

MAPA DE SAÚDE
MACRORREGIONAL IV

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
Cícera Suelane da Silva Gonçalves
Maria Fernanda Sampaio Furtado Parente
Luciana Medeiros Marinho Mendes Bezerra Martins

GERENTE REGIONAL DE SAÚDE – VII GERES
Maria Auxiliadora Sá Magalhães Santos

COORDENADOR DE ATENÇÃO À SAÚDE – VII GERES
Mikaelly Vasconcelos Granjeiro

COORDENADOR DE REGULAÇÃO EM SAÚDE – VII GERES
Haiany Stephany Alves de Souza Campos

COORDENADOR DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE – VII GERES
Luciano Lindolfo

GERENTE REGIONAL DE SAÚDE – VIII GERES
Ana Célia de Almeida Carvalho

COORDENADOR DE ATENÇÃO À SAÚDE – VIII GERES
Jackeline Alves de Lucena Tabosa

COORDENADOR DE REGULAÇÃO EM SAÚDE – VIII GERES
Maristela Almeida de Carvalho

COORDENADOR DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE – VIII GERES
Acácio Willian Faustino de Andrade

GERENTE REGIONAL DE SAÚDE – IX GERES
Fernando Antonio Parente Melo

COORDENADOR DE ATENÇÃO À SAÚDE – IX GERES
Wedson Ferreira dos Santos

COORDENADOR DE PLANEJAMENTO E REGULAÇÃO EM SAÚDE – IX GERES
Patrícia Cadeira Novais

COORDENADOR DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE – IX GERES
Joana Raione Arrais Antunes

GRUPO CONDUTOR MACRORREGIONAL
Ana Célia de Almeida Carvalho
Cássia Maria Feitosa de Lima Guimarães
Emanoel Felipe Leite Souza
Fernando Antonio Parente Melo
Gardielle Dayane Bernardino Andrade
George Arraes Sampaio
Jackeline Alves de Lucena Tabosa
João Luis Nogueira Barreto
Julia Natercia Alves de Oliveira
Karen Maciel Sobreira
Lidiane Leite Nobre
Lúcia Cristina Giesta Soares
Luciano Lindolfo
Marcus Vinicius Moreira Barros
Maria Auxiliadora Sá Magalhães Santos
Maria Izabel Vieira Bezerra Cavalcante
Maristela Almeida de Carvalho
Mikaelly Vasconcelos Granjeiro

Patrícia Caldeira Novais
Roberta Corrêa de Araújo Amorim
Taise Silva de Moraes
Talita Mirele Rodrigues
Wedson Ferreira dos Santos

COLABORADORES

Aline Lopes Viana
Aline Jerônimo
Alisson Alcantara Alves
Amâncio da Cruz Filgueira
Ana Cristina Barbosa Peixoto
Ana Maria Parente de Brito
Ana Vartan Ribeiro de Alencar Ulisses
Andrea Carvalho Carvalhal de Arruda
Andréa Coelho
Annalice Alcoforado Cavalcanti Rosa Alencar
Avelar Santos
Ayana Maria Alves Diniz Jorge
Barbara Maria Duarte Cordeiro
Brena Belfort Lustosa Martins
Carla Mara Gomes de Araújo
Cássia Simone Gondim Sales Magalhães
Cecília Graziosy Siqueira Leite
Cíntia Irinea de Oliveira
Cínthia Fernanda Caldas Mendes
Daniela Costa
Danieria de Sá Alencar Magalhães
David Pereira de Barros Júnior
Emmanuelle Alves Santos
Flávia Freire
Gutemberg Azevedo da Silva Sampaio
Hallmeberg Lucena
Janaina Carvalho
João Henrique de Brito Morais
Joice de Souza Luna
Juliana da Silva Gama
Kerla Carvalho
Kesia Lino de Alencar
Lariane Edla Cruz
Leônia Carvalho Moura
Luana Thamirys Pereira de Rezende
Lucianete Coelho
Maria Aldenice Dantas
Maria Alessandra Sipriano da Silva
Maria Auxiliadora Alves Vasconcelos Veras
Maria Deisiane Ribeiro de Farias
Maria Dilza Xavier
Marineide Bezerra
Michelly Bezerra dos Santos rabelo
Miquelly Myrna Pinto Saraiva Cordeiro
Nayanne Maria Magalhães Bringel
Paula Magalhães
Raiza Parente de Melo Barros
Sarah Mourão de Sá
Shayanne Késia dos Santos
Silvia Dourado
Simone Aline Sá
Tarcia Thalita Bandeira Garcia
Tatiana Siqueira de Alencar

Terezinha Barreto dos Santos
Thais Emmanuelly Melo dos Santos
Thamara Cantareli
Tibério de Lima Silva
Valdília Ribeiro de Alencar Ulisses

Lista de Ilustrações

Figura 1: Determinantes Sociais de Saúde: Modelo Dahlgren Whitehead, 1991. 35

Figura 2: Mapa de Pernambuco com distribuição geográfica das regiões de Saúde do Estado de Pernambuco, 2023. 37

Figura 3: Mapa de Pernambuco com definição das Macrorregiões de Saúde no Estado de Pernambuco, 2023. 37

Figura 4: Mapa de Pernambuco com definição da IV Macrorregião de Saúde no Estado de Pernambuco, 2023. 39

Figura 5: Mapa com distribuição geográfica dos municípios da VII Região de Saúde, Pernambuco, 2023. 39

Figura 6: Mapa com distribuição geográfica dos municípios da VIII Região de Saúde, Pernambuco, 2023. 40

Figura 7: Mapa com distribuição geográfica dos municípios da IX Região de Saúde, Pernambuco, 2023. 40

Figura 8: Mapa de Pernambuco com destaque da IV Macrorregião e limites dos Estados. 42

Figura 9: Principais rodovias da IV Macrorregional de Saúde, 2023. 44

Figura 10: Unidade Socioeducativa do Estado de Pernambuco 2023. 57

Figura 11: Número de óbitos de por sexo e ano do óbito, segundo região, IV Macrorregional de Saúde de Pernambuco, 2012-2021. 198

Figura 12: Número de óbitos infantis por idade gestacional e ano do óbito, IV Macrorregião de Saúde de Pernambuco, 2012 a 2021. 204

Figura 13: Região Interestadual de Saúde do Vale do Médio São Francisco Pernambuco-Bahia, Rede PEBA, 2022 246

Figura 14: Fluxo de Regulação da Região Interestadual de Saúde do Vale do Médio São Francisco Pernambuco - Bahia, Rede PEBA, 2022 250

Figura 15: Mapa dos Serviços da Rede de Atenção Psicossocial pactuados na IV Macrorregião de Saúde de Pernambuco, 2023. 334

Figura 16: Mapa dos Serviços da Rede de Atenção Psicossocial existentes na IV Macrorregião de Saúde de Pernambuco, 2023. 335

Figura 17: Desenho da Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência, Pernambuco, 2021. 341

Figura 18: Complexo Regulador na IV Macrorregião de Saúde de Pernambuco, 2024. 350

Figura 19: Fluxo de acesso da regulação ambulatorial do sistema CME gestão estadual da IV Macrorregião de Saúde de Pernambuco, 2024. 352

Figura 20: Mapa Indicativo do Alcance Regional da Universidade de Pernambuco (UPE) no estado de Pernambuco, 2022. 370

Lista de Tabelas

Tabela 1: Distância dos municípios da IV Macrorregião de Saúde para o município sede de cada região de saúde e para a capital do estado, Pernambuco, 2023. 41

Tabela 2: Estimativa da população residente da IV macrorregião de Saúde de Pernambuco, por faixa etária e ano, 2012 a 2021. 46

Tabela 3: Número da população residente da IV Macrorregião de Saúde de Pernambuco, por sexo, faixa etária e Região de Saúde, Pernambuco, 2022. 47

Tabela 4: Número da população residente, segundo o sexo, nos municípios da IV Macrorregião de Saúde, Pernambuco, 2022. 48

Tabela 5: Número da população residente, segundo raça/cor, municípios da Macrorregião de Saúde de Pernambuco, 2022. 49

Tabela 6: Percentual da população quilombola em relação a população residente nos município da IV Macrorregião de Saúde, Pernambuco, 2022. 51

Tabela 7: Número de indígenas e o percentual em relação ao total de residente por município de domicílio da IV Macrorregião de Saúde, Pernambuco. 2022. 52

Tabela 8: Número de pessoas em situação de rua e percentual em relação ao total de residentes dos municípios da IV Macrorregião de Saúde, Pernambuco, 2022. 54

Tabela 9: Número de população carcerária das cadeias públicas da IV Macrorregião de Saúde, Pernambuco, 2017 a 2021. 56

Tabela 10: Distribuição percentual de grau de escolaridade da população de 15 anos ou mais, nos municípios da IV Macrorregião de Saúde, Pernambuco, 2010. 58

Tabela 11: Percentual de escolaridade da população de 15 anos ou mais segundo raça/cor, na IV Macrorregião de Saúde, 2010. 60

Tabela 12: Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM), segundo município da IV Macrorregional de Saúde de Pernambuco, 2010. 61

Tabela 13: Índice Gini dos municípios da IV Macrorregional de Saúde do Estado de Pernambuco, Período de referência: 1991, 2000 e 2010. 63

Tabela 14: Produto Interno Bruto (PIB) dos municípios da IV Macrorregião de Saúde do Estado, Pernambuco, 2011 a 2020. 67

Tabela 15: PIB per capita por Região de Saúde, Pernambuco, 2011 a 2020. 69

Tabela 16: Taxa de desemprego 16 anos e mais por Região de Saúde, Pernambuco, 2010. 70

Tabela 17: Taxa de desemprego 16 anos e mais nos municípios que compõem a IV Macrorregião de Saúde de Pernambuco, 2010. 71

Tabela 18: Percentual de população assistida pelo CadÚnico, segundo Região de Saúde, IV Macrorregião de Saúde, Pernambuco, 2022. 72

Tabela 19: Tipos de abastecimento de água em porcentagem de domicílios da IV Macrorregião de Saúde, 1991, 2000 e 2010. 76

Tabela 20: Tipos de instalações sanitárias em porcentagem nos domicílios da IV Macrorregião de Saúde, 1991, 2000 e 2010. 77

Tabela 21: Número e proporção de domicílios com esgotamento sanitário por Região de Saúde, Pernambuco, 2022. 77

Tabela 22: Tipos de coletas de lixo em porcentagem nos domicílios da IV Macrorregião de Saúde, 1991, 2000 e 2010. 78

Tabela 23: Razão de Nascidos Vivos por sexo, IV Macrorregião de Saúde de Pernambuco, 2012 a 2021. 80

Tabela 24: Proporção de Nascidos Vivos segundo Apgar no 1º e no 5º minuto, IV Macrorregião de Saúde de Pernambuco, 2012 a 2021. 88

Tabela 25: Número absoluto e proporção de partos por local de ocorrência, segundo o local de residência da mãe, IV Macrorregião de Saúde, Pernambuco, 2012 a 2021. 96

Tabela 26: Distribuição dos Acidentes por Animais Peçonhentos, segundo Zona de Residência, Ocorrência e Classificação quanto à gravidade, IV Macrorregião de Saúde de Pernambuco, 2012 a 2021. 105

Tabela 27: Distribuição dos Atendimentos Antirrábicos humanos segundo características sociodemográficas, IV Macrorregião de Saúde de Pernambuco, 2012 a 2021. 107

Tabela 28: Distribuição das notificações de Violências Interpessoais segundo características sociodemográficas, IV Macrorregião de Saúde de Pernambuco, 2012 a 2021. 111

Tabela 29: Distribuição das notificações de Violência Autoprovocada segundo características sociodemográficas, IV Macrorregião de Saúde de Pernambuco, 2012 a 2021. 113

Tabela 30: Taxa de Incidência de Tuberculose segundo a faixa etária, VII Região de Saúde de Pernambuco, 2012 a 2021. 125

Tabela 31: Taxa de incidência de Tuberculose segundo a faixa etária, VIII Região de Saúde de Pernambuco, 2012 a 2021. 125

Tabela 32: Taxa de incidência de Tuberculose segundo a faixa etária, IX Região de Saúde de Pernambuco, 2012 a 2021. 126

Tabela 33: Taxa de incidência de Hanseníase segundo a faixa etária, VII Região de Saúde de Pernambuco, 2012 a 2021. 133

Tabela 34: Taxa de incidência de Hanseníase segundo a faixa etária, VIII Região de Saúde de Pernambuco, 2012 a 2021. 134

Tabela 35: Taxa de incidência de Hanseníase segundo a faixa etária, IX Região de Saúde de Pernambuco, 2012 a 2021. 134

Tabela 36: Taxa de incidência de Sífilis em Gestante segundo raça/cor, VII de Região de Saúde de Pernambuco, 2012 a 2021. 147

Tabela 37: Taxa de incidência de Sífilis em Gestante segundo raça/cor, VIII Região de Saúde de Pernambuco, 2012 a 2021 148

Tabela 38: Taxa de incidência de Sífilis em Gestante segundo raça/cor, IX Região de Saúde de Pernambuco, 2012 a 2021. 148

Tabela 39: Taxa de incidência de HIV segundo faixa etária, VII Região de Saúde de Pernambuco, 2012 a 2021. 151

Tabela 40: Taxa de incidência de HIV segundo faixa etária, VIII Região de Saúde de Pernambuco, 2012 a 2021. 151

Tabela 41: Taxa de incidência de HIV segundo faixa etária, IX Região de Saúde de Pernambuco, 2012 a 2021. 152

Tabela 42: Taxa de incidência de Hepatites Virais segundo faixa etária, VII Região de Saúde de Pernambuco, 2012 a 2021. 162

Tabela 43: Taxa de incidência de Hepatites Virais segundo faixa etária, VIII Região de Saúde de Pernambuco, 2012 a 2021. 162

Tabela 44: Taxa de incidência de Hepatites Virais segundo faixa etária, IX Região de Saúde de Pernambuco, 2012 a 2021. 163

Tabela 45: Distribuição das notificações de Acidente de Trabalho, por Região de Saúde, segundo características sociodemográficas, IV Macrorregião de Saúde de Pernambuco, 2012 a 2021..... 170

Tabela 46: Distribuição das notificações de Dermatoses Ocupacionais, por Região de Saúde, segundo características sociodemográficas, IV Macrorregião de Saúde de Pernambuco, 2012 a 2021. 172

Tabela 47: Distribuição das notificações de Acidente de Trabalho com Exposição à Material Biológico, , por Região de Saúde, segundo características sociodemográficas, IV Macrorregião de Saúde de Pernambuco, 2012 a 2021. 173

Tabela 48: Distribuição das notificações de LER/DORT, por Região de Saúde, segundo características sociodemográficas, IV Macrorregião de Saúde de Pernambuco, 2012 a 2021..... 175

Tabela 49: Distribuição das notificações de Intoxicação Exógena Relacionadas ao Trabalho, por Região de Saúde, segundo características sociodemográficas, IV Macrorregião de Saúde de Pernambuco, 2012 a 2021. 176

Tabela 50: Proporção de óbitos segundo grupo de causa CID 10, VII Região de Saúde, Pernambuco, 2012 a 2021. 187

Tabela 51: Proporção de óbitos segundo grupo de causa CID 10, VIII Região de Saúde, Pernambuco, 2012 a 2021. 188

Tabela 52: Proporção de óbitos segundo grupo de causa CID 10, IX Região de Saúde, Pernambuco, 2012 a 2021. 190

Tabela 53: Proporção de óbitos perinatais por 1.000 Nascidos vivos, IV Macrorregião de Saúde, 2012 – 2021. 195

Tabela 54: Total de óbitos fetais e percentual de óbitos fetais investigados, da IV Macrorregião de Saúde de Pernambuco, 2012 a 2021. 196

Tabela 55: Proporção de óbitos infantis segundo causas evitáveis, VII Região de Saúde de Pernambuco, 2012 a 2021. 199

Tabela 56: Proporção de óbitos infantis segundo causas evitáveis, VIII Região de Saúde de Pernambuco, 2012 a 2021 200

Tabela 57: Proporção de óbitos infantis segundo causas evitáveis, IX Região de Saúde de Pernambuco, 2012 a 2021 201

Tabela 58: Número de óbitos maternos por grupo de causa por região de residência, VII Região de Saúde de Pernambuco, 2012 a 2021. 211

Tabela 59: Número de óbitos maternos por grupo de causa por região de residência, VIII Região de Saúde de Pernambuco, 2012 a 2021. 212

Tabela 60: Número de óbitos maternos por grupo de causa por região de residência, IX Região de Saúde de Pernambuco, 2012 a 2021. 213

Tabela 61: Taxa de mortalidade das cinco principais causas externas IV Macrorregião de Saúde de Pernambuco, 2012 a 2021. 219

Tabela 62: Taxa de mortalidade (por 100.000hab) por causas externas segundo Faixa-etária, IV Macrorregião de Saúde de Pernambuco, 2012 a 2021. 221

Tabela 63: Taxa de mortalidade por causas externas segundo raça/etnia, IV Macrorregião de Saúde de Pernambuco, 2012 a 2021. 222

Tabela 64: Número de Agentes Comunitários de Saúde considerando o teto, credenciados e pagos, segundo município da IV Macrorregião de Saúde, Pernambuco, 2024 231

Tabela 65: Número de Equipes de Saúde Bucal (eSB) credenciadas e pagas, segundo município da IV Macrorregião de Saúde, Pernambuco, 2024 233

Tabela 66: Distribuição dos Polos da Academia da Saúde, segundo Região de Saúde da IV Macrorregião de Saúde, Pernambuco, 2023. 235

Tabela 67: Distribuição de Unidades Prisionais, segundo tipologia e gestão, por município, IV Macrorregião de Saúde, Pernambuco, 2023. 236

Tabela 68: Distribuição de leitos de UTI reguláveis via CRIL – Rede PEBA, 2024 257

Tabela 69: Detalhamento da distância entre os municípios da Região de Saúde de Juazeiro e municípios com unidades executantes da Rede REBA, 2024 260

Tabela 70: Detalhamento da distância entre os municípios da Região de Saúde de Paulo Afonso e municípios com unidades executantes da Rede REBA. 261

Tabela 71: Detalhamento da distância entre os municípios da Região de Saúde de Senhor do Bonfim e municípios com unidades executantes da Rede REBA, 2024 262

Tabela 72: Detalhamento da distância entre os municípios da VII Região de Saúde (Salgueiro) e municípios com unidades executantes da Rede REBA, 2024. 263

Tabela 73: Detalhamento da distância entre os municípios da VIII Região de Saúde (Petrolina) e municípios com unidades executantes da Rede REBA, 2024 265

Tabela 74: Detalhamento da distância entre os municípios da IX Região de Saúde (Ouricuri) e municípios com unidades executantes da Rede REBA, 2024. 266

Tabela 75: Detalhamento da oferta da assistência Pré-natal na Atenção Primária à Saúde, na IV Macrorregião de Saúde de Pernambuco, 2023 271

Tabela 76: Serviços de assistência pré-natal de alto risco na IV Macrorregião de Saúde de Pernambuco considerando a gestão, 2023. 272

Tabela 77: Detalhamento da oferta da assistência Pré-natal de Alto Risco, na IV Macrorregião de Saúde de Pernambuco, 2023 273

Tabela 78: Serviços de referência para partos na IV Macrorregião de Saúde conforme as pactuações da Rede Cegonha. 276

Tabela 79: Serviços de referência para assistência ao parto de Risco Habitual (RH) e Alto Risco (AR) ativos na IV Macrorregião de Saúde e número de leitos obstétricos SUS, 2023. 277

Tabela 80: Perfil da Rede Materno Infantil da IV Macrorregião de Saúde, em dezembro de 2023. 284

Tabela 81: Detalhamento da assistência à criança de 0 a 12 meses na IV Macrorregião de Saúde de Pernambuco, 2023 287

Tabela 82: Informações complementares da assistência à criança de 0-12 meses na IV Macrorregião de Saúde de Pernambuco, 2023. 288

Tabela 83: Pontos de atenção da RUE, porta de entrada, UPA 24h, SAMU e SAD por região de saúde e município na IV Macrorregião de Saúde de Pernambuco, 2023. 298

Tabela 84: Capacidade Instalada dos serviços de Terapia Renal Substitutiva na IV Macrorregião de Saúde de Pernambuco, 2023. 309

Tabela 85: Consolidado dos pacientes encaminhados para Clinefro de Juazeiro (BA) via sistema de Regulação SISNEFRO, municípios da VIII Região de Saúde, Pernambuco, 2022 - 2023. 309

Tabela 86: Quantitativo e origem dos pacientes atendidos no IMIP – Salgueiro, serviço de referência de Terapia Renal Substitutiva na IV Macrorregião de Saúde de Pernambuco, Sagueiro, 2024. 310

Tabela 87: Quantitativo e origem dos pacientes atendidos Clínica do Rim, serviço de referência de Terapia Renal Substitutiva na IV Macrorregião de Saúde de Pernambuco, Petrolina, 2024. 311

Tabela 88: Quantitativo e origem dos pacientes atendidos na Clínica de Nefrologia do Araripe, serviço de referência de Terapia Renal Substitutiva na IV Macrorregião de Saúde de Pernambuco, Ouricuri, 2024. 311

Tabela 89: Unidades hospitalares e unidades mistas para atendimentos de urgência e emergência por Região de Saúde e por município, IV Macrorregião de Saúde de Pernambuco, 2023 312

Tabela 90: Produção AIH, por subgrupo de procedimentos em oncologia, por Hospital na IV Macrorregião de Saúde de Pernambuco, 2019 a 2022 331

Tabela 91: Perfil da Rede de Atenção Psicossocial existente da IV Macrorregião de Saúde em dezembro de 2023. 335

Tabela 92: Cadastro de pessoas com deficiência na IV Macrorregião de Saúde, segundo o sistema e-SUS-AB, 2023. 339

Tabela 93: Distribuição de serviços da RCPD na IV Macrorregião de Saúde de Pernambuco, 2023. 342

Tabela 94: Serviços de Referência para reabilitação na VIII Região de Saúde de Pernambuco, 2021. 344

Tabela 95: Distribuição dos Indicadores de Despesa em Saúde por Habitante (R$) por Região de Saúde da IV Macrorregião de Saúde de Pernambuco, 2012 a 2021 355

Tabela 96: Percentual de Despesas em Investimentos em relação à Despesa Total, IV Macrorregião de Saúde de Pernambuco, 2012 a 2021. 356

Tabela 97: Percentual de Transferências SUS em relação à despesa total, IV Macrorregião de Saúde de Pernambuco, 2012 a 2021. 356

Tabela 98: Distribuição de Recursos Próprios Aplicados em Saúde (%) – EC 29, IV Macrorregião de Saúde de Pernambuco, 2012 a 2021. 358

Tabela 99: Despesa Total em Saúde (R$), IV Macrorregião de Saúde de Pernambuco, 2012 a 2021 358

Lista de Quadros

Quadro 1: População da Região de Atenção à Saúde do Vale Médio São Francisco – Região PEBA, 2010 e 2022. 247

Quadro 2: Unidades hospitalares executantes para a CRIL por Região de Saúde – Rede PEBA, 2022. 250

Quadro 3: Unidades Hospitalares executantes para a CRIL, segundo o perfil de referência e gestão – Rede PEBA, 2022. 252

Quadro 4: Capacidade instalada de leitos SUS das unidades executoras, CRIL – Rede PEBA, 2023 255

Quadro 5: Resoluções CIB de pactuação da Rede Cegonha na IV Macrorregião de Saúde de Pernambuco, por Região de Saúde 270

Quadro 6: Estabelecimentos de Saúde de assistência ao parto na IV Macrorregião de Saúde considerando a natureza jurídica, 2023. 274

Quadro 7: Número total de atendimentos de urgência registrados pela central de regulação do SAMU Petrolina, por tipo de procedimento. VIII Região de Saúde 2022. 306

Quadro 8: Distribuição dos Leitos, Monitoramento da Taxa de Ocupação Hospitalar (TOH) e do Tempo Médio de Permanência (TPM) dos Leitos de Retaguarda, segundo o município por Região de Saúde, IV Macrorregião de Saúde, Pernambuco, 2019-2021.318

Quadro 9: Identificação da necessidade de leitos UTI pediátrico segundo portaria GM/1101/2002 por Região de Saúde, na IV Macrorregião de Saúde de Pernambuco, 2023. 321

Quadro 10: Identificação da necessidade de leitos UTI neonatal segundo portaria GM/1101/2002 por Região de Saúde, na IV Macrorregião de Saúde de Pernambuco, 2023. 322

Quadro 11: Identificação da necessidade de leitos UTI Adulto segundo portaria GM/1101/2002 por Região de Saúde, na IV Macrorregião de Saúde de Pernambuco, 2023. 322

Quadro 12: Distribuição dos leitos de UTI por Região de Saúde, na IV Macrorregião de Saúde de Pernambuco, 2023. 323

Quadro 13: Número de Leitos Hospitalares SUS no Hospital Dom Tomás, Petrolina, Pernambuco, 2023 330

Quadro 14: Leitos Hospitalares SUS de Oncologia no Hospital Dom Malan, Petrolina, Pernambuco, 2023. 330

Quadro 15: Diretrizes da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Pessoa com Deficiência – PNAISPD, 2023. 337

Quadro 16: Modelagem da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência em Pernambuco, 2013 339

Quadro 17: Entidades de financiamento à pesquisa, ciência e tecnologia, Pernambuco, 2023..... 371

Quadro 18: Tecnologias para a Saúde, Pernambuco, 2022..... 372

Quadro 19: Principais Grupos Técnicos e Colegiados da IV macrorregião de Pernambuco. 379

Quadro 20: Propostas de Âmbito Regional e Macrorregional da 10ª Conferência Estadual de Saúde de Pernambuco, segundo o eixo e de abrangência à IV Macrorregião de Saúde, 2023. 385

Lista de Gráficos

Gráfico 1: População privada de liberdade, segundo ano, presídios de Petrolina e Salgueiro, 2017 a 2021. 55

Gráfico 2: Taxa Bruta de Natalidade por 1000 Nascidos Vivos, IV Macrorregião de Saúde, Pernambuco, 2012 a 2021. 80

Gráfico 3: Proporção de Nascidos Vivos, segundo peso ao nascer, IV Macrorregião de Saúde de Pernambuco, 2012 a 2021. 81

Gráfico 4: Proporção de Nascidos Vivos segundo o tipo de parto, VII Região de Saúde, Pernambuco, 2012 a 2021. 82

Gráfico 5: Proporção de Nascidos Vivos segundo o tipo de parto, VIII Região de Saúde, Pernambuco, 2012 a 2021. 83

Gráfico 6: Proporção de Nascidos Vivos segundo o tipo de parto, IX Região de Saúde, Pernambuco, 2012 a 2021. 83

Gráfico 7: Proporção de Nascidos Vivos segundo Classificação da Idade Gestacional, IV Macrorregião de Saúde de Pernambuco, 2012 a 2021. 84

Gráfico 8: Proporção de Nascidos Vivos segundo número de consultas de PN por local de residência da mãe, VII Região de Saúde de Pernambuco, 2012 a 2021. 85

Gráfico 9: Proporção de Nascidos Vivos segundo número de consultas de PN por local de residência da mãe, VIII Região de Saúde de Pernambuco, 2012 a 2021. 86

Gráfico 10: Proporção de Nascidos Vivos segundo número de consultas de PN por local de residência da mãe, IX Região de Saúde de Pernambuco, 2012 a 2021. 86

Gráfico 11: Proporção de Nascidos Vivos com sete ou + consultas de PN, IV Macrorregião de Saúde de Pernambuco, 2012 a 2021. 87

Gráfico 12: Proporção de Nascidos Vivos segundo faixa etária da mãe, VII Região de Pernambuco, 2012 a 2021. 89

Gráfico 13: Proporção de nascidos vivos segundo faixa etária da mãe (em anos), 2012 a 2021, VIII Região de Saúde, Pernambuco. 90

Gráfico 14: Proporção de nascidos vivos segundo faixa etária da mãe (em anos), 2012 a 2021, IX Região de Saúde, Pernambuco. 91

Gráfico 15: Proporção de nascidos vivos segundo faixa etária da mãe (em anos), 2012 a 2021, IV Macrorregião de Saúde, Pernambuco. 91

Gráfico 16: Proporção de partos cesáreos em primíparas, 2012 a 2021, VII Região de Saúde, Pernambuco. 92

Gráfico 17: Proporção de partos cesáreos em primíparas, 2012 a 2021, VIII Região de Saúde, Pernambuco. 93

Gráfico 18: Proporção de partos cesáreos em primíparas, 2012 a 2021, IX Região de Saúde, Pernambuco. 93

Gráfico 19: Proporção de partos cesáreos em primíparas, 2012 a 2021, IV Macrorregião de Saúde, Pernambuco. 95

Gráfico 20: Taxa de Incidência (por 100.000 habitantes) dos Principais Agravos e Doenças Notificados na VII Região de Saúde de Pernambuco, 2012 a 2021. 97

Gráfico 21: Taxa de Incidência (por 100.000 habitantes) dos Principais Agravos e Doenças Notificados na VIII Região de Saúde de Pernambuco, 2012 a 2021. 98

Gráfico 22: Taxa de Incidência (por 100.000 habitantes) dos Principais Agravos e Doenças Notificados na IX Região de Saúde de Pernambuco, 2012 a 2021. 99

Gráfico 23: Taxa de Incidência (por 100.000 habitantes) dos Principais Agravos e Doenças Notificados na IV Macrorregião de Saúde de Pernambuco, 2012 a 2021. 100

Gráfico 24: Número de casos notificados e Taxa de Incidência de Acidentes por Animais Peçonhentos (por 100.000 habitantes) segundo Região de Saúde de Residência, IV Macrorregião de Saúde de Pernambuco, 2012 a 2021. 101

Gráfico 25: Casos notificados de Acidentes por Animais Peçonhentos por ano, segundo sexo, na IV Macrorregião de Saúde de Pernambuco, 2012 a 2021. 102

Gráfico 26: Casos notificados de Acidentes por Animais Peçonhentos por ano, segundo faixa etária, na IV Macrorregião de Saúde de Pernambuco, 2012 a 2021. 103

Gráfico 27: Casos notificados de Acidentes por Animais Peçonhentos segundo raça/cor na IV Macrorregião de Saúde de Pernambuco, 2012 a 2021. 103

Gráfico 28: Casos notificados de Acidentes por Animais Peçonhentos por ano, segundo tipo de acidente, na IV Macrorregião de Saúde de Pernambuco, 2012 a 2021. 104

Gráfico 29: Número de casos notificados de Atendimento Antirrábico e Taxa de Incidência (por 100.000 habitantes) segundo Região de Saúde de Residência, IV Macrorregião de Saúde de Pernambuco, 2012 a 2021. 106

Gráfico 30: Frequência dos Atendimentos Antirrábicos Humanos, segundo Espécie do Animal Agressor, IV Macrorregião de Saúde do Pernambuco, 2012 a 2021. 108

Gráfico 31: Taxa de incidência das notificações de Violências Interpessoais (por 100.000 habitantes) segundo Região de Saúde de Residência, IV Macrorregião de Saúde de Pernambuco, 2012 a 2021 110

Gráfico 32: Taxa de incidência das notificações de Violências Autoprovada (por 100.000 habitantes) segundo Região de Saúde de Residência, IV Macrorregião de Saúde de Pernambuco, 2012 a 2021. 112

Gráfico 33: Taxa de Incidência dos casos confirmados de Dengue segundo Região de Saúde de Residência, IV Macrorregião de Saúde de Pernambuco, 2012 a 2021. 115

Gráfico 34: Número de casos confirmados de Dengue segundo sexo/faixa etária, IV Macrorregião de Saúde de Pernambuco, 2012 a 2021. 116

Gráfico 35: Número de casos confirmados de Dengue segundo raça/cor, IV Macrorregião de Saúde de Pernambuco, 2012 a 2021. 117

Gráfico 36: Taxa de Incidência dos casos confirmados de Chikungunya segundo Região de Saúde de Residência, IV Macrorregião de Saúde de Pernambuco, 2015 à 2021. ... 118

Gráfico 37: Número de casos confirmados de Chikungunya segundo sexo/faixa etária, IV Macrorregião de Saúde de Pernambuco, 2015 à 2021. 119

Gráfico 38: Número de casos confirmados de Chikungunya segundo raça/cor, IV Macrorregião de Saúde de Pernambuco, 2015 à 2021 119

Gráfico 39: Taxa de Incidência dos casos confirmados de Zika segundo Região de Saúde de residência, IV Macrorregião de Saúde de Pernambuco, 2015 a 2021. 120

Gráfico 40: Número de casos confirmados de Zika segundo sexo/faixa etária, IV Macrorregião de Saúde de Pernambuco, 2015 à 2021. 121

Gráfico 41: Número de casos confirmados de Zika segundo raça/cor, IV Macrorregião de Saúde de Pernambuco, 2015 a 2021. 122

Gráfico 42: Taxa de incidência de Tuberculose segundo o sexo, VII Região de Saúde de Pernambuco, 2012 a 2021. 123

Gráfico 43:Taxa de Incidência de Tuberculose segundo o sexo, VIII Região de Saúde de Pernambuco, 2012 a 2021. 124

Gráfico 44: Taxa de Incidência de Tuberculose segundo o sexo, IX Região de Saúde de Pernambuco, 2012 a 2021. 124

Gráfico 45: Taxa de incidência de tuberculose segundo raça/cor, VII Região de Saúde de Pernambuco, 2012 a 2021. 127

Gráfico 46: Taxa de Incidência de Tuberculose segundo raça/cor, VIII Região de Saúde de Pernambuco, 2012 a 2021. 128

Gráfico 47: Taxa de Incidência de Tuberculose segundo raça/cor, IX Região de Saúde de Pernambuco, 2012 a 2021. 128

Gráfico 48: Taxa de abandono do tratamento para Tuberculose, IV Macrorregião de Saúde, Pernambuco, 2012 a 2021. 129

Gráfico 49: Taxa de Incidência de Hanseníase segundo o sexo, VII Região de Saúde de Pernambuco, 2012 a 2021. 131

Gráfico 50: Taxa de Incidência de Hanseníase segundo o sexo, VIII Região de Saúde de Pernambuco, 2012 a 2021. 132

Gráfico 51: Taxa de incidência de Hanseníase segundo o sexo, IX Região de Saúde de Pernambuco, 2012 a 2021. 132

Gráfico 52: Taxa de incidência de Hanseníase segundo raça/cor, VII Região de Saúde de Pernambuco, 2012 a 2021 135

Gráfico 53: Taxa de incidência de Hanseníase segundo raça/cor, VIII Região de Saúde de Pernambuco, 2012 a 2021. 136

Gráfico 54: Taxa de incidência de Hanseníase segundo raça/cor, IX Região de Saúde de Pernambuco, 2012 a 2021. 137

Gráfico 55: Taxa de abandono do tratamento para Hanseníase, IV Macrorregião de Saúde Pernambuco, 2012 a 2021. 138

Gráfico 56: Taxa de incidência de Sífilis congênita segundo o sexo, VII Região de Saúde de Pernambuco, 2012 a 2021. 139

Gráfico 57: Taxa de incidência de Sífilis congênita segundo o sexo, VIII Região de Saúde de Pernambuco, 2012 a 2021. 140

Gráfico 58: Taxa de incidência de Sífilis congênita segundo o sexo, IX Região de Saúde de Pernambuco, 2012 a 2021. 140

Gráfico 59: Taxa de incidência de Sífilis congênita segundo a faixa etária, VII Região de Saúde de Pernambuco, 2012 a 2021. 141

Gráfico 60: Taxa de incidência de Sífilis congênita segundo a faixa etária, VIII Região de Saúde de Pernambuco, 2012 a 2021. 142

Gráfico 61: Taxa de incidência de Sífilis congênita segundo a faixa etária, IX Região de Saúde de Pernambuco, 2012 a 2021. 142

Gráfico 62: Taxa de incidência de Sífilis congênita segundo raça/cor, VII Região de Saúde de Pernambuco, 2012 a 2021. 143

Gráfico 63: Taxa de incidência de Sífilis congênita segundo raça/cor, VIII Região de Saúde de Pernambuco, 2012 a 2021. 144

Gráfico 64: Taxa de incidência de Sífilis congênita segundo raça/cor, IX Região de Saúde de Pernambuco, 2012 a 2021. 144

Gráfico 65: Taxa de incidência de Sífilis em Gestantes, segundo Região de Saúde de Residência de Pernambuco, 2012 a 2021. 145

Gráfico 66: Taxa de incidência de Sífilis em Gestante segundo faixa etária, VII Região de Saúde de Pernambuco, 2012 a 2021. 146

Gráfico 67: Taxa de incidência de Sífilis em Gestante segundo faixa etária, VIII Região de Saúde de Pernambuco, 2012 a 2021. 146

Gráfico 68: Taxa de incidência de Sífilis em Gestante segundo faixa etária, IX Região de Saúde de Pernambuco, 2012 a 2021. 147

Gráfico 69: Taxa de incidência de HIV segundo sexo, VII Região de Saúde de Pernambuco, 2012 a 2021. 149

Gráfico 70: Taxa de incidência de HIV segundo sexo, VIII Região de Saúde de Pernambuco, 2012 a 2021. 150

Gráfico 71: Taxa de incidência de HIV segundo sexo, IX Região de Saúde de Pernambuco, 2012 a 2021. 150

Gráfico 72: Taxa de incidência de HIV segundo raça/cor, VII Região de Saúde de Pernambuco, 2012 a 2021. 153

Gráfico 73: Taxa de incidência de HIV segundo raça/cor, VIII Região de Saúde de Pernambuco, 2012 a 2021. 153

Gráfico 74: Taxa de incidência de HIV segundo raça/cor, IX Região de Saúde de Pernambuco, 2012 a 2021. 154

Gráfico 75: Taxa de incidência de AIDS segundo sexo, VII Região de Saúde de Pernambuco, 2012 a 2021. 155

Gráfico 76: Taxa de incidência de AIDS segundo sexo, VIII Região de Saúde de Pernambuco, 2012 a 2021. 155

Gráfico 77: Taxa de incidência de AIDS segundo sexo, IX Região de Saúde de Pernambuco, 2012 a 2021. 156

Gráfico 78: Taxa de incidência de AIDS segundo faixa etária, VII Região de Saúde de Pernambuco, 2012 a 2021. 157

Gráfico 79: Taxa de incidência de AIDS segundo faixa etária, VIII Região de Saúde de Pernambuco, 2012 a 2021. 157

Gráfico 80: Taxa de incidência de AIDS segundo faixa etária, IX Região de Saúde de Pernambuco, 2012 a 2021. 158

Gráfico 81: Taxa de incidência de AIDS segundo raça/cor, VII Região de Saúde de Pernambuco, 2012 a 2021. 158

Gráfico 82: Taxa de incidência de AIDS segundo raça/cor, VIII Região de Saúde de Pernambuco, 2012 a 2021. 159

Gráfico 83: Taxa de incidência de AIDS segundo raça/cor, IX Região de Saúde de Pernambuco, 2012 a 2021. 159

Gráfico 84: Taxa de incidência de Hepatites Virais, segundo sexo, VII Região de Saúde de Pernambuco, 2012 a 2021. 160

Gráfico 85: Taxa de incidência de Hepatites Virais, segundo sexo, VIII Região de Saúde de Pernambuco, 2012 a 2021. 161

Gráfico 86: Taxa de incidência de Hepatites Virais, segundo sexo, IX Região de Saúde de Pernambuco, 2012 a 2021. 161

Gráfico 87: Taxa de incidência de Hepatites Virais, segundo raça/cor, VII Região de Saúde de Pernambuco, 2012 a 2021. 164

Gráfico 88: Taxa de incidência de Hepatites Virais, segundo raça/cor, VIII Região de Saúde de Pernambuco, 2012 a 2021. 164

Gráfico 89: Taxa de incidência de Hepatites Virais, segundo raça/cor, IX Região de Saúde de Pernambuco, 2012 a 2021. 165

Gráfico 90: Número de casos notificados de Acidentes de Transporte Terrestres segundo Região de Saúde de Residência, IV Macrorregião de Saúde de Pernambuco, 2012 a 2021. 166

Gráfico 91: Número de casos notificados de Acidentes de Transporte Terrestres segundo sexo, IV Macrorregião de Saúde de Pernambuco, 2012 a 2021. 167

Gráfico 92: Número de casos notificados de Acidentes de Transporte Terrestres segundo faixa etária, IV Macrorregião de Saúde de Pernambuco, 2012 a 2021. 168

Gráfico 93: Taxa de incidência das notificações de Agravos e Doenças Relacionadas a Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (por 100.000 habitantes), IV Macrorregião de Saúde de Pernambuco, 2012 a 2021. 170

Gráfico 94: Taxa de incidência (por 100.000 habitantes) dos casos confirmados de Covid-19, por gravidade e segundo Região de Saúde de Residência, IV Macrorregião de Saúde de Pernambuco, 2020. 178

Gráfico 95: Taxa de incidência (por 100.000 habitantes) dos casos confirmados de Covid-19, por gravidade e segundo Região de Saúde de Residência, IV Macrorregião de Saúde de Pernambuco, 2020. 179

Gráfico 96: Distribuição de casos de SG por COVID-19, segundo faixa etária na IV Macrorregião de Saúde de Pernambuco, 2020 e 2021. 179

Gráfico 97: Distribuição de casos de SRAG por COVID-19, segundo faixa etária na IV Macrorregião de Saúde de Pernambuco, 2020 e 2021. 180

Gráfico 98: Número de casos confirmados de Covid-19, por gravidade, segundo sexo, IV Macrorregião de Saúde de Pernambuco, 2020. 181

Gráfico 99: Número de casos confirmados de Covid-19, por gravidade, segundo sexo, IV Macrorregião de Saúde de Pernambuco, 2021. 181

Gráfico 100: Distribuição de casos de COVID-19, segundo raça/cor na IV Macrorregião de Saúde de Pernambuco, 2020 e 2021. 182

Gráfico 101: Distribuição das principais comorbidades pré-existentes dos casos graves de COVID-19 na IV Macrorregião de Saúde de Pernambuco, 2020 e 2021. 183

Gráfico 102: Taxa Bruta de Mortalidade por Região de Saúde, IV Macrorregião de Saúde de Pernambuco, 2012-2021. 184

Gráfico 103: Proporção de óbitos segundo sexo, IV Macrorregião de Saúde de Pernambuco, 2012-2021. 185

Gráfico 104: Proporção de óbitos segundo raça, IV Macrorregião de Saúde de Pernambuco, 2012-2021. 186

Gráfico 105: Taxa de mortalidade infantil/1000 NV segundo ano do óbito, IV Macrorregional de Saúde de Pernambuco, 2012-2021. 192

Gráfico 106: Taxa de mortalidade neonatal precoce (0 a 6 dias) segundo ano do óbito, IV Macrorregional de Saúde de Pernambuco, 2012-2021. 194

Gráfico 107: Taxa de mortalidade neonatal tardia (7 a 27 dias) segundo ano do óbito, IV Macrorregional de Saúde de Pernambuco, 2012-2021. 194

Gráfico 108: Cobertura Vacinal (BCG, Rotavírus, Meningocócica C, Pentavalente, Pneumocócica, Poliomielite e Tríplice Viral D1), VII Região de Saúde de Pernambuco, 2012 a 2021..... 206

Gráfico 109: Cobertura Vacinal (BCG, Rotavírus, Meningocócica C, Pentavalente, Pneumocócica, Poliomielite e Tríplice Viral D1), VIII Região de Saúde de Pernambuco, 2012 a 2021..... 206

Gráfico 110: Cobertura Vacinal (BCG, Rotavírus, Meningocócica C, Pentavalente, Pneumocócica, Poliomielite e Tríplice Viral D1), IX Região de Saúde de Pernambuco, 2012 a 2021..... 207

Gráfico 111: Índice de Cobertura Vacinal (BCG, Rotavírus, Meningocócica C, Pentavalente, Pneumocócica, Poliomielite e Tríplice Viral D1) da IV Macrorregião de Saúde de Pernambuco, 2012 a 2021. 207

Gráfico 112: Índice de Cobertura Vacinal da Influenza, segundo Região de Residência, IV Macrorregião de Saúde de Pernambuco, 2012 a 2021. 208

Gráfico 113: Razão de Mortalidade Materna nas Regiões de saúde da IV Macrorregião de Saúde de Pernambuco, 2012 a 2021. 210

Gráfico 114: Proporção de óbitos maternos por faixa etária, IV Macrorregião de Saúde de Pernambuco, 2012 a 2021. 214

Gráfico 115: Proporção de óbitos maternos por raça/cor, IV Macrorregião de Saúde de Pernambuco, 2012 a 2021. 215

Gráfico 116: Proporção de Óbitos de Mulheres em Idade Fértil por faixa etária, IV Macrorregião de Saúde de Pernambuco, 2012 a 2021. 216

Gráfico 117: Proporção de Óbitos de Mulheres em Idade Fértil por escolaridade, IV Macrorregião de Saúde de Pernambuco, 2012 a 2021. 216

Gráfico 118: Proporção de Óbitos de Mulheres em Idade Fértil por raça/etnia, IV Macrorregião de Saúde de Pernambuco, 2012 a 2021. 218

Gráfico 119: Taxa de mortalidade por causas externas segundo Sexo, IV Macrorregião de Saúde de Pernambuco, 2012 a 2021. 223

Gráfico 120: Cobertura da Atenção Primária à Saúde, segundo Região de Saúde da IV Macrorregião de Saúde, Pernambuco, 2017 a 2023. 229

Gráfico 121: Cobertura de ACS, segundo Região de Saúde da IV Macrorregião de Saúde, Pernambuco, 2017 a 2020. 230

Gráfico 122: Cobertura de Estratégia Saúde Bucal IV Macrorregional de Saúde de Pernambuco, 2017 a 2021. 233

Gráfico 123: Proporção de gestantes com pelo menos 6 consultas realizadas, sendo a primeira até a 20º semana (2018 a 2021); e até a 12ª semana (2022), segundo o quadrimestre, IV Macrorregião de Saúde, Pernambuco, 2018 a 2022..... 238

Gráfico 124: Proporção de gestantes, com realização de exames para sífilis e HIV, segundo o quadrimestre, nos municípios da IV Macrorregião de Saúde, 2018 a 2022. 239

Gráfico 125: Proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado, segundo o quadrimestre, nos municípios da IV Macrorregião de Saúde, 2018 a 2022. 240

Gráfico 126: Proporção de mulheres com coleta de citopatológico na APS, segundo o quadrimestre, nos municípios da IV Macrorregião de Saúde de Pernambuco, 2018 a 2022..... 241

Gráfico 127: Proporção de crianças de 1 (um) ano de idade vacinadas na APS contra Difteria, Tétano, Coqueluche, Hepatite B, Infecções causadas pelo Haemophilus

Influenza tipo B e Poliomielite Inativada, segundo o quadrimestre, nos municípios da IV Macrorregião de Saúde, 2018 a 2022. 242

Gráfico 128: Proporção de pessoas com Hipertensão, com consulta e pressão arterial aferida no semestre nos municípios da IV Macrorregião de saúde, 2018 a 2022. 243

Gráfico 129: Percentual de Diabéticos com solicitação de Hemoglobina Glicada nos municípios da IV Macrorregião de Saúde, 2018-2022. 244

Gráfico 130: Nascimentos de residentes da IV Macrorregião de Saúde de Pernambuco, por ocorrência, de 2012 a 2021. 278

Gráfico 131: Número de nascidos vivos por residência, IV Macrorregião de Saúde, 2012 a 2021. 279

Gráfico 132: Número de nascimentos de residentes da IV Macrorregião de Saúde por estabelecimento de saúde de referência, 2012 a 2021. 280

Gráfico 133: Nascimentos ocorridos no Hospital Dom Malan por estado de residência, 2012 a 2021. 281

Gráfico 134: Nascimentos de pernambucanos residentes da IV Macrorregião de Saúde de Pernambuco ocorridos no Hospital Dom Malan, 2012 a 2021. 282

Gráfico 135: Partos ocorridos no Hospital Dom Malan, segundo tipo e classificação de risco, 2012 a 2021. 283

Gráfico 136: Número de partos de residentes da IV Macrorregião de Saúde de Pernambuco na Maternidade Municipal de Juazeiro- BA, 2012 a 2021. 284

Gráfico 137: Número de municípios com Canto do Programa Mãe Coruja na IV Macrorregião de Saúde de Pernambuco, 2023. 290

Gráfico 138: Número de gestantes acompanhadas pelo Programa Mãe Coruja Pernambucana na IV Macrorregião de Saúde, 2013 a 2021. 291

Gráfico 139: Número de gestantes adolescentes acompanhadas pelo Programa Mãe Coruja Pernambucana na IV Macrorregião de Saúde de Pernambuco, 2013 a 2021. .. 292

Gráfico 140: Gestantes acompanhadas pelo Programa Mãe Coruja conforme classificação de risco, IV Macrorregião de Saúde de Pernambuco, 2013 a 2021. 293

Gráfico 141: Número de gestações finalizadas no acompanhamento do Programa Mãe Coruja na IV Macrorregião à Saúde. 294

Gráfico 142: Número de nascidos vivos acompanhados pelo Programa Mãe Coruja na IV Macrorregião de Saúde, 2013 a 2021. 294

Gráfico 143: Número de crianças com registro de nascimento acompanhadas pelo Programa Mãe Coruja Pernambucana na IV Macrorregião de Saúde, 2013 a 2021. 295

Gráfico 144: Atendimentos ambulatoriais de urgência e emergência por nível de complexidade, na IV Macrorregião de Saúde de Pernambuco, 2018- 2022. 301

Gráfico 145: Distribuição percentual dos usuários acolhidos com classificação de risco estratificado por cores, na Unidade de Pronto Atendimento – UPA24h Petrolina Dr. Emanuel Alírio Brandão - 2020. 304

Gráfico 146: Distribuição percentual dos usuários acolhidos na Classificação de Risco, estratificado por cores, na Urgência e Emergência no Hospital Regional Inácio de Sá, 2021..... 304

Gráfico 147: Informações sobre acolhimento nas portas de entrada, Hospital Universitário – Universidade do Vale do São Francisco (HU/UNIVASF) segundo o município, VIII Região de Saúde, Petrolina, 2023. 315

Gráfico 148: Frequência de óbitos por Causa, Neoplasias na IV Macrorregião de Saúde, Pernambuco, 2012 a 2022. 329

Gráfico 149: Distribuição dos tipos de Serviços de Apoio ao Diagnóstico e Terapia (SADT) SUS da IX Região de Saúde de Pernambuco, 2022. 345

Gráfico 150: Percentual de investimento em saúde dos municípios, segundo Região e Macrorregião de Saúde, por origem do recurso, Pernambuco, 2022. 360

Gráfico 151: Percentual de investimento em saúde dos municípios, por origem do recurso e subfunção orçamentária – IV Macrorregião de Saúde - Pernambuco, 2022..... 361

Gráfico 152: Tipo de vínculo e número de servidores nos serviços de saúde da IV Macrorregião de Saúde de Pernambuco, 2024. 364

Lista de Abreviaturas e Siglas

ACE	Agente de Combate às Endemias
ACS	Agente Comunitários de Saúde
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
AIH	Autorização de internação hospitalar
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APL	Arranjo Produtivo Local
APS	Atenção Primária à Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
AR	Alto Risco
ATT	Acidentes de Transporte Terrestre Unidades
BCG	Bacilo de Calmette Guerin
CadÚnico	Cadastro Único
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CAPS	Centros de Atenção Psicossocial
CASE´s	Centros de atendimento socioeducativo
CASEM´s	Casas de semiliberdade
CENIP´s	Centros de internação provisória
CEO	Centros de Especialidades Odontológicas
CER	Centros especializados de reabilitação
CERPE	Central de Regulação de Pernambuco
CES	Conselho Estadual de Saúde
CF-88	Constituição Federal de 1988
CIES	Comissão de Integração de Ensino
CIR	Comissão Intergestores Regional
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CMCE	Central de Marcação de Consultas e Exames
CNES	Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
COAPES	Contratos Organizativo de Ação Pública Ensino-Saúde
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CR	Central de Regulação
CRIE	Comissão de Co-gestão da Rede Interestadual
CRIL	Central de Regulação Interestadual de Leitos
CT	Câmara Técnica
DENV	Vírus da Dengue
DER-PE	Departamento Estradas de Rodagem de Pernambuco
DRC	Doença Renal Crônica

eABP	Equipe de Atenção Básica Prisional
eCR	Equipes Consultório na Rua
EMAP	Equipe Multiprofissional de Apoio
EMBRAPA	Empresa Brasileira de Pesquisa Agropecuária
EPS	Educação Permanente em Saúde
eSB	Equipe de Saúde Bucal
eSF	Equipes de Saúde da Família
ESF	Estratégia de Saúde da Família
Espii	Emergência em Saúde Pública de Importância Internacional
ESPIN	Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional
FACEPE	Fundação de Amparo à Ciência e Tecnologia de Pernambuco
FUNASE	Fundação de Atendimento Socioeducativo
GASAM	Gerência de Atenção à Saúde Mental
GT	Grupo Técnico
HDT	Hospital Dom Tomás
HEMOPE	Fundação de Hematologia e Hemoterapia de Pernambuco
HRFB	Hospital Regional Fernando Bezerra
HRIS	Hospital Regional Inácio de Sá
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IDHM	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
IFPE	Instituto Federal de Pernambuco
IG	Idade gestacional
IMV	Instituto Memorial do Vale
IPA	Instituto Agronômico de Pernambuco
Ipea	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
ITEP	Instituto de Tecnologia de Pernambuco
LACEN	Laboratório Central de Saúde Pública
LAFEPE	Laboratório Farmacêutico de Pernambuco
LR	Leitos Retaguarda
MIF	Mulher em Idade Fértil
MS	Ministério da Saúde
NASF-AB	Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica
NEPEL	Núcleo de Estudo e Pesquisa do LACEN/PE
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Panamericana de Saúde
OPAS	Organização Pan- Americana da Saúde
PAC	Programa de Aceleração do Crescimento
PAR	Plano de Ação Regional
PAREPS	Plano Regional de Educação Permanente em Saúde
PAS	Programa Academia da Saúde

PCC	Plano de Cargos e Carreiras
PDR	Plano Diretor de Regionalização
PE	Estado de Pernambuco
PEBA	Rede Interestadual Pernambuco – Bahia
PIB	Produto Interno Bruto
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNAISPD	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde
PNB	Renda Nacional
PNEPS	Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
PNEPS	Política Nacional Educação Permanente em Saúde
PNI	Programa Nacional de Imunizações
PNR	Política Nacional de Regulação
PNS	Plano Nacional de Saúde
PNTN	Programa Nacional de Triagem Neonatal
PPI	Programação Pactuada e Integrada
PPIAS	Programação Pactuada e Integrada da Assistência em Saúde
PPL	População Privada de Liberdade
PRI	Planejamento Regional Integrado
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RAS	Rede de atenção à saúde
RCPD	Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência
RDC	Resolução da Diretoria Colegiada
RH	Risco Habitual
RMM	Razão de Mortalidade Materna
RN	Recém-nascido
RPELAB	Rede Pernambucana de Laboratórios
RUE	Rede de Urgência e Emergência
SAD	Serviço de Atenção Domiciliar
SADT	Serviços de Apoio ao Diagnóstico e Terapia
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SEAD	Superintendência Estadual de Apoio às Pessoas com Deficiência
SECTEC	Secretaria de Ciência e Tecnologia do Estado de Pernambuco
SEJUDH	Secretaria Executiva de Justiça e Direitos Humanos
SES/PE	Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco
SGTES	Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
SIM	Sistema de Informação Sobre Mortalidade
SINATT	Sistema de Informações sobre Acidentes de Transporte Terrestre
SISAB	Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica
SISNEFRO	Sistema de Informação SUS Nefron.
SRAG	Síndrome Respiratória Aguda Grave

SRT	Serviço Residencial Terapêutico
ST	Saúde dos Trabalhadores
SUS	Sistema Único de Saúde
TB	Tuberculose
TBN	Taxa Bruta de Natalidade
TLRs	Testes Laboratoriais Remotos
TMI	Taxa de Mortalidade Infantil
TRS	Terapia Renal Substitutiva
UCI	Unidade de Cuidado Intensivo
UNACON	Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia
UNIFAP	Centro Universitário Paraíso
UNIVASF	Universidade Federal do Vale do São Francisco
UPA 24h	Unidade de Pronto Atendimento
UPAE	Unidade Pernambucana de Atenção Especializada
UPE	Universidade de Pernambuco
USA	Unidade de Suporte Avançado
USIATT	Unidades Sentinelas de Informação sobre Acidentes de Transporte Terrestre
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
VIVA	Vigilância de Violências e Acidentes
VORH	Vacina Oral contra Rotavírus Humano

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO 30

1. INTRODUÇÃO 32

2. ANÁLISE DA SITUAÇÃO EM SAÚDE DA IV MACRORREGIÃO 34

2.1 SITUAÇÃO SOCIOECONÔMICA, DEMOGRÁFICA E CULTURAL DA MACRORREGIÃO 34

2.1.1 Distribuição populacional, faixa etária, sexo e raça. 44

2.1.2 População Negra/Quilombolas 50

2.1.3 População Indígena 51

2.1.4 População de Rua 52

2.1.5 População Privada de Liberdade 54

2.1.6 Nível de escolaridade por sexo e raça/etnia 58

2.1.7 Índice de Desenvolvimento Humano - IDH 60

2.1.8 Índice de GINI 63

2.1.9 PIB, PIB per capita e Renda per capita 65

2.1.10 Taxa de Desemprego 70

2.1.11 Programas assistenciais 72

2.1.12 Atividades econômicas 73

2.1.12.1 Atividades econômicas da VII Região de Saúde 73

2.1.12.2 Atividades econômicas da VIII Região de Saúde 73

2.1.12.3 Atividades econômicas da IX Região de Saúde 74

2.1.13 Dados de Infraestrutura 75

2.2 INDICADORES DE SAÚDE 78

2.2.1 Indicadores de Saúde de Nascimento 78

2.2.2 Indicadores de Saúde de Morbidade 97

2.2.2.1 Principais Doenças e Agravos de Notificação Compulsória 97

2.2.2.1.1 Acidentes por Animais Peçonhentos 100

2.2.2.1.2 Atendimento Antirrábico 106

2.2.2.1.3 Violência Interpessoal 108

2.2.2.1.4 Violência Autoprovocada 112

2.2.2.1.5 Arboviroses 114

2.2.2.1.5.1 Dengue 115

2.2.2.1.5.2 Chikungunya 117

2.2.2.1.5.3 Zika Vírus 120

2.2.2.1.6 Tuberculose 122

2.2.2.1.7 Hanseníase 130

2.2.2.1.8 Sífilis 138

2.2.2.1.9 HIV 149

2.2.2.1.11 Hepatites Virais 160

2.2.2.1.12 Acidentes de Transportes Terrestres 165

2.2.2.2 Saúde do Trabalhador 168

2.2.2.3 Coronavírus (COVID-19) 177

2.2.3 Indicadores de Saúde de Mortalidade 184

2.2.3.1 Mortalidade Geral 184

2.2.3.2 Mortalidade Infantil, Neonatal, Perinatal e Fetal 192

2.2.3.3 Imunização 205
2.2.3.3.1 Influenza 208
2.2.3.4 Mortalidade Materna 209
2.2.3.5 Mortalidade de Mulheres em Idade Fértil 215
2.2.3.6 Mortalidade por Causas Externas 218

3. ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE 224

3.1 Estratégia Saúde da Família (ESF) 227
3.1.1 Cobertura de Estratégia de Saúde da Família 228
3.1.2 Agentes Comunitários de Saúde (ACS) 229
3.1.3 Equipe de Saúde Bucal 232
3.2 Academia da Saúde 235
3.3 Equipe de Atenção Básica Prisional – eABP 236
3.4 Indicadores de Saúde na Atenção Primária à Saúde 237
3.4.1 Indicadores de Desempenho do Previne Brasil 237

4. REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE 245

4.1 Região Interestadual de Saúde do Vale do Médio São Francisco - Rede Pernambuco - Bahia (PEBA) 245
4.1.1 Dados Demográficos da Região Interestadual – PEBA 246
4.1.2 Dispositivo de Regulação da Rede PEBA 249
4.1.3 Capacidade Instalada das unidades executantes da Região Interestadual 255
4.1.4 Distância entre as unidades e a CRIL 259
4.1.5 Desafios e Lacunas da Rede PEBA 269
4.2 Rede Materno Infantil 270
4.2.1 Assistência Pré-natal e Puerpério 271
4.2.2 Assistência ao Parto e Nascimento 274
4.2.3 Atenção à Saúde da Criança 286
4.2.4 Programa Mãe Coruja 289
4.3 Rede de Urgência e Emergência (RUE) 296
4.3.1 Atenção Primária à Saúde na RUE 299
4.3.2 Atenção Secundária na RUE 300
4.3.3 Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24h) 301
4.3.4 Serviço de Atendimento Móvel de Urgência e Corpo de Bombeiros 305
4.3.5 Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) 306
4.3.6 Atenção Terciária 307
4.3.7 Terapia Renal Substitutiva (TRS) 307
4.3.8 Leitos Retaguarda 317
4.3.9 Leitos de UTI 321
4.3.10 Leitos Integrais de Saúde Mental 325
4.3.11 Comunicação na RUE 326
4.3.12 Considerações Finais 327
4.4 Rede de Atenção em Oncologia 329
4.4.1 Leitos Oncológicos 330
4.4.2 Produção das Unidades de Referência em Atenção Oncológica 331
4.4.3 Desafios e Avanços da Rede Atenção Oncológica 331
4.5 Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) 332

4.5.1 A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e a Rede PEBA 333
4.5.2 A RAPS e as Pactuações Realizadas na IV Macrorregião 334
4.5.3 Desafios e Avanços da RAPS na IV Macrorregião de Saúde 336
4.6 Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD) 337
4.6.1 Caracterização da Rede de Atenção à Pessoa com Deficiência na IV Macrorregião de Saúde de Pernambuco 337
4.6.2 RCPD na VII Região de Saúde 342
4.6.3 RCPD na VIII Região de Saúde 343
4.6.4 RPCD na IX Região de Saúde 344
4.6.5 Desafios da Rede de Atenção à Pessoa com Deficiência 345

5. REGULAÇÃO EM SAÚDE E SISTEMAS DE INFORMAÇÃO 347

5.1 Estrutura de Regulação na IV Macrorregião de Pernambuco 350
5.2 Sistemas de Regulação Utilizados na IV Macrorregião de Saúde 351

6. RECURSOS FINANCEIROS 354

6.1 Despesas Totais em Saúde por Habitantes 355
6.2 Despesas em Investimentos em Relação à Despesa Total 355
6.3 Transferências SUS em Relação à Despesa Total 356
6.4 Percentual de Recursos Próprios Aplicados em Saúde Conforme Emenda Constitucional nº 29 357
6.5 Despesa Total em Saúde 358
6.6 Investimento em Saúde na Macrorregião 359

7. GESTÃO DO TRABALHO E EDUCAÇÃO NA SAÚDE 362

7.1 Gestão do Trabalho 363
7.2 Educação Permanente em Saúde 365

8. CIÊNCIA, TECNOLOGIA, PRODUÇÃO E INOVAÇÃO EM SAÚDE 367

9. GOVERNANÇA, CONTROLE SOCIAL E OUVIDORIA 375

9.1 Governança 375
9.1.1 Comissão Intergestores Regional – CIR 376
9.1.2 Câmara Técnica da CIR 378
9.1.3 Grupos Técnicos 378
9.1.4 Auditoria e Controle Interno em Saúde 382
9.2 Controle Social e Ouvidoria do SUS 383
9.2.1 Conselhos de Saúde 384
9.2.2 Ouvidoria 390

10. ANÁLISE GERAL DA IV MACRORREGIÃO DE SAÚDE 392

APRESENTAÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) é um dos maiores e mais complexos sistemas de saúde pública do mundo, garantindo acesso universal e gratuito para toda a população do país, proporcionando atenção integral à saúde e direito a todos os Brasileiros, desde a gestação e por toda a vida, com foco na saúde com qualidade, visando à prevenção e a promoção da saúde.

O Decreto n.º 7.508/2011 que regulamentou a Lei n.º 8.080/1990 ao explicitar os conceitos, os princípios e as diretrizes do SUS, passou a exigir uma nova dinâmica na organização e gestão do sistema de saúde, sendo a principal delas, o aprofundamento das relações interfederativas e a instituição de novos instrumentos, num exercício da gestão compartilhada, efetivada através da transparência, garantindo maior segurança jurídica na fixação das responsabilidades dos entes federativos.

O planejamento da saúde serve de base para a organização das ações e serviços que serão ofertados à população, ao mesmo passo que se configura como um mecanismo de extrema relevância para assegurar os princípios e diretrizes constitucionais previstas nesse sistema, valorizando a gestão em saúde, a participação social, o trabalho dos profissionais, a transparência e o acesso da população.

Assim, espera-se que o mapa de saúde da IV Macrorregião de Saúde de Pernambuco (PE) possa funcionar como instrumento de análise e planejamento, possibilitando melhor conhecimento da situação de saúde das regiões que compõem e, consequentemente, melhores resultados e melhor alocação de recursos.

Com isso, espera-se ainda que esta reflexão possibilite que os gestores e trabalhadores de saúde incorporem na prática o monitoramento e a avaliação, para o planejamento das ações de saúde, de modo que estas sirvam como norteadores para os avanços na construção e no

funcionamento do SUS na macrorregião de saúde e consequentemente nas demais regiões de saúde de Pernambuco, fortalecendo os princípios e diretrizes constitucionais do SUS, promovendo uma percepção inovadora e criativa de um processo vivo e permanentemente dinâmico.

1. INTRODUÇÃO

Conforme a Constituição Federal de 1988 (CF-88), a “Saúde é direito de todos e dever do Estado”, a luta pela construção de um sistema público de saúde, de acesso universal, com cobertura integral e de qualidade, faz parte dos sonhos e conquistas de uma geração que acalentou os valores da equidade e da democracia.

Neste mesmo sentido, a Lei Orgânica da Saúde de 1990 define que os serviços devem ser organizados em níveis crescentes de complexidade, circunscritos a uma determinada área geográfica, planejados a partir de critérios epidemiológicos e com definição e conhecimento da população a ser atendida. Assim, a regionalização é um processo de articulação entre os serviços que já existem, visando o comando unificado dos mesmos. Já a hierarquização deve proceder à divisão de níveis de atenção e garantir formas de acesso a serviços que façam parte da complexidade requerida pelo caso, nos limites dos recursos disponíveis numa dada região.

O mapa de saúde representa uma ferramenta de planejamento e gestão, de acordo com o decreto 7.508/2011 deve conter a descrição geográfica da distribuição de recursos humanos e de ações e serviços de saúde ofertados pelo SUS e pela iniciativa privada, considerando-se a capacidade instalada existente, os investimentos e o desempenho aferido a partir dos indicadores de saúde, de forma a possibilitar a análise da situação de saúde em cada território, auxiliando no processo de diagnóstico e na identificação dos problemas e necessidades de saúde da população, apresentando um panorama geral da saúde da macrorregião, de forma a facilitar o planejamento e intervenções dos gestores.

O presente instrumento contempla os dados referente a IV Macrorregião de Saúde, com representação da VII, VIII e IX Região de Saúde do Estado de Pernambuco, com os temas: Indicadores

sociodemográficos e socioeconômicos; Indicadores de saúde; Redes de atenção à saúde instituídas e vazios assistenciais; Regulação em saúde e Sistema de informação; Recursos financeiros; Gestão do trabalho e educação em Saúde; Ciência, tecnologia, produção e inovação em saúde; Governança, controle social e ouvidoria.

2. ANÁLISE DA SITUAÇÃO EM SAÚDE DA IV MACRORREGIÃO

2.1 Situação socioeconômica, demográfica e cultural da Macrorregião

Ao abordar os indicadores sociodemográficos e econômicos, para Canales (2001), é importante salientar que estes são frutos de construções das relações sociais ao longo da Evolução Histórica Brasileira e que trazem no seu interior uma série de peculiaridades e desigualdades sociais, étnicos, de gênero e outros que assumem um papel de extrema relevância quando pensamos nos processos de saúde, pois os indivíduos/população não podem ser visto apenas como uma soma de processos biológicos, mais sim como seres em constante construção que é afetada pelo desenvolvimento da sociedade, pelos fatores econômicos, culturais, etc.

Nesta perspectiva, os pesquisadores Oliveira e Oneill (2013) observaram que a transição demográfica foi distinta para os diferentes segmentos sociais, é notória as diferenças, ao analisar, por exemplo, os níveis da mortalidade infantil, para ricos e pobres, brancos e negros. A exposição que ambos perpassam quanto ao acesso a bens e serviços, a escolaridade, os estágios de desenvolvimento econômico e a força de trabalho existente. Todos esses fatores repercutem e determinam a qualidade de vida destas populações.

Assim, é importante salientar que os determinantes sociais de saúde são expressos de acordo com o Modelo de Dahlgren e Whitehead, o qual opera a partir de cinco camadas, onde a camada mais externa que traz os macros determinantes socioeconômicos, culturais e ambientais gerais, possuem influências nas camadas internas (Martins *et al.* 2020), e suas interferências podem aumentar e/ou reduzir as iniquidades em saúde existentes.

Ainda para os mesmos autores, há demonstrações de diferenças existentes para com o acesso a serviços de saúde, alimentos saudáveis, educação e emprego. Isto reflete que as pessoas em desigualdade social, historicamente, possuem maior tendência a ter uma saúde prejudicada.

As demais camadas perpassam os fatores sociais, como: estilo de vida, redes sociais e comunitárias, condições de vida e de trabalho, abrangendo educação, ambiente de trabalho, desemprego, condições de água, esgoto, habitação, dentre outros.

A camada mais basal que trata dos determinantes individuais de saúde, sendo eles inerentes de cada ser humano, tais como: idade, sexo, fatores hereditários, estes possuem poucas possibilidades de mudanças. Ademais, embasado neste modelo podemos perceber com maior clareza os níveis de responsabilidades dos indivíduos sobre seu processo de saúde, assim como dos gestores sobre as intervenções necessárias e prioritárias para melhorar este cenário (Maia, 2017).

Figura 1: Determinantes Sociais de Saúde: Modelo Dahlgren Whitehead, 1991.



Fonte: Dahlgren Whitehead, 1991.

Neste roteiro, observa-se a amplitude de fatores que interferem na situação de saúde das pessoas, os quais podem ser promotores de

ocorrências de problemas de saúde e seus fatores de riscos à população, gerando iniquidades sociais.

Assim, estudar e compreender o processo saúde-doença da população requer uma análise criteriosa dos fatores determinantes das enfermidades, distribuição, eventos relacionados à saúde, caracterização do território adscrito e conhecimento da realidade, para que se possa pensar medidas específicas para diferentes problemáticas, buscando-se melhorar a resolutividade e consequentemente a qualidade de vida das populações.

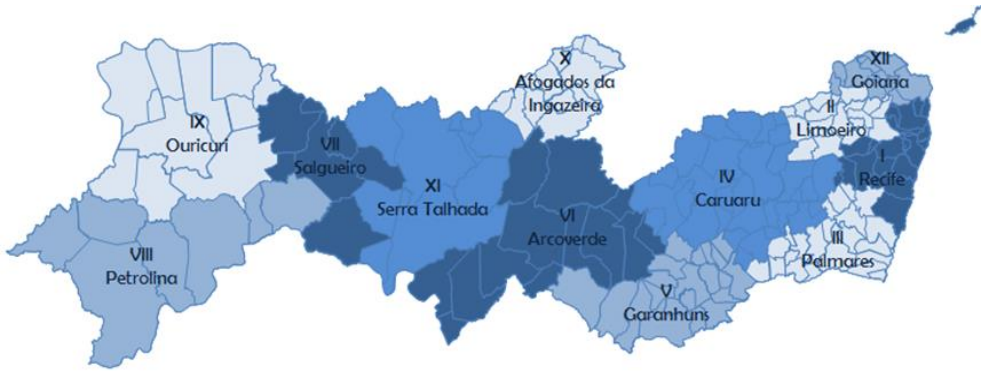
Neste roteiro, a Organização Panamericana de Saúde (OPAS, 2018) diz que, os indicadores de saúde são instrumentos utilizados como parâmetros para estimar uma realidade, norteando sua avaliação sanitária e embasando o planejamento das ações de saúde, promovendo à tomada de decisões mais coesas, objetivando a promoção de mudanças na qualidade de vida das pessoas.

Portanto, ressalta-se a importância da sensibilização dos trabalhadores de saúde, gestores e demais envolvidos que fazem a IV Macrorregião de Saúde de Pernambuco de que o mapa macrorregional de saúde é uma ferramenta que conduz ao processo de planejamento estratégico, alcance de metas e resultados, monitoramento e avaliação de saúde, entendendo o processo de construção como flexível e dinâmico.

O Estado de Pernambuco (PE) está localizado na Região Nordeste do Brasil, possui 184 municípios e um distrito estadual, Fernando de Noronha. De acordo com o Plano Diretor de Regionalização (PDR) de 2011, elaborado pela Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco (SES/PE), é composto por 12 Regiões de Saúde (figura 2) e 04 macrorregiões de saúde (figura 3), organizadas geograficamente, através da união de municípios limítrofes com identidades culturais, sociais e econômicas que se assemelham.

Da mesma forma, estão suas redes de comunicações e de transportes compartilhados, almejando a integralidade na organização, no planejamento e na execução das ações e serviços de saúde nos municípios pernambucanos.

Figura 2: Mapa de Pernambuco com distribuição geográfica das regiões de Saúde do Estado de Pernambuco, 2023.



Fonte: PDR, 2011 (adaptado).

Figura 3: Mapa de Pernambuco com definição das Macrorregiões de Saúde no Estado de Pernambuco, 2023.



Fonte: PDR, 2011 (adaptado).

As macrorregiões de saúde podem ser compreendidas como arranjos formados por um conjunto de Regiões de Saúde, tendo como

objetivo a organização e o gerenciamento da oferta de ações e serviços de média e alta complexidade nesses territórios, atendendo aos critérios, necessidades e especificidades de saúde de suas populações, fortalecendo a regionalização e a cogestão dos serviços (PDR, 2011).

A regionalização é uma das diretrizes do SUS que se tornou o eixo essencial para estruturar o pacto de gestão desse sistema evidenciando a importância da articulação e da pactuação entre os gestores de saúde, considerando políticas, ações e serviços de saúde qualificados e descentralizados que permitam o acesso dos usuários ao SUS, assim como a integralidade do cuidado e a resolutividade das necessidades na atenção à saúde da população (Brasil, 2006).

A IV Macrorregião de Saúde de Pernambuco está situada geograficamente no submédio do Vale do São Francisco e Araripe, sertão pernambucano (figura 4), abrangendo 03 Regiões de Saúde, são elas a VII, VIII e IX, com sede nos municípios de Salgueiro, Petrolina e Ouricuri, respectivamente, totalizando 25 municípios (figuras 5, 6 e 7). Continuadamente, nesse território de saúde, tem se desenvolvido, de forma articulada e integrada as ações de atenção à saúde com objetivo de alcançar a maior resolutividade possível e a melhor qualidade nos serviços com intuito de obter resultados com maior eficácia e eficiência na Cogestão Regional.

Figura 4: Mapa de Pernambuco com definição da IV Macrorregião de Saúde no Estado de Pernambuco, 2023.



Fonte: PDR, 2011 (adaptado).

Figura 5: Mapa com distribuição geográfica dos municípios da VII Região de Saúde, Pernambuco, 2023.



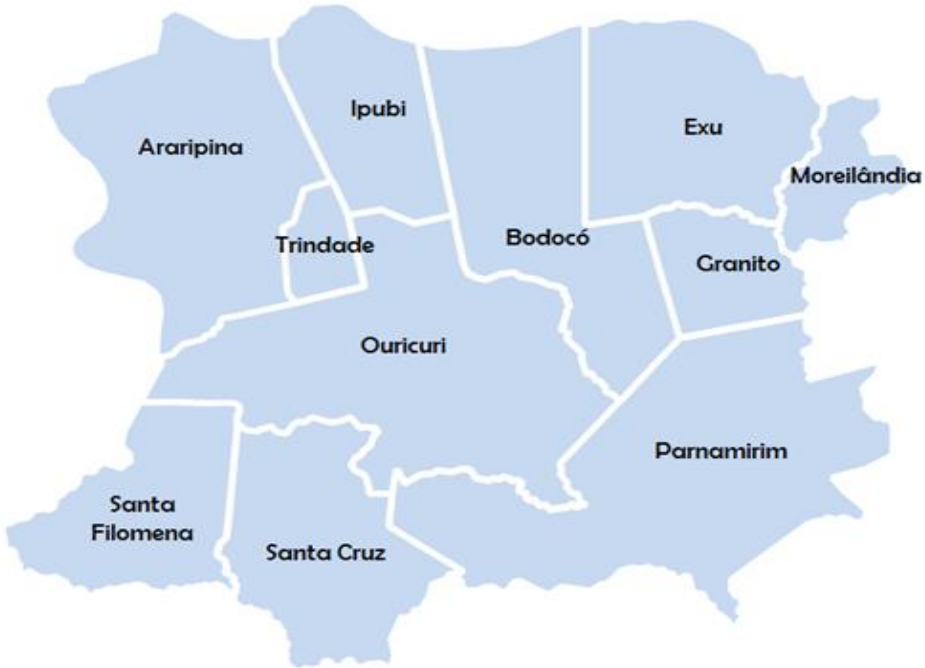
Fonte: PDR, 2011 (adaptado).

Figura 6: Mapa com distribuição geográfica dos municípios da VIII Região de Saúde, Pernambuco, 2023.



Fonte: PDR, 2011 (adaptado).

Figura 7: Mapa com distribuição geográfica dos municípios da IX Região de Saúde, Pernambuco, 2023.



Fonte: PDR, 2011 (adaptado).

A IV Macrorregião de Saúde apresenta a particularidade de grande extensão territorial e, consequentemente, os municípios estão distantes entre si, conforme a tabela 1.

Tabela 1: Distância dos municípios da IV Macrorregião de Saúde para o município sede de cada região de saúde e para a capital do estado, Pernambuco, 2023.

Regiões e Municípios		Distância para Salgueiro	Distância para Petrolina	Distância para Ouricuri	Distância para Recife (capital)
VII Região de Saúde	Belem do São Francisco	97 km	238 km	209 km	626 km
	Cedro	52 km	305 km	134 km	562 km
	Mirandiba	63 km	318 km	174 km	474 km
	Salgueiro	-	253 km	113 km	511 km
	Serrita	29 km	248 km	119 km	537 km
	Terra Nova	56 km	218 km	97 km	553 km
	Verdejante	28 km	284 km	140 km	501 km
VIII Região de Saúde	Afranio	269 km	124 km	162 km	783 km
	Cabrobó	68 km	189 km	180 km	530 km
	Dormentes	236 km	128 km	131 km	751 km
	Lagoa Grande	197 km	55 km	159 km	659 km
	Oroco	106 km	146 km	171 km	568 km
	Petrolina	248 km	-	209 km	711 km
	Santa Maria da Boa Vista	142 km	114 km	181 km	604 km
IX Região de Saúde	Araripina	173 km	259 km	61 km	681 km
	Bodoco	133 km	226 km	20 km	642 km
	Exu	107 km	258 km	60 km	616 km
	Granito	582 km	266 km	62 km	587 km
	Ipubi	144 km	231 km	33 km	653 km

Moreilandia	77 km	276 km	83 km	587 km
Ouricuri	114 km	199 km	-	623 km
Parnamirim	53 km	187 km	61 km	562 km
Santa Cruz	167 km	145 km	53 km	676 km
Santa Filomena	206 km	167 km	92 km	715 km
Trindade	138km	237km	26 km	647 km

Fonte: Elaboração própria, 2024

A IV Macrorregião de Saúde de Pernambuco faz limite com os estados: Ceará, Bahia e Piauí, geograficamente importantes para o planejamento de ações voltadas para o controle sanitário e assistência às populações limítrofes com esses Estados (figura 8).

Figura 8: Mapa de Pernambuco com destaque da IV Macrorregião e limites dos Estados.



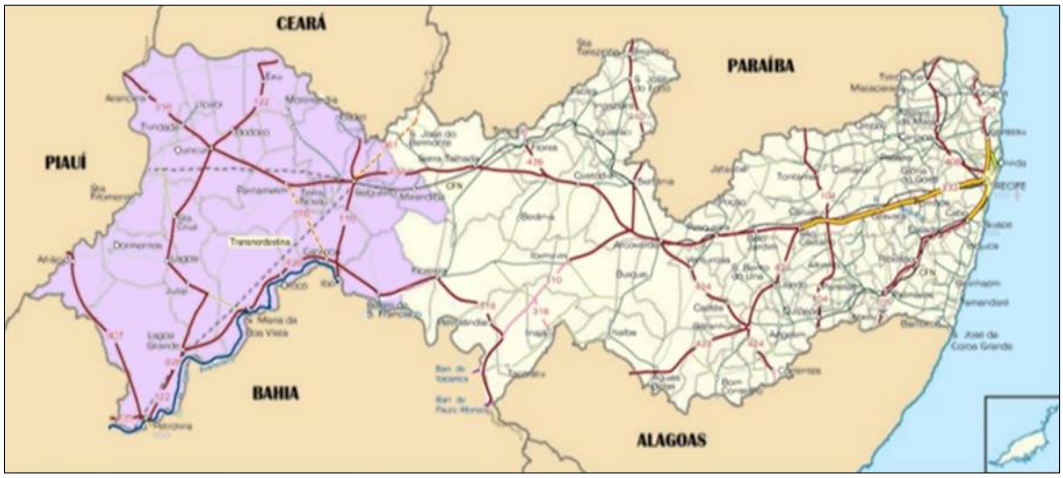
Fonte: Google Imagens, 2023.

Em relação às principais rodovias que ligam as regiões e municípios da IV macrorregião de saúde aos outros territórios, de acordo com o Departamento de Estradas de Rodagem de Pernambuco (DER-PE), pode ser visualizado no mapa rodoviário a seguir (figura 9), conforme descrito:

- Rodovia BR – 232: Rodovia mais extensa e do estado pernambucano, principal malha viária de trânsito entre Salgueiro e Recife, respectivamente a sede da VII Região de Saúde e a capital de Pernambuco, com uma distância de 514,2 Km de rodovia;
- Rodovia BR-316 e BR-122: Região de desenvolvimento: Sertão do Araripe. As duas rodovias ocupam posição central e de destaque na região interligando não só os municípios do Sertão do Araripe, como também interliga o Estado de Pernambuco aos estados do Ceará e Piauí;
- Rodovia: PE-626: Principais pontos de passagem da rodovia: BR-428 (Próximo a Lagoa Grande) - Nova Descoberta - Pedrinhas - Petrolina. Extensão: 48,20 km. Região de Desenvolvimento: Sertão do São Francisco;
- Rodovia: PE-630: Principais pontos de passagem da rodovia: BR-407 (Rajada); PE-635 (Dormentes); PE-625 (Santa Filomena); PE-614 (Socorro); PE-605 (Varzinha) – Vidéu; PE-615 - Barra de São Pedro. BR-316 (Trindade). Extensão: 148,80 km. Região de Desenvolvimento: Sertão do São Francisco/Sertão Central;
- Rodovia: PE-635: Principais pontos de passagem da rodovia: PE-604 (BR-122) - Lagoas -PE-630 (Dormentes); BR-407 (Afrânio). Extensão: 77,50 km. Região de desenvolvimento: Sertão do São Francisco;
- Rodovia: PE-647: Principais pontos de passagem da rodovia: BR-407 - Acesso ao Aeroporto de Petrolina - Divisa PE/BA (MP/82-2003). Extensão: 22 km. Região de Desenvolvimento: Sertão do São Francisco;
- Rodovia: PE-655: Principais pontos de passagem da rodovia: BR-407 (Petrolina)- Tapera- Divisa PE/BA. Extensão: 31,30 km. Região de Desenvolvimento: Sertão do São Francisco;

- Rodovia PE - 545: Extensão (Km): 75,30. Região de Desenvolvimento: Sertão do Araripe. Principais pontos de passagem da rodovia: Entrada da PE-585 (Posto da Serra) - Exu - PE- 507 (para Moreilândia) - Timorante - Bodocó – Entrada da BR-316 (Ouricuri) (MP/082-2003);
- Rodovia PE - 555: Extensão (Km): 93,80. Região de desenvolvimento: sertão central / sertão do são francisco. Principais pontos de passagem da rodovia: Entrada – BR-316 (Parnamirim) - Veneza - Urimamã - PE-604 (p/ Jutaí) – Entrada – BR-428 (Lagoa Grande).

Figura 9: Principais rodovias da IV Macrorregional de Saúde, 2023.



Fonte: Google Imagens, 2023.

2.1.1 Distribuição populacional, faixa etária, sexo e raça.

A população residente da IV macrorregião de saúde estimada para o ano de 2021 totaliza 1.026.069 habitantes, observando a tabela 2, identifica-se um crescimento populacional segundo a faixa etária descrita, mesmo durante os anos da pandemia do covid-19 (2020 - 2021), a faixa etária de maior população é de 20 a 29 anos, considerada a população economicamente ativa, visualiza-se também um crescimento da

população idosa com destaque na faixa etária 60 a 69 anos, onde ocorreu maior aumento.

A população menor de um ano, em 2013 apresentou um decréscimo em comparação ao ano anterior, que foi recuperado no ano seguinte. Em 2016, seguiu o mesmo padrão, e 2017, houve um aumento populacional nessa faixa etária que se manteve até o ano de 2021 (tabela 2)

Tabela 2: Estimativa da população residente da IV macrorregião de Saúde de Pernambuco, por faixa etária e ano, 2012 a 2021.

Faixa Etária	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Menor 1 ano	17.590	17.323	17.560	17.747	17.434	18.086	18.149	18.331	18.484	18.649
1 a 4 anos	67.871	71.211	71.992	72.762	73.508	74.220	74.396	75.095	75.753	76.425
5 a 9 anos	90.990	94.280	95.313	96.325	97.299	98.238	98.467	99.376	100.263	101.132
10 a 14 anos	100.342	103.975	105.125	106.241	107.319	108.366	108.622	109.619	110.591	111.551
15 a 19 anos	91.137	94.466	95.527	96.564	97.561	98.536	98.751	99.683	100.580	101.478
20 a 29 anos	170.720	177.012	179.082	181.064	182.988	184.841	185.251	187.023	188.769	190.463
30 a 39 anos	135.580	140.632	142.302	143.917	145.479	146.990	147.308	148.752	150.162	151.542
40 a 49 anos	100.191	103.888	105.088	106.246	107.370	108.454	108.689	109.727	110.740	111.736
50 a 59 anos	63.542	65.847	66.577	67.292	67.974	68.635	68.794	69.432	70.056	70.663
60 a 69 anos	45.783	47.404	47.912	48.394	48.859	49.316	49.424	49.866	50.291	50.701
70 a 79 anos	24.861	25.722	25.974	26.230	26.474	26.712	26.766	26.989	27.219	27.431
80 anos e mais	12.998	13.437	13.567	13.692	13.814	13.929	13.964	14.054	14.188	14.298
Idade ignorada	0	43	0	0	538	26	0	0	0	0
Total da IV Macrorregião	**921.605**	**955.240**	**966.019**	**976.474**	**986.617**	**996.349**	**998.581**	**1.007.947**	**1.017.096**	**1.026.069**

Fonte: Caderno de Informação de Saúde, 2021.

Tabela 3: Número da população residente da IV Macrorregião de Saúde de Pernambuco, por sexo, faixa etária e Região de Saúde, Pernambuco, 2022.

Região de Saúde	VII		VIII		IX	
Faixa etária/Sexo	M	F	M	F	M	F
0 a 4	5.268	5.084	20.449	19.863	13.148	12.825
5 a 9	5.543	5.204	21.885	21.010	13.180	12.583
10 a 14	5.913	5.791	22.078	21.207	14.693	14.350
15 a 19	6.176	5.792	22.572	22.267	15.548	14.890
20 a 24	6.052	5.734	23.710	24.028	14.382	14.086
25 a 29	5.105	5.318	21.808	22.937	12.491	12.506
30 a 34	5.264	5.376	20.650	22.403	12.187	12.760
35 a 39	5.223	5.426	20.366	22.324	12.099	12.373
40 a 44	5.096	5.163	19.376	21.051	11.561	12.020
45 a 49	4.413	4.513	16.355	17.780	9.829	10.201
50 a 54	3.747	4.057	13.264	14.684	8.686	9.156
55 a 59	3.205	3.703	10.753	12.618	7.824	8.570
60 a 64	2.630	2.947	8.272	9.605	6.085	6.666
65 a 69	1.999	2.433	5.779	7.002	4.552	5.347
70 a 74	1.534	1.937	4.509	5.533	3.993	4.525
75 a 79	1.139	1.419	3.090	3.896	3.002	3.520
80 a 84	715	1.083	1.908	2.568	2.108	2.590
85 a 89	394	598	857	1.336	971	1.330
90 a 94	162	276	375	620	434	568
95 a 99	57	110	128	213	137	224
100 ou mais	17	37	30	68	39	60
Total da IV Macrorregião	**69.652**	**72.001**	**258.214**	**273.313**	**166.949**	**171.150**

Fonte: IBGE, 2022.

Analisando a população da IV Macrorregião de Saúde por sexo e município, já pelo censo demográfico de 2022 (tabela 4), percebe-se que o sexo masculino é ligeiramente menor (48,9%) do que o sexo feminino (51,1%), por outro lado os municipios de Serrita, Terra Nova, Dormentes, Orocó, Santa Maria da Boa Vista , Moreilândia, Parnamirim, Santa Cruz e Santa Filomena têm entre 50,1 – 51,2% da população sendo do sexo masculino.

Ainda considerando a tabela 4, o município com maior número de habitantes da IV Macrorregião de Saúde é Petrolina (386.791), seguido de Araripina (85.087), Ouricuri (65.245) e Salgueiro (62.372), por outro lado, Granito é o município de menor número de habitantes (7.017).

Tabela 4: Número da população residente, segundo o sexo, nos municípios da IV Macrorregião de Saúde, Pernambuco, 2022.

Região de Saúde	Município de Residência	Sexo Masculino (N)	Sexo Masculino (%)	Sexo Feminino (N)	Sexo Feminino (%)	Total (N)
VII	Belém do São Francisco	9.044	49,4	9.257	50,6	18.301
	Cedro	5.235	49,8	5.283	50,2	10.518
	Mirandiba	7.034	49,7	7.132	50,3	14.166
	Salgueiro	30.122	48,3	32.250	51,7	62.372
	Serrita	9.123	50,1	9.084	49,9	18.207
	Terra Nova	4.567	51,2	4.353	48,8	8.920
	Verdejante	4.527	49,4	4.642	50,6	9.169
VIII	Afrânio	9.303	49,8	9.371	50,2	18.674
	Cabrobó	14.635	48,3	15.659	51,7	30.294
	Dormentes	8.601	50,0	8.587	50,0	17.188
	Lagoa Grande	11.901	49,4	12.187	50,6	24.088
	Orocó	6.817	50,1	6.796	49,9	13.613
	Petrolina	186.503	48,2	200.288	51,8	386.791
	Santa Maria da Boa Vista	20.454	50,4	20.125	49,6	40.579
IX	Araripina	41.449	48,7	43.638	51,3	85.087
	Bodocó	17.174	49,8	17.304	50,2	34.478
	Exu	15.669	49,2	16.177	50,8	31.846
	Granito	3.452	49,2	3.565	50,8	7.017
	Ipubi	14.371	49,5	14.635	50,5	29.006
	Moreilândia	5.266	50,0	5.274	50,0	10.540
	Ouricuri	32.167	49,3	33.078	50,7	65.245

	Parnamirim	9.371	50,3	9.241	49,7	18.612
	Santa Cruz	7.048	50,9	6.793	49,1	13.841
	Santa Filomena	6.143	50,7	5.963	49,3	12.106
	Trindade	14.839	48,9	15.482	51,1	30.321
Total IV Macrorregião		**494.815**	**48,9**	**516.164**	**51,1**	**1.010.979**

Fonte: IBGE, 2022.

Tabela 5: Número da população residente, segundo raça/cor, municípios da Macrorregião de Saúde de Pernambuco, 2022.

Região de Saúde	Município de Residência	Branca	Preta	Amarela	Parda	Indígena	Total
VII	Belém do São Francisco	2.767	2.490	2	12.082	960	18.301
	Cedro	2.533	896	23	7.053	13	10.518
	Mirandiba	1.254	2.995	2	6.592	3.323	14.166
	Salgueiro	14.551	8.232	181	36.247	3.160	62.371
	Serrita	3.948	1.257	27	12.967	8	18.207
	Terra Nova	2.364	688	10	5.846	12	8.920
	Verdejante	1.512	684	36	6.911	26	9.169
VIII	Afrânio	8.350	2.044	28	8.243	7	18.672
	Cabrobó	5.795	3.306	55	16.802	4.318	30.276
	Dormentes	7.730	818	19	8.598	18	17.183
	Lagoa Grande	5.240	2.819	20	15.754	255	24.088
	Orocó	1.701	2.497	10	8.484	921	13.613
	Petrolina	108.120	44.021	871	232.013	1.760	386.785
	Santa Maria da Boa Vista	5.494	8.502	10	26.272	300	40.578
IX	Araripina	21.294	7.327	187	56.203	61	85.072
	Bodocó	7.380	2.092	17	24.975	14	34.478
	Exu	7.293	3.840	53	20.635	22	31.843
	Granito	1.316	394	31	5.224	2	6.967
	Ipubi	6.195	1.472	58	21.248	36	29.009

Moreilândia	2.691	622	6	7.214	7	10.540
Ouricuri	17.863	4.229	83	42.972	91	65.238
Parnamirim	5.135	935	6	12.527	9	18.612
Santa Cruz	4.120	595	10	9.108	8	13.841
Santa Filomena	3.207	435	27	8.433	4	12.106
Trindade	7.151	1.949	31	21.151	38	30.320
Total IV Macrorregião	**255.004**	**105.139**	**1.803**	**633.554**	**15.373**	**1.010.873**

Fonte: IBGE, 2022.

Em relação a distribuição populacional por raça/cor, percebe-se na tabela 05 que a raça parda é predominante na IV Macrorregião de Saúde, seguida da raça branca. Considerando os municípios de residência, nota-se que em Afrânio a população que se declara branca é maior que das demais raças ou cores.

2.1.2 População Negra/Quilombolas

Segundo o censo demográfico de 2022, a população quilombola residente na IV Macrorregião de Saúde é composta por 14.124 pessoas, sendo Mirandiba, Orocó e Santa Maria da Boa Vista os municípios com mais representatividade dessa população entre seus munícipes.

Mirandiba, município de abrangência da VII Região de Saúde tem 23,7% de sua população residente se autodeclarada quilombola, representando percentual acima da média nacional, que foi de 12,59%, no mesmo ano. Os municípios de Cedro, Serrita, Bodocó, Granito, Moreilândia, Parnamirim, Santa Cruz e Trindade não apresentam população residente que se declare quilombola.

Tabela 6: Percentual da população quilombola em relação a população residente nos município da IV Macrorregião de Saúde, Pernambuco, 2022.

Região de Saúde	Município de residência	Número de população residente	População quilombola (N)	População quilombola (%)
VII	Belém do São Francisco	18.301	48	0,3
	Cedro	10.518	0	0,0
	Mirandiba	14.166	3.363	23,7
	Salgueiro	62.371	1.641	2,6
	Serrita	18.207	0	0,0
	Terra Nova	8.920	46	0,5
	Verdejante	9.169	3	0,0
VIII	Afrânio	18.672	1.036	5,5
	Cabrobó	30.276	1.204	4,0
	Dormentes	17.183	1	0,0
	Lagoa Grande	24.088	168	0,7
	Orocó	13.613	1.764	13,0
	Petrolina	386.785	897	0,2
	Santa Maria da Boa Vista	40.578	3.622	8,9
IX	Araripina	85.072	134	0,2
	Bodocó	34.478	0	0,0
	Exu	31.843	122	0,4
	Granito	6.967	0	0,0
	Ipubi	29.009	33	0,1
	Moreilândia	10.540	0	0,0
	Ouricuri	65.238	20	0,0
	Parnamirim	18.612	0	0,0
	Santa Cruz	13.841	0	0,0
	Santa Filomena	12.106	22	0,2
	Trindade	30.320	0	0,0
Total IV Macrorregião		**1.010.873**	**14.124**	**1,4**

Fonte: IBGE, 2022.

2.1.3 População Indígena

No território da IV Macrorregião de Saúde, existe um total de 15.375 pessoas formando a população indígena, considerando o censo demográfico de 2022, o que representa 1,5% do total da população residente. Sendo os municípios de Cabrobó, Mirandiba, Orocó e Salgueiro os com maior número de povos indígenas e predominância das etnias Atikum e Truká. Observa-se de forma geral que todos os municípios da IV Macrorregião de Saúde têm indígenas em seu território, destacando

Granito e Santa Filomena que apresentam os menores percentuais, conforme dados da tabela 7.

Tabela 7: Número de indígenas e o percentual em relação ao total de residente por município de domicílio da IV Macrorregião de Saúde, Pernambuco. 2022.

Região de Saúde	Município de residência	Número de população residente	População Indígena (N)	População Indígena (%)
VII	Belém do São Francisco	18.301	960	5,2
	Cedro	10.518	13	0,1
	Mirandiba	14.166	3.325	23,5
	Salgueiro	62.371	3.160	5,1
	Serrita	18.207	8	0,0
	Terra Nova	8.920	12	0,1
	Verdejante	9.169	26	0,3
VIII	Afrânio	18.672	7	0,0
	Cabrobó	30.276	4318	14,3
	Dormentes	17.183	18	0,1
	Lagoa Grande	24.088	255	1,1
	Orocó	13.613	921	6,8
	Petrolina	386.785	1.760	0,5
	Santa Maria da Boa Vista	40.578	300	0,7
IX	Araripina	85.072	61	0,1
	Bodocó	34.478	14	0,0
	Exu	31.843	22	0,1
	Granito	6.967	2	0,0
	Ipubi	29.009	36	0,1
	Moreilândia	10.540	7	0,1
	Ouricuri	65.238	91	0,1
	Parnamirim	18.612	9	0,0
	Santa Cruz	13.841	8	0,1
	Santa Filomena	12.106	4	0,0
	Trindade	30.320	38	0,1
Total IV Macrorregião		**1.010.873**	**15375**	**1,5**

Fonte: IBGE, 2022.

2.1.4 População de Rua

O Decreto nº 7.053 de 23 de dezembro de 2009, define população em situação de rua como sendo um 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 (Brasil, 2009).

Existe dificuldade tanto em conceituar como de mensurar a população de rua, tais como: dificuldades na realização de censos, falta de um endereço fixo, diversidade de grupos e suas distintas localizações. No censo demográfico de 2022, a população que vive nas ruas segue invisível nas estatísticas oficiais do país, tendo em vista que a metodologia adotada pelo IBGE estabelece o recenseamento exclusivo da população domiciliada.

Entretanto, considerando os dados extraídos do relatório consolidado do prontuário eletrônico municipal dos municípios da IV Macrorregião de Saúde, visualiza-se um total de 1.593 pessoas em situação de rua, o que representa 0,16% da população de residentes. Assim, os municípios de Ouricuri, Verdejante, Belém de São Francisco e Granito, têm os maiores percentuais desta população. Já os municípios de Terra Nova, Afrânio, Cabrobó, Lagoa Grande, Orocó e Santa Maria da Boa Vista não têm registro de pessoas vivendo em situação de rua, conforme mostra a tabela 8.

Contudo, esses dados podem não retratar a realidade, já que se trata de autodeclaração, além de existir uma população “flutuante” que por muitos motivos estes acabam pernoitando em logradouros públicos, e que, em muitos sentidos são considerados moradores em situação de rua, mesmo às vezes tendo uma moradia fixa. Logo, alguns fatores corroboram para isso, como: violências, uso de álcool e outras drogas, desemprego, entre outros, necessitando do fortalecimento e integração de políticas públicas

Tabela 8: Número de pessoas em situação de rua e percentual em relação ao total de residentes dos municípios da IV Macrorregião de Saúde, Pernambuco, 2022.

Região de Saúde	Município de residência	Número de população residente (2022)	População em situação de rua (N)	População em situação de rua (%)
VII	Belém do São Francisco	18.301	103	0,6
	Cedro	10.518	26	0,2
	Mirandiba	14.166	1	0,0
	Salgueiro	62.371	59	0,1
	Serrita	18.207	54	0,3
	Terra Nova	8.920	0	0,0
	Verdejante	9.169	52	0,6
VIII	Afrânio	18.672	0	0,0
	Cabrobó	30.276	0	0,0
	Dormentes	17.183	9	0,1
	Lagoa Grande	24.088	0	0,0
	Orocó	13.613	0	0,0
	Petrolina	386.785	156	0,0
	Santa Maria da Boa Vista	40.578	0	0,0
IX	Araripina	85.072	201	0,2
	Bodocó	34.478	163	0,5
	Exu	31.843	8	0,0
	Granito	6.967	36	0,5
	Ipubi	29.009	121	0,4
	Moreilândia	10.540	38	0,4
	Ouricuri	65.238	470	0,7
	Parnamirim	18.612	42	0,2
	Santa Cruz	13.841	14	0,1
	Santa Filomena	12.106	19	0,2
	Trindade	30.320	21	0,1
Total da IV Macrorregião		**1.010.873**	**1593**	**0,2**

Fonte: Relatório consolidado do prontuário eletrônico Municipal, 2023.

2.1.5 População Privada de Liberdade

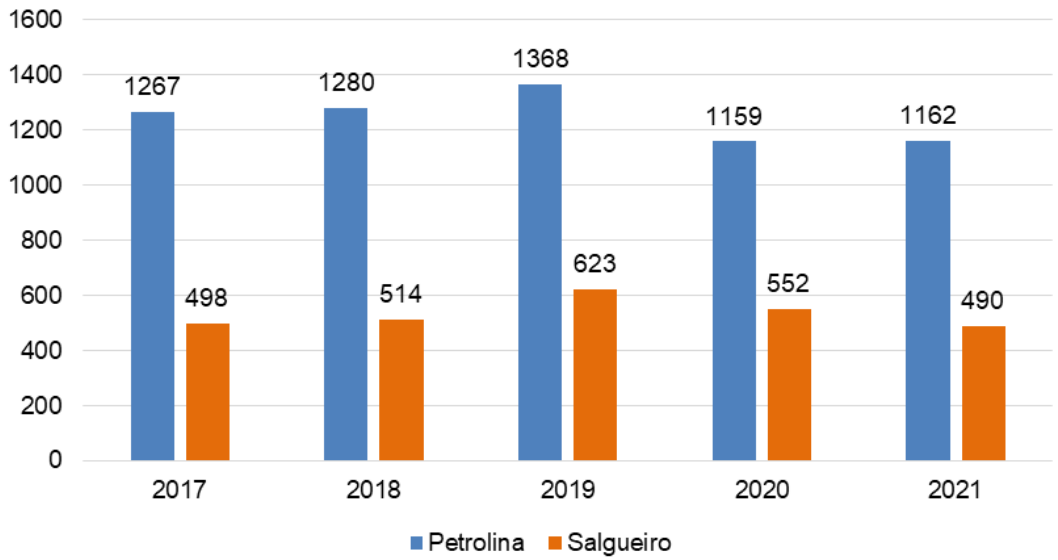
A caracterização da População Privada de Liberdade (PPL), na IV Macrorregião de Saúde se dá através da representação de 02 Presídios Regionais e de 08 Cadeias Públicas. Os Presídios estão situados nas cidades de Salgueiro e Petrolina. Ambos atendem somente aos reclusos do sexo masculino. Foram encontrados dados referentes aos anos de 2017 a 2021. O Núcleo Prisional de Salgueiro é responsável pela administração de 06 cadeias públicas (Exú, Floresta, Moreilândia,

Ouricuri, Parnamirim e Verdejante), e o Núcleo Prisional de Petrolina, por 02 cadeias públicas (Cabrobó e Belém de São Francisco).

De acordo com gráfico 1, no ano de 2019 observa-se um aumento no número de reclusos em ambos os presídios (Petrolina e Salgueiro) comparado aos anos anteriores de 2017 e 2018. Em 2020 houve uma redução destes números, provavelmente em decorrência da Pandemia do Covid-19, onde os reclusos que cumpriam o regime semiaberto e que tinham trabalho formal ou informal declarado, entraram no sistema harmonizado, que é o direito de cumprir a pena em casa com tornozeleira eletrônica, havendo uma redução de mais de 200 Pessoas Privadas de Liberdade (PPL).

Vale ressaltar que PPL é variável, devido a rotatividade desta população e que nem todos são residentes dos municípios da IV Macrorregião de Saúde, mas de outras regiões de Pernambuco ou até mesmo de outros estados.

Gráfico 1: População privada de liberdade, segundo ano, presídios de Petrolina e Salgueiro, 2017 a 2021.



Fonte: Senappen, 2023.

Considerando a tabela 9, apenas 4 cadeias estão ativas desde o ano de 2020, sendo elas a unidade de Exú, que conta com um número maior de reclusos em 2021 (20), Moreilândia, Parnamirim e Verdejante, sendo esta última destinada às reclusas do sexo feminino. As cadeias de Floresta e Ouricuri podem ser reativadas, tendo em vista que estão em processo de reforma.

Tabela 9: Número de população carcerária das cadeias públicas da IV Macrorregião de Saúde, Pernambuco, 2017 a 2021.

Unidades / Cadeia	Situação	2017	2018	2019	2020	2021
Exú	Ativa	28	38	26	36	20
Floresta	Inativa desde 2008					
Moreilândia	Ativa	6	7	9	13	8
Ouricuri	Inativa desde 2020	54	78	74	-	-
Parnamirim	Ativa	4	7	2	2	3
Cabrobó	Inativada desde 2019	8	6	-	-	-
Belém do São Francisco	Inativada desde 2019	4	3	-	-	-
Verdejante	Ativa	27	16	15	16	5

Fonte: Núcleo Prisional de Salgueiro, 2023.

Por outro lado, a Fundação de Atendimento Socioeducativo - FUNASE, é um órgão responsável pelo atendimento do adolescente/jovem sob medida socioeducativa de restrição e/ou privação de liberdade, que tem suas raízes no antigo serviço social do menor. O público atendido pela FUNASE é composto por adolescentes e jovens dos sexos masculino e feminino, de 12 a 18 anos de idade e excepcionalmente até 21 anos de idade incompletos, envolvidos e/ou autores de ato infracional, encaminhados ao cumprimento de medidas socioeducativas com privação ou restrição de liberdade em Pernambuco.

Na IV Macrorregião de Saúde existe uma unidade socioeducativa da FUNASE, que fica situada na cidade de Petrolina, atendendo adolescentes em conflito com a lei, encaminhados judicialmente para

cumprimento de medidas socioeducativas de internação e semiliberdade, bem como a internação provisória e o atendimento inicial, previstas no Art.90 do Estatuto da Criança e do Adolescente, conforme modalidades da FUNASE descritas abaixo e apontadas na figura 10.

Figura 10: Unidade Socioeducativa do Estado de Pernambuco 2023.



Fonte: FUNASE/PE, 2023

- CENTROS DE INTERNAÇÃO PROVISÓRIA – CENIP´S: Unidades de Atendimento Provisório, na qual os adolescentes permanecem em regime fechado, por no máximo 45 dias, aguardando a sentença.;
- CENIP Petrolina: Adolescentes envolvidos e/ou autores de ato infracional, do sexo masculino, na faixa etária de 12 (doze) a 18 (dezoito) anos de idade, com capacidade para 33 adolescentes.
- CENTROS DE ATENDIMENTO SOCIOEDUCATIVO - CASE´S: Regime de Internação, com permanência máxima de 3 anos e avaliações periódicas, conforme sentença judicial;
- CASE Petrolina: Adolescentes envolvidos e/ou autores de ato infracional em cumprimento de Medida Socioeducativa de Internação, do sexo masculino, na faixa etária de 12 (doze) a 18 (dezoito) anos de idade, observados os limites previstos nos § § 3º

e 5º do artigo 121 da lei nº 8.069, de 13 de dezembro de 1990, com capacidade de atendimento de 40 adolescentes;

- CASAS DE SEMILIBERDADE – CASEM´S: Regime de semiliberdade, com permanência máxima de 3 anos e avaliações periódicas, conforme sentença judicial;
- CASEM Petrolina - Adolescentes envolvidos e/ou autores de ato infracional em cumprimento de Medida Socioeducativa de Semiliberdade, do sexo masculino, na faixa etária de 12 (doze) a 18 (dezoito) anos, observado o disposto no § 2º do artigo 120 da lei nº 8.069, de 13 de dezembro de 1990, com capacidade de atendimento de 20 adolescentes.

2.1.6 Nível de escolaridade por sexo e raça/etnia

A distribuição da população maior de 15 anos, conforme escolaridade, visualiza-se na tabela 10 que 39,97% das pessoas encontram-se sem instrução de escolaridade ou têm 1º ciclo fundamental incompleto, e apenas 34,28% tem o 2º ciclo fundamental completo ou mais, na IV macrorregião de saúde. O município de Santa Filomena tem o maior percentual (52,58) da população, na mesma faixa etária analisada, de pessoas sem instrução de escolaridade ou com 1º ciclo fundamental incompleto, enquanto o município de Salgueiro tem o maior percentual (44,64) de pessoas com o 2º ciclo fundamental completo ou mais.

Tabela 10: Distribuição percentual de grau de escolaridade da população de 15 anos ou mais, nos municípios da IV Macrorregião de Saúde, Pernambuco, 2010.

Município	Sem instrução/1º ciclo fundamental incompleto	1º ciclo fundamental completo/2º ciclo incompleto	2º ciclo fundamental completo ou mais	Não determinada
Afrânio	41,74	14,34	30,52	13,4
Araripina	42,32	13,86	31,82	12

Belem de São Francisco	31,83	11,79	43,13	13,25
Bodocó	41,16	14,65	31,08	13,12
Cabrobó	39,25	14,09	36,59	10,07
Cedro	36,33	13,15	40,13	10,4
Dormentes	47,54	10,26	31,51	10,69
Exu	43,94	15,84	32,39	7,83
Granito	35,75	15,47	34,65	14,13
Ipubi	45,5	14,86	27,23	12,41
Lagoa Grande	36,2	14,65	36,79	12,36
Mirandiba	40,23	11,34	36,82	11,62
Orocó	35,13	15,16	37,26	12,45
Ouricuri	47,1	14,37	29,35	9,18
Parnamirim	41,65	14,28	34,21	9,86
Petrolândia	29,03	17,52	41,41	12,03
Salgueiro	29,12	14,51	44,64	11,73
Santa Cruz	47,01	13,29	26,61	13,1
Santa Filomena	52,58	12,94	23,47	11
Santa Maria da Boa Vista	37,36	16,29	34,74	11,61
Serrita	39,18	12,36	35,25	13,22
Moreilândia	39,55	12,96	36,62	10,87
Terra Nova	34,59	15,26	35,96	14,19
Trindade	45,16	14,3	29,37	11,17
Verdejante	41,51	13,4	33,18	11,91
IV Macrorregião	**39,97**	**14,3**	**34,28**	**11,45**

Fonte: IBGE, 2010.

Na distribuição da população maior de 15 anos por nível de escolaridade associada a variável raça/cor, a maior parte da população branca (48,58%) tem concluído o 2º ciclo fundamental, enquanto nas demais populações esse nível de escolaridade foi atingido por 40,3 % (amarela); 37,99% (parda); 35,66% (preta) e 35,41% (indígena), dados da tabela 11.

Tabela 11: Percentual de escolaridade da população de 15 anos ou mais segundo raça/cor, na IV Macrorregião de Saúde, 2010.

Raça/Cor	Sem instrução/1º ciclo fundamental incompleto (%)	1º ciclo fundamental completo/2º ciclo incompleto (%)	2º ciclo fundamental completo ou mais (%)	Não determinada (%)
Branca	28,78	12,93	48,58	9,72
Preta	39,43	13,67	35,66	11,25
Amarela	35,8	14,39	40,3	9,51
Parda	35,75	15,2	37,99	11,06
Indígena	38,69	14,27	35,41	11,63
IV Macrorregião	**34,07**	**14,42**	**40,83**	**10,68**

Fonte: IBGE, 2010.

2.1.7 Índice de Desenvolvimento Humano - IDH

O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) mede a qualidade de vida baseado em renda, longevidade e educação, varia de 0 a 1, onde quanto mais se aproximar de 1, maior o IDH de um local (PNUD, 2023).

Assim, muitos municípios de Pernambuco vêm aumentando o seu IDHM, elevando também o IDH do estado. Pernambuco apresenta IDH de 0.6731 e ocupa atualmente a 19ª posição no ranking do país (PNUD, 2023).

As faixas de desenvolvimento humano que compõem o IDH Brasileiro são: muito baixo (IDH inferior a 0,500), baixo (IDH de 0,500 até 0,599), médio (IDH de 0,600 até 0,699), alto (IDH de 0,700 até 0,799) e muito alto desenvolvimento (IDH acima de 0,800) (IPEA, 2013).

Na Tabela 12, entre os 25 municípios que pertencem à IV Macrorregional de Saúde, o município de Petrolina, sede da VIII Região de Saúde, destaca-se com os maiores valores do IDHM, IDHM renda, IDHM longevidade e IDHM educação, situando-se em um cenário de médio desenvolvimento econômico e média oferta de serviços de saúde, de acordo com a proposta de indicadores socioeconômicos para as regiões de saúde do Brasil (Viana *et al*., 2017).

Além disso, podemos observar que Exu, Ipubi, Ouricuri, Santa Cruz, Santa Filomena e Bodocó são os cinco municípios com menores IDHM da IV Macrorregional de Saúde, encontrando-se na faixa de baixo índice de desenvolvimento humano. Enquanto que Salgueiro, Belém de São Francisco, Cabrobó, Petrolina, Cedro, Orocó, Verdejante, Araripina e Moreilândia foram os municípios da IV Macrorregional de Saúde que ficaram na faixa de médio índice de desenvolvimento humano, mesma classificação do Estado de Pernambuco (0,673) (IBGE, 2010).

Tabela 12: Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM), segundo município da IV Macrorregional de Saúde de Pernambuco, 2010.

Região de Saúde	Município	IDHM	IDHM Renda	IDHM Lonvevidade	IDHM Educação
VII Região de Saúde	Belém de São Francisco	0.642	0.611	0.784	0.553
	Cedro	0.615	0.565	0.717	0.573
	Mirandiba	0.591	0.512	0.769	0.525
	Salgueiro	0.669	0.645	0.799	0.580

	Serrita	0.595	0.602	0.760	0.512
	Terra Nova	0.599	0.545	0.741	0.533
	Verdejante	0.605	0.560	0.760	0.520
VIII Região de Saúde	Afrânio	0.588	0.542	0.761	0.493
	Cabrobó	0.623	0.581	0.773	0.539
	Dormentes	0.589	0.558	0.741	0.495
	Lagoa Grande	0.597	0.581	0.705	0.520
	Orocó	0.610	0.536	0.766	0.553
	Petrolina	0.697	0.695	0.799	0.611
	Santa Maria da Boa Vista	0.590	0.564	0.773	0.472
IX Região de Saúde	Araripina	0.602	0.595	0.785	0.467
	Bodocó	0.565	0.543	0.745	0.445
	Exu	0.576	0.543	0.775	0.454
	Granito	0.595	0.543	0.773	0.502
	Ipubi	0.550	0.541	0.712	0.433
	Moreilândia	0.600	0.522	0.768	0.540
	Ouricuri	0.572	0.578	0.773	0.419
	Parnamirim	0.599	0.556	0.776	0.499
	Santa Cruz	0.549	0.522	0.722	0.438
	Santa Filomena	0.533	0.496	0.752	0.406
	Trindade	0.595	0.602	0.768	0.455

Fonte: Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento/Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicada /Fundação João Pinheiro. Pernambuco - Agência CONDEPE/FIDEM. 2010.

2.1.8 Índice de GINI

O índice de Gini, chamado também de coeficiente de Gini, é um indicador que mensura a distribuição de renda em um território. Por meio dele, é possível determinar a desigualdade social e a concentração de renda em diferentes níveis territoriais, além de estabelecer comparativos entre eles.

Os valores do coeficiente de Gini variam entre 0 e 1, e, quanto mais próximo de 1, maior é a desigualdade na distribuição de renda entre a população, é um indicador numérico que reflete a desigualdade de distribuição de renda entre a população de um lugar (Guitarrara, 2023).

Apesar da existência de outros indicadores econômicos que expressam a renda da população, como é o caso do Produto Interno Bruto (PIB) per capita, esses índices não levam em consideração a maneira como essa renda é distribuída entre as diferentes camadas da população como acontece com o coeficiente de Gini.

Conforme descrito pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea), o índice de Gini é composto pela comparação entre os 20% mais ricos de uma população e os 20% mais pobres (Guitarrara, 2023).

O coeficiente de Gini do Estado de Pernambuco, em 2010, foi de 0,6366 (IBGE, 2010). Dito isso, ao analizarmos a Tabela 13, podemos descrever que, entre os municípios da IV Macrorregional de Saúde, Belém de São Francisco, Petrolina e Ouricuri possuem os valores do Índice Gini mais próximos ao do Estado de Pernambuco.

Tabela 13: Índice Gini dos municípios da IV Macrorregional de Saúde do Estado de Pernambuco, Período de referência: 1991, 2000 e 2010.

Região de Saúde	Município	1991	2000	2010
VII	Belém de São Francisco	0,56	0,6	0,63
	Cedro	0,51	0,62	0,56

	Mirandiba	0,53	0,54	0,58
	Salgueiro	0,61	0,63	0,59
	Serrita	0,59	0,53	0,56
	Terra Nova	0,53	0,51	0,49
	Verdejante	0,52	0,56	0,54
VIII	Afrânio	0,48	0,57	0,53
	Cabrobó	0,58	0,58	0,58
	Dormentes	0,44	0,57	0,47
	Lagoa Grande	0,49	0,59	0,52
	Orocó	0,46	0,55	0,51
	Petrolina	0,63	0,63	0,62
	Santa Maria da Boa Vista	0,51	0,58	0,55
IX	Araripina	0,6	0,67	0,56
	Bodocó	0,63	0,64	0,55
	Exu	0,56	0,63	0,57
	Granito	0,49	0,61	0,54
	Ipubi	0,57	0,66	0,53
	Moreilândia	0,54	0,56	0,54
	Ouricuri	0,64	0,72	0,6
	Parnamirim	0,56	0,56	0,59
	Santa Cruz	0,49	0,72	0,57
	Santa Filomena	0,51	0,62	0,55
	Trindade	0,51	0,77	0,57

Fonte: Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento/Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas/Fundação João Pinheiro. Pernambuco - Agência CONDEPE/FIDEM.2010

2.1.9 PIB, PIB per capita e Renda per capita

O PIB é a soma de todos os bens e serviços finais produzidos por um país, estado ou cidade, geralmente em um ano (IBGE, 2023). Sousa (2023) acrescenta que o PIB representa a dinâmica econômica do lugar, apontando o possível crescimento da economia e serve para medir a atividade econômica, tendo como a análise do resultado do crescimento econômico do lugar em questão.

Além disso, outro objetivo do PIB é avaliar sua participação setorial e verificar quais as deficiências econômicas do país. A nível municipal o PIB é calculado somando tudo que se produz durante o período de tempo analisado. Nessa conta, entram os resultados da agropecuária, da indústria e dos serviços. A segunda forma de calcular o PIB é somando o que se gastou no país ao longo de um período.

O PIB *per capita* ou PIB *por pessoa* é o indicador que representa o que cada pessoa do local analisado teria do total de riquezas que são produzidas no país. Sendo assim, o PIB é dividido pelo número de habitantes da área, indicando o que cada pessoa produziu. O PIB per capita é considerado, de certa forma, um indicador do padrão de vida (Sousa, 2023).

A Renda per capita é um indicador econômico utilizado para avaliar a situação econômica de um país. Ela corresponde à renda média da população de um país em um determinado ano ou período e é calculada por meio da divisão da Renda Nacional (ou o PNB) de um país pelo número de habitantes (Silva, 2023).

Assim analisando a tabela 14, observa-se que, ainda que timidamente, houve um aumento do PIB da região, do PIB por Per capita e da Renda per capita, em todos os municípios da IV Macrorregional de Saúde do Estado de Pernambuco, no período que corresponde à série histórica de 2011 a 2020. Isso demonstra que mesmo não sendo um crescimento expressivo, a produção e os rendimentos dos municípios em

questão vêm aumentando. Contudo, entre os municípios que são sedes Regionais da IV Macrorregional de Saúde, o município de Petrolina, apresentou os maiores valores em relação ao PIB, seguido do município de Salgueiro.

O município de Belém do São Francisco teve uma alta considerável no ano de 2020, o que de acordo com os indicadores nos leva a perceber o crescimento econômico neste período, já os municípios de Araripina, Ipubi, Afrânio e Lagoa Grande tiveram uma diminuição considerável no ano de 2020. A tabela 15 evidencia o aumento do PIB per capita por região de Saúde entre 2011 e 2020.

Tabela 14: Produto Interno Bruto (PIB) dos municípios da IV Macrorregião de Saúde do Estado, Pernambuco, 2011 a 2020.

Regiões	Município de residência	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
VII	Belem de Sao Francisco	0,1	0,11	0,1	0,1	0,1	0,11	0,11	0,16	0,15	0,19
	Cedro	0,05	0,05	0,05	0,05	0,05	0,05	0,05	0,05	0,05	0,05
	Mirandiba	0,07	0,07	0,07	0,08	0,08	0,08	0,09	0,08	0,08	0,08
	Salgueiro	0,8	0,63	0,47	0,5	0,47	0,47	0,44	0,46	0,49	0,5
	Serrita	0,08	0,08	0,07	0,07	0,08	0,08	0,08	0,07	0,07	0,08
	Terra Nova	0,04	0,04	0,04	0,04	0,04	0,04	0,04	0,04	0,04	0,04
	Verdejante	0,04	0,04	0,04	0,04	0,04	0,04	0,04	0,04	0,04	0,04
VIII	Afrânio	0,09	0,08	0,09	0,09	0,09	0,09	0,09	0,09	0,09	0,14
	Cabrobó	0,2	0,24	0,23	0,24	0,2	0,22	0,22	0,21	0,21	0,21
	Dormentes	0,11	0,11	0,11	0,11	0,1	0,12	0,12	0,12	0,11	0,12
	Lagoa Grande	0,17	0,16	0,19	0,17	0,16	0,17	0,18	0,17	0,2	0,2
	Orocó	0,09	0,09	0,1	0,1	0,1	0,13	0,08	0,09	0,1	0,09
	Petrolina	3,43	3,47	3,46	3,43	3,54	3,44	3,3	3,59	3,67	3,56
	Santa Maria da Boa Vista	0,25	0,27	0,3	0,29	0,28	0,26	0,28	0,35	0,33	0,31

	Araripina	0,44	0,47	0,48	0,5	0,48	0,47	0,54	0,55	0,53	0,54
	Bodocó	0,14	0,13	0,13	0,14	0,15	0,14	0,14	0,15	0,15	0,15
	Exu	0,14	0,13	0,13	0,13	0,13	0,13	0,13	0,14	0,15	0,16
	Granito	0,03	0,03	0,03	0,03	0,03	0,03	0,03	0,04	0,04	0,04
	Ipubi	0,14	0,14	0,15	0,14	0,15	0,15	0,15	0,16	0,16	0,19
IX	Moreilândia	0,05	0,05	0,05	0,05	0,04	0,05	0,04	0,04	0,04	0,05
	Ouricuri	0,3	0,3	0,31	0,32	0,32	0,33	0,34	0,36	0,36	0,37
	Parnamirim	0,11	0,11	0,1	0,1	0,1	0,1	0,09	0,09	0,09	0,1
	Santa Cruz	0,06	0,05	0,06	0,06	0,06	0,06	0,06	0,06	0,06	0,07
	Santa Filomena	0,05	0,05	0,04	0,05	0,05	0,05	0,05	0,05	0,05	0,06
	Trindade	0,17	0,17	0,19	0,18	0,18	0,17	0,16	0,17	0,16	0,18

Fonte: Agência Estadual de Planejamento e Pesquisas de Pernambuco - Agência CONDEPE/FIDEM, 2010.

Tabela 15: PIB per capita por Região de Saúde, Pernambuco, 2011 a 2020.

Região de Saúde	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
VII	47.695,40	49.516,64	49.047,07	54.904,62	55.257,76	59.944,89	63.096,33	69.382,79	72.631,52	77.348,63
VII	54.593,78	64.080,94	71.156,58	75.480,42	74.411,53	83.232,93	85.017,69	91.024,11	96.618,41	96.992,84
IX	58.110,74	64.778,42	70.770,24	78.028,98	78.850,33	84.228,74	88.461,77	95.117,83	99.620,49	103.976,06

Fonte: Agência Estadual de Planejamento e Pesquisas de Pernambuco - Agência CONDEPE/FIDEM.

2.1.10 Taxa de Desemprego

A taxa de desemprego é importante para avaliar a inserção da população economicamente ativa no mercado de trabalho, bem como conhecer as diferenças e dificuldades que as pessoas enfrentam para conseguir um emprego, além de conhecer o nível econômico daquele território.

Pode-se observar que mesmo fazendo parte de uma mesma região com distâncias proximais, há uma desigualdade econômica e demográfica entre os municípios de uma região de saúde para outra, ratificada por discrepâncias como, por exemplo, PIB per capita, rendimento médio mensal, Índice de Gini e IDHM.

Tabela 16: Taxa de desemprego 16 anos e mais por Região de Saúde, Pernambuco, 2010.

Região de Saúde	Taxa de Desemprego (16 anos e mais)
VII	9,33
VIII	7,21
IX	9,31
Total da IV Macrorregião	**8,62**

Fonte: IBGE, 2010.

Levando em consideração a tabela 16, referente a taxa de desemprego de 16 anos e mais, observa-se uma taxa média de desemprego na IV Macrorregião de Saúde de 8,62, a Região de Saúde com menor taxa de desemprego é a VIII (7,21), que enquanto a VII se apresenta com maior taxa (9,33), estes números retratam a diferenças econômica da Macrorregião. É importante destacar que a taxa de desemprego influencia diretamente nos determinantes sociais da saúde, influenciando assim na qualidade de vida da população, podendo estar relacionada ao aparecimento de doenças.

Nesse mesmo sentido, considerando o censo demográfico de 2010 podemos observar na tabela 17 o município de Salgueiro apresenta a maior taxa de desemprego (11,48) na população de 16 anos e mais, seguido de Cabrobó (10,19), Terra Nova, (10,16) e Petrolina (10,08). Já o município com a menor taxas de desemprego na mesma faixa etária estudada é Dormentes (2,96) e os demais estão concentrados na IX Região de Saúde, são os municípios de Granito (3,19), Moreilândia (4,76) e Santa Filomena (4,84).

Tabela 17: Taxa de desemprego 16 anos e mais nos municípios que compõem a IV Macrorregião de Saúde de Pernambuco, 2010.

Região de Saúde	Município	Taxa de Desemprego (16 anos e mais)
VII	Belém de São Francisco	7,26
	Cedro	6,01
	Mirandiba	8,21
	Salgueiro	11,48
	Serrita	6,69
	Terra Nova	10,16
	Verdejante	9,29
VIII	Afrânio	6,2
	Cabrobó	10,19
	Dormentes	2,96
	Lagoa Grande	11,1
	Orocó	5,73
	Petrolina	10,08
	Santa Maria da Boa Vista	6,74
IX	Araripina	5,4
	Bodocó	6,07
	Exu	7,19

	Granito	3,19
	Ipubi	9,74
	Moreilândia	4,76
	Ouricuri	8,69
	Parnamirim	9,74
	Santa Cruz	9,06
	Santa Filomena	4,84
	Trindade	8,51

Fonte: IBGE 2010.

2.1.11 Programas assistenciais

O Cadastro Único (CadÚnico) é um grande mapa das famílias de baixa renda no Brasil. Ele mostra ao governo quem são essas famílias, como elas vivem e o que elas precisam para melhorar suas vidas. Os programas sociais do Governo Federal são uma ação com gestão compartilhada e descentralizada entre a União, os Estados, o Distrito Federal e os municípios (Brasil, 2023).

A IV macrorregião de saúde tem uma população assistida pelo CadÚnico de 559.966 pessoas, correspondendo a um percentual de 55,39%. Os dados da tabela 18 mostram que a VIII Região de Saúde tem o menor percentual de pessoas assistidas.

Tabela 18: Percentual de população assistida pelo CadÚnico, segundo Região de Saúde, IV Macrorregião de Saúde, Pernambuco, 2022.

Região de Saúde	População Residente	Beneficiários do CadÚnico	Percentual de população assistida (%)
VII	141.653	80.544	56,86
VIII	531.226	259.875	48,92

IX	338.050	219.547	64,95
Total da IV Macrorregião	**1.010.929**	**559.966**	**55,39**

Fonte**:** Cadastro Único, Janeiro de 2023.

2.1.12 Atividades econômicas

2.1.12.1 Atividades econômicas da VII Região de Saúde

As principais atividades econômicas nesse território são representadas pela pesca, agricultura, pecuária, comércio varejista e feiras livres. É importante ressaltar que o período de desenvolvimento na área da construção civil foi impulsionado, com o advento de empresas licitadas para a construção da Ferrovia Transnordestina e para a Transposição do Rio São Francisco, principalmente na zona rural dos municípios de Salgueiro e Terra Nova. Os demais serviços são representados por servidores públicos.

O clima é seco e quente, proporcionando constantes períodos de estiagens nessa região, fatores que também podem influenciar na economia e nas condições de saúde da população residente desta região.

2.1.12.2 Atividades econômicas da VIII Região de Saúde

Nesta região a agroindústria, vinicultura e fruticultura, são as atividades econômicas predominantes, com maior potencialidade de desenvolvimento para a agroindústria, agricultura e artesanato. Os principais produtos são o arroz, feijão, melão, tomate, manga, mamona, mamão, cebola, melancia, milho, banana, uva, goiaba e limão (Petrolina, 2014).

O crescimento econômico da região, intensificado nos últimos anos como polo dinâmico de desenvolvimento da irrigação, da fruticultura e de exploração turística às margens do Rio São Francisco, com suas ilhas e

hidrelétricas, têm impactado em um crescimento acelerado e desordenado, o que resulta em vários problemas sociais e de saúde.

Como potencialidades, a região constitui-se hoje como maior exemplo de desenvolvimento tecnológico da fruticultura irrigada no Nordeste, estando como o segundo pólo vitivinicultor do Brasil, com produção de vinhos finos, premiados nacional e internacionalmente. A partir dos investimentos estatais em infraestrutura hídrica e elétrica na região, a agricultura irrigada torna-se a principal atividade econômica produzindo impactos significativos sobre a renda e emprego, inclusive de atividades não agrícolas (Brasil, 2011).

2.1.12.3 Atividades econômicas da IX Região de Saúde

O Sertão do Araripe possui uma das maiores reservas de gipsita do país, sendo este minério a matéria prima para a indústria do gesso. O Brasil tem destaque mundial em reservas desse minério, com um potencial de produção estimado em 1.452.198.000 toneladas, sendo 18% dessas reservas concentradas no estado de Pernambuco, na região em questão. Assim, o sertão do Araripe tem como principal atividade econômica a exploração da gipsita no chamado Pólo Gesseiro do Araripe, o Arranjo Produtivo Local (APL) do gesso (IPA, 2014).

No Brasil, os depósitos mais importantes de gipsita fazem parte da sequência sedimentar cretácea, conhecida como Chapada do Araripe. Em Pernambuco, as principais ocorrências estão localizadas nos municípios de Araripina, Bodocó, Exu, Ipubi, Santa Filomena e Trindade, que compõem a microrregião de Araripina.

A gipsita explorada nessa área é por muitos considerada a de melhor qualidade do mundo, com a pureza do minério variando entre 88% e 98%, atualmente produzindo em torno de 97% do gesso consumido no país (IPA, 2014).

No Polo Gesseiro do Araripe são gerados 13,9 mil empregos diretos e 69 mil indiretos, resultantes da atuação de 42 minas de gipsita, 174 indústrias de calcinação e cerca de 750 indústrias de pré-moldados, que geram um faturamento anual na ordem de R$ 1,4 bilhões/ano (SINDUSGESSO, 2014).

Além das atividades econômicas decorrentes da gipsita, destacam-se ainda como uma das principais atividades econômicas da região do Araripe a agropecuária com caprinocultura, ovinocultura, bovinocultura, suinocultura, e as lavouras, com a produção de frutas, legumes e leguminosas.

Vale ressaltar que, enquanto institucionalidade legalmente constituída, a IV Macrorregião de Saúde tem prioridade no recebimento de recursos públicos destinados a investimentos que estejam de acordo com os interesses pactuados entre os entes que devem contemplar demandas por equipamentos e serviços públicos, fomentar arranjos produtivos locais, propiciar o ordenamento territorial e assim promover o seu desenvolvimento integrado (Brasil, 2011a).

2.1.13 Dados de Infraestrutura

Uma região deficiente em aspectos de infraestrutura está mais propensa ao aparecimento de determinadas enfermidades, deste modo, é de elevada importância a compreensão destes aspectos para que ações eficazes de planejamento em saúde sejam elaboradas e assim, oferecer qualidade de vida à população.

Considerando as informações disponíveis no Caderno de Informações da Saúde de 2021, divulgado pela Secretaria de Saúde do estado de Pernambuco, é possível observar um avanço significativo comparando os anos de 1991 a 2010, quando se trata do tipo de abastecimento de água na IV Macrorregião.

A tabela 19 expõe estes dados: em 1991 apenas 53% da população residente nesta IV macrorregião de saúde era contemplada com a rede geral de abastecimento de água. Quando comparamos com o ano de 2010, observamos um aumento de 20% neste quesito, apreciando então 73% da população desta localidade com o abastecimento de água através da rede geral.

Tabela 19: Tipos de abastecimento de água em porcentagem de domicílios da IV Macrorregião de Saúde, 1991, 2000 e 2010.

Tipo de abastecimento de água	1991	2000	2010
Rede geral	53	62,4	73
Poço ou nascente na propriedade	42,4	8	1,4
Outra forma	10,6	29,6	25,6

Fonte: Caderno de Informações em Saúde de Pernambuco, 2021.

Apesar do importante avanço, os esforços devem continuar para que os 27% da população, que ainda possuem outras alternativas de abastecimento de água, possam ser beneficiados, já que esses outros meios podem colaborar para o surgimento ou aumento das doenças de veiculação hídrica.

Um ponto importante que deve ser levado em consideração, é que os dados disponíveis nas plataformas de acesso à informação precisam ser atualizados para uma análise mais real da atual situação.

Seguindo para o quesito de Instalação Sanitária, a tabela 20 aborda a proporção de domicílios por tipo de Instalação Sanitária, fator importante que pode ser relacionado à prevalência de determinados agravos. Sendo assim, é possível observar avanços significativos nesta Macrorregião de Saúde quando comparamos os anos censitários.

Tabela 20: Tipos de instalações sanitárias em porcentagem nos domicílios da IV Macrorregião de Saúde, 1991, 2000 e 2010.

Tipo Instalação Sanitária	1991	2000	2010
Rede geral	53	62,4	73
Poço ou nascente na propriedade	42,4	8	1,4
Outra forma	10,6	29,6	25,6
Rede geral de esgoto ou pluvial	10	38,4	47,5
Fossa séptica	1,5	4,8	9,2
Fossa rudimentar	27,2	19,6	22,5
Vala	0,8	1,9	4

Fonte: Caderno de Informações em Saúde de Pernambuco, 2021.

No ano de 1991, apenas 10% dos domicílios desta Macrorregião eram contemplados com instalação de rede geral de esgoto, já em 2010 esse número se elevou para 47,5%, ou seja, quase metade dos domicílios, demonstrando melhoria nesta aspecto entre os anos avaliados. Já na tabela 21 vemos em número e proporção os domicílios que possuem esgotamento sanitário por Região de Saúde, segundo o Censo Demográfico de 2022.

Tabela 21: Número e proporção de domicílios com esgotamento sanitário por Região de Saúde, Pernambuco, 2022.

Região de Saúde	Nº de domicílios	Nº de domicílios com esgotamento sanitário	Proporção de domicílios com esgotamento sanitário
VII	45.263	24.551	54,24%
VIII	174.872	111.259	63,62%
IX	109.788	39.984	36,42%
IV Macrorregião	**329.923**	**175.794**	**53,28%**

Fonte: IBGE, 2022.

A região que apresenta uma melhor proporção, neste caso, é a VIII, com 63,62% de domicílios com acesso à esgotamento sanitário, mesmo assim, ainda encontra-se abaixo da proporção nacional que foi de 75,7% no mesmo ano. O próprio IBGE, responsável pela pesquisa, destaca a exposição de uma enorme disparidade regional do acesso a esgotamento adequado no país (IBGE, 2022).

Outro fator que se enquadra nesse contexto sanitário é a coleta adequada do lixo. Os números demonstrados na tabela 22 evidenciam avanços, quando se comparado aos anos de 1991 e 2010, no entanto, ainda há muito a ser melhorado, visto que, a presença do lixo não coletado expõe a população a riscos quanto à saúde, além de contribuir para o aparecimento de vetores/veiculadores de microrganismos causadores de doenças.

Tabela 22: Tipos de coletas de lixo em porcentagem nos domicílios da IV Macrorregião de Saúde, 1991, 2000 e 2010.

Tipo de Coleta de Lixo	1991	2000	2010
Coletado	34,2	47,7	67,3
Queimado (na propriedade)	31,9	13,2	20,3
Enterrado (na propriedade)	2,3	0,7	0,4
Jogado	1,7	37,5	11,4
Outro destino	0,1	1	0,7

Fonte: Caderno de Informações em Saúde de Pernambuco, 2021.

2.2 Indicadores de Saúde

2.2.1 Indicadores de Saúde de Nascimento

Segundo a definição da Organização Mundial da Saúde (OMS), Nascido Vivo é a expulsão ou extração completa do corpo da mãe, independentemente da duração da gravidez, de um produto de concepção que, depois da separação, respire ou apresente qualquer outro sinal de vida, tal como batimentos do coração, pulsações do cordão umbilical ou movimentos efetivos dos músculos de contração voluntária, estando ou não cortado o cordão umbilical e estando ou não desprendida a placenta. Cada produto de um nascimento que reúna essas condições se considera como uma criança viva.

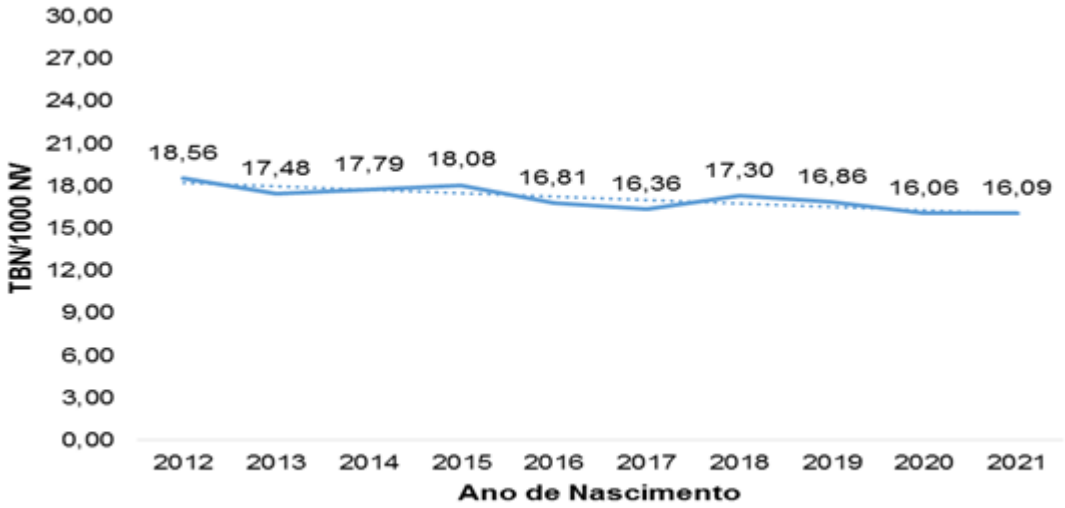
A Taxa Bruta de Natalidade (TBN) é o número de nascidos vivos, por mil habitantes, na população residente em determinado espaço

geográfico, no ano considerado (Brasil, 2000). Ao analisar a TBN da IV Macrorregião de Saúde de Pernambuco (gráfico 02), percebe-se uma redução ao longo da série histórica, de forma mais acentuada entre 2015 e 2017 (10,06%). Este evento pode estar vinculado à epidemia pelo ZiKa vírus, iniciada entre 2014 e 2015.

Segundo Mateleto *et.al* (2020), embora as tendências demográficas sugerissem um aumento nos nascimentos em 2016, observou-se uma redução que pode ter sido influenciada pela divulgação da associação das síndromes congênitas com a epidemia do Zika e a fatores chaves como idade (uma vez que mulheres mais jovens poderiam adiar planos para gestações), educação e nível sócio econômico. Ressaltam ainda que, além da epidemia, o cenário de crise econômica e política do país podem ter interferido na redução da TBN.

Embora perceba-se um aumento de 2,5% em 2018 comparado ao ano anterior, houve uma nova redução da TBN em 2019 e 2020. Em 2020 pode haver associação com a pandemia pelo coronavírus e à COVID 19. Estudo realizado por Camarano (2023) aponta as possíveis interferências da pandemia da Covid-19 na dinâmica demográfica Brasileira. Segundo a mesma, a queda da taxa da fecundidade no Brasil pode ter sido acentuada pela pandemia devido a fatores como vulnerabilidade das gestantes à complicações pela Covid 19, incertezas em relação ao futuro e diminuição de encontros casuais.

Gráfico 2: Taxa Bruta de Natalidade por 1000 Nascidos Vivos, IV Macrorregião de Saúde, Pernambuco, 2012 a 2021.



Fonte: SINASC, 2023.

Em relação ao sexo, percebe-se na tabela 23 que a IV Macrorregião de Saúde apresenta uma razão de 105,28 homens para 100 mulheres, enfantizando que o maior número de nascidos vivos é do sexo masculino. A maior razão foi observada na VII Região de Saúde (105,28) e a menor na IX (104,27). Estudos realizados em Sergipe e Minas Gerais apresentaram valores semelhantes aos da IV Macrorregião de Saúde de Pernambuco (Cravo e Oliveira, 2013; Alencar *et al*, 2020).

Tabela 23: Razão de Nascidos Vivos por sexo, IV Macrorregião de Saúde de Pernambuco, 2012 a 2021.

Região de Saúde	Masculino	Feminino	Ignorado	Total	Razão*
VII	11.983	11.382	7	23.372	105,28
VIII	44.474	42.320	12	86.806	105,08
IX	29.845	28.621	3	58.469	104,27
Total da IV Macrorregião	**86.302**	**82.323**	**22**	**168.647**	**104,83**

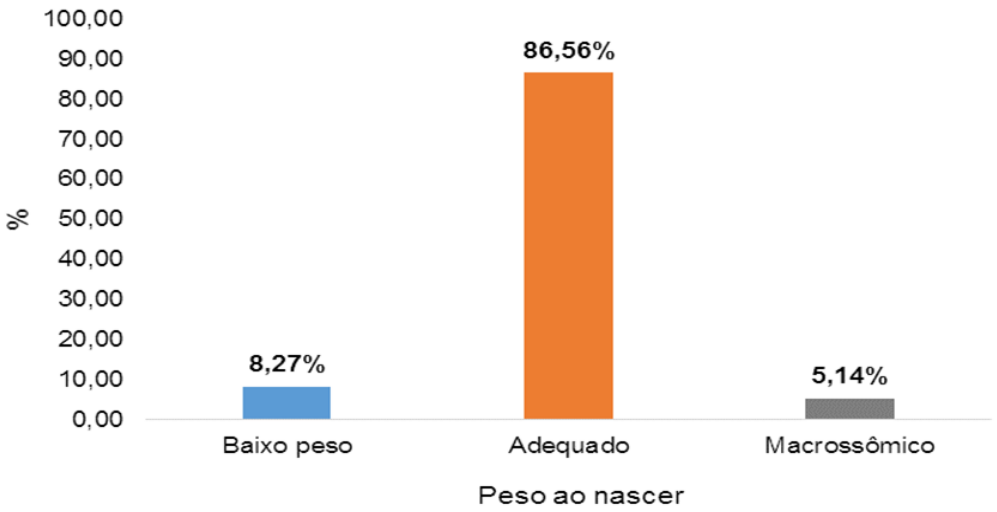
*Número de nascimentos masculinos por cada 100 nascimentos femininos
Fonte: SINASC, 2023.

O peso ao nascer é um parâmetro que é usado para avaliar as condições de saúde do recém-nascido. O baixo peso ao nascer (< 2.500g)

é associado à maior mortalidade e morbidade neonatal e infantil, sendo considerado o fator isolado mais influente na sobrevivência nos primeiros anos de vida.

No outro extremo, a macrossomia fetal (> 4.000g) é relacionada à asfixia neonatal, maior risco de hipoglicemia fetal, rotura prematura de membranas, trabalho de parto prematuro, desproporção feto-pélvica, traumas esqueléticos, distúrbios hidroeletrolíticos, aspiração de mecônio, entre outros. Além disso, em longo prazo, o crescimento fetal inadequado favorece o desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis na vida adulta (Tourinho e Reis, 2013). O gráfico 03 traz a proporção de nascidos vivos, segundo peso ao nascer na IV Macrorregião de Saúde de Pernambuco.

Gráfico 3: Proporção de Nascidos Vivos, segundo peso ao nascer, IV Macrorregião de Saúde de Pernambuco, 2012 a 2021.



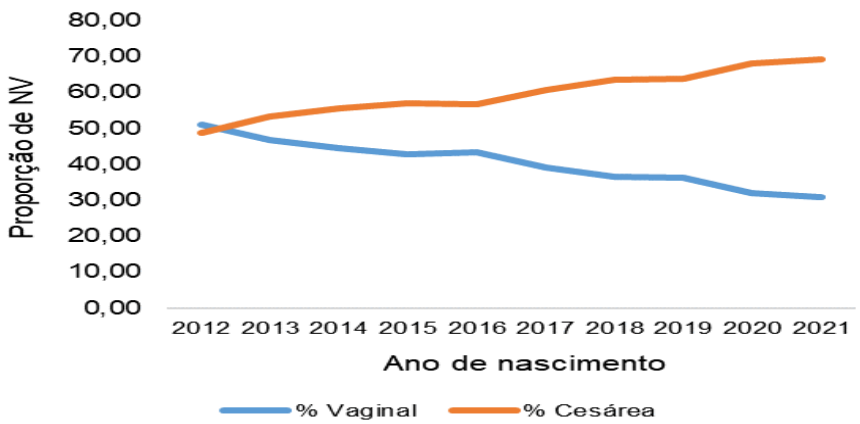
Fonte: SINASC, 2023.

Os extremos de peso ao nascer registrados na IV Macrorregião de Saúde de Pernambuco giram em torno de 13% considerando a série histórica avaliada, o que corresponde a 22.615 recém-nascidos com peso inadequado. O maior percentual de peso adequado ao nascer foi

registrado na IX Região de Saúde (87,60%), seguido da VII e VIII Região, o que corresponde a 86,66% e 85,84%, respectivamente.

Com relação ao tipo de parto, entre 2012 e 2021, na IV Macrorregião de Saúde, houve uma tendência à redução de partos vaginais. Na VII Região de Saúde no início da série histórica prevaleciam os partos vaginais com incremento de 2,39% quando comparado ao parto cesariano. Mais recentemente, em 2021, observa-se uma diferença de 38,34% no quantitativo de partos cesáreos quando comparado ao parto vaginal, conforme gráfico 04.

Gráfico 4: Proporção de Nascidos Vivos segundo o tipo de parto, VII Região de Saúde, Pernambuco, 2012 a 2021.

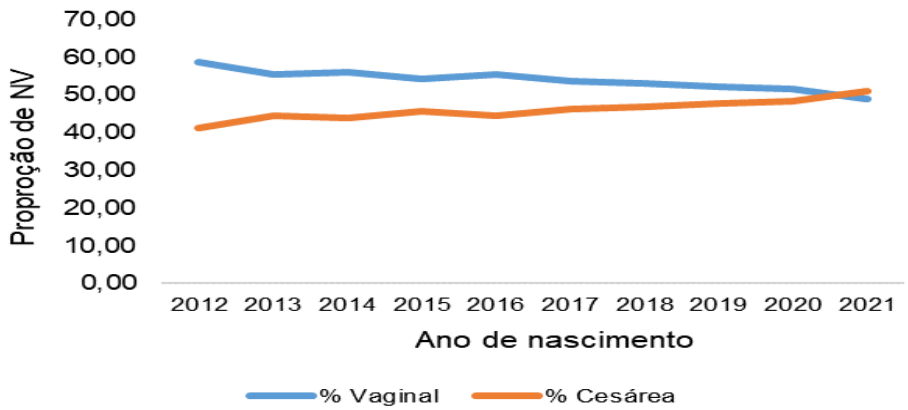


Fonte: SINASC, 2023

Os gráficos 05 e 06 trazem a proporção de nascidos vivos por tipo de parto da VIII e IX Região de Saúde, respectivamente, e também apresentam uma inclinação ao aumento dos partos cesáreos. Embora a OMS recomende que as taxas de cesárea estejam entre 10 e 15%, observamos valores muito acima na IV Macrorregião de Saúde, chegando a 69,17% na VII Região de Saúde em 2021. Corroborando com o estudo de Betran AP *et al*, 2021, que apresentou resultados onde as taxas de cesárea na América latina e Caribe continuam aumentando. Segundo o

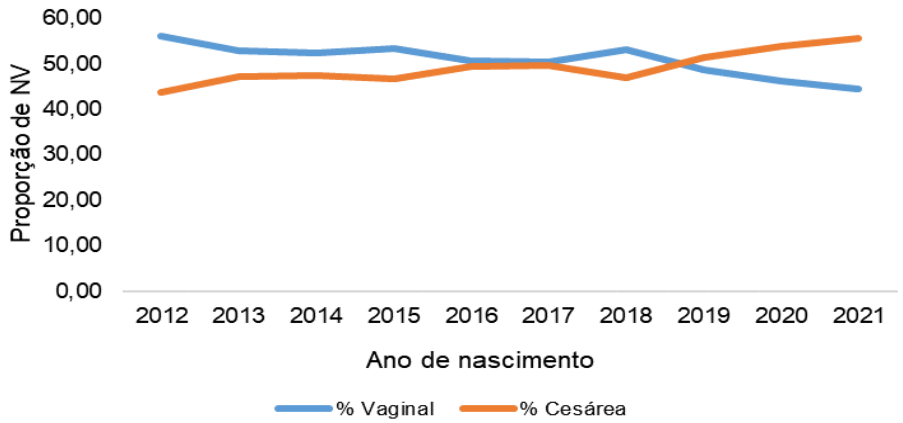
mesmo, há tendência à medicalização do parto e abordar esta questão deve ser uma prioridade global.

Gráfico 5: Proporção de Nascidos Vivos segundo o tipo de parto, VIII Região de Saúde, Pernambuco, 2012 a 2021.



Fonte: SINASC, 2023

Gráfico 6: Proporção de Nascidos Vivos segundo o tipo de parto, IX Região de Saúde, Pernambuco, 2012 a 2021.



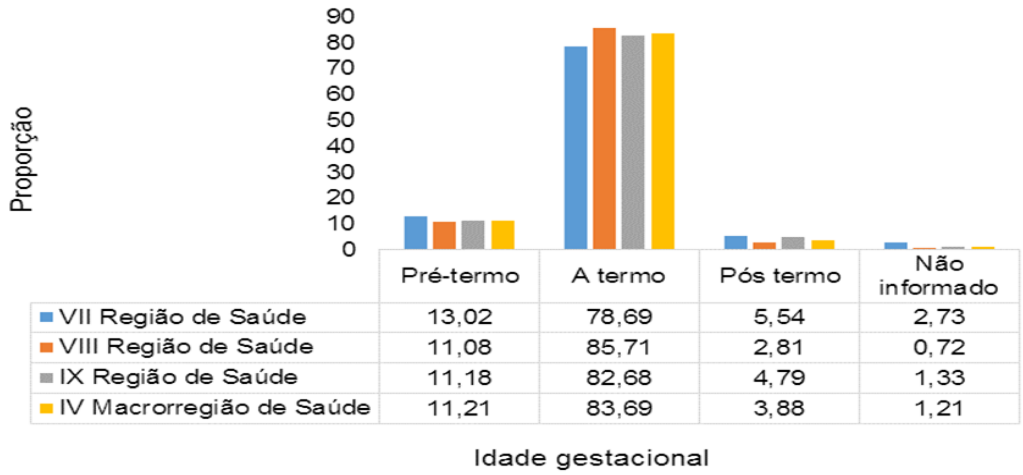
Fonte: SINASC, 2023

A Idade gestacional (IG) do recém nascido (RN) é considerada a partir do primeiro dia do último período menstrual da mãe. Pode ser expressa em dias ou semanas completas. Sendo considerado RN pré-termo as crianças nascidas até 36 semanas e 6 dias de IG, RN a termo as

crianças nascidas entre 37 e 41 semanas e 6 dias de IG e RN pós termo as crianças nascidas com 42 semanas ou mais de IG (Paraná, 2020).

A análise dos dados referente à idade gestacional demonstrou que 83,69% das crianças nascidas na IV Macrorregião de Saúde de Pernambuco nasceram a termo. Em relação à prematuridade, a média foi de 11,08%, ao longo do período, conforme mostra o Gráfico 07.

Gráfico 7: Proporção de Nascidos Vivos segundo Classificação da Idade Gestacional, IV Macrorregião de Saúde de Pernambuco, 2012 a 2021.



	Pré-termo	A termo	Pós termo	Não informado
VII Região de Saúde	13,02	78,69	5,54	2,73
VIII Região de Saúde	11,08	85,71	2,81	0,72
IX Região de Saúde	11,18	82,68	4,79	1,33
IV Macrorregião de Saúde	11,21	83,69	3,88	1,21

Fonte: SINASC, 2023

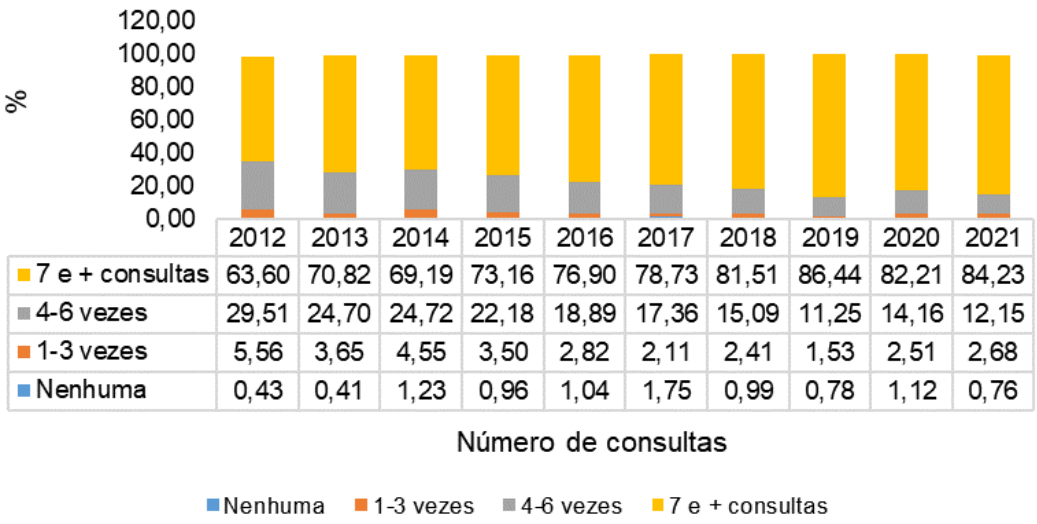
Estudo realizado por Alberton, Rosa e Iser 2023, mostrou que a prevalência da prematuridade no Brasil durante o período de 2011 a 2021 foi de 11,1%, sendo a Região Norte do Brasil com maior proporção correspondendo a 11,6%. Com relação aos fatores maternos a prematuridade esteve associada a extremos de faixas etárias, escolaridade inferior a oito anos, gestantes que realizaram entre quatro e seis consultas de pré-natal, com relação ao tipo de parto cesáreo ou vaginal não foi observada associação, tendo estabilidade a prematuridade em ambos os tipos de parto no período estudado.

A realização do pré-natal representa papel fundamental na prevenção e/ou detecção precoce de patologias tanto maternas como

fetais, permitindo um desenvolvimento saudável do bebê e reduzindo os riscos da gestante. Durante as consultas de pré-natal é possível identificar doenças que já estavam presentes no organismo, porém, evoluindo de forma silenciosa, como a hipertensão arterial, diabetes, doenças do coração, anemias, sífilis, e problemas fetais, como más formações. Uma vez diagnosticados permitem medidas de tratamento que evitam maior prejuízo à mulher, e nos casos de problemas fetais em fases iniciais, é possível o tratamento intraútero proporcionando ao recém-nascido uma vida normal (Brasil, 2022e).

A seguir é possivel visualizar os gráficos que trazem a proporção de nascidos vivos segundo número de consultas de pré-natal por local de residência da mãe em cada uma das regiões de saúde entre 2012 e 2021.

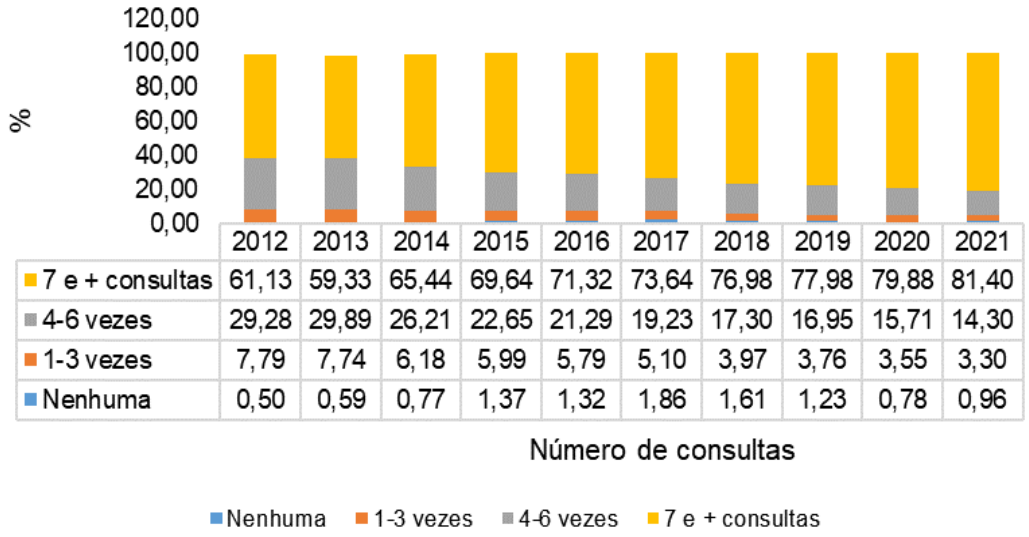
Gráfico 8: Proporção de Nascidos Vivos segundo número de consultas de PN por local de residência da mãe, VII Região de Saúde de Pernambuco, 2012 a 2021.



	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
7 e + consultas	63,60	70,82	69,19	73,16	76,90	78,73	81,51	86,44	82,21	84,23
4-6 vezes	29,51	24,70	24,72	22,18	18,89	17,36	15,09	11,25	14,16	12,15
1-3 vezes	5,56	3,65	4,55	3,50	2,82	2,11	2,41	1,53	2,51	2,68
Nenhuma	0,43	0,41	1,23	0,96	1,04	1,75	0,99	0,78	1,12	0,76

Fonte: SINASC, 2023

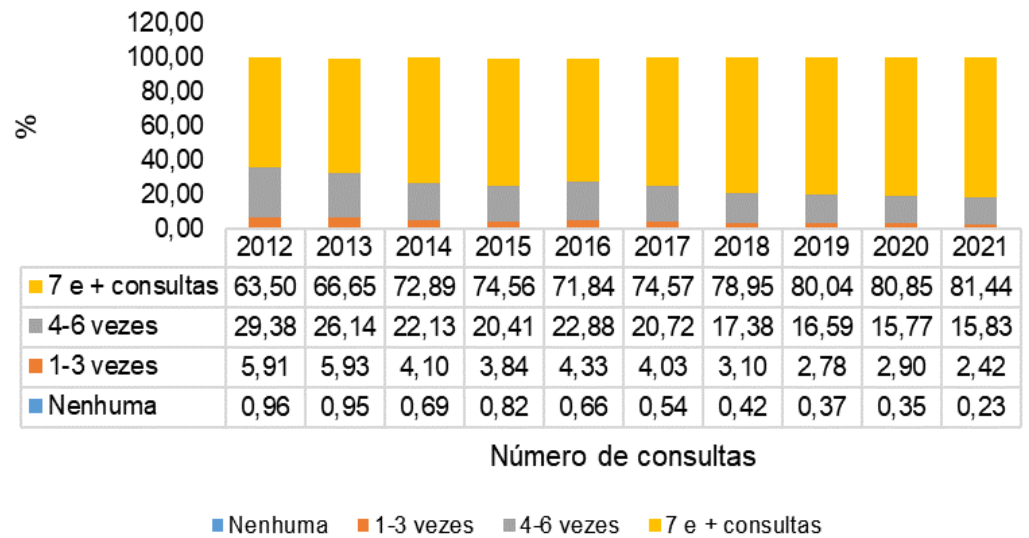
Gráfico 9: Proporção de Nascidos Vivos segundo número de consultas de PN por local de residência da mãe, VIII Região de Saúde de Pernambuco, 2012 a 2021.



	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
7 e + consultas	61,13	59,33	65,44	69,64	71,32	73,64	76,98	77,98	79,88	81,40
4-6 vezes	29,28	29,89	26,21	22,65	21,29	19,23	17,30	16,95	15,71	14,30
1-3 vezes	7,79	7,74	6,18	5,99	5,79	5,10	3,97	3,76	3,55	3,30
Nenhuma	0,50	0,59	0,77	1,37	1,32	1,86	1,61	1,23	0,78	0,96

Fonte: SINASC, 2023

Gráfico 10: Proporção de Nascidos Vivos segundo número de consultas de PN por local de residência da mãe, IX Região de Saúde de Pernambuco, 2012 a 2021.



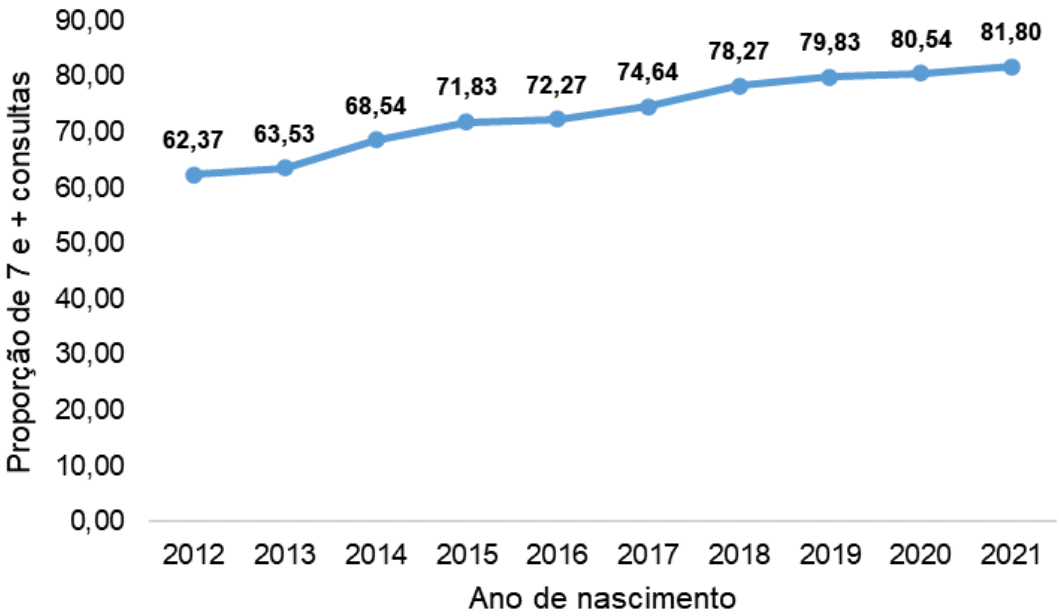
	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
7 e + consultas	63,50	66,65	72,89	74,56	71,84	74,57	78,95	80,04	80,85	81,44
4-6 vezes	29,38	26,14	22,13	20,41	22,88	20,72	17,38	16,59	15,77	15,83
1-3 vezes	5,91	5,93	4,10	3,84	4,33	4,03	3,10	2,78	2,90	2,42
Nenhuma	0,96	0,95	0,69	0,82	0,66	0,54	0,42	0,37	0,35	0,23

Fonte: SINASC, 2023.

Na série histórica avaliada, observa-se um aumento no número de consultas de PN em todas as Regiões de Saúde (gráficos 08, 09 e 10). Em 2021 as três regiões atingiram mais de 80% das gestantes com 7 ou mais consultas de PN realizadas. Em 2012, a IV Macrorregião de Saúde de Pernambuco registrou 62,37% de gestantes com sete ou mais consultas de PN, atingindo em 2021 o valor de 81,80% conforme mostra o gráfico 11.

Não obstante, vale ressaltar que esses dados, apesar de sua importância, não são suficientes para refletir a qualidade da assistência ao pré-natal, considerando outros fatores como o período de início do pré-natal e os exames realizados, são fundamentais para a reduzir os riscos à saúde da mulher e da criança (Brasil, 2016b).

Gráfico 11: Proporção de Nascidos Vivos com sete ou + consultas de PN, IV Macrorregião de Saúde de Pernambuco, 2012 a 2021.



Fonte: SINASC, 2023.

Outro parâmetro importante é a avaliação sistemática do recém-nascido, realizada no 1º e 5º minuto após seu nascimento através da escala de Apgar. Como critérios, são observados e pontuados a

frequência cardíaca, respiração, tônus muscular, irritabilidade reflexa e cor, evidenciando a vitalidade ao nascer.

Pontuações de 0 a 3 apontam asfixia grave, 4 a 7 asfixia moderada e de 8 a 10 indicam boa vitalidade. Segundo Almeida (2022), embora não seja utilizada como indicador para realização de procedimentos de reanimação, a escala de APGAR permite avaliar a resposta do RN às manobras realizadas.

Verifica-se na tabela 24 que 95,65% dos recém-nascidos filhos de mães residentes na IV Macrorregião de Saúde, apresentou score de 8 a 10 no 5º minuto de vida, o que indica boa vitalidade. Infere-se que as manobras assistenciais realizadas contribuem para melhoria da vitalidade, visto que o percentual de 8 a 10 foi de 83,33% no 1º minuto de vida. No tocante à avaliação do APGAR não houve variações significativas quando comparadas as Regiões de Saúde.

Prado, Fontes e Schimidt (2015), evidenciam em estudo que variáveis como estado civil e residência da mãe, número de consultas durante o pré-natal e relacionadas ao RN (idade gestacional, raça, sexo e peso) associam-se diretamente ao valor do APGAR ao nascer.

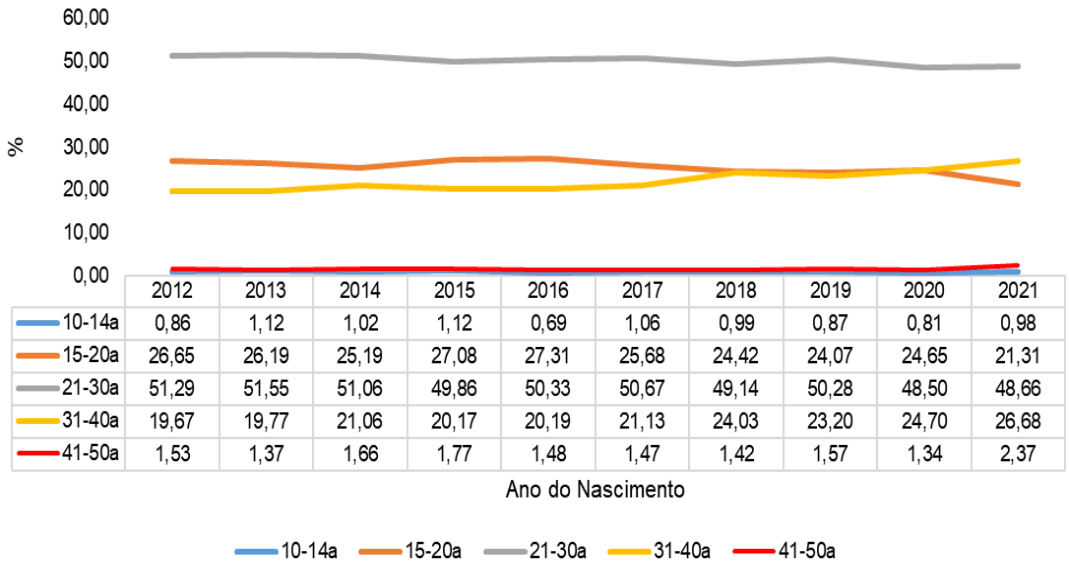
Tabela 24: Proporção de Nascidos Vivos segundo Apgar no 1º e no 5º minuto, IV Macrorregião de Saúde de Pernambuco, 2012 a 2021.

APGAR	VII Região de Saúde		VIII Região de Saúde		IX Região de Saúde		IV Macrorregião de Saúde	
	1º min (%)	5º min (%)	1º min (%)	5º min (%)	1º min (%)	5º min (%)	1º min (%)	5º min (%)
0 a 3	1,42	0,47	1,82	0,66	1,23	0,45	1,55	0,56
4 a 7	17,95	2,46	15,90	2,42	8,55	2,06	13,63	2,30
8 a 10	80,24	96,98	80,02	94,64	89,50	96,75	83,33	95,65
Ignorado	0,39	0,39	2,27	2,28	0,72	0,73	1,46	1,47

Fonte: SINASC, 2023.

No tocante à proporção de nascidos vivos segundo faixa etária da mãe, na série histórica da VII Região de Saúde, demonstrada no gráfico 12, observa-se, no período de 2012 a 2021, uma redução de 5,34% de gestantes de 15 a 20 anos e um incremento 7,01% de 31 a 40 anos. Destacando ainda que não foram registradas gestantes nas faixas etárias menores que 10 anos e maiores que 50 anos.

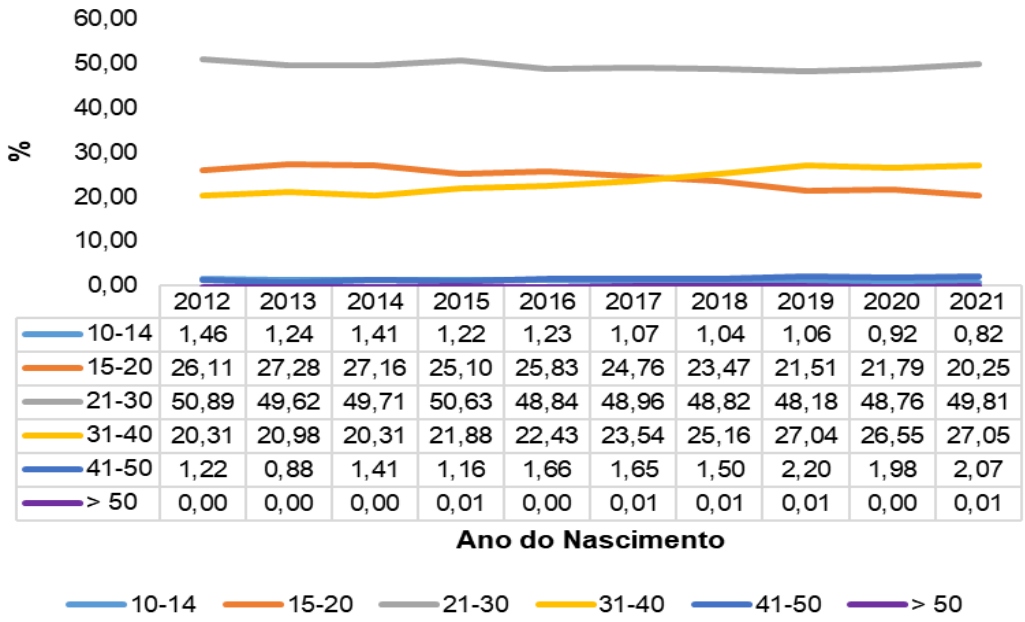
Gráfico 12: Proporção de Nascidos Vivos segundo faixa etária da mãe, VII Região de Pernambuco, 2012 a 2021.



	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
10-14a	0,86	1,12	1,02	1,12	0,69	1,06	0,99	0,87	0,81	0,98
15-20a	26,65	26,19	25,19	27,08	27,31	25,68	24,42	24,07	24,65	21,31
21-30a	51,29	51,55	51,06	49,86	50,33	50,67	49,14	50,28	48,50	48,66
31-40a	19,67	19,77	21,06	20,17	20,19	21,13	24,03	23,20	24,70	26,68
41-50a	1,53	1,37	1,66	1,77	1,48	1,47	1,42	1,57	1,34	2,37

Fonte: SINASC, 2023.

Gráfico 13: Proporção de nascidos vivos segundo faixa etária da mãe (em anos), 2012 a 2021, VIII Região de Saúde, Pernambuco.



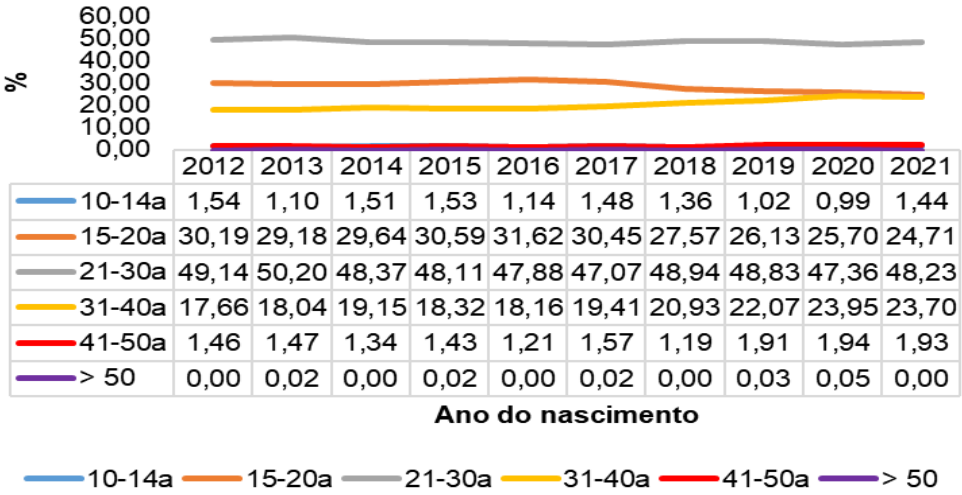
	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
10-14	1,46	1,24	1,41	1,22	1,23	1,07	1,04	1,06	0,92	0,82
15-20	26,11	27,28	27,16	25,10	25,83	24,76	23,47	21,51	21,79	20,25
21-30	50,89	49,62	49,71	50,63	48,84	48,96	48,82	48,18	48,76	49,81
31-40	20,31	20,98	20,31	21,88	22,43	23,54	25,16	27,04	26,55	27,05
41-50	1,22	0,88	1,41	1,16	1,66	1,65	1,50	2,20	1,98	2,07
> 50	0,00	0,00	0,00	0,01	0,00	0,01	0,01	0,01	0,00	0,01

Fonte: SINASC, 2023.

Quanto à VIII Região de Saúde, pode ser visualizado no gráfico 13 que no período de 2012 a 2021 houve uma redução de 5,86% das gestantes de 15 e 20 anos, enquanto na faixa etária de 31 a 40 anos aumentou em 6,31%. Pode ser destacado que embora não haja registros de gestantes menor que 10 anos, há registros de gestantes acima de 50 anos.

Conforme o gráfico 14, a IX Região de Saúde apresenta as maiores proporções de gestantes de 15 a 20 anos, embora perceba-se uma redução de 5,19% das mesmas no período de 2012 a 2021. Pode ser verificado o aumento de 6,04% de gestantes com 31 a 40 anos além do registro de gestantes de faixas etárias mais elevadas, acima de 50 anos.

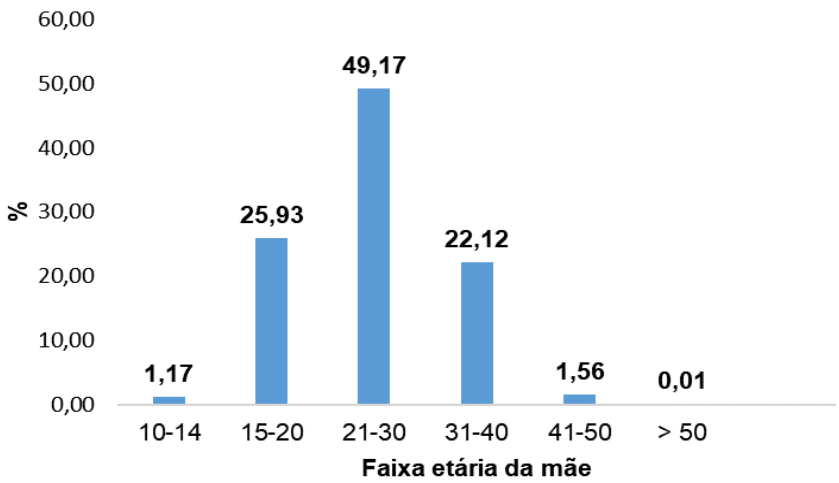
Gráfico 14: Proporção de nascidos vivos segundo faixa etária da mãe (em anos), 2012 a 2021, IX Região de Saúde, Pernambuco.



	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
10-14a	1,54	1,10	1,51	1,53	1,14	1,48	1,36	1,02	0,99	1,44
15-20a	30,19	29,18	29,64	30,59	31,62	30,45	27,57	26,13	25,70	24,71
21-30a	49,14	50,20	48,37	48,11	47,88	47,07	48,94	48,83	47,36	48,23
31-40a	17,66	18,04	19,15	18,32	18,16	19,41	20,93	22,07	23,95	23,70
41-50a	1,46	1,47	1,34	1,43	1,21	1,57	1,19	1,91	1,94	1,93
> 50	0,00	0,02	0,00	0,02	0,00	0,02	0,00	0,03	0,05	0,00

Fonte: SINASC IX GERES. Dados coletados em novembro de 2023.

Gráfico 15: Proporção de nascidos vivos segundo faixa etária da mãe (em anos), 2012 a 2021, IV Macrorregião de Saúde, Pernambuco.



Fonte: SINASC VII, VIII e IX GERES. Dados coletados em novembro de 2023.

Ao analisar o gráfico 15, a IV Macrorregião de Saúde, mesmo com diferenças entre as regionais, percebe-se uma redução de gestações nas faixas etárias mais jovens no geral, principalmente de 15 a 20 anos e um aumento das gestações acima de 30 anos. Sendo que no período

analisado a maioria das gestantes (49,17%) na faixa etária de 21 a 30 anos, seguida das adolescentes de 15 a 20 anos com 25,93%.

Um estudo realizado por Alves *et al*, 2023 com adolescentes grávidas de 10 a 19 anos evidenciou que 95% das gestações não foram planejadas, o que pode trazer consequências para a saúde da mãe e da criança.

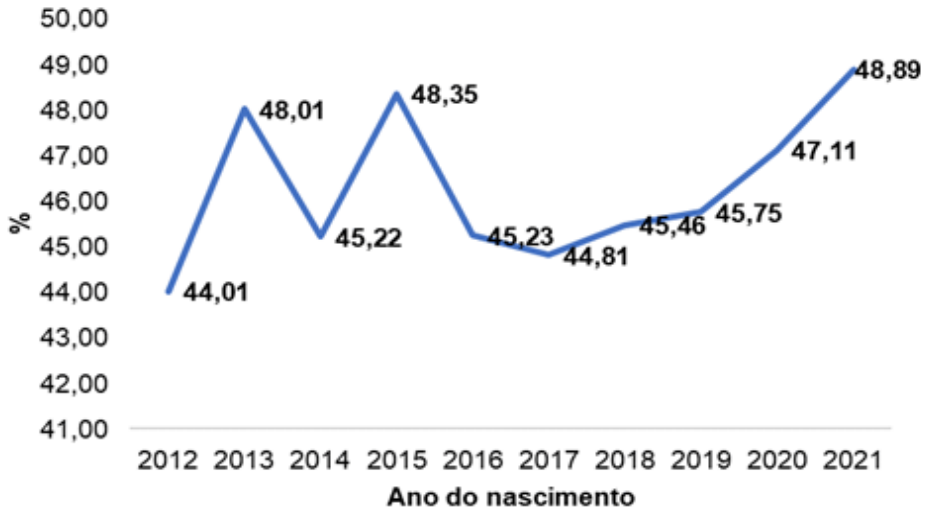
Quanto à proporção de partos cesáreos em primíparas, é possível observar nos gráficos a seguir (16, 17 e 18) os dados de todas as regiões que compõem a IV Macrorregião de Saúde. Conforme o gráfico 16, verifica-se na VII Região de Saúde o menor percentual em 2012 com 57,29% e o maior percentual de cesáres em primíparas em 2020, ano em que a proporção atingiu 72,01%.

Gráfico 16: Proporção de partos cesáreos em primíparas, 2012 a 2021, VII Região de Saúde, Pernambuco.



Fonte: SINASC VII GERES. Dados coletados em novembro de 2023.

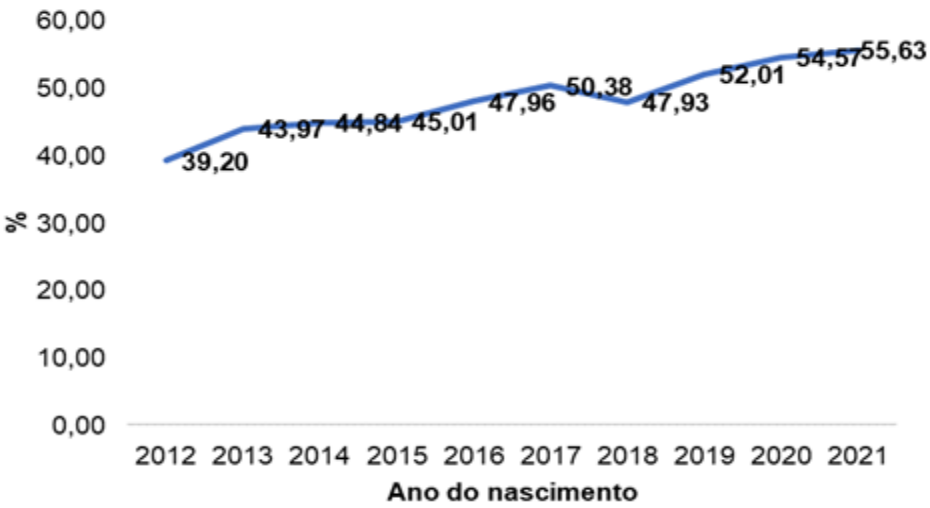
Gráfico 17: Proporção de partos cesáreos em primíparas, 2012 a 2021, VIII Região de Saúde, Pernambuco.



Fonte: SINASC, 2023.

Em referência a VIII Região de Saúde, no gráfico 17, percebe-se uma variação no período, na qual a menor proporção ocorreu em 2012, com 44,01%; e a maior em 2021, com 48,89%.

Gráfico 18: Proporção de partos cesáreos em primíparas, 2012 a 2021, IX Região de Saúde, Pernambuco.

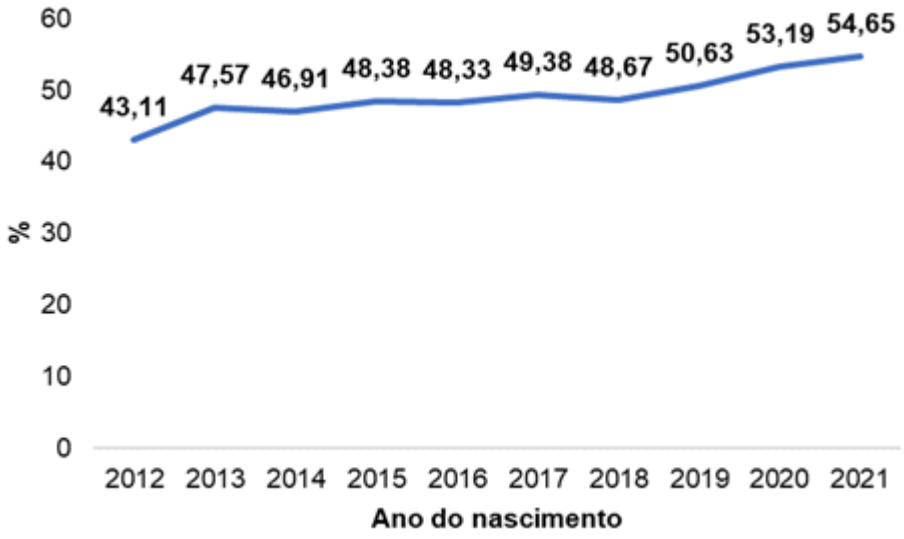


Fonte: SINASC, 2023.

Quanto à IX Região de Saúde, conforme o gráfico 18, verifica-se durante o período de 2012 e 2021 uma tendência de ascensão dos partos cesáreos em primíparas, apresentando uma diferença de 16,43% entre os extremos, sendo 2012 com menor proporção, com 39,20%; e 2021 representando o pico da série, com 55,63%.

A série histórica de 2012 a 2021 da IV Macrorregião de Saúde pode ser observada no gráfico 19, onde há uma ascensão de partos cesáreaos em primíparas, registrando maior proporção em 2021, sendo de 54,65%. Segundo estudo de Rasador e Abegg (2019), altas taxas de cesáreas em primíparas podem levar novamente a partos cesáreos em outras gestações.

Gráfico 19: Proporção de partos cesáreos em primíparas, 2012 a 2021, IV Macrorregião de Saúde, Pernambuco.



Fonte: SINASC, 2023.

Pensando na organização da rede e no acolhimento às gestantes para realização de partos, verifica-se na tabela 25 que a IX Região de Saúde conseguiu executar nos municípios e nas duas referências regionais, 90,58% destes. Esse percentual foi de 89,98% na VII Região e 81,26% na VIII Região de Saúde.

Destaca-se ainda, a ocorrência de partos em locais fora do território da IV Macrorregião de Saúde. Esse fato é mais pronunciado na VIII Região onde 15,32% (N = 13.302) dos partos são de ocorrência em outras cidades/estados que não fazem parte da macrorregião, a saber: Juazeiro da Bahia (N = 11.678 partos), Paulistana – PI (N = 678) e 144 partos ocorridos no estado do Ceará.

Tabela 25: Número absoluto e proporção de partos por local de ocorrência, segundo o local de residência da mãe, IV Macrorregião de Saúde, Pernambuco, 2012 a 2021.

Local de Residência		Local de Ocorrência		
		VII Região de Saúde	IV Macrorregião	Demais Localidades (BR)
VII Região de Saúde	(n)	7.771	394	47
	(%)	89,96	3,42	5,45
		VIII Região de Saúde	IV Macrorregião	Demais Localidades (BR)
VIII Região de Saúde	(n)	70.539	2.965	13.302
	(%)	81,26	3,47	15,32
		IX Região de Saúde	IV Macrorregião	Demais Localidades (BR)
IX Região de Saúde	(n)	52.962	2.894	2.614
	(%)	90,58	4,95	4,47

Fonte: SINASC, 2023.

A tendência de ocorrência de partos de residentes na IX Região de Saúde no estado fronteiriço, o Ceará, é muito marcante, na série histórica considerada, foram identificados 1.859 partos neste estado, o que corresponde a cerca de 71% dos partos ocorridos fora da região de residência. Tal fato também foi observado na VII Região de Saúde, a saber, 229 partos (48,6%) ocorreram no estado do Ceará.

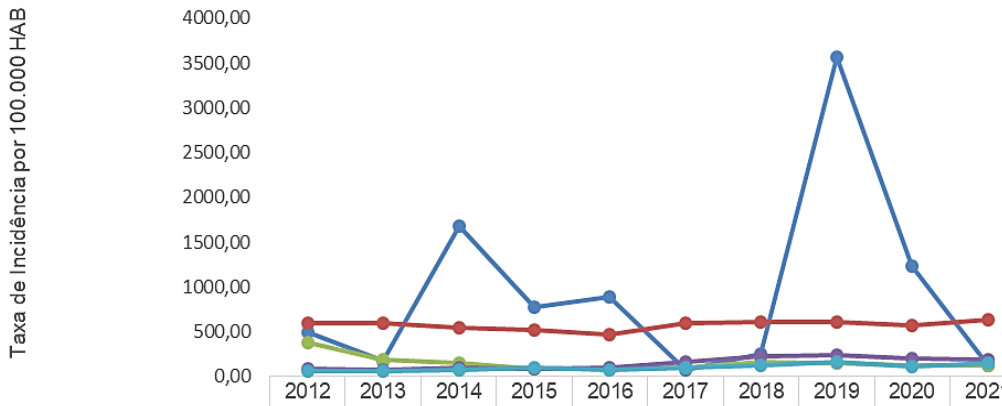
2.2.2 Indicadores de Saúde de Morbidade

2.2.2.1 Principais Doenças e Agravos de Notificação Compulsória

A Notificação Compulsória é a comunicação oficial às autoridades de saúde sobre a ocorrência de Agravos e Doenças, esta pode ser feita por qualquer profissional de saúde ou cidadão, visando a adoção de medidas e intervenções pertinentes, é considerado um importante indicador dos serviços de vigilância em saúde, e é utilizado como estratégia para melhorar o conhecimento sobre o comportamento dos agravos e doenças na sociedade (Brasil, 2003).

Nos gráficos a seguir (20, 21 e 22) podemos observar as principais doenças e agravos notificados em cada uma das regiões que compõem a IV Macrorregião de Saúde entre 2012 e 2021.

Gráfico 20: Taxa de Incidência (por 100.000 habitantes) dos Principais Agravos e Doenças Notificados na VII Região de Saúde de Pernambuco, 2012 a 2021.



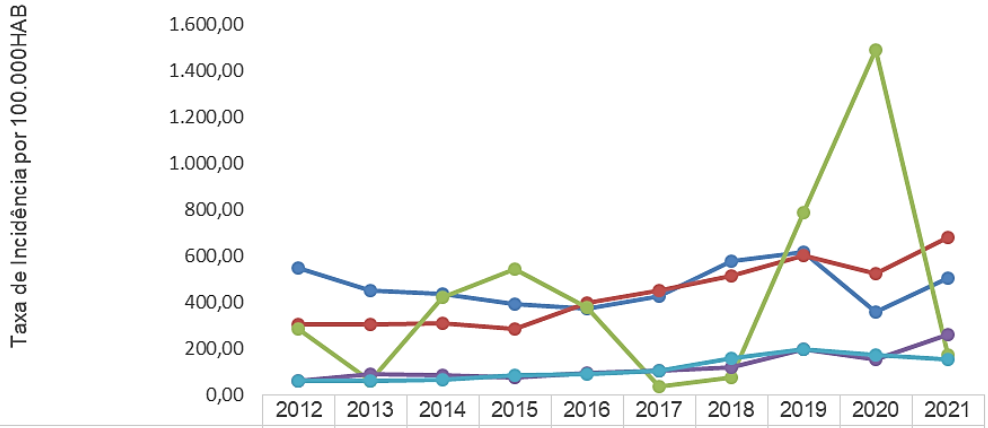
	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Dengue	496,10	182,35	1676,07	772,05	887,17	78,18	258,51	3571,26	1240,08	127,58
Atendimento Antirrábico	593,75	592,80	540,07	524,31	470,56	592,13	609,55	609,55	575,87	635,89
Intoxicação Exógena	386,33	192,75	156,57	86,47	88,10	95,86	164,63	149,68	124,75	122,88
Violência Interpessoal/Autoprovada	81,26	78,35	98,63	89,90	95,61	166,56	229,94	242,46	200,95	184,66
Acidente por Animais Peçonhentos	57,02	66,56	70,35	95,39	79,22	93,82	125,18	163,22	109,24	150,41

Fonte: SINANNET, 2024.

Conforme consta no gráfico 20, as cinco principais doenças e agravos notificados na VII Região de Saúde, foram dengue, atendimento antirrábico, intoxicação exógena, violência interpessoal/autoprovocada e acidentes por animais peçonhentos, em ordem de maior para menor quantidade de casos notificados. A maior Taxa de Incidência verificada foi de Dengue (3571,26 por 100.000 hab) em 2019.

Já na VIII Região de Saúde, foram atendimento antirrábico, violência interpessoal/autoprovocada, dengue, intoxicação exógena e acidente por animais peçonhentos, por ordem de maior para menor quantidade de casos notificados. A maior incidência foi de casos notificados de Dengue (1.489,79 por 100.000HAB) em 2020, como mostra o gráfico 21.

Gráfico 21: Taxa de Incidência (por 100.000 habitantes) dos Principais Agravos e Doenças Notificados na VIII Região de Saúde de Pernambuco, 2012 a 2021.



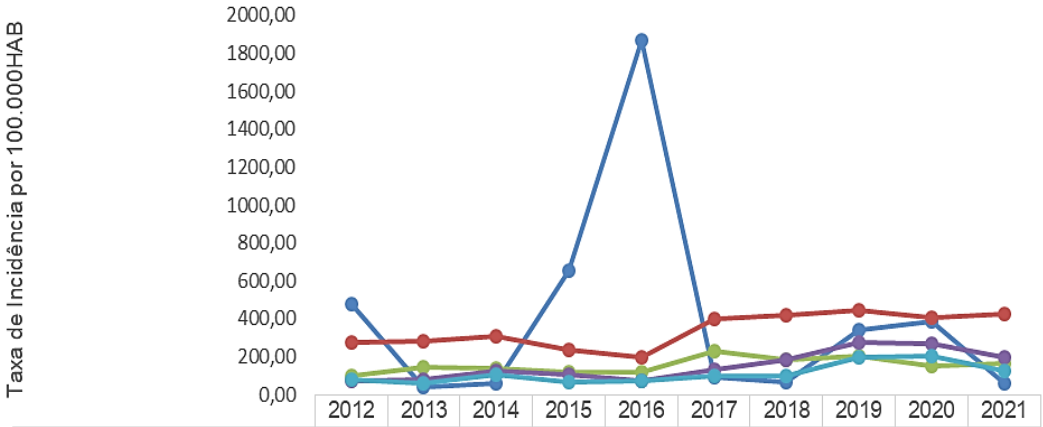
	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Atendimento Antirrábico	548,82	451,52	438,26	393,55	372,98	428,64	580,21	616,34	360,60	506,15
Violência Interpessoal/Autoprovada	304,83	304,36	308,99	286,93	398,08	450,98	517,55	603,05	524,46	681,76
Dengue	287,89	61,51	420,61	544,05	377,88	38,03	75,11	789,80	1489,79	172,33
Intoxicação Exógena	59,27	90,35	87,02	74,94	96,51	105,65	118,29	195,67	154,46	263,42
Acidente por Animais Peçonhentos	58,83	59,59	66,84	83,43	92,63	107,06	157,05	196,46	174,82	151,44

Fonte: SINANNET, 2023.

Com relação às cinco principais doenças e agravos notificados na IX Região de Saúde, identifica-se dengue, atendimento antirrábico,

violência interpessoal/autoprovocada, acidente por animais peçonhentos e intoxicação exógena, por ordem de maior para menor quantidade de casos notificados. A maior incidência foi de casos notificados de Dengue (1.866,46 por 100.000HAB) em 2016, conforme consta no gráfico 22.

Gráfico 22: Taxa de Incidência (por 100.000 habitantes) dos Principais Agravos e Doenças Notificados na IX Região de Saúde de Pernambuco, 2012 a 2021.

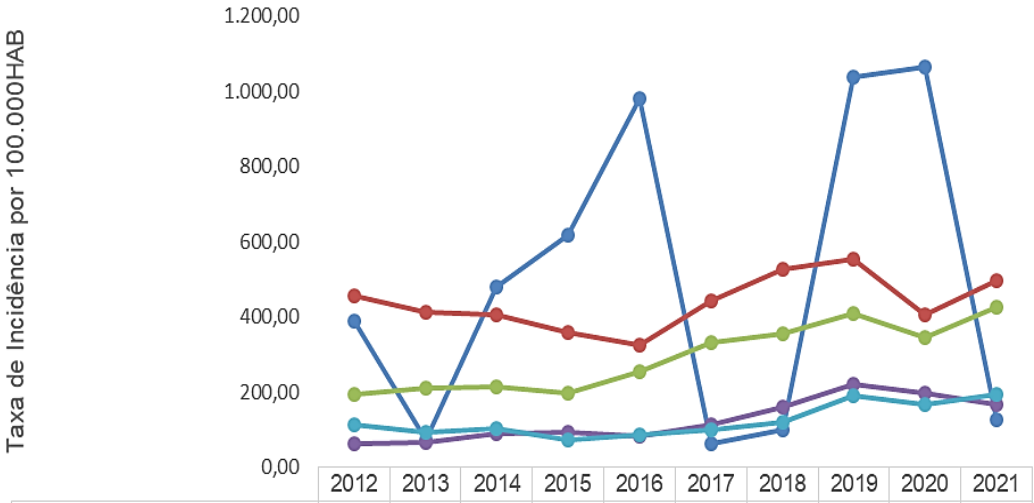


	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Dengue	479,96	41,71	61,68	656,54	1866,46	89,97	68,14	338,33	388,25	61,93
Atendimento Antirrábico	272,46	281,21	305,52	238,11	196,24	399,33	418,18	441,18	403,90	427,09
Violência Interpessoal/Autoprovada	95,33	141,77	134,66	115,89	116,55	229,04	182,09	203,17	148,60	163,01
Acidente por Animais Peçonhentos	71,57	79,34	125,97	102,09	73,41	130,84	180,39	275,95	268,15	193,55
Intoxicação Exógena	75,78	56,30	103,96	63,55	73,70	95,08	99,81	198,95	205,02	123,57

Fonte: SINANNET, 2023.

Analissando a IV Macrorregião de Saúde de Pernambuco de maneira geral, são destaque as notificações por dengue, atendimento antirrábico, violência interpessoal/autoprovocada, acidente por animais peçonhentos e intoxicação exógena, por ordem de maior para menor quantidade de casos notificados (gráfico 23). A maior incidência foi de casos notificados de Dengue (1.065,66 por 100.000HAB) em 2020.

Gráfico 23: Taxa de Incidência (por 100.000 habitantes) dos Principais Agravos e Doenças Notificados na IV Macrorregião de Saúde de Pernambuco, 2012 a 2021.



	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Dengue	388,89	72,65	480,73	618,13	981,66	62,33	99,64	1037,85	1065,66	127,09
Atendimento Antirrábico	455,94	411,73	406,09	357,71	324,75	442,42	527,14	553,50	407,23	497,23
Violência Interpessoal/Autoprovada	195,20	211,88	215,11	196,62	253,29	330,51	356,40	409,05	344,99	427,55
Acidente por Animais Peçonhentos	63,15	67,73	88,51	91,86	83,82	113,51	160,63	219,65	198,11	166,07
Intoxicação Exógena	115,02	93,59	103,52	72,61	87,17	100,47	118,57	190,09	167,93	193,94

Fonte: SINANNET, 2024.

2.2.2.1.1 Acidentes por Animais Peçonhentos

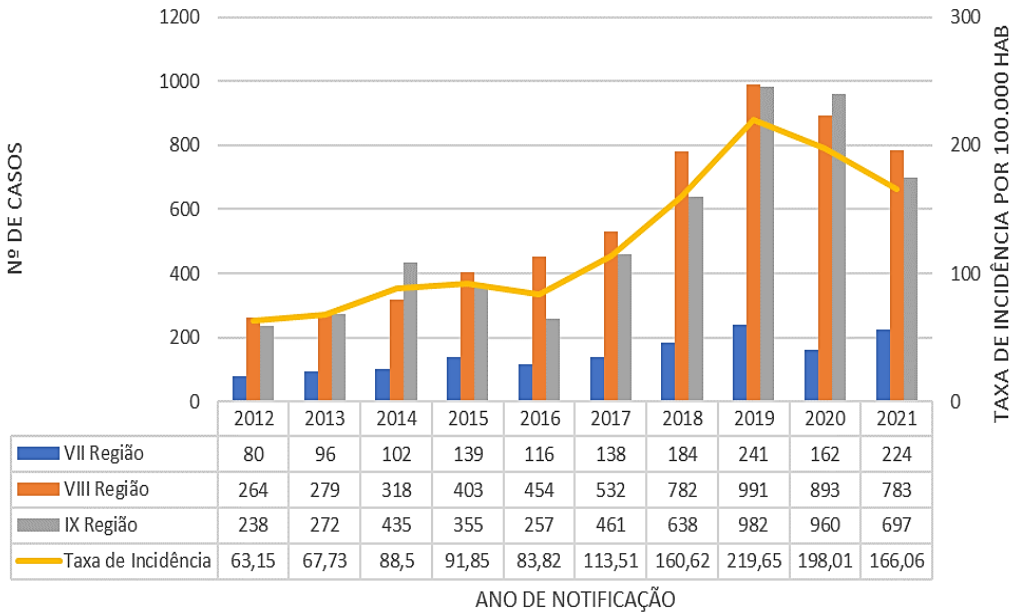
O Acidente por Animais Peçonhentos é considerado um importante evento de saúde pública, sendo de notificação compulsória no Brasil devido aos impactos de morbimortalidade que podem desencadear. Desde 2009 a Organização Mundial da Saúde (OMS) incluiu este agravo na lista de doenças tropicais negligenciadas.

São considerados Animais peçonhentos os animais que produzem toxinas através das suas glândulas de veneno e injetam este por meio de estruturas como dentes, ferrões ou aguilhões, podemos destacar as abelhas, as serpentes, os escorpiões, dentre outros (Ceará, 2023).

Na IV Macrorregião de Saúde de Pernambuco, de 2012 a 2021 foram notificados 12.476 casos de Acidentes por Animais peçonhentos.

Os anos de 2019 e 2020 apresentaram as maiores taxas de incidência com 219,65 e 198,01 casos notificados por 100.000 habitantes, respectivamente (gráfico 24).

Gráfico 24: Número de casos notificados e Taxa de Incidência de Acidentes por Animais Peçonhentos (por 100.000 habitantes) segundo Região de Saúde de Residência, IV Macrorregião de Saúde de Pernambuco, 2012 a 2021.



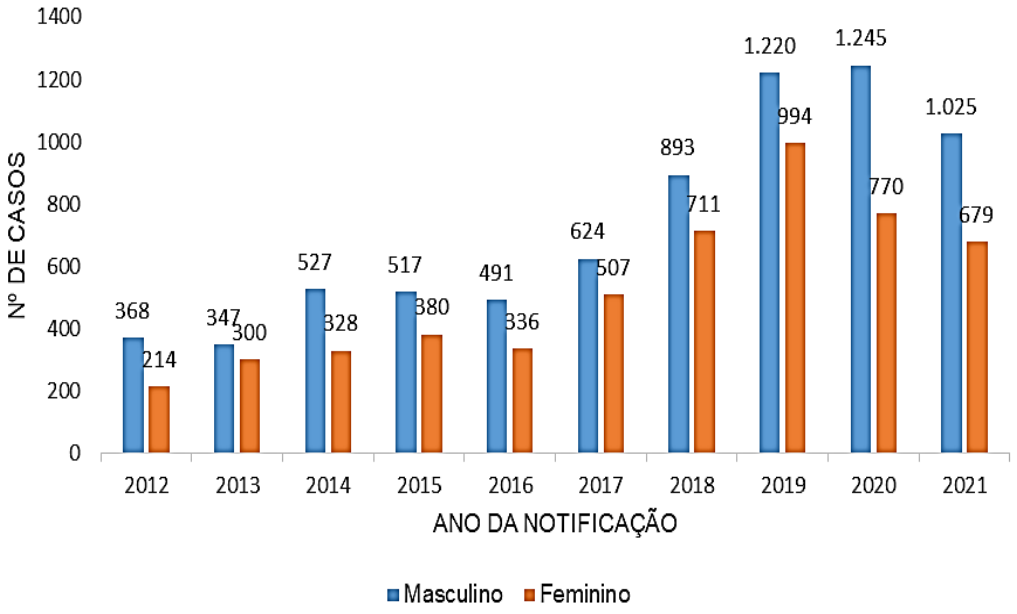
	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
VII Região	80	96	102	139	116	138	184	241	162	224
VIII Região	264	279	318	403	454	532	782	991	893	783
IX Região	238	272	435	355	257	461	638	982	960	697
Taxa de Incidência	63,15	67,73	88,5	91,85	83,82	113,51	160,62	219,65	198,01	166,06

Fonte: SINANNET, 2023.

Dentre a série histórica analisada, o ano de 2019 apresentou a maioria dos casos notificados, retratando maior incidência a IX Região de Saúde com 275,94 casos por 100.000 habitantes, seguida pela VIII Região de Saúde (196,45 casos por 100.000 habitantes) e a VII Região Saúde (163,22 casos por 100.000 habitantes).

Ao avaliar o número de casos segundo sexo (gráfico 25), verifica-se uma maior ocorrência para pessoas do sexo masculino o que representa 58,17% dos casos notificados (n=7.257), já o sexo feminino apresentou um percentual de 41,83% (n=5.219).

Gráfico 25: Casos notificados de Acidentes por Animais Peçonhentos por ano, segundo sexo, na IV Macrorregião de Saúde de Pernambuco, 2012 a 2021.

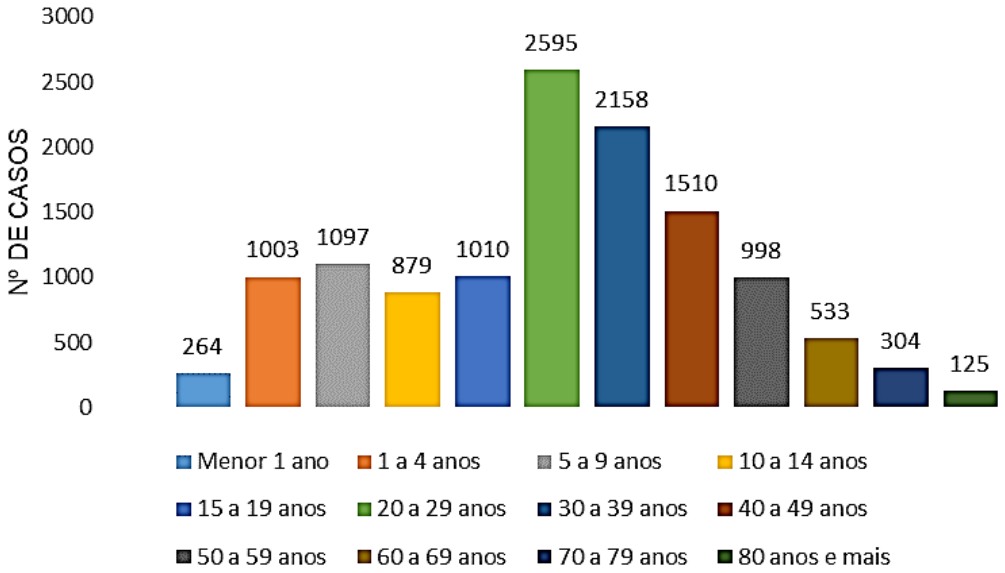


Fonte: SINANNET, VII, VIII e IX GERES. Dados coletados em dezembro de 2023.

Na variável faixa etária (gráfico 26), a maior ocorrência foi observada em pessoas entre 20 e 29 anos com 20,80% (n=2.595) seguindo por 30 a 39 anos com 17,30% (n=2.158) dos casos notificados, faixas etárias mais economicamente ativa do país.

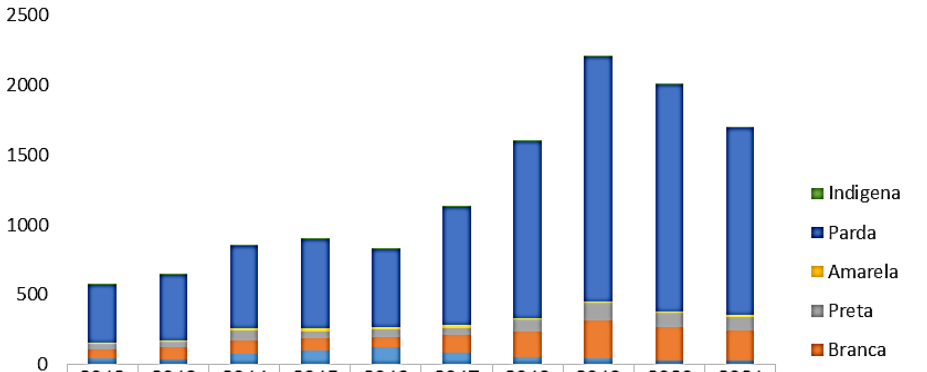
Em relação a dados referente a raça/cor, em todos os anos a cor parda (76,12%) foi a mais referida, seguida da cor branca (11,48%) e preta (5,90%), conforme mostra o gráfico 27.

Gráfico 26: Casos notificados de Acidentes por Animais Peçonhentos por ano, segundo faixa etária, na IV Macrorregião de Saúde de Pernambuco, 2012 a 2021.



Fonte: SINANNET, 2023.

Gráfico 27: Casos notificados de Acidentes por Animais Peçonhentos segundo raça/cor na IV Macrorregião de Saúde de Pernambuco, 2012 a 2021.

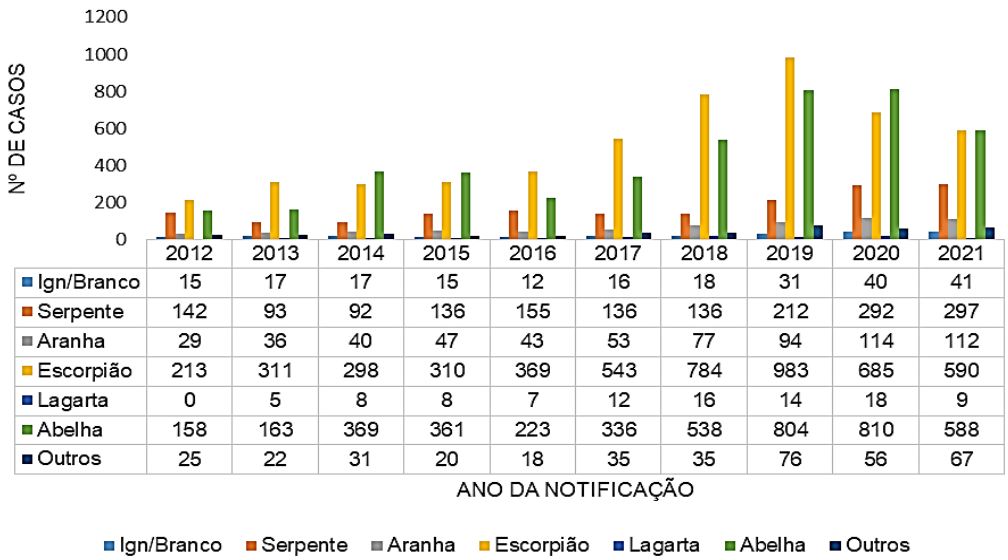


	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Indigena	9	4	3	3	4	5	9	12	13	13
Parda	420	470	596	638	555	843	1262	1754	1620	1339
Amarela	5	11	13	17	13	20	8	6	7	10
Preta	38	38	69	51	59	53	92	128	106	102
Branca	63	87	99	87	75	125	181	269	237	209
Ign/Branco	47	37	75	101	121	85	52	45	32	31

Fonte: SINANNET, 2023.

Ao analisar o tipo de acidente (gráfico 28), observa-se que na IV Macrorregião de Saúde a maior ocorrência foi por escorpião com 40,77% (n=5.086) dos casos notificados, seguido de abelha 34,87% (n=4.350) e serpentes 13,55% (n=1.691); quando detalhamos este dado por Região de Saúde, observamos que a VII e VIII Regiões de Saúde apresentam maior quantitativo de casos notificados de acidentes por escorpião enquanto a IX Região de Saúde a maior quantidade de acidentes notificados foi por abelha.

Gráfico 28: Casos notificados de Acidentes por Animais Peçonhentos por ano, segundo tipo de acidente, na IV Macrorregião de Saúde de Pernambuco, 2012 a 2021.



	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Ign/Branco	15	17	17	15	12	16	18	31	40	41
Serpente	142	93	92	136	155	136	136	212	292	297
Aranha	29	36	40	47	43	53	77	94	114	112
Escorpião	213	311	298	310	369	543	784	983	685	590
Lagarta	0	5	8	8	7	12	16	14	18	9
Abelha	158	163	369	361	223	336	538	804	810	588
Outros	25	22	31	20	18	35	35	76	56	67

Fonte: SINANNET, 2023.

De acordo com Brasil (2022b), o Estado de Pernambuco, no ano de 2021, notificou 15.185 casos de acidentes por escorpiões, sendo o segundo maior número do Nordeste e maior incidência com 156,95 por 100.000 hab. No que concerne às notificações de acidentes por abelha Brasil (2023), mostra que Pernambuco notificou em 2022, com 3.988 casos de acidentes por abelhas, sendo o estado do Nordeste com maior número de notificação de acidentes causados por abelhas, taxa de incidência por 100.000 hab de 41,22 sendo a segunda maior do Nordeste.

Na série histórica apresentada na tabela 26, observamos que 50,30% dos casos notificados residiam na zona rural seguida por zona urbana com 47,19%; sobre a zona de ocorrência do acidente 58,85% ocorreram na zona rural seguida por 37,34% na zona urbana.

Estudos evidenciam que em virtude dos desequilíbrios ecológicos que porventura foram desencadeados pelos desmatamentos e as alterações climáticas que ocorreram nas últimas décadas, o número de notificação de acidentes por Animais peçonhentos vem crescendo, principalmente nos grandes centros urbanos.

O crescimento urbano desordenado e as alterações climáticas acabam gerando sobreposição de espaços entre homens e animais, este último acaba procurando abrigo e alimentos nas cidades, essa ocupação dos animais peçonhentos nos grandes centros vem alterando o perfil desses acidentes que antes aconteciam quase que exclusivamente nas áreas rurais (Machado, 2016).

Considerando a classificação quanto à gravidade dos casos 77,88% (n=9.716) foram leves, 12,84% (n=1.602) moderados, 1,96% (n=244) graves e 7,33% (n=914) o campo estava ignorado ou em branco.

Tabela 26: Distribuição dos Acidentes por Animais Peçonhentos, segundo Zona de Residência, Ocorrência e Classificação quanto à gravidade, IV Macrorregião de Saúde de Pernambuco, 2012 a 2021.

Variáveis		nº absoluto	%
Zona de Residência	Urbana	5.888	47,19
	Rural	6.276	50,30
	Periurbana	38	0,30
	Ign/Branco	274	2,20
Zona de Ocorrência	Urbana	4.658	37,34
	Rural	7.342	58,85
	Periurbana	73	0,59
	Ign/Branco	403	3,23
Classificação quanto à Gravidade	Leve	9.716	77,88
	Moderado	1.602	12,84
	Grave	244	1,96
	Ign/Branco	914	7,33

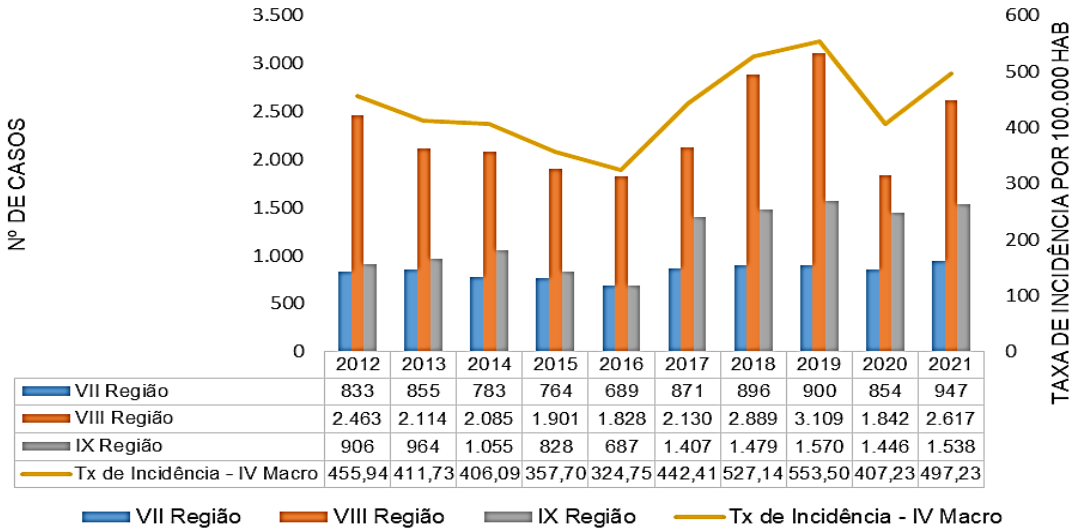
Fonte: SINANNET, VII, VIII e IX GERES. Dados coletados em dezembro de 2023

2.2.2.1.2 Atendimento Antirrábico

A raiva é uma antropozoonose transmitida ao ser humano pela inoculação do vírus presente na saliva ou secreções de um animal infectado, principalmente pela mordedura ou lambedura. Em virtude das consequências clínicas, da letalidade e os altos custos decorrentes da assistência médica e tratamento após a exposição, essa doença ainda é considerada um problema de saúde pública no Brasil (Brasil, 2022a).

De acordo com o gráfico 29, em 2012 a 2021 foram notificados 43.250 casos de Atendimentos Antirrábicos na IV Macrorregião. Os anos de 2018 e 2019 apresentaram as maiores taxas de incidência com 527,14 e 553,50 casos notificados por 100.000 habitantes, respectivamente.

Gráfico 29: Número de casos notificados de Atendimento Antirrábico e Taxa de Incidência (por 100.000 habitantes) segundo Região de Saúde de Residência, IV Macrorregião de Saúde de Pernambuco, 2012 a 2021.



	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
VII Região	833	855	783	764	689	871	896	900	854	947
VIII Região	2.463	2.114	2.085	1.901	1.828	2.130	2.889	3.109	1.842	2.617
IX Região	906	964	1.055	828	687	1.407	1.479	1.570	1.446	1.538
Tx de Incidência - IV Macro	455,94	411,73	406,09	357,70	324,75	442,41	527,14	553,50	407,23	497,23

Fonte: SINANNET, 2023.

As maiores frequências de notificações ocorreram em pessoas na faixa etária de 20 a 29 anos (n=5.382 atendimentos; 12,44%) seguido por 30 a 39 anos idade (n=5.375 atendimentos; 12,43%), do sexo masculino

(n=22.932, 53,02%), da raça parda (n=28.905; 66,83%) e com residência na zona urbana (27.875; 64,45%), conforme mostra a tabela 27.

Tabela 27: Distribuição dos Atendimentos Antirrábicos humanos segundo características sociodemográficas, IV Macrorregião de Saúde de Pernambuco, 2012 a 2021.

Variáveis		nº absoluto	%
Faixa Etária (Anos)	< 1 ano	655	1,5
	1 a 4 anos	4.083	9,44
	5 a 9 anos	5.581	12,90
	10 a 14 anos	3.977	9,20
	15 a 19 anos	2.682	6,20
	20 a 29 anos	5.382	12,44
	30 a 39 anos	5.375	12,43
	40 a 49 anos	5.029	11,63
	50 a 59 anos	4.311	9,97
	60 a 69 anos	3.162	7,31
	70 a 79 anos	2.116	4,89
	80 anos e mais	896	2,07
Sexo	Masculino	22.932	53,02
	Feminino	20.316	46,97
	Ignorado	2	0,01
Raça/Cor	Parda	28.905	66,83
	Branca	6.944	16,05
	Preta	2.657	6,14
	Amarela	406	0,94
	Indígena	323	0,75
	Ign/Branco	4.015	9,28
Zona de Residência	Urbana	27.875	64,45
	Rural	14.114	32,63
	Periurbana	96	0,22
	Ign/Branco	1.165	2,69

Fonte: SINANNET, VII, VIII e IX GERES. Dados coletados em dezembro de 2023.

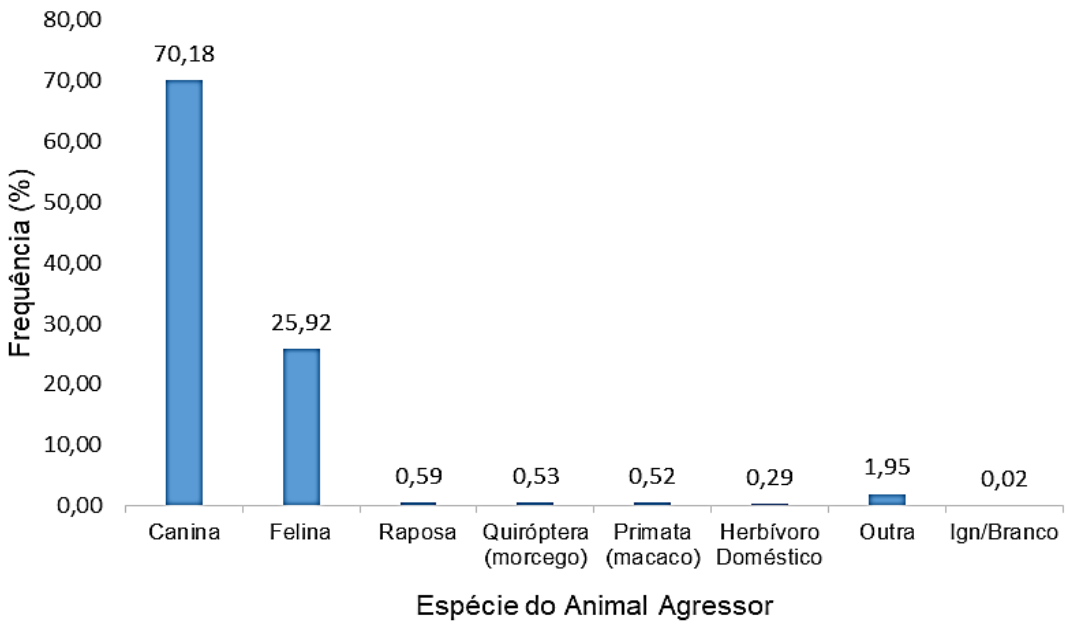
Considerando a espécie do animal agressor, a canina foi a mais frequentemente relacionada às agressões dos atendimentos antirrábicos humanos na IV Macrorregião (n=30.354; 70.18%), seguida da felina (n=11.209; 25,92%) e outras espécies (n=845; 1,95%) conforme mostra o gráfico 30.

Em pesquisa realizada por Cavalcante e Alencar (2018), a espécie canina foi um dos principais animais apontados nas fichas de notificações

como agressores, sendo os acidentes causados por estes associados a maiores proporções de condutas inadequadas.

A análise dos acidentes por animais potencialmente transmissores da raiva proporciona a avaliação e o aperfeiçoamento dos serviços assistenciais e também de vigilância em saúde, o treinamento contínuo sobre as Normas Técnicas de profilaxia da Raiva Humana permite uma melhor qualidade no registro da informação, bem como, favorece a tomada de decisão ao instituir, ou não, a profilaxia adequada e segura para o paciente.

Gráfico 30: Frequência dos Atendimentos Antirrábicos Humanos, segundo Espécie do Animal Agressor, IV Macrorregião de Saúde do Pernambuco, 2012 a 2021.



Fonte: SINANNET, 2023.

2.2.2.1.3 Violência Interpessoal

> "A Organização Mundial da Saúde (OMS), definiu em 2002, a violência com o: uso da força física ou do poder real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade, que resulte ou tenha qualquer possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação" (Brasil, 2022a, p. 1221).

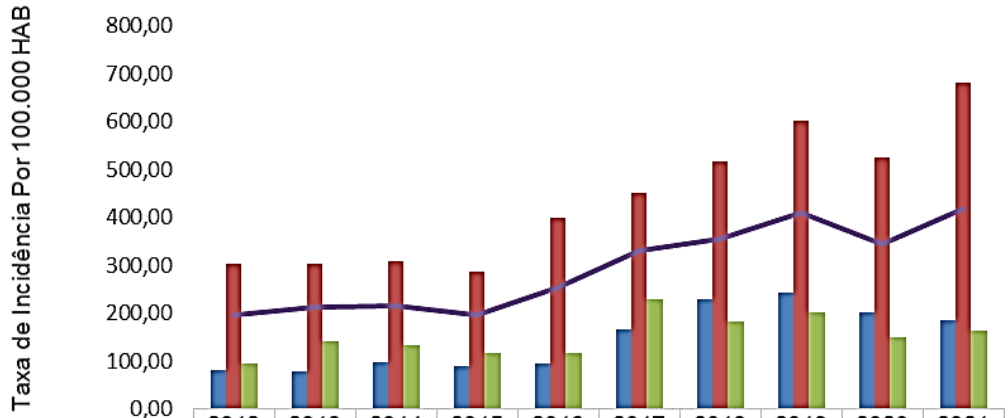
No Brasil, dentre as morbimortalidade ocasionada por causas externas, as violências são uma das maiores preocupações dos órgãos de saúde no país, sendo considerado um importante problema de saúde pública. Com isso, reconhecendo que as violências causam um grande impacto social, econômico e no sistema de saúde, o Minitério da Saúde lançou em 2001 a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências (Brasil, 2016).

A violência pode ter múltiplas causas e podem estar correlacionadas com determinantes sociais, econômicos, aspectos comportamentais e culturais, como o desemprego, a baixa escolaridade, a concentração de renda, a exclusão social, o machismo, o racismo, o sexismo e a homofobia/lesbofobia/transfobia (Brasil, 2022a).

Na IV Macrorregião de Saúde, no período de 2012 a 2021, foram notificados 29.191 casos de Violências. O gráfico 31 apresenta a taxa de incidência das violências interpessoais notificadas por Região e Macrorregião de Saúde de Residência. A maior Taxa de incidência na IV Macrorregião foi verificada no ano de 2021 com 417,55 por 100.000HAB.

.

Gráfico 31: Taxa de incidência das notificações de Violências Interpessoais (por 100.000 habitantes) segundo Região de Saúde de Residência, IV Macrorregião de Saúde de Pernambuco, 2012 a 2021



	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
VII Região	81,26	78,35	98,63	89,90	95,61	166,56	229,94	242,46	200,95	184,66
VIII Região	304,83	304,36	308,99	286,93	398,08	450,98	517,55	603,05	524,46	681,76
IX Região	95,33	141,77	134,66	115,89	116,55	229,04	182,09	203,17	148,60	163,01
IV Macrorregião	195,2	211,88	215,11	196,62	253,29	330,51	356,4	409,05	344,99	417,55

Fonte: SINANNET, 2023.

Ao analisar os dados sociodemográficos das notificações de Violência Interpessoais (tabela 28), verifica-se maior ocorrência em pessoas de 20 a 29 anos (n=5.505, 18,86%), seguida por 30 a 39 anos (n=4.124, 14,13%), do sexo feminino (n=21.342, 73,11), raça/cor parda (n=21.995, 75,35%) e situação conjugal solteiro (n=8.810, 30,18%).

Na XII Região verificou-se que nos marcadores de sexo e raça/cor, a figuras feminina e parda foram as mais acometidas por atos de violência, seguindo a mesma tendência encontrada por Costa, Lima e Wanderley (2022) em seu estudo.

No estudo de Fiorini e Boeckel 2021**,** a situação conjugal também apareceu como fator importante no acometimento da violência interpessoal, evidenciando que 68% das vítimas eram solteiras, o que demonstrou uma maior suscetibilidade dessa população às situações de violência.

Observa-se que em 14,25% e 21,14% dos casos, as informações de raça/cor e situação conjugal, respectivamente, estão marcados como ignorado/em branco, apesar de Brasil (2016) trazer esses campos como de preenchimento essenciais nas notificações.

Tabela 28: Distribuição das notificações de Violências Interpessoais segundo características sociodemográficas, IV Macrorregião de Saúde de Pernambuco, 2012 a 2021.

Variáveis		nº absoluto	%
Faixa Etária (anos)	< 1 ano	1.386	4,74
	1 a 4 anos	3.251	11,14
	5 a 9 anos	1.056	3,62
	10 a 14 anos	2.604	8,92
	15 a 19 anos	3.209	10,99
	20 a 29 anos	5.505	18,86
	30 a 39 anos	4.124	14,13
	40 a 49 anos	2.090	7,16
	50 a 59 anos	759	2,60
	60 a 69 anos	1.610	5,52
	70 a 79 anos	1.948	6,67
	80 anos e mais	1.649	5,65
Sexo	Masculino	7.848	26,89
	Feminino	21.342	73,11
Raça/Cor	Parda	21.995	75,35
	Branca	1.715	5,88
	Preta	1.025	3,51
	Amarela	151	0,52
	Indígena	146	0,50
	Ign/Branco	4.159	14,25
Situação Conjugal	Ign/Branco	6.171	21,14
	Solteiro	8.810	30,18
	Casado/União consesual	6.154	21,08
	Viúvo	887	3,04
	Separado	1.138	3,90
	Não se aplica	6.031	20,66

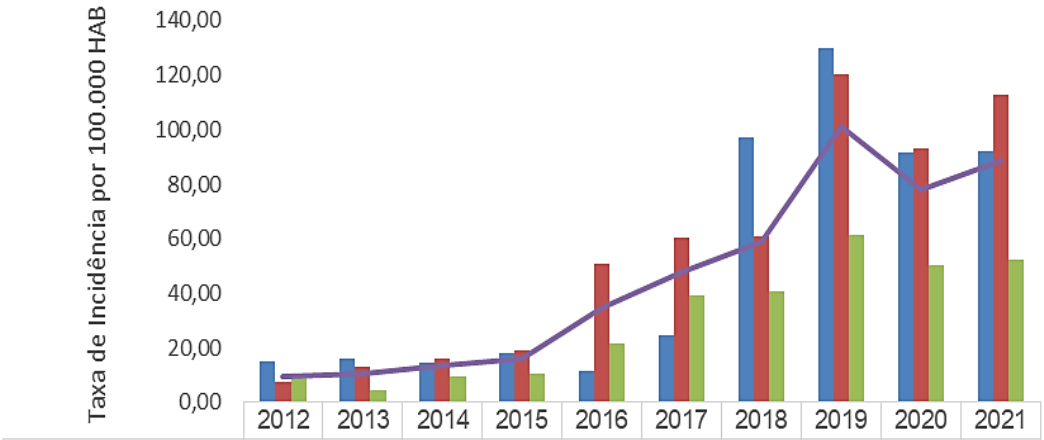
Fonte: SINANNET, 2023.

2.2.2.1.4 Violência Autoprovocada

Compreende-se por violência autoprovocada/autoinfligida a ideação suicida, autoagressões, tentativas de suicídio e suicídios. A ideação suicida não é objeto de notificação na Vigilância de Violências e Acidentes (Viva), porém requer ações de atenção integral em saúde (Brasil, 2016).

Na IV Macrorregião de Saúde, no período de 2012 a 2021, foram notificados 4.595 casos de Violências Autoprovocadas. O gráfico 32 apresenta a Taxa de Incidência das Violências Autoprovocadas notificadas por Região e Macrorregião de Saúde de Residência. A maior Taxa de incidência na IV Macrorregião foi verificada no ano de 2019 com 101,00 por 100.000HAB.

Gráfico 32: Taxa de incidência das notificações de Violências Autoprovada (por 100.000 habitantes) segundo Região de Saúde de Residência, IV Macrorregião de Saúde de Pernambuco, 2012 a 2021.



	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
VII Região	14,97	15,95	14,48	17,84	11,61	24,47	97,28	130,04	91,71	91,99
VIII Região	7,58	13,03	16,19	19,25	50,81	60,37	60,85	120,53	93,19	112,56
IX Região	9,92	4,38	9,27	10,35	21,42	39,45	40,72	61,26	50,28	52,21
IV Macrorregião	9,55	10,36	13,46	15,87	34,56	47,67	59,08	101,00	77,87	88,39

Fonte: SINANNET, 2023.

De acordo com a tebela 29, as maiores frequências de notificações de violência autoprovocada ocorreram em pessoas na faixa etária de 20 a 29 anos (n=1.452, 31,60%), seguida por 15 a 19 anos (n=1.180, 25,68%),

do sexo feminino (n=3.233, 70,36%), raça/cor parda (n=3.689, 80,28%), situação conjugal solteiro (n=2.558, 55,67%).

Estudo realizado por Arnaldo *et al* 2022, avaliou as notificações de Violências autoprovocadas nos Estados do Nordeste Brasileiro que corroborou com os achados encontrados neste mapa, sendo que o sexo feminino teve a maior prevalência dos casos, com 69,8%, e o estudo ainda evidenciou que a maior incidência de notificações ocorreu em Pernambuco, correspondendo 28,1%.

Segundo Pernambuco (2024) no Informe Epidemiológico que analisou as tentativas de suicídio notificadas no CIEVS-PE, de Janeiro a dezembro de 2023, evidenciou-se que dos 5.025 casos notificados na plataforma, 73,8% ocorreu no sexo feminino, a faixa etária mais atingida foi de 20 a 39 (n=1.899) e da Raça/cor parda (n=3.332).

Tabela 29: Distribuição das notificações de Violência Autoprovocada segundo características sociodemográficas, IV Macrorregião de Saúde de Pernambuco, 2012 a 2021.

Variáveis		N	%
Faixa Etária	< 1 ano	51	1,11
	1 a 4 anos	42	0,91
	5 a 9 anos	30	0,65
	10 a 14 anos	346	7,53
	15 a 19 anos	1.180	25,68
	20 a 29 anos	1.452	31,60
	30 a 39 anos	833	18,13
	40 a 49 anos	405	8,81
	50 a 59 anos	146	3,18
	60 a 69 anos	71	1,55
	70 a 79 anos	25	0,54
	80 anos e mais	14	0,30
Sexo	Masculino	1.362	29,64
	Feminino	3.233	70,36
Raça/cor	Parda	3.689	80,28
	Branca	540	11,75

	Preta	255	5,55
	Amarela	28	0,61
	Indígena	39	0,85
	Ign/Branco	44	0,96
Situação Conjugal	Ign/Branco	703	15,30
	Solteiro	2.558	55,67
	Casado/União consesual	978	21,28
	Viúvo	37	0,81
	Separado	130	2,83
	Não se aplica	189	4,11

Fonte: SINANNET, 2023.

2.2.2.1.5 Arboviroses

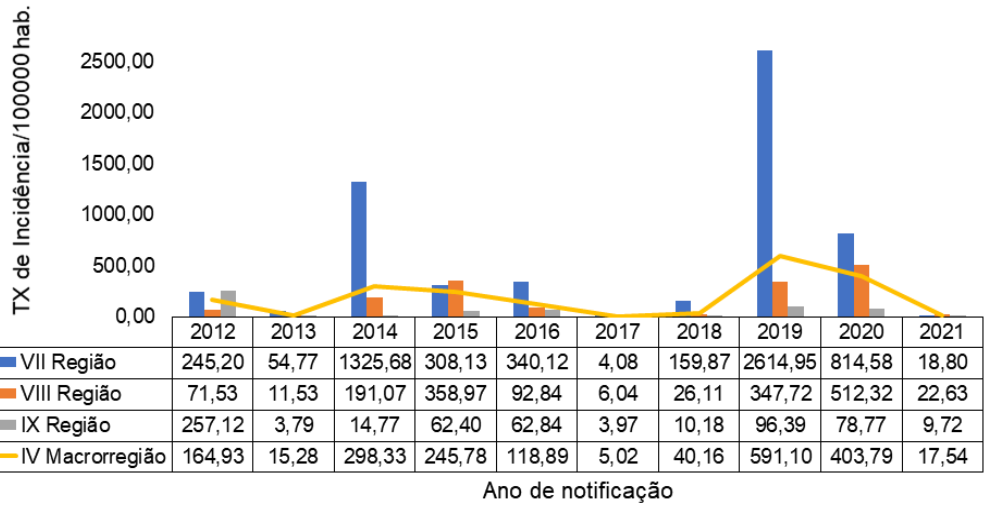
As Arboviroses são doenças virais transmitidas por mosquitos e carrapatos. Podemos destacar como o principal vetor das arboviroses os mosquitos, em particular, os gêneros Aedes, Culex e Anopheles. Os principais sintomas são desde febre leve até complicações mais sérias, sendo algumas delas potencialmente fatais. Essas espécies de mosquitos se tornam portadores do vírus ao se alimentar do sangue de uma pessoa infectada e, subsequentemente, passam o vírus para outras pessoas durante suas picadas (Brasil, 2023d).

Com o aumento da temperatura, a ocorrência de chuvas nas condições climáticas atuais aglomerados urbanos, inadequadas condições de habitação, irregularidade no abastecimento de água, destinação imprópria de resíduos, o crescente trânsito de pessoas e cargas entre países e as mudanças climáticas, criam o ambiente propício para o Aedes se desenvolver, essa proliferação do mosquito Aedes aegypti, transmissor da Dengue, Chikungunya e Zika contribuem para elevação do número de notificações no território (Brasil, 2009).

2.2.2.1.5.1 Dengue

A dengue é a arbovirose urbana mais prevalente nas Américas, principalmente no Brasil. É uma doença febril que tem se mostrado de grande importância em saúde pública nos últimos anos. O vírus dengue (DENV) é transmitido pela picada da fêmea do mosquito *Aedes aegypti* e possui quatro sorotipos diferentes (DENV-1, DENV-2, DENV-3 e DENV-4) (Brasil, 2009).

Gráfico 33: Taxa de Incidência dos casos confirmados de Dengue segundo Região de Saúde de Residência, IV Macrorregião de Saúde de Pernambuco, 2012 a 2021.



	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
VII Região	245,20	54,77	1325,68	308,13	340,12	4,08	159,87	2614,95	814,58	18,80
VIII Região	71,53	11,53	191,07	358,97	92,84	6,04	26,11	347,72	512,32	22,63
IX Região	257,12	3,79	14,77	62,40	62,84	3,97	10,18	96,39	78,77	9,72
IV Macrorregião	164,93	15,28	298,33	245,78	118,89	5,02	40,16	591,10	403,79	17,54

Fonte: SINAN, 2023.

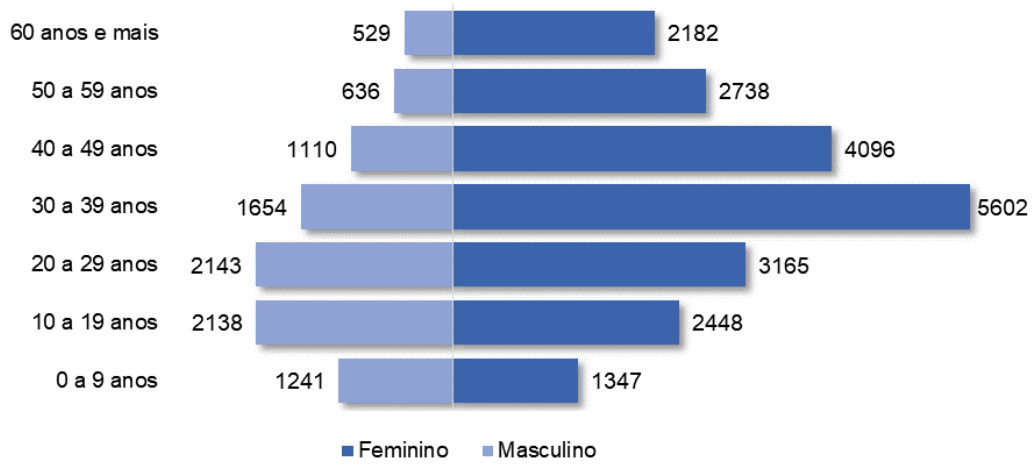
Analisando os dados a partir do Sistema de Informação de Agravos de Notificação, a versão Online (SINAN-Online), na série histórica de 2012 a 2021 (gráfico 33), as maiores taxas de incidência verificadas foram, na VII Região de Saúde no ano de 2019 com 2.614,95 casos confirmado por 100.000HAB. Na VIII Região de Saúde no ano de 2020 com 814,58 casos confirmados por 100.000HAB e IX Região de Saúde em 2012 com 257,12 casos confirmados por 100.000HAB, conforme mostra o gráfico abaixo.

Todas as faixas etárias são susceptíveis para a dengue, no entanto, idosos, pacientes que apresentam doenças crônicas, como

diabetes e hipertensão arterial, apresentam maior risco de evoluírem a óbito (Brasil, 2023d).

Os adultos, entre 30 e 49 anos foram os mais acometidos, enquanto o sexo feminino representou o maior número de casos confirmados (69%), conforme o gráfico 34.

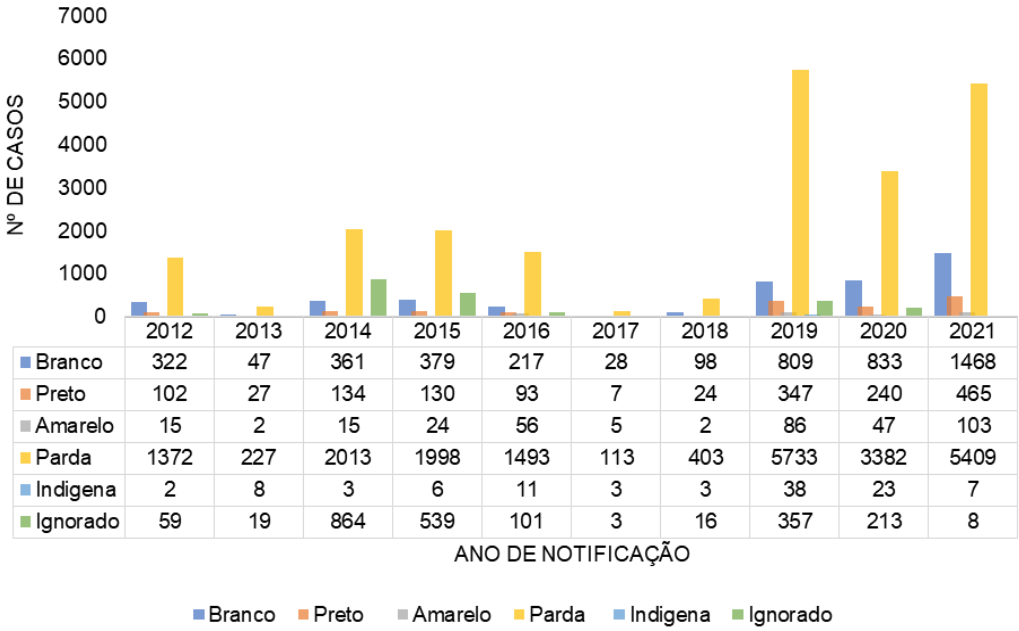
Gráfico 34: Número de casos confirmados de Dengue segundo sexo/faixa etária, IV Macrorregião de Saúde de Pernambuco, 2012 a 2021.



Fonte: SINAN, 2023.

Com relação à variável raça/cor, o estudo da série histórica de 2012 a 2021 (gráfico 35), aponta que o maior número de casos confirmados foram de pessoas autodeclaradas pardas. Destaca-se o ano de 2019 com o maior número de casos confirmados, a saber 5.733 pardas, 809 brancas e 347 pretas.

Gráfico 35: Número de casos confirmados de Dengue segundo raça/cor, IV Macrorregião de Saúde de Pernambuco, 2012 a 2021.



	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Branco	322	47	361	379	217	28	98	809	833	1468
Preto	102	27	134	130	93	7	24	347	240	465
Amarelo	15	2	15	24	56	5	2	86	47	103
Parda	1372	227	2013	1998	1493	113	403	5733	3382	5409
Indigena	2	8	3	6	11	3	3	38	23	7
Ignorado	59	19	864	539	101	3	16	357	213	8

Fonte: SINAN, 2023.

2.2.2.1.5.2 Chikungunya

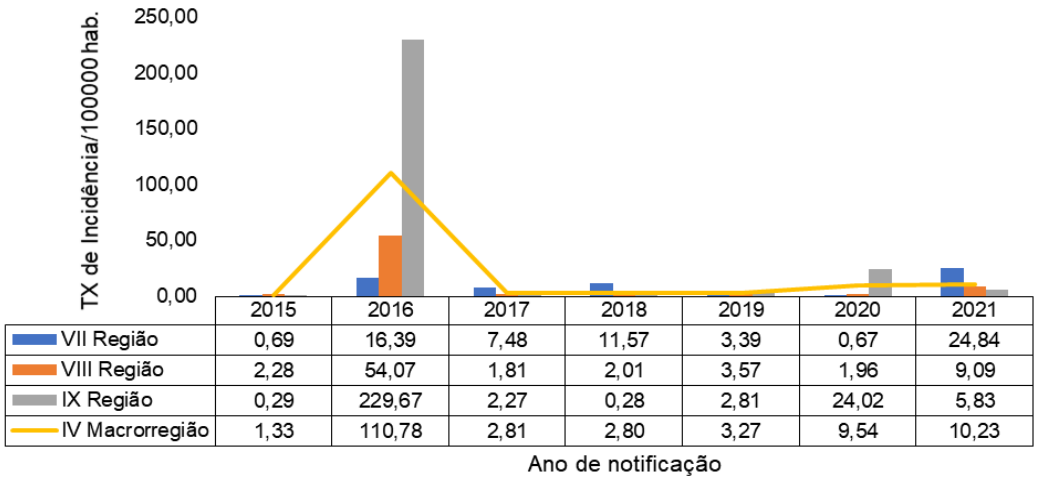
No Brasil, no segundo semestre de 2014, confirmou-se por métodos laboratoriais a presença da doença nos estados da Bahia e Amapá. Atualmente, todos os Estados registram transmissão desse arbovírus. Esta arbovirose também pode se manifestar de forma atípica e/ou grave, sendo observados óbitos (Brasil, 2023d).

Embora a taxa de mortalidade por CHIKV seja baixa a doença deixa sequelas e incapacidades que podem durar por anos afetando a capacidade laboral, ocasionando não só problemas no âmbito da saúde pública como da economia (Moura, 2023).

Na série histórica de 2015 a 2021, apresentada no gráfico 36, as maiores taxas de incidência para Chikungunya verificadas foram na IX Região de Saúde em 2016 com 229,67 casos confirmados por 100.000 HAB. Na VIII Região de Saúde no ano de 2016 com 54,07 casos

confirmados por 100.000 HAB e VII Região de Saúde em 2021 com 24,84 casos confirmados por 100.000 HAB, conforme mostra gráfico abaixo.

Gráfico 36: Taxa de Incidência dos casos confirmados de Chikungunya segundo Região de Saúde de Residência, IV Macrorregião de Saúde de Pernambuco, 2015 à 2021.



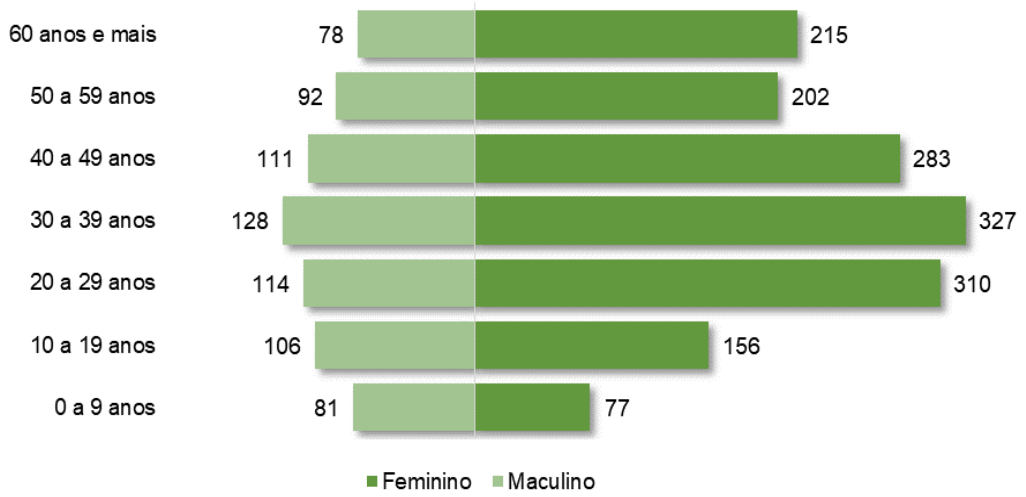
	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
VII Região	0,69	16,39	7,48	11,57	3,39	0,67	24,84
VIII Região	2,28	54,07	1,81	2,01	3,57	1,96	9,09
IX Região	0,29	229,67	2,27	0,28	2,81	24,02	5,83
IV Macrorregião	1,33	110,78	2,81	2,80	3,27	9,54	10,23

Fonte: SINAN, 2023.

Com relação aos números de caso confirmados de Chikungunya segundo sexo/faixa etária, na IV Macrorregião de Saúde de Pernambuco, na série histórica de 2015 a 2021 (gráfico 37), percebe-se a predominância do sexo feminino em todas as faixas etárias, sendo mais evidente 30 e 39 anos.

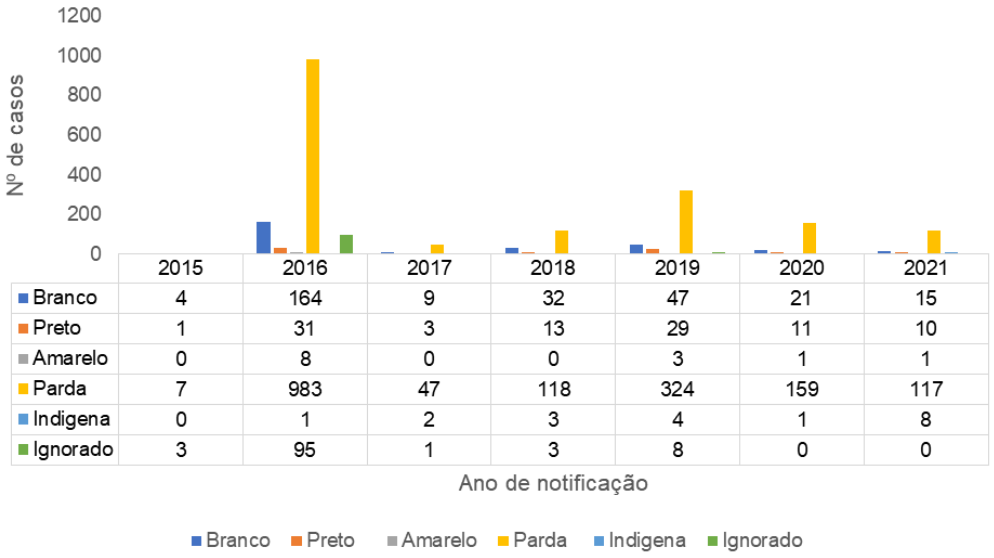
As faixas etárias que apresentam maior ocorrência de casos confirmados foram aquelas com idade de 20 a 29 anos (n= 424), de 30 a 39 anos (n= 455) e 40 a 49 anos (n= 394) para ambos os sexos.

Gráfico 37: Número de casos confirmados de Chikungunya segundo sexo/faixa etária, IV Macrorregião de Saúde de Pernambuco, 2015 à 2021.



Fonte: SINAN, 2023.

Gráfico 38: Número de casos confirmados de Chikungunya segundo raça/cor, IV Macrorregião de Saúde de Pernambuco, 2015 à 2021



	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Branco	4	164	9	32	47	21	15
Preto	1	31	3	13	29	11	10
Amarelo	0	8	0	0	3	1	1
Parda	7	983	47	118	324	159	117
Indigena	0	1	2	3	4	1	8
Ignorado	3	95	1	3	8	0	0

Fonte: SINAN, 2023.

No gráfico 38 que analisa raça/cor entre 2015 e 2021 nos casos confirmados de Chikungunya, observa-se que o maior número de casos

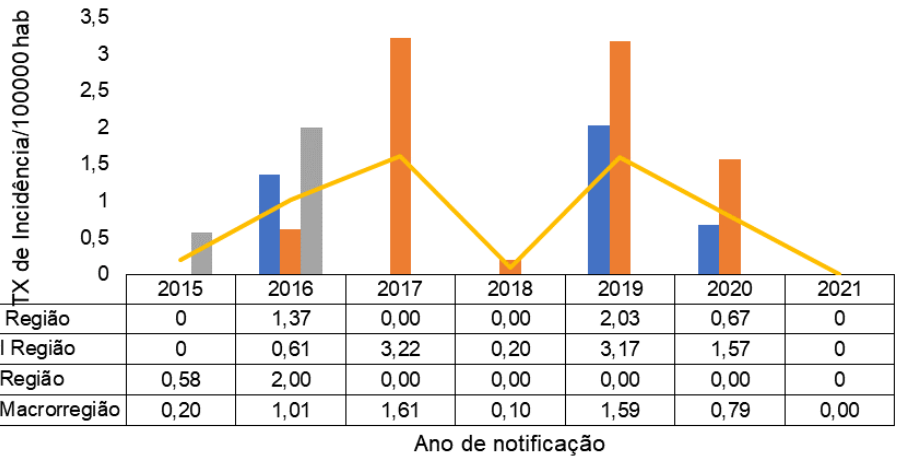
confirmados foram de pessoas autodeclaradas pardas. Destaca-se o ano de 2016 com a maior ocorrência desse achado, sendo 983 pardos.

2.2.2.1.5.3 Zika Vírus

A Zika é uma arbovirose causada pelo vírus Zika (ZIKV). É uma doença febril autolimitada semelhante às infecções por chikungunya e dengue, a maioria dos casos pelo ZIKV são assintomáticos.

Foi demonstrado por estudos que durante surtos da doença no Brasil e na Polinésia Francesa, houve uma associação da infecção viral com complicações neurológicas como microcefalia congênita e síndrome de Guillain-Barré (SGB) (Brasil, 2023d).

Gráfico 39: Taxa de Incidência dos casos confirmados de Zika segundo Região de Saúde de residência, IV Macrorregião de Saúde de Pernambuco, 2015 a 2021.



	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
VII Região	0	1,37	0,00	0,00	2,03	0,67	0
VIII Região	0	0,61	3,22	0,20	3,17	1,57	0
IX Região	0,58	2,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0
IV Macrorregião	0,20	1,01	1,61	0,10	1,59	0,79	0,00

Fonte: SINAN, 2023.

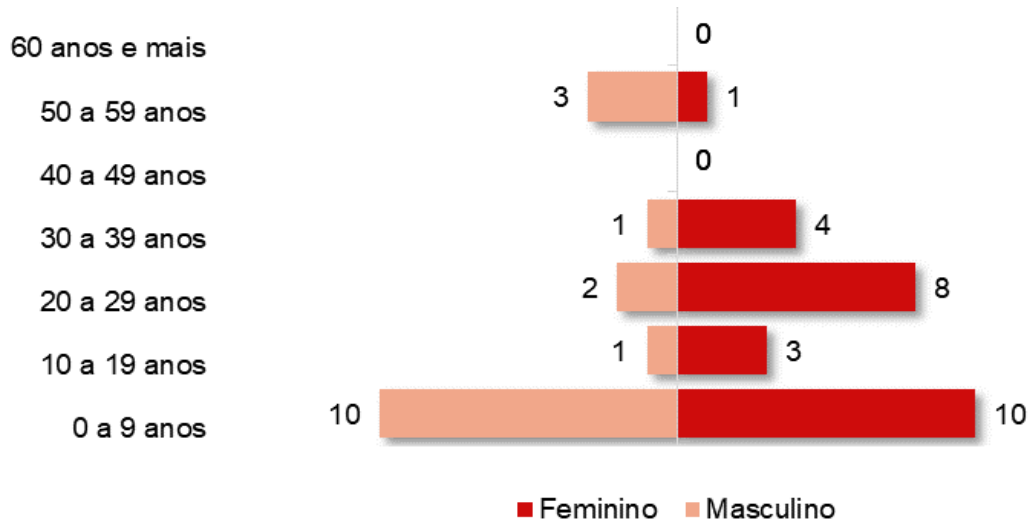
Diante da taxa de Incidência dos casos confirmados de Zika na série histórica analisada na IV Macrorregião, conforme o gráfico 39, percebe-se que os anos de maior incidência de casos confirmados de ZIKV foram 2017 com máxima de 3,22 casos confirmados por

100.000HAB na VIII Região de Saúde, seguido de 2,03 casos confirmados por 100.000HAB em 2019 na VII Região de Saúde e 2,00 casos confirmado por 100.000HAB em 2016 na IX Região de Saúde.

Todos os sexos e faixas etárias são igualmente suscetíveis ao vírus Zika, porém mulheres grávidas e pessoas acima de 60 anos têm maiores riscos de desenvolver complicações da doença. Esses riscos podem aumentar quando a pessoa tem alguma comorbidade (Brasil, 2023d).

Ao analisar o número de casos confirmados de Zika segundo sexo/faixa etária, IV Macrorregião de Saúde de Pernambuco de 2015 a 2021 (gráfico 40), observa-se maior número de casos na faixa etária de 0 a 9 anos para ambos os sexos (n=20), 20 a 29 anos para o sexo feminino (n=8), como mostra o gráfico 40.

Gráfico 40: Número de casos confirmados de Zika segundo sexo/faixa etária, IV Macrorregião de Saúde de Pernambuco, 2015 à 2021.

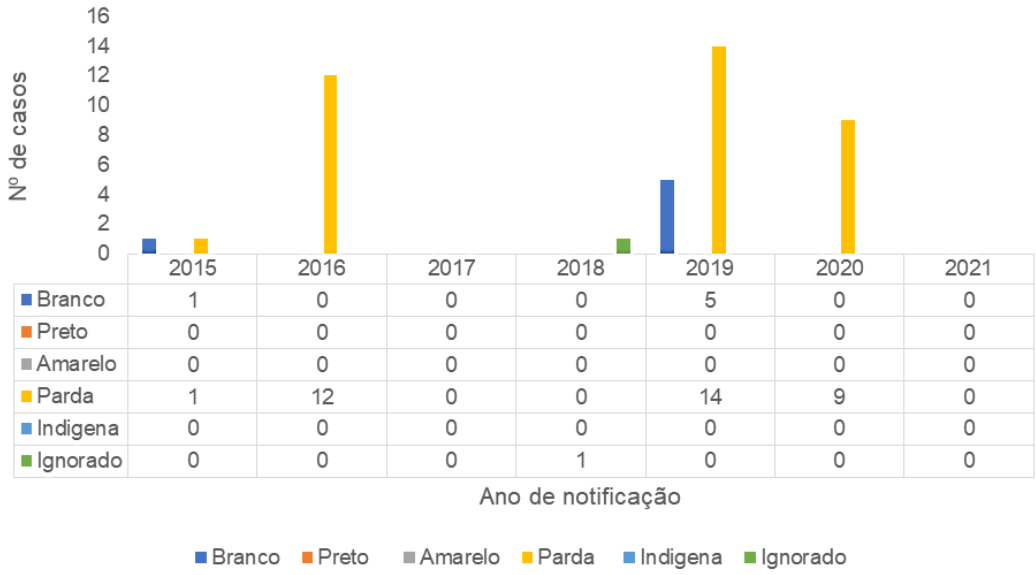


Fonte: SINAN, 2023.

O estudo da série histórica de 2015 a 2021, com descrição do número de casos confirmados de Zika segundo raça/cor, aponta que o maior número de casos confirmados foram de pessoas declaradas pardas.

Destaca-se o ano de 2019 com a maior ocorrência desse achado, sendo 14 pardos e 5 brancos.

Gráfico 41: Número de casos confirmados de Zika segundo raça/cor, IV Macrorregião de Saúde de Pernambuco, 2015 a 2021.



	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Branco	1	0	0	0	5	0	0
Preto	0	0	0	0	0	0	0
Amarelo	0	0	0	0	0	0	0
Parda	1	12	0	0	14	9	0
Indigena	0	0	0	0	0	0	0
Ignorado	0	0	0	1	0	0	0

Fonte: SINAN, 2023.

2.2.2.1.6 Tuberculose

A Tuberculose (TB) é uma doença de caráter infectocontagioso de evolução crônica, transmitida predominantemente pela via aérea. Compromete principalmente os pulmões, e é causada pelo agente etiológico Mycobacterium tuberculosis, também conhecido como bacilo de Koch, pertencente ao grupo das micobactérias aeróbias estritas, não formadoras de esporos. Essa doença milenar ainda é responsável por altos índices de mortalidade, representando um grave problema de saúde pública no Brasil, que ocupa o 20° lugar entre os países com mais casos de TB no mundo (Cunha *et al*, 2022).

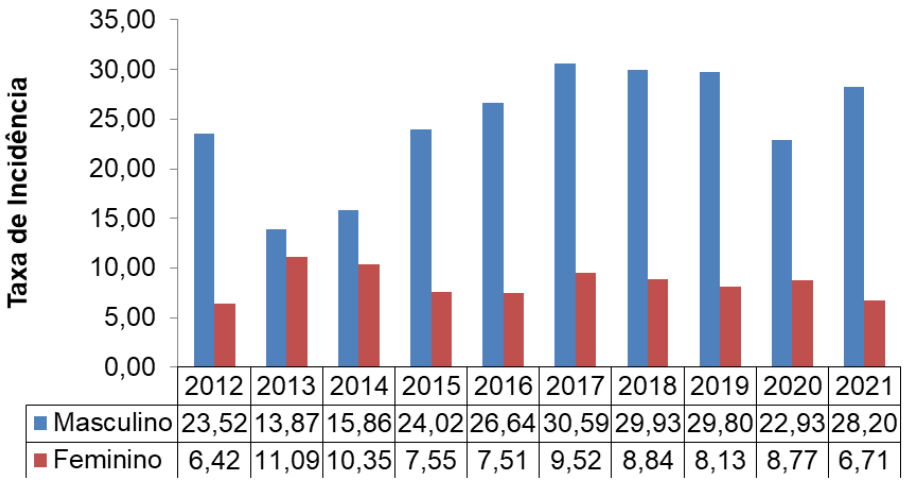
A doença atinge, em maior proporção, o sexo masculino, adultos, e habitantes de países de baixa renda, indicando uma ligação entre a

ocorrência da doença e fatores socioeconômicos. Apesar de existirem medidas para prevenção e controle da tuberculose, elas não alcançam toda a população de maneira igualitária, principalmente por uma questão de financiamento e envolvimento político insuficientes (Pereira *et al*,2022).

De acordo com o Ministério da Saúde, dos 59.735 casos novos de TB pulmonar notificados em 2021 no Brasil, 41.904 (70,1%) ocorreram em pessoas do sexo masculino. Observa-se predomínio do sexo masculino em quase todas as faixas etárias, com exceção do grupo de 10 a 14 anos.

Homens de 20 a 34 anos apresentam 2,8 vezes mais risco de adoecimento por TB pulmonar do que mulheres na mesma faixa etária, seguidos do grupo de 50 a 64 anos (Brasil, 2022). Os gráficos 42, 43 e 44 analisam a taxa de incidência de Tuberculose segundo o sexo nas Regiões de Saúde que compõem a IV Macrorregião em Pernambuco.

Gráfico 42: Taxa de incidência de Tuberculose segundo o sexo, VII Região de Saúde de Pernambuco, 2012 a 2021.



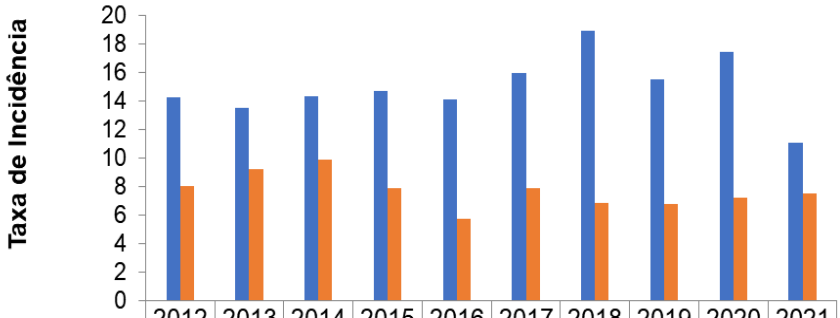
	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Masculino	23,52	13,87	15,86	24,02	26,64	30,59	29,93	29,80	22,93	28,20
Feminino	6,42	11,09	10,35	7,55	7,51	9,52	8,84	8,13	8,77	6,71

Fonte: SINAN, 2023.

Em relação a proporção de casos de TB na IV Macrorregião de Saúde, pode-se observar no gráfico 42, que ao longo de série histórica (2012 - 2021), a incidência da enfermidade é predominante em pessoas do sexo masculino, com destaque para o ano de 2017, no qual a VII Região de Saúde apresentou a taxa de incidência de 30,59% e a VIII de

18,88%. Já a IX Região de Saúde teve maior incidência no ano de 2019 (15,17%).

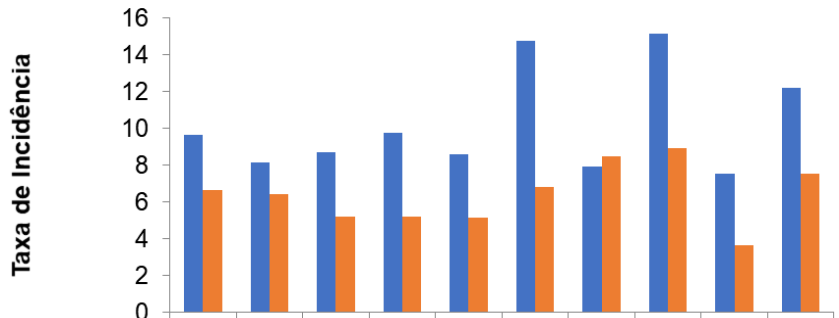
Gráfico 43:Taxa de Incidência de Tuberculose segundo o sexo, VIII Região de Saúde de Pernambuco, 2012 a 2021.



	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Masculino	14,26	13,46	14,34	14,7	14,08	15,9	18,88	15,46	17,42	11,02
Feminino	8,02	9,18	9,88	7,87	5,71	7,85	6,83	6,74	7,24	7,54

Fonte: SINAN, 2023.

Gráfico 44: Taxa de Incidência de Tuberculose segundo o sexo, IX Região de Saúde de Pernambuco, 2012 a 2021.



	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Masculino	9,62	8,16	8,69	9,78	8,57	14,76	7,92	15,17	7,54	12,22
Feminino	6,62	6,41	5,21	5,18	5,14	6,81	8,48	8,94	3,63	7,5

Fonte: SINAN, 2023.

Em relação à incidência segundo a faixa etária, houve tendência de aumento dos casos de TB em pessoas na faixa etária de 20 a 50 anos, possivelmente pela associação ao modo de vida e negligências à saúde, que retardam o diagnóstico e, assim, o tratamento, conforme pode ser

observado nas tabelas a seguir (30, 31 e 32) que trazem a taxa de incidência da TB na VII, VIII e IX Regiões de Saúde, respectivamente.

Tabela 30: Taxa de Incidência de Tuberculose segundo a faixa etária, VII Região de Saúde de Pernambuco, 2012 a 2021.

Faixa Etária	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
<1	0,71	0,00	1,43	1,43	4,99	7,13	7,84	0,00	3,56	2,14
1 a 4	0,00	0,69	0,00	0,69	2,77	6,93	6,93	2,08	2,77	2,08
5 a 9	0,69	0,00	0,00	0,69	6,90	4,83	2,76	6,90	2,07	0,69
10 a 14	0,00	0,00	0,00	0,00	4,80	6,86	9,61	2,75	4,12	2,75
15 a 19	0,00	0,00	0,00	1,37	7,51	1,29	5,46	2,05	4,78	0,00
20 a 29	1,36	0,00	0,00	0,00	8,84	11,56	6,12	5,44	4,08	2,04
30 a 39	0,00	0,00	0,68	0,00	8,16	8,84	6,12	5,44	4,08	4,08
40 a 49	0,00	0,00	0,00	0,68	6,10	10,16	8,80	4,06	5,42	2,71
50 a 59	0,00	0,00	0,00	1,35	8,77	7,42	6,74	2,70	2,70	1,35
60 a 69	0,00	0,00	1,34	0,67	4,70	6,04	10,07	3,36	4,70	2,69
70 a 79	0,71	0,00	1,43	1,43	4,99	7,13	7,84	0,00	3,56	2,14
80 ou mais	0,00	0,69	0,00	0,69	2,77	6,93	6,93	2,08	2,77	2,08

Fonte: SINAN, 2023.

Tabela 31: Taxa de incidência de Tuberculose segundo a faixa etária, VIII Região de Saúde de Pernambuco, 2012 a 2021.

Faixa Etária	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
<1	0,22	0,21	0,00	0,00	0,41	0,00	0,00	0,00	0,39	0,19
1 a 4	0,00	0,64	0,21	0,41	0,20	0,00	0,40	0,00	0,00	0,19
5 a 9	0,22	0,85	0,42	0,21	0,00	0,00	0,20	0,00	0,00	0,00
10 a 14	0,22	0,21	1,26	0,41	0,00	0,40	0,20	0,00	0,20	0,19
15 a 19	0,45	0,83	0,63	0,83	0,41	1.61	0,60	0,40	1,37	0,77
20 a 29	4,23	3,63	2,73	4,35	4,49	4,43	3,82	2,97	3,92	4,35
30 a 39	4,01	4,27	5,04	4,97	3,67	5,03	5,02	5,55	6,85	3,29
40 a 49	2,90	4,70	5,47	2,69	3,47	3,82	4,22	4,36	3,72	3,29
50 a 59	4,68	2,99	3,78	3,73	3,67	3,22	5,02	3,77	3,52	3,87
60 a 69	2,90	1,92	1,47	2,28	2,24	3,02	3,82	2,18	2,35	1,55
70 a 79	1,78	1,28	2,94	1,24	0,61	0,80	2,01	1,59	1,96	0,58
80 ou mais	0,67	1,07	1,26	1,45	0,61	1,41	0,40	1,39	0,39	0,39

Fonte: SINAN, 2023.

Tabela 32: Taxa de incidência de Tuberculose segundo a faixa etária, IX Região de Saúde de Pernambuco, 2012 a 2021.

Faixa Etária	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
<1	0,30	0,58	0,00	0,58	0,29	0,28	0,28	0,00	0,00	0,00
1 a 4	0,30	0,00	0,00	0,00	0,00	0,28	0,00	0,28	0,28	0,56
5 a 9	0,30	0,29	0,00	0,00	0,00	0,28	0,28	0,84	0,00	0,28
10 a 14	0,60	0,29	0,00	0,58	0,00	1,14	0,28	0,56	0,00	0,28
15 a 19	0,90	0,58	0,87	0,29	0,14	1,70	1,13	2,53	0,28	0,83
20 a 29	3,30	1,17	1,16	13,6	2,00	2,84	1,98	3,09	1,96	4,17
30 a 39	2,71	4,08	2,32	2,30	2,00	2,84	3,68	3,93	0,88	0,44
40 a 49	2,41	1,46	3,19	2,30	2,00	3,41	3,39	5,06	3,07	4,44
50 a 59	3,01	2,92	2,32	3,45	3,43	3,12	2,54	2,25	1,12	2,22
60 a 69	0,90	2,04	1,74	1,73	1,43	2,55	0,28	2,25	2,23	0,83
70 a 79	0,30	0,29	1,45	0,29	0,86	2,55	1,70	1,69	1,12	1,67
80 ou mais	0,20	0,88	0,87	0,29	0,57	0.57	0,85	1,69	0,28	0,00

Fonte: SINAN, 2023.

Referente a taxa de incidência de Tuberculose segundo raça/cor, o boletim epidemiológico (Brasil, 2022), observou que a maior parte dos casos novos de TB pulmonar concentrou-se em pessoas autodeclaradas pretas ou pardas, distribuição que apresentou um crescimento ao longo dos anos, variando de 61,9% a 69,0%, entre 2012 e 2021, respectivamente.

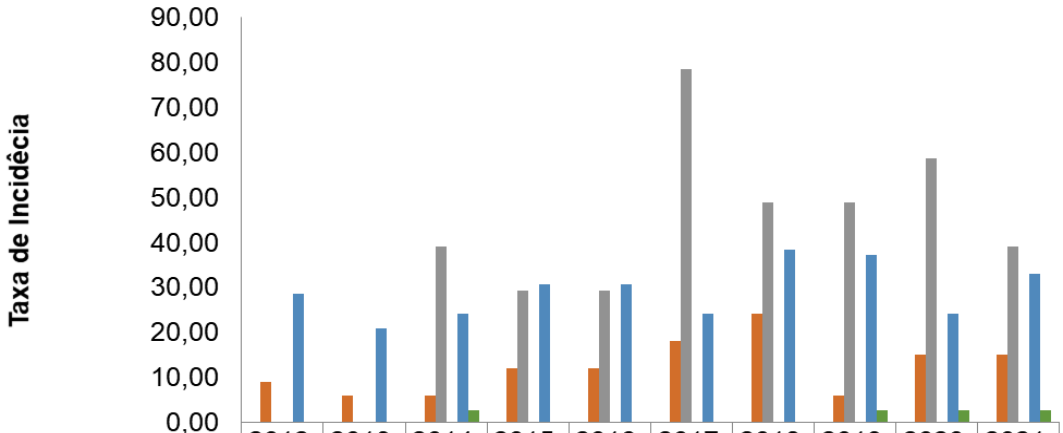
Entre pessoas brancas, a TB segue em declínio em todo o recorte temporal analisado, variando de 35,9% em 2012 a 28,9% em 2021. Ao mesmo tempo, o percentual de casos novos de TB em pessoas amarelas ou indígenas permaneceu constante nesse período, em cerca de 2,1%.

Ao analisar os gráficos 45, 46 e 47 que apresentam as taxas de incidência segundo raça/cor nas Regiões de Saúde que compõem a IV Macrorregião, foi possível observar ao longo da série histórica (2012-2021) que na VII Região de Saúde a maior incidência de TB foi em pessoas de raça/cor preta, destacando o ano de 2017 com 78,5% dos casos.

Em contrapartida nas outras duas Regiões de Saúde, a raça/cor parda foi a que teve maior incidência. Onde a VIII Região de Saúde, em 2018, apresentou uma incidência de 21,62%; já a IX Região de Saúde, no ano de 2019, apontou 20,23%.

Em relação as pessoas autodeclaradas brancas houve declínio da incidência na VII e IX Regiões de Saúde, onde na VIII Região de Saúde observou-se a variação de 5,75 % em 2012 a 3,68% em 2021 e na IX Região de Saúde a variação foi de 1,5% em 2012 a 1,39% em 2021.

Gráfico 45: Taxa de incidência de tuberculose segundo raça/cor, VII Região de Saúde de Pernambuco, 2012 a 2021.

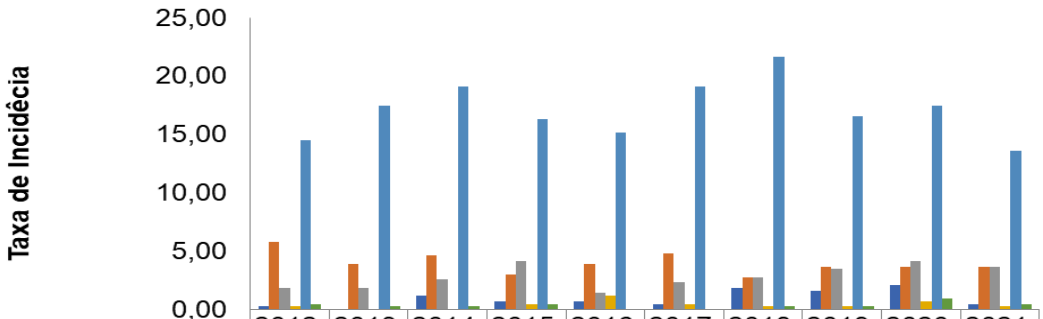


	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
IGN/BRANCO	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
BRANCA	9,09	6,06	6,06	12,12	12,12	18,18	24,25	6,06	15,15	15,15
PRETA	0,00	0,00	39,22	29,42	29,42	78,45	49,03	49,03	58,84	39,22
AMARELA	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
PARDA	28,57	20,88	24,17	30,77	30,77	24,17	38,36	37,36	24,17	32,97
INDIGENA	0,00	0,00	2,80	0,00	0,00	0,00	0,00	2,80	2,80	2,80

Fonte: SINAN, 2023.

Na VII Região de Saúde houve aumento da variação, a qual foi de 9,09% em 2012 a 15,15% em 2021. Como pode ser visualizado nos gráficos 45.

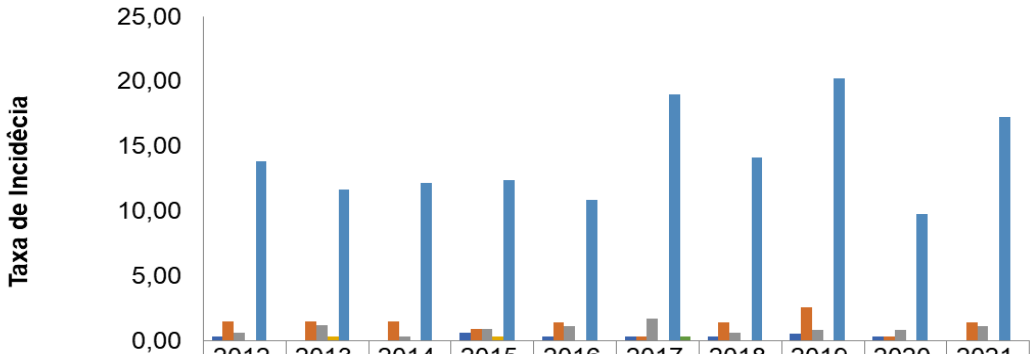
Gráfico 46: Taxa de Incidência de Tuberculose segundo raça/cor, VIII Região de Saúde de Pernambuco, 2012 a 2021.



	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
IGN/BRANCO	0,23	0,00	1,15	0,69	0,69	0,46	1,84	1,61	2,07	0,46
BRANCA	5,75	3,91	4,60	2,99	3,91	4,83	2,76	3,68	3,68	3,68
PRETA	1,84	1,84	2,53	4,14	1,38	2,30	2,76	3,45	4,14	3,68
AMARELA	0,23	0,00	0,00	0,46	1,15	0,46	0,23	0,23	0,69	0,23
PARDA	14,49	17,48	19,09	16,33	15,18	19,09	21,62	16,56	17,48	13,57
INDIGENA	0,46	0,23	0,23	0,46	0,00	0,00	0,23	0,23	0,92	0,46

Fonte: SINAN, 2023.

Gráfico 47: Taxa de Incidência de Tuberculose segundo raça/cor, IX Região de Saúde de Pernambuco, 2012 a 2021.



	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
IGN/BRANCO	0,30	0,00	0,00	0,58	0,29	0,28	0,28	0,56	0,28	0,00
BRANCA	1,50	1,46	1,45	0,86	1,43	0,28	1,41	2,53	0,28	1,39
PRETA	0,60	1,17	0,29	0,86	1,14	1,70	0,57	0,84	0,84	1,11
AMARELA	0,00	0,29	0,00	0,29	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
PARDA	13,83	11,67	12,16	12,37	10,85	19,02	14,14	20,23	9,78	17,22
INDIGENA	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,28	0,00	0,00	0,00	0,00

Fonte: SINAN, 2023.

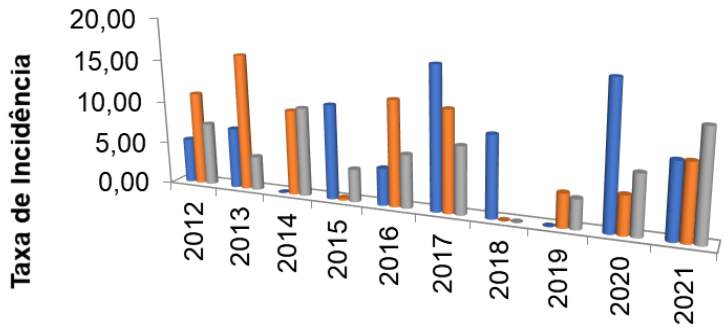
Já o percentual entre pessoas autodeclaradas amarelas e indígenas, mantiveram-se estáveis com pouca variação ao longo da série histórica na VIII e IX Regiões de Saúde.

O abandono do tratamento é um dos entraves ao controle da TB, visto que colabora para a continuidade da cadeia de transmissão, pois os indivíduos que não aderem satisfatoriamente à terapia medicamentosa continuam sendo fonte de contágio.

Implica ainda resistência farmacológica, postergação da cura, onera o tratamento, aumenta a duração e a gravidade da doença, eleva as taxas de mortalidade, além de ter importante impacto econômico, tanto para os usuários quanto para o sistema de saúde. A proporção do abandono do tratamento varia entre países e suas populações. (Soeiro, Caldas e Ferreira, 2022).

Na IV Macrorregião de Saúde, conforme o gráfico 48, no ano de 2021, a IX Região de Saúde teve destaque com o aumento da taxa de abandono do tratamento para TB, apresentando um percentual de 12,5%; em contrapartida a VII e VIII Regiões de Saúde tiveram menores e equiparadas taxas de abandono, com 8,73 % e 8,7%, respectivamente.

Gráfico 48: Taxa de abandono do tratamento para Tuberculose, IV Macrorregião de Saúde, Pernambuco, 2012 a 2021.



	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
VII	5,26	7,14	0,00	11,11	4,35	16,67	9,52	0,00	16,67	8,70
VIII	11,00	16,04	10,00	0,26	12,37	11,86	0,00	3,91	4,46	8,73
IX	7,41	4,00	10,42	3,85	6,25	7,89	0,00	3,45	6,98	12,50

Fonte: SINAN, 2023

Ressalta-se que uma importante estratégia para melhorar os índices e a notificações de TB na IV Macrorregião de Saúde, é o trabalho integrado com os municípios na intensificação das ações de vigilância e

controle, focadas nas equipes de saúde da família, visando à detecção precoce e tratamento adequado das pessoas.

2.2.2.1.7 Hanseníase

A hanseníase é uma patologia crônica que acomete o sistema nervoso periférico, em especial, nervos da face, dos membros superiores e inferiores, no entanto, pode haver manifestações em outros órgãos (Gaggini *et al* ,2022). Esta enfermidade é fortemente relacionada a condições econômicas, sociais e ambientais desfavoráveis.

Com registro de casos novos em todas as unidades federadas, a doença exibe distribuição heterogênea no país, com elevadas concentrações nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste, importantes áreas de transmissão.

Sua alta endemicidade compromete a interrupção da cadeia de transmissão, tornando-se imprescindível a incorporação de ações estratégicas que visem garantir o atendimento integral às pessoas acometidas pela mesma (Brasil, 2023c).

Conforme o Boletim Epidemiológico, 2022, do MS, entre os anos de 2016 e 2020, foram diagnosticados no Brasil 155.359 casos novos de hanseníase. Desses, 86.225 ocorreram no sexo masculino, o que corresponde a 55,5% do total.

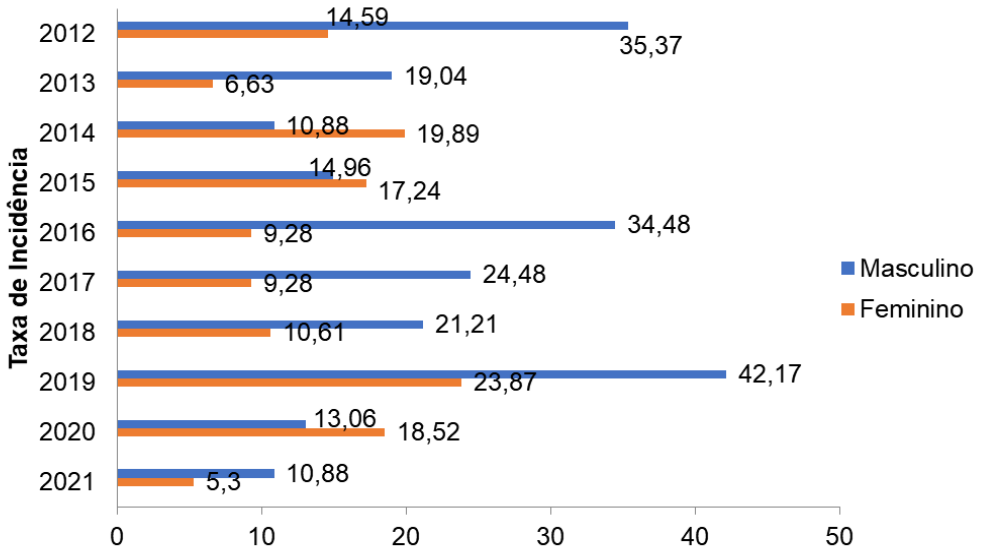
O elevado índice em pessoas do sexo masculino pode ser explicado pelo menor cuidado dispensado à saúde por parte deste grupo populacional, fazendo-se importante investigar aspectos relacionados a genética e à possível interferência hormonal na resposta imune ao agente etiológico da enfermidade. Independentemente das causas associadas a esse padrão epidemiológico, esses resultados indicam um desafio adicional para o controle da endemia. (Rocha, Nobre e Garcia, 2020).

Na IV Macrorregião Saúde a taxa de incidência de Hanseníase segundo o sexo, teve predominância dos casos em pessoas do sexo

masculino ao longo da série histórica analisada. Com destaque para a VII Região de Saúde, que no ano de 2019 teve 42,17% dos casos em homens.

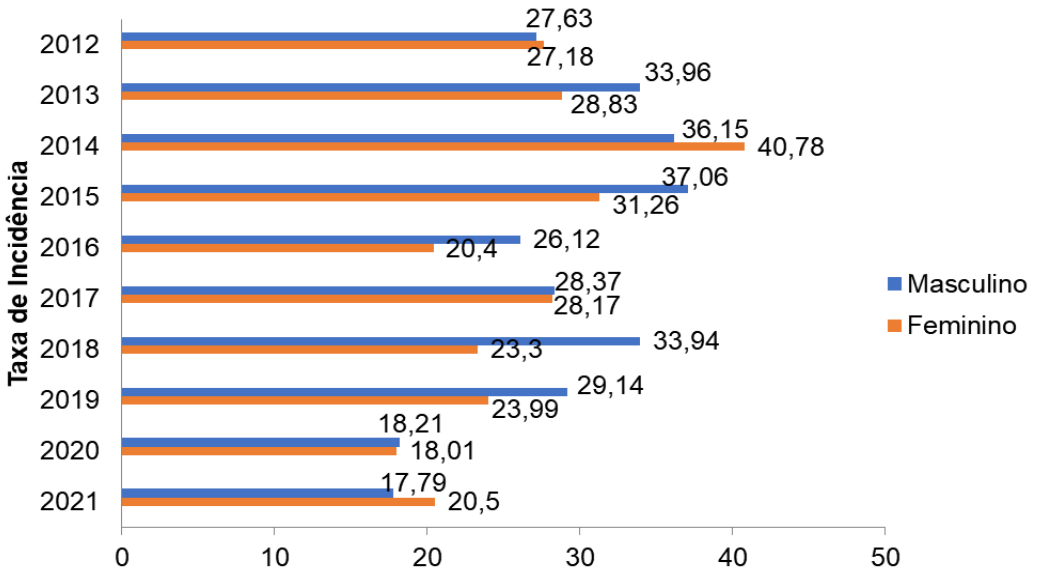
Por meio do gráfico 49, referente a incidência de Hanseníase segundo sexo na VII Região de Saúde, percebe-se que houve a predominância da proporção da incidência em pessoas do sexo masculino ao longo dos 10 anos analisados. Em contrapartida, nas VIII e IX Regiões de Saúde, apresentadas nos gráficos 50 e 51, respectivamente, a proporção da incidência entre pessoas do sexo masculino e feminino mostrou-se equiparada.

Gráfico 49: Taxa de Incidência de Hanseníase segundo o sexo, VII Região de Saúde de Pernambuco, 2012 a 2021.



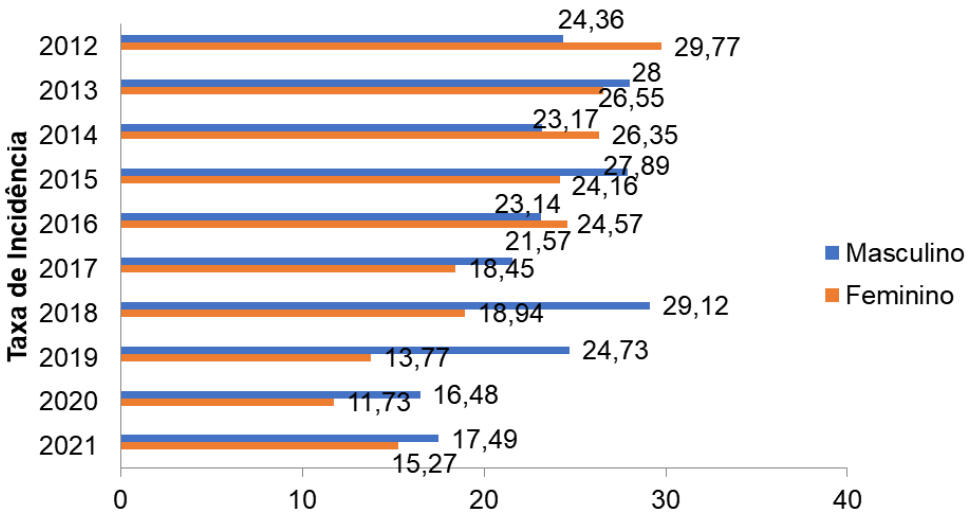
Fonte: SINAN, 2023.

Gráfico 50: Taxa de Incidência de Hanseníase segundo o sexo, VIII Região de Saúde de Pernambuco, 2012 a 2021.



Fonte: SINAN, 2023.

Gráfico 51: Taxa de incidência de Hanseníase segundo o sexo, IX Região de Saúde de Pernambuco, 2012 a 2021.



Fonte: SINAN, 2023.

Destaca-se o ano de 2014, na VIII Região de Saúde, onde 40,78% dos casos foram do sexo feminino e na IX Região de Saúde, no ano de 2012, 29,77% dos casos novos foram em mulheres. Discordando do estudo realizado por Silva e colaboradores (2021), que em nível nacional identificou a taxa de detecção dos casos apresentando-se maior no sexo masculino do que no sexo feminino.

Os indicadores por idade são importantes para estimar o risco de exposição ao bacilo e de detecção de casos da doença, bem como para subsidiar intervenções de acordo com a situação encontrada. Foi possível perceber que aumento do número relativo de casos novos na população com 60 anos e mais de idade está associado à diminuição da transmissão da doença (Rocha, Nobre e Garcia, 2020).

Na IV Macrorregião de Saúde pode-se observar maior predominância da incidência de casos de Hanseníase em pessoas da faixa etária entre 30 a 59 anos, indicando o acometimento de pessoas em idade economicamente ativa, conforme pode ser observado nas tabelas a seguir (33, 34, e 35).

Tabela 33: Taxa de incidência de Hanseníase segundo a faixa etária, VII Região de Saúde de Pernambuco, 2012 a 2021.

Faixa Etária	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
<1	0,00	0,14	0,07	0,36	0,64	0,57	0,29	0,50	0,36	0,07
1 a 4	0,07	0,00	0,21	0,14	0,42	0,28	0,28	0,07	0,07	0,07
5 a 9	0,07	0,07	0,28	0,34	0,21	0,14	0,21	0,62	0,28	0,00
10 a 14	0,00	0,00	0,41	0,00	0,27	0,41	0,48	0,21	0,27	0,00
15 a 19	0,00	0,07	0,00	0,00	0,41	0,48	0,14	0,41	0,20	0,07
20 a 29	0,07	0,20	0,14	0,20	0,48	0,48	0,27	0,27	0,07	0,07
30 a 39	0,00	0,07	0,00	0,34	0,61	0,48	0,14	0,27	0,27	0,14
40 a 49	0,20	0,20	0,34	0,27	0,75	0,88	0,75	0,34	0,14	0,14
50 a 59	0,00	0,07	0,20	0,07	0,13	0,40	0,74	0,34	0,00	0,13
60 a 69	0,00	0,00	0,07	0,07	0,27	0,34	0,47	0,34	0,00	0,07
70 a 79	0,00	0,14	0,07	0,36	0,64	0,57	0,29	0,50	0,36	0,07
80 ou mais	0,07	0,00	0,21	0,14	0,42	0,28	0,28	0,07	0,07	0,07

Fonte: SINAN, 2023.

Na VII Região de Saúde houve um aumento de casos em pessoas da faixa etária de 60 anos e mais. Corroborando com o trabalho de Rocha, Nobre e Garcia, 2020, os quais identificaram que a população Brasileira se encontra em processo de transição da estrutura etária, em que as mudanças mais notáveis ocorreram nas faixas de idades extremas. Os menores de 15 anos perderam representatividade, já a proporção dos maiores de 60 anos será crescente.

Tabela 34: Taxa de incidência de Hanseníase segundo a faixa etária, VIII Região de Saúde de Pernambuco, 2012 a 2021.

Faixa Etária	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
<1	0,00	0,00	0,00	0,41	0,20	0,00	0,00	0,20	0,00	0,19
1 a 4	0,45	1,50	2,10	0,86	0,41	1,21	0,40	0,40	0,39	0,19
5 a 9	2,90	3,42	4,20	2,28	1,43	2,01	1,41	1,39	0,78	0,77
10 a 14	2,90	3,63	3,99	3,73	2,24	2,62	2,61	1,59	1,76	0,77
15 a 19	7,13	7,48	6,94	7,66	5,31	6,04	6,23	5,55	9,54	2,13
20 a 29	12,03	11,96	17,24	13,66	7,75	9,06	9,24	6,54	3,33	4,25
30 a 39	10,47	13,88	14,29	13.04	9,79	11,67	11,85	13,08	9,20	8,32
40 a 49	8,47	7,69	13,24	12,21	11,22	9,68	12.25	11,58	1,63	8,70
50 a 59	7,13	17,90	7,15	7,66	5,10	8,05	9,04	7,14	6,07	8,70
60 a 69	2,01	3,84	5,68	4,55	2,86	4,43	2,21	4,16	3,33	13,59
70 a 79	1,34	1,50	2,10	1,24	0,20	1,61	2,01	1,19	1,17	0,97
80 ou mais	0,00	0,00	0,00	0,41	0,20	0,00	0,00	0,20	0,00	0,19

Fonte: SINAN, 2023.

Tabela 35: Taxa de incidência de Hanseníase segundo a faixa etária, IX Região de Saúde de Pernambuco, 2012 a 2021.

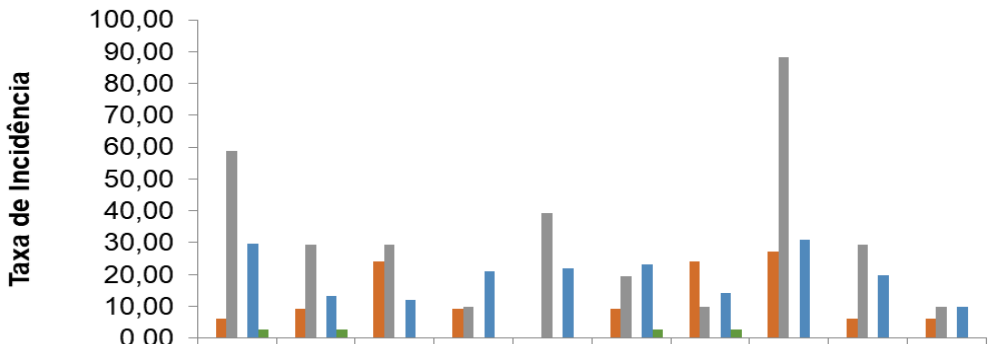
Faixa Etária	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
<1	0,00	0,29	0,29	0,00	0,29	0,00	0,00	0,00	0,00	0,28
1 a 4	0,60	0,88	1,16	1,44	0,29	0,28	0,28	0,56	0,56	0,00
5 a 9	1,50	1,75	2,90	0,29	2,00	1,14	0,85	0,28	0,28	0,56
10 a 14	1,50	1,75	2,03	1,44	2,00	2,27	0,57	1,12	1,40	1,11
15 a 19	4,51	6,42	3,48	4,60	2,57	1,99	1,70	1,41	1,40	0,59
20 a 29	9,02	9,04	8,40	9,78	6,57	5,96	1,07	6,18	3,07	3,61
30 a 39	11,73	8,75	9,27	10,07	9,14	7,95	10,18	8,71	4,19	6,39
40 a 49	9,02	10,50	6,37	8,34	11,14	9,54	13,01	7,31	7,82	8,61
50 a 59	9,32	7,58	7,82	8,34	6,28	9,37	7,92	7,59	5,31	5,55

60 a 69	4,51	6,71	6,08	6,61	5,14	2,84	4,81	3,37	2,51	4,17
70 a 79	2,41	0,88	1,74	1,15	2,29	1,99	1,70	1,97	1,68	1,94
80 ou mais	0,00	0,29	0,29	0,00	0,29	0,00	0,00	0,00	0,00	0,28

Fonte: SINAN, 2023.

Dos casos novos de hanseníase diagnosticados no período de 2017 a 2021 no país e que declararam sua raça/cor no momento da notificação, a maior frequência foi observada entre os pardos, com 51,6%, seguidos dos brancos, que representaram 21,6%. (Brasil, 2023c). Silva e colaboradores (2021), em seu estudo, destaca as altas proporções de incidência de Hanseníase em pessoas de cor da pele preta e sem instrução ou com ensino fundamental incompleto. É possível observar os dados dessa variável en tre os caso notificados na IV Macrorregião nos gráficos a seguir.

Gráfico 52: Taxa de incidência de Hanseníase segundo raça/cor, VII Região de Saúde de Pernambuco, 2012 a 2021



	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Ign/Branco	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Branca	6,06	9,09	24,25	9,09	0,00	9,09	24,25	27,28	6,06	6,06
Preta	58,84	29,42	29,42	9,81	39,23	19,61	9,81	88,26	29,42	9,81
Amarela	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,10	0,00
Parda	29,67	13,19	12,09	20,88	21,98	23,08	14,29	30,77	19,78	9,89
Indigena	2,80	2,80	0,00	0,00	0,00	2,80	2,80	0,00	0,00	0,00

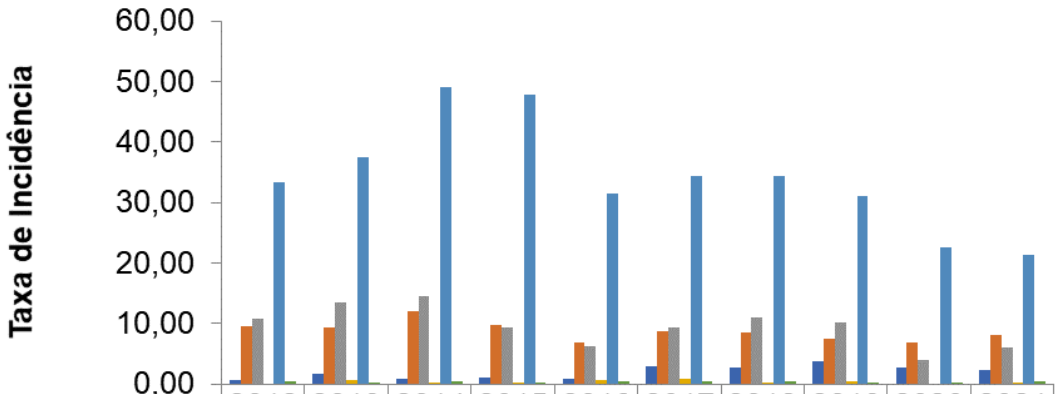
Fonte: SINAN, 2023.

Conforme o gráfico 52, na VII Região de Saúde, a raça/cor preta foi a que apresentou incidência predominante ao longo da série histórica, seguida da parda, branca e indígena, corroborando com Rocha, Nobre e

Garcia, 2020, os quais em seu trabalho observaram que a raça/cor da pele preta foi a mais frequente entre os casos de hanseníase.

Foi possível observar que na VIII e IX Regiões de Saúde a raça/cor parda foi a de maior incidência em todos os anos avaliados (2012-2021), seguida da cor branca e preta. Como pode ser visualizado nos gráficos abaixo.

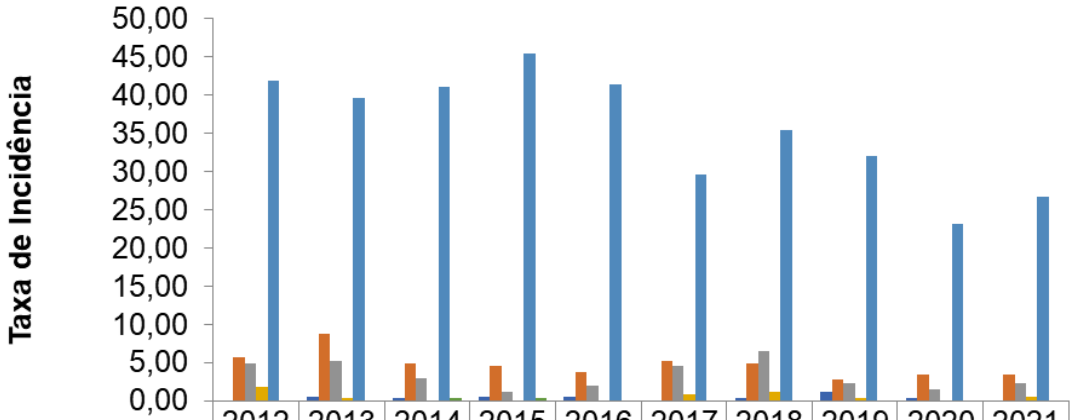
Gráfico 53: Taxa de incidência de Hanseníase segundo raça/cor, VIII Região de Saúde de Pernambuco, 2012 a 2021.



	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Ign/Branco	0,67	1,71	0,84	1,04	0,82	3,02	2,81	3,77	2,74	2,32
Branca	9,58	9,40	11,98	9,73	6,94	8,65	8,44	7,53	6,85	8,12
Preta	10,70	13,46	14,50	9,32	6,33	9,26	11,05	10,11	3,92	6,00
Amarela	0,00	0,64	0,21	0,21	0,61	0,80	0,20	0,40	0,00	0,19
Parda	33,42	37,38	48,98	47,82	31,42	34,41	34,34	31,12	22,51	21,27
Indigena	0,45	0,21	0,42	0,21	0,41	0,40	0,40	0,20	0,20	0,39

Fonte: SINAN, 2023.

Gráfico 54: Taxa de incidência de Hanseníase segundo raça/cor, IX Região de Saúde de Pernambuco, 2012 a 2021.



	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Ign/Branco	0,00	0,58	0,29	0,58	0,57	0,00	0,28	1,12	0,28	0,00
Branca	5,71	8,75	4,92	4,60	3,71	5,11	4,81	2,81	3,35	3,33
Preta	4,81	5,25	2,90	1,15	2,00	4,54	6,50	2,25	1,40	2,22
Amarela	1,80	0,29	0,00	0,00	0,00	0,85	1,13	0,28	0,00	0,56
Parda	41,80	39,67	41,12	45,44	41,42	29,52	35,34	32,03	23,18	26,66
Indigena	0,00	0,00	0,29	0,29	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

Fonte: SINAN, 2023.

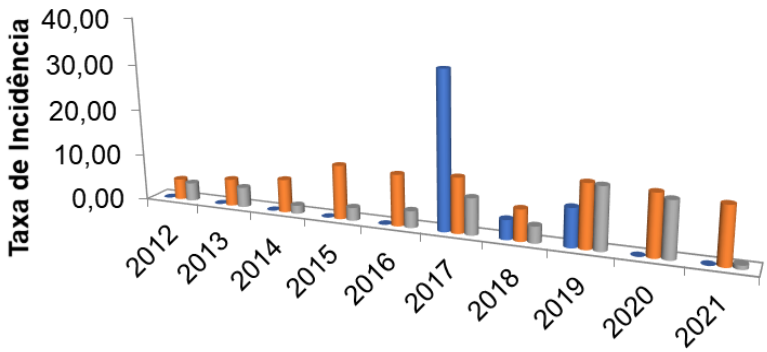
O treinamento de profissionais e pacientes de modo a identificar precocemente a enfermidade é um fator diferencial ao longo do processo, pois além de instituir o devido tratamento, incentiva seu seguimento correto, superando dessa forma a barreira do preconceito, evitando o abandono e a evolução da doença para suas complicações.

Outro fator que contribui para o abandono do tratamento, é a longa duração do mesmo, que pode chegar a até 12 meses; além dos efeitos adversos advindos. Desse modo, faz-se necessário realização de busca ativa dos faltosos para manutenção do acompanhamento (Gomes *et al*, 2020).

Na IV Macrorregião de Saúde, foi possível visualizar no gráfico 55, que a VII e IX Regiões de Saúde tiveram maiores taxas de abandono de Hanseníase nos anos 2019, 2020 e 2021; tal fato correlaciona-se ao

período da pandemia. Já a VII Região de Saúde apresentou maior taxa de abandono no ano de 2017, correspondendo a 33,30%.

Gráfico 55: Taxa de abandono do tratamento para Hanseníase, IV Macrorregião de Saúde Pernambuco, 2012 a 2021.



	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
VII	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	33,30	4,17	8,16	0,00	0,00
VIII	4,47	5,78	7,10	11,52	10,96	11,74	6,67	13,43	12,97	12,12
IX	3,89	4,28	1,75	2,76	3,59	7,80	3,53	13,14	11,88	0,85

Fonte: SINAN, 2023.

Como estratégia de monitoramento é importante conhecer o padrão da hanseníase na população, no intuito de poder subsidiar o planejamento das ações de vigilância e controle da mesma.

2.2.2.1.8 Sífilis

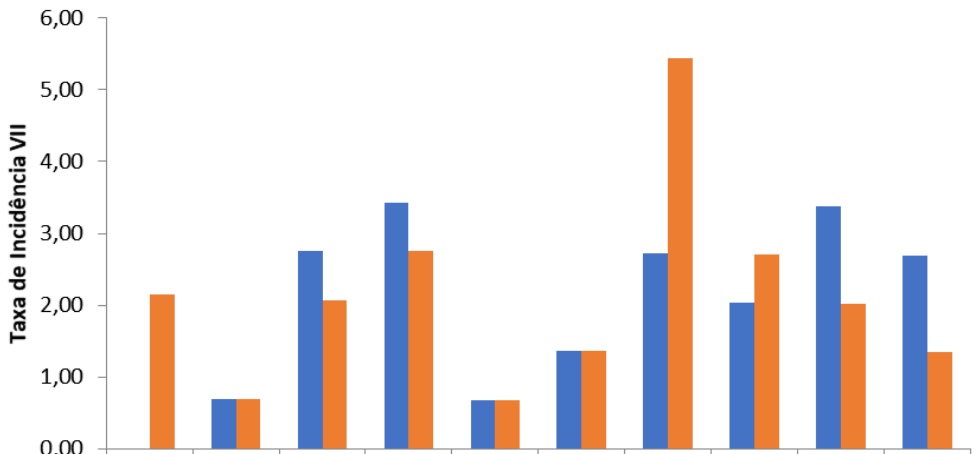
A sífilis é uma doença infectocontagiosa, transmitida pela via sexual (adquirida) e verticalmente durante a gestação (congênita), em relação a esta última, é importante fazer o teste para detectá-la durante o pré-natal e, quando o resultado for reagente, tratar corretamente.

Caracteriza-se por períodos de atividade e latência; pelo acometimento sistêmico disseminado e evolução para complicações graves em parte dos pacientes que não trataram ou que foram tratados

inadequadamente. Tem como agente causal, o *Treponema pallidum*. Novos testes laboratoriais e medidas de controle principalmente voltadas para o tratamento adequado do paciente e parceiro, uso de preservativo e informação à população, fazem parte das medidas adotadas para monitoramento da mesma. (Avelleira e Bottino, 2006).

No que diz respeito à Sífilis congênita segundo o sexo, na IV Macrorregião de Saúde, a taxa de incidência mostrou-se bastante equiparada entre os casos do sexo masculino e feminino. Podem ser observados nos gráficos 56, 57 e 58 os dados segundo a variável raça/cor nas notificações de sífilis na VII, VIII e IX Região de Saúde, respectivamente.

Gráfico 56: Taxa de incidência de Sífilis congênita segundo o sexo, VII Região de Saúde de Pernambuco, 2012 a 2021.

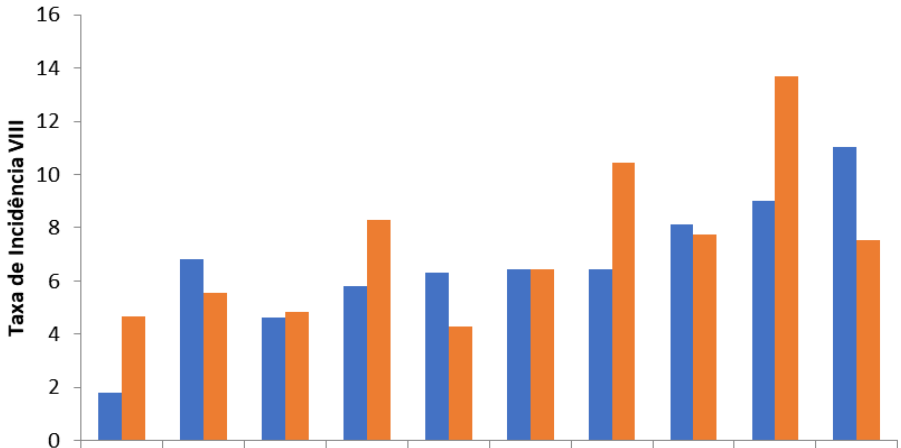


	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Masculino	0,00	0,69	2,76	3,43	0,68	1,36	2,72	2,03	3,37	2,69
Feminino	2,14	0,69	2,07	2,75	0,68	1,36	5,44	2,71	2,02	1,34

Fonte: SINAN, 2023.

Analisando os gráficos é possível destacar que na VII e VIII Regiões de Saúde os anos de 2018, 2020 e 2021 foram os que tiveram crescentes percentuais de notificação em ambos os sexos.

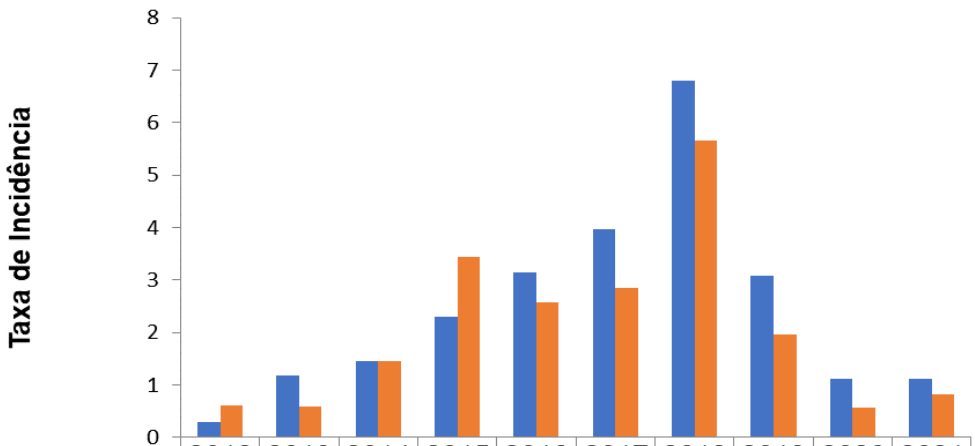
Gráfico 57: Taxa de incidência de Sífilis congênita segundo o sexo, VIII Região de Saúde de Pernambuco, 2012 a 2021.



	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Masculino	1,78	6,83	4,62	5,8	6,33	6,44	6,43	8,13	9,01	11,02
Feminino	4,68	5,55	4,83	8,28	4,28	6,44	10,44	7,73	13,7	7,54

Fonte: SINAN, 2023.

Gráfico 58: Taxa de incidência de Sífilis congênita segundo o sexo, IX Região de Saúde de Pernambuco, 2012 a 2021.



	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Masculino	0,3	1,17	1,45	2,3	3,14	3,97	6,79	3,09	1,12	1,11
Feminino	0,6	0,58	1,45	3,45	2,57	2,84	5,65	1,97	0,56	0,83

Fonte: SINAN, 2023.

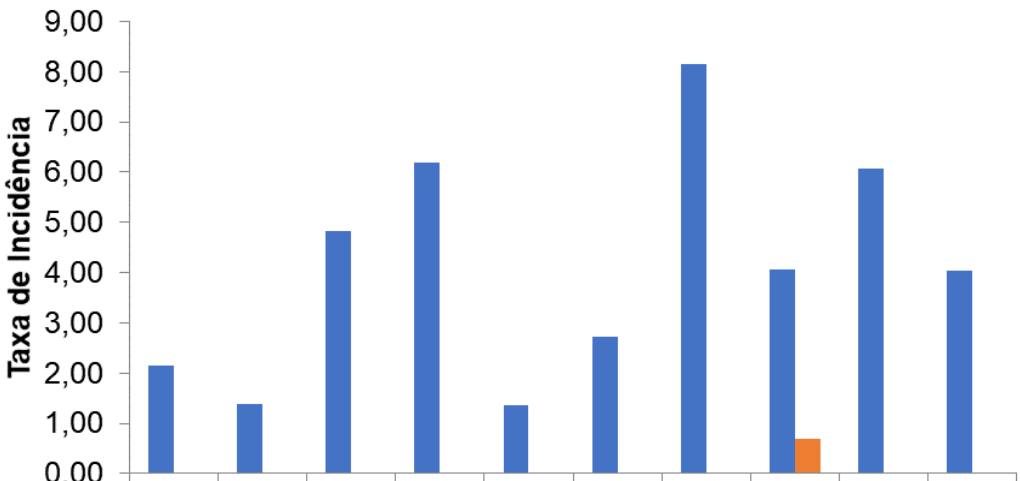
Já na IX Região de Saúde, o ano de 2018 foi o que apresentou notório percentual de incidência para os dois sexos. Sendo discordante do

Boletim Epidemiológico de Sífilis (2020), do Estado de Goiás, o qual identificou que de 2010 a 2017 houve um progressivo aumento na taxa de incidência de sífilis congênita e no ano de 2018 houve uma redução de 4,5% em relação ao ano de 2017.

Na IV Macrorregião de Saúde a taxa de incidência de sífilis congênita, segundo a faixa etária (gráficos 59, 60 e 61) é predominante nos menores de 01 ano, ao longo de toda a série histórica analisada. Destacando-se a VIII Região de Saúde nos anos de 2018 a 2021 apresentou aumento de incidência na supracitada faixa etária, com destaque para o ano de 2020, o qual obteve índice de 23,3% dos casos.

Esses dados obtidos corroboram com o Boletim Epidemiológico de Sífilis do Ministério da Saúde, 2023, onde observou-se que entre os anos de 2019 e 2022, houve um aumento de 16,0% na incidência de casos de sífilis congênita em menores de 01 anos, diagnosticados no Brasil.

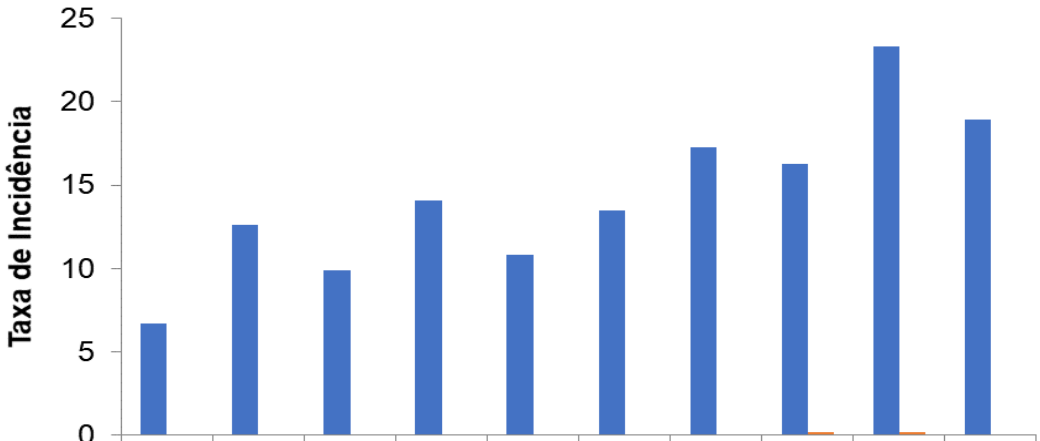
Gráfico 59: Taxa de incidência de Sífilis congênita segundo a faixa etária, VII Região de Saúde de Pernambuco, 2012 a 2021.



	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
< 1	2,14	1,39	4,83	6,18	1,37	2,72	8,16	4,06	6,07	4,03
1 a 4	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,68	0,00	0,00

Fonte: SINAN, 2023.

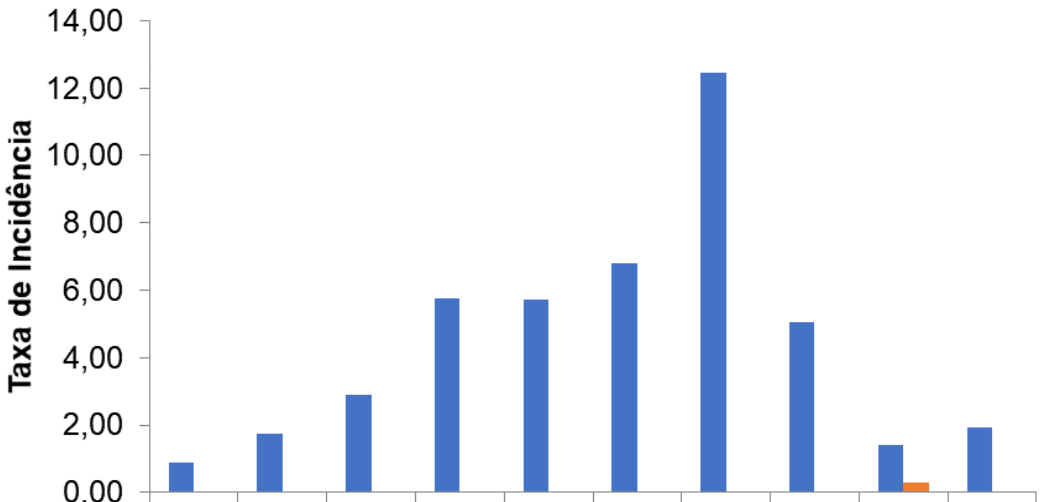
Gráfico 60: Taxa de incidência de Sífilis congênita segundo a faixa etária, VIII Região de Saúde de Pernambuco, 2012 a 2021.



	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
< 1	6,68	12,6	9,88	14,08	10,81	13,48	17,27	16,26	23,3	18,95
1 a 4	0	0	0	0	0	0	0	0,2	0,2	0

Fonte: SINAN, 2023.

Gráfico 61: Taxa de incidência de Sífilis congênita segundo a faixa etária, IX Região de Saúde de Pernambuco, 2012 a 2021.



	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
< 1	0,90	1,75	2,90	5,75	5,71	6,81	12,44	5,06	1,40	1,94
1 a 4	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,28	0,00

Fonte: SINAN, 2023.

A VII e a IX Região de Saúde, no ano de 2018 tiveram os maiores taxas de incidência de sífilis congênica com 8,16 e 12,44, respectivamente. No entanto, nos anos seguintes, as referidas Regiões de Saúde, apresentaram diminuição da taxa de incidência de Sífilis congênita, conforme pode ser visualizado nos gráficos xx abaixo.

Através dos gráficos 62, 63 e 64, é possível observar que na VII, VIII e IX Regiões de Saúde a raça/cor com maior incidência de sífilis congênita foi a parda; sendo concordante com dados do Boletim Epidemiológico de Sífilis, ano 2022, do MS, no qual, a maioria dos casos acometidos foi da raça/cor parda, seguidas de branca e preta (Brasil, 2022c).

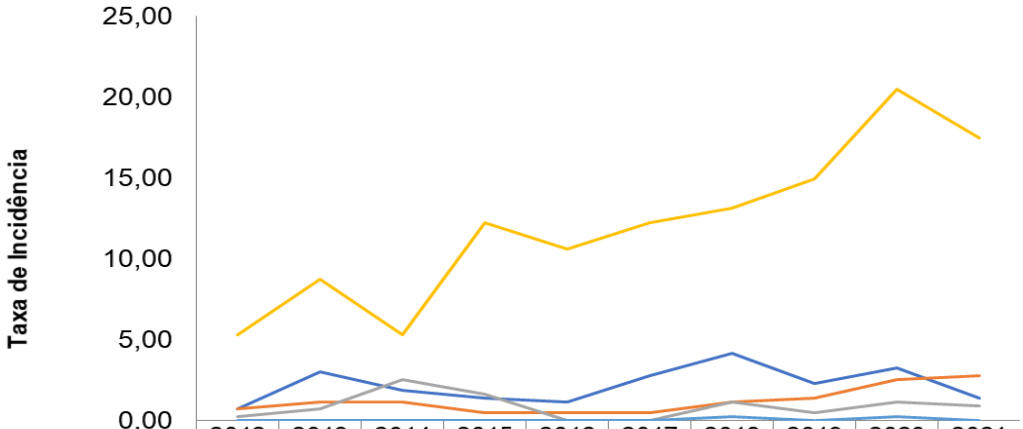
Gráfico 62: Taxa de incidência de Sífilis congênita segundo raça/cor, VII Região de Saúde de Pernambuco, 2012 a 2021.



	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Ign/Branco	0,71	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,68	0,00	0,00	0,00
Branca	0,71	0,00	0,00	0,69	0,00	0,00	0,68	0,00	0,67	0,67
Parda	0,71	1,39	0,00	4,12	1,37	2,72	6,80	4,74	5,39	3,36
Indigena	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,23	0,00	0,23	0,00

Fonte: SINAN, 2023.

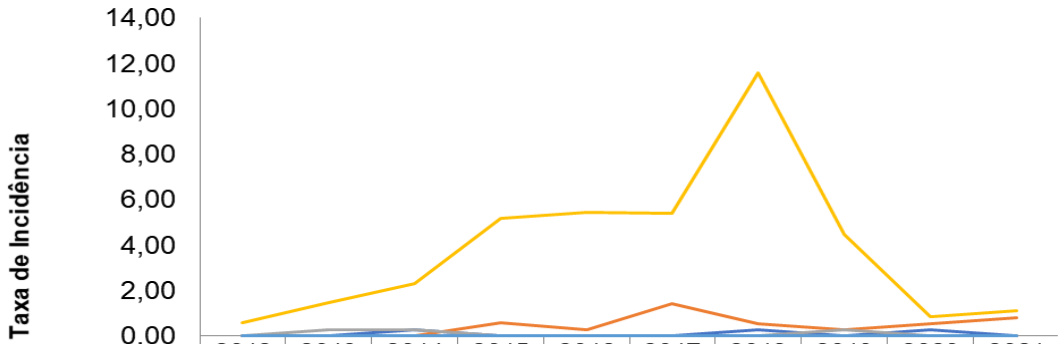
Gráfico 63: Taxa de incidência de Sífilis congênita segundo raça/cor, VIII Região de Saúde de Pernambuco, 2012 a 2021.



	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Ign/Branco	0,69	2,99	1,84	1,38	1,15	2,76	4,14	2,30	3,22	1,38
Branca	0,69	1,15	1,15	0,46	0,46	0,46	1,15	1,38	2,53	2,76
Preta	0,23	0,69	2,53	1,61	0,00	0,00	1,15	0,46	1,15	0,92
Parda	5,29	8,74	5,29	12,19	10,58	12,19	13,11	14,95	20,47	17,48
Indigena	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,23	0,00	0,23	0,00

Fonte: SINAN, 2023.

Gráfico 64: Taxa de incidência de Sífilis congênita segundo raça/cor, IX Região de Saúde de Pernambuco, 2012 a 2021.



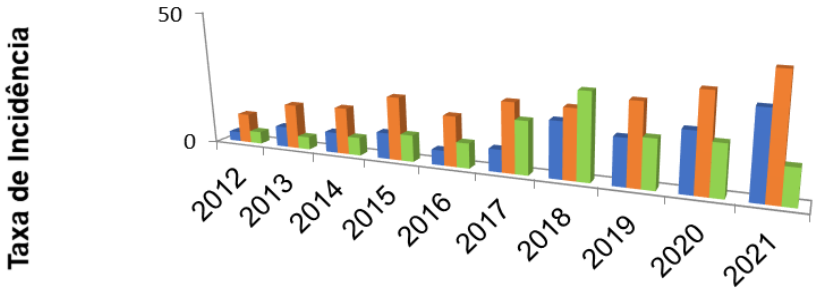
	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Ign/Branco	0,00	0,00	0,29	0,00	0,00	0,00	0,28	0,00	0,28	0,00
Branca	0,00	0,00	0,00	0,58	0,29	1,42	0,57	0,28	0,56	0,83
Preta	0,00	0,29	0,29	0,00	0,00	0,00	0,00	0,28	0,00	0,00
Parda	0,60	1,46	2,32	5,18	5,43	5,39	11,59	4,50	0,84	1,11
Indigena	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

Fonte: SINAN, 2023.

Na IV Macrorregião de Saúde a Sífilis em Gestantes apresenta maiores e crescentes percentuais de incidência na VIII Região de Saúde, com destaque para o ano de 2021, que apontou taxa de 43,07%, seguida da VII e IX Regiões de Saúde (gráficos 65).

Ressalta-se que esses dados são concordantes com o Boletim Epidemiológico, 2023, do MS, onde a taxa de detecção de gestantes com sífilis vem mantendo tendência crescente, e com incremento mais rápido nos últimos anos, tendo-se elevado em 33,8% entre os anos 2020 e 2022 (Brasil, 2023e).

Gráfico 65: Taxa de incidência de Sífilis em Gestantes, segundo Região de Saúde de Residência de Pernambuco, 2012 a 2021.



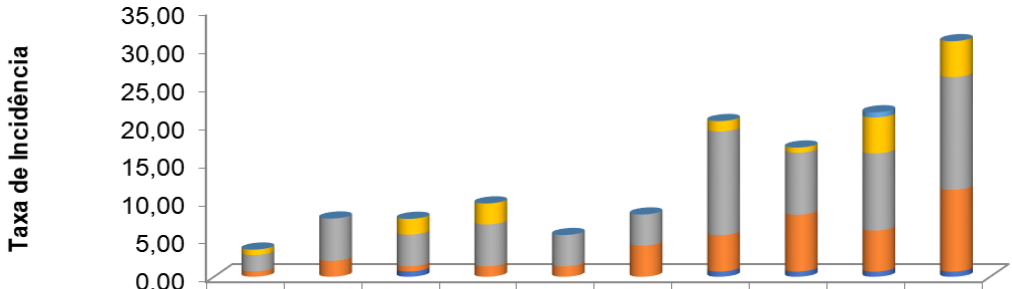
	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
VII	3,56	7,63	7,59	9,61	5,46	8,16	20,41	16,93	21,58	30,89
VIII	10,92	16,45	17,24	23,19	18,36	25,36	25,26	29,52	34,89	43,07
IX	4,51	4,67	6,66	9,78	9,14	19,3	31,38	17,7	18,44	13,05

Fonte: SINAN, 2023.

Com análise dos dados de faixa etária da IV Macrorregião de Saúde pode-se identificar nos gráficos 66, 67 e 68 que a maior incidência de Sífilis em gestantes se deu na faixa etária de 20 a 29 anos, seguida da faixa etária de 15 a 19 anos, nas três Regiões de Saúde; com exceção do ano de 2016, onde a IX Região de Saúde, teve 48,80% de incidência em pessoas de 15 a 19 anos.

Estes índices corroboram com o estudo apresentado pelo Boletim Epidemiológico de 2020, do estado de Goiás, onde no período de 2010 a 2019, observou-se que mais de 50% das gestantes diagnosticadas com sífilis encontravam-se na faixa etária de 20 a 29 anos, caracterizando a predominância em jovens com idade sexualmente ativa.

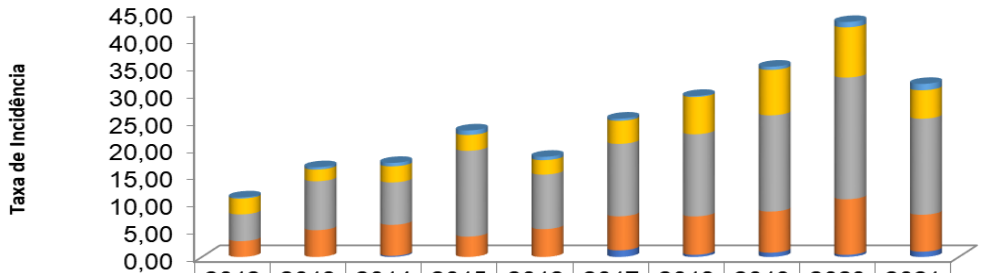
Gráfico 66: Taxa de incidência de Sífilis em Gestante segundo faixa etária, VII Região de Saúde de Pernambuco, 2012 a 2021.



	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
40 a 49 anos	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,67	0,00
30 a 39 anos	0,71	0,00	2,07	2,75	0,00	0,00	1,36	0,68	4,72	4,70
20 a 29 anos	2,14	5,55	4,14	5,49	4,10	4,08	13,61	8,13	10,11	14,77
15 a 19 anos	0,71	2,08	0,69	1,37	1,37	4,08	4,76	7,45	5,39	10,74
10 a 14 anos	0,00	0,00	0,69	0,00	0,00	0,00	0,68	0,68	0,67	0,67

Fonte: SINAN, 2023.

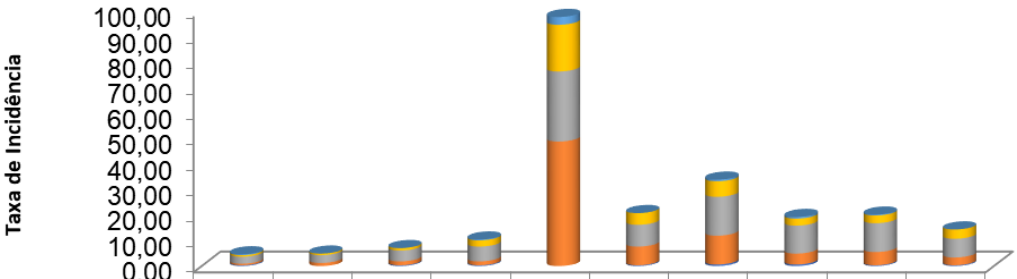
Gráfico 67: Taxa de incidência de Sífilis em Gestante segundo faixa etária, VIII Região de Saúde de Pernambuco, 2012 a 2021.



	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
40 a 49 anos	0,22	0,43	0,63	0,83	0,61	0,40	0,20	0,59	0,98	1,16
30 a 39 anos	2,90	2,14	2,94	2,90	2,65	4,23	6,83	8,33	9,20	5,22
20 a 29 anos	4,90	8,97	7,78	15,73	10,00	13,28	15,06	17,64	22,32	17,60
15 a 19 anos	2,90	4,91	5,68	3,73	5,10	6,24	7,03	7,53	10,18	6,77
10 a 14 anos	0,00	0,00	0,21	0,00	0,00	1,21	0,40	0,79	0,39	0,97

Fonte: SINAN, 2023.

Gráfico 68: Taxa de incidência de Sífilis em Gestante segundo faixa etária, IX Região de Saúde de Pernambuco, 2012 a 2021.



	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
40 a 49 anos	0,31	0,00	0,00	0,31	3,05	0,00	0,61	0,61	0,31	0,00
30 a 39 anos	0,61	0,61	0,92	2,44	18,30	4,58	6,10	2,75	3,05	3,66
20 a 29 anos	2,75	3,05	4,27	5,80	27,45	8,54	15,25	10,98	11,29	7,32
15 a 19 anos	0,61	1,22	1,53	1,53	48,80	7,32	11,29	4,27	5,19	3,05
10 a 14 anos	0,31	0,00	0,31	0,31	0,00	0,31	0,61	0,61	0,31	0,31

Fonte: SINAN, 2023.

No que diz respeito a taxa de incidência, segundo a raça/cor, na VII, VIII e IX Regiões de Saúde, que compõem a IV Macrorregião, a Sífilis em Gestantes foi maior em pessoas autodeclaradas pardas, como pode ser visualizado nas tabelas 36, 37 e 38.

Sendo concordante com estudo realizado por Tavares e colaboradores (2023), no qual a raça/cor parda prevaleceu com maior percentual, cenário semelhante ao apresentado em todo o Brasil, o qual registrou 52,7% diagnósticos de sífilis em gestante pardas.

Tabela 36: Taxa de incidência de Sífilis em Gestante segundo raça/cor, VII de Região de Saúde de Pernambuco, 2012 a 2021.

Ano da Notificação	Ign/ Branco	Branca	Preta	Amarela	Parda	Indígena
2012	0,00	0,71	0,00	0,00	2,85	0,00
2013	0,00	0,69	2,08	0,69	4,16	0,00
2014	0,69	0,69	0,69	0,00	5,52	0,00
2015	0,00	0,69	0,00	0,00	8,24	0,69
2016	0,00	1,37	0,00	0,00	3,41	0,68
2017	1,36	0,68	0,68	0,00	5,44	0,00
2018	0,00	2,04	2,04	0,00	16,33	0,00

2019	0,00	0,68	1,35	0,68	14,22	0,00
2020	0,00	2,02	1,35	0,00	18,21	0,00
2021	0,67	2,01	1,34	0,00	26,86	0,00

Fonte: SINAN, 2023.

Tabela 37: Taxa de incidência de Sífilis em Gestante segundo raça/cor, VIII Região de Saúde de Pernambuco, 2012 a 2021

Ano da Notificação	Ign/ Branco	Branca	Preta	Amarela	Parda	Indígena
2012	0,69	0,69	0,92	0,00	8,74	0,23
2013	2,30	1,38	1,38	0,00	12,65	0,00
2014	2,99	0,46	1,84	0,23	13,34	0,00
2015	3,68	1,15	1,61	0,46	18,63	0,23
2016	2,07	1,61	2,07	0,00	14,95	0,00
2017	1,38	1,61	2,30	0,46	22,77	0,46
2018	2,30	2,99	2,07	0,46	25,99	0,00
2019	2,07	2,53	3,68	0,46	31,29	0,46
2020	2,30	3,68	5,52	0,69	37,73	0,69
2021	0,46	3,68	4,14	0,23	29,21	0,00

Fonte: SINAN, 2023.

Tabela 38: Taxa de incidência de Sífilis em Gestante segundo raça/cor, IX Região de Saúde de Pernambuco, 2012 a 2021.

Ano da Notificação	Ign/ Branco	Branca	Preta	Amarela	Parda	Indígena
2012	0,00	0,90	0,00	0,00	3,61	0,00
2013	0,00	0,00	0,58	0,00	4,08	0,00
2014	0,29	0,58	0,58	0,00	5,21	0,00
2015	0,00	0,58	0,29	0,58	8,34	0,00
2016	0,00	0,86	0,00	0,00	8,28	0,00
2017	0,00	2,55	3,12	0,28	13,34	0,00
2018	0,28	3,39	1,41	0,28	26,01	0,00
2019	0,00	1,97	1,97	0,28	13,49	0,00
2020	0,00	1,68	3,35	0,28	12,85	0,28
2021	0,00	1,11	1,11	0,28	10,55	0,00

Fonte: SINAN, 2023.

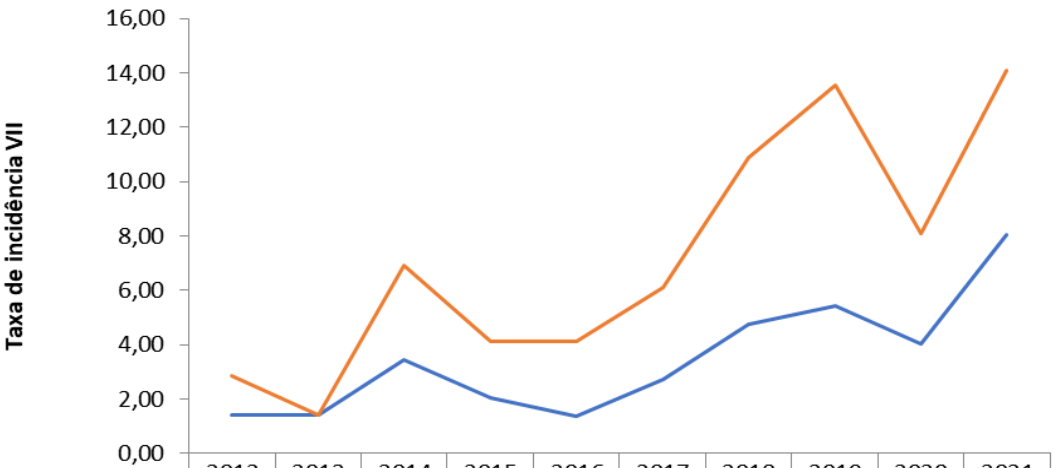
2.2.2.1.9 HIV

HIV é a sigla utilizada para denominar o Vírus da Imunodeficiência Humana, um vírus de RNA que ataca um tipo específico de células humanas, os linfócitos T. A infecção pelo HIV é um problema de saúde pública no país. Comparando os anos de 2020 e 2022, o número de casos de infecção pelo HIV aumentou 17,2% no Brasil. (Brasil, 2022d).

Ao analisar os dados de incidência de HIV segundo o sexo na IV Macrorregião de Saúde (gráficos 69, 70 e 71), pode-se identificar que o número de casos foi predominante no sexo masculino ao longo dos anos analisados (2012-2021).

Reforçando os dados apresentados por Brasil 2021, o qual mostrou os casos de infecção pelo HIV notificados no Sinan no período de 2007 a junho de 2021, notando-se que 69,8% dos casos foram em homens e 30,2% dos casos em mulheres.

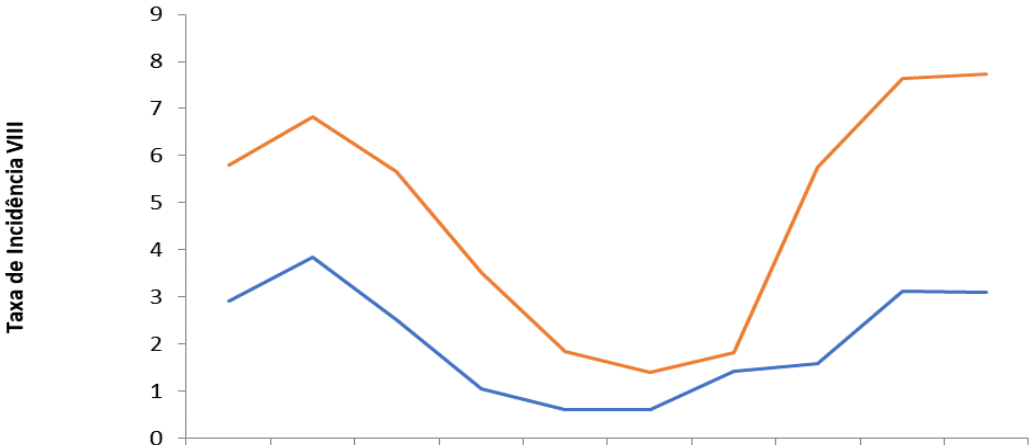
Gráfico 69: Taxa de incidência de HIV segundo sexo, VII Região de Saúde de Pernambuco, 2012 a 2021.



	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Masculino	1,43	0,00	3,45	2,06	2,73	3,40	6,12	8,13	4,05	6,04
Feminino	1,43	1,39	3,45	2,06	1,37	2,72	4,76	5,42	4,05	8,06

Fonte: SINAN, 2023.

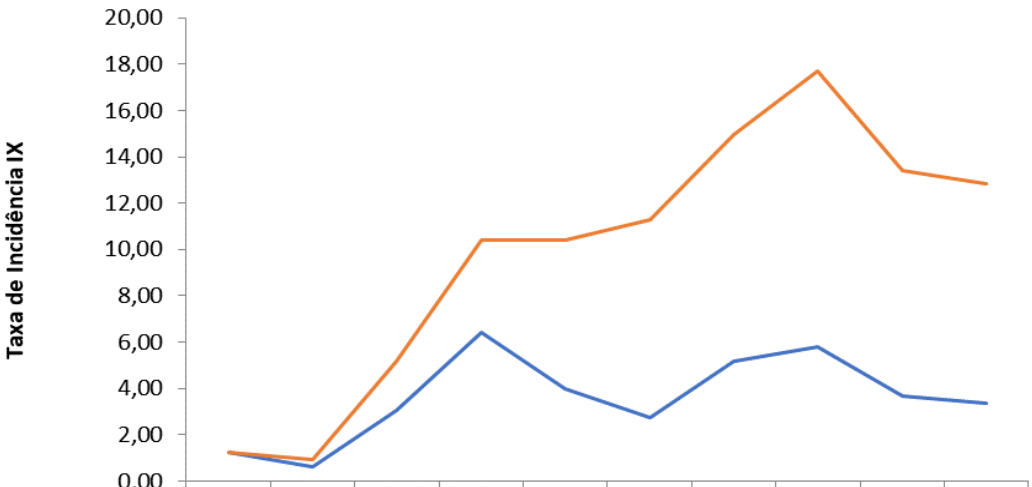
Gráfico 70: Taxa de incidência de HIV segundo sexo, VIII Região de Saúde de Pernambuco, 2012 a 2021.



	2012	2013	2013	2014	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Masculino	2,9	2,99	3,15	2,48	1,22	0,8	0,4	4,16	4,5	4,64
Feminino	2,9	3,84	2,52	1,04	0,61	0,6	1,41	1,59	3,13	3,09

Fonte: SINAN, 2023.

Gráfico 71: Taxa de incidência de HIV segundo sexo, IX Região de Saúde de Pernambuco, 2012 a 2021.



	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Masculino	0,00	0,31	2,14	3,97	6,41	8,54	9,76	11,90	9,76	9,46
Feminino	1,22	0,61	3,05	6,41	3,97	2,75	5,19	5,80	3,66	3,36

Fonte: SINAN, 2023.

É possível observar, por meio da análise das tabelas 39, 40 e 41, nas regiões que compõem a IV Macrorregião de Saúde, que a faixa etária com maior taxa de incidência de HIV foi de 20 a 39 anos. Corroborando com Brasil (2021), o qual apresentou, referente às faixas etárias, que a maioria dos casos de infecção pelo HIV encontra-se na faixa de 20 a 34 anos, com percentual de 52,9% dos casos.

Tabela 39: Taxa de incidência de HIV segundo faixa etária, VII Região de Saúde de Pernambuco, 2012 a 2021.

Ano da Notificação	10 a 14 anos	15 a 19 anos	20 a 29 anos	30 a 39 anos	40 a 49 anos	50 a 59 anos	60 a 69 anos
2012	0,00	0,72	0,72	0,72	0,00	0,72	0,00
2013	0,00	0,00	0,00	0,72	0,00	0,72	0,00
2014	0,00	0,72	2,16	2,88	1,44	0,00	0,00
2015	0,00	0,72	2,16	0,00	0,00	1,44	0,00
2016	0,00	0,72	1,44	0,72	0,72	0,72	0,00
2017	0,72	0,00	1,44	1,44	0,72	1,44	0,00
2018	0,00	0,72	4,33	2,88	2,16	0,72	0,00
2019	0,00	1,44	2,16	7,21	1,44	0,72	0,00
2020	0,00	0,00	2,88	4,33	1,44	0,00	0,00
2021	0,00	0,00	8,65	1,44	2,16	1,44	0,72

Fonte: SINAN, 2023

Tabela 40: Taxa de incidência de HIV segundo faixa etária, VIII Região de Saúde de Pernambuco, 2012 a 2021.

Ano da Notificação	10 a 14 anos	15 a 19 anos	20 a 29 anos	30 a 39 anos	40 a 49 anos	50 a 59 anos	60 a 69 anos
2012	0,67	1,11	3,12	0,89	0,00	0,00	0,67
2013	0,21	1,92	2,99	0,64	0,85	0,21	0,21
2014	0,42	2,31	2,10	0,42	0,42	0,00	0,42
2015	0,00	0,41	1,86	1,24	0,00	0,00	0,00
2016	0,00	0,82	0,20	0,61	0,00	0,00	0,00
2017	0,60	0,40	0,00	0,20	0,20	0,00	0,60
2018	0,00	0,20	1,00	0,60	0,00	0,00	0,00

2019	0,20	1,59	2,97	0,79	0,20	0,00	0,20
2020	0,00	2,94	2,15	0,98	1,17	0,20	0,00
2021	0,19	2,13	1,74	2,13	0,77	0,58	0,19

Fonte: SINAN, 2023

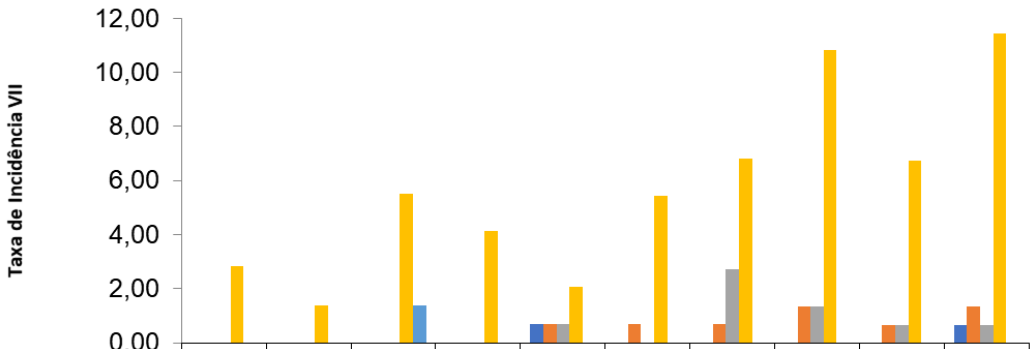
Tabela 41: Taxa de incidência de HIV segundo faixa etária, IX Região de Saúde de Pernambuco, 2012 a 2021.

Ano da Notificação	10 a 14 anos	15 a 19 anos	20 a 29 anos	30 a 39 anos	40 a 49 anos	50 a 59 anos	60 a 69 anos
2012	0,00	0,30	0,00	0,90	0,00	0,00	0,00
2013	0,00	0,00	0,58	0,29	0,00	0,00	0,00
2014	0,00	0,00	2,03	1,45	0,87	0,29	0,00
2015	0,00	0,86	3,45	2,59	2,01	0,58	0,29
2016	0,00	1,71	4,57	1,71	1,14	0,29	0,00
2017	0,00	0,85	4,26	3,12	1,99	0,28	0,00
2018	0,00	0,00	2,26	5,94	2,26	2,54	0,85
2019	0,00	1,12	6,74	4,22	2,53	1,41	028
2020	0,00	1,40	3,35	3,07	2,23	1,96	0,00
2021	0,00	0,83	3,61	3,61	1,67	1,94	0,00

Fonte: SINAN, 2023

Com relação à raça/cor autodeclarada, variável apresentada nos gráficos 72, 73 e 74, observou-se que a parda foi de maior taxa de incidência na VII, VIII e IX Regiões de Saúde. Sendo discordante de Brasil (2021), o qual identificou que 39,4% dos casos de HIV ocorreram entre brancos e 51,7% entre negros (pretos e pardos, sendo as proporções estratificadas 10,9% e 40,8%, respectivamente).

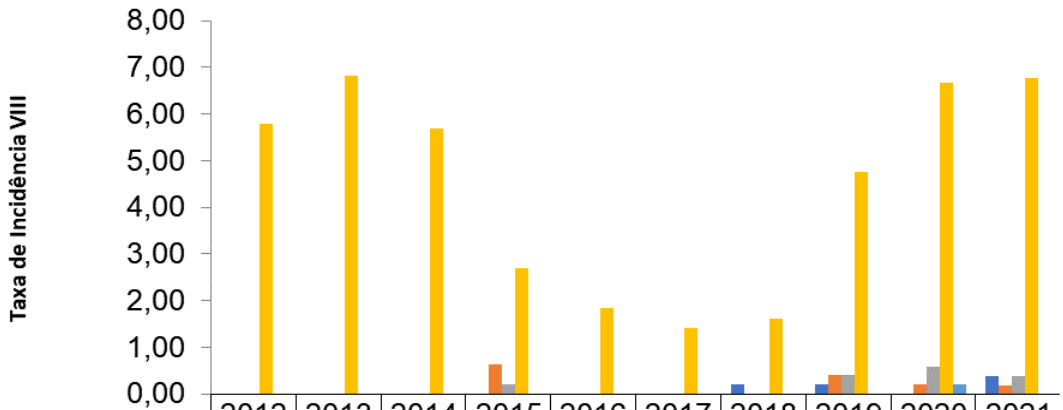
Gráfico 72: Taxa de incidência de HIV segundo raça/cor, VII Região de Saúde de Pernambuco, 2012 a 2021.



	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Ign/Branco	0,00	0,00	0,00	0,00	0,68	0,00	0,00	0,00	0,00	0,67
Branca	0,00	0,00	0,00	0,00	0,68	0,68	0,68	1,35	0,67	1,34
Preta	0,00	0,00	0,00	0,00	0,68	0,00	2,72	1,35	0,67	0,67
Parda	2,85	1,39	5,52	4,12	2,05	5,44	6,80	10,84	6,74	11,42
Indigena	0,00	0,00	1,38	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

Fonte: SINAN, 2023

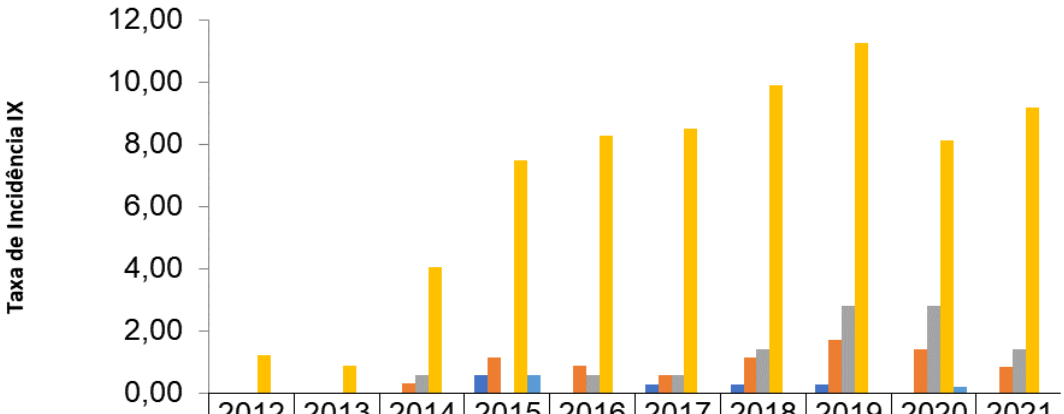
Gráfico 73: Taxa de incidência de HIV segundo raça/cor, VIII Região de Saúde de Pernambuco, 2012 a 2021.



	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Ign/Branco	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,20	0,20	0,00	0,39
Branca	0,00	0,00	0,00	0,62	0,00	0,00	0,00	0,40	0,20	0,19
Preta	0,00	0,00	0,00	0,21	0,00	0,00	0,00	0,40	0,59	0,39
Parda	5,79	6,83	5,68	2,69	1,84	1,41	1,61	4,76	6,66	6,77
Indigena	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,20	0,00

Fonte: SINAN, 2023

Gráfico 74: Taxa de incidência de HIV segundo raça/cor, IX Região de Saúde de Pernambuco, 2012 a 2021.



	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Ign/Branco	0,00	0,00	0,00	0,58	0,00	0,28	0,28	0,28	0,00	0,00
Branca	0,00	0,00	0,29	1,15	0,86	0,57	1,13	1,69	1,40	0,83
Preta	0,00	0,00	0,58	0,00	0,57	0,57	1,41	2,81	2,79	1,39
Parda	1,20	0,88	4,05	7,48	8,28	8,51	9,90	11,24	8,10	9,16
Indigena	0,00	0,00	0,00	0,58	0,00	0,00	0,00	0,00	0,20	0,00

Fonte: SINAN, 2023

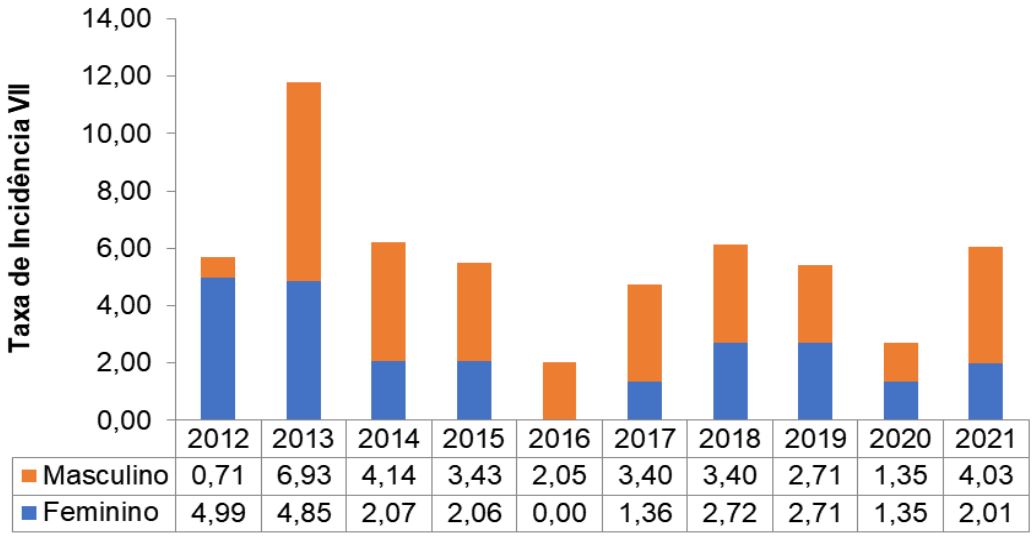
2.2.2.1.10 AIDS

A AIDS, sigla em inglês para a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Acquired Immunodeficiency Syndrome), é uma doença do sistema imunológico humano resultante da infecção pelo vírus HIV. De 1980 a junho de 2023, foram registrados 1.124.063 casos de AIDS no Brasil. Nos últimos cinco anos o país tem apresentado, anualmente, uma média de 35,9 mil casos novos de AIDS (Brasil, 2023f).

Com a análise dos gráficos 75, 76 e 77, pode-se perceber que ao longo da série histórica a taxa de incidência de AIDS, segundo o sexo, foi maior em pessoas do sexo masculino na IV Macrorregião de Saúde, sendo concordante com o Boletim Epidemiológico HIV/Aids do ano de 2022, onde observou que no Brasil, de 1980 até junho de 2022, foram

registrados 719.229 (66,1%) casos de aids em homens e 369.163 (33,9%) em mulheres.

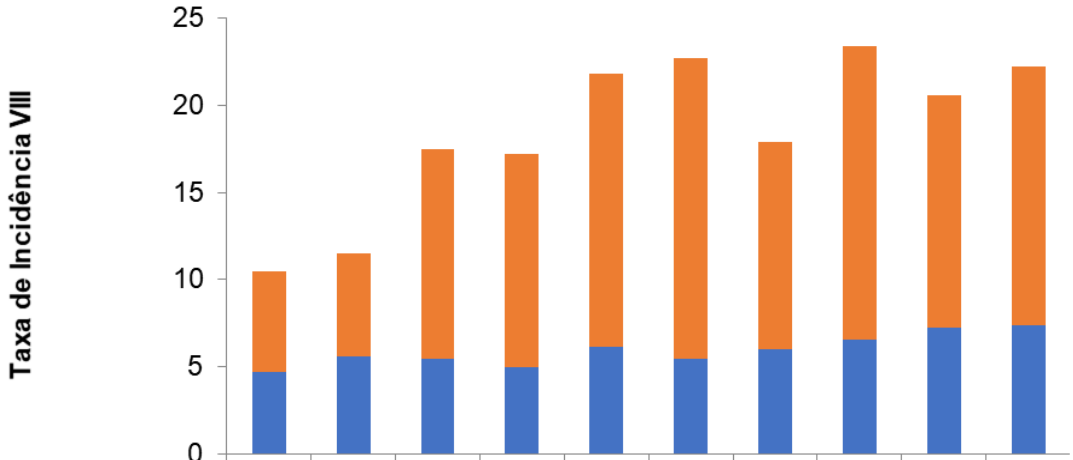
Gráfico 75: Taxa de incidência de AIDS segundo sexo, VII Região de Saúde de Pernambuco, 2012 a 2021.



	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Masculino	0,71	6,93	4,14	3,43	2,05	3,40	3,40	2,71	1,35	4,03
Feminino	4,99	4,85	2,07	2,06	0,00	1,36	2,72	2,71	1,35	2,01

Fonte: SINAN, 2023

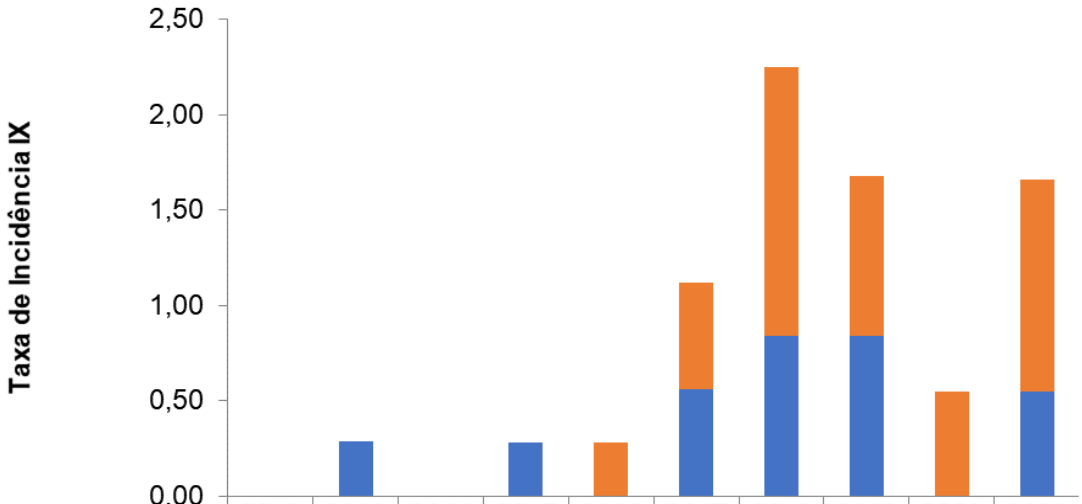
Gráfico 76: Taxa de incidência de AIDS segundo sexo, VIII Região de Saúde de Pernambuco, 2012 a 2021.



	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Masculino	5,79	5,98	11,98	12,21	15,71	17,31	11,85	16,85	13,31	14,89
Feminino	4,68	5,55	5,47	4,97	6,12	5,43	6,03	6,54	7,24	7,35

Fonte: SINAN, 2023

Gráfico 77: Taxa de incidência de AIDS segundo sexo, IX Região de Saúde de Pernambuco, 2012 a 2021.



	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Masculino	0,00	0,00	0,00	0,00	0,28	0,56	1,41	0,84	0,55	1,11
Feminino	0,00	0,29	0,00	0,28	0,00	0,56	0,84	0,84	0,00	0,55

Fonte: SINAN, 2023

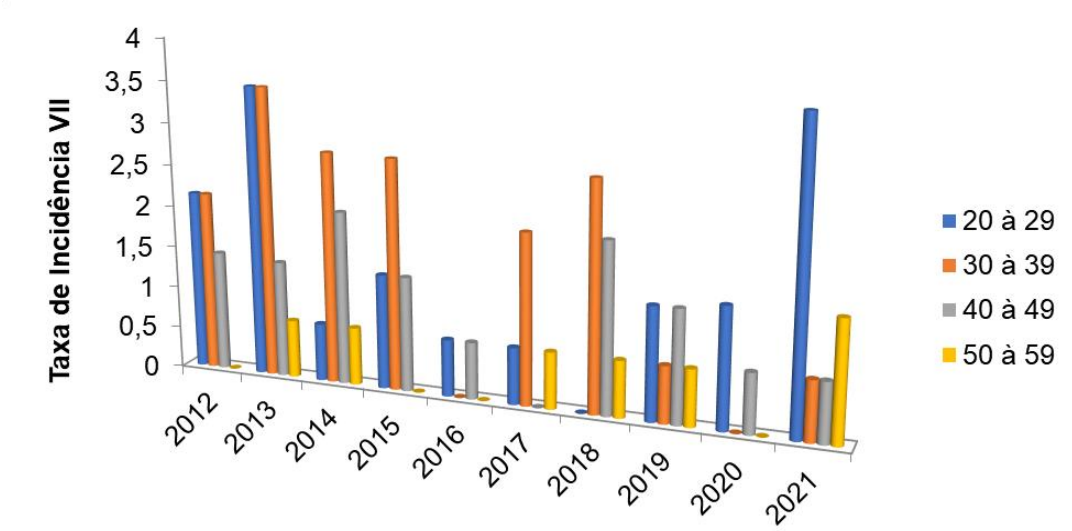
Ao observar os gráficos 78, 79 e 80, referentes a taxa de incidência de AIDS segundo a faixa etária, verificou-se que na VII Região de Saúde a predominância dos casos concentrou-se entre as faixas etárias de 20 a 29 anos e de 30 a 39 anos. Concordando com Brasil (2022), o qual identificou o aumento dos casos de AIDS nas mesmas faixas etárias acima citadas.

Na VIII Região de Saúde pode-se observar comportamento diferente da incidência, segundo a faixa etária, o qual apresentou crescente o número de casos de AIDS de 30 a 39, seguida de 40 a 49 e 50 a 59 anos, respectivamente.

Já na IX Região de Saúde, vale salientar, que ao longo da série histórica, notou-se aumento da incidência de casos no ano de 2016, na faixa etária 50 a 59 anos e em 2017 entre as faixas etárias de 30 a 39, seguida de 40 à 49 anos. No entanto o Boletim Epidemiológico do

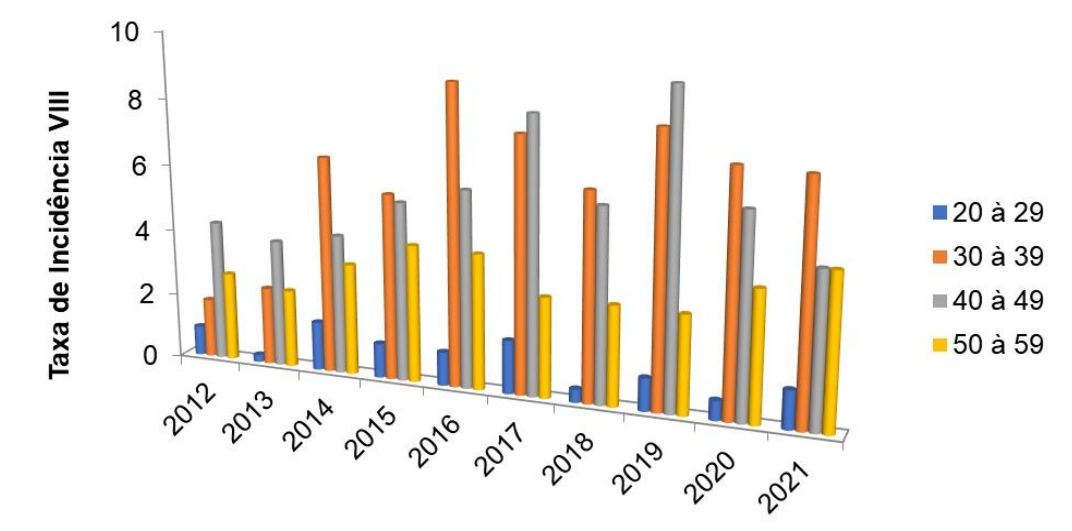
Ministério da Saúde, ano 2022, observou que houve diminuição do número de casos em pessoas de 50 anos ou mais.

Gráfico 78: Taxa de incidência de AIDS segundo faixa etária, VII Região de Saúde de Pernambuco, 2012 a 2021.



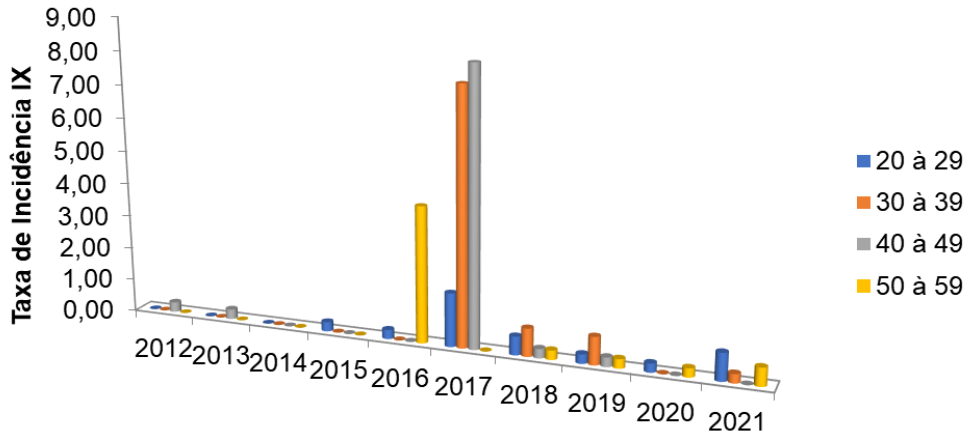
Fonte: SINAN, 2023

Gráfico 79: Taxa de incidência de AIDS segundo faixa etária, VIII Região de Saúde de Pernambuco, 2012 a 2021.



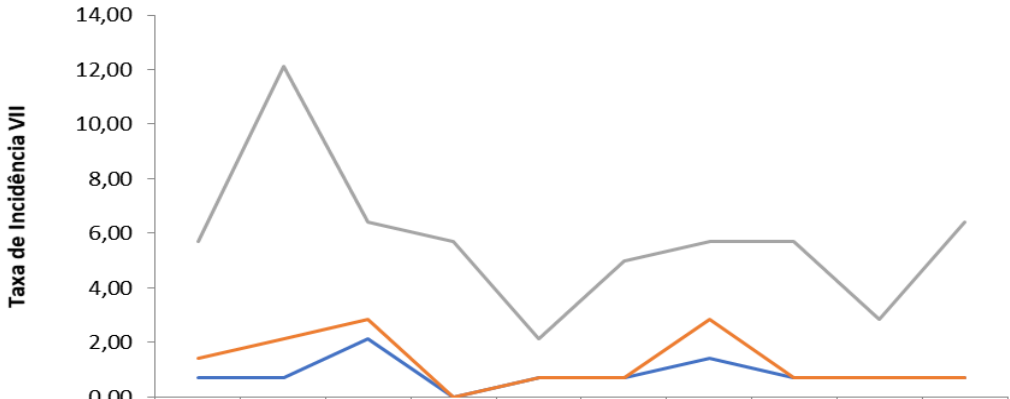
Fonte: SINAN, 2023

Gráfico 80: Taxa de incidência de AIDS segundo faixa etária, IX Região de Saúde de Pernambuco, 2012 a 2021.



Fonte: SINAN, 2023

Gráfico 81: Taxa de incidência de AIDS segundo raça/cor, VII Região de Saúde de Pernambuco, 2012 a 2021.



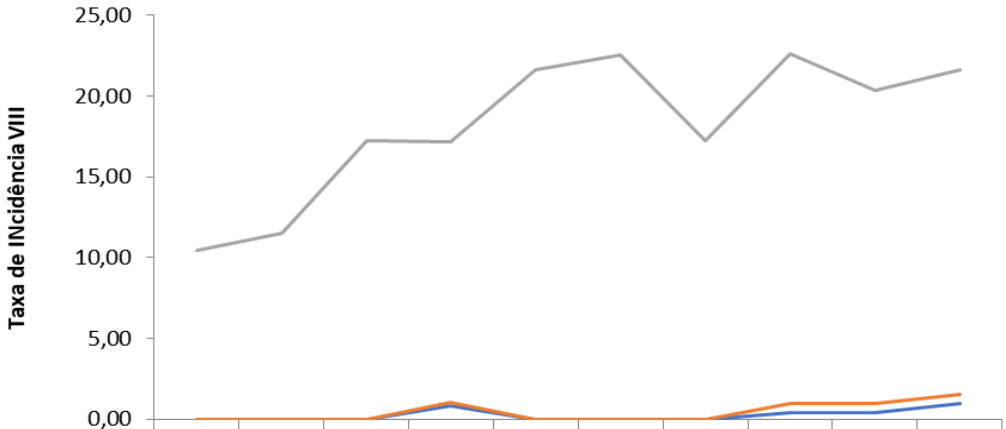
	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Parda	4,28	9,98	3,56	5,70	1,43	4,28	2,85	4,99	2,14	5,70
Preta	0,71	1,43	0,71	0,00	0,00	0,00	1,43	0,00	0,00	0,00
Branca	0,71	0,71	2,14	0,00	0,71	0,71	1,43	0,71	0,71	0,71

Fonte: SINAN, 2023

Na IV Macrorregião de Saúde, conforme os dados apresentados nos gráficos 81, 82 e 83, a taxa de incidência de AIDS segundo raça/cor na IV Macrorregião de Saúde foi maior em pessoas de cor parda, seguida da preta. Corroborando com Brasil 2022d, que ao estratificar os casos,

observou predominância em pessoas pardas e pretas, além da redução de casos entre pessoas brancas.

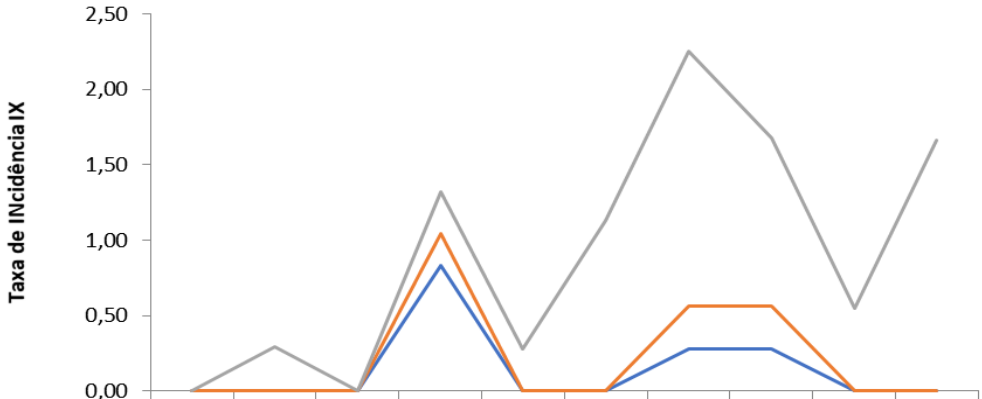
Gráfico 82: Taxa de incidência de AIDS segundo raça/cor, VIII Região de Saúde de Pernambuco, 2012 a 2021.



	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Parda	10,47	11,53	17,24	16,15	21,63	22,54	17,27	21,61	19,38	20,11
Preta	0,00	0,00	0,00	0,21	0,00	0,00	0,00	0,59	0,59	0,58
Branca	0,00	0,00	0,00	0,83	0,00	0,00	0,00	0,40	0,39	0,97

Fonte: SINAN, 2023

Gráfico 83: Taxa de incidência de AIDS segundo raça/cor, IX Região de Saúde de Pernambuco, 2012 a 2021.



	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Parda	0,00	0,29	0,00	0,28	0,28	1,13	1,69	1,12	0,55	1,66
Preta	0,00	0,00	0,00	0,21	0,00	0,00	0,28	0,28	0,00	0,00
Branca	0,00	0,00	0,00	0,83	0,00	0,00	0,28	0,28	0,00	0,00

Fonte: SINAN, 2023

2.2.2.1.11 Hepatites Virais

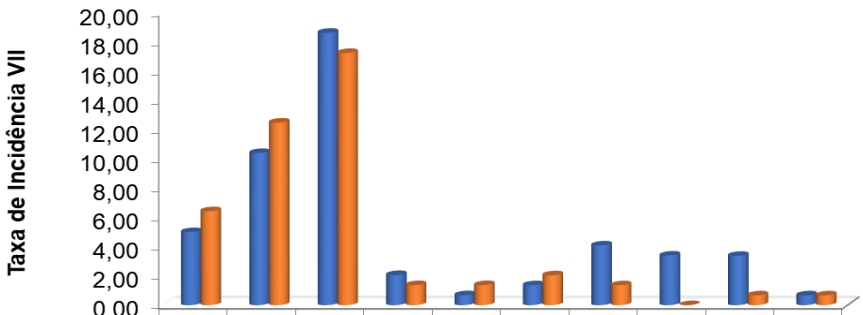
As hepatites virais representam um grave problema de saúde pública no Brasil e no mundo. Destaca-se que as mais comuns são causadas pelos vírus A, B e C e, com menor frequência, pelo vírus D, mais comum na região Norte. É uma doença infecciosa que atinge o fígado, causando alterações leves, moderadas ou graves. Na maioria das vezes são infecções assintomáticas (Rio Grande do Sul, 2023).

No tocante às hepatites virais, segundo o sexo, com a análise dos gráficos xx, verificou-se que nas três Regiões de Saúde que compõem a IV Macrorregião, a incidência foi maior em pessoas do sexo masculino.

Sendo concernente com o estudo realizado através do Boletim Epidemiológico da Secretaria de Estado da Saúde do Rio Grande do Sul de 2023, o qual ao avaliar a variável sexo, identificou uma taxa de detecção maior em homens, com pouca variação ao longo do período analisado (2017 a 2022).

Vale ressaltar que na IV Macrorregião de Saúde, observou-se também que ao longo da série histórica houve um decréscimo no número de casos notificados de hepatites virais, veja nos gráficos a seguir.

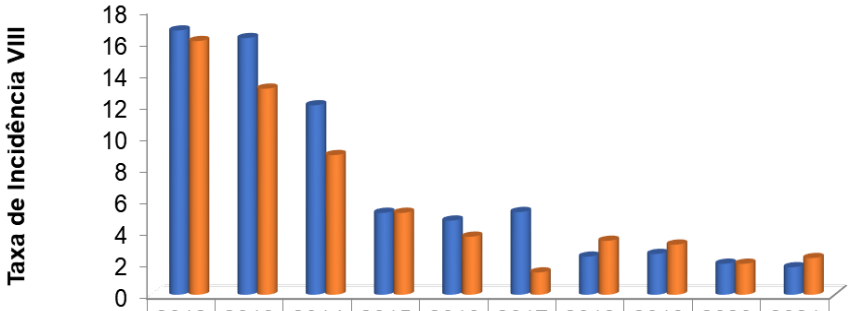
Gráfico 84: Taxa de incidência de Hepatites Virais, segundo sexo, VII Região de Saúde de Pernambuco, 2012 a 2021.



	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Masculino	4,99	10,40	18,62	2,06	0,68	1,36	4,08	3,39	3,37	0,67
Feminino	6,42	12,48	17,24	1,37	1,37	2,04	1,36	0,00	0,67	0,67

Fonte: SINAN, 2023.

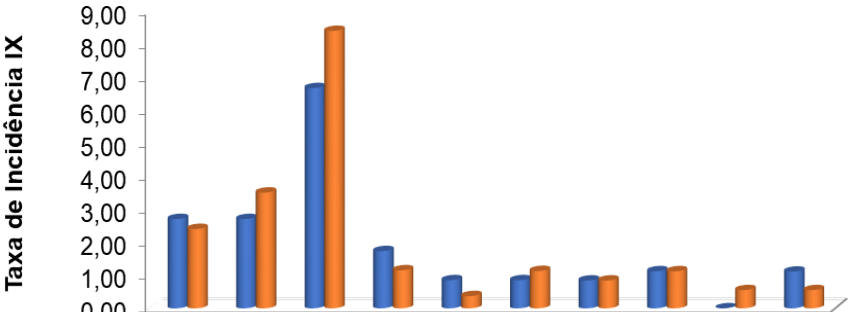
Gráfico 85: Taxa de incidência de Hepatites Virais, segundo sexo, VIII Região de Saúde de Pernambuco, 2012 a 2021.



	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Masculino	16,71	16,23	11,98	5,18	4,69	5,23	2,41	2,58	1,96	1,74
Feminino	16,04	13,03	8,83	5,18	3,67	1,41	3,41	3,17	1,96	2,32

Fonte: SINAN, 2023.

Gráfico 86: Taxa de incidência de Hepatites Virais, segundo sexo, IX Região de Saúde de Pernambuco, 2012 a 2021.



	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Masculino	2,70	2,7	6,66	1,73	0,85	0,85	0,84	1,12	0	1,11
Feminino	2,40	3,5	8,39	1,15	0,37	1,13	0,84	1,12	0,55	0,55

Fonte: SINAN, 2023.

Ao analisar a taxa de incidência segundo a faixa etária (tabelas 42, 43 e 44), pode-se notar que na VIII Região de Saúde, nos anos iniciais da série histórica de 2012 a 2014, a faixa etária com mais casos foi 5 a 9 anos, sendo que nos anos seguintes teve uma mudança de perfil da faixa etária de 50 a 59 anos, a qual teve maior incidência. Concordando com o

Boletim Epidemiológico da Secretária de Estado da Saúde do Rio Grande do Sul, do ano de 2023, onde a maior incidência ocorreu de 50 a 59 anos.

No entanto na VII e IX Regiões de Saúde a incidência de Hepatites virais apresentou-se distribuída por todas as faixas etárias nos anos analisados, de 2012 a 2021. Salienta-se também, que nas supracitadas Regiões de Saúde, o ano de 2014 foi o que apresentou maior percentual de notificação em praticamente todas as faixas etárias.

Outro fator importante a ser observado, foi que na IV Macrorregião de Saúde, a VIII Região apresentou maiores percentuais de incidência de Hepatites virais, quando comparados a VII e IX Regiões.

Tabela 42: Taxa de incidência de Hepatites Virais segundo faixa etária, VII Região de Saúde de Pernambuco, 2012 a 2021.

Ano	<1	1 a 4	5 a 9	10 a 14	15 a 19	20 a 29	30 a 39	40 a 49	50 a 59	60 a 69	70 a 79
2012	0,00	2,14	2,14	3,56	0,00	0,71	0,71	0,00	1,43	0,00	0,71
2013	0,69	3,47	8,32	4,16	4,16	0,69	0,00	0,00	0,69	0,69	0,00
2014	1,38	4,14	8,28	5,52	7,59	5,52	2,07	0,69	0,69	0,00	0,00
2015	0,00	0,00	0,00	0,69	0,00	1,37	0,00	0,69	0,69	0,00	0,00
2016	0,00	0,68	0,00	0,00	0,68	0,00	0,68	0,00	0,00	0,00	0,00
2017	0,00	0,00	0,68	0,68	0,00	0,68	0,00	0,68	0,00	0,68	0,00
2018	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,68	2,04	0,00	1,36	1,36	0,00
2019	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,68	2,03	0,68	0,00	0,00
2020	0,67	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	2,02	0,67	0,67	0,00	0,00
2021	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,67	0,00	0,00	0,67	0,00

Fonte: SINAN, 2023.

Tabela 43: Taxa de incidência de Hepatites Virais segundo faixa etária, VIII Região de Saúde de Pernambuco, 2012 a 2021.

Ano	<1	1 a 4	5 a 9	10 a 14	15 a 19	20 a 29	30 a 39	40 a 49	50 a 59	60 a 69	70 a 79
2012	0,22	6,46	10,47	4,90	0,45	0,89	1,11	2,90	2,67	2,23	0,22
2013	0,64	4,49	11,96	4,70	0,85	0,85	0,64	1,28	1,92	1,71	0,21
2014	1,05	3,15	7,36	4,20	0,63	0,63	0,84	1,05	1,26	0,63	0,00
2015	0,83	1,24	1,66	0,62	0,21	1,04	0,83	0,62	2,28	0,83	0,21
2016	0,00	0,20	0,20	0,41	0,20	1,02	1,02	1,43	2,24	1,02	0,61
2017	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,20	1,21	1,81	1,61	1,41	0,40
2018	0,40	0,20	0,00	0,20	0,00	0,60	1,00	1,21	0,40	1,21	0,60
2019	0,00	0,20	0,00	0,00	0,20	0,59	0,40	0,99	1,59	1,39	0,40

2020	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,59	1,37	0,59	0,20	0,59	0,59
2021	0,00	0,00	0,19	0,00	0,00	0,19	0,97	0,19	1,35	0,39	0,39

Fonte: SINAN, 2023.

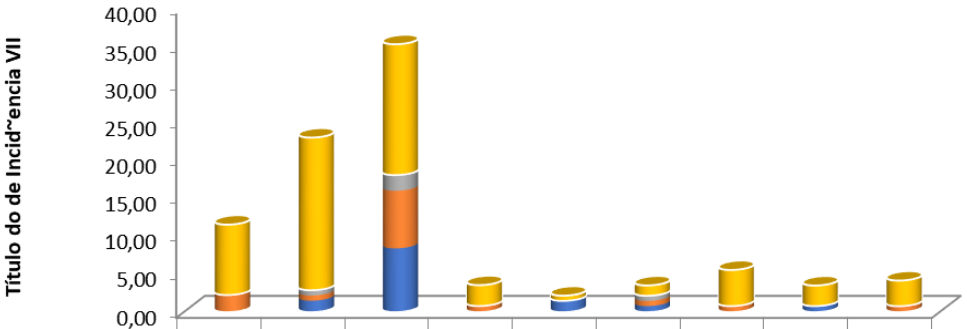
Tabela 44: Taxa de incidência de Hepatites Virais segundo faixa etária, IX Região de Saúde de Pernambuco, 2012 a 2021.

Ano	<1	1 a 4	5 a 9	10 a 14	15 a 19	20 a 29	30 a 39	40 a 49	50 a 59	60 a 69	70 a 79
2012	0,00	0,30	0,30	0,90	0,60	0,30	0,60	1,20	0,90	0,00	0,00
2013	0,00	0,90	1,20	0,60	0,30	1,45	0,60	0,30	0,30	0,60	0,00
2014	0,29	1,73	5,79	3,47	0,59	1,89	1,18	0,89	0,29	0,00	0,00
2015	0,00	0,00	0,58	0,00	0,29	0,29	0,00	0,29	0,29	0,00	0,00
2016	0,00	0,00	0,00	0,57	0,00	0,00	0,84	0,00	0,00	0,00	0,00
2017	0,00	0,00	0,00	0,57	0,28	0,00	0,28	0,00	0,28	0,57	0,00
2018	0,28	0,00	0,00	0,00	0,00	0,57	0,57	0,00	0,28	0,00	0,27
2019	0,00	0,00	0,00	0,28	0,00	0,84	0,00	0,57	0,28	0,00	0,27
2020	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,27	0,00	0,00	0,00	0,27
2021	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,27	0,27	0,47	0,27	0,00	0,00

Fonte: SINAN, 2023.

Ao longo de toda a série histórica analisada na IV Macrorregião de Saúde, pode-se perceber que a incidência de Hepatites virais, segundo raça/cor, foi predominante a parda, como pode ser observado nos gráficos 87, 88 e 89. Corroborando com os dados obtidos pelo Boletim Epidemiológico do Ministério da Saúde, do ano de 2022, o qual fez uma análise de 2011 a 2021, e a raça/cor autodeclarada pelas pessoas foi a parda, seguida da preta e branca, respectivamente (Brasil, 2022).

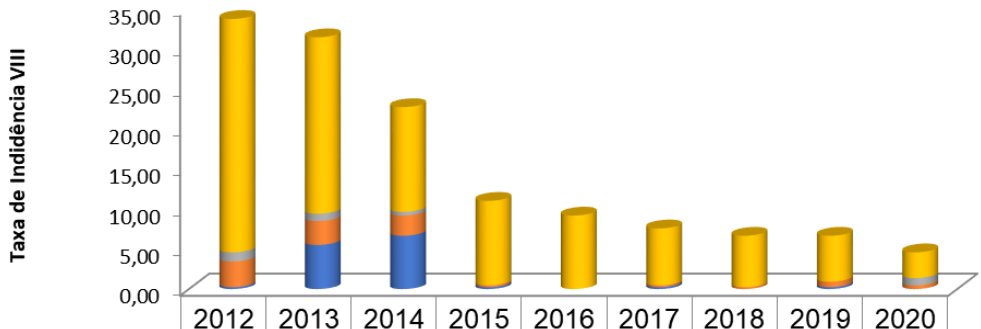
Gráfico 87: Taxa de incidência de Hepatites Virais, segundo raça/cor, VII Região de Saúde de Pernambuco, 2012 a 2021.



	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Parda	9,27	20,11	17,24	2,75	0,68	1,36	4,76	2,71	3,37
Preta	0,00	0,69	2,07	0,00	0,00	0,68	0,00	0,00	0,00
Branca	2,14	0,69	7,59	0,69	0,00	0,68	0,68	0,00	0,67
Ign/Branco	0,00	1,39	8,28	0,00	1,37	0,68	0,00	0,68	0,00

Fonte: SINAN, 2023.

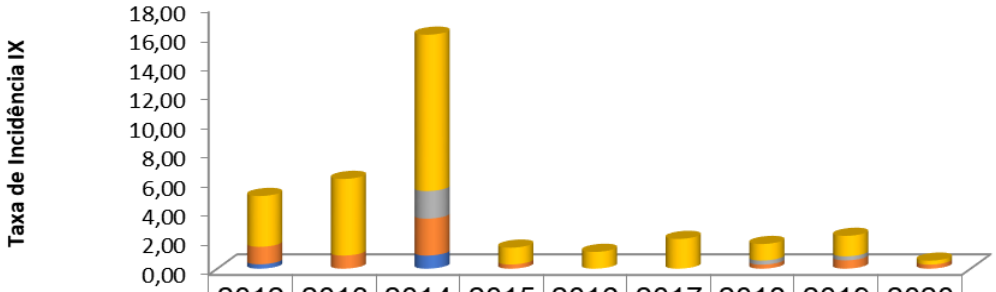
Gráfico 88: Taxa de incidência de Hepatites Virais, segundo raça/cor, VIII Região de Saúde de Pernambuco, 2012 a 2021.



	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Parda	29,21	22,08	13,11	10,58	9,20	7,13	6,44	5,75	3,22
Preta	1,15	0,92	0,46	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,92
Branca	3,22	2,99	2,53	0,23	0,00	0,23	0,23	0,69	0,46
Ign/Branco	0,23	5,52	6,67	0,23	0,00	0,23	0,00	0,23	0,00

Fonte: SINAN, 2023.

Gráfico 89: Taxa de incidência de Hepatites Virais, segundo raça/cor, IX Região de Saúde de Pernambuco, 2012 a 2021.



	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Parda	3,48	5,25	10,71	1,15	1,15	2,04	1,13	1,40	0,27
Preta	0,00	0,00	1,89	0,00	0,00	0,00	0,28	0,28	0,00
Branca	1,20	0,90	2,53	0,29	0,00	0,00	0,28	0,57	0,28
Ign/Branco	0,30	0,00	0,90	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

Fonte: SINAN, 2023.

2.2.2.1.12 Acidentes de Transportes Terrestres

Os acidentes de trânsito correspondem à nona principal causa de mortalidade mundialmente. Anualmente, aproximadamente 1,2 milhões de pessoas morrem por conta de acidentes relacionados ao trânsito, além disso, estima-se lesões não fatais em cerca de 50 milhões de indivíduos no mundo, cujas vítimas mais afetadas são os pedestres, ciclistas e motociclistas, por múltiplos fatores envolvidos.

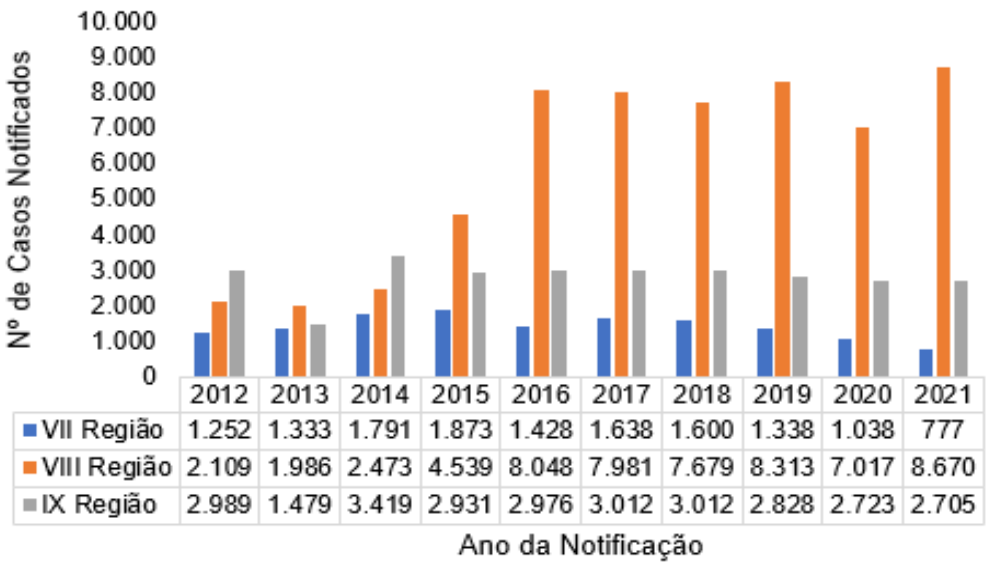
Esses acidentes estão entre as principais causas de morbimortalidade no mundo, em diversas faixas etárias, sendo a principal causa de morte em pessoas de 15 a 29 anos, correspondendo por um quarto das mortes por causas externas anualmente, produzindo significativa quantidade de lesões e óbitos, sendo um grave problema de saúde pública (WHO, 2015).

Pernambuco é pioneiro na implantação da vigilância sentinela de Acidentes de Transporte Terrestre (ATT), que funciona desde 2010, atualmente em 17 unidades hospitalares, denominadas de Unidades Sentinelas de Informação sobre Acidentes de Transporte Terrestre

(USIATT). Essas unidades são consideradas de alerta, referências no Estado que geram informações sobre as vítimas (fatais ou não) de ATT notificadas nestes serviços.

A notificação destes agravos, tornou-se compulsória por meio da Portaria Estadual nº 104/2011. Para facilitar o registro e processamento das informações foi criado em 2013 um sistema on-line para processamento das informações, o Sistema de Informações sobre Acidentes de Transporte Terrestre (SINATT). O gráfico 90 traz o Número de casos notificados de acidentes de transporte terrestres segundo região de saúde de residência.

Gráfico 90: Número de casos notificados de Acidentes de Transporte Terrestres segundo Região de Saúde de Residência, IV Macrorregião de Saúde de Pernambuco, 2012 a 2021.



	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
VII Região	1.252	1.333	1.791	1.873	1.428	1.638	1.600	1.338	1.038	777
VIII Região	2.109	1.986	2.473	4.539	8.048	7.981	7.679	8.313	7.017	8.670
IX Região	2.989	1.479	3.419	2.931	2.976	3.012	3.012	2.828	2.723	2.705

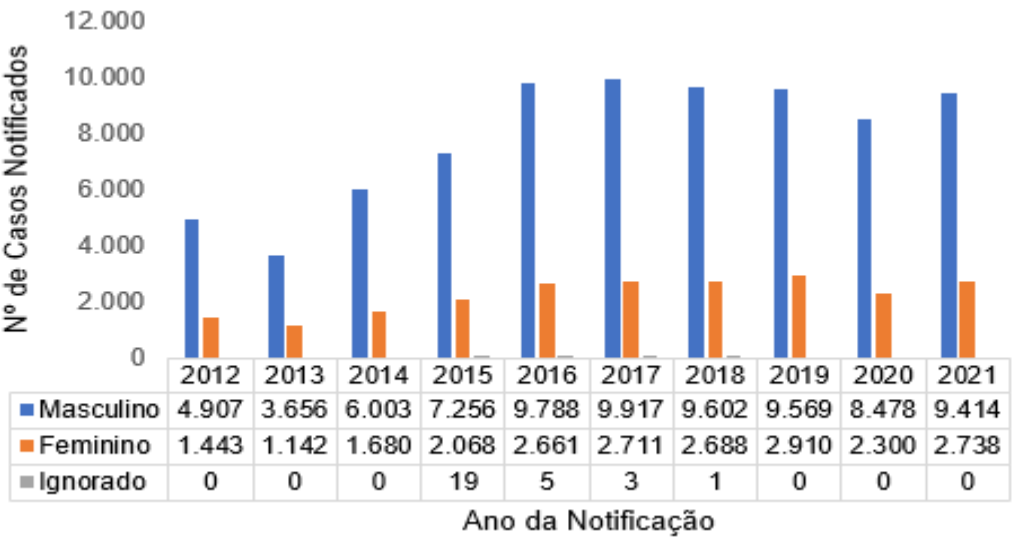
Fontes: USIATT, SINATT 2023.

Ao longo da série histórica identifica-se que a VII Região de Saúde vem apresentando tendência decrescente quanto à notificação de ATT. O ano de 2018 registrou o maior número de casos (n=1.873), ao passo que o menor número foi visto no último ano da série histórica (n=777). A partir

do ano de 2014, registra-se uma tendência progressiva de aumento de casos notificados de ATT na VIII Região, atingindo o maior quantitativo em 2021, a saber 8.670 casos. A IX Região de Saúde mantém-se com certa estabilidade no período avaliado.

Quanto ao sexo, variável apresentada no gráfico 91, o masculino apresenta valores bastante superiores em todos os anos da série histórica. Esse resultado corrobora com os achados da literatura que demonstram que as maiores proporções de internação por ATT são observadas no sexo masculino (Andrade; Jorge, 2017; Andrade; Jorge, 2016; Souto *et al*., 2016).

Gráfico 91: Número de casos notificados de Acidentes de Transporte Terrestres segundo sexo, IV Macrorregião de Saúde de Pernambuco, 2012 a 2021.



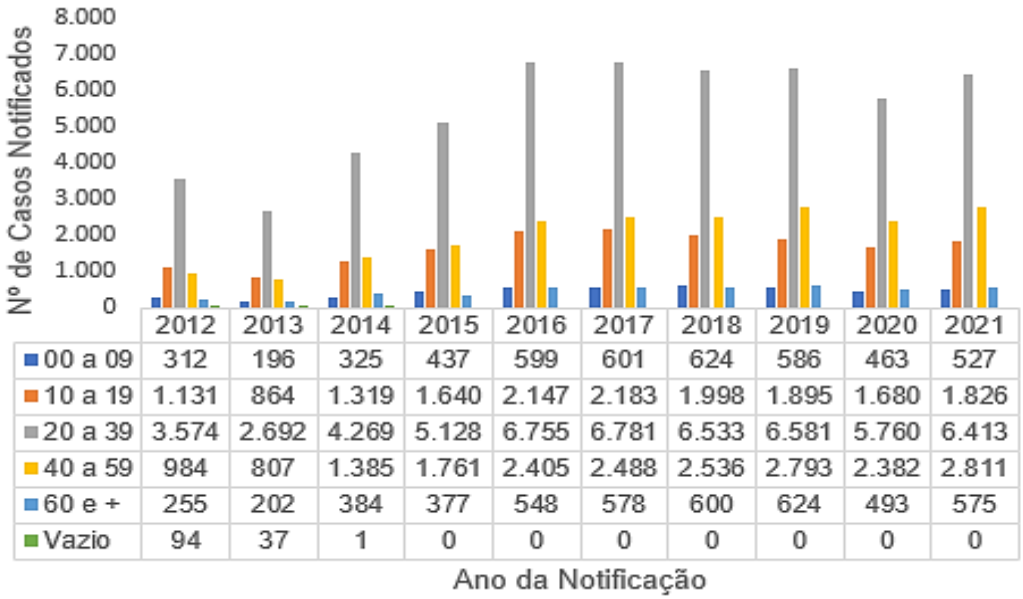
	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Masculino	4.907	3.656	6.003	7.256	9.788	9.917	9.602	9.569	8.478	9.414
Feminino	1.443	1.142	1.680	2.068	2.661	2.711	2.688	2.910	2.300	2.738
Ignorado	0	0	0	19	5	3	1	0	0	0

Fontes: USIATT, SINATT 2023.

Ao analisar o gráfico 92, percebe-se que as notificações mais frequêntes ocorreram em pessoas na faixa etária de 20 a 39 anos ao longo de toda histórica apresentada. Dados corroboram com Pernambuco 2024b, onde o informe epidemiológico apresenta que dos casos notificados no Estado de janeiro a dezembro de 2023 a ampla maioria foi

na faixa etária de 20 a 39 anos, sendo que no sexo masculino 52,9% e feminino 50,1% dos casos notificados estavam dentro desta faixa etária.

Gráfico 92: Número de casos notificados de Acidentes de Transporte Terrestres segundo faixa etária, IV Macrorregião de Saúde de Pernambuco, 2012 a 2021.



	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
00 a 09	312	196	325	437	599	601	624	586	463	527
10 a 19	1.131	864	1.319	1.640	2.147	2.183	1.998	1.895	1.680	1.826
20 a 39	3.574	2.692	4.269	5.128	6.755	6.781	6.533	6.581	5.760	6.413
40 a 59	984	807	1.385	1.761	2.405	2.488	2.536	2.793	2.382	2.811
60 e +	255	202	384	377	548	578	600	624	493	575
Vazio	94	37	1	0	0	0	0	0	0	0

Fontes: USIATT, SINATT 2023.

2.2.2.2 Saúde do Trabalhador

A Saúde dos Trabalhadores (ST) é um conjunto de atividades que tem por objetivo conhecer as relações entre o trabalho e o processo saúde/doença. A saúde e a doença são compreendidos como processos dinâmicos e vinculados ao modo de desenvolvimento produtivo da humanidade, a ST entende que as formas de inserção das pessoas nos espaços de trabalho contribui para as formas específicas de adoecer e morrer.

Para este campo o trabalhador é toda pessoa que exerce uma atividade de trabalho, seja no mercado formal ou informal, incluindo também o trabalho familiar e de doméstico (Brasil, 2018).

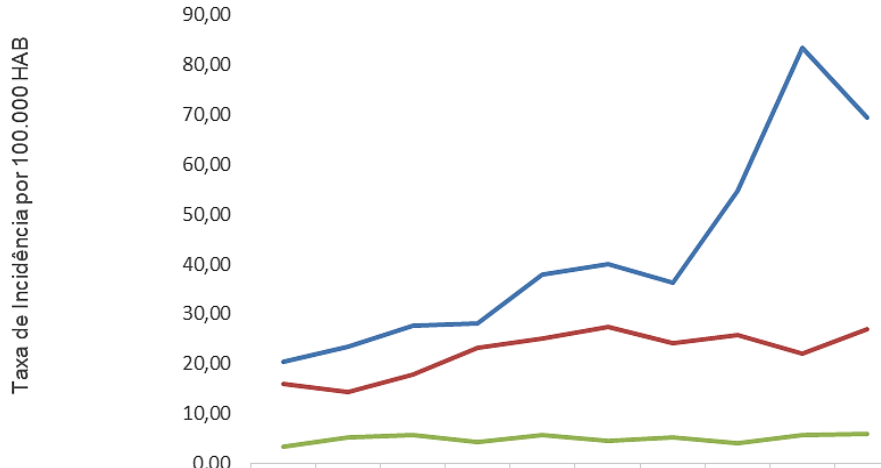
A Portaria GM/MS n° 1.823/2012 instituiu a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora definindo princípios, diretrizes e estratégias para três esferas de gestão do SUS visando a atenção integral à Saúde do Trabalhador, com foco na vigilância, na promoção e a proteção da saúde e a redução da morbimortalidade decorrente nos processos produtivos.

São de Notificação Compulsória as doenças e agravos relacionadas a Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora descritos abaixo:

- Acidente de Trabalho segundo Portaria GM/MS nº217, de 1º de Março de 2023 que atualizou a nomenclatura;
- Dermatoses Ocupacionais;
- Perda Auditiva Induzida por Ruídos (PAIR);
- Lesões por Esforços Repetitivos, Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho – LER/DORT e Pneumoconioses, por meio da estratégia de vigilância sentinela, conforme Portaria de Consolidação n.º 5, de 28 de setembro de 2017;
- Acidente de Trabalho com Exposição a Material Biológico;
- e Intoxicação Exógena Relacionadas ao Trabalho segundo Portaria n.º 1.061, de 18 de maio de 2020 (Brasil, 2022a).

Segue no gráfico 93 a taxa de incidência dos três agravos e doenças notificados com maior frequência na IV Macrorregião de Saúde de Pernambuco.

Gráfico 93: Taxa de incidência das notificações de Agravos e Doenças Relacionadas a Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (por 100.000 habitantes), IV Macrorregião de Saúde de Pernambuco, 2012 a 2021.



	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Acidente de Trabalho	20,51	23,45	27,54	28,06	38,01	39,95	36,25	54,76	83,37	69,49
Acidente de Trabalho com Exposição à Material Biológico	15,95	14,45	17,91	23,14	25,14	27,50	24,13	25,80	22,12	26,90
IE Relacionadas ao Trabalho	3,26	5,34	5,59	4,20	5,78	4,62	5,21	4,07	5,80	6,04

Fonte: SINANNET, 2024.

Na IV Macrorregião de Saúde de Pernambuco, de 2012 a 2021 foram notificados, Acidente de trabalho (n=4.201 casos), Dermatoses Ocupacionais (n=5), Acidentes com materiais biológicos (n=2.208), LER/DORT (n=18), Intoxicações Exógenas Relacionadas ao Trabalho (n=493 casos), conforme tabelas 45, 46, 47, 48 e 49. No período analisado não foram registradas notificações de PAIR, Pneumoconioses, Transtornos Mentais e Câncer Relacionados ao Trabalho.

Tabela 45: Distribuição das notificações de Acidente de Trabalho, por Região de Saúde, segundo características sociodemográficas, IV Macrorregião de Saúde de Pernambuco, 2012 a 2021.

Variáveis	Casos Notificados	VII Região	VIII Região	IX Região	IV Macrorregião
Faixa Etária (anos)	< 1 ano	1	15	21	37
	1 a 4 anos	0	0	1	1

	5 a 9 anos	0	0	0	0
	10 a 14 anos	0	3	10	13
	15 a 19 anos	17	114	68	199
	20 a 29 anos	157	579	292	1.028
	30 a 39 anos	204	670	310	1.184
	40 a 49 anos	141	554	258	953
	50 a 59 anos	84	322	142	548
	60 a 69 anos	25	92	69	186
	70 a 79 anos	6	22	20	48
	80 anos e mais	1	1	2	4
Sexo	Masculino	431	2.091	1.083	3.605
	Feminino	205	281	110	596
Raça/Cor	Parda	561	1.964	1.015	3.540
	Branca	37	153	104	294
	Preta	10	98	55	163
	Amarela	18	16	8	42
	Indígena	2	2	1	5
	Ign/Branco	8	139	10	157
Escolaridade	Analfabeto	6	22	117	145
	1ª a 4ª Incompleta	26	131	244	401
	4º Completa	7	51	59	117
	5ª a 8ª Incompleta	50	150	202	402
	EF Completo	26	33	59	118
	Ensino Médio Incompleto	17	60	54	131
	Ensino Médio Completo	74	258	134	466
	Educação Superior Incompleto	2	32	9	43
	Educação Superior Completo	17	54	15	86

	Não se aplica	1	16	24	41
	Ign/branco	410	1.565	276	2.251
Total de Notificações		**636**	**2.372**	**1.193**	**4.201**

Fonte: SINANNET, 2024.

Tabela 46: Distribuição das notificações de Dermatoses Ocupacionais, por Região de Saúde, segundo características sociodemográficas, IV Macrorregião de Saúde de Pernambuco, 2012 a 2021.

Variáveis	Casos Notificados	VII Região	VIII Região	IX Região	IV Macrorregião
Faixa Etária (anos)	< 1 ano	0	0	0	0
	1 a 4 anos	0	0	0	0
	5 a 9 anos	0	0	0	0
	10 a 14 anos	0	0	0	0
	15 a 19 anos	0	1	0	1
	20 a 29 anos	0	2	0	2
	30 a 39 anos	0	0	1	1
	40 a 49 anos	0	1	0	1
	50 a 59 anos	0	0	0	0
	60 a 69 anos	0	0	0	0
	70 a 79 anos	0	0	0	0
	80 anos e mais	0	0	0	0
Sexo	Masculino	0	1	1	2
	Feminino	0	3	0	3
Raça/Cor	Parda	0	3	1	4
	Branca	0	0	0	0
	Preta	0	1	0	1
	Amarela	0	0	0	0
	Indígena	0	0	0	0
	Ign/Branco	0	0	0	0

Escolaridade	Analfabeto	0	0	0	0
	1ª a 4ª Incompleta	0	0	0	0
	4º Completa	0	0	0	0
	5ª a 8ª Incompleta	0	3	0	3
	EF Completo	0	0	0	0
	Ensino Médio Incompleto	0	0	0	0
	Ensino Médio Completo	0	1	0	1
	Educação Superior Incompleto	0	0	0	0
	Educação Superior Completo	0	0	0	0
	Não se aplica	0	0	0	0
	Ign/branco	0	0	1	1
Total de Notificações		**0**	**4**	**1**	**5**

Fonte: SINANNET, 2024.

Tabela 47: Distribuição das notificações de Acidente de Trabalho com Exposição à Material Biológico, , por Região de Saúde, segundo características sociodemográficas, IV Macrorregião de Saúde de Pernambuco, 2012 a 2021.

Variáveis	Casos Notificados	VII Região	VIII Região	IX Região	IV Macrorregião
Faixa Etária (anos)	< 1 ano	1	0	2	3
	1 a 4 anos	0	0	1	1
	5 a 9 anos	0	0	1	1
	10 a 14 anos	1	0	3	4
	15 a 19 anos	1	17	4	22
	20 a 29 anos	58	601	94	753
	30 a 39 anos	43	654	92	789
	40 a 49 anos	69	330	44	443
	50 a 59 anos	35	109	23	167

	60 a 69 anos	4	12	7	23
	70 a 79 anos	0	1	0	1
	80 anos e mais	0	1	0	1
Sexo	Masculino	48	345	66	459
	Feminino	164	1.380	205	1.749
Raça/Cor	Parda	134	1.079	202	1.415
	Branca	52	405	51	508
	Preta	11	112	12	135
	Amarela	8	17	2	27
	Indígena	1	4	1	6
	Ign/Branco	6	108	3	117
Escolaridade	Analfabeto	0	2	0	2
	1ª a 4ª Incompleta	1	19	7	27
	4º Completa	0	7	4	11
	5ª a 8ª Incompleta	7	50	9	66
	EF Completo	9	19	6	34
	Ensino Médio Incompleto	5	40	10	55
	Ensino Médio Completo	79	689	129	897
	Educação Superior Incompleto	7	154	11	172
	Educação Superior Completo	53	407	68	528
	Não se aplica	1	0	3	4
	Ign/branco	50	338	24	412
Total de Notificações		**212**	**1.725**	**271**	**2.208**

Fonte: SINANNET, 2024.

Tabela 48: Distribuição das notificações de LER/DORT, por Região de Saúde, segundo características sociodemográficas, IV Macrorregião de Saúde de Pernambuco, 2012 a 2021.

Variáveis	Casos Notificados	VII Região	VIII Região	IX Região	IV Macrorregião
Faixa Etária (anos)	< 1 ano	0	0	0	0
	1 a 4 anos	0	0	0	0
	5 a 9 anos	0	0	0	0
	10 a 14 anos	0	0	0	0
	15 a 19 anos	0	0	0	0
	20 a 29 anos	0	0	2	2
	30 a 39 anos	0	4	0	4
	40 a 49 anos	0	9	2	11
	50 a 59 anos	0	1	0	1
	60 a 69 anos	0	0	0	0
	70 a 79 anos	0	0	0	0
	80 anos e mais	0	0	0	0
Sexo	Masculino	0	5	2	7
	Feminino	0	9	2	11
Raça/Cor	Parda	0	11	3	14
	Branca	0	0	0	0
	Preta	0	2	0	2
	Amarela	0	0	0	0
	Indígena	0	0	1	1
	Ign/Branco	0	1	0	1
Escolaridade	Analfabeto	0	0	0	0
	1ª a 4ª Incompleta	0	2	0	2
	4º Completa	0	0	1	1
	5ª a 8ª Incompleta	0	4	0	4
	EF Completo	0	1	0	1

	Ensino Médio Incompleto	0	0	1	1
	Ensino Médio Completo	0	2	2	4
	Educação Superior Incompleto	0	1	0	1
	Educação Superior Completo	0	1	0	1
	Não se aplica	0	0	0	0
	Ign/branco	0	3	0	3
Total de Notificações		**0**	**14**	**4**	**18**

Fonte: SINANNET, VII, VIII e IX GERES. Dados coletados em janeiro de 2024.

Tabela 49: Distribuição das notificações de Intoxicação Exógena Relacionadas ao Trabalho, por Região de Saúde, segundo características sociodemográficas, IV Macrorregião de Saúde de Pernambuco, 2012 a 2021.

Variáveis	Casos Notificados	VII Região	VIII Região	IX Região	IV Macrorregião
Faixa Etária (anos)	< 1 ano	2	5	0	7
	1 a 4 anos	2	5	2	9
	5 a 9 anos	1	0	1	2
	10 a 14 anos	0	7	0	7
	15 a 19 anos	6	31	7	44
	20 a 29 anos	10	113	25	148
	30 a 39 anos	25	95	23	143
	40 a 49 anos	13	51	15	79
	50 a 59 anos	6	22	12	40
	60 a 69 anos	0	7	2	9
	70 a 79 anos	0	3	2	5
	80 anos e mais	0	0	0	0
Sexo	Masculino	42	248	63	353

	Feminino	23	91	26	140
Raça/Cor	Parda	51	222	74	347
	Branca	4	39	8	51
	Preta	1	51	4	56
	Amarela	5	3	0	8
	Indígena	1	9	1	11
	Ign/Branco	3	15	2	20
Escolaridade	Analfabeto	1	5	5	11
	1ª a 4ª Incompleta	7	33	11	51
	4º Completa	3	12	4	19
	5ª a 8ª Incompleta	10	53	16	79
	EF Completo	0	22	3	25
	Ensino Médio Incompleto	0	34	12	46
	Ensino Médio Completo	9	55	19	83
	Educação Superior Incompleto	0	3	2	5
	Educação Superior Completo	7	4	1	12
	Não se aplica	4	10	3	17
	Ign/branco	24	108	13	145
Total de Notificações		**65**	**339**	**89**	**493**

Fonte: SINANNET, VII, VIII e IX GERES. Dados coletados em janeiro de 2024.

2.2.2.3 Coronavírus (COVID-19)

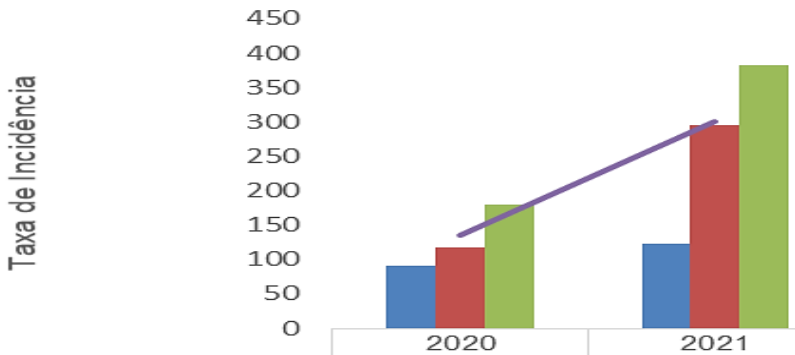
O Ministério da Saúde (MS), em 3 de fevereiro de 2020, declarou Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN) em decorrência da infecção humana pelo coronavírus (SARS-CoV-2). Esse agente etiológico é um vírus RNA da ordem dos *Nidovirales*, da família

Coronaviridae, do gênero *Betacoronavírus*, altamente patogênico e causador da covid-19 (Brasil, 2023)

A Covid-19 apresenta amplo espectro de manifestações, que podem variar desde uma Síndrome Gripal (SG) até quadros sistêmicos graves, como a Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) (Brasil, 2020).

De acordo com os gráficos 94 e 95, referentes aos anos de 2020 e 2021, respectivamente, foram registrados 84.757 casos confirmados para Covid-19 na IV Macrorregião de Saúde, destes, 80.302 (94,45%) tratam-se de casos leves e 4.455 (5,55%) casos graves que evoluíram para SRAG.

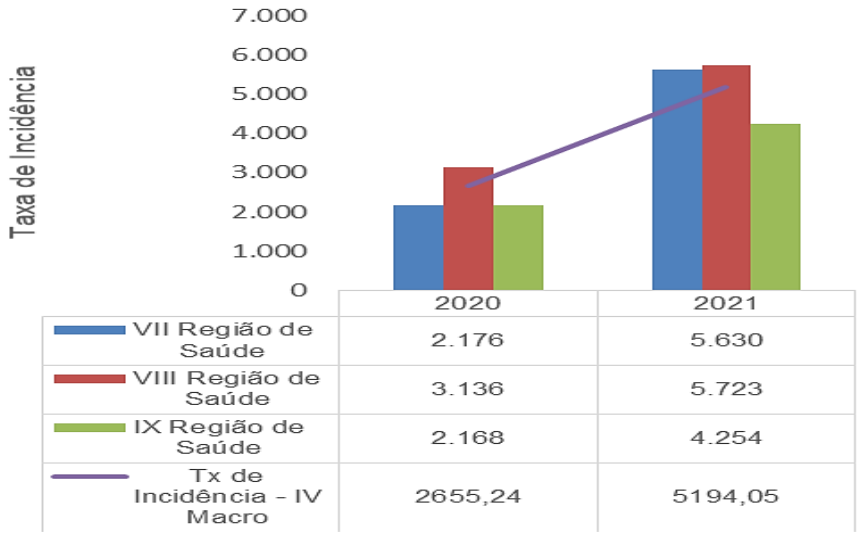
Gráfico 94: Taxa de incidência (por 100.000 habitantes) dos casos confirmados de Covid-19, por gravidade e segundo Região de Saúde de Residência, IV Macrorregião de Saúde de Pernambuco, 2020.



	2020	2021
VII Região de Saúde	90	123
VIII Região de Saúde	117	295
IX Região de Saúde	179	382
Tx de Incidência - IV Macro	135,19	300,17

Fonte: E-sus Notifica; Notifica PE, 2023

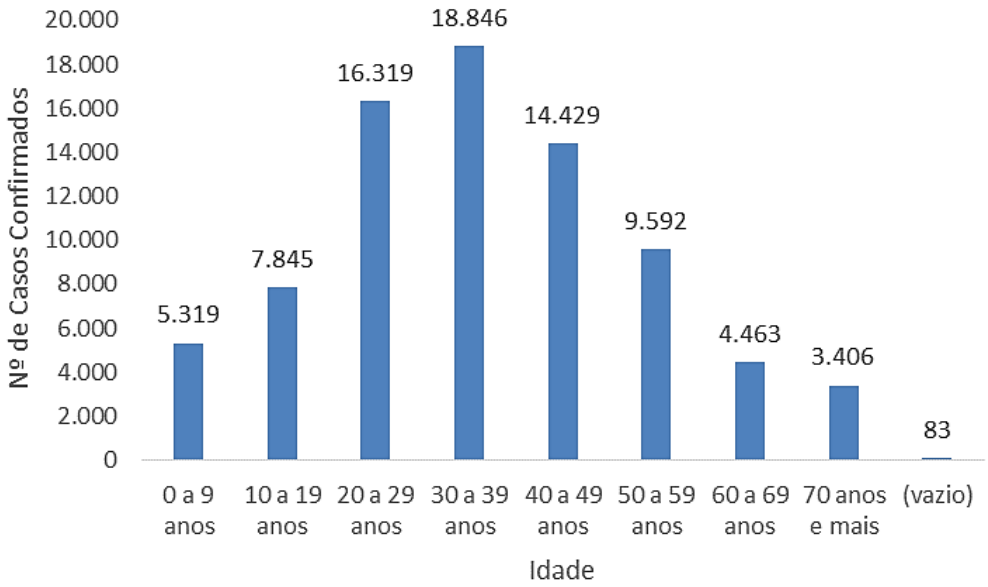
Gráfico 95: Taxa de incidência (por 100.000 habitantes) dos casos confirmados de Covid-19, por gravidade e segundo Região de Saúde de Residência, IV Macrorregião de Saúde de Pernambuco, 2020.



	2020	2021
VII Região de Saúde	2.176	5.630
VIII Região de Saúde	3.136	5.723
IX Região de Saúde	2.168	4.254
Tx de Incidência - IV Macro	2655,24	5194,05

Fonte: E-sus Notifica; Notifica PE, 2023

Gráfico 96: Distribuição de casos de SG por COVID-19, segundo faixa etária na IV Macrorregião de Saúde de Pernambuco, 2020 e 2021.



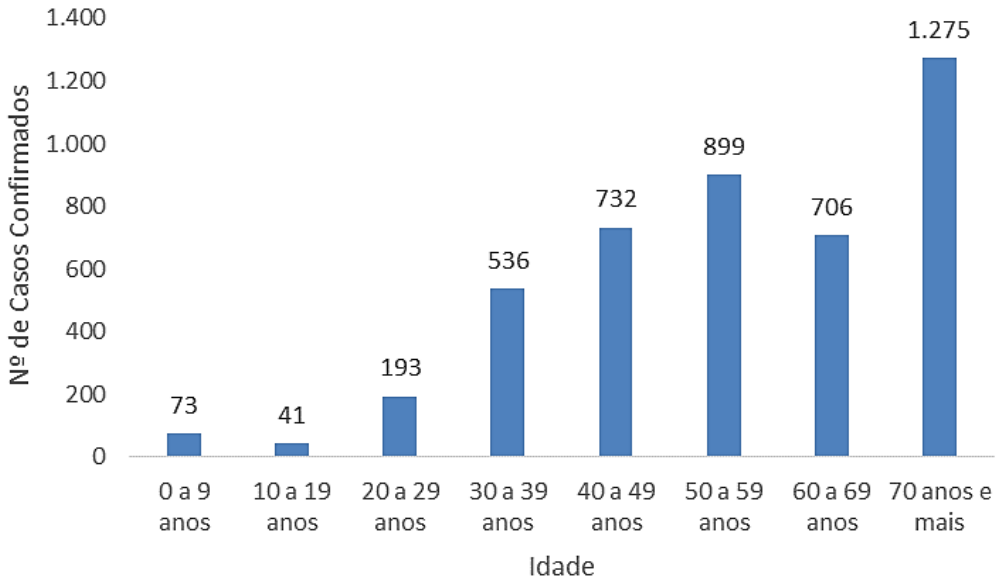
Fonte: E-sus Notifica e Notifica PE, 2023.

A análise dos casos de COVID-19 por faixa etária indica que, perante os casos leves (gráfico 96), as pessoas na faixa etária de 30-39

foram as mais acometidas. Entretanto, diante dos casos graves (gráfico 97) ocorreu uma inversão da faixa etária, onde as mais acometidas foram as pessoas acima de 70 anos.

Estudo realizado por Souza, Holanda e Barros (2023) no município de Recife analisou as condições clínicas e sociodemográficas associadas aos casos de SRAG decorrente da infecção por SARS-CoV-2 que evoluíram para óbito e evidenciou alta prevalência de óbitos por COVID-19 em pessoas do sexo masculino e pessoas com problemas de saúde preexistentes. As formas mais graves de COVID-19 foram pouco frequentes em crianças e adolescentes no período analisado.

Gráfico 97: Distribuição de casos de SRAG por COVID-19, segundo faixa etária na IV Macrorregião de Saúde de Pernambuco, 2020 e 2021.

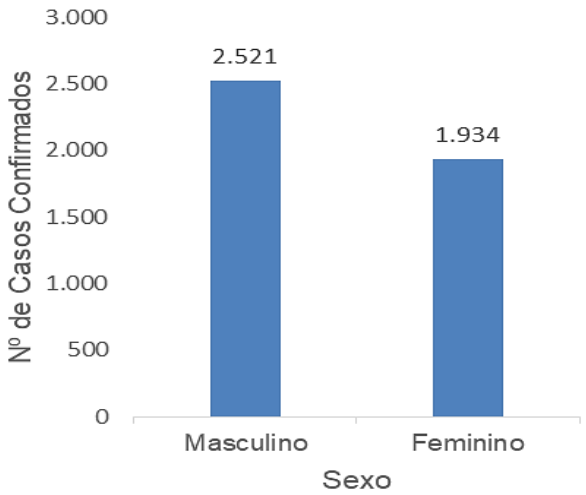


Fonte: E-sus Notifica e Notifica PE, 2023.

A distribuição por sexo, apresentada nos gráficos 98 e 99, também apresenta comportamento divergente entre os casos leves e graves. O sexo feminino predominou nos casos leves (n=45.111) correspondendo a 56,18% dos casos e o sexo masculino (n=2.521) correspondendo a

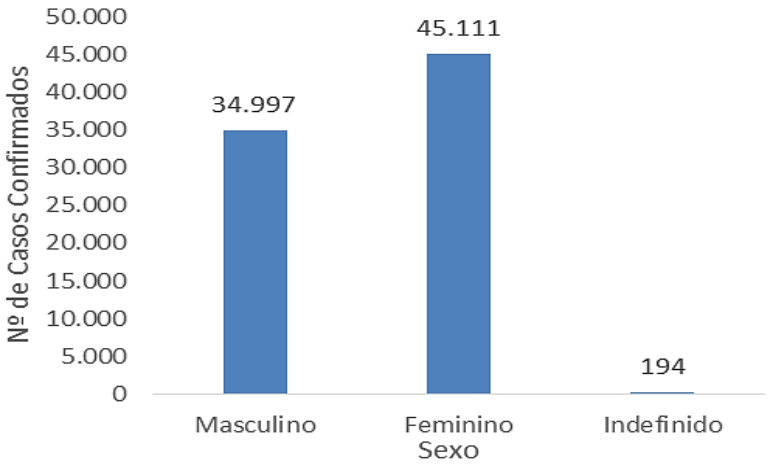
56,59% na forma grave da doença. A maior ocorrência no sexo masculino encontrada nas formas graves da doença foi semelhante ao achado na pesquisa de Souza, Holanda e Barros, 2023.

Gráfico 98: Número de casos confirmados de Covid-19, por gravidade, segundo sexo, IV Macrorregião de Saúde de Pernambuco, 2020.



Fonte: E-sus Notifica e Notifica PE, 2023.

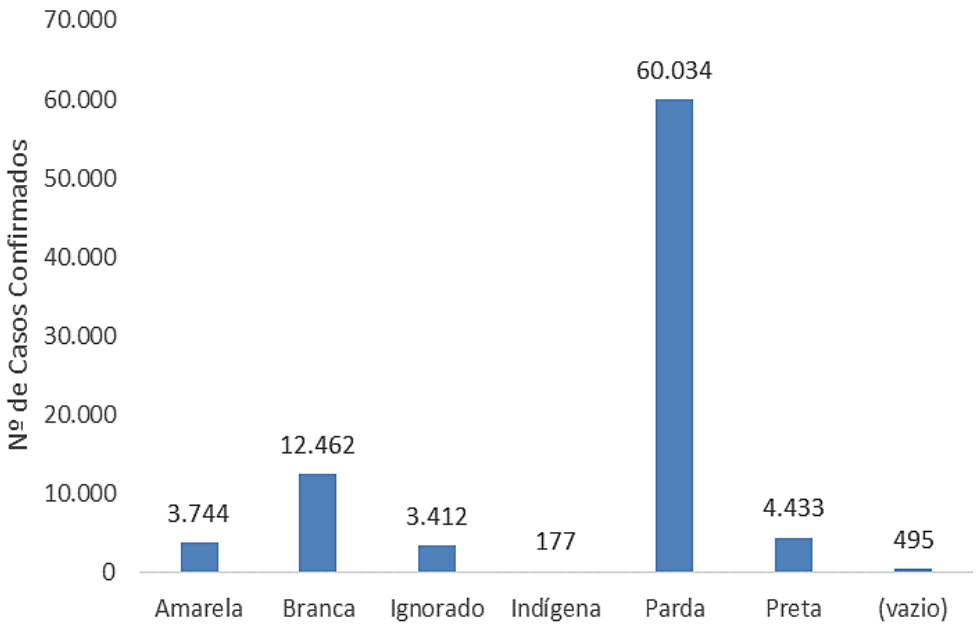
Gráfico 99: Número de casos confirmados de Covid-19, por gravidade, segundo sexo, IV Macrorregião de Saúde de Pernambuco, 2021.



Fonte: E-sus Notifica e Notifica PE, 2023.

Quanto à variável raça/cor, trazida no gráfico 100, foi unânime a predominância da cor parda nos casos confirmados de Covid-19 na IV Macrorregião de Saúde. Esse padrão foi observado em ambos os anos (2020 e 2021).

Gráfico 100: Distribuição de casos de COVID-19, segundo raça/cor na IV Macrorregião de Saúde de Pernambuco, 2020 e 2021.

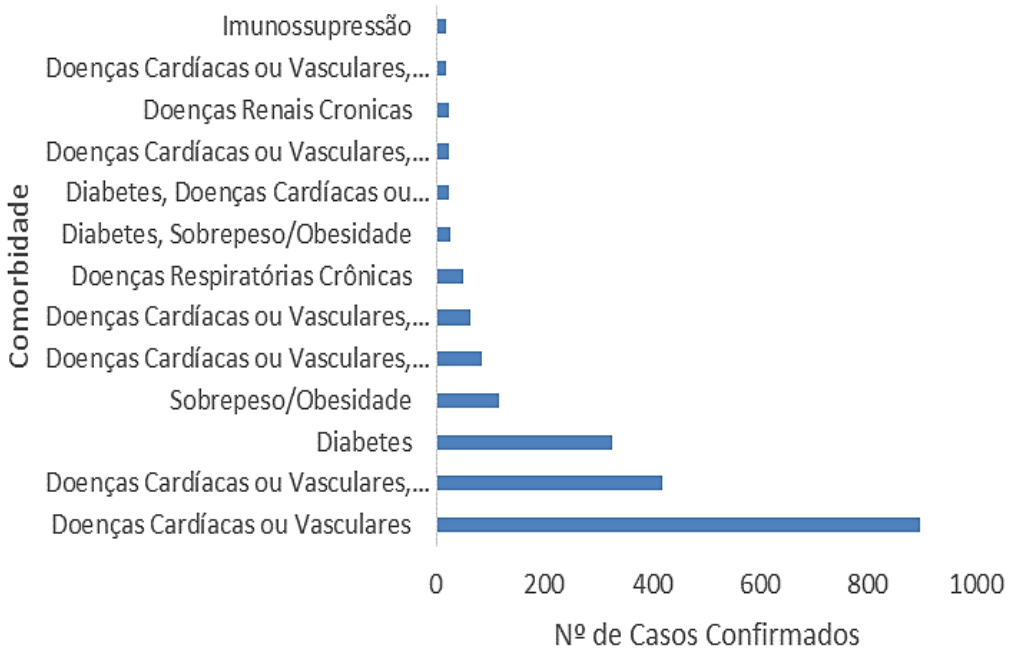


Fonte: E-sus Notifica e Notifica PE, 2023.

As comorbidades pré-existentes são fatores de possíveis complicações da COVID-19. Na IV Macrorregião de Saúde de Pernambuco, as doenças Cardiovasculares, Diabetes Mellitus e Sobrepeso/Obesidade foram as mais comuns, veja no gráfico 101.

Souza, Holanda e Barros, 2023, verificou que a evolução foi maior para o óbito por COVID-19 em pessoas que viviam com comorbidades preexistentes, entre elas, doenças cardíacas, respiratórias crônicas, diabetes, doenças renais crônicas, cromossômicas, hepáticas, imunossupressão e sobrepeso ou obesidade.

Gráfico 101: Distribuição das principais comorbidades pré-existentes dos casos graves de COVID-19 na IV Macrorregião de Saúde de Pernambuco, 2020 e 2021.



Fonte: E-sus Notifica e Notifica PE, 2023.

Em 05 de maio de 2023, a OMS decretou o fim da Emergência em Saúde Pública de Importância Internacional (Espii) da COVID-19. A COVID-19, no momento atual, ainda é considerado um problema de Saúde Pública estabelecido e continuo, sendo importante que as estratégias de Vigilância preconizadas no Brasil continuem sendo desenvolvidas e fortalecidas, sobretudo na vigilância genômica, tendo vista as possibilidade do surgimento de novas variantes (Brasil, 2023a).

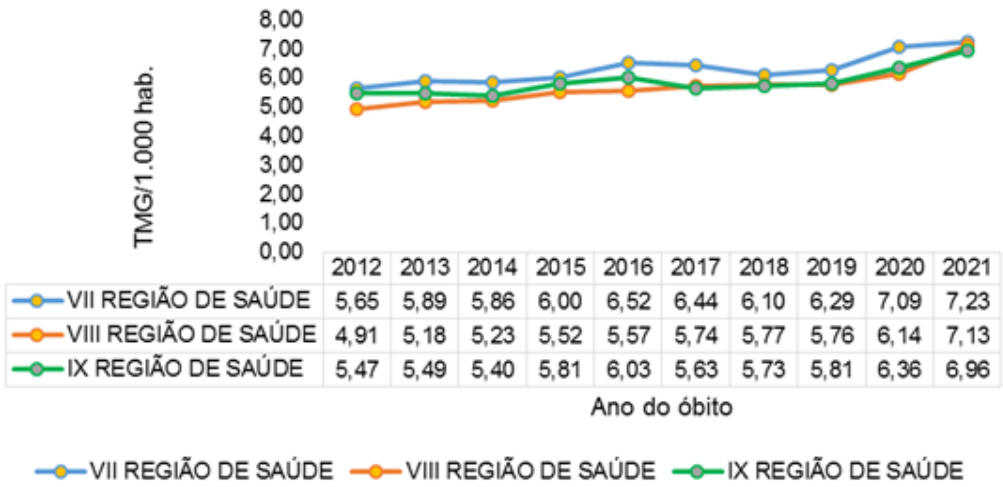
2.2.3 Indicadores de Saúde de Mortalidade

2.2.3.1 Mortalidade Geral

O Sistema de Informação Sobre Mortalidade (SIM), principal sistema de obtenção de dados regulares sobre mortalidade no país, unifica mais de quarenta modelos de instrumentos utilizados ao longo dos anos. Possibilitando, assim, a captação de dados de forma abrangente; subsidiando ações de planejamento e avaliação das ações e programas da área (Brasil, 2024).

Entre os anos de 2012 e 2019, a taxa de mortalidade geral, observada no gráfico 102, mantem-se com poucas variações, demonstrando o comportamento previsível das causas de mortes. A partir de 2020, houve um expressivo aumento de mortes. Provavelmente em decorrência da pandemia da COVID 19.

Gráfico 102: Taxa Bruta de Mortalidade por Região de Saúde, IV Macrorregião de Saúde de Pernambuco, 2012-2021.



	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
VII REGIÃO DE SAÚDE	5,65	5,89	5,86	6,00	6,52	6,44	6,10	6,29	7,09	7,23
VIII REGIÃO DE SAÚDE	4,91	5,18	5,23	5,52	5,57	5,74	5,77	5,76	6,14	7,13
IX REGIÃO DE SAÚDE	5,47	5,49	5,40	5,81	6,03	5,63	5,73	5,81	6,36	6,96

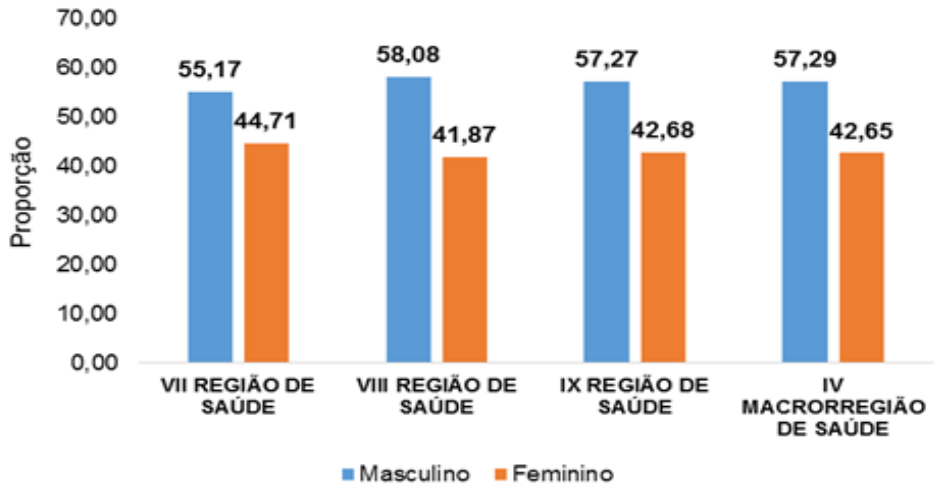
Fonte: SIM VII, VIII e IX GERES, dados coletados em Janeiro, 2024.

No tocante a mortalidade por sexo, observa-se no gráfico 103 uma predominância de óbitos no sexo masculino em relação aqueles observados no sexo feminino. Reproduzindo o que é observado no

cenário nacional. Onde os homens vivem, em média 7,1 anos a menos que as mulheres.

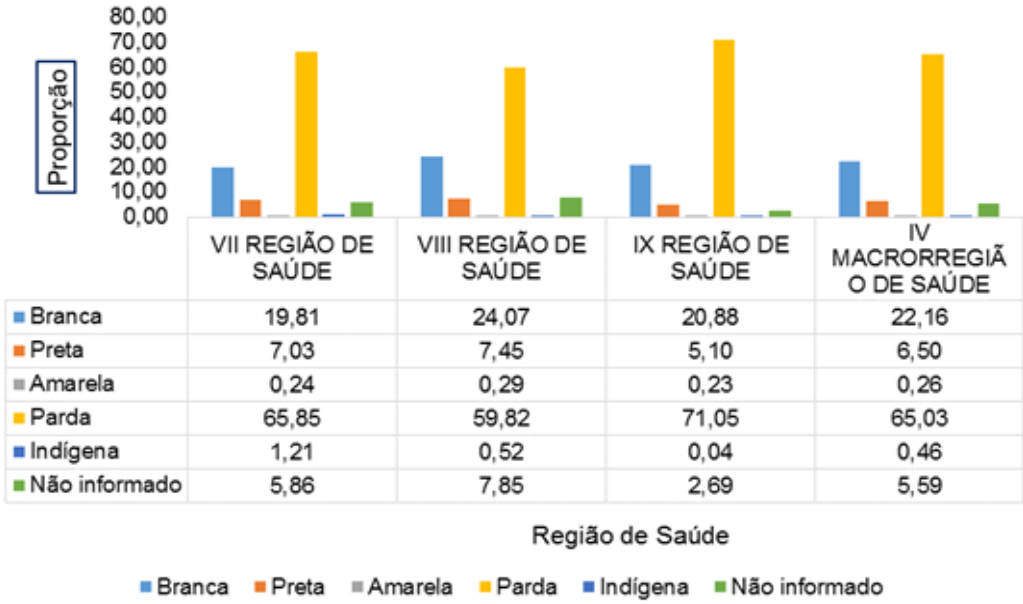
Isso se dá por questões como evasão dos serviços de saúde, baixa adesão a tratamentos recomendados, envolvimento em maior número de situações de violência, maior exposição a acidentes de trabalho, maior frequência de uso de álcool e drogas, maior susceptibilidade e IST's/AIDS e maior dificuldade em aderir a rotinas de alimentação saudável e prática de exercícios físicos (Brasil, 2017).

Gráfico 103: Proporção de óbitos segundo sexo, IV Macrorregião de Saúde de Pernambuco, 2012-2021.



Fonte: SIM VII, VIII e IX GERES, dados coletados em Janeiro, 2024.

Gráfico 104: Proporção de óbitos segundo raça, IV Macrorregião de Saúde de Pernambuco, 2012-2021.



	VII REGIÃO DE SAÚDE	VIII REGIÃO DE SAÚDE	IX REGIÃO DE SAÚDE	IV MACRORREGIÃO DE SAÚDE
Branca	19,81	24,07	20,88	22,16
Preta	7,03	7,45	5,10	6,50
Amarela	0,24	0,29	0,23	0,26
Parda	65,85	59,82	71,05	65,03
Indígena	1,21	0,52	0,04	0,46
Não informado	5,86	7,85	2,69	5,59

Fonte: SIM VII, VIII e IX GERES, dados coletados em Janeiro, 2024.

No que se refere a mortalidade por raça, gráfico 104, é possível observar um predomínio evidente de mortes entre indivíduos pardos, durante toda a série apresentada. População esta que, juntamente a preta, tem menor acesso aos serviços de saúde e são mais atingidos por violências e acidentes (IBGE, 2022).

Com relação à proporção de óbitos segundo grupo causa CID-10, as três principais causas de morte em toda a série histórica apresentada são doenças do aparelho circulatório, seguidas de neoplasias e causas externas. Contudo, observou-se um aumento brusco de óbitos por doenças infecciosas e parasitárias nos anos de 2020 e 2021. Certamente devido às mortes decorrentes da COVID-19, o que reforça a gravidade da doença.

Nas tabelas a seguir (50, 51 e 52) são trazidos os dados da proporção de óbitos segundo grupo de causa CID 10 de cada uma das regiões de saúde que compõem a IV Macrorregião de Saúde de Pernambuco entre 2012 e 2021.

Tabela 50: Proporção de óbitos segundo grupo de causa CID 10, VII Região de Saúde, Pernambuco, 2012 a 2021.

Causa (CID10 CAP)	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	4,80	4,95	4,83	3,78	3,67	3,27	3,01	2,70	11,73	17,83
II. Neoplasias (tumores)	13,13	13,43	16,49	13,29	14,78	17,19	16,18	18,55	14,30	12,44
III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	0,25	0,47	0,47	0,57	0,52	0,32	0,78	0,97	0,38	0,46
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	5,93	4,48	6,36	5,96	8,18	5,27	7,25	6,90	6,10	5,48
V. Transtornos mentais e comportamentais	2,15	1,77	1,18	0,92	1,89	1,16	1,34	0,97	2,67	0,93
VI. Doenças do sistema nervoso	1,89	1,53	1,65	3,21	2,10	2,74	3,01	3,78	3,05	1,86
VII. Doenças do olho e anexos	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastóide	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
IX. Doenças do aparelho circulatório	27,27	26,97	25,91	27,15	26,42	25,84	27,46	25,89	24,69	24,98
X. Doenças do aparelho respiratório	9,22	12,96	12,60	10,42	12,16	15,08	11,05	12,19	10,58	8,26
XI. Doenças do aparelho digestivo	3,66	3,42	4,00	4,12	3,98	2,85	5,25	5,18	4,19	5,11
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	0,13	0,82	0,59	0,69	0,21	0,42	0,33	1,08	0,86	0,37

XIII. Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	0,13	0,12	0,12	0,23	0,10	0,00	0,67	0,43	0,19	0,46
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	1,39	2,24	2,47	2,63	3,14	1,79	2,23	2,80	2,38	2,69
XV. Gravidez parto e puerpério	0,13	0,24	0,00	0,11	0,10	0,21	0,11	0,22	0,29	0,28
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	8,59	4,83	5,77	7,79	5,97	4,75	5,25	4,85	3,43	5,11
XVII. Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	1,39	1,53	1,65	1,60	1,26	1,27	1,12	1,08	1,05	0,84
XVIII. Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	9,22	6,24	6,12	5,84	3,35	5,06	4,69	3,45	1,91	3,16
XIX. Lesões enven e alg out conseq causas externas	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,11	0,00	0,00	0,00
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	10,73	14,02	9,78	11,68	12,16	12,76	10,16	8,95	12,20	9,75

Fonte: SIM, 2024.

Tabela 51: Proporção de óbitos segundo grupo de causa CID 10, VIII Região de Saúde, Pernambuco, 2012 a 2021.

Causa (CID10 CAP)	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	3,73	4,81	4,31	4,44	5,33	3,82	3,83	5,19	10,82	18,45
II. Neoplasias (tumores)	15,14	14,98	14,03	13,32	13,18	14,78	16,19	15,89	15,14	13,51
III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	0,56	0,74	0,69	0,60	0,50	0,20	0,54	0,56	0,41	0,46

IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	5,58	6,15	8,12	7,04	6,69	5,75	5,83	7,56	5,86	7,18
V. Transtornos mentais e comportamentais	1,02	0,94	1,05	1,15	1,12	1,02	1,28	1,63	2,02	1,63
VI. Doenças do sistema nervoso	1,53	2,03	2,20	2,48	2,02	2,52	2,09	3,63	3,22	2,64
VII. Doenças do olho e anexos	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,04	0,00	0,00	0,00	0,00
VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastóide	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,04	0,07	0,00
IX. Doenças do aparelho circulatório	22,25	24,45	22,47	23,30	21,44	23,72	23,30	24,05	23,63	21,47
X. Doenças do aparelho respiratório	5,22	8,33	6,05	6,62	6,94	7,60	7,88	8,41	7,74	6,91
XI. Doenças do aparelho digestivo	4,50	4,41	4,59	4,48	4,13	3,98	4,17	3,85	4,55	3,66
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	0,31	0,40	0,28	0,26	0,04	0,32	0,70	0,26	0,48	0,52
XIII. Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	0,26	0,35	0,28	0,30	0,62	0,51	0,58	0,59	0,55	0,61
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	1,64	1,69	1,88	1,54	1,86	1,58	2,47	2,22	1,75	1,66
XV. Gravidez parto e puerpério	0,15	0,60	0,23	0,26	0,25	0,24	0,31	0,04	0,21	0,29
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	3,68	4,22	4,45	3,76	3,72	3,27	2,78	3,41	2,60	2,35
XVII. Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	1,38	1,49	1,33	1,54	1,40	1,38	1,58	1,59	1,34	1,16
XVIII. Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	15,55	10,17	11,42	12,97	12,19	11,15	8,89	5,85	5,24	3,72

XIX. Lesões enven e alg out conseq causas externas	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,04	0,00	0,00	0,00
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	17,49	18,70	16,64	15,88	18,55	18,01	17,50	15,19	14,38	13,68

Fonte: SIM, 2024.

Tabela 52: Proporção de óbitos segundo grupo de causa CID 10, IX Região de Saúde, Pernambuco, 2012 a 2021.

Causa (CID10 CAP)	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	4,12	4,14	3,76	4,31	4,74	4,34	3,45	4,78	12,52	21,15
II. Neoplasias (tumores)	12,53	13,44	12,08	14,01	10,71	14,07	14,50	16,19	12,43	11,49
III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	0,66	0,80	0,64	0,69	1,09	0,86	0,64	0,92	0,83	0,32
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	6,87	7,17	7,94	7,38	6,25	7,06	6,85	6,72	6,68	5,91
V. Transtornos mentais e comportamentais	1,32	2,07	1,23	1,24	1,33	1,51	1,18	1,11	1,36	1,12
VI. Doenças do sistema nervoso	1,48	1,17	2,15	1,39	1,47	1,31	1,23	1,59	2,59	1,44
VII. Doenças do olho e anexos	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastóide	0,00	0,00	0,05	0,00	0,00	0,05	0,00	0,00	0,00	0,00
IX. Doenças do aparelho circulatório	31,43	31,19	28,45	25,50	26,81	27,69	28,35	27,21	27,24	24,50

X. Doenças do aparelho respiratório	6,70	7,92	9,29	10,40	10,47	9,13	10,65	9,81	8,52	7,06
XI. Doenças do aparelho digestivo	4,34	4,62	4,46	3,27	5,31	4,29	4,39	3,77	4,04	3,75
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	0,11	0,11	0,32	0,35	0,24	0,45	0,79	0,72	0,62	0,64
XIII. Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	0,33	0,16	0,16	0,15	0,14	0,30	0,54	0,43	0,26	0,44
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	1,54	1,65	1,50	1,34	2,13	1,51	1,82	2,13	1,89	1,76
XV. Gravidez parto e puerpério	0,55	0,21	0,32	0,30	0,57	0,35	0,15	0,24	0,18	0,24
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	3,90	2,55	2,90	2,97	3,22	3,03	2,61	3,77	2,50	2,31
XVII. Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	1,26	1,01	1,50	1,49	0,99	0,91	1,63	0,87	0,62	0,80
XVIII. Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	5,55	4,89	5,90	8,76	9,81	7,01	6,85	7,10	4,83	3,99
XIX. Lesões enven e alg out conseq causas externas	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	17,31	16,84	17,23	16,49	14,64	15,99	14,35	12,61	12,83	12,69

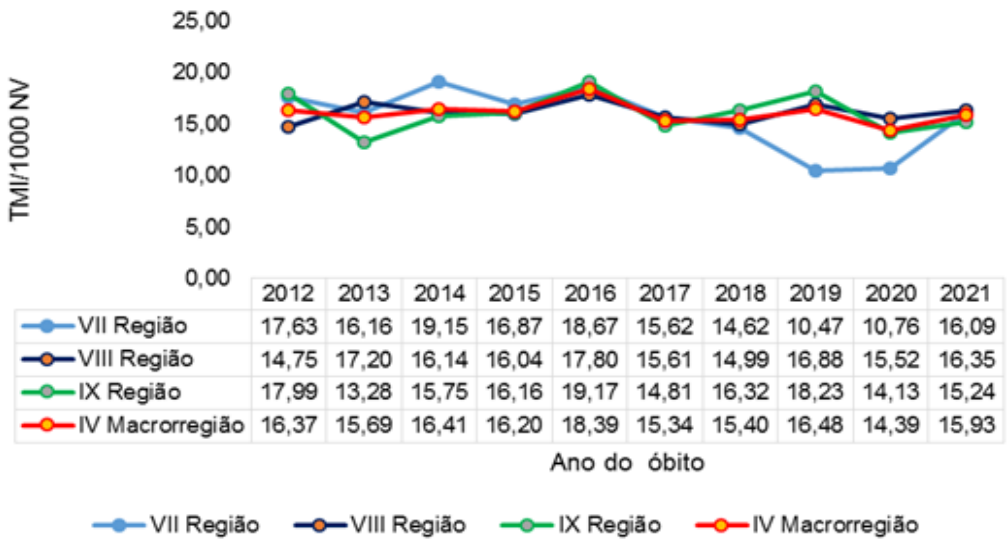
Fonte: SIM, 2024.

2.2.3.2 Mortalidade Infantil, Neonatal, Perinatal e Fetal

No Brasil e no mundo observa-se que as diferenças estatísticas em relação às taxas de mortalidade nas crianças são manifestações das disparidades socioeconômicas e ambientais (Batista e Cruz, 2015). No Brasil, a taxa de 19,3 óbitos por mil nascidos vivos em 2009, assemelhava-se a dos países desenvolvidos no final da década de 60. Já em 2019, a taxa reduziu para 13,3 óbitos por mil nascidos vivos (Brasil, 2019c).

Na IV Macrorregião de Saúde, a média do coeficiente de mortalidade infantil de 2012 a 2021 (gráfico 105) foi de 16,16 óbitos infantis por 1.000 nascidos vivos. A menor taxa foi registrada em 2020 e a maior taxa em 2016, com 14,39 e 18,39 óbitos por mil nascidos vivos, respectivamente. Nota-se que, a IX e a VII foram as regiões que apresentaram maior coeficiente de mortalidade, 19,17 e 19,15/ mil NV, respectivamente, no período de 2012 a 2021.

Gráfico 105: Taxa de mortalidade infantil/1000 NV segundo ano do óbito, IV Macrorregional de Saúde de Pernambuco, 2012-2021.



	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
VII Região	17,63	16,16	19,15	16,87	18,67	15,62	14,62	10,47	10,76	16,09
VIII Região	14,75	17,20	16,14	16,04	17,80	15,61	14,99	16,88	15,52	16,35
IX Região	17,99	13,28	15,75	16,16	19,17	14,81	16,32	18,23	14,13	15,24
IV Macrorregião	16,37	15,69	16,41	16,20	18,39	15,34	15,40	16,48	14,39	15,93

Fonte: SIM, 2023.

Os dados apresentam a Taxa de Mortalidade Infantil (TMI) com bastante oscilação nos resultados, onde nos anos de 2012 a 2021 todas as regiões apresentaram coeficiente acima de dez. Destacando a VII Região, que nos anos de 2019 e 2020, apresentou 10,47 e 10,76 óbitos por 1000 NV, as menores taxas da Macrorregião no período analisado.

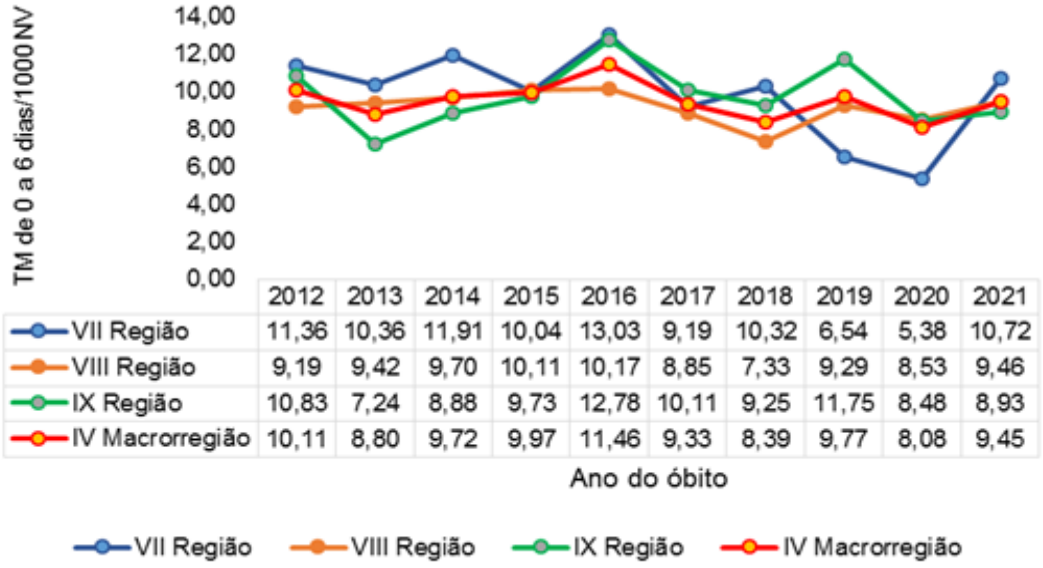
Embora a IV Macrorregião apresente níveis alarmantes e eticamente inaceitáveis de mortalidade infantil observa-se, no geral, uma significativa diminuição da TMI nos últimos anos.

Todavia, estes dados expressam uma complexa conjunção de fatores socioeconômicos, assistenciais e biológicos, que influenciam na ocorrência de mortalidade materna, infantil e fetal, e por isso são dados importantes a serem analisados. Nas quais apontam a necessidade de adoção de políticas visando à equidade e universalidade da atenção à saúde.

No que se refere à assistência relacionada à atenção à gestante e ao recém-nascido, é importante analisar o evento dos óbitos neonatais, cujos indicadores apresentam um ponto crítico na IV Macrorregião. No período analisado não se observou uma expressiva redução dos valores da mortalidade neonatal, mas uma oscilação, com a menor taxa registrada em 2020 (08,08/1.000 NV) e a maior em 2016 (11,46/1.000 NV).

A média da taxa de mortalidade neonatal precoce para a IV Macrorregião no período de 2012 a 2021 foi de 9,50 óbitos/1.000 NV (gráfico 106). Sendo a menor taxa registrada em 2020 (5,38/1000 NV) e a maior taxa em 2016 (13,03 /1000 NV), ambas na VII Região de Saúde. Já a IX Região apresentou a segunda maior taxa de mortalidade neonatal precoce (12,78/10000 NV) no período analisado.

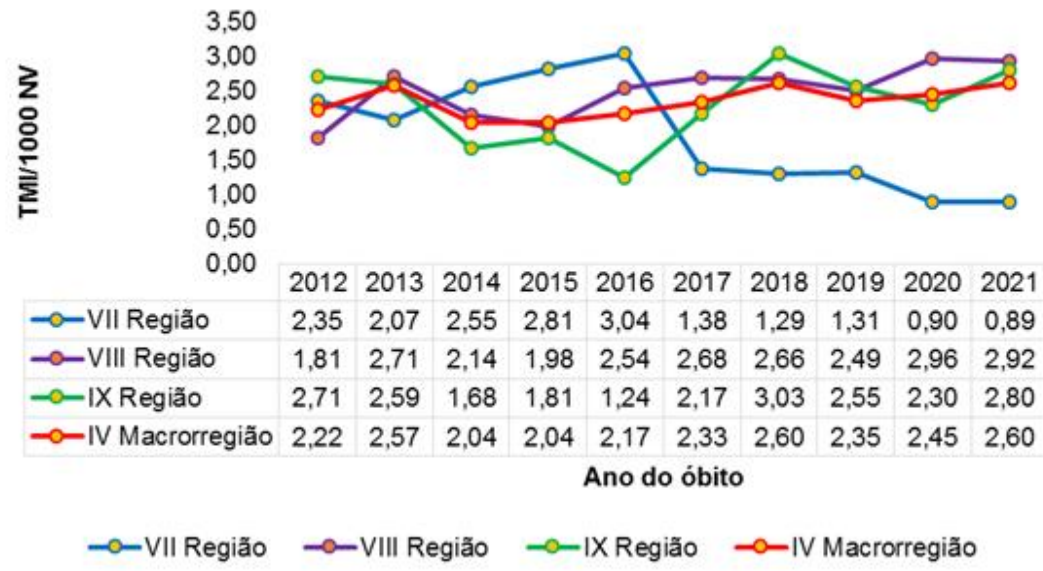
Gráfico 106: Taxa de mortalidade neonatal precoce (0 a 6 dias) segundo ano do óbito, IV Macrorregional de Saúde de Pernambuco, 2012-2021.



	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
VII Região	11,36	10,36	11,91	10,04	13,03	9,19	10,32	6,54	5,38	10,72
VIII Região	9,19	9,42	9,70	10,11	10,17	8,85	7,33	9,29	8,53	9,46
IX Região	10,83	7,24	8,88	9,73	12,78	10,11	9,25	11,75	8,48	8,93
IV Macrorregião	10,11	8,80	9,72	9,97	11,46	9,33	8,39	9,77	8,08	9,45

Fonte: SIM, 2023.

Gráfico 107: Taxa de mortalidade neonatal tardia (7 a 27 dias) segundo ano do óbito, IV Macrorregional de Saúde de Pernambuco, 2012-2021.



	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
VII Região	2,35	2,07	2,55	2,81	3,04	1,38	1,29	1,31	0,90	0,89
VIII Região	1,81	2,71	2,14	1,98	2,54	2,68	2,66	2,49	2,96	2,92
IX Região	2,71	2,59	1,68	1,81	1,24	2,17	3,03	2,55	2,30	2,80
IV Macrorregião	2,22	2,57	2,04	2,04	2,17	2,33	2,60	2,35	2,45	2,60

Fonte: SIM, 2023.

Quanto aos óbitos neonatais tardios, ao analisar o gráfico 107, no período de 2012 a 2021, observa-se as maiores taxas na VII Região de Saúde com 3,04 óbitos por 1000 NV em 2016 e na IX Região de Saúde com 3,03 óbitos por 1000 NV em 2018. Outro ponto a ser ressaltado é a tendência de redução de óbitos infantis tardios na VII Região de Saúde, apresentando o menor valor da série histórica, 0,89 óbitos por 1000 NV em 2021. Em uma visão geral da IV Macrorregião as menores taxas foram em 2014 e 2015 (2,04 óbitos por 1000 NV) e as maiores registradas em 2018 e 2021 (2,60 óbitos por 1000 NV).

Para a proporção de óbitos perinatais por 1.000 nascidos vivos (tabela 50), na IV macrorregiao no período de 2012 a 2021, a proporção de óbitos perinatais é de 21,44 mortes por 1.000 nascidos vivos. Entre as Regiões de Saúde que compõem a IV Macrorregião, nota-se que a Região de Saúde, na VIII Região de Saúde tem-se uma proporção de 20,37/1000 Nascidos Vivos e a maior proporção na VII Região de Saúde, com 22,12/1000 Nascidos Vivos.

Tabela 53: Proporção de óbitos perinatais por 1.000 Nascidos vivos, IV Macrorregião de Saúde, 2012 – 2021.

Região de Saúde	VII	VIII	IX	IV Macrorregião
Total de óbitos perinatais	517	1773	1332	3622
Proporção de óbitos perinatais por 1000 nascidos vivos	22,12	20,37	22,76	21,44
22 a 27 semanas	66	207	148	421
28 a 31 semanas	58	152	128	338
32 a 33 semanas	82	257	222	561
37 a 41 semanas	60	253	222	535
42 semanas ou mais	2	11	7	20
Ignorado	17	94	36	147
0 a 6 dias	232	799	569	1600

Tabela 54: Total de óbitos fetais e percentual de óbitos fetais investigados, da IV Macrorregião de Saúde de Pernambuco, 2012 a 2021.

Região de Saúde	Óbito investigado com ficha síntese informada	Óbito investigado sem ficha síntese informada	Óbito não investigado	Total de Óbitos	Proporção de óbitos investigados
VII	273	4	29	306	90,5%
VIII	959	65	21	1045	98%
IX	786	1	25	812	96,9%
IV Macrorregião	1745	66	46	1857	97,5%

SIM, 2023.

Com relação ao percentual de óbitos fetais investigados, na IV Macro no período de 2012 a 2021 (tabela 54), nota-se que 98,5% dos óbitos são investigados. Comparando as Regiões de Saúde, a VIII Região de saúde tem maior cobertura de investigação, com 98% dos óbitos investigados. A Região de Saúde com menor investigação é a VII Região de Saúde.

Analisando o gráfico 108, na VII Região de Saúde de Pernambuco, pode-se observar que o maior número de óbitos diz respeito a crianças do sexo masculino. Analisando o gráfico XX, vê-se que 2012 foi o ano de maior número de óbitos infantis masculinos (n=27), enquanto os anos de 2019 e 2020 figuram como os anos de menor número (n=12) em ambos os anos.

No que concerne aos óbitos infantis do sexo feminino, verifica-se que em 2018 houve 09 óbitos, representando o menor número, em contraponto ao ano de 2016, que revela 22 óbitos.

Em que pese o sexo, aparentemente, representar um fator de interferência, observa-se que nos anos de 2019 e 2020, os óbitos do sexo masculino e feminino apresentam números idênticos, sendo de 12 óbitos por sexo em cada um dos anos.

Em 2016, o número de óbitos do sexo masculino (n=21) foi menor em relação ao sexo feminino (n=22), indo de encontro aos valores apresentados nos demais anos da série histórica.

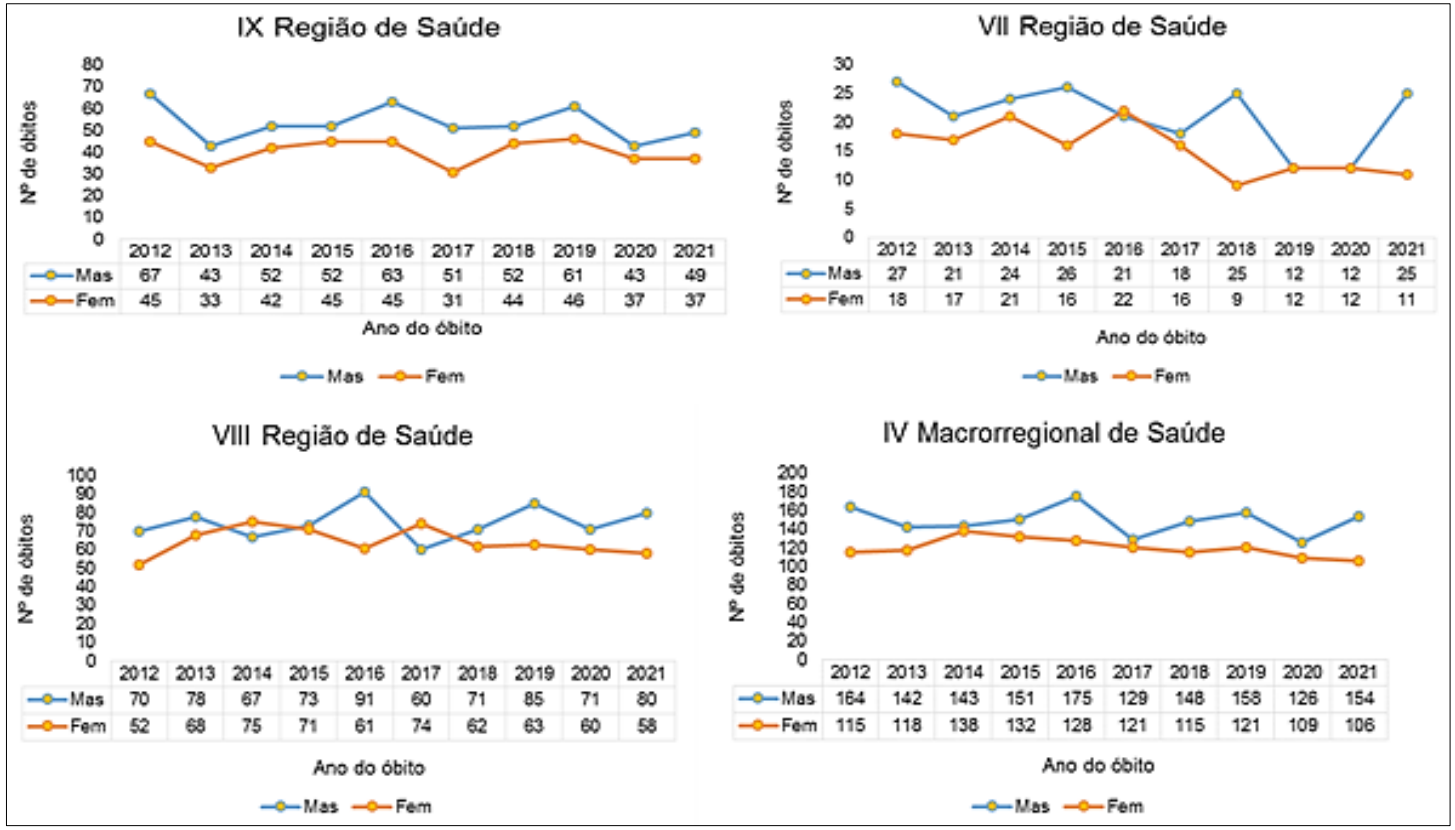
Analisando a figura 11 da VIII Região de Saúde, percebe-se um maior número geral de óbitos infantis em relação à VII Região de Saúde. Quanto ao número de óbitos do sexo masculino, o ano de 2017 apresentou menor número (n=60), enquanto em 2016 constata-se o maior número (n=91).

Já no que tange aos óbitos do sexo feminino, o ano de 2012 apresenta o menor número (n=52), sendo 2014 o ano em que se observa o maior número (n=75). Ressalta-se que em 2017, contrariando a tendência de toda série histórica, o número de óbitos infantis do sexo masculinos (n=60) foi menor em relação aos óbitos femininos (n=74).

Analisando os dados da IX Região, percebe-se que a elevação dos óbitos infantis do sexo masculino se mantém em todos os anos da década. Em relação aos óbitos masculinos, 2012 apresenta o maior número (n=67), enquanto 2013 e 2020 apresentam o menor número (n=43). Já no que concerne aos óbitos do sexo feminino, 2018 figura como ano de menor número de óbitos (n=31), seguido de 2013 (n=33), ao passo que 2019 apresenta o número mais elevado (n=46).

Ao observar o gráfico XX, percebe-se que a IV Macrorregião apresenta, ao longo de toda série histórica, maior número de óbitos infantis do sexo masculino, corroborando com o Informe de Mortalidade Infantil que evidenciou o mesmo achado, onde 55,8% eram do sexo masculino (Pernambuco, 2022).

Figura 11: Número de óbitos de por sexo e ano do óbito, segundo região, IV Macrorregional de Saúde de Pernambuco, 2012-2021.



IX Região de Saúde	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Mas	67	43	52	52	63	51	52	61	43	49
Fem	45	33	42	45	45	31	44	46	37	37

VII Região de Saúde	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Mas	27	21	24	26	21	18	25	12	12	25
Fem	18	17	21	16	22	16	9	12	12	11

VIII Região de Saúde	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Mas	70	78	67	73	91	60	71	85	71	80
Fem	52	68	75	71	61	74	62	63	60	58

IV Macrorregional de Saúde	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Mas	164	142	143	151	175	129	148	158	126	154
Fem	115	118	138	132	128	121	115	121	109	106

Fonte: SIM, 2023.

Ao analisar os principais grupos de causas da mortalidade infantil na IV Macrorregião de Saúde, entre os anos de 2012 e 2021, o grupo de Algumas infecções originadas no período perinatal apresentou-se como principal causa de óbitos infantis nas três regiões de saúde ao longo da série histórica, seguido das Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas.

> Segundo Pícole *et al.* (2019, p. 3321), “uma das estratégias que pode contribuir para o aprimoramento da definição da causa óbito, seria o aprimoramento do Comitê de Prevenção de Mortalidade Infantil”, o que contribuiria para a qualidade dos registros, estatísticas oficiais de saúde e resultaria em ações de promoção e assistência mais efetivas.

Tabela 55: Proporção de óbitos infantis segundo causas evitáveis, VII Região de Saúde de Pernambuco, 2012 a 2021.

Causa (CID10 CAP)	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	8,89	10,26	2,22	4,76	4,65	0	0	4,17	4,17	2,78
III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	0	0	0	2,38	0	0	0	0	0	0
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	0	2,56	2,22	0	0	2,94	0	8,33	12,5	2,78
VI. Doenças do sistema nervoso	2,22	0	2,22	2,38	2,33	5,88	0	0	0	0
IX. Doenças do aparelho circulatório	0	0	0	0	0	0	2,94	0	0	0
X. Doenças do aparelho respiratório	4,44	0	8,39	2,38	0	8,82	0	0	4,17	5,56
XI. Doenças do aparelho digestivo	0	5,13	0	0	0	0	0	0	0	2,78
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	0	2,56	0	0	0	0	0	0	0	0

XIV. Doenças do aparelho geniturinário	0	0	0	0	0	0	2,94	0	0	0
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	71,11	48,82	57,78	61,9	72,09	50	70,59	70,83	54,17	69,44
XVII. Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	13,33	23,8	22,22	21,43	16,28	31,35	11,76	16,67	20,83	8,33
XVIII. Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	0	2,56	4,44	2,38	4,65	0	8,82	0	4,17	2,78
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	0	5,13	0	2,38	0	0	2,94	0	0	5,56

Fonte: SIM, 2023.

Tabela 56: Proporção de óbitos infantis segundo causas evitáveis, VIII Região de Saúde de Pernambuco, 2012 a 2021

Causa (CID10 CAP)	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	10,53	9,79	5,76	7,19	8,63	6,87	6,92	2,03	4,72	5,15
II. Neoplasias (tumores)	0,88	0,7	0	0,72	0,72	0	0	0,68	0	0
III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	0	0	0	0	0	0	0,77	0,68	0,79	0
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	0	3,5	3,6	0,72	0	0	1,54	1,85	1,57	0,74
VI. Doenças do sistema nervoso	0	2,8	0	1,44	1,44	0,76	0,77	0,68	0,79	1,47
IX. Doenças do aparelho circulatório	0	0,7	0,72	0	1,44	0	0	0	0	0
X. Doenças do aparelho respiratório	3,51	2,8	2,88	3,6	1,44	1,53	4,62	2,7	1,57	1,47
XI. Doenças do aparelho digestivo	0	0,7	0,72	0,72	0	1,53	0,77	0,68	1,57	0,74

XIV. Doenças do aparelho geniturinário	0,88	0	0	0	0	0	0	0,68	0,79	0
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	62,28	59,44	69,06	63,31	64,75	63,36	55,38	61,49	59,84	59,56
XVII. Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	20,18	16,78	16,55	21,58	18,71	22,14	26,15	25,68	25,98	25
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	1,75	2,8	0,72	0,72	2,88	3,82	3,08	3,38	2,36	5,88

Fonte: SIM, 2023.

Tabela 57: Proporção de óbitos infantis segundo causas evitáveis, IX Região de Saúde de Pernambuco, 2012 a 2021

Causa (CID10 CAP)	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	8,33	9,59	4,6	0,04	5,88	2,47	6,38	3,77	5,06	3,45
II. Neoplasias (tumores)	0,93	0	1,15	0	0	1,23	2,13	0	0	0
III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	0,93	1,37	0	0	0,98	0	0	0	0	0
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	0	1,37	1,15	3,06	0,98	0	2,13	0	0	1,15
V. Transtornos mentais e comportamentais	0	0	0	0	0	0	1,06	0	0	0
VI. Doenças do sistema nervoso	0,93	0	1,15	1,02	0	0	0	0	0	0
IX. Doenças do aparelho circulatório	0,93	0	0	1,02	0	0	0	0	0	0
X. Doenças do aparelho respiratório	4,63	5,48	3,45	5,1	2,94	2,47	0	2,83	2,53	3,45
XI. Doenças do aparelho digestivo	0	0	2,3	1,02	0,98	3,7	0	1,89	0	2,3

XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	0,93	0	0	0	0	0	0	0	0	0
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	0	1,37	0	0	0	0	0	0,94	0	0
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	64,81	64,36	62,07	61,22	66,67	74,07	56,38	73,58	72,15	66,67
XVII. Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	14,81	13,7	21,84	24,49	17,65	14,81	27,66	16,04	15,19	18,39
XVIII. Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	4,63	5,48	8,05	0	5,88	1,23	3,19	0,94	1,27	0
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	2,78	2,74	2,3	1,02	3,92	1,23	4,26	0,94	5,06	4,6

Fonte: SIM, 2023.

Quando relaciona-se os óbitos infantis com a idade gestacional no pode ser observado que o maior números de crianças que evoluiram para óbito eram prematuras (nasceram com menos que 37 semanas de gestação) conforme a figura 12. É importante observar que este fato ocorre na VII, VIII e IX Regiões de Saúde. Este achado é similar a um estudo realizado por Maia, Souza e Mendes, 2020, a prevalência de óbitos infantis foi em crianças prematuras.

Vale ressaltar que para este indicador houve um quantitativo de dados ignorados (n= 431), impactando na qualidade da informação.

Figura 12: Número de óbitos infantis por idade gestacional e ano do óbito, IV Macrorregião de Saúde de Pernambuco, 2012 a 2021.



VII Região de Saúde	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
≤ 36	27	22	20	22	23	15	17	15	18	27
37 a 41	11	13	18	11	12	13	11	6	4	9
≥ 42	1	0	0	1	1	1	0	0	0	0
Ignorado	6	4	7	8	7	5	6	3	2	0

VIII Região de Saúde	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
≤ 36	63	89	84	88	86	76	72	101	85	89
37 a 41	22	43	39	31	32	32	45	38	39	38
≥ 42	2	3	1	0	0	0	0	0	0	0
Ignorado	35	11	19	27	36	26	18	10	7	13

IX Região de Saúde	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
≤ 36	50	37	38	40	46	41	41	68	43	55
37 a 41	29	19	36	33	32	25	39	33	29	19
≥ 42	3	2	0	1	1	1	1	0	0	0
Ignorado	31	19	20	24	29	15	16	6	8	13

IV Macrorregião de Saúde	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
≤ 36	140	148	142	150	155	132	130	184	146	171
37 a 41	62	75	93	75	76	70	95	77	72	66
≥ 42	6	5	1	2	2	2	1	0	0	0
Ignorado	72	34	46	59	72	46	40	19	17	26

Fonte: SIM, 2023.

2.2.3.3 Imunização

Em 1973, o MS lançou o Programa Nacional de Imunizações (PNI), o qual é referência mundial. O Brasil foi pioneiro na incorporação de diversas vacinas no calendário do Sistema Único de Saúde (SUS). A vacinação é uma das intervenções mais custo efetivas e seguras; propicia tanto a proteção individual como a imunidade coletiva e constitui-se como componente obrigatório dos programas de saúde. Sua efetividade está condicionada a elevadas coberturas vacinais e à equidade do acesso às vacinas (Martins, Santos e Álvares, 2019).

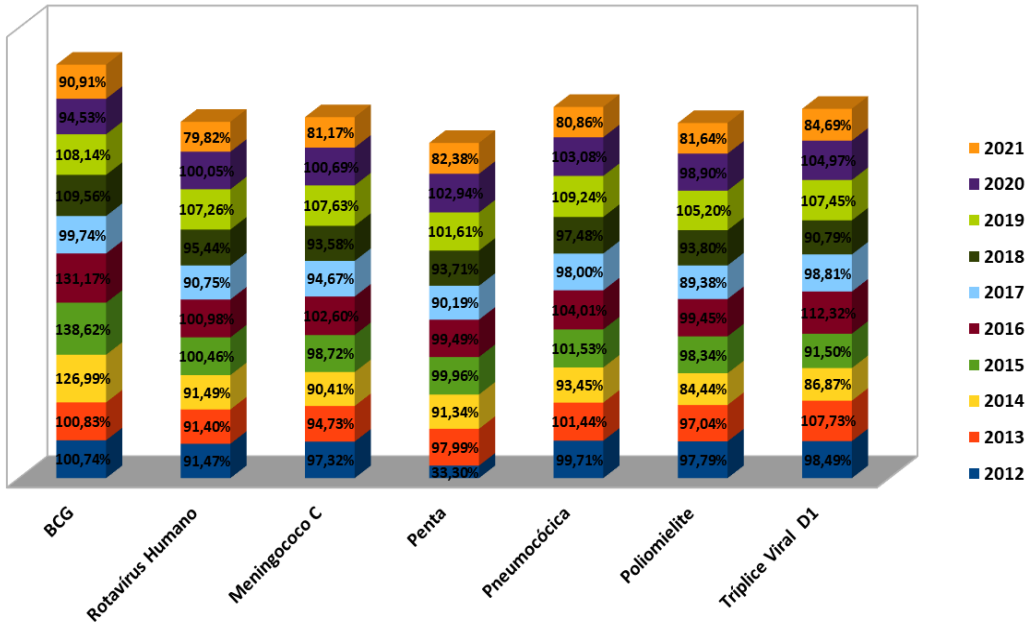
Os dados apresentados neste documento (gráficos 108, 109, 110 e 111), são resultados da série histórica de 2012 a 2021, referente as coberturas vacinais do calendário básico de vacinação da criança menor de 1 ano (BCG, Rotavírus, Meningocócica C, Pentavalente, Pneumocócica 10 valente e Poliomielite); Primeira dose da Vacina Tríplice Viral (sarampo + caxumba + rubéola) da criança de 1 ano e campanhas de vacinação contra a Influenza da IV Macrorregião de Saúde.

A meta de cobertura vacinal preconizada pelo Ministério da Saúde é de 95% para maioria das vacinas, exceto a BCG (Bacilo de Calmette Guerin) e a Vacina Oral contra Rotavírus Humano (VORH), ambas com meta de 90%.

Ao analisar as coberturas vacinais das crianças de 0 a 12 meses por Região de Saúde, observou-se que das 7 vacinas analisadas, a VII Região atingiu a meta supracitada (95%) em apenas três anos da série histórica (2016, 2019 e 2020). Na IX Região de Saúde, apenas em 2015 e 2016 houve cobertura de 95% nas vacinas do calendário básico vacinal. No tocante à VIII Região de Saúde não atingiu cobertura esperada em nenhum dos anos avaliados.

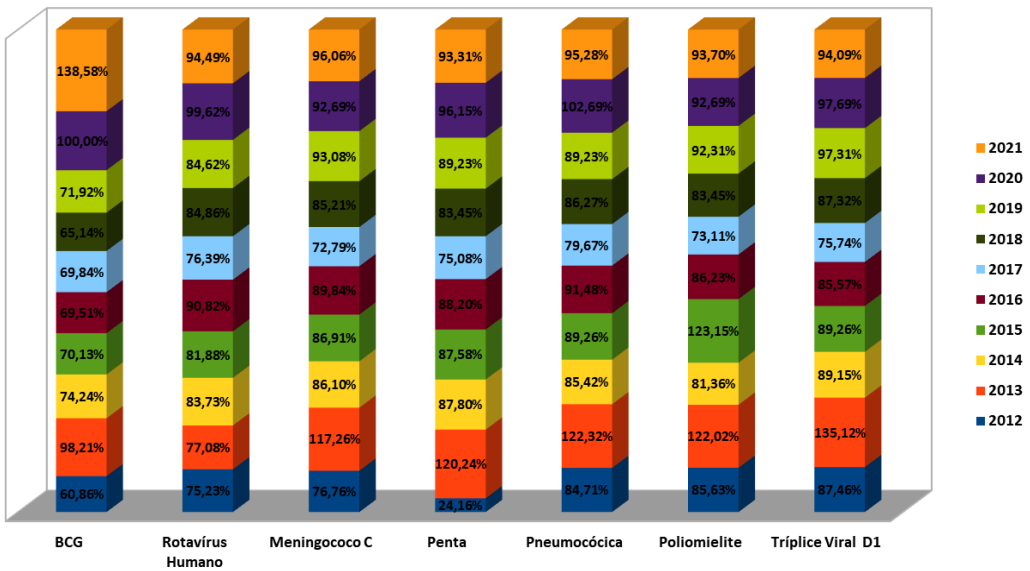
Vale ressaltar, a indisponibilidade da vacina Pentavalente no ano de 2012, bem como diversas mudanças e fragilidades no registro de doses e nos sistemas de informações vinculados à imunização.

Gráfico 108: Cobertura Vacinal (BCG, Rotavírus, Meningocócica C, Pentavalente, Pneumocócica, Poliomielite e Tríplice Viral D1), VII Região de Saúde de Pernambuco, 2012 a 2021.



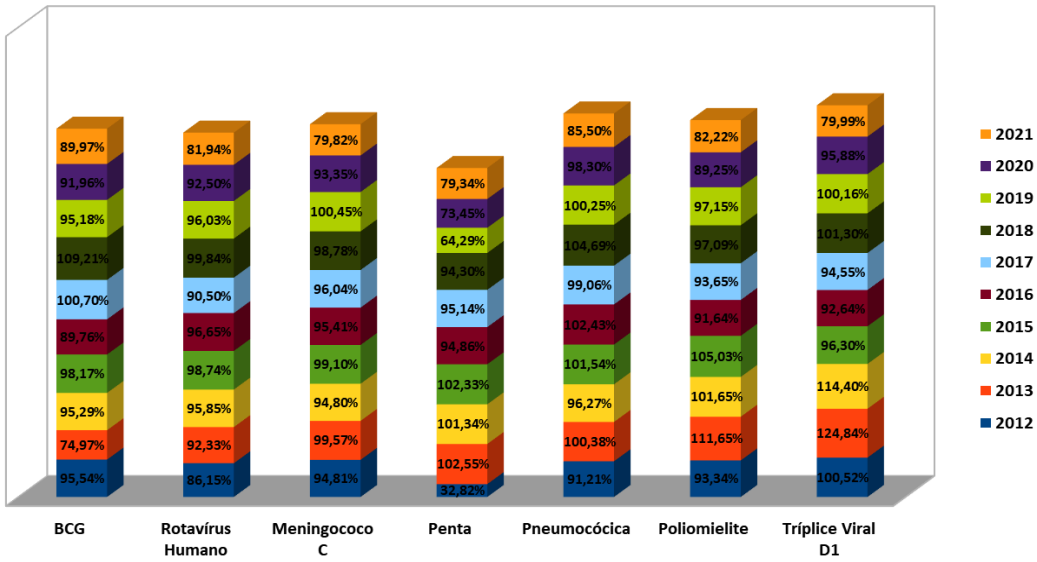
Fonte: APIWEB/SIPNIWEB.

Gráfico 109: Cobertura Vacinal (BCG, Rotavírus, Meningocócica C, Pentavalente, Pneumocócica, Poliomielite e Tríplice Viral D1), VIII Região de Saúde de Pernambuco, 2012 a 2021.



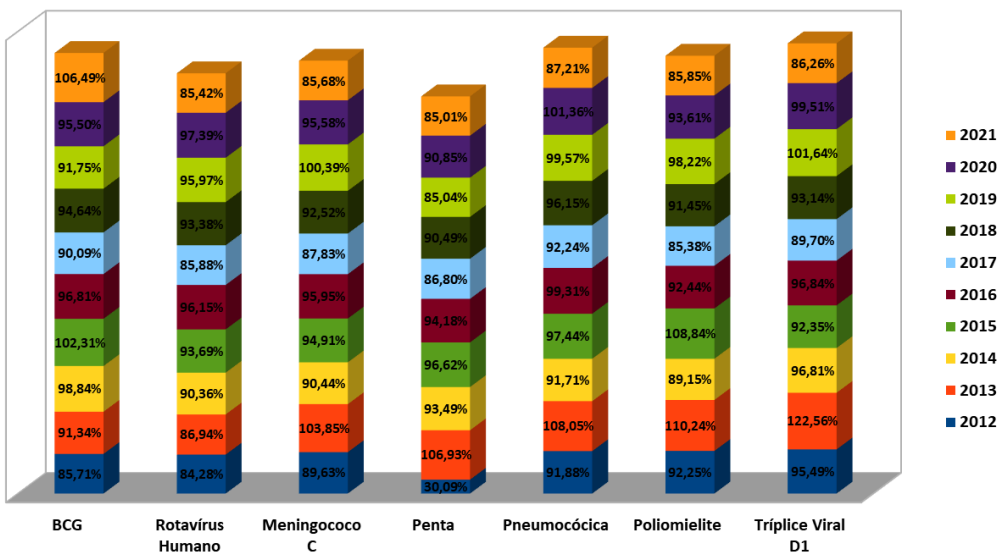
Fonte: APIWEB // SIPNIWEB.

Gráfico 110: Cobertura Vacinal (BCG, Rotavírus, Meningocócica C, Pentavalente, Pneumocócica, Poliomielite e Tríplice Viral D1), IX Região de Saúde de Pernambuco, 2012 a 2021.



Fonte: APIWEB/SIPNIWEB.

Gráfico 111: Índice de Cobertura Vacinal (BCG, Rotavírus, Meningocócica C, Pentavalente, Pneumocócica, Poliomielite e Tríplice Viral D1) da IV Macrorregião de Saúde de Pernambuco, 2012 a 2021.



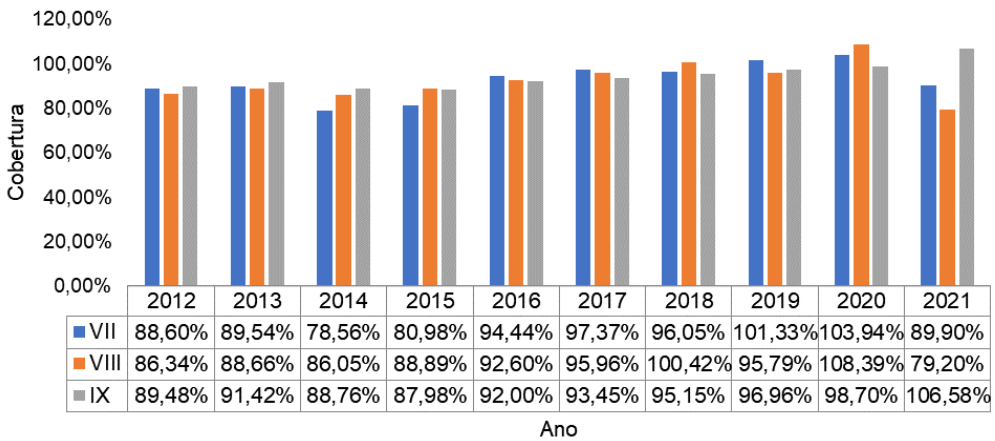
Fonte: APIWEB // SIPNIWEB.

2.2.3.3.1 Influenza

A influenza é reconhecida, mundialmente, pela sua capacidade de gerar ondas epidêmicas e pandêmicas com anotações das principais características virológicas, clínicas e epidemiológicas, incluindo sua mortalidade e letalidade e o contexto da sua ocorrência em caráter pandêmico (Costa e Hamann, 2016).

A imunização anual com vacinas inativadas contra influenza tem sido a principal medida para a profilaxia da gripe e redução da morbimortalidade relacionada à doença. Por meio da análise da série histórica, nas três Regiões de Saúde que compõem a IV Macrorregião de Pernambuco (gráfico 112). Observa-se que a VII Região só não alcança cobertura vacinal em 2014. e 2021. A VIII Região só não atingiu a meta de cobertura no ano 2014. Já a IX Região de Saúde nos anos de 2018 a 2021.

Gráfico 112: Índice de Cobertura Vacinal da Influenza, segundo Região de Residência, IV Macrorregião de Saúde de Pernambuco, 2012 a 2021.



	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
VII	88,60%	89,54%	78,56%	80,98%	94,44%	97,37%	96,05%	101,33%	103,94%	89,90%
VIII	86,34%	88,66%	86,05%	88,89%	92,60%	95,96%	100,42%	95,79%	108,39%	79,20%
IX	89,48%	91,42%	88,76%	87,98%	92,00%	93,45%	95,15%	96,96%	98,70%	106,58%

Fonte: APIWEB/SIPNIWEB

A taxa de mortalidade por causas externas segundo a raça dos habitantes da IV Macro, percebe-se que 85% das mortes estão

concentradas no grupo considerado Pardo, seguido da raça branca, com aproximadamente 9% das mortes.

2.2.3.4 Mortalidade Materna

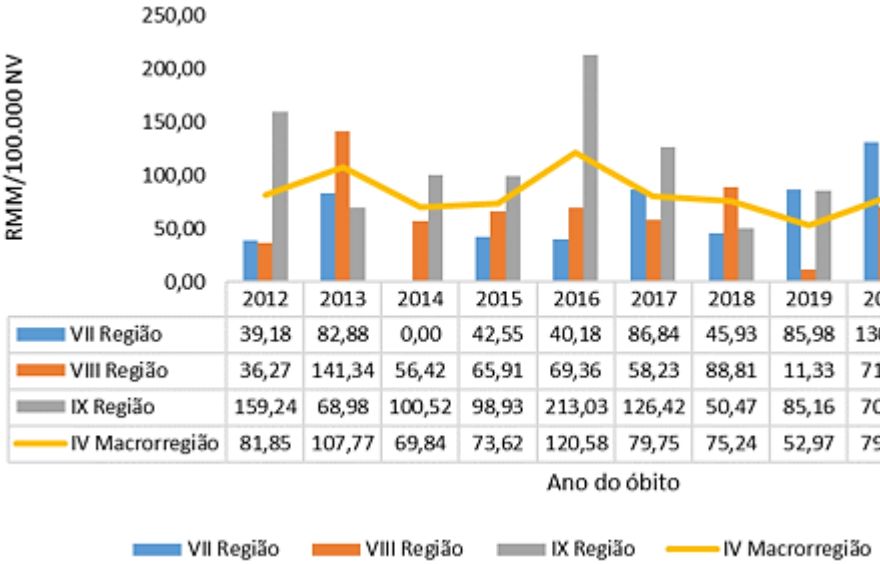
Morte materna é aquela que ocorre dentro do período gestacional ou em até 42 dias após o parto, salvo quando a causa está relacionada com a gravidez ou por medidas em relação ao parto, indicador grave de saúde pública por se constituir em boa parte dos casos de mortes precoces que poderiam ter sido evitadas através do acesso aos cuidados corretos e em tempo oportuno (Rodrigues *et al*. 2019).

A Razão de Mortalidade Materna (RMM) se dá pela relação entre o número de mortes de gestantes e o número de nascidos vivos, esta razão visa analisar o risco de morte de uma mulher em idade fértil (MIF). Nacionalmente esse cálculo é realizado em mortes ocorridas até 42 dias, porém em Pernambuco passou a ser calculada também levando em consideração as mortes ocorridas até 1 ano após o nascimento, denominadas mortes maternas tardias (Purificação, 2020).

O gráfico 113 apresenta o RMM nas regiões de saúde que compõem a IV macrorregião, nessa análise pode-se observar que nos anos de 2012, 2014, 2015, 2016, 2017 a IX região apresentou o maior índice de mortalidade, com destaque ao ano de 2016 (213,03 por 100.000 hab.) sendo a maior razão de toda série histórica.

A VII apresentou os maiores índices nos anos de 2019, 2020 e 2021, sendo a maior razão no ano de 2021 (134,47 por 100.000 hab.). E a VIII das três regiões foi a que apresentou os menores índices, elevando-se apenas nos anos de 2013 (141,34 por 100.000 hab.) e 2018 (88,81 por 100.000 hab.). Destaque para o ano de 2021 em que todas as regiões apresentaram um aumento na razão de mortalidade.

Gráfico 113: Razão de Mortalidade Materna nas Regiões de saúde da IV Macrorregião de Saúde de Pernambuco, 2012 a 2021.



	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
VII Região	39,18	82,88	0,00	42,55	40,18	86,84	45,93	85,98	130,83	134,47
VIII Região	36,27	141,34	56,42	65,91	69,36	58,23	88,81	11,33	71,08	116,75
IX Região	159,24	68,98	100,52	98,93	213,03	126,42	50,47	85,16	70,66	105,08
IV Macrorregião	81,85	107,77	69,84	73,62	120,58	79,75	75,24	52,97	79,59	193,79

Fonte: SIM, 2023.

Ao analisar o número de óbitos maternos por grupo de causa não apenas permite uma compreensão mais aprofundada das condições de saúde da população, mas também destaca áreas específicas que exigem atenção e intervenção prioritárias.

Visando uma melhor compreensão da realidade da IV Macrorregião de Saúde de Pernambuco, as tabela 58, 59 e 60 apresentam as principais causas de óbitos maternos, agrupadas do período de 2012 a 2021. Quando da análise do referido período, percebe-se que eclâmpsia foi a principal causa de óbito na VII Região de Saúde, com 3 óbitos maternos (18,75%). Vale ressaltar o número baixo de óbitos maternos nesta região, totalizando 16 óbitos na série histórica em comento, sobretudo quando comparado às demais regiões, quais sejam, VII e IX Região de Saúde.

No que se refere à VIII Região, o número total de óbitos maternos é 62, sendo a principal causa “outras doenças da mãe, classificadas em outra parte, mas que complicam a gravidez, o parto e o puerpério” (CID 099), com 19 óbitos (30,65%). A segunda causa de óbito foi “morte por

qualquer causa obstétrica, que ocorreu há mais de 42 dias, mas menos de 1 ano após o parto" (CID 096), com 7 óbitos (11,29%). A terceira causa agrupada foi eclâmpsia, com 5 óbitos (8,06%).

No que diz respeito à IX Região de Saúde, 63 é o número de óbitos maternos na série histórica analisada. A principal causa foi "outras doenças da mãe, classificadas em outra parte, mas que complicam a gravidez, o parto e o puerpério" (CID 099) com 11 óbitos (17,46%), convergindo com a principal causa VII Região de Saúde. A segunda causa, por sua vez, foi "morte por qualquer causa obstétrica, que ocorre mais de 42 dias, mas menos de 1 ano após o parto" (CID 096), com 8 óbitos (12,70%), também concordando com a segunda causa da VII Região de Saúde.

Tais achados corroboram a atenção que deve ser voltada à vigilância do óbito, com fortalecimento de Comitês de Morte Materna, articulação em rede e ampliação do alcance da Rede de Serviços de Verificação de Óbitos de Pernambuco. Tais estratégias desempenham papeis fundamentais na compreensão e monitoramento da mortalidade, permitindo a identificação de padrões, tendências e áreas críticas que demandam intervenções efetivas para a redução desses números (Azevedo, 2016).

Tabela 58: Número de óbitos maternos por grupo de causa por região de residência, VII Região de Saúde de Pernambuco, 2012 a 2021.

Causa (CID10 3D)	Total	%
O01 Mola hidatiforme	1	6,7
O13 Hipertensao gestacional s/proteinuria signif	1	6,7
O14 Hipertensao gestacional c/proteinuria signif	2	13,3
O15 Eclampsia	2	13,3
O21 Vômitos excessivos na gravidez	1	6,7
O41 Outros transt. das membranas e do líquido amniótico	1	6,7

O62	Anormalidades da contracao uterina	1	6,7
O72	Hemorragia pós-parto	2	13,3
O86	Outras infecções puerperais	1	6,7
O95	Morte obstetrica de causa NE	1	6,7
O96	Morte qq caus obst mais 42d menos 1a parto	2	13,3
Total		**15**	**100,0**

Fonte: SIM, 2023.

Tabela 59: Número de óbitos maternos por grupo de causa por região de residência, VIII Região de Saúde de Pernambuco, 2012 a 2021.

Causa (CID10 3D)		Total	%
O05	Outr tipos de aborto	1	1,6
O10	Hipertens pre-exist complic grav parto puerp	3	4,8
O13	Hipertensao gestacional s/proteinuria signif.	1	1,6
O14	Hipertensao gestacional c/proteinuria signif.	2	3,2
O15	Eclampsia	5	8,1
O23	Infecc do trato geniturinario na gravidez	1	1,6
O26	Assist materna outr complic lig predom grav	1	1,6
O42	Ruptura prematura de membranas	1	1,6
O44	Placenta previa	2	3,2
O45	Descolamento prematuro da placenta	3	4,8
O62	Anormalidades da contracao uterina	3	4,8
O71	Outr traum obstétricos	1	1,6
O72	Hemorragia pos-parto	1	1,6
O85	Infecc puerperal	2	3,2
O88	Embolia orig obstétrica	2	3,2
O95	Morte obstetrica de causa NE	4	6,5
O96	Morte qq caus obst mais 42d menos 1a parto	7	11,3
O98	Doen inf paras mat COP compl grav part puerp	3	4,8
O99	Outr doenc mat COP compl grav parto puerp	19	30,6
Total		62	100,0

Fonte: SIM, 2023.

Tabela 60: Número de óbitos maternos por grupo de causa por região de residência, IX Região de Saúde de Pernambuco, 2012 a 2021.

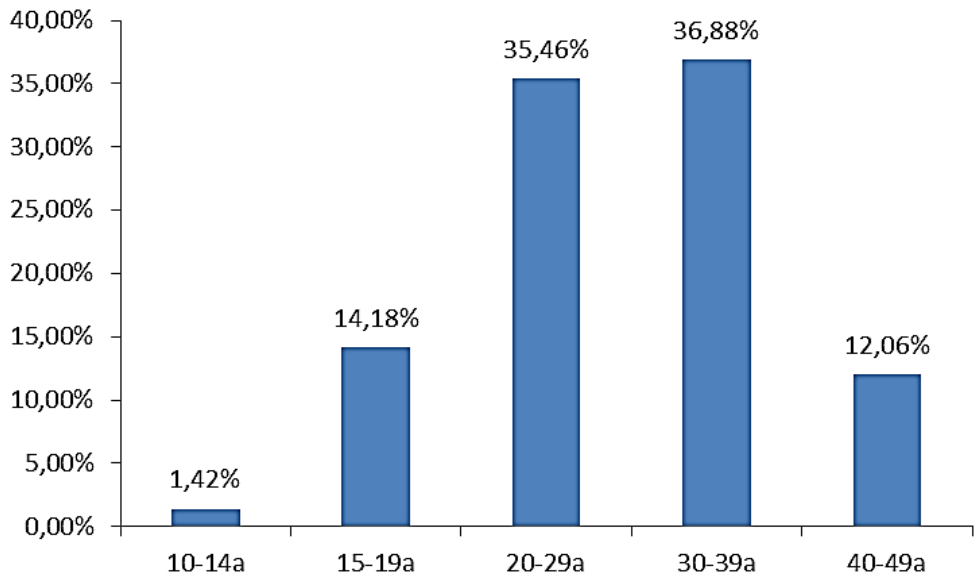
Causa (CID10 3D)		Total	%
O00	Gravidez ectópica	1	1,6
O01	Mola hidatiforme	1	1,6
O07	Falha de tentativa de aborto	1	1,6
O14	Hipertensao gestacional c/proteinuria signif.	3	4,8
O15	Eclampsia	6	9,5
O22	Complic venosas na gravidez	1	1,6
O24	Diabetes mellitus na gravidez	2	3,2
O26	Assist materna outr complic lig predom grav	2	3,2
O45	Descolamento prematuro da placenta	1	1,6
O62	Anormalidades da contracao uterina	2	3,2
O70	Laceracao do perineo durante o parto	1	1,6
O71	Outr traum obstétricos	3	4,8
O72	Hemorragia pos-parto	3	4,8
O74	Complic anestesia durante trab parto e parto	1	1,6
O85	Infecc puerperal	4	6,3
O88	Embolia orig obstétrica	4	6,3
O90	Complic do puerperio NCOP	3	4,8
O95	Morte obstetrica de causa NE	2	3,2
O96	Morte qq caus obst mais 42d menos 1a parto	8	12,7
O98	Doen inf paras mat COP compl grav part puerp	3	4,8
O99	Outr doenc mat COP compl grav parto puerp	11	17,5
Total		**63**	**100,0**

Fonte: SIM, 2023.

A análise por faixa etária é um indicador importante para a mortalidade materna, visto que mulheres abaixo de 15 anos e acima de 40 anos apresentam maiores riscos de complicações na gestação e no parto, ainda no estudo de Barreto (2021) no Brasil a maior frequência de óbitos ocorre em mulheres de 30 a 39 anos e 40 a 49 anos, o que difere parcialmente das ocorrências na IV macrorregião de saúde de Pernambuco.

Ao observado o gráfico 114 é possível perceber que na faixa etária de 30 a 39 anos é a mais frequente (36,88%) no número de óbitos maternos na IV macrorregião, porém a faixa de 20 a 29 anos encontra-se com uma frequência quase que equivalente (35,46%), indo na contramão do esperado dos achados nos estudo de análise nacional, evidenciando que as mulheres da IV macrorregião acima de 20 anos de idade fazem parte do grupo vulnerável com probabilidade de óbito.

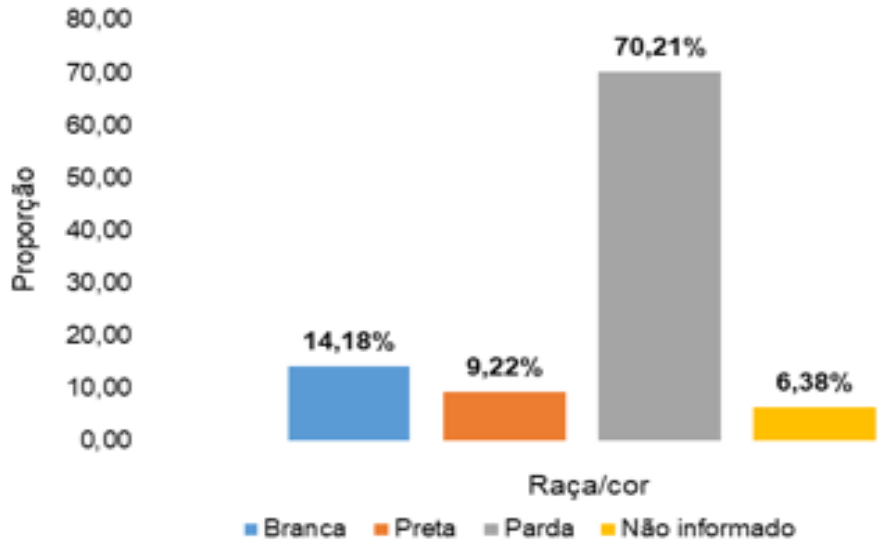
Gráfico 114: Proporção de óbitos maternos por faixa etária, IV Macrorregião de Saúde de Pernambuco, 2012 a 2021.



Fonte: SIM, 2023.

Na variável cor/raça (gráfico 115) o observou-se que 70,21% dos óbitos foram registrados entre mulheres pardas, sendo esta raça/cor prevalente nos estados Brasileiros. Destaca-se também que 6,28% dos registros não continham essa informação.

Gráfico 115: Proporção de óbitos maternos por raça/cor, IV Macrorregião de Saúde de Pernambuco, 2012 a 2021.



Fonte: SIM, 2023.

2.2.3.5 Mortalidade de Mulheres em Idade Fértil

Ao analisar o gráfico 116, percebe-se que no período de 2012 a 2021 em referência aos óbitos de mulheres em idade fértil (MIF) na IV Macrorregião de Saúde, as maiores proporções estão na faixa etária de 40 a 49 anos, enfatizando que à medida que aumenta a idade consequentemente aumenta o número de óbitos, corroborando com estudo de Souza e Andrade, 2019, que alude a possível associação do achado com o aumento da expectativa de vida da população feminina.

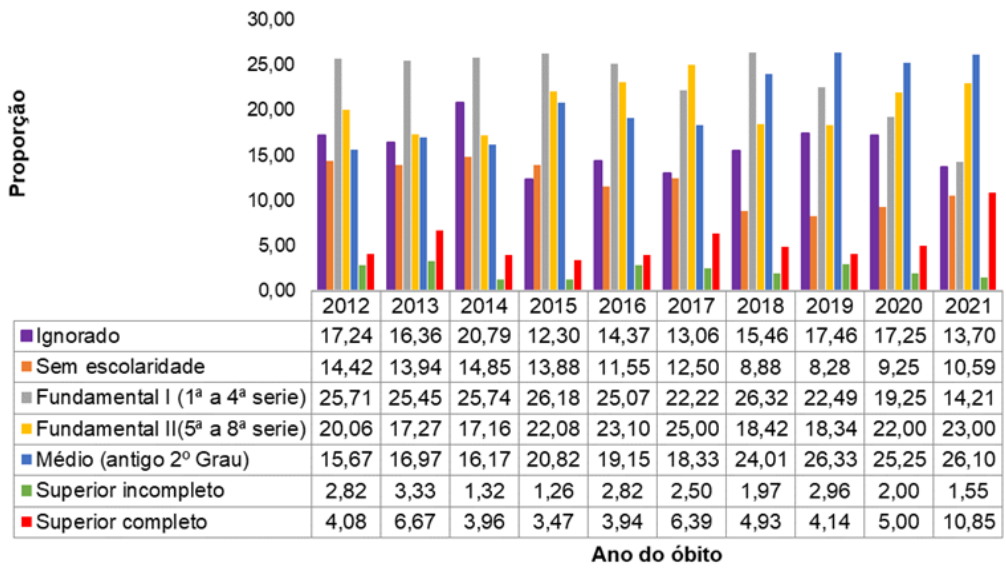
Gráfico 116: Proporção de Óbitos de Mulheres em Idade Fértil por faixa etária, IV Macrorregião de Saúde de Pernambuco, 2012 a 2021.



	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
10-14a	6,27	2,42	4,95	5,05	2,82	2,50	3,29	4,44	3,75	2,33
15-19a	5,02	7,88	7,26	5,36	6,48	7,50	6,91	5,62	6,00	5,94
20-29a	15,05	17,58	15,84	16,09	18,87	15,28	13,82	17,16	15,00	15,50
30-39a	32,60	24,85	28,05	34,38	27,32	26,39	30,26	30,77	30,75	27,91
40-49a	41,07	47,27	43,89	39,12	44,51	48,33	45,72	42,01	44,50	48,32

Fonte: SIM, 2023.

Gráfico 117: Proporção de Óbitos de Mulheres em Idade Fértil por escolaridade, IV Macrorregião de Saúde de Pernambuco, 2012 a 2021.



	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Ignorado	17,24	16,36	20,79	12,30	14,37	13,06	15,46	17,46	17,25	13,70
Sem escolaridade	14,42	13,94	14,85	13,88	11,55	12,50	8,88	8,28	9,25	10,59
Fundamental I (1ª a 4ª serie)	25,71	25,45	25,74	26,18	25,07	22,22	26,32	22,49	19,25	14,21
Fundamental II(5ª a 8ª serie)	20,06	17,27	17,16	22,08	23,10	25,00	18,42	18,34	22,00	23,00
Médio (antigo 2º Grau)	15,67	16,97	16,17	20,82	19,15	18,33	24,01	26,33	25,25	26,10
Superior incompleto	2,82	3,33	1,32	1,26	2,82	2,50	1,97	2,96	2,00	1,55
Superior completo	4,08	6,67	3,96	3,47	3,94	6,39	4,93	4,14	5,00	10,85

Fonte: SIM, 2023.

No que concerne à escolaridade das MIF que evoluíram a óbito na IV Macrorregião de Saúde (gráfico 117), os maiores percentuais 2012 a 2016 foram daquelas com ensino fundamental I e de 2019 a 2021 com ensino médio. Uma peculiaridade observada na série histórica foi o aumento de óbitos em mulheres com nível superior completo, o que pode estar relacionado ao maior acesso às universidades.

A análise de proporção de óbitos de MIF por raça/etnia na IV Macrorregião de Saúde de Pernambuco, durante o período estudado, revela tendências e disparidades significativas, evidenciando desigualdades marcantes no processo de morbimortalidade entre diferentes grupos raciais-étnicos.

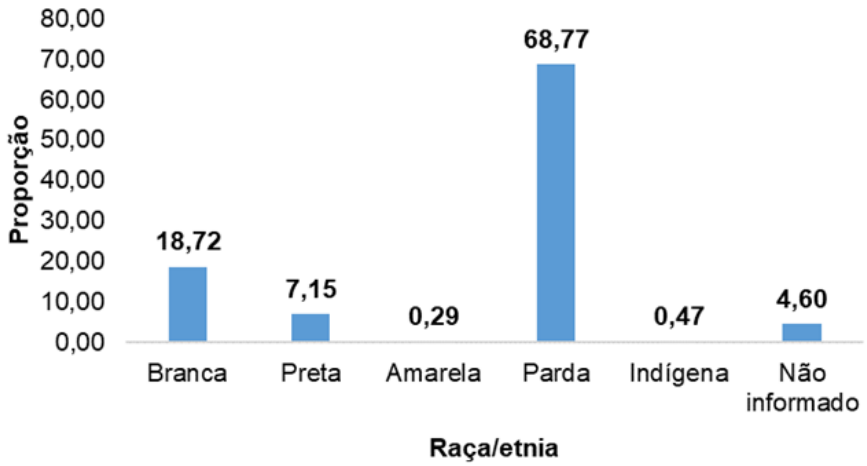
A predominância de óbitos é notável entre mulheres pardas (68,77%), seguidas por mulheres brancas (18,72%), mulheres pretas (7,15%), mulheres indígenas (0,47%), amarelas (0,29%) e não Informado (4,60%).

Destaca-se, de imediato, que a mortalidade entre mulheres pardas foi a mais elevada, ultrapassando a metade dos registros de óbitos de MIF no período em análise. Ao somar os óbitos de mulheres pardas e pretas, alcança-se a alarmante marca de 75,92%, evidenciando que as mulheres negras (pretas e pardas) enfrentam desproporcionalmente as iniquidades em saúde se comparadas com as de outras raças-etnias, sugerindo a existência de disparidades socioeconômicas e acesso desigual aos serviços de saúde.

Essa tendência já é observada na literatura, evidenciando como raça/etnia são marcadores importantes no acesso e na qualidade da atenção à saúde das mulheres (Belone, 2023). Essa constatação impõe um alerta urgente para os/as gestores de saúde, destacando a necessidade de criar estratégias efetivas de enfrentamento ao racismo e às desigualdades sociais e econômicas, sobretudo nos municípios mais interiorizados, que se defrontam com vazios assistenciais expressivos.

Vale ressaltar, ainda, que a categoria “Não Informado” representa uma parcela significativa dos óbitos. A melhoria nos sistemas de registro de dados, aliada à capacitação contínua, emergem como estratégias essenciais para um registro mais completo e confiável das informações em saúde. Isso resultaria em uma compreensão mais abrangente das disparidades existentes e implementação de estratégias eficazes para lidar com essas questões.

Gráfico 118: Proporção de Óbitos de Mulheres em Idade Fértil por raça/etnia, IV Macrorregião de Saúde de Pernambuco, 2012 a 2021.



Fonte: SIM, 2023.

2.2.3.6 Mortalidade por Causas Externas

Analisando a tabela 61, referente à mortalidade por causas externas segundo sexo, observa-se que as maiores taxas situam-se no sexo masculino, com uma superioridade significante; ocorrendo por acidentes de transporte e agressões. Segundo Almeida, homens motociclistas são as vítimas que mais perdem anos potenciais de vida em Pernambuco. Sendo que aspectos culturais se fazem presentes, com menor adesão a ações preventivas e menor procura pelos serviços de saúde (SANTOS *et al*, 2021).

Tabela 61: Taxa de mortalidade das cinco principais causas externas IV Macrorregião de Saúde de Pernambuco, 2012 a 2021.

Causa Externa	Nº total de óbitos	Nº de óbitos por sexo		Taxa de mortalidade por sexo	
		Masc	Fem	Masc	Fem
Acidentes de transporte	2945	2526	419	2,80	0,46
Agressões	2803	2609	191	2,89	0,21
Outras causas externas de lesões acidentais	1203	815	387	0,90	0,43
Eventos cuja intenção é indeterminada	609	485	124	0,54	0,14
Lesões autoprovocadas voluntariamente	569	450	119	0,50	0,13
Total	**8129**	**6885**	**1240**	**7,63**	**1,37**

Fonte: Ministério da Saúde

Pode-se definir as mortes causadas por fatores externos como uma morte “não natural”, provocada por uma intervenção voluntária, como por exemplo, o homicídio ou suicídio, ou por uma causa extremamente brutal, como um acidente de trânsito (Chesnais, 2003).

No que se refere as mortes por causas externas, as principais causas são os acidentes de transportes terrestres e as agressões, seguindo o padrão observado em todo o estado de Pernambuco (Melo, 2015). Ambas as causas com maiores ocorrências nas faixas etárias acima dos 15 anos. Os acidentes de transportes apresentam maior mortalidade na faixa de 50 aos 59, o que demonstra a necessidade de ações intersetoriais para prevenção de acidentes e promoção da cultura de paz no trânsito.

Destaca-se ainda o impacto econômico e social da ocorrência destes agravos na região. Quanto às agressões, os maiores números de casos encontram-se na faixa etária de 20 a 39 anos. Chama atenção a

taxa de mortalidade por agressões nas faixas de menor de 1 ano e de 1 a 4 anos, como mostra a tabela 62.

Tabela 62: Taxa de mortalidade (por 100.000hab) por causas externas segundo Faixa-etária, IV Macrorregião de Saúde de Pernambuco, 2012 a 2021.

Causa Externa	Menor de 1 ano	1 a 4 anos	5 a 9 anos	10 a 14 anos	15 a 19 anos	20 a 29 anos	30 a 39 anos	40 a 49 anos	50 a 59 anos	60 a 69 anos	70 a 79 anos	80 ou mais
Acidentes de transporte	48,3	24,9	37,6	52,9	245,4	372,8	450	431,4	493,9	374,7	404,7	314,7
Agressões	10,7	5,2	3,0	17,0	250,3	517,2	537,8	398,3	213,7	122,3	134,9	49
Outras causas externas de lesões acidentais	235,9	95,5	30,7	44,8	70	60,4	81,2	114,6	152,8	171,6	426,5	1769,5
Eventos cuja intenção é indeterminada	75,1	23,6	7,9	12,6	36,5	59,9	78,5	100,2	106,1	102,6	87,5	118,9
Lesões autoprovocadas voluntariamente	0	0	1	8,1	52,2	75,6	74,6	90,4	90,6	90,7	105,7	62,9

Fonte: Ministério da Saúde

Tabela 63: Taxa de mortalidade por causas externas segundo raça/etnia, IV Macrorregião de Saúde de Pernambuco, 2012 a 2021.

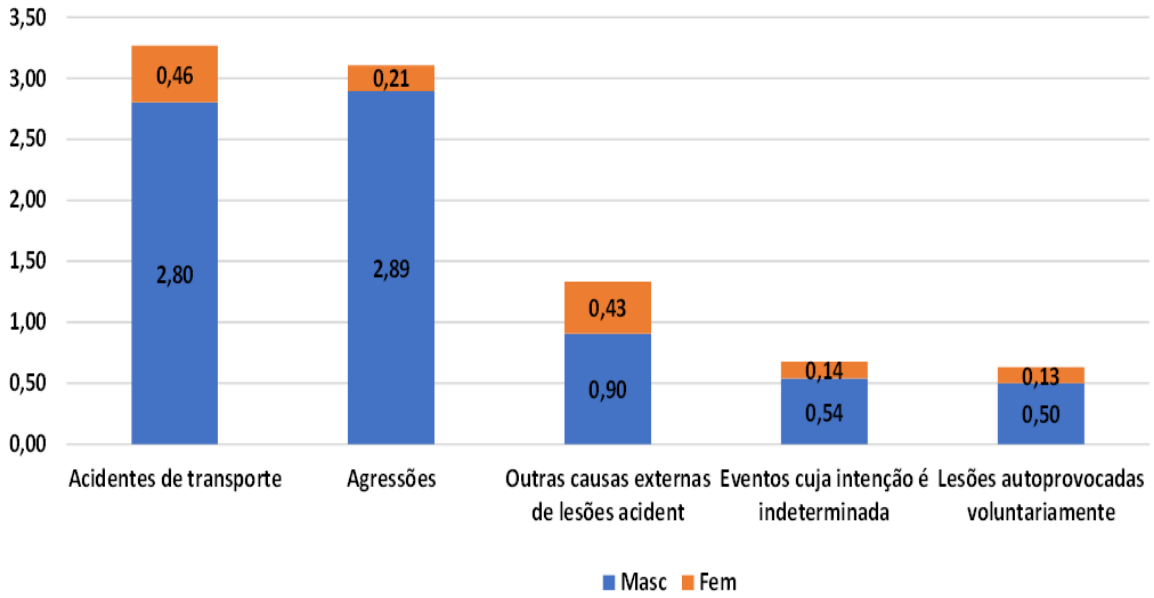
Região de Saúde	Branca		Preta		Amarelo		Parda		Indígena		Ignorado		Total
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
VII	98	9,50	46	4,46	1	0,10	861	83,43	9	0,87	17	1,65	1032
VIII	353	8,63	149	3,64	1	0,02	3485	85,23	15	0,37	86	2,1	4089
IX	308	10,07	82	2,68	2	0,07	2604	85,13	-	-	63	2,06	3059
IV Macrorregião	**759**	**9,28**	**277**	**3,39**	**4**	**0,05**	**6950**	**84,96**	**24**	**0,29**	**166**	**2,03**	**8180**

Fonte: Ministério da Saúde

Na análise da mortalidade por raça/cor (tabela 63), observou-se o predomínio de óbitos em indivíduos pardos, seguidos de brancos. Este achado corrobora com o perfil das vítimas no Brasil, onde a maioria é da etnia negra (Matos e Martins, 2013).

Na análise da mortalidade por causas externas segundo sexo (gráfico 119), há o predomínio no sexo masculino nas cinco principais causas externas. Nos acidentes de transportes terrestres e agressões a diferença entre os sexos é bastante elevada. O mesmo padrão observado em todo o estado de Pernambuco, aonde, no geral, as mortes são predominantes em figuras do sexo masculino (Souza *et al*, 2012).

Gráfico 119: Taxa de mortalidade por causas externas segundo Sexo, IV Macrorregião de Saúde de Pernambuco, 2012 a 2021.



Fonte: Ministério da Saúde

3. ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

A Atenção Primária à Saúde (APS) foi definida na Conferência de Alma-Ata como “cuidados essenciais à saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança” (Brasil, 1978).

Representa o centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde e, como principal porta de entrada no sistema, ela deverá cumprir, segundo Mendes (2002), o papel resolutivo para a grande maioria dos problemas de saúde da população, o papel organizador referente à sua posição como centro de comunicação, a função de coordenar o fluxo e contrafluxo, direcionando as pessoas aos diversos pontos da atenção conforme a necessidade, e a função de corresponsabilidade, que se refere à responsabilização pela saúde do cidadão em qualquer ponto de atenção à saúde que os indivíduos estejam.

Para isso, é imprescindível a capilarização da APS, afinal, quanto mais próximo ao cidadão, pressupõe-se que maior seja a garantia de acesso ao sistema. A construção social da APS no Brasil hoje segue uma interpretação que complementa o conceito anterior, como sendo uma estratégia de organização do sistema de saúde, de forma a articular a Atenção Primária como a coordenadora de uma rede de atenção à saúde (Mendes, 2015).

Caracterizada como “porta de entrada” e “ordenadora das redes de cuidado” de acordo com a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), atualizada pela Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017, a APS é uma das estratégias prioritárias no Sistema Único de Saúde (SUS) e organiza suas diretrizes considerando os princípios da universalidade, equidade e integralidade.

A Estratégia de Saúde da Família (ESF), com a organização das Equipes de Saúde da Família (eSF), deve ser adotada como estratégia prioritária para a expansão, consolidação e qualificação da APS. Além disso, a composição da APS deve conter outros equipamentos propostos pelo Ministério da Saúde como a Estratégia de Saúde Bucal, as Equipes Consultório na Rua (eCR), o Programa

Academia da Saúde e o Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), este último formalmente estruturado pelo Ministério da Saúde até 2019.

Atualmente, é proposta a organização do cuidado multiprofissional na APS através da eMulti, equipe multiprofissional que amplia a multidisciplinaridade no apoio às ações, cujo processo de credenciamento está em andamento.

Em novembro de 2018, em representação da Organização Pan- Americana da Saúde/ Organização Mundial da Saúde (OPAS /OMS) o Brasil lançou a versão final do relatório “30 anos de SUS- Que SUS para 2023?”. A publicação sintetiza algumas ações com objetivos e metas que o Brasil deverá alcançar a exemplo deles:

- Ampliar formas de acesso à APS, como acesso avançado, acesso não presencial e horário estendido, além de incorporar ferramentas digitais para comunicação não presencial entre equipe e pessoas.
- Qualificar a adstrição de pessoas às equipes de APS, utilizando quantitativo populacional e critérios de adstrição complementares aos critérios territoriais, epidemiológicos e de vulnerabilidade social, como o uso de lista de pacientes.
- Ofertar ações e serviços de saúde de acordo com as necessidades da população, formulando uma carteira de serviços com garantia dos recursos – insumos, equipamentos – e das competências profissionais que garantam a plena execução da carteira.
- Ampliar a atuação clínico-assistencial de todas as categorias profissionais das equipes de APS, com a utilização de protocolos multiprofissionais baseados na melhor evidência científica disponível.
- Qualificar habilidades dos profissionais de APS em relação à comunicação e tecnologia do cuidado (por exemplo, entrevista motivacional, plano de cuidados e autocuidados).
- Promover adensamento tecnológico orientado pela prevenção quaternária na APS, utilizando tecnologias de informação e equipamentos diagnósticos e terapêuticos (por exemplo: ultrassonografia, eletrocardiograma), de forma presencial ou à distância.
- Informatizar as Unidades Básicas de Saúde, a rede assistencial e os complexos reguladores; disponibilizar Registro Eletrônico em Saúde com informações tanto do sistema público como privado, de forma unívoca,

permitindo às pessoas o deslocamento físico entre os pontos assistenciais, sem barreiras informacionais.

- Desenvolver sistema de regulação centrado na APS, com ênfase em tecnologias da informação e comunicação e protocolos clínicos de regulação, com qualificação do processo de referência e contrarreferência.
- Aumentar o financiamento da APS até atingir níveis adequados e suficientes.
- Garantir estrutura física e tecnológica adequadas, com ambiência, conforto e fornecimento adequado de insumos para o funcionamento das Unidades Básicas de Saúde.
- Planejar a oferta de recursos humanos para a APS e elaborar plano de formação profissional com ênfase nas especificidades da atenção primária (por exemplo, médico de família e comunidade, enfermeiro de família e comunidade).
- Ter estratégia permanente e sustentável de provimento de médicos para atenção primária à saúde em áreas com alta taxa de rotatividade profissional ou dificuldade de alocação de médicos.
- Promover apoio assistencial às equipes de APS (por exemplo: cuidado compartilhado, interconsultas, telemonitoramento, NASF, matriciamento), de forma presencial ou à distância.
- Promover, monitorar e avaliar a qualidade da atuação das equipes de APS, quanto a princípios, atributos, diretrizes, objetivos, metas e resultados, com estabelecimento de mecanismos de remuneração e incentivos por desempenho.
- Estimular e formar lideranças em APS no âmbito da gestão.
- Promover estratégias de defesa e fortalecimento da atenção primária à saúde, incluindo produção de conhecimento científico e divulgação de experiências inovadoras e exitosas.
- Reforçar a transparência das informações sobre saúde, facilitando o acesso da população a informações sobre as ações e os serviços de saúde (por exemplo: listas de espera, horários, serviços ofertados), com uso de tecnologia da informação e outros dispositivos de divulgação.

- Favorecer a participação das pessoas, o controle social e a avaliação dos serviços pela incorporação de novos canais de escuta por meio de tecnologias de comunicação não presenciais, ouvidoria, entre outros.
- Incentivar o papel mediador da APS frente a ações intersetoriais e à participação das pessoas para incidir na determinação social, promover a saúde e reduzir as desigualdades.

Já se observa as ações contempladas para efetivação de uma atenção primária do futuro. O fortalecimento da atenção primária no Brasil tem sido um processo gradativo, com o aumento da cobertura das equipes de Saúde da Família em todos os estados da federação. Um esforço tripartite que superou as divergências político partidárias para avançar na implantação dos preceitos constitucionais.

O caráter estruturante dos sistemas municipais de saúde, orientados a partir da Estratégia Saúde da Família, tem provocado um importante movimento de reordenamento do modelo de atenção no SUS. A estratégia busca cumprir os princípios da APS: ser o primeiro contato da população às ações e serviços de saúde, com integralidade, coordenando os usuários na rede de serviços.

Além disto, observa-se, o fortalecimento dos programas como Mais Médicos e Médicos pelo Brasil, Programas Nacionais de Suplementação de Micronutrientes, Programa Saúde na Escola e Crescer Saudável, Práticas Integrativas e Complementares, Requalifica UBS, além da Estratégia Proteja, garantindo a disponibilidade de outras possibilidades de oferta de cuidado, de acordo com os diferentes contextos e realidades locais.

3.1 Estratégia Saúde da Família (ESF)

A Política Nacional de Atenção Básica, no Art. 2º, retrata que a Atenção Básica é o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe

multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária (PNAB, 2017).

O § 2º refere que será ofertada integralmente e gratuitamente a todas as pessoas, de acordo com suas necessidades e demandas do território, considerando os determinantes e condicionantes de saúde.

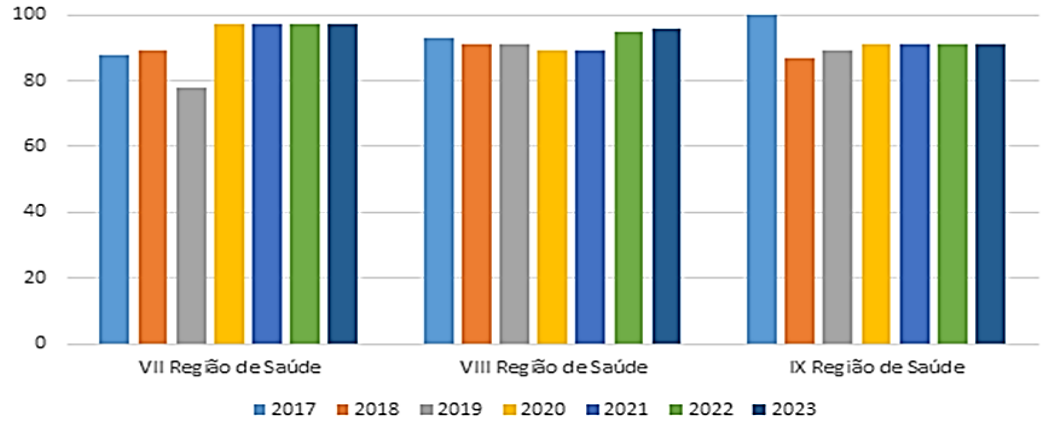
Os dados apresentados nesse cenário de cobertura de ESF referem-se aos cálculos baseados na Nota Técnica nº 418/2021-CGGAP/DESF/SAPS/MS, que traz a cobertura da Atenção Primária à Saúde das equipes financiadas pelo Ministério da Saúde, com base no cálculo da meta do Plano Nacional de Saúde (PNS) 2020-2023, cujo enunciado é ampliar para 59,54% a cobertura da APS. São propostas alterações na metodologia de cálculo das coberturas devido à necessidade de alinhamento às inovações instituídas pelo Programa Previne Brasil (Brasil, 2019).

3.1.1 Cobertura de Estratégia de Saúde da Família

Segundo a Portaria de Consolidação da Atenção Primária à Saúde, a IV macrorregião de Saúde é composta pelas VII, VIII e IX Regiões de Saúde de Pernambuco que, em sua totalidade, abrigam 25 municípios com características sociodemográficas semelhantes e apresenta uma cobertura de ESF de 94,44%.

Ressalta-se, porém, que esta cobertura considera a população cadastrada através do e-SUS Atenção Primária, sistema de registro das informações da APS, com base na expectativa do IBGE, não considerando o número de pessoas vinculadas por unidade de saúde. Assim, a alta cobertura pode não refletir a assistência e organização da APS de maneira ideal neste território.

Gráfico 120: Cobertura da Atenção Primária à Saúde, segundo Região de Saúde da IV Macrorregião de Saúde, Pernambuco, 2017 a 2023.



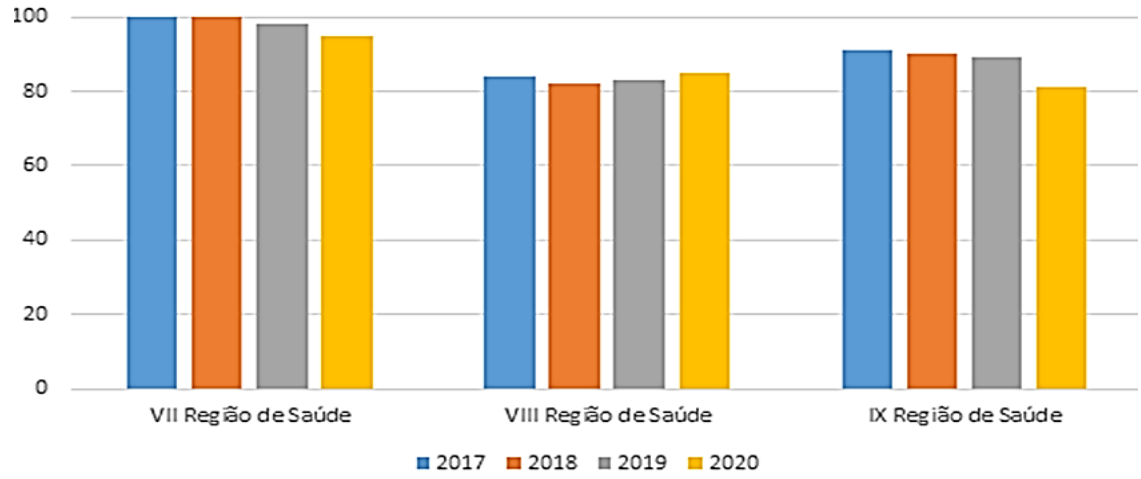
Fonte: e-Gestor AB, 2023.

No gráfico 120 podemos observar a série histórica da cobertura da Atenção Primária nas três regiões de saúde que compõem a IV Macrorregião de Saúde entre os anos de 2017 e 2023. A IV Macrorregião de Saúde apresenta, ao longo da série histórica, mais de 80% de cobertura. A exceção neste sentido é a VII Região de Saúde que, em 2019, apresentou 78% de cobertura.

3.1.2 Agentes Comunitários de Saúde (ACS)

O histórico de cobertura de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) na APS foi disponibilizado pelo MS até 2020. Através de nota técnica específica, a metodologia de cálculo apresentava o percentual da população coberta em relação à estimativa populacional, considerando o parâmetro de 575 indivíduos por ACS. Neste sentido, abaixo está descrita a cobertura de ACS para a IV Macrorregião de Saúde de Pernambuco.

Gráfico 121: Cobertura de ACS, segundo Região de Saúde da IV Macrorregião de Saúde, Pernambuco, 2017 a 2020.



Fonte: eGESTOR AB, 2023.

De acordo com os dados, entende- se que a IV Macrorregião de Saúde manteve uma boa cobertura de ACS, considerando os parâmetros estabelecidos. Em 2020, último ano disponível no SISAB/ e-Gestor AB, a média de cobertura correspondeu a 86%. Observa-se que os anos de 2017 e 2018 a cobertura foi bem melhor, o que pode estar relacionado ao período pandêmico vivenciado posteriormente.

Atualmente, considerando a PNAB (2017), O número de ACS por equipe deverá ser definido de acordo com base populacional, critérios demográficos, epidemiológicos e socioeconômicos, de acordo com definição local. Neste sentido, a presença do ACS é recomendada em áreas de grande dispersão territorial, áreas de risco e vulnerabilidade social, com cobertura de 100% da população e com número máximo de 750 pessoas por ACS, ficando a critério da gestão local esta organização.

Na tabela 61 é possível visualizar o teto máximo de ACS dos municípios da IV Macrorregião de Saúde e o número de ACS credenciados e pagos na competência de janeiro de 2024.

Tabela 64: Número de Agentes Comunitários de Saúde considerando o teto, credenciados e pagos, segundo município da IV Macrorregião de Saúde, Pernambuco, 2024

Região de Saúde	Município	Teto	Credenciados	Pagos
VII	Belém de São Francisco	52	49	48
	Cedro	30	30	30
	Mirandiba	39	36	36
	Salgueiro	154	139	135
	Serrita	48	44	38
	Terra Nova	26	21	21
	Verdejante	24	24	24
	Total	373	343	332
VIII	Afrânio	50	34	34
	Cabrobó	86	66	66
	Dormentes	48	37	37
	Lagoa Grande	65	60	60
	Orocó	38	32	26
	Petrolina	898	467	467
	Santa Maria da Boa Vista	106	83	81
	Total	1.291	779	771
IX	Araripina	213	176	172
	Bodocó	97	91	91
	Exu	79	81	76
	Granito	19	19	19
	Ipubi	79	71	63
	Moreilândia	28	29	28

Ouricuri	176	145	141
Parnamirim	55	53	53
Santa Cruz	39	35	35
Santa Filomena	37	26	25
Trindade	78	47	46
Total	900	773	749
IV Macrorregião	2.564	1.895	1.852

Fonte: e- Gestor AB, 2024

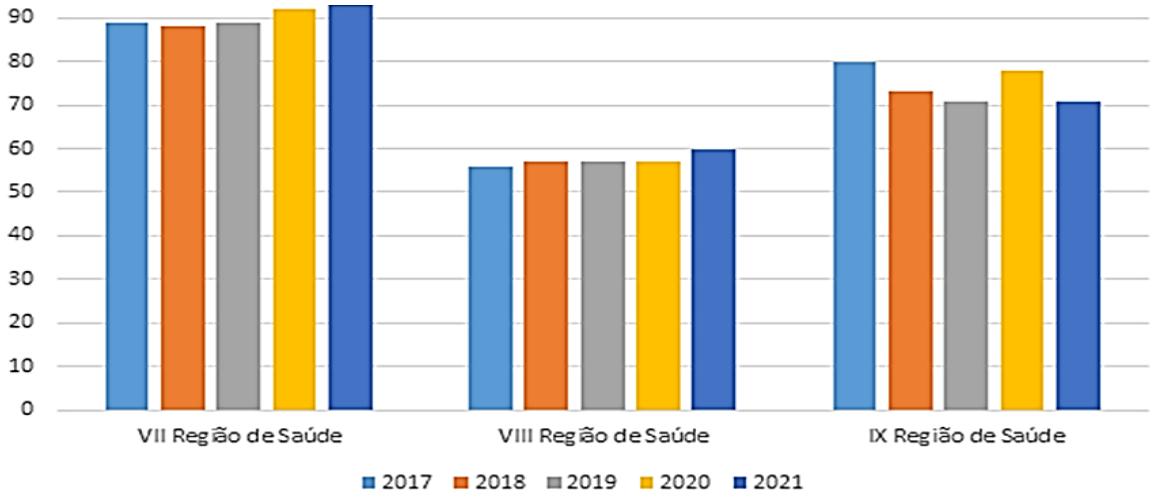
A IV Macrorregião de Saúde possui credendiamento de cerca de 74% do teto de ACS disponibilizado. O alto percentual pode não refletir, todavia, a garantia da assistência ideal no território. Vale ressaltar que a organização e a distribuição deste profissional é de autonomia da gestão municipal.

3.1.3 Equipe de Saúde Bucal

A Equipe de Saúde Bucal (eSB) é uma modalidade que pode compor as equipes que atuam na atenção básica, constituída por um cirurgião-dentista e um técnico em saúde bucal e/ou auxiliar de saúde bucal (PNAB, 2017).

O indicador de cobertura populacional estimada pelas equipes de Saúde Bucal que atuam na Atenção Básica refere-se ao monitoramento do acesso aos serviços de saúde bucal nesse ponto de atenção, com vistas ao fortalecimento do planejamento do SUS, conforme nota técnica explicativa específica, e está proposto no Caderno de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores para os anos de 2017 a 2021.

Gráfico 122: Cobertura de Estratégia Saúde Bucal IV Macrorregional de Saúde de Pernambuco, 2017 a 2021.



Fonte: e-Gestor AB, 2023.

A série histórica apresentada corresponde a cobertura de saúde bucal na IV Macrorregião de Saúde no período de 2017 a 2021, último período disponibilizado pelo Ministério da Saúde. Observa-se que a VIII Região de Saúde apresenta a menor cobertura, seguido da IX Região. Já a VII Região de Saúde conseguiu manter uma média de cobertura estável no período analisado. Percebe-se, no entanto, que a VIII Região, embora tenha uma menor cobertura ao longo da série histórica, apresentou um leve aumento desta, enquanto que a IX Região segue uma tendência decrescente de cobertura. A tabela abaixo apresenta o número de eSB credenciadas e financiadas, de acordo com a competência de janeiro de 2024.

Tabela 65: Número de Equipes de Saúde Bucal (eSB) credenciadas e pagas, segundo município da IV Macrorregião de Saúde, Pernambuco, 2024

Região de Saúde	Município	eSB 40h		eSB 20h	
		Credenciadas	Financiadas	Credenciadas	Financiadas
VII	Belém de São Francisco	5	3	0	0
	Cedro	5	5	0	0
	Mirandiba	5	5	0	0
	Salgueiro	19	18	0	0
	Serrita	10	10	0	0

	Terra Nova	1	1	0	0
	Verdejante	4	4	0	0
Total		49	46	0	0
VIII	Afrânio	10	10	0	0
	Cabrobó	11	6	0	0
	Dormentes	8	8	0	0
	Lagoa Grande	7	7	0	0
	Orocó	3	2	0	0
	Petrolina	53	53	0	0
	Santa Maria da Boa Vista	13	12	0	0
Total		105	98	0	0
IX	Araripina	2	2	27	12
	Bodocó	13	11	0	0
	Exu	10	10	0	0
	Granito	4	3	0	0
	Ipubi	12	11	0	0
	Moreilândia	6	6	0	0
	Ouricuri	25	16	0	0
	Parnamirim	8	8	0	0
	Santa Cruz	6	6	0	0
	Santa Filomena	2	0	0	0
	Trindade	10	10	0	0
Total		98	83	27	12
IV Macrorregião		**252**	**227**	**27**	**12**

Fonte:e-Gestor AB, 2024.

A IV Macrorregião apresenta, em maioria, eSB com carga horária de 40h semanais. A eSB com carga horária diferenciada, que contempla 20h semanais, está presente apenas na IX Região de Saúde.

3.2 Academia da Saúde

O Programa Academia da Saúde, presente em todos os municípios da IV Macrorregião de Saúde, é mais uma estratégia de promoção da saúde e produção do cuidado que funciona com a implantação de espaços públicos conhecidos como pólos. Com infraestrutura, equipamentos e profissionais qualificados, o Programa complementa o cuidado integral e fortalece as ações de promoção da saúde em articulação com a Estratégia Saúde da Família, o NASF-AB e a Vigilância em Saúde (Brasil, 2020b).

As academias são espaços de inclusão e acesso a equipamentos para a realização de exercícios físicos, de convivência e atrativos para a prática de atividades de lazer e cuidados com a saúde. Nos municípios da Macrorregião houve a ampliação do número de polos da Academia da Saúde nos últimos dois anos. Estes espaços físicos públicos de lazer, com estruturas que favorecem a vivência de práticas corporais, além de palestras, oficinas, reuniões e serviços de orientação nutricional, prescrição de exercícios e avaliação física, são abertos a toda a população.

Tabela 66: Distribuição dos Polos da Academia da Saúde, segundo Região de Saúde da IV Macrorregião de Saúde, Pernambuco, 2023.

Região de Saúde	Polos da Academia da Saúde
VII	10
VIII	20
IX	20
IV Macrorregião	50

Fonte: CNES, 2023.

A IV macrorregião de Saúde é composta por 50 pólos de Academia da Saúde, sendo que a VII Região de Saúde possui menos X pólos vinculados à ESF. Como estratégia de promoção da saúde e produção do cuidado, a presença do Programa na IV Macrorregião fortalece a APS.

3.3 Equipe de Atenção Básica Prisional – eABP

A fim de garantir o acesso das pessoas privadas de liberdade no sistema prisional ao cuidado integral no SUS, é previsto na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) e instituído por meio da Portaria Interministerial nº 1, de 2 de janeiro de 2014, o pertencimento dos serviços de saúde no sistema prisional à Rede de Atenção à Saúde (RAS) do SUS.

A Atenção Básica no âmbito prisional também deve ser considerada porta de entrada do sistema e ordenadora das ações e serviços de saúde, devendo realizar suas atividades nas unidades prisionais ou nas Unidades Básicas de Saúde vinculadas, conforme portaria específica.

Tabela 67: Distribuição de Unidades Prisionais, segundo tipologia e gestão, por município, IV Macrorregião de Saúde, Pernambuco, 2023.

Região de Saúde	Unidade prisional	Tipologia	Gestão
VII	Salgueiro	eAPP-II	Estadual
	Verdejante	APP- I	Municipal (aguardando habilitação)
VIII	Afrânio	eAPP-I	Municipal
	Petrolina	eAPP-III	Estadual
IX	-	-	-

Fonte: CNES, 2023.

A IV macrorregião de saúde apresenta 2 unidades prisionais com equipe de atenção primária dentro da unidade, que são responsáveis pelos atendimentos primários da população residente e são regidas pelo estado. Na VII Região, no município de Verdejante, existe uma cadeia feminina que aguarda credenciamento de eABP para melhor assistência das residentes daquele território. Já na VIII Região de Saúde, o município de Afrânio dispõe do equipamento, assistindo os usuários locais.

3.4 Indicadores de Saúde na Atenção Primária à Saúde

Em novembro de 2019 o Ministério da Saúde lança uma nova política de financiamento para atenção primária no SUS, o Previne Brasil. A Portaria GM/MS nº 2.979 de 12 de novembro de 2019 embasa essa transição e substitui os critérios do PAB fixo e variável, até então utilizados para financiamento de custeio da APS.

Os indicadores elencados como prioritários pelo MS e definidos na Portaria MS/GM nº 3.222 de 10 de dezembro de 2019 são sete e atendem às Ações Estratégicas Pré-Natal, Saúde da Mulher, Saúde da Criança e Condições Crônicas.

Estes sete indicadores são avaliados a cada quatro meses, em que suas metas serão repassadas em recursos financeiros. Ainda de acordo com a portaria, destaca-se que os resultados destes indicadores são de domínio público e podem ser acessados no Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB), que está dentro do e-Gestor AB.

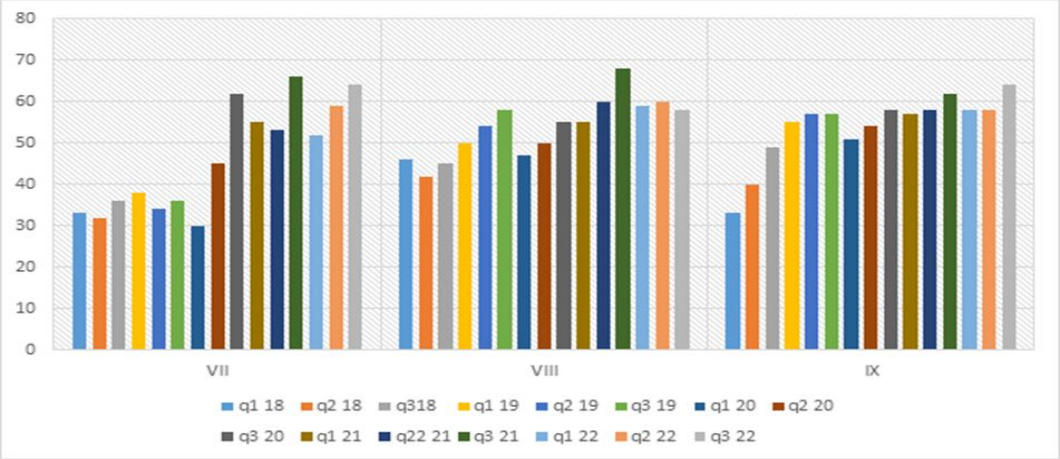
A seguir será disponibilizado o desenho do desempenho dos indicadores elencados como prioritários no Previne Brasil, retratando a situação de saúde na IV macrorregião de saúde.

3.4.1 Indicadores de Desempenho do Previne Brasil

A importância da assistência ao pré-natal oportuna, com a identificação e a intervenção precoce das situações de risco, bem como de uma referência hospitalar acessível e acolhedora, além da qualificação da assistência ao parto, são determinantes dos indicadores de saúde relacionados à mãe e ao bebê que têm o potencial de reduzir as principais causas de mortalidade materna e neonatal (Brasil, 2022).

Esse indicador de captação precoce refere-se à oportunidade, em tempo hábil, do acompanhamento pré-natal, garantindo que, diante da descoberta da gravidez, a assistência assegure os exames preconizados e a prevenção de complicações, a fim de evitar óbitos.

Gráfico 123: Proporção de gestantes com pelo menos 6 consultas realizadas, sendo a primeira até a 20º semana (2018 a 2021); e até a 12ª semana (2022), segundo o quadrimestre, IV Macrorregião de Saúde, Pernambuco, 2018 a 2022.



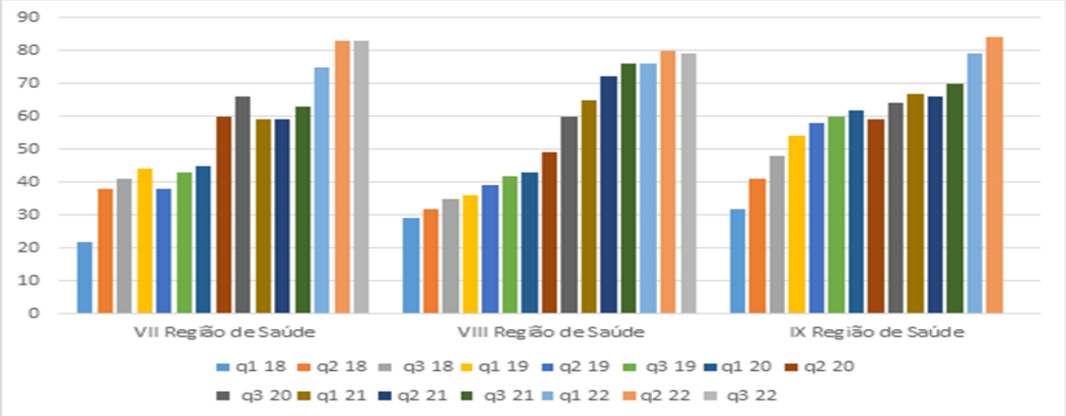
Fonte: e-Gestor AB, 2023

Para este indicador, a meta mínima pactuada é de 45%. Observa-se que a IV Macrorregião, ao longo da série histórica disponível por quadrimestre, apresenta melhoria dos resultados nos anos de 2018 e 2019. A VII Região não consegue atingir a meta inicialmente, mas apresenta curva crescente para este resultado nos anos subsequentes, de acordo com a meta estimada. Este cenário também está presente nos municípios que compõem a IX Região, visto que no início de 2018 não atingiram a meta, mas logo seguiram com evolução positiva nos períodos seguintes.

O indicador de Proporção de gestantes com realização de exames para sífilis e HIV é relativo ao número de mulheres com gestação finalizada no período, cadastradas, identificadas e vinculadas corretamente a uma equipe, que tiveram um atendimento individual, com sorologia de Sífilis (VDRL) e HIV avaliada ou teste rápido realizado para HIV e Sífilis durante acompanhamento pré-natal (Brasil, 2022).

Com objetivo de tratar gestantes com essas patologias, bem como assegurar-lhes o tratamento adequado, minimizando também os danos ao feto, o indicador incentiva a realização dos exames de sífilis e HIV.

Gráfico 124: Proporção de gestantes, com realização de exames para sífilis e HIV, segundo o quadrimestre, nos municípios da IV Macrorregião de Saúde, 2018 a 2022.



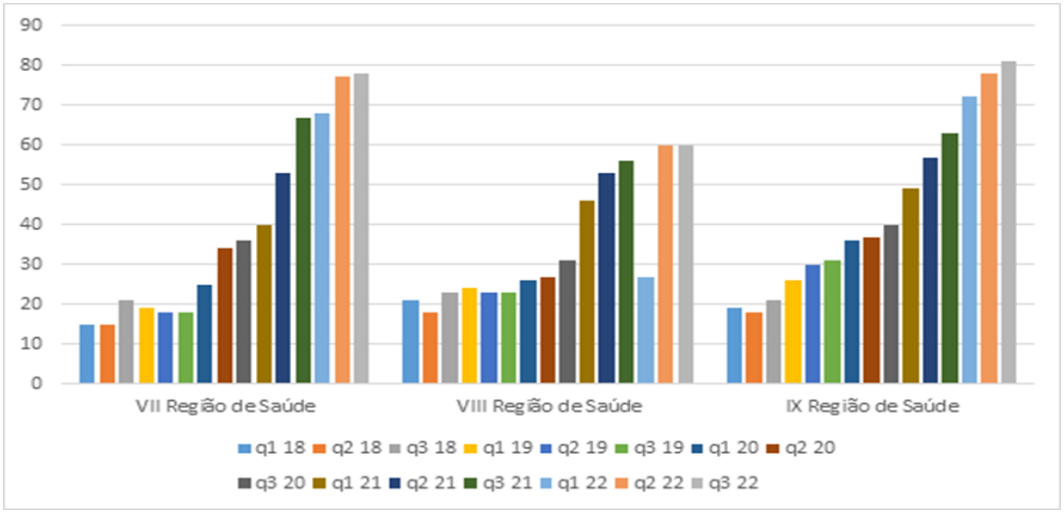
Fonte : e-Gestor AB, 2023.

Observa-se, na série histórica, que é um indicador crescente em toda a IV Macrorregião de Saúde, o que pode significar a evolução dos esforços das unidades de saúde em solicitar e realizar os exames disponíveis pelo Ministério da Saúde regularmente, a fim de diagnosticar e tratar precocemente as gestante, adotando medidas de intervenção que impactem na redução da transmissão vertical das doenças.

Com meta mínima pactuada em 60%, os municípios só atingem este resultado em meados de 2020. A IX Região, numa análise geral, tem os melhores índices de desempenho.

O indicador “Proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado” tem como perspectiva o estímulo ao acesso deste público à atenção em saúde bucal no contexto da APS. O indicador mede o processo de cuidado à gestante, através da realização de consulta com o cirurgião-dentista no período pré-natal, enquanto etapa de rotina deste.

Gráfico 125: Proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado, segundo o quadrimestre, nos municípios da IV Macrorregião de Saúde, 2018 a 2022.



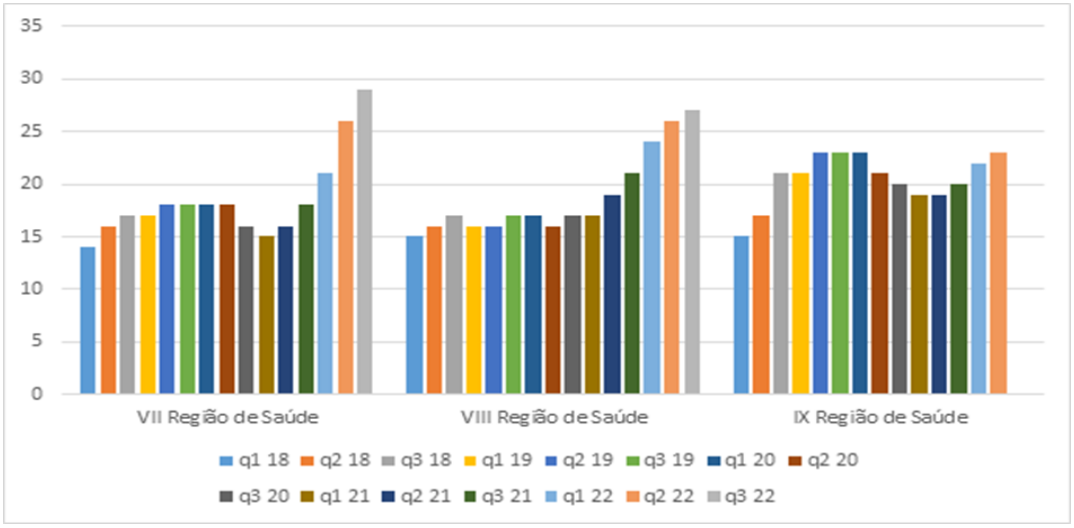
Fonte: e- SUS/ e- Gestor AB, 2023/ Ministério da Saúde

Para este indicador, a meta mínima estipulada corresponde a 60%. Observa-se que é um indicador que está relacionado com outras variáveis, inclusive de cobertura de saúde bucal. Vale ressaltar que a IV Macrorregião de Saúde apresenta uma baixa cobertura uniforme nos anos de 2018 a 2020, com uma leve tendência de melhoria a partir do ano de 2021.

Este cenário é mais crítico na VIII Região, que detém menor cobertura de ESB, fato que corrobora com a dificuldade em atingir o indicador na sua totalidade. Por outro lado, em uso de estratégias exitosas de acesso, os municípios deste território têm melhorado seus resultados, levando a VIII Região de Saúde a atingir a meta do indicador no ano de 2022.

O indicador Proporção de mulheres com coleta de citopatológico na APS apresenta a data em que foi identificado a última realização deste procedimento nos últimos 3 anos, sem repetição de exame nesse período, na faixa etária de 25 a 64 anos, e tem uma meta pactuada de 40%.

Gráfico 126: Proporção de mulheres com coleta de citopatológico na APS, segundo o quadrimestre, nos municípios da IV Macrorregião de Saúde de Pernambuco, 2018 a 2022.

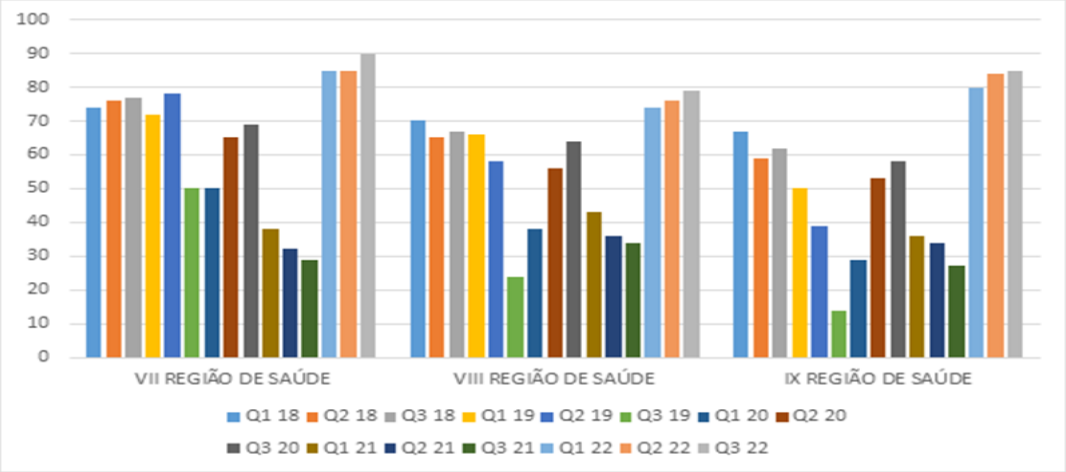


Fonte: e- SUS/ e- Gestor AB, 2023/ Ministério da Saúde

É um indicador desafiador no alcance da meta, visto o estímulo à repetição anual do exame, além da coleta em idade aleatória, habitualmente. Na IV macrorregião de saúde, de maneira geral, nenhuma das Regiões de saúde atingem a meta, em nenhum quadrimestre dos anos avaliados. Porém, observa-se uma média percentual, com leve tendência a curva crescente.

Para o indicador de Proporção de crianças de um ano vacinadas na APS contra Difteria, Tétano, Coqueluche, Hepatite B, infecções causadas por Haemophilus Influenzae tipo b e Poliomielite Inativada, tem como objetivo mensurar o nível de proteção da população infantil contra as doenças imunopreviníveis citadas, mediante o cumprimento do esquema básico de vacinação de penta e pólio no primeiro ano de vida (Brasil, 2022).

Gráfico 127: Proporção de crianças de 1 (um) ano de idade vacinadas na APS contra Difteria, Tétano, Coqueluche, Hepatite B, Infecções causadas pelo Haemophilus Influenza tipo B e Poliomielite Inativada, segundo o quadrimestre, nos municípios da IV Macrorregião de Saúde, 2018 a 2022.



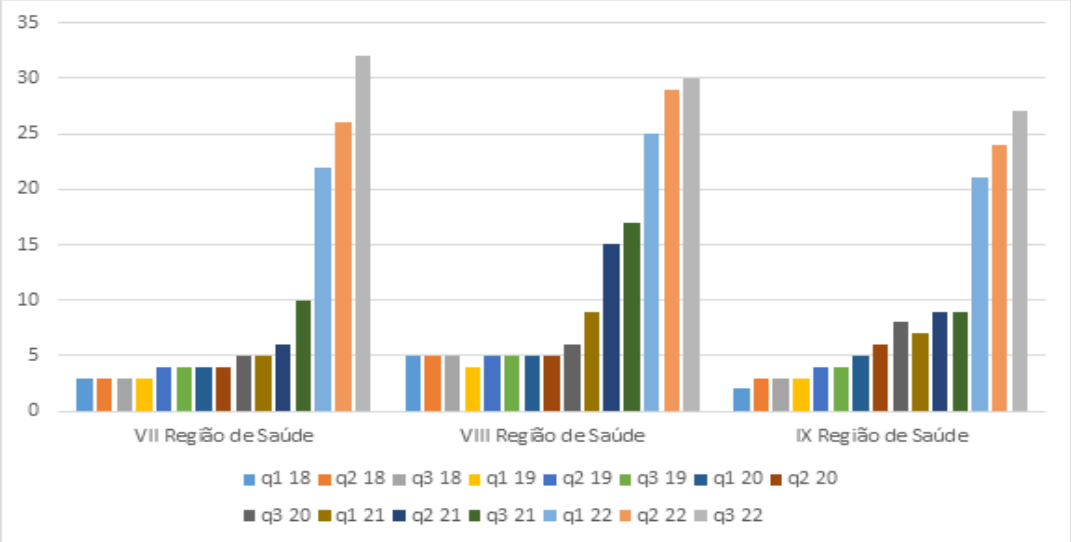
Fonte: e- SUS/ e- Gestor AB, 2023/ Ministério da Saúde.

Conforme preconizado pelo Programa Nacional de Imunizações, além das evidências científicas, as metas de cobertura vacinal de Penta e Pólio no país devem alcançar pelo menos 95%. Assim, esta é a meta mínima proposta para este indicador no Programa Previne Brasil.

Os resultados da IV Macrorregião de Saúde seguem a mesma tendência nos anos de 2018 e 2022, com uma melhor cobertura neste último, mas decresce nos demais anos do intervalo. Este indicador sofre impacto da migração dos dados de sistemas de informação, sendo necessário monitoramento e avaliação constante destes para conseguir, em tempo oportuno, interferir nos dados migrados. No geral as melhores coberturas na IV Macrorregião de Saúde concentram-se no ano de 2022, em curva crescente nas três Regiões de Saúde.

O indicador Proporção de pessoas com hipertensão, com consulta e pressão arterial aferida no semestre tem por objetivo identificar o contato entre a pessoa com hipertensão arterial e o serviço de saúde para atendimento e realização do procedimento de aferição da PA, que permite avaliar se a condição está controlada, visando a prevenção da morbimortalidade (Brasil, 2022b).

Gráfico 128: Proporção de pessoas com Hipertensão, com consulta e pressão arterial aferida no semestre nos municípios da IV Macrorregião de saúde, 2018 a 2022.

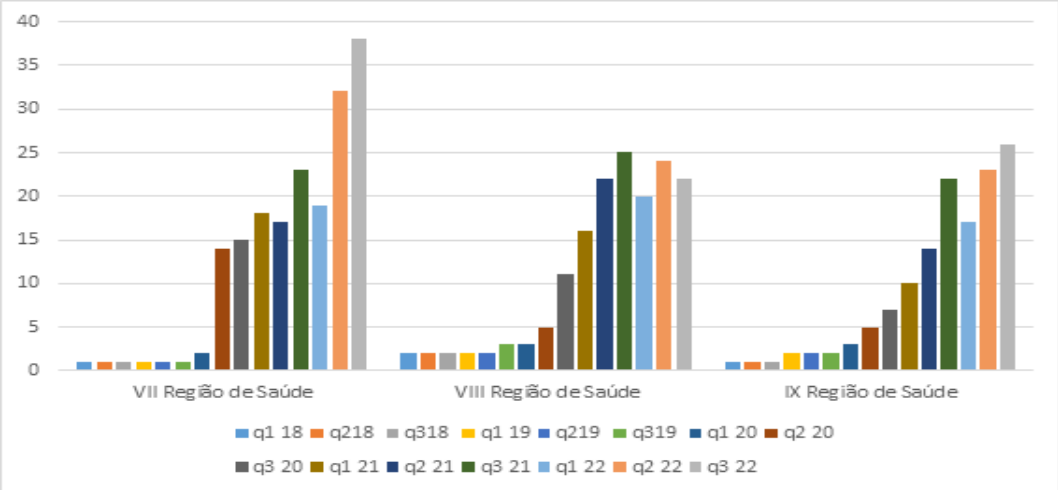


Fonte: e- SUS/ e- gestor 2023/ Ministério da Saúde

É um indicador que segue a mesma tendência em toda a Macrorregião, não atingindo a meta mínima pactuada que é de 50%, entre os anos de 2018 a 2021. Melhores resultados são apresentados no ano de 2022. É importante pontuar que é um indicador de pleito do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), pactuado na 10ª reunião ordinária da CIT em 2022, que terá repasse de incentivo de 100% até o último quadrimestre de 2022, começando a contar de fato no primeiro quadrimestres de 2023 e assim permanecendo até então.

O indicador Proporção de pessoas com diabetes, com consulta e hemoglobina glicada solicitada no semestre tem por objetivo identificar o contato entre a pessoa com diabetes e o serviço de saúde para atendimento e solicitação do exame de hemoglobina glicada, com vistas à avaliação dos níveis glicêmicos e determinação se a condição está controlada, visando a prevenção da morbimortalidade (Brasil, 2022c).

Gráfico 129: Percentual de Diabéticos com solicitação de Hemoglobina Glicada nos municípios da IV Macrorregião de Saúde, 2018-2022.



Fonte : e- SUS/ e- gestor 2023/ Ministério da Saúde

Assim como o indicador anterior, de monitoramento da hipertensão, este indicador segue a mesma tendência na IV Macrorregião de Saúde, e tem meta mínima pactuada de 50%. Também pactuado pelo CONASEMS em 2022, terá repasse de incentivo de 100% até o último quadrimestre de 2022, começando a contar de fato no primeiro quadrimestre de 2023 e assim permanecendo até então.

Na análise proposta, seguem baixos resultados nos anos de 2018 e 2019, não alcançando nem 5% da meta. Melhores números são observados no ano de 2020, retratando maior oferta deste exame no âmbito municipal. Ademais, trata-se de um exame de média complexidade que nem todos os municípios conseguem garantir no seu leque de serviços.

4. REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

4.1 Região Interestadual de Saúde do Vale do Médio São Francisco - Rede Pernambuco - Bahia (PEBA)

A Região Interestadual de Saúde do Vale do Médio São Francisco (Rede PEBA) surgiu a partir da elaboração do Grupo de Trabalho (GT) para Implementação da Rede de Atenção à Saúde Interestadual na Macrorregião do Vale do Médio São Francisco conforme a Portaria Ministerial nº 1.989, de 23 de setembro de 2008 (Brasil, 2008).

Em 2010, dois anos após a criação do GT, foi instituída a Comissão de Co-gestão da Rede Interestadual de Saúde Pernambuco e Bahia (CRIE) tendo seu regimento aprovado através das Resoluções CIB/Bahia nº 89/2010 e CIB/Pernambuco nº 1.471/2010, passando a ser denominada colegiado em 2013. A constituição dos componentes da CRIE é assegurada pelas Resoluções CIB´s dos dois Estados (Resolução CIB/PE nº 3.083/2017, de 04 de Dezembro de 2017, e Resolução CIB/BA nº 228/2017, de 24 de Novembro de 2017).

Fazem parte deste colegiado os representantes do Ministério da Saúde; das Secretarias de Saúde dos Estados da Bahia e de Pernambuco; das Secretarias Municipais de Saúde de Juazeiro/BA, Petrolina/PE, Paulo Afonso/BA, Senhor do Bonfim/BA, Ouricuri/PE e Salgueiro/PE; membros eleitos das CIR´s da IV Macrorregião/PE e da Macro Norte/BA; Representante da UNIVASF; Gerente Regional de Saúde da VII Região (Salgueiro), Gerente Regional de Saúde da VIII Região (Petrolina), Gerente Regional de Saúde da IX Região (Ouricuri); e Coordenador do Núcleo Regional de Saúde da Macro Norte da Bahia.

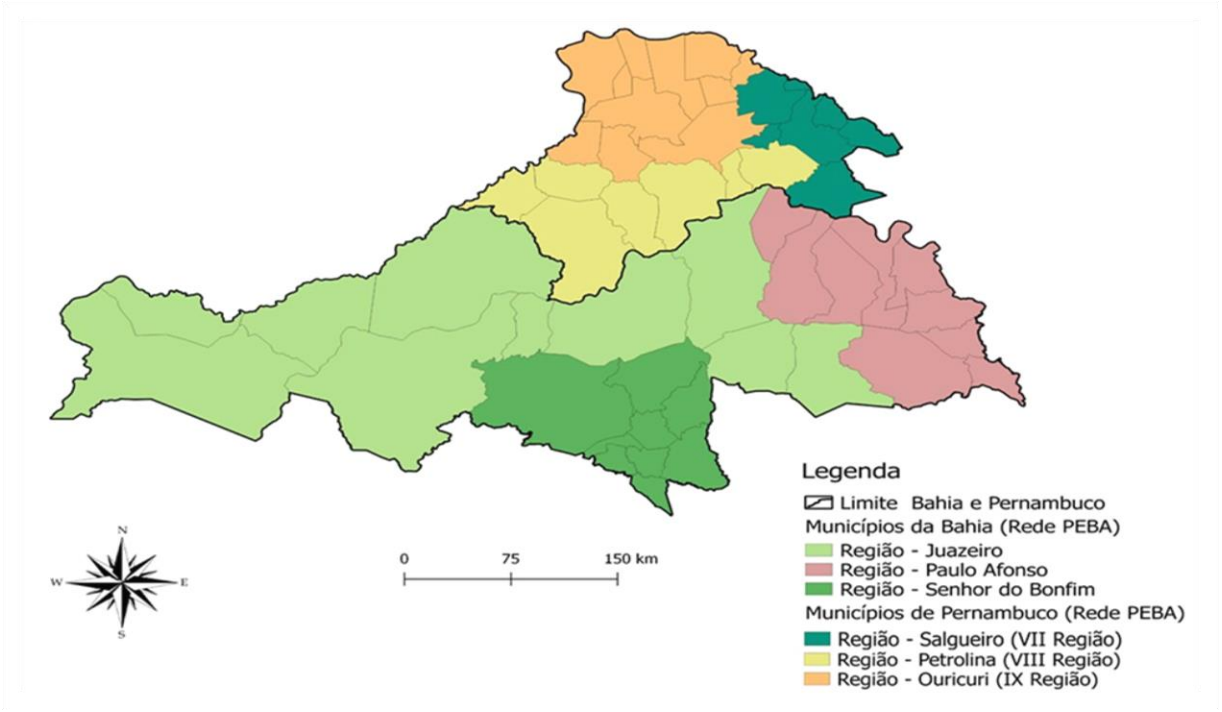
O colegiado constitui um espaço de decisão por meio da identificação, definição de prioridades e de pactuação de soluções para a organização de uma Rede Interestadual de ações e serviços de atenção à saúde, integrada e resolutiva, à luz do Decreto 7.508/2011. Em 2011 surgiu o primeiro produto da CRIE: a implantação da Central de Regulação Interestadual de Leitos (CRIL), definida como um dispositivo que ordena o acesso aos serviços de urgência e emergência para as unidades executoras previamente acordadas na CRIE.

Em 21 de Setembro de 2023, durante a 9ª Reunião Ordinária da Comissão Intergestores Tripartite (CIT), realizada na sede da OPAS/OMS, em Brasília, a Rede

de Atenção à Saúde do Vale do Médio São Francisco, Rede PEBA, passa a ser reconhecida oficialmente como Macrorregião Interestadual de Saúde do Vale do Médio São Francisco – Pernambuco Bahia – PEBA, a rede atua de forma única no país (IBGE, 2022), (COSEMSBA, 2023).

4.1.1 Dados Demográficos da Região Interestadual – PEBA

Figura 13: Região Interestadual de Saúde do Vale do Médio São Francisco Pernambuco- Bahia, Rede PEBA, 2022



Fonte: Elaboração própria, 2023.

A população total da Região Interestadual PEBA é de 2.081.435 habitantes, distribuídos em 53 municípios, sendo 28 no estado da Bahia e 25 no estado de Pernambuco. A IV Macrorregião de Saúde de Pernambuco possui uma população de 1.016.835 habitantes e a Macrorregião Norte da Bahia 1.089.088 habitantes, totalizando 2.105.923 (quadro 01).

Segundo dados do IBGE (2022), é possível verificar que nos últimos 12 anos (2010 a 2022), a rede PEBA apresentou um crescimento populacional de 10,6%.

Quadro 1: População da Região de Atenção à Saúde do Vale Médio São Francisco – Região PEBA, 2010 e 2022.

Estado	Região de Saúde	Município	2010	2022
Pernambuco	VII Região de Saúde com sede em Salgueiro	Belém de São Francisco	20.253	18.301
		Cedro	11.782	10.518
		Mirandiba	14.308	14.166
		Salgueiro	56.629	62.372
		Serrita	18.331	18.207
		Terra Nova	9.278	8.920
		Verdejante	9.142	9.169
		Total	138.719	141.653
		Percentual de Crescimento Populacional		2,1%
	VIII Região de Saúde com sede em Petrolina	Afrânio	17.586	18.674
		Cabrobó	30.873	30.294
		Dormentes	16.917	17.188
		Lagoa Grande	22.760	24.088
		Orocó	13.180	13.613
		Petrolina	293.962	389.791
		Santa Maria da Boa Vista	39.435	40.678
		Total	434.713	534.326
		Percentual de Crescimento Populacional		22,9%
	IX Região de Saúde com sede em Ouricuri	Araripina	77.302	85.088
		Bodocó	35.158	34.478
		Exu	31.636	31.843
		Granito	6.855	6.967
		Ipubi	28.120	31.515

		Moreilândia	11.132	10.540
		Ouricuri	64.358	65.245
		Parnamirim	20.224	18.612
		Santa Cruz	13.594	13.841
		Santa Filomena	13.371	12.106
		Trindade	26.116	30.321
		Total	327.866	340.556
		Percentual de Crescimento Populacional		3,8%
População Total da IV Macrorregião de Saúde de Pernambuco			901.298	1.016.835
Bahia	Região de Saúde com sede em Juazeiro	Campo Alegre de Lourdes	28.090	30.671
		Canudos	15.732	16.105
		Casa Nova	64.940	72.086
		Curaçá	32.168	34.180
		Juazeiro	197.965	237.821
		Pilão Arcado	32.860	35.357
		Remanso	38.957	40.586
		Sento Sé	37.425	38.154
		Sobradinho	22.000	25.475
		Uauá	24.294	24.665
		Total	478.699	555.100
		Percentual de Crescimento Populacional		15,9%
	Região de Saúde com sede em Paulo Afonso	Abaré	17.064	17.639
		Chorrochó	10.734	10.579
		Glória	15.076	15.524
		Jeremoabo	37.680	37.626
		Macururé	8.073	7.256

		Pedro Alexandre	16.995	13.954
		Paulo Afonso	108.396	112.870
		Rodelas	7.775	10.308
		Santa Brígida	15.060	14.965
		Total	236.853	240.721
		Percentual de Crescimento Populacional		1,6%
	Região de Saúde com sede em Senhor do Bonfim	Andorinha	14.414	15.012
		Antônio Gonçalves	11.015	10.862
		Campo Formoso	66.616	71.377
		Filadélfia	16.740	17.897
		Itiúba	36.113	33.872
		Jaguarari	30.343	32.703
		Pindobaçu	20.121	19.083
		Ponto Novo	15.742	17.938
		Senhor Do Bonfim	74.419	74.523
		Total	285.523	293.267
		Percentual de Crescimento Populacional		2,7%
População Total da Macrorregião Norte da Bahia			1.001.075	1.089.088
População Total da Rede PEBA			1.902.373	2.105.923
Percentual de Crescimento Populacional Da Região PEBA			10,6%	

Fonte: IBGE, 2022

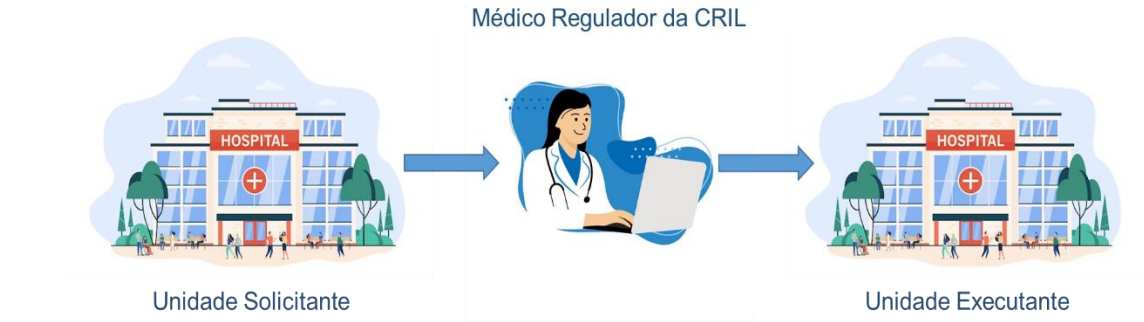
4.1.2 Dispositivo de Regulação da Rede PEBA

A Central de Regulação Interestadual de Leitos (CRIL) é um dispositivo de regulação único no país em âmbito interestadual que ordena o acesso aos serviços de urgência e emergência para as unidades, com perfis de referência previamente

acordadas na CRIE; O fluxo ocorre das unidades solicitantes dos municípios que fazem parte da Rede Interestadual de Atenção à Saúde do Vale do Médio São Francisco - Rede PEBA para as unidades executantes. O paciente é inserido no sistema de regulação com os dados cadastrais, histórico de internamento, exames e imagens.

O médico regulador tem como papel classificar as prioridades baseadas em critérios de urgência e gravidade pré-estabelecidos, detectar, orientar, prescrever e agir para que o sistema funcione adequadamente. O principal objetivo da central de regulação é racionalizar as demandas do sistema através da avaliação das necessidades e da oferta disponível, respeitando o fluxo das ações (figura 13)

Figura 14: Fluxo de Regulação da Região Interestadual de Saúde do Vale do Médio São Francisco Pernambuco - Bahia, Rede PEBA, 2022



Fonte: CONASEMS, 2020 (adaptado).

É importante destacar que tendo em vista a superlotação das unidades, a CRIL não regula leitos, mas sim o acesso a estes leitos. As unidades e o perfil que fazem parte da rede de regulação CRIL encontram-se descritos nos quadros 02 e 03.

Quadro 2: Unidades hospitalares executantes para a CRIL por Região de Saúde – Rede PEBA, 2022.

Pernambuco		
Região de Saúde	Unidade Hospitalar	Município
VII – Salgueiro	Hospital Regional Inácio de Sá - HRIS	Salgueiro
	Pronto Socorro São Francisco - PSSF	Salgueiro
VIII – Petrolina	Hospital Universitário – HU/UNIVASF	Petrolina
	Hospital Dom Malan – HDM	Petrolina

	Instituto Memorial do Vale - IMV	Petrolina
	Hospital Dom Tomás – HDT	Petrolina
IX – Ouricuri	Hospital Regional Fernando Bezerra – HRFB	Ouricuri
	Hospital e Maternidade Santa Maria - HMSM	Araripina
Bahia		
Região de Saúde	Unidade Hospitalar	Município
Juazeiro	Hospital Regional de Juazeiro - HRJ	Juazeiro
	Hospital Materno Infantil de Juazeiro - HMIJ	Juazeiro
	Hospital Promatre	Juazeiro
	Hospital Nossa Senhora de Fátima	Juazeiro
	Instituto Viver	Juazeiro
	Hospital São Pedro – HSP	Remanso
Senhor do Bonfim	Hospital Municipal Dom Antônio Monteiro – HDAM	Senhor do Bonfim
	Hospital São Francisco – HSF	Campo Formoso
Paulo Afonso	Hospital Nair Alves de Souza – HNAS	Paulo Afonso
	Hospital de Paulo Afonso - HPA	Paulo Afonso

Fonte: Central de Regulação Interestadual de Leitos – CRIL, 2023.

Quadro 3: Unidades Hospitalares executantes para a CRIL, segundo o perfil de referência e gestão – Rede PEBA, 2022.

Região de Saúde	Unidade Hospitalar	Gestão	Perfil de Referência
VII – Salgueiro	Hospital Regional Inácio de Sá (HRIS)	Estadual	UTI adulto UTI ped UTI Neo Leitos de Saúde mental Obstetrícia risco habitual e alto risco* Ortopedia* Clínica cirúrgica* Pediatria clínica*
	Pronto Socorro São Francisco - (PSSF)	Privado	UTI Geral Adulto
VIII – Petrolina	Hospital de Ensino Dr. Washington Antônio de Barros (HU/UNIVASF)	Federal	Ortopedia (politraumas, fratura de fêmur - 3 vagas/semana e todas as fraturas expostas) Clínica cirúrgica adulto e criança apenas para etiologias traumáticas (FAB, PAF, abdome agudo traumático) Vascular (acidentes automobilísticos, projéteis por arma de fogo e armas brancas)
	Hospital Dom Malan (HDM)	Estadual	Obstetrícia alto risco UTI obstétrica UTI Ped UTI Neo Clínica cirúrgica Pediátrica (cirúrgicos não traumáticos)
	Instituto Memorial do Vale (IMV)	Filantrópico	Cardiologia (casos de IAM com Supra de ST); Procedimentos de hemodinâmica (cateterismo, angioplastia, implante de marcapasso definitivo/troca de gerador) Cirurgia cardíaca

	Hospital Dom Tomás (HDT)	Filantrópico	Clínica oncológica sem necessidade confirmação por biópsia
IX – Ouricuri	Hospital Regional Fernando Bezerra (HRFB)	Estadual	UTI Adulto UTI Ped Prioritariamente para a IX Região: Obstetrícia Ortopedia Clínica cirúrgica Pediatria Clínica médica
	Hospital e Maternidade Santa Maria (HMSM)	Dupla	UTI Neonatal
Juazeiro	Hospital Regional de Juazeiro (HRJ)	Estadual	UTI Geral (Todas as patologias clínicas, infectocontagiosas, AVC isquêmico conformado com TC) Neurologia clínica (AVC isquêmico, patologias clínicas, Vascular (avaliação, arteriografia e angioplastia de membros inferiores); Oncologia Urgência dialítica Queimados Clínica ortopédica (ortopedia de média complexidade)
	Hospital Materno Infantil de Juazeiro (HMIJ)	Municipal	Urgências obstétricas de risco habitual.
	Hospital Promatre	Filantrópico	Cardiologia (IAM com supra de ST, cateterismo e angioplastia e outras doenças cardíacas)

	Hospital Nossa Senhora de Fátima de Juazeiro	Filantrópico	Urgências psiquiátricas (a partir de 18 anos a 59 anos e 11 meses)
	Instituto Viver (SOTE)	Privado	Urgências ortopédicas de média e alta complexidade Ortopedia pediátrica
Senhor do Bonfim	Hospital Dom Antônio Monteiro (HDAM)	Estadual	UTI Geral Adulto UTI Neo UCI Neo Pediatria clínica Clínica médica e leitos de retaguarda Obstetrícia de baixo risco e urgências ginecológicas** Vascular (exceto casos com necessidade de procedimento endovascular)** Clínica cirúrgica** Ortopedia média complexidade**
	Hospital São Francisco (HSF) Campo Formoso	Dupla	UTI Geral Ortopedia média complexidade
Paulo Afonso	Hospital Nair Alves de Souza (HNAS)	Dupla	UTI Geral Adulto Obstetrícia baixo risco Ortopedia de média complexidade Clínica cirúrgica Urgências clínicas Urgências cirúrgicas
	Hospital de Paulo Afonso	Estadual	UTI Geral Adulto

Fonte: CRIL, 2023.
*Prioritariamente para os municípios da VII Região de Saúde de Pernambuco;
** Prioritariamente para os municípios da Região de Senhor do Bonfim.

4.1.3 Capacidade Instalada das unidades executantes da Região Interestadual

O quadro 4 apresenta, conforme dados do CNES (2023), a capacidade de leitos instalada das unidades executantes da Região Interestadual.

Quadro 4: Capacidade instalada de leitos SUS das unidades executoras, CRIL – Rede PEBA, 2023

Unidades Hospitalares*	Complementares						Cirúrgicos								Clínicos							Obstétricos/ Pediátricos				Outros			Ambulatoriais			
	UTI adulto tipo II	UTI neonatal tipo II	UTI coronária tipo II - UCO tipo II	UTI pediatrica tipo II	UCI neonatal canguru	UCI neonatal convencional	Bucomaxilo	Cardiologia	Cirurgia geral	Ginecologia	Neurocirurgia	Oftalmologia	Oncologia	Ortopediatraumatologia	Cardiologia	Clinica geral	Hematologia	Neonatologia	Oncologia	Saúde mental	Queimados adulto	Obstetricia cirurgica	Obstetricia clinica	Pediatria cirurgica	Pediatria clinica	Psiquiatria	Reabilitação	Crônicos	Diálise	Quimioterapia	Radioterapia	Hemoterapia
HDM	10	6		4	8	27				12			4			30			11			30	30	5	79							
HDT	4															18			36													
IMV	8							8	5	1		1	4	1	6	4	2		2									2		1		
HU	21						1		15		21			46		35												8				
HRJ	40								23				10	21		70			10		6	6	16			1	2			1	1	
HRFB	10								16					17		19		5						2	11							
HMSM	20			10					20					20	20	72				6			24		21	6						

HRIS	10	7		3		5			16	3				12		17		4		10		16	14		11							
PSSF	10								1							6																
HMIJ										4						4						10	38		24							
Hospital Promatre	5		6					4	12						23	28																
Instituto Viver														12		1																
HNSF																10										75						
HPA	10								20							26										4						
HSP	10								15	2						15						4	2		4							
HDAM	10								10	4				12		20						8	12	2	5							
HSF	10					6			9	3				8		22						5	9	5	9							
HNAS	10					7			34									41				23	13		9							
Total	**188**	**13**	**6**	**17**	**8**	**45**	**1**	**12**	**196**	**29**	**21**	**1**	**18**	**149**	**49**	**397**	**2**	**50**	**59**	**16**	**6**	**102**	**158**	**14**	**173**	**86**	**2**	**10**	**0**	**2**	**1**	**0**

Fonte: CNES, 2023
*HRIS - Hospital Regional Inácio de Sá
PSSF - Pronto Socorro São Francisco
HU/UNIVASF - Hospital Universitário
HDM - Hospital Dom Malan
IMV - Instituto Memorial do Vale
HDT - Hospital Dom Tomás
HRFB - Hospital Regional Fernando Bezerra
HMSM - Hospital e Maternidade Santa Maria
HRJ - Hospital Regional de Juazeiro
HMIJ - Hospital Materno Infantil de Juazeiro
Hospital Promatre
Instituto Viver
HSP - Hospital São Pedro
HDAM - Hospital Municipal Dom Antônio Monteiro
HSF - Hospital São Francisco
HNAS - Hospital Nair Alves de Souza
HPA - Hospital de Paulo Afonso.

É importante ressaltar que a quantidade total de leitos cadastrados, ou seja, a capacidade total instalada nas instituições executantes, segundo CNES, não representa o número de leitos regulados via CRIL, alguns deles são de gestão própria. A Tabela 68 representa os leitos de Unidade Terapia Intensiva - UTI regulados pela CRIL.

Deste modo, pacientes inseridos na CRIL para as especialidades sem referência na região, a central solicita senhas de urgência para as unidades de Referência do Estado de Pernambuco (CRH-PE) ou Regionaliza (CER-BA) para as referências de Salvador conforme pactuações.

Tabela 68: Distribuição de leitos de UTI reguláveis via CRIL – Rede PEBA, 2024

Região de Saúde	Estabelecimento*	Nº de Leitos	Tipo de Leito
VII – Salgueiro	PSSF – Salgueiro	10	Adulto
	HRIS – Salgueiro	10	
	HRIS – Salgueiro	3	Pediátrico
	HRIS – Salgueiro	7	Neonatal
VIII – Petrolina	HDM – Petrolina	4	Pediátrico
		6	Neonatal
		Não regulados	Obstétrico
	HU/UNIVASF – Petrolina	Não regulados	Adulto
	Instituto Memorial – Petrolina	8	Cardiovascular
	HDT – Petrolina	Não regulados	Oncológicos
IX – Ouricuri	HRFB – Ouricuri	10	Adulto
	HRFB – Ouricuri SRAG	10	

	HMSM – Araripina	20	
	HRFB – Ouricuri	10	
	HRFB – Ouricuri SRAG	10	Pediátrico
	HMSM – Araripina	20	
	HMSM – Araripina	10	Neonatal
Total de Pernambuco		128	
Juazeiro	HRJ – Juazeiro	40	Adulto
	HSP – Remanso	10	
Senhor do Bonfim	HDAM – Senhor do Bonfim	10	Adulto
	HSF – Campo Formoso	10	
	HDAM – Senhor do Bonfim	5	Neonatal
Paulo Afonso	HPA – Paulo Afonso	10	Adulto
Total da Bahia		85	
Total Geral – Região PEBA		**213**	

Fonte: CRIL, 2023
*HRIS - Hospital Regional Inácio de Sá
PSSF - Pronto Socorro São Francisco
HU/UNIVASF - Hospital Universitário
HDM - Hospital Dom Malan
HDT - Hospital Dom Tomás
HRFB - Hospital Regional Fernando Bezerra
HMSM - Hospital e Maternidade Santa Maria
HRJ - Hospital Regional de Juazeiro
HSP - Hospital São Pedro
HDAM - Hospital Municipal Dom Antônio Monteiro
HSF - Hospital São Francisco
HPA - Hospital de Paulo Afonso.

4.1.4 Distância entre as unidades e a CRIL

Conforme as tabelas 69, 70, 71, 72, 73 e 74, é possível analisar a distância dos municípios de origem até as unidades executoras por Região de Saúde

Tabela 69: Detalhamento da distância entre os municípios da Região de Saúde de Juazeiro e municípios com unidades executantes da Rede REBA, 2024

	Região de Saúde de Juazeiro									
	Município	Campo Alegre de Lourdes	Canudos	Casa Nova	Curaçá	Juazeiro	Pilão Arcado	Remanso	Sento Sé	Sobradinho	Uauá
	Habitantes (N)	30.671	16.105	72.086	34.180	237.821	35.357	40.586	38.154	25.475	24.665
Distância (km)	Salvador - capital da Bahia	827	408	427	595	507	785	714	696	552	427
	Juazeiro	321	187	156	94	-	388	209	191	48	129
	Paulo Afonso	714	180	324	276	366	672	601	556	412	240
	Senhor do Bonfim	445	240	45	213	125	403	332	313	170	182
	Recife - capital de Pernambuco	1025	606	903	631	717	983	912	905	54	667
	Petrolina	318	193	66	100	4	276	206	197	54	135

Ouricuri	524	354	370	207	216	483	412	404	263	376
Salgueiro	563	243	347	170	255	401	451	443	303	264

Fonte: IBGE (2022).

Tabela 70: Detalhamento da distância entre os municípios da Região de Saúde de Paulo Afonso e municípios com unidades executantes da Rede REBA.

	Região de Saúde de Paulo Afonso								
	Município	Abaré	Chorrochó	Glória	Jeremoabo	Macururé	Pedro Alexandre	Paulo Afonso	Rodelas	Santa Brígida
	Habitantes (N)	17.639	10.579	15.524	37.626	7.256	13.954	112.870	10.308	14.965
Distância (km)	Salvador - capital da Bahia	554	508	478	399	479	451	483	602	438
	Juazeiro	202	233	362	283	258	335	367	251	335
	Paulo Afonso	167	168	12	85	244	142	-	116	59
	Senhor do Bonfim	321	341	404	337	311	388	420	370	365

Recife - capital de Pernambuco	513	586	453	511	599	568	446	516	485
Petrolina	205	247	363	290	271	341	399	275	339
Ouricuri	205	235	365	451	249	502	369	253	428
Salgueiro	93	124	360	339	137	391	258	142	332

Fonte: IBGE (2022).

Tabela 71: Detalhamento da distância entre os municípios da Região de Saúde de Senhor do Bonfim e municípios com unidades executantes da Rede REBA, 2024

	Região de Saúde de Senhor do Bonfim								
Distância (km)	Município	Andorinha	Antônio Gonçalves	Campo Formoso	Filadélfia	Itiúba	Jaguarari	Pindobaçu	Ponto Novo	Senhor do Bonfim
	Habitantes (N)	15.012	10.862	71.377	17.897	33.872	32.703	19.083	17.938	74.523
	Salvador - capital da Bahia	427	399	406	351	381	407	385	339	384

Juazeiro	156	142	150	158	187	101	165	173	125
Paulo Afonso	324	414	445	409	377	395	526	424	420
Senhor do Bonfim	45	18	25	332	64	25	42	50	-
Recife - capital de Pernambuco	903	858	865	835	803	816	880	850	840
Petrolina	159	145	156	164	194	107	171	179	131
Ouricuri	370	357	365	373	402	316	380	388	340
Salgueiro	347	396	404	412	401	354	419	427	378

Fonte: IBGE (2022).

Tabela 72: Detalhamento da distância entre os municípios da VII Região de Saúde (Salgueiro) e municípios com unidades executantes da Rede REBA, 2024.

Distância (km)	VII Região de Saúde (Salgueiro)						
Município	Belém do São	Cedro	Mirandiba	Salgueiro	Serrita	Terra Nova	Verdejante

	Francisco						
Habitantes (N)	18.301	10.518	14.166	62. 372	18.207	8.920	9.169
Salvador - capital da Bahia	595	661	673	610	637	608	639
Juazeiro	243	306	317	255	248	225	284
Paulo Afonso	173	308	195	257	291	255	294
Senhor do Bonfim	362	429	441	378	371	338	407
Recife - capital de Pernambuco	626	562	474	511	537	533	501
Petrolina	238	305	318	253	248	218	284
Ouricuri	209	134	174	113	119	97	140
Salgueiro	97	32	63	-	29	56	28

Fonte: IBGE (2022).

Tabela 73: Detalhamento da distância entre os municípios da VIII Região de Saúde (Petrolina) e municípios com unidades executantes da Rede REBA, 2024

	VIII Região de Saúde (Petrolina)							
	Município	Cabrobó	Dormentes	Lagoa Grande	Orocó	Petrolina	Afrânio	Santa Maria da Boa Vista
	Habitantes (N)	30.294	17.188	24.088	13.613	389.791	18.674	40.578
Distância (km)	Salvador - capital da Bahia	565	661	564	602	514	630	638
	Juazeiro	188	155	59	150	4	123	114
	Paulo Afonso	211	432	341	249	399	465	285
	Senhor do Bonfim	312	279	182	274	132	247	238
	Recife - capital de Pernambuco	530	751	659	568	711	783	604
	Petrolina	189	128	55	146	-	124	114
	Ouricuri	180	131	159	171	209	162	181

	Salgueiro	68	236	197	106	248	269	142	

Fonte: IBGE (2022).

Tabela 74: Detalhamento da distância entre os municípios da IX Região de Saúde (Ouricuri) e municípios com unidades executantes da Rede REBA, 2024.

	IX Região de Saúde (Ouricuri)										
	Município	Araripina	Exú	Granito	Ipubí	Morei lândia	Bodocó	Ouricuri	Parna mirim	Santa Filomena	Santa Cruz	Trindade
	Habitantes (N)	85.088	31.843	6.967	31.515	10.540	34.478	65.245	18.612	12.106	13.841	30.321
Distância (km)	Salvador - capital da Bahia	782	716	686	753	686	741	723	662	708	670	747
	Juazeiro	277	277	279	249	300	238	216	190	202	164	243
	Paulo Afonso	429	362	333	400	333	388	369	308	455	417	401
	Senhor do	401	400	403	373	424	361	341	314	326	178	367

	Bonfim										
	Recife - capital de Pernambuco	681	616	271	653	587	642	623	562	715	676	647
	Petrolina	259	258	266	231	276	226	199	187	167	145	237
	Ouricuri	61	60	62	33	83	20	-	61	92	53	26
	Salgueiro	173	107	582	144	77	133	114	53	206	167	138

Fonte: IBGE (2022).

Verifica-se que o município de Pernambuco mais distante de sua capital é Afrânio, localizado a 833 km de Recife e o município baiano mais distante de sua capital é Campo Alegre de Lourdes há 820 km de Salvador. A distância é um fator que possui grande magnitude no que diz respeito à transferência de pacientes, principalmente para aqueles que se encontram graves. Considerando que os serviços de maior nível de complexidade encontram-se concentrados nas Regiões de Saúde mais populosas da rede PEBA e nas capitais, há um vazio para a regulação de pacientes hospitalizados acerca da assistência integral à diversas especialidades.

Assim, para a realização da transferência para a unidade executora, existe a necessidade de estabilização do paciente na unidade solicitante, o que geralmente demanda tempo de espera entre a estabilização do paciente e a viabilização do transporte. Além disso, é importante ressaltar que mesmo os pacientes graves já estabilizados, há a exigência de um transporte seguro, para o paciente e para a equipe que o acompanha, o que exige a necessidade de recursos e de investimentos mais onerosos como por exemplo os transportes avançados terrestres e aéreos.

No que concerne o transporte de pacientes, após a aprovação da regulação, estando a unidade solicitante de posse da senha, tanto o estado de Pernambuco, quanto o estado da Bahia, obedecem às diretrizes de transporte e segurança de pacientes de acordo com a necessidade dessa remoção. Quando se trata de transporte em UTI Aéreo, tanto o estado de Pernambuco, quanto o da Bahia, assumem a responsabilidade de custeio dessa remoção.

Em se tratando de remoções que necessitem de transporte terrestre avançado, nos municípios do estado da Bahia, essa responsabilidade de custeio é do próprio estado, enquanto que, nos municípios de Pernambuco essa responsabilidade é do próprio município de origem do paciente, o que muitas vezes dificulta o transporte, pois nem todos os municípios dispõem de transporte avançado terrestre. Considerando ainda a dificuldade de articulação desse transporte em tempo hábil.

Em relação ao transporte terrestre básico, tanto nos estados de Pernambuco, quanto da Bahia, os municípios assumem esta responsabilidade de

custeio. É importante ressaltar que o SAMU de Juazeiro é regionalizado, sendo ele que oferece o suporte para essas transferências.

4.1.5 Desafios e Lacunas da Rede PEBA

São destacados abaixo os serviços em que a CRIL não possui referência dentro da rede PEBA para a regulação de pacientes hospitalizados nas unidades solicitantes, sendo estes pacientes regulados para as Centrais Estaduais via senhas de urgência quando referenciadas para a Central Estadual de Regulação Hospitalar de Pernambuco, ou regionalizados para a Central Estadual de Regulação da Bahia.

- Neurocirurgia e Trauma Raquimedular (TRM);
- Cardiocirurgia pediátrica;
- Urgências oftalmológicas/Traumas oculares;
- Endoscopia pediátrica e urgências endoscópicas;
- Bucomaxilo e cirurgia bucomaxilar;
- Queimados em pediatria;
- Cirurgia vascular e procedimentos endovasculares na VIII Região de Saúde;

Considerando que a CRIL é um dispositivo que ordena o acesso aos serviços de urgência e emergência, são citadas abaixo as maiores dificuldades para a regulação dos pacientes hospitalizados nas unidades solicitantes.

- Ausência de leitos de internamento em clínica médica na VIII Região de Saúde, considerando que a VIII Região não possui leitos de internamentos de clínica médica, sendo a referência é o Hospital Regional de Juazeiro que sempre apresenta superlotação.
- Insuficiência de leitos de pediatria e neonatologia na rede PEBA, principalmente na Macrorregião Norte da Bahia, sendo potencializados em períodos sazonais;
- Ausência de leitos de urgências dialíticas na VIII Região de Saúde;
- Superlotação de serviços de Terapia Substitutiva rede PEBA;
- Dificuldades na regulação de pacientes oncológicos adultos e pediátricos incluindo doenças hematológicas de pacientes hospitalizados;

- Aumento das demandas de regulação para saúde mental e insuficiência de leitos de internamento;
- Ausência de leitos para cirurgias gerais (urológicas, apendicites, abdome agudo, etc) na VIII região, tendo como referência para regulação apenas o Hospital Regional de Juazeiro;
- Superlotação do Hospital Dom Malan, referência de obstetrícia de alto risco da IV Macro;
- Insuficiência de leitos obstétricos de risco habitual na VIII Região de Saúde, sendo referência para a Região a Maternidade de Juazeiro;

4.2 Rede Materno Infantil

Propondo a melhoria do atendimento às mulheres e às crianças, a Rede Cegonha, instituída pelo Ministério da Saúde através da Portaria Nº 1.459, de 24 de junho de 2011, consiste numa rede de cuidados fundamentada nos princípios da humanização e assistência, onde mulheres, recém-nascidos e crianças têm o direito a acesso, acolhimento e resolutividade visando redução da mortalidade materna e infantil (Brasil, 2011).

O estado de Pernambuco foi pioneiro na implantação da Rede Cegonha, por meio da Resolução CIB/PE nº. 1.723, de 19 de setembro de 2011. A pactuação da assistência na IV Macrorregião de Saúde do Estado, considerando as pactuações regionais, data de 2012 e não avançou em todas as suas propostas, trazendo a necessidade de rediscussão e novas pactuações ao longo do tempo.

Quadro 5: Resoluções CIB de pactuação da Rede Cegonha na IV Macrorregião de Saúde de Pernambuco, por Região de Saúde

Região de Saúde	Nº da Resolução	Data	Tema
VII	1879	26/03/2012	Homologar o Plano Regional da Rede Cegonha da VII Região de Saúde do Estado de Pernambuco.
VIII	1880	26/03/2012	Homologar o Plano Regional da Rede Cegonha da VIII Região de Saúde do Estado de Pernambuco.
IX	1881	26/03/2012	Homologar o Plano Regional da Rede Cegonha da IX Região de Saúde do Estado de Pernambuco.

Fonte: Gerências Regionais de Saúde da IV Macrorregião de Saúde de Pernambuco, 2024

A pactuação na VII Região de Saúde foi modificada em 2021 e 2023, através de resoluções CIR, com a inclusão de leitos de UTI neonatal e pediátricos com a habilitação de serviço hospitalar de referência de alto risco Tipo 2.

4.2.1 Assistência Pré-natal e Puerpério

Considerando as pactuações para o componente Pré-natal, a assistência de risco habitual ocorre nas Estratégias de Saúde da Família, componente da Atenção Primária à Saúde (APS), visando a captação precoce e oferta de todos os exames em tempo oportuno. Na IV Macrorregião de Saúde, a cobertura de APS abrange cerca de 80% dos usuários. Desta forma, a APS é a ordenadora do cuidado e direciona a gestante e a criança aos demais serviços da rede.

Quanto ao detalhamento da assistência pré-natal na IV Macrorregião de Saúde, a Tabela 75 apresenta as informações pertinentes por região, com base nos critérios estabelecidos na Portaria GM/MS Nº 1.631, de 1 de outubro de 2015.

Tabela 75: Detalhamento da oferta da assistência Pré-natal na Atenção Primária à Saúde, na IV Macrorregião de Saúde de Pernambuco, 2023

Pré-natal	Regiões de Saúde			IV Macrorregião
	VII	VIII	IX	
Oferta Pré-natal na APS	100%	100%	100%	100%
Pré-natal APS com registro no e-SUS AB	100%	100%	100%	100%
Mínimo de 3 consultas médicas	57%	85%	90%	80%
Mínimo de 3 consultas de enfermagem	85%	85%	90%	92%
Mínimo de 1 consulta odontológica	100%	100%	100%	100%
Mínimo de 4 atividades educativa por gestante	28%	28%	9%	20%
Mínimo de 1 consulta puerperal	85%	100%	100%	96%
Oferta de exames laboratoriais preconizados	88%	96%	98%	94%
Mínimo de 1 exame de Ultrassonografia	100%	100%	100%	100%

obstétrica				
Protocolos clínicos para exames de imagem e sua interpretação	28%	42%	90%	60%
Mínimo de 1 exame de Exame citopatológico cérvico-vaginal/microflora	100%	100%	100%	100%
Equipe multiprofissional de apoio	100%	100%	90%	96%

Fonte: Formulário Rede Materno Infantil da IV Macrorregião de Saúde de Pernambuco, 2023.

Observa-se que o mínimo de 7 consultas de pré-natal é realizado na IV Macrorregião de Saúde com registro no e-SUS AB, sistema orientado pelo Ministério da Saúde, bem como a consulta puerperal preconizada. No entanto, vale ressaltar a fragilidade na realização de atividades educativas, ponto forte para a prevenção e promoção à saúde na APS.

A oferta mínima de exames laboratoriais preconizados é garantida por 94% dos municípios da Macrorregião, de acordo com os parâmetros estabelecidos na Portaria GM/MS Nº 1.631, de 1 de outubro de 2015. Existe, também, a oferta ideal de ultrassonografias na gestação. Porém, quanto à existência de protocolos clínicos norteadores para tal, há carência, sugerindo transitoriedade neste sentido.

A assistência para pré-natal de alto risco está presente nas três regiões de saúde componentes da IV Macrorregião, tanto em serviços municipais quanto em referências regionais. A Tabela 76 apresenta os pontos de atenção ambulatorial ao pré-natal de alto risco na Macrorregião, conforme gestão.

Tabela 76: Serviços de assistência pré-natal de alto risco na IV Macrorregião de Saúde de Pernambuco considerando a gestão, 2023.

Região de Saúde	Município	Gestão Estadual
VII	Salgueiro	Hospital Regional Inácio de Sá
VIII	Petrolina	Hospital Dom Malan
IX	Ouricuri	Hospital Regional Fernando Bezerra
Região de Saúde	**Município**	**Gestão Municipal**
VII	Salgueiro	Policlínica de Salgueiro
VIII	Afrânio	Policlínica Municipal
	Dormentes	Policlínica Municipal
	Lagoa Grande	Centro de Especialidades Médicas
	Petrolina	Centro de Referência em Saúde da Mulher
	Santa Maria da Boa Vista	Centro de Saúde Raimundo Bedor

IX	Araripina	Centro de Saúde Dr José de Araújo Lima
	Bodocó	CMAE Luiza Couto Lossio de Alencar
	Exu	Centro de Especialidades Médicas de Exú
	Ipubi	Centro de Especialidades Médicas
	Ouricuri	Policlínica Helena Barreto Alencar
	Santa Cruz	Centro de Especialidades Médicas Aurélia Alves
	Santa Filomena	Centro Municipal de Especialidades Médicas
	Trindade	Centro de Especialidades Médicas de Trindade

Fonte: CNES.

Mesmo com serviços de assistência ao pré-natal de alto risco no âmbito municipal, as referências sob gestão estadual ofertam consultas ambulatoriais com esta finalidade, cujo acesso é regulado pelas Coordenações Regionais de Regulação. Neste sentido, existe dificuldade de acesso aos serviços regionais para 60% dos municípios, comprometendo, assim, a qualidade da assistência pré-natal no território.

Assim, considerando o misto de serviços existentes com o propósito da assistência à gestação de alto risco nesta macrorregião, o detalhamento deste atendimento encontra-se disposto na tabela 77.

Tabela 77: Detalhamento da oferta da assistência Pré-natal de Alto Risco, na IV Macrorregião de Saúde de Pernambuco, 2023

Pré-natal	Região de Saúde			IV Macrorregião
	VII	VIII	IX	
Acesso ao Pré-natal de Alto Risco	100%	100%	100%	100%
Serviço de Assistência ao pré-natal de alto risco de gestão municipal	14%	71%	72%	56%
Serviço de Assistência ao pré-natal de alto risco de gestão estadual	100%	100%	81%	92%
Dificuldade de acesso ao serviço de assistência ao pré-natal de alto risco de gestão estadual	71%	42%	63%	60%
Fragilidade na integração entre a APS e demais serviços da Rede	57%	42%	54%	52%
Transporte sanitário para gestante	85%	85%	90%	88%

Fonte: Formulário Rede Materno Infantil da IV Macrorregião de Saúde de Pernambuco, 2023.

Merece destaque, a possível dificuldade na integração da rede assistencial, no que concerne à aproximação entre a APS e os demais serviços. Para Mendes (2011), a organização efetiva das RAS baseia-se, dentre outros princípios, na integração horizontal e vertical entre os níveis de atenção. Deste modo, tal

característica denota fragmentação e fragilidade assistencial na IV Macrorregião de Saúde.

O transporte sanitário para a gestante está presente na realidade macrorregional, compreendendo veículos comuns, além de ambulâncias do tipo social e de suporte básico. Outro apoio relevante está na equipe multiprofissional para assistência à gestante, incluindo profissionais como ginecologista, educador físico, psicólogo, nutricionista e fisioterapeuta, contribuindo para a integralidade do cuidado no pré-natal.

4.2.2 Assistência ao Parto e Nascimento

A assistência ao parto na IV Macrorregião de Saúde comporta serviços de natureza jurídica pública, privada e sem fins lucrativos. Estes últimos concentram-se, principalmente, na VIII Região de Saúde, conforme listado no quadro 06:

Quadro 6: Estabelecimentos de Saúde de assistência ao parto na IV Macrorregião de Saúde considerando a natureza jurídica, 2023.

Região de Saúde	Município	Natureza Jurídica
		Pública
VII	Belém do São Francisco	Hospital Dr José Alventino Lima
	Cedro	Unidade Mista José Urias Novaes
	Mirandiba	Unidade Mista Ana Alves de Carvalho
	Salgueiro	Hospital Regional Inácio de Sá
	Serrita	Hospital Geral Imaculada Conceição
	Terra Nova	Unidade Mista Joaquina Parente de Sá
	Verdejante	Unidade Mista Adelaide Tavares de Sá
VIII	Afrânio	Hospital Municipal Mª Coelho Cavalcanti Rodrigues
		Maternidade Municipal Mª Coelho Cavalcanti Rodrigues
	Cabrobó	Hospital Dr Arnaldo Vasconcelos de Alencar
	Dormentes	Hospital Municipal Nossa Senhora da Paz
	Lagoa Grande	Hospital Municipal Henrique de Lima
	Orocó	Hospital Municipal Eulina de Novaes Bione
	Petrolina	Centro de Parto Normal Maria das Dores de Souza
		Hospital Dom Malan

	Santa Maria da Boa Vista	Hospital Municipal Monsenhor Ângelo Sampaio
IX	Bodocó	Hospital Municipal Eulina Silva Lócio de Alencar
	Exu	Hospital Municipal José Pinto Saraiva
	Granito	Hospital Municipal Maria Senhorinha de Sousa
	Ipubi	Hospital Municipal Marcelino da Silva Mudo
		Unidade Mista de Serrolândia
	Moreilândia	Hospital Municipal Dr José Miranda Filho
	Ouricuri	Hospital Regional Fernando Bezerra
	Parnamirim	Unidade Mista Raimunda de Sá Barreto Cabral
	Santa Cruz	Hospital Municipal João Rodrigues de Souza
	Santa Filomena	Hospital Municipal de Santa Filomena
	Trindade	Hospital Municipal Maria Veneri
Região de Saúde	Município	Privada
VII	Salgueiro	Pronto Socorro São Francisco
VIII	Petrolina	HGU Hospital Geral e Urgência
		Hospital da Unimed em Petrolina
		Hospital Imaculada Conceição
		Instituto Memorial do Vale
		Neurocárdio
IX	Trindade	Casa de Saúde e Maternidade Santa Mônica
Região de Saúde	Município	Sem Fins Lucrativos
IX	Araripina	Hospital e Maternidade Santa Maria

Fonte: CNES.

Considerando a pactuação da Rede Cegonha quanto ao componente Parto e Nascimento, a IV Macrorregião de Saúde possui fragilidades quanto à referências hospitalares estabelecidas não efetivas, especificamente na VIII Região de Saúde, enquanto que houve acréscimos de serviços hospitalares como referências na VII e IX Regiões.

Em 2021, diante da implantação de novos serviços, a VII Região de Saúde incluiu leitos de UTI neonatal e pediátricos na Região, através da Resolução CIR Nº 138 de 15 de junho. Em 2023, esta região de saúde foi contemplada com a habilitação de serviço hospitalar de referência de alto risco Tipo 2 no Hospital

Regional Inácio de Sá, localizado em Salgueiro, pactuado através da Resolução CIR N° 170, de 21 de março de 2023. Apresentam-se, a seguir, as definições da pactuação da Rede Cegonha na IV Macrorregião de Saúde para o componente Parto e Nascimento.

Tabela 78: Serviços de referência para partos na IV Macrorregião de Saúde conforme as pactuações da Rede Cegonha.

Região de Saúde	Estabelecimento de Referência Partos de Risco Habitual
VII	Hospital Regional Inácio de Sá
VIII	Hospital Dom Malan Hospital Dr. Arnaldo Vasconcelos de Alencar Hospital Municipal Monsenhor Ângelo Sampaio Centro de Parto Normal Maria das Dores de Souza
IX	Hospital Regional Fernando Bezerra - Maternidade Mãe Coruja Hospital e Maternidade Santa Maria
Região de Saúde	Estabelecimento de Referência Partos de Alto Risco (AR)
VII	Hospital Regional Inácio de Sá
VIII	Hospital Dom Malan
IX	

Fonte: Resolução CIB N° 1879, de 26/03/12; Resolução CIB N° 1880, de 26/03/12; Resolução CIB N°1881, de 26/03/12; Resolução CIR/VII GERES N° 170, de 21/03/23.

Ressalta-se que a pactuação não se encontra vigente em sua totalidade, de forma que as atuações do Hospital Dr. Arnaldo Vasconcelos de Alencar e do Hospital Municipal Monsenhor Ângelo Sampaio como referências na VIII Região de Saúde não avançaram. Assim, mesmo com registro de leitos obstétricos no Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES), os serviços não caracterizam-se como maternidades, conforme orientações da Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 36/2008 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) (Brasil, 2011).

Com relação à referência para parto de alto risco na VII Região de Saúde, mesmo habilitado para esta assistência, o Hospital Regional Inácio de Sá apresenta fragilidades para garanti-la, visto a insuficiência de profissionais especializados na região.

Na Tabela 79 constam os serviços de referência ao parto na IV Macrorregião

de Saúde ativos atualmente e o número de leitos obstétricos SUS equivalentes. O acesso ao parto é regulado pela Central de Regulação Interestadual de Leitos (CRIL).

Tabela 79: Serviços de referência para assistência ao parto de Risco Habitual (RH) e Alto Risco (AR) ativos na IV Macrorregião de Saúde e número de leitos obstétricos SUS, 2023.

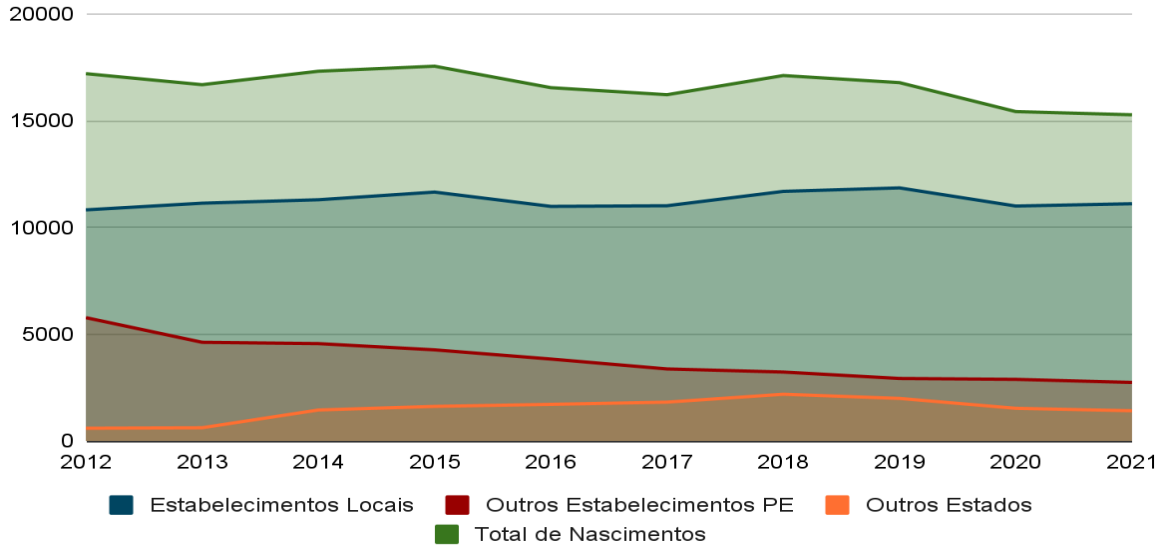
Região de Saúde	Estabelecimento de Saúde	Leitos Obstétricos	
		RH	AR
VII	Hospital Regional Inácio de Sá	30	-
VIII	Hospital Dom Malan	-	60
	Centro de Parto Normal Maria das Dores de Souza	5	-
IX	Hospital Regional Fernando Bezerra - Maternidade Mãe Coruja	22	-
	Hospital e Maternidade Santa Maria	24	-
IV Macrorregião de Saúde		**81**	**60**

Fonte: Mapas Regionais de Saúde- VII, VIII e IX GERES; CNES.

Além disso, o Hospital Dom Malan mantém uma superlotação, fragilizando a pactuação para referência ao parto de risco habitual. Assim, há a necessidade de repactuação da Rede Cegonha na VIII Região de Saúde.

O Gráfico 130 mostra a ocorrência de nascimentos de residentes da IV Macrorregião de Saúde de Pernambuco, considerando estabelecimentos localizados no território macrorregional, em outras regiões de Pernambuco e em outros estados.

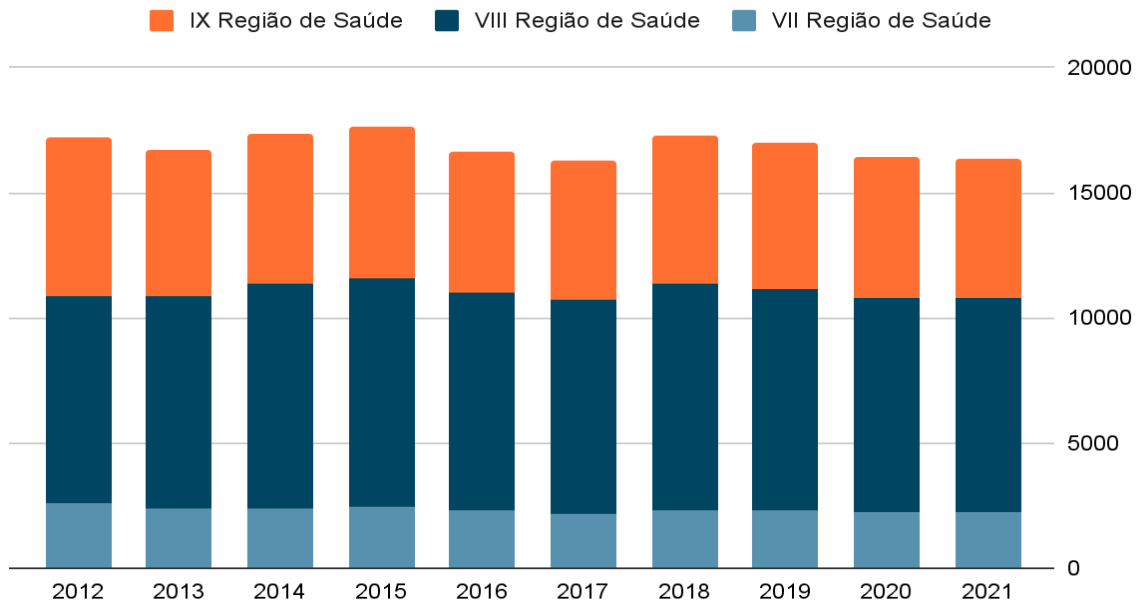
Gráfico 130: Nascimentos de residentes da IV Macrorregião de Saúde de Pernambuco, por ocorrência, de 2012 a 2021.



Fonte: SINASC, 2023.

Do total de nascimentos de residentes da macrorregião, a maior ocorrência concentra-se em serviços localizados no próprio território, seguido da ocorrência em outros estabelecimentos do Estado. Num cenário que tenciona à fragilidade, o detalhamento quanto aos nascimentos identifica os vazios assistenciais e corrobora com a construção de uma rede de cuidados efetiva. Neste sentido, o gráfico 131 apresenta o número de nascidos vivos na IV Macrorregião de Saúde de Pernambuco, por Região de Saúde, entre os anos de 2012 e 2021.

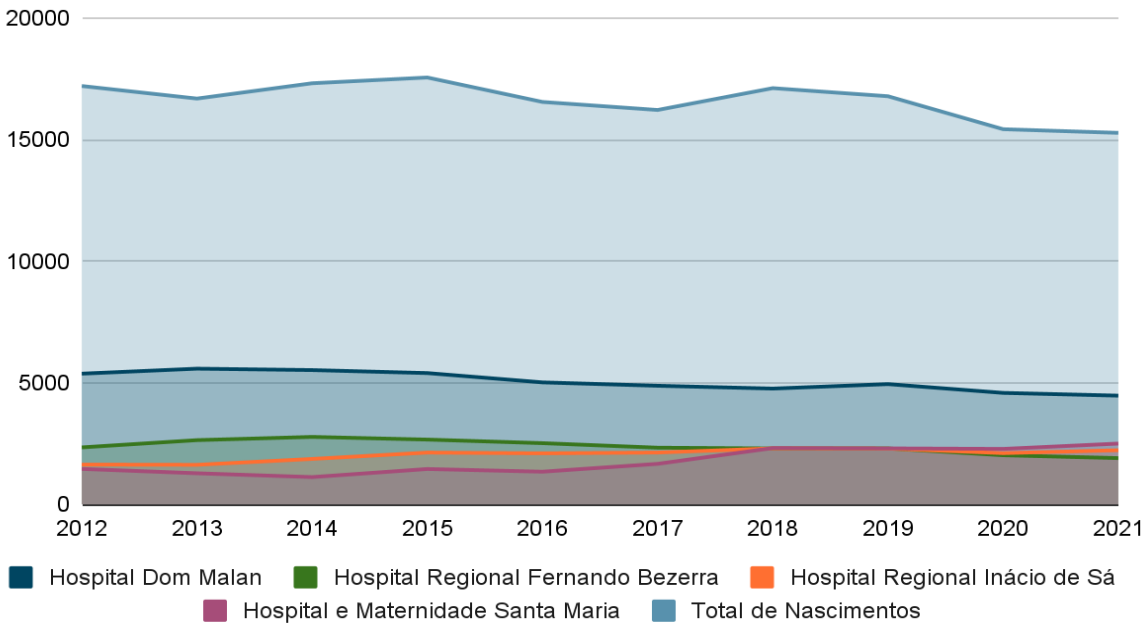
Gráfico 131: Número de nascidos vivos por residência, IV Macrorregião de Saúde, 2012 a 2021.



Fonte: SINASC, 2023.

A VIII Região de Saúde, mais populosa na composição da IV Macrorregião, apresenta o maior volume de nascimentos por residência. Nesta região também concentra-se o maior volume de ocorrência de partos de seus residentes, como apresentado no gráfico 132, que mostra o número de partos de residentes da IV Macrorregião de Saúde nos seus estabelecimentos de referência.

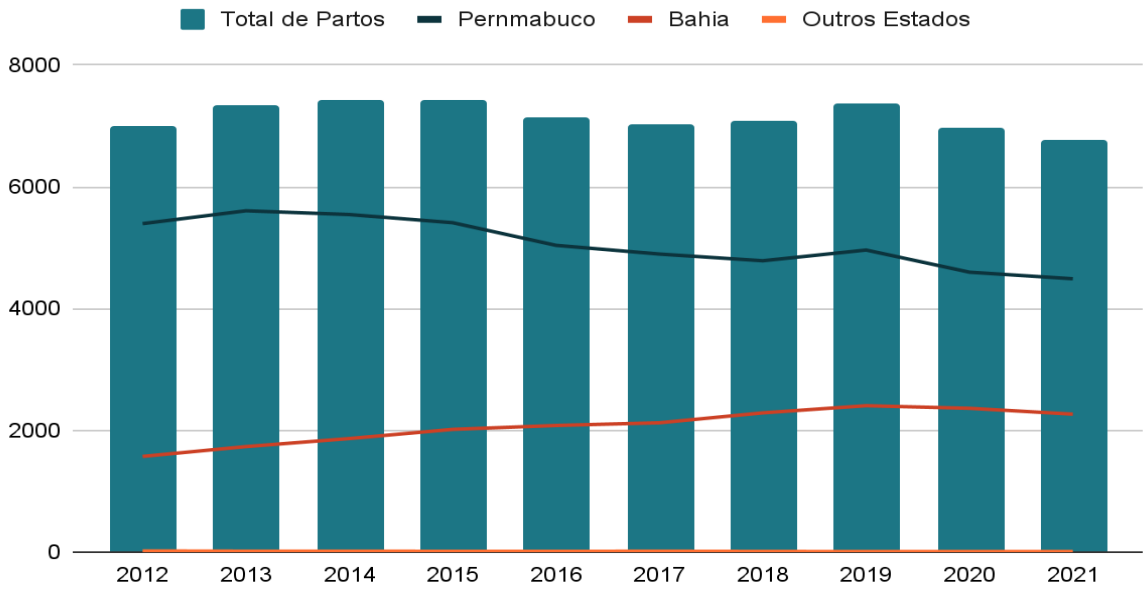
Gráfico 132: Número de nascimentos de residentes da IV Macrorregião de Saúde por estabelecimento de saúde de referência, 2012 a 2021.



Fonte: SINASC, 2023.

O Hospital Dom Malan (HDM), localizado em Petrolina, constitui a referência para partos de alto risco para a IV Macrorregião de Saúde e configura a maternidade onde mais ocorrem partos no Estado. Além desta região, o estabelecimento também é referência de alto risco para a Rede Interestadual de Atenção à Saúde do Vale do Médio São Francisco (Rede PEBA), composta por 53 municípios.

Gráfico 133: Nascimentos ocorridos no Hospital Dom Malan por estado de residência, 2012 a 2021.

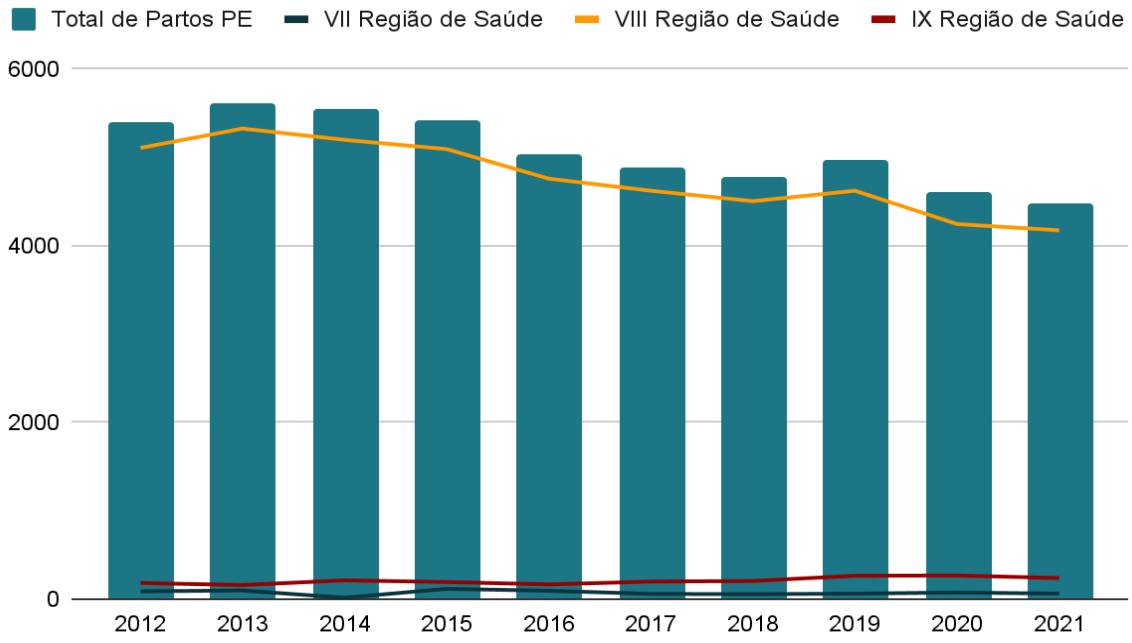


Fonte: SINASC, 2024.

Observa-se a maior concentração de residentes de Pernambuco nascendo do HDM, seguido do Estado da Bahia. Outros estados, em menor proporção, incluem Piauí, Ceará, Paraíba, Pará, Maranhão, Minas Gerais, São Paulo, Alagoas, Sergipe, Rio de Janeiro, Rio Grande do Sul, Goiás e Distrito Federal, ao longo da série histórica em análise.

Considerando os nascimentos de residentes de Pernambuco no HDM, o gráfico 134 apresenta os dados referentes à IV Macrorregião de Saúde do Estado.

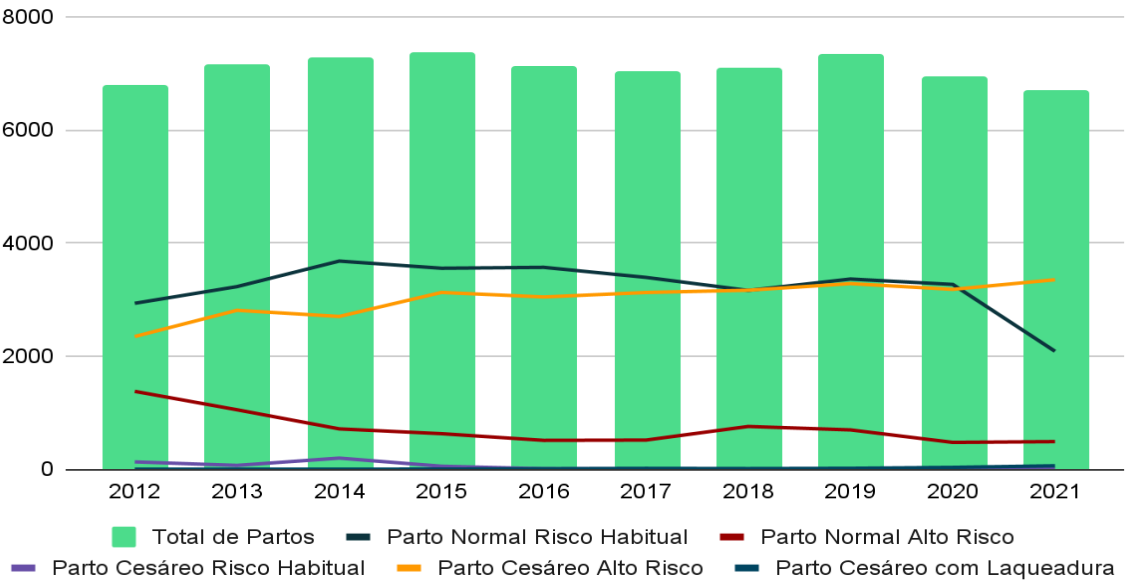
Gráfico 134: Nascimentos de pernambucanos residentes da IV Macrorregião de Saúde de Pernambuco ocorridos no Hospital Dom Malan, 2012 a 2021.



Fonte: SINASC, 2024.

A concentração de nascimentos da VIII Região de Saúde no HDM é evidente visto ser este serviço a única maternidade de referência local. Num maior detalhamento dos partos ocorridos no HDM, o Gráfico 135 descreve-os quanto ao tipo e classificação de risco.

Gráfico 135: Partos ocorridos no Hospital Dom Malan, segundo tipo e classificação de risco, 2012 a 2021.

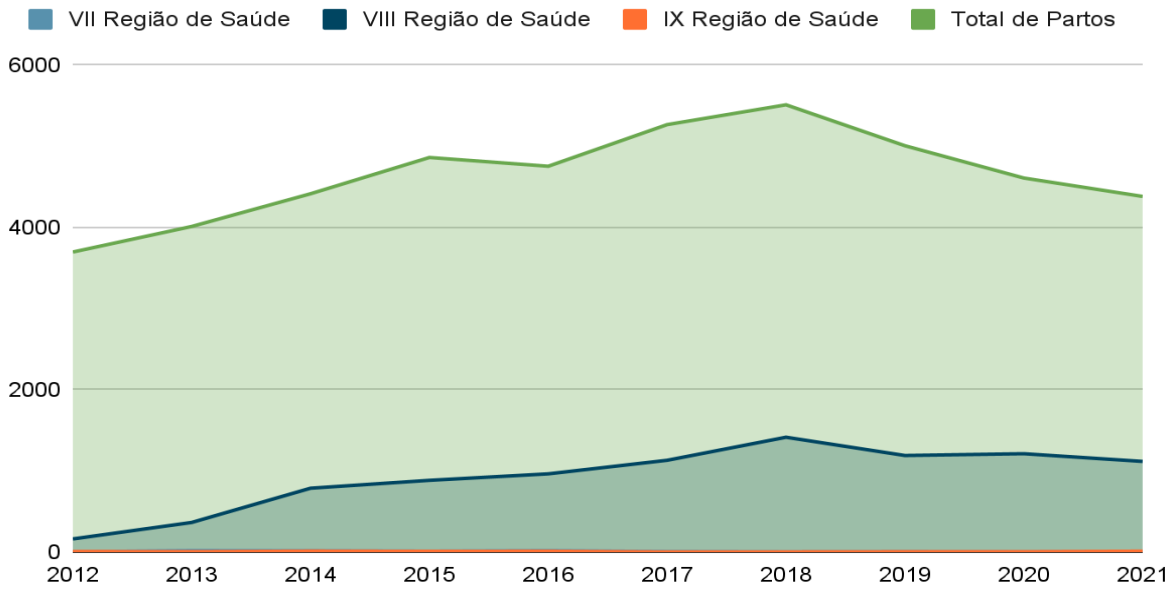


Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS, 2024.

A significativa assistência do Hospital Dom Malan ocasiona a sobrecarga deste serviço, corroborando com a necessidade de reorganização da rede assistencial na VIII Região de Saúde. A análise mostra que grande parte dos partos ocorridos no local são de risco habitual ao longo da série histórica, apresentando diminuição nos últimos três anos. De acordo com o IBGE, este declínio foi observado no país e pode estar associada à queda da natalidade e da fecundidade já sinalizada pelos últimos Censos Demográficos. Além disso, a pandemia de COVID- 19 parece ter gerado insegurança entre os casais, por vezes adiando a decisão de gestar (IBGE, 2023).

Neste contexto, considerando a Rede PEBA, para minimizar a superlotação do HDM estabeleceu-se o fluxo de encaminhamentos das gestantes de risco habitual para a Maternidade Municipal de Juazeiro, na Bahia. O Gráfico XX apresenta as informações dos partos de residentes da IV Macrorregião de Saúde de Pernambuco neste estabelecimento de saúde.

Gráfico 136: Número de partos de residentes da IV Macrorregião de Saúde de Pernambuco na Maternidade Municipal de Juazeiro- BA, 2012 a 2021.



Fonte: SESAB/SUVISA/DIVEP/SINASC, 2023.

Observa-se a concentração de nascimentos da VIII Região de Saúde, considerando sua proximidade física com o serviço e a fragilidade quanto à efetivação da Rede Cegonha para este território, mencionada anteriormente. Em contrapartida, o número de nascimentos oriundos da VII Região de Saúde pouco reflete na análise, assim como da IX Região de Saúde.

Consolidando as informações relativas à assistência ao parto e nascimento na IV Macrorregião de Saúde de Pernambuco, a Tabela 80 aponta informações relevantes.

Tabela 80: Perfil da Rede Materno Infantil da IV Macrorregião de Saúde, em dezembro de 2023.

Estabelecimento	Região de Saúde			IV Macrorregião
	VII	VIII	IX	
Maternidade de Alto Risco	-	01	-	01
Maternidade de Risco Habitual	01	-	01	02
Centro de Parto Normal	-	01	-	01
Referência Ambulatorial Pré-Natal de Alto Risco sob gestão municipal	01	05	08	14

Referência Ambulatorial Pré-Natal de Alto Risco sob gestão estadual	01	01	02	04
Médico Gineco/Obstetra	32	138	33	203
Enfermeiro[1]	318	876	408	1.602
Leitos obstétricos SUS- RH[2] existente	50	57	71	178
Leitos obstétricos SUS - RH[2] de referência ativa na Rede Cegonha	30	5	46	81
Necessidade leitos RH[2]	16	63	38	117
Leitos obstétricos SUS- AR[2] existente	0	60	0	60
Leitos obstétricos SUS - AR[2] de referência ativa na Rede Cegonha	0	60	0	60
Necessidade leitos AR[2]	5	19	12	36
USG[3] Convencional SUS	2	26	16	44
Necessidade USG Obstétrico convencional SUS	1	3	2	6
USG com Doppler existentes SUS	4	22	5	31
Necessidade USG Doppler SUS	0	1	0	1

Fonte: CNES/MS e Monitoramento CAS VIII GERES. Base de cálculo para necessidade de leitos: Nota Técnica Nº 09/2022 GEASM/SES/PE e MEMO N° 118 DAPES/SAS/MS.

Nota: 1- Enfermeiro, Enfermeiro obstétrico/ Enfermeira Parteira e Enfermeiro da Estratégia de Saúde da Família; 2- RH- Risco Habitual/ AR- Alto Risco; 3- USG- Ultrassonografia.

A IV Macrorregião de Saúde apresenta fragilidade na assistência ao parto e nascimento, especificamente pela ausência de referência regional para partos de risco habitual na VIII Região de Saúde. Apesar da pactuação desta referência em 2012, ela não tem ocorrido na prática. Já o seguimento ao pré-natal de alto risco consegue ser contemplado nas três regiões de saúde.

A análise do número de leitos obstétricos existentes em cada Região detalha a existência destes no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), enquanto serviços para assistência ao parto de risco habitual e de alto risco. Além disso, é importante ressaltar que a existência de leitos em hospitais municipais não configura referência para esta assistência.

Observa-se a necessidade de leitos para assistência ao parto de risco habitual na IV Macrorregião, já que os leitos oriundos do HDM configuram assistência de alto risco, conforme CNES. Todavia, este serviços continua executando o risco habitual ou encaminhando a parturiente à Maternidade Municipal

de Juazeiro - BA, conforme descrito anteriormente. Assim, este vazio assistencial corrobora com a necessidade de repactuação da Rede Cegonha na VIII Região de Saúde de Pernambuco.

A necessidade de equipamentos de Ultrassonografia (USG) considera o ideal da Portaria GM/MS N° 1.631, de 1 de outubro de 2015. Ressalta-se, pois, que os parâmetros definidos devem considerar o adequado acesso das gestantes ao exame. Nesse sentido, adota-se o critério de um deslocamento máximo com tempo de 30 minutos para acesso ao exame, o que equivaleria a cerca de 30 km de distância (Brasil, 2015). Desta forma, considerando as distâncias significativas entre os municípios da IV Macrorregião de Saúde, é prudente manter número de equipamentos maior que a necessidade vislumbrada.

As discussões quanto à implementação da Rede Materno Infantil, suas fragilidades e pactuações são discutidas no Grupo Condutor da Rede Cegonha, presente nas três regiões de saúde que compõem a IV Macrorregião. O Grupo tem sua composição pactuada em CIR e possui representações municipais, regionais e de serviços de saúde locais.

4.2.3 Atenção à Saúde da Criança

A atenção integral à saúde da criança deve ser cuidadosamente garantida com foco na redução da mortalidade infantil. A assistência na primeira semana de vida do recém-nascido minimiza riscos e oportuniza as intervenções e orientações necessárias à saúde da criança. Neste sentido, compreendendo a importância do seu seguimento, o acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento da criança pela equipe de saúde requer, ainda, um olhar biopsicossocial também para as condições do contexto de saúde e de vida de toda a família, inclusive com as articulações intersetoriais necessárias para o projeto terapêutico de cada criança/família no território (Brasil, 2012).

Considerando o contexto mínimo necessário para a garantia da qualidade do acompanhamento da criança menor de 1 ano, o detalhamento da assistência à criança na IV Macrorregião de Saúde encontra-se descrito na Tabela 81.

Tabela 81: Detalhamento da assistência à criança de 0 a 12 meses na IV Macrorregião de Saúde de Pernambuco, 2023

Assistência à criança	Região de Saúde			IV Macrorregião
	VII	VIII	IX	
Oferta puericultura na APS	100%	100%	100%	100%
Puericultura na APS com registro no e-SUS AB	100%	100%	100%	100%
Mínimo de 1 visita domiciliar na 1º semana de vida	100%	100%	100%	100%
Mínimo de 3 consultas médicas/ano para RN>2500g	29%	86%	55%	56%
Mínimo de 4 consultas de enfermagem/ano para RN>2500g	42%	71%	64%	60%
Mínimo de 7 consultas médicas/ano para RN <2500g	14%	43%	55%	45%
Mínimo de 6 consultas de enfermagem/ano para RN<2500g	43%	57%	55%	52%
Oferta de vacinação	100%	100%	100%	100%
1 exame de Teste do pezinho até o 7º dia de vida.	100%	100%	100%	100%
1 exame de Teste da orelhinha.	0%	57%	27%	28%
1 exame após o nascimento e no 4º, 6º, 12º meses de Teste do olhinho.	0%	0%	9%	4%
Mínimo de 2 consultas Odontológicas a partir do 1º dente e ao 12º meses	43%	57%	36%	44%

Fonte: Formulário Rede Materno Infantil da IV Macrorregião de Saúde de Pernambuco, 2023.

A visita domiciliar na primeira semana de vida é realizada na IV Macrorregião de Saúde, oportunizando a aproximação da equipe de saúde do contexto de vida da família, permitindo a promoção do cuidado e os segmentos necessários.

As consultas de enfermagem são maioria no que tange ao seguimento do crescimento e desenvolvimento, sugerindo a necessidade de maior aproximação do médico neste processo. A realização da consulta de puericultura é uma atribuição comum às duas categorias profissionais, conforme o preconizado em normativa pelo Ministério da Saúde (Brasil, 2012). Quanto ao registro deste seguimento na APS, o e-SUS AB consiste no sistema de escolha dos municípios.

A oferta de vacinação ocorre em todo o território, conforme preconizado no Programa Nacional de Vacinação (PNI), contribuindo para a saúde coletiva e o progresso das coberturas vacinais locais. Proporção ideal também é apresentada na

oferta do Teste do Pezinho, parte do Programa Nacional de Triagem Neonatal (PNTN) é obrigatório por lei, em todo o território nacional. A Triagem Auditiva Neonatal ou Teste da Orelhinha, no entanto, não tem garantia efetiva na IV Macrorregião, precarizando o diagnóstico e o tratamento das alterações auditivas precocemente.

Semelhante fragilidade existe na realização do Teste do Olhinho, ou Teste do Reflexo Vermelho, que deve ser realizado na primeira consulta do recém-nascido na atenção básica e repetido aos 4, 6 e 12 meses e na consulta dos 2 anos de idade (Brasil, 2012). Este cenário corrobora com possíveis atrasos diagnósticos e consequentes sequelas visuais para a criança.

Incorporar hábitos de higiene bucal, além de outros fatores como a alimentação saudável, resultam em saúde bucal para a criança. O contrário, porém, traz prejuízos ao crescimento e desenvolvimento infantil, como o baixo peso devido à associação da dor ao ato de comer (Brasil, 2012). Para a IV Macrorregião de Saúde, é pertinente intensificar este cuidado, visto estar presente em menos de 50% do território. Vale ressaltar que a cobertura de Estratégia de Saúde Bucal (ESB) não se configura de forma homogênea na Macrorregião.

Além das consultas específicas de acompanhamento do desenvolvimento da criança na atenção básica, as ações educativas são parte da estratégia ideal, para promoção, proteção e detecção precoce de alterações passíveis de modificação que possam repercutir em sua vida futura (Brasil, 2012). Tal recurso pode ser melhor explorado pelas equipes de saúde atuantes na IV Macrorregião de Saúde, visando a construção do cuidado e, sobretudo, de minimizar possíveis riscos à saúde da criança. A Tabela 82 traz mais informações acerca do seguimento da criança na IV Macrorregião de Saúde de Pernambuco.

Tabela 82: Informações complementares da assistência à criança de 0-12 meses na IV Macrorregião de Saúde de Pernambuco, 2023.

Assistência à criança	Região de Saúde			IV Macrorregião
	VII	VIII	IX	
Protocolos clínicos para exames de imagem e sua interpretação	43%	29%	64%	48%
Mínimo de 2 atividades educativas em grupos nas UBS para mães de crianças menores de 1 ano	57%	71%	27%	48%
Fragilidade na integração entre a APS e os demais serviços assistenciais à criança	43%	29%	64%	48%

Oferta de transporte para o deslocamento da criança quando necessário	86%	86%	100%	92%
Dispõe de pediatra para seguimento ambulatorial da criança em desenvolvimento	57%	57%	91%	72%
Serviço especializado para assistência à criança sob gestão municipal	57%	42%	63%	56%

Fonte: Formulário Rede Materno Infantil da IV Macrorregião de Saúde de Pernambuco, 2023.

A fragilidade de integração entre a APS e os demais pontos da RAS também é sinalizada no contexto da assistência à criança, o que pode comprometer a proteção e o fomento ao desenvolvimento integral da criança neste período crítico e sensível da primeira infância, preconizado pelo Ministério da Saúde. Assim, mesmo com a disponibilidade de assistência pediátrica ambulatorial em 72% do território da IV Macrorregião de Saúde, a efetividade desse acompanhamento pode estar comprometida.

4.2.4 Programa Mãe Coruja

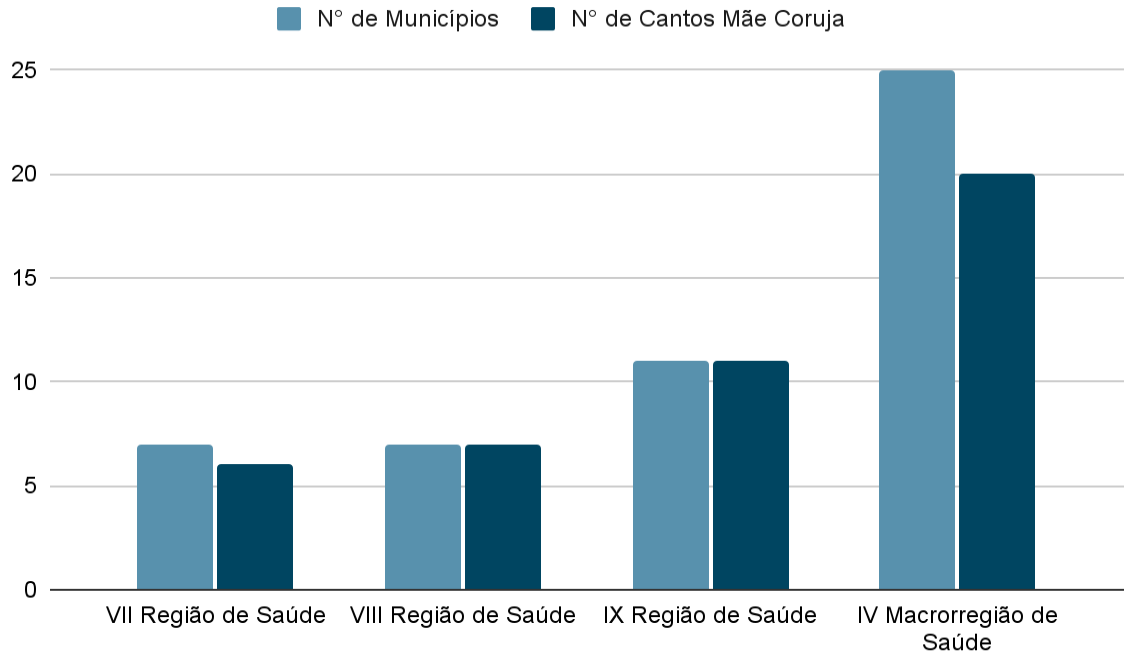
O Programa Mãe Coruja é um dos Programas sociais Brasileiros de referência na área materno-infantil, sendo reconhecido e premiado pela Organização das Nações Unidas (ONU) e pela Organização dos Estados Americanos (OEA), como modelo de Gestão de Política Pública (Pernambuco, 2017).

Implantado no Estado de Pernambuco em outubro de 2007, e posteriormente oficializado pela Lei n. 13.959/2009, o programa tem como objetivo reduzir a mortalidade materna e infantil, através de ações estratégicas articuladas e intersetoriais dos eixos de saúde, educação, desenvolvimento social, cultura, esporte e lazer, cuidando de forma ampla da mulher e das crianças.

Presente no Distrito de Fernando de Noronha e em 148 municípios do Estado, o Programa tem gestão municipal em Recife e Ipojuca, com Termo de Cooperação Técnica com a Secretaria Estadual de Saúde. Neste sentido, as ações do Programa Mãe Coruja são desenvolvidas nas 12 regiões de saúde do Estado, propondo o fortalecimento dos vínculos afetivos, buscando promover a gestação segura e garantindo às crianças pernambucanas o direito ao pré-natal, ao nascimento e desenvolvimento saudável e harmonioso.

O Canto Mãe Coruja constitui o espaço físico de acolhimento, cadastramento das gestantes e crianças, onde ocorre o acompanhamento das famílias, identificando as vulnerabilidades, induzindo e fortalecendo as políticas públicas intersetoriais, objetivando integrar as ações na consolidação da formação da rede de cuidado. Cada Canto pode ser composto por dois técnicos de nível superior que devem executar as ações do Programa em cada território de abrangência, além de articular-se com os gestores locais e demais instituições para a garantia de um seguimento efetivo para gestante e criança.

Gráfico 137: Número de municípios com Canto do Programa Mãe Coruja na IV Macrorregião de Saúde de Pernambuco, 2023.



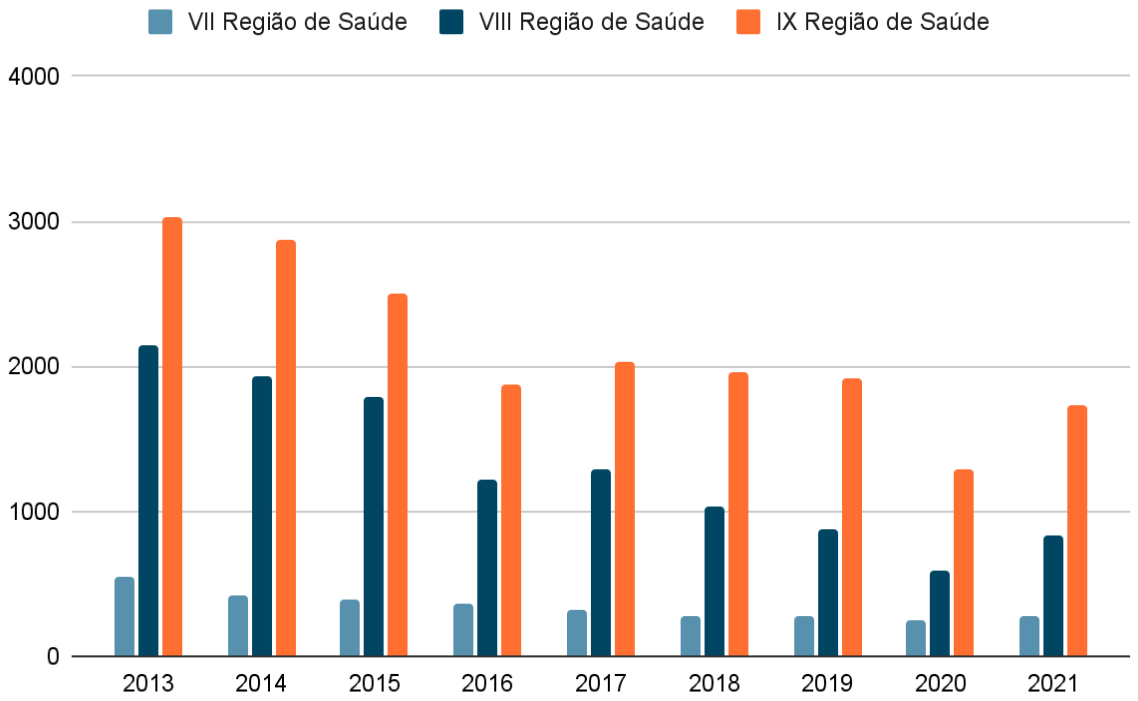
Fonte: Mapas de Saúde VII, VIII e IX GERES, 2022. Dados coletados em 22 de janeiro de 2024.

Implantado na VII Região de Saúde desde 2012, obedecendo ao critério de inclusão para os municípios que apresentavam coeficiente de mortalidade maior ou igual a 25/1000 nascidos vivos ou pelo menos 50% dos municípios com este critério, contempla os municípios de Terra Nova e Mirandiba (Pernambuco, 2022a). Atualmente, porém, a atuação do Programa se dá em seis, dos sete municípios: Cedro, Mirandiba, Salgueiro, Serrita, Terra Nova e Verdejante. Os sete municípios da VIII Região de Saúde são atendidos pelo Programa desde 2009, enquanto que

sua implantação nos onze municípios da IX Região de Saúde ocorreu em 2007 (Pernambuco, 2022b;2022c).

O Programa monitora indicadores de saúde que refletem um perfil da população de gestante e de criança assistida. O registro destas informações ocorre através de sistema próprio, o SIS Mãe Coruja, ferramenta atualizada no ano de 2013. Assim, esse foi o ano inicial para composição da série histórica de análise dos indicadores do Programa. O gráfico 138 retrata o número de gestantes acompanhadas pelo Programa Mãe Coruja na IV Macrorregião.

Gráfico 138: Número de gestantes acompanhadas pelo Programa Mãe Coruja Pernambucana na IV Macrorregião de Saúde, 2013 a 2021.



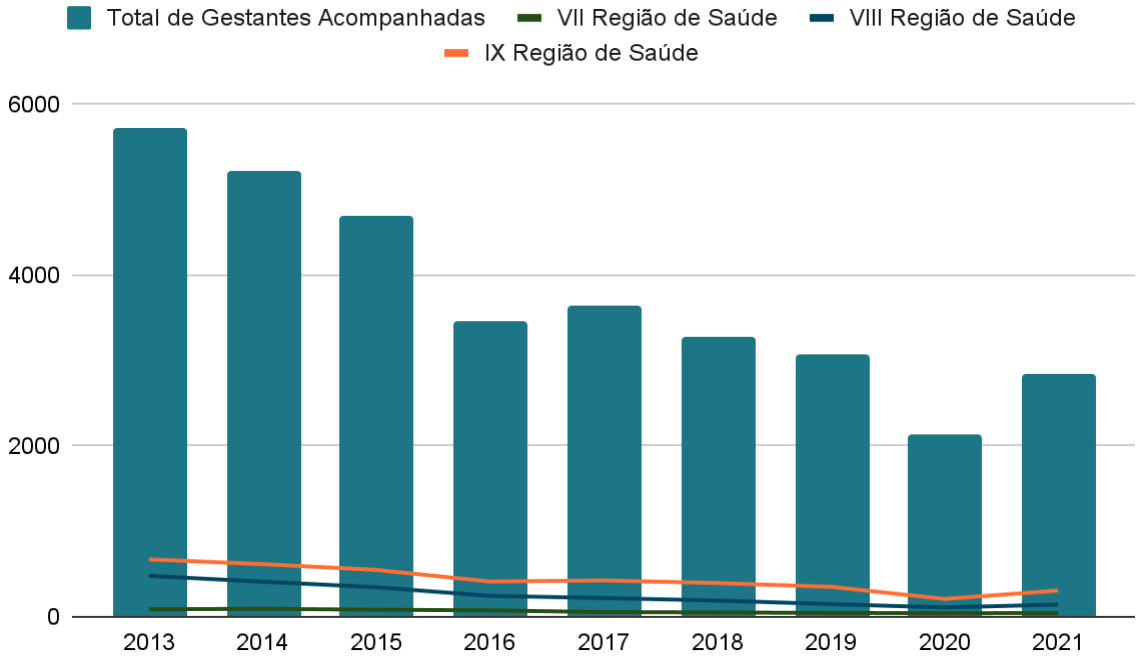
Fonte: Superintendência Estadual Programa Mãe Coruja Pernambucana. Dados coletados em 22 de janeiro de 2024.

A IX Região de Saúde concentra o maior número de gestantes em acompanhamento no Programa Mãe Coruja Pernambucana na IV Macrorregião, mesmo sendo a VIII Região de Saúde a mais populosa deste território. A situação sugere maior vulnerabilidade social das gestantes residentes na IX Região e isto pode ser observado nos demais indicadores acompanhados. Além disso, o pioneirismo do Programa neste território e seu compromisso com a realidade local,

constrói vínculos e representa, de fato, uma referência para a saúde da população alvo.

Considerando a gestação na adolescência, em termos quantitativos, o gráfico 139 apresenta série histórica do número de gestantes adolescentes acompanhadas pelo Programa Mãe Coruja na IV Macrorregião.

Gráfico 139: Número de gestantes adolescentes acompanhadas pelo Programa Mãe Coruja Pernambucana na IV Macrorregião de Saúde de Pernambuco, 2013 a 2021.

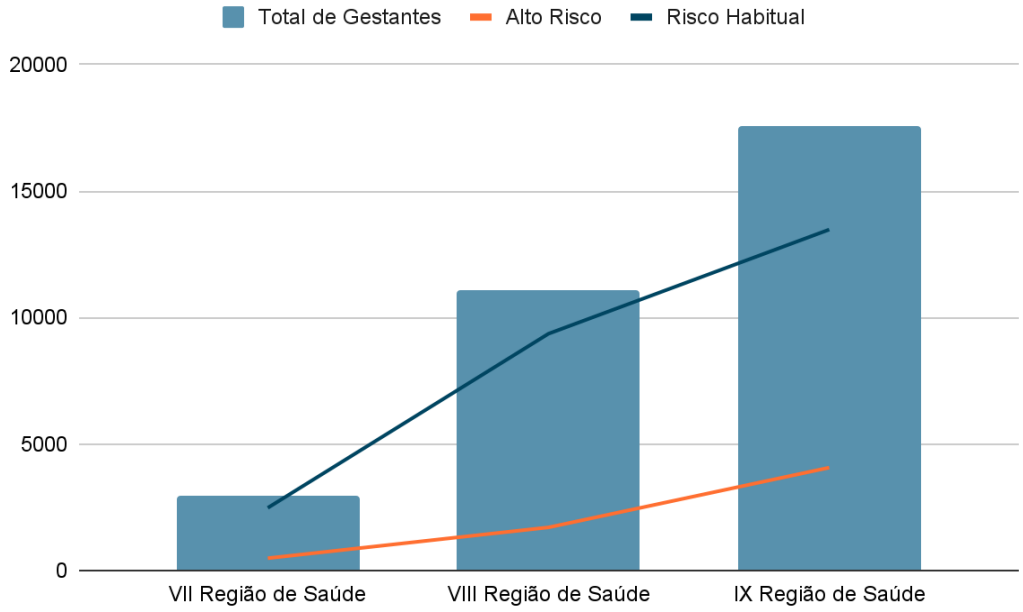


Fonte: Superintendência Estadual Programa Mãe Coruja Pernambucana. Dados coletados em 22 de janeiro de 2024.

Observa-se que a quantidade de gestante adolescente ocorre em menor proporção em relação ao total das gestantes assistidas na IV Macrorregião de Saúde. Assim como a maior concentração de gestantes assistidas encontra-se na IX Região de Saúde, esta proporção repete-se na análise de gestantes adolescentes, mesmo sendo a VIII Região mais populosa na Macrorregião.

As gestantes também têm seu acompanhamento pelo Programa Mãe Coruja considerando a classificação de risco gestacional, como conferido no gráfico140.

Gráfico 140: Gestantes acompanhadas pelo Programa Mãe Coruja conforme classificação de risco, IV Macrorregião de Saúde de Pernambuco, 2013 a 2021.

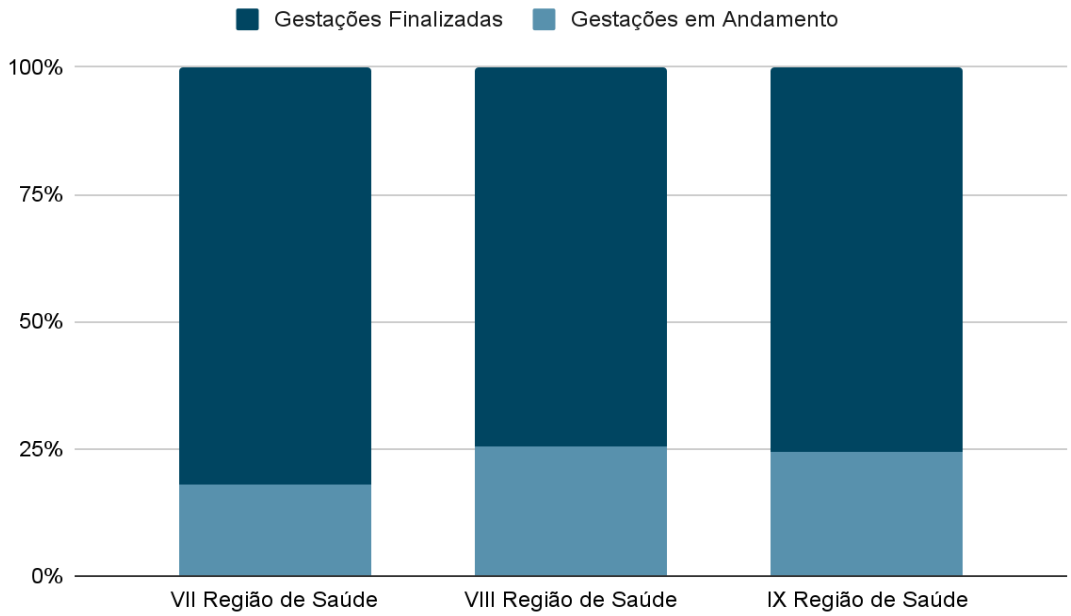


Fonte: Superintendência Estadual Programa Mãe Coruja Pernambucana. Dados coletados em 22 de janeiro de 2024.

Conforme vislumbrado quanto à concentração de gestantes acompanhadas, a maior quantidade de gestantes de alto risco está refletida na IX Região de Saúde. Proporcionalmente, este número corresponde a 56% das gestantes de alto risco da IV Macrorregião de Saúde.

A finalização do acompanhamento gestacional também confere um indicador para monitoramento, pois vislumbra a realização do seguimento completo da gestante, até o parto, além de identificar a evasão desta do Programa. O gráfico 141 apresenta nos números referentes às gestações finalizadas na IV Macrorregião de Saúde e demonstra uma maior proporção de finalizações na VII Região de Saúde.

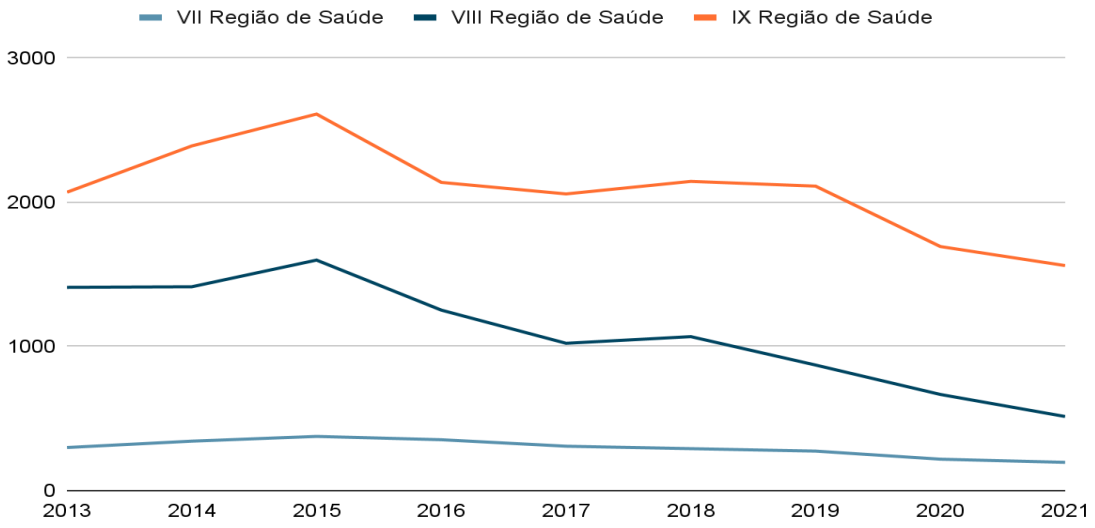
Gráfico 141: Número de gestações finalizadas no acompanhamento do Programa Mãe Coruja na IV Macrorregião à Saúde.



Fonte: Superintendência Estadual Programa Mãe Coruja Pernambucana. Dados coletados em 22 de janeiro de 2024.

A continuidade do cuidado após o parto ocorre com o acompanhamento da criança. O total de nascidos vivos de gestantes acompanhadas pelo Programa é uma informação relevante frente à mitigação da mortalidade infantil. Esta conjuntura está proposta no gráfico 142.

Gráfico 142: Número de nascidos vivos acompanhados pelo Programa Mãe Coruja na IV Macrorregião de Saúde, 2013 a 2021.

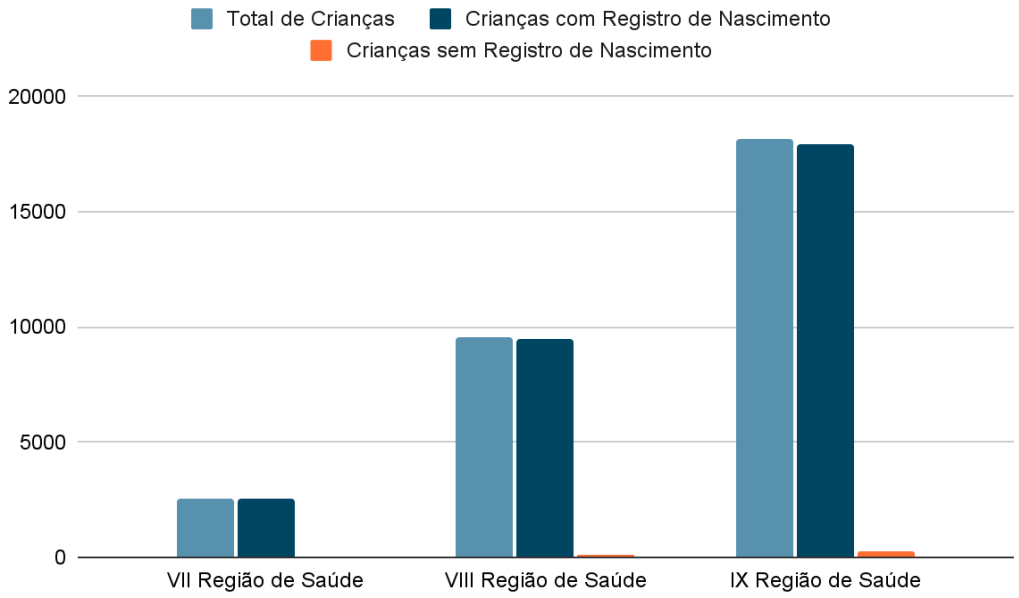


Fonte: Superintendência Estadual Programa Mãe Coruja Pernambucana. Dados coletados em 22 de janeiro de 2024.

Seguindo a premissa da maior concentração de gestantes em acompanhamento na IX Região de Saúde, o número de nascidos vivos também é maior nesta região. Todavia, em toda a Macrorregião, houve declínio do número de crianças acompanhadas após o ano de 2019.

O Programa monitora, ainda, o registro de nascimento das crianças, prestando o apoio necessário para tal. Neste sentido, o Gráfico 143 descreve o número de crianças com registro de nascimento na IV Macrorregião de Saúde.

Gráfico 143: Número de crianças com registro de nascimento acompanhadas pelo Programa Mãe Coruja Pernambucana na IV Macrorregião de Saúde, 2013 a 2021.



Fonte: Superintendência Estadual Programa Mãe Coruja Pernambucana. Dados coletados em 22 de janeiro de 2024.

O registro de nascimento em tempo oportuno promove acesso e impacta positivamente na condução do cuidado da criança. A efetividade do Programa Mãe Coruja quanto à garantia do registro de nascimento das crianças acompanhadas é contemplada nas três regiões de saúde e denota sua aplicação transversal às políticas que garantem direito à saúde e à cidadania.

4.3 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, posteriormente publicada na Portaria de Consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017, com o propósito de articular e integrar todos os equipamentos de saúde, além de ampliar e qualificar o acesso humanizado e integral aos usuários em situação de urgência/emergência nos serviços de saúde de forma oportuna (Brasil, 2003).

Essa apresenta uma complexidade distinta em relação a outras redes, atende a diferentes condições de saúde, e apresenta vários pontos de atenção, sendo constituída pelos componentes, tais como:

- Promoção, Prevenção e Vigilância em Saúde;
- Atenção Básica em Saúde;
- Serviço de Atendimento Móvel de Urgências (SAMU 192) e Central de Regulação Médica de Urgência;
- Sala de Estabilização;
- Força Nacional de Saúde do SUS;
- Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24h) e o conjunto de serviços de urgência 24h;
- Componente Hospitalar;
- Atenção Domiciliar.

A construção da RUE na IV Macrorregião de Saúde de Pernambuco tem sido um desafio, em que ainda se predomina um modelo de atenção à saúde hegemônico, com fragilidades em garantir a integralidade no cuidado em consonância com as necessidades de saúde da população.

Esta realidade favorece grandes vulnerabilidades para os usuários, sendo alvo de inúmeros questionamentos e críticas por toda a comunidade, devido, principalmente, ao aumento da demanda nos serviços de emergência.

A IV macrorregião é marcada por características demográficas e epidemiológicas que exercem um impacto notável na saúde da população. Com uma extensão territorial considerável, a região enfrenta desafios significativos de acesso aos serviços de saúde, resultando em uma fragmentação das ações e desigualdade na alocação de recursos

Além disso, destaca-se uma elevada taxa de mortalidade por causas externas, contribuindo para óbitos prematuros. Essas fatalidades são frequentemente atribuídas a eventos como acidentes de transporte terrestre e violências interpessoais e autoprovocadas, bem como a complicações cardiovasculares.

A compreensão dessas características é essencial para o desenvolvimento de estratégias de saúde pública que abordem efetivamente os desafios específicos dessa macrorregião, visando a melhoria da qualidade de vida e a redução das disparidades em saúde (SIM, 2024).

O alto índice de morbidade e mortalidade por acidente de transportes, doenças respiratórias, envelhecimento, uso de drogas lícitas e não lícitas tem aumentado a procura de atendimentos de urgência emergência, necessitando assim de elaboração e efetivação de planos, métodos e ações para atender esta demanda.

Buscando melhorar a garantia de acesso aos serviços de urgência e emergência para a população da IV Macrorregião Região de Saúde, em 2013 foram elaborados e pactuados os Planos de Ação Regional (PAR/RUE) da VII, VIII e IX Regiões de Saúde a partir da Resolução CIB 2.442, de 30 de outubro de 2013, Resolução CIB-PE nº 2.443, de 30 de outubro de 2013, e a Resolução CIB-PE nº 2.444, de 30 de outubro de 2013, respectivamente, onde buscou-se a ampliação dos componentes da RUE.

Os Planos de Ação tiveram por objetivo apresentar as diretrizes para a organização da Rede de Atenção às Urgências e Emergências das Regiões de Saúde de Pernambuco, considerando seu perfil demográfico e epidemiológico, bem como a oferta de serviços, de forma a subsidiar a adequação e a expansão da rede, garantindo sua integralidade e o acesso oportuno aos usuários.

Assim, na IV Macrorregião está organizada com os pontos de atenção da RUE descritos na Tabela 83.

Tabela 83: Pontos de atenção da RUE, porta de entrada, UPA 24h, SAMU e SAD por região de saúde e município na IV Macrorregião de Saúde de Pernambuco, 2023.

Região de Saúde e Município	Hospitalar		UPA 24h	SAMU	Atenção Domiciliar		
	Porta de Entrada	Leitos de Retaguarda		Tipo de Ambulância	EMAD Tipo I	EMAD Tipo II	EMAP
VII – Salgueiro	1	21	-	-	-	-	-
VIII – Petrolina	1	57	1	2 Usa 4 Usb 1 Moto	3	-	1
IX – Ouricuri	1	66	1	-	-	-	-
IV Macrorregião	3	144	2	2 Usa 4 Usb 1 Moto	3	-	1

Fonte: Regulação VII, VIII e IX Regiões de Saúde.

A alta demanda de usuários nos serviços de urgência e emergência tem sido um desafio crescente, inclusive, em termos de complexidade clínica e terapêutica, o que acaba sendo grande justificativa para a superlotação.

Ao mesmo tempo há baixa oferta de portas de entrada, frente à demanda crescente de usuários, sobrecarregando as unidades que permanecem abertas, a exemplo da UPA 24h, de Petrolina, que acaba permanecendo com pacientes internados com tempo de permanência em suas dependências acima do período preconizado de 24 horas.

No desenho da VII Região, foi prevista a implantação de uma UPA 24h municipal em Salgueiro, no entanto, não houve a finalização da obra. Deste modo, a demanda de urgência continua sendo atendida por demanda espontânea no HRIS.

Na IX Região de Saúde o panorama não é muito diferente. Nesse contexto, o fato de não possuir um hospital municipal e uma UPA 24h na sede da região potencializa essa situação. Além disso, observa-se que muitas das demandas direcionadas ao HRFB poderiam ser resolvidas na Atenção Básica.

Por outro lado, os hospitais municipais ou de pequeno porte, encontram-se sobrecarregados por atendimentos de urgência básica que deveriam ser absorvidos na atenção primária e mais contraditório ainda é a baixa taxa de ocupação dos leitos

hospitalares destas unidades hospitalares que precisam ser resolutivas e dar a retaguarda adequada às unidades mais complexas.

4.3.1 Atenção Primária à Saúde na RUE

Os casos de urgência e emergência podem ocorrer em qualquer ponto da rede de atenção à saúde, seja no domicílio ou em vias públicas.

Para que os profissionais de saúde possam prestar assistência no tempo e local certos, com recursos adequados a cada necessidade, é preciso compreender como a rede de atenção está organizada, assim como os fluxos necessários para lidar com essas situações.

O que tem sido observado no atendimento de urgência na macrorregião é um elevado percentual de pacientes vinculados aos serviços e unidades hospitalares, cujos problemas poderiam ser resolvidos em unidades básicas de saúde, centros de saúde e unidades de pronto atendimento (UPA 24h).

A cobertura da Atenção Primária à Saúde na IV Macro segundo parâmetro do Ministério da Saúde é considerada ideal, com percentuais acima de 80%. Porém, a cobertura não reflete diretamente a qualidade da assistência, visto os diversos fatores que nisto influenciam.

As discussões regionais quanto à implementação da APS sugerem fragilidade desta assistência, tendo em vista pontuações quanto à oferta de serviços e equipamentos, disponibilidade de insumos e qualificação profissional, além da sobrecarga de ações que devem ser efetivadas neste âmbito, que, por vezes, desconfiguram seu papel primordial para a prevenção e promoção da saúde.

Outra questão relevante para o pleno funcionamento da APS é o dimensionamento de cobertura populacional para as equipes que a compõem. Segundo a Política Nacional da Atenção Básica (PNAB), aprovada através da Portaria GM/MS n° 2.436, de 21 de setembro de 2017, o parâmetro de população adscrita por equipe de Atenção Básica (eAB) e de Saúde da Família (eSF) é de 2.000 a 3.500 pessoas, localizada dentro do seu território. Neste sentido, a organização de equipes em atenção a populações maiores também pode comprometer a garantia os princípios e diretrizes da Atenção Básica (Brasil, 2017).

Diante do exposto, a existência de uma demanda excessiva pode resultar em longos tempos de espera, também, nos atendimentos de urgência na atenção primária, contribuindo consideravelmente para que os usuários busquem atendimento rápido nos hospitais de porta aberta e UPA 24 horas.

Unindo-se a esses aspectos, a ausência de um sistema eletrônico de prontuário único, contendo registros eletrônicos das informações médicas dos usuários, leva-nos a afirmar que não há um sistema eficiente de referência e contrarreferência entre os pontos de atenção das RAS. Isso compromete a possibilidade de uma integração e comunicação mais eficazes entre os profissionais nos diversos níveis de atenção.

4.3.2 Atenção Secundária na RUE

No nível secundário de atenção à saúde da RUE da IV macrorregião estão as Unidades de Pronto Atendimento (UPA), os hospitais municipais de pequeno e médio porte, CAPS, CEO e outras unidades de atendimento especializado ou de média complexidade. Nesses estabelecimentos são realizados procedimentos de intervenção, tratamento de situações crônicas e de doenças agudas.

A VII Região de Saúde dispõe de 01 Hospital Regional localizado em Salgueiro, 02 Hospitais Gerais localizados um em Belém do São Francisco e outro em Serrita, e 04 unidades mistas distribuídas nos respectivos municípios: Cedro, Mirandiba, Terra Nova e Verdejante.

Possui também 02 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) tipo 1 municipal, sendo um em Salgueiro e outro consorciado Serrita/Cedro. Possui 02 Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) municipais, um em Salgueiro e outro em Cedro. A região não dispõe de Equipe Multiprofissional de Apoio (EMAP) e Serviço de Atenção Domiciliar (SAD).

A VIII Região dispõe de serviços ambulatoriais especializados: 02 CEO, 06 CAPS I, 01 CAPS II, 01 CAPS AD III, 01 CAPSi, 01 SAD, 01 EMAP e 03 Equipe Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD).

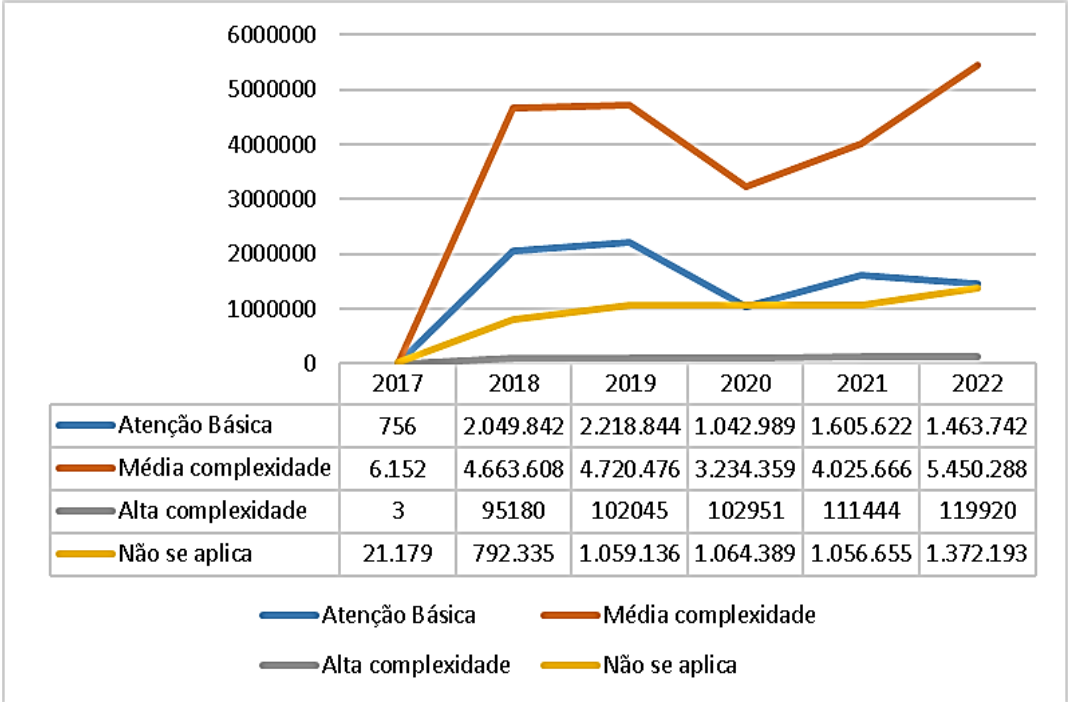
Na IX Região de Saúde os Municípios de Ouricuri, Exu e Parnamirim contam com o Centro de Especialidades Odontológicas, totalizando 01 CEO em cada um desses municípios.

O CEO de Ouricuri foi implantado em 07 de julho de 2014, oferece as especialidades de Endodontia, Cirurgia, Periodontia e atendimento a pacientes especiais. O de Parnamirim, foi implantado em junho de 2016, dispõe das especialidades de Endodontia, Cirurgia Oral e Periodontia.

O CEO de Exu, que é o pioneiro na região, foi implantado em em 10 de outubro de 2009 e oferece quatro especialidades: Endodontia, Periodontia, Cirurgia Oral e atendimento a pacientes especiais.

Na IV Macrorregião de Saúde de Pernambuco foram realizados um total de 36.379.774 atendimentos de urgência, como mostra o gráfico 143, destes, 23% foram atendimentos realizados na Atenção Básica, 61% de média complexidade, 1% foram procedimentos de alta complexidade e 15% não se aplica.

Gráfico 144: Atendimentos ambulatoriais de urgência e emergência por nível de complexidade, na IV Macrorregião de Saúde de Pernambuco, 2018- 2022.



	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Atenção Básica	756	2.049.842	2.218.844	1.042.989	1.605.622	1.463.742
Média complexidade	6.152	4.663.608	4.720.476	3.234.359	4.025.666	5.450.288
Alta complexidade	3	95180	102045	102951	111444	119920
Não se aplica	21.179	792.335	1.059.136	1.064.389	1.056.655	1.372.193

Fonte: Ministério da Saúde - Sistemas de Informação Ambulatoriais do SUS (SIA-SUS), 2023.

4.3.3 Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24h)

A Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24h) faz parte da Rede de Atenção às Urgências. O objetivo é concentrar os atendimentos de saúde de complexidade

intermediária, compondo uma rede organizada em conjunto com a atenção básica e a atenção hospitalar.

Desta forma, a população terá um melhor atendimento à saúde, com menor fila nos prontos socorros de hospitais, e com isso otimizar a capacidade de atendimento do Sistema Único de Saúde (SUS).

É um estabelecimento de saúde de complexidade intermediária, articulado com a Atenção Básica, o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU 192, a Atenção Domiciliar e a Atenção Hospitalar, a fim de possibilitar o melhor funcionamento da RUE.

A UPA 24h oferece estrutura simplificada, com raio-X, eletrocardiografia, pediatria, laboratório de exames e leitos de observação. Nas localidades que contam com UPA, cerca de 97% dos casos são solucionados na própria unidade.

O objetivo da UPA 24h é diminuir as filas nos prontos-socorros dos hospitais, evitando que casos que possam ser resolvidos nas UPA ou UBS sejam encaminhados para as unidades hospitalares. Se necessário, ele pode ser encaminhado para um hospital da rede de saúde, para realização de procedimento de alta complexidade.

O desenho da rede da VII Região contém 01 UPA 24h de porte 1 localizada em Salgueiro. Todos os municípios solicitaram sala de estabilização, no entanto, este componente não foi concretizado na RUE por parte do Ministério da Saúde. O HRIS na rede é porta aberta e classificado como porta de entrada .

Na VIII Região de Saúde o desenho anterior do PAR, o território deveria ser composto por três UPA, sendo uma estadual situada em Petrolina e as outras duas de esfera municipal em Petrolina e Cabrobó. Entretanto, as UPA previstas no PAR da VIII Região de Saúde (Petrolina e Cabrobó) não foram implantadas.

A UPA Tipo II que estava sendo construída no município de Petrolina mudou a finalidade para o Centro de Parto Normal, embasado no Decreto nº9.380/2018 e Portaria nº 3.583/2018, que tratam da readequação da Rede Física do Sistema Único de Saúde, oriunda de investimentos realizados pelos entes federativos com recursos repassados pelo Fundo Nacional de Saúde. A UPA de Cabrobó foi construída, no entanto, também sofreu mudança de finalidade, onde hoje funciona o Hospital Municipal de Cabrobó.

A UPA Dr. Emanuel Alírio Brandão iniciou suas atividades em 2013, UPA 24h (porte 1) no município de Petrolina, sendo a mesma de gestão estadual. Apesar de funcionar em estrutura física única, a unidade conta com dois serviços com perfis distintos, sendo um serviço ambulatorial, a Unidade Pernambucana de Atenção Especializada (UPAE).

Apesar de não estar habilitada pelo Ministério da Saúde, a UPA 24 horas funciona em sua plenitude e até acima de sua capacidade, chegando a ficar com pacientes graves internados por até 28 dias, serviço mantido com recursos estaduais.

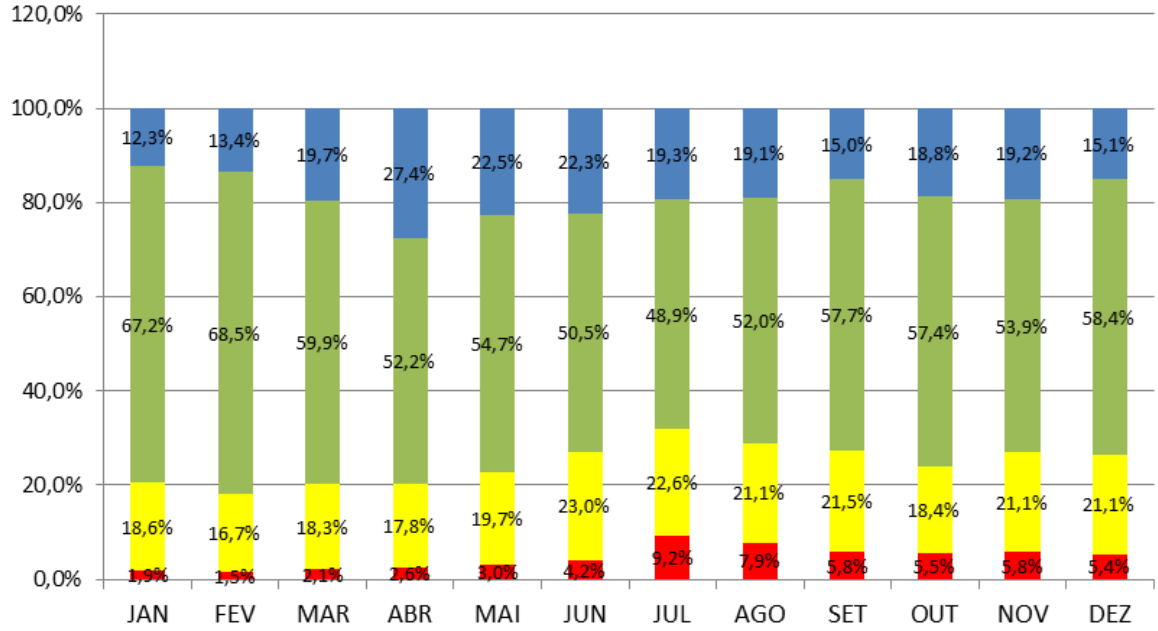
A demanda média de atendimentos diária no serviço de pronto atendimento com classificação de risco foi de 166,8 atendimentos/dia no período de 12 meses. Do total de atendimentos, em média 95%, são de pacientes residentes em Petrolina. É um importante equipamento que compõe a Rede de Urgência e Emergência da região.

Possui pactos e fluxos definidos com o objetivo de garantir o acolhimento aos pacientes, intervir em sua condição clínica e contra referenciá-los para os demais pontos de atenção da RAS, para os serviços da atenção básica, atenção especializada ou para internação hospitalar, proporcionando a continuidade do tratamento com impacto positivo no quadro de saúde individual e coletiva da população desse território.

A UPA 24h tem 04 leitos para atendimento de emergência, classificação vermelha; 12 leitos para urgência, classificação amarela para observação de adulto masculino e feminino; e 01 leito de isolamento para os atendimentos de urgência, por período de até 24 horas (não caracterizando internação hospitalar).

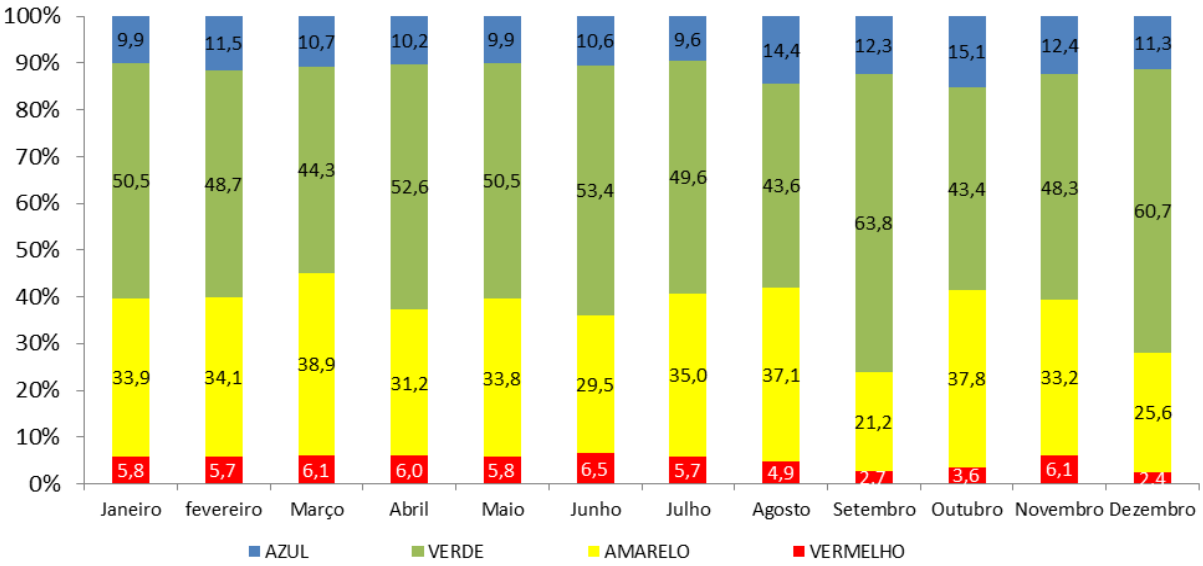
O apoio diagnóstico e terapêutico para pacientes atendidos na unidade e referenciados pela Central de Regulação são: laboratório de patologia clínica de urgência (bioquímica, hematologia, uroanálise); radiologia; eletrocardiograma.

Gráfico 145: Distribuição percentual dos usuários acolhidos com classificação de risco estratificado por cores, na Unidade de Pronto Atendimento – UPA24h Petrolina Dr. Emanuel Alírio Brandão - 2020.



Fonte: Relatório anual de execução do contrato de gestão da UPA24h, 2020. (CABRAL, 2020)

Gráfico 146: Distribuição percentual dos usuários acolhidos na Classificação de Risco, estratificado por cores, na Urgência e Emergência no Hospital Regional Inácio de Sá, 2021.



Fonte: Monitoramento Interno do HRIS, 2021.

Na IX Região de Saúde, apenas o município de Trindade (UPA Sebastião José de Barros) dispõe de UPA 24h, a mesma não trabalha com classificação de risco em formulário eletrônico.

No último trimestre de 2023, foi totalizado um quantitativo de 5.863 atendimentos, destes, houve predominância, respectivamente, de atendimentos “pouco urgentes (3.153)”, “não urgentes (1.541)”, “urgentes (935)”, “muito urgentes (211)” e “emergência (23)”. A unidade conta com aparelhos de Raio X e ECG com laudo, possui boa infraestrutura física e profissionais em diversas áreas de atuação.

Um dos maiores entraves apontados pela unidade são as poucas vagas disponíveis e a demora para acessá-las no Hospital Regional Fernando Bezerra.

O que tem sido observado no atendimento de urgência nas regiões é um elevado percentual de usuários vinculados aos serviços e unidades hospitalares, cujos problemas poderiam ser equacionados em unidades básicas de saúde, centros de saúde e UPA 24h.

4.3.4 Serviço de Atendimento Móvel de Urgência e Corpo de Bombeiros

Atualmente, o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU/192, opera com abrangência municipal na cidade de Petrolina. O SAMU de Petrolina é composto por 01 Unidade de Suporte Avançado (USA), 04 Unidades de Suporte Básico (USB), 01 motolância e 01 Central de Regulação (CR), que desempenham um papel fundamental no atendimento de urgências médicas na região.

Além do SAMU municipal em Petrolina, a região conta com um serviço de resgate realizado pelo Corpo de Bombeiros, que contribui para a assistência em emergências.

Apesar da aprovação em CIB para o processo de regionalização do SAMU da IV Macrorregião de Saúde ser sediado por Petrolina, sendo uma referência macrorregional para a VII, VIII e IX Região de Saúde, em 2017 a gestão municipal recuou da decisão, decidindo por não dar continuidade a implantação da Central de Regulação Macrorregional.

Em agosto de 2023 a SES/PE juntamente com o COSEMS e gestores municipais vem discutindo o avanço da regionalização do SAMU nesta

macrorregião, tendo em vista a necessidade de complementação do serviço dentro da RUE na região.

O Quadro 7 mostra a produção ambulatorial do SAMU Petrolina, onde percebe-se o aumento gradual nos procedimentos realizados.

Quadro 7: Número total de atendimentos de urgência registrados pela central de regulação do SAMU Petrolina, por tipo de procedimento. VIII Região de Saúde 2022.

Procedimentos	Quantidade (N)
SAMU 192: Atendimento das chamadas recebidas pela central de regulação das urgências	56.741
SAMU 192: Atendimento pré-hospitalar móvel realizado pela equipe da unidade de suporte avançado de vida	1.107
SAMU 192: Atendimento pré-hospitalar móvel realizado pela equipe de suporte básico de vida terrestre	6.805
regulação médica de urgência da central SAMU 192 c/ acionamento de múltiplos meios	7.064
SAMU 192: Envio de unidade de Suporte Avançado de Vida Terrestre (USA) e/ou Aquático (equipe de embarcação)	1.619
SAMU 192: Envio de unidade de Suporte Básico de Vida Terrestre (USB) e/ou Aquático (equipe de embarcação)	6.526
SAMU 192: Atendimento das chamadas recebidas pela Central de Regulação das Urgências com orientação	6.949
Remoção em ambulância de simples transporte (ambulância tipo A)	314
SAMU 192: Transporte inter-hospitalar pela unidade de Suporte Avançado de Vida Terrestre (USA)	6
SAMU 192: Transporte inter-hospitalar pela Unidade de Suporte Básico de Vida Terrestre (USB)	13
TOTAL	**87.144**

Fonte: MS/SIA/SUS, 2023.

4.3.5 Serviço de Atenção Domiciliar (SAD)

O Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) é responsável pelo gerenciamento e operacionalização das Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD) e

Equipes Multiprofissionais de Apoio (EMAP), subdivididas em tipos, conforme sua composição profissional.

Considerando ser pré-requisito para a implantação do SAD o serviço SAMU 192, apenas a VIII Região dispõe deste serviço implantado no município de Petrolina, sendo 3 EMAD Tipo I e 1 EMAP.

4.3.6 Atenção Terciária

A atenção terciária à saúde destaca-se por sua complexidade e abrangência, uma vez que está voltada para o tratamento de doenças de maior gravidade e demanda intervenções especializadas, sendo importante ressaltar os desafios que permeiam a atenção terciária à saúde.

A escassez de recursos, a demanda crescente por serviços especializados e a distribuição desigual de profissionais em determinadas regiões são obstáculos a serem superados. Investir na expansão da capacidade assistencial, na qualificação profissional e em sistemas eficazes de gestão torna-se imperativo para garantir que todos os indivíduos tenham acesso a um atendimento terciário de qualidade.

No contexto contemporâneo, a atenção terciária à saúde também enfrenta mudanças impulsionadas pela tecnologia.

A telemedicina, por exemplo, emerge como uma ferramenta valiosa para ampliar o alcance dos serviços especializados, facilitando a consulta remota e otimizando o acompanhamento de pacientes em regiões remotas ou com limitações de mobilidade.

Em relação aos procedimentos ambulatoriais de alta complexidade, destacam-se a quimioterapia, a radioterapia, a hemoterapia, a ressonância magnética e a medicina nuclear, além do fornecimento de medicamentos excepcionais, como próteses ósseas, marca-passos, stent cardíaco, entre outros.

4.3.7 Terapia Renal Substitutiva (TRS)

A Doença Renal Crônica (DRC) representa um significativo problema para a saúde pública, especialmente em países em desenvolvimento, por tratar-se de doença de curso prolongado, exige disponibilidade de recursos econômicos para a

manutenção dos pacientes que necessitam de diferentes formas de terapias renais substitutivas (TRS).

Além disso, constitui um desafio para os profissionais de saúde realizar o diagnóstico precoce, por ter uma evolução assintomática na maioria das vezes, ter múltiplos fatores de risco e ser multicausal.

Aliada a descoberta tardia da DRC, percebem-se algumas fragilidades no cuidado como: a desarticulação e fragmentação das RAS, a dificuldade de acesso geográfico dos usuários para a realização da terapia, barreiras socioeconômicas e culturais.

Esses fatores apontam para a necessidade de fortalecer a atenção integral ao portador de doença renal nas redes de saúde. Assim, buscando garantir acesso e continuidade do cuidado em todos os níveis da assistência, desde a atenção primária até a terciária.

Conforme informações das GERES e Clínicas de Hemodiálise, na IV Macrorregião de saúde existem 03 clínicas que oferecem os serviços de hemodiálise e diálise, com um total de 525 usuários em atendimentos em 2023.

Na VII Região de Saúde o IMIP Salgueiro realiza os procedimentos de hemodiálise, com capacidade instalada para 210 pacientes e 35 pacientes por turno.

Em 2023 realizou atendimento a 163 usuários. Instalado em Araripina, o Centro de Nefrologia do Araripe, na IX Região de Saúde, possui capacidade para atender 204 usuários, sendo 3 por turno e em 2023, foram 162 pacientes em hemodiálise na unidade.

Entretanto, é na VIII Região de Saúde, exatamente a mais populosa, que se apresenta a maior dificuldade de garantia de acesso aos pacientes com necessidade de hemodiálise, a Clínica do Rim de Petrolina funciona nos 3 turnos e está com sua capacidade instalada atual esgotada para admitir novos pacientes. A tabela 84 traz a capacidade instalada dos serviços de terapia renal substitutiva na IV Macrorregião de Saúde de Pernambuco.

Tabela 84: Capacidade Instalada dos serviços de Terapia Renal Substitutiva na IV Macrorregião de Saúde de Pernambuco, 2023.

Região de saúde	Estabelecimento	Máquinas de hemodiálise (CNES)	Máquinas de hemodiálise SUS	Turnos de atendimento	Nº de pacientes em atendimento (jan/24)
VII	IMIP - Salgueiro	36	36	3	162
VIII	Clinica do rim – Petrolina	38	26	3	201
IX	Centro de Nefrologia do Araripe	36	34	3	162

Fonte: Centrais de Regulação Ambulatorial das GERES, 2024.

Considerando a dificuldade de acesso dos pacientes de Pernambuco (PE) que encontravam-se de alta hospitalar nas unidades de referência da Rede PEBA, e dando condições para dar continuidade no tratamento de hemodiálise a nível ambulatorial na IV macrorregião de Pernambuco, em 13 de novembro de 2017, essa dificuldade foi pauta na reunião da CRIE PEBA, onde a SMS de Juazeiro através do Ofício Circular SMS/GAB Nº 007 em 22 de novembro de 2017 enviou o fluxo de acesso para os pacientes de alta hospitalar de PE.

Com indicação de Diálise Crônica para a CLINEFRO localizada em Juazeiro/BA e estipulando um quantitativo de 05 pacientes/mês regulados através do Sistema de Regulação SISNEFRO-BA. A tabela 85 apresenta o consolidado dos pacientes da IV Macrorregião de Saúde encaminhados para clinefro de Juazeiro (BA) via sistema de regulação SISNEFRO.

Tabela 85: Consolidado dos pacientes encaminhados para Clinefro de Juazeiro (BA) via sistema de Regulação SISNEFRO, municípios da VIII Região de Saúde, Pernambuco, 2022 - 2023.

Município de Origem	2022	2023
Afrânio	1	-
Cabrobó	4	-
Dormentes	2	1
Lagoa Grande	2	-
Orocó	-	-

Petrolina	45	46
Santa Maria da Boa Vista	4	2
Total	**58**	**49**

Fonte: Centrais de Regulação Ambulatorial da VIII GERES.

Tabela 86: Quantitativo e origem dos pacientes atendidos no IMIP – Salgueiro, serviço de referência de Terapia Renal Substitutiva na IV Macrorregião de Saúde de Pernambuco, Sagueiro, 2024.

Município de Residência	Pacientes (N)	Estado
Belém do São Francisco	16	Pernambuco
Cabrobó	13	
Carnaubeira da Penha	4	
Cedro	2	
Floresta	5	
Mirandiba	6	
Orocó	1	
Parnamirim	11	
Salgueiro	54	
Santa Cruz	2	
Santa Maria da Boa Vista	3	
São José do Belmonte	13	
Serra Talhada	1	
Serrita	12	
Terra Nova	8	
Verdejante	5	
Total	**156**	
Abaré	6	Bahia
Total	6	
Total Geral	**162**	

Fonte: Centrais de Regulação Ambulatorial da VIII GERES.

Tabela 87: Quantitativo e origem dos pacientes atendidos Clínica do Rim, serviço de referência de Terapia Renal Substitutiva na IV Macrorregião de Saúde de Pernambuco, Petrolina, 2024.

Município de Residência	Pacientes (N)	Estado
Santa Maria da Boa Vista	12	Pernambuco
Afranio	7	
Dormentes	8	
Cabrobó	5	
Santa Filomena	2	
Lagoa Grande	7	
Santa Cruz	1	
Ouricuri	1	
Petrolina	145	
Total		188
Uauá	2	Bahia
Casa Nova	1	
Juazeiro	7	
Sobradinho	3	
Total		13
Total Geral		**201**

Fonte: Centrais de Regulação Ambulatorial da VIII GERES.

Tabela 88: Quantitativo e origem dos pacientes atendidos na Clínica de Nefrologia do Araripe, serviço de referência de Terapia Renal Substitutiva na IV Macrorregião de Saúde de Pernambuco, Ouricuri, 2024.

Município de Residência	Pacientes (N)	Estado
Ouricurí	39	Pernambuco
Santa Filomena	10	
Trindade	19	
Bodocó	18	

Araripina	38	
Ipubi	17	
Santa Cruz	1	
Parnamirim	1	
Granito	2	
Total	145	
Marcolândia	9	Piauí
Simões	8	
Total	17	
Total Geral	**162**	

Fonte: VIII GERES e Prestadores.

A estrutura hospitalar da IV Macrorregião de Saúde para atendimentos de urgência e emergência está composta por serviços de pequeno porte, onde conta com pronto atendimento para casos leves e moderados e serviços de alta complexidade com abrangência interestadual, sendo serviços de porta aberta para entrada de urgência e emergência os hospitais municipais de pequeno e médio porte conforme apresentados no tabela xx abaixo.

Tabela 89: Unidades hospitalares e unidades mistas para atendimentos de urgência e emergência por Região de Saúde e por município, IV Macrorregião de Saúde de Pernambuco, 2023

Região de Saúde	Municípios	Nome Hospital/Unidade Mista	Leitos (N)	Tipo de Gestão
VII	Belém do São	Hospital Dr. José Alventino Lima	23	Municipal
	Cedro	Unidade Mista José Urias Novaes	18	Municipal
	Mirandiba	Unidade Ana Alves de Carvalho	17	Municipal
	Salgueiro	Pronto Socorro São Francisco	37	Dupla
		Hospital Regional Inácio de Sá	129	Estadual
	Serrita	Hospital Geral Imaculada Conceição	31	Municipal
	Terra Nova	Unidade Mista Joaquina de Sá Parente	9	Municipal
	Verdejante	Unidade Adelaide Tavares de Sá	15	Municipal
VIII	Afrânio	Hospital Municipal Maria Coelho	46	Municipal

	Cabrobó	Hospital Arnaldo Vasconcelos de	79	Municipal
	Dormentes	Hospital Municipal Nossa Senhora da Paz	28	Municipal
	Lagoa Grande	Hospital Municipal José Henrique de Lima	35	Municipal
	Orocó	Hospital Municipal Eulina de Novaes	30	Municipal
	Santa Maria da Boa Vista	Hospital Municipal Monsenhor Ângelo Sampaio	45	Municipal
IX	Araripina	Hospital e Maternidade Santa Maria		Dupla
	Bodocó	Hospital Municipal Eulina Lócio de Alencar	29	Municipal
	Exu	Hosp Municipal José Pinto Saraiva		Municipal
	Granito	Hospital Municipal Maria Senhorinha de Souza	19	Municipal
	Ipubi	Hospital Municipal Marcelino da Silva Mudo	8	Municipal
		Unidade Mista de Serrolândia	9	Municipal
	Moreilândia	Hospital Municipal Dr José Miranda Filho	25	Municipal
	Ouricuri	Hospital Regional Fernando Bezerra	135	Estadual
	Parnamirim	Unidade Mista Raimunda de Sá Barreto Cabral	28	Municipal
	Santa Cruz	Hospital Municipal João Rodrigues de Souza	33	Municipal
	Santa Filomena	Hospital Municipal de Santa Filomena	18	Municipal
	Trindade	Hospital Municipal Maria Veneri	22	Municipal
IV Macrorregional				**596**

Fonte: CNES, 2023.

Nos municípios sede das Regiões de Saúde concebem as principais referências terciárias da RUE. Em Petrolina, HU-Univasf e HDM/Petrolina, HRIS em Salgueiro e o HRFB em Ouricuri.

Sendo que estes constituem também referência para a assistência hospitalar como único suporte nas situações de urgência e de emergência para a população em virtude dos municípios de Salgueiro, Petrolina e Ouricuri não dispor de hospital municipal.

As portas de entrada hospitalar de urgência e emergência são pontos estratégicos para o desenho da RUE na IV Macrorregião, segundo os critérios da Portaria MS/GM nº 2.395, de 11 de outubro de 2011 (Brasil, 2011), são:

O Hospital Universitário da Universidade Federal do Vale do São Francisco (HU/UNIVASF) em Petrolina é referência para atenção às urgências e emergências em neurologia/neurocirurgia (alta complexidade), traumato-ortopedia (alta complexidade), cirurgia geral, cirurgia vascular, cirurgia buco-maxilo-facial e clínica médica, sendo a sua abrangência macrorregional interestadual Rede PE/BA.

Em 2023, o HU apresentou médias de 3.179 atendimentos de urgência e emergência/mês, 680 atendimentos de acidentes por transportes terrestres (ATT) /mês, 754 internações/mês, 7,1 dias de média de permanência/mês e taxa de ocupação de 125%/mês, apresentando a superlotação como um dos maiores desafios.

É habilitado para atendimento de média e alta complexidade, porém, atende demanda emergencial espontânea e regulada com elevado percentual de atendimentos não urgentes de menor complexidade.

A baixa resolutividade na atenção primária, a ausência de unidades de primeiro atendimento ao trauma e déficit de leitos clínicos de retaguarda nas duas principais cidades da região (Juazeiro/BA e Petrolina/PE), bem como, ausência de unidades de referências em atendimento emergencial para algumas especialidades (oftalmologia, otorrinolaringologia, cardiovascular, pequenas cirurgias, endoscopia), podem ser algumas das causas que impactam diretamente nesses indicadores.

É necessário rediscutir e atualizar o papel das unidades assistenciais em todos os níveis de atenção, com ampliação de novos serviços e especialidades que atendam às necessidades da população, evitando o processo regulatório para as capitais de ambos os estados.

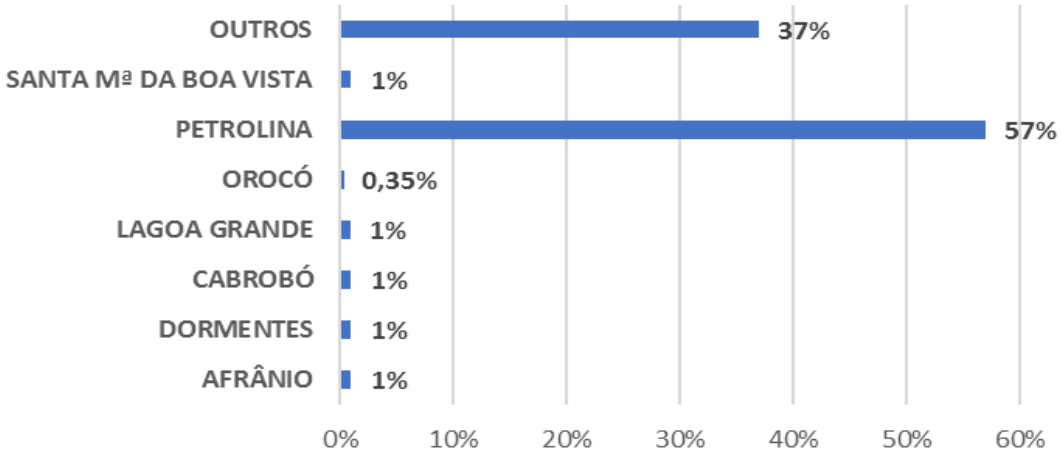
Outro desafio atual, tem sido a dificuldade de fixação de profissionais de algumas especialidades como neurocirurgia e anestesiologia.

A perda de referência de neurocirurgia na região, contribuiu para o aumento do número de transferências de pacientes para as capitais, elevando os riscos quanto à recuperação e segurança dos pacientes e os custos para os serviços públicos de saúde.

Já o déficit de anestesistas, impacta diretamente na redução de turnos cirúrgicos, na produção cirúrgica, no aumento do tempo de permanência, no aumento de leitos extras e consequentemente, na superlotação e sobrecarga de trabalho dos profissionais.

O modelo de atenção à saúde, no âmbito da assistência hospitalar, na região PEBA, precisa ser centrado no cuidado ao usuário e na organização por linhas de cuidado, de forma horizontalizada, multiprofissional, intersetorial, interdisciplinar, com ações que vão desde a educação em saúde, passando por medidas de prevenção de agravos, até a garantia da integralidade assistencial.

Gráfico 147: Informações sobre acolhimento nas portas de entrada, Hospital Universitário – Universidade do Vale do São Francisco (HU/UNIVASF) segundo o município, VIII Região de Saúde, Petrolina, 2023.



Fonte: HU-Univasf, 2023.

O Hospital Regional Inácio de Sá (HRIS) em Salgueiro que funciona sob a gestão Estadual, atendendo casos de média complexidade e que se constitui na referência terciária regional, com atendimentos ininterruptos nas especialidades de clínica médica, cirurgia geral, traumatologia, pediatria e obstetrícia.

Em Ouricuri o Hospital Regional Fernando Bezerra – HRFB é de gestão estadual referência para os serviços de média complexidade, com atendimentos contínuos e ininterruptos de cunho especialista em clínica médica, cirurgia geral, traumatologia, pediatria e obstetrícia.

A alta demanda de usuários nos serviços de urgência e emergência tem sido um desafio crescente, inclusive, em termos de complexidade clínica e terapêutica, o que acaba sendo justificativa para a superlotação.

Um dos fatores que vêm contribuindo com a superlotação no serviço de urgência e emergência do HRFB relaciona-se com o grande número de demandas que poderiam ser solucionadas na atenção básica.

A situação é potencializada pelo fato do município sede não dispor de um hospital municipal. Além disso, fatores pontuais relacionados à Regulação, como por exemplo, o envio de pacientes sem prévia autorização da Central de Regulação, também contribuem com o processo de superlotação.

Ao elencar os principais problemas do HRFB como porta de entrada das urgências e emergências, um fator importante a ser ressaltado é a redução da capacidade instalada devido à construção de espaço físico destinado à instalação do tomógrafo, a reforma das enfermarias para instalação de hemodiálise e a construção do repouso médico.

É importante destacar também, a necessidade de um programa efetivo de interiorização, ampliação da cobertura das ações e serviços de saúde,e reorganização da atenção básica na região.

A emergência funciona com classificação de risco dentro dos parâmetros propostos pela Política Nacional de Humanização do Ministério da Saúde através do sistema SMART baseado no Protocolo Manchester.

Os pacientes são classificados de acordo com a gravidade e queixas para as especialidades de clínica médica, ortopedia, cirurgia e pediatria. Em média 42,3% dos atendimentos são classificados como verde (pouco urgente), 37,3% amarelo (urgente),7,9% laranja (muito urgente), 2,4 % vermelho (emergente) e 10,3 % azul (não urgente).

Os pacientes classificados como verde e azul podem ser atendidos nas unidades de saúde próximas ao local de sua residência o que corrobora a necessidade de uma melhor resolutividade na atenção básica.

Apesar do HDM não receber o incentivo financeiro de porta de entrada da RUE, o serviço é a principal referência para assistência de urgência e emergência obstétrica e pediátrica de alta complexidade com abrangência macrorregional interestadual Rede PE/BA.

Assim também, o IMV e o HDT, respectivamente referência em cardiologia e oncologia de alta complexidade para a IV Macrorregião funcionam como porta fechada, mas recebem urgência e emergência reguladas pela CRIL/PEBA.

Dessa forma o HDM enfrenta dificuldades por ser a referência da macrorregional interestadual, necessitando de ajustes na regionalização para que não seja um instrumento apenas de regulação, mas também, em direção a universalidade, integralidade e à equidade.

4.3.8 Leitos Retaguarda

Com a implantação dos Leitos Retaguarda (LR) pela Portaria Nº 2.395, de 11 de Outubro de 2011**,** os municípios puderam contar com um incentivo financeiro que possibilitou estruturar as unidades hospitalares e qualificar o atendimento, melhorando a assistência aos usuários e sua vinculação ao hospital de origem, reduzindo as transferências para as unidades de referência, que se encontram frequentemente superlotadas.

Além disso, favoreceu a transferência de pacientes estáveis clinicamente, dos hospitais de maior complexidade para as unidades com LR implantados, possibilitando a rotatividade e otimização de leitos.

A implementação dos LR proporcionou aos municípios um incentivo financeiro que viabilizou a estruturação das unidades hospitalares e a melhoria na qualidade do atendimento. Isso resultou em benefícios diretos para os usuários, fortalecendo sua vinculação ao hospital de origem e reduzindo as transferências para as unidades de referência, que frequentemente enfrentam superlotação.

Além disso, essa iniciativa facilita a transferência de usuários clinicamente estáveis dos hospitais de maior complexidade para as unidades que contam com LR, permitindo uma gestão mais eficiente dos leitos por meio da otimização e rotatividade dos leitos.

Embora ainda existam algumas fragilidades a serem superadas, como a taxa de ocupação de leitos e o tempo médio de permanência abaixo dos parâmetros estabelecidos para os leitos de retaguarda.

Quadro 8: Distribuição dos Leitos, Monitoramento da Taxa de Ocupação Hospitalar (TOH) e do Tempo Médio de Permanência (TPM) dos Leitos de Retaguarda, segundo o município por Região de Saúde, IV Macrorregião de Saúde, Pernambuco, 2019-2021.

Região de Saúde	Município	Hospital	Leitos de Retaguarda (N)	Indicadores por ano					
				2019		2020		2021	
				TOH (25%)	TMP (10D)	TOH (25%)	TMP (10D)	TOH (25%)	TMP (10D)
VII	Belém do São Francisco	Hospital Dr. José Alventino Lima	21	85%	4,25	50%	4,83	43%	6,8
	Salgueiro	Pronto Socorro São Francisco		88%	5,92	82%	6,42	67%	6,6
	Serrita	Hospital Geral Imaculada Conceição		89%	9,67	90%	10,75	26%	8,4
VIII	Afrânio	Hospital Municipal Maria Coelho Cavalcanti Rodrigues	57	117%	8	79%	6	67%	6
	Cabrobó	Hospital Arnaldo Vasconcelos de Alencar		92%	10	89%	11	94%	10
	Dormentes	Hospital Municipal Nossa Senhora da Paz		97%	8	66%	9	66%	9
	Lagoa Grande	Hospital Municipal Jose Henrique de Lima		85%	9	36%	7	41%	7
	Petrolina	Hospital Dom Tomas		90%	9	96%	8	95%	7
	Santa Maria da Boa Vista	Hospital Municipal Monsenhor Ângelo Sampaio		97%	8	91%	10	64%	5

IX	Araripina	Hospital Santa Maria	66	128%	10	80%	7	28%	6
	Bodocó	Hospital Municipal João Rodrigues de Souza		89%	6	82%	6	47%	5
	Exu	Hosp Municipal Jose Pinto Saraiva		81%	7	71%	7	81%	8
	Ipubi	Hospital Municipal Marcelino da Silva Mudo		97%	7	75%	7	33%	6
	Parnamirim	Unidade Mista Raimunda de Sá Barreto Cabral		82%	9	53%	7	46%	8
	Santa Cruz	Hospital Municipal João Rodrigues de Souza		76%	8	70%	7	78%	7
IV Macrorregião			**144**	**87%**	**7,92**	**69%**	**7,6**	**55%**	**7,05**

Fonte: CRIL, 2023.

Conforme a Portaria Nº 2.395, de 11 de Outubro de 2011 os leitos de retaguarda são monitorados segundo parâmetros hospitalares. Dentre os indicadores analisados, encontram-se o parâmetro mínimo de ocupação de 85% e o tempo máximo de permanência de dez dias para manutenção dos leitos.

Considerando os dados da IV Macrorregião de Saúde no período de 2019 a 2021, nota-se que no ano de 2019 a média de internamentos alcançou o percentual recomendado, apresentando média de 87%.

No entanto, ao longo dos anos houve decréscimo na TOH, em 2020 e 2021 apresentaram respectivamente 69% e 55%, valores abaixo dos parâmetros recomendados pelo MS (quadro 08).

Nos Plano de Ação Regional da RUE (PAR/RUE) da VII, VIII e IX regiões, foi proposto a implantação dos Leitos de Retaguarda com perfil clínico, com o objetivo de melhorar a resolutividade no próprio serviço garantindo a retaguarda nos internamentos de média complexidade e otimizar os leitos dos hospitais de maior complexidade.

Essa reorganização do componente hospitalar se deu através da ampliação e qualificação dos leitos clínicos nos municípios da macrorregião. Apesar de não atingir o grau pleno de implantação de acordo com o PAR, a Tabela abaixo apresenta o cenário atual deste componente na IV Macrorregião de Pernambuco.

A VII Região de Saúde, conforme Portaria GM/MS 2.395 de 11 de outubro de 2012, dispõe de 21 Leitos de Retaguarda, distribuídos conforme Resolução repactuada da CIB 2.834 de 27 de janeiro de 2016 (06 em Belém do São Francisco, 06 em Salgueiro e 09 em Serrita).

Na VIII Região de Saúde foram redistribuídos 10 leitos para as unidades hospitalares de Cabrobó e Lagoa Grande, de acordo com a Resolução CIR VIII Região de Saúde, nº 274, de 11 de novembro de 2015, que inicialmente estavam previstos para o município de Petrolina, conforme parecer técnico nº 1.193/2013 do Plano de Ação Regional da VIII Região de Saúde.

O município de Orocó não foi contemplado com leitos de retaguarda porque não possuía os critérios previstos na Portaria Nº 2.395, de 11 de outubro de 2011.

Através da portaria n° 2.358 de 27 de outubro de 2014, foi estabelecido recursos para implantação de leitos de retaguarda na IX Região de Saúde nos municípios de Exu, Ipubi e Parnamirim (Brasil, 2014).

Considerando que o município de Moreilândia receberia recursos para implantação de 9 leitos clínicos de retaguarda, e que o Hospital Municipal Doutor José Miranda Filho situado no município não conseguiu implantá-los por não possuir condições técnicas favoráveis para prestar assistência, houve o remanejamento dos 9 leitos de Moreilândia através de pactuação da CIR n° 10/2015 para os municípios de Bodocó, Ipubi e Santa Cruz.

Em 2019 os municípios de Ipubi e Trindade foram contemplados com 9 leitos de retaguarda, 5 em Trindade e 4 em Ipubi de acordo com a Portaria n° 3.720 de 23 de dezembro de 2019.

Ressalta-se que os leitos de Trindade foram implantados em 2022, portanto, na IX região de saúde foram implantados 75 leitos de Retaguarda sendo que 53,33% destes estão localizados no município de Araripina, no hospital e maternidade Santa Maria (filantrópico).

A regulação dos Leitos de Retaguarda era feita anteriormente através da Central de Regulação Interestadual de leitos – CRIL por e-mail, mas no final de 2021 eles passaram a ser regularizados via Central de Regulação de Pernambuco CERPE, através do sistema MV, desde o momento desta mudança as regionais e municípios deixaram de receber o monitoramento das internações dos leitos de retaguarda na macrorregião o que fragiliza o monitoramento da utilização dos leitos.

4.3.9 Leitos de UTI

Quadro 9: Identificação da necessidade de leitos UTI pediátrico segundo portaria GM/1101/2002 por Região de Saúde, na IV Macrorregião de Saúde de Pernambuco, 2023.

Regiões de Saúde	Município	População Residente[1]	População SUS Dependente [2]	Necessidade UTI Pediátricos[3]	Oferta	Déficit
VII	Salgueiro	141.653	125.505	54	3	1
VIII	Petrolina	531.226	451.542	196	4	12
IX	Ouricuri	343.050	291.593	127	20	-
IV Macrorregião		**672.879**	**868.640**	**377**	**27**	**13**

Fontes: [1] IBGE/cidades, 2022; [2] SES/PE (0,41 leitos para cada 1000 hab); [3] Portaria GM/MS 1101/2002 (Número absoluto de leitos sobre total da população + fator de ajuste (5,83%) + 8% sobre os leitos pediátricos hospitalares); CNES, 2023; DGAIS, 2019.

Quadro 10: Identificação da necessidade de leitos UTI neonatal segundo portaria GM/1101/2002 por Região de Saúde, na IV Macrorregião de Saúde de Pernambuco, 2023.

Regiões de Saúde	Município	Número de Nasc. Vivos (2015)[1]	Nasc. Vivos SUS Dependente [2]	Necessidade UTI Neonatal[3]	Oferta	Déficit
VII	Salgueiro	2.263	1.924	3,8	7	1
VIII	Petrolina	8.644	7.347	14,7	6	12
IX	Ouricuri	5.629	4.785	9,6	10	-
IV Macrorregião		**672.879**	**16.536**	**14.056**	**28,1**	**23**

Fontes: [1] Sinasc, 2015; [2] Ses/Pe (85% População); [3] Portaria Gm/Ms 1101/2002 (2 Leitos/1000 Nv Sus Dependente); Cnes, 2023; Dgais, 2019.

Quadro 11: Identificação da necessidade de leitos UTI Adulto segundo portaria GM/1101/2002 por Região de Saúde, na IV Macrorregião de Saúde de Pernambuco, 2023.

Regiões de Saúde	Município	População Residente[1]	População SUS Dependente [2]	Necessidade UTI Adulto[3]	Oferta	Déficit
VII	Salgueiro	147.653	125.505	27	20	7
VIII	Petrolina	531.226	451.542	96	43	53
IX	Ouricuri	343.050	291.593	62	30	32
IV Macrorregião		**672.879**	**1.021.929**	**868.640**	**185**	**93**

Fontes: [1] IBGE/cidades, 2022; [2] SES/PE (85% da população); [3] Portaria GM/MS 1101/2002 (Número absoluto de leitos sobre total da população (2,5 leitos para cada 1000 hab + fator de ajuste (5,83%) + 8% sobre leitos hospitalares); CNES, 2023; DGAIS, 2019.

A IV Macrorregião dispõe de 93 leitos de UTI credenciados ao Sistema Único de Saúde (SUS), distribuídos entre as três regiões, conforme indicado na Tabela XX. Considerando o parâmetro mínimo estabelecido pela Portaria n.º 1101/GM/MS de 12 de junho de 2002, que preconiza a proporção de 2,5 leitos para cada 1000 habitantes, constata-se que a IV Macrorregião de Saúde apresenta um déficit expressivo em suas capacidades.

Especificamente, há um déficit de 13 leitos de UTI pediátricos, 08 de UTI neonatal e um déficit ainda maior de 92 leitos de UTI Adulto, todos vinculados ao SUS.

Essa situação ressalta a necessidade premente de investimentos e estratégias para ampliação desses leitos, visando atender adequadamente às demandas da população e fortalecer o sistema de saúde na região.

Quadro 12: Distribuição dos leitos de UTI por Região de Saúde, na IV Macrorregião de Saúde de Pernambuco, 2023.

Município		Unidade	Esfera	Gestão	Perfil	Total Leitos	Total UTI	UTI Adulto	UTI Pediátrico	UTI Neo	Complementar
VII Região de Saúde	Salgueiro Salgueiro	Hospital Regional Inácio de Sá	Pública Estadual	Estadual	Hospital Geral (Emergências Clínica, Obstetrícia, Pediátricas, Ortopédicas e Psiquiátricas)	120	20	10	3	7	5 Neonatal; 1 Isolamento
		Pronto Socorro São Francisco	Privado Conveniado ao SUS	Dupla	Hospital Geral (Urgências Clínicas, Cirúrgica, Pediatria)	62	10	10	-	-	10 UTI Adulto
	Total					172	30	20	3	7	16
VIII Região de Saúde	Petrolina	Hospital Dom Malan	Pública Estadual	Estadual	Hospital Especializado (Atenção Integral à Mulher e à Criança. Urgências Materno Infantil de Alto Risco)	256	20	10	4	6	8 Neonatal Canguru; 27 Neonatal Convencional; 10 UTI Adulto; 6 UTI Neonatal; 4 UTI Pediátrico
		Hospital de Ensino Dr. Washington Antonio de Barros	Pública Federal	Municipal	Hospital Geral (Urgências/Emergência Traumato Ortopédicas, Cirurgia Geral, Clínica Médica, Neurologia)	150	21	21	-	-	21 UTI Adulto
		Hospital Dom Tomás	Filantrópico	Dupla	Hospital Especializado - Unacon e Unidade de Retaguarda	62	4	4	-	-	4 UTI Adulto

		Instituto Memorial do Vale (IMV)	Privado Conveniado ao SUS	Dupla	Hospital Geral - Média e Alta Complexidade Cardiologia	22	8	8	-	-	8 UTI Adulto
	Total					490	53	43	4	6	33
IX Região de Saúde	Ouricuri	Hospital Regional Fernando Bezerra	Pública Estadual	Estadual	Hospital Geral (Emergências Clínicas, Cirúrgica, Obstétrica, Neonatal, Pediátrica e Trauma Ortopédicos)	96	10	10	-	-	10 UTI Adulto
	Araripina	Hospital e Maternidade Santa Maria	Filantrópico	Dupla	UTI Clinica e UTI Neonatal e Pediátrica SRAG	239	50	20	20	10	20 UTI Adulto; 20 UTI Pediátrica; 10 UTI Neonatal
	Total					335	60	30	20	10	60
IV Macrorregião						**768**	**131**	**93**	**27**	**23**	**109**

*10 leitos de UTI em funcionamento não habilitados ao SUS, porém mantidos pela SES. Fonte: CNES, 2023.

No que diz respeito aos leitos complementares, especialmente os de UTI neonatal, UCI e UTI adulto tipo II, destaca-se que a VIII Região apresenta o cenário mais desafiador em comparação com as demais regiões que compõem a IV Macrorregião de Saúde.

Dos 43 leitos de UTI adultos existentes, 10 são destinados às especialidades da saúde da mulher e 04 para a área de oncologia, 08 para cardiologia, restando apenas 21 leitos para UTI adulto geral.

Importante ressaltar que essas vagas estão disponíveis para a rede de referência interestadual, que atende uma população de 2.105.017 habitantes, revelando um quantitativo insuficiente para suprir a demanda referenciada para leitos de UTI geral.

Além disso, destaca-se que, na Região Interestadual do Médio do Vale do São Francisco, apenas o Hospital Dom Malan dispõe de leitos de UTI para atender aos usuários da rede materno-infantil da VIII Região de Saúde, oferecendo 10 leitos de UTI adulto para assistência a mulher, 6 leitos de UTI neonatal e 4 leitos pediátricos.

Essa configuração reforça a necessidade de um cuidadoso planejamento e investimentos na expansão e qualificação dos leitos de UTI, especialmente na VIII Região de Saúde, a fim de atender de forma eficiente às demandas da população.

4.3.10 Leitos Integrais de Saúde Mental

No contexto das urgências psiquiátricas, é importante destacar a carência de leitos integrais nas VIII Região de Saúde, uma vez que a implementação dos leitos propostos na pactuação regional da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) não foi concretizada. A carência dos equipamentos fragiliza a condução da atenção á crise neste território.

Diante desse cenário, o serviço de urgência psiquiátrica é atualmente utilizado no Hospital Regional Inácio de Sá, localizado no município de Salgueiro-PE, que disponibiliza 10 leitos integrais para acesso de toda a IV Macrorregião. Além disto, o Hospital e Maternidade Santa Maria, em Araripina, dispões de 6 leitos integrais de saúde mental, mas com regulação específica para a IX Região de saúde.

O Sanatório Nossa Senhora de Fátima, localizado em Juazeiro, estado da Bahia, oferece 75 leitos de psiquiatria e ainda tem sido utilizado como oferta assistencial, mesmo não configurando um serviço preconizado pelas normativas vigentes para leitos integrais em saúde mental. O acesso aos serviços mencionados é regulado por meio da Central de Regulação Interestadual de Leitos (CRIL).

A qualidade hospitalar não resulta apenas do funcionamento isolado de uma instituição, mas sim de sua integração em redes, desempenhando um papel efetivo na geração de valor para os usuários dos sistemas de atenção à saúde.

O movimento de acreditação hospitalar deve, de forma gradual, evoluir para uma acreditação abrangendo toda a Rede de Atenção à Saúde (RAS), assegurando a prestação de cuidados eficientes nos diversos pontos de atenção primária, secundária e terciária.

Esse processo de evolução implica em uma reorganização profunda dos recursos humanos, competências, equipamentos e instalações físicas. O objetivo central é proporcionar a atenção hospitalar no local apropriado, com o custo adequado e mantendo os padrões de qualidade exigidos.

Essa abordagem mais abrangente visa otimizar a eficiência e a eficácia do sistema de saúde como um todo, promovendo uma integração mais efetiva entre os diversos componentes da Rede de Atenção à Saúde.

4.3.11 Comunicação na RUE

A comunicação deficiente entre os diversos níveis de atenção à saúde representa um desafio significativo, com potencial para fragmentar os cuidados e causar atrasos no diagnóstico e tratamento oportuno. A articulação e integração entre esses níveis são cruciais para o funcionamento eficiente e eficaz do sistema de saúde como um todo.

Ao estabelecer uma conexão harmônica entre a atenção primária, secundária e terciária, é possível criar uma rede contínua e coordenada de cuidados médicos, trazendo benefícios diretos aos pacientes e refletindo em uma assistência de qualidade.

A atenção primária, como ponto de entrada, desempenha um papel fundamental ao encaminhar os indivíduos para níveis mais especializados quando necessário, evitando assim a duplicação de exames e procedimentos.

Por sua vez, a atenção secundária e terciária, ao receberem os pacientes encaminhados, têm acesso a um histórico mais completo, permitindo diagnósticos mais precisos e tratamentos mais adequados.

Além disso, a integração facilita o compartilhamento de informações e conhecimentos entre os profissionais de saúde, promovendo uma abordagem multidisciplinar que resulta em melhores resultados clínicos.

Essa conexão entre os diferentes níveis também contribui para a otimização dos recursos e a racionalização dos gastos em saúde, evitando desperdícios e favorecendo o direcionamento adequado dos investimentos.

A busca por uma comunicação eficaz e uma integração sólida entre os níveis de atenção à saúde é, portanto, essencial para alcançar uma assistência abrangente e eficiente em todo o sistema de saúde.

4.3.12 Considerações Finais

Considerando as análises realizadas, é evidente a presença de fragilidades no processo de organização dos serviços na IV Macrorregião de Pernambuco. Dentre essas fragilidades, destaca-se o déficit na comunicação e integração entre os diversos pontos de atenção à saúde.

A falta de conhecimento por parte de alguns profissionais de saúde sobre a existência e funcionamento dos Leitos de Retaguarda ressalta a necessidade de aprimorar a disseminação de informações e a compreensão dos fluxos existentes.

Além disso, identifica-se um déficit na qualificação dos profissionais de saúde, o que impacta diretamente na capacidade de direcionar adequadamente os pacientes para as unidades que dispõem de LR. Essa lacuna muitas vezes resulta na solicitação desnecessária para a Central de Regulação Interestadual de Leitos, indicando a importância de investimentos na capacitação e atualização dos profissionais.

Enfrentar esses desafios demandará esforços consideráveis por parte dos gestores da IV Macrorregião. A extensão territorial, as longas distâncias entre os

municípios e a concentração de serviços de alta complexidade na capital são características que dificultam a distribuição equitativa de serviços em todos os níveis de atenção à saúde.

Torna-se imperativo desenvolver estratégias específicas para superar essas barreiras geográficas, promovendo uma integração mais efetiva entre os pontos de atenção e mitigando disparidades no atendimento.

A busca por soluções que considerem a complexidade do território e as necessidades locais será essencial para fortalecer a prestação de cuidados de saúde na região.

Considerando os desafios enfrentados pela IV Macrorregião, destaca-se a significativa escassez de profissionais de saúde capacitados em algumas áreas e especialidades, o que pode impactar adversamente o funcionamento dos níveis de atenção à saúde.

A falta ou insuficiência de especialistas em determinadas regiões pode resultar em obstáculos para encaminhamentos adequados, comprometendo tratamentos mais complexos, como aqueles realizados por neuropediatras, neurocirurgiões e no atendimento a acidentes com trauma raquimedular.

Além disso, a garantia da Terapia Renal Substitutiva no nível ambulatorial é uma preocupação relevante. Apesar da IV Macrorregião contar com duas universidades públicas na área de saúde e diversas residências médicas, a fixação desses profissionais na região torna-se desafiadora.

A dificuldade de reter esses profissionais ressalta a necessidade de estratégias que incentivem a permanência e o engajamento dos profissionais de saúde na IV Macrorregião. Nesse contexto, é essencial que os gestores busquem estratégias inovadoras e atrativas para incentivar a permanência desses profissionais na IV Macrorregião, assegurando assim o acesso equitativo e qualificado aos serviços de saúde na região.

4.4 Rede de Atenção em Oncologia

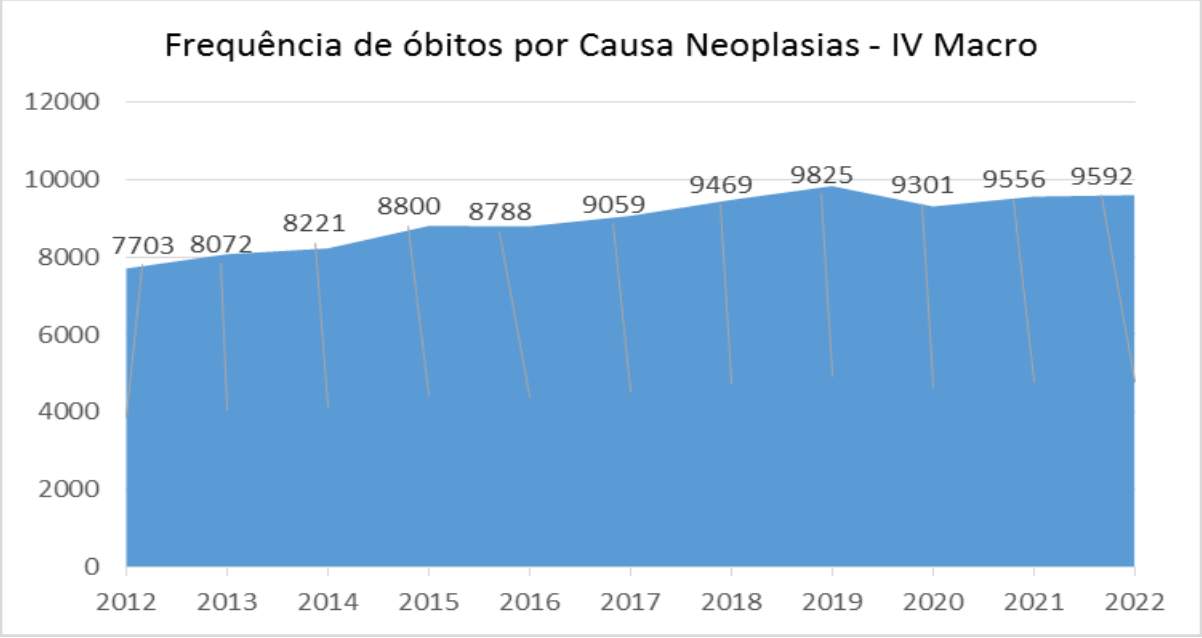
O câncer é o principal problema de saúde pública no mundo, configurando uma das principais causas de morte, o aumento de sua incidência tem se apresentado de forma progressiva mundialmente ao longo dos anos (Brasil, 2023).

Em Pernambuco, segundo dados da pesquisa *Estimativa 2023 – Incidência de Câncer no Brasil*, realizada pelo Instituto Nacional do Câncer (Inca).

A expectativa é de que até 2025 ocorram mais de 2,8 mil novos registros de câncer de mama, com uma projeção anual de 24.590 novos casos anuais de cânceres diversos, o que totaliza aproximadamente 75 mil novos casos até 2025. (PERNAMBUCO, 2023).

Na IV Macrorregião de Saúde é possível verificar o crescente número de óbitos por neoplasias nos últimos 10 anos no gráfico 148.

Gráfico 148: Frequência de óbitos por Causa, Neoplasias na IV Macrorregião de Saúde, Pernambuco, 2012 a 2022.



Fonte: elaborado pela autora, adaptado de SES/SIM-PE, 2023.

4.4.1 Leitos Oncológicos

Apesar do crescente número de neoplasias, o número de leitos oncológicos não tem acompanhado este crescimento. Segundo dados do CNES (2023), a IV macro possui 62 leitos SUS habilitados no Hospital Dom Tomás, entre cirúrgicos, clínicos e UTI (quadro 1) e 15 leitos no Hospital Dom Malan (quadro 2).

De acordo com a Portaria 140 de 27 de Novembro de 2014, que trata sobre os Parâmetros para o Planejamento e Avaliação de Estabelecimentos de saúde habilitados como CACON e UNACON, o número de estabelecimentos de saúde a serem habilitadas como CACON ou UNACON observará a razão de 1estabelecimento de saúde para cada 500.000 (quinhentos mil) habitantes. Considerando que a IV macro possui uma população de 1.016.835 de habitantes (IBGE, 2022), resulta em déficit de 1 estabelecimento.

Quadro 13: Número de Leitos Hospitalares SUS no Hospital Dom Tomás, Petrolina, Pernambuco, 2023

Descrição		Nº Leitos Existentes	Nº de Leitos SUS
Complementar	UTI Tipo II	10	04
Cirúrgico	Oncologia	04	04
Clínico	Oncologia	38	36
	Clínico Geral	40	18
Total		92	62

Fonte: CNES, 2023

Quadro 14: Leitos Hospitalares SUS de Oncologia no Hospital Dom Malan, Petrolina, Pernambuco, 2023.

Descrição		Nº de Leitos Existentes	Nº de Leitos SUS
Cirúrgico	Oncologia	4	4
Clínico		11	11
Total		15	15

Fonte: CNES, 2023.

Na conformação da Rede Interestadual Pernambuco e Bahia (Rede PEBA), em 2013 eram pactuados para referência em oncologia: O Hospital Dom Malan (HDM) – UNACON, referência para câncer ginecológico, infantil e serviços de quimioterapia e hormonioterapia, e o Hospital Regional de Juazeiro (HRJ) – UNACON como referência de cânceres gerais em adulto.

4.4.2 Produção das Unidades de Referência em Atenção Oncológica

Em 2018, através da Portaria Portaria GM nº 3.742/2018, o Hospital Dom Malan que era referência em Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia - UNACON é desabilitado e o Hospital Dom Tomás passa a ser habilitado para essa referência. Na tabela 90 constam as produções AIH por procedimentos relacionados aos serviços de atenção à oncologia nas unidades de referência da IV Macrorregião, entre os anos de 2019 a 2022.

Tabela 90: Produção AIH, por subgrupo de procedimentos em oncologia, por Hospital na IV Macrorregião de Saúde de Pernambuco, 2019 a 2022

Procedimento	Unidade	2019	2020	2021	2022	Total
0304 - Tratamento em Oncologia	Hospital Dom Tomás	638	1030	1208	1307	4183
	Hospital Dom Malan	1190	837	544	686	3257
0416 - Cirurgia em Oncologia	Hospital Dom Tomás	0	0	0	171	171

*Em 2018 o HDT não teve produção significativa, devido à habilitação em Novembro/2018.
Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS), 2023.

4.4.3 Desafios e Avanços da Rede Atenção Oncológica

Pode-se destacar como maior necessidade da Rede de Atenção Oncológica na IV Macrorregião de Saúde de Pernambuco, a ampliação dos serviços de oncologia, quimioterapia e radioterapia adulto e infantil.

Além da deficiências de tecnologias na atenção à oncologia (ausência do exame *PetScan* na região e longas filas de espera para realização do exame na capital).

Como avanços temos os processo em andamento para habilitação em oncologia no Instituto Memorial do Vale (IMV), e de habilitação em radioterapia no Hospital Dom Tomás (HDT);

4.5 Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)

O Estado de Pernambuco aprovou a Lei Estadual nº 11.064/94 que versa sobre a substituição dos leitos psiquiátricos por um a rede de atenção à saúde mental e regulamenta a internação compulsória em psiquiatria. Esta iniciativa coloca Pernambuco na vanguarda do movimento da Reforma Psiquiátrica, uma vez que a Lei Federal nº 10.216 foi aprovada em 2001.

Em 2018, o Conselho Estadual de Saúde aprova a Resolução CES/PE Nº 747, de 11 de julho de 2018, que referenda a Política Estadual de Saúde Mental, álcool, crack e outras drogas no âmbito da Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco.

O Estado busca organizar um processo de cuidado que garanta o acesso das pessoas com transtornos mentais e/ou com necessidades decorrentes do uso prejudicial de drogas e suas famílias, ao acolhimento e cuidado na rede de atenção psicossocial de base territorial, comprometida com os princípios antimanicomiais e da redução de danos, de forma singular e equânime em todas as regiões de saúde. (Pernambuco, 2022c).

A partir 2010, numa parceria entre a Gerência de Atenção à Saúde Mental (GASAM) da Secretaria Estadual de Saúde, as Regionais de Saúde, gestores municipais e movimentos sociais da Luta Antimanicomial, mobilizaram- se ações para ampliação e interiorização da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), sobretudo, para implantação dos serviços especializados (Centros de Atençao Psicossocial - CAPS e suas modalidades), leitos integrais de saúde mental em hospitais gerais e outros componentes da RAPS na Atenção Primária à Saúde.

Como resultados das ações de interiorização, tem início no Estado diversas pactuações da RAPS nas Regionais de Saúde, resultando na Resolução CIB nº 1.944, de 07 de maio de 2012, que aprova as diretrizes para remodelagem da Rede de Atenção Psicossocial em Pernambuco.

Sendo assim, estabelecendo as estratégias a partir da aprovação dos desenhos regionais pactuados, propõe- se a implementação dos dispositivos de cuidados necessários à assistência integral em saúde mental. (Pernambuco, 2022c).

No processo de desinstitucionalização, em 2022, o Estado de Pernambuco zera a internação em leitos de longa permanência, fechando a última instituição de caráter manicomial, o Hospital Colônia Professor Alcides Codeceira, localizado no município de Igarassu- PE.

4.5.1 A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e a Rede PEBA

A IV Macrorregião de Saúde é pioneira na regionalização solidária no Brasil criando, em 2011, a Rede Interestadual de Atenção à Saúde do Vale do Médio São Francisco (Rede PEBA) . A Rede compreende 53 municípios, sendo 25 municípios da IV Macro Região de Pernambuco e 28 municípios da Macrorregião Norte da Bahia (microrregiões Senhor do Bonfim, Paulo Afonso e Juazeiro) com população estimada de 2,5 milhões de habitantes.

No que tange à atenção à crise, a Central de Regulação Interestadual de Leitos (CRIL), dispositivo de regulação da Rede PEBA, promove o acesso aos leitos integrais de saúde mental entre as regiões de saúde. A exceção constitui a regulação para os leitos existentes na IX Região de Saúde, onde o acesso é organizado localmente.

Neste contexto, existe fragilidade em relação à atenção à crise, a partir dos leitos integrais, na VIII Região de Saúde, visto que esta não dispõe deste equipamento em seu território. Em contrapartida os 10 leitos integrais de saúde mental do Hospital Regional Inácio de Sá – HRIS, no município de Salgueiro, sede da VII Região de Saúde, acolhem usuários dos diversos municípios da IV Macrorregional de Saúde, além dos provindos da Macronorte da Bahia.

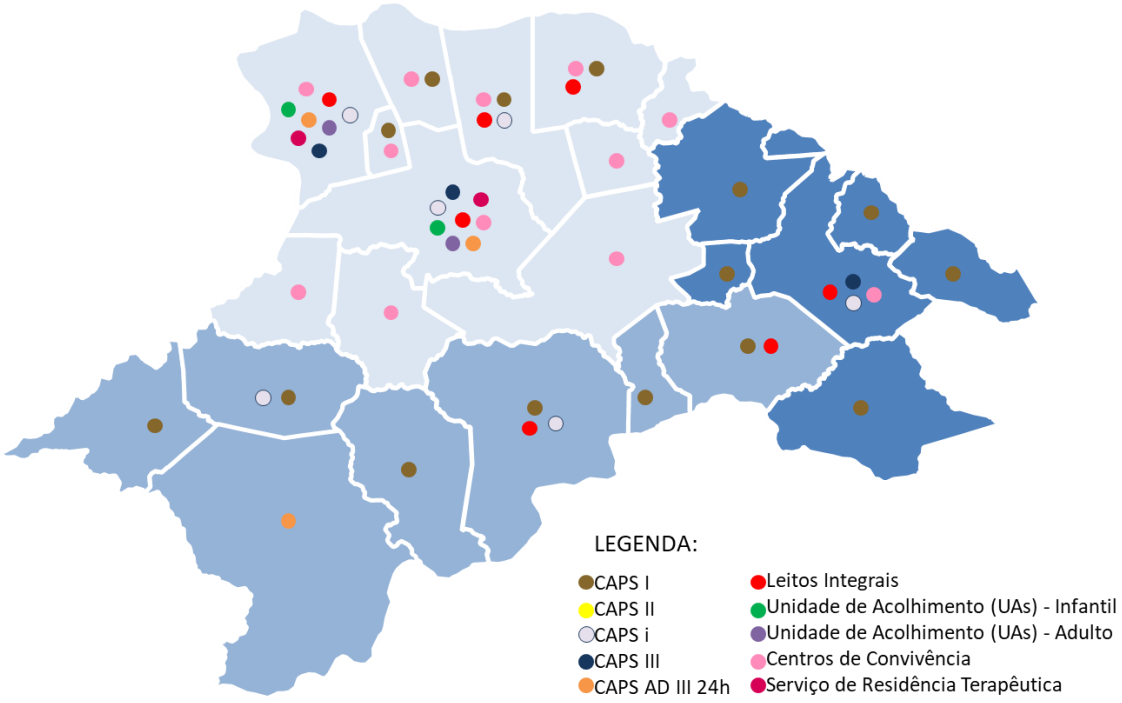
Diante disto, ainda é vigente o processo de regulação para os 75 leitos de saúde mental para o Sanatório Nossa Senhora de Fátima, situado em Juazeiro-BA. Tal realidade fragiliza o cuidado nesta Região, visto que o Sanatório não segue as normativas vigentes para o cuidado integral em leitos em hospitais gerais (Pernambuco, 2022c).

4.5.2 A RAPS e as Pactuações Realizadas na IV Macrorregião

As pactuações iniciam com a aprovação da Resolução CIB/PE nº 1.944/12, que define os desenhos de cada Região de Saúde do Estado de Pernambuco. Na IV Macro, as pactuações refletem o desejo de ampliação de cuidados especializados de base territorial e do cuidado integral dos usuários com transtorno e uso abusivo de álcool e outras drogas, serviços absolutamente necessários, à época das pactuações, para complementação da RAPS.

O mapa abaixo apresenta as pactuações realizadas na IV Macrorregião de Saúde de Pernambuco:

Figura 15: Mapa dos Serviços da Rede de Atenção Psicossocial pactuados na IV Macrorregião de Saúde de Pernambuco, 2023.

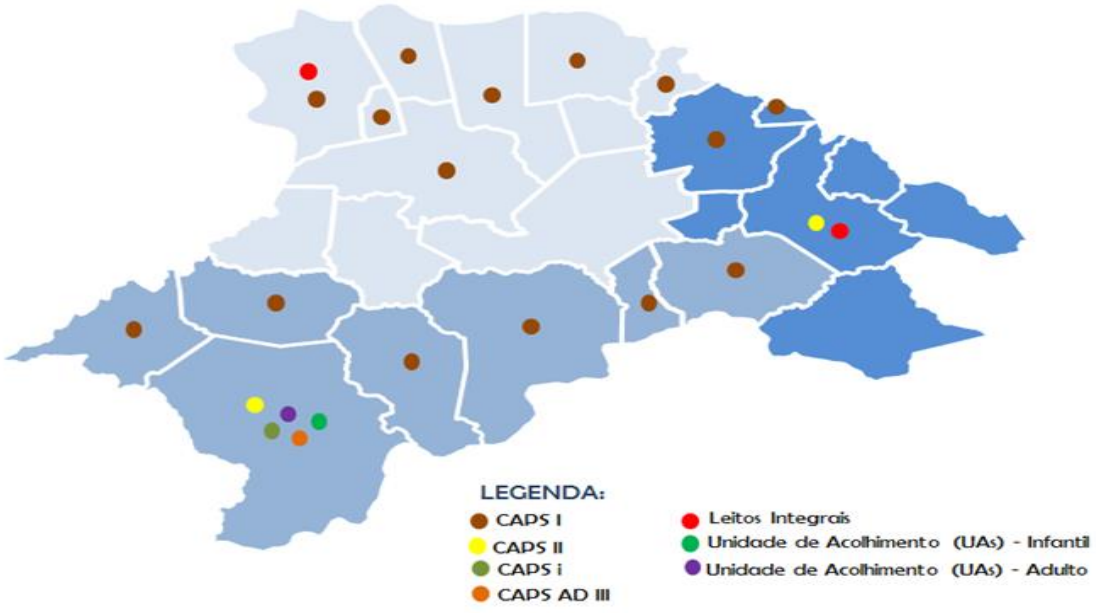


Fonte: Elaboração Própria.

A realidade dos serviços especializados em funcionamento na IV Macrorregião de Saúde, todavia, diverge das pactuações, visto que alguns dos equipamentos proportos não tiveram êxito na implantação. Assim, os serviços

especializados existentes nesta macrroregião de saúde encontram-se distribuídos no mapa a seguir:

Figura 16: Mapa dos Serviços da Rede de Atenção Psicossocial existentes na IV Macrorregião de Saúde de Pernambuco, 2023.



Fonte: Elaboração Própria.

Quanto aos demais serviços da RAPS existentes na IV Macrorregião de Saúde encontram-se em funcionamento os seguintes serviços:

Tabela 91: Perfil da Rede de Atenção Psicossocial existente da IV Macrorregião de Saúde em dezembro de 2023.

Níveis de Atenção	Serviços	Região de Saúde			IV Macrorregião
		VII	VIII	IX	
Atenção Primária	Estratégia Saúde da Família	60	157	121	338
	Consultório de Rua	-	01	-	01
Atenção de Urgência e Emergência	SAMU 192	-	01	-	01
	UPA 24H	-	01	01	02

Fonte: CNES; e-Gestor AB, 2023.

Adicionado a estes serviços, as equipes multiprofissionais estão presentes no território da IV Macrorregião e configuram um apoio à Atenção Primária também para a assistência em saúde mental. O atual processo de adesão e implantação da eMulti, proposta vigente do Ministério da Saúde que implica na valorização do cuidado multidisciplinar com foco na integralidade do cuidado, vem ocorrendo nesta macrorregião de forma a garantir este acesso e qualificar a assistência à saúde.

É importante ressaltar que o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) está em fase de implantação/implementação na IV macrorregião de saúde, integrando a RAPS.

4.5.3 Desafios e Avanços da RAPS na IV Macrorregião de Saúde

Os desafios se expressam através dos enfrentamentos constantes e nas disputas ideológicas dos modelos de cuidado antagônicos , que ora forças políticas defendem e financiam , fortalecendo modelos asilar e de longa permanência, ora seguem ampliando e defendendo a Reforma Psiquiátrica com cuidados de base territorial.

Há necessidade de atualização e ampliação da RAPS, implicando na reconfiguração desta, sobretudo, quanto aos serviços especializados (CAPS e suas especialidades) tendo em vista a fragilidade na implementação das pactuações regionais.

As dificuldades de ampliação da rede estão explícitas quando comparados os quadros das redes pactuadas e os serviços existentes nos territórios, sobretudo, os da Atenção Especializada (CAPS), Atenção Hospitalar (ampliação do número de leitos integrais) e serviços de caráter transitório como o Serviço Residencial Terapêutico (SRT).

4.6 Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD)

Inicialmente instituída pela Portaria GM/MS nº 793, de 24 de abril de 2012, a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD) foi fortalecida e reestruturada, 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).

A PNAISPD propõe, por objetivo, promover e proteger a saúde da pessoa com deficiência, por meio da ampliação do acesso ao cuidado integral no âmbito do SUS, em articulação com as demais políticas e ações intersetoriais, contribuindo para sua autonomia, qualidade de vida e inclusão social, bem como prevenindo diferentes agravos à saúde em todos os ciclos de vida (Brasil, 2023).

Com o intuito de atender ao público específico, a proposta da PNAISPD se fundamenta em algumas diretrizes, apresentadas no quadro 15:

Quadro 15: 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: Brasil, 2023

4.6.1 Caracterização da Rede de Atenção à Pessoa com Deficiência na IV 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. Nesta configuração são propostos os serviços tipo CER para todas as regiões de

saúde. Para a IV Macrorregião foram designadas a construção de um CER III em Salgueiro, um CER III e um CER IV em Petrolina, além de um CER III em Ouricuri. Os serviços de menor amplitude assistencial atenderiam às reabilitações física, auditiva e intelectual, enquanto que o CER IV assistiria às quatro modalidades de reabilitação. Ao longo do processo de planejamento estadual, no entanto, esta configuração foi modificada, estando proposto um CER III para a VIII Região de Saúde.

No mesmo ano, foi implantada a Política Estadual da Pessoa com Deficiência, descrita na Lei nº 14.789, de 1º de outubro, com foco nos seus eixos:

- Assistência social, desenvolvimento econômico, ciência e tecnologia e direitos humanos;
- Planejamento e acessibilidade;
- Educação, esportes, cultura e lazer;
- Saúde, habilitação e reabilitação;

Pautada na política estadual, a Superintendência Estadual de Apoio às Pessoas com Deficiência (SEAD) é um órgão governamental, vinculado à Secretaria Executiva de Justiça e Direitos Humanos (SEJUDH), e funciona de forma intersetorial com a saúde, fortalecendo o trabalho em rede nas esferas municipal, estadual e federal, para garantir maior qualidade no atendimento às pessoas com deficiência.

Estima-se uma população de 2.426.106 pessoas com deficiência no território estadual, o que representa 27,58% de sua população. Na tabela abaixo, encontram-se os dados disponíveis no sistema de informação da Atenção Básica (e-SUS AB) sobre esta população na IV Macrorregião de Saúde de Pernambuco.

Tabela 92: Cadastro de pessoas com deficiência na IV Macrorregião de Saúde, segundo o sistema e-SUS-AB, 2023.

Região de Saúde	Tipo de Deficiência					
	Auditiva	Física	Intelectual/ Cognitiva	Visual	Outra	Total
VII	641	1.638	1.265	1.022	956	5.522
VIII	694	44.517	5.203	1.813	1.476	13.703
IX	1.403	4.882	2.950	2.956	3.198	15.389
IV Macrorregião	2.738	51.037	9.409	5.791	5.630	34.641

Fonte: e-SUS- AB, 2023; Dados informados pelas Secretarias Municipais de Saúde da IV Macrorregião.

A modelagem da RCPD no Estado é definida pela Resolução CIB/PE nº 2.189, de 08 de janeiro de 2013. A organização proposta encontra-se descrita no quadro abaxo e inclui, dentre outras instâncias, a tipologia dos Centros Especializados em Reabilitação (CER) conforme cada instância:

Quadro 16: 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 deficiência	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 especialidade, serviços auxiliares de diagnóstico e terapia	Leitos de Reabilitação Hospitalar
	Diagnóstico, tratamento, concessão, adaptação e manutenção de tecnologia assistiva em quatro tipos de deficiência	CER IV

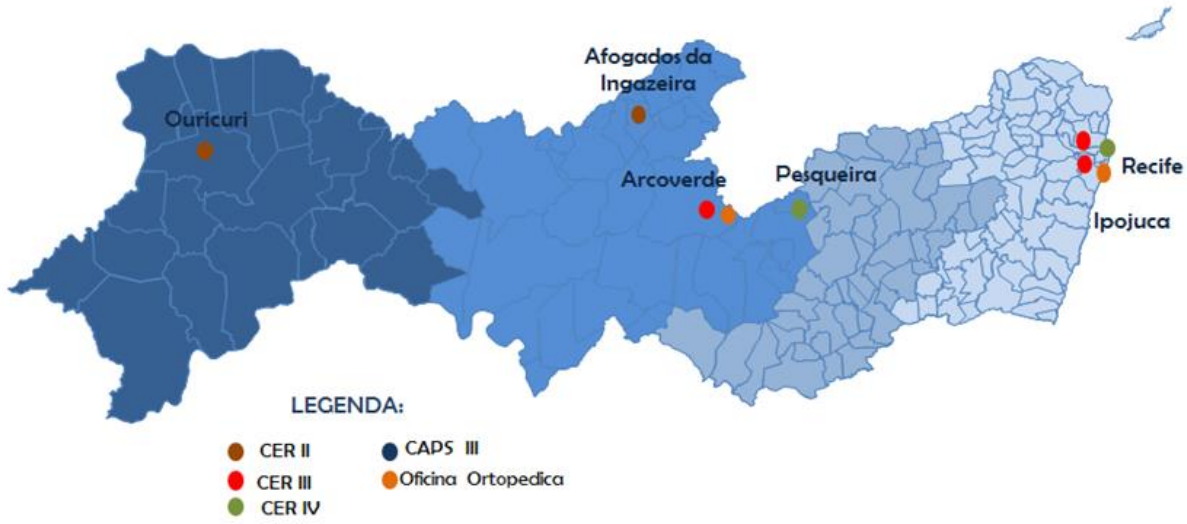
Fonte: Resolução CIB/PE nº 2.189, de 08 de janeiro de 2013.

O CER é um ponto de atenção ambulatorial especializada em reabilitação que realiza diagnóstico, avaliação, orientação, estimulação precoce e atendimento especializado em reabilitação, concessão, adaptação e manutenção de tecnologia assistida, constituindo-se em referência para a rede de atenção à saúde no território. O cuidado às ostomias também deverá ser garantido no CER, mesmo este não se configurando um tipo específico de reabilitação.

Atualmente, o desenho da RCPD em Pernambuco divide-se nas quatro macrorregiões de saúde, conforme descrito no mapa abaixo, organizado de acordo com os componentes existentes em cada território, habilitados ou não:

- MACRORREGIÃO 1: 02 CER IV, 03 CER II e Oficina Ortopédica;
- MACRORREGIÃO 2: 01 CER II (aguardando habilitação);
- MACRORREGIÃO 3: 01 CER III (aguardando habilitação), 01 CER IV e 01 Oficina Ortopédica;
- MACRORREGIÃO 4: 01 CER III (aguardando finalização das obras e habilitação).

Figura 17: Desenho da Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência, Pernambuco, 2021.



Fonte: Elaboração própria.

A RCPD visa ampliar o acesso e qualificar atendimento às pessoas com deficiência no SUS, com foco na organização de rede e na atenção integral à saúde, que contemple as áreas de deficiência auditiva, física, visual, intelectual. Além disto, busca ampliar a integração e articulação dos serviços de reabilitação com a rede de atenção primária e outros pontos de atenção especializada, bem como desenvolver ações de prevenção de deficiências na infância e vida adulta.

Na IV Macrorregião de Saúde o componente da Atenção Primária conta com as Unidades Básicas de Saúde (UBS), NASF ou equipe multiprofissional, atenção odontológica e unidade de pronto atendimento.

O componente de atenção especializada em reabilitação auditiva, física, intelectual, visual, ostomia e em múltiplas deficiências contará com os seguintes pontos de atenção: estabelecimentos de saúde habilitados em apenas um serviço de reabilitação, Centros Especializados em Reabilitação (CER), Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) e componente da atenção hospitalar e de urgência e emergência, com a responsabilidade pelo acolhimento, classificação de risco e cuidado nas situações de urgência e emergência das pessoas com deficiência (Brasil, 2012).

Tabela 93: Distribuição de serviços da RCPD na IV Macrorregião de Saúde de Pernambuco, 2023.

Níveis de Atenção	Serviços	Região de Saúde			IV Macrorregião
		VII	VIII	IX	
Atenção Primária à Saúde	Estratégia Saúde da Família	57	153	113	323
	Policlínicas/ Ambulatórios	7	6	-	13
Atenção Especializadae/ou Estratégica	CEO	2	2	-	4
	UPAE	1	1	1	3
Atenção de Urgência e Emergência	SAMU 192 *	-	1	-	1
	UPA24H	-	1	1	2

*O serviço SAMU 192 está em fase de implantação na IV Macrorregião de saúde.
Fonte: Dados CNES consolidados em 2023.

Além destes serviços, as equipes multiprofissionais estão presentes no território da IV Macrorregião e configuram um apoio à Atenção Primária também para a assistência à pessoa com deficiência. O atual processo de adesão e implantação da eMulti, vem estabelecendo-se nesta macrorregião buscando qualificar o cuidado e a assistência à saúde.

Com a proposta da Portaria GM/MS n°1.517, de 9 de outubro de 2023, que institui processo de seleção para participação em modalidades específicas do eixo da Saúde no âmbito do Programa de Aceleração do Crescimento (Novo PAC) e prevê a construção de Centro Especializado em Reabilitação (CER) e de Oficinas Ortopédicas, foram pleiteados serviços para aprimoramento da RCPD na IV Macrorregião.

4.6.2 RCPD na VII Região de Saúde

Na VII Região de Saúde, a RCPD está composta por Unidades Básicas de Saúde, equipe multiprofissionais NASF, Estratégia de Saúde Bucal (ESB), Centro de Especialidades Odontológicasa (CEO), UPAE, serviços de reabilitação e atenção hospitalar de urgência e emergência, que devem receber o usuário com deficiência, obedecendo os princípios da equidade.

Todos os municípios desta região contam com os pontos de acesso na Atenção Primária, através de UBS, posto esta quanto ordenadora do cuidado em

Rede. No entanto, é notório o impacto dos vazios assistenciais quanto à atenção especializada em reabilitação auditiva, física, intelectual, visual, ostomia e em múltiplas deficiências.

O Centro de Especialidades Odontológicas está presente apenas nos municípios de Cedro e Salgueiro, onde segundo dados do CNES, atende tanto demanda espontânea quanto referenciada.

A região ainda não possui CER implantando. Em contrapartida, Políclçinica de Salgueiro, serviço de gestão municipal, presta serviços de reabilitação na área de fisioterapia.

4.6.3 RCPD na VIII Região de Saúde

Na VIII Região de Saúde, a pactuação de construção de um CER tipo III e um CER tipo IV, conforme a Resolução CIB/PE nº 2.080, de 12 de setembro de 2012, não se concretizou. Assim, a assistência à saúde e acompanhamento de pessoas com deficiência não acontece em rede específica, de forma sistematizada, sendo este vazio uma importante fragilidade para esta Região.

Neste sentido, existem serviços que assistem necessidades pontuais destes usuários quanto à reabilitação e acompanhamento, dentro de um contexto assistencial que envolve atendimentos à população em geral.

A conformação da rede assistencial à pessoa com deficiência na VIII Região tem sido discutida através de um grupo condutor com representações municipais, criado pela Resolução CIR nº 35, de 24 de setembro de 2020, com o objetivo de identificar as necessidades reais da população para subsidiar a implantação de Centros Especializados em Reabilitação.

Nas unidades especializadas, a região conta com o serviço de reabilitação na UPAE Dr. Emanuel Alírio Brandao, em Petrolina, inclusive para crianças com diagnóstico de microcefalia, onde é oferecido um atendimento qualificado para atender as necessidades específicas destas crianças de forma multiprofissional e interdisciplinar, com oferta de fisioterapia, terapia ocupacional e fonoaudiologia.

Tabela 94: Serviços de Referência para reabilitação na VIII Região de Saúde de Pernambuco, 2021.

Município	Gestão	Abrangência	Estabelecimento	Assistência
Petrolina	Municipal	Regional	Centro Auditivo	Reabilitação Auditiva na Média Complexidade
		Municipal	CEO	Assistência Odontológica Especializada
	Estadual	Regional	UPAE	Atenção à Saúde Auditiva Serviço de Terapia Ocupacional Serviço de Fisioterapia

Fonte: Coordenação de Regulação, VIII GERES.

O município de Petrolina conta com o Centro Auditivo, sendo um serviço regional, onde ocorre consulta com médico especialista (otorrinolaringologista) e a dispensação de prótese auditiva.

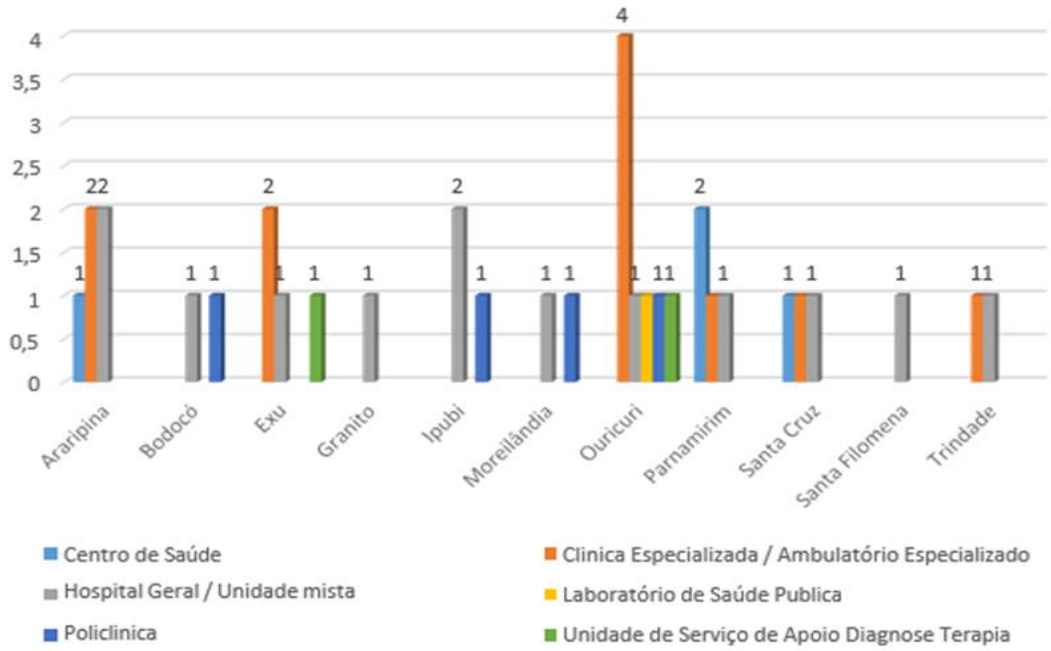
A assistência hospitalar obedece aos fluxos regionais de rotina, sendo necessário encaminhamentos às referências estaduais para atendimentos sob sedação ou anestesia geral, em centros cirúrgicos e equipes adequadas para este fim.

4.6.4 RPCD na IX Região de Saúde

Em se tratando da IX Região de saúde, destaca-se que, de acordo com o CNES, nove municípios possuem serviço especializado em reabilitação implantado, incluídos nas categorias policlínicas, centros de saúde e clínicas especializadas.

De acordo com o Ministério da Saúde, a presença do componente especializado em reabilitação a nível municipal é relevante, considerando que estes dispositivos proporcionam uma atenção integral e contínua aos pacientes com deficiência, promovendo a equidade, ampliando o acesso dessa população ao SUS, com melhora da funcionalidade e promovendo a inclusão social (Brasil, 2012)

Gráfico 149: Distribuição dos tipos de Serviços de Apoio ao Diagnóstico e Terapia (SADT) SUS da IX Região de Saúde de Pernambuco, 2022.



Fonte: Pernambuco, 2022.

O Serviço de Apoio ao Diagnóstico e Terapia (SADT) é uma modalidade de prestação de serviços que se utiliza de recursos de uma fonte financiadora que pode ser o SUS, particular ou convênio, com o objetivo de esclarecer o diagnóstico ou realizar procedimentos terapêuticos específicos para pacientes externos, internos ou de emergência de um serviço de saúde.

Geralmente organiza-se por um sistema informatizado que registra a oferta dos serviços em determinadas especialidades, sejam eles próprios, terceirizados ou contratados interna ou externamente ao estabelecimento de saúde.

Em relação aos SADT SUS da IX Região de Saúde, verifica-se que os municípios de Ouricuri e Araripina dispõem da melhor cobertura destes serviços com 22% e 14% do total da região, respectivamente.

4.6.5 Desafios da Rede de Atenção à Pessoa com Deficiência

Uma das maiores prerrogativas do SUS é a garantia de acesso do usuário a atenção à saúde em tempo adequado. Neste sentido, considerando a PCPD, deve-

se dispor de um conjunto de mecanismos, entre os quais se destacam: estabelecimento de redes de atenção à saúde a partir de uma linha de cuidado integral à saúde da pessoa com deficiência, implementação de diretrizes e protocolos de atendimento, definição de fluxos assistenciais que atendam às especificidades e necessidades dos usuários e a criação e/ou aprimoramento de sistema de regulação e avaliação dos serviços oferecidos, visando à qualidade do cuidado.

O cenário macrorregional ainda não garante o cuidado integral, visto a ausência de serviços essenciais para o cuidado à pessoa com deficiência. Além disto, o acesso ao serviço de reabilitação está fortemente relacionado à capacidade de acolhimento e resposta às necessidades das pessoas atendidas.

A configuração da RCPD requer análise e definição do perfil epidemiológico dos territórios, dos recursos disponíveis e de processos de educação permanente das equipes de saúde para que os resultados do cuidado ofertado possam gerar melhor qualidade de vida e o maior grau de autonomia possível à saúde da pessoa com deficiência. Assim, diante desta organização na IV Macrorregião de Saúde, estabelecer um cuidado ideal perpassa pela garantia de recursos, insumos e profissionais qualificados e aptos às inovações.

Vale ainda destacar que o usuário deve ser atendido prioritariamente no serviço mais próximo de sua residência, o que exige organizar os serviços e pontos de atenção da RCPD em cada região de saúde, dispondo de estrutura física e funcional e de equipes multiprofissionais devidamente qualificadas e capacitadas para a prestação de assistência especializada em reabilitação para pessoas com deficiência, de modo articulado aos demais pontos da atenção básica, hospitalar e de urgência e emergência.

5. REGULAÇÃO EM SAÚDE E SISTEMAS DE INFORMAÇÃO

A Regulação em Saúde é definida como um conjunto de relações, saberes, tecnologias e ações que intermedeiam a demanda dos usuários por serviços de saúde e o acesso a estes. Ela tem por prerrogativa ordenar o fluxo dos pacientes no SUS a partir de suas necessidades, como também normatiza e direciona, propiciando uma assistência integral e equânime.

Portanto, o grande objetivo e desafio da regulação em saúde é proporcionar o cuidado adequado em tempo oportuno aos usuários do Sistema Único de Saúde, tendo como base os princípios que norteiam o SUS, quais sejam a universalidade, a equidade e a integralidade.

A Política Nacional de Regulação (PNR) regulamentada pela Portaria MS/GM nº 1.559, de 1º de agosto de 2008, inserta no capítulo II, do Anexo XXVI da Portaria de Consolidação nº 2, de 28/09/2017, estabelece ações organizadas em três dimensões de atuação necessariamente integradas entre si:

I - Regulação de Sistemas de Saúde: tem como objeto os sistemas municipais, estaduais e nacional de saúde, definindo a partir dos princípios e diretrizes do SUS, macrodiretrizes para a Regulação da Atenção à Saúde e executando ações de monitoramento, controle, avaliação, auditoria e vigilância desses sistemas.

II - Regulação da Atenção à Saúde: exercida pelas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, conforme pactuação estabelecida. Tem como objetivo garantir a adequada prestação de serviços à população. Torna-se, então, um instrumento de gestão pública imprescindível para garantir maior efetividade às ações desenvolvidas pelos sistemas de saúde.

III - Regulação do Acesso à Assistência: também denominada regulação do acesso ou regulação assistencial, tem como objetos a organização, o controle, o gerenciamento e a priorização do acesso e dos fluxos assistenciais no âmbito do SUS. A Regulação do Acesso Assistencial incumbe aos gestores de saúde a adotarem medidas práticas, aptas a viabilizar o acesso dos pacientes ao

atendimento, diagnóstico ou terapêutico de que necessitam, no âmbito territorial em que estão circunscritos, ou adotar as medidas administrativas direcionadas ao encaminhamento a outros estados, sempre que exigir intervenções indisponíveis no seu território de saúde.

Os vários instrumentos que compõem ou subsidiam o processo de regulação em saúde, são:

- **Complexo Regulador** - forma de organização das ações de regulação do acesso, sendo composto pelo conjunto articulado de estruturas operacionais, denominadas centrais de regulação, que podem estar organizadas em Central de Regulação Ambulatorial, Central de Regulação Hospitalar e Central de Regulação das Urgências.
- **Fluxos de Acesso** - desenho do acesso às ações e serviços de saúde, pactuados no território, com base nas necessidades da população e na organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS).
- **Fila de espera** - processo ativo e dinâmico que organiza, prioriza e monitora a relação dos usuários que necessitam de um mesmo atendimento, considerando a classificação de risco e os critérios de encaminhamento, de acordo com os protocolos de regulação e a gestão do cuidado.
- **Protocolo de Regulação do acesso** - conjunto de diretrizes destinado a subsidiar a organização do processo de regulação, promovendo a utilização adequada e racional das ações e serviços de saúde, nos diversos níveis de atenção, sendo composto por critérios de encaminhamento, classificação de risco, fluxo de acesso e outros instrumentos, de acordo com a necessidade local.

Para o adequado funcionamento das Redes de Atenção à Saúde é necessário que a operacionalização dos Complexos Reguladores e de seus Sistemas de Informação estejam em consonância com as necessidades da população e dos gestores. A Regulação Assistencial e sua operacionalização é fundamental para a implementação da RAS, para a otimização da utilização dos recursos assistenciais disponíveis, para a otimização dos custos sanitários e para a promoção da equidade assistencial.

A Resolução CIB/PE nº. 1.820, de 13 de fevereiro de 2012, aprova a Política Estadual de Regulação para o Estado de Pernambuco e tem como diretriz a descentralização do processo regulatório, de forma regionalizada, em consonância com o Plano Diretor de Regionalização, definindo a responsabilidade sanitária de cada ente federativo envolvido. A Regulação Assistencial em Saúde, através do Complexo Regulador e da análise de indicadores específicos, possibilita subsidiar os processos de planejamento, controle e avaliação.

A operacionalização do Complexo Regulador constitui um grande desafio para os gestores, considerando a necessidade de qualificação no campo tecnológico e humano, como também a intersetorialidade que caracteriza esse instrumento. A integração e interlocução do Complexo Regulador com a rede assistencial de saúde proporciona uma resposta mais qualificada e oportuna.

A Programação Pactuada e Integrada (PPI), criada e implantada nos estados e municípios Brasileiros no período de 2001 a 2005, pautada nas diretrizes da regionalização prevista na NOAS 01/02, a qual possibilitou a formalização dos Termos de Compromisso de Garantia de Acesso.

A Programação Pactuada e Integrada da Assistência em Saúde é um processo instituído no âmbito do Sistema Único de Saúde onde, em consonância com o processo de planejamento, são definidas e quantificadas as ações de saúde para população residente em cada território, bem como efetuados os pactos intergestores para garantia de acesso da população aos serviços de saúde.

Tem por objetivo organizar a rede de serviços, dando transparência aos fluxos estabelecidos e definir, a partir de critérios e parâmetros pactuados, os limites financeiros destinados à assistência da população própria e das referências recebidas de outros municípios (Brasil, 2006).

Entretanto, não houve desde meados de 2009, atualização, rediscussão, bem como novas pactuações e principalmente, incremento na alocação de recursos financeiros, voltadas ao processo PPI em todo estado, fragilizando e paralisando o avanço no atendimento entre municípios e o próprio estado, impactando em descontentamento e gerando conflito entre gestores e técnicos municipais, sobre as referências e execução de serviços anteriormente pactuados, cabendo o destaque deste importante dispositivo de programação e pactuação de serviços de saúde por

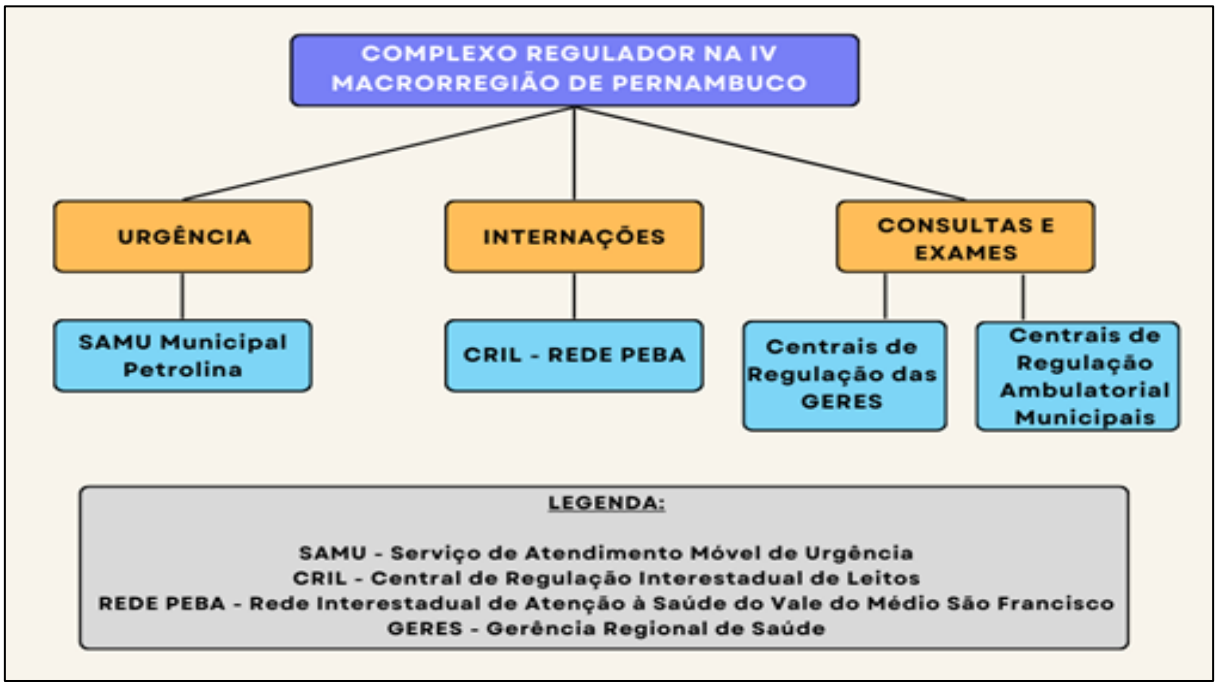
ocasião da construção do Mapa Interestadual de Saúde, no arcabouço do Plano Regional Integrado (PRI), a que se propõe.

5.1 Estrutura de Regulação na IV Macrorregião de Pernambuco

O complexo regulador na IV macrorregião de Pernambuco está formado por Centrais de Regulação Assistencial, com atribuições e funcionalidades específicas, sendo 01 (uma) Central de Regulação Macrorregional de leitos, a CRIL PEBA, sob cogestão dos estados da Bahia e Pernambuco que regula leitos e/ou acesso aos hospitais de referência para a Rede PEBA.

A Central de Regulação do SAMU 192 de Petrolina tem abrangência municipal. A nível ambulatorial, são 03 centrais de regulação instaladas nas VII, VIII e IX gerências regionais de saúde sob gestão estadual e 23 centrais de regulação ambulatórias sob a gestão dos municípios que compõem esta macrorregião. A figura 15 representa o fluxo de atendimento praticado na IV Macrorregião de Saúde para acesso dos usuários aos serviços de saúde de gestão estadual.

Figura 18: Complexo Regulador na IV Macrorregião de Saúde de Pernambuco, 2024.



Fonte: Central de Regulação e Controle e Avaliação - VIII GERES, 2024.

5.2 Sistemas de Regulação Utilizados na IV Macrorregião de Saúde

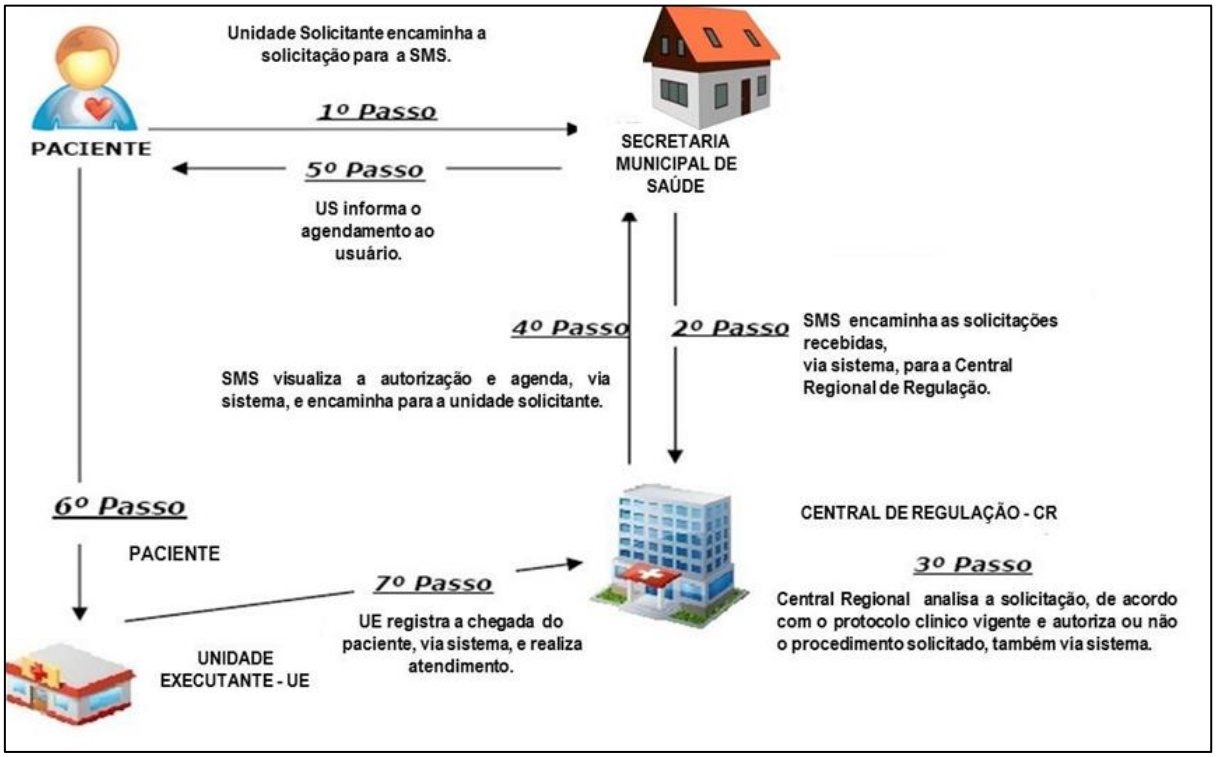
O SISREG, sistema disponibilizado pelo Ministério da Saúde para estados e municípios, não abrange de forma eficiente todo processo de regulação e possui baixa adesão na macrorregião, levando os entes estaduais e municipais a adquirirem outros sistemas os quais não interagem entre si.

Os sistemas utilizados para regulação ambulatorial no estado de Pernambuco é o sistema Central de Marcação de Consultas e Exames (CMCE) que tem como potencialidade a facilidade de inserção de informações e como fragilidades a dificuldade produção de relatórios gerenciais.

Mesmo não ocorrendo através de sistemas de informação a regulação do acesso do usuário aos serviços ocorre também através de processos autorizativos de laudos para solicitações de internações e procedimentos ambulatoriais de médio e alto custo, a exemplo de cirurgias eletivas e APAC (via sistema APACNET ou meio físico).

Além disso, os municípios da IV Macrorregião de Saúde de Pernambuco encontram-se inseridos no contexto da Rede Interestadual de Atenção à Saúde do Vale do Médio São Francisco - Rede PEBA, no qual os processos de regulação sobre fluxos, protocolos, leitos de retaguarda e monitoramento repercutem diretamente sobre a rede de serviços de saúde em que a atenção especializada está interligada com a atenção ambulatorial reguladas pelas 3 regiões de saúde.

Figura 19: Fluxo de acesso da regulação ambulatorial do sistema CME gestão estadual da IV Macrorregião de Saúde de Pernambuco, 2024.



Fonte: https://www.conass.org.br/guiainformacao/modelos-de-fluxos-de-acesso.

O fluxo de acesso aos serviços especializados regulados ocorre conforme figura acima, a partir de atendimento na atenção básica o usuário é inserido na regulação do município ou do estado para que seja garantido a ele o acesso ao serviço do qual necessita, no entanto não são todos os serviços que são regulados e também não há um fluxo de contra referência definido para os usuários atendidos em serviços com porta aberta que foram classificados ou não como risco verde ou azul.

As centrais de regulação municipais e estaduais foram implantadas de forma pouco planejada e com poucos recursos para seu funcionamento, estas estruturas foram instaladas nas secretarias municipais, GERES e SAMU de Juazeiro-BA (CRIL PEBA) de maneira improvisada. Em sua totalidade não contam com computadores em quantidade e qualidade que atendam a demanda. A Rede de internet apresenta falhas e o principal, recursos humanos insuficientes e que em grande parte dos municípios não possuem qualificação na área. Sistemas de regulação limitados que

não interagem entre si, fluxo de referência e contrarreferência não efetivado e incompreensão dos papéis institucionais.

Outras evidências de fatores limitantes são: a falha nos critérios de encaminhamentos para especialistas, ampla demanda, dificuldades em relação ao sistema de regulação, procedimentos de difícil agendamento e execução pela baixa oferta ou grande demanda, aumento da demanda reprimida de procedimentos eletivos e dificuldades no fluxo de informações entre a atenção primária e a regulação.

Entre os fatores facilitadores nos processos regulatórios os mais significativos são: ampliação da capacidade de conhecer a realidade do usuário, pactuações e discussões nos Colegiados, além de reorganização dos procedimentos internos de regulação.

Por fim, a regulação assistencial é um local de observação e ordenamento da rede de serviços e de gerenciamento do fluxo do usuário. A identificação de problemas comuns às regulações pode colaborar para a prática dos gestores desta atividade. É importante ressaltar que, por mais que existam instrumentos técnicos e um quadro de pessoal para desenvolvimento das funções regulatórias, faz-se necessário implantar uma forma de gestão que integre, efetivamente, as instâncias de governo e propicie o estabelecimento de responsabilidades compartilhadas e, consequentemente, possibilite que os resultados das ações produzam impactos na construção e na consolidação do SUS.

6. RECURSOS FINANCEIROS

Acompanhar e avaliar as despesas com o SUS é um importante instrumento para analisar a relação dos gastos com saúde e a melhoria na assistência, além de contribuir para a eficiência e efetividade dos gastos na gestão. É nesse sentido que a análise das despesas com saúde é compreendida como um instrumento que auxilia no planejamento das ações.

A Lei Nº 141/2012 regulamenta o Art. 198 da Constituição Federal, definindo os valores mínimos a serem aplicados com saúde em cada esfera do governo, bem como o rateio dos recursos e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde. Após 24 anos de criação do SUS, a lei complementar veio estabelecer critérios importantes para o acompanhamento do financiamento do SUS que desde sua criação se fazia urgente.

Desde o advento da Portaria nº 204/2007, os blocos de financiamento se caracterizaram por serem blocos financeiros, tendo uma conta corrente vinculada a cada um dos 5 blocos de custeio, exceto o Bloco de Investimento, que se caracterizava por ter contas-correntes vinculadas a cada projeto. A característica orçamentária sempre esteve presente nos grandes grupos funcionais programáticas que marcavam cada um dos blocos de custeio: atenção básica, média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar, assistência farmacêutica, vigilância em saúde e gestão do SUS. (Brasil, 2017).

A Portaria nº 3.992 de 28/12/2017 trata-se do financiamento e da transferência dos recursos federais para as ações e os serviços públicos de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), alterando a Portaria de Consolidação nº 06/2017/MS, que contemplava a portaria nº 204/2007.

Essa nova Portaria traz expressivas mudanças, entre elas: a forma de transferência dos recursos financeiros para custeio e investimento, a junção dos antigos blocos de financiamento de custeio em um único bloco, mantendo-se grupos de ações dentro do Bloco de Custeio. Essa separação fortalece os instrumentos de planejamento e de orçamento, flexibilizando o fluxo financeiro, permitindo ao gestor gerenciar e aplicar adequadamente os recursos nas ações pactuadas e programadas (Brasil, 2017).

6.1 Despesas Totais em Saúde por Habitantes

O indicador de Despesa Total com Saúde por habitante representa a despesa total com saúde (exceto inativos), inclusive aquela financiada por outras esferas de governo por habitante, cuja finalidade é medir o gasto médio com saúde sob responsabilidade do município por habitante (Brasil, 2009).

Observa-se na tabela adiante que houve um aumento significativo em relação às despesas em saúde por habitante nas três regiões de saúde, destacando os anos de 2020 e 2021, este acréscimo pode estar relacionado a pandemia do SARS-CoV-2 (coronavírus). Importante enfatizar que a VII Região apresentou a maior despesa em saúde por habitante, superando a média macro em toda a série histórica.

Tabela 95: Distribuição dos Indicadores de Despesa em Saúde por Habitante (R$) por Região de Saúde da IV Macrorregião de Saúde de Pernambuco, 2012 a 2021

Região de Saúde	VII	VIII	IX	IV Macrorregião
2012	340,21	346,49	323,62	336,77
2013	375,00	361,09	328,80	354,96
2014	432,74	402,67	404,07	413,16
2015	433,29	340,24	375,70	383,08
2016	458,62	371,01	382,07	403,90
2017	473,86	365,90	430,16	423,31
2018	548,66	442,56	481,10	490,77
2019	542,07	481,30	495,70	506,36
2020	679,82	572,49	618,88	623,73
2021	767,59	665,01	652,39	695,00
Média	**505,19**	**434,88**	**449,25**	**463,1**

Fonte: SIOPS. Dez, 2023

6.2 Despesas em Investimentos em Relação à Despesa Total

O objetivo desse indicador é dimensionar o nível de investimentos realizados na área da saúde (Brasil, 2014), mensurando a participação das despesas com investimentos em relação ao total de despesas com saúde. Na tabela a seguir destaca-se a IX Região de Saúde com o maior percentual de investimento em

relação ao total de despesas em saúde na série histórica, tendo o ano de 2014 o maior percentual, e em 2021 o menor da IV Macrorregião de Saúde.

Tabela 96: Percentual de Despesas em Investimentos em relação à Despesa Total, IV Macrorregião de Saúde de Pernambuco, 2012 a 2021.

Região de Saúde	VII	VIII	IX	IV Macrorregião
2012	2,52	3,67	3,47	3,22
2013	6,06	4,93	3,63	4,87
2014	7,82	7,67	11,21	8,9
2015	5,21	7,41	4,46	5,69
2016	4,82	4,31	4,73	4,62
2017	4,49	2,64	5,87	4,33
2018	8,57	4,75	9,23	7,52
2019	4,77	4,36	4,6	4,58
2020	6,64	6,02	5,07	5,91
2021	2,4	3,06	1,88	2,45
Média	**5,33**	**4,88**	**5,42**	**5,21**

Fonte: SIOPS. Dez, 2023

6.3 Transferências SUS em Relação à Despesa Total

Esse indicador representa a participação das receitas transferidas vinculadas à saúde, em relação ao total de despesas com saúde. Através desse indicador pode-se inferir a relação de dependência dos municípios das transferências do SUS.

Pode-se destacar na série histórica abaixo que a VII Região de Saúde apresentou uma menor dependência no percentual de transferências SUS em relação às despesas totais, seguida da VIII e IX regiões de saúde, respectivamente. Ressalta-se que no ano de 2014 a IV Macrorregião de Saúde apresentou o menor percentual, e no ano de 2020, o maior.

Tabela 97: Percentual de Transferências SUS em relação à despesa total, IV Macrorregião de Saúde de Pernambuco, 2012 a 2021.

Região de Saúde	VII	VIII	IX	IV Macrorregião
2012	48,81	60,18	54,78	54,59
2013	49,66	49,84	54,76	51,42
2014	39,71	53,49	45,41	46,2

2015	45,35	47,09	55,71	49,38
2016	54,1	49,54	54,18	52,61
2017	45,22	49,63	51,86	48,9
2018	45,1	53,2	60,94	53,08
2019	52,3	54,58	58,84	55,24
2020	53,38	57,16	63,05	57,86
2021	45,77	61,58	52,91	53,42
Média	**47,94**	**53,63**	**55,24**	**52,27**

Fonte: SIOPS. Dez, 2023.

6.4 Percentual de Recursos Próprios Aplicados em Saúde Conforme Emenda Constitucional nº 29

Este indicador representa o percentual de recursos próprios aplicados em saúde, conforme previsto na Emenda Constitucional nº 29 (Brasil, 2009), implementada no ano 2000 e responsável por consolidar o Sistema Único de Saúde (SUS). A Emenda Constitucional 29/2000 fixou a vinculação dos recursos orçamentários que seriam destinados à saúde pelas três esferas de governo, cabendo ao Congresso Nacional regulamentar a matéria de forma a assegurar que os recursos sejam empregados no SUS.

Pelo texto aprovado, a EC 29 estipulou norma transitória determinando que a União deveria destinar para a saúde, no ano 2000, 5% a mais sobre o valor de 1999 e, nos anos seguintes, que esse valor fosse corrigido pela variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB). Os estados têm a obrigatoriedade de destinar 12% do seu orçamento e os municípios, 15%.

Observa-se que as regiões de saúde que compõe a IV Macrorregião cumpriram a exigência de aplicação mínima de 15% dos recursos próprios em saúde, tendo o ano de 2021 o maior percentual, destacando que a maior aplicação de recursos próprios aplicados em saúde foi na IX Região, seguida da VIII e VII, respectivamente.

Tabela 98: Distribuição de Recursos Próprios Aplicados em Saúde (%) – EC 29, IV Macrorregião de Saúde de Pernambuco, 2012 a 2021.

Região de Saúde	VII	VIII	IX	IV Macrorregião
2012	18,45	16,89	19,25	18,2
2013	18,02	19,56	19,04	18,87
2014	21,23	20,89	24,06	22,06
2015	19,93	20,93	22,41	21,09
2016	18,58	21,25	20,29	20,04
2017	22,69	20,13	22,99	21,94
2018	20,75	21,42	22,02	21,4
2019	19,66	21,86	20,17	20,56
2020	21,83	19,57	25,04	22,15
2021	22,83	22,66	22,93	22,81
Média	**20,4**	**20,52**	**21,82**	**20,91**

Fonte: SIOPS. Dez, 2023

6.5 Despesa Total em Saúde

Este indicador representa todo o gasto com saúde da IV Macrorregião entre os anos de 2012 e 2021. Ao analisar a tabela abaixo, com exceção do ano de 2015, verifica-se que houve crescimento da despesa total em saúde nas três regiões. Isso se deve ao aumento de investimentos em saúde por parte das transferências automáticas e regulares fundo a fundo, ressaltando uma maior concentração de despesas totais em saúde na VIII região, seguida da IX e VII, respectivamente, fator esse condicionado pela população e número de equipamentos e oferta de serviços de saúde.

Tabela 99: Despesa Total em Saúde (R$), IV Macrorregião de Saúde de Pernambuco, 2012 a 2021

Região de Saúde	VII	VIII	IX	IV Macrorregião
2012	47.730.195,00	155.495.837,00	107.614.624,00	310.840.656,00
2013	54.086.022,00	169.063.214,00	112.714.468,00	335.863.704,00
2014	62.739.970,00	191.565.906,00	139.528.952,00	393.834.828,00
2015	63.134.358,00	164.352.950,00	130.644.751,00	358.132.059,00
2016	67.147.763,00	181.832.076,00	133.753.775,00	382.733.614,00

2017	69.702.932,00	181.824.350,00	151.562.171,00	403.089.453,00
2018	80.704.933,00	219.916.725,00	169.508.296,00	470.129.954,00
2019	79.679.738,00	239.652.935,00	175.315.500,00	494.648.173,00
2020	100.376.236,00	288.784.411,00	220.235.709,00	609.396.356,00
2021	113.336.080,00	335.452.326,00	232.160.402,00	680.948.808,00
Média	**738.638.227,00**	**2.127.940.730,00**	**1.573.038.648,00**	**4.439.617.605,00**

Fonte: SIOPS. Dez, 2023

6.6 Investimento em Saúde na Macrorregião

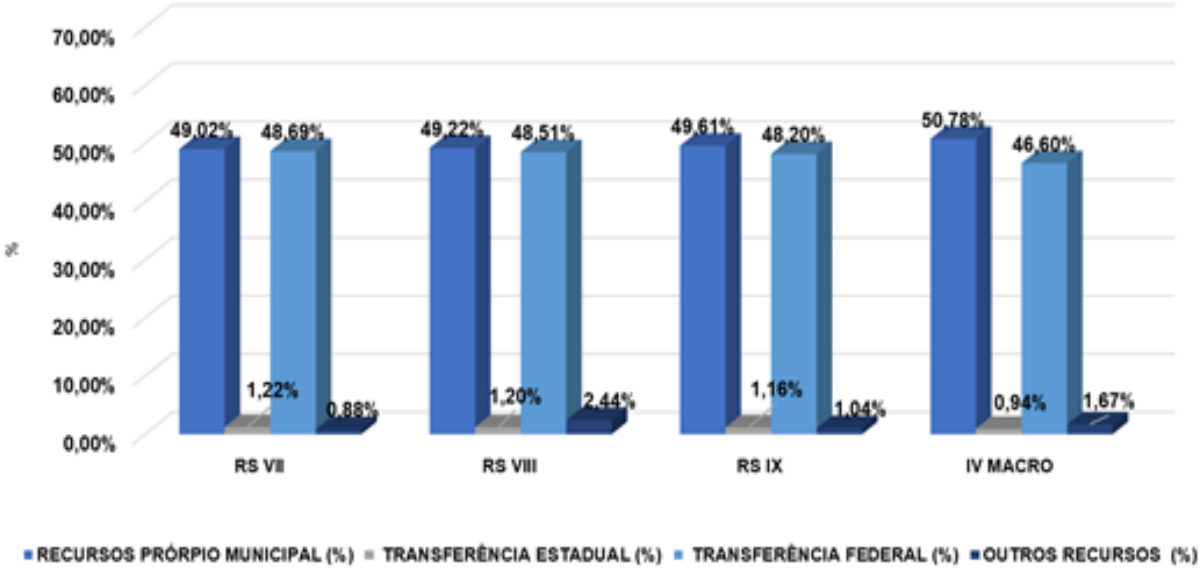
A análise do investimento em saúde da macrorregião considerou as despesas totais em saúde dos municípios no ano 2022 informadas na base do SIOPS. Para tanto, foram consideradas todas as fontes informadas pelos municípios e as subfunções: 301 - Atenção Básica, 302 - Assistência Hospitalar e Ambulatorial, 303 - Suporte Profilático e terapêuticos, 304 - Vigilância Sanitária, 305 - Vigilância Epidemiológica, 306 - Alimentação e Nutrição, Outras Subfunções.

Para efeitos de análise e interpretação, os dados foram categorizados por origem do recurso: Recurso Próprio Municipal (Recurso Ordinário Livre, Receita de impostos e Transferências de Impostos), Transferência Estadual (Transferências Fundo a Fundo de Recursos do SUS provenientes do Governo Estadual), Transferência Federal (Transferências Fundo a Fundo de Recursos do SUS provenientes do Governo Federal, Transferências da União - inciso I do art. 5º da Lei Complementar 173/2020, Royalties do Petróleo destinados à Saúde) e Outros Recursos (Outros Recursos Destinados à Saúde, Operações de Crédito vinculadas à Saúde, Transferências de Convênios destinadas à Saúde). No sentido amplo de investimento em saúde, levou-se em conta o somatório das despesas corrente e capital.

O gráfico 149 presenta o percentual de investimento em saúde dos municípios, segundo Região e Macrorregião de Saúde, por origem do recurso. Observou-se que o recurso próprio municipal foi o maior percentual de contribuição em todas as regiões de saúde (aproximadamente 49%) e na Macrorregião (50,78%),

seguido pelas transferências de recurso federal para os municípios com 48% nas Regiões de Saúde e 46% na Macrorregião de Saúde.

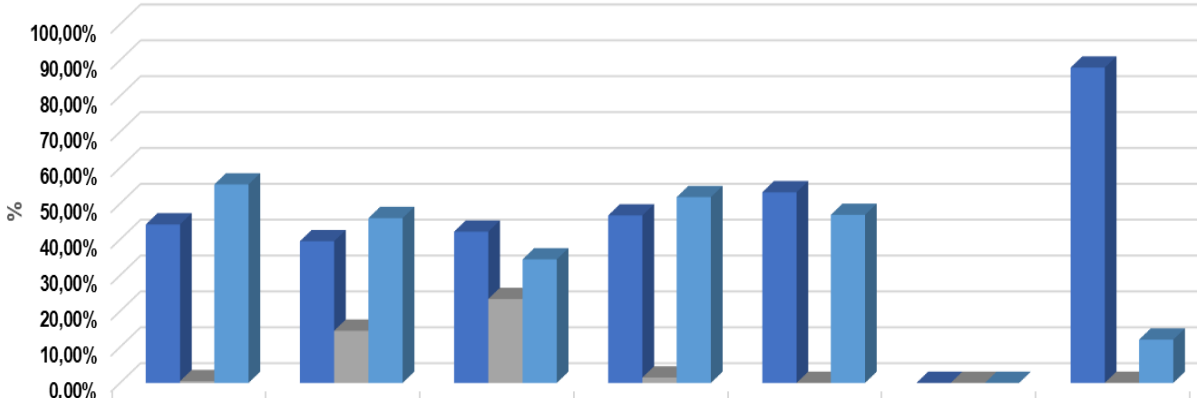
Gráfico 150: Percentual de investimento em saúde dos municípios, segundo Região e Macrorregião de Saúde, por origem do recurso, Pernambuco, 2022.



Fonte: SIOPS, acesso em fevereiro de 2024

As subfunções orçamentárias estão apresentadas no gráfico 150 conforme informadas no SIOPS e categorizadas por origem do recurso. Verificou-se que outras subfunções foi aquela com maior recurso gasto, sendo com recurso próprio municipal. A subfunção alimentação e nutrição não houve recurso alocado.

Gráfico 151: Percentual de investimento em saúde dos municípios, por origem do recurso e subfunção orçamentária – IV Macrorregião de Saúde - Pernambuco, 2022



	Atenção básica	Assistência Hospitalar e Ambulatorial	Suporte Profilático e Terapêutico	Vigilância Sanitária	Vigilância Epidemiológica	Alimentação e Nutrição	Outras Subfunções
Municipal	44,18%	39,50%	42,16%	46,70%	53,15%	0,00%	87,91%
Estadual	0,49%	14,54%	23,40%	1,51%	0,00%	0,00%	0,03%
Federal	55,33%	45,95%	34,44%	51,79%	46,85%	0,00%	12,07%

Fonte: SIOPS, acesso em fevereiro de 2024

7. GESTÃO DO TRABALHO E EDUCAÇÃO NA SAÚDE

A formação profissional e o desenvolvimento dos trabalhadores do SUS é uma política de saúde que objetiva garantir profissionais com o perfil adequado e comprometido para atuar na assistência à saúde de acordo com as necessidades da população de forma equânime e resolutiva. Processos educativos permanentes e integrados são de fundamental importância para que este fim se concretize (CONASS, 2011).

Uma boa iniciativa de formação perpassa pelo tipo de qualificação que os trabalhadores precisam e/ou qual tipo de problema esta qualificação se propõe a resolver. Quem mais tem propriedade para elencar estas fragilidades de problemas e competências é o próprio trabalhador. Neste sentido, os gestores têm um papel relevante ao favorecer estratégias educacionais que contribuam com a cogestão, ferramentas que motivem a reflexão dos processos de trabalho e levantem as demandas de ensino-aprendizagem para atualizar e qualificar a assistência nas Redes de Atenção à saúde (CONASS, 2011).

A Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) do Ministério da Saúde é responsável pela mobilização da ação gestora no campo do trabalho e da formação com o objetivo de valorizar e qualificar trabalhadores do SUS, a partir dos déficits de assistência percebidos especialmente em termos de diretrizes de descentralização e ampliação da cobertura das operações e serviços de saúde (Magnago et al, 2016).

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) criada por meio da portaria GM/MS nº 198/2004, cujas diretrizes de implementação estão publicadas na Portaria GM/MS nº 1.996/2007, foi construída pela parceria da SGTES com o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e com o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) ampliando as discussões entre os atores do SUS em diversas regiões, incluindo todos os aspectos relevantes para o financiamento da Iniciativa de Educação Permanente em Saúde - EPS (Brasil, 2018).

A PNEPS busca transformar a prática em saúde na perspectiva da aprendizagem significativa. A política é institucionalizada por meio da Comissão de

Integração de Ensino - Serviço (CIES), com a participação de gestores, instituições formadoras, profissionais de saúde e controle social de forma regionalizada, e articulada com a Comissão Intergestores Regional (CIR).

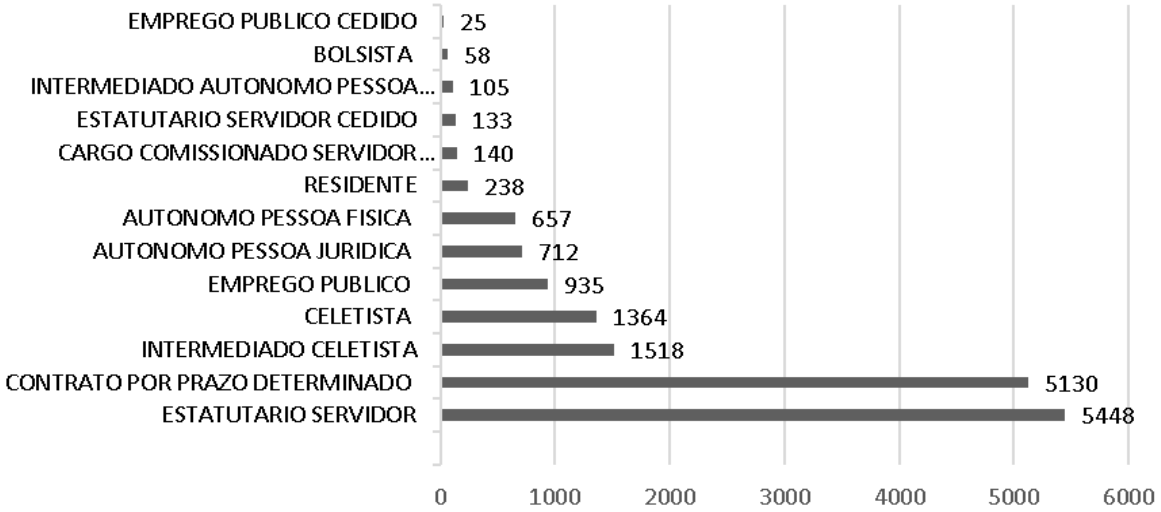
A CIES visa apoiar a construção e o desenvolvimento do Plano Regional de Educação Permanente em Saúde (PAREPS) com base nas necessidades de formação nas 12 Gerências Regionais de Saúde do Estado, além de promover a integração entre a saúde e a educação, visando orientar a formação dos trabalhadores de saúde para o SUS.

7.1 Gestão do Trabalho

A gestão do trabalho busca a promoção do gerenciamento de políticas de desenvolvimento de recursos humanos, análise do dimensionamento do quadro de pessoal, valorização dos trabalhadores, elaboração e desenvolvimento de políticas de formação e desenvolvimento profissional para a área de saúde e monitoramento e avaliação das atividades desenvolvidas.

Ao analisar a força de trabalho na IV macrorregional, considerando o tipo de vínculo dos profissionais nos serviços públicos instalados nas regiões de saúde, observa-se (gráfico X) que o número de servidores estatutários predomina sobre o tipo de vínculo mais frequente, seguido dos contratados por tempo determinado.

Gráfico 152: Tipo de vínculo e número de servidores nos serviços de saúde da IV Macrorregião de Saúde de Pernambuco, 2024.



Fonte: CNES, 2024

Esta realidade demonstrada no Gráfico X traz questões a serem levantadas sobre a situação de contratação de recursos humanos na IV Macrorregião de saúde, e o quanto impacta na base da assistência à saúde, já que a contribuição do trabalhador é um fator essencial para a qualidade de vida e saúde da população. Vínculos seguros e protegidos como estatutário e celetista garantem o equilíbrio entre os direitos e as responsabilidades dos trabalhadores, em que a força de trabalho deve ser bem distribuída, saudável, capacitada e motivada (CONASS, 2011).

Outro ponto que deve ser melhor discutido na gestão do trabalho é a efetivação do Plano de Cargos e Carreiras – PCC em todos os municípios da região, por se tratar de uma ferramenta de estímulo ao desenvolvimento pessoal e profissional dos servidores. Promovendo uma progressão em decorrência de critérios de desempenho ou por elevação de nível profissional a partir do nível qualificação profissional que possua.

Tanto a forma de contratação como a progressão de carreira são fatores que afetam diretamente a qualidade na assistência prestada dentro dos serviços. Há na Macrorregião a presença ainda de vínculos frágeis com baixa valorização salarial, o que pode levar os profissionais ao esgotamento, e consequentemente a diminuição na qualidade do serviço.

7.2 Educação Permanente em Saúde

As comissões de Integração Ensino-Serviço no estado funcionam como um espaço intersetorial de condução e desenvolvimento da Política de Educação Permanente em Saúde, de organização regional.

Compete a CIES a integração com as instituições de ensino, tanto de superior como de técnico, para a formação e qualificação dos trabalhadores do SUS, fortalecendo a estratégia de integração ensino-serviço, bem como articular com entidades sindicais e de fiscalização do exercício profissional e movimentos sociais para o desenvolvimento do trabalho no setor da saúde.

A CIES na VII Gerência Regional de Saúde se destaca na manutenção da comissão e renovação nos componentes, apesar das dificuldades enfrentadas com a pandemia de covid-19, a composição da comissão vem respeitando os biênios de atuação, após a conclusão da resolução n° 141 de 22 de junho de 2021, foi substituída pela resolução n° 191 de 21 novembro de 2023.

O destaque da VIII Gerência vem se dando no seu processo de articulação nos espaços colegiados, com presença constante na Câmara Técnica, CIR, Colegiado da Atenção Básica e no Grupo Técnico de Planejamento Regional, mantendo a discussão sobre educação permanente sempre em pauta. Em 2023 não houve renovação dos membros da comissão e nova resolução, porém a equipe já encontra-se organizando a retomada para o ano de 2024.

A IX Região de Saúde apresenta ampla participação dentro da comissão e efetuação uma articulação com os 11 municípios, o plano vinha sendo aplicado ate o ano de 2022 com palestras e capacitações vislumbrando as necessidades apresentadas e discutidas nos órgãos colegiados, porém no ano de 2023 houve uma dissolução da comissão no processo de reorganização e alinhamento, sendo pauta prioritária para o ano de 2024.

Como parte do trabalho da CIES pode-se citar a: Oficina de Capacitação Sobre a Novo Larvicida Utilizado no Controle das Arboviroses com os agentes de endemias realizado na VIII GERES, o IV Fórum Perinatal e II Mostra de Experiências Integradas com os trabalhadores de saúde dos municípios da IX GERES e a II Mostra de Experiências Integradas da VII GERES.

De âmbito nacional, houve duas importantes formações na IV macro: o programa saúde com agente que capacitou os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e Agentes de Combate às Endemias (ACE), promovendo qualificação profissional com foco na integração entre Atenção Básica e Vigilância em Saúde, e o Cuida APS, oriundo de uma parceria do Ministério da Saúde e o Hospital Alemão Oswaldo Cruz, que realizou um curso de especialização para os profissionais de atenção primária à saúde com foco no atendimento às pessoas com condições crônicas.

Ambas as experiências exitosas com instituições demonstram a necessidade de se estabelecer de forma loco regional um maior número de Contratos Organizativo de Ação Pública Ensino-Saúde (COAPES), no intuito de facilitar os processos de negociação e nas ações de integração ensino-serviço-comunidade garantindo que estabelecimentos de saúde como cenário de prática e direcionar esforços para que os programas de formação contemplem compromissos da educação superior com a melhoria dos indicadores de saúde e do desenvolvimento dos trabalhadores de saúde do território.

8. CIÊNCIA, TECNOLOGIA, PRODUÇÃO E INOVAÇÃO EM SAÚDE

O desenvolvimento socioeconômico de qualquer nação depende de seu desenvolvimento científico e tecnológico, na medida em que esse contribui para a criação de condições para o crescimento sustentável e solução dos problemas e necessidades nacionais. É nesse contexto em que está inserida a política de ciência, tecnologia e inovação em saúde, entendida como ponto de convergência de duas políticas públicas. Seu princípio básico é o compromisso ético e social com a melhoria das condições de saúde da população Brasileira e com a busca da equidade. O êxito dessa política depende de sua capacidade em abordar todos os tipos de atividades inerentes ao sistema de saúde e temas de ciência, tecnologia e inovação, incluindo produção de bens e serviços e formação de recursos humanos, num arranjo institucional que contemple a dimensão estratégica da pesquisa em saúde para a resolução de problemas.

Na atualidade pode-se observar um vasto campo de inovações provenientes de informações científicas, a citar o aumento da expectativa de vida, o aumento da produção de alimentos e a cura de muitas doenças, além de uma compreensão mais efetiva da experiência social contemporânea. A partir dessas questões atreladas a necessidade de inclusão social e econômica de parcela significativa da população têm na contribuição do conhecimento científico um elemento facilitador para sua resolução.

Portanto, os estados devem considerar a ciência, tecnologia e inovação em saúde com interface a outras políticas públicas, que podem ser desenvolvidas em vários setores governamentais e ou não governamentais e em especial as políticas de produção de conhecimento. Ao se tratar da região de saúde da IV Macro indicamos abaixo os principais dispositivos e espaços de trabalho para a discussão em Ciência, Tecnologia, Produção e Inovação e suas ações colaborativas:

- Universidade Federal do Vale do São Francisco – UNIVASF: é uma instituição de ensino superior pública e federal, mantida pelo Governo Federal do Brasil. Com sede na cidade de Petrolina, oferece cursos de graduação, cursos de mestrado, doutorados e especializações.

- Instituto Federal de Pernambuco – IFPE: é uma instituição de educação superior, básica e profissional, pluricurricular e multicampi, que oferece educação profissional e tecnológica em diferentes modalidades de ensino. Além de planejar, superintender, coordenar, fomentar e acompanhar atividades e políticas de pesquisa, integradas ao ensino e à extensão, bem como promover ações de intercâmbio com instituições e empresas na área de fomento à pesquisa, ciência e tecnologia e inovação tecnológica.
- Universidade de Pernambuco – UPE: é uma universidade pública estadual, situada no Estado de Pernambuco, Brasil, com campus no Sertão do Estado. A universidade oferece cursos de graduação, cursos de mestrado, cursos de doutorado e cursos de pós-graduação Lato Sensu.
- Centro Universitário Paraíso – UNIFAP: é uma instituição privada, instalada na cidade de Araripina, que oferece cursos de graduação e pós-graduação na área da saúde como medicina, enfermagem, nutrição e farmácia.
- Instituto de Tecnologia de Pernambuco – ITEP: realiza análises de resíduos de agrotóxicos e contaminantes em alimentos e bebidas; Análises físico-químicas e microbiológicas aplicadas às matrizes ambientais e alimentos; Desenvolvimento de sistemas de informação geográfica e estudos técnicos ambientais.
- O Instituto Agronômico de Pernambuco – IPA: é uma instituição de pesquisa e extensão rural que tem como missão promover o desenvolvimento sustentável da agricultura familiar em Pernambuco. Tem como atividade gerar, promover e exercitar a transferência de informações científicas e tecnológicas em sua esfera de ação; Atuar em áreas de tecnologia de ponta, visando a promover saltos qualitativos na pesquisa.
- Empresa Brasileira de Pesquisa Agropecuária – EMBRAPA: é uma empresa pública voltada para a inovação, que foca na geração de conhecimentos e tecnologias para a agropecuária Brasileira.
- Fundação de Hematologia e Hemoterapia de Pernambuco – HEMOPE: é uma organização de caráter científico, educacional e assistencial que está vinculada à Secretaria de Saúde do Governo do Estado de Pernambuco. Sua atuação se dá nos segmentos da Hemoterapia e Hematologia, através da

produção científica, formação qualificada de recursos humanos e prestação de serviços especializados.

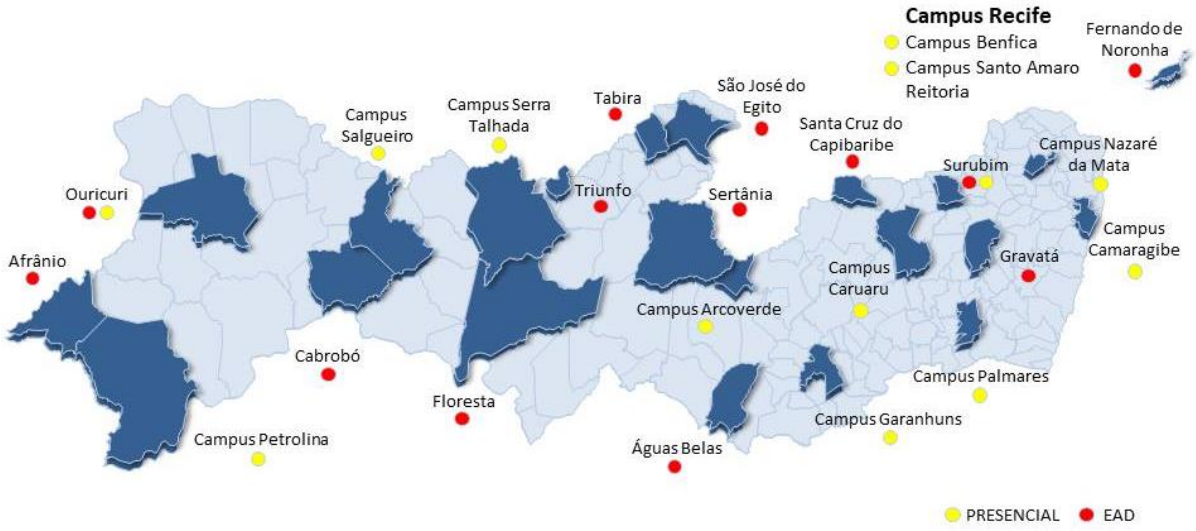
- Laboratório Farmacêutico de Pernambuco – LAFEPE: faz parte da administração indireta do Governo do Estado de Pernambuco, sendo uma sociedade de economia mista vinculada à Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco. Sua atuação se dá no desenvolvimento, produção e comercialização de medicamentos e óculos a baixo custo, destinados às necessidades das políticas de saúde pública.
- Laboratório de Saúde Pública: coordenado pelo LACEN (Laboratório Central de Saúde Pública realiza análises de alta complexidade. Desempenha ações para atendimento ao diagnóstico laboratorial para as Vigilâncias Epidemiológica, Sanitária e Ambiental, por meio da realização de exames e ensaios de alta complexidade nas áreas de Biologia Médica (Bacteriologia, Endemias, Imunologia e Virologia); Análises Ambientais (Toxicologia e Cianobactérias); Análises Bromatológicas de água para consumo humano, água de diálise e alimentos (Bromatologia); Controle da qualidade de medicamentos, cosméticos e saneantes (Medicamentos). Realiza também capacitações e treinamento de profissionais em conformidade com as diretrizes do Núcleo de Estudo e Pesquisa do LACEN/PE (NEPEL); realiza controle de qualidade para os diagnósticos de interesse à Vigilância em Saúde e descentralização de diagnósticos e ensaios de baixa complexidade para os laboratórios da Rede Pernambucana de Laboratórios (RPELAB).

Os atores desses equipamentos têm como principal função a formação de pessoal qualificado, sejam eles profissionais ou pesquisadores. Salienta-se ainda a função de produção, difusão, divulgação e compartilhamento de conhecimento, em especial no caso das universidades. Sendo este último um ponto forte a se destacar na IV Macrorregião, que conta com uma Universidade Federal (Universidade do Vale do São Francisco – UNIVASF), uma Universidade Estadual (Universidade de Pernambuco - UPE) e um Instituto Federal do Sertão Pernambucano - IF Sertão-PE) que também desempenham atividades de pesquisa e extensão.

A UPE é uma instituição pública de ensino superior presente em todas as regiões do Estado. Desempenhando o importante papel de gerar, não apenas

formação de profissionais, como também a construção de conhecimentos através da articulação do ensino, pesquisa e extensão. Na figura abaixo é possível identificar o alcance da instituição no estado.

Figura 20: Mapa Indicativo do Alcance Regional da Universidade de Pernambuco (UPE) no estado de Pernambuco, 2022.



Fonte: Pernambuco Governo do Estado, 2022.

Além da UPE, contribuindo para o processo de interiorização, destacamos o Instituto Federal do Sertão de Pernambuco, presente nas três sedes de regionais que compõem a IV Macrorregião (Ouricuri, Petrolina e Salgueiro). Contribuindo para a formação de pessoal qualificado por atuar tanto em cursos subsequentes (onde o aluno já concluiu o ensino médio), como em cursos integrados (permitindo uma formação técnica paralela ao ensino médio). Desenvolvendo os arranjos produtivos sociais e culturais locais, com foco na redução das desigualdades sociais.

Destacam-se no espaço de promoção, fomento e financiamento de pesquisas algumas instituições como: Fundação de Amparo à Ciência e Tecnologia de Pernambuco (FACEPE); Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) e o Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq). Cujo atividades visam o desenvolvimento da concessão de financiamento à pesquisa, ciência e tecnologia para auxiliar os pesquisadores na aquisição de equipamentos e materiais de consumo que vão contribuir na produção

das pesquisas. Um dos principais critérios utilizados na concessão das bolsas é o interesse público. Veja no quadro mais detalhes das entidades de financiamento à pesquisa, ciência e tecnologia.

Quadro 17: Entidades de financiamento à pesquisa, ciência e tecnologia, Pernambuco, 2023.

FACEPE Fundação de Amparo à Ciência e Tecnologia do Estado de Pernambuco	FACEPE: Criada pela Lei Estadual N° 10.401/1989 e vinculada à Secretaria de Ciência e Tecnologia do Estado de Pernambuco (SECTEC), a Fundação de Amparo à Ciência e Tecnologia de Pernambuco (FACEPE) tem como missão institucional promover o desenvolvimento científico e tecnológico do estado, através do fomento à ciência, tecnologia e inovação, mantendo estreita sintonia com o atendimento às suas necessidades socioeconômicas.
CNPq	CAPES: a Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior é uma fundação vinculada ao Ministério da Educação do Brasil que atua na expansão e consolidação da pós-graduação *stricto sensu* (mestrado e doutorado) em todos os estados Brasileiros. Dentre suas atribuições, estão a avaliação da pós-graduação *stricto sensu* e investimentos na formação de recursos de alto nível no país e exterior e a indução e fomento da formação inicial e continuada de professores para a Educação Básica.
CAPES	CNPq: o Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico é uma agência do Ministério da Ciência e Tecnologia (MCT) destinada ao fomento da pesquisa científica e tecnológica e à formação de recursos humanos para a pesquisa no país através de auxílios por editais. O Conselho também financia bolsas para o pesquisador, como a bolsa produtividade e, ainda, possui linhas de financiamento de bolsas de doutorado e pós-doutorado no exterior.

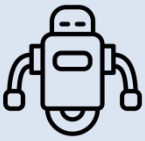
Fonte: Elaboração própria.

A pesquisa em saúde colabora na oferta de sua capacidade intelectual que responde ao SUS suas necessidades e lacunas identificadas. Na qual atrelada a inovação e tecnologia em saúde possibilitam uma série de soluções e melhora a capacidade de atendimento dessas demandas, tais como: tratamento, exames e prevenção de doenças.

Segundo a Portaria nº 2.510/GM de 19 de dezembro de 2005, consideram-se tecnologias em saúde: medicamentos; materiais, equipamentos e procedimentos; sistemas organizacionais, educacionais, de informações e de suporte; e programas e protocolos assistenciais, por meio dos quais a atenção e os cuidados em saúde são prestados à população. Os governos nacionais, regionais e locais devem portanto buscar novos caminhos para superação de adversidades econômicas e sociais para reduzir as desigualdades e atender as demandas de saúde da sociedade. Nesse sentido, as políticas públicas de Ciência, Tecnologia, Produção e Inovação cumprem papel fundamental. São exemplos de tecnologia na saúde pública:

Quadro 18: Tecnologias para a Saúde, Pernambuco, 2022

 **BLOCKCHAIN**	 **IMPRESSÃO 3D**	 **BIOTECNOLOGIA**
Adjudicação dos sinistros e gestão de faturamento na área de saúde, intercâmbio de dados clínicos e interoperabilidade e gestão de cadeia de abastecimento. Estima-se que o mercado global de tecnologia Blockchain no setor de saúde valha US$ 77 bilhões até 2027.	Confecção de dispositivos médicos, odontológicos e vestíveis; fabricação de tecidos e órgãos, próteses e implantes, equipamentos e modelos anatômicos. A impressão 3D no mercado de saúde foi avaliada em US$ 1,036.58 milhões em 2020, e deve atingir US$ 5,846.74 milhões até 2030, crescendo em 20% de 2021 a 2030.	Incorporação de inteligência artificial e big data para otimização de processos e produtos biotecnológicos, engenharia genética, medicina personalizada e biofabricação pra desenvolvimento de dispositivos de diagnóstico de pronto atendimento. Espera-se que o mercado global de biotecnologia atinja US$ 3,879 bilhões até 2030.
 **REALIDADE AUMENTADA**	 **ARMAZENAMENTO EM NUVEM**	 **INTELIGÊNCIA ARTIFICIAL**
Cirurgias, atendimento ao paciente, condicionamento físico e gestão de farmácias; treinamento médico para	Acesso facilitado de registros médicos eletrônicos, impactando na efetividade dos diagnósticos e tratamentos	Maior interatividade com máquinas (prontuários eletrônicos e cirurgias por robôs); softwares inteligentes

estudantes/cirurgiões em ascensão. Estima-se que o mercado global de Realidade Virtual no setor de saúde cresça de US$ 628.0 milhões em 2022 para US$ 6.20 bilhões em 2029.	clínicos. Além disso, a crescente adoção de armazenamento em nuvem deve impulsionar o crescimento do mercado em US$ 231.26 bilhões até 2027.	(segurança assistencial e redução de desperdícios). Estima-se que a inteligência artificial no mercado de saúde alcance US$ 67.4 bilhões até 2027; projetando-se um crescimento de 46,2% entre 2022 e 2027.
 **INTERNET DAS COISAS**	 **ROBÓTICA**	 **NANOTECNOLOGIA**
Tem possibilitado a conectividade de dispositivos, software e serviços. Consequentemente, há promoção de telemedicina, monitoramento de pacientes, gerenciamento de operações e fluxo trabalho, digitalização remota e gerenciamento de amostras em distintos ambientes, tais como, laboratórios, hospitais e clínicas. No mercado de saúde global espera-se um investimento de US$ 253.7 bilhões até 2026.	Robôs de desinfecção; automação robótica na fabricação farmacêutica e cirurgias, agilizando o fluxo de trabalho clínico e a logística hospitalar. O mercado global de robótica está estimado em ultrapassar US$ 96.82 bilhões até o final de 2028.	Síntese, processamento, caracterização e aplicação de materiais em nanoescala na área da saúde. Utilizada para cuidado dental, sistemas de liberação de fármacos, dispositivos de diagnóstico e aparatos médicos. O tamanho global do mercado de Nanotecnologia para saúde deve atingir US$ 33 milhões até 2030.

Fonte: Pernambuco, Governo do Estado, 2022 (adaptado).

Na IV Macrorregião de Saúde exemplificam-se como tecnologias utilizadas:

- Prontuário eletrônico;
- Telemedicina;
- Sistemas de gestão;
- Aplicativos;
- Ferramentas de biometria;
- Câmeras de monitoramento;
- Cloud computing;
- Testes Laboratoriais Remotos (TLRs).

Coordenar e dar unicidade a atividades de promoção à Ciência, Tecnologia, Produção e Inovação em saúde requer da administração pública a elaboração de planos que compatibilizem estas diversas linhas de atuação, que indiquem os instrumentos para sua execução e que apresentem as diretrizes a serem seguidas. Sendo este um desafio para a IV Macrorregião de Saúde.

Podendo investir estrategicamente, por intermédio das universidades, na formação e aperfeiçoamento dos recursos humanos, articulando mestrado e especialização em saúde. Além de estabelecer parcerias para o fomento de pesquisas que visem inovação em saúde, que atuem em questões relacionadas ao custo-benefício, custo-efetividade e custo-utilidade de programas e ações de saúde.

9. GOVERNANÇA, CONTROLE SOCIAL E OUVIDORIA

9.1 Governança

Considerando a regionalização como um relevante processo no âmbito das tomadas de decisões no Sistema Único de Saúde, que vislumbra a organização dos fluxos locais, otimização da capacidade instalada, integração em rede entre os municípios, economia de recursos, superação de barreiras geográficas e facilitação do acesso à saúde, faz-se necessário a organização de espaços Regionais e Macrorregionais de governança através dos quais possam ser discutidas e alinhadas às pactuações.

Alguns espaços de governança estão presentes na IV Macrorregião de saúde com o intuito de solucionar as demandas e necessidades da população tanto de forma local como também em escalas mais ampliadas no território alcançando também as demandas que não podem ser solucionadas em nível regional, dentre estes espaços podemos citar as Comissões Intergestores Regional, suas respectivas Câmaras Técnicas, e os diversos Grupos Técnicos constituídos nas Regiões e Macrorregião de Saúde.

A Comissão Intergestores Regional é uma instância colegiada de articulação, negociação e pactuação entre o gestor regional e gestores municipais para regular a operacionalização da descentralização do Sistema Único de Saúde no âmbito da Região de Saúde, conforme ratificado e homologado no Decreto nº 7.508/2011.

A Câmara Técnica da CIR é o órgão consultivo e de assessoramento para subsidiar tecnicamente os gestores sobre a tomada de decisão, discussão e pactuação de interesse do SUS no âmbito da Região de Saúde. As câmaras técnicas têm como objetivo desenvolver estudos e análises com vistas a assessorar e subsidiar o plenário da CIR, além de apreciar, discutir e emitir parecer técnico sobre determinado assunto. Seus componentes correspondem a representantes das áreas técnicas das respectivas regionais de saúde bem como representantes municipais que reúnem-se mensalmente em período que antecede a CIR a fim de definir as prioridades a serem trabalhadas naquele momento.

Os Grupos Técnicos têm a função de intervir na melhoria dos processos de trabalho, promovendo a integração das áreas técnicas e afins, de forma integrativa e construtiva, contribuindo com soluções para os desafios cotidianos das diversas áreas em cada região. Refletindo e discutindo sobre as demandas essenciais no território e tendo como ponto de partida os princípios da governança e o conhecimento técnico-científico utilizado, de forma estratégica em instâncias superiores.

A seguir destacam-se alguns pontos importantes sobre cada um desses espaços de governança, a fim de que se possa compreender melhor os processos que regem a IV Macrorregional de saúde.

9.1.1 Comissão Intergestores Regional – CIR

A Comissão Intergestores Regional se constitui num espaço de decisão por meio da identificação, definição de prioridades e discussão/pactuação de soluções para a organização de uma rede regionalizada de ações e serviços de atenção à saúde, integrada e resolutiva. Nas três regionais que constituem a IV macrorregião de saúde este mecanismo de governança é constituído como espaço vivo de cogestão e tem promovido intensas discussões, contribuindo para o fortalecimento do planejamento nas regiões, tornando-se fundamental na construção, tanto do processo participativo e democrático, quanto da legitimação das ações no território.

Quanto à composição desse espaço, em conformidade com o seu Regimento, a CIR é formada pela Câmara Técnica, Secretaria Executiva e CIES. O Plenário da CIR é integrado, em cada uma das Regiões de Saúde, por todos os Secretários Municipais, assim como por representantes do Estado. A presidência da CIR é exercida por cada Gerente Regional e a Vice Presidência, por um representante dos Secretários de Saúde da Região.

As Reuniões de CIR têm ocorrido de forma regular nas regionais que compõe a IV macrorregião de Saúde e seu funcionamento é organizado com base no Regimento Interno de cada Regional. São discutidas pautas das ações e serviços de saúde integradas em Redes de Atenção à Saúde, com coparticipação da Câmara Técnica, Secretaria Executiva e CIES, Gerência Regional de Saúde, secretários

municipais de saúde representante da SES, e técnicos convidados de acordo com a necessidade. As reuniões ordinárias são realizadas mensalmente, conforme o calendário anual de reuniões, e observação ao quórum mínimo de participantes. Podendo ocorrer reuniões extraordinárias, em caso de necessidade.

A pauta é estruturada de acordo com as solicitações dos gestores e representantes e todo assunto discutido e pactuado é registrado em ata de reunião pela Secretaria Executiva da CIR, a relatoria de cada reunião é submetida aos gestores para aprovação no mês subsequente. As Resoluções com registro das decisões são encaminhadas para a CIB a fim de que sejam devidamente repactuadas e publicadas.

Além disso, neste espaço também são firmadas diversas parcerias com instituições para o fortalecimento das Regiões e Macrorregião, como por exemplo, as instituições de ensino que desenvolvem e garantem a integração ensino e serviço nos territórios, bem como a participação de outros entes que se relacionam com os instrumentos de saúde dentre eles, coordenadores de serviços, representantes de organizações de saúde, sempre com o intuído de agregar nas discussões e buscar soluções para as demandas existentes.

Dentre as deliberações ocorridas em CIR com impacto em nível Macrorregional, ao longo dos últimos dois anos, podem-se destacar como de maior relevância: A validação e aprovação dos Mapas Regionais de Saúde; as Atualizações dos Desenhos Regionais de Saúde; As composições dos Grupos Condutores Regionais do Planejamento Regional Integrado; as Composições dos Grupos Condutores das Redes de Urgência e Emergência e demais Grupos Técnicos.

Considerando o empenho do Ministério da Saúde e dos Estados de Pernambuco e Bahia em tornar a já consolidada Rede Interestadual de Saúde PEBA em um modelo de referência para a construção de Regiões Interestaduais de Saúde a ser implementadas em todo o País, destaca-se a importância de discussão no sentido de institucionalizar um espaço de Governança nos moldes de uma CIR Interestadual, através do qual possam ser deliberadas as demandas voltadas para esse tipo peculiar e inovador de Região de Saúde.

9.1.2 Câmara Técnica da CIR

A Câmara Técnica (CT) da CIR tem papel de grande relevância no processo de governança nas Regionais. De caráter consultivo, presta constante assessoria à Comissão Intergestores Regional, atuando de forma efetiva no processo de planejamento. As plenárias acontecem uma vez ao mês, geralmente precedendo as reuniões da CIR, suas pautas são sugeridas por seus integrantes que realizam a apresentação, apreciação e debate das questões técnicas relacionadas à saúde de cada região, bem como análise de todos os documentos que demandam pactuação em CIR.

Formada por representantes técnicos dos municípios e de cada regional, conta ainda com um coordenador regional, além de técnicos que podem ser convidados para a discussão. A disposição dos membros é variável de acordo com as características de cada regional, sendo constituída paritariamente. Em cada uma das Três Regionais de Saúde que compõem a IV Macrorregião a estrutura organizacional da CT – CIR constitui-se das seguintes áreas temáticas: Gestão do SUS (Atenção à Saúde, Planejamento/Gestão e Regulação), Gestão do Trabalho e Educação Permanente e Gestão da Vigilância em Saúde. Cada Região totaliza em suas Câmaras Técnicas dezesseis membros, oito deles representantes das Secretarias Municipais de Saúde e oito da GERES.

9.1.3 Grupos Técnicos

Os Grupos Técnicos constituem um espaço de governança onde são discutidas intervenções que visam o aprimoramento dos processos de trabalho, nesses espaços há uma integração das áreas técnicas e afins, de forma exponencial, viabilizando soluções para os desafios cotidianos. Esses grupos são de fundamental relevância e dão respaldo técnico às pautas específicas a serem discutidas nos espaços de governança. Os grupos podem envolver diversas áreas de discussão, tais como a atenção à saúde, vigilância em saúde, atenção ambulatorial e atenção de média e alta complexidade; atenção hospitalar de média e alta complexidade; redes de atenção à saúde, educação permanente e planejamento regional integrado como podemos observar no quadro 19.

Quadro 19: Principais Grupos Técnicos e Colegiados da IV macrorregião de Pernambuco.

Área	Espaço Colegiado	Finalidade
Gestão	Câmara Técnica da Comissão Intergestores Regional (CIR)	Apreciar, discutir e emitir parecer técnico acerca dos assuntos que serão levados para avaliação e aprovação da plenária da CIR.
	Comissão Intergestores Regional (CIR)	Promover a gestão colaborativa a partir da identificação e análise dos problemas de saúde da região, procedendo a pactuação de ações prioritárias para melhorar a situação de saúde e garantir a atenção integral na região.
	Comissão de Co-Gestão da Região Interestadual de Saúde PEBA (CRIE)	Articular, negociar e pactuar entre os entes envolvidos prioridades de pactuação para organização de uma rede de atenção à saúde.
	Câmara Técnica da Comissão de Co-Gestão da Região Interestadual de Saúde PEBA (CRIE)	Assessorar o plenário da CRIE e subsidiar tecnicamente os processos de pactuação da rede.
Planejamento Regional Integrado (PRI)	GT do Planejamento Regional Integrado (PRI)	Contribuir tecnicamente com os processos de construção e execução do Planejamento Regional Integrado.
	Grupo Condutor Regional do PRI (GCR)	Discutir, planejar e construir o PRI em cada Região de Saúde.
	Grupo Condutor Macrorregional (GCM)	Discutir, planejar e construir o PRI da IV Macrorregião de Saúde.
Planejamento	Colegiado Regional de Planejamento	Apoiar a gestão municipal nos instrumentos de Planejamento do SUS.

Gestão de Trabalho e Educação em Saúde	Comissão Permanente de Integração Ensino-Serviço (CIES)	Promover espaço voltado para construção e execução dos Planos Municipais de Educação Permanente.
Atenção à Saúde	Colegiado Regional Mãe Coruja Pernambucana	Discutir os indicadores do Programa Mãe Coruja.
	Colegiado Regional Integrado	Discutir ações prioritárias da região conjuntamente com a Atenção Básica, Vigilância, Mãe Coruja e Regulação.
	Colegiado Regional de Atenção Primária	Promover espaços para divulgação de informações e discussões de indicadores pertinentes ao fortalecimento da Política Nacional de Atenção Básica, na perspectiva da realidade dos municípios.
	Grupo Condutor da Rede Cegonha	Organizar o fluxo de assistência à saúde reprodutiva, parto e nascimento, assegurando a construção de uma rede resolutiva e integral.
	Colegiado Regional de Saúde Mental	Promover espaço para apresentação e discussão dos indicadores, além do planejamento de atividades relacionados ao fortalecimento da política de saúde mental.
	Grupo Condutor de Atenção à Pessoa com Deficiência	Discutir as necessidades de saúde e a repactuação da Rede de Cuidados a Pessoa com Deficiência.
	Comitê Técnico de Saúde Integral da População LGBT da VIII Região de Saúde de Pernambuco	Promover espaços de discussão acerca da saúde da população LGBT e implementar a Política Estadual de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexual.

Vigilância em Saúde	Colegiado Regional de Vigilância em Saúde	Discutir junto aos coordenadores de Vigilância em Saúde e instituições de interesse da área, temas prioritários para a Vigilância em Saúde da Região.
	Grupo Técnico Regional de Vigilância dos Óbitos por Acidente de Transporte Terrestre	Discutir óbitos causados por acidentes de transporte terrestre nos municípios.
	Grupo Técnico Regional de Vigilância do Óbito da Tuberculose	Discutir os óbitos por Tuberculose ocorridos nos municípios.
	Comitê Regional de Prevenção as Acidentes de Moto – CRPAM	Monitorar a ocorrência de acidentes motociclísticos e traçar estratégias para redução dos índices desse tipo de ocorrência, seja por meio de educação permanente e continuada de profissionais envolvidos na área e educação popular.
Regulação	Colegiado Regional de Regulação	Discutir os processos de trabalho em regulação e os fluxos de acesso dos usuários aos serviços de referência ambulatorial.
	GT Ortopedia e Obstetrícia	Levantar a capacidade instalada da rede de ortopedia e obstetrícia para definir ações estratégicas na área.
	GT Acesso Ambulatorial	Discutir o gerenciamento da oferta ambulatorial, recursos financeiros, fluxos de acesso e processos de regulação.
	Grupo Condutor da Rede de Urgência e Emergência (RUE)	Apoiar e monitorar a dinâmica da rede de urgência e emergência de saúde do Estado de Pernambuco.

Fonte: Pernambuco, 2022.

9.1.4 Auditoria e Controle Interno em Saúde

As auditorias em saúde constituem uma ferramenta relevante no processo de governança. Esses instrumentos garantem a melhoria da qualidade e da eficiência na prestação dos serviços através de processos de avaliação e orientação, identificando falhas e certificando se as práticas de saúde estão sendo realizadas conforme as normas e regulamentações vigentes.

Na IV Macrorregião de Saúde poucos municípios possuem um núcleo de auditoria próprio voltado especificamente para a Saúde, entretanto, nos municípios que não possuem esses núcleos específicos, o trabalho avaliativo e orientador não deixa de ser realizado, uma vez que vem sendo executado por meio do controle interno.

Na VII Região de Saúde os municípios de Belém de São Francisco e Salgueiro possuem um serviço geral de auditoria que também atende a área da Saúde. Já os municípios de Serrita, Mirandiba, Verdejante, Cedro e Terra Nova confirmaram que vêm desenvolvendo as auditorias dos serviços de saúde por meio do Controle Interno, enquanto não possuem uma ferramenta de auditoria voltada especificamente para a área.

Na VIII Região de Saúde apenas o município de Petrolina conta com o componente municipal de auditoria para a saúde, que é voltado tanto para os serviços próprios oferecidos pelo município quanto para os serviços contratualizados. As auditorias em saúde nos demais municípios da Região ficam por conta do controle interno. Já na IX Região de Saúde nenhum dos 11 municípios possui um núcleo de auditoria específico para a saúde, embora desenvolvam a função de auditar os serviços por meio do controle interno.

Diante da relevância das auditorias como instrumento de governança no aprimoramento dos serviços de Saúde e considerando a situação apresentada pela IV Macrorregião no que diz respeito aos núcleos municipais de auditoria em saúde, vale destacar a importância, tanto local, quanto Regional/Macrorregional da presença desses núcleos em cada um dos municípios.

9.2 Controle Social e Ouvidoria do SUS

A participação Social na Saúde se consolida gradativamente , ao longo dos anos, por meio de um processo evolutivo de lutas e mudanças, que acabaram por configurar um novo arcabouço para o sistema de controle social voltado para a Saúde no Brasil. Como produto dessa evolução alcançou-se um Sistema de Controle Social cuja participação da sociedade torna-se cada vez mais dinâmica, qualificada, deliberativa, independente e representativa. A democratização das políticas públicas de saúde é consequência dos avanços proporcionados pela efetividade do controle social.

Os conselhos de saúde, assim como as conferências de saúde representam na atualidade os principais espaços para o exercício da participação e do controle social no que tange à implantação e implementação das políticas de saúde em todas as esferas de governo.

O alcance do campo de atuação dos conselhos de saúde e das conferências de saúde, além de valioso, é bastante amplo. As instituições dos conselhos de saúde e das conferências estão vinculadas às exigências legais estabelecidas para o repasse dos recursos, estaduais ou federais, ao setor Saúde. Ainda neste sentido, a atuação dos Conselhos assim como sua diversidade de competências acarretam que todos os municípios Brasileiros disponham de um conselho de saúde.

As Ouvidorias constituem células administrativas dos órgãos que integram o Sistema Único de Saúde, no âmbito das gestões federal, estadual e municipal, possuem a missão de viabilizar e assegurar os direitos dos(as) cidadãos(ãs) de serem escutados no que diz respeito às suas demandas pessoais e coletivas. Sua função é intermediar o diálogo e as relações entre os(as) cidadãos(ãs) e a gestão, promovendo a qualidade da comunicação entre eles e a construção de laços de confiança e colaboração recíproca em consonância com os direitos constitucionais e demais garantias positivadas em lei.

9.2.1 Conselhos de Saúde

Como já foi introduzido, os Conselhos de Saúde desempenham uma função imprescindível no exercício do controle social e da cidadania. Institucionalizada pela Lei 8.142/1990, a participação social no SUS tem assegurada na figura dos Conselhos, a sua concretização. É por meio desses órgãos que são realizadas proposições, discussões, acompanhamentos, deliberação, avaliação e fiscalização da implantação das Políticas de Saúde, inclusive nos seus aspectos econômicos e financeiros.

Por conta disso, cabe aos Conselhos de Saúde, no âmbito de suas atribuições, avaliar os instrumentos de planejamento do SUS, emitindo um parecer conclusivo sobre o cumprimento ou não das normas instituídas na legislação pertinente, dando ampla divulgação dos resultados, inclusive em meios eletrônicos de acesso público no sistema DigiSUS Gestor – Módulo Planejamento, instituído pela Portaria nº 750/2019.

De maneira geral os Conselhos de Saúde da IV Macrorregião vêm desempenhando satisfatoriamente suas atividades, entretanto, observou-se de forma pontual, em alguns municípios na Macrorregião, a necessidade de uma maior integração entre este órgão, a esfera municipal e a população.

Ainda no contexto do Controle Social, é importante destacar a relevância das Conferências Municipais, Estaduais e Nacional de Saúde, dada a significância deste espaço como fórum que reúne todos os segmentos representativos da sociedade. As Conferências de Saúde constituem um espaço de debate para avaliar a situação de saúde e propor diretrizes para a formulação da política de saúde nas três esferas de governo. Destacam-se no quadro abaixo as principais propostas sugeridas pela IV Macrorregião de Saúde que foram aprovadas na última Conferência Estadual de Saúde.

Quadro 20: Propostas de Âmbito Regional e Macrorregional da 10ª Conferência Estadual de Saúde de Pernambuco, segundo o eixo e de abrangência à IV Macrorregião de Saúde, 2023.

EIXO I - Fortalecer a atenção primária em saúde como ordenadora do cuidado
Fortalecer a Atenção Básica como ordenadora da saúde do município, requalificando as Unidades da Estratégia de Saúde da Família e recompondo o Núcleo Ampliado de Saúde da Família com ampliação do número de profissionais e de especialidades, garantindo, assim, resolutividade das demandas do território e garantir apoio da Academia da Saúde.
Estabelecer cronograma de educação permanente de forma presencial no âmbito regional e macrorregional com ênfase na linha de cuidados da atenção primária (saúde da mulher, saúde mental, saúde da criança, saúde do idosos, doenças crônicas entre outras).
Garantir a Educação Permanente em Saúde na APS, estabelecendo o cronograma no âmbito regional e macrorregional baseado nas linhas de cuidado, capacitando os profissionais de saúde sobre suas atribuições para assegurar a resolutividade, a fim de assegurar a melhoria do atendimento, fortalecimento do vínculo serviço-usuário-profissional com foco no acolhimento, humanização, integralidade e acesso equânime.
Garantir, fortalecer, implementar e descentralizar a efetividade da política de equidade e das políticas específicas para populações em situação de vulnerabilidade (Negras, LGBTQIAPN+, pessoas em situação de rua, com deficiência, privados de liberdade, mulheres em situação de violência, pacientes de saúde mental, povos tradicionais, álcool e outras drogas, profissionais do sexo e entre outros) para promover o respeito a diversidade e assegurar atendimento integral e equânime.
Reformular a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), retomando o financiamento direcionado às equipes multiprofissionais e às gerências de UBS, fortalecendo a Atenção Primária como ordenadora da Rede de Atenção à Saúde (RAS), e coordenadora do cuidado através do apoio matricial.
EIXO II - Fortalecer as Redes de Atenção à Saúde com prioridade ao acesso regionalizado
Solicitar ambulância para melhorar assistência na zona rural visto a dificuldade de acessibilidade no momento de uma urgência ao atendimento.
Organização e estruturação da Rede de Atenção à Saúde na IV Macrorregião (número de vagas, assistência qualificada, continuidade da assistência, e oferta de especialidades inexistentes em cada região de saúde).
Garantir e fortalecer a Rede de Urgências e Emergências na IV Macrorregião de Saúde de Pernambuco, com implantação de um Hospital Geral do Vale do São Francisco, SAMU Regional, Unidades de Pronto atendimento (UPA), Leitos de Saúde Mental, Centro de Reabilitação Regional, incluindo um Polo

de Diagnóstico e acompanhamento de pessoas com doenças crônicas, doenças raras e neurotípicas.
Fortalecer o Sistema Regional de Regulação e a CRIL unificando, controlando com transparência das filas do SUS, com regulação médica de prioridades, evitando assim a corrupção e evidenciando as reais demandas do serviço e aumentando a disponibilidade de especialidades.
Garantir a implementação da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares na Rede SUS visando uma maior promoção da saúde na IV Macrorregião de Saúde.
EIXO III - Fortalecer a Política de Assistência Farmacêutica
Estimular a elaboração de normas, procedimentos, recomendações e outros documentos que possam orientar e sistematizar as ações e os serviços farmacêuticos, com foco na integralidade, na promoção, proteção e recuperação da saúde.
Ampliar a lista da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais e implementar a Caderneta de controle para liberação de medicação contínua.
Descentralizar as farmácias do estado e desburocratizar o acesso aos medicamentos ditos especiais, trazer para o município o centro de distribuição desses medicamentos.
Garantir o acesso à medicamentos e outras tecnologias no SUS, promovendo estratégias de qualificação de serviços farmacêuticos de forma a assegurar o monitoramento dos tratamentos, orientações quanto ao seu uso, garantindo transparência e acesso público aos dados relacionados à gestão da Assistência Farmacêutica, como o abastecimento das redes públicas com os medicamentos essenciais, estoques e dispensação.
Disponibilizar as regionais de saúde 100% dos medicamentos e insumos estratégicos sob responsabilidade de compra centralizada pelo Ministério da Saúde para abastecimento do SUS, desburocratizando a aquisição dos insumos e medicamentos.
Eixo IV – Desenvolver as ações estratégicas de Vigilância em Saúde
Fomentar atuação entre os setores da Vigilância em Saúde em consonância com os determinantes e condicionantes de saúde, garantindo ações de promoção, proteção, prevenção e controle de doenças e agravos.
Intensificar as notificações de acidentes de trabalho, como também, ampliar os meios de divulgação local das ações de saúde para a população abrangendo os espaços públicos, estudantis e dos trabalhadores em geral.

Implantar Serviço de Verificação de Óbitos (SVO) na IV Macrorregionais de Saúde.
Implantar centro de zoonoses regional e estruturar laboratório regional para nálise de vetores e de zoonoses.
Realizar oficinas de atualização para os municípios sobre notificação compulsória para as unidades notificadoras das regionais de saúde, com implantação e fortalecimento dos NEPs (Núcleo de Educação Permanente em Saúde) regional e municipal.
Eixo V - Qualificar e inovar os processos de Governança e Gestão Estratégica e Participativa da Saúde
Garantir o redesenho das redes de atenção à saúde nas regiões de saúde, instituindo na prática a construção de programa ou modelo de planejamento regionalizado de saúde, que garanta a equidade entre as regiões de saúde.
Garantir o aprimoramento da gestão do SUS, visando maior eficácia, eficiência e efetividade, por meio de ações que incluem o apoio ao controle social (Conselho Municipal de Saúde), a educação popular, a mobilização social, a busca da equidade e o monitoramento das ações do SUS a nível municipal.
Assegurar a Participação efetivo dos gestores municípios de saúde na Comissão Intergestores Regional - CIR (Pactuando as necessidades dos munícipes de sua região, junto às três esferas: federal, estadual e municipal promovendo a equidade, universalidade e integralidade para o fortalecimento das estratégias desenvolvidas na gestão do SUS.
Desenvolvimento de ações permanentes de escuta e orientação da população para o fortalecimento do controle social nos serviços de saúde, através das escolas, associações de moradores, gestores de saúde, Conselho Municipal de Saúde, associações religiosas, e ouvidorias do sus ativa e itinerante e campanhas midiáticas sobre o acesso da população aos serviços de saúde e também o retorno das urnas nas unidades de saúde.
Fortalecer todas as políticas de saúde no âmbito macrorregional com foco na promoção, prevenção, assistência e reabilitação, criando mecanismos de monitoramento da execução nos municípios através de pesquisa popular, com priorização da atenção à saúde às doenças raras e de pessoas com deficiência.
Eixo VI - Propor estratégias para ampliação adequada dos investimentos em Saúde de forma regionalizada
Ampliar os recursos financeiros para fortalecer as Redes de Atenção à Saúde Regional, a partir do Planejamento Regional Integrado-PRI.
Reestruturar os laboratórios regionais com melhorias na infraestrutura, recursos humanos, equipamentos e insumos para realização de análises, principalmente a realização dos exames de referências. Considerando a distância entre a IV macro e o laboratório central, que impacta no deslocamento

e otimização dos serviços.
Ampliar o serviço de Oncologia Macrorregionalizado.
Garantir a implantação do IML no município de Salgueiro, sede da VII GERES, e implementação do IML no município de Ouricuri, sede da IX GERES, com o intuito de atender toda a população e demanda do sertão pernambucano.
Criação de um centro de diagnóstico e terapêutico com implantação na IV Macrorregional, com oferta de serviços diagnósticos (ultrassonografia, tomografia, ressonância magnética, raio-x e exames laboratoriais de alto custo), contemplando a linha de cuidado, dentre outras, das Pessoas Com Deficiência.
Eixo VII - Fortalecer o Controle Social no SUS
Aperfeiçoar os atuais canais de participação social, por meio da ampliação dos meios de interlocução entre usuários e serviços de saúde, viabilizando a melhoria nos mecanismos de escuta do cidadão, visando a equidade do exercício do direito à saúde.
Desenvolver ações estratégicas para fortalecer a atuação do Conselho Municipal de Saúde com a participação ativa dos usuários.
Garantir investimento e custeio para implantação do serviço de ouvidoria nos municípios e manutenção de seu funcionamento.
Realizar campanhas educativas nas escolas, Unidades de Saúde, igrejas, associações, rádios, entre outros com o intuito de divulgar a função do conselho de saúde e sua importância, visando fortalecer o conselho e a participação social.
Fortalecer, incluir e defender o controle e a participação social nos Conselhos Municipais, com ênfase na transparência de informações por meio das mídias sociais.
Eixo VIII - Pernambuco na luta por um adequado financiamento do SUS
Fortalecer a política de saúde mental através de critérios que contemplem os municípios com investimento financeiro para que assim possam ampliar a capacidade instalada para maior agilidade no atendimento eficaz e tempo resposta ao paciente.
Garantir a implantação de um centro de oncologia nas Regionais onde não existe.

Garantir o financiamento para a implantação de centros especializados e multiprofissionais de atenção à saúde para pessoas com deficiência.
Garantir a participação do Estado no processo de regionalização com financiamento tripartite de ações e serviços de saúde.
Rediscutir na Comissão Intergestores Regional a Programação Pactuada Integrada de 2006 com todos os municípios sendo indispensável o município sede.

Fonte: PERNAMBUCO, 2023. 10ª Conferência Estadual de Saúde.

9.2.2 Ouvidoria

A ouvidoria funciona como um canal de ligação entre a SES e os municípios, possibilitando o contato da população com os gestores no intuito de aprimorar os serviços de saúde. Um dos desafios no âmbito da participação social consiste na falta de integração ativa dos representantes das secretarias municipais de saúde e da população em geral, por meio de seus representantes, nos espaços de discussão, nesse sentido a ouvidoria constitui um célula suplementar através da qual os cidadãos em geral têm a oportunidade de manifestar suas opiniões e apontar seus anseios e necessidades no que diz respeito à condução e disponibilização dos serviços de saúde.

O serviço de Ouvidoria é responsável por receber as demandas da sociedade civil quanto às ações e serviços prestados pelo SUS. Ou seja, receber as denúncias, reclamações, elogios, sugestões e demais manifestações dos usuários quanto aos serviços e atendimentos prestados. Logo, a Ouvidoria tem como objetivo primordial garantir e ampliar o acesso do cidadão à busca efetiva de seus direitos, além de servir como uma ferramenta de gestão e instrumento de fortalecimento do controle social.

Na IV Macrorregião de Saúde a atual dinâmica do serviço de ouvidoria segue o seguinte fluxo: Os usuários protocolam suas denúncias, elogios ou sugestões diretamente nos canais de atendimento da Ouvidoria SES/PE através de ligação telefônica gratuita para a Central de Ouvidoria (número 136), esses registros são processados pela Ouvidoria da SES no Nível Central e direcionados para as Respectivas Gerências Regionais de Saúde, que prontamente, os redireciona para os municípios, que, em prazos predefinidos, deverão emitir seus posicionamentos e suas providências sobre as demandas protocoladas.

Existem ainda outros meios de acesso do usuário à Ouvidoria, tais como: presencialmente na Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco, onde fica a sede da Ouvidoria; por e-mail, através do endereço ouvidoriacentralsaude@gmail.com, como também, diretamente na página da Secretaria Estadual de Saúde.

No que diz respeito às ouvidorias municipais de Saúde na IV Macrorregião, o panorama apresentado é bastante incipiente. Na VIII Região de Saúde Petrolina é o

único município que possui ouvidoria de saúde e na VII e IX Regiões alguns municípios, a exemplo de Bodocó somente agora deram início ao processo de implantação de suas ouvidorias próprias de saúde.

É muito importante destacar a necessidade de implantação das ouvidorias municipais de saúde na IV Macrorregião, tendo em vista o papel relevante desses espaços na promoção da Participação Social, aproximando os munícipes da esfera municipal de gestão da saúde, possibilitando que, dessa forma, seja exercida sua cidadania plena, em conformidade com o que está positivado na legislação vigente.

10. ANÁLISE GERAL DA IV MACRORREGIÃO DE SAÚDE

Situação Socioeconômica, Demográfica e Cultural				
Região de Saúde	**Dificuldades**	**Potencialidades**	**Desafios**	**Recomendações**
VII	Distância do município de Belém de São Francisco para a sede da VII Região de Saúde (Salgueiro);	Construção da ferrovia Transnordestina e Transposição do Rio São Francisco; Cruzamento das principais rodovias do país, favorecendo o crescimento econômico da região e o acesso dos municípios ao município sede da VII Região de Saúde;	Prestar assistência de qualidade às populações tradicionais e vulneráveis; Implementar políticas públicas voltadas às populações vulneráveis; Realizar levantamento da população de rua;	Fortalecer das políticas estratégicas dos povos tradicionais e vulneráveis; Atualizar cadastros individuais da população em situação de rua nos sistemas e-SUS – AB dos municípios;
	Maior taxa de desemprego.	A maioria dos municípios da VII Região se destaca pelo percentual de pessoas com 15 anos ou mais que possuem o ensino fundamental II completo, ensino médio e superior.	Redução da taxa de desemprego.	Atualizar o CadÚnico para inclusão de mais famílias com vulnerabilidade econômica como beneficiárias de programas assistenciais;.
VIII	Crescimento desordenado da população que resulta em vários efeitos sociais e de saúde.	Desenvolvimento tecnológico da fruticultura irrigada no Nordeste, estando como o segundo pólo vitivinicultor do Brasil, com produção de vinhos finos, premiados nacional e internacionalmente.	Acompanhar o crescimento populacional com garantia de atenção integral à saúde.	Identificar a população flutuante e garantir o cuidado integral no território

IV Macrorregião	Incipiência de registros oficiais das populações LGBTQiAPN+ e PPL.	Existência da REDE Socioassistencial e das Redes de Atenção à Saúde nos municípios	Registro da população LGBTQiAPN+ e PPL no e-SUS,pela equipe da Atenção Primária.	Qualificação das equipes quanto a importância do registro no e-SUS promovendo a visibilidade da população LGBTQiAPN+e PPL

Indicadores de Saúde				
Região de Saúde	**Dificuldades**	**Potencialidades**	**Desafios**	**Recomendações**
VII	Elevada taxa de incidência de violência autoprovocada.	Existência dos Comitês Regionais de Promoção Intersetorial.	Redução de Violência autoprovocada.	Fortalecimento dos Comitês.
	Aumento crescente dos casos de sífilis congênita e em gestante.	Realização de notificações de casos de sífilis congênita e em gestante. Monitoramento e acompanhamento dos casos positivos pelo SAE e articulação da rede. Descentralização de teste rápido de sífilis para todas as UBS.	Redução da sífilis congênita e em gestantes.	Qualificação de profissionais de saúde da APS. Qualificação de equipes de VS. Estratégias de educação em saúde para a população.
	Crescente incidência de HIV	Realização de notificações de casos de HIV positivo. Monitoramento e acompanhamento dos casos	Controle das IST.	Realização de notificações de casos de sífilis congênita e em gestante. Monitoramento e

		positivos pelo SAE e articulação da Rede. Descentralização de teste rápido de HIV para todas as UBS.		acompanhamento dos casos positivos pelo SAE e articulação da rede. Descentralização de teste rápido de sífilis para todas as UBS.
	Número crescente de notificação de casos de AIDS na população entre 20 e 29 anos.	Realização de notificações de casos de sífilis congênita e em gestante. Monitoramento e acompanhamento dos casos positivos pelo SAE e articulação da rede. Descentralização de teste rápido de sífilis para todas as UBS.	Aumento da detecção precoce dos casos de HIV positivo. Acompanhamento e rastreio dos casos AIDS.	Aumentar o número de testagem. Realização de atividades de prevenção.
	Elevada taxa de partos cesáreos.	Mais de 80% das gestantes realizam 7 ou mais consultas de pré natal.	Redução da taxa de parto cesáreo.	Educação em saúde desde o planejamento familiar na APS. Promover a educação permanente dos profissionais em relação à humanização do parto. Estimular o Plano de Parto na APS.
VIII	Crescente violência interpessoal e autoprovocada	PSE.	Dificuldade de desenvolver ações intersetoriais.	Articulação intersetorial entre a educação e segurança.

	(2ª causa incidência).			
	Acidentes por animais peçonhentos (escorpião, abelha e serpente).	Fluxo de acesso estabelecido.	Notificar todos os casos.	Capacitar os profissionais da assistência para enfatizar a importância de notificar todos os casos atendidos.
	Elevada incidência de atendimento antirrábico.	Fluxo de acesso estabelecido, existência de tratamento e prevenção.	Diminuir a população canina e felina de rua.	Aprimorar as medidas de controle de zoonoses por meio da coleta de animais de rua com suspeita de doenças transmitidas por animais. Desenvolver politicas de cuidado com animais. Orientação de posse responsável de animais. Controle de natalidade através de castrações.
IX	Acidentes por animais peçonhentos (escorpião, abelha e serpente).	A grande quantidade de casos notificados revela a ampla divulgação dos animais peçonhentos. A maioria dos hospitais municipais conta com um profissional de referência em Epidemiologia Hospitalar, responsável por realizar a busca ativa de casos nos	Ampliar treinamentos na notificação e manejo dos acidentes por animais peçonhentos.	Articular com a área técnica da SES para realização de treinamento.

		prontuários.		
	Inexistência de notificação de pneumoconioses.	A região possui o maior pólo gesseiro do país.	Identificação e notificação dessa doença.	Realizar treinamentos para estimular a identificação e notificação dessa doença.
IV Macrorregião	Elevados índices de dengue.	Equipe de agentes de endemias qualificados. Disponibilidade de diagnóstico (sorologia e biologia molecular).	Questão climática infraestrutura. Conscientização da população. Coleta para diagnóstico laboratorial em tempo oportuno para isolamento viral. Ampliar o processo de notificação das arboviroses para subsidiar o recebimento das vacinas.	Monitoramento integrado.
	Inexistência de notificação de PAIR, Pneumoconioses, Transtornos Mentais e Câncer Relacionados ao Trabalho.	Existência de um CEREST regional que atua no processo de matriciamento para controle e prevenção de doenças ocupacionais.	Identificação e notificação dessas doenças.	Realizar treinamentos para estimular a identificação e notificação dessas doenças.
	Aumento na razão de mortalidade materna no ano de 2021 na IV Macrorregião.	Discussão de óbitos maternos. Oferta de pré-natal de alto risco.	Reduzir as taxas de mortalidade materna na IV Macrorregião de Saúde.	Ampliar o quantitativo de vagas disponíveis para atendimento pré-natal de alto risco; Realizar monitoramento da quantidade de consultas de pré-natal realizadas.

Atenção Primária à Saúde				
Região de Saúde	Dificuldades	Potencialidades	Desafios	Recomendações
VII	Acesso da população das ilhas do município de Belém de São Francisco aos serviços de Atenção Primária à Saúde (APS).	92% de cobertura da ESF.	Expansão e qualificação da APS, considerando critério de extensão territorial que vai além de critérios populacionais.	Buscar a adesão de 100% dos municípios à Estratégia de Saúde da Família (ESF), visando ampliar e qualificar a APS.
VIII	Baixa cobertura das ESB, correspondendo a 60%.	>92% de cobertura da ESF.	Ampliação das Equipes de saúde Bucal.	Adesão a ampliação pelo MS a implantação das ESB.
IX	Baixa cobertura das ESB correspondendo a 80% .	>92% de cobertura da ESF.	Ampliação das equipes de saúde bucal.	Adesão a ampliação pelo MS a implantação das ESB.
IV Macrorregião	Baixa cobertura das ESB, correspondendo a 75% de cobertura.	92% de cobertura da ESF.	Expansão e qualificação da APS, considerando critério de extensão territorial que vai além de critérios populacionais apenas.	Adesão de 100% dos municípios a ampliação e qualificação da APS.
	Baixa cobertura das ESB correspondendo a 75% da cobertura.	86% de cobertura de ACS	Ampliação das equipes de saúde Bucal	Adesão a ampliação pelo MS a implantação das ESB

TEMA: Rede de Atenção à Saúde do Vale do Médio São Francisco (Pernambuco e Bahia - PEBA)				
Região de Saúde	Dificuldades	Potencialidades	Desafios	Recomendações
VII	Ausência de: ● Cirurgia cardiovascular e hemodinâmica ● Bucomaxilo ● Neurocirurgia ● Otorrinolarigologia ● Oftalmologia para traumas oculares ● Endoscopias de urgência (envenenamentos, objetos estranhos, hemorragias digestivas) ● Atendimento a grandes queimados adultos e pediátricos; ● Ausência de tomografia de urgência (pacientes vão para Recife) ● Insuficiência de transporte terrestre e de equipe de transporte, bem como apoio logístico.	UTI adulto e ped/neo - a região supre suas demandas, inclusive recebe pacientes de outras regiões Saúde mental: a região supre suas demandas, inclusive recebe pacientes de outras regiões Absorve grande parte das demandas da VII Região Ortopedia: supre suas demandas Materno Infantil: HRIS habilitado como maternidade de Alto Risco.	Implantar UTI obstétrica para os casos de alto risco. Adequação do dimensionamento de profissionais de obstetrícia na escala do HRIS. Realização do procedimento da artroplastias de quadril e colo de fêmur no HRIS. HRIS habilitado como maternidade de Alto Risco sendo regulado pela CRIL e CERPE. Realizar tomografia de urgência na própria região PEBA.	Implantação de leitos de UTI obstétrica. Dimensionamento do quadro funcional de obstetrícia do HRIS. Adequação de equipamento e de profissionais especializados para realização do procedimento de artroplastias de quadril e colo de fêmur no HRIS. Aquisição de tomógrafo para o HRIS; ou Contratualizar serviço de tomografia de urgência que atende toda a VII Região.

VIII	Ausência de: ● Bucomaxilo ● Neurocirurgia e atendimento à fraturas de coluna ● Oftalmologia (traumas oculares) ● Obstetrícia de risco habitual; ● Cirurgia torácica; ● Cirurgias gerais; ● Urologia; ● Clínica médica; ● Cirurgias vasculares e endovasculares ● Urgências dialíticas ● UTI adulto ● Endoscopias de urgência (envenenamentos, objetos estranhos, hemorragias digestivas); ● Atendimento a grandes queimados adultos e pediátricos	Referência em: UTI obstétrica; Cirurgia pediátrica; Atendimento ao politrauma/ortopedia; Obstetrícia alto risco;	Deficiência em atender sua própria demanda nas especialidades citadas no item “dificuldades”.	Viabilização de serviços/unidades que atendam as demandas da própria região;
IX	Ausência de: ● Cirurgia cardiovascular e hemodinâmica; ● Neurocirurgia e atendimento à fraturas de coluna	UTI adulto e ped/neo - a região supre suas demandas, inclusive recebe pacientes de outras regiões; Bucomaxilo: absorve grande	Ausência de UTI obstétrica para os casos de alto risco.	Implantação de leitos de UTI obstétrica e ampliação dos serviços de alto risco obstétrico.

	• Oftalmologia para traumas oculares • Hemodinâmica • Atendimento a grandes queimados adultos e pediátricos	parte da demanda própria; Ortopedia: supre suas demandas; Nefrologia: absorve grande parte da demanda própria;		
IV Macrorregião	Ausência de: • Neurocirurgia • Oftalmologia (Traumas oculares) • Bucomaxilo (traumas) • Hemodinâmica Insuficiência de • leitos em pediatria e neonatologia; • Hemodinâmica	Referência em obstetrícia risco habitual e alto risco na Região de Senhor do Bonfim. Referência em obstetrícia de risco habitual em Juazeiro. Possui referência em cardiologia e hemodinâmica. Alta resolutividade nas urgências dialíticas, possui terapia substitutiva. Referência em ortopedia. Atende as demandas de clínica médica, cirurgia geral, vascular , endoscopia e queimados adultos da 8ª Região de Saúde.	Insuficiência de leitos de UTI obstétrica.	Implantação de leitos de UTI obstétrica e ampliação dos serviços de alto risco obstétrico. Ampliação de leitos de UTI neo e UTI pediátrica. Ampliação dos serviços de cirurgias cardiovasculares, hemodinâmica e neurocirurgia.

Rede Materno-Infantil				
Região de Saúde	Dificuldades	Potencialidades	Desafios	Recomendações
VII	Dificuldade de acesso ao serviço de assistência ao Pré-natal de alto risco sob gestão estadual.	Disponibilidade de serviço de assistência pré-natal de alto risco no território.	Promover o acesso oportuno ao Pré-natal de Alto Risco.	Ampliar a capacidade do serviço de assistência pré-natal de alto risco sob gestão estadual.
	Incipiência na Consulta médica no pré-natal na APS	92% de cobertura de ESF	Garantir a realização de consulta médica no pré-natal realizado na APS	Qualificar os profissionais médicos da APS para realização de pré-natal
	Não oferta de Teste da Orelhinha e do Olhinho	92% de cobertura de ESF	Promover o acesso ao Teste da Orelhinha e Olhinho	Incluir a oferta dos serviços na redes e qualificar profissionais de saúde do território para realização do teste da orelhinha e do olhinho na APS e/ou serviço hospitalar de referência
	Fragilidade na referência para assistência ao parto de alto risco no Hospital Regional Inácio de Sá	Capacidade instalada para expansão	Implantação dos componentes da Rede Materno Infantil para garantir a assistência integral no território	-Efetivar a contratação de pessoal de acordo com o redimensionamento. -Implantação de: Leitos clínicos de alto risco; UTI Obstétrica; CPN no HRIS; Banco de Leite Alojamento canguru.

VIII	Fragilidade na referência regional para parto de risco habitual no território.	Disponibilidade de referência regional para parto de alto risco.	Estabelecer fluxo assistencial para partos de risco habitual.	Discussão e repactuação da Rede Cegonha Regional.
	Superlotação do HDM.	Serviço qualificado para assistência de alto risco.	Garantir a assistência integral em tempo oportuno.	Ampliação de leitos de UTI neonatal e pediátrica e repactuação da Rede Cegonha Regional.
IX	Alto índice de gravidez na adolescência.	Ampliação de leitos de UTI.	Viabilizar o acesso deste público aos serviços de saúde e à informação adequada.	Promover ações de educação sexual e reprodutiva em locais de convivência deste público.
IV Macrorregião	Fragilidade na integração entre APS e demais serviços da RAS.	Boa cobertura de APS nas três regiões de saúde.	Efetivar a APS como ordenadora e coordenadora do cuidado na RAS.	Articular estratégias de comunicação permanente entre a APS e os demais serviços da RAS
	Fragilidade na efetivação da linha de cuidado materno infantil.	Boa cobertura da APS, presença de serviços de referência para assistência pré-natal e parto de alto risco, disponibilidade dos exames laboratoriais preconizados.	Garantir acompanhamento e acesso oportuno conforme necessidade Ampliar assistência ao pré-natal de alto risco	Consolidar fluxos para efetivação da linha de cuidado materno infantil; Definir/Elaborar protocolos de assistência ao pré-natal pelas Equipes de Saúde da Família nas regiões ou na macrorregião

Rede de Urgência e Emergência				
Região de Saúde	Dificuldades	Potencialidades	Desafios	Recomendações
VII	Não implantação da UPA 24h em Salgueiro.	Estrutura física construída.	Funcionamento da unidade.	Retomar discussão da implantação com gestores.
	Superlotação do HRIS com urgências básicas.	Apoio da Região PEBA.	Implantação da UPA 24h.	Ampliação dos serviços de retaguarda.
VIII	Insuficiência de leitos de UTI neonatal e pediátrica e adulto.	Absorver a demanda de atendimentos intensivos neonatal e pediátrico no território.	Ampliação dos leitos (UTI neonatal e pediátrica) no HDM e UTI geral em outras unidades.	SES/PE buscar junto ao Ministério da Saúde recurso para ampliação dos leitos.
	Insuficiência de serviços de Terapia Renal Substitutiva.	Capacidade instalada de absorver demanda da VIII Região na CLINEFRO/Juazeiro-BA.	Ampliar o serviço de TRS para VIII Região de Saúde.	SES/PE buscar junto ao MS possibilidade de contratualização do serviço em outro estado.
	Elevada taxa de ocupação dos leitos do HU/UNIVASF.	Apoio da Rede PEBA.	Ampliar serviços de retaguarda para urgências e emergências para VIII Região de Saúde.	Realizar estudo para levantamento da necessidade de implantação/ampliação de serviço de ortopedia de média complexidade.
	Superlotação nas UPA 24h com pacientes graves internados em torno de 30 dias.	Apoio da Região PEBA, Central de Regulação Interestadual de Leitos PEBA.	Ampliação dos leitos de cardiologia no serviço de referência contratualizado.	Fiscalizar serviço contratualizado de referência em cardiologia.
IX	Superlotação do HRFB com urgências básicas.	Apoio da Região PEBA.	Implantação da UPA 24h.	Ampliação dos serviços de retaguard.a

IV Macrorregião	Déficit na comunicação e integração entre os diversos pontos de atenção à saúde.	Unificar os sistemas de informação; prontuário eletrônico.	Integração dos pontos de atenção da Rede RUE.	Aprimorar a disseminação de informações e a compreensão dos fluxos e protocolos existentes.
	Regionalização do SAMU macrorregional.	Ampliação da oferta do serviço 192 para todos os municípios da macrorregião.	Implantação do SAMU macrorregional.	Revisão e discussão do Plano de Ação Regional da RUE.
	Déficit na qualificação dos profissionais de saúde na atenção às urgências.	Profissionais capacitados.	Incentivo financeiro.	Fortalecer o Núcleo de Educação em Urgência (NEU) do SAMU de Petrolina para abrangência macrorregional.
	Falta de conhecimento por parte de profissionais de saúde sobre a existência e funcionamento dos Leitos de Retaguarda.	Aporte financeiro satisfatório aos municípios.	Rediscutir perfil das unidades de retaguarda e os indicadores da taxa de ocupação e tempo médio de permanência.	Aprimorar a disseminação de informações e a compreensão dos fluxos existentes.
	A falta ou insuficiência de especialistas em determinadas áreas (neurocirurgia, vascular, anestesiologia e cirurgia de cabeça e pescoço).	Universidades, Residências médicas.	Fixação dos profissionais na região.	Articular estratégias para fixação dos profissionais.
	Não implantação das salas de estabilização.	Fortalecimento da RUE.	Recurso financeiro.	Definição de recursos para implantação das salas de estabilização por parte do MS.
	Baixa resolutividade na Atenção Básica; déficits nos atendimentos e procedimentos de urgência e emergência nas unidades básicas de saúde.	Qualificação dos profissionais e garantia de atendimento oportuno.	Ampliar a resolutividade da Atenção Básica nas urgências básicas.	Implantação do NUE.

	Déficit na infraestrutura, equipamentos, disposição de insumos e medicamentos indicados para o primeiro atendimento nas urgências.	Garantia de atendimento oportuno.	com recursos materiais e humanos necessários, bem como capacitações.	Gestores municipais garantam suporte básico de infraestrutura e equipamentos.
	Ausência de interoperabilidade dos sistemas de regulação.	Disponibilidade de serviços que atendam a IV macrorregião	Comunicação efetiva.	Realizar análise situacional dos sistemas e estudar a possibilidade de sistemas de regulação integrados.
	Predominância de atendimentos “pouco urgentes” nas UPA 24h.	Dispor de protocolo de classificação de risco.	Envolvimento dos gestores, profissionais e serviços.	Implantar serviço de contrarreferência para os atendimentos “pouco urgentes” ocorrerem na Atenção Básica.
	Escassez de recursos, demanda crescente por serviços especializados e distribuição desigual de profissionais.	Telemedicina como uma ferramenta valiosa para ampliar o alcance dos serviços especializados.	Programar a assistência com base na necessidade da população.	Discussão oportuna no Planejamento Regional Integrado.
	Superlotação com urgências básicas dos hospitais que funcionam como porta de entrada.	Dispor de protocolo de classificação de risco.	Envolvimento dos gestores, profissionais e serviços.	Implantar serviço de contrarreferência para os atendimentos “pouco urgentes” ocorrerem na Atenção Básica.
	Insuficiência de unidades de retaguarda para RUE nos municípios sede de macro.	Suporte nos atendimentos de urgência e emergência.	Definição de custeio por parte do MS.	Gestores buscarem ampliação de UPA 24h nos municípios sede para atender a demanda e rediscutir o perfil das unidades de retaguarda.

Rede de Oncologia				
Região de Saúde	Dificuldades	Potencialidades	Desafios	Recomendações
VII	Ausência de serviços diagnósticos conveniados pelo SUS na Região (tomografias com contraste, infantil com sedação, ressonâncias), os pacientes vão para Recife via TFD.	Encaminhamento ambulatorial para consulta com oncologista para o Hospital Dom Tomás (HDT).	Realizar exames e diagnósticos na própria região. HDT realizar radioterapia adulto e infantil. Habilitar o HDT para realização de tratamento, quimioterapia, radioterapia e iodoterapia.	Viabilização de exames de imagem e diagnósticos. Solicitar ao HDT os protocolos atualizados e divulgar para toda a rede.
VIII	Ausência de serviços diagnósticos conveniados pelo SUS na Região (tomografias com contraste, ressonâncias), os pacientes vão para Recife via TFD ou realizam os exames pelos serviços contratados pelo município de Petrolina. Insuficiência de serviços de UNACON de acordo com o	Possui UNACON em sua sede (HDT - Petrolina).	Viabilização de exames de imagem e diagnósticos na própria região. Expansão de leitos para regulação de pacientes oncológicos adulto e infantil.	Ampliação de leitos de oncologia para a regulação. Realização de *PetScan* na região e redução das filas de espera. Viabilização de exames de imagem e diagnósticos.

	número populacional. Ausência de radioterapia adulto e infantil. Deficiências de tecnologias na atenção à oncologia (Ausência do exame *PetScan* na região e longas filas de espera para realização do exame na capital).			
IX	Ausência de radioterapia, quimioterapia e iodoterapia adulto e infantil.	Realiza exames e consultas diagnósticas na própria região.	Reduzir os encaminhamentos para os serviços do Hospital Dom Tomás ou Recife.	Ampliação de leitos de clínica médica em oncologia para a regulação.
IV Macrorregião	Insuficiência de serviços de UNACON para a população da IV Macro. Ausência de serviços diagnósticos conveniados pelo SUS (tomografias com contraste, ressonâncias, *PetScam*).	Possui potencialidade para expansão de mais unidades de UNACON.	Expansão de leitos para regulação de pacientes oncológicos adulto e infantil.	Descentralização da atenção à oncologia. Disponibilização de tecnologias de diagnóstico nas regiões.

Rede de Atenção Psicossocial				
Região de Saúde	Dificuldades	Potencialidades	Desafios	Recomendações
VII	Ampliar a assistência da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e sua integração com o CAPS e suas modalidades, além de requalificar os serviços existentes.	RAPS Pactuada; Existência dos leitos integrais de saúde mental no Hospital Regional Inácio de Sá.	Habilitação dos componentes previstos no desenho da Rede. Qualificação dos serviços. Sistema de prontuário eletrônico que realiza interoperabilidade com o e-SUS AB.	Atualização do desenho da rede, garantindo a habilitação dos pontos que compõem a Região de Saúde.
VIII	Possível desconhecimento dos profissionais de saúde quanto ao seu papel na RAPS.	Parceria com instituições ensino-serviço.	Fortalecer ações de matriciamento com os dispositivos existentes.	Efetivar colegiados regulares regionais de Saúde Mental.
	Dificuldade de manejo dos pacientes em situação de crise.			
	Ausência de leitos integrais de saúde mental em hospital geral.	Boa quantidade de leitos em serviços hospitalares municipais.	Disponibilização de leitos na VIII Região.	Propor a pactuação implantação dos leitos integrais em serviço existente no território.
	Forte atuação do modelo hospitalocêntrico, desde a APS até o internamento em hospitais psiquiátricos.	Alta cobertura de Estratégia de Saúde da Família na Região.	Estabelecer o cuidado em saúde mental em outros equipamentos da RAPS, além do CAPS.	Realizar ações de fomento ao cuidado em liberdade, com a participação dos diversos serviços que compõem a RAPS.

IX	Insuficiência dos leitos integrais de saúde mental em Hospital Geral.	É a região que possui mais equipamentos instituídos considerando os componentes da RAPS.	Reestruturar a rede existente, requalificando o fluxo de referência e contrarreferência fortalecendo o matriciamento no território.	Trabalhar formação profissional de maneira sistemática no território.
IV Macrorregião	Desatualização do desenho da rede pactuada.	Capacidade de expansão dos equipamentos da RAPS	Pactuação RAPS atualizada e implementada.	Discutir o redesenho da RAPS na IV Macrorregião de Saúde.

Rede de Cuidado à Pessoa Com Deficiência				
Região de Saúde	Dificuldades	Potencialidades	Desafios	Recomendações
VII	Dificuldade de contratação de profissionais especializados (Neuropediatra, Terapeuta ocupacional).	Retomada e credenciamento das equipes e-Multi nos municípios.	Fortalecer a rede e habilitar os serviços previstos no plano.	Realizar o Plano de Ação para viabilidade da implantação dos serviços de reabilitação, a exemplo do CER.
VIII	Insuficiência dos serviços de assistência à pessoa com deficiência.	Existência do Grupo Condutor Regional.	Implantar Rede de Cuidados da Pessoa com Deficiência conforme preconizado pelo Ministério da Saúde.	Implementar o desenho regional da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência pactuado para a VIII Região de Saúde.
IX	Fragilidade na assistência à pessoa com deficiência na Região.	Serviços de ambulatório e Policlínica especializados em reabilitação e Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapia (SADT).	Habilitar os pontos da rede previsto no desenho regional com referência e contrarreferência.	Concretizar o Plano de Ação para viabilidade da implantação dos serviços de reabilitação, a exemplo do CER.

IV Macrorregião	Vazio assistencial dos componentes da RCPD.	Existência de serviços especializados em reabilitação específica.	Financiamento da RCPD na IV macrorregião para garantia dos serviços e implantação dos equipamentos necessários.	Estabelecer processos de implementação da Rede no território.
		Oportunidade de solicitação de serviços CER e Oficina Ortopédica via PAC.		

Regulação e Sistemas de Informação				
Região de Saúde	Dificuldades	Potencialidades	Desafios	Recomendações
IV Macrorregião	Fragilidade na qualificação do campo tecnológico e humano.	Resposta mais qualificada e oportuna.	Operacionalização do Complexo Regulador.	Qualificar as equipes de saúde.
	Fragilidade intersetorial.	Fortalecimento das ações de saúde.	Fortalecer o trabalho coletivo.	Desenvolver ações de forma integrada e coletiva.
	O SISREG não abrange de forma eficiente todo processo de regulação e possui baixa adesão pelas centrais municipais de regulação.	Ferramenta gratuita que regula o acesso aos serviços de saúde do SUS e potencializa a eficiência no uso dos recursos assistenciais.	Melhorar as funcionalidades do SISREG.	Qualificar as funcionalidades do SISREG pelo MS.
	Produção de relatórios gerenciais no CMCE.	Facilidade de inserção de informações.	Melhorar as funcionalidades do CMCE.	Qualificar as funcionalidades do CMCE pela SES/PE.
	Dificuldade na regulação do acesso por meio dos sistemas utilizados que não são interligados.	Compartilhamento de serviços no contexto da Região PEBA.	Implementar sistemas que promovam a interligação entre si.	Fortalecer a interligação dos sistemas de regulação.

	Fragilidade na contrarreferência da Atenção Especializada para a Atenção Básica atendidos em diversos serviços.	Fortalecer a continuidade do cuidado e promover a integralidade da assistência.	Fortalecer o fluxo de referência e contrarreferência.	- Implantar o fluxo de referência e contrarreferência. - Implantar o prontuário eletrônico.
	Falta de estrutura física adequada e recursos humanos para as centrais de regulação.	Melhoria das condições de trabalho para otimizar o processo regulatório.	Disponibilidade de recursos financeiros para estruturar as centrais de regulação.	Articular com o MS para disponibilizar recursos financeiros para os complexos reguladores.
	Estações de trabalho insuficientes e com limitação de conexão de internet.	Melhoria de condições de trabalho para otimizar o processo regulatório.	Disponibilidade de recursos financeiros para estruturar as centrais de regulação.	Articular com o MS para disponibilizar recursos financeiros para os complexos reguladores.
	Fragilidade nos critérios de encaminhamentos para especialistas.	Fluxo de encaminhamentos estabelecidos.	Educação Permanente na Saúde.	Investir na qualificação dos profissionais.
	Ampla solicitação dos procedimentos de baixa oferta resultando no aumento da demanda reprimida.	Acesso equânime e oportuno ao usuário.	Insuficiência de recurso financeiro e serviço existente disponível.	O MS amplia recurso financeiro, rever a tabela SIGTAP e compartilhar serviços entre os gestores.

Recursos Financeiros				
Região de Saúde	**Dificuldades**	**Potencialidades**	**Desafios**	**Recomendações**
IV Macrorregião	Fragilidade na qualificação da gestão em relação às políticas públicas, organização dos serviços de saúde e financiamento.	Políticas públicas instituídas e redes de saúde definidas através de políticas de Estado e não apenas de Governo.	Aperfeiçoar as políticas públicas, a capacidade de organização da rede de serviços e do sistema de Saúde Pública diante da baixa quantidade de recursos disponíveis.	Qualificar os gestores de saúde em relação às políticas públicas, organização dos serviços de saúde e financiamento.
	Falta de atualização dos valores referenciais	Padronização de valores por procedimento SUS.	Descongelamento dos valores da tabela SUS	Atualização periódica dos valores fixados por procedimento.
	Falta de efetivação e autonomia dos gestores de saúde na execução orçamentária e contábil na ordenação das despesas.	Gestores de saúde como ordenadores de despesas.	Efetivação dos gestores de saúde na execução direta do orçamento.	Concretizar por parte dos gestores de saúde a execução direta do orçamento.

Gestão do Trabalho e Educação Permanente				
Região de Saúde	**Dificuldades**	**Potencialidades**	**Desafios**	**Recomendações**
IV Macrorregião	Encontrar documentos e produção técnica.	-	Incorporar dentro das gerências regionais a pesquisa	Instituir em cada CIES Regional um número anual de produções acadêmicas e

				técnicas.
	Integração com instituições de ensino.	Existência de instituições de ensino em todas as regiões.	Incorporar instituições particulares no processo de educação permanente.	Construir programação/plano de ação que contemple as instituições de ensino.
	Implantação do Plano de cargos e carreiras dos servidores.	Estratégias estabelecidas por classe de trabalhadores e municípios.	Regularização e funcionamento dos planos de cargos e carreiras nos municípios	Definir reunião com os municípios para construção dos planos.

Ciência, Tecnologia, Produção e Inovação em Saúde				
Região de Saúde	**Dificuldades**	**Potencialidades**	**Desafios**	**Recomendações**
IV Macrorregião	Direcionamento unificado no processo de condução da ciência, tecnologia, produção e inovação.	Instituições direcionadoras dentro da macrorregião.	Organização fragmentada nas ações de ciência, tecnologia, produção e inovação.	Utilizar a CIES como local de debate e construção de um plano unificado.
	Aperfeiçoamento stricto sensu dos recursos humanos.	Campo de atuação amplo e pouco explorado.	Disponibilidade de carga horária dos recursos humanos.	Cooperação entre as unidades formadoras e os serviços empregatícios.

Governança, Controle Social e Ouvidoria				
Região de Saúde	**Dificuldades**	**Potencialidades**	**Desafios**	**Recomendações**
VII	Ausência de ouvidorias municipais de saúde nos municípios.	As ouvidorias gerais dos municípios já têm um componente voltado para a Saúde	Implantar as ouvidorias de saúde nos municípios da VII Região de Saúde.	Instituir as ouvidorias municipais de saúde na VII Região de Saúde
VIII	Ausência de ouvidorias municipais de saúde na maioria dos municípios da VIII Região.	Ouvidoria implantada em Petrolina.	Implantar as ouvidorias de saúde nos demais municípios da VIII Região.	Instituir as ouvidorias municipais de saúde na maioria dos municípios da VIII Região.
IX	Ausência de ouvidorias municipais de saúde nos municípios.	As ouvidorias gerais dos municípios possuem um componente voltado para a Saúde.	Implantar as ouvidorias de saúde nos municípios da IX Região de Saúde.	Instituir as ouvidorias municipais de saúde na IX Região de Saúde.
IV Macrorregião	Limitações na integração e comunicação entre Pernambuco e Bahia relacionados aos processos de governança para a Macrorregião PEBA.	Espaço de governança implantado no âmbito interestadual da Macrorregião PEBA.	Implementar as deliberações e encaminhamentos da CRIE.	Executar as deliberações e encaminhamentos da CRIE.
	Ausência de ouvidorias municipais de saúde nos municípios.	Ouvidoria Municipal de Saúde implantada em Petrolina e as Ouvidorias Gerais dos demais municípios que possuem um componente voltado para a Saúde.	Implantar as ouvidorias de saúde nos municípios da IV macrorregião de saúde.	Instituir as ouvidorias municipais de saúde na IV macrorregião como espaços de governança.

REFERÊNCIAS

ALBERTON, M.; ROSA, V. M.; ISER, B. P. M. **Prevalência e tendência temporal da prematuridade no Brasil antes e durante a pandemia de covid-19: análise da série histórica 2011-2021.** Epidemiologia e Serviços de Saúde, Brasília, 32(2):e2022603, 2023. Disponível em: <https://scielosp.org/article/ress/2023.v32n2/e2022603/pt/#>. Acesso em 06/01/2024.

ALMEIDA, M. F. B. Reanimação do recém-nascido ≥34 semanas em sala de parto: diretrizes 2022. **Sociedade Brasileira de Pediatria**. Conselho Científico Departamento Neonatologia SBP. Rio de Janeiro: SBP, 2022. Disponível em: <https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/sbp/2022/maio/20/DiretrizesSBP-Reanimacao-RNigualMaior34semanas-MAIO2022.pdf>. Acesso em: 09/01/2023.

ALVES, K. F. M.; BARBOSA, A. L.S.; MARTINS, A. O. da S.; RODRIGUES, M. A. S. Perfil Sociodemográfico, Reprodutivo e Obstétrico de Gestantes Adolescentes no Município De Porto Velho-RO. RECIMA21 - **Revista Científica Multidisciplinar** - ISSN 2675-6218, 4(5), e453008. Disponível em: <https://doi.org/10.47820/recima21.v4i5.3008>. Acesso em: 15/01/2024.

ANDRADE, S. S. C. DE A.; JORGE, M. A. P. DE M. Estimativa de sequelas físicas em vítimas de Acidentes de Transporte Terrestre internadas em hospitais do Sistema Único de Saúde**. Revista Brasileira de Epidemiologia**, v.19, n.1, p.100-111, jan-mar 2016.

ANDRADE, S. S. C. DE A.; JORGE, M. A. P. DE M. Internações hospitalares por lesões decorrentes de Acidente de Transporte Terrestre no Brasil, 2013: permanência e gastos. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v.26, n.1, p.31-38, jan-mar 2017.

ARNALDO, J. P. R.; MACHADO, P. F. S. M.; MONTEIRO, M. V.; LIMA, H. M. R. Incidência de Violência interpessoal autoprovocada no Nordeste Brasileiro. In: **Anais do IV Congresso Brasileiro Médico Acadêmico/ XXVII Congresso Nordestino Médico Acadêmico do Piauí**. 2022, Teresina. Campinas, Galoá, 2022. Disponível em: <https://proceedings.science/comab-comane-comapi/comab-comane-comapi-2022/trabalhos/incidencia-de-violencia-interpessoal-autoprovocada-no-nordeste-brasileiro?lang=pt-br>. Acesso em: 17/01/2024.

Associação de Medicina Intensiva Brasileira (AMIB). **AMIB apresenta dados atualizados sobre leitos de UTI no Brasil.** São Paulo, 2020. Disponível em: https://www.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/files/dados_uti_amib(1).pdf Acesso em: 20 de Dez. de 2023.

AVELLEIRA, R. C. J; BOTTINO. G. Sífilis: diagnóstico, tratamento e controle. **An Bras Dermatol,** 2006;81(2):111-26. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/abd/a/tSqK6nzB8v5zJjSQCfWSkPL/?format=pdf>. Acesso em: 15/01/2024.

AZEVEDO, B. A. S. *et al.* **Avaliação da Implantação dos Serviços de Verificação de óbito do Estado de Pernambuco**. 2014. Dissertação (Mestrado Profissional em Avaliação em Saúde). IMIP – Propgrama de Pós-Graduação em Avaliação em Saúde. Disponível em:< http://higia.imip.org.br/bitstream/123456789/264/1/BARBARA%20AZEVEDO.pdf>. Acesso em 29 de jan. 2024.

BARBOSA, D. V. S.; BARBOSA, N. B.; ESTELA, N. Regulação em Saúde: desafios à governança do SUS. **Cad. Saúde Coletiv**. Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 49-54, 2016.

BARRETO, B. L. Perfil epidemiológico da mortalidade materna no Brasil no período de 2015 a 2019**. Rev Enferm Contemp**. Salvador -BA, v.10 p.127-133. 2021.

BRASIL B. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Diretrizes de Atenção à Gestante: a operação cesariana.** Brasília, 2016. Disponível em: <https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/relatorios/2016/relatorio_diretrizes-cesariana_final.pdf>. Acesso: janeiro de 2024.

BRASIL C. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico de Sífilis,** 2022c. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/especiais/2022/boletim-epidemiologico-de-sifilis-numero-especial-out-2022>. Acesso em: 15/01/2024.

BRASIL D. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico HIV/AIDS,** 2022d. Disponível em: <https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/boletins-epidemiologicos/2022/hiv-aids/boletim_hiv_aids_-2022_internet_31-01-23.pdf/view>. Acesso em: 23 Jan. 2024.

BRASIL E. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico Sífilis**. 2023c. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/especiais/2023/boletim-epidemiologico-de-sifilis-numero-especial-out.2023>. Acesso em: 15/01/2024.

BRASIL E. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. **Nota Técnica Nº 4/2022-DAPES/SAPS/MS,** 2022e. Disponível em: <https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2022/01/Proporcao-de-gestantes-com-pelo-menos-6-seis-consultas-pre-natal.pdf>. Acesso: janeiro de 2024.

BRASIL F. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico HIV/AIDS.** 2023d. Disponível em: <https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/boletins-epidemiologicos/2023/hiv-aids/boletim-epidemiologico-hiv-e-aids-2023.pdf>. Acesso em: 23 Jan. 2024.

BRASIL, Ministério da Saúde, DATASUS. **Tecnologia da Informação a Serviço do SUS.** Índice de Gini da renda domiciliar per capita segundo município, Período: 1991, 2000 e 2010. Disponível em <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/ibge/censo/cnv/ginipe.def>. Acesso em : 24 de jan. 2024

Brasil, Ministério da Saúde. **Rede Cegonha.** Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html>. Acesso em 28 de dez de 2023.

BRASIL, Ministério da Saúde. **A vigilância de câncer fornece os subsídios para que os gestores monitorem e organizem as ações para o controle de câncer.** Brasília, DF. 2023. Disponível em: **<**https://www.gov.br/inca/ptbr/assuntos/cancer/numeros/estimativa/introducao>. Acesso em 10 de Dez. de 2023.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico de Hanseníase,** Jan. 2023b. Secretaria de Vigilância em Saúde. 2023b. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/especiais/2023/boletim_hanseniase-2023_internet_completo.pdf>. Acesso em: 11/01/2024.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico de Tuberculose**, 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/especiais/2021/boletim-tuberculose-2021_24.03>. Acesso em: 07/01/2024.

BRASIL, Ministério da Saúde. **IDB 2000**. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2000/fqa06.htm>. Acesso em 03/01/2024.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Nota Técnica Nº 13/2022-SAPS/MS**. Indicador 1: Proporção de gestantes com pelo menos 6 (seis) consultas pré-natal realizadas, sendo a 1ª até a 12 ª semana de gestação.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Nota Técnica Nº 22/2022-SAPS/MS**, Proporção de crianças de 1 (um) ano de idade vacinadas na APS contra Difteria, Tétano, Coqueluche, Hepatite B, infecções causadas por Haemophilus Influenza tipo b e Poliomielite Inativada.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Nota Técnica Nº 3/2022-GCTAB/DEPROS/SAPS/MS**. Nota de Qualificação do indicador "Proporção de Mulheres com Coleta de Citopatológico na APS". 2022e.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Pernambuco tem mais de 73 mil novos casos de câncer estimados até 2025.** Brasilia, DF. 2023. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias-para-os-estados/pernambuco/2023/fevereiro/pernambuco-tem-mais-de-73-mil-novos-casos-de-cancer-estimados-ate-2025. Acesso em 20 de Dez. de 2023.

Brasil, Ministério da saúde. **Portaria nº 1.631, de 01 de outubro de 2015.** Aprova critérios e parâmetros para o planejamento e programação de ações e serviços de saúde no âmbito do SUS. disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1631_01_10_2015.html> Acesso em 28 de dez de 2023.

Brasil, Ministério da saúde. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html>, Acesso em 06 de dez de 2023.

Brasil, Ministério da Saúde. **Regulamento Técnico para Funcionamento dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal**. Resolução nº 36, de 03 de junho de 2008. disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2008/res0036_03_06_2008_rep.html>. Acesso em 28 de dez de 2023.

BRASIL, Ministério do Desenvolvimento Social. **Cadastro Único.** Disponível em: <https://www.gov.br/mds/pt-br/acoes-e-programas/cadastro-unico/cadastro-unico/#oquee>. Acesso em: 19 dez. 2023.

BRASIL, Ministério do Desenvolvimento Social. **Gestão do Cadastro Único.** Disponível em: <https://www.gov.br/mds/pt-br/acoes-e-programas/cadastro-unico-0/gestao-do-cadastro-unico-1>, Acesso em: 19 dez. 2023.

BRASIL, PNUD - United Nations Development Programme. **O que é o IDHM**. Disponivel em: https://www.undp.org/pt/brazil . Acesso em: 08 dez. 2023.

BRASIL. Controladoria Geral da União. **Instrução Normativa Conjunta n. 01 CRG/ OGU**, de 24 de junho de 2014.

BRASIL. **Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011**. Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília-DF, 29 jun. 2011a. p. 1. https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm. Acesso em: 24 jan. 2024.

BRASIL. **Epidemiologia e Serviços de Saúde** / Secretaria de Vigilância em Saúde. − v. 12, n. 1 (jan./mar. 2003)- . − Brasília: Ministério da Saúde, 2003- Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/periodicos/rev_epi_vol21_n2.pdf>. Acesso em: 14/01/2024.

BRASIL. **Estatuto da Criança e do Adolescente:** Lei federal nº 8069, de 13 de julho de 1990. Rio de Janeiro: Imprensa Oficial, 2002. BRASIL.

Brasil. **Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília-DF, 19 set. 1990a. https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 17 jan. 2024.

Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: o que se tem produzido para o seu fortalecimento?** Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Arboviroses**. Brasília-DF, 2023. Disponível em : <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/a/arboviroses>. Acesso em 18/01/2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico Especial**. Doença pelo Novo Coronavírus – COVID-19. Boletim mensal | Vigilância da covid-19 no Brasil, Outubro, 2023a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico HIV/AIDS**, 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/especiais/2021/boletim-epidemiologico-especial-hiv-aids-2021.pdf>. Acesso em: 21 Jan. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). Brasília**. 2023. Disponível em: https://cnes.datasus.gov.br/ Acesso em 11 de Dez. de 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Decreto/GM nº 9.380 de 22 de Maio de 2018**. Altera o Decreto nº 7.827, de 16 de outubro de 2012, e dispõe sobre a readequação da rede física do Sistema Único de Saúde oriunda de investimentos realizados pelos entes federativos com recursos repassados pelo Fundo Nacional de Saúde. Diário Oficial da União, Brasília: 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. e-GESTOR Atenção Básica. **Informação e Gestão da Atenção Básica.** Disponível em < https://egestorab.saude.gov.br > Acesso em: 06.12.2023

BRASIL. Ministério da Saúde. Para entender o controle social na saúde / Ministério da Saúde, **Conselho Nacional de Saúde**. Brasília : Ministério da Saúde, 2013. 178 p. : il.

Brasil. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde**. Brasília: MS; 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS Nº 217, de 1º de Março de 2023**. Diário Oficial da União, 2023. Brasília, DF. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2023/prt0217_02_03_2023.html>. Acesso em: 10/01/2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n° 1.559/2006, de 01 de agosto de 2008.**Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde – SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt1559_01_08_2008.html. Acesso em: 25 de fev de 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 140, de 27 de Fevereiro de 2014**. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//portaria-140-fev-2014.pdf>. Acesso em 20 de Dez. de 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006**. Divulga o Pacto pela Saúde 2006: Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 23 fev. 2006b. Seção 1, p. 43-51.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº GM/MS n° 1.823 de 23 de agosto de 2012**. Saúde do Trabalhador e Trabalhadora. Diário Oficial da União, Brasília, DF. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1823_23_08_2012.html>. Acessado em: 12/01/2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria/GM nº 1.101 de 12 de Junho de 2002**. Estabelece critérios e parâmetros para o planejamento e programação de ações e serviços de saúde no âmbito do SUS. Diário Oficial da União, Brasília: 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria/GM nº 1.863 de 29 de Setembro de 2003**. Institui a Política Nacional de Atenção às Urgências, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão**.** Diário Oficial da União, Brasília: 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria/GM nº 2.358 de 27 de Outubro de 2014**. Estabelece recurso a ser incorporado ao Limite Financeiro de Média e Alta Complexidade do Estado e Municípios de Pernambuco. Diário Oficial da União, Brasília: 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria/GM Nº 2.395 de 11 de Outubro de 2011**. Institui a Política Nacional de Atenção às Urgências, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão**.** Diário Oficial da União, Brasília: 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria/GM nº 3.583 de 05 de Novembro de 2018**. Estabelece os procedimentos para execução do disposto no art. 2º do Decreto nº 9.380, de 22 de maio de 2018, que trata da readequação da rede física do Sistema Único de Saúde oriunda de investimentos realizados pelos entes federativos com recursos repassados pelo Fundo Nacional de Saúde. Diário Oficial da União, Brasília: 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria/GM nº 3.720 de 23 de Dezembro de 2019**. Estabelece recurso do Bloco de Custeio das Ações e Serviços Públicos de Saúde - Grupo de Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar - a ser incorporado ao limite financeiro de Média e Alta Complexidade (MAC) do Estados e Municípios. Diário Oficial da União, Brasília: 2019.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas Critérios e Parâmetros para o Planejamento e Programação de Ações e Serviços de Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília, Ministério da Saúde, 2015. **Série Parâmetros SUS** – Volume 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. Diretrizes para a Programação Pactuada e Integrada da Assistência à Saúde. Brasília, 2006.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Saúde do trabalhador e da trabalhadora** [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, **Cadernos de Atenção Básica, n. 41** – Brasília : Ministério da Saúde, 2018. 136 p. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/cadernoab_saude_do_trabalhador.pdf>. Acesso em: 10/01/2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada à Saúde - DRAC - **Regulação**. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/drac/regulacao. Brasília, 2023.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada à Saúde. Departamento de Atenção Hospitalar, Domiciliar e de Urgência. **Protocolo de manejo clínico da Covid-19 na Atenção Especializada** [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Especializada à Saúde, Departamento de Atenção Hospitalar, Domiciliar e de Urgência. – 1. ed. rev. – Brasília : Ministério da Saúde, 2020. 48 p. Disponível: < https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manejo_clinico_covid-19_atencao_especializada.pdf>. Acesso em: 20 dez. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas. **Instrutivo Técnico da Rede de Atenção Psicossocial (Raps) no Sistema Único de Saúde (SUS)** [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Departamento de Ações Programáticas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2022. 52 p.: il. Modo de Acesso: World Wide Web: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/instrutivo_tecnico_raps_sus.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Atenção Primária à Saúde**. 2020b. Disponível em < https://aps.saude.gov.br/>. Acesso em: 05 dez. 2023.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança: acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. **Boletim Epidemiológico nº48**, Brasília. Volume 53, dez. 2022b. Disponível

<file:///C:/Users/Windows/Downloads/Downloads/Boletim_epidemiologico_SVSA_11.pdf>. Acesso em: 20/12/2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. **Boletim Epidemiológico nº11**, Brasília. Volume 54, 19 junho de 2023. Disponível em: <file:///C:/Users/Windows/Downloads/Downloads/Boletim_epidemiologico_SVSA_11.pdf Acesso em 20/12/2023>. Acesso em 20/12/2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico de Hepatites Virais.** Brasília, 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/especiais/2022/boletim-epidemiologico-de-hepatites-virais-2022-numero-especial>. Acesso em: 30/01/2024

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Articulação Estratégica de Vigilância em Saúde. **Guia de Vigilância em Saúde** [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Articulação Estratégica de Vigilância em Saúde. – 5. ed. rev. e atual. – Brasília: Ministério da Saúde, 2022a. <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_vigilancia_saude_5ed_rev_atual.pdf>. Acesso em 21 de dez. 2023.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde**. Viva: instrutivo notificação de violência interpessoal e autoprovocada** [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. – 2. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2016. 92 p. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/viva_instrutivo_violencia_interpessoal_autoprovocada_2ed.pdf>. Acesso em: 22/01/2024.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Diretrizes nacionais para prevenção e controle de epidemias de dengue** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_prevencao_controle_dengue.pdf>. Acesso em: 18/01/2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Departamento de Informação e Informática do SUS. **Política Nacional de Informação e Informática em Saúde: proposta Versão 2.0 (inclui deliberações da 12ª. Conferência Nacional de Saúde).** Brasilia, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde; Conselho Nacional de Saúde (Brasil). **Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde**. 3. ed. Brasília, 2011.

BRASIL. Nota Técnica Nº 418/2021-CGGAP/DESF/SAPS/MS, **Nota Metodológica da Cobertura da Atenção Primária à Saúde das equipes financiadas pelo Ministério da Saúde.** 2021.

BRASIL. **Política Nacional para a População em Situação de Rua e seu Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento, e dá outras providências**. Decreto Nº 7.053 de 23 de dez. de 2009. Brasília, 2009a. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/decreto/d7053.htm. > acessado em: 22 de janeiro. 2024.

BRASIL. **Política, Planejamento e Gestão das Regiões e Redes de Atenção à Saúde no Brasil**. 2013. Disponível em: https://www.resbr.net.br/. Acesso em:dez, 2023.

BRASIL. Sistema e-SUS. **Nota Metodológica: Novo método de cálculo do indicador Cobertura populacional estimada na Atenção Básica**. Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acessoPublico/relatorios/nota_tecnica/nota_metodologica_AB.pdf>. Acesso em: 13/12/2023.

CABRAL, Graziella L. F. D. **Relatório anual de execução do contrato de gestão - UPAE Dr Emanuel Alírio Brandão.** Petrolina, 2020. Disponível em: https://www.lai.pe.gov.br/ses/wp-content/uploads/sites/95/2022/07/Rel_anual_UPAE_PETR_2020.pdf. Acesso em: 08 nov 2023.

CAMARANO, A. C. A. **Dinâmica Demográfica e a Pandemia: Como Andará a População Brasileira? Texto para Discussão**. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – ipea 2023.Rio de Janeiro, 2023.

CANALES, Alejandro I. Discurso demográfico y posmodernidad. Una revisión crítica del pensamiento malthusiano. **Estudios Sociológicos XIX**, México, DF: Colégio de México, nº 56, 2001, pp.381-417.

CAVALCANTE, K. K. D. S.; ALENCAR, C. H. **Raiva humana: avaliação da prevalência das condutas profiláticas pós-exposição no Ceará**, Brasil, 2007-2015. Epidemiologia e Serviços de Saúde, 27, 2018. Disponível em: < https://www.scielo.br/j/ress/a/TffXMGz9VBQS8FcRm53dg6g/>. Acesso em: 15/12/2023.

CEARÁ. Secretaria da Saúde do Estado do Ceará. Coordenadora de Vigilância Epidemiológica e Prevenção em Saúde. **Boletim Epidemiológico dos Acidentes por Animais Peçonhentos**, 2023. Disponível em: <https://www.saude.ce.gov.br/wp-content/uploads/sites/9/2018/06/Boletim-Epidemiologico-Animais-Peconhentos_RevKKC.pptx.pdf.>. Acesso em 19/12/2023.

CHESNAIS,J.C. **“Les morts violentes dans le monde”, Population & Société**, Nº 395, novembre 2003. Institut national d’études démographiques. Disponível: <https://www-ined-fr.translate.goog/fr/publications/editions/population-et-societes/les-

morts-violentes-dans-le-monde/?_x_tr_sl=fr&_x_tr_tl=pt&_x_tr_hl=pt-BR&_x_tr_pto=sc>. Acesso em: 31/01/2024.

Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília, DF: Presidente da República, 2016. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.html>. Acesso em: 24 de jan. 2024.

COSEMSBA. Conselho Estadual dos Secretários Municipais de Saúde da Bahia. **PEBA é reconhecida oficialmente como Macrorregião de Saúde**. Bahia, 2023. Disponível em: <https://www.cosemsba.org.br/2023/09/22/peba-e-reconhecida-oficialmente-como-macrorregiao-de-saude>. Acesso em 12 de Dez. de 2023.

COSTA, C. dos S.;LIMA, J. de L.; WANDERLEY, J.A. de M. **Notificações de Violência Interpessoal/Autoprovocada na XII Regional de Saúde de Pernambuco**. Sociedade em Debate (Pelotas), v. 28, n.1, p.140-154, jan./abr.

COSTA, C. M. L; HAMANN, M. E. Pandemias de influenza e a estrutura sanitária brasileira: breve histórico e caracterização dos cenários. **Rev Pan-Amaz Saúde**, 2016; 7(1):11-25.

CRAVO, E. O.; OLIVEIRA, J. V. R. Perfil Epidemiológico dos Nascidos Vivos no Município de Aracaju – Sergipe, Brasil. **Ideias&Inovação**. V.01, n;01, p.9-17, Out. Aracaju, 2012. Disponível em: <https://periodicos.set.edu.br/ideiaseinovacao/article/view/282/158>. Acesso em: 04 jan. 2023.

CUNHA, L. N. A.; OLIVEIRA, O. dos S.; SILVA, A. V. do N. da. OLIVEIRA, D. C. L. de.; NASCIMENTO, B.R. de S.; FERREIRA, L.A. Perfil epidemiológico da tuberculose de acordo com as regiões do Brasil**. Braz j infectdis,** Brasil 2022;26(S1):101736. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1413867021004566#:~:text=Conclus%C3%A3o,e%2C%20assim%2C%20o%20tratamento>. Acesso em: 08/01/2024

FIOCRUZ. Fundação Oswaldo Cruz. A saúde no Brasil em 2030 - **Prospecção Estratégica do Sistema de Saúde Brasileiro: população e perfil sanitário** [online]. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2013.

FIORINI, V. R.; BOECKEL, M. G. Violência Interpessoal e suas Repercussões na Saúde em um Hospital de Pronto-Socorro. **Psico-USF** 26 (1) • Jan-Mar 2021. Disponível: <https://www.scielo.br/j/pusf/a/Nyhq6SfSzsXP6YvjN3h6WjJ/#>. Acesso em: 22/01/2024.

FRANÇA, T., e Magnago C. Políticas, programas e ações de educação na saúde: perspectivas e desafios. **Saúde em Debate** [online]. v. 43, n. spe1, 2019.

GAGGINI,T.I.; FILHO, E. L. de F.; MARQUES, E. A.; TEIXEIRA, F. A. A.; MOREIRA, G. J. M.; MIRANDA, I. C. de.; FERREIRA, M. S.; SANTOS, M. M.; GAGGINI, M. C.

R.; FAVALEÇA, M.F.; SOUZA, T. B. F. Prevenção de incapacidades físicas em crianças na hanseníase. A importância do diagnóstico precoce. **Braz. Inject Dis**, 2022. Disponível em: <https://www.bjid.org.br/en-prevencao-de-incapacidades-fisicas-em-articulo-resumen-S141386702100458X>. Acesso em: 12/01/2024.

GOIÁS, **Boletim Epidemiológico de Sífilis**, 2020. Disponível em:<https://www.saude.go.gov.br/files/boletins/epidemiologicos/sifilis/BOLETIMSIFILISGOIAS2020.pdf>. Acesso em: 16/01/2024.

GOMES, M. D. M. B; OLIVEIRA, C. P. de; ANVERSA, M. B.; RESENDE, N.B. da C.; DIAS, S. H.; Hanseníase: perfil epidemiológico e possíveis causas de abandono do tratamento. **Repositorio UNICEUB**, 2020. Disponível: <https://repositorio.uniceub.br/jspui/bitstream/prefix/14550/1/21502861%20-%20MONICA%20DANDARA%20MONTENEGRO%20BRAZ%20GOMES.pdf>. Acesso em:12/01/2024.

GUITARRARA, P.; Índice de Gini; **Brasil Escola**. Disponível em:https://Brasilescola.uol.com.br/geografia/indice-gini.htm. Acesso em 16 de dez. de 2023.

IBGE. Índice de Desenvolvimento Humano 2010. **Política de Regionalização do SUS em debate: avanços e impasses da implementação das regiões e redes no Brasil.** 2017. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/>. Acesso em: 24 jan.2024.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo Demográfico 2010**. Disponível em: <https://censo2010.ibge.gov.br/>. Acesso em: 29 out. 2020.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo Demográfico 2022.** Brasília, DF: IBGE, 2023.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Diretoria de Pesquisas - Coordenação de População e Indicadores Sociais. **Estimativas da população residente no Brasil e Unidades da Federação com data referência em 1º de Julho de 2021.** Disponível em: <https://ftp.ibge.gov.br/Estimativas_de_Populacao/Estimativas_2021/estimativa_dou_2021.pdf>. Acesso em: 29 nov. 2023.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Produto Interno Bruto – PIB**, 2013. Disponível em <https://www.ibge.gov.br/explica/pib.php#:~:text=O%20PIB%20%C3%A9%20a%20soma,PIB%20nas%20suas%20respectivas%20moedas>. Acesso em: 16 dez. 2023.

IPA. Instituto de Pesquisas Agronômicas de Pernambuco. **Estudo de viabilidade tecnico econômica do processo de produção e logística do gesso fabricado a partir da gipsita do Araripe/PE – PROJETEC.** 2017. Disponível em: http://www.ipa.br/novo/arquivos/paginas/1-Palestra%20-%201.pdf. Acesso em: 24 jan 2024.

IPEA. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada . O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal Brasileiro. **Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil**. 2013. Disponível em: https://www.ipea.gov.br/. Acesso em: 24 set. 2023.

IPEA. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. **Desenvolvimento Humano no Brasil** 2013. Disponível em: https://www.ipea.gov.br/. Acesso em: 24 set. 2020.

IPEA. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal Brasileiro. **Atlas do ISSN - International Standard Serial Number: 2317-0204.** Disponível em: <https://revistas.ucpel.edu.br/rsd/article/view/2972/1866>. Acesso em: 07/01/2024.

LIMA, C. R. P.; PINTO, C. R.; BIANCHET, K. J. **Análise epidemiológica da mortalidade materna no Brasil.** Brazilian Journal of Development, Curitiba, v.9, n.8, p.24241-24258,aug., 2023. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BRJD/article/view/62185/44763>. Acesso em 29 de jan. 2024.

MACHADO, C. Um Panorama dos Acidentes por Animais Peçonhentos no Brasil. **Journal Health NPEPS**. 2016; 1(1): 1-3. Disponível: <https://web.archive.org/web/20180423165451id_/https://periodicos.unemat.br/index.php/jhnpeps/article/viewFile/1555/1485>. Acesso em 20/12/2023.

MAGNAGO, C., PIERANTONI, C. R., FRANÇA, T., VIEIRA, S. D. P., MIRANDA, R. G. D., & Nascimento, D. N. Política de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde: a experiência do ProgeSUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, *22*, 1521-1530, 2017).

MAIA, L. T. de. S. Diferenciais e determinantes da mortalidade infantil nas capitais Brasileiras: uma análise multinível. 2017. 286f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - **Fundação Oswaldo Cruz**, Recife, PE, 2017.

MAIA, L. T. S.; SOUZA, W.V.; MENDES, A. C. G. Determinantes individuais e contextuais associados à mortalidade infantil nas capitais brasileiras: uma abordagem multinível. **Cad. Saúde Pública** 2020; 36(2):e00057519. Disponível em:<https://www.scielosp.org/pdf/csp/v36n2/1678-4464-csp-36-02-e00057519.pdf>. Acesso em 29/01/2024.

MARTINS, I. P. M.; NAKAMURA, C. Y.; CARVALHO, D. R. Variáveis associadas à mortalidade materna e infantil: uma revisão integrativa. **Revista de Atenção à Saúde**, v. 18, n. 64, p. 145-165, 2020.

MARTINS, K.M; SANTOS, W.L; ÁLVARES, A,C,M. A importância da imunização: revisão integrativa. **Rev Inic Cient Ext**. 2019; 2(2): 96-101. Disponível em: <https://revistasfacesa.senaaires.com.br/index.php/iniciacao-cientifica/article/view/153/108>. Acesso em: 18/01/2024.

MATOS, K. F. de. MARTINS, C. B. de G. **Mortality by External Causes in Children, Teenagers and Young Adults: a Bibliographic Review.** REVISTA ESPAÇO PARA A SAÚDE. Londrina. v. 14 | n. 1 e 2, p. 82-93. dez. 2013. Disponível

em: <file:///C:/Users/Benilson/Downloads/admin,+10480-71705-1-LE.pdf>. Acesso em: 31/01/2024.

MELO, G.B.T.; ALVES, S.V.; LIMA, M.L.C. **Mortality from external causes in Pernambuco, 2001-2003** and 2011-2013. Rev Bras Enferm. 2015;68(5):573-9. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/QsdQBR58dmxPvqwdjbnRGKQ/?lang=en&format=pdf>. Acesso em 31/01/2024.

MENDES, E. V. As Redes de Atenção à Saúde. Brasília: **Organização Pan-Americana da Saúde**, 2011.

Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.510/GM de 19 de dez. de 2005. Institui Comissão para Elaboração da Política de Gestão Tecnológica no âmbito do Sistema Único de Saúde - CPGT. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 19 de dez. de 2005.

MOURA, E. K. de A. **Perfil Epidemiológico e Análise Temporal da Febre Chikungunya em idosos no estado de Pernambuco**. 2023. 36 f. TCC (Graduação) - Curso de Saúde Coletiva, Centro Acadêmico de Vitória, Universidade Federal de Pernambuco, Vitória de Santo Antão, 2023.

OLIVEIRA, A. T. R., ONEILL, M. M. V. C. Cenário sociodemográfico em 2022/2030 e distribuição territorial da população. uso e ocupação do solo. In FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **A saúde no Brasil em 2030 - prospecção estratégica do sistema de saúde Brasileiro: população e perfil sanitário** [online]. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2013. Vol. 2. pp. 41-93.

Organização Pan-Americana da Saúde. **Plano Estratégico da Organização Pan-Americana da Saúde 2014-2019**. Disponível em: https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=health-analysis-metrics-evidence-9907&alias=45251-indicadores-saude-elementos-conceituais-e-praticos-251&Itemid=270&lang=en. Acesso em: 24 de jan. 2024.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE (OPAS). **Série Técnica Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde – 12**. Brasília: Organização Panamericana de Saúde, 2006.

PARANÁ, **Caderno de Atenção à Saúde da Criança Recém-Nascido de Risco**, Atenção à Saúde da Criança Recem-Nascido de Risco 2020. Disponivel: <https://www.saude.pr.gov.br/sites/default/arquivos_restritos/files/documento/2020-07/pdf1.pdf>. Acesso em: 06/01/2024.

PDR, Plano Diretor de Regionalização. **Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco**. 2011. Disponível em: <https://portal.saude.pe.gov.br/sites/portal.saude.pe.gov.br/files/pdrconass-versao_final1.doc_ao_conass_em_jan_2012.pdf.> Acesso em: 24 jan. 2024.

PEREIRA, A.; HILLESHEIM, D.; SILVA, F.M. da.; VALIM, R.C.S.; HALLAL, A.L.C. Série histórica da taxa de incidência de tuberculose em Santa Catarina: análise de uma década, 2010-2019.**Revista do SUS**. **Epidemiologia e Serviços de Saúde,** Brasília, 31(2):e20211067, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ress/a/bPXwgZvJXHFhxjRYJNHyH6C/#:~:text=Observou-se%20declínio%20estatisticamente%20significante,37%3B-1%2C17)>.. Acesso em: 07/01/ 2024.

PERNAMBUCO B. Secretaria Estadual de Saúde. Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde e Atenção Primária. **Boletim Epidemiológico**, Sistema de Informação sobre Acidentes de Transportes terrestres (SINATT), Recife, Ano 8, nº 6, Janeiro, 2024a.

PERNAMBUCO, Procuradoria Geral do Estado. **Cartilha de Orientação: para atendimento às pessoas com deficiência no serviço público de Pernambuco**. Superintendência Estadual de Apoio à Pessoa com Deficiência. 2014.

PERNAMBUCO, VII Região de Saúde. **Análise Situacional da VII Região de Saúde Pernambuco.** 2013b.

PERNAMBUCO, VIII Região de Saúde. **Análise Situacional da VIII Região de Saúde Pernambuco.** 2013c.

PERNAMBUCO. **Caderno de Informações em Saúde de Pernambuco,** 2021. Disponível em: <https://drive.google.com/file/d/1Y-ydoivy1AGXqpKCa0tH3RefEg4PHry/view>. Acesso em: 24 jan. 2024.

PERNAMBUCO. **Estratégia de Ciência, Tecnologia e Inovação para Pernambuco 2023 - 2027: uma política de CT&I para o desenvolvimento sustentável do Estado**. Recife: Secretaria de Ciência, Tecnologia e Inovação (Secti), 2022.

Pernambuco. Governo do Estado. Mãe Coruja Pernambucana: um olhar metodológico/Governo do Estado: **Fundação Maria Cecília Souto Vidigal**. Recife, 2017. Disponível em: https://maecoruja.pe.gov.br/ Acesso em 31 de jan de 2024.

PERNAMBUCO. IX Região de Saúde. **Análise Situacional da IX Região de Saúde Pernambuco.** 2013a.

PERNAMBUCO. **Mapa Regional de Saúde IX Região de Saúde** - Secretaria Estadual de Saúde, 2022a.

PERNAMBUCO. **Mapa Regional de Saúde VII Região de Saúde** - Secretaria Estadual de Saúde, 2022b.

PERNAMBUCO. **Mapa Regional de Saúde VIII Região de Saúde** - Secretaria Estadual de Saúde, 2022c.

PERNAMBUCO. **Regimento Interno da Comissão Intergestores Regional VII GERES.**

PERNAMBUCO. **Regimento Interno da Comissão Intergestores Regional VIII GERES.**

PERNAMBUCO. **Regimento Interno da Comissão Intergestores Regional IX GERES**.

PERNAMBUCO**. Relatório da 10ª Conferência Estadual de Saúde de Pernambuco**. Secretaria Estadual de Saúde, 2023.

PERNAMBUCO. Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco. **Plano Diretor de Regionalização.** Pernambuco: Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco, 2011. 20 p. Disponível em: http://portal.saude.pe.gov.br/documentos/secretaria-executiva-de-coordenacao-geral/plano-diretor-de-regionalizacao-2011. Acesso em: 25 de fev de 2022.

PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde. Gerência de Atenção à Saúde da Mulher. **Nota Técnica Nº 9/2022 - GEASM/SES/PE**. Pré-natal de Alto Risco. 2022d.

PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde. Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde e Atenção Primária. **Boletim Epidemiológico**, Recife, Ano 8, nº 1, Janeiro, 2024b.

PRADO, V.; FONTES, K. B.; SCHIMIDT, K. T. Fatores Associados à Vitalidade ao Nascer. **Arq. Ciênc. Saúde UNIPAR**, Umuarama, v. 19, n. 1, p. 39-40, jan./abr. 2015. Disponível em:<https://www.researchgate.net/profile/Katia-Fontes/publication/281651648_FATORES_ASSOCIADOS_A_VITALIDADE_AO_NASCER/links/55f31db208ae1d98039482db/FATORES-ASSOCIADOS-A-VITALIDADE-AO-NASCER.pdf>. Acesso em 09 jan. 2024.

PURIFICAÇÃO, J. K. Mortalidade de Mulheres em Idade Fértil em uma região de saúde de Pernambuco, Brasil, 2012 a 2017. 2020. 24fls. Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva com Ênfase em Gestão de Redes de Atenção à Saúde. **Escola de Governo em Saúde Pública de Pernambuco – ESPPE**, Recife-PE, 2020.

RASADOR, S.; ABEGG, C. Fatores associados à via de parto em um município da região nordeste do Estado do Rio Grande do Sul, **Brasil. Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.,** Recife, 19 (4): 807-815 out-dez., 2019 Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbsmi/a/JNd5KqYbZRtPW6y6T3C8nhs/?lang=pt&format=html>. Acesso em: 17/01/2023.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria de Estado da Saúde do Rio Grande do Sul. **Boletim Epidemiológico de Hepatites Virais**, 2023. Disponível em: <https://www.cevs.rs.gov.br/upload/arquivos/202308/31145943-boletim-epidemiologico-2023-versao-final-2.pdf>. Acesso em: 30/01/2024.

ROCHA, N. C. M; NOBRE, L.M.; GARCIA, P. L. Características epidemiológicas da hanseníase nos idosos e comparação com outros grupos etários, Brasil (2016-2018). **Cad. Saúde Pública,** 36(9):e00048019, 2020. Disponível em:

Rodrigues A.R.M; Cavalcante A.E.S; Viana A.B. Mortalidade materna no Brasil entre 2006-2017: análise temporal. **Revista Tendências da Enfermagem Profissional ReTEP [Internet]** 2019.

SANTOS, G. M. dos .; ROCHA, M. F. N. da .; SILVA, M. F. S. .; SILVA, J. T. da . Hospital mortality profile due to external causes in the State of Pernambuco: an epidemiological study. **Research, Society and Development**, *[S. l.]*, v. 10, n. 12, p. e69101220121, 2021. DOI: 10.33448/rsd-v10i12.20121. Disponível em: < https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/20121>. Acesso em: 31/01/2024.

SILVA, S.V.; BRAGA, I.O.; PALÁCIO, M.A.V.; TAKENAMI, L. Cenário epidemiológico da hanseníase e diferenças por sexo. **Rev Soc Bras Clin Med**. 2021;19(2):74-81. Disponível em: <https://www.sbcm.org.br/ojs3/index.php/rsbcm/article/download/805/458/>. Acesso em: 11/01/2024.

SILVA, T. O. Renda per capita. **Brasil Escola.** Disponível em: <https://Brasilescola.uol.com.br/geografia/renda-per-capita.htm> Acesso em 16 de dez. 2023.

SOBRAL, M. F. F; SOBRAL, A. I. G. P. Casos de dengue e coleta de lixo urbano: um estudo na Cidade do Recife, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, p. 1075-1082, 2019.

SOEIRO, S. M. V.; CALDAS, M. J. A.; FERREIRA, F.T. Abandono do tratamento da tuberculose no Brasil, 2012-2018: tendência e distribuição espaço-temporal. **Ciência & Saúde Coletiva**, 27(3):825-836, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/WZKGMxkdTvzvTTw6tGSvyMR/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 07 jan 2024.

SOUSA, R. O que é PIB. **Brasil Escola**. Disponível em: <https://Brasilescola.uol.com.br/o-que-e/geografia/o-que-e-pib.htm. dez. 2023>. Acesso em : 24 jan. 2024.

SOUZA, A. M. G.; ANDRADE, F. B. Qual o cenário da mortalidade de mulheres em idade reprodutiva no Brasil? **Revista Mundo da Saúde** 2020,44:421-432 e185-2019421 Disponível em: <https://revistamundodasaude.emnuvens.com.br/mundodasaude/article/view/977/931>. Acesso em 30 jan. 2024.

SOUZA, E. H. A. de; JÚNIOR, A. de F. C. NASCIMENTO, R. de C. M.; ALMEIDA, A. C. de.; QUEIROZ , E. G.; SILVA, B. S. da. **Morte de idosos por causas externas em Pernambuco, Brasil, de 2002 a 2007.** *Rev. cir. traumatol. buco-maxilo-fac.* [online]. 2012, vol.12, n.4, pp. 73-80. ISSN 1808-5210. Disponível em:

<http://revodonto.bvsalud.org/pdf/rctbmf/v12n4/a13v12n4.pdf>. Acesso em: 31/01/2024.

SOUZA, I.V. de; HOLANDA, E.R. de; BARROS, M.B.S.C. **Fatores associados ao óbito por covid-19 em Recife, Pernambuco, 2020: estudo transversal com dados do sistema "Notifique Aqui".** Epidemiologia e Serviços de Saúde, Brasília, 32(2):e2022701, 2023. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ress/a/ZYwvXgpKH6S5xtssqBQQYTp/?lang=pt>. Acesso em: 03/01/2024.

TAVARES, C. L. C.; CESÁRIO, B. K. L.; PINHEIRO, I. de O.; FILHO, J. G. S.; FERNANDES, C. G.; CRUZ, A. M. G. S. Tendências crescentes de taxas de incidência de Sífilis Gestacional e Sífilis Congênita e determinantes sociais no interior do estado do Ceará em maternidade de referência do Cariri. **Brazilian Journal of Health Review**, 2023. Disponível em:<https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/download/64587/46316/157716>. Acesso em: 19/01/2024.

TOURINHO, A. B.; REIS, L. B. S. M. Peso ao nascer: Uma abordagem nutricional. **Com. Ciências Saúde.** Brasília- DF, 2013. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/periodicos/revista_ESCS_v23_n1_a02_peso_ao_nascer.pdf>. Acesso em: 03/01/2023.

VIANA, A. L. A *et al*. **Política de Regionalização do SUS em debate: avanços e impasses da implementação das regiões e redes no Brasil**. 2017. Novos Caminhos, n. 15. Pesquisa Política, Planejamento e Gestão das Regiões e Redes de Atenção à Saúde no Brasil. Disponível em: https://www.resbr.net.br/. Acesso em: 20 ago. 2020.

VILARINS, G. C. M.; SHIMIZU, H. E.; GUITIERREZ, M. M. U. A Regulação em Saúde: aspectos conceituais e operacionais. **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, v. 36, n. 95, p. 640-647. 2012.

WHITEHEAD, M.; DAHLGREN G. What can be done about inequalities in health? **Lancet,** London, v. 338, n. 8774, p. 1059-1063, 1991.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Global status report on road safety 2015. **World Health Organization,** 2015. Disponível em: <https://www.afro.who.int/publications/global-status-report-road-safety-2015>. Acesso em: 02/02/2024.