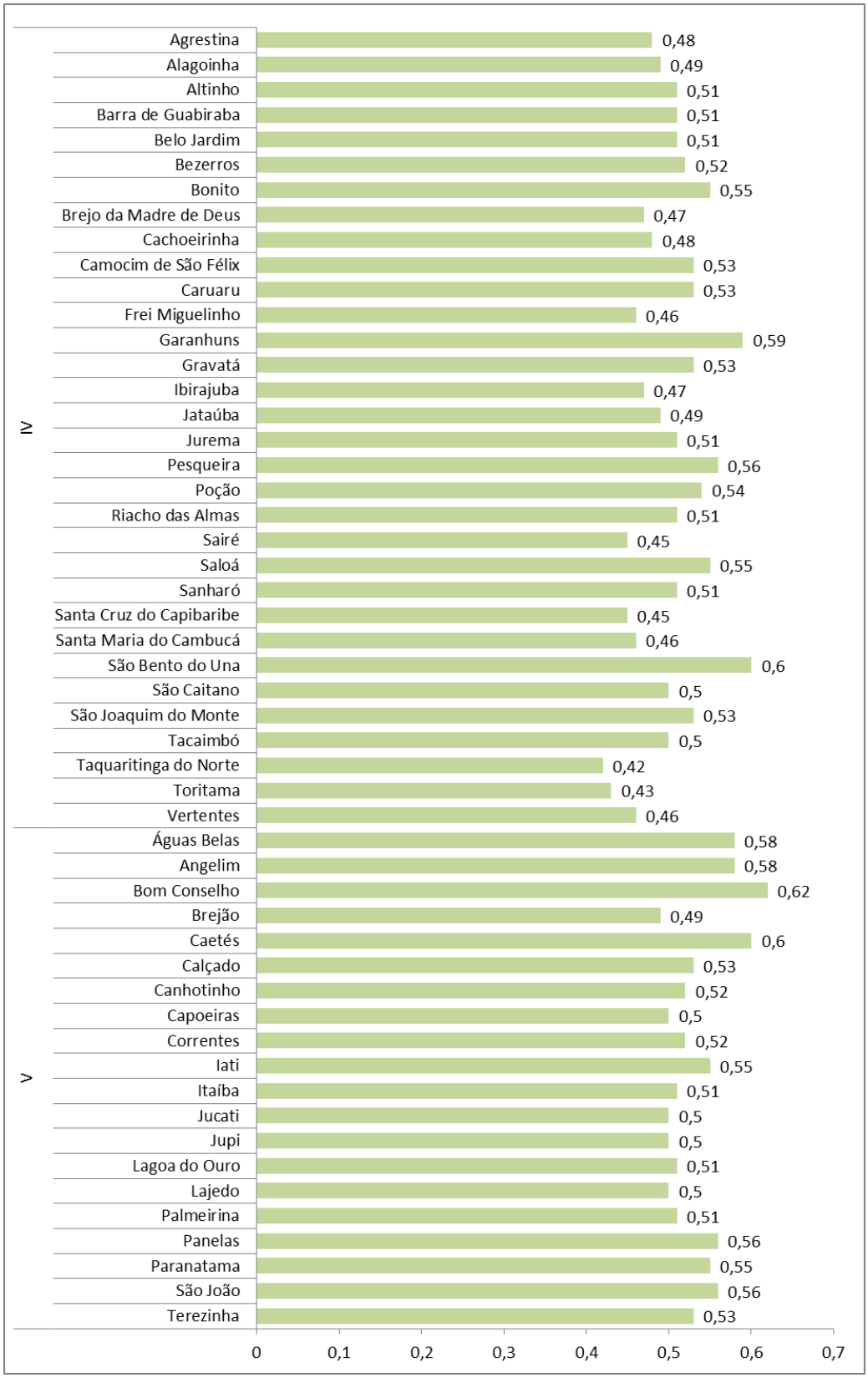
Portanto, é fundamental prosseguir acompanhando sistematicamente a evolução desse indicador.

3.4 Índice de Gini

O Índice de Gini (IG) é um instrumento utilizado para medir o grau de concentração de renda em um determinado grupo. É calculado com base na diferença entre o rendimento da população mais pobre e dos mais ricos. A variação vai de 0 a 1, sendo o 0 a representação de igualdade e o 1, alto grau de concentração de riquezas. Esse indicador apresenta a correlação entre os 20% mais pobres e os 20% mais ricos. Alguns estudos apresentam o Brasil, com um índice calculado em 0,54, ocupando as posições finais em uma lista de 127 países. Já o estado de Pernambuco possui um índice de 0,57 (IPEA, 2024). havendo maior desigualdade em relação ao IG do país. Nesse sentido, o princípio da equidade deve ser enfatizado quando da construção da Política de Saúde estadual.

Faz-se oportuno considerar que os municípios com os IG menos favoráveis são Bom Conselho, Caetés, Garanhuns, São Bento do Una, Águas Belas e Angelim.

Gráfico 6. Índice de GINI segundo município da II Macrorregião, Pernambuco, 2010.



Fonte: Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento/Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas/Fundação João Pinheiro.

Na II Macrorregião, o município com o menor resultado para o indicador Índice de Gini, está localizado na IV Região de Saúde, o município de Taquaritinga do Norte e o maior índice calculado no município de Bom Conselho. Compreendemos que quanto mais próximo de 0, menor é a desigualdade, e quanto mais próximo de 1, maior é a desigualdade. Essa avaliação não necessariamente irá representar a realidade da macrorregião, tendo em vista a necessidade de avaliar os resultados de outros indicadores conjuntamente.

Tabela 2. Indicadores de pobreza segundo município da II Macrorregião de Saúde, Pernambuco, 2010.

Município	2010				
	Proporção de extremamente pobres([1])	Proporção de pobres([2])	Renda domiciliar per capita média dos extremamente pobres	Renda domiciliar per capita média dos pobres	Renda domiciliar per capita média dos vulneráveis à pobreza
Águas Belas	31,96	50,88	30,71	58,29	100,03
Angelim	27,85	48,55	28,00	59,66	103,58
Bom Conselho	27,22	48,42	37,24	66,60	104,82
Brejão	19,77	44,83	34,91	75,03	120,54
Caetés	42,77	59,51	23,08	45,61	81,06
Calçado	30,24	51,63	38,17	64,79	102,96
Canhotinho	23,79	49,04	30,59	69,53	111,34
Capoeiras	26,23	45,24	28,66	59,25	111,72
Correntes	20,16	45,52	34,71	71,69	116,90
Garanhuns	12,07	26,72	35,66	75,04	134,14
Iati	34,12	52,28	28,25	55,24	98,11
Itaíba	27,48	49,22	31,57	64,98	106,30
Jucati	24,71	44,61	38,85	66,49	115,07

Município	2010				
	Proporção de extremamente pobres([1])	Proporção de pobres([2])	Renda domiciliar per capita média dos extremamente pobres	Renda domiciliar per capita média dos pobres	Renda domiciliar per capita média dos vulneráveis à pobreza
Jupi	23,09	41,93	35,78	65,75	113,92
Lagoa do Ouro	26,09	48,01	37,00	66,96	108,79
Lajedo	13,16	33,28	39,92	79,39	128,40
Palmeirina	22,85	47,29	40,78	74,02	110,35
Paranatama	34,36	49,10	26,13	50,20	98,49
Saloá	29,48	44,12	31,46	56,19	102,85
São João	25,34	45,26	35,52	66,13	109,96
Terezinha	26,10	50,18	34,30	67,47	107,57
Agrestina	15,31	33,9	36,46	74	130,5
Alagoinha	18,93	37,1	36,41	71,44	124,08
Altinho	22,53	42,07	35,7	68,29	116,77
Barra de Guabiraba	17,45	41,45	35,69	75,41	120,05
Belo Jardim	12,11	27,81	37,26	75,61	136,22
Bezerros	14,75	30,07	33,62	71,91	131,34
Bonito	23,7	44,81	35,39	66,91	113,73
Brejo da Madre de Deus	12,87	31,16	38,87	77,65	137,5
Cachoeirinha	15,44	33,67	35,07	73,3	127,49
Camocim de São Félix	16	38,93	40,15	76,66	124,18
Caruaru	5,66	16,31	34,06	83,31	153,84

Município	2010				
	Proporção de extremamente pobres([1])	Proporção de pobres([2])	Renda domiciliar per capita média dos extremamente pobres	Renda domiciliar per capita média dos pobres	Renda domiciliar per capita média dos vulneráveis à pobreza
Cupira	12,1	29,9	38,8	76,93	136,44
Frei Miguelinho	17,1	33,96	28,82	68,28	125,39
Gravatá	9,67	25,1	34,7	80,4	144,23
Ibirajuba	20,91	41,7	37,78	71,29	120,35
Jataúba	20,78	41,76	34,49	70,99	118,81
Jurema	30,28	48,57	33,5	61,68	107,5
Panelas	29,62	49,52	30,92	60,4	103,19
Pesqueira	20,08	39,31	38,71	72,71	119,12
Poção	29,56	48,44	34,01	60,95	100,81
Riacho das Almas	17,62	34,47	32,35	69,9	126,21
Sairé	10,97	28,7	30,53	78,21	137,56
Sanharó	18,03	41,54	40,52	78,47	124,4
Santa Cruz do Capibaribe	3,13	10,26	34,2	89,54	167,76
Santa Maria do Cambucá	16,22	33,69	32,23	69,55	127,93
São Bento do Una	20,97	41,95	34,68	70,48	117,95
São Caitano	18,6	35,59	32,76	69,31	124,05
São Joaquim do	25,25	45,67	32,56	64,6	110,5

Município	2010				
	Proporção de extremamente pobres([1])	Proporção de pobres([2])	Renda domiciliar per capita média dos extremamente pobres	Renda domiciliar per capita média dos pobres	Renda domiciliar per capita média dos vulneráveis à pobreza
Monte Tacaimbó	26,26	44,15	26,36	57,55	108,81
Taquaritinga do Norte	4,23	16,74	31,48	86,75	153,31
Toritama	2,71	9,84	33,06	89,69	169,66
Vertentes	10,58	27,5	36,35	80,71	138,98
Média da II Macrorregião	**20,53**	**39,26**	**34,12**	**69,83**	**120,48**

Fonte: PNUD/IPEA/Fundação João Pinheiro (2022).
Legenda:
([1]) Proporção de extremamente pobres é dada pelo número de indivíduos com renda domiciliar per capita igual ou inferior a R$ 70,00 mensais, em reais de agosto de 2010.
([2]) Proporção de pobres é dada pelo número de indivíduos com renda domiciliar per capita igual ou inferior a R$140,00 mensais, em reais de agosto de 2010.

Com relação à proporção de extremamente pobres e pobres, o município de Caetés apresentou as maiores proporções para esses indicadores. Efetivamente, Política de Saúde específica deve ser voltada para essa localidade a fim de diminuir as iniquidades existentes. Os indicadores de pobreza podem ser analisados conforme o aspecto de renda e das condições de vida da população, que reúnem um conjunto de variáveis que proporcionam uma visão da situação da II Macrorregião de saúde de Pernambuco.

3.5 Escolaridade

O nível de escolaridade das populações é determinante no adoecimento das mesmas, tendo em vista que o conhecimento sobre a prevenção de doenças evita a instalação de determinadas patologias. Espera-se que quanto maior o nível educacional de determinada comunidade, maior a redução da mortalidade infantil. A educação em saúde se caracteriza como uma forma extremamente direta e eficaz para a mudança de determinados comportamentos de risco, principalmente, por ser uma ação que pode atingir as necessidades sociais, mentais, biológicas e econômicas de uma população.

Nessa perspectiva, é fundamental acompanhar o nível educativo da II Macrorregião de Saúde, bem como o desenvolvimento do Programa Saúde na Escola (PSE).

Tabela 3. Escolaridade por município da II Macrorregião de Saúde. Pernambuco, 2010.

IV Região de Saúde		**V Região de Saúde**	
Municípios	**% de escolaridade (6-14 anos)**	**Município**	**% de escolaridade (6-14 anos)**
Agrestina	96,4	**Águas Belas**	96,1
Alagoinha	96,3	**Angelim**	96,4
Altinho	96,9	**Bom Conselho**	96,2
Barra de Guabiraba	93,7	**Brejão**	96,3
Belo Jardim	97,1	**Caetés**	92,6
Bezerros	95,9	**Calçado**	97,1
Bonito	96,7	**Canhotinho**	91,8
Brejo da Madre de Deus	95,6	**Capoeiras**	96,5
Cachoeirinha	95,3	**Correntes**	93,1
Camocim de São Félix	97	**Garanhuns**	96,8

Caruaru	94,9	**Iati**	90,5
Cupira	97,3	**Itaíba**	93,3
Frei Miguelinho	95,4	**Jucati**	98,0
Gravatá	97,2	**Jupi**	96,3
Ibirajuba	96,7	**Lagoa do Ouro**	96,5
Jataúba	97,6	**Lajedo**	97,9
Jurema	96	**Palmeirina**	94,0
Panelas	98,6	**Paranatama**	97,9
Pesqueira	97,4	**Saloá**	97,4
Poção	97,0	**São João**	97,6
Riacho das Almas	93,4	**Terezinha**	95,7
Sairé	97,7		
Sanharó	93,2		
Santa Cruz do Capibaribe	95,7		
Santa Maria do Cambucá	96,4		
São Bento do Una	93		
São Caitano	97,2		
São Joaquim do Monte	94,2		
Tacaimbó	94,4		
Taquaritinga do Norte	96,2		
Toritama	91,5		
Vertentes	94,1		

Fonte: IBGE– Censos Demográficos (X).

Percebe-se que na II Macrorregião de Saúde, o grau de escolaridade segundo a população sofre pequenas variações. O município com maior percentual foi o de Panelas com 98,6% e o município de menor percentual foi

o de Iati com 90,5%. Observou-se altos percentuais de escolaridade da população da II Macrorregião de Saúde, entretanto, outros indicadores que expressem o nível de educação da área em estudo devem ser resgatados e atrelados às condicionalidades do Programa Bolsa Família conforme demonstrado a seguir.

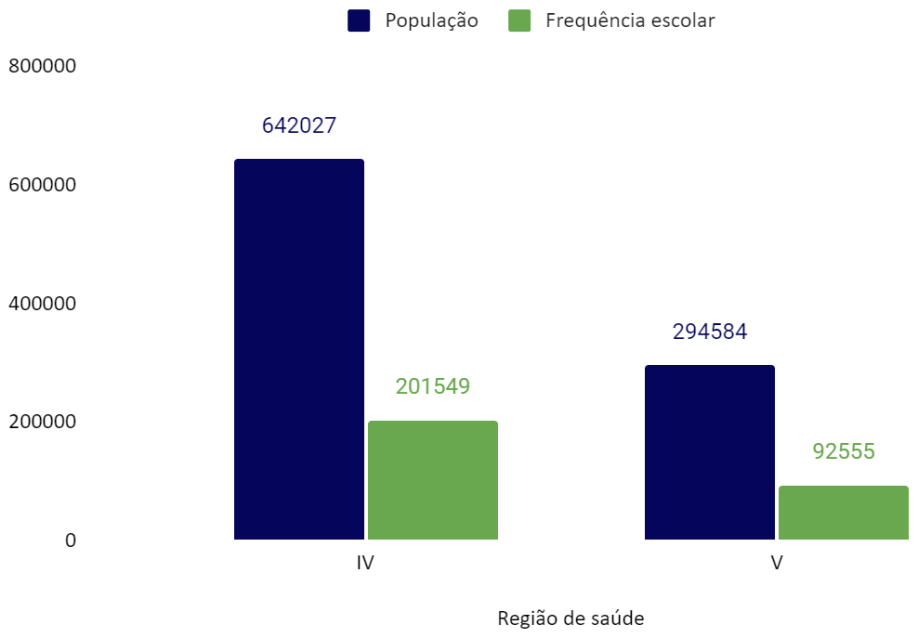
3.6 Programa Bolsa Família

A criação do Programa Bolsa Família em 2003, pelo Governo Federal, contribuiu para a adesão de crianças e adolescentes à escola. A matrícula e frequência escolar é um dos requisitos para o recebimento do valor do Bolsa Família, favorecendo o aumento da escolaridade nas idades de 6 a 17 anos (BRASIL, 2013).

O programa de transferência de renda foi revogado e substituído pelo Auxílio Brasil no final de 2021 (Lei nº 14.284, 29/12/2021). Devido à pandemia de COVID-19 em 2020, que interrompeu o cotidiano regular das escolas, as condicionalidades relacionadas à educação ficaram sem acompanhamento até o meio de 2022. No início de 2023, o Bolsa Família foi retomado por Medida Provisória que se tornou a Lei nº 14.601 (19/06/2023), continuando a intersecção entre políticas sociais, especialmente assistência social, educação e saúde. A frequência escolar da educação básica continua sendo um dos critérios para a manutenção do benefício das famílias - mínima de 60% para crianças de 4 a 5 anos de idade incompletos e 75% para crianças e adolescentes de 6 a 18 anos incompletos.

No Brasil, apenas 53,2% das pessoas com 25 anos ou mais concluíram a educação básica (IBGE, 2022). A evasão escolar é um grande problema a ser enfrentado pelas políticas públicas, pois a necessidade de trabalhar foi o principal motivo apontado por jovens de 14 a 29 anos (IBGE, 2022). Tanto na época em que foi criado quanto vinte anos depois, o Bolsa Família segue sendo incentivo importante à permanência de crianças e adolescentes desde o ensino infantil até a conclusão do ensino médio no país, sobretudo no Nordeste, que abriga 55,3% do total de pessoas analfabetas com 15 anos ou mais (IBGE, 2022).

Gráfico 7. Número de beneficiários do Bolsa Família condicionados à educação na II Macrorregião.



Fonte: IBGE, 2023.

Na II macrorregião, em fevereiro de 2024, 936.611 pessoas estavam inseridas no Programa Bolsa Família, o que representa 49,6% da população, ou seja, quase metade dos habitantes é beneficiária do programa. Em novembro de 2023, destes beneficiários, 294.104 com idade entre 4 a 18 anos incompletos tinham o perfil de condicionalidades da educação, o que representa 31,4% do total.

O número de beneficiários na IV região (642.027) representa 47,9% de sua população, enquanto que na V (294.584) representa 69,9%. São valores altos, no entanto, a V região tem 22% a mais de beneficiários do que a IV. Em relação aos beneficiários com perfil escolar, o resultado foi igual para as duas regiões e resultou no número da própria macro (31,4%).

É muito importante o acompanhamento das condicionalidades para o êxito de seu cumprimento, porém percebemos que mesmo quando a família não estava sendo acompanhada nas condicionalidades da educação, elas foram cumpridas.

As condicionalidades da educação referem-se à frequência escolar da educação básica - mínima de 60% para crianças de 4 a 5 anos de idade incompletos e 75% para crianças e adolescentes de 6 a 18 anos incompletos.

Devido à pandemia de COVID-19 em 2020, que interrompeu o cotidiano regular das escolas, as condicionalidades relacionadas à educação ficaram sem acompanhamento até o meio de 2022.

No Brasil, apenas 53,2% das pessoas com 25 anos ou mais concluíram a educação básica (IBGE, 2022). A evasão escolar é um grande problema a ser enfrentado pelas políticas públicas, pois a necessidade de trabalhar foi o principal motivo apontado por jovens de 14 a 29 anos (IBGE, 2022).

A taxa de analfabetismo entre a população de 15 anos ou mais é inversamente proporcional ao rendimento domiciliar per capita. Uma família que ganha até 20% de renda tem uma taxa de 8,7% de analfabetos, enquanto quem vive com mais de 80% tem uma taxa de 1,2 (IBGE, 2022).

Tanto na época em que foi criado quanto vinte anos depois, o Bolsa Família segue sendo incentivo importante à permanência de crianças e adolescentes desde o ensino infantil até a conclusão do ensino médio no país, sobretudo no Nordeste, que abriga 55,3% do total de pessoas analfabetas com 15 anos ou mais (IBGE, 2022).

Em novembro de 2023, do total de 936.611 beneficiários do programa, 294.104 com idade entre 4 a 18 anos incompletos entraram no perfil de condicionalidades da educação, o que representa 31,4%. O número de beneficiários com perfil escolar foi igual nas duas regiões e resultou no número da própria macro (31,4%).

É muito importante o acompanhamento das condicionalidades para o êxito de seu cumprimento, porém percebemos que mesmo quando a família não estava sendo acompanhada nas condicionalidades da educação, elas foram cumpridas.

As condicionalidades da saúde referem-se à realização de pré-natal, ao cumprimento do calendário nacional de vacinação e ao acompanhamento do estado nutricional para os beneficiários que tenham até 7 anos de idade incompletos.

Diferente da educação, o acompanhamento das condicionalidades de saúde não foi suspenso, porém se tornou não obrigatório de 2020 até o início de 2021, o que impactou seu registro. Foi tornado obrigatório novamente na segunda etapa daquele ano.

Quadro 16. Quantidade de benefícios concedidos pelo Instituto Nacional do Seguro Social - INSS, nos municípios da II Macrorregião, segundo grupos de espécies

	Benefício	Quantidade
II Macrorregião	Aposentadorias por idade	9274
	Aposentadorias por invalidez	743
	Aposentadorias por tempo de contribuição	567
	Pensões por morte	4612
	Auxílios	9365
	Outros benefícios previdenciários	7475
	Benefícios previdenciários	32036
	Benefícios assistenciais e de legislação específica	7606

Fonte:INSS/Síntese-web, consulta efetuada em 25/01/2023.

Elaboração:CGEDA/SRGPS/SPREV/MPS

O objetivo da concessão de benefícios assistenciais à população é superar as situações de fragilidade e cooperar para qualidade de vida da população. Compreender a evolução dos benefícios do INSS à população, permite refletir e correlacionar com indicadores de saúde e assim, traçar estratégias para o fortalecimento da promoção, prevenção e assistência à saúde.

Quadro 17. Taxa de analfabetismo da população da IV e da V Regiões de Saúde de Pernambuco, por faixa etária.

Região	Faixa Etária	Taxa média de analfabetismo

IV	15 anos ou mais	29,96
	15 a 24 anos	7,84
	25 a 59 anos	30,50
	60 anos ou mais	61,13
V	15 anos ou mais	34,03
	15 a 24 anos	9,93
	25 a 59 anos	35,34
	60 anos ou mais	67,04

Fonte: IBGE– Censos Demográficos (2010).

A taxa de analfabetismo em 2010, na V Região, foi de 29,6%. Entre os municípios da Região, Garanhuns apresentou a menor taxa (17,0%) e Itaíba a maior, com 40,7%. O quadro acima expõe altas taxas de analfabetismo que revelam a importância de olhar para as desigualdades sociais e as oportunidades de escolaridade nesses municípios (Quadro 13).

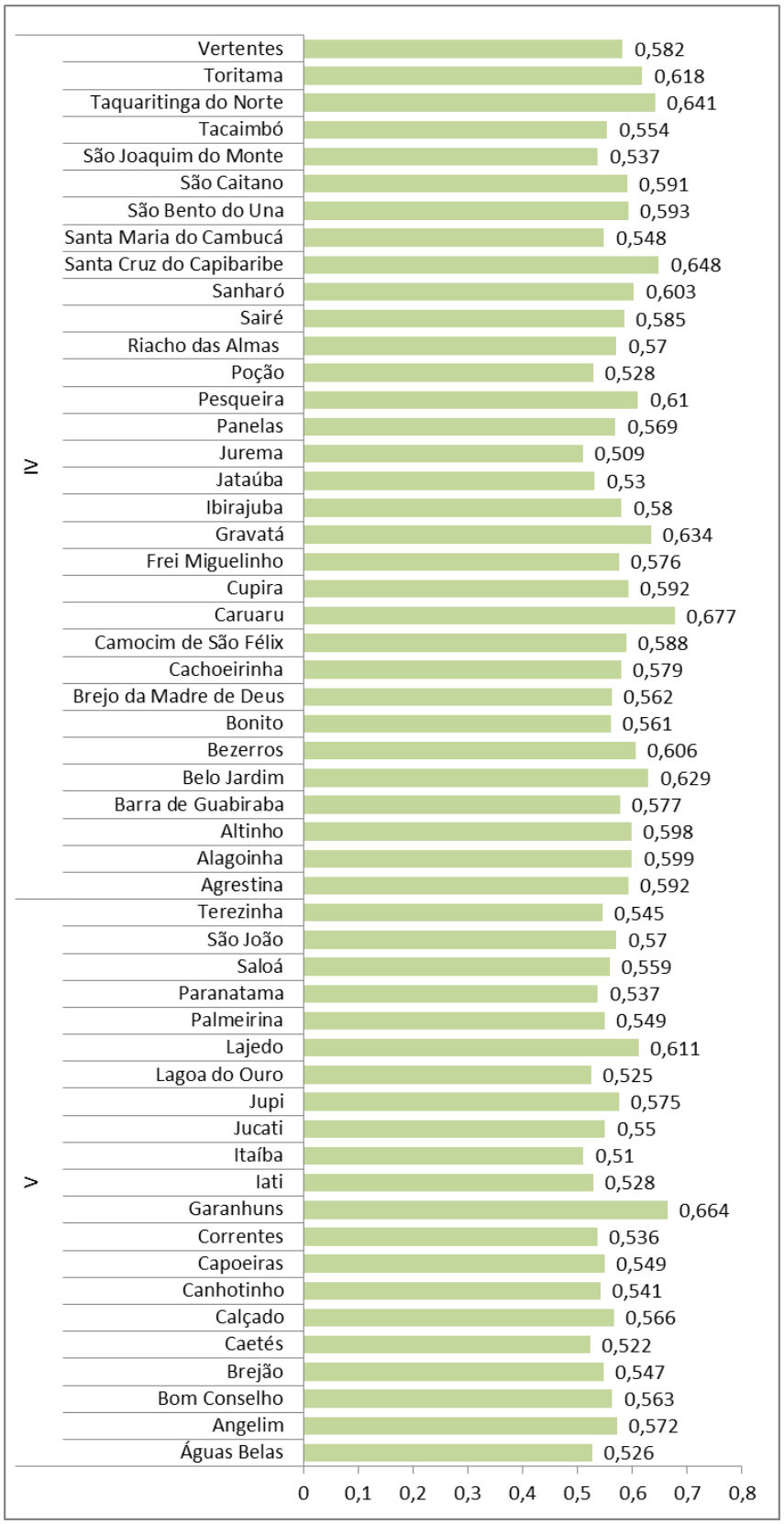
3.7 Índice de Desenvolvimento Humano

O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) é um dado estatístico utilizado para medir a riqueza dos países e analisar o desenvolvimento por meio de um cálculo que envolve renda, educação e saúde. Esse indicador mede as desigualdades. Utilizando-se de parâmetros que sinalizam taxas expressivas de avanços do estado de Pernambuco ao longo desses últimos anos. É representado por um número que varia entre 0 e 1 e é classificado em cinco categorias: muito baixo (de 0 e 0,499); baixo (0,500 a 0,599); médio (de 0,600 a 0,699); alto (de 0,700 a 0,799) e muito alto (acima de 0,800).

Em 2010, o Brasil apresentou IDH de 0,759 e Pernambuco, 0,673,

ocupando a 19ª posição entre as unidades federativas brasileiras, apresentando uma taxa de crescimento de 23,71% quando comparado com o ano 2000 (0,544). No Gráfico 7 é possível visualizar o IDH por município da II Macrorregião de Saúde, cuja média é de 0,57. Dos 53 municípios da macro, 42 apresentam o IDH (2010) baixo (IDH<0,500), correspondendo a 79,2%. Enquanto que os outros 11 municípios apresentam IDH considerados médios ou em desenvolvimento (IDH 0,500 e 0,799).

Gráfico 8. Índice de Desenvolvimento Humano Municipal da II Macrorregião de Saúde, Pernambuco, 2010.



Fonte: IBGE (2010)

3.8 Índice de Vulnerabilidade Social (IVS)

O Índice de Vulnerabilidade Social (IVS), construído a partir de indicadores do Atlas do Desenvolvimento Humano (ADH) no Brasil, procura dar destaque a diferentes situações indicativas de exclusão e vulnerabilidade social no território brasileiro, numa perspectiva que vai além da identificação da pobreza entendida apenas como insuficiência de recursos monetários (IPEA, 2015).

O IVS é um índice sintético que reúne indicadores do bloco de vulnerabilidade social do ADH, os quais, apresentados por meio de cartogramas e estruturados em diferentes dimensões, servem de suporte para a identificação de porções do território onde há a sobreposição daquelas situações indicativas de exclusão e vulnerabilidade social no território, de modo a orientar gestores públicos municipais, estaduais e federais para o desenho de políticas públicas mais sintonizadas com as carências e necessidades presentes nesses territórios (IPEA, 2015)

O IVS é um índice que varia entre 0 e 1. Quanto mais próximo a 1, maior é a vulnerabilidade social de um município.Para os municípios que apresentam IVS entre 0 e 0,200, considera-se que possuem muito baixa vulnerabilidade social. Valores entre 0,201 e 0,300 indicam baixa vulnerabilidade social. Aqueles que apresentam IVS entre 0,301 e 0,400 são de média vulnerabilidade social, ao passo que, entre 0,401 e 0,500 são considerados de alta vulnerabilidade social. Qualquer valor entre 0,501 e 1 indica que o município possui muito alta vulnerabilidade social (IPEA, 2015).

O IVS é o resultado da média aritmética dos subíndices: IVS Infraestrutura Urbana, IVS Capital Humano e IVS Renda e Trabalho, cada um deles entra no cálculo do IVS final com o mesmo peso.

Quadro 16 Índice de Vulnerabilidade Social dos municípios da II Macrorregional de Saúde do Estado de Pernambuco. IPEA, 2010.

Município	Índice de Vulnerabilidade Social
Agrestina	0.435
Águas Belas	0.589
Alagoinha	0.486
Altinho	0.476
Angelim	0.506
Barra de Guabiraba	0.492
Belo Jardim	0.366
Bezerros	0.434
Bom Conselho	0.558
Brejão	0.505
Cachoeirinha	0.423
Caetés	0.567
Calçado	0.487
Camocim de São Félix	0.415
Canhotinho	0.576
Capoeiras	0.527
Caruaru	0.310
Correntes	0.493
Cupira	0.438
Frei Miguelinho	0.492
Garanhuns	0.360
Gravatá	0.420
Iati	0.566
Ibirajuba	0.491
Itaíba	0.516
Jataúba	0.507
Jucati	0.472
Jupi	0.471
Jurema	0.566
Lagoa do Ouro	0.503
Lajedo	0.405
Palmeirina	0.488
Panelas	0.484
Paranatama	0.514

Município	Índice de Vulnerabilidade Social
Pesqueira	0.435
Poção	0.600
Riacho das Almas	0.485
Sairé	0.419
Saloá	0.466
Sanharó	0.469
Santa Cruz do Capibaribe	0.312
Santa Maria do Cambucá	0.491
São Bento do Una	0.485
São Caitano	0.446
São João	0.526
São Joaquim do Monte	0.500
Tacaimbó	0.461
Taquaritinga do Norte	0.385
Terezinha	0.485
Toritama	0.362
Vertentes	0.469

Fonte: Instituto de Pesquisa Econômica e Aplicada (IPEA), 2010.

Na II Macrorregional de saúde de Pernambuco tem 89% de seus municípios considerados de alta e muito alta vulnerabilidade social. A média nacional é de 0,328 - deixando o país num IVS Médio. Portanto, a macrorregião está bem abaixo da média nacional. Esse dado é de importante alerta para a necessidade de políticas públicas que equalizem as desigualdades sociais na região, principalmente na área de saúde.

Quadro 17. Índice de Desenvolvimento Humano Municipal dos municípios da II Macrorregional de Saúde do Estado de Pernambuco. IPEA, 2010.

Municípios	**2010**			
	IDHM	IDHM-L	IDHM-E	IDHM-R
Agrestina	0,592	0,760	0,470	0,581
Águas Belas	0,526	0,691	0,385	0,546

Alagoinha	0,599	0,801	0,472	0,569
Altinho	0,598	0,792	0,482	0,559
Angelim	0,572	0,751	0,448	0,555
Barra de Guabiraba	0,577	0,726	0,474	0,558
Belo Jardim	0,629	0,783	0,514	0,617
Bezerros	0,606	0,752	0,487	0,608
Bom Conselho	0,563	0,704	0,433	0,585
Bonito	0,561	0,754	0,420	0,559
Brejão	0,547	0,725	0,417	0,540
Brejo da Madre de Deus	0,562	0,734	0,417	0,581
Cachoeirinha	0,579	0,753	0,439	0,587
Caetés	0,522	0,732	0,392	0,497
Calçado	0,566	0,731	0,468	0,529
Camocim de São Félix	0,588	0,738	0,472	0,585
Canhotinho	0,541	0,725	0,403	0,543
Capoeiras	0,549	0,746	0,419	0,529
Caruaru	0,677	0,799	0,569	0,681
Correntes	0,536	0,726	0,385	0,551
Cupira	0,592	0,763	0,453	0,601
Frei Miguelinho	0,576	0,758	0,438	0,575
Garanhuns	0,664	0,795	0,556	0,662
Gravatá	0,634	0,794	0,510	0,630
Iati	0,528	0,768	0,369	0,518
Ibirajuba	0,580	0,753	0,476	0,545
Itaíba	0,510	0,688	0,364	0,531
Jataúba	0,530	0,712	0,381	0,549
Jucati	0,550	0,681	0,451	0,541
Jupi	0,575	0,698	0,487	0,560
Jurema	0,509	0,681	0,372	0,522
Lagoa do Ouro	0,525	0,733	0,369	0,536
Lajedo	0,611	0,758	0,503	0,599
Palmeirina	0,549	0,681	0,438	0,554
Panelas	0,569	0,778	0,433	0,546
Paranatama	0,537	0,703	0,418	0,528
Pesqueira	0,610	0,751	0,506	0,597

Poção	0,528	0,677	0,402	0,542
Riacho das Almas	0,570	0,757	0,418	0,586
Sairé	0,585	0,784	0,440	0,581
Saloá	0,559	0,744	0,421	0,559
Sanharó	0,603	0,758	0,514	0,564
Santa Cruz do Capibaribe	0,648	0,806	0,506	0,667
Santa Maria do Cambucá	0,548	0,735	0,393	0,571
São Bento do Una	0,593	0,789	0,446	0,593
São Caitano	0,591	0,756	0,469	0,583
São João	0,570	0,768	0,426	0,565
São Joaquim do Monte	0,537	0,741	0,381	0,549
Tacaimbó	0,554	0,748	0,423	0,536
Taquaritinga do Norte	0,641	0,796	0,520	0,636
Terezinha	0,545	0,711	0,425	0,536
Toritama	0,618	0,797	0,452	0,655
Vertentes	0,582	0,728	0,450	0,602

Fonte: Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento/Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicada/Fundação João Pinheiro.

3.9 Usina de energia renovável e seu impacto na saúde da população

Quadro 18. Municípios da II Macrorregião de Saúde de Pernambuco segundo tipo de energia renovável.

II Macrorregião	
Energia Eólica	Energia Solar
Caetés, Capoeiras, Gravatá, Poção, Paranatama e Águas Belas	Gravatá, São Caetano e Agrestina

Fonte: CCEE - Câmara de Comercialização de Energia Elétrica, 2024

Nas últimas décadas, várias práticas econômicas têm sido propostas em busca do desenvolvimento sustentável para superação dos efeitos negativos causados pelo crescimento econômico predatório. A produção de energia

eólica tem sido um dos grandes símbolos desse processo, principalmente porque se vale da narrativa de que é um tipo de *energia limpa.*

A energia eólica na IV Região de Saúde de Pernambuco chegou com a empresa dinamarquesa European Energy, que iniciou em fevereiro de 2021, a construção dos primeiros parques eólicos, com investimentos na ordem de R$ 510 milhões, entre eles o da cidade de Poção, localizada a 1.000 metros do nível do mar. O projeto eólico conta com o apoio do governo dinamarquês por meio do Investment Fund for Developing Countries (IFU), um fundo de investimento em países que estão em desenvolvimento, e pretende com a energia gerada pelos seus parques em Pernambuco, contribuir para a redução de mais de 500 mil toneladas de emissões de gases de efeito estufa.

O parque eólico de Poção, escolhido pela disponibilidade de recurso natural, entrou em funcionamento no segundo semestre de 2022, sendo composto por 16 torres com 120 metros de altura e pás que medem 73,7 metros de comprimento. O parque de Poção se soma ao conjunto dos parques eólicos sob gestão da empresa European Energy, que juntos terão capacidade para gerar um total de 94,5 megawatts (MW), volume equivalente ao consumo de 65 mil famílias.

Desde o início da obra, o projeto contribui para a economia do município, pois conta prioritariamente com a mão de obra local, mas, apesar dos aspectos positivos, a chegada dos parques eólicos nas pequenas cidades causam preocupação para as autoridades de saúde, que estão atentas a transtornos relatados por moradores, especialmente de áreas rurais, que sentem mudanças drásticas em sua rotina, em decorrência da presença das torres de aerogeradores no território onde vivem os pequenos agricultores.

Na V Região de Saúde, foi iniciado o processo de instalação das usinas eólicas a partir do ano de 2015 no complexo de Santa Brígida no município de Caetés. Atualmente os complexos estão inseridos nos municípios de Caetés, Capoeiras, Paranatama e Saloá com mais de 350 aerogeradores no território. O Agreste Meridional se destaca por estar situado em um local de

transição do agreste para o sertão. Nele, encontra-se o brejo de altitude, no município de Garanhuns, que favorece o clima úmido e a coexistência da Mata Atlântica e caatinga em consequência da elevada altitude de cerca de 896 metros. Além disso, também é conhecido como uma região com ventos regulares ao longo do ano, possibilitando a produção de energia por meio de aerogeradores (Instituto Brasilis, 2004).

Apesar do potencial de complementar demanda energética do país, observa-se que a instalação realizada próximo às áreas de habitação gera um processo de adoecimento humano e ambiental como também modificação na cultura de produção de alimentos e criação dos animais resultando em processo de desterritorialização da região. Outros impactos negativos visualizados estão sobre a vegetação (desmatamento, ventos com maior intensidade produzidos pelas pás), animais (alteração das rotas de pássaros e polinizadores, estresse de aves, bovinos e suínos). Tais fenômenos estão conhecidos como Síndrome da Turbina eólica é consequência da doença Vibroacústica.(De Almeira, 2019;Farias *et al,* 2021)

Mostra-se necessário, portanto, acompanhar estas comunidades para identificar precocemente a possível existência de efeitos na saúde e no meio ambiente, para propor oportunamente intervenções na área da saúde pública.

3.10 Infraestrutura básica da II Macrorregião

Quadro 19. Proporção de domicílios particulares permanentes, por tipo de saneamento

Macrorregião de Saúde	1991			2000			2010		
	Adequado (%)	**Semi-adequado (%)**	**Inadequado (%)**	**Adequado (%)**	**Semi-adequado (%)**	**Inadequado (%)**	**Adequado (%)**	**Semi-adequado (%)**	**Inadequado (%)**
II	5,9	36,3	59,7	29,6	30,3	40,6	42,9	30,8	26,1

Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, Indicadores Sociais Municipais.

Quadro 20. Percentual de domicílios particulares permanentes por forma de abastecimento de água, segundo a situação do domicílio.

Região de Saúde	2000			
	Total	**Rede geral / Rede geral canalizada em pelo menos um cômodo / rede geral canalizada só na propriedade ou terreno**	**Poço ou nascente na propriedade / Poço ou nascente canalizada em pelo menos um cômodo / Poço ou nascente na propriedade, canalizada só na propriedade ou terreno**	**Outra forma / outra forma canalizada só na propriedade ou terreno / Outra forma não canalizada**
IV	403153	246744	46210	110199
	%	61,2	11,5	27,3
V	386648	237521	45094	104033
	%	61,4	11,7	26,9
Total II Macro	789801	484265	91304	214232
	%	61,3	11,6	27,1

Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas, Censo Demográfico 2000 - Resultados do Universo.

O Programa Nacional de Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano (VIGIAGUA) consiste no conjunto de ações adotadas continuamente pelas autoridades de saúde pública para garantir à população o acesso à água com qualidade compatível com os padrões de potabilidade estabelecidos na Portaria GM/MS N.º 888 de 4 de Maio de 2021.

Em relação ao cumprimento da Diretriz Nacional do Plano de Amostragem, no decorrer do ano de 2023, a IV Gerência Regional de Saúde (IV GERES) realizou 4.743 (95,93%) análises microbiológicas através do método presença/ ausência de coliformes totais/ *Escherichia coli*, 4.265

(86,27%) análises de turbidez e 4.485 (90,72%) análises de cloro residual livre, de 4.944 (100,00%) análises previstas nos três parâmetros básicos (Tabela 1).

Durante o ano de 2023, a V Gerência Regional de Saúde (V GERES) realizou análises microbiológicas, de turbidez e de cloro residual livre em conformidade com a Diretriz Nacional do Plano de Amostragem. Das 2.832 análises previstas nos três parâmetros básicos. Foram realizadas 2.243 análises de cloro residual livre, alcançando uma taxa de cumprimento de 79,20, 2.292 análises de turbidez, atingindo uma taxa de cumprimento de 80,93, e 2.255 análises microbiológicas através do método PRESENÇA E AUSÊNCIA – APHA- American Public Health Association:Standard Methods for the Examination of Water and Wastewater, de coliformes totais/ *Escherichia coli*, representando uma taxa de cumprimento de 79,63.

Quadro 21. Cumprimento da Diretriz Nacional do Plano de Amostragem 2023.

Municípios	Nº Amostras Previstas 2023	Coliformes totais/E.coli		Turbidez		Cloro Residual Livre	
		Nº Amostras Analisadas	%	Nº Amostras Analisadas	%	Nº Amostras Analisadas	%
IV GERES	**4.944**	**4.743**	**95,93**	**4.265**	**86,27**	**4.485**	**90,72**
Agrestina	132	149	112,88	149	112,88	149	112,88
Alagoinha	120	120	100,00	140	116,67	140	116,67
Altinho	132	134	101,52	153	115,91	153	115,91
Barra de Guabiraba	120	115	95,83	125	104,17	125	104,17
Belo Jardim	216	205	94,91	205	94,91	205	94,91
Bezerros	192	195	101,56	195	101,56	195	101,56
Bonito	156	164	105,13	157	100,64	180	115,38
Brejo da Madre de Deus	168	180	107,14	180	107,14	165	98,21
Cachoeirinha	132	126	95,45	0	0,00	126	95,45
Camocim de São Félix	120	132	110,00	131	109,17	118	98,33
Caruaru	468	484	103,42	532	113,68	529	113,03
Cupira	132	133	100,76	11	8,33	11	8,33
Frei Miguelinho	120	120	100,00	0	0,00	0	0,00

Municípios	Nº Amostras Previstas 2023	Coliformes totais/E.coli		Turbidez		Cloro Residual Livre	
		Nº Amostras Analisadas	%	Nº Amostras Analisadas	%	Nº Amostras Analisadas	%
Gravatá	228	234	102,63	238	104,39	224	98,25
Ibirajuba	108	108	100,00	0	0,00	0	0,00
Jataúba	120	99	82,50	99	82,50	99	82,50
Jurema	120	126	105,00	126	105,00	126	105,00
Panelas	132	151	114,39	151	114,39	151	114,39
Pesqueira	192	201	104,69	204	106,25	204	106,25
Poção	108	109	100,93	109	100,93	109	100,93
Riacho das Almas	132	133	100,76	133	100,76	133	100,76
Sairé	108	120	111,11	9	8,33	119	110,19
Sanharó	120	140	116,67	140	116,67	140	116,67
Santa Cruz do Capibaribe	240	60	25,00	104	43,33	104	43,33
Santa Maria do Cambucá	120	120	100,00	120	100,00	120	100,00
São Bento do Una	180	189	105,00	182	101,11	188	104,44
São Caitano	156	156	100,00	186	119,23	186	119,23
São Joaquim do Monte	132	155	117,42	157	118,94	157	118,94
Tacaimbó	120	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Taquaritinga do Norte	132	74	56,06	23	17,42	23	17,42
Toritama	156	167	107,05	167	107,05	167	107,05
Vertentes	132	144	109,09	139	105,30	139	105,30
V GERES	**2832**	**2.255**	**79,63**	**2.292**	80,93	**2.243**	**79,2**
Águas Belas	168	113	67,26	140	83,33	138	82,14
Angelim	108	111	102,78	112	103,70	111	102,78
Bom Conselho	168	144	85,71	163	97,02	145	86,31
Brejão	108	104	96,3	104	96,30	104	96,3
Caetés	144	121	84,03	120	83,33	121	84,03
Calçado	108	98	90,74	98	90,74	95	87,96
Canhotinho	132	100	75,76	106	80,30	106	80,3
Capoeiras	120	129	107,5	129	107,50	124	103,33
Correntes	120	2	1,67	-	0,00	-	
Garanhuns	288	256	88,89	245	85,07	252	87,5

Municípios	Nº Amostras Previstas 2023	Coliformes totais/E.coli		Turbidez		Cloro Residual Livre	
		Nº Amostras Analisadas	%	Nº Amostras Analisadas	%	Nº Amostras Analisadas	%
Iati	120	120	100	120	100,00	119	99,17
Itaiba	144	144	88,19	144	100,00	114	79,17
Jucati	120	102	85	104	86,67	107	89,17
Jupi	120	115	95,83	115	95,83	114	95
Lagoa do Ouro	120	110	91,67	110	91,67	110	91,67
Lajedo	156	143	91,67	143	91,67	143	91,67
Palmeirina	108	11	10,19	11	10,19	11	10,19
Paranatama	120	18	15	18	15,00	1	0,83
Saloa	120	110	91,67	111	92,50	108	90
São João	132	121	91,67	121	91,67	121	91,67
Terezinha	108	100	100	100	92,59	99	91,67

Fonte: SISAGUA

Quanto à qualidade da água para consumo humano na IV Região de Saúde, das 4.743 análises microbiológicas realizadas, 1.010 (21,29%) apresentaram presença de coliformes totais/ *Escherichia coli*. Em relação às análises físico-químicas realizadas, das 4.265 análises de turbidez, apresentaram 317 (7,43%) análises insatisfatórias. E das 4.485 análises de cloro residual livre, apresentaram 468 (10,43%) análises insatisfatórias (Tabela 2).

Enquanto que na V Região de Saúde, das 2.125 análises de cloro residual livre, 9 delas, correspondendo a 0,42, foram classificadas como insatisfatórias. Em relação às análises físico-químicas realizadas, das 2.125 análises de turbidez, 74 delas, equivalente a 3,48, foram consideradas insatisfatórias. No que diz respeito à qualidade da água para consumo humano, das 2.125 análises microbiológicas conduzidas, 640 delas, representando 30,11, revelaram a presença de coliformes totais/*Escherichia coli.*

Quadro 22. Informações da qualidade da água para consumo humano.

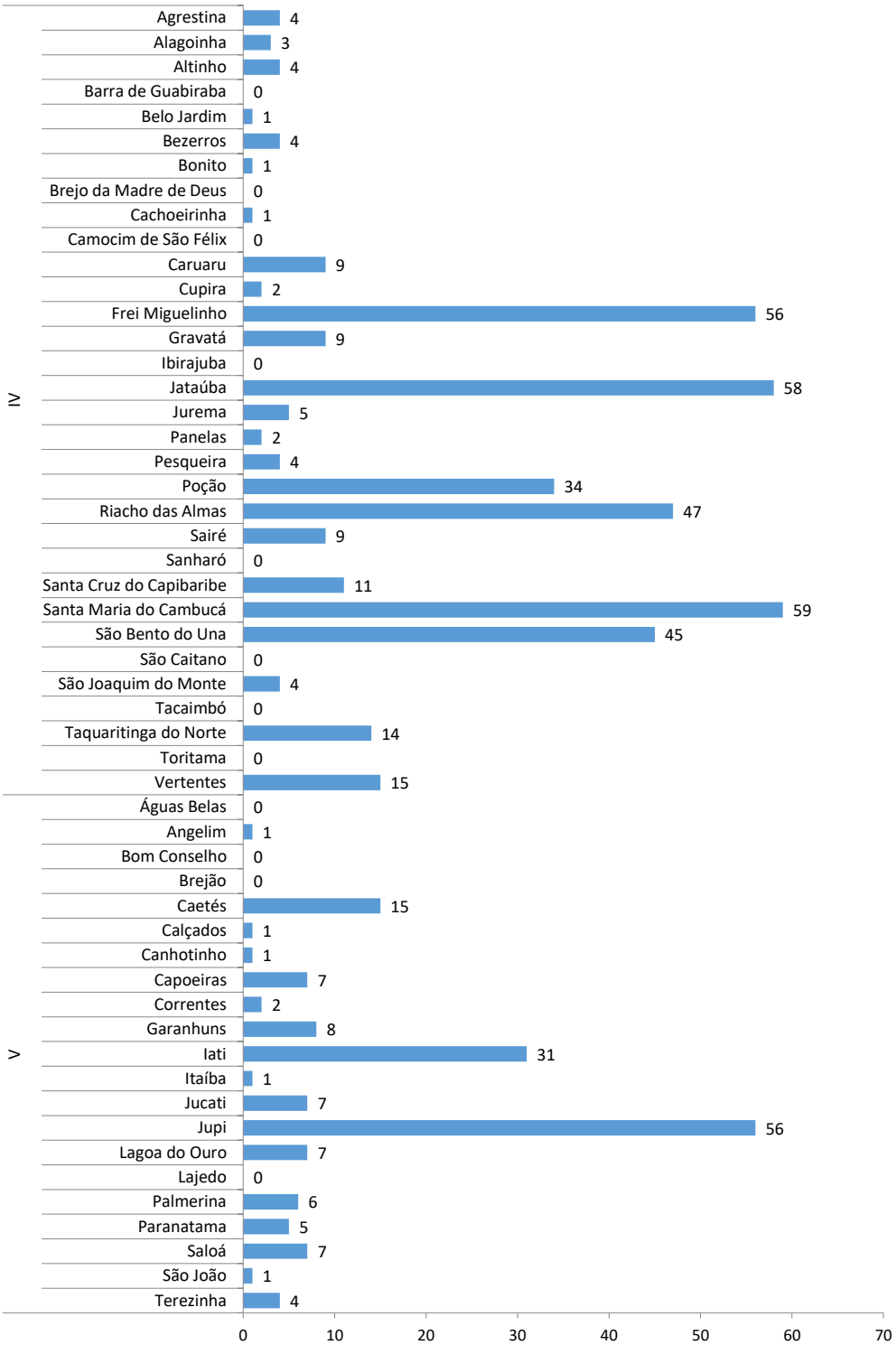
Municípios	Coliformes totais/E.coli			Turbidez			Cloro Residual Livre		
	Nº Amostras Realizadas 2023	Nº Amostras Fora do Padrão	% Fora do Padrão	Nº Amostras Realizadas 2023	Nº Amostras Fora do Padrão (>5,0 uT)	% Fora do Padrão	Nº Amostras Realizadas 2023	Nº Amostras Fora do Padrão (com CRL <0,2mg/L ou >5,0mg/L)	% Fora do padrão
IV GERES	**4.743**	**1.010**	**21,29**	**4.265**	**317**	**7,43**	**4.485**	**468**	**10,43**
Agrestina	149	27	18,12	149	0	0,00	149	22	14,76
Alagoinha	120	28	23,23	140	0	0,00	140	5	3,57
Altinho	134	11	8,20	153	23	15,03	153	10	6,53
Barra de Guabiraba	115	0	0,00	125	0	0,00	125	0	0,00
Belo Jardim	205	4	1,95	205	0	0,00	205	12	5,85
Bezerros	195	43	22,05	195	2	1,02	195	16	8,20
Bonito	164	2	1,21	157	1	0,63	180	1	0,55
Brejo da Madre de Deus	180	0	0,00	180	0	0,00	165	0	0,00
Cachoeirinha	126	4	3,17	0	0	0,00	126	0	0,00
Camocim de São Félix	132	15	11,36	131	85	64,88	118	31	26,27
Caruaru	484	40	8,26	532	126	23,68	529	76	14,36
Cupira	133	3	2,25	11	1	9,09	11	1	9,09
Frei Miguelinho	120	102	85,00	0	0	0,00	0	0	0,00
Gravatá	234	22	9,40	238	30	12,60	224	35	15,62
Ibirajuba	108	3	2,77	0	0	0,00	0	0	0,00
Jataúba	99	95	95,95	99	0	0,00	99	0	0,00
Jurema	126	7	5,55	126	8	6,34	126	0	0,00
Panelas	151	9	5,96	151	9	5,96	151	9	5,96
Pesqueira	201	57	28,35	204	1	0,75	204	18	8,82
Poção	109	80	73,39	109	2	1,83	109	78	71,55
Riacho das Almas	133	68	51,12	133	1	0,75	133	58	43,60
Sairé	120	29	24,16	9	6	66,66	119	0	0,00
Sanharó	140	7	5,00	140	0	0,00	140	1	0,96
Santa Cruz do Capibaribe	60	23	38,33	104	0	0,00	104	0	0,00
Santa Maria do Cambucá	120	95	79,16	120	0	0,00	120	9	7,50
São Bento do Una	189	116	61,37	182	4	2,19	188	72	38,29
São Caitano	156	0	0,00	186	0	0,00	186	0	0,00
São Joaquim do Monte	155	24	15,48	157	0	0,00	157	0	0,00
Tacaimbó	0	0	0,00	0	0	0,00	0	0	0,00
Taquaritinga do Norte	74	71	95,94	23	0	0,00	23	1	4,34
Toritama	167	6	3,59	167	0	0,00	167	0	0,00
Vertentes	144	19	13,19	139	0	0,00	139	13	9,35
V GERES	**2.125**	**640**	**30,11**	**2.125**	**74**	**3,48**	**2.125**	**9**	**0,42**
Águas Belas	112	4	3,57	112	0	0,00	112	0	0,00

Municípios	Coliformes totais/E.coli			Turbidez			Cloro Residual Livre		
	Nº Amostras Realizadas 2023	Nº Amostras Fora do Padrão	% Fora do Padrão	Nº Amostras Realizadas 2023	Nº Amostras Fora do Padrão (>5,0 uT)	% Fora do Padrão	Nº Amostras Realizadas 2023	Nº Amostras Fora do Padrão (com CRL <0,2mg/L ou >5,0mg/L)	% Fora do padrão
Angelim	99	12	12,12	99	2	2,02	99	0	0,00
Bom Conselho	124	4	3,22	124	0	0,00	124	0	0,00
Brejão	84	13	14,47	84	1	1,19	84	0	0,00
Caetés	91	85	93,45	91	1	1,09	91	0	0,00
Calçado	95	16	16,84	95	0	0,00	95	0	0,00
Canhotinho	110	5	4,54	110	0	0,00	110	0	0,00
Capoeiras	121	27	22,31	121	0	0,00	121	0	0,00
Correntes	40	9	2,25	40	0	0,00	40	0	0,00
Garanhuns	258	37	10,46	258	0	0,00	258	0	0,00
Iati	81	85	104	81	14	17,28	81	0	0,00
Itaiba	140	7	5	140	0	0,00	140	0	0,00
Jucati	81	58	71,60	81	0	0,00	81	0	0,00
Jupi	105	133	126,66	105	0	0,00	105	0	0,00
Lagoa do Ouro	100	21	21	100	0	0,00	100	0	0,00
Lajedo	115	25	21,73	115	32	27,82	115	0	0,00
Palmeirina	24	18	75	24	12	50	24	1	4,1
Paranatama	77	29	37,66	77	0	0,00	77	1	0,77
Saloa	65	31	47,69	65	3	4,61	65	7	1,12
São João	112	14	12,5	112	0	0,00	112	0	0,00
Terezinha	91	7	7,6	91	9	9,89	91	0	0,00

Fonte: SISAGUA

Conforme o Gráfico 1, em 2023, houve 401 (8,45%) na IV Região de Saúde e 160 (25%) na V Região de saúde consideradas como amostras insatisfatórias devido à presença de *Escherichia coli*, configurando um resultado insatisfatório para o consumo humano, de acordo com a Portaria GM/MS N.º888/2021.

Gráfico 9 – Presença de *Escherichia coli* na água para consumo humano



Fonte: SISAGUA.

Quadro 23. Percentual de propriedades de acordo com o destino do lixo.

Região de Saúde	2010								
	Total	**Coletado**	**Coletado por serviço de limpeza**	**Coletado em caçamba de serviço de limpeza**	**Queimado (na propriedade)**	**Enterrado (na propriedade)**	**Jogado em terreno baldio ou logradouro**	**Jogado em rio, lago ou mar**	**Outro destino**
IV	534929	417389	379845	37544	90990	2204	22059	542	1745
	%	78	71	7	17	0,4	4,1	0,1	0,3
V	491762	382910	352658	30252	84227	2055	20493	510	1567
	%	77,9	71,7	6,2	17,1	0,4	4,2	0,1	0,3
Total II Macro	1026691	800299	732503	67796	175217	4259	42552	1052	3312
	%	77,9	71,3	6,6	17,1	0,4	4,1	0,1	0,3

Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, Censos Demográficos - Resultados do Universo.

3.11 Aspectos culturais da II Macrorregião

Os elementos culturais fazem parte dos componentes que compõem um determinado grupo social, e possuem características regionais, que definem as formas de expressão, valores, crenças e tradições de um povo.

Esses elementos podem ser definidos em categorias, como música, artes, dança, religião, festas populares que irão refletir na identidade cultural da população.

Pernambuco possui diversas culturas diversificadas, e que foram influenciadas por outros países. Movimentos como o samba, samba de roda, frevo, coco, capoeira, carnaval fazem parte dos diversos símbolos culturais

do estado.

A II Macrorregião possui diversos atrativos no campo das artes, como o Alto do Mouro, no município de Caruaru, conhecido como o maior centro de artes figurativas das Américas, sendo berço do principal artesão do município , Mestre Vitalino. Em Fazenda Nova, no distrito de Brejo da Madre de Deus, encontra-se o maior teatro ao ar livre do mundo, onde ocorrem as encenações da Paixão de Cristo. Na cidade de Garanhuns, há também o Cristo do Magano, considerado a imagem cristã de maior altitude do país, considerando o nível do mar. As festas carnavalescas nos municípios de Bezerros e Pesqueira, retratam a tradição centenária dos papangus e dos caiporas, respectivamente. As festas juninas do interior reúne milhares de pessoas todos os anos, composta por festas tradicionais de forró, bacamarteiros e outras manifestações culturais, além do São João de Caruaru, que além das atrações musicais, artísticas e comidas gigantes.

Durante o inverno as festividades continuam, com os festivais de inverno de Gravatá e Garanhuns, este último considerado como o maior festival multicultural da América Latina, reunindo diversos gêneros musicais. Ainda no município de Garanhuns, são realizados o Festival do Jazz de Garanhuns e o Viva Dominguinhos, contando com diversos nomes da Música Popular Brasileira e apresentações de sanfona, em homenagem a Dominguinhos, nascido e sepultado em Garanhuns.

No campo do esporte, o município de Garanhuns tem a segunda maior importância esportiva do agreste, contando com algumas associações esportivas, e o estado conhecido como Gigante do Agreste, maior campo esportivo do município, ficando atrás apenas para a cidade de Caruaru, que possui o estádio Luiz José de Lacerda, conhecido como Lacerdão e o ginásio do SESC. Todos os anos, ocorre a Copa TV Asa Branca, realizada que envolve alguns municípios da II Macrorregião como Bezerros, Santa Cruz do Capibaribe, Belo Jardim, Caruaru e Lajedo.

Considerando os movimentos culturais e esportivos da II Macrorregião, é importante analisar o impacto do fluxo da população flutuante, durante a realização dos eventos artísticos no território, que movimentam a economia, a geração de empregos, registro de alta ocupação na rede

hoteleira, movimentação das atividades turísticas dos municípios da II Macrorregião, e assim traçar estratégias para qualificar o acesso ao serviço de saúde.

4. Indicadores de Saúde

Os indicadores de saúde são frequências relativas compostas por um numerador e um denominador que fornecem informações relevantes sobre determinados atributos e dimensões relacionados às condições de vida da população e ao desempenho do sistema de saúde (MEDRONHO, 2005).

4.1 Indicadores de Nascimentos

4.1.1 Taxa de fecundidade total (TFT)

Segundo dados do Plano Nacional de Saúde (2024-2027), o país sempre teve uma estrutura etária prioritariamente composta por jovens e baixa proporção de pessoas idosas, durante meados da década de 60, a taxa de fecundidade estava em níveis mais altos, isto é, o número de filhos por mulheres era superior a seis filho. Contudo, observa-se que nas décadas seguintes foram registradas acentuadas reduções no número de filhos por mulher, algo comum na maioria dos países. Atualmente, no Brasil, no ano 2000, a TFT foi de 2,4 filhos por mulher, sendo reduzida ainda mais em 2022, com taxa de 1,75 filhos por mulher (Brasil, 2024).

O Norte brasileiro é a região com maior média de filhos por mulher, aproximadamente, (2,51 filhos por mulher), as regiões Nordeste (2,04 filhos por mulher) Centro-Oeste (1,92 filhos por mulher) e Sul (1,92), são as regiões com médias mais próximas, por outro lado, a região Sudeste possui a menor taxa de fecundidade registrada no país (1,75 filho por mulher). No contexto do estado de Pernambuco, a TFT foi de 1,59 filhos por mulher em 2021.

A II Macrorregião (Quadro 20), apresenta taxas específicas de fecundidade por faixa etária, é possível observar que a média de filhos por mulher, se concentra principalmente na faixa etária de 25 a 29 anos de idade,

seguida da faixa etária de 30 a 34 anos. Contudo, cabe salientar que há um predomínio nas mulheres com idade inferior a 19 anos (Taxa específica de 0,00241), para a faixa etária de 10-14 anos e (Taxa específica de 0,04973) para a faixa etária de 15 a 19 anos, que fazem parte do grupo considerado adolescentes pelo ECA (12 a 18 anos).

Além disso, é importante ressaltar que tratando-se do indicador de fecundidade total, as (taxas inferiores a 2,1), indicam fecundidade insuficiente para assegurar a reposição populacional. Este evento é explicado por pesquisadores da área, que justificam a mudança no comportamento com o decréscimo das taxas de fecundidade: urbanização crescente, redução da mortalidade infantil, melhoria do nível educacional, ampliação do uso de métodos contraceptivos, maior participação da mulher na força de trabalho e instabilidade no emprego. Tendo em vista a acentuada queda na fecundidade (IBGE, 2009).

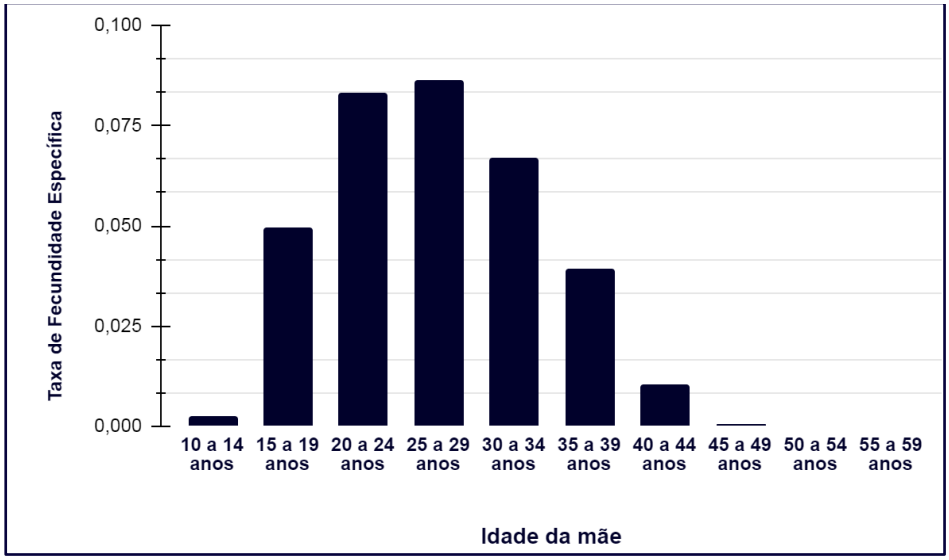
Quadro 24. Taxa de Fecundidade Específica e Total, segundo grupo de idade da mãe, II Macrorregião de Saúde de Pernambuco, 2022

Idade (anos)	Nascidos vivos	Sexo feminino	Taxa Específica de Fecundidade
10 a 14 anos	166	68989	0,00241
15 a 19 anos	3617	72729	0,04973
20 a 24 anos	6370	76573	0,08319
25 a 29 anos	6500	75113	0,08654
30 a 34 anos	5075	75760	0,06699
35 a 39 anos	3037	77034	0,03942
40 a 44 anos	756	71988	0,01050
45 a 49 anos	40	63222	0,00063

50 a 54 anos	2	55875	0,00004
55 a 59 anos	2	50732	0,00004
TOTAL	25565	688015	0,03716
Taxa de Fecundidade Total= 0,37664* 5 1,88 filhos por mulher			

Fonte: Banco de Dados do Estado (BDE), Sistema de Informação de Nascidos Vivos (2024).

Gráfico 10. Taxa de Fecundidade Específica e Total, segundo faixa etária da mãe, II Macrorregião de Saúde de Pernambuco, 2022



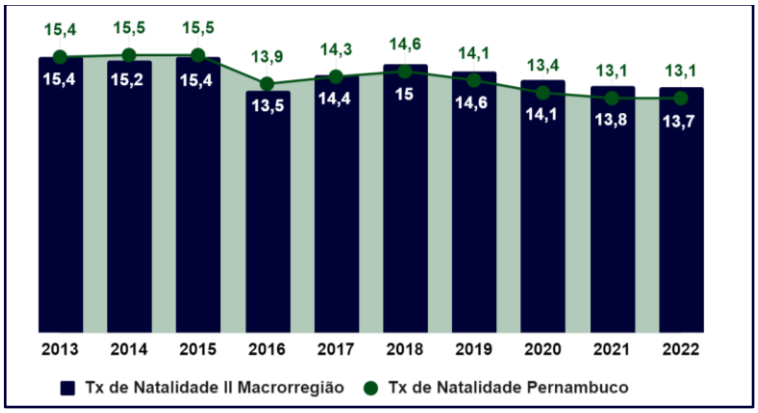
A taxa bruta de natalidade (TBN) mede a importância relativa dos nascimentos (por mil habitantes) em relação à população que se está estudando, em determinado período. Expressa a intensidade da ocorrência anual de nascidos vivos em determinada população, dependente de fatores biológicos (como sexo e idade) e ambientais.

Observa-se que na II Macrorregião a TBN, apresenta tendência de redução principalmente entre os anos de 2021 (13,8) e 2022 (13,7). Observa-se o mesmo padrão no estado de Pernambuco, com redução de 2013 em que a taxa foi de (15,4), para 2022 com queda de (13,1). É importante ressaltar que em 2016, ambas as taxas (Pernambuco e II Macrorregião) tiveram quedas acentuadas, (TBN= 13,9 e 13,5 por mil nascidos vivos, respectivamente). Este

evento foi observado em todo o país, segundo o IBGE, a queda registrada atingiu todas as regiões do país. Em comparação ao ano anterior (2015), a queda foi de -5,1% dos nascimentos, ressalta-se que desde 2010, esta queda foi a mais expressiva.

Cabe salientar, que nos anos de 2015 e 2016, o Brasil foi atingido por uma epidemia de arboviroses, com a introdução do Zika Vírus, somado ao anterior registro de casos de Febre Chikungunya e Dengue. Podendo este fenômeno está associado com os quadros de infecção e o desenvolvimento das síndromes congênitas no bebê, por isso, muitas mães optaram por interromper os planos de gestação durante este período.

Gráfico 11. Taxa bruta de natalidade (por 1.000 nascidos vivos), II Macrorregional de Saúde e estado de Pernambuco por local de residência da mãe, 2013-2022.



Quadro 25. Razão de dependência, II Macrorregional de Saúde, 2013-2022.

Ano	%
2013	60,95%
2014	59,85%
2015	58,97%

2016	58,09%
2017	57,41%
2018	56,93%
2019	56,54%
2020	56,24%
2021	56,08%
2022	66,31%

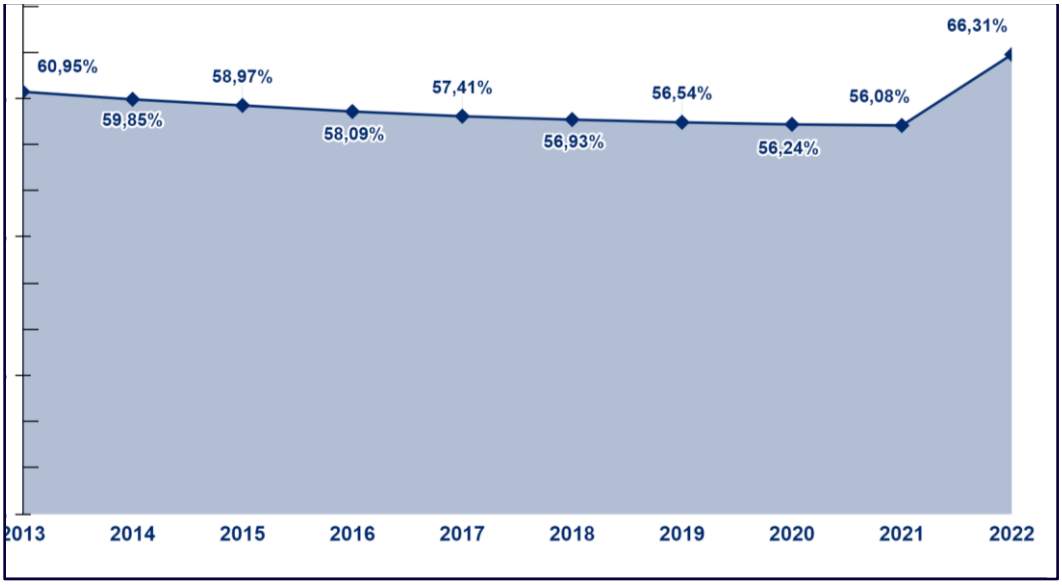
Fonte: BDE, 2024

O indicador de razão de dependência, mede: “a participação relativa do contingente populacional potencialmente inativo, que deveria ser sustentado pela parcela da população potencialmente produtiva” (BRASIL, 2024). Observa-se na figura um gradativo declínio da razão de dependência de 2013 (60,95%), caiu nos anos seguintes para: 2014 (59,85%); 2015 (58,97%); 2016 (58,09); 2017 (57,41%); 2018 (56,93%); 2019 (56,54%); 2020 (56,24%); 2021 (56,08%) e um aumento em 2022 (66,31%), com o maior percentual nos últimos dez anos.

Percebe-se que este indicador também sofre variações de acordo com as taxas de fecundidade e natalidade (impacto no grupo jovem da população), que está sendo reduzido ao longo do tempo, como descrito anteriormente. Isto implica dizer, que o contingente de idosos aumenta sua participação na população, devido a longevidade destacada por (autor), e consequentemente supera a quantidade de pessoas economicamente ativas.

Essa variação ocorre devido à mudanças no cenário econômico, social e cultural, evidenciado que a mulher tem desenvolvido um papel ativo na sociedade nos últimos anos, comparando os dados à décadas atrás, o que demonstra a necessidade de análise do perfil demográfico da II Macrorregião, com objetivo de otimizar estratégias de qualificação da saúde da população.

Gráfico 12. Figura Razão de dependência, II Macrorregião de Saúde, 2013-2022.



Fonte: BDE, 2024

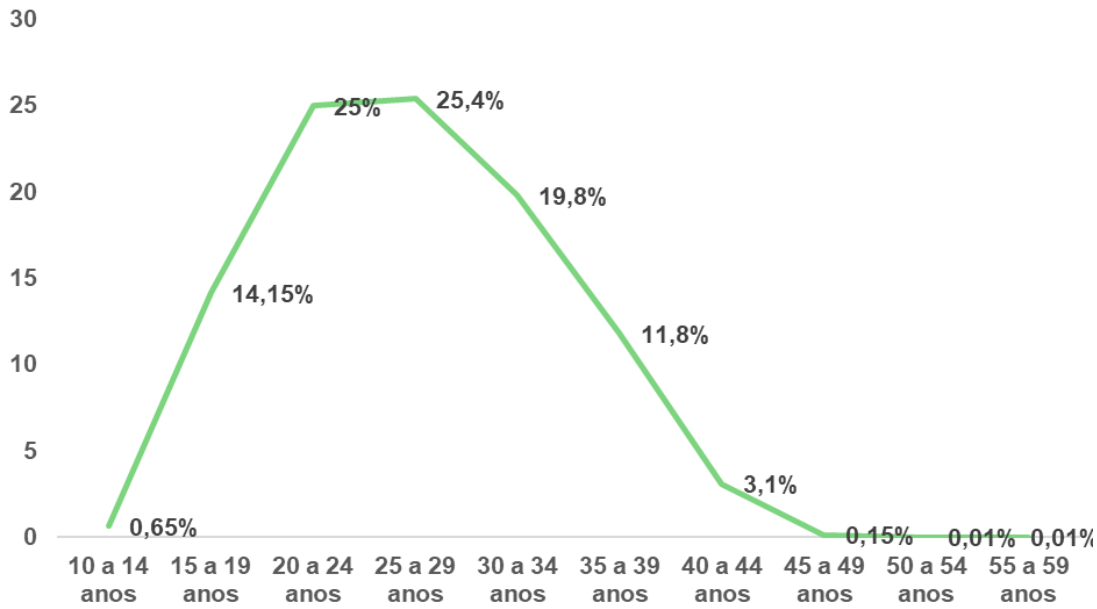
O Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC) implantado em 1990, pelo Ministério da Saúde, teve como objetivo disponibilizar informações demográficas e epidemiológicas sobre o recém-nascido, parturiente, pré-natal e o parto. O banco de dados do sistema, dispõe de informações coletadas pela Declaração de Nascido Vivo (DNV). Tornando-se fundamental o preenchimento correto do documento pelo profissional de saúde, tendo em vista que a DNV, é a base de alimentação do registro civil (BARRETO et.al, 2020).

Observa-se na figura a seguir que a maior proporção de NV segundo a idade da parturiente, foi na faixa etária de 25 a 29 (25,40%), seguido da faixa etária de 20 a 24 anos (25%), a faixa etária de 30 a 34 anos e 35 a 39 anos tiveram o percentual de 19,80% e 11,80%, respectivamente. Isso demonstra sintonia com outros estudos relacionados com a idade da primeira gestação em mulheres no Brasil que é de 15 a 29 anos. Para os autores as mudanças ocorridas na taxa de fecundidade, assim como as diferenças socioeconômicas e culturais, têm influenciado no período escolhido para ter o primeiro filho, sendo recomendado a adoção desses indicadores para o

planejamento, monitoramento e avaliação de políticas de atenção à saúde da mulher no Brasil (FERNANDES; SANTOS; BARBOSA, 2019).

Cabe ressaltar que o mesmo estudo, encontrou resultados heterogêneos nas regionais do país. Isto é, na região Norte, existe uma alta proporção de mães adolescentes (10-14 anos), regiões mais vulneráveis, tendem a ter maior proporção de gestações em faixas etárias mais precoces. Por outro lado, observou-se que nas regiões mais desenvolvidas, a faixa etária predominante foi de 20-29 anos de idade, algo parecido com os resultados encontrados na II Macrorregião de Saúde de Pernambuco, no ano de 2022 (Gráfico 13).

Gráfico 13. Proporção de Nascidos Vivos, segundo a idade da parturiente, II Macrorregional de Saúde, 2022.



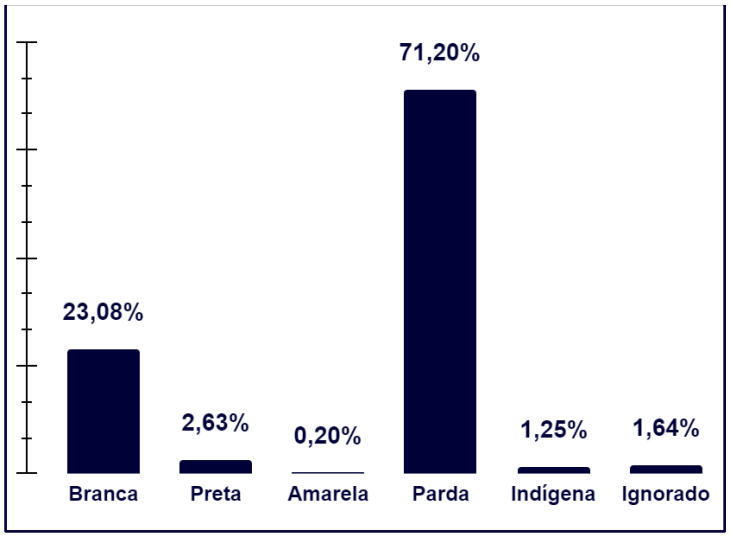
Fonte: Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC), 2024.

Estudos recentes têm investigado o perfil de mulheres brasileiras segundo critérios sociodemográficos para identificar associação com os indicadores de cuidado e consultas de pré -natal, a fim de encontrar evidências sobre a influência deste perfil com o número de consultas de pré -natal. Lessa et.al. (2022), encontraram uma associação estatisticamente negativa entre a cor da pele e o início oportuno do pré- natal (12 semanas ou

menos), além disso, estas diferenças são percebidas no número de consultas realizadas, na testagem, exame das mamas, dentre outros.

Os resultados indicam que mulheres negras têm 35% de chance menores de iniciar o pré -natal quando comparadas às mulheres brancas (OR = 0,65; IC95%: 0,49-0,87. Rho = 0,08). Cabe salientar que a maioria das mulheres que estiveram gestantes em 2022 (Gráfico 13), se autodeclararam pardas (71,20%), seguidas de mulheres brancas (23,08%). Cerca de 2% dos registros vieram com este critério em branco ou ignorado.

Gráfico 14. Proporção de Nascidos Vivos, segundo raça/cor da parturientes residentes da II Macrorregional de Saúde, 2022



Fonte: Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC), 2024.

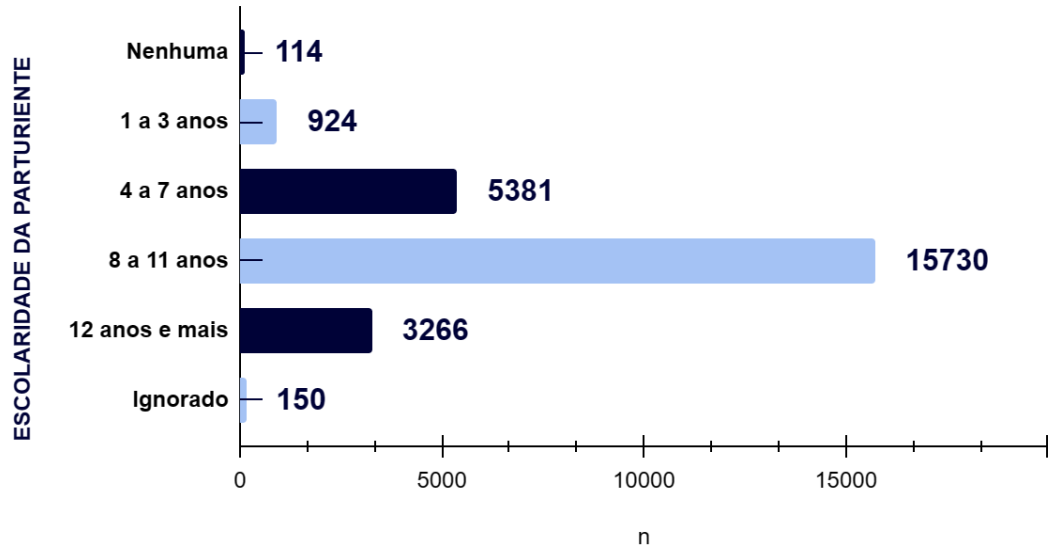
O gráfico 14 apresenta o número de NV segundo o grau de instrução da parturiente, observa-se que a maioria tem entre 8 a 11 anos de estudo (N= 15730, cerca de 62%), os demais anos de estudo com maiores resultados, foram: 4 a 7 anos (n= 5.381, cerca de 22%) e 12 anos ou mais (n= 3.266 cerca de 12,7%). Observa-se que 114 mulheres declararam não ter nenhum estudo, e as mulheres com 1 a 3 anos correspondem ao (n= 924 cerca de 3,6%).

O número de resultados ignorados foi de 150 mulheres, com percentual de 0,60%. É de conhecimento comum, que a escolaridade tem fator determinante em muitos aspectos relacionados aos cuidados em saúde, seja na esfera individual ou coletiva. Portanto, quando se trata da escolaridade da parturiente espera-se, segundo a literatura, que as mulheres com mais anos

de estudos, percebam a importância e o impacto positivo da realização do pré-natal ainda nos primeiros meses de gestação.

Além da baixa escolaridade, outros fatores pré existentes em grupos de mulheres, estão associados ao pré -natal inadequado, condição socioeconômica, mulheres sem parceiros, multípara, violência, às mulheres em menor idade, ou com uso de drogas lícitas e ilícitas (RANGEL; SOUZA, 2021).

Gráfico 15. Nascidos Vivos, segundo o grau de instrução da parturiente. II Macrorregional de Saúde de Pernambuco, 2022



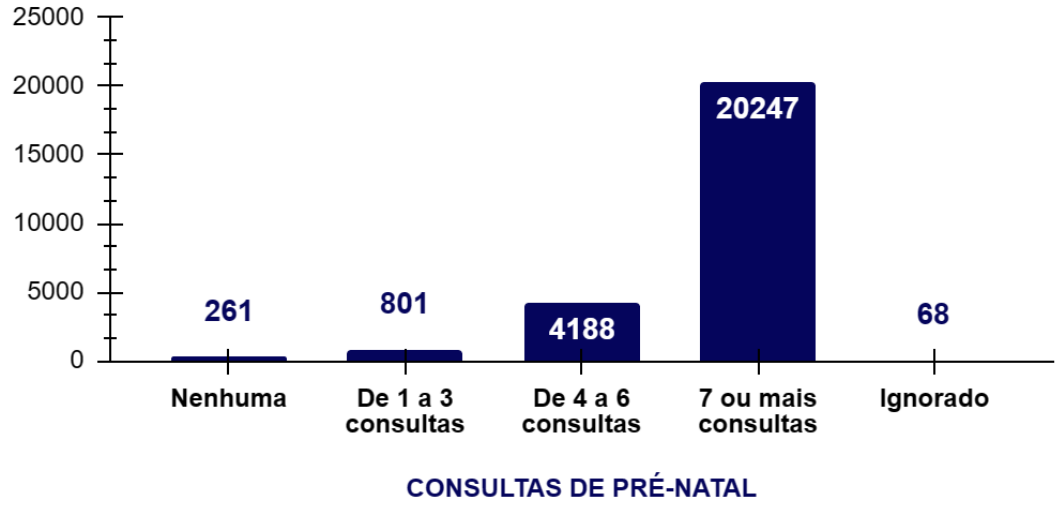
Fonte: Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC), 2024.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), o pré-natal se constitui em um conjunto de cuidados de natureza preventiva, promotoras de saúde, diagnósticas e curativas, com a finalidade de impactar positivamente no desfecho da gestação (OMS, 2016).

Nesse sentido, em 2012 o Brasil adotou como medida de atenção ao pré -natal, o mínimo de seis consultas, com todas as ações necessárias: vacinação, testagem rápida, suplementação e o tratamento medicamentoso em casos necessários. Todos registrados na Caderneta da gestante, para prestar atendimento integral e longitudinal, além de facilitar a referência e contrarreferência da gestante (LEAL et.al, 2020).

Como discutido anteriormente, o número de consultas de pré-natal pode ser influenciado por múltiplos fatores, contudo, observa-se na figura, que a maioria das gestantes realizaram 7 ou mais consultas de pré-natal em 2022, correspondendo a um percentual de aproximadamente 80,0%. As que responderam nenhuma consulta (n= 261), correspondem a 1,0% do total de gestantes.

Gráfico 16. Número e percentual de consultas de pré-natal, II Macrorregional de Saúde, 2022.



Fonte: Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC), 2024.

Com relação a evolução dos nascimentos segundo tipo de parto, percebe-se que o número de partos cesáreos ultrapassou em todos os anos o percentual de partos vaginais, com exceção de 2014, em que o número de partos vaginais foi de 50,40%, contra 49,50% de parto cesáreo, nos anos seguintes se manteve em crescimento. Silva e colaboradores (2020), destacam que fatores como: “aumento da idade, a ausência de um acompanhante, o financiamento privado do hospital para a realização do parto e ser gestante primigesta aumentaram a chance de se ter a via de nascimento cesárea”.

Ressalta-se que no mesmo estudo, apresenta evidências estatísticas significativas, que indicam que as altas taxa de cesariana estão relacionadas

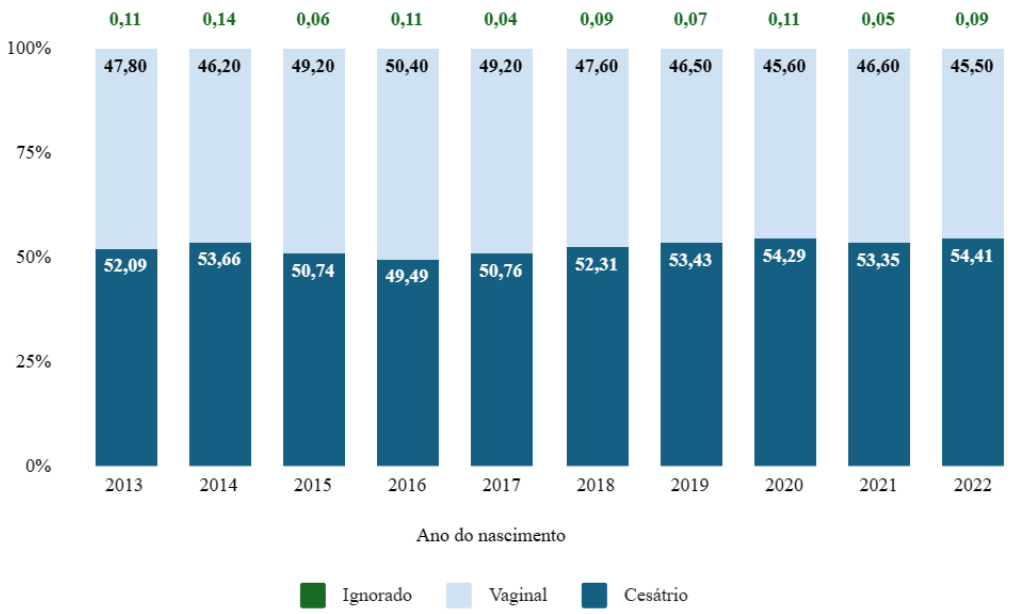
ao sistema de financiamento hospitalar, isso significa inferir que as mulheres usuárias dos serviços privados têm maior probabilidade de ter parto cirúrgico em detrimento de mulheres que utilizaram serviços públicos (SILVA, et.al, 2020).

Quando se analisa isoladamente o recorte temporal 2013-2016 dos partos cesáreos, percebe-se uma estabilização, com percentuais de 50% dos partos, possivelmente está relacionado com as medidas implementadas com a criação da Rede Cegonha (pelo SUS) em 2011, que visa assegurar às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo, bem como as boas práticas de atenção humanizada ao parto, puerpério e ao direito de nascimento e desenvolvimento seguro, e o crescimento saudável (BRASIL, 2011).

Além disso em 2016, ano com menor número de partos cesáreos registrados na II Macrorregião, foi publicado o Protocolo Clínico de Diretrizes Terapêuticas (PCDT) para Cesarianas, que firma parámetros a ser seguidos pelos serviços de saúde, com objetivo de auxiliar e orientar profissionais da saúde a reduzir o número de cesarianas desnecessárias.

Na rede suplementar, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), publicou em 2015, a Resolução Normativa n 368/ 2015, a mesma estabelece que os serviços privados, divulguem os percentuais de cirurgias cesáreas e de partos normais, por estabelecimento e por médico. Além de tornar o fornecimento do Cartão da Gestante e a Carta de Informação à Gestante obrigatórias, com registro de todo o pré-natal (BRASIL, 2015).

Gráfico 17. Evolução percentual (%) dos nascimentos segundo o tipo de parto (cesáreo ou vaginal) e ano de nascimento, II Macrorregional de Saúde, 2013-2022.



Fonte: Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC), 2024.

Em relação ao sexo dos nascidos vivos, a II Macro segue a tendência nacional e mundial de maior número de nascidos vivos do sexo masculino, total de 141.739 contra 136.067 do sexo feminino no período estudado, a razão de sexos ao nascer foi de 104,17 %, ou seja, proporção de aproximadamente 105 nascimentos do sexo masculino para cada 100 do sexo feminino, conforme **tabela** .

Quadro 25. Nascidos vivos, segundo sexo e razão de sexos ao nascer*, Macro II PE, 2012-2021.

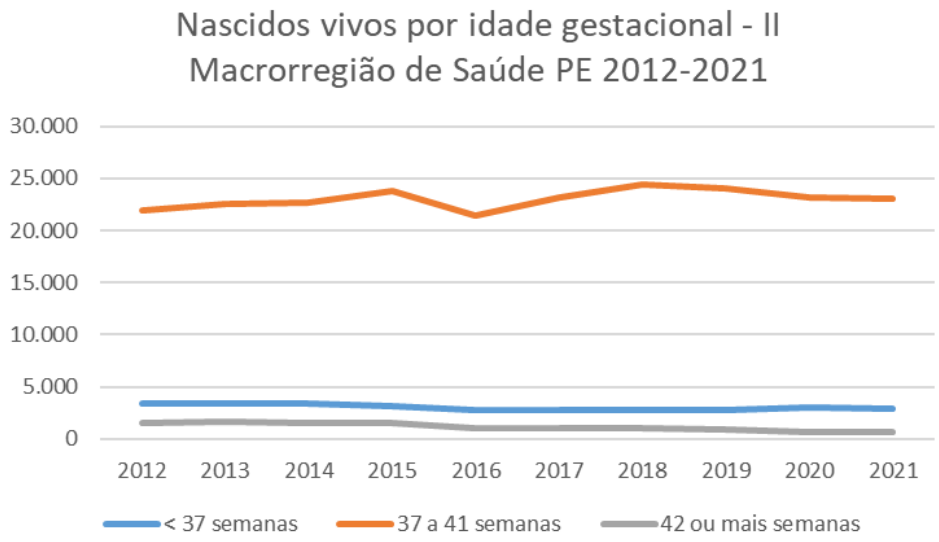
II MACRORREGIÃO	Masculino		Feminino		Ignorado		Razão	
	N	%	N	%	N	%	N	%
	141.739	**100**	**136.067**	**100**	**65**	**100**	**1.042**	**104,17**
IV Região de Saúde	99.346	70,1	95.430	70,1	45	69,2	1.041	104,10
V Região de Saúde	42.393	29,9	40.637	29,9	20	30,8	1.043	104,32
* Número de nascimentos masculinos por cada 100 nascimentos femininos								

Quadro 26. Nascidos vivos, segundo idade gestacional, Macro II PE, 2012-2021.

II MACROR REGIÃO		2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
	< 37 semanas	3.429	3.407	3.332	3.181	2.815	2.813	2.746	2.761	2.971	2.847
	37 a 41 semanas	21.875	22.552	22.687	23.796	21.371	23.173	24.466	23.998	23.159	23.043
	42 ou mais semanas	1.484	1.636	1.570	1.577	1.076	1.023	1.018	882	682	677
IV Região de Saúde	< 37 semanas	2.425	2.407	2.344	2.209	1.938	1.973	1.919	1.969	2.085	1.949
	37 a 41 semanas	15.046	15.764	15.973	16.625	14.902	16.568	17.468	17.219	16.724	16.499
	42 ou mais semanas	965	1.049	991	962	643	554	569	512	391	365
V Região de Saúde	< 37 semanas	1.004	1.000	988	972	877	840	827	792	886	898
	37 a 41 semanas	6.829	6.788	6.714	7.171	6.469	6.605	6.998	6.779	6.435	6.544
	42 ou mais semanas	519	587	579	615	433	469	449	370	291	312

Fonte:

Gráfico 18. Nascidos vivos, segundo idade gestacional, Macro II PE, 2012-2021.

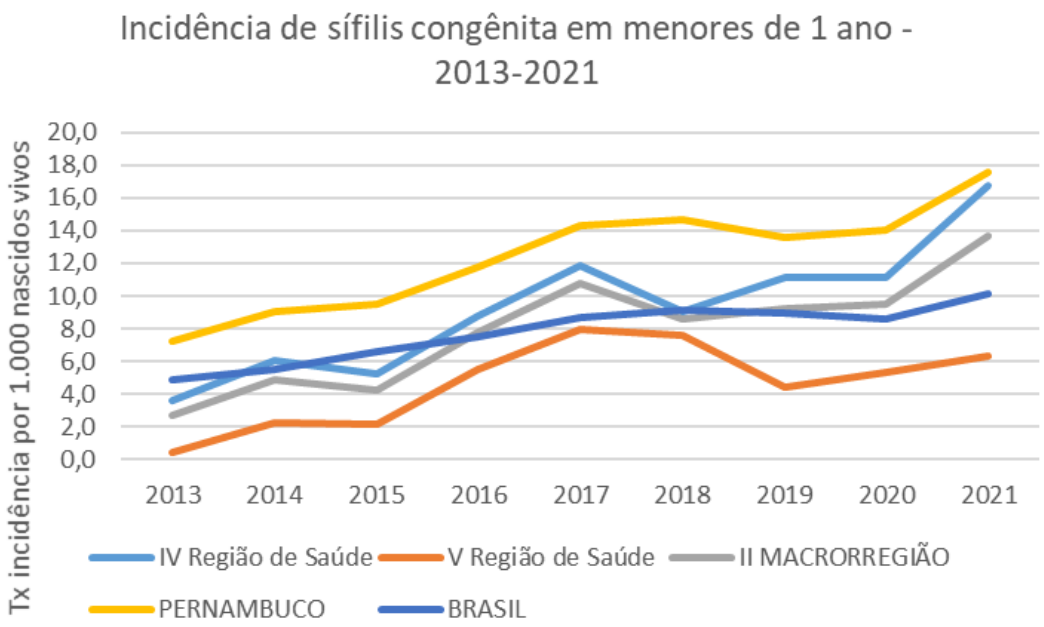


Fonte: Sinasc/GVEV/DGIE/SEVSAP/SES-PE (2024)

A incidência de sífilis congênita manteve-se elevada em todo o período analisado, o que sugere deficiências na atenção pré-natal, pois a prevenção da sífilis congênita é realizada por meio de pré-natal adequado e com qualidade, com realização do teste para sífilis em todas as gestantes, pelo menos no 1ª e 3ª trimestre de gestação ou em situações de exposições de risco. Admite-se que muitos casos da doença não sejam informados no sistema de notificação. (BRASIL, 2012)

A incidência média para o período de 2013-2021 foi de 7,1 por 1.000 nascidos vivos na Macro II, sendo 8,3 na IV e 4,1 na V Região. Entretanto, observa-se uma tendência de aumento da incidência na série temporal, apresentando para o ano de 2021 a incidência de 13,6 por 1.000 nascidos vivos na II Macrorregião, 16,7 na IV e 6,3 na V Região de Saúde. A IV Região tem incidência maior que a nacional na maioria dos anos analisados.

Gráfico 19. Incidência de sífilis congênita na II Macrorregião em menor de 1 ano, entre os anos de 2013 a 2021.



Fonte: MS/SVS/CGIAE - SINASC; MS/SVSA/DATHI. NOTAS: (1) Dados até 30/06/2023; (2) Dados preliminares para os últimos 5 anos.

O Brasil vivenciou entre os anos 2013 a 2017, um desabastecimento das penicilinas, principais antibióticos para tratamento da sífilis, em decorrência da falta de matéria-prima para produção no mercado global (Araújo, 2020)

A sífilis é causada pelo *Treponema pallidum*, considerada como uma infeção sexualmente transmissível que compõem o grupo das IST's, apesar de seu caráter curável, representa risco de morte neonatal e fetal, em uma transmissão vertical(Araújo, 2020)

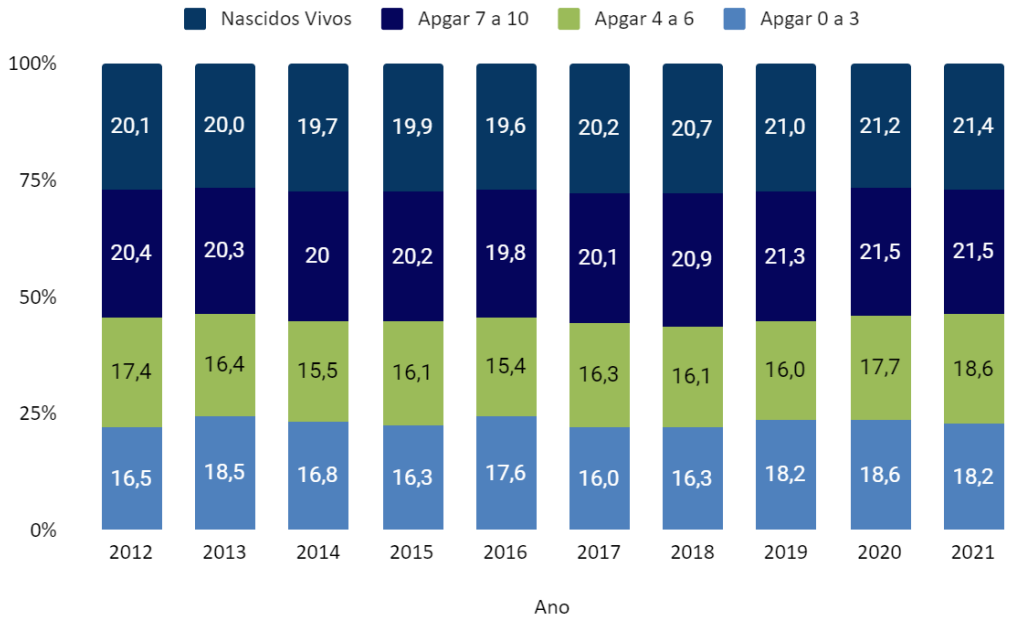
Na II Macrorregião, podemos analisar um crescimento no número de notificações de SC entre os anos de 2015 e 2017, e uma diminuição acentuada até 2018. A partir do ano de 2019, é possível identificar um aumento da incidência de SC.

O aumento da incidência de sífilis congênita vem aumentando progressivamente desde 2010, o que é atribuído à vigilância dos sistemas de informação em saúde, da ampliação da distribuição do número de testes. Outro fator importante a ser discutido, é a detecção da gestante no Sistema Único de Saúde e o encaminhamento à unidade referência para tratamento, o que induz a fragmentação do cuidado à paciente durante o processo (Araújo, 2020)

Nesse período, o mundo enfrentava a pandemia da COVID-19, que modificou o modo de vida da população e indicou um novo fluxo de atendimento nos sistemas de saúde, que tiveram de ser reorganizados. Esse evento, também impactou o curso de outras patologias, como a SC, Tuberculose, Hanseníase e outros. Questões como diagnóstico tardio, subnotificação de casos, dificuldade no acesso à assistência revelam que a pandemia impactou no acompanhamento de outros agravos de saúde da população (Impacto, 2021).

Gráfico 20. Percentual nascidos vivos com escore de Apgar de 0 a 3, 4 a 6 e 7 a 10, no primeiro minuto de vida, na II Macrorregião de Pernambuco, 2012 a 2021.

colocar nascidos vivos como linha



Fonte: Sinasc/GVEV/DGIE/SEVSAP/SES-PE
Dados captados em 19/12/2023 e sujeitos a alteração

A escala de Apgar, é utilizada para medir o grau de vitalidade do recém-nascido e sua adaptação à vida extra-uterina. Nessa escala, é possível analisar a frequência cardíaca, esforço respiratório, tônus muscular, irritabilidade reflexa e coloração da pele (Sanar, 2024).

No gráfico acima, é possível analisar a correlação entre o percentual de nascidos vivos da II Macrorregião e o resultado da escala de Apgar entre 2021-2021.

Notamos que a evolução do percentual de Nascidos Vivos corroborou com score de 7 a 10, que indica um resultado normal, com ausência de dificuldade de adaptação, mantendo-se numa média de 20% desde o ano de 2017 na II Macrorregião e seguindo com crescimento. Entre os anos de 2019 e 2021, notamos um crescimento do % do score de 4 a 6 e de 0 a 3, que indicam intermediário e alto risco de mortalidade fetal, no período da pandemia da COVID-19. Esse dado reflete o impacto da pandemia na expectativa de vida ao nascer, e consequentemente na conformação da pirâmide etária da II Macrorregião.

Gráfico 21. Percentual de evasão de nascidos vivos na II Macrorregião de Saúde de residência e ocorrência, Pernambuco, 2012

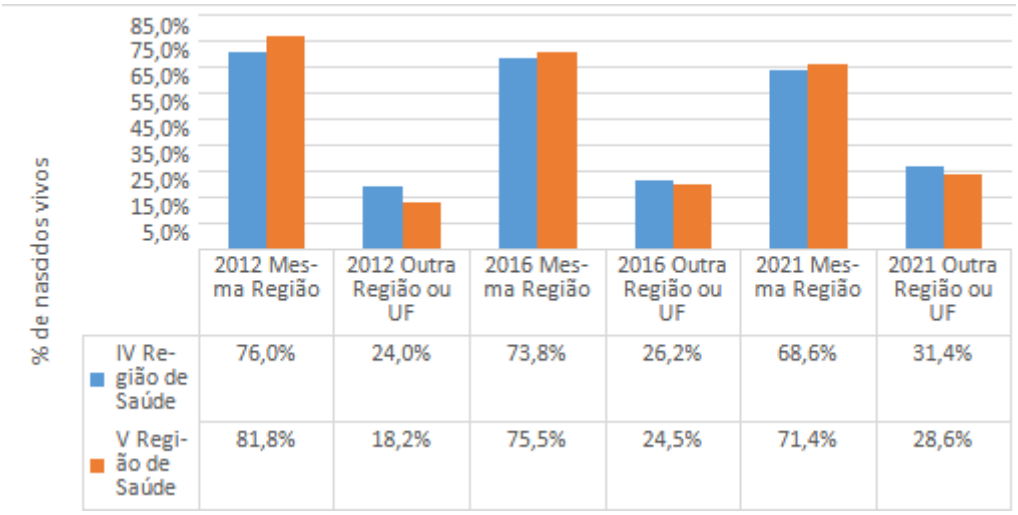


Gráfico 22.Percentual de evasão de nascidos vivos em relação à Macrorregião, segundo região de saúde de residência, Pernambuco, 2012

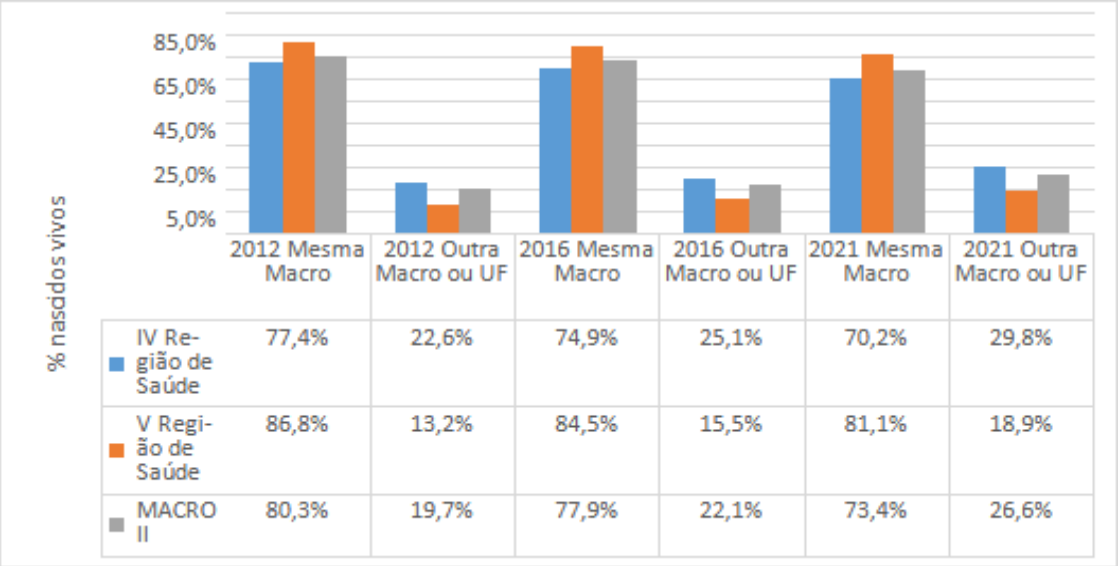


Gráfico 23: Regiões de Saúde para onde os partos evadem da Macro II em percentual, 2012, 2016, 2021.

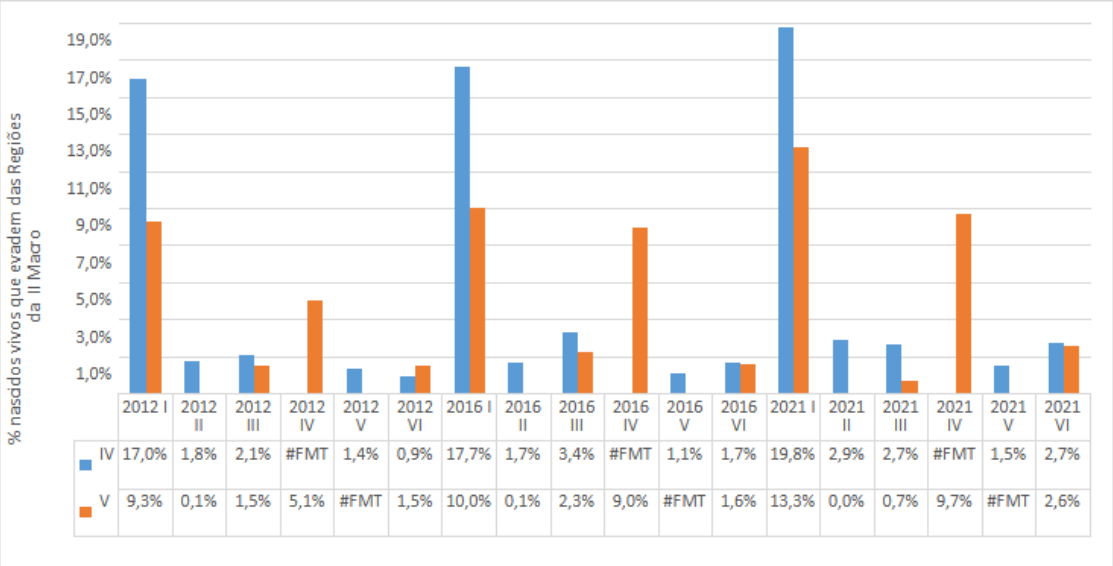
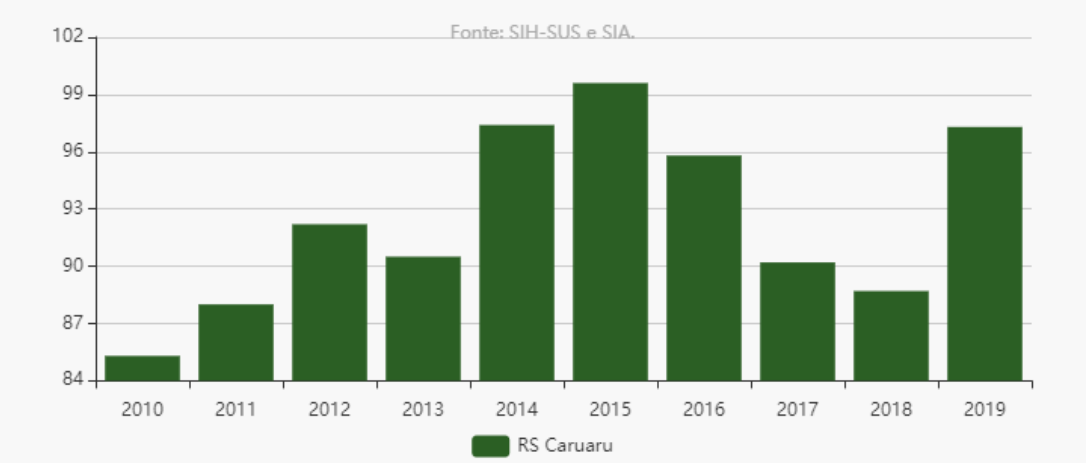
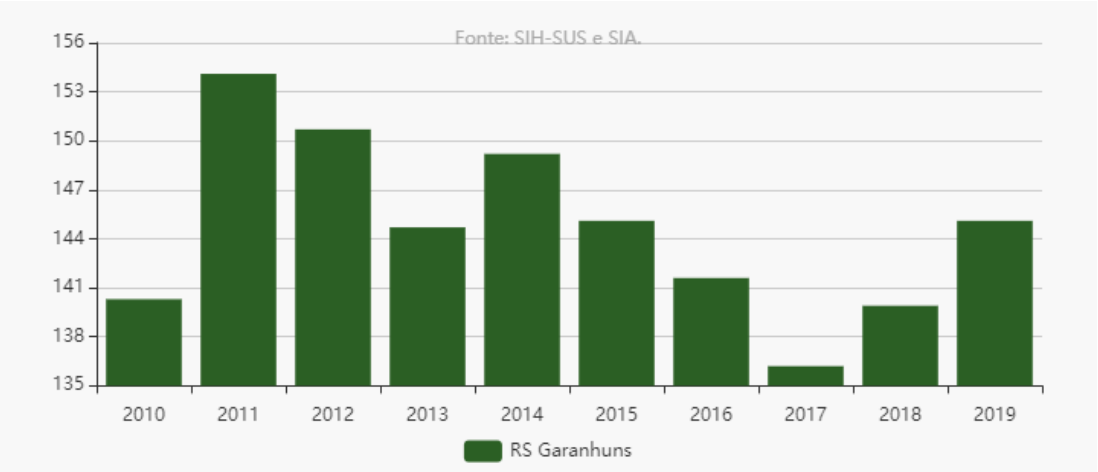


Gráfico 24. Distância média percorrida (em km) para realização de parto hospitalar fora da IV Região de Saúde, 2024.



Fonte: SIH-SUS/SIA

Gráfico 25. Distância média percorrida (em km) para realização de parto hospitalar fora da IV Região de Saúde, 2024.



Fonte: SIH-SUS/SIA

O processo de evasão de nascidos vivos da II Macrorregião, é evidenciado nos gráficos 24 e 25, demonstram que a evasão para outras macrorregiões, pode ser explicada pela acessibilidade viária aos estabelecimentos de saúde de grande porte, a inexistência de fluxos de referência, aos vazios assistenciais relacionados à insuficiência de profissionais, que impactam no acolhimento das gestantes durante o parto.

Os gráficos acima demonstram que no ano de 2014 a 2015 houve um aumento da distância percorrida para realização de partos fora da região

residente, e uma tendência de queda até o ano de 2019. Já na V Região de Saúde, entre os anos de 2014 a 2017, observa-se a diminuição da distância percorrida. No ano de 2019 observamos um aumento da distância percorrida para realização de partos cirúrgicos da II Macrorregião, que sofreu com o impacto da pandemia da Covid-19, visto que ocorreu o esgotamento da prestação de serviços na rede hospitalar.

É importante ressaltar que o acesso em tempo oportuno da gestante ao local de parto são imprescindíveis para para uma boa assistência e redução da mortalidade materna-infantil. O processo de vinculação da gestante ao local de parto é um processo de humanização em saúde que reflete a garantia da assistência à saúde.

4.2 Indicadores de Morbidade

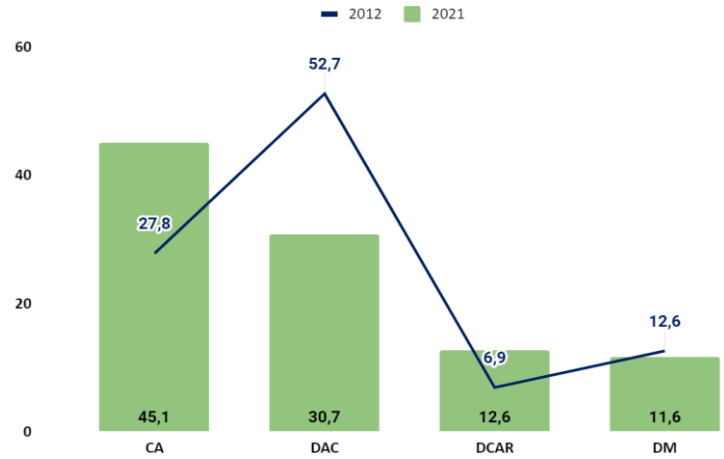
4.2.1 Carga das Doenças e Agravos não Transmissíveis

O grupo DANT(Doenças e Agravos não Transmissíveis) é composto por dois grupos de agravos: doenças cardiovasculares, respiratórias, neoplasias, crônicas e diabetes e causas externas (acidentes e violências).

Em todo mundo as DANT, tem representado as mais causas de morbimortalidade, além de óbitos prematuros, incapacidade, diminuição da expectativa de vida e impactos econômicos consideráveis (Sanar, 2018).

O aumento da carga de DCNT afetam mais a população de baixa renda, resultado das desigualdades do acesso ao serviço de saúde, sedentarismo, alimentação com alto teor calórico, tabagismo e etilismo. No campo da violência, observa-se uma tendência de desigualdade associadas a fatores de gênero, raça/cor, idade, escolaridade e renda (Sanar, 2018).

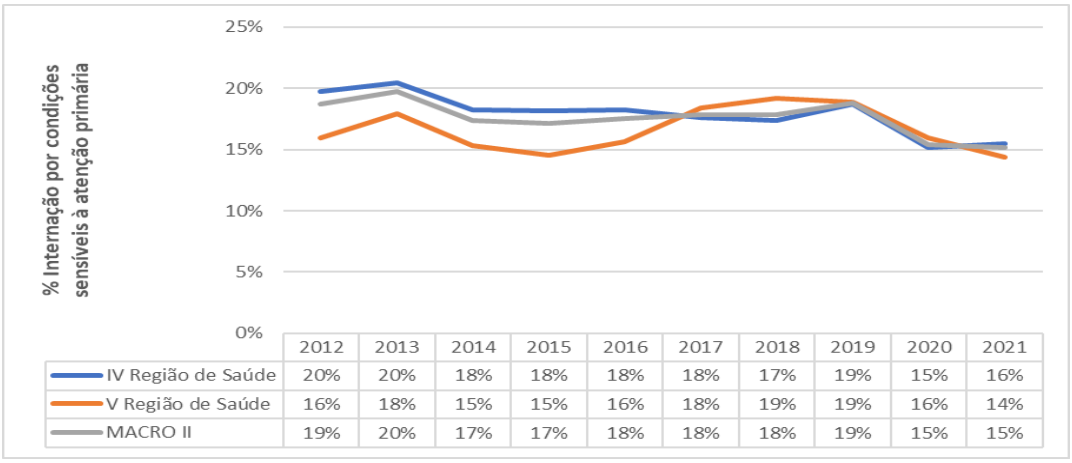
Gráfico 26.Percentual de mortalidade prematura (30 a 69 anos) dos quatro grupos principais de DCNT, na II Macrorregião de Saúde. Pernambuco, 2012 e 2021.



Fonte: SIM/SEVSAP/SES-PE. Banco atualizado em 01/08/2023, sujeito à alteração.
Nota:Doenças do Aparelho Cardiovascular (DAC), as Doenças Crônicas do Aparelho Respiratório (DCAR), os cânceres (CA) e Diabetes Mellitus (DM).

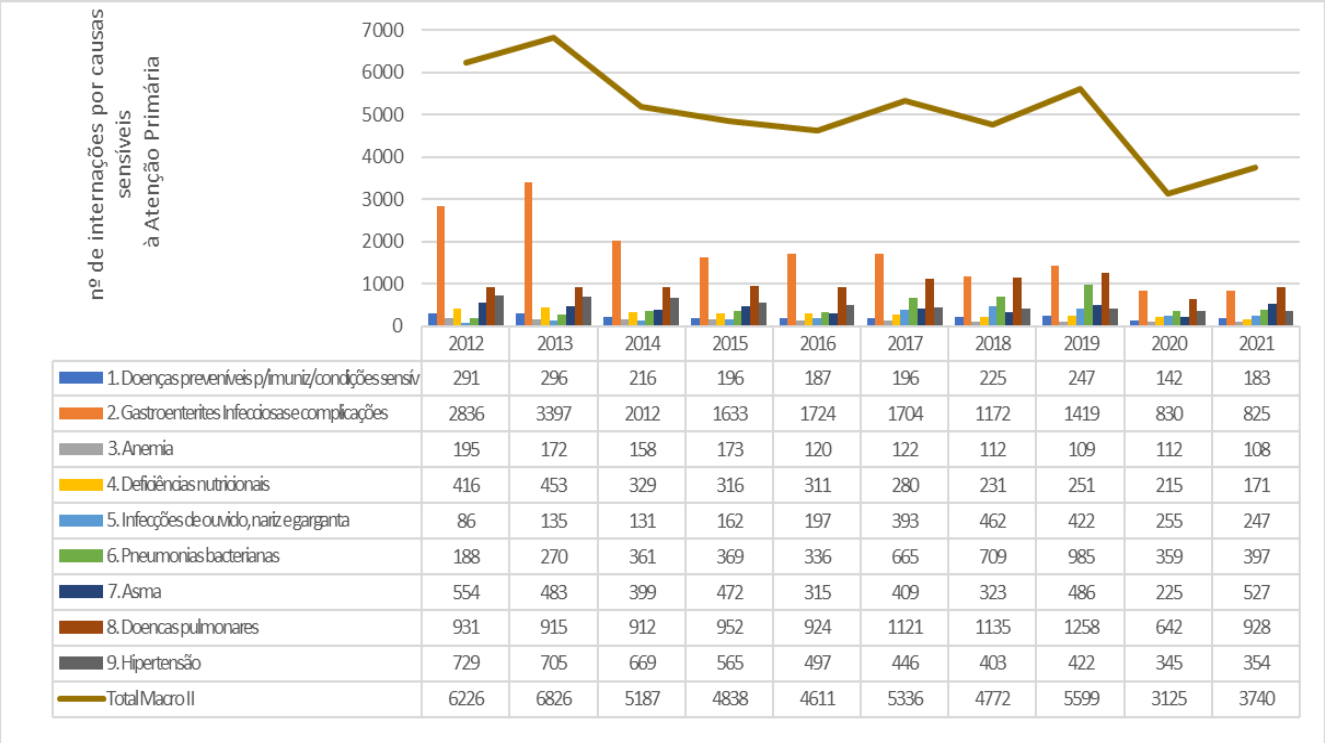
Em relação ao percentual de mortalidade prematura por DCNT na II Macrorregião, observa-se que, comparando os anos de 2012 e 2021, as DAC apresentaram a maior proporção de óbito seguida das neoplasias. Em relação à DM, nota-se a diminuição do número de óbitos, e em 2021, devido ao aumento dos casos de Síndrome Respiratória Aguda Grave, ocasionada pela COVID-19, têm-se um aumento das DCAR.

Gráfico 27. Percentual de internações por condições sensíveis À Atenção Primária na II Macrorregião de 2012 a 2021.



	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
IV Região de Saúde	20%	20%	18%	18%	18%	18%	17%	19%	15%	16%
V Região de Saúde	16%	18%	15%	15%	16%	18%	19%	19%	16%	14%
MACRO II	19%	20%	17%	17%	18%	18%	18%	19%	15%	15%

Gráfico 28. Número de internações por condições sensíveis À Atenção Primária na II Macrorregião de 2012 a 2021.



	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
1. Doenças preveníveis p/imuniz/condições sensív	291	296	216	196	187	196	225	247	142	183
2. Gastroenterites Infecciosas e complicações	2836	3397	2012	1633	1724	1704	1172	1419	830	825
3. Anemia	195	172	158	173	120	122	112	109	112	108
4. Deficiências nutricionais	416	453	329	316	311	280	231	251	215	171
5. Infecções de ouvido, nariz e garganta	86	135	131	162	197	393	462	422	255	247
6. Pneumonias bacterianas	188	270	361	369	336	665	709	985	359	397
7. Asma	554	483	399	472	315	409	323	486	225	527
8. Doencas pulmonares	931	915	912	952	924	1121	1135	1258	642	928
9. Hipertensão	729	705	669	565	497	446	403	422	345	354
Total Macro II	6226	6826	5187	4838	4611	5336	4772	5599	3125	3740

Quadro 26.Frequência de internações por causa e Diagnóstico CID10 (capítulo) - II Macrorregião 2012-2021

Diagnóstico CID10 (capítulo)	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	Total
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	3	19	27	14	27	35	49	68	57	54	45	398
II. Neoplasias (tumores)	0	0	4	0	1	1	1	0	0	2	0	9
III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	0	0	1	1	0	0	4	2	2	3	16	29
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	0	0	0	0	0	1	0	2	4	3	2	12
VI. Doenças do sistema nervoso	1	3	2	5	0	0	1	0	1	4	0	17
IX. Doenças do aparelho circulatório	0	0	2	0	2	0	0	1	3	1	0	9
X. Doenças do aparelho respiratório	2	14	17	10	5	10	5	12	4	11	5	95

XI. Doenças do aparelho digestivo	0	11	15	11	5	12	14	14	12	11	2	107
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	0	0	2	0	0	0	0	0	0	1	0	3
XIII.Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	2
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	0	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0	3
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	31	205	331	365	307	289	317	317	430	552	521	3665
XVII.Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	1	10	18	10	13	14	15	17	7	12	10	127
XVIII.Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	1	3	13	8	7	4	1	1	4	1	1	44
XIX. Lesões enven e alg out conseq causas externas	0	0	1	0	0	0	1	1	1	8	1	13
XXI. Contatos com serviços de saúde	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1
Total	39	267	434	425	368	367	408	435	525	663	603	4534

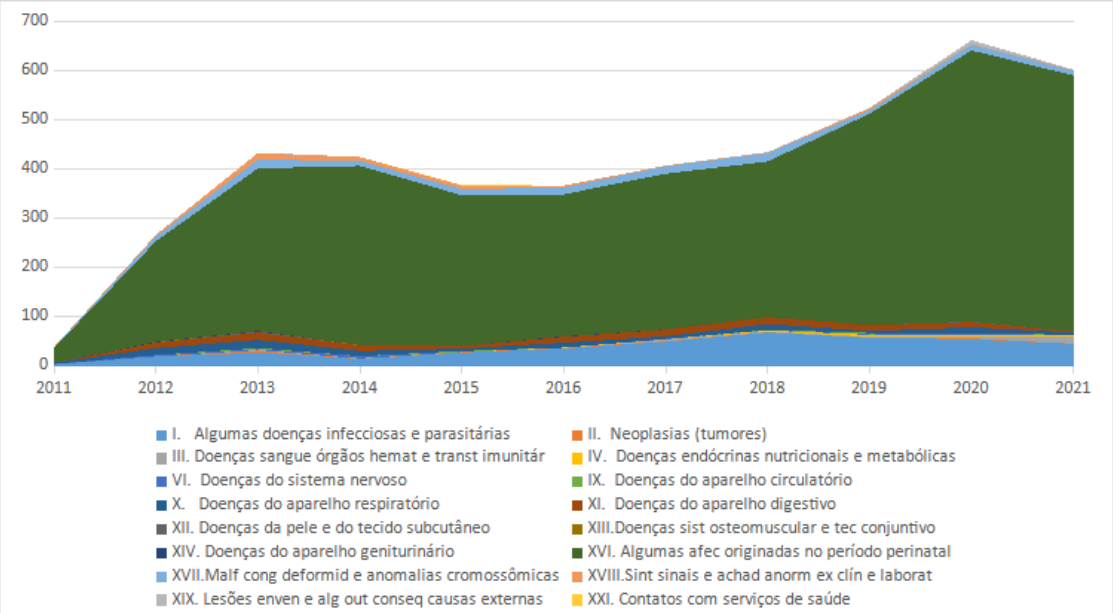
Fonte:

Quadro 27. 5 principais causas de internação UTI neonatal por causa e Diagnóstico CID10 (capítulo) - II Macrorregião 2012-2021

Diagnóstico CID10 (capítulo)	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	205	331	365	307	289	317	317	430	552	521
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	19	27	14	27	35	49	68	57	54	45
XVII.Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	10	18	10	13	14	15	17	7	12	10
XI. Doenças do aparelho digestivo	11	15	11	5	12	14	14	12	11	2
X. Doenças do aparelho respiratório	14	17	10	5	10	5	12	4	11	5
Demais causas	8	26	15	11	7	8	7	15	23	20
TOTAL	267	434	425	368	367	408	435	525	663	603

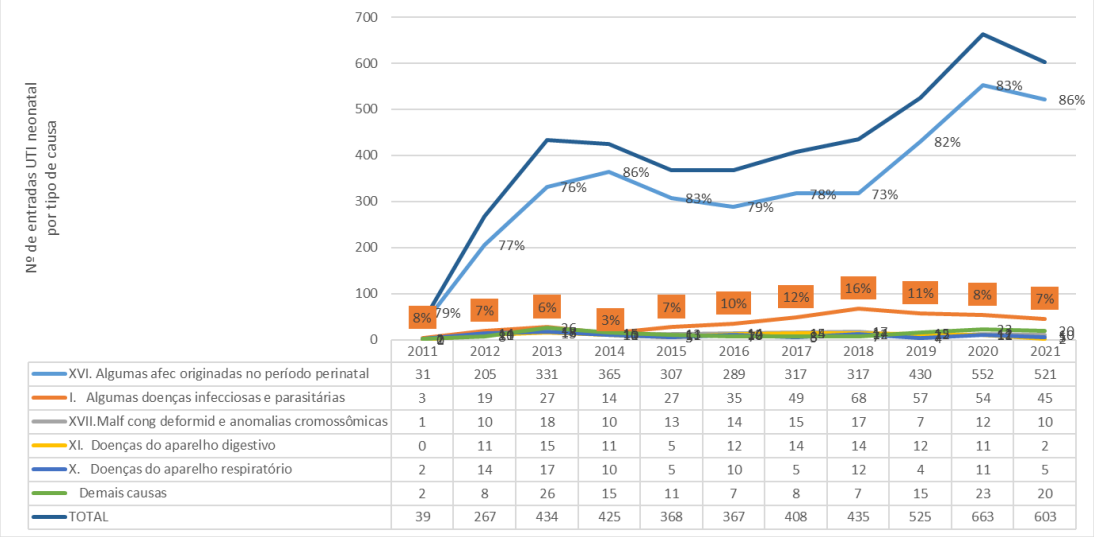
Fonte:

Gráfico 29. Principais causas de internação em UTI neonatal por causa e CID-10 na II Macrorregião 2012-2021



Fonte:Frequência por Ano de internação segundo Diagnóstico CID10 (capítulo) - PERNAMBUCO 2012-2021

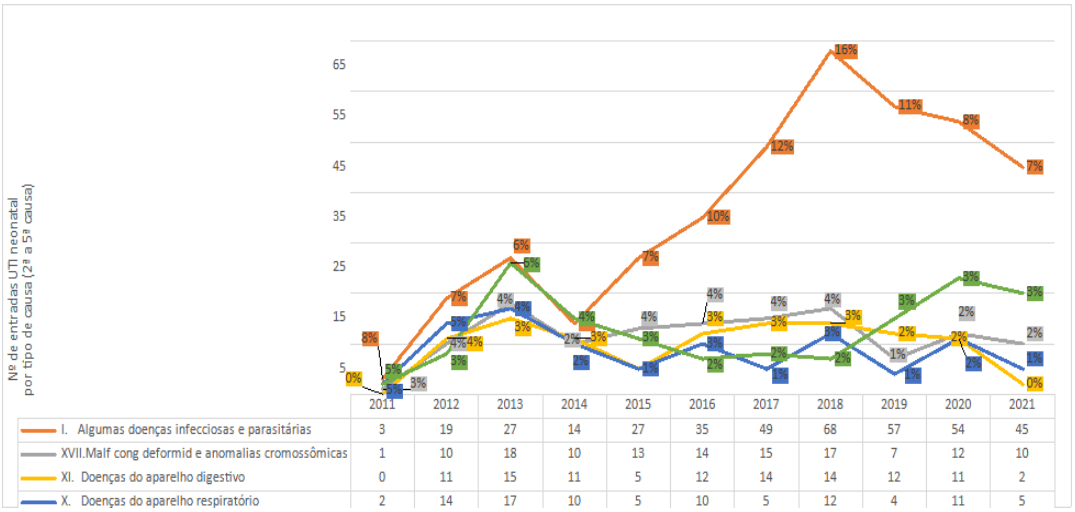
Gráfico 30. Número de entradas UTI neonatal por tipo de causa CID-10 na II Macrorregião 2012-2021.



	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	31	205	331	365	307	289	317	317	430	552	521
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	3	19	27	14	27	35	49	68	57	54	45
XVII.Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	1	10	18	10	13	14	15	17	7	12	10
XI. Doenças do aparelho digestivo	0	11	15	11	5	12	14	14	12	11	2
X. Doenças do aparelho respiratório	2	14	17	10	5	10	5	12	4	11	5
Demais causas	2	8	26	15	11	7	8	7	15	23	20
TOTAL	39	267	434	425	368	367	408	435	525	663	603

Fonte: SIH/SES-PE. Dados sujeitos à alteração.

Gráfico 31. Número de entradas UTI neonatal por tipo de causa (2º a 5º causa) CID-10 na II Macrorregião 2012-2021.



	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	3	19	27	14	27	35	49	68	57	54	45
XVII.Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	1	10	18	10	13	14	15	17	7	12	10
XI. Doenças do aparelho digestivo	0	11	15	11	5	12	14	14	12	11	2
X. Doenças do aparelho respiratório	2	14	17	10	5	10	5	12	4	11	5

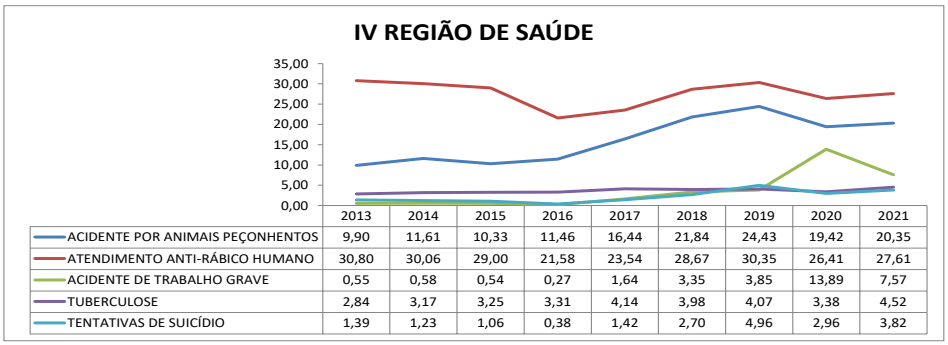
Fonte: SIH/SES-PE. Dados sujeitos à alteração.

Nos gráficos acima, podemos analisar a partir do ano de 2019, um notável crescimento no número de entradas na UTI neonatal, causadas por doenças infecciosas. Esse dado pode ser evidenciado pelo impacto da COVID-19, que alterou o cenário epidemiológico do Brasil e no mundo, sendo necessárias estratégias de intervenção e de enfrentamento à doença.

4.2.2 Doenças de Notificação Compulsória

A notificação compulsória é definida como a comunicação da ocorrência de um determinado agravo em saúde às autoridades profissionais, considerando a adoção de medidas de intervenção pertinentes.

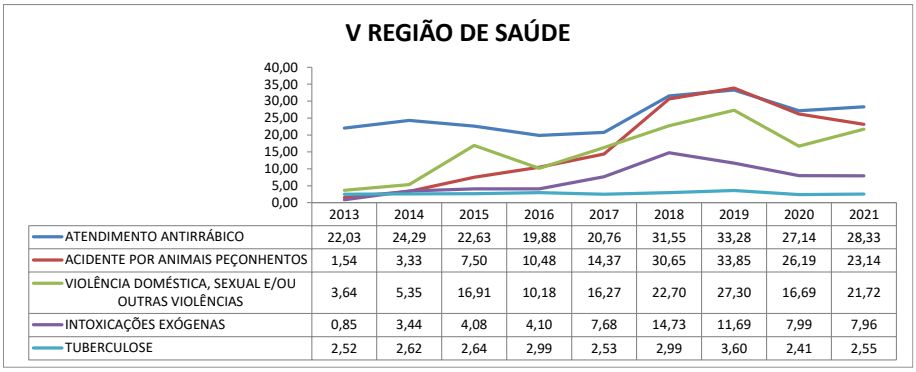
Gráfico 32. 5 principais doenças de notificação compulsória da IV Região de Saúde, de 2013-2021.



	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
ACIDENTE POR ANIMAIS PEÇONHENTOS	9,90	11,61	10,33	11,46	16,44	21,84	24,43	19,42	20,35
ATENDIMENTO ANTI-RÁBICO HUMANO	30,80	30,06	29,00	21,58	23,54	28,67	30,35	26,41	27,61
ACIDENTE DE TRABALHO GRAVE	0,55	0,58	0,54	0,27	1,64	3,35	3,85	13,89	7,57
TUBERCULOSE	2,84	3,17	3,25	3,31	4,14	3,98	4,07	3,38	4,52
TENTATIVAS DE SUICÍDIO	1,39	1,23	1,06	0,38	1,42	2,70	4,96	2,96	3,82

Fonte: SINAN

Gráfico 32. 5 principais causas de notificação compulsória da V Região de Saude, de 2013-2022.



	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
ATENDIMENTO ANTIRRÁBICO	22,03	24,29	22,63	19,88	20,76	31,55	33,28	27,14	28,33
ACIDENTE POR ANIMAIS PEÇONHENTOS	1,54	3,33	7,50	10,48	14,37	30,65	33,85	26,19	23,14
VIOLÊNCIA DOMÉSTICA, SEXUAL E/OU OUTRAS VIOLÊNCIAS	3,64	5,35	16,91	10,18	16,27	22,70	27,30	16,69	21,72
INTOXICAÇÕES EXÓGENAS	0,85	3,44	4,08	4,10	7,68	14,73	11,69	7,99	7,96
TUBERCULOSE	2,52	2,62	2,64	2,99	2,53	2,99	3,60	2,41	2,55

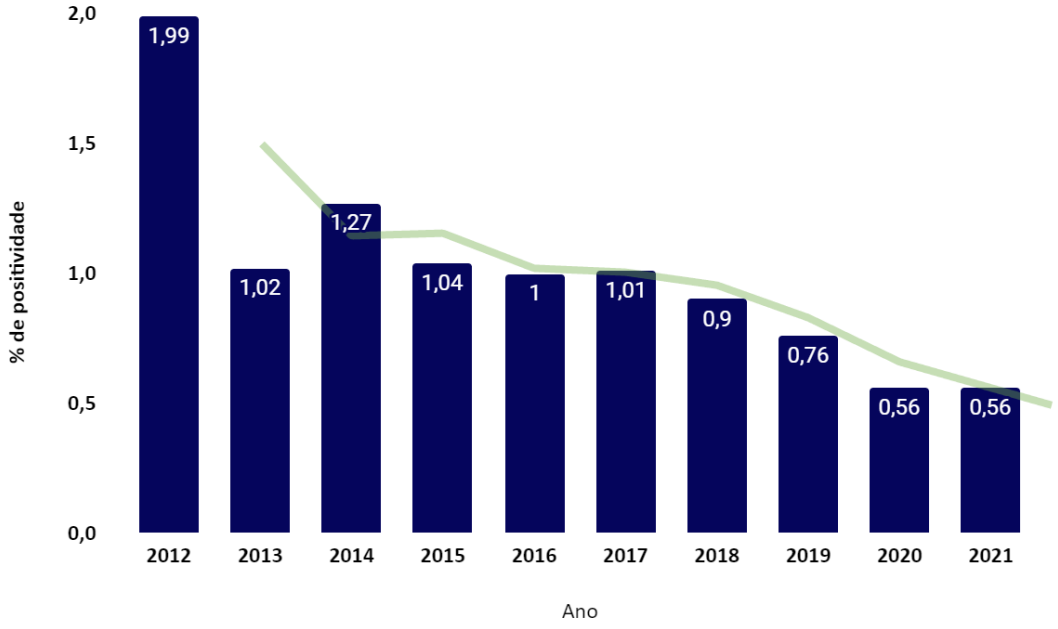
Fonte: SINAN

4.2.3 Doenças Tropicais Negligenciadas (DTNs)

As doenças negligenciadas são doenças causadas por agentes infecciosos ou parasitas e são consideradas endêmicas em populações de baixa renda. Essas enfermidades também apresentam indicadores inaceitáveis e investimentos reduzidos em pesquisas, produção de medicamentos e em seu controle.

Para o Ministério da saúde o grupo de DTNs é composto por: hanseníase, febre chikungunya, esquistossomose, filariose linfática, geo-helmintíases, oncocercose, tracoma, doença de Chagas, leishmanioses, raiva, hidatidose, escabiose (sarna), micetoma e cromoblastomicose.

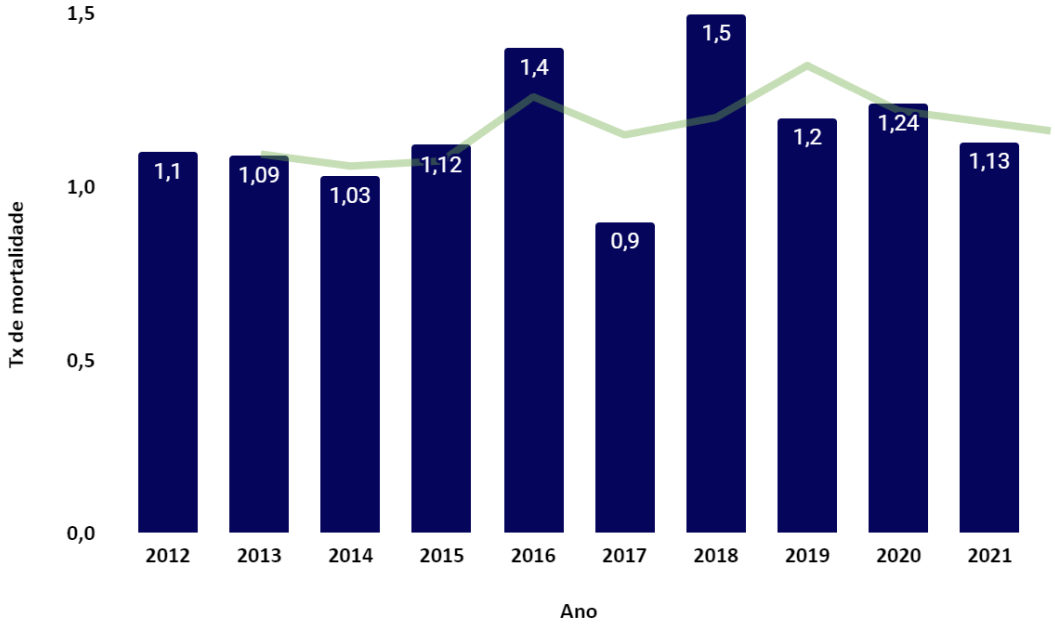
Gráfico 31. Percentual (%) de positividade da esquistossomose na II Macrorregião, Pernambuco, 2012-2021.



Fonte: SISPCE/SEVSAP/SES-PE. Dados sujeitos à alteração.

Segundo o gráfico, evidenciou-se uma redução significativa do número de casos positivados para a II Macrorregião, no intervalo entre 2012 e 2021. Há uma diretriz nacional implantada na II Macrorregião, por apresentar uma grande concentração de municípios endêmicos, que analisa os dados do sistema de informação Sistema de Informação do Programa de Controle da Esquistossomose (SISPCE).

Gráfico 32. Taxa de mortalidade (100.000 habitantes) por esquistossomose na II Macrorregião, Pernambuco, 2012-2021.



Fonte: SIM/SEVSAP/SES-PE. Dados sujeitos à alteração.

É importante ressaltar que a esquistossomose é uma doença de evolução lenta, e que pode provocar complicações graves. O gráfico 20, apresenta um equilíbrio de 2012 até 2015, onde no ano de 2016 há um aumento evidente da taxa de mortalidade na II Macrorregião, seguindo em 2017 com a menor taxa da série histórica, aumentando no período da pandemia da COVID-19, onde ocorreu uma fragilidade no monitoramento e no acesso ao serviço de saúde.

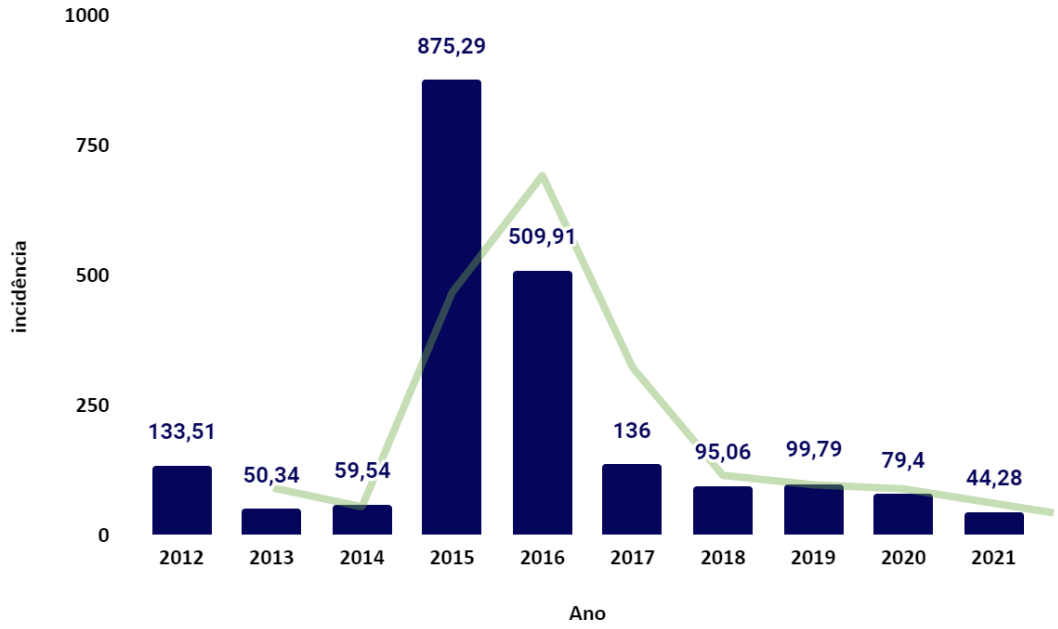
4.2.4 Tríplice epidemia de arboviroses: Zika, dengue e Chikungunya

Fatores climáticos, mudanças sociodemográficas sempre influenciaram a propagação de agravos de saúde na população. No ano de 2014, o Brasil enfrentou uma tríplice epidemia das arboviroses, que implicou na necessidade de organização dos serviços de saúde e assistência. O Aedes aegypti é um inseto, da família Cullicidae e vetor das três arboviroses de maior concentração no Brasil (Dalvi, 2020).

O Índice de Infestação Predial, apresenta o percentual da presença de larvas do mosquito nos domicílios. Dessa forma, é possível analisar que as

condições sociodemográficas da população podem contribuir para infecção do Zika, dengue e Chikungunya. Reconhecer os territórios vulneráveis permite a implementação de políticas públicas direcionadas para controle da arboviroses e fomentar a mobilização social aliada às ações do poder público, são as principais barreiras de enfrentamento às arboviroses (Dalvi, 2020).

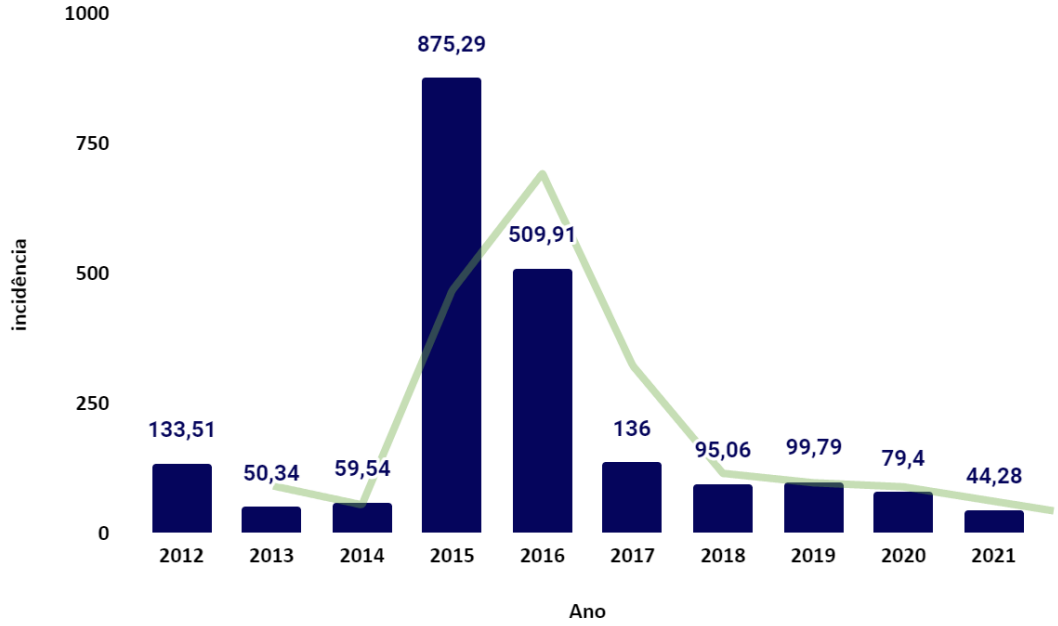
Gráfico 33. Incidência de dengue na II Macrorregião de saúde, Pernambuco, 2012-2021



Fonte: SIM/SEVSAP/SES-PE. Dados sujeitos à alteração.

No período analisado de 2012 a 2021, na II Macrorregião, observa-se o aumento da incidência de dengue a partir do ano de 2015, tendo desaceleração em 2016, mantendo-se em queda até o ano de 2021.Nesse mesmo período também foi constatada a circulação de duas novas arboviroses (Chikungunya e Zika).

Gráfico 34. Número de óbito por dengue na II Macrorregião de saúde. Pernambuco, 2012-2021

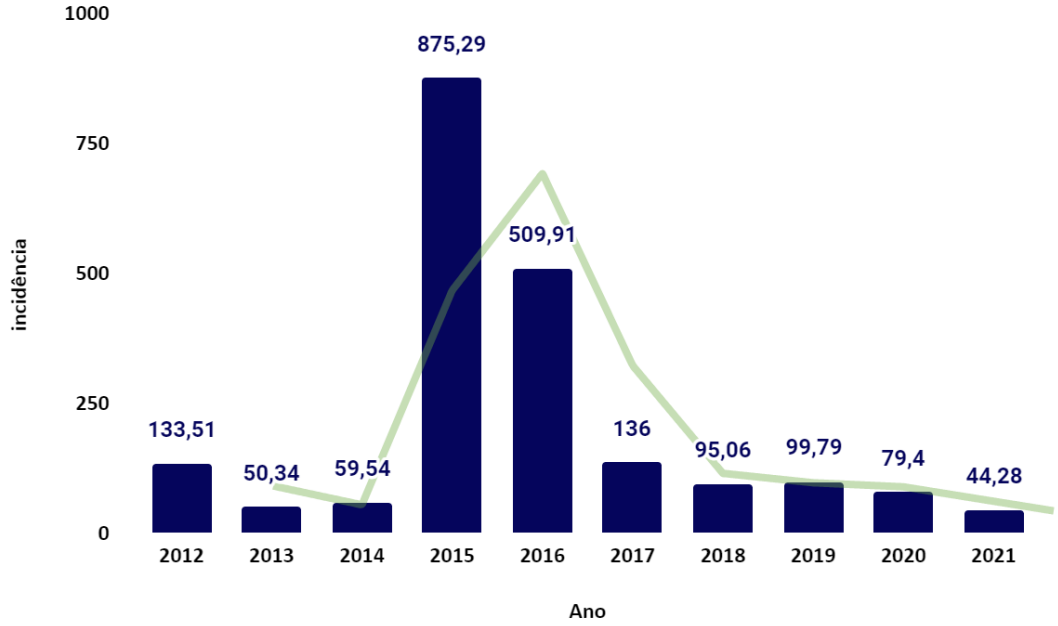


Fonte: SINAN online. Dados atualizados em 12 de julho de 2023. Dados sujeitos à alteração.

Com relação ao número de óbitos por dengue na II Macrorregião, observa-se que no ano de 2013, período em que a incidência era de 50,34, houveram 10 óbitos investigados, seguido do ano de 2016, com 9 casos.

Após a incidência de Chikungunya no estado de Pernambuco, a II Macrorregião registrou a taxa de incidência da doença de 350 em 2016, registrando no mesmo ano 4 óbitos.

Gráfico 35. Incidência de Zika na II Macrorregião. Pernambuco, 2015-2021



Fonte: SINAN Net. Dados atualizados em 12 de julho de 2023. Dados sujeitos à alteração.

A II Macrorregião, houve um crescimento na incidência de casos de Zika em 2016, porém sem registro de óbitos causados diretamente pela infecção viral. Quanto ao desenvolvimento da Síndrome Congênita do Zika Vírus (SCZV) em crianças dessa macrorregião, foram confirmados 87 casos, dos 645 notificados no período.

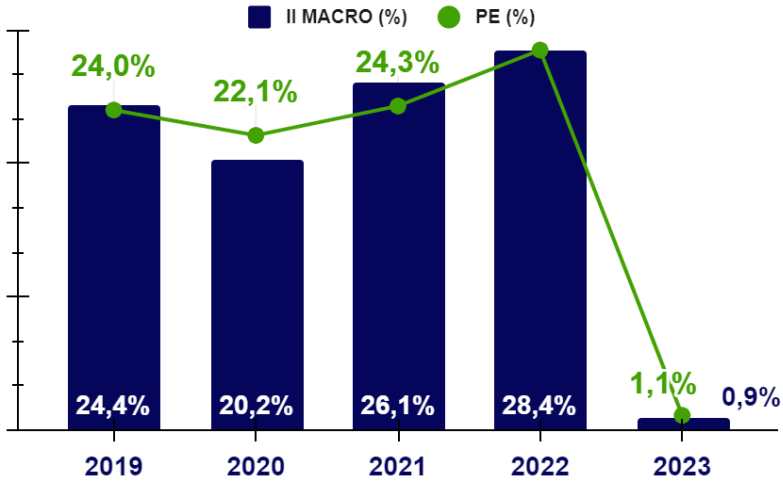
Quadro 28. Notificação de casos de Síndrome Congênita do Zika Virus

Casos notificados de Microcefalia pela Síndrome Congênita do Zika Vírus na II Macrorregião de Saúde	
Total de casos notificados: 645	
Crianças confirmadas	87
Descartados	509
Inconclusivas	23
Em investigação	09

Fonte: RESP/FORMSUS/GIE/DGIE/SEVSAP/SES-PE.

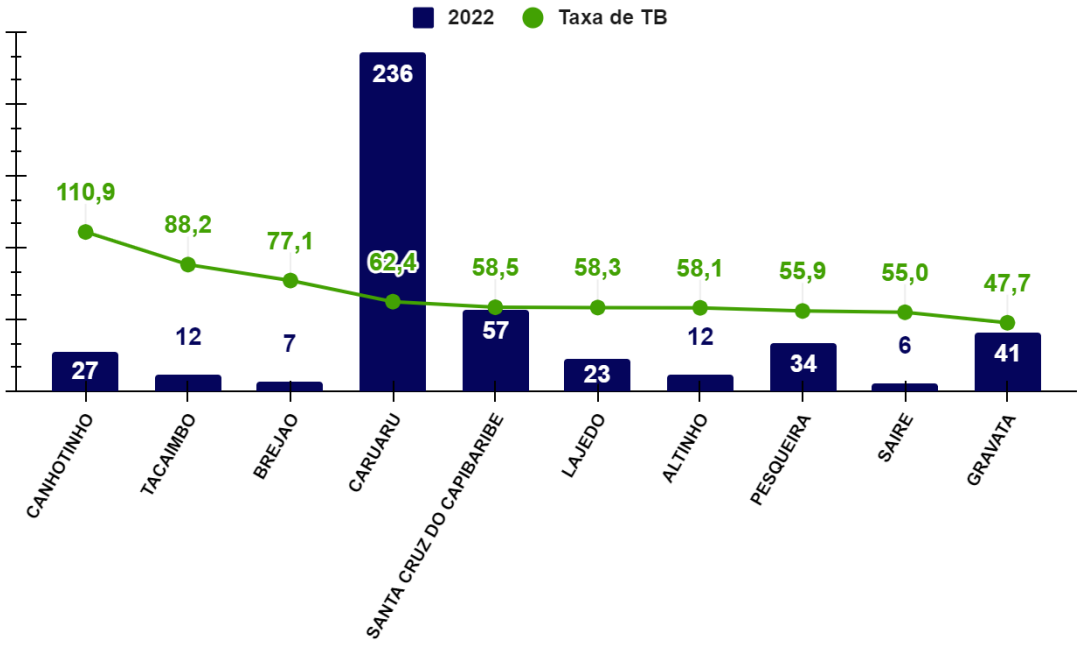
O impacto da epidemia do Zika, que compõe a Tríplice Epidemia vivida no Brasil entre os anos 2015 e 2019, foi creditada como responsável por alterações neurológicas no sistema nervoso, observadas em bebês, que resultaram em um quadro de microcefalia. A relação causal entre o Zika vírus e a microcefalia foi comprovada cientificamente após estudos *in vitro.* Com o desfecho vivido pelo país a partir do ano de 2015, a Fundação Oswaldo Cruz caracterizou o período “como uma das maiores emergências de saúde pública na história do Brasil”.

Gráfico 36. Proporção de casos de tuberculose segundo ano de notificação. II Macrorregião de saúde no estado de Pernambuco.



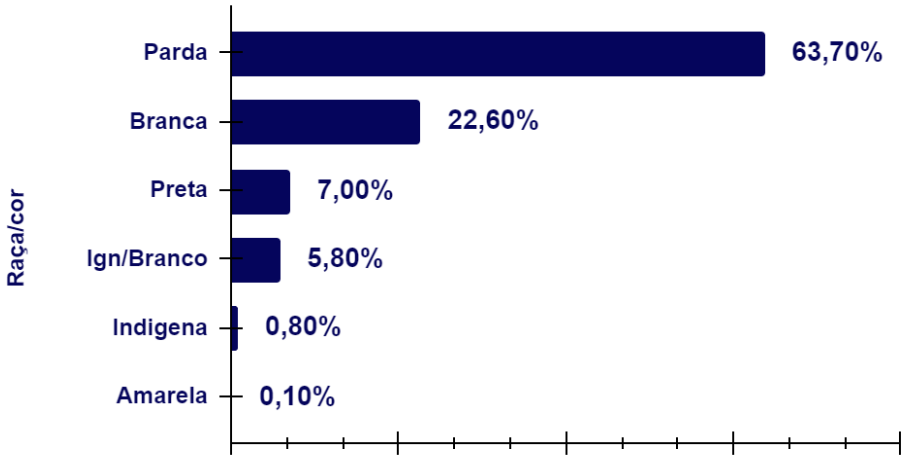
Fonte: Sistema de Informação de Agravos e Notificação - SINAN, 2024

Gráfico 37. Coeficiente de incidência (casos por 100 mil hab.) por município de residência. II Macrorregião de saúde de Pernambuco, 2022.



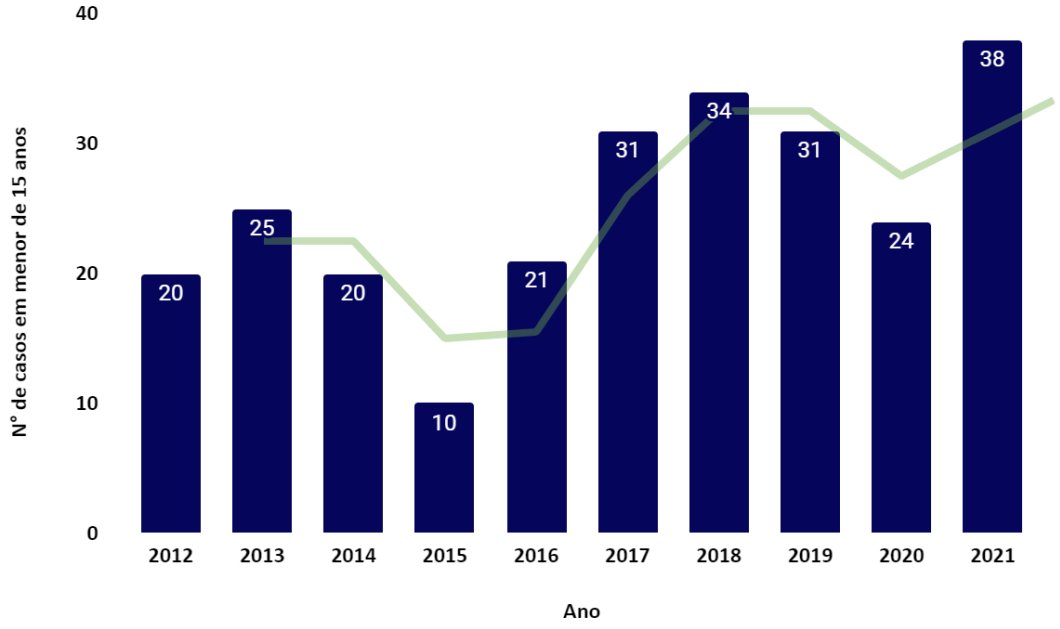
Fonte: Sistema de Informação de Agravos e Notificação - SINAN, 2024

Gráfico 38. Coeficiente de incidência de tuberculose (casos por 100 mil hab.) por sexo e faixa etária. II Macrorregião de saúde de Pernambuco, 2022.



Fonte: Sistema de Informação de Agravos e Notificação - SINAN, 2024

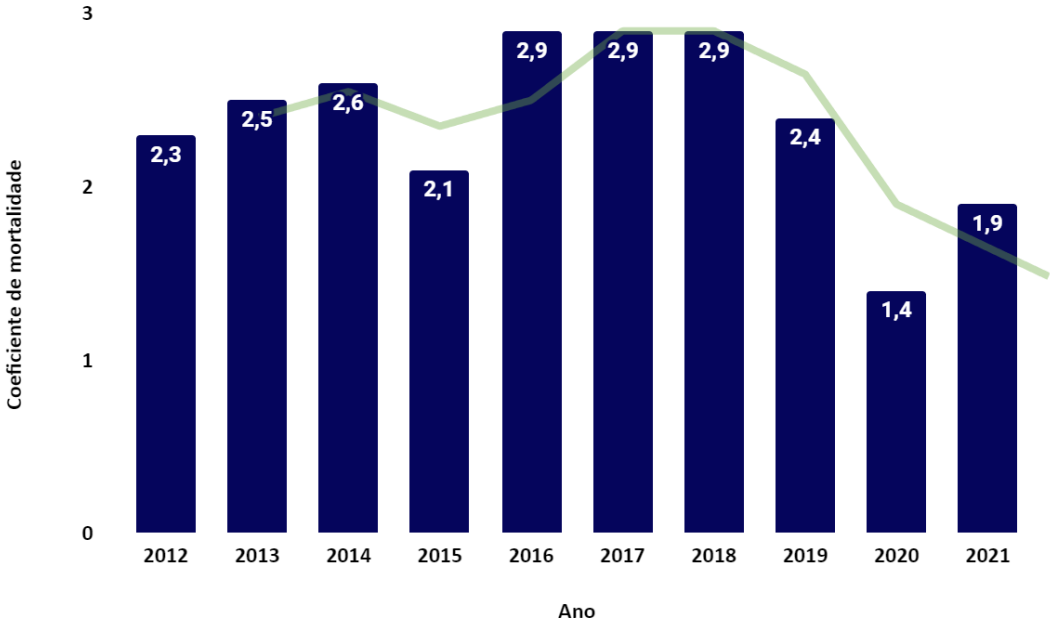
Gráfico 39. Casos de tuberculose em menor de 15 anos, segundo macrorregião de saúde, Pernambuco, 2012-2021



Fonte: SINAN/SEVSAP/SES-PE. Dados extraídos em 27/06/2023.

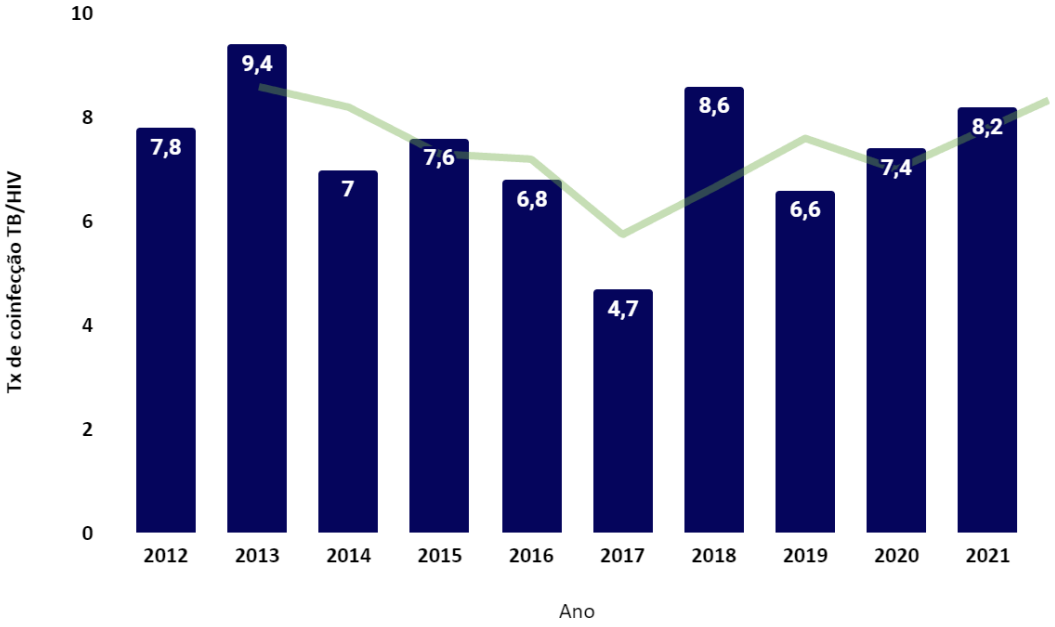
No ano de 2021, a II Macrorregião apresentou o maior número de casos de incidência em menor de 15 anos no período de 2012 a 2021, com um total de 38 casos.

Gráfico 40. Coeficiente de mortalidade (100.0000 habitantes) por tuberculose, II Macrorregião de saúde, Pernambuco, 2012-2021



Fonte: SINAN/SEVSAP/SES-PE. Dados extraídos em 27/06/2023.

Gráfico 41. Taxa de coinfecção TB/HIV entre os casos novos de tuberculose, segundo macrorregião de saúde, Pernambuco, 2012-2021



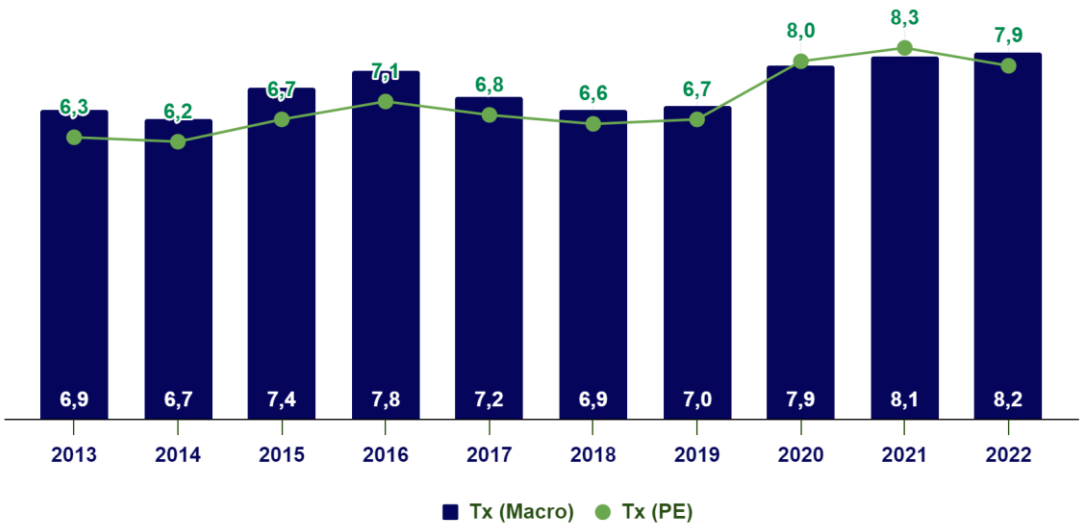
Fonte:SINAN/SEVSAP/SES-PE. Dados extraídos em 27/06/2023.

4.3 Indicadores de Mortalidade

O indicador de mortalidade representa o risco de um indivíduo vir a óbito em decorrência de uma determinada doença ou agravo à saúde (PEREIRA, 2004). Neste sentido, a vigilância da mortalidade deve fortalecer e aprimorar os dados nas fichas de notificação e alimentação do Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) (BRASIL, 2020).

O registro correto dos óbitos e de suas causas é fundamental para informar políticas e respostas organizadas de saúde coletiva para toda a população, incluindo grupos vulneráveis (MATHERS et al., 2005; SETEL et al., 2020; OLIVEIRA et al., 2020). Por tanto, essa inteligência necessita estar fundamentada na observação do território (e suas modificações), que têm populações com acesso heterogêneo aos equipamentos de saúde e à qualidade da prestação de cuidados (BRASIL, 2022).

Gráfico 42. Evolução da Taxa Bruta de Mortalidade (por 1.000 habitantes), segundo ano do óbito. Pernambuco e II Macrorregião, 2013 a 2022.



Fonte: Sistema de informação de mortalidade; IBGE.

.

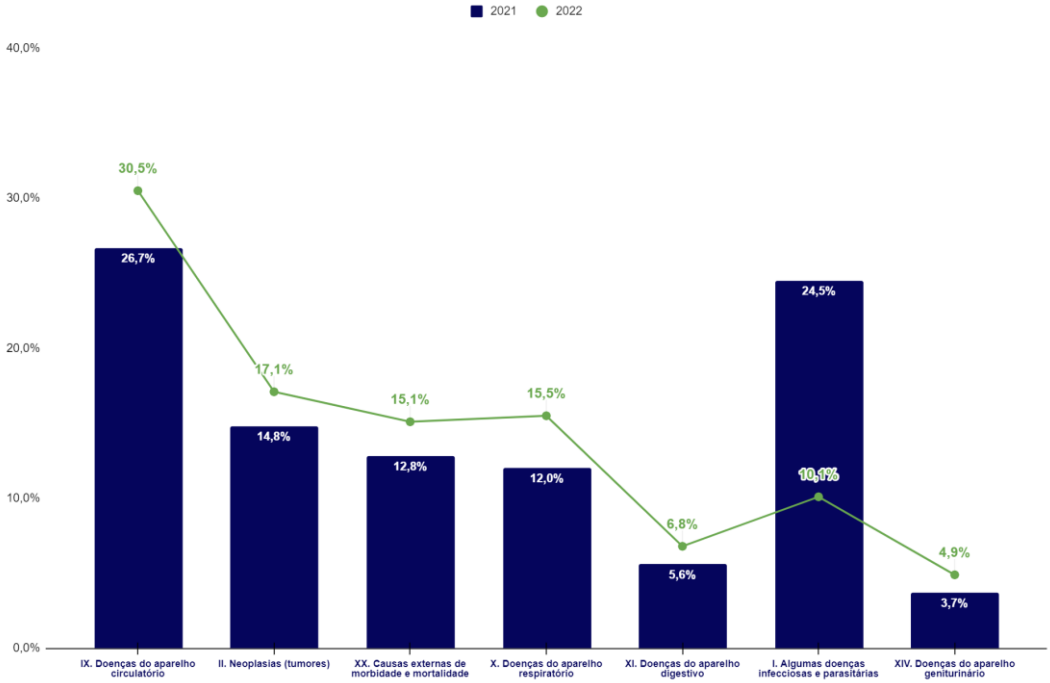
4.3.1 Mortalidade proporcional por grupos de causas

Quadro 29. Mortalidade proporcional segundo grupo de causas (Cid- 10), II Macrorregião- PE, 2022.

Capítulo CID-10	Masculino	%	Feminino	%	Total
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	3059	53,6	2652	46,4	5711
II. Neoplasias (tumores)	4613	48,0	5003	52,0	9616
III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitárias	172	53,9	147	46,1	319
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	2379	44,8	2932	55,2	5311
V. Transtornos mentais e comportamentais	1035	77,2	305	22,8	1340
VI. Doenças do sistema nervoso	982	45,2	1190	54,8	2172
VII. Doenças do olho e anexos	2	100,0	0	0,0	2
VIII.Doenças do ouvido e da apófise mastóide	6	66,7	3	33,3	9
IX. Doenças do aparelho circulatório	8834	51,3	8380	48,7	17214
X. Doenças do aparelho respiratório	4061	46,3	4702	53,7	8763
XI. Doenças do aparelho digestivo	2370	61,6	1476	38,4	3846
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	290	38,6	462	61,4	752
XIII.Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	169	39,0	264	61,0	433
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	1319	48,1	1422	51,9	2741
XV. Gravidez parto e puerpério	0	0,0	73	100,0	73
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	489	56,5	377	43,5	866
XVII.Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	250	49,1	259	50,9	509
XVIII.Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	2030	53,2	1786	46,8	3816
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	6881	81,1	1601	18,9	8482

Fonte: Sistema de informação de mortalidade

Gráfico 43. Mortalidade proporcional segundo grupo de causas (Cid- 10), II Macrorregião- PE, 2022.



Fonte: Sistema de Informação de Mortalidade, Banco de dados de 2021-2022

A COVID-19 foi considerada como pandemia pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em 2020. Ao longo do ano, mais de 1 milhão de óbitos foram registrados em todo o mundo. O monitoramento da COVID-19, permitiu uma análise abrangente, para além dos registros notificados pelos sistemas de informação de saúde. Esse panorama contribuiu para compreensão das notificações de casos de COVID-19 segundo grupos de causas, que são atribuíveis a outras condições de saúde e que tiveram um grande impacto (Guimarães, 2022).

Na II Macrorregião, podemos analisar o aumento do número de óbitos em todos os grupos de causas, destacando-se o Grupo de Doenças do Aparelho Respiratório, que teve um aumento de 3,5%, e do Grupo de Doenças do Aparelho Circulatório passando de 26,7,% em 2021, para 30,5% em 2022. Esses dados refletem a sobrecarga dos sistemas de saúde durante a pandemia e a dificuldade no acesso ao serviço devido às medidas preventivas (Guimarães, 2022).

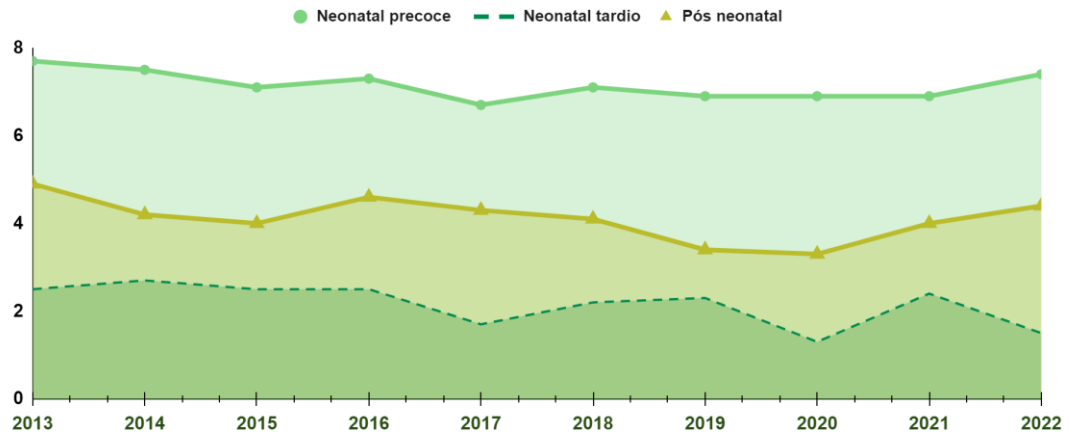
4.3.2 Mortalidade infantil

Quadro 29. Coeficiente de mortalidade infantil (por 1.000 NV), segundo ano do óbito. Pernambuco e II Macrorregião, 2013 a 2022.

Ano do Óbito	Neonatal precoce	Neonatal tardio	Pós neonatal
2013	7,7	2,5	4,9
2014	7,5	2,7	4,2
2015	7,1	2,5	4
2016	7,3	2,5	4,6
2017	6,7	1,7	4,3
2018	7,1	2,2	4,1
2019	6,9	2,3	3,4
2020	6,9	1,3	3,3
2021	6,9	2,4	4
2022	7,4	1,5	4,4

Fonte: Sistema de informação de mortalidade; Sistema de informação de nascidos vivos.

Gráfico 43. Coeficiente de mortalidade infantil (por 1.000 NV), segundo ano do óbito. Pernambuco e II Macrorregião, 2013 a 2022



Fonte: Sistema de informação de mortalidade (SIM); Sistema de informação de nascidos vivos (SINASC), 2024.

Gráfico 44. Coeficiente de Mortalidade Infantil da II Macrorregião e Pernambuco, 2012 a 2021

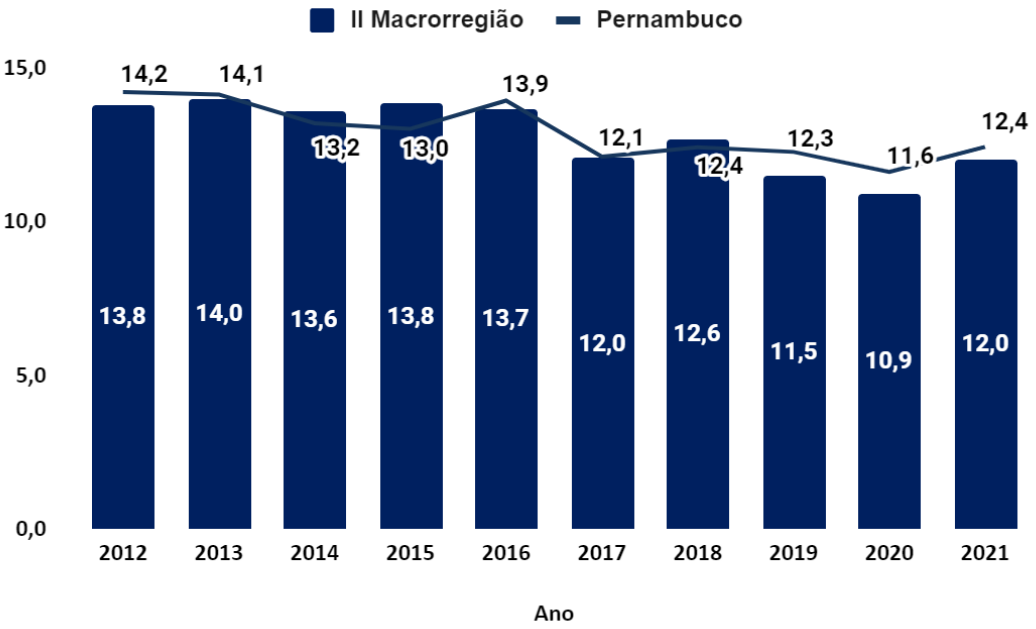
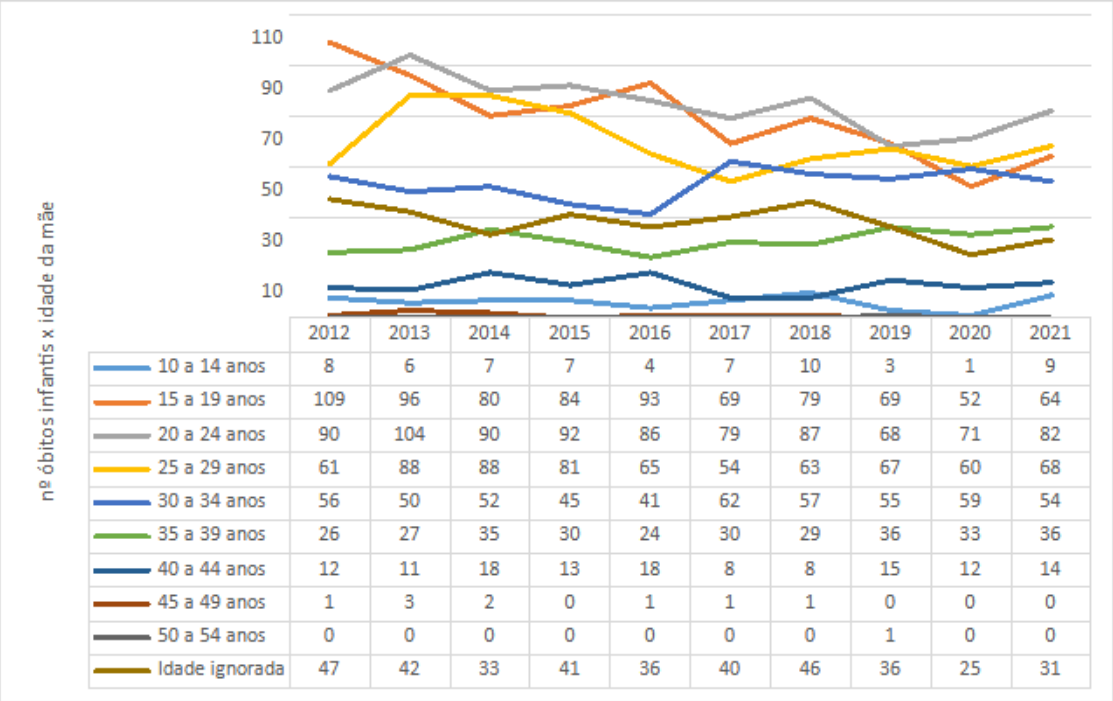


Gráfico 45. Número de óbito infantil segundo idade da mãe. II Macrorregião, 2012 a 2021



	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
10 a 14 anos	8	6	7	7	4	7	10	3	1	9
15 a 19 anos	109	96	80	84	93	69	79	69	52	64
20 a 24 anos	90	104	90	92	86	79	87	68	71	82
25 a 29 anos	61	88	88	81	65	54	63	67	60	68
30 a 34 anos	56	50	52	45	41	62	57	55	59	54
35 a 39 anos	26	27	35	30	24	30	29	36	33	36
40 a 44 anos	12	11	18	13	18	8	8	15	12	14
45 a 49 anos	1	3	2	0	1	1	1	0	0	0
50 a 54 anos	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0
Idade ignorada	47	42	33	41	36	40	46	36	25	31

Fonte: Sistema de informação de mortalidade (SIM)/SES-PE

Ao analisarmos os óbitos infantis na Macrorregião II, entre os anos de 2012 e 2021, percebe-se um declínio dos números na faixa etária materna de 15 a 19 anos, que era a com maior quantidade de óbitos em 2012 e passa a ser a terceira em 2021. Entretanto, a faixa materna de 20 a 24 anos, apesar de apresentar leves quedas nos números, apresenta-se em 2021 com o maior número de óbitos infantis, bem como no total dos 10 anos analisados.

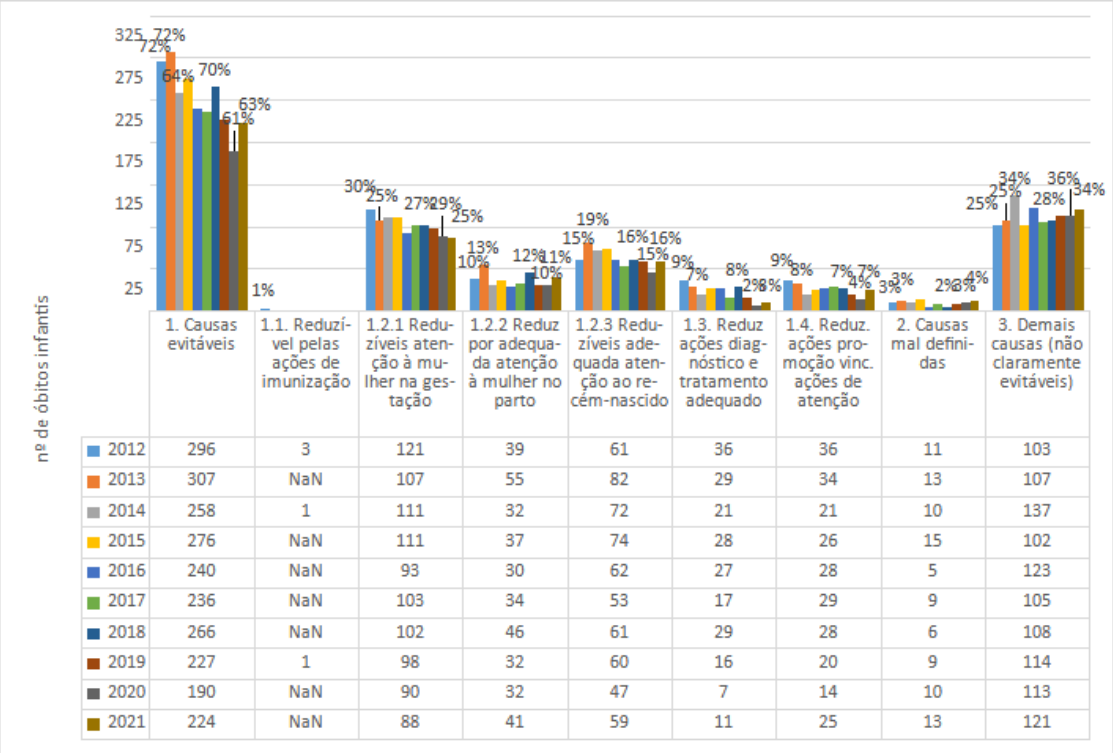
Quadro 30. Proporção dos óbitos infantis segundo causas evitáveis 0-4 anos na II Macrorregião, 2012 a 2021

Causas evitáveis - 0 a 4 anos	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
1. Causas evitáveis	72%	72%	64%	70%	65%	67%	70%	65%	61%	63%
1.1. Reduzível pelas ações de imunização	1%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
1.2.1 Reduzíveis atenção à mulher na gestação	30%	25%	27%	28%	25%	29%	27%	28%	29%	25%

1.2.2 Reduz por adequada atenção à mulher no parto	10%	13%	8%	9%	8%	10%	12%	9%	10%	11%
1.2.3 Reduzíveis adequada atenção ao recém-nascido	15%	19%	18%	19%	17%	15%	16%	17%	15%	16%
1.3. Reduz ações diagnóstico e tratamento adequado	9%	7%	5%	7%	7%	5%	8%	5%	2%	3%
1.4. Reduz. ações promoção vinc. ações de atenção	9%	8%	5%	7%	8%	8%	7%	6%	4%	7%
2. Causas mal definidas	3%	3%	2%	4%	1%	3%	2%	3%	3%	4%
3. Demais causas (não claramente evitáveis)	25%	25%	34%	26%	33%	30%	28%	33%	36%	34%
TOTAL	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

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

Gráfico 46. Proporção dos óbitos infantis segundo causas evitáveis 0-4 anos na II Macrorregião, 2012 a 2021

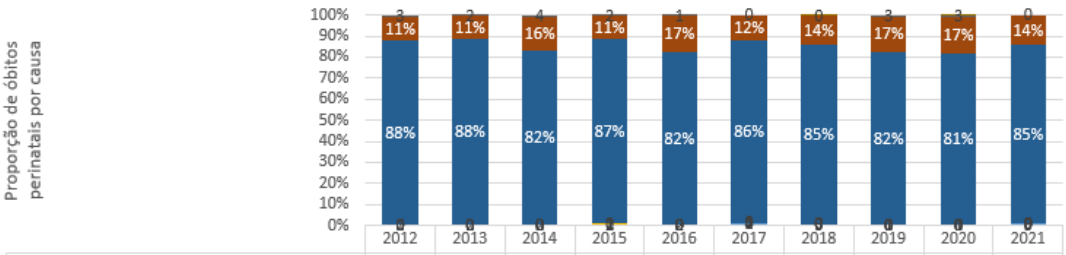


	1. Causas evitáveis	1.1. Reduzível pelas ações de imunização	1.2.1 Reduzíveis atenção à mulher na gestação	1.2.2 Reduz por adequada atenção à mulher no parto	1.2.3 Reduzíveis adequada atenção ao recém-nascido	1.3. Reduz ações diagnóstico e tratamento adequado	1.4. Reduz. ações promoção vinc. ações de atenção	2. Causas mal definidas	3. Demais causas (não claramente evitáveis)
2012	296	3	121	39	61	36	36	11	103
2013	307	NaN	107	55	82	29	34	13	107
2014	258	1	111	32	72	21	21	10	137
2015	276	NaN	111	37	74	28	26	15	102
2016	240	NaN	93	30	62	27	28	5	123
2017	236	NaN	103	34	53	17	29	9	105
2018	266	NaN	102	46	61	29	28	6	108
2019	227	1	98	32	60	16	20	9	114
2020	190	NaN	90	32	47	7	14	10	113
2021	224	NaN	88	41	59	11	25	13	121

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

Quanto às causas evitáveis, verifica-se que, na série histórica, os óbitos infantis ocorreram de 61% a 72% por causas evitáveis, sendo a maior proporção dessas as reduzíveis por atenção à mulher na gestação (30% em 2012 e 25% em 2021) seguidas por reduzíveis por adequada atenção ao recém-nascido (15% em 2012 e 16% em 2021).

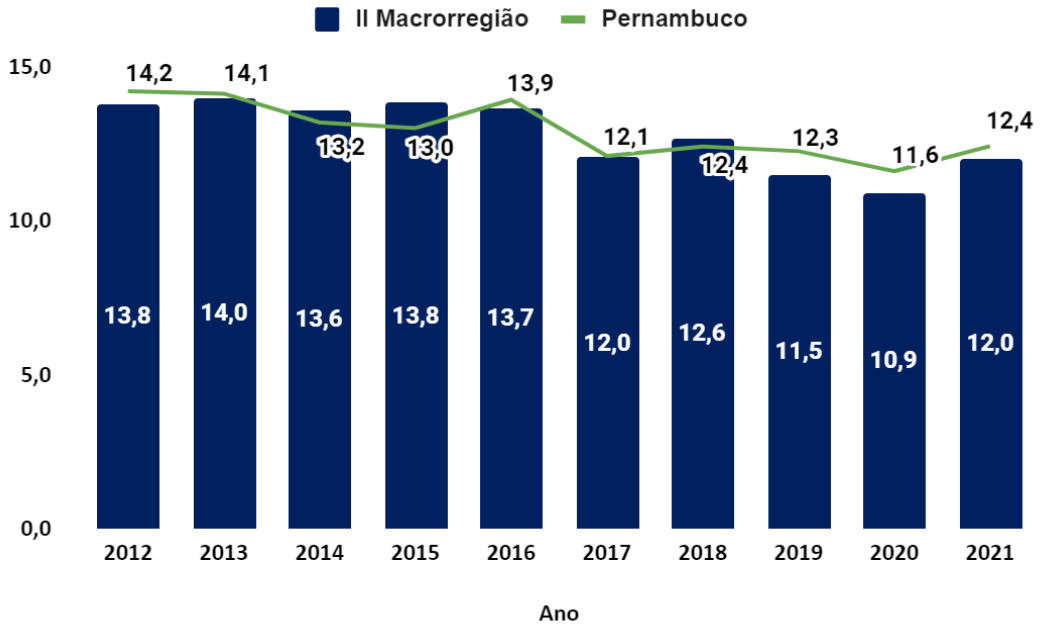
Gráfico 47. Proporção de óbitos perinatais por causa (fetal acima de 28ª semana de gestação + 0 a 6 dias)



	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0
XVIII.Sint sinais e achad anorm exclín e laborat	3	2	4	2	1	0	0	3	3	0
XVII.Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	47	48	75	52	69	47	61	69	69	55
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	360	383	380	408	329	329	369	340	327	330
XI. Doenças do aparelho digestivo	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
X. Doenças do aparelho respiratório	0	2	0	1	0	0	0	0	0	0
V. Transtornos mentais e comportamentais	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0
III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	1	0	2	2	2	4	3	1	1	3

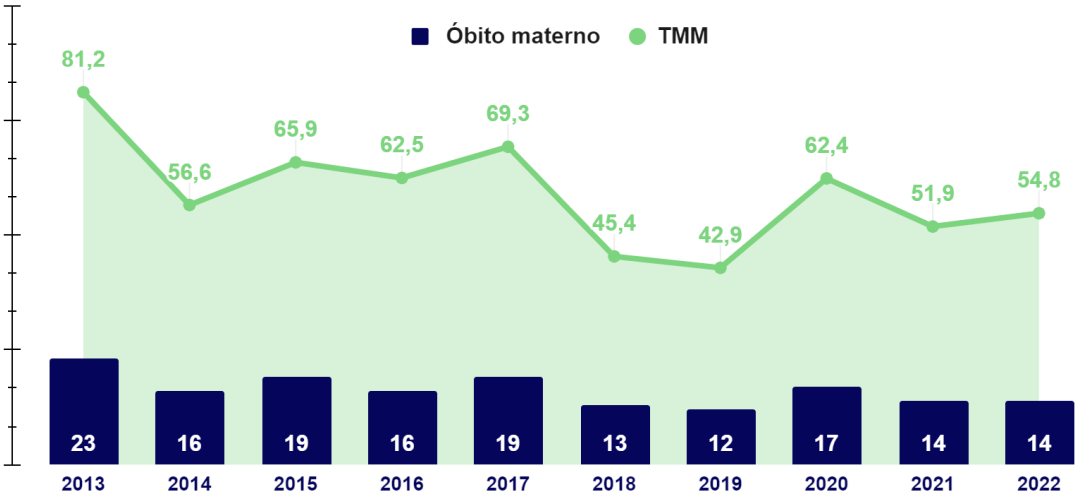
Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM

Gráfico 48. Coeficiente de Mortalidade Infantil. Pernambuco,2012 a 2021



Fonte: SIM/GVEV/DGIE/SEVSAP/SES-PE
Dados captados em 02/01/2024, sujeitos à alteração

Gráfico 49. Número de óbitos maternos e Taxa de Mortalidade Materna (por 100.000 nascidos vivos), II Macrorregional de Pernambuco, 2013 a 2022



Fonte: Sistema de informação de mortalidade (SIM); Sistema de informação de nascidos vivos (SINASC), 2024.

A diminuição da taxa de natalidade, pode ser explicada por alguns fatores, entre eles a diminuição da taxa de natalidade, fenômeno predominante em todo o mundo, com a emancipação da mulher no mercado de trabalho, além do avanço das estratégias e programas de combate à mortalidade materna.

Quadro 31. Proporção de óbitos de Mulheres em Idade Fértil (MIF), II Macrorregional de Pernambuco, 2013 a 2022

Ano	Óbitos (n)	Óbito investigado	Óbitos (n)	Óbito não investigado
2013	686	98,80%	8	1,20%
2014	624	98,80%	7	1,10%
2015	611	99,10%	5	0,81%
2016	677	98,60%	9	1,30%
2017	622	99,80%	6	0,90%
2018	612	98,00%	11	2,00%

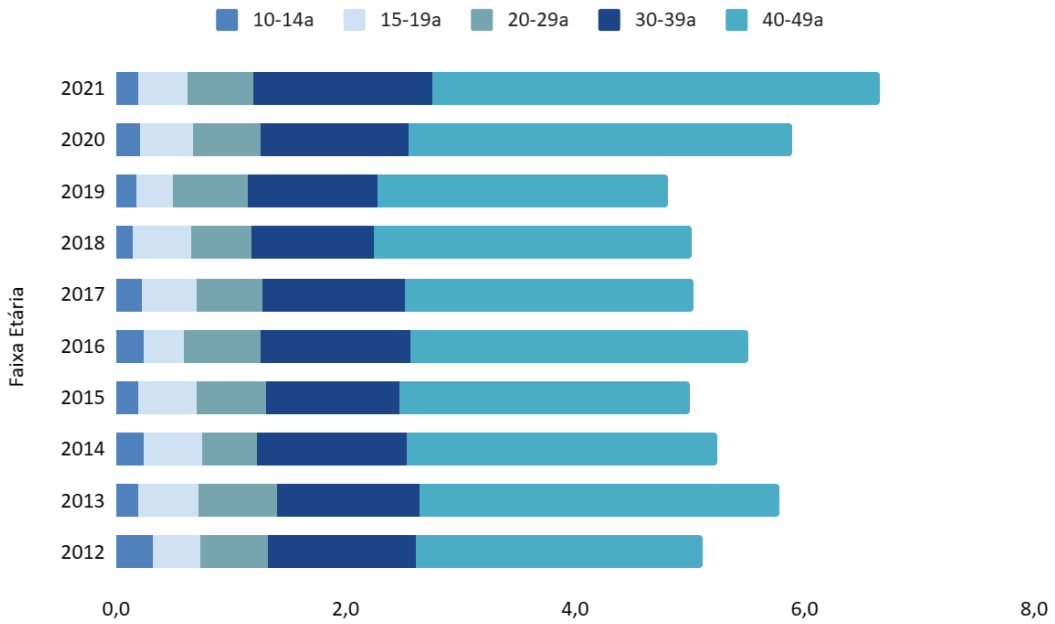
2019	593	96,20%	23	3,70%
2020	702	94,99%	37	5,00%
2021	809	95,80%	35	4,14%
2022	624	94,20%	38	5,74%

Quadro 32. Taxa de mortalidade de mulheres em idade fértil (MIF -10 a 49 anos) por faixa etária e Macrorregional de Saúde. Pernambuco, 2012 a 2021

Macrorregião	Faixa Etária	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
MACRO II - AGRESTE	10-14a	0,3	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,1	0,2	0,2	0,2
	15-19a	0,4	0,5	0,5	0,5	0,4	0,5	0,5	0,3	0,5	0,4
	20-29a	0,6	0,7	0,5	0,6	0,7	0,6	0,5	0,6	0,6	0,6
	30-39a	1,3	1,2	1,3	1,2	1,3	1,2	1,1	1,1	1,3	1,5
	40-49a	2,5	3,1	2,7	2,5	2,9	2,5	2,8	2,5	3,3	3,9

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

Gráfico 50. Taxa de mortalidade de mulheres em idade fértil (MIF -10 a 49 anos) por faixa etária e Macrorregional de Saúde. Pernambuco, 2012 a 2021



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

No gráfico acima, observa-se um aumento na taxa de mortalidade materna na faixa etária entre 30 e 49 anos de idade, a partir do ano de 2020. É necessário compreender às condicionalidade de saúde relacionadas à motivação dos óbitos das mulheres em idade fértil na II Macrorregião, correlacionando com outros indicadores epidemiológicos, como o aumento de óbitos por causas externas, relacionados à violência contra mulher, com objetivo de promover promoção à saúde de maneira ampla e eficiente.

Quadro 33. Categorização de óbitos por causas externas entre residentes da II Macrorregião de Saúde de Pernambuco, 2013 a 2022

Categorização de causas externas	CID-10	M		F		Total
		n	%	n	%	n
Homicídios (agressões)	**X85-Y09**	7590	93,5%	518	6,4%	8111
Acidentes de transporte	**V01-V99**	3867	86,2%	614	13,7%	4481

Eventos de intenção indeterminada	**Y10-Y34**	698	76,4%	216	23,6%	914
Lesões autoprovocadas voluntariamente	**X60-X84**	769	81,1%	179	18,9%	948
Sequelas de causas externas	**Y85-Y89**	26	72,2%	10	27,8%	36
Complicações assistência médica e cirúrgica	**Y40-Y84**	56	43,8%	72	56,3%	128
Acidentes	-	5537	79,9%	1393	20,1%	6931
Outros causas externas de lesões acidentes	**W00-X59**	1670	68,2%	779	31,8%	2450
	Total	20213	-	3781	-	23999

Fonte: Sistema de Informação de Mortalidade-SIM, 2024

Gráfico 50. Média de Taxa homicídio em homens (por 100.000 hab.) na II Macrorregião, entre os anos de 2012 a 2021.

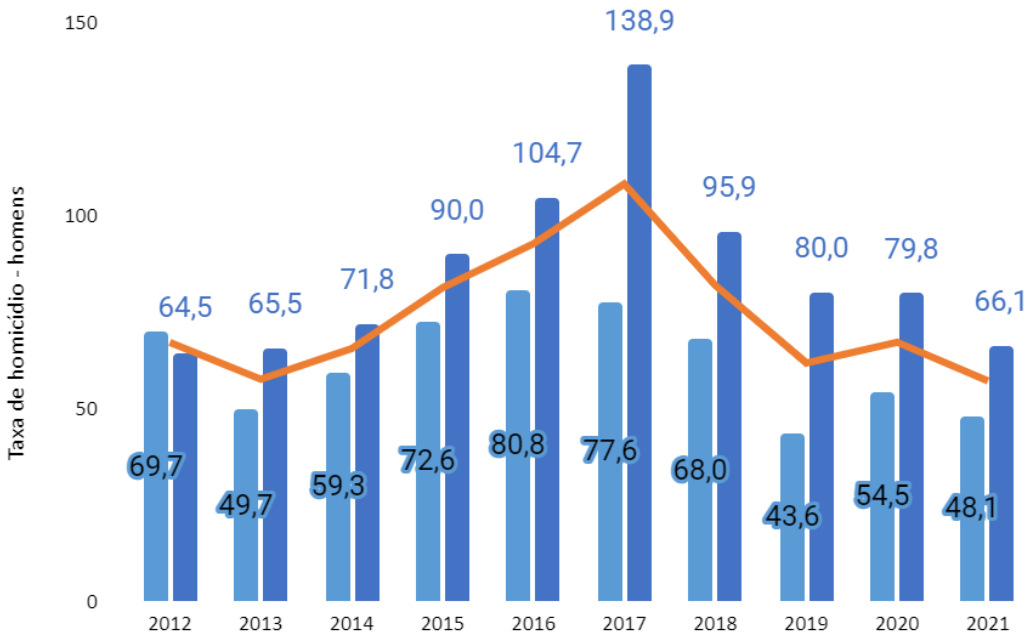
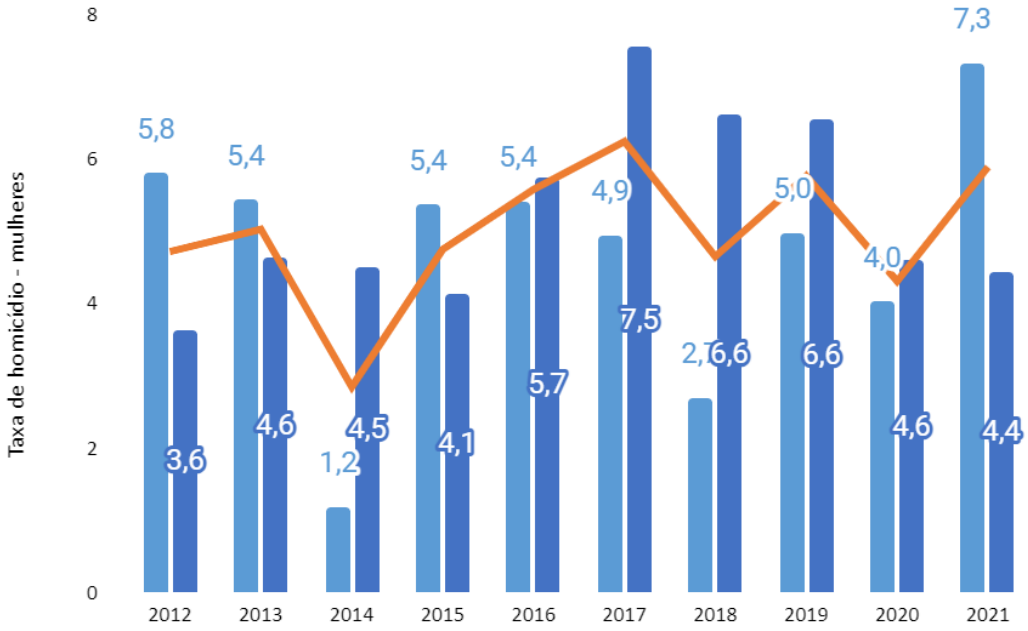


Gráfico 51. Média de Taxa homicídio em mulheres (por 100.000 hab.) na II Macrorregião, entre os anos de 2012 a 2021.



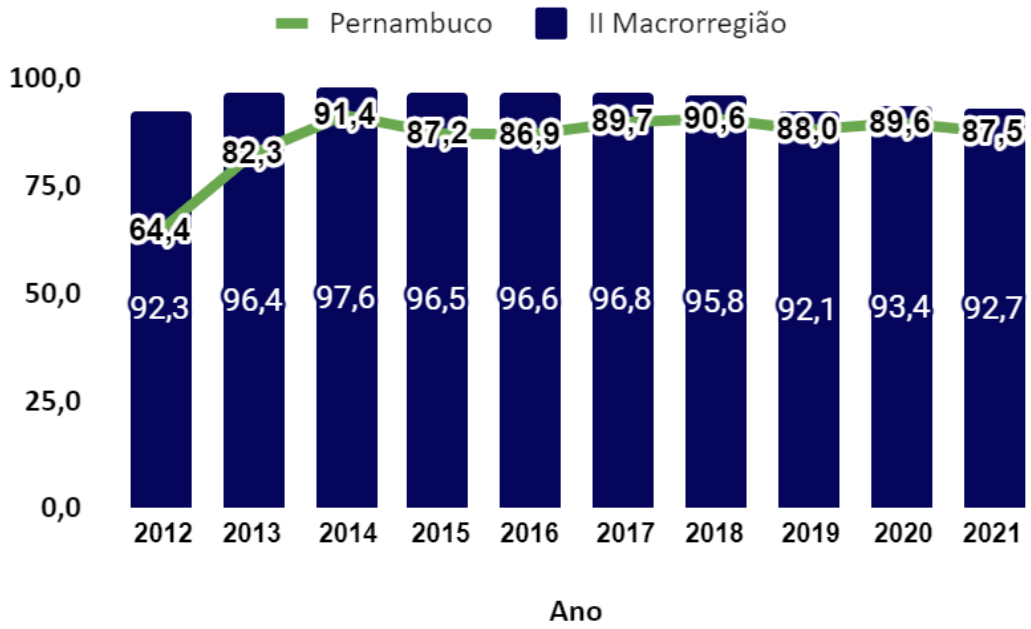
Quadro 34. Nº de óbitos infantis por nível de escolaridade materna. II Macrorregião, 2012 a 2021

Escolaridade materna	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Sem escolaridade	30	27	18	17	15	20	15	14	6	11
Fundamental I (1ª a 4ª serie)	72	72	76	60	58	48	43	28	24	39
Fundamental II (5ª a 8ª serie)	139	141	123	141	133	111	125	114	93	122
Médio (antigo 2º Grau)	94	122	109	106	94	107	121	113	123	119
Superior incompleto	4	9	12	8	15	9	6	14	4	10
Superior completo	13	8	23	12	11	9	19	27	24	17

Ignorado	13	16	10	13	9	7	12	9	18	12
Não informado	45	34	35	36	33	38	39	30	21	28
II Macrorregião	**410**	**429**	**406**	**393**	**368**	**349**	**380**	**349**	**313**	**358**

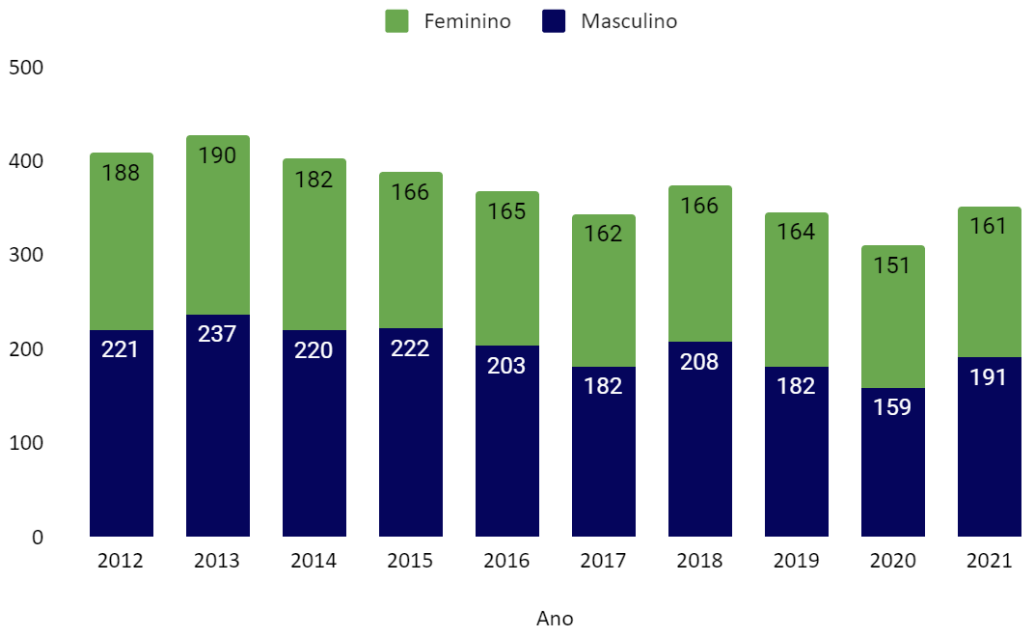
Fonte

Gráfico 52. Proporção dos óbitos fetais investigados segundo macrorregião. Pernambuco, 2012 a 2021



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

Gráfico 53. Número de óbitos infantis segundo sexo. II Macrorregião, 2012 a 2021



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

Dados captados em 02/01/2024, sujeitos à alteração

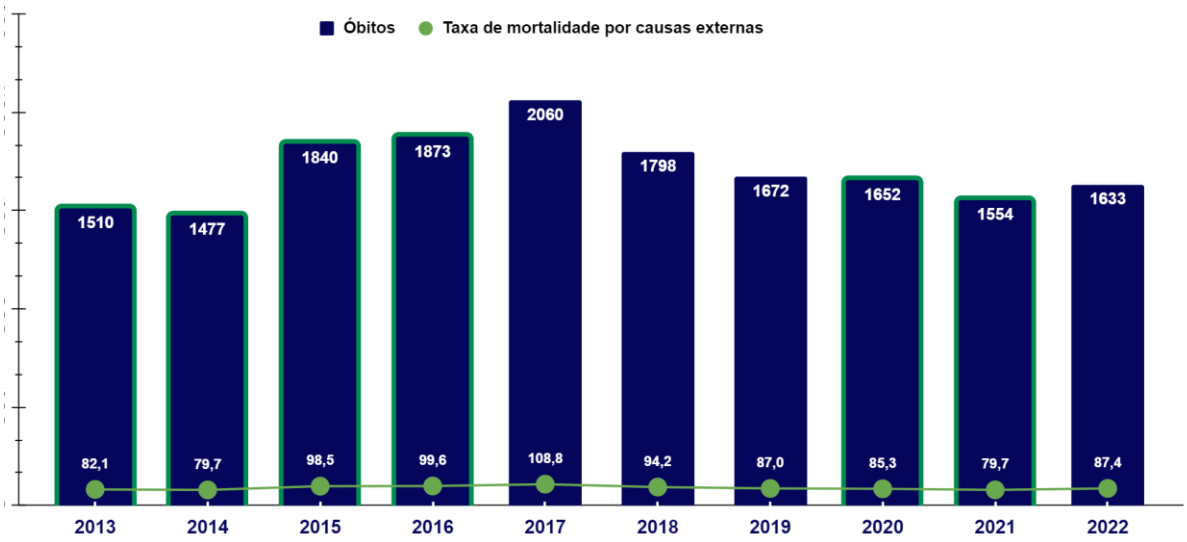
Quadro 36. Número de óbito infantil segundo idade da mãe. II Macrorregião, 2012 a 2021

Idade da mãe	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
10 a 14	8	6	7	7	4	7	10	3	1	9
15 a 20	131	123	95	103	117	87	97	83	74	85
21 a 30	145	172	176	169	139	127	144	132	119	141
31 a 40	70	78	79	64	59	82	77	85	87	85
41 a 50	9	8	17	9	13	7	6	10	7	7
51 a 55	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0
Ignorado	47	42	32	41	36	39	46	35	25	31
II Macrorregião	410	429	406	393	368	349	380	349	313	358

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

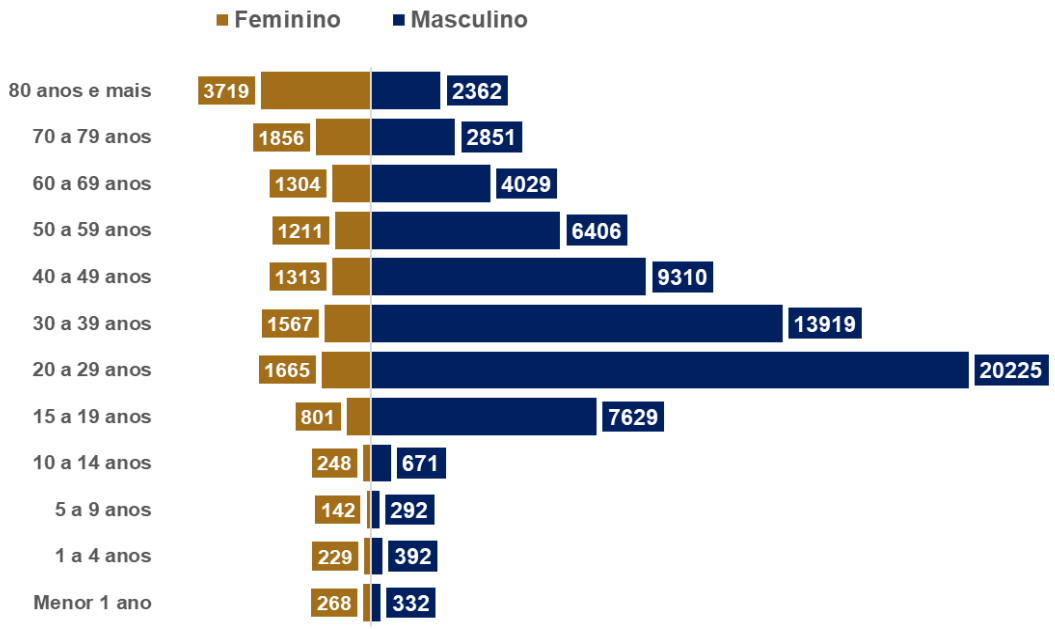
Dados captados em 02/01/2024, sujeitos à alteração

Gráfico 55. Série histórica dos óbitos e taxa de mortalidade por causas externas entre residentes da II Macrorregião de Saúde de Pernambuco, 2013 a 2022



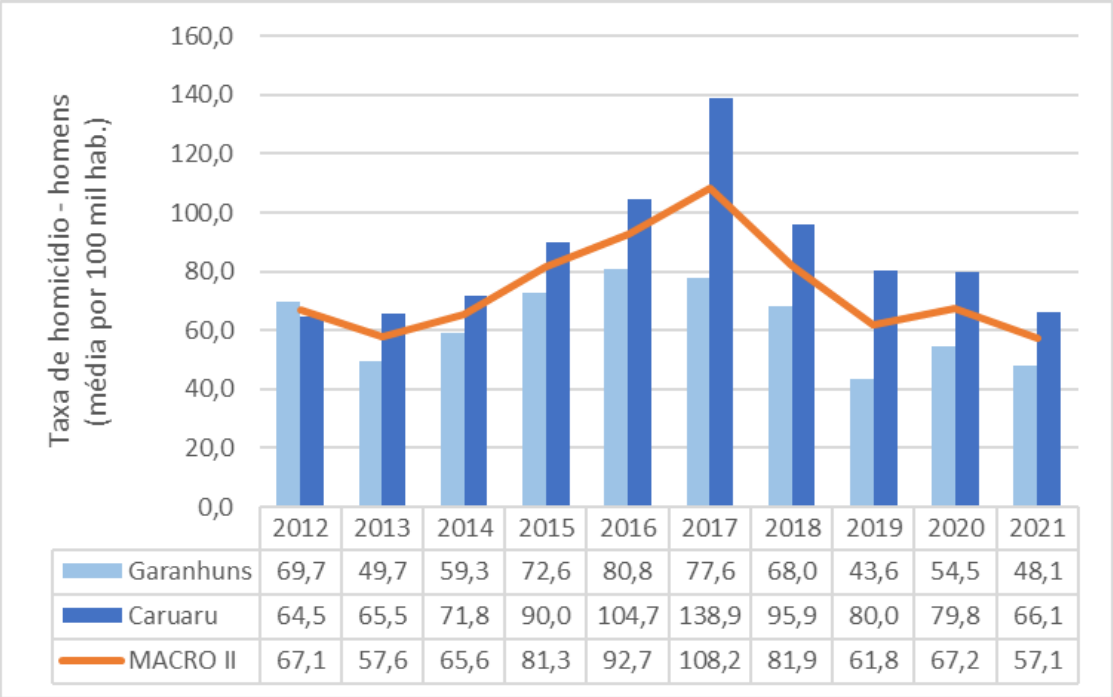
Fonte: Sistema de Informação de Mortalidade-SIM, 2024

Gráfico 56. Mortalidade por causas externas (acidentes e violências) segundo sexo e faixa etária (padrão da OPAS), II Macrorregião- PE, 2013-2022.



Fonte: Sistema de Informação de Mortalidade-SIM, 2024

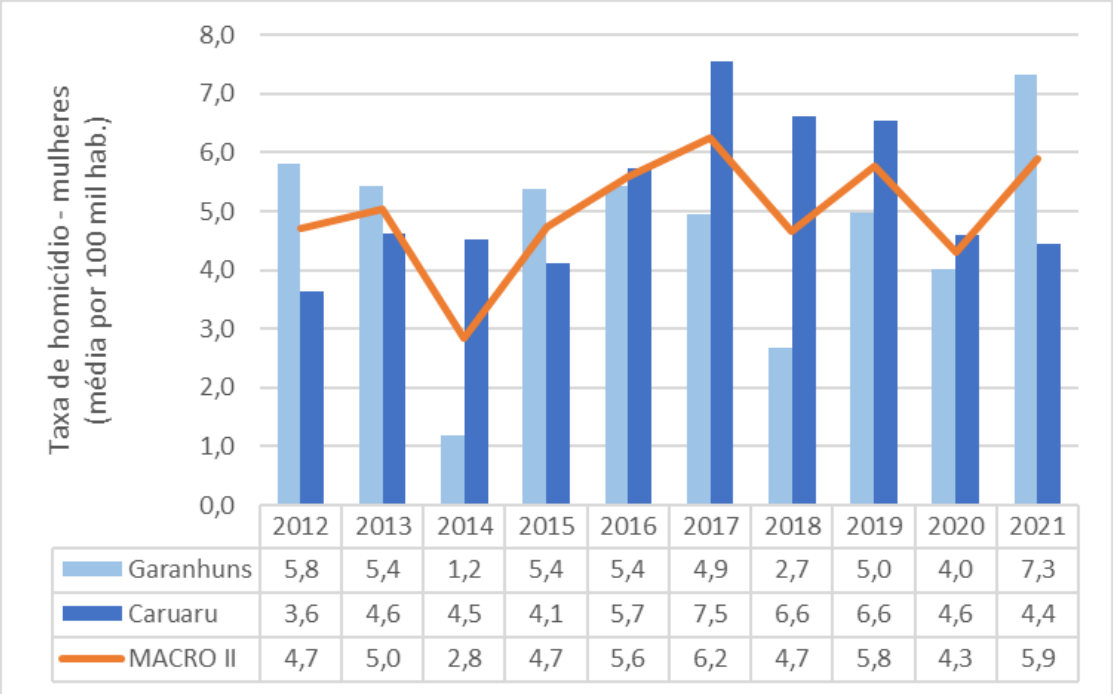
Gráfico 57. Média de Taxa de homicídio homens (por 100.000 hab.) da II Macrorregião, 2012-2021.



	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Garanhuns	69,7	49,7	59,3	72,6	80,8	77,6	68,0	43,6	54,5	48,1
Caruaru	64,5	65,5	71,8	90,0	104,7	138,9	95,9	80,0	79,8	66,1
MACRO II	67,1	57,6	65,6	81,3	92,7	108,2	81,9	61,8	67,2	57,1

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

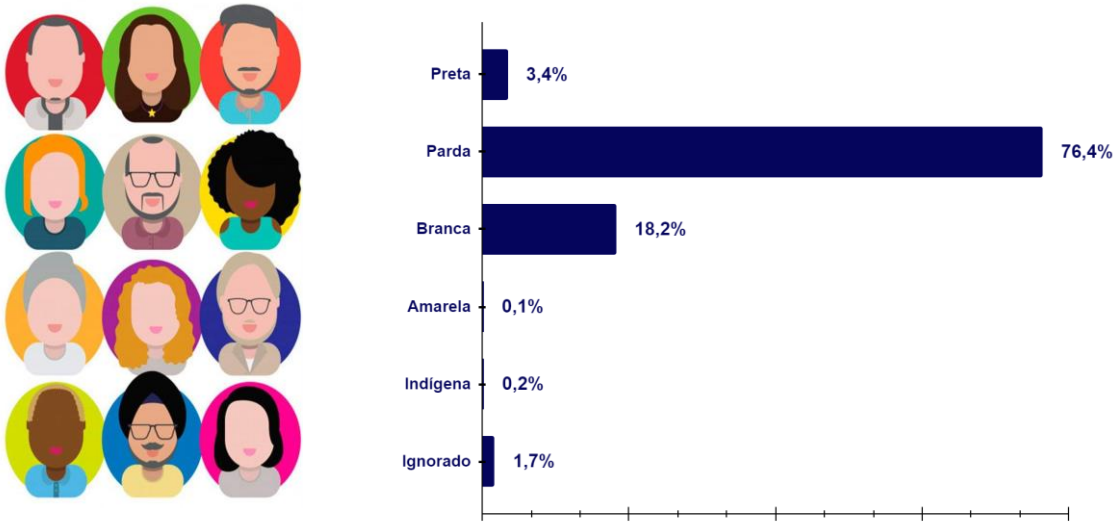
Gráfico 58. Média de Taxa de homicídio mulheres (por 100.000 hab.) da II Macrorregião, 2012-2021.



	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Garanhuns	5,8	5,4	1,2	5,4	5,4	4,9	2,7	5,0	4,0	7,3
Caruaru	3,6	4,6	4,5	4,1	5,7	7,5	6,6	6,6	4,6	4,4
MACRO II	4,7	5,0	2,8	4,7	5,6	6,2	4,7	5,8	4,3	5,9

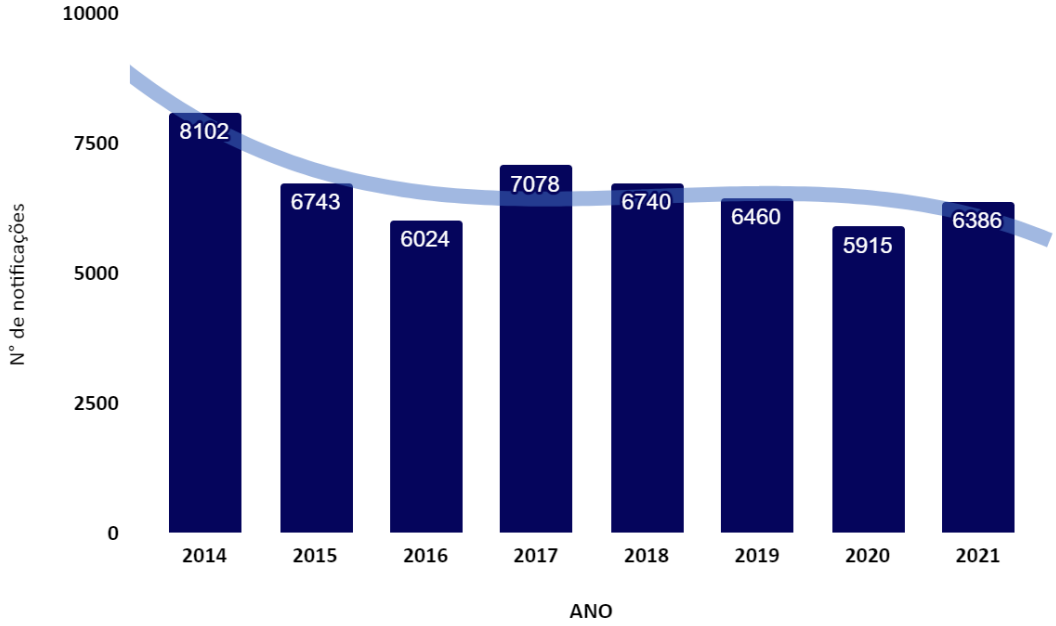
Fonte: Fonte:Fontes: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM

Gráfico 59. Mortalidade por causas externas, segundo raça/ cor, II Macrorregião- PE, 2013-2022.



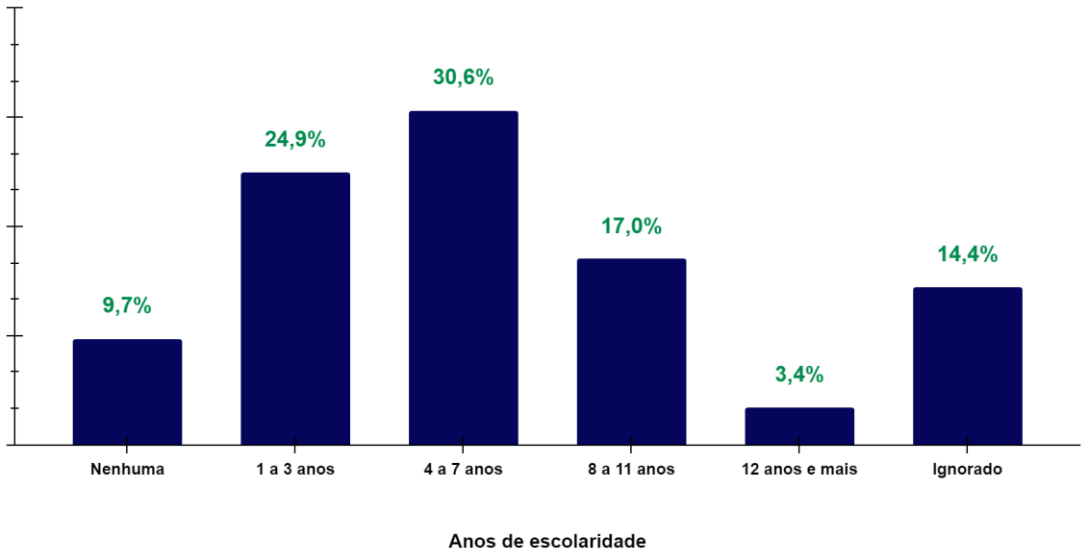
Fonte: Sistema de Informação de Mortalidade-SIM, 2024.

Gráfico 60. Número de acidentes de trânsito



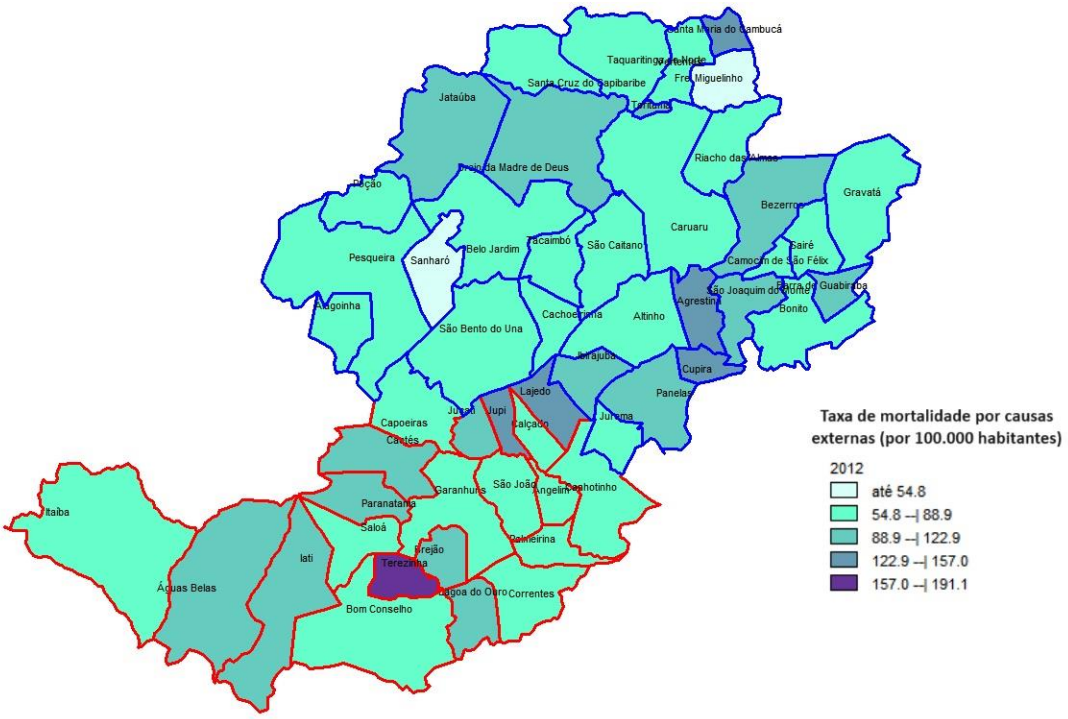
Fonte: SINAN

Gráfico 61. Mortalidade por causas externas (acidentes e violências) segundo anos de escolaridade, II Macrorregião- PE, 2013-2022.



Fonte: Sistema de Informação de Mortalidade-SIM, 2024

Figura 11. Padrão da taxa de mortalidade por causas externas entre os residentes da II Macrorregião de Saúde de Pernambuco, 2013 a 2022



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

5. IMUNIZAÇÃO

A vacina é o único meio para interromper a cadeia de transmissão de algumas doenças imunopreveníveis, porém, isso só se torna possível se as coberturas alcançarem os valores preconizados e homogêneos para todos os grupos da população (BRASIL, 2013).

A CV pode ser entendida como a proporção de indivíduos imunizados (que receberam o esquema completo da vacina em análise) em relação àqueles que compõem o grupo de determinado local e faixa etária. É considerado esquema completo quando a aplicação da vacina ocorre nas idades corretas e com os intervalos preconizados (BRASIL, 2014).

Já para a obtenção da imunidade em massa, faz-se necessário que além das condições citadas acima, a CV seja alta e homogênea, isso significa que a população de suscetíveis deve estar com as coberturas vacinais acima de 90% a 95% a depender do imunizante (HOMMA et al.; 2020).

As vacinas com meta nacional de 90% são BCG e Rotavírus. A vacina BCG traz proteção contra as formas graves da tuberculose, uma doença contagiosa que pode provocar sérios problemas respiratórios, e a vacina oral monovalente combate a doença diarreica causada por rotavírus.

Quadro 38. Indicador de Cobertura Vacinal do calendário básico (em menores de 1 ano) por imunobiológico. II Macrorregião de Saúde de Pernambuco, 2018 a 2022.

ANO	BCG	HEP B	ROTA	MNG C	PENTA	PNEUMO	PÓLIO
METAS	90,00%	95,00%	90,00%	79,08%	95,00%	78,00%	74,60%
2018	102,44	97,62	104,93	106,95	104,26	109,15	101,51
2019	91,54	86,77	97,15	97,67	81,83	99,2	96,45
2020	86,17	83,84	82,93	85,41	77,28	88,81	84,23
2021	88,34	87,09	77,24	78,19	77,91	82,08	78,52
2022	102,86	91,02	85,04	90,37	91,59	93,05	89,93

Fonte: Sistema Nacional de Imunização- SI PNI, Acesso em: 09/02/2024* Dados sujeitos a alterações. ** Tríplice viral.

Quadro 39. Cobertura vacinal segundo município e imunobiológico, em crianças menores de 01 (um) ano de idade. II Macrorregião de Saúde, 2022.

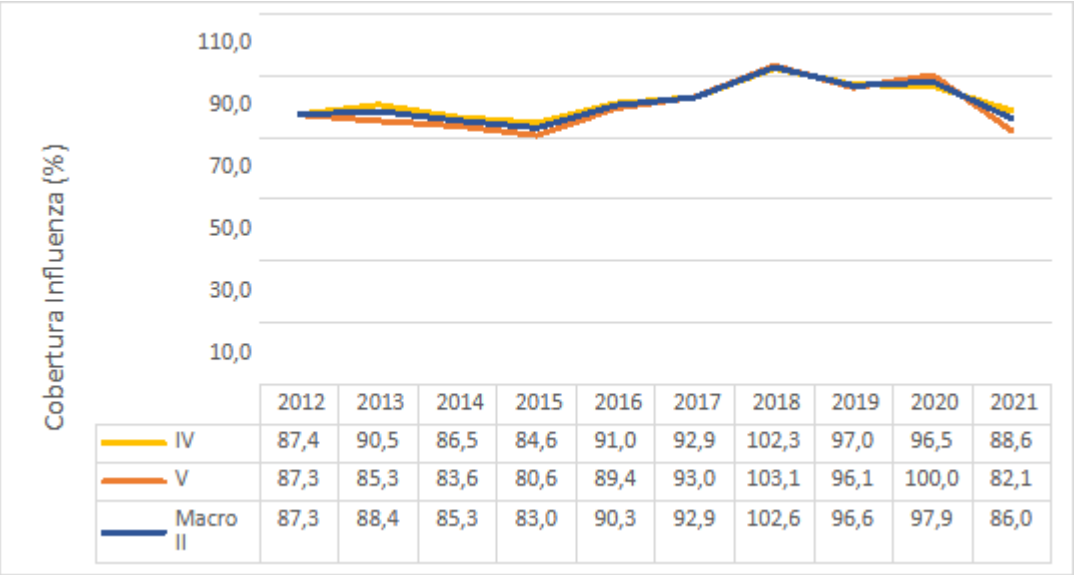
Microrregião	Municípios	BCG	Hep B	Rota	Mng C	Penta	Pneumo	Pólio
VI	**Caruaru**	**137,86**	**136,71**	**70,52**	**84,10**	**79,77**	**89,31**	**79,48**
	Agrestina	89,77	80,68	71,97	75,76	79,55	85,61	79,92
	Altinho	112,74	101,25	83,50	86,75	84,80	89,97	83,35
	Cupira	71,35	68,04	80,99	85,12	84,57	87,33	86,23
	Ibirajuba	118,75	95,83	115,63	115,63	117,71	117,71	114,58
	Jurema	59,60	51,01	87,37	88,38	86,87	90,91	83,33
	Panelas	83,65	86,86	105,77	107,05	140,71	111,22	138,78
	Riacho das Almas	70,69	66,95	68,39	75,00	82,47	74,71	80,17
	São Caitano	110,53	92,01	96,88	102,73	102,73	103,31	101,36
VII	**Gravatá**	**96,89**	**80,12**	**98,76**	**100,00**	**96,27**	**99,38**	**93,17**
	Barra de Guabiraba	62,55	62,80	65,29	71,29	68,41	67,79	64,92
	Bezerros	105,01	96,66	88,48	89,65	88,48	92,82	87,48
	Bonito	120,63	93,72	87,89	95,07	100,45	101,79	99,10
	Camocim de São Félix	57,39	50,00	65,50	79,98	83,47	87,99	82,44
	Sairé	79,55	68,94	66,67	79,55	73,48	78,79	76,52
	São Joaquim do Monte	93,79	75,82	83,99	91,18	87,91	91,83	88,24
VIII	**Belo Jardim**	**89,43**	**88,55**	**74,01**	**84,58**	**85,02**	**83,70**	**78,85**
	Alagoinha	128,11	128,20	88,09	94,48	94,48	99,39	93,61
	Cachoeirinha	144,69	120,15	101,83	126,74	133,70	126,74	128,57
	Pesqueira	99,46	82,96	63,75	72,60	73,35	76,05	72,28
	Poção	129,27	124,39	89,02	93,90	87,80	93,29	92,07
	Sanharó	60,34	59,66	85, 08	86,44	89,83	92,54	85,76

Microrregião/ Polo	Municípios	BCG	Hep B	Rota	Mng C	Penta	Pneumo	Pólio
VIII	São Bento do Una	145,53	123,77	86,79	100,25	96,73	103,02	92,33
	Tacaimbó	73,30	67,02	65,45	78,01	84,29	79,06	82,72
IX	**Santa Cruz do Capibaribe**	**64,63**	**57,82**	**75,92**	**86,53**	**94,15**	**88,57**	**90,61**
	Brejo da Madre de Deus	180,18	172,07	114,41	124,32	140,54	134,23	142,34
	Frei Miguelinho	58,59	42,73	64,76	68,72	60,79	72,69	61,23
	Jataúba	161,93	130,60	106,88	116,84	110,40	113,84	101,32
	Santa Maria do Cambucá	124,12	104,52	83,92	92,96	85,93	87,94	87,94
	Taquaritinga	90,80	87,07	92,82	103,16	106,32	102,87	100,86
	Toritama	103,38	101,41	78,03	77,46	104,79	69,15	95,21
	Vertentes	61,67	50,00	53,33	61,67	54,67	61,33	53,67
I	**Brejão**	**183,22**	**135,66**	**136,36**	**126,81**	**125,64**	**157,11**	**155,48**
	Bom conselho	122,99	100,57	97,13	100,57	101,15	100,57	101,72
	Terezinha	32,20	24,88	57,56	63,90	86,34	64,39	80,98
	Correntes	53,42	48,45	95,03	104,35	104,97	101,24	106,21
	Palmeirina	100,00	90,82	93,88	97,96	89,80	94,90	91,84
	Lagoa do Ouro	44,83	41,38	93,10	98,85	111,49	98,85	109,20
II	**Lajedo**	**104,10**	**79,51**	**95,90**	**96,72**	**106,56**	**103,28**	**104,92**
	Jupi	48,53	42,65	80,00	77,35	82,35	86,76	80,88
	Jucati	95,35	80,81	103,49	100,58	104,07	108,72	104,07
	Calçado	86,23	74,28	87,32	95,65	98,19	95,29	98,19
	Canhotinho	63,00	56,73	89,60	92,20	94,34	93,73	94,04

Microrregião/ Polo	Municípios	BCG	Hep B	Rota	Mng C	Penta	Pneumo	Pólio
III	**Garanhuns**	**106,57**	**91,97**	**100,73**	**102,19**	**102,92**	**103,65**	**104,38**
	Capoeiras	105,56	97,35	106,61	107,67	133,86	110,85	133,07
	Caetés	119,11	102,39	81,23	90,10	98,63	90,78	93,86
	Paranatama	80,07	70,41	80,98	82,90	81,49	86,32	80,44
	São joão	100,00	90,82	93,88	97,96	89,80	94,90	91,84
	Angelim	114,73	98,43	103,13	103,76	102,82	108,15	99,37
IV	**Iati**	**122,97**	**114,58**	**91,31**	**93,67**	**94,40**	**101,33**	**92,49**
	Itaíba	89,09	72,12	81,21	85,45	87,88	83,94	86,97
	Águas Belas	133,03	113,33	101,21	110,30	108,79	110,00	107,58
	Saloá	148,39	124,19	111,83	121,51	111,83	115,05	105,38

Fonte: Sistema Nacional de Imunização- SI PNI, Acesso em: 09/02/2024* Dados sujeitos a alterações. ** Tríplice viral.

Gráfico 62. Média de Cobertura vacinal Influenza 2012-2021 da II Macrorregião de Saúde de PE



Fonte:SI-PNI/CGPNI/DEIDT/SVS/MS, 2023.

Durante o período da pandemia da COVID-19, vivemos um processo de resistência à imunização, que teve um considerável impacto na cobertura

vacinal da II Macrorregião. A fragilidade na alimentação dos dados nos sistemas de informação, é outro fator que contribui para a diminuição da cobertura vacinal. As oficinas de microplanejamento, que vem acontecendo em todo o estado, é uma ferramenta de educação permanente que através da capacitação, avaliação e monitoramento, contribui positivamente, para a qualificação dos dados fornecidos, resultando numa análise fidedigna do processo de vacinação.

6. REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

A Rede de Atenção à Saúde (RAS) é definida como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado (Brasil, 2010). Mendes (2011) conceitua como:

> [...] organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, que permitem ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela atenção primária à saúde – prestada no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo, com a qualidade certa, de forma humanizada e com equidade – e com responsabilidades sanitária e econômica e gerando valor para a população.

Existem três elementos constitutivos que, de maneira integrada, operacionalizam a rede: a população, a estrutura operacional e o modelo de atenção à saúde. A população é a que está sob sua responsabilidade sanitária e econômica, cadastrada e registrada em subpopulações. A estrutura operacional é formada pelas redes e pelas ligações materiais e imateriais que conectam esses nós. E, os modelos de atenção à saúde são os sistemas lógicos que organizam o funcionamento das redes sendo diferenciados por modelos de atenção aos eventos agudos e condições crônicas.

Na organização e desenvolvimento das RAS a Atenção primária à Saúde deve atuar de forma longitudinal, regulando o acesso dos pacientes nos diversos pontos de atenção, participando na definição dos fluxos e elencando as necessidades de saúde da população. Desta forma, pretende-se garantir a integração sistêmica das ações e serviços de saúde, com provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada, bem como incrementarão o desempenho do sistema, em termos de acesso, equidade, eficácia clínica, sanitária e eficiência econômica. Portanto, as RAS se caracterizam pelo estabelecimento das relações horizontais entre os pontos de atenção, tendo a atenção básica como o centro de comunicação e ordenamento do sistema de saúde.

Os desafios da RAS passam por diminuir a fragmentação histórica da organização dos serviços de saúde; aprimorar a comunicação entre os pontos de atenção; evitar concorrências entre os serviços; promover uma adequada orientação dos usuários; otimizar a capacidade da rede de forma adequada do ponto de vista assistencial e financeiro; e institucionalizar de forma eficiente o monitoramento e avaliação das ações e serviços.

6.1. Rede de Atenção Materno Infantil

Historicamente a assistência à saúde materno-infantil foi mais associada às questões reprodutivas, não dando muita ênfase a uma assistência integral. O cenário começou a mudar a partir da década de 80, com a construção de novas políticas públicas nesta área. O período que vai da década de 1990 até os anos 2000, foi de criação, formulação e execução de leis, programas e estratégias de saúde pública, voltados para a saúde materno-infantil. Destes, são destaques a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) e Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), bem como a implantação do Programa de Humanização do Pré-Natal e do Nascimento (PHPN), em 2000, cujos objetivos eram reduzir as altas taxas de morbimortalidade materna, perinatal e neonatal no País (Cassiano *et al*., 2014).

Para avançar nessa política e organizar a rede de atenção à saúde da mulher e da criança, o Ministério da Saúde implantou em 2011, o programa Rede Cegonha (RC), para promover a implementação de um novo modelo de atenção ao parto e nascimento, que vinha sendo construído no País desde a década de oitenta, por um coletivo formado de médicos e enfermeiras obstetras e neonatais, obstetrizes, parteiras, doulas, acadêmicos, antropólogos, sociólogos, gestores, formuladores de políticas públicas, gestantes, grupos feministas, ativistas e instituições de saúde, dentre outros.

Considerando a Rede Cegonha configurada como uma estratégia para proporcionar às mulheres, saúde, qualidade de vida e bem-estar durante a gestação, parto, pós-parto e o desenvolvimento da criança até os dois primeiros anos de vida. Tem como objetivo a redução da mortalidade materna e infantil e a garantia dos direitos sexuais e reprodutivos de mulheres, jovens e adolescentes.

A proposta qualifica os serviços ofertados pelo SUS no planejamento familiar, na confirmação da gravidez, no pré-natal, no parto e no puerpério (Brasil, 2011). A Rede Cegonha é estruturada a partir de 4 componentes: Pré-natal; Parto e nascimento; Puerpério e Atenção Integral à Saúde da Criança e Sistema Logístico (Transporte Sanitário e Regulação).

Desta forma, decidiu-se pela realização de um estudo na II Macrorregião um diagnóstico da Rede Cegonha com objetivo de apoiar a discussão e qualificar o planejamento de modo ascendente, compreendendo os processos de trabalho implantados no território.

Na primeira etapa do diagnóstico da Rede Cegonha, foi realizada a construção de um instrutivo para o preenchimento do formulário de diagnóstico da RMI, de forma que a partir da coleta de dados dos sistemas de informações de saúde e a análise de questões discursivas. O instrutivo e o formulário foram elaborados pelas pelas equipes técnicas que compuseram a equipe técnica do PRI.

Para isso, foram analisados os componentes da Rede Cegonha, a fim de subsidiar a criação do formulário. A aplicação desse instrumento foi validada pelos membros dos Grupos Condutores Regionais e da Macro.

Os municípios foram convidados a indicar uma referência das áreas técnicas da atenção primária, vigilância epidemiológica e planejamento em saúde, além da presença dos secretários de saúde, onde inicialmente compuseram os grupos técnicos do Planejamento Regional Integrado nas oficinas de trabalho da II Macrorregião.

A proposta qualifica os serviços ofertados pelo SUS no planejamento familiar, na confirmação da gravidez, no pré-natal, no parto e no puerpério (Brasil, 2011). A Rede Cegonha é estruturada a partir de 4 componentes: Pré-natal; Parto e nascimento; Puerpério e Atenção Integral à Saúde da Criança e Sistema Logístico (Transporte Sanitário e Regulação).

Quadro 39. Competências da Rede Cegonha por Referência em Pernambuco.

Referências	Ação/Serviços
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.

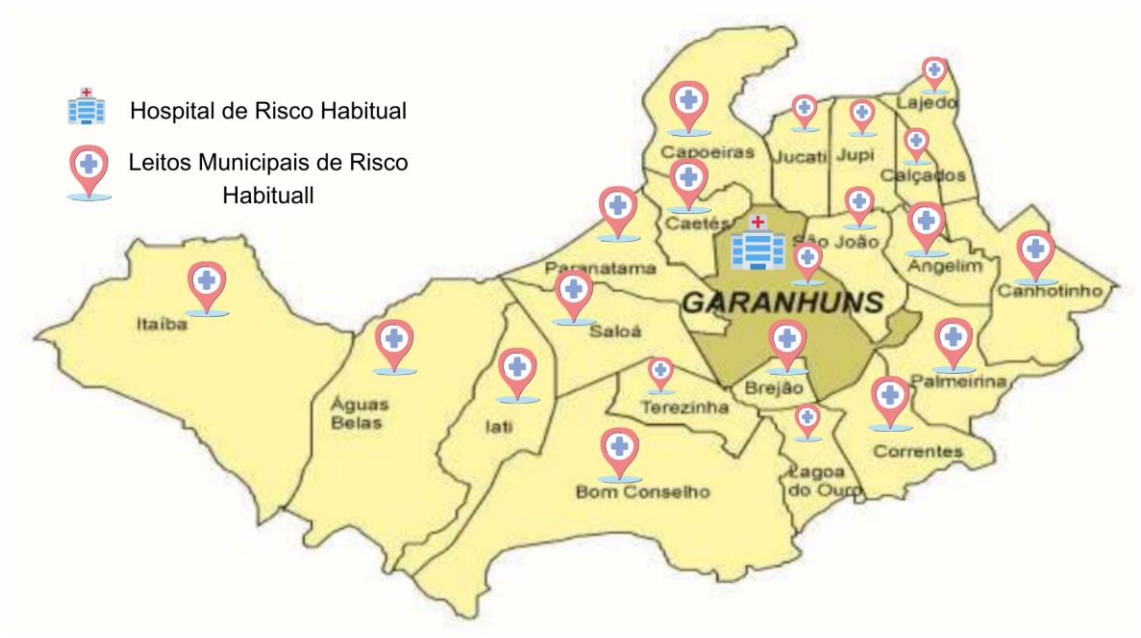
O mapa mostra a seguir os desenhos da Rede Cegonha da IV e V Região de Saúde, pactuados pela Comissão Intergestores Regional – CIR/IV da Região em 2012 e 2018, respectivamente.

Figura 12 – Desenho da Rede Materno Infantil na IV Região de Saúde



Fonte: Mapa da IV Região de Saúde de Pernambuco.

Figura 13 – Desenho da Rede Materno Infantil na V Região de Saúde



Fonte: Mapa da V Região de Saúde de Pernambuco.

Com relação ao desenho da Rede Cegonha da IV Região de Saúde, o município de Caruaru, sede da IV Região e da VI Microrregião de Saúde, seria contemplado com os seguintes equipamentos: uma maternidade de alto risco de referência macrorregional, cuja construção foi iniciada pelo Governo do Estado de Pernambuco mas ainda sem previsão de funcionamento, uma maternidade de risco habitual e um Centro de Parto Normal. Ainda seriam contemplados com maternidades de risco habitual os municípios de Bezerros, Gravatá, e São Joaquim do Monte (VII Microrregião de Saúde), Belo Jardim e Pesqueira (VIII Microrregião de Saúde), Brejo da Madre de Deus e Santa Cruz do Capibaribe (IX Microrregião de Saúde). Desses municípios, Belo Jardim também seria contemplado com um Centro de Parto Normal.

Do desenho proposto e aprovado até dezembro de 2022 só havia se concretizado a Maternidade Municipal de Caruaru e os Centros de Parto Normal de Caruaru e Belo Jardim.

Existe ainda em Caruaru, o Hospital Jesus Nazareno (HJN), maternidade de risco secundário que é referência para a V e IV Região de Saúde e conta com uma Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal (UCI Neonatal). Por conta da falta de leitos de risco habitual na região, o HJN está constantemente com seus leitos ocupados com o parto de risco habitual,

comprometendo o acesso das gestantes de risco que deveriam ser atendidas preferencialmente neste equipamento.

Na V Região de Saúde, o Hospital Regional Dom Moura e o Hospital Infantil Palmira Sales, localizados em Garanhuns, estão como referências para a assistência de risco habitual. Sendo o HJN, a referência de alto risco para os 21 municípios da região.

O quadro abaixo apresenta a distribuição de leitos obstétricos (clínicos e cirúrgicos) na IV Região de Saúde no ano de 2022.

Quadro 40. Leitos Obstétricos (clínicos e cirúrgicos) por município e estabelecimento, IV Região de Saúde, 2022.

Município	Nome do estabelecimento	Leitos obstetrícia clínica	Leitos obstetrícia cirúrgica
Agrestina	Hospital Geral Amelia Gueiros Leite	8	3
Alagoinha	Unidade Mista Maria Eliziaria Paes	2	-
Altinho	Unidade Mista do Altinho	6	-
Barra de Guabiraba	Unidade Mista Paulo Viana de Queiroz	3	-
Belo Jardim	Hospital Regional Júlio Alves Lira	7	8
Belo Jardim	Hospital Santa Fé	6	10
Bezerros	Hospital Jesus Pequenino	1	2
Bezerros	Unidade Mista São José	-	8
Bonito	Hospital Dr Alberto de Oliveira	-	10

Município	Nome do estabelecimento	Leitos obstetrícia clínica	Leitos obstetrícia cirúrgica
Brejo da Madre de Deus	Hospital Dr Carlos de Santana	-	5
Cachoeirinha	Hospital Nair Alves Raimundo	2	-
Camocim de São Félix	Hospital Camocim de São Félix	3	-
Caruaru	Hospital Jesus Nazareno	33	27
Caruaru	Hospital UNIMED Caruaru	-	20
Caruaru	Maternidade Santa Dulce dos Pobres	18	22
Cupira	Hospital José Veríssimo de Souza	-	6
Frei Miguelinho	Hospital e Maternidade João Alexandre de Oliveira	2	-
Gravatá	H G G Dr Paulo da Veiga Pessoa	4	3
Ibirajuba	Hospital Professor Jorge de Oliveira Lobo	-	3
Jataúba	Unidade Mista Ana Argemira Correia	4	-
Jurema	Unidade Hospitalar Santa Quitéria	4	-
Panelas	Unidade Mista Nossa Senhora de Fátima	3	1
Pesqueira	Casa de Saúde São José	8	4
Pesqueira	Hospital Dr. Lídio Paraíba	12	12

Município	Nome do estabelecimento	Leitos obstetrícia clínica	Leitos obstetrícia cirúrgica
Poção	Hospital São Sebastião	2	6
Riacho das Almas	Unidade Mista João Soares da Fonseca	2	3
Sairé	Unidade Mista Olília Mendonça Souto Maior	1	-
Sanharó	Unidade Mista João XXIII	4	-
Santa Cruz do Capibaribe	Hospital Municipal Raymundo Frencelino Aragão	6	6
Santa Cruz do Capibaribe	Hospital Materno Infantil Silvio Romero Gonçalves Monteiro	6	-
Santa Maria do Cambucá	-	-	-
São Bento do Una	Hospital Municipal Dr José Antonio de Siqueira Neto	8	-
São Caetano	Hospital Municipal Adolpho Pereira Carneiro	4	-
São Joaquim do Monte	Hospital Municipal Manoel Abrantes Ferreira	6	-
Tacaimbó	-	-	-
Taquaritinga do Norte	Hospital Geral Severino Pereira da Silva	3	2
Toritama	Hospital Municipal Nossa Senhora de Fátima	5	-

Município	Nome do estabelecimento	Leitos obstetrícia clínica	Leitos obstetrícia cirúrgica
Vertentes	Hospital Dr. Jaime Justiniano de Santana	3	-
Vertentes	Hospital das Vertentes Evaristo Ferreira Filho	8	
Total	IV Região de Saúde	169	163

Fonte: CNES (competência 03/2022).

É possível observar a ausência de leitos obstétricos cirúrgicos em 19 municípios da IV Região de Saúde, desses, 4 municípios apresentam apenas leitos obstétricos cirúrgicos e nenhum leito obstétrico clínico, sendo eles Bonito, Brejo da Madre de Deus, Cupira e Ibirajuba. Outro ponto importante para se destacar são os municípios que não apresentam nenhum leito obstétrico por não possuírem hospitais, como Santa Maria do Cambucá e Tacaimbó. Além disso, muitos municípios possuem leitos obstétricos cadastrados no CNES, mas não dispõem de atendimento obstétrico em seus hospitais, realizando apenas partos quando a parturiente está no período expulsivo do trabalho de parto, encaminhando suas gestantes para os hospitais de referência em outros municípios, sendo o principal Caruaru, onde encontra-se o Hospital Regional Jesus Nazareno que é referência para IV Região de Saúde.

Quadro 40. Leitos Obstétricos (clínicos e cirúrgicos) por município e estabelecimento, V Região de Saúde, 2022.

Município	Nome do estabelecimento	Leitos obstetrícia clínica	Leitos obstetrícia cirúrgica
Águas Belas	Hospital Dr. João Secundino De	6	-

Município	Nome do estabelecimento	Leitos obstetrícia clínica	Leitos obstetrícia cirúrgica
	Souza		
Angelim	Unidade Hospitalar Santa Terezinha	2	-
Bom Conselho	Hospital Monsenhor Alfredo Damaso	2	4
Brejão	Hospital Municipal Alice Figueira	-	2
Caetés	Hospital Municipal Luiza Pereira De Carvalho	-	2
Calçado	U M Nossa Senhora De Lourdes	3	-
Canhotinho	Hospital Municipal Antonia Alves De Melo	6	2
Capoeiras	Hospital Municipal Quitéria Alves Vilela	3	-
Correntes	Hospital Mãe Kyola	-	3
Garanhuns	Hospital Infantil Palmira Sales	26	-
Garanhuns	Hospital Monte Sinai	2	4
Garanhuns	Hospital Regional Dom Moura	12	10
Garanhuns	Casa De Saude Perpetuo Socorro	5	6
Iati	Hospital Municipal Nossa Senhora Da Conceição	5	1
Itaíba	Hospital Municipal João Vicente	2	-

Município	Nome do estabelecimento	Leitos obstetrícia clínica	Leitos obstetrícia cirúrgica
Jucati	Hospital Municipal Noêmia Eloy	2	-
Jupi	Hospital Municipal Claudina Teixeira	2	-
Lagoa Do Ouro	Hospital Municipal Jose Josy Duarte	4	-
Lajedo	Hospital Maria Da Penha Dourado Cavalcante	5	-
Palmeirina	Hospital Municipal Nossa Senhora Das Neves	2	-
Paranatama	Hospital Municipal Antonio Xavier Sobrinho	2	-
Saloá	Hospital Josina Godoy	3	-
São João	Hospital Josefa Cordeiro Vilaça	4	-
Terezinha	Terezinha	1	1
Total	V Região de Saúde	99	35

Fonte: CNES (competência 03/2022).

Em geral, observa-se que na V Região de Saúde há ausências de leitos clínicos e cirúrgicos em determinados municípios, para atendimento da gestante em situação de risco habitual. Além disso, o Hospital Regional Dom Moura e o Hospital Infantil Palmira Sales são referências para atendimento de risco habitual e alto risco, o que significa que as gestantes precisam se deslocar de seus municípios para seus partos. Ocorre também uma superlotação dessas unidades. Assim como em Caruaru, em que essa mesma problemática se repete com o Hospital Jesus Nazareno, excesso de

deslocamento das gestantes e superlotação, especialmente porque neste local se atendem também os casos de risco habitual.

Também verifica-se que de acordo com o CNES (2022) há um número ideal de leitos para cada modalidade e municípios da II Macrorregião de Saúde. No entanto, esse número não se concretiza na realidade.

6.1.2 Componente Pré-Natal

No Caderno de Atenção Básica (CAB) Pré-Natal, são abordados o acompanhamento da gravidez de risco habitual e de suas possíveis intercorrências, observando desde a organização do processo de trabalho, do serviço de saúde e aspectos do planejamento, além de questões de promoção da saúde, gestação em situações especiais, assistência ao parto, até as questões legais relacionadas à gestação, ao parto/nascimento e ao puerpério (Brasil, 2012).

Um bom pré-natal é o primeiro passo para o parto e nascimento saudáveis, devendo garantir que a mulher tenha acesso ao teste rápido para confirmar a gravidez, aos testes rápidos de sífilis e HIV e a todos os exames necessários ao acompanhamento adequado da gestação, e seja esteja vinculada a uma maternidade desde (Brasil, 2007). Esse cuidado é fundamental para que ela se sinta segura e confiante no momento do nascimento da criança, no sentido de evitar a peregrinação à procura de vaga, situação que coloca em risco a vida das mulheres e bebês.

A atenção ao pré-natal de risco habitual é de responsabilidade da APS, que deve captar a gestante no 1º trimestre da gravidez para acompanhamento na unidade básica de saúde. Dessa forma a regulação das consultas e exames ficam sob a gestão municipal. Com base no exame clínico e nos resultados dos exames de rotina, avalia-se o risco gestacional, e se a gestante for classificada como de alto risco, é realizado o encaminhamento para o pré-natal de alto risco em um serviço especializado na referência regional ou estadual.

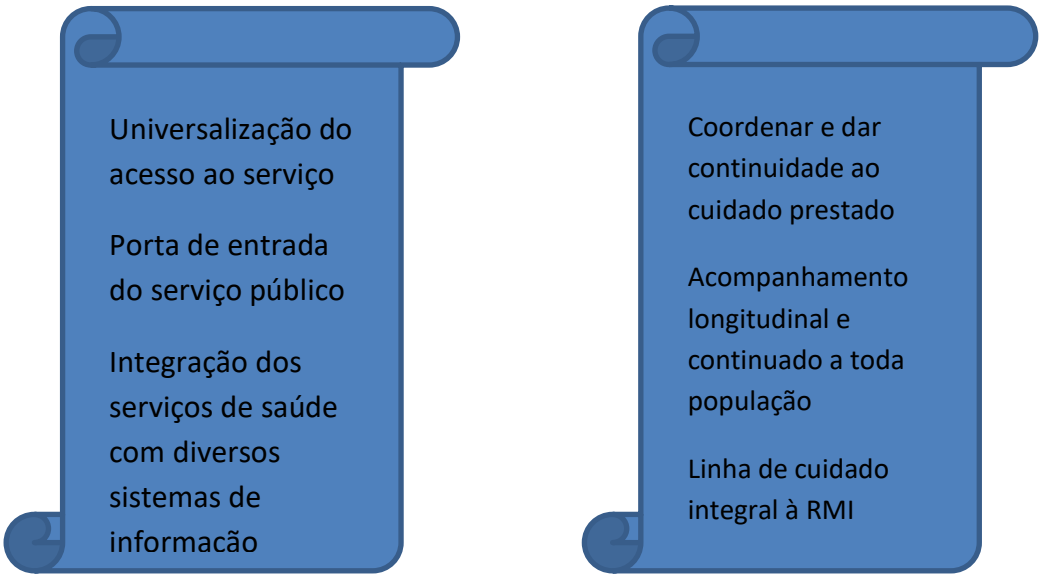
A Portaria MS nº1.020, de 29 de maio de 2013 considera gestação, parto e puerpério de alto risco como “[...] situações nas quais a saúde da mulher apresenta complicações no seu estado de saúde por doenças preexistentes ou intercorrências da gravidez no parto ou puerpério, geradas tanto por fatores orgânicos quanto por fatores socioeconômicos e demográficos desfavoráveis”.

Ainda nesta Portaria, em seu artigo 8º, é estabelecido que o pré-natal de alto risco pode ser realizado nos seguintes espaços:

I - Unidade Básica de Saúde (UBS), quando houver equipe especializada ou matriciamento; e

II - ambulatórios especializados, vinculados ou não a um hospital ou maternidade.

Comunicação das APS com os Pontos de Atenção nas RAS



Segundo a Organização Mundial de Saúde, o parto de alto risco corresponde a aproximadamente 15% das gestações, o que demandaria a necessidade de uma oferta regular para serviços de referência de pré-natal de alto risco, através de um processo regulatório que equilibre a relação necessidade, demanda e oferta, reduzindo as distorções (Vilarins; Shimizu; Gutierrez, 2012).

Estrutura operacional da RAS Rede Cegonha

Território	Ponto de Atenção	Competência
Municipal	APS Transporte Sanitário Laboratórios municipais	Deslocamento da gestante para realização de procedimentos; Captação da gestante em tempo oportuno no território; Utilização dos protocolos clínicos para adoção de práticas resolutivas para a população e Coleta de exames laboratoriais
	Vigilância em Saúde	Realizar monitoramento contínuo de fatores de risco gestacional no território
Região de saúde	Laboratórios, Serviço de Imagem, SAMU básico	Exames de apoio e diagnóstico por imagem; transporte de urgência e emergência para complexidade intermediárias.
	Regulação	Organização dos fluxos e agendamento das equipes municipais
Macrorregião	Laboratórios, Serviço de Imagem, SAMU avançado	Exames de apoio e diagnóstico por imagem de alta complexidade; transporte de urgência e emergência para alta complexidade
	Hospital/ Maternidade de Alto Risco	Parto; Realizar internamento para gestantes/bebê de alto risco com intercorrências clínicas/cirúrgicas; Capacidade dimensional de acesso baseada nas

		necessidades de saúde (gestão de base populacional)
	Casa da Gestante	Realizar monitoramento cliníco de gestantes com intercorrências
Estado	Serviços de referência ambulatoriais e hospitalares especializados	Atenção a situações de alto risco que requerem fluxos especiais: medicina fetal, HIV/AIDS e outras.

Nesse sentido, a IV Região de Saúde dispõe de um ambulatório para assistir as gestantes de alto risco no Hospital Jesus Nazareno (referência regional) serviço especializado que vem se mostrando insatisfatório para dar conta das gestantes referenciadas, especialmente porque as mesmas não iniciam o pré-natal em momento oportuno. Além disso, pela ausência de UTIs e UCIs neonatais instaladas na V Região, a resolução nº 03, de 27 de fevereiro de 2018 pactua o município de Caruaru como referência de alto risco para a Região de Saúde. Tal referência se apresenta por ser o serviço mais próximo na Macrorregião, segundo o Plano Estadual de Saúde 2020- 2023 (Pernambuco, 2019).

No entanto, para abarcar as necessidades da II Macrorregião, há apenas 10 leitos de cuidados intermediários (UCI Neonatal), 12 leitos Canguru, destinados aos recém-nascidos prematuros, que devem ficar em contato direto com suas mães, e 33 leitos de Alojamento Conjunto.

O Hospital Jesus Nazareno (HJN), recebe as gestantes encaminhadas após identificação do risco gestacional pela APS. O processo de Regulação é feito através do Sistema CMCE e está pautado nos protocolos clínicos instituídos. Este Sistema registra os atendimentos programados, agendados e realizados, além de capturar faltas e disponibilizar também, se necessário, a fila de espera. As gestantes de alto risco são enviadas ao HJN, a partir de cotas liberadas para os municípios pelo Sistema de Regulação da IV Geres,

na segunda metade do mês correspondente, para serem agendadas para o mês seguinte. Os municípios de Caruaru, Bonito, Pesqueira e Gravatá têm serviços próprios de pré-natal de alto risco, ainda assim isso não impede que eles encaminhem para o serviço de referência caso haja necessidade.

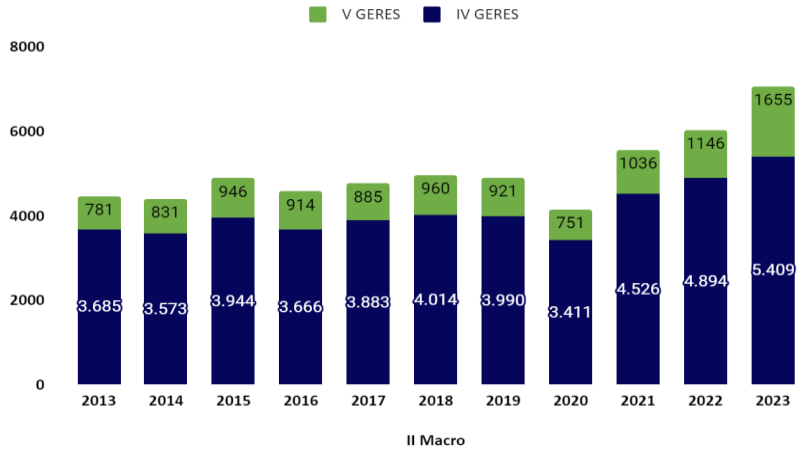
Além do Hospital Jesus Nazareno, primeira referência regional para a gestante de risco, se necessário é possível referenciar, via sistema CMCE, gestantes para unidades estaduais de alto risco obstétrico localizadas em Recife, como o Hospital das Clínicas e Hospital Agamenon Magalhães e o Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP).

É ainda possível referenciar pacientes, a depender da sua condição clínica, para o HEMOPE. Esse serviço tem como destinatário final o RN com alguma alteração no teste do pezinho.

É de responsabilidade da Central de Regulação das Urgências regular tanto as urgências obstétricas como as neonatais, ordenando o acesso aos serviços de assistência à saúde para otimizar os recursos disponíveis. Ao discutir o desenho da rede de atenção, deve ser pactuado o mapa de vinculação da região de saúde, para que a UBS possa informar à gestante sobre o local em que será realizado o parto. Em caso de procura direta da gestante ao hospital/maternidade, esta deve ser acolhida e realizada a classificação de risco. Nesta circunstância, a mulher deve ser atendida na própria unidade ou, em último caso, referenciada para outra unidade, via central de regulação. A recomendação é evitar a peregrinação, regulada ou não, de uma parturiente ao chegar a um serviço de atenção ao parto. Ao necessitar de outro tipo de leito, como UTI, em caso de não haver oferta na própria unidade para a mãe e/ou o recém-nascido, a central de regulação deverá garantir a vaga em outra unidade.

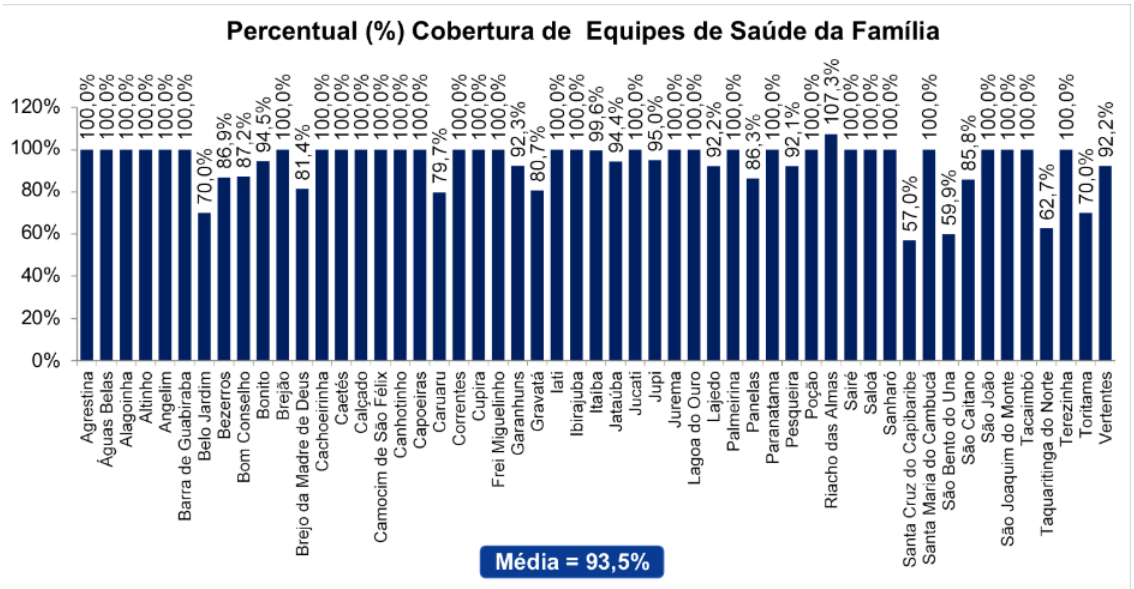
Mas na prática isso não se concretiza pois, como vemos abaixo, numa série histórica de 10 anos o número de gestantes de alto risco na II Macrorregião de Saúde se manteve alto e inclusive, cresceu. No entanto, não houve estruturação da rede compatível a esse crescimento. Sendo assim, há pouca disponibilidade de acesso ao pré-natal de alto risco, com a demora de marcação muitas gestantes acabam não sendo atendidas, o que pode acarretar em sérias complicações materno-fetais.

Gráfico 63. Número de gestantes de alto risco na II Macrorregião de Saúde, 2013 a 2023.



Fonte: CNES 2023.

Gráfico 64 - Percentual de cobertura de Equipes de Saúde da Família, II Macrorregião de Saúde, 2022.



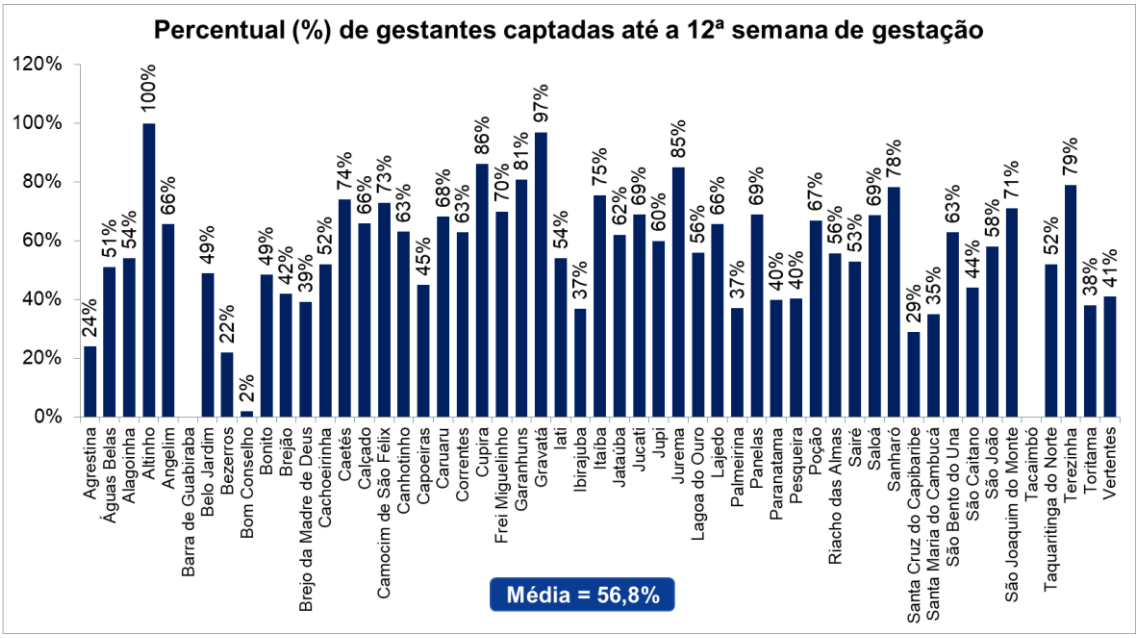
Fonte: E-Gestor. Grupo de Trabalho das Oficinas do Planejamento Regional Integrado – PRI/ IV e V Região de Saúde de Pernambuco, 2022.

De acordo com o gráfico acima é possível notar que a maioria dos municípios da segunda macrorregião de saúde possuem cobertura adequada de Equipes de Saúde da Família (ESF) e apresentam uma média de 93,5%. É necessário enfatizar que alguns municípios apresentaram um percentual

abaixo da média geral da Macrorregião, sendo 10 deles com percentual de cobertura ESF acima de 80%. Seis municípios apresentaram cobertura abaixo de 80% e todos estão localizados na IV Região de Saúde, sendo eles: Belo Jardim, Caruaru, Santa Cruz do Capibaribe, São Bento do Una, Taquaritinga do Norte e Toritama.

O percentual e média de gestantes captadas até a 12ª semana de gestação e de gestantes com sete ou mais consultas realizadas no pré-natal está descrito abaixo nos gráficos 2 e 3. É visível a disparidade dos percentuais de cada município com relação à média de gestantes captadas até a 12ª semana de gestação, que foi de 56,8%. No gráfico 2, destacam-se os municípios de Altinho e Gravatá, localizados na IV Região de Saúde, com percentual de 100% e 97%, respectivamente. Apenas cinco municípios da II Macrorregião de Saúde apresentaram percentuais acima de 80% de gestantes captadas até a 12º semana, sendo quatro da IV Região (Alagoinha, Gravatá, Cupira e Jurema) e um da V Região (Garanhuns).

Gráfico 65 - Percentual de gestantes captadas até a 12ª semana de gestação, II Macrorregião de Saúde, 2022.



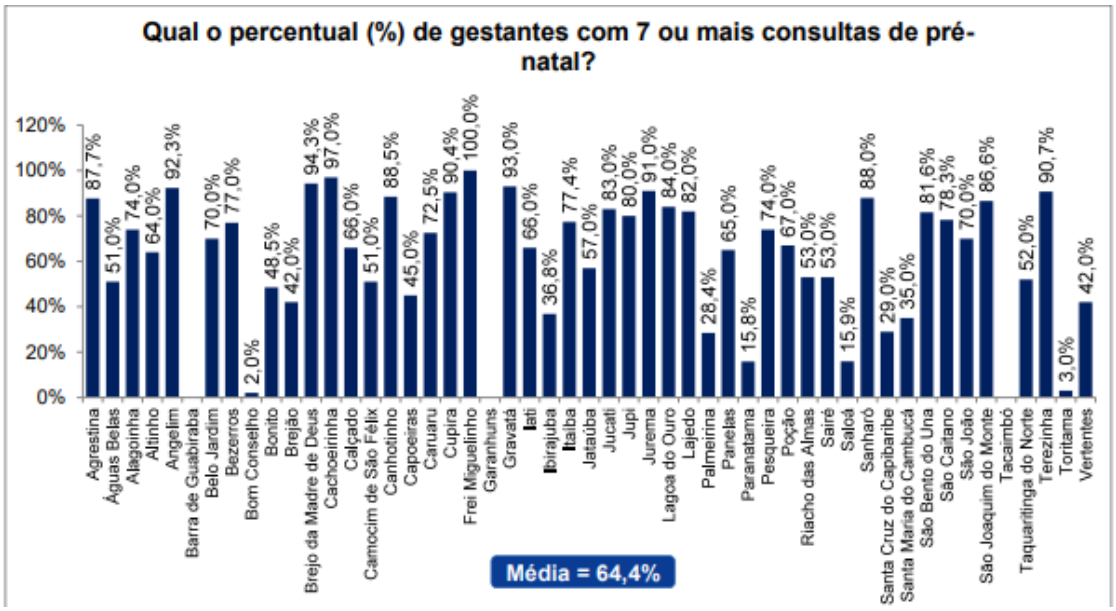
Fonte: E-Gestor. Grupo de Trabalho das Oficinas do Planejamento Regional Integrado – PRI/ IV e V Região de Saúde de Pernambuco, 2022.

O acesso à assistência pré-natal com qualidade está associado à redução da morbimortalidade materna e infantil, sendo considerado um interesse de saúde pública (MALLMANN, 2018). Nesse sentido, a captação precoce da gestante e um maior número adequado de consultas são considerados importantes indicadores da capacidade de assistência ao pré-natal. Ressalta-se, porém, que apesar do relevante papel na prevenção dos riscos, esses resultados não avaliam a qualidade integral da assistência prestada durante o acompanhamento do pré-natal.

Atualmente, sabe-se que segundo a Portaria GM/MS nº 102, de 20 de Janeiro de 2022, o acompanhamento pré-natal faz parte do conjunto de indicadores sobre ações estratégicas de Saúde da Mulher, Saúde Bucal, Pré-Natal, Saúde da Criança e Doenças Crônicas (Hipertensão Arterial e Diabetes Melittus). Abrange proporção de gestantes com pelo menos 6 (seis) consultas pré-natal realizadas, sendo a 1ª (primeira) até a 12ª (décima segunda) semana de gestação. Também é um importante indicador do Programa Mãe Coruja e reflete a eficiência em aplicar na prática os objetivos desse Programa.

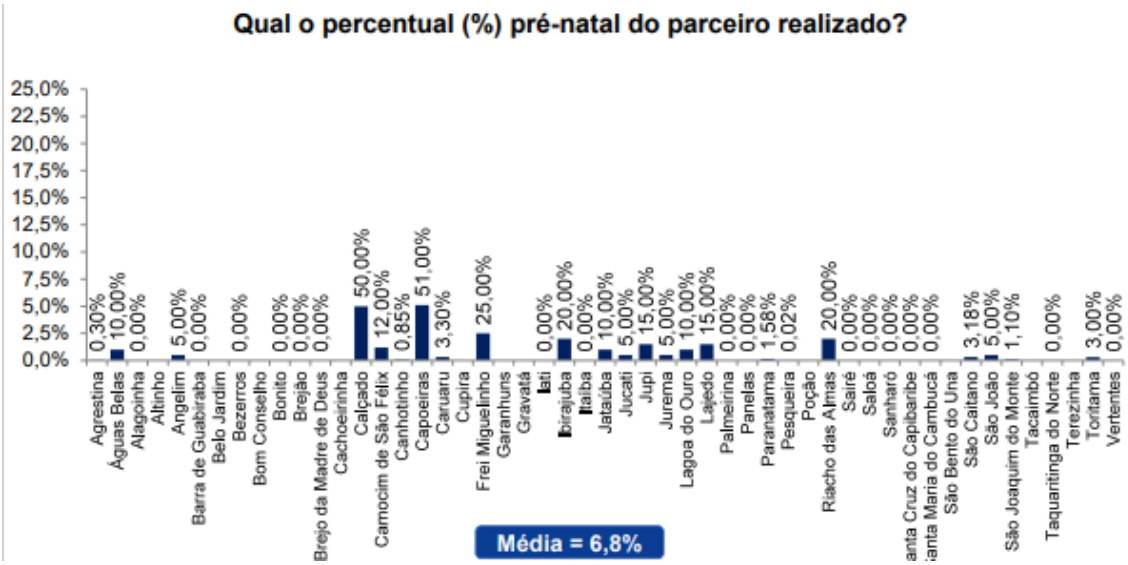
De acordo com o gráfico 3 da II Macrorregião de Saúde a realização de pelo menos 6 consultas pré-natal no ano de 2022 ocorreu de forma irregular. Na IV Região de saúde, considerando o percentual de gestantes que passaram por 7 consultas pré-natal ou mais, apenas 3 municípios (Brejo da Madre de Deus, Cachoeirinha e Frei Miguelinho) atingiram excelentes resultados; Frei Miguelinho com 100%. Dos 53 municípios analisados, 17 alcançaram o percentual acima de 80% de gestantes com 7 ou mais consultas de pré-natal, sendo 10 municípios da IV Região e 7 municípios da V Região de Saúde. O total de 15 municípios obtiveram resultados menores que 50%. Barra de Guabiraba, Garanhuns e Tacaimbó não realizaram 7 consultas de pré-natal ou mais. Essa situação pode ter ocorrido devido à subnotificação nos municípios, principalmente no município de Garanhuns, onde está situada a V Geres de Saúde.

Gráfico 66 - Percentual de gestantes com 7 ou mais consultas de pré-natal, II Macrorregião de Saúde, 2022.



Fonte: E-Gestor. Grupo de Trabalho das Oficinas do Planejamento Regional Integrado – PRI/ IV e V Região de Saúde de Pernambuco, 2022.

Gráfico 67 - Percentual de pré-natal do parceiro realizado, II Macrorregião de Saúde, 2022.



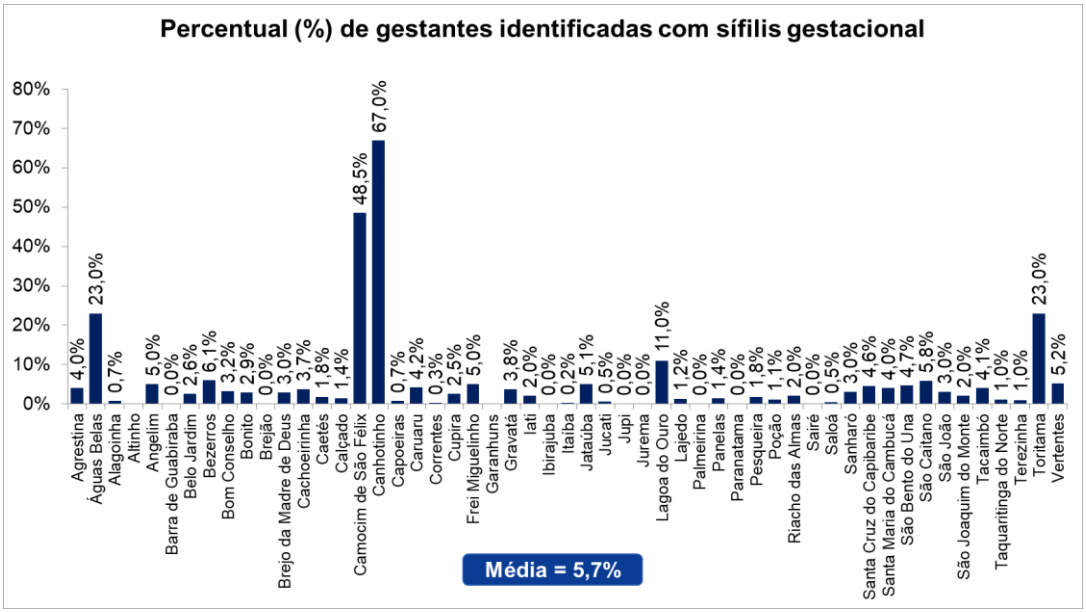
Fonte: E-SUS AB. Grupo de Trabalho das Oficinas do Planejamento Regional Integrado – PRI/ IV e V Região de Saúde de Pernambuco, 2022.

Nota-se, no gráfico 33, que há uma grande dificuldade na realização do pré-natal do parceiro nos municípios da II Macrorregião de Pernambuco. Muitos deles chegam a estar com esse indicador zerado, e quando não, ainda alcançam números muito baixos, dada a importância da realização desse tipo de consulta.

Vale salientar que, conceitualmente, o pré-natal do parceiro não consiste no fato de ter a presença dele nas consultas de pré-natal rotineiras da gestante. Mas sim, na realização de consulta com o próprio parceiro, contando com anamnese, exame físico, solicitação de exames, testes rápidos, atualização da situação vacinal e, também, educação em saúde, com informações extremamente importantes que devem contemplar desde a importância do apoio à amamentação e corresponsabilização nos cuidados com o bebê, sexualidade na gestação e outros temas de interesse, até a informação acerca da legislação vigente, que protege os seus direitos como pai/parceiro de acompanhar sua companheira em pré-parto, parto e pós-parto desde que seja essa a vontade da mesma. (Brasil, 2011; Brasil, 2015).

Logo, é de suma importância que a gestão municipal esteja de perto numa avaliação qualitativa dessas consultas, de maneira a garantir que não seja registrado como pré-natal do parceiro o mero comparecimento dele na consulta da gestante.

Gráfico 68- Percentual de gestantes identificadas com sífilis gestacional, II Macrorregião de Saúde, 2022.



Fonte: SINAN/E-SUS AB. Grupo de Trabalho das Oficinas do Planejamento Regional Integrado – PRI/ IV e V Região de Saúde de Pernambuco, 2022.

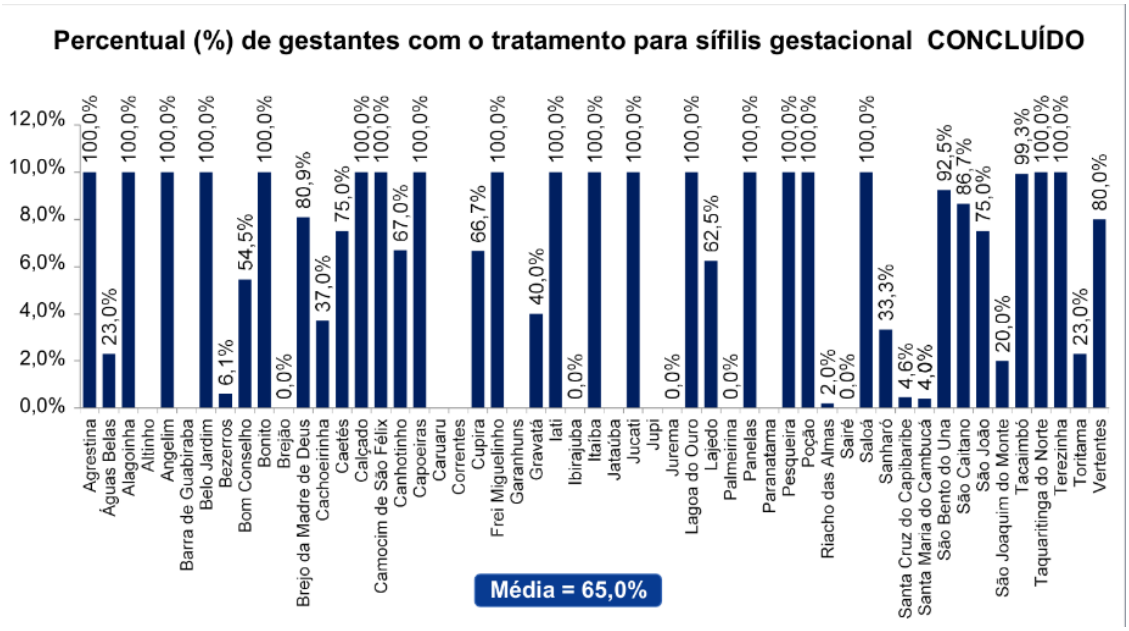
A sífilis afeta um milhão de gestantes por ano em todo o mundo, levando a mais de 300 mil mortes fetais e neonatais e colocando em risco de morte prematura mais de 200 mil crianças. O diagnóstico precoce e o tratamento oportuno e adequado da sífilis nas gestantes e parcerias sexuais durante o pré-natal são determinantes na redução da morbimortalidade associada à transmissão vertical (Fiocruz, 2023).

O gráfico 68 nos traz uma média de 5,7% de gestantes identificadas com sífilis gestacional na II Macrorregional, onde seis municípios obtiveram porcentagens acima da média, tendo destaque os municípios de Canhotinho e Camocim de São Félix com as maiores porcentagens, (67,0% e 48,5%, respectivamente). 10 municípios obtiveram a porcentagem zerada de gestantes identificadas com sífilis, sendo destes, 5 municípios da IV GERES e 5 municípios da V GERES, esses dados também podem ter sofrido uma subnotificação considerável.

Na IV Região de saúde numa análise de 2017 a 2021, por dados do SINAN NET (2022) Caruaru teve 1029 notificações para sífilis adquirida, 568 em gestante, e 287 casos de sífilis congênita. O ano de 2021 apresentou o maior número de registros (n= 484), mas considera-se como justificativa nesse caso

a mudança na definição que passou a considerar como sífilis gestacional também os casos de sífilis no parto e puerpério (Rosa; *et al,* 2020). No entanto, em 2022, 15 municípios obtiveram percentual menor que 37% no número de casos de gestantes que tiveram seus tratamentos concluídos. Na V Região de saúde houve 696 casos de sífilis em gestante no período de 2011 a 2021, aumento de casos de sífilis congênita até 2018 e queda com oscilação entre 2019 e 2021, segundo SINAN; SINASC/SMS – V Geres/PE (2022). Apesar disso, o número de testes de sífilis por gestante alcançou o percentual de no máximo 76,2% na análise de 2018 a 2021.

Gráfico 69 - Percentual de gestantes com tratamento para sífilis gestacional concluído, II Macrorregião de Saúde, 2022.



Fonte: SINAN/E-SUS AB.
Grupo de Trabalho das Oficinas do Planejamento Regional Integrado – PRI/ IV e V Região de Saúde de Pernambuco, 2022.

No gráfico 69 observa-se uma média de 65,0% de gestantes com o tratamento para sífilis gestacional concluído, uma porcentagem considerada baixa para o preconizado, essa situação pode ocorrer devido aos municípios com identificação zerada de sífilis gestacional. 19 municípios obtiveram 100% do tratamento para sífilis gestacional concluído, sendo 8 municípios pertencentes a IV GERES e 11 municípios pertencentes a V GERES.

Segundo o gráfico os municípios de Caruaru, Correntes e Jataúba apresentaram a porcentagem zerada para tratamento concluído da sífilis gestacional, mesmo tendo uma porcentagem positiva no gráfico 5 de identificação de sífilis gestacional, um dado a ser considerado.

Enquanto 12 municípios, que não apresentaram porcentagens zeradas, apresentaram porcentagens abaixo da média do gráfico, sendo destes 10 municípios pertencentes a IV GERES e 2 municípios pertencentes a V GERES.

A aplicabilidade rígida da recomendação de reiniciar o tratamento caso o intervalo exato de sete dias não seja cumprido mostrou-se inviável em alguns cenários de Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil, resultando em aumento de custos e desconforto para pacientes e profissionais de saúde. Assim acaba-se perdendo muitas gestantes nessa situação, sendo não tratadas ou com tratamento inadequado, levando ao risco da transmissão vertical intra útero ou por canal de parto, levando a sífilis congênita (Fiocruz, 2023).

6.1.3 Componente Parto e Nascimento

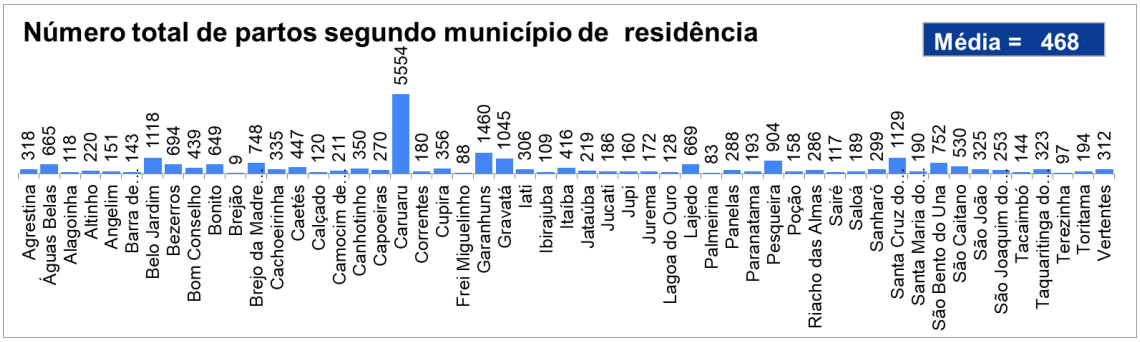
O modelo hegemônico no Brasil ainda apresenta altos índices de cesarianas e mortes maternas que poderiam ser evitadas (Brasil, 2013). A atenção ao parto normal, por sua vez, é marcada por práticas não recomendadas pelas evidências científicas, que trazem sofrimento à gestante. A RC propõe uma ambiência adequada para a boa evolução do parto e nascimento do bebê, com a presença de um acompanhante de livre escolha da mulher e a adoção de boas práticas de atenção, centradas no bem-estar da mulher e da criança (Brasil, 2005).

Nesse sentido, deve ser discutido na macrorregião a implantação de ações que incorporem as boas práticas de atenção ao parto e nascimento, baseados em evidências científicas; a realização de acolhimento, com classificação de risco nos serviços de atenção obstétrica e neonatal; o estímulo à implementação de equipes horizontais do cuidado nos serviços de atenção obstétrica e neonatal; o estímulo à implementação de Colegiado

Gestor nas maternidades e outros dispositivos de cogestão tratados na Política Nacional de Humanização; a adequação da ambiência dos serviços de saúde que realizam partos; boas práticas de atenção ao recém-nascido para garantia de permanência ao lado da mãe durante a internação, contato pele a pele imediato ao nascimento, amamentação na 1ª hora de vida e a participação do pai no momento do nascimento; implantação dos Centros de Parto Normal e Casas da Gestante, Bebê e Puérpera e planejamento e programação da suficiência de leitos obstétricos e neonatais (UTI, UCI, Canguru) orientadas pelas necessidades regionais.

Na II Macrorregião de Saúde existem hospitais que são referência para parto e nascimento, assim como para acompanhamento de pré-natal de alto risco. Na IV Região de Saúde o Hospital Regional Jesus Nazareno (HJN) é a referência estadual para assistência ao parto de risco habitual, médio e alto risco, assim como realização de pré-natal de alto risco, porém o mesmo recebe gestantes de toda II Macrorregião e todo estado, devido a sua localização geográfica, onde passa uma das principais BRs que dá acesso a capital do estado, Recife. O desenho da Rede Cegonha na V Região de Saúde, fruto de históricas discussões acerca de seu mapeamento, é hoje regido pela Resolução CIR nº 03 de 27 de fevereiro de 2018, segundo a qual são estabelecidos o Hospital Regional Dom Moura e o Hospital Infantil Palmira Sales, ambos em Garanhuns, como referências para assistência de risco habitual, sendo Caruaru, segundo a mesma resolução, a referência de alto risco para os 21 municípios da V Região de Saúde.

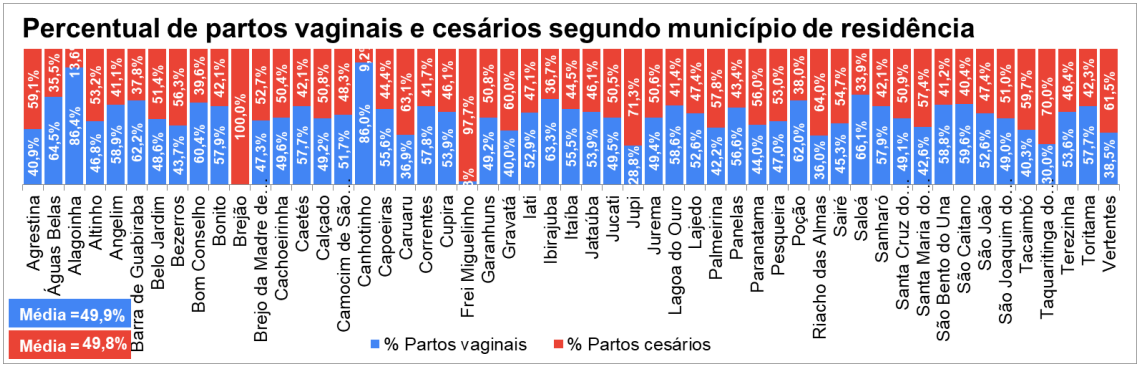
Gráfico 70- Número de partos segundo município de residência, II Macrorregião, 2022.



Fonte: SINASC - 2021. Grupo de Trabalho das Oficinas do Planejamento Regional Integrado – PRI/ IV e V Região de Saúde de Pernambuco, 2022.

Observa-se no gráfico 36 o número de média de partos segundo município de residência de 474, porém há uma má distribuição, com maior concentração no município de Caruaru, com 5.554 nascimentos, sendo o mesmo a sede da IV Geres. Logo em seguida vem o município de Garanhuns com 1.460 nascimento, sendo este a sede da V Geres. Vemos os municípios de Brejão, Palmeirina e Frei Miguelinho destacando-se com os menores números de partos por residência (9, 83, 88 respectivamente).

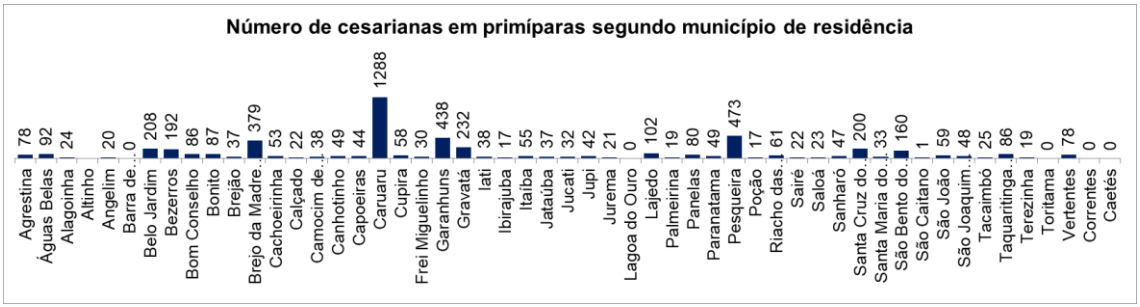
Gráfico 71. Percentual (%) de partos vaginais e cesáreos segundo município de residência, II Macrorregião de Saúde, 2022.



Fonte: SINASC - 2021. Grupo de Trabalho das Oficinas do Planejamento Regional Integrado – PRI/ IV e V Região de Saúde de Pernambuco, 2022.

O gráfico 71 evidencia uma média de 49,9% de partos vaginais e 49,8% de partos cesáreos segundo município de residência. Nota-se que municípios como Brejão, Frei Miguelinho, Jupi, Taquaritinga do Norte, Riacho das Almas, Vertentes e Caruaru apresentam altas taxas de cesáreas, sendo maiores que 60%. Apenas dois municípios estão de acordo com as recomendações da OMS sobre as taxas de parto cesáreo, Alagoinha e Canhotinho.

Gráfico 72 - Número de cesarianas em primíparas segundo município de residência, II Macrorregião de Saúde, 2022.



Fonte: SINASC - 2021. Grupo de Trabalho das Oficinas do Planejamento Regional Integrado – PRI/ IV e V Região de Saúde de Pernambuco, 2022.

No gráfico acima podemos observar um alto número de PC em primíparas na II Macrorregião. Alguns fatores estão relacionados como:

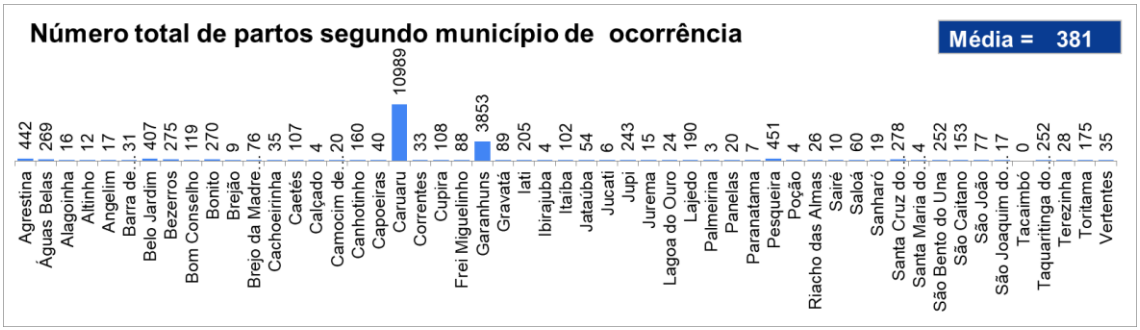
- Mulheres com idade superior a 35 anos
- Antecedente de abortamento
- Indução ao parto
- Ocorrência de parto tardio
- Diagnóstico fetal com intercorrência

É necessário avaliar a faixa etária de ocorrência de partos em primíparas além de condições sociodemográficas que possam subsidiar as discussões.

Apesar do percentual de partos vaginais ultrapassar o número de partos através da cirurgia cesariana, essa diferença é extremamente discreta. Em 27 municípios os partos cesarianos excederam os partos por via vaginal, indo contra ao que é preconizado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), onde em apenas 15% do total de partos será necessário a realização de uma cesariana, 85% dos partos restantes não necessitará de intervenção. A cesariana é uma cirurgia que, quando bem indicada salva vidas, porém a mesma pode trazer riscos para a mulher e para o bêbe (OMS, 1996; OPAS, 2021).

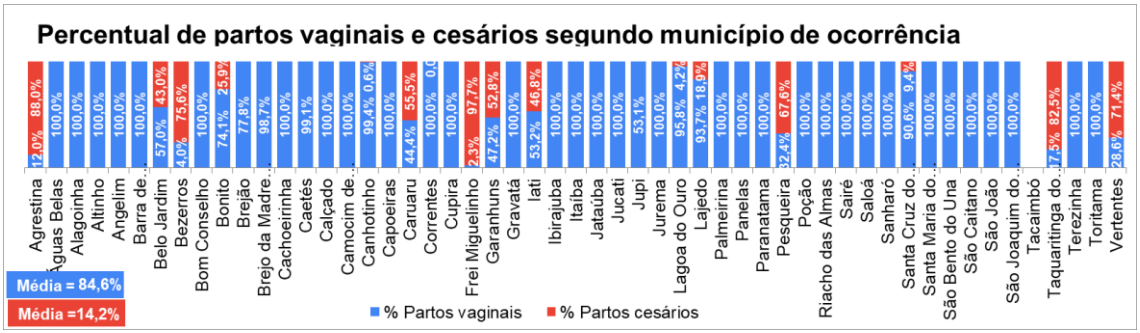
Além disso, ao se analisar a V Região de Saúde no período de setembro de 2022 a setembro de 2023, observa-se que em todos municípios em que houve registro de parto cesáreo realizado, o número de partos cesáreos foi maior que o número de partos vaginais. A saber, Bom Conselho, Iati, Palmeirina, Paranatama, Saloá, São João e Terezinha.

Gráfico 73. Total de partos ocorridos nos municípios, II Macrorregião de Saúde, 2022.



Fonte: SINASC - 2021. Grupo de Trabalho das Oficinas do Planejamento Regional Integrado – PRI/ IV e V Região de Saúde de Pernambuco, 2022.

Gráfico 74. Total de partos vaginais e cesáreos ocorridos nos municípios, II Macrorregião de Saúde, 2022.



Fonte: SINASC - 2021. Grupo de Trabalho das Oficinas do Planejamento Regional Integrado – PRI/ IV e V Região de Saúde de Pernambuco, 2022.

De acordo com os gráficos acima é possível notar a centralização da assistência ao parto ocorridos em Caruaru, sede da IV GERES e em Garanhuns, sede da V GERES. Em Caruaru os partos ocorrem em sua maioria no HJN, uma vez que é a referência estadual para os municípios da IV Região de Saúde e, em Garanhuns no Hospital Regional Dom Moura, referência da V Região de Saúde.

Na V Região de Saúde, a maioria dos partos em geral, não ocorrem no local de residência das gestantes. Sendo assim, as gestantes migram constantemente para Recife, Caruaru e Vitória de Santo Antão, respectivamente. O que fere um importante princípio da Rede Cegonha, que

é a vinculação da gestante ao local de residência para realização do parto, evitando peregrinação e ruptura da territorialização e regionalização.

Além disso, observa-se a questão da migração dessa gestante para locais distantes. Como a peregrinação de Águas Belas à Palmares (201 km, 3 horas e 6 min.), Angelim à Recife (3 h 25 min, 227,5 km), Garanhuns à Afogados da Ingazeira (3 horas e 7 min., 213,3 km), Bom Conselho à Limoeiro (230,6 km, 3 horas e 52 min.), Brejão até Jaboatão dos Guararapes (3 horas e 41 min., 248,1 km), Garanhuns até São Lourenço da Mata (3 horas e 18, min., 230,3 km) e Águas Belas até Vitória de Santo Antão (3 horas e 59 min., 261,8 km). Considerando que o tempo de espera pode aumentar por possíveis eventos externos que podem acontecer: reformas nas estradas, engarrafamentos, questões burocráticas para dar entrada nos locais de atendimento, entre outros.

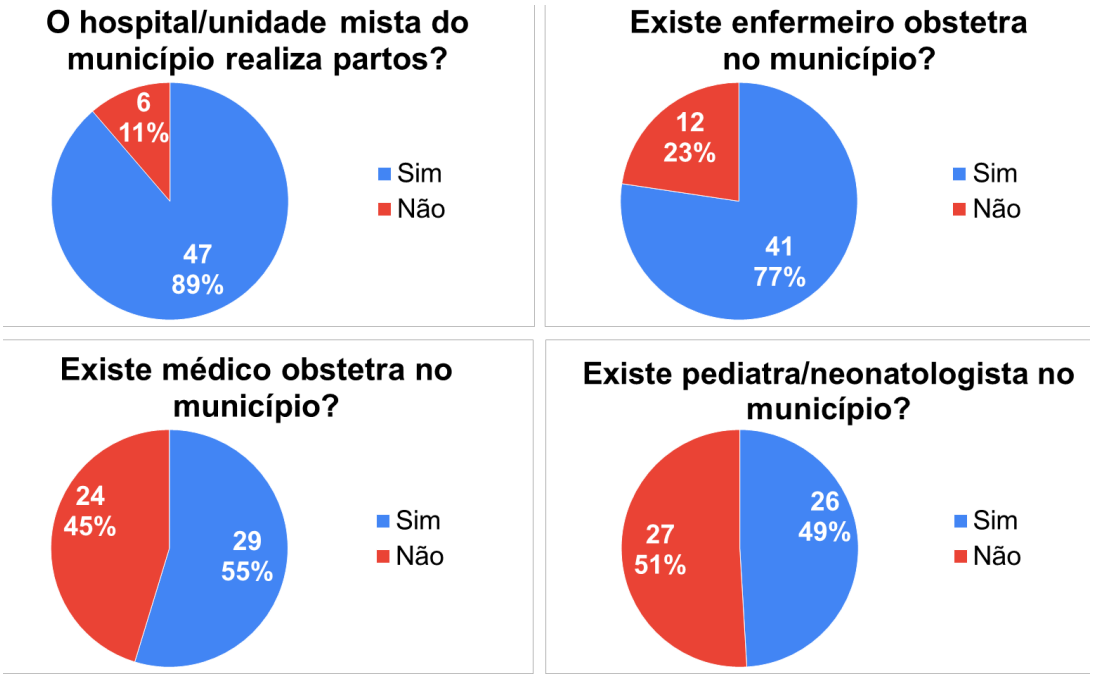
No Brasil, 98,4% dos partos acontecem em ambiente hospitalar, porém percebe-se que a descentralização, uma das diretrizes do SUS, ainda não acontece como deveria. A melhoria na cobertura da Atenção Primária à Saúde, diminuindo a distância das mulheres aos serviços de saúde, favoreceu a assistência ao pré-natal, entretanto não aumentou a facilidade no acesso aos níveis secundários de atenção à saúde, como as maternidades. É possível notar que as mulheres da II Macrorregião ainda percorrem grandes distâncias para parir, aumentando os riscos de desfechos desfavoráveis para mãe e para o bêbe (Brasil, 2017).

Atualmente, sabe-se que segundo a Portaria GM/MS nº 102, de 20 de Janeiro de 2022, o acompanhamento pré-natal faz parte do conjunto de indicadores sobre ações estratégicas de Saúde da Mulher, Saúde Bucal, Pré-Natal, Saúde da Criança e Doenças Crônicas (Hipertensão Arterial e Diabetes Melittus). Abrange proporção de gestantes com pelo menos 6 (seis) consultas pré-natal realizadas, sendo a 1ª (primeira) até a 12ª (décima segunda) semana de gestação. Também é um importante indicador do Programa Mãe Coruja e reflete a eficiência em aplicar na prática os objetivos desse Programa.

Na Macrorregião de Saúde a realização de pelo menos 6 consultas pré-natal no ano de 2022 ocorreu de forma irregular. Na IV Região de saúde,

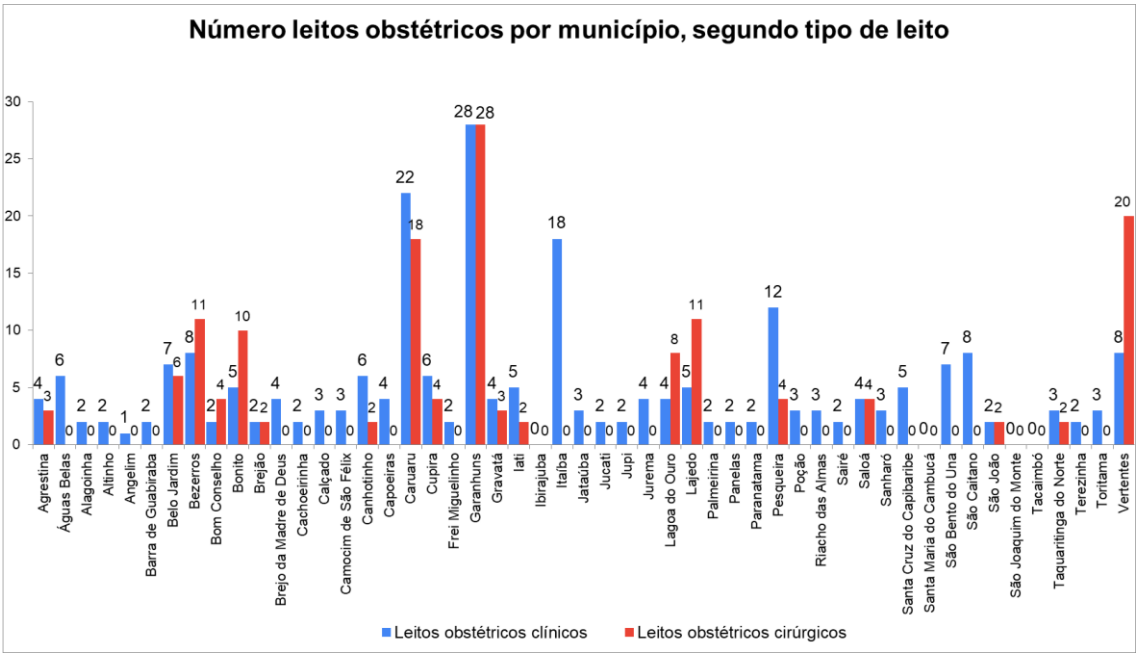
considerando o percentual de gestantes que passaram por 7 consultas pré-natal ou mais, apenas 3 municípios (Brejo da Madre de Deus, Cachoeirinha e Frei Miguelinho) atingiram excelentes resultados; Frei Miguelinho com 100%. Cinco municípios obtiveram resultados menores que 50%. Barra de Guabiraba e Tacaimbó não realizaram 7 consultas de pré-natal ou mais. Nesse caso, 22,4 % dos municípios da IV Região de saúde acompanharam menos de 50% de suas gestantes em 7, ou mais, consultas no pré-natal. Segundo o Grupo Técnico das Oficinas do Planejamento Regional Integrado – PRI/IV Região de Saúde (2022). Na V Região de saúde o resultado (em percentual) do acompanhamento em 6 consultas de pré-natal não alcançou pontuação maior que 69% entre os municípios. Seis municípios realizaram menos de 6 consultas pré-natal. A grande maioria se manteve na faixa de 50% a 69%. Segundo e-Gestor Atenção Básica (2022).

Gráfico 76. Capacidade instalada para realização de pré-natal na II Macrorregião, 2022.



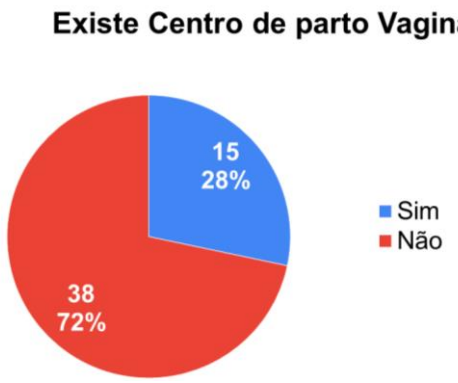
Fonte: Grupo de Trabalho das Oficinas do Planejamento Regional Integrado – PRI/ IV e V Região de Saúde de Pernambuco, 2022.

Gráfico 77. Número de leitos obstétricos por município, segundo tipo de leito, II Macrorregião de Saúde, 2022.



Fonte: Grupo de Trabalho das Oficinas do Planejamento Regional Integrado – PRI/ IV e V Região de Saúde de Pernambuco, 2022.

Gráfico 78. Percentual de Centro de Parto Normal por município, II Macrorregião de Saúde, 2022.



Fonte: Grupo de Trabalho das Oficinas do Planejamento Regional Integrado – PRI/ IV e V Região de Saúde de Pernambuco, 2022.

Em relação ao gráfico 78, 89% dos municípios responderam que seus hospitais realizam partos, entretanto é importante ressaltar que muitas vezes

essa assistência ao parto só é realizada no município quando as mulheres chegam ao serviço no período expulsivo do trabalho de parto, tornando impossível a transferência da parturiente.

Na V Região de Saúde, a referência de gestantes de risco habitual é o Hospital Regional Dom Moura e o Hospital Municipal Palmira Sales, mas essa assistência encontra-se fragilizada pela falta de oferta de um atendimento de qualidade.

No gráfico 78, mesmo o Hospital Regional Dom Moura dispondo de leitos obstétricos clínicos e cirúrgicos, não consegue atender as demandas das gestantes da V Região devido a falta de profissionais médicos para compor a equipe multiprofissional mínima por 24 horas. Isso vem favorecendo os plantões fechados ou restritos e permitindo que as mulheres façam grandes deslocamentos pelos serviços de saúde. Essa itinerário por vários hospitais leva a complicações, podendo resultar na morbimortalidade dessas gestantes (Silva, 2018).

Já o Hospital Infantil Palmira Sales que é referência para as mulheres residentes no município de Garanhuns, abarca as demandas dos municípios circunvizinhos, devido a atual situação do Hospital Regional Dom Moura. O Palmira Sales também enfrenta problemas estruturais e na composição da equipe profissional, com falta de médicos especialistas.

Diante do cenário atual as mulheres residentes na V Regional de Saúde acabam não recebendo a assistência preconizada, podendo levar a um desfecho desfavorável para o binômio, colocando em risco a vida da mãe e do feto.

Além disso, o Estado de Pernambuco dispõe de 408 leitos para o internamento do alto risco, distribuídos nas maternidades do Hospital das Clínicas, Hospital Agamenon Magalhães, IMIP, 110 Hospital Barão de Lucena e Hospital João Murilo, sendo 306 custeados pelo Ministério da Saúde e 102 custeados pela Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco.

6.1.4 Componente Puerpério e Atenção Integral à Saúde da Criança

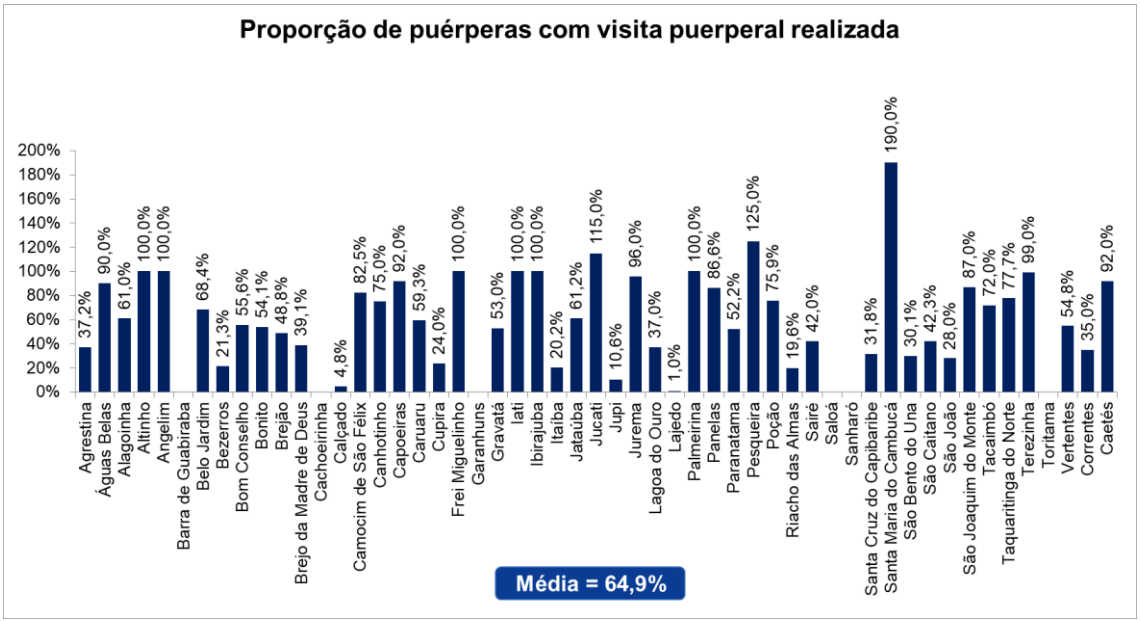
Além da avaliação e da vacinação do Recém-Nascido (RN) quando a mulher retorna ao serviço de saúde para a atenção relacionada ao seu bebê, este é um momento fundamental para a consulta pós-natal. Ou seja, para oferecer à mulher informações e métodos contraceptivos, de forma a possibilitar um planejamento quanto ao seu futuro reprodutivo. É um momento também de detectar problemas em relação ao vínculo com a criança, à amamentação e identificar possíveis situações de depressão pós-parto que demandem por acompanhamento clínico.

Dentro da atenção integral à saúde da criança, a RC propõe garantir a todos os recém-nascidos as boas práticas de atenção embasadas em evidências científicas como triagens neonatais (teste do pezinho, do olhinho e da orelhinha); acompanhamento do desenvolvimento da criança e acesso a consultas especializadas, quando necessário. Para RN de risco potencial, como os de baixo peso, prematuros, e com agravos que mais frequentemente levam à morte, como asfixia ao nascer, problemas respiratórios e infecções, a proposta é promover um investimento não só na melhoria da qualidade da atenção ao pré-natal e ao parto, como também na garantia de leitos de UTI, UCI e leitos Canguru nas maternidades de referência.

A assistência neonatal na IV Região de Saúde é ofertada pelo Hospital Jesus Nazareno, que possui 10 leitos de cuidados intermediários (UCI Neonatal), 12 leitos Canguru, destinados ao recém-nascidos prematuros, que devem ficar em contato direto com suas mães, e 33 leitos de Alojamento Conjunto. Enquanto na V Região de Saúde não dispõe de serviços públicos para realizar uma assistência neonatal adequada, sendo necessário a realização de encaminhamentos e transferências para esse fim.

A seguir alguns indicadores relacionados ao componente Puerpério e Atenção Integral à Saúde da Criança na II Macrorregião de Saúde de Pernambuco.

Gráfico 79. Proporção de puérperas com visita puerperal realizada, II Macrorregião de Saúde, 2022.



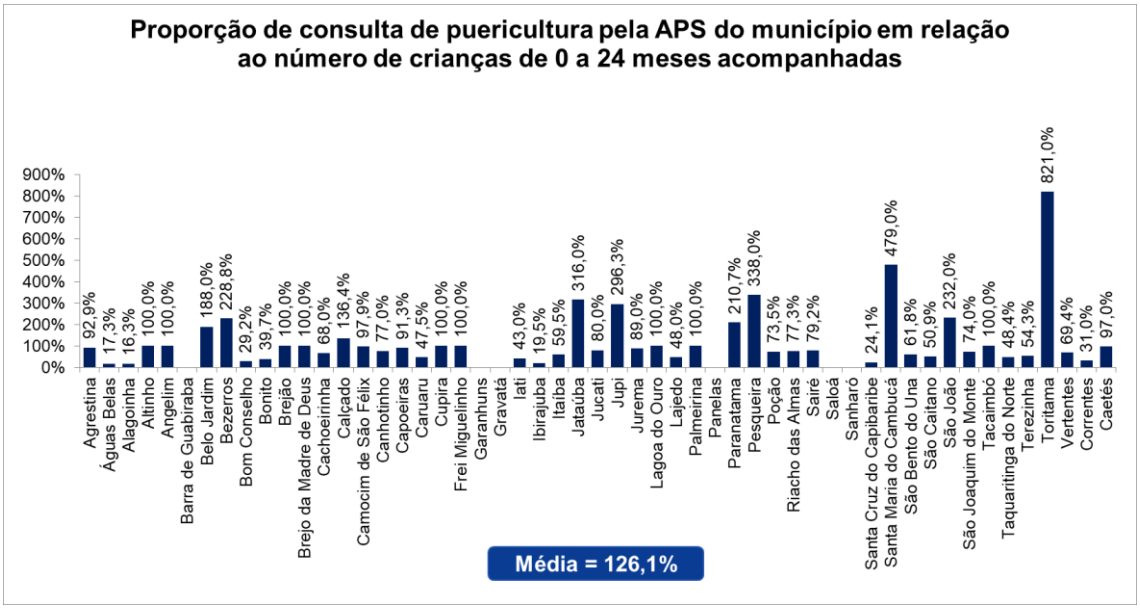
Fonte: E-SUS/SINASC. Grupo de Trabalho das Oficinas do Planejamento Regional Integrado – PRI/ IV e V Região de Saúde de Pernambuco, 2022.

Com base no gráfico acima, apenas 9, dos 51 municípios analisados na macrorregião, possuem uma proporção maior ou igual a 100% de visitas puerperais realizadas, sendo 64,9% a média geral dos municípios. Esse dado revela um déficit de captação e preparação da APS, sendo esse serviço o responsável pela realização da visita puerperal.

De acordo com o Ministério da Saúde recomenda-se uma visita domiciliar na primeira semana após a alta do bebê. Caso o RN tenha sido classificado como de risco, essa visita deverá acontecer nos primeiros 3 dias após a alta. O retorno da mulher e do recém-nascido ao serviço de saúde, de 7 a 10 dias após o parto, deve ser incentivado desde o pré-natal, na maternidade e pelos agentes comunitários de saúde na visita domiciliar (Brasil, 2005).

Reforçamos que os dados inseridos no formulário não são dados dos sistemas de informação, e para essas visitas puerperais, podem sofrer alterações.

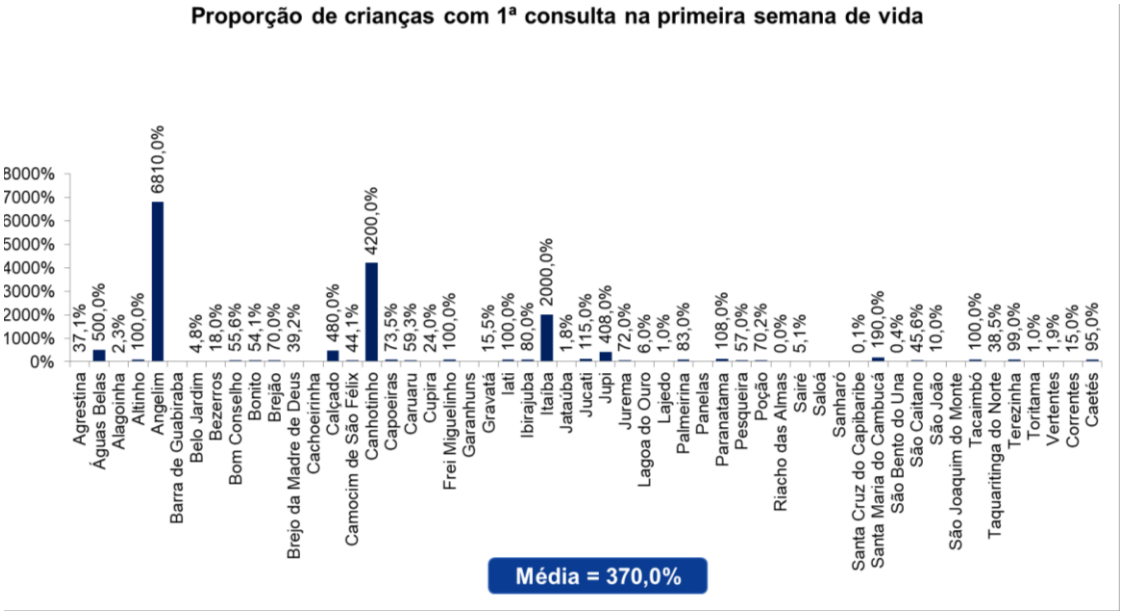
Gráfico 80. Proporção de consultas de puericultura realizadas pela APS em relação ao número de crianças de 0 a 24 meses acompanhadas, II Macrorregião de Saúde, 2022.



Fonte: E-SUS. Grupo de Trabalho das Oficinas do Planejamento Regional Integrado – PRI/ IV e V Região de Saúde de Pernambuco, 2022.

A equipe de AB deve garantir as consultas às crianças através de previsão de agendamento com base nos nascidos vivos do território, sendo previsto acompanhamento para todos os seus ciclos de vida: recém-nascido, primeiro ano de vida, pré-escolar e escolar. Cabe à equipe organizar seu processo de trabalho objetivando o monitoramento das crianças de sua área de abrangência, garantindo a atenção integral à saúde da criança (Brasil, 2018).

Gráfico 81. Proporção de crianças com 1ª consulta na primeira semana de vida, II Macrorregião de Saúde, 2022.



Fonte: E-SUS/SINASC. Grupo de Trabalho das Oficinas do Planejamento Regional Integrado – PRI/ IV e V Região de Saúde de Pernambuco.

Uma vez que boa parte das situações de morbidade e mortalidade materna e neonatal acontecem na primeira semana após o parto, o retorno da mulher e do recém-nascido ao serviço de saúde deve acontecer logo nesse período. Os profissionais e os serviços devem estar atentos e preparados para aproveitar a oportunidade de contato com a mulher e o recém-nascido na primeira semana após o parto para instituir todo o cuidado previsto para a Primeira Semana de Saúde Integral (Brasil, 2005).

6.1.5 Componente Sistema Logístico (Transporte Sanitário e Regulação)

É de responsabilidade da Central de Regulação das Urgências regular tanto as urgências obstétricas como as neonatais, ordenando o acesso aos serviços de assistência à saúde para otimizar os recursos disponíveis. Ao discutir o desenho da rede de atenção, deve ser pactuado o mapa de vinculação da região de saúde, para que a UBS possa informar à gestante sobre o local em que será realizado o parto. Em caso de procura direta da gestante ao hospital/maternidade, esta deve ser acolhida e realizada a classificação de risco. Nesta circunstância, a mulher deve ser atendida na

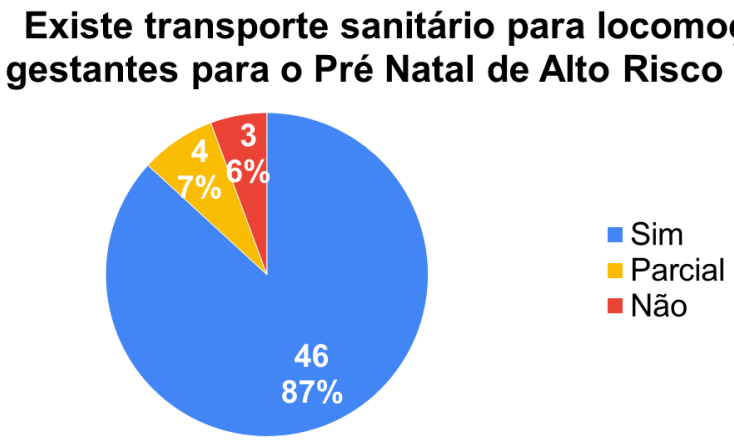
própria unidade ou, em último caso, referenciada para outra unidade, via central de regulação. A recomendação é evitar a peregrinação, regulada ou não, de uma parturiente ao chegar a um serviço de atenção ao parto.

Ao necessitar de outro tipo de leito, como UTI, em caso de não haver oferta na própria unidade para a mãe e/ou o recém-nascido, a central de regulação deverá garantir a vaga em outra unidade.

Embora a Rede Cegonha proponha o transporte, quando necessário, pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) em Ambulâncias de Suporte Avançado de Vida, com equipes devidamente capacitadas e com equipamentos disponíveis da gestante e do recém-nascido grave e prematuro (incubadoras e ventiladores neonatais), esta nunca foi uma realidade na região, embora os gestores regionais realizem esta função em transporte municipal. Ressalta-se a importância do transporte sanitário adequado e o vínculo com a equipe de saúde da família para a segurança da mulher no seu período gestacional.

A seguir alguns indicadores relacionados ao componente Sistema Logístico (Regulação e Transporte Sanitário) na II Macrorregião de Saúde de Pernambuco.

Gráfico 82. Existência de transporte sanitário municipal para locomoção das gestantes para o pré-natal de alto risco, II Macrorregião de Saúde, 2022.



Fonte: Grupo de Trabalho das Oficinas do Planejamento Regional Integrado – PRI/ IV e V Região de Saúde de Pernambuco, 2022.

De acordo com o gráfico acima, a grande maioria (86%) dos municípios da II Macrorregião de Pernambuco possuem transporte sanitário para garantir o deslocamento das gestantes para o pré-natal de alto risco. Entretanto ainda existem municípios com cobertura parcial (8%), os outros 6% não fornecem transporte para locomoção de gestantes ao Pré-Natal de Alto Risco, dificultando assim o acesso dessas mulheres às consultas.

7. Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)

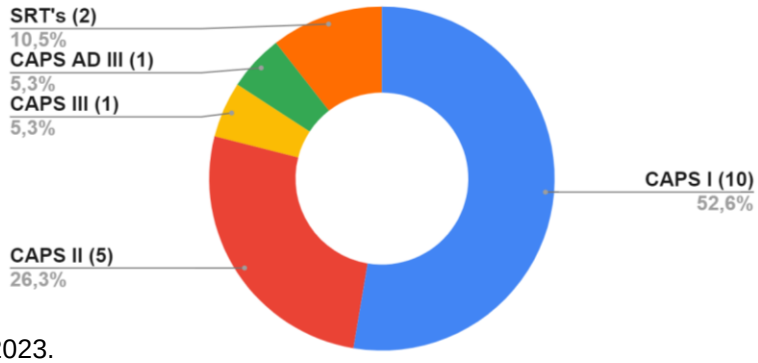
A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) instituída pela Portaria 3.088 de 23 de dezembro de 2011, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), é destinada para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas. A referida rede objetiva:

I - ampliar o acesso à atenção psicossocial da população em geral;
II - promover o acesso das pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas e suas famílias aos pontos de atenção; e
III - garantir a articulação e integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências.

7.1 Composição da Raps na IV Região de Saúde

Composta por 32 municípios, a IV Região de Saúde possui aproximadamente 1.388.538 habitantes (DATASUS 2020), nessa área geográfica. No que diz respeito à cobertura de dispositivos de saúde mental no território da IV Região de Saúde, a RAPS é estruturada da seguinte forma: 10 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) tipo I, 5 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) tipo II, 1 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) tipo III, 1 Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPSad) tipo III, zero leitos de Atenção Integral em Hospitais Gerais (LAIHG), 1 Serviços de Residência Terapêutica (SRT) tipo I e 1 Serviço de Residência Terapêutica (SRT) tipo II, conforme gráfico abaixo:

Gráfico 83. Dispositivos da Rede de Saúde Mental, IV Região da Saúde, 2023.



Fonte: GASAM, 2023.

7.1.2 Composição da RAPS na V Região de Saúde

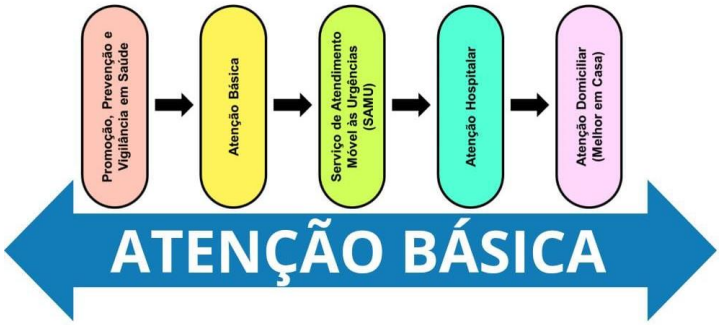
Composta por 21 municípios, a V Região de Saúde possui aproximadamente 538.978 habitantes nessa área geográfica (IBGE, 2022).No que diz respeito à cobertura de dispositivos de saúde mental no território da V Região de Saúde, a RAPS é estruturada da seguinte forma: 13 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) tipo I, 1 Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) tipo III, 1 Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPSad) tipo II, 10 Leitos de Atenção Integral em Hospitais Gerais (LAIHG), 2 Serviços de Residências Terapêuticas (SRT) tipo I e 1 Serviço de Residências Terapêuticas (SRT) tipo III. Atualmente, o desenho da RAPS da V Região de Saúde é estruturado em 4 polos de assistência à saúde mental, contendo um município sede de referência em cada um desses polos.

8. Rede de Urgência e Emergência (RUE)

A Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) foi regulamentada através da Portaria MS/GM nº 1.863 de 29 de setembro de 2003, para articular e integrar todos os equipamentos de saúde e para ampliar e qualificar o acesso humanizado e integral aos usuários em situação de

urgência/emergência nos serviços de saúde de forma oportuna. Vale destacar que a RUE apresenta uma complexidade distinta em relação a outras redes; atende a diferentes condições de saúde, e apresenta vários pontos de atenção, sendo constituída por vários componentes, tais como: Promoção, Prevenção e Vigilância em Saúde; Atenção Básica; Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU e Central de Regulação Médica de Urgências; Sala de Estabilização; Força Nacional de Saúde do SUS; UPA 24h; Componente Hospitalar; Atenção Domiciliar (BRASIL, 2013). De acordo com o Art. 4º da Portaria GM/MS 1.600/2011, os componentes das Redes de Atenção às Urgências são: Promoção, Prevenção e Vigilância em Saúde; Atenção Básica em Saúde; Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU); Sala de estabilização; Força Nacional do SUS (FNS); Unidades de Pronto Atendimento 24H (UPA 24H); Componente Hospitalar e Atenção domiciliar. Porém a V Região não dispõe de UPA 24H, nem de ações da FNS ativa, conforme ilustrados na figura 10.

Figura 14. Rede de Urgência e Emergência



8.1 Distribuição dos Leitos SUS e Complementares (NÃO SUS)

Na V Região de Saúde a principal entrada aos serviços de saúde de urgência e emergência são os Hospitais Municipais, presente em 20 municípios, que representam 60,9% dos 862 leitos existentes nesta região, que desempenham um papel crucial na oferta de assistência à população local. No município sede da regional, Garanhuns, encontra-se o Hospital

Regional Dom Moura (HRDM), que é a unidade hospitalar pública de referência para a resolução de casos mais complexos a nível regional, segundo DATASUS, em abril de 2023 o HRDM, contava com um total de 124 leitos, divididos em: 10 leitos de UTI Adulto tipo II; 08 leitos de Cuidados Intermediários Adulto; 38 leitos clínicos adultos; 17 leitos pediátricos; 29 leitos cirúrgicos e 22 leitos obstétricos.

Em relação aos leitos complementares de UTI e/ou CTI na V região de saúde, dispomos de 54 leitos, onde 53,7% estão inseridos no SUS, além destes existem 26 leitos psiquiátricos, sendo 27% disponíveis para SUS, situados no Centro de Atenção de Psicossocial (CAPS) Alzira Maria Veloso com os leitos de acolhimento noturno.

8.1.2 Leitos de Retaguarda

Os Leitos de retaguarda foram estabelecidos pela Portaria de consolidação GM/MS 03, de 26 de setembro de 2017, a nível regional a resolução da CIB Nº 2992 de 26 de abril de 2017, contemplou a V Região de Saúde com a pactuação de 199 leitos de retaguarda, divididos em 135 novo e 64 qualificados, porém atualmente instalados efetivamente e em atividade contamos com 188 leitos, subdivididos em 8% destinados a UTI adulto localizados no municípios de Garanhuns; 63% de leitos são de enfermaria novos e 29% referente aos leitos qualificados, estes estão distribuídos nos 20 municípios da regional, pois o municípios de Jucati não possui leitos de retaguarda.

9. Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência

A Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD) (instituída pela Portaria nº 793, de 24/04/12) busca ampliar o acesso e qualificar o atendimento às pessoas com deficiência temporária ou permanente; progressiva, regressiva ou estável; intermitente ou contínua no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). A Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência se organizará nos seguintes componentes: Atenção Básica, Atenção Especializada em Reabilitação Auditiva, Física, Intelectual,

Visual, Ostomia e em Múltiplas Deficiências e Atenção Hospitalar e de Urgência Emergência. Os componentes da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência serão articulados entre si, de forma a garantir a integralidade do cuidado e o acesso regulado a cada ponto de atenção e/ou aos serviços de apoio, observadas as especificidades inerentes e indispensáveis à garantia da equidade na atenção a estes usuários (BRASIL, 2012).

Dentre os componentes da RCPD estão os Centros Especializados em Reabilitação (CER) que são pontos de atenção ambulatorial especializada em reabilitação que realiza diagnóstico, tratamento, concessão, adaptação e manutenção de tecnologia assistiva, constituindo-se em referência para a rede de atenção à saúde no território (BRASIL, 2012).

Os CER podem ser habilitados nas seguintes modalidades:

- CER II: prestar atendimentos de duas modalidades de reabilitação;
- CER III: prestar atendimentos de três modalidades de reabilitação;
- CER IV: prestar atendimentos de quatro modalidades de reabilitação.

A Portaria nº 793, de 24 de abril de 2012, que Institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde, são objetivos da RCPD, foi atualizada recentemente, através da Portaria GM/MS nº 1.526, de 11 outubro de 2023, que institui, também, a política Nacional de Atenção Integral à Saúde (PNAISPD).

Quadro 34. Diretrizes da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Pessoa com Deficiência – PNAISPD, 2023.

I - Oferta do cuidado integral à pessoa com deficiência sob a perspectiva interseccional em saúde, com foco na funcionalidade, sob a lógica das Redes de Atenção à Saúde (RAS) e de base territorial;

II - Desenvolvimento de ações intersetoriais visando a promoção dos direitos humanos, a inclusão social e o pleno exercício da cidadania;
III - Promoção da acessibilidade em suas diferentes dimensões;
IV - Estímulo à autonomia da pessoa com deficiência;
V - Enfrentamento ao capacitismo e às distintas formas de violência; e
VI - Gestão interfederativa das ações de saúde voltadas à pessoa com deficiência.

Fonte:PNAISD, 2023.

Quadro 36. Modelagem da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência em Pernambuco, 2013.

Referência	Ação	Serviços
Municipal	Ações de promoção de saúde, prevenção às causas e agravos de deficiência e cuidado no âmbito da Atenção Primária	Unidade Básica de Saúde Programa Saúde na Escola Equipe Multiprofissional
	Reabilitação, prevenção de deficiências secundárias e orientação familiar	Serviços habiltados em apenas um tipo de reabilitação, sem concessão
		Núcleos de reabilitação física
	Atendimento especializado em odontologia	Centro de Especialidades Odontológicas (CEO)
Microrregional	Diagnóstico, tratamento, concessão, adaptação e manutenção de tecnologia assistiva em dois tipos de deficiência	CER II
Regional	Diagnóstico, tratamento, concessão, adaptação e manutenção de tecnologia assistiva em três tipos de deficiências	CER III
	Atendimento especializado em odontologia	Centro de Especialidades Odontológicas (CEO)
Macrorregional	Acesso à urgência e emergência odontológica com atendimento sob sedação ou anestesia geral	Serviço hospitalar
	Avaliação clínica, reabilitação funcional, atendimento cirúrgico nas diversas especialidades, serviços auxiliares de diagnóstico e terapias	Leitos de Reabilitação Hospitalar
	Diagnóstico, tratamento, concessão, adaptação e manutenção de tecnologia assistiva em quatro tipos de deficiências	CER IV

Fonte: Resolução CIB/PE nº 2.189, de 08 de janeiro de 2013.

9.1 Caracterização da Rede de Atenção à Pessoa com Deficiência na II Macrorregião de Saúde de Pernambuco

A Resolução CIB/PE nº 2.080, de 12 de setembro de 2012, aprova o desenho do componente de atenção especializada da RCPD em Pernambuco, onde são propostos os serviços para as regiões de saúde. No quadro abaixo, observa-se as instâncias de referência dos serviços instalados na II Macrorregião e suas respectivas ações. Atualmente a IV Região de Saúde possui o a recomposição do Grupo Condutor Regional da RCPD aprovado em CIR, e a V Região de Saúde está em fase de elaboração do desenho de composição do GCR, para apreciação em CIR.

Quadro 37. Serviços pactuados em CIR, por modalidade e tipo de referência por município da IV Região de Saúde.

MUNICÍPIO	SERVIÇO/CNES	MODALIDADE DE REABILITAÇÃO	TIPO DE REFERÊNCIA
Agrestina	Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE) CNES:7041225	CER tipo III (Reabilitação física, visual e intelectual)	Regional
Gravatá	Serviço de Estimulação e Reabilitação da Criança (SERC) (CNES: 2638703)	CER tipo II (Reabilitação física e intelectual)	Microrregional (VII Micro)
Gravatá	Centro de Inclusão Gravata (CIG) (CNES:9214887)	CER tipo II (Reabilitação física e intelectual)	Municipal
Pesqueira	Associação Portadores de Direitos Especiais (PODE) (CNES: 5952239)	CER tipo II (Reabilitação auditiva e intelectual)	Microrregional (VIII Micro)
Toritama	Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE) de Toritama (CNES: 0986593)	CER tipo II (Reabilitação física e intelectual)	Microrregional (IX Micro)

Fonte: Resolução CIR/IV GERES 452/2022

Estima-se uma população de 480.757 pessoas com pelo menos uma deficiência investigada no território da II macrorregião de saúde de Pernambuco, o que representa 25,59% de sua população. Na tabela abaixo, encontram-se os dados disponíveis no IBGE sobre esta população na II Macrorregião de Saúde de Pernambuco.

Tabela 3. Número de pessoas com deficiência na II Macrorregião de Saúde, 2010, segundo tipo de deficiência.

Tipo de deficiência	IV Região de Saúde	V Região de Saúde	II Macrorregião
Auditiva	75.611	34.349	109.960
Auditiva severa	16.217	7.906	24.123
Mental/intelectual	18.568	8.486	27.054
Motora	101.094	45.523	146.617
Motora severa	33.449	14.990	48.439
Visual	270.814	108.923	379.737
Visual severa	49.238	22.247	71.485

Fonte: IBGE, Censo Demográfico 2010

9.1 Atenção especializada

O componente da Atenção Especializada em Reabilitação é formado por ações de reabilitação auditiva, física, intelectual, visual, ostomia e em múltiplas deficiências. São componentes da AE na RCPD:

- serviços de reabilitação habilitados em apenas uma modalidade (considera-se aqueles habilitados nestes moldes anteriormente a publicação da Portaria 793/2012, que veda habilitação dessa modalidade após sua publicação);
- Centros Especializados em Reabilitação (CER)
- Centro de Especialidades Odontológicas (CEO)

Percebe-se que as necessidades da ordenação dos fluxos assistenciais dentro do serviço de saúde, vão além do esgotamento de sua capacidade instalada e da organização dentro do território, mas sim

do desenvolvimento e direcionamento de ações baseadas no planejamento estratégico, integrado, articulado e comunicativo. É necessário preencher os vazios assistenciais e reordenar as ofertas de serviços no território, pactuar estratégias eficientes, buscando otimizar recursos. A municipalização em saúde e o protagonismo dos atores envolvidos nesse processo, são de suma importância para reorganizar as redes envolvidas, buscando construir e estruturar um acesso qualificado, resolutivo e humanizado para melhoria da acessibilidade, inclusão social e atenção à saúde (Plano de Ação RCPD IV Região de Saúde, 2022).

10. Rede de Atenção em Oncologia

A Política Nacional para a prevenção e controle do câncer foi instituída em 2013, com o intuito de reduzir a mortalidade, a incapacidade causada pelo câncer, e de diminuir a incidência de alguns casos específicos. Pretende contribuir também com a melhoria da qualidade de vida dos usuários com câncer, por meio de ações de promoção, prevenção, detecção precoce, tratamento oportuno e cuidados paliativos (BRASIL, 2013).

São componentes da Rede de Oncologia: Atenção à Saúde, sistema de apoio; sistema de regulação; sistemas logísticos e Governança. Dentro desta política destaca-se a linha de cuidado de câncer de útero, para a qual está prevista a estruturação de ações e de serviços em e de (BRASIL, 2013).

Quadro 38. Perfil da Rede de Oncologia da II Macrorregião

Macrorregião	Região de saúde	Estabelecimento	Serviço
	IV	Hospital Regional do Agreste	Unacon com serviço de Radioterapia
		CEOC	Radioterapia
		Hospital Santa Águida	Quimioterapia

II		Hospital Mestre Vitalino	Quimioterapia
	V	Hospital Perpétuo Socorro	Quimioterapia

Fonte: Próprio autor, 2024.

11. REGULAÇÃO EM SAÚDE E SISTEMAS DE INFORMAÇÃO

11.1. Regulação em Saúde

Para se garantir a operacionalidade e funcionamento das RAS, dentre outros aspectos, é necessário fortalecer a política de regulação do acesso à saúde na região, objetivando a organização das redes e fluxos assistenciais, regulando o acesso de forma equânime, integral e qualificado aos serviços de saúde, nas três dimensões de atuação integradas entre si: Regulação de Sistemas de Saúde, Regulação da Atenção à Saúde e Regulação do Acesso à Assistência (Brasil, 2008).

Na perspectiva de aprimoramento do acesso, devem ser priorizados a regulação assistencial, a organização, o controle, o gerenciamento e os fluxos assistenciais, enquanto sistema de apoio logístico, a partir da implantação de complexos reguladores e unidades operacionais, dotados de mecanismos para efetivar os processos da regulação do acesso, por meio de centrais médicas, que atuarão com base em protocolos, estratificação de risco e demais critérios de priorização.

O processo de regulação no Estado de Pernambuco está organizado a partir de um entendimento de que cabe ao gestor estadual a regulação das referências estaduais e/ou municipais, com base no processo de construção da Programação Pactuada e Integrada da Atenção em Saúde, do processo de regionalização e do desenho das redes.

A regulação regional está baseada na regulação médica das agendas de consultas e procedimentos especializados, na padronização das solicitações de procedimentos por meio de protocolos assistenciais e no estabelecimento de referências entre as unidades de diferentes níveis de complexidade, de abrangência local, intermunicipal e estadual, segundo fluxos e protocolos pactuados.

As atribuições da regulação do acesso envolvem a garantia do acesso aos serviços de saúde de forma adequada; a garantia dos princípios da equidade e da integralidade; o fomento ao uso e a qualificação das informações dos cadastros de usuários, estabelecimentos e profissionais de saúde; a elaboração, disseminação e implantação de protocolos de regulação; o diagnóstico, a adequação e a orientação dos fluxos da assistência; a construção e viabilização das grades de referência e contrarreferência; a capacitação de forma permanente das equipes que atuarão nas unidades de saúde; o subsídio às ações de planejamento, controle, avaliação e auditoria em saúde; e o apoio ao processamento das informações de produção e a programação pactuada e integrada.

11.1.2. Sistemas de Informação

O complexo regulador é o caminho para efetivar a gestão da ocupação de leitos e as agendas das unidades especializadas de saúde; absorver ou atuar de forma integrada aos processos autorizativos; efetivar o controle dos limites físicos e financeiros; estabelecer e executar critérios de classificação de risco; e executar a regulação médica do processo assistencial.

Na II Macrorregião de Saúde de Pernambuco o processo de regulação do acesso a procedimentos e consultas ambulatoriais está sob a coordenação da IV e V Geres e das Centrais Regionais de Regulação, localizadas nos municípios de Caruaru e Garanhuns, sedes da regiões de saúde. Na regulação existem dois sistemas oficiais, o Sistema Estadual - CMCE, e o Sistema macrorregional, sob gestão do Município de Caruaru, o INFOCRAS. Desta forma, os municípios que compõem a II macrorregião de Saúde podem

realizar o agendamento de exames e consultas para as referências regionais e estaduais através destes sistemas.

12. RECURSOS FINANCEIROS

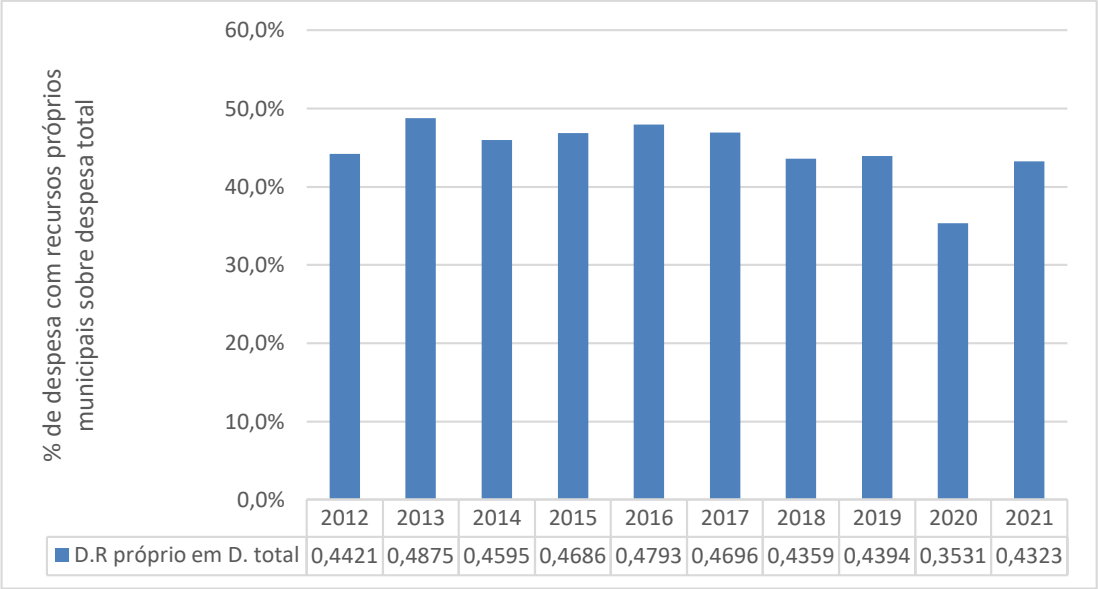
Para assegurar o financiamento necessário para garantir a organização e a resolutividade das redes de atenção à saúde alguns fundamentos precisam ser considerados: conhecimento da necessidade de saúde da população, economia de escala e disponibilidade de recursos tripartites (Mapa de saúde IV GERES, 2020).

O conhecimento da necessidade da população é fundamental no planejamento ascendente desenvolvido em cada região de saúde, pois a partir do perfil epidemiológico, demográfico e socioeconômico da população serão propostas ações concretas para organização dos serviços e equacionamento dos problemas assistenciais (Mapa de saúde IV GERES, 2020).

A Economia de Escala ocorre quando os custos médios de longo prazo diminuem, à medida que aumenta o volume das atividades e os custos fixos se distribuem por um maior número dessas atividades. Desta forma, a concentração de serviços em determinado local racionaliza custos e otimiza resultados, quando os insumos tecnológicos ou humanos relativos a estes serviços inviabilizam sua instalação em cada município isoladamente (Mapa de saúde IV GERES, 2020).

Por fim, após a modelagem da rede regional de atenção à saúde, com base nas necessidades da população, deverá ser assegurada a disponibilidade de recursos financeiros tripartites para o desenvolvimento das RAS (Mapa de saúde IV GERES, 2020).

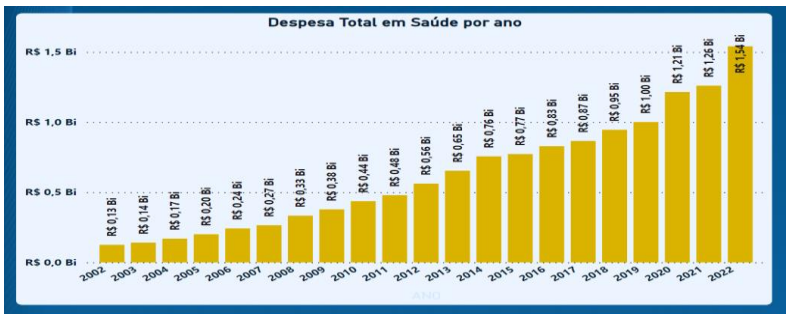
Gráfico 84. % Despesa com Recursos próprios sobre despesa total da II Macrorregião



Fonte: SIOPS, 2023.

Vários são os desafios da saúde pública, entre eles a gestão dos recursos financeiros e o montante investido pelo ente municipal na despesa total em saúde da II Macrorregião.

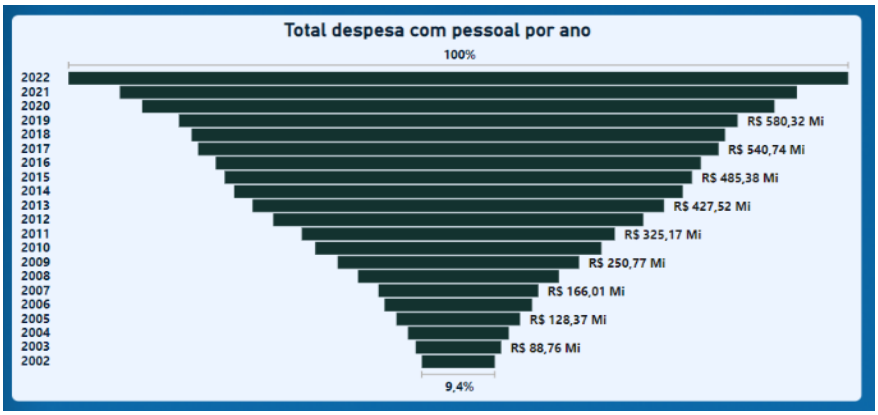
Gráfico 85. Despesa total em saúde por ano da II Macrorregião



Fonte: SIOPS, 2023.

No gráfico acima, vemos um crescimento potencial, nas despesas totais em saúde por ano, entre os anos de 2002 e 2022. Faz-se importante ressaltar que houve um crescimento populacional e de distribuição de políticas públicas de saúde ao longo do tempo, que irão impactar no resultado desse indicador. A evolução nos sistemas de acompanhamento dos investimentos de recursos financeiros na área da saúde também é um fator importante nessa discussão.

Gráfico 86. Total de despesa com pessoal por ano da II Macrorregião

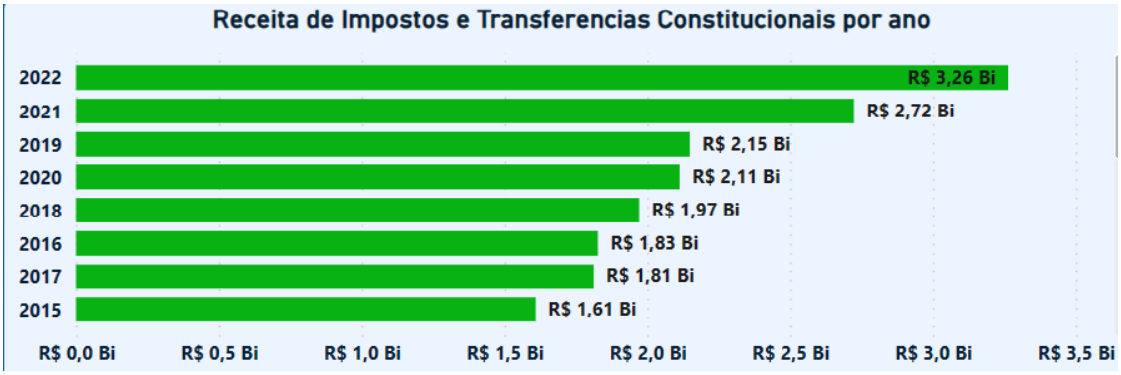


Fonte: SIOPS, 2023.

Essas despesas podem ser classificadas como a formação de profissionais em saúde, que contribuem para o aumento da despesa, o dimensionamento de pessoal no setor saúde, que gera um aumento da receita. A variação das necessidades de saúde que evoluíram ao longo dos anos, necessitando de maiores investimentos de recursos financeiros, além das novas formas de financiamento do setor saúde. O aumento da inflação no campo da economia também é responsável pelo crescimento da despesa, que associado ao envelhecimento populacional, aumenta a demanda por cuidado em saúde, relacionado a agravos das DCNT, HAS e neoplasias. Além disso, o aumento da população SUS dependente, indica um crescimento de usuários do SUS, que demandam maiores investimentos no setor saúde.

A partir do ano de 2018, esse aumento pode ser considerado a partir do impacto da COVID-19, que contribuiu para evolução dos gastos em saúde, visto que o fluxo da assistência à saúde, precisou ser reajustado para a alta demanda do período.

Gráfico 87. Receita de impostos e transferências constitucionais por ano da II Macrorregião



Fonte: SIOPS, 2023.

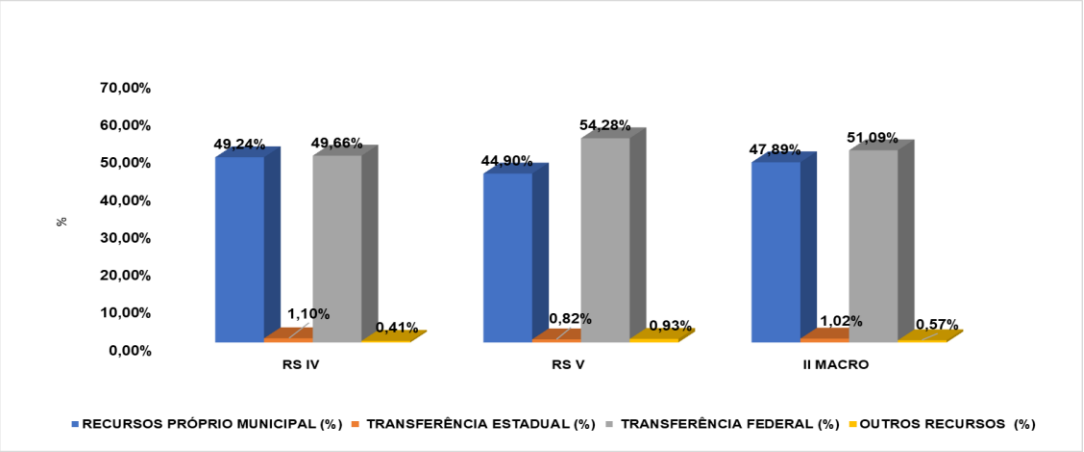
As transferências constitucionais são aquelas previstas no texto da Constituição Federal, e para avaliar o impacto desse indicador, é importante considerar o crescimento populacional da macrorregião. No período pandêmico, a arrecadação de impostos foi menor, mas houve o aumento de transferências no mesmo período, para subsidiar os gastos em saúde, relacionados à assistência no âmbito da saúde. A ampliação dos programas federais, que direcionaram a dispensação de recursos da macrorregião de saúde também é um fator que influencia o aumento da receita e de transferências constitucionais, além da qualificação dos dados inseridos nos sistemas de informação, que permitem uma melhor visualização do cenário. Abaixo são descritas as aplicações de impostos no âmbito da saúde:

Base de aplicação em ASPS - Ações e Serviços Públicos de Saúde, municípios:

- ITR - Imposto Sobre a Propriedade Territorial Rural
- IPTU - Imposto sobre Propriedade de Veículo Automotor
- IRRF - Imposto de Renda Retido na Fonte
- ITBI - Imposto de Transmissão de Bens Imóveis
- ISS - Imposto Sobre Serviços
- Multas e Juros de Mora de Impostos
- Multas e Juros de Mora da Dívida Ativa
- Dívida Ativa de Impostos

Fonte: Cartilha de orientação SIOPS 2023.

Gráfico 88. Despesa por município da II Macrorregião

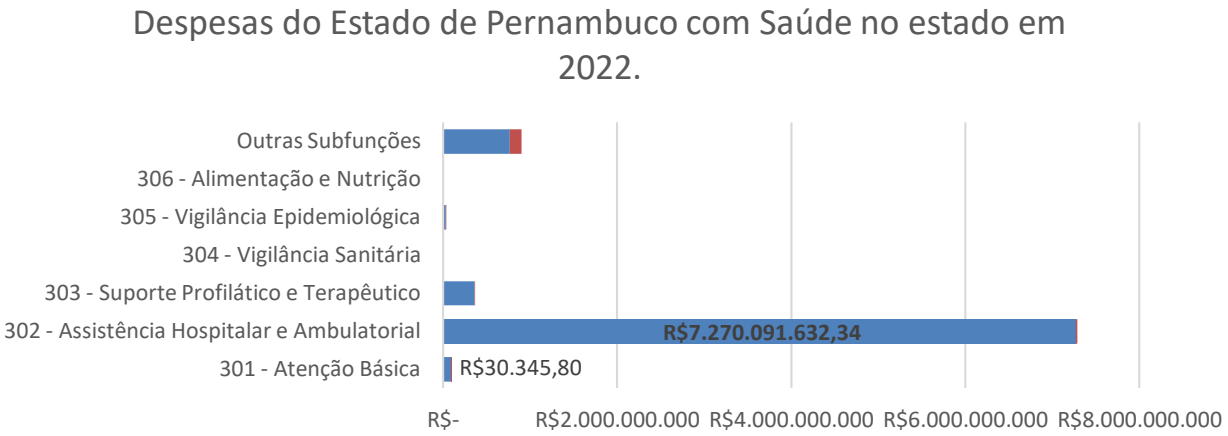


Fonte: SIOPS, 2023.

No financiamento tripartite, o estado tem uma contrapartida do valor empenhado no exercício anterior, acrescido da variação do PIB anual, não devendo ser inferior a 15%. Já estados e municípios, respectivamente, aplicam 12% e 15%.

É importante ressaltar, que os gastos públicos em saúde são distribuídos desde a Atenção Primária, até a Alta Complexidade, e esse dado apresenta a distribuição de competências de transferência de recursos. O subfinanciamento do SUS.

Gráfico 89. Percentual de investimento em saúde dos municípios, por origem do recurso e subfunção orçamentária, II Macrorregião de Saúde - Pernambuco, 2022.



	301 - Atenção Básica	302 - Assistência Hospitalar e Ambulatorial	303 - Suporte Profilático e Terapêutico	304 - Vigilância Sanitária	305 - Vigilância Epidemiológica	306 - Alimentação e Nutrição	Outras Subfunções
DESPESAS CORRENTES	88794400,09	7270091632	362859098,8	1512052,41	31717481,77		763777825,3
DESPESAS DE CAPITAL	30345,8	15888440,66	234732,94		196200		138861550,2

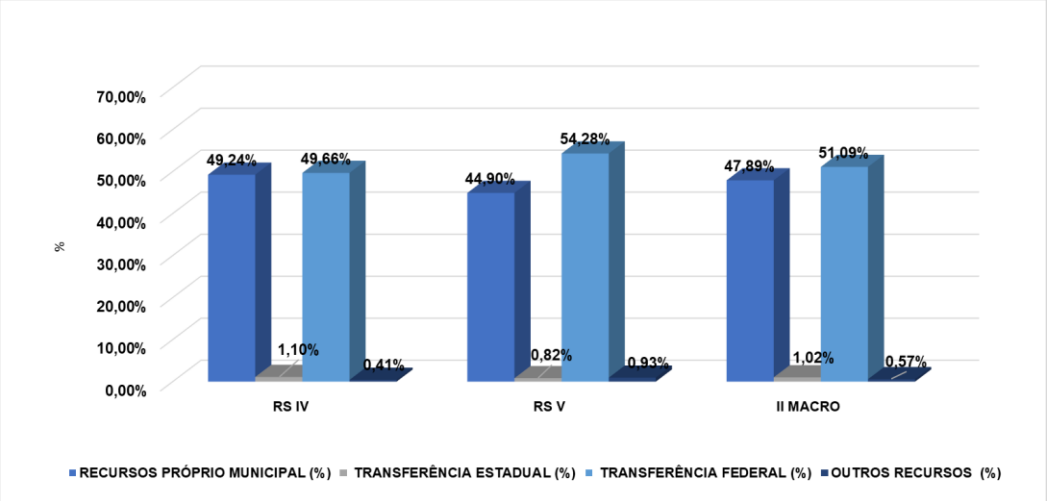
Nota: FINANCIAMENTO VIGILÂNCIA SANITÁRIA:

A União, por meio da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, disponibiliza recursos financeiros aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios, para subsidiar a execução das ações de vigilância sanitária no âmbito de seus territórios. Os recursos são divididos em dois blocos: um referente ao piso fixo (PF-Visa) e outro ao piso variável (PV-Visa).
A regulamentação atual estabelece que os valores para o PF-Visa são calculados com base na população (per capita) do território conforme os critérios estabelecidos nos Art. 459-461, da Portaria Consolidada nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017:
- o estado recebe valor per capita, calculado à razão de R$ 0,30 (trinta centavos) por habitante/ano. Caso o valor anual não seja superior a R$ 630.000,00, o estado terá uma suplementação de forma que não receba menos do que R$ 630.000,00 no ano.
- o município recebe valor per capita, calculado à razão de R$ 0,60 (sessenta centavos) por habitante/ano. Caso o valor anual não seja superior a R$ 12.000,00, o município terá uma suplementação de forma que não receba menos do que R$ 12.000,00 no ano.
- o Distrito Federal recebe valor per capita, calculado à razão de R$ 0,90 (noventa centavos) por habitante/ano. Caso o valor anual não seja superior a R$ 630.000,00, o Distrito Federal terá uma suplementação de forma que não receba menos do que R$ 630.000,00 no ano.
Os repasses são realizados mensalmente, creditados diretamente na conta dos estados, do Distrito Federal e dos municípios – fundo a fundo. A manutenção do repasse dos recursos dependerá da regularidade do cadastro do serviço de vigilância sanitária no SCNES, que é de responsabilidade dos estados, Distrito Federal e municípios – Portaria Nº 1751 GM/MS de 14 de junho de 2018.
Fonte: SIOPS.

O gráfico acima apresenta a responsabilização de cada ente, sob a destinação de recursos financeiros para cada eixo citado. O direito à saúde é de responsabilidade dos entes federados, de maneira solidária, com objetivo de atender a demanda da população. A Lei Complementar n.º 141, de 13 de

janeiro de 2012, em seu art. 7º, estabelece: Art.7º - Os Municípios e o Distrito Federal aplicarão anualmente em ações e serviços públicos de saúde, no mínimo, 15% (quinze por cento) da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 156 e dos recursos de que tratam o art. 158 e a alínea “b” do inciso I do caput e o § 3º do art. 159, todos da Constituição Federal (BRASIL, 2023).

Gráfico 89.1 Percentual de investimento em saúde dos municípios, por origem do recurso e subfunção orçamentária, por região de saúde, na II Macrorregião de Saúde - Pernambuco, 2022.



Fonte: SIOPS, 2023.

A Lei Complementar n.º 141, de 13 de janeiro de 2012, em seu art. 7º, estabelece: Art.7º - Os Municípios e o Distrito Federal aplicarão anualmente em ações e serviços públicos de saúde, no mínimo, 15% (quinze por cento) da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 156 e dos recursos de que tratam o art. 158 e a alínea “b” do inciso I do caput e o § 3º do art. 159, todos da Constituição Federal (BRASIL, 2023).

13. GESTÃO DO TRABALHO E EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

Neste tópico serão discutidos aspectos relacionados à prática de gestão do trabalho e da Educação Permanente em Saúde (EPS) na II Macrorregião de Saúde do Estado de Pernambuco. Esta temática está

inserida nas legislações e discussões do Sistema Único de Saúde (SUS) desde sua criação, inclusive a partir de discussões empreendidas pelo Movimento da Reforma Sanitária Brasileira (MRSB).

Em 1988 um dos desdobramentos da VIII Conferência Nacional de Saúde (VIII CNS) foi a criação formal do SUS, com a promulgação da Constituição Federal. A Lei Magna é muito mais específica, pois preconiza que o SUS tem a competência de ordenar a formação de pessoas para o trabalho na atenção à saúde. Em seu Art. 200, escreve que compete ao sistema único de saúde compete, além de outras atribuições, parágrafo III – ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde.

A Educação na Saúde foi atribuída aos entes federados a partir da Constituição Brasileira, Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990, no Capítulo IV, Das Competências e das Atribuições Comuns, determinando em seu inciso IX, a "participação (desses entes) na formulação e na execução da política de formação e desenvolvimento de recursos humanos para a saúde". Tal função é ratificada no Art. 27 que trata da política de recursos humanos na área da saúde (Brasil, 1990).

A gestão dos processos de trabalho e da formação em saúde no SUS é um tema que tem sido bastante debatido e discutido, devido a necessidade de conhecer e traçar estratégias que possam contribuir para o processo de trabalho condizente com o processo organizacional Chiavenato (2009).

A partir da necessidade de implantar e/ou implementar uma política voltada à gestão de pessoas no SUS o Ministério da Saúde (MS) criou a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), através do Decreto nº 4.726, de 9 de junho de 2003, onde propõe a criação de uma política nacional de formação e desenvolvimento para o conjunto dos profissionais da saúde (Cavalheiro e Guimarães, 2011).

13.1. Gestão do Trabalho

A Portaria Nº 2.437, de 7 de dezembro de 2005, dispõe sobre a ampliação e o fortalecimento da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST) no Sistema Único de Saúde (SUS) e dá outras

providências. De acordo o 2º parágrafo do inciso II, a RENAST tem como principal objetivo integrar a rede de serviços do SUS, voltados à assistência e à vigilância, para o desenvolvimento das ações de Saúde do Trabalhador (Brasil, 2005).

A Portaria nº 1.823, de 23 de agosto de 2012, institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. Em sua seção II a referida portaria mostra em seu Art. 14. que o CEREST, figura no âmbito da RENAST e apresenta as atribuições dos CEREST e das Equipes Técnicas (Brasil, 2012), a saber:

I - desempenhar as funções de suporte técnico, de educação permanente, de coordenação de projetos de promoção, vigilância e assistência à saúde dos trabalhadores, no âmbito da sua área de abrangência;

II - dar apoio matricial para o desenvolvimento das ações de saúde do trabalhador na atenção primária em saúde, nos serviços especializados e de urgência e emergência, bem como na promoção e vigilância nos diversos pontos de atenção da Rede de Atenção à Saúde; e

III - atuar como centro articulador e organizador das ações intra e intersetoriais de saúde do trabalhador, assumindo a retaguarda técnica especializada para o conjunto de ações e serviços da rede SUS e se tornando pólo irradiador de ações e experiências de vigilância em saúde, de caráter sanitário e de base epidemiológica.

§ 1º As ações a serem desenvolvidas pelos CEREST serão planejadas de forma integrada pelas equipes de saúde do trabalhador no âmbito das Secretarias Estaduais de Saúde (SES) e das Secretarias Municipais de Saúde (SMS), sob a coordenação dos gestores.

§ 2º Para as situações em que o Município não tenha condições técnicas e operacionais, ou para aquelas definidas como de maior complexidade, caberá às SES a execução direta de ações de vigilância e assistência, podendo fazê-lo, em caráter complementar ou suplementar, através dos CEREST.

§ 3º O apoio matricial, de que trata o inciso II do caput, será equacionado a partir da constituição de equipes multiprofissionais e do desenvolvimento de práticas interdisciplinares, com estabelecimento de relações de trabalho entre a equipe de matriciamento e as equipes técnicas de referência, na perspectiva da prática da clínica ampliada, da promoção e da vigilância em saúde do trabalhador.

Assim, dentre as estratégias para desenvolver a Saúde do Trabalhador está o Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (Cerest), que é compreendido como uma Unidade de atendimento especializado em Saúde do Trabalhador. Além disso, também gera conhecimento acerca de doenças ou sintomas correlatos às atividades laborais, na região onde se encontram. A análise dos dados gerados pelo Cerest servem para a formulação de políticas públicas.

13.2. Educação Permanente em Saúde

A Educação Permanente Saúde (EPS) representa um conceito pedagógico usado para expressar as relações entre o ensino e as ações e serviços, articulando docência e atenção à saúde. A EPS é regulamentada através da criação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), como estratégia de formação e desenvolvimento dos trabalhadores para o SUS, tendo como marcos legais a Portaria GM/MS nº 198, de 13 de fevereiro de 2004 e Portaria GM/MS 1.996, de 20 de agosto de 2007.

Esta legislação constitui um grande avanço ao fomentar a condução regional da política e a participação interinstitucional, por meio das Comissões de Integração Ensino-Serviço (CIES), além de definir orçamento para projetos e ações, estabelecendo critérios de alocação transparentes e explícitos (Brasil, 2018).

A Comissão Permanente de Integração Ensino e Serviço (CIES), funcionam como grupo colegiado de condução da PNEPS, em todos os níveis de gestão, sua responsabilidade e objetivos estão detalhados no Art. 2, inciso 2º:

> As Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço (CIES) são instâncias intersetoriais e interinstitucionais permanentes que participam da formulação, condução e desenvolvimento da Política de Educação Permanente em Saúde previstas no art. 14 da Lei nº 8.080, de 1990, e na NOB/RH – SUS (Brasil, 2018).

As CIES são ligadas ao Colegiado Intergestor do nível de gestão correspondente, Federal, Estadual ou Regional; e a composição descrita no Art. 5º (Brasil, 2007):

As Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço (CIES) deverão ser compostas pelos seguintes gestores:

I - Gestores de educação e/ou de seus representantes;

II - Trabalhadores do SUS e/ou de suas entidades representativas;

III - Instituições de ensino com cursos na área da saúde, por meio de seus distintos segmentos;

IV - Movimentos sociais

Os integrantes da CIES são definidos conforme o cenário de cada localidade e podem ser flexibilizados de acordo com a construção regionalizada do SUS. A partir de suas vivências e do conhecimento dos cenários locais, o colegiado é responsável pelo planejamento solidário das necessidades de EPS na região (Brasil, 2007).

Em Pernambuco, a Resolução CIB/PE nº 2.548, de 27 de março de 2014 homologou o Regimento Interno da CIES Estadual e no mesmo ano, a Port. nº 541, de 5 de dezembro, instituiu a Comissão Permanente de Integração Ensino e Serviço com o objetivo de “apoiar e cooperar tecnicamente com os Colegiados de Gestão Regional para a construção dos Planos Regionais de Educação Permanente em Saúde” (Pernambuco, 2014, p. 1).

A Comissão de Integração Ensino-Serviço (CIES) regional tem papel de articular ações de educação em saúde na região de Saúde. A CIES regional foi estabelecida pela resolução CIR/IV Geres N°456/2022, de 05 de abril de 2022 com representações dos municípios das quatro microrregiões, dos hospitais regionais (HRA, HJN e HMV), e de instituições de ensino superior e técnico da região, além de uma coordenação regional, com a finalidade de desenvolver atividades de educação e saúde de forma regionalizada, estabelecendo espaços democráticos de diálogo e pactuação, para a implementação de ações de educação permanente em saúde por meio da integração dos sujeitos (gestores da saúde e da educação, trabalhadores, usuários, estudantes, Instituições de Ensino, controle social, movimentos sociais) (Mapa de Saúde da IV Região de Saúde, 2020).

A CIES da V GERES possui histórico de atuação antes de 2010, e entretanto, a comissão foi formalizada através de regimento publicado em 03 de junho de 2014, na Resolução da Comissão Intergestores Regional (CIR) nº 05/2015. No Art. 1º traz a sua função de assessoramento da CIR, determinando que a CIES Regional "é uma instância colegiada intersetorial e interinstitucional de natureza política de caráter permanente e consultivo, vinculada à Comissão Intergestores Regional da V Região de Saúde – CIR" (Pernambuco, 2014, p. 1). Por sua vez, na IV GERES, a última composição da CIES regional foi aprovada por meio da Resolução CIR nº 456/2022 (Mapa de Saúde da V Região de Saúde, 2020).

Os representantes que compõem a CIES na realidade apresentada pela II Macrorregião de Saúde são indicados pelos gestores municipais a fim de fazerem parte da comissão, de acordo com o que determina o Parágrafo Único do regimento: "as representações deverão ser indicadas por suas instituições ou através de fóruns específicos para esta finalidade" (PERNAMBUCO, 2014). As representações condizem com o quadrilátero da formação para o SUS proposto por Ceccim (2018), com representantes da Atenção, Gestão, Controle Social e Ensino.

- Controle Social: Sindicatos, Associações, Conselhos Municipais de Saúde, entidades representantes de usuários e etc.

- Gestores (Gestão): Ocupantes de cargos comissionados ou funções gratificadas no âmbito estadual ou municipal.
- Educação (Ensino): Representantes de Instituições de Ensino, Secretarias Municipais de Educação.
- Trabalhador (es) da área de saúde (Atenção): não ocupantes de cargos em comissão ou com funções gratificadas.

13.3 Caracterização da rede de educacional da II Macrorregião de saúde

A II Macrorregião de Saúde, no território da IV e V Regiões de Saúde, conta com a presença de Instituições de Ensino Superior públicas (IES) (Estadual e Federal) e privadas, bem como de cursos técnicos em diferentes áreas da saúde. Vale salientar que nessas instituições existem parcerias firmadas para a inserção de tecnolandos, graduandos e residentes nos mais em serviços de saúde em âmbito Estadual, Regional e Municipal. No quadro 27, apresentamos as instituições que compõem a Rede de Educacional da II Macrorregião de Saúde, com seus respectivos cursos:

Quadro 39. Rede de Educacional, II Macrorregião de Saúde

REGIÃO	Instituição	Tipo	Nível	Cursos na área da saúde
IV	Universidade Federal de Pernambuco (UFPE)	Pública	Superior	· Medicina
IV	Instituto Federal de Pernambuco - Campus Pesqueira	Pública	Superior	· Enfermagem
IV	Faculdade de Formação de Professores de Belo Jardim – FABEJA	Pública	Superior	· Biologia
				· Biomedicina · Educação Física (Bacharelado) · Educação Fìsica

REGIÃO	Instituição	Tipo	Nível	Cursos na área da saúde
IV	Centro Universitário Tabosa de Almeida (ASCES – UNITA)	Privada	Superior	(Licenciatura) · Enfermagem · Farmácia · Fisioterapia · Nutrição · Odontologia
IV	Faculdade Maurício de Nassau - Campus Belo Jardim	Privada	Superior e técnico	· Biomedicina ·Ciências Biológicas · Enfermagem · Farmácia · Fisioterapia · Terapia Ocupacional
IV	Faculdade Maurício de Nassau - Campus Bezerros	Privada	Superior e técnico	· Biomedicina ·Ciências Biológicas · Enfermagem · Estética e Cosmética · Farmácia · Fisioterapia · Nutrição · Podologia · Terapia Ocupacional
				· Biomedicina ·Ciências Biológicas -

REGIÃO	Instituição	Tipo	Nível	Cursos na área da saúde
IV	Faculdade Maurício de Nassau - Campus Caruaru	Privada	Superior e técnico	Licenciatura · Educação Física - Bacharelado · Educação Física - Licenciatura · Enfermagem · Estética e Cosmética · Farmácia · Fisioterapia · Fonoaudiologia · Medicina Veterinária · Nutrição · Odontologia · Podologia · Terapia Ocupacional
IV	Faculdade Maurício de Nassau - Campus Pesqueira	Privada	Superior e técnico	· Biomedicina ·Ciências Biológicas - Licenciatura · Educação Física - Licenciatura · Enfermagem · Estética e Cosmética · Farmácia · Fisioterapia · Podologia

REGIÃO	Instituição	Tipo	Nível	Cursos na área da saúde
				· Terapia Ocupacional
IV	Centro Universitário UniFavip - Wyden	Privada	Superior	· Biomedicina · Educação física (Bacharelado e Licenciatura) · Enfermagem · Farmácia · Fisioterapia · Gestão Hospitalar · Medicina veterinária · Nutrição · Odontologia · Psicologia · Radiologia (Tecnólogo)
IV	Faculdade de Belo Jardim	Privada	Superior	· Ciências Biológicas · Educação física · Enfermagem · Psicologia
V	Universidade Federal de Agreste de Pernambuco (UFAPE)	Pública	Superior	· Medicina Veterinária
V	Universidade Estadual de Pernambuco (UPE)	Pública	Superior	· Medicina · Psicologia
V	Autarquia de Ensino Superior	Autarquia	Superior	· Medicina

REGIÃO	Instituição	Tipo	Nível	Cursos na área da saúde
	de Garanhuns			Gestão Hospitalar
V	Afya – Faculdade de Ciências Médicas (FCM)	Particular	Superior	· Medicina
V	Faculdade Maurício de Nassau (Uninassau)	Particular	Superior	· Enfermagem · Farmácia · Fisioterapia · Medicina Veterinária · Nutrição · Odontologia · Psicologia
V	Universidade do Norte do Paraná	Particular	Superior	· Enfermagem (EaD)
V	Faculdade Integrada Cete (FIC)	Particular	Superior e técnico	· Enfermagem · Farmácia · Fisioterapia · Odontologia · Psicologia · Técnico em enfermagem
V	Grau técnico	Particular	Técnico	· Técnico em análises Clínicas · Técnico em enfermagem · Técnico em Farmácia · Técnico em Radiologia

REGIÃO	Instituição	Tipo	Nível	Cursos na área da saúde
V	Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial (SENAC)	Privada com fins públicos	Técnico	· Técnico em Enfermagem
V	Centro de Ensino Nova Dimensão	Privada	Técnico	· Técnico em Enfermagem
V	Centro Educacional FESN	Privada	Técnico	·Técnico em Enfermagem · Técnico em Estética · Técnico em Veterinária

Fonte: Próprio autor, 2024.

13.4 Residências em área profissional da saúde

As Residências em Saúde foram instituídas através da Lei nº 11.129, de 30 de junho de 2005, pelo Ministério da Saúde e da Educação e organizadas a partir do Sistema Único de Saúde (SUS) no que se refere a seu arcabouço e sua necessidade de formação para profissionais de saúde no Brasil (BRASIL, 2005). Excetua-se a Residência médica, ordenada pelo Decreto nº 80.281, de 5 de setembro de 1977, sendo destinada exclusivamente para médicos e intitulando-os como pós-graduados (BRASIL, 2019a).

A II Macrorregião de Saúde de Pernambuco, conta com a presença de alguns Programas de Residência em Saúde, organizadas de forma multi e uniprofissionais, conforme quadro 40:

Quadro 40. Programas de Residência em Saúde, II Macrorregião de Saúde

Região	Programa	Instituição formadora	Modalidade
IV	Residência Multiprofissional em Atenção Básica/Saúde da Família	Centro Universitário Tabosa de Almeida (ASCES	Multiprofissional

		– UNITA)	
IV	Programa de Residência Multiprofissional em Atenção ao Câncer e Cuidados Paliativos	Centro Universitário Tabosa de Almeida (ASCES – UNITA)	Multiprofissional
V	Residência em Sanidade de Ruminantes	Universidade Federal do Agreste de Pernambuco (UFAPE)	Uniprofissional
IV e V	Residência Uniprofissional em Enfermagem Obstétrica	Escola de Governo em Saúde Pública de Pernambuco (ESPPE)	Uniprofissional
V	Residência Médica em Saúde da Família e Comunidade	Universidade de Pernambuco (UPE)	Uniprofissional
V	Residência Multiprofissional em Atenção Hospitalar com Ênfase em Gestão do Cuidado	Escola de Governo em Saúde Pública de Pernambuco (ESPPE)	Multiprofissional
IV e V	Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva com Ênfase em Gestão Redes de Atenção à Saúde	Escola de Governo em Saúde Pública de Pernambuco (ESPPE)	Multiprofissional
V	Residência Multiprofissional em Saúde Mental	Universidade de Pernambuco (UPE)	Multiprofissional
V	Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva, com ênfase em Agroecologia	Universidade de Pernambuco (UPE)	Multiprofissional
IV e V	Residência Multiprofissional em Saúde da Família com ênfase em Saúde da População do Campo	Universidade de Pernambuco (UPE)	Multiprofissional

Fonte: Próprio autor, 2024.

14. CIÊNCIA, TECNOLOGIA, PRODUÇÃO E INOVAÇÃO EM SAÚDE

A IV Região de Saúde possui em seu território a adesão ao Projeto do Telenordeste, uma estratégia de telessaúde do Ministério de Saúde, em parceria com programas de desenvolvimento do SUS nos estados do Nordeste do Brasil.

O objetivo do projeto é a qualificação da Estratégia Saúde da Família e promover o cuidado e atenção em tempo integral e oportuno, através de mecanismo de informatização em saúde, reduzindo a fila de espera por consultas e exames médicos.

A utilização da Teleinterconsulta viabiliza o aprimoramento do desfecho clínico das condições crônicas estratificadas, oportunizando o cuidado às pessoas usuárias do SUS. Atualmente, os municípios que pertencem a IV Região de Saúde utilizavam em suas redes, tecnologias do Projeto Telenordeste (PROADI, 2024). A V Região de saúde não possui a implantação do projeto.

O nome dos municípios contemplados, a quantidade de Unidade de saúde contempladas e a situação da ativação pode ser visualizada na no quadro abaixo.

Quadro 41- Municípios contemplados com o projeto do Telenordeste, IV Região de Saúde, 2023.

IV Região de saúde	N° UBS contempladas
Alagoinha	4
Belo Jardim	16
Bezerros	22
Brejo da Madre de Deus	5
Cachoeirinha	4
Camocim de São Félix	4
Cupira	3
Ibirajuba	2
Jatauba	1
Jurema	6

Panelas	7
Pesqueira	6
Poção	3
Riacho das Almas	4
Sanharó	10
Santa Cruz do Capibaribe	4
São Bento do Una	5
Tacaimbó	4
Taquaritinga do Norte	9
Total	119

Fonte: Telenordeste, 2023

14.1 SUS Digital

O Ministério da Saúde, por meio da Portaria GM/MS nº 3.232, de 1º de março de 2024, publicada no DOU em 4 de março de 2024, instituiu o Programa SUS Digital, na forma do Anexo CVIII à Portaria de Consolidação GM/MS nº 5, de 28 de setembro de 2017, com o objetivo primordial de impulsionar a transformação digital no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

O SUS Digital visa ampliar o acesso da população às suas ações e serviços, com vistas à integralidade e resolubilidade da atenção à saúde. A abordagem digital no SUS engloba diversos aspectos, desde a atenção à saúde até a gestão em todos os níveis do sistema, abrangendo atividades de planejamento, monitoramento, avaliação, pesquisa, desenvolvimento e inovação em saúde, sem se restringir a esses elementos.

O modelo do incentivo financeiro do Programa é indutor do Planejamento Regional Integrado, ascendente e pactuado na CIB, devendo buscar promover o fortalecimento da governança das Redes de Atenção. A Portaria GM/MS nº 3.233, de 1º de março de 2024 regulamenta a etapa 1, que é de planejamento.

Deverão ser construídos os Planos de Ação Saúde Digital por Macrorregião de Saúde sendo em três fases:

I - diagnóstico situacional do território, observando-se a macrorregião de saúde a que se refere o Plano;

II - estabelecimento do grau de maturidade digital com base na aplicação do Índice Nacional de Maturidade em Saúde Digital - INMSD; e

III - análise do diagnóstico situacional do território e das recomendações decorrentes da aplicação do INMSD.

O INMSD é um instrumento de diagnóstico da maturidade em saúde digital que será aplicado nos municípios e estados e será subsídio para o desenvolvimento dos Planos de Ação de Transformação para a Saúde Digital, bem como servirá de monitoramento da transformação digital, mas não será um ranking. Possui 42 perguntas de múltipla escolha divididas em 7 domínios como Gestão e Governança em Saúde Digital, Sistemas e Plataformas de interoperabilidade entre outros.

15. GOVERNANÇA, CONTROLE SOCIAL E OUVIDORIA

A governança pública tem relação com a construção de uma democracia inclusiva, com o protagonismo do cidadão enquanto sujeito participativo na sociedade e na busca de resoluções objetivas, diante dos problemas sociais. O tema da governança ganhou destaque nas discussões das crises financeiras que acometiam os países na década de 1990, o que propiciou um movimento de disseminação de práticas de governança, não apenas no âmbito financeiro, mas se consolidou em outros setores da sociedades

(Rodrigues, 2023).

No âmbito do SUS, a governança é exercida com objetivo de envolver as diferentes representações em todas as políticas públicas de saúde, dentre elas:saúde da mulher, do homem, da criança, à assistência à populações específicas, nos diferentes níveis de complexidade da saúde.

15.1. Governança Regional

Para consolidar a governança regional deve ser reforçada a interação entre os atores de forma cooperativa para auxiliar a operacionalização das decisões tomadas nas comissões intergestores, visando obter melhor resultado sanitário e econômico. A governança é decisiva para o fortalecimento da RAS, pois esta indica os caminhos a serem seguidos e valida os processos de planejamento, organização e coordenação das ações para sua conformação, fortalecendo os municípios que compõe a região de saúde para que estes possam desempenhar, de forma plena e articulada, a responsabilidade precípua pela atenção à saúde da sua população. Neste aspecto, a CIR, é um espaço privilegiado de negociação e pactuação entre os gestores da região, numa atuação permanente de discussão de prioridades e pactuações que possam dar sustentabilidade a rede regional, nos aspectos de financiamento, de organização sanitária e administrativa (Gurgel, 2021).

A regionalização é um atributo dos sistemas nacionais de saúde que se organizam para ampliar o acesso e diminuir as desigualdades, fortalecendo os princípios de universalidade e equidade. A governança regional é um dos componentes de uma rede regionalizada e é entendida como processo de participação e negociação entre uma ampla gama de sujeitos com diferentes graus de autonomia (Mapa de saúde V GERES, 2020).

15.2 Controle social no SUS

O controle social é a participação da sociedade na administração pública, com objetivo de acompanhar e fiscalizar as ações de Governo, a fim de ajudar a solucionar problemas e assegurar a manutenção dos serviços de atendimento ao cidadão. A efetiva participação da sociedade, deve ir além da

fiscalização da aplicação dos recursos públicos, e passar pela formulação e acompanhamento da implementação de políticas. Nessa perspectiva, o Conselho De Saúde é o órgão deliberativo na formulação e execução da política municipal de saúde, nos aspectos econômicos e financeiros, nas estratégias e na promoção e controle social (Mapa de saúde V GERES, 2020).

Os espaços de governança, como os conselhos de saúde, são formados com características distintas, participação da sociedade civil e demais âmbitos da gestão pública, de caráter, instâncias e segmentos diferentes, com objetivo de fortalecer o controle social no SUS, otimizando os arranjos organizativos capazes de superar as fragmentações e subsidiando discussões que fortaleçam os processos democráticos (Rodrigues, 2023)

15.3 Ouvidoria do Sistema Único de Saúde

Outro elemento importante para democratizar as relações no SUS é a Ouvidoria, que deve ter seu papel mais potencializado, como instrumento de empoderamento da população.

Na Ouvidoria do SUS, a manifestação do cidadão pode se apresentar pela busca de informações e orientações em saúde e também por meio de sugestões, elogios, solicitações, reclamações ou denúncias.

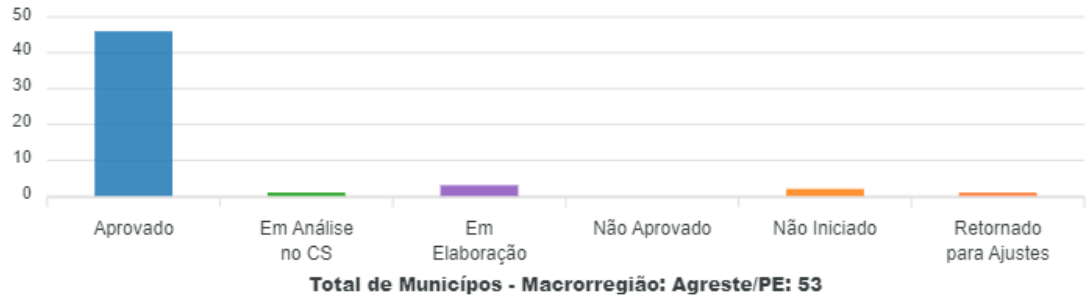
Entre os municípios da macrorregião, nota-se que 71,7% dos municípios não possuem ouvidoria, e apenas 28,3% relatam possuir ouvidoria em seus municípios, observa-se ainda uma baixa utilização desta ferramenta de gestão que busca garantir e ampliar a participação, a escuta qualificada, o acesso do cidadão na busca efetiva de seus direitos, atuando enquanto instrumento de fortalecimento do controle social. Talvez pelo receio de serem identificados, uma vez que a maior parte das manifestações estejam relacionadas à denúncias, o canal de ouvidoria mais utilizado são aqueles operacionalizados pela Secretaria Estadual de Saúde e Ministério da Saúde (Mapa de saúde IV GERES, 2020).

16. Planejamento em Saúde da II Macrorregião

Caracterizado pela função gestora no SUS, o planejamento, além de ser requisito legal, é um dos mecanismos para assegurar a unicidade e os princípios constitucionais do SUS. Este, expressa as responsabilidades dos gestores em relação à saúde da população do território quanto à integração da organização sistêmica (BRASIL; FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2016).

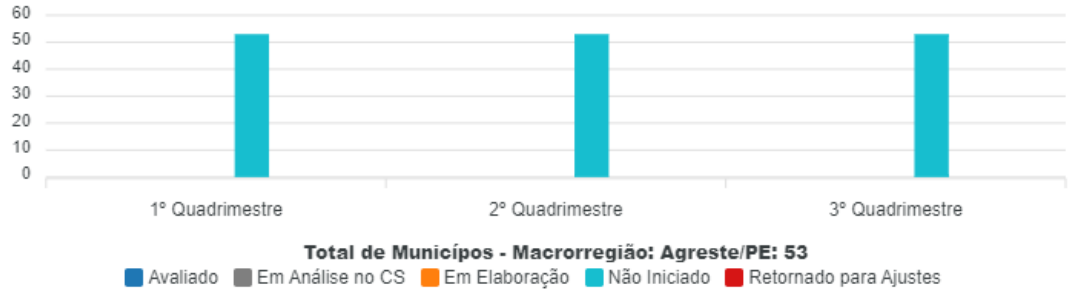
Nos gráficos abaixo podemos analisar a situação dos Planos Municipais de Saúde da II Macrorregião.

Gráfico 90. Status dos planos de saúde da II Macrorregião de saúde, 2024.



Fonte: Painel de Monitoramento dos Instrumentos de Planejamento e Gestão em Saúde, 2024.

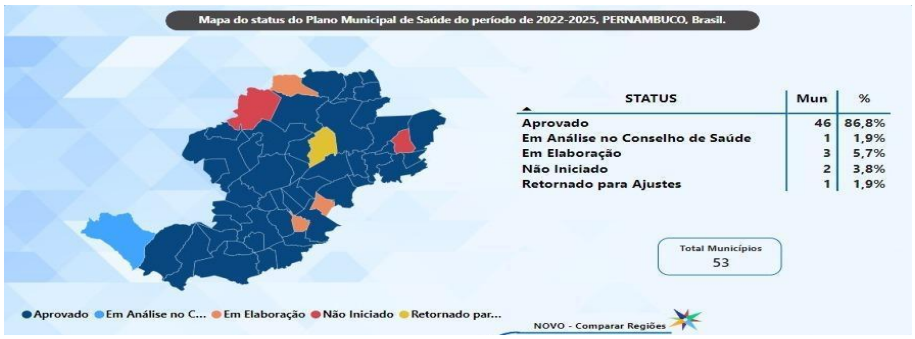
Gráfico 91. Status dos relatórios quadrimestrais de saúde da II Macrorregião de saúde, 2024.



Fonte: Painel de Monitoramento dos Instrumentos de Planejamento e Gestão em Saúde, 2024.

Figura 15. Monitoramento sobre os Planos Municipais de Saúde (2022-2025) no sistema DigiSUS Gestor Módulo Planejamento, II Macrorregião deSaúde.

Fonte: Painel de Monitoramento dos Instrumentos de Planejamento e Gestão em Saúde,



2024.

A partir da análise da figura acima, é possível identificar que 46 municípios da II Macrorregião apresentaram o status do Plano Municipal de Saúde como aprovados.

O processo do planejamento em saúde demanda a construção de um diagnóstico do território, de forma conjunta entre gestores e os demais atores envolvidos, visando a formulação de políticas públicas de saúde, baseadas na realidade das necessidades de saúde macrorregional.

16.1 Organização da CIR: dinâmica dos sujeitos na construção das políticas locorregionais

A importância da comissão intergestores regional (CIR) e seu papel estratégico no processo de regionalização possibilitam identificar tipos específicos de governança. Pelo Plano Diretor de Regionalização (PDR,2011), a Macrorregião II é formada pela IV e V regiões de saúde. Essas regiões participam e compõem das CIR, e constitui espaço de planejamento e cogestão, com representação estadual, municipal e do Conselho de Secretários Municipais de Saúde de Pernambuco (COSEMS-PE), com objetivo de promover através de discussões estratégicas, o processo de planejamento ascendente e integrado. As reuniões ocorrem de maneira

presencial e mensalmente com disponibilidade de *link*, para acesso remoto dos participantes, mediante a pauta aprovada na Câmara Técnica.

A operacionalização da Comissão possui um regimento interno que estabelece os fluxos e orienta as pactuações referidas nas reuniões.

Quadro 42. Comissão Intergestores Regional da II Macrorregião

<table>
<tr><th colspan="4">Comissão Intergestores Regional da II Macrorregião</th></tr>
<tr><th>Representação municipal</th><th>Representação da gestão estadual</th><th colspan="2">Representação câmara técnica (regional)</th></tr>
<tr><td rowspan="8">Secretários de saúde dos 53 municípios da II Macrorregião</td><td rowspan="8">Gerência da II Macrorregião,

Coordenação de Vigilância em saúde, Atenção em saúde, Regulação e planejamento, Gestão de pessoas e recursos humanos e Recursos e Administrativo financeiro</td><td colspan="2">Gerência da II Macrorregião</td></tr>
<tr><td>Componente</td><td>Representação</td></tr>
<tr><td>Técnicos da regional</td><td>Estadual</td></tr>
<tr><td>Apoiadores</td><td>COSEMS</td></tr>
<tr><td>5 municípios (IV Região)

6 municípios (V Região)</td><td rowspan="3">Municipal</td></tr>
<tr><td>Comissões V Região: Gestão, Planejamento e regulação, Vigilância em saúde e gestão do trabalho e da educação em saúde.</td></tr>
<tr><td>Representação de populações tradicionais</td></tr>
</table>

Fonte: Próprio autor, 2024.

16.1.2 Consórcios Intermunicipais de Saúde (CIS) na II Macroregional de Saúde de Pernambuco

Os consórcios intermunicipais de saúde (CIS) se apresentam, historicamente, como uma alternativa de modelo de gestão capaz de dialogar com as dificuldades e propor um caminho para a resolução de problemas coletivos mediante a utilização racional de recursos comuns no processo de municipalização do SUS (LEAL, 2019)

Os CIS constituem a experiência de cooperação intergovernamental mais bem-sucedida e com maior número de estudos nesse campo. A relação de municípios via consórcios tem impulsionado a cogestão de serviços de saúde, de forma regionalizada, na busca de um cuidado integral. É importante frisar que mesmo municípios de partidos políticos diferentes têm aumentado a cooperação via consórcios e a relação de compartilhamento de serviços de saúde entre si (LEAL,2019)

Historicamente, os consórcios intermunicipais ocuparam uma posição estratégica na estrutura organizacional da política de regionalização do SUS em Pernambuco, permitindo o desenvolvimento de serviços de saúde de forma cooperada entre municípios, abarcando experiências em todo o Estado (LEAL,2019).

Quadro 43. Descrição dos Consórcios Intermunicipais da II Macrorregião

Consórcios Intermunicipais da II Macrorregião				
Nome	Municípios participantes	Oferta de serviços de saúde na região	Presidente	Sede
AMUPE	184 municípios de Pernambuco	Atividades de coordenação, orientações e integrações buscando o desenvolvimento de todos os municípios do estado de Pernambuco.	Márcia Conrado de Lorena e Sá Araújo (Prefeita do município de Serra Talhada)	Recife
CODEAM	Águas Belas, Angelim, Bom Conselho, Brejão Buíque, Calçado, canhotinho, Capoeiras, Correntes, Garanhuns, Iati, Ibirajuba, Ibimirim, Inajá, Itaíba, Jucati, Jupi, Lajedo, Manaíra, Palmeirina, Paranatama, Pedra, Pesqueira, Quipapá, Saloá, são Bento do Una, São Caetano e São João Terezinha.	NIS(Núcleo Intermunicipal de Saúde), NIAS(Núcleo Intermunicipal de Assistência Social), NIE(Núcleo Intermunicipal de Educação), NIIP(Núcleo Intermunicipal de Infraestrutura e Mobilidade Urbana e Rural), NISB(Núcleo Intermunicipal de Meio Ambiente e Saneamento Básico).	Expedito Nogueira (Prefeito do município de Calçado)	Garanhuns

COMAGSUL	Agrestina, Altinho, Barra de Guabiraba, Belém de Maria, Bonito, Catende, Cachoeirinha, Camocim de São Félix, Cupira, Ibirajuba, Jaqueira, Jurema, Lagoa dos Gatos, Lajedo, Maraial, Panelas, Quipapá, São Benedito do Sul, São Joaquim do Monte, Jupi, São João, Riacho das Almas e Tacaimbó.	Gestão técnica nas áreas de planejamento, tecnologia, meio ambiente, turismo, e preservação de patrimônio histórico.	Orlando José (Prefeito do município de Altinho)	Agrestina

CONIAPE	Agrestina, Altinho, Bezerros, Bom Jardim, Casinhas, Caruaru, Cumaru, Cupira, frei Miguelinho, Ibirajuba, Jataúba, João Alfredo, Lagoa do Carro, Lagoa dos Gatos, Moreno, Panelas, Poção, Riacho das Almas, Santa Cruz do Capibaribe, Santa Maria do Cambucá, São Benedito do Sul, São Bento do Una, São Caetano, São Joaquim do Monte, São Lourenço da Mata, Surubim, Tacaimbó, Taquaritinga do Norte, Toritama e Vertentes.	Núcleos de Engenharia e Meio Ambiente, Educação, Saúde e Iluminação Pública	Josafá Almeida(Prefeito do município de São Caetano)	Caruaru

Fonte: Estatutos sociais dos consórcios intermunicipais, 2024.

17. Análise geral da II Macrorregião de Saúde de Pernambuco

O Mapa de Saúde é uma ferramenta dinâmica, e tem como objetivo orientar a discussão das necessidades e potencialidades da região geográfica, fomentando estratégias no processo de fortalecimento das Redes de Atenção à Saúde, a fim de subsidiar as discussões no âmbito de governança em redes.

Neste momento, chega-se à etapa de sintetizar algumas discussões fomentadas ao longo da escrita do Mapa de Saúde da II Macrorregião de Saúde. Destarte, que essas informações são dinâmicas e que as necessidades de saúde modificam-se em distintos contextos e momentos vividos por uma sociedade. Para tanto, apresentaremos um quadro, com as necessidades

macrorregionais identificadas no processo de elaboração do Mapa de Saúde da II Macrorregião, a justificativa e/ou embasamento e execução de ação ou serviço, para suprir as necessidades tensionadas.

Ressaltamos que as discussões sobre as potencialidades e dificuldades visualizadas, bem como alguns desafios e recomendações, foram trazidos pelos membros do Grupo Condutor da II Macrorregião, com apoio da equipe técnica das regionais.

As potencialidades da II Macrorregião, podem ser evidenciadas a partir da estrutura do pólo médico, localizada no agreste pernambucano, que atende não apenas pacientes da II Macrorregião, mas de outras regiões circunvizinhas. Há uma rede de estabelecimento desde atenção primária até a alta complexidade. e de suma importância reconhecer as potencialidade existentes no território, a fim de garantir o esgotamento da capacidade instalada do território, com objetivo de garantir assistência à saúde, de forma qualitativa, orientando os fluxos de referência para atendimento em todas as linhas de cuidado.

A implantação e qualificação de estabelecimentos de saúde em um território, ressaltam a importância do acesso qualificado e demonstram a relevância da II Macrorregião na rede assistencial de Pernambuco, tendo em vista a distância de outras macrorregiões para o complexo médico da capital do estado, diminuindo o percurso do usuário durante o atendimento, proporcionando um melhor acolhimento no serviço.

Os principais desafios da II Macrorregião, é a instituição de referências no âmbito da assistência em saúde, para atendimento da população. A interiorização dos serviços é necessária, partindo da necessidade da população, baseado nos determinantes e condicionantes da saúde. O mapa de saúde deve refletir as potencialidades do perfil assistencial do território, ressaltar as fragilidades, tendo em vista que é um instrumento de diagnóstico para análises das prioridades sanitárias da Macrorregião de Saúde.

Quadro 44. Fragilidades Macrorregionais de Saúde analisadas durante elaboração do Mapa de Saúde da II Macrorregião, 2024.

Fragilidades Macrorregionais de Saúde		
Necessidade Macrorregional de Saúde Identificada na Análise Situacional	Justificativa/Embasamento	Ação (descrever qual ação ou serviço para suprir as necessidades)
Organização e Estrutura da rede de atenção à saúde		
Atenção Primária		
- Alta taxa de morbi mortalidade por DCNT, e por situações sensíveis à APS	Agudização de pacientes crônicos, aumentando a demanda nos Prontoatendimentos; Alto número de encaminhamentos para atenção especializada.	Desenvolver estratégias capazes de suprir as necessidades de saúde da população da II Macrorregião de Saúde a partir da dinâmica e complexidade de cada linha de cuidado em saúde. Promoção e prevenção primária; redução de fatores de risco; Qualificação dos registros nos sistemas oficiais de informação; - Estratificação do risco dos pacientes portadores de doenças crônicas (Planificação da Atenção à Saúde)
Qualificação da Atenção Primária à Saúde da II Macrorregião Qualificação da Rede de Atenção ao cuidado à criança, ao adolescente e à mulher	Agravos/Internamento por causas evitáveis Aumento da incidência de violências, auto-lesões provocadas e demais questões de saúde mental nos	Capacitação através da ferramenta de educação permanente; organização do processo de trabalho e realizar intervenções conforme necessidade apresentada pelos indicadores em saúde, para qualificar a assistência em saúde e ter mais resolutividade. Qualificação das equipes

Fragilidades Macrorregionais de Saúde		
Necessidade Macrorregional de Saúde Identificada na Análise Situacional	Justificativa/Embasamento	Ação (descrever qual ação ou serviço para suprir as necessidades)
	adolescentes; Aumento das notificações de violência contra a mulher.	de APS para o atendimento ao adolescente; Ações intersetoriais entre saúde, educação e assistência social
Atenção Secundária (Média Complexidade)		
Fortalecer a estrutura da Média Complexidade no Atendimento aos serviços especializados	Aumento do n° de transferências para outras macrorregiões de saúde	Padronização dos fluxos através dos protocolos e compreensão do itinerário terapêutico do paciente
Organização do atendimento especializado na II Macrorregião	Aumento do n° de transferências para outras macrorregiões de saúde	Instituir referências dentro da macrorregião e realizar o esgotamento da capacidade do território
Atenção Terciária (Alta Complexidade)		
Fortalecer a estrutura da Alta Complexidade com foco nos serviços especializados deficitários na II Macrorregião	Subutilização das especialidades, absenteísmo, ausência da captação primária ao paciente	Monitoramento dos indicadores de saúde da macrorregião; Educação permanente como ferramenta de aperfeiçoamento do processo de trabalho

Fragilidades Macrorregionais de Saúde		
Necessidade Macrorregional de Saúde Identificada na Análise Situacional	Justificativa/Embasamento	Ação (descrever qual ação ou serviço para suprir as necessidades)
Rede Cegonha		
Gestão		
Necessidade de atualização dos fluxos da RAMI na II Macrorregião	Houve recomposição dos Grupos Condutores das Redes Prioritárias de Saúde da II Macrorregião para a atualização de planos de ação de forma ascendente	Reuniões dos GCRedes da II Macrorregião; alinhamento com referências estaduais para discussão do fluxo; Monitoramento de como as necessidades de saúde vem sendo tensionadas e os caminhos percorridos para o estabelecimento do cuidado em saúde.
Ausência de fluxos bem estabelecidos da II Macrorregião de Saúde.	Distância percorrida pela gestante para realização de partos	Construir fluxos dentro da rede, capaz de atender os movimentos reais e necessidades de saúde dos usuários por meio de novas tecnologias de gestão e trabalho.
Estabelecimento de referência para exames de alta complexidade	Cotas insuficientes para a necessidade, ocasionando demanda reprimida ao longo tempo de espera; alta demanda após a pandemia de Covid-19	Redimensionar a capacidade instalada e a demanda reprimida desses exames; Estratificão de risco na Regulação

Fragilidades Macrorregionais de Saúde		
Necessidade Macrorregional de Saúde Identificada na Análise Situacional	Justificativa/Embasamento	Ação (descrever qual ação ou serviço para suprir as necessidades)
Ausência de centros de partos	Necessidade assistência ao parto, puerpério, cuidados com o RN com objetivo de reduzir mortalidade	Recentemente o município de Garanhuns, sede da V Região de saúde, foi contemplado com um CPN
Alto número de cesáreas em primíparas	Aumento de morbimortalidade materna, violência obstétrica	Apoio contínuo na assistência ao parto para redução do n° de cesáreas
Rede De Urgência E Emergência		
Houve recomposição dos Grupos Condutores Regionais da II Macrorregião para a atualização de planos de ação em processo ascendente e aplicação no território.	Qualificar a rede de Urgência e Emergência	Ausência de fluxos bem estabelecidos da II Macrorregião de Saúde.
Renovação de frotas dos transportes da RUE	Transferência de pacientes	PAC- Programa de Aceleração e Crescimento
Retenção de macas Reorganizar a RUE e a definição das responsabilidades do prestadores	Atraso no atendimento Regionalização e organização das RAS	Orientação para identificação e retirada das macas em tempo oportuno Verificar vazios assistenciais; reorganização de fluxo e dimensionamento do SAMU
Rede De Cuidado À Saúde Da Pessoa Com Deficiência		

Fragilidades Macrorregionais de Saúde		
Necessidade Macrorregional de Saúde Identificada na Análise Situacional	Justificativa/Embasamento	Ação (descrever qual ação ou serviço para suprir as necessidades)
Aprovação da resolução de Atualização recomposição do GCR da IV Região	Ausência de fluxo na II Macrorregião	Implantar serviços de referência em atenção especializada na Região de Saúde.
Elaboração do desenho do GCR da V Região		
Cuidado à PcD com fortalecimento da APS	Diagnóstico tardio; dificuldade no encaminhamento para referência	Ampliação do acesso ao serviços de referência dentro da Macrorregião de saúde
Raps – Rede De Atenção Psicossocial		
Fortalecer os dispositivos da APS da II Macrorregião Aumento dos casos de suicídio entre adolescentes.	Equipes de Saúde da Família como instrumentos de cuidado em saúde mental para a população *Incentivo à políticas de prevenção ao suicídio e auto lesão; expansão e fortalecimento do PSE	Mobilizar, via Comissão Intergestores Regional, os secretários municipais de saúde, para a ampliação e qualificação dos dispositivos na atenção básica; pactuação intermunicipal; serviços substitutivos
Saúde Do Trabalhador		
Baixa notificação de doenças e agravos Não contemplamento d ações em saúde do trabalhador	Aumento do n° de notificações e aprimoramento dos sistemas de informação Redução de acidentes e doenças relacionados ao trabalho	Educação permanente; oficinas de atualização em saúde do trabalhador Melhoria na qualidade da prestação do serviço
Vigilância Ambiental		
Combate à arboviroses na II Macrorregião	Aumento do número de casos das arboviroses na II Macrorregião; ações intersetoriais	Aumento da cobertura de casas visitadas; qualificar o dado inserido nos sistemas de informações

Fragilidades Macrorregionais de Saúde		
Necessidade Macrorregional de Saúde Identificada na Análise Situacional	Justificativa/Embasamento	Ação (descrever qual ação ou serviço para suprir as necessidades)
Vigilância Sanitária		
Aumentar o número de municípios que realizam ações de vigilância na II Macrorregião	Diagnóstico através de instrumentos de monitoramento	Qualificação das equipes de vigilância sanitária; fortalecimento da vigilância em saúde
Vigilância Epidemiológica		
Qualificação dos profissionais dos municípios da II Macrorregião	Necessidade de aumento do profissionais em salas de vacinas	Educação Permanente em Saúde
Imunização		
Aumento da cobertura de imunização Dificuldade em manter a inserção do dado no sistema atualizado	Ampliar a cobertura de imunização no sistema de informação de maneira atualizada	Educação Permanente em Saúde; institucionalização ações de capactação.
Governança		
Absenteísmo	Barreira na extensão do acesso dos usuários do serviço público	Capacitação dos ACS para acompanhamentos antes e depois das consultas; Conscientização da população

Fragilidades Macrorregionais de Saúde		
Necessidade Macrorregional de Saúde Identificada na Análise Situacional	Justificativa/Embasamento	Ação (descrever qual ação ou serviço para suprir as necessidades)
Subnotificação de dados	Dificuldade no monitoramento de indicadores que representem a realidade	Requalificação profissionais para registros dos dados no SIS
A ausência de acesso regional aos Sistemas de Informação em Saúde no âmbito municipal, inviabilizam algumas análises em saúde e discussões sobre o território nas Gerências Regionais de Saúde.	Atualização de novas equipes nos municípios	Visualização de indicadores, que poderão contribuir para a construção de estratégias de intervenção em diferentes níveis de atenção localizados na II Macrorregião de Saúde.
Fortalecimento dos espaços de governança da II Macrorregião de Saúde Fortalecimento da Ouvidoria	Fomentar a regionalização e a descentralização em saúde	Para superar os desafios se faz necessário que as três esferas gestoras (município, estado e união) negociem ações de forma integrada e articulada a fim de fortalecer o processo de regionalização e descentralização do SUS.

Fonte:Próprio autor, 2024.

A discussão fomentada com base nas necessidades de saúde da II Macrorregião, tem por objetivo identificar as fragilidades que repercutem nos processos de trabalhos e na análise situacional de saúde do território, tendo em vista o preenchimento dos vazios assistenciais e do esgotamento da capacidade instalada, que viabilizem à atenção à saúde qualificada, assegurando a interdisciplinaridade, intersetorialidade e integralidade da assistência.

A partir desse capítulo, será possível discutir sobre as prioridades sanitárias da II Macrorregião, que necessitam ser preconizadas e direcionar ações

intersetorias, afim de promover acesso qualificado e resolutivo ao serviço público.

REFERÊNCIAS

Amupe. Disponível em: <https://www.amupe.org/>. Acesso em: 1 mar. 2024.

Agência Nacional de Aviação Civil (ANAC). Disponível em:<https://www.gov.br/anac/pt-br>. Acesso em: 26 fev. 2024.

Agência Estadual de Planejamento e Pesquisas de Pernambuco.Disponível em: <https://www.pe.gov.br/orgaos/condepe-fidem-agencia-estadual-de-planejamento-e-pesquisa-de-pernambuco/>. Acesso em: 06 fev. 2024.

ARAUJO, R. S.; SOUZA, A. S. S. DE; BRAGA, J. U. A quem afetou o desabastecimento de penicilina para sífilis no Rio de Janeiro, 2013–2017? Revista de saude publica, v. 54, p. 109, 2020.

As doenças e agravos não transmissíveis, o desafio contemporâneo na Saúde Pública - Sanar Medicina. Disponível em: <https://www.sanarmed.com/artigos-cientificos/as-doencas-e-agravos-nao-transmissiveis-o-desafio-contemporaneo-na-saude-publica>. Acesso em: 25 mar. 2024.

As doenças e agravos não transmissíveis, o desafio contemporâneo na Saúde Pública - Sanar Medicina. Disponível em: <https://www.sanarmed.com/artigos-cientificos/as-doencas-e-agravos-nao-transmissiveis-o-desafio-contemporaneo-na-saude-publica>. Acesso em: 25 mar. 2024.

BARROS, H. Proadess - Avaliação do Desempenho do Sistema de Saúde. Disponível em: <https://www.proadess.icict.fiocruz.br/index.php?pag=res_reg>. Acesso em: 26 fev. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Manual de planejamento no SUS / Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz. – 1. ed., rev. – Brasília: Ministério da Saúde, 2016.138 p. : il. – (Série Articulação Interfederativa ; v. 4).

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS no 140/2014:Redefine os critérios e parâmetros para organização, planejamento, monitoramento, controle e avaliação dos estabelecimentos de saúde habilitados na atenção especializada em oncologia e define as condições estruturais, de funcionamento e de recursos humanos para a habilitação destes estabelecimentos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília-DF. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília : **Editora do Ministério da Saúde,** 2012. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf Acesso em: 05. dez. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal: versão resumida/ Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. Brasília : **Ministério da Saúde**, 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_assistencia_parto_normal.pdf Acesso em: 05. dez. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança: orientações para a implementação/Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programática Estratégicas. - Brasília: Ministério da Saúde, 2018a. Disponível em: http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/Politica_Nacional_de_Atencao_Integral_a_Saude _da_Crianca_PNAISC.pdf

BRASIL.Ministério da Saúde. *Portaria nº 650*, de 5 de outubro de 2011. Dispõe sobre o os Planos de Ação regional e municipal da Rede Cegonha. *Diário Oficial da União*, Brasília, 2011b. Seção 1. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2351_05_10_2011.html>

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.088, 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 (SUS). Brasília, 2011.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada: manual técnico. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas – Brasília: 2005. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_pre_natal_puerperio_3ed.pdf.

BRASIL. Portaria nº 4279 de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União [periódico na internet], Brasília (DF). Seção 1:88 [Internet]. 2010 [citado 16 de março de 2023]. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html>.

BRASIL. Portaria de Consolidação n° 3/GM/MS de 28 de setembro de 2017. Anexo I: Institui a Rede Cegonha no Sistema Único de Saúde (SUS), repristinado pela PRT GM/MS nº 13 de 13.01.2023. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0003_03_10_2017.html#ANEXOIII >.

Bolsa Família 15 Anos (2003-2018) / organização, Tiago Falcão Silva -- Brasília: Enap, 2018. 530 p : il Bolsa Família 15 Anos (2003-2018)

A CCEE - CCEE. Disponível em: <https://www.ccee.org.br/>. Acesso em: 29 feb. 2024.

CASSIANO, A.C.M. et al. **Saúde materno infantil no Brasil**: evolução e programas desenvolvidos pelo Ministério da Saúde. Revista do Serviço Público, Brasília, v. 65, n. 2, p. 227-244, abr./jun. 2014.

CODEAM, C. Consorcio Codeam Quem Somos. Disponível em: <https://consorciocodeam.pe.gov.br/v2/quem-somos/>. Acesso em: 1 mar. 2024.
Consórcio CONIAPE. Disponível em: <https://home.consorcioconiape.pe.gov.br/>. Acesso em: 1 mar. 2024.

DALVI, A. P. R. Tríplice epidemia de zika, dengue e chikungunya em municípios brasileiros: difusão espacial e fatores de risco individual. [s.l: s.n.]. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Cordero, R. A. (2013). Determinantes sociales de la salud. 56, 3–4. https://www.paho.org/es/temas/determinantes-sociales-salud. Acesso em: 27 fev. 2024.

DUARTE, E.; EBLE, L. J.; GARCIA, L. P. 30 anos do Sistema Único de Saúde. Epidemiologia e servicos de saude: revista do Sistema Unico de Saude do Brasil, v. 27, n. 1, p. e00100018, 2018.

DEPARTAMENTO ESTADUAL DE TRÂNSITO DE PERNAMBUCO. Disponível em: <https://www.detran.pe.gov.br/>. Acesso em: 26 fev. 2024

DEPARTAMENTO NACIONAL DE INFRA-ESTRUTURA DE TRANSPORTE DIRETORIA DE PLANEJAMENTO E PESQUISA. Planejamento e Pesquisa. Disponível em: <https://www.gov.br/dnit/pt-br/assuntos/planejamento-e-pesquisa>. Acesso em: 26 fev. 2024.

Escore de Apgar: o que é, sinais e interpretação de resultados - Sanar Medicina. Disponível em: <https://www.sanarmed.com/escore-de-apgar>. Acesso em: 25 mar. 2024.

Estudos e Pesquisas Sebrae - Sebrae. Disponível em: <https://sebrae.com.br/sites/PortalSebrae/estudos_pesquisas/gem-2013-recorde-de-empreendedores-por-oportunidadedetalhe29,1cc9742e7e294410VgnVCM2000003c74010aRCRD>. Acesso em: 1 mar. 2024.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira. Portal de Boas Práticas em Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente. Postagens: **Sífilis: diagnóstico e tratamento na gestação**. Rio de Janeiro, 01 set. 2023. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-mulher/sifilis-teste-rapido-e-tratamento-na-gestacao/>.

IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA

Mendes EV. As Redes de atenção à Saúde. 2a ed. Brasília: CONASS; 2010;50 p. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/redes_de_atencao_saude.pdf>

IBGE. Logísticas dos Transportes no Brasil. Logística dos Transportes. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/geociencias/organizacao-do-

territorio/redes-e-fluxos-geograficos/15793-logistica-dos-transportes.html>. Acesso em: 26 fev. 2024.

IPEA - INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA E APLICADA. Atlas da vulnerabilidade social nos municípios brasileiros / editores: Marco Aurélio Costa, Bárbara Oliveira Marguti. – Brasília : IPEA, 2015.

IMPACTO, J. O. Artigo - Os impactos da pandemia no tratamento de outras doenças. Disponível em: <https://oimpacto.com.br/2021/06/15/artigo-os-impactos-da-pandemia-no-tratamento-de-outras-doencas/>. Acesso em: 25 mar. 2024.

Fundação Cultural Palmares. Disponível em: <https://www.gov.br/palmares/pt-br>. Acesso em: 30 jan. 2024.

LEAL, EMM. Razões para a expansão de consórcios intermunicipais de saúde em Pernambuco: percepção dos gestores estaduais. **Saúde & Sociedade**. 28 (3) • Jul-Sep, 2019.

GURGEL, J.G.D. Escola de Saúde Pública de Pernambuco – ESPPE. Governança no
SUS com ênfase nos processos de governança regional. Disponível em: https://www.youtube.com/watch?v=UiXiAQNvtHM. Acesso em 27 fev. 2024.

MALLMANN, Mariana Borsa et al. Evolução das desigualdades socioeconômicas na realização de consultas de pré-natal entre parturientes brasileiras: análise do período 2000-2015. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 27, p. e2018022, 2018.

MAPA DE SAÚDE DA V REGIÃO DE SÁUDE. Disponível em: <https://portal.saude.pe.gov.br/sites/portal.saude.pe.gov.br/files/mapa_de_saude_2020_v_regiao_de_saude.pdf>. Acesso em: 1 mar. 2024.

Mapa de Saúde da IV REGIÃO DE SAÚDE. Disponível em: <https://portal.saude.pe.gov.br/sites/portal.saude.pe.gov.br/files/mapa_de_saude_2020_iv_regiao_de_saude.pdf>. Acesso em: 1 mar. 2024.

MARTINS, L. Mapa rodoviário de Pernambuco. Disponível em: <https://www.infoescola.com/mapas/mapa-rodoviario-de-pernambuco/>. Acesso em: 1 mar. 2024.

Mendes EV. A construção social da Atenção Primária à Saúde. 2a ed. Brasília: CONASS; 2015; Disponível em: <https://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/A-CONSTR-SOC-ATEN-PRIM-SAUDE.pdf>

MORETTO, A. F.; CHESANI, F. H.; GRILLO, L. P. Sintomas osteomusculares e qualidade de vida em costureiras do município de Indaial, Santa Catarina. Fisioterapia e Pesquisa, v. 24, n. 2, p. 163–168, 2017.

OMS, ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Maternidade Segura. Assistência ao parto normal: Um guia prático. Genebra, 1996. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/maternidade_segura_assistencia_parto_normal_guia_pratico.pdf Acesso em: 05 dez. 2023.

OPAS, Organização Pan-americana de Saúde. Taxas de cesarianas continuam aumentando em meio a crescentes desigualdades no acesso. Site da Organização Pan-americana de Saúde, 2021.Disponível em: https://www.paho.org/pt/noticias/16-6-2021-taxas-cesarianas-continuam-aumentando-em-meio-crescentes-desigualdades-no-acesso. Acesso em: 06 dez. 2023.

Desenvolvido por Rock Content. (2020, março 17). *O que é notificação compulsória?* Concent Sistemas - Gestão Laboratorial. Disponível em: https://blog.concentsistemas.com.br/o-que-e-notificacao-compulsoria/

Painel do CONASEMS. Orçamento do setor saúde do Sistema Único de Saúde da II Macrorregião. Disponível em: <https://portal.conasems.org.br/paineis-de-apoio/paineis/8_orcamento-do-setor-saude> Acesso em: 01 mar. 2024.

Painel da situação dos instrumentos de Planejamento do DGMP. (2022, May 22). LIAs - Laboratório de Inteligência Artificial em Saúde. https://liasaude.com.br/paineldgmp/. Acesso em: 27 fev. 2024.

Plano Estadual de Saúde de Pernambuco. Disponível em: https://portal.saude.pe.gov.br/sites/portal.saude.pe.gov.br/files/plano_estadual_de_saude_2020_2023_0.pdf. Acesso em: 28 fev. 2024.

Plano Diretor de Regionalização 2011. Disponível em: <https://pt.scribd.com/document/522437520/PLANO-DIRETOR-DE-REGIONALIZACAO-2011>. Acesso em: 1 mar. 2024.

Projeto de Avaliação do Desempenho do Sistema de Saúde - PROADESS Disponível em: <https://www.proadess.icict.fiocruz.br/index.php?pag=so_proj> Acesso em: 03 jan. 2024

PROADI. (n.d.). PROADI. Retrieved March 1, 2024, from https://hospitais.proadi-sus.org.br/editais/telenordeste001

Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento/Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas/Fundação João Pinheiro. Atlas Brasil. Disponível em: <http://www.atlasbrasil.org.br/>. Acesso em: 01 fev. 2024.

MOTA DOS SANTOS, Alex; DE SOUZA COSTA HOLMES, Danielly Cristina; FERREIRA RAMOS, Helci. Densidade demográfica: um estudo comparativo de duas metodologias a partir de imagens orbitais e suborbitais na cidade de Aparecida de Goiânia/Goiás. **Revista Ateliê Geográfico**, v. 12, n. 1, 2018.

Rodrigues, P. de O. (2023). Controle social no Sistema Único de Saúde sob a ótica da governança pública: um estudo multicasos. https://repositorio.ufsm.br/handle/1/30168. Acesso em: 23 fev. 2024.

RODRIGO, T. I. COMAGSUL. Disponível em: <https://comagsul.pe.gov.br/>. Acesso em: 1 mar. 2024.

SILVA, Magna Francielle Barbosa da. Infraestrutura de leitos para a assistência da rede Materno-infantil de Pernambuco: Uma análise das desigualdades regionais entre oferta e necessidade de leitos para atenção ao parto. 2018. 41f. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Saúde Coletiva), Universidade Federal de Pernambuco, Vitória de Santo Antão , 2018. Disponível em: https://repositorio.ufpe.br/handle/123456789/26052.

Secretaria de Ciência, Tecnologia e Meio Ambiente - SECTMA. Disponível em: <https://www.secti.pe.gov.br/secti-2/historia/>. Acesso em: 13 fev. 2024.

Secretaria Nacional de Serviços Penais.Dados Abertos. Disponível em: <https://www.gov.br/senappen/pt-br/acesso-a-informacao/dados-abertos>. Acesso em: 26 jan. 2024.

Valverde, Ricardo. Glossário de Termos Indígenas. Disponível em: <https://agencia.fiocruz.br/glossario-de-termos-indigenas#:~:text=Grande%20parte%20dos%20povos%20ind%C3%ADgenas,pela%20hist%C3%B3ria%2C%20cultura%20e%20genealogia.> Acesso em: 28/02/2024.

Povos indígenas no Brasil. Disponível: <https://pib.socioambiental.org/pt/Quem_s%C3%A3o> . Acesso em: 28/02/2024.

ANEXO

ANEXO I – Resoluções CIB-PE referente à Rede Cegonha

Quadro 01: Levantamento de Resoluções CIB referente à Rede Cegonha no período 2011 a 2020.

Fonte: CIB/PE

Nº. Resol	Data da resolução	Tema da resolução
1723	19/09/2011	Homologar a Rede Cegonha nas regiões prioritárias I Regional (Recife), IV Regional (Caruaru) e VIII Regional (Petrolina); -Aprovar diretrizes para remodelagem da Rede Materno Infantil em Pernambuco; -Aprovar a instituição do grupo condutor para implantação da Rede Cegonha no Estado de Pernambuco
1872	26/03/2012	Homologar a Rede Cegonha nas 12 Regiões de Saúde do Estado de Pernambuco
1876	26/03/2012	Homologar O Plano Regional da Rede Cegonha da IV Região de Saúde do Estado de Pernambuco.
1877	26/03/2012	Homologar O Plano Regional da Rede Cegonha da V Região de Saúde do Estado
2023	17/07/2012	2023 17/07/2012 Homologar ad referendum, aprovação das propostas apresentadas ao SICONV e FNS para Construção e Ambiência de Centro de Parto Normal, através de Recursos de Programas e Recursos oriundos de Emendas Parlamentares, no município de Gravatá, no Estado de Pernambuco
2410	13/09/2013	Homologa novo Plano Regional da Rede Cegonha 2013 da V Região de Saúde do Estado de Pernambuco.

ANEXO II – Resoluções CIB-PE referente à RUE

Quadro 02. Levantamento de Resoluções CIB referente à RUE no período 2012 a 2024.

Nº. Resol	Data da resolução	Tema da resolução
1824.	13/02/2012	Aprovar a construção de UPA 24h em Municípios de Santa Cruz do Capibaribe, Ipojuca, Pesqueira, Bezerros, Goiana, Vitória de Santo Antão, Gravatá, Petrolina.
1974	25/06/2012	Aprovar a construção UPA 24h no município de Bezerros, no Estado de Pernambuco
1976	25/06/2012	Aprovar a construção UPA 24h no município de Santa Cruz do Capibaribe, no Estado de Pernambuco
1978	25/06/2012	Aprovar a construção UPA 24h no município de Pesqueira, no Estado de Pernambuco
1980	25/06/2012	Aprovar a construção UPA 24h no município de Gravatá, no Estado de Pernambuco
2287	03/05/2013	Aprovar ad referendum a implantação de 1 (uma) Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24 horas) Nova, Porte II, no município de Garanhuns
2292	03/05/2013	Aprovar Ad Referendum a implantação de Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24 Horas), Ampliada, Porte I, no município de Belo Jardim
2293	03/05/2013	Aprovar Ad Referendum a implantação de Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24 Horas), Ampliada, Porte I, no município de São Bento do Una
2294	03/05/2013	Aprovar Ad Referendum a implantação de Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24 Horas), Ampliada, Porte I, no município de Toritama

2327	02/07/2013	Aprovar Ad Referendum a implantação de Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24 Horas), Ampliada, Porte I, no município de Santa Cruz do Capibaribe
2395	29/08/2013	Aprovar Ad Referendum a implantação de Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24 Horas), Ampliada, Porte I, no município de Agrestina
2417 23/09/2013	23/09/2013	Valida ad referendum alteração de endereço referente à construção da Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24 horas) Porte II, no município de Garanhuns do Estado de Pernambuco.
2475 10/12/2013	10/12/2013	Aprova ad referendum o regime de cofinanciamento municipal de custeio e manutenção das Unidades Pernambucanas de Atenção Especializada - UPAE, no Estado de Pernambuco, nas doze (12) Regiões de Saúde
2536 07/03/2014	07/03/2014	Aprova ad referendum a implantação de 01 (uma) Unidade de Suporte Básico do Serviço Móvel de Urgência - SAMU 192 no município de Tacaimbó, do Estado de Pernambuco.
2557 11/04/2014	11/04/2014	Aprova ad referendum a implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU 192, no município de Jucati do Estado de Pernambuco
2564	28/04/2014	Aprova ad referendum a adesão do município de Itaíba do Estado de Pernambuco, ao Serviço de Atenção domiciliar com a implantação de 01 (uma) Equipe EMAD
2565	28/04/2014	Aprova ad referendum a adesão do município de São João do Estado de Pernambuco, ao Serviço de Atenção domiciliar com a implantação de 01 (uma) Equipe EMAD
2912	01/09/2016	2912 01/09/2016 Aprova ad referendum a inclusão de 01(uma) UPA 24 Horas, Porte I, do município Brejo da Madre de Deus/PE, no Plano de Ação Regional da Rede de Atenção às Urgências e Emergências da IV Região de Saúde.
3067	30/10/2017	Aprova ad referendum, Termo de Compromisso da UPA 24 horas Porte II no município de Santa Cruz do Capibaribe do Estado de Pernambuco

4002	17/01/2018	Aprova ad referendum, Termo de Compromisso da UPA 24 horas Porte II, com a opção VII no município de Santa Cruz do Capibaribe do Estado de Pernambuco e revoga a Resolução CIB/PE nº 3067, que versa sobre o Termo de Compromisso da UPA 24 horas Porte II, com a opção III
4083	18/05/2018	Aprova ad referendum o Termo de Compromisso de funcionamento UPA Ampliada 24 h e habilitação na modalidade Porte II, opção de custeio V no município de Caruaru do Estado de Pernambuco
5024 =	29/08/2018	Aprova ad referendum o Termo de Compromisso de funcionamento da UPA 24h Nova "UPA Boa Vista Dr Amorim - CNES 9070427" e habilitação na modalidade Porte II, Opção V de custeio, município de Caruaru - PE
5025 =	29/08/2018	Aprova ad referendum o Termo de Compromisso de funcionamento da UPA 24h Nova "UPA Rendeiras Dr. Barreto - CNES 9070419" e habilitação na modalidade Porte II, Opção V de custeio, município de Caruaru - PE
5026	29/08/2018	Aprova ad referendum o Termo de Compromisso de funcionamento da UPA 24h Nova "UPA Mestre Camarão CNES - 7809557" e habilitação na modalidade Porte I, Opção I de custeio, município de Brejo da Madre de Deus - PE
5063	06/12/2018	Aprova a solicitação do município de Gravatá para alterar a utilização do imóvel como tipo de estabelecimento de saúde diferente do originalmente pactuado na Proposta Nº 10.710.822/0001-10, de acordo com Decreto Federal 9.380 de 22 de maio de 2018: UPA 24 horas passa a ser Centro de Especialidades Multidisciplinares
5140	06/05/2019	Aprova a solicitação do município de Garanhuns para alterar a utilização do imóvel como tipo de estabelecimento de saúde diferente do originalmente pactuado na Proposta Nº 25.000.107276/2013-71, de acordo com Decreto Federal 9.380 de 22 de maio de 2018: UPA 24 horas passa a ser Centro de Especialidades Multidisciplinares
5665	Abr/2024	Aprova a descaracterização da Unidade de Suporte Básico (USB) do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) da V Regional de Saúde do Município de Brejão vinculado a Central de Regulação de Urgência – CRU – Caruaru, do Estado de Pernambuco

5675	Abr/2024	Aprova a descaracterização das Unidades de Suporte Básico (USB) do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) da V Regional de Saúde dos Municípios de Águas Belas, Angelim, Calçado, Canhotinho, Correntes, Iati, Itaíba, Jupi, Lagoa do Ouro e Terezinha, vinculados a Central de Regulação de Urgências – CRU – Caruaru/ PE

Fonte: CIB/PE

ANEXO III – Resoluções CIB-PE referente à RCPD

Quadro 03: Levantamento de Resoluções CIB referente à RCPD no período 2012 a 2021.

Nº. Resol	Data da resolução	Tema da resolução
2555	07/04/2014	Aprova ad referendum a Reclassificação do Centro de Especialidades Odontológicas - CEO Tipo II em CEO Tipo III, no município de Agrestina do Estado de Pernambuco.
5439	26/04/2021	Dispõe sobre a aprovação da alteração no Desenho da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência da IV Região de Saúde com a inclusão de 02 (dois) CER Tipo II no município de Gravatá, sendo 01 (um) de referência municipal (Centro de Inclusão Gravatá – CIG, CER Tipo II (Centro Especializado em Reabilitação Física e Intelectual), e 01 (um) de referência microrregional (SERC - Serviço de Estimulação e Reabilitação da Criança - CER Tipo II, associação privada).

Fonte: CIB/PE

ANEXO III – Resoluções CIB-PE referente à RAPS

Quadro 04: Levantamento de Resoluções CIB referente à RAPSno período 2012 a 2021.

Nº. Resol	Data da resolução	Tema da resolução
2555	07/04/2014	Aprova ad referendum a Reclassificação do Centro de Especialidades Odontológicas - CEO Tipo II em CEO Tipo III, no município de Agrestina do Estado de Pernambuco.
5439	26/04/2021	Dispõe sobre a aprovação da alteração no Desenho da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência da IV Região de Saúde com a inclusão de 02 (dois) CER Tipo II no município de Gravatá, sendo 01 (um) de referência municipal (Centro de Inclusão Gravatá – CIG, CER Tipo II (Centro Especializado em Reabilitação Física e Intelectual), e 01 (um) de referência microrregional (SERC - Serviço de Estimulação e Reabilitação da Criança - CER Tipo II, associação privada).
2314	03/06/2013	Altera a Resolução CIB nº 1944, de 07 de maio de 2012 que aprova Diretrizes para Remodelagem da Rede de Atenção Psicossocial de Pernambuco e institui os componentes do grupo condutor para a sua implantação
2190	10/01/2013	Homologar o Desenho da Rede de Atenção Psicossocial – RAPS, da IV Regiao de Saúde do Estado de Pernambuco
2476	11/12/2013	Homologa as adequações no desenho de remodelagem da Rede de Atenção Psicossocial - RAPS da V Região de Saúde do Estado de Pernambuco
2553	01/04/2014	2553 01/04/2014 Aprova ad referendum a Implantação do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas - CAPS AD, no município Garanhuns do Estado de Pernambuco.
2551	28/03/2014	Aprova ad referendum a Implantação do Centro de Atenção Psicossocial - CAPS, Tipo I, no município de Bom Conselho do Estado de Pernambuco.

2552	28/03/2014	Aprova ad referendum a Implantação do Centro de Atenção Psicossocial - CAPS, Tipo I, no município de Belo Jardim do Estado de Pernambuco.
2692	01/12/2014	Homologa as adequações no desenho da Rede de Atenção Psicossocial - RAPS da IV Região de Saúde do Estado de Pernambuco
2898	28/07/2016	Homologa ad referendum as adequações no desenho da Rede de Atenção Psicossocial – RAPS, da V Região de Saúde, do Estado de Pernambuco.
4071	20/04/2018	Aprova a alteração no desenho da Rede de Atenção Psicossocial - RAPS com a implantação de CAPS Microrregional Tipo I no município de Altinho Estado de Pernambuco
5368	12/11/2020	Aprova a habilitação do Centro de Atenção Psicossocial – CAPS Tipo I microrregional, no município de Brejão, Estado de Pernambuco
5421 24/03/2021	24/03/2021	Aprova a habilitação do Centro de Atenção Psicossocial – CAPS I microrregional, no município de Jurema, Estado de Pernambuco

Fonte: CIB/PE

ANEXO V – Resoluções CIB-PE referente à Rede de Atenção em Oncologia

Quadro 05: Levantamento de Resoluções CIB referente à Rede de Atenção em Oncologia no período 2013 a 2021.

Nº. Resol	Data da resolução	Tema da resolução
3061	23/10/2017	Aprovar a organização da linha de cuidado da Rede de Atenção à Saúde Pessoas com Doenças Crônicas, no Eixo Temático Câncer nas 4 (quatro) Macrorregionais do Estado de Pernambuco.

Fonte: CIB/PE

ANEXO VI – Resoluções CIB-PE referente à Resoluções CIB-PE referente ao Levantamento Remanejamento Financeiro

Quadro 06: Levantamento de Resoluções CIB referente ao Levantamento Remanejamento Financeiro no período 2012 a 2021.

Nº. Resol	Data da resolução	Tema da resolução
2554	04/04/2014	Homologa ad referendum a adoção de valores diferenciados da Tabela Unificada do SUS para pagamento do Procedimentos Cirúrgicos Eletivos, Componentes II e III, no município de Garanhuns do Estado de Pernambuco.
2865	25/04/2016	Aprova ad refrendum remanejamento de recurso da Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar – MAC do Teto Estadual de Pernambuco para Teto MAC Municipal de Gravatá.
2958 07/03/2017	07/03/2017	Aprova ad referendum o remanejamento de recursos da Gestão Estadual de Pernambuco para a Gestão Municipal de Bezerros para pagamento de incentivo de leitos de Traumato-Ortopedia no Hospital Jesus Pequenino.
2992	26/04/2017	Aprovar a correção da Portaria nº 3.250 GM/MS de 29 de dezembro de 2016, conforme Resolução CIR nº 002/2017 de 16/02/2017 que aprova repactuação dos Leitos de Retaguarda do Plano de Ação Regional de Rede de Urgência e Emergência da V GERES
3033	09/08/2017	3033 09/08/2017 Aprova Ad Referendum o remanejamento de recursos da Gestão Estadual de Pernambuco para a Gestão Municipal de Bezerros para pagamento de procedimentos de Traumato-ortopedia no Hospital Jesus Pequenino.
5000	09/07/2018	Aprovar ad referendum o remanejamento de leitos de Retaguarda da IV Regional de Saúde, II macrorregião do Plano de Ação Regional da Rede de Atenção às Urgências e Emergências do Estado de Pernambuco
5476	15/06/2021	Aprova a realocação de Leitos de Retaguarda do Plano de Ação Regional da Rede de Atenção às Urgências e Emergências da IV Região de Saúde da

		II Macrorregião de Saúde do Estado de Pernambuco, sob gestão municipal de Vertentes
5665		Aprova a descaracterização da Unidade de Suporte Básico (USB) do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) da V Regional de Saúde do Município de Brejão vinculado a Central de Regulação de Urgência – CRU – Caruaru, do Estado de Pernambuco
5675		Aprova a descaracterização das Unidades de Suporte Básico (USB) do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) da V Regional de Saúde dos Municípios de Águas Belas, Angelim, Calçado, Canhotinho, Correntes, Iati, Itaíba, Jupi, Lagoa do Ouro e Terezinha, vinculados a Central de Regulação de Urgências – CRU – Caruaru/ PE
5711:		Aprova a Propostas com recurso de Emenda Parlamentar, para o município de Cupira, Estado de Pernambuco.
5712		Aprova a Projeto de Transporte Sanitário com Recurso de Emenda Parlamentar, município de Garanhuns, Estado de Pernambuco.

Fonte: CIB/PE