MAPA DA SAÚDE

V REGIÃO DE SAÚDE

GARANHUNS, PE
2022

Equipe – 2022

GOVERNADOR DO ESTADO DE PERNAMBUCO
Paulo Henrique Saraiva Câmara

SECRETÁRIO ESTADUAL DE SAÚDE
André Longo Araújo de Melo

SECRETÁRIO EXECUTIVO DE GESTÃO ESTRATÉGICA E PARTICIPATIVA
Humberto Maranhão Antunes

SECRETÁRIA EXECUTIVA DE ATENÇÃO À SAÚDE
Cristina Valença Azevedo Mota

SECRETÁRIA EXECUTIVA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE
Patrícia Ismael de Carvalho

SECRETÁRIO EXECUTIVA DE ADMINISTRAÇÃO E FINANÇAS
Caio Eduardo Silva Mulatinho

SECRETÁRIA EXECUTIVA DE GESTÃO DO TRABALHO E EDUCAÇÃO EM SAÚDE
Fernanda Tavares Costa de Souza Araújo

SECRETÁRIA EXECUTIVA DE REGULAÇÃO EM SAÚDE
Giliate Coelho Neto

DIRETORIA GERAL DE GESTÃO REGIONAL
Luciana Figuerôa

GERENTE DA V GERÊNCIA REGIONAL DE SAÚDE
Janaína Ramos dos Santos

ORGANIZADORES

Ana Lúcia de Almeida Paes – Coordenadora de Planejamento e Regulação em Saúde
Mirtys Viviane Pedroza Lopes – Sanitarista do Núcleo de Atenção à Saúde
Sísia Valeska de Melo Silva – Sanitarista do Planejamento em Saúde
Vanessa Alves de Souza – Analista do Planejamento em Saúde

CONTRIBUIÇÃO TÉCNICA

Cleide dos Santos Batista – Apoiadora de Regulação em Saúde em Saúde
Guilherme Ricardo Pereira Santos – ResidenteemSaúde Coletiva/Agroecologia
Isadora Raquel Cavalcanti de Oliveira – Sanitarista/Planejamento em Saúde
Izenir Pimentel – Coordenadora do Programa Mãe Coruja
Karla Michelle de Lima Alves – Sanitarista da Vigilância em Saúde
Lilian Silva Sampaio de Barros –Coordenadora da Comissão de Integração Ensino-Serviço Maria Lucia Xavier – Técnica de Sistemas de Informacões Epidemiológicas
Mayara Sabrina Oliveira Cavalcante – Apoiadora do PRI/II Macrorregião de Saúde
Thalita Analyane Bezerra de Albuquerque – ResidenteemSaúde Coletiva/Agroecologia

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO 5
2 INDICADORES SÓCIODEMOGRÁFICOS E ECONÔMICOS 7
2.1 Condições Socioeconômicas e demográficas 7
2.1.1 Caracterização Geral da V Região de Saúde do Estado de Pernambuco.. 7
2.1.2 Distância média dos municípios, da sede regional e da capital 9
2.1.3 Principais rodovias 10
2.1.4 Características Geopolíticas 11
2.1.5 Condições demográficas conforme sexo e faixa etária da população 14
2.1.6 Condições demográficas conforme área de residência rural e urbana..... 15
2.1.7 Dinâmica populacional 15
2.1.8 Comunidades Quilombolas 16
2.1.9 Comunidades Indígenas 17
2.1.10 Assentamentos 18
2.1.11 Principais atividades econômicas 19
2.1.12 Produto Interno Bruto (PIB) 20
2.1.13 Renda 21
2.1.14 Escolaridade 24
2.1.15 Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) 25
2.2 Infraestrutura 27
2.2.1 Saneamento Básico 27
3 INDICADORES DE SAÚDE 29
3.1 Indicadores de Nascimento 29
3.2 Indicadores de Morbidade 36
3.2.1 Doenças de notificação compulsória (DNC) 36
3.2.2 Doenças infecciosas 38
3.3 Indicadores de Mortalidade 54
3.3.1 Mortalidade Geral 54
3.3.2 Mortalidade Infantil 76
3.3.3 Mortalidade Materna 84
3.3.4 Mortalidade de Mulheres em Idade Fértil (MIF) 85
3.4 Indicadores doPrograma de Qualificação das Ações de Vigilância em Saúde (PQA-VS) 86
3.5 Imunização 89

4 ATENÇÃO PRIMÁRIA: ORDENADORA DO SISTEMA DESAÚDE 97
4.1 Contextualização 97
4.2 Atenção Primária, indicadores e modelo de financiamento 98
4.2.1 Captação ponderada 98
4.2.2 Pagamento por desempenho e indicadores de saúde 100
4.2.3 Equipes de Saúde na Estratégia de Saúde da Família 103
4.2.4 Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica 107
5 REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE (RAS) 110
5.1 Política de Regulação e o acesso às Redes de Atenção à Saúde 111
5.1.1 A estrutura de Regulação na V Geres 113
5.2 Redes Temáticas 127
5.2.1 Rede Materno Infantil 127
5.2.2 Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) 136
5.2.3 Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) 142
5.2.4 Rede de Atenção à Saúde Integral da População LGBTQIAP+ 151
5.2.5 Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD) 151
6 RECURSOS FINANCEIROS 156
6.1 Financiamento 163
7 GESTÃO DO TRABALHO E EDUCAÇÃO EM SAÚDE 163
7.1 Gestão de Pessoas 163
7.2 Educação Permanente em Saúde 164
7.2.1 Funcionamento da CIES 164
7.2.2 Ações desenvolvidas pela CIES 168
7.2.3 Instituições de Públicas com Cursos de Graduação na Área de Saúde na V Região de Saúde 170
7.2.4 Residências em Saúde 170
8 GOVERNANÇA, CONTROLE SOCIAL E OUVIDORIA 171
8.1 Comissão Intergestores Regional 172
8.2 Conselhos Municipais de Saúde (CMS) 172
8.3 Instrumentos de Planejamento 174
9 CONSIDERAÇÕES FINAIS 176
10 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 1

1 INTRODUÇÃO

A criação formal do Sistema Único de Saúde (SUS), se deu por meio da promulgação pela Constituição Federal de 1988. Neste momento, a saúde passa a ser um direito provido a todos os cidadãos pelo Estado. Para tanto, a VIII Conferência Nacional de Saúde teve um papel crucial neste processo, devido à participação popular, através do Movimento Sanitário Brasileiro, propostas foram apresentadas e tornaram-se as principais diretrizes para a construção do SUS.

Os princípios doutrinários da Universalidade, da Integralidade e da Equidade norteiam as ações e serviços de saúde no SUS, buscando a compreensão da pessoa de modo integral, com acesso universal e equânime para atenção à sua necessidade de saúde. Para isto, houve, então, a adoção de estratégias capazes de promover uma maior eficiência e eficácia aos processos de gestão em saúde, com ações ágeis, descentralizadas, regionalizadas e funcionais, utilizando as estratégias dos recursos de comunicação e disseminação de informação.

Dentre estas estratégias, temos o Mapa da saúde, previsto no Decreto 7.508 de 28 de junho de 2011, definido como uma 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 do sistema (BRASIL, 2011).

Aqui, traremos o Mapa da Saúde que aborda o diagnóstico situacional dos indicadores de saúde e constitui valioso instrumento para o conhecimento do perfil epidemiológico e demográfico da V Região de Saúde de Pernambuco – Brasil.

Utilizando mapas, gráficos e rankings, podemos desenvolver estratégias para melhorar o acesso da nossa população ao SUS e transformar a realidade na garantia dos direitos cidadãos, proporcionando a todos os atores uma maior resolubilidade, autonomia e potencialidade dos resultados.

São estes indicadores que estão sendo discutidos com o apoio dos sistemas de Gestão, do DATASUS e outras ferramentas desenvolvidas pelo Ministério da Saúde e pela Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco, disponíveis ao alcance de todos com o objetivo de monitorar, avaliar, planejar e desencadear atividades de saúde nesta Região.

Espera-se que as informações aqui contidas possam ser utilizadas de forma rotineira, como também, sirvam de instrumento base para os gestores, profissionais

de saúde, políticos, lideranças e comunitários, e que possam reconhecer esta ferramenta como recurso de gestão e planejamento em saúde, visando a fundamentação de ações sistemáticas capazes de fornecer bases para reflexões e intervenções no cenário do SUS Regional.

2 INDICADORES SÓCIODEMOGRÁFICOS E ECONÔMICOS

O processo saúde-doença tem relação direta com a qualidade de vida e o ambiente em que o mesmo está inserido, portanto frequentemente as condições sociais e sanitárias podem ser determinantes no adoecimento da sociedade.

Para Câmara *et al.* (2012), o processo saúde-doença representa alterações, mudanças e/ou experiências vivenciadas de modo singular, que reverbera na coletividade. Logo, as formas de viver e conviver em uma comunidade, bem como as formas como as relações com o meio e com os pares, devem ser levadas em consideração no momento em que planejamos tecnicamente as ações e serviços de saúde.

Dessa forma, as reflexões acerca dos Determinantes Sociais da Saúde mostram que fatores sociais, econômicos, culturais, biológicos/genéticos ou comportamentais reverberam nas condições e necessidades de saúde de uma população (CARRAPATO; CORREIA; GARCIA, 2017).

2.1 Condições Socioeconômicas e demográficas

2.1.1 Caracterização Geral da V Região de Saúde do Estado de Pernambuco

O Estado de Pernambuco é organizado em quatro Macrorregiões (Figura 1) e doze Microrregiões de Saúde (Figura 2). A V Região de Saúde, juntamente com a IV Região de Saúde, representam a Macrorregião II – Agreste.

Figura 1 - Mapa da divisão Estadual de Pernambuco por Macrorregiões, 2022.

Fonte: SES/PE (2022).

Figura 2 - Mapa da divisão Estadual de Pernambuco por Região de Saúde, 2022.

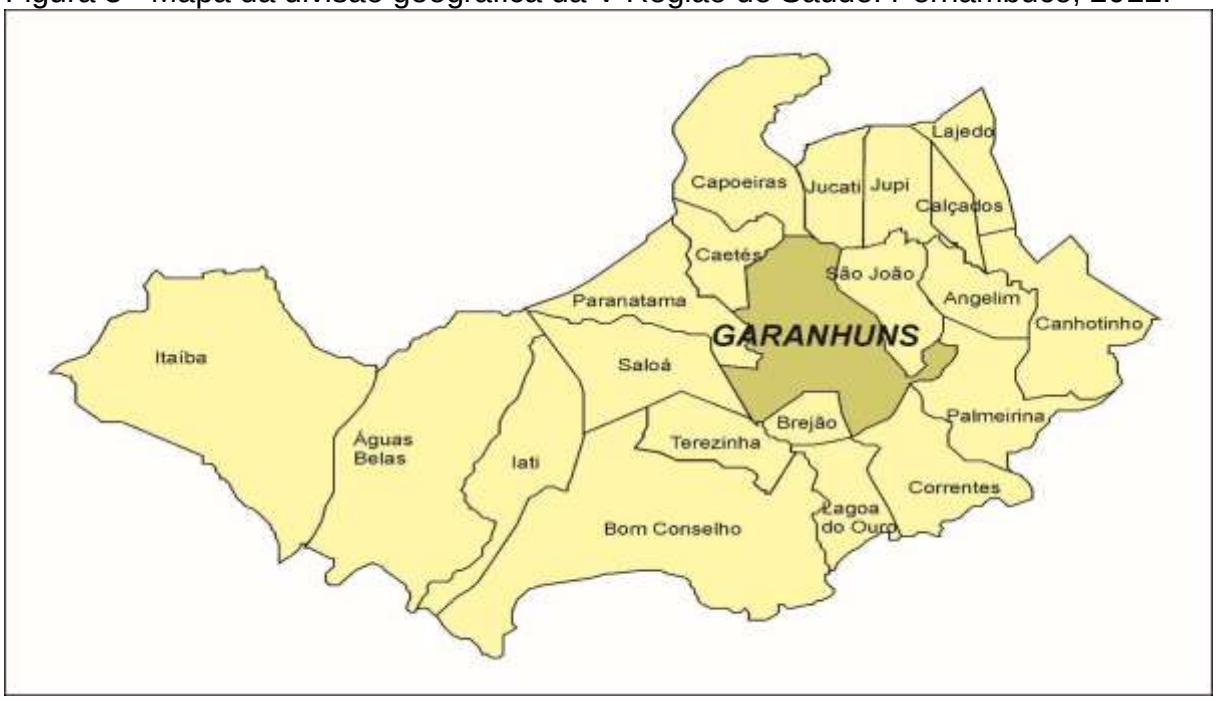
Fonte: SES/PE (2022).

Segundo o Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, a Região de Saúde é definida como:

> Espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde (BRASIL, 2011).

A V Região de Saúde, localizada no Agreste Meridional do Estado de Pernambuco é composta por 21 municípios, com área de 7.330 Km² e uma população total estimada de 549.206 habitantes (IBGE, 2022).

Figura 3 - Mapa da divisão geográfica da V Região de Saúde. Pernambuco, 2022.



Fonte: IBGE (2022).

Como visualizado no mapa acima, os 21 municípios que compõem a V Região de Saúde de Pernambuco são: Águas Belas, Angelim, Bom Conselho, Brejão, Caetés, Calçado, Canhotinho, Capoeiras, Correntes, Garanhuns, Iati, Itaíba, Jucati, Jupi, Lagoa do Ouro, Lajedo, Palmeirina, Paranatama, Saloá, São João e Terezinha.

2.1.2 Distância média dos municípios, da sede regional e da capital

A distância da Sede da V Região de Saúde, localizada no município de Garanhuns e a Sede da Macrorregião (Caruaru) é de 101 km com tempo médio de deslocamento de 85 minutos; já em relação à Capital, a sede da Região dista 230km, com tempo médio de deslocamento de 165 minutos. No que se refere aos serviços de média e alta complexidade, estes têm como referência as cidades de Garanhuns, Caruaru e Recife.

Tabela 1 - Distância entre os municípios da V Região de Saúde e a capital de Pernambuco. Brasil, 2010.

Município	Distância do município da sede da regional (km)	Distância do município da sede da macrorregião(km)	Distância do município para capital (km)
ÁguasBelas	85	185	307
Angelim	26	109	216
Bom Conselho	46	148	269
Brejão	18	120	242
Caetés	22	123	244
Calçado	29	79	199
Canhotinho	37	99	205
Capoeiras	27	128	250
Correntes	44	146	268
Garanhuns	-	104	225
Iati	52	152	282
Itaíba	123	205	336
Jucati	32	87	209
Jupi	25	79	201
Lagoa do Ouro	36	138	259
Lajedo	38	66	188
Palmeirina	43	125	231
Paranatama	22	122	244
Saloá	32	132	254
São João	17	111	232
Terezinha	29	130	252

Fonte: IBGE (2022).

Os municípios mais próximos da sede da V Região de Saúde são: São João (17 km), Brejão (18 km), Caétes (22 km) e Paranatama (22 km). Os municípios mais distantes são: Águas Belas (85 km) e Itaíba (123 km). O município de Lajedo tem a menor distância percorrida, dentre os demais municípios, tanto para a sede da macrorregião (66 km) quanto para a capital (188 Km).

2.1.3 Principais rodovias

A Região de Saúde em questão é cortada por duas Rodovias Federais: a BR 423 e 424; seis (6) Rodovias Estaduais: PE 177, 180, 193, 214, 218 e 244. As Rodovias citadas possuem pista simples em razoável estado de conservação.

2.1.4 Características Geopolíticas

No quadro 1, é possível observar, que dentre os 21 municípios que compõe a V Região, os 05 (cinco) com maior área territorial, são: Itaíba (1.084km²); Águas Belas (886 km²); Bom Conselho (792 km²); Iati (635 km²) e Garanhuns (458 km²). Os cinco municípios com menor área territorial são Jupi (105 Km²), Calçado (112 Km²), Angelim (118 Km²), Jucati (121 Km²) e Terezinha (151 Km²).

Em 2022, os 05 (cinco) municípios com maior contingente populacional foram Garanhuns (141.347 habitantes), seguido por Bom Conselho (48.975 habitantes), Águas Belas (43.923 habitantes), Lajedo (40.883 habitantes) e Caetés (28.739 habitantes) (quadro 1).

Quadro 1 - Características geopolíticas dos municípios da V Região de Saúde de Pernambuco, 2022.

Município	Características	
Águas Belas	População estimada (2022) Área (Km) Densidade Demográfica (Hab./Km²)	43.923 885 45,5
Angelim	População estimada (2022) Área (Km) Densidade Demográfica (Hab./Km²)	11.301 118 86,5
Bom Conselho	População estimada (2022) Área (Km) Densidade Demográfica (Hab./Km²)	48.975 792 57,5
Brejão	População estimada(2022) Área (Km) Densidade Demográfica (Hab./Km²)	8.981 160 55,3
Caetés	População estimada(2022) Área (Km) Densidade Demográfica (Hab./Km²)	29.065 329 80,8
Calçado	População estimada(2022) Área (Km) Densidade Demográfica (Hab./Km²)	10.983 112 99,3
Capoeiras	População estimada(2022) Área (Km) Densidade Demográfica (Hab./Km²)	20.048 329 59,6
Canhotinho	População estimada(2022) Área (Km) Densidade Demográfica (Hab./Km²)	24.743 423 58,0
Correntes	População estimada(2022) Área (Km) Densidade Demográfica (Hab./Km²)	18.327 339 51,4
Garanhuns	População estimada(2022) Área (Km) Densidade Demográfica (Hab./Km²)	141.347 459 281,9
Iati	População estimada(2022) Área (Km) Densidade Demográfica (Hab./Km²)	19.284 635 28,9
Itaíba	População estimada(2022) Área (Km) Densidade Demográfica (Hab./Km²)	26.268 1.084 24,2
Jucati	População estimada(2022) Área (Km) Densidade Demográfica (Hab./Km²)	11.545 121 87,6
Jupi	População estimada(2022) Área (Km) Densidade Demográfica (Hab./Km²)	15.007 105 130,5
Lagoa do Ouro	População estimada(2022) Área (Km) Densidade Demográfica (Hab./Km²)	13.300 199 61,0

Lajedo	População estimada(2022) Área (Km) Densidade Demográfica (Hab./Km²)	40.883 189 193,8
Palmeirina	População estimada(2022) Área (Km) Densidade Demográfica (Hab./Km²)	7.509 158 51,8
Paranatama	População estimada(2022) Área (Km) Densidade Demográfica (Hab./Km²)	11.608 231 47,6
Saloá	População estimada(2022) Área (Km) Densidade Demográfica (Hab./Km²)	15.880 252 60,8
São João	População estimada(2022) Área (Km) Densidade Demográfica (Hab./Km²)	23.002 258 82,6
Terezinha	População estimada(2022) Área (Km) Densidade Demográfica (Hab./Km²)	7.227 151 44,6

Fonte: IBGE (2022).

2.1.5 Condições demográficas conforme sexo e faixa etária da população

Como demonstra a tabela 2, a faixa etária mais predominante é entre 20 a 29 anos quantos aos dois sexos. Nota-se ainda, que na V Região de Saúde, o sexo masculino é mais predominante na população até os 29 anos.

Tabela 2 - Distribuição da população residente segundo sexo e faixa etária. V Região de Saúde, Pernambuco, 2022.

Sexo / **Faixa Etária**	**Masculino**		**Feminino**	
	Nº	**%**	**Nº**	**%**
Menor 1 ano	4.034	1,51	3.902	1,39
1 a 4	19.169	7,16	18.258	6,49
5 a 9	23.336	8,71	22.250	7,91
10 a 14	22.688	8,47	21.323	7,58
15 a 19	22.230	8,30	21.375	7,60
20 a 29	45.014	16,81	45.695	16,24
30 a 39	40.328	15,06	43.527	15,47
40 a 49	32.852	12,27	36.137	12,84
50 a 59	25.235	9,42	28.386	10,09
60 a 69	17.000	6,35	19.984	7,10
70 a 79	10.883	4,06	13.232	4,70
80 e +	5.062	1,89	7.306	2,60
Total	**267.831**	**100,00**	**281.375**	**100,00**

Fonte: IBGE(Estimativas populacionais, 2022).

2.1.6 Condições demográficas conforme área de residência rural e urbana

Conforme a tabela 3, a distribuição da população na zona rural e urbana, de todos os vinte e um municípios da V Região de Saúde.

Tabela 3- Distribuição da população segundo município de residência e zona do domicílio. V Região de Saúde, Pernambuco, 2019.

Município	Urbana	%	Rural	%
ÁguasBelas	24.564	61,1	15.671	38,9
Angelim	6.087	59,7	4.115	40,3
Bom Conselho	29.779	65,4	15.724	34,6
Brejão	3.564	40,3	5.280	59,7
Caetés	7.520	28,3	19.057	71,7
Calçado	3.810	34,2	7.315	65,8
Canhotinho	14.106	57,5	10.415	42,5
Capoeiras	6.263	32,0	13.330	68,0
Correntes	10.329	59,3	7.090	40,7
Garanhuns	115.356	89,1	14.052	10,9
Iati	7.718	42,0	10.642	58,0
Itaíba	9.688	36,9	16.568	63,1
Jucati	2.828	26,7	7.776	73,3
Jupi	8.356	61,0	5.349	39,0
Lagoa do Ouro	6.029	49,7	6.103	50,3
Lajedo	26.395	72,1	10.233	27,9
Palmeirina	5.178	63,2	3.011	36,8
Paranatama	2.241	20,4	8.760	79,6
Saloá	7.668	50,1	7.641	49,9
São João	9.656	45,3	11.656	54,7
Terezinha	2.860	42,5	3.877	57,5
Total	**309.995**	**60,4**	**203.665**	**39,6**

Fonte: IBGE(2020).

Observa-se que há um predomínio da população localizada na área urbana. O município de Garanhuns possui a maior concentração em área urbana com cerca de 89,1%.Já o município de Paranatama apresenta o maior percentual de população em área rural com 79,6%.

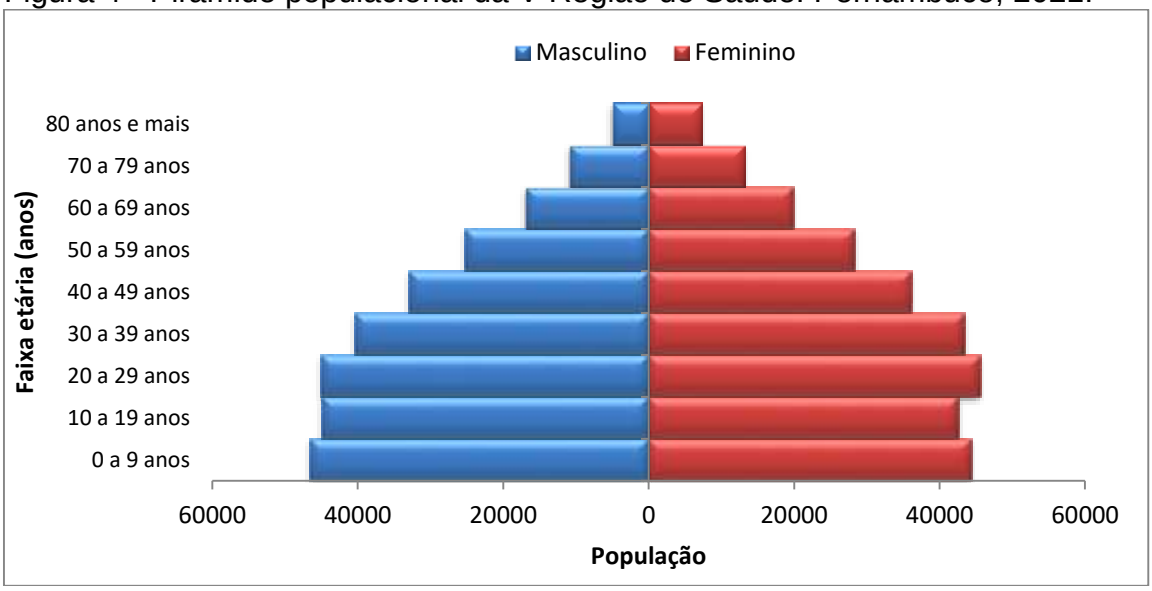
2.1.7 Dinâmica populacional

A dinâmica populacional é o estudo da variação na quantidade dos indivíduos de determinada população. Entende-se como conceito de população o conjunto de

pessoas que residem em determinado território, que pode estar constituído em uma cidade, um estado ou um país como um todo. Diante disso, a pirâmide etária serve para nos fornecer informações importantes sobre fecundidade, natalidade, idade média da população, longevidade, entre outros (CERQUEIRA et al., 2015).

A expressão da Pirâmide Etária, descrita da figura 4, refere-se a um gráfico utilizado para identificar a população de um dado país, estado, região ou municípios, agrupando os habitantes por faixas etária e por sexo.

Figura 4 - Pirâmide populacional da V Região de Saúde. Pernambuco, 2021.



Fonte: IBGE (Estimativas populacionais, 2022).

A pirâmide acima mostra que o envelhecimento da população brasileira aumentou em 2019, se comparado a 2012.

Observa-se na pirâmide acima que o envelhecimento da população da V Região de Saúde, aumentou em 2021, se comparado a 2010, apresentado no último mapa produzido desta regional. Esta mudança pode ser observada pela menor porcentagem dos grupos mais jovens encontrada em 2010, ao passo que os grupos de idade que ficam no topo da pirâmide, apresentaram aumento nos percentuais.

2.1.8 Comunidades Quilombolas

As comunidades Quilombolas são compostas por indivíduos descendentes de africanos que foram escravizados e permanecem vivas suas tradições religiosas e culturais.

O estado de Pernambuco destaca-se pelo histórico de lutas e resistência à escravidão na formação de quilombos. No final do século XVI, foi criado o famoso quilombo de Palmares. Posteriormente, no século XIX, houve a formação do quilombo de Catucá, localizado na Zona da Mata próxima à Recife. Atualmente, há 102 comunidades Quilombolas certificadas no estado de Pernambuco.

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

Tabela 4 - Comunidades Quilombolas segundo município. V Região de Saúde, Pernambuco, 2019.

Municípios	N° de Comunidades	Comunidades
Águas Belas	4	Quilombo, Sítio Pinhão, Tanquinhos e Sítio Serra Preta
Bom Conselho	11	Angico, Isabel, Macacos, Sítio Flores, Angico de Cima, Lagoa Cumprida, Sítio Queimada Grande, Mocós, Sítio Lagoa Primeia, Sítio Amargoso e Barrocão
Brejão	2	Batinga e Curiquinha dos Negros
Caetés	1	Atoleiro
Capoeiras	3	Fidelão, Sítio Cascavel e Sítio Imbé
Garanhuns	6	Timbó, Castainho, Estiva, Estrela, Caluete e Tigre
Iati	1	Sítio Retiro
Itaíba	6	Cacimba de Negras e Mocambo, Estreito, Riacho Seco e Caboclo, Caraíbas, Flores e Vilãozinho, Lagoa do Bento e Serra de SãoPedro
Saloá	1	Serra de São Pedro
Total	**35**	-

Fonte: Fundação Cultural Palmares (2020).

2.1.9 Comunidades Indígenas

De acordo com a Fundação Nacional do Índio (FUNAI), a população indígena no Brasil é de aproximadamente 800 mil índios, representando cerca de 0,4% da população brasileira, segundo dados do Censo 2010. Vivem em todo o território nacional, principalmente em 688 Terras Indígenas e em várias áreas urbanas. Há também 77 referências de grupos indígenas não-contatados, das quais 30 foram confirmadas.

NaVRegião, existem os índios da tribo Fulni-ô que vivem no município de Águas Belas, numa aldeia de 11.500 hectares, localizada a 500 metros da sede da cidade. Sua população é de aproximadamente 3.600 índios (IBGE, 2019).

Também conhecidos como Carnijó ou Carijó, vivem principalmente do artesanato e agricultura de subsistência no município de Águas Belas. Conservam o idioma Yaathé através de cantos, festas, a imersão no ritual do Ouricuri, ninhos de língua e, atualmente, possuem até mesmo uma rádio comunitária apresentada na língua. Segundo a FUNAI (disponível em www.funai.gov.br/index), em 2011, um projeto deu início ao Coletivo Fulni-ô de Cinema que tem papel fundamental na manutenção da língua e já possui seis produções que fazem parte da obra, que são narradas em Yaathé.

2.1.10 Assentamentos

Segundo dados coletados no Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária (INCRA) e do Instituto de Terras de Pernambuco (ITEPE), no Estado, existem hoje, 32 assentamentos rurais, envolvendo 1.413famílias. Os assentamentos são resultado do processo desencadeado pelos movimentos sociais de luta pela terra, que vem alterando a estrutura agrária.

A demanda pela terra gera a trajetória dos assentados, movida por lutas pela conquista da terra e, posteriormente, pela regularização do assentamento, incluindo as políticas de apoio à fixação das pessoas no campo, como as linhas de crédito, fomento, infraestrutura de habitação, estradas, energia e água. Em relação a isso, há um impasse entre os gestores municipais e o Governo Federal quanto à responsabilidade de garantia de infraestrutura de energia elétrica, água, saneamento básico, postos de saúde e escolas, para as áreas de assentamentos.

Tabela 5 - Assentamentos da V Região de Saúde. Pernambuco, 2019.

Município	Nº de Assentamentos	Famílias Assentadas
Águas Belas	11	308
Bom Conselho	1	27
Brejão	1	66
Canhotinho	2	98
Capoeiras	1	14
Correntes	1	27
Garanhuns	1	43
Iati	2	73
Itaíba	11	720
Lajedo	1	37
Total	**32**	**1.413**

Fonte: INCRA (2020).

No ano de 2019, a V Região de Saúde possuía um total de 32 (trinta e dois) assentamentos**.** Águas Belas e Itaíba são os municípios com maior número de assentamentos, com 11 (onze) assentamentos cada, o que corresponde a 34,4%, totalizando 68,8%.

2.1.11 Principais atividades econômicas

O Agreste Meridional de Pernambuco tem uma população de 48.494 trabalhadores empregados no mercado de trabalho formal. Como principais cadeias produtivas da região, destacam-se: Leite e derivados, Turismo, Artesanato, Avicultura, Móveis e Agricultura com produção de batata doce e café.

A atividade econômica que mais empregou em 2018 foi a do Comércio Varejista de Materiais de Construção. Entre as ocupações que mais empregaram, destacam-se as de Gesseiro e Servente de Obras. Entre 2014 e 2018, no mês de março aconteceu o ápice de geração de empregos.

Tabela 6 - Ranking das 10 Atividades Econômicas que mais empregaram. Agreste Meridional, 2018.

Classe	Média Salarial
Fabricação de laticínios	R$ 1.179,57
Locação de automóveis sem condutor	R$ 393,23
Comércio varejista de ferragens, madeira e materiais de construção	R$ 999,54
Comércio atacadista de produtos alimentícios em geral	R$ 1.000,65
Atividades de apoio à agricultura	R$ 563,13
Atividades de associações de defesa de direitos sociais	R$ 952,55
Condomínios prediais	R$ 1.201,38
Atividades de atendimento hospitalar	R$ 1.191,50
Comércio atacadista de mercadorias em geral, com predominância de produtos alimentícios	R$ 1.005,87
Telecomunicações por fio	R$ 800,99
Total	**R$ 1.006,81**

Fonte: CNAE(2020).

2.1.12 Produto Interno Bruto (PIB)

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

O PIB per capita do estado de Pernambuco, em 2018, foi de R$ 19.272,3 e o PIB Valorescorrentes no mesmo ano, foi de R$ 182,80 bilhões. Em 2019, Pernambuco teve um crescimento de 1,9% no PIB, em comparação a 2018, apresentando um desempenho maior que o da economia brasileira. No Agreste Meridional, o PIB é de R$ 6,71 bilhões, cerca de 4,0% do PIB de Pernambuco, com uma composição de 11,5% para a Agropecuária, 9,6% para a Indústria e 71,3% para Serviços.A tabela abaixo mostra o PIB na região,em 2021.

Tabela 7 - PIB per capita segundo município. V Região de Saúde, Pernambuco, 2021.

Municípios	PIB per capita (em R$1,00)
	2021
Águas Belas	8.337,93
Angelim	12.367,69
Bom Conselho	11.448,94
Brejão	19.502,16
Caetés	11.162,38
Calçado	9.268,09
Canhotinho	8.493,61
Capoeiras	10.429,92
Correntes	9.568,70
Garanhuns	18.622,87
Iati	9.129,71
Itaíba	9.057,06
Jucati	10.106,53
Jupi	11.465,75
Lagoa do Ouro	9.179,48
Lajedo	12.133,49
Palmeirina	9.446,60
Paranatama	19.050,00
Saloá	8.277,69
São João	10.476,30
Terezinha	9.190,63
V Região de Saúde (média)	**10.915,68**

Fonte: IBGE (2022).

2.1.13 Renda

O rendimento nominal mensal domiciliar per capita 2021 do estado de Pernamuco foi de R$ 829,00 (IBGE,2022). Este rendimento mostra a média das rendas domiciliares per capita das pessoas residentes em determinado espaço geográfico, no ano considerado. O cáculo se dá na soma dos rendimentos mensais dos moradores do domicílio dividido pelo número de seus moradores. Na V Região de Saúde (tabela 8), houve um aumento da renda per capita a cada ano censitário apresentado. Em 2010,os municípios que apresentaram a maior renda per capita foram Garanhuns (R$ 480,22), Lajedo (R$ 328,72) e Bom Conselho (R$ 299,93), respectivamente. Os dados mostram que economicamente os municípios que compõem a V Região de Saúde, tem rendimentos abaixo da média do estado, o que nos alerta para a economia da região.

Tabela 8 - Renda per capita segundo município e ano censitário. V Região de Saúde, Pernambuco, 2010.

Municípios	Renda per capita (R$)		
	1991	2000	2010
Águas Belas	84,85	128,58	234,76
Angelim	85,50	160,43	246,68
Bom Conselho	113,56	158,30	299,93
Brejão	73,12	125,82	226,01
Caetés	85,44	109,75	175,46
Calçado	78,20	143,22	213,95
Canhotinho	93,57	165,35	228,10
Capoeiras	91,74	144,72	214,37
Correntes	96,84	170,07	243,11
Garanhuns	216,96	329,48	480,22
Iati	70,55	105,52	197,33
Itaíba	80,67	146,06	214,42
Jucati	-	124,48	226,64
Jupi	77,34	184,78	258,83
Lagoa do Ouro	77,82	114,31	220,39
Lajedo	147,14	238,93	328,72
Palmeirina	84,76	199,37	241,51
Paranatama	93,41	136,33	209,82
Saloá	134,16	148,38	253,14
São João	89,80	151,49	259,98
Terezinha	67,72	92,56	223,79
V Região de Saúde (média)	**123,42**	**195,14**	**303,7**

Fonte: IBGE– Censos Demográficos (2022).

Os indicadores de pobreza podem ser analisados conforme o aspecto de renda e das condições de vida da população, que reúnem um conjunto de variáveis que proporcionam uma visão da situação do estado de Pernambuco. Segundo a tabela 9, na V Região de Saude, a maior renda domiciliar per capita dos indivíduos vulneráveis à pobreza é a do município de Garanhuns com R$ 134,14 e o menor valor da renda no município de Caetés R$81,06 e a média da V Região de Saúde R$ 108,90.

Tabela 9 - Indicadores de pobreza segundo município e ano censitário. V Região de Saúde, Pernambuco, 2010.

Município	2010

	Proporção de extrema-mentepobres(1)	Propor-ção de pobres(2)	Renda domiciliar per capita média dos extremamente pobres	Renda domiciliar per capita média dos pobres	Renda domiciliar per capita média dos vulneráveis à pobreza
ÁguasBelas	31,96	50,88	30,71	58,29	100,03
Angelim	27,85	48,55	28,00	59,66	103,58
Bom Conselho	27,22	48,42	37,24	66,60	104,82
Brejão	19,77	44,83	34,91	75,03	120,54
Caetés	42,77	59,51	23,08	45,61	81,06
Calçado	30,24	51,63	38,17	64,79	102,96
Canhotinho	23,79	49,04	30,59	69,53	111,34
Capoeiras	26,23	45,24	28,66	59,25	111,72
Correntes	20,16	45,52	34,71	71,69	116,90
Garanhuns	12,07	26,72	35,66	75,04	134,14
Iati	34,12	52,28	28,25	55,24	98,11
Itaíba	27,48	49,22	31,57	64,98	106,30
Jucati	24,71	44,61	38,85	66,49	115,07
Jupi	23,09	41,93	35,78	65,75	113,92
Lagoa do Ouro	26,09	48,01	37,00	66,96	108,79
Lajedo	13,16	33,28	39,92	79,39	128,40
Palmeirina	22,85	47,29	40,78	74,02	110,35
Paranatama	34,36	49,10	26,13	50,20	98,49
Saloá	29,48	44,12	31,46	56,19	102,85
São João	25,34	45,26	35,52	66,13	109,96
Terezinha	26,10	50,18	34,30	67,47	107,57
V Região de Saúde (média)	**26,14**	**46,46**	**33,39**	**64,68**	**108,90**

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

2.1.14 Escolaridade

A escolaridade reflete diretamente na renda da população, assim como em outros aspectos políticos, sociais e sanitários. É um ponto primordial para a inserção do indivíduo no mercado de trabalho, influenciando a economia e na participação social de políticas públicas que reflete na qualidade de vida da sociedade (SALVATO; FERREIRA; DUARTE, 2010). Nesse sentido, a escolaridade impacta em vários âmbitos da sociedade, além de revelar condições de vida e desigualdades sociais.Em 2019, a taxa de escolaridade de 6 a 14 anos de idade, no Brasil, foi de 99,7% (IBGE,2022). Quando relacionado à V Região de Saúde, pode-se observar os seguintes dados:

Tabela 10 - Escolaridade por município da V Região de Saúde. Pernambuco, 2010.

Município	% de escolaridade (6-14 anos)
Águas Belas	96,1
Angelim	96,4
Bom Conselho	96,2
Brejão	96,3
Caetés	92,6
Calçado	97,1
Canhotinho	91,8
Capoeiras	96,5
Correntes	93,1
Garanhuns	96,8
Iati	90,5
Itaíba	93,3
Jucati	98,0
Jupi	96,3
Lagoa do Ouro	96,5
Lajedo	97,9
Palmeirina	94,0
Paranatama	97,9
Saloá	97,4
São João	97,6
Terezinha	95,7

Fonte: IBGE– Censos Demográficos (2022).

Percebe-se que na V Região de Saúde, o grau de escolaridade segundo a população sofre algumas variações. O município com maior percentual foi o de Jucati com 98,0% e o município de menor percentual foi o de Iati com 90,5 %.

A criação do Programa Bolsa Família em 2003, pelo governo federal, contribuiu para o a adesão de crianças e adolescentes à escola. A matrícula e frequência escolar

é um dos requisitos para o recebimento do valor do Bolsa Família, favorecendo o aumento da escolaridade nas idades de 6 a 17 anos (BRASIL, 2013).

Tabela 11 - Taxa de analfabetismo da população de 15 anos e mais segundo município de residência. V Região de Saúde, Pernambuco, 2010.

Município	População não alfabetizada (15 anos ou mais)	População de 15 anos ou mais	Taxa de analfabetismo em população de 15 anos e mais
Águas Belas	10.682	27.163	39,3
Angelim	2.384	7.220	33,0
Bom Conselho	10.156	31.674	32,1
Brejão	1.923	6.269	30,7
Caetés	7.297	18.463	39,5
Calçado	2.492	7.858	31,7
Canhotinho	5.892	16.808	35,1
Capoeiras	4.198	13.851	30,3
Correntes	4.052	12.450	32,5
Garanhuns	16.053	94.690	17,0
Iati	4.856	12.501	38,8
Itaíba	7.387	18.156	40,7
Jucati	2.251	7.424	30,3
Jupi	3.076	9.857	31,2
Lagoa do Ouro	3.332	8.420	39,6
Lajedo	6.938	26.678	26,0
Palmeirina	1.876	5.784	32,4
Paranatama	2.681	7.666	35,0
Saloá	3.662	10.957	33,4
São João	4.816	15.100	31,9
Terezinha	1.729	4.755	36,4
Total	**107.733**	**363.744**	**29,6**

Fonte: IBGE– Censos Demográficos (2022).

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

2.1.15 Índice de Desenvolvimento Humano (IDH)

O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) é um dado estatístico utilizado para medir a riqueza dos países e analisar o desenvolvimento por meio de um cálculo

que envolve renda, educação e saúde. Esse indicador mede as desigualdades, utilizando-se de parâmetros que sinalizam taxas expressivas de avanços do estado de Pernambuco ao longo desses últimos anos. É representado por um número que varia entre 0 e 1 e é classificado em cinco categorias: muito baixo (de 0 e 0,499); baixo (0,500 a 0,599); médio (de 0,600 a 0,699); alto (de 0,700 a 0,799) e muito alto (acima de 0,800).

Em 2010, o Brasil apresentou IDH de 0,759 e Pernambuco, 0,673, ocupando a 19ª posição entre as unidades federativas brasileiras, apresentando uma taxa de crescimento de 23,71% quando comparado com o ano 2000 (0,544).

Segundo a tabela 12, a V Região de Saúde de PE tem 19 municípios com IDH (2010) baixo e 2 municípios (Garanhuns e Lajedo) com IDH considerados médios ou em desenvolvimento. Os cinco municípios com o IDH mais baixos em 2010, foram: Itaíba, Caetés, Lagoa do Ouro, Águas Belas e Iati.

Tabela 12- Índice de Desenvolvimento Humano Municipal segundo município e ano censitário. V Região de Saúde, Pernambuco, 2000-2010.

Município	IDHM			Variação Percentual de Desenvolvimento IDH		
	1991	2000	2010	1991- 2000	2000- 2010	1991- 2010
ÁguasBelas	0,260	0,358	0,526	37,7	46,9	102,3
Angelim	0,326	0,434	0,572	33,1	31,8	75,5
Bom Conselho	0,296	0,400	0,563	35,1	40,8	90,2
Brejão	0,287	0,364	0,547	26,8	50,3	90,6
Caetés	0,241	0,336	0,522	39,4	55,4	116,6
Calçado	0,313	0,410	0,566	31,0	38,0	80,8
Canhotinho	0,264	0,395	0,541	49,6	37,0	104,9
Capoeiras	0,270	0,406	0,549	50,4	35,2	103,3
Correntes	0,303	0,398	0,536	31,4	34,7	76,9
Garanhuns	0,466	0,533	0,664	14,4	24,6	42,5
Iati	0,220	0,334	0,528	51,8	58,1	140,0
Itaíba	0,236	0,347	0,510	47,0	47,0	116,1
Jucati	0,246	0,373	0,550	51,6	47,5	123,6
Jupi	0,281	0,440	0,575	56,6	30,7	104,6
Lagoa do Ouro	0,294	0,377	0,525	28,2	39,3	78,6
Lajedo	0,355	0,474	0,611	33,5	28,9	72,1
Palmeirina	0,298	0,425	0,549	42,6	29,2	84,2
Paranatama	0,251	0,360	0,537	43,4	49,2	113,9
Saloá	0,314	0,417	0,559	32,8	34,1	78,0
São João	0,278	0,398	0,570	43,2	43,2	105,0
Terezinha	0,285	0,352	0,545	23,5	54,8	91,2

Fonte: Atlas do desenvolvimento Humano no Brasil 2013 (Censos 1991, 2000 e 2010).

Entre 1991 e 2000 o município de Jupi (56,6%) apresentou a maior variação no percentual de desenvolvimento, enquanto o município de Garanhuns teve menor

variação percentual, com 14,4%. No período de 2000 a 2010, o município de Iatiapresentou a maior proporção de crescimento, com 58,1% e Garanhuns permanece com o menor valor (24,6%). Quanto à análise da variação entre 1991 e 2010, percebe-se que Iati aumentou 140%, seguido de Jucati (123,6%) e Caetés (116,6%) (tabela 12).

Pode-se notar um aumento dos índices na V Região de Saúde e uma possível melhora no desenvolvimento humano a partir dos investimentos e Programas do Governo Federal de combate às desigualdades regionais e melhoria de renda, que vem impactando positivamente as economias locais e regionais.

2.2 Infraestrutura

2.2.1 Saneamento Básico

O saneamento é um conjunto de serviços que englobam o abastecimento de água, esgotamento sanitário, limpeza urbana e manejo de resíduos sólidos, drenagem e manejo das águas pluviais urbanas, esses serviços são garantidos por lei e devem ser de acesso a todos os domicílios ocupados (BRASIL,2020).

Na tabela abaixo, observa-se os dados de saneamento como presença deabastecimento de água, tipo de instalação sanitária e tipo de destino do lixo.

Tabela 13 - Proporção de domicílios por tipo de abastecimento de água e zona de residência. V Região de Saúde, Pernambuco, 2000-2010.

Abastecimento de Água	**2000 (%)**		**2010 (%)**	
	Rural	**Urbana**	**Rural**	**Urbana**
Rede geral	9,6	43,8	45,0	95,9
Poço ou nascente (na propriedade)	40,3	1,4	39,5	1,8
Outra forma	50,1	54,8	15,5	2,3

Fonte: IBGE – Censos Demográficos (2022).

Nos domicílios da V Região de Saúde, no ano de2010, em relação ao tipo de abastecimento de água e a zona de residência, destaca-se o predomínio do abastecimento de água através da rede geral em 95,9% (tabela 13) da zona urbana. Percebe-se melhoria nas formas de abastecimento, com aumento dos percentuais de abastecimento por rede geral, poço ou nascente (na propriedade). Destaca-se a

redução de “outra forma” de abastecimento de água nas zonas rurais e urbanas, entre os anos de 2000 à 2010.

Tabela 14 - Proporção de domicílios por tipo de instalação sanitária e ano censitário. V Região de Saúde, Pernambuco, 2000-2010.

Instalaçãosanitária	2000 (%)	2010 (%)
Rede geral de esgoto ou pluvial	24,9	34,6
Fossa séptica	2,9	5,9
Fossa rudimentar	37,7	28,5
Vala	2,1	3,0
Rio, lagoou mar	0,8	0,9
Outro tipo	1,3	3,7
Nãotinham	30,3	23,4

Fonte:IBGE – Censos Demográficos (2022).

Nos domicílios da V Região de Saúde, quanto a proporção de domicílios por tipo de instalação sanitária, destaca-se o predomínio da rede geral de esgoto ou pluvial com 34,6%, seguido por fossa rudimentar com 28,5% dos domicílios. Vale ressaltar que 23,4% não tinha instalação sanitária. Quando soma-se os percentuais das casas sem instalação sanitária, com as que possuiam outro tipo de instalação sanitária (3,7%); as que utilizavam do rio, lago ou mar (0,9%) e vala (3%), tem-se um total de 31% de domicílios sem saneamento adequado, o que pode acarretar em danos ambientais e à saúde da população.

Tabela 15 - Proporção de domicílios por tipo de destino de lixo e ano censitário. V Região de Saúde, Pernambuco, 2000-2010.

Instalaçãosanitária	2000 (%)	2010 (%)
Coletado	53,0	65,0
Queimado (napropriedade)	14,9	26,3
Enterrado (napropriedade)	1,6	1,0
Jogadoemterreno	26,7	7,1
Jogado em rio, lago ou mar	0,4	0,2
Outro destino	3,3	0,5

Fonte: IBGE – Censos Demográficos (2022).

Quanto à proporção de domicílios por tipo de destino de lixo, percebe-se que ainda não há um quantitativo significativo de coleta de lixo realizada da forma adequada, representando apenas 65%. Mas, de 2000 para 2010, houve um aumento de realização de coleta da forma correta e diminuição de alguns tipos de destino de lixo inadequados, com excessão do “queimado em propriedade”.

A este respeito, Cinquetti (2004) nos convida a refletir acerca dos impactos causados pelo descarte do lixo, que perpassam pelos ambientais e sociais, chegando até a situação de saúde de determinada população. Para tanto, se faz importante compreender como cada território lida com tais questões, a fim de cuidar da saúde e qualidade de vida das pessoas.

3 INDICADORES DE SAÚDE

Indicadores de saúde são medidas informativas que refletem as condições de saúde da população, assim como o desempenho do sistema de saúde que a assiste. Quando interpretados, servem principalmente como base para planejamentos de políticas públicas e ações diretas (RIPSA, 2020).

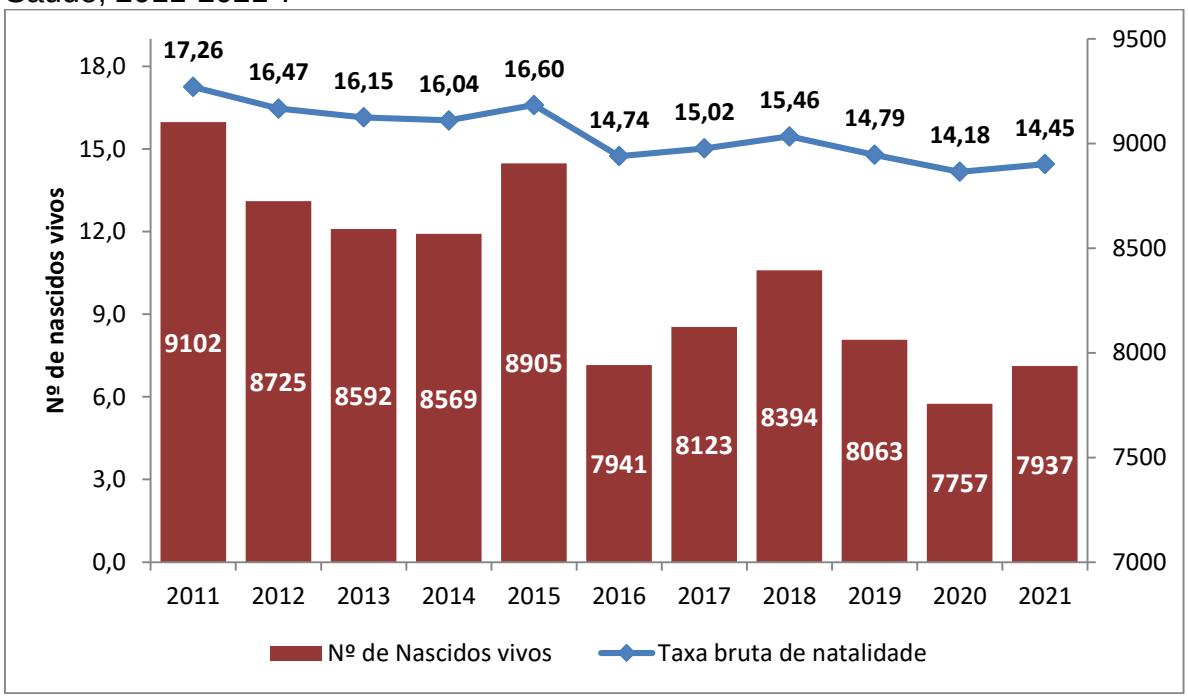
3.1 Indicadores de Nascimento

Nascimento vivo édefinidocoma expulsão completa do corpo da mãe, independentemente da duração da gravidez, de um produto de concepção que, depois da separação, respira ou apresenta quaisquer outros sinais de vida, tais 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 (OMS, 1999).

É essencial a análise desses dadosparaidentificar, monitorar, avaliar ações e subsidiar as decisões referentes ao indicador de nascimento. O acompanhamento dos resultados obtidos fortalece a equipe e auxilia no direcionamento das atividades da atenção ao parto.

Considerada como um dos moduladores demográficos de uma população, a taxa de natalidade expressa o número de nados-vivos que nascem anualmente por cada mil habitantes, em um determinado local. Na V Região de Saúde, a taxa bruta de natalidade apresentou uma redução entre 2011 e 2021, com uma taxa de 17,26 em 2011 e 14,45 NV/1.000 habitantes em 2021 (Gráfico 1).

Gráfico 1 - Nº de nascidos vivos e taxa bruta de natalidade segundo ano. V Região de Saúde, 2011-2021*.

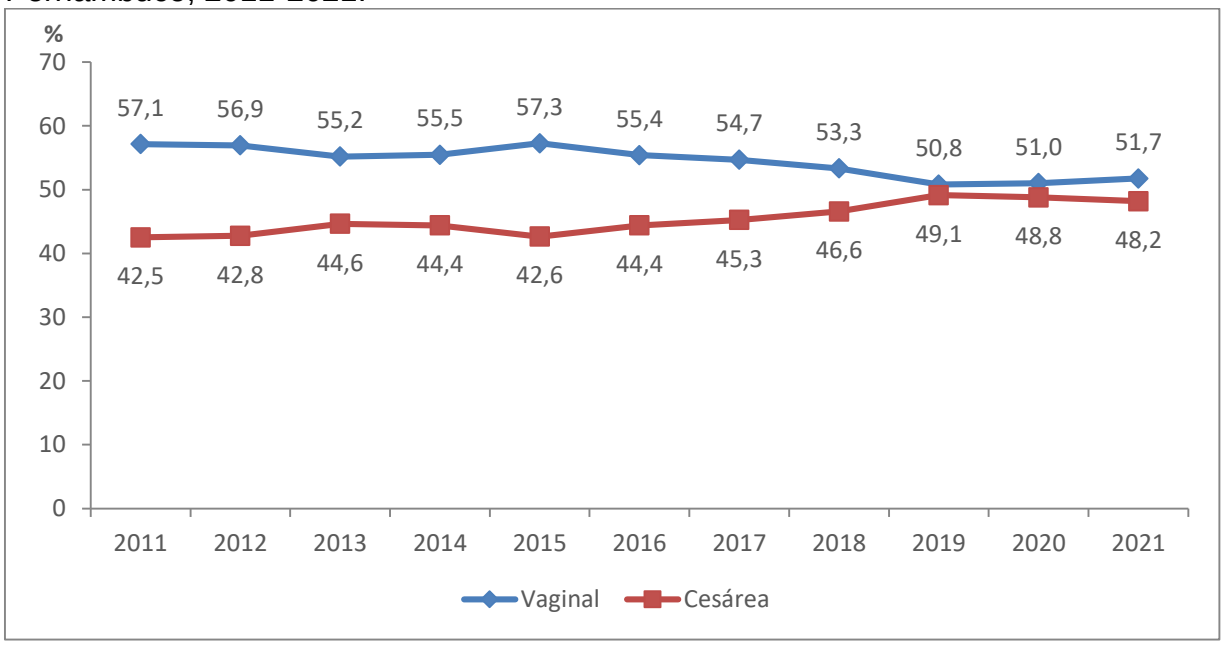


Fonte: Sinasc/ V Geres - PE (2022).Dados sujeitos a alterações.

Este indicador representa o percentual de partos normais, realizados em serviços de saúde do SUS ou pela rede de saúde complementar, de todas gestantes residentes em determinado município, no período considerado. Permite avaliar o acesso e a qualidade da assistência pré-natal e do parto, supondo que uma boa assistência aumente o percentual de partos normais. Diante disso, é importante ressaltar que o parto normal está relacionado a menores taxas de complicações do parto e do recém-nascido, sendo uma opção de parto prioritária no SUS.

Quanto ao tipo de parto no período analisado, nota-se uma predominância de partos do tipo cesáreo em todos os anos analisados e com uma tendência de aumento, reduzindo discretamente, em 2020 e 2021 (Gráfico 2). Vale ressaltar, que a cesárea pode causar complicações importantes e às vezes permanentes, como também, sequelas ou morte, especialmente em locais sem infraestrutura e/ou a capacidade de realizar cirurgias de forma segura e de tratar complicações pós-operatórias (OMS, 2015).

Gráfico 2 - Proporção de partos segundo tipo de residentes da V Região de Saúde, Pernambuco, 2011-2021.



Fonte: Sinasc/ V Geres - PE (2022).Dados sujeitos a alterações.

Analisando os dados representados na tabela 16, observa-se que o maior percentual de partos normais em 2021, ocorreu em Saloá (66,1%), seguido de Canhotinho (64,0%) e Águas Belas (63,4%). A V regional de saúde apresenta um percentual médio de partos normais de aproximadamente 53% em todos os anos analisados. Dentre os municípios com percentual de partos normais abaixo da média regional estão Calçado, Garanhuns, Jucati e Paranatama.

Tabela 16 - Número e proporção de partos normais de mulheres segundo município de residência. V Região de Saúde, Pernambuco, 2017-2021*.

Município	2017		2018		2019		2020		2021*	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
ÁguasBelas	478	66,5	482	71,8	478	66,5	418	61,7	444	63,4
Angelim	71	55,0	86	59,7	71	55,0	79	57,7	89	58,9
Bom Conselho	338	60,0	323	57,3	338	60,0	220	51,3	265	59,2
Brejão	102	58,0	92	57,1	102	58,0	97	55,7	91	51,4
Caetés	285	63,9	240	63,0	285	63,9	223	59,0	259	57,8
Calçado	82	60,3	62	41,9	82	60,3	55	45,1	60	48,4
Canhotinho	235	65,3	239	69,1	235	65,3	214	62,9	224	64,0
Capoeiras	132	56,4	181	63,1	132	56,4	152	51,9	148	54,8
Correntes	136	55,5	133	60,5	136	55,5	113	55,1	104	57,8
Garanhuns	980	43,6	924	42,4	980	43,6	914	41,7	877	40,9
Iati	172	61,9	171	68,7	172	61,9	168	50,9	168	52,5
Itaíba	198	58,2	196	60,1	198	58,2	185	56,1	231	55,5
Jucati	75	43,1	87	47,8	75	43,1	69	40,1	92	49,5
Jupi	157	56,3	143	58,1	157	56,3	136	49,1	149	48,7
Lagoa do Ouro	100	51,8	94	58,8	100	51,8	101	62,7	83	56,5
Lajedo	372	58,3	367	57,2	372	58,3	365	55,7	352	52,6
Palmeirina	75	63,0	68	61,8	75	63,0	51	52,0	35	42,2
Paranatama	87	40,5	123	52,6	87	40,5	96	49,5	85	42,5
Saloá	121	55,0	143	60,6	121	55,0	95	51,1	125	66,1
São João	179	58,1	195	55,7	179	58,1	152	47,6	174	52,6
Terezinha	67	65,0	53	50,0	67	65,0	54	62,1	52	53,6
Total	**4442**	**54,7**	**4402**	**55,4**	**4442**	**54,7**	**3957**	**51,0**	**4107**	**51,7**

Fonte: SINASC. (*) Dados preliminares

A tabela abaixo demonstra uma oscilação no percentual de nascimentos prematuros no período analisado, e ainda, um discreto aumento da proporção de nascidos vivos com adequação da idade gestacional ao nascer (a termo), apresentando 79,0% em 2011, e 82,4%, em 2021.

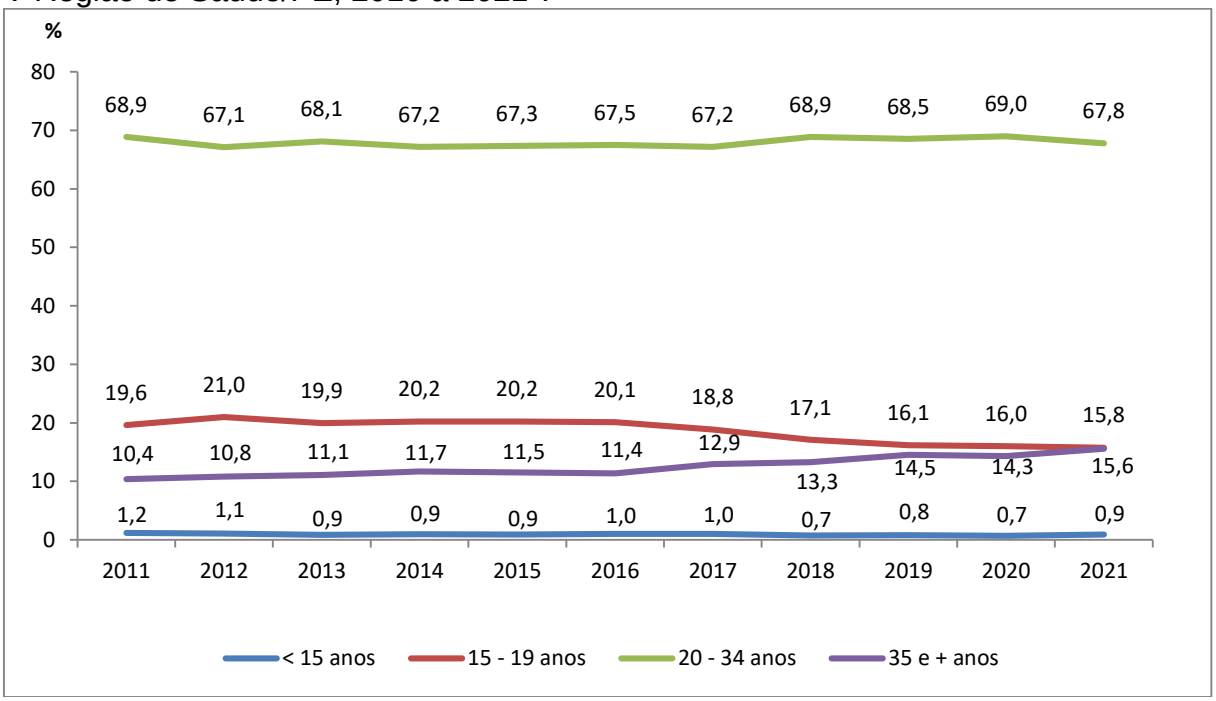
Tabela 17 - Distribuição da frequência absoluta e proporcional dos Nascidos Vivos segundo idade gestacional, V Região de Saúde/PE, 2011 a 2021*.

Ano	Nascidos Vivos	Idade gestacional (semanas de gestação)					
		Pré-termo <37s		A termo 37 - 41s e 6d		Pós-termo ≥ 42s	
		N	%	N	%	N	%
2011	9176	951	10,4	7245	79,0	596	6,5
2012	8729	1003	11,5	6824	78,2	519	5,9
2013	8598	999	11,6	6784	78,9	587	6,8
2014	8572	988	11,5	6707	78,2	579	6,8
2015	8909	972	10,9	7171	80,5	615	6,9
2016	7942	876	11,0	6468	81,4	433	5,5
2017	8123	840	10,3	6604	81,3	469	5,8
2018	8397	825	9,8	7002	83,4	449	5,3
2019	8044	790	9,8	6762	84,1	370	4,6
2020	7757	886	11,4	6430	82,9	292	3,8
2021	7937	896	11,3	6539	82,4	310	3,9

Fonte: SINASC/SMS – V Geres/PE (2022). *Dados sujeitos a alteração.

No Gráfico 3, é perceptível que a maioria das mães dos nascidos entre 2011 e 2021, tinham entre 20 e 34 anos. Quanto à gravidez no período de vida até a adolescência, percebe-se uma redução destas proporções, passando de 19,6% em 2011, para 15,8%, em 2021. A idade materna acima de 35 anos representa um risco maior para morbimortalidade materna e infantil. Quanto a faixa de idade materna de 35 anos e mais, nota-se um aumento do percentual, com 10,4% em 2011, e 15,6%, em 2021.

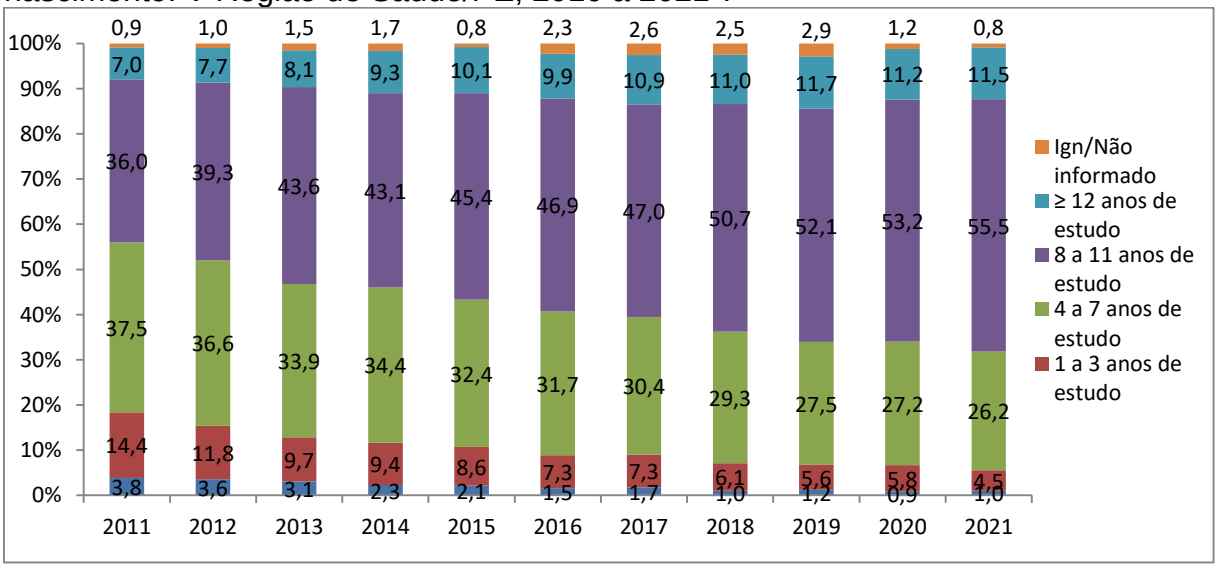
Gráfico 3 - Proporção de nascidos vivos segundo idade materna e ano de nascimento. V Região de Saúde/PE, 2010 a 2021*.



Fonte: SINASC/SMS – V Geres/PE (2022). *Dados sujeitos a alteração.

Quanto à escolaridade materna, nota-se no Gráfico 4, um aumento do percentual de 19,5% de mães com 8 a 11 anos de estudo, como também, aumentou a proporção de mães com 12 anos ou mais de estudo, com 7% em 2011, e 11,5%, em 2021.

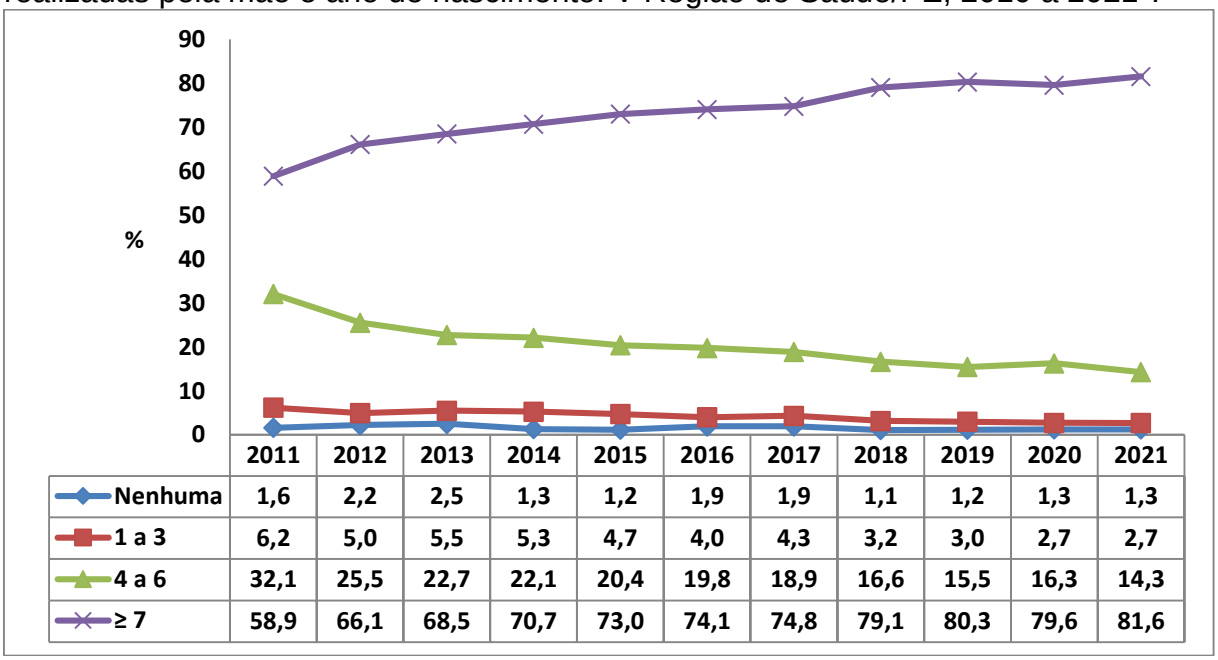
Gráfico 4 - Proporção de nascidos vivos segundo escolaridade materna e ano de nascimento. V Região de Saúde/PE, 2010 a 2021*.



Fonte: SINASC/SMS – V Geres/PE (2022). *Dados sujeitos a alteração.

Quanto ao número de consultas de pré-natal, o gráfico 5 demonstra o aumento do percentual das gestantes com 7 ou mais consultas ao longo dos 11 anos observados.

Gráfico 5 - Proporção de nascidos vivos segundo número de consultas de pré-natal realizadas pela mãe e ano de nascimento. V Região de Saúde/PE, 2010 a 2021*.

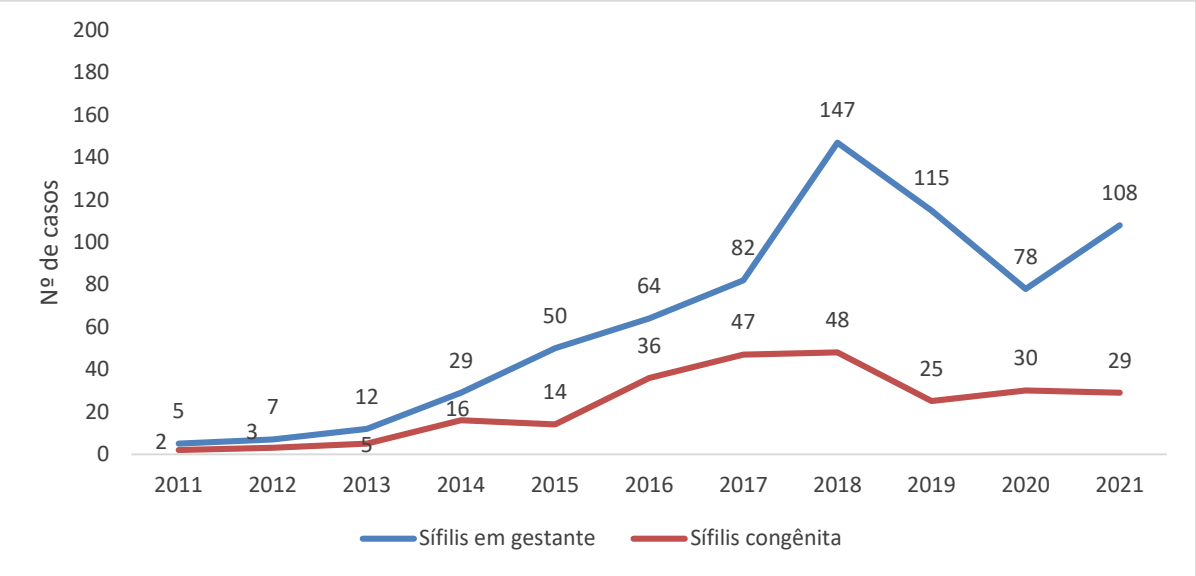


	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Nenhuma	1,6	2,2	2,5	1,3	1,2	1,9	1,9	1,1	1,2	1,3	1,3
1 a 3	6,2	5,0	5,5	5,3	4,7	4,0	4,3	3,2	3,0	2,7	2,7
4 a 6	32,1	25,5	22,7	22,1	20,4	19,8	18,9	16,6	15,5	16,3	14,3
≥ 7	58,9	66,1	68,5	70,7	73,0	74,1	74,8	79,1	80,3	79,6	81,6

Fonte: SINASC/SMS – V Geres/PE (2022). *Dados sujeitos a alteração.

Na V Região de Saúde, foram diagnosticados 696 casos de sífilis em gestante no período de 2011 a 2021. Quanto aos casos de sífilis congênita, houve tendência ascendente até 2018, com queda e oscilação do número de casos entre 2019 e 2021 (Gráfico 6).

Gráfico 6 - Número de casos de sífilis em gestante e sífilis congênita segundo ano do diagnóstivo. V Região de Saúde/PE, 2011 a 2021*.



Fonte: SINAN; SINASC/SMS – V Geres/PE (2022). *Dados sujeitos a alteração.

3.2 Indicadores de Morbidade

Indicadores de morbidade indicam a frequência de doenças e agravos específicos que atingem a população, num dado intervalo de tempo, mostrando o comportamentodas doenças e dos agravos à saúde na população (BRASIL, 2008).

3.2.1 Doenças de notificação compulsória (DNC)

A tabela 18 demonstra a distribuição de doenças e agravos notificados no Sinan de 2017 a 2021 de residentes da V Região de Saúde. Entre os anos analisados, 2019 foi o ano com o maior número de notificações (6.976). Em 2021, os “atendimento antirrábico” foi o agravo mais notificado (1.577 casos), seguido de “acidentes por animais peçonhentos” (1.272 casos) e “violência interpessoal/autoprovocada” (1.186 casos). Nos trê primeiros anos analisados, houve uma aumento das notificações em geral, que pode ser explicado devido a melhora da detecção e notificação de agravos e doenças de notificação compulsória. Entretanto, há uma redução em 2020, que pode ser pelas características de isolamento da população durante a pandemia do coronavírus e a atenção voltada ao combate desta doença por parte dos profissionais de saúde..

Ainda assim, a subnotificação é uma realidade nacional que interfere na identificação de um perfil epidemiológico fidedigno e é essencial a formação e sensibilização dos profissionais envolvidos para melhorar a detecção e investigação dos casos.

Tabela 18 - Número de notificações de residentes segundo ano e agravo. V Região de Saúde/PE, 2017 a 2020*.

Doença/Agravo	2017	2018	2019	2020	2021
Atendimento antirrábico	1162	1747	1867	1505	1577
Acidente por animais peçonhentos	786	1677	1866	1445	1272
Violência interpessoal/autoprovocada	887	1251	1505	925	1186
Intoxicação exógena	425	814	659	441	410
Tuberculose	141	166	201	133	141
Sífilis não especificada	116	218	172	79	108
Sífilis em gestante	82	150	115	78	108
Acidente de trabalho grave	22	138	93	137	98
Aids	84	66	92	122	96
Acidente de trabalho com exposição à material biológico	33	51	49	62	56
Hanseníase	57	61	67	57	33
Sífilis congênita	48	49	27	27	32
Esquistossomose	6	12	26	11	26
Doença aguda pelo vírus zika	12	33	57	57	12
Leishmaniose tegumentar americana	14	2	5	9	11
Hepatites virais	37	19	18	8	10
Toxoplasmose	10	8	16	24	16
Leishmaniose visceral	15	18	8	7	6
Meningite	12	7	13	8	5
Criança exposta aoHIV	7	8	10	7	5
Caxumba [parotidite epidêmica]	18	16	16	13	4
Gestante HIV	12	16	7	8	3
Coqueluche	8	6	7	0	2
Eventos adversos pós-vacinação	2	2	3	3	2
Tétano acidental	0	3	1	0	1
Doença de lyme	0	0	0	0	1
Varicela	0	24	39	6	1
Filariose	0	1	0	0	1
Toxoplasmose congênita	0	0	5	1	1
Leptospirose	5	6	6	3	0
Sífilis em adulto (excluída a forma primária)	16	1	0	0	0
Condiloma acuminado (verrugas anogenitais)	1	0	0	0	0
Paralisia flácida aguda - poliomielite	0	1	2	2	0
Febre amarela	0	2	0	0	0
Varicela sem complicações	24	10	0	0	0
Doenças exantemáticas	2	8	20	2	0
Malária	2	0	1	0	0
Doença de chagas aguda	0	2	0	0	0
Transtorno mental relacionado ao trabalho	0	1	0	1	0
Dermatoses ocupacionais	0	0	2	0	0
Síndrome do corrimento cervical em mulheres	65	7	0	0	0
Síndrome da rubeola congenita	0	1	0	0	0
Síndrome do corrimento uretral em homem	0	0	1	1	0
LER DORT	0	3	0	1	0
Total	**4.111**	**6.605**	**6.976**	**5.183**	**5.224**

Fonte: Sinan/SMS –V Geres (2022). *Dados sujeitos a alteração.

3.2.2 Doenças infecciosas

As doenças infecciosas têm grande relevância para a saúde pública, pois podem expor as frágeis estruturas ambientais urbanas do país, relacionando-se diretamente à pobreza e a qualidade de vida das populações. No Brasil, apesar da redução significativa da morbimortalidade, essas doenças persistem, num panorama de transição epidemiológica e demográfica marcado pelo predomínio de doenças transmissíveis e crônico-degenerativas, e pelo recrudescimento de algumas doenças já em processo de controle e eliminação.

3.2.2.1 Dengue

A definição de caso confirmado de dengue baseia-se em critérios adotados pelo Ministério da Saúde para orientar as ações de vigilância epidemiológica da doença em todo o país. Esse dado estima o risco de ocorrência de casos de dengue numa determinada população em intervalo de tempo determinado. A taxa de incidência de dengue refere-se ao número de casos novos confirmados de dengue, por 100 mil habitantes, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.

Na V Região de Saúde, os anos de 2017 e 2019 foram considerados epidêmicos, sendo registrados mais de 6 mil casos/ano. Os anos de 2020 e 2021 foram marcados por uma redução importante no número de casos, sendo registrados 1844 e 386 casos prováveis repectivamente. Os municípios com maior número de casos prováveis foram Bom conselho, Caetés, Garanhuns e São João nos anos de 2017 a 2019, com redução significativa no ano de 2020 e 2021, exceto em Garanhuns. Assim como no Brasil a diminuição dos casos de dengue em 2020 e 2021 coincidiu como o momento em que as ações de saúde do País foram intensificadas para o combate da covid-19, sugerindo uma possível subnotificação numa época do ano em que é esperado um aumento dos casos de dengue, pelo período sazonal. Ainda assim, as maiores Taxa de Incidência de Dengue em 2021 foram 278,9 e 188 por 100 mil habitantes nos muncipios de Canhotinho e Lagoa do Ouro, respectivamente (abela 19).

Tabela 19 - Número e Taxa de Incidência de Dengue segundo município de residência. V Região de Saúde, Pernambuco, 2017-2021*.

Município	2017		2018		2019		2020		2021	
	Nº	Tx	Nº	Tx	Nº	Tx	Nº	Tx	Nº	Tx
ÁguasBelas	71	165,8	27	62,7	71	165,8	67	153,4	5	11,4
Angelim	87	793,4	52	470,8	87	793,4	17	151,4	12	106,2
Bom Conselho	542	1129,4	86	178,4	542	1129,4	33	67,7	12	24,5
Brejão	56	623,6	12	133,7	56	623,6	2	22,3	4	44,5
Caetés	531	1874,6	155	543,9	531	1874,6	16	55,4	12	41,3
Calçado	34	306,5	47	425,1	34	306,5	1	9,1	-	-
Canhotinho	106	427,4	8	32,3	106	427,4	14	56,5	69	278,9
Capoeiras	50	250,1	6	30,0	50	250,1	44	219,5	5	24,9
Correntes	22	122,0	3	16,6	22	122,0	2	10,9	5	27,3
Garanhuns	3364	2441,0	631	455,1	3364	2441,0	1289	916,9	154	109,0
Iati	124	650,7	62	324,6	124	650,7	24	124,7	7	36,3
Itaíba	214	811,8	35	133,0	214	811,8	10	38,0	4	15,2
Jucati	184	1632,8	9	79,4	184	1632,8	68	592,1	9	78,0
Jupi	92	629,3	3	20,4	92	629,3	63	422,2	5	33,3
Lagoa do Ouro	27	208,5	8	61,4	27	208,5	30	226,9	25	188,0
Lajedo	128	323,5	851	2133,5	128	323,5	16	39,4	40	97,8
Palmeirina	21	267,0	4	51,5	21	267,0	36	473,7	-	-
Paranatama	42	368,3	16	139,8	42	368,3	18	155,6	5	43,1
Saloá	49	310,9	18	114,1	49	310,9	9	56,7	4	25,2
São João	404	1794,1	274	1210,9	404	1794,1	70	305,7	1	4,3
Terezinha	14	197,5	2	28,1	14	197,5	15	208,4	8	110,7
Total	**6162**	**1142,6**	**2309**	**426,4**	**6162**	**1142,6**	**1844**	**337,0**	**386**	**70,3**

Fonte: Sinan;estimativas populacionais-IBGE (2022). (*) Dados preliminares

3.2.2.2 Hanseníase

Neste momento, avaliamos a morbidade e magnitude da hanseníase na V Região de Saúde entre os anos de 2017 a 2021, como também, o risco de adquirir a doença. Em 2020, foram reportados à Organização Mundial da Saúde (OMS) 127.396 casos novos da doença no mundo. Desses, 19.195 (15,1%) ocorreram na região das Américas e 17.979 foram notificados no Brasil, o que corresponde a 93,6% do número de casos novos das Américas. Brasil, Índia e Indonésia reportaram mais de 10.000 casos novos, correspondendo a 74% dos casos novos detectados no ano de 2020. Nesse contexto, o Brasil ocupa o segundo lugar entre os países com maior número de casos no mundo, atrás apenas da Índia (OMS, 2021b).

No Brasil, a classificação das taxas de detecção de casos por 100 mil habitantes segueos seguintes parâmetros (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020):

- Baixo: <2,00 por 100 mil habitantes.
- Médio: 2,00 a 9,99 por 100 mil habitantes.
- Alto: 10,00 a 19,99 por 100 mil habitantes.
- Muito alto: 20,00 a 39,99 por 100 mil habitantes.
- Hiperendêmico: 40,00 por 100 mil habitantes.

A taxa de detecção de Hanseníase é calculada a partir do número de casos novos diagnosticados de hanseníase por 100 mil habitantes, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.

Com base nestes parâmetros estabelecidos pelo Ministério da Saúde (2020), é possível observar que na V Região de Saúde a maior parte dos munícipios encontra-se no nível médio (2,00 a 9,99 por 100 mil hab). Em 2021 apenas os 33,3 municípios da V Regional detectaram casos de hanseníase, entre os municípios silenciosos estão: Angelim, Bom Conselho, Brejão, Caetés, Calçado, Canhotinho, Correntes, Itaíba, Jucati, Jupi, Lagoa do Ouro, Lajedo, Palmeirina, Paranatama e Saloá. Já Águas Belas e Terezinha apresentaram taxas de detecção compatíveis com o nível alto e Capoeiras muito alto.

Embora se observe uma diminuição dos casos de hanseníase ao longo dos anos, a redução mais acentuada nos últimos dois anos pode estar relacionada à menor deteção de casos ocasionada pela pandemia de covid-19.

Tabela 20 - Número e Taxa de detecção de Hanseníase segundo município de residência. V Região de Saúde, Pernambuco, 2017-2021*.

Município	2017		2018		2019		2020		2021*	
	Nº	Tx	Nº	Tx	Nº	Tx	Nº	Tx	Nº	Tx
Águas Belas	3	7,0	7	16,2	4	9,2	8	18,3	7	15,9
Angelim	2	18,1	-	-	1	9,0	4	35,6	-	-
Bom Conselho	3	6,2	5	10,3	1	2,1	1	2,1	-	-
Brejão	-	-	3	33,3	-	-	-	-	-	-
Caetés	1	3,5	1	3,5	3	10,4	-	-	-	-
Calçado	3	27,1	1	9,0	-	-	-	-	-	-
Canhotinho	3	12,1	4	16,1	3	12,1	1	4,0	2	8,1
Capoeiras	1	5,0	2	10,0	10	49,9	13	64,8	4	20,0
Correntes	-	-	-	-	1	5,5	-	-	-	-
Garanhuns	5	3,6	9	6,5	8	5,7	9	6,4	8	5,7
Iati	1	5,2	-	-	1	5,2			2	10,4
Itaíba	13	49,4	6	22,7	13	49,3	2	7,6		
Jucati	-	-	1	8,8	-	-	-	-	-	-
Jupi	3	20,4	1	6,8	3	20,2	-	-	-	-
Lagoa do Ouro	1	7,7	-	-	-	-	-	-	-	-
Lajedo	3	7,5	2	5,0	2	5,0	1	2,5	-	-
Palmeirina	-	-	1	12,8	-	-	1	13,2	-	-
Paranatama	1	8,7	-	-	-	-	-	-	-	-
Saloá	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
São João	2	8,8	1	4,4	-	-	-	-	1	4,3
Terezinha	1	14,0	4	56,0	1	13,9	1	13,9	1	13,8
Total	**46**	**8,5**	**48**	**8,8**	**51**	**9,4**	**41**	**7,5**	**25**	**4,6**

Fonte: Sinan; estimativas populacionais-IBGE (2022). (*) Dados preliminares

A tabela 21 demonstra a “Proporção de cura de casos novos de hanseníase” na V Região de Saúde. Este indicador avalia qualitativamente o atendimento dos serviços de saúde para a hanseníase, demonstrando sua efetividade para assegurar a adesão ao tratamento durante todo período até a alta. É de grande relevância, pois trata acerca da cura e refletirá na redução de contágio da patologia e contribuirá para a elaboração de intervenções visando sua prevenção.

Tabela 21 - Proporção de Cura de Casos Novos de Hanseníase segundo município de residência e ano de diagnóstico. V Região de Saúde, Pernambuco, 2017-2019.

Município	% Cura		
	2017	2018	2019
ÁguasBelas	66,7	83,3	100,0
Angelim	100,0	100,0	-
Bom Conselho	100,0	100,0	100,0
Brejão	-	-	100,0
Caetés	100,0	100,0	50,0
Calçado	-	0,0	-
Canhotinho	0,0	0,0	66,7
Capoeiras	-	-	100,0
Correntes	-	-	100,0
Garanhuns	100,0	100,0	100,0
Iati	-	-	-
Itaíba	100,0	85,7	100,0
Jucati	-	-	-
Jupi	100,0	100,0	-
Lagoa do Ouro	-	-	-
Lajedo	75,0	50,0	100,0
Palmeirina	-	-	-
Paranatama	-	100,0	-
Saloá	-	-	-
São João	-	-	-
Terezinha	100,0	100,0	100,0
Total	**87,1**	**81,1**	**95,7**

Fonte: SINAN, (2022).
Legenda: Os anos que não apresentam resultados, representados por "-", são aqueles que não houve casos.

No período entre 2017 e 2019, a V Região de Saúde apresentou uma crescente na Proporção de Cura de Casos Novos de Hanseníase, atingindo mais de 80% em todos os anos elencados neste estudo.

3.2.2.3 Tuberculose

A Tuberculose (TB), ao longo dos anos, segue representando um desafiador problema no âmbito da saúde pública, sendo uma das enfermidades mais prevalentes entre pessoas em situação de pobreza no mundo, com elevada carga de mortalidade. No Brasil, em 2021, foram notificados 68.271 casos novos de TB, o que equivale a um coeficiente de incidência de 32,0 casos por 100 mil habitantes. Em 2020, o Brasil, junto com outros 15 países, foi responsável por 93% da redução das notificações da TB no mundo. Essa variação negativa pode ser justificada pelos impactos causados pela pandemia de covid-19 nos serviços e sistemas de saúde (WHO, 2021).

A taxa de incidência de tuberculose é verificada com o cálculo do número de casos novos confirmados de tuberculose por 100 mil habitantes, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.

Tabela 22 - Número e Taxa de Incidência de Tuberculose segundo município de residência. V Região de Saúde, Pernambuco, 2017-2021*.

Município	2017		2018		2019		2020		2021*	
	Nº	Tx	Nº	Tx	Nº	Tx	Nº	Tx	Nº	Tx
ÁguasBelas	5	11,6	11	25,5	4	9,2	7	16,0	2	4,6
Angelim	3	27,2	3	27,1	1	9,0	-	-	1	8,8
Bom Conselho	6	12,4	5	10,3	7	14,4	8	16,4	4	8,2
Brejão	2	22,3	3	33,3	2	22,2	3	33,4	2	22,3
Caetés	3	10,5	6	21,0	6	20,9	-	-	1	3,4
Calçado	3	27,1	3	27,1	1	9,0	1	9,1	1	9,1
Canhotinho	14	56,5	6	24,2	25	100,8	15	60,5	11	44,5
Capoeiras	-	-	2	10,0	5	24,9	-	-	2	10,0
Correntes	4	22,1	1	5,5	3	16,5	-	-	1	5,5
Garanhuns	33	23,8	57	41,0	50	35,8	29	20,6	41	29,0
Iati	1	5,2	1	5,2	-	-	1	5,2	2	10,4
Itaíba	2	7,6	2	7,6	3	11,4	5	19,0	4	15,2
Jucati	2	17,6	-	-	1	8,8	1	8,7	1	8,7
Jupi	2	13,6	2	13,6	4	27,0	4	26,8	2	13,3
Lagoa do Ouro	1	7,7	-	-	2	15,2	2	15,1	5	37,6
Lajedo	13	32,6	9	22,5	9	22,3	8	19,7	12	29,4
Palmeirina	1	12,9	1	12,8	1	13,0	1	13,2	1	13,3
Paranatama	5	43,7	-	-	2	17,4	2	17,3	1	8,6
Saloá	-	-	1	6,3	1	6,3	-	-	1	6,3
São João	2	8,8	6	26,4	4	17,5	3	13,1	2	8,7
Terezinha	-	-	-	-	-	-	-	-	1	13,8
Total	**102**	**18,8**	**119**	**21,9**	**131**	**24,0**	**90**	**16,4**	**98**	**17,8**

Fonte: Sinan; IBGE (2022). (*) Dados preliminares

Na V Região de Saúde, os municípios de Brejão, Canhotinho, Garanhuns, Lagoa do Ouro e Lajedo apresentaram uma taxa de incidência maior que 20 casos por 100 mil habitantes no ano de 2021 (tabela 22). Entre os munícipios com maior incidência estão Canhotinho (44,5) e Lagoa do Ouro (37,6). Já os municípios de Águas Belas (4,6) e Caetés (3,4) apresentaram taxas menores que 5/100mil habitantes. Historicamente, o município de Canhotinho apresenta altas taxas de incidência de tuberculose, o que pode ser explicado pela presença de um presídio no município. Uma vez que a população privada de liberdade representam a maior proporção de casos novos dentre as populações mais vulneráveis ao adoecimento por tuberculose.

Na tabela abaixo é possível verificar a proporção de cura nas coortes de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera, indicador utilizado para analisar oêxito no tratamento de tuberculose, a conseqüente diminuição da transmissão da doença, além de verificar indiretamente a qualidade da assistência aos pacientes, possibilitando o monitoramento indireto das ações do Programa de Controle da Tuberculose.

No relatório mundial da Tuberculose, publicado pela OMS em 2018, é recomendado que o percentual ideal de cura para a tuberculose pulmonar bacilífera em um país alcance a taxa de 85%, para que comece a reverter a situação epidemiológica da doença na sua localidade.

Tabela 23 - Proporção de Cura de Casos Novos de Tuberculose segundo município de residência. V Região de Saúde, Pernambuco, 2017-2021*.

Município	% Cura				
	2017	2018	2019	2020	2021*
Águas Belas	66,7	100,0	100,0	75,0	-
Angelim	-	66,7	100,0	-	0,0
Bom Conselho	75,0	66,7	33,3	100,0	100,0
Brejão	50,0	-	-	100,0	0,0
Caetés	100,0	75,0	-	-	-
Calçado	-	50,0	-	0,0	-
Canhotinho	70,0	66,7	64,7	30,0	100,0
Capoeiras	-	-	100,0	-	0,0
Correntes	-	100,0	100,0	-	0,0
Garanhuns	70,0	85,7	73,3	80,0	50,0
Iati	-	-	-	100,0	0,0
Itaíba	100,0	-	-	100,0	50,0
Jucati	-	-	-	100,0	-
Jupi	100,0	100,0	100,0	100,0	50,0
Lagoa do Ouro	100,0	-	100,0	-	33,3
Lajedo	80,0	100,0	100,0	66,7	85,7
Palmeirina	-	-	-	-	-
Paranatama	100,0	-	-	100,0	100,0
Saloá	-	100,0	-	-	-
São João	100,0	100,0	100,0	50,0	-
Terezinha	-	-	-	-	-
Total	**71,2**	**81,0**	**66,1**	**73,5**	**52,3**

Fonte: SINAN (2022). (*) Dados preliminares
Legenda: Os anos que não apresentam resultados, representados por "-", são aqueles que não houve casos.

No período entre 2017 e 2021 a V Região de Saúde apresentou uma Proporção de cura de Casos Novos de Tuberculose Pulmonar Bacilífera com oscilação. Considerando o recomendado pela OMS, apenas no ano de 2018 aproximou-se do ideal recomendado pela OMS. Vale ressaltar, que esta taxa reverbera a situação de alguns munícipios. Em 2019, destaca-se Bom Conselho, com uma taxa (33,3) consideravelmente inferior aos demais municípios da Regional (tabela 23).

3.2.2.4 Hepatites virais – B e C

Silva (2013)refere que as hepatites virais são consideradas um grave problema de Saúde Pública, tanto no Brasil como no mundo, apresentando distribuição universal e magnitude que varia de região para região. No período de 1999 a 2020, foram notificados 254.389 casos confirmados de hepatite B no Brasil, e a Região Nordeste ocupa o quarto lugar entre as regiões do Brasil contribuindo com 10,3% dos casos

confirmados.A taxa de incidência da hepatite B se dá através do somatório anual do número de casos novos de hepatite B confirmados em residentes por 100 mil habitantes.

Na tabela 20 observamos que o ano de 2021 apresenta a maior taxa de incidência entre os anos analisados (1,8 por 100mil hab), com casos registrados apenas nos municípios de Águas Belas Calçado, Canhotinho, Garanhuns e Terezinhaapresentaram casos novos.

Tabela 24 - Número e Taxa de Incidência de Hepatite B segundo município de residência. V Região de Saúde, Pernambuco, 2017-2021*.

Município	2017		2018		2019		2020		2021*	
	Nº	Tx	Nº	Tx	Nº	Tx	Nº	Tx	Nº	Tx
Águas Belas	-	-	-	-	1	2,3	2	4,6	3	6,8
Angelim	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Bom Conselho	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Brejão	-	-	-	-	-	-	1	11,1	-	-
Caetés	-	-	-	-	-	-	2	6,9	-	-
Calçado	-	-	-	-	1	9,0	-	-	2	18,2
Canhotinho	1	4,0	-	-	1	4,0	1	4,0	2	8,1
Capoeiras	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Correntes	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Garanhuns	5	3,6	4	2,9	1	0,7	1	0,7	2	1,4
Iati	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Itaíba	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Jucati	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Jupi	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Lagoa do Ouro	-	-	-	-	-	-	1	7,6	-	-
Lajedo	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Palmeirina	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Paranatama	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Saloá	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
São João	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Terezinha	-	-	-	-	-	-	-	-	1	13,8
Total	**6**	**1,1**	**4**	**0,7**	**4**	**0,7**	**8**	**1,5**	**10**	**1,8**

Fonte: Sinan; IBGE (2022). (*) Dados preliminares

A hepatite C aguda apresenta uma evolução subclínica. A maior parte dos casos tem se apresentado de forma assintomática e anictérica, fatores que dificultam o diagnóstico(BRASIL, 2018).

De 1999 a 2020, foram notificados no Brasil 262.815 casos confirmados de hepatite C no Brasil, sendo 6,5% no Nordeste. Vale ressaltar, que a mudança na

definição de caso confirmado para fins de vigilância epidemiológica, ocorrida em 2015, tornou mais sensível a detecção para hepatite C.A taxa de incidência de hepatite C é calculada a partir do somatório do número anual de casos novos diagnosticados e detectados de hepatite C, confirmados em residentes, por 100 mil habitantes, conforme descrito na tabela 25.

Na V Região de Saúde, percebe-se queapenas o munícipio de Garanhuns mantém detecção constante com casos em todos os anos analisados com um a taxa de incidência que varia de 0,7 a 3,6 por 100 mil habitantes. Nota-se um aumento da detecção no ano de 2021 com 10 casos confirmados nos municípios de Águas Belas, Calçado, Canhotinho, Garanhuns e Terezinha.

Tabela 25 - Número e Taxa de Incidência de Hepatite C segundo município de residência. V Região de Saúde, Pernambuco, 2017-2021*.

Município	2017		2018		2019		2020		2021*	
	Nº	Tx	Nº	Tx	Nº	Tx	Nº	Tx	Nº	Tx
Águas Belas	1	2,3	-	-	-	-	2	4,6	3	6,8
Angelim	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Bom Conselho	-	-	1	2,1	1	2,1	-	-	-	-
Brejão	-	-	-	-	-	-	1	11,1	-	-
Caetés	-	-	-	-	-	-	2	6,9	-	-
Calçado	-	-	-	-	-	-	-	-	2	18,2
Canhotinho	1	4,0	-	-	-	-	1	4,0	2	8,1
Capoeiras	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Correntes	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Garanhuns	2	1,4	1	0,7	5	3,6	1	0,7	2	1,4
Iati	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Itaíba	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Jucati	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Jupi	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Lagoa do Ouro	-	-	-	-	-	-	1	7,6	-	-
Lajedo	-	-	1	2,5	1	2,5	-	-	-	-
Palmeirina	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Paranatama	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Saloá	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
São João	-	-	1	4,4	-	-	-	-	-	-
Terezinha	-	-	-	-	-	-	-	-	1	13,8
Total	**4**	**0,7**	**4**	**0,7**	**7**	**1,3**	**8**	**1,5**	**10**	**1,8**

Fonte: Sinan; IBGE (2022). (*) Dados preliminares

3.2.2.5 Leishmaniose

Trata-se de uma doença infecciosa, transmitida por meio de picada de insetos hematófagos (que se alimentam de sangue) e não contagiosa. A Leishmanioseé classificada por dois tipos: leishmaniose tegumentar (LV) ou cutânea e a leishmaniose visceral (LTA) ou calazar.

No Brasil, a LV é uma doença endêmica, apresentando registros de surtos frequentes. A princípio, ocorria sobretudo em áreas rurais e em pequenas localidades urbanas, entretanto, encontra-se em expansão para os grandes centros (BRASIL, 2018). Em Pernambuco, a LV é historicamente endêmica, inicialmente com caráter rural e recentemente em expansão para áreas urbanas.

O cálculo da taxa de incidência de LV baseia-se no número de casos novos confirmados por 100 mil habitantes, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado, conforme descritos na tabela 26.Na V Região de Saúde, a maior taxa de incidência de LV foi de 9,1 por 100mil habitantes, em 2021. Destaca-se a prevalência dos casos no município de Águas Belas que apresentou casos em todos os anos observados, contribuindo com o aumento do número de casos na região analisada. Em 2020 e 2021, o município foi o único da regional a notificar novos casos.

Tabela 26 - Número e taxa de incidência de Leishmaniose Visceral segundo município de residência. V Região de Saúde, Pernambuco, 2017-2021*.

Município	2017	2018	2019	2020	2021*

	Nº	Tx	Nº	Tx	Nº	Tx	Nº	Tx	Nº	Tx
ÁguasBelas	7	16,2	8	18,5	1	2,3	1	2,3	4	9,1
Angelim	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Bom Conselho	4	8,3	1	2,1	-	-	-	-	-	-
Brejão	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Caetés	-	-	1	3,5	-	-	-	-	-	-
Calçado	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Canhotinho	-	-	1	4,0	-	-	-	-	-	-
Capoeiras	-	-	-	-	1	5,0	-	-	-	-
Correntes	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Garanhuns	1	0,7	5	3,6	1	0,7	-	-	-	-
Iati	-	-	-	-	3	15,6	-	-	-	-
Itaíba	2	7,6	-	-	1	3,8	-	-	-	-
Jucati	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Jupi	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Lagoa do Ouro	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Lajedo	1	2,5	-	-	-	-	-	-	-	-
Palmeirina	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Paranatama	-	-	1	8,7	-	-	-	-	-	-
Saloá	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
São João	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Terezinha	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Total	**15**	**2,8**	**17**	**3,1**	**7**	**1,3**	**1**	**0,2**	**4**	**9,1**

Fonte: Sinan; IBGE (2022). (*) Dados preliminares

A LTAé uma doença prevalente em áreas de vegetação e é essencial o combate do vetor e o diagnóstico precoce para que o tratamento seja eficaz.Sua notificação é obrigatória no Brasil, sendo essencial para a obtenção de dados epidemiológicos mais concretos para elaboração de intervenções posteriores, como ações de educação em saúde, por exemplo (BRASIL, 2010).

A Taxa de Incidência de Leishmaniose Tegumentar Americana é baseada no número de casos novos confirmados de leishmaniose tegumentar americana (LTA) por 100 mil habitantes, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.Entre os anos analisados, 2021 apontou como o ano com mais casos confirmados entre os municípios. Sete municípios identificaram casos, são eles: angelim, Bom Conselho, Canhotinho, Garanhuns, Itaíba, Lagoa do Ouro e Paranatama. Nos últimos dois anos, Lagoa do Ouro foi o município que se destacou na identificação de casos de LTA, com taxas de 15,1 e 22,6 por 100mil habitantes respectivamente (tabela 27).

Tabela 27 - Número e Taxa de Incidência de Leishmaniose Tegumentar Americana segundo município de residência. V Região de Saúde, Pernambuco, 2017-2021*.

Município	2017		2018		2019		2020		2021*	
	Nº	Tx	Nº	Tx	Nº	Tx	Nº	Tx	Nº	Tx
Águas Belas	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Angelim	-	-	-	-	-	-	1	8,9	1	8,8
Bom Conselho	4	8,3	1	2,1	1	2,1	1	2,1	2	4,1
Brejão	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Caetés	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Calçado	1	9,0	-	-	-	-	-	-	-	-
Canhotinho	-	-	-	-	1	0,4	-	-	2	8,1
Capoeiras	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Correntes	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Garanhuns	-	-	1	0,7	-	-	1	0,7	1	0,7
Iati	1	5,2	-	-	-	-	-	-		
Itaíba	-	-	-	-	-	-	-	-	1	3,8
Jucati	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Jupi	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Lagoa do Ouro	-	-	-	-	-	-	2	15,1	3	22,6
Lajedo	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Palmeirina	8	103,1	-	-	3	39,0	1	13,2	-	-
Paranatama	-	-	-	-	-	-	-	-	1	8,6
Saloá	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
São João	-	-	-	-	-	-	1	4,4	-	-
Terezinha	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Total	**14**	**2,6**	**2**	**0,4**	**5**	**0,9**	**7**	**1,3**	**11**	**2,0**

Fonte: Sinan; IBGE (2022). (*) Dados preliminares

3.2.2.6 Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (Aids)

O enfrentamento da epidemia HIV/Aids no Brasil é marcada por ações dinâmicas que se destacam mundialmente e esse dinamismo certamente impediu que a epidemia alcançasse níveis mais elevados, passando a apresentar um perfil estabilizado na população geral – embora as novas infecções pelo HIV em alguns subgrupos populacionais possuam taxa de prevalência muito superior à média nacional. Dentre essas estratégias podemos destacar a oferta universal e gratuita de Terapia Antirretroviral (TARV) a todos os usuários do sus e a descentralização das ações de prevenção para a Atenção Básica.

De acordo com Programa Estadual de IST/Aids/HV/DGCDA/SEVS/SES-PE, percebe-se a necessidade do aumento da oferta do diagnóstico da infecção pelo HIV nos demais municípios, sobretudo através da implantação dos testes rápidos nas

unidades básicas de saúde, vinculada ao cuidado à PVHA, com acompanhamento nos Serviços de Assistência Especializada em HIV/Aids (SAE).

A taxa de incidência de Aids é calculada com base no número de casos novos confirmados de Aids, por 100 mil habitantes, em determinado espaço geográfico, no ano considerado, conforme apresentado na tabela 28. Na V Região de Saúde, percebe-se que os munícipios com maior incidência de Aids em 2021 são: Canhotinho (48,5), Garanhuns (36,1), Lajedo (31,8) e Paranatama (34,5). È importante destacar que os municípios de Caetés e Terezinha não identificaram casos em nenhum dos anos analisados (2017 a 2021).

Tabela 28 - Número e Taxa de Incidência de Aids segundo município de residência. V Região de Saúde, Pernambuco, 2017-2021*.

Município	2017		2018		2019		2020		2021*	
	Nº	Tx	Nº	Tx	Nº	Tx	Nº	Tx	Nº	Tx
ÁguasBelas	10	23,2	7	16,2	13	29,9	9	20,6	2	4,6
Angelim	3	27,2	8	72,3	5	44,8	9	80,2	3	26,5
Bom Conselho	-	-	1	2,1	4	8,2	8	16,4	2	4,1
Brejão	-	-	1	11,1	2	22,2	1	11,1	-	-
Caetés	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Calçado	-	-	-	-	1	9,0	1	9,1	-	-
Canhotinho	11	44,4	8	32,2	21	84,7	16	64,6	12	48,5
Capoeiras	-	-	2	10,0	1	5,0	-	-	1	5,0
Correntes	3	16,6	2	11,0	-	-	1	5,5	-	-
Garanhuns	34	24,5	21	15,1	26	18,6	47	33,4	51	36,1
Iati	1	5,2	-	-	3	15,6	3	15,6	-	-
Itaíba	1	3,8	1	3,8	2	7,6	1	3,8	-	-
Jucati	-	-	-	-	-	-	2	17,4	-	-
Jupi	3	20,4	2	13,6	1	6,7	1	6,7	1	6,7
Lagoa do Ouro	1	7,7	-	-	1	7,6	-	-	2	15,0
Lajedo	5	12,5	2	5,0	5	12,4	9	22,2	13	31,8
Palmeirina	2	25,8	-	-	-	-	1	13,2		
Paranatama	2	17,5	2	17,4	-	-	-	-	4	34,5
Saloá	-	-	-	-	-	-	-	-	1	6,3
São João	-	-	6	26,4	4	17,5	7	30,6	3	13,0
Terezinha	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Total	**76**	**14,0**	**63**	**11,6**	**89**	**16,3**	**116**	**21,2**	**93**	**16,9**

Fonte: Sinan; IBGE (2022). (*) Dados preliminares

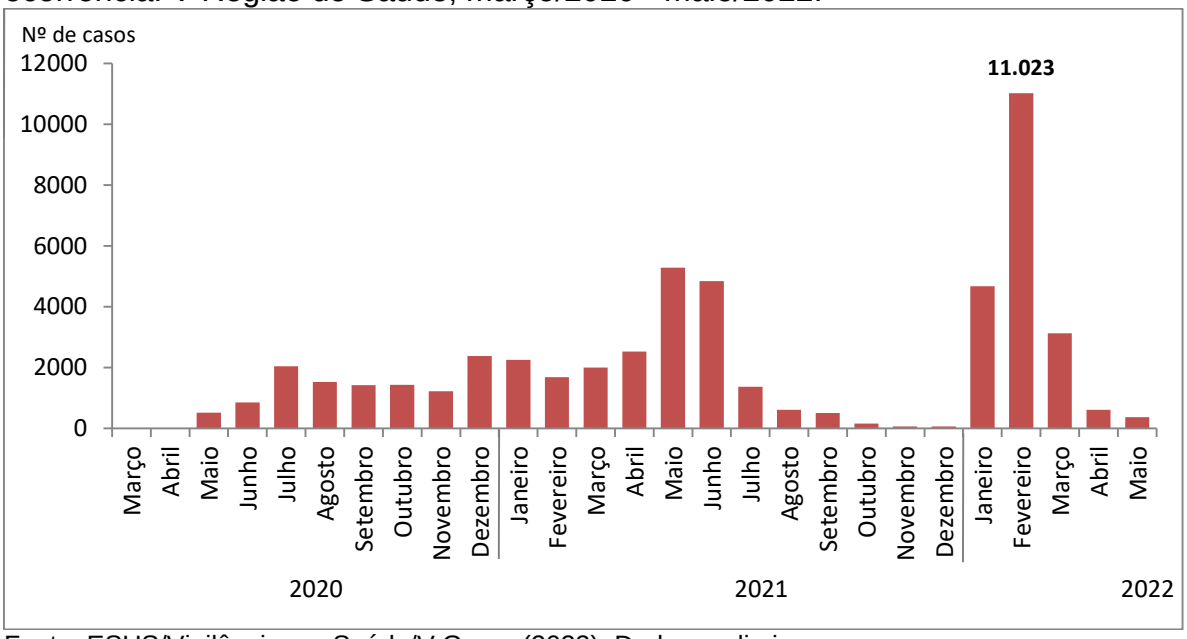
3.2.2.7 Coronavírus

Diante da emergência sanitária, ocorrida pelo coronavírus SARS-CoV-2,e o reconhecimento da pandemia pela OMS, o Ministério da Saúde temestabelecido sistematicamente medidas para resposta e enfrentamento dacovid-19.

Para isso, foi instituída a notificação dos casos e óbitos pela covid-19 emtodo território nacional e todos os profissionais e instituições de saúde do setorpúblico ou privado devem notificar imediatamente (em até 24 horas a partir dasuspeita inicial do caso ou óbito), à vigilância epidemiológica local e ao Centrode Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde (CIEVS) (Nota TécnicaNº 127/2021-CGPNI/DEIDT/SVS/MS).

Na V Região de Saúde, foram registrados 54.567 casos confirmados da Covid-19. Entre os confirmados, 1.945 (3,6%) são casos de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) e 52.622 (96,4%) são leves. A região totaliza 875 óbitos pela Covid-19.

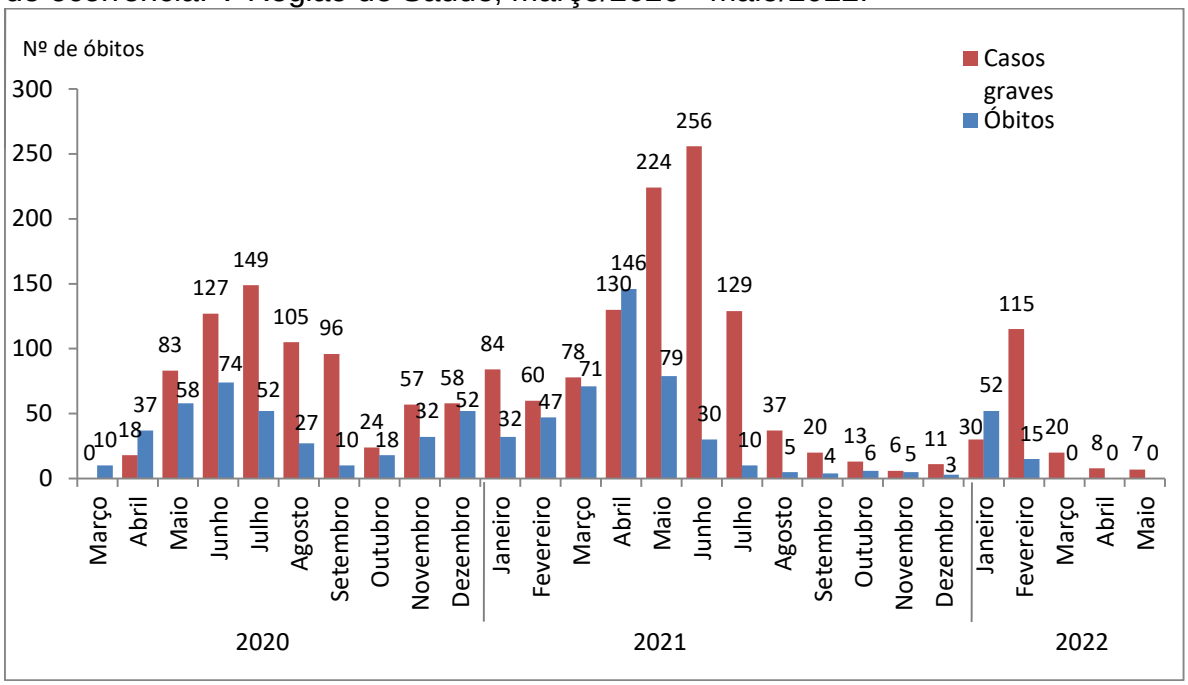
Gráfico 7 - Número de casos leves confirmados de covid-19 segundo mês de ocorrência. V Região de Saúde, março/2020 - maio/2022.



Fonte: ESUS/Vigilância em Saúde/V Geres (2022). Dados preliminares.

Nota-se no gráfico 7, que fevereiro de 2022 apresentou o maior número de casos durante o período analisado. Enquanto o maior número de óbitos na V regional, aconteceu em abril de 2021 (Gráfico 8).

Gráfico 8 - Número de casos graves e óbitos confirmados de covid-19 segundo mês de ocorrência. V Região de Saúde, março/2020 - maio/2022.



Fonte: Banco NotificaPE/Vigilância em Saúde/V Geres (2022). Dados preliminares.

3.3 Indicadores de Mortalidade

Os indicadores de mortalidade indicam a intensidade com que os óbitos por uma determinada doença ocorrem numa certapopulação, para avaliar e identificar o nível de saúde dessa comunidade.

3.3.1 Mortalidade Geral

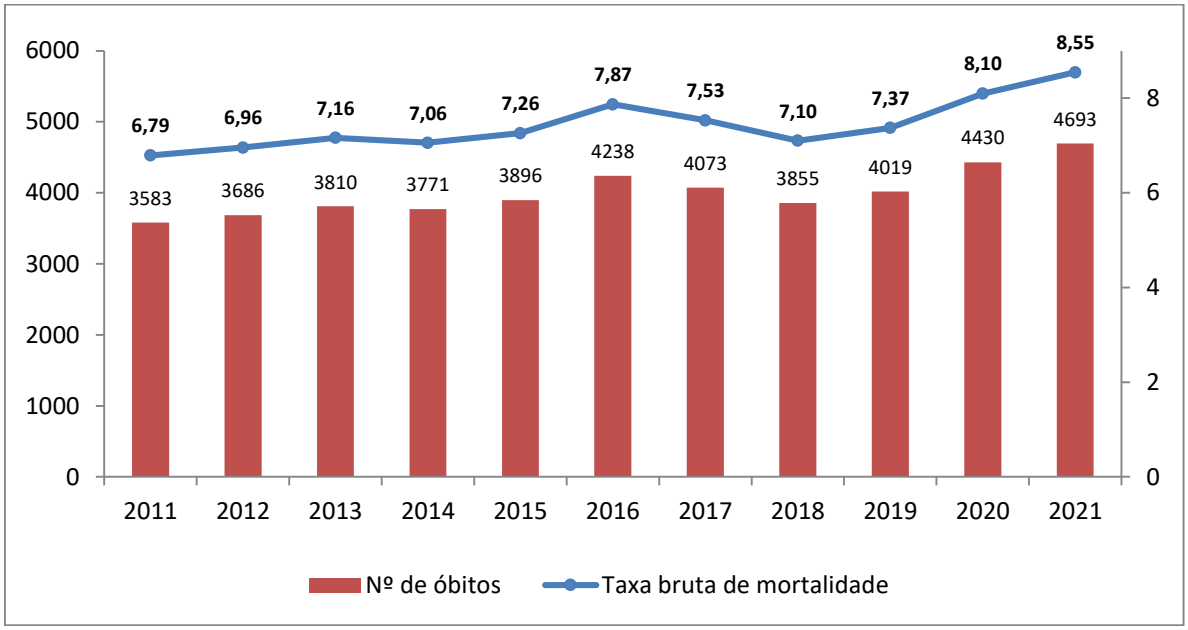
Para identificar a situação de saúde de uma população, conhecer determinantes de óbitos e propor medidas de prevenção e controle de óbitos evitáveis, é essencial o uso da informação de mortalidade. Para isto, utiliza-se os dados registrados no SIM, obtidos a partir das informações contidas na Declaração de Óbito (DO).

Por intermédio deste indicador,mede-se os principais grupos de causas de morte no total de óbitos com causas definidas. Este indicador vem a exprimir as condições socioeconômicas, perfil demográfico, infraestrutura dos serviços públicos, acesso e qualidade dos serviços de saúde de um determinado território.

Na V Região de Saúde, entre os anos de 2017 a 2021, ocorreu um total de 20.889 óbitos, com um aumento do número de óbitos, principalmente, em 2020 e

2021. A taxa bruta de mortalidade fornece o número anual médio de mortes durante um ano por 1.000 habitantes. Na região em análise, houve uma tendência de aumento dessa taxa, apresentando uma taxa de 6,79, em 2021, e, 8,55 óbitos por mil habitantes, em 2021 (Gráfico 9).

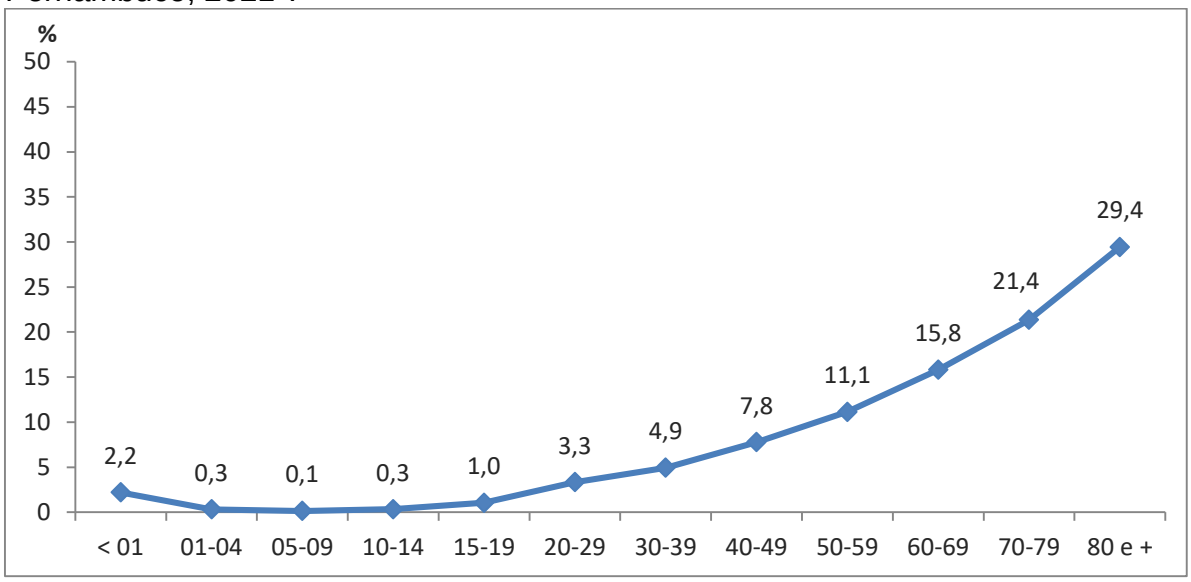
Gráfico 9 - Taxa Bruta de Mortalidade por 1000 habitantes. V Região de Saúde/PE, 2011 a 2021.



Fonte: SIM/V Geres (2022); Projeções Populacionais Brasil/IBGE.

Em relação à faixa de idade (Gráfico 10), observa-se um padrão de mortalidade tardia, com maior acometimento na faixa de 70 a 79 anos e maiores de 80 anos.

Gráfico 10 - Proporção de óbitos segundo faixa etária. V Região de Saúde, Pernambuco, 2021*.



Fonte: SIM (2022). (*) Dados preliminares

Na tabela 29, visualiza-se as principais causas de óbito da V Região de saúde nos anos de 2017 a 2021, com os capítulos de Doenças do aparelho circulatório, algumas doenças infecciosas e parasitárias, Neoplasias e Doenças do aparelho respiratório, totalizando 59,5% de todas as causas na região. Destaca-se o aumento crescente das causas infecciosas e parasitárias entre a série analisada, passando de 132 casos em 2017 para 467 registros, em 2020, e 587, em 2021, o que pode estar relacionado ao impacto da fase pandêmica daCovid-19, a qual os óbitos foram registrados com codificação classificadas neste mesmo capítulo CID (Cap. I), no SIM.

Tabela 29 - Número e Taxa de Mortalidade Geral segundo Causa e ano de óbito. V Região de Saúde, Pernambuco, 2017-2021*.

Capítulo CID 10	2017		2018		2019		2020		2021*	
	Nº	Tx	Nº	Tx	Nº	Tx	Nº	Tx	Nº	Tx
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	132	0,3	116	0,2	146	0,3	467	0,9	587	1,1
II. Neoplasias (tumores)	498	1,0	484	0,9	457	0,8	467	0,9	519	1,0
III. Doenças sangue órgãos hemat e transtimunitár	22	0,0	33	0,1	24	0,0	19	0,0	20	0,0
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	402	0,8	325	0,6	376	0,7	340	0,6	344	0,6
V.Transtornos mentais e comportamentais	61	0,1	48	0,1	64	0,1	80	0,1	86	0,2
VI. Doenças do sistema nervoso	72	0,1	88	0,2	80	0,1	90	0,2	99	0,2
VIII.Doenças do ouvido e da apófise mastóide	-	-	-	-	-	-	-	0,0	1	0,0
IX. Doenças do aparelho circulatório	1200	2,3	1055	2,1	1153	2,1	1175	2,2	1140	2,1
X. Doenças do aparelho respiratório	484	0,9	490	1,0	541	1,0	449	0,8	473	0,9
XI. Doenças do aparelho digestivo	202	0,4	211	0,4	195	0,4	203	0,4	224	0,4
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	18	0,0	18	0,0	24	0,0	26	0,0	40	0,1
XIII. Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	20	0,0	38	0,1	21	-	42	0,1	29	0,1
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	102	0,2	98	0,2	108	0,2	118	0,2	115	0,2
XV. Gravidez parto e puerpério	4	0,0	5	0,0	-	-	9	0,0	2	0,0
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	157	0,3	176	0,3	149	0,3	127	0,2	150	0,3
XVII.Malfcongdeformid e anomalias cromossômicas	46	0,1	32	0,1	51	0,1	47	0,1	32	0,1
XVIII.Sint sinais e achadanormexclín e laborat	152	0,3	164	0,3	176	0,3	277	0,5	301	0,6
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	496	1,0	470	0,9	422	0,8	483	0,9	402	0,7
Total	**4068**	**7,9**	**3851**	**7,5**	**3987**	**7,4**	**4419**	**8,2**	**4564**	**8,5**

Fonte: SIM; IBGE (2022). (*) Dados preliminares

3.3.1.1 Coeficiente de mortalidade pela Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Aids)

O coeficiente de mortalidade por aids é calculado através do número de óbitos pela aids, por 100 mil habitantes, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado. Por intermédio deste, se torna possível estimar-se o risco de morte pela aids e dimensionar a amplitude da doença como um problema de saúde pública.

Este coeficiente também evidencia as especificidades das condições de diagnóstico, a qualidade da assistência, as ações educativas, a adoção de medidas individuais de prevenção, bem como o aprimoramento da vigilância epidemiológica que possui ação fundamental na formação do conhecimento com finalidade de contribuir no planejamento de intervenções programáticas no âmbito da população portadora de HIV/Aids.

Na tabela 35, dentre o período de 2017 a 2021, nota-se a ocorrência de 66 óbitos por aids na V Região de Saúde, com o ano de 2020 contribuindo com o maior número de óbitos do período analisado, 16 óbitos. No ano de 2021 houve uma redução de 50% de municípios com óbitos registrados, sendo dos municípios de Garanhuns e Jupi as maiores taxas de mortalidade, 5,0 e 6,7 respectivamente.

Tabela 30 - Número e Taxa de Mortalidade por Aids segundo município de residência. V Região de Saúde, Pernambuco, 2017-2021*.

Município	2017		2018		2019		2020		2021*	
	Nº	Tx	Nº	Tx	Nº	Tx	Nº	Tx	Nº	Tx
ÁguasBelas	2	5,0	1	2,5	2	5,0	2	4,6	1	2,3
Angelim	-	-	1	9,8	1	9,8	1	8,9	-	-
Bom Conselho	-	-	-	-	-	-	1	2,1	-	-
Brejão	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Caetés	1	3,8	-	-	-	-	-	-	1	3,4
Calçado	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Canhotinho	3	12,2	-	-	-	-	-	-	-	-
Capoeiras	-	-	-	-	-	-	1	5,0	-	-
Correntes	1	5,7	-	-	1	5,7	-	-	-	-
Garanhuns	6	4,6	4	3,1	6	4,6	5	3,6	1	5,0
Iati	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Itaíba	-	-	-	-	1	3,8	1	3,8	-	-
Jucati	-	-	-	-	-	-	1	8,7	-	-
Jupi	1	7,3	-	-	1	7,3	1	6,7	1	6,7
Lagoa do Ouro	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Lajedo	-	-	3	8,2	1	2,7	2	4,9	1	2,4
Palmeirina	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Paranatama	-	-	1	9,1	-	-	-	-	-	-
Saloá	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
São João	-	-	1	4,7	1	4,7	-	-	-	-
Terezinha	-	-	-	-	-	-	1	13,9	-	-
Total	**14**	**2,7**	**11**	**2,1**	**14**	**2,7**	**16**	**2,9**	**11**	**2,0**

Fonte: SIM; IBGE (2022). (*) Dados preliminares

3.3.1.2 Coeficiente de mortalidade por Neoplasia de mama

O coeficiente de mortalidade por neoplasias malignas de mama é obtido através da razão entre o número de óbitos por neoplasia maligna de mama e a população feminina, por 100 mil mulheres residentes em determinado espaço geográfico, no ano considerado.

Segundo informações do Instituto Nacional do Câncer (INCA), no Brasil, estima-se 66.280 casos novos de câncer de mama para cada ano do triênio 2020-2022. Esse valor corresponde a um risco estimado de 61,61 casos novos a cada 100 mil mulheres (SBM, 2020). Esta é tida como a quinta causa de morte por câncer geral e o fator mais frequente dos óbitos por câncer dentro da população feminina do país.

Tabela 31 - Número e Taxa de Mortalidade por Neoplasia de mama segundo município de residência. V Região de Saúde, Pernambuco, 2017-2021*.

Município	2017		2018		2019		2020		2021*	
	Nº	Tx	Nº	Tx	Nº	Tx	Nº	Tx	Nº	Tx
ÁguasBelas	4	19,4	3	14,6	3	14,6	36	16,3	41	18,4
Angelim	1	19,3	-	-	-	-	9	15,9	6	10,5
Bom Conselho	3	12,8	4	17,0	4	17,0	30	12,0	41	16,4
Brejão	-	-	-	-	-	-	9	19,6	13	28,3
Caetés	-	-	1	7,5	1	7,5	15	10,4	32	22,1
Calçado	1	18,0	-	-	-	-	9	16,5	4	7,3
Canhotinho	2	16,5	-	-	1	8,2	23	18,9	26	21,4
Capoeiras	2	20,4	1	10,2	1	10,2	15	14,9	10	10,0
Correntes	2	22,7	-	-	1	11,4	14	15,2	18	19,5
Garanhuns	14	20,5	12	17,5	10	14,6	123	16,6	150	20,1
Iati	1	10,9	-	-	1	10,9	19	19,7	11	11,4
Itaíba	-	-	3	22,7	-	-	29	21,9	27	20,4
Jucati	1	18,8	-	-	1	18,8	8	14,0	12	20,9
Jupi	1	14,2	-	-	-	-	13	17,2	12	15,8
Lagoa do Ouro	-	-	-	-	1	16,2	11	16,3	14	20,6
Lajedo	3	15,6	3	15,6	2	10,4	35	16,4	36	16,8
Palmeirina	1	23,8	-	-	1	23,8	2	5,2	4	10,5
Paranatama	2	36,5	-	-	1	18,2	14	24,0	10	17,1
Saloá	1	12,6	-	-	-	-	16	19,4	9	10,9
São João	-	-	2	18,4	1	9,2	14	12,0	20	17,0
Terezinha	-	-	1	28,9	-	-	5	13,7	8	21,8
Total	**39**	**14,8**	**30**	**11,4**	**29**	**11,0**	**449**	**16,0**	**504**	**17,9**

Fonte: SIM; IBGE (2022). (*) Dados preliminares

No total de todos os anos analisados, ocorreram 1.051 óbitos por Neoplasia de mama na V Região de Saúde de Pernambuco. Os municípios com maior número de casos no período são os de Garanhuns (309), Águas Belas (87) e Bom Conselho (82). Entre os anos de 2017 e 2021 ocorreu um aumento da taxa, passando respectivamente de 14,8 para 17,9.

É primordial atentar para as atividades de detecção precoce, bem como o desenvolvimento de ações por meio das Redes de Saúde e Atenção Primária em Saúde (APS) com finalidade de auxiliar no enfrentamento da doença, oferecendo em tempo hábil condições de tratamento e acompanhamento desse público.

3.3.1.3 Coeficiente de mortalidade por Neoplasia de colo do útero

O Coeficiente de mortalidade por Neoplasias malignas do colo do útero é calculado através do número de óbitos por neoplasia maligna do colo do útero, por

100 mil mulheres residentes em determinado espaço geográfico, no ano considerado. Por meio deste, torna-se possível quantificar o risco de se evoluir com óbito por uma neoplasia maligna do colo do útero, tal qual evidenciar as condições de diagnóstico e assistência médica dispensada.

A partir desse coeficiente, deve-se refletir sobre as práticas e condutas da Atenção Primária à Saúde (APS) na V Região de Saúde, pois esta, apresenta grande potencial para ampliar e qualificar a prevenção do câncer, visto se tratar de um câncer com um alto potencial de prevenção e cura, quando diagnosticado e tratado em estádios iniciais ou em fases precursoras.

.

Tabela 32 - Número e Taxa de Mortalidade por Neoplasia de Colo do Útero segundo município de residência. V Região de Saúde, Pernambuco, 2017-2021*.

Município	2017		2018		2019		2020		2021*	
	Nº	Tx	Nº	Tx	Nº	Tx	Nº	Tx	Nº	Tx
ÁguasBelas	4	19,4	5	24,3	2	9,7	2	0,9	1	0,4
Angelim	1	19,3	2	38,6	1	19,3	-	-	-	-
Bom Conselho	1	4,3	3	12,8	4	17,0	1	0,4	2	0,8
Brejão	1	22,2	-	-	-	-	-	-	1	2,2
Caetés	1	7,5	2	14,9	-	-	1	0,7	1	0,7
Calçado	-	-	-	-	-	-	-	-		
Canhotinho	1	8,2	-	-	1	8,2	1	0,8	1	0,8
Capoeiras	1	10,2	3	30,5	3	30,5	-	-	1	1,0
Correntes	-	-	2	22,7	2	22,7	-	-	-	-
Garanhuns	9	13,2	7	10,2	11	16,1	3	0,4	7	0,9
Iati	1	10,9	1	10,9	-	-	-	-	-	-
Itaíba	1	7,6	-	-	-	-	2	1,5	1	0,8
Jucati	1	18,8	1	18,8	1	18,8	-	-	-	-
Jupi	1	14,2	1	14,2	-	-	-	-	-	-
Lagoa do Ouro	1	16,2	-	-	-	-	-	-	-	-
Lajedo	3	15,6	1	5,2	3	15,6	1	0,5	-	-
Palmeirina	1	23,8	-	-	-	-	-	-	-	-
Paranatama	1	18,2	-	-	-	-	-	-	1	1,7
Saloá	1	12,6	-	-	-	-	-	-	-	-
São João	3	27,6	1	9,2	-	-	-	-	1	1,7
Terezinha	1	28,9	-	-	3	86,6	1	2,7	-	-
Total	**34**	**12,9**	**29**	**11,0**	**31**	**11,7**	**12**	**0,4**	**18**	**0,6**

Fonte: SIM; IBGE (2022). (*) Dados preliminares

No período de 2017 a 2021 ocorreram 124 óbitos por Neoplasia do colo do útero na Região, sendo o ano de 2017 o que obteve maior coeficiente, atingindo 12,9. Os municípios com maior coeficiente em 2019 são Terezinha (86,6), Capoeiras (30,5)

e Correntes (22,7). Não houve registro de caso algum no município de Calçado. Observa-se, também, que os municípios de Águas Belas e Angelim, reduziram a taxa de mortalidade por este tipo de câncer quando comparamos 2018 e 2019 e os municípios de Brejão, Caetés, Calçado, Iati, Itaíba,Jupi, Lagoa do Ouro, Palmeirina, Paranatama, Saloá e São João não registraram óbitos por este agravo em 2019 (tabela 37).

3.3.1.4 Coeficiente de mortalidade por Infarto Agudo do Miocárdio (IAM)

As doenças cardiovasculares são descritas como a primeira causa de morte no Brasil e no estado de Pernambuco. De acordo com o Ministério da Saúde (2015), dentre as várias doenças cardiovasculares, o IAM caracteriza-se pelo alto risco de morte. Cerca de 300 mil indivíduos adoecem, anualmente, decorrente de IAM e 30% evoluem para o óbito.

Tabela 33 - Número e Taxa de Mortalidade por IAM segundo município de residência. V Região de Saúde, Pernambuco, 2017-2021*.

Município	2017		2018		2019		2020		2021*	
	Nº	Tx	Nº	Tx	Nº	Tx	Nº	Tx	Nº	Tx
ÁguasBelas	36	8,9	24	6,0	18	4,5	36	8,2	31	7,1
Angelim	10	9,8	13	12,7	16	15,7	3	2,7	8	7,1
Bom Conselho	50	11,0	45	9,9	40	8,8	29	5,9	35	7,1
Brejão	6	6,8	6	6,8	8	9,0	1	1,1	3	3,3
Caetés	20	7,5	25	9,4	22	8,3	26	9,0	14	4,8
Calçado	10	9,0	5	4,5	7	6,3	1	0,9	4	3,6
Canhotinho	8	3,3	22	9,0	13	5,3	15	6,1	5	2,0
Capoeiras	12	6,1	17	8,7	6	3,1	9	4,5	15	7,5
Correntes	15	8,6	10	5,7	12	6,9	12	6,6	11	6,0
Garanhuns	89	6,9	86	6,6	112	8,7	106	7,5	91	6,4
Iati	10	5,4	7	3,8	11	6,0	13	6,8	15	7,8
Itaíba	25	9,5	16	6,1	20	7,6	17	6,5	15	5,7
Jucati	8	7,5	10	9,4	8	7,5	3	2,6	7	6,1
Jupi	11	8,0	17	12,4	10	7,3	11	7,4	16	10,7
Lagoa do Ouro	7	5,8	10	8,2	10	8,2	12	9,1	5	3,8
Lajedo	28	7,6	27	7,4	28	7,6	26	6,4	15	3,7
Palmeirina	4	4,9	3	3,7	5	6,1	3	3,9	4	5,3
Paranatama	4	3,6	10	9,1	11	10,0	8	6,9	7	6,0
Saloá	20	13,1	15	9,8	10	6,5	14	8,8	15	9,4
São João	19	8,9	10	4,7	7	3,3	8	3,5	12	5,2
Terezinha	7	10,4	5	7,4	3	4,5	5	6,9	5	6,9
Total	**399**	**7,8**	**383**	**7,5**	**377**	**7,3**	**358**	**6,5**	**333**	**6,1**

Fonte: SIM; IBGE (2022). (*) Dados preliminares

No período entre 2017 e 2021 ocorreram 1.850 óbitos por IAM na V Região de Saúde. O ano de 2017 destacou-se por atingir o maior coeficiente de mortalidade, (7,8 a cada 100.000 habitantes). Porém é possível observar uma redução da taxa de mortalidade nos últimos dois anos analisados, com registro de6,1 óbitos a cada 100.000 habitantes em 2021.

A acessibilidade aos serviços de atenção à saúde, tal como a sua qualidade possuem a capacidade de transformar os resultados deste indicador, visto que a prevenção dos fatores de risco para as doenças cardiovasculares influencia diretamente as taxas de mortalidade prematura por esta causa.

3.3.1.5 Coeficiente de mortalidade por doenças cerebrovasculares

Durante o período entre 2017 e 2021 ocorreram 1.382 óbitos por doenças cerebrovasculares (incluídos no grupo de causas de óbito com classificação CID-10I60 a I69)na V Região de Saúde, destacando-se os anos de 2017 e 2021 por obter o maior coeficiente, que atingiu 59,6 e 54,3 óbitos por 100.000 habitantes respectivamente (tabela 39).

Tabela 34 - Número e Taxa de Mortalidade por Doenças Cerebrovasculares segundo município de residência. V Região de Saúde, Pernambuco, 2017-2021*.

Munícipio	2017		2018		2019		2020		2021*	
	Nº	Tx	Nº	Tx	Nº	Tx	Nº	Tx	Nº	Tx
ÁguasBelas	38	94,4	14	34,8	28	69,6	25	57,2	20	45,5
Angelim	5	49,0	3	29,4	4	39,2	8	71,3	6	53,1
Bom Conselho	23	50,5	30	65,9	32	70,3	15	30,8	24	49,0
Brejão	6	67,8	5	56,5	6	67,8	4	44,5	4	44,5
Caetés	8	30,1	7	26,3	8	30,1	11	38,1	14	48,2
Calçado	7	62,9	5	44,9	1	9,0	2	18,2	4	36,4
Canhotinho	13	53,0	11	44,9	12	48,9	16	64,6	23	93,0
Capoeiras	13	66,4	5	25,5	14	71,5	10	49,9	17	84,8
Correntes	9	51,7	6	34,4	13	74,6	4	21,9	7	38,2
Garanhuns	82	63,4	72	55,6	70	54,1	78	55,5	59	41,7
Iati	9	49,0	5	27,2	4	21,8	7	36,4	10	51,9
Itaíba	12	45,7	13	49,5	14	53,3	16	60,8	14	53,3
Jucati	4	37,7	3	28,3	7	66,0	3	26,1	9	78,0
Jupi	5	36,5	7	51,1	7	51,1	6	40,2	11	73,3
Lagoa do Ouro	11	90,7	9	74,2	3	24,7	4	30,2	11	82,7
Lajedo	23	62,8	20	54,6	24	65,5	20	49,3	20	48,9
Palmeirina	8	97,7	7	85,5	3	36,6	2	26,3	8	106,5
Paranatama	9	81,8	6	54,5	7	63,6	3	25,9	13	112,0
Saloá	7	45,7	4	26,1	7	45,7	16	100,9	8	50,4
São João	12	56,3	8	37,5	9	42,2	8	34,9	12	52,2
Terezinha	2	29,7	1	14,8	2	29,7	4	55,6	4	55,3
Total	**306**	**59,6**	**241**	**46,9**	**275**	**53,5**	**262**	**47,9**	**298**	**54,3**

Fonte: SIM; IBGE (2022). (*) Dados preliminares

A maior taxa de mortalidade entre os anos analisados foi identificada no município de Águas Belas no ano de 2017, com a frequência de 38 óbitos, correspondendo a taxa de 94,7. No ano de 2021 os municípios de Canhotinho, Capoeiras, Jucati, Jupi, Lagoa do Ouro, Palmeirina, Paranatama e Terezinha registraram taxa de mortalidade por Doenças Cerebrovasculares maiores que a taxa regional(tabela 34).

Diante desta situação, evidencia-se a importância da realização do monitoramento que deve estar presente em todas as atividades desenvolvidas na atenção primária à saúde, direcionando um enfoque no controle dos fatores de risco, sobretudo em relação aos pacientes que possuem comorbidades associadas como é o caso da hipertensão arterial e a diabetes.

3.3.1.6 Coeficiente de mortalidade por Diabetes Mellitus (DM)

O Coeficiente de mortalidade por Diabetes Mellitus é obtido através do número de óbitos por DM, por 100 mil habitantes, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.

A crescente incidência por DM é uma tendência mundial, em virtude do perfil populacional está cada vez mais envelhecendo, como também a presença de maus hábitos alimentares e ausência de práticas de atividade física. Diante disso as ações de saúde devem primordialmente direcionar-se a prevenção dos fatores de risco para o desenvolvimento da doença. Segue a tabela referente ao coeficiente em questão:

Tabela 35 - Número e Taxa de Mortalidade por DM segundo município de residência. V Região de Saúde, Pernambuco, 2017-2021*.

Município	2017		2018		2019		2020		2021*	
	Nº	Tx	Nº	Tx	Nº	Tx	Nº	Tx	Nº	Tx
ÁguasBelas	20	49,7	14	34,8	16	39,8	20	45,8	10	22,8
Angelim	4	39,2	2	19,6	4	39,2	6	53,4	4	35,4
Bom Conselho	22	48,3	22	48,3	24	52,7	22	45,1	17	34,7
Brejão	8	90,5	2	22,6	4	45,2	2	22,3	3	33,4
Caetés	12	45,2	7	26,3	7	26,3	8	27,7	14	48,2
Calçado	9	80,9	7	62,9	5	44,9	3	27,2	6	54,6
Canhotinho	15	61,2	12	48,9	13	53,0	14	56,5	16	64,7
Capoeiras	16	81,7	4	20,4	11	56,1	10	49,9	13	64,8
Correntes	13	74,6	6	34,4	9	51,7	5	27,4	4	21,8
Garanhuns	85	65,7	69	53,3	87	67,2	84	59,8	79	55,9
Iati	13	70,8	8	43,6	13	70,8	7	36,4	9	46,7
Itaíba	8	30,5	9	34,3	13	49,5	11	41,8	19	72,3
Jucati	8	75,4	6	56,6	5	47,2	5	43,5	4	34,6
Jupi	14	102,2	18	131,3	10	73,0	20	134,0	12	80,0
Lagoa do Ouro	4	33,0	5	41,2	2	16,5	2	15,1	4	30,1
Lajedo	14	38,2	26	71,0	31	84,6	22	54,2	25	61,2
Palmeirina	5	61,1	2	24,4	3	36,6			3	40,0
Paranatama	8	72,7	6	54,5	7	63,6	5	43,2	4	34,5
Saloá	8	52,3	7	45,7	10	65,3	9	56,7	15	94,5
São João	20	93,8	12	56,3	9	42,2	10	43,7	10	43,5
Terezinha	5	74,2	5	74,2	1	14,8	7	97,2	6	83,0
Total	**311**	**60,5**	**249**	**48,5**	**284**	**55,3**	**272**	**49,7**	**277**	**50,4**

Fonte: SIM; IBGE (2022). (*) Dados preliminares

Na tabela 35, observa-se que no período de 2017 a 2021 ocorreram 1.670 óbitos por DM na V Região de Saúde, sendo o ano de 2017, o que obteve maior coeficiente, atingindo 60,8. Jupi se destacou por suas altas taxas durante o período 2017-2021. Em 2017 e 2018 especificamente, obtive taxa de 102,2 e 131,3, respectivamente.

3.3.1.7 Coeficiente de mortalidade por Acidentes de transporte e agressões

Conforme o “Global status reportonroadsafety 2018 - OMS”, os óbitos decorrentes de acidentes de transporte mantêm-se em constante aumento em todo o mundo, no qual mais de 1,35 milhão de pessoas todos os anos perdem as suas vidas, expressando assim que a cada 24 segundos, em média, morre uma pessoa.

Na V Região de Saúde, o coeficiente de mortalidade por acidente de transporte vem apresentando diminuição na série apresentada (2017 e 2021). O coeficiente de mortalidade por acidente de transporte no ano de 2017 atingiu a taxa de 28,7 correspondendo a maior taxa entre todos os anos com o total de 145 óbitos por acidente terrestre para a região, em contrapartida o ano de 2021 atingiu a menor taxa de 19,8 com o total de 109 óbitos por acidente terrestre para a região (tabela 36).

Tabela 36 - Número e Taxa de Mortalidade por Acidentes de transporte terrestre segundo município de residência. V Região de Saúde, Pernambuco, 2017-2021*.

Município	2017		2018		2019		2020		2021*	
	Nº	Tx	Nº	Tx	Nº	Tx	Nº	Tx	Nº	Tx
ÁguasBelas	12	29,8	13	32,3	5	12,4	8	18,3	7	15,9
Angelim	2	19,6	6	58,8	2	19,6	5	44,5	2	17,7
Bom Conselho	5	11,0	11	24,2	4	8,8	4	8,2	6	12,3
Brejão	8	90,5	2	22,6	2	22,6	3	33,4	1	11,1
Caetés	12	45,2	15	56,4	8	30,1	8	27,7	9	31,0
Calçado	1	9,0	2	18,0	5	44,9			3	27,3
Canhotinho	4	16,3	3	12,2	1	4,1	10	40,4	4	16,2
Capoeiras	6	30,6	7	35,7	5	25,5	3	15,0	5	24,9
Correntes	1	5,7	4	23,0	4	23,0	5	27,4	1	5,5
Garanhuns	31	24,0	21	16,2	33	25,5	26	18,5	12	8,5
Iati	8	43,6	4	21,8	10	54,5	5	26,0	3	15,6
Itaíba	9	34,3	6	22,9	12	45,7	6	22,8	6	22,8
Jucati	4	37,7	4	37,7	3	28,3	1	8,7	11	95,3
Jupi	7	51,1	5	36,5	9	65,7	7	46,9	7	46,6
Lagoa do Ouro	2	16,5	3	24,7	5	41,2	2	15,1	4	30,1
Lajedo	15	41,0	12	32,8	6	16,4	14	34,5	16	39,1
Palmeirina	1	12,2	3	36,6	1	12,2			1	13,3
Paranatama	2	18,2	4	36,4	4	36,4	6	51,9	3	25,8
Saloá	5	32,7	5	32,7	3	19,6	5	31,5	2	12,6
São João	2	9,4	7	32,8	2	9,4	7	30,6	5	21,7
Terezinha	8	118,7	2	29,7	4	59,4	3	41,7	1	13,8
Total	**145**	**28,2**	**139**	**27,1**	**128**	**24,9**	**128**	**23,4**	**109**	**19,8**

Fonte: SIM; IBGE (2022). (*) Dados preliminares

O Coeficiente de Mortalidade por agressão retrata um problema de grande magnitude e relevância no Brasil, explicitando uma forma mais extrema a morte. O mesmo é calculado através do número de óbitos devidos a agressões, por 100 mil habitantes, em determinado espaço geográfico, no ano considerado. Por meio deste indicador, é possível se estimar o risco de morte por agressões e dimensionar a sua magnitude como um problema de saúde pública. É possível também, denotar os aspectos culturais e socioeconômicos, expressando as condições da assistência médica de urgência e emergência dispensada, bem como a qualidade do registro das ocorrências. Segue tabela que apresenta os números referentes a taxa de mortalidade por agressões.

Tabela 37 - Número e Taxa de Mortalidade por Agressões segundo município de residência. V Região de Saúde, Pernambuco, 2017-2021*.

Município	2017		2018		2019		2020		2021*	
	Nº	Tx	Nº	Tx	Nº	Tx	Nº	Tx	Nº	Tx
ÁguasBelas	19	44,1	20	46,3	14	32,2	14	32,0	15	34,2
Angelim	4	36,2	6	54,1	6	53,8	3	26,7	4	35,4
Bom Conselho	8	16,5	12	24,8	6	12,3	12	24,6	9	18,4
Brejão	6	66,8	3	33,3	1	11,1	4	44,5	4	44,5
Caetés	15	52,6	7	24,5	4	13,9	7	24,2	9	31,0
Calçado	2	18,0	4	36,0	3	27,1	3	27,2	2	18,2
Canhotinho	8	32,3	8	32,2	10	40,3	9	36,3	7	28,3
Capoeiras	10	50,0	9	44,8	1	4,9	2	10,0	4	20,0
Correntes	5	27,6	5	27,5	6	32,9	4	21,9	3	16,4
Garanhuns	67	48,3	40	28,7	55	39,3	69	49,1	47	33,3
Iati	4	20,9	1	5,2	8	41,6	7	36,4	6	31,1
Itaíba	11	41,8	9	34,1	5	18,9	7	26,6	3	11,4
Jucati	4	35,2	2	17,6	2	17,5	3	26,1	1	8,7
Jupi	10	67,9	1	6,7	3	20,2	3	20,1	8	53,3
Lagoa do Ouro	4	30,6	5	38,2	4	30,4	3	22,7	1	7,5
Lajedo	29	72,7	35	87,5	12	29,7	22	54,2	10	24,5
Palmeirina	1	12,8	5	64,1	2	26,0	1	13,2	1	13,3
Paranatama	6	52,4	5	43,5	1	8,6	8	69,2	4	34,5
Saloá	4	25,3	8	50,5	3	18,9	1	6,3	7	44,1
São João	14	61,8	3	13,2	5	21,9	5	21,8	8	34,8
Terezinha	2	28,0	1	14,0	-	-	-	-	2	27,7
Total	**233**	**43,0**	**189**	**34,8**	**151**	**27,7**	**187**	**34,2**	**155**	**28,2**

Fonte: SIM; IBGE (2022). (*) Dados preliminares

No período de 2017 a 2021, ocorreram 915 óbitos por agressões na V Região de Saúde. Nota-se que a taxa de mortalidade por agressão diminuiu neste período. Em 2017 era de 43,0 e em 2021 foi de 28,2 óbitos por 100.000 habitantes (tabela 42). Em 2021, Jupi foi o município que teve a taxa mais alta (53,3).

Essas taxas demonstram o quão é importante que os municípios atentem para o âmbito das agressões, implementando ações de educação e prevenção, por exemplo, visando diminuir a ocorrência de casos de agressão, especialmente os que levam à morte. A morte por agressão, assim como os acidentes de transporte, é entendida enquanto “óbito por causa externa”. Ela traz à tona a violência presente no modo como esta sociedade se relaciona. De acordo com o CID10, o grupo “agressão” inclui muitos modos de violência. Podendo ser visualizados no CID do “X85” ao “Y09”.

3.3.1.8 Coeficiente de mortalidade por Doenças Infecciosas e Parasitárias (DIP)

Algumas DIP’s ainda persistem no quadro de mortalidade da V Região de Saúde. Pode-se afirmar que as doenças infecciosas e parasitárias têm importante participação na mortalidade em nosso país, onde algumas doenças infecciosas e fatores podem contribuir diretamente para que a taxa de óbitos por este agravo se eleve, dentre os quais se destacam a precariedade no fornecimento de água e na rede de saneamento básico.

Tabela 38 - Número e Taxa de Mortalidade por DIP segundo município de residência. V Região de Saúde, Pernambuco, 2017-2021*.

Município	2017		2018		2019		2020		2021*	
	Nº	Tx	Nº	Tx	Nº	Tx	Nº	Tx	Nº	Tx
Águas Belas	11	27,3	12	29,8	8	19,9	40	91,6	35	79,7
Angelim	3	29,4	5	49,0	3	29,4	6	53,4	10	88,5
Bom Conselho	4	8,8	5	11,0	12	26,4	44	90,2	53	108,2
Brejão	2	22,6	2	22,6	3	33,9	8	89,0	9	100,2
Caetés	9	33,9	5	18,8	3	11,3	17	58,8	17	58,5
Calçado	2	18,0	2	18,0	3	27,0	9	81,7	7	63,7
Canhotinho	8	32,6	6	24,5	4	16,3	26	105,0	15	60,6
Capoeiras	3	15,3	6	30,6	7	35,7	15	74,8	17	84,8
Correntes	5	28,7	6	34,4	7	40,2	10	54,7	7	38,2
Garanhuns	32	24,7	29	22,4	49	37,9	119	84,7	241	170,5
Iati	3	16,3	3	16,3	3	16,3	12	62,4	12	62,2
Itaíba	10	38,1	3	11,4	2	7,6	11	41,8	7	26,6
Jucati	2	18,9	5	47,2	4	37,7	8	69,7	9	78,0
Jupi	8	58,4	0	0,0	3	21,9	19	127,3	13	86,6
Lagoa do Ouro	4	33,0	1	8,2	2	16,5	6	45,4	15	112,8
Lajedo	10	27,3	10	27,3	14	38,2	55	135,5	52	127,2
Palmeirina	3	36,6	3	36,6	2	24,4	8	105,3	10	133,2
Paranatama	2	18,2	4	36,4	1	9,1	13	112,4	16	137,8
Saloá	1	6,5	2	13,1	2	13,1	15	94,6	18	113,4
São João	7	32,8	3	14,1	10	46,9	18	78,6	21	91,3
Terezinha	1	14,8	3	44,5	1	14,8	6	83,4	4	55,3
Total	**130**	**25,3**	**115**	**22,4**	**143**	**27,8**	**465**	**85,0**	**588**	**107,1**

Fonte: SIM – V Geres; IBGE (2022). (*) Dados preliminares

A tabela 38 apresenta o número e taxa de mortalidade crescente por DIP na V Região de Saúde. Sucederam 1441 óbitos no total no período de 2017 a 2021, sendo 2021 o ano com o maior coeficiente. E, entre os municípios, Garanhuns apresentou a maior taxa (170,5) neste mesmo ano.

Esses dados expressam a necessidade de um trabalho de prevenção nesse sentido. Entendendo que as DIP's envolvem fatores que não pertencem exclusivamente à governabilidade da área da saúde, é imprescindível o fortalecimento da relação da saúde com outros âmbitos da sociedade que interferem na situação de saúde da população.

Além disso, a notificação oportuna e o monitoramento possuem significativa importância no que tange compreender o comportamento das doenças infecciosas e parasitárias, com o propósito de elaboração de políticas e ações de saúde no território.

3.3.1.9 Coeficiente de mortalidade por Transtornos Mentais

O Coeficiente de mortalidade por Transtornos Mentais é calculado pelo número de óbitos devido a transtornos mentais, por 100 mil habitantes, em determinado espaço geográfico, no ano considerado. Este coeficiente estima o risco de morte por transtornos mentais e dimensiona a magnitude desses eventos como problema de saúde pública. Reflete também, as ações de atenção à saúde relacionadas à Política de Atenção à Saúde Mental.

Tabela 39 - Número e Taxa de Mortalidade por Transtornos Mentais segundo município de residência. V Região de Saúde, Pernambuco, 2017-2021*.

Município	2017	2018	2019	2020	2021*

	Nº	Tx	Nº	Tx	Nº	Tx	Nº	Tx	Nº	Tx
ÁguasBelas	2	5,0	1	2,5	-	-	-	-	1	2,3
Angelim	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Bom Conselho	1	2,2	2	4,4	1	2,2	1	2,1	-	-
Brejão	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Caetés	1	3,8	2	7,5	-	-	-	-	-	-
Calçado	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Canhotinho	1	4,1	-	-	1	4,1	-	-	1	4,0
Capoeiras	2	10,2	-	-	1	5,1	-	-	1	5,0
Correntes	-	-	-	-	-	-	1	5,5	-	-
Garanhuns	1	0,8	2	1,5	8	6,2	1	0,7	1	0,7
Iati	-	-	1	5,4	-	-			1	5,2
Itaíba	-	-	-	-	-	-	1	3,8	-	-
Jucati	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Jupi	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Lagoa do Ouro	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Lajedo	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Palmeirina	-	-	-	-	-	-	-	-	1	13,3
Paranatama	2	18,2	-	-	-	-	-	-	-	-
Saloá	-	-	-	-	2	13,1	1	6,3	-	-
São João	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Terezinha	-	-	-	-	1	14,8	-	-	-	-
Total	**10**	**1,9**	**8**	**1,6**	**14**	**2,7**	**5**	**0,9**	**6**	**1,1**

Fonte: SIM; IBGE (2022). (*) Dados preliminares

No período de 2017 a 2021 ocorreram 43 óbitos por Transtornos Mentais na V Região de Saúde, sendo 2019 o ano que obteve o maior coeficiente, atingindo 2,7. Os municípios com maior taxa de mortalidade entre 2017 e 2021 são Paranatama (18,2) em 2017, Caétes (7,5) em 2018, Terezinha (14,8) em 2019 e Palmerina (13,3), em 2021.

O coeficiente em questão aponta para a importância da promoção da saúde mental. É comum que haja a banalização do cuidado em saúde mental, colocando-a enquanto desmembrada da saúde física e muitas vezes negligenciando-a. Essa negligência pode levar a danos mentais, físicos e, inclusive, a ocorrência do óbito.

Nesse sentido, é importante garantir cuidado em saúde mental para toda a população, através da facilitação do acesso a modalidades de atenção psicológica para todos que necessitem e do acompanhamento adequado de pessoas que têm transtornos mentais.

3.3.1.10 Coeficiente de mortalidade por Uso de Álcool e Outras Drogas

Segundo a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), o uso abusivo do álcool, resulta anualmente em 3 milhões de mortes em todo o mundo, representando 5,3% de todos os óbitos.Quanto ao coeficiente de mortalidade por uso de álcool e outras drogas, na tabela abaixo é possível observar os dados da V Região de Saúde:

Tabela 40 - Número e Taxa de Mortalidade por Uso de Álcool e Outras Drogas segundo município de residência. V Região de Saúde, Pernambuco, 2017-2021*.

Munícipio	2017		2018		2019		2020		2021*	
	Nº	Tx	Nº	Tx	Nº	Tx	Nº	Tx	Nº	Tx
ÁguasBelas	4	9,9	11	27,3	5	12,4	6	13,7	3	6,8
Angelim	1	9,8	1	9,8	1	9,8	3	26,7	1	8,8
Bom Conselho	3	6,6	1	2,2	5	11,0	1	2,1	7	14,3
Brejão	1	11,3	-	-	3	33,9	1	11,1	2	22,3
Caetés	2	7,5	1	3,8	2	7,5	-	-	2	6,9
Calçado	-	-	-	-	-	-	3	27,2	2	18,2
Canhotinho	1	4,1	3	12,2	2	8,2	2	8,1	5	20,2
Capoeiras	-	-	2	10,2	2	10,2	2	10,0	4	20,0
Correntes	-	-	1	5,7	-	-	3	16,4	2	10,9
Garanhuns	13	10,0	9	7,0	10	7,7	23	16,4	19	13,4
Iati	2	10,9	1	5,4	3	16,3	1	5,2	2	10,4
Itaíba	6	22,9	1	3,8	-	-	2	7,6	2	7,6
Jucati	-	-	-	-	4	37,7	4	34,8	-	-
Jupi	2	14,6	2	14,6	1	7,3	1	6,7	2	13,3
Lagoa do Ouro	1	8,2	1	8,2	1	8,2	3	22,7	1	7,5
Lajedo	8	21,8	3	8,2	2	5,5	3	7,4	7	17,1
Palmeirina	1	12,2	-	-	-	-	2	26,3	1	13,3
Paranatama	3	27,3	1	9,1	1	9,1	2	17,3	3	25,8
Saloá	1	6,5	2	13,1	5	32,7	2	12,6	2	12,6
São João	1	4,7	-	-	1	4,7	1	4,4	1	4,3
Terezinha	1	14,8	-	-	1	14,8	-	-	-	-
Total	**51**	**9,9**	**40**	**7,8**	**49**	**9,5**	**65**	**11,9**	**68**	**12,4**

Fonte: SIM; IBGE (2022). (*) Dados preliminares

Pode-se observar, que o maior coeficiente de mortalidade em 2021 foi em Paranatama 25,8 e quatro municípios não apresentaram valores para este Coeficiente em anos consecutivos, que foram Calçado,Jucati, Palmerina e Teresinha. No período entre 2017-2021 ocorreram 273 óbitos na V Região de Saúde, sendo que em 2021, houve o maior número de óbitos, com 68 casos, e um coeficiente de 12,4.

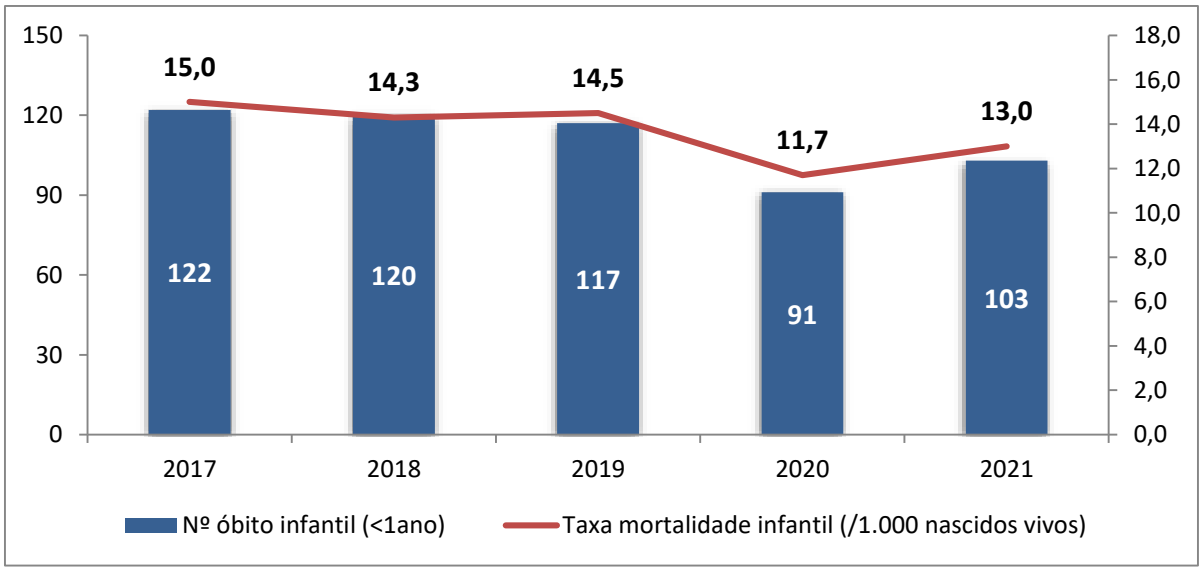
3.3.2 Mortalidade Infantil

A mortalidade infantil se constitui como um dos mais relevantes indicadores que revelam o nível de vida e bem estar social de uma determinada população, indicando um evento indesejável em saúde pública em razão de caracterizar-se como mortes precoces e, em sua maioria, evitáveis.

No Brasil, vem-se observando um declínio na taxa de mortalidade nesse grupo, porém as desigualdades intra e inter-regionais ainda subsistem. Um estudo realizado em uma região do Nordeste mostrou que, embora tenha ocorrido uma redução da TMI em todos os estratos populacionais do município, a desigualdade no risco de morte infantil aumentou nos bairros com piores condições de vida em relação àqueles de melhores condições.

A V Região de Saúde apresentou um total de 553 óbitos infantis (faixa etária menor de 1 ano), entre 2017 e 2021. Quanto à taxa de mortalidade infantil (TMI), que revela o risco de um nascido vivo em determinada população evoluir para o óbito antes de completar o primeiro ano de vida, a maior taxa na Região foi no ano de 2017, com 15,0 óbitos a cada 1.000 nascidos vivos; e a menor taxa foi observada em 2020, com 11,7 óbitos a cada 1.000 nascidos vivos (Gráfico 1).

Gráfico 11 - Nº de óbitos infantis (faixa etária menor de 1 ano) e Taxa de Mortalidade Infantil (/1.000 nascidos vivos) por ano. V Região de Saúde, Pernambuco, 2017 a 2021*.



Fonte: SINASC; SIM (2022) – V Geres. (*) Dados preliminares

Tabela 41 - Número e Taxa de Mortalidade Infantil segundo município de residência. V Região de Saúde, Pernambuco, 2017-2021*.

Município	2017		2018		2019*		2020		2021*	
	Nº	Tx	Nº	Nº	Tx	Nº	Nº	Tx	Nº	Tx
ÁguasBelas	15	20,9	11	14,1	12	15,7	6	8,8	10	14,3
Angelim	3	23,3	3	20,0	2	14,0	2	14,6	1	6,6
Bom Conselho	12	21,3	11	21,8	6	15,2	6	14,0	6	13,4
Brejão	-	-	2	12,5	2	11,7	2	11,5	3	16,9
Caetés	6	13,5	5	12,1	3	6,9	6	15,9	10	22,3
Calçado	-	-	-	-	-	-	-	-	1	8,1
Canhotinho	3	8,3	3	8,5	5	15,1	2	5,9	6	17,1
Capoeiras	5	21,4	2	8,2	4	14,5	2	6,8	5	18,5
Correntes	4	16,3	4	16,6	7	31,7	5	24,4	6	33,3
Garanhuns	31	13,8	32	13,8	36	15,9	29	13,2	25	11,7
Iati	2	7,2	5	15,4	4	14,8	4	12,1	7	21,9
Itaíba	4	11,8	5	12,5	5	13,9	4	12,1	3	7,2
Jucati	6	34,5	3	17,1	2	10,1	1	5,8	2	10,8
Jupi	4	14,3	7	23,2	6	21,7	3	10,8	1	3,3
Lagoa do Ouro	5	25,9	3	16,0	2	11,6	1	6,2	3	20,4
Lajedo	11	17,2	9	13,1	9	13,8	8	12,2	10	14,9
Palmeirina	-	-	2	19,2	-	-	1	10,2	1	12,0
Paranatama	1	4,7	2	8,3	2	10,0	1	5,2	1	5,0
Saloá	3	13,6	6	26,0	2	10,6	2	10,8	-	-
São João	4	13,0	3	8,4	3	8,5	4	12,5	2	6,0
Terezinha	3	29,1	2	19,8	5	37,3	2	23,0	-	-
Total	**122**	**15,0**	**120**	**14,3**	**117**	**14,5**	**91**	**11,7**	**103**	**13,0**

Fonte: SINASC; SIM (2022). (*) Dados preliminares

Ao analisar os dados segundo município da V Região de Saúde, em 2021, os maiores índices de mortalidade infantil foram identificados nos municípios de Caetés (22,3), Correntes (33,3), Iati(21,9), Lagoa do Ouro (20,4). (tabela 41).

Com relação às causas de morte na V Regional de Saúde de Pernambuco, observa-se na tabela 42, que as causas: Feto e recém-nascido afectados por afecções maternas, Transtornos relacionados com a gestação de curta duração e peso baixo ao nascer eSepticemia bacteriana do recém-nascido são as mais frequentes, com 6,8% de frequência cada uma, o que reflete na importância do fortalecimento das políticas publicas locais e formação dos profissionais de saúde para melhor definição das causas, bem como o fomento da criação de grupos de gestantes e implantação dos comitês de mortalidade infantil, que se mostram de fundamental importância para entender o motivo dos óbitos que poderiam ser prevenidos, propondo melhorias e soluções para os municípios evitarem novos casos.

Tabela 42 - Ordenação segundo números e percentuais das principais causas de mortalidade em menores de 1 ano. V Região de Saúde, Pernambuco, 2021*.

Causa (CID10)	2021*	
	Nº	%
Feto e recém-nascidoafectadosporafecçõesmaternas, nãoobrigatoriamenterelacionadas com a gravidezatual	7	6,8
Transtornosrelacionados com a gestação de curtaduração e peso baixoaonascer, nãoclassificadosemoutraparte	7	6,8
Septicemia bacteriana do recém-nascido	7	6,8
Feto e recém-nascidoafetadosporafecçõesmaternas, nãoobrigatoriamenterelacionadas com a gravidezatual	5	4,9
Feto e recém-nascidoafetadosporcomplicaçõesmaternas da gravidez	5	4,9
Outrasmalformaçõescongênitas do coração	5	4,9
Feto e recém-nascidoafectadosporcomplicações no trabalho de parto	4	3,9
Hipóxia intra-uterina	4	3,9
Transtornoscardiovascularesoriginados no período perinatal	4	3,9
Enterocolitenecrotizante do feto e do recém-nascido	3	2,9
Outrasafecçõesoriginadas no período perinatal	3	2,9
Desnutriçãoproteico-caloóricanãoespecificada	2	1,9
Asfixiaaonascer	2	1,9
Desconforto (angústia) respiratório(a) do recém-nascido	2	1,9
Hemorragia pulmona originada no período perinatal	2	1,9
Outros transtornoshematológicosperinatais	2	1,9
Transtornostransitórios do metabolismo dos carboidratosespecíficos do feto e do recém-nascido	2	1,9
Malformaçõescongênitas do pulmão	2	1,9
Malformaçõescongênitasnãoespecificadas	2	1,9
Outras	33	32,0
Total	**103**	**100,0**

Fonte: SINASC; SIM (2022). (*) Dados preliminares

3.3.2.1 Mortalidade Infantil Neonatal

Este indicador refere-se ao número de óbitos de crianças entre 0e 27 dias de vida, por mil nascidos vivos, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado. Esses dados refletem de uma forma geral as condições da gestação e parto, bem como, a qualidade da assistência prestada em ambos os momentos. A redução na taxa de mortalidade neonatal observada na V Regional de saúde nos anos de 2020 e 2021 (tabela 43) em comparação aos anos analisados podem sugerir melhorias nas práticas de atenção ao recém-nascido de risco nos segmentos ambulatórial, hospitalar e domiciliar.

Tabela 43 - Número e Taxa de Mortalidade Infantil Neonatal segundo município de residência. V Região de Saúde, Pernambuco, 2017-2021*.

Município	2017		2018		2019		2020		2021*	
	Nº	Tx	Nº	Nº	Tx	Nº	Nº	Tx	Nº	Tx
ÁguasBelas	11	15,3	11	14,1	16	20,9	4	5,9	7	10,0

Angelim	1	7,8	2	13,3	3	21,0	2	14,6	1	6,6
Bom Conselho	6	10,7	4	7,9	8	20,3	6	14,0	3	6,7
Brejão	3	17,0	3	18,8	3	17,5	1	5,7	3	16,9
Caetés	5	11,2	10	24,2	8	18,3	4	10,6	8	17,9
Calçado	-	-	4	30,5	-	-	-	-	1	8,1
Canhotinho	8	22,2	4	11,4	10	30,2	1	2,9	5	14,3
Capoeiras	7	29,9	8	32,8	9	32,7	1	3,4	2	7,4
Correntes	3	12,2	4	16,6	6	27,1	3	14,6	4	22,2
Garanhuns	34	15,1	32	13,8	44	19,4	19	8,7	17	7,9
Iati	6	21,6	4	12,3	7	25,8	3	9,1	4	12,5
Itaíba	10	29,4	2	5,0	11	30,6	2	6,1	2	4,8
Jucati	3	17,2	3	17,1	5	25,1	-	-	1	5,4
Jupi	1	3,6	1	3,3	4	14,4	2	7,2	1	3,3
Lagoa do Ouro	2	10,4	4	21,4	2	11,6	1	6,2	2	13,6
Lajedo	6	9,4	11	16,0	11	16,9	6	9,2	7	10,5
Palmeirina	3	25,2	3	28,8	3	29,7	-	-	1	12,0
Paranatama	2	9,3	7	29,2	3	14,9	1	5,2	1	5,0
Saloá	2	9,1	7	30,3	2	10,6	1	5,4	-	-
São João	2	6,5	6	16,8	5	14,1	2	6,3	2	6,0
Terezinha	3	29,1	-	-	4	29,9	2	23,0	-	-
Total	**118**	**14,5**	**130**	**15,5**	**164**	**20,4**	**61**	**7,9**	**72**	**9,1**

Fonte: SINASC; SIM (2022). (*) Dados preliminares

3.3.2.2 Mortalidade Infantil Pós neonatal

O indicador em questão estima o risco de um nascido vivo, entre 28 a 364 dias de vida completos, morrer por meio do número de óbitos, por mil nascidos vivos, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.

De maneira geral, este indicador reflete as condições socioeconômicas e ambientais, que acarretam comorbidades como desnutrição infantil e demais problemas de saúde por elas desencadeados, bem como o acesso e a qualidade dos recursos disponíveis ao público materno-infantil.

Tabela 44 - Número e Taxa de Mortalidade Infantil Pós Neonatal segundo município de residência. V Região de Saúde, Pernambuco, 2017-2021*.

Município	**2017**		**2018**		**2019**		**2020**		**2021***	
	Nº	**Tx**	**Nº**	**Nº**	**Tx**	**Nº**	**Nº**	**Tx**	**Nº**	**Tx**
Águas Belas	5	7,0	4	5,1	5	6,5	2	2,9	3	4,3
Angelim	2	15,5	-	-	-	-	-	-	-	-
Bom Conselho	2	3,6	5	9,9	3	7,6	-	-	3	6,7
Brejão	-	-	-	-	1	5,8	1	5,7	-	-

Caetés	3	6,7	-	-	-	-	2	5,3	2	4,5
Calçado	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Canhotinho	2	5,6	-	-	1	3,0	1	2,9	1	2,9
Capoeiras	2	8,5	1	4,1	1	3,6	1	3,4	3	11,1
Correntes	3	12,2	1	4,1	2	9,0	2	9,8	2	11,1
Garanhuns	10	4,4	8	3,5	7	3,1	10	4,6	8	3,7
Iati	1	3,6	1	3,1	1	3,7	1	3,0	3	9,4
Itaíba	1	2,9	-	-	-	-	2	6,1	1	2,4
Jucati	2	11,5	2	11,4	1	5,0	1	5,8	1	5,4
Jupi	3	10,8	3	9,9	2	7,2	1	3,6	-	-
Lagoa do Ouro	-	-	-	-	1	5,8	-	-	1	6,8
Lajedo	5	7,8	4	5,8	2	3,1	2	3,1	3	4,5
Palmeirina	-	-	1	9,6	-	-	1	10,2	-	-
Paranatama	1	4,7	1	4,2	1	5,0	-	-	-	-
Saloá	-	-	3	13,0	-	-	1	5,4	-	-
São João	3	9,7	-	-	1	2,8	2	6,3	-	-
Terezinha	1	9,7	-	-	-	-	-	-	-	-
Total	**46**	**5,7**	**34**	**4,0**	**29**	**3,6**	**30**	**3,9**	**31**	**3,9**

Fonte: SINASC; SIM (2022). (*) Dados preliminares

Constata-se que a V Região de Saúde apresentou a maior taxa de mortalidade pós-neonatal no ano de 2017. Cinquenta e sete porcento dos municípios que compõem a regional registraram óbitos em 2021, com os municípios de Correntes e Capoeiras registrando uma taxa de 11,1, maiores da região.

3.3.2.3 Mortalidade Perinatal

O período perinatal tem seu início com 22 semanas completas de gestação e termina aos sete dias completos após o nascimento (BRASIL, 2009). Este coeficiente possui significativa importância por externar as condições de saúde maternas e neonatais, refletindo fatores biológicos, sociais, culturais e falhas nos serviços de saúde ofertados.

Analisando a série histórica de 2017 a 2021, observa-se que os últimos anos apresentam reduções nas taxas de mortalidade perinatal, sem registro de casos nos municípios de Calçado e Jucati no ano de 2020 e Angelim e Saloá em 2021. As maiores taxas de mortalide perinatal em 2021 estão nos municípios de Correntes e Lagoa do Ouro, com 33,3 e 34,0 por 1000 mil nascidos vivos, repectivamente.

.

Tabela 45 - Número e Taxa de Mortalidade Perinatal segundo município de residência. V Região de Saúde, Pernambuco, 2017-2021*.

Município	2017		2018		2019		2020		2021*	
	Nº	Tx	Nº	Tx	Nº	Tx	Nº	Tx	Nº	Tx
ÁguasBelas	18	24,8	15	19,0	16	20,6	15	22,1	13	18,6
Angelim	2	15,4	4	26,3	4	27,4	3	21,9	-	-
Bom Conselho	13	22,9	16	31,1	10	24,9	9	21,0	10	22,3
Brejão	5	27,6	3	18,6	4	23,0	5	28,7	4	22,6
Caetés	7	15,5	7	16,7	7	15,8	8	21,2	11	24,6
Calçado	1	7,3	1	7,6	-	-	-	-	-	-
Canhotinho	6	16,4	8	22,5	11	32,4	2	5,9	6	17,1
Capoeiras	12	49,2	3	12,2	7	24,9	5	17,1	5	18,5
Correntes	3	12,1	6	24,6	6	26,7	4	19,5	6	33,3
Garanhuns	46	20,2	44	18,8	46	20,1	34	15,5	39	18,2
Iati	1	3,6	8	24,4	7	25,5	8	24,2	7	21,9
Itaíba	4	11,7	10	24,6	8	22,0	3	9,1	5	12,0
Jucati	3	17,1	2	11,4	5	24,6	-	-	2	10,8
Jupi	5	17,6	5	16,4	7	24,9	6	21,7	2	6,5
Lagoa do Ouro	6	30,9	5	26,2	1	5,8	3	18,6	5	34,0
Lajedo	15	23,2	17	24,3	10	15,2	12	18,3	15	22,4
Palmeirina	1	8,3	3	28,3	3	28,8	2	20,4	1	12,0
Paranatama	2	9,2	1	4,2	7	33,8	3	15,5	1	5,0
Saloá	6	26,9	7	29,8	4	20,8	4	21,5	-	-
São João	6	19,2	8	22,0	5	14,0	6	18,8	7	21,1
Terezinha	2	19,0	3	29,4	8	58,4	2	23,0	1	10,3
Total	**164**	**19,9**	**176**	**20,7**	**176**	**21,6**	**134**	**17,3**	**140**	**17,6**

Fonte: SINASC; SIM (2022). (*) Dados preliminares

3.3.2.4 Taxa de mortalidade infantil por Doença Diarreica Aguda (DDA)

A doença diarreica aguda (DDA) se caracteriza como uma importante causa de mortalidade no país, por estar relacionado às precárias condições de vida. Esse cenário está diretamente relacionado à ausência de saneamento básico, principalmente a inexistência de redes de esgoto; ao acesso a água tratada e ruptura no processo de acondicionamento, coleta, transporte e destino final dos resíduos sólidos.

Na V Região, entre os anos de 2017 e 2021 ocorreram oito casos de óbitos por doenças diarreicas agudas com diminuição aparente no número de óbitos, essa dimunuição pode dever-se apenas ao aumento da mortalidade por outras causas. Importante ressaltar que nos anos de 2020 e 2021 apenas os municípios de Saloá e Iati apresentaram óbitos, ambos com 01 registro.

Tabela 46 - Número e Taxa de Mortalidade Infantil por Doenças Diarreicas Agudas segundo município de residência. V Região de Saúde, Pernambuco, 2017-2021*.

Município	2017		2018		2019		2020		2021*	
	Nº	Tx	Nº	Tx	Nº	Tx	Nº	Tx	Nº	Tx
ÁguasBelas	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Angelim	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Bom Conselho	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Brejão	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Caetés	1	2,2	-	-	-	-	-	-	-	-
Calçado	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Canhotinho	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Capoeiras	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Correntes	2	8,2	-	-	-	-	-	-	-	-
Garanhuns	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Iati	-	-	-	-	1	3,7	-	-	1	3,1
Itaíba	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Jucati	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Jupi	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Lagoa do Ouro	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Lajedo	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Palmeirina	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Paranatama	-	-	1	4,2	-	-	-	-	-	-
Saloá	-	-	-	-	-	-	1	5,4	-	-
São João	1	3,2	-	-	-	-	-	-	-	-
Terezinha	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Total	**4**	**0,5**	**1**	**0,1**	**1**	**0,1**	**1**	**0,1**	**1**	**0,1**

Fonte: SINASC; SIM (2022). (*) Dados preliminares

3.3.2.5 Taxa de mortalidade infantil por pneumonia

Este indicador encontra-se entre as causas de óbitos que poderiam ser evitadas, podendo refletir sobre a qualidade da atenção à saúde realizadas na Atenção Primária para este grupo, uma vez que a unidade de saúde detém o encargo de ser porta de entrada das crianças no SUS, no qual o acompanhamento da criança deve prever ações para todo o ciclo de vida.

Tabela 47 - Número e Taxa de Mortalidade Infantil por Pneumonia segundo município de residência. V Região de Saúde, Pernambuco, 2017-2021*.

Município	2017		2018		2019		2020		2021*	
	Nº	Tx	Nº	Tx	Nº	Tx	Nº	Tx	Nº	Tx
Águas Belas	-	-	-	-	1	1,3	1	1,5	-	-
Angelim	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Bom Conselho	1	1,8	-	-	-	-	1	2,3	-	-
Brejão	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Caetés	-	-	-	-	-	-	1	2,6	-	-
Calçado	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Canhotinho	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Capoeiras	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Correntes	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Garanhuns	1	0,4	-	-	-	-	1	0,5	1	0,5
Iati	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Itaíba	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Jucati	-	-	1	5,7	-	-	-	-	-	-
Jupi	-	-	2	6,6	-	-	-	-	-	-
Lagoa do Ouro	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Lajedo	2	3,1	1	1,5	-	-	2	3,1	-	-
Palmeirina	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Paranatama	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Saloá	-	-	1	4,3	-	-	-	-	-	-
São João	-	-	-	-	1	2,8	-	-	-	-
Terezinha	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Total	**4**	**0,5**	**5**	**0,6**	**2**	**0,2**	**6**	**1,4**	**1**	**0,5**

Fonte: SINASC; SIM (2022). (*) Dados preliminares

Os dados descritos na tabela 47 podem apresentar uma cobertura insatisfatória pelos municípios, relevando uma subnotificação expressiva do número de óbitos. Além disso as imprecisões na declaração de óbito podem comprometer a consistência desse indicador. No ano de 2021 apenas o município de Garanhuns notificou um óbito infantil por pneumonia na região.

3.3.3 Mortalidade Materna

A mortalidade materna caracteriza-se como todo óbito de uma mulher durante a gestação ou até 42 dias após o término da gravidez independente da duração ou da localização dessa gravidez, em razão de qualquer causa associada com ou agravada pela gravidez ou por medidas em relação a ela (CID 10, 2008).

A Razão por Mortalidade Materna(RMM) elevada se torna um importante indicador sobre a saúde da mulher por se tratar de óbitos evitáveis e sensíveis às desigualdades socioeconômicas e fragilidades da rede de saúde, retratando assim, o cenário real das condições de saúde, cobertura e a qualidade do serviço ofertado.Traduzindo-se no principal indicador para avaliar a qualidade da assistência às mulheres durante o pré-natal, parto e nascimento.

Pelos Objetivos de Desenvolvimento sustentável(ODS), o terceiro objetivo, que se refere a assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todos, em todas as idades, coloca como meta para o Brasil reduzir a razão de mortalidade materna para no máximo 30 mortes por 100.000 nascidos vivos até 2030.

A série histórica da V Região de saúde apresentada na tabela 33 mostra linearidade na Razão de mortalidade materna, com excessão do ano de 2020 que apresenta um aumento significativo para a região, com RMM de 2,5 por 100 mil nascidos vivos.

Vale ressaltar que os cuidados com a saúde da mulher necessitam compreender o planejamento familiar, a assistência ao pré-natal, parto e puerpério, fatores esses imprescindíveis para prevenção de mortes maternas, visto que taxas elevadas neste indicador remetem à insatisfatória prestação de serviços de saúde a este grupo.

Tabela 48 - Número e Taxa de Mortalidade Materna segundo município de residência. V Região de Saúde, Pernambuco, 2017-2021*.

Município	2017		2018		2019		2020		2021	
	Nº	Tx	Nº	Tx	Nº	Tx	Nº	Tx	Nº	Tx
Águas Belas	1	1,4	-	-	-	-	2	2,9	-	-
Angelim	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Bom Conselho	1	1,8	-	-	-	-	-	-	-	-
Brejão	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Caetés	1	2,2	-	-	1	2,3	-	-	-	-
Calçado	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Canhotinho	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Capoeiras	-	-	-	-	-	-	1	3,4	-	-
Correntes	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Garanhuns	1	0,4	2	0,9	-	-	2	0,9	1	5,3
Iati	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Itaíba	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Jucati	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Jupi	-	-	1	3,3	-	-	-	-	-	-
Lagoa do Ouro	-	-	1	5,3	-	-	-	-	-	-
Lajedo	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Palmeirina	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Paranatama	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Saloá	-	-	1	4,3	-	-	3	16,1	1	0,5
São João	-	-	-	-	1	2,8	1	3,1	-	-
Terezinha	-	-	-	-	1	7,5	-	-	-	-
Total	**4**	**0,5**	**5**	**0,6**	**3**	**0,4**	**9**	**2,5**	**2**	**0,9**

Fonte: SINASC; SIM (2022). (*) Dados preliminares

3.3.4 Mortalidade deMulheres em Idade Fértil (MIF)

Quando visualizamos a ocorrência de mortalidade em mulheres em idade fértil (10 a 49 anos), observa-se óbitos de mulheres em plena atividade produtiva o que acarreta em perdas no aspecto social-econômico, intelectual e, especialmente, danos emocionais para os familiares das vítimas.

Entende-se que as mortes entre mulheres em idade reprodutiva são causas que poderiam ser evitadas, conferindo assim o seu aumento em decorrência de insuficientes medidas preventivas e acesso à assistência a mulheres nesta faixa etária. A garantia de uma atenção à saúde da mulher de forma integral é um indispensável elemento que favorece a redução da mortalidade por estas causas nesta faixa etária.

A tabela 49 presenta a distribuição da Taxa de Mortalidade de mulheres em idade fértil nos municípios da V Região de Saúde. Em relação a este indicador, observou-se aumento na proporção de óbitos entre os anos de 2017 e 2021, com excessão do ano de 2018. Os anos de 2020 e 2021 representam a maior expressão desse coeficiente com 13,1 e 13,4 respectivamente. Percebe-se, também, que em 2020, os municípios de Garanhuns (67), Bom Conselho (23) e Águas Belas (20) apresentaram o maior número de óbitos de mulheres em idade fértil.

Tabela 49 - Número e proporção de óbitos em mulheres em idade fértil segundo município de residência. V Região de Saúde, Pernambuco, 2017-2021*.

Município	2017		2018		2019		2020		2021*	
	Nº	Tx	Nº	Tx	Nº	Tx	Nº	Tx	Nº	Tx
ÁguasBelas	15	9,6	14	11,2	12	8,9	20	15,3	24	18,3
Angelim	2	5,9	1	2,3	-	-	4	11,7	4	11,7
Bom Conselho	12	7,2	16	10,1	21	13,0	23	15,4	14	9,4
Brejão	9	21,4	3	9,4	4	11,8	3	10,8	4	14,5
Caetés	6	7,1	9	12,2	7	8,5	9	10,3	6	6,9
Calçado	1	3,3	1	3,7	7	17,1	3	9,4	7	22,0
Canhotinho	7	8,4	6	7,7	7	9,2	8	11,0	10	13,9
Capoeiras	7	10,3	4	5,5	6	7,6	5	8,4	10	16,9
Correntes	4	7,4	3	6,5	8	14,3	4	7,3	12	21,8
Garanhuns	49	9,7	42	8,5	35	7,4	67	14,8	65	14,4
Iati	6	11,3	3	6,7	5	8,3	4	7,1	8	14,1
Itaíba	8	10,0	5	7,6	5	6,8	6	7,7	6	7,7
Jucati	4	13,8	4	10,0	-	-	3	8,6	3	8,6
Jupi	5	9,8	4	8,0	3	6,0	3	6,5	5	10,9
Lagoa do Ouro	3	7,3	4	11,8	3	5,8	3	7,4	7	17,2
Lajedo	17	11,3	12	9,6	11	7,3	21	16,3	13	10,0
Palmeirina	-	-	1	4,3	1	4,3	6	26,7	-	-
Paranatama	6	11,5	6	10,2	4	8,5	8	24,1	10	30,1
Saloá	3	5,0	2	3,6	4	7,8	9	18,8	11	23,0
São João	9	12,3	7	9,9	10	14,5	11	15,3	7	9,8
Terezinha	2	7,7	-	-	3	11,5	-	-	-	-
Total	**175**	**9,4**	**147**	**8,4**	**156**	**8,6**	**220**	**13,1**	**226**	**13,4**

Fonte: SIM; IBGE (2022). (*) Dados preliminares

3.4 Indicadores doPrograma de Qualificação das Ações de Vigilância em Saúde (PQA-VS)

O PQA-VS foi instituído em 2013 e regulamentado pelas Portarias de Consolidação nº 5 e nº 6, ambas de 28 de setembro de 2017com o objetivo de induzir

a melhoria do desenvolvimento das ações de Vigilância em Saúde, com a implantação da gestão baseada em resultados, por meio das seguintes estratégias: dar visibilidade às ações de Vigilância em Saúde (VS), com base em indicadores básicos e fundamentais para a mensuração de resultados de um conjunto de ações; estabelecer metas a serem alcançadas; estimular o planejamento e a programação de ações; premiar municípios e estados com o repasse de recursos financeiros em função do número de metas alcançadas e de acordo com seu porte populacional.

São definidos na Portaria supracitada, o financiamento, as diretrizes, a metodologia de adesão e os critérios de avaliação dos Estados, Distrito Federal e Municípios, como também, os compromissos e responsabilidades a serem assumidas por cada esfera de governo e expressas em metas estabelecidas. O ente federativo que atender os requisitos previstos recebe o valor correspondente até 20% (vinte por cento) do valor anual do Piso Fixo de Vigilância em Saúde (PFVS).

As diretrizes do PQA-VS são:

I - o processo contínuo e progressivo de melhoria das ações de vigilância em saúde queenvolva a gestão, o processo de trabalho e os resultados alcançados pelos Estados, DistritoFederal e Municípios;

II - a gestão baseada em compromissos e resultados, expressos em metas de indicadorespactuados, constantes do Anexo I a esta Portaria; e

III - adesão voluntária de Estados, Distrito Federal e Municípios.

Vale ressaltar que Em virtude da Emergência Internacional em Saúde Pública, devido à pandemia pelo COVID-19, e a disseminação da doença no território brasileiro, o GTVS definiu a manutenção em 2020 do regramento do PQA-VS, incluindo indicadores, metas e Fichas de Qualificação, vigentes em 2019, com alguns ajustes.

No quadro 2 é possível observar o desempenho da V Regional de saúde nos anos de 2018 a 2021. Ao analisarmos indicadores isolados identificamos uma heterogeneidade entre os anos, com baixa proporção de municípios atingindo as metas para os indicadores 04, 06 e 11 e uma dimunição acentuada do indicador 12 no ano de 2020, com pequena recuperação nos dados parciais de 2021. Os indicadores citados refletem a necessidade de avaliações e reformulações periódicas das ações executadas para a qualificação das práticas em saúde pública na V Regional de saúde,afim de melhorar as ações de vigilância em saúde.

Quadro 2-Resultados dos indicadores do PQA-VS segundo indicador e ano. V Região de Saúde, Pernambuco, 2018-2021.

Indicador	%			
	2018	2019	2020	2021
Indicador 1 - Proporção de registros de óbitos alimentados no SIM em relação ao estimado, recebidos na base federal em até 60 dias após o final do mês de ocorrência	35,0	71,4	75,0	100,0
Indicador 2 - Proporção de registros de nascidos vivos alimentados no Sinasc em relação ao estimado, recebidos na base federal até 60 dias após o final do mês de ocorrência	85,7	65,0	55,0	66,7
Indicador 3 - Proporção de salas de vacina com alimentação mensal das doses de vacinas aplicadas e da movimentação mensal de imunobiológicos, no sistema oficial de informação do Programa Nacional de Imunizações de dados individualizados, por residência	81,0	100,0	57,1	42,9
Indicador 4 - Proporção de vacinas selecionadas que compõem o Calendário Nacional de Vacinação para crianças menores de 1 ano de idade (Pentavalente - 3ª dose, Poliomielite - 3ª dose, Pneumocócica 10 valente - 2ª dose) e para crianças de 1 ano de idade (tríplice viral - 1ª dose) – com coberturas vacinais preconizadas	76,2	28,6	4,7	4,7
Indicador 5 - Percentual de amostras analisadas para o residual de agente desinfetante em água para consumo humano (parâmetro: cloro residual livre, cloro residual combinado ou dióxido de cloro)	78,9	89,5	100,0	76,1
Indicador 6 - Proporção de casos de doenças de notificação compulsória imediata nacional (DNCI) encerrados em até 60 dias após notificação	50,0	42,9	50,0	50,0
Indicador 7 - Proporção de casos de malária que iniciaram tratamento em tempo oportuno	Sem casos	Sem casos	Sem casos	Sem casos
Indicador 8 - Número de ciclos que atingiram mínimo de 80% de cobertura de imóveis visitados para controle vetorial da dengue	76,2	85,7	81,0	76,2
Indicador 9 - Proporção de contatos examinados de casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes	92,3	100,0	80,0	91,7
Indicador 10 - Proporção de contatos examinados de casos novos de tuberculose pulmonar com confirmação laboratorial	100,0	100,0	58,3	75,0
Indicador 11 - Número de testes de sífilis por gestante	42,9	76,2	66,7	52,3
Indicador 12 - Número de testes de HIV realizado	100,0	90,5	14,3	33,3
Indicador 13 - Proporção de preenchimento do campo “ocupação” nas notificações de agravos relacionados ao trabalho	95,0	94,7	88,9	81,3
Indicador 14 - Proporção de notificações de violência interpessoal e autoprovocada com o campo raça/cor preenchido com informação válida	95,2	100,0	100,0	100,0

Fonte: V Geres (2022). (*) Dados preliminares

Nota: Indicador 3, 11,12 sofreram alterações na redação no método de cálculo em relação ao ano de 2019.

3.5 Imunização

Com o objetivo de realizar uma análise das ações de imunizações da V Região de Saúde, considerando coberturas vacinais, taxa de abandono segundo município, a seguir, estão apresentados dados e informações sobre as vacinas de rotina (BCG, Hepatite B em crianças até 30 dias, Febre amarela Rotavírus, Pneumocócica 10-valente, Poliomielite Inativa (VIP), Pentavalente, Meningocócica C, Hepatite A, Triplice Viral - 1ª e 2ª dose). Este tema, também foi abordado no tópico anterior, referente às vacinas monitoradad no PQA-VS e ainda no tópico do Programa Previne Brasil.

A vacinação no primeiro ano de vida é essencial, pois atua como fator de prevenção de doenças infectocontagiosas que podem causar complicações, sequelas ou até mesmo o óbito. A imunização é compreendida por modificar o curso da transmissão dessas doenças e por reduzir o percentual de morbimortalidade (SANTOS et al, 2011).

Para tanto, o alcance da erradicação e controle de doenças imunopreveníveis está diretamente relacionado a existência de altas e homogêneas coberturas vacinais (BRASIL, 2015). A análise das Coberturas Vacinais é fundamental, pois, associada a outros métodos de avaliação, possibilita a estratificação de risco para a transmissão das doenças imunopreveníveis e direciona estratégias de intervenção cabíveis para sanar o problema.

As coberturas vacinais são importantes indicadores da situação de saúde, assim como do serviço prestado a população (CARDOSO; NISHIDA, 2017). Para garantir uma proteção eficaz das doenças imunopreveníveis, é preciso que se obtenha bons resultados para as coberturas vacinais (CV), de acordo com as metas preconizadas pelo Ministério da Saúde.

Para CV adequadas, é necessário considerar as doses aplicadas em tempo oportuno, inicio do esquema vacinal dentro da faixa etária preconizada e conclusão do esquema básico (FERREIRA et al, 2018).

A tabela 49 demonstra que em 2021, a média regional de cobertura vacinal em menores de 1 ano, segundo vacina, ficou abaixo de 70%. Ao analisar cada vacina, nota-se que no município de Garanhuns, existe uma alta cobertura vacinal, ultrapassando os valores de 100% da população alvo. Este valor, pode estar relacionado a vários fatores como: a migração da população de outros municípios para o município de Garanhuns em busca de vacinação, discrepância no cálculo da

população alvo da vacina e/ou o registro incorreto das doses aplicadas. Além disso, a principal causa da elevada cobertura das vacinas BCG e Hep. B no município de Garanhuns é o fato de que estas vacinas são aplicadas ao nascer, preferencialmente ainda na maternidade, dessa forma, considerando que o Hospital Regional Dom Moura é referência para assistência ao parto para os 21 municípios, a elevada taxa de nascimentos neste hospital eleva os dados sobre estas vacinas no município.

Tabela 50 - Coberturas (%) Vacinais de Rotina de indivíduosmenores de um ano (entre 0 a 11 meses e 29 dias) segundo município. V Região de Saúde/PE, 2021*.

Município	BCG	Hepatite B em crianças até 30 dias	Rotavírus	Meningocócica C	Pentavalente	Pneumocócica 10	Poliomielite inativa (VIP)	Febre amarela	Hepatite A	Tríplice viral D1	Tríplice viral D2
Águas Belas	13,21	13,49	63,49	58,52	55,40	70,74	63,07	57,53	67,61	67,19	54,69
Angelim	38,17	38,93	70,99	54,20	46,56	75,57	53,44	49,62	42,75	52,67	35,88
Bom Conselho	52,12	50,00	42,33	33,33	37,30	48,15	40,74	17,99	28,04	38,36	20,63
Brejão	31,21	31,21	68,79	68,79	77,71	68,79	80,25	53,50	68,15	68,15	62,42
Caetés	37,91	32,67	54,86	45,64	52,37	54,86	50,87	30,92	41,40	43,39	36,16
Calçado	25,42	26,27	67,80	77,12	72,03	72,03	71,19	48,31	79,66	73,73	42,37
Canhotinho	66,34	58,75	54,13	61,06	53,80	60,73	46,53	34,32	40,59	37,29	29,37
Capoeiras	45,24	42,86	54,37	51,59	60,71	53,97	55,95	43,25	54,37	56,35	19,84
Correntes	16,75	17,24	33,00	34,48	34,98	35,96	31,53	33,99	21,18	37,93	37,93
Garanhuns	156,28	152,81	51,18	52,28	52,77	54,35	52,43	36,32	52,43	66,62	26,98
Iati	72,58	66,13	79,84	79,44	89,92	87,50	95,16	82,26	72,18	86,69	63,71
Itaíba	34,65	34,65	49,24	45,90	45,90	51,37	50,76	27,96	49,85	47,42	18,84
Jucati	24,18	22,53	70,88	67,58	71,98	76,37	73,63	50,00	64,29	67,58	39,56
Jupi	38,58	37,80	64,57	49,61	72,83	65,75	72,83	37,01	74,80	70,87	60,24
Lagoa do Ouro	30,38	27,85	46,84	56,33	64,56	52,53	64,56	44,94	60,76	63,29	40,51
Lajedo	22,07	22,24	56,69	58,19	63,38	60,54	63,21	38,80	58,86	61,54	20,57
Palmeirina	11,83	10,75	12,90	16,13	23,66	24,73	13,98	16,13	9,68	20,43	16,13
Paranatama	17,39	17,93	64,67	60,33	61,41	66,30	59,24	37,50	48,91	49,46	35,33
Saloá	53,18	45,09	64,74	65,32	64,74	63,58	63,58	48,55	70,52	79,77	35,84
São João	40,00	39,69	32,62	32,00	35,38	33,54	31,08	22,77	33,54	34,46	24,62
Terezinha	33,33	33,33	60,16	56,91	60,16	58,54	60,98	36,59	62,60	47,97	38,21
Total	**68,86**	**66,64**	**54,50**	**52,89**	**55,46**	**58,00**	**55,84**	**39,38**	**52,79**	**58,61**	**33,56**

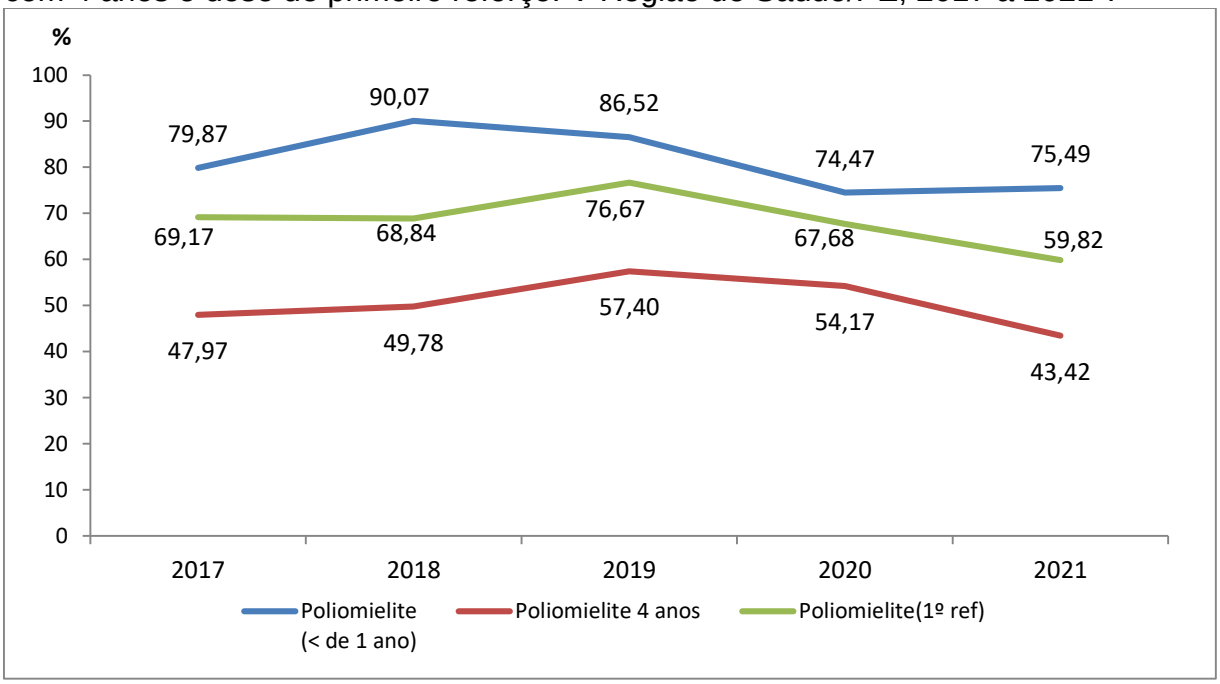
Fonte: SI-PNI/CGPNI/DEIDT/SVS/MS(2022). Dados sujeitos à alteração.

O esquema de imunização contra a poliomielite no Brasil (no momento) ocorre da seguinte forma: A vacina da poliomielite inativa 1, 2 e 3 (VIP) é administrada em 03 doses por via intramuscular, preferencialmente aos 02, 04 e 06 meses de vida da criança. Sendo o esquema básico para a poliomielite. Há também o esquema de Reforço vacinal que deverá acontecer com a vacina contra a poliomielite Atenuada 1 e 3 (VOP) administrada em 02 doses por via oral, aos 15 meses (1º Ref) e aos 4 anos (2º Ref).

As coberturas vacinais são indicadores importantes na avaliação de risco para a reintrodução da poliomielite, baixas coberturas vacinais e/ou coberturas heterogêneas aumentam a suscetibilidade para a infecção do poliovírus.

O Gráfico 12 apresenta a cobertura vacinal da Poliomielite, onde é possível observar que em todas as doses da vacina houve uma queda no ano de 2020 e, apenas nas doses de menor de 1 ano houve um pequeno aumento na cobertura em 2021, nas demais doses o gráfico continua descendente. Esta situação bastante preocupante se repete em outras vacinas do calendário básico devido ao impacto causado pela pandemia da COVID-19, que comprometeu a CV de forma geral.

Gráfico 12 - Cobertural vacinal da Poliomielite em indivíduos menores de de 1 ano, com 4 anos e dose de primeiro reforço. V Região de Saúde/PE, 2017 a 2021*.

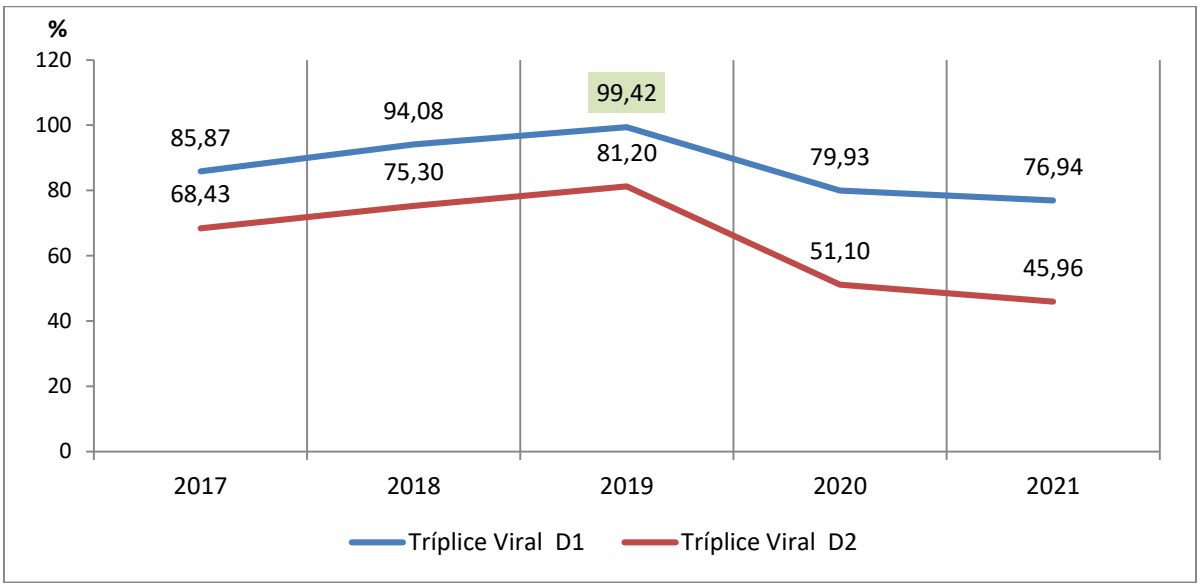


Fonte: SIPNI-TABNET (2022). *Dadossujeitos à alteração.

A vacina Tríplice viral, que protege contra sarampo, caxumba e rubéola, é administrada, no calendário básico, em duas doses, que são consideradas para avaliação da CV, o gráfico 4 apresenta o cenário do recorte temporal da CV em 5 anos, observa-se a queda na CV em 2020 e 2021, também relacionado a pandemia da COVOD-19. Esta situação representa um grande risco epidemiológico para a transmissão do sarampo.

Os dados demonstram que para eficácia e proteção desejada se faz necessário a finalização de todo esquema vacinal. As orientações das idades adequadas para aplicação de cada imunizante têm como objetivo maximizar a proteção e reduzir possíveis riscos aos indivíduos (FERREIRA, et al, 2018). A redução nas CV, que se observa historicamente na dose 2 da vacina, ressalta ainda mais a preocupação quanto a suscetibilidade das crianças às doenças imunopreveníveis.

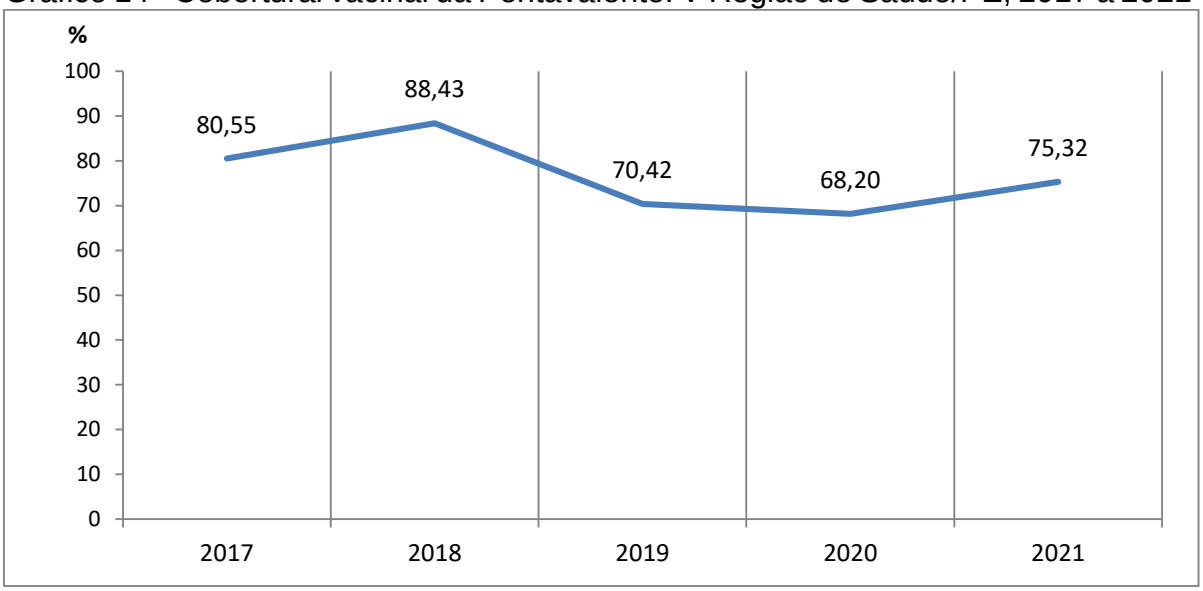
Gráfico 13 - Cobertural vacinal da Tríplice viral (D1 e D2). V Região de Saúde/PE, 2017 a 2021*.



Fonte: SIPNI-TABNET (2022). *Dadossujeitos à alteração.

A vacina pentavalente, como o nome já sugere, faz proteção contra 5 afecções. Ela age contra difteria, tétano, coqueluche, hepatite B e bactéria Haemophilus influenza tipo b (causadora de infecções no nariz e garganta). Seu esquema vacinal consiste em três doses, que se iniciam aos 2 meses de vida, até os 6 meses (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020). Segue a cobertura vacinal da V Região.

Gráfico 14 - Cobertural vacinal da Pentavalente. V Região de Saúde/PE, 2017 a 2021*.



Fonte: SIPNI-TABNET (2022). *Dadossujeitos à alteração.

Diante da série histórica apresentada, nota-se que em 2019 houve uma queda, esta queda se deu por problemas na produção da vacina no segundo semestre do referido ano, que gerou desabastecimento em postos de saúde de todo Brasil. Em 2020, com a Pandemia da COVID-19 essa cobertura continuou caindo, apenas em 2021 observa-se um pequeno aumento, porém ainda permanece abaixo dos 95% de cobertura preconizados.

A taxa de abandono exprime a aceitação da imunização pela população e, enquanto um indicador do Programa Nacional de Imunização, aplica-se a vacinas com esquemas multidoses (FONSECA, BUENAFUENTE, 2021). A taxa de abandono é o cálculo do percentual de vacinados que iniciaram o esquema vacinal e não finalizaram. É calculada pela diferença entre a quantidade de D1 e quantidade de doses que finalizou o esquema vacinal, dividido pelo total de D1, multiplicado por 100 = TX. A tabela abaixo demonstra as taxas de abandono dos municípios da V Região de 2017 a 2021.

Tabela 51 - Taxa de abandono de vacinação segundo município. V Região de Saúde/PE, 2021*.

Município	%

	2017	2018	2019	2020	2021*
Águas Belas	15,62	11,89	16,43	17,12	24,13
Angelim	29,72	-	26,45	6,31	19,26
Bom Conselho	14,85	10,31	14,98	18,06	22,26
Brejão	11,12	38,54	0,92	16,22	23,76
Caetés	5,80	23,48	22,26	12,48	-
Calçado	9,90	40,41	12,56	13,25	11,26
Canhotinho	16,24	-	18,95	-	16,46
Capoeiras	12,63	23,23	-	4,50	17,15
Correntes	16,78	13,84	12,85	8,38	13,29
Garanhuns	14,26	18,06	18,29	12,22	7,92
Iati	22,80	-	22,86	23,32	12,05
Itaíba	11,19	-	9,38	19,92	18,75
Jucati	8,97	-	-	19,44	26,50
Jupi	4,79	4,53	8,97	2,43	21,69
Lagoa do Ouro	17,32	16,89	20,98	26,95	14,83
Lajedo	16,34	-	-	-	14,29
Palmeirina	18,08	2,81	2,98	12,48	5,79
Paranatama	10,33	15,24	6,87	26,41	11,04
Saloá	13,46	23,17	28,53	10,10	12,41
São João	7,73	37,32	20,59	31,57	1,76
Terezinha	29,72	-	26,45	6,31	19,26
Total	**15,83**	**12,45**	**12,44**	**9,79**	**13,43**

Fonte: SI-PNI/CGPNI/DEIDT/SVS/MS (2022). Dados sujeitos à alteração.

Nota: As taxas de abandono são calculadas para vacinação em < 1 ano de idade dos seguintes imunobiológicos: a) Hepatite B; Tríplice viral (sarampo, rubéola, caxumba) e Poliomielite (independente se oral, inativada ou sequencial).

O PNI tem como meta a imunização de 100% das crianças até um ano de idade e garantia de vacinação para as crianças com menos de cinco anos que não receberam vacinas no primeiro ano de vida ou não completaram o esquema, além disso, visa melhorar a qualidade de vida e saúde dos brasileiros com a prevenção de inúmeras doenças, bem como diminuir os custos de tratamento com doenças imunopreveníveis (BRASIL, 2003; SIQUEIRA et al, 2017).

Sob a esfera Nacional recai a responsabilidade de coordenar estratégias e definir um calendário único, o que é indispensável para se obter homogeneidade no sistema e garantir a equidade e universalidade, visando a alcançar todos os brasileiros, além disso o Governo Federal deve prover os imunobiológicos e gerir o sistema de informação do PNI. Os Estados devem prover seringas e agulhas, além da gestão das informações a serem colhidas dos municípios e repassadas ao sistema, trabalhando também na coordenação (BRASIL, 2014).

A esfera municipal é muitas vezes a chave para um bom alcance do programa, uma vez que cada município tem suas próprias características, sendo importante adequar-se aos espaços oportunos para campanhas, horários estratégicos e formas de divulgação e mobilização da sociedade (BRASIL, 2003).

Cabe aos municípios coordenação e a execução das ações de vacinação integrantes do PNI, incluindo a vacinação de rotina, as estratégias especiais, bem como notificar eventos adversos. Tarefas assim devem ser planejadas de modo pensado e em contato próximo com a população. Cabe a essa esfera também gerir os estoques de vacinas e outros insumos, assim como seu descarte e destinação final, além de coletar e avaliar dados fornecidos para as unidades, repassando, então, as informações para os Governos Federal e Estadual, completando o ciclo do sistema (BRASIL, 2014).

4 ATENÇÃO PRIMÁRIA: ORDENADORA DO SISTEMA DESAÚDE

A Atenção Primária à Saúde (APS) foi definida na Conferência de Alma-Atacomo “cuidados essenciais à saúde baseados em métodos e tecnologias práticas,cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcanceuniversal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participaçãoa um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança” (DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA, 1978).

4.1 Contextualização

Com a construção social da APS no Brasil, hoje segue uma interpretação que complementa o conceito supracitado, como sendo uma estratégia de organização do Sistema de Saúde de forma a articular a Atenção Primária como a coordenadora e ordenadora de uma rede de atenção à saúde (MENDES, 2015).

Neste momento aborda-se a conformação da Atenção Primária em Saúde (APS) no território da V Região de Saúde. Enfatizamos a relevância da mesma como ordenadora na Rede de Atenção à Saúde (RAS). Sabe-se que na APS segue-se o modelo da Estratégia de Saúde da Família (ESF), com asUnidades Básicas de Saúde (UBS) como lócus da realização de atividades.

Para Lavras (2011), a APS deve expressar o entendimento de uma atenção generalista ofertada na UBS, tendo como principal característica o desenvolvimento de ações diversificadas e contextualizadas em território. Seu sentido é o cuidado em território, mais próximo ao usuário.

Atualmente, de acordo com as informações do E-gestor Atenção Básica, sistema de informação e gestão da atenção básica, a V Regional de Saúde possui, em seu território, 200 Equipes de Saúde da Família credenciadas e homologadas, havendo 530.453 usuários cadastrados na base de dados do SISAB. As ESF e usuários estão distribuídos de acordo com a tabela 52.

4.2 Atenção Primária, indicadores e modelo de financiamento

A partir da portaria Portaria Nº 2.979, de 12 de novembro de 2019 que institui o Programa Previne Brasil, estabelecendo novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, definindo assim,que os recursos federais repassados para os municípios passam a ser distribuídos com base em quatro critérios: capitação ponderada, pagamento por desempenho, incentivo para ações estratégicas e Incentivo financeiro com base em critério populacional. De acordo com o Ministério da Saúde, a proposta tem como princípio a estruturação de um modelo de financiamento focado em aumentar o acesso das pessoas aos serviços da Atenção Primária e o vínculo entre população e equipe, com base em mecanismos que induzem à responsabilização dos gestores e dos profissionais pelas pessoas que assistem.

4.2.1 Captação ponderada

Os usuários cadastrados por ESF, considerando a classificação do município de acordo com a tipologia do IBGE, subsidiam a definição do componente de captação ponderada.

Tabela 52 - Distrubuição de ESF, usuários cadastrados, população IBGE estimada e potencial de cadastros segundo município. V Região de Saúde, 1º Quadrimestre de 2022*.

Município	Classificação Tipologia	Nº de ESF	Potencial de Cadastro	População estimada 2021 (IBGE)	Cadastros SISAB	Cadastros %
Águas Belas	Intermediário Adjacente	13	35.750	43.923	39.341	89,50
Angelim	Rural Adjacente	5	13.750	11.301	11.201	99,11
Bom Conselho	Urbano	16	64.000	48.975	40.815	83,30
Brejão	Rural Adjacente	4	11.000	8.981	12.711	141,53
Caetés	Rural Adjacente	12	33.000	29.065	25.195	86,68
Calçado	Rural Adjacente	5	13.750	10.983	11.220	102,00
Canhotinho	Rural Adjacente	11	30.250	24.743	24.886	100,50
Capoeiras	Rural Adjacente	8	22.000	20.048	19.344	96,40
Correntes	Rural Adjacente	7	19.250	18.327	13.900	75,80
Garanhuns	Urbano	38	152.000	141.347	132.090	93,40
Iati	Rural Adjacente	8	22.000	19.284	19.871	103,00
Itaíba	Rural Adjacente	10	27.500	26.268	25.849	98,40
Jucati	Rural Adjacente	5	13.750	11.545	12.758	110,50
Jupi	Rural Adjacente	7	19.250	15.007	19.406	129,30
Lagoa do Ouro	Rural Adjacente	6	16.500	13.300	13.618	102,30
Lajedo	Urbano	12	48.000	40.883	38.070	93,11
Palmeirina	Rural Adjacente	4	11.000	7.509	7.643	101,70
Paranatama	Rural Adjacente	6	16.500	11.608	16.577	142,80
Saloá	Rural Adjacente	8	22.000	15.880	16.075	101,00
São João	Rural Adjacente	11	30.250	23.002	25.452	110,60
Terezinha	Rural Adjacente	4	11.000	7.227	9.467	130,90
Total	**-**	**200**	**632.500**	**549.206**	**535.489**	**97,50**

Fonte: e-Gestor Atenção Básica, acesso 07/06/2022. Dados sujeitos à alteração

A análise da cobertura nos permite acompanhar que a V Região de Saúde, compreendendo seus 21 municípios de abrangência, possui uma população estimada de 549.206 habitantes, de acordocom a estimativa 2021 do IBGE, possuindo atualmente 535.489 usuários cadastrados na base do SISAB, ou seja,97,50% da população está cadastrada.

De acordo com a portaria nº 2.979, de 12/11/2019, o cálculo para a definição dos incentivos financeiros da capitação ponderada deverá considerar: I - a população cadastrada na equipe de Saúde da Família (eSF) e equipe de Atenção Primária (eAP) no Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB); a vulnerabilidade socioeconômica da população cadastrada na eSF e na eAP; o perfil demográfico por faixa etária da população cadastrada na eSF e na eAP; e IV - classificação geográfica definida pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

4.2.2 Pagamento por desempenho e indicadores de saúde

Nesse componente, o valor transferido aos municípios mensalmente dependerá dos resultados alcançados no conjunto de indicadores monitorados e avaliados no trabalho das equipes de Saúde da Família e de Atenção Primária (eSF/eAP). O intuito é induzir o aprimoramento dos processos de trabalho e a qualificação dos resultados em saúde, além de otimizar aspectos como periodicidade e método da avaliação. Exemplo disso é que, por meio do monitoramento desses indicadores, podem ser avaliados os acessos, a qualidade e a resolutividade dos serviços prestados pelas eSF/eAP, fornecendo subsídios para medidas de aprimoramento das ações e dando mais transparência aos investimentos na área da saúde para a sociedade

Atualmente, segundo a Portaria GM/MS nº 102, de 20 de Janeiro de 2022, o conjunto de indicadores abrange as ações estratégicas de Saúde da Mulher, Saúde Bucal, Pré-Natal, Saúde da Criança e Doenças Crônicas (Hipertensão Arterial e Diabetes Melittus). Sendo eles: I - proporção de gestantes com pelo menos 6 (seis) consultas pré-natal realizadas, sendo a 1ª (primeira) até a 12ª (décima segunda) semana de gestação;II - proporção de gestantes com realização de exames para sífilis e HIV;III - proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado;IV - proporção de mulheres com coleta de citopatológico na APS;V - proporção de crianças

de 1 (um) ano de idade vacinadas na APS contra Difteria, Tétano, Coqueluche, Hepatite B, infecções causadas por haemophilus influenzae tipo b e Poliomielite inativada;VI - proporção de pessoas com hipertensão, com consulta e pressão arterial aferida no semestre; eVII - proporção de pessoas com diabetes, com consulta e hemoglobina glicada solicitada no semestre.

Se tratando dos municípios que compõe a V Regional de Saúde, tais indicadores seguem como disposto na tabela abaixo.

Tabela 53 - Resultado dos indicadores do pagamento por desempenho no âmbito da atenção primária segundo município. V Região de Saúde, Primeiro Quadrimestre de 2022.

Município	Pré-Natal (6 consultas) (%)	Pré-Natal (Sífilis e HIV) (%)	Gestantes Saúde Bucal (%)	Cobertura Citopatológico (%)	Cobertura Polio e Penta (%)	Hipertensão (PA Aferida) (%)	Diabetes (Hemoglobina Glicada) (%)
Águas Belas	51	78	59	25	74	19	13
Angelim	62	70	87	24	31	12	7
Bom Conselho	12	77	76	13	43	29	41
Brejão	42	66	66	33	92	47	41
Caetés	50	36	66	9	61	6	6
Calçado	66	90	77	29	79	19	16
Canhotinho	59	91	94	18	69	31	20
Capoeiras	45	60	69	29	62	14	8
Correntes	49	90	42	34	28	36	37
Garanhuns	38	56	48	19	73	18	10
Iati	54	65	91	30	78	55	49
Itaíba	59	90	88	26	85	17	16
Jucati	69	96	87	49	97	39	31
Jupi	61	73	76	26	77	49	37
Lagoa do Ouro	66	97	97	34	71	43	40
Lajedo	65	94	78	17	72	24	19
Palmeirina	33	97	73	23	10	12	20
Paranatama	41	61	56	27	67	29	20
Saloá	51	79	52	28	76	16	10
São João	62	94	94	37	85	41	36
Terezinha	52	93	78	40	94	48	53

Fonte: e-Gestor Atenção Básica, acesso em 08/06/2022.

Acompanhando os resultados dos municípios, onde os que estão em verde alcancaçaram a meta e os que estão em vermelho, não alcançaram, podemos visualizar que os indicadores IV, V, VI e VII, que englobam saúde da mulher, da criança e doenças crônicas, são os que necessitam de uma maior atenção, nesse sentido, o monitoramento dos indicadores e o consequente uso das informações tem o ojetivo de, além de definir o incentivo financeiro, subsidiar a definição de prioridades e o planejamento de ações para melhoria da qualidade da APS; promover o reconhecimento dos resultados alcançados e a efetividade ou necessidade de aperfeiçoamento das estratégias de intervenção; promover a democratização e transparência da gestão da APS, por meio da publicização de metas e resultados alcançados.

4.2.3 Equipes de Saúde na Estratégia de Saúde da Família

A consolidação das Equipes de Saúde Bucal na estratégia de Saúde da Família configura a possibilidade da criação de espaço de práticas e relações que subsidiam a reorientação do processo de trabalho no âmbito dos serviços de saúde. A partir disso, o cuidado em saúde bucal passa a exigir a conformação de uma equipe de trabalho que se relacione com usuários e que participe da gestão dos serviços para dar resposta às demandas da população e ampliar o acesso às ações e serviços de promoção, prevenção e recuperação da saúde, por meio de medidas de caráter coletivo e mediante o estabelecimento de vínculo territorial. Sendo o processo de trabalho fundamentado, assim como a ESF, nos princípios da universalidade, equidade, integralidade da atenção, trabalho em equipe e interdisciplinar, foco de atuação centrado no território-família-comunidade, humanização da atenção, responsabilização e vínculo.A Tabela 49 descreve como estão distribuídos os equipamentos de Saúde Bucal na V Regional de Saúde.

Tabela 54 - Distribuição dos equipamentos de Saúde Bucal segundo município. V Região de Saúde, 2022.

Município	Equipes de Saúde Bucal 40h credenciadas ao Ministério da Saúde	Centros de Especialidades Odontológicas credenciados ao Ministério da Saúde	Laboratórios Regionais de Prótese Dentária credenciados ao Ministério da Saúde	Unidades Odontológicas Móveis credenciadas ao Ministério da Saúde
Águas Belas	5 Mod. I	Tipo 1	Entre 20 e 50 próteses por mês	Não possui
Angelim	5 Mod. I	Tipo 1	Entre 20 e 50 próteses por mês	Não possui
Bom Conselho	11 Mod. I	Não possui	Entre 20 e 50 próteses por mês	Não possui
Brejão	4 Mod. I	Não possui	Entre 20 e 50 próteses por mês	Não possui
Caetés	11 Mod. I	Tipo 1	Não possui	Não possui
Calçado	5 Mod. I	Não possui	Entre 20 e 50 próteses por mês	Não possui
Canhotinho	10 Mod. I	Tipo 1	Entre 20 e 50 próteses por mês	Não possui
Capoeiras	7 Mod. I	Não possui	Entre 20 e 50 próteses por mês	Não possui
Correntes	6 Mod. I	Não possui	Não possui	Não possui
Garanhuns	29 Mod. I	Tipo 2	Entre 20 e 50 próteses por mês	Não possui
Iati	8 Mod. I	Tipo 2	Entre 20 e 50 próteses por mês	Não possui
Itaíba	10 Mod. I	Não possui	Entre 51 e 80 próteses por mês	Não possui
Jucati	5 Mod. I	Não possui	Entre 20 e 50 próteses por mês	Não possui
Jupi	7 Mod. I	Tipo 1	Entre 51 e 80 próteses por mês	Não possui
Lagoa do Ouro	6 Mod. I	Tipo 1	Entre 20 e 50 próteses por mês	Não possui
Lajedo	7 Mod. I	Não possui	Entre 20 e 50 próteses por mês	Não possui
Palmeirina	4 Mod. I	Não possui	Entre 20 e 50 próteses por mês	Não possui
Paranatama	6 Mod. I	Tipo 1	Entre 20 e 50 próteses por mês	Não possui
Saloá	8 Mod. I	Tipo 1	Entre 20 e 50 próteses por mês	Não possui
São João	11 Mod. I	Tipo 1	Entre 20 e 50 próteses por mês	Não possui
Terezinha	4 Mod. I	Não possui	Entre 20 e 50 próteses por mês	Não possui

Fonte: e-Gestor AB (junho de 2022) e CNESNet (junho de 2022).

Quadro 3 - Especialidades ofertadas pelos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) da V Região de Saúde, 2022.

Município	Especialidades ofertadas nos CEO
Águas Belas	Atendimento à Pessoa com Deficiência, Cirurgia Bucomaxilofacial, Cirurgia Oral Menor, Periodontia Clínica, Endodontia, Dentística e Prótese Dentária.
Angelim	Prótese Dentária.
Caetés	Atendimento à Pessoa com Deficiência, Cirurgia Bucomaxilofacial, Periodontia Clínica, Endodontia e Prótese Dentária.
Canhotinho	Atendimento à Pessoa com Deficiência, Cirurgia Bucomaxilofacial, Ortodontia e Prótese Dentária.
Garanhuns	Atendimento à Pessoa com Deficiência, Cirurgia Bucomaxilofacial, Cirurgia Oral Menor, Periodontia Clínica, Endodontia, Dentística e Prótese Dentária.
Iati	Cirurgia Bucomaxilofacial, Cirurgia Oral Menor, Dentística, Endodontia, Periodontia Clínica, Radiologia e Prótese Dentária.
Jupi	Atendimento à Pessoa com Deficiência, Radiologia e Prótese Dentária.
Lagoa do Ouro	Cirurgia Bucomaxilofacial, Endodontia, Periodontia Clínica, Atendimento à Pessoa com Deficiência, Ortodontia e Prótese Dentária.
Paranatama	Atendimento à Pessoa com Deficiência, Cirurgia Bucomaxilofacial, Periodontia Clínica, Endodontia, Ortodontia e Prótese Dentária.
Saloá	Atendimento à Pessoa com Deficiência, Cirurgia Bucomaxilofacial, Endodontia e Prótese Dentária.
São João	Atendimento à Pessoa com Deficiência, Ortodontia e Prótese Dentária.

Fonte: CNESNet (junho de 2022).

Já se tratando da cobertura de Equipes de Saúde Bucal (ESB), distribuídas nas Estratégias de Saúde da Família, possímos a cobertura descrita na tabela 50.

Tabela 55 - Cobertura de USB na ESF segundo município. V Região de Saúde, 2022.

Município	População estimada (nº)	Estimativa de população coberta por Equipe de Saúde da Família com Saúde Bucal(nº)	Estimativa de população coberta por Equipe de Saúde da Família com Saúde Bucal(%)
Águas Belas	43.686	17.250	39,48%
Angelim	11.226	11.226	100%
Bom Conselho	48.767	41.400	84,89%
Brejão	8.987	8.987	100%
Caetés	28.904	28.904	100%
Calçado	11.018	11.018	100%
Canhotinho	24.773	24.773	100%
Capoeiras	20.048	20.048	100%
Correntes	18.268	18.268	100%
Garanhuns	140.577	100.050	71,17%
Iati	19.241	19.241	100%
Itaíba	26.308	26.308	100%
Jucati	11.485	11.485	100%
Jupi	14.922	14.922	100%
Lagoa do Ouro	13.224	13.224	100%
Lajedo	40.589	27.600	67,99%
Palmeirina	7.600	7.600	100%
Paranatama	11.566	11.566	100%
Saloá	15.862	15.862	100%
São João	22.899	22.899	100%
Terezinha	7.198	7.198	100%

Fonte: e-Gestor AB (competência dezembro de 2021/acesso em: junho de 2022).

Tabela 56 - Cobertura de ESB na Atenção Primária à Saúde. V Região de Saúde, 2022.

Região de Saúde	População	Nº eSFSB Cob.	Estim. Pop. Cob. ESFSB	Cobertura ESFSB	Estim. Pop. Cob. SB AB	Cobertura SB AB
Garanhuns	547.148	171	459.829	84,04%	468.829	85,68%

Fonte: e-Gestor Atenção Básica, competência dez 2021. Acesso:07/06/2022

Podemos visualizar, através da análise da Tabela 55 e 56, que apesar de possuir uma cobertura de ESF de, ainda é possível avançar consideravelmente no fortalecimento da saúde bucal na regional, destacando principalmente Àguas Belas, que possui a menor cobertura de ESB da região.

4.2.4 Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica

Com objetivo de apoiar e ampliar as ações das Equipes de Saúde da Família, atuando de forma a otimizar a resolutividade da Estratégia de Saúde da Família, foi criano o NASF-ab, equipe multiprofissinal.

Sendo instituído pela Portaria nº 154 do Ministério da Saúde, em 2008. Através da Portaria nº 3124, em dezembro de 2012, seus parâmetros foram redefinidos e aprimorados. Em linhas gerais, os Núcleos têm como objetivo principal oferecer apoio às ações desenvolvidas pelas eSFs, além de ampliar a abrangência dessas ações segundo os princípios da territorialização e da regionalização.(GONÇALVES et al., 2015).

Em 2020, o novo modelo de financimento revogou os repasses financeirosdos serviços do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB). A partir daí, a composição de equipes multiprofissionais deixa de estar vinculada às tipologias de equipes NASF-AB. Com essa desvinculação, o gestor municipal passa a ter autonomia para compor suas equipes multiprofissionais, definindo os profissionais, a carga horária e os arranjos de equipe, bem como sua manutenção financeira. Apesar disso, a V Regional de saúde, atualmente possui, as equipes de NASF-ab, mantidas pelos municípios, de acordo com a tabela BB.

Quadro 4 - Distribuição de NASF-ab, com composição de equipe, na V Regional de Saúde em junho de 2022.

Município	NASF	CBO	Tipo de estabelecimento
Águas Belas	NASF Águas Belas	223605 - FISIOTERAPEUTA GERAL - 2	CENTRO DE APOIO A SAUDE DA FAMILIA
		223405 - FARMACEUTICO - 1	
		223710 - NUTRICIONISTA - 1	
		322205 - TECNICO DE ENFERMAGEM - 1	
	NASF Águas Belas 2	223710 - NUTRICIONISTA - 1	CENTRO DE APOIO A SAUDE DA FAMILIA
		251510 - PSICOLOGO CLINICO - 2	
		223605 - FISIOTERAPEUTA GERAL - 2	
		223405 - FARMACEUTICO - 1	
Angelim	NUCLEO DE APOIO AS FAMILIAS ANGELIM	251605 - ASSISTENTE SOCIAL - 2	CENTRO DE APOIO A SAUDE DA FAMILIA
		223710 - NUTRICIONISTA - 1	
		223605 - FISIOTERAPEUTA GERAL - 1	
Bom Conselho	NASF NUCLEO DE APOIO A SAUDE DA FAMILIA DR JOSE BARBOSA	223605 - FISIOTERAPEUTA GERAL - 4	CENTRO DE APOIO A SAUDE DA FAMILIA
		223710 - NUTRICIONISTA - 1	
		223810 - FONOAUDIOLOGO - 1	
		251605 - ASSISTENTE SOCIAL - 2	
		251510 - PSICOLOGO CLINICO - 1	
Brejão	NASF MARIA DE LOURDES DANTAS BARROS	223605 - FISIOTERAPEUTA GERAL - 2	CENTRO DE SAUDE/UNIDADE BASICA
		422105 - RECEPCIONISTA, EM GERAL - 1	
		251510 - PSICOLOGO CLINICO - 1	
Caetés	NASF CAETES	251605 - ASSISTENTE SOCIAL - 1	CENTRO DE APOIO A SAUDE DA FAMILIA
		251510 - PSICOLOGO CLINICO - 1	
		223605 - FISIOTERAPEUTA GERAL - 2	
		223710 - NUTRICIONISTA - 1	
		223810 - FONOAUDIOLOGO - 1	
Calçado	NUCLEO DE APOIO A SAUDE DA FAMILIA DE CALCADO	223810 - FONOAUDIOLOGO - 1	CENTRO DE APOIO A SAUDE DA FAMILIA
		223710 - NUTRICIONISTA - 1	
Canhotinho	NASF NUCLEO DE APOIO A SAUDE DE FAMILIA	223605 - FISIOTERAPEUTA GERAL - 3	CENTRO DE APOIO A SAUDE DA FAMILIA
		251510 - PSICOLOGO CLINICO - 3	
		251605 - ASSISTENTE SOCIAL - 1	
		223505 - ENFERMEIRO - 1	
		223810 - FONOAUDIOLOGO - 1	
		223710 - NUTRICIONISTA - 1	
Capoeiras	**ENCERRAMENTO DAS ATIVIDADES 01/2022**	NÃO	NÃO
Correntes	NASF CORRENTES	2241E1 - PROFISSIONAL DE EDUCACAO FISICA NA - 1	CENTRO DE APOIO A
		251510 - PSICOLOGO CLINICO - 1	

		223605 - FISIOTERAPEUTA GERAL - 1	SAUDE DA FAMILIA
		251605 - ASSISTENTE SOCIAL - 1	
Garanhuns	NASF 1	2241E1 - PROFISSIONAL DE EDUCACAO FISICA NA SAÚDE - 1	CENTRO DE APOIO A SAUDE DA FAMILIA
		223605 - FISIOTERAPEUTA GERAL - 1	
		223710 - NUTRICIONISTA - 1	
		251510 - PSICOLOGO CLINICO - 1	
		251605 - ASSISTENTE SOCIAL - 1	
	NASF 2	251605 - ASSISTENTE SOCIAL - 1	
		223710 - NUTRICIONISTA - 1	
		251510 - PSICOLOGO CLINICO - 1	
		223605 - FISIOTERAPEUTA GERAL - 1	
		2241E1 - PROFISSIONAL DE EDUCACAO FISICA NA SAÚDE - 1	
Iati	**CADASTRADO INDEVIDAMENTE 07/2014**	NÃO	NÃO
Itaíba	NASF NUCLEO DE APOIO A SAUDE DA FAMILIA	223605 - FISIOTERAPEUTA GERAL - 2	CENTRO DE SAUDE/UNIDADE BASICA
		223505 - ENFERMEIRO - 1	
		223305 - MEDICO VETERINARIO - 1	
		251510 - PSICOLOGO CLINICO - 1	
Jucati	NASF JUCATI	223605 - FISIOTERAPEUTA GERAL - 1	CENTRO DE APOIO A SAUDE DA FAMILIA
		251510 - PSICOLOGO CLINICO - 2	
Jupi	NUCLEO DE APOIO AS FAMILIAS	251510 - PSICOLOGO CLINICO - 1	CENTRO DE SAUDE/UNIDADE BASICA
		223605 - FISIOTERAPEUTA GERAL - 3	
		412110 - DIGITADOR - 1	
		2241E1 - PROFISSIONAL DE EDUCACAO FISICA NA SAÚDE - 1	
		223405 - FARMACEUTICO - 1	
Lagoa do Ouro	NASF LAGOA DO OURO	251510 - PSICOLOGO CLINICO - 1	CENTRO DE SAUDE/UNIDADE BASICA
		251605 - ASSISTENTE SOCIAL - 2	
		223810 - FONOAUDIOLOGO - 1	
		223710 - NUTRICIONISTA - 1	
		2241E1 - PROFISSIONAL DE EDUCACAO FISICA NA SAÚDE - 1	
		223605 - FISIOTERAPEUTA GERAL -1	
Lajedo	NASF LAJEDO	251605 - ASSISTENTE SOCIAL - 1	CENTRO DE APOIO A SAUDE DA FAMILIA
		223710 - NUTRICIONISTA - 2	
		223810 - FONOAUDIOLOGO - 1	
		223605 - FISIOTERAPEUTA GERAL - 3	
		251510 - PSICOLOGO CLINICO - 2	
Palmeirina	**Falta de atualização há mais de 6**	NÃO	NÃO

	meses, conforme Port. SAS/MS nº 118/2014 - 01/2022		
Paranatama	**NÃO**	NÃO	NÃO
Saloá	NASF	223305 - MEDICO VETERINARIO - 1	CENTRO DE APOIO A SAUDE DA FAMILIA
		223710 - NUTRICIONISTA - 1	
		223810 - FONOAUDIOLOGO - 1	
		223605 - FISIOTERAPEUTA GERAL - 1	
		251510 - PSICOLOGO CLINICO - 1	
São João	**Falta de atualização há mais de 6 meses, conforme Port. SAS/MS nº 118/2014 - 03/2022**	NÃO	NÃO
Terezinha	NASF GERSON CALADO DE CARVALHO	251510 - PSICOLOGO CLINICO - 2	CENTRO DE SAUDE/UNIDADE BASICA
		223605 - FISIOTERAPEUTA GERAL - 1	
		223710 - NUTRICIONISTA - 1	
		412110 - DIGITADOR - 2	

Fonte: CNES (junho, 2022).

5 REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE (RAS)

A Portaria Nº 4.279 de 30 de dezembro 2010 estabelece e define as diretrizes para a RAS no âmbito do SUS, constituindo-se como um marco para a organização do referido sistema.

O anexo desta Portaria nos traz alguns esclarecimentos acerca de sua implantação e implementação. Inicialmente temos a definição da RAS, que se constitui como “arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado”.

A RAS objetiva a promoção da integração entre as ações e serviços de saúde de modo sistêmico, com foco na atenção contínua, integral, equânime e de qualidade, comprometida com a humanização. Busca, ainda, incrementar o “desempenho do Sistema, em termos de acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária; e eficiência econômica”.

Vale ressaltar que a RAS preconiza a formação de relações horizontais entre os pontos de atenção e os centros de comunicação na Atenção Primária à Saúde (APS). Evoca-se a importância de centrar nas necessidades em saúde da população, assumir a responsabilidade na atenção contínua e integral, através do cuidado interprofissional.

Com vistas na importância da organização do SUS, foram criadas algumas redes com focos específicos, como é o caso da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e a Rede de Urgência e Emergência (RUE). Deste modo, apresentamos as RAS e sua relevância para a organização do SUS.

5.1 Política de Regulação e o acesso às Redes de Atenção à Saúde

Entende-se como regulação em saúde:

> um conjunto de ações meio que dirigem, ajustam, facilitam ou limitam determinados processos. De forma genérica, a regulação abarcaria tanto o ato de regulamentar (elaborar leis, regras, normas, instruções, etc.) as próprias regulamentações, quanto às ações e técnicas que asseguram o cumprimento destas, como: fiscalização, controle, avaliação, auditoria, sanções e premiações (OPAS, 2006, p. 34).

A Política Nacional de Regulação em Saúde foi instituída pela Portaria n.º 1.559/2008, revogada pela portaria de consolidação n.º 02/2017 e prevê que as ações estejam organizadas em três dimensões de atuação integradas entre si: Regulação de Sistemas de Saúde, Regulação da Atenção à Saúde e Regulação do Acesso à Assistência. A regulação de Acesso à Assistência (regulação do acesso ou regulação assistencial) organiza, controla, gerência e prioriza o acesso e os fluxos assistenciais no âmbito do SUS, sendo estabelecida pelo complexo regulador e suas unidades operacionais, compreende a regulação médica que exerce autoridade sanitária para a garantia do acesso baseada em protocolos, classificação de risco e demais critérios de priorização (BRASIL, 2008). As centrais de regulação e complexos reguladores por sua vez, são espaços privilegiados de observação e gestão de ofertas do conjunto do sistema (ou das RAS em municípios, regiões de saúde e estados), seguindo os princípios e diretrizes de equidade, transparência, utilização adequada e tempo

oportuno de acesso (com base nas necessidades dos usuários), visando a integralidade do cuidado (BARBOSA et al., 2016; VILARINS et al., 2012).

Em Pernambuco, a história da regulação teve início em maio de 2002, com a abertura da Central de Partos, responsável pelo acesso de gestantes às maternidades públicas. Em dezembro de 2008 foi homologado, em reunião tripartite (União, Estados e Municípios) em Brasília, o Termo de Compromisso de Gestão de Pernambuco, assinado pelo Secretário Estadual de Saúde, pelo Ministro da Saúde e pelo Presidente do Colegiado de Secretários Municipais de Saúde, efetivando a adesão ao Pacto pela Saúde, publicado na Portaria GM nº. 399, de 22 de fevereiro de 2006. Com a homologação do Pacto, Pernambuco passa a integrar o elenco dos estados considerados prioritários pelo Ministério da Saúde (Política Estadual de Regulação Assistencial – PE – 201).

Em 2012, a Secretaria de Saúde de Pernambuco apresenta a Política Estadual de Regulação Assistencial em Saúde. A Política Estadual de Regulação de Acesso, foi aprovada na Comissão Intergestores Bipartite Estadual (CIB) sob resolução N º. 1.820, em 13/02/12, a qual define os princípios e as diretrizes para a Regulação de Acesso no Estado de Pernambuco. Considerando, tratar-se de um processo dinâmico, poderá a Política sofrer alterações ou modificações, desde que consensuadas no COSEMS, nas Comissões Intergestores Regionais – CIR e na Comissão Intergestores Bipartite – CIB (Política Estadual de Regulação Assistencial – PE – 2012).

A implantação e operacionalização do Complexo Regulador constitui um grande desafio, considerando a necessidade de qualificação no campo tecnológico e humano, como também a intersetorialidade que caracteriza esse instrumento. A sua relevância no conjunto das ações, faz com que a gestão estadual de Pernambuco ultrapasse as dificuldades e amplie os padrões de qualidade da assistência, com eficiência e com base nos princípios da equidade e integralidade (Política Estadual de Regulação Assistencial – PE – 2012).

O modelo do Complexo Regulador no Estado de Pernambuco possui em cada Macrorregião e Região de Saúde Centrais de Regulação Assistencial, com atribuições e funcionalidades específicas, sendo 04 (quatro) Centrais Macrorregionais e 12 Centrais Regionais.

O Complexo Regulador está organizado em 02 (dois) tipos de Centrais:

- Regulação Ambulatorial: regula o acesso a todos os procedimentos ambulatoriais, incluindo terapias e cirurgias ambulatoriais;

- Regulação Hospitalar (internação eletiva e urgência/emergência): regula o acesso aos leitos e aos procedimentos hospitalares.

A Central de Regulação Ambulatorial da V Região de saúde, inaugurada em 2013, sob gestão municipal (Garanhuns), passou para gestão Estadual em 2015. Quanto à Regulação Hospitalar, esta é regulada pela II Macrorregião sob gerenciamento Estadual. O Complexo Regulatório da V Região de Saúde é composto por 21 Centrais de Regulação Municipais.

5.1.1 A estrutura de Regulaçãona V Geres

No cotidiano da V Geres, localizada no município de Garanhuns – PE, utiliza-se na Central de Regulação Ambulatorial no processo de trabalho, os seguintes sistemas operacionais:

- Central de Marcação de Consultas e Exames (CMCE);
- Autorização de Procedimentos Ambulatoriais (APACNET);
- Sistema de Informação da Política de Regulação de Caruaru (INFOCRAS).

Através do CMCE, é possível colocar construir as agendas, disponibilizar cotas, agendar, cadastrar profissionais de saúde que irão atender os usuários, cadastrar e liberar acesso ao trabalhadores de saúde, operadores de regulação, regular solicitações,visualizar filas expectantes, por período/executante/unidade solicitante, monitorar faltas e percentuais de agendamento/marcação/execução.

O APACNET que é destinado a autorização dos procedimentos de Iodoterapia e Cateterismo Cardíaco, funciona no navegador internet Explorer..

Além desses, a regulação assistencial da V Gerência Regional faz uso do INFOCRAS, que é utilizado para os itens de saúde auditiva e mamografia no Instituto Pernambucano, ofertados através da II Macro Regional no município de Caruaru.

Quanto aos recursos humanos, o quadro a seguir apresenta a composição da equipe atual da Regulação da V Geres.

Quadro 5 - Distribuição dos recursos humanos da Regulação em Saúde da V Geres segundo função, quantidade de colaboradores e descrição das atividades. Garanhuns, 2022.

Função	Qtd	Atividades Desenvolvidas
Coordenador	01	Coordenar o processo de trabalho da Regulação Ambulatorial da V Regional de Saúde, analisando a Rede Regional de Atenção de Saúde, identificar as especialidades de maior necessidade a partir da fila de espera no sistema CMCE; realizar treinamentos, oficinas e reuniões de colegiados de regulação para otimização de processos operacionais; realizar discussão com gestores e coordenadores municipais quanto às necessidades, dificuldade e/ou fragilidades da RAS, visitar, supervisionar e dialogar com os prestadores de serviços especializados da regional, sejam públicos ou privados conveniados com o Estado; participar da câmara técnica e propor junto a CIR pactuações que qualifiquem o processo da regulação ambulatorial no território da Região de Saúde; coordenar o trabalho dos médicos reguladores e profissionais demais profissionais da equipe de regulação regional; realizar a função de fiscal de contrato dos serviços especializados conveniados com o Estado na regional.
Técnico administrativo	01	Construir as escalas de trabalhos. Realizar remanejamento de cotas, conforme as pactuações, monitorar a utilização das cotas. Participar de capacitação dos reguladores (SMS).
Médico Regulador	01	Atuar sobre a demanda reprimida de procedimentos regulados dos 21 municípios da V GERES; verificar as evidências clínicas das solicitações e o cumprimento dos protocolos de regulação, por meio da análise de laudo médico; autorizar ou não a realização do procedimento; definir a alocação da vaga e dos recursos necessários para o atendimento; avaliar as solicitações de alteração de procedimentos já autorizados e a solicitação de procedimentos especiais, além de orientar e avaliar o preenchimento dos laudos médicos. Preceptoria aos estudantes de graduação de medicina.

Apoiador	01	Responsável pelas questões relativas ao funcionamento global da central de regulação em conformidade com as diretrizes e rotinas estabelecidas. Instituir as escalas de trabalho e conduzir as relações de pactuação, sendo o interlocutor entre a gestão, o complexo regulador e a rede de serviços Atuar sobre a demanda reprimida de procedimentos regulados; definir a distribuição de cotas; monitorar a demanda que requer autorização prévia, por meio de AIH eAPAC; Verificar as evidências clínicas das solicitações e o cumprimento dos protocolos de regulação, por meio da análise de laudo médico; Autorizar ou não a realização de alguns procedimentos; Capacitar dos reguladores das centrais municipais; Produzir análise crítico-reflexiva de relatórios (baseado em consolidados) e divulgar os resultados para gestores e responsáveis; Supervisãodos prestadores dos serviços de saúde; Participação de reuniões como a CIR, Câmara Técnica e internas; Preceptoria aos estudantes de graduação e pós graduação;

Fonte: Autores (2022). A partir de dados extraídos na Regulação em Saúde – V Geres.

No quadro 3, é possível observar as especialidades reguladas nesta gerência e as respectivas unidades executantes dos serviços.

Quadro 6 - Saúde complementar ofertada no território da V Regional de Saúde e regulado na V Geres, 2022.

UNIDADE	PROCEDIMENTO/ESPECIALIDADE	FAIXA ETÁRIA	ITEM DE AGENDAMENTO
HOSPITAL REGIONAL DOM MOURA	GINECOLOGIA	Acima de 12 anos	HRDM - GINECOLOGIA
	DERMATOLOGIA	Todas as idades	HRDM - DERMATOLOGIA
	DERMATOLOGIA HANSENIASE	Todas as idades	HRDM - DERMATOLOGIA HANSENIASE
	OTORRINOLARINGOLOGIA	Todas as idades	HRDM -OTORRINOLANRIGOLOGIA
	NEUROLOGIA	Acima de 12 anos	HRDM - NEUROLOGIA
	NEUROPEDIATRIA	Menor de 12 anos	HRDM - CONSULTA NEUROPEDIATRA
	CARDIOLOGIA	Acima de 12 anos	HRDM - CARDIOLOGIA
	PARECER CARDIOLOGICO	Acima de 12 anos	HRDM - PARECER CARDIOLOGICO
	PRÉ NATAL DE ALTO RISCO	Acima de 12 anos	HRDM - PRE NATAL DE ALTO RISCO
	RETORNO PRÉ NATAL DE ALTO RISCO	Acima de 12 anos	HRDM - RETORNO PRÉ NATAL DE ALTO RISCO
	COLONOSCOPIA DIAGNOSTICA	Acima de 50 anos	HRDM - COLONOSCOPIA DIAGNOSTICA
	COLPOSCOLPIA/CAF	Mulheres com citologia alterada	HRDM - COLPOSCOLPIA/CAF
	GERIATRA	Acima de 60 anos	HRDM - ATENDIMENTO MULTIPROFISSIONAL AO IDOSO
	OFTALMOLOGIA	Todas as idades	UPAE GARANHUNS - OFTALMOLOGIA
	CARDIOLOGIA	Acima de 12 anos	UPAE GARANHUNS - CARDIOLOGIA
	DERMATOLOGIA	Todas as idades	UPAE GARANHUNS - DEMARTOLOGIA
	PNEUMOLOGIA	Acima de 15 anos	UPAE GARANHUNS - PNEUMOLOGIA
	OTORRINOLARINGOLOGIA	Todas as idades	UPAE GARANHUNS - OTORRINOLARINGOLOGIA
	CIRURGIA GERAL	Acima de 12 anos	UPAE GARANHUNS - CIRURGIA GERAL
	UROLOGIA	Acima de 03 anos	UPAE GARANHUNS - UROLOGIA
	GASTROENTEROLOGIA	Acima de 12 anos	UPAE GARANHUNS - GASTROENTEROLOGIA
	NEFROLOGIA	Acima de 12 anos	UPAE GARANHUNS - NEFROLOGIA
	NEUROLOGIA	Acima de 12 anos	UPAE GARANHUNS - NEUROLOGIA
	ENDOCRINOLOGIA	Acima de 12 anos	UPAE GARANHUNS - ENDOCRINOLOGIA
	INFECTOLOGIA	Todas as idades	UPAE GARANHUNS - INFECTOLOGIA

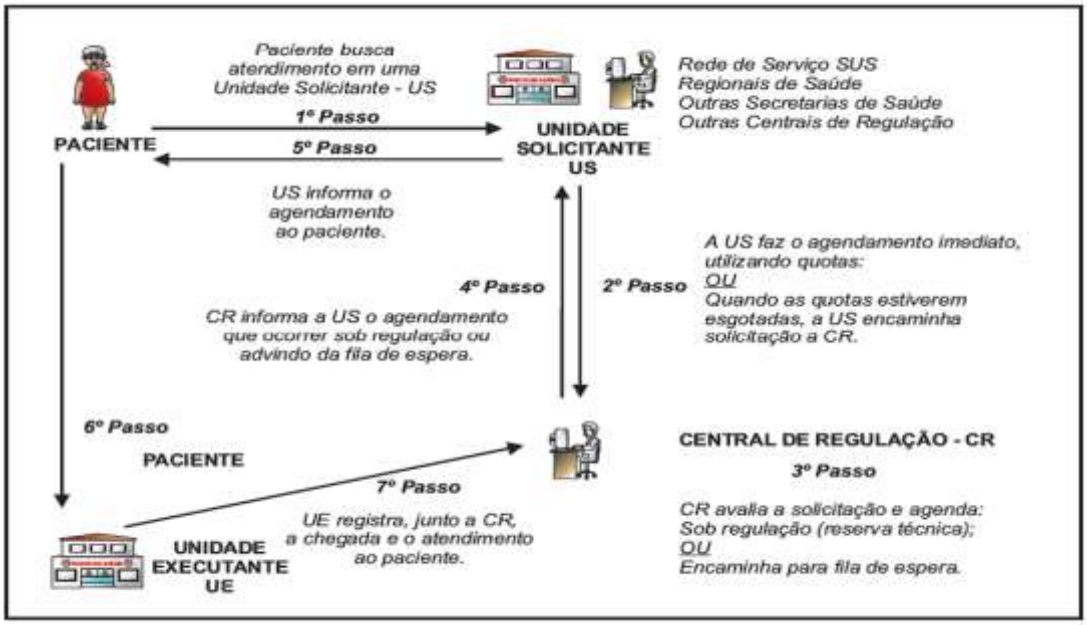
UPAE GARANHUNS	REUMATOLOGIA	Acima de 15 anos	UPAE GARANHUNS - REUMATOLOGIA
	PROCTOLOGIA	Acima de 13 anos	UPAE GARANHUNS - PROCTOLOGIA
	GERIATRIA	Acima de 60 anos	UPAE GARANHUNS - GERIATRIA
	ALERGOLOGIA	Todas as idades	UPAE GARANHUNS - ALERGOLOGIA
	GINECOLOGIA	Acima de 12 anos	UPAE GARANHUNS - GINECOLOGIA
	MASTOLOGIA	Todas as idades	UPAE GARANHUNS - MASTOLOGIA
	ANGIOLOGIA	Acima de 16 anos	UPAE GARANHUNS - ANGIOLOGIA
	FISIOTERAPIA	Todas as idades	UPAE GARANHUNS - FISIOTERAPIA
	OTORRINOLARINGOLOGIA MICROCEFALIA	Todas as idades	UPAE GARANHUNS - OTORRINOLARINGOLOGIA MICROCEFALIA
	OFALMOLOGIA MICROCEFALIA	Todas as idades	UPAE GARANHUNS - OFALMOLOGIA MICROCEFALIA
	MAMOGRAFIA	Acima de 50 anos	UPAE GARANHUNS - MAMOGRAFIA
	RADIOGRAFIAS SIMPLES	Todas as idades	UPAE GARANHUNS - RX
	DENSITOMETRIA ÓSSEA	Acima de 50 anos	UPAE GARANHUNS - DENSITOMETRIA
	DERMATOLOGIA HANSENIASE	Todas as idades	UPAE GARANHUNS - DERMATOLOGIA HANSENIASE
	PNEUMOLOGIA TUBERCULOSE	Todas as idades	UPAE GARANHUNS - PNEUMOLOGIA TUBERCULOSE
	OSTOMIZADOS	Acima de 18 anos	UPAE- OSTOMIZADOS
	PE DIABETICO	Acima de 18 anos	UPAE - PE DIABETICO
UPAE GARANHUNS	BEXIGA NEUROGENICA	Acima de 18 anos	UPAE - BEXIGA NEUROGENICA
	REABILITAÇÃO PÓS COVID	Acima de 18 anos	UPAE - REABILITAÇÃO PÓS COVID
	HÉRNIA (PEQUENA)	Acima de 12 anos	UPAE GARANHUNS - HÉRNIA (PEQUENA)
OFTALMO PE	OFTALMOLOGIA GERAL	Todas as idades	OFTALMOLOGIA GERAL
	TRIAGEM DE CATARATA	Acima de 50 anos	OFTALMO PE - TRIAGEM CATARATA
	ONCOLOGOGIA CIRURGICA	Acima de 18 anos	CSPS - ONCOLOGOGIA CIRURGICA
	ONCOLOGIA CLÍNICA	Acima de 16 anos	CSPS - ONCOLOGOGIA CLINICA

CASA DE SAÚDE NOSSA SENHORA DOPERPÉTUO SOCORRO	RESSONÂNCIA NUCLEAR MAGNÉTICA	Acima de 07 anos	RESSONANCIA MAGNETICA
	RESSONÂNCIA NUCLEAR MAGNÉTICA COM SEDAÇÃO	Entre 03 a 07 anos	RESSONANCIA MAGNETICA COM SEDAÇÃO
	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA	Acima de 07 anos	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA
	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA COM SEDAÇÃO	Menor de 07 anos	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA SEDAÇÃO
HOSPITAL MONTE SINAI	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA	Acima de 07 anos	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA
DANIEL SALES DIAGNÓSTICOS	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA	Acima de 07 anos	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA
	DENSITOMETRIA ÓSSEA	Acima de 40 anos	DENSITOMETRIA ÓSSEA

Fonte: Autores (2022). A partir de dados extraídos na Regulação em Saúde – V Geres.

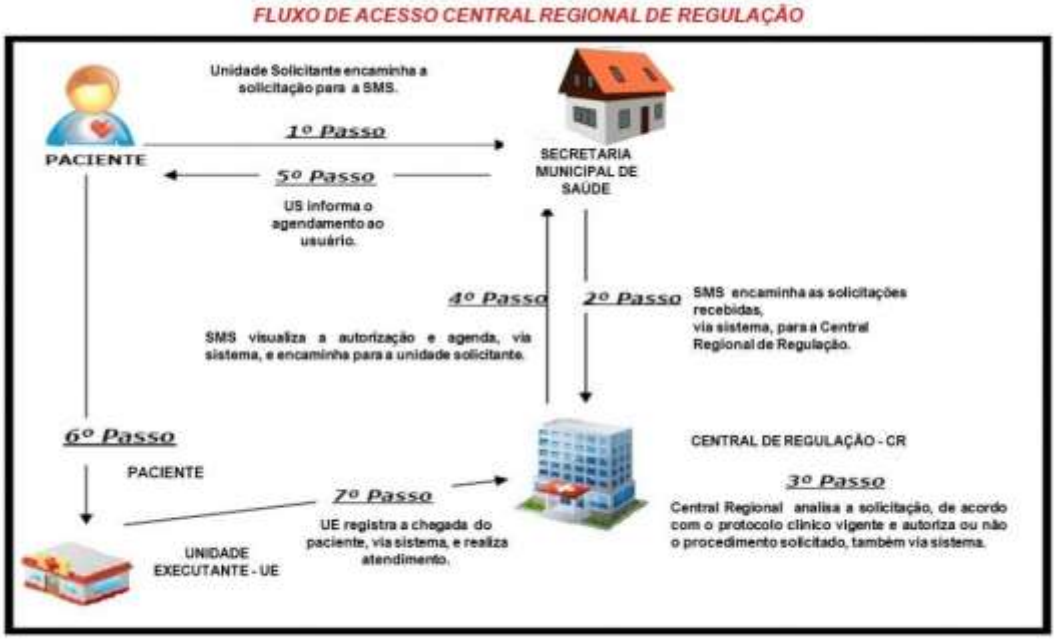
Quanto ao fluxo de regulação na V Geres, o modelo ilustrativo a seguir é o que melhor representa seu modelo de funcionamento.

Figura 5 - Fluxo de atendimento eletivo regulado, sem autorização prévia.



Fonte:https://www.conass.org.br/guiainformacao/modelos-de-fluxos-de-acesso, acesso em:25/02/2022.

Figura 6 - Fluxo de Acesso a Central de Regulação para consultas e procedimentos na Rede de Atenção Especializada – Modelo Pernambuco



Fonte: https://www.conass.org.br/guiainformacao/modelos-de-fluxos-de-acesso, acesso em:25/02/2022.

Quadro 7 - Saúde complementar ofertada no Recife/RMR regulado na V Geres, 2022.

UNIDADES	ESPECIALIDADDES/PROCEDIMENTOS
Hospital das Clinicas	Otorrinolaringologista / Oftalmologista / Oftalmologia Teste do Olhinho / Mão / Coluna / Quadril / Ombro/ Joelho / Pré-natal de Alto Risco / Ecocardiografia Transtorácicos Adulto / Reumatologista / Reumatopediatria / Dermatologista / Anatomia Patológica - Biópsia Simples / Anatomia Patológica - Biópsia Complexa / Anatomia Patológica – Citologia / Pneumologia / Psiquiatria / Obsterícia/Doenca Trofoblástica / Cirurgia Geral / Coloproctologia / Cirurgia Bariatrica / USG Infantil / Endocrinologista / Clínica Médica / Neurocirurgia / Neurologia / Cirurgia Pediátrica / Disfagia Pediátrica / Gastro Adulto / Gastropediatra /Hematologista / Cardiologista / Diagnóstica / Terapeutica / Ecocardiografia transtoracica adulto / Gastropediatria (Microcefalia) / Implante de Cateter de Longa permanencia para Hemodiálise
Hospital Universitário Osvaldo Cruz	Oncopediatria
Hospital do Câncer de Pernambuco	Triagem Geral / Triagem Oncológica / Parecer Onco Hematológico / Triagem cabeça e pescoço
Hospital Agamenon Magalhães	Otorrinolaringologista /Otorrinolaringologista Cirúrgico / otorrinolaringologista saude auditiva / Endocrinologista / Endócrino Infantil / Cardiopediatria / Pneumologia / Geriatria Cirurgia Geral / Cirurgia Plástica / Cirurgia Vascular / Ginecologia Cirúrgica / Ecocardiografia Doppler Pediátrico / Consulta Diagnóstico Microcefalia/SCZV / insercao diu (1ª consulta) / colposcopia / patologia do trato genital inferior (caf) / insercao diu (retorno) / Retorno Endocrinologista / Retorno Endocrinologista – Infantil / Retorno Otorrinolaringologista / Retorno Cardiopediatria / Retorno Cirurgia Geral / Retorno Cirurgia Plástica / Retorno Cirurgia Vascular / Retorno Ginecologia Cirúrgica / Retorno Consulta Diagnóstico Microcefalia/SCZV.
Hospital Barão de Lucena	Eletroencefalograma / Consulta Neuropediatria / / Hepatopediatria / Cardio Infantil / Cirurgia Geral / Cirurgia Oncologica / Mastologia / Gastro Infantil / Proctologia / Nefrologia Adulto / Nefrologia Infantil / Cirurgia Cabeça E Pescoço / Cirurgia Torácica
Labmu - laboratorio da mulher dra merces pontes cunha	Colposcopia
Hospital Otávio de Freitas	Gastroenterologista / Dermatologista / Pneumologia / Pneumopediatria Sczv / Dermatologia/Hanseníase / Dermatologia/Hanseníase - Biópsia de Pele / Pneumo/Oxigenoterapia / Infectologia / Dermatologia Pele Negra / Pneumologia - Pos Covid
Hemope	Ambulatório Triagem Infantil / Ambulatório Triagem Adulto / Parecer Pediatria Internado
Instituto de Medicina Integral	Medicina Fetal / Pré-natal de Alto Risco / Maternidade Dia / Consulta Cirurgia Cardíaca
HospitalGetulio Vargas	Neurologia Clinica Adulto / Endocrinologia Adulto / Gastroenterologia Adulto

Hospital Maria Lucinda	Doenças Raras (Triagem)
Hospital Pelopidas da Silveira	Implante de Cateter de Longa Permanência para Hemodiálise
Hospital Mestre Vitalino	Implante de Cateter de Longa Permanência para Hemodiálise
Hospital Geral De Areias	Pediatria/ Clinica Medica / Climaterio / Alergologia / Medico Do Trabalho / Pe Diabetico / Terapia Ocupacional / Odontologia (Necessidades Especiais) / Fisioterapia / Ginecologia / Pe Diabetico / Psiquiatria / Psicologia
Hospital Armindo Moura	Consulta Cirurgia De Joelho
HospitalSanta Luzia	Oftalmopediatria / Consulta Catarata Congênita / Teste do OlhinhoObs.: apenas para a Macrorregião (I, II, III e XII Geres)
FundaçãoAltino Ventura	Primeira Consulta/Reavaliação / Triagem de Catarara / Parecer Oftalmologico (Pacientes Internados)
Serviço de Oftalmologia de Pernambuco - Seope	Primeira Consulta / Oftalmopediatria
Instituto do Figadode Pernambuco	Consulta Triagem Acolhimento Hepatologia / Exame Colonoscopia
Procape/Imip/HC/ Sedmed/RHP	Consulta (Pediatrico) / Consulta (Pediatrico)Autologo / Consulta (Adulto)
Procape/Cenel	Polissonografia
HC/ Ultra Imagem Viegas-Cabo/Clínica de Imagem Vitória	Densitometria Óssea
Imip/Multimagem/	Intervencionista - Diagnóstico/Terapêutico / Intervencionista - Diagnóstico/Terapêutico (Pacientes Internados)

Fonte: Autores (2022). A partir de dados extraídos na Regulação em Saúde – V Geres.

Segundo a tabela 57, nota-se que onúmero de serviços ofertados pelaUPAE(localizadanasededaregião)àpopulaçãodaVRegiãodeSaúdeaumentoua cada ano analisado, exceto no ano de 2020, que devido a pandemia a estrutura da UPAE foi destinada para atendimento aos pacientes com a COVID-19. O atendeimento ambulatorial foi de janeiro a março, retornando em dezembro de 2020 . As faltas oscilam durante o mesmo período, o que gera umadiscussão naRegião a fim de minimizar este problema, que é tão complexo e necessita de açõesarticuladasemtodosos níveisdo Sistema deSaúde.

Tabela 57 - Distribuição dos serviços realizados segundo situação e ano de realização pela UPAE Garanhuns. V Região de Saúde, Pernambuco, 2017 a 2022(1º Quadrimestre/22).

ANO	PROGRAMADO	AGENDADO	EXECUTADO	FALTA
2017	49.014	46.132	36.651	9.481
2018	53.060	51.029	41.682	9.167
2019	54.251	53.267	44.415	8.852
2020	13.212	13.035	10.713	2.322
2021	36.046	35.715	28.649	7.066
2022	14.969	14.649	11.792	2.857
Total	**220.552**	**213.827**	**173.902**	**39.745**

Fonte: CMCE(2022).

Quantoaosserviçosdeexamesdeimagemofertados,astabelasaseguir demonstramostiposdeexamesrealizadossegundoasituaçãodeprogramação,regulação ,execução,faltasefiladeespera(tabela 58 a62).

Tabela 58 - Distribuição de Tomografia ofertada pela Casa de Saúde e Maternidade Nossa Senhora do Perpétuo Socorro, Centro de Diagnóstico de Garanhuns e Monte Sinai Diagnóstico por Imagem, segundo ano e situação. V Região de Saúde, Pernambuco, 2017 a 2021.

Ano	Programado	Regulado	Executado	Faltosos	FiladeEspera
2017	2546	2739	2320	419	653
2018	3041	2667	2443	224	769
2019	1868	2006	1812	194	43
2020	2472	2022	1589	239	1427
2021	2472	2682	2386	296	1449

Fonte:CMCE/PE(2022).

Tabela 59 - Distribuição de Cintilografia ofertada pela Sedimed Caruaru segundo ano e situação. V Região de Saúde, Pernambuco, 2017 a 2021.

Ano	Programado	Regulado	Executado	Faltosos	FiladeEspera
2017	510	507	429	78	58
2018	648	473	473	72	51
2019	390	398	343	55	69
2020	233	233	179	45	119
2021	314	313	265	51	88

Fonte:CMCE/PE(2022).

Tabela 60 - Distribuição de Ressonância ofertada pela Casa de Saúde e maternidade Nossa Senhora do Perpétuo Socorro, segundo ano e situação. V Região de Saúde, Pernambuco, 2017 a 2021.

Ano	Programado	Regulado	Executado	Faltosos	Filade Espera
2017	1800	1964	1588	376	420
2018	1809	1851	1638	13	39
2019	1300	1346	1231	115	00
2020	1800	1104	983	121	978
2021	1800	1840	1759	235	685

Fonte:CMCE/PE(2022).

Tabela 61 - Distribuição de Densitometria Óssea ofertada pelo Centro de Diagnóstico de Garanhuns (Proimagem), segundo ano e situação. V Região de Saúde, Pernambuco, 2017 a 2021.

Ano	Programado	Regulado	Executado	Faltosos	FiladeEspera
2017	40	53	46	07	09
2018	25	34	30	04	00
2019	25	24	23	01	00
2020	36	08	07	01	03
2021	36	23	12	11	00

Fonte:CMCE/PE(2022).

Tabela 62 - Distribuição de Mamografia Bilateral pra Rastreamento ofertada pelo Centro de Diagnóstico de Garanhuns (Proimagem), segundo ano e situação. V Região de Saúde, Pernambuco, 2017 a 2021.

Ano	Programado	Regulado	Executado	Faltosos	FiladeEspera
2017	3600	2464	1704	760	696
2018	3600	3015	2290	725	782
2019	3422	3328	2599	729	305
2020	835	835	602	233	575
2021	00	00	00	00	575

Fonte:CMCE/PE(2022).

5.2 Redes Temáticas

5.2.1 Rede Materno Infantil

Em nosso contexto, a assistência à Saúde materno e infantil sempre foi associada às questões reprodutivas e não era voltada para uma assistência integral. Mas a partir de 1980, os movimentos feministas impulsionaram a construção de novas Políticas Públicas.

Na década de 1990 até os anos de 2000, foi um período de criação, formulação e execução de leis, programas e estratégias de saúde pública voltados para a saúde materno e infantil. Destes, podemos citar a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) e Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), como também a implantação do Programa de Humanização do Pré-Natal e do Nascimento (PHPN), em 2000, cujo objetivo era reduzir as altas taxas de morbimortalidade materna, perinatal e neonatal no País.

Entretanto, não teve o alcance esperado. Como solução, o Ministério da Saúde implantou o programa Rede Cegonha como uma estratégia de um novo modelo de atenção à mulher e à criança, de forma a garantir acesso, acolhimento e resolutividade e, consequentemente, reduzir a mortalidade dessa população (CASSIANO *et al.,* 2014).

A tabela 64 demonstra os principais destinos de ocorrência de partos para as gestantes residentes da V Região de saúde. Por meio dela é possível analisar os principais fluxos obstétricos na rede materno-infantil, os municípios com maior referência para partos dentro da região e os principais destinos fora da região. Para tal análise é necessário se considerar que o fluxo obstétrico depende de vários fatores de articulação da rede materno-infantil, tais como os pontos de atenção existentes, as potencialidades das maternidades e dos hospitais que realizam partos na região, a regulação de leitos obstétricos de urgência e os desenhos e pactuações regionais.

Pode-se observar que o principal local de ocorrência de partos é o município de Garanhuns, que aparece como destino para todos os municípios da Região. Isso está relacionado com o desenho da Rede Materno-infantil da Região, que tem o Hospital Regional Dom Moura como referência para realização de parto de risco habitual para os 21 municípios. Além disso, pode-se destacar os municípios de Iati, que realizou, no ano de recorte dos dados, 54,3% dos partos das gestantes

residentes; Canhotinho, com 48, 4% dos partos realizados no próprio município; e Águas Belas com 40,9%. Estes municípios foram as principais referências para suas próprias gestantes.

Além destes locais de ocorrência, verifica-se que os municípios de Recife e Caruaru também aparecem no fluxo obstétrico das gestantes da V Região, o que também está relacionado com a concentração de serviços de referência para assistência de médio e alto risco nestes locais, como por exemplo o Hospital Regional Jesus Nazareno que é referência para a IV e V Regiões de Saúde. Além destes, o município de Arcoverde também se destaca como destino, fora da região, para o município de Itaíba, com 19% de ocorrência. Os quantitativos mencionados como “outros” na tabela se referem a diversos outros municípios da própria região ou de outras que obtiveram ocorrências esporádicas de partos.

Tabela 63 - Fluxo de partos de mães residentes na V Região de Saúde segundo principais municípios de ocorrência do parto. V Região de Saúde, 2021.

Município de residência	Município de ocorrência do parto	Nº (%)	Município de residência	Município de ocorrência do parto	Nº (%)	Município de residência	Município de ocorrência do parto	Nº (%)
Águas Belas	Águas Belas	260 (40,9%)	**Capoeiras**	Garanhuns	142 (52,8%)	**Lagoa do Ouro**	Garanhuns	73 (50,3%)
	Garanhuns	211 (33,2%)		Capoeiras	40 (14,9%)		Lagoa do Ouro	24 (16,6%)
	Recife	79 (12,5%)		Recife	39 (14,5%)		Recife	22 (15,2%)
	Outros	85 (13,4%)		Outros	48 (17,8%)		Outros	26 (17,9%)
	Total	635 (100%)		Total	269 (100%)		Total	145 (100%)
Angelim	Garanhuns	70 (46,7%)	**Correntes**	Garanhuns	89 (50,8%)	**Lajedo**	Garanhuns	207 (31,2%)
	Angelim	25 (16,7%)		Correntes	33 (18,9%)		Lajedo	190 (28,6%)
	Recife	23 (15,3%)		Recife	25 (14,3%)		Caruaru	143 (21,5%)
	Caruaru	23 (15,3%)						
	Outros	9 (6%)		Outros	28 (16%)		Outros	124 (18,7%)
	Total	150 (100%)		Total	175 (100%)		Total	664 (100%)
Bom Conselho	Garanhuns	168 (40,5%)	**Garanhuns**	Garanhuns	1772 (82,8%)	**Palmeirina**	Garanhuns	60 (74,1%)
	Bom Conselho	119 (28,7%)		Recife	230 (10,7%)		Caruaru	8 (9,9%)
	Caruaru	56 (13,5%)		Caruaru	98 (4,6%)		Recife	7 (8,6%)
	Outros	72 (17,3%)		Outros	40 (1,9%)		Outros	6 (7,4%)
	Total	415 (100%)		Total	2140 (100%)		Total	81 (100%)
Brejão	Garanhuns	110 (62,1%)	**Iati**	Iati	171 (54,3%)	**Paranatama**	Garanhuns	162 (81%)
	Recife	30 (17%)		Garanhuns	68 (21,6%)		Recife	21 (10,5%)
	Caruaru	22 (12,4%)		Caruaru	36 (11,4%)		Caruaru	10 (5%)

	Outros	15 (8,5%)		Outros	40 (12,7%)		Outros	7 (3,5%)
	Total	177 (100%)		Total	315 (100%)		Total	200 (100%)
Caetés	Garanhuns	208 (46,5%)	**Itaíba**	Garanhuns	111 (27,4%)	**Saloá**	Garanhuns	64 (33,9%)
	Caetés	106 (23,7%)		Itaíba	96 (23,7%)		Saloá	60 (31,7%)
	Recife	62 (13,9%)		Arcoverde	77 (19%)		Caruaru	28 (14,8%)
	Outros	71 (15,9%)		Outros	121 (29,9%)		Outros	37 (19,6%)
	Total	447 (100%)		Total	405 (100%)		Total	189 (100%)
Calçado	Garanhuns	73 (59,4%)	**Jucati**	Garanhuns	137 (73,7%)	**São João**	Garanhuns	170 (51,3%)
	Recife	19 (15,4%)		Recife	29 (15,6%)		São João	78 (23,6%)
	Caruaru	18 (14,6%)		Caruaru	9 (4,8%)		Recife	49 (14,8%)
	Outros	13 (10,6%)		Outros	11 (5,9%)		Outros	34 (10,3%)
	Total	123 (100%)		Total	186 (100%)		Total	331 (100%)
Canhotinho	Canhotinho	157 (48,4%)	**Jupi**	Garanhuns	157 (51,3%)	**Terezinha**	Garanhuns	40 (41,7%)
	Garanhuns	80 (24,7%)		Recife	61 (19,9%)		Terezinha	28 (29,2%)
	Recife	46 (14,2%)		Jupi	43 (14,1%)		Recife	10 (10,4%)
							Caruaru	10 (10,4%)
	Outros	41 (12,7%)		Outros	45 (14,7%)		Outros	8 (8,3%)
	Total	324 (100%)		Total	306 (100%)		Total	96 (100%)

Fonte: SINASC – V Geres (2022).

5.2.1.1 Programa Mãe Coruja

Criado por meio do Decreto nº 30.859 de 04 de outubro de 2007, o Programa Mãe Coruja visa assistir às gestantes e seus respectivos filhos até 5 anos de idade de forma integral, e assim, reduzir a mortalidade materna e infantil através de ações estratégicas nos eixos de saúde, educação, desenvolvimento e assistência social.

O Programa Mãe Coruja utiliza o instrumento Escala Brasileira de Insegurança Alimentar (EBIA). Trata-se de um equipamento que serve de parâmetro para identificação das famílias que possam por algum motivo estar em situação de Insegurança Alimentar, seja ela permanente ou temporária. Este questionário é aplicado a todas as mulheres cadastradas no Programa Mãe Coruja, no final do questionário, de acordo com as respostas fornecidas pela mulher, é feita a classificação de segurança ou insegurança alimentar da família.

O Programa Mãe Coruja disponibiliza para as mulheres, todos os anos, Curso de Qualificação Profissional, capacitando-as para o mercado de trabalho e geração de renda. O eixo qualificação profissional representa um importante viés para o Programa Mãe Coruja, uma vez que confere às mulheres cadastradas a condição de melhorar a renda familiar através da efetivação do que foi aprendido durante os cursos ofertados. A inclusão da temática sobre empreendedorismo constitui um diferencial no processo de empoderamento feminino, por fornecer subsídios para que a mulher possa gerir o seu próprio negócio.

Também é ofertado o Círculo de Educação e Cultura, que são espaços criados para promoverem o empoderamento feminino das educandas cadastradas no programa, oferecendo encontros temáticos multidisciplinares e intersetoriais, pautados na filosofia Freireana e embasados em um currículo norteador, construído com a participação de todas as secretarias.

Os Espaços dos Círculos de Educação e Cultura colaboram para o fortalecimento do aprendizado e convivência das mulheres cadastradas, com metodologia elaborada especificamente para o Programa, incluindo a formação e capacitação pedagógica para os professores e a inclusão de quatro módulos que contemplam discussões de temas relacionados à cidadania, fortalecimento de vínculos, saúde e identidade.

Em 2019, aconteceram Oficinas da Estratégia do Mãe Coruja Amamenta e Alimenta, com a participação dos profissionais dos Cantos Mãe Coruja, Professores

dos Círculos de Educação e Cultura, Coordenadores do Programa Criança Feliz, IPA, ACS, Nutricionistas e Enfermeiros das ESF da V Região de Saúde.Em 2021, houve 80 turmas distribuídas nos 21 municípios, com um total de 594 educandas que participaram dos 4 módulos ofertados, pelos Círculos de Educação e Cultura

A Oficina teve a finalidade de formar multiplicadores para trabalhar com as mulheres cadastradas no Mãe Coruja, trazendo os conceitos de uma Alimentação Saudável e a introdução da alimentação complementar para as crianças a partir dos seis meses de idade, visando desta forma contribuirmos na construção de hábitos alimentares saudáveis. Percebemos no acompanhamento das crianças, que muitas vezes recebem uma alimentação inadequada para sua idade. Estas, foram realizadas para os 21 municípios da Regional, em um formato de agrupamento de dois municípios para cada Oficina, com um intuito de uma troca de experiência entre estes municípios e uma aprendizagem coletiva, construindo assim uma formação multidisciplinar e permitindo aos participantes a oportunidade de um trabalho em equipe e a consciência do seu papel de multiplicador em seu território.

Em 2020 e 2021, devido a Pandemia, esses conteúdos vem sendo ofertados as mulheres em um formato de roda de conversas e também de forma remota utilizando os meios tecnológicos.

O Programa Leite de Todos constitui a absorção da produção da bacia leiteira local, por parte do Governo do Estado direcionado a setores do município como forma de suplementação na alimentação de famílias, em especial aquelas atendidas pelos Centros de Referência em Assistência Social - CRAS, sendo parte dessa demanda voltada para mulheres e crianças com mais de 02 anos, Gestantes e Nutrizes acompanhadas pelo Canto Mãe Coruja. O Programa constitui importante incremento para ajudar a minimizar o quadro de insegurança alimentar, uma vez que as mulheres identificadas com insegurança moderada e grave, são automaticamente indicadas para recebimento do leite.

5.2.1.2 Risco Habitual

5.2.1.2.1 Rede Cegonha

A Rede Cegonha consiste em uma rede de cuidados que visa assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao

parto e ao puerpério, bem como à criança o direto ao nascimento seguro, crescimento e desenvolvimento saudáveis. Na sua organização, possui 04 componentes: Pré-natal; Parto e Nascimento; Puerpério e Atenção Integral à Saúde da Criança; Sistemas Logísticos – transporte sanitário e regulação (BRASIL, 2011).

5.2.1.2.2 Componente Pré-natal

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

No que concerne ao Componente Pré-natal, a Rede Cegonha estabelece as seguintes especificações:

a) realização de pré-natal na Unidade Básica de Saúde (UBS) com captação precoce da gestante e qualificação da atenção;

b) acolhimento às intercorrências na gestação com avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade;

c) acesso ao pré-natal de alto de risco em tempo oportuno;

d) realização dos exames de pré-natal de risco habitual e de alto risco e acesso aos resultados em tempo oportuno;

e) vinculação da gestante desde o pré-natal ao local em que será realizado o parto;

f) qualificação do sistema e da gestão da informação;

g) implementação de estratégias de comunicação social e programas educativos relacionados à saúde sexual e à saúde reprodutiva;

h) prevenção e tratamento das DST/HIV/Aids e Hepatites; e

i) apoio às gestantes nos deslocamentos para as consultas de pré-natal e para o local em que será realizado o parto, os quais serão regulamentados em ato normativo específico.

Indicadores importantes em relação ao componente pré-natal de risco habitual, foram discutidos no Capítulo anterior (Cap. 4), que trata da Atenção Primária a Saúde.

5.2.1.2.3 Parto e Nascimento

O desenho da Rede Cegonha na V Região de Saúde, fruto de históricas discussões acerca de seu mapeamento, é hoje regido pela Resolução CIR nº 03 de 27 de fevereiro de 2018, segundo a qual são estabelecidos o Hospital Regional Dom Moura e o Hospital Infantil Palmira Sales, ambos em Garanhuns, como referências para assistência de risco habitual, sendo Caruaru, segundo a mesma resolução, a referência de alto risco para os 21 municípios da V Região de Saúde.

Para além da pactuação e respectivo desenho supracitado, considerando a regionalização e organização da rede, especialmente para acolhimento de gestantes em período expulsivo, a tabela abaixo apresenta a distribuição de leitos obstétricos (clínicos e cirúrgicos) na V Região de Saúde no ano de 2022.

Tabela 64 - Leitos Obstétricos (clínicos e cirúrgicos) por município e estabelecimento. V Região de Saúde, 2022.

MUNICÍPIO	NOME DO ESTABELECIMENTO	LEITOS OBSTETRÍCIA CLÍNICA	LEITOS OBSTETRÍCIA CIRÚRGICA
Águas Belas	Hospital Dr Joao Secundino De Souza	6	-
Angelim	Unidade Hospitalar Santa Terezinha	2	-
Bom Conselho	Hospital Monsenhor Alfredo Damaso	2	4
Brejão	Hospital Municipal Alice Figueira	-	2
Caétes	Hospital Municipal Luiza Pereira De Carvalho	-	2
Calçado	U M Nossa Senhora De Lourdes	3	-
Canhotinho	Hospital Municipal Antonia Alves De Melo	6	2
Capoeiras	Hospital Municipal Quiteria Alves Vilela	3	-
Correntes	Hospital Mae Kyola	-	3
Garanhuns	Hospital Infantil Palmira Sales	26	-
Garanhuns	Hospital Monte Sinai	2	4
Garanhuns	Hospital Regional Dom Moura	12	10
Garanhuns	Casa De Saude Perpetuo Socorro	5	6
Iati	Hospital Municipal Nossa Senhora Da Conceicao	5	1
Itaíba	Hospital Municipal Joao Vicente	2	-
Jucati	Hospital Municipal Noemia Eloy	2	-
Jupi	Hospital Municipal Claudina Teixeira	2	-
Lagoa Do Ouro	Hospital Municipal Jose Josy Duarte	4	-
Lajedo	Hospital Maria Da Penha Dourado Cavalcante	5	-
Palmeirina	Hospital Municipal Nossa Senhora Das Neves	2	-

Paranatama	Hospital Municipal Antonio Xavier Sobrinho	2	-
Saloá	Hospital Josina Godoy	3	-
São João	Hospital Josefa Cordeiro Vilaca	4	-
Terezinha	Hospital Municipal De Terezinha	1	1
Total	V GERES	99	35

Fonte: CNES (competência 03/2022).

5.2.1.3 Alto Risco

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

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

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

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

Quanto à organização da rede para Partos de Alto Risco, considerando a ausência de UTIs e UCIs neonatais instaladas na Região, a resolução nº 03, de 27 de fevereiro de 2018 pactua o município de Caruaru como referência de alto risco para a V Região de Saúde. Tal referência se apresenta por ser o serviço mais próximo na Macrorregional, apresentando, segundo Plano Estadual de Saúde 2020- 2023 (PERNAMBUCO, 2019),10 leitos de UCI Neonatal e 12 leitos Canguru.

5.2.2 Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE)

A reformulação da Política Nacional de Atenção às Urgências e da Rede de Atenção às Urgências no SUS, foi instituída através da Portaria nº 1.600 de 07 de julho de 2011, atualmente concatenada à Portaria de Consolidação nº03/2017.

Em seu artigo 2° apresenta as diretrizes da Rede de Atenção às Urgências:

I. Ampliação do acesso e acolhimento aos casos agudos demandados aos serviços de saúde em todos os pontos de atenção, contemplando a

classificação de risco e intervenção adequada e necessária aos diferentes agravos;

II. Garantia da universalidade, equidade e integralidade no atendimento às urgências clínicas, cirúrgicas, gineco-obstétricas, psiquiátricas, pediátricas e às relacionadas a causas externas (traumatismos, violências e acidentes);

III. Regionalização do atendimento às urgências com articulação das diversas redes de atenção e acesso regulado aos serviços de saúde;

IV. Humanização da atenção, garantindo efetivação de um modelo centrado no usuário e baseado nas suas necessidades de saúde;

V. Garantia de implantação de modelo de atenção de caráter multiprofissional, compartilhado por trabalho em equipe, instituído por meio de práticas clínicas cuidadoras e baseado na gestão de linhas de cuidado;

VI. Articulação e integração dos diversos serviços e equipamentos de saúde, constituindo redes de saúde com conectividade entre os diferentes pontos de atenção;

VII. Atuação territorial, definição e organização das regiões de saúde e das redes de atenção a partir das necessidades de saúde destas populações, seus riscos e vulnerabilidades específicas;

VIII. Atuação profissional e gestora visando o aprimoramento da qualidade da atenção por meio do desenvolvimento de ações coordenadas, contínuas e que busquem a integralidade e longitudinalidade do cuidado em saúde;

IX. Monitoramento e avaliação da qualidade dos serviços através de indicadores de desempenho que investiguem a efetividade e a resolutividade da atenção;

X. Articulação interfederativa entre os diversos gestores, desenvolvendo atuação solidária, responsável e compartilhada;

XI. Participação e controle social dos usuários sobre os serviços;

XII. Fomento, coordenação e execução de projetos estratégicos de atendimento às necessidades coletivas em saúde, de caráter urgente e transitório, decorrentes de situações de perigo iminente, de calamidades públicas e de acidentes com múltiplas vítimas, a partir da construção de mapas de risco regionais e locais e da adoção de protocolos de prevenção, atenção e mitigação dos eventos;

XIII. Regulação articulada entre todos os componentes da Rede de Atenção às Urgências com garantia da equidade e integralidade do cuidado; e

XIV. Qualificação da assistência por meio da educação permanente das equipes de saúde do SUS na Atenção às Urgências, em acordo com os princípios da integralidade e humanização.

A RUE faz suporte mediante situações atípicas, onde é necessária uma intervenção diante de agravos como acidentes e quadros patológicos agudos. Sua política pressupõe oito componentes, dos quais destacamos o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), salas de estabilização e o componente hospitalar.

Acerca do componente de SAMU, na V Região de Saúde, como pode ser observado no quadroabaixo, todos os municípios possuem base descentralizada.

Quadro 8 - Distribuição de Bases Descentralizadas do SAMU na V Região de Saúde em junho de 2022.

Município	USB	Qualificado	USA
Águas Belas	1	SIM	-
Angelim	1	SIM	-
Bom Conselho	1	SIM	-
Brejão	1	SIM	-
Caetés	1	SIM	-
Calçado	1	NÃO	-
Canhotinho	1	SIM	-
Capoeiras	1	SIM	-
Correntes	1	NÃO	-
Garanhuns	1	SIM	1
Iati	1	NÃO	-
Itaíba	1	SIM	-
Jucati	1	NÃO	-
Jupi	1	SIM	-
Lagoa do Ouro	1	SIM	-
Lajedo	1	SIM	-
Palmeirina	1	NÃO	-
Paranatama	1	SIM	-
Saloá	1	SIM	-
São João	1	SIM	-
Terezinha	1	SIM	-

Fonte: CNES - Acesso em junho/2022.

Como apresentado, a região conta com 100% de municípios com SAMU implantados. No entanto, tais serviços, segundo a Portaria nº 1010/2011 pelo artigo

2º, podem ser classificados como *habilitados*— processo pelo qual o SAMU 192 e as Centrais de Regulação das Urgências cumprem determinados requisitos do processo de habilitação, tornando-se aptos ao recebimento dos incentivos financeiros repassados pelo Ministério da Saúde, tanto para investimento quanto para custeio e *qualificados* —processo pelo qual o componente SAMU 192 regional já habilitado cumpre requisitos de qualificação estabelecidos nesta Portaria, passando a fazer jus a novos valores de custeio.

Das 22 unidades implantadas na região, 5 se apresentam apenas habilitadas e outras 16 foram habilitadas e, posteriormente, qualificadas, impactando em maior qualidade de atendimento e repasse diferenciado.

Ainda no Suporte ao atendimento às Urgências, a Portaria GM/MS nº 2.338 de 03 de outubro de 2011 apresenta as Salas de Estabilização como uma estruturaque funciona como local de assistência temporária e qualificada para estabilização de pacientes críticos/graves, para posterior encaminhamento a outros pontos da RAS, observadas as seguintes diretrizes:

I. Funcionamento nas 24 (vinte e quatro) horas do dia e nos 7 (sete) dias da semana;
II. Equipe interdisciplinar compatível com suas atividades;
III. Funcionamento conforme protocolos clínicos e procedimentos administrativos estabelecidos e/ou adotados pelo gestor responsável.

Os leitos de retaguarda, importantes constituintes do componente Hospitalar da Rede de Atenção às Urgências, estabelecidos na Portaria de Consolidação GM/MS Nº 03, de 28 de setembro de 2017, têm por objetivo reduzir a superlotação dos serviços de urgência, possibilitando a continuidade da assistência aos pacientes procedentes dos serviços de emergência e de unidades de terapia intensiva para um leito de enfermaria qualificado. Em tal serviço, o referenciamento dos usuários ocorre de forma regulada e baseada em protocolos clínicos assistenciais estabelecidos. Os leitos podem funcionar em unidades hospitalares estratégicas ouem outros hospitais de retaguarda localizados nas regiões de saúde, as enfermarias clínicas poderão qualificar leitos SUS já existentes ou novos.

Ainda que a Resolução CIB nº 2992 de 26 de abril de 2017 repactue os Leitos de Retaguarda da V Região de Saúde contemplando 199 leitos, sendo desses 135 novos e 64 qualificados, existem hoje efetivamente instalados, regulados e financiados 162 leitos na V Região de Saúde, conforme exposto nas tabelas 67 e 68.

Para além da regulação dos leitos, o artigo 14º da Portaria GM/MS nº 2.395 de 11 de outubro de 2011 elenca outros 10 critérios acerca do funcionamento destes leitos, dos quais destacamos dois: a taxa de ocupação e tempo médio de permanência, que podem ser observados nas tabelas seguintes:

Tabela 65 - Taxa de ocupação média dos leitos de retaguarda na V Região de Saúde. Pernambuco, 2021.

Município	Estabelecimento	Leitos	Taxa de ocupação (%)
Águas Belas	Hospital Dr. João Secundino De Souza	15	27
Angelim	Unidade Hospitalar Santa Terezinha	5	51
Bom Conselho	Hospital Monsenhor Alfredo Damaso	15	36
Brejão	Hospital Alice Figueira	7	35
Caetés	Hospital Municipal Luiza Pereira De Carvalho	3	34
Calçado	Unidade Médica Nossa Senhora De Lourdes	3	20
Canhotinho	Hospital Municipal Antônia Alves De Melo	12	24
Capoeiras	Hospital Municipal Quitéria Alves Vilela	6	27
Correntes	UM Kyola	11	39
Garanhuns	Hospital Infantil Palmira Sales	3	14
Iati	Unidade Mista Nossa Senhora Da Conceição	9	12
Itaíba	Unidades Mista João Vicente	18	15
Jupi	Hospital Municipal Claudina Teixeira	6	35
Lagoa do Ouro	Hospital Municipal José Josy Duarte	9	23
Lajedo	Hospital Mª Da Penha Silva Dourado Cavalcante	15	36
Palmeirina	Unidade Mista Nossa Senhora Das Neves	6	13
Paranatama	Unidade Mista Antônio Xavier Sobrinho	13	16
Saloá	Hospital Josina Godoy	6	31
São João	Hospital Josefa Cordeiro Vilaça	6	42
Terezinha	Unidade Mista Terezinha	5	17
V Região de Saúde	**-**	**173**	**29,4**

Fonte: DGAIS/SES-PE (2022).

Sob análise da taxa de ocupação dos estabelecimentos componentes da V Região, observa-se uma taxa de ocupação anual média de 38,7%. A Portaria GM/MS nº 2395 de 11 de outubro de 2011, estabelece como critério uma taxa de ocupação de 80% mensal. Não obstante, ainda que a taxa de ocupação média se mostre aquém da meta estabelecida, é importante ressaltar a consistente melhora desse indicador ao longo do ano, onde dos 19 estabelecimentos avaliados, 78,9% apresentam uma

média superior a taxa encontrada nos primeiros meses, refletindo um aumento ao longo do ano. Ainda assim, se faz necessário esforço conjuntodesses estabelecimentos, da Atenção Primária e dos Hospitais de Referência na identificação e encaminhamento de usuários com quadro compatível com tais leitos.

Tabela 66 - Tempo médio de permanência nos leitos de retaguarda. V Região de Saúde, Pernambuco, 2019.

Município	Estabelecimento	Leitos	Tempo de Permanência (em dias)
Águas Belas	Hospital Dr. João Secundino de Souza	15	16
Angelim	Unidade Hospitalar Santa Terezinha	5	9
Bom Conselho	Hospital Monsenhor Alfredo Damaso	15	6
Brejão	Hospital Alice Figueira	7	6
Caetés	Hospital Municipal Luiza Pereira de Carvalho	3	11
Calçado	Unidade Médica Nossa Senhora de Lourdes	3	4
Canhotinho	Hospital Municipal Antônia Alves de Melo	12	8
Capoeiras	Hospital Municipal Quitéria Alves Vilela	6	6
Correntes	UM Kyola	11	7
Garanhuns	Hospital Infantil Palmira Sales	3	6
Iati	Unidade Mista Nossa Senhora da Conceição	9	6
Itaíba	Unidades Mista João Vicente	18	6
Jupi	Hospital Municipal Claudina Teixeira	6	11
Lagoa do Ouro	Hospital Municipal José Josy Duarte	9	8
Lajedo	Hospital Mª da Penha Silva Dourado Cavalcante	15	5
Palmeirina	Unidade Mista Nossa Senhora das Neves	6	6
Paranatama	Unidade Mista Antônio Xavier Sobrinho	13	8
Saloá	Hospital Josina Godoy	6	4
São João	Hospital Josefa Cordeiro Vilaça	6	9
Terezinha	Unidade Mista Terezinha	5	6
V Região de Saúde	**-**	**173**	**7,4**

Fonte: DGAIS/SES-PE (2022).

Quanto ao Tempo Médio de Permanência, a V Região apresenta um tempo médio de 7,47 dias, destacando-se os municípios de Águas Belas, Caetés e Canhotinho com tempos médios superiores a 10 dias – limite máximo estabelecido

pela Portaria GM/MS nº 2395 de 11 de outubro de 2011. Observa-se como principal motivo nesses casos, a internação de usuários que apresentavam condições

crônicas (ou o agravamento destas) como quadro ou comorbidade, resultando em maiores períodos para estabilização e retorno dos usuários ao território.

Importante ressaltar que, não é possível apurar as informações expostas na tabelas 67 e 68 referentes ao município de Saloá, visto que os seis leitos correspondentes a este município só tiveram seus recursos estabelecidos pela Portaria nº 3.720, de 23 de dezembro de 2019.

5.2.3 Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) é instituída pela Portaria 3.088 de 23 de dezembro de 2011, que institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Em seu artigo Art. 2º constituem-se diretrizes para o funcionamento da Rede de Atenção Psicossocial:

I - Respeito aos direitos humanos, garantindo a autonomia e a liberdade das pessoas;

II - Promoção da equidade, reconhecendo os determinantes sociais da saúde;

III - Combate a estigmas e preconceitos; IV - Garantia ao acesso e a qualidade dos serviços, ofertando cuidado integral e assistência multiprofissional, sob a lógica interdisciplinar;

IV - Garantia ao acesso e a qualidade dos serviços, ofertando cuidado integral e assistência multiprofissional, sob a lógica interdisciplinar;

V - Atenção humanizada e centrada nas necessidades das pessoas; VI - Diversificação das estratégias de cuidado;

VII - Desenvolvimento de atividades no território, que favoreça a inclusão social com vistas à promoção de autonomia e ao exercício da cidadania; VIII - Desenvolvimento de estratégias de Redução de Danos;

IX - Ênfase em serviços de base territorial e comunitária, com participação e controle social dos usuários e de seus familiares;

X - Organização dos serviços em rede de atenção à saúde regionalizada, com estabelecimento de ações intersetoriais para garantir a integralidade do cuidado;

XI - Promoção de estratégias de educação permanente; e

XII - Desenvolvimento da lógica do cuidado para pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, tendo como eixo central a construção do projeto terapêutico singular.

Acerca da cobertura dos dispositivos de Saúde Mental no território da V Região de Saúde, conta-se hoje com 21 dispositivos específicos da RAPS contemplados na Portaria 3.088 (tabela 1), destes, 15 são Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Ademais, a região conta com 18 Leitos de Atenção Integral em Hospitais Gerais (04 no Hospital Dr. João Secundino de Souza, em Águas Belas; 06 no Hospital Regional Dom Moura, em Garanhuns, de abrangência regional; 08 no Hospital Municipal Antonia Alves de Melo) em conformidade com a Portaria nº 148 de 31 de janeiro de 2012.

Quadro 9 - Serviços de Saúde Mental e seu fluxo segundo pactuação RAPS. V Região de Saúde de Pernambuco, 2019.

Municípios	Serviço	Município referenciado/Endereço
Águas Belas	Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) I Conviver com a diferença	Travessa Amazonas, S/N, Centro Rua São João, 35, Centro

	Serviço de Residência Terapêutico (SRT) 04 Leitos Integrais de Saúde Mental (LISM)	Hospital Dr. João Secundino de Souza Tv. Amazonas, S/N, Centro
Angelim	CAPS I de Angelim	Rua Bela Vista, 12, Centro
Bom Conselho	CAPS I Audalio Ramos de Oliveira	Rua Tenente Nilton Prado, 52, Centro
Brejão	CAPS I Professora Josefa Tenório Pinto	Praça Capitão Américo, S/N, Centro
Caetés	-	Polo Lagoa do Ouro (Capoeiras/PE)
Calçado	CAPS I Calçado	Rua Mandu Caetano, s/n, Centro
Canhotinho	CAPS I de Canhotinho 08 LISM	Rua João Pessoa, 20, Centro Hospital Municipal Antônia Alves de Melo Rua José Ferreira Leite, S/N, Centro
Capoeiras	CAPS I de Capoeiras	Rua do Centro, s/n, Centro
Correntes	-	Polo Lagoa do Ouro (Lagoa do Ouro/PE)
Garanhuns	CAPS AD Garanhuns CAPS III das Flores Garanhuns 06 LISM SRT I SRT II	Av. Júlio Brasileiro, 1242, Heliópolis Rua Vereador Francisco Tenório de Albuquerque, 12, Heliópolis Hospital Regional Dom Moura. Av Simoa Gomes, 200, Heliópolis Rua Otoniel Furtado Gueiros, 90, Heliópolis Av. Djalma Dutra, 550, Heliópolis
Iatí	-	Polo Águas Belas (Águas Belas/PE)
Itaíba	-	Polo Águas Belas (Águas Belas/PE)
Jucati	CAPS I Jucati	Rua Rui Barbosa, s/n. Centro
Jupi	-	Polo Angelim (Jucati/PE)
Lagoa do Ouro	CAPS I Lagoa do Ouro	Rua Luiza Vieira de Lima, 79, Centro
Lajedo	CAPS I	Praça Joaquim Nabuco, s/n, Centro
Palmeirina	-	Polo Angelim (Angelim/PE)
Paranatama	CAPS I Entre rios	Praça José Bezerra de Assunção, 107, Centro
Saloá	CAPS I	Rua José Alves Bezerra, 34, Centro
São João	CAPS I Elias Lopes Lima Filho	Rua Manoel Rodrigues, 710, Centro
Terezinha	-	Polo Lagoa do Ouro (Brejão/PE)

Fonte: CNES, 2022 e Resolução CIB 2898 de julho de 2016.

Considerando os dispositivos citados, observa-se uma porcentagem de 66,7% de municípios com CAPS implantado. No entanto, se faz importante ressaltar ainda a organização da Região segundo polos de Saúde Mental, pactuada em Resolução CIB 2898 de julho de 2016, como pode ser visto na figura abaixo. Tal desenho implica no cuidado compartilhado entre municípios por polo, sendo possível acesso dos/as usuários/as de municípios descobertos em serviços contidos nos polos. Ademais, os municípios de Brejão, Jucati e Angelim têm seus CAPS instalados seguindo lógica de CAPS microrregional, sendo referência direta para os municípios de Terezinha, Jupi

e Palmeirina, respectivamente, totalizando assim, 80,95% de municípios cobertos por CAPS específicos na Região.

Figura 7 - Capitação Ponderada segundo município de Cadastro na V Região de Saúde. Pernambuco, 2022.

Fonte: Autores (2022).

Logo abaixo pode-se ver, na figura 2, o desenho da RAPS Regional a partir do que foi pactuado em CIR e CIB (Resoluções mais atuais - CIR 18, Julho de 2016; CIB 2898, Julho de 2016). Nessa pactuação foi pensado na composição de uma rede com serviços para garantir uma retaguarda voltada para os cuidados em saúde mental por polo e superar os vazios assistenciais da RAPS na regional.

Figura 8 - Desenho da RAPS da V Região de Saúde pactuada em 2016.

Fonte: Autores (2022) e Resoluções - CIR 18, Julho de 2016; CIB 2898, Julho de 2016.

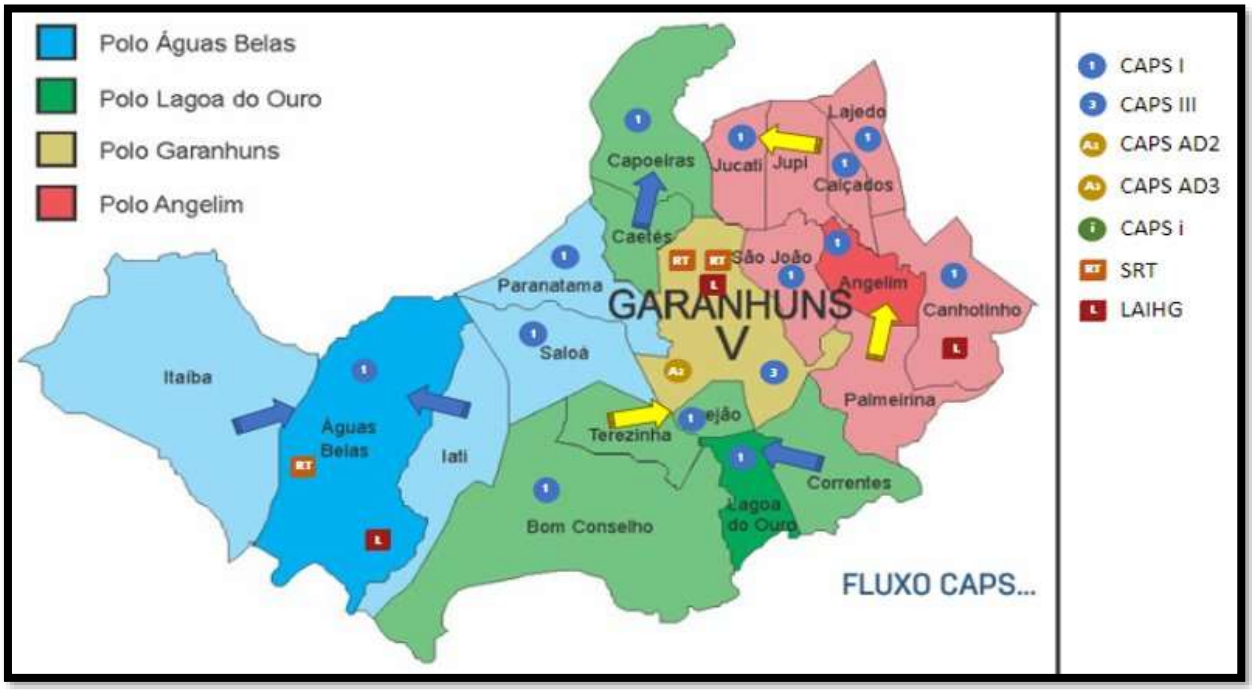
Na figura 9, pode-se observar os serviços instalados e que estão em funcionamento atualmente para a cobertura dos municípios da V Geres.

Figura 9 - Serviços instalados da RAPS da V Região de Saúde em funcionamento.

Fonte: Autores (2022) e Resoluções - CIR 18, Julho de 2016; CIB 2898, Julho de 2016.

Na figura 10, apresentam-se os fluxos estabelecidos e pactuados para a cobertura da população dos municípios que não tem CAPS, para a garantia de uma atenção especializada em saúde mental na V regional.

Figura 10 - Fluxo estabelecido e pactuado para cobertura dos CAPS na RAPS da V Região de Saúde.



Fonte: Autores (2022) e Resoluções - CIR 18, Julho de 2016; CIB 2898, Julho de 2016.

Como estratégia para avaliação do funcionamento dos serviços de forma efetiva e em consonância com a recomendação tanto em Política Nacional quanto especialmente a Resolução nº 747 de 11 de julho de 2018 (Política Estadual de Saúde Mental), a tabela 67, apresenta as informações de produção dos CAPS da V Região de Saúde em 2021 baseada no percentual de procedimentos típicos executados durante um ano. Tais procedimentos típicos partem de um rol de 16 procedimentos nos CAPS tipo I, sendo somados outros procedimentos a depender da complexidade do serviço.

Tabela 67 - Percentual dos procedimentos típicos executados em 2021 pelos municípios que tem CAPS e compõem a V Região de Saúde de Pernambuco.

Municípios	Serviço	Média mensal - 2021
Águas Belas	Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) I Conviver com a diferença + Serviço de Residência Terapêutico (SRT)	86,00%
Angelim	CAPS I de Angelim	48,40%
Bom Conselho	CAPS I Audalio Ramos de Oliveira	36,46%
Brejão	CAPS* I Professora Josefa Tenório Pinto	-
Calçado	CAPS I Calçado	48,96%
Canhotinho	CAPS I de Canhotinho	36,46%
Capoeiras	CAPS I de Capoeiras	54,69%
Garanhuns	CAPS III das Flores Garanhuns + SRT	85,42%
Garanhuns	CAPS AD Garanhuns	81,86%
Jucati	CAPS I Jucati	48,44%
Lagoa do Ouro	CAPS I Lagoa do Ouro	75,00%
Lajedo	CAPS I	69,79%
Paranatama	CAPS I Entre rios	84,38%
Saloá	CAPS I	89,06%
São João	CAPS I Elias Lopes Lima Filho	89,58%

Fontes: TABNET PE, SIA/SUS, 2022.
*CAPS habilitados em data que impossibilita cálculo no período analisado.

Nota-se uma melhoria na qualidade dos registros da V Região de Saúde como um todo. Tal dado reflete não apenas o melhor registro dos CAPS, mas também aponta para um funcionamento dos serviços com ações mais alinhadas à lógica antimanicomial apresentada na Política Estadual. Mas, ainda assim, se faz necessário constante aprimoramento da qualidade destas informações, sendo possível observar grandes discrepâncias no padrão de registro de procedimentos ao longo dos meses e distância em relação ao atingir meta em alguns municípios.

Tabela 68 - Quantidade de atendimentos realizados nos Leitos Integrais de Saúde Mental da V Região de Saúde.

Municípios	Hospital Geral	Quantidade de Procedimentos no ano de 2021
Águas Belas	Hospital Dr. João Sacundino de Souza	71.842
Canhotinho	Hospital Municipal Antônia Alves de Melo	06
Garanhuns	Hospital Regional Dom Moura	505.735

Fonte: Sala de situação/PE(2022).

Na tabela acima, consegue-se observar a quantidade de atendimentos realizados nos LISM da V Geres. Nota-se que há uma sobrecarga em alguns municípios, em relação aos atendimentos de urgência e emergência em saúde mental, situação que está sendo conversado atualmente nos Colegiados Estadual e Regional de Saúde Mental, junto com as referências de saúde mental dos 21 municípios a GASAM (Gerência Estadual de Saúde Mental) visando a qualificação desses leitos voltados ao cuidado em saúde mental nos hospitais gerais.

Resoluções CIR e CIB que embasam tudo que foi redigido em relação a RAPS regional instalada:

Regional	RAPS Regional	Número da resolução CIR/ Data	Número da resolução CIB/ Data
V Geres	Primeiro desenho da RAPS	-	2476/ dezembro de 2013
V Geres	Aprova a representação da RAPS	115/ novembro de 2014	-
V Geres	Implantação do Grupo Condutor da RAPS	119/ novembro de 2014	-
V Geres	Adequação do desenho da RAPS	18/ julho de 2016	2898/ julho de 2016
V Geres	Desocupação dos leitos psiquiátricos do Hospital da Providência em Garanhuns/PE	12/ junho de 2016	2899/ julho de 2016
V Geres	Repasse de custeio dos equipamentos implantados de saúde mental	14/ junho de 2016	2900/ julho de 2016
Municípios	**Serviços**	**Número da resolução CIR/ Data**	**Número da resolução CIB/ Data**
Águas Belas	CAPS I LISM	126/ novembro de 2014 140/ novembro de 2014	2726/ março de 2015 2740/ março de 2015
Angelim	CAPS I	S/N/ maio de 2014	-
Bom Conselho	CAPS I LISM	22/ março de 2012 139/ novembro de 2014	2551/ março de 2014 2739/ março de 2015
Brejão	CAPS I	134/ novembro de 2014	2734/ março de 2015
Calçado	CAPS I	29/ julho de 2017	3044/ agosto de 2017
Canhotinho	CAPS I LISM	49/ junho de 2013 138/ novembro de 2014	2649/ setembro de 2014 2738/ março de 2015
Capoeiras	CAPS I	38/ abril de 2013	-
Garanhuns	CAPS III CAPS AD SRT LISM	35/ dezembro de 2016 - 25/ agosto de 2016 142/ novembro de 2014	2952/ janeiro de 2017 2553/ abril de 2014 - 2742/ março de 2015
Jucati	CAPS I	-	3074/ novembro de 2017
Lagoa do Ouro	CAPS I	86/ julho de 2013	2587/ maio de 2014
Lajedo	CAPS I	75/ julho de 2013	2572/ maio de 2014
Paranatama	CAPS I	09/ fevereiro de 2013	-
Saloá	CAPS I	23/ março de 2013	2586/ maio de 2014
São João	CAPS I	37/ abril de 2013	4081/ maio de 2018

Fonte: Autores, a partir de dados extraídos da V Geres (2022).

5.2.4 Rede de Atenção à Saúde Integral da População LGBTQIAP+

A Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais foi instituída pelo Ministério da Saúde em 2011, compreendendo a condição de vulnerabilidade à qual a população LGBTQIAP+ é exposta. O estado de Pernambuco também possui, desde 2015, uma Política Estadual de Saúde Integral para esse segmento populacional, com o objetivo de minimizar os impactos dos preconceitos na vida dessa população e ampliar o acesso ao direito à saúde.

No âmbito da V Região de Saúde de Pernambuco, vem-se discutindo, desde fevereiro de 2022, a implantação do Grupo Condutor de Saúde Integral da População LGBTQIAP+, aprovado na Comissão Intergestores Regional, que conduzirá as atividades referentes à política na rede de atenção à saúde dos 21 municípios, trabalhando nas esferas da prevenção, promoção e assistência à saúde, vigilância, regulação e educação permanente. Atualmente, não há na regional nenhum ambulatório ou serviço especializado, de modo que os/as usuários/as com demandas específicas são encaminhados/as, via Sistema de Regulação, ao Espaço Trans do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco, que oferece um cuidado integral através de uma equipe multidisciplinar, entretanto possui uma fila de espera demasiadamente densa, uma vez que se trata do único serviço de referência em processo transexualizador nas regiões Norte e Nordeste do Brasil.

5.2.5 Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD)

No quadro abaixo, é possível identificar o desenho atual da RCDP na V Região de Saúde de Pernambuco.

Quadro 10 - RCDP na V Região de Saúde de Pernambuco.

Município	Componente	Serviços	Tipo de reabilitação	Tipo de atendimento	Tipo de Gestão
Águas Belas	Atenção Básica	NASF, Unidades Básicas de Saúde, Atenção odontológica na rede básica	Fisioterapia motora, Fonoaudiologia, Psicologia, Terapia ocupacional, Serviço social, Psicopedagogia, Psiquiatria, Enfermagem	Adulto e pediátrico	Municipal
Angelim	Atenção especializada Atenção Básica	Centros de Especialidade Odontológicas, Centro de Reabilitação Municipal e/ou Centro Municipal de Fisioterapia NASF, Unidades Básicas de Saúde, Atenção odontológica na rede básica	Fisioterapia motora, Fisioterapia respiratória, Psicologia, Serviço social, Psicopedagogia, Consulta especializada em neurologia, Ortopedia, Psiquiatria, Odontologia, Enfermagem	Adulto e pediátrico	Municipal
Bom Conselho	Atenção Básica	NASF, Unidades Básicas de Saúde, Atenção odontológica na rede básica	Fisioterapia motora, Fonoaudiologia, Psicologia, Serviço social, Ortopedia, Psiquiatria, Pediatria	Adulto e pediátrico	Municipal
Brejão	Atenção especializada Atenção Básica	Centro de Reabilitação Municipal e/ou Centro Municipal de Fisioterapia NASF, Unidades Básicas de Saúde, Atenção odontológica na rede básica	Fisioterapia motora, Fonoaudiologia, Psicologia, Terapia ocupacional, Psiquiatria, Pediatria	Adulto e pediátrico	Municipal
Caetés	Atenção especializada Atenção Básica Atenção hospitalar e de urgência e emergência	Estabelecimentos de Saúde habilitados em apenas um serviço de reabilitação, Centros de Especialidade Odontológicas, Centro de Reabilitação Municipal e/ou Centro Municipal de Fisioterapia NASF, Unidades Básicas de Saúde, Atenção odontológica na rede básica Leitos de Cuidados Prolongados	Fisioterapia motora, Fisioterapia respiratória, Fonoaudiologia, Psicologia, Serviço social, Consulta especializada em neurologia, Ortopedia, Psiquiatria, Pediatria, Odontologia, Enfermagem	Adulto e pediátrico	Municipal

Calçado	Atenção Básica	NASF, Unidades Básicas de Saúde, Atenção odontológica na rede básica	Psicólogo e serviço social	Adulto e pediátrico	Municipal
Canhotinho	Atenção Básica	NASF, Unidades Básicas de Saúde, Atenção odontológica na rede básica	Fisioterapia motora, Fonoaudiologia, Psicologia, Ortopedia, Psiquiatria, Enfermagem	Adulto e pediátrico	Municipal
Capoeiras	Atenção especializada Atenção Básica Atenção hospitalar e de urgência e emergência	Centro de Reabilitação Municipal e/ou Centro Municipal de Fisioterapia NASF, Unidades Básicas de Saúde, Atenção odontológica na rede básica Leitos de Cuidados Prolongados	Fisioterapia motora, Psicologia, Terapia ocupacional, Serviço social, Psicopedagogia, Consulta especializada em neurologia, Ortopedia, Psiquiatria, Pediatria, Enfermagem	Adulto e pediátrico	Municipal
Correntes	Atenção especializada Atenção Básica	Centro de Reabilitação Municipal e/ou Centro Municipal de Fisioterapia Unidades Básicas de Saúde	Fisioterapia motora, Fonoaudiologia, Psicologia, Serviço social, Psicopedagogia, Ortopedia, Psiquiatria, Pediatria, Enfermagem	Adulto e pediátrico	Municipal
Garanhuns	Atenção especializada Atenção Básica	Centros de Especialidade Odontológicas, Clínica conveniada (APAE, Clínicas de Fisioterapia, entre outros) - Convênio NASF, Unidades Básicas de Saúde, Atenção odontológica na rede básica	Fisioterapia motora, Fisioterapia respiratória, Fonoaudiologia, Psicologia, Terapia ocupacional, Serviço social, Consulta especializada em neurologia, Odontologia e Enfermagem	Adulto e pediátrico	Municipal
Iati	Atenção especializada Atenção Básica	Centros de Especialidade Odontológicas, Clínica conveniada (APAE, Clínicas de Fisioterapia, entre outros) - Convênio NASF, Unidades Básicas de Saúde, Atenção odontológica na rede básica	Fisioterapia motora, Psicologia, Serviço social, Ortopedia, Psiquiatria, Pediatria, Odontologia, Enfermagem	Adulto e pediátrico	Municipal
Itaiba	Atenção Básica	NASF, Unidades Básicas de Saúde, Atenção odontológica na rede básica	Fisioterapia motora, Fonoaudiologia, Psicologia, Ortopedia, Otorrinolaringologia,	Adulto e pediátrico	Municipal

			Psiquiatria, Pediatria, Enfermagem		
Jucati	Atenção especializada Atenção Básica Atenção hospitalar e de urgência e emergência	Centro de Reabilitação Municipal e/ou Centro Municipal de Fisioterapia NASF, Unidades Básicas de Saúde, Atenção odontológica na rede básica Leitos de Cuidados Prolongados	Fisioterapia motora, Fonoaudiologia, Psicologia, Terapia ocupacional, Ortopedia, Psiquiatria, Pediatria, Enfermagem, PICS	Adulto e pediátrico	Municipal
Jupi	Atenção especializada Atenção Básica	Centros de Especialidade Odontológicas NASF, Unidades Básicas de Saúde, Atenção odontológica na rede básica	Fisioterapia motora, Psicologia, Ortopedia, Psiquiatria	Adulto e pediátrico	Municipal
Lagoa do Ouro	Atenção especializada Atenção Básica Atenção hospitalar e de urgência e emergência	Centros de Especialidade Odontológicas, Centro de Reabilitação Municipal e/ou Centro Municipal de Fisioterapia, Clínica conveniada (APAE, Clínicas de Fisioterapia, entre outros) - Convênio NASF, Unidades Básicas de Saúde, Atenção odontológica na rede básica Leitos de Cuidados Prolongados, Leitos Cirúrgicos qualificados para a atenção odontológica a pessoas com deficiência	Fisioterapia motora, Fonoaudiologia, Psicologia, Serviço social, Ortopedia, Psiquiatria, Pediatria, Odontologia, Enfermagem	Adulto e pediátrico	Municipal
Lajedo	Atenção especializada Atenção Básica	Centro de Reabilitação Municipal e/ou Centro Municipal de Fisioterapia NASF, Unidades Básicas de Saúde, Atenção odontológica na rede básica	Fisioterapia motora, Fonoaudiologia, Psicologia, Consulta especializada em neurologia, Ortopedia, Psiquiatria, Pediatria, Enfermagem	Adulto	Municipal
Palmeirina	Atenção básica Atenção hospitalar e de urgência e emergência	Unidades Básicas de Saúde, Atenção odontológica na rede básica Leitos de Cuidados Prolongados	Fisioterapia motora, Psicologia, Psicopedagogia, Ortopedia, Pediatria, Enfermagem	Adulto e pediátrico	Municipal

Paranatama	Atenção especializada Atenção Básica Atenção hospitalar e de urgência e emergência	Centros de Especialidade Odontológicas, Centro de Reabilitação Municipal e/ou Centro Municipal de Fisioterapia Unidades Básicas de Saúde, Atenção odontológica na rede básica Leitos de Cuidados Prolongados	Fisioterapia motora, Fisioterapia respiratória, Fonoaudiologia, Psicologia, Terapia ocupacional, Serviço social, Psicopedagogia, Consulta especializada em neurologia, Ortopedia, Psiquiatria, Odontologia e Enfermagem	Adulto e pediátrico	Municipal, estadual
Saloá	Atenção especializada Atenção Básica Atenção hospitalar e de urgência e emergência	Estabelecimentos de Saúde habilitados em apenas um serviço de reabilitação, Centros de Especialidade Odontológicas NASF, Unidades Básicas de Saúde, Atenção odontológica na rede básica Leitos de Cuidados Prolongados	Fisioterapia motora, Fonoaudiologia, Psicologia, Consulta especializada em neurologia, Psiquiatria, Pediatria, Odontologia, Enfermagem	Adulto e pediátrico	Municipal
São João	Atenção especializada Atenção Básica	Centros de Especialidade Odontológicas, Centro de Reabilitação Municipal e/ou Centro Municipal de Fisioterapia Unidades Básicas de Saúde, Atenção odontológica na rede básica	Fisioterapia motora, Fonoaudiologia, Psicologia, Serviço social, Consulta especializada em neurologia, Ortopedia, Psiquiatria, Odontologia, Pediatria	Adulto e pediátrico	Municipal
Terezinha	Atenção básica Atenção hospitalar e de urgência e emergência	NASF, Unidades Básicas de Saúde, Atenção odontológica na rede básica Leitos de Cuidados Prolongados	Fisioterapia motora, Fisioterapia respiratória, Fonoaudiologia, Psicologia, Psiquiatria, Enfermagem	Adulto e pediátrico	Municipal

Fonte: Autores, a partir de dados extraídos da V Geres (2022).

6 RECURSOS FINANCEIROS

Sabe-se que o financiamento do SUS é realizado através das três esferas do governo, com cada ente da federação assumindo responsabilidades específicas, de acordo com a Constituição Federal de 1988 e reafirmado na Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990. Essas esferas possuem suas atribuições, mas não de modo isolado uma da outra. Elas se relacionam.

Assim, são estabelecidas as fontes de recursos para custear as despesas com ações e serviços do SUS, além de estabelecer a Seguridade Social como um destes pilares.

Como estratégia para garantir o acesso da população ao financiamento do Sistema de Saúde, foi criado o Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS), como modo de prestar contas. Este é um instrumento informatizado que permite o acompanhamento e monitoramento da aplicação de recursos em saúde sem prejuízo das atribuições próprias dos Poderes Legislativos e dos Tribunais de Contas (Ministério da Saúde).

A partir deste conhecimento,deve-se levar em consideração os dados fornecidos pelo SIOPS sobre os recursos financeiros da Região de Saúde que será discutida. Segue abaixo informações sobre recursos próprios aplicados em Ações e Serviços Públicos em Saúde (ASPS); Despesa Total por Habitante e Despesa Total com Saúde por Municípios da V Região de Saúde:

Tabela 69 - Percentual de recursos próprios aplicados em ASPS por municípios e ano. V Região de Saúde, Pernambuco, 2017-2021.

Município	%			
	2017	2018	2019	2020
Águas Belas	15,9	15,2	15,5	16,9
Angelim	32,2	15,2	23,7	21,5
Bom Conselho	35,1	31,7	28,2	30,3
Brejão	18,8	25,4	20,5	19,0
Caetés	18,0	16,0	17,1	20,7
Calçado	15,8	16,7	21,9	16,6
Canhotinho	20,8	19,1	21,6	20,7
Capoeiras	18,9	16,1	17,7	19,1
Correntes	33,9	20,5	16,6	26,3
Garanhuns	15,1	16,0	17,8	16,8
Iati	23,1	28,4	25,9	19,9
Itaíba	20,5	15,3	16,5	15,3
Jucati	18,7	15,7	15,6	16,4
Jupi	19,4	17,1	19,5	16,9
Lagoa do Ouro	15,8	15,5	16,9	16,6
Lajedo	21,4	18,7	18,5	23,0
Palmeirina	25,7	15,1	16,8	16,3
Paranatama	22,8	18,0	19,3	20,9
Saloá	20,9	20,8	21,1	18,8
São João	19,9	22,7	15,3	22,8
Terezinha	18,8	20,5	19,4	15,3
Média V Região	**19,9**	**17,1**	**18,5**	**19,0**

Fonte: SIOPS/MS (2022).

Observa-se na tabela acima que todos os municípios tiveram um investimento de recursos próprios acima do valor mínimo pré estabelecido pela Lei complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, a qual refere-se a 15% de investimento municipal. Em 2020, o município de Bom Conselho destaca-se com a maior taxa de recursos próprios investidos na saúde.

O investimento municipal em ações e serviços de saúde não se limita ao recurso mínimo exigido, mas deve corresponder às necessidades de saúde municipais. O investimento em novos serviços e programas contribuem para qualidade da Rede de Atenção à Saúde, bem como o aumento de recursos vindos da União e do estado para os municípios. Entretanto, é necessário atentar para a forma como esses serviços serão financeiramente mantidos mensalmente.

Tabela 70 - Percentual de despesas em investimentos em relação à despesa total segundo município e ano. V Região de Saúde, Pernambuco, 2017-2021.

Município	%			
	2017	2018	2019	2020
Águas Belas	8,5	5,7	4,3	14,2
Angelim	2,6	12,5	2,4	2,2
Bom Conselho	5,9	21,9	3,4	5,0
Brejão	8,4	9,8	10,4	2,6
Caetés	11,1	7,8	6,3	1,6
Calçado	10,2	4,5	6,7	2,9
Canhotinho	11,0	8,6	3,4	4,2
Capoeiras	3,1	6,2	0,2	7,3
Correntes	5,7	8,7	1,8	0,1
Garanhuns	5,2	4,0	3,5	4,2
Iati	5,3	4,0	5,6	6,3
Itaíba	2,2	13,1	6,1	8,7
Jucati	0,8	4,3	9,7	7,2
Jupi	6,5	4,4	3,8	5,6
Lagoa do Ouro	6,9	13,3	2,6	6,0
Lajedo	1,2	5,2	3,5	5,2
Palmeirina	4,7	0,2	1,0	3,2
Paranatama	9,0	8,2	3,5	5,0
Saloá	0,8	6,9	1,3	6,4
São João	4,6	4,9	1,1	0,9
Terezinha	10,9	6,5	10,0	1,7
Média V Região	**5,7**	**6,5**	**3,5**	**5,0**

Fonte: SIOPS/MS (2022).

Tabela 71 - Percentual de transferências SUS em relação à despesa todal segundo município e ano. V Região de Saúde, Pernambuco, 2017-2021.

Município	%			
	2017	2018	2019	2020
Águas Belas	64,3	64,1	70,4	67,5
Angelim	50,9	63,4	49,9	45,1
Bom Conselho	40,4	37,3	64,0	44,7
Brejão	58,5	61,8	63,4	80,1
Caetés	53,4	68,1	74,9	53,0
Calçado	49,5	50,6	43,5	36,1
Canhotinho	50,3	54,5	54,4	66,2
Capoeiras	62,1	57,7	61,8	55,2
Correntes	39,6	34,5	49,7	41,4
Garanhuns	59,2	58,5	54,2	89,6
Iati	49,9	52,3	60,1	54,7
Itaíba	56,1	61,0	74,5	55,4
Jucati	53,7	68,6	69,5	68,8
Jupi	54,9	43,4	63,8	77,6
Lagoa do Ouro	56,8	72,3	76,1	58,8
Lajedo	55,3	44,0	63,4	59,3
Palmeirina	46,1	67,8	53,2	49,1
Paranatama	52,6	54,7	48,6	62,2
Saloá	55,0	51,2	73,9	66,7
São João	58,0	52,3	78,5	74,7
Terezinha	62,4	61,4	108,0	116,6
Média V Região	**54,9**	**57,7**	**63,4**	**59,3**

Fonte: SIOPS/MS (2022).

Tabela 72 - Percentual de investimento em ASPS segundo município e ano. V Região de Saúde, Pernambuco, 2017-2021.

Município	%			
	2017	2018	2019	2020
Águas Belas	64,3	64,1	70,4	67,5
Angelim	50,9	63,4	49,9	45,1
Bom Conselho	40,4	37,3	64,0	44,7
Brejão	58,5	61,8	63,4	80,1
Caetés	53,4	68,1	74,9	53,0
Calçado	49,5	50,6	43,5	36,1
Canhotinho	50,3	54,5	54,4	66,2
Capoeiras	62,1	57,7	61,8	55,2
Correntes	39,6	34,5	49,7	41,4
Garanhuns	59,2	58,5	54,2	89,6
Iati	49,9	52,3	60,1	54,7
Itaíba	56,1	61,0	74,5	55,4
Jucati	53,7	68,6	69,5	68,8
Jupi	54,9	43,4	63,8	77,6
Lagoa do Ouro	56,8	72,3	76,1	58,8
Lajedo	55,3	44,0	63,4	59,3
Palmeirina	46,1	67,8	53,2	49,1
Paranatama	52,6	54,7	48,6	62,2
Saloá	55,0	51,2	73,9	66,7
São João	58,0	52,3	78,5	74,7
Terezinha	62,4	61,4	108,0	116,6
Média V Região	**54,9**	**57,7**	**63,4**	**59,3**

Fonte: SIOPS/MS (2022).

Na tabela 74,nota-se que a maioria dos municípios da V Região de Saúde vivencia oscilações em relação à taxa de despesa total por habitante entre os anos 2017 e 2020. A maior despesa individual de saúde em 2020, aconteceu no município de Calçado (R$1257,68 reais) e a menor em Águas Belas (R$ 544,60 reais).

Tabela 73 - Despesa totalem saúde porhabitante segundomunicípio e ano. V Região de Saúde, Pernambuco, 2017-2021.

Município	%			
	2017	2018	2019	2020
ÁguasBelas	342,41	364,15	391,50	551,45
Angelim	521,39	673,04	682,74	846,79
Bom Conselho	549,44	637,13	585,12	667,92
Brejão	730,05	813,39	794,10	998,41
Caetés	442,39	445,92	472,78	691,26
Calçado	582,22	707,49	970,69	1257,68
Canhotinho	567,05	648,60	712,77	759,52
Capoeiras	440,08	557,02	557,96	755,36
Correntes	622,12	751,60	644,61	874,95
Garanhuns	401,93	427,96	462,60	553,49
Iati	568,55	609,79	726,94	990,08
Itaíba	417,17	488,92	470,69	639,84
Jucati	539,33	530,15	594,65	915,49
Jupi	613,91	1006,00	776,78	1006,27
Lagoa do Ouro	644,72	796,32	788,29	1037,20
Lajedo	393,83	472,34	431,01	544,60
Palmeirina	737,95	702,83	746,35	990,94
Paranatama	737,75	877,75	865,95	1079,09
Saloá	560,85	628,00	608,66	697,27
São João	537,06	578,28	612,24	775,33
Terezinha	653,76	812,52	856,33	1049,62
Média V Região	**560,9**	**637,1**	**644,6**	**846,8**

Fonte: SIOPS/MS (2022).

Percebe-se na tabela abaixo, que os valores da despesa total com saúde por municípios na V Região de Saúde, no período 2017-2020, são crescentes. Destaca-se o município de Garanhuns com o maior valor investido (R$ 77.371.545,62 em 2020) dentre os 21 municípios, dado seu contigente populacional e sua ampla Rede de Saúde, que inclusive agrega serviços estaduais, como o Hospital Regional Dom Moura, o qual dá suporte aos 21 municípios da Região e a UPAE.

Tabela 74 - Despesa total em saúde segundomunicípio e ano. V Região de Saúde, Pernambuco, 2017-2021.

Município	Valor da Despesa (R$)			
	2017	2018	2019	2020
Águas Belas	R$ 14.753.217,76	R$ 15.690.221,55	R$ 16.911.042,85	R$ 23.956.440,40
Angelim	R$ 5.758.697,53	R$ 7.433.695,22	R$ 7.559.330,92	R$ 9.441.715,63
Bom Conselho	R$ 26.490.493,37	R$ 30.718.439,37	R$ 28.282.589,45	R$ 32.429.976,79
Brejão	R$ 6.550.696,85	R$ 7.298.511,57	R$ 7.146.107,50	R$ 8.978.723,16
Caetés	R$ 12.608.060,90	R$ 12.708.732,13	R$ 13.507.279,97	R$ 19.866.240,61
Calçado	R$ 6.436.487,31	R$ 7.821.334,45	R$ 10.763.957,59	R$ 13.901.185,43
Canhotinho	R$ 14.041.379,99	R$ 16.060.698,45	R$ 17.701.540,55	R$ 18.839.198,82
Capoeiras	R$ 8.797.554,77	R$ 11.135.419,55	R$ 11.186.050,19	R$ 15.143.367,53
Correntes	R$ 11.259.124,72	R$ 13.602.525,54	R$ 11.695.741,33	R$ 15.930.191,72
Garanhuns	R$ 55.724.805,97	R$ 59.333.585,32	R$ 64.293.869,43	R$ 77.371.545,62
Iati	R$ 10.859.250,09	R$ 11.646.902,01	R$ 13.922.302,29	R$ 19.006.556,47
Itaíba	R$ 10.977.381,32	R$ 12.865.570,75	R$ 12.421.390,38	R$ 16.859.237,52
Jucati	R$ 6.112.770,56	R$ 6.008.743,39	R$ 6.755.863,06	R$ 10.458.504,51
Jupi	R$ 9.031.880,50	R$ 14.800.261,06	R$ 11.455.113,80	R$ 14.928.963,33
Lagoa do Ouro	R$ 8.402.626,29	R$ 10.378.438,94	R$ 10.299.004,38	R$ 13.633.966,39
Lajedo	R$ 15.709.249,82	R$ 18.840.701,16	R$ 17.232.586,15	R$ 21.940.995,20
Palmeirina	R$ 5.727.222,16	R$ 5.454.659,23	R$ 5.813.352,54	R$ 7.623.310,82
Paranatama	R$ 8.446.531,38	R$ 10.049.396,06	R$ 9.939.408,11	R$ 12.434.386,34
Saloá	R$ 8.849.673,20	R$ 9.909.238,72	R$ 9.630.810,54	R$ 11.046.770,98
São João	R$ 12.152.673,59	R$ 13.085.420,19	R$ 13.889.185,00	R$ 17.672.088,54
Terezinha	R$ 4.654.783,15	R$ 5.785.167,04	R$ 6.113.374,50	R$ 7.524.741,69
Total	**R$ 263.344.561,23**	**R$ 300.627.661,70**	**R$ 306.519.900,53**	**R$ 388.988.107,50**

Fonte: SIOPS/MS (2022).

6.1 Financiamento

A Constituição Federal de 1988 determina que as três esferas de governo – federal, estadual e municipal – financiem o Sistema Único de Saúde (SUS. Planejar este financiamento, promovendo arrecadação e repasse necessários de forma a garantir a universalidade e integralidade do Sistema, tem se mostrado, no entanto, uma questão bem delicada. As restrições orçamentárias para o setor – sobretudo a falta de recursos nos municípios – e a necessidade premente de superá-las fazem com que as discussões sobre o financiamento ocupem constantemente a agenda dos movimentos sociais e políticos que atuam em defesa do SUS.

Os percentuais de investimento financeiro dos municípios, estados e União no SUS são definidos atualmente pela Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, resultante da sanção presidencial da Emenda Constitucional 29. Por esta lei, municípios e Distrito Federal devem aplicar anualmente, no mínimo, 15% da arrecadação dos impostos em ações e serviços públicos de saúde cabendo aos estados 12%. No caso da União, o montante aplicado deve corresponder ao valor empenhado no exercício financeiro anterior, acrescido do percentual relativo à variação do Produto Interno Bruto (PIB) do ano antecedente ao da lei orçamentária anual.

O Pacto pela Saúde redefiniu as responsabilidades de cada gestor em função das necessidades de saúde da população e na busca da equidade social. Com a adesão, as transferências passaram a ocorrer fundo a fundo para todos os blocos de financiamento. Todos os municípios da V Região formalizaram a adesão ao Pacto pela Saúde, sendo o município de Lajedo, o último a aderir ao pacto, no ano de 2014.

7 GESTÃO DO TRABALHO E EDUCAÇÃO EM SAÚDE

7.1 Gestão de Pessoas

A gestão em saúde é um tema que tem sido bastante debatido e discutido, devido a necessidade de conhecer e traçar estratégias que possam contribuir para o processo de trabalho condizente com o processo organizacional Chiavenato (2009).

A partir da necessidade de implantar e/ou implementar uma política voltada à gestão de pessoas no SUS o Ministério da Saúde criou a Secretaria de Gestão do

Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), através do Decreto nº 4.726, de 9 de junho de 2003, onde propõe a criação de uma política nacional de formação e desenvolvimento para o conjunto dos profissionais da saúde, afirmam Cavalheiro e Guimarães (2011).

7.2 Educação Permanente em Saúde

A Educação Permanente Saúde (EPS) representa um conceito pedagógico usado para expressar as relações entre o ensino e as ações e serviços, articulando docência e atenção à saúde. A EPS é regulamentada através da criação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), como estratégia de formação e desenvolvimento dos trabalhadores para o SUS, tendo como marcos legais a Portaria GM/MS nº 198, de 13 de fevereiro de 2004 e Portaria GM/MS 1.996, de 20 de agosto de 2007. Esta última constituiu grande avanço ao fomentar a condução regional da política e a participação interinstitucional, por meio das Comissões de Integração Ensino-Serviço (CIES), além de definir orçamento para projetos e ações, estabelecendo critérios de alocação transparentes e explícitos (BRASIL, 2018).

7.2.1 Funcionamento da CIES

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

Sobre as Comissões Permanentes de Integração Ensino e Serviço (CIES), trazidas na Portaria Nº 1.996/2007), elas são o grupo colegiado de condução da PNEPS, em todos os níveis de gestão, sua responsabilidade e objetivos estão detalhados no Art. 2, inciso 2º:

> As Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço (CIES) são instâncias intersetoriais e interinstitucionais permanentes que participam da formulação, condução e desenvolvimento da Política de Educação Permanente em

Saúde previstas no art. 14 da Lei nº 8.080, de 1990, e na NOB/RH – SUS.

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

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

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

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

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

IV - Movimentos sociais" (BRASIL, 2007, p. 2).

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

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

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

Quanto à composição da CIES da V Região de Saúde, descrita no Capítulo III da apontada acima, houve diversidade na sua configuração, com a seguinte distribuição de vagas:

I - O Secretário (a) Executivo(a) de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde como membro nato;

II - Um (1) representante de cada Secretaria Municipal de Saúde da Regional;

III - Um (1) representante da Escola de Saúde Pública de Pernambuco - ESSPE;
IV - Um (1) representante do Hospital Regional Dom Moura (do Núcleo de Educação Permanente);
V - Um (1) representante da Gerência Regional de Educação de Pernambuco;
VI - Um (1) representante da Universidade Federal Rural de Pernambuco vinculado à área da saúde;
VII - Um (1) representante da Universidade de Pernambuco vinculado à área da saúde;
VIII - Um (1) representante das Instituições Privadas de Ensino Superior e/ou Pós-graduação na área da saúde;
IX - Um (1) representante das Instituições Públicas e Privadas de Ensino Técnico na área de saúde;
X - Dois (2) representantes do Controle Social na Saúde da Regional, sendo um trabalhador e um usuário do SUS;
XI - Um (1) representante dos Movimentos Sociais de âmbito Regional com atuação na saúde ou educação;
XII - Um (1) representante de centrais sindicais com atuação na saúde ou educação;
XIII - Dois (2) estudantes de Residência indicados pelas entidades representativas dos Residentes em Saúde;
XIV - Um (1) representante dos preceptores dos Programas de Residência;
XV - Um (1) representante dos Movimentos Estudantis em Saúde;
XVI – Um (1) representante do Colegiado dos Secretários Municipais de Saúde (COSEMS) (PERNAMBUCO, 2015, p. 1).

Portanto, os representantes que compõem a CIES da V Geressão indicados pelos gestores municipais a fim de fazerem parte da comissão, de acordo com o que determina o Parágrafo Único do regimento: “as representações deverão ser indicadas por suas instituições ou através de fóruns específicos para esta finalidade” (PERNAMBUCO, 2014). Segue abeixo a composiçãoda CIES da V Região em Saúde:

Quadro 11 - Composição da Comissão Integração Ensino e Serviço. V Região de Saúde, Pernambuco, 2019.

Nº	Nome Completo	Segmento	Instituição / Representação
1	Lílian Silva Sampaio de Barros	Gestor	V Geres
2	Kátia Gorette Veloso Lins	Trabalhador	Hospital Regional Dom Moura
3	Thalita Analyane	Educação	Residente do Programa de Saúde Coletiva em agroecologia
4	Vanessa Alves de Souza	Educação	Programa de Residência Saúde Pública - ESPPE
5	Adriana Maria Sobral	Trabalhador	Educação Permanente do HRDM
6	Vanessa Magalhães	Gestor	Coordenação de Planejamento em saúdeSaúde de Garanhuns
7	Bianca Rodrigues	Gestor	Coordenação Educação Permanente - Garanhuns
8	Luiza Rayana Amorim de Lima	Educação	Coordenação do Curso de Medicina - UPE
9	Renata Juliana Marques Cavalcanti	Controle Social	Conselho Municipal de Saúde de Garanhuns
10	Claúdia Lúcia do Espírito Santo Neves	Controle Social	Conselho Municipal de Saúde de Garanhuns
11	André Luis Silva	Gestor	Coordenação do Programa Saúde na Escola de Paranatama
12	Bruna Souza	Educação	Coordenação do Programa de Residência - HRDM
REPRESENTANTES DA V REGIÃO NA COMPOSIÇÃO DA CIES ESTADUAL			
1	Lílian Silva Sampaio de Barros	Gestor	V Geres
2	Kátia Gorette Veloso Lins	Trabalhador	Hospital Regional Dom Moura
COORDENADOR DA CIES REGIONAL			
1	Lílian Silva Sampaio de Barros	Gestor	V Geres
SECRETÁRIO EXECUTIVO DA CIES REGIONAL			
1	Em aberto	Gestor	V Geres

Fonte: Autores (2022).
Legenda:
Controle Social: Sindicatos, Associações, Conselhos Municipais de Saúde, entidades representantes de usuários e etc.
Gestor: Ocupantes de cargos comissionados ou funções gratificadas no âmbito estadual ou municipal.
Educação: Representantes de Instituições de Ensino, Secretarias Municipais de Educação.
Trabalhador (es) da área de saúde não ocupantes de cargos em comissão ou com funções gratificadas.

A função dos integrantesda comissão é propor prioridades, métodos e estratégias para a formação da força de trabalho em saúde; educação permanente dos trabalhadores e do controle social do SUS; pesquisa e cooperação técnica entre os serviços de saúde e instituições de ensino profissional e superior.

A abrangência do planejamento e das ações da CIES da V Região de Saúde atende a mesma organização da Regionalização da Saúde que foi instituída no Pacto pela Saúde, ou seja, a referida comissão abrange os 21 Municípios que compõem a V Região de Saúde.

Segundo o Art 7º, parágrafo único da Port. nº 1.996/2007, “nenhum Município, assim como nenhum Colegiado de Gestão Regional (CGR) deverá ficar sem sua referência a uma Comissão Permanente de Integração Ensino-Serviço (CIES)” (BRASIL, 2007, p. 8). É fundamental salientar que o Colegiado de Gestão Regional (CGR) passou a ser chamado de CIR a partir do Decreto nº 7.508 de junho de 2011.

7.2.2 Ações desenvolvidas pela CIES

Segue abaixo um quadro com as principais atividades realizadas pela CIES e seus respectivos resultados:

Quadro 12 - Atividades realizadas pela CIES e seus resultados. V Região de Saúde, 2020-2022.

Principais Ações	Resultados
Acolhimento e organização dos estudantes do internato de Medicina da UPE Campus Garanhuns na V Gerência Regional de Saúde.	Internato sendo realizado com 1 ou 2 internos mensalmente.
Mantida ativa a Comissão de Integração Ensino e Serviço	Realizada reunião da CIES Regional bimensalmente para atualização das atividades da Comissão, dos eventos da regional de Saúde e discussão das necessidades de educação da V Região de Saúde.
Oficinas sobre cuidados no Pós-Covid para profissionais de saúde da Atenção Primária dos municípios da V Região de Saúde.	Realizada oficina para 7 turmas nos meses de novembro e dezembro de 2021 com todos os municípios contemplados.
Discussão do Contrato Organizativo de Ação Pública Ensino-Saúde (COAPES) na V Região de Saúde	Participação nas reuniões periódicas do COAPES. Demandas solicitadas devolvidas para o Grupo do COAPES. Participação de representação da V Gerência Regional de Saúde. Assinatura do COAPES planejada para início do segundo semestre de 2022.
Compilação de material informativo sobre a temática da Covid-19para os municípios da V GERES.	Material informativo divulgado para profissionais de saúde durante a pandemia da Covid-19.
Organização do campo de rodízio para os programas de residência multiprofissional na V GERES	Estruturação para acolhimento de 6 programas de residência multiprofissionais na V GERES.
Acolhimento e organização dos estudantes do internato de Medicina da UPE Campus Garanhuns na V Gerência Regional de Saúde.	Internato sendo realizado com 1 ou 2 internos mensalmente.
Mantida ativa a Comissão de Integração Ensino e Serviço	Realizada reunião da CIES Regional bimensalmente para atualização das atividades da Comissão, dos eventos da regional de Saúde e discussão das necessidades de educação da V Região de Saúde.

Fonte: Autores (2022).

7.2.3 Instituições de Públicas com Cursos de Graduação na Área de Saúde na V Região de Saúde

A V Região de Saúde conta com duas universidades públicas, uma Estadual que é a Universidade de Pernambuco (UPE) - Campus Garanhuns situada na Rua Capitão Pedro Rodrigues - São José, bairro mais central e atualmente conta com nove graduações presenciais sendo duas na área da saúde: Bacharelado em Psicologia e Bacharelado em Medicina. A universidade também conta com cursos de ensino a distância (EAD), contudo não são da área de saúde.

A Universidade Federal do Agreste de Pernambuco (UFAPE) tem sua origem no ano de 2018, a partir da Lei Nº 13.651, de 11 de abril de 2018, através do desmembramento da Universidade Federal Rural de Pernambuco (UFRPE) / Unidade Acadêmica de Garanhuns (UAG); Unidade esta que foi criada no ano de 2005, por meio de programa de expansão universitária. Desta forma, a UFAPE vem a assumir toda a estrutura física, patrimonial e de pessoal da até então UAG/UFRPE. Está situada na Avenida Bom Pastor, s/n, nas proximidades da BR 424. Possui seis cursos de graduação presencial na área de educação e na área agronômica e um curso na área de saúde animal.

7.2.4 Residências em Saúde

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

A V Região de Saúde e os municípios que a compõem tem sido destaque no acolhimento de Programas de Residência e é sede de nove Programas de Residência em Saúde, três programas uniprofissionais e cinco programas multiprofissionais, são eles:

1. Residência em Sanidade de Ruminantes (COREMU-UFAPE)
2. Residência Uniprofissional em Enfermagem Obstétrica (COREMU-ESPPE).

3. Residência Médica em Saúde da Família e Comunidade da Secretaria Municipal de Saúde de Garanhuns (COREMU-UPE).
4. Residência Multiprofissional em Atenção Hospitalar com Ênfase em Gestão do Cuidado do Hospitalar do Regional Dom Moura (COREMU-ESPPE)
5. Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva com Ênfase em Gestão Redes de Saúde - (COREMU-ESPPE).
6. Residência Multiprofissional em Saúde da Família com ênfase em Saúde da População do Campo (COREMU-UPE).
7. Residência Multiprofissional em Saúde Mental da Secretaria Municipal de Saúde de Garanhuns (COREMU-UPE).
8. Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva, com ênfase em Agroecologia (COREMU-UPE).

8 GOVERNANÇA, CONTROLE SOCIAL E OUVIDORIA

O Sistema Único de Saúde (SUS) é constituído pela conjugação das ações e dos serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde executados pelos entes federativos, de forma direta ou indireta, mediante a participação complementar da iniciativa privada e deve ser organizado de forma regionalizada e hierarquizada. A regionalização das ações e dos serviços de saúde é uma diretriz para a instituição do SUS expressa na Constituição Federal e está essencialmente vinculada à organização federativa brasileira e às suas expressões no âmbito sanitário.

A governança colaborativa pode ser definida como o conjunto de instrumentos que permitem a coordenação dos atores envolvidos em redes. É também o resultado de um processo de barganha entre as organizações participantes da rede e de seus respectivos gestores, cada um considerando os benefícios da cooperação no alcance dos objetivos coletivos e individuais. Inclui um conjunto de processos de tomada de decisão e controle que viabiliza a execução de políticas. Tem a ver com o exercício de poder e autoridade, mas, principalmente, com o exercício da influência e da negociação. Define as regras, as normas, os processos, as rotinas e outros procedimentos que estabeleçam os limites de autonomia, a divisão de responsabilidades, o estabelecimento de bases para o compartilhamento de recursos e de resultados, entre outros aspectos relativos ao funcionamento da rede. Usa

diferentes tipos de instituições com o intuito de garantir a coordenação e a execução das atividades compartilhadas pelos parceiros.

8.1 Comissão Intergestores Regional

A Comissão Intergestores Regional (CIR) é uma instância de cogestão no espaço regional com o objetivo de constituir um canal permanente e contínuo de negociação e decisão entre os gestores municipais e o estado para constituição de rede regionalizada, pactuando de forma consensual a definição das regras da gestão compartilhada do Sistema Único de Saúde - SUS, composta por representante da Secretaria Estadual de Saúde - Gestor Regional, e de todos os secretários municipais de saúde da região.

Cabe às CIR a pactuação, organização e o funcionamento em nível regional das ações e serviços de saúde integrados na RAS. A CIR – V Geres teve sua conformação reconhecida através da Resolução CIB-PE n.º 1284 de 1º de setembro de 2018, quando tinha a nomenclatura de Colegiado de Gestão Regional - CGR. As reuniões da CIR e Câmara Técnica, acontecem mensalmente na sede da FUNASA/Garanhuns, anexo da V Geres, ordinariamente em calendário definido no início do ano, sempre na terceira terça-feira de cada mês. Os 21 secretários municipais de saúde, representando os municípios da V Região, e o Gerente Regional, compõem a CIR, com direito a voz e voto no colegiado. Um dos gestores municipais e um suplente, são escolhidos por consenso para compor a representação do COSEMS na Regional.

As pactuações são feitas a partir de consenso entre todos os presentes. O quórum mínimo para validade das pactuações é de 50% + 1. A CIR – V Geres possui um Regimento Interno que estabelece os fluxos e a operacionalidade da referida Comissão. A seguir apresenta-se o percentual de participação dos secretários de Saúde na CIR – V Geres.

8.2 Conselhos Municipais de Saúde (CMS)

Os conselhos são espaços públicos de composição plural e paritária entre Estado e sociedade civil, de natureza deliberativa e consultiva, cuja função é formular e controlar a execução das políticas públicas setoriais. Os conselhos são o principal

canal de participação popular encontrada nas três instâncias de governo (federal, estadual e municipal). Os conselhos de saúde, são compostos por 25% de representantes de entidades governamentais, 25% de representantes dos trabalhadores de saúde e 50% de usuários dos serviços de saúde do SUS. No quadro abaixo mostramos a situação dos Conselhos de Saúde nos municípios da V Regional de Saúde.

Quadro 13 - Dados sobre os conselhos municipais de Saúde. V Região de Saúde, Pernambuco, 2022.

Município	**Instrumento de criação do CMS**	**Data da Lei**
Águas Belas	Lei 686	26/08/1991
Angelim	Lei 405	26/04/1993
Bom Conselho	Lei 1.369	04/01/2008
Brejão	Resolução 743	07/09/2007
Caetés	Lei 057	28/07/1993
Calçado	Decreto 1.291	02/05/1994
Canhotinho	Lei 1.291	02/05/1994
Capoeiras	Lei 294	26/11/2001
Correntes	Lei 131	25/05/1993
Garanhuns	Lei 2.727	17/05/1994
Iati	Lei 056	16/10/1992
Itaíba	Lei 215	19/04/1995
Jucati	Lei 053	22/04/1997
Jupi	Lei 257	26/09/1994
Lagoa do ouro	Lei 241	12/11/2003
Lajedo	Lei 285	28/09/1991
Palmeirina	Lei 839	22/04/2005
Paranatama	Lei 7	27/03/1997
Saloá	Lei 297	02/12/1994
São joão	Lei 570	09/01/1991
Terezinha	Lei 294	27/05/1992

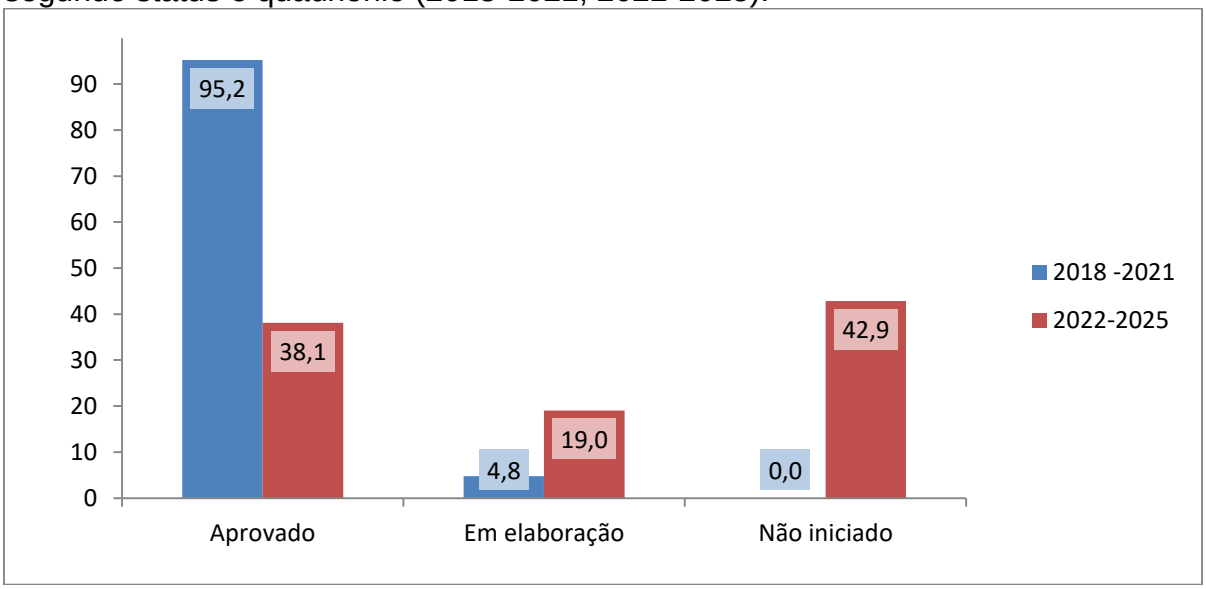
Fonte: Autores (2022).

8.3 Instrumentos de Planejamento

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

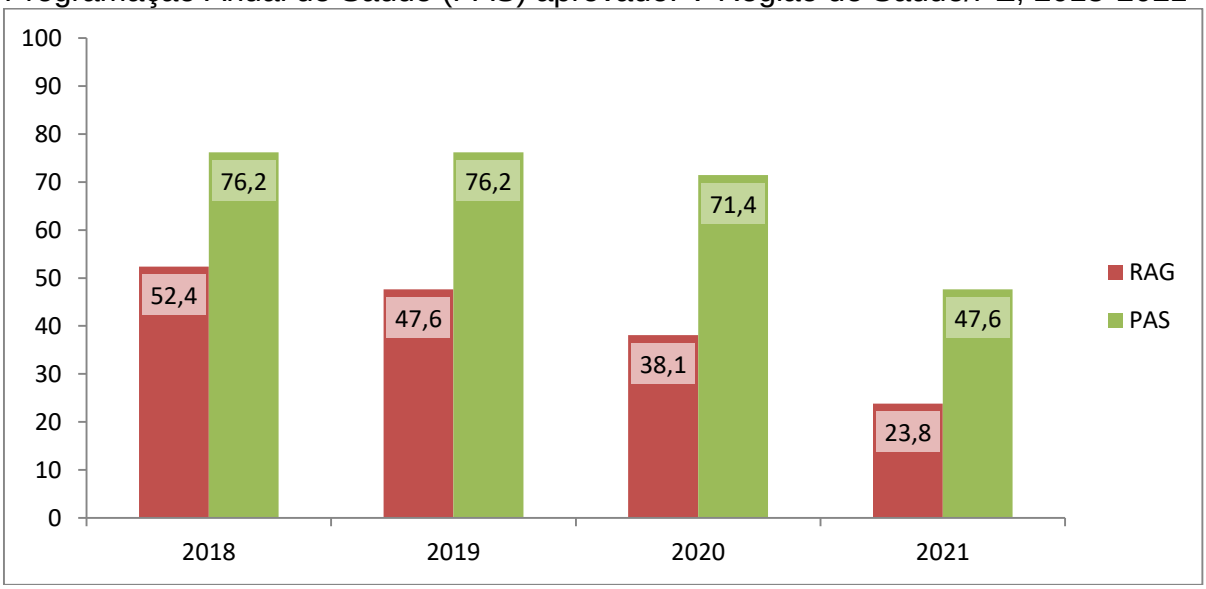
Os instrumentos que mediam as ações de planejamento do SUS são: plano de saúde, programação anual de saúde e os relatórios de gestão. Os gráficos 15a 17 apresentam a situação dos instrumentos de planejamento dos municípios da V Região conforme dados disponíveis no DigiSUS Gestor – Módulo Planejamento (DGMP).

Gráfico 15- Situação do plano de saúde dos municípios da V Região de Saúde, segundo status e quadriênio (2018-2021; 2022-2025).



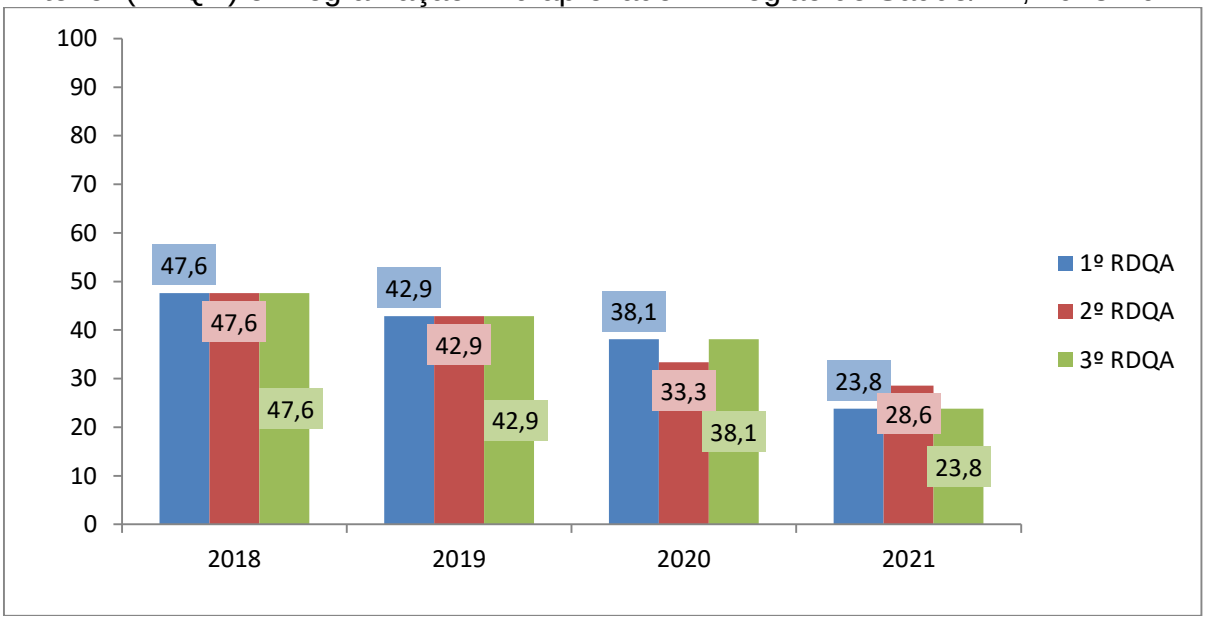
Fonte: DGMP (2022). Acesso em: 09/06/22.

Gráfico 16 - Proporção de municípios com Relatório Anual de Gestão (RAG) e Programação Anual de Saúde (PAS) aprovado. V Região de Saúde/PE, 2018-2021



Fonte: DGMP (2022). Acesso em: 09/06/22.

Gráfico 17 - Proporção de municípios com Relatório Detalhado do Quadrimestre Anterior (RDQA) e Programação Anu aprovado. V Região de Saúde/PE, 2018-2021.



Fonte: DGMP (2022). Acesso em: 09/06/22.

9 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Dentre os instrumentos de apoio à efetivação das regiões de saúde, o mapa da saúde dispõe de informações que vão desde a capacidade instalada existente atéos diversos indicadores que demostram o desempenho aferido em cada território.Desta forma, as informações apresentadas neste mapa, poderão ser utilizadas na identificação das necessidades de saúde e orientará o processo de planejamento no âmbito do SUS contribuindo para o estabelecimento de metas e adequação das ações e dos serviços de saúde.

São inúmeras as dificuldades encontradas pelos gestores no processo de planejamento do SUS. Espera-se que este diagnóstico forneça elementos que auxilie na definição de diretrizes a serem implementadas pelos gestores da V Região de Saúde de Pernambuco e demais profissionais envolvidos, a fim de garantir o direito à saúde e a promoção de um processo contínuo de melhoria dos níveis de saúde da população.

10 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Almeida, LL. A governança na região de saúde. **Revista consensus.**Edição 21 | outubro, novembro e dezembro de 2016. Disponível em: <https://www.conass.org.br/consensus/governanca-na-regiao-de-saude/>. Acesso em: 10 de Agosto de 2020.

ANDRADE, Selma Regina de; MEIRELLES, BetinaHörnerSchlindwein; MEIRELLES LANZONI, Gabriela Marcellino de Melo. Educação Permanente em Saúde: atribuições e deliberações à luz da Política Nacional e do Pacto de Gestão. **O Mundo da Saúde.** São Paulo: 2011; 35(4):373-381. Disponível: em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/artigos/educacao_permanente_saude_atribuicoes_deliberaco_pacto_gestao.pdf. Acesso em: 22 jan. 2019.

BARROS, Daniela França de; et al. O contexto da formação dos agentes comunitários de saúde no brasil. **Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 19, n. 1, p. 78-84, Jan-Mar, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. TUBERCULOSE Boletim Epidemiológico, Brasília, 1 Ed., n. especial, Mar. 2020. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/media/pdf/2021/marco/24/boletim-tuberculose-2021_24.03#:~:text=Em%202020%2C%20o%20Brasil%20registrou,%C3%B3bitos%20por%20100%20mil%20habitantes. Acesso em: 10 de abril de 2021.

BRASIL. Ministério da Educação. Comissão da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. **Resolução Nº 3, de 20 de junho de 2014. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e dá outras providências**. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=15874-rces003-14&category_slug=junho-2014-pdf&Itemid=30192.Acesso em: 16 jan. 2019.

BRASIL. Ministério da Educação**. Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. Resolução CNRMS Nº 3, de 4 de maio de 2010**. Dispõe sobre a duração e a carga horária dos programas de Residência Multiprofissional em Saúde e de Residência em Área Profissional da Saúde e sobre a avaliação e a frequência dos profissionais da saúde residentes. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=15449-resol-cnrms-n3-04maio-2010&Itemid=30192. Acesso em: 17 jan. 2019.

BRASIL. Ministério da Educação. **Programa de Residência Médica**. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/residencias-em-saude/residencia-medica. Acesso em: 17 jan. 2019a.

BRASIL. Ministério da Educação. **Residências em área Profissional da Saúde**. Disponível em: http://portalms.saude.gov.br/trabalho-educacao-e-qualificacao/provisao-de-profissionais/residencias-em-saude. Acesso em: 15 jan. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. **Estimativa dos casos novos.** Brasília, 2020. Disponível em:<https://www.inca.gov.br/estimativa/estado-capital/pernambuco-recife>. Acesso em: 04 de Agosto de 2020.
BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de planejamento no SUS** / Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz. – 1. ed., rev. – Brasília: Ministério da Saúde, 2016. 138 p. : il. – (Série Articulação Interfederativa ; v. 4)

BRASIL. Ministério da Saúde**. Portaria GM/MS Nº 1.996/2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.** Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1996_20_08_2007.html. Acesso em: 15 jan. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 198, de 13 de fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências**. Disponível em: http://pesquisa.bvsalud.org/bvsms/resource/pt/mis-956. Acesso em: 14 jan. 2019.

Brasil. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: o que se tem produzido para o seu fortalecimento**? Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde – 1. ed. rev. – Brasília : Ministério da Saúde, 2018.

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).** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria Nº 3.194, de 28 de novembro de 2017. Dispõe sobre o Programa para o Fortalecimento das Práticas de Educação Permanente em Saúde no Sistema Único de Saúde - PRO EPS-SUS.** Disponível em: http://www.cosemsrn.org.br/wp-content/uploads/2017/12/ok-portaria3194.pdf. Acesso em: 16 jan. 2019.**a.**

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria Nº 3.342, de 7 de dezembro de 2017. Divulga lista dos entes federados habilitados ao recebimento do incentivo financeiro de que trata a Portaria nº 3.194/GMS/MS de 27 de novembro de 2017**. Disponível em: http://www.cosemsrn.org.br/wp-content/uploads/2017/12/portaria3342-rn.pdf. Acesso em: 16 jan. 2019.b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 47, de 3 de maio de 2016.Define os parâmetros para monitoramento da regularidade na alimentação do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), do Sistema de Informações de Nascidos Vivos (SINASC) e do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), para fins de manutenção do repasse de recursos do Piso Fixo de Vigilância em Saúde (PFVS) e do Piso Variável de Vigilância em Saúde (PVVS) do Bloco de Vigilância em Saúde.**

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco.** Editora do Ministério da Saúde: Brasília, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. – Brasília: Ministério da Saúde, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde.** Secretaria de Vigilância em Saúde. Manual de Vigilância da Leishmaniose Tegumentar Americana. – 2. ed. atual. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Manual de Vigilância da Leishmaniose Tegumentar Americana.** Editora do Ministério da Saúde: Brasília, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Saúde Brasil 2014:** Uma análise da situação de saúde e das causas externas/ Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Manual de vigilância do óbito infantil e fetal e do Comitê de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal.** – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Superintendência Estadual do Ministério da Saúde em Pernambuco. Seção de Apoio Institucional e Articulação Federativa. **Nota técnica Nº 3/2020-PE/SEINSF/PE/SEMS/SE/MS.** Atualização das pendências dos municípios do estado de Pernambuco acerca dos instrumentos de planejamento no SARGSUS e descontinuidade do Sistema. (29/07/2020).

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 198, de 13 de fevereiro de 2004. **Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1.823, de 15 de agosto de 2012. Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 24 ago. 2012.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. **Lei nº 11.129 de 30 de Junho de 2005.**

BRASIL. Presidência da República. **Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da Saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.** Brasília, DF: Senado Federal: 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm. Acesso em: 14 jan. 2019.

BRASIL. **SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências**, 2008. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm Acesso em 09/09/2020>

BRASIL. Universidade Federal Rural de Pernambuco. Unidade Acadêmica de Garanhuns. Cursos de Graduação. **Bacharelado em Medicina Veterinária**. Disponível em: http://www.ufrpe.br/br/content/medicina-veterin%C3%A1ria-uag. Acesso em: 04 de jan. 2019.

CÂMARA, A. M. C. S. Percepção do Processo Saúde-doença: Significados e Valores da Educação em Saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica.** v. 36, n. 1, p. 40-50, 2012.

CARRAPATO, P; CORREIA, P; GARCIA, B. Determinante da saúde no Brasil: a procura da equidade na saúde. **Saúde e Sociedade.** São Paulo, v.26, n.3, p.676-689, 2017.

CASTRO, A. L. B. C. Condições socioeconômicas, oferta de médicos e internações por condições sensíveis à atenção primária em grandes municípios do Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 11, p. 2353-2366, nov, 2015.

CAVALHEIRO, M.T.P.; GUIMARÃES, A. L. Formação para o SUS e os Desafios da Integração Ensino Serviço. **Caderno FNEPAS,** v.1, dezembro, 2011.

CERQUEIRA, Cézar Augusto; GIVISIEZ, Gustavo Henrique Naves. Conceitos básicos em demografia e dinâmica demográfica brasileira. **Livros**, p. 13-44, 2015.

CINQUETTI, H. S. Lixo, resíduos sólidos e reciclagem: uma análise comparativa de recursos didáticos. **Educar**, Curitiba, n. 23, p. 307-333, 2004. Editora UFPR.

CUNHA, M. D. Os indicadores da hanseníase e as estratégias de eliminação da doença, em município endêmico do Estado do Rio de Janeiro, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública,** Rio de Janeiro, v. 23, n. 5, p. 1187-1197, maio, 2007.

CURSO de Aperfeiçoamento em Vigilância em Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora - Turma Agreste. **Blogspot de Vigilância em Saúde do Trabalhador de Pernambuco**, 2018. Disponível em: <https://vigilanciatrabalhadorpe.blogspot.com/search?q=garanhunsL>. Acesso em: agosto, 2020.

DECRETO 7508, DE 28 DE JUNHO DE 2011. **Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde.**

DECRETO 7508, DE 28 DE JUNHO DE 2011. **Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências.** Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm Acesso em 09/09/2020.

DUBOW, Camila; GARCIA, Edna Linhares; KRUG, Suzane Beatriz Frantz. Percepções sobre a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência em uma Região de Saúde. **Saúde em debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 117, p. 455-467, abr-jun, 2018.

FERLA, A. A.; ROCHA, C. M. F.; FARJADO, A. P.; ROSSONI, D. D. E.; PASINI, V. L.; SONAGLIO, R. G.; Organizadores. Rede Unida (org.). **Residências e a Educação e Ensino da Saúde**: tecnologias formativas e o desenvolvimento do trabalho. Porto Alegre: Rede Unida, 2017. 184 p. (Vivências em Educação em Saúde). Disponível em: http://historico.redeunida.org.br/editora/biblioteca-digital/serie-vivencias-em-educacao-na-saude/residencias-e-a-educacao-e-ensino-da-saude-pdf. Acesso em: 09 mar. 2021.

FERREIRA, M. P. S. et al. Testagem sorológica para o HIV e a importância dos Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA) – resultados de uma pesquisa no município do Rio de Janeiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 481-490, 2001.

FLOR, L. S.; CAMPOS, M. R. Prevalência de diabetes mellitus e fatores associados na população adulta brasileira: evidências de um inquérito de base populacional. **RevistaBrasileira de Epidemiologia**, v. 20, n. 1, p. 16-29, jan-mar, 2017.
Global status report on road safety 2018. **Geneva:** World Health Organization; 2018. Licence: CC BYNC-SA 3.0 IGO.

GRECO, B.D. Trinta anos de enfrentamento à epidemia da Aids no Brasil, 1985-2015. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 5, p. 1553-1564, 2016.
IAREDI, Wagner; SHIGUEOKAII, David Carlos. Exposição à radiação durante exames de imagem: dúvidas frequentes. **Diagn Tratamento**, v. 15, n. 3, p. 143-5, 2010.

Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. **A situação do câncer de mama no Brasil:** síntese de dados dos sistemas de informação. / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. – Rio de Janeiro: INCA, 2019.

LAVRAS, C. Atenção Primária à Saúde e a Organização de Redes Regionais de Atenção à Saúde no Brasil. Saúde e Sociedade. São Paulo, v. 20, n. 4, p. 867-874, 2011.

LIMA, S. S. Avaliação do impacto de programas de assistência pré-natal, parto e ao recém-nascido nas mortes neonatais evitáveis em Pernambuco, Brasil: estudo de adequação. **Cadernos de Saúde Pública**, São Paulo, v. 36, n. 2, 2020.

MACINKO, James; MENDONÇA, ClaunaraSchilling. Estratégia Saúde da Família, um forte modelo de Atenção Primária à Saúde que traz resultados. **Saúde em Debate**, v. 42, p. 18-37, 2018.

MARQUES, Cristiano Corrêa de Azevedo; CARVALHEIRO, José da Rocha. Avaliação da rede de diagnóstico laboratorial na implantação do Programa de Prevenção e Controle das Hepatites Virais no estado de São Paulo, 1997-2012. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 26, n. 3, p. 513-524, jul-set 2017.

MENEGUESSI, G. M. et al. Morbimortalidade por doenças diarreicas agudas em crianças menores de 10 anos no Distrito Federal, Brasil, 2003 a 2012. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 24, n. 3, p721-730, out-dez 2015.

MINAYO, Maria Cecília de S. et al. Avaliação dos Centros de Orientação e Apoio Sorológico/CTA/COAS da região nordeste do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 15, p. 355-367, 2000.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Hepatite C e Coinfecções.** N°360, Março - 2018.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Vacinar contra H1N1.** 2020. Disponível em: <https://www.gov.br/pt-br/servicos/vacinar-contra-h1n1>.

MONTEIRO, Carlos Augusto et al. Causas do declínio da desnutrição infantil no Brasil, 1996-2007. **Revista de Saúde Pública**, v. 43, n. 1, p. 35-43, 2009.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE,1999. **Parecer CREMEC Nº 06/2008** ,2008. Disponivel em:<https://www.cremec.org.br/pareceres/2008/par0608.htm> Acesso 02 de Dezembro de 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID 10)**, vol.2, 8ª ed, EDUSP-SP, 2008.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. OMS alerta para redução da cobertura vacinal contra pólio nas Américas. 2018. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/noticia/oms-alerta-para-reducao-da-cobertura-vacinal-contra-polio-nas-americas>.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Folha informativa - Álcool.** Brasília, 2019. Disponível em: <https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5649:folha-informativa-alcool&Itemid=1093>. Acesso em: 10 de Agosto de 2020.

PEREIRA, Carolina Trigo et al. **Infecção oculta pelo Vírus da Hepatite B em pacientes com tuberculose: prevalência e implicações clínicas.** 2016. Tese de Doutorado.

PERNAMBUCO. Governo do Estado. Secretaria Estadual de Saúde. Escola de Governo em Saúde Pública de Pernambuco (ESPPE). **Residência em Enfermagem Obstétrica.** Disponível em:

http://ead.saude.pe.gov.br/course/index.php?categoryid=51. Acesso em: 18 jan. 2019a.

PERNAMBUCO. Governo do Estado. Secretaria Estadual de Saúde. Escola de Governo em Saúde Pública de Pernambuco (ESPPE). **Residência Multiprofissional em Atenção Hospitalar com Ênfase em Gestão do Cuidado do Hospital Regional Dom Moura –**Disponível em: http://ead.saude.pe.gov.br/. Acesso em: 17 jan. 2019b.

PERNAMBUCO. Governo do Estado. Secretaria Estadual de Saúde. Escola de Governo em Saúde Pública de Pernambuco (ESPPE). **Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva com Ênfase em Redes de Atenção à Saúde.** Disponível em: http://ead.saude.pe.gov.br/course/index.php?categoryid=74. Acesso em: 17 jan. 2019c.

PERNAMBUCO. Governo do Estado. Secretaria Estadual de Saúde. Resolução CIB nº 2.548, de 27 de março de 2014. Homologa o Regimento Interno da Comissão de Integração Ensino e Serviço do Estado de Pernambuco – CIES Estadual. Disponível em: http://portal.saude.pe.gov.br/sites/portal.saude.pe.gov.br/files/portaria_estadual_541_de_2014_institui_cies_estadual.pdf. Acesso em: 15 jan. 2019.

PERNAMBUCO. **ResoluçãoNº2898/2016**: Homologa ad referendum as adequações no desenho da Rede de Atenção Psicossocial - RAPS da V Região de Saúde, do Estado de Pernambuco.

PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde. **Plano de Atenção para Diagnóstico e o Tratamento do Câncer no Estado de Pernambuco.** Agosto de 2020 (Disponível em http://portal.saude.pe.gov.br/sites/portal.saude.pe.gov.br/files/plano_9096744_plano_de_oncologia_.pdf).

PERNAMBUCO. Universidade de Pernambuco. Campus-Garanhuns. Cursos de Graduação. **Bacharelado em Medicina. Plano Político Pedagógico**. Disponível em: http://www.upe.br/garanhuns/wp-content/uploads/2018/09/PPC_MEDICINA_UPE_GARANHUNS_2017.pdf. Acesso em: 16 jan. 2019d.

PERNAMBUCO. Universidade de Pernambuco. Campus-Garanhuns. **Cursos de Graduação.** Bacharelado em Psicologia. Disponível em: http://www.upe.br/garanhuns/wp-content/uploads/2018/09/PPC-2017-PSICOLOGIA-UPE-GARANHUNS-23.11.17-vers%C3%A3o-corrigida.pdf . Acesso em: 16 jan. 2019e.

PESSOA, João Paulo de Morais et al. Controle da dengue: os consensos produzidos por Agentes de Combate às Endemias e Agentes Comunitários de Saúde sobre as ações integradas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, p. 2329-2338, 2016.

REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÕES PARA A SAÚDE. **Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações**. Organização Pan-Americana da Saúde, 2008.

ROCHA, T. A. H. et al. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde: evidências sobre a confiabilidade dos dados. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 1, p. 229-240, 2018.

ROLIM, C. L. R. R; MARTINS, M. Qualidade do cuidado ao acidente vascular cerebral isquêmico no SUS. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 11, p. 2106-2116, nov, 2011.

ROTH AL, WAGNER D, ANTUNES JUNIOR JAV, PADULA AD. Diferenças e inter-relações dos conceitos de governança e gestão de redes horizontais de empresas: contribuições para o campo de estudo. **Revista de Administração-RAUSP,** v.47, n. 1, p. 112-23, 2012.

SALVATO, Marcio Antonio; FERREIRA, Pedro Cavalcanti Gomes; DUARTE, Angelo José Mont'Alverne. O impacto da escolaridade sobre a distribuição de renda. **Estudos Econômicos (São Paulo)**, v. 40, n. 4, p. 753-791, 2010.

SANTOS, K. M. R. S. *et al.* Internações por condições sensíveis à atenção primária à saúde em população idosa no estado do Rio Grande do Norte, Brasil, no período de 2008 a 2016. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro. V. 22, n. 4, p. 01-12, 2019.

SILVA, A. C. L. G. Incidência e mortalidade por hepatite B, de 2001 a 2009: uma comparação entre o Brasil, Santa Catarina e Florianópolis. **Cadernos de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 21 (1): 34-39, 2013.

SILVA, Andressa Arraes. Pré-natal da gestante de risco habitual: potencialidades e fragilidades. **Revista de Enfermagem UFSM**, Santa Maria, v. 9, ex, p. 1-20, 2019.
SOCIEDADE BRASILEIRA DE IMUNIZAÇÃO. **Perguntas e respostas sobre a vacina gripe (influenza)**. 2020. Disponível em: <https://familia.sbim.org.br/vacinas/perguntas-e-respostas/gripe>.

SOUZA, OrivaldoFlorencio de et al. Desnutrição em crianças menores de 60 meses em dois municípios no Estado do Acre: prevalência e fatores associados. **Revista brasileira de epidemiologia**, São Paulo, v. 15, n. 1, p. 211-221, Mar. 2012.

TOMAZELLI, J. G.; SILVA, G. A. Rastreamento do câncer de mama no Brasil: uma avaliação da oferta e utilização da rede assistencial do Sistema Único de Saúde no período 2010-2012. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 26, n 4, p:713-724, out-dez 2017.

UFRJ. Universidade Federal do Rio de Janeiro. **Estudo Nacional de Alimentação e Nutrição Infantil – ENANI-2019:** Resultados preliminares – Indicadores de aleitamento materno no Brasil. UFRJ: Rio de Janeiro, 2020. 9 p. Modo de acesso: https://enani.nutricao.ufrj.br/index.php/relatorios/