SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DE PERNAMBUCO
SECRETARIA EXECUTIVA DE GESTÃO ESTRATÉGICA E PARTICIPATIVA
DIRETORA GERAL DE GESTÃO REGIONAL EM SAÚDE
VI GERÊNCIA REGIONAL DE SAÚDE DE PERNAMBUCO

MAPA ANALÍTICO DE SAÚDE DA VI REGIONAL DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

ARCOVERDE - 2022

SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DE PERNAMBUCO

SECRETARIA EXECUTIVA DE GESTÃO ESTRATÉGICA E PARTICIPATIVA

DIRETORIA GERAL DE GESTÃO REGIONAL EM SAÚDE

VI GERÊNCIA REGIONAL DE SAÚDE DE PERNAMBUCO

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

DIRETORA GERAL DE GESTÃO REGIONAL EM SAÚDE

Luciana Figueiroa

GERENTE DA VI REGIÃO DE SAÚDE DE PERNAMBUCO

Sílvia Renata Gomes Remígio Sousa

COORDENAÇÃO DE PLANEJAMENTO E REGULAÇÃO

Ivanna Samille de Menezes Leal Sá Bessoni

COORDENAÇÃO ADMINISTRATIVO FINANCEIRO

Maria Aparecida Brasil Farias

COORDENAÇÃO DE ATENÇÃO À SAÚDE

Rosemary Nunes Bezerra

COORDENAÇÃO DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

Sergialysson Brasil Farias

COORDENAÇÃO DO PROGRAMA MÃE CORUJA

Caroline Holder Santos de Macedo

COORDENAÇÃO DO NÚCLEO DE APOIO ÀS FAMÍLIAS DE CRIANÇAS COM MICROCEFALIA

Gabriela Bezerra Cavalcanti

RESPONSÁVEIS PELA ELABORAÇÃO DO MATERIAL

Sílvia Renata Gomes Remígio Sousa

Ivanna Samille de Menezes Leal Sá Bessoni

Rosemary Nunes Bezerra

Sergialyson Brasil Farias

Maria Bernadete Alves da Silva

Gabriela Bezerra Cavalcanti

Zenóbia de Lima Duda

COLABORAÇÃO

Luzia Isley Almeida dos Santos - Sanitarista VI GERES

Alder Pacheco Vilela - Sanitarista VI GERES

Luciana Cristiane Santos Mandu - Sanitarista VI GERES

Márcia Adriana da Silva Vasconcelos – Apoiadora VI GERES

Taciana Souza de Oliveira Meira - Apoiadora VI GERES

Alessandra Ferraz de Araújo Granja Souza – NUAPS VI GERES

Raquel Neposiano da Silva – Apoiadora do Programa Olhar Para as Diferenças

Rebeca Rodrigues Gomes – Coordenadora Programa Mãe Coruja – em transição

Rosângela Maria da Silva – APEVISA

Adilson Tenório Cavalcanti – APEVISA

Flávia Maria Veras Barbosa Nunes – Coordenadora Estadual do Programa Olhar Para as Diferenças

Iara dos Santos Leal - Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva

Railane do Carmo da Silva - Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva

Maria Clara Melo de Souza – Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva

REVISÃO

Sílvia Renata Gomes Remígio Sousa

Ivanna Samille de Menezes Leal Sá Bessoni

2022 – Secretaria Estadual de Saúde/PE - Gerente da VI Região de Saúde de Pernambuco.

Tiragem: 2ª edição – 2022

Coordenação: Sílvia Renata Gomes Remígio Sousa

Elaboração:
Sílvia Renata Gomes Remígio Sousa – Gerente da VI Região de Saúde de Pernambuco
Ivanna Samille de Menezes Leal Sá Bessoni – Coordenação de Planejamento e Regulação
Rosemary Nunes Bezerra – Coordenação de Atenção à Saúde
Sergialyson Brasil Farias – Coordenação de Vigilância em Saúde
Maria Bernadete Alves da Silva – Coordenação PNI
Zenóbia de Lima Duda – Coordenação de Gestão de Pessoas

Colaboração:
Luzia Isley Almeida dos Santos - Sanitarista VI GERES
Alder Pacheco Vilela - Sanitarista VI GERES
Márcia Adriana da Silva Vasconcelos – Apoiadora VI GERES
Taciana Souza de Oliveira Meira - Apoiadora VI GERES
Luciana Cristiane Santos Mandu - Apoiadora VI GERES
Alessandra Ferraz de Araújo Granja Souza – NUAPS VI GERES
Raquel Neposiano da Silva – Apoiadora do Programa Olhar para as Diferenças
Rebeca Rodrigues Gomes – Coordenadora Programa Mãe Coruja – em transição
Rosângela Maria da Silva – APEVISA
Adilson Tenório Cavalcanti - APEVISA
Iara dos Santos Leal - Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva
Railane do Carmo da Silva - Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva
Maria Clara Melo de Souza - Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva

Revisão:

Sílvia Renata Gomes Remígio Sousa - Gerente da VI Região de Saúde de Pernambuco
Ivanna Samille de Menezes Leal Sá Bessoni - Coordenação de Planejamento e Regulação

Ficha Catalográfica

Sousa, Sílvia Renata Gomes Remígio; Bessoni, Ivanna Samille de Menezes Leal Sá; Bezerra, Rosimary Nunes; Farias, Sergialysson Brasil; Silva, Maria Bernadete Alves da; Duda, Zenóbia de Lima. Secretaria Estadual de Saúde. Gerente da VI Região de Saúde de Pernambuco.

Mapa de Saúde da VI Região do Estado de Pernambuco / Sílvia Renata Gomes Remígio Sousa, Ivanna Samille de Menezes Leal Sá Bessoni, Rosimary Nunes Bezerra, Sergialysson Brasil Farias, Maria Bernadete Alves da Silva, Zenóbia de Lima Duda, Secretaria Estadual de Saúde, Gerente da VI Região de Saúde de Pernambuco, - 1ª Edição – Pernambuco: Secretaria Estadual de Saúde- PE, 2020.

1. Gestão em Saúde. 2. Planejamento em Saúde. 3. Saúde Pública. 4.Sistema Único de Saúde. 5. Secretaria Estadual de Saúde. 6. Mapa da Saúde.

APRESENTAÇÃO

O Mapa Regional de Saúde se constitui uma ferramenta de planejamento. É a descrição e análise geográfica da distribuição de recursos humanos, de ações e serviços de saúde ofertados pelo SUS pela iniciativa privada e pelas parcerias público privadas. Dispõe de informações da capacidade instalada da rede existente, dos investimentos, do desempenho aferido a partir da série histórica dos indicadores assistenciais e de saúde, indicadores sociodemográficos e econômicos, de forma a possibilitar a análise da situação de saúde em cada território. Também permite elencar os problemas a serem superados, favorecendo o processo de Planejamento Regional Integrado - PRI (BRASIL, 2014).

As informações que constituem o Mapa da saúde possibilitam aos gestores do SUS o entendimento de questões estratégicas para o planejamento das ações e dos serviços de saúde, facilitando a tomada de decisão. Em seu conteúdo apresentamos também as identidades culturais, as necessidades de saúde e a economia de escala (BRASIL, 2014).

No presente documento, são contemplados seguintes os conteúdos: Estrutura do Sistema de Saúde na Região, Redes de Atenção à Saúde, Condições Sociossanitárias, Fluxos de Acesso, Recursos Financeiros, Gestão do Trabalho e Educação na Saúde, Ciência, Tecnologia, Produção e Inovação em Saúde e Gestão em Saúde. Todos esses pontos dispostos de forma sucinta e objetiva, com análises acerca das conquistas até aqui; assim como, os desafios futuros.

Sílvia Renata Gomes Remígio Sousa
Gerente da VI Regional de Saúde de Pernambuco

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....8

2. INDICADORES SOCIODEMOGRÁFICOS E ECONÔMICOS 8

2.1 CONDIÇÕES SOCIOECONÔMICAS E DEMOGRÁFICAS 9

a. Caracterização da população da Região de Saúde 10

b. Vocação econômica e da Região de Saúde e dos Municípios.....19

2.2 DADOS DE INFRAESTRUTURA BÁSICA.....20

3. INDICADORES DE SAÚDE.....22

3.1 INDICADORES DE NASCIMENTO.....24

3.2 INDICADORES DE MORBIDADE.....28

3.2.1 ARBOVIROSES.....28

3.2.1.1 TAXA DE INCIDÊNCIA DE DENGUE.....29

3.2.1.2 TAXA DE INCIDÊNCIA DE *CHIKUNGUNYA*.....30

3.2.2 DOENÇAS NEGLIGENCIADAS.....31

3.2.2.1 TAXA DE DETECÇÃO DE HANSENÍASE.....31

3.2.2.2 TAXA DE INCIDÊNCIA DE TUBERCULOSE.....32

3.2.2.3 TAXA DE INCIDÊNCIA DE LEISHMANIOSE VISCERAL – LV.....33

3.2.2.4 TAXA DE INCIDÊNCIA DE LEISHMANIOSE TEGUMENTAR AMERICANA – LTA.....34

3.2.3 DOENÇAS INFECCIOSAS.....36

3.2.3.1 TAXA DE INCIDÊNCIA DE HEPATITE B.....36

3.2.3.2 TAXA DE INCIDÊNCIA DE HEPATITE C.....37

3.2.3.3 TAXA DE INCIDÊNCIA DA SÍNDROME DA IMUNODEFICIÊNCIA ADQUIRIDA (AIDS).....38

3.2.4 PANDEMIA PELO CORONAVÍRUS 39

3.3 INDICADORES DE MORTALIDADE.....44

3.3.1 MORTALIDADE GERAL.....45

3.3.2 MORTALIDADE POR CAUSAS DEFINIDAS.....45

3.3.3 MORTALIDADE INFANTIL.....47

3.3.4 MORTALIDADE DE MULHERES EM IDADE FÉRTIL.....47

4. IMUNIZAÇÃO.....48

5. SAÚDE DO TRABALHADOR.....64

5.1 DOENÇAS RELACIONADAS AO TRABALHO.....66

5.2 ACIDENTE DE TRABALHO GRAVE.....67

5.3 ACIDENTE POR EXPOSIÇÃO A MATERIAL BIOLÓGICO.....70

5.4 INTOXICAÇÃO EXÓGENA.....72

6. VIGILÂNCIA SANITÁRIA.....73

7. ASSISTÊNCIA A SAÚDE.....74

7.1 DISTRIBUIÇÃO DOS ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE NA VI REGIÃO DE SAÚDE DE PERNAMBUCO.....75

7.2 INDICADORES DE DESEMPENHO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E CAPITAÇÃO PONDERADA.....92

7.3 REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE.....105

7.3.1 REDE MATERNO INFANTIL.....106

7.3.1.1 REDE CEGONHA.....106

7.3.1.2 PROGRAMA MÃE CORUJA PERNAMBUCANA.....112

7.3.1.3 NÚCLEO DE APOIO ÀS FAMÍLIAS DAS CRIANÇAS COM MICROCEFALIA (SCZV).....121

7.3.1.4 PROGRAMA OLHAR PARA AS DIFERENÇAS.....123

7.3.2 REDE DE ATENÇÃO AS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS – RUE.....131

7.3.3 REDE DE CUIDADOS À PESSOA COM DEFICIÊNCIA (RCPD).....134

7.3.4 REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL – RAPS.....138

7.3.5 REDE DE ATENÇÃO EM ONCOLOGIA.....154

8. RECURSOS FINANCEIROS.....155

9. GESTÃO DO TRABALHO E EDUCAÇÃO EM SAÚDE.....157

10. GOVERNANÇA, CONTROLE SOCIAL E OUVIDORIA.....162

11. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....169

12. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFIAS.....171

1. INTRODUÇÃO

O Mapa de Saúde da VI Região aborda questões sobre os aspectos relacionados ao perfil de gerenciamento dos serviços de saúde à população. Para isso, serão abordados os aspectos sociodemográficos e econômicos, os indicadores de saúde, a rede de atenção disponível, oferta de serviços e seus investimentos. O principal objetivo do Mapa de Saúde é ser uma ferramenta de gestão que apresente um panorama geral da saúde na Região de Saúde, de forma a subsidiar o planejamento e intervenções do gestor; assim como, possibilitar o acesso destas informações para a sociedade através da disponibilização em plataformas oficiais do estado de Pernambuco, contribuindo assim, com a participação social.

Segundo o Decreto 7.508/2011, o mapa de saúde deve conter 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.

Desta maneira, diante da importância de realizar uma análise rotineira dos fatores determinantes e condicionantes do processo saúde-doença, o mapa analítico da saúde tem como objetivo principal retratar as condições de saúde dos municípios da VI Região de Saúde de Pernambuco para que seja possível realizar a tomada de decisões; assim como, proporcionar aos cidadãos o conhecimento da situação de saúde desta região.

O mapa em questão descreve aspectos que estão relacionados direta e/ou indiretamente com as condições de saúde da população; ou seja, as condições sócio-sanitárias, mortalidade, morbidade, natalidade, aspectos relacionados à oferta e cobertura de ações e serviços de Saúde, redes de atenção à saúde, fluxo de acesso, gestão, financiamento e gastos dos serviços públicos de saúde. Sendo assim, o presente documento contempla tais exigências abordando os temas: indicadores sociodemográficos e econômicos; indicadores de saúde; Redes de Atenção à Saúde instituídas; Gestão do Trabalho e Educação em Saúde, Governança e Controle Social.

2. INDICADORES SOCIODEMOGRÁFICOS E ECONÔMICOS

Indicadores de saúde são usados como parâmetros cujo objetivo é a avaliação Sanitária, com foco na tomada de decisões e programação das ações de saúde. Elas

sintetizam as informações mais importantes sobre a real situação de saúde e o desempenho do sistema de saúde. Dessa forma, é imprescindível refletir a situação sanitária de uma população e servir para a vigilância das condições de saúde. Os indicadores podem ser classificados como: demográficos, socioeconômicos, saúde, recursos, acesso e cobertura (OPAS, 2008).

2.1 CONDIÇÕES SOCIOECONÔMICAS E DEMOGRÁFICAS

O estado de Pernambuco é uma das 27 unidades federativas do Brasil, localizado no centro-leste da região Nordeste e tem como limites os estados da Paraíba (N), do Ceará (NO), de Alagoas (SE), da Bahia (S) e do Piauí (O). É banhado pelo oceano Atlântico (L) e ocupa uma área de 98.149,119 km². É composto por 185 municípios e possui uma população estimada de 9.496.294 hab. (IBGE/Estimativa 2018), densidade demográfica de 89,63 (hab./km²). Também fazem parte do seu território os arquipélagos de Fernando de Noronha, São Pedro e São Paulo. Sua capital é a cidade do Recife.

No início de 2009, no estado, foi iniciado o movimento de construção da regionalização da saúde. Sendo esta, uma diretriz organizativa que orienta a descentralização das ações e serviços de saúde favorecendo os processos de pactuação e negociação entre gestores. Este processo foi iniciado devido a necessidade de redefinir a conformação territorial do Estado, reorganizando as regiões de saúde a partir da elaboração de um novo Plano Diretor de Regionalização (PDR), de modo a subsidiar a organização das ações e serviços de saúde de forma regionalizada, solidária, hierarquizada e resolutiva (PERNAMBUCO, 2011).

De acordo com o PDR, os critérios selecionados para a definição das regiões de saúde foram: análise dos fluxos assistenciais existentes, associada ao estudo da capacidade instalada nos municípios para avaliar o potencial de ampliação de oferta em nível regional visando aumento da resolutividade assistencial; regiões potenciais de investimentos previstos pelo Governo Estadual, tendo como instrumento norteador o plano plurianual (PPA); identidade cultural e social; principal atividade econômica das populações; e distribuição dos municípios com Índice Desenvolvimento Humano (IDH) abaixo de 0,70.

No processo de descentralização e hierarquização da saúde, cada uma das 12 microrregiões do estado possui um município sede com uma Gerência Regional de

Saúde (GERES), representando a Secretaria Estadual de Saúde, localizada na primeira microrregião. Cada uma dessas unidades administrativas é responsável por fornecer apoio aos municípios de sua delimitação regional, atuando de forma mais localizada na atenção básica, na reestruturação da rede hospitalar, nas ações municipais, no combate à mortalidade infantil e às diversas endemias. O atual mapa representa a VI Regional de Saúde, contando com 13 municípios e com unidade sede em Arcoverde, e possui uma população estimada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) para o ano de 2020 de 428.559 habitantes.

De acordo com o PDR, uma região de saúde é definida como: um espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados com finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde.

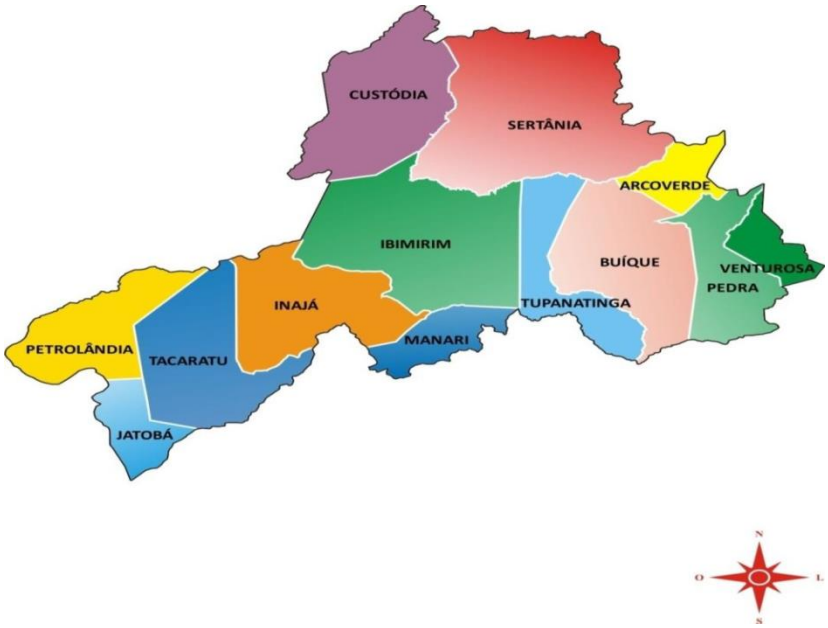
a. Caracterização da população da Região de Saúde

A VI GERES – ARCOVERDE integra a Macrorregião de Saúde 3 – Sertão com sede em Serra Talhada e está conformada em duas Microrregiões de Saúde: a X Microrregião de Saúde com sede em Arcoverde (**figura 1**), comporta além da sede, os municípios de Buíque, Custódia, Ibimirim, Pedra, Sertânia, Tupanatinga e Venturosa; e a XI Microrregião de Saúde com sede em Petrolândia, incluindo os municípios de Inajá, Jatobá, Manari e Tacaratu (**figura 2**). Sua área territorial cobre 13.706,1 km².

Figura 1. Localização Geográfica da VI Região de Saúde no Estado de Pernambuco.

Fonte: Plano Diretor de Regionalização (PDR), 2011.

Figura 2. Municípios Abrangentes da VI Região de Saúde - Pernambuco.



Fonte: Plano Diretor de Regionalização (PDR), 2011.

O quadro abaixo (quadro 1) refere-se as características geopolíticas dos 13 municípios da VI Região de Saúde de Pernambuco a partir de dados coletados no IBGE correspondente ao último censo do ano de 2010 e estimativas populacionais de 2020.

Quadro 1. Características Geopolíticas dos Municípios da VI Região de Saúde de Pernambuco, dados IBGE 2010 e estimativas IBGE 2020.

Municípios	**Características**	
Arcoverde	População (estimativa 2020)	74.822 pessoas
	Área (Km²) (2010)	323,370 km²
	Densidade demográfica (Hab./Km²) (2010)	196,05 hab/km²
	Distância da capital (km)	254 km
	Distância da sede da Região de Saúde (Km)	0 km
	Limites e acesso rodoviário	Norte: Paraíba
		Sul: Buíque
		Leste: Pesqueira

		Oeste: Sertânia
Buíque	População (estimativa 2020)	58.919 pessoas
	Área (Km²) (2010)	1.320,870 km^2
	Densidade demográfica (Hab./Km²) (2010)	39,18 hab/ km^2
	Distância da capital (km)	278 km
	Distância da sede da Região de Saúde (Km)	30 km
	Limites e acesso rodoviário	Norte: Sertânia
		Sul: Águas Belas
		Leste: Pedra
		Oeste: Tupanatinga
Custódia	População (estimativa 2020)	37.375pessoas
	Área (Km²) (2010)	1.404,126 km²
	Densidade demográfica (Hab./Km²) (2010)	24,11 hab/km²
	Distância da capital (km)	334 km
	Distância da sede da Região de Saúde (Km)	89 km
	Limites e acesso rodoviário	Norte: Iguaraci e Carnaíba
		Sul: Ibimirim e Floresta
		Leste: Sertânia
		Oeste: Betânia
Ibimirim	População (estimativa 2020)	29.235 pessoas
	Área (Km²) (2010)	1.906,437 km²
	Densidade demográfica (Hab./Km²) (2010)	15,23 hab/km^2
	Distância da capital (km)	331 km
	Distância da sede da Região de Saúde (Km)	86 km

	Limites e acesso rodoviário	Norte: Sertânia e Custódia
		Sul: Inajá e Manari
		Leste: Tupanatinga
		Oeste: Floresta
Inajá	População (estimativa 2020)	23.645pessoas
	Área (Km²) (2010)	1.168,158km²
	Densidade demográfica (Hab./Km²) (2010)	16,14hab/km²
	Distância da capital (km)	412 km
	Distância da sede da Região de Saúde (Km)	109 km
	Limites e acesso rodoviário	Norte: Ibimirim
		Sul: Alagoas
		Leste: Manari
		Oeste: Tacaratu e Floresta
Jatobá	População (estimativa 2020)	14.850pessoas
	Área (Km²) (2010)	277,862km²
	Densidade demográfica (Hab./Km²) (2010)	50,25 hab/ km²
	Distância da capital (km)	442 km
	Distância da sede da Região de Saúde (Km)	172 km
	Limites e acesso rodoviário	Norte: Petrolândia
		Sul: Alagoas
		Leste: Tacaratu
		Oeste: Bahia
Manari	População (estimativa 2020)	21.776pessoas
	Área (Km²) (2010)	344,725km²

	Densidade demográfica (Hab/Km²) (2010)	47,56hab/km²
	Distância da capital (km)	376 km
	Distância da sede da Região de Saúde (Km)	105 km
	Limites e acesso rodoviário	Norte: Ibimirim
		Sul: Alagoas
		Leste: Inajá
		Oeste: Itaíba
Pedra	População (estimativa 2020)	22.668pessoas
	Área (Km²) (2010)	921,477km²
	Densidade demográfica (Hab/Km²)(2010)	26,08hab/km²
	Distância da capital (km)	255 km
	Distância da sede da Região de Saúde (Km)	18 km
	Limites e acesso rodoviário	Norte: Arcoverde e Pesqueira
		Sul: Águas Belas
		Leste: Venturosa e Paranatama
		Oeste: Buíque
Petrolândia	População (estimativa 2020)	36.901pessoas
	Área (Km²) (2010)	1.056,592km²
	Densidade demográfica (Hab/Km²) (2010)	30,75hab/km²
	Distância da capital (km)	429 km
	Distância da sede da Região de Saúde (Km)	155 km
	Limites e acesso rodoviário	Norte: Floresta
		Sul: Jatobá

		Leste: Tacaratu
		Oeste: Bahia
Sertânia	População (estimativa 2020)	36.050pessoas
	Área (Km²) (2010)	2.421,527km²
	Densidade demográfica (Hab/Km²) (2010)	13,95hab/km²
	Distância da capital (km)	457 km
	Distância da sede da Região de Saúde (Km)	53 km
	Limites e acesso rodoviário	Norte: Iguaraci
		Sul: Ibimirim e Tupanatinga
		Leste: Paraíba
		Oeste: Custódia
Tacaratu	População (estimativa 2020)	26.106 pessoas
	Área (Km²) (2010)	1.264,532 km²
	Densidade demográfica (Hab./Km²) (2010)	17,45 hab./km²
	Distância da capital (km)	420 km
	Distância da sede da Região de Saúde (Km)	155 km
	Limites e acesso rodoviário	Norte: Floresta
		Sul: Alagoas
		Leste: Inajá
		Oeste: Petrolândia
Tupanatinga	População (estimativa 2020)	27.551 pessoas
	Área (Km²) (2010)	950,474 km²
	Densidade demográfica (Hab/Km²) (2010)	25,70hab/km²
	Distância da capital (km)	305 km

	Distância da sede da Região de Saúde (Km)	58 km
	Limites e acesso rodoviário	Norte: Sertânia
		Sul: Itaíba
		Leste: Buíque
		Oeste: Ibimirim
Venturosa	População (estimativa 2020)	18.661pessoas
	Área (Km²) (2010)	335,482 km²
	Densidade demográfica (Hab/Km²) (2010)	50,05hab/km²
	Distância da capital (km)	243 km
	Distância da sede da Região de Saúde (Km)	31 km
	Limites e acesso rodoviário	Norte: Alagoinha
		Sul: Caetés
		Leste: Pesqueira
		Oeste: Pedra

Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), 2010.

As imagens abaixo (figura 3 e 4) distinguem quantitativamente as estruturas de gênero e faixas etárias, constituindo informações vitais para o planejamento público em termos socioeconômicos. Avaliando a figura 4, a partir de dados coletados no TABNET/DATASUS em 2020, observa-se que a maior parte dos residentes são do sexo feminino, totalizando 428.736 pessoas.

Figura 3. Distribuição da População por Sexo da VI Região de Saúde. Pernambuco, 2020.

População residente por Sexo segundo Região de Saúde (CIR)
Região: 2 Região Nordeste
Unidade da Federação: Pernambuco
Região de Saúde (CIR): 26002 Arcoverde
Período: 2020

Região de Saúde (CIR)	Masculino	Feminino	Total
TOTAL	211.594	217.142	428.736
26002 Arcoverde	211.594	217.142	428.736

Fonte:

- 2000 a 2020 - Estimativas preliminares elaboradas pelo Ministério da Saúde/SVS/DASNT/CGIAE

Fonte: (TABNET/DATASUS).

No figura 4, a faixa etária dos 0 aos 19 anos de idade apresenta-se estável; com um pico entre 20 a 29 anos, seguido de uma apresentação decrescente para mais de 80 anos de idade. Assim, pode-se inferir que, como a população pende para um aumento no número de adultos “jovens”, poderá ser pensado em investimentos que deem suporte para esse crescimento populacional. O decrescimento da população mais idosa pode estar relacionado com a redução da expectativa de vida, bem como sua qualidade. A partir disso, podem ser elaboradas estratégias governamentais a médio e longo prazo para gestão de recursos, a fim de garantir um envelhecimento saudável com consequente melhora da expectativa de vida.

Figura 4. Distribuição da População por Faixa Etária de Residentes da VI Região de Saúde. Pernambuco, 2019.

População residente por Faixa Etária 1 segundo Região de Saúde (CIR)
Região: 2 Região Nordeste
Unidade da Federação: Pernambuco
Região de Saúde (CIR): 26002 Arcoverde
Período: 2020

Região de Saúde (CIR)	0 a 4 anos	5 a 9 anos	10 a 14 anos	15 a 19 anos	20 a 29 anos	30 a 39 anos	40 a 49 anos	50 a 59 anos	60 a 69 anos	70 a 79 anos	80 anos e mais	Total
TOTAL	37.641	37.739	36.556	36.944	72.235	65.457	50.260	40.667	26.172	16.821	8.244	428.736
26002 Arcoverde	37.641	37.739	36.556	36.944	72.235	65.457	50.260	40.667	26.172	16.821	8.244	428.736

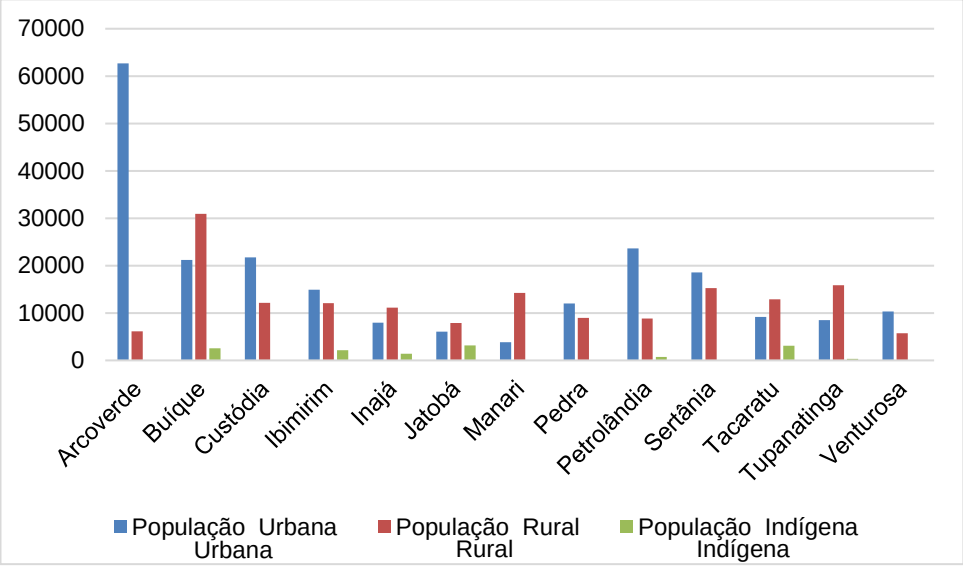
Fonte:

- 2000 a 2020 - Estimativas preliminares elaboradas pelo Ministério da Saúde/SVS/DASNT/CGIAE

Fonte: TABNET/DATASUS

O gráfico 1, logo abaixo, apresenta a distribuição da população em áreas urbanas, rurais e indígena dos municípios da VI Região de Saúde; não há dados referentes as populações em situação de rua e população negra (quilombolas). O município de Buíque apresentava, no ano de 2010 de acordo com o último censo, a maior concentração de população em área rural em comparação com os demais municípios. Merecendo assim, destaque para ações governamentais a fim de oferecer acessibilidade à saúde e qualidade de vida. Com relação a população indígena, apenas os municípios de Buíque, Ibimirim, Inajá, Jatobá e Tacaratu apresentam em seu território.

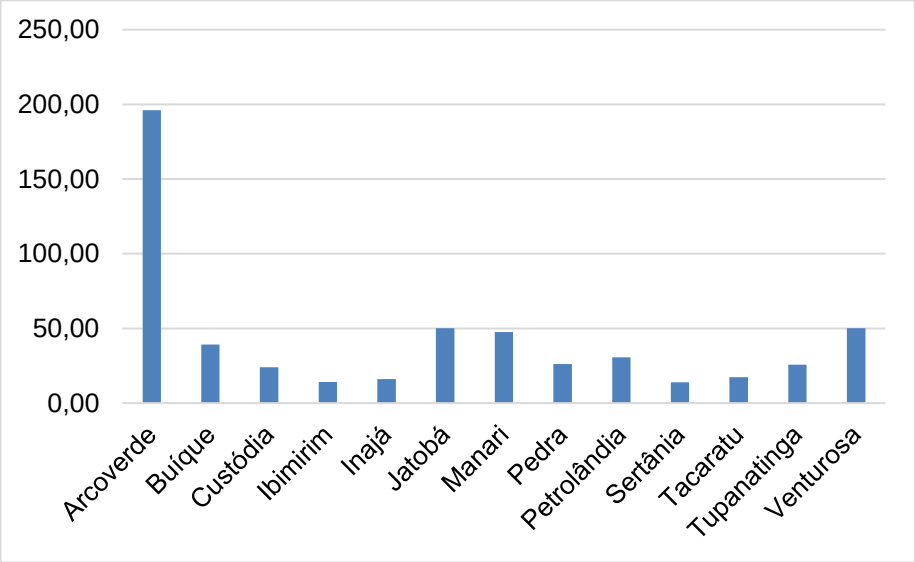
Gráfico 1. Distribuição da População dos Municípios da VI Região de Saúde. Pernambuco, 2010.



Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), 2010.

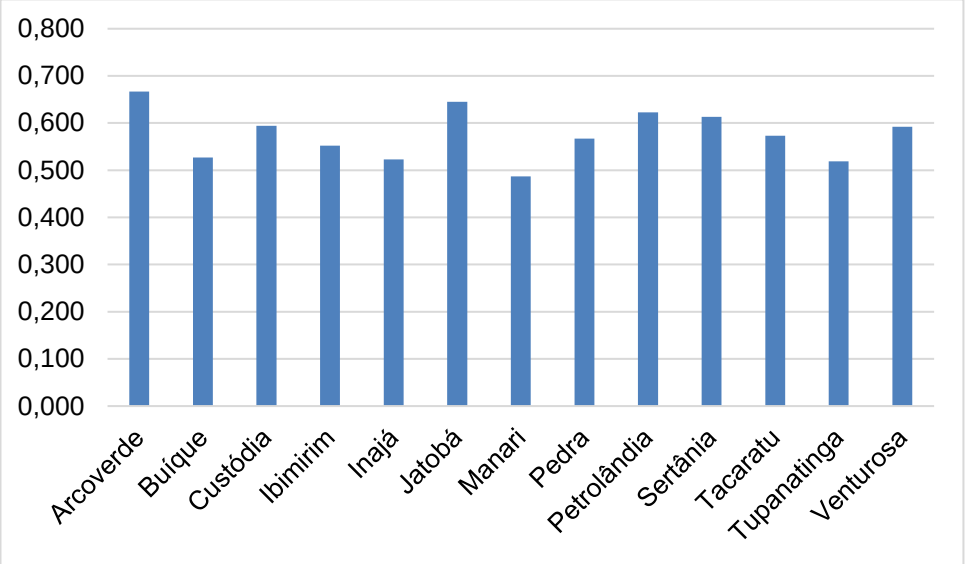
No gráfico 2 visualiza-se a densidade demográfica na VI Região de Saúde, mostrando que o município de Arcoverde apresenta o maior percentual (196, 05 hab./km²) e o município de Sertânia, o menor percentual (13, 95 hab./km²). Já o gráfico 3, em sequência, apresenta o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) da VI região de saúde, mostrando que o município de Arcoverde apresenta o maior índice (0,667) e o município de Manari apresenta o menor índice, cerca de 0, 487.

Gráfico 2. Densidade demográfica da VI Região de Saúde. Pernambuco, Estimativa 2019.



Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), 2010.

Gráfico 3. Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) da VI Região de Saúde. Pernambuco, 2010.



Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), 2010.

b. Vocação Econômica da Região de Saúde e dos Municípios

Segundo a Agência Estadual de Planejamento e Pesquisas de Pernambuco – CONDEPE/FIDEN, os municípios da VI Gerência Regional de Saúde (VI GERES) estão incluídos na Região de Desenvolvimento do Moxotó cuja economia é baseada na agropecuária. Nas atividades pastoris, a bovinocultura e a caprinocultura recebem destaque. As áreas rurais apresentam uma atividade agrícola mais diversificada onde, além da cana-de-açúcar, predomina a produção de frutas. As lavouras de subsistência e do algodão também têm grande importância na economia da região.

Os municípios de Tacaratu, Jatobá e Petrolândia têm como principais atividades econômicas a agricultura, a pecuária e o comércio; e, mais ultimamente, a indústria e o turismo devido à bacia do Rio São Francisco - que traz a oportunidade desses municípios trabalharem e atraírem visitantes. Também se destaca na região, a economia voltada principalmente ao artesanato e à indústria têxtil, sendo conhecida internacionalmente pela produção de redes.

Na região predomina o Clima do Semiárido Pernambucano, com baixa umidade do ar, chuvas escassas e mal distribuídas ao longo do ano e altas temperaturas. A umidade relativa do ar varia entre 50% e 90% em algumas épocas do ano. As chuvas são escassas e mal distribuídas, com os meses de janeiro a março como os mais

chuvosos, e de agosto a dezembro como os mais secos, onde se percebe as mais altas temperaturas.

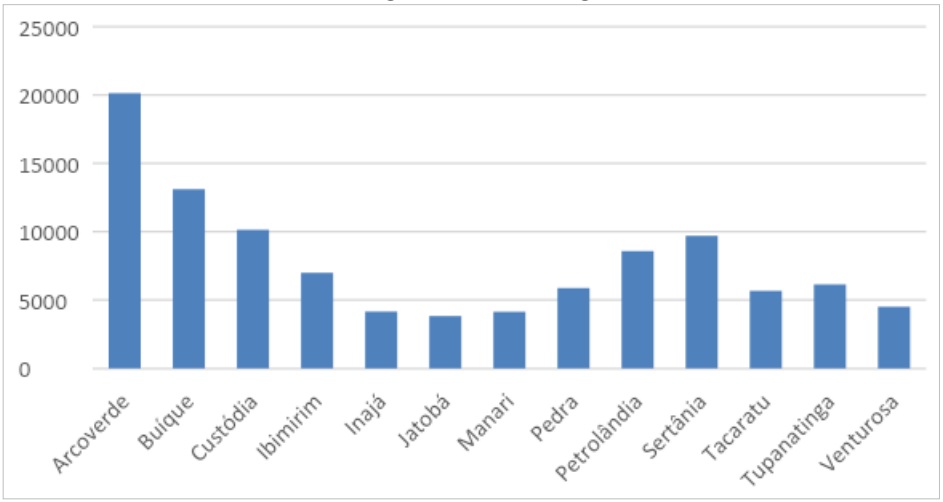
2.2 DADOS DE INFRAESTRUTURA BÁSICA

Os Determinantes Sociais de Saúde (DSS) são: “os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população” (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007). Analisar os determinantes sociais de saúde permite poder realizar estratégias no sentido de ampliar políticas púbicas que possam reduzir as desigualdades e auxiliar na construção de políticas de saúde com mais equidade.

A cobertura da rede de esgoto (gráfico 4), cobertura de lixo (gráfico 5), cobertura de rede de abastecimento de água (gráfico 6) e a cobertura da rede de energia elétrica (gráfico 7) são semelhantes para os 13 municípios da regional. Para os três procedimentos de cobertura, o município de Arcoverde é o que mais se beneficia, de acordo com os dados de 2010, em comparação com os demais. A partir desse fato, medidas governamentais são necessárias para expandir a cobertura de saneamento básico a fim de garantir qualidade de vida e prevenir possíveis doenças causadas pela falta e ou ineficácia.

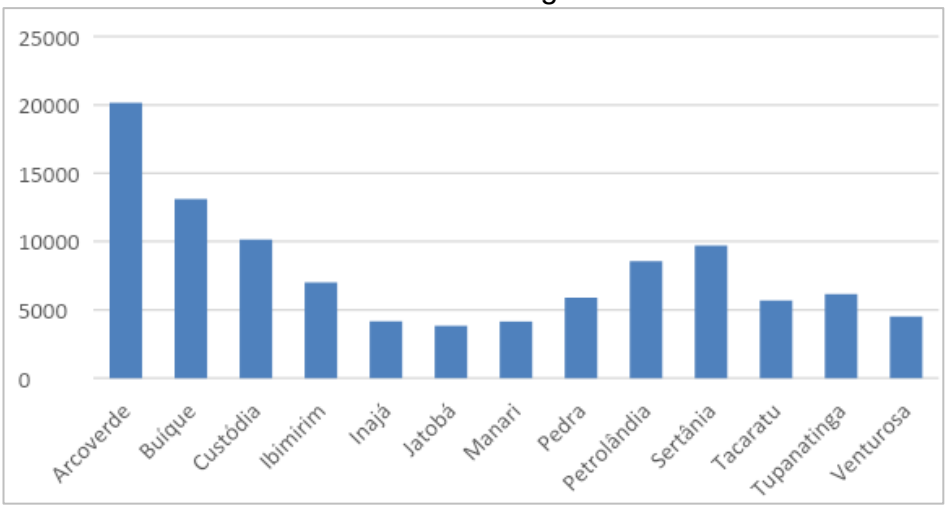
Os itens investigados, em relação à cobertura da rede de esgoto para elaboração do gráfico foram: rede geral de esgoto ou pluvial, fossa séptica, fossa rudimentar, vala, rio, lago ou mar e outro. A cobertura de coleta de lixo apresenta as seguintes variáveis: coletado, coletado por serviço de limpeza e coletado em caçamba de serviço de limpeza. Em relação à cobertura de rede de abastecimento de água, foram incluídos dados de: rede geral, poço ou nascente na propriedade, poço ou nascente fora da propriedade e carro-pipa. Sobre a cobertura da rede de energia elétrica, as variáveis foram: residencial, industrial, comercial, rural, poder público, iluminação pública e outros.

Gráfico 4. Cobertura da Rede de Esgoto da VI Região de Saúde. Pernambuco, 2010.



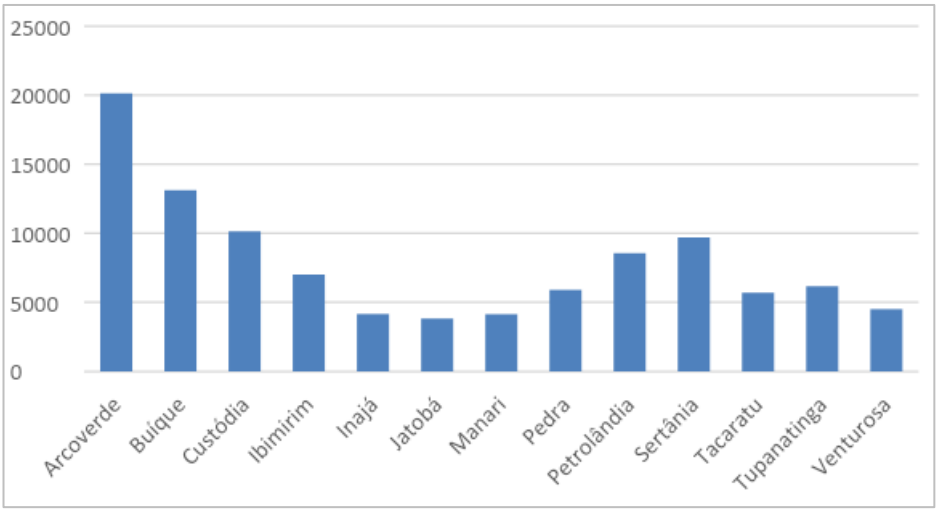
Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), 2010.

Gráfico 5. Cobertura de coleta de lixo da VI Região de Saúde. Pernambuco, 2010.



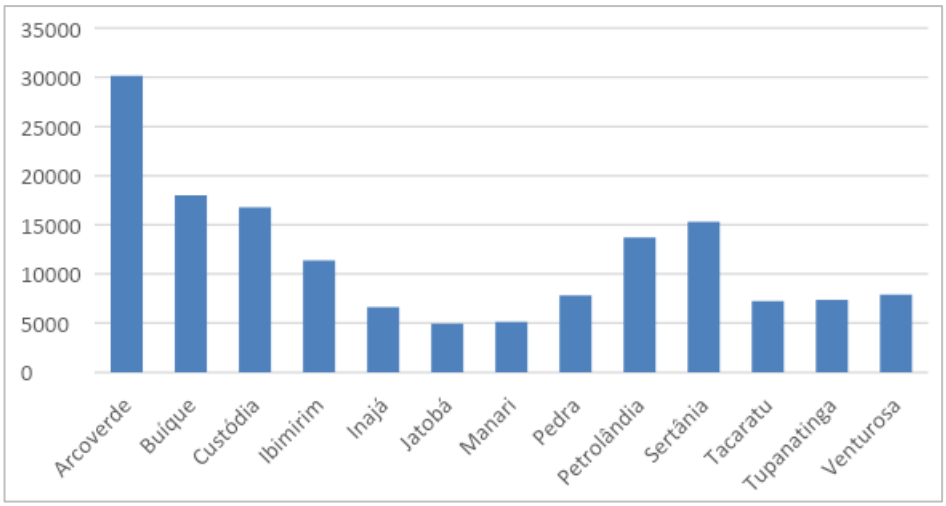
Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), 2010.

Gráfico 6. Cobertura de Rede de Abastecimento de Água da VI Região de Saúde. Pernambuco, 2010.



Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), 2010.

Gráfico 7. Cobertura da Rede de Energia Elétrica da VI Região de Saúde. Pernambuco, 2016.



Fonte: Companhia de Eletricidade de Pernambuco – CELPE, 2016. Nota: Outros – composto pelas classes Serviço público e consumo próprio.

3. INDICADORES DE SAÚDE

Os indicadores de saúde procuram descrever e monitorar a situação de saúde de uma população. Os atributos se relacionam com as características ou qualidades da saúde e as dimensões da saúde compreendem o bem-estar físico, emocional, espiritual, ambiental, mental e social; já os Indicadores de Saúde são instrumentos utilizados para medir uma realidade, como parâmetro norteador, instrumento de gerenciamento, avaliação e planejamento das ações na saúde, de modo a permitir mudanças nos processos e resultados.

Dentro desse contexto encontra-se os Indicadores relacionados a Vigilância em Saúde, que se integram as diversas áreas do conhecimento e faz a interlocução entre os mesmos. A Vigilância em saúde é subdividida em outras áreas técnicas, são elas: Vigilância Epidemiológica, Vigilância Ambiental, Vigilância Sanitária, Vigilância em Saúde do Trabalhador, Promoção à saúde e os Laboratórios de Saúde Pública.

A Vigilância Epidemiológica é definida pela Lei n° 8.080/90 como: “Um conjunto de ações que proporciona o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos.” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2021). Seu objetivo principal é fornecer orientação técnica permanente para os profissionais de saúde, que têm a responsabilidade de decidir sobre a execução de ações de controle de doenças e

agravos, tornando disponíveis, para esse fim, informações atualizadas sobre a ocorrência dessas doenças e agravos, bem como dos fatores que a condicionam, numa área geográfica ou população definida. Constitui-se também importante instrumento para o planejamento, a organização e a operacionalização dos serviços de saúde, como também para a normatização de atividades técnicas afins.

A Vigilância Ambiental em Saúde é um conjunto de ações que proporciona o conhecimento e a detecção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes do meio ambiente que interferem na saúde humana, com a finalidade de identificar as medidas de prevenção e controle dos fatores de risco ambientais relacionados às doenças ou outros agravos à saúde.

A Vigilância Sanitária se caracteriza como um conjunto de ações capaz de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde. (BRASIL, 1998). Suas principais ações ocorrem sob o controle de bens de consumo que, direta ou indiretamente, se relacionem com a saúde, compreendidas todas as etapas e processos, da produção ao consumo, e o controle da prestação de serviços que se relacionam direta ou indiretamente com a saúde.

A Vigilância em Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (VISATT) é um conjunto de ações feitas sempre com a participação dos trabalhadores e articuladas intra e intersetorialmente, de forma contínua e sistemática, com o objetivo de detectar, conhecer, pesquisar e analisar os fatores determinantes e condicionantes da saúde relacionados ao trabalho, cada vez mais complexo e dinâmico. (MINISTERIO DA SAÚDE, 2021).

A promoção da saúde é uma das estratégias do setor saúde para buscar a melhoria da qualidade de vida da população. O objetivo é promover uma gestão compartilhada entre usuários, trabalhadores do setor sanitário, de outros setores e movimentos sociais. Ações de promoção da saúde devem considerar os determinantes sociais da saúde e de que maneira estes causam impacto na qualidade de vida da população. Os determinantes sociais são fatores sociais, econômicos, culturais, étnico-raciais, psicológicos, comportamentais e ambientais que influenciam o processo saúde-doença.

A coordenação de vigilância em saúde da VI Regional de Saúde de Pernambuco, é formada por uma equipe de 12 técnicos de nível superior e 7 técnicos de nível médio. A equipe presta assessoria técnica, executa ações em saúde de forma complementar e monitora as ações executadas nos 13 municípios de jurisdição da Geres.

Dispõe de estrutura física adequada, possui laboratórios de entomologia para dengue e chagas (2), laboratório para controle e monitoramento da qualidade da água de consumo humano (1) e laboratório de análises sorológicas para dengue, *chikungunya,* hepatite B e hepatite C (1).

3.1 INDICADORES DE NASCIMENTO

O nascimento é um dos eventos vitais e seu monitoramento pode contribuir para o conhecimento da situação de saúde de uma população e a avaliação de políticas e ações de vigilância e atenção à saúde na área da saúde materno-infantil. O pré-natal e a atenção ao parto são importantes estratégias para prevenir ou reduzir o risco de morbimortalidade para a gestante e para a criança. O Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC) tem a finalidade de gerar indicadores sobre pré-natal, assistência ao parto e perfil epidemiológico dos nascidos vivos.

Neste capítulo serão apresentadas tabelas levando em consideração o total de nascidos vivos da VI Região de Saúde com seus respectivos municípios individualmente, suas taxas de natalidade, estabelecendo algumas relações com sexo, idade gestacional (IG), ÁPGAR, nascidos prematuros e baixo peso, a proporção de nascidos vivos segundo idade da mãe; proporção de nascidos vivos segundo consultas de pré-natal, duração da gestação; tipo de parto, % de partos cesáreos e partos normais. Cesárea em primípara; Proporção de nº de entradas em UTI neonatal por causa; Taxa de incidência de sífilis congênita (indicador 07 do Pacto pela Vida).

A tabela abaixo **(tabela 1)** refere-se à proporção da natalidade dos municípios da VI Regional de Saúde do ano de 2017 a 2021. Os treze municípios demonstram níveis elevados de natalidade, destacando o município de Jatobá com a maior taxa de nascimento no fim do período. Em geral, proporções elevadas estão associadas a condições socioeconômicas precárias e aspectos socioculturais da população. As maiores proporções de natalidade, de acordo com o ano, estão nos respectivos municípios: No ano de 2017 apresentou a maior proporção a cidade de Ibimirim; em

2018 ocorreu em Petrolândia; em 2019, 2020 e 2021 Jatobá apresentou a maior proporção de nascidos vivos.

Tabela 1. Proporção de nascimento por município da VI região de saúde de acordo com ano.

MUNICIPIOS	2017	%	2018	%	2019	%	2020	%	2021	%
Arcoverde	1.155	19,9	1.158	20,0	1.172	20,2	1.182	20,4	1.128	19,5
Buíque	858	20,2	889	20,9	848	19,9	819	19,2	842	19,8
Custódia	516	20,1	528	20,5	459	17,8	523	20,3	547	21,3
Ibimirim	482	21,9	427	19,4	438	19,9	435	19,8	414	18,9
Inajá	328	18,9	376	21,6	325	18,7	355	20,4	353	20,3
Jatobá	70	12,3	83	14,6	149	26,2	130	22,8	137	24,1
Manari	246	18,6	279	21,0	267	20,1	285	21,5	249	18,8
Pedra	348	20,8	304	18,1	329	19,6	330	19,7	365	21,8
Petrolândia	556	17,6	648	20,5	683	21,6	623	19,7	653	20,6
Sertânia	357	19,5	357	19,5	355	19,4	407	22,2	355	19,4
Tacaratu	188	13,8	300	22,0	291	21,3	274	20,1	312	22,9
Tupanatinga	330	19,3	377	22,1	347	20,3	295	17,3	359	21,0
Venturosa	229	17,0	285	21,2	286	21,2	262	19,5	284	21,1
Total	**5.663**	**19,2**	**6.011**	**20,3**	**5.949**	**20,1**	**5.920**	**20,0**	**5.998**	**20,3**

Fonte: Sistema de Informações sobre os Nascidos Vivos (SINASC). Extraído em: 22/02/2022

Fatores como urbanização, planejamento familiar, uso de contraceptivos melhoria nas condições de educação, inserção da mulher no mercado de trabalho, custo com a criação dos filhos podem influenciar na diminuição das taxas de natalidade, conforme observado no decorrer dos anos.

A proporção de nascidos vivos de mães na faixa etária de 10 a 19 anos apresenta variação considerável, mediante demais, conforme dados referentes os anos de 2017 a 2021 **(tabela 2).** As proporções são mais elevadas na faixa etária de 20 - 24 anos. A idade materna pode estar associada às condições de risco para o recém-nato (prematuridade e o baixo peso ao nascer, que são mais frequentes nos nascidos de

mães adolescentes e idosas) e, pode subsidiar a frequência da gravidez precoce para análise em relação às condições sociais e econômicas da nossa população.

Tabela 2. Proporção de Nascidos segundo Idade da Mãe dos municípios da VI Regional de Saúde.

MUNICIPIOS	10-14	%	15-19	%	20-24	%	25-29	%	30-34	%	35-39	%	40-44	%	45-49	%	50e +	%
Arcoverde	52	0,9	1.000	17,3	1.537	26,5	1.309	22,6	1.094	18,9	620	10,7	173	3,0	9	0,2	1	0,0
Buíque	35	0,8	816	19,2	1.156	27,2	911	21,4	746	17,5	433	10,2	148	3,5	10	0,2	1	0,0
Custódia	24	0,9	465	18,1	702	27,3	644	25,0	467	18,2	221	8,6	44	1,7	6	0,2	0	0,0
Ibimirim	24	1,1	471	21,4	646	29,4	490	22,3	324	14,8	190	8,7	48	2,2	3	0,1	0	0,0
Inajá	24	1,4	423	24,4	457	26,3	380	21,9	286	16,5	134	7,7	28	1,6	5	0,3	0	0,0
Jatobá	7	1,2	125	22,0	165	29,0	120	21,1	93	16,3	47	8,3	12	2,1	0	0,0	0	0,0
Manari	13	1,0	307	23,2	367	27,7	290	21,9	192	14,5	107	8,1	45	3,4	5	0,4	0	0,0
Pedra	16	1,0	367	21,9	434	25,9	368	22,0	287	17,1	158	9,4	42	2,5	4	0,2	0	0,0
Petrolândia	37	1,2	626	19,8	854	27,0	781	24,7	522	16,5	269	8,5	69	2,2	5	0,2	0	0,0
Sertânia	18	1,0	327	17,9	497	27,1	418	22,8	349	19,1	173	9,4	46	2,5	3	0,2	0	0,0
Tacaratu	8	0,6	238	17,4	383	28,1	314	23,0	255	18,7	132	9,7	35	2,6	0	0,0	0	0,0
Tupanatinga	17	1,0	318	18,6	455	26,6	387	22,7	310	18,1	165	9,7	51	3,0	5	0,3	0	0,0
Venturosa	22	1,6	237	17,6	357	26,5	313	23,3	261	19,4	114	8,5	37	2,7	4	0,3	1	0,1
Total	**297**	**1,0**	**5.720**	**19,4**	**8.010**	**27,1**	**6.725**	**22,8**	**5.186**	**17,6**	**2.763**	**9,4**	**778**	**2,6**	**59**	**0,2**	**3**	**0,0**

Fonte: Sistema de Informações sobre os Nascidos Vivos (SINASC). Extraído em: 22/02/2022

Na tabela abaixo **(tabela 3)** observa-se a Proporção de Nascidos Vivos por Tipo de Parto nos municípios da VI Regional de Saúde entre os anos de 2017 a 2021. Os dados demonstram, no total, uma taxa mais elevada de partos vaginais, porém a proporção de partos cesáreos também é considerada elevada. Isto pode ser justificado, entre outros fatores, pela concentração de partos considerados de alto risco, em municípios onde existem unidades de referência para a assistência ao parto. Outra justificativa poderia ser a influência do modelo de assistência obstétrica adotado, condições socioeconômicas e de saúde da gestante e a disponibilidade de recursos especializados (tecnologias e serviços).

Tabela 3. Proporção de Nascidos segundo tipo de parto dos municípios da VI Regional de Saúde.

MUNICIPIOS	N Inf	%	Vaginal	%	Cesário	%
Arcoverde	4	0,1	2.793	48,2	2.998	51,7
Buíque	1	0,0	2.761	64,9	1.494	35,1
Custódia	4	0,2	867	33,7	1.702	66,1
Ibimirim	0	0,0	1.329	60,5	867	39,5
Inajá	4	0,2	1.127	64,9	606	34,9
Jatobá	0	0,0	416	73,1	153	26,9
Manari	0	0,0	854	64,4	472	35,6
Pedra	2	0,1	980	58,5	694	41,4
Petrolândia	0	0,0	1.432	45,3	1.731	54,7
Sertânia	2	0,1	931	50,8	898	49,0
Tacaratu	1	0,1	976	71,5	388	28,4
Tupanatinga	2	0,1	991	58,0	715	41,9
Venturosa	3	0,2	735	54,6	608	45,2

Total	**23**	**0,1**	**16.192**	**54,8**	**13.326**	**45,1**

Fonte: Sistema de Informações sobre os Nascidos Vivos (SINASC). Extraído em: 22/02/2022.

Sabe-se que o padrão para consultas de Pré-Natal é de, no mínimo, seis consultas, durante o período gestacional de até 42 semanas. A análise dos anos de 2017 a 2021 abaixo **(tabela 4)**, podemos observar um maior percentual do número de consultas para sete e mais; porém, ainda identificamos percentuais abaixo do preconizado, bem como, de nenhuma consulta realizada - que pode ser influenciado por fatores socioeconômicos, pela infraestrutura de prestação de serviços e por políticas públicas assistenciais e preventivas. O acompanhamento desse indicador pode contribuir com a análise das condições de acesso e qualidade da assistência pré-natal, em associação com outros indicadores, tais como: a mortalidade materna e infantil, assim como subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas públicas e ações de saúde voltadas para a atenção pré-natal, o parto e a atenção a saúde da criança.

Tabela 4. Proporção de Nascidos segundo número de Consultas pré-natal dos municípios da VI Regional de Saúde.

MUNICIPIOS	Nenhuma	%	1-3 vezes	%	4-6 vezes	%	7 e +	%	Ignorado	%
Arcoverde	83	1,4	254	4,4	877	15,1	4.574	78,9	7	0,1
Buíque	41	1,0	143	3,4	567	13,3	3.490	82,0	15	0,4
Custódia	34	1,3	68	2,6	380	14,8	2.085	81,0	6	0,2
Ibimirim	29	1,3	78	3,6	348	15,8	1.738	79,1	3	0,1
Inajá	22	1,3	81	4,7	278	16,0	1.351	77,8	5	0,3
Jatobá	15	2,6	22	3,9	116	20,4	410	72,1	6	1,1
Manari	15	1,1	23	1,7	158	11,9	1.129	85,1	1	0,1
Pedra	32	1,9	74	4,4	357	21,3	1.212	72,3	1	0,1
Petrolândia	7	0,2	127	4,0	458	14,5	2.537	80,2	34	1,1
Sertânia	10	0,5	60	3,3	285	15,6	1.473	80,4	3	0,2
Tacaratu	27	2,0	44	3,2	197	14,4	1.085	79,5	12	0,9
Tupanatinga	45	2,6	56	3,3	259	15,2	1.345	78,7	3	0,2
Venturosa	11	0,8	59	4,4	216	16,0	1.059	78,7	1	0,1
Total	**371**	**1,3**	**1.089**	**3,7**	**4.496**	**15,2**	**23.488**	**79,5**	**97**	**0,3**

Fonte: Sistema de Informações sobre os Nascidos Vivos (SINASC). Extraído em: 22/02/2022.

Abaixo **(tabela 5)**, temos a análise de nascimento pelo valor do Apgar ao nascer no 1º e 5º minuto. Esse indicador mostra as condições ideais de nascimento; ou seja, analisando-se a vitalidade dos recém-nascidos. Nesta avaliação nos anos de 2017 a 2021, tanto os dados registrados no 1º minuto de vida, bem como, no 5º minuto de vida, apresenta os valores máximos do indicador.

Tabela 5. Nascidos vivos segundo valor do APGAR no momento do nascimento dos municípios da VI Regional de Saúde.

MUNICIPIOS	APGAR 1º MINUTO				APGAR 5º MINUTO			
	N Inf	0 a 3	4 a 7	8 a 10	N Inf	0 a 3	4 a 7	8 a 10
Arcoverde	48	56	385	5.306	48	25	57	5.665
Buíque	13	50	366	3.827	12	19	57	4.168
Custódia	13	27	168	2.365	13	10	31	2.519
Ibimirim	28	32	141	1.995	29	14	29	2.124
Inajá	89	14	161	1.473	90	5	32	1.610
Jatobá	10	4	94	461	9	0	12	548
Manari	19	21	126	1.160	18	4	26	1.278
Pedra	19	30	171	1.456	17	8	21	1.630
Petrolândia	16	23	292	2.832	16	10	32	3.105
Sertânia	12	18	200	1.601	9	8	23	1.791
Tacaratu	10	21	226	1.108	10	5	26	1.324
Tupanatinga	20	34	143	1.511	19	13	35	1.641
Venturosa	8	14	85	1.239	8	9	22	1.307
Total	**305**	**344**	**2.558**	**26.334**	**298**	**130**	**403**	**28.710**

Fonte: Sistema de Informações sobre os Nascidos Vivos (SINASC). Extraído em: 22/02/2022.

Na tabela a seguir **(tabela 6)**, temos a análise do peso ao nascer. Esse indicador mostra o número de prematuridade e de recém natos que nasceram nas condições adequadas. Nesta avaliação, para os anos de 2017 a 2021, observamos um número considerável de prematuros, o qual nos remete ao acompanhamento da mãe na assistência pré-natal para indicadores nutricionais.

Tabela 6. Nascidos vivos segundo peso ao nascer dos municípios da VI Regional de Saúde.

MUNICIPIOS	1g a 0499g	0500g a 0999g	1000g a 1499g	1500g a 2499g	2500g a 2999g	3000g a 3999g	4000g e mais	Ignorado
Arcoverde	8	37	55	403	1.222	3.749	321	0
Buíque	3	15	24	253	905	2.746	309	1
Custódia	9	10	16	141	497	1.775	125	0
Ibimirim	2	10	9	141	407	1.468	159	0
Inajá	3	6	7	70	251	1.131	248	21
Jatobá	0	2	5	44	99	375	43	1
Manari	1	6	7	83	238	870	120	1
Pedra	4	6	10	110	326	1.084	136	0
Petrolândia	3	11	18	191	589	2.130	220	1
Sertânia	3	11	13	93	347	1.224	139	1
Tacaratu	1	4	10	84	267	877	122	0
Tupanatinga	5	9	10	120	348	1.109	107	0
Venturosa	5	4	4	90	307	860	76	0
Total	**47**	**131**	**188**	**1.823**	**5.803**	**19.398**	**2.125**	**26**

Fonte: Sistema de Informações sobre os Nascidos Vivos (SINASC). Extraído em: 22/02/2022.

3.2 INDICADORES DE MORBIDADE

3.2.1 ARBOVIROSES

As arboviroses são doenças causadas pelos chamados arbovírus, vírus que são transmitidos e mantidos em natureza em ciclos envolvendo vetores artrópodes hematófagos e transmitidas por artrópodes, ou seja, insetos e aracnídeos. Dentre as principais arboviroses de importância em Saúde Pública, destacamos aqui Dengue e Febre Chikungunya, ambos possuem como vetor o mosquito *Aedes aegypti*.

3.2.1.1 TAXA DE INCIDÊNCIA DE DENGUE

A dengue está relacionada a picada do *Aedes aegypti* infectado com o vírus da dengue (família dos *flavivirus*), dos sorotipos 1, 2, 3 ou 4. O vetor está presente em todos os estados brasileiros, com circulação simultânea de todos os sorotipos do vírus em 24 unidades federadas. Estão associadas às condições socioambientais propícias à proliferação do *Aedes aegypti* e a insuficientes ações de controle vetorial.

Na tabela a seguir (**tabela 7**), é possível identificar que houve uma diminuição na incidência de Dengue na VI Regional de Saúde após a epidemia no ano de 2015. Contudo, apesar de ser um agravo que não apresente uma série de estabilidade, verifica-se um aumento de aproximadamente 1407% no ano de 2019 em relação ao ano anterior, sendo de Custódia e Sertânia, os municípios com incidência mais expressiva.

Tabela 7. Número e Taxa de Incidência (por 100.000 habitantes) de Dengue na VI Região de Saúde. Pernambuco, 2017 - 2021.

Município	2017		2018		2019		2020		2021	
	Nº	TI	Nº	TI	Nº	TI	Nº	TI	Nº	TI
Arcoverde	4	5,3	14	18,7	16	21,4	24	32,1	2	2,7
Buíque	3	5,1	9	15,3	55	93,3	3	5,1	2	3,4
Custódia	-	-	4	10,7	195	521,7	52	139,1	3	8
Ibimirim	-	-	5	17	80	272	-	-	-	-
Inajá	-	-	-	-	3	12,7	-	-	1	4,2
Jatobá	1	6,7	-	-	4	26,9	2	13,5	1	6,7
Manari	1	4,6	-	-	11	50,5	0	-	19	87,3
Pedra	5	22,1	14	61,8	18	79,4	4	17,6	7	30,9
Petrolândia	-	-	1	2,7	1	2,7	1	2,7	4	10,8
Sertânia	3	8,3	1	2,8	365	1012,5	6	16,6	0	-

Tacaratu	2	7,7	-	-	35	134	0	-	0	-
Tupanatinga	9	33	3	11	16	58,6	6	22	0	-
Venturosa	1	5,4	1	5,4	2	10,8	0	-	3	16,1
VI Geres	29	7,1	52	12,7	801	196	62	15,2	42	10,3

Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN).Legenda: TI – Taxa de Incidência.

3.2.1.2 TAXA DE INCIDÊNCIA DE *CHIKUNGUNYA*

A Febre *Chikungunya*, cuja o vírus (CHIKV) foi introduzido no Brasil em 2013, é também uma arbovirose cujo agente etiológico é transmitido pela picada de fêmeas infectadas do gênero *Aedes*. Sendo que, até o momento, o vetor envolvido na transmissão do vírus *chikungunya* no Brasil, é o Aedes aegypti.

Analisando a tabela 8, verifica-se um padrão de incidência nos últimos cinco anos na VI Regional de Saúde, com exceção de 2020, onde houve um aumento expressivo de casos no município de Custódia.

Tabela 8. Número de casos e Taxa de Incidência (TI) (por 100.000 hab.) de *Chikungunya* na VI Região de Saúde. Pernambuco, 2017 - 2021.

Município	**2017**		**2018**		**2019**		**2020**		**2021**	
	Nº	**TI**	**Nº**	**TI**	**Nº**	**TI**	**Nº**	**TI**	**Nº**	**TI**
Arcoverde	-	-	2	2,7	-	-	4	5,3	9	12
Buíque	4	6,8	4	6,79	2	3,4	1	1,7	5	8,5
Custódia	1	2,7	3	8,0	5	13,4	66	176,6	13	34,8
Ibimirim	2	6,8	3	10,2	7	23,8	9	30,6	2	6,8
Inajá	-	-	-	-	-	-	-	-	2	8,5
Jatobá	-	-	-	-	-	-	-	-	2	13,5
Manari	-	-	-	-	1	4,6	3	13,8	5	23
Pedra	1	4,4	9	39,7	6	26,5	7	30,9	1	4,4
Petrolândia	-	-	1	2,7	2	5,4	-	-	5	13,5
Sertânia	2	5,6	1	2,8	5	13,9	11	30,5	2	5,5
Tacaratu	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Tupanatinga	3	11	-	-	1	3,7	14	51,3	-	-
Venturosa	1	5,4	1	5,4	1	5,4	-	-	1	5,4

VI Geres	**14**	**3,43**	**24**	**5,87**	**13**	**3,18**	115	28,1	47	11,5

Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). Legenda: TI – Taxa de Incidência.

3.2.2 DOENÇAS NEGLIGENCIADAS

As doenças negligenciadas são aquelas causadas por agentes infecciosos ou parasitas e são consideradas endêmicas em populações de baixa renda. Essas enfermidades também apresentam indicadores inaceitáveis e investimentos reduzidos em pesquisas, produção de medicamentos e em seu controle. As doenças tropicais, como a malária, a doença de Chagas, a doença do sono (tripanossomíase humana africana, THA), a leishmaniose visceral (LV), a filariose linfática, a esquistossomose continua sendo alguma das principais causas de morbidade e mortalidade em todo o mundo. Estas enfermidades, conhecidas como doenças negligenciadas, incapacitam ou matam milhões de pessoas e representam uma necessidade médica importante que permanece não atendida.

3.2.2.1 TAXA DE DETECÇÃO DE HANSENÍASE

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).

A pandemia de covid-19 provocou, no ano passado, queda de 57% nas notificações de hanseníase no Brasil. Até o momento, foram registrados no país 12.045 novos casos da doença, informa levantamento preliminar feito pela SBD (Sociedade Brasileira de Dermatologia) com base em dados do Sinan (Sistema de Informação de Agravos de Notificação) do Ministério da Saúde.

A tabela abaixo **(tabela 9)** apresenta a distribuição do Número e Taxa de Incidência de Hanseníase em residentes nos municípios da VI Região de Saúde. Verifica-se que o munícipio de Custódia apresenta a maior Taxa de Incidência para Hanseníase nos três últimos anos nessa região.

Tabela 9. Número e Taxa de Incidência de Hanseníase em Residentes da VI Região de Saúde. Pernambuco, 2017 - 2021.

Municípios	2017		2018		2019		2020		2021	
	Nº	TI	Nº	TI	Nº	TI	Nº	TI	Nº	TI
Arcoverde	11	14,70	17	22,72	5	6,68	15	20,04	16	21,38
Buíque	18	30,55	8	13,58	11	18,67	2	3,39	3	5,09
Custódia	25	66,89	22	58,86	15	40,13	5	13,37	6	16,05
Ibimirim	3	10,20	2	6,80	2	6,80	2	6,80	2	6,80
Inajá	1	4,23	5	21,15	4	16,92	2	8,45	3	12,68
Jatobá	4	26,94	2	13,47	2	13,47	2	13,47	3	20,20
Manari	2	9,19	2	9,18	3	13,78	2	9,18	4	18,37
Pedra	1	4,41	6	26,47	3	13,23	0	0	4	17,64
Petrolândia	10	27,10	3	8,12	7	18,97	1	2,7	5	13,55
Sertânia	7	19,41	5	13,87	4	11,10	2	5,54	2	5,54
Tacaratu	2	7,66	2	7,66	3	11,49	2	7,66	1	7,66
Tupanatinga	3	10,99	1	3,66	2	7,32	3	10,98	3	10,98
Venturosa	1	5,36	2	10,72	3	16,08	0	0	2	10,71
Total	**88**	**237,63**	**77**	**216,26**	**64**	**181,41**	**38**	**101,58**	**54**	**166,65**

Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação(SINAN). Legenda: TI – Taxa de Incidência.

3.2.2.2 TAXA DE INCIDÊNCIA DE TUBERCULOSE

A tuberculose continua sendo um sério problema de saúde pública. O Brasil, juntamente com outros 21 países em desenvolvimento, alberga 80% dos casos da doença. Estima-se que cerca de um terço da população mundial está infectada com o *Mycobacterium tuberculosis*.

Dados da Organização Mundial da Saúde (OMS) estimam que o número de pessoas recentemente diagnosticadas e notificadas por Tuberculose aos governos nacionais caiu de 7,1 milhões em 2019 para 5,8 milhões em 2020. A pandemia de COVID-19 reverteu anos de progresso global no combate à tuberculose e, pela primeira vez em mais de uma década, as mortes pela doença aumentaram, de acordo com o relatório global da Organização Mundial da Saúde (OMS) de 2021.

Segundo a OMS no Brasil, os bolsões de pobreza, a epidemia de Síndrome da Imunodeficiência Humana Adquirida (SIDA ou AIDS, abreviatura do inglês) e a deterioração dos serviços públicos de saúde dificultam seu controle. A cura dos casos bacilíferos continua sendo a melhor estratégia de prevenção da doença.

A tabela a seguir **(tabela 10)** apresenta a distribuição do Número e Taxa de Incidência de Tuberculose em Residentes nos municípios da VI Região de Saúde. Pode-se verificar que a região apresenta números crescentes de casos e o município de Arcoverde apresenta a maior taxa de Incidência para Tuberculose no ano de 2018 e com repetição no ano de 2021.

Tabela 10. Número e Taxa de Incidência de Tuberculose em Residentes da VI Região de Saúde. Pernambuco, 2017 - 2021.

Municípios	2017		2018		2019		2020		2021	
	Nº	TI	Nº	TI	Nº	TI	Nº	TI	Nº	TI
Arcoverde	46	61,48	50	66,83	49	65,49	43	57,47	56	74,84
Buíque	19	32,25	21	35,64	18	30,55	9	15,27	8	13,57
Custódia	9	24,08	16	42,80	15	40,13	4	10,70	2	5,35
Ibimirim	6	20,40	7	23,79	10	34	8	27,20	9	30,60
Inajá	4	16,92	2	8,46	2	8,46	0	0	1	4,2
Jatobá	8	53,87	6	40,40	8	53,87	6	40,40	7	47,13
Manari	2	9,18	-	-	4	18,35	1	4,5	6	27,55
Pedra	5	22,06	7	30,88	4	17,64	4	17,64	4	17,64
Petrolândia	10	27,10	11	29,81	8	21,67	9	24,38	9	24,38
Sertânia	10	27,74	4	11,10	8	22,19	2	5,54	3	8,32
Tacaratu	7	26,81	3	11,49	10	38,30	5	19,15	13	49,79
Tupanatinga	3	10,99	3	10,99	6	21,97	1	3,66	2	7,32
Venturosa	1	5,36	4	21,44	2	10,72	2	10,72	1	5,35
Total	**130**	**338,24**	**134**	**333,03**	**144**	**383,34**	**94**	**236,63**	**121**	**268,91**

Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação(SINAN). Legenda: TI – Taxa de Incidência.

3.2.2.3 TAXA DE INCIDÊNCIA DE LEISHMANIOSE VISCERAL – LV

A leishmaniose visceral (LV), ou calazar, é uma doença crônica grave, potencialmente fatal para o homem, cuja letalidade pode alcançar 10% quando não se institui o tratamento adequado. É causada por espécies do gênero *Leishmania*,

pertencentes ao complexo *Leishmania (Leishmania) donovani***.** A principal forma de transmissão do parasita para o homem e outros hospedeiros mamíferos é através da picada de fêmeas de dípteros da família *Psychodidae*, sub-família *Phebotominae*, conhecidos genericamente por *flebotomíneos* (GONTIJO & MELO, 2004).

No ambiente doméstico, o cão é considerado um importante hospedeiro e fonte de infecção para os vetores, sendo um dos alvos nas estratégias de controle (GONTIJO & MELO, 2004).No Brasil, até o momento, não há registros de transmissão entre humanos.

A tabela a seguir **(tabela 11)** apresenta a distribuição do Número e Taxa de Incidência de Leishmaniose Visceral em Residentes nos municípios da VI Região de Saúde.

Tabela 11. Número e Taxa de Incidência de Leishmaniose Visceral em Residentes da VI Região de Saúde. Pernambuco, 2017 - 2021.

Municípios	2017		2018		2019		2020		2021	
	Nº	TI	Nº	TI	Nº	TI	Nº	TI	Nº	TI
Arcoverde	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Buíque	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Custódia	-	-	1	2,7	2	5,3	2	5,3	-	-
Ibimirim	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Inajá	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Jatobá	-	-		-	-	-	-	-	-	-
Manari	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Pedra	-	-	-	-	-	-	1	4,4	-	-
Petrolândia	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-
Sertânia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Tacaratu	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Tupanatinga	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-
Venturosa	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Total	-	-	1	0,23	3	0,69	3	0,69	-	-

Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação(SINAN). Legenda: TI – Taxa de Incidência.

3.2.2.4 TAXA DE INCIDÊNCIA DE LEISHMANIOSE TEGUMENTAR AMERICANA – LTA

A leishmaniose tegumentar humana é uma doença infecciosa que se distribui ao redor do mundo inteiro, causada devido à infecção pelo protozoário *Leishmania*, que provoca feridas indolores na pele e nas mucosas do corpo.

A forma de contrair a doença é através da picada do mosquito, que se contamina pela *Leishmania* após picar pessoas ou animais portadores da doença, principalmente, cachorros, gatos e ratos, e, por isso, a doença não é contagiosa e não há transmissão de pessoa para pessoa.

A tabela abaixo (**tabela 12**) apresenta a distribuição do Número e Taxa de Detecção de Leishmaniose Tegumentar Americana em Residentes nos municípios da VI Região de Saúde. Segundo a tabela, pode-se verificar que as maiores taxas de detecção ocorreram nos municípios de Buíque, Custódia, Manari e Sertânia no ano de 2018 e que nos anos posteriores essa taxa é subnotificada com destaque para o ano de 2019 nos seguintes tivemos o início da Pandemia de COVID 19.

Tabela 12. Número e Taxa de Detecção de Leishmaniose Tegumentar Americana – LTA em Residentes da VI Região de Saúde. Pernambuco, 2017 - 2021.

Municípios	2017		2018		2019		2020		2021	
	Nº	TD	Nº	TD	Nº	TD	Nº	TD	Nº	TD
Arcoverde	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Buíque	-	-	1	1,7	-	-	-	-	1	1,7
Custódia	-	-	1	2,7	-	-	-	-	-	-
Ibimirim	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Inajá	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Jatobá	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Manari	-	-	1	4,6	-	-	-	-	-	-
Pedra	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Petrolândia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Sertânia	-	-	3	8,3	-	-	-	-	-	-
Tacaratu	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Tupanatinga	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Venturosa	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Total	-	-	6	5,0	-	-	-	-	1	0,8

Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação(SINAN). Legenda: TD – Taxa de Detecção.

3.2.3 DOENÇAS INFECCIOSAS

3.2.3.1 TAXA DE INCIDÊNCIA DE HEPATITE B

As notificações são de suma importância para mapear os casos de hepatites no país e ajuda a traçar diretrizes de políticas públicas no setor. As hepatites virais são um importante problema de saúde pública com morbidade e mortalidade significativa. Entretanto, dados revelam a subnotificação delas, onde a maioria das pessoas portadoras do vírus de hepatite desconhece que possui a doença.

Segundo o ministério da saúde no período de 2010 a 2019, as taxas de detecção de hepatite B no Brasil apresentaram pouca variação, observando-se a maior taxa em 2011 (8,4 casos para cada 100 mil habitantes) e a menor em 2019 (6,3 casos para cada 100 mil habitantes). Em 2020, a taxa caiu para 2,9 casos para cada 100 mil habitantes no país.

A tabela 13 apresenta a distribuição do Número e Taxa de Incidência de Hepatite B em Residentes nos municípios da VI Região de Saúde. Pode-se verificar que o município de Buíque apresenta a maior taxa de Incidência para Hepatite B no ano de 2017 e o município de Sertânia no ano de 2018.

Tabela 13. Número e Taxa de Incidência de Hepatite B em Residentes da VI Região de Saúde. Pernambuco, 2017 - 2021.

Municípios	2017		2018		2019		2020		2021	
	Nº	TI	Nº	TI	Nº	TI	Nº	TI	Nº	TI
Arcoverde	4	5,34	5	6,68	3	4,00	-	-	3	4,00
Buíque	4	6,78	2	3,40	-	-	-	-	-	-
Custódia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Ibimirim	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Inajá	-	-	-	-	-	-	-	-	1	4,22
Jatobá	-	-	1	6,73	-	-	-	-	-	-
Manari	-	-	-	-	-	-	1	4,59	-	-
Pedra	-	-	1	4,41	1	4,41	1	4,41		-
Petrolândia	1	2,7	-	-	-	-	-	-	-	-
Sertânia	-	-	3	8,32	-	-	-	-	-	-
Tacaratu	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Tupanatinga	-	-	1	3,66	-	-	-	-	-	-
Venturosa	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Total	9	14,82	13	33,2	**4**	8,41	**2**	**9**	**4**	**8,22**

Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). Legenda: TI – Taxa de Incidência.

3.2.3.2 TAXA DE INCIDÊNCIA DE HEPATITE C

As hepatites virais são um importante problema de saúde pública com morbidade e mortalidade significativa. Entretanto, dados revelam a subnotificação desse agravo, onde a maioria das pessoas que vivem com o vírus da hepatite desconhece que está infectado. Diante da situação da pandemia não foi possível adquirir os dados referente aos anos de 2018 e 2019.

Segundo o Ministério da Saúde no período de 1999 a 2020, foram notificados no Brasil 262.815 casos confirmados de hepatite C no Brasil, sendo 58,9% no Sudeste, 27,5% no Sul, 6,5% no Nordeste, 3,6% no Centro-Oeste e 3,5% no Norte. Observa-se que as taxas de detecção dos casos confirmados de hepatite C para o país e regiões apresentaram uma elevação a partir de 2015, quando a definição de caso confirmado para fins de vigilância epidemiológica se tornou mais sensível. Assim, qualquer caso com um dos marcadores anti-HCV ou HCV-RNA reagentes passaram a ser notificados. A taxa de detecção dos casos confirmados de hepatite C, em 2020, foi de 4,4 por 100 mil habitantes no país.

A tabela 14 apresenta a distribuição do Número e Taxa de Incidência de Hepatite C em Residentes nos municípios da VI Região de Saúde. Verifica-se que o município de Arcoverde apresenta a maior taxa de Incidência para Hepatite C no ano de 2017 e Buíque em 2019.

Tabela 14. Número e Taxa de Incidência de Hepatite C em Residentes da VI Região de Saúde. Pernambuco, 2017 - 2021.

Municípios	**2017**		**2018**		**2019**		**2020**		**2021**	
	Nº	**TI**	**Nº**	**TI**	**Nº**	**TI**	**Nº**	**TI**	**Nº**	**TI**
Arcoverde	2	2,67	3	4,0	5	6,68	2	2,67	2	2,67
Buíque	1	1,70	1	1,70	2	3,40	-	-	1	1,70
Custódia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Ibimirim	1	3,40	-	-	-	-	-	-	-	-
Inajá	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Jatobá	-	-	-	-	-	-	-		-	-
Manari	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Pedra	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Petrolândia	-	-	-	-			-	-	1	2,70
Sertânia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Tacaratu	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Tupanatinga	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Venturosa	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Total	4	7,77	4	5,7	7	10,08	2	2,67	4	4,37

Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). Legenda: TI – Taxa de Incidência

3.2.3.3 TAXA DE INCIDÊNCIA DA SÍNDROME DA IMUNODEFICIÊNCIA ADQUIRIDA (AIDS)

A síndrome da imunodeficiência adquirida, ou AIDS (da sigla em inglês), é uma doença causada pelo HIV (vírus da imunodeficiência adquirida), que ataca o sistema imunológico e deixa o organismo vulnerável a doenças. A principal forma de transmissão do HIV/AIDS é através da relação sexual desprotegida, seja ela anal, vaginal ou oral, o que a faz ser considerada uma Doença Sexualmente Transmissível (DST) (SOARES *et al*, 2017).

A infecção pelo HIV e a aids fazem parte da Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças (Portaria nº 264, de 17 de fevereiro de 2020), sendo que a aids é de notificação compulsória desde 1986; a infeção pelo HIV em gestantes, desde 2000; e a infecção pelo HIV, desde 2014. Assim, na ocorrência de casos de infecção pelo HIV ou de aids, estes devem ser reportados às autoridades de saúde. A despeito dessa obrigatoriedade, com o emprego do método probabilístico de relacionamento de bancos de dados utilizado na geração das informações constantes neste Boletim, tem-se observado ao longo dos anos uma diminuição do percentual de casos de aids oriundos do Sinan; assim, no ano de 2020, dos 29.917 casos de aids detectados, 46,4% provieram do Sinan, 11,4% do SIM e 42,2% do Sisce.

Observa-se na tabela 15 que a incidência por AIDS na VI Região de Saúde esteve presente em todos os municípios no período de 2017 a 2021.O município de Arcoverde apresentou a maior taxa de incidência para esse agravo no ano de 2021. Em geral a média da taxa de incidência teve um aumento passando de 11,02/100.000 habitantes em 2015 para 19,00/100.000 habitantes no ano de 2017.

Tabela 15. Número e Taxa de Incidência de AIDS em Residentes da VI Região de Saúde. Pernambuco, 2017 - 2021

Municípios	2017		2018		2019		2020		2021	
	Nº	TI	Nº	TI	Nº	TI	Nº	TI	Nº	TI
Arcoverde	14	18,71	24	32,07	13	17,37	17	22,72	25	33,41
Buíque	7	11,88	7	11,88	6	10,18	12	20,36	7	11,88
Custódia	1	2,67	2	5,35	3	8,03	1	2,67	4	10,70
Ibimirim	2	6,79	3	10,19	1	3,40	1	3,40	2	6,80
Inajá	1	4,22	4	17	-	-	2	8,45	2	8,45
Jatobá	-	-	-	-	-	-	2	13,46	2	13,46
Manari	1	4,59	0	-	1	4,59	2	9,19	-	-
Pedra	2	8,82	4	17,64	5	22,05	5	22,05	1	4,41
Petrolândia	2	5,41	1	2,70	2	5,41	1	2,70	3	8,12
Sertânia	6	16,64	9	24,96	7	19,41	6	16,64	6	16,64
Tacaratu	2	7,66	3	11,50	2	7,66	1	3,83	-	-
Tupanatinga	1	3,66	2	7,32	3	10,98	3	10,98	8	29,30
Venturosa	2	10,71	-	-	2	10,71	2	10,71	1	5,36
Total	**41**	**101,76**	**59**	**140,61**	**45**	**119,79**	**55**	**146,4**	**61**	**148,53**

Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação(SINAN). Legenda: TI – Taxa de Incidência.

3.2.4 PANDEMIA PELO CORONAVIRUS

A *Coronavirus Disease 2019* (COVID-19), provocada pelo SARS-CoV-2 (*Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2*), vem provocando profundas mudanças nos serviços de saúde do mundo. Segundo Teixeira et al (2020), "*um dos mecanismos cruciais para contenção de qualquer epidemia é a instituição de estratégias especiais de vigilância com o objetivo de detectar o maior número possível de casos e contatos e posterior adoção de ações que reduzam o risco de disseminação da doença, particularmente quando o agente é transmitido por via respiratória, como o SARS-CoV-2".* A evolução do conhecimento científico sobre essa nova doença clarifica que ela é uma doença comunitária, que se dispersa muito rapidamente e se manifesta de forma similar a outras síndromes gripais (SG), sendo de difícil contenção.

Desde o início da pandemia, a VI GERES já notificou mais de 20.000 mil casos. A tabela 16 evidencia o quantitativo de casos, dividido por categorias. A tabela 16 aponta que 5,9% dos casos da VI GERES foram classificados como síndrome respiratória aguda grave – SRAG.

Tabela 16. Classificação dos Casos Confirmados na VI GERES, Arcoverde-PE, março de 2020 a fevereiro de 2022.

	CLASSIFICAÇÃO DOS CASOS	
GERES	**LEVES**	**SÍNDROME RESPIRATÓRIA AGUDA GRAVE POR COVID-19**
VI	22.407	1.344
TOTAL GERAL		**22.751**

Fonte: Dados Notifica PE CIEVS em 24/02/2022.

Em relação aos casos globais de SRAG na VI GERES (somatório de COVID-19, influenza e demais vírus respiratórios), 55,6% foram causados pela COVID-19 **(tabela 17)**.

Tabela 17. Classificação Final dos Casos de SRAG na VI GERES, Arcoverde-PE, março de 2020 a fevereiro de 2022.

	CLASSIFICAÇÃO FINAL				
MUNICÍPIO	**CONFIRMADO**	**DESCARTADO**	**EM ANÁLISE**	**INCONCLUSIVO**	**TOTAL POR TIPO DE CLASSIFICAÇÃO POR MUICÍPIO**
Arcoverde	397	318	17	36	768
Buíque	167	132	3	3	305
Custódia	127	86	6	3	222
Ibimirim	62	42	5	1	110
Inajá	56	23	1	4	84
Jatobá	46	26	2	2	76
Manari	15	8	1	0	24
Pedra	77	61	2	3	143
Petrolândia	95	70	4	0	169
Sertânia	131	70	7	3	211
Tacaratu	57	46	0	2	105
Tupanatinga	41	34	6	2	83
Venturosa	73	37	3	2	115
TOTAL GERAL	**1344**	**953**	**57**	**61**	**2415**

Fonte: Notifica PE CIEVS em 24/02/2022.

A COVID-19 é uma doença de ampla distribuição pelas diversas faixas etárias, porém há predomínio nas mais avançadas. A tabela 18 ilustra tal distribuição nos casos SRAG da VI GERES.

Tabela 18. Classificação por faixa etária dos casos graves na VI GERES, Arcoverde-PE, março de 2020 a fevereiro de 2022.

	FAIXA ETÁRIA										
MUNICÍPIO	**<1**	**1 a 9**	**10 a 19**	**20 a 29**	**30 a 39**	**40 a 49**	**50 a 59**	**60 a 69**	**70 a 79**	**80 e +**	**TOTAL POR**

											FAIXA ETÁRIA
Arcoverde	2	2	3	17	44	60	62	73	67	67	397
Buíque	1	4	1	4	19	20	26	34	32	26	167
Custódia	2	1	1	9	6	8	25	29	17	29	127
Ibimirim	2	0	1	3	1	8	12	15	12	8	62
Inajá	1	2	2	3	6	9	17	8	2	6	56
Jatobá	1	0	1	2	4	6	9	12	9	2	46
Manari	1	1	0	1	2	0	4	0	4	2	15
Pedra	2	1	2	5	2	10	10	14	23	8	77
Petrolândia	0	1	1	0	10	16	20	20	18	8	95
Sertânia	1	1	2	1	9	21	30	12	31	23	131
Tacaratu	1	0	0	2	6	3	3	13	14	11	57
Tupanatinga	0	1	1	3	4	7	5	10	6	8	41
Venturosa	0	1	1	4	6	10	10	16	17	8	73
TOTAL GERAL	**14**	**15**	**20**	**54**	**119**	**178**	**242**	**256**	**243**	**207**	**1344**

Fonte: Notifica PE CIEVS em 24/02/2022.

Para a distribuição por sexo **(tabela 19)**, a VI GERES apresentou predominância ligeiramente maior no sexo masculino (55,4%) do total de casos de SRAG.

Tabela 19. Classificação por sexo dos casos graves na VI GERES, Arcoverde-PE, março de 2020 a fevereiro de 2022.

	CASOS POR SEXO		
MUNICÍPIO	**FEMININO**	**MASCULINO**	**TOTAL POR MUNICÍPIO**
Arcoverde	153	244	397
Buíque	70	97	167
Custódia	61	66	127
Ibimirim	30	32	62
Inajá	30	26	56
Jatobá	24	22	46
Manari	9	6	15
Pedra	36	41	77
Petrolândia	43	52	95
Sertânia	56	75	131
Tacaratu	23	34	57
Tupanatinga	21	20	41
Venturosa	43	30	73
TOTAL GERAL	**599**	**745**	**1344**

Fonte: Dados Notifica PE CIEVS em 24/02/2022.

A partir da introdução das vacinas, os sistemas de registros de casos graves puderam iniciar a análise dessa informação. A tabela 20 traz os dados dos pacientes graves onde houve a introdução do campo “situação vacinal” incluído na ficha de notificação. Por não ser um campo obrigatório, a maioria dos pacientes não apresentaram essa informação registrada nas fichas.

Tabela 20. Situação vacinal dos casos graves na VI GERES, Arcoverde-PE, março de 2020 a fevereiro de 2022.

	PACIENTES VACINADOS			
MUNICÍPIO	**IGNORADO**	**NÃO**	**SIM**	**TOTAL POR MUNICÍPIO**
Arcoverde	23	4		27
Buíque	7	2	7	16
Custódia	1		9	10
Ibimirim			2	2
Inajá	1		2	3
Jatobá		1	2	3
Manari			1	1
Pedra	6			6
Petrolândia	2	3	3	8
Sertânia	4	3	3	10
Tacaratu	2		3	5
Tupanatinga	3		1	4
Venturosa	8	1		9
TOTAL GERAL	**57**	**14**	**33**	**104**

Fonte: Dados Notifica PE CIEVS em 24/02/2022.

Os casos SRAG por COVID-19 na VI GERES obtiveram uma taxa de letalidade de 40%. Entender os perfis de comorbidades e outros fatores associados, como a introdução de vacinas, por exemplo, é tarefa essencial para que se possa traçar estratégias futuras de redução da mortalidade. A tabela 21 ilustra o tipo de evolução dos casos graves de COVID-19.

Tabela 21. Evolução dos casos graves na VI GERES, Arcoverde-PE, março de 2020 a fevereiro de 2022.

	EVOLUÇÃO DOS CASOS					
MUNICÍPIO	**INTERNADO LEITO DE ISOLAMENTO**	**INTERNADO UTI**	**ISOLAMENTO DOMICILIAR**	**ÓBITO**	**RECUPERADO**	**TOTAL POR MUNICÍPIO**
Arcoverde	11	8		139	239	397
Buíque	2	2		48	115	167
Custódia	2	5	1	66	53	127
Ibimirim		1		28	33	62
Inajá				16	40	56
Jatobá				20	26	46
Manari				7	8	15
Pedra	1	1		34	41	77
Petrolândia	2	2		48	43	95
Sertânia	2	6		53	70	131
Tacaratu		2	1	29	25	57
Tupanatinga		2		12	27	41
Venturosa	1	2		38	32	73
TOTAL GERAL	**21**	**31**	**2**	**538**	**752**	**1344**

Fonte: Dados Notifica PE CIEVS em 24/02/2022.

A distribuição de óbitos por sexo não apresentou diferenças importantes, como evidencia a tabela 22.

Tabela 22. Distribuição dos óbitos por sexo na VI GERES, Arcoverde-PE, março de 2020 a fevereiro de 2022.

	ÓBITOS POR SEXO		
MUNICÍPIO	**FEMININO**	**MASCULINO**	**TOTAL POR MUNICÍPIO**
Arcoverde	53	86	139
Buíque	24	24	48
Custódia	34	32	66
Ibimirim	14	14	28
Inajá	12	4	16
Jatobá	12	8	20
Manari	3	4	7
Pedra	11	23	34
Petrolândia	22	26	48
Sertânia	30	23	53
Tacaratu	12	17	29
Tupanatinga	9	3	12
Venturosa	24	14	38
TOTAL GERAL	**260**	**278**	**538**

FONTE: Dados Notifica PE CIEVS em 24/02/2022.

A situação vacinal é uma variável de interesse para as investigações epidemiológicas. Em relação aos óbitos, a tabela 23 evidencia que apenas em 14 de 30 casos foi possível visualizar o preenchimento dessa condição, não havendo, portanto, interpretação fidedigna para essa variável. Deve haver mecanismos de incentivo ao preenchimento desse campo nas fichas de notificação de SRAG, uma vez que tais dados são de relevante interesse à saúde pública.

Tabela 23. Situação vacinal nos óbitos na VI GERES, Arcoverde-PE, março de 2020 a fevereiro de 2022.

	ÓBITO E SITUAÇÃO VACINAL			
MUNICÍPIO	**IGNORADO**	**NÃO**	**SIM**	**TOTAL POR MUNICÍPIO**
Arcoverde	5			5
Buíque	1	1		2
Custódia			2	2
Ibimirim			1	1
Inajá	1		2	3
Jatobá		1	1	2
Manari			1	1
Pedra	1			1
Petrolândia		2	1	3
Sertânia	1		1	2
Tacaratu			1	1

Tupanatinga	3			3
Venturosa	4			4
TOTAL GERAL	**16**	**4**	**10**	**30**

FONTE: Dados Notifica PE CIEVS em 24/02/2022.

Por fim, a tabela 24 demonstra a distribuição dos óbitos de SARG por COVID-19 na VI GERES. Há uma concentração expressiva dos casos nas faixas etárias a partir dos 50 anos.

Tabela 24. Óbitos por faixa etária na VI GERES, Arcoverde-PE, março de 2020 a fevereiro de 2022.

	ÓBITOS POR FAIXA ETÁRIA										
MUNICÍPIO	**<1**	**1 A 9**	**10 A 19**	**20 A 29**	**30 A 39**	**40 A 49**	**50 A 59**	**60 A 69**	**70 A 79**	**80 E +**	**TOTAL POR MUNICÍPIO**
Arcoverde		1	1	1	11	15	13	27	35	34	138
Buíque		1	1		1	3	9	7	14	12	48
Custódia	1				1	3	12	19	9	21	66
Ibimirim				1		2	4	8	7	6	28
Inajá			1	1	1	1	4	3	0	5	16
Jatobá			1		1		3	6	7	2	20
Manari					2		3	0	1	1	7
Pedra	1			1	1	2	12	7	6	4	34
Petrolândia		2			3	7	12	13	8	4	49
Sertânia					1	6	9	7	19	11	53
Tacaratu					1		1	8	10	9	29
Tupanatinga				1			2	3	4	2	12
Venturosa				2	2	4	3	9	12	6	38
TOTAL	**2**	**4**	**4**	**7**	**25**	**43**	**87**	**117**	**132**	**117**	**538**

Fonte: Dados Notifica PE CIEVS em 24/02/2022.

3.3 INDICADORES DE MORTALIDADE

Usualmente a análise dos dados de mortalidade na população baseia-se na enumeração total de sua ocorrência e na distribuição pelas características demográficas e epidemiológicas. Essas frequências são expressas desde a forma mais simples (os números absolutos), até a mais elaborada, como valores relativos: - Razões - Proporções - Taxas – Índices. A frequência absoluta de óbitos segundo a causa podem ajudar, por exemplo, no planejamento de leitos de determinada especialidade. No entanto, para estimar a intensidade da força e a velocidade com que ocorrem os óbitos é necessário utilizar as taxas. Algumas dessas medidas-resumo são chamadas de indicadores de saúde e refletem dimensões do estado de saúde da população.

Nesse capítulo serão apresentadas as principais mortes ocorridas na VI Região de Saúde e municípios segundo CID-10 correlacionando nº absoluto de óbitos com Taxa de Mortalidade, sexo, faixa etária raça e etnia. Classificaremos mortalidade proporcional por grupos de causas definidas (CID-10).

3.3.1 MORTALIDADE GERAL

A mortalidade geral trata-se do número de óbitos ocorridos no período em análise.

Na tabela abaixo **(tabela 25)** observa-se que a taxa se mantém em crescimento em todos os municípios da regional nos anos analisados de 2017 a 2021. A taxa bruta de mortalidade é influenciada pela estrutura da população (idade, sexo) e taxas elevadas podem estar associadas às baixas condições socioeconômicas ou estar refletida por elevada proporção de pessoas idosas na população.

Tabela 25. Proporção de Óbitos por Ano dos municípios da VI Região de Saúde, 2017-2021.

MUNICIPIOS	2017	%	2018	%	2019	%	2020	%	2021	%
Arcoverde	561	19,1	507	17,3	573	19,5	658	22,4	637	21,7
Buíque	357	20,1	354	19,9	348	19,6	363	20,5	353	19,9
Custódia	228	17,8	250	19,5	237	18,5	253	19,7	316	24,6
Ibimirim	171	20,3	144	17,1	162	19,2	184	21,9	181	21,5
Inajá	108	19,9	82	15,1	126	23,2	102	18,8	124	22,9
Jatobá	76	17,6	82	18,9	88	20,3	87	20,1	100	23,1
Manari	86	17,3	88	17,7	84	16,9	110	22,2	128	25,8
Pedra	162	19,6	153	18,5	160	19,3	165	19,9	188	22,7
Petrolândia	188	17,3	210	19,3	238	21,9	209	19,2	241	22,2
Sertânia	231	17,6	243	18,5	287	21,8	276	21,0	277	21,1
Tacaratu	102	15,6	105	16,0	132	20,2	156	23,8	160	24,4
Tupanatinga	148	20,8	144	20,2	127	17,8	139	19,5	154	21,6
Venturosa	107	16,7	111	17,3	122	19,0	156	24,3	146	22,7
Total	**2.525**	**18,6**	**2.473**	**18,3**	**2.684**	**19,8**	**2.858**	**21,1**	**3.005**	**22,2**

Fonte: Sistema de Informações de Mortalidade (SIM). Extraído em: 22/02/2022.

3.3.2 MORTALIDADE POR CAUSAS DEFINIDAS

É a distribuição percentual de óbitos por grupos de causas determinadas, em determinado espaço geográfico, no ano considerado. Os grupos de causas determinadas estão representados, na Rede Interagencial de Informações para a Saúde (RIPSA). Responsável por medir a participação relativa dos principais grupos de causas de morte no total de óbitos com causa definida. De modo geral, é influenciado pela participação de fatores que contribuem para aumentar ou diminuir determinadas causas, alterando a distribuição proporcional das demais: condições

socioeconômicas, perfil demográfico, infraestrutura de serviços públicos, acesso e qualidade dos serviços de saúde (TABNET/DATASUS, 2000).

No tabela abaixo **(tabela 26)**, no período de 2017 a 2021, três grupos de causas foram responsáveis por 51,8% dos óbitos informados na VI Região de Saúde, são eles: as Doenças do Aparelho Circulatório (25,2%), Neoplasias (11,9%) e Causas Externas (10,9%). Em seguida temos as Doenças do Aparelho Respiratório (9,4%), Doenças Endócrinas, Nutricionais e Metabólicas (8,5%), Doenças do Aparelho Digestivo (3,9%), Doenças do Aparelho Geniturinário (3,4%).

Tabela 26. Mortalidade por Grupos de Causas Definidas, na população residente da VI Região de Saúde, entre os anos de 2017 a 2021.

Causa (Cap CID10)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	239	93	130	35	28	34	20	66	76	106	58	34	64
II. Neoplasias (tumores)	352	229	180	59	54	49	52	93	153	145	79	59	81
III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	20	10	10	1	1	3	1	7	7	6	2	1	5
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	297	140	98	42	27	27	39	81	93	109	58	46	74
V. Transtornos mentais e comportamentais	54	25	9	6	9	6	7	17	6	21	17	13	8
VI. Doenças do sistema nervoso	67	32	25	15	12	11	20	14	19	17	17	11	7
VII. Doenças do olho e anexos	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
VIII.Doenças do ouvido e da apófise mastóide	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
IX. Doenças do aparelho circulatório	650	481	290	170	151	137	151	229	281	303	168	168	180
X. Doenças do aparelho respiratório	282	183	144	66	38	28	38	81	105	125	55	58	48
XI. Doenças do aparelho digestivo	138	70	51	22	20	13	20	29	41	48	20	28	23
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	9	8	13	3	2	1	1	1	2	6	6	2	1
XIII.Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	25	9	7	0	1	1	0	2	4	5	2	8	1
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	116	50	67	12	14	9	8	28	31	58	18	20	17
XV. Gravidez parto e puerpério	2	1	0	1	1	1	1	1	2	1	0	2	0
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	148	124	48	43	46	12	50	36	49	42	26	52	23
XVII.Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	29	17	11	9	7	6	9	6	11	13	10	10	6
XVIII.Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	164	89	40	240	35	62	17	36	97	145	53	100	21
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	275	190	148	106	84	32	54	84	98	155	61	95	73
Total	**2.868**	**1.751**	**1.272**	**831**	**531**	**432**	**488**	**811**	**1.075**	**1.305**	**650**	**707**	**632**

Fonte: Sistema de Informação sobre mortalidade (SIM). Legenda: 1 – Arcoverde; 2 – Buíque; 3 – Custódia; 4 – Ibimirim; 5 – Inajá; 6 – Jatobá; 7 – Manari; 8 – Pedra; 9 – Petrolândia; 10 – Sertânia; 11 – Tacaratu; 12 – Tupanatinga; 13 – Venturosa. Extraído em: 22/02/2022.

3.3.3 MORTALIDADE INFANTIL

Esse indicador pode analisar variações populacionais, geográficas e temporais da mortalidade infantil, identificando situações de desigualdade e tendências que demandem ações e estudos específicos podendo ainda subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas e ações de saúde voltadas para atenção pré-natal e ao parto; bem como, para a proteção da saúde infantil.

As maiores taxas de mortalidade infantil nos treze municípios da VI Região de Saúde situou-se, no período de 2017 a 2021, entre 42,9 (Jatobá) e 27,9 (Tupanatinga) de óbitos por mil nascidos vivos **(tabela 27)**.

Tabela 27. Taxa de Mortalidade Infantil (por mil nascidos vivos) dos municípios da VI Região de Saúde, 2017-2021.

MUNICIPIOS	2017			2018			2019			2020			2021		
	OBT	NV	TMI	OBT	NV	TMI	OBT	NV	TMI	OBT	NV	TMI	OBT	NV	TMI
Arcoverde	32	1.155	27,7	16	1.158	13,8	12	1.172	10,2	14	1.182	11,8	20	1.128	17,7
Buíque	17	858	19,8	18	889	20,2	11	848	13,0	16	819	19,5	9	842	10,7
Custódia	5	516	9,7	7	528	13,3	5	459	10,9	7	523	13,4	7	547	12,8
Ibimirim	5	482	10,4	3	427	7,0	8	438	18,3	2	435	4,6	4	414	9,7
Inajá	6	328	18,3	6	376	16,0	10	325	30,8	2	355	5,6	2	353	5,7
Jatobá	3	70	42,9	6	83	72,3	1	149	6,7	1	130	7,7	1	137	7,3
Manari	3	246	12,2	7	279	25,1	4	267	15,0	4	285	14,0	4	249	16,1
Pedra	5	348	14,4	2	304	6,6	3	329	9,1	6	330	18,2	1	365	2,7
Petrolândia	2	556	3,6	8	648	12,3	4	683	5,9	9	623	14,4	6	653	9,2
Sertânia	3	357	8,4	4	357	11,2	6	355	16,9	7	407	17,2	9	355	25,4
Tacaratu	5	188	26,6	3	300	10,0	4	291	13,7	6	274	21,9	4	312	12,8
Tupanatinga	7	330	21,2	8	377	21,2	9	347	25,9	7	295	23,7	10	359	27,9
Venturosa	4	229	17,5	5	285	17,5	1	286	3,5	5	262	19,1	1	284	3,5
Total	**97**	**5.663**	**17,1**	**93**	**6.011**	**15,5**	**78**	**5.949**	**13,1**	**86**	**5.920**	**14,5**	**78**	**5.998**	**13,0**

Fonte: Sistema de Informação sobre mortalidade (SIM). Legenda: OBT(total de óbito infantil no ano); NV (total de nascidos vivos no ano); TMI (taxa de mortalidade infantil). Extraído em: 22/02/2022.

3.3.4 MORTALIDADE DE MULHERES EM IDADE FÉRTIL

A mortalidade materna é definida como a morte durante a gravidez ou no prazo de 42 dias após o final da gestação, sendo considerado um problema de saúde pública global. Este indicador é importante para analisar a saúde das mulheres, o desenvolvimento econômico e as desigualdades sociais em uma população.

Tabela 28. Total de óbitos de Mulheres em idade Fértil, dos municípios da VI Região de Saúde, 2015-2021.

MUNICIPIOS	N Inf	Na gravidez	No parto	Até 42d após parto	43d-01a após parto	Não ocorreu nestes períodos	Ign
Arcoverde	2.873	1	0	2	0	45	15
Buíque	1.702	1	0	3	3	50	16
Custódia	1.252	0	0	0	0	27	5
Ibimirim	804	0	0	1	0	35	2
Inajá	521	1	0	0	0	17	3
Jatobá	409	1	0	0	0	9	14
Manari	466	1	0	1	0	27	1
Pedra	789	0	1	0	0	33	5
Petrolândia	985	1	0	1	0	30	69
Sertânia	1.271	2	0	0	0	38	3
Tacaratu	631	0	0	0	0	19	5
Tupanatinga	699	1	0	1	0	8	3
Venturosa	626	0	0	0	0	16	0
Total	**13.028**	**9**	**1**	**9**	**3**	**354**	**141**

Fonte: Sistema de Informação sobre mortalidade (SIM).Legenda: N Inf– Não informado;G – Gestação; P – Parto; A – Aborto; 42DPP – 42 Dias Pós Parto; 43DPP – 43 Dias Pós Parto; NP – Não ocorreu nestes períodos; IG – Ignorado. Extraído em: 22/02/2022.

A tabela acima **(tabela 28)** demonstra a necessidade de qualificar a classificação, quando existe um número expressivo de óbitos não informados, sabendo-se da recomendação da vigilância dos óbitos para a correta classificação de suas causas, evitando a subnotificação da morte materna.

4. IMUNIZAÇÃO

O Programa Nacional de Imunizações (PNI), criado em 1975 pela Lei 6.259 de 30/10/1975 e Decreto 78.231 de 30/12/1976, é responsável pela organização da política nacional de vacinação da população brasileira, contra doenças imunopreveníveis por vacinas. Ao longo desses anos, o PNI consolidou-se como o coordenador de uma relevante intervenção de Saúde Pública de caráter universal, a vacinação, contribuindo sobremaneira para a redução da morbidade e mortalidade por doenças transmissíveis no Brasil. A criação do PNI possibilitou o fortalecimento do papel do Ministério da Saúde na organização e coordenação das ações de vacinação de rotina e Campanhas. O Programa é, ao mesmo tempo, herdeiro de experiências exitosas da Saúde Pública brasileira e protagonista de um novo momento, no qual a complexidade do quadro epidemiológico e o desenvolvimento de novas vacinas

passaram a exigir uma mais adequada e inédita maneira de organização das ações de vacinação.

O Brasil, através do Sistema Único de Saúde (SUS), é o país que oferece o maior número de vacinas de forma gratuita, aos grupos populacionais alvo, com calendário definido para as crianças, adolescentes, adultos e idosos, sendo ofertados, atualmente, 45 imunobiológicos protegendo a população contra inúmeras doenças transmissíveis.

A contribuição do PNI fez-se ainda mais relevante a partir da construção do SUS no final dos anos 1980, dando início a um movimento de descentralização que colocou o município como o executor primário e direto das ações de saúde, entre elas as de vacinação. Nesse cenário, o PNI tem garantido a oferta de vacinas seguras e eficazes para todos os grupos populacionais que são alvos de ações de imunização, como crianças, adolescentes, adultos, idosos e indígenas e no último ano de 2013 a implantação da vacina Tríplice Bacteriana Acelular do Adulto (dTpa) – difteria, tétano, coqueluche (acelular) – no calendário de vacinação da gestante.

O PNI tem se modernizado continuamente, tanto para ofertar novos imunobiológicos custo-efetivos como para implementar e fortalecer novos mecanismos e estratégias que garantam e ampliem o acesso da população às vacinas preconizadas, especialmente dos grupos mais vulneráveis. Atualmente, o PNI disponibiliza 45 produtos, entre vacinas, soros e imunoglobulinas. Além disso, outro fator que na modernização do programa em questão foi a informatização do sistema, a partir de 2010, o Ministério da Saúde visando otimizar a qualidade da informação, investiu na informatização do SIPNI (Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunização), com capacitação em nível local para as equipes de enfermeiros e técnicos das salas de vacina, para registro individual nominal de vacinação facilitando também o acompanhamento e monitoramento do esquema vacinal e garantindo o histórico das vacinas de cada pessoa, possibilita ainda recuperar o registro de doses aplicadas em caso de extravio ou perda da caderneta de vacinação física, evitando a vacinação desnecessária em quem já completou o esquema vacinal e também, a identificação de bolsões de suscetíveis.

Em 2021, frente à emergência de saúde pública mundial causada pela pandemia no novo coronavírus, o Brasil começou a maior campanha de vacinação já existente no país, apresentado pelo Plano Nacional de Operacionalização da Vacinação contra

a Covid-19, do Ministério da Saúde, elaborado em consonância com as orientações globais da Organização Pan-Americana da Saúde e da Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS).

O objetivo principal do Plano Nacional de Operacionalização é de estabelecer ações e estratégias para a operacionalização da vacinação contra a Covid-19 no Brasil por meio de ações que envolvem os três níveis de gestão: federal, estadual e municipal.

Algumas definições contidas neste plano são dinâmicas, condicionadas às características e disponibilidade das vacinas aprovadas e adquiridas para o uso no País, e poderão ser ajustadas de acordo com a adequação dos grupos prioritários, população-alvo, capacitações e estratégias para a vacinação por cada município.

Os êxitos alcançados pelo PNI rendem reconhecimento e respeitabilidade por parte da sociedade brasileira e fazem dele um programa de Saúde Pública de referência para vários países. O apoio da população às ações de vacinação é indispensável para o sucesso das ações do Programa, sendo diretamente responsável pelo alcance de coberturas vacinais adequadas, tanto nas ações de rotina quanto nas campanhas de vacinação. O PNI comemora a cada ano uma história de conquistas e reafirma seu compromisso de resposta, cada vez mais qualificada, aos novos desafios na área das doenças imunopreveníveis, nas três esferas de gestão.

No que se refere a VI Região de saúde, esta possui 153 salas de vacinação distribuídas nos municípios conforme quadro abaixo. A cidade de Arcoverde possui o maior número de salas de vacina **(quadro 2),** por apresentar o maior número de habitantes e, também, mais equipes de Saúde da Família. Os municípios com menor números de salas são Jatobá (05), Tacaratu (07) e Tupanatinga (07).

Quadro 2. Distribuição das salas de vacinação na VI Região de saúde de Pernambuco, 2020.

MUNICÍPIO	SALAS DE VACINA
Arcoverde	29
Buíque	16
Custódia	16
Ibimirim	13
Inajá	08
Jatobá	05
Manari	08
Pedra	11

Petrolândia	11
Sertânia	12
Tacaratu	07
Tupanatinga	07
Venturosa	10
Total	153

Fonte: Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunizações(SI-PNI), 2020.

O monitoramento das coberturas vacinais (CV) é uma atividade de rotina no âmbito da gestão do Programa Nacional de Imunizações (PNI) no Ministério da Saúde (MS) e em grande parte das Secretarias Estaduais (SES) e Municipais de Saúde (SMS). O monitoramento de CV é feito de modo contínuo e regular, servindo para o aperfeiçoamento dos serviços (TEIXEIRA & ROCHA, 2010). A seguir, serão apresentados os dados das coberturas dos imunobiológicos nos municípios da regional.

A meta de cobertura vacinal da BCG é ≥ 90% (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014). No que se refere a VI Região de Saúde, entre os anos de 2017 a 2021, conforme a Tabela 29, os únicos municípios que não atingiram a meta foram Jatobá, Sertânia e Tacaratu. No ano de 2020, tiveram destaque os municípios de Arcoverde, Ibimirim, Inajá, Manari e Petrolândia atingindo o percentual preconizado.

Tabela 29. Percentual de cobertura vacinal de BCG dos municípios da VI Região de Saúde, entre os anos de 2017 a 2021.

Município	2017	2018	2019	2020	2021
Arcoverde	106,74	124,48	99,83	96,80	79,28
Buíque	83,60	107,67	91,26	84,62	85,06
Custódia	94,75	109,83	68,67	88,16	82,91
Ibimirim	152,32	147,41	95,87	90,22	78,00
Inajá	89,85	98,21	70,69	96,37	83,14
Jatobá	51,65	64,32	87,89	56,05	62,26
Manari	94,96	106,32	88,31	99,60	59,26
Pedra	88,97	114,41	47,14	71,14	80,24
Petrolândia	99,86	108,22	108,26	92,83	7,55
Sertânia	78,13	87,08	62,66	59,15	46,45
Tacaratu	63,10	83,56	86,54	69,23	68,14
Tupanatinga	85,06	102,39	81,21	75,76	77,11
Venturosa	68,68	122,50	130,57	101,75	78,67
Total	93,76	109,55	88,04	84,61	67,19

Fonte: Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações (SIPNI), 2022.

Assim, como pode ser observado na tabela, o município de Arcoverde chegou a ultrapassar os 100% nos anos de 2017 a 2020, tendo uma baixa no seguinte. O motivo pelo qual este município ultrapassou a meta é devido a ter uma maternidade de referência para a regional. Para a redução do percentual, com o cenário de agravamento da pandemia e inserção das vacinas contra a Covid-19, houve provável dificuldade deste município e dos demais para realizarem a cobertura vacinal da BCG. Além disto, o município de Petrolândia também ultrapassou os 100% nos anos apresentados, exceto 2017, por possuir o maior número de leitos obstétricos da região de saúde. O município de Ibimirim também vem conseguindo ultrapassar a meta estabelecida, exceto em 2019, provavelmente por realizar a captação de recém-nascidos de outros municípios. Os municípios de Tacaratu, Jatobá e Sertânia não atingiram a meta preconizada em nenhum dos anos do período acima.

Os números de cobertura vacinal da BCG sofreram com algumas inconsistências devido a invasão do hacker no sistema de notificação, o que fez com que muitos dados não fossem fidedignos.

Tabela 30. Percentual de cobertura vacinal de Rotavírus Humano segundo município da VI Região de Saúde, 2017 a 2021.

Município	2017	2018	2019	2020	2021
Arcoverde	90,50	111,80	104,06	91,88	83,01
Buíque	77,68	103,24	94,99	90,56	92,47
Custódia	94,75	105,34	89,36	97,87	112,58
Ibimirim	105,49	119,10	95,25	86,98	87,98
Inajá	79,40	78,57	78,55	98,79	86,67
Jatobá	100,00	105,16	104,93	91,93	93,87
Manari	130,25	138,74	98,39	77,82	59,26
Pedra	94,14	134,32	138,86	85,14	67,78
Petrolândia	84,66	84,30	95,33	67,76	41,45
Sertânia	88,94	97,67	97,49	90,23	65,88
Tacaratu	83,33	115,07	111,54	77,88	89,91
Tupanatinga	85,39	107,17	99,09	85,76	85,30
Venturosa	76,60	137,00	148,03	101,75	41,26
Total	89,67	107,04	101,66	87,90	78,22

Fonte: Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações (SI-PNI), 2022.

De acordo com o Programa Nacional de Imunização a meta de cobertura vacinal da Rotavírus é ≥ 90% (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014). No que se refere a região de saúde, a meta foi atingida com homogeneidade no período de 2017 a 2021 **(Tabela 30)**, apenas pelo município de Jatobá. Desta maneira, como pode ser observado na tabela, os demais municípios não conseguiram atingir a meta preconizada em todos os anos. O ano com menor cobertura vacinal no período foi 2021.

Tabela 31. Percentual de cobertura vacinal da Meningococo C dos residentes da VI Região de Saúde, entre os anos de 2017 a 2021.

Município	2017	2018	2019	2020	2021
Arcoverde	88,69	109,24	104,15	96,46	86,07
Buíque	87,02	106,00	98,02	94,17	91,41
Custódia	93,25	100,43	92,26	94,78	118,66
Ibimirim	95,99	116,27	97,93	85,74	82,99
Inajá	85,67	81,25	83,99	88,82	90,61
Jatobá	95,04	106,57	106,73	91,93	93,40
Manari	132,77	127,67	109,68	75,81	65,93
Pedra	93,45	129,24	153,43	70,00	76,29
Petrolândia	83,65	88,19	91,90	67,29	35,61
Sertânia	90,42	103,10	100,75	97,49	61,37
Tacaratu	92,86	115,75	112,50	77,24	84,23
Tupanatinga	85,39	113,99	100,00	89,09	84,15
Venturosa	73,96	139,00	145,41	96,94	33,92
Total	90,40	107,17	104,08	87,81	78,03

Fonte: Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações (SI-PNI), 2022.

Com relação à vacina Meningococo C, sua meta é de (≥ 95%). Na VI Geres, no período de 2017 a 2021, apenas os municípios de Inajá e Petrolândia não obtiveram a cobertura vacinal preconizada pelo Programa Nacional de Imunização – PNI **(Tabela 31);** sendo o ano de 2021, que se apresenta com a menor cobertura desse período. Não houveram municípios que atingiram a meta em todos os anos do período.

Tabela 32. Percentual de cobertura da vacina Pentavalente Celular nos residentes da VI Regional de Saúde, entre os anos de 2017 a 2021.

Município	2017	2018	2019	2020	2021
Arcoverde	81,78	110,82	98,70	97,58	87,09

Buíque	81,09	98,32	76,69	91,61	91,41
Custódia	85,93	106,84	82,21	95,55	112,80
Ibimirim	93,88	115,80	80,58	85,54	91,16
Inajá	74,33	84,82	67,37	73,11	98,48
Jatobá	95,45	116,90	86,55	79,37	94,81
Manari	137,82	116,21	83,87	67,74	75,56
Pedra	96,21	136,86	120,29	84,29	71,12
Petrolândia	79,88	77,58	75,86	60,90	48,43
Sertânia	83,29	102,33	76,44	78,20	64,69
Tacaratu	95,24	116,78	89,42	77,56	86,44
Tupanatinga	81,17	111,95	82,12	94,24	74,35
Venturosa	74,72	138,50	112,66	103,49	37,76
Total	86,24	105,83	86,52	85,50	80,42

Fonte: Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações (SI-PNI), 2022.

A vacina Pentavalente Celular deve atingir uma cobertura vacinal maior ou igual a 95% (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014). Na Região de Saúde VI, no período de 2017 a 2021, nenhum município atingiu a cobertura vacinal em todos os anos, preconizada pelo Programa Nacional de Imunização – PNI **(tabela 32).** Entre os anos de 2019 e 2021 apresentaram as piores coberturas vacinais, chegando o ano de 2021 a ter apenas dois municípios com a meta alcançada: Custódia e Inajá. O município de Petrolândia não atingiu a meta em nenhum dos anos referente ao período.

Tabela 33. Percentual de cobertura vacinal da Pneumocócica nos residentes da VI Regional de Saúde, entre os anos de 2017 a 2021.

Município	2017	2018	2019	2020	2021
Arcoverde	95,25	114,95	106,48	99,48	89,29
Buíque	88,72	112,35	97,67	96,15	96,47

Custódia	99,62	107,48	91,30	103,87	115,40
Ibimirim	115,19	121,23	97,73	89,67	92,06
Inajá	92,24	81,55	87,61	106,95	95,45
Jatobá	104,96	111,27	105,38	93,27	104,72
Manari	133,61	131,62	110,89	86,29	66,30
Pedra	104,48	138,14	151,14	90,86	73,56
Petrolândia	91,61	88,79	105,30	81,15	45,58
Sertânia	92,38	100,00	97,99	98,50	70,14
Tacaratu	87,80	115,41	113,46	82,05	97,79
Tupanatinga	88,64	114,68	105,15	88,79	89,05
Venturosa	80,38	139,00	149,78	103,93	41,96
Total	96,39	110,73	106,17	94,44	83,37

Fonte: Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações (SI-PNI), 2022.

Em todos os anos apresentados na tabela acima **(tabela 33),** 2017 a 2021, a região atingiu a meta da vacina Pneumocócica; ou seja, cobertura ≥ 95% (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014). Porém, nenhum dos municípios conseguiram atender com homogeneidade a cobertura vacinal durante esse período. Os municípios apresentaram oscilações no período apresentado, destacando-se o ano de 2017, 2020 e 2021, no qual apresentaram maior índice de municípios que não atingiram a meta de cobertura vacinal.

Tabela 34. Percentual de cobertura vacinal da Poliomielite nos residentes da VI Regional de Saúde, entre os anos de 2017 a 2021.

Município	2017	2018	2019	2020	2021
Arcoverde	81,26	110,23	108,46	93,52	87,68
Buíque	82,00	99,76	98,48	92,31	89,88
Custódia	84,99	104,49	95,94	93,04	113,67
Ibimirim	94,09	117,22	91,12	83,88	86,85
Inajá	78,51	81,25	81,27	78,85	98,79

Jatobá	93,39	117,37	106,28	86,10	91,04
Manari	136,55	117,79	106,85	69,76	71,48
Pedra	91,03	130,93	137,71	77,14	70,21
Petrolândia	79,45	83,71	92,68	65,89	46,44
Sertânia	83,05	102,58	90,23	96,74	64,93
Tacaratu	94,05	116,10	107,37	73,08	87,70
Tupanatinga	81,17	109,90	97,58	88,79	76,08
Venturosa	74,72	134,50	142,79	95,20	35,66
Total	85,93	105,94	102,45	85,61	79,59

Fonte: Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações (SI-PNI), 2022.

Com relação a vacina Poliomielite, no período de 2015 a 2019, houve oscilação nas coberturas vacinais **(tabela 34)**. Em 2017 e 2021 somente os municípios de Manari e Custódia, conseguiram respectivamente, atender cobertura ≥ 95% - meta preconizada no Programa Nacional de Imunização (PNI) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014). É possível identificar que os municípios Inajá e Petrolândia não atingiram a meta no período apresentado.

Tabela 35. Percentual de cobertura vacinal da Tríplice Viral nos residentes da VI Regional de Saúde, entre os anos de 2017 a 2021.

Município	2017	2018	2019	2020	2021
Arcoverde	84,02	109,34	117,10	100,00	87,34
Buíque	87,81	99,04	104,55	96,62	86,35
Custódia	83,11	109,62	102,13	100,39	110,41
Ibimirim	86,92	112,74	99,17	83,06	94,10
Inajá	94,03	86,61	95,17	82,48	81,21
Jatobá	90,50	108,92	100,45	91,93	79,25
Manari	135,29	107,91	114,11	75,40	66,30
Pedra	89,66	137,29	135,14	77,43	65,96
Petrolândia	84,95	84,60	99,84	71,96	49,72
Sertânia	94,59	104,13	103,26	82,96	71,09
Tacaratu	93,75	115,75	117,31	91,35	82,02

Tupanatinga	88,96	104,44	103,33	101,21	73,49
Venturosa	82,64	117,00	139,74	101,31	39,86
Total	89,28	104,87	109,13	90,25	78,06

Fonte: Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações (SI-PNI), 2022.

Com relação à vacina tríplice viral, cuja meta de cobertura é ≥ 95% (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014), no ano de 2015, nenhum município conseguiu atender a meta preconizada no Programa Nacional de Imunização (PNI) em todos os anos no período, como pode ser observado na tabela acima **(tabela 35)**. A partir de 2017 foi possível identificar que houve uma melhoria na cobertura vacinal dos municípios, em especial, nos anos 2018 e 2019. Ressaltando que apenas Inajá e Petrolândia não atingiram a meta em 2018, e, em 2019, todos os municípios atingiram. Entretanto, nos anos de 2020 e 2021, decaiu a cobertura vacinal, com o aumento dos municípios que não atingiram o percentual preconizado. No ano de 2021 somente Custódia atingiu a meta. A vacina Tríplice Bacteriana Acelular do Adulto (dTpa) é capaz de proteger mãe e bebê contra três doenças graves, difteria, tétano e coqueluche. Está previsto no Calendário de Vacinação das Gestantes e deve ser aplicada nas futuras mães após a 20ª semana da gravidez e em cada gravidez, independentemente do estado vacinal anterior (AMARAL, LOIO e RIBEIRO, 2015).

Tabela 36. Percentual de cobertura vacinal da Tríplice Bacteriana Acelular do Adulto(dTpa) em gestantes residentes da VI Regional de Saúde, entre os anos de 2017 a 2021.

Município	2017	2018	2019	2020	2021
Arcoverde	69,17	86,44	95,16	114,34	85,90
Buíque	62,30	89,18	80,75	116,20	80,00
Custódia	55,35	77,11	81,99	126,31	90,89
Ibimirim	21,52	58,44	62,03	93,60	80,50
Inajá	36,42	69,85	61,19	73,72	77,27
Jatobá	16,53	74,38	64,88	91,48	76,42
Manari	56,30	92,86	71,01	73,39	59,26
Pedra	94,83	104,83	77,24	104,29	53,50

Petrolândia	49,64	76,70	69,46	77,88	43,87
Sertânia	20,39	67,57	83,29	76,19	52,61
Tacaratu	48,21	88,69	83,04	103,53	64,35
Tupanatinga	55,52	94,16	89,61	113,64	74,64
Venturosa	39,62	96,23	86,42	126,20	33,92
Total	51,67	82,19	79,61	102,17	70,12

Fonte: Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações (SI-PNI), 2022.

A cobertura vacinal desse imunobiológico deve atingir a meta de ≥ 95%. Entretanto, no ano de 2017 nenhum município atingiu o percentual esperado **(tabela 36)**. Nos anos seguintes, apenas os municípios de Arcoverde, Buíque, Custódia, Pedra, Tacaratu, Tupanatinga e Venturosa alcançaram a meta entre 2018 e 2021. No entanto, os anos de 2018 e 2020 apresentaram melhor cobertura em relação aos anos anteriores, provavelmente, devido a uma melhoria no monitoramento, por parte da gestão regional, e consequentemente, dos gestores municipais.

A partir de 2020, o Sistema Único de Saúde (SUS) passou a ofertar uma dose de reforço da vacina de febre amarela para crianças com quatro anos de idade e ampliou, gradativamente, a vacinação contra febre amarela para 1.101 municípios dos estados do Nordeste que ainda não faziam parte da área de recomendação de vacinação. Dessa forma, todo o país passou a contar com a vacina contra a febre amarela na rotina dos serviços. De acordo com o Ministério da Saúde, a cobertura vacinal do imunibiológico da Febre Amarela deve atingir a meta de ≥ 95%.

Os dados abaixo mostram o cenário de cobertura vacinal atingidos pelos municípios que compõem a VI Geres nos anos de 2020 e 2021 **(tabela 37)**.

Tabela 37. Percentual de cobertura vacinal da Febre Amarela em residentes da VI Regional de Saúde, entre os anos de 2020 e 2021.

Município	2020	2021
Arcoverde	38,17	61,94
Buíque	64,22	78,59
Custódia	59,19	100,22
Ibimirim	52,48	75,51
Inajá	53,78	69,39

Jatobá	51,12	66,51
Manari	40,73	49,26
Pedra	41,14	48,94
Petrolândia	38,01	36,04
Sertânia	27,57	50,71
Tacaratu	41,35	68,14
Tupanatinga	51,21	47,84
Venturosa	46,29	31,12
Total	46,83	61,75

Fonte: Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações (SI-PNI), 2022.

Com relação à taxa de abandono para as vacinas com esquema de duas doses **(tabela 38)**, nos municípios que compõe a VI Gerência Regional de Saúde foi possível identificar que entre os anos 2017 a 2019 a taxa variou entre baixa e média para ambas as vacinas indicadas, de acordo com parâmetros do Programa Nacional de Imunização (PNI). Sendo a vacina Rotavírus, que apresentou significativa mudança de oscilação. Contudo, na série apresentada dos anos de 2017 a 2021, é possível notar que há uma gradativa diminuição no abandono vacinal. Os municípios de Arcoverde, Jatobá e Venturosa apresentaram poucas variações, com valores mais estáveis e baixos nos últimos anos. As vacinações de ocorrência são os fatores que influenciam nos valores mais altos das taxas de abandono.

No entanto, é interessante ressaltar que a taxa de abandono ocorre quando o município realiza a D2 em um usuário que já possui a D1 registrada no cartão de vacinação mas não foi registrada no sistema municipal. Isto pode ter ocorrido tanto pelo não registro pelo profissional do município no sistema e em outros casos por usuário de outros município que já possuíam a D1, realizada no município de origem, e receberam a D2 no município em questão.

Tabela 38. Taxa de abandono de segundas doses (D2) aplicadas nos residentes da VI Regional de Saúde, entre os anos de 2017 a 2021.

Municípios	2017 (D1/D2)			2018(D1/D2)			2019(D1/D2)			2020(D1/D2)			2021(D1/D2)		
	MeC (%)	Rot (%)	Pne (%)	Me (%)	Rot (%)	Pne (%)	MeC (%)	Rot (%)	Pne (%)	MeC (%)	Rot (%)	Pne (%)	MeC (%)	Rot (%)	Pne (%)
Arcoverde	12,0	25,0	7,0	5,0	5,0	4,0	2,0	5,0	-1,0	4,0	3,0	1,0	2,0	1	-1
Buíque	6,0	-51,0	11,0	4,0	1,0	0,0	-2,0	-1,0	-2,0	2,0	3,0	4,0	6,0	0	-1
Custódia	9,0	-8,0	8,0	5,0	5,0	3,0	3,0	2,0	2,0	8,0	0	-4,0	3,0	1	-1
Ibimirim	17,0	-25,0	10,0	1,0	3,0	1,0	2,0	1,0	1,0	2,0	0	3,0	10,0	-2,0	-4,0
Inajá	8,0	-44,0	4,0	10,0	17,0	17,0	2,0	4,0	-1,0	18,0	5,0	3,0	0	7,0	3,0
Jatobá	4,0	-19,0	-2,0	9,0	13,0	7,0	-2,0	1,0	1,0	3,0	7,0	9,0	0	7,0	5,0
Manari	-15,0	25,0	-8,0	-12,0	-13,0	-4,0	-2,0	5,0	2,0	6,0	12,0	-1,0	-3,0	2,0	4,0
Pedra	8,0	39,0	-4,0	3,0	3,0	-1,0	-5,0	2,0	-2,0	27,0	8,0	8,0	9,0	1,0	1,0
Petrolândia	10,0	-8,0	4,0	5,0	9,0	7,0	14,0	13,0	4,0	20,0	11,0	8,0	16,0	-1,0	0
Sertânia	13,0	-15,0	11,0	3,0	7,0	5,0	-2,0	1,0	2,0	1,0	4,0	11,0	11,0	3,0	1,0
Tacaratu	1,0	7,0	7,0	5,0	7,0	7,0	-11,0	-6,0	-7,0	7,0	11,0	8,00	10,0	4,0	2,0
Tupanatinga	8,0	-117,0	7,0	-3,0	11,0	7,0	2,0	-2,0	-3,0	0,	4,0	4,0	6,0	8,0	8,0
Venturosa	14,0	0,0	8,0	2,0	6,0	4,0	4,0	2,0	1,0	6,0	-2,0	0	24,0	6,0	6,0
Total	9,0	-7,0	6,0	3,0	5,0	4,0	1,0	5,0	0,0	8,0	-2,0	3,0	5,0	0	0

Fonte: Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações (SI-PNI).Legenda: MeC – Meningococo C; Rot- Rotavírus; Pneumococo – Pne, 2022.

Tabela 39. Taxa de abandono por número de terceiras (D3) doses aplicadas nos residentes da VI Regional de Saúde, entre os anos de 2017 a 2021.

	2017 D1/D3		2018 D1/D3		2019 D1/D3		2020 D1/D3		2021 D1/D3	
Município	**Pol V (%)**	**Penta (%)**	**Pol V(%)**	**Penta (%)**	**Pol V (%)**	**Penta (%)**	**Pol V (%)**	**Penta (%)**	**Pol V (%)**	**Penta (%)**
Arcoverde	9,0	9,0	4,0	4,0	-1,0	5,0	2,0	3,0	4,0	4,0
Buíque	9,0	8,0	1,0	0,0	-2,0	1,0	4,0	6,0	4,0	4,0
Custódia	9,0	9,0	4,0	3,0	2,0	1,0	6,0	7,0	0,6	0,6
Ibimirim	18,0	14,0	1,0	0,0	1,0	1,0	1,0	5,0	5,0	5,0
Inajá	5,0	9,0	14,0	13,0	0,0	2,0	20	16	7,0	12
Jatobá	-2,0	-1,0	4,0	3,0	1,0	5,0	11	11	4,0	4,0
Manari	-12,0	-10,0	5,0	-3,0	0,0	10,0	15	14	8,0	8,0
Pedra	4,0	4,0	4,0	1,0	-1,0	-5,0	16	16	9,0	9,0
Petrolândia	5,0	4,0	9,0	10,0	5,0	11,0	16	17	15	14
Sertânia	9,0	8,0	5,0	3,0	-1,0	2,0	4,0	11	0,7	0,7
Tacaratu	4,0	6,0	4,0	4,0	-6,0	1,0	13	9,0	4,0	4,0
Tupanatinga	6,0	2,0	7,0	7,0	-2,0	-1,0	2,0	3,0	19	19
Venturosa	10,0	9,0	5,0	4,0	2,0	3,0	7,0	6,0	13	13
Total	7,0	7,0	5,0	4,0	0,0	3,0	7,0	6,0	0,0	0,0

Fonte: Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações (SI-PNI).Legenda: Vacina Inativada Poliomielite (VIP) – Pol V; Vacina Pentavalente Celular – Penta, 2022

Com relação à taxa de abandono para as vacinas com esquema de três (3) doses **(tabela 39)**, foi possível identificar que entre os anos 2017 a 2021 a taxa variou entre baixa e média para as vacinas indicadas, de acordo com parâmetros do Programa Nacional de Imunização (PNI). A vacina para Poliomielite e a Penta valente foram as que apresentaram significativa mudança de oscilação. Contudo, na série apresentada, é possível notar que há uma considerável diminuição no abandono vacinal.

Pode-se constatar que alguns municípios tiveram uma cobertura vacinal maior para a terceira dose do que a primeira, como nas cidades de Arcoverde, Custódia, Ibimirim, Inajá, Manari, Petrolândia e Tacaratu em relação a Poliomelite e nas cidade de Arcoverde, Ibimirim e Venturosa referente as doses da Pentavalente, isso acontece em decorrência da vacinação de ocorrência.

Tabela 40. Percentual de Cobertura vacinal da Campanha Nacional de Vacinação contra Influenza aplicadas nos residentes da VI Regional de Saúde, entre os anos de 2017 a 2021.

Municípios	2017			2018			2019			2020			2021*
	C	G	I	C	G	I	C	G	I	C	G	I	PÚBLICO-ALVO
Arcoverde	91,75	92,06	92,41	102,46	100,52	99,65	95,99	95,15	99,51	100,13	96,46	117,42	121,9
Buíque	91,89	91,65	91,37	96,38	103,67	92,78	94,04	92,17	95,81	95,26	108,63	106,30	116,8
Custodia	95,65	95,75	95,70	93,58	104,84	98,30	98,20	97,44	98,67	96,68	108,83	108,62	96,4
Ibimirim	91,19	91,27	92,45	96,23	93,71	96,10	96,41	92,74	100,29	97,34	105,99	108,58	77,8
Inajá	52,51	58,96	92,58	101,64	96,03	99,35	93,59	91,67	91,16	95,86	92,06	100,90	104,1
Jatobá	80,36	76,92	87,93	95,81	93,75	99,39	95,60	91,25	98,44	94,34	94,38	111,59	100,3
Manari	99,09	104,47	101,69	103,69	108,95	109,55	95,01	94,21	98,66	96,03	98,42	95,40	94,6
Pedra	79,18	105,05	90,02	84,77	93,79	93,52	92,71	98,87	92,30	96,54	91,53	98,98	103,1
Petrolândia	93,52	84,42	98,88	101,69	93,63	91,06	103,50	93,43	91,21	101,94	95,82	111,10	93,9
Sertânia	91,90	92,79	92,61	91,20	95,86	91,64	92,29	92,76	96,50	92,15	102,07	95,41	123,2
Tacaratu	94,68	92,46	97,04	100,46	105,02	99,64	99,40	101,83	99,72	98,35	100,91	103,32	99,9

Tupanatinga	88,02	103,03	93,60	93,84	101,36	93,06	97,38	95,45	100,97	93,65	97,27	106,40	113,7
Venturosa	85,47	75,88	99,36	95,37	119,33	100,64	97,64	98,00	101,91	96,33	97,33	110,93	106,6
TOTAL	88,85	90,02	93,81	97,47	100,21	96,62	96,31	94,57	97,53	96,97	100,17	107,13	106,1

Fonte: Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações(SI-PNI). Legenda: C – Crianças; G – Gestantes; I – Idosos, 2022

De acordo com parâmetros do Programa Nacional de Imunização (PNI), a meta de cobertura vacinal para as Campanhas Nacional de Vacinação contra a Influenza era ≥ 80% até 2015 e passou a ser ≥ 90% a partir do ano de 2016. Dos municípios que fazem parte da VI Região de Saúde, observa-se ainda que no ano de 2018 apenas o município de Pedra não atingiu meta homogênea no grupo de crianças de 6 meses a maiores de 5 anos. Vale destacar que foi possível identificar que a meta foi atingida de maneira homogênea apenas nos anos seguintes (2019 e 2020) para todos os grupos prioritários, que é composto por crianças, gestantes e idosos. Em relação ao ano de 2021, nota-se que não houve homogeneidade da cobertura vacinal, uma vez que o município de Ibimirim não atingiu a meta estipulada pelo Ministério da Saúde.

Já em 2021, como medida adicional de resposta ao enfrentamento da Covid-19, tida como Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII), o Ministério da Saúde (MS), por meio da Coordenação Geral do Programa Nacional de Imunizações (CGPNI) e do Departamento de Imunização e Doenças Transmissíveis (DEIDT) da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS), apresenta o Plano Nacional de Operacionalização da Vacinação contra a Covid-19.

As diretrizes definidas neste plano visam orientar as diretrizes de operacionalização da Vacinação contra a Covid-19 às Unidades Federativas (UF) e aos municípios, no planejamento e operacionalização da vacinação contra a doença. O êxito dessa ação está sendo possível mediante o envolvimento das três esferas de gestão em esforços coordenados no Sistema Único de Saúde (SUS), mobilização e adesão da população à vacinação.

Em Pernambuco, desde o início da Campanha, em janeiro de 2021, o Estado recebeu 17.893.246 doses de imunizantes.

Tabela 41. Percentual de Cobertura vacinal da COVID 19, ano de 2021.

Município	2021
Arcoverde	90,5
Buíque	78,6
Custódia	80,5
Ibimirim	89,3
Inajá	64,3
Jatobá	77,7
Manari	68,2
Pedra	76,6
Petrolândia	79,6
Sertânia	77,6
Tacaratu	76,7
Tupanatinga	63,3
Venturosa	77,4
Total	79,1

Fonte: Localiza SUS (dados até 31/12/2021)

Em relação ao percentual de cobertura da vacinação de COVID-19, no ano de 2021, nos municípios da VI Geres, de acordo com a meta preconizada de $\geq$ 95% de cobertura vacinal na população em geral, na faixa etária igual ou maior de 12 anos, nenhum dos municípios conseguiu atingir a meta. Os municípios com as maiores coberturas foram Arcoverde e Ibimirim. Já os menores valores de cobertura foram Inajá, Manari e Tupanatinga.

5. SAÚDE DO TRABALHADOR

De acordo com o Plano Estadual de Saúde (2020 a 2023), a configuração contemporânea do trabalho ampliou significativamente a diversidade dos setores produtivos, potencializou mudanças na divisão internacional do trabalho e inseriu de

forma heterogênea os trabalhadores em diversos ramos. Com isso, a precarização social do trabalho passou a ser traço marcante, podendo gerar condições inseguras que interferem no risco de acidentes e de adoecimento dos trabalhadores. O Estado de Pernambuco destaca-se pela diversificação de atividades econômicas, onde cada atividade desenvolvida agrega um conjunto de elementos econômicos e sociais que apresentam relação direta com o perfil de morbimortalidade dos trabalhadores destes territórios.

A VI Gerência Regional de Saúde, dispõe uma população estimada de 408.604 mil habitantes (IBGE, 2016), tendo o comércio e a indústria, do município de Arcoverde, como setores produtivos que aparecem em destaque com relação ao número de trabalhadores, conforme tabela 42**.**

Tabela 42. Número de trabalhadores formais por setores de atividades municípios da VI GERES, 2019.

Municípios	Comércio, serviços, reparação de veículos automotores e motocicletas	Indústria de Transformação	Administração Pública	Construção Civil	Agricultura, Pecuária, Produção florestal, pesca e aquicultura Extração Mineral
Arcoverde	6.059	602	1.556	189	41
Buique	1.245	57	1.747	6	61
Custódia	728	730	850	79	7
Ibimirim	360	4	693	1	13
Inajá	194	102	651	-	333
Jatobá	300	8	732	129	73
Manari	73	4	590	-	-
Pedra	128	140	565	-	24
Petrolândia	2.462	145	1.727	62	234
Sertânia	595	184	1.154	2.609	38
Tacaratu	107	50	700	1	17
Tupanatinga	137	2	1.190	-	-
Venturosa	182	35	753	1	05
Total	12.570	2.063	12.908	3.077	846

Fonte: Ministério do Trabalho e Emprego - 2019.

A Rede de Assistência à Saúde do Trabalhador na VI Região de Saúde é formada por 135 Unidade Básicas de Saúde – UBS, distribuídas nos 13 munícipios; (01) Hospital Sentinela na sede da regional; (01) Unidade de Atenção Especializada

– UPAE. Em relação aos CERESTs, os municípios da VI região de Saúde estão distribuídos em (03) CERESTs regionais (conforme quadro 3), os quais têm como principal função prover retaguarda técnica especializada em saúde do trabalhador para o conjunto de ações e serviços da rede, conforme Portaria Ministerial 1.679/2002.

Quadro 3. Centro de Referência para Saúde do Trabalhador segundo municípios de abrangência.

CEREST	Municípios de Abrangência
Palmares	Manari
Ouricuri	Arcoverde, Custódia, Sertânia
Petrolina	Buíque, Ibimirim, Inajá, Jatobá, Pedra, Petrolândia, Sertânia, Tacaratu, Tupanatinga, Venturosa.

Fonte: Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco (SES/PE).

5.1 DOENÇAS RELACIONADAS AO TRABALHO

A Portaria nº 1339 de 18 de novembro de 1999 dispõe que as doanças laborais estão diretamente relacionadas às condições de trabalho em que o profissional está inserido, conforme quadro abaixo **(quadro 4).**

Quadro 4. Doenças relacionadas ao trabalho e tipo de notificação.

Doenças Relacionadas ao Trabalho	Tipo de Notificação
Acidente de trabalho grave	Universal
Acidente por exposição a material biológico	
Intoxicação Exógena	
Dermatose ocupacional	Sentinela
Câncer relacionado ao trabalho	
Lesões por esforços repetitivos(LER) Disturbios osteomusculares relacionados ao trabalho (DORT)	
Perdas auditivas induzida por ruído (PAIR)	
Pneumoconioses	
Transtornos Mentais	

Fonte: Portaria nº 1339 de 18 de novembro de 1999.

A VI região de saúde notificou 450 casos de doença universal no período de 2017 a 2021, com destaque para os Acidentes de Trabalho Grave, seguido por Acidentes por Material Biológico.

Tabela 43. Frequência por ano da notificação de doença universal segundo munícipios de residência na VI GERES, Pernambuco de 2017 a 2021.

Municípios	Acidente de Trabalho	Acidente por material biológico	Intoxicação exógena
Arcoverde	18	82	32
Buíque	17	20	02
Custódia	15	10	0
Ibimirim	19	-	0
Inajá	3	5	1
Jatobá	26	2	0
Manari	25	2	0
Pedra	11	10	4
Petrolândia	5	11	6
Sertânia	33	23	5
Tacaratu	1	2	0
Tupanatinga	3	3	0
Venturosa	42	4	8
Total	218	174	58

Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). Extraído em: 22/02/2022

Foram realizadas oficinas de trabalho e capacitações pela coordenação de vigilância em saúde da VI GERES, com os técnicos envolvidos com a vigilância em saúde do trabalhador dos municípios visando a redução da subnotificação dessas doenças e agravos na região. Em 2019, a VI GERES realizou o I fórum sobre Saúde do Trabalhador, envolvendo trabalhadores, conselheiros municipais de saúde e técnicos dos CEREST's. O plano de trabalho elaborado para 2020/2021 contempla especificamente ações direcionadas ao trabalhador agropecuário, por esses os mais acometidos de acidentes de trabalho grave nesse período de 2015 a 2019.

5.2 ACIDENTE DE TRABALHO GRAVE

O artigo 19 da Lei nº 8.213/91, descreve o acidente de trabalho como aquele que ocorre quando um colaborador sofre algum tipo de lesão, temporária ou permanente, durante seu trabalho ou em decorrência dele.

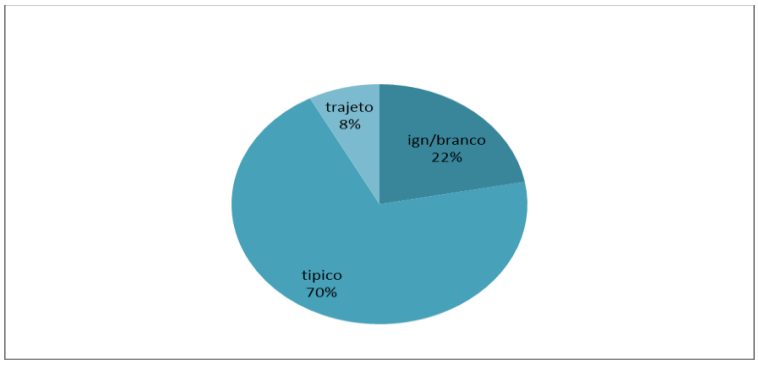
> "Acidente do trabalho é o que ocorre pelo exercício do trabalho a serviço de empresa ou de empregador doméstico ou pelo exercício do trabalho dos segurados referidos no inciso VII do art. 11 desta Lei, provocando lesão corporal ou perturbação funcional que cause a morte ou a perda ou redução, permanente ou temporária, da capacidade para o trabalho". (LEI Nº 8.213, DE 24 DE JULHO DE 1991).

Algumas classificações são sugeridas para os acidentes ocorridos durante o trabalho, tais como o acidente do trabalho típico, o acidente atípico, também conhecidos como doença ocupacional, as concausas e o acidente in itinere (de trajeto). Ainda, a incapacidade pode ser decorrente de fatores causais que não se encaixam diretamente no conceito estrito de acidente do trabalho, tais como: enfermidades decorrentes do trabalho; acidentes ou doenças provenientes de causas diversas, conjugando fatores de trabalho e extralaborais (concausas); acidentes ocorridos no local do trabalho, mas que não têm ligação direta com o exercício da atividade profissional, acidentes ocorridos fora do local da prestação dos serviços, mas com vínculo direito ou indireto com o cumprimento do contrato de trabalho e acidentes ocorridos no trajeto de ida ou volta da residência para o local de trabalho (LEI Nº 8.213/91, ARTIGO 21).

O acidente típico caracteriza-se por um ataque inesperado ao corpo humano, ocorrido durante a jornada de trabalho. Esse ocorre em razão de uma ação traumática, conhecendo-se perfeitamente o momento da lesão, ou seja, trata-se de acontecimento brusco, repentino, inesperado, externo e traumático, ocorrido durante a jornada de trabalho. Enquanto o acidente de trajeto é aquele ocorrido no caminho da residência para o local de trabalho ou deste para aquela, qualquer que seja o meio de locomoção, inclusive veículo de propriedade do segurado (MACHADO & MINAYO GOMEZ, 1994).

A VI região de saúde notificou 218 acidentes de trabalho grave, sendo 70% típicos, 8% de trajeto e 22% ignorado ou em branco, conforme gráfico 8.

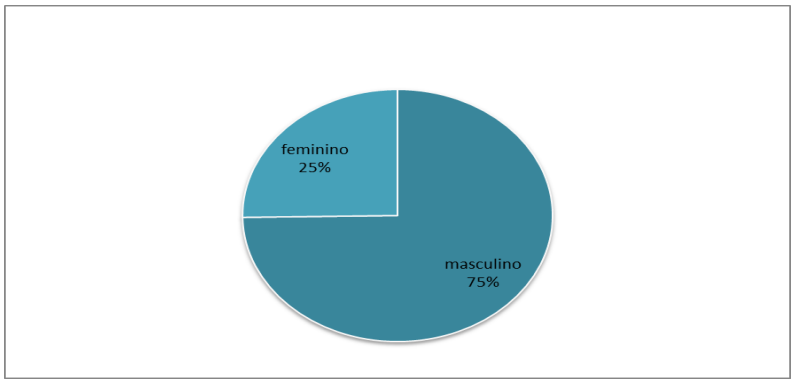
Gráfico 8. Percentual por tipo de acidente de trabalho grave da VI GERES, Pernambuco, 2017 a 2021.



Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). Extraído em: 22/02/2022

Na VI região de saúde, é possível observar que entre 2017 a 2021 houve predominância do sexo masculino nas notificações de acidentes de trabalho grave, conforme gráfico 9.

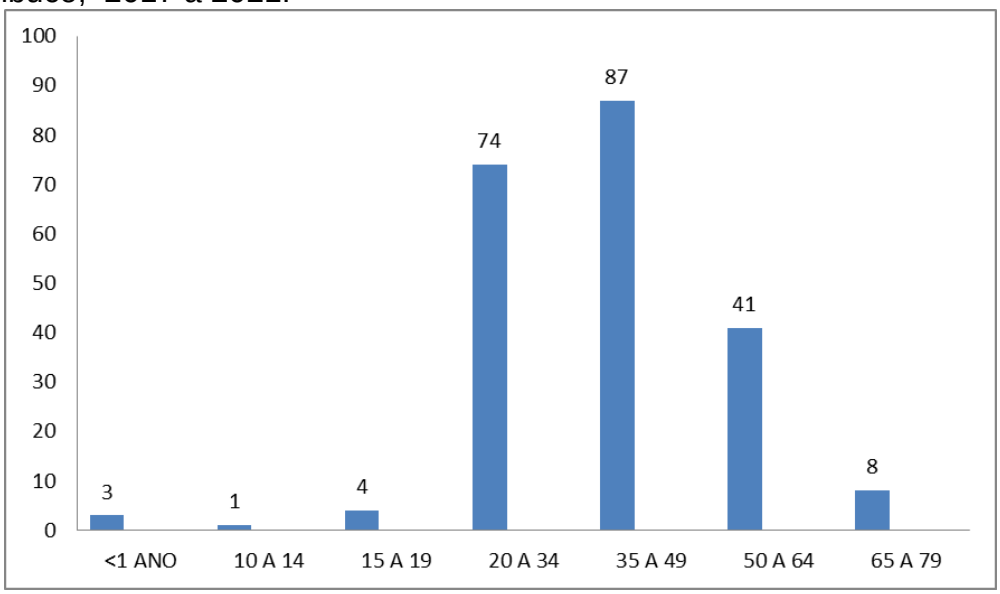
Gráfico 9. Percentual de acidente de trabalho grave por sexo na VI GERES, Pernambuco, 2017 a 2021.



Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). Extraído em: 22/02/2022

Na VI região de saúde observa-se que a faixa etária mais acometida de acidente de trabalho grave é a faixa de 20 a 49 anos no período de 2017 a 2021, conforme gráfico 10.

Gráfico 10. Frequência de acidente de trabalho grave por faixa etária na VI GERES, Pernambuco, 2017 a 2021.



Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). Extraído em: 22/02/2022.

Com relação à situação no mercado de trabalho, na VI região de saúde, foi possível observar que entre 2017 a 2021 o trabalhador autônomo foi o mais acometido com 26,7% dos casos.

Tabela 44. Frequência segundo vínculo empregatício (n=95) dos municípios da VI GERES, no período de 2017 a 2021.

Situação no mercado de trabalho	Frequência	%
Autônomo	54	26,7
Não registrado	53	26,2
Registrados	22	10,9
Servidor Público estatutário	43	21,3
Servidor público celetista	2	1,0
Desempregado	1	0,5
Trabalho temporário	1	0,5
Aposentado	2	1,0
Ignorado/branco	18	8,9
Trabalho temporário	6	3,0
Total	202	100

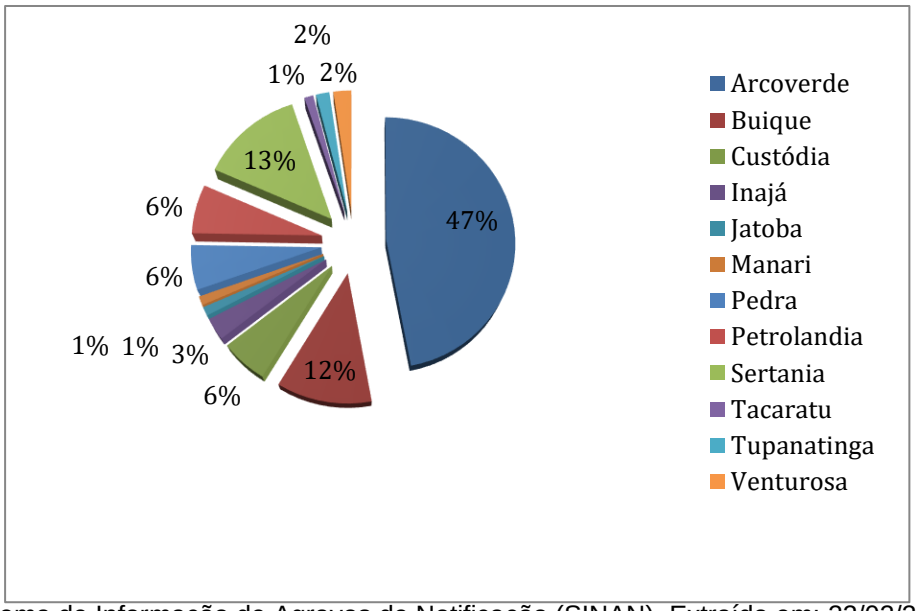
Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). Extraído em: 22/02/2022.

5.3 ACIDENTE POR EXPOSIÇÃO A MATERIAL BIOLÓGICO

Consiste na exposição de uma pessoa a sangue ou secreções através da pele, das mucosas (olhos, boca e nariz) ou de lesão perfuro-cortante com agulhas, instrumental cirúrgico e vidros contendo secreções (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

A VI região de saúde notificou 174 casos de acidentes por exposição a material biológico no período de 2017 a 2021. Com destaque para o município de Arcoverde com 82 dos casos, o que representa 47% do total dos casos notificados no período.

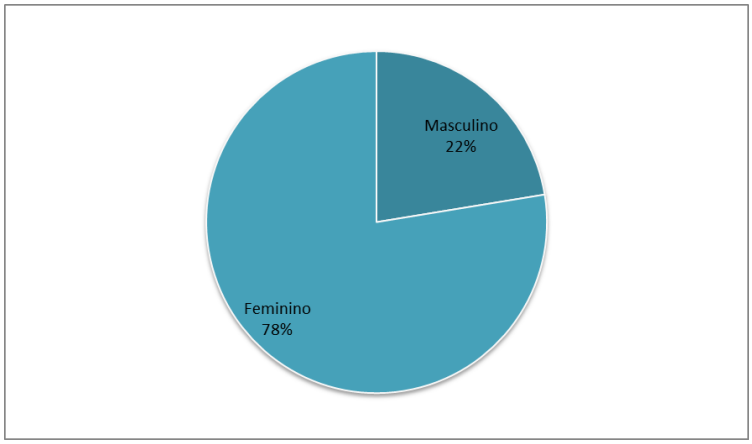
Gráfico 11. Percentual de acidente com material biológico, segundo municípios da VI GERES no período de 2017 a 2021.



Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). Extraído em: 22/02/2022.

Ainda sobre as notificações de acidente com material biológico na VI região de saúde, dos 174 casos notificados no período de 2017 a 2021, são do sexo feminino 135 casos representando 77% e 39 casos são do sexo masculino, sendo 22% dos casos (gráfico 12).

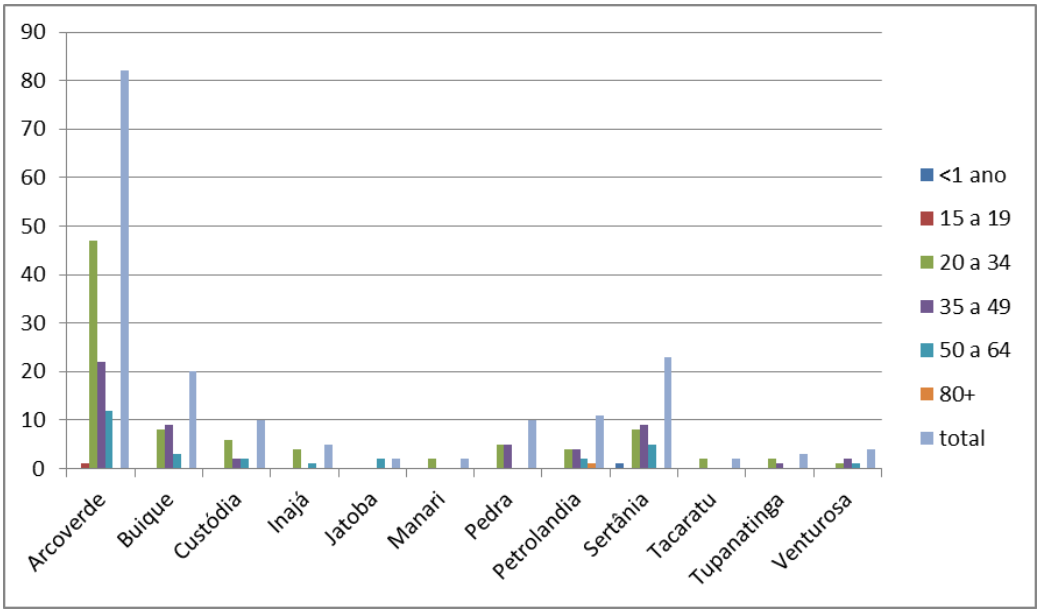
Gráfico 12. Percentual de acidente com material biológico por sexo da VI GERES, 2017 a 2021.



Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). Extraído em: 22/02/2022.

Em relação a faixa etária mais acometida de acidentes com exposição a material biológico no período de 2017 a 2021, foi a faixa etária de 20 a 34 anos, com destaque para o munícipio de Arcoverde com 47 casos conforme pode se observar no gráfico 13.

Gráfico 13. Frequência por faixa etária segundo município da VI GERES, 2017 a 2021.

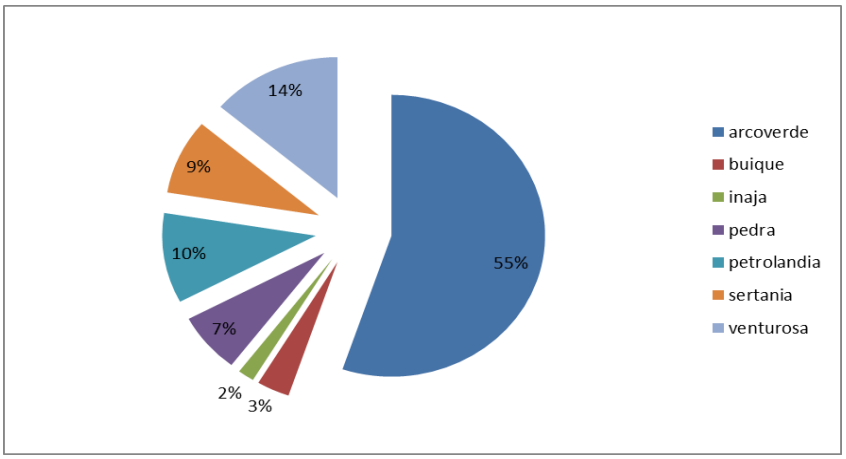


Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). Extraído em: 22/02/2022.

5.4 INTOXICAÇÃO EXÓGENA

O conjunto de efeitos nocivos representados por manifestações clínicas ou laboratoriais que revelam o desequilíbrio orgânico produzido pela interação de um ou mais agentes tóxicos com o sistema biológico. Sobre suas notificações na VI Geres, o Hospital Regional de Arcoverde foi responsável pela maioria das notificações, seguido da Unidade Mista Justa Maria Bezerra do município de Venturosa (gráfico 14).

Gráfico 14. Frequência por exposição trabalho segundo município VI GERES no período de 2017 a 2021.



Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). Extraído em: 22/02/2022.

6 VIGILÂNCIA SANITÁRIA

Segundo a lei federal 8080/1990 define vigilância sanitária como um conjunto de ações capazes de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde. Abrange o controle de bens de consumo que, direta ou indiretamente, se relacionem com a saúde, compreendidas todas as etapas e processos, da produção ao consumo; e o controle da prestação de serviços que se relacionam direta ou indiretamente com a saúde, exercendo papel fundamental no processo de fiscalização, regulação e monitoramento, atuando para garantir produtos e serviços mais seguros para a população.

Tabela 45. Atividades de vigilância sanitária por municípios da VI Geres, PE de 2017 a 2021.

Municípios	**2017**	**2018**	**2019**	2020	2021
Arcoverde	5575	8333	8463	15572	16794
Buíque	592	385	355	148	157
Custódia	355	739	598	536	414
Ibimirim	158	295	671	1177	700
Inajá	241	478	429	805	871
Jatobá	0	0	0	0	734
Manari	444	234	264	729	1448
Pedra	400	441	512	340	4445
Petrolândia	1350	2490	2807	2014	2819
Sertânia	1100	961	704	711	966
Tacaratu	277	309	267	1032	216
Tupanatinga	191	310	45	940	999
Venturosa	195	316	228	133	294
Total	10878	15292	15343	24.137	30.857

Fonte: Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde do Brasil (DATA/SUS). Extraído em 24/02/2021.

Conforme apresentado na tabela 45, o município de Jatobá não apresentou produção das ações de vigilância sanitária no período de 2016 à 2019, conforme ausência de registro no Boletim de Produção Ambulatorial.

Observa –se também que nos anos de 2020 e 2021, houve considerável aumento das atividades, devido a pandemia provocada pelo Coronavírus.

No que se refere a redução no número da produção que resultou na oscilação do número nos últimos anos apresentados, pode ter ocorrido mediante alguns fatores, tais como: rotatividade de coordenadores, redução do número de profissionais na equipe técnica, condições insatisfatórias de trabalho (como por exemplo a falta de veículo).

7 ASSISTÊNCIA À SAÚDE

De acordo com Mendes (2015), o que constitui o problema fundamental do Sistema Único de Saúde (SUS) é a incoerência entre a situação de saúde e o sistema de atenção à saúde, praticado hegemonicamente, e, para ser superado, envolve a implantação das Redes de Atenção à Saúde (RAS).

As RAS são organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, que permitem ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela Atenção Primária à Saúde (APS) – prestada no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo, com a qualidade certa, de forma humanizada e segura e com equidade –, com responsabilidades sanitária e econômica pela população adstrita e gerando valor para essa população (MENDES, 2011).

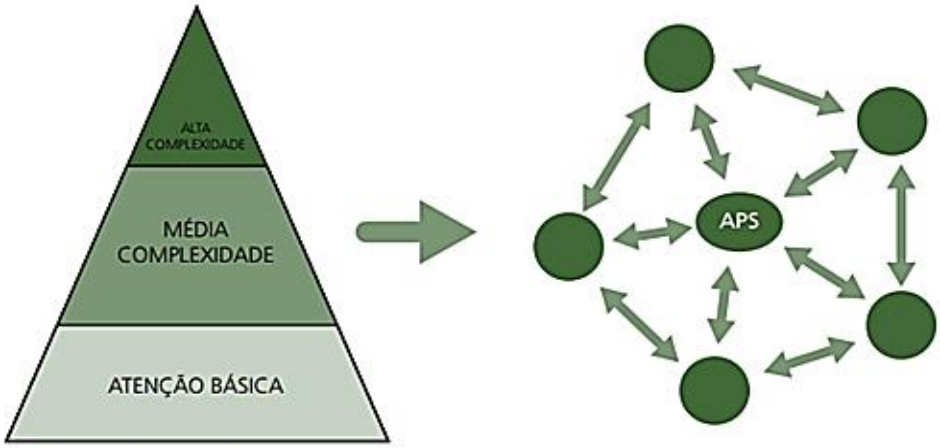
A conferência de Alma-Ata definiu a Atenção Primária à Saúde como:

> "cuidados essenciais baseados em métodos de trabalho e tecnologias de natureza prática, cientificamente críveis e socialmente aceitáveis, universalmente acessíveis na comunidade aos indivíduos e às famílias, com a sua total participação e a um custo suportável para as comunidades e para os países, à medida que se desenvolvem num espírito de autonomia e autodeterminação" (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE/UNICEF, 1979).

A concepção vigente na normativa do SUS é a de um sistema hierárquico, de tipo piramidal, formatado segundo as densidades relativas de cada nível de atenção, possuindo os níveis classificados como atenção básica, média e alta complexidade. Porém, essa concepção hierárquica e piramidal deve ser substituída por outra, a das redes poliárquicas de atenção à saúde, que se respeitando as diferenças nas densidades tecnológicas, rompem-se as relações verticalizadas, conformando-se redes policêntricas horizontais (figura 5). Contudo, as RAS apresentam uma singularidade: seu centro de comunicação situa-se na Atenção Primária a Saúde (MENDES, 2015).

No Brasil, a concepção de RAS foi incorporada oficialmente ao SUS por dois instrumentos jurídicos: a Portaria n. 4.279, de 30 de dezembro de 2010, que estabelece diretrizes para a organização das redes de atenção à saúde no âmbito do SUS e o Decreto n. 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei nº. 8.080/90. Segundo a Portaria nº 4.279/2010 a RAS é definida *"como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado".* O Decreto 7508/2011 explicita-se que *"a integralidade da assistência à saúde se inicia e se completa na Rede de Atenção à Saúde, mediante referenciamento do usuário na rede regional e interestadual, conforme pactuado nas Comissões Intergestores."* (BRASIL, 2011).

Figura 5. A mudança dos sistemas piramidais e hierárquicos para as redes de atenção à saúde.



Fonte: Mendes, 2011.

Diante disto, a seguir será abordado inicialmente a conformação da distribuição dos serviços de saúde no território de cada município da VI Região de Saúde, seguido pelos indicadores de desempenho da APS, assim como a capitação ponderada, e a estruturação das RAS nesta região de saúde.

7.1 DISTRIBUIÇÃO DOS ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE NA VI REGIÃO DE SAÚDE DE PERNAMBUCO

A tabela abaixo **(tabela 46)** demonstra a distribuição dos Estabelecimentos de Saúde, públicos e privados, da VI Região de Saúde de Pernambuco por tipo de gestão, sendo possível identificar que a região de saúde possui 490 estabelecimentos sendo a maioria de gestão municipal (475) - o que representa 97% do total de

estabelecimentos. Os municípios de Arcoverde, Buíque e Sertânia possuem estabelecimentos de gestão dupla; ou seja, estadual e municipal, e os municípios que possuem estabelecimentos de gestão estadual são Arcoverde, Buíque e Petrolândia.

Tabela 46. Distribuição dos Estabelecimentos de Saúde, públicos e privados, da VI Região de Saúde de Pernambuco por tipo de gestão, 2022.

Município	Dupla*	Estadual	Municipal	Total
Arcoverde	4	8	138	150
Buíque	1	1	31	33
Custódia	-	-	39	39
Ibimirim	-	-	30	30
Inajá	-	-	21	21
Jatobá	-	-	18	18
Manari	-	-	16	16
Pedra	-	-	20	20
Petrolândia	-	1	61	61
Sertânia	1	-	42	43
Tacaratu	-	-	16	16
Tupanatinga	-	-	23	23
Venturosa	-	-	20	20
Total	6	10	475	490

Fonte: Sistema de Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil (SCNES),2022.
*Gestão Dupla: estadual e municipal.

No que se referem aos estabelecimentos da APS, todos os municípios da VI região de saúde possuem dispositivos. Atualmente, estão homologadas 135 Unidades Básicas de Saúde da Família (UBS's) na região. O município de Arcoverde apresenta o maior número de UBS's (25), seguido pelos municípios de Custódia (15) e Buíque (13); já o município com menor número é Jatobá (05) **(tabela 47)**. Porém, o número isolado de UBSF não estabelece correlação direta com a qualidade do sistema de saúde local, pois diversos fatores interferem neste aspecto, como por exemplo o número de habitantes. Nenhum município da região possui Equipe de Atenção Primária.

A região de saúde possui um total de 30 Postos de Saúde (PS). Apesar do município de Arcoverde apresentar o maior número de UBSF's o município que apresenta mais Postos de Saúde (PS) é Sertânia, provavelmente devido às características demográficas do município. Já o município de Manari não possui PS. É importante pontuar que alguns dos PS contabilizados na tabela abaixo são indígenas, os quais estão localizados nos municípios de Buíque (02), Ibimirim (01), Inajá (03), Petrolândia (02), Tacaratu (03) e Tupanatinga (01). Um dos PS de Tupanatinga encontra-se desativado para reforma desde julho de 2020.

Tabela 47. Número absoluto de Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF), Posto de Saúde (PS), Núcleo de Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), equipes Saúde da Família (eSF) e Academia da Saúde (AS) dos municípios da VI Região de Saúde de Pernambuco, 2021.

Município	UBSF	eSF	PS	NASF-AB	AS
Arcoverde	25	25	05	00	01
Buíque	13	13	02	00	00
Custódia	15	15	00	01	01
Ibimirim	12	12	06	01	02
Inajá	06	06	03	00	01
Jatobá	05	05	01	00	01
Manari	07	07	00	00	01
Pedra	10	10	00	00	00
Petrolândia	10	11	01	00	01
Sertânia	11	10	07	01	05
Tacaratu	04	08	02	00	01
Tupanatinga	06	07	02	01	01
Venturosa	08	08	01	00	00
Total	**132**	**137**	30	**04**	**15**

Fonte: Sistema de Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil (SCNES)/ E-Gestor, 2021.

O Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) é identificado em apenas 06 municípios, os quais são: Custódia, Ibimirim, Inajá, Pedra, Sertânia e Tupanatinga. É de suma importância ressaltar que com o novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde (APS), instituído pelo Programa Previne Brasil por meio da Portaria n° 2.979, de 12 de novembro de 2019, alguns instrumentos normativos foram revogados, dentre os quais as normativas que definem os parâmetros e custeio do NASF-AB. Desta forma, de acordo com a Nota Técnica nº 03 de 28 de janeiro de 2020, 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. O gestor municipal pode então cadastrar esses profissionais diretamente nas equipes de Saúde da Família (eSF) ou equipes de Atenção Primária (eAP), ampliando sua

composição mínima. Poderá, ainda, manter os profissionais cadastrados no Sistema de Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (SCNES) como equipe NASF-AB ou cadastrar os profissionais apenas no estabelecimento de atenção primária sem vinculação a nenhuma equipe.

Diante disso, a não visualização no SCNES de um NASF-AB em um município não estabelece relação direta com a presença ou ausência de uma equipe multiprofissional na APS, pois, alguns municípios descredenciaram o NASF-AB do SCNES e continuaram com os profissionais que eram do NASF-AB atuando no município, cadastrando-os a uma eSF, como é o caso do município de Buíque.

O Programa Academia da Saúde foi lançado pela Portaria nº 719, de 7 de abril de 2011, e redefinido pela Portaria nº 2.681, de 7 de novembro de 2013 a qual descreve que o Programa Academia da Saúde é um serviço da Atenção Básica e deve promover a articulação com toda a rede de atenção à saúde do SUS, bem como com outros serviços sociais realizados na respectiva região e as atividades serão desenvolvidas por profissionais da Atenção Básica, inclusive aqueles que atuam na Estratégia Saúde da Família e nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família, quando houver. A portaria em questão ainda descreve que as atividades desenvolvidas no âmbito do Programa Academia da Saúde serão desenvolvidas conforme os seguintes eixos: práticas corporais e atividades físicas; produção do cuidado e de modos de vida saudáveis; promoção da alimentação saudável; práticas integrativas e complementares; práticas artísticas e culturais; educação em saúde; planejamento e gestão; e mobilização da comunidade.

A VI região de saúde possui 15 Academias da Saúde (AS’s) distribuídas em 10 municípios (Arcoverde, Buíque e Venturosa não dispõem do equipamento, conforme tabela acima). No entanto, apesar do município de Sertânia apresentar no SCNES 05 AS’s, em consulta ao site do Fundo Nacional de Saúde, o município recebe o custeio de apenas 01 Polo.

Com relação ao número de equipes de Estratégia de Saúde da Família (eSF), Equipes de saúde Bucal (eSB) e ACS’s por município da Região, apresentamos abaixo como essas equipes se dispõem nos municípios, mediante consulta disponibilizada no Sistema de Nota Técnica do Departamento de Saúde da Família (DESF). É interessante ressaltar, novamente, que nenhum dado deve ser avaliado de forma isolada, portanto, os dados apresentados a seguir devem ser analisados

juntamente com os dados do quadro 39 do tópico 7.2 no que se refere à capitação ponderada.

De acordo com o quadro 5, Arcoverde poderá implantar mais 12 eSF's, assim como Equipe(s) de Saúde Bucal **(quadro 6)** para atingir o teto estipulado; e apresenta um déficit de 41 ACS's - revelando uma fragilidade na APS deste município e, consequentemente, na RAS; uma vez que a APS apresenta papel ímpar na estruturação da saúde no nosso país.

Quadro 5. Situação atual da implantação da(s) equipe(s) de Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde em Arcoverde.

Equipes	Teto	Credenciado	Implantado
eSF	37	25	25
ACS	186	157	145

Fonte: Sistema de Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil (SCNES)/E-Gestor, 2021.

Quadro 6. Situação atual da implantação da(s) Equipe(s) de Saúde Bucal em Arcoverde.

Equipes	Teto	Credenciado	Implantado
eSB - I	37	24	24
eSB - II		0	0

Fonte: Sistema de Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil (SCNES)/E-Gestor, 2021.

Em relação ao município de Buíque (**quadro 7 e 8**) ainda poderá implantar 16 eSF's e 20 eSB's; além disso, apresenta uma disponibilidade de implantar 21 ACS's. Embora apresente áreas descobertas pelo Programa Saúde da Família, o município conseguiu atingir 142% da capitação ponderada; ou seja, os munícipes estão vinculadas a uma equipe, demonstrando que não existe uma relação exclusiva entre número de equipe e ACS's, mas este cenário pode estar sobrecarregando os profissionais e, possivelmente, prejudicando a qualidade e acesso aos atendimentos na APS.

Quadro 7. Situação atual da implantação da(s) equipe(s) de Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde em Buíque.

Equipes	Teto	Credenciado	Implantado
eSF	29	13	13
ACS	146	129	125

Fonte: Sistema de Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil (SCNES)/E-Gestor, 2021.

Quadro 8. Situação atual da implantação da (s) Equipe(s) de Saúde Bucal em Buíque.

Equipes	Teto	Credenciado	Implantado
eSB - I	29	9	9
eSB - II		0	0

Fonte: Sistema de Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil (SCNES)/E-Gestor, 2021.

O município de Custódia apresenta um déficit de quatro eSF's, quatro eSB's e quatro ACS's em relação ao número de credenciados **(quadro 9 e 10).** O município apresentou uma porcentagem de 86,47% da capitação ponderada **(quadro 39).** Diante desse percentual acredita-se que a ampliação do número de ACS's, assim como, de eSF's poderá aumentar este percentual.

Quadro 9. Situação atual da implantação da(s) equipe(s) de Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde em Custódia.

Equipes	Teto	Credenciado	Implantado
eSF	18	15	15
ACS	93	85	68

Fonte: Sistema de Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil (SCNES)/E-Gestor, 2021.

Quadro 10. Situação atual da implantação da(s) Equipe(s) de Saúde Bucal em Custódia.

Equipes	Teto	Credenciado	Implantado
eSB - I	19	15	15
eSB - II		0	0

Fonte: Sistema de Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil (SCNES)/E-Gestor, 2021.

O município de Ibimirim apresenta o número de eSF's credenciadas igual ao número de implantadas, mas estes valores são inferiores ao teto com uma diferença de 02 equipes, sendo esta mesma diferença encontrada na eSB's. Os ACS's apresentam quantidade diferentes; ou seja, apresenta número inferior ao teto que é de 73 (quadro 11 e 12). A necessidade de atingir o teto é notória para melhoria da

capitação ponderada, mas a diferença não é suficiente para resultar em uma capitação ponderada de 83% **(quadro 39)**.

Quadro 11. Situação atual da implantação da(s) equipe(s) de Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde em Ibimirim.

Equipes	Teto	Credenciado	Implantado
eSF	15	12	12
ACS	73	67	63

Fonte: Sistema de Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil (SCNES)/E-Gestor, 2021.

Quadro 12. Situação atual da implantação da (s) Equipe(s) de Saúde Bucal em Ibimirim.

Equipes	Teto	Credenciado	Implantado
eSB - I	15	12	12
eSB - II		0	0

Fonte: Sistema de Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil (SCNES)/E-Gestor, 2021.

O município de Inajá possui o mesmo quantitativo de eSF's e eSB's credenciadas e implantadas; ou seja, 06 e 04 equipes respectivamente, mas o quantitativo é bem inferior ao teto que é de 11 para ambas. O número de ACS's credenciados e implantados apesentam um número menor que o teto com diferença de 12 profissionais **(quadro 13 e 14).** A capitação ponderada deste município é de 81,08% demonstrando a importância do município em atingir os tetos citados com o objetivo de melhorar este percentual.

Quadro 13. Situação atual da implantação da(s) equipe(s) de Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde em Inajá.

Equipes	Teto	Credenciado	Implantado
eSF	12	12	6
ACS	58	58	41

Fonte: Sistema de Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil (SCNES)/E-Gestor, 2021.

Quadro 14. Situação atual da implantação da (s) Equipe(s) de Saúde Bucal em Inajá.

Equipes	Teto	Credenciado	Implantado

eSB - I	12	4	4
eSB - II		0	0

Fonte: Sistema de Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil (SCNES)/ E-Gestor, 2021.

O município de Jatobá apresenta sete equipes credenciadas e cinco implantadas,no que diz respeito aos dados apresentados (quadro 15 e 16), mas o número de eSF's e sSB's ainda não atingiu seu teto (02 equipes de cada). O número de ACS's também é inferior ao teto, ou seja, o município deverá implantar mais 10 profissionais para alcançar a cobertura e, consequentemente, melhorar a capitação ponderada que está com 92,6% **(quadro 39)**.

Quadro 15. Situação atual da implantação da(s) equipe(s) de Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde em Jatobá.

Equipes	Teto	Credenciado	Implantado
eSF	7	7	5
ACS	37	37	27

Fonte: Sistema de Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil (SCNES)/E-Gestor, 2021.

Quadro 16. Situação atual da implantação da (s) Equipe(s) de Saúde Bucal em Jatobá.

Equipes	Teto	Credenciado	Implantado
eSB - I	7	5	5
eSB - II		0	0

Fonte: Sistema de Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil (SCNES)/E-Gestor, 2021.

O município de Manari apresenta os mesmos números equipes credenciadas e implantadas, mas quando comparado ao teto o município precisa implantar 04 eSF's e 04 eSB's (**quadros 17 e 18).** O número de ACS's credenciados e implantados são iguais, mas apresentam um déficit de 05 profissionais em relação ao teto. Apesar disto, o município apresenta 86% de capitação ponderada **(quadro 39)**.

Quadro 17. Situação atual da implantação da(s) equipe(s) de Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde em Manari.

Equipes	Teto	Credenciado	Implantado
eSF	11	7	7
ACS	54	47	46

Fonte: Sistema de Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil (SCNES)/E-Gestor, 2021.

Quadro 18. Situação atual da implantação da (s) Equipe(s) de Saúde Bucal em Manari.

Equipes	Teto	Credenciado	Implantado
eSB - I	10	7	7
eSB - II		0	0

Fonte: Sistema de Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil (SCNES)/E-Gestor, 2021.

O município de Pedra apresenta os mesmos números de equipes credenciadas e implantadas, com déficit de apenas 01 eSF e 01 eSB em relação ao teto. O número de ACS's credenciados e implantados demonstra a necessidade de implantação de mais 03 profissionais, quando comparado com o teto (**quadros 19 e 20**). Isto, no entanto, provavelmente não justifica a capitação ponderada de 96,6% **(quadro 39)**.

Quadro 19. Situação atual da implantação da(s) equipe(s) de Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde em Pedra.

Equipes	Teto	Credenciado	Implantado
eSF	11	10	10
ACS	57	53	53

Fonte: Sistema de Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil (SCNES)/E-Gestor, 2021.

Quadro 20. Situação atual da implantação da (s) Equipe(s) de Saúde Bucal em Pedra.

Equipes	Teto	Credenciado	Implantado
eSB - I	11	10	10
eSB - II		0	0

Fonte: Sistema de Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil (SCNES)/E-Gestor, 2021.

O município de Petrolândia possui 11 equipes de Saúde da Família implantadas em relação ao teto, apresentando um déficit de 07 eSF. Quanto ao número de ACS's, o município deverá credenciar mais 23 profissionais para que atinja o teto. As eSB's possuem um déficit de 09 equipes (**quadro 21 e 22**). Estes fatores, principalmente o número de eSF'S e ACS's, contribuem para que o município apresente 68,53% da capitação ponderada sendo um dos menores percentuais quando comparado com os valores dos demais municípios desta Região **(quadro 39)**.

Quadro 21. Situação atual da implantação da(s) equipe(s) de Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde em Petrolândia.

Equipes	Teto	Credenciado	Implantado

Esf	18	11	11
ACS	91	64	64

Fonte: Sistema de Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil (SCNES)/E-Gestor, 2021.

Quadro 22. Situação atual da implantação da (s) Equipe(s) de Saúde Bucal em Petrolândia.

Equipes	Teto	Credenciado	Implantado
eSB - I	18	09	9
eSB - II		0	0

Fonte: Sistema de Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil (SCNES)/E-Gestor, 2021.

O município de Sertânia apresenta os mesmos números de eSF's e eSB's, mas precisam credenciar e implantar mais 08 equipes. Os números de ACS's credenciados e implantados demonstram que o município precisa credenciar mais 06 profissionais (**quadro 23 e 24**). No entanto, com essa quantidade de ESF e ACS, o município apresenta 117,2% da capitação ponderada, sendo um aspecto positivo no que diz respeito à cobertura.

Quadro 23. Situação atual da implantação da(s) equipe(s) de Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde Sertânia.

Equipes	Teto	Credenciado	Implantado
eSF	18	10	10
ACS	90	84	84

Fonte: Sistema de Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil (SCNES)/E-Gestor, 2021.

Quadro 24. Situação atual da implantação da (s) Equipe(s) de Saúde Bucal em Sertânia.

Equipes	Teto	Credenciado	Implantado
eSB - I	18	10	10
eSB - II		0	0

Fonte: Sistema de Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil (SCNES)/E-Gestor, 2021.

O município de Tacaratu apresenta 07 eSF's implantadas e credenciadas e um déficit de 05 equipes, sendo esta diferença ainda maior da eSB's pois precisa credenciar e implantar 7 equipes quando comparamos com o teto. O número de ACS's implantados é menor que o credenciado, assim, o município precisa credenciar mais 10 equipes e implantar 13 ACS's**,** a fim de alcançar o teto (**quadro 25 e 26**). A capitação ponderada é de 83% **(quadro 39)**.

Quadro 25. Situação atual da implantação da(s) equipe(s) de Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde em Tacaratu.

Equipes	Teto	Credenciado	Implantado
eSF	13	8	8
ACS	64	54	48

Fonte: Sistema de Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil (SCNES)/E-Gestor, 2021.

Quadro 26. Situação atual da implantação da (s) Equipe(s) de Saúde Bucal em Tacaratu.

Equipes	Teto	Credenciado	Implantado
eSB - I	13	6	6
eSB - II		0	0

Fonte: Sistema de Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil (SCNES)/E-Gestor, 2021.

O município de Tupanatinga apresenta a necessidade de implantação de 7 eSF's e eSB's, além de 30 ACS (**quadro 27 e 28**). Apesar disto a capitação ponderada neste município é de 99,64% - sendo uma das melhores da Região **(quadro 39)**.

Quadro 27. Situação atual da implantação da(s) equipe(s) de Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde em Tupanatinga.

Equipes	Teto	Credenciado	Implantado
eSF	14	8	7
ACS	68	68	38

Fonte: Sistema de Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil (SCNES)/E-Gestor, 2021.

Quadro 28. Situação atual da implantação da (s) Equipe(s) de Saúde Bucal em Tupanatinga.

Equipes	Teto	Credenciado	Implantado
eSB - I	14	6	6
eSB - II		0	0

Fonte: Sistema de Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil (SCNES)/E-Gestor, 2021.

O município de Venturosa possui o mesmo número de eSF's, eSB's e ACS credenciados e implantados, mas precisa credenciar e implantar mais 01 eSF's, e 01 eSB's e mais 03 ACS's para atingir o teto (**quadro 29 e 30**). A capitação ponderada é de 89,25% **(quadro 39)**, demonstrando que o município precisa não apenas implantar

mais equipes, como também, realizar discussões sobre processo de trabalho buscando realizar educação continuada com os profissionais para a melhoria deste percentual.

Quadro 29. Situação atual da implantação da(s) equipe(s) de Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde em Venturosa.

Equipes	Teto	Credenciado	Implantado
eSF	9	9	9
ACS	45	42	42

Fonte: Sistema de Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil (SCNES)/E-Gestor, 2021.

Quadro 30. Situação atual da implantação da (s) Equipe(s) de Saúde Bucal em Venturosa.

Equipes	Teto	Credenciado	Implantado
eSB - I	9	8	8
eSB - II		0	0

Fonte: Sistema de Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil (SCNES)/E-Gestor, 2021.

A tabela 48 apresenta a distribuição de Hospitais Gerais e Unidades Mistas nos municípios da VI Região de Saúde de Pernambuco, sendo possível identificar que a maioria dos municípios da região possuem hospitais gerais; uma vez que apenas Custódia, Manari, Tacaratu e Venturosa possuem Unidades Mistas.

O município de Arcoverde, abriu em 2020, o Hospital de Campanha Covid-19, implantado conforme Portaria 1.514 de 15 de junho de 2020, que definia critérios técnicos para a implantação de Unidade de Saúde Temporária para assistência hospitalar voltado para os atendimentos aos pacientes no âmbito da emergência pela pandemia do covid-19. Atualmente, o município conta apenas com o Hospital Regional Ruy de Barros Correia e o Hospital Memorial Arcoverde, sendo este da Rede Complementar que possui alguns leitos SUS.

Tabela 48. Distribuição de Hospitais Gerais e Unidades Mistas nos municípios da VI Região de Saúde de Pernambuco, 2022.

Município	Hospital Geral	Unidade Mista
Arcoverde	2	-
Buíque	2	-
Custódia	-	1
Ibimirim	1	-
Inajá	1	-
Jatobá	1	-

Manari	-	1
Pedra	1	-
Petrolândia	2	-
Sertânia	1	-
Tacaratu	-	1
Tupanatinga	1	-
Venturosa	-	1
Total	12	4

Fonte: Sistema de Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil(SCNES), 2022.

As tabelas a seguir **(49, 50 e 51)** apresentam a distribuição dos leitos SUS nos municípios, versus o número de internações dos munícipes por local de ocorrência versus a distribuição dos leitos por especialidade nos municípios.

Tabela 49. Distribuição dos leitos de internação, SUS e não SUS, nos municípios da VI Região de Saúde de Pernambuco, 2020.

Município	SUS	Não SUS	Total
Arcoverde	131	46	177
Buíque	57	-	57
Custódia	49	38	87
Ibimirim	26	-	26
Inajá	13	-	13
Jatobá	23	-	23
Manari	27	-	27
Pedra	28	-	28
Petrolândia	112	-	112
Sertânia	54	19	73
Tacaratu	21	-	21
Tupanatinga	21	-	21
Venturosa	24	-	24
Total	586	103	689

Fonte: Sistema de Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil (SCNES), 2020.

Tabela 50. Número absoluto de internações dos munícipes por local de ocorrência da VI Região de Saúde por local de ocorrência, 2016 – 2021.

Município de Internação	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Arcoverde	5067	7168	6783	5902	5571	7097
Buíque	2208	2233	2255	2293	1536	1872
Custódia	328	302	428	449	341	463
Ibimirim	156	211	263	191	276	430

Inajá	296	231	198	140	125	226
Jatobá	43	43	65	84	152	113
Manari	85	77	121	203	202	257
Pedra	118	245	154	137	99	219
Petrolândia	1775	1076	1593	3306	1769	1418
Sertânia	297	422	531	684	459	516
Tacaratu	64	119	185	63	57	222
Tupanatinga	73	44	136	155	128	119
Venturosa	201	221	291	249	257	324
Total	**10711**	**12392**	**13003**	**13856**	**10972**	**13276**

Fonte: Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS).

Tabela 51. Distribuição dos leitos de internação SUS por especialidade nos municípios da VI Região de Saúde de Pernambuco, 2022.

Leitos	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
COMPLEMENTAR	**34**	**-**	**-**	**-**	**-**	**-**	**-**	**-**	**2**	**-**	**-**	**-**	**-**
UTI adulto tipo II	8	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
UTI adulto tipo II (COVID-19)	26	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Unidade de Isolamento									2	-	-	-	-
CIRURGICO	**36**	**-**	**-**	**-**	**-**	**4**	**-**	**2**	**8**	**-**	**-**	**-**	**4**
Cirurgia Geral	12	-	-	-	-	4	-	2	2	-	-	-	4
Ortopedia/Traumatologia	22	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Oncologia	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Ginecologia	-	-	-	-	-	-	-	-	4	-	-	-	-
Otorrinolaringologia	-	-	-	-	-	-	-	-	2	-	-	-	-
CLÍNICO	**34**	**38**	**38**	**20**	**5**	**9**	**16**	**14**	**27**	**44**	**13**	**14**	**10**
Clínica Geral	28	38	37	20	5	9	16	14	25	44	13	14	10
Saúde Mental	6	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Neonatologia	-	-	-	-	-	-	-	-	2	-	-	-	-
OBSTÉTRICO	**29**	**8**	**5**	**3**	**6**	**4**	**8**	**4**	**16**	**4**	**4**	**4**	**6**
Obstetrícia Cirúrgica	11	6	3	-	-	-	2	2	14	-	-	3	4
Obstetrícia Clínica	18	2	2	3	6	4	6	2	2	4	4	1	2
PEDIÁTRICO	**10**	**11**	**7**	**3**	**2**	**6**	**3**	**2**	**7**	**6**	**4**	**3**	**4**
Pediatria Cirúrgica	1	-	-	-	-	-	-	1	4	-	-	-	-
Pediatria Clínica	9	11	7	3	2	6	3	1	3	6	4	3	4
Outras especialidades	**-**	**-**	**-**	**-**	**-**	**-**	**-**	**-**	**9**	**-**	**-**	**-**	**-**
Psiquiatria	-	-	-	-	-	-	-	-	8	-	-	-	-
Reabilitação	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-
TOTAL	**140**	**57**	**50**	**26**	**19**	**23**	**27**	**20**	**69**	**54**	**21**	**21**	**24**

Fonte: Sistema de Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil (SCNES), 2022. Legenda: 1 – Arcoverde; 2 – Buíque; 3 – Custódia; 4 – Ibimirim; 5 – Inajá; 6 – Jatobá; 7 – Manari; 8 – Pedra; 9 – Petrolândia; 10 – Sertânia; 11 – Tacaratu; 12 – Tupanatinga; 13 – Venturosa.

É interessante ressaltar que dos 36 leitos cirúrgicos em Arcoverde 12 são de cirurgia geral (10 no Hospital Regional Ruy de barros Correia e 2 no Hospital memorial Arcoverde), 22 ortopedia e traumatologia e 2 para cirurgia oncológica, sendo estes 2

leitos SUS no Hospital Memorial Arcoverde. Os leitos clínicos são 28 para clínica geral (26 no HSBC e 2 HMA) e 06 leitos de saúde mental (tabela 51).

De acordo com a tabela 51, a distribuição dos leitos do SUS por especialidade mostra maior concentração de leitos clínicos (402) na região seguida dos leitos obstétricos (101). O município que apresenta o maior número de leitos é Arcoverde (143), seguido pelo município de Petrolândia (69) e Buíque (57). Importante destacar que o HRRBC possui 20 leitos de UTI adulto tipo II (COVID-19) devido a pandemia da Covid-19.

Tabela 52. Número de internações hospitalares por leito/especialidade dos munícipes da região internados na VI Região de Saúde de Pernambuco, 2017 a 2021.

Leito\Especialidade	2017	2018	2019	2020	2021
Cirúrgico	1876	1631	1847	1288	1863
Obstétricos	4060	4206	4030	3602	3755
Clínico	4550	5166	6006	5141	6559
Pediátricos	1906	2000	1973	941	1099
Total	12392	13003	13856	10972	13276

Fonte: Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS).

De acordo com a tabela acima (**tabela 52**), o número de internações hospitalares por leito/especialidade dos munícipes da região internados na VI região, diante dos dados é possível identificar que em todos os anos o número de internações em leitos clínicos foi maior, seguido pelos leitos obstétricos, estabelecendo uma relação concêntrica com a distribuição de leitos disponíveis na região.

A principal causa de internação dos munícipes na própria região, de acordo com grupo de causas, é decorrente da *gravidez, parto e puerpério*, seguido por *algumas doenças infecciosas e parasitárias* em todos os anos demonstrados. No que se refere às *doenças do aparelho respiratório* é possível identificar que no ano de 2019 houve maior número de internação em relação aos demais anos; isto pode estar relacionado a pandemia da Covid-19, sendo que não se pode afirmar, uma vez que a Covid-19 é uma doença sistêmica. O aumento de internação em UTI pode estabelecer relação

direta com os casos covid-19, sendo conveniente enfatizar que houve aumento do número de leitos de UTI, devido aos casos graves de covid-19 (tabela 53).

Tabela 53. Número absoluto de internações hospitalares dos munícipes da região, por grupos de causas, na VI Região de Saúde de Pernambuco, 2017 a 2021.

Diagnóstico CID 10 (por capítulo)	2017	2018	2019	2020	2021
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	1780	1917	2302	2114	3010
II. Neoplasias (tumores)	236	476	897	679	584
III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	70	98	127	91	86
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	539	641	598	494	613
V. Transtornos mentais e comportamentais	14	9	13	38	45
VI. Doenças do sistema nervoso	56	41	66	59	52
VII. Doenças do olho e anexos	2	0	2	0	2
VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastóide	10	14	18	5	6
IX. Doenças do aparelho circulatório	724	801	922	649	627
X. Doenças do aparelho respiratório	2089	2060	2288	1120	1228
XI. Doenças do aparelho digestivo	1505	1404	1853	1178	1044
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	150	156	215	240	238
XIII. Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	82	76	85	54	83
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	1195	1628	1833	1183	1429
XV. Gravidez parto e puerpério	5349	5582	5202	4791	4734

XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	170	245	203	145	112
XVII.Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	39	26	26	29	19
XVIII.Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	174	276	186	152	267
XIX. Lesões enven e alg out conseq causas externas	689	911	820	420	1070
XXI. Contatos com serviços de saúde	14	4	5	1	46
XXII.Códigos para propósitos especiais	0	0	0	3	2
Total	**14887**	**16365**	**17661**	**13445**	**15297**

Fonte: Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS), 2022.

7.2 INDICADORES DE DESEMPENHO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E CAPITAÇÃO PONDERADA

7.2.1 INDICADORES DE DESEMPENHO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Levando em consideração a nova Portaria MS/GM nº 3.222, de 10 de dezembro de 2019, constam como indicadores do pagamento por desempenho no âmbito da atenção primária:

I. Proporção de gestantes com pelo menos 6 (seis) consultas pré-natal realizadas, sendo a 1ª até a 20ª semana de gestação;
II. Proporção de gestantes com realização de exames para sífilis e HIV;
III. Proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado;
IV. Cobertura de exame citopatológico;
V. Cobertura vacinal de poliomielite inativada e de pentavalente;
VI. Percentual de pessoas hipertensas com pressão arterial aferida em cada semestre;
VII. Percentual de diabéticos com solicitação de hemoglobina glicada.

De acordo com a Nota Técnica nº 5/2020-MS, os indicadores de pagamento por desempenho serão monitorados individualmente a cada quadrimestre, e o cálculo do indicador sintético, medido na mesma periodicidade. O valor do incentivo financeiro do Pagamento por Desempenho para os municípios e Distrito Federal será vinculado

ao desempenho obtido pelo indicador sintético final e não pelos valores individualizados pelos sete indicadores.

Devem ser consideradas as seguintes definições:

- Parâmetro: ponto, a partir do zero, no qual um indicador atinge até 100% do seu valor de referência;
- Peso: fator de multiplicação de cada indicador na composição da nota final;
- Indicador Sintético Final: Indicador síntese do desempenho das equipes que variará de (0) zero a (10) dez, sendo obtido a partir da atribuição da nota individual para cada indicador, segundo seus respectivos parâmetros e da ponderação pelos respectivos pesos de cada indicador, definidos em conformidade com o esforço necessário para seu alcance.

Dessa maneira, a seguir serão apresentados como estão estes indicadores nesta região seguidos pelo indicador sintético final. É importante relatar que o Ministério da saúde elaborou um documento orientador intitulado *"Como a equipe de saúde da família pode melhorar os indicadores de desempenho"* que justifica a utilização destes indicadores e relata as estratégias que os municípios podem utilizar para atingir o parâmetro deles, estas estratégias serão descritas ao longo do texto a seguir.

A última etapa consiste na agregação dos resultados, em que os resultados ponderados dos indicadores são condensados em um único indicador final denominado Indicador Sintético Final (ISF). A agregação é realizada somando as nota ponderada do indicador (NPI) de todos os indicadores e dividindo por 10 (a soma de todos os pesos). Esse resultado é o ISF, nota final que congrega o resultado ponderado de todos os indicadores, facilitando a interpretação do desempenho do município.

7.2.1.1 **I - Proporção de gestantes com pelo menos 6 (seis) consultas pré-natal realizadas, sendo a 1ª até a 20ª semana de gestação:**A meta desse indicador é 60% e o parâmetro ≥ 80%, conforme pactuação do Programação Previne Brasil.

O quadro abaixo (**quadro 31**) revela a proporção de gestantes com pelo menos 6 (seis) consultas pré-natal realizadas, sendo a primeira até a 20ª semana de gestação por quadrimestre. Do segundo quadrimestre 2020 ao terceiro quadrimestre de 2021,

o município de Custódia atingiu a meta (≥60%), sendo alcançada do segundo quadrimestre de 2020 ao terceiro quadrimestre do 2021.

Apesar da variação em todos os municípios ao longo dos quadrimestres, Petrolândia é o único município que se manteve no vermelho, ou seja, com percentual <9% até o segundo quadrimestre de 2020, buscando um aumento do terceiro quadrimestre de 2020 ao terceiro quadrimestre de 2021. Em seguida o município de Jatobá, também se manteve com resultado inferior do terceiro quadrimestre de 2019 ao terceiro de 2020, porém com um percentual maior que Petrolândia no primeiro e segundo quadrimestre de 2021.

Quadro 31. Proporção de gestantes com pelo menos 6 (seis) consultas pré-natal realizadas, sendo a primeira até a 20ª semana de gestação por quadrimestre, 2018 a 2021.

Município	**2018 Q1 %**	**2018 Q2 %**	**2018 Q3 %**	**2019 Q1 %**	**2019 Q2 %**	**2019 Q3 %**	**2020 Q1 %**	**2020 Q2 %**	**2020 Q3 %**	**2021 Q1 %**	**2021 Q2 %**	**2021 Q3 %**
Arcoverde	33	43	33	35	36	40	44	51	59	62	65	69
Buíque	26	23	21	28	44	57	40	45	69	71	74	69
Custódia	6	42	44	45	48	53	47	63	63	65	61	61
Ibimirim	13	16	35	27	30	45	44	50	33	36	52	59
Inajá	9	8	5	3	10	45	55	46	49	49	50	68
Jatobá	18	28	16	34	24	10	8	16	18	46	27	29
Manari	38	45	55	59	42	47	43	34	34	27	19	39
Pedra	0	0	1	1	1	19	16	25	18	13	15	38
Petrolândia	7	1	15	14	7	4	8	9	28	34	14	39
Sertânia	42	47	45	40	39	43	38	43	45	49	47	60
Tacaratu	49	43	45	52	52	39	43	54	57	37	51	58
Tupanatinga	0	0	0	0	3	11	31	58	61	71	76	81
Venturosa	14	30	34	24	22	24	38	41	36	25	31	51

Fonte: E-Gestor, 2021.

O acompanhamento adequado da gestante ao longo do pré-natal, com consultas em quantidade e qualidade suficiente entre outros elementos, é capaz de identificar problemas pré-existentes e aqueles desenvolvidos ao longo da gestação, propiciando diagnóstico precoce e tratamento apropriado. Isso aumenta as chances de uma gravidez saudável com o desenvolvimento correto do feto e um parto no tempo certo.

Entre as estratégias que podem ser utilizadas para qualificar suas ações estão:

- Realizar vigilância ativa das pessoas adscritas à equipe, estando atento aos sinais de gestação;
- Acompanhar proativamente o quantitativo de consultas de pré-natal por cada gestante podendo ser realizada por meio de relatórios de sistema de informação ou controle manual;

- Facilitar o acesso aos testes de gravidez, preferencialmente, teste rápido por meio de escuta inicial qualificada;
- Agendar consulta subsequente à anterior para as gestantes, acompanhando possíveis faltas e acionando a gestante por meio telefônico ou presencial (domicílio) para entender o motivo;
- Agenda aberta para a gestante, evitando reservas de dia/período que não permitam à gestante escolher o melhor dia/período para ela, evitando absenteísmo.

7.2.1.2 **II. Proporção de gestantes com realização de exames para sífilis e HIV:** A meta deste indicador é 60% e o parâmetro é >=95%, conforme pactuação do Programação Previne Brasil.

Quadro 32. Proporção de gestantes com realização de exames para sífilis e HIV nos municípios da VI Região de Saúde de Pernambuco por quadrimestre, 2018 a 2021.

Município	2018 Q1 %	2018 Q2 %	2018 Q3 %	2019 Q1 %	2019 Q2 %	2019 Q3 %	2020 Q1 %	2020 Q2 %	2020 Q3 %	2021 Q1 %	2021 Q2 %	2021 Q3 %
Arcoverde	38	45	35	32	32	34	49	49	55	50	46	57
Buíque	26	34	41	53	59	60	66	74	84	83	84	84
Custódia	53	64	63	57	58	52	65	70	73	75	74	72
Ibimirim	13	27	21	20	26	40	53	60	43	55	65	72
Inajá	20	23	20	38	29	59	64	62	60	62	53	89
Jatobá	0	4	20	38	44	30	44	25	21	52	36	38
Manari	37	46	48	40	34	40	70	55	54	39	27	43
Pedra	0	15	23	25	29	32	37	49	55	56	39	61
Petrolândia	2	7	24	22	14	12	20	25	25	31	44	79
Sertânia	48	39	35	47	49	65	72	71	74	69	69	84
Tacaratu	35	39	53	60	48	48	45	75	63	59	61	81
Tupanatinga	0	0	0	3	0	11	58	65	72	81	80	75
Venturosa	39	41	46	52	30	21	27	23	32	44	50	53

Fonte: E-Gestor, 2021.

No que se refere a proporção de gestantes com realização de exames para sífilis e HIV de acordo com o quadro acima **(quadro 32**), do primeiro quadrimestre de 2018 ao terceiro quadrimestre de 2021 os municípios de Arcoverde, Jatobá e Venturosa não conseguiram atingir a meta (≥60%). Ao longo dos quadrimestres a maioria dos

municípios demonstraram melhorias, destacando-se os três quadrimestres de 2021 com os melhores resultados de Buíque, Custódia, Sertânia e Tupanatinga.

É importante ressaltar que as infecções por HIV e sífilis são duas das doenças mais ameaçadoras ao feto, podendo ser transmitidas verticalmente. A interrupção do ciclo de transmissão gestante-feto pode ser feita com terapia de eficácia reconhecida, se identificada em momento oportuno, realizando as seguintes ações:

- Solicitar a primeira bateria desses exames logo na primeira consulta de pré-natal;
- Acionar o ACS para averiguar se os exames foram feitos, e, caso não tenham, desenvolver estratégias para facilitar o acesso aos exames.
- Caso a mulher não tenha sorologias recentes, solicitar os exames mesmo que ainda não se tenha confirmação da gravidez;
- Dar preferência aos testes rápidos;
- Caso não haja teste rápido disponível, ter noção dos tempos necessários entre solicitação, marcação no laboratório e realização do exame na realidade da sua rede de atenção;
- Criar fluxo facilitado para a marcação desses exames e acompanhamento do agendamento para gestante pela importância do tempo maior para esse grupo.

7.2.1.3 **III. Proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado:** A meta deste indicador é 60%, e o parâmetro >=90%, conforme pactuação do Programa Previne Brasil.

Quadro 33. Proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado nos municípios da VI Região de Saúde de Pernambuco por quadrimestre, 2018 a 2021.

Município	2018 Q1 %	2018 Q2 %	2018 Q3 %	2019 Q1 %	2019 Q2 %	2019 Q3 %	2020 Q1 %	2020 Q2 %	2020 Q3 %	2021 Q1 %	2021 Q2 %	2021 Q3 %
Arcoverde	35	43	27	30	29	47	52	48	41	46	66	72
Buíque	3	9	25	13	20	18	18	21	62	29	54	62
Custódia	33	43	24	35	48	46	45	66	77	79	87	87
Ibimirim	23	34	27	34	46	41	33	22	21	32	61	76
Inajá	0	3	1	0	1	1	4	9	11	36	34	74

Jatobá	16	14	10	14	10	10	20	14	4	4	5	20
Manari	21	29	28	40	42	50	41	27	15	16	28	52
Pedra	0	0	3	12	19	25	25	35	41	49	33	59
Petrolândia	3	4	18	10	10	7	11	5	7	26	37	80
Sertânia	40	37	28	24	24	32	37	35	34	49	69	82
Tacaratu	2	9	16	15	12	13	5	7	16	17	32	64
Tupanatinga	0	0	0	0	0	4	10	27	62	66	66	78
Venturosa	20	21	22	20	19	28	35	27	6	19	14	32

Fonte: E-Gestor, 2021.

As doenças bucais podem gerar problemas gestacionais como a indução do parto prematuro, prejudicando potencialmente a saúde e o desenvolvimento do bebê. A saúde bucal deve ser observada na gestante como parte importante do cuidado pré-natal.

A meta do indicador de proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado é de (≥60%). De acordo com o quadro acima (**quadro 33**), esta meta foi atingida apenas a partir do segundo quadrimestre de 2020 (Custódia), demonstrando a capacidade de coordenar o cuidado da gestante entre a equipe de saúde da família e a equipe de saúde bucal. Custódia e Tupanatinga alcançaram a meta em todos os quadrimestres de 2021, demonstrando a capacidade de coordenar o cuidado da gestante entre a equipe de saúde da família e a equipe de saúde bucal. Os municípios de Arcoverde, Ibimirim e Sertânia chegaram a atingir a meta nos dois últimos quadrimestres de 2021; enquanto os demais municípios oscilaram em todos os quadrimestres apresentando percentuais sempre <42%.

Os municípios podem qualificar seus resultados com as seguintes ações:

- Marcar consulta com a equipe de saúde bucal no primeiro contato pré-natal da equipe de saúde da família, preferencialmente, no momento da confirmação da gestação, inserindo esse elemento como mais um no check-list básico de primeira consulta;
- Manter vaga aberta na agenda da equipe de saúde bucal em quantidade proporcional ao total de gestantes acompanhadas pelas equipes de saúde da família, caso essa reservas de vagas não sejam preenchidas, realizar o preenchimento com outros usuários;
- Criar canal de comunicação direto entre as equipes podendo utilizar de e-mail, chat, prontuário eletrônico, telefone ou outro disponível para verificar o encaminhamento e retorno, mesmo que ambas as equipes estejam no mesmo

ambiente físico.

7.2.1.4 **IV. Cobertura de exame citopatológico:** A meta deste indicador é 40%, e o parâmetro é >=80%, conforme pactuação do Programa Previne Brasil.

Quadro 34. Cobertura de exame citopatológico realizado nos municípios da VI Região de Saúde de Pernambuco por quadrimestre, 2018 a 2021.

Município	2018 Q1 %	2018 Q2 %	2018 Q3 %	2019 Q1 %	2019 Q2 %	2019 Q3 %	2020 Q1 %	2020 Q2 %	2020 Q3 %	2021 Q1 %	2021 Q2 %	2021 Q3 %
Arcoverde	17	18	18	18	19	21	21	21	21	21	20	22
Buíque	21	21	24	25	24	24	24	23	23	21	21	23
Custódia	12	18	21	24	23	24	25	24	24	24	23	24
Ibimirim	21	23	24	24	23	22	23	21	21	22	27	29
Inajá	4	6	7	8	11	15	15	15	15	17	18	25
Jatobá	4	6	8	11	12	14	15	13	14	13	15	20
Manari	17	19	19	20	21	21	20	20	20	18	18	19
Pedra	3	2	1	2	4	6	7	8	41	9	12	14
Petrolândia	8	8	7	8	6	6	7	6	7	10	15	20
Sertânia	11	13	14	14	13	14	13	11	9	8	9	11
Tacaratu	11	13	15	16	15	15	16	16	16	15	18	25
Tupanatinga	2	2	2	1	1	1	3	3	5	8	10	14
Venturosa	6	10	14	15	14	15	15	15	15	15	15	15

Fonte: E-Gestor, 2021.

O câncer cérvico-uterino é o único completamente identificado anteriormente ao seu desenvolvimento e tem uma história natural bem conhecida, incluindo seus agentes causadores. Contudo, o número desse tipo de câncer ainda é acima do esperado para um país que oferece cobertura universal de rastreamento.

O quadro acima demonstra que a meta da cobertura de exame citopatológico, assim como o parâmetro, não foram atingidos por nenhum dos municípios no período estudado, os valores oscilam entre amarelo (<=16 e <28%) e vermelho (>=28 e <40%) revelando uma fragilidade dos municípios neste indicador.

Este indicador revela a capacidade da equipe de realizar vigilância ativa da população adscrita, por meio de captação de mulheres que não tenham ido espontaneamente à unidade para aplicação do exame, de facilitar o acesso ofertando o serviço a todas as mulheres na idade preconizada que frequentam a unidade independentemente do motivo e de aplicar esse exame em quantitativo compatível com a população de rastreamento adscrita.

As seguintes estratégias podem ser utilizadas para melhorar este indicador:

- Adquirir dados populacionais para mensuração da oferta necessária ao

rastreamento adequado para toda a população feminina na faixa etária;

- Possuir controle individualizado dessa população e não por quantitativo total, evitando realizar o exame sempre para as mesmas mulheres e deixando outras de fora do programa de rastreamento;
- Buscar método de controle do seguimento das mulheres com exame alterado sistema eletrônico ou registro de papel, ambos verificados periodicamente;
- Ofertar esse exame a todas as mulheres na idade preconizada que frequentam a unidade independentemente do motivo.

7.2.1.5 **V. Cobertura vacinal de Poliomielite Inativada e de Pentavalente:** A meta e o parâmetro é .>=95%, conforme pactuação do Programa Previne Brasil.

Quadro 35. Cobertura vacinal de Poliomielite inativada e de Pentavalente dos municípios da VI Região de Saúde de Pernambuco, segundo quadrimestre de 2020 e quadrimestres de 2021.

Município	2020 Q2%	2020 Q3%	2021 Q1 %	2021 Q2 %	2021 Q3 %
Arcoverde	67	73	45	10	10
Buíque	57	100	46	10	10
Custódia	63	52	44	10	10
Ibimirim	65	93	50	10	10
Inajá	59	100	60	10	10
Jatobá	39	67	41	10	10
Manari	71	32	46	10	10
Pedra	100	64	86	10	10
Petrolândia	72	100	42	10	10
Sertânia	49	73	42	10	10
Tacaratu	86	100	71	10	10
Tupanatinga	53	63	39	10	10
Venturosa	67	100	5	10	10

Fonte: E-Gestor, 2021.

É fundamental monitorar a cobertura vacinal, principalmente, no primeiro ano de vida, em que o sistema imunológico ainda está pouco desenvolvido. A verificação dessas duas vacinas se dá como uma forma mais fácil de monitorar a adesão da criança ao calendário vacinal.

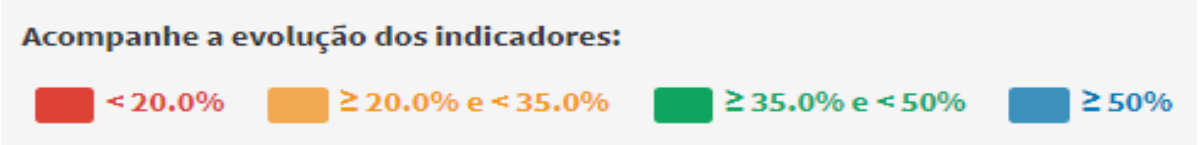
De acordo com o quadro acima **(quadro 35),** os municípios de Pedra e Tacaratu apresentaram um melhor percentual neste indicador no primeiro quadrimestre de 2021. O resultado do Indicador “Cobertura vacinal de Poliomielite inativada e de Pentavalente” considerou o alcance de 100% devido à correção da divergência no método de cálculo em 2021, para fins de cálculo do ISF.

Este indicador retrata a necessidade de todos os profissionais que atuam na Estratégia de Saúde da Família realizar o acompanhamento das crianças adscritas em seus territórios, realizando captação para vacinar nas consultas e dialogar com os pais sobre a importância da imunização.

Algumas estratégias podem ser utilizadas pelas esquipes, como:

- Realizar captação das crianças logo após o nascimento, de preferência no momento do teste do pezinho e/ou consulta puerperal, realizando a marcação da primeira consulta de puericultura para a primeira semana de vida;
- Orientar sobre a importância das vacinas nas consultas de pré-natale continuar ao longo das consultas de puericultura;
- Monitorar o acompanhamento dos faltosos de forma individual e realizar busca ativa;
- Estabelecer contato contínuo com creches para verificação do calendário vacinal, acompanhando de forma conjunta e mantendo diálogo colaborativo entre esses serviços.

7.2.1.6 **VI. Percentual de pessoas hipertensas com pressão arterial aferida em cada semestre:** A meta deste indicador é 50% e o parâmetro é ≥ 90%, conforme pactuação do Programa Previne Brasil.



Quadro 36. Percentual de pessoas hipertensas com Pressão Arterial aferida em cada semestre nos municípios da VI Região de Saúde de Pernambuco por quadrimestre, 2018 a 2021.

Município	2018 Q1 %	2018 Q2 %	2018 Q3 %	2019 Q1 %	2019 Q2 %	2019 Q3 %	2020 Q1 %	2020 Q2 %	2020 Q3 %	2021 Q1 %	2021 Q2 %	2021 Q3 %
Arcoverde	0	0	0	0	0	0	1	3	4	5	7	9

Buíque	0	0	0	0	0	0	7	1	12	6	9	12
Custódia	0	5	6	6	5	6	1	8	10	10	11	12
Ibimirim	0	0	0	0	0	1	0	1	1	2	7	14
Inajá	0	0	0	0	0	0	0	1	3	5	8	13
Jatobá	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	4	10
Manari	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4
Pedra	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2
Petrolândia	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	3
Sertânia	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	5	7
Tacaratu	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	4	10
Tupanatinga	0	0	0	0	0	0	0	2	5	7	11	12
Venturosa	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Fonte: E-Gestor, 2021.

A hipertensão é uma das doenças crônicas não transmissíveis mais prevalentes na população brasileira. Além disso, é um importante agravante para aumento do risco cardiovascular, principalmente, se não estiver devidamente acompanhada e compensada. Além de aumentar a mortalidade, sobretudo em pessoas idosas, é fator importante de hospitalização e custos ao sistema de saúde.

Este indicador evidencia o contato entre a pessoa hipertensa e o serviço de saúde com a efetiva verificação de pressão arterial duas vezes ao ano, uma por semestre.

O quadro acima demonstra que em todos os municípios o indicador Percentual de pessoas hipertensas com Pressão Arterial aferida em cada semestre encontra-se abaixo da meta, ou seja, percentual de <20%. Isto pode estar relacionado tanto a falta de acompanhamento dessas pessoas pelos profissionais de saúde como uma dificuldade em registrar de forma correta no sistema de informações.

Diante disso, os municípios podem adotar essas estratégias em seus processos de trabalho:

- Manter acompanhamento nominal das pessoas com hipertensão adscritas à equipe verificando a frequência de acompanhamento;
- Criar um fluxograma para propiciar o constante monitoramento de pressão arterial (PA) dos usuários na Unidade Básica de Saúde da Família, com a finalidade de que pessoas com hipertensão arterial sistêmica (HAS) tenham o hábito de monitorar a sua PA;
- O agendamento das consultas de acompanhamento deve ser feito não só para

o médico, mas também para o enfermeiro da equipe. Ambos podem acompanhar o indivíduo com essa condição, resguardando as diferenças de atuação e observações de protocolos de atendimento;

- Orientar a pessoa com hipertensão sobre a importância das consultas de acompanhamento e a verificação da PA no serviço, mesmo que esta não esteja descompensada;
- Flexibilizar agenda sem realizar reserva de período para esse público, possibilitando a consulta no melhor horário para o usuário sem bloquear o acesso de pessoas com outras condições de saúde/doença;
- Registrar no Sistema de Informação E-SUS todas as consultas com aferição de PA conforme os manuais do Prontuário Eletrônico do Cidadão e Coleta de Dados Simplificada.

7.2.1.7 **VII. Percentual de diabéticos com solicitação de hemoglobina glicada:** A meta deste indicador é 50% e seu parâmetro é ≥ 90%, conforme pactuação do Programa Previne Brasil.

Quadro 37. Percentual de diabéticos com solicitação de hemoglobina glicada nos municípios da VI Região de Saúde de Pernambuco por quadrimestre, 2018 a 2021.

Município	2018 Q1 %	2018 Q2 %	2018 Q3 %	2019 Q1 %	2019 Q2 %	2019 Q3 %	2020 Q1 %	2020 Q2 %	2020 Q3 %	2021 Q1 %	2021 Q2 %	2021 Q3 %
Arcoverde	1	2	2	2	2	2	4	4	7	10	14	18
Buíque	1	1	1	2	3	4	4	6	27	19	24	27
Custódia	1	2	1	1	1	1	1	2	3	5	8	12
Ibimirim	1	1	1	1	0	0	1	1	2	5	37	42
Inajá	0	0	1	1	4	7	9	8	7	13	29	65
Jatobá	0	0	0	1	1	1	0	0	0	1	3	8
Manari	0	0	0	1	1	1	1	1	0	0	1	9
Pedra	0	0	0	2	3	3	2	3	4	5	8	20
Petrolândia	1	1	1	1	1	1	1	1	1	7	34	41
Sertânia	2	2	1	1	2	4	5	7	9	18	30	47
Tacaratu	0	0	0	0	0	0	0	6	7	9	16	39

Tupanatinga	0	0	0	0	0	0	1	1	2	4	13	18
Venturosa	1	1	1	0	1	1	1	1	1	2	2	3

Fonte: E-Gestor, 2021.

O diabetes mellitus é um transtorno metabólico de alta prevalência na população brasileira, é um dos fatores de risco cardiovascular e a preocupação com essa doença vem aumentando devido às complicações agudas e crônicas. Por ser uma condição sensível à Atenção Primária à Saúde, o bom manejo dessa doença contribui para a diminuição das complicações e morte. A mensuração de hemoglobina glicada é o exame padronizado mais adequado para o acompanhamento de longo prazo desse problema de saúde.

Este indicador demonstra o acompanhamento regular realizado pela equipe de saúde as pessoas com diabetes mellitus bem como a realização do exame padronizado de acompanhamento dessa doença, de maneira complementar à glicose sérica ou glicemia capilar quando estes também forem necessários.

O quadro acima revela que o município de Inajá se destacou entre os demais neste indicador, com percentual <60% no terceiro quadrimestre de 2021. E os municípios de Ibimirim, Petrolândia, Sertânia e Tacaratu apresentaram uma melhoria no indicador chegando a ≥35% no último quadrimestre de 2021.

Seguem algumas estratégias que podem ser utilizadas para melhorar os resultados desse indicador:

- Manter acompanhamento nominal das pessoas com diabetes adscritas à equipe verificando frequência de acompanhamento;
- O agendamento das consultas de acompanhamento deve ser feito não só para o médico, mas também para o enfermeiro da equipe. Ambos podem acompanhar o indivíduo com essa condição, resguardando as diferenças de atuação e observações de protocolos de atendimento;
- Orientar o cidadão com diabetes sobre a importância das consultas de acompanhamento, dos exames laboratoriais e de levar os resultados no retorno;
- Flexibilizar agenda sem reservar período para esse público, possibilitando a consulta no melhor horário para o cidadão sem bloquear acesso de pessoas com outras condições de saúde/doença.

Quadro 38. Resultado do ISF (indicador sintético final) de cada indicador do PREVINE BRASIL, do segundo quadrimestre de 2021, dos municípios da VI Região de saúde de Pernambuco.

Municípios	Pré-N6	Pré-T	Pré-NCO	Cito	CobVac	PA	PD	ISF
Arcoverde	10	9,5	10	5,5	10	1,8	3,6	7,22
Buíque	10	10	10	5,75	10	2,4	5,4	7,6
Custódia	10	10	10	6	10	2,4	2,4	7,32
Ibimirim	9,83	10	10	7,25	10	2,8	8,4	8,11
Inajá	10	10	10	6,25	10	13	65	8,15
Jatobá	4,83	6,33	3,33	5	10	2	1,6	4,84
Manari	6,5	7,17	8,67	4,75	10	0,8	1,8	5,92
Pedra	6,33	10	9,83	3,5	10	0,4	4	6,43
Petrolândia	7	10	10	5,25	10	0,8	9,6	7,35
Sertânia	10	10	10	2,75	10	1,4	9,4	7,5
Tacaratu	9,67	10	10	6,25	10	2	7,8	7,78
Tupanatinga	10	10	10	3,5	10	2,6	4	7,27
Venturosa	8,5	8,83	5,33	3,75	10	0	6	5,24

Fonte: E-GESTOR, 2020.**Legenda**: Pré-N6 – Pré-Natal(6 Consultas); Pré-T – Pré-natal Teste rápidos (Sífilis e HIV); Pré-NCO – Pré-natalConsulta odontológica; Cito – Citopatológico ;CobVac – Cobertura Vacinal (Penta e Pólio); PA – Pessoas hipertensas (PA aferida em cada semestre); PD – Pessoas com Diabetes (Hemoglobina glicadas solicitada).

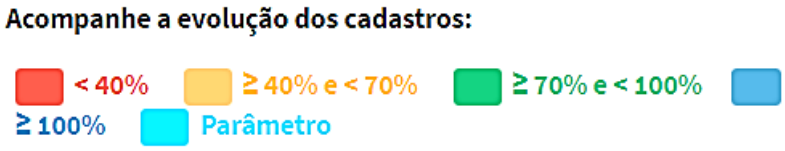
As notas dos ISF de todos os municípios estão abaixo da meta, que é 10; portanto, se esses municípios já estivessem recebendo o custeio de acordo premissas do Programa Previne Brasil, todos estariam com prejuízo para recebimento de recurso de desempenho.

7.2.2 CAPITAÇÃO PONDERADA

A capitação ponderada de cada ESF é o cadastro das Equipes de Saúde da Família, este cadastro compõe uma das ações que devem ser realizadas pelas Equipes de Saúde da APS. Por meio dele pode-se obter o reconhecimento da população adscrita à equipe e Unidade de Atenção Primária, subsidiando o planejamento dos profissionais e gestores nas ofertas de serviços e o acompanhamento dos indivíduos sob sua responsabilidade. Portanto, serão considerados como usuários cadastrados aqueles que tiverem um cadastro individual (completo) ou um cadastro simplificado (aquele realizado imediatamente antes do atendimento, quando a pessoa não possui cadastro completo prévio).

Abaixo apresentamos a situação atual da Capitação Ponderada da APS nos municípios da Região, sendo nos municípios de Ibimirim e Tacaratu os menores percentuais de cobertura (abaixo de 90%) e o município de Buíque a maior cobertura (mais de 100%).

Legenda:



Quadro 39. Número de cadastros do segundo quadrimestre, dos municípios da VI Geres, 2021.

Município	Cobertura atual (habitantes)	Porcentagem de cobertura (%)
Arcoverde	76.182	101,8
Buíque	50.988	142
Custódia	37.481	100,3
Ibimirim	24.488	83
Inajá	16.914	102,5
Jatobá	12.739	92,6
Manari	16.555	86
Pedra	21.904	96,6
Petrolândia	29.846	98,66
Sertânia	32.256	117,2
Tacaratu	18.277	83
Tupanatinga	19.182	99,64
Venturosa	16.652	89,25

Fonte: E-Gestor, 2021.

7.3 REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

A Portaria Nº 4.279/2010 define a Rede de Atenção à Saúde (RAS)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",* com o objetivo de promover a integração dessas ações e serviços, fundamentada na atenção contínua e de qualidade, multiprofissional, integral e humanizada.

Para melhor organização da atenção à saúde foram criadas diversas redes que proporcionaram uma organização e integralidade dos serviços. A partir disso, será

apresentado como está estruturada as redes de atenção à saúde da VI Região de Saúde de Pernambuco.

.

7.3.1 REDE MATERNO INFANTIL

Desde os primórdios, a assistência à Saúde materno e infantil sempre foi associada às questões reprodutivas e não era voltada para uma assistência integral. Foi a partir de 1980, com os movimentos feministas da época, que impulsionaram a construção 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 voltada para a saúde materno e infantil.

Desta maneira, podemos citar como exemplos a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) e a 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 foi reduzir as altas taxas de morbimortalidade materna, perinatal e neonatal no País. Entretanto, não obteve 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 desta população (CASSIANO *et al,* 2014).

Para melhor abordagem da Rede Materno Infantil descreveremos em subtópicos, os quais são: Rede Cegonha, Programa Mãe Coruja Pernambucana, Núcleo de Apoio às Famílias das Crianças com Microcefalia e o Programa Olhar Para as Diferenças, sendo esse último, um Programa Estadual implantado com atuação exclusiva na VI Região, apresenta-se como uma experiência inicial, nesta região, e seguirá uma metodologia elaborada sob uma perspectiva transversal, unindo saberes e expertises das secretarias de educação, saúde e desenvolvimento social, bem como parcerias com órgãos e entidades não governamentais.

7.3.1.1 REDE CEGONHA

O Ministério da Saúde instituiu no âmbito do SUS a Rede Cegonha em 2011 através da Portaria nº 1.459, a qual consiste:

> “numa 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 direito ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis”.

Tem como objetivos fomentar a implementação de novo modelo de atenção à saúde da mulher e à saúde da criança com foco na atenção ao parto, ao nascimento, ao crescimento e ao desenvolvimento da criança de zero aos vinte e quatro meses; organizar a Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil para que esta garanta acesso, acolhimento e resolutividade; reduzindo a mortalidade materna e infantil com ênfase no componente neonatal.

A Rede é organizada em quatro componentes, sendo eles:

I. Pré-Natal;
II. Parto e Nascimento;
III. Puerpério e Atenção Integral à Saúde da Criança;
IV. Sistema Logístico: Transporte Sanitário e Regulação.

Ainda segundo a Portaria nº 1.459/2011 a Rede Cegonha deve ser implementada, gradativamente, em todo território nacional respeitando critérios epidemiológicos, tais como taxa de mortalidade infantil, razão de mortalidade materna e densidade populacional. Desta maneira, no dia 06/05/2011 no Palácio do Campo das princesas, o ex-governador, Eduardo Campos e o ex-ministro da saúde, Alexandre Padilha, assinaram o termo de adesão de Pernambuco a Rede Cegonha tornando o estado de Pernambuco o primeiro estado a aderir a Rede cegonha no país fortalecendo o Programa Mãe Coruja já existente no estado desde o ano de 2007 (SES-PE, 2011).

Em 2013 foi proposto o primeiro desenho da Rede Cegonha da VI Região de Saúde pela pactuação Comissão Intergestores Regional - CIR-2013, sendo atualizado um novo desenho em 2016. De acordo com a - Resolução CIR Nº 48, de 14 de junho de 2016 a VI Região de Saúde apresenta as seguintes referências presentes no quadro 40 para partos de Risco Habitual e de Alto Risco.

Quadro 40. Referências de partos da VI Região de Saúde, Rede Cegonha, ano de 2016.

Município	Risco habitual	Nº de leitos CNES	Alto Risco
Arcoverde	Hospital Regional Rui de Barros Correia	22	Regulado pela Central de Leitos
Ibimirim			
Manari			
Pedra			
Tupanatinga			
Venturosa			

Custódia	Unidade Mista Elizabeth Barbosa	05	
Sertânia			
Petrolândia	Hospital Municipal de Petrolândia - HOMUPE	14	
Tacaratu			
Jatobá			
Inajá			
Buíque	Maternidade Alcides Cursino	08	

Fonte: Resolução CIR Nº 48, de 14 de junho de 2016, VI Geres - PE.

De acordo com o Sistema de Informações de Nascidos Vivos (SINASC), no ano de 2019, o número de nascidos vivos (NV) da VI Região de Saúde correspondeu a 6.143 NV, o que levaria a uma necessidade de 43 leitos de risco habitual. Nesta região a disponibilidade de leitos segundo SCNES é de 49 leitos.

Embora no SCNES da Região conste a quantidade necessária de leitos, o município de Petrolândia não vem absorvendo as gestantes de Tacaratu e Jatobá, uma vez que o Hospital Municipal de Petrolândia não dispõe de equipe para assistência ao parto nos sete dias da semana; consequentemente, essas gestantes são reguladas, na maioria das vezes, para o Hospital Professor Agamenon Magalhães, em Serra Talhada. Desta forma, essas gestantes não têm vinculação na maternidade do município de Petrolândia como deveria, mediante desenho da Rede Cegonha.

A Rede Cegonha contempla também a assistência neonatal, segundo a Portaria MS/GM nº 930/2012. Nela se discute sobre a organização da atenção integral ao Recém-Nascido e as classificações de leitos, de acordo com as necessidades assistenciais. Dessa forma, as unidades dos leitos para essa população são divididas em:

I. Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN);

II. Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal (UCIN), com duas tipologias:

a. Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional (UCINCo); e

b. Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru (UCINCa).

A tabela 54 apresenta o número de nascidos vivos por tipo de parto na Região em 2021, demonstrando que há um maior número de partos vaginais em relação aos cesáreos.

Tabela 54. Número de nascidos vivos por tipo de parto nos município da VI Região de Saúde de Pernambuco, 2021.

Município	Vaginal	Cesárea	Não informado	Total

Arcoverde	481	504	0	985
Buíque	452	217	1	670
Custódia	115	300	0	415
Ibimirim	213	113	0	326
Inajá	195	88	0	283
Jatobá	71	29	0	100
Manari	115	72	0	187
Pedra	182	104	0	286
Petrolândia	223	310	0	533
Sertânia	129	137	0	266
Tacaratu	158	64	0	222
Tupanatinga	174	125	0	299
Venturosa	149	70	0	219
Total	2.657	2.133	1	4.791

Fonte: Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC).

Na análise da tabela abaixo (**tabela 55**), os nascidos vivos que precisam de UTI neonatal estão sendo internados em municípios bem distantes desta Região. Demonstra que a VI Região de Saúde não tem implantado essa referência, necessitando ser regulado para fora da III Macrorregião, na qual faz parte pelo desenho da Rede Cegonha de 2016 e do Plano Diretor de Regionalização. Isto ocorre devido à ausência de UTI neonatal nesta macrorregião, apontando para a urgente necessidade de atualização do desenho desta rede, a fim de garantir os princípios e diretrizes do SUS.

Tabela 55. Número de internações em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal dos munícipes da VI Região de Saúde de Pernambuco, 2016 a 2021.

Município de Internação PE	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Jaboatão dos Guararapes	41	55	49	36	33	18
Palmares	0	0	6	11	6	0
Petrolina	0	2	3	0	0	0
Recife	42	50	73	71	109	82
Vitória de Santo Antão	2	5	12	3	5	9
Total	85	112	143	121	153	109

Fonte: Sistema de Informações Hospitalares – DATASUS, 2022.

Na III Macrorregião não dispomos de maternidade de alto risco, que seria com UTI e UCI para gestantes, puérperas e recém-nascidos; assim, além dos recém-nascidos que são transferidos para essas unidades citadas acima, seriam acolhidas também as gestantes e puérperas de alto risco.

Muitas gestantes são transferidas para maternidades da I e da II Macrorregião (**tabela 56 e 57**), levando a uma peregrinação destas mulheres. Além disso, as gestantes de risco habitual são transferidas para maternidades de outras macrorregiões, fazendo com o que a parturiente viaje no mínimo 2 horas para parir; mostrando assim, um desencontro no que preconiza o Plano Diretor de Regionalização e o Desenho da Rede Cegonha de 2016.

Isso decorre por ausência de equipe de saúde, como médicos obstetras, pediatras e anestesistas nas maternidades de risco habitual da nossa macrorregião, conforme vivenciado na prática profissional e cotidiana das gestantes, evidenciando a falta de vinculação dessas gestantes nas maternidades que estão descritas no desenho da região. Com isso, vimos à necessidade da real efetivação do desenho proposto no plano através da implantação desses serviços na nossa Macrorregião, como é preconizado no Plano Diretor de Regionalização.

Tabela 56. Número de internações decorrentes de parto normal de risco habitual das gestantes da VI Região de Saúde nos municípios do estado de Pernambuco, entre os anos de 2016 a 2021.

Município de internação PE	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Afogados da Ingazeira	3	1	53	136	95	128
Águas Belas	0	0	0	0	6	0
Alagoinha	1	1	3	0	0	0
Arcoverde	933	1242	1352	1214	1078	1171
Belém de São Francisco	1	0	0	0	0	0
Belo Jardim	0	0	2	1	1	5
Bezerros	0	2	1	0	1	0
Buíque	312	360	321	292	268	328
Cabrobó	0	0	1	0	0	0
Caetés	0	2	1	0	0	1
Canhotinho	0	1	0	0	0	0
Caruaru	103	68	66	37	32	54
Custódia	46	38	61	85	55	52
Floresta	13	18	7	8	7	2
Garanhuns	40	20	28	43	54	39
Gravatá	0	0	0	0	1	1
Iati	0	0	1	1	5	0
Ibimirim	146	119	124	64	140	96

Inajá	126	128	119	69	101	118
Ipojuca	0	1	0	0	0	0
Itaíba	18	5	2	4	1	4
Jaboatão dos Guararapes	9	2	2	1	4	1
Jatobá	6	9	16	4	19	0
Jupi	0	0	0	0	0	1
Limoeiro	0	1	1	1	0	2
Manari	38	40	69	64	87	59
Nazaré da Mata	3	0	0	0	0	0
Olinda	5	0	0	0	0	0
Orocó	0	2	0	0	0	0
Palmares	19	1	2	5	0	0
Pedra	19	58	48	58	25	68
Pesqueira	0	0	0	1	1	2
Petrolândia	358	169	188	618	225	251
Petrolina	0	0	0	3	1	12
Recife	26	11	8	23	16	15
Salgueiro	1	3	2	0	2	0
Saloá	0	0	0	0	1	0
Santa Cruz do Capibaribe	0	0	0	1	0	0
Santa Maria da Boa Vista	0	1	2	0	0	0
São Caitano	0	0	0	1	0	0
São José do Egito	0	1	0	0	0	0
São Lourenço da Mata	0	0	0	1	0	0
Serra Talhada	3	3	2	2	51	34
Sertânia	76	74	67	45	33	0
Tacaratu	32	67	93	40	44	105
Toritama	0	1	2	2	1	0
Tupanatinga	62	21	68	60	46	43
Venturosa	54	66	104	81	81	85
Vertentes	1	0	0	0	0	0
Vicência	1	0	0	0	0	0
Vitória de Santo Antão	20	3	14	8	9	6
Total	2474	2536	2830	2973	2491	2683

Fonte: Sistema de Informações Hospitalares – DATASUS, 2022.

Tabela 57. Número de internações decorrentes de parto normal das gestantes de alto risco da VI Região de Saúde de Pernambuco por município de ocorrência, 2016 a 2021.

Município de Internação PE	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Arcoverde	2	0	0	0	0	0
Caruaru	42	15	18	19	22	44
Petrolina	0	0	0	0	0	3
Recife	140	166	164	201	144	162
Vitória de Santo Antão	5	9	13	9	10	7
Total	189	190	195	229	176	216

Fonte: Sistema de Informações Hospitalares – DATASUS, 2022.

As gestantes submetidas ao parto Cesário estão parindo em outras Macrorregiões (**tabela 58**). Entretanto, esse tipo de parto não determina que sejam de alto risco, pois não há ainda um sistema que possa verificar esse dado, ou seja, que a gestante é de alto risco.

Tabela 58. Número de internações decorrentes de parto cesariano da VI Região de Saúde de Pernambuco por município de ocorrência, 2016 a 2021.

Município de internação PE	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Abreu e Lima	0	1	0	0	0	0
Afogados da Ingazeira	23	9	65	136	130	186
Agrestina	1	3	0	0	0	0
Arcoverde	773	1127	958	597	686	640
Barreiros	0	0	0	0	0	1
Belo Jardim	0	1	1	0	0	0
Bezerros	0	0	0	0	1	0
Camaragibe	0	0	1	0	0	0
Caruaru	142	77	65	54	43	83
Custódia	77	0	0	0	0	0
Floresta	2	13	2	7	5	0
Garanhuns	26	27	64	90	104	146
Goiana	0	0	1	0	0	0
Jaboatão dos Guararapes	4	1	2	2	2	2
Limoeiro	0	1	0	0	0	11
Nazaré da Mata	0	0	0	1	0	0
Olinda	5	1	0	0	0	0
Palmares	7	0	2	4	0	1
Pedra	0	0	0	0	2	0
Pesqueira	5	0	0	4	1	1
Petrolândia	197	171	202	286	337	395
Petrolina	4	0	0	0	1	7
Recife	188	189	289	294	284	298
Salgueiro	5	3	11	6	3	3
São Lourenço da Mata	0	0	0	14	9	0
Serra Talhada	7	13	13	10	40	59
Tuparetama	0	0	0	0	1	0
Venturosa	0	0	4	0	1	2
Vitória de Santo Antão	19	11	11	4	4	7
Total	1485	1648	1691	1509	1654	1842

Fonte: Sistema de Informações Hospitalares – DATASUS, 2022.

7.3.1.2 PROGRAMA MÃE CORUJA PERNAMBUCANA

O Estado de Pernambuco no ano de 2007 indicava diferenças significativas em relação aos indicadores de Mortalidade Infantil. Em 2007, Pernambuco apresentava diferenças significativas em relação aos indicadores de mortalidade infantil, estando o

Sertão do Araripe e o do Moxotó com os piores indicadores seguidos pelo Sertão do São Francisco, Sertão Central e Agreste Meridional. Na VI regional de saúde, em 2008, a taxa de Mortalidade Infantil era de 23,63 por mil Nascidos Vivos, quando em 2019 passa a apresentar a taxa de 13,51 por mil Nascidos Vivos. Isso representa uma redução de 42,8% na TMI. Além disto, segundo parâmetros da Organização das Nações Unidas (ONU) o estado de Pernambuco apresentava Razão de Morte Materna (RMM) de 71,73, 72,61, e 73,62 para cada cem mil nascidos vivos, respectivamente, entre os anos de 2006 e 2008, para cada cem mil nascidos vivos sendo considerado um número elevado destacando-se o Agreste Meridional com a RMM de 109,26, o Sertão do São Francisco com 99,89 e o Sertão Central com 99,78 para cada cem mil nascidos vivos.

Diante desse cenário, o Programa Mãe Coruja Pernambucana foi lançado em 2007 oficializado pelo Decreto 30.3503/2007, e tornou-se Lei 13.959 em 15/12/2009, se constituindo como Política Pública para a Primeira Infância com a missão de "Contribuir para a redução da morbimortalidade materna e infantil no estado de Pernambuco, através da indução de políticas de atenção integral à gestante e à criança na primeira infância, visando o empoderamento da mulher e o fortalecimento dos vínculos familiares e comunitários na perspectiva da promoção do desenvolvimento humano". Inserido na perspectiva de garantir os direitos reprodutivos das mulheres e o direito à infância desde o primeiro ano de vida, de forma a contribuir diretamente para a melhoria dos indicadores materno-infantis no Estado de Pernambuco, o Programa Mãe Coruja alicerça-se em dois pilares:

I. No reconhecimento dos direitos das mulheres. São elas que engravidam e quando não acompanhadas de forma sistemática e plena pelo Estado, pela sociedade e pela família, sofrem consequências, muitas vezes irreversíveis;
II. No entendimento da infância como um dos universos etários prioritários na formulação de políticas sociais conforme o Estatuto da Criança e do Adolescente.

Dentro das ações estratégicas do Programa estão as articulações intersetoriais com os eixos da Saúde, Educação e Desenvolvimento Social nos municípios e com o Estado, com vistas a promover o cuidado de forma ampla às mulheres e crianças inseridas no Programa, fortalecendo os vínculos afetivos; promovendo uma gestação saudável; e garantindo as crianças nascidas no território pernambucano o direito a um nascimento e desenvolvimento saudável e harmonioso.

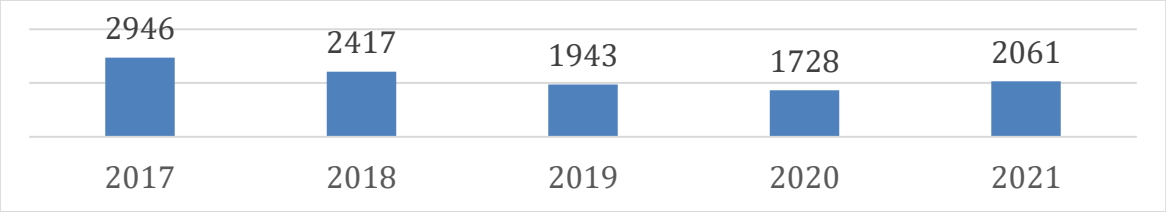
Atualmente o Programa está nas 12 Regiões de Saúde, em 105 municípios e no Distrito de Fernando de Noronha, com a proposta de expansão para que todo município do Estado conte com o Profissional Mãe Coruja. Em cada município onde o Programa está implantado existe um “Canto Mãe Coruja”, que é um espaço de acolhimento, cadastro e monitoramento das gestantes e crianças acompanhadas pelo Programa. Cada Canto Mãe Coruja conta a presença de 01 (um) ou 02 (dois) profissionais de nível superior, tal composição refere-se à cobertura para o quantitativo de Nascidos Vivos de cada município.

Atualmente o Programa está nas 12 Regiões de Saúde, em 105 municípios e no Distrito de Fernando de Noronha, com a proposta de expansão para que todo município do Estado conte com o Profissional Mãe Coruja. Em cada município onde o Programa está implantado existe um “Canto Mãe Coruja”, que é um espaço de acolhimento, cadastro e monitoramento das gestantes e crianças acompanhadas pelo Programa. Cada Canto Mãe Coruja conta a presença de 01 (um) ou 02 (dois) profissionais de nível superior, tal composição refere-se à cobertura para o quantitativo de Nascidos Vivos de cada município.

Na VI Região de Saúde, os 13 municípios foram contemplados com um Canto Mãe Coruja. Cada Canto ocupa um determinado espaço em imóvel, seja do Estado ou do Município, conforme pactuado no Termo de Cooperação Técnica. Dos 13 Cantos Mãe Coruja, os Cantos Arcoverde e Pedra estão inseridos no IPA, os Cantos Buíque, Custódia, Manari, Sertânia e Tupanatinga funcionam em casas, cedidas pelo próprio município, apenas para o Canto. Os Cantos Ibimirim, Inajá, Jatobá, Petrolândia, Tacaratu e Venturosa ocupam salas em imóveis também cedidos pelo município, porém, dividido para outros serviços da rede (unidades de saúde, secretaria de assistência social, Centro de Referência Especializada em Assistência Social).

GESTAÇÕES CADASTRADAS NO PROGRAMA MÃE CORUJA

Gráfico 15. Gestações Cadastradas no Programa Mãe Coruja da VI Região de Saúde entre os anos 2017 a 2021.

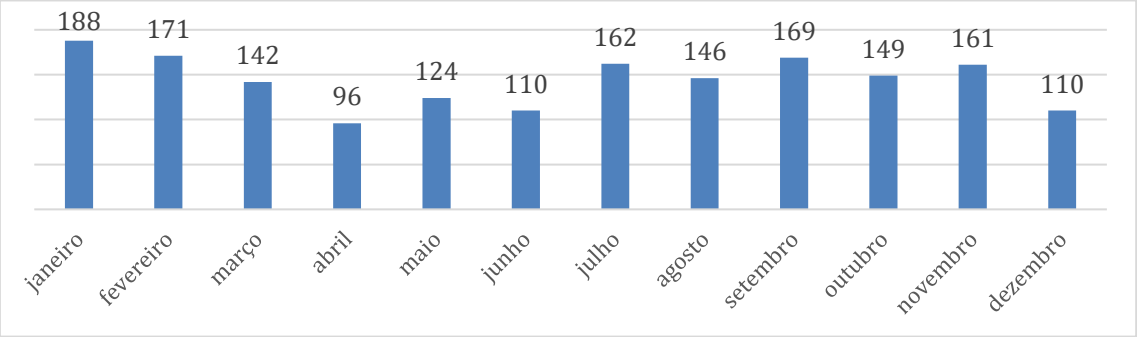


Fonte: SIS – Sistema de Informações Mãe Coruja.

O gráfico acima apresenta o total de Gestações Cadastradas no Programa Mãe Coruja na VI Região de Saúde entre os anos de 2017 a 2021. Observa-se que após o ano de 2017 há um declínio de cadastros, quando em 2019 apresentou uma queda de 19,61% em relação a 2018 e 34,46% em relação a 2017. Essa redução estaria ligada, possivelmente, à suspensão do fornecimento do Kit do Bebê, que desde a implantação do Programa se tornou uma estratégia de incentivo ao contemplar as mulheres com 07 ou mais consultas de pré-natal, ou seja, incentivando-as a buscarem mais os serviços de saúde, assim como o Canto Mãe Coruja, além de ser um Kit com produtos básicos para o cuidado com o bebê, principalmente para aquelas mulheres em maior vulnerabilidade.

Em 2020 com o início da pandemia em decorrência da COVID-19 observa-se uma queda de 11% em relação ao ano anterior como mostra o gráfico 15. A partir do mês de março daquele ano foi iniciado o isolamento e distanciamento social em Pernambuco, resultando numa queda de aproximadamente 50% da média de cadastros no mês seguinte, como mostra o gráfico 16 abaixo.

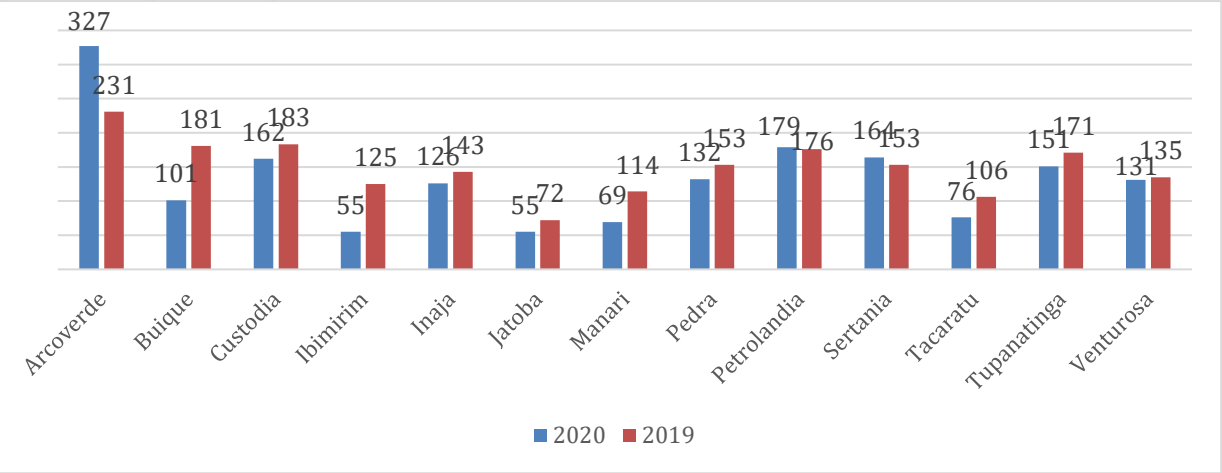
Gráfico 16. Gestações Cadastradas no Programa Mãe Coruja da VI Região de Saúde, janeiro a dezembro de 2020.



Fonte: SIS – Sistema de Informações Mãe Coruja.

Apesar da redução no número total de cadastro das gestações, e da redução gradativa nos meses do ano de 2020, o município de Arcoverde deu um salto de 36% na captação das gestantes em relação ao ano anterior. Tal feito foi resultado de uma experiência exitosa das profissionais atuantes do Canto Mãe Coruja na articulação com a rede de saúde e continuação da oferta de cuidados e acolhimentos às gestantes através do acesso e utilização dos meios de tecnologia, o que favoreceu à gestante estar conectada aos profissionais e realizar seus cadastros e acompanhamento.

Gráfico 17. Gestações Cadastradas no Programa Mãe Coruja da VI Região de Saúde por município, comparativo 2019 a 2020.

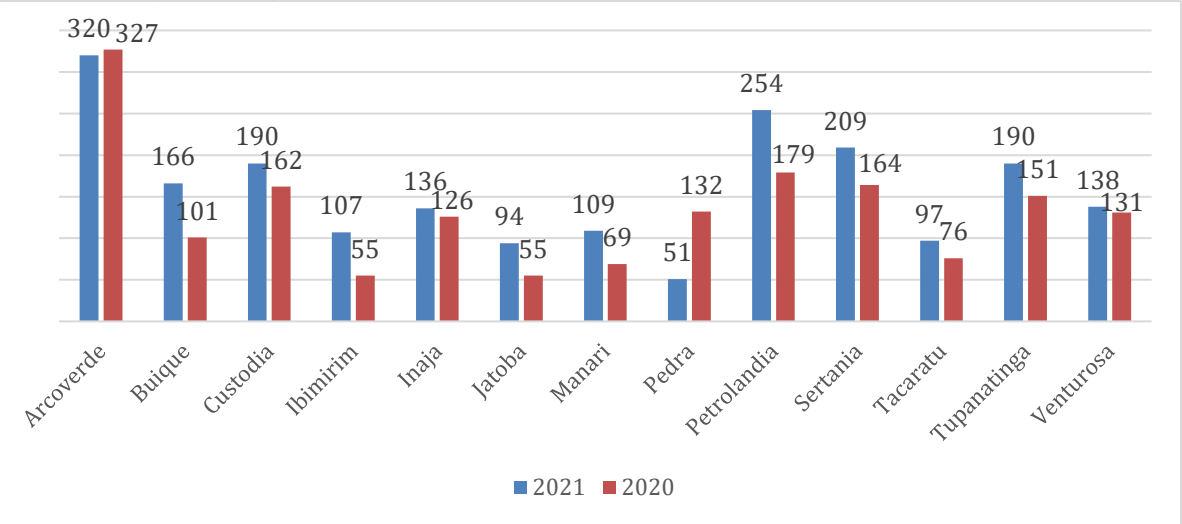


Fonte: SIS – Sistema de Informações Mãe Coruja.

A experiência do uso dos meios de tecnologia foi adotada por todos os profissionais dos cantos da VI regional, contribuindo para a captação e acompanhamento da gestante. Além de Arcoverde, Sertânia aumentou 7% na captação, Petrolândia e Venturosa permaneceram com sua média de cadastros. Os cantos com as maiores reduções nos índices de gestações foram Ibimirim com 55%, Buíque com 46%, Manari com 40%, Tacaratu com 35%, Jatobá com 25%, Pedra e Tupanatinga com 16%, Custódia e Inajá com 14%.

Algumas características territoriais revelam particularidades e diferenças na quantidade de mulheres inseridas no Programa. Jatobá é o município menos populoso, já Arcoverde é o município mais populoso, com maior concentração na área urbana, o que pode facilitar o acesso a sinal de internet ao uso dos meios de tecnologia. Ibimirim, Buíque, Inajá são regiões de maior extensão territorial, com extensas zonas rurais e distantes. Dessa forma, é importante ressaltar que, embora a tecnologia tenha favorecido no contexto de pandemia extensão do território e população, o perfil socioeconômico, interferem na captação e acesso dessa mulher à comunicação digital.

Gráfico 18. Gestações Cadastradas no Programa Mãe Coruja da VI Região de Saúde por município, comparativo 2020 a 2021.



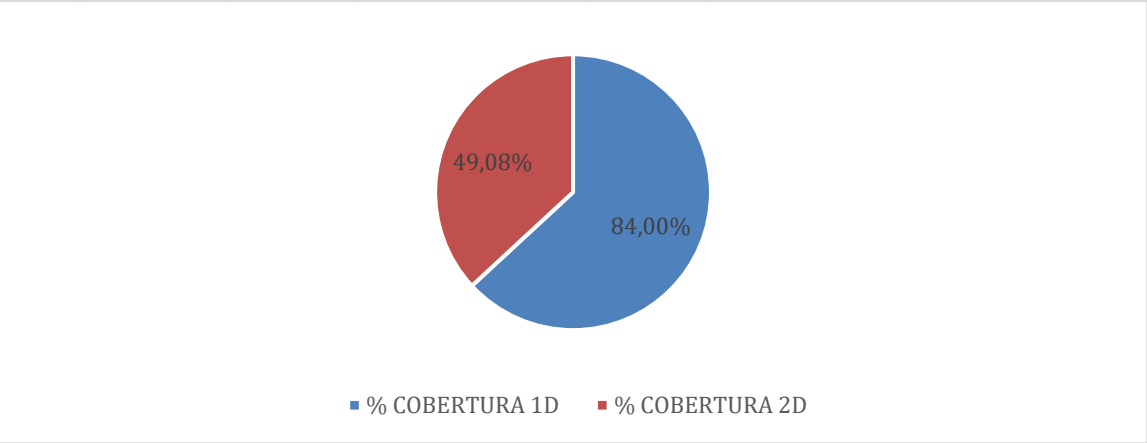
Fonte: SIS – Sistema de Informações Mãe Coruja.

Ainda ao longo de 2020, como em 2021 as atividades e encontros presenciais foram gradualmente retomados sempre seguindo as recomendações sanitárias em vigência, de forma que tanto os profissionais como as gestantes pudessem estar em segurança para realização das atividades de acompanhamento do Canto Mãe Coruja. Conforme o gráfico 18 acima, observamos que 92% dos Cantos Mãe Coruja da VI região no ano de 2021 cresceram na captação de gestantes em seus municípios. O Canto Arcoverde permaneceu com a média alcançada no ano anterior, já o Canto Pedra teve uma queda de 60% em seus cadastros o que pode sugerir possíveis fragilidades de articulação territorial no alcance das gestantes do município.

Os demais municípios apresentaram um crescimento de 64% em Buíque, 17% em Custódia, 94% em Ibimirim, 7% em Inajá, 70% em Jatobá, 57% em Manari, 41% em Petrolândia, 27% em Tacaratu, 25% em Tupanatinga, 5% em Venturosa. Esse crescimento retrata os avanços alcançados não só pelos profissionais Mãe Coruja, como também por toda a rede intersetorial ainda inseridos em um contexto de pandemia, no entanto, num cenário mais fortalecido, investido das ações em saúde e da vacinação contra a COVID-19.

VACINAÇÃO COVID-19 DAS GESTANTES E PUÉRPERAS DO PROGRAMA MÃE CORUJA

Gráfico 19. Monitoramento Vacinação COVID-19 das Gestantes e Puérperas, acompanhadas pelo Programa Mãe Coruja VI Região de Saúde.



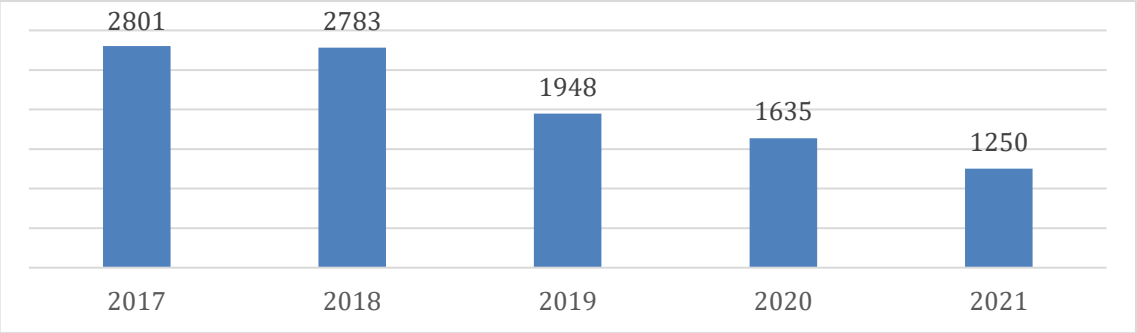
Fonte: Sala de Situação Monitoramento Vacina COVID-19 Programa Mãe Coruja.

O monitoramento da vacinação contra a COVID-19 das gestantes e puérperas acompanhadas pelo Programa foi iniciado em 2021 com a chegada da vacina na região. Conforme gráfico 19, vemos que 84% das gestantes e puérperas acompanhadas dentro do Programa foram vacinadas com a primeira dose, enquanto que 49,08% teriam aderido a segunda dose. Esse valor pode estar subnotificado, ou indicar baixa adesão a segunda dose, ao comparar as coberturas da vacina com outros grupos de vacinação vemos que a segunda dose ainda continua com adesão mais baixa que a primeira dose.

CRIANÇAS CADASTRADAS NO PROGRAMA MÃE CORUJA

O monitoramento das crianças cadastradas que são acompanhadas até os 05 anos de idade, visa a identificação de fatores de risco para a morbimortalidade infantil, a execução de ações e cuidado no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento saudável. Entre 2017 a 2021 foram cadastradas 10.417 crianças. O gráfico abaixo mostra o total de crianças cadastradas em cada ano. O declínio desses cadastros segue em paralelo aos motivos que também contribuíram para a redução das gestações cadastradas (gráfico 15).

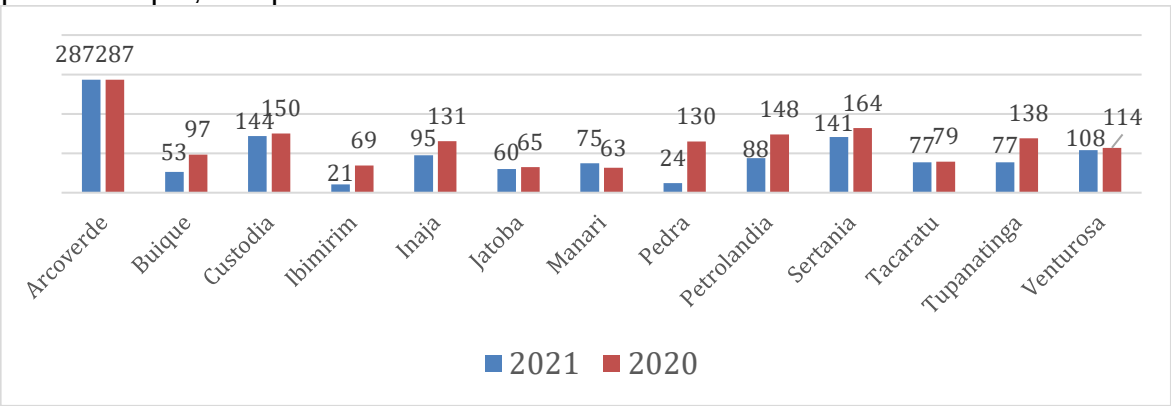
Gráfico 20. Crianças Cadastradas no Programa Mãe Coruja da VI Região de Saúde entre os anos 2017 a 2021.



Fonte: SIS – Sistema de Informações Mãe Coruja.

O ano de 2020 e 2021 foram marcados pelas restrições sanitárias em razão da pandemia pela COVID-19, o que dificultou o acesso das mulheres aos Cantos Mãe Coruja e vice-versa. Observamos no gráfico 21 abaixo a comparação de crianças cadastradas em 2020 e 2021, onde os municípios de Buíque, Ibimirim, Pedra, Petrolândia e Tupanatinga apresentam as maiores reduções de cadastros. O alcance do profissional Mãe Coruja até a mulher ficou reduzido, uma vez que as buscas ativas para a captação de crianças e fechamento das gestações ficaram suspensas em determinados períodos, mesmo com o avanço tecnológico, ainda temos regiões e realidades distantes do meio digital, o que contribuiu para ainda ocorrer a lentidão na consolidação das informações.

Gráfico 21. Crianças Cadastradas no Programa Mãe Coruja da VI Região de Saúde por município, comparativo 2020 a 2021.



Fonte: SIS – Sistema de Informações Mãe Coruja.

PRODUÇÃO DOS CANTOS MÃE CORUJA DA VI REGIONAL DE SAÚDE

O Canto Mãe Coruja é um espaço de acolhimento, cadastro e monitoramento das gestantes e crianças acompanhadas pelos profissionais do Programa, como também para realização de ações e atividades destinadas a esse público e suas

famílias, seja pelos próprios profissionais ou em parceria com a rede intersetorial de políticas públicas municipais e/ou estaduais. O monitoramento da Produção dos Cantos se refere à realização de Ações de Desenvolvimento Infantil, Ações com Temáticas para as Mulheres, Participação dos Profissionais em Educação Permanente, Busca Ativa, Canto Itinerante (gráficos 22, 23 e 24)

Gráfico 22. Produção dos Cantos Mãe Coruja da VI regional de saúde, 2021.

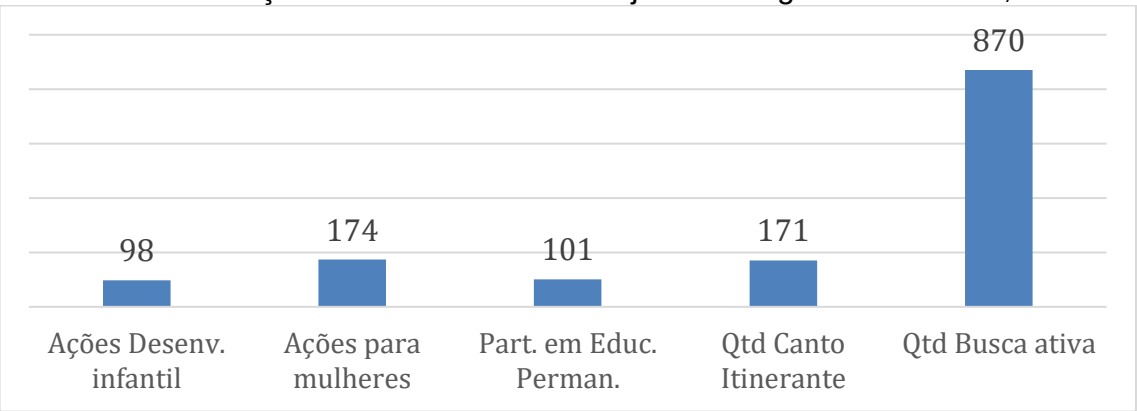
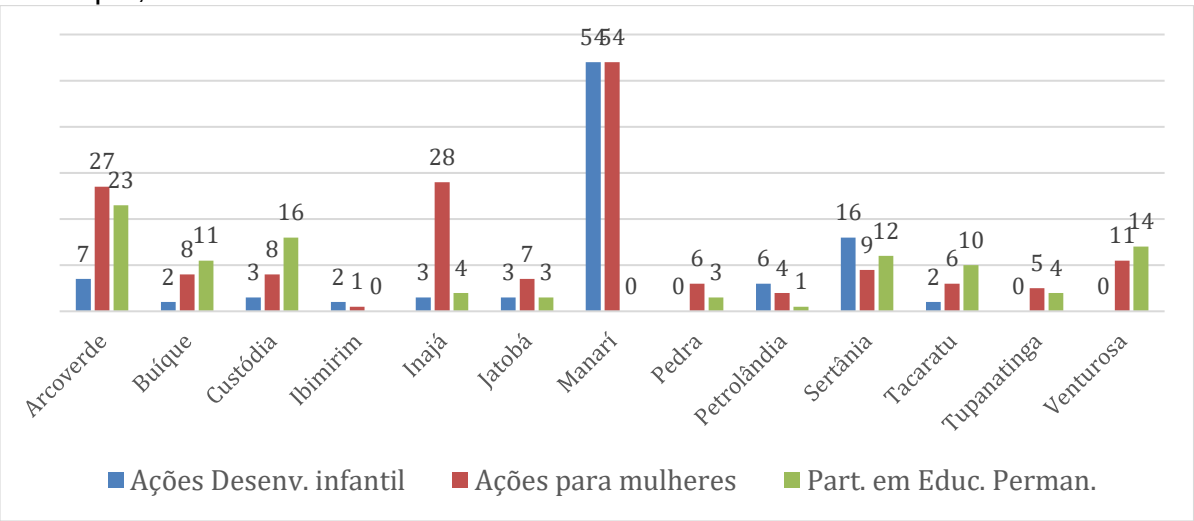
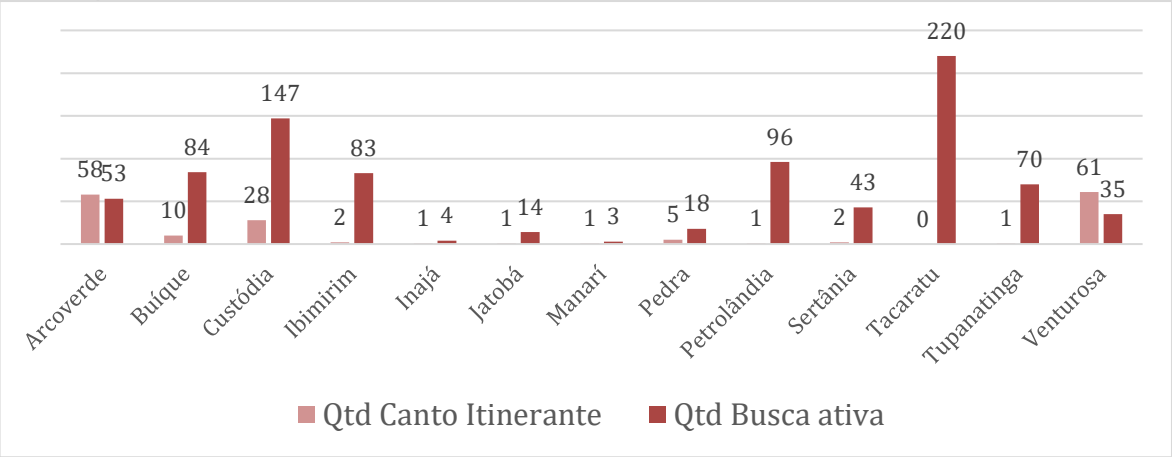


Gráfico 23. Realização de Ações de Desenvolvimento Infantil, Ações com Temáticas para as Mulheres, Participação dos Profissionais em Educação Permanente por município, 2021.



Fonte: Sala de Situação – Monitoramento Programa Mãe Coruja Pernambucana, 2021.

Gráfico 24. Realização de Busca Ativa e Canto Itinerante, dos Cantos Mãe Coruja por município, 2021.



Fonte: Sala de Situação – Monitoramento Programa Mãe Coruja Pernambucana, 2021.

7.3.1.3 NÚCLEO DE APOIO ÀS FAMÍLIAS DAS CRIANÇAS COM MICROCEFALIA (SCZV)

Define-se Microcefalia em um nascido vivo como ocorrência de crânio pequeno congênito. Apesar da definição de microcefalia não ser padronizada há consenso quanto a ocorrência de perímetro cefálico (PC) abaixo do padrão das curvas apropriadas para idade e sexo. Um PC abaixo 32.9 (menino) e 32.5 (menina)indica, de modo geral, um cérebro pequeno. Cerca de 90% das microcefalias estão associadas com retardo mental, exceto nas origens familiar que podem ter desenvolvimento cognitivo normal.

No mês de outubro de 2015, a Secretaria de Vigilância em Saúde (SEVS) da Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco (SES/PE) foi comunicada da ocorrência de 29 casos de microcefalia em crianças nascidas a partir de agosto deste ano. Esses casos foram provenientes de diferentes unidades hospitalares, públicas e privadas, com atendimento materno-infantil. Estes pacientes residem em diferentes regiões do Estado.

Na VI Regional de Saúde o número de casos confirmados da Microcefalia- SCZV é de 33 casos de acordo com a tabela abaixo:

Tabela 59. Número de casos Confirmados da SCZV nos municípios da VI Geres, PE.

Município	Quantidade	Percentual (%)
Arcoverde	3	9,09
Buíque	7	21,21
Custódia	5	15,15
Inajá	2	6,06

Manari	2	6,06
Petrolândia	5	15,15
Sertânia	1	3,03
Tacaratu	3	9,09
Venturosa	5	15,15
Total	33	100,00

Fonte: Registro interno da VI GERES – Coordenação do Programa/2022.

A partir do quantitativos de dados apresentados na tabela acima, foi possível identificar que o município de Buíque obteve o maior número de casos da doença, totalizando 21,21% dos casos confirmados. Observa-se também que os municípios de Ibimirim, Jatobá, Pedra e Tupanatinga não confirmaram casos.

Diante disto, a Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco (SES/PE) criou o Núcleo de Apoio às Famílias das Crianças com Microcefalia (NAFCM), sendo responsável pela articulação e o monitoramento da assistência dessas crianças e pelos seus familiares. Para realização deste acompanhamento são realizadas visitas domiciliares como intuito de monitorar, articular e prestar toda assistência necessária. As visitas são executadas pela Coordenadora Regional do NAFCM, Coordenação da Atenção Básica, Assistência Social e coordenadora do NASF-AB dos municípios.

Anualmente é realizado um planejamento das ações a serem executadas no decorrer do ano. Essas ações englobam:

1. Realização de oficinas de atualizações dos profissionais da Vigilância e da rede hospitalar em relação à notificação das crianças com suspeita;
2. Ações que envolvam os CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) e CRAS (Centro de Referência em Assistência Social), para inclusão e acompanhamento das famílias;
3. Realização de levantamento das necessidades das famílias e fazer os devidos encaminhamentos;
4. Acompanhamento e monitoramento das crianças juntamente com os municípios para sejam inseridas nas redes de Atenção à saúde;
5. Estímulo para que as crianças sejam vinculadas aos serviços de reabilitação municipal;
6. Fortalecimento a contra referência entre os serviços de reabilitação Municipal e o Centro de Reabilitação Física Mensana e UPA-E;
7. Assegurar para que as escolas acolham as crianças e os pais se sintam confiantes;

8. Sensibilização dos gestores municipais para garantir uma estrutura para acolher/manter as crianças frequentando regulamente o ambiente escolar;
9. Incentivo ao acompanhamento das crianças com necessidades especiais pelas equipes de saúde bucal das ESF;
10. Acompanhamento e monitoramento da realização da puericultura das crianças descartadas com idade menor que 3 anos;
11. Sensibilização das mães quanto à importância do autocuidado e saúde da mulher.
12. Realização de parcerias com instituições que promovam cursos profissionalizantes para as mães destas crianças.
13. Realização de festa comemorativa de aniversário das crianças no Mens Sana.

Além dos dispositivos municipais, as crianças são acompanhadas pelo Centro Especializado em Reabilitação Física – Mens Sana – Fundação Terra, que possui capacidade técnica e operacional para atender pessoas com deficiências Físicas, Intelectuais, Auditivas e Visuais, de acordo com as prerrogativas do SUS/Ministério da Saúde. O centro faz parte da rede da pessoa com deficiência, sendo este a referência da III Macrorregião para essas crianças, as quais são atendidas de forma regular, sendo o transporte disponibilizado pelo município que residem. A frequência semanal com que elas comparecem ao serviço é determinada pelas particularidades de cada paciente e pelos profissionais que as acompanham. As crianças também são acompanhadas pela equipe multidisciplinar da UPA- E (Unidade Pernambucana de Atenção Especializada), de acordo com as suas necessidades.

No período crítico da pandemia os serviços de reabilitação do Mens Sana, ficaram com atendimentos das terapias e/ou atendimentos médicos de forma remota, as crianças foram atendidas semanalmente, ou de acordo com a necessidade de cada paciente, através de vídeo chamadas pelo App Whatsapp ou pela plataforma Clinic. Na UPA-E os atendimentos continuam de forma presencial, porém foram diminuídos a quantidade de pacientes por horários.

7.3.1.4 PROGRAMA OLHAR PARA AS DIFERENÇAS

Considerando a Primeira Infância como uma “janela” em que experiências, descobertas e afetos são levados para o resto da vida. É nesta fase, que a criança desenvolve os aspectos físicos, motores e afetivos, ou seja, aquisição de linguagem,

pensamento, raciocínio lógico, bem como o aperfeiçoamento de suas emoções e sentimentos.

Compreendendo tal importância, o governo do Estado de Pernambuco tem formulado ações, projetos e programas que viabilizem a construção de políticas públicas transversais e efetivas, que visam à melhoria da qualidade de vida e a garantia de direitos das crianças pernambucanas.

Nesse sentido, o governador do Estado de Pernambuco, Paulo Henrique Saraiva Câmara, assumiu através do decreto 44. 592 de 13 de junho de 2017, o compromisso nacional que instituiu o Marco Legal da Primeira Infânciaº 13.257 no dia 08 de março de 2016. A referida lei busca garantir de forma prioritária, os direitos da criança no que concernem aos planos, projetos, programas e serviços que considerem as especificidades desta faixa etária, bem como seu desenvolvimento integral.

Na perspectiva de formular novas formas de atuações, buscando alcançar as especificidades do Estado, bem como a pluralidade das infâncias pernambucanas, o Governo de Pernambuco, visando garantir um acesso mais equânime à sua população, lançou o Programa de Desenvolvimento Infantil: Olhar Para as Diferenças, decreto nº 47.803 de 16 de agosto de 2019que tem como finalidade acompanhar e fomentar políticas públicas para as crianças com deficiência de 0 a 6 anos.

O Programa Olhar Para as Diferenças (**figura 6**) está presente nos 13 municípios que compõem as GERES VI (Arcoverde, Buíque, Custódia, Ibimirim,7 Inajá, Jatobá, Manari, Pedra, Petrolândia, Sertânia, Tacaratu, Tupanatinga, Venturosa), sendo gerido pelas secretarias de Educação e Esporte, Saúde e Secretaria de Desenvolvimento Social, Criança e Juventude – SDSCJ.

Objetivo Geral

Consolidar e sistematizar ações intersetoriais que assegurem o acesso, a permanência, a participação e a aprendizagem à rede de assistência social, saúde e educação, por meio da articulação entre o Estado, Municípios, Sociedade Civil e Famílias.

Ações específicas

- Fortalecimento dos atendimentos especializados;
- Formação aos profissionais das três secretarias envolvidas, na perceptiva da

qualificação de atuação;

- Disponibilização de 13 automóveis adaptados com motoristas, sendo 01 para cada município.

Resultados esperados

Os resultados esperados estão atrelados ao desenvolvimento e prevenção social, bem como versa sobre a responsabilidade assistencial e de garantia de direitos previstos pelas Políticas Públicas desenvolvidas no Estado de Pernambuco.

"Uma primeira infância com cuidados, amor, e estímulos abre caminho para que a criança possa aproveitar todo o seu potencial. E assim, adultos mais saudáveis e equilibrados e uma sociedade melhor".

Ações realizadas

2019

- Adesão ao programa de 100% dos municípios da VI GERES;
- Formação dos profissionais;
- Realização de 48 reuniões virtuais de acompanhamento/ planejamento mediante o distanciamento social imposto pelo momento pandemico da COVID 19;
- Fortalecimento dos espaços de atendimentos realizados no Município de Custódia, Pedra, Petrolândia, Sertânia, com a entrega de 4 KIT's Movimentação para os espaços de reabilitação;
- Programa Olhar para as Diferenças- Cartilha Kit Educação infantiil Inclusiva (orientações para utilização do KIT Movimentação);
- Livro Infantil "Jardim de toda flor";
- Vídeo Jardim de toda flor.

2020

- Monitoramento da vacinação das crianças acompanhadas pelo programa para influenza - 100% das crianças vacinadas;
- Certificação dos 13 municípios "Município que faz a Diferença" pela cobertura vacinal alcançada;
- Fortalecimento dos espaços de atendimentos realizados no Município de Buique ,

Manari, Tacaratu, Tupanatinga e Venturosa com a entrega de 05 KIT's Movimentação;

- Fortalecimento dos espaços de atendimentos do Mens Sana com a entrega de 01 KIT Movimentação;
- Realização de 61 reuniões virtuais de acompanhamento/planejamento mediante o distanciamento social imposto pelo momento pandemico da COVID 19 ;
- Lançamento do Cordel "A criança com deficiência: Não importa a diferença, o que muda e o olhar";
- A Fundação Maria Cecília Souto Vidigal conferiu o Prêmio Parentalidade- Boas Praticas de Visitadores na Pandemia, onde o programa foi premiado com a experiência do município de Venturosa.

2021

- Monitoramento da vacinação das crianças acompanhadas pelo programa contra a influenza - 100% das crianças vacinadas;
- Certificação dos 13 municípios "Município que faz a Diferença" pela cobertura vacinal alcançada;
- Cerficação das Coordenações Municipais dos PNI's diante das coberturas vacinais alcançadas;
- Fortalecimento dos espaços de atendimentos na UPAE – Arcoverde com a entrega de 01 KIT Movimentação;
- Realização Online do último módulo de formação – Integrando Olhares com 90 participantes;
- Planejamento e Estruturação para UPAE Arcoverde tornando-se referência no atendimento de crianças com deficiência. Sendo realizados 151 primeiras consultas e 32 crianças tiveram seus diagnósticos fechados;
- Articulação para pactuação de cota para consultas com o neurologista da UPAE atender as crianças da faixa etária do Programa;
- Lançamento da Cartilha "A criança com TEA: Não importa a diferença, o que muda e o olhar".

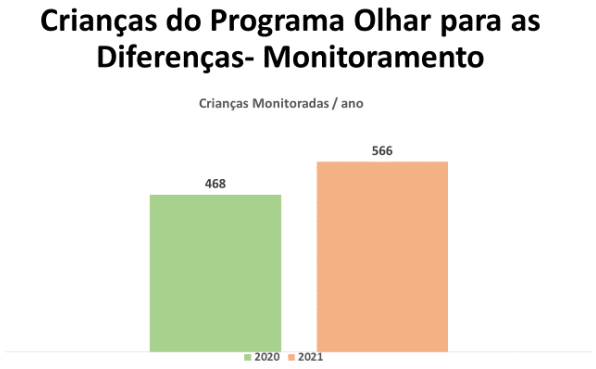
Monitoramento das Crianças

A identificação das crianças com deficiência pode ser feita por qualquer uma das secretarias integrantes do Programa (saúde, educação e assistência social) sendo de

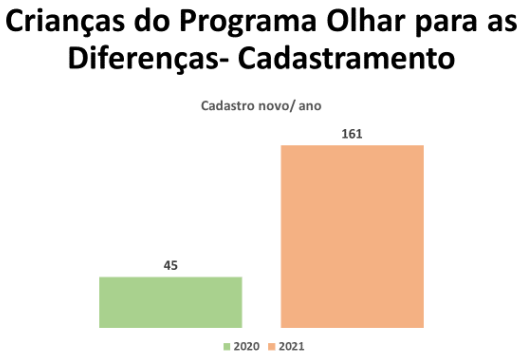
responsabilidade dos articuladores municipais inserirem as informações na planilha intersetorial online de monitoramento do programa utilizada como ferramenta de monitoramento.

A cada 3 meses o programa atualiza as informações, faz as exclusões necessárias mediante a idade limite do programa, mudanças de município de residência e óbitos. Em seguida, os dados são trabalhados para monitoramento e acompanhamento das crianças do programa, a partir do levantamento de indicadores das três áreas estratégicas do programa. E a cada 6 meses são enviados relatórios aos 3 secretários municipais, saúde, educação e assistência social, informando os desligamentos, mas reforçando que as crianças permanecem necessitando de acompanhamento pelo município.

O números de crianças monitoradas será flutuante dado os desligamentos realizados trimestralmente. Em 2019 iniciamos a atuação do programa com **521 crianças nos 13 municípios** da VI GERES, e a partir dessa informação foram trabalhadas as primeiras ações do programa.



Fonte: Programa Olhar para as Diferenças/VI GERES

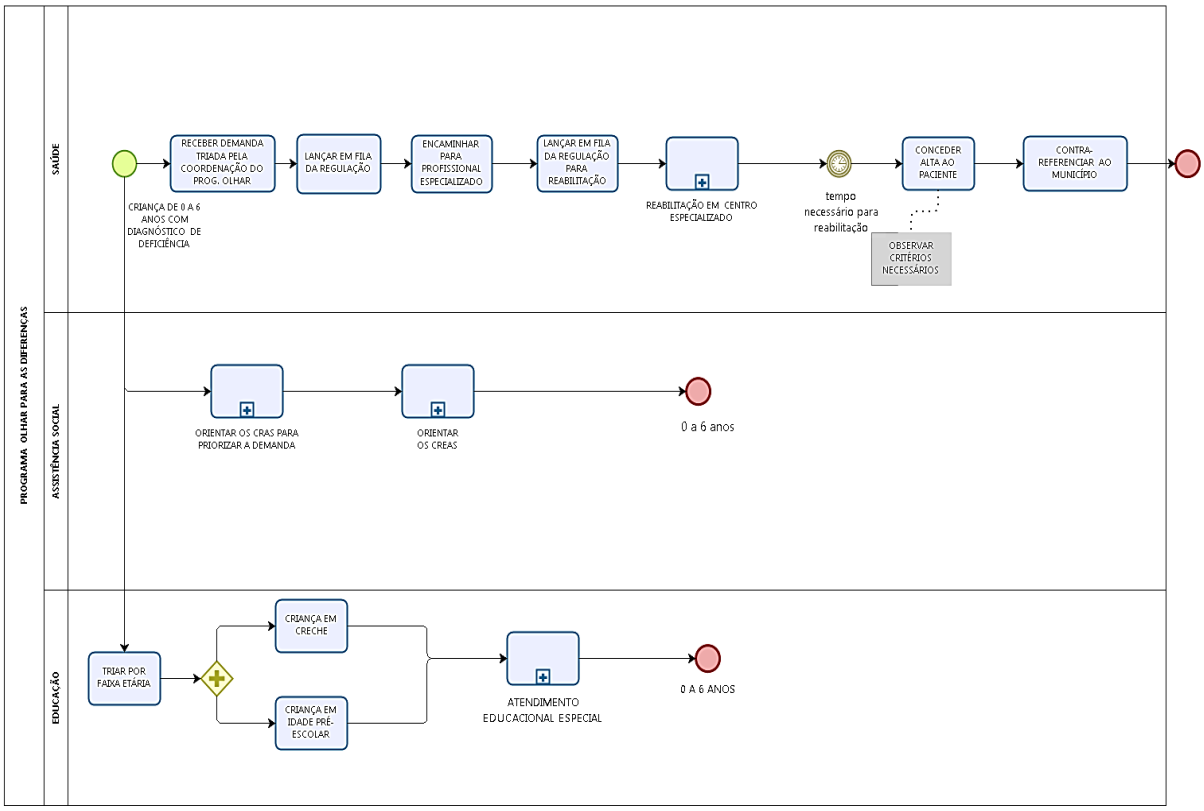


Fonte: Programa Olhar para as Diferenças/VI GERES

Os quadros acima trazem as informações das crianças inseridas e monitoradas

no programa nos anos seguintes ao lançamento. É possivel perceber que no ano de 2021 apesar das dificuldades impostas pela pandemia, foi o ano em que os municipios mais captaram crianças o que demostra maior efetividade das ações do Programa no fortalecimento de politicas públicas de inclusão.

Figura 6. Fluxo de atendimento intersetorial das crianças.



Fonte: Comitê Executivo do Programa Olhar Para as Diferenças/SES/PE.

Fortalecimento da Rede de Atenção Intersetorial

<u>Educação</u>

Foram abertas 08 Novas salas de AEE (atendimento educacional especializado) foram abertas:

- 04 salas em Arcoverde
- 01em Manari
- 01em Pedra
- 01em Buíque
- 01em venturosa

Saúde

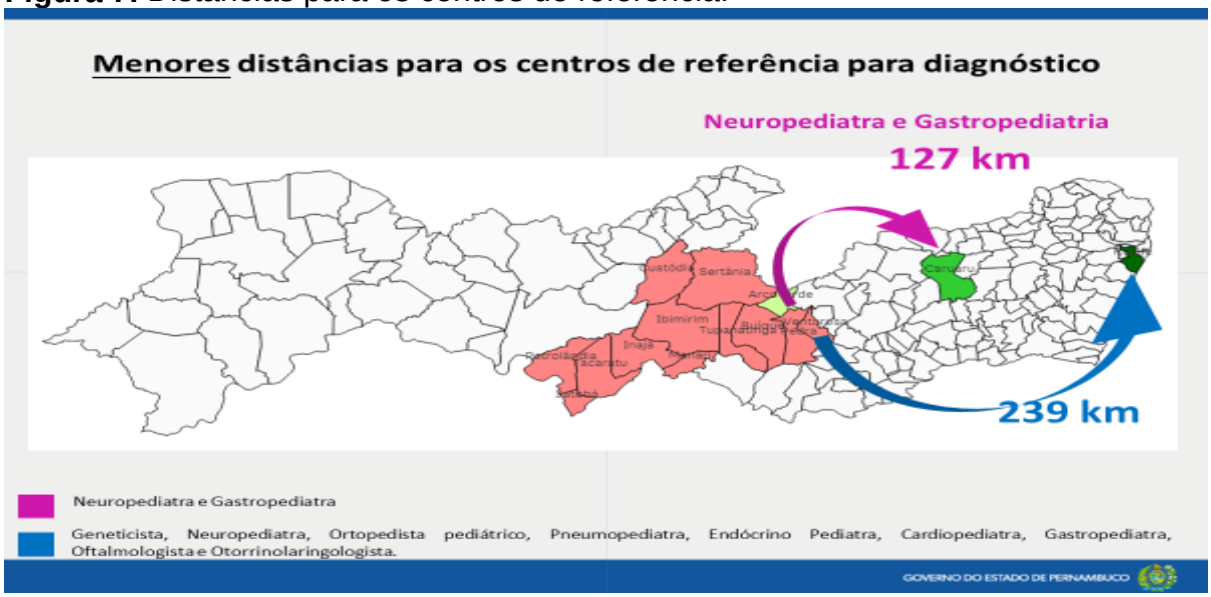
Novos locais foram disponibilizados para o atendimento as crianças com Deficiência do Programa Olhar para as Diferenças:

- Arcoverde atendimento as crianças com deficiências ambulatório de pediatria;
- Buíque atendimento as crianças com deficiências no centro de fisioterapia;
- Custódia atendimento as crianças com deficiências no centro de reabilitação;
- Jatobá atendimento as crianças com deficiências no ambulatório de fisioterapia;
- Manari atendimento as crianças com deficiências no centro de fisioterapia;
- Pedra atendimento as crianças com deficiências no Centro de Atendimento à Pessoa com Deficiência
- Petrolândia atendimento as crianças com deficiências no ambulatório de fisioterapia
- Sertânia atendimento as crianças com deficiências no centro de saúde da mulher
- Tacaratu atendimento as crianças com deficiências ambulatório de reabilitação- Fonoaudiologia e fisioterapia
- Tupanatinga no centro de fisioterapia
- Inajá (em fase de adequação para iniciar o atendimento)
- Venturosa (em fase de adequação para iniciar o atendimento)

Fragilidades da Rede de Atenção Intersetorial

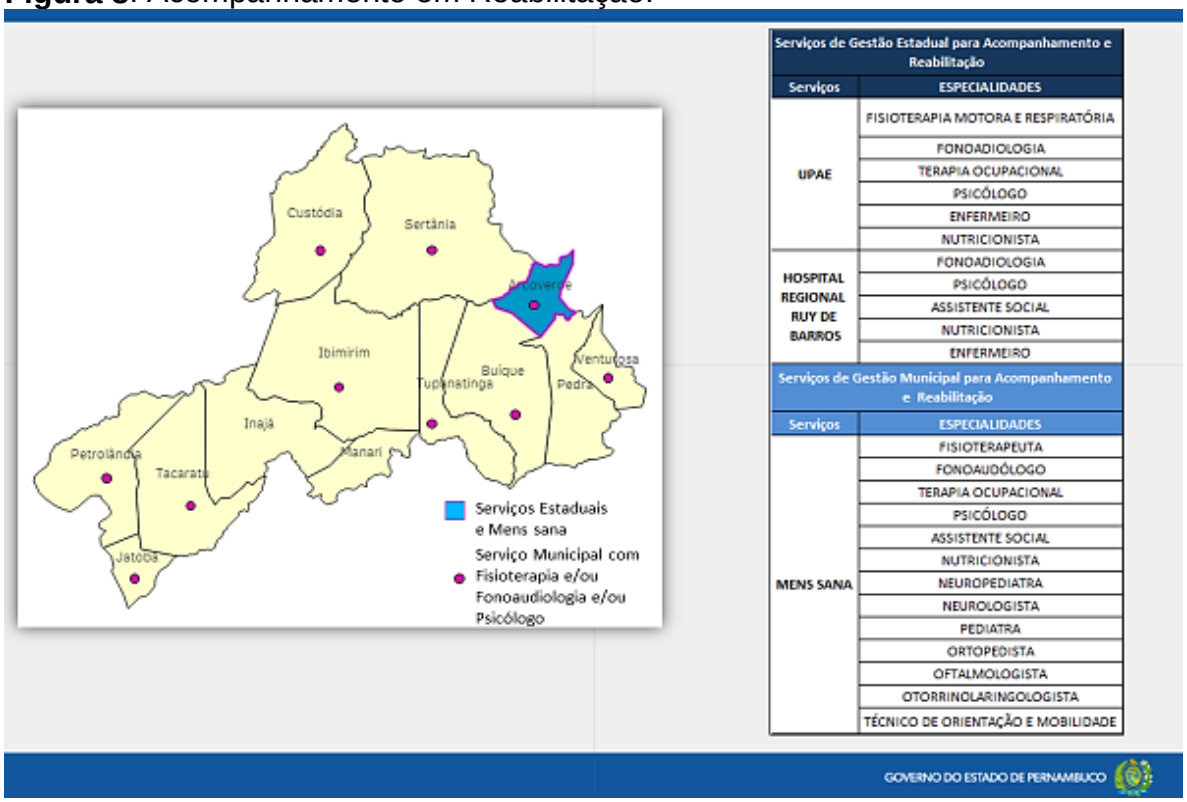
Dos 13 municípios (**figura 7**); 5 não possuem Pediatras, 6 possuem CAPS, 01 Capsi e 12 possuem NASF.

Figura 7. Distâncias para os centros de referência.



Fonte: Comitê Executivo do Programa Olhar Para as Diferenças/SES/PE.

Figura 8. Acompanhamento em Reabilitação.



Serviços de Gestão Estadual para Acompanhamento e Reabilitação	
Serviços	**ESPECIALIDADES**
UPAE	FISIOTERAPIA MOTORA E RESPIRATÓRIA
	FONOADIOLOGIA
	TERAPIA OCUPACIONAL
	PSICÓLOGO
	ENFERMEIRO
	NUTRICIONISTA
HOSPITAL REGIONAL RUY DE BARROS	FONOADIOLOGIA
	PSICÓLOGO
	ASSISTENTE SOCIAL
	NUTRICIONISTA
	ENFERMEIRO

Serviços de Gestão Municipal para Acompanhamento e Reabilitação	
Serviços	**ESPECIALIDADES**
MENS SANA	FISIOTERAPEUTA
	FONOAUDÓLOGO
	TERAPIA OCUPACIONAL
	PSICÓLOGO
	ASSISTENTE SOCIAL
	NUTRICIONISTA
	NEUROPEDIATRA
	NEUROLOGISTA
	PEDIATRA
	ORTOPEDISTA
	OFTALMOLOGISTA
	OTORRINOLARINGOLOGISTA
	TÉCNICO DE ORIENTAÇÃO E MOBILIDADE

Fonte: Comitê Executivo do Programa Olhar Para as Diferenças/SES/PE.

Identificamos nos municípios uma fragilidade na rede de atenção local às crianças com deficiências onde faltam profissionais para atendimento, na atenção básica, tais como, pediatra. Em um estudo da rede percebemos serviços de referência que apesar de ter profissionais para atendimento de crianças não o faziam e outros com grande fila de espera (**figura 8**). Foi solicitado a SES um acompanhamento desta

questão e assim tivemos como deliberação que a UPAE deverá acolher as reabilitações físicas e intelectuais. E que o Mens Sana não deixará de realizar nenhum atendimento, eles realizarão a triagem da criança, e na medida da impossibilidade de atendimento de imediato estas deverão ser encaminhadas a UPAE.

7.3.2 REDE DE ATENÇÃO AS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS - RUE

A Rede de Urgência e Emergência é uma rede complexa e que atende a diferentes condições (clínicas, cirúrgicas, traumatológicas, em saúde mental etc.), sendo composta por diferentes pontos de atenção, de forma a proporcionar solução das diversas ações necessárias ao atendimento às situações de urgência. Desse modo, é necessário que seus componentes atuem de forma integrada, articulada, sinérgica e de forma transversal a todos os componentes, devendo estar presentes o acolhimento, a qualificação profissional, a informação e a regulação de acesso.

A Macrorregião do Sertão possui um considerável vazio assistencial em serviços de urgência e emergência. O atendimento para as situações de urgência que, conforme desenho da Rede, deveria acontecer hospitais regionais (Hospital Regional Rui de Barros Correia e Hospital Regional Professor Agamenon Magalhães, no caso de referência Macrorregional), uma vez que possuem leitos cadastrados para traumatologia, por exemplo, mas que por falta de equipe de saúde em todos os plantões da semana, muitos pacientes são encaminhados para outras macrorregiões, conforme vivência profissional e de relato de pacientes.

As portas de entrada hospitalares estratégicas para a RUE são serviços instalados em uma unidade hospitalar para prestar atendimento ininterrupto ao conjunto de demandas espontâneas e referenciadas de urgências clínicas, pediátricas, cirúrgicas e/ou traumatológicas, conforme Portaria 2395/11. O Hospital Regional Rui de Barros Correia é referência para os 13 (treze) municípios da VI Região de saúde.

Convém destacar que 12 municípios da abrangência da VI Região dispõem de unidades hospitalares, de gestão municipal, prestando atendimentos de urgência e emergência em seus territórios, conforme quadro abaixo (**quadro 41**):

Quadro 41. Distribuição das unidades hospitalares da VI Região de Saúde.

Buique	Hospital Municipal Maria Deci Macedo Valença

Custódia	Unidade Mista Elizabeth Barbosa
Ibimirim	Unidade Mista Marcos Ferreira Dávila
Inajá	Hospital Municipal Santa Rita
Jatobá	Hosp. Municipal de Jatobá
Manari	Unidade Mista João Paulo Ii
Pedra	Unidade Hospitalar Justino Alves Bezerra
Petrolândia	Hospital Municipal Dr Francisco Simões De Lima
Sertania	Hospital Maria Alice Gomes Lafayette
Tacaratu	Unidade Mista Edmir Ferraz De Gominho
Tupanatinga	Hospital Santa Clara
Venturosa	Unidade Mista Justa Maria Bezerra

Fonte: SCNES, 2022.

Tabela 60. Proposta para inclusão de serviços da Rede de Urgência e Emergência nos municípios da VI Região de Saúde de Pernambuco, 2020.

Município	**Sala de Estabilização**	**UPA 24**	**SAMU 192**	
			USB	**USA**
Arcoverde	-	1	01	01
Buíque	-	-	01	
Custódia	1	-	01	
Ibimirim	1	-	01	
Inajá	1	-	01	
Jatobá	1	-	01	
Manari	1	-	01	
Pedra	1	-	01	
Petrolândia	1	-	01	01
Sertânia	1	-	01	
Tacaratu	1	-	01	
Tupanatinga	1	-	01	
Venturosa	1	-	01	
Total	11	1	13	02

Fonte: Resolução CIR/PE Nº 007, de 07 de Fevereiro de 2012.

A tabela acima (**tabela 60**) apresenta entre as propostas, a implantação de uma UPA 24 horas no município de Arcoverde; porém, este equipamento não foi implantado - dificultando assim, o acesso da população a esse nível de atenção à urgência.

O acesso à UPAE, localizada no município de Arcoverde, é exclusivamente de forma regulada pelas centrais de regulação municipais, onde os usuários são referenciados a partir da Estratégia de Saúde da Família, buscando garantia de qualidade das ações dessas equipes, através da oferta de serviços resolutivos, reduzindo a procura por atendimentos de urgência em unidade de pronto atendimento (UPA) ou hospitais.

Atualmente, a VI Região possui SAMU 192 em funcionamento de forma consorciada (CIMPAJÉU) na III Macrorregião de saúde. O consórcio intermunicipal de saúde tem como objetivo gerenciar os serviços de atendimento móvel de urgência e emergência de forma consorciada. Sua assistência é nos 7 dias da semana e 24 horas por dia A Central de Regulação Macrorregional do SAMU no Sertão foi construída em Serra Talhada, na III Macrorregião, a qual a nossa Regional faz parte. Para uma primeira fase de implantação do serviço, foi pactuado a implantação de 15 (quinze) ambulâncias, sendo 13 (treze) USB e 2 (duas) USA para cobertura de 13 (treze) municípios da microrregião, o que corresponderá a uma cobertura populacional de 100% da região.

Entre os treze municípios da VI Regional, apenas Manari, Petrolândia e Sertânia aderiram e implantaram o serviço na 1 fase, contudo os demais estão em fase de implantação.

Quadro 42. Quantidade de atendimentos realizados em Manari, Petrolândia e Sertânia, desde o início do SAMU em Outubro de 2021 até Janeiro de 2022

QUANTITATIVO				PROCEDIMENTO
OUTUBRO	**NOVEMBRO**	**DEZEMBRO**	**JANEIRO /2022**	
836	1762	1957	1528	SAMU 192: Atendimento das chamadas recebidas pela Central de Regulação das Urgências.
172	208	171	211	SAMU 192: Atendimento das chamadas recebidas pela Central de Regulação das urgências com Orientação.

367	462	519	577	SAMU 192: Envio de unidade de suporte básico de vida terrestre (USB) e/ou Aquático (Equipe de Embarcação) e/ou Motolância.
60	84	85	123	SAMU 192: Envio de unidade de suporte avançado de vida terrestre (USA) e/ou Aquático (Equipe de Embarcação) e/ou Equipe de Aeromédico.
348	449	506	558	SAMU 192: Atendimento pré-hospitalar móvel realizado pela equipe da Unidade de Suporte Básico de Vida Terrestre (USB).
60	80	81	117	SAMU 192: Atendimento pré-hospitalar móvel realizado pela equipe da Unidade de Suporte Avançado de Vida Terrestre (USA).
0	0	0	0	SAMU 192: Atendimento pré-hospitalar móvel realizado por Embarcação.
0	0	0	0	SAMU 192: Atendimento pré-hospitalar móvel realizado por Aeromédico.
3	0	6	10	SAMU 192: Transporte inter-hospitalar pela Unidade de suporte Básico de vida Terrestre(USB)
0	3	3	3	SAMU 192: Transporte inter-hospitalar pela Unidade de suporte Avançado de vida Terrestre(USA)
0	0	0	0	Atendimento pré-hospitalar móvel (Veiculo de Intervenção Rápida)
0	0	0	0	Atendimento Pré-Hospitalar Móvel (Motolância)

Fonte: CIMPAJEU 2022.

7.3.3 REDE DE CUIDADOS À PESSOA COM DEFICIÊNCIA (RCPD)

A Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD) foi regulamentada pela Portaria MS/GM nº 793/2012, de forma a proporcionar a criação, ampliação e articulação dos pontos de atenção à saúde para pessoas com deficiência temporária ou permanente, progressiva, regressiva ou estável; intermitente ou contínua, no âmbito do SUS. É uma rede transversal e pode contar com equipamentos específicos, como os Centros Especializados de Recuperação.

A RCPD é organizada por meio de 03 componentes:

- Atenção Básica: Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF) e Atenção Odontológica
- Atenção Especializada em Reabilitação Auditiva, Física, Intelectual, Visual, Ostomia e em Múltiplas Deficiências: estabelecimentos de saúde habilitados em apenas um Serviço de Reabilitação; Centros Especializados em

Reabilitação (CER); Centros de Especialidades Odontológicas (CEO); oficinas ortopédicas;

- Atenção Hospitalar e de Urgências e Emergências: Leitos de reabilitação.

De acordo com o Plano Estadual de Saúde de Pernambuco a modelagem da Rede Estadual de Cuidados à Pessoa com Deficiência, quanto à referência, ação e serviços é estruturada de acordo com o quadro abaixo (**quadro 43**):

Quadro 43. Modelagem da Rede Estadual de Cuidados à Pessoa com Deficiência, quanto à referência, ação e serviços.

Referência	Ação	Serviço
Municipal	Ações de promoção da saúde, inclusive por meio do Programa de Saúde na Escola (PSE), prevenção as causas e agravos de deficiência, e cuidado no âmbito da APS mediante apoio matricial (NASF-AB) em saúde da Pessoa com Deficiência/Reabilitação Baseada na comunidade (PcD/RBC), acolhimento, classificação de risco e análise de vulnerabilidade para Pessoa com Deficiência – Unidade Básica	Programa Saúde na Escola (PSE) Núcleo de Apoio a Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) Unidade Básica de Saúde (UBS)
	Reabilitação, prevenção de deficiências secundárias e orientação familiar – Serviços habilitados com um tipo de reabilitação, sem concessão.	Serviços de Reabilitação
	Reabilitação, prevenção e deficiências secundárias e orientações familiar – Núcleo de Reabilitação Física	
	Atendimento em Centro Especializado de Odontologia (CEO)	Centro de Especialidade Odontológica - CEO
Microrregional	Diagnóstico, tratamento, concessão, adaptação e manutenção de tecnologia assistiva **em dois tipos de deficiência** (CER II)	Centro Especializado em Reabilitação - (CER II)
Regional	Diagnóstico, tratamento, concessão, adaptação e manutenção de tecnologia assistiva **em três tipos de deficiência** (CER III)	Centro Especializado em Reabilitação - (CER III)
	Atendimento em Centro Especializado de Odontologia (CEO)	Centro de Especialidade Odontológica - CEO
Macrorregionais	Acesso à urgência e emergência odontológica com atendimento sob sedação ou anestesia geral; avaliação clínica, reabilitação funcional, atendimento cirúrgico nas diversas especialidades, serviços auxiliares de diagnóstico e terapia; leitos de reabilitação hospitalar; e diagnóstico, tratamento, concessão, adaptação e manutenção de tecnologia assistiva em **quatro tipos de deficiências** (CER IV).	Centro Especializado em Reabilitação - (CER IV)

Fonte: Plano Estadual de Saúde de Pernambuco, 2020-2023.

Os Centros Especializados em Reabilitação (CER), bem como as Oficinas Ortopédicas, são norteados, para o pleno funcionamento, pelos Instrutivos de Reabilitação Auditiva, Física (incluindo os serviços de apoio à Pessoa com Ostomia),

Intelectual (incluindo o serviço de Atenção à Pessoa com Transtorno do Espectro do Autismo) e Visual, que tem como referências a Portaria de Consolidação GM/MS nº 03/2017 (Anexo VI - Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência – RCPD) e a Portaria de Consolidação GM/MS nº 06, de 28 de setembro de 2017, que consolida as normas sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde do SUS, revogando entre outras, a Portaria nº 835/GM/MS, de 25 de abril de 2012.

Quadro 44. Relação dos dispositivos que contam com a presença de profissionais que executam atividades de reabilitação nos municípios da VI Região de Saúde de Pernambuco.

Município	**Serviço**	**CNES***	**Profissionais**
Arcoverde	Centro de Fisioterapia Drº Luiz Coelho Filho	2633760	08 fisioterapeutas; 01 auxiliar de enfermagem.
Buíque	Centro de Fisioterapia do Município de Buíque	0835870	03 fisioterapeutas
	Centro de Especialidades José Salvador Pereira	7201907	03 Médicos; 01 fisioterapeuta; 01 fonoaudiólogo.
Custódia	Clínica de Fisioterapia de Custódia	5149738	04 fisioterapeutas; 01 terapeuta ocupacional.
Ibimirim	Policlínica centro de especialidade e saúde da mulher	0725218	14 médicos; 02 fisioterapeutas; 01 psicólogo; 01 nutricionista.
Inajá	Centro de Especialidades Médicas	9515941	03 fisioterapeutas; 01 nutricionista; 01 psicólogo; 01 fonoaudiólogo.
Jatobá	-	-	-

Manari	Clínica de Especialidades de Manari	6867383	02 fisioterapeutas; 01 assistente social; 01 nutricionista.
Pedra	Centro de Especialidades Médicas	7167253	04 médicos; 02 nutricionistas; 01 psicólogo; 01 farmacêutico; 01 fisioterapeuta.
Petrolândia	Centro de Saúde de Petrolândia	2634090	13 médicos; 03 técnicos de enfermagem; 05 fisioterapeutas; 02 enfermeiros; 01 fonoaudiólogo; 01 nutricionista; 01 psicólogo; 02 dentistas; 02 auxiliares de saúde bucal
Sertânia	Centro de Fisioterapia de Sertânia	0877891	03 fisioterapeutas
	Centro de Saúde da Mulher e da Criança	3392074	05 médicos, 03 psicólogos; 02 técnicos de enfermagem; 01 farmacêutico; 02 nutricionistas; 03 dentistas; 01 fonoaudiólogo
Tacaratu	-	-	-
Tupanatinga	Centro de Reabilitação Física Paulo Tomé Cavalcante	6800769	02 fisioterapeutas; 01 fonoaudiólogo
Venturosa	Centro de Especialidades de Saúde	7394446	02 Técnico de enfermagem; fonoaudiólogo; 03 psicólogo; 04 médicos; 02 nutricionistas; 01 fisioterapeuta; 02 profissionais de educação física.

	Centro de Fisioterapia Zildo Paes Alexandre	7394462	01 fisioterapeuta

Fonte: Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos em Saúde (SCNES), 2022.

No entanto, em consulta ao Sistema de Cadastro de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) é possível identificar na região, outros dispositivos já em funcionamento, que poderiam ser adaptados para fazerem parte da RCPD, conforme descrições do quadro 44; ou seja, os municípios precisam avaliar os serviços ofertados e adequá-los de acordo com os componentes da rede e requerer a qualificação para CER como descrito no Art. 18 inciso 5° da Portaria n° 793 de 24 de abril de 2012.

O quadro 44 revela que apenas os municípios de Jatobá e Tacaratu não possuem serviços de reabilitação cadastrados no SCNES. Em relação aos profissionais cadastrados em cada serviço é variável, mas todos os municípios com serviços de reabilitação possuem fisioterapeuta em atuação. É interessante ressaltar que nenhum serviço de saúde na Região oferta órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção demonstrando a necessidade o quanto antes da habilitação da oficina ortopédica na VI Região de Saúde de Pernambuco, como foi desenhado no Plano Estadual de Saúde (2020-2023) e aprovado na Resolução CIB/PE nº 2.080/2012.

7.3.4 REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL – RAPS

A Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). A RAPS tem como finalidade a criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. A rede se baseia nos princípios dos direitos humanos, da equidade, autonomia e liberdade, enfatizando o fortalecimento da reforma psiquiátrica, que põe em xeque o modelo hospitalocêntrico e condena os manicômios (reforçado pela crescente criação de CAPS e redução do número de leitos psiquiátricos), ofertando um cuidado integral, por meio de uma equipe multiprofissional e tendo como estratégia a redução de danos e a construção de um projeto terapêutico singular.

A RAPS é organizada por meio de 07 componentes:

- Atenção Básica: UBS; Equipes de Atenção Básica para população em situação específica; NASF; Centro de Convivência;
- Atenção Psicossocial Especializada: CAPS (I, II, III, AD, ADIII, CAPS i);
- Atenção de Urgências e Emergências: UPA e SAMU;
- Atenção Residencial de Caráter Transitório: UA adulto, UA infanto-juvenil; Comunidade terapêutica;
- Atenção Hospitalar: Leitos e enfermaria especializada;
- Estratégia de Desinstitucionalização: Serviço Residencial Terapêutico e Programa de Volta para Casa.
- Reabilitação Psicossocial: Cooperativas sociais e oficinas terapêuticas.

Ainda de acordo com a portaria acima, são pontos de atenção na RAPS, de caráter transitório, a Unidade de Acolhimento e os Serviços de Atenção em Regime Residencial, entre os quais Comunidades Terapêuticas. A Unidade de Acolhimento oferece cuidados contínuos de saúde, com funcionamento de vinte e quatro horas, em ambiente residencial, para pessoas com necessidade decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, de ambos os sexos, que apresentem acentuada vulnerabilidade social e/ou familiar e demandem acompanhamento terapêutico e protetivo de caráter transitório cujo tempo de permanência é de até seis meses; e Serviços de Atenção em Regime Residencial, entre os quais Comunidades Terapêuticas: serviço de saúde destinado a oferecer cuidados contínuos de saúde, de caráter residencial transitório por até nove meses para adultos com necessidades clínicas estáveis decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas.

Em 2015, foi aprovada em CIR, Resolução nº 17, com a seguinte proposta de Desenho da Rede de Atenção Psicossocial para a Região, no quadro abaixo (**quadro 45**):

Quadro 45. Desenho da Rede de Atenção Psicossocial para a VI Regional de Saúde

Município	**Serviços implantados**	**Necessidade**
Arcoverde	CAPS II	CAPS AD III; CAPS i (microrregional – Arcoverde e Venturosa) 8 leitos integrais (Estado)
Buíque	CAPS I	CAPS i (microrregional - Buíque, Pedra e Tupanatinga)
Custódia	CAPS I	CAPS III

Ibimirim	CAPS I, 01 SRT e UA infanto-juvenil (microrregional Ibimirim, Manari, Custódia e Sertânia – Res. CIR Nº 89/19)	CAPS AD (microrregional – Ibimirim, Inajá e Manari).
Inajá	CAPS I	
Jatobá		CAPS I
Manari	CAPS I	
Pedra	CAPS I	
Petrolândia	CAPS I	08 leitos integrais
Sertânia	CAPS I	CAPS AD (microrregional – Sertânia, Custódia e Tupanatinga); CAPS i (microrregional – Sertânia, Custódia e Ibimirim), 01 SRT
Tacaratu	CAPS I	
Tupanatinga	CAPS I	
Venturosa		CAPS I

Fonte: Resolução 17 da Comissão Intergestores Regional (CIR), 2015
Resolução CIR Nº 89/2019; Resolução. CIR Nº 119/2021

Diante da proposta pactuada acima, a tabela a seguir (**tabela 61**) demonstra como estão estruturados os componentes da RAPS na VI Região de Saúde, a qual dispõe de 13 CAPS, sendo 03 em Arcoverde: 01 CAPS AD III Regional, sendo referência para os treze municípios que compõem a VI região de saúde; 01 CAPS II e 01 CAPS i Infanto-Juvenil Microrregional, sendo referência para Venturosa; os demais municípios, com exceção de Venturosa, possuem 01 CAPS I. A região conta com 01 Serviço de Residência Terapêutica (SRT) localizado no município de Ibimirim, de caráter municipal, e 06 Leitos Integrais em Saúde Mental (LISM) no Hospital Regional Ruy de Barros Correia, localizado em Arcoverde, o qual é referência para a região.

Tabela 61. Distribuição, em números absolutos, dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Serviço de Residência Terapêutica (SRT) e Leitos Integrais em Saúde Mental (LISM) por município na VI Região de Saúde de Pernambuco, 2021.

Município	**CAPS**	**SRT**	**LISM**
Arcoverde	3	-	06
Buíque	1	-	-
Custódia	1	-	-
Ibimirim	1	01	-
Inajá	1	-	-
Manari	1	-	-
Pedra	1	-	-
Petrolândia	1	-	-
Sertânia	1	-	-
Tacaratu	1	-	-
Tupanatinga	1	-	-
Venturosa	-	-	-
Total da Região	13	01	06

Fonte: Sistema de Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil (SCNES), 2021.

Na rede de atenção psicossocial, o CAPS apresenta-se como equipamento regulador e articulador do cuidado, apontando para importância da observação e monitoramento dos seus registros. No que se refere as internações hospitalares por transtornos mentais e comportamentais (CID 10) por município de internação dos munícipes da VI Região de Saúde (tabela 62), pode-se observar que o município de Petrolândia apresentou um total de 19 internações de janeiro de 2016 a agosto de 2020, seguido por Arcoverde que apresentou 14 internações mesmo este possuindo um hospital de referência com LISM para a região, o que poderia sugerir uma inoperância no fluxo no que diz respeito ao referenciamento para os leitos integrais. Os números diferem bastante quando comparados com os valores da tabela 63, a qual revela onde os munícipes da região foram internados em Pernambuco, apresentando um número bem maior de internações, demonstrando que os munícipes estão sendo internados com maior frequência fora da VI região de saúde, sendo a maioria dos internamentos em Serra Talhada (629) - sede da macrorregião de saúde a qual a VI região faz parte - seguido por Recife (285) e Garanhuns (136). Esses registros traduzem a importância do fluxo da RAPS seguir alinhada ao desenho da regionalização.

No ano de 2021 ocorreu o maior número de internações por transtornos mentais e comportamentais dos munícipes da região (**tabelas 62 e 63**), mas quando comparamos o total de internamentos dos munícipes na região (**tabela 62**) e fora da região (**tabela 63**), os valores são de 43 e 330 respectivamente, revelando que 287 munícipes foram internados em municípios fora da região de saúde que residem. Além disso, a diferença enorme se mantém nos anos subsequentes apontando para a necessidade de remodelamento, uma constante avaliação e monitoramento da RAPS nesta região e verificação da qualidade das Autorizações de Internações Hospitalares (AIH's) a fim de identificar possíveis fragilidades nos registros destes atendimentos nos municípios da região, uma vez que estes fatores podem estar interferindo nessa discrepância.

Tabela 62. Internações hospitalares por transtornos mentais e comportamentais (CID 10) de residentes da VI Região, por município de internação, jan. 2017 – 2021.

Município de Internação	2017	2018	2019	2020	2021	Total
Arcoverde	2	1	1	5	5	16
Buíque	0	1	1	1	0	3

Custódia	1	3	5	20	29	58
Ibimirim	0	0	1	0	1	2
Manari	0	0	0	1	1	2
Pedra	6	2	3	4	3	20
Petrolândia	1	1	0	2	2	7
Sertânia	0	0	1	1	0	9
Tacaratu	0	0	0	1	0	3
Venturosa	1	0	0	2	2	5
Total	**11**	**8**	**13**	**37**	**43**	**125**

Fonte: Sistema de Informação Hospitalar (SIH), 2022.

Tabela 63. Internações hospitalares por transtornos mentais e comportamentais (CID 10) dos munícipes da VI Região de Saúde, em outros municípios de Pernambuco, 2017 - 2021.

Município de Internação PE	2017	2018	2019	2020	2021
Arcoverde	2	1	2	6	9
Barreiros	12	11	0	0	0
Buíque	0	1	0	1	0
Caruaru	0	1	1	2	0
Custódia	1	3	5	20	29
Floresta	0	0	2	2	0
Garanhuns	0	1	0	0	0
Ibimirim	0	0	1	0	0
Manari	0	0	0	1	1
Paulista	1	1	0	2	0
Pedra	6	2	3	5	2
Petrolândia	1	1	0	2	1
Recife	70	67	64	57	67
Salgueiro	0	3	1	0	0
Serra Talhada	131	129	122	149	212
Sertânia	0	0	1	1	0
Tacaratu	0	0	0	0	0
Timbaúba	1	0	0	0	0
Venturosa	1	0	0	1	1
Vitória de Santo Antão	0	1	2	5	8
Total	226	222	204	254	330

Fonte: Sistema de Informação Hospitalar (SIH), 2022.

A tabela 64 demonstra o total de internações hospitalares por transtornos mentais e comportamentais nos municípios da VI Região de Saúde independente do município que residem; ou seja, por município de ocorrência e os números diferem pouco quando comparados a tabela 62 que apresenta um total de 125 internações e a tabela 64 um total de 111, demonstrando que a região interna poucos casos e que internou apenas 14 pacientes de outras regiões de saúde de 2017 a 2021.

Tabela 64. Número de internações hospitalares por transtornos mentais e comportamentais (CID 10) nos municípios VI Região de Saúde independente do município que residem, 2017 –2021.

Município de Internação PE	2017	2018	2019	2020	2021	TOTAL
Arcoverde	2	1	2	6	9	20
Buíque	0	1	0	1	0	2
Custódia	1	3	5	20	29	58
Ibimirim	0	0	1	0	0	1
Manari	0	0	0	1	1	2
Pedra	6	2	3	5	2	18
Petrolândia	1	1	0	2	1	5
Sertânia	0	0	1	1	0	2
Tacaratu	0	0	0	0	0	0
Venturosa	1	0	0	1	1	3
Total	11	8	12	37	43	111

Fonte: Sistema de Informação Hospitalar (SIH), 2022.

A RAPS, em sua complexidade, apresenta-se como uma rede que potencializa as ações realizadas no território e possibilita o cuidado integral do sujeito, sendo fomentada pela articulação de redes intersetorial com dispositivos que garantam direitos humanos e qualidade de vida. Diante disto, a seguir será apresentado o quantitativo de procedimentos realizados por alguns dispositivos da RAPS nesta Região.

Tabela 65. Número absoluto de ações de apoio matricial na Atenção Primária a Saúde realizados pelos CAPS's nos municípios da VI Região de Saúde de Pernambuco, 2017 – 2021.

Município/Estabelecimento	**2017**	**2018**	**2019**	**2020**	**2021**	**TOTAL**
Arcoverde	179	182	111	68	40	580
Buíque	5	47	123	29	71	275
Custódia	0	0	0	43	567	610
Ibimirim	19	52	34	31	32	168
Inajá	0	0	0	116	188	304
Manari	102	337	24	24	45	532
Pedra	168	273	84	39	32	596
Petrolândia	34	210	98	77	36	455
Sertânia	7	10	61	26	22	126
Itacaratu	0	0	0	10	45	55
TOTAL	**514**	**1.111**	**535**	**463**	**1.078**	**3701**

Fonte: Sistema de Informação Ambulatorial (SIA) – DATASUS, 2022.

A tabela 65, demonstra o total de ações de Matriciamento na saúde mental com a atenção básica, dos municípios da VI Região de Saúde. Os municípios que estão sem nenhuma ação é devido a não homologação do dispositivo naquele ano. O CAPS I de Custódia e Inajá foram os dispositivos da RAPS que mais realizaram ações de Matriciamento no ano de 2021.

O indicador permite avaliar o percentual de implementação das ações de Matriciamento realizadas pelos CAPS às equipes de Atenção Primária dos municípios; e foi instituído pela Res. CIT Nº 08/2016 para os anos de 2017 a 2021, tendo sua média mínima esperada de 12 registros por ano.

Tabela 66. Produção por procedimento CAPS AD III Arcoverde Regional Vereador Jairo Freire, entre os anos de 2016 a 2021.

Procedimento	2016	2017	2018	2019	2020	2021
ACOLHIMENTO NOTURNO DE PACIENTE EM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL	0	0	116	267	28	59
ACOLHIMENTO EM TERCEIRO TURNO DE PACIENTE EM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL	27	17	755	828	232	729
ATENDIMENTO EM OFICINA TERAPEUTICA I - SAUDE MENTAL	631	554	121	161	23	137
ATENDIMENTO EM OFICINA TERAPEUTICA II - SAUDE MENTAL	1647	478	129	77	42	127
ATENDIMENTO EM PSICOTERAPIA DE GRUPO	993	83	93	55	30	70
ATENDIMENTO INDIVIDUAL EM PSICOTERAPIA	279	165	298	496	315	728
ACOLHIMENTO DIURNO DE PACIENTE EM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL	10	21	1004	2273	265	1025
ATENDIMENTO INDIVIDUAL DE PACIENTE EM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL	355	193	3099	8856	2080	3686
ATENDIMENTO EM GRUPO DE PACIENTE EM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL	4543	1367	4654	7635	1320	5473
ATENDIMENTO FAMILIAR EM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL	96	29	263	361	288	471
ACOLHIMENTO INICIAL POR CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL	344	83	40	56	23	50
ATENDIMENTO DOMICILIAR PARA PACIENTES DE CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL E/OU FAMILIARES	22	3	30	63	14	23
AÇÕES DE ARTICULAÇÃO DE REDES INTRA E INTERSETORIAIS	458	159	277	250	148	432
FORTALECIMENTO DO PROTAGONISMO DE USUÁRIOS DE CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL E SEUS FAMILIARES	10155	584	662	716	236	1304
PRÁTICAS CORPORAIS EM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL	17	127	763	841	217	384
PRÁTICAS EXPRESSIVAS E COMUNICATIVAS EM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL	466	143	1213	2598	466	1558
ATENÇÃO ÀS SITUAÇÕES DE CRISE	56	8	368	827	429	754
MATRICIAMENTO DE EQUIPES DA ATENÇÃO BÁSICA	53	85	130	40	13	14
AÇÕES DE REDUÇÃO DE DANOS	2701	312	295	494	497	2319
AÇÕES DE REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL	21	4	36	37	12	4
PROMOÇÃO DE CONTRATUALIDADE NO TERRITÓRIO	2	41	250	259	56	152
MATRICIAMENTO DE EQUIPES DOS PONTOS DE ATENÇÃO DA URGÊNCIA E EMERGÊNCIA, E DOS SERVIÇOS HOSPITAL	0	0	7	0	1	4
Total	2287	4456	1460	2719	6735	1950

Fonte: Sistema de Informação Ambulatorial (SIA) – DATASUS, 2022.

A Portaria Nº 130, de 26 de janeiro de 2012, redefine o CAPS AD III como Ponto de Atenção do Componente da Atenção Especializada da Rede de Atenção Psicossocial destinado a proporcionar a atenção integral e contínua a pessoas com necessidades relacionadas ao consumo de álcool, crack e outras drogas, com funcionamento nas 24 (vinte e quatro) horas do dia e em todos os dias da semana, inclusive finais de semana e feriados.

O Acolhimento Noturno poderá ser informado por todos os CAPS; entretanto, é necessário ter disponível e informado no SCNES o Leito de Acolhimento Noturno (possível para todos os tipos de CAPS e obrigatório para os CAPS III e CAPS ad III); assim, nos anos 2016 e 2017, esse procedimento no CAPS AD III, está zerado (**tabela 66**) - indicando ausência de pacientes acolhidos nesse turno. Ademais, verifica-se nos anos de 2020 e 2021 um aumento nos acolhimentos diurnos e ações de redução de danos, o que ressalta a importância do CAPS AD III para pessoas com necessidade de cuidados devido ao uso problemático de álcool e outras drogas na região.

Tabela 67. Produção CAPS II Arcoverde Espaço Renascer entre os anos de 2016 a 2021.

Procedimento	2016	2017	2018	2019	2020	2021
ATENDIMENTO EM OFICINA TERAPEUTICA I - SAUDE MENTAL	36	76	0	0	0	0
ATENDIMENTO EM OFICINA TERAPEUTICA II - SAUDE MENTAL	196	118	0	0	0	0
ATENDIMENTO EM PSICOTERAPIA DE GRUPO	309	140	0	0	0	0
ATENDIMENTO INDIVIDUAL EM PSICOTERAPIA	114	27	0	0	0	0
ACOLHIMENTO DIURNO DE PACIENTE EM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL	0	67	0	300	1	10
ATENDIMENTO INDIVIDUAL DE PACIENTE EM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL	259	503	802	3105	3342	5964
ATENDIMENTO EM GRUPO DE PACIENTE EM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL	2202	2852	2968	3503	601	549
ATENDIMENTO FAMILIAR EM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL	7	107	132	347	445	248
ACOLHIMENTO INICIAL POR CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL	19	33	112	208	178	183
ATENDIMENTO DOMICILIAR PARA PACIENTES DE CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL E/OU FAMILIARES	0	1	0	12	16	18
AÇÕES DE ARTICULAÇÃO DE REDES INTRA E INTERSETORIAIS	0	107	195	225	107	95
FORTALECIMENTO DO PROTAGONISMO DE USUÁRIOS DE CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL E SEUS FAMILIARES	0	114	1944	3603	841	808
PRÁTICAS CORPORAIS EM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL	0	27	143	917	193	0
PRÁTICAS EXPRESSIVAS E COMUNICATIVAS EM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL	1520	1321	1043	921	136	0
ATENÇÃO ÀS SITUAÇÕES DE CRISE	5	9	325	281	230	147
MATRICIAMENTO DE EQUIPES DA ATENÇÃO BÁSICA	0	94	52	71	55	26
AÇÕES DE REDUÇÃO DE DANOS	0	1	0	0	0	0
APOIO À SERVIÇO RESIDENCIAL DE CARÁTER TRANSITÓRIO POR CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL	1	0	0	0	0	0
AÇÕES DE REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL	0	1	1	126	9	0
PROMOÇÃO DE CONTRATUALIDADE NO TERRITÓRIO	594	1324	1268	1335	565	11
MATRICIAMENTO DE EQUIPES DOS PONTOS DE ATENÇÃO DA URGÊNCIA E EMERGÊNCIA, E DOS SERVIÇOS HOSPITAL	0	0	0	7	24	19
SESSÃO DE AURICULOTERAPIA	0	0	0	90	9	0

Total	5262	6922	8985	15051	6752	8078

A PORTARIA 854/SAS, de 22/08/2012 altera e cria novos procedimentos para os Centros de Atenção Psicossocial e dá outras providências, possibilitando a qualificação das informações sobre as ações desenvolvidas por esse ponto de atenção e também sobre a complexidade do serviço. São os procedimentos:

- Acolhimento noturno
- Acolhimento em 3º turno
- Acolhimento diurno no CAPS
- Atendimento individual
- Atendimento em grupo
- Atendimento familiar
- Acompanhamento domiciliar
- Práticas corporais
- Práticas expressivas
- Atenção às situações de crise
- Ações de reabilitação psicossocial
- Promoção de contratualidade

No ano de 2019 foram realizadas 90 sessões de auriculoterapia (**tabela 67**) neste tipo de CAPS, sendo desta informada equivocadamente no sistema, pois não existe este tipo de procedimento na Portaria de Procedimentos. Ainda na tabela 67, no ano de 2021, foram realizados 5964 atendimentos individuais, um número onze vezes maior que o ano de 2017; contudo, ainda em 2021, houve 549 atendimentos em grupo o que representa uma queda cinco vezes menor em relação ao ano de 2017. Essa redução de atendimentos em grupo podem estar relacionados às restrições estabelecidas pelo novo Coronavírus que limitaram a realização de atividades em grupo solicitando, desta maneira, novos arranjos para a continuidade do cuidado neste dispositivo.

Tabela 68. Produção por procedimento do CAPS I OdenaTenorio De Almeida do município de Buíque, entre os anos de 2016 a 2021.

Procedimento	2016	2017	2018	2019	2020	2021
ACOLHIMENTO DIURNO DE PACIENTE EM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL	0	0	1	47	18	16
ATENDIMENTO INDIVIDUAL DE PACIENTE EM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL	356	247	523	1725	935	547

ATENDIMENTO EM GRUPO DE PACIENTE EM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL	148	32	177	1224	228	386
ATENDIMENTO FAMILIAR EM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL	0	6	80	457	41	30
ACOLHIMENTO INICIAL POR CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL	0	2	17	0	0	0
ATENDIMENTO DOMICILIAR PARA PACIENTES DE CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL E/OU FAMILIARES	0	1	26	84	7	44
AÇÕES DE ARTICULAÇÃO DE REDES INTRA E INTERSETORIAIS	0	0	20	96	36	64
FORTALECIMENTO DO PROTAGONISMO DE USUÁRIOS DE CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL E SEUS FAMILIARES	0	2	7	64	24	32
PRÁTICAS CORPORAIS EM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL	0	0	15	56	0	0
PRÁTICAS EXPRESSIVAS E COMUNICATIVAS EM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL	159	44	159	279	51	0
ATENÇÃO ÀS SITUAÇÕES DE CRISE	1	8	5	57	14	2
MATRICIAMENTO DE EQUIPES DA ATENÇÃO BÁSICA	0	5	47	123	29	71
AÇÕES DE REDUÇÃO DE DANOS	0	0	22	85	19	26
AÇÕES DE REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL	40	0	10	0	3	0
PROMOÇÃO DE CONTRATUALIDADE NO TERRITÓRIO	28	0	1	0	0	0
MATRICIAMENTO DE EQUIPES DOS PONTOS DE ATENÇÃO DA URGÊNCIA E EMERGÊNCIA, E DOS SERVIÇOS HOSPITAL	0	3	22	75	15	3
Total	732	350	1132	4372	1420	1221

Fonte: Sistema de Informação Ambulatorial (SIA) – DATASUS, 2022.

O CAPS I de Buíque foi homologado em 2016. Existem alguns procedimentos que não estavam sendo informados ou realizados nos dois primeiros anos de existência do dispositivo. O atendimento a um número maior de CIDs permite atenção dos casos mais graves, não reduzida à questão diagnóstica, pois o que determina o ingresso de uma pessoa na unidade é a avaliação psicossocial do caso (**tabela 68**).

Tabela 69. Produção por procedimento do CAPS I CUSTÓDIA, 2020 - 2021.

Procedimento	2020	2021
ACOLHIMENTO EM TERCEIRO TURNO DE PACIENTE EM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL	0	9
ACOLHIMENTO DIURNO DE PACIENTE EM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL	12	523
ATENDIMENTO INDIVIDUAL DE PACIENTE EM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL	1073	1425
ATENDIMENTO EM GRUPO DE PACIENTE EM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL	43	216
ATENDIMENTO FAMILIAR EM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL	725	1339
ACOLHIMENTO INICIAL POR CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL	246	449
ATENDIMENTO DOMICILIAR PARA PACIENTES DE CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL E/OU FAMILIARES	112	249
AÇÕES DE ARTICULAÇÃO DE REDES INTRA E INTERSETORIAIS	179	503
FORTALECIMENTO DO PROTAGONISMO DE USUÁRIOS DE CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL E SEUS FAMILIARES	14	280
PRÁTICAS CORPORAIS EM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL	34	181
PRÁTICAS EXPRESSIVAS E COMUNICATIVAS EM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL	26	42
ATENÇÃO ÀS SITUAÇÕES DE CRISE	514	608
MATRICIAMENTO DE EQUIPES DA ATENÇÃO BÁSICA	43	567
AÇÕES DE REDUÇÃO DE DANOS	59	613
AÇÕES DE REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL	3	233
PROMOÇÃO DE CONTRATUALIDADE NO TERRITÓRIO	5	129
MATRICIAMENTO DE EQUIPES DOS PONTOS DE ATENÇÃO DA URGÊNCIA E EMERGÊNCIA, E DOS SERVIÇOS HOSPITAL	111	491

Total	3199	7857

Fonte: Sistema de Informação Ambulatorial (SIA) – DATASUS, 2022.

O CAPS I de Custódia foi habilitado em dezembro de 2019, portanto iniciou a sua produção em janeiro de 2020. Na **tabela 69** estão distribuídos as ações realizadas, estando o atendimento individual em primeiro lugar, isso pode estar relacionado com as medidas restritas de combate ao novo corona vírus, uma vez que as atividades em grupo tiveram que ser interrompidas temporariamente. Dentre os vários procedimentos e eixos de cuidado do CAPS I de Custódia destacam-se 613 ações de redução de danos realizadas no ano de 2021, essa estratégia é um conjunto de princípios que incide na construção de práticas de cuidado à usuários (as) de álcool e outras drogas para diminuir danos e riscos causados pelo uso dessas substâncias.

Tabela 70. Produção por procedimento do CAPS I Oficina de Saúde Ibimirim, entre os anos de 2016 a 2021.

Procedimento	2016	2017	2018	2019	2020	2021
ACOLHIMENTO NOTURNO DE PACIENTE EM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL	0	0	0	1	0	0
ACOMPANHAMENTO DE PACIENTE EM SAUDE MENTAL (RESIDENCIA TERAPEUTICA)	83	84	97	103	78	108
ACOLHIMENTO DIURNO DE PACIENTE EM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL	157	230	30	18	5	5
ATENDIMENTO INDIVIDUAL DE PACIENTE EM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL	1230	1280	1241	1983	701	2925
ATENDIMENTO EM GRUPO DE PACIENTE EM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL	1023	1568	1442	2270	475	524
ATENDIMENTO FAMILIAR EM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL	597	615	841	1009	426	391
ACOLHIMENTO INICIAL POR CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL	96	93	169	189	142	430
ATENDIMENTO DOMICILIAR PARA PACIENTES DE CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL E/OU FAMILIARES	55	79	30	164	37	525
AÇÕES DE ARTICULAÇÃO DE REDES INTRA E INTERSETORIAIS	889	756	1172	1499	1089	1959
FORTALECIMENTO DO PROTAGONISMO DE USUÁRIOS DE CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL E SEUS FAMILIARES	159	159	297	53	18	33
PRÁTICAS CORPORAIS EM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL	108	265	436	508	85	0
PRÁTICAS EXPRESSIVAS E COMUNICATIVAS EM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL	363	214	323	231	149	286
ATENÇÃO ÀS SITUAÇÕES DE CRISE	34	35	9	17	76	58
MATRICIAMENTO DE EQUIPES DA ATENÇÃO BÁSICA	70	19	52	34	31	32
AÇÕES DE REDUÇÃO DE DANOS	79	184	212	475	538	608
ACOMPANHAMENTO DE SERVIÇO RESIDENCIAL TERAPÊUTICO POR CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL	429	523	1362	336	515	445
APOIO À SERVIÇO RESIDENCIAL DE CARÁTER TRANSITÓRIO POR CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL	12	101	437	134	105	127
AÇÕES DE REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL	59	117	0	3	0	2
PROMOÇÃO DE CONTRATUALIDADE NO TERRITÓRIO	1	1	57	13	0	82
MATRICIAMENTO DE EQUIPES DOS PONTOS DE ATENÇÃO DA URGÊNCIA E EMERGÊNCIA, E DOS SERVIÇOS HOSPITAL	27	31	6	6	19	10
Total	5471	6354	8213	9046	4489	8550

Fonte: Sistema de Informação Ambulatorial (SIA) – DATASUS, 2022.

O município de Ibimirim tem seu CAPS tipo I e ainda nesse serviço oferta a residência terapêutica (**tabela 70**); o procedimento Acolhimento noturno de paciente em centro de atenção psicossocial nos primeiros anos e até o ano de 2019, mostra que não houve registro no sistema, seja por falta de realização ou por falta de informação.

Para garantir a integralidade do cuidado é fundamental que todo dispositivo de saúde do SUS, de acordo com a necessidade de cada caso, realize ações de articulação de redes intra e intersetoriais. Sob este olhar, o CAPS I de Ibimirim realizou no ano de 2021, 1959 articulações com a rede de saúde, sugerindo desta forma, a garantia da continuidade do cuidado aos usuários da região de acordo com o nível de complexidade exigido em cada caso.

Tabela 71. Produção por procedimento do Centro de Atenção Psicossocial de Inajá, 2020-2021.

Procedimento	2020	2021	Total
ATENDIMENTO EM OFICINA TERAPEUTICA II - SAUDE MENTAL	0	10	10
ATENDIMENTO INDIVIDUAL DE PACIENTE EM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL	122	864	986
ATENDIMENTO EM GRUPO DE PACIENTE EM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL	43	53	96
ATENDIMENTO FAMILIAR EM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL	22	373	395
ACOLHIMENTO INICIAL POR CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL	211	252	463
ATENDIMENTO DOMICILIAR PARA PACIENTES DE CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL E/OU FAMILIARES	5	37	42
AÇÕES DE ARTICULAÇÃO DE REDES INTRA E INTERSETORIAIS	21	732	753
FORTALECIMENTO DO PROTAGONISMO DE USUÁRIOS DE CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL E SEUS FAMILIARES	8	54	62
PRÁTICAS CORPORAIS EM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL	0	63	63
PRÁTICAS EXPRESSIVAS E COMUNICATIVAS EM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL	13	67	80
ATENÇÃO ÀS SITUAÇÕES DE CRISE	26	164	190
MATRICIAMENTO DE EQUIPES DA ATENÇÃO BÁSICA	72	116	188
AÇÕES DE REDUÇÃO DE DANOS	192	465	657
ACOMPANHAMENTO DE SERVIÇO RESIDENCIAL TERAPÊUTICO POR CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL	6	2	8
AÇÕES DE REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL	24	1	25
PROMOÇÃO DE CONTRATUALIDADE NO TERRITÓRIO	0	28	28
MATRICIAMENTO DE EQUIPES DOS PONTOS DE ATENÇÃO DA URGÊNCIA E EMERGÊNCIA, E DOS SERVIÇOS HOSPITAL	0	7	7
Total	765	3288	4053

Fonte: Sistema de Informação Ambulatorial (SIA) – DATASUS, 2022.

O CAPS I de Inajá foi habilitado pela portaria nº 3.542, de 19 de dezembro de 2019, portanto iniciou a sua produção em janeiro de 2020. Na tabela 71 estão distribuídos as ações realizadas, destacando- se as ações de redução de danos, o acolhimento inicial e por último, os atendimentos individuais que aumentaram sete vezes no ano de 2021 quando comparamos ao ano anterior.

Tabela 72. Produção por procedimento do Centro de Atenção Psicossocial de Manari, entre os anos de 2017 a 2021.

Procedimento	2017	2018	2019	2020	2021
TESTE RÁPIDO PARA DETECÇÃO DE INFECÇÃO PELO HIV	0	0	0	31	0
TESTE RÁPIDO PARA SÍFILIS	0	0	0	31	0
TESTE RÁPIDO PARA DETECÇÃO DE HEPATITE C	0	0	0	31	0
TESTE RÁPIDO PARA DETECÇÃO DE INFECÇÃO PELO HBV	0	0	0	31	0
CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA	0	0	149	0	63
ATENDIMENTO EM OFICINA TERAPEUTICA I - SAUDE MENTAL	0	48	0	0	0
ATENDIMENTO EM PSICOTERAPIA DE GRUPO	0	241	669	123	0
ATENDIMENTO INDIVIDUAL EM PSICOTERAPIA	0	151	415	54	0
ACOLHIMENTO DIURNO DE PACIENTE EM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL	0	1	36	1	574
ATENDIMENTO INDIVIDUAL DE PACIENTE EM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL	365	922	1478	1923	1895
ATENDIMENTO EM GRUPO DE PACIENTE EM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL	87	738	1275	390	556
ATENDIMENTO FAMILIAR EM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL	14	154	318	630	687
ACOLHIMENTO INICIAL POR CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL	31	123	137	72	81
ATENDIMENTO DOMICILIAR PARA PACIENTES DE CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL E/OU FAMILIARES	0	61	61	115	59
AÇÕES DE ARTICULAÇÃO DE REDES INTRA E INTERSETORIAIS	1	80	129	183	214
FORTALECIMENTO DO PROTAGONISMO DE USUÁRIOS DE CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL E SEUS FAMILIARES	10	194	495	160	215
PRÁTICAS CORPORAIS EM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL	7	0	0	0	13
PRÁTICAS EXPRESSIVAS E COMUNICATIVAS EM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL	0	21	319	319	386
ATENÇÃO ÀS SITUAÇÕES DE CRISE	0	22	33	125	335
MATRICIAMENTO DE EQUIPES DA ATENÇÃO BÁSICA	102	337	24	24	45
AÇÕES DE REDUÇÃO DE DANOS	0	416	34	61	70
AÇÕES DE REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL	0	8	0	0	197
PROMOÇÃO DE CONTRATUALIDADE NO TERRITÓRIO	0	0	0	3	563
MATRICIAMENTO DE EQUIPES DOS PONTOS DE ATENÇÃO DA URGÊNCIA E EMERGÊNCIA, E DOS SERVIÇOS HOSPITAL	0	10	2	0	0
Total	617	3527	5574	4307	5953

Fonte: Sistema de Informação Ambulatorial (SIA) – DATASUS, 2022.

Diante desses procedimentos do CAPS de Manari, percebemos que existem algumas ações, tipo testes rápidos, que não fazem parte do guia dos procedimentos dos CAPS. Está zerado, mas de alguma forma foi gerada a informação. Sendo orientado para correção nos meses seguintes (**tabela 72**).

Os CAPS são serviços de portas abertas que recebem diariamente novos (as) usuários (as) com demandas de cuidado em saúde mental. No CAPS I de Manari destaca-se no ano de 2021, 571 acolhimentos diurnos neste dispositivo, gerando um aumento notório neste procedimento em relação aos anos anteriores.

Tabela 73. Produção por procedimento do CAPS Esperança do município de Pedra, entre os anos de 2016 a 2021.

Procedimento	2016	2017	2018	2019	2020	2021

CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NIVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA (EXCETO MÉDICO)	69	44	0	0	0	21
CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA	441	815	820	612	8	609
ATENDIMENTO EM OFICINA TERAPEUTICA II - SAUDE MENTAL	0	0	1	0	0	0
ATENDIMENTO INDIVIDUAL EM PSICOTERAPIA	0	80	20	127	0	0
ACOLHIMENTO DIURNO DE PACIENTE EM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL	0	4	0	0	0	6
ATENDIMENTO INDIVIDUAL DE PACIENTE EM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL	138	143	649	1193	721	1198
ATENDIMENTO EM GRUPO DE PACIENTE EM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL	2348	1908	1903	2581	399	253
ATENDIMENTO FAMILIAR EM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL	217	162	281	332	186	201
ACOLHIMENTO INICIAL POR CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL	40	100	158	224	43	218
ATENDIMENTO DOMICILIAR PARA PACIENTES DE CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL E/OU FAMILIARES	109	77	85	119	91	259
AÇÕES DE ARTICULAÇÃO DE REDES INTRA E INTERSETORIAIS	0	29	294	158	109	152
FORTALECIMENTO DO PROTAGONISMO DE USUÁRIOS DE CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL E SEUS FAMILIARES	0	2061	833	239	80	27
PRÁTICAS CORPORAIS EM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL	446	266	478	615	78	0
PRÁTICAS EXPRESSIVAS E COMUNICATIVAS EM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL	42	44	233	909	88	1
ATENÇÃO ÀS SITUAÇÕES DE CRISE	4	15	110	184	78	39
MATRICIAMENTO DE EQUIPES DA ATENÇÃO BÁSICA	0	168	273	84	39	32
AÇÕES DE REDUÇÃO DE DANOS	0	0	7	43	60	66
AÇÕES DE REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL	0	3	135	143	45	55
PROMOÇÃO DE CONTRATUALIDADE NO TERRITÓRIO	0	0	123	45	1	35
MATRICIAMENTO DE EQUIPES DOS PONTOS DE ATENÇÃO DA URGÊNCIA E EMERGÊNCIA, E DOS SERVIÇOS HOSPITAL	0	84	188	160	68	24
Total	3854	6003	6591	7768	2094	3196

Fonte: Sistema de Informação Ambulatorial (SIA) – DATASUS, 2022.

O atendimento individual em psicoterapia foi realizado por este CAPS; porém, não faz parte dos procedimentos dos CAPS, sendo este, um procedimento ambulatorial. Desta forma, foi corrigido no ano seguinte (**tabela 73**).

A autonomia e protagonismo dos (as) usuários (as) no SUS é um dos princípios da Política Nacional de Humanização (PNH), que existe desde 2003 para efetivar os princípios do SUS no cotidiano do cuidado em saúde. De acordo com a tabela 62, o fortalecimento do protagonismo de usuários de centro de atenção psicossocial e seus familiares, um procedimento importante para estimular a corresponsabilidade dos (as) usuários (as) em seus processos de cuidado, vem diminuindo significativamente, desde o ano de 2017.

Tabela 74. Produção por procedimentos do CAPS Nova Mente no município de Petrolândia, entre os ano de 2016 a 2021.

Procedimento	2016	2017	2018	2019	2020	2021
ATIVIDADE EDUCATIVA / ORIENTAÇÃO EM GRUPO NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA	0	0	15	0	0	0
ACOLHIMENTO DIURNO DE PACIENTE EM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL	0	1111	2657	2229	403	971
ATENDIMENTO INDIVIDUAL DE PACIENTE EM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL	470	353	836	1312	781	1384
ATENDIMENTO EM GRUPO DE PACIENTE EM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL	4477	563	1464	1338	266	702

ATENDIMENTO FAMILIAR EM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL	45	40	215	129	114	131
ACOLHIMENTO INICIAL POR CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL	0	70	140	218	82	115
ATENDIMENTO DOMICILIAR PARA PACIENTES DE CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL E/OU FAMILIARES	0	3	22	4	7	3
AÇÕES DE ARTICULAÇÃO DE REDES INTRA E INTERSETORIAIS	0	55	395	194	83	81
FORTALECIMENTO DO PROTAGONISMO DE USUÁRIOS DE CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL E SEUS FAMILIARES	0	0	220	57	4	49
PRÁTICAS CORPORAIS EM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL	2583	644	402	476	165	564
PRÁTICAS EXPRESSIVAS E COMUNICATIVAS EM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL	752	946	1381	1491	361	550
ATENÇÃO ÀS SITUAÇÕES DE CRISE	0	0	29	45	85	396
MATRICIAMENTO DE EQUIPES DA ATENÇÃO BÁSICA	0	34	210	98	77	36
AÇÕES DE REDUÇÃO DE DANOS	0	16	397	193	81	78
ACOMPANHAMENTO DE SERVIÇO RESIDENCIAL TERAPÊUTICO POR CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL	0	0	1	0	0	2
APOIO À SERVIÇO RESIDENCIAL DE CARÁTER TRANSITÓRIO POR CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL	0	14	0	0	0	0
AÇÕES DE REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL	2095	1249	1172	401	8	30
PROMOÇÃO DE CONTRATUALIDADE NO TERRITÓRIO	0	13	1	5	0	26
MATRICIAMENTO DE EQUIPES DOS PONTOS DE ATENÇÃO DA URGÊNCIA E EMERGÊNCIA, E DOS SERVIÇOS HOSPITAL	0	1	39	0	0	0
AFERIÇÃO DE PRESSÃO ARTERIAL	0	0	120	0	0	0
Total	10422	5112	9716	8190	2517	5118

Fonte: Sistema de Informação Ambulatorial (SIA) – DATASUS, 2022.

Na tabela acima (**tabela 74**), entre os procedimentos realizados está a aferição da pressão arterial, porém este não faz parte do Guia dos Procedimentos da RAPS, e assim o ano seguinte foi mais realizado.

O atendimento familiar é um eixo de cuidado indispensável para a corresponsabilização do cuidado do usuário junto à família e/ou sua rede de apoio sócio-assistencial. Nos CAPS, através do atendimento familiar é possível realizar a divisão de responsabilidades entre usuários, família e o próprio dispositivo de saúde, como também co-protagonizar a família nos processos de cuidado do (a) usuário (a). A tabela 74 demonstra uma estabilidade no atendimento familiar no CAPS I de Petrolândia, quanto ao número de procedimentos realizados nos anos de 2020 e 2021.

Tabela 75. Produção por procedimentos do CAPS 1 Paulo Delgado de Sertânia, entre os anos de 2016 a 2021.

Procedimento	2016	2017	2018	2019	2020	2021
TESTE RÁPIDO PARA SÍFILIS NA GESTANTE OU PAI/PARCEIRO	0	15	0	0	0	0
ATENDIMENTO EM PSICOTERAPIA DE GRUPO	0	0	76	347	25	0
ATENDIMENTO INDIVIDUAL EM PSICOTERAPIA	0	0	20	128	15	0
ACOLHIMENTO DIURNO DE PACIENTE EM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL	0	0	4	78	122	180
ATENDIMENTO INDIVIDUAL DE PACIENTE EM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL	248	121	166	787	849	1005
ATENDIMENTO EM GRUPO DE PACIENTE EM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL	0	0	210	1223	330	142

ATENDIMENTO FAMILIAR EM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL	0	0	26	178	473	685
ACOLHIMENTO INICIAL POR CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL	172	27	38	273	209	301
ATENDIMENTO DOMICILIAR PARA PACIENTES DE CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL E/OU FAMILIARES	0	0	23	43	57	102
AÇÕES DE ARTICULAÇÃO DE REDES INTRA E INTERSETORIAIS	0	0	42	212	275	317
FORTALECIMENTO DO PROTAGONISMO DE USUÁRIOS DE CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL E SEUS FAMILIARES	0	0	65	62	21	8
PRÁTICAS CORPORAIS EM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL	0	0	132	174	83	24
PRÁTICAS EXPRESSIVAS E COMUNICATIVAS EM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL	0	0	162	585	227	30
ATENÇÃO ÀS SITUAÇÕES DE CRISE	0	0	6	62	198	422
MATRICIAMENTO DE EQUIPES DA ATENÇÃO BÁSICA	0	7	10	61	26	22
AÇÕES DE REDUÇÃO DE DANOS	0	0	17	67	42	69
AÇÕES DE REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL	0	0	0	24	59	4
PROMOÇÃO DE CONTRATUALIDADE NO TERRITÓRIO	0	0	0	75	27	147
MATRICIAMENTO DE EQUIPES DOS PONTOS DE ATENÇÃO DA URGÊNCIA E EMERGÊNCIA, E DOS SERVIÇOS HOSPITAL	0	0	9	41	58	28
Total	420	170	1006	4420	3096	3486

Fonte: Sistema de Informação Ambulatorial (SIA) – DATASUS, 2022.

A tabela acima (**tabela 75**) apresenta os procedimentos do CAPS 1 Paulo Delgado de Sertânia, e observa-se que alguns procedimentos não foram realizados nos primeiros anos do CAPS, e nos anos posteriores realizaram. É possível identificar um aumento exacerbado no número de procedimentos de atenção à situação de crise nos anos de 2020 e 2021, sugerindo a necessidade de haver ações de promoção e prevenção à saúde mental transversalizada nos demais procedimentos do CAPS I de Sertânia, buscando deste modo intervir junto ao crescente número de usuários (as) em situação de crise.

Tabela 76. Produção por procedimento do CAPS I TACARATU, entre os anos de 2017 a 2021.

Procedimento	2017	2018	2019	2020	2021
APLICAÇÃO DE TESTE P/ PSICODIAGNÓSTICO	18	0	0	0	0
CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NIVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA (EXCETO MÉDICO)	0	37	227	41	0
ACOMPANHAMENTO NEUROPSICOLÓGICO DE PACIENTE EM REABILITAÇÃO	0	4	349	0	1
ATENDIMENTO EM PSICOTERAPIA DE GRUPO	0	0	23	0	5
ATENDIMENTO INDIVIDUAL EM PSICOTERAPIA	0	28	8	0	290
ACOLHIMENTO DIURNO DE PACIENTE EM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL	0	0	0	238	234
ATENDIMENTO INDIVIDUAL DE PACIENTE EM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL	0	0	10	178	262
ATENDIMENTO EM GRUPO DE PACIENTE EM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL	0	0	0	99	4
ATENDIMENTO FAMILIAR EM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL	0	0	0	9	103
ACOLHIMENTO INICIAL POR CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL	0	0	0	0	76
ATENDIMENTO DOMICILIAR PARA PACIENTES DE CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL E/OU FAMILIARES	0	0	0	9	7
AÇÕES DE ARTICULAÇÃO DE REDES INTRA E INTERSETORIAIS	0	0	0	0	443
FORTALECIMENTO DO PROTAGONISMO DE USUÁRIOS DE CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL E SEUS FAMILIARES	0	0	0	0	561
PRÁTICAS EXPRESSIVAS E COMUNICATIVAS EM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL	0	0	0	2	0

ATENÇÃO ÀS SITUAÇÕES DE CRISE	0	0	0	51	10
MATRICIAMENTO DE EQUIPES DA ATENÇÃO BÁSICA	0	0	0	10	45
AÇÕES DE REDUÇÃO DE DANOS	0	0	0	0	570
ACOMPANHAMENTO DE SERVIÇO RESIDENCIAL TERAPÊUTICO POR CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL	0	0	0	0	36
AÇÕES DE REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL	0	0	0	6	0
PROMOÇÃO DE CONTRATUALIDADE NO TERRITÓRIO	0	0	0	4	3
Total	18	69	617	647	2650

Fonte: Sistema de Informação Ambulatorial (SIA) – DATASUS, 2022.

Este CAPS não realiza nestes anos um dos procedimentos principais do CAPS - o Matriciamento de equipe da atenção básica. Entretanto, este é um procedimento que consta entre os indicadores monitorados na Pactuação Interfederativa. Além disso, o procedimento Atenção às situações de crise, não está sendo realizado; sendo este, de grande importância para o acolhimento ao usuário no CAPS (**tabela 76**). Tacaratu demonstra a realização e continuidade do Matriciamento de equipe de Atenção Básica a partir do ano de 2020, triplicando o número deste mesmo procedimento no ano seguinte. Ademais, o procedimento de atenção à situação de crise que não vinha sendo realizado em anos anteriores, foi iniciado a partir do ano de 2020 o que sugere o cuidado de usuários (as) com demanda para este tipo de procedimento.

7.3.5 REDE DE ATENÇÃO EM ONCOLOGIA

Em 2017, através da Resolução CIB/PE nº 3061 de 03 de outubro, que aprova a linha de cuidado da Rede de Atenção à Saúde Pessoas com Doenças Crônicas, no Eixo Temático Câncer nas 4 (quatro) Macrorregionais do Estado de Pernambuco, foi aprovado as Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON), responsáveis pela prestação de atenção especializada em oncologia, consultas e exames para acompanhamento, diagnóstico diferencial e definitivo de câncer e tratamento por cirurgia, oncologia clínica e cuidados paliativos relativamente aos cânceres mais prevalentes no Brasil, sendo obrigatória a referência formal para radioterapia de seus usuários, quando a unidade não ofertar internamente.

O quadro abaixo demonstra a Rede de Referência em Oncologia na VI Região de Saúde.

Quadro 46. Rede de Oncologia na III Macrorregião e VI Regional de Saúde.

MACRO	REGIÃO	MUNICÍPIO	CNES	ESTABELECIMENTO	HABILITAÇÃO

III	VI	ARCOVERDE	3369293	Hospital Memorial de Arcoverde	UNACON

Fonte: Gerência de Regulação Ambulatorial/SES/PE

O Hospital Memorial Arcoverde disponibiliza as seguintes especialidades de: Mastologia, Urologia, Oncologia clínica e Cabeça e pescoço, nas condições de tratamento clínico e cirúrgico. Funciona de forma regulada para os 35 municípios da III Macrorregional de Saúde nessas 4 especialidades e, para as IV, V, VII, VIII, IX regulamos Mastologia e Urologia.

A clínica de oncologia do MEMORIAL ONCO dispõe para seus pacientes regulados e em tratamento:

- Tomografia computadorizada;
- Exames laboratoriais;
- Atendimento psicológico;
- Acompanhamento com assistente social;
- Endoscopia;
- Quimioterapia;
- Hormonioterapia;
- Procedimentos cirúrgicos na especialidade de mastologia;
- Procedimentos cirúrgicos na especialidade de urologia;
- Procedimentos cirúrgicos na especialidade de cabeça e pescoço.

8. RECURSOS FINANCEIROS

A Lei Complementar nº 141 de 13 de janeiro de 2012, em seu artigo 7° traz a porcentagem que deve ser aplicada anualmente em ações e serviços públicos de saúde pelos Municípios e Distrito Federal, devendo ser no mínimo 15% da arrecadação dos impostos. A aplicação mínima desses recursos é acompanhada por meio do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS) - um instrumento de planejamento, gestão e controle social do Sistema Único de Saúde (SUS). Os dados declarados pelos Entes Federados são coletados, armazenados e processados nesse sistema, gerando informações sobre receitas totais e gastos com ações e serviços públicos de saúde das três esferas do governo: federal, estadual e municipal.

De acordo com os dados da tabela abaixo (**tabela 77**), os municípios de Manari e Pedra não transmitiram informações no ano de 2021 – podendo este fato estar

relacionado com o atraso na liberação do sistema para a devida alimentação pelos entes federados. Em 2020 o município de Custódia informou ao sistema uma porcentagem de investimento com a saúde inferior aos 15%; infringindo a Lei, com possível comprometimento da oferta dos serviços públicos de saúde pública desses municípios. Já o município de Petrolândia recebe destaque, enquanto município que mais investiu em saúde pública nos últimos 5 anos, tendo investido mais que o dobro do percentual mínimo em todos os anos.

Tabela 77. Percentual de aplicação em ações e serviços públicos de saúde sobre a receita de impostos líquidos e transferências constitucionais e legais.

	2017	2018	2019	2020	2021
Arcoverde	15,8	15,06	15,37	15,41	13,38
Buíque	19,31	20,99	22,25	20,65	19,61
Custódia	26,67	23,1	20,55	13,42	16,7
Ibimirim	21,03	18,53	16,73	21,88	26,43
Inajá	16,86	20,75	19,2	18,77	18,05
Jatobá	18,78	15,79	15,1	23,34	24,84
Manari	23,86	23,75	22,31	31,7	NÃO TRANSMITIU
Pedra	18,76	15,93	16,16	22,86	NÃO TRANSMITIU
Petrolândia	34,72	32,38	34,99	32,88	34,9
Sertânia	31	30,18	22,38	16,1	27,74
Tacaratu	31,36	26,29	27,43	32,68	26,03
Tupanatinga	24,56	21,25	15,64	22,23	25,24
Venturosa	29,47	30,7	28,6	23,84	32,81

Fonte: Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS), 2022.

A seguir apresentaremos os gastos de saúde por habitante dos 13 municípios da VI regional. De acordo com o levantamento do Conselho Federal de Medicina (CFM) revela que cerca de 2.800 municípios brasileiros gastaram menos de R$403,37 na saúde de cada habitante durante o ano de 2017. A análise mostra que esse foi o valor médio aplicado por gestores municipais com recursos próprios em Ações e Serviços Públicos de Saúde declarados no SIOPS.

Conforme dados apresentados abaixo, os três municípios que apresentaram maiores valores de investimento por habitante foram Jatobá, Petrolândia e Venturosa.

Tabela 78. Despesa total com saúde, em R$/hab, sob a responsabilidade dos municípios da VI Geres.

	2017	2018	2019	2020	2021
Arcoverde	436,56	467,7	491,35	533,62	621,5
Buíque	269	308,44	327,98	435,34	464,97
Custódia	390,87	464,35	476,15	725,58	677,11
Ibimirim	414,94	483,59	491,55	573,06	742,28
Inajá	340,84	396,52	359,28	474,86	604,83
Jatobá	644,1	718,67	809,97	958,5	1.122,47
Manari	431,3	487,87	486,77	883,07	xx
Pedra	456,18	582,26	516,46	709,74	xx
Petrolândia	571,06	579,81	670,63	757,07	899,4
Sertânia	446,84	554,41	642,21	635,98	758,87
Tacaratu	511,35	503,05	564,19	765,37	751,16
Tupanatinga	353,89	443,82	400,76	597,92	663,25
Venturosa	589,63	668,94	737,13	944,5	980,96

Fonte: Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS), 2022.

9. GESTÃO DO TRABALHO E EDUCAÇÃO EM SAÚDE

Componentes da Gestão do Trabalho na VI GERES:

a) **UGP - Unidade de Gestão de Pessoas**, vinculada ao organograma à Coordenação Administrativo e Financeira da VI regional de saúde. Cumpre o papel de acompanhar a vida laboral do servidor e servidora da SES, após seu ingresso por concurso público, seleção simplificada por tempo determinado, contrato de prestação de serviço com a SES e indicados aos cargos comissionados (efetivos, CTD, terceirizados e cargos comissionados), participando ativamente do processo de avaliação de desempenho dos servidores SES. Possui relação direta com a SEGTES, através de suas coordenações específicas. Além do aspecto cartorial, também realiza acolhimento e apoio as atividades e ações do NUAPS. Responde pela Chefia da UGP: Zenóbia de Lima Duda- Assistente em Saúde -.Matrícula 124063-3.

b) **NUAPS - Núcleo de Apoio Psicossocial,** está vinculado ao Programa de Saúde, Segurança e Qualidade de Vida (Qualivida), sendo instituído pela Portaria SES/PE Nº 549 de 12 de dezembro de 2014. Trata-se de um dispositivo operativo que tem como princípio norteador o bem-estar

biopsicossocial e a promoção à saúde do servidor e servidora da SES. No campo de atuação do SUS considera estar atento à qualidade de vida em contexto laboral, assim como às doenças e agravos que acometem os servidores e servidoras da rede estadual de saúde. Na VI GERES esse equipamento foi implantado em agosto de 2006. O monitoramento e avaliação deste dispositivo são realizados pela UNIAPS (Unidade de Apoio Psicossocial).

A seguir, apresentamos colaboração e/ou execução das atividades da Gestão do Trabalho e Educação em Saúde, na VI GERES:

1. **Sistematização do Eixo de Prevenção e Promoção** com as seguintes atividades: Promoção à Saúde (Palestras e Rodas de Conversas), Atividades Socioeducativas (Grupos Operativos e Oficinas), Atividades Lúdicas e de Integração de Equipes de Trabalho (Práticas Expressivas e Comunicativas), Visitas Preventivas e Interventivas aos setores da VI GERES, CINE-GERES, Celebração da Vida e Comemoração dos Aniversariantes do Mês e Eventos.

2. **Fluxo do Eixo de Assistência**: Acolhimento e atendimento psicológico com referenciamento, quando necessário, Visita domiciliar, quando necessário, Visita institucional, Articulação de Redes Assistenciais. **No Eixo de Projetos e Programas**, temos: Projeto de Valorização da Vida e Prevenção ao Suicídio, Prevenção da Violência Doméstica, Familiar e de Gênero, Projeto Saúde a Qualquer Hora, Projeto Dia D'Chá, Projeto Jardim de Ervas, Programa GERES Saudável, Programa retorno assistido, Diagnóstico Situacional, POA (Programa de Preparação para Aposentadoria), Projeto Diagnóstico Interventivo, Projeto de Desenvolvimento de Equipes, Projeto Drogas e Trabalho: Como Referenciar?, Projeto CINE GERES, Projeto Informativo NUAPS " Espaço Saber". A execução desse eixo teve, em linha histórica, diferentes momentos de alcance dos servidores e servidoras. Registramos como outras atividades e participações os Espaços Colegiados: UNIAPS, CIES, Saúde Mental e Câmara Técnica Permanente.

3. **Plano de Enfrentamento ao COVID-19:** Como estratégia de cuidado e

assistência ao servidor em momento de enfrentamento à Pandemia do COVID-19, o NUAPS desenvolveu suas atividades de forma presencial e online, junto ao Programa ACOLHE SES. Em 2020 foi realizado estudo/pesquisa da avaliação da saúde física e mental dos profissionais da VI GERES com objetivo de traçar o perfil da saúde física e mantal dos servidores da VI GERES, além de realizar diálogos com profissionais de saúde utilizando como ferramentas a educação permanente, educação popular em saúde e as práticas integrativas e complementares na perspectiva de promoção, prevenção e recuperação da saúde do trabalhador com ações vinculadas ao Programa Qualivida-regulamentado pela PortariaSES/PE Nº549 de 12 de dezembro de 2014. Para realização desse estudo e, posterior, projeto de intervenção utilizamos a estratégia de articulação do Núcleo de Apoio Psicossocial (NUAPS) e Residência de Saúde Coletiva da Escola de Governo em Saúde Pública do Estado de Pernambuco. Participação do NUAPS VI GERES, com trabalho apresentado, na I Mostra de Experiências Exitosas dos NUAPS, realizada na SES-Bongi em dezembro de 2021.

4. **Objetivo do Programa ACOLHE SES:** Promover Ações de Prevenção e Promoção da Saúde dos Servidores da SES, possibilitando a realização de Ações de Intervenção e Atenção à Crise no momento de enfrentamento da Pandemia do Coronavírus considerando as medidas de Governo do Estado de Pernambuco e recomendação das autoridades sanitárias do Estado (SES) e do País (MS).

- **Relatório Acolhe SES de 03/2020 à 03/2021**

Percentual de Profissionais Atendidos no Acolhe SES em Modalidade de Atendimento Psicossocial (com exceção das Escutas Psicoterápicas e Atividades Coletivas):

UNIDADE	N
NUAPS SEDE DA VI GERES	1469

Fonte: Registro interno do NUAPS VI GERES, 2022.

Tabela 79. Série Histórica da Quantidade de Pessoas Alcançadas pelas Ações do NUAPS VI GERES.

Ações dos	Pessoas	Pessoas	Pessoas	Pessoas	Pessoas

Eixos	alcançadas em 2020 (1ºSEM)	alcançadas em 2019	alcançadas em 2018	alcançadas em 2017	alcançadas em 2016
Eixo de Prevenção, Promoção e Fluxo de Assistência ao Servidor e Servidora da SES	593	903	401	118	160
Eixo de Projetos e Programas	Realizado	Realizado	Realizado	Realizado	Realizado

Fonte: Registro interno do NUAPS VI GERES, 2020.

Impacto das ações do NUAPS VI GERES sobre o público aplicado:

Consideramos esse alcance satisfatório e relevante, com a construção do Plano de Enfrentamento à Pandemia e Gestão do Cuidado ao Servidor com participação robusta do NUAPS VI GERES no Programa Acolhe SES, através do atendimento psicossocial, escutas psicoterápicas, direitos e deveres, encaminhamentos e realização de atividades coletivas, seguindo as medidas de segurança e minimização dos riscos de contágio pelo Coronavírus. Importante também termos conseguido alcançar os trabalhadores/servidores de outras regionais de saúde, através dos espaços de lives, web debates e dessa forma colaboramos para o reconhecimento e fortalecimento da política de gestão do trabalho e da qualidade de vida do trabalhador/servidor SES no âmbito do Estado de Pernambuco.

Na VI GERES esse equipamento foi implantado em agosto de 2006. O monitoramento e avaliação deste dispositivo são realizadas pela UNIAPS (Unidade de Apoio Psicossocial). Responde pela Coordenação do Núcleo de Apoio Psicossocial: Alessandra Ferraz de Araújo Granja de Souza - Analista em Saúde/Psicóloga - Matrícula 254033-9.

5. **CIES - A Comissão de Integração Ensino e Serviço**, constitui uma instância colegiada Intersetorial e interinstitucional de natureza política, de caráter permanente e consultivo, vinculada à Comissão Inter gestores Regional do Estado- CIR/PE. Tem como finalidade propor prioridades, métodos e estratégias para formação da força de trabalho em saúde e a educação permanente dos trabalhadores e do controle social do SUS, assim como para pesquisa e cooperação técnica entre os serviços de saúde e as instituições de ensino. Têm

por competência participar da formulação, condução, monitoramento da Política de Educação Permanente e apresentar ao Colegiado de Gestão Regional para ser discutido e homologado, assim como a construção do Plano Regional de Educação Permanente em Saúde (PAREPS) e condução para apreciação e aprovação na CIR. Para construção do PAREPS foi realizada Oficina para sua elaboração com membros da CIES e profissionais das áreas técnicas e estratégicas. Nessa construção foram destacados eixos prioritários para formação dos profissionais que compõem a força de trabalho da VI região de saúde e III macrorregional. Na sua composição tem como membros representantes de Instituições de Ensino (superior e técnica) público e privada, representantes de cada departamento da VI GERES, representantes de cada município que compõe a VI GERES, representantes dos movimentos sociais, representantes dos trabalhadores, de nível superior e técnico e Gestores. As reuniões acontecem de forma ordinária e com deliberações a partir de quórum mínimo de metade mais um, seguindo calendário prévio e se organiza através de sua Coordenação, Secretaria Executiva, Plenária e Câmaras Técnicas e Grupos de Trabalho. Atualmente tem em sua composição: Coordenação: Jhanybete Alves; Vice Coordenação: Janaína Lima e Secretária Executiva: Ivanna Samille Menezes.

6. AÇÕES DO PAREPS PLANEJADAS E REALIZADAS/ AÇÕES CORRELATAS REALIZADAS:

- Realizado levantamento das dificuldades com os Coordenadores do PSE em espaço Colegiado de Atenção Básica;
- Fórum de Saúde do Trabalhador conduzido pela Referência Técnica Regional, membros da CIES e profissionais da SES;
- Oficina de Saúde Funcional para profissionais de Fisioterapia e Terapia Ocupacional facilitada pelos membros da CIES e CREFITO/PE;
- Oficina de Agravo do Transtorno Mental Relacionado ao Trabalho conduzida pelo CEREST ESTADUAL;
- Oficina de Atenção à Crise (com ênfase em estudo de caso) conduzida pelos membros da CIES e técnicos da GASAM;
- Oficina de Urgências e Emergências Psiquiátricas para o Cuidado em Leitos

Integrais conduzida pela GASAM;

- Mostra de Experiências Exitosas conduzida pela Gerente Regional, pelos técnicos das áreas estratégicas e SES;
- Oficina de Urgência e Emergência Materna e Atenção Imediata ao Recém-Nascido conduzida pela Atenção à Saúde;
- Prevenção da Violência Obstétrica conduzida pela Atenção à Saúde;
- Fórum Perinatal conduzido pela Atenção à Saúde.
- Elaboração e início de execução do Projeto Formativo em 2021

As Ações do Plano foram avaliadas e monitoradas em Oficina realizada em Serra Talhada, sede da III Macrorregional, em dezembro de 2019.

10. GOVERNANÇA, CONTROLE SOCIAL E OUVIDORIA

Desde os anos 2000, vem sendo publicadas normativas federal setorial priorizando as regiões como escala de planejamento governamental nos estados, instituindo instrumentos de planejamento de abrangência regional, pontuando critérios para a definição de regiões de saúde e, instâncias de pactuação e cogestão para a provisão de cuidados de média e alta complexidade na região, para a integração de redes cooperativas de atenção que articulassem todos os níveis de complexidade.

Em 2017, o Ministério da Saúde estabeleceu diretrizes para os processos de regionalização e governança das Redes de Atenção à Saúde – RAS no âmbito do Sistema único de Saúde – SUS; definindo que o planejamento regional integrado (PRI) deve sistematizar a definição das responsabilidades de cada ente federado no âmbito das RAS e do financiamento compartilhado, sem prejuízo das demais definições presentes na legislação vigente.

Numa tentativa de proporcionar mais robustez, qualidade e participação social na Gestão Pública da Saúde, o Ministério da saúde lançou em 2018, o DIGISUS - módulo Planejamento, ferramenta digital, na qual Estados e municípios inserem seus instrumentos de Planejamento (Plano Municipal de Saúde, Programação Anual de Saúde, Relatório Detalhado Quadrimestral, Relatório Anual de Gestão e Pactuação Interfederativa) de forma cronológica, ficando disponível inclusive, para consulta pública. Entretanto, desde seu lançamento, a plataforma DIGISUS vem sofrendo diversas instabilidades, geração de erros, comprometendo sua credibilidade frente aos coordenadores de Planejamento municipais e representantes dos Conselhos

Municipais de Saúde - que alimentam o sistema, e o deixam de fazer, diante de tantos erros. Segue abaixo, quadro apresentando a atual situação de alimentação do sistema, por município e por instrumento de Planejamento, conforme consulta realizada no DIGISUS em 03/02/2022:

Arcoverde

PLANO DE SAÚDE	PACTUAÇÃO 2018	PACTUAÇÃO 2019	PACTUAÇÃO 2020	PACTUAÇÃO 2021
APROVADO	HOMOLOGADA	HOMOLOGADA	HOMOLOGADA	APROVADA
PAS 2018	1º RDQ	2º RDQ	3º RDQ	RAG 2018
APROVADA	AVALIADO	AVALIADO	AVALIADO	APROVADO
PAS 2019	1º RDQ	2º RDQ	3º RDQ	RAG 2019
APROVADO	AVALIADO	AVALIADO	AVALIADO	APROVADO
PAS 2020	1º RDQ	2º RDQ	3º RDQ	RAG 2020
APROVADA	AVALIADO	AVALIADO	AVALIADO	APROVADO
PAS 2021	1º RDQ	2º RDQ	3º RDQ	RAG 2021
APROVADA	AVALIADO	EM ELABORAÇÃO	NÃO INICIADO	NÃO INICIADO

BUÍQUE

PLANO DE SAÚDE	PACTUAÇÃO 2018	PACTUAÇÃO 2019	PACTUAÇÃO 2020	PACTUAÇÃO 2021
APROVADO	HOMOLOGADA	HOMOLOGADA	HOMOLOGADA	APROVADA
PAS 2018	1º RDQ	2º RDQ	3º RDQ	RAG 2018
APROVADA	EM ELABORAÇÃO	NÃO INICIADO	NÃO INICIADO	EM ELABORAÇÃO
PAS 2019	1º RDQ	2º RDQ	3º RDQ	RAG 2019
APROVADA	NÃO INICIADO	NÃO INICIADO	NÃO INICIADO	EM ELABORAÇÃO
PAS 2020	1º RDQ	2º RDQ	3º RDQ	RAG 2020
APROVADA	NÃO INICIADO	NÃO INICIADO	NÃO INICIADO	APROVADO
PAS 2021	1º RDQ	2º RDQ	3º RDQ	RAG 2021
APROVADA	NÃO INICIADO	NÃO INICIADO	NÃO INICIADO	NÃO INICIADO

CUSTÓDIA

PLANO DE SAÚDE	PACTUAÇÃO 2018	PACTUAÇÃO 2019	PACTUAÇÃO 2020	PACTUAÇÃO 2021
APROVADO	HOMOLOGADA	HOMOLOGADA	HOMOLOGADA	HOMOLOGADA
PAS 2018	1º RDQ	2º RDQ	3º RDQ	RAG 2018
APROVADA	EM ANÁLISE NO CMS	EM ANÁLISE NO CMS	EM ANÁLISE NO CMS	APROVADO
PAS 2019	1º RDQ	2º RDQ	3º RDQ	RAG 2019
APROVADA	EM ANÁLISE NO CMS	EM ANÁLISE NO CMS	EM ANÁLISE NO CMS	APROVADO
PAS 2020	1º RDQ	2º RDQ	3º RDQ	RAG 2020
APROVADA	EM ANÁLISE NO CMS	EM ANÁLISE NO CMS	EM ANÁLISE NO CMS	APROVADO
PAS 2021	1º RDQ	2º RDQ	3º RDQ	RAG 2021
APROVADA	NÃO INICIADO	NÃO INICIADO	NÃO INICIADO	NÃO INICIADO

IBIMIRIM

PLANO DE SAÚDE	PACTUAÇÃO 2018	PACTUAÇÃO 2019	PACTUAÇÃO 2020	PACTUAÇÃO 2021
APROVADO	HOMOLOGADA	HOMOLOGADA	EM APRECIAÇÃO PELO CMS	NÃO INICIADA
PAS 2018	1º RDQ	2º RDQ	3º RDQ	RAG 2018
APROVADA	EM ANÁLISE NO CMS	EM ANÁLISE NO CMS	EM ANÁLISE NO CMS	APROVADO
PAS 2019	1º RDQ	2º RDQ	3º RDQ	RAG 2019
APROVADA	EM ANÁLISE NO CMS	EM ANÁLISE NO CMS	EM ANÁLISE NO CMS	APROVADO
PAS 2020	1º RDQ	2º RDQ	3º RDQ	RAG 2020
APROVADA	EM ANÁLISE NO CMS	EM ELABORAÇÃO	EM ELABORAÇÃO	EM ELABORAÇÃO
PAS 2021	1º RDQ	2º RDQ	3º RDQ	RAG 2021
APROVADA	EM ELABORAÇÃO	EM ELABORAÇÃO	NÃO INICIADO	NÃO INICIADO

INAJÁ

PLANO DE SAÚDE	PACTUAÇÃO 2018	PACTUAÇÃO 2019	PACTUAÇÃO 2020	PACTUAÇÃO 2021
APROVADO	EM APRECIAÇÃO PELO CMS	EM APRECIAÇÃO PELO CMS	EM ELABORAÇÃO	EM ELABORAÇÃO
PAS 2018	1º RDQ	2º RDQ	3º RDQ	RAG 2018
APROVADA	EM ELABORAÇÃO	EM ELABORAÇÃO	EM ELABORAÇÃO	EM ELABORAÇÃO
PAS 2019	1º RDQ	2º RDQ	3º RDQ	RAG 2019
APROVADA	EM ELABORAÇÃO	EM ELABORAÇÃO	EM ELABORAÇÃO	EM ELABORAÇÃO
PAS 2020	1º RDQ	2º RDQ	3º RDQ	RAG 2020
EM ANÁLISE NO CMS	EM ELABORAÇÃO	EM ELABORAÇÃO	EM ELABORAÇÃO	EM ELABORAÇÃO
PAS 2021	1º RDQ	2º RDQ	3º RDQ	RAG 2021
-	-	-	-	-

JATOBÁ

PLANO DE SAÚDE	PACTUAÇÃO 2018	PACTUAÇÃO 2019	PACTUAÇÃO 2020	PACTUAÇÃO 2021
APROVADO	HOMOLOGADA	HOMOLOGADA	HOMOLOGADA	APROVADA
PAS 2018	1º RDQ	2º RDQ	3º RDQ	RAG 2018
APROVADA	EM ELABORAÇÃO	EM ELABORAÇÃO	EM ELABORAÇÃO	EM ELABORAÇÃO
PAS 2019	1º RDQ	2º RDQ	3º RDQ	RAG 2019
APROVADA	EM ELABORAÇÃO	EM ELABORAÇÃO	EM ELABORAÇÃO	EM ELABORAÇÃO
PAS 2020	1º RDQ	2º RDQ	3º RDQ	RAG 2020
-	-	-	-	-
PAS 2021	1º RDQ	2º RDQ	3º RDQ	RAG 2021
-	-	-	-	-

MANARI

PLANO DE SAÚDE	PACTUAÇÃO 2018	PACTUAÇÃO 2019	PACTUAÇÃO 2020	PACTUAÇÃO 2021
APROVADO	HOMOLOGADA	HOMOLOGADA	EM ELABORAÇÃO	EM ELABORAÇÃO
PAS 2018	1º RDQ	2º RDQ	3º RDQ	RAG 2018
APROVADA	AVALIADO	EM ANÁLISE NO CMS	EM ANÁLISE NO CMS	APROVADO
PAS 2019	1º RDQ	2º RDQ	3º RDQ	RAG 2019
-	-	-	-	-
PAS 2020	1º RDQ	2º RDQ	3º RDQ	RAG 2020
-	-	-	-	-
PAS 2021	1º RDQ	2º RDQ	3º RDQ	RAG 2021
-	-	-	-	-

PEDRA

PLANO DE SAÚDE	PACTUAÇÃO 2018	PACTUAÇÃO 2019	PACTUAÇÃO 2020	PACTUAÇÃO 2021
APROVADO	HOMOLOGADA	HOMOLOGADA	HOMOLOGADA	NÃO INICIADA
PAS 2018	1º RDQ	2º RDQ	3º RDQ	RAG 2018
APROVADA	NÃO INICIADO	NÃO INICIADO	NÃO INICIADO	NÃO INICIADO
PAS 2019	1º RDQ	2º RDQ	3º RDQ	RAG 2019
APROVADA	NÃO INICIADO	NÃO INICIADO	NÃO INICIADO	APROVADO
PAS 2020	1º RDQ	2º RDQ	3º RDQ	RAG 2020
-	-	-	-	-
PAS 2021	1º RDQ	2º RDQ	3º RDQ	RAG 2021
-	-	-	-	-

PETROLÂNDIA

PLANO DE SAÚDE	PACTUAÇÃO 2018	PACTUAÇÃO 2019	PACTUAÇÃO 2020	PACTUAÇÃO 2021
APROVADO	HOMOLOGADA	HOMOLOGADA	HOMOLOGADA	HOMOLOGADA
PAS 2018	1º RDQ	2º RDQ	3º RDQ	RAG 2018
APROVADA	AVALIADO	AVALIADO	AVALIADO	APROVADA
PAS 2019	1º RDQ	2º RDQ	3º RDQ	RAG 2019
APROVADA	AVALIADO	AVALIADO	AVALIADO	APROVADA
PAS 2020	1º RDQ	2º RDQ	3º RDQ	RAG 2020
APROVADA	EM ANÁLISE NO CMS	EM ANÁLISE NO CMS	EM ANÁLISE NO CMS	APROVADA
PAS 2021	1º RDQ	2º RDQ	3º RDQ	RAG 2021
APROVADA	EM ANÁLISE NO CMS	EM ANÁLISE NO CMS	NÃO INICIADO	NÃO INICIADO

SERTÂNIA

PLANO DE SAÚDE	PACTUAÇÃO 2018	PACTUAÇÃO 2019	PACTUAÇÃO 2020	PACTUAÇÃO 2021
APROVADO	HOMOLOGADA	HOMOLOGADA	HOMOLOGADA	HOMOLOGADA
PAS 2018	1º RDQ	2º RDQ	3º RDQ	RAG 2018
APROVADA	AVALIADO	AVALIADO	AVALIADO	APROVADA
PAS 2019	1º RDQ	2º RDQ	3º RDQ	RAG 2019
APROVADA	AVALIADO	AVALIADO	AVALIADO	APROVADA
PAS 2020	1º RDQ	2º RDQ	3º RDQ	RAG 2020
APROVADA	AVALIADO	AVALIADO	AVALIADO	APROVADA
PAS 2021	1º RDQ	2º RDQ	3º RDQ	RAG 2021
APROVADA	EM ELABORAÇÃO	EM ELABORAÇÃO	EM ELABORAÇÃO	NÃO INICIADO

TACARATU

PLANO DE SAÚDE	PACTUAÇÃO 2018	PACTUAÇÃO 2019	PACTUAÇÃO 2020	PACTUAÇÃO 2021
APROVADO	HOMOLOGADA	HOMOLOGADA	HOMOLOGADA	HOMOLOGADA
PAS 2018	1º RDQ	2º RDQ	3º RDQ	RAG 2018
APROVADA	AVALIADO	AVALIADO	AVALIADO	APROVADA
PAS 2019	1º RDQ	2º RDQ	3º RDQ	RAG 2019
APROVADA	AVALIADO	AVALIADO	AVALIADO	APROVADA
PAS 2020	1º RDQ	2º RDQ	3º RDQ	RAG 2020
APROVADA	NÃO INICIADO	NÃO INICIADO	NÃO INICIADO	NÃO INICIADO
PAS 2021	1º RDQ	2º RDQ	3º RDQ	RAG 2021
EM ANÁLISE NO CMS	EM ELABORAÇÃO	NÃO INICIADO	NÃO INICIADO	NÃO INICIADO

TUPANATINGA

PLANO DE SAÚDE	PACTUAÇÃO 2018	PACTUAÇÃO 2019	PACTUAÇÃO 2020	PACTUAÇÃO 2021
APROVADO	HOMOLOGADA	HOMOLOGADA	HOMOLOGADA	NÃO INICIADA
PAS 2018	1º RDQ	2º RDQ	3º RDQ	RAG 2018
-	-	-	-	-
PAS 2019	1º RDQ	2º RDQ	3º RDQ	RAG 2019
APROVADA	NÃO INICIADO	NÃO INICIADO	NÃO INICIADO	EM ANÁLISE NO CMS
PAS 2020	1º RDQ	2º RDQ	3º RDQ	RAG 2020
-	-	-	-	-
PAS 2021	1º RDQ	2º RDQ	3º RDQ	RAG 2021
-	-	-	-	-

VENTUROSA

PLANO DE SAÚDE	PACTUAÇÃO 2018	PACTUAÇÃO 2019	PACTUAÇÃO 2020	PACTUAÇÃO 2021
APROVADO	HOMOLOGADA	HOMOLOGADA	HOMOLOGADA	HOMOLOGADA
PAS 2018	1º RDQ	2º RDQ	3º RDQ	RAG 2018
APROVADO	NÃO INICIADO	NÃO INICIADO	NÃO INICIADO	APROVADO
PAS 2019	1º RDQ	2º RDQ	3º RDQ	RAG 2019
APROVADA	NÃO INICIADO	NÃO INICIADO	NÃO INICIADO	APROVADO
PAS 2020	1º RDQ	2º RDQ	3º RDQ	RAG 2020
APROVADA	NÃO INICIADO	NÃO INICIADO	NÃO INICIADO	APROVADO
PAS 2021	1º RDQ	2º RDQ	3º RDQ	RAG 2021
APROVADA	NÃO INICIADO	NÃO INICIADO	NÃO INICIADO	NÃO INICIADO

Diante disso, é possível visualizar a necessidade de apoio e esforços que precisamos envidar, a fim de garantir a alimentação adequada do sistema, além de fortalecer o discurso de que os instrumentos de Planejamento são elaborados para serem seguidos, acompanhados e realizados por toda equipe técnica da saúde. É primordial que toda equipe conheça quais os objetivos e metas da gestão, para só então, planejar estratégias que possibilitem o alcance das metas traçadas.

Visando efetivar um planejamento já realizado pelos municípios, a VI Região de Saúde de Pernambuco vem garantindo a convocação e funcionamento das Comissões Integradas Regionais (CIR) vem atuando de modo a operacionalizar essas articulações e pactuações entre municípios e garantir a distribuição equitativa de serviços e ações de média e alta complexidade no SUS na VI Região de Saúde.

Além desse, temos garantido um cronograma prévio e realização de Colegiados de todas as áreas técnicas da saúde com participação de coordenações municipais e coordenações GERES; Câmara Técnica Permanente (que discute as questões/problemáticas da saúde, subsidiando os gestores na tomada de decisão em CIR); da CIES - que tem forte atuação na região, com realização de eleição de nova coordenadoria em 2020, inclusive; e dos Comitês e Grupo Condutor Rede Cegonha e PRI.

Segue abaixo, tabela 80 demonstrando série histórica da frequência dos secretários de saúde em reuniões da CIR nos anos de 2015 a 2019. É possível perceber uma constância de participação dos municípios de Arcoverde, Manari, Pedra, Sertânia e Venturosa - chamando atenção para Sertânia, como o município de maior participação em reuniões colegiadas de gestores municipais de saúde. Já os municípios de Custódia, Inajá e Petrolândia apresentaram - se mais participativos nos anos de 2017 a 2019, podendo ser justificado pela mudança de gestão ocorrida nesses três municípios.

Tabela 80. Distribuição da frequência dos secretários de saúde de cada município da VI Regional de Saúde nas reuniões da CIR entre os anos de 2015 a 2019.

Municípios	2015	2016	2017	2018	2019	Total
Arcoverde	08	10	11	10	12	**39**
Buíque	06	05	09	10	06	**30**
Jatobá	06	03	09	06	07	**24**
Custódia	02	04	11	09	08	**26**
Ibimirim	06	08	04	05	09	**23**
Inajá	03	06	09	09	11	**27**
Manari	09	08	10	08	10	**35**
Pedra	08	10	09	09	09	**36**
Petrolândia	06	07	09	08	10	**30**
Sertânia	08	11	11	10	09	**40**
Tacaratu	06	07	09	05	10	**27**
Tupanatinga	04	03	08	08	04	**23**
Venturosa	07	09	11	10	08	**37**

Fonte: Arquivos internos da Coordenação de Planejamento e Regulação VI GERES.

Convém ressaltar, que em 2020 o mundo tem vivenciado a Pandemia pela COVID -19 e que diversas atividades tiveram que ser reestruturadas e as prioridades, repensadas. Desta forma, as discussões no âmbito do Comitê de Prevenção de Acidentes de Motos e Grupos Condutores, estiveram suspensas durante alguns meses.

Com relação à Pandemia pela COVID 19, a VI GERES vem oferecendo suporte técnico aos 13 municípios da Região no diz respeito ao acompanhamento das ações realizadas, monitoramento dos casos suspeitos/confirmados/descartados e elaboração de instrumentos de Planejamento que precisaram ser alterados em decorrência da epidemia e consequente incremento de novos recursos financeiros, não previstos no início do ano.

Citada como uma potente ferramenta de aprimoramento da gestão, a Ouvidoria constitui-se em um canal de comunicação entre o cidadão e a gestão pública fortalecendo o indivíduo perante os seus direitos e interesses, proporcionando assim, a participação social e, conferindo maior transparência e eficiência às ações institucionais, a partir de tomadas de decisão mediante necessidades apontadas por quem usa o serviço. Sendo assim, manifestações decorrentes do exercício da cidadania provocam contínua melhoria dos serviços públicos prestados.

Na VI Região de Saúde de Pernambuco, apenas Arcoverde implantou Ouvidoria de Saúde, sendo o próprio município quem recebe suas demandas e emite respostas aos cidadãos (seja via sistema Ouvidor SUS, seja por telefone). Os demais municípios contam com o apoio da Ouvidoria Estadual de Saúde, através da Unidade da VI GERES, que recebe as demandas, via sistema, e encaminha aos municípios, através de ofício.

10. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante de todo o contexto apresentado e vivenciado na saúde pública pela VI Região de Saúde de Pernambuco nos últimos anos, é possível identificar uma redução gradual na Taxa de Mortalidade Infantil, melhoria significativa no alcance dos indicadores do PQA-VS, ampliação e qualificação dos processos de trabalho nas dos serviços de saúde de Atenção Primária, impactando positivamente nos resultados alcançados em todos os indicadores do Programa Previne Brasil da Atenção Primária. Destaca-se que, embora o ISF, do Programa Previne Brasil, de todos os nossos

municípios tenham ficado aquém do esperado na simulação deste segundo quadrimestre 2020, pudemos identificar uma melhoria nos resultados.

Dito isto, a equipe técnica da VI GERES deverá, nos próximos anos, aproximar-se cada vez mais dos novos gestores a fim de realizar alinhamento e fortalecimento de apoio técnico para o planejamento de ações de saúde eficazes nos territórios.

Convém destacar, a urgente necessidade da efetivação do desenho posto e aprovado pela Rede Cegonha da Macrorregião; assim como, do desenho da Rede de Urgência e Emergência, a fim de garantirmos acesso e resolutividade dos principais problemas de saúde da região.

11. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFIAS

AMARAL, Vera; LOIO, Marisa; RIBEIRO, Nelson Ferreira. Vacina difteria, tétano e pertussis acelular (dTpa) na gravidez: prevenção da tosse convulsa no lactente. **Nascer e Crescer**, Porto , v. 24, n. 3, p. 112-118, set. 2015 . Disponível em <http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S087207542015000400004&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 23 dez. 2020.

BRASIL. Decreto n. 7.508, de 28 de julho de 2011.

MACHADO, J. M. H. & MINAYO GOMEZ, C. Acidentes de Trabalho: Uma Expressão da Violência Social. Cad. Saúde Públ.,v.10, p. 74-87, 1994.

MENDES, Eugênio Vilaça. A construção social da atenção primária à buss, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. A saúde e seus determinantes sociais. In PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 17(1): 77-93, 2007.

CNDSS. As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil. In: Relatório final da comissão nacional sobredeterminantes sociais da saúde (CNDSS). 2008.

Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES). Acesso em: 25 de setembro de 2020.

GONTIJO, C.M.F. & MELO, M.N. **Leishmaniose visceral no Brasil.** Rev. Bras. Epidemiol. v. 7, n. 3, 2004.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Exposição a materiais biológicos / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2006. 76 p.:il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Saúde do Trabalhador ; 3. Protocolos de Complexidade Diferenciada).

_____. Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha.

_____. Nota Técnica nº 03 de 28 de janeiro de 2020. Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) e Programa Previne Brasil. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde da Família.

_____. Portaria nº 2.681, de 7 de novembro de 2013. Redefine o Programa Academia da Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

_____. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

_____. Portaria nº 1.514, de 15 de junho de 2020. Define os critérios técnicos para a implantação de Unidade de Saúde Temporária para assistência hospitalar - HOSPITAL DE CAMPANHA - voltada para os atendimentos aos pacientes no âmbito da emergência pela pandemia da COVID-19.

_____. Portaria nº 1.823, de 23 de agosto de 2012. Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora.

_____. Portaria nº 3.222, de 10 de dezembro de 2019. Dispõe sobre os indicadores do pagamento por desempenho, no âmbito do Programa Previne Brasil.

_____. Portaria nº 4.279 de 30 de dezembro de 2010. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

_____. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Articulação Interfederativa. Caderno de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores : 2013-2015 / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Articulação Interfederativa. – 2. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2014.

MENDES EV. As redes de atenção à saúde. Brasília, Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

SAÚDE. / Eugênio Vilaça Mendes. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS, 2015. 193 p.: il.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE/UNICEF. Cuidados primários de saúde: Relatório da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, Alma-Ata, Rússia. Brasília, UNICEF, 1979.

PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. LEI Nº 8.213, de 24 de julho de 1991.Dispõe sobre os Planos de Benefícios da Previdência Social e dá outras providências.

PROGRAMA MÃE CORUJA PERNAMBUCANA. RELATÓRIO ANUAL DE GESTÃO (RAG), 2019. Gerência de Monitoramento e Acompanhamento do Programa Mãe Coruja.

SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DE PERNAMBUCO (SES-PE). Pernambuco é o 1º estado a aderir a Rede Cegonha. 2011. Acesso em: 08/10/2020 às 12:07.
TABNET/DATASUS. Mortalidade proporcional por grupos de causas ficha de qualificação. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2000/fqc07.htm>. Acesso em: 22 de dezembro de 2020.

TEIXEIRA, Antonia Maria da Silva; ROCHA. Vigilância das coberturas de vacinação: uma metodologia para detecção e intervenção em situações de risco. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília , v. 19, n. 3, p. 217-226, set. 2010 . Disponível em<http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S167949742010000300004&lng=pt&nrm=iso>.acessosem 22 dez. 2020.

TEIXEIRA, Maria Glória *et al*. Reorganização da atenção primária à saúde para vigilância universal e contenção da COVID-19. **Epidemiologia e Serviços de Saúde** [online]. v. 29, n. 4 [Acessado 2 Março 2022] , e2020494. Disponível em: <https://doi.org/10.5123/S1679-49742020000400015>. ISSN 2237-9622. https://doi.org/10.5123/S1679-49742020000400015.