IX GERES

MAPA DE SAÚDE
IX GERÊNCIA REGIONAL DE SAÚDE

GOVERNO DE PERNAMBUCO

Ouricuri

2022

GOVERNO DE PERNAMBUCO

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO

SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE

IX GERÊNCIA REGIONAL DE SAÚDE

GOVERNADOR DO ESTADO DE PERNAMBUCO

Paulo Henrique Saraiva Câmara

VICE GOVERNADOR DO ESTADO DE PERNAMBUCO

Luciana Barbosa de Oliveira Santos

SECRETÁRIO ESTADUAL DE SAÚDE

André Longo Araújo de Melo

SECRETÁRIO EXECUTIVO DE GESTÃO ESTRATÉGICA E PARTICIPATIVA

Humberto Maranhão Antunes

SECRETÁRIA EXECUTIVA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

Cristina Valença Azevedo Mota

SECRETÁRIA EXECUTIVA DE REGULAÇÃO

Giselle Fonseca de Carvalho

DIRETORIA GERAL DE GESTÃO REGIONAL EM SAÚDE

Luciana Garcia Figueirôa Ferreira

GERENTE REGIONAL DE SAÚDE - IX GERES

Joelma de Jesus Rodrigues

COORDENAÇÃO DE ATENÇÃO Á SAÚDE

Graziella Gomes Nogueira

COORDENAÇÃO DE REGULAÇÃO E PLANEJAMENTO

Maria Izabel Vieira Bezerra

COORDENAÇÃO DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

Ana Maria Parente de Brito

COLABORADORES

Equipe Técnica

REVISÃO

Joelma de Jesus Rodrigues

Antonio Ygor Modesto de Oliveira

Percel Antonio de Souza Macedo

EQUIPE DE ELABORAÇÃO:

Aline Lopes Viana
Ana Maria Parente de Brito
Ana Paula Alencar de Sousa
Antonio Ygor Modesto de Oliveira
Arly Silva Oliveira
Claudia Aquino Bezerra
Daniele Kaline Oliveira Alencar
Ernaldo dos Santos
Fernando Antonio Parente
Francisco Josimar Leandro Horas
Graziella Gomes Nogueira
Heloísa Morgana Alves
Jacilene de Alencar Matos
Jayana Oliveira Miranda
Joana Raione Arrais Antunes
João Henrique de Brito Morais
Joelma de Jesus Rodrigues
Juliana da Silva Gama
Leônia Carvalho de Moura
Maria Izabel Vieira Bezerra
Rayana Nayara Figueiredo Teles
Tatiana Siqueira de Alencar Silva

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Macrorregiões de Saúde do estado de Pernambuco. 29

Figura 2: Mapa da Localização Geográfica das Regiões de Saúde do Estado de Pernambuco. 31

Figura 3: Mapa da IX Região de Saúde de Pernambuco. 32

Figura 4: Mapa das principais rodovias da IX Região de Saúde de Pernambuco. 33

Figura 5: Curva do crescimento populacional da IX Região de Saúde de Pernambuco no período de 2014 a 2021. 36

Figura 6: População da IX Região de Saúde de Pernambuco por sexo e faixa etária no ano de 2022. 40

Figura 7: Taxa Bruta de Natalidade, IX Região de Saúde de Pernambuco, 2012 e 2021. 61

Figura 8: Proporção de Nascidos Vivos com Mães de Idade menor ou igual 19 anos, IX Região de Saúde de Pernambuco entre 2012 e 2021. 63

Figura 9: Proporção de Nascidos Vivos de Mães com 7 ou mais Consultas de Pré-Natal na IX Região de Saúde de Pernambuco entre 2012 e 2021. 64

Figura 10: Proporção de Nascidos Vivos Segundo o Número de Consultas de Pré-Natal nos Municípios da IX Região de Saúde de Pernambuco, 2021. 65

Figura 11: Proporção de Nascidos Vivos por Parto Vaginal, IX Região de Saúde de Pernambuco, 2012 a 2021. 66

Figura 12: Percentual de Nascidos Vivos por município de residência da mãe segundo o Tipo de Parto, IX Região de Saúde de Pernambuco, 2012 a 2021. 67

Figura 13: Distribuição por tipo de partos em primíparas, IX Região de Saúde de Pernambuco, no período de 2012 a 2021. 68

Figura 14: Número de nascidos vivos segundo sexo e ano de nascimento, IX Região de Saúde de Pernambuco, 2012 a 2021..... 69

Figura 15: Proporção de nascidos vivos segundo duração da gestação, IX Região de Saúde de Pernambuco, 2012 a 2021..... 71

Figura 16: Proporção de Nascidos Vivos com Baixo Peso ao Nascer, IX Região de Saúde de Pernambuco, 2012 a 2021. 72

Figura 17: Número de Casos Confirmados de Sífilis Congênita, IX Região de Saúde de Pernambuco, 2014-2021..... 74

Figura 18: Incidência de casos confirmados de Sífilis Congênita em menores de um ano por município de residência, IX Região de Saúde de Pernambuco, 2021. 75

Figura 19: Número de Notificações de Sífilis em Gestante e Tratamento Realizado, IX Região de Saúde de Pernambuco, 2014 - 2021. 76

Figura 20: Frequência dos casos de Tuberculose Geral e Pulmonar por ano da notificação, IX Região de Saúde de Pernambuco, 2014-2021. 81

Figura 21: Frequência dos casos de Tuberculose pulmonar estimados e detectados segundo município de residência, IX Região de Saúde de Pernambuco, 2021. 82

Figura 22: Coeficiente de detecção geral da hanseníase, IX Região de Saúde de Pernambuco, 2014 - 2021. 85

Figura 23: Coeficiente de detecção de hanseníase em menores de 15 anos, IX Região de Saúde de Pernambuco, 2014-2021. 86

Figura 24: Taxa de Incidência dos casos confirmados de Leishmaniose Visceral, IX Região de Saúde de Pernambuco, 2014-2021. 88

Figura 25: Taxa de incidência de casos confirmados de HIV e Aids, IX Região de Saúde de Pernambuco, 2014 - 2021. 90

Figura 26: Nº e Percentual de Casos Confirmados para Covid-19, segundo gravidade. IX GERES, 2020 e 2021. 91

Figura 27: Distribuição dos casos de Covid-19 segundo Semana Epidemiológica na IX Região de Saúde, 2020 a 2021. 92

Figura 28: Distribuição dos casos de Covid-19 segundo Semana Epidemiológica e gravidade na IX Região de Saúde, 2020 a 2021. 93

Figura 29: Incidência de Covid-19 segundo município, IX Região de Saúde, 2020 e 2021. 94

Figura 30: Distribuição dos casos de Covid-19 segundo faixa etária e sexo, IX Região de Saúde, 2020 a 2021. 94

Figura 31: Distribuição dos casos de Covid-19 segundo gravidade e sexo, IX Região de Saúde, 2020 a 2021. 95

Figura 32: Distribuição dos casos de Covid-19 segundo gravidade e faixa etária, IX Região de Saúde, 2020 a 2021. 96

Figura 33: Distribuição das notificações de Acidentes por Animais Peçonhentos por município de residência segundo tipo de animal agressor, IX Região de Saúde de Pernambuco, 2014-2021. 97

Figura 34: Taxa de Internação Hospitalar pelos Principais Agravos Não Transmissíveis, IX Região de Saúde de Pernambuco, 2014 a 2021. 98

Figura 35: Taxa de Internação por neoplasias na IX Regional de Saúde 102

Figura 36: Taxa de Internação por Causas Externas, IX Região de Saúde de Pernambuco, 2014 a 2021. 104

Figura 37: Proporção de Acidentes de Transporte Terrestre segundo Sexo, IX Região de Saúde de Pernambuco, 2021. 106

Figura 38: Número de Acidentes de Transporte Terrestre segundo Faixa Etária, IX Região de Saúde de Pernambuco, 2021. 107

Figura 39: Número de Acidentes de Transporte Terrestre Segundo Meio de Locomoção, IX Região de Saúde de Pernambuco, 2021..... 108

Figura 40: Notificações de Acidente de Trabalho Grave segundo sexo, IX Região de Saúde de Pernambuco, 2017 a 2021 110

Figura 41: Notificações de Violência Interpessoal/Autoprovocada segundo sexo, IX Região de Saúde de Pernambuco, 2014 a 2021 113

Figura 42: Distribuição proporcional dos óbitos segundo sexo, por ano. IX Região de Saúde de Pernambuco. 2012 a 2021 119

Figura 43: Distribuição de óbitos segundo raça/cor. IX Região de Saúde de Pernambuco, 2012 a 2021. 121

Figura 44: Distribuição do número de óbitos infantis por sexo, segundo faixa etária da mãe. IX Região de Saúde de Pernambuco. 2012 a 2021. 124

Figura 45: Distribuição de óbitos infantis segundo nível de escolaridade da mãe. IX Região de Saúde de Pernambuco. 2012 a 2021 125

Figura 46: Coeficiente de mortalidade perinatal segundo município de residência. IX Região de Saúde de Pernambuco. 2012 a 2021. 126

Figura 47: Distribuição de Óbito Materno por faixa etária e segundo município de residência. IX Região de Saúde de Pernambuco. 2017 a 2021. 130

Figura 48: Razão de Mortalidade Materna e número de Óbito Materno, IX Região de Saúde de Pernambuco, 2017 a 2021. 131

Figura 49: Taxa de Mortalidade das principais causas de óbitos por causas externas. IX Região de Saúde de Pernambuco. 2012 a 2021..... 137

Figura 50: Distribuição dos óbitos por causas externas segundo sexo. IX Região de Saúde de Pernambuco. 2012 a 2021. 139

Figura 51: Distribuição dos óbitos por causas externas segundo escolaridade. IX Região de Saúde de Pernambuco. 2012 a 2021..... 140

Figura 52: Cobertura Vacinal em menores de 1 ano, IX Região de Saúde de Pernambuco, 2015 a 2021. 142

Figura 53: Cobertura Vacinal da Tríplice Viral, IX Região de Saúde de Pernambuco, 2015 a 2021. 143

Figura 54: Cobertura vacinal contra influenza, IX Região de Saúde de Pernambuco, 2015 a 2021. 144

Figura 55: Cobertura vacinal contra Hepatite B, IX Região de Saúde de Pernambuco, 2015 a 2021. 145

Figura 56: Mulheres Cadastradas e Gestações Acompanhadas. IX Região de Saúde de Pernambuco. 2013 - 2021..... 174

Figura 57: Gestantes Acompanhadas por Município. IX Região de Saúde de Pernambuco. 2013 -2021. 175

Figura 58: Kit Bebê Entregues. IX Região de Saúde de Pernambuco. 2013-2021. 176

Figura 59: Círculo de Educação e Cultura. IX Região de Saúde de Pernambuco. 2013 - 2021 177

Figura 60: Qualifica Mãe Coruja. IX Região de Saúde de Pernambuco. 2013 - 2021. 178

Figura 61: Crianças Acompanhadas. IX Região de Saúde de Pernambuco. 2013 - 2021. 179

Figura 62: Desenho Regional da Rede Cegonha, 2012. 181

Figura 63: Total de Gestantes Encaminhadas para o HRFB Reguladas e Não Reguladas – HRFB; Dez 2021, Jan 2022 e Maio 2022 191

Figura 64: Média de ocupação mensal nos leitos de retaguarda da IX Região de Saúde de Pernambuco, 2015 a 2021. 200

Figura 65: Média mensal de dias de permanência nos leitos de retaguarda da IX Região de Saúde de Pernambuco, 2015 a 2021..... 201

Figura 66: Desenho da Rede De Cuidado À Pessoa Com Deficiência, Pernambuco, 2020 203

Figura 67: Distribuição dos Serviços de Apoio ao Diagnóstico e Terapia (SADT) por município da IX Região de Saúde de Pernambuco, 2022. 205

Figura 68: Distribuição dos tipos de Serviços de Apoio ao Diagnóstico e Terapia (SADT) SUS da IX Região de Saúde de Pernambuco, 2022. 206

Figura 69: Desenho da Rede de Saúde de Saúde Mental, IX Região de Saúde de Pernambuco, 2020. 207

Figura 70: Desenho da Rede Pactuada de Saúde Mental, IX Região de Saúde de Pernambuco, 2020. 208

Figura 71: Distribuição dos casos de SCZ, segundo município de residência e classificação final, Pernambuco, 2015 - 2022. 210

Figura 72: Mapa das Macrorregiões da Rede Interestadual de Saúde do Vale do Médio do São Francisco – Pernambuco/Bahia. 214

Figura 73 - Abrangência da Rede Interestadual de Saúde do Vale do Médio do São Francisco –Pernambuco/Bahia, 2020. 215

Figura 74 - Fluxo de acesso do usuário aos serviços de saúde..... 216

Figura 75: Quantitativo de usuários regulados por unidades solicitantes da IX Região de Saúde de Pernambuco, 2015 a 2021..... 219

Figura 76: Distribuição dos leitos por especialidades no Estado da Bahia. ... 220

Figura 77: Distribuição de leitos por especialidades na IV MACRO no Estado de Pernambuco. 220

Figura 78: Tipo de Vínculo dos Profissionais de Saúde da IX Região de Saúde de Pernambuco, 2022. 232

Figura 79: Quantitativo de municípios que dispõem de Plano de Cargos e Carreiras (PCC) da IX Região de Saúde de Pernambuco, 2022..... 233

Figura 80: Caracterização dos Presidentes dos Conselhos Municipais de saúde da IX Região de Saúde de Pernambuco no ano de 2020, Pernambuco, 2022. 236

Figura 81: Cenário da inserção do Plano Municipal de Saúde -PMS nos sistemas de informação SARGSUS e DIGISUS, da IX Região Saúde de Pernambuco, 2022. 237

Figura 82: Comparativo dos Equipamentos de Saúde- SUS na IX Região de Saúde de Pernambuco, competência 12/2019 e 02/2022..... 251

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: População Estimada (2021), Limites, Localização, Divisões Territoriais e Distância dos Municípios da Sede da Região de Saúde (Ouricuri) e da Capital (Recife)..... 35

Tabela 2: População estimada dos municípios da IX Região de Saúde de Pernambuco nos anos de 2014 a 2021. Pernambuco, 2022. 37

Tabela 3: Distribuição da população por sexo na IX Região de Saúde de Pernambuco, nos censos de 1991, 2000, 2010 e 2020. Pernambuco, 2022. .. 38

Tabela 4: Distribuição da população por faixa etária de residentes da IX Região de Saúde de Pernambuco nos anos de 1991, 2000, 2010 e 2020. Pernambuco, 2022. 39

Tabela 5: Distribuição da população da IX Região de Saúde de Pernambuco por ano Censitário de 2010, segundo situação do domicílio. Pernambuco, 2022. . 41

Tabela 6: Distribuição de domicílios da IX Região de Saúde de Pernambuco entre zona urbana e zona rural. 41

Tabela 7: Associações, Fundações e Entidades sem Fins Lucrativos. 43

Tabela 8: Organizações de Controle Social nos municípios da IX Região de Saúde de Pernambuco..... 43

Tabela 9: Números de Estabelecimentos Agropecuários nos municípios da IX Região de Saúde de Pernambuco. 46

Tabela 10: Pessoas Ocupadas em Estabelecimentos Agropecuários (com laços de parentesco e sem laços de parentesco com o produtor na Região do Araripe). 47

Tabela 11: Rendimento da População da IX Região de Saúde de Pernambuco em salários mínimos. 2010..... 49

Tabela 12: Distribuição do PIB por município da IX Região de Saúde de Pernambuco nos anos de 2014 a 2019..... 51

Tabela 13: Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM), na IX Região de Saúde de Pernambuco nos censos de 1991, 2000 e 2010. 53

Tabela 14: Proporção da população residente alfabetizada por faixa etária da IX Região de Saúde de Pernambuco. Pernambuco. 54

Tabela 15: Situação dos municípios da IX Região de Saúde de Pernambuco no Ideb (4ª série/5º ano) no ano de 2019..... 54

Tabela 16: Proporção de domicílios por tipo de abastecimento de água da IX Região de Saúde de Pernambuco. 55

Tabela 17: Qualidade da água segundo parâmetros de vigilância da água, IX Região de Saúde, 2021. 56

Tabela 18: Proporção de Domicílios por Tipo de Instalação Sanitária da IX Região de Saúde de Pernambuco. 57

Tabela 19: Proporção de domicílios por tipo de destino de lixo segundo ano censitário da IX Região de Saúde de Pernambuco. 57

Tabela 20: Implantação de Política Municipal de Saneamento Básico, Plano Municipal de Saneamento Básico e Fundo Municipal de Saneamento Básico nos municípios da IX Região de Saúde de Pernambuco. 58

Tabela 21: Percentual de cobertura da rede elétrica por município segundo ano censitário. IX Região de Saúde de Pernambuco. 59

Tabela 22: Número de Nascidos Vivos por município de residência, IX Região de Saúde de Pernambuco, 2012 e 2021. 60

Tabela 23: Total de Nascidos Vivos no período de 2012 a 2021, por município de residência, segundo faixa etária da mãe. IX Região de Saúde de Pernambuco. 62

Tabela 24: Distribuição do número de nascidos vivos por município de residência segundo sexo, IX Região de Saúde de Pernambuco, 2012 a 2021. 70

Tabela 25: Classificação dos nascidos vivos segundo APGAR registrado no 1º e 5º minutos, IX Região de Saúde de Pernambuco, 2012 a 2021 73

Tabela 26: Incidência dos casos confirmados de Dengue por município de residência, IX Região de Saúde de Pernambuco, 2014 – 2021. 77

Tabela 27: Incidência dos casos confirmados de Chikungunya por município de residência, IX Região de Saúde de Pernambuco, 2014 – 2021. 78

Tabela 28: Índice de Infestação Predial do Aedes aegypti por município de residência, IX Região de Saúde de Pernambuco, 2014 – 2021. 79

Tabela 29: Proporção de imóveis visitados para controle do Aedes aegypti por município de residência, IX Região de Saúde de Pernambuco, 2014 – 2021.. 80

Tabela 30: Indicadores Operacionais da Tuberculose Pulmonar nos Municípios, IX Região de Saúde de Pernambuco, 2021. 83

Tabela 31: Percentual de detecção, cura e contatos examinados dos casos de hanseníase por município de residência, IX Região de Saúde de Pernambuco, 2021. 87

Tabela 32: Taxa de Incidência de casos confirmados de Leishmaniose Visceral Humana por município de residência, IX Região de Saúde de Pernambuco, 2014 - 2021. 89

Tabela 33; Taxa de Internação por Doenças do Aparelho Respiratório por Município da IX Região de Saúde de Pernambuco entre 2014 e 2021. 99

Tabela 34: Taxa de Internação por Doenças do Aparelho Circulatório por Município de residência, IX Região de Saúde de Pernambuco, 2014 e 2022.100

Tabela 35: Taxa de Internação por Diabetes Mellitus por Município, IX Região de Saúde de Pernambuco, 2014 e 2021. 101

Tabela 36: Número de internações hospitalares segundo grupo de neoplasias, IX Região de Saúde de Pernambuco, 2014 a 2021. 103

Tabela 37: Número de Notificações de Acidentes de Transporte Terrestre por município de residência, IX Região de Saúde de Pernambuco, 2014 e 2021.105

Tabela 38: Número de Notificações de Acidente de Trabalho Grave por município de residência, IX Região de Saúde de Pernambuco, 2017 a 2021. 109

Tabela 39: Notificações de Acidente de Trabalho Grave segundo local, tipo e evolução do acidente, IX Região de Saúde de Pernambuco, 2017 a 2021. .. 111

Tabela 40: Número de Notificações de Violência Interpessoal/Autoprovocada por município de residência, IX Região de Saúde de Pernambuco, 2014 a 2021.112

Tabela 41: Número de Notificações segundo tipo de violência por município de residência, IX Região de Saúde de Pernambuco, 2014 a 2021. 113

Tabela 42: Taxa de mortalidade/100 mil hab. (Tx) por grupos de causas capítulos da CID 10. IX Região de Saúde de Pernambuco. 2010 a 2021 116

Tabela 43: Mortalidade proporcional das 25 causas específicas mais importantes de óbitos segundo lista CID-10 por sexo. IX Região de Saúde de Pernambuco. 2012 a 2021 118

Tabela 44: Proporção de óbito segundo faixa etária. IX Região de Saúde de Pernambuco. 2012 a 2021 119

Tabela 45: Principais causas de óbito segundo faixa etária, IX Região de Saúde, 2012 a 2021. 120

Tabela 46: Coeficiente de Mortalidade Infantil (CM* 1000 NV) segundo município de residência. IX Região de Saúde de Pernambuco. 2012 a 2021. 123

Tabela 47: Distribuição percentual das principais causas de óbitos perinatais (Categorias do Cap. XVI CID-10). IX Região de Saúde de Pernambuco. 2012 a 2021. 128

Tabela 48: Distribuição percentual de Óbitos Fetais investigados por município. IX Região de Saúde de Pernambuco. 2013 a 2021 129

Tabela 49: Distribuição dos óbitos maternos por categoria Cid-10 e tipo de causa obstétrica. IX Regional de Pernambuco. 2017 a 2021. 132

Tabela 50: Distribuição dos óbitos de mulheres em idade fértil, por município e ano do óbito, IX Região de Saúde de Pernambuco. 2012 a 2021..... 135

Tabela 51: Distribuição das principais causas de morte materna presumível investigadas por ano de ocorrência do óbito. IX Região de Saúde de Pernambuco. 2014 a 2021. 136

Tabela 52: Taxa de Abandono por ano segundo município, IX Região de Saúde de Pernambuco, 2015 a 2021. 146

Tabela 53: Doses aplicadas por ano segundo município de residência, IX Região de Saúde de Pernambuco, 2015 a 2021..... 147

Tabela 54: Imunizações – Doses aplicadas por ano segundo imunobiológicos. IX Região de Saúde de Pernambuco. 2015 a 2021..... 149

Tabela 55: Imunizações – Doses do esquema básico contra Covid-19 (D1, D2 E DU), aplicadas entre janeiro de 2021 e maio de 2022, IX Região de Saúde de Pernambuco. 153

Tabela 56: Imunizações – Doses de reforço contra Covid-19 (1º e 2º reforço), aplicadas entre setembro de 2021 e maio de 2022, IX Região de Saúde de Pernambuco. 154

Tabela 57: Cobertura da ESF no mês de dezembro nos municípios da IX Região de Saúde de Pernambuco nos anos de 2014 a 2021. 156

Tabela 58: Cobertura da ACS no mês de dezembro nos municípios da IX Região de Saúde de Pernambuco nos anos de 2014 a 2021. 158

Tabela 59: Cobertura de saúde bucal – ESFSB nos municípios da IX Região de Saúde de Pernambuco nos anos de 2014 a 2021. 160

Tabela 60: Equipamentos de assistência em Saúde Bucal na IX Região de Saúde de Pernambuco, 2022. 161

Tabela 61: Quantidade de procedimentos realizados pelos Laboratórios Regionais de Prótese Dentária apresentados por ano segundo município, 2014-2021. 161

Tabela 62: Quantitativo de polos do Programa Academia da Saúde. IX Região de Saúde de Pernambuco, 2021. 163

Tabela 63: Indicadores de pagamento por desempenho para o ano de 2020 e 2021. IX Região de Saúde de Pernambuco. 164

Tabela 64: Proporção de gestantes com pelo menos 6 (seis) consultas pré-natal realizadas, sendo a primeira até a 20ª semana de gestação por quadrimestre. IX Região de Saúde de Pernambuco. 165

Tabela 65: Proporção de gestantes com realização de exames para sífilis e HIV por quadrimestre. IX Região de Saúde de Pernambuco. 165

Tabela 66: Proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado por quadrimestre. IX Região de Saúde de Pernambuco. 166

Tabela 67: Cobertura de exame citopatológico por quadrimestre. IX Região de Saúde de Pernambuco. 166

Tabela 68: Cobertura vacinal de Poliomielite inativada e de Pentavalente por quadrimestre. IX Região de Saúde de Pernambuco. 167

Tabela 69: Percentual de pessoas hipertensas com Pressão Arterial aferida em cada semestre por quadrimestre. IX Região de Saúde de Pernambuco..... 168

Tabela 70: Percentual de diabéticos com solicitação de hemoglobina glicada por quadrimestre. IX Região de Saúde de Pernambuco. 168

Tabela 71: Indicadores de Pagamento por Desempenho Previne Brasil, 1º Q1 2022 170

Tabela 72: Relatório quadrimestral de Indicadores Q1 - equipes homologadas eSF e eAP (2022). IX Região de Saúde de Pernambuco 171

Tabela 73: Maternidades de Referência para Parto de Risco Habitual e Alto Risco para os muncípios da IX Região de Saúde de Pernambuco, 2022. 183

Tabela 74: Número de leitos obstétricos de risco habitual. IX Região de Saúde de Pernambuco, 2022 184

Tabela 75:: Quantitativo de partos realizados no HMSM e HRFB. IX Região de Saúde de Pernambuco. 2022. 185

Tabela 76:: Quantitativo de partos normais e cesarianos por local de ocorrência para gestações de risco habitual. IX Região de Saúde de Pernambuco.2022. 186

Tabela 77: Quantitativo de leitos de UTI nas referências regionais para parto de risco habitual. IX Região de Saúde de Pernambuco. 2022 187

Tabela 78: Registro da Produção de Leitos de UTI TIPO II- SUS, HMSM, IX GERES..... 187

Tabela 79: Quantitativo de partos de gestantes residentes que ocorreram em serviços hospitalares de municípios de outras regiões de saúde do estado de Pernambuco. IX Região de Saúde de Pernambuco. 2022 188

Tabela 80: Quantitativo de partos cesáreos com realização de laqueadura tubária em mulheres residentes na região realizados na Maternidade/HRFB. IX Região de Saúde de Pernambuco. 2022. 189

Tabela 81: Quantitativo de partos cesáreos com realização de laqueadura tubária em mulheres residentes na região. IX Região de Saúde de Pernambuco. 2021. 189

Tabela 82: Ambulatórios Municipais de Pré-Natal de Alto Risco - IX GERES, 2022 192

Tabela 83: Serviços hospitalares de referência regional para as gestantes de alto risco. IX Região de Saúde de Pernambuco. 2020..... 193

Tabela 84:: Quantitativo de partos normais e cesarianos de gestações de alto risco realizados no Hospital Dom Malam. IX Região de Saúde de Pernambuco. 2022 194

Tabela 85: Serviços de alta complexidade neonatal e pediátrica de referência para a IX Região de Saúde de Pernambuco. 2022. 195

Tabela 86: Desenho da Rede de Atenção às Urgências da IX Região de Saúde de Pernambuco, 2022. 197

Tabela 87: Distribuição dos Leitos de Retaguarda dos municípios da IX Região de Saúde de Pernambuco, 2022. 199

Tabela 88: Percentual de Cobertura de consultas básicas de urgência por local de residência na IX Região de Saúde de Pernambuco, 2014 a 2021 202

Tabela 89: Casos de microcefalia associada ao Zika vírus na IX Região de Saúde de Pernambuco no período de 2015 a 2021. 209

Tabela 90: Distribuição dos componentes da rede de oncologia para usuários da IX Região de Saúde de Pernambuco 212

Tabela 91: Hospitais de Referência da Rede Interestadual Pernambuco/ Bahia (Rede PEBA) e perfis pactuados..... 217

Tabela 92: Distribuição dos Indicadores de Despesa em Saúde por Habitante (R$) por município da IX Região de Saúde de Pernambuco, 2014 a 2021. ... 222

Tabela 93: Distribuição dos Indicadores de Transferências da União para a Saúde no total de recursos transferidos para a saúde nos Municípios da IX Região de Saúde de Pernambuco, 2014 a 2021..... 223

Tabela 94: Percentual da participação das transferências para a saúde em relação a despesa total do município com a saúde, IX Região de Saúde de Pernambuco, 2014 a 2022. 224

Tabela 95: Distribuição de Recursos Aplicados em Saúde (%) – EC 29, IX Região de Saúde de Pernambuco, 2014 a 2021. 225

Tabela 96: Participação percentual do gasto com pessoal sobre o gasto total com saúde, IX Região de Saúde de Pernambuco, 2014 a 2021. 225

Tabela 97: Percentual de Despesa em Investimentos em Relação à Despesa Total dos municípios da IX Região de Saúde de Pernambuco nos anos de 2014 a 2021. 226

Tabela 98: Despesa Total em Saúde nos anos de 2014 a 2021. 227

Tabela 99: Percentual de investimento em Ações de Serviços Públicos de Saúde-ASPS - IX Região de Saúde de Pernambuco, 2014 a 2021. 227

Tabela 100: Percentual de frequência dos secretários municipais de saúde nas reuniões do CIR na IX Região de Saúde de Pernambuco,2016 a 2021 234

Tabela 101: Cenário da inserção da Programação Anual de Saúde nos sistemas de informação SARGSUS e DigiSUS, por município, da IX Região Saúde de Pernambuco, 2014 a 2022. 238

Tabela 102: Cenário da inserção dos Relatórios Anuais de Gestão da IX Região Saúde de Pernambuco, 2014 a 2021. 239

Tabela 103: Cenário da inserção dos Relatórios detalhado quadrimestrais na IX Região Saúde de Pernambuco, 2018 a 2019..... 241

Tabela 104:Cenário da inserção dos Relatórios detalhado quadrimestrais na IX Região Saúde de Pernambuco, 2020 a 2021..... 241

Tabela 105: Distribuição do Quantitativo de Estabelecimentos de Saúde por Município na IX Região de Saúde de Pernambuco, 2022. 244

Tabela 106: Número de estabelecimentos por modalidade, segundo tipo de atendimento prestado da IX Região de Saúde de Pernambuco, 2020..... 245

Tabela 107: Distribuição de Leitos de Internamento por habitantes na IX Região de Saúde de Pernambuco, 2022. 245

Tabela 108: Distribuição de leitos de internação média complexidade II SRAG/COVID- 19 existentes, na IX Região de Saúde de Pernambuco sob gestão municipal. 246

Tabela 109: Distribuição de leitos de internação média complexidade Tipo I e UTI SRAG /COVID 19 existentes, na IX Região de Saúde de Pernambuco sob gestão Estadual. 246

Tabela 110: Número de leitos de internação existentes, segundo especialidades da IX Região de Saúde de Pernambuco, 2022. 247

Tabela 111: Distribuição dos Equipamentos de Saúde na IX Região de Saúde de Pernambuco, 2022. 250

Tabela 112: Cobertura de equipamentos segundo parâmetros da Portaria GM n.º 1.101/2002 do Ministério da Saúde, IX Região de Saúde de Pernambuco, 2022. 251

Tabela 113: Distribuição dos profissionais que atendem ao SUS na IX Região de Saúde de Pernambuco. Pernambuco, 2022..... 253

LISTA DE SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
AE	Atenção Especializada
AEM	Auto Exame da Mama
AESD	Área de Economia da Saúde e Desenvolvimento
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
AIH	Autorização de Internação Hospitalar
AMI	Atendimento Materno Infantil
AME	Ambulatório Médico especializado
APAC	Autorização de Procedimento Ambulatorial de Alta Complexidade
APS	Atenção Primária a Saúde
ASB	Auxiliar de Saúde Bucal
ATT	Acidente de Transporte Terrestre
AVC	Acidente Vascular Cerebral
BCG	Bacillus Calmetti-Guérin
CAPS	Centro de Apoio Psicossocial
CD	Cirurgião Dentista
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
CEPAM	Comitê Estadual de Prevenção aos Acidentes de Moto
CER	Centro Especializado de Reabilitação
CEREST	Centro de Referência em Saúde do Trabalhador
CGBP	Casa da Gestante, Bebê e Puérpera
CGS	Conselho de Gestores de Saúde
CIB	Comissão de Intergestores Bipartite
CID	Classificação Internacional das Doenças

CIES	Comissão Integrada de Ensino e Serviço
CISAPE	Consórcio Intermunicipal do Sertão do Araripe Pernambucano
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
COAP	Contrato Organizativo da Ação Pública de Saúde
COSEMS	Conselho de Secretarias Municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CPN	Casa de Parto Normal
CREAS	Centro de Referência Especializado de Assistencial Social
CRIL	Central de Regulação Interestadual de Leitos
CTA	Centro de Testagem e Aconselhamento
CV	Cobertura Vacinal
DAB	Departamento da Atenção Básica
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DDA	Doenças Diarreicas Aguda
DETRAN	Departamento Estadual de Trânsito
DIP	Doenças Infecciosas e Parasitárias
DM	Diabetes Mellitus
DORT	Distúrbio Osteomusculares Relacionada ao Trabalho
DST	Doença Sexualmente Transmitida
EC	Emenda Constitucional
ECG	Ecocardiograma
EMAD	Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar
EMAP	Equipe Multiprofissional de Apoio
ESF	Estratégia de Saúde da Família
GRE	Gerência Regional de Educação

HA	Hipertensão Arterial
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HEMOPE	Fundação de Hematologia e Hemoterapia de Pernambuco
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
HPP	Hospital de Pequeno Porte
HVB	Hepatite do Vírus B
HVC	Hepatite do Vírus C
IAM	Infarto Agudo do Miocárdio
IBAMA	Instituto Brasileiro do Meio Ambiente e dos Recursos Naturais Renováveis
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICC	Insuficiência Cardíaca Congestiva
ICSAP	Internações por Causas Sensíveis à Atenção Primária
IDEB	Índice de Desenvolvimento da Educação Básica
IDEB/PE	Índice de Desenvolvimento da Educação Básica de Pernambuco
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IDHM	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
IDSE	Índice de Desenvolvimento Socioeconômico
IDSUS	Índice de Desenvolvimento do Sistema Único de Saúde
IMIP	Instituto Materno Infantil Professor Fernando Figueira
INCA	Instituto Nacional do Câncer
IIP	Índice de Infestação Predial
IRA	Infecção Respiratória Aguda
GERES	Gerência Regional de Saúde
LER	Lesão por Esforço Repetitivo
LTA	Leishmaniose Tegumentar Americana

LV	Leishmaniose Visceral
MAC	Média e Alta Complexidade
MEC	Ministério da Educação
NASF	Núcleo de Apoio a Saúde da Família
ODM	Objetivos de Desenvolvimento do Milênio
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PA	Pressão Arterial
PAC	Programa de Aceleração do Crescimento
PACS	Programa do Agente Comunitário de Saúde
PAS	Programação Anual de Saúde
PCCS	Plano de Cargos, Carreira e Salários
PDR	Plano Diretor Regional
PEFAP	Política Estadual de Fortalecimento da Atenção Primaria
PGASS	Programação Geral das Ações e Serviços de Saúde
PIB	Produto Interno Bruto
PMAQ/AB	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PMS	Plano Municipal de Saúde
PPI	Programação Pactuada Integrada
PPT	Plano Preventivo Terapêutico
PROCAPE	Pronto Socorro Cardiológico de Pernambuco
PSF	Programa de Saúde da Família
RAG	Relatório Anual de Saúde

RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RAUE	Rede de Atenção as Urgências e Emergências
RD	Região de Desenvolvimento
RENAME	Relação Nacional de Medicamentos Essenciais
RENASES	Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde
RENAST	Rede Nacional de Atenção Integral a Saúde do Trabalhador
RIDE	Rede Integrada de Desenvolvimento
RM	Razão de Mamografia
RMM	Razão da Mortalidade Materna
SADT	Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutica
SAE	Serviço de Assistência Especializada
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SANAR	Programa de Enfrentamento da Doenças Negligenciadas
SIA	Sistema de Informação Ambulatorial
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SIH	Sistema de Informação Hospitalar
SIM	Sistema de Informação sobre Mortalidade
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SINASC	Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos
SIOPS	Sistema de Informação sobre Orçamentos Público em Saúde
SISCOLO	Sistema de Informação de Câncer do Colo do Útero
SISFAD	Sistema de Informação da Febre Amarela e Dengue
SISMAMA	Sistema de Informação do Programa de Controle do Câncer de Mama
SISREG	Sistema de Regulação
SOTE	Serviço de Ortopedia e Traumatologia Especializado

SPA	Serviço de Pronto Atendimento
SUS	Sistema Único de Saúde
TCG	Termo de Compromisso de Gestão
TDO	Tratamento Diretamente Observado
TFD	Tratamento Fora de Domicílio
UBS	Unidade Básica de Saúde
UNIVASF	Universidade Federal do Vale do São Francisco
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
UPAE	Unidades Pernambucanas de Atendimento Especializado
USA	Unidade de Suporte Avançado
USG	Ultrassonografia
UTI	Unidade de Tratamento Intensivo
VIGIAGUA	Programa Nacional de Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano

APRESENTAÇÃO

Este documento constitui-se em um importante instrumento de planejamento do SUS. Nomeado Mapa de Saúde da IX Região de Saúde, é uma ferramenta para conhecimento da região através do seu perfil epidemiológico, condições socio-econômicas e demográficas, oferta de serviços no território, ações desenvolvidas no âmbito da saúde na região.

O processo contínuo de planejamento através de instrumentos de avaliação e análise de indicadores é condição essencial para a transformação do modelo de atenção, contribuindo para um sistema de saúde mais resolutivo.

O mapa de saúde reflete o esforço coletivo na construção de um instrumento que subsidiará todos os profissionais envolvidos na saúde. A visualização desse trabalho deverá ser vista como um mapeamento da saúde da região, com todas as suas fortalezas e principalmente na identificação de suas fragilidades, para torná-las em oportunidades de crescimento regional.

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

Assim, espera-se que o mapa de saúde da região possa funcionar como instrumento de análise e planejamento, possibilitando melhor conhecimento da situação de saúde da nossa região e, consequentemente, melhores resultados e melhor alocação de recursos. Espera-se ainda que esta reflexão possibilite aos gestores e aos servidores públicos incorporarem em sua prática o monitoramento e avaliação para planejamento das ações de saúde, de modo que estes sirvam como norteadores para os avanços na construção e no funcionamento do Sistema Único de Saúde (SUS) em nossa região.

Cabe, a cada profissional comprometido com a gestão do SUS, através do seu envolvimento e compromisso, torná-lo real, ativando as potencialidades e em rede formar algo capaz de derrubar as barreiras que possam impedir a execução dessas ações.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO 28
2 CARACTERÍSTICAS GEOPOLÍTICAS DOS MUNICÍPIOS QUE INTEGRAM A IX REGIÃO DE SAÚDE 30
2.1 PRINCIPAIS RODOVIAS DA REGIÃO DE ARARIPE 32
2.2 CARACTERÍSTICAS TERRITORIAIS E POPULACIONAL DOS MUNICÍPIOS DA IX REGIÃO DE SAÚDE 34
2.2.1 Crescimento populacional dos municípios da IX Região de Saúde nos anos de 2014 a 2021 36
2.2.2 Descrição da IX Região de Saúde por sexo nos censos de 1991, 2000 e 2010, e estimativas para 2020 38
2.2.3 Descrição da IX Região de Saúde por faixa etária nos censos de 1991, 2000 e 2010, e estimativas para 2020 38
2.2.4 População Estimada da IX Região de Saúde por Sexo e Faixa Etária no ano de 2021 39
2.2.5 Distribuição da área urbana e rural dos municípios da IX Região de Saúde 40
2.3 GRUPOS SOCIAIS ORGANIZADOS 42
2.4 PRINCIPAIS ATIVIDADES ECONÔMICAS 45
2.5 RENDIMENTO DA POPULAÇÃO DA IX REGIÃO DE SAÚDE 48
2.6 PRODUTO INTERNO BRUTO (PIB) DA IX REGIÃO DE SAÚDE NO PERÍODO DE 2014 A 2019 50
2.7 ÍNDICE DE DESENVOLVIMENTO HUMANO (IDH) NOS MUNICÍPIOS DA IX REGIÃO DE SAÚDE 52
2.8 ESCOLARIDADE DA POPULAÇÃO DA IX REGIÃO DE SAÚDE 53
2.9 SERVIÇOS DE SANEAMENTO BÁSICO: ABASTECIMENTO DE ÁGUA, TIPO DE INSTALAÇÃO SANITÁRIA E TIPO DE DESTINO DE LIXO 55
3 INDICADORES DE SAÚDE 59
3.1 INDICADORES DE NASCIMENTO 59
3.1.1 Taxa Bruta de Natalidade 59
3.1.2 Indicadores relacionados à Mãe 61
3.1.3 Indicadores relacionados à Gestação e Parto 63
3.1.4 Indicadores relacionados ao Recém-Nascido 68
3.2 MORBIDADE 76
3.2.1 Doenças Transmissíveis 76
3.2.2 Acidentes por Animais Peçonhentos 96
3.2.3 Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) 97
3.2.4 Causas Externas 103
3.2.5 Acidentes de Transporte Terrestre (ATT) 104

3.2.6 Violências 111
3.3 MORTALIDADE 114
3.3.1 Mortalidade Geral 114
3.3.2 Mortalidade Infantil 121
3.3.3 Mortalidade perinatal 125
3.3.4 Mortalidade materna 129
3.3.5 Mortalidade de mulheres em idade fértil 132
3.3.6 Mortalidade por causas externas 136
3.4 IMUNIZAÇÃO 140
3.4.1 Taxa de abandono 145
3.4.2 Campanha de vacinação contra Covid-19 150
4 ATENÇÃO PRIMÁRIA: ORDENADORA DO SISTEMA DE SAÚDE 154
4.1 ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA 155
4.2 COBERTURA DE ACS 157
4.3 SAÚDE BUCAL 158
4.3.1 Cobertura de equipes de saúde bucal 159
4.3.2 Centros de Especialidades Odontológicas – CEO e Laboratório Regional de Prótese Dentária – LRPD 160
4.4 NÚCLEO AMPLIADO DE SAÚDE DA FAMÍLIA – AB 162
4.5 PROGRAMA ACADEMIA DA SAÚDE 162
4.6 PREVINE BRASIL – NOVO MODELO DE FINANCIAMENTO PARA A APS 163
4.6.1 Proporção de gestantes com pelo menos 6 (seis) consultas pré-natal realizadas, sendo a primeira até a 20ª semana de gestação. 164
4.6.2 Proporção de gestantes com realização de exames para sífilis e HIV 165
4.6.3 Proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado 165
4.6.4 Cobertura de exame citopatológico 166
4.6.5 Cobertura vacinal de Poliomielite inativada e de Pentavalente 167
4.6.6 Percentual de pessoas hipertensas com Pressão Arterial aferida em cada semestre 167
4.6.7 Percentual de diabéticos com solicitação de hemoglobina glicada 168
4.6.8 Atualização dos indicadores de financiamento da atenção primária .. 169
5 REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE 172
5.1 REDE MATERNO INFANTIL 172
5.1.1 Programa Mãe Coruja Pernambucana 173
5.1.2 Rede Cegonha 180
5.1.3 Risco Habitual 182
5.1.4 Alto Risco 192

5.1.5 Assistência Neonatal 194
5.2 REDE DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS 195
5.2.1 Portas de Entradas para a Rede de Atenção a Urgência 201
5.2.2 Produção dos Estabelecimentos em Urgência/Emergência 201
5.3 REDE DE CUIDADO À PESSOA COM DEFICIÊNCIA 203
5.4 SERVIÇOS DE APOIO DIAGNÓSTICO E TERAPIA (SADT)..... 204
5.5 REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (RAPS) 206
5.6 ATENÇÃO À CRIANÇA COM SÍNDROME CONGÊNITA PELO ZIKA VÍRUS – MICROCEFALIA..... 208
5.7 PROGRAMA OLHAR PARA AS DIFERENÇAS 211
5.8 REDE DE ATENÇÃO EM ONCOLOGIA..... 211
5.9 REDE INTERESTADUAL DE SAÚDE DO VALE DO MÉDIO SÃO FRANCISCO PERNAMBUCO/BAHIA (REDE PEBA) 213
5.9.1 Central de Regulação Interestadual de Leitos (CRIL) 215
6 RECURSOS FINANCEIROS 221
6.1 DESPESAS TOTAIS EM SAÚDE POR HABITANTE 222
6.2 PERCENTUAL DAS TRANSFERÊNCIAS DA UNIÃO PARA A SAÚDE NO TOTAL DE RECURSOS TRANSFERIDOS..... 223
6.3 PERCENTUAL DE TRANSFERÊNCIAS SUS EM RELAÇÃO A DESPESAS TOTAIS 223
6.4 PERCENTUAL DE RECURSOS PRÓPRIOS APLICADOS EM SAÚDE – Conforme EC - 29 224
6.5 PERCENTUAL DE DESPESA EM INVESTIMENTO EM RELAÇÃO À DESPESA TOTAL COM A SAÚDE..... 226
6.6 DESPESA TOTAL EM SAÚDE..... 226
6.7 PERCENTUAL DE INVESTIMENTO EM ASPS - AÇÕES DE SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE..... 227
7 GESTÃO DO TRABALHO E EDUCAÇÃO NA SAÚDE 228
7.1 COMISSÃO DE INTEGRAÇÃO ENSINO E SERVIÇO – CIES..... 229
7.2 GESTÃO DE PESSOAS..... 231
7.2.1 Categoria Profissional por Natureza do Vínculo 231
7.2.2 Plano de Cargos e Carreira 232
8 GOVERNANÇA, CONTROLE SOCIAL E OUVIDORIA 233
8.1 COMISSÃO INTERGESTORES REGIONAL – CIR 233
8.2 CÂMARA TÉCNICA..... 234
8.3 CONSELHOS DE SAÚDE 235
8.4 INSTRUMENTOS DE PLANEJAMENTO DE GESTÃO..... 236
8.4.1 Plano Municipal de Saúde 237
8.4.2 Programação Anual de Saúde..... 237

8.4.3 Relatório Anual de Gestão 238
8.4.4 Relatório Detalhado do Quadrimestre 240
8.5 OUVIDORIA 242
9 CAPACIDADE INSTALADA OFERTADA PELO SUS NA IX REGIÃO DE SAÚDE 243
9.1 ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE 243
9.2 DISTRIBUIÇÃO DE LEITOS 245
9.3 SERVIÇOS REGIONAIS DE SAÚDE EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA 247
9.4 EQUIPAMENTOS 249
9.5 PROFISSIONAIS 251
10 CONSIDERAÇÕES FINAIS 253
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 257

1 INTRODUÇÃO

A luta pela construção de um sistema público de saúde no Brasil, de acesso universal, com cobertura integral e de qualidade, faz parte dos sonhos e conquistas de uma geração que acalentou os valores da equidade e da democracia. O Sistema Único de Saúde (SUS) é a expressão, no campo da saúde, da aspiração de um país justo e do compromisso com a cidadania (PESTANA, 2011).

A Lei Orgânica da Saúde (1990), identifica como parte do processo de descentralização político-administrativa a regionalização e a hierarquização da rede de serviços de saúde. A regionalização da saúde é uma diretriz organizativa que orienta a descentralização das ações e serviços, potencializando os processos de pactuação e negociação entre gestores (PERNAMBUCO, 2011).

No início de 2009, o estado de Pernambuco deflagrou o movimento de construção da regionalização da saúde. O processo foi iniciado pela necessidade de redefinir a conformação territorial do Estado, reorganizando as regiões de saúde a partir da elaboração de um novo Plano de Regionalização da Saúde (PDR), de modo a subsidiar a organização da saúde de forma regionalizada, solidária, hierarquizada e resolutiva (PERNAMBUCO, 2011).

A elaboração de um instrumento de planejamento regional, com enfoque em modelos assistenciais de organização dos serviços e ações em saúde, coerentes com a problemática de cada município e viáveis para mudanças que venham a impactar na qualidade de vida e nos indicadores de saúde, traz a necessidade de construção do planejamento no âmbito estadual de maneira regionalizada.

O produto do planejamento regional, construído a partir da elaboração do Mapa de Saúde, leva em conta a análise situacional da Região de Saúde. Considera-se Região de Saúde o espaço geográfico contínuo, constituído por agrupamento de Municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde (BRASIL, 2011).

Busca identificar as necessidades, a capacidade instalada e os vazios assistenciais, tornando-se a base para o processo de planejamento. Auxilia

ainda a tomada de decisão quanto às intervenções no território e a direcionalidade do investimento e contribui ainda na visualização da matriz diagnóstica das redes prioritárias, vindo a reintegrar o Plano Estadual de Saúde.

As regiões de saúde organizam-se em macrorregiões de saúde, que são territórios que agregam mais de uma região de saúde, com o objetivo de organizar ações e serviços de média complexidade especial (procedimentos/ações que requerem maior tecnologia, que apresentam oferta escassa e cuja demanda requer agregação, ou seja, formação de escala) e alta complexidade, complementando a atenção à saúde das populações desses territórios (PERNAMBUCO, 2011).

A IX Região de Saúde é umas das regiões que estão integradas à IV Macrorregião de Saúde do estado de Pernambuco. A referida macrorregião abarca os territórios do Vale do São Francisco, Sertão Central e Sertão do Araripe.

Figura 1: Macrorregiões de Saúde do estado de Pernambuco.

Fonte: PERNAMBUCO (2011).

Além da IX Região de Saúde, integram ainda a IV Macrorregião a VII e a VIII Regiões de Saúde. Como pode ser observado na figura acima, a sede da IV Macrorregião de Saúde é o município de Petrolina. Deve-se ressaltar que a IV Macrorregião juntamente com as microrregiões de Juazeiro, Senhor do Bonfim e Paulo Afonso – esses três, municípios da Bahia – formam a Macrorregião Interestadual Vale do São Francisco, formada a partir de diagnóstico de saúde realizado na região.

A Macrorregião Interestadual Vale do São Francisco possui a primeira Central de Regulação Interestadual do País (PERNAMBUCO, 2011). A implantação dessa Central de Regulação teve como objetivo organizar o acesso

a serviços de alta complexidade das redes Cardiovascular, Oncologia, Materno-Infantil e Urgência/Emergência para a população da região em questão, formando a Rede Pernambuco/Bahia, mais conhecida como Rede PEBA. A Rede PEBA beneficia 53 municípios, sendo 25 de Pernambuco e 28 da Bahia, totalizando aproximadamente 2 milhões de pessoas.

A Central de Regulação Interestadual realiza quatro tipos de encaminhamentos: central de regulação de consultas e exames; central de regulação de internações hospitalares; central de regulação de urgência; e central de regulação de alta complexidade. Elas organizam o fluxo de pacientes nas especialidades de oncologia, neurologia, traumato-ortopedia, cirurgia cardiovascular e cirurgia cardiovascular pediátrica, além dos serviços de broncoscopias, angiografias, cintilografias, unidades de queimados e emergência hospitalar (PERNAMBUCO, 2011).

A partir do próximo capítulo, abordaremos a situação de saúde da IX Região de Saúde. Espera-se que o presente Mapa de Saúde possa contribuir com gestores e trabalhadores de Saúde na formulação do SUS. Os dados e análises contidos no mesmo, propicia o conhecimento da região de saúde em questão, na perspectiva de melhorar o desempenho dos serviços e a situação de saúde da população.

2 CARACTERÍSTICAS GEOPOLÍTICAS DOS MUNICÍPIOS QUE INTEGRAM A IX REGIÃO DE SAÚDE

A IX Região de Saúde do Estado de Pernambuco integra a IV Macrorregião de Saúde do Estado. É formada por onze municípios: Araripina, Bodocó, Exu, Granito, Ipubi, Moreilândia, Ouricuri (sede), Parnamirim, Santa Cruz, Santa Filomena e Trindade. Localizados no alto sertão do Araripe, no total abrangem uma área de 14.143,82 Km². Limita-se ao leste com os municípios da VII Região de Saúde, ao sul com os municípios da VIII Região de Saúde, ao norte com os municípios do Estado do Ceará e ao oeste com os municípios do Estado do Piauí.

O município de Parnamirim integra a IX Região de Saúde, no entanto, encontra-se na área de desenvolvimento do Sertão Central, e não no Sertão do Araripe, como acontece com os demais municípios da IX Região de Saúde.

Apesar de no passado ter existido por parte do munícipio uma solicitação de mudança para a VII Região de Saúde (com sede no município de Salgueiro), o município decidiu por continuar na IX Região de Saúde, reafirmando em CIR o seu desejo de permanência no território.

Figura 2: Mapa da Localização Geográfica das Regiões de Saúde do Estado de Pernambuco.

Fonte: Pernambuco (2013).

Como pode ser observado na figura abaixo, os municípios com as maiores extensões territoriais são Parnamirim e Ouricuri, enquanto que o menor em extensão territorial é o município de Trindade.

Figura 3: Mapa da IX Região de Saúde de Pernambuco.

Fonte: IX GERES, 2021.

2.1 PRINCIPAIS RODOVIAS DA REGIÃO DE ARARIPE

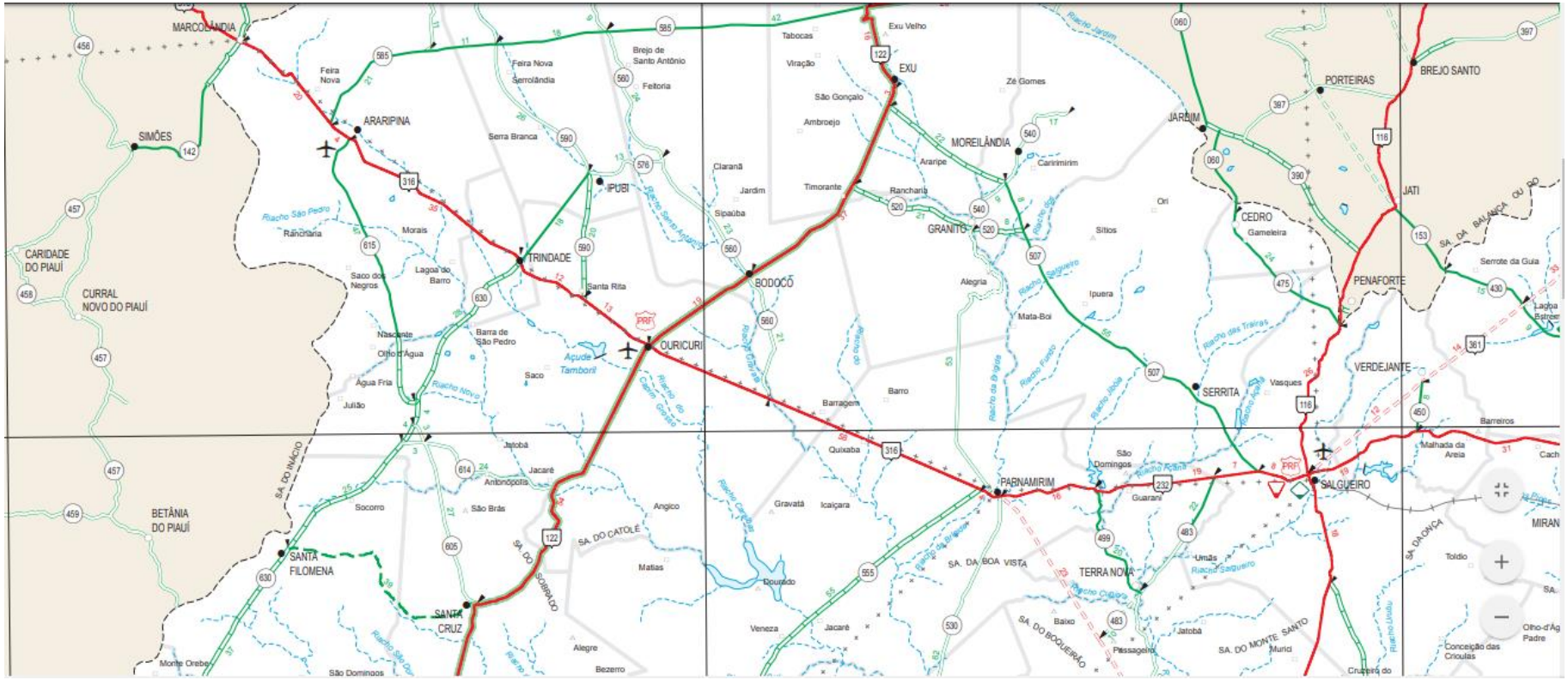
As principais rodovias da região são: BR – 316; BR – 122; PE - 545; PE – 555. Essas podem ser identificadas na figura 4. A seguir, apresenta-se os principais pontos de acesso as mesmas:

- Rodovia PE - 545: Extensão (Km): 75,30. Região de Desenvolvimento: *Sertão do Araripe.* Principais pontos de passagem da rodovia: Entrada da PE-585 (Posto da Serra) - Exu - PE- 507 (para Moreilândia) - Timorante - Bodocó – Entrada da BR-316 (Ouricuri) (MP/082-2003);

- Rodovia PE - 555: Extensão (Km): 93,80. Região de Desenvolvimento: *Sertão Central / Sertão do São Francisco*.Principais pontos de passagem da rodovia: Entrada – BR-316 (Parnamirim) - Veneza - Urimamã - PE-604 (p/ Jutaí) – Entrada – BR-428 (Lagoa Grande);

- Rodovia BR-316 e BR-122: Região de Desenvolvimento:*Sertão do Araripe.* As duas rodovias ocupam posição central e de destaque na região interligando não só os municípios do Sertão do Araripe, como também interliga o Estado de Pernambuco aos estados do Ceará e Piauí.

Figura 4: Mapa das principais rodovias da IX Região de Saúde de Pernambuco.



Fonte: DNIT (2013)

2.2 CARACTERÍSTICAS TERRITORIAIS E POPULACIONAIS DOS MUNICÍPIOS DA IX REGIÃO DE SAÚDE

Existem enormes diferenças entre os municípios brasileiros, tanto territoriais quanto populacional. No Brasil, mais de 75% dos municípios têm menos de 20.000 habitantes; mesmo os que possuem um extenso território, nem sempre possuem todo o seu território habitado. Essa escala é tida como insuficiente no que tange à organização de Redes de Atenção à Saúde, visto que devem estar organizadas com autossuficiência em média complexidade nas microrregiões de saúde e com certa suficiência em alta complexidade (CONASS, 2009).

Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em 2021, a população estimada do território da IX Região de Saúde era de 360.110 habitantes. Como pode ser observado, dos onze municípios que compõem a IX Região de Saúde, apenas Araripina e Ouricuri têm população maior que 50.000 habitantes, enquanto que os demais possuem população abaixo de 40.000 habitantes. O município de Parnamirim, apesar de ser o maior em extensão territorial, possui apenas 6,16% da população da região em questão. O município de Granito é o menos populoso, com 2,1% do total da população.

Tabela 1: População Estimada (2021), Limites, Localização, Divisões Territoriais e Distância dos Municípios da Sede da Região de Saúde (Ouricuri) e da Capital (Recife)

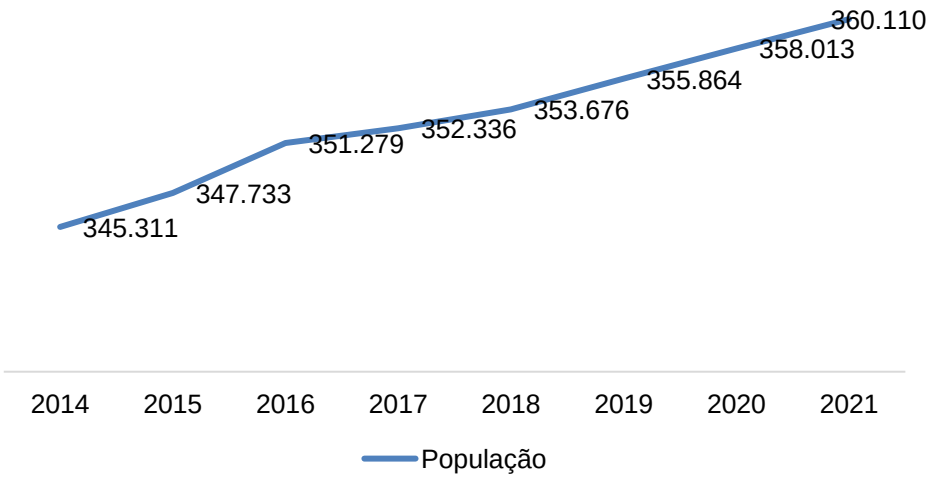
Municípios	População Estimada (2021)	Área (Km²)	Densidade demográfica (Hab/Km²)	Distância da capital (Km)	Distância da IX GERES (Km)	Limites territóriais
Araripina	85.301	1.892,59	45,07	764	68	Norte: Estado do Ceará; Sul: Ouricuri; Leste: Ipubi e Trindade; Oeste: Estado do Piauí.
Bodocó	38.605	1.616,49	23,88	639	23	Norte: Estado do Ceará; Sul: Granito; Leste: Moreilândia; Oeste: Bodocó.
Exu	31.709	1.337,49	23,70	606	68	Norte: Estado do Ceará; Sul: Granito; Leste: Moreilândia; Oeste: Bodocó.
Granito	7.586	521,94	14,53	592	65	Norte: Exu e Moreilândia; Sul: Parnamirim; Leste: Serrita; Oeste: Bodocó.
Ipubi	31.515	861,42	35,58	665	32	Norte: Estado do Ceará; Sul: Ouricuri; Leste: Bodocó; Oeste: Araripina e Trindade.
Moreilândia	11.269	404,57	27,85	577	78	Norte: Estado do Ceará; Sul: Granito; Leste: Serrita; Oeste: Exu.
Ouricuri	70.466	2.422,88	29,08	622	0	Norte: Araripina, Trindade e Ipubi; Sul: Santa Cruz e Santa Filomena; Leste: Parnamirim e Bodocó; Oeste: Estado do Piauí.
Parnamirim	22.198	2.595,92	8,55	550	61	Norte: Granito, Serrita e Bodocó; Sul: Santa Maria da Boa Vista e Orocó; Leste: Terra Nova e Cabrobó; Oeste: Ouricuri e Santa Cruz.
Santa Cruz	15.713	1.255,93	12,51	674	58	Norte: Ouricuri; Sul: Lagoa Grande; Leste: Parnamirim e Santa Maria da Boa Vista; Oeste: Dormentes e Santa Filomena.
Santa Filomena	14.645	1.005,04	14,57	717	80	Norte: Ouricuri; Sul: Dormentes; Leste: Santa Cruz; Oeste: Estado do Piauí.
Trindade	31.103	229,55	135,49	645	29	Norte: Araripina; Sul: Ouricuri.

Fonte: IBGE – CIDADES, 2022; PERNAMBUCO, 2013

2.2.1 Crescimento populacional dos municípios da IX Região de Saúde nos anos de 2014 a 2021

O crescimento populacional é caracterizado como o aumento do número de habitantes num território. Esse fenômeno é consequência do crescimento vegetativo, obtido através do saldo entre as taxas de natalidade e de mortalidade, bem como da expectativa de vida da população. a IX Região de Saúde, a cada ano, vem apresentando crescimento da sua população, como pode ser observado na tabela a seguir.

Figura 5: Curva do crescimento populacional da IX Região de Saúde de Pernambuco no período de 2014 a 2021.



Fonte: SIDRA-IBGE (2022).

Tabela 2: População estimada dos municípios da IX Região de Saúde de Pernambuco nos anos de 2014 a 2021. Pernambuco, 2022.

Municípios	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Araripina	82.298	82.800	83.287	83.757	83.964	84.418	84.864	85.301
Bodocó	37.054	37.317	37.571	37.816	37.909	38.146	38.378	38.605
Exu	32.001	31.928	31.858	31.790	31.885	31.825	31.766	31.709
Granito	7.251	7.308	7.363	7.417	7.435	7.486	7.537	7.586
Ipubi	29.338	29.721	30.091	30.447	30.512	30.854	31.187	31.515
Moreilândia	11.245	11.242	11.240	11.238	11.270	11.270	11.270	11.269
Ouricuri	67.098	67.676	68.236	68.776	68.939	69.459	69.969	70.466
Parnamirim	21.093	21.193	21.290	21.383	21.914	22.010	22.106	22.198
Santa Cruz	14.675	14.857	15.032	15.202	15.236	15.398	15.558	15.713
Santa Filomena	14.076	14.172	14.265	14.355	14.390	14.477	14.562	14.645
Trindade	29.182	29.519	29.842	30.155	30.222	30.521	30.816	31.103
Total	**345.311**	**347.733**	**351.279**	**352.336**	**353.676**	**355.864**	**358.013**	**360.110**

Fonte: SIDRA-IBGE (2022).

Os dados acima mostram a estimativa populacional dos municípios da IX Região de Saúde, no período de 2014 a 2021. Como pode ser observado, a maioria dos municípios do sertão do Araripe vêm apresentando crescimento populacional – alguns mais timidamente - a cada ano, as exceções são o município de Exu, que apresentou uma queda no número de habitantes, e Moreilândia, que apresentou uma estabilidade entre 2018 e 2021. Dentre os municípios com crescimento populacional, os maiores percentuais de aumento ocorreram em Ipubi (7,42%), Santa Cruz (7,07%) e Trindade (6,58%).

Observa-se na região um aumento de 14.799 pessoas no ano de 2021, o que equivale a um crescimento de aproximadamente 4,28%, em comparação com o ano de 2014. Esses dados confirmam o que diz Pena (2014), quando afirma que a população brasileira, por enquanto, não está ficando menor, apenas está crescendo em um ritmo mais lento.

2.2.2 Descrição da IX Região de Saúde por sexo nos censos de 1991, 2000 e 2010, e estimativas para 2020

Regionalmente, a população vem apresentando um crescimento ao longo das décadas, isso pode ser observado nos dados dos últimos três censos. A tabela a seguir demonstra essa evolução populacional por sexo.

Tabela 3: Distribuição da população por sexo na IX Região de Saúde de Pernambuco, nos censos de 1991, 2000, 2010 e 2020. Pernambuco, 2022.

.Sexo	1991*	2000	2010	2020
Masculino	133.126	147.380	162.283	177.592
Feminino	138.035	149.271	165.583	180.421
Total	271.161	296.651	327.866	358.013

Fonte: SIDRA-IBGE (Censo demográfico: 1991, 2000, 2010 e projeções para 2020).

Destaca-se que os municípios de Santa Cruz e Santa Filomena ainda não apresentavam dados em 1991, haja vista o território dos mesmos ainda pertencer ao município de Ouricuri. A emancipação dos referidos municípios se deu em 1991 e 1995, respectivamente.

2.2.3 Descrição da IX Região de Saúde por faixa etária nos censos de 1991, 2000 e 2010, e estimativas para 2020

A distribuição da população por faixa etária em um país é consequência das taxas de crescimento populacional, da expectativa de vida e das migrações (MENDONÇA, 2000). Nos países desenvolvidos, a estrutura etária é caracterizada pela presença marcante da população adulta e da percentagem expressiva de idosos. O envelhecimento da população obriga o Estado a destinar boa parte dos seus recursos econômicos para a aposentadoria e os serviços de saúde.

Tabela 4: Distribuição da população por faixa etária de residentes da IX Região de Saúde de Pernambuco nos anos de 1991, 2000, 2010 e 2020. Pernambuco, 2022.

Faixa etária (anos)	1991*	2000	2010	2020
0 a 4	39.644	37.340	31.450	32.838
5 a 9	38.227	34.144	33.946	32.644
10 a 14	37.490	38.613	37.777	31.114
15 a 19	31.831	34.065	32.280	31.034
20 a 29	41.763	48.380	57.791	60.672
30 a 39	26.282	35.311	43.666	53.255
40 a 49	21.773	23.933	33.968	41.546
50 a 59	14.937	19.778	22.775	32.445
60 a 69	10.109	13.320	18.309	20.715
70 a 79	6.579	7.661	10.431	14.627
80 e +	2.526	4.106	5.473	7.123
Total	271.161	296.651	327.866	358.013

Fonte: SIDRA-IBGE (Censo demográfico: 1991, 2000, 2010 e projeções para 2020).

Das faixas etárias elencadas, quando comparamos os anos de 1991 e 2020, a que apresentou maior crescimento populacional foi a de 80 e mais anos (181,99%), enquanto decresceram as populações das faixas etárias de 0 a 4 anos (-17,17%) e de 10 a 14 anos (-17,01%). Esse movimento reflete a transição demográfica na qual o país se encontra, que é ocasionada pelo aumento da expectativa de vida e diminuição da natalidade e mortalidade, o que reflete em um aumento da população idosa e diminuição da população jovem. O contexto aponta para a necessidade de se reforçar políticas de saúde para a pessoa idosa e incentivar o crescimento das populações mais jovens, que irão dar suporte futuro aos custos sociais e financeiros das populações não mais ativas.

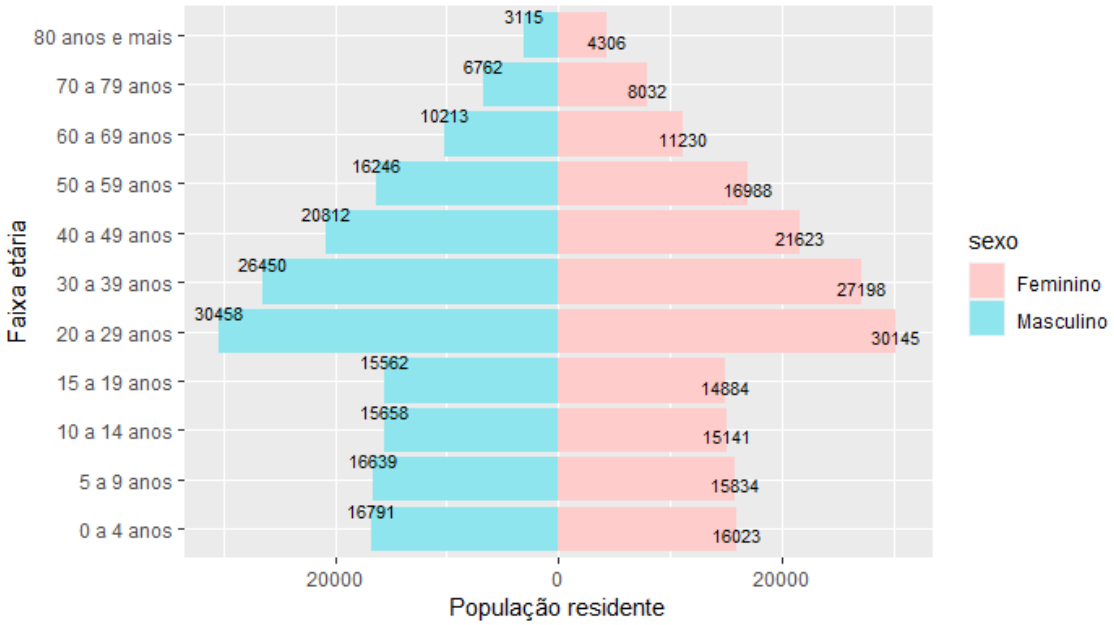
2.2.4 População Estimada da IX Região de Saúde por Sexo e Faixa Etária no ano de 2021

Nos últimos anos, a composição da população da IX Região de Saúde é quase equivalente em ambos os sexos. A figura a seguir mostra a composição desta população no ano de 2021, de acordo com o sexo e faixa etária, mostrando certo equilíbrio com relação às variáveis apresentadas.

Como pode ser observado nos últimos anos, a população feminina quase vem se equiparando à masculina. De acordo com os dados apresentados no gráfico abaixo, a população feminina na IX Região de Saúde no ano de 2021 era de 181.404 (50,37%), enquanto que a masculina de 178.706 (49,62%). Pode ser observado um alargamento no meio da pirâmide, indicando o predomínio da

população de jovens-adultos, com faixa etária de 20 a 29 anos. Todavia, ressalta-se o aumento na população de idosos.

Figura 6: População da IX Região de Saúde de Pernambuco por sexo e faixa etária no ano de 2022.



Fonte: Estimativas preliminares, Ministério da Saúde/ SVS/ DASNT/ CGIAE, 2022.

2.2.5 Distribuição da área urbana e rural dos municípios da IX Região de Saúde

Como já mencionado anteriormente, vários municípios da região de saúde possuem uma extensa área rural, no entanto, nem sempre esse é o mais populoso, com maior parcela da população da região residindo na área urbana. Observa-se que 52,9% da população da IX Região de Saúde encontra-se concentrada na zona urbana, já a zona rural concentra 47,1%. Ressalta-se que os dados são referentes ao ano de 2010 devido este ter sido o ano do último levantamento censitário.

Tabela 5: Distribuição da população da IX Região de Saúde de Pernambuco por ano Censitário de 2010, segundo situação do domicílio. Pernambuco, 2022.

Municípios	Pop. Urbana	%	Pop. Rural	%	Total
Araripina	46.908	60,68	30.394	39,32	77.302
Bodocó	12.824	36,48	22.334	63,52	35.158
Exu	16.303	51,53	15.333	48,47	31.636
Granito	3.178	46,36	3.677	53,64	6.855
Ipubi	17.278	61,44	10.842	38,56	28.120
Moreilândia	6.838	61,43	4.294	38,57	11.132
Ouricuri	32.596	50,65	31.762	49,35	64.358
Parnamirim	8.377	41,42	11.847	58,58	20.224
Santa Cruz	4.447	32,71	9.147	67,29	13.594
Santa Filomena	2.226	16,65	11.145	83,35	13.371
Trindade	22.464	86,02	3.652	13,98	26.116
Total	173.439	52,9	154.427	47,1	327.866

Fonte: SIDRA-IBGE, Censos (2010).

A próxima tabela apresenta a distribuição de domicílios nas áreas urbana e rural. Como pode ser observado, existe uma variação entre os municípios com relação a quantidade de domicílios na área urbana e rural. Dos onze municípios da região, seis possuem a maior quantidade na área urbana, enquanto que cinco na zona rural. Pode-se tomar por exemplo os municípios de Trindade e Santa Filomena que, enquanto o primeiro possui 86,73% dos seus domicílios na área urbana, o segundo possui 81,34% na zona rural.

Tabela 6: Distribuição de domicílios da IX Região de Saúde de Pernambuco entre zona urbana e zona rural.

Municípios	Domicílios em Área Urbana	%	Domicílios em Área Rural	%	Total
Araripina	13.016	63,09	7.613	36,91	20.629
Bodocó	3.519	39,40	5.413	60,60	8.932
Exu	4.409	53,94	3.764	46,06	8.173
Granito	843	47,52	931	52,48	1.774
Ipubi	4.650	64,30	2.581	35,70	7.231
Moreilândia	1.873	63,86	1.060	36,14	2.933
Ouricuri	8.858	53,48	7.705	46,52	16.563
Parnamirim	2.232	43,99	2.842	56,01	5.074
Stª Cruz	1.333	36,93	2.276	63,07	3.609
Stª Filomena	674	18,66	2.937	81,34	3.611
Trindade	5.971	86,73	913	13,27	6.884
Total	47.378	55,47	38.035	44,53	85.413

Fonte: IBGE – Cidades (2010).

2.3 GRUPOS SOCIAIS ORGANIZADOS

A capacidade de organização social através da afetividade, da comunicação e da construção de acordos e ações transformadoras, gera poder entre as pessoas. Assim, poder é sinônimo de organização social e de convivência entre os humanos (CASTILHO, 2010).

Os grupos sociais organizados se configuram como importantes instrumentos na reivindicação de direitos sociais, bem como para a consolidação democrática. Os diversos grupos de mobilizações sociais manifestam seus respectivos ideais. Em síntese, as organizações sociais funcionam como uma forma coletiva de manifestação da sociedade acerca de alguma norma ou lei, ou decisão governamental que cause (ou possa causar) prejuízos à sociedade ou que vá de encontro à direitos sociais já conquistados, ou à conquista de novos direitos frente às mudanças sociais de determinado período.

As organizações de controle social também se configuram como importante instrumento de fiscalização e concretização dos direitos do cidadão. Os conselhos municipais são exemplos de órgãos de controle social. Em geral, os conselhos municipais são formados por representantes da Prefeitura e da sociedade civil e contribuem para a definição dos planos de ação da cidade, através de reuniões periódicas e discussões. Cada conselho deve atuar de acordo com a realidade local e com a sua especificação, observando sempre o seu regimento. As tabelas a seguir apresentam a quantidade de grupos sociais organizados, bem como de instituições de controle social registrados da IX Região de Saúde, segundo AMUPE.

Tabela 7: Associações, Fundações e Entidades sem Fins Lucrativos.

	Araripina	Bodocó	Exu	Granito	Ipubi	Moreilândia	Ouricuri	Parnamirim	Santa Cruz	Santa Filomena	Trindade
Cultura e Recreação	04	04	02	01	01	00	05	01	00	01	01
Assistência social	03	02	01	00	01	00	03	02	02	03	02
Partidos Políticos, Associações Patronais e Profissionais	13	04	09	03	07	02	15	06	03	27	07
Associações e Movimentos sociais	04	01	00	00	02	00	01	00	01	08	00
Meio Ambiente e proteção Animal	01	00	00	00	00	00	02	00	00	00	00
Desenvolvimento e Defesa de Direitos	03	01	01	00	02	01	05	03	01	11	06
Outras Instituições Privadas sem Fins Lucrativos	09	05	04	01	00	00	07	00	02	04	03
Total	**37**	**17**	**17**	**05**	**13**	**03**	**38**	**12**	**09**	**54**	**19**

Fonte: IBGE, 2017; 2016; 2014; AMUPE, 2018.

Tabela 8: Organizações de Controle Social nos municípios da IX Região de Saúde de Pernambuco.

Conselhos Municipais	Araripina	Bodocó	Exu	Granito	Ipubi	Moreilândia	Ouricuri	Parnamirim	Santa cruz	Santa Filomena	Trindade
Cons. Mun. de Alimentação Escolar	S	S	N	N	N	N	N	N	N	S	N
Cons. Mun. de Assistência Social	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S
Cons. Mun. Anti-Drogas	S	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N
Cons. Mun. de Cultura	N	N	N	S	N	N	N	N	N	N	N
Cons. Mun. da Condição Feminina	S	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N

Conselhos Municipais	Araripina	Bodocó	Exu	Granito	Ipubi	Moreilândia	Ouricuri	Parnamirim	Santa cruz	Santa Filomena	Trindade
Cons. Mun. de Defesa dos Direitos da Criança e do Adolescente;	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S
Cons. Mun. de Defesa do Meio Ambiente	S	S	N	N	N	S	N	N	N	N	N
Cons. Mun. de Desenvolvimento Local Sustentável	N	N	N	N	N	N	N	N	N	S	N
Cons. Mun. de Desenvolvimento Rural	S	S	S	S	S	S	S	N	S	S	S
Cons. Mun. da Educação	S	S	N	N	S	N	N	N	N	S	N
Cons. Mun. do Fundo de Manutenção e Desenvolvimento da Educação Básica e de Valorização dos Profissionais da Educação	S	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N
Cons. Mun. da Habitação	N	S	N	N	S	N	S	S	S	N	N
Cons. Mun. do Idoso	S	S	N	S	N	S	S	N	S	N	S
Cons. Mun. da Juventude	S	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N
Cons. Mun. da Pessoa com Deficiência	N	S	N	N	N	N	N	N	N	N	N
Cons. Mun. de Preservação do Patrimônio	N	N	S	N	N	N	N	N	N	N	N
Cons. Mun. de Saúde	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S
Cons. Mun. de Segurança Alimentar Nutricional Sustentável de Araripina	S	S	N	N	N	N	N	N	N	S	N
Total:	**13**	**10**	**06**	**06**	**06**	**06**	**06**	**05**	**07**	**08**	**05**

Fonte: IBGE, 2017; AMUPE, 2018. *S (possui); N (não possui).

2.4 PRINCIPAIS ATIVIDADES ECONÔMICAS

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

No Brasil, os depósitos mais importantes de gipsita fazem parte da sequência sedimentar cretácea, conhecida como Chapada do Araripe. Em Pernambuco, as principais ocorrências estão localizadas nos municípios de Araripina, Bodocó, Exu, Ipubi, Santa Filomena e Trindade, que compõem a microrregião de Araripina. A gipsita explorada nessa área é por muitos considerada a de melhor qualidade do mundo, com a pureza do minério variando entre 88% e 98%, atualmente produzindo em torno de 97% do gesso consumido no país (IPA, 2014).

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

A matriz energética da indústria do gesso do Araripe é muito diversificada; usa aproximadamente 3% de energia elétrica, 5% de óleo diesel, 8% de óleo BPF (baixo poder de fusão), 10% de coque e 73% de lenha. Mas as indústrias de pequeno porte usam, exclusivamente, a lenha como fonte energética. A lenha utilizada pelas indústrias gesseiras, em geral, vem da extração de madeira de espécies nativas da região, retiradas da vegetação da Caatinga, gerando uma problemática para o meio ambiente, já que a região não apresenta planos suficientes de manejo florestal sustentados para atender o atual consumo da indústria do gesso (ITA, 2014).

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

mostra o panorama dos estabelecimentos de agropecuária nos municípios da IX Região de Saúde.

Tabela 9: Números de Estabelecimentos Agropecuários nos municípios da IX Região de Saúde de Pernambuco.

Municípios	Condomínio, Consórcio ou União de Pessoas	Produtor Individual	Outra Condição	Total por município
Araripina	3.781	3.591	3	7.375
Bodocó	1.088	2.479	1	3.568
Exu	1.072	1.521	4	2.597
Granito	290	262	1	553
Ipubi	601	1.340	0	1.941
Moreilândia	405	374	0	779
Ouricuri	1.418	3.724	1	5.143
Parnamirim	480	1.436	1	1.917
Santa Cruz	699	1.236	2	1.937
Santa Filomena	1.301	729	0	2.030
Trindade	449	746	1	1.196
Total da região	**11.584**	**17.438**	**14**	**29.036**

Base de Dados: IBGE- Cidades (2017).

Como pode ser observado, a maior parte dos estabelecimentos são de produtores individuais, onde quase sempre são utilizados métodos tradicionais de cultivo. A agricultura de subsistência geralmente é desenvolvida em pequenas propriedades e a produção é bem inferior se comparada às áreas rurais mecanizadas. O município de Bodocó destaca-se pela bacia leiteira, que registra grande influência nas atividades da produção do leite e na fabricação de derivados (queijos e doces), refletindo diretamente no comércio local. Outro destaque é o município de Moreilândia na produção do mel. É comum o emprego de parentes nesses estabelecimentos, como pode ser observado na tabela a seguir.

Tabela 10: Pessoas Ocupadas em Estabelecimentos Agropecuários (com laços de parentesco e sem laços de parentesco com o produtor na Região do Araripe).

Municípios	Com laços de parentesco com o produtor				Sem laços de parentesco com o produtor	
	Homens com menos de 14 anos	Homens de 14 anos ou mais	Mulheres com menos de 14 anos	Mulheres de 14 anos ou mais	Ocupação Permanente	Ocupação Temporária
Araripina	462	11.031	360	7.200	194	2.599
Bodocó	336	5.654	275	3.121	321	1.317
Exu	143	3.678	131	2.114	172	879
Granito	53	832	23	396	55	157
Ipubi	90	2.643	69	1.602	16	513
Moreilândia	12	1.210	12	553	18	201
Ouricuri	247	7.697	156	4.814	296	595
Parnamirim	238	2.753	206	1.775	129	407
Stª Cruz	173	2.960	114	2.078	34	350
Stª Filomena	171	2.928	132	1.974	14	115
Trindade	112	1.518	95	1.218	10	123
Total	2.037	42.904	1.573	26.845	1.259	7.256

Fonte: IBGE - Cidades (2017).

Como pode ser observado na tabela acima, a maior parte das pessoas ocupadas nas atividades agropecuárias tem laços de parentesco com o produtor. Já os que não têm nenhum laço de parentesco com o produtor estão em ocupações temporárias. Chama atenção o número de pessoas com menos de 14 anos desenvolvendo atividades agropecuárias. Em geral, as crianças e adolescentes que desenvolve essas atividades tem algum laço de parentesco com o produtor, no entanto, crianças e adolescentes também sofrem explorações quando colocadas para desenvolver tais atividades.

De acordo com o Tribunal Superior do Trabalho (TST), o trabalho infantil no Brasil é proibido por lei. Nesse sentido, é vedado o trabalho de crianças com menos de 14 anos em todo o território brasileiro. Adolescentes com idade a partir dos 14 anos podem trabalhar no Brasil através do Programa Jovem Aprendiz. De acordo com o Decreto Nº 6.481, de 12 de junho de 2008, entre as piores formas de trabalho infantil, encontram-se as atividades relacionadas à agricultura.

2.5 RENDIMENTO DA POPULAÇÃO DA IX REGIÃO DE SAÚDE

A dimensão Renda e Condições de Vida da população reúnem um conjunto de variáveis que proporcionam um melhor diagnóstico das famílias. O fator renda é um dado importante, já que esta possibilita o acesso a bens de consumo. O não acesso a bens e serviços impactam diretamente na saúde da população. Sendo assim, quanto menor for o rendimento, maior a vulnerabilidade em que as famílias se encontram. A tabela abaixo demonstra o panorama dos rendimentos da população da IX Região de Saúde.

Assim como em todo território brasileiro, a desigualdade social também perpassa no território do sertão do Araripe. Embora a desigualdade venha diminuindo gradativamente, a mesma ainda é uma realidade nos municípios da IX Região de Saúde. A tabela abaixo é um diagnóstico dessa problemática, apresentando um número expressivo dos indivíduos sem nenhum tipo de rendimento, são 53,17%, representando mais da metade da população em questão.

Dos que tem algum tipo de rendimento, 9,96 recebem até ¼ de salário mínimo. O grupo que recebe mais de ¼ até um salário mínimo representa o percentual de 25,29%, enquanto os que recebem de um a dois salários mínimos representam um percentual bem menor, com apenas 8,04%.

À medida que a renda aumenta, os percentuais vão ficando cada vez mais baixos; isso pode ser percebido no grupo que declarou receber entre dois e três salários mínimos, que representa apenas 1,55%; já os que recebem entre três e cinco salários mínimos representam apenas 1,08%, caindo esse percentual ainda mais quando se trata dos que recebem mais de cinco salários mínimos, com apenas 0,9%.

Em síntese, mais da metade da população está sem ocupação remunerada, enquanto que, dos que têm remuneração, apenas um pequeno grupo tem rendimentos acima de 2 salários mínimos, o que demonstram uma grande expressão da desigualdade social na região.

Tabela 11: Rendimento da População da IX Região de Saúde de Pernambuco em salários mínimos. 2010.

Municípios	Sem rendimento	Até ¼ (s.m.)	Mais de ¼ a 1 (s.m.)	Mais de 1 a 2 (s.m.)	Mais de 2 a 3 (s.m.)	Mais de 3 a 5 (s.m.)	Acima de 5 a10 (s.m.)	Acima de 10 a 15 (s.m.)	Acima de 15 a 20 (s.m.)	Acima de 20 a 30 (s.m.)	Acima de 30 (s.m.)
Araripina	21.037	7.661	22.906	7.140	1.504	1.017	506	101	71	50	38
Bodocó	11.599	3.428	9.399	2.645	499	375	229	27	--	6	--
Exu	10.285	4.107	8.054	2.136	429	341	121	15	34	30	
Granito	2.166	817	1.926	467	104	35	28	--	--	3	3
Ipubi	8.087	3.107	8.111	1.818	424	318	111	27	15	10	--
Moreilândia	4.129	1.167	2.766	781	146	62	48	--	4	--	--
Ouricuri	22.382	4.816	9.517	5.073	959	747	555	123	69	11	57
Parnamirim	73.179	2.026	5.053	1.438	248	201	156	29	30	--	5
Santa Cruz	4.725	1.543	3.404	927	144	78	3	29	30	--	5
Santa Filomena	5.117	1.557	3.123	792	93	40	50	--	--	--	--
Trindade	8.245	1.772	7.014	2.643	440	281	58	60	21	12	37
Total da região	**170.951**	**32.001**	**81.273**	**25.860**	**4.990**	**3.495**	**1.865**	**411**	**274**	**122**	**145**

Fonte: IGBE – Senso (2010)

2.6 PRODUTO INTERNO BRUTO (PIB) DA IX REGIÃO DE SAÚDE NO PERÍODO DE 2014 A 2019

O Produto Interno Bruto (PIB) é a soma do valor de todos os bens e serviços finais realizados em uma determinada localidade ao longo de um tempo específico. É considerado o principal indicador do nível de desenvolvimento econômico, pois o seu crescimento significa que as empresas e as pessoas estão produzindo mais e, em consequência, gerando mais renda. A tabela a seguir expressa o PIB dos municípios da IX Região de Saúde, no período que corresponde aos anos de 2014 a 2019. Deve-se salientar que 2019 é o último ano em que as informações do PIB por município encontram-se disponíveis.

Tabela 12: Distribuição do PIB por município da IX Região de Saúde de Pernambuco nos anos de 2014 a 2019.

Municípios	PIB per capita (Unidade: R$)						PIB por preços correntes (Unidade: R$ X 1000)					
	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Araripina	9.463	9.156	9.441	11.790	12.298	12.416	778.796	758.157	786.322	987.504	1.032.651	1.048.186
Bodocó	5.655	6.176	6.300	6.541	7.303	7.587	209.576	230.476	236.717	247.355	276.851	289.448
Exu	6.420	6.576	7.006	7.492	8.420	9.084	205.477	209.975	223.197	238.194	268.481	289.108
Granito	6.591	7.070	7.587	7.721	9.225	9.303	47.792	51.669	55.864	57.272	68.590	69.645
Ipubi	7.252	7.929	8.450	8.840	9.606	10.381	212.761	235.669	254.277	269.160	293.125	320.309
Moreilândia	6.744	6.219	7.114	7.212	7.260	7.504	75.837	69.917	79.966	81.055	81.822	84.572
Ouricuri	7.355	7.409	8.094	8.901	9.671	10.223	493.483	501.423	552.332	612.239	666.758	710.121
Parnamirim	7.488	7.174	7.777	7.665	7.614	8.227	157.955	152.050	165.590	163.904	166.861	181.076
Stª Cruz	6.032	6.131	6.516	6.610	7.135	7.884	88.523	91.094	97.963	100.486	108.711	121.402
Stª Filomena	5.255	5.309	5.791	6.352	6.808	6.988	73.970	75.239	82.615	91.192	97.973	101.168
Trindade	9.376	9.623	9.754	9.345	10.450	10.581	273.605	284.063	291.088	281.806	315.847	322.945
Média	7.057	7.161	7.620	8.042	8.708	9.107	237.980	241.793	256.902	284.560	307.060	321.634

Fonte: IBGE, 2022.

Como pode ser observado, no período analisado o PIB da região mostra um aumento, ainda que timidamente. Isso demonstra que mesmo não sendo um crescimento expressivo, a produção e os rendimentos dos municípios em questão vêm aumentando.

2.7 ÍNDICE DE DESENVOLVIMENTO HUMANO (IDH) NOS MUNICÍPIOS DA IX REGIÃO DE SAÚDE

Como já descrito anteriormente, a desigualdade social e de renda também é verificada na Região em questão. O Índice de Desenvolvimento Humano - IDH mede a qualidade de vida baseado em renda, longevidade e educação, varia de 0 a 1, onde quanto mais se aproximar de 1, maior o IDH de um local. Em 2014, o Brasil apresentava IDH de 0,755, ocupando a 75ª posição no Raking IDH Global. A cada ano o país tem conseguido elevar o seu IDH; fatores como aumento da expectativa de vida da população e taxa de alfabetização estão diretamente associados a esse progresso (O Guia do Brasil, 2010).

Com relação ao Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM), esse tem como objetivo avaliar e instrumentalizar os municípios com uma distribuição mais equânime dos recursos públicos, buscando expressar a oferta e o acesso da população aos serviços. Muitos municípios do Estado de Pernambuco vêm aumentando o seu IDHM, elevando também o IDH do estado. Pernambuco apresenta IDH de 0.673 e ocupa atualmente a 19ª posição no ranking do país (PNUD – BRASIL, 2015), com um status considerado médio (PNUD BRASIL, 2015). A tabela a seguir expressa o desenvolvimento do IDHM nos municípios da IX Região de Saúde.

Tabela 13: Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM), na IX Região de Saúde de Pernambuco nos censos de 1991, 2000 e 2010.

Municípios	Índice de Desenvolvimento Humano		
	1991	2000	2010
Araripina	0,307	0,441	0,602
Bodocó	0,281	0,391	0,565
Exu	0,291	0,412	0,576
Granito	0,259	0,408	0,595
Ipubi	0,285	0,417	0,550
Moreilândia	0,296	0,440	0,600
Ouricuri	0,303	0,421	0,572
Parnamirim	0,331	0,429	0,599
Santa Cruz	0,182	0,341	0,549
Santa Filomena	0,157	0,315	0,533
Trindade	0,313	0,462	0,595

Fonte: IBGE CIDADES, 2010.

2.8 ESCOLARIDADE DA POPULAÇÃO DA IX REGIÃO DE SAÚDE

A IX Região de Saúde vem demonstrando uma melhora com relação a escolaridade de sua população – bem como o restante do país – principalmente com relação ao índice de analfabetismo, que apresentou significativa redução. Essa melhora pode ser observada quando se compara os três últimos censos. A redução no índice de analfabetismo deve-se principalmente, aos maiores investimentos feitos em educação no Brasil nos últimos anos nas três esferas de governo.

O Sistema de Avaliação Educacional de Pernambuco e as Metas para a Educação Básica constituem uma política pública cuja diretriz é assegurar a melhoria da qualidade social da educação pública. O objetivo é melhorar os indicadores educacionais do estado, sobretudo o Índice de Desenvolvimento da Educação Básica de Pernambuco (IDEPE), que impulsionará a elevação do Índice de Desenvolvimento da Educação Básica (IDEB) em virtude da similaridade na metodologia (PERNAMBUCO, 2014).

A tabela a seguir mostra a evolução com relação à escolaridade da população da região em questão. O município de Parnamirim faz parte da Gerência Regional de Educação - GRE Sertão Central localizada no município de Salgueiro, sendo assim,

os dados apresentados na tabela 14 correspondem aos demais municípios que estão dentro do território da GRE Sertão do Araripe.

Tabela 14: Proporção da população residente alfabetizada por faixa etária da IX Região de Saúde de Pernambuco. Pernambuco.

Faixa Etária	1991	2000	2010
5 a 9	9,51	28,22	53,79
10 a 14	41,19	76,87	91,75
15 a 19	53,39	84,79	94,65
20 a 49	40,14	64,70	78,81
50 e +	21,20	32,65	44,63
Total	**32,01**	**51,46**	**65,52**

Fonte: IBGE – Censo, 2010.

Observa-se na tabela acima que, na última década, a proporção de alfabetizados na região do Araripe correspondeu a 65,52%, representando um aumento de 14,06% na proporção de alfabetizados em relação à década anterior. A próxima tabela mostra a situação dos municípios da região no Índice de Desenvolvimento da Educação Básica (Ideb) de Pernambuco em 2019, ano da última avaliação do Ideb.

Tabela 15: Situação dos municípios da IX Região de Saúde de Pernambuco no Ideb (4ª série/5º ano) no ano de 2019.

Municípios	Meta para o município	Meta alcançada no Ideb
Araripina	4,9	4.8
Bodocó	3.8	4.7
Exu	5,5	4,7
Granito	5,1	5,3
Ipubi	5,3	4,5
Moreilândia	4,8	5,5
Ouricuri	4,2	4,4
Parnamirim	4,8	4,6
Santa Cruz	5,3	4,9
Santa Filomena	5,4	4,9
Trindade	5,7	4,7

Fonte: Ideb – Brasil (2021).

2.9 SERVIÇOS DE SANEAMENTO BÁSICO: ABASTECIMENTO DE ÁGUA, TIPO DE INSTALAÇÃO SANITÁRIA E TIPO DE DESTINO DE LIXO

O saneamento básico se configura como um dos determinantes de saúde, sendo um importante instrumento na prevenção de muitas doenças. Em muitos locais, a problemática de acesso à água tratada, coleta e tratamento de esgoto e destino correto do lixo ainda é uma realidade, precisando de maiores investimentos nessa área. Alguns autores chegam a apontar que, para cada um real investido em saneamento, nove são economizados em saúde (FUNASA, 2017).

A incidência de doenças de veiculação hídrica associadas à má qualidade da água consumida por parte significativa da população do semiárido, especialmente a que reside nas zonas rurais, e a precariedade ou inexistência de estruturas de tratamento de esgoto, reflete principalmente nos indicadores de mortalidade infantil na região.

A implantação de sistemas regulares de abastecimento de água ou mesmo de tratamento de água em sistemas simplificados reduz significativamente as doenças, como, por exemplo, a diarréia na população infantil de áreas rurais. A seguir, apresentamos em tabelas a evolução dos principais serviços de saneamento na IX Região de Saúde. A tabela abaixo expressa a proporção de domicólios segundo serviço de abastecimento de água nos três últimos anos censitários.

Tabela 16: Proporção de domicílios por tipo de abastecimento de água da IX Região de Saúde de Pernambuco.

Abastecimento Água	1991	2000	2010
Sistema Público	30,05	35,78	53,41
Poço ou nascente (na propriedade)	16,20	12,84	2,92
Outra forma	53,75	51,38	43,67

Fonte: IBGE/Censos Demográficos, 1991; 2000; 2010.

Os dados revelam que, enquanto o percentual de indivíduos atendidos por sistemas alternativos diminuiu, o de pessoas atendidas pelo sistema público aumentou, elevando assim o número de pessoas com acesso à água tratada, uma vez que quase sempre, as soluções alternativas de abastecimento de água não recebem o devido tratamento para o seu consumo.

A água para consumo humano é toda água potável (água que atenda ao padrão de potabilidade) destinada à ingestão, preparação de alimentos e à higiene pessoal,

independentemente da sua origem. O artigo 3º da portaria GM Nº 888/2021 diz que toda água destinada ao consumo humano, distribuída coletivamente por meio de sistema, solução alternativa coletiva de abastecimento de água ou carro-pipa, deve ser objeto de controle e vigilância da qualidade da água, sendo esta um conjunto de ações adotadas regularmente pela autoridade de saúde pública para verificar o atendimento aos parâmetros desta portaria e avaliar se a água consumida pela população apresenta risco à saúde (BRASIL, 2021).

Ao analisarmos os dados retirados do Sistema de Informação de Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano (SISAGUA) durante o ano de 2021, referente aos 3 parâmetros básicos analisados pelos municípios da IX Gerência Regional de Saúde, identificamos uma maior proporção de análises realizadas em Sistema de Abastecimento de Água, com 1.472 amostras (91,20%), ao passo que foram analisas 142 amostras em Solução Alternativa Coletiva (8,80%), podendo concluir que os sistemas na modalidade de abastecimento coletivo destinados a fornecer água potável em locais sem rede de distribuição possuem baixa cobertura de análise de qualidade da água.

Em relação aos parâmetros básicos, descritos na Tabela 17, temos que coliformes fecais e Escherichia Coli atenderam em sua maioria ao padrão de potabilidade exigidos no anexo 1 da portaria Nº 888/2021, com 94,65 e 99,62% das amostras satisfatórias, respectivamente. Este indicador tem relação com a contaminação fecal e eficiência de tratamento.

Turbidez e cloro residual livre também apresentaram resultados satisfatórios no período analisado, tendo 81,82 e 99,94%, respectivamente, de amostras de água dentro do padrão estabelecido, estando estas dentro do valor máximo permitido (VMP) para cada um dos parâmetros.

Tabela 17: Qualidade da água segundo parâmetros de vigilância da água, IX Região de Saúde, 2021.

Parâmetro	Amostras Satisfatórias	Amostras Insatisfatórias	Total de amostras
Cloro Residual Livre	1569	1	1570
Coliformes fecais	1505	85	1590
E. coli	1566	6	1572
Turbidez	1292	287	1579

Fonte: SISAGUA, 2022. Dados coletados em 18/05/2022.

Assim como o acesso à água potável, o esgotamento sanitário também se apresenta como importante fator nos determinantes de saúde. A tabela a seguir mostra a evolução desse serviço na região em questão.

Tabela 18: Proporção de Domicílios por Tipo de Instalação Sanitária da IX Região de Saúde de Pernambuco.

Instalação Sanitária	1991	2000	2010
Rede geral de esgoto ou pluvial	0,00	18,41	30,30
Fossa séptica	0,09	2,82	7,77
Fossa rudimentar	23,89	24,53	29,92
Vala	1,08	1,66	4,89
Outro tipo	6,22	0,90	3,03
Não sabe	0,11	0,00	0,00
Não tinham	68,63	51,54	23,71

Fonte: IBGE/Censos Demográficos, 1991; 2000; 2010.

Apesar do significativo aumento, observa-se uma parcela considerável de domicílios sem as instalações de esgotamento sanitário. Fomentar ações para a maximização dos sistemas de coleta, tratamento e destino de esgotos sanitários possibilita o controle de doenças e outros agravos, assim como contribui para a redução da morbimortalidade provocada por doenças de veiculação hídrica, para o aumento da expectativa de vida e da melhoria na qualidade de vida da população.

Com relação à coleta do lixo na IX Região de Saúde, os municípios realizam a coleta, no entanto, um número significativo da população ainda realiza a queima do lixo, ou dá ao lixo algum destino que não é apropriado. A tabela a seguir mostra a evolução da coleta e demais destinos do lixo na IX Região de Saúde.

Tabela 19: Proporção de domicílios por tipo de destino de lixo segundo ano censitário da IX Região de Saúde de Pernambuco.

Coleta de lixo	1991	2000	2010
Coletado	17,94	32,89	51,76
Queimado (na propriedade)	1,29	15,02	28,89
Enterrado (na propriedade)	0,05	0,67	0,56
Outro destino	80,72	51,42	18,79

Fonte: IBGE/Censos Demográficos, 1991; 2000; 2010.

O destino final do lixo ainda é uma questão que deve ser dada maior atenção nos municípios da IX Região de Saúde, uma vez que, os mesmos realizam a coleta, no entanto, o destino do lixo nos onze municípios dessa região ainda são os lixões. Embora a Política Nacional de Resíduos Sólidos – Lei N° 12.305/10 - tenha determinado a eliminação dos lixões e a criação de aterros sanitários, nem todos os municípios da região estão se mobilizando para tal.

Apesar do saneamento básico estar intimamente relacionado às condições de saúde da população, nem sempre os instrumentos para a concretização deste são utilizados. A tabela a seguir apresenta o panorama dos municípios da IX Região de Saúde com relação à implantação de Política Municipal de Saneamento Básico, Plano Municipal de Saneamento Básico e Fundo Municipal de Saneamento Básico.

Tabela 20: Implantação de Política Municipal de Saneamento Básico, Plano Municipal de Saneamento Básico e Fundo Municipal de Saneamento Básico nos municípios da IX Região de Saúde de Pernambuco.

Municípios	**Política Municipal de Saneamento Básico**	**Plano Municipal de Saneamento Básico**	**Fundo Municipal de Saneamento Básico**
Araripina	Não	Não	Não
Bodocó	Sim	Sim	Não
Exu	Sim	Sim	Não
Granito	Não	Não	Não
Ipubi	Não	Não	Não
Moreilândia	Não	Sim	Não
Ouricuri	Não	Não	Não
Parnamirim	Não	Não	Não
Santa Cruz	Não	Não	Não
Santa Filomena	Não	Não	Não
Trindade	Não	NI	Não

Fonte: IBGE – MUNIC, 2017. NI – Não Informado.

A cobertura de rede elétrica nos municípios pertencentes a IX GERES aponta Trindade como o primeiro a ultrapassar 50% de acesso a eletricidade no ano de 1991. Entre os censos realizados em 2000 e 2010 verifica-se uma ampliação do acesso à energia elétrica, chegando até 95,01 a 99,99% em quase todos os municípios, a exceção de Parnamirim que registrou 85,01 a 95,00%. Podemos atribuir esse menor percentual a grande extensão territorial deste município.

Os padrões atuais de produção e consumo de energia são baseados nas fontes fósseis, o que gera emissões de poluentes locais, gases de efeito estufa e põem em risco o suprimento de longo prazo no planeta. É preciso mudar esses padrões estimulando as energias renováveis, e, nesse sentido, o Brasil apresenta uma

condição bastante favorável em relação ao resto do mundo (GOLDEMBERG e LUCON, 2003).

Tabela 21: Percentual de cobertura da rede elétrica por município segundo ano censitário. IX Região de Saúde de Pernambuco.

Município	1991	2000	2010
Araripina	Até 50,00%	50,01 a 75,00%	95,01 a 99,99%
Bodocó	Até 50,00%	50,01 a 75,00%	95,01 a 99,99%
Exu	Até 50,00%	75,01 a 85,00%	95,01 a 99,99%
Granito	Até 50,00%	75,01 a 85,00%	95,01 a 99,99%
Ipubi	Até 50,00%	75,01 a 85,00%	95,01 a 99,99%
Moreilândia	Até 50,00%	75,01 a 85,00%	95,01 a 99,99%
Ouricuri	Até 50,00%	75,01 a 85,00%	95,01 a 99,99%
Parnamirim	Até 50,00%	75,01 a 85,00%	85,01 a 95,00%
Santa Cruz	Até 50,00%	85,01 a 95,00%	95,01 a 99,99%
Santa Filomena	Até 50,00%	75,01 a 85,00%	95,01 a 99,99%
Trindade	50,01 a 75,00%	85,01 a 95,00%	95,01 a 99,99%

Fonte: IBGE/Censos Demográficos, 1991; 2000; 2010.

3 INDICADORES DE SAÚDE

3.1 INDICADORES DE NASCIMENTO

A análise a seguir apresenta o perfil epidemiológico dos Nascidos Vivos na IX Região de Saúde de Pernambuco, a partir dos dados obtidos do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC). O SINASC é um sistema nacional criado pelo Ministério da Saúde que disponibiliza dados epidemiológicos de nascimentos.

O conhecimento sobre o perfil de natalidade da população e as variáveis relacionadas à mãe, gravidez e parto e ao recém-nascido no período de 2012 a 2021 é fundamental para o planejamento e avaliação da saúde materno-infantil, de forma a contribuir na elaboração de estratégias que possibilitem melhorias no cuidado, assistência e oferta de serviços para esse público.

3.1.1 Taxa Bruta de Natalidade

A Taxa Bruta de Natalidade (TBN) representa o número de nascidos vivos, por mil habitantes, em determinado local e período. Os dados populacionais utilizados foram do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), considerando a atualização das projeções realizadas. Esse indicador expressa a frequência de nascidos vivos e é influenciado pela idade e sexo da população. Sabemos que taxas elevadas estão associadas a baixas condições socioeconômicas e culturais.

Em 2021 nasceram 5.647 crianças de mães residentes da IX Região de Saúde de Pernambuco. Contudo, existem municípios com diferentes particularidades populacionais, com populações mais vulneráveis e um crescimento populacional maior.

A tabela abaixo apresenta o número total de nascimentos por ano ao longo do período de 2012 a 2021 e de acordo com o local de residência da mãe. Araripina é o município com a maior população da Regional e lidera o número de nascidos vivos, seguida por Ouricuri e Trindade. Na outra extremidade aparece o município de Granito com o menor número de nascidos vivos, sendo também o menos populoso.

Quando analisamos o número total de nascimentos no território da Região de Saúde no período, 2012 desponta com o maior número de registro (6.344), seguido por quedas acentuadas em 2020 e 2021 (5.660 e 5.647, respectivamente); com destaque de queda o ano de 2017 (5.529), este período foi marcado pelo auge da epidemia do Zika vírus na região, o que pode ter influenciado a diminuição dos números perante o receio da população com as possíveis complicações ao recém-nascido devido à Síndrome Congênita do Zika Vírus (SCZ/microcefalia).

Tabela 22: Número de Nascidos Vivos por município de residência, IX Região de Saúde de Pernambuco, 2012 e 2021.

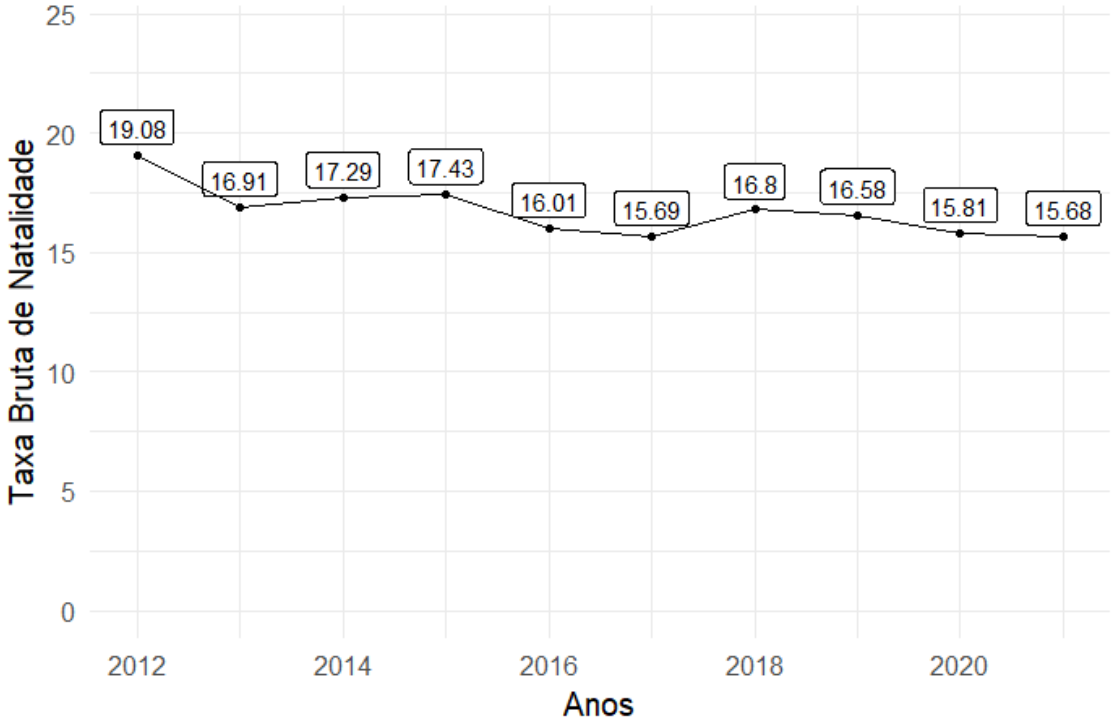
Município	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Araripina	1701	1516	1593	1624	1498	1500	1639	1632	1557	1558
Bodocó	588	530	501	545	551	486	578	520	532	527
Exu	550	535	506	503	434	464	532	511	438	415
Granito	114	92	116	103	109	95	126	108	108	125
Ipubi	648	515	510	533	563	490	503	542	574	578
Moreilândia	145	163	173	168	138	143	141	159	119	143
Ouricuri	1134	1124	1227	1186	1059	1086	1123	1108	1058	1049
Parnamirim	384	306	296	314	335	265	308	304	298	263
Santa Cruz	270	231	264	303	224	240	228	250	213	211
Santa Filomena	218	175	185	191	192	167	203	197	169	205
Trindade	592	611	598	592	503	593	562	570	594	573
Total	6344	5798	5969	6062	5606	5529	5943	5901	5660	5647

Fonte: SINASC. Situação da base de dados no dia 31/05/2022.

A figura abaixo mostra a evolução da Taxa Bruta de Natalidade (TBN) na IX Região de Saúde de Pernambuco ao longo do período de 2012 a 2021. Os números mostram que o ano de 2012 apresentou a maior TBN do período analisado, com variações de elevação e queda até o ano de 2017, mantendo-se a tendência com

decréscimo até 2021, que teve a menor Taxa Bruta de Natalidade do período (15,68 NV/1000 habitantes). Na IX Região de Saúde de Pernambuco, a TBN passou de 19,08 NV/1000 habitantes para 15,68, no período entre 2012-2021, apresentando uma redução de 3,4%, possivelmente associada ao receio da população quanto aos casos de SCZ/microcefalia.

Figura 7: Taxa Bruta de Natalidade, IX Região de Saúde de Pernambuco, 2012 e 2021.



Fonte: SINASC. Censo 2010 IBGE com população estimada em 345.311. Situação da base de dados no dia 31/05/2022.

3.1.2 Indicadores relacionados à Mãe

A idade da mãe é considerada variável importante para estimar o fator de risco de baixo peso ao nascer e a mortalidade infantil, quando se considera as mães adolescentes (menos de 20 anos) e as mães mais idosas (35 anos ou mais).

A tabela a seguir apresenta a distribuição de nascidos vivos por município, segundo faixa etária da mãe, entre os anos de 2012 e 2021. Observa-se que a maior proporção de nascidos vivos se encontra na faixa etária de mães que têm entre 20 e 34 anos; observa-se ainda a grande prevalência na faixa de 15 a 19 anos.

Esses achados estão alinhados a estudos que demonstram a maior proporção de nascidos vivos na população de mães adultas jovens (entre 20 e 34 anos) e a IX

Região também apresenta uma prevalência maior nesta faixa etária (MALLMAN et al., 2018; GUIMARÃES et al., 2017). Destacam-se os municípios de Trindade e Ipubi com os maiores percentuais de nascidos vivos na faixa etária de mães entre 15 e 19 anos, com respectivamente 26,19% e 24,38%.

A análise destes dados auxilia nos processos de planejamento, gestão e avaliação das políticas e ações de saúde voltadas para melhoria da assistência materno infantil. A faixa etária apresentada em maior número é a que se demonstra como ideal, visto que a idade entre 20-34 anos traz como benefícios uma menor possibilidade de uma gestação de alto risco e do bebê manifestar falhas genéticas.

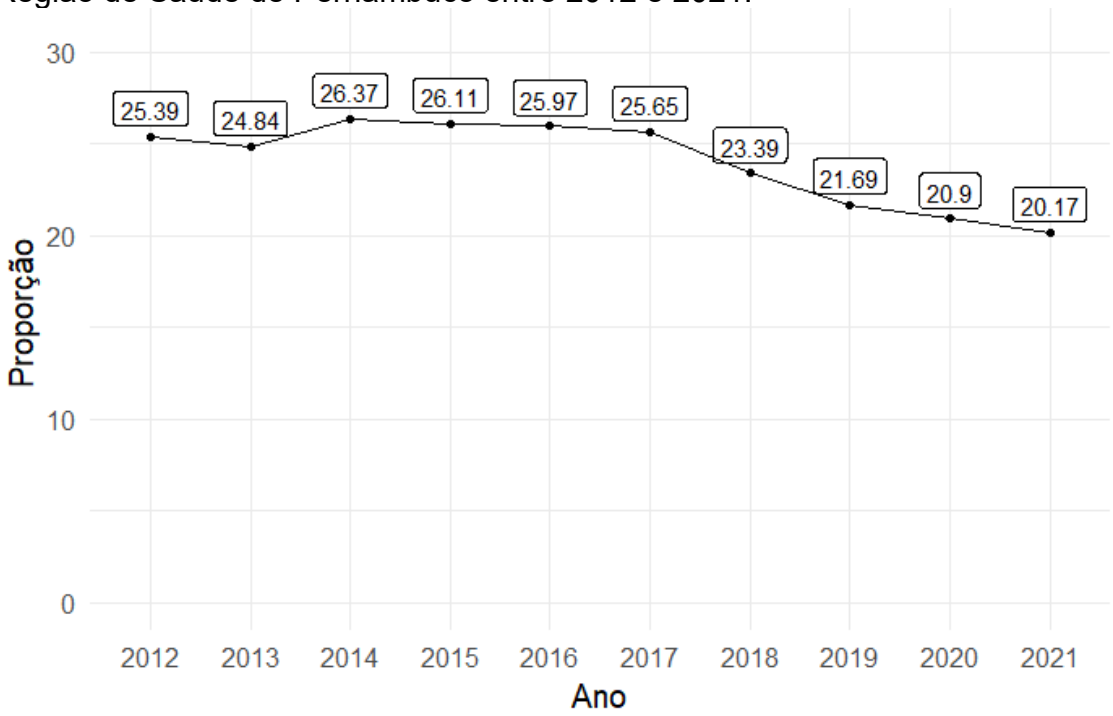
Tabela 23: Total de Nascidos Vivos no período de 2012 a 2021, por município de residência, segundo faixa etária da mãe. IX Região de Saúde de Pernambuco.

Município	**10-14 anos**	**15-19 anos**	**20-24 anos**	**25-29 anos**	**30-34 anos**	**35-39 anos**	**40-44 anos**	**45-49 anos**	**50-54 anos**	**55-59 anos**	**60-64 anos**
Araripina	237	3741	4458	3549	2418	1120	266	26	2	0	1
Bodocó	54	1115	1532	1220	849	453	126	9	0	0	0
Exu	58	998	1277	1124	841	442	133	11	3	0	1
Granito	10	224	315	252	165	99	30	1	0	0	0
Ipubi	84	1330	1500	1181	809	433	110	8	1	0	0
Moreilândia	14	318	350	350	266	160	33	1	0	0	0
Ouricuri	120	2553	3200	2493	1630	871	273	14	0	0	0
Parnamirim	27	589	857	726	525	265	78	5	1	0	0
Santa Cruz	24	538	702	522	386	192	66	4	0	0	0
Santa Filomena	29	386	555	426	306	145	52	3	0	0	0
Trindade	109	1516	1638	1299	800	333	87	6	0	0	0
Total	766	13308	16384	13142	8995	4513	1254	88	7	0	2

Fonte: SINASC. Situação da base de dados no dia 31/05/2022.

Os dados demonstram que, em cerca de 24,07% dos recém-nascidos, as mães têm idade menor ou igual a 19 anos (nas faixas de 10 a 19 anos). A figura abaixo apresenta a proporção de nascidos vivos de mães nessa faixa etária. Com base no que pode ser observado, percebe-se que houve uma diminuição na proporção, ao comparar todos os anos analisados, com 2014 sendo o ano de maior proporção (26,37%) e o ano de 2021 o de menor proporção (20,17%). Com isto, a IX Regional de Saúde em 2021 apresenta resultado positivo se comparada a meta preconizada para Pernambuco de 20,50% (PERNAMBUCO, 2018).

Figura 8: Proporção de Nascidos Vivos com Mães de Idade menor ou igual 19 anos, IX Região de Saúde de Pernambuco entre 2012 e 2021.



Fonte: SINASC. Situação da base de dados no dia 31/05/2022.

O declínio observado no indicador é positivo. Estima-se que a ocorrência de nascidos vivos em condições de risco está associada à idade das mães, situação que gera consequências importantes para a saúde, bem como para aspectos sociais, já que muitas adolescentes abandonam a escola ou ocorre o atraso escolar. Por outro lado, as mulheres na faixa etária de 35 anos ou mais tendo filhos nascidos vivos corresponderam a 10,03%. Esses dados auxiliam no planejamento de estratégias e ações no âmbito da saúde sexual e reprodutiva, focadas nesses segmentos populacionais.

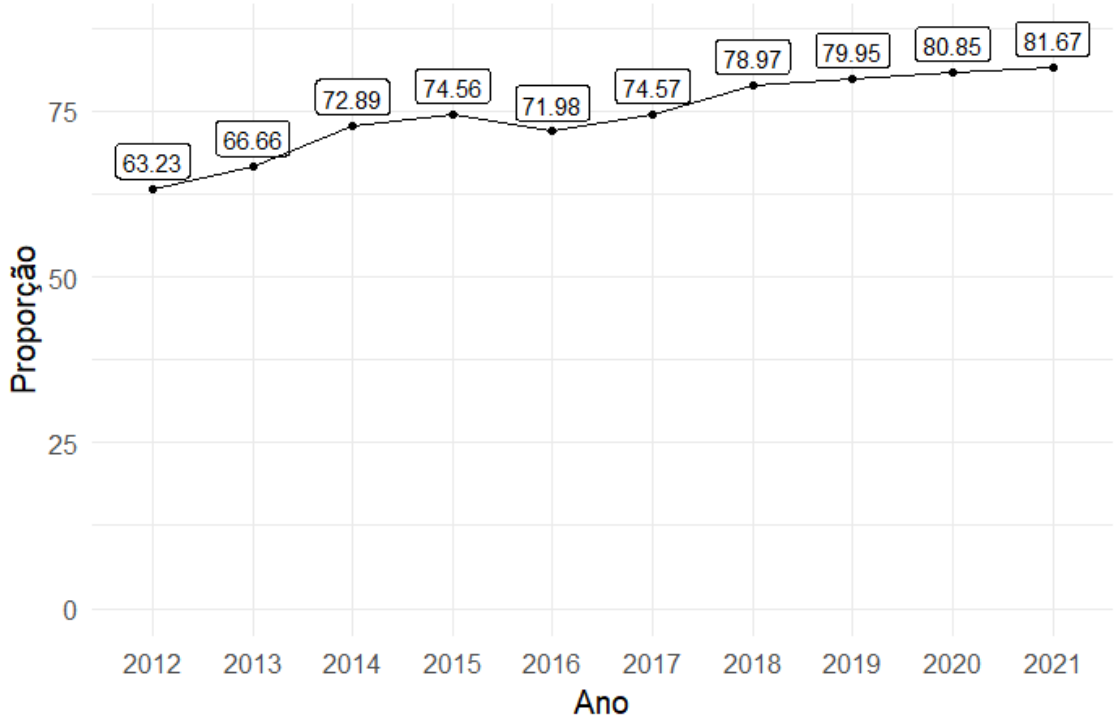
3.1.3 Indicadores relacionados à Gestação e Parto

A promoção de condições propícias para que a gestação transcorra sem problemas tem como requisito a realização de um adequado acompanhamento pré-natal. O percentual de nascidos vivos de mães com 7 ou mais consultas de pré-natal é o indicador que avalia o acesso das gestantes a essa assistência. A OMS preconiza que esse atendimento tenha início precoce, a informação disponível, porém, refere-se a sete ou mais consultas, com médico ou enfermeiro. (RIPSA, 2008).

Na figura a seguir encontra-se a distribuição desse atendimento na IX Região de Saúde de Pernambuco. Verifica-se que o patamar de 7 consultas, no mínimo, é alcançado por 80% das mulheres que tiveram filhos nascidos vivos no ano de 2020 e 2021, valor que pode ser considerado bastante elevado. Os dados, entretanto, não permitem dizer em que momento da gestação as consultas tiveram início, bem como a qualidade desse atendimento.

Na figura 09, que demonstra a proporção de nascidos vivos de mães com 7 ou mais consultas de pré-natal, ainda pode ser observada a baixa proporção no ano de 2012 seguida de uma elevação progressiva no decorrer dos demais anos. No geral, houve dados ascendentes, com aumento percentual de 29,16% na proporção de nascidos vivos com 7 ou mais consultas.

Figura 9: Proporção de Nascidos Vivos de Mães com 7 ou mais Consultas de Pré-Natal na IX Região de Saúde de Pernambuco entre 2012 e 2021.

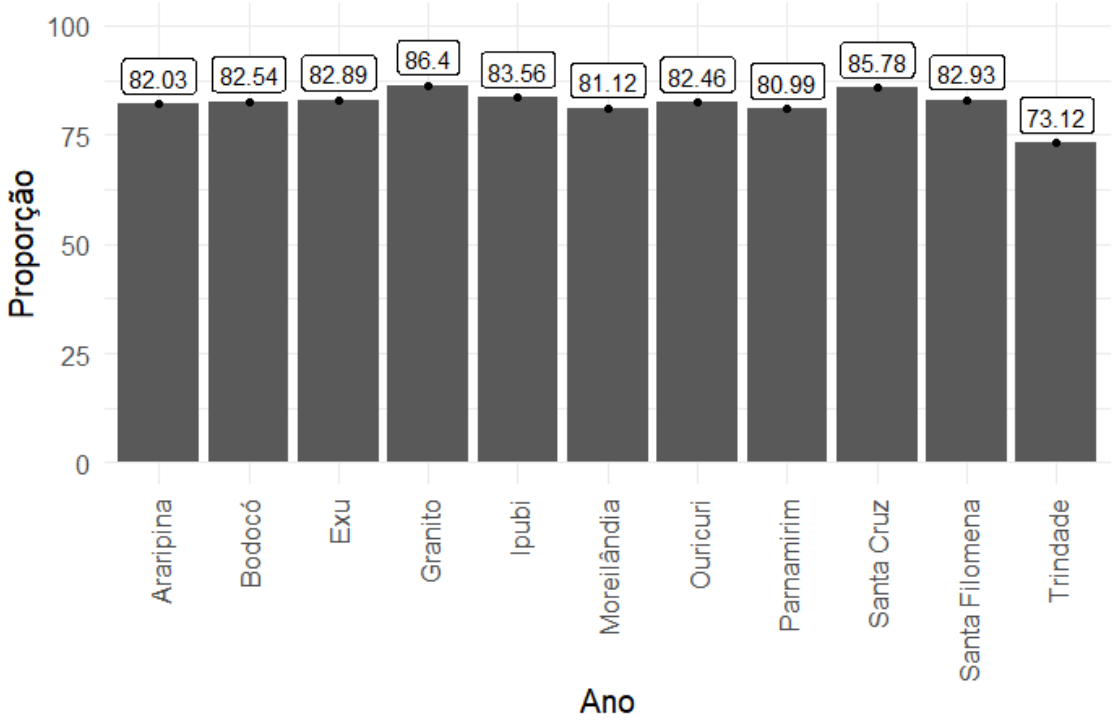


Fonte: SINASC. Situação da base de dados no dia 31/05/2022.

Em relação aos dados abaixo apresentados por município no ano de 2021, segundo o número de consultas de pré-natal, pode ser observado que todos os municípios obtiveram mais de 70% neste indicador. O município com maior número de gestantes que realizaram 7 ou mais consultas de pré-natal foi Granito, com 86,4%. Além disso, todos os municípios alcançaram a meta preconizada para o estado de

Pernambuco de 60% ou mais de nascidos vivos de mães que realizaram 7 ou mais consultas de pré-natal.

Figura 10: Proporção de Nascidos Vivos Segundo o Número de Consultas de Pré-Natal nos Municípios da IX Região de Saúde de Pernambuco, 2021.



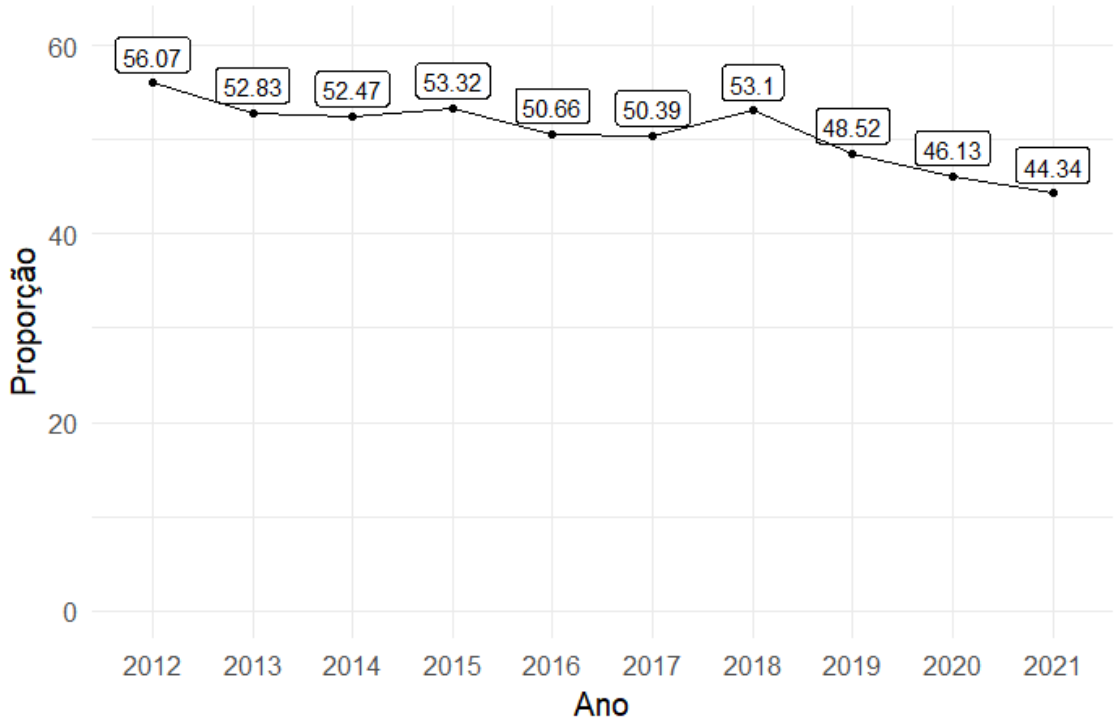
Fonte: SINASC – IX GERES. Situação da base de dados no dia 21/05/2022.

O bom desempenho alcançado pela IX Região de Saúde no decorrer dos anos analisados pode ser atribuído à ampliação das Equipes de Saúde da Família, com um possível fortalecimento da Rede de Atenção à Saúde, oportunizando o acesso das gestantes às Unidades Básicas.

Além disso, ocorreu um aumento nas ações de monitoramento, avaliação e educação em saúde da IX GERES junto aos municípios, instituindo uma rotina de acompanhamento das ações de qualificação da Atenção Primária à Saúde nos municípios.

No que diz respeito à via de parto, estimar as suas proporções possibilita conhecer como as práticas obstétricas estão ocorrendo. O indicador de parto normal vem decrescendo nos últimos anos, mas teve uma elevação no ano de 2015 e 2018. O percentual de apenas 44,34% de partos vaginais em 2021 deve ser visto com atenção, uma vez que a OMS recomenda que os partos vaginais representem 85% dos partos totais.

Figura 11: Proporção de Nascidos Vivos por Parto Vaginal, IX Região de Saúde de Pernambuco, 2012 a 2021.



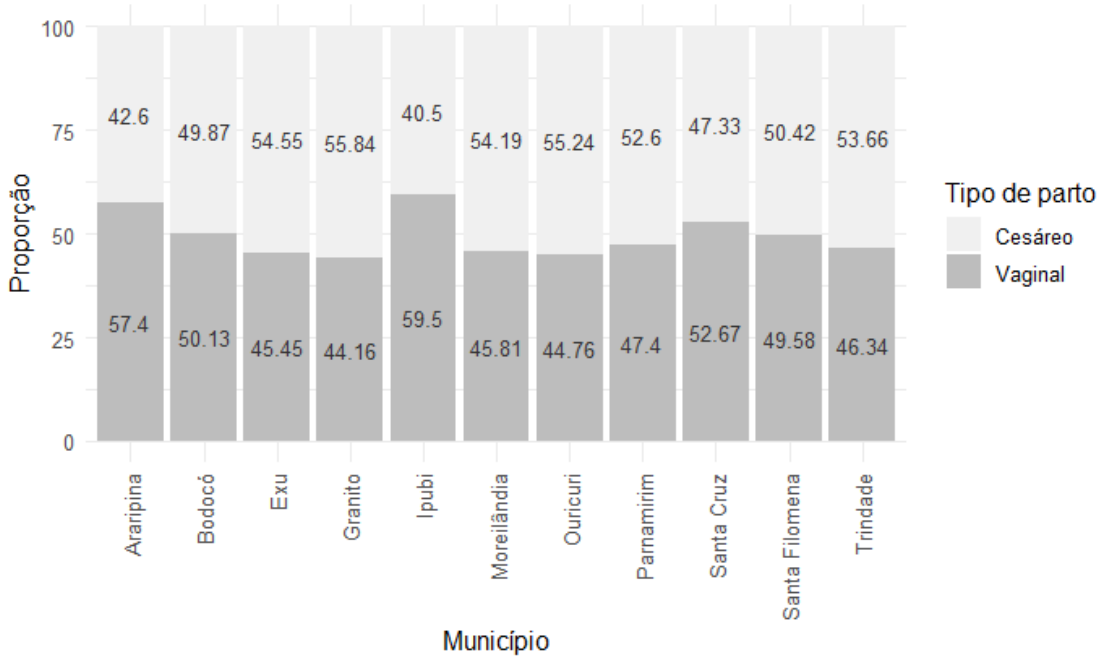
Fonte: SINASC – IX Região de Saúde (PE). Situação da base de dados no dia 31/05/2022.

É importante ressaltar que a Região de Saúde conseguiu atingir em 2018 a meta pactuada para o estado de Pernambuco ao registrar 51,60% de partos vaginais (PERNAMBUCO, 2018). Porém percebe-se ainda uma fragilização do incentivo ao parto vaginal, já que metade dos municípios apresentou percentuais maiores de parto cesáreo no período.

De acordo com o Caderno de Atenção Básica n° 32, uma assistência pré-natal adequada, com a detecção e intervenção precoce das situações de risco, assim como uma referência hospitalar ágil, e a qualificação da assistência ao parto, são grandes estratégias de saúde que tem o potencial de diminuir as principais causas de mortalidade materna e infantil.

A figura abaixo apresenta a proporção de nascidos vivos segundo tipo de parto na IX Região de Saúde, nos anos de 2012-2021. Com base nas informações apresentadas, percebe-se que os municípios que tiveram maiores proporções de partos vaginais foram Ipubi e Araripina. Em contrapartida os municípios de Ouricuri e Granito registraram as menores taxas.

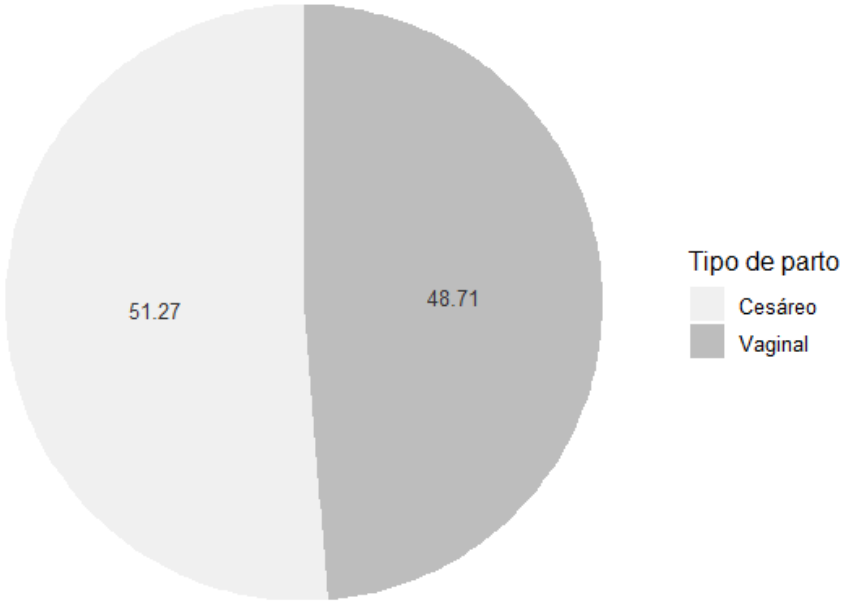
Figura 12: Percentual de Nascidos Vivos por município de residência da mãe segundo o Tipo de Parto, IX Região de Saúde de Pernambuco, 2012 a 2021.



Fonte: SINASC. Situação da base de dados no dia 31/05/2022.

O alto índice de partos cesáreos em primíparas (51,27%) demonstra a fragilidade nas informações relativas ao parto normal, visto que a cesariana apresenta riscos maternos e infantis de morbimortalidade quando se é comparada a via de parto vaginal (48,71%) (figura 13). Quando essa escolha de parto acontece na primeira gestação pode ter uma causa de maior prejuízo, uma vez que terá a tendência de se privilegiar a via de parto anterior em partos subsequentes.

Figura 13: Distribuição por tipo de partos em primíparas, IX Região de Saúde de Pernambuco, no período de 2012 a 2021.

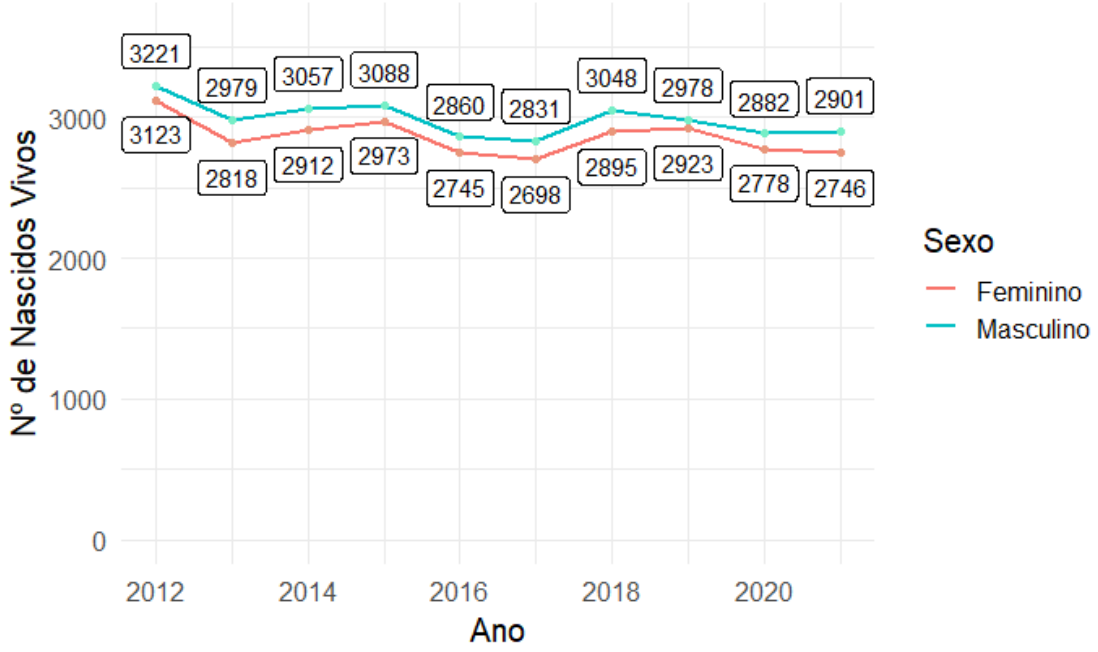


Fonte: SINASC. Situação da base de dados no dia 31/05/2022.

3.1.4 Indicadores relacionados ao Recém-Nascido

Quando analisamos o número total de nascimentos segundo sexo na IX Região de Saúde de Pernambuco, observamos a predominância de nascidos vivos do sexo masculino no período entre 2012 e 2021, como mostra o gráfico abaixo. Vários estudos têm evidenciado uma tendência nacional de nascimentos com predominância no sexo masculino.

Figura 14: Número de nascidos vivos segundo sexo e ano de nascimento, IX Região de Saúde de Pernambuco, 2012 a 2021.



Fonte: SINASC. Situação da base de dados no dia 31/05/2022

Ao realizar a análise por município da região observamos que todos da IX Região de Saúde vêm seguindo essa tendência nacional de maior número de nascidos vivos no sexo masculino.

Tabela 24: Distribuição do número de nascidos vivos por município de residência segundo sexo, IX Região de Saúde de Pernambuco, 2012 a 2021.

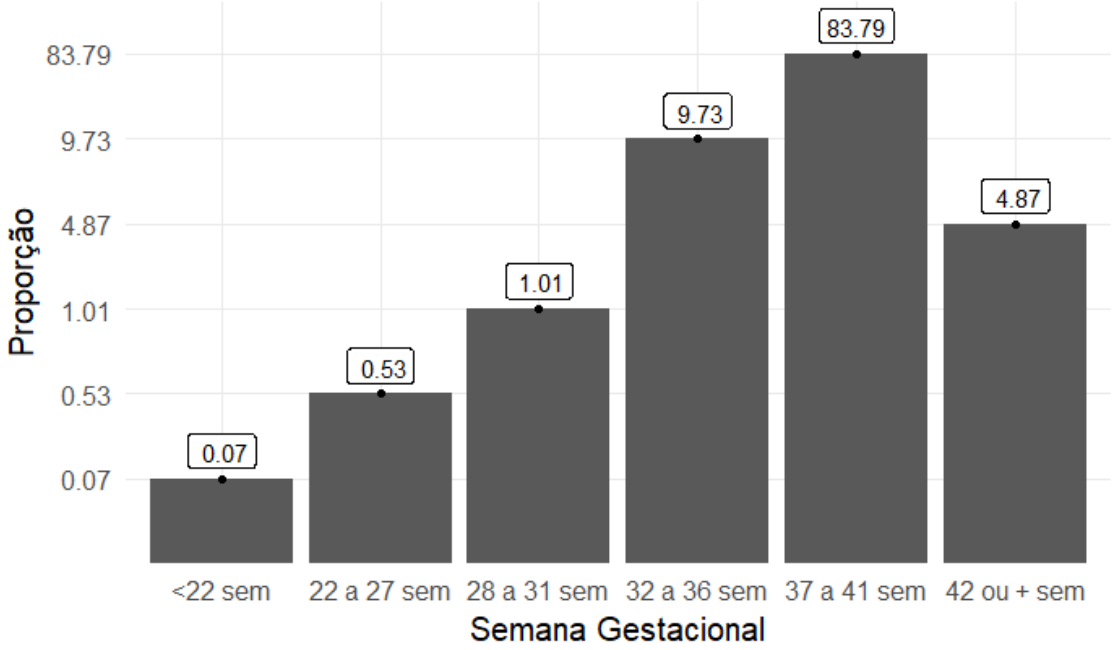
Municípios	2012		2013		2014		2015		2016		2017		2018		2019		2020		2021	
	Mas	Fem	Mas	Fem	Mas	Fem	Mas	Fem	Mas	Fem	Mas	Fem	Mas	Fem	Mas	Fem	Mas	Fem	Mas	Fem
Araripina	838	863	761	754	808	784	813	812	749	747	776	725	835	804	820	812	812	745	810	748
Bodocó	306	282	283	247	262	239	264	281	276	275	256	230	298	280	267	253	284	248	286	241
Exu	278	272	286	249	250	256	254	250	239	195	224	243	270	262	258	253	236	202	213	202
Granito	74	40	46	46	60	56	55	48	52	57	41	54	73	53	46	62	62	46	62	63
Ipubi	330	318	269	246	259	250	264	269	266	297	255	235	246	257	286	256	290	284	292	286
Moreilândia	72	73	83	80	90	83	81	87	77	61	67	80	76	67	81	78	65	54	77	66
Ouricuri	576	558	584	540	646	581	644	542	514	545	547	539	571	552	575	533	496	562	531	518
Parnamirim	198	186	156	150	134	162	157	157	174	161	129	137	162	146	150	154	158	140	134	129
Stª Cruz	140	130	115	116	129	135	166	137	136	88	127	113	120	108	113	137	97	116	100	11
Stª Filomena	111	107	79	96	99	86	94	96	102	90	87	80	112	91	98	99	76	93	95	110
Trindade	298	294	317	294	320	278	298	294	288	239	327	265	286	276	284	286	306	288	301	272
Total	3.221	3.123	2.979	2.818	3.057	2.910	3.090	2.973	2.873	2.755	2836	2701	3.049	2.896	2978	2923	2.882	2.778	2.901	2.746

Fonte: SINASC – IX GERES/PE. Situação da base de dados no dia 31/05/2022.

A análise da duração da gestação é um dos mais importantes fatores determinantes do crescimento intrauterino. O trabalho de parto prematuro constitui uma situação de risco gestacional, devendo a paciente ser encaminhada para centro de referência, bem como, o tempo de duração da gestação prolongado leva ao aumento da morbimortalidade perinatal.

A figura abaixo demonstra a proporção de nascidos vivos segundo a duração da gestação no período de 2012 a 2021. A maior proporção encontra-se na faixa de 37 a 41 semanas de gestação, correspondendo ao período de gestação a termo. O resultado é positivo, porém, devem ser realizadas ações que visem à diminuição das proporções de gestações com menos que 37 semanas e com mais de 41 semanas, com foco na melhoria da atenção prestada no pré-natal, parto e puerpério, já que são situações que configuram riscos à mãe e ao recém-nascido.

Figura 15: Proporção de nascidos vivos segundo duração da gestação, IX Região de Saúde de Pernambuco, 2012 a 2021.



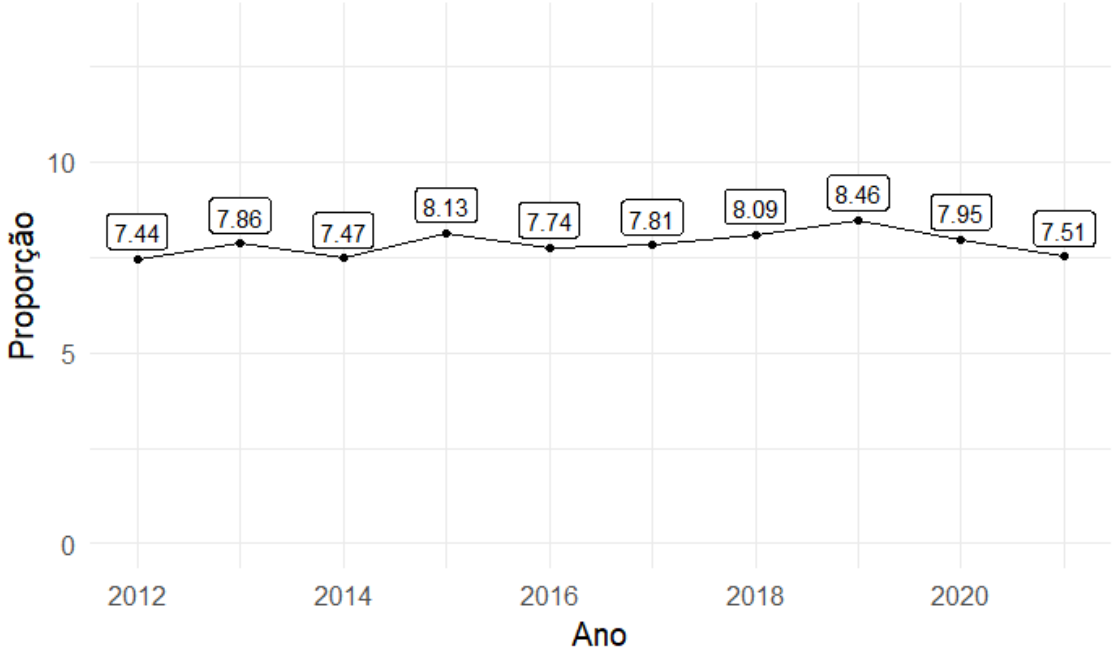
Fonte: SINASC – IX GERES/PE. Situação da base de dados no dia 31/05/2022.

Informações sobre o APGAR, peso ao nascer e idade gestacional são altamente relacionados à sobrevivência, sucesso da reanimação, tamanho e maturidade do RN. É um forte fator preditor da morbimortalidade perinatal. O baixo peso ao nascer, ou seja, menor que 2.500g, apresenta uma maior taxa de

mortalidade nas primeiras semanas de vida (ZAMBONATO et al, 2004). Este indicador reflete a necessidade de qualificar o pré-natal, para diminuir os nascimentos com baixo peso e muito baixo peso e, consequentemente, reduzir a mortalidade infantil.

O baixo peso ao nascer (menor que 2.500g) sinaliza a importância da vigilância dessas crianças, norteando as ações sobre o recém-nascido de alto risco. Pela figura abaixo pode-se ver a distribuição dos recém-nascidos com baixo peso no período de 2012 a 2021 e observa-se uma tendência estacionária na proporção, oscilando entre o valor mínimo de 7,44% em 2012 e o máximo de 8,46% em 2019.

Figura 16: Proporção de Nascidos Vivos com Baixo Peso ao Nascer, IX Região de Saúde de Pernambuco, 2012 a 2021.



Fonte: SINASC – IX GERES/PE. Situação da base de dados no dia 31/05/2022.

O índice de APGAR é um dos parâmetros mais utilizados na avaliação do bem-estar do recém-nascido (SCHARDOSIM; RODRIGUES; RATTNER, 2018). A tabela a seguir apresenta a proporção de nascidos vivos segundo o índice de APGAR no 1° e 5° minuto, entre os anos de 2012 e 2021.

A grande maioria dos recém-nascidos da IX Região de Saúde apresentaram entre 8 e 10 pontos tanto no primeiro quanto no 5º minuto de vida em todos os anos analisados, o que é um fator positivo, pois estudos

demonstram que resultados do índice no 1° e 5° minutos menores que 07 constituem-se como fatores de risco para mortalidade neonatal (SETUMBA et al., 2018; KROPIWIEC; FRANCOA; DO AMARAL, 2017; FERRARI et al., 2013).

Tabela 25: Classificação dos nascidos vivos segundo APGAR registrado no 1º e 5º minutos, IX Região de Saúde de Pernambuco, 2012 a 2021

Apgar 1º minuto	**0 a 2**	**3 a 5**	**6 a 7**	**8 a 10**	**Ignorado**
2012	59	119	447	5574	145
2013	40	146	397	5145	70
2014	49	116	336	5429	37
2015	42	138	320	5533	31
2016	39	145	334	5079	32
2017	40	130	316	5021	30
2018	46	135	371	5373	20
2019	42	145	491	5203	20
2020	36	114	473	5025	12
2021	31	129	505	4962	20
Apgar 5º minuto	**0 a 2**	**3 a 5**	**6 a 7**	**8 a 10**	**Ignorado**
2012	28	41	74	6056	145
2013	24	38	90	5576	70
2014	17	47	79	5787	37
2015	16	38	90	5889	31
2016	15	36	95	5450	33
2017	17	33	91	5365	31
2018	22	36	100	5765	22
2019	23	35	104	5717	22
2020	16	23	91	5515	15
2021	20	29	109	6469	20

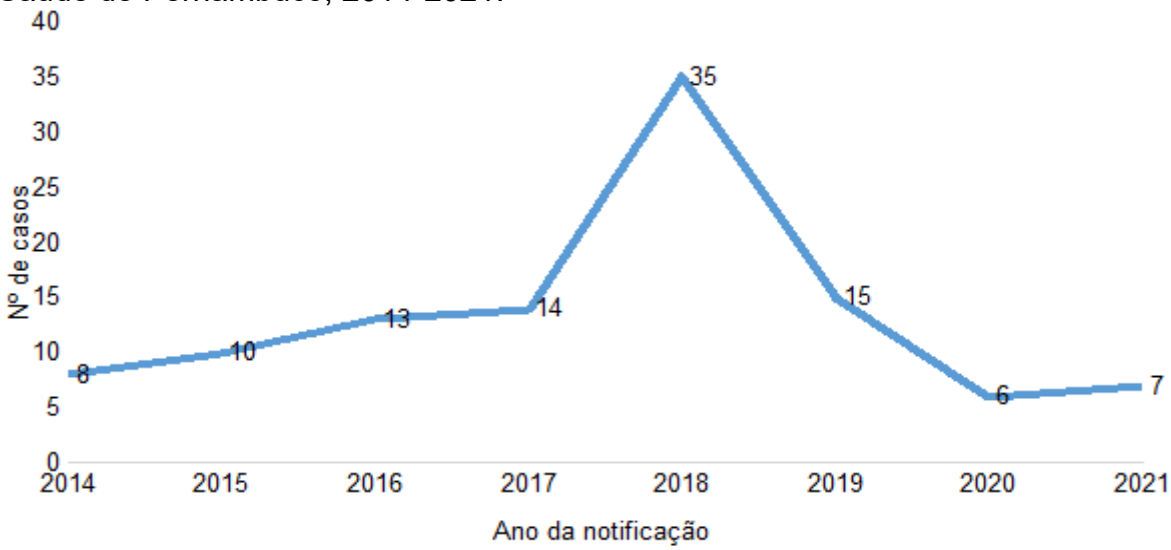
Fonte: SINASC – IX GERES/PE. Situação da base de dados no dia 31/05/2022.

A sífilis congênita é outro parâmetro relacionado ao recém nascido cujo monitoramento é importante. A sífilis congênita é resultado da transmissão do Treponema pallidum presente na corrente sanguínea da gestante para o concepto via transplacentária ou, ocasionalmente, por meio de contato direto com a lesão sifilítica no momento do parto (transmissão vertical) (BRASIL, 2019). Podemos verificar através da análise da série histórica uma tendência de aumento no número de casos confirmados de sífilis congênita ao longo dos anos.

Em 2020 houve o menor registro de casos (n= 6) da série analisada, sendo 2018 o ano com o maior número de casos confirmados da doença (n=35).

O aumento expressivo de casos confirmados no ano de 2018 reflete os avanços da vigilância das Infecções Sexualmente Transmissíveis na IX Regional de Saúde, demonstrando que esta se encontra sensível para detecção de casos, ao passo que aponta uma fragilidade na rede de assistência pré-natal, uma vez que se trata de um agravo prevenível e de fácil detecção e tratamento.

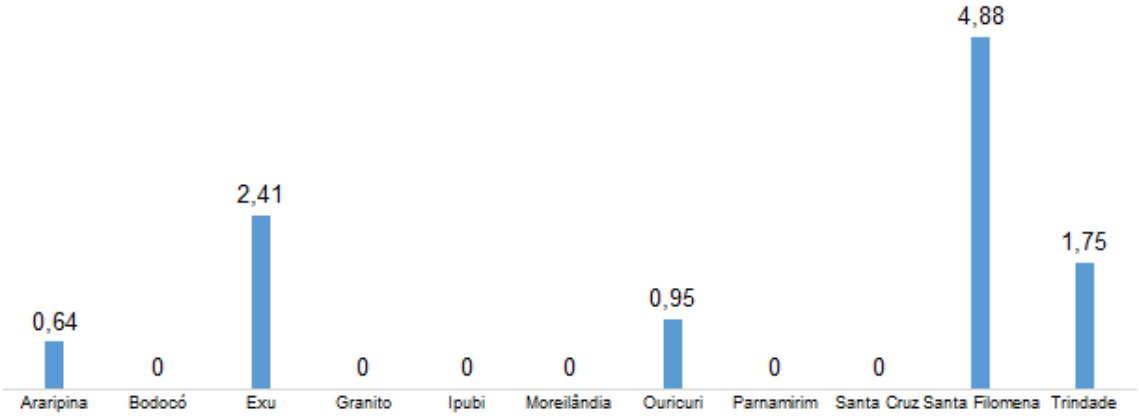
Figura 17: Número de Casos Confirmados de Sífilis Congênita, IX Região de Saúde de Pernambuco, 2014-2021.



Fonte: SINAN/IX GERES – PE. Situação da base de dados no dia 02/06/2022.

As maiores taxas de incidência de sífilis congênita em menores de 1 ano de idade ocorreram em Santa Filomena (4,88), Exu (2,41) e Trindade (1,75), enquanto os municípios de Bodocó, Granito, Ipubi, Moreilândia, Parnamirim e Santa Cruz não registraram nenhum caso no período analisado (figura 18). Visando diminuir o número de casos de transmissão vertical, o Ministério da Saúde (2014) recomenda a criação de Comitês de Prevenção da Transmissão Vertical, que tem como propósito mapear os problemas e propor soluções a partir do preenchimento de protocolo de investigação pré-estabelecido.

Figura 18: Incidência de casos confirmados de Sífilis Congênita em menores de um ano por município de residência, IX Região de Saúde de Pernambuco, 2021.

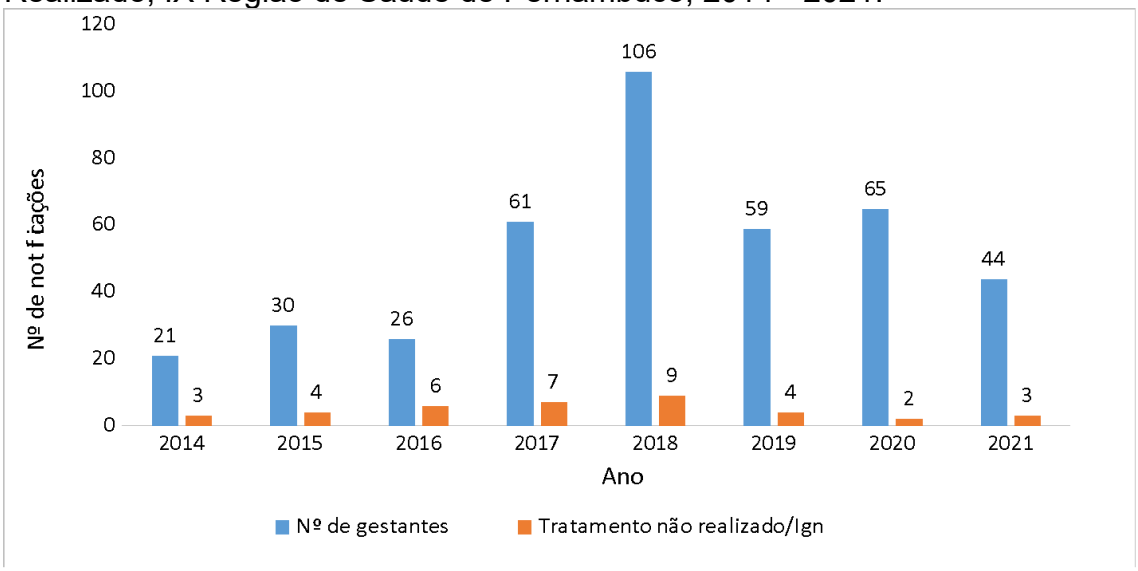


Fonte: SINAN/IX GERES – PE. Situação da base de dados no dia 02/06/2022.

O aumento no número de casos notificados de sífilis em gestante a partir de 2017, tendo o ano de 2018 com maior número de casos confirmados, conforme figura a seguir, concorre com a ampliação da oferta de testagem rápida nas Estratégias de Saúde da Família da região, bem como com a criação da Nota Informativa Nº02 SEI/2017 da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) do Ministério da Saúde. Esta altera os critérios de definição de caso de sífilis congênita, sífilis em gestante e adquirida, ampliando a notificação de sífilis em gestante para o período do parto e puerpério.

No que se refere ao tratamento, é visto que um número considerável de gestantes não foi tratada ou esta informação encontra-se ignorada. Isso reforça a necessidade de intensificar a assistência voltada ao tratamento da gestante e parceiro/parcerias, além de qualificação do preenchimento das fichas de notificação a fim de monitorar e evitar a ocorrência de novos casos de sífilis congênita.

Figura 19: Número de Notificações de Sífilis em Gestante e Tratamento Realizado, IX Região de Saúde de Pernambuco, 2014 - 2021.



Fonte: SINAN/IX GERES – PE. Situação da base de dados em: 09/06/2022.

3.2 MORBIDADE

A análise a seguir mostra o perfil de adoecimento dos residentes na IX Região de Saúde de Pernambuco, apresentando dados sobre as principais doenças e agravos à saúde que acometem essa população, de forma a contribuir na definição de estratégias que visem melhorias na atenção à saúde.

3.2.1 Doenças Transmissíveis

3.2.1.1 Arboviroses

As arboviroses transmitidas pelo Aedes aegypti têm se constituído em um dos principais problemas de saúde pública no mundo. A dengue é a arbovirose urbana de maior relevância nas Américas. É transmitida por mosquitos do gênero Aedes e possui como agente etiológico o vírus dengue (DENV), com quatro sorotipos distintos. Estima-se que 3 bilhões de pessoas estejam sob o risco de contrair a doença e que ocorram, anualmente, 390 milhões de infecções e 20 mil mortes (BRASIL, 2019).

As infecções por dengue podem ser assintomáticas ou sintomáticas. As infecções clinicamente aparentes estão presentes em aproximadamente 25% dos casos e podem variar desde formas oligossintomáticas a formas graves, podendo levar o indivíduo ao óbito (BRASIL, 2019).

Quanto a incidência dos casos confirmados de dengue na IX Região de Saúde (tabela 26), destaca-se um aumento nos anos de 2015 e 2016, especialmente nos municípios de Ipubi e Santa Filomena, fato intimamente relacionado à introdução do vírus CHIK e Zika e a ausência de definições claras do que seriam os casos suspeitos.

Segundo a Organização Mundial de Saúde, o parâmetro para caracterizar uma situação epidêmica é de 300 casos/100 mil habitantes. Esse fato foi registrado em 2019 nos municípios de Moreilândia (656,51 casos/100 mil hab.) e Parnamirim (1022,26 casos/100mil hab.).

Tabela 26: Incidência dos casos confirmados de Dengue por município de residência, IX Região de Saúde de Pernambuco, 2014 – 2021.

Município	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Araripina	9,72	60,39	67,24	1,19	3,57	11,85	127,2	0,04
Bodocó	16,19	48,24	34,60	10,58	18,47	10,49	70,3	0.00
Exu	53,12	34,45	197,75	9,44	12,55	9,43	135,3	0,34
Granito	27,58	13,68	13,58	0,00	13,45	13,36	66,3	0,00
Ipubi	0,00	259,08	119,64	0,00	6,55	3,24	16,0	0,22
Moreilândia	26,68	0,00	8,90	17,80	8,87	656,61	79,8	0,00
Ouricuri	0,00	29,55	20,52	1,45	1,45	11,52	25,7	0,02
Parnamirim	61,63	89,65	70,46	0,00	68,45	1022,26	176,4	0,18
Santa Cruz	0,00	20,19	6,65	6,58	6,56	64,94	89,9	0,00
Santa Filomena	0,00	105,84	42,06	6,97	6,95	0,00	13,7	0,00
Trindade	6,85	16,94	26,81	3,32	3,31	29,49	35,6	0,19

Fonte: SINAN/IX GERES – PE e IBGE. Atualizado em 31.05.2022.

O vírus chikungunya (CHIKV) foi introduzido no continente americano em 2013 e ocasionou uma importante onda epidêmica em diversos países da América Central e ilhas do Caribe. No segundo semestre de 2014, o Brasil confirmou, por métodos laboratoriais, a autoctonia do chikungunya nos estados do Amapá e da Bahia, passando a conviver com uma segunda doença causada pelo Aedes aegypti. Atualmente, todas as Unidades da Federação (UFs) registram transmissão autóctone desse arbovírus. Essa arbovirose também pode se manifestar de forma atípica e/ou grave, sendo observado elevado número de óbitos (BRASIL, 2019).

O primeiro caso confirmado de Chikungunya na IX Regional de Saúde foi em 2015 no município de Exu. O aumento no número de casos foi mais acentuado nos anos de 2016 e 2017, registrando neste primeiro ano a ocorrência de epidemia em Araripina com 645,96 casos confirmados/100 mil habitantes, como mostra a tabela abaixo. É considerável o fortalecimento da vigilância desta Arbovirose, especificamente, nos municípios de Moreilândia e Santa Filomena, no intuito de comprovar a circulação do vírus, visto que não há nenhum caso confirmado na série histórica avaliada.

Tabela 27: Incidência dos casos confirmados de Chikungunya por município de residência, IX Região de Saúde de Pernambuco, 2014 – 2021.

Município	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Araripina	0,00	0,00	645,96	4,78	0,00	5,92	20,00	0,00
Bodocó	0,00	0,00	5,32	2,64	2,64	5,24	18,20	0,00
Exu	0,00	3,13	119,28	3,15	0,00	6,28	179,4	0,66
Granito	0,00	0,00	149,40	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Ipubi	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	6,40	0,00
Moreilândia	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Ouricuri	0,00	0,00	20,52	0,00	0,00	0,00	1,40	0,01
Parnamirim	0,00	0,00	65,76	0,00	0,00	0,00	4,50	0,00
Santa Cruz	0,00	0,00	33,26	0,00	0,00	0,00	6,40	0,00
Santa Filomena	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Trindade	0,00	0,00	0,00	6,63	0,00	3,28	0,00	0,00

Fonte: SINAN/IX GERES – PE e IBGE. Atualizado em 31.05.2022. Dados preliminares, sujeitos a alterações.

No primeiro semestre de 2015, foi identificado pela primeira vez no continente americano, em alguns estados da região Nordeste do Brasil, outro vírus transmitido pelo Aedes aegypti, o vírus Zika (ZIKV). Desde então se disseminou para todo o país e demais países do continente americano, com exceção de Chile e Canadá. Cabe destacar que surtos de Zika foram reportados anteriormente em 2007 na região do Pacífico, em 2013 nas ilhas Yap e Polinésia Francesa, e em 2015 na África (em Cabo Verde).

O surgimento de pacientes com manifestações neurológicas e história prévia de infecção viral tem sido registrado em estados com circulação de ZIKV. As principais manifestações neurológicas em pacientes infectados incluem casos de encefalite, meningoencefalite, mielite e síndrome de Guillain-Barré (SGB). Adicionalmente, a epidemia de Zika afetou gravemente o Nordeste do Brasil e evidenciou a associação entre a infecção pelo ZIKV durante a gravidez

e o risco de malformações congênitas – destacando-se as microcefalias – que até então não haviam sido descritas em outros países onde houvera surto da doença. Essa arbovirose eventualmente pode levar a óbito (BRASIL, 2019).

Os primeiros casos confirmados de Zika nos municípios pertencentes a IX Regional de Saúde foi no ano de 2015 em Parnamirim (n=1) e Santa Cruz (n=1). No ano seguinte em Araripina (n=2), Exu (n=2), Parnamirim (n=1) e Trindade (n=1). Não houve registro de casos confirmados em 2017, 2018 e 2019.

A vigilância ambiental do Aedes aegypti tem como base o levantamento do Índice de Infestação Predial (IIP) que reflete o percentual de imóveis visitados com a presença de larvas do mosquito. O Ministério da Saúde considera como aceitável um IIP < 1%, o que não foi aferido em nenhum dos municípios na série histórica avaliada, conforme mostra a tabela abaixo. A grande maioria se encontra em estado de alerta com percentuais entre 1 – 3,9 ou com grande risco de epidemia (IIP>4).

Tabela 28: Índice de Infestação Predial do Aedes aegypti por município de residência, IX Região de Saúde de Pernambuco, 2014 – 2021.

Municípios	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Araripina	6,5	9,4	7,0	5,5	4,2	3,4	2,9	1,0
Bodocó	2,8	4,3	3,7	4,6	3,9	2,9	0,9	2,0
Exu	4,4	4,7	4,7	3,6	5,4	3,1	2,0	1,5
Granito	3,5	3,4	4,5	8,3	5,9	8,5	8,4	4,5
Ipubi	4,5	3,7	3,0	2,8	2,5	3,7	2,7	2,1
Moreilândia	4,5	5,6	5,5	6,4	8,1	7,2	2,7	0,5
Ouricuri	4,6	5,7	3,8	2,1	2,5	2,0	1,6	1,4
Parnamirim	1,9	2,1	2,0	1,2	1,8	1,5	1,4	1,9
Santa Cruz	6,3	12,0	8,0	6,9	4,3	5,1	4,6	4,3
Santa Filomena	6,0	4,7	3,4	4,4	3,1	2,5	1,6	3,3
Trindade	6,5	4,4	3,6	3,8	3,1	2,6	2,9	3,6
Total	4,7	5,4	4,5	4,5	4,5	3,8	2,9	2,4

Fonte: SISLOC/LIRAa. Dados coletados em abril/2022.

Podemos verificar algumas disparidades, como por exemplo: o município de Parnamirim registra na série histórica IIP próximo ao limite aceitável (IIP<1), no entanto, elevadas incidências de casos confirmados de dengue, assim como municípios que possuem elevados IIP, mas não ocorre um registro expressivo de arboviroses notificadas (Santa Filomena e Ipubi).

Somado a isto podemos verificar na tabela abaixo a proporção de imóveis visitados pelo Agente de Controle de Endemias acima de 80% (meta preconizada pelo Ministério da Saúde), com exceção de Trindade em 2014 e Santa Filomena em 2016. Esse fato demonstra a fragilidade das ações de vigilância ambiental e epidemiológica das arboviroses nestes municípios, bem como a necessidade de qualificação do processo de trabalho no que concerne a notificação de casos, realização de exames e vigilância do vetor.

Tabela 29: Proporção de imóveis visitados para controle do Aedes aegypti por município de residência, IX Região de Saúde de Pernambuco, 2014 – 2021.

Municípios	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Araripina	96,5	95,9	98,8	99,5	100,0	99,8	84,7	94,9
Bodocó	96,4	91,2	99,6	98,4	99,3	98,6	64,2	83,3
Exu	97,4	97,9	98,4	97,2	99,0	97,1	91,5	97,9
Granito	93,7	89,1	95,2	93,3	95,0	95,6	83,0	87,9
Ipubi	97,3	98,3	98,1	94,7	98,9	97,9	98,7	95,3
Moreilândia	92,4	82,9	92,1	97,1	98,1	87,5	75,8	96,9
Ouricuri	95,1	98,0	97,0	95,9	90,6	90,7	76,1	84,7
Parnamirim	93,5	95,6	92,5	96,0	95,6	82,7	71,5	89,7
Santa Cruz	95,5	98,3	97,5	96,1	99,4	99,9	99,7	99,4
Santa Filomena	94,2	84,4	77,7	83,7	98,1	98,8	74,9	79,4
Trindade	77,7	96,0	91,7	95,2	99,9	96,8	94,7	60,0
Total	93,6	94,4	95,2	95,2	94,9	95,4	77,9	88,0

Fonte: SISLOC/LIRAa. Dados coletados em abril/2022.

3.2.1.2 Tuberculose

A Tuberculose é uma doença infecciosa causada pela bactéria Mycobacterium tuberculosis (bacilo de Koch), transmitida de pessoa a pessoa por contato com o bacilo expelido pela pessoa infectada por meio de tosse, espirro, fala e afins. A forma pulmonar constitui-se como a mais presente e importante por ser responsável pela continuidade do ciclo de transmissão da doença. A tuberculose também pode acometer outros órgãos e sistemas do corpo (BRASIL, 2018).

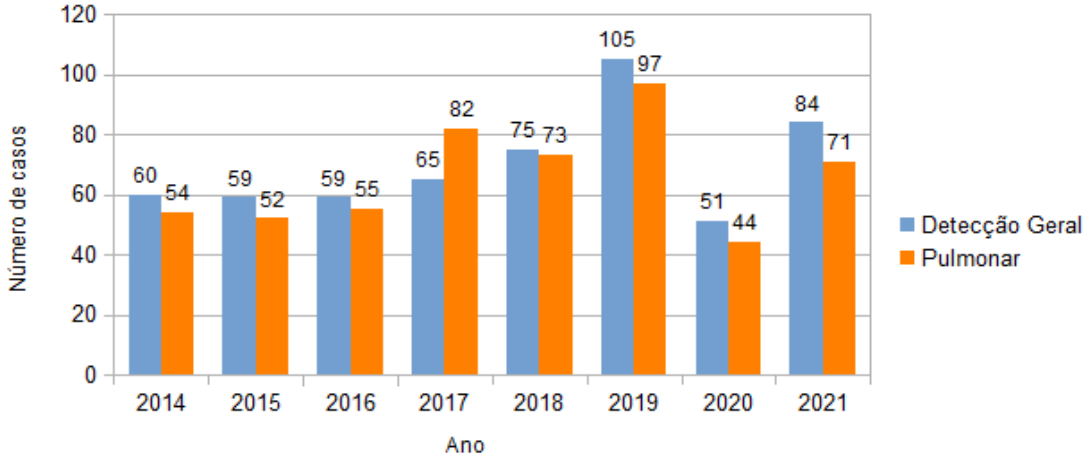
Segundo o Ministério da Saúde, anualmente são notificados cerca de 70 mil novos casos no país e aproximadamente 4,5 mil óbitos em decorrência da tuberculose. São considerados grupos com maior susceptibilidade à infecção as pessoas privadas de liberdade, refugiados, em situação de rua e outras populações vulneráveis (BRASIL, 2018).

Apesar da IX Região de Saúde não possuir nenhum município prioritário para tuberculose no Plano Sanar, a região possui um índice considerável da doença. Em Pernambuco, a TB é uma das doenças que integra o Programa. O Programa Sanar foi instituído pelo Decreto n° 39.497, de 11 de junho de 2013, e tem como objetivo reduzir ou eliminar, enquanto problema de saúde pública, as seguintes doenças negligenciadas: tuberculose, hanseníase, esquistossomose, doença de Chagas, leishmaniose, filariose, geo-helmintíases e tracoma (PERNAMBUCO, 2015).

Destaca-se a intensificação das ações de vigilância e controle da tuberculose e hanseníase, integradas à sífilis e focadas nas equipes de saúde da família, visando à detecção precoce e tratamento adequado das pessoas (PERNAMBUCO, 2015).

Como pode ser observado na figura abaixo, os casos de tuberculose nos municípios da IX Região de Saúde – tanto de forma pulmonar como os casos gerais – se mostraram estáveis entre os anos de 2014 e 2016. Já nos anos de 2017, 2019 e 2021, a doença apresentou um aumento considerável, intercalado com uma queda no ano de 2018 e 2020.

Figura 20: Frequência dos casos de Tuberculose Geral e Pulmonar por ano da notificação, IX Região de Saúde de Pernambuco, 2014-2021.

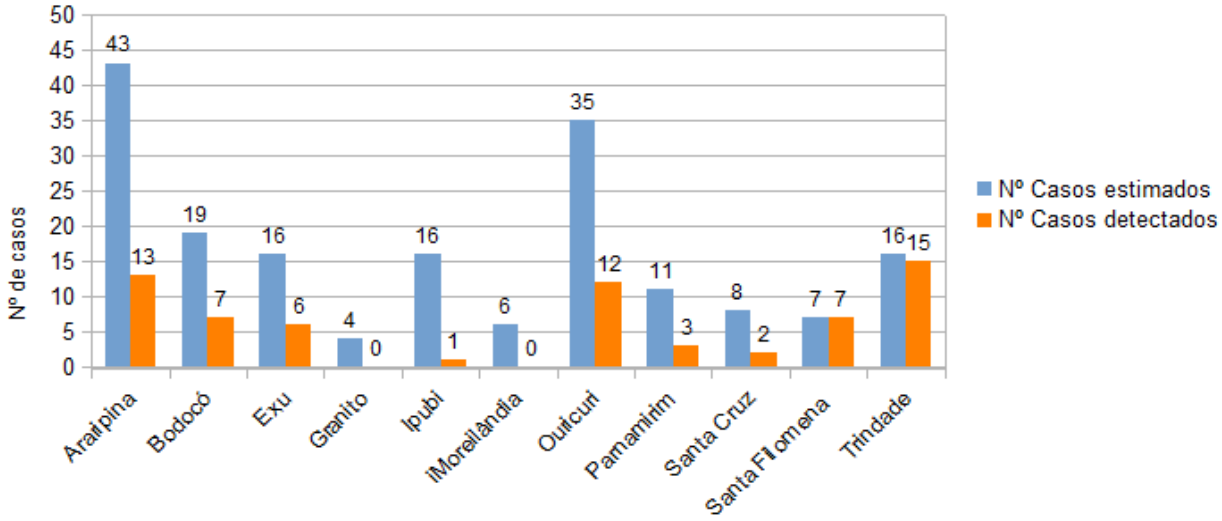


Fonte: SINAN/IX GERES /SES-PE. Atualizado em 02.06.2022.

A figura a seguir mostra o número de casos estimados e detectados nos municípios da IX Região de Saúde no ano de 2021. Os quatro municípios com maior número de casos detectados foram Araripina, Ouricuri, Bodocó e Trindade,

respectivamente. Os municípios de Granito e Moreilândia não apresentaram casos notificados no ano em questão.

Figura 21: Frequência dos casos de Tuberculose pulmonar estimados e detectados segundo município de residência, IX Região de Saúde de Pernambuco, 2021.



Fonte: SINAN/SES – PE e IBGE 2010. Atualizado em 02.06.2022.

Com relação aos indicadores operacionais, a IX Região de Saúde apresenta um cenário positivo na maior parte destes - tanto na forma pulmonar bacilífera, como na forma extrapulmonar da doença - entretanto, parte destes indicadores ainda apresentam dados com percentuais abaixo do recomendado.

Na tabela abaixo é possível observar que em 2021, 62,96% dos casos da tuberculose pulmonar evoluíram para a cura na IX Região de Saúde. O Estado de Pernambuco recomenda que esse percentual seja ≥75%, já a Organização Mundial de Saúde (OMS) recomenda que a evolução para a cura deve ser de ≥85%. Quanto aos municípios, apenas Exu apresentou 100% dos casos curados. Ressalta-se que essa forma da doença, além de ser mais frequente, é também a mais relevante para a saúde pública - principalmente positiva à baciloscopia - já que esta é a causa basilar para manutenção da cadeia de transmissão da doença.

Em relação ao Tratamento Diretamente Observado (TDO), o Estado de Pernambuco preconiza uma meta de 70% dos casos de tuberculose pulmonar acompanhados. Apenas o município de Parnamirim alcançou 100% desse tipo de acompanhamento. Ouricuri alcançou 75% e Trindade 66,7%. Os municípios

de Ipubi, Santa Cruz e Santa Filomena não realizaram TDO em nenhum dos diagnosticados.

Tabela 30: Indicadores Operacionais da Tuberculose Pulmonar nos Municípios, IX Região de Saúde de Pernambuco, 2021.

Município	% Cura	% TDO realizado	% de Contatos Examinados	% Abandono	% Encerramento oportuno	% Realização de testagem anti-HIV
Araripina	40	20	100	40	85,71	92,86
Bodocó	0	33,33	33,33	0	22,22	77,78
Exu	100	60	100	0	100	16,67
Granito	-*	-*	-*	-*	-*	-*
Ipubi	-*	0	0	0	100	100
Moreilândia	-*	-*	-*	-*	-*	-*
Ouricuri	75	75	100	0	45,45	81,82
Parnamirim	0	100	58,8	0	33,33	66,67
Stª Cruz	-*	0	0	0	-*	100
Stª Filomena	-*	0	0	-	-*	100
Trindade	77,78	77,78	97,78	11,1	68,75	56,25
Total	62,96	59,26	96,4	10,3	59,38	71,88

Fonte: SINAN/SES – PE e IBGE. Atualizado em 08/06/2022.

* sem casos notificados no período da análise

Em relação à vigilância de contatos, o Estado de Pernambuco recomenda um percentual ≥70% de examinados. A IX Regional de Saúde apresentou no período avaliado 96,4%. O fortalecimento da vigilância de contatos e a busca ativa de casos novos é primordial para controle da transmissão desta doença na região. Os municípios de Araripina e Trindade apresentaram registro de abandono de tratamento, com uma taxa de 40% e 11,1%, respectivamente. A IX Regional de Saúde registrou 10,3% de taxa de abandono.

O percentual de casos com encerramento oportuno no ano de 2021 na IX Região de Saúde foi de 59,38% dos casos. A proporção de testagem para o HIV entre os casos novos de TB na IX Região de Saúde foi 71,88%, entretanto, recomenda-se que o percentual de testagem seja ≥75% (os municípios de Exu (16,67), Parnamirim (66,67) e Trindade (56,25) testaram menos que o percentual recomendado).

Para a população em situação de rua, a IX Região de Saúde no período de 2015 a 2018 apresentou um total de 8 casos da doença, com manifestação em quatro municípios. O município de Araripina apresentou o maior número de

casos, 5 no total. Os demais municípios, Exu, Ipubi e Parnamirim, apresentaram um caso respectivamente (SINAN/SES – PE, 2019). Para esta população são essenciais estratégias de abordagem e de acolhimento para a identificação precoce das pessoas com sintomas respiratórios, a garantia do diagnóstico e o acompanhamento até o fim do tratamento. Para que as ações tenham êxito é importante a articulação envolvendo diversos setores da saúde, assistência social e sociedade civil (BRASIL, 2019).

A tuberculose em pessoas que vivem com HIV é uma das condições de maior impacto na mortalidade por HIV e por tuberculose no país. Essas pessoas têm maior risco de desenvolver a TB, e muitas vezes, só têm o diagnóstico da infecção pelo HIV durante a investigação/confirmação da tuberculose. Na IX Região de Saúde, no período de 2014 a 2021, foram confirmados 27 casos de TB em pessoas com HIV. Esse número representa 5,1% da população com TB na região. O município de Araripina registrou 06 casos em 2019 e os municípios de Parnamirim e Trindade apresentaram dois casos, no ano em questão.

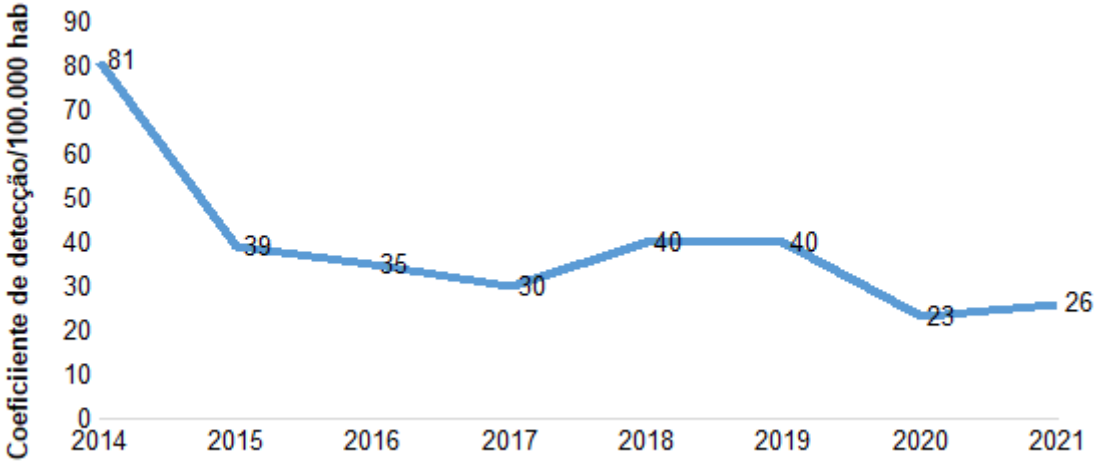
Na população etilista, o número de pessoas com TB se apresenta de forma expressiva no período de 2014 a 2021 na IX Região de Saúde, com 75 casos da doença. Chama atenção o município de Araripina que apresentou 23 casos da doença nessa população, representando 16% dos casos da doença e o município de Ouricuri com 12 casos da doença, representando 15% no período analisado.

3.2.1.3 Hanseníase

Doença crônica, infectocontagiosa, causada pelo bacilo Mycobacterium leprae, capaz de infectar grande número de indivíduos (alta infectividade), embora poucos adoeçam (baixa patogenicidade). Essas propriedades não ocorrem em função apenas das características intrínsecas do agente etiológico, mas dependem, sobretudo, da relação com o hospedeiro e o grau de endemicidade do meio, entre outros aspectos. A hanseníase é considerada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como uma doença infecciosa crônica, que constitui ainda um problema de saúde pública devido à sua magnitude e seu alto poder incapacitante, atingindo predominantemente a faixa etária economicamente ativa (BRASIL, 2011a).

De acordo com parâmetros do Ministério da Saúde, uma taxa de incidência de 20 a 39,99/100mil hab. é considerada muito alta. Esse perfil foi encontrado nos anos de 2015, 2016 e 2017 na IX Região de Saúde de Pernambuco (figura abaixo). Em 2014, 2018 e 2019 a taxa de detecção geral ultrapassou os 40 casos novos/100mil habitantes, caracterizando uma situação hiperendêmica. Nos anos de 2020 e 2021 houve uma queda nos registros de casos novos/100mil habitantes, possivelmente associado ao impacto da pandemia de Covid-19.

Figura 22: Coeficiente de detecção geral da hanseníase, IX Região de Saúde de Pernambuco, 2014 - 2021.

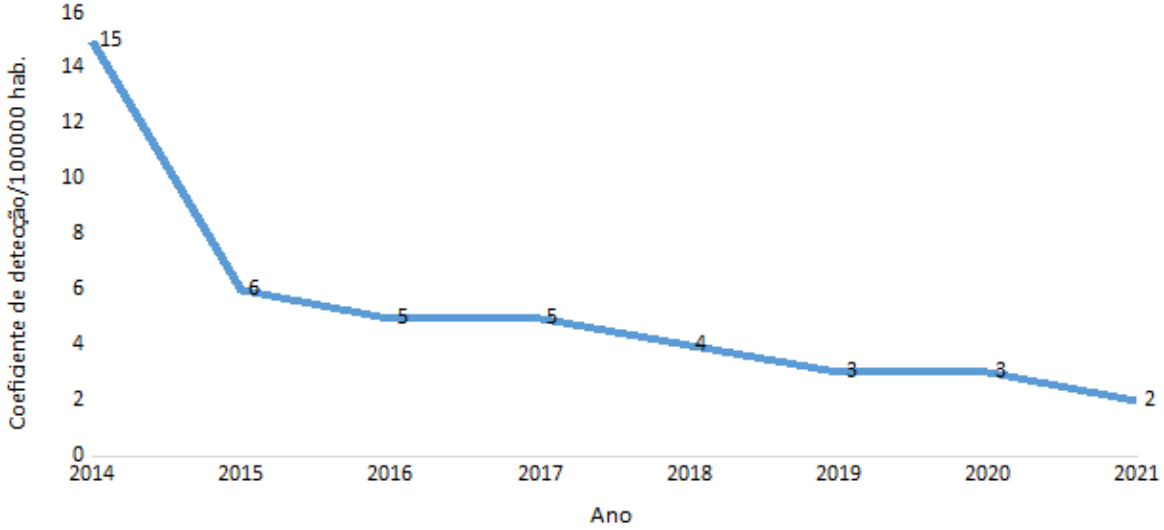


Fonte: SINAN/SES-PE, Atualizado em 08/06/2022.

Casos de hanseníase em crianças e adolescentes são preocupantes porque seu aumento é considerado um indicador de maior gravidade da endemia hansênica, uma vez que esses casos têm relação com doença recente e focos de transmissão ativos. Portanto o acompanhamento epidemiológico dos casos nesta faixa etária é relevante para o controle da hanseníase (BRASIL, 2008e).

Em 2010, os dados do Ministério da Saúde demonstraram um coeficiente de detecção em menores de 15 anos de 5,4/100.000 habitantes, considerado “muito alto” pelos parâmetros do Ministério da Saúde, representando 7% dos casos novos da doença detectados no País neste ano (BRASIL, 2012). A figura abaixo mostra a série histórica desses pacientes na IX Região de Saúde de Pernambuco – IX GERES. Observa-se que houve uma queda no número de casos diagnosticados em menores de 15 anos na Região do Araripe.

Figura 23: Coeficiente de detecção de hanseníase em menores de 15 anos, IX Região de Saúde de Pernambuco, 2014-2021.



Fonte: SINAN/SES-PE. Atualizado em 08/06/2022.

Como pode ser observado na tabela abaixo, quatro municípios apresentaram um percentual de detecção positiva no ano de 2021. Os municípios de Ouricuri, Ipubi, Araripina, Bodocó, alcançaram o maior percentual de detecção (>100%). Em contrapartida, Granito, Parnamirim e Santa Cruz não notificaram nenhum caso no ano avaliado.

Com relação à cura, Moreilândia, Parnamirim, Santa Cruz e Santa Filomena situam-se dentro do parâmetro considerado bom (≥ 90%); Exu, com 88,9% de cura, considerado regular (≥75%), e os demais municípios com percentual de cura <75%, o que caracteriza uma situação precária em se tratando da avaliação da cura dos casos novos de hanseníase. Quanto à avaliação dos contatos, todos os municípios se encontram dentro do parâmetro do Ministério da Saúde (>90%).

Tabela 31: Percentual de detecção, cura e contatos examinados dos casos de hanseníase por município de residência, IX Região de Saúde de Pernambuco, 2021.

Município	% de detecção	% cura	% de contatos examinados
Araripina	150	55	100
Bodocó	125	80	100
Exu	25	88,9	100
Granito	0	0	0
Ipubi	157,14	55,6	100
Moreilândia	100	100	100
Ouricuri	212,5	74,1	98,73
Parnamirim	0	100	100
Santa Cruz	0	100	100
Santa Filomena	100	100	100
Trindade	77,27	45,5	92,23
Total	110,47	65,5	100

Fonte: SINAN/SES-PE. Atualizado em 08/06/2022.

Por ser considerada uma importante endemia para a saúde pública do Brasil, sobretudo por sua magnitude e pelo alto poder incapacitante, associado ao estigma, são necessários esforços para o enfrentamento da doença que envolve compromisso político, ações estratégicas e o estabelecimento de parcerias eficazes e sólidas visando à redução da carga da doença e das incapacidades físicas (BRASIL, 2019).

3.2.1.4 Leishmaniose Visceral

No Brasil, a Leishmaniose Visceral - LV apresenta aspectos geográficos, climáticos e sociais diferenciados, isso em função da sua ampla distribuição geográfica, que envolve as regiões Norte, Nordeste, Centro-Oeste e Sudeste. Na década de 90, aproximadamente noventa por cento (90%) dos casos notificados de LV ocorreram na Região Nordeste.

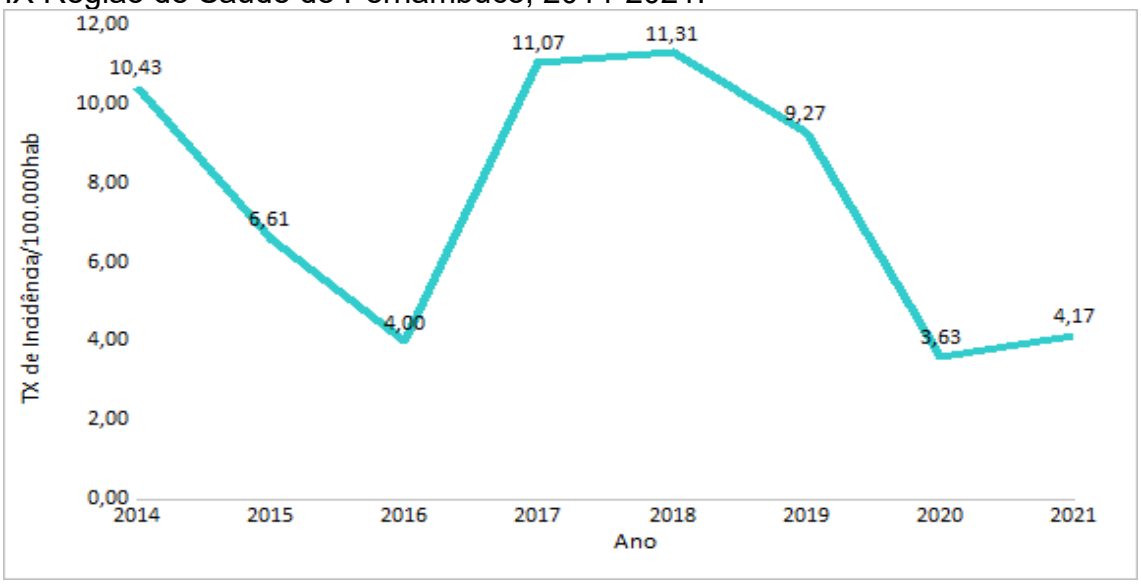
À medida que a doença se expandiu para as outras regiões e atingiu as áreas urbanas e periurbanas, com a ocorrência de diversos surtos, como os

registrados no Rio de Janeiro (RJ), Belo Horizonte (MG) e Araçatuba (SP), esta situação vem se modificando (WERNECK et al, 2003).

No Estado de Pernambuco, a LV é historicamente endêmica, inicialmente com caráter rural e, acompanhando o padrão nacional, apresenta expansão para áreas urbanas. A IX Região de Saúde encontra-se como uma área de grande risco para transmissão da doença.

De 2014 a 2021 ocorreram 213 casos confirmados no sertão do Araripe. Conforme a figura a seguir, a taxa de incidência variou de 3,63 a 11,31/100 mil hab. A taxa de incidência dos casos confirmados de Leishmaniose Visceral durante o período analisado teve como maior resultado o ano de 2018 com 11,31 seguido pelos anos de 2017 (11,07) e 2014 (10,43).

Figura 24: Taxa de Incidência dos casos confirmados de Leishmaniose Visceral, IX Região de Saúde de Pernambuco, 2014-2021.



Fonte: SINAN/IX GERES – PE. Situação da base de dados no dia 02/06/2022.

Ao analisarmos essa taxa por município (tabela 32), Santa Cruz se destaca por apresentar elevadas incidências, especialmente no ano de 2014 (168,38/ 100.000 hab), quando registrou a ocorrência de um surto. No ano de 2021 o município de Moreilândia apresentou a maior taxa de incidência (17,75/100.000 hab).

Tabela 32: Taxa de Incidência de casos confirmados de Leishmaniose Visceral Humana por município de residência, IX Região de Saúde de Pernambuco, 2014 - 2021.

Município	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Araripina	3,65	1,21	3,60	5,97	13,10	7,11	1,18	3,52
Bodocó	2,70	10,72	7,98	7,93	13,19	-	5,21	2,59
Exu	-	3,13	-	6,29	9,41	9,43	0,00	0,00
Granito	-	27,37	-	13,48	-	-	0,00	0,00
Ipubi	8,89	-	-	16,42	16,39	12,96	9,62	9,52
Moreilândia	3,41	3,36	8,90	8,90	8,87	26,62	0,00	17,75
Ouricuri	5,96	8,87	2,93	10,18	8,70	5,76	4,29	4,26
Parnamirim	-	9,44	4,70	4,68	18,25	4,54	4,52	4,50
Santa Cruz	163,58	33,65	-	39,47	6,56	12,99	0,00	0,00
Santa Filomena	21,31	-	-	13,93	6,95	-	6,87	6,83
Trindade	6,85	6,78	13,4	23,21	16,54	29,49	6,49	3,22

Fonte: SINAN/IX GERES – PE. Situação da base de dados no dia 02/06/2022.

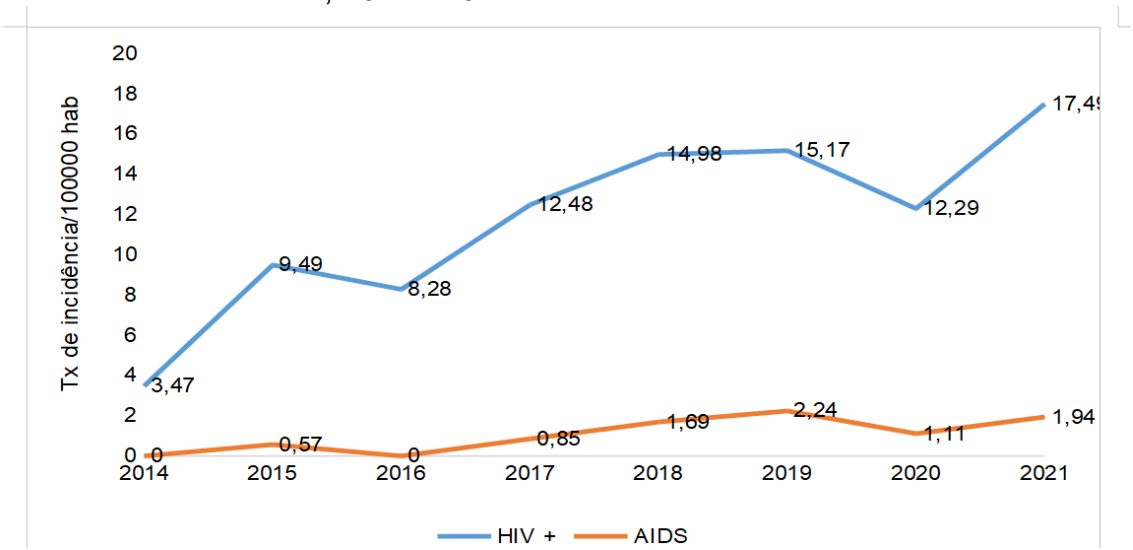
3.2.1.5 Aids

Desde o ano de 2012, observa-se uma diminuição na taxa de detecção de Aids no Brasil, que passou de 21,4/100.000 habitantes (2012) para 17,8/100.000 habitantes em 2018, configurando um decréscimo de 16,8%; essa redução na taxa de detecção tem sido mais acentuada desde a recomendação do “tratamento para todos”, implementada em dezembro de 2013. Como a notificação da infecção pelo HIV ainda está sendo absorvida pela rede de vigilância em saúde, não são calculadas as taxas referentes a esses dados (BRASIL, 2018).

A figura a seguir mostra-nos um aumento constante de casos novos da infecção pelo HIV ao longo da série histórica na IX Região de Saúde de Pernambuco, registrando em 2021 a maior taxa de incidência (17,49/100 mil habitantes).

Quanto aos casos de Aids, foi observado uma tendência crescente, contabilizando uma Variação Percentual Anual Média de 28%, mas se torna necessário ressaltar que devido a baixa incidência, pequenos aumentos anuais acarretam em elevações percentuais significantes. Desta forma, faz-se necessário ainda mais a ampliação de oferta e facilidade do acesso à testagem rápida ou outras formas de diagnóstico, bem como um trabalho intenso voltado à prevenção através do uso correto de preservativos.

Figura 25: Taxa de incidência de casos confirmados de HIV e Aids, IX Região de Saúde de Pernambuco, 2014 - 2021.



Fonte: SINAN/IX GERES – PE. Situação da base de dados no dia 02/06/2022.

Em 2012 inicia-se, ainda que timidamente, o processo de capacitação dos profissionais de saúde da região, com realização de testagem rápida para diagnóstico de HIV, sífilis e hepatites virais. Esse processo de educação permanente voltada à vigilância das IST's se intensificou nos anos seguintes, culminando com a descentralização da testagem rápida para Estratégias de Saúde da Família no âmbito dos municípios.

3.2.1.6 Covid-19

Os primeiros casos da doença do novo coronavírus 2019 (Covid-19) foram identificados em dezembro de 2019 na província de Wuhan, na China, e rapidamente se disseminaram pelo mundo, sendo declarada pandêmica pela Organização Mundial de Saúde (OMS) no dia 11 de março de 2020 (BEDFORD et al., 2020; WU et al., 2020). A América Latina foi atingida mais tardiamente em relação a outros continentes, tendo a ocorrência do primeiro caso, no Brasil, sido registrada em 25 de fevereiro de 2020. Tratava-se de um idoso com histórico de viagem à Lombardia, norte da Itália, região gravemente atingida pela COVID-19 na época (RODRIGUEZ-MORALES et al., 2020).

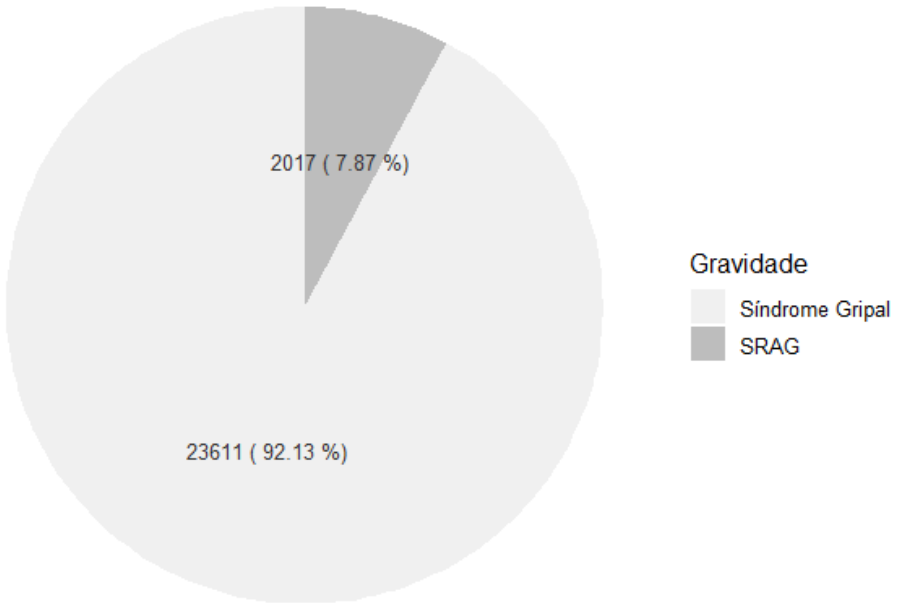
A Covid-19 apresenta amplo espectro de manifestações, que podem variar desde uma Síndrome Gripal (SG) até quadros sistêmicos graves, como a Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG), Síndrome da Resposta

Inflamatória Sistêmica (SRIS), Coagulação Intravascular Disseminada (CIVD) e Eventos Cardiovasculares (ZHU et al., 2020; LI et al., 2019).

A Covid-19 é declarada Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN) através da Portaria nº 188, de 3 de fevereiro de 2020, do Ministério da Saúde, e em 20 de março de 2020 o Governo do Estado de Pernambuco reconhece e declara situação anormal, caracterizada como "Estado de Calamidade Pública", no âmbito do Estado de Pernambuco, em virtude da emergência de saúde pública (PERNAMBUCO, 2020). Dessa data até o presente momento diversas medidas restritivas foram adotadas e modificadas de acordo com a dinâmica da doença no território pernambucano.

Nos anos de 2020 e 2021 foram registrados 25.628 casos confirmados para Covid-19 no território da IX Região de Saúde, destes, 2.017 (7,87%) tratam-se de casos graves que evoluíram para SRAG e 23.611 (92,13%) correspondem a casos leves (figura 26).

Figura 26: Nº e Percentual de Casos Confirmados para Covid-19, segundo gravidade. IX GERES, 2020 e 2021.

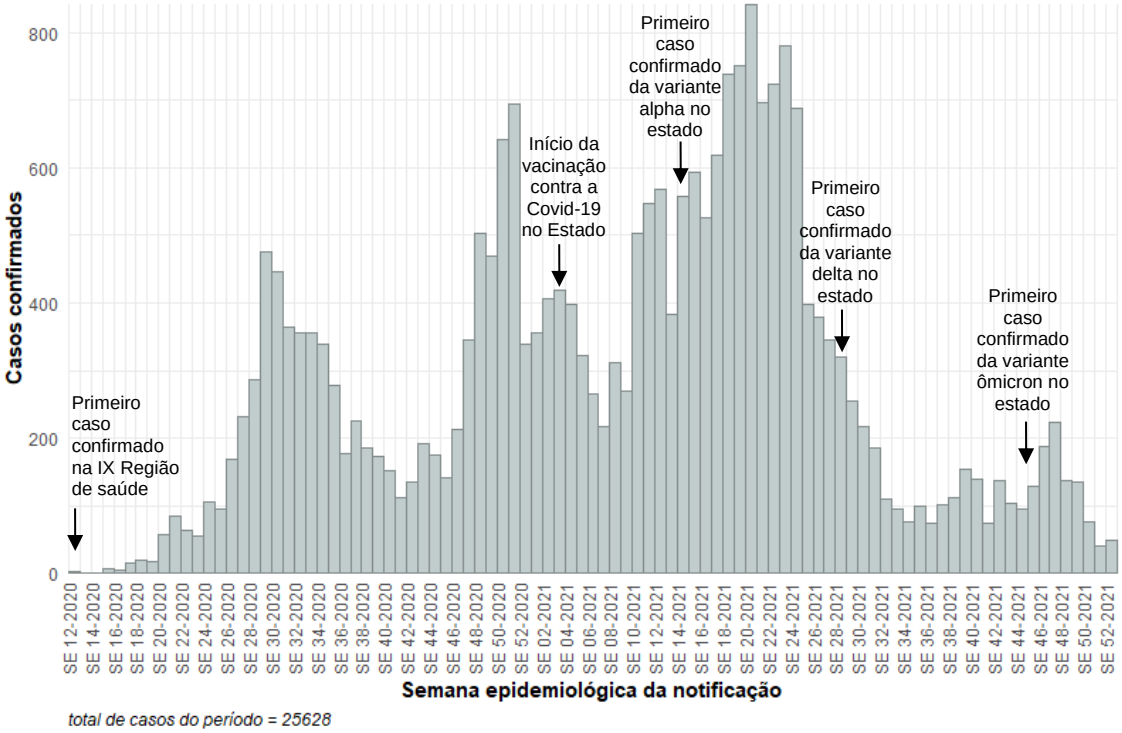


Fonte: Notifica PE, eSUS Notifica (2022).

Ao analisar a série histórica da Covid-19 na IX Região de Saúde (figura 27) observamos a influência da introdução da variante alpha e ômicron no

território, sendo a primeira responsável pela maior onda de casos, conforme observado também nacionalmente. A variante delta, que em outros países foi responsável por uma elevação severa no número de casos, não teve grande impacto no Brasil devido o avanço na campanha de vacinação, o que também é possível observar na IX Região de Saúde.

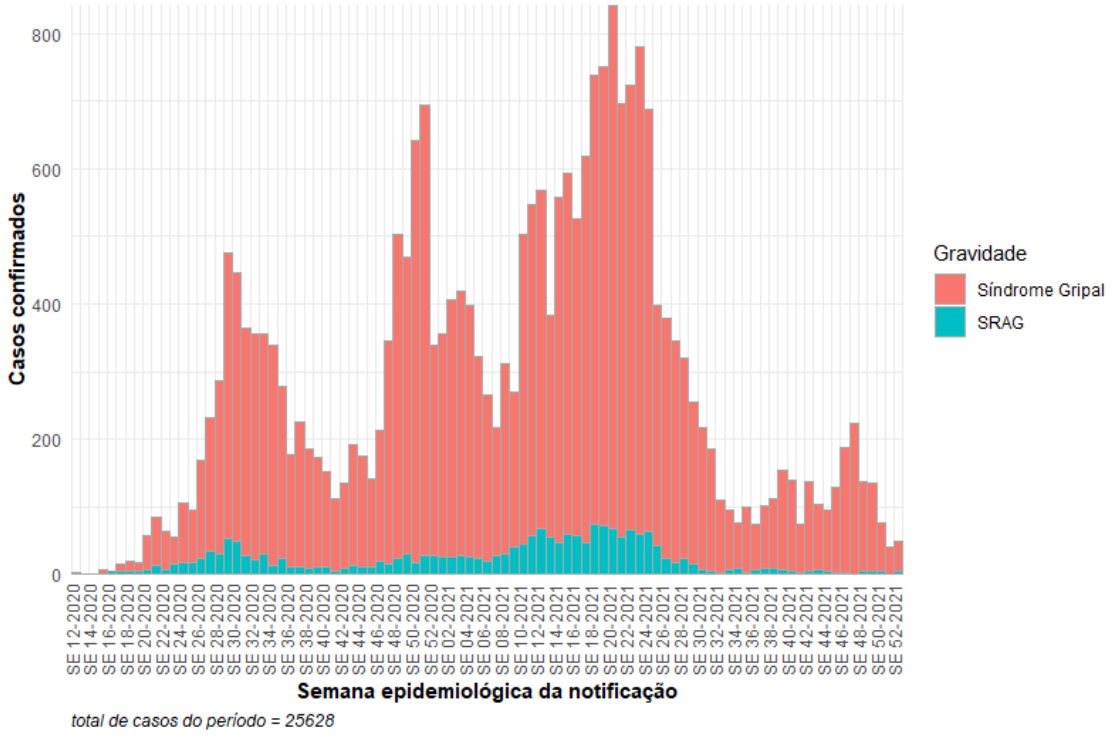
Figura 27: Distribuição dos casos de Covid-19 segundo Semana Epidemiológica na IX Região de Saúde, 2020 a 2021.



Fonte: Notifica PE, eSUS Notifica (2022).

Além da redução significante do número de casos a partir da Semana Epidemiológica 24 de 2021, houve também uma diminuição da ocorrência de casos graves, conforme disposto na figura a seguir.

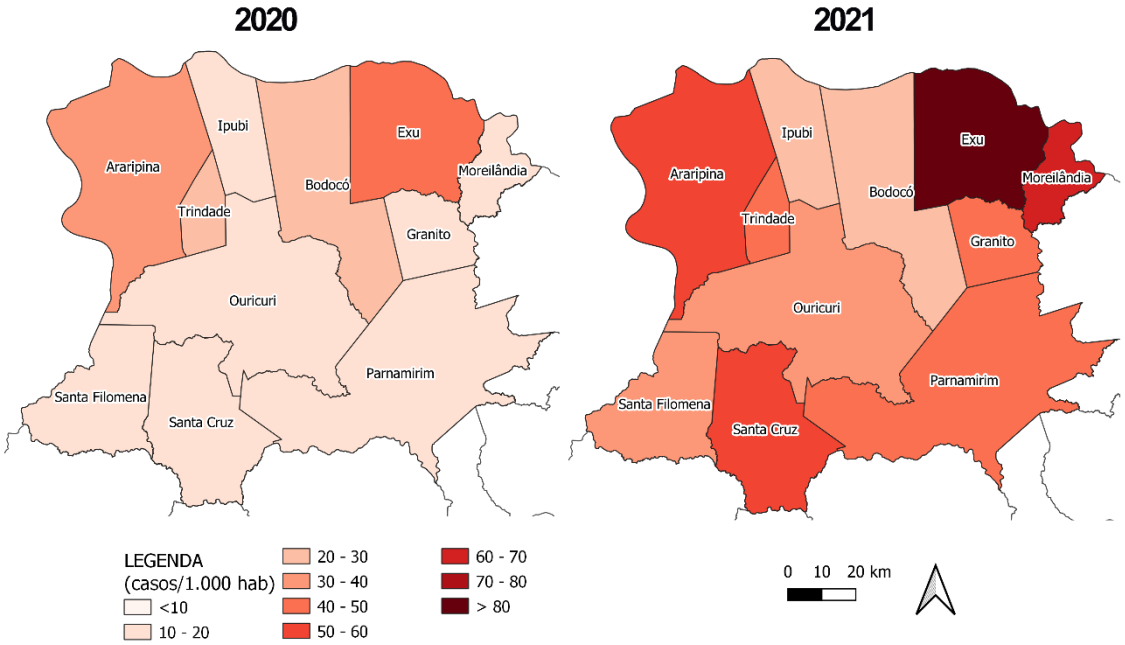
Figura 28: Distribuição dos casos de Covid-19 segundo Semana Epidemiológica e gravidade na IX Região de Saúde, 2020 a 2021.



Fonte: Notifica PE, eSUS Notifica (2022).

Na figura abaixo é possível observar a incidência da Covid-19 entre os municípios da IX Região de Saúde. É evidente que o ano de 2021 foi mais severo que o ano anterior, saindo de uma incidência regional de 24,27/1.000 hab para 47,04. Dentre os municípios com maior incidência se destaca Exu, que em 2021 atingiu a marca de 93,22/1.000 hab, configurando a 2ª maior incidência do estado de Pernambuco. É valido ressaltar que o município articulou uma estratégia eficiente de testagem da população, inclusive com aquisição de testes com recursos próprios, o que pode explicar a alta incidência.

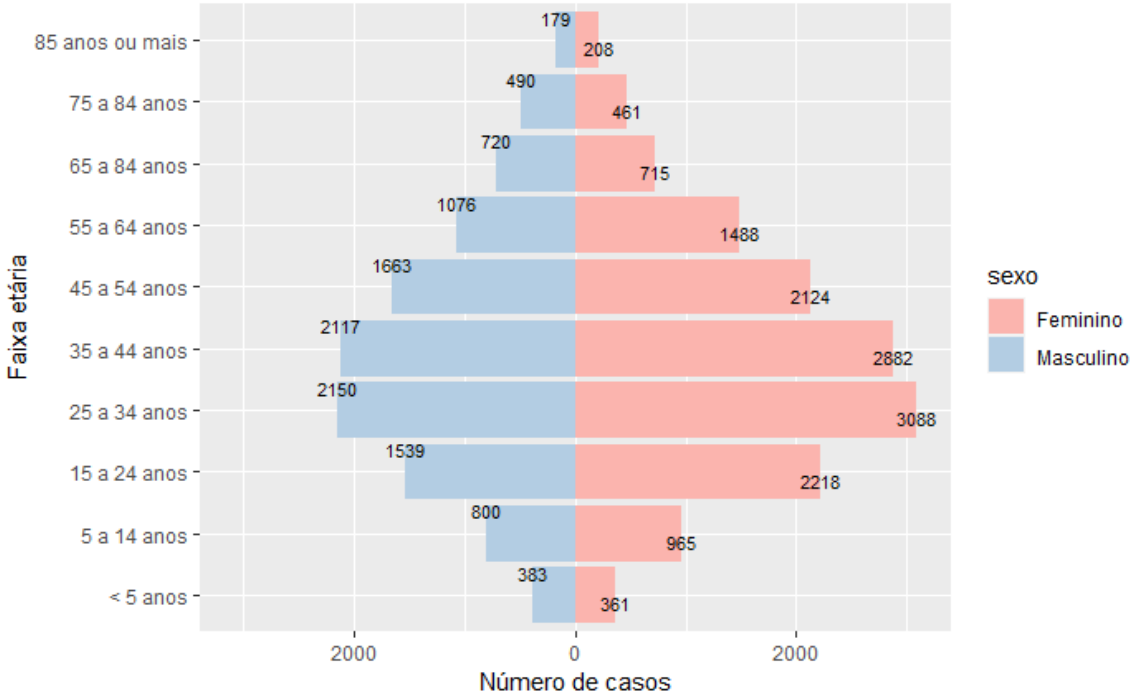
Figura 29: Incidência de Covid-19 segundo município, IX Região de Saúde, 2020 e 2021.



Fonte: Notifica PE, eSUS Notifica (2022).

A distribuição dos casos segundo sexo e idade, expressa na figura 30, evidencia que, com exceção dos extremos de idade, a maioria dos casos ocorreu na população feminina. Os indivíduos com idade entre 25 e 54 anos foram os mais acometidos em ambos sexos.

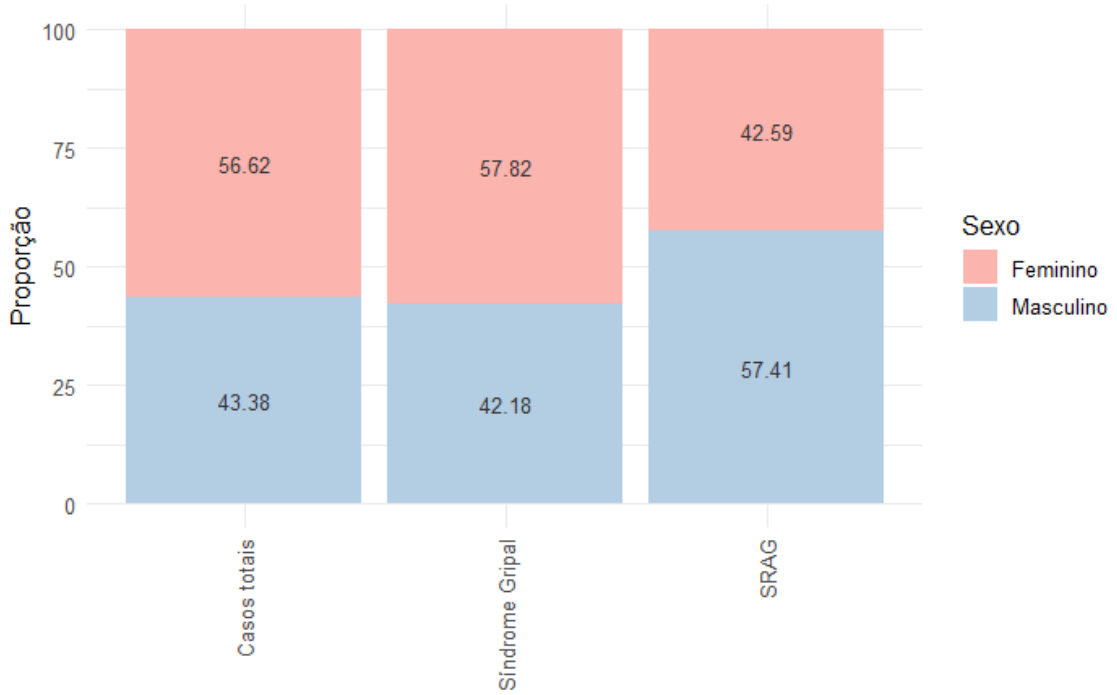
Figura 30: Distribuição dos casos de Covid-19 segundo faixa etária e sexo, IX Região de Saúde, 2020 a 2021.



Fonte: eSUS Notifica; Notifica-PE (2022).

Entretanto, analisando a distribuição por sexo e critério de gravidade se observa uma predominância do sexo feminino entre os casos leves (57,82%), enquanto nos casos de SRAG a proporção se inverte, com 57,41% dos casos pertencentes ao sexo masculino.

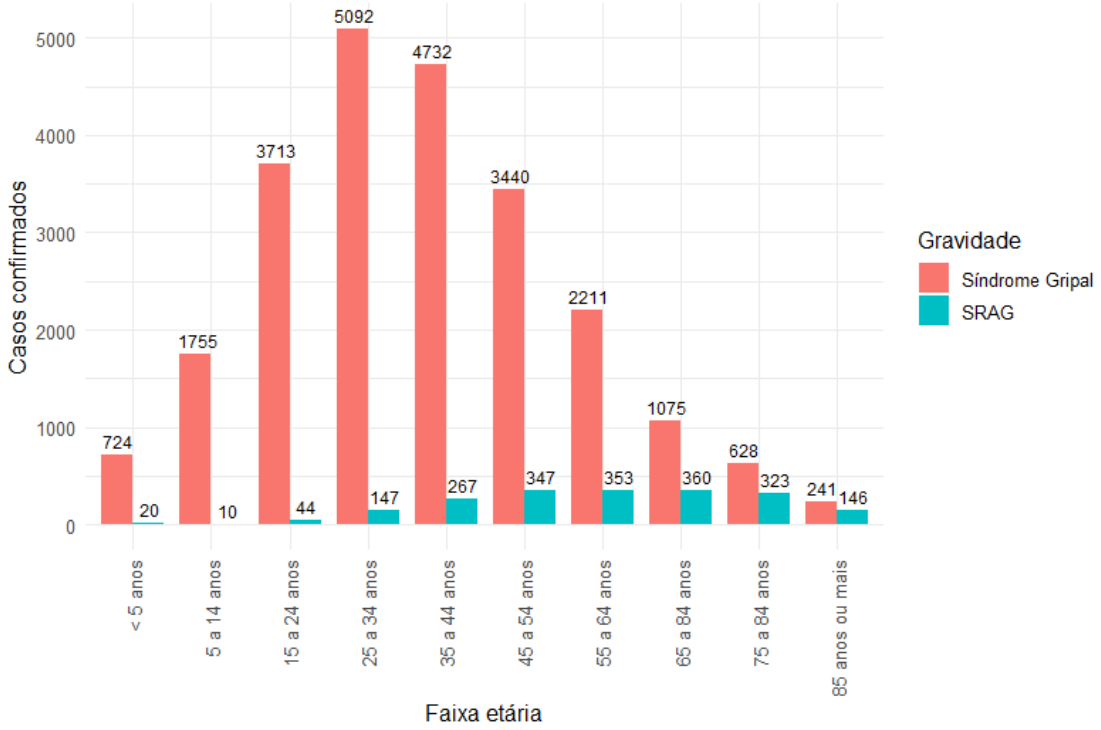
Figura 31: Distribuição dos casos de Covid-19 segundo gravidade e sexo, IX Região de Saúde, 2020 a 2021.



Fonte: eSUS Notifica; Notifica-PE (2022).

Além do sexo, também é possível observar comportamentos distintos entre as faixas etárias segundo gravidade. Enquanto os casos leves foram predominantes entre os jovens, sendo a faixa dos 25 a 34 anos a mais acometida, os casos de SRAG acometeram majoritariamente a população idosa, sendo os indivíduos de 65 a 74 anos os mais frequentes, conforme disposto na figura em sequência.

Figura 32: Distribuição dos casos de Covid-19 segundo gravidade e faixa etária, IX Região de Saúde, 2020 a 2021.

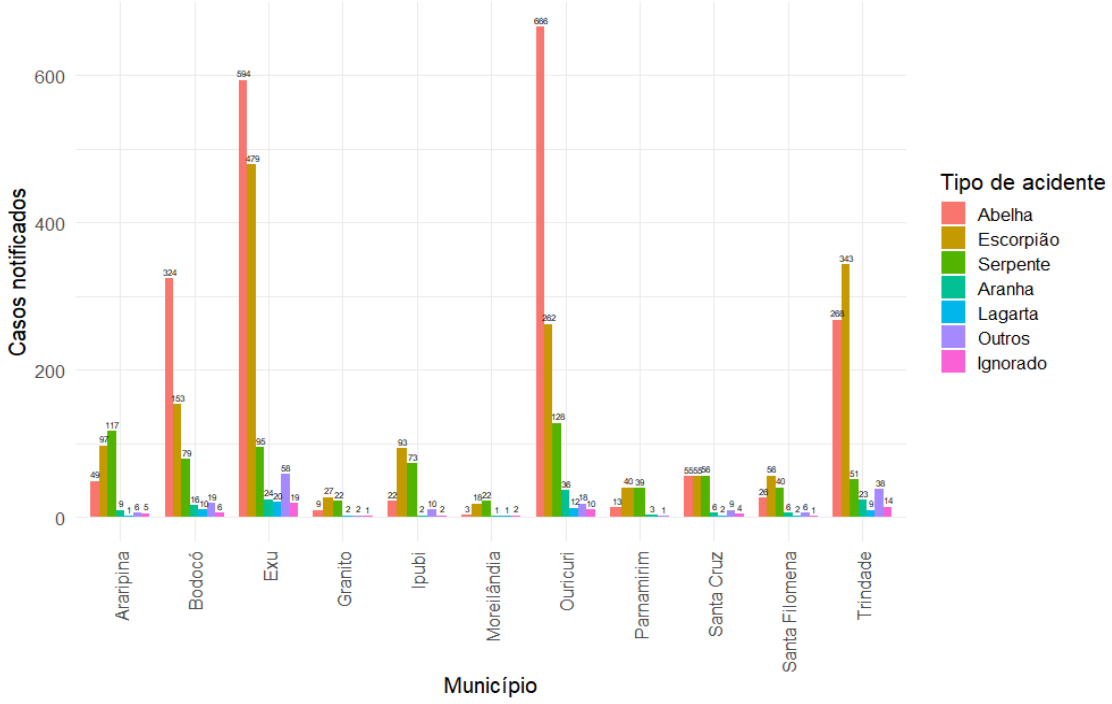


Fonte: eSUS Notifica; Notifica-PE (2022).

3.2.2 Acidentes por Animais Peçonhentos

No período de 2014 a 2021 foi registrada no SINAN a ocorrência de 4.790 acidentes por animais peçonhentos nos municípios da IX Região de Saúde de Pernambuco. Quanto ao animal causador, a abelha é responsável por 2.029 (42,36%) dos acidentes registrados, seguido por escorpião 1.623 (33,88%). Em 43 (0,9%) dos acidentes não foi identificado o animal causador e 64 (1,34%) casos possuem esse campo Ignorado. Os municípios de Exu e Ouricuri registraram 26,91% e 23,63%, respectivamente, dos casos notificados ao longo da série histórica, enquanto Moreilândia é responsável apenas por 0,98 % destes.

Figura 33: Distribuição das notificações de Acidentes por Animais Peçonhentos por município de residência segundo tipo de animal agressor, IX Região de Saúde de Pernambuco, 2014-2021.



Fonte: SINAN/IX GERES – PE. Dados coletado em: junho/2022.

Os locais anatômicos mais atingidos foram a cabeça com 1.047 casos (21,86%) seguido pelo pé com 997 (20,81%). Os acidentes ocorreram com mais frequência na zona rural em 3.186 (67,57%) casos, seguida pela zona urbana com 1.485 (31.49). Sobre os acidentes com serpentes, 647 (89,61%) ocorreram na zona rural, sendo registrados a maior quantidade de acidentes pelas serpentes dos gêneros Bothrops sp 340 (47,09%), seguido por Crotalus sp. 77 (10,66%). Importante destacar que 30% preencheram o tipo de serpente como ignorado.

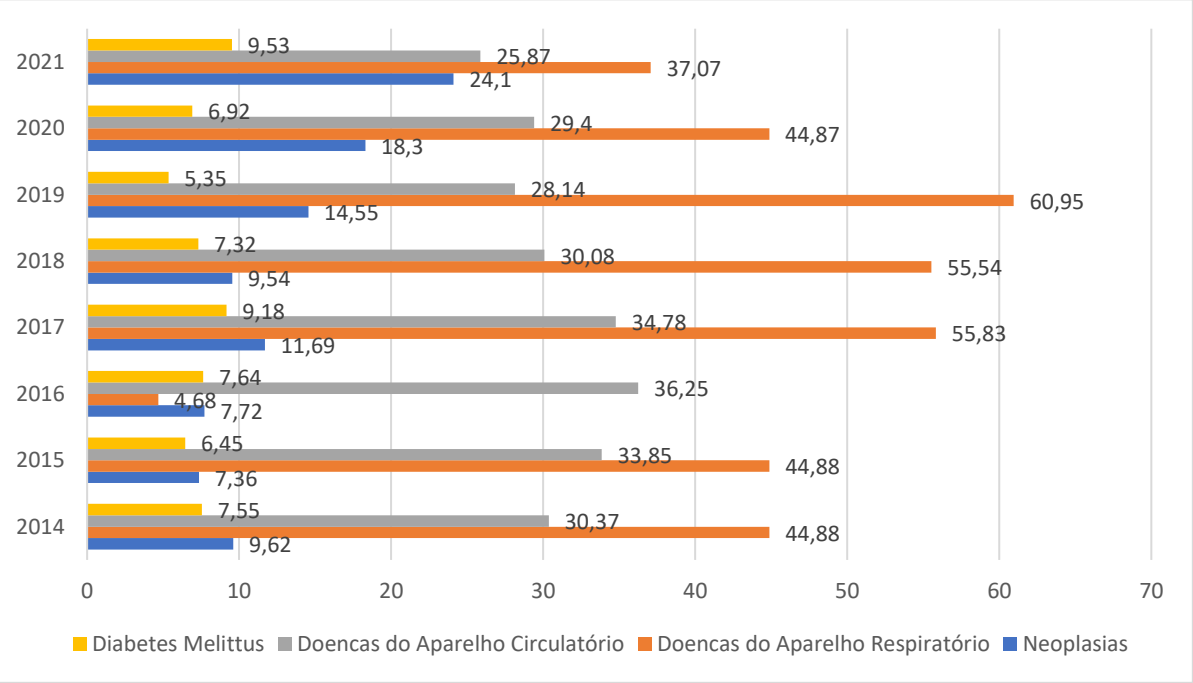
Ações de educação e promoção da saúde e preservação do meio ambiente são essenciais para diminuição dos casos notificados e otimização do uso de soros e imunoglobulinas na referência para este serviço, que se localiza no Hospital Regional Fernando Bezerra (HRFB) em Ouricuri.

3.2.3 Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT)

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis estão entre os agravos que mais demandam ações relacionadas à saúde; assim, a sua vigilância deve atuar no monitoramento contínuo da morbimortalidade dessas doenças. Elas

apresentam como fatores de risco o excesso de peso, o consumo de tabaco, o sedentarismo, a alimentação inadequada e o uso prejudicial de álcool. Com base nisso, as intervenções para melhoria desse cenário epidemiológico devem ser realizadas por meio de ações de prevenção e promoção da saúde visando intervenção em fatores de risco e protetores dessas doenças (BRASIL, 2005). A figura abaixo apresenta a Taxa de Internação Hospitalar pelos Principais Agravos Não Transmissíveis entre 2014 e 2021.

Figura 34: Taxa de Internação Hospitalar pelos Principais Agravos Não Transmissíveis, IX Região de Saúde de Pernambuco, 2014 a 2021.



Fonte: SIH/SUS. Situação da Base de dados em 23/06/2022.

Durante boa parte do tempo, as doenças do aparelho respiratório apresentaram-se com as maiores taxas, seguidas de doenças do aparelho circulatório, diabetes mellitus e neoplasias, respectivamente. No ano de 2016 ocorreu a maior alta nas internações por doenças do aparelho circulatório (36,25/10 mil), chegando próximo das doenças do aparelho respiratório (40,68/10 mil).

O fato de a Taxa de Internação por Doenças do Aparelho Respiratório ter sido a mais alta ao longo do período analisado pode estar relacionado à existência do Polo Gesseiro na região, visto que o Sertão do Araripe possui uma das maiores reservas de gipsita do Brasil. A poeira de gesso pode causar muitos

problemas à saúde das pessoas, que vão desde efeitos irritativos nos olhos, nas mucosas e no aparelho respiratório, passando por efeitos cutâneos ou até mesmo efeitos crônicos na saúde, o que poderia estar associado com algumas causas de internação por doenças do aparelho respiratório (MEDEIROS; HURTADO-GUERRERO; SILVA, 2010).

3.2.3.1 Doenças do Aparelho Respiratório

A tabela abaixo apresenta a Taxa de Internação por Doenças do Aparelho Respiratório, por município, no período analisado. Araripina manteve-se como o município com a maior taxa de internação em toda a série histórica, salvo 2020 e 2021. Destaca-se também que na comparação entre 2014 e 2021, Araripina, Exu, Granito, Moreilândia, Parnamirim, Santa Cruz, Santa Filomena e Trindade apresentaram aumento das suas taxas de internação, Santa Filomena e Santa Cruz tendo os aumentos mais significativos. Importante destacar que a partir do ano de 2020 vivenciamos a Pandemia do novo Coronavírus, ocasionando assim um aumento significativo nas doenças do aparelho respiratório.

Estudo realizado em Araripina-PE com o objetivo de descrever os efeitos na saúde da população exposta à poluição ambiental oriunda da poeira de gesso, encontrou como principais problemas de saúde: irritação dos olhos, sangramento de nariz, tosse, cansaço, irritação na pele, falta de ar e história de doença respiratória pregressa (MEDEIROS; HURTADO-GUERRERO; SILVA, 2010).

Tabela 33; Taxa de Internação por Doenças do Aparelho Respiratório por Município da IX Região de Saúde de Pernambuco entre 2014 e 2021.

Municípios	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Araripina	61,86	71,29	57,62	80,25	85,55	75,89	25,90	20,86
Bodocó	31,01	27,88	27,10	36,22	31,79	27,88	25,57	25,90
Exu	48,16	38,09	39,67	49,74	50,05	54,46	42,89	32,48
Granito	31,84	38,48	29,19	50,42	34,50	49,09	48,77	46,16
Ipubi	50,98	58,68	56,43	37,19	47,14	49,70	36,50	39,34
Moreilândia	10,65	18,63	27,51	52,35	21,30	27,51	45,25	50,10
Ouricuri	49,88	41,45	35,73	46,88	45,45	55,88	37,22	31,70
Parnamirim	44,78	33,02	39,36	71,47	47,05	58,81	46,00	21,60
Santa Cruz	48,85	43,06	46,28	70,70	44,35	82,92	84,00	54,00
Santa Filomena	8,93	9,61	16,48	48,76	42,58	61,12	65.58	58,23
Trindade	48,68	46,08	37,32	54,84	77,23	70,74	50,70	43,70

Fonte: SIH/SUS. Situação da Base de dados em 23/06/2022.

No geral, crianças e idosos relataram mais sintomas respiratórios, além disso, nos domicílios avaliados, a presença de poeira de gesso mostrou-se mais prevalente com as queixas de irritação dos olhos, irritação na pele, cansaço e tosse (MEDEIROS; HURTADO-GUERRERO; SILVA, 2010). A avaliação deste indicador é importante para fornecer um diagnóstico das internações por doenças do aparelho respiratório, contribuindo para uma análise das condições sociais que podem estar associadas a ele e de como está sendo prestada a assistência à saúde a população da região.

3.2.3.2 Doenças do Aparelho Circulatório

A tabela a seguir mostra a Taxa de Internação por Doenças do Aparelho Circulatório por município no período analisado. Observa-se que o município que apresentou as maiores taxas no período analisado foi o de Araripina e que na maior parte dos anos Ipubi, Ouricuri, Santa Cruz e Trindade estavam entre as maiores taxas.

Na comparação entre os anos de 2014 e 2021, houve diminuição das taxas na maioria dos municípios, com aumentos expressivos em Granito, Moreilândia e Santa Filomena.

Tabela 34: Taxa de Internação por Doenças do Aparelho Circulatório por Município de residência, IX Região de Saúde de Pernambuco, 2014 e 2022.

Municípios	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Araripina	68,93	76,36	92,38	84,49	70,82	54,09	44,89	35,30
Bodocó	21,63	25,01	24,75	23,19	23,71	21,11	16,31	14,24
Exu	22,98	23,61	23,92	21,41	20,78	22,98	21,44	14,19
Granito	18,58	30,52	21,23	14,59	10,61	26,54	48,77	46,16
Ipubi	38,16	36,87	33,03	33,67	34,63	25,97	25,10	17,80
Moreilândia	13,31	8,87	10,65	13,31	19,52	15,08	29,28	43,48
Ouricuri	35,59	38,30	32,16	29,73	29,87	31,01	22,10	16,40
Parnamirim	31,21	31,21	28,95	30,31	36,19	27,14	23,00	19,22
Santa Cruz	27,64	27,00	41,14	41,14	42,42	43,06	44,00	28,00
Santa Filomena	9,61	13,73	13,05	21,29	12,36	25,41	26,30	27,58
Trindade	34,40	38,29	29,85	39,27	30,83	37,97	30,20	33,40

Fonte: SIH/SUS. Situação da base de dados no dia 23/06/2022.

3.2.3.3 Diabetes Mellitus

O diabetes mellitus (DM) não controlado pode provocar, a longo prazo, disfunção e falência de vários órgãos, especialmente rins, olhos, nervos, coração

e vasos sanguíneos, causando problemas crônicos, como retinopatia, nefropatia, e neuropatia diabética, além da morbimortalidade associada ao diabetes. Nesse contexto, é importante que sejam planejadas ações de intervenção nos fatores de risco e para evitar complicações futuras da doença, além de ações de educação em saúde (BRASIL, 2014; BRASIL, 2013).

Observa-se na tabela abaixo que Araripina foi o município que obteve as maiores taxas de internação em todos os anos de estudo, enquanto Moreilândia registrou a menor taxa (0,88/10 mil em 2019). Os municípios não apresentaram uma evolução regular das taxas de internações ao longo do período.

Na comparação entre os anos 2014 e 2021, houve diminuição das taxas de internação por diabetes em cinco municípios (Exu, Granito, Ipubi, Ouricuri e Trindade).

Tabela 35: Taxa de Internação por Diabetes Mellitus por Município, IX Região de Saúde de Pernambuco, 2014 e 2021.

Municípios	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Araripina	12,15	11,47	15,37	21,25	12,51	10,84	9,50	14,06
Bodocó	1,62	3,48	3,99	5,82	4,48	5,73	4,40	6,73
Exu	8,75	3,13	5,65	4,09	3,45	2,51	4,41	5,67
Granito	8,27	2,74	2,72	1,35	2,69	2,65	2,63	3,95
Ipubi	8,18	7,07	8,97	5,91	5,57	4,48	3,80	6,66
Moreilândia	2,67	3,56	6,23	1,78	2,66	0,88	7,98	10,64
Ouricuri	7,00	7,68	3,37	4,22	4,42	3,85	5,40	3,80
Parnamirim	6,64	6,61	7,52	14,03	2,28	7,69	9,90	13,10
Santa Cruz	4,77	3,37	6,65	7,89	7,22	8,99	16,20	22,70
Santa Filomena	2,84	0,71	2,80	0,70	3,47	2,06	6,82	10,24
Trindade	8,57	6,43	5,03	3,32	3,97	5,51	5,10	7,30

Fonte: SIH/SUS. Situação da base de dados no dia 23/06/2022.

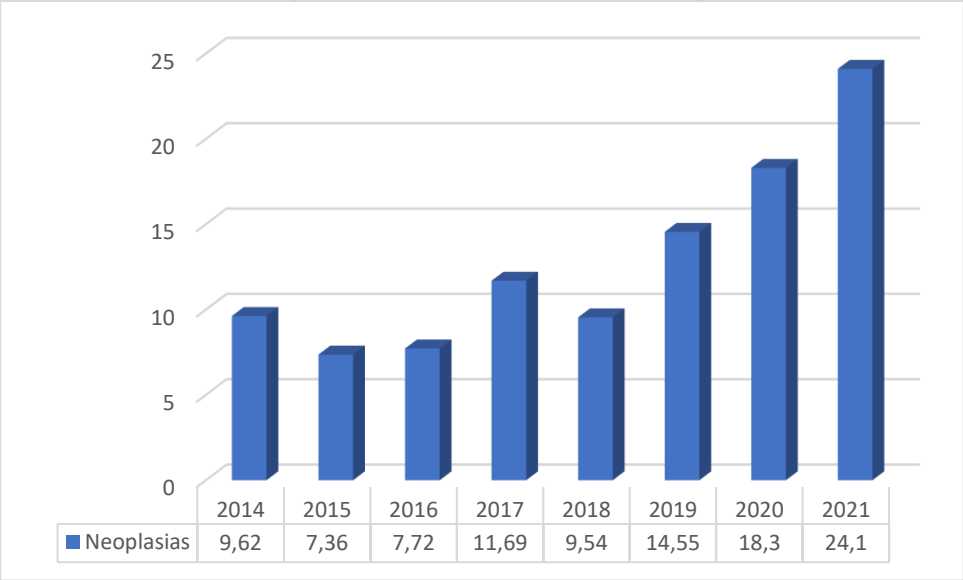
Assim, a avaliação desse indicador é importante para fornecer um diagnóstico da situação das internações por Diabetes Mellitus nos municípios da regional e subsidiar o planejamento de ações.

3.2.3.4 Neoplasias

Quanto à taxa de internação por neoplasias, conforme figura abaixo verifica-se que a maior taxa de internação foi no ano de 2021, observa-se ainda uma redução entre 2017 e 2018, seguindo de aumentos expressivos nos anos subsequentes. Importante destacar que a possibilidade do aumento significante

de internação pode estar relacionado a redução de diagnósticos e continuidade dos tratamentos vivenciados pela pandemia do novo Coronavirus.

Figura 35: Taxa de Internação por neoplasias na IX Regional de Saúde



Fonte: SIH/DATASUS – 23/06/2022

A tabela a seguir especifica as dez principais neoplasias malignas de pacientes que necessitaram de internação hospitalar na série histórica de 2014 a 2021. Verifica-se que dentre as neoplasias malignas, a leucemia é umas das principais responsáveis pelo número de internações (563), ainda que apresente uma tendência de diminuição ao longo dos anos avaliados. Destaca-se também as Neoplasia malignas do tecido mesotelial e tecidos moles que inclui, de acordo com a CID10, Mesoteliomas, Sarcoma de Kaposi, Neoplasia maligna dos nervos periféricos e do sistema nervoso autônomo, Neoplasia maligna dos tecidos moles do retroperitônio e do peritônio e Neoplasia maligna do tecido conjuntivo e de outros tecidos moles.

Tipo de Neoplasia maligna (CID 10)	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	Total
Leucemia	86	90	75	107	73	25	39	68	563
Neoplasia do tecido mesotelial e t. moles	76	77	65	47	67	70	44	38	484
Neoplasia da mama	37	36	40	53	40	60	75	137	478
Neoplasia do estômago	33	26	37	27	55	131	64	68	441
Neoplasia de local não especificado	74	37	49	75	53	31	35	52	406
Neoplasia do osso e cartilagem articular	19	34	47	113	53	32	37	52	387
Leiomioma do útero	26	12	15	59	41	62	59	44	318
Neoplasia do colo do útero	81	17	9	17	20	35	35	50	264
Neoplasia do lábio, cavidade oral e faringe	28	29	39	50	20	14	20	43	243
Neoplasia junção anorretal, reto, ânus e canal anal	6	20	25	17	32	41	34	44	219

Tabela 36: Número de internações hospitalares segundo grupo de neoplasias, IX Região de Saúde de Pernambuco, 2014 a 2021.
Fonte: SIH/SUS via tabnet, 2022. Situação da Base de dados em 23/06/2022.

Observa-se ainda as neoplasias de mama com tendência de aumento no número de internações hospitalares, variando de 37 em 2014 para 137 no ano de 2021. Esse fato reforça a importância de fortalecer estratégias de prevenção e detecção precoce do câncer de mama. O mesmo é necessário quanto às neoplasias relacionadas ao útero (Leiomioma do útero e Neoplasia maligna do colo do útero) que juntas somam 582 internações hospitalares, sendo a neoplasia que mais necessita deste atendimento.

Evidências sugerem que internações por neoplasias malignas têm peso importante no tratamento de câncer e, portanto, estudar essa temática é relevante. O estudo do comportamento das internações ajuda a entender a distribuição espacial desses atendimentos no SUS, identificando se há concentração de internações ou vazios assistenciais em regiões do país (MACHADO AS et al, 2021).

3.2.4 Causas Externas

As causas externas de morbidade abrangem os acidentes e as violências que provocam algum tipo de lesão física ou psíquica, e que podem ou não levar ao óbito. Nos acidentes e violências se incluem as causas ditas acidentais – devidas ao trânsito, trabalho, quedas, envenenamentos, afogamentos e outros tipos de acidentes – e as causas intencionais - agressões e lesões autoprovocadas (BRASIL, 2001).

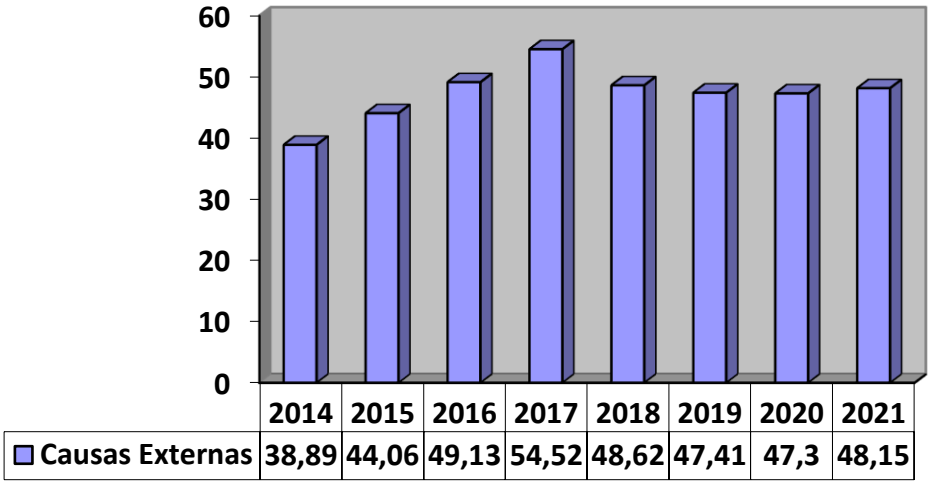
A figura que segue apresenta a taxa de internação por causas externas entre 2014 e 2021 na IX GERES. Verifica-se que houve um aumento entre 2014 e 2017, reduzindo gradualmente nos anos seguintes da série histórica, voltando a aumentar discretamente em 2021. O ano de maior taxa de internação foi 2017, com 54,52/10 mil habitantes, e o ano de menor taxa foi 2014, com 38,89/10 mil habitantes.

Na série histórica da IX Região de Saúde de Pernambuco foi verificado que em 2019 houve um aumento da taxa de internação por causa externas comparado ao primeiro ano avaliado (2014). Esse resultado corrobora com os achados do estudo de Mascarenhas e Barros (2015) que objetivou descrever a

evolução das hospitalizações por causas externas no Brasil, no período de 2002 a 2011.

Encontrou-se como resultado que ocorreu uma evolução do coeficiente de internação hospitalar por causas externas em todas as cinco regiões do país no período de estudo. Além disso, na análise por estado observou-se um padrão crescente no coeficiente de internação por causas externas, sendo que, no estado de Pernambuco o aumento médio variou de 15,2 internações/100 mil habitantes/ano (MASCARENHAS; BARROS, 2015).

Figura 36: Taxa de Internação por Causas Externas, IX Região de Saúde de Pernambuco, 2014 a 2021.



Fonte: SIH/SUS. Situação da base de dados no dia 23/06/2022.

A análise desse indicador é importante para estimar a magnitude das internações por causas externas como problema de saúde pública; além disso, taxas de internações mais elevadas para determinados grupos de causas externas sugerem correlações com os contextos econômicos e sociais. Assim, esse indicador contribui para subsidiar o planejamento, a gestão e a avaliação de políticas públicas.

3.2.5 Acidentes de Transporte Terrestre (ATT)

A vigilância dos ATT na IX Regional de Saúde é realizada através da notificação da ocorrência dos acidentes de transporte na Unidade Sentinela localizada no Hospital Regional Fernando Bezerra (HRFB). As informações

sobre ATT não refletem a magnitude deste evento na região, visto que os acidentes leves e que não necessitam de uma assistência mais complexa são atendidos nos hospitais municipais. Os municípios de Bodocó, Exu e Trindade já instituíram nos respectivos hospitais a notificação de acidentes como rotina do serviço.

Na tabela a seguir podemos observar o número de notificações de Acidentes de Transporte Terrestre por município de residência entre 2014 e 2021. O município com o maior número de notificações foi Ouricuri, que teve durante os anos analisados 9.907 notificações (41,0%), seguido de Araripina n = 2.979 (12,3%) e Bodocó n = 2.098 (8,7%).

O grande número de ATT observado em Ouricuri pode ser consequência da localização do município, que é cortado pelas rodovias BR-316 e BR-122 e ocupa posição central na Região de Desenvolvimento do Araripe, servindo de rota para os estados do Ceará, Piauí e Bahia, além de ser o segundo município mais populoso da Região do Araripe, com população estimada de 70.466 habitantes em 2021. Somado a isso, a ausência de um hospital municipal, fazendo com que os acidentados sejam todos atendidos no HRFB, independente da gravidade do acidente.

Em relação aos anos do estudo, 2014 foi o ano com mais notificações de ATT (3.493) e 2021 foi o ano com o menor número de notificações (2.797).

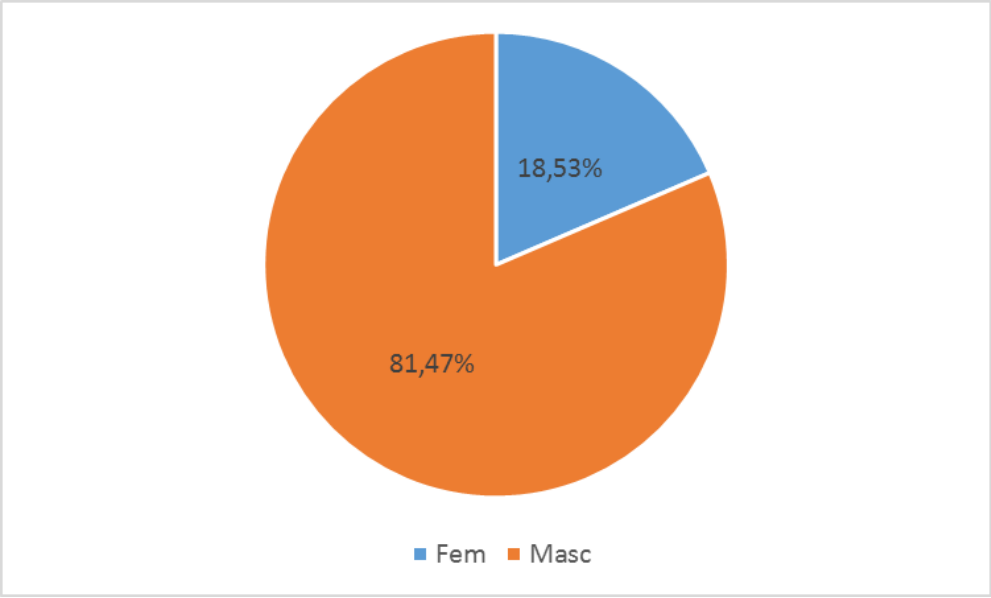
Tabela 37: Número de Notificações de Acidentes de Transporte Terrestre por município de residência, IX Região de Saúde de Pernambuco, 2014 e 2021.

Município	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	Total
Araripina	312	245	256	371	348	380	518	549	2979
Bodocó	297	311	285	259	260	239	233	214	2098
Exu	179	175	187	180	184	224	177	216	1522
Granito	63	49	52	52	50	59	65	66	456
Ipubi	250	223	247	208	243	198	238	250	1857
Moreilândia	49	57	61	69	56	69	58	46	465
Ouricuri	1695	1388	1342	1323	1088	1177	988	906	9907
Parnamirim	164	166	172	157	136	141	144	151	1231
Santa Cruz	118	65	143	149	123	146	140	107	991
Santa Filomena	64	96	106	110	87	106	86	100	755
Trindade	302	226	238	265	246	217	226	192	1912
Total	3493	3001	3089	3143	2821	2956	2873	2797	24173

Fonte: SINAN/IX GERES – PE. Situação da base de dados no dia 02/06/2022.

A figura abaixo demonstra a proporção dos ATT segundo sexo na IX Região de Saúde de Pernambuco em 2021. Podemos observar a predominância no sexo masculino (81,4%). Esse resultado corrobora com os achados da literatura que demonstram que as maiores proporções de internação por ATT são observadas no sexo masculino (ANDRADE; JORGE, 2017; ANDRADE; JORGE, 2016; SOUTO et al., 2016; GAWRYSZEWSKI et al., 2009).

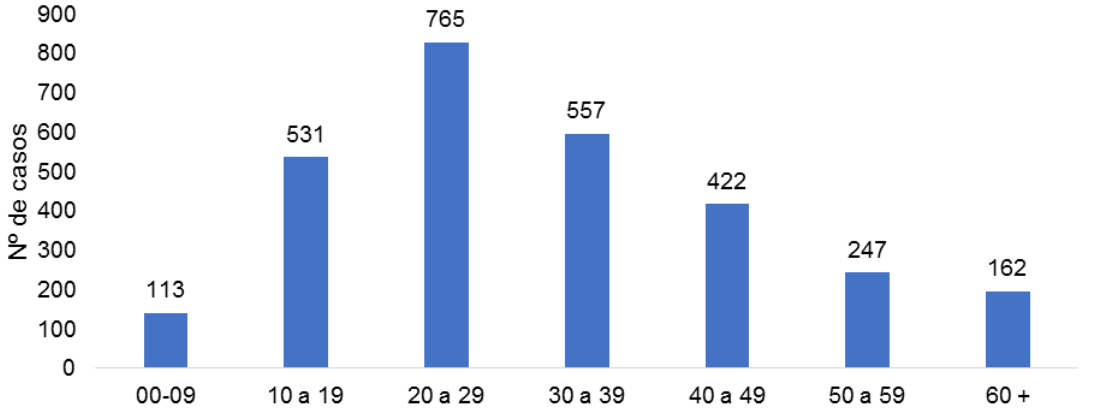
Figura 37: Proporção de Acidentes de Transporte Terrestre segundo Sexo, IX Região de Saúde de Pernambuco, 2021.



Fonte: SINATT – SES-PE. Situação da base de dados no dia 14/06/2022.

Nota-se, conforme figura abaixo, que as faixas etárias que se destacam foram as de 20 a 29 anos (27,4%), de 30 a 39 anos (19,91%) e 10 a 19 anos (18,98%). Esse resultado corrobora com os achados da literatura, que demonstram que as maiores proporções são observadas em indivíduos com idade entre 10 e 39 anos, com a faixa etária de 20 a 29 anos se mantendo em primeiro lugar (ANDRADE; JORGE, 2017; ANDRADE; JORGE, 2016; SOUTO et al., 2016; GAWRYSZEWSKI et al., 2009).

Figura 38: Número de Acidentes de Transporte Terrestre segundo Faixa Etária, IX Região de Saúde de Pernambuco, 2021.



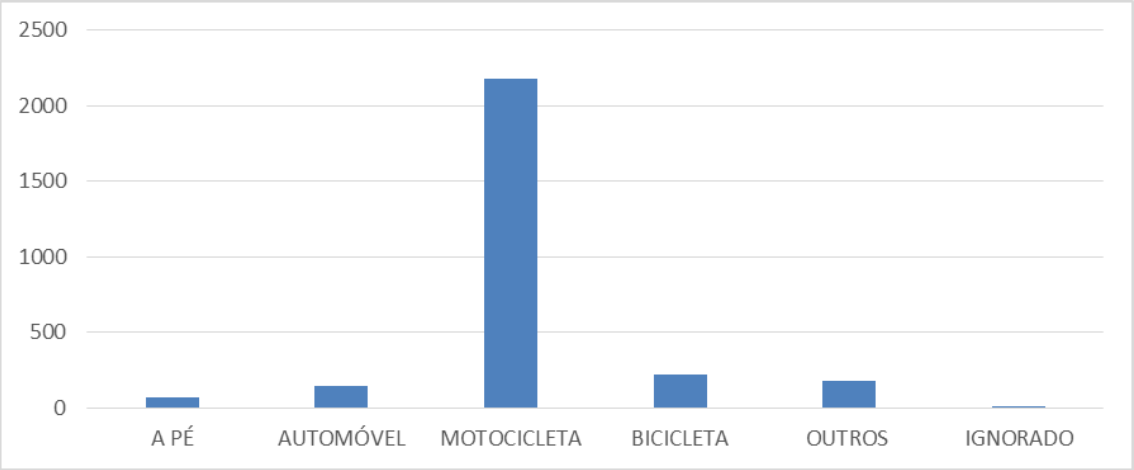
Fonte: SINATT – SES-PE. Situação da base de dados no dia 14/06/2022.

Na análise de ATT segundo o meio de locomoção em 2021, destaca-se a motocicleta como o principal meio envolvido, seguida de bicicletas e outros. Esse resultado corrobora com os achados da literatura que indicam que os motociclistas geralmente representam a maior proporção de internações consequentes de ATT, porém, difere de alguns estudos que demonstram que os pedestres também estão entre as maiores proporções de internações por ATT visto que na IX Região de Saúde eles encontram-se na quarta posição (ANDRADE; JORGE, 2017; ANDRADE; JORGE, 2016; SOUTO et al., 2016; GAWRYSZEWSKI et al., 2000).

A motocicleta é um dos principais meios de locomoção utilizados pela população dos municípios da IX Região de Saúde, principalmente por ser considerado um meio de transporte econômico e de fácil aquisição, o que pode estar associado ao fato de ter a proporção mais alta entre os meios de locomoção de ATT e da grande diferença entre a proporção dela e dos demais meios de locomoção.

A bicicleta, ocupando o seu lugar neste ranking, pode ser devido ao aumento crescente do seu uso pela população, já os ATT relacionados ao veículo de tração animal e animal montado (outros veículos) pode ser devido a população rural ainda ser muito alta e corresponder a mais da metade da população em alguns municípios da regional, fazendo com que esse meio de transporte seja considerado comum na região.

Figura 39: Número de Acidentes de Transporte Terrestre Segundo Meio de Locomoção, IX Região de Saúde de Pernambuco, 2021.



Fonte: SINATT – SES- PE. Situação da base de dados no dia 14/06/2022.

Dentro desse contexto, é importante ressaltar que as internações decorrentes de ATT geram gastos expressivos com a saúde e por afetarem a população economicamente ativa, também causam impacto social e econômico relevante, que ocasiona aumento dos gastos sobre o orçamento familiar e relativos à Previdência Social, sendo assim, um problema que traz consequências que vão além do setor saúde (ANDRADE; JORGE, 2017).

O conhecimento desse perfil é importante para auxiliar no planejamento de ações de saúde e políticas de prevenção de acidentes, norteando a organização dos serviços de assistência à saúde e vigilância em saúde para lidar com essa problemática, além da articulação com outros setores que possam estar envolvidos. Tais ações devem ser direcionadas principalmente a indivíduos do sexo masculino, adultos jovens, em especial os condutores de motocicleta, buscando formas de diminuir os ATT na IX Região de Saúde de Pernambuco.

3.2.6 Acidentes de Trabalho

Os acidentes, juntamente com as violências, são agravos que expressam uma importante carga na morbimortalidade do Brasil, e por constituirem um significativo problema de saúde pública são objetos prioritários de diversas ações. No escopo dos acidentes há o grupo de acidentes de trabalho, definido por Brasil (2006) como

> “evento súbito ocorrido no exercício de atividade laboral, independentemente da situação empregatícia e previdenciária do trabalhador acidentado, e que acarreta dano à saúde, potencial ou

> imediato, provocando lesão corporal ou perturbação funcional que causa, direta ou indiretamente (concausa) a morte, ou a perda ou redução, permanente ou temporária, da capacidade para o trabalho”

No território da IX Região de Saúde, conforme disposto na tabela a seguir, ocorreram 702acidentes de trabalho graves entre os anos 2017 e 2021, tendo sido observado o maior número de notificações em 2019, com 169 ocorrências. O município de Trindade se destaca como o município com o maior número de casos notificados no período, com 161 notificações. O município de Trindade é um dos principais municípios gesseiros da região, com diversos postos de trabalho, o que pode estar relacionado ao número de notificações.

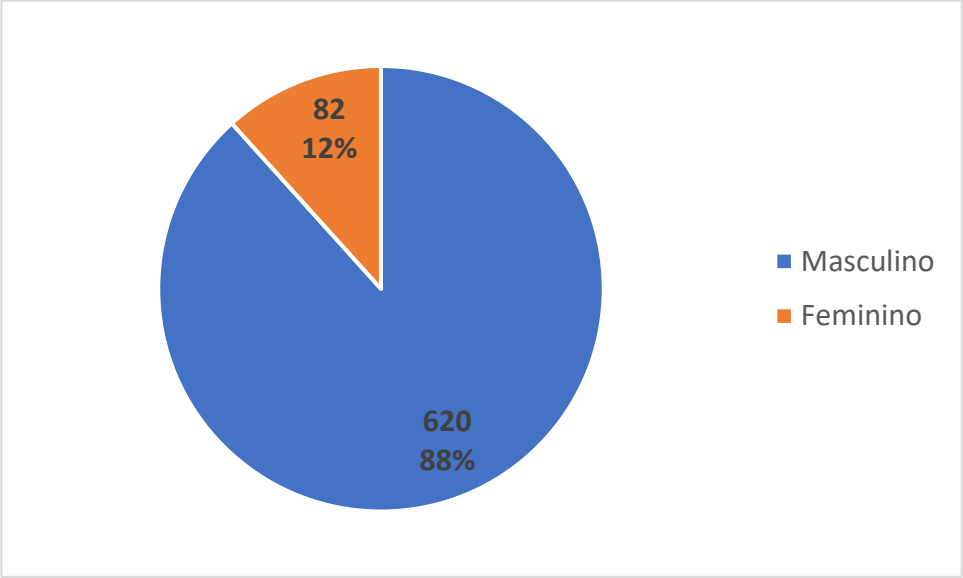
Tabela 38: Número de Notificações de Acidente de Trabalho Grave por município de residência, IX Região de Saúde de Pernambuco, 2017 a 2021.

Município	2017	2018	2019	2020	2021	Total
Araripina	26	26	45	26	13	136
Bodocó	15	7	17	3	8	50
Exu	11	3	9	21	5	49
Granito	0	2	1	1	3	7
Ipubi	15	16	12	10	22	75
Moreilândia	1	3	1	2	2	9
Ouricuri	13	15	29	10	12	79
Parnamirim	2	4	11	8	5	30
Santa Cruz	14	8	15	8	41	86
Santa Filomena	5	5	5	3	2	20
Trindade	32	45	24	12	48	161
Total	134	134	169	104	161	702

Fonte: SINAN/IX GERES – PE. Situação da base de dados no dia 11/07/2022.

Ao estratificar o perfil dos casos notificados, é possível observar que a maioria dos casos ocorreram em indivíduos do sexo masculino, totalizando 620 casos (88%), ao passo que apenas 12% das notificações se tratavam de mulheres (82 casos).

Figura 40: Notificações de Acidente de Trabalho Grave segundo sexo, IX Região de Saúde de Pernambuco, 2017 a 2021



Fonte: SINAN/IX GERES – PE. Situação da base de dados no dia 11/07/2022.

O local de acidente mais comum correspondeu às instalações contratantes, com 239 notificações, seguido do próprio domicilio da vítima (203 casos). No que concerne ao tipo de acidente, o acidente de trabalho típico foi o mais frequente, com 513 notificações.

A evolução dos casos demonstra que 13 acidentes de trabalho evoluíram para a morte do trabalhador por causa direta do acidente, 66 trabalhadores apresentaram incapacidade parcial permanente e 9 desenvolveram incapacidade total permanente. Esses dados demonstram a urgente necessidade de fortalecimento das ações de saúde do trabalhador na região.

Tabela 39: Notificações de Acidente de Trabalho Grave segundo local, tipo e evolução do acidente, IX Região de Saúde de Pernambuco, 2017 a 2021.

VARIÁVEL	N
Local acidente	
Instalações contratante	239
Via pública	108
Instalações de terceiros	113
Domicílio próprio	203
Ign/Branco	39
Tipo acidente	
Típico	513
Trajeto	108
Ign/Branco	81
Evolução do acidente	
Cura	218
Incapacidade Temporária	326
Incapacidade parcial permanente	66
Incapacidade total permanente	9
Óbito pelo acidente	13
Óbito por outras causas	1
Outra	14
Ign/Branco	55
Total	702

Fonte: SINAN/IX GERES – PE. Situação da base de dados no dia 11/07/2022.

3.2.7 Violências

Para a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2008), o termo violência define-se como o uso intencional de força física, real ou em ameaça, contra si próprio, outro indivíduo, grupo ou comunidade, podendo resultar em lesão, dano psicológico e morte. A tabela abaixo apresenta o número de notificações de violência entre 2014 e 2021 na IX Região de Saúde. Verifica-se que houve um aumento entre 2017 e 2019. O ano com maior número de notificações foi 2017 (807 notificações), enquanto 2015 apresentou o menor quantitativo de casos (403 notificações).

Entendemos que ainda deve ter um percentual considerável de subnotificações, mas podemos concluir que os serviços de saúde da região têm tido um olhar especial para notificar os casos de violência. Na série histórica avaliada, Ouricuri apresentou um percentual de 39,54%, enquanto Granito é responsável por 1,10% dos casos notificados. É de extrema importância a

realização de atividades educativas com foco na cultura de paz e fortalecimento da rede de apoio às vítimas de violências na região.

Tabela 40: Número de Notificações de Violência Interpessoal/Autoprovocada por município de residência, IX Região de Saúde de Pernambuco, 2014 a 2021.

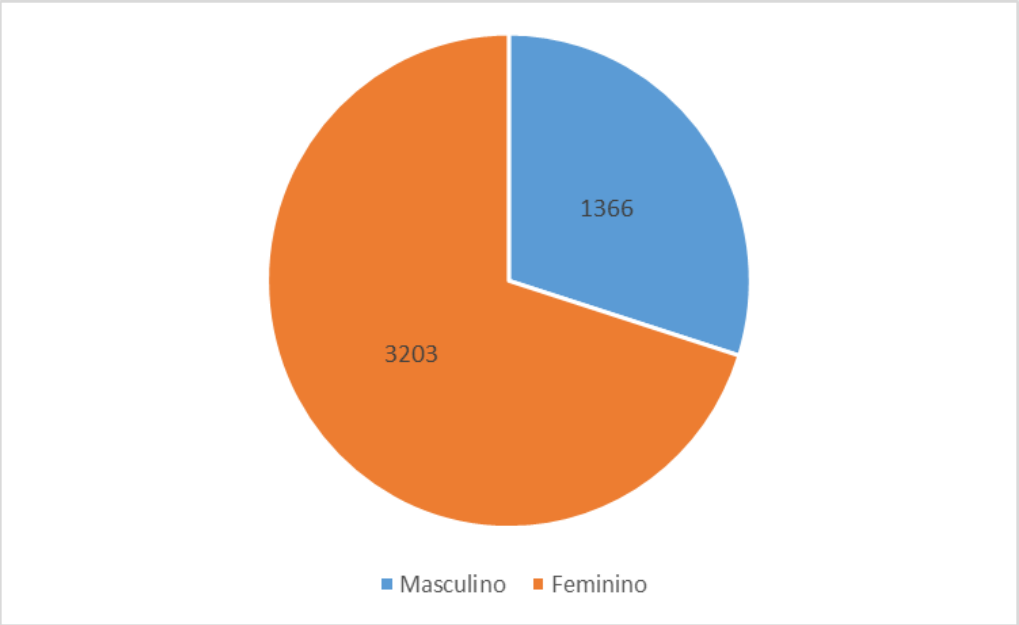
Município	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	Total
Araripina	37	35	34	154	125	129	20	41	575
Bodocó	26	28	29	89	93	126	81	88	560
Exu	51	52	18	33	23	39	49	64	329
Granito	1	5	3	8	7	14	1	13	52
Ipubi	25	20	17	53	32	36	18	33	234
Moreilândia	3	4	9	17	14	12	5	9	73
Ouricuri	222	196	225	294	208	220	209	206	1780
Parnamirim	9	11	11	39	41	21	15	18	165
Santa Cruz	10	13	19	32	23	33	32	45	207
Santa Filomena	33	7	14	27	23	33	35	13	185
Trindade	48	32	29	61	55	60	67	57	409
Total	465	403	408	807	644	723	532	587	4569

Fonte: SINAN/IX GERES – PE. Situação da base de dados no dia 31/05/2022.

Quanto à estratificação das vítimas, segundo sexo, 69,6% são do sexo feminino e 30,4% do sexo masculino (figura 41). Esse cenário pode ser observado em todo Brasil. Apesar de frequente, apresentando prevalência mais alta do que muitas patologias, a violência de gênero sofre uma invisibilidade de origem social. Destaca-se nessa invisibilidade a difusão da ideia de que a violência entre parceiros íntimos é um problema privado, que só pode ser resolvido pelos envolvidos.

As normas e leis da sociedade, até recentemente, permitiam ou não puniam a violência de gênero, como nos casos de assassinatos de mulheres em que se alegava a defesa da honra. As escolas formadoras de profissionais da saúde não preparam para o manejo de casos de violência, o que pode contribuir para sua não detecção (MARINHEIRO et al., 2006).

Figura 41: Notificações de Violência Interpessoal/Autoprovocada segundo sexo, IX Região de Saúde de Pernambuco, 2014 a 2021



Fonte: SINAN/IX GERES – PE. Situação da base de dados no dia 02/06/2022.

A tabela abaixo apresenta a classificação segundo tipo de lesão por município de residência no período de 2014 a 2021. O município com maior quantitativo de notificações de violência autoprovocada foi Ouricuri (442 casos), seguido de Bodocó (146 casos). Devemos levar em consideração o fato dos dois municípios possuírem uma Vigilância Epidemiológica Hospitalar bem consolidada e atenta aos casos de violência.

Tabela 41: Número de Notificações segundo tipo de violência por município de residência, IX Região de Saúde de Pernambuco, 2014 a 2021.

Município	Ign/Branco	Autoprovocada	Outros tipos	Total
Araripina	46	44	485	575
Bodocó	46	146	368	560
Exu	26	40	263	329
Granito	11	21	20	52
Ipubi	23	58	153	234
Moreilândia	20	12	41	73
Ouricuri	40	442	1298	1780
Parnamirim	9	85	71	165
Santa Cruz	13	69	125	207
Santa Filomena	19	42	124	185
Trindade	145	51	213	409
Total	398	1010	3.155	4.569

Fonte: SINAN/IX GERES – PE. Situação da base de dados no dia 31/05/2022.

A atenção integral às pessoas em situação de violência é premissa nos cuidados em saúde e deve ser articulada intersetorialmente com os demais

integrantes da rede de proteção integral, da qual fazem parte os executores das políticas sociais, os órgãos de proteção e garantia de direitos, os operadores da lei e da segurança pública e os organismos não governamentais e comunitários que atuam na defesa dos direitos humanos e na emancipação dos sujeitos (BRASIL, 2019).

3.3 MORTALIDADE

3.3.1 Mortalidade Geral

O país vem apresentando importante mudança no cenário epidemiológico de morbidade e mortalidade, passando a predominar as enfermidades crônicas com óbitos em faixas etárias mais avançadas. O coeficiente de mortalidade é uma das medidas que expressa a relação entre o total de óbitos pela população exposta ao risco de morrer e possibilita uma análise do perfil de mortalidade de determinada população, segundo o Atlas Econômico do Rio Grande do Sul (2020).

Considerando as causas de mortalidade na IX Região de Saúde por capítulo de CID, as quatro mais prevalentes em ordem decrescente foram: as Doenças do Aparelho Circulatório; as Causas Externas de Morbidade e Mortalidade; as Neoplasias e as Doenças do Aparelho Respiratório (tabela 42).

As Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT) constituem um dos maiores problemas de saúde pública e atualmente são responsáveis por cerca de 70% de todas as mortes no mundo (Malta DC et al. 2017). Neste grupo estão incluídas as doenças do aparelho circulatório, que se apresentam com a maior taxa de mortalidade na IX Regional em todo o período analisado, com destaque de maior ocorrência para os anos de 2012 e 2013, com taxas de mortalidade de 169.31 e 168.90 por 100 mil habitantes, respectivamente.

Para Corassa et.al. (2017), a mortalidade por causas externas de morbidade e mortalidade vêm crescendo no país e estão entre as principais causas de morte no mundo, ocupando a segunda maior causa de morte na regional, com destaque para os anos de 2012 e 2015, com CM de 94.43/100 mil hab e 95.48/100 mil hab., respectivamente. Quando especificamos as causas, percebemos os acidentes de trânsito como principal responsável por este indicador. A IX Região de Saúde apresenta uma das maiores taxas de mortalidade por acidentes de trânsito registradas em Pernambuco, sendo

necessário implementar, em parceria, ações de promoção e educação da população na prevenção e redução dos acidentes.

De acordo com Silva et.al. (2018), a mortalidade por neoplasias cresceu consideravelmente ao longo dos anos no Brasil e no mundo, sendo um importante problema de saúde pública, condicionado por um processo de transição epidemiológica, demográfica, tecnológica e de hábitos de vida. Corresponde à terceira causa de mortalidade na IX Região de Saúde e em conformidade com cenário nacional, apresentou gradativo aumento na sua taxa, com destaque para os anos de 2018, apresentando CM de 82,28/100 mil habitantes e em 2019, cujo CM atingiu 93.58/100 mil habitantes.

As Doenças do Aparelho Respiratório estão em quarto lugar nas causas de mortalidade na regional, com destaque para os anos de 2016 e 2018, cujo CM foi de 62.56 e 61.36/100 mil hab., respectivamente. O perfil das causas de morte no Brasil tem mudado de forma importante. A transição epidemiológica e demográfica vem ocorrendo de forma acelerada, com redução das mortes por doenças infecciosas e parasitárias e aumento das doenças crônicas. Entretanto, o contexto sanitário decorrente da pandemia de Covid-19 acarretou em um movimento atípico, com aumento brusco da taxa de mortalidade por doenças infecciosas e parasitárias no último biênio, saindo de uma taxa de 27,82 óbitos por 100.000 hab em 2019 para 79,33 e 147,18 em 2020 e 2021, respectivamente.

Tabela 42: Taxa de mortalidade/100 mil hab. (Tx) por grupos de causas capítulos da CID 10. IX Região de Saúde de Pernambuco. 2010 a 2021

Causa (Cap CID10)	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
	Tx	Tx	Tx	Tx	Tx	Tx	Tx	Tx	Tx	Tx
Capitulo I - Algumas doenças infecciosas e parasitarias	22.25	22.46	20.56	25.31	27.99	24.41	19.79	27.82	79.33	147.18
Capitulo II - Neoplasias [tumores]	67.66	73.22	64.29	80.81	63.41	74.93	82.28	93.58	76.81	79.14
Capítulo III - Doenças do sangue e dos órgãos hematopoéticos e alguns transtornos imunitários	3.91	4.38	3.48	4.03	6.57	5.11	3.68	5.06	5.31	2.22
Capítulo IV - Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	37.29	39.38	42.86	42.27	37.71	37.75	38.45	38.78	41.90	40.54
Capítulo V - Transtornos mentais e comportamentais	6.62	11.38	6.08	7.19	7.71	7.66	6.22	5.90	8.38	8.05
Capítulo VI - Doenças do sistema nervoso	7.82	6.42	11.29	8.05	8.57	6.53	6.79	9.27	15.64	10.00
Capítulo VII - Doenças do olho e anexos	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Capítulo VIII - Doenças do ouvido e da apófise mastóide	0.00	0.00	0.29	0.00	0.00	0.28	0.00	0.00	0.00	0.00
Capítulo IX - Doenças do aparelho circulatório	169.31	168.90	151.46	146.09	161.11	151.84	158.05	156.24	167.87	166.89
Capítulo X - Doenças do aparelho respiratório	36.69	43.76	49.52	60.68	62.56	51.09	61.36	56.20	53.35	48.32
Capítulo XI - Doenças do aparelho digestivo	23.46	25.09	23.17	19.27	31.99	22.99	25.16	21.92	25.42	25.83
Capítulo XII - Doenças da pele e do tecido subcutâneo	0.90	0.58	1.74	1.73	1.43	2.55	4.52	4.50	3.63	4.44
Capítulo XIII - Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo	1.50	0.88	0.87	0.86	0.86	1.70	3.11	2.53	1.68	3.05
Capítulo XIV - Doenças do aparelho geniturinário	8.42	9.04	8.11	7.76	12.57	8.80	10.18	12.08	12.01	12.22
Capítulo XV - Gravidez, parto e puerpério	1.80	0.88	1.74	1.73	2.86	0.85	0.57	1.41	1.12	0.28
Capítulo XVI - Algumas afecções originadas no período perinatal	21.35	14.29	15.64	17.25	19.42	17.03	14.99	21.92	15.36	16.11

Capítulo XVII - Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas	6.62	5.83	7.82	8.91	6.00	4.54	9.05	5.06	4.19	5.55
Capítulo XVIII - Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte	36.69	29.75	37.36	53.20	63.70	54.21	46.37	45.80	41.34	32.49
Capítulo XIX - Lesões, envenenamentos e algumas outras conseqüências de causas externas	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Capítulo XX - Causas externas de morbidade e de mortalidade	94.43	92.18	92.67	95.48	88.55	89.69	82.00	73.06	81.28	87.47
Capítulo XXI - Fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Capítulo XXII - Códigos para propósitos especiais	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.56	5.00
Total	**546.72**	**548.41**	**538.93**	**580.62**	**603.01**	**561.96**	**572.56**	**581.12**	**635.17**	**694.79**

Fonte: SIM- Secretaria Estadual de saúde/IX Geres/SES-PE. IBGE censo (2010). Estimadas (2012-2013-2014-2015-2016-2017-2018-2019-2020 e 2021). Dados coletados em:12/05/2022.

A tabela abaixo demonstra as 25 principais causas de óbito na região e como elas se distribuem por sexo entre os anos de 2012 a 2021.

Tabela 43: Mortalidade proporcional das 25 causas específicas mais importantes de óbitos segundo lista CID-10 por sexo. IX Região de Saúde de Pernambuco. 2012 a 2021

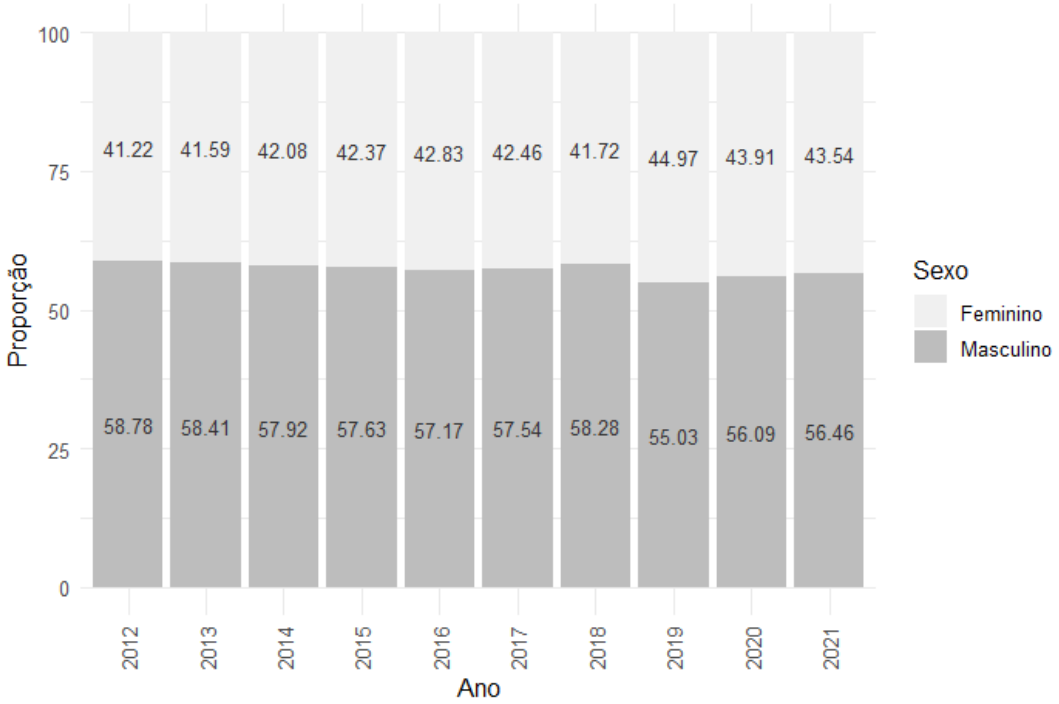
Causa cap- CID 10	Masculino	Feminino
	%	%
Infarto agudo do miocárdio	8.30	9.40
Outras causas mal definidas e as não especificadas de mortalidade	4.66	4.49
Pneumonia por microorganismo não especificada	3.40	4.83
Diabetes mellitus não especificado	2.74	4.62
Acidente vascular cerebral, não especificado como hemorrágico ou isquêmico	3.01	4.25
Hipertensão essencial (primária)	2.46	4.23
Doenças por vírus, de localização não especificada	3.09	3.32
Agressão por meio de disparo de outra arma de fogo ou de arma não especificada	4.84	0.33
Insuficiência cardíaca	1.51	2.19
Outras doenças cerebrovasculares	1.57	2.03
Outras doenças pulmonares obstrutivas crônicas	1.40	1.79
Outras septicemias	1.40	1.79
Motociclista traumatizado em outros acidentes de transporte e em acidentes de transporte não especificados	2.29	0.34
Doença cardíaca hipertensiva	1.13	1.46
Morte sem assistência	1.19	1.29
Neoplasia maligna dos brônquios e dos pulmões	1.07	1.21
Neoplasia maligna do estômago	1.14	0.91
Neoplasia maligna da próstata	1.70	0.00
Doença alcoólica do fígado	1.40	0.32
Lesão autoprovocada intencionalmente por enforcamento, estrangulamento e sufocação	1.33	0.40
Sequelas de doenças cerebrovasculares	0.85	1.02
Agressão por meio de objeto cortante ou penetrante	1.34	0.28
Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de Álcool	1.43	0.16
Hemorragia intracerebral	0.80	0.91
Diabetes mellitus não-insulino-dependente	0.47	1.22

Fonte: SIM - IX GERES/SES-PE. Dados coletados em:12/05/2022.

De uma forma geral os óbitos prevalecem no sexo masculino com proporções superiores ao feminino em todo o período em análise (Figura 42).

.

Figura 42: Distribuição proporcional dos óbitos segundo sexo, por ano. IX Região de Saúde de Pernambuco. 2012 a 2021



Fonte: SIM - IX GERES/SES-PE. Dados coletados em:12/05/2022.

A tabela abaixo mostra que a faixa etária com maior proporção de óbitos é de 65 anos ou mais, o que corrobora com o processo de mudança da transição demográfica dos óbitos no país.

Tabela 44: Proporção de óbito segundo faixa etária. IX Região de Saúde de Pernambuco. 2012 a 2021

Faixa Etária	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
< 1 a	6,16	4,09	5,05	4,85	5,11	4,14	4,79	5,17	3,52	3,48
01-04ª	1,44	1,13	1,29	0,85	0,66	0,74	0,97	0,75	0,68	0,83
05-14ª	1,53	1,45	1,27	0,92	1,1	1,28	1,72	1,19	0,66	0,45
15-24ª	5,69	4,95	4,31	4,74	4,69	5,32	4	2,56	4,9	4,36
25-34ª	5,75	5,96	5,35	7,01	5,56	4,88	3,96	5,67	6,8	6,23
35-44ª	6,58	7,06	8,94	6,29	6,64	6,43	7,87	7,55	8,86	9,01
45-54ª	8,07	8,59	8,51	7,43	7,27	9,24	10,05	8,16	8,96	10,93
55-64ª	9,28	8,18	7,71	12,54	10,31	10,84	10,85	10,79	13,62	13,78
65 e+	41,05	40,91	53,08	59,33	66,08	54,98	53,62	62,08	65,73	72,58
Ign	0,04	0,17	0,11	0,05	0,2	0	0,1	0	0	0,04
Total	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

Fonte: SIM - IX GERES/SES-PE. Dados coletados em:12/05/2022.

Em uma análise das causas específicas de óbito mais frequentes em cada faixa etária, descrita na tabela abaixo, observa-se que as causas externas de morbidade e mortalidade foi a causa mais comum a partir do primeiro ano de vida até os 44 anos,

com destaque na faixa dos 15 aos 24 anos, onde representou 69,92% dos óbitos. Segundo Neves e Garcia (2015), por se tratar de uma população adulta jovem, as causas da mortalidade são diversas, incluindo agressões, violência, homicídios, entre outras. É uma faixa etária economicamente ativa e que seria importante realizar ações mais efetivas de prevenção de óbitos e ações voltadas para a promoção da saúde.

Tabela 45: Principais causas de óbito segundo faixa etária, IX Região de Saúde, 2012 a 2021.

Faixa Etária	Capítulo CID 10	Proporção
< 1 ano	Algumas afecções originadas no período perinatal	64,12
1 a 4 anos	Causas externas de morbidade e de mortalidade	22,22
5 a 14 anos	Causas externas de morbidade e de mortalidade	41,45
15 a 24 anos	Causas externas de morbidade e de mortalidade	69,92
25 a 34 anos	Causas externas de morbidade e de mortalidade	60,07
35 a 44 anos	Causas externas de morbidade e de mortalidade	38,07
45 a 54 anos	Doenças do aparelho circulatório	22,6
55 a 64 anos	Doenças do aparelho circulatório	28,89
65 anos ou mais	Doenças do aparelho circulatório	36,36

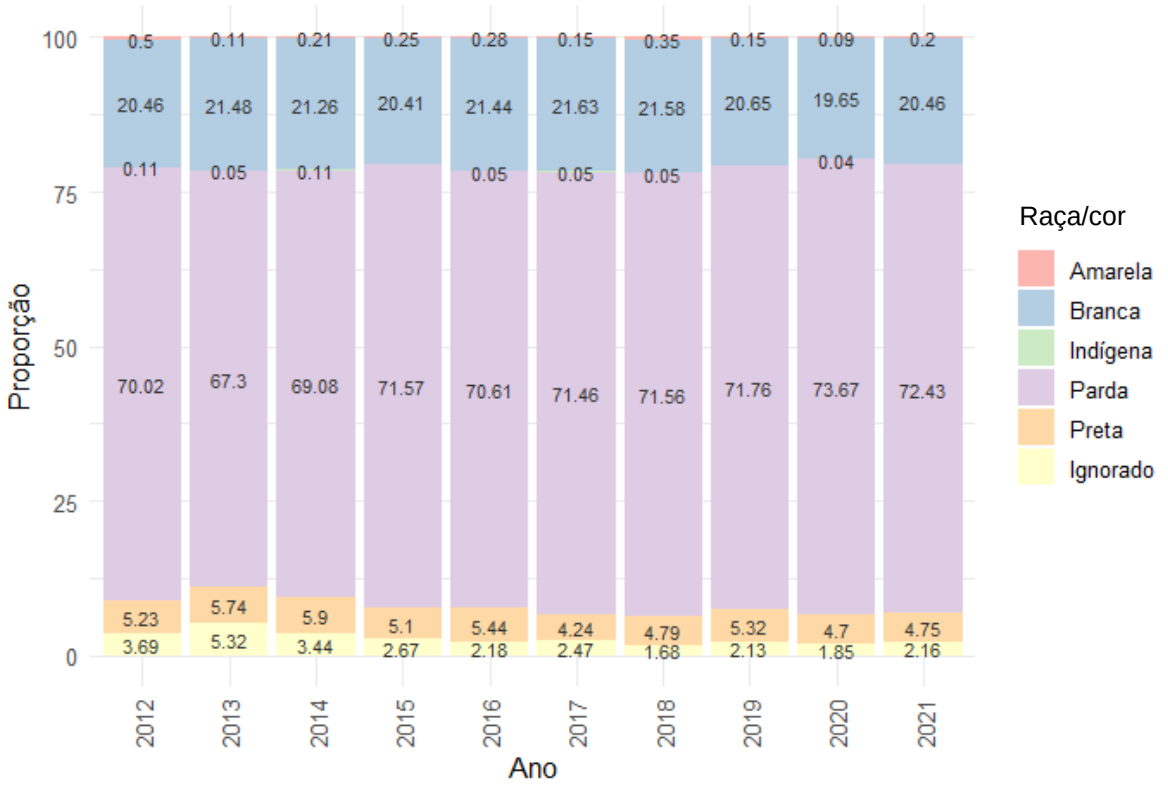
Fonte: SIM - IX GERES/SES-PE. Dados coletados em:12/05/2022.

Algumas afecções originadas no período perinatal foram a maior causa de mortalidade na faixa etária de menores de um ano, sendo 64,12% do total de óbitos. As afecções originadas neste período causam a prematuridade e o baixo peso ao nascer, podendo ser as causas da mortalidade. A assistência ao pré-natal e ao parto são fundamentais, bem como os cuidados ofertados tanto à mãe como ao filho.

As doenças do aparelho circulatório foram mais frequentes em indivíduos de 45 anos ou mais, com ênfase na faixa de 65 anos ou mais, equivalente a 36,36% do total dos óbitos.

a figura abaixo revela que no campo raça/cor a opção parda é predominante sobre todas as outras, seguida de branco e preta. No Brasil, estudos sobre a mortalidade segundo o recorte étnico-racial apontam complexidade, com desafios de ampliação da cobertura dos serviços de saúde para cada um dos grupos.

Figura 43: Distribuição de óbitos segundo raça/cor. IX Região de Saúde de Pernambuco, 2012 a 2021.



Fonte: SIM - IX GERES/SES-PE. Dados coletados em:12/05/2022.

Ao longo dos tempos percebe-se um aprimoramento no preenchimento do campo raça/cor, algo que antes não recebia o devido valor aos olhos dos notificadores ou responsáveis pelo preenchimento deste campo, hoje exigido em algumas pactuações de saúde, onde é obrigatório o seu preenchimento. Nesse sentido, é notável o aprimoramento da variável, podendo estar sendo obtida com mais qualidade, o que permite uma maior confiabilidade dos indicadores para o planejamento de ações de saúde para a população, segundo Pícole *et.al*. (2019).

3.3.2 Mortalidade Infantil

A Organização Pan-americana de Saúde (2008) traz que a taxa de mortalidade infantil é obtida através do número de óbitos de menores de um ano de idade, por mil nascidos vivos, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado. Expressa a composição da mortalidade infantil por períodos: neonatal (precoce e tardio) e pós-neonatal. Percentuais elevados de óbitos neonatais estão preponderantemente associados a fatores da gestação e do parto, enquanto que, no período pós-neonatal, predominam as causas socioeconômicas e ambientais.

O coeficiente de mortalidade infantil vem sendo muito usado na saúde pública e reflete as condições de vida de uma população, uma vez que a criança com menos de um ano de vida é extremamente sensível às condições ambientais. Reflete de maneira geral, as condições de desenvolvimento socioeconômico e infraestrutura ambiental, bem como o acesso e a qualidade dos recursos disponíveis para a atenção à saúde materna e da população infantil.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) considera aceitável taxa de mortalidade infantil de 10 óbitos por mil nascidos vivos. De acordo com o Pacto pela Saúde 2010 e 2011, em 2009 o Brasil obteve a taxa de 14,8 óbitos por 1.000 nascidos vivos. Historicamente, a região Nordeste apresenta os maiores índices de mortalidade infantil. Porém, ao longo dos anos podemos observar em Pernambuco uma redução desse coeficiente. No ano de 2010 o Estado permaneceu com uma taxa de mortalidade infantil de 15,22 por mil nascidos vivos e em 2018 esta taxa foi de 12,00 por mil nascidos vivos.

A tabela abaixo apresenta os coeficientes de mortalidade infantil entre 2012 e 2021 na IX Região de Saúde. Avaliando a tendência secular do Coeficiente de Mortalidade Infantil observa-se que, apesar da redução anual média de 0,67%, seu valor é muito próximo de zero, indicando uma tendência estacionária.

Em 2021, os municípios de Granito, Parnamirim, Bodocó e Santa Cruz foram os que apresentaram maior Coeficiente de Mortalidade (24,00, 19,01, 18,98, 18,92/ mil NV respectivamente). Exu obteve a menor taxa de mortalidade (9,64/mil NV) no ano analisado.

De acordo com Pícole R.P *et al.* Apud Malta (2019), as causas de óbitos infantis na sua maioria são classificadas como evitáveis, total ou parcialmente evitáveis, por ações que devem ser desenvolvidas de forma efetiva e acessível pelos serviços de saúde. Esta classificação é feita através da lista de Mortes de Causas Evitáveis por Intervenções no âmbito do Sistema Único de Saúde do Brasil.

Tabela 46: Coeficiente de Mortalidade Infantil (CM* 1000 NV) segundo município de residência. IX Região de Saúde de Pernambuco. 2012 a 2021.

Município	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Araripina	21,16	11,87	17,58	16,01	13,35	12,67	19,52	15,32	9,63	14,76
Bodocó	18,71	13,21	15,97	22,02	14,52	18,52	20,76	21,15	20,68	18,98
Exu	14,55	5,61	31,62	9,94	20,74	17,24	9,4	17,61	11,42	9,64
Granito	8,77	21,74	0	19,42	18,35	10,53	7,94	0	18,52	24
Ipubi	12,35	13,59	13,73	22,51	14,21	18,37	21,87	20,3	13,94	12,11
Moreilândia	27,59	12,27	5,78	11,9	14,49	0	14,18	31,45	0	13,99
Ouricuri	19,4	13,35	17,93	14,33	17,94	11,97	12,47	21,66	17,01	16,21
Parnamirim	15,62	6,54	16,89	12,74	17,91	18,87	9,74	6,58	13,42	19,01
Santa Cruz	14,81	25,97	11,36	23,1	40,18	25	8,77	20	9,39	18,96
Santa Filomena	18,35	5,71	5,41	26,18	20,83	17,96	9,85	15,23	29,59	14,63
Trindade	13,51	22,91	5,02	10,14	41,75	15,18	23,13	21,05	16,84	15,71
Total	17,65	13,28	15,75	16,17	19,27	14,83	16,32	18,13	14,13	15,41

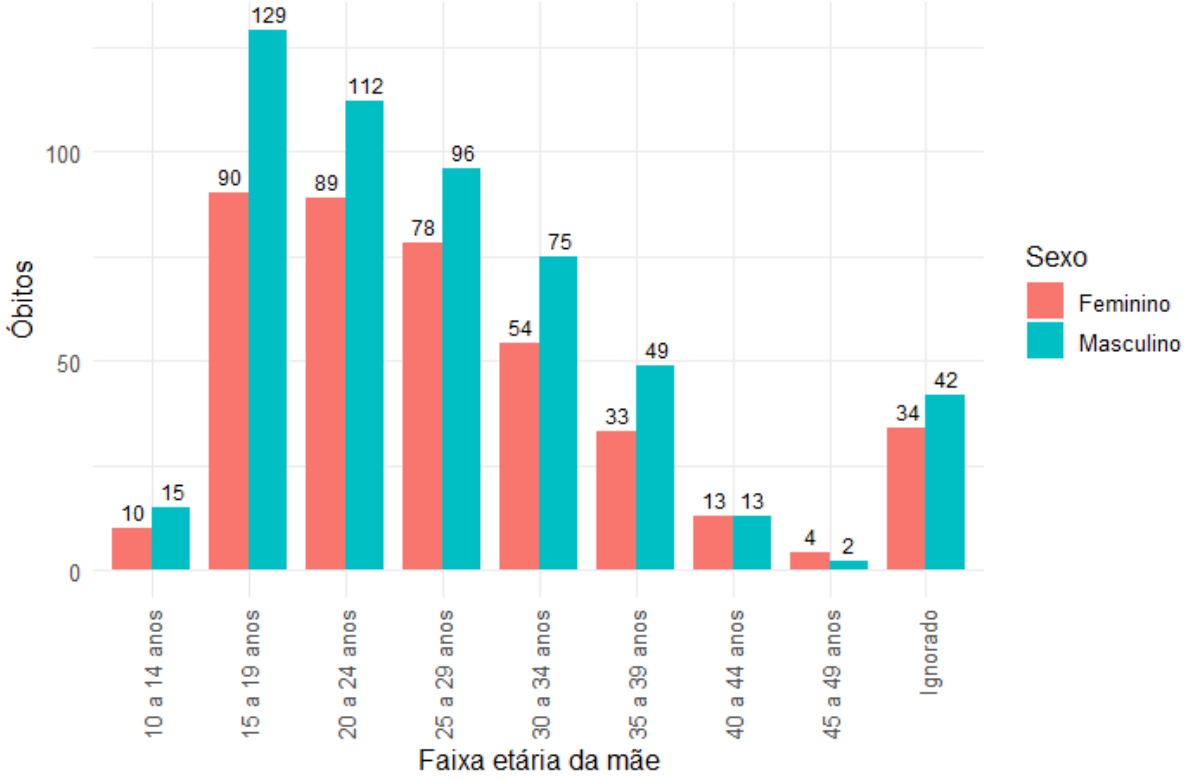
* Coeficiente de Mortalidade (CM) por 1000 NV

Fonte: SIM- Secretaria Estadual de saúde/IX Geres/SES-PE. TABNET/DATASUS. Dados coletados em: 12/05/2022.

Segundo Pícole et al. (2019, p. 3321), “uma das estratégias que pode contribuir para o aprimoramento da definição da causa óbito, seria o aprimoramento do Comitê de Prevenção de Mortalidade Infantil”, o que contribuiria para a qualidade dos registros, estatísticas oficiais de saúde e resultaria em ações de promoção e assistência mais efetivas.

Na figura abaixo observamos a relação entre a idade da mãe e a distribuição, por sexo, dos óbitos infantis numa série histórica de 10 anos, em que o maior quantitativo de óbitos ocorreu em filhos de mães adolescentes (244). Há um número considerável de mães menores de 14 anos (25), podendo estar relacionado à vulnerabilidade social na região, ou, à falha na assistência da Atenção Primária a este público em relação ao desenvolvimento das políticas públicas de planejamento familiar e promoção à saúde para a prevenção de gravidez na adolescência, entre outros. No recorte temporal proposto para essa análise tivemos um quantitativo de 76 óbitos no qual a variável sexo foi Ignorado.

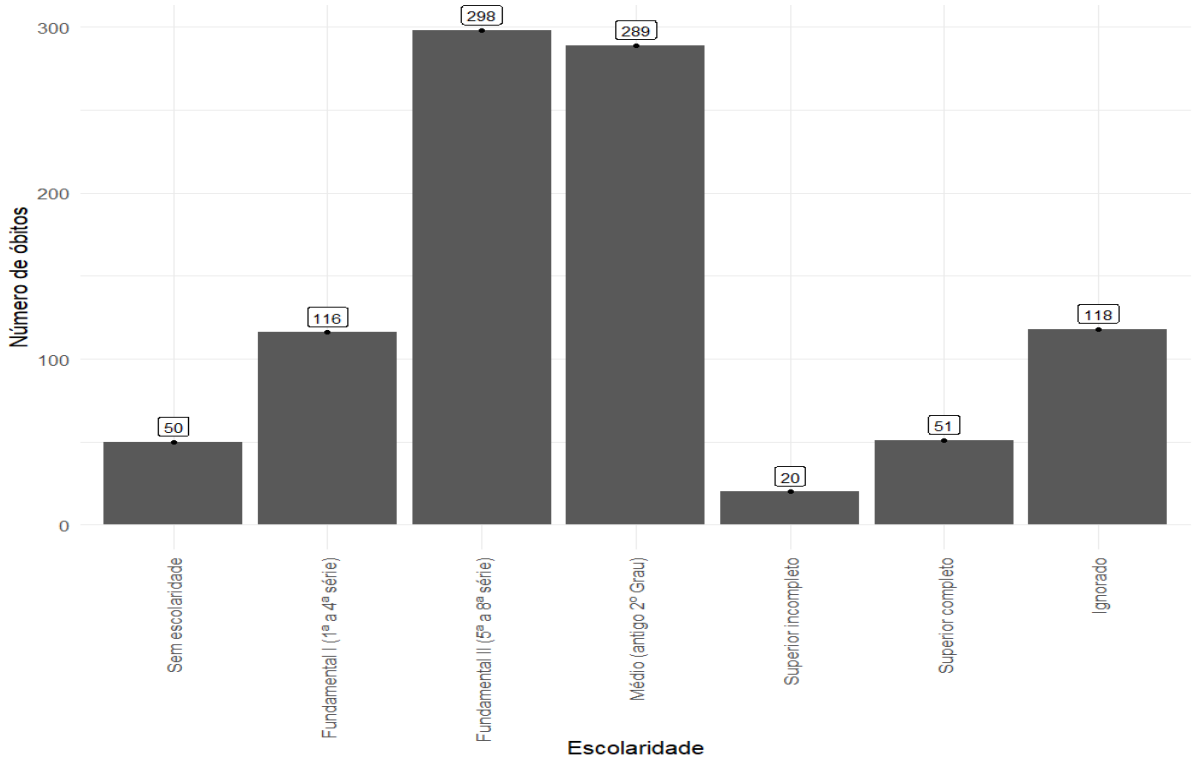
Figura 44: Distribuição do número de óbitos infantis por sexo, segundo faixa etária da mãe. IX Região de Saúde de Pernambuco. 2012 a 2021.



Fonte: SIM - IX GERES/SES-PE. Dados coletados em:12/05/2022.

Relacionado à escolaridade, os maiores volumes de óbitos infantis são de mães sem escolaridade ou que chegaram até o Fundamental II - 5ª a 8ª série (464), enquanto que as mães com nível médio completo ao superior concentram 360 óbitos, porém, ainda há um expressivo quantitativo de óbitos cujo grau de escolaridade das mães não foi informado ou ignorado (118), o que aponta uma incompletude e má qualidade do preenchimento do instrumento de notificação do Sistema de Informação de Mortalidade (SIM).

Figura 45: Distribuição de óbitos infantis segundo nível de escolaridade da mãe. IX Região de Saúde de Pernambuco. 2012 a 2021



Fonte: SIM - IX GERES/SES-PE. Dados coletados em:12/05/2022.

3.3.3 Mortalidade perinatal

O período perinatal começa com 22 semanas completas de gestação e termina aos sete dias incompletos após o nascimento. O coeficiente de mortalidade perinatal é um importante indicador das condições de saúde materna e neonatal e reflete a qualidade da assistência ofertada. De maneira geral, reflete a ocorrência de fatores vinculados à gestação e ao parto, entre eles o peso ao nascer, bem como as condições de acesso a serviços de saúde e a qualidade da assistência pré-natal, ao parto e ao recém-nascido (Brasil, 2009).

Quando analisamos a IX Região de Saúde também observamos um declínio anual médio de 1.73%. Em 2012 a taxa da região foi de 16,71/mil NV, apresentando 15,05/mil NV em 2021. Dessa forma, é necessário a realização de estudos em nível regional para a aplicação de metodologias que enfoquem a evitabilidade dos óbitos perinatais, a fim de subsidiar o planejamento de ações e estratégias que impactem na redução do indicador em todos os seus municípios.

Analisando a taxa de mortalidade perinatal no ano de 2021 por município, observa-se que Santa Filomena, Bodocó e Exu apresentaram as maiores taxas no ano em questão.

Figura 46: Coeficiente de mortalidade perinatal segundo município de residência. IX Região de Saúde de Pernambuco. 2012 a 2021.

Município	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Araripina	15,87	17,81	19,46	10,47	13,35	10,67	14,03	11,64	12,85	15,40
Bodocó	17,01	9,43	5,99	16,51	9,07	10,29	8,65	11,54	11,28	22,77
Exu	16,36	11,21	15,81	1,99	6,91	10,78	7,52	13,70	15,98	19,28
Granito	17,54	10,87	0,00	0,00	0,00	0,00	15,87	0,00	9,26	16,00
Ipubi	12,35	17,48	15,69	15,01	17,76	20,41	5,96	16,61	5,23	15,57
Moreilândia	20,69	18,40	0,00	29,76	7,25	6,99	7,09	6,29	8,40	6,99
Ouricuri	16,75	16,01	13,04	14,33	13,22	23,94	14,25	14,44	11,34	14,30
Parnamirim	20,83	6,54	6,76	31,85	14,93	26,42	19,48	26,32	13,42	15,21
Santa Cruz	14,81	8,66	3,79	26,40	13,39	12,50	4,39	16,00	28,17	4,74
Santa Filomena	22,94	22,86	10,81	20,94	15,63	5,99	0,00	25,38	23,67	24,39
Trindade	18,58	13,09	15,05	11,82	7,95	15,18	7,12	14,04	6,73	6,98

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

A redução deste indicador pode estar relacionada a melhor qualidade da assistência à gestante durante o período pré-natal, pré-parto, e especialmente, durante o parto, porém, embora tenha ocorrido um declínio nas taxas de mortalidade perinatal, a situação ainda representa uma preocupação para a região.

Os resultados desta análise sugerem que são necessárias iniciativas, em especial para uma melhor assistência a esta população, principalmente mediante a implantação de rotinas e fluxos que garantam a adequada assistência ao período gravídico-puerperal.

Avaliando as causas de óbitos perinatais por causa de capítulo da CID-10, segue abaixo tabela com a proporção das principais causas de óbitos ocorridos no referido período. A análise mostra que a grande maioria ainda são de causas não

especificadas em todos os anos analisados, contribuindo assim para o aumento do percentual de óbitos com causa mal definida, indicador que na região se mantém em número superior ao padrão permitido.

Alguns vieses podem ser apontados como obstáculos para o alcance deste indicador, como a falta de um serviço de verificação de óbito mais próximo da região, falta de segurança e conhecimento dos profissionais responsáveis por prestar este serviço e falha na efetividade dos grupos técnicos municipais de discussão do óbito, entre outros.

Tabela 47: Distribuição percentual das principais causas de óbitos perinatais (Categorias do Cap. XVI CID-10). IX Região de Saúde de Pernambuco. 2012 a 2021.

Óbitos por Causa (CID10)	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Morte fetal de causa não especificada	57,55	42,45	32,08	41,51	29,25	42,45	25,47	48,11	29,25	44,34
Feto e recém-nascido afetados por complicações da placenta, do cordão umbilical e das membranas	18,82	11,76	15,29	5,88	10,59	3,53	12,94	11,76	16,47	9,41
Feto e recém-nascido afetados por afecções maternas, não obrigatoriamente relacionadas com a gravidez atual	11,25	15	13,75	16,25	8,75	13,75	10	10	2,5	15
Hipóxia intra-uterina	6,98	6,98	15,12	20,93	10,47	6,98	8,14	3,49	3,49	2,33
Outras malformações congênitas não classificadas em outra parte	2,94	1,47	1,47	4,41	4,41	13,24	4,41	8,82	2,94	1,47
Feto e recém-nascido afetados por complicações maternas da gravidez	1,2	2,41	1,2	0	3,61	2,41	3,61	3,61	3,61	4,82
Feto e recém-nascido afetados por outras complicações do trabalho de parto e do parto	1,54	6,15	1,54	1,54	4,62	3,08	0	0	4,62	3,08
Anencefalia e malformações similares	1,2	2,41	1,2	2,41	0	0	1,2	1,2	1,2	1,2
Transtornos transitórios do metabolismo dos carboidratos específicos do feto e do recém-nascido	0	1,47	1,47	0	0	1,47	1,47	1,47	2,94	2,94
Crescimento fetal retardado e desnutrição fetal	2,35	1,18	0	0	0	0	0	0	2,35	3,53

Fonte: SIM - IX GERES/SES-PE. Dados coletados em:12/05/2022. Estimativa populacional (10 a 49 anos) preliminares elaboradas pelo Ministério da Saúde/SVS/DASNT/CGIAE.
Taxa de mortalidade por 100.00 mil

Quanto aos óbitos fetais, podemos observar a evolução do indicador de óbitos investigados através da tabela abaixo. Durante o período é notório a evolução dos municípios, alguns deles durante todos os anos mantém 100% de óbitos investigados e a partir de 2013 outros também apresentam expressiva melhora do indicador, o que pode ser resultado dos trabalhos de educação permanente sobre a área afim, desenvolvidos pela regional com os municípios, capacitando técnicos de sistemas e profissionais da assistência.

Tabela 48: Distribuição percentual de Óbitos Fetais investigados por município. IX Região de Saúde de Pernambuco. 2013 a 2021

Município	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Araripina	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Bodocó	80	100	100	60	100	100	100	66,67	100
Exu	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Granito	100	-	-	-	-	100	-	100	100
Ipubi	88,89	100	100	100	100	100	100	100	100
Moreilândia	100	-	100	100	100	100	100	100	100
Ouricuri	100	93,75	100	100	100	100	100	100	100
Parnamirim	100	100	100	100	85,71	100	87,5	100	100
Stª Cruz	100	100	100	100	100	100	100	83,33	100
Stª Filomena	100	100	100	100	100	-	100	100	83,33
Trindade	100	100	100	100	88,89	100	100	100	100

Fonte: SIM - IX GERES/SES-PE. Dados coletados em:12/05/2022.

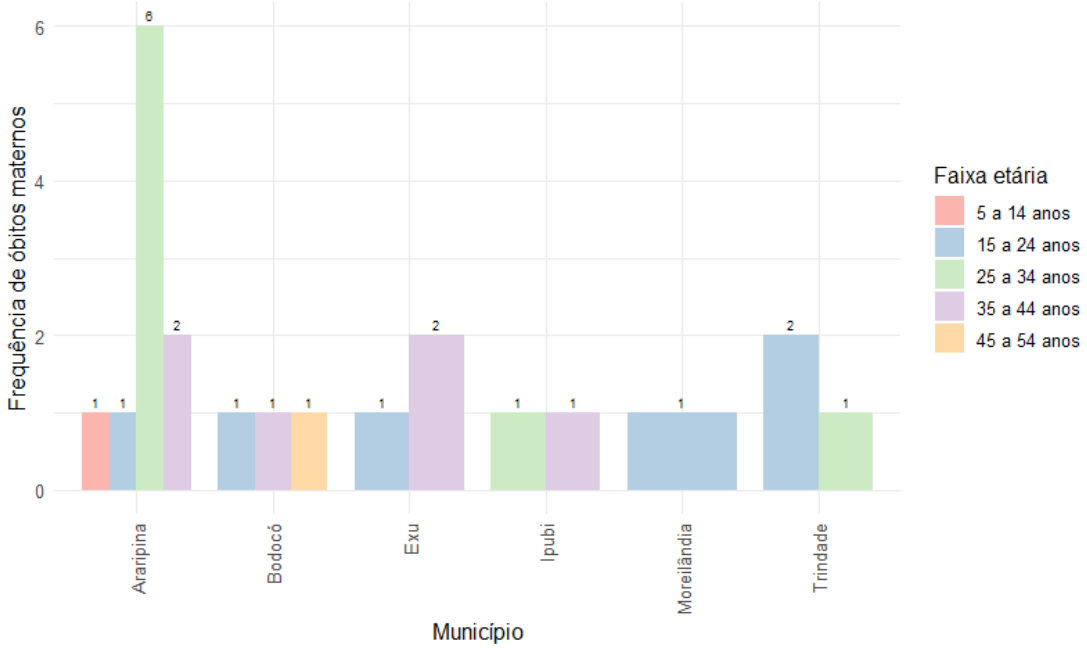
3.3.4 Mortalidade materna

Segundo a 10ª Revisão da Classificação Internacional de Doenças - 2018 (CID 10), a mortalidade materna é definida como o óbito de uma mulher durante a gestação ou até 42 dias após o término da gestação, independentemente da duração ou da localização da gravidez, devido a qualquer causa relacionada com ou agravada pela gravidez ou por medidas em relação a ela, porém não devida a causas acidentais ou incidentais. Por se tratar de óbitos evitáveis e sensíveis às desigualdades socioeconômicas e fragilidades da rede de saúde, este indicador retrata o acesso à assistência e as condições de saúde e de atenção à saúde da mulher. Constitui-se um dos

indicadores mais adequados para avaliar a cobertura e a qualidade dos serviços de saúde de forma integral, assim como é extremamente sensível à pobreza e a desigualdade social.

Observamos na figura abaixo a distribuição dos óbitos maternos por faixa etária no qual as mulheres adultas jovens predominam, e as adolescentes ocupam a segunda colocação neste lamentável ranking. Ainda é possível observar como estes óbitos se distribuíram pelos municípios que compõem a região.

Figura 47: Distribuição de Óbito Materno por faixa etária e segundo município de residência. IX Região de Saúde de Pernambuco. 2017 a 2021.



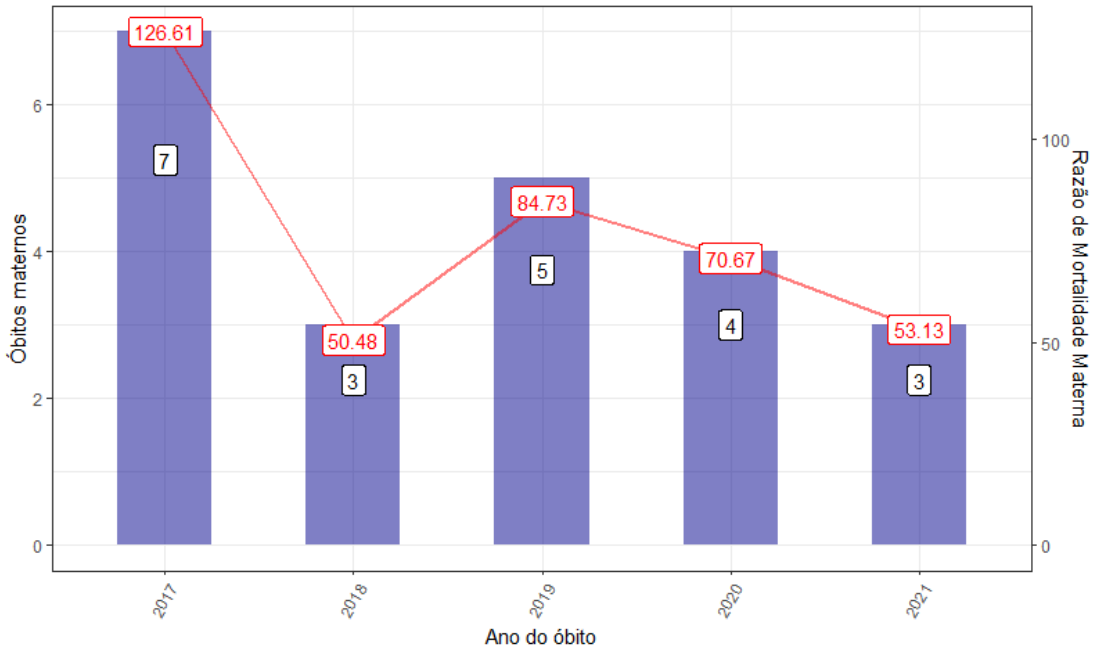
Fonte: MS/SVS/CGIAE- SIM. Dados coletados em:12/05/2022.

Na figura abaixo, ao analisar a variação da razão de óbitos maternos ocorridos na IX Região de Saúde de 2017 a 2021, pode-se observar que houve uma diminuição significativa de óbitos no ano de 2018,

No ano de 2013 o Brasil apresentou aproximadamente 54 óbitos de mulheres/100 mil nascidos vivos, e esse número deveria ser reduzido até 2015 para 35/100 mil nascidos vivos, segundo os Objetivos do Desenvolvimento do Milênio (2000), entretanto até o ano de 2021 esta meta ainda não havia sido alcançada. No Estado de Pernambuco em 2008, o indicador foi de 66,8 e em

2013 passou para 57,28, segundo dados do Painel da Mortalidade Materna do DATASUS (PERNAMBUCO, 2013).

Figura 48: Razão de Mortalidade Materna e número de Óbito Materno, IX Região de Saúde de Pernambuco, 2017 a 2021.



Fonte: SIM - MS/SVS/CGIAE. Dados coletados em:12/05/2022.

Se compararmos o ano de 2019 com o ano de 2021, observamos um declínio, que pode estar atrelado à definição dos fluxos de acesso aos serviços de referência, organização da rede obstétrica, contribuições e encaminhamentos do Grupo de Discussão do Óbito Materno da IX GERES, onde há reuniões periódicas para discussão e investigação dos casos e direcionamento de ações que visam elucidar as causas de óbitos, possibilitando melhorias nas ações de saúde.

Abaixo, podemos analisar o tipo de causa obstétrica segundo a categoria do óbito da CID-10. Estes dados nos permitem, além de outras coisas, identificar através de estudo do grupo técnico, onde possivelmente estão ocorrendo falhas no sistema e na rede de saúde para assim implantar as medidas necessárias que possibilitem a prevenção dos óbitos maternos.

Tabela 49: Distribuição dos óbitos maternos por categoria Cid-10 e tipo de causa obstétrica. IX Regional de Pernambuco. 2017 a 2021.

Morte Materna Obstétrica	2017	2018	2019	2020	2021
Aborto não especificado	0	1	0	0	0
Complicações de anestesia durante o trabalho de parto e o parto	0	0	0	1	0
Complicações do puerpério não classificadas em outra parte	0	0	1	0	1
Complicações venosas na gravidez	0	0	1	0	0
Doenças infecciosas e parasitárias maternas classificáveis em outra parte mas que compliquem a gravidez, o parto e o puerpério	0	0	0	1	0
Doenças por vírus, de localização não especificada	0	0	0	0	1
Gravidez ectópica	1	0	0	0	0
Hemorragia pós-parto	0	0	1	0	0
Hipertensão gestacional [induzida pela gravidez] com proteinúria significativa	0	1	1	0	0
Infecção puerperal	1	0	0	1	0
Insuficiência cardíaca	1	0	0	0	0
Morte, por qualquer causa obstétrica, que ocorre mais de 42 dias, mas menos de 1 ano, após o parto	1	0	0	0	0
Outras causas mal definidas e as não especificadas de mortalidade	1	0	0	0	0
Outras doenças da mãe, classificadas em outra parte, mas que complicam a gravidez o parto e o puerpério	0	0	0	1	0
Outras formas de doença cardíaca pulmonar	0	1	0	0	0
Outras vasculopatias necrotizantes	1	0	0	0	0
Outros transtornos respiratórios	0	0	0	0	1
Outros traumatismos obstétricos	1	0	1	0	0

Fonte: MS/SVS/CGIAE- SIM. Dados coletados em: 12/05/2022.

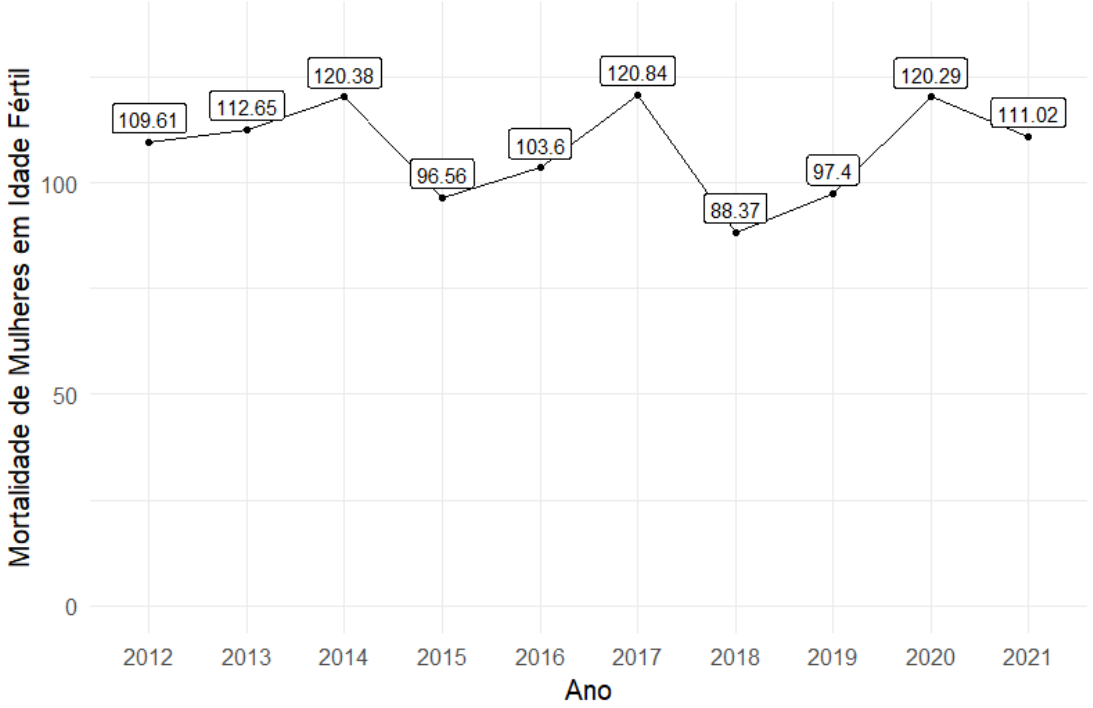
3.3.5 Mortalidade de mulheres em idade fértil

A população de mulheres em idade fértil entre 10 e 49 anos de idade (OMS, 2008) representa uma parcela importante da população geral e constitui ainda uma fração considerável da força produtiva do país. Desempenha

também um papel social fundamental para a constituição e manutenção da família, incluindo a concepção e o cuidado durante o crescimento dos filhos.

Na IX Região de Saúde, a taxa de mortalidade foi de 109,61/100 mil mulheres em idade fértil em 2012 e 111,02/100 mil mulheres em idade fértil em 2021, ambas superiores à do Estado, quando comparadas (2010 TM MIF 107,87 e em 2019 TM MIF de 102,95) com elevações entre os anos analisados na IX Região. Isto reforça a importância e a necessidade de identificar e conhecer os principais problemas de adoecimento e óbito deste grupo populacional, visando subsidiar o planejamento das ações e intervenções direcionadas a real necessidade da mulher nesta fase da vida.

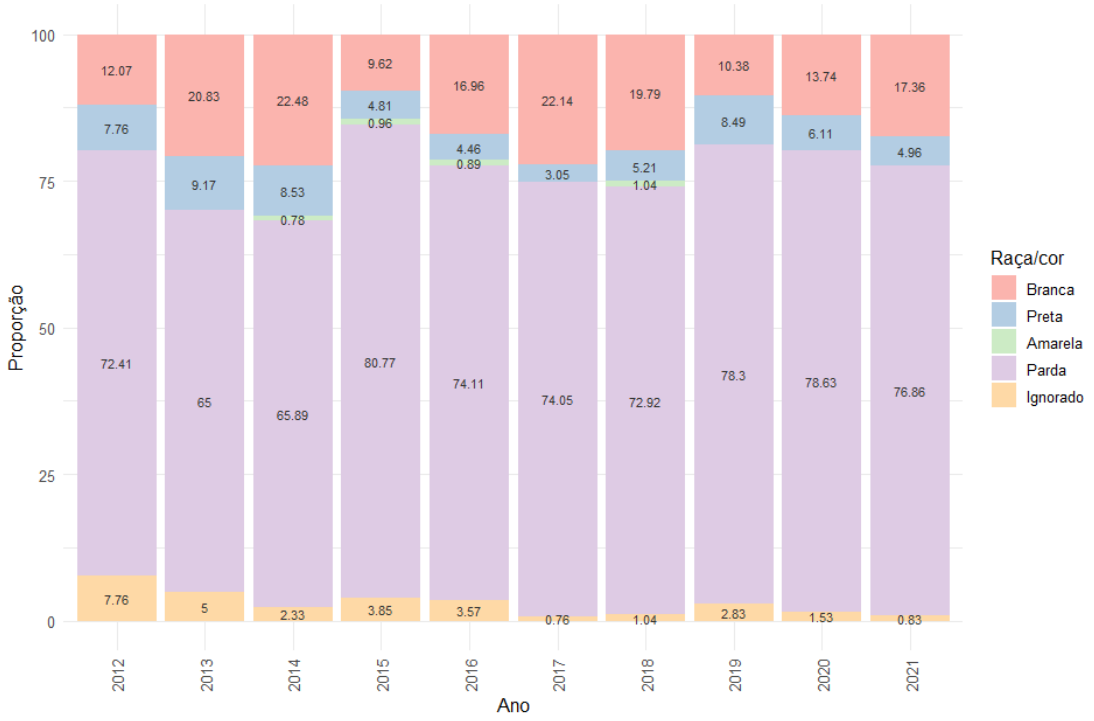
Figura 49: Distribuição e Taxa de Mortalidade* de Mulheres em Idade Fértil. IX Região de Saúde de Pernambuco. 2012 a 2021.



Fonte: SIM - IX Geres/SES-PE. Estimativas populacionais (10 a 49 anos) preliminares elaboradas pelo Ministério da Saúde/SVS/DASNT/CGIAE.
*Taxa de mortalidade por 100.000 mil hab

Traçando um perfil deste indicador, observa-se no ano de 2021 76,86% dos óbitos são declarados como parda, seguidos de branca (17,36%) e preta (4,96%). Sem informação ainda estão 0,83%.

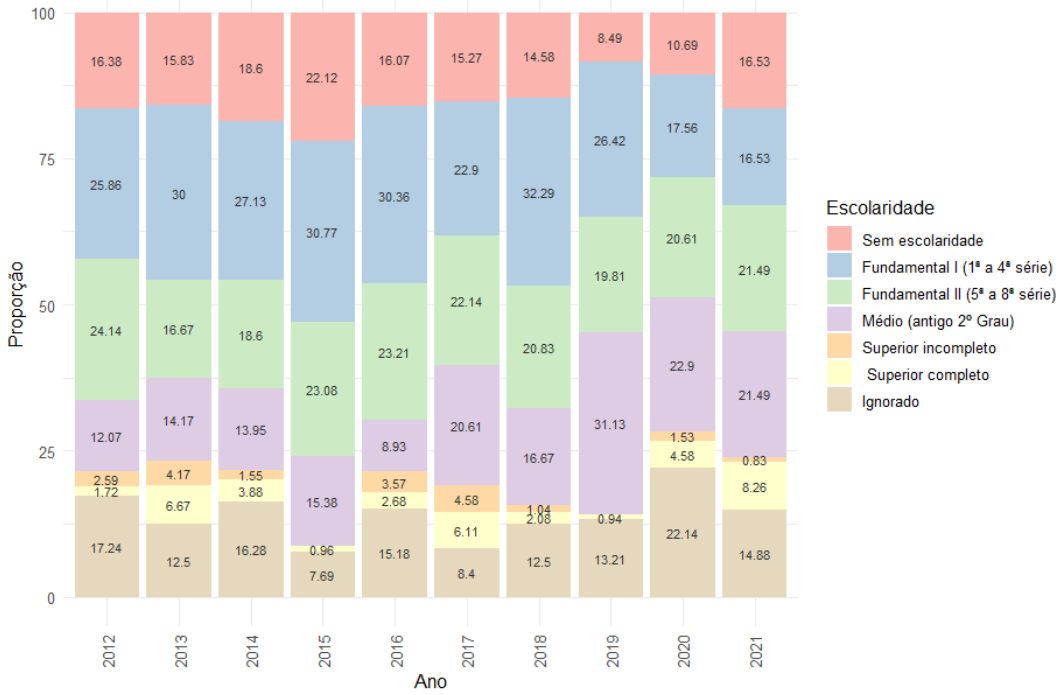
Figura 50: Distribuição de óbitos de mulheres em idade fértil, segundo raça/cor. IX Regional de Pernambuco. 2012 a 2021.



Fonte: SIM- IX GERES/SES-PE. Dados coletados em:12/05/2022.

A figura abaixo mostra a distribuição por ano dos óbitos de mulheres em idade fértil segundo nível de escolaridade. Na IX Região de Saúde os maiores valores de óbitos, seguindo as estatísticas, prevalece na população com menor grau escolar, o que sugere ser pessoas de menor poder aquisitivo ou em situação de vulnerabilidade social.

Figura 51: Distribuição de óbitos de Mulheres em Idade Fértil segundo nível de escolaridade. IX Região de Saúde de Pernambuco. 2012 a 2021.



Fonte: SIM- IX GERES/SES-PE. Dados coletados em:12/05/2022.

Na tabela abaixo observamos a distribuição dos óbitos de mulheres em idade fértil, quando calculado a taxa de mortalidade deste grupo, por 100 mil mulheres na faixa etária de 10 a 49 anos.

Tabela 50: Distribuição dos óbitos de mulheres em idade fértil, por município e ano do óbito, IX Região de Saúde de Pernambuco. 2012 a 2021.

Município	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	Total
Araripina	30	41	29	30	38	36	26	25	42	33	330
Bodocó	11	7	16	10	12	17	9	7	8	11	108
Exu	5	7	16	6	9	15	5	11	7	10	91
Granito	1	5	1	5	2	3	0	3	7	2	29
Ipubi	14	8	8	11	9	11	5	9	15	8	98
Moreilândia	1	3	2	0	1	1	3	0	4	2	17
Ouricuri	32	23	27	21	16	20	20	25	22	29	235
Parnamirim	6	7	10	3	6	5	10	9	4	8	68
Santa Cruz	4	4	6	4	4	4	3	6	5	5	45
Stª Filomena	1	4	5	2	4	3	3	2	7	4	35
Trindade	11	11	9	12	11	16	12	9	10	9	110
Total	116	120	129	104	112	131	96	106	131	121	1166

Fonte: SIM-IXGERES/SES.

A vigilância dos óbitos de Mulheres em Idade Fértil inclui a investigação através de instrumento específico (Ficha de Investigação de Óbito de Mulher em Idade Fértil) da ocorrência de possíveis óbitos maternos. Essa vigilância é baseada na observação de causa básica de morte materna presumível ou mascarada.

Morte Materna Presumível ou Mascarada - é considerada aquela cuja causa básica, relacionada ao estado gravídico-puerperal, não consta na declaração de óbitos por falha no preenchimento (BRASIL, 2007).

Dentre as principais causas de morte materna presumíveis investigadas na IX Regional de Saúde de Pernambuco entre 2014 e 2021 (tabela 51), destaca-se o infarto agudo do miocárdio (n 1656), seguido de pneumonias (n 953) e causa desconhecida (n 779). Observa-se ao longo da série histórica uma tendência de aumento dos óbitos por doenças relacionadas ao aparelho circulatório, bem como a necessidade veemente de qualificação das causas básicas atribuídas aos óbitos de Mulheres de Idade Fértil.

Tabela 51: Distribuição das principais causas de morte materna presumível investigadas por ano de ocorrência do óbito. IX Região de Saúde de Pernambuco. 2014 a 2021.

Causas presumíveis	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	Total
Infarto agudo do miocárdio	157	166	177	181	203	187	235	235	1656
Pneumonias	89	116	136	100	129	122	95	88	953
Causa desconhecida	78	121	163	97	64	66	72	62	779
Acidente vascular cerebral	81	87	63	64	61	71	58	72	589
Hipertensão arterial sistêmica	85	42	62	41	38	56	94	93	557
Septicemia	32	38	43	30	31	48	27	35	302
Insuficiência cardíaca congestiva	29	18	30	28	22	25	15	20	197
Morte sem assistência	5	14	13	9	49	65	12	11	180
Falência miocárdica	8	11	11	8	22	11	21	18	122

Fonte: SIM-IXGERES/SES.

3.3.6 Mortalidade por causas externas

As causas externas de mortes são definidas por traumas, lesões e qualquer agravo de saúde, deliberados ou não, de início súbito tendo como consequência violência, envenenamentos ou qualquer outra causa que não

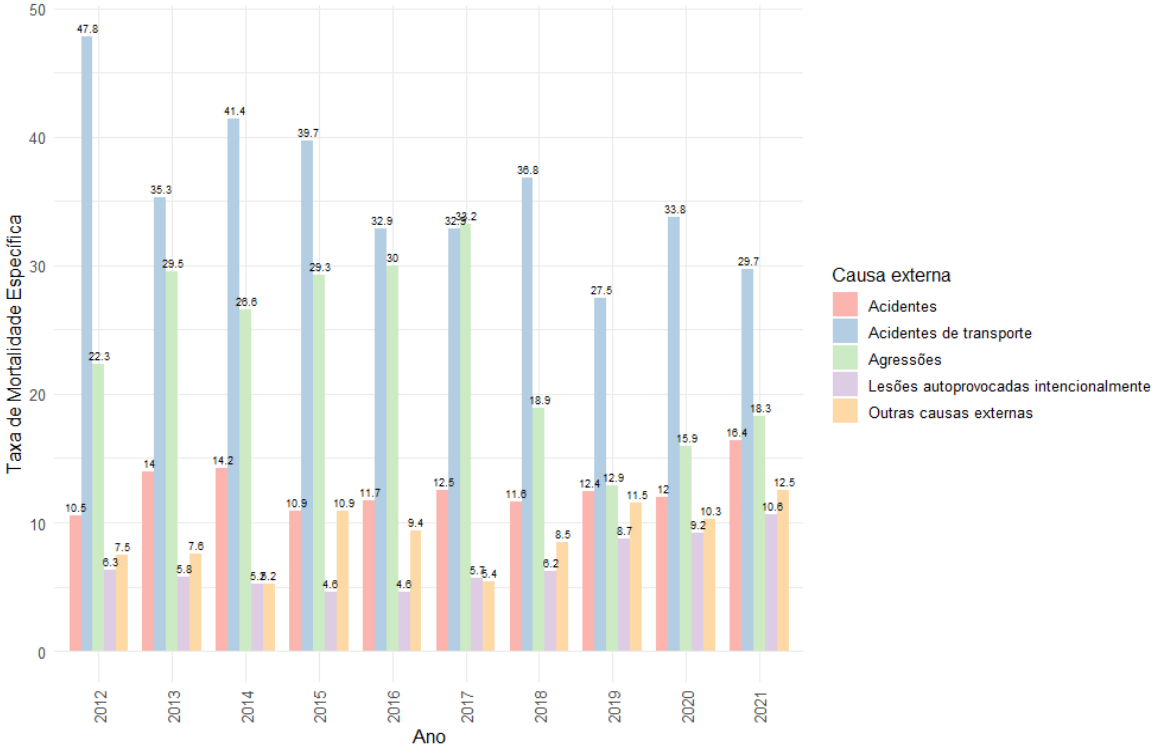
esteja associado a causa endógena e estão entre as principais causas de mortes no mundo, de acordo com Corassa et al (2017). Os acidentes e violências são responsáveis por mais de 5 milhões de mortes anuais, o que representa cerca de 9% da mortalidade global, OMS (2014, apud Corassa et al. 2017).

Na IX Região de Saúde os óbitos por acidente de transporte terrestre são a principal causa de óbito por causas externas durante toda a série histórica, 2012 a 2021. Apesar disso, este indicador vem ao longo do tempo sofrendo queda, conforme observado na figura 52.

Observa-se que a taxa de mortalidade específica por ATT foi decrescente entre os anos 2012 a 2021 com redução significativa no ano de 2019, podendo ser atribuída às ações integradas entre os órgãos públicos na região.

Ainda confirmando a diminuição, segundo o Boletim de Acidentes de Transportes Terrestres Estadual, a IX Região de Saúde ocupou o quarto lugar no Estado de Pernambuco por Regiões de Saúde em 2021 (PERNAMBUCO, 2022).

Figura 49: Taxa de Mortalidade das principais causas de óbitos por causas externas. IX Região de Saúde de Pernambuco. 2012 a 2021.



Fonte: SIM - MS/SVS/CGIAE.

As agressões vêm como segunda maior causa de óbito por causas externas, seguido de outras causas externas. As agressões na IX Região de Saúde apresentaram recrudescimento nos últimos anos três anos. Considera-se que existe violência, quando em uma situação de interação, um ou vários atores agem de maneira direta ou indireta, causando danos a uma ou mais pessoas.

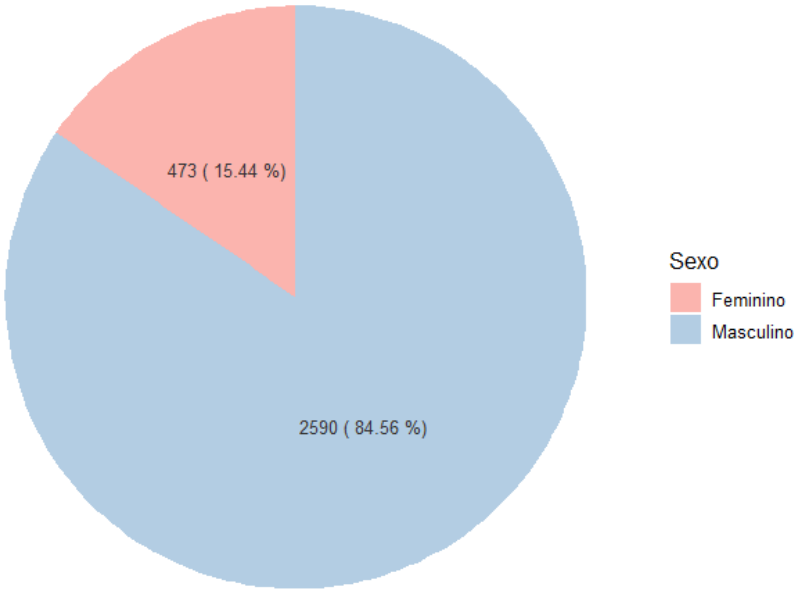
As mortes violentas no Brasil ao longo das últimas décadas vêm assumindo proporções cada vez maiores, o que tem gerado um intenso debate nos mais variados setores da sociedade. O número de homicídios no Brasil registrados pelo Sistema de Informação de Mortalidade do Ministério da Saúde (SIM) passou de 30.745 em 1991 para 45.343 em 2000. Isso representa um aumento de 50,2%, bem superior ao incremento da população que foi de 15,6% no mesmo período, segundo o Ministério da Saúde (2005).

Os óbitos por causas externas por lesões constituíram a terceira causa de mortes por causas externas na IX Região de Saúde, se manteve constante sem grandes elevações durante todo o período, se apresentando estável nos anos analisados.

Corassa et.al (2017) descreve em seu trabalho que no mundo o suicídio constituiu em 2012 a 15ª causa de morte, com mais de 800 mil óbitos, tendo projeção para 2030 de se manter entre as 20 maiores causas de óbitos por causas externas. No Brasil ocupou a 3ª posição no mesmo período (6,8%). Na IX Região de Saúde é possível observar o aumento significativo entre 2012 e 2021.

A figura a seguirdemonstra que os óbitos em sua maioria ocorrem no sexo masculino, o que evidencia uma sobremortalidade masculina em todo o intervalo estudado.

Figura 50: Distribuição dos óbitos por causas externas segundo sexo. IX Região de Saúde de Pernambuco. 2012 a 2021.

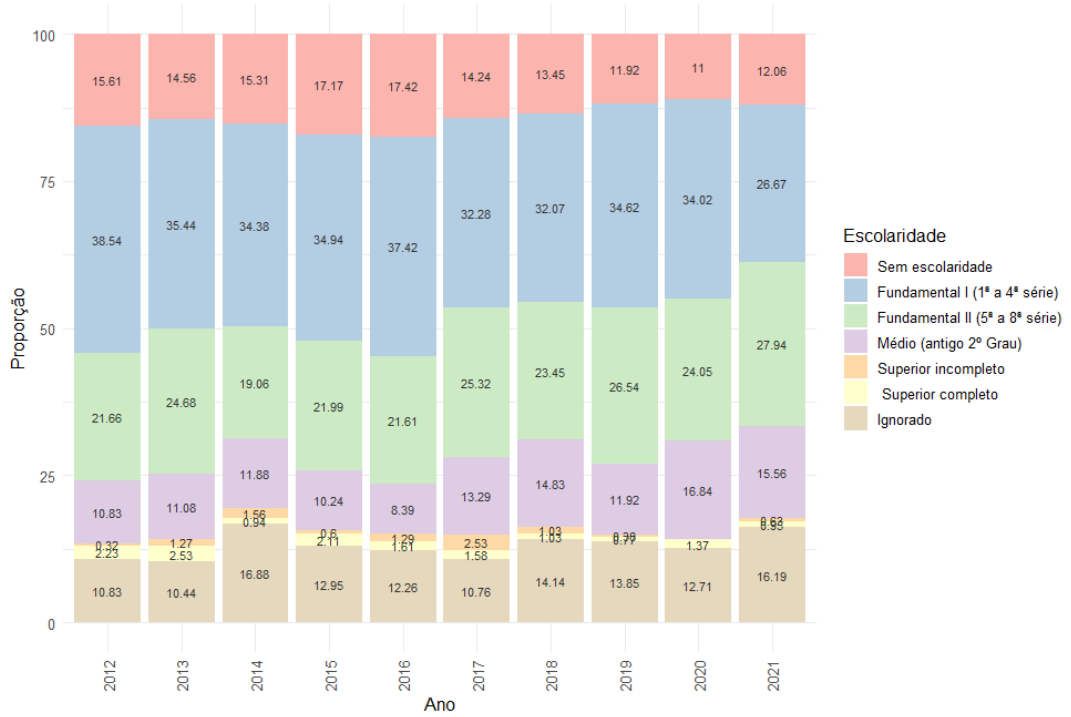


Fonte: SIM - MS/SVS/CGIAE. Dados coletados em:12/05/2022.

Martins (2007, apud Corassa et al. 2017) acredita que essa diferença possa estar relacionada às diferenças de comportamento de cada sexo e a fatores culturais que determinam maior liberdade aos homens e que a explicação para este diferente nível de mortalidade entre homens e mulheres por acidentes e violências está na exposição aos fatores de risco que são influenciados pelo estilo de vida. O autor diz ainda que a mulher, à medida que aumenta seu grau de escolaridade e se insere no mercado de trabalho, há uma aproximação do estilo de vida masculino.

Abaixo a figura mostra a distribuição dos óbitos por causa externa segundo escolaridade.

Figura 51: Distribuição dos óbitos por causas externas segundo escolaridade. IX Região de Saúde de Pernambuco. 2012 a 2021



Fonte: SIM - MS/SVS/CGIAE. Dados coletados em:12/05/2022.

Na IX Região de Saúde os maiores valores de óbitos, seguindo as estatísticas, prevalece na população com menor grau escolar, o que consequentemente sugere ser pessoas de menor poder aquisitivo ou em situação de vulnerabilidade social.

As causas externas de óbitos constituem um problema de saúde pública crescente, afetando, principalmente, adultos jovens, em idade produtiva e do sexo masculino. Estes dados epidemiológicos devem subsidiar a gestão pública para o desenvolvimento de ações que auxiliem o enfrentamento para redução dos elevados números que este indicador expressa.

3.4 IMUNIZAÇÃO

Desde o início do Século XX, as vacinas, junto com outras ações de vigilância, vêm sendo responsáveis pela eliminação e controle de doenças imunopreveníveis, a exemplo da erradicação da varíola e da interrupção da transmissão da poliomielite. O monitoramento contínuo das coberturas vacinais dos imunobiológicos responsáveis por prevenir essas doenças

imunopreveníveis deve ser uma atividade de rotina na gestão do Programa de Imunizações.

O indicador de cobertura vacinal representa um importante instrumento para a tomada de decisão nas diferentes esferas de gestão, uma vez que somente com coberturas adequadas é possível alcançar o controle ou, manter em condição de eliminação ou erradicação as doenças imunopreveníveis sob vigilância (BRASIL, 2015).

A meta de cobertura vacinal preconizada pelo Ministério da Saúde é de 95% para cada vacina. Na figura a seguir, é apresentada a série histórica da cobertura vacinal na IX Região de Saúde de Pernambuco.

A vacina pneumocócica 10 valente manteve com uma cobertura vacinal acima do preconizado pelo MS em todos os anos analisados, exceto em 2021. Ressaltamos as baixas coberturas vacinais para a BCG e meningocócica conjugada C que não conseguiu o alcance da meta no ano de 2016, e a rotavírus em 2017.

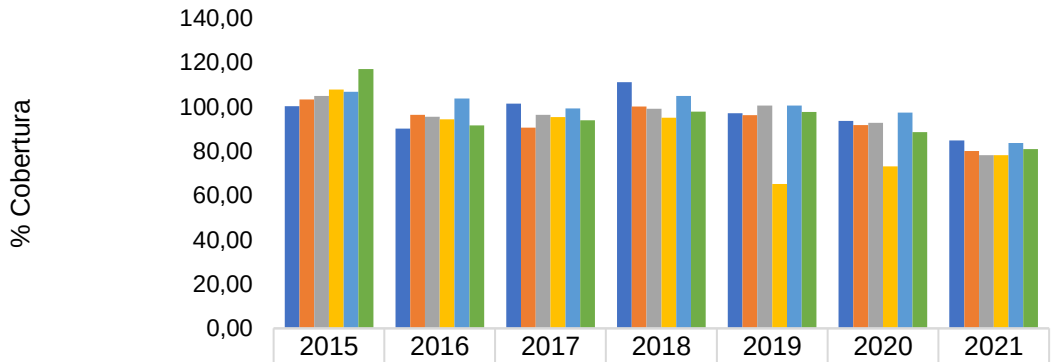
No contexto da pandemia da Covid-19, observou-se nos anos de 2020 e 2021 uma queda considerável na cobertura vacinal das crianças < 1 ano para todas as vacinas analisadas, não havendo o alcance da meta preconizada (exceto a vacina pneumocócica 10 valente em 2020, que obteve 97,15% de cobertura).

A vacina pentavalente é considerada internacionalmente como “marcador” de qualidade de serviço de vacinação. Na IX Região de Saúde o índice de cobertura vacinal alcançou cobertura acima da meta apenas nos anos de 2015, 2017 e 2018; em 2016 menos de 1 ponto percentual impossibilitou esse alcance, tendo de 2019 a 2021 uma queda brusca na cobertura por essa vacina. Justifica-se a baixa cobertura devido ao desabastecimento nacional desta vacina em 2019, levando a atrasos no envio e deficit no quantitativo de doses, com consequente vacinação de crianças fora da faixa etária de cálculo do indicador, seguindo-se em 2020 e 2021 pela pandemia da Covid-19.

A campanha de vacinação contra a poliomielite é realizada anualmente. No Brasil, a partir de 2012, a campanha contra Poliomielite passou a acontecer em etapa única. Na IX Região de Saúde de Pernambuco, as campanhas de vacinação contra poliomielite mantiveram cobertura vacinal superiores a 95%

em todos os anos, excetuando-se o ano de 2016 com cobertura de 91,70% e 2017 com 93,95%, além de 2020 e 2021, como supracitado. Ressalte-se, no entanto, que a obtenção desses indicadores de forma homogênea é uma condição para reduzir os bolsões de suscetíveis e garantia da imunidade coletiva.

Figura 52: Cobertura Vacinal em menores de 1 ano, IX Região de Saúde de Pernambuco, 2015 a 2021.



	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
BCG	100,26	90,15	101,42	111,23	97,09	93,64	84,87
Rotavírus Humano	103,30	96,43	90,70	100,21	96,33	91,76	80,04
Meningococo C	104,99	95,51	96,45	99,22	100,60	92,76	78,19
Penta	107,90	94,40	95,42	95,07	65,25	73,09	78,16
Pneumocócica	106,87	103,82	99,31	105,00	100,58	97,44	83,68
Poliomielite	117,05	91,70	93,95	97,80	97,71	88,55	80,99

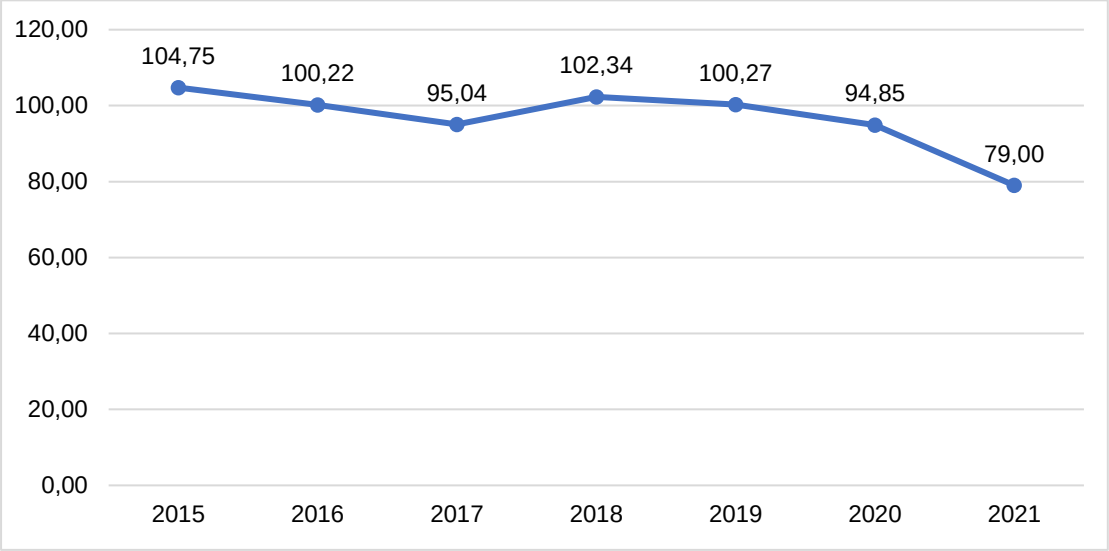
Fonte: DATASUS/Tabnet. Dados coletados em: 05/06/2022.

Nos anos de 2017 a 2019 observamos a reemergência do sarampo, destacando a concentração na faixa etária menor de 5 anos e de 20 a 29 anos. As baixas coberturas vacinais têm contribuído para esse fato, bem como a desinformação da população referente aos benefícios das vacinas. A IX GERES vem empreendendo esforços para fortalecer as ações de monitoramento da Cobertura da Tríplice Viral. O Ministério da Saúde preconiza 95% de cobertura com a primeira dose da vacina Tríplice Viral (sarampo, caxumba e rubéola) aos 12 meses de idade, e uma dose com a vacina Tetra Viral (sarampo, caxumba, rubéola e varicela) aos 15 meses de idade.

Conforme visualizamos na figura abaixo, após a reemergência da doença, a IX Região de Saúde de Pernambuco conseguiu manter essas coberturas na meta preconizada até o ano de 2019, porém, como para os demais imunobiológicos já avaliados, nos anos de 2020 e 2021 não houve

alcance da cobertura, apresentando uma queda maior que 20%, quando comparamos o último ano de meta alcançada e 2021.

Figura 53: Cobertura Vacinal da Tríplice Viral, IX Região de Saúde de Pernambuco, 2015 a 2021.



Fonte: DATASUS/Tabnet. Dados coletados em: 02/06/2022.

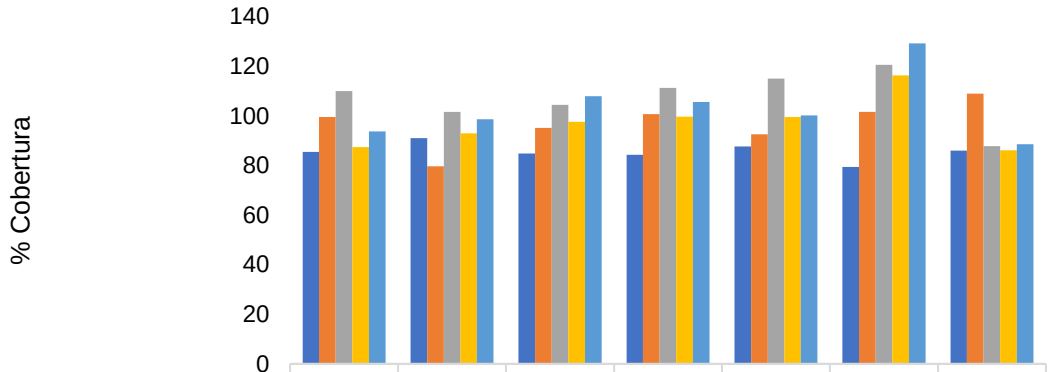
A influenza é uma infecção viral aguda que afeta o sistema respiratório. É de elevada transmissibilidade e distribuição global, com tendência a se disseminar facilmente. Desde o ano de 1999, o Ministério da Saúde implantou a vacinação contra gripe no Brasil com o objetivo de proteger os grupos de maior risco contra as complicações desta doença, ou seja, os idosos e os portadores de doenças crônicas, como as doenças pulmonares e cardiovasculares, pacientes imunocomprometidos, transplantados, dentre outros (BRASIL, 2005).

Na última campanha, foram vacinadas pessoas com 60 anos ou mais de idade, crianças de 6 meses a 5 anos, gestantes, puérperas, trabalhadores da saúde, professores, indígenas, portadores de doenças crônicas e outras condições especiais, adolescentes e jovens sob medidas socioeducativas, população privada de liberdade, funcionários do sistema prisional, profissionais das forças de segurança e salvamento e caminhoneiros e motoristas de transporte coletivo. A meta sugerida pelo Ministério da Saúde (MS) era a imunização de 90% das pessoas dos grupos prioritários.

Na IX Região de Saúde, no ano de 2021, a cobertura foi de 91,48%, considerando os grupos elencados, oscilando entre os grupos prioritários, indo de 85,95% nas crianças, até 108,93% no grupo de gestantes, no mesmo ano. Destacamos para este ano uma maior adesão à vacinação nos grupos de gestantes e puérperas, e reiteramos que no contexto da pandemia, esses grupos permaneceram com acesso a acompanhamento das equipes de saúde, de forma regular, conforme as recomendações do Ministério da Saúde, através da Nota Informativa Nº 13/2020.

Destacamos ainda que em 2020, ano de início dos casos de Covid-19 no país, excetuando-se as crianças, foram obtidas as maiores coberturas para todos os grupos avaliados na série histórica.

Figura 54: Cobertura vacinal contra influenza, IX Região de Saúde de Pernambuco, 2015 a 2021.



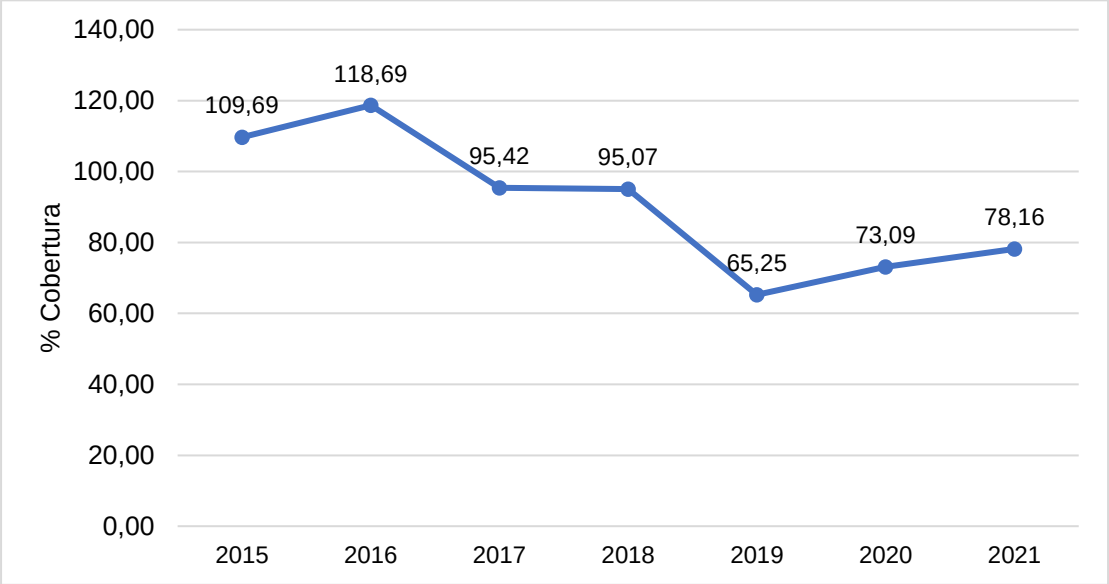
	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Criança	85,4	91,07	84,8	84,29	87,66	79,36	85,95
Gestante	99,49	79,61	95,11	100,69	92,61	101,54	108,93
Puérpera	110,01	101,63	104,49	111,22	114,96	120,58	87,76
Idosos	87,45	92,93	97,64	99,66	99,56	116,34	86,16
Trabalhador da saúde	93,77	98,67	107,9	105,66	100,17	129,27	88,62

Fonte: SIPNI WEB (2015 a 2020)/ LOCALIZASUS (2021). Dados coletados em: 02/06/2022.

A vacina contra a Hepatite B atualmente está disponível para a população de 0 até 49 anos de idade e para grupos de risco independentemente da faixa etária. Na IX Região de Saúde o índice de cobertura vacinal alcançou maiores coberturas nos anos entre 2015 e 2018, apresentando percentual acima da média, tendo em 2019 decaído quase 30 pontos percentuais, mantendo-se nos anos seguintes abaixo da meta de cobertura preconizada, porém, apresentando um discreto aumento (2020 e

2021). Importa ressaltar que a proteção é garantida quando a pessoa recebe três doses da vacina.

Figura 55: Cobertura vacinal contra Hepatite B, IX Região de Saúde de Pernambuco, 2015 a 2021.



Fonte: DATASUS/Tabnet. Dados coletados em: 05/06/2022.

3.4.1 Taxa de abandono

A taxa de abandono é o cálculo do percentual de vacinados que iniciaram o esquema vacinal e não yuiofinalizaram. O objetivo é monitorar a frequência com a qual o calendário de vacinas é cumprido. Essa taxa vale somente para as vacinas que são aplicadas em mais de uma dose. O valor é percentual, e se a taxa for menor que 5%, é considerada baixa; se for igual ou maior que 5%, mas inferior a 10%, é média; e caso ultrapasse os 10%, é considerada alta.

Destaca-se que no DATASUS não há disponibilidade de coleta de dados que possibilite a construção do indicador taxa de abandono por imunobiológico, o que seria o ideal para a tomada de decisão dos profissionais, gestores e técnicos quanto à condução da estratégia de imunização adotada pelo ente municipal. Todavia, levando em consideração a relevância dessa discussão, como indicador orientador do processo decisório, temos descrito e discutido aqui a perspectiva da Taxa de Abandono por município.

Assim, ao analisar a Taxa de Abandono da IX Região de Saúde no último ano da série histórica, por município, observamos expressiva taxa de abandono, correspondendo a 29,36% no município de Santa Cruz, seguido de 23,13% no município de Araripina. Altas taxas assim apenas identificadas no ano de 2020 em Exu (34,42% de abandono), Ouricuri. (28,18%), Parnamirim (25,23%), Santa Filomena (24,10%) e Ipubi (23,34%). Para 2021, todos os municípios da Regional apresentaram taxas de abandono consideradas altas, exceto o município de Ouricuri, que obteve a taxa de 7,83, considerada como média.

Destacamos a influência da pandemia sobre essa taxa devido a necessidade do distanciamento social, levando ao atraso do calendário. É necessário definir estratégias para busca de faltosos, seja com o ACS realizando a busca casa a casa, seja utilizando outras estratégias para chamar a população, evitando assim aumentar o número de crianças desprotegidas. A tabela abaixo mostra os percentuais encontrados durante o período estudado por município da IX Região de Saúde.

Tabela 52: Taxa de Abandono por ano segundo município, IX Região de Saúde de Pernambuco, 2015 a 2021.

Município	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	Total
Araripina	14,38	5,24	14,66	17,60	12,77	21,79	23,13	13,00
Bodocó	0,00	8,74	5,08	4,82	4,31	15,90	11,19	5,40
Exu	23,55	1,50	15,26	7,33	13,05	34,42	16,80	15,90
Granito	0,00	13,02	10,02	3,45	13,19	16,34	18,03	4,16
Ipubi	0,00	1,50	8,73	10,29	9,92	23,34	21,16	2,04
Moreilândia	0,76	5,14	0,00	8,75	5,61	10,12	13,90	2,76
Ouricuri	15,85	18,28	0,78	14,04	11,27	28,18	7,83	13,02
Parnamirim	0,00	10,47	10,23	13,96	23,56	25,23	18,96	8,41
Santa Cruz	6,39	8,96	14,07	29,76	4,19	8,91	29,36	10,25
Santa Filomena	0,00	19,97	18,37	3,06	0,00	24,10	20,31	12,88
Trindade	0,00	2,52	15,22	21,22	0,00	19,64	18,07	5,99
IX GERES	5,54	8,67	10,22	12,21	8,90	20,72	18,07	8,53

Fonte: DATASUS/Tabnet. Dados coletados em: 02/06/2022.

Quando analisamos as doses aplicadas de imunobiológicos por município, na tabela abaixo, identificamos a queda de 25,6% no número de doses aplicadas na Região de Saúde comparando o ano de 2015 com 2021, queda identificada em todos os municípios da Região. Chama atenção o

município de Santa Cruz, cujo número de doses aplicadas diminuiu cerca de 2/3 quando comparamos os anos inicial e final da série histórica (2015 e 2021), e quase a metade entre 2020 e 2021.

Tabela 53: Doses aplicadas por ano segundo município de residência, IX Região de Saúde de Pernambuco, 2015 a 2021

Município	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Araripina	52.739	39.348	48.281	49.281	43.120	68.320	51.709
Bodocó	22.025	16.379	19.028	19.466	17.888	19.924	13.658
Exu	16.070	12.822	13.818	15.081	14.128	23.805	12.960
Granito	4.114	3.196	3.020	3.220	3.355	4.843	3.461
Ipubi	23.086	18.781	15.144	14.765	13.995	24.482	15.332
Moreilândia	43.538	33.173	43.029	45.906	43.819	46.237	31.136
Ouricuri	13.953	11.815	11.632	13.097	10.509	14.423	8.219
Parnamirim	8.813	5.913	7.016	7.038	5.292	10.226	5.800
Santa Cruz	9.065	5.305	4.561	5.346	4.089	7.979	3.678
Santa Filomena	5.128	3.282	5.990	4.897	4.221	8.032	4.780
Trindade	26.517	19.752	21.202	15.072	10.411	18.021	16.680
IX GERES	225.048	169.766	192.721	193.169	170.827	246.292	167.413

Fonte: DATASUS/Tabnet. Dados coletados em: 02/06/2022.

Analisando o quantitativo de doses aplicadas na IX Região de Saúde observamos que o número absoluto apresenta variações no período, destacando 2020 e 2021, como o maior e o menor número de doses aplicadas, respectivamente.

Destaca-se os impactos da pandemia também nesse processo. O ano de 2020 foi marcado pela busca da evitabilidade do contágio através do distanciamento social e da possibilidade da diminuição das complicações causadas pela doença através do surgimento da vacina. Esse movimento pró ciência e vacina pode ter contribuído para o aumento substancial no número de doses aplicadas de vacinas na regional, apesar de o mesmo não ter impactado nas coberturas para todas as vacinas, como vimos acima, o que leva a crer que ocorram as vacinações fora da faixa etária preconizada para os indicadores.

Pode-se ainda supor que a brusca diminuição no número de vacinados no ano seguinte (2021), quando houve a diminuição de pelo menos 32% em relação ao ano anterior, está relacionado à pandemia. No início do ano em questão, no mês de janeiro foi iniciada a Campanha Nacional de Vacinação

contra a Covid-19. O fato pode ser explicado, possivelmente, devido ao foco no esforço vacinal em prol desta campanha de vacinação, muitas vezes sem investimento em mão de obra ou novas salas de vacina nos municípios, levando a execução da vacinação de campanhas e rotinas pelo mesmo profissional, sobrecarregando-o e ocasionando a diminuição no número de vacinados para as vacinas de rotina, ou mesmo impactando nos registros dessa vacinação.

Na tabela abaixo, quando avaliamos os últimos 2 anos, percebemos uma redução no número de doses aplicadas para todos os imunobiológicos descritos (exceto BCG para contatos de Hanseníase), destacando-se as diferenças para as vacinas Febre Amarela (FA), Tríplice Viral (SCR) e Dupla Adulto (dT), respectivamente.

Reitera-se que a vacina contra Febre Amarela (FA) passou a ser oferecida na rede pública em Pernambuco para todos os públicos na faixa etária preconizada apenas no ano de 2019, justificando o salto de 40 vezes mais doses aplicadas no ano de 2020 na região.

A vacina HPV Quadrivalente é a medida mais eficiente na prevenção do Papiloma Vírus Humano (HPV) e é distribuída para grupos prioritários. Identificamos no ano de 2021 o registro de 4.299 doses realizadas da Vacina HPV quadrivalente em meninas de 9 a 14 anos na IX Região de Saúde, bem inferior aos anos de 2017, 2018 e 2020. Observando a série histórica, percebemos que foram aplicadas um total de 87.568 doses de HPV quadrivalente em ambos os sexos, destacando-se que aproximadamente 75% desse total foi aplicado nas meninas.

Tabela 54: Imunizações – Doses aplicadas por ano segundo imunobiológicos. IX Região de Saúde de Pernambuco. 2015 a 2021.

Imunobiológicos	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	Total
BCG (B	5.778	5.503	6.156	6.366	5.405	4.993	4.964	45.081
BCG - Hanseníase (BCG)	614	245	258	239	182	19	51	2.535
Febre Amarela (FA)	271	297	1.511	2.537	1.429	58.107	17.722	82.299
Hepatite A (HA)	5.467	3.907	6.115	5.424	4.912	5.111	4.772	38.394
Hepatite B (HB)	20.695	15.226	15.014	15.803	12.193	9.099	6.989	117.490
Varicela	508	4.877	4.876	9.579	8.754	9.186	8.111	45.895
Dupla Adulto (dT)	23.726	12.040	13.998	13.396	11.574	14.632	8.212	122.248
Poliomielite inativada (VIP)	2.027	12.082	15.556	17.436	16.440	15.891	14.958	94.691
Meningocócica Conjugada - C (MncC)	17.782	17.576	24.269	20.314	19.507	17.269	14.103	147.916
Oral Poliomielite (VOP)	5.155	8.844	10.536	8.718	7.685	9.665	7.072	59.090
Oral de Rotavírus Humano (VORH)	12.262	11.731	10.991	11.700	10.706	10.150	9.392	89.062
Pentavalente (DTP+HB+Hib) (PENTA)	18.873	20.767	17.256	17.711	13.738	17.633	16.159	140.703
Pneumocócica 10valente	24.076	18.057	17.432	17.474	16.395	15.949	14.587	147.495
Tríplice Bacteriana (DTP)	11.425	7.162	11.020	9.410	3.992	11.014	8.845	74.440
Tríplice Viral (SCR)	11.144	12.886	12.096	17.596	23.658	20.604	9.806	145.564
Esq.Seq. VIP/VOP	24.347	6.290	2.465	131	0	0	0	59.594
Tetraviral (sarampo, rubéola, caxumbae varicela)	4.632	158	998	245	84	229	161	10.754
HPV Quadrivalente - Feminino	18.410	3.819	8.516	5.527	4.294	5.784	4.299	65.576
HPV Quadrivalente - Masculino	16	5	7.171	4.533	3.235	3.955	2.922	21.992
dTpa	0	3.143	4.079	4.610	4.769	4.974	4.444	26.019
Total	207.208	164.615	190.313	188.749	168.952	234.264	157.569	1.536.838

Fonte: DATASUS/Tabnet. Dados coletados em: 02/06/2022.

O Brasil vem enfrentando nos últimos anos a pandemia da COVID-19, essa situação modificou a forma de utilização dos serviços de saúde, consequentemente a procura para imunização caiu consideravelmente, principalmente para os menores de um ano. Com isso muitas crianças ficaram suscetíveis a doenças imunopreveníveis, agravando a situação ainda mais com o retorno às aulas. Além da pandemia, já enfrentávamos a queda das coberturas vacinais, levando à possibilidade de reemergência de outras doenças já controladas, como difteria, coqueluche e sarampo.

É necessário garantir altas coberturas vacinais, buscando-se a proteção para as doenças imunopreveníveis, adotar estratégias inovadoras, utilização de orientações aos responsáveis, em casa com ACS, adotando as medidas de segurança, fazendo busca de faltosos através da análise dos registros nos sistemas de informações.

Traçar estratégias para reverter as baixas coberturas vacinais através de reuniões com gestores e coordenadores dos municípios com piores coberturas vacinais, de forma a definir meios de divulgação e ampliação do acesso, como levar a vacinação para locais de maior movimento, estender horário dos serviços de saúde, aproveitar ida das crianças às UBS para checar carteira de vacina e drive-thru.

Há de se considerar que nos últimos anos, avanços importantes foram alcançados em relação às coberturas vacinais, seja na rotina ou em campanhas de vacinação. Mas ultimamente ainda destacamos a mudança de sistemas de informações do PNI, o que levou a queda nos registros de doses. É, portanto, imprescindível que as equipes de saúde aprimorem o registro realizado nas salas de vacina das Unidades Básicas de Saúde.

3.4.2 Campanha de vacinação contra Covid-19

O planejamento para vacinação contra Covid-19 teve início no Brasil com o Primeiro Plano Nacional de Operacionalização da Vacinação contra a Covid-19 (PNO), datado de 16 de dezembro de 2020, com a inserção apenas da COV-19 inativada (CoronaVac®) - INSTITUTO BUTANTAN. Atualmente, já na 13º edição o PNO da Vacinação contra a Covid-19, de maio de 2022, tem em seu rol de vacinas a seguinte lista de distribuídas para uso, até o momento (BRASIL 2022, p. 27):

• Instituto Butantan (IB): vacina adsorvida covid-19 (Inativada)
Fabricante: Sinovac Life Sciences Co., Ltd. Parceria:
Sinovac/Butantan. • Fundação Oswaldo Cruz - Instituto de Tecnologia em Imunobiológicos
• Bio-Manguinhos (Fiocruz/BioManguinhos): vacina covid-19 (recombinante)
Fabricante: Serum Institute of India Pvt. Ltd. Parceria:
AstraZeneca/Fiocruz. • Fundação Oswaldo Cruz - Instituto de Tecnologia em Imunobiológicos
• Bio-Manguinhos (Fiocruz/Bio-Manguinhos): vacina covid-19 (recombinante)
Fabricante: Fiocruz/Bio-Manguinhos. Parceria:
AstraZeneca/Fiocruz.
• AstraZeneca: vacina contra covid-19 (ChAdOx1-S (recombinante)).
Vacina oriunda do consórcio Covax Facility.
• Pfizer/Wyeth: vacina covid-19 (RNAm) (Comirnaty) – Pfizer/Wyeth.
• Janssen: vacina covid-19 (recombinante). Vacina oriunda do consórcio
Covax Facility”

No país a vacinação foi iniciada em 18 de janeiro de 2021, com envio das doses para os estados. Em Pernambuco o início deu-se nesta mesma data, e a IX Região de Saúde recebeu e distribuiu as primeiras doses no dia 19 de janeiro de 2021, e iniciou nessa mesma data com a vacinação dos trabalhadores da saúde.

A vacinação contra covid-19 atua como uma medida adicional de resposta ao enfrentamento dessa Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII) (BRASIL, 2020).

Conforme a tabela 55, para todas as populações elencadas, a cobertura vacinal corresponde a 98,04% para a primeira dose; 84,60% para a segunda dose; e até o momento, 85,20% da população já completou o esquema básico da vacinação.

Considerando a meta vacinal estipulada inicialmente pelo Ministério da Saúde (PNO 1ª edição, sendo esta de 90%), a Regional, de modo geral, mantém-se próxima ao alcance.

O avanço no processo de imunização permitiu, a partir de setembro de 2021, após a Resolução CIB/PE Nº 5.578 de 23 de setembro de 2021, o início da distribuição das doses para a vacinação de reforço para públicos específicos (naquele momento idosos de 70 anos ou mais e imunossuprimidos graves) (PERNAMBUCO, 2021). No estado de Pernambuco, até o presente momento a vacinação de reforço com primeira dose está liberada para o público de idoso (60 anos ou mais); pessoas com 18 a 59 anos; e trabalhadores da saúde, já a segunda dose de reforço esta liberada para os idosos (60 anos ou mais).

Em 31 de maio de 2022, a Superintendência de Imunizações e Vigilância das Doenças Imunopreveníveis - PE, publicou a Nota Técnica Nº 35/2022, que trata da administração de doses de reforço contra a Covid-19 para todos os adolescentes de 12 a 17 anos, e amplia a segunda dose de reforço para todas as pessoas de 55 anos e mais (PERNAMBUCO, 2022). Porém no momento da coleta de dados, as informações sobre doses aplicadas para estes públicos não estavam disponíveis no Painel de vacinação contra Covid-19 da Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco.

Tabela 55: Imunizações – Doses do esquema básico contra Covid-19 (D1, D2 E DU), aplicadas entre janeiro de 2021 e maio de 2022, IX Região de Saúde de Pernambuco.

Município	População estimada	Dose 1	% Dose 1	Dose 2	% Dose 2	Dose única (DU)	Esquema completo	% Esquema completo	Dose adicional	% dose adicional
Araripina	76.686	91,980	119,94	74,898	97,67	446	75,344	98,25	651	0,85
Bodocó	34.706	40,683	117,22	29,943	86,28	0	29,943	86,28	75	0,22
Exu	28.820	28,491	98,86	26,221	90,98	171	26,392	91,58	77	0,27
Granito	6.901	6,996	101,38	6,278	90,97	73	6,351	92,03	17	0,25
Ipubi	27.957	23,662	84,64	22,405	80,14	138	22,543	80,63	66	0,24
Moreilândia	10,309	10,339	100,29	9,344	90,64	89	9,433	91,5	0	0
Ouricuri	63,177	62,658	99,18	51,396	81,35	427	51,823	82,03	142	0,22
Parnamirim	20,106	17,108	85,09	15,376	76,47	118	15,494	77,06	15	0,07
Santa Cruz	14,067	12,829	91,2	11,263	80,07	5	11,268	80,1	15	0,11
Santa Filomena	13,187	9,535	72,31	8,993	68,2	115	9,108	69,07	0	0
Trindade	27,717	30,028	108,34	24,353	87,86	238	24,591	88,72	159	0,57
IX GERES	323.633	334.309	98,04	280.470	84,60	1.820	282.290	85,20	1217	0,25

Fonte: Painel da Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco (SES-PE) (Atualizado em 31/05/2022 às 17:27:10h). Dados coletados em: 05/06/2022 às 20:15h

Em 06 de junho a nota técnica supracitada foi atualizada, adicionando a segunda dose de reforço contra a Covid-19 para trabalhadores da saúde.

Até o momento, na IX Região, cerca de 80% do público alvo já fez uso do 1º reforço da vacina contra a Covid-19, enquanto apenas 7,42%, teve o 2º reforço aplicado.

Tabela 56: Imunizações – Doses de reforço contra Covid-19 (1º e 2º reforço), aplicadas entre setembro de 2021 e maio de 2022, IX Região de Saúde de Pernambuco.

Município	População estimada	1º Reforço		2º Reforço	
		n	%	n	%
Araripina	34.478	26.755	77,60	1.861	5,40
Bodocó	19.085	15.944	83,54	664	3,48
Exu	13.893	13.919	100,19	1.424	10,25
Granito	4.436	3.532	79,62	456	10,28
Ipubi	10.934	12.010	109,84	972	8,89
Moreilândia	7.077	5.268	74,44	577	8,15
Ouricuri	37.500	29.053	77,47	-	-
Parnamirim	8.876	9.269	104,43	1.528	17,21
Santa Cruz	8.591	5.293	61,61	470	5,47
Santa Filomena	8.416	4.709	55,95	563	6,69
Trindade	16.074	8.917	55,47	926	5,76
IX GERES	169.360	134.669	80,02	9.441	7,42

Fonte: Painel da Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco (SES-PE) (Atualizado em 31/05/2022 às 17:27:10h). Dados coletados em: 05/06/2022 às 22:05h

A vacinação contra a Covid-19 permanece como um desafio para o Programa de Imunização, mas vem sendo enfrentado com afinco, e alcançando bons resultados, em meio as limitações, sejam elas relacionadas a recursos humanos, até equipamentos e estrutura da rede de frio e salas de vacinação.

4 ATENÇÃO PRIMÁRIA: ORDENADORA DO SISTEMA DE SAÚDE

A Atenção Primária em Saúde - APS é definida como um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde de uma população (BRASIL, 2017).

A Atenção Básica é colocada em prática por meio do formato de Estratégias de Saúde da Família (eSF), atuando como método prioritário para sua expansão, consolidação e qualificação, sendo considerados unidades ou equipamentos de saúde no âmbito da Atenção Básica a Unidade Básica de Saúde, a Unidade Básica de Saúde Fluvial e a Unidade Odontológica Móvel. Pode ser adotado também o formato de Equipe da Atenção Básica (eAB), de acordo com características e necessidades do município, como modelo de transição para a eSF (BRASIL, 2017).

Além delas, a AB também é constituída pelas Equipes de Saúde Bucal (eSB), pelo Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB) e / ou equipe multiprofissional, Equipes de Saúde da Família para atendimento a Populações Específicas - Equipe de Saúde da Família Ribeirinha (eSFR) e Equipes de Saúde da Família Fluviais (eSFF), além do Programa Saúde na Escola e dos polos da Academia da Saúde (BRASIL, 2017; BRASIL, 2012).

4.1 ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

No Brasil, a Atenção Primária à Saúde é representada, principalmente, pela Estratégia de Saúde da Família. Foi a partir de 2006, com a criação da Política Nacional de Atenção Básica, que a Saúde da Família assume o papel de estratégia para o fortalecimento e mudança do modelo assistencial estabelecendo a equipe multiprofissional com função de porta de entrada preferencial e de coordenação da atenção na rede (PITNO; GIOVANELLA, 2018). Assim, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) é considerada como:

> Estratégia de expansão, qualificação e consolidação da Atenção Básica, por favorecer uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial de ampliar a resolutividade e impactar na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade (BRASIL, 2017).

A tabela abaixo demonstra a cobertura da ESF nos municípios da IX Região de Saúde entre os anos de 2014 a 2021. Nela estão dispostos o percentual de cobertura e o número de equipes do mês de dezembro referente a cada ano.

Tabela 57: Cobertura da ESF no mês de dezembro nos municípios da IX Região de Saúde de Pernambuco nos anos de 2014 a 2021.

Municípios	Dez/2014		Dez/2015		Dez/2016		Dez/2017		Dez/2018		Dez/2019		Dez/2020		Dez/2021	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N°	%	N	%
Araripina	17	72,79	17	71,27	17	70,83	19	78,70	11	45,31	08	32,87	11	44.95	11	77,66
Bodocó	11	100	11	100	11	100	11	100	11	100	11	100	10	90,44	11	79,51
Exu	13	100	13	100	13	100	13	100	07	75,97	10	100	11	100	11	100
Granito	02	95,95	03	100	03	100	03	100	03	100	03	100	03	100	03	100
Ipubi	11	100	11	100	11	100	11	100	11	100	11	100	10	100	11	100
Moreilândia	05	100	05	100	05	100	05	100	06	100	06	100	06	100	06	100
Ouricuri	21	100	23	100	26	100	26	100	20	100	22	100	22	100	23	86,61
Parnamirim	08	100	08	100	08	100	08	100	08	100	08	100	08	100	09	88,32
Santa Cruz	06	100	06	100	06	100	06	100	03	68,08	05	100	06	100	06	83,11
Santa Filomena	05	100	05	100	05	100	06	100	03	72,10	02	47,95	04	95,32	05	74,51
Trindade	11	100	11	100	11	100	11	100	10	100	09	100	09	100	10	91,26

Fonte: e-Gestor AB (2022).

Destaca-se a importância de manter uma cobertura de 100% da população, visando a garantia de acesso pleno à atenção básica. Na tabela acima pode-se visualizar a série histórica da cobertura de estratégia saúde da família. Vale ressaltar que além dessa cobertura da ESF, os municípios de Araripina e Santa Cruz possuem 11 eAP e 2 eAP, respectivamente, financiadas pelo Ministerio da Saúde.

Foi observado que ocorreu um aumento no número de equipes implantadas nos municípios de Araripina, Granito, Ouricuri e Santa Filomena entres os anos de 2014 e 2017, com destaque para Ouricuri que teve um acréscimo de cinco equipes.

No mês de dezembro de 2018 observa-se uma redução no número de equipes e percentual de cobertura na maior parte dos municípios. Nesse mesmo período os municípios aderiram ao Termo de Ajuste de Conduta (TAC), que estabeleceu que todas as unidades deveriam possuir um sistema de ponto eletrônico para supervisionar o cumprimento da carga horária de 40 horas semanais.

Em 2019 os municípios de Bodocó, Granito, Ipubi e Parnamirim mantiveram o quantitativo de equipe de ESF e no mesmo período os municípios de Araripina, Santa Filomena e Trindade diminuíram sua quantidade de equipes. No ano de 2020 os municípios de Granito, Moreilândia, Ouricuri, Parnamirim e

Trindade mantiveram suas equipes mesmo no cenário da pandemia da COVID 19.

4.2 COBERTURA DE ACS

O Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) foi oficialmente implantado pelo Ministério da Saúde em 1991, mas essa estratégia pioneira teve início no fim da década de 80 como uma iniciativa de algumas áreas do Nordeste (e outros lugares, como o Distrito Federal e São Paulo) em buscar alternativas para melhorar as condições de saúde de suas comunidades. O agente comunitário de saúde tem um papel decisivo no cuidado à saúde da população, pois é membro da equipe que faz parte da comunidade, o que permite a criação de vínculos mais facilmente, propiciando o contato direto com a equipe (BRASIL, 2020).

A tabela a seguir apresenta a cobertura de ACS segundo município e ano. Devido à instabilidade do sistema de informação e-Gestor não foi possível extrair os dados referente ao ano de 2021.

Tabela 58: Cobertura da ACS no mês de dezembro nos municípios da IX Região de Saúde de Pernambuco nos anos de 2014 a 2021.

Municípios	Dez/2014		Dez/2015		Dez/2016		Dez/2017		Dez/2018		Dez/2019		Dez/2020		Dez/2021	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N	%
Araripina	195	100	195	100	195	100	183	100	176	100	182	100	84	57,2	*	*
Bodocó	74	100	77	100	77	100	77	100	74	100	77	100	76	100	*	*
Exu	86	100	86	100	87	100	83	100	58	100	83	100	85	100	*	*
Granito	12	96	17	100	17	100	17	100	17	100	17	100	17	100	*	*
Ipubi	71	100	71	100	71	100	71	100	71	100	71	100	62	100	*	*
Moreilândia	30	100	30	100	29	100	24	100	29	100	27	100	27	100	*	*
Ouricuri	113	96	122	100	122	100	121	100	133	100	138	100	120	99,3	*	*
Parnamirim	49	100	49	100	50	100	47	100	47	100	47	100	47	100	*	*
Santa Cruz	33	100	36	100	33	100	32	100	27	100	35	100	35	100	*	*
Santa Filomena	31	100	31	100	28	100	34	100	34	100	27	100	22	87,4	*	*
Trindade	48	99,4	48	94,6	47	91,6	47	90,6	47	89,6	47	89,4	43	81	*	*

Fonte: e-Gestor AB (2022).
*** Informação não disponível para extração**

Ainda há muitos desafios para a consolidação da Atenção Básica na IX Região de Saúde, como a integração da atenção básica com a rede de serviços de saúde, o financiamento, a resolutividade, a qualidade da atenção à saúde e a manutenção da cobertura diante do descredenciamento de equipes, para que só assim os princípios e diretrizes da AB sejam todos colocados em prática.

4.3 SAÚDE BUCAL

A Política Nacional de Saúde Bucal visa desenvolver ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal através de uma série de ações para ampliação do acesso ao tratamento odontológico no Sistema Único de Saúde (SUS). Criada em 2004 com a finalidade de incluir a atenção odontológica no serviço de atenção básica através do programa Brasil Sorridente (BRASIL, 2018).

A Política Nacional de Saúde Bucal – Brasil Sorridente, tem promovido a reorganização das práticas e da rede de Atenção à Saúde, ampliação e qualificação do acesso aos serviços de Atenção Primária em Saúde Bucal, principalmente por meio das equipes de Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família, e da Atenção Especializada em Saúde Bucal, através da implantação dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) e dos Laboratórios

Regionais de Prótese Dentária (LRPD), pautando-se nos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS).

4.3.1 Cobertura de equipes de saúde bucal

O processo de trabalho das eSB fundamenta-se nos princípios da universalidade, equidade, integralidade da atenção, trabalho em equipe e interdisciplinar, foco de atuação centrado no território-família-comunidade, humanização da atenção, responsabilização e vínculo (BRASIL, 2020).

Na IX Região de Saúde todas as eSB credenciadas pertencem à modalidade I, composta por cirurgião dentista e auxiliar em saúde bucal (ASB) ou técnico em saúde bucal (TSB). Estas equipes devem desempenhar um papel fundamental na APS, compartilhando a gestão e o processo de trabalho local, tendo responsabilidade sanitária pela mesma população e território adstrito que a equipe de Saúde da Família a qual integra (PNAB, 2017).

A tabela abaixo mostra a evolução da cobertura de saúde bucal na atenção básica dos municípios da IX Região de Saúde durante os anos de 2014 a 2021. É visualizado nessa tabela o percentual de cobertura e o número de equipes de saúde bucal do mês de dezembro referente a cada ano.

Tabela 59: Cobertura de saúde bucal – ESFSB nos municípios da IX Região de Saúde de Pernambuco nos anos de 2014 a 2021.

Municípios	Dez/2014		Dez/2015		Dez/2016		Dez/2017		Dez/2018		Dez/2019		Dez/2020		Dez/2021	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N	%
Araripina	11	47,10	12	50,30	12	50,00	13	53,85	11	45,31	7	28,76	13	53,12	7	28,45
Bodocó	7	65,66	6	55,86	7	64,72	7	64,28	7	63,86	7	63,71	7	63,30	7	62,92
Exu	7	75,29	7	75,47	10	100	10	100	8	86,82	10	100	11	100	12	100
Granito	2	95,95	3	100	3	100	3	100	3	100	3	100	3	100	4	100
Ipubi	6	68,92	7	82,32	9	100	9	100	9	100	10	100	10	100	11	100
Moreilândia	3	92,03	2	61,36	2	61,38	3	92,08	4	100	3	91,84	6	100	6	100
Ouricuri	14	71,36	16	82,27	16	81,57	16	80,90	13	65,21	15	75,07	16	79,47	16	78,89
Parnamirim	7	100	7	100	6	97,67	8	100	8	100	8	100	8	100	8	100
Santa Cruz	5	100	5	100	5	100	6	100	6	100	5	100	6	100	6	100
Santa Filomena	2	49,37	2	49,02	0	0	3	72,56	3	72,10	2	47,95	3	71,49	3	71,07
Trindade	11	100	11	100	11	100	11	100	8	91,53	8	91,32	7	79,12	7	78,36

Fonte: e-Gestor AB (2022).

Durante os anos analisados observa-se uma variação nas coberturas de saúde bucal na maioria dos municípios. No ano de 2020 os municípios de Araripina, Exu, Moreilândia, Ouricuri, Santa Cruz e Santa Filomena aumentaram o número de equipes de saúde bucal. Em 2021 grande parte dos municípios da IX Região de Saúde mantiveram o quantitativo de equipes, com exceção de Araripina, onde houve reduçao. Os municípios de Exu, Granito e Ipubi aumentaram seu quantitativo de equipes. Através da implantação de novas Equipes de Saúde Bucal (eSB) é possível garantir a melhoria do acesso e a assistência oportuna, colaborando para a efetivação da integralidade do cuidado.

4.3.2 Centros de Especialidades Odontológicas – CEO e Laboratório Regional de Prótese Dentária – LRPD

Implantados através da Política Nacional de Saúde Bucal, intitulada como Brasil Sorridente, os Centros de Especialidade Odontológica (CEO) e os Laboratórios Regionais De Prótese Dentária – LRPD foram criados para fazer frente ao desafio de ampliar e qualificar a oferta de serviços odontológicos, propiciando a ampliação e a qualificação da Atenção Especializada em Saúde Bucal, dando continuidade ao trabalho realizado pela rede de atenção básica.

Existem três modalidades de implantação de CEO, com financiamento federal para custeio: CEO I, CEO II e CEO III. Na IX Região de Saúde os

municípios de Exu, Ouricuri e Parnamirim implantaram CEO tipo I, como descrito na abaixo.

Tabela 60: Equipamentos de assistência em Saúde Bucal na IX Região de Saúde de Pernambuco, 2022.

Municípios	CEO	LRPD
Araripina	0	0
Bodocó	0	1
Exu	1	0
Granito	0	1
Ipubi	0	1
Moreilândia	0	0
Ouricuri	1	0
Parnamirim	1	1
Santa Cruz	0	1
Santa Filomena	0	1
Trindade	0	0
Total	3	6

Fonte: CNES – Base de dados em 06/2022

Os Laboratórios Regionais de Prótese Dentária (LRPD) oferecem o serviço de prótese dentária que propõe suprir uma grande necessidade da população brasileira, que é a reabilitação oral. A produção de próteses dentárias é acompanhada de acordo com as informações prestadas pelo município/estado através do Sistema de Informação Ambulatorial do SUS e o repasse de recurso é realizado mensalmente para confecção de próteses dentárias, de acordo com a faixa de produção. Observa-se na Tabela 61 que os municípos mantêm a produtividade dos seus laboratórios e oscila em relação à quantidade produzida ao londo dos anos.

Tabela 61: Quantidade de procedimentos realizados pelos Laboratórios Regionais de Prótese Dentária apresentados por ano segundo município, 2014-2021.

Municípios	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	Total
Bodocó	0	276	272	180	75	541	400	146	1.890
Granito	0	0	242	320	284	139	30	216	1.231
Ipubi	0	88	183	0	330	358	315	485	1.759
Parnamirim	529	495	366	351	377	588	473	381	3.560
Santa Cruz	486	524	622	598	0	549	697	271	3.747
Santa Filomena	284	319	283	358	201	286	231	259	2.221

Fonte: MS/SIA/SUS, 06/2022.

4.4 NÚCLEO AMPLIADO DE SAÚDE DA FAMÍLIA – AB

O NASF - AB constitui-se como um dispositivo estratégico para a melhoria da qualidade da Atenção Básica, uma vez que amplia o escopo de ações desta e, por meio do compartilhamento de saberes, amplia também a capacidade de resolutividade clínica das equipes (BRASIL, 2014). Com novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Básica instituído pelo Programa Previne Brasil em novembro de 2019, as normativas que definem os parâmetros e custeio do NASF-AB também foram revogadas, não sendo realizado novos credenciamentos de NASF-AB pelo Ministério da Saúde a partir de 2020. Houve a mudança de tipologia e vinculação às equipes específicas, permitindo ao gestor municipal maior autonomia para compor suas equipes multiprofissionais de acordo com suas necessidades locais.

As modalidades de NASF são definidas, de acordo com a vinculação de Equipes de Saúde da Família e/ou Equipes de Atenção Básica, em: Tipo I, Tipo II e Tipo III. Conforme definido pela Portaria n° 2.979, de 12 de novembro de 2019, que institui o Previne Brasil, em seu Artigo 12-N, os gestores municipais e estaduais têm autonomia na aplicação dos incentivos de custeio federal referente ao financiamento de que trata o programa, onde as ações e serviços da APS respeitam o disposto na lei complementar n° 141, de 13 de janeiro de 2012, e na lei Orgânica da Saúde. Tais recursos de financiamento de custeio da APS podem ser aplicados pelo gestor municipal no custeio de equipes multiprofissionais no formato que for mais apropriado às necessidades locais (Ministério da Saúde, 2020).

Na IX Região, com o novo financiamento de custeio da atenção básica, dos 11 municípios da Regional, apenas Araripina, Bodocó, Exu, Moreilândia e Santa Cruz relatam manter o equipamento de saúde, contribuindo para o fortalecimento e integralidade da atenção, os demais municípios informam possuir equipe multiprofissional.

4.5 PROGRAMA ACADEMIA DA SAÚDE

O Programa Academia da Saúde tem o objetivo de promover práticas corporais e atividade física, promoção da alimentação saudável e educação em saúde, como também contribuir para a produção do cuidado e de modos de vida saudáveis e sustentáveis para e com a população. Para tanto, o Programa

promove a implantação de polos do Academia da Saúde, que são espaços públicos dotados de infraestrutura, equipamentos e profissionais qualificados (BRASIL, 2020)

Na IX Região de Saúde, estão implantados e em funcionamento 7 Polos Similares. Para além destes, os municípios da região apresentam 8 Polos de Academia da Saúde, com destaque para Trindade, que não possui nenhum dispositivo. Salienta-se que durante a pandemia da COVID-19 as atividades do programa foram suspensas, retornando somente por volta do mês de setembro de 2020, e ainda com necessidade de atenção as medidas de proteção individual e coletiva de prevenção à transmissão.

Tabela 62: Quantitativo de polos do Programa Academia da Saúde. IX Região de Saúde de Pernambuco, 2021.

Município	Quantidade de Polos PACID/Custeio	Quantidade de PAS/Custeio	Quantidade de Polos PAS Construção
Araripina	0	1	0
Bodocó	1	0	0
Exu	1	1	0
Granito	2	1	0
Ipubi	1	0	0
Moreilândia	1	0	0
Ouricuri	1	0	0
Parnamirim	0	1	0
Santa Cruz	0	2	0
Santa Filomena	0	2	0
Trindade	0	0	0

Fonte: Planilha de Monitoramento das Academias das Cidade, IX GERES (maio de 2022).

4.6 PREVINE BRASIL – NOVO MODELO DE FINANCIAMENTO PARA A APS

O programa Previne Brasil foi instituído pela Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019. O novo modelo de financiamento altera algumas formas de repasse das transferências para os municípios, que passam a ser distribuídas com base em três critérios: capitação ponderada, pagamento por desempenho e incentivo para ações estratégicas. Essa estruturação de um novo modelo de financiamento de custeio da atenção primária à saúde tem como foco aumentar o acesso das pessoas aos serviços da Atenção Primária e o vínculo entre população e equipe.

Os Indicadores de Saúde e as metas para pagamento por desempenho foram definidos por Ato do Ministro da Saúde, após pactuação na Comissão

Intergestores Tripatite (CIT). No primeiro momento sete indicadores foram elencados para fins de monitoramento pela APS. Os resultados são publicados após a análise em 3 quadrimestres - Q1, Q2 e Q3. A tabela abaixo discorre sobre os indicadores e metas instituídos para o ano de 2020 e 2021.

Tabela 63: Indicadores de pagamento por desempenho para o ano de 2020 e 2021. IX Região de Saúde de Pernambuco.

AÇÕES ESTRATÉGICAS	INDICADOR	PARÂMETRO	META 2020
PRÉ-NATAL	Proporção de gestantes com pelo menos 6 (seis) consultas pré-natal realizadas, sendo a primeira até a 20ª semana de gestação	>=80%	60%
SAÚDE DA MULHER	Proporção de gestantes com realização de exames para sífilis e HIV	>=95%	60%
	Proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado	>=90%	60%
	Cobertura de exame citopatológico	>=80%	40%
SAÚDE DA CRIANÇA	Cobertura vacinal de Poliomielite inativada e de Pentavalente	>=95%	95%
DOENÇAS CRÔNICAS	Doenças crônicas Percentual de pessoas hipertensas com pressão arterial aferida em cada semestre	>=90%	50%
	Percentual de diabéticos com solicitação de hemoglobina glicada	>=90%	50%

Fonte: e gestor AB, 2021.

4.6.1 Proporção de gestantes com pelo menos 6 (seis) consultas pré-natal realizadas, sendo a primeira até a 20ª semana de gestação.

A avaliação do pré-natal é fator indiscutível para a diminuição da mortalidade materna e infantil. Os resultados atingidos pelos municípios neste indicador demonstra que existem desafios quanto ao acompanhamento mínimo da gestante na maioria dos municípios. Abaixo visualiza os indicadores referentes aos anos de 2020 e 2021.

Tabela 64: Proporção de gestantes com pelo menos 6 (seis) consultas pré-natal realizadas, sendo a primeira até a 20ª semana de gestação por quadrimestre. IX Região de Saúde de Pernambuco.

Município	2020			2021		
	Q1 (%)	Q2 (%)	Q3 (%)	Q1 (%)	Q2 (%)	Q3 (%)
Araripina	34	63	53	50	54	68
Bodocó	50	59	71	57	52	49
Exu	35	42	65	55	51	58
Granito	62	66	82	55	71	79
Ipubi	52	67	70	68	69	59
Moreilândia	32	52	58	41	65	73
Ouricuri	68	54	55	70	70	72
Parnamirim	55	57	71	76	55	57
Santa Cruz	81	70	54	80	78	75
Santa Filomena	68	58	41	58	40	51
Trindade	20	10	18	22	35	46

Fonte: e-Gestor AB, 2021.

4.6.2 Proporção de gestantes com realização de exames para sífilis e HIV

A realização dos exames preconizados no pré-natal é condicionante à qualidade do acompanhamento gestacional. A tabela abaixo dispõe sobre o indicador nos quadrimestres de 2020 e 2021.

Tabela 65: Proporção de gestantes com realização de exames para sífilis e HIV por quadrimestre. IX Região de Saúde de Pernambuco.

Município	2020			2021		
	Q1 (%)	Q2 (%)	Q3 (%)	Q1 (%)	Q2 (%)	Q3 (%)
Araripina	69	75	69	74	77	81
Bodocó	68	67	73	75	59	65
Exu	55	55	60	59	67	65
Granito	81	81	89	89	78	69
Ipubi	36	48	56	70	81	77
Moreilândia	49	65	64	63	65	82
Ouricuri	16	18	23	31	36	47
Parnamirim	84	67	85	83	67	74
Santa Cruz	84	66	64	77	78	81
Santa Filomena	90	81	57	73	60	57
Trindade	46	24	50	46	60	73

Fonte: e-Gestor AB, 2022.

4.6.3 Proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado

A Saúde Bucal é uma estratégia essencial para cuidado integral à gestante realizada pela avaliação odontológica periódica durante o pré-natal. A meta estabelecida pelo Ministério da Saúde é de 60% das gestantes com atendimento odontológico realizado durante o pré-natal. Os dados apresentados na tabela a seguir demonstram a necessidade de garantir este cuidado, mesmo quando a eSB não esteja presente no território.

Tabela 66: Proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado por quadrimestre. IX Região de Saúde de Pernambuco.

Município	2020			2021		
	Q1 (%)	Q2 (%)	Q3 (%)	Q1 (%)	Q2 (%)	Q3 (%)
Araripina	47	41	34	37	58	59
Bodocó	33	21	20	32	38	49
Exu	32	36	58	70	76	83
Granito	51	59	55	82	83	63
Ipubi	49	46	58	68	78	82
Moreilândia	12	35	49	46	78	92
Ouricuri	32	27	19	23	35	39
Parnamirim	45	56	69	61	54	37
Santa Cruz	53	38	31	49	49	78
Santa Filomena	23	42	43	56	46	51
Trindade	16	5	8	14	36	55

Fonte: e-Gestor AB, 2021.

4.6.4 Cobertura de exame citopatológico

A discussão sobre o rastreamento do câncer do colo do útero é presente nas reuniões colegiadas entre municípios e a IX Regional de Saúde, com o objetivo de propor estratégias para o enfrentamento da baixa cobertura do exame, visto que esta é uma problemática recorrente. De acordo com o descrito na tabela seguinte, a cobertura de mulheres que realizaram o exame citopatológico na APS está abaixo dos 40% estabelecidos como meta nos dois anos analisados.

Tabela 67: Cobertura de exame citopatológico por quadrimestre. IX Região de Saúde de Pernambuco.

Município	2020			2021		
	Q1 (%)	Q2 (%)	Q3 (%)	Q1 (%)	Q2 (%)	Q3 (%)
Araripina	24	21	20	19	19	21
Bodocó	28	27	24	22	20	21
Exu	25	23	18	16	20	19
Granito	23	21	19	19	19	18
Ipubi	13	13	14	14	15	19
Moreilândia	14	13	14	14	16	18
Ouricuri	23	21	18	17	16	17
Parnamirim	21	18	14	13	14	14
Santa Cruz	39	39	39	38	37	39
Santa Filomena	29	24	21	20	18	17
Trindade	17	16	15	13	14	14

Fonte: e-Gestor AB, 2021.

4.6.5 Cobertura vacinal de Poliomielite inativada e de Pentavalente

O objetivo desse indicador é mensurar o nível de proteção da população infantil contra as doenças imunopreveníveis selecionadas, mediante o cumprimento do esquema básico de vacinação, em relação a quantidade de crianças que o município possui. Os resultados apresentados na tabela 67 transparecem a dificuldade em garantir a meta mínima de vacinados e o possível risco à saúde das crianças.

Tabela 68: Cobertura vacinal de Poliomielite inativada e de Pentavalente por quadrimestre. IX Região de Saúde de Pernambuco.

Município	2020			2021		
	Q1 (%)	Q2 (%)	Q3 (%)	Q1 (%)	Q2 (%)	Q3 (%)
Araripina	0	53	62	46	37	29
Bodocó	0	80	56	44	36	31
Exu	0	47	71	43	29	26
Granito	0	31	41	28	35	24
Ipubi	0	38	41	32	29	24
Moreilândia	0	46	63	39	28	26
Ouricuri	0	58	62	37	34	25
Parnamirim	0	58	51	32	39	30
Santa Cruz	0	67	56	39	32	32
Santa Filomena	0	69	76	23	38	19
Trindade	0	34	64	39	34	27

Fonte: e-Gestor AB, 2021.

4.6.6 Percentual de pessoas hipertensas com Pressão Arterial aferida em cada semestre

Mede a proporção de pessoas com hipertensão arterial sistêmica que são consultadas pelas equipes de APS e possuem sua pressão arterial aferida no semestre, em relação a quantidade estimada de hipertensos que o município possui, no intuito de incentivar o registro correto de todos os usuários da APS.

A partir dos resultados descritos na tabela abaixo, percebe-se a importância da implementação da avaliação clínica periódica do usuário hipertenso e a necessidade de qualificação quanto ao registro na informação, para que a meta mínima deste acompanhamento seja garantida.

Tabela 69: Percentual de pessoas hipertensas com Pressão Arterial aferida em cada semestre por quadrimestre. IX Região de Saúde de Pernambuco.

Município	2020			2021		
	Q1 (%)	Q2 (%)	Q3 (%)	Q1 (%)	Q2 (%)	Q3 (%)
Araripina	0	7	7	7	10	12
Bodocó	5	5	5	4	5	6
Exu	0	3	4	3	8	9
Granito	7	12	24	20	21	12
Ipubi	21	22	23	22	25	25
Moreilândia	2	3	5	4	5	6
Ouricuri	4	3	3	4	4	4
Parnamirim	6	6	5	4	3	3
Santa Cruz	4	5	6	8	12	19
Santa Filomena	1	1	1	3	2	4
Trindade	4	3	2	2	2	7

Fonte: e-Gestor AB, 2021.

4.6.7 Percentual de diabéticos com solicitação de hemoglobina glicada

Mede a proporção de pessoas com Diabetes que são consultadas pelas equipes de APS e possuem exame de hemoglobina glicada, solicitado pelo menos uma vez no ano, em relação a quantidade estimada de diabéticos que o município possui, no intuito de incentivar o registro correto de todos os usuários da APS.

Os resultados deste indicador demonstram a necessidade de garantir uma avaliação mais específica destes usuários, qualificando a assistência na APS, visto que nenhum dos municípios da IX Região atingiram a meta do indicador.

Tabela 70: Percentual de diabéticos com solicitação de hemoglobina glicada por quadrimestre. IX Região de Saúde de Pernambuco.

Município	2020			2021		
	Q1 (%)	Q2 (%)	Q3 (%)	Q1 (%)	Q2 (%)	Q3 (%)
Araripina	8	8	7	11	13	12
Bodocó	3	4	5	5	8	17
Exu	2	2	4	6	33	41
Granito	5	5	12	10	11	5
Ipubi	4	6	21	28	28	21
Moreilândia	1	3	6	8	16	19
Ouricuri	2	2	1	2	2	6
Parnamirim	6	7	8	6	6	19
Santa Cruz	1	3	4	16	27	47
Santa Filomena	4	5	6	8	8	30
Trindade	1	1	2	3	6	20

Fonte: e-Gestor AB, 2021.

4.6.8 Atualização dos indicadores de financiamento da atenção primária

A Portaria GM/MS n° 102 de 20 de janeiro de 2022, que trata dos indicadores de pagamento por desempenho do Programa Previne Brasil (2022), alterou a Portaria GM/MS nº 3.222 de 10 de dezembro de 2019, que dispõe sobre os indicadores do pagamento por desempenho no âmbito do Programa Previne Brasil.

Em 2022, a avaliação dos indicadores por desempenho configura os mesmos monitorados no ano de 2021, porém com ajustes voltados ao aprimoramento da informação. Assim, determinados indicadores que são acompanhados rotineiramente, passaram a ter suas fórmulas aprimoradas, possibilitando a verificação de dados individualizados no sistema de informação e não apenas o quantitativo consolidado. As alterações nos indicadores de pagamento por desempenho do Programa Previne Brasil são evidenciadas na tabela abaixo.

Tabela 71: Indicadores de Pagamento por Desempenho Previne Brasil, 1º Q1 2022

Indicador	Parâmetro	Meta
De: Proporção de gestantes com pelo menos 6 (seis) consultas pré-natal realizadas, sendo a primeira até a 20ª semana de gestação Para: Proporção de gestantes com pelo menos 6 (seis) consultas pré-natal realizadas, sendo a primeira até a 12ª semana de gestação	De: >_ 80% Para: 100%	De: 60% Para:45%
Manteve: Proporção de gestantes com realização de exames para sífilis e HIV	De: >_95% Para: 100%	Manteve: 60%
Manteve: Proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado	De: >_90% Para: 100%	Manteve: 60%
De: Cobertura de exames citopatológico Para: Proporção de mulheres com coleta de citopatológico na APS	Manteve: >_80%	Manteve: 40%
De: Cobertura vacinal de Poliomielite inativada e de Pentavalente Para: Proporção de crianças de 1 ano de idade vacinadas na APS contra Difteria, Tétano, Coqueluche, Hepatite B, infecções causadas por haemophilus influenza tipo b e Poliomielite inativada	Manteve: 95%	Manteve: 95%
De: Percentual de pessoas hipertensas com Pressão Arterial aferida em cada semestre Para: Proporção de pessoas com hipertensão, com consulta e pressão arterial aferida no semestre	De: >_90% Para: 100%	Manteve: 50%
De: Percentual de diabéticos com solicitação de hemoglobina glicada Para: Proporção de pessoas com diabetes, com consulta e hemoglobina glicada solicitada no semestre	De: >_90% Para: 100%	Manteve: 50%

Fonte: Ministério da Saúde, 2022

A tabela 72 apresenta o resultado do primeiro quadrimestre de 2022, já sob os moldes do novo monitoramento.

No que se refere aos indicadores do pré-natal, os municipios alcançaram a meta em sua maioria, com exceção de Araripina, Granito e Ouricuri, que não alcançaram a meta do indicador relacionado ao atendimento odontológico.

Observa-se nos indicadores relacionados ao citopatológico, vacina, hipertensão e deiabetes que nenhum municipio alcançou a meta proposta, ficando bem aquém do esperado. Apenas Santa Cruz aproximou-se da meta de 40% no citopatológico.

Tabela 72: Relatório quadrimestral de Indicadores Q1 - equipes homologadas eSF e eAP (2022). IX Região de Saúde de Pernambuco

Município	Q1 – 2022						
	Proporção de gestantes com pelo menos 6 (seis) consultas pré-natal realizadas, sendo a primeira até a 12ª semana de gestação	Proporção de gestantes com realização de exames para sífilis e HIV	Proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado	Proporção de mulheres com coleta de citopatológico na APS	Proporção de crianças de 1 (um) ano de idade vacinadas na APS contra Difteria, Tétano, Coqueluche, Hepatite B, infecções causadas por haemophilus influenza tipo b e Poliomielite inativada	Proporção de pessoas com hipertensão, com consulta e pressão arterial aferida no semestre	Proporção de pessoas com diabetes, com consulta e hemoglobina glicada solicitada no semestre
Araripina	57	83	26	22	84	13	4
Bodocó	50	71	65	22	75	17	12
Exu	57	77	76	21	77	21	19
Granito	56	70	59	20	78	16	7
Ipubi	58	88	81	20	66	32	13
Moreilândia	67	88	94	22	82	17	12
Ouricuri	60	59	50	17	75	10	8
Parnamirim	58	78	86	17	87	23	19
Santa Cruz	66	87	93	39	94	43	42
Santa Filomena	54	79	85	21	82	29	43
Trindade	56	78	74	16	72	24	15

Fonte: e-Gestor AB, 2022.

5 REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

As Redes de Atenção à Saúde (RAS) são 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 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010 - Portaria nº 4.279, de 30/12/2010).

A operacionalização das RAS se dá pela interação dos seus três elementos constitutivos: população/região de saúde definidas, estrutura operacional e por um sistema lógico de funcionamento determinado pelo modelo de atenção à saúde. A Atenção Básica tem como funções nas redes de atenção à saúde ser a modalidade de atenção e de serviço de saúde com o mais elevado grau de descentralização e capilaridade, cuja participação no cuidado se faz sempre necessária, ser resolutiva, coordenar o cuidado e ordenar as redes.

A rede de atenção à saúde temática deve se organizar a partir da necessidade de enfrentamentos de vulnerabilidades, agravos ou doenças que acometam as pessoas ou as populações. Após pactuação tripartite, em 2011, foram priorizadas as seguintes redes temáticas:

- Rede Cegonha – que tem um recorte de atenção à gestante e de atenção à criança até 24 meses.
- Rede de Atenção às Urgências e Emergências
- Rede de Atenção Psicossocial – com prioridade para o Enfrentamento do Ál-cool, Crack e outras Drogas.
- Rede de Atenção às doenças e Condições Crônicas: iniciando-se pelo câncer (a partir da intensificação da prevenção e controle do câncer de mama e colo do útero).
- Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência

Todas as redes também são transversalizadas pelos temas: qualificação e educação; informação; regulação; promoção e vigilância à saúde.

5.1 REDE MATERNO INFANTIL

Os avanços logrados nos indicadores de mortalidade sinalizadores da situação de saúde das mulheres, no ciclo gravídico-puerperal, e criança menores de um ano de idade têm sido fruto de um conjunto amplo de políticas públicas contidas e para além da área da saúde.

O território brasileiro é marcado por diferenças demográficas, socioeconômicas, culturais, e de acesso da população a bens de consumo e serviços de saúde, logo os indicadores de saúde também apresentam variações positivas ou negativas de acordo com o recorte territorial proposto. O que, por sua vez, evidencia as relações determinísticas que existem do ambiente com a forma como a população vivência os processos de saúde e adoecimento.

5.1.1 Programa Mãe Coruja Pernambucana

O Programa Mãe Coruja Pernambucana foi implantado no Estado em 2007, através do Decreto 30.3859 de 04 de outubro de 2007 e Lei 13.959 de 15 de dezembro de 2009, com o objetivo de reduzir a mortalidade materna e infantil, por meio de ações estratégicas articuladas e intersetoriais dos eixos de saúde, educação e desenvolvimento social, cuidando de forma ampla da mulher e das crianças; 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. Está inserido no modelo de gestão estadual com foco em resultado. Utiliza instrumentos de gestão como sala de situação e sistema de informação que possibilitam o monitoramento permanente de todas as ações do Programa e da vigilância dos óbitos infantis e maternos.

A estrutura do Programa organiza-se da seguinte forma: Conselho Consultivo; Comitê Executivo; e Comitês Regionais. Este último é composto pela Coordenação Regional do Programa, profissionais do Canto Mãe Coruja e representantes dos municípios. O Canto Mãe Coruja é um espaço de acolhimento, cadastramento das gestantes e crianças, acompanhamento das famílias, identificando as vulnerabilidades, induzindo e fortalecendo as políticas públicas intersetoriais, objetivando integrar as ações na consolidação da formação da rede de cuidado; é composto por dois técnicos de nível superior que tem o papel de executar as ações do Programa dentro de seu território de abrangência e articular com todos os gestores locais, com a sociedade civil organizada, comunidades, associações, sindicatos, entre outros.

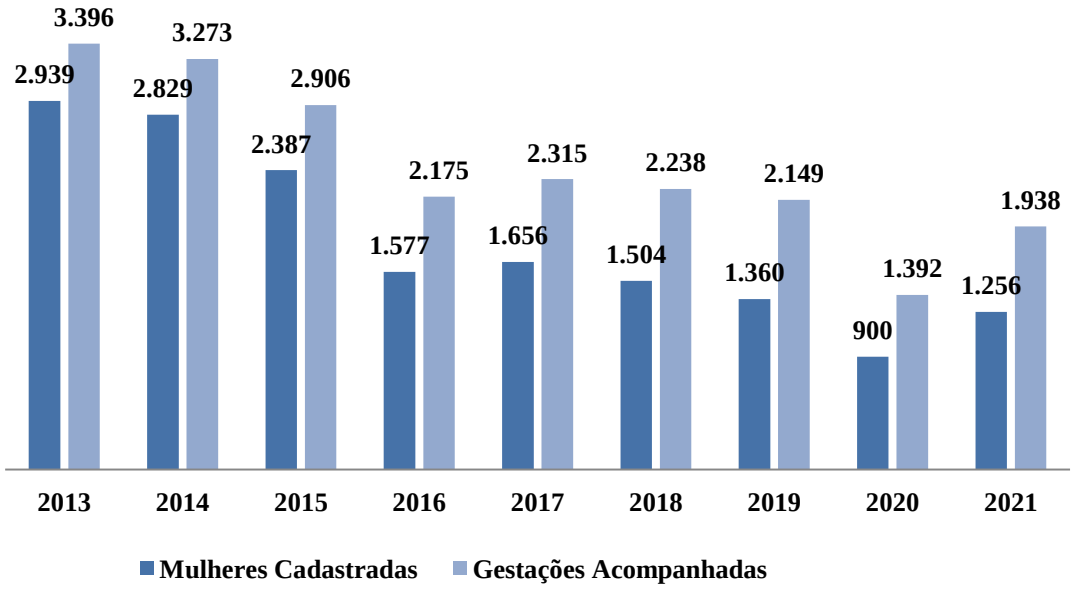
Na IX Região 100% dos municípios possuem cobertura do Programa Mãe Coruja Pernambucana. O Programa iniciou nessa região em outubro de 2007, tendo sido pioneiro no Estado de Pernambuco devido aos altos índices de

mortalidade materno-infantil, iniciando o cadastramento de gestantes e crianças em 2008. No gráfico abaixo pode-se observar o quantitativo de mulheres cadastradas e gestações acompanhadas no Programa, a partir da implantação do Sistema de Informação no ano de 2013.

O Programa acompanhou nessa região 21.782 gestações entre 2013-2021, registros monitorados por meio do Sistema de Informação Mãe Coruja (SISMC). Ao analisar os dados de mulheres cadastradas e gestações acompanhadas nota-se que no decorrer dos anos não ocorreu um decréscimo de cadastros de mulheres, mas sim que as mulheres cadastradas em anos anteriores estão retornando ao monitoramento com uma nova gestação.

Em 2020 é percebido um impacto significativo no número de captação de gestantes que ocorre devido ao cenário da pandemia do Covid-19, dificultando o acesso às mulheres gestantes, publico de risco para a doença. Neste período o Programa inseriu no processo de trabalho o teleatendimento como estratégia de acompanhamento.

Figura 56: Mulheres Cadastradas e Gestações Acompanhadas. IX Região de Saúde de Pernambuco. 2013 - 2021.

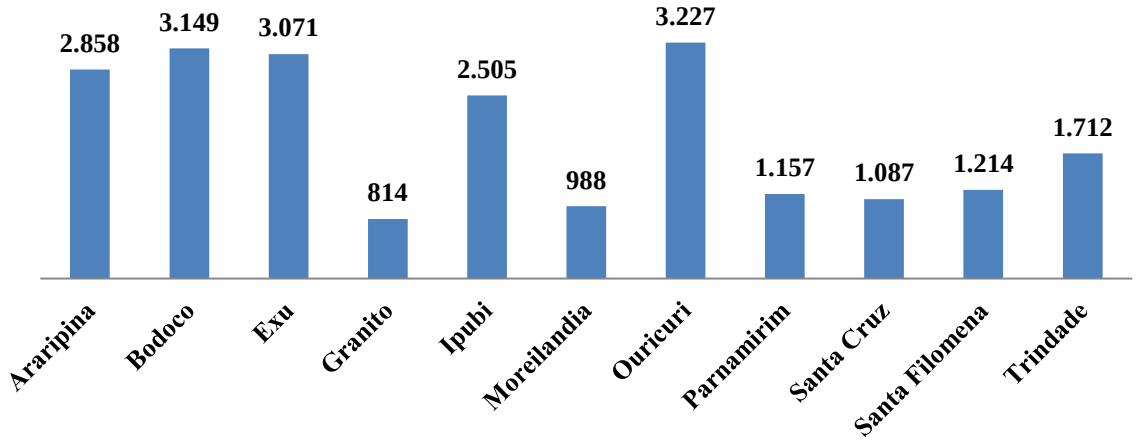


Fonte: SISMC, Dados extraídos em 07/06/2022.

O Canto Mãe Coruja tem um papel fundamental dentro dos municípios para a redução da mortalidade infantil, fetal e materna, fortalecendo os vínculos familiares e promovendo uma gestação saudável. Logo em seguida podemos

observar o gráfico de gestantes acompanhadas no Programa por município entre os anos de 2013 e 2021.

Figura 57: Gestantes Acompanhadas por Município. IX Região de Saúde de Pernambuco. 2013 -2021.



Fonte: SISMC, Dados extraídos em 07/06/2022.

Os municípios de Ouricuri e Exu realizaram o maior quantitativo de captação de mulheres gestantes, o menor quantitativo se atribuiu a Granito, porém o mesmo possuiu a menor área territorial e menor população. Nota-se que municípios de médio porte populacional como Exu, Bodocó e Ipubi aproximam-se em número de acompanhamentos de Araripina e Ouricuri, que são municípios de maior porte.

Evidenciam-se as dificuldades de vinculação ao Canto nos municípios de maior extensão territorial, bem como o êxito de ações estratégicas de articulação entre atenção primária e Canto Mãe Coruja especialmente na atividade de Canto Itinerante (atendimento descentralizado) nos municípios com maior quantitativo de acompanhamento e menor número de unidades de saúde. É um desafio para o Programa aumentar a captação de famílias em áreas de maior vulnerabilidade, e ampliar a equipe nos municípios maiores para fortalecer o trabalho dos profissionais do Canto.

O perfil das mulheres acompanhadas pelo Programa, no Sertão do Araripe, é em sua maioria jovens entre 20 e 25 anos (25%) e com baixa escolaridade - apenas 29% concluiriam o ensino médio, 50% não concluiriam o ensino fundamental e 1% não foram alfabetizadas. Além disso, quanto a raça/cor 79% se declaram pardas e 4% negras, estas mulheres residem especialmente

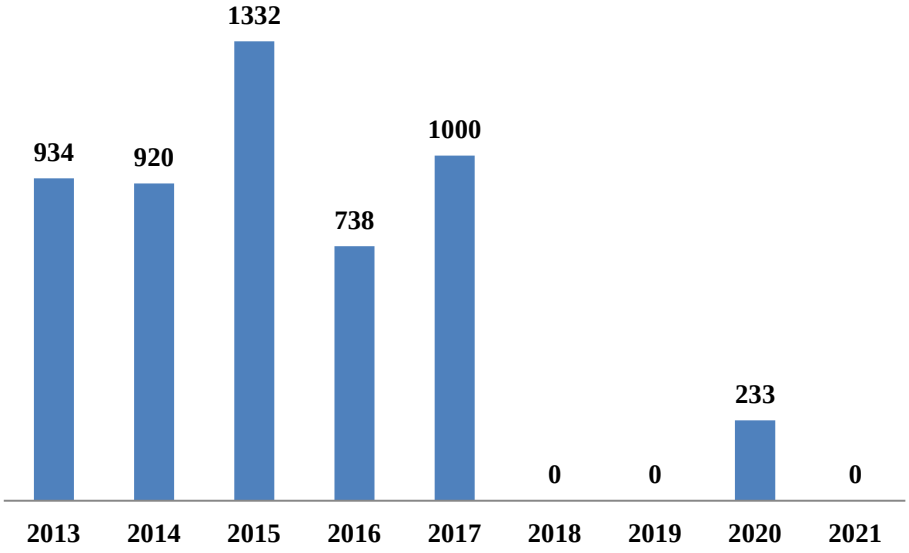
em área rural (56%). Estas características apontam as vulnerabilidades que o público assistido pelo Programa apresenta e os desafios para articulação das políticas públicas.

Ressalta-se que estes indicadores socioeconômicos e culturais influenciam indiretamente na ocorrência de mortalidade materna, infantil e fetal, e por isso são dados importantes analisados e monitorados pelo Programa Mãe Coruja Pernambucana que entre as estratégias de ação propõem a reorganização da rede materno infantil a partir de ações integradas nos eixos saúde, educação e desenvolvimento social a nível municipal, regional e estadual.

O Programa Mãe Coruja é responsável pelo fornecimento do kit do bebê para a gestantes acompanhadas no Programa que completarem 7 ou mais consultas de pré natal, fortalecendo assim o acompanhamento e o cuidado com a gravidez.

O kit do bebê é um importante estímulo às mulheres a realização das consultas de pré-natal, além disso os itens do kit (banheira, bolsa, fralda, pomada, calça enxuta, toalha, lençol, sabonete) são para muitas mulheres o único enxoval da criança e para outras um essencial complemento. Devido a dificuldades gerenciais (contratação de fornecedor e licitação), o Kit não foi suprido nos anos de 2018, 2019 e 2021. Em 2020 ocorreu uma distribuição de kits em caráter emergencial devido o período pandêmico.

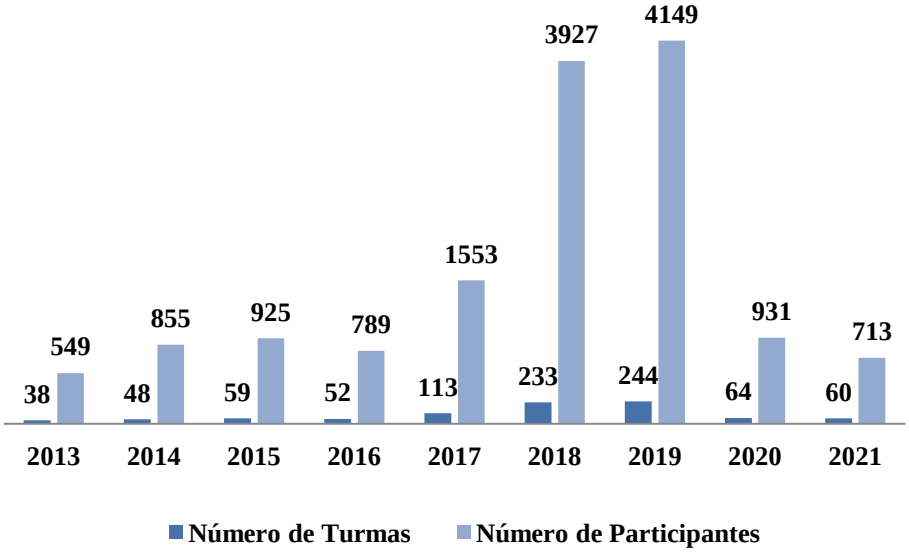
Figura 58: Kit Bebê Entregues. IX Região de Saúde de Pernambuco. 2013-2021.



Fonte: SISMC, Dados extraídos em 07/06/2022.

Entre as ações do Programa estão os Círculos de Educação e Cultura, espaços de empoderamento e fortalecimento do aprendizado das mulheres do Programa, com metodologia construtivista elaborada especificamente para o Programa, incluindo a formação e capacitação pedagógica para os professores e a inclusão de 4 módulos que contemplam discussões com os temas: mulher, criança, família e território, a seguir o quantitativo de turmas e mulheres que participaram desta atividade na Região do Araripe entre os anos de 2013 e 2021.

Figura 59: Círculo de Educação e Cultura. IX Região de Saúde de Pernambuco. 2013 - 2021

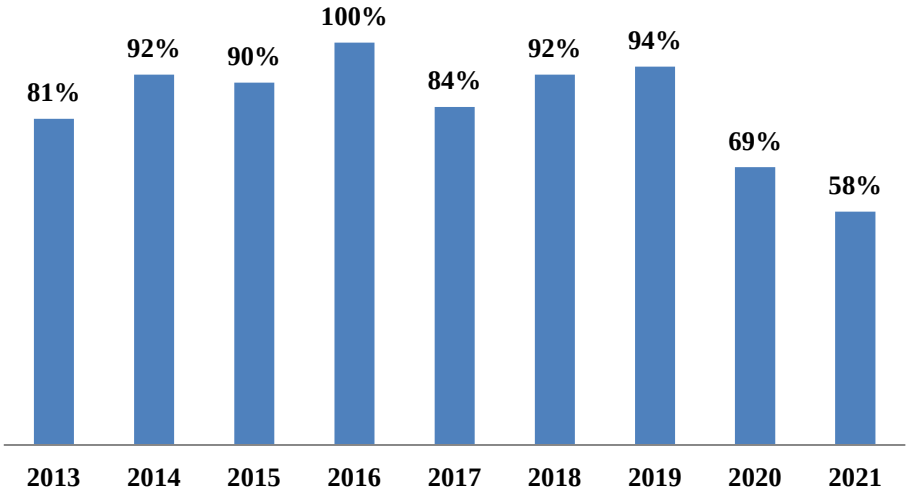


Fonte: SISMC, Dados extraídos em 07/06/2022.

No gráfico acima acompanhamos a série histórica do quantitativo de turmas dos Círculos de Educação e Cultura e o número de mulheres participantes. Nota-se considerável participação das mulheres, bem como o aumento significativo da participação de acordo com o incremento da oferta de turmas. Em contrapartida nos anos de pandemia observa-se a redução na oferta do serviço, e a fragilização da participação das mulheres nessa atividade.

Assim como o estímulo a aprendizagem, oportunizar qualificação profissional também é uma ação desenvolvida no Programa junto às mulheres acompanhadas, no gráfico abaixo pode-se visualizar o percentual de mulheres que concluíram os cursos de qualificação ofertados pelo Programa entre os anos de 2013 e 2021 na IX Região.

Figura 60: Qualifica Mãe Coruja. IX Região de Saúde de Pernambuco. 2013 - 2021.

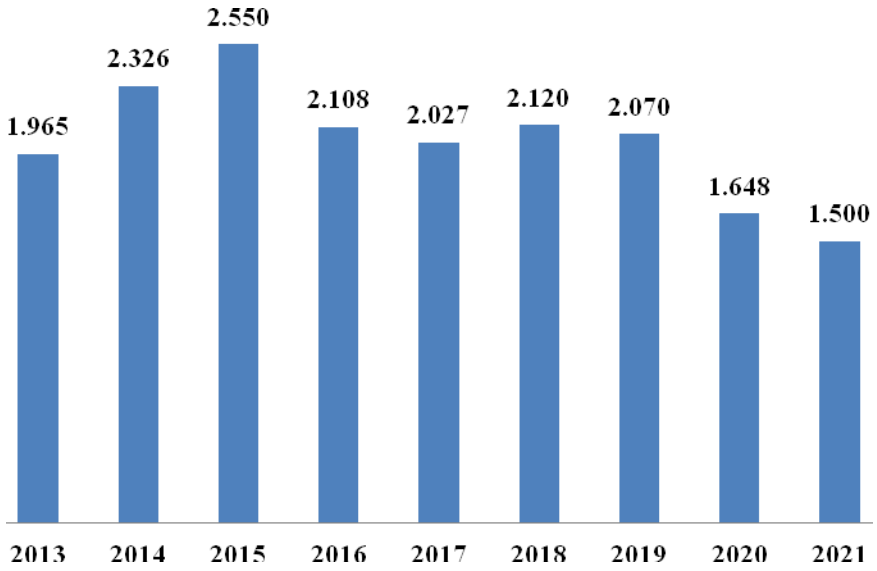


Fonte: Secretaria de Micro e Pequena Empresa, Trabalho e Qualificação Profissional.

O Qualifica Mãe Coruja é mais uma importante ação do Programa que oferta cursos voltados para a qualificação profissional das mulheres cadastradas. A série histórica demonstra considerável aproveitamento das mulheres nos cursos ofertados. Destaca-se que mesmo em período de pandemia ocorreu participação ativa das mulheres com a adaptação dos cursos para modalidade de ensino a distância – EAD.

O Programa Mãe Coruja parte da compressão de que para garantir o pleno desenvolvimento da primeira infância, é necessário contribuir para melhoria da assistência dada pelo adulto cuidador (mãe/pai/família) às crianças. E, principalmente, de que a criança é um fenômeno positivo e que a família se constitui em um universo de intimidade e afetividades. A se seguir a série histórica de crianças acompanhadas no Programa entre os anos de 2013 e 2021.

Figura 61: Crianças Acompanhadas. IX Região de Saúde de Pernambuco. 2013 - 2021.



Fonte: SISMC, Dados extraídos em 07/06/2021

No período de 2013 a 2021 foram acompanhadas 18.314 mil crianças pelo Programa Mãe Coruja Pernambucana. Este indicador reflete também a captação de mulheres, bem como a oscilação dos números nos anos analisados. O Programa Mãe Coruja trabalha na perspectiva de promover e proteger a saúde das crianças, através de uma atenção integral, compreendendo a criança como um ser em pleno desenvolvimento e sujeito de diretos.

Em 2017 o Programa implementa suas ações voltadas para as crianças com o Plano de Desenvolvimento Infantil, dando início no Sertão do Araripe as oficinas “Brincando, Aprendendo e Desenvolvendo” que tem por objetivo fortalecer ações voltadas para o desenvolvimento integral da criança, de forma intersetorial, fortalecendo as políticas de saúde, educação, desenvolvimento social e vínculos familiares.

Nesta ação foram beneficiadas 4.280 mil famílias que receberam de forma qualificada um kit de brinquedos visando estimulação auditiva, visual e sensorial adequado para a faixa etária (0 a 12 meses), contribuindo com o desenvolvimento da criança e a maior ligação entre brinquedos, brincadeiras em âmbito familiar. Além de promover oficinas de shantala, contação de estórias para bebês e construção de brinquedos com recicláveis.

O Programa Mãe Coruja Pernambucana trabalha de forma integrada na promoção dos direitos das mulheres e crianças, no empoderamento das mulheres, no combate ao analfabetismo, na elevação da escolaridade, na profissionalização, na valorização da vida da mulher e da criança. Assim, colabora para o enfretamento e redução da mortalidade materna, infantil e fetal.

O Mãe Coruja é um dos Programas sociais brasileiros de referência na área materno-infantil, sendo reconhecido e premiado pela Organização das Nações Unidas (ONU) e pela Organização dos Estados Americanos (OEA), como modelo de Gestão de Política Pública. Atualmente, o Programa Mãe Coruja está presente em 105 municípios pernambucanos, nas 12 Regionais de Saúde do estado, com gestão municipal no Recife e Ipojuca.

5.1.2 Rede Cegonha

A Rede Cegonha (RC), instituída desde o ano de 2011, é uma estratégia governamental que se posiciona como uma das Redes de Atenção à Saúde prioritárias para serem desenvolvidas no Sistema Único de Saúde, a mesma visa reorientar a dinâmica da linha de cuidado a mulher, bebê e criança até os 24 meses de idade (BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde, 2011).

Nesse sentido, busca garantir às mulheres as ações e serviços voltados diretamente ao planejamento reprodutivo, atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, ainda, assegurar às crianças o nascimento seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudáveis (BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde, 2011).

Para além da perspectiva de mudança do modelo de cuidado a mulher no ciclo gravídico-puerperal e a criança, também é trazido na rede um movimento de implantação de serviços de saúde de maior complexidade nas regiões de saúde voltados prioritariamente para a atenção ao parto e nascimento (BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde, 2011).

Esta Rede organizada apartir de quatro componentes:

1 – Pré Natal

2 – Parto e Nascimento

3 – Puerperio e Atenção Integral à Saúde da Criança

4 – Sistema Logístico – Transporte Sanitário e Regulação

A condução da RC apresenta-se, semelhantemente as demais políticas estratégicas orientadas pela perspectiva da RAS, como uma política pública de caráter interfederativa, com atribuições específicas para o ente federal, estadual e municipal (BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde, 2011).

À União cabe prioritariamente o financiamento, monitoramento e avaliação da rede no território nacional; ao estado, a coordenação do Grupo Condutor Estadual da Rede Cegonha, financiamento, contratualização com prestadores de serviço sob sua gestão, bem como o monitoramento e avaliação de caráter regionalizado; ao município cabe a coordenação do Grupo Condutor Municipal da Rede Cegonha, financiamento, contratualização com os prestadores sob sua gestão, monitoramento e avaliação da rede no território municipal (BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde, 2011). O desenho regional da Rede Cegonha encontra-se disposto na figura 62.

Figura 62: Desenho Regional da Rede Cegonha, 2012.

Componentes	DESENHO DA REDE CEGONHA-IX GERES										
	Araripina	Bodocó	Exu	Granito	Ipubi	Moreilândia	Ouricuri	Parnamirim	Santa Cruz	Santa Filomena	Trindade
Pré –natal	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Transporte	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Ampliação de Leitos							HRFB - Maternidade Mãe Coruja				
Ampliação							HRFB - Maternidade Mãe Coruja				
Reforma	Hospital e Maternidade Santa Maria										
Ambiência	Hospital e Maternidade Santa Maria						HRFB - Maternidade Mãe Coruja				
Centro de Parto Normal	Hospital e Maternidade Santa Maria						HRFB - Maternidade Mãe Coruja				
Casa de Gestante Bebê e Puérpera							HRFB - Maternidade Mãe Coruja				

Fonte: PAR da Rede Cegonha, 2012.

Deve-se salientar que nem todos os serviços propostos no desenho da rede para a região de saúde foram implantados em sua totalidade, dentre esses destaca-se o Centro de Parto Normal, planejado para ser implantado nos municípios de Ouricuri e Araripina. Destaca-se que esses serviços apresentam

o potencial de serem promotores de práticas de cuidado menos intervencionistas, o que pode se refletir também em mudanças nas perspectivas culturais de que o partejamento deve ser o mais tecnicista possível.

5.1.3 Risco Habitual

A gestação de risco habitual pode ser acompanhada por médicos e enfermeiros, na rede de Atenção Primária à Saúde, porta de entrada da gestante na linha de cuidado da mulher, bebê e criança (BRASIL. Ministério da Saúde, 2012). A equipe da atenção primária tem papel fundamental no cuidado às gestantes, puérperas e crianças, pois é na maioria dos casos o contato mais próximo das pacientes com o sistema de saúde (PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde, 2019).

Nesse sentido se faz necessário a realização de ações voltadas à captação precoce das gestantes no território, assegurando-as os exames e consultas regulares da gestação de risco habitual e encaminhamentos quando houver gestação de alto risco; prevenção das Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST); vinculação dessas usuárias às unidades de referência e acompanhamento, com a constante inserção de todos os dados gestacionais no sistema de acompanhamento da paciente (PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde, 2019).

Dessa forma, salienta-se que o acompanhamento da gestante de risco habitual durante o pré-natal é realizado pela Atenção Primaria à Saúde, de responsabilidade na sua gestão e condução do ente federado municipal. Todavia deve-se destacar que o apoio técnico e financeiro também é realizado pelos demais entes federados, de acordo com o caráter tripartite e compartilhado de implantação e implementação do SUS.

A atenção ao parto de risco habitual na IX Região de Saúde segue uma pactuação que determina que os municipios de Bodocó, Exu, Granito, Moreilândia, Parnamirim, Santa Cruz, Santa Filomena e Ouricuri devem encaminhar suas pacientes para a Maternidade Mãe Coruja/HRFB, já o Hospital e Maternidade Santa Maria atua como referência para Araripina, Ipubi e Trindade. O Hospital Dom Malan - HDM, situado em Petrolina-PE, tornou-se a referência para toda a IX Região de Saúde para os partos de alto risco bem como

para o atendimento de maior complexidade tecnológica neonatal e pediátrica, de acordo com o desenho regional da Rede Cegonha (tabela 73).

Tabela 73: Maternidades de Referência para Parto de Risco Habitual e Alto Risco para os muncípios da IX Região de Saúde de Pernambuco, 2022.

Município	Estabelecimento de Saúde	Referência/ Parto de Risco Habitual	Referência/Parto de Alto Risco/UCI e UTI Neo/UTI Adulto
Araripina	Hospital e Maternidade Sª Maria	Hospital e Maternidade Santa Maria - HMSM	HDM
Bodocó	Hosp. Mun. Eulina Silva Lócio	Hospital regional Fernando Bezerra-HRFB	
Exu	Hosp. Mun. José P. Saraiva		
Granito	U. M. Senhorinha de Souza		
Ipubi	Hosp. Mun. Marcelino da S. Mudo	Hospital e Maternidade Santa Maria - HMSM	
	U. M. de Serrolândia		
Moreilândia	Hosp. Mun. Santa Terezinha	Hospital regional Fernando Bezerra-HRFB	
Ouricuri	H.R.F.B		
Parnamirim	U. M. Raimunda de S. B. Cabral		
Santa Cruz	Hosp. Mun. Joao R. de Souza		
Santa Filomena	Hosp. Mun. de Santa Filomena		
Trindade	Hosp. Mun. Maria Veneri	Hospital e Maternidade Santa Maria - HMSM	

Fonte: Plano de Ação Regional da Rede Cegonha, 2012.

De acordo com os parâmetros da Portaria n° 1.631 de outubro de 2015, utiliza-se para cálculo da estimativa de leitos de risco habitual, um tempo médio de permanência de 3 dias e taxa de ocupação de 85%, os quais foram pactuados no Grupo Condutor da Rede Cegonha (GCRC) em 2012 (PERNAMBUCO. IX Gerência Regional de Saúde, 2017). Desta forma, a IX Região de Saúde necessitaria de 47 leitos obstétricos de risco habitual e atualmente consta no Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES) 46 leitos cadastrados nas maternidades referência. Dessa forma, a região apresenta déficit de 1 leito obstétrico. Ainda, destaca-se que o parto de risco habitual deve ser realizado na unidade de referência, todavia, se a gestante chegar em período expulsivo em algum serviço hospitalar municipal, levando em consideração a segurança da gestante no processo de partejamento, a própria unidade municipal pode realizar o parto.

A Maternidade Mãe Coruja/ HRFB absorve toda a demanda de pacientes gestantes que acessam a unidade em busca de atendimento para outros serviços, além daqueles específicos ao período gravídico-puerperal, como

doença hipertensiva, fraturas, infecções, e necessitam ficar internados na unidade hospitalar, fazendo assim um bloqueio no leito obstétrico quando se faz necessário a internação do RN.

Tabela 74: Número de leitos obstétricos de risco habitual. IX Região de Saúde de Pernambuco, 2022

Município	Estabelecimento	N° de leitos Obstétricos SUS	Leitos clínicos	Leitos cirúrgicos
Araripina	Hospital e Maternidade Santa Maria	24	24	0
	Casa de Saúde São José	14	0	14
Bodocó	Hospital Municipal Eulina S. Locio de Alencar	04	04	0
Exu	Hospital Municipal José Pinto Saraiva	03	03	0
Granito	Hospital Municipal Maria Senhorinha de Sousa	01	01	0
Ipubi	Unidade Mista de Serrolândia	02	02	0
	Hospital Municipal Marcelino da Silva Mudo	03	03	0
Moreilândia	Hospital Municipal Dr. José Miranda Filho	02	02	0
Ouricuri	Hospital Regional Fernando Bezerra	22	16	06
Parnamirim	Unidade Mista Raimunda de Sá B. Cabral	02	02	0
Santa Cruz	Hospital Municipal João Rodrigues de Souza	03	03	0
Santa Filomena	Hospital Municipal de Santa Filomena	02	02	0
Trindade	Hospital Municipal Maria Veneri	02	02	0
Total	-	84	64	20

Fonte: SCNES, Jun 2022.

No que se refere ao quantitativo total de partos por estabelecimento referência para parto de risco habitual na região, pode-se observar na tabela 75 um aumento no número de partos no HMSM a partir do ano de 2018, em comparação aos anos anteriores, com exceção do ano de 2020, auge da pandemia de COVID-19, quando se observa diminuição dos partos totais da região nas referências. Para este estabelecimento, localizado no município de Araripina, esse fato se explica em parte devido à efetivação do desenho proposto no Plano de Ação Regional da Rede para o HMSM, que a partir de 2017 efetivou-se como referência para os partos de risco habitual para os municípios de Araripina, Trindade e Ipubi.

A Maternidade do HRFB permaneceu como referência para os demais municipios da região, que são Bodocó, Exu, Granito, Moreilândia, Ouricuri, Parnamirim, Santa Cruz e Santa Filomena. Identifica-se neste estabelecimento uma diminuição no quantitativo de partos a partir de 2018.

Tabela 75:: Quantitativo de partos realizados no HMSM e HRFB. IX Região de Saúde de Pernambuco. 2022.

Estabelecimento	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
HMSM	1.136	1.269	11.393	11.593	22.376	22.414	11.782	22.611
HRFB	2.763	22.720	22.533	22.360	22.324	22.315	22.052	11.913
Total	3.899	3.989	3.926	3.953	4.700	4.729	3.834	4.524

Fonte: SIH/TABNET-PE, 2022.

No Brasil há um quantitativo elevado de partos cesáreos em relação aos partos normais, cenário também presente em nível mundial, tal situação têm gerado um impacto econômico aos escassos recursos do SUS. Entringer et al (2018), em seu estudo que buscou estimar o impacto orçamentário do excesso de cesarianas sem indicação clínica, em comparação ao parto vaginal, evidenciou que o país poderia economizar mais de 80 milhões de dólares ao ano, com a diminuição do número de partos cesarianos, tanto em gestantes primíparas quanto nas multíparas.

O Ministério da Saúde indica que o parto vaginal pode ser realizado na maioria das gestantes multíparas com cicatriz uterina prévia. Ainda de acordo com Entringer et al (2018), a diminuição de cada ponto percentual no número de partos cesáreos no Brasil ocasionaria uma economia de 3 milhões de dólares ao ano.

A tabela 76 se refere ao quantitativo de partos normais e cesarianos por local de ocorrência para gestação de risco habitual da região. Quanto a relação entre partos normais e partos cesarianos, na IX Região de Saúde, embora tenha ocorrido um aumento do quantitativo de partos vaginais, o número de partos cesáreos ainda se encontra elevado. De acordo com a Organização Mundial da Saúde – OMS, as taxas populacionais de cesariana superiores a 15% não contribuem para a redução da mortalidade materna, perinatal ou neonatal (Brasil, 2006).

Tabela 76:: Quantitativo de partos normais e cesarianos por local de ocorrência para gestações de risco habitual. IX Região de Saúde de Pernambuco.2022.

Município	2014		2015		2016		2017		2018		2019		2020		2021	
	PN	PC	PN	PC	PN	PC	PN	PC	PN	PC	PN	PC	PN	PC	PN	PC
Araripina	798	515	858	489	905	639	1018	690	1624	768	1018	690	1048	741	1467	1144
Bodocó	144	0	161	0	150	0	84	0	86	0	84	0	65	0	65	0
Exu	137	0	154	0	110	0	79	0	23	0	79	0	33	0	22	0
Granito	0	0	0	0	3	0	0	0	3	0	0	0	3	0	2	0
Ipubi	129	0	140	0	164	0	73	0	26	0	73	0	16	0	7	0
Moreilândia	0	0	2	0	1	0	5	4	9	0	5	0	1	0	1	0
Ouricuri	1372	1353	1351	1358	1141	1311	1121	1239	1235	1089	1121	1173	920	1132	847	1066
Parnamirim	66	3	71	19	58	19	15	9	16	27	15	9	19	0	29	0
Santa Cruz	81	0	73	0	61	0	52	0	32	0	52	0	14	0	11	0
Sª Filomena	0	0	0	0	4	0	36	0	8	0	36	0	9	0	18	0
Trindade	121	0	94	0	41	0	44	0	7	0	44	0	1	0	14	0
Total	2848	1871	2904	1866	2638	1969	2527	2821	3069	2019	2527	1872	2129	1873	2483	2210

Fonte: SIH/TABNET-PE, Jun 2022.

As duas maternidades posicionadas como referências regionais para o parto de risco habitual possuem Unidades de Terapia Intensiva (tabela 77), todavia, não são unidades estruturadas para a atenção às gestantes e ou puérperas em situações de saúde que demandam ~~a~~ maior complexidade tecnológica. Dessa forma, tais demandas em saúde são encaminhas ao Hospital Dom Malam, na cidade de Petrolina, referência para a IX Região de Saúde.

Tabela 77: Quantitativo de leitos de UTI nas referências regionais para parto de risco habitual. IX Região de Saúde de Pernambuco. 2022

Município	Referência Regional	Leitos UTI – TIPO II	Leitos UTI – TIPO II SUS
Araripina	Hospital e Maternidade Santa Maria	20	20
Bodocó	-	0	0
Exu	-	0	0
Granito	-	0	0
Ipubi	-	0	0
Moreilândia	-	0	0
Ouricuri	Maternidade Mãe Coruja/H.R.F.B.	10	0
Parnamirim	-	0	0
Santa Cruz	-	0	0
Santa Filomena	-	0	0
Trindade	-	0	0

Fonte: CNES. Jun, 2022.

Importante destacar que os leitos de UTI do HMSM foram habilitados em 2022 e que a partir de março de 2022 existe produção nesta unidade, como podemos verificar na tabela abaixo. Entretanto, ressalta-se que estes leitos são leitos gerais, não sendo exclusivas das maternidades e sim dos hospitais como um todo.

Tabela 78: Registro da Produção de Leitos de UTI TIPO II- SUS, HMSM, IX GERES

Estabelecimento	Março/2022	Abril/2022
HMSM	245	200

Fonte: SIH, acesso em 07/07/2022.

As pactuações da linha de cuidado da mulher, bebê e criança levam em consideração os critérios técnicos referentes a economia de escala, economia de escopo, bem como critérios relacionados à distância geográfica entre as

unidades que ofertam o serviço, tendo como objetivo central conferir maior segurança na atenção à saúde ao binômio mãe-bebê.

A análise do quantitativo de partos de gestantes residentes ocorridos fora da IX Região de Saúde evidencia uma pulverização em municípios das 4 macrorregiões de Pernambuco, com destaque para o HDM em Petrolina, referência para os partos de alto risco na pactuação da RC, e o HRIS em Salgueiro, que não é rerência para partos de risco habitual ou de alto risco para a IX Região de Saúde.

Tabela 79: Quantitativo de partos de gestantes residentes que ocorreram em serviços hospitalares de municípios de outras regiões de saúde do estado de Pernambuco. IX Região de Saúde de Pernambuco. 2022

Município	Estabelecimento	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	Total
Arcoverde	Hospital Regional Rui De Barros Correia	0	3	5	8	5	4	7	10	42
Jaboatão Dos Guararapes	Hospital Memorial Guararapes	0	2	2	5	7	6	0	1	23
Lagoa Grande	Hospital Municipal Jose Henrique De Lima	0	0	1	1	1	5	0	0	8
Petrolina	Hospital Dom Malan	91	77	62	85	93	108	160	222	898
Recife	IMIP	5	8	2	6	6	2	17	14	60
	Hospital Agamenon Magalhaes	1	2	2	1	1	2	0	9	18
	Policlínica E Maternidade Arnaldo Marques	0	2	1	1	1	2	0	0	7
	Hospital Barão De Lucena	0	3	2	2	2	1	15	14	34
Salgueiro	Hospital Regional Inácio De Sá	30	27	39	41	88	91	95	79	490
Santa Maria Da Boa Vista	Hospital Municipal Monsenhor Ângelo Sampaio	0	1	4	5	4	0	0	0	14
	Outros	26	17	14	3	7	14	9	11	101

Fonte: SIH/SUS, Jun 2022.

O processo de esterilização feminina apresenta-se como um terreno de discussão no qual pode-se observar influência de aspectos políticos, éticos, sociais e religiosos. Em 1997 já se previa tal possibilidade de realização desse procedimento nos serviços públicos, tanto para mulheres como para homens, desde de que cumpram alguns critérios referentes a idade, capacidade civil, e quantitativo de filhos. Nesse sentido, deve-se discutir a importância do esclarecimento da natureza do procedimento para o público interessado, tendo

em vista que o arrependimento se caracteriza como a maior repercussão da Laqueadura Tubária (LT) (NICOLAU et al, 2011).

No contexto da região de saúde observa-se que o maior quantitativo de LT de mulheres residentes são realizadas na Maternidade do HRFB, referência regional para o parto de risco habitual. Ainda, os municípios de Ouricuri, Exu, Bodocó e Parnamirim figuram como aqueles com maiores valores absolutos de LT no recorte temporal proposto (Tabela 80).

Tabela 80: Quantitativo de partos cesáreos com realização de laqueadura tubária em mulheres residentes na região realizados na Maternidade/HRFB. IX Região de Saúde de Pernambuco. 2022.

Município	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Araripina	4	0	2	1	0	2	0	0
Bodocó	4	1	3	9	7	8	5	2
Exu	4	3	16	4	10	7	0	1
Granito	0	0	4	3	3	6	2	2
Ipubi	2	1	9	6	0	0	0	0
Moreilândia	2	0	3	1	1	2	1	1
Ouricuri	6	3	31	25	44	38	9	18
Parnamirim	6	0	4	8	10	5	4	4
Santa Cruz	3	2	2	2	3	5	2	4
Santa Filomena	2	1	0	0	9	3	0	2
Trindade	5	0	6	7	1	0	0	0
Total	38	11	80	66	88	76	23	34

Fonte: SIH/TABNET-PE, Jun 2022.

Importante destacar que houve uma redução significativa do quantitativo desses procedimentos nos anos de 2020 e 2021 na região (tabela 81).

Tabela 81: Quantitativo de partos cesáreos com realização de laqueadura tubária em mulheres residentes na região. IX Região de Saúde de Pernambuco. 2021.

Município	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Araripina	4	1	2	1	0	2	0	0
Bodocó	4	1	3	9	7	8	5	2
Exu	4	3	16	4	12	7	0	2
Granito	0	0	4	3	3	8	2	2
Ipubi	2	1	9	6	0	1	0	0
Moreilândia	2	0	3	1	1	3	1	1
Ouricuri	6	3	31	26	44	39	9	20
Parnamirim	8	1	5	9	10	6	4	4
Santa Cruz	3	3	3	2	3	5	2	4
Santa Filomena	2	2	0	0	9	3	0	2
Trindade	5	0	6	7	1	0	0	0
Total	40	15	82	68	90	82	23	37

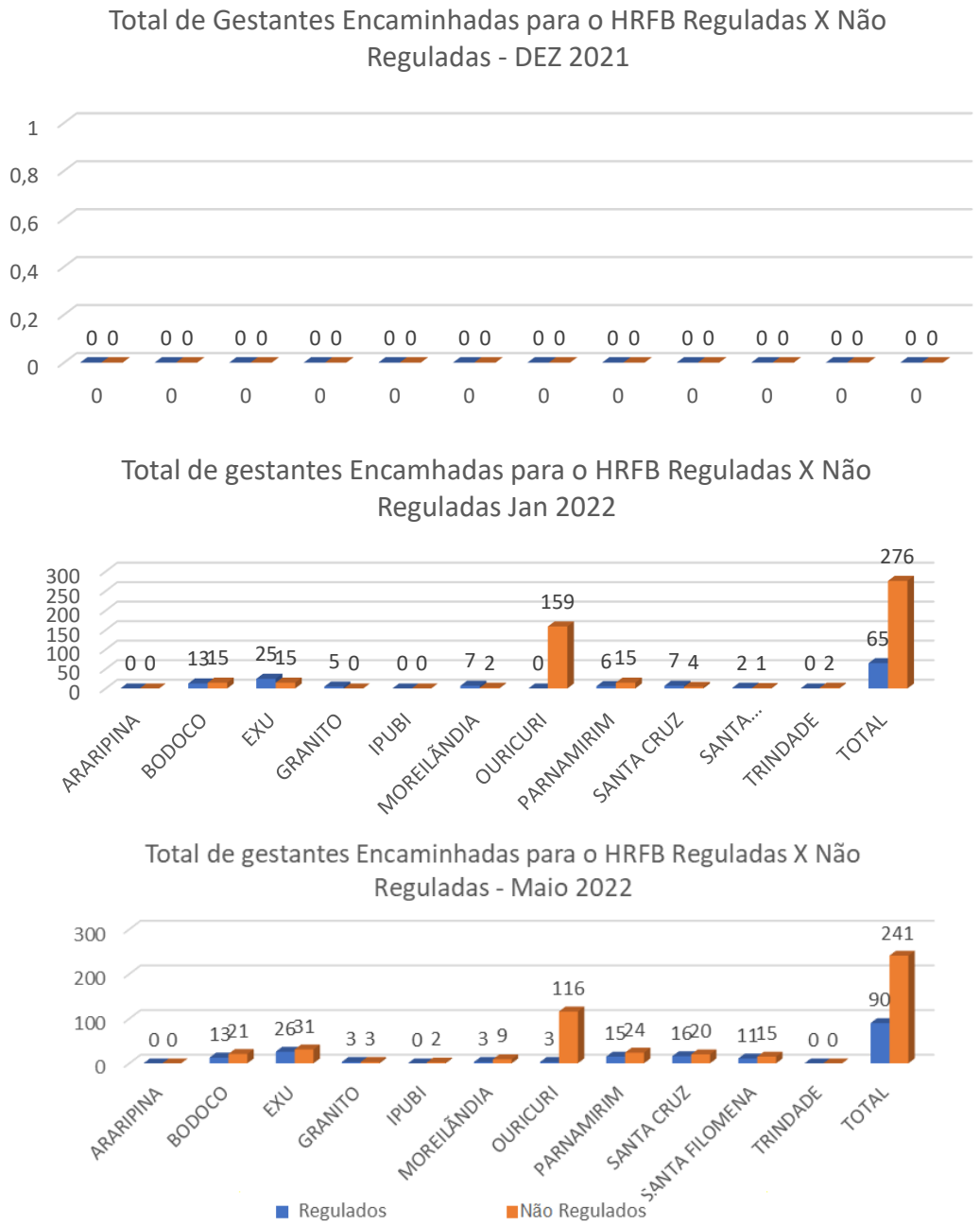
Fonte: SIH/TABNET-PE, Jun 2022.

Os municípios de Bodocó, Exu, Granito, Ipubi, Moreilândia, Parnamirim, Santa Cruz e Santa Filomena encaminham as gestantes para o Hospital Regional Fernando Bezerra através de regulação pela Central de Regulação Interstadual de Leitos – CRIL. Importante ressaltar que esta regulação foi

definida em novembro de 2021 em reunião da CIR e iniciou em dezembro do mesmo ano. Bimestralmente a direção do HRFB apresenta em CIR o monitoramento destas regulações.

Na figura abaixo podemos identificar que do total de gestantes encaminhadas para o HRFB, foram reguladas 22% em dezembro, 19% em janeiro e 26% em maio. Importante destacar que o município de Ouricuri não possui hospital municipal e as gestantes procuram o Hospital Regional por demanda espontânea, causando assim um grande impacto neste indicador. Já os municípios de Araripina, Ipubi e Trindade referenciam suas gestantes para o HMSM sem regulação. As pacientes que necessitam de atendimento de urgência e emergência são atendidas nos hospitais municipais e encaminhadas pra as maternidades de referência, salvo o município de Ouricuri que não possui hospital municipal.

Figura 63: Total de Gestantes Encaminhadas para o HRFB Reguladas e Não Reguladas – HRFB; Dez 2021, Jan 2022 e Maio 2022



Fonte: Hospital Regional Fernando Bezerra, apresentado na CIR 06/2022

Em relação ao atendimento ambulatorial, as gestantes são atendidas na atenção primária e aquelas classificadas como alto risco são referenciadas para ambulatório especifico. De acordo com a tabela abaixo, verificamos que 54,5% dos municípios da região possuem ambulatório de pré-natal de alto risco. Importante destacar que o HRFB também possui este ambulatório de referência para os municípios da IX Região de Saúde.

Tabela 82: Ambulatórios Municipais de Pré-Natal de Alto Risco - IX GERES, 2022

Município	Ambulatório de Pré-Natal de Alto Risco
Araripina	1
Bodocó	1
Exu	1
Granito	0
Ipubi	1
Moreilândia	0
Ouricuri	1
Parnamirim	0
Santa Cruz	1
Santa Filomena	0
Trindade	0

Fonte : SCNES, JUL, 2022

5.1.4 Alto Risco

A atenção à saúde por meio do pré-natal, quando realizado de forma precoce, pode se converter em impactos positivos na vivência da mulher e neonato no ciclo gravídico-puerperal, assegurando melhor qualidade de vida para ambos os grupos populacionais. Nesse sentido, o Brasil, de forma cooperativa entre os entes federados, tem desenvolvido uma política de estímulo à expansão qualitativa e quantitativa dos cuidados no pré-natal. Todavia, observa-se maior avanço no aspecto quantitativo do que no qualitativo, um cenário que tem repercutido em desfechos desfavoráveis em saúde, os quais se destacam: nascimentos de prematuros, óbitos maternos e neonatais precoces (MEDEIROS et al, 2019).

Na IX Região de Saúde o acompanhamento de pré-natal das gestantes classificadas como aquelas com alto risco é realizado pelo serviço de Atendimento Médico Especializado (AME), um serviço ambulatorial do Hospital Regional Fernando Bezerra. O acesso a esse serviço se dá por meio da regulação do sistema Central de Marcação de Consultas e Exames (CMCE) e há um quantitativo de vagas para cada município da região de saúde, todavia, é possível certa flexibilização no manejo dessas cotas por município, visando sempre a promoção do acesso e do atendimento à população que o necessita.

Os serviços hospitalares de atenção ao parto de alto risco são realizados pelo Hospital Dom Malan, referência macrorregional para a alta complexidade hospitalar das gestantes nessa situação de saúde. O serviço conta com leitos de enfermaria clínica e cirúrgica em obstetrícia, como também serviço de terapia

intensiva adulto, todos os leitos são leitos SUS, regulados pelo Sistema de Regulação de Urgência e Emergência-SUREM (tabela 83).

Tabela 83: Serviços hospitalares de referência regional para as gestantes de alto risco. IX Região de Saúde de Pernambuco. 2020.

Serviço	Estabelecimento	Leitos existentes	Leitos SUS
UTI Adulto Tipo II	Hospital Dom Malan	10	10
Leitos de Enfermaria Cirúrgico – Ginecologia		12	12
Leitos de Enfermaria - Clinica Geral		30	30
Leitos de Enfermaria Cirúrgico – Obstetrícia		30	30
Leitos de Enfermaria Clinica – Obstetrícia		30	30

Fonte: SCNES, Jun, 2022.

O movimento de elevação no quantitativo de partos cesáreos em relação ao número de partos normais tem ocorrido tanto em países desenvolvidos, quanto naqueles em desenvolvimento. Semelhantemente as demais situações clínicas naturais da gestação, a decisão sobre o tipo de via de parto na gestação de alto risco também deve levar em consideração critérios clínicos do binômio mãe-bebê, indo para além da definição da sua gestação como de alto risco ou não. Deve-se salientar que a cirurgia cesariana, quando indicada a partir de critérios clínicos de real necessidade, pode ser um fator de proteção na redução da mortalidade materna e perinatal, todavia o contrário também é real, podendo ser um risco para a gestação atual e as futuras (ANTUNES; ROSSI; PELLOSO, 2020).

Na análise do quantitativo de partos realizados pela referência regional para gestantes de alto risco (tabela 84), pode-se observar que, em valores absolutos, o quantitativo de partos cesarianos sempre esteve maior que os partos normais em todo o recorte temporal proposto para a análise. Salienta-se que os achados de estudos têm evidenciado associação entre risco gestacional e indicação de cesariana, principalmente em situações de distúrbios hipertensivos e malformações fetais. Nessas situações os desfechos nem sempre são favoráveis para neonato e puérpera, podendo-se observar óbitos maternos, internações em UTI, bem como baixo peso ao nascer, baixo escore de Apgar no 5° minuto e óbito neonatal (ANTUNES; ROSSI; PELLOSO, 2020)

Tabela 84:: Quantitativo de partos normais e cesarianos de gestações de alto risco realizados no Hospital Dom Malam. IX Região de Saúde de Pernambuco. 2022

	2014		2015		2016		2017		2018		2019		2020		2021	
Município	**PN**	**PC**	**PN**	**PC**	**PN**	**PC**	**PN**	**PC**	**PN**	**PC**	**PN**	**PC**	**PN**	**PC**	**PN**	**PC**
Araripina	8	16	6	42	2	26	6	30	6	30	2	16	2	18	4	21
Bodocó	2	7	2	6	2	17	1	11	1	11	1	10	1	12	1	23
Exu	2	10	1	8	1	8	0	15	0	15	1	12	1	4	4	11
Granito	0	3	0	3	0	3	0	7	0	7	0	3	1	1	0	7
Ipubi	1	8	5	7	2	8	3	7	3	7	1	9	2	5	1	6
Moreilândia	0	0	3	1	1	2	0	4	0	4	1	3	0	0	1	1
Ouricuri	5	35	3	23	1	14	6	33	6	33	3	34	0	18	4	25
Parnamirim	3	3	3	6	0	9	2	14	2	14	3	9	0	8	1	5
Santa cruz	2	6	6	12	4	7	5	15	5	15	5	15	2	4	0	5
Sª Filomena	1	2	1	2	0	2	0	4	0	4	1	2	3	1	1	13
Trindade	3	17	2	12	3	10	5	20	5	20	2	20	3	9	1	10
Total	27	107	32	122	16	106	28	160	28	160	20	133	15	80	18	127

Fonte: DATASUS - SIH, Jun 2022.

O Hospital Dom Malan localizado no município de Petrolina, é o único hospital referência para gestação de alto risco da Macroregião Insterestadual Pernambuco-Bahia com cuidados intensivos maternos e neonatais. Tem-se, portanto, a necessidade de ampliar este serviço para melhor assistência ao parto de alto risco.

Utilizando os parâmetros do Ministério da Saúde para cálculo do número de leitos necessários de 3 dias para parto de rico habitual e 5 dias para parto de alto risco, com taxa de ocupação de 85%, conclui-se a necessidade de 14 leitos de alto risco para esta região.

Considerando a capacidade instalada do Hospital Regional Fernando Bezerra com 10 leitos de UTI Geral, e em fase de implantação da UTI Neonantal, bem como recursos humanos disponíveis, destaca-se o potencial deste estabelecimento para a implantação do serviço de alto risco na IX Região de Saúde.

5.1.5 Assistência Neonatal

Os serviços de maior complexidade tecnológica para o público neonatal da IX Região de Saúde se localizam no município de Petrolina, principalmente no Hospital Dom Malam, no qual é possível observar a presença de Unidade de Cuidados Intermediários (UCI), UTI neonatal e pediátrica, bem como os leitos de enfermaria cirúrgica e clínica em pediatria (tabela 85).

No final do ano de 2021 foi implantado no Hospital e Maternidades Santa Maria 10 leitos de UTI Neonatal, contratualizados pela SES – PE, todos estes leitos são regulados pela CRIL e referência para a Rede PEBA, estes leitos eram habilitados como UTI NEONATAL COVID e no mês de junho de 2022 foi habilitado para UTI NEONATAL TIPO II, em virtude disso, no momento ainda não há produção disponível no site do SIH-DATASUS.

O Hospital Regional Fernando Bezerra apresenta uma Emergência Pediátrica, bem como leitos de enfermaria pediátrica para acompanhamento desse público, todavia, em situações de saúde que requeiram maior complexidade, os pacientes são referenciados para as respectivas unidades de saúde.

Tabela 85: Serviços de alta complexidade neonatal e pediátrica de referência para a IX Região de Saúde de Pernambuco. 2022.

Serviço	Estabelecimento	Leitos existentes	Leitos SUS
UTI Neonatal TIPO II	Hospital e Maternidade Santa Maria	10	0
Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal Canguru		8	8
Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal Convencional	Hospital Dom Malan	27	27
UTI Neonatal TIPO II		9	6
UTI Pediátrica TIPO II		4	4
Leitos de Enfermaria Cirúrgica - Pediatria		5	5
Leitos de Enfermaria Clínica - Pediatria		79	79

Fonte: SCNES, Jun 2022.

5.2 REDE DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS

A Rede de Atenção às Urgências e Emergências foi instituída pela Portaria nº 1.600/2011 (BRASIL, 2011a). O Plano Regional da Rede de Atenção às Urgências - RAU, da IX Região de Saúde de Pernambuco, atualizado em 2013 e aprovado pela Resolução CIR 039/2013 de 24 de outubro de 2013, configura-se numa proposta de organização dos serviços e qualificação do acesso humanizado e integral aos usuários em situação de urgência/emergência nos serviços de saúde de forma ágil e oportuna, de maneira compartilhada e solidária, através dos componentes da RAU, visando a redução da morbidade e mortalidade (PERNAMBUCO, 2013).

A tabela 86 mostra os componentes existentes no desenho da Rede de Atenção às Urgências da IX Região de Saúde, com alguns serviços já implantados, outros ainda aguardando implantação. A UPA 24H localizada no município de Araripina teve seu cadastro realizado no CNES no mês de junho de 2020, estando em funcionamento, mas aguardando habilitação pelo Ministério da Saúde para recebimento de recursos para custeio.

O Projeto SAMU 192 foi aprovado em 2013 através da Resolução CIB nº 1.527/2010, ainda sem previsão para sua implantação visto que na pactuação o município de Petrolina era responsável por sediar a Central de Regulação do SAMU Regionalizado, tendo posteriormente desistido. Em 2019 foi iniciado um processo de discussão entre SES, IV MACRO, III MACRO e Municípios, para contratação de consórcio que viabilize a implantação do SAMU 193 nas duas Macrorregiões de Saúde, processo suspenso após o início da Pandemia do novo coronavírus.

A implantação do SAMU na IX Região de Saúde é um grande desafio na Rede de Atenção às Urgências, pois a cobertura de SAMU 192 habilitado e em funcionamento é considerada como um dos requisitos para a habilitação das Salas de Estabilização e do Serviço de Atenção Domiciliar (BRASIL, 2011b; BRASIL, 2016).

Conforme o artigo 11 da Portaria nº 2.395/2011 que organiza o Componente Hospitalar da Rede de Atenção às Urgências no âmbito do SUS, deve-se garantir e organizar a retaguarda de leitos para a Rede de Atenção às Urgências, por meio da ampliação e qualificação de Enfermarias Clínicas de Retaguarda, Leitos de Cuidados Prolongados e Leitos de Terapia Intensiva (BRASIL, 2011c). Os novos leitos de retaguarda podem localizar-se nas unidades hospitalares estratégicas ou em outros hospitais de retaguarda localizados nas regiões de saúde em que estejam situadas as unidades hospitalares estratégicas.

Tabela 86: Desenho da Rede de Atenção às Urgências da IX Região de Saúde de Pernambuco, 2022.

Componente	Município	Serviço	Situação
Atenção Domiciliar	Araripina	-	Aguardam implantação
	Bodocó	-	
	Exu	-	
	Ipubi	-	
	Ouricuri	-	
	Parnamirim	-	
	Trindade	-	
Leitos de Retaguarda	Araripina	Hospital e Maternidade Santa Maria	Em funcionamento
	Bodocó	Hospital Municipal Eulina Silva Lócio de Alencar	
	Exu	Hospital Municipal José Pinto Saraiva	
	Ipubi	Hospital Municipal Marcelino da Silva Mudo	
	Parnamirim	Unidade Mista Raimunda de Sá Barreto Cabral	
	Santa Cruz	Hospital Municipal João Rodrigues de Souza	
	Trindade	Hospital Municipal Maria Veneri	
Portas de Entrada – Hospitais/ Unidades Mistas	Araripina	Hospital e Maternidade Santa Maria	Em funcionamento
	Bodocó	Hospital Municipal Eulina Lócio de Alencar	
	Exu	Hospital Municipal José Pinto Saraiva	
	Granito	Hospital Municipal Maria Senhorinha de Souza	
	Ipubi	Hospital Municipal Marcelino da Silva Mudo Unidade Mista de Serrolândia	
	Moreilândia	Hospital Municipal Doutor José Miranda Filho	
	Ouricuri	Hospital Regional Fernando Bezerra	
	Parnamirim	Unidade Mista Raimunda de Sá Barreto Cabral	
	Santa Cruz	Hospital Municipal João Rodrigues de Souza	
	Santa Filomena	Hospital Municipal de Santa Filomena	
	Trindade	Hospital Municipal Maria Veneri	
Salas de Estabilização	Bodocó	-	Aguardam Implantação
	Exu	-	
	Ipubi	-	
	Moreilândia	-	
	Parnamirim	-	
	Santa Cruz	-	
SAMU 192	Araripina	1 USA 1 USB	Aguardam Implantação
	Bodocó	1 USB	
	Exu	1 USB	
	Ipubi	1 USB	
	Moreilândia	1 USB	
	Ouricuri	1 USA 1 USB	
	Parnamirim	1 USB	
	Santa Cruz	1 USB	
	Santa Filomena	1 USB	
	Trindade	1 USB	
Unidades Básicas de Saúde*	Araripina	12	Em funcionamento
	Bodocó	11	
	Exu	14	
	Granito	04	
	Ipubi	11	
	Moreilândia	05	
	Ouricuri	26	
	Parnamirim	08	
	Santa Cruz	06	
	Santa Filomena	07	
	Trindade	11	

Componente	Município	Serviço	Situação
UPA 24h	Araripina	UPA 24H	Em funcionamento
	Trindade	UPA Sebastião José de Barros	

Fonte: Plano Regional de Atenção às Urgências da IX Região de Saúde, 2013. *Secretaria de Atenção Primária à Saúde – E-Gestor, dados referentes a setembro/2020, sujeitos à alteração, coletados em 09/12/2020. **Legenda:** USA – Unidade de Suporte Avançado; USB – Unidade de Suporte Básico, UPA – Unidade de Pronto Atendimento.

As enfermarias clínicas de retaguarda são consideradas qualificadas quando atenderem aos seguintes critérios, dentre outros: estabelecimento e adoção de protocolos clínicos, assistenciais e de procedimentos administrativos; equipe de médicos, enfermeiros e técnicos em enfermagem compatível com o porte da enfermaria clínica de retaguarda, bem como suporte para especialidades nas 24 (vinte e quatro) horas do dia e em todos os dias da semana; regulação integral pelas Centrais de Regulação de Leitos; manutenção da taxa de ocupação média mínima de 85% (oitenta e cinco por cento); média de Permanência de, no máximo, 10 (dez) dias de internação.

Em 27 de outubro de 2014 foi publicada a Portaria nº 2.358, que estabeleceu recurso a ser incorporado ao Limite Financeiro de Média e Alta Complexidade do Estado e Municípios de Pernambuco, liberando recursos para implantação de leitos de retaguarda na IX Região de Saúde nos municípios de Exu, Ipubi e Parnamirim (BRASIL, 2014).

Considerando que o município de Moreilândia receberia recursos pela portaria para implantação de 9 leitos clínicos de retaguarda, sendo 6 novos e 3 qualificados, e que o Hospital Municipal Doutor José Miranda Filho situado no município de Moreilândia não conseguiu implantar esses leitos por não possuir condições técnicas favoráveis para prestar assistência, o município disponibilizou esses leitos para remanejamento em 2015, de acordo com Resolução CIR nº10/2015, onde os municípios de Bodocó, Ipubi e Santa Cruz foram contemplados.

De acordo com a Portaria n° 3.720 de 23 de dezembro de 2019, os municípios de Ipubi e Trindade foram contemplados com 9 leitos de retaguarda, 5 em Trindade (2 novos e 3 qualificados) e 4 em Ipubi (2 novos e 2 qualificados).

Analisando a tabela abaixo é possível notar que a região possui um total de 75 leitos de retaguarda. Ressalta-se que os leitos de Trindade foram implantados em 2022. Importante destacar que 53,33% destes estão localizados no município de Araripina, no Hospital e Maternidade Santa Maria (filantrópico),

estabelecimento que possui uma maior estrutura quando comparado aos hospitais e unidades mistas dos demais municípios. Importante destacar ainda que desde a implantação destes leitos os mesmos eram regulados através da Central de Regulação Interestadual de leitos – CRIL por e-mail, mas no final de 2021 eles passaram a ser regulados via Central de Regulação de Pernambuco CERPE, através do sistema MV.

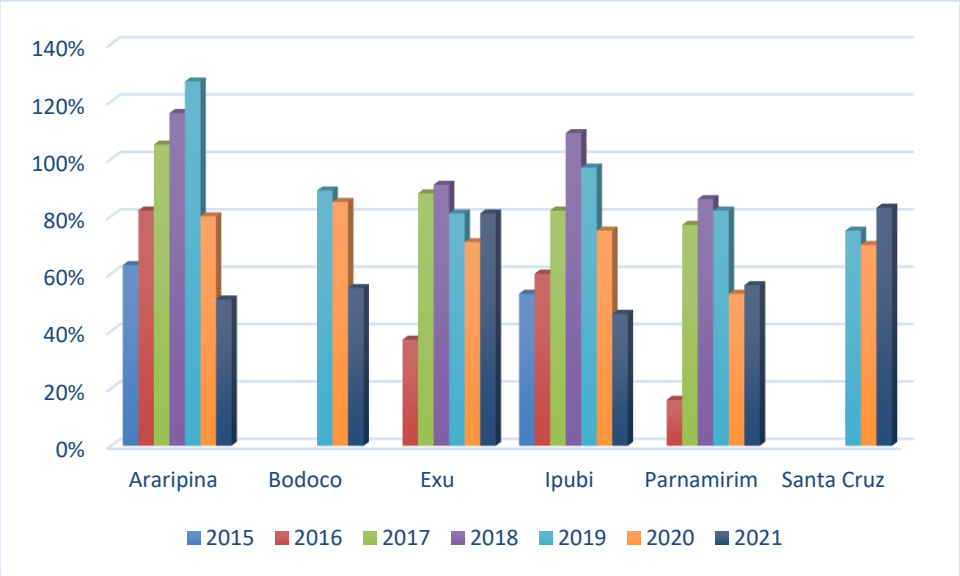
Tabela 87: Distribuição dos Leitos de Retaguarda dos municípios da IX Região de Saúde de Pernambuco, 2022.

Municípios	Estabelecimentos	Leitos novos	Leitos qualificados	Total
Araripina	Hospital Santa Maria	20	20	40
Bodocó	Hospital Municipal Eulina Silva Lócio de Alencar	02	01	03
Exu	Hospital Municipal José Pinto Saraiva	04	02	06
Ipubi	Hospital Municipal Marcelino da Silva Mudo	05	03	08
Parnamirim	Unidade Mista Raimunda de Sá Barreto Cabral	03	02	05
Santa Cruz	Hospital Municipal João Rodrigues de Souza	05	03	08
Trindade	Hospital Municipal Maria Veneri	02	03	05
TOTAL:		41	34	75

Fonte: Portarias GM nº 1559/2018, nº 2653/2018 e n°3.720 (BRASIL, 2018a; 2018b e 2019).

O parâmetro para a taxa mínima de ocupação dos leitos de retaguarda, como dito anteriormente, é de 85%. Analisando a figura abaixo é perceptível que nos anos de 2017 e 2018 a maioria dos municípios ultrapassaram esta taxa mínima de ocupação, porém Ipubi e Parnamirim não conseguiram alcançar a meta referente aos anos citados. Em 2019, com a inclusão de mais duas cidades que foram contempladas com leitos retaguarda (Bodocó e Santa Cruz), somente Araripina, Bodocó e Ipubi alcançaram a média de ocupação, entretanto, as demais cidades que não conseguiram alcançar a taxa ficaram muito próximas de alcançá-la. Em relação ao ano de 2020 apenas o município de Bodocó alcançou a meta pactuada e em 2021 nenhum município atingiu o percentual estabelecido, e apenas os municípios de Santa Cruz e Exu obtiveram uma média de ocupação de 83% e 81%, respectivamente.

Figura 64: Média de ocupação mensal nos leitos de retaguarda da IX Região de Saúde de Pernambuco, 2015 a 2021.

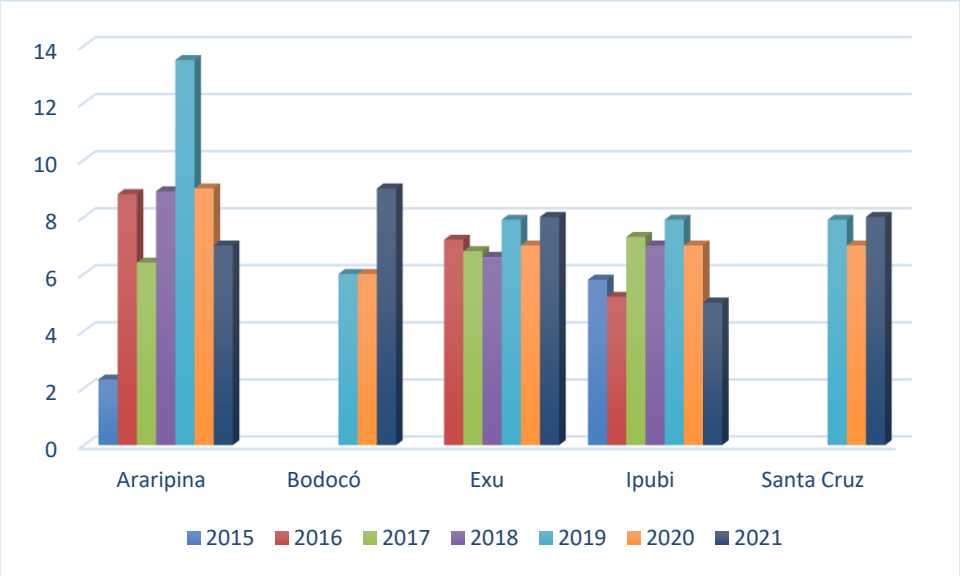


Fonte: Central de Regulação Interestadual de Leitos (CRIL), Jun de 2022.

Vale ressaltar que os municípios de Exu e Parnamirim só tiveram seus Leitos de Retaguarda em funcionamento a partir do ano de 2016, sendo este o motivo da não existência de dados referente ao ano de 2015. O mesmo ocorre com Bodocó e Santa Cruz, que só obtiveram funcionamento dos leitos em 2019, sendo que em Santa Cruz o seu funcionamento ocorreu em março e em Bodocó iniciou-se no mês de agosto do referido ano. Este parâmetro é utilizado para manutenção dos leitos e o apresentado é uma média dos resultados de todos os meses em que haviam informações, nesse caso sabemos que em alguns meses esta taxa pode ser igual ou maior do que o recomendado, como também vai haver meses que não será possível alcançar a média.

Um outro parâmetro avaliado para manutenção dos leitos é a média de permanência que de acordo com os indicadores hospitalares do MS é de no máximo 10 dias de internação. Na figura a seguir percebe-se que o Hospital e Maternidade Santa Maria, localizado em Araripina, ultrapassou o tempo máximo de permanência no ano de 2019 e nos demais anos os municípios atingiram o indicador estabelecido.

Figura 65: Média mensal de dias de permanência nos leitos de retaguarda da IX Região de Saúde de Pernambuco, 2015 a 2021.



Fonte: Central de Regulação Interestadual de Leitos (CRIL), Jun de 2022.

5.2.1 Portas de Entrada para a Rede de Atenção a Urgência

Caracterizam-se como portas de entrada para a RAU as unidades mistas e os hospitais municipais, entretanto, o Hospital Regional Fernando Bezerra - HRFB, localizado na cidade de Ouricuri, também funciona como porta de entrada, em virtude do município sede não possuir hospital municipal. O HRFB é referência para os serviços de média complexidade, com atendimentos contínuos e ininterruptos de cunho especialista em clínica médica, cirurgia geral, traumatologia, pediatria e obstetrícia.

5.2.2 Produção dos Estabelecimentos em Urgência/Emergência

O indicador de cobertura de consultas básicas de urgência contribui para avaliar a adequação do volume da produção de consultas básicas de urgência em relação à necessidade da população.

Considerando os parâmetros da Portaria nº 1.101/2002, que estipula como referência 12% de consultas básicas de urgência, verificamos abaixo que o município de Araripina apresentou valores superiores nos anos de 2017, com 25,90%, 2018 com 81,47% e 2019 com 99,27%, 2020 com 25,26% e 2021 com 50,41%. Percebe-se na série histórica deste município que seu percentual já é maior que os demais, o que pode estar associado à recorrente baixa cobertura de atenção básica, segundo dados do e-Gestor. No ano de 20021 o município

de Granito apresentou um percentual de 15,82 % de consultas de caráter de urgência, importante destacar que este ano analisado estávamos vivenciando a Pandemia do Novo Coronavírus.

Tabela 88: Percentual de Cobertura de consultas básicas de urgência por local de residência na IX Região de Saúde de Pernambuco, 2014 a 2021

Municípios	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Araripina	1,09	1,14	2,22	25,90	81,47	99,27	25,26	50,41
Bodocó	0,10	0,14	0,20	0,13	0,66	0,08	0,00	0,01
Exu	0,05	0,04	0,10	0,08	0,17	0,11	0,00	0,00
Granito	0,05	0,18	0,30	0,04	0,34	0,06	0,00	15,82
Ipubi	0,12	0,08	0,19	0,13	0,32	0,03	0,00	0,00
Moreilândia	0,12	0,05	0,07	0,14	0,37	0,01	0,00	0,00
Ouricuri	0,27	0,65	0,68	0,43	0,52	0,12	0,44	0,11
Parnamirim	0,17	0,34	0,36	0,80	2,25	0,05	0,00	0,00
Santa Cruz	0,24	0,18	0,25	2,96	5,52	0,11	0,00	0,00
Santa Filomena	0,07	0,14	0,36	2,36	1,24	0,06	0,00	0,07
Trindade	0,14	0,15	0,03	0,05	0,15	0,10	0,00	0,007

Fonte: SIA – Situação da base de dados em 06/06/2022. **Cálculo**: (consultas básicas de urgência/total de consultas) x 100.

Percebe-se também que todos os municípios, exceto Santa Filomena, apresentaram um aumento no percentual das consultas básicas de urgência no ano de 2018, evento que pode estar associado à assinatura do Termo de Ajustamento de Conduta na região, que provocou perda de profissionais e consequentemente redução das coberturas de atenção básica.

Pode-se se aferir vários fatores que influenciam o aumento da demanda nos serviços de urgência, tais como o acesso às unidades de urgência e emergência como porta de entrada do sistema municipal de saúde, a dificuldade para o agendamento de consultas, a baixa resolutividade da atenção básica, a falta de integralidade nas ações e a fragilidade na rede hierárquica da assistência.

Um dos principais desafios a serem enfrentados nesta rede é a implantação do SAMU na IX Região de Saúde, além da importância de fortalecer a assistência de média e alta complexidade no HRFB, principalmente nas epecialidades de neurologia, neurocirurgia e cardiologia, que são as principais especialidades referenciadas para outros serviços. Importante destacar que a ortopedia tem uma grande resolutividade nesta Regional.

5.3 REDE DE CUIDADO À PESSOA COM DEFICIÊNCIA

A Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência foi instituída pela Portaria MS/GM nº 793 de 24 de abril de 2012 por meio da criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com deficiência seja elas temporária ou permanente; progressiva, regressiva ou estável; intermitente ou contínua, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Os pontos e componentes da Atenção Especializada em Reabilitação Auditiva, Física, Intelectual, Visual, Ostomia e em Múltiplas Deficiências são os estabelecimentos de saúde habilitados em apenas um Serviço de Reabilitação, os Centros Especializados em Reabilitação (CER) e os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), e todos poderão contar com serviço de Oficina Ortopédica, fixo ou itinerante. A figura abaixo mostra a localização desses serviços no estado de Pernambuco, em funcionamento e aguardando habilitação para funcionamento, sendo pactuados da seguinte forma:

Figura 66: Desenho da Rede De Cuidado À Pessoa Com Deficiência, Pernambuco, 2020

Fonte: Secretaria Estadual de Saúde, Pernambuco, 2021.

Em Pernambuco esses serviços estão distribuídos de acordo com o mapa na figura acima, estando os serviços dos municípios de Ouricuri, Afogados da Ingazeira e Pesqueira aguardando habilitação.

A Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência está dividida nas quatro macrorregiões de saúde descritas no mapa e organizada de acordo com os componentes que cada macrorregião está ou irá ser habilitado com os serviços adscritos:

- MACRO 1: 02 CER IV, 03 CER II e Oficina Ortopédica;
- MACRO 2: 01 CER II (aguardando habilitação);
- MACRO 3: 01 CER III (aguardando habilitação), 01 CER IV e 01 Oficina Ortopédica;
- MACRO 4: 01 CER III (aguardando finalização das obras e habilitação).

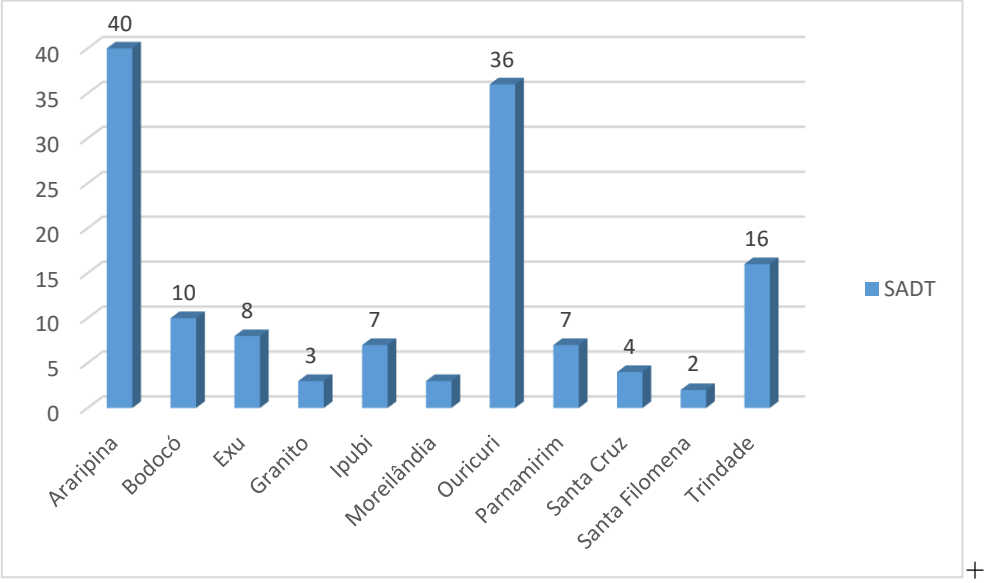
5.4 SERVIÇOS DE APOIO DIAGNÓSTICO E TERAPIA (SADT)

O Serviço de Apoio ao Diagnóstico e Terapia (SADT) é uma modalidade de prestação de serviços que se utiliza de recursos de uma fonte financiadora que pode ser o SUS, particular ou convênio, com o objetivo de esclarecer o diagnóstico ou realizar procedimentos terapêuticos específicos para pacientes externos, internos ou de emergência de um serviço de saúde. Geralmente organiza-se por um sistema informatizado que registra a oferta dos serviços em determinadas especialidades, sejam eles próprios, terceirizados ou contratados interna ou externamente ao estabelecimento de saúde.

Ao analisar a figura abaixo podemos identificar que a IX Regional de Saúde conta com 136 serviços de apoio de diagnóstico e terapia no âmbito do SUS e particular, sendo que 22% dos serviços são SUS.

Em relação aos SADT SUS da IX Região de Saúde, verifica-se que os municípios de Ouricuri e Araripina dispõem da melhor cobertura destes serviços com 22% e 14% do total da região, respectivamente.

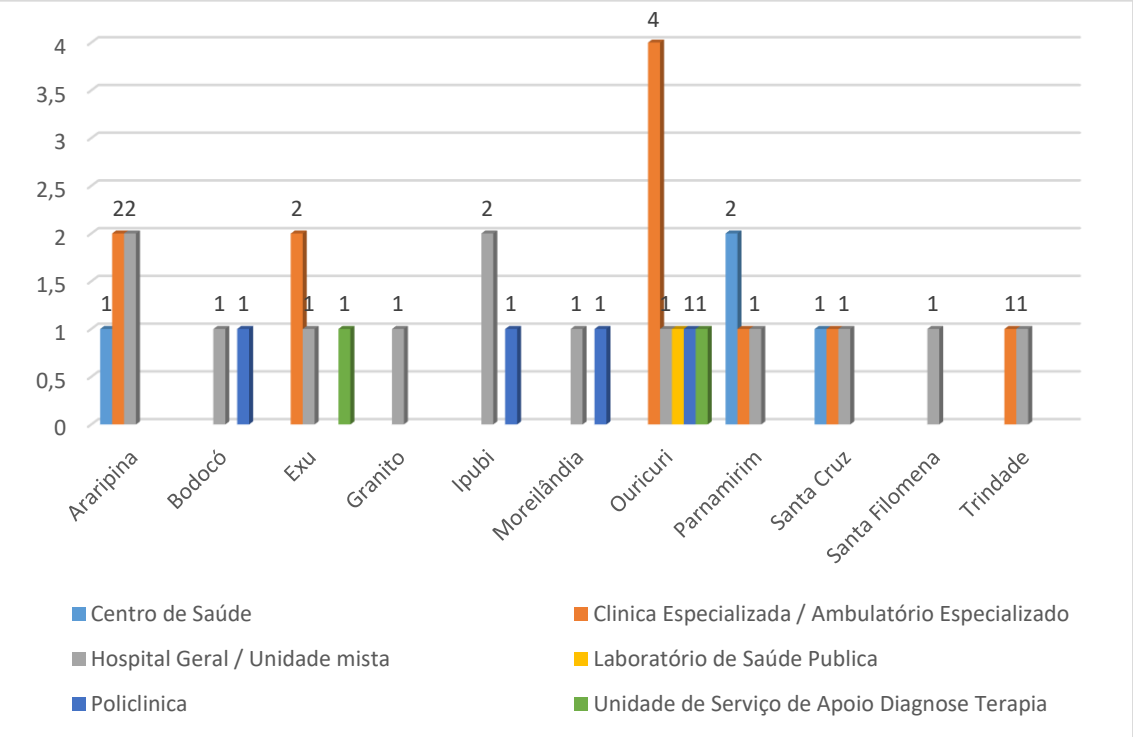
Figura 67: Distribuição dos Serviços de Apoio ao Diagnóstico e Terapia (SADT) por município da IX Região de Saúde de Pernambuco, 2022.



Fonte : CNES- Out, 2022

Vale destacar que de acordo com o CNES nove municípios possuem serviço especializado em reabilitação implantado, incluidos nas categorias policlínicas, centros de saúde e clínicas especializadas (figura 68). De acordo com o Ministério da Saúde, é importante a presença do componente especializado em reabilitação a nível municipal reflete no fato desses dispositivos proporcionarem uma atenção integral e contínua aos pacientes com deficiência, promoverem a equidade, ampliarem o acesso dessa população ao SUS, melhorarem a funcionalidade e promoverem a inclusão social (BRASIL, 2012).

Figura 68: Distribuição dos tipos de Serviços de Apoio ao Diagnóstico e Terapia (SADT) SUS da IX Região de Saúde de Pernambuco, 2022.



Fonte: SCNES. Out, 2022.

5.5 REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (RAPS)

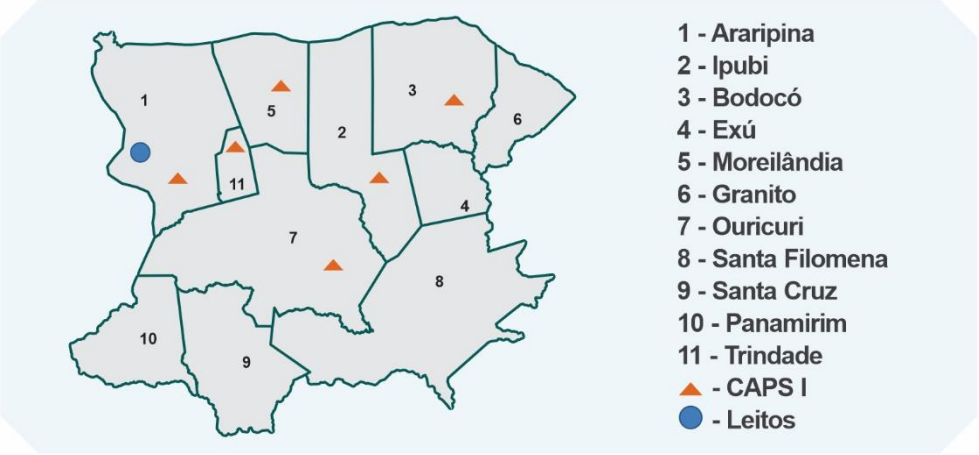
A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) tem por finalidade a criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2011).

A Rede de Atenção Psicossocial da IX Região de Saúde está em desenvolvimento e para organização dos serviços a região pode ser subdivida em três microrregiões: Araripina (Araripina, Ipubi e Trindade), Bodocó (Bodocó, Exu, Granito e Moreilândia) e Ouricuri (Ouricuri, Parnamirim, Santa Filomena e Santa Cruz).

A microrregião de Araripina conta com um CAPS I em cada município e seis leitos integrais de saúde mental (localizados em Araripina), a microrregião de Bodocó conta com CAPS I em Bodocó e Exu e a microrregião de Ouricuri conta com um CAPS I em Ouricuri.

A figura abaixo mostra o mapa da IX Região de Saúde com a distribuição dos equipamentos específicos de Saúde Mental em funcionamento por município.

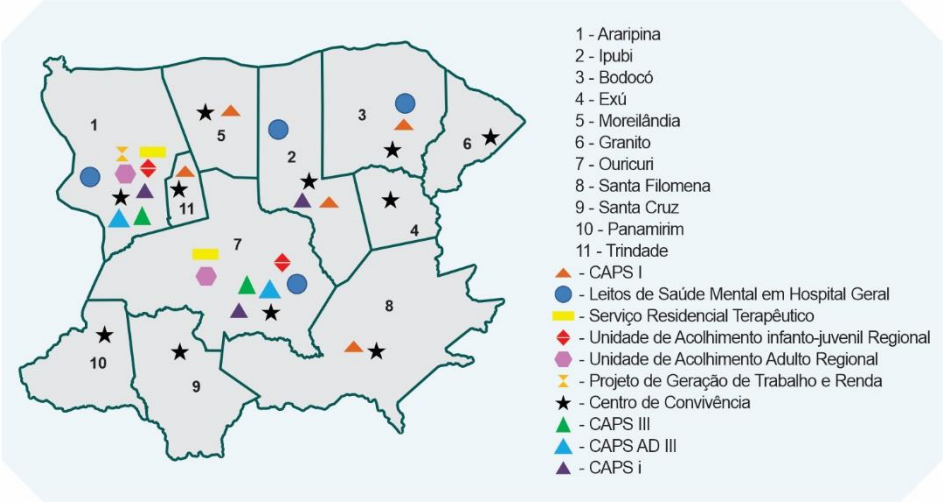
Figura 69: Desenho da Rede de Saúde de Saúde Mental, IX Região de Saúde de Pernambuco, 2020.



Fonte: Resolução CIR Nº16/2015. IX Gerência Regional de Saúde, Pernambuco, 2021.

Embora a região tenha CAPS I implantados em todos os municípios elegíveis, com exceção de Parnamirim, existe uma lacuna de assistência infanto-juvenil, ausência de residência terapêutica e oferta insuficiente de leitos integrais de saúde mental. Esses serviços estão contemplados nas pactuações realizadas em 2013 e em 2015 e são os seguintes: Serviço Residencial Terapêutico, Unidades de Acolhimento Infanto-Juvenil Regional, Unidades de Acolhimento Adulto Regional, Projetos de Geração de Trabalho e Renda, Centros de Convivência, CAPS III, CAPS i, CAPS AD, incluindo a reabertura do CAPS AD III em Ouricuri, que funcionou durante 1 ano e 6 meses, no período de abril de 2017 a outubro de 2018, mas sem incentivo de recurso federal, sendo oficialmente comunicado o seu fechamento em CIR no mês de outubro de 2018. Existe o desenho pactuado em CIR de serviços que venham a complementar a RAPS na IX Região de Saúde, sendo eles os apresentados na figura abaixo.

Figura 70: Desenho da Rede Pactuada de Saúde Mental, IX Região de Saúde de Pernambuco, 2020.



Fonte: Resolução CIR Nº16/2015. IX Gerência Regional de Saúde, Pernambuco, 2021.

Em 2022 foi gerada a Resolução CIR n° 8/2022 que aprova o termo de compromisso e responsabilidade entre os municípios da IX Região de Saúde e o Hospital e Maternidade Santa Maria o qual possui 6 leitos integrais de saúde mental.

5.6 ATENÇÃO À CRIANÇA COM SÍNDROME CONGÊNITA PELO ZIKA VÍRUS – MICROCEFALIA

A microcefalia é uma malformação congênita em que o cérebro não se desenvolve da forma adequada. É considerado os seguintes grupos e suas respectivas definições: Feto (a partir da 8° semana de idade embrionária até o nascimento); Recém-nascido (desde o nascimento até 28 dias de vida); Criança (de 0 à 09 anos, todavia para fins dessas diretrizes, serão consideradas para notificação aquelas após 28 dias de nascimento); Natimorto (todo óbito fetal, a partir da 22° semana de gestação, antes da expulsão ou da extração completa do corpo da mãe) (PERNAMBUCO, 2017).

Para notificação da ocorrência de microcefalia de acordo com a OMS padroniza as definições de microcefalia, segundo os seguintes pontes de cortes:

Microcefalia- RN com um perímetro cefálico (PC) inferior a -2 desvios-padrão, mais de 2 desvio- padrão abaixo da media para a idade gestacional e sexo.

Microcefalia Grave- RN com PC inferior a -3 desvios-padrão, mais de 3 desvios-padrão abaixo da media para a idade gestacional e sexo (PERNAMBUCO, 2017).

Essa malformação pode ser provocada por diversos fatores, dentre tais, o vírus Zika (BRASIL, 2016). Em 2015, o Zika vírus chegou ao Brasil por indivíduos infectados em outros países, servindo de reservatórios para a transmissão pelo mosquito Aedes aegypti e/ou pela atividade sexual do viajante infectado. Estudos revelaram que, com a chegada do vírus Zika ao Brasil, mães com relatos de doença exantemática no período gestacional, estavam parindo bebês com microcefalia (TEIXEIRA, 2018).

Em 2015, observou-se o aumento do número de notificações e consequentemente, de casos confirmados de crianças com microcefalia nascidas no Brasil, especialmente no Nordeste. O aumento das notificações de casos de microcefalia nos estados do Nordeste, caracterizou uma epidemia, levando o Ministério da Saúde a decretar Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN). Pernambuco foi o Estado com o maior número de casos confirmados.

O aumento do número de casos em Pernambuco se deu a partir do mês de agosto de 2015, onde em outubro do referido ano o estado já contava com 29 casos registrados de microcefalia. Esse aumento pode ser percebido quando comparado com anos anteriores, sem registro de correlação com o Zika vírus, onde foram registrados 5 casos em 2011, 9 casos em 2012, 10 casos em 2013 e 12 casos em 2014 (PERNAMBUCO, 2018). O aumento do número de casos levou o Governo do estado a criar protocolos de atendimento e acompanhamento dos casos.

A IX Região de saúde começou a registrar o aumento do número de casos também a partir de 2015, sendo o ano com maior índice de notificações, como demonstra a tabela abaixo.

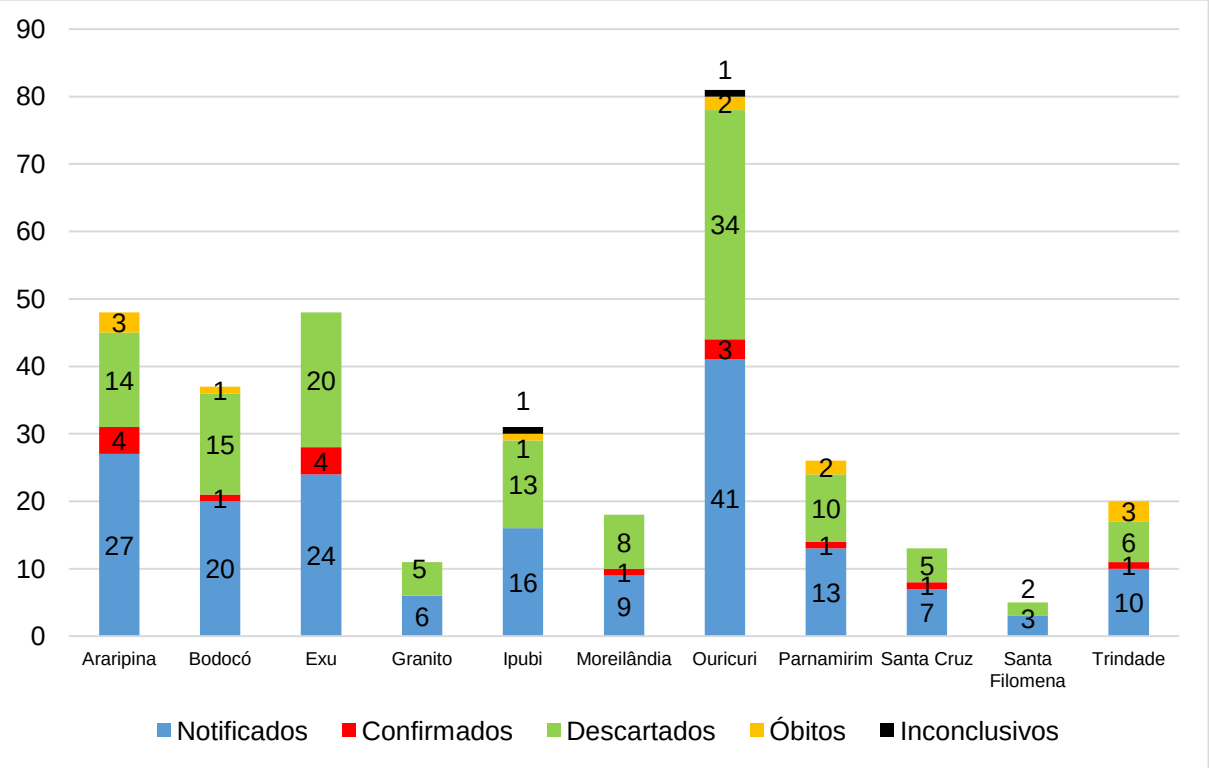
Tabela 89: Casos de microcefalia associada ao Zika vírus na IX Região de Saúde de Pernambuco no período de 2015 a 2021.

	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Casos notificados	64	40	12	22	10	08	11
Casos confirmados (vivos)	11	04	01	01	00	0	0
Casos descartados (vivos)	50	29	11	18	09	06	02
Casos inconclusivos (vivos)	00	00	00	02	00	0	0
Óbitos	03	07	00	01	01	0	0

Fonte: Banco de dados estadual de microcefalia, 2022.

A IX Região de Saúde ocupa o 5º lugar em números de casos notificados e confirmados, sendo o 3º lugar em casos em investigação, como pode ser visto na figura a seguir. Não há registros da Síndrome Congênita Associada ao Zika Vírus em anos anteriores ao posicionado no gráfico.

Figura 71: Distribuição dos casos de SCZ, segundo município de residência e classificação final, Pernambuco, 2015 - 2022.



Fonte: Banco de dados estadual de microcefalia, 2022.

No período entre 2015 a 2022 a IX Região de Saúde apresenta dois casos inconclusivos. Em maio de 2016 foi implantado o Núcleo de Apoio às Famílias de Crianças com a Síndrome Congênita do Zika Vírus, com objetivo de coordenar e monitorar as ações regionalizadas de busca ativa, diagnóstico, reabilitação e acompanhamento das crianças e suas famílias. O núcleo também conta com um profissional que monitora e sistematiza as ações para o cuidado integral das crianças notificadas (PERNAMBUCO, 2018).

Com a alteração do padrão de ocorrência de registros de microcefalia em recém-nascidos no estado de Pernambuco, surgiu a necessidade de

reestruturação de Rede de Assistência à Saúde, tanto para o diagnóstico quanto para a estimulação precoce e reabilitação (PERNAMBUCO, 2018).

Na IX Região de Saúde a rede de assistência se encontra estruturada da seguinte forma: Pediatria e Neuropediatra - Hospital Dom Malan (Petrolina); Assistência para Reabilitação - UPAE (Ouricuri), onde o serviço de reabilitação é destinado para microcefalia e outras síndromes.

5.7 PROGRAMA OLHAR PARA AS DIFERENÇAS

O Programa de desenvolvimento infantil para a Primeira infância Olhar para as Diferenças foi implantado na IX Região de Saúde no dia 17 de março de 2022 no Sertão do Araripe, tendo a adesão de 100% dos municípios que compõem o território. O Programa de Gestão do Governo do Estado pretende sistematizar e consolidar ações intersetoriais que assegurem o acesso das crianças com deficiência de 0 a 6 anos à rede de assistência social, saúde e educação, por meio da articulação entre governo, municípios, famílias envolvidas e instituições de referência.

Como ações previstas, busca fortalecer os equipamentos de saúde, educação e assistência social de cada município, além de formar profissionais, e potencializar as salas de recurso multifuncionais e centros de reabilitação municipal com o kit Movimentação, contendo materiais educativos e assistivos para estimular o desenvolvimento das crianças.

Em 2022 o Programa Olhar para as Diferenças ofertou cursos de formação com adesão de mais de 270 profissionais das áreas de assistência social, saúde e educação, sendo esta uma das ações do Programa.

5.8 REDE DE ATENÇÃO EM ONCOLOGIA

A Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer foi instituída através da Portaria MS/GM nº 874, em 2013, e tem como objetivo contribuir com a melhoria da qualidade de vida dos usuários com câncer, por meio de ações de promoção, prevenção, detecção precoce, tratamento oportuno e cuidados paliativos. No território da IX Regional de Saúde não existem serviços implantados desta rede, os usuários são referenciados para Petrolina (sede da IV Macro), Recife (sede da I Macro) e Arcoverde (sede da VI GERES).

Na tabela abaixo pode-se verificar as referências da rede de oncologia para a IX Região de Saúde, onde a regulação do acesso para estes serviços é realizada de forma descentralizada através do Sistema de Regulação Estadual – Central de Marcação de Consultas e Exames - CMCE, com os pacientes sendo regulados conforme os protocolos dos estabelecimentos. Os serviços informados estão habilitados como Unidade de Alta Complexidade em Oncologia - UNACON.

Tabela 90: Distribuição dos componentes da rede de oncologia para usuários da IX Região de Saúde de Pernambuco

Região de Saúde / Município	Estabelecimento	Habilitação	Tipo de Serviço	Cobertura Assistencial
VIII Região - Petrolina	HDT - Hospital Dom Tomás UNACOM		Oncologia Geral	Cirurgia Quimioterapia
			Cirurgia Oncológica	
			Mastologia Oncológica	
			Hematologia Oncológica	
			Oncologia Pediátrica	
			Oncologia Cirúrgica em Cabeça e Pescoço	
VI Região – Arcoverde	HMA – Hospital Memorial de Arcoverde	UNACOM	Mastologia Oncológica	Cirurgia Quimioterapia
			Urologia Oncológica	
I Região – Recife	HCP – Hospital do Câncer de Pernambuco	UNACOM	Oncologia Geral Adulto e Pediátrico Triagem Geral	Cirurgia Quimioterapia Radioterapia
	HBL – Hospital Barão de Lucena	UNACOM	Oncologia Clínica	Quimioterapia

Fonte: SCNES, situação base de dados em: 06/06/22; Protocolo dos Serviços.

Dentre as principais fragilidades para a integralidade, equidade e universalidade da Rede de Oncologia na IX Região de Saúde, ressalta-se: Rede de atenção ao cuidado com vazios assistenciais; Funcionamento insuficiente do HDT e Fragmentação do cuidado.

Em relação aos principais avanços observados para melhoria da Rede de Oncológica podemos citar: Aprovação do Plano de Atenção para diagnóstico e tratamento do câncer no Estado de Pernambuco: Resolução CIB nº 5.339, de 31 de agosto de 2020, regulação dos pacientes oncológicos, a regulação do acesso aos serviços de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON) do HDT.

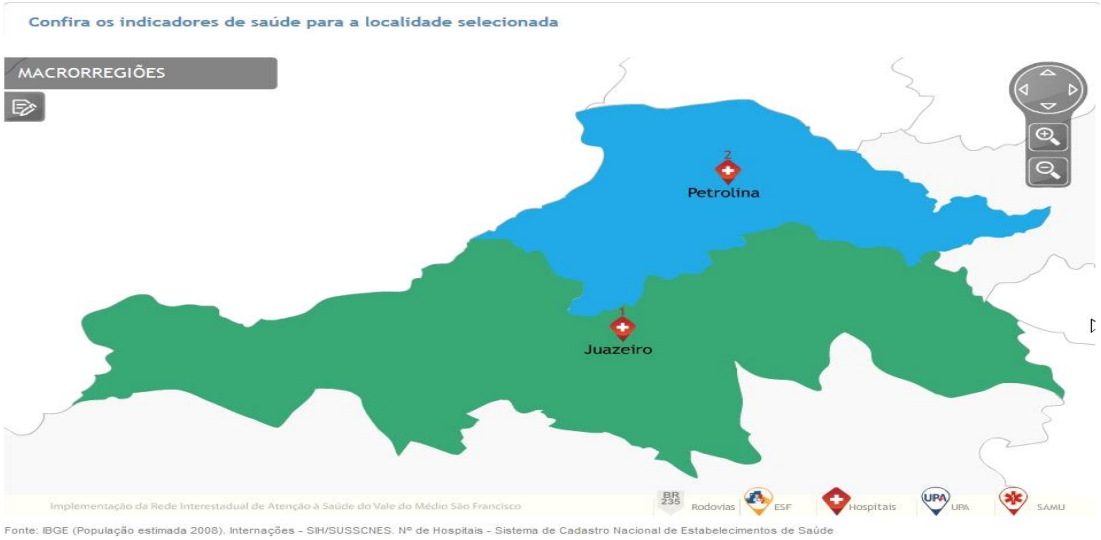
Como desafios podemos citar: o aprimoramento da regulação do acesso dos usuários aos serviços de saúde garantindo assim assistência de forma oportuna e segura em todo o percurso da linha do cuidado.

5.9 REDE INTERESTADUAL DE SAÚDE DO VALE DO MÉDIO SÃO FRANCISCO PERNAMBUCO/BAHIA (REDE PEBA)

A Região do Vale do Médio São Francisco é uma Macrorregião Interestadual compreendendo os estados da Bahia e Pernambuco. Composta por duas Macrorregiões de Saúde – Juazeiro/BA e Petrolina/PE, é constituída por 53 municípios (CRIL, 2020). Abrange aproximadamente 2.133.69 habitantes (IBGE, 2017), sendo que 53% da população assistida reside no Estado da Bahia e 47% no de Pernambuco.

A figura a seguir apresenta as macrorregiões de saúde de Juazeiro/BA e Petrolina/PE, sendo a Região Norte da Bahia composta pelas regiões de Juazeiro, Paulo Afonso e Senhor do Bonfim, totalizando 28 municípios, e a IV Macrorregião de Saúde de Pernambuco formada pelas regiões de Petrolina, Salgueiro e Ouricuri, totalizando 25 municípios.

Figura 72: Mapa das Macrorregiões da Rede Interestadual de Saúde do Vale do Médio do São Francisco – Pernambuco/Bahia.

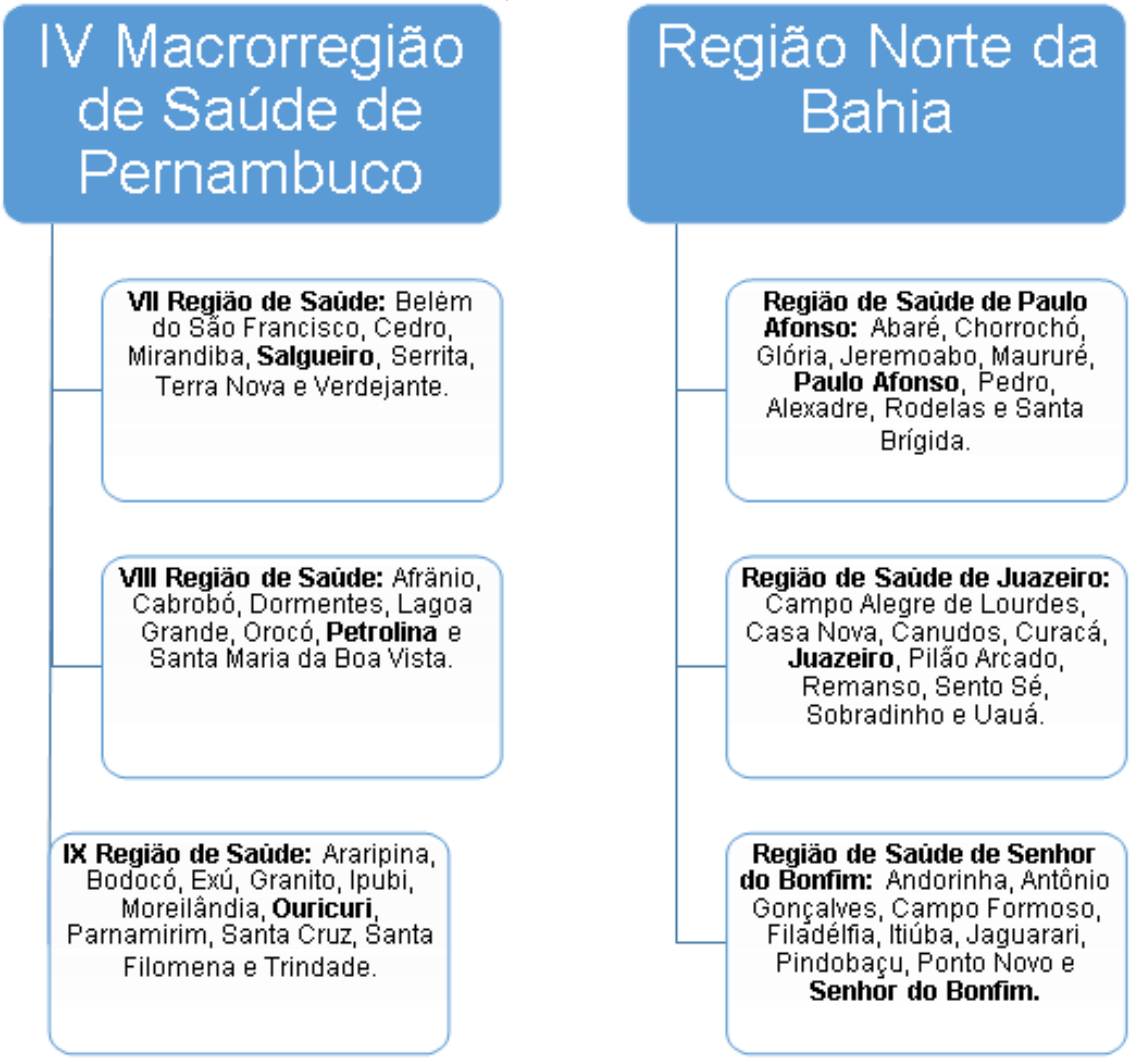


Fonte: IBGE (População estimada 2008).

Em 2010 a Comissão de Co-Gestão da Região Interestadual de Saúde do Vale do Médio São Francisco Pernambuco e Bahia (CRIE) foi constituída, instância colegiada de articulação, negociação e pactuação entre os entes federativos das esferas de governo envolvidas. Constitui-se um espaço de decisão por meio da identificação, definição de prioridades e de pactuação de soluções para a organização de uma Rede Interestadual de ações e serviços de atenção à saúde integrada e resolutiva.

É composta por representação do Ministério da Saúde, das Secretarias de Saúde dos Estados da Bahia e de Pernambuco e das Secretarias Municipais de Saúde de Juazeiro/BA, Paulo Afonso/BA, Senhor do Bonfim/BA, Petrolina/PE, Ouricuri/PE e Salgueiro/PE, membros eleitos das CIR´s da IV Macrorregião/PE e da Macro Norte/BA, representante da Universidade Federal do Vale do São Francisco (UNIVASF), Coordenador do Núcleo Regional de Saúde da Macro Norte da Bahia/BA e Gerentes da VII (Salgueiro), VIII (Petrolina) e IX (Ouricuri) Regionais de Saúde de Pernambuco. Este colegiado tem encontros ordinários, uma vez a cada três meses e, extraordinariamente, em casos de apreciação de matérias urgentes em saúde pública, sendo convocado pelo coordenador.

Figura 73 - Abrangência da Rede Interestadual de Saúde do Vale do Médio do São Francisco –Pernambuco/Bahia, 2020.



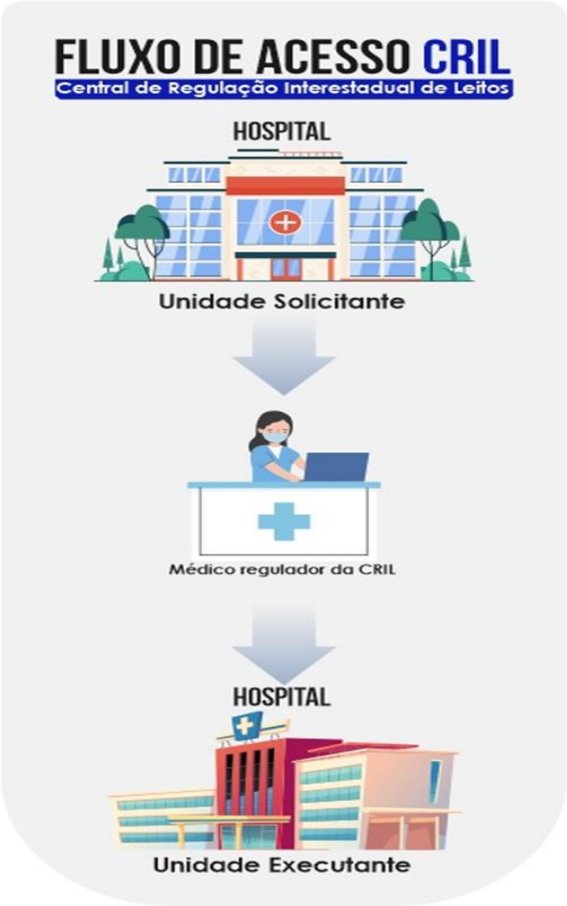
Fonte: Central de Regulação Interestadual de Leitos (CRIL), 2022.

5.9.1 Central de Regulação Interestadual de Leitos (CRIL)

A CRIL é a primeira central de leitos do Brasil que integra, em uma única central, 02 estados e 53 municípios com o objetivo de direcionar os usuários que necessitam de internamento em leitos qualificados nos polos de Petrolina/PE e Juazeiro/BA. Tem como objetivos: otimizar os leitos existentes; favorecer a universalidade e igualdade do acesso; agilizar o processo de transferências inter-hospitalares; organizar previamente o setor de urgência para o recebimento de pacientes; fortalecer a rede de serviços hospitalares respeitando a hierarquização dos mesmos e identificar na rede de serviços as potencialidades e necessidades.

A Política Estadual de Regulação Assistencial é um instrumento de gestão do SUS, que possibilita a organização das redes e dos fluxos assistenciais, provendo o acesso aos usuários de forma equânime, integral e qualificado aos serviços de saúde, respeitadas as competências das esferas de gestão. De acordo com o a figura adiante, verificamos o fluxo de acesso do usuário aos serviços da rede PEBA.

Figura 74 - Fluxo de acesso do usuário aos serviços de saúde



Fonte: CRIL, 2022

Os processos regulatórios propiciam à gestão pública um melhor controle do acesso aos serviços ofertados e da aplicação dos recursos, os quais favorecem a organização do sistema de saúde para a atenção às urgências e qualificam essa atenção de forma a proporcionar o alcance em maior dimensão dos objetivos sanitários coletivos propostos na política de saúde. Na tabela a seguir observamos os hospitais de referência da rede e perfil pactuado.

Tabela 91: Hospitais de Referência da Rede Interestadual Pernambuco/ Bahia (Rede PEBA) e perfis pactuados.

Município	Unidades Executantes	Perfil Pactuado
Petrolina	Hospital Universitário – Gestão UNIVASF/ Gerência- EBSEHR	Urgências, poli- trauma, neurocirurgia, ortopedia, cirurgia geral e clínica médica.
	Hospital Dom Malam – Gestão – SES PE- Gerência – IMIP	Atenção integral à mulher e à criança, câncer (ginecológico e infantil) e cirurgias oncológicas.
	Instituto Memorial do Vale , (Privado contratado pela SES/PE)	Referência em Alta complexidade em hemodinâmica.
Salgueiro	Hospital Regional Inácio de Sá (Gestão/Gerência: SES/PE)	Urgências clínicas e cirúrgicas de média complexidade, urgências obstétricas de risco habitual, urgências ortopédicas de média complexidade e urgências psiquiátricas.
	Pronto Socorro São Francisco (Privado, conveniado com a SES/PE)	UTI clínica.
Ouricuri	Hospital Regional Fernando Bezerra – (Gestão SES/PE - Gerência: O.S.)	Urgências clínicas e cirúrgicas de média complexidade, urgências obstétricas de risco habitual, urgências ortopédicas de média complexidade e UTI.
Araripina	Hospital e Maternidade Santa Maria (Filantrópico e contratualizados pela SES/PE)	Enfermaria SRAG / COVID 19; UTI SRAG / COVID 19; UTI Geral, UTI Pediátrica e UTI Neonatal.
Juazeiro	Hospital Regional de Juazeiro (Gestão: SESAB – Gerência: O.S. – Irmã Dulce)	Tratamento oncológico (excluindo-se o câncer ginecológico e pediátrico), nas modalidades clínica e cirúrgica, atenção aos agravos agudos, urgências clínicas e cirúrgicas, doenças infecciosas, nefrologia e queimados.
	PROMATRE (Filantrópico, conveniado pela SMS de Juazeiro e SESAB)	Urgências cardiológica e alta complexidade para hemodinâmica.
	Hospital Materno Infantil de Juazeiro (Gestão: Municipal)	Urgências obstétricas de risco habitual e urgências clínicas pediátricas.
	SOTE (Serviço de Ortopedia Especializada) e traumatologia	Atenção às urgências ortopédicas de média complexidade. (Somente decisão judicial)
	Sanatório Nossa Senhora de Fátima (Filantrópico – conveniado pelA SMS Juazeiro BA	Urgências Psiquiátricas
Senhor do Bonfim	Hospital Dom Antônio Monteiro (Gestão Municipal)	Urgências obstétricas de risco habitual.
Campo Formoso	Hospital São Francisco (Privado, conveniado com a SESAB)	Urgências obstétricas de risco habitual.
Paulo Afonso	Hospital Nair Alves de Souza (Gestão Municipal)	Urgências obstétricas de risco habitual.

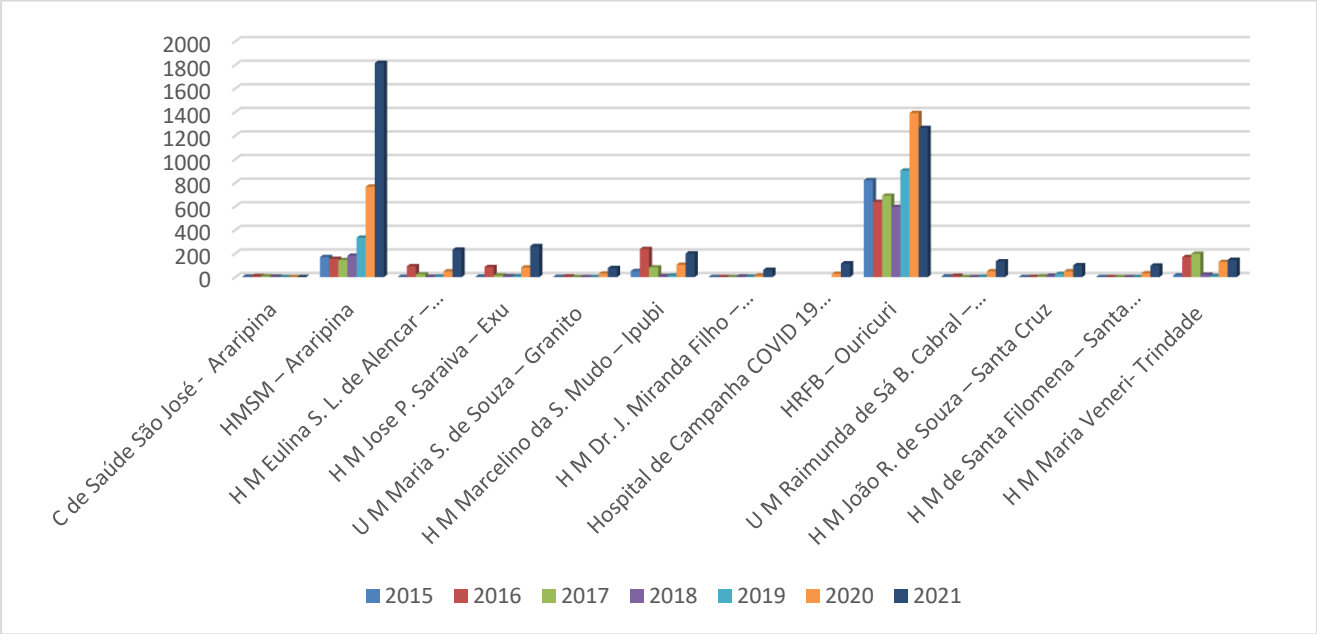
Fonte: Central de Regulação Interestadual de Leitos Pernambuco/Bahia, 2022.

Ao analisar a tabela seguir, observa-se que o quantitativo de usuários regulados no ano de 2018 reduziu em relação aos anteriores; já no ano 2019 houve um aumento de 43%. Vale destacar que em meados do ano de 2018 houve uma mudança do Sistema Nacional de Regulação (SISREG) para o Sistema de Regulação de Urgência e Emergência (SUREM), podendo estar relacionado com a redução da regulação neste período. Percebe-se também que o Hospital Regional Fernando Bezerra – HRFB e o Hospital e Maternidade Santa Maria - HMSM regula a maior quantidade de pacientes em relação às demais unidades solicitantes, uma vez que os dois hospitais são referência para os municípios da IX Região, além de receber pacientes regulados via sistema pela CRIL.

Ressalta-se que em 2020 e 2021 houve um aumento considerável das regulações via sistema em virtude do período pandêmico que estamos vivenciando, onde pacientes suspeitos e ou confirmados para COVID 19 só poderiam ser encaminhados para referência via regulação. Verifica-se também que ainda persistem dificuldades dos municípios em realizar regulação dos usuários, encaminhando os pacientes diretamente para a referência sem registro pelo sistema de regulação, causando assim uma superlotação no serviço e prejuízo para a garantia do acesso do usuário. Em 2020 foi implantado o Hospital de Campanha de COVID 19 do município de Ouricuri e o mesmo regulou usuários para as referências.

Importante destacar que a Regional de Saúde realiza reuniões periódicas com os gestores dos hospitais municipais e discussões em CIR com os secretários municipais de saúde sobre o processo de regulação e sua importância.

Figura 75: Quantitativo de usuários regulados por unidades solicitantes da IX Região de Saúde de Pernambuco, 2015 a 2021

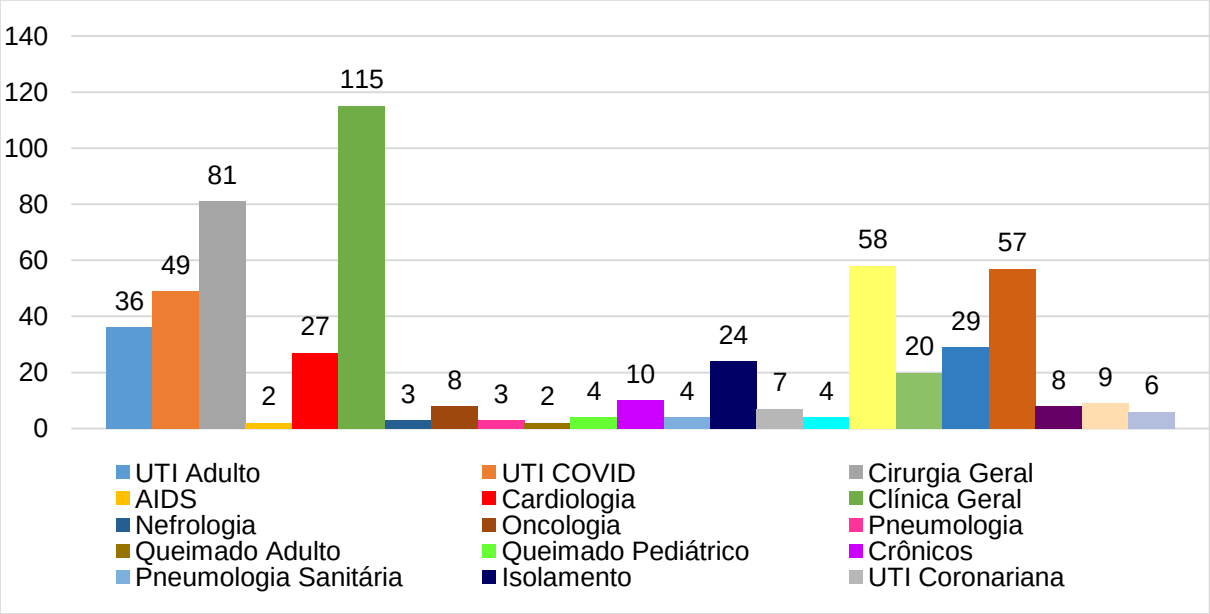


Fonte: Central de Regulação Interestadual de Leitos Pernambuco/Bahia, 2021.

A regulação das urgências adveio da necessidade de se organizar e ordenar a oferta de ações e serviços na Rede de Atenção às Urgências (RAU), articulando os diferentes níveis de densidade tecnológica inerentes aos componentes da rede e dentro dela.

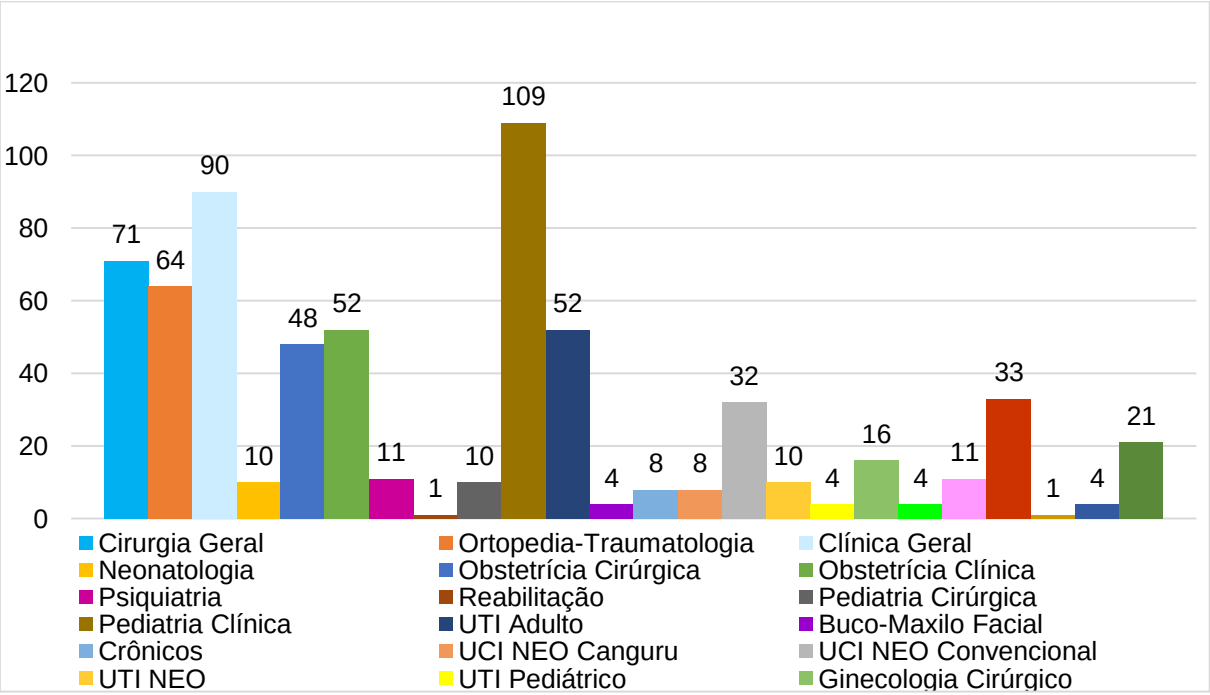
As figuras abaixo apresentam a capacidade instalada dos leitos que constituem a Rede PEBA. Verifica-se que do total de leitos para referência desta rede, 46% estão localizados na região norte da Bahia e 54% estão na IV Macrorregião de Saúde de Pernambuco. Verifica-se também que 100% dos leitos de Ortopedia-traumatologia estão localizados na IV Macro de Pernambuco e que 86% dos leitos de cardiologia estão instalados na Região Norte da BA.

Figura 76: Distribuição dos leitos por especialidades no Estado da Bahia.



Fonte: SCNES. Dez, 2020.

Figura 77: Distribuição de leitos por especialidades na IV MACRO no Estado de Pernambuco.



Fonte: SCNES. Dez, 2020.

Dos desafios a serem alcançados na Rede PEBA, pontuamos a necessidade da mesma ser reconhecida através de atos normativos em nível federal, tendo em vista que somente foram publicadas resoluções CIB´s (PE e

BA), e a partir deste reconhecimento, a garantia do financiamento a nível Federal. Outros desafios são a melhoria das estruturas físicas dos hospitais, capacitação e contratação de recursos humanos, integração entre as políticas de regulação e atenção as urgências, investimento em tecnologias, implementação de Rede Materno – infantil através da ampliação de leitos de UTI Neonatal e equipar os serviços de alta complexidade de forma resolutiva. A IX Região possui atual leitos de UTI Geral no HRFB e HMSM, além de UTI Pediátrica e Neonatal no HMSM, um ganho para a IX Região.

6 RECURSOS FINANCEIROS

Acompanhar e avaliar as despesas com o SUS é um importante instrumento para analisar a relação dos gastos com saúde e a melhoria na assistência, além de contribuir para a eficiência e efetividade dos gastos na gestão. É nesse sentido que a análise das despesas com saúde é compreendida como um instrumento que auxilia no planejamento das ações.

A Lei Nº 141/2012 regulamenta o Art. 198 da Constituição Federal, definindo os valores mínimos a serem aplicados com saúde em cada esfera do governo, bem como o rateio dos recursos e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde. Após 24 anos de criação do SUS, a lei complementar veio estabelecer critérios importantes para o acompanhamento do financiamento do SUS que desde sua criação se fazia urgente.

Desde o advento da Portaria nº 204/2007, os blocos de financiamento se caracterizaram por serem blocos financeiros, tendo uma conta corrente vinculada a cada um dos 5 blocos de custeio, exceto o Bloco de Investimento, que se caracterizava por ter contas-correntes vinculadas a cada projeto. A característica orçamentária sempre esteve presente nos grandes grupos funcionais programáticas que marcavam cada um dos blocos de custeio: atenção básica, média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar, assistência farmacêutica, vigilância em saúde e gestão do SUS. (BRASIL, 2017).

A Portaria nº 3.992 de 28/12/2017 trata do financiamento e da transferência dos recursos federais para as ações e os serviços públicos de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), alterando a Portaria de Consolidação nº 06/2017/MS, que contemplava a portaria nº 204/2007.

Essa nova Portaria traz expressivas mudanças, entre elas: a forma de transferência dos recursos financeiros para custeio e investimento, a junção dos antigos blocos de financiamento de custeio em um único bloco, mantendo-se grupos de ações dentro do Bloco de Custeio. Essa separação fortalece os instrumentos de planejamento e de orçamento, flexibilizando o fluxo financeiro, permitindo ao gestor gerenciar e aplicar adequadamente os recursos nas ações pactuadas e programadas (BRASIL, 2017).

6.1 DESPESAS TOTAIS EM SAÚDE POR HABITANTE

O indicador de Despesa Total com Saúde por habitante representa a despesa total com saúde (exceto inativos), inclusive aquela financiada por outras esferas de governo por habitante, cuja finalidade é medir o gasto médio com saúde sob responsabilidade do município por habitante (BRASIL, 2009).

Observa-se na tabela adiante que houve um aumento na despesa em saúde por habitante no ano de 2018, salvo os municípios de Exu e Ouricuri. Pode-se identificar também nesta série histórica que o município de Bodocó apresentou um valor gasto por habitante menor que os demais municípios da Região de Saúde. Importante destacar que houve um aumento expressivo na maioria dos municípios nos anos de 2020 e 2021, podemos enfatizar que este acréscimo pode está relacionado a pandemia do Novo Corona Vírus que iniciou ano de 2020 e continua até a presenta data, inclusive houve aportes de recursos extraordinários nesses anos.

Tabela 92: Distribuição dos Indicadores de Despesa em Saúde por Habitante (R$) por município da IX Região de Saúde de Pernambuco, 2014 a 2021.

Municípios	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Araripina	369,4	337,4	320,3	385,2	477,8	431,7	449,3	495,4
Bodocó	305,7	287,1	315,1	331,8	398,7	445,4	465,0	562,5
Exu	451,4	430,3	423,8	453,4	411,7	438,3	659,1	717,7
Granito	566,6	572,5	527,8	619,0	713,2	641,6	936,4	1.055,0
Ipubi	504,7	503,2	508,1	468,2	552,6	647,1	879,4	845,5
Moreilândia	596,1	385,2	555,9	657,0	753,1	696,1	845,5	1.025,9
Ouricuri	307,4	297,5	263,4	419,8	382,6	414,2	567,7	523,3
Parnamirim	528,6	418,9	537,7	460,3	649,6	537,5	747,0	736,8
Santa Cruz	486,4	472,5	437,5	473,1	490,4	560,4	795,7	893,3
Santa Filomena	440,3	463,2	541,7	458,0	530,0	492,2	763,1	734,2
Trindade	516,4	412,9	421,8	451,5	514,0	589,9	625,8	677,4

Fonte: SIOPS. Jun, 2022

6.2 PERCENTUAL DAS TRANSFERÊNCIAS DA UNIÃO PARA A SAÚDE NO TOTAL DE RECURSOS TRANSFERIDOS

Este indicador visa mensurar a participação percentual das transferências da União para a Saúde (SUS), no total de recursos transferidos para a saúde no município. Após verificar a tabela a seguir destacamos o município de Exu que nesta série histórica foi o município com a menor média de participação totalizando 93,8% transferidos de participação da União nas transferências específicas para a saúde do município e Ipubi que foi o município com a maior média de participação, totalizando 99,1%.

Tabela 93: Distribuição dos Indicadores de Transferências da União para a Saúde no total de recursos transferidos para a saúde nos Municípios da IX Região de Saúde de Pernambuco, 2014 a 2021.

Municípios	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Araripina	100,0	100,0	100,0	99,2	100,0	94,4	99,9	99,2
Bodocó	100,0	98,5	90,8	95,7	99,5	99,6	99,8	99,0
Exu	93,7	100,0	86,9	88,4	97,1	90,8	97,4	96,5
Granito	100,0	100,0	89,8	96,6	98,9	97,1	98,4	98,9
Ipubi	100,0	99,8	97,9	98,5	98,9	100,0	99,6	98,4
Moreilândia	100,0	100,0	99,9	97,8	99,1	95,4	99,1	99,6
Ouricuri	96,4	98,8	98,3	97,9	97,6	99,8	99,9	100,0
Parnamirim	100,0	100,0	92,9	98,3	96,2	99,5	99,0	97,6
Santa Cruz	100,0	92,4	98,4	91,4	99,7	94,4	98,6	94,4
Santa Filomena	98,3	99,1	95,6	92,4	92,3	92,6	97,7	99,5
Trindade	99,1	100,0	99,5	99,2	98,6	96,1	96,8	98,9

Fonte: SIOPS. Jun, 2022.

6.3 PERCENTUAL DE TRANSFERÊNCIAS SUS EM RELAÇÃO A DESPESAS TOTAIS

Esse indicador representa a participação das receitas transferidas vinculadas à saúde, em relação ao total de despesas com saúde. Através desse indicador pode-se inferir a relação de dependência dos municípios das transferências do SUS.

Pode-se destacar na série histórica abaixo o municípios de Araripina que apresentam a maior parcela da despesa com Saúde sob responsabilidade do município financiada por outras esferas de governo e não com recursos próprios, totalizando uma média de 71,4 e o município de Trindade, que apresenta a menor dependência em relação a transferência SUS, com uma média de 47,4.

Tabela 94: Percentual da participação das transferências para a saúde em relação a despesa total do município com a saúde, IX Região de Saúde de Pernambuco, 2014 a 2022.

Municípios	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Araripina	50,4	79,8	74,6	65,1	67,6	64,5	102,5	67,0
Bodocó	38,5	64,6	63,1	58,3	78,1	60,3	61,3	49,3
Exu	50,1	44,6	50,0	55,6	55,6	55,9	68,9	49,5
Granito	49,5	38,5	42,9	45,8	57,2	56,3	58,3	45,6
Ipubi	34,3	43,4	43,7	58,8	63,1	43,6	51,6	38,3
Moreilândia	40,7	55,5	35,0	44,7	50,1	57,4	68,7	48,1
Ouricuri	53,0	52,4	53,1	37,7	53,4	70,8	43,3	53,3
Parnamirim	34,8	55,0	43,1	53,0	62,1	61,6	61,0	58,5
Santa Cruz	47,0	48,2	61,3	49,8	54,3	72,4	60,4	51,1
Santa Filomena	37,6	40,8	42,6	46,9	61,4	52,1	53,8	55,7
Trindade	48,7	44,8	47,6	41,7	49,0	38,5	46,1	62,7

Fonte: SIOPS,Jun, 2022.

6.4 PERCENTUAL DE RECURSOS PRÓPRIOS APLICADOS EM SAÚDE – Conforme EC - 29

Este indicador representa o percentual de recursos próprios aplicados em saúde, conforme previsto na Emenda Constitucional nº 29 (BRASIL, 2009), implementada no ano 2000 e responsável por consolidar o Sistema Único de Saúde (SUS). A Emenda Constitucional 29/2000 fixou a vinculação dos recursos orçamentários que seriam destinados à saúde pelas três esferas de governo, cabendo ao Congresso Nacional regulamentar a matéria de forma a assegurar que os recursos sejam empregados no SUS.

Pelo texto aprovado, a EC 29 estipulou norma transitória determinando que a União deveria destinar para a saúde, no ano 2000, 5% a mais sobre o valor de 1999 e, nos anos seguintes, que esse valor fosse corrigido pela variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB). Os Estados seriam obrigados a destinar 12% do seu orçamento e os municípios, 15%. Ao analisar a tabela 93, identificamos o percentual de recursos próprios dos municípios que foram aplicados em saúde de acordo com a EC-29/2000.

Percebe-se que os municípios que compõem a região cumpriram a exigência de aplicação mínima de 15% dos recursos próprios em saúde, salvo os municípios de Bodocó e Santa Cruz no ano de 2016. É importante destacar que esse indicador serve apenas para demonstrar a situação diante da aplicação da EC 29/2000. O município de Ouricuri teve a maior aplicação percentual de recursos próprios em saúde no período analisado.

Tabela 95: Distribuição de Recursos Aplicados em Saúde (%) – EC 29, IX Região de Saúde de Pernambuco, 2014 a 2021.

Municípios	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Araripina	21,5	21,7	15,8	25,1	21,3	18,7	15,3	17,9
Bodocó	25,8	15,2	13,5	16,6	17,5	15,6	17,5	16,5
Exu	26,2	24,0	23,8	23,0	21,3	20,5	23,3	25,0
Granito	19,5	20,0	18,1	18,7	31,2	23,6	28,9	23,7
Ipubi	34,9	31,1	27,2	18,5	21,8	16,4	31,1	21,4
Moreilândia	25,7	18,8	22,0	23,4	30,3	17,4	34,1	26,7
Ouricuri	15,4	27,4	21,8	32,5	31,5	29,1	34,4	31,8
Parnamirim	34,0	17,2	28,1	22,7	16,3	18,9	22,7	22,6
Santa Cruz	20,7	24,4	13,6	19,6	16,4	19,5	26,2	21,4
Santa Filomena	25,0	17,9	22,7	18,5	20,4	19,9	23,6	23,8
Trindade	23,4	21,5	20,6	22,1	15,3	19,2	28,4	23,7

Fonte: SIOPS,Jun, 2022.

Este indicador objetiva demonstrar a participação percentual do gasto com pessoal sobre o gasto total com saúde. Ao analisar a tabela a seguir pode-se verificar que os municípios de Trindade e Bodocó, no período analisado, obtiveram uma despesa menor com pessoal sobre o gasto total com a saúde. Importante ressaltar que o município de Santa Filomena nos anos de 2015 e 2016 apresentou uma média de gasto de 24,8% e nos dois anos seguintes analisados aumentou 254%. A tabela demonstra que o município de Parnamirim foi o que mais obteve gasto com pessoal na região neste período.

Tabela 96: Participação percentual do gasto com pessoal sobre o gasto total com saúde, IX Região de Saúde de Pernambuco, 2014 a 2021.

Municípios	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Araripina	45,4	43,9	46,9	48,9	37,0	49,0	43,2	51,6
Bodocó	47,2	52,9	52,0	38,0	35,0	36,2	39,1	38,3
Exu	57,7	58,2	59,0	66,8	68,5	67,2	57,3	57,9
Granito	63,2	62,6	69,3	56,3	43,7	45,1	40,0	41,9
Ipubi	55,2	54,1	57,8	55,1	44,9	41,9	40,8	39,5
Moreilândia	61,9	58,4	48,0	56,2	59,8	71,6	60,2	54,7
Ouricuri	58,5	64,6	64,9	60,4	66,3	73,7	43,3	53,3
Parnamirim	62,7	72,0	65,2	69,3	56,8	74,7	63,3	58,5
Santa Cruz	51,0	56,0	57,0	48,7	44,2	45,0	43,6	50,7
Santa Filomena	41,3	27,7	21,9	63,7	58,4	59,1	44,5	55,1
Trindade	51,0	29,2	29,6	26,7	24,3	28,0	24,5	23,9

Fonte: SIOPS,Jun, 2022.

6.5 PERCENTUAL DE DESPESA EM INVESTIMENTO EM RELAÇÃO À DESPESA TOTAL COM A SAÚDE

Este indicador tem como objetivo dimensionar o nível de investimentos realizados na área da saúde (Brasil, 2014). Visa mensurar a participação das despesas com investimentos em relação ao total de despesas com saúde. Na tabela a seguir destaca-se o município de Santa Filomena que apresentou ao logo dos anos o maior percentual de investimentos em relação ao total de despesas em saúde.

Tabela 97: Percentual de Despesa em Investimentos em Relação à Despesa Total dos municípios da IX Região de Saúde de Pernambuco nos anos de 2014 a 2021.

Municípios	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Araripina	6,3	1,1	3,7	0,7	9,9	5,0	2,5	3,0
Bodocó	6,7	1,5	7,5	3,0	7,7	6,1	7,1	2,7
Exu	14,5	10,2	3,9	8,1	3,3	3,9	5,6	1,7
Granito	10,3	7,0	0,7	13,9	12,4	4,5	5,8	0,5
Ipubi	8,0	7,9	4,3	3,7	4,0	7,4	7,9	2,3
Moreilândia	13,0	2,0	11,5	7,0	12,3	4,4	3,2	1,7
Ouricuri	10,7	4,1	1,9	13,7	9,9	1,7	2,1	0,7
Parnamirim	13,2	1,2	1,4	7,1	22,8	4,2	3,4	0,7
Santa Cruz	9,1	2,4	2,6	3,8	5,8	5,6	9,9	2,8
Santa Filomena	18,9	18,2	21,6	2,5	8,1	1,0	9,1	9,6
Trindade	20,3	0,8	1,3	2,4	5,7	5,6	6,3	0,2

Fonte: SIOPS,Jun, 2022.

6.6 DESPESA TOTAL EM SAÚDE

Este indicador representa todo o gasto com saúde dos municípios entre os anos de 2014 e 2021. Ao analisar a tabela abaixo percebe-se que no período analisado houve o crescimento do gasto total com saúde na região na maioria dos municípios. Isso se deve, provavelmente, ao aumento de investimentos com saúde, principalmente por parte das transferências do SUS, com destaque de maior aumento nos municípios mais populosos como Ouricuri e Araripina que concentram o maior número de equipamentos e oferta de serviços de saúde.

Tabela 98: Despesa Total em Saúde nos anos de 2014 a 2021.

Municípios	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Araripina	27.954.728	27.933.422	26.677.103	32.265.820	40.016.136	36.249.835	37.928.002	41.825.077
Bodocó	11.327.552	10.713.183	11.837.381	12.548.833	15.077.090	16.884.184	17.356.226	21.457.315
Exu	14.445.659	13.739.973	13.500.777	14.412.489	13.087.724	15.058.435	20.947.942	22.841.770
Granito	4.108.414	4.183.661	3.886.276	4.591.341	5.289.998	5.750.229	7.010.194	7.898.107
Ipubi	14.807.898	14.954.996	15.289.291	14.256.825	16.826.520	19.743.625	27.134.528	26.073.195
Moreilândia	6.703.441	4.330.562	6.247.870	7.383.720	8.463.466	7.845.471	9.979.496	11.562.195
Ouricuri	20.624.698	20.135.818	17.976.621	28.874.788	26.290.626	28.556.532	39.436.648	36.345.942
Parnamirim	11.150.517	8.878.516	11.447.969	9.843.504	13.890.380	11.777.825	16.441.343	16.216.591
Santa Cruz	7.137.752	7.019.831	6.576.387	7.192.876	7.455.880	8.538.973	12.251.837	13.755.127
Santa Filomena	6.197.171	6.565.168	7.727.851	6.575.339	7.608.702	7.082.847	11.046.926	10.629.591
Trindade	15.071.122	12.189.622	12.586.248	13.616.636	15.501.770	17.827.539	20.675.56	19.099.325

Fonte: SIOPS, Jun, 2022.

6.7 PERCENTUAL DE INVESTIMENTO EM ASPS - AÇÕES DE SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE

Este indicador representa o percentual de investimento em relação às ações dos serviços públicos de saúde. Pode-se verificar na série histórica apresentada que corresponde aos mesmos percentuais de recurso próprio aplicado em saúde. O município de Ouricuri se destacou em relação aos demais municípios da Região em relação ao investimento nas ASPS e Bodocó apresentou um percentual menor de investimento no período analisado. Os municípios se comportam de forma semelhante neste indicador, oscilando o percentual de investimento a cada ano, ora aumentando, ora reduzindo.

Tabela 99: Percentual de investimento em Ações de Serviços Públicos de Saúde-ASPS - IX Região de Saúde de Pernambuco, 2014 a 2021.

Municípios	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Araripina	21,5	21,7	15,8	25,1	21,3	18,7	15,3	17,9
Bodocó	25,8	15,2	13,5	16,6	17,5	15,6	17,5	16,5
Exu	26,2	24,0	23,8	23,0	21,3	20,5	23,3	25,0
Granito	19,5	20,0	18,1	18,7	31,2	23,6	28,9	23,7
Ipubi	34,9	31,1	27,2	18,5	21,8	16,4	31,1	21,4
Moreilândia	25,7	18,8	22,0	23,4	30,3	17,4	34,1	26,7
Ouricuri	15,4	27,4	21,8	32,5	31,5	29,1	34,4	31,8
Parnamirim	34,0	17,2	28,1	22,7	16,3	18,9	22,7	22,6
Santa Cruz	20,7	24,4	13,6	19,6	16,4	19,5	26,2	21,4
Santa Filomena	25,0	17,9	22,7	18,5	20,4	19,9	23,6	23,8
Trindade	23,4	21,5	20,6	22,1	15,3	19,2	28,4	23,7

Fonte: SIOPS,Jun, 2022.

7 GESTÃO DO TRABALHO E EDUCAÇÃO NA SAÚDE

A construção do SUS tem apontado um conjunto de desafios aos dirigentes e técnicos, dentre os quais, a gestão do trabalho e a educação permanente dos trabalhadores da saúde, tendo em vista as limitações financeiras, políticas e organizacionais (BRASIL, 2009). O processo de formulação da Política de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde desenvolvido na IX Região de Saúde/PE evidencia o conjunto de problemas existentes no Estado e no país com respeito à gestão do trabalho e ao perfil dos trabalhadores da saúde.

A educação permanente parte do pressuposto da aprendizagem significativa que promove, produz sentidos e propõe que a transformação das práticas profissionais deva estar baseada na reflexão crítica sobre as práticas reais de profissionais reais em ação na rede de serviços (HADDAD; ROSCHKE; DAVINI, 1994).

Portanto, os processos de qualificação do pessoal da saúde deveriam ser estruturados a partir da problematização do seu processo de trabalho. Seu objetivo deve ser a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho, tomando como referência as necessidades de saúde das pessoas e das populações, da gestão setorial e do controle social em saúde (CECCIM; FEVERWERKER, 2004).

Na IX Região de Saúde o município de Exu é o único que possui Núcleo de Educação Permanente instituído. Assim, ressalta-se a importância da criação de espaços formativos e dinâmicos para Educação Permanente em Saúde, de modo que colaborem com as práticas e estratégias de intervenção na qualificação dos profissionais.

Muitos avanços podem ser observados na IX Região de Saúde na área de inovação de saúde. Desde 2014 a IX Regional de Saúde recebe residentes do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva com Ênfase em Gestão de Redes de Atenção à Saúde, da Escola de Governo em Saúde Pública de Pernambuco (ESPPE), na qual os profissionais ficam inseridos na região, podendo assim contribuir com melhorias para atenção à saúde da população.

Embora não dispondo de instituições na área de ciência, tecnologia, produção e inovação em saúde na região, a Universidade do Vale do São Francisco (UNIVASF) em Petrolina, a Escola de Saúde Pública de Pernambuco

(ESPPE), a própria Secretaria Estadual de Saúde (SES/PE) com seus diversos parceiros e a Comissão de Integração Ensino e Serviço (CIES) regional vêm suprindo as necessidades na oferta de cursos para a qualificação dos profissionais.

7.1 COMISSÃO DE INTEGRAÇÃO ENSINO E SERVIÇO – CIES

Segundo as Diretrizes da Portaria nº 1.996/2007, a condução regional da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde dar-se-á por meio dos Colegiados de Gestão Regional, com a participação das Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço (CIES), que são instâncias intersetoriais e interinstitucionais permanentes que participam da formulação, condução e desenvolvimento da Política de Educação Permanente em Saúde.

De acordo com o Regimento Interno da Comissão Permanente de Integração Ensino-Serviço da IX Regional de Saúde (2014), ela deve ter os seguintes membros: (11) representantes das Secretarias Municipais de Saúde; Três (03) representantes da IX GERES; Um (1) representante das Instituições de Ensino Público e/ou Privadas na área da saúde; Um (1) representante de nível médio/técnico e ou superior do Sindicato dos Trabalhadores em Saúde. Ainda, dois (02) representantes do Conselho Municipal de Saúde do Município sede da regional, segmento usuário e trabalhador de saúde; um (01) representante do Centro de Referência da Saúde do Trabalhador - CEREST; um (01) representante do Sindicato dos Agentes Comunitários de Saúde – ACS e Endemias; dois (02) representantes dos maiores Hospitais da região (Hospital Regional Fernando Bezerra e do Hospital Filantrópico); um (1) representante da Gerência Regional de Educação – GRE.

Na luta pelo funcionamento de Comissões Permanentes de Integração Ensino Serviço estadual e regionais, como a da IX Região de Saúde, e pela garantia da manutenção da Política de Educação Permanente e de seu adequado financiamento, foi conduzida pela Diretoria Geral de Educação na Saúde (DGES) e pela Escola de Governo em Saúde Pública de Pernambuco (ESPPE), articulada por meio da Comissão de Integração Ensino Serviço – CIES Estadual, a construção do Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde (PEPS) (2019-2022). O plano foi estruturado a partir dos seguintes eixos estratégicos:

1. Governança da política estadual de educação permanente em saúde em Pernambuco;

2. Desenvolvimento da gestão e do controle social no SUS, com atividades ligadas ao reconhecimento da gestão democrática e participativa;

3. Desenvolvimento e disseminação de capacidade pedagógica no SUS,

4. SUS escola, com ações que colocam a EPS como estratégia de desenvolvimento institucional do trabalho na saúde, fortalecendo a organização dos processos de integração ensino-serviço;

5. Desenvolvimento da atenção – Redes integradas e Linhas de cuidado, que abrange integração e qualificação das ações de educação permanente em saúde desenvolvidas por trabalhadores, técnicos e gestores da rede de saúde do estado e dos municípios, por fim o eixo.

6. Comunicação e gestão do conhecimento aplicado ao SUS. Dentre estes 6 eixos, o que traz atividades diretamente ligadas às Regiões de Saúde, relativas à sustentação da política com o objetivo de apoiar a estruturação e desenvolvimento dos planos regionais e municipais de educação permanente em saúde é o primeiro eixo "Governança da Política Estadual de Educação Permanente em Saúde em Pernambuco".

Importante destacar que no ano de 2019 aconteceu na IX Regional de Saúde a I Oficina Regional de Educação Permanente em Saúde, ação realizada por meio da CIES Regional. Foram analisados o Relatório da Oficina e verificou-se propostas apontadas para a IX Região de Saúde, tais como: Institucionalizar os Núcleos de Educação Permanente em Saúde nos municípios; Realizar Mostra de Experiências Exitosas dos Municípios da IX Região de Saúde; Fortalecer a CIES Regional através de mais membros na condução do espaço.

Em dezembro de 2019 a IX Regional de Saúde realizou também a I Mostra de Experiências Exitosas dos Municípios da IX Região de Saúde com o objetivo de disseminar o conhecimento acerca da EPS, evidenciando a importância de se levar o discurso reflexivo e transformador que ela proporciona em todos os espaços.

Em novembro e dezembro de 2021 foram realizados diferentes cursos através da CIES Regional com recursos da CIES, quais sejam: Curso de reabilitação de pacientes pós Covid-19: Abordagem multiprofissional do cuidado

na IX Região de Saúde para profissionais fisioterapeutas, fonoaudiólogos e educadores físicos; Atenção integral à saúde da criança: Princípios e práticas direcionados aos profissionais da atenção básica e dos Cantos Mãe Coruja; Curso de atualização em coleta e processamento de material citológico de colo de útero, para profissionais da atenção básica; e o III Fórum Perinatal da IX Regiao de Saúde

7.2 GESTÃO DE PESSOAS

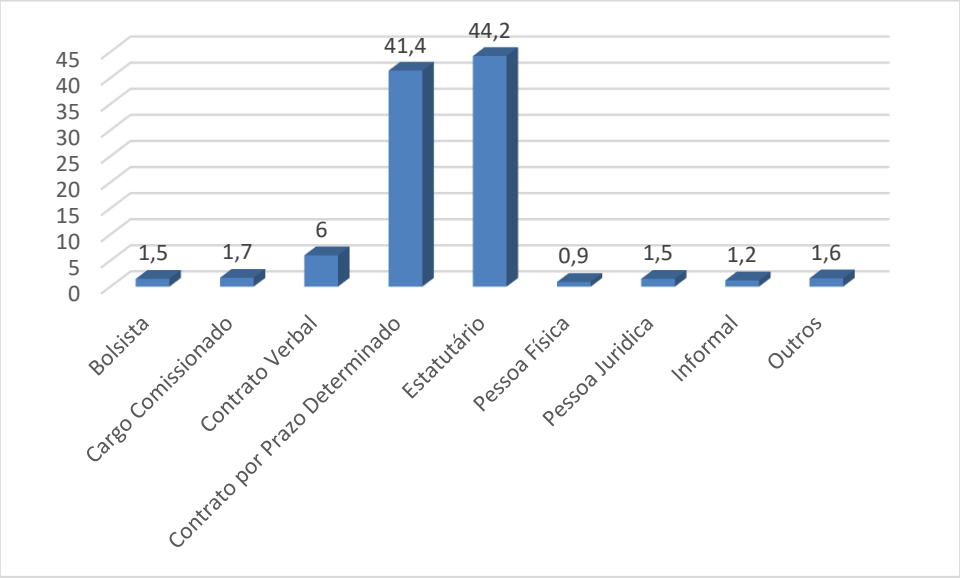
Nas organizações ligadas ao setor público, a área de gestão de pessoas segue as determinações das políticas estaduais e municipais de administração de recursos humanos, notadamente no que diz respeito à gestão de pessoal. Neste sentido, a ação do setor caracteriza-se pela pouca autonomia em termos de inovação nas práticas de gestão ou mudanças nos modelos de recursos humanos (BRAND; TOLFO; PEREIRA; ALMEIDA, 2008).

7.2.1 Categoria Profissional por Natureza do Vínculo

A relação de emprego, ou o vínculo empregatício, é um fato jurídico que se configura quando alguém (empregado ou empregada) presta serviço a uma outra pessoa, física ou jurídica (empregador ou empregadora), de forma subordinada, pessoal, não eventual e onerosa. O vínculo empregatício é muito importante para o funcionário como também para a organização.

A figura adiante demonstra os tipos de vínculo dos profissionais predominante nos municípios da IX Região de Saúde. Pode-se observar que 44,2% dos profissionais são estatutários e 41,4% são contratos por prazo determinado, 1,5% são bolsistas e os demais são contratos por prestação de serviços. Importante destacar que 55,8% dos vínculos não são efetivos e pode-se atribuir as causas a alta rotatividade dos profissionais nesta região.

Figura 78: Tipo de Vínculo dos Profissionais de Saúde da IX Região de Saúde de Pernambuco, 2022.



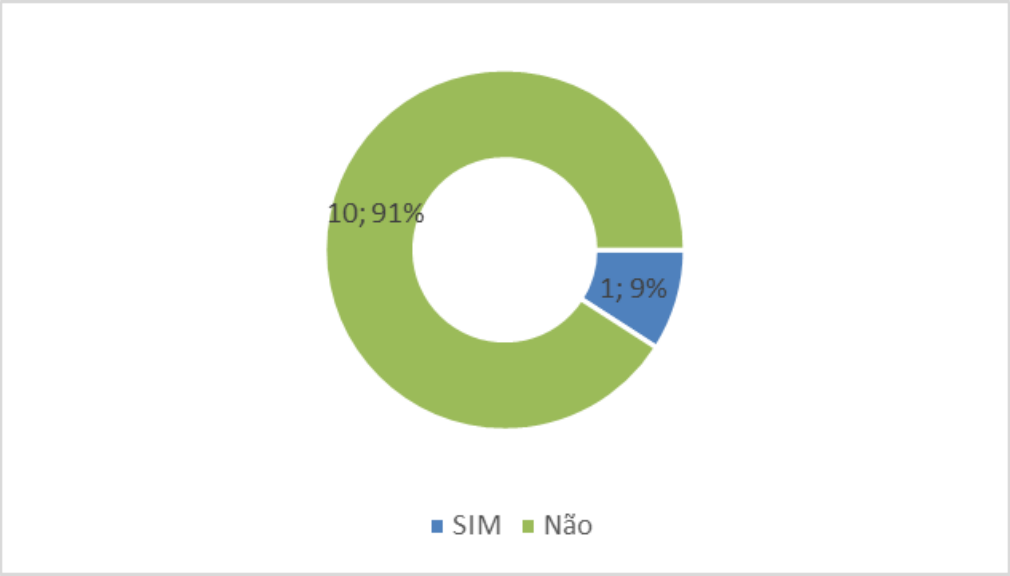
Fonte: SCNES. Abr, 2022.

7.2.2 Plano de Cargos e Carreira

O Plano de Cargos e Carreira (PCC) é um instrumento de gestão que consiste em criar perspectivas de desenvolvimento e crescimento dos empregados e estabelecer critérios para movimentação salarial. O Plano também permite um tratamento interno adequado aos empregados, tendo em vista a compatibilização dos salários pagos no mercado de trabalho (PONTES, 1987).

Em 1990, a Lei n° 8.080, que regulamenta o SUS, no Artigo 27 traz em seu arcabouço a instituição do PCC e a fixação de pisos nacionais de salários para cada categoria profissional. Com a luta do movimento sanitário e legislativo, é incluso na Lei Complementar n° 8.142/90 no Artigo 4°. Ao analisar o Sistema de Apoio à Construção do Relatório de Gestão - DIGISUS, evidenciamos a ausência de plano de cargos e carreiras em 10 municípios da Região. Apenas o município de Ouricuri possui PCC para todos os servidores.

Figura 79: Quantitativo de municípios que dispõem de Plano de Cargos e Carreiras (PCC) da IX Região de Saúde de Pernambuco, 2022



Fonte: DIGISUS, situação da base de dados em junho, 2022.

8 GOVERNANÇA, CONTROLE SOCIAL E OUVIDORIA

8.1 COMISSÃO INTERGESTORES REGIONAL – CIR

Este espaço de governança regional é constituído como espaço vivo de cogestão e tem promovido intensas discussões, contribuindo para o fortalecimento do planejamento na região. O papel do Colegiado de Gestão torna-se fundamental na construção, tanto do processo participativo e democrático, quanto para a legitimação.

Importante ressaltar que essa instância veio aprimorar o processo de regionalização no SUS e se trata de um espaço de governança regional e de cogestão na qual tem promovido intensas discussões e vem contribuindo para o fortalecimento do planejamento na região. O papel do Colegiado de Gestão torna-se fundamental na construção, tanto do processo participativo e democrático, quanto para a legitimação, em virtude disso é necessário a presença dos gestores municipais públicos.

A tabela a seguir demonstra a frequência, por município, da presença dos secretários municipais de Saúde no Colegiado Intergestor Regional (CIR) no período de 2016 a 2021. Pode-se observar uma maior participação dos municípios nos anos de 2020 e 2021, nos quais alguns municípios como Araripina (2021) e Ipubi (2020) estiveram presentes em todas as reuniões e os demais municípios, com exceção de Parnamirim, Ouricuri e Moreilândia,

melhoraram significativamente o percentual de participação. Não se descarta a possibilidade de que esse aumento na frequência dos municípios às reuniões da CIR no período pandêmico tenha se dado em consequência das reuniões on line.

Tabela 100: Percentual de frequência dos secretários municipais de saúde nas reuniões do CIR na IX Região de Saúde de Pernambuco,2016 a 2021

Municípios	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Araripina	60,0	42,8	50,0	64,0	81,8	100
Bodocó	80,0	42,8	58,3	64,0	72,7	63,6
Exu	10,0	78,5	66,6	73,0	63,6	81,8
Granito	60,0	85,7	50,0	27,3	72,7	72,7
Ipubi	80,0	85,7	91,6	91,0	100	90,9
Moreilândia	60,0	42,8	33,3	45,4	54,5	36,4
Ouricuri	70,0	78,5	91,6	64,0	63,6	72,7
Parnamirim	50,0	50,0	66,6	27,3	18,18	45,4
Santa Cruz	20,0	71,4	66,6	82,0	72,7	90,9
Santa Filomena	10,0	64,2	66,6	73,0	54,5	63,6
Trindade	60,0	35,7	25,0	45,4	36,3	72,7

Fonte: Frequência da CIR IX GERES, 2016 a 2021.

Importante ressaltar que na CIR da IX Região de Saúde no período apresentado houve representações diversas, não só de gestores municipais e regionais, bem como prestadores de serviços, técnicos estaduais e representantes de instituição de ensino público, fortalecendo assim as discussões no colegiado.

8.2 CÂMARA TÉCNICA

A Câmara Técnica (CT) da CIR IX Regional de Saúde vem atuando de forma efetiva no processo de planejamento. As plenárias da Câmara Técnica acontecem uma vez ao mês e suas pautas são sugeridas por seus componentes, pelos secretários Municipais de Saúde e coordenadores Estaduais e Regionais. São realizadas apresentação, apreciação e debate das questões técnicas relacionadas à saúde da região, bem como análise de todos os documentos que demandam pactuação em CIR. Formada por representantes técnicos dos municípios e regional, conta ainda com um coordenador regional, além de técnicos convidados para a discussão.

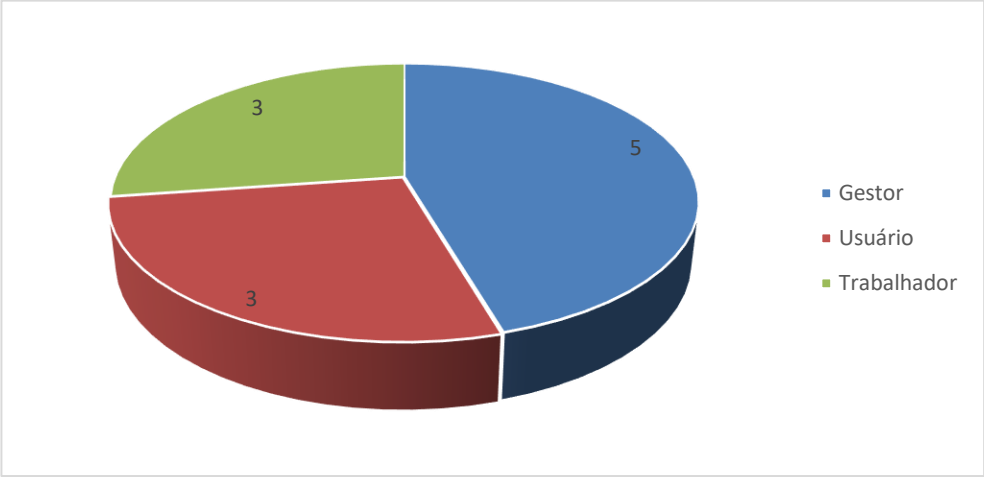
A CT da CIR IX GERES é constituída, paritariamente, por representantes de técnicos da IX GERES e das Secretarias Municipais de Saúde sob abrangência desta Regional. De acordo com o Regimento Interno da CIR – IX GERES, aprovado pelo colegiado no ano de 2018, a estrutura organizacional da CT-CIR IX GERES foi constituída por três áreas temáticas: Gestão do SUS - Atenção à Saúde, Planejamento e Gestão e Regulação (4 membros de cada segmento); Gestão do Trabalho e Educação Permanente (2 membros de cada segmento); Gestão da Vigilância em Saúde (2 membros de cada segmento). Os técnicos municipais e Regionais foram indicados de acordo com a área temática apresentada.

8.3 CONSELHOS DE SAÚDE

Os Conselhos de Saúde são espaços de participação social na administração do sistema público, atuando no controle da execução da política de saúde. Compete ao Conselho, fiscalizar e acompanhar o desenvolvimento das ações e serviços de saúde. No Sistema de Acompanhamento dos Conselhos de Saúde (SIACS) pode-se verificar que todos os municípios da IX Região de Saúde possuem os respectivos Conselhos Municipais de Saúde cadastrados no sistema citado.

De acordo com a figura abaixo verificamos que 45% dos presidentes dos conselhos municipais de saúde são do segmento gestor e 27,7% são do seguimento usuário. O Conselho Nacional de Saúde tem como presidente um conselheiro do segmento usuário e no Conselho de Saúde de Pernambuco é o Secretário Estadual de Saúde o presidente.

Figura 80: Caracterização dos Presidentes dos Conselhos Municipais de saúde da IX Região de Saúde de Pernambuco no ano de 2020, Pernambuco, 2022.



Fonte: SIOPS. Dados coletados em: junho/2022.

8.4 INSTRUMENTOS DE PLANEJAMENTO DE GESTÃO

O processo de planejamento é estratégico para a gestão do SUS; sua importância e potencialidade vêm sendo reconhecida, em especial nos últimos anos. Os avanços são inegáveis, sendo que os desafios atuais exigem a concentração de esforços para que o planejamento possa responder oportuna e efetivamente às necessidades do sistema e às demandas que se apresentam continuamente aos gestores.

Tais esforços devem traduzir a implementação de processos que permitam a formulação e a aplicação efetiva de instrumentos básicos de planejamento, na conformidade dos princípios e diretrizes que regem o SUS (PLANEJASUS, 2009). Após o advento do Pacto pela Saúde, o MS propôs uma reformulação no planejamento, instituindo como principais instrumentos o Plano de Saúde, a Programação Anual e o Relatório de Gestão.

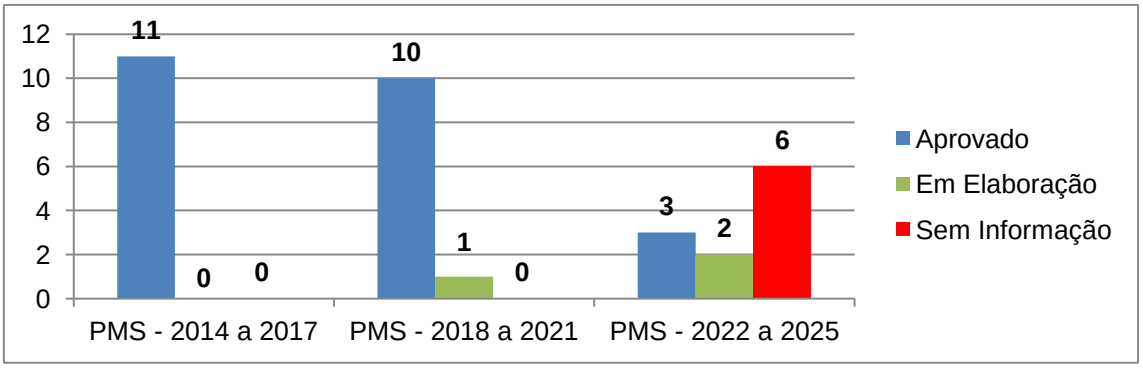
A Portaria n° 750 de 29 de abril de 2019, que altera a Portaria de consolidação N° 01/GM/MS de 28 de setembro de 2017, institui o DIGISUS Módulo Planejamento – DGMP no âmbito do SUS e deve ser obrigatoriamente utilizado a partir de 2018 pelos estados, Distrito Federal e municípios para registro de informações e documentos relativos ao Plano de Saúde, Programação Anual de Saúde, metas da Pactuação Interfederativa de Indicadores, elaboração de Relatório Detalhado do Quadrimestre Anterior – RDQA e Relatório Anual de Gestão – RAG.

8.4.1 Plano Municipal de Saúde

É o instrumento central de planejamento para definição e implementação de todas as iniciativas no âmbito da saúde de cada esfera da gestão do SUS para o período de quatro anos. Norteia a elaboração do planejamento e orçamento do governo no tocante à saúde e consolida as políticas e compromissos de saúde numa determinada esfera de governo. É elaborado no primeiro ano da gestão em curso, com execução a partir do segundo ano da gestão em curso ao primeiro ano da gestão subsequente. (BRASIL, 2016).

Na figura 83 identificamos que em relação ao Plano Municipal de Saúde (PMS) 2014 a 2017, todos os municípios da IX Região de Saúde inseriram o plano no sistema SARGSUS, no entanto, em relação ao período de 2018 a 2021, no sistema DIGISUS, apenas em um município o PMS encontra-se em elaboração. No novo ciclo do planejamento 2022 á 2025 observamos que 6 municípios estão sem informação no sistema DIGISUS e apenas 3 estão com o instrumento aprovado no sistema pelo conselho municipal de saúde.

Figura 81: Cenário da inserção do Plano Municipal de Saúde -PMS nos sistemas de informação SARGSUS e DIGISUS, da IX Região Saúde de Pernambuco, 2022.



Fonte: SARGSUS/DIGISUS. Dados coletados em: 05/2022.

8.4.2 Programação Anual de Saúde

A Programação Anual de Saúde (PAS) é o instrumento que operacionaliza as intenções expressas no Plano de Saúde e tem por objetivo analisar as metas do Plano de Saúde e prever a alocação dos recursos orçamentários a serem executados. (Brasil, 2016).

Ao analisar a tabela abaixo, identificamos que existem municípios sem informação da PAS e outros ainda em análise pelo CMS. Apenas nos anos de 2014 e 2017 todos os municípios da Regional enviaram a PAS com suas

respectivas resoluções aprovadas pelo CMS. Importante ressaltar que dois municípios não informaram a Programação Anual de Saúde referente ao exercício de 2018 e 2019. Destaca-se a obrigatoriedade da inserção destes instrumentos nos sistemas. Quando analisamos a inserção da PAS 2022 observamos uma situação mais complicada comparando com os demais anos porque apenas dois municípios inseriram esse instrumento no sistema.

Tabela 101: Cenário da inserção da Programação Anual de Saúde nos sistemas de informação SARGSUS e DigiSUS, por município, da IX Região Saúde de Pernambuco, 2014 a 2022.

Município	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Araripina	Aprovado	Aprovado	Aprovado	Aprovado	Aprovado	Aprovado	Aprovado	Aprovado	Aprovado
Bodocó	Aprovado	Aprovado	Aprovado	Aprovado	Aprovado	Aprovado	Aprovado	Aprovado	Aprovado
Exu	Aprovado	Em análise pelo CMS	Aprovado	Aprovado	Aprovado	Aprovado	Aprovado	Aprovado	Aprovado
Granito	Aprovada	Aprovado	Aprovado	Aprovado	Aprovado	Aprovado	Aprovado	Sem informação	Sem informação
Ipubi	Aprovado	Aprovado	Aprovado	Aprovado	Aprovado	Aprovado	Aprovado	Aprovado	Sem informação
Moreilândia	Aprovado	Em análise pelo CMS	Em análise pelo CMS	Aprovado	Em elaboração	Em elaboração	Em elaboração	Em análise pelo CMS	Sem informação
Ouricuri	Aprovado	Aprovado	Aprovado	Aprovado	Aprovado	Aprovado	Aprovado	Aprovado	Sem informação
Parnamirim	Aprovado	Aprovado	Aprovado	Aprovado	Aprovado	Aprovado	Aprovado	Aprovado	Sem informação
Santa Cruz	Aprovado	Aprovado	Aprovado	Aprovado	Aprovado	Aprovado	Aprovado	Aprovado	Sem informação
Santa Filomena	Aprovado	Aprovado	Aprovado	Aprovado	Sem informação	Sem informação	Sem informação	Sem informação	Sem informação
Trindade	Aprovado	Aprovado	Aprovado	Aprovado	Aprovado	Aprovado	Aprovado	Aprovado	Sem informação

Fonte: SARGSUS/DIGISUS. Maio, 2022.

8.4.3 Relatório Anual de Gestão

O Relatório Anual de Gestão (RAG) é o instrumento que apresenta os resultados alcançados com a execução da PAS, apurados com base no conjunto

de diretrizes, objetivos e indicadores do Plano de Saúde, e orienta eventuais redirecionamentos que se fizerem necessários ao Plano de Saúde e às Programações seguintes (BRASIL, 2016).

A tabela abaixo reflete a situação de entrega do RAG por meio do SARGSUS e DIGISUS no período de 2014 a 2021. Pode-se observar que ainda há instrumentos de gestão que estão em apreciação pelo CMS no período analisado.

Tabela 102: Cenário da inserção dos Relatórios Anuais de Gestão da IX Região Saúde de Pernambuco, 2014 a 2021.

Município	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Araripina	Aprovado com Ressalvas	Aprovado	Aprovado	Aprovado	Aprovado	Aprovado	Aprovado	Em elaboração
Bodocó	Aprovado	Aprovado	Aprovado	Aprovado	Aprovado	Aprovado	Aprovado	Aprovado
Exu	Aprovado	Aprovado	Aprovado	Aprovado	Aprovado	Aprovado	Aprovado	Aprovado
Granito	Em análise pelo CMS	Em análise pelo CMS	Em análise pelo CMS	Aprovado	Aprovado	Aprovado	Aprovado	Sem Informação
Ipubi	Aprovado	Aprovado	Aprovado	Aprovado	Aprovado	Aprovado	Aprovado	Aprovado
Moreilândia	Aprovado	Aprovado	Aprovado	Aprovado	Sem Informação	Sem Informação	Sem Informação	Sem Informação
Ouricuri	Aprovado	Aprovado	Aprovado	Aprovado	Aprovado	Aprovado	Aprovado	Sem Informação
Parnamirim	Aprovado	Aprovado	Aprovado	Aprovado	Aprovado	Aprovado	Aprovado	Em análise pelo CMS
Santa Cruz	Aprovado	Aprovado	Aprovado com Ressalvas	Aprovado	Aprovado	Aprovado	Aprovado	Sem Informação
Santa Filomena	Aprovado	Aprovado	Aprovado	Aprovado	Sem Informação	Sem Informação	Sem Informação	Sem Informação
Trindade	Aprovado	Aprovado	Aprovado	Aprovado	Aprovado	Aprovado	Aprovado	Sem Informação

Fonte: SARGSUS/DIGISUS. Dados coletados em: 05/ 2022.

Observa-se também em relação aos RAGs dos anos 2018, 2019 e 2020 onde ainda dois municípios não inseriram o RAG no DIGISUS. Importante destacar que no RAG 2021 apenas 3 municípios inseriram no sistema e foi analisado e aprovado pelo conselho municipal de Saúde.

A Nota Técnica Nº 2/2019-CGAIG/DAI/SE/MS informa que até 2017, estes relatórios eram encaminhados para os Conselhos de Saúde por meio do

SARGSUS, que foi descontinuado para o envio de relatórios a partir do ano de 2018.

Este sistema permaneceu disponível até 04 de maio de 2020 apenas para encaminhamentos de relatórios pendentes de envio entre 2011 e 2017 e apreciação pelos Conselhos Municipais de Saúde. Observa-se abaixo que o município de Granito ficou com pendências devido o instrumento encontrar-se em análise pelo CMS.

De acordo com a Portaria n°750 de 29 de abril de 2019 as funcionalidades do SARGSUS estão sendo migradas para o sistema DIGISUS Gestor – Módulo Planejamento (DGMP).

8.4.4 Relatório Detalhado do Quadrimestre

O Relatório Detalhado do Quadrimestre (RDQ) é um instrumento de monitoramento e acompanhamento da execução da PAS, devendo ser apresentado ao final dos meses de maio, setembro e fevereiro em audiência pública na casa legislativa do respectivo ente da federação. O Relatório Detalhado é uma exigência da Lei Complementar Federal nº 141/2012 (BRASIL, 2016).

As tabelas abaixo refletem a situação de entrega do RDQ por meio do DIGISUS no período de 2018 a 2021. Vale destacar que no sistema SARGSUS ainda não tinha a obrigatoriedade de inserção dos referidos relatórios, que ocorreu através da Portaria N° 750 de 29 de abril de 2019, que trouxe a obrigatoriedade para os estados, Distrito Federal e municípios, para inserção de informações e elaboração de Relatório Detalhado do Quadrimestre anterior no sistema DGMP.

Observa-se nas tabelas abaixo uma situação bem crítica em relação ao período analisado. Em 2018, 2019 e 2020 dois municípios não inseriram no sistema, importante destacar que a obrigatoriedade da inserção foi a partir do ano de 2019. Em 2021 45,4% dos municípios estão com os instrumentos inseridos no sistema. Importante ressaltar que a IX Regional de Saúde monitora todos estes instrumentos descritos acima em reuniões do CIR e em colegiado integrados da Atenção Básica, Vigilância em Saúde e Regulação e Planejamento.

Tabela 103: Cenário da inserção dos Relatórios detalhado quadrimestrais na IX Região Saúde de Pernambuco, 2018 a 2019.

Município	Situação do Relatório Quadrimestral					
	2018			2019		
	1º RDQ	2ºRDQ	3ºRDQ	1º RDQ	2ºRDQ	3ºRDQ
Araripina	Avaliado	Avaliado	Avaliado	Avaliado	Avaliado	Avaliado
Bodocó	Avaliado	Avaliado	Avaliado	Avaliado	Avaliado	Avaliado
Exu	Avaliado	Avaliado	Avaliado	Avaliado	Avaliado	Avaliado
Granito	Avaliado	Avaliado	Avaliado	Avaliado	Avaliado	Avaliado
Ipubi	Avaliado	Avaliado	Avaliado	Avaliado	Avaliado	Avaliado
Moreilândia	Sem informação	Sem informação	Sem informação	Sem informação	Sem informação	Sem informação
Ouricuri	Avaliado	Avaliado	Avaliado	Avaliado	Avaliado	Avaliado
Parnamirim	Avaliado	Avaliado	Avaliado	Avaliado	Avaliado	Avaliado
Santa Cruz	Avaliado	Avaliado	Avaliado	Avaliado	Avaliado	Avaliado
Santa Filomena	Sem informação	Sem informação	Sem informação	Sem informação	Sem informação	Sem informação
Trindade	Avaliado	Avaliado	Avaliado	Avaliado	Avaliado	Avaliado

Fonte: DIGISUS. Maio, 2022.

Tabela 104:Cenário da inserção dos Relatórios detalhado quadrimestrais na IX Região Saúde de Pernambuco, 2020 a 2021.

Município	Situação do Relatório Quadrimestral					
	2020			2021		
	1º RDQ	2ºRDQ	3ºRDQ	1º RDQ	2ºRDQ	3ºRDQ
Araripina	Avaliado	Avaliado	Avaliado	Avaliado	Avaliado	Avaliado
Bodocó	Avaliado	Avaliado	Avaliado	Avaliado	Avaliado	Avaliado
Exu	Avaliado	Avaliado	Avaliado	Avaliado	Avaliado	Avaliado
Granito	Avaliado	Avaliado	Avaliado	Sem informação	Sem informação	Sem informação
Ipubi	Avaliado	Avaliado	Avaliado	Avaliado	Avaliado	Avaliado
Moreilândia	Sem informação	Sem informação	Sem informação	Sem informação	Sem informação	Sem informação
Ouricuri	Avaliado	Avaliado	Avaliado	Sem informação	Sem informação	Sem informação
Parnamirim	Avaliado	Avaliado	Avaliado	Avaliado	Avaliado	Avaliado
Santa Cruz	Avaliado	Avaliado	Avaliado	Sem informação	Sem informação	Sem informação
Santa Filomena	Sem informação	Sem informação	Sem informação	Sem informação	Sem informação	Sem informação
Trindade	Avaliado	Avaliado	Avaliado	Avaliado	Avaliado	Sem informação

Fonte: DIGISUS. Maio, 2022.

Além de assessorar os municípios na construção dos mesmos, a IX Regional de Saúde realizou capacitações sobre os instrumentos de planejamento com os secretários municipais de saúde, as coordenações

municipais de Planejamento em Saúde, Atenção Básica e Vigilância em Saúde e com os Conselhos Municipais de Saúde.

8.5 OUVIDORIA

A IX Região de Saúde possui o serviço de Ouvidoria, o mesmo é responsável por receber as demandas da sociedade civil quanto as ações e serviços prestados pelo SUS. Ou seja, receber as denúncias, reclamações, elogios, sugestões e demais manifestações dos usuários quanto aos serviços e atendimentos prestados. Logo, a Ouvidoria tem como objetivo principal garantir e ampliar o acesso do cidadão na busca efetiva de seus direitos, além de servir como uma ferramenta de gestão e instrumento de fortalecimento do controle social.

Quanto ao fluxo de atendimento, os usuários irão protocolar suas denúncias, elogios ou sugestões diretamente nos canais de atendimento da Ouvidoria SES/PE; estas quando relativas a serviços prestadas na IX Região de Saúde, serão direcionadas ao setor responsável dentro da IX GERES que entrará em contato com o respectivo serviço de saúde. Posteriormente, a resposta da unidade será registrada e encaminhada ao solicitante.

Levando em consideração a necessidade de ampliar as alternativas de acesso da sociedade a Ouvidoria, Pernambuco tem implantada uma rede de espaços de ouvidoria descentralizados no território estadual, com tecnologias distintas. O usuário poderá ligar para a Central de Ouvidoria pelo número 136, a ligação é gratuita, podendo ser feita por telefone fixo, celular ou antigo “orelhão”.

Existem ainda outros meios de acesso do usuário à Ouvidoria, tais como: presencialmente na Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco, onde fica a sede da Ouvidoria; por e-mail, através do endereço ouvidoriacentralsaude@gmail.com, como também, diretamente na página da http://portal.saude.pe.gov.br/unidades-de-saude-e-ervicos/secretaria/ouvidoria; ainda em alguns hospitais da rede que também oferecem atendimento presencial em suas ouvidorias, são eles: Hospital da Restauração, Hospital Agamenon Magalhães, Hospital Getúlio Vargas, Hospital Otávio de Freitas, Hospital Barão de Lucena, Hospital Correia Picanço, Hospital Regional do Agreste e Hospital Jaboatão Prazeres.

9 CAPACIDADE INSTALADA OFERTADA PELO SUS NA IX REGIÃO DE SAÚDE

9.1 ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE

De acordo com a Portaria nº 1.646 de 2 de outubro de 2015, que institui o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), são considerados estabelecimentos de saúde os espaços físicos delimitados e permanentes onde são realizados ações e serviços de saúde humana sob responsabilidade técnica de uma pessoa física legalmente habilitada a responder tecnicamente, dentro de seu escopo de atuação profissional, por ações e serviços de saúde realizados neste determinado espaço.

O cadastramento e a manutenção dos dados cadastrais no Sistema de Cadastro dos Estabelecimentos de Saúde (SCNES) são obrigatórios para que todo e qualquer estabelecimento de saúde possa funcionar em território nacional, sejam eles públicos ou privados, devendo preceder aos licenciamentos necessários ao exercício de suas atividades, bem como às suas renovações, sendo este sistema a fonte de informações oficial sobre estabelecimentos de saúde no país (BRASIL, 2015).

A tabela abaixo mostra que na IX Região de Saúde/PE existem 321 estabelecimentos de saúde no total, 70% públicos e 29,5% privados. Os municípios de Ouricuri e Araripina concentram o maior número de serviços, funcionando assim, como referência para os municípios de menor porte em alguns serviços, lembrando que são estes também os maiores da região em número de habitantes e expansão territorial.

Tabela 105: Distribuição do Quantitativo de Estabelecimentos de Saúde por Município na IX Região de Saúde de Pernambuco, 2022.

Município	Quantidade de Estabelecimentos de Saúde		
	Publico	Filantrópico	Privado
Araripina	33	01	38
Bodocó	20	0	7
Exu	25	0	3
Granito	9	0	2
Ipubi	20	0	4
Moreilândia	11	0	1
Ouricuri	45	0	22
Parnamirim	17	0	3
Santa Cruz	13	0	2
Santa Filomena	11	0	1
Trindade	21	0	12
IX GERES	225	01	95

Fonte: SCNES - Situação da base de dados nacional em 02/06/2022

A Região de Saúde conta com um estabelecimento de esfera jurídica filantrópica, localizado no município de Araripina, estabelecimento este que fornece serviços hospitalares a este município e atua como referência para partos de risco habitual para os municípios de Araripina, Ipubi e Trindade: referência para leitos de atenção integral a saúde mental, para os onze municípios da região, e no momento de Pandemia do COVID-19 implantou leitos de enfermaria SRAG COVID e leitos de UTI COVID, além de leitos de UTI GERAL e UTI Pediátrico e Neonatal, referência para a Rede PEBA.

As modalidades de atendimentos de um estabelecimento de saúde podem ser: internações hospitalares, atendimento ambulatorial, serviços auxiliares de diagnose e terapia (SADT), urgências, atividades de vigilância em saúde, regulação, entre outros. Com exceção das atividades de vigilância em saúde, cada modalidade de atendimento pode ser prestada através do SUS, particular, plano de saúde público ou plano de saúde privado.

De acordo com a tabela a seguir, verificamos que na IX Região de Saúde, 72% da prestação de serviço é feita através do SUS. Vale salientar que um mesmo estabelecimento pode oferecer todas essas modalidades de atendimento apresentadas na tabela, assim como prestá-los através do SUS, particular e por quaisquer modalidades de plano, desde que seja da iniciativa privada, pois o público só pode ofertar serviços através do SUS.

Tabela 106: Número de estabelecimentos por modalidade, segundo tipo de atendimento prestado da IX Região de Saúde de Pernambuco, 2020.

Modalidade de Atendimento	SUS	Particular	Plano de Saúde Privado
Internação	16	3	0
Atendimento Ambulatorial	214	61	8
Atendimento de Urgência	14	4	1
Serviço de Atendimento de Diagnose e Terapia (SADT)	47	43	5
Vig. Epidemiológica e sanitária	26	0	0
Farmácia	11	0	0

Fonte: SCNES. Dados coletados em: 04/2022.

9.2 DISTRIBUIÇÃO DE LEITOS

O leito de internação é a cama numerada e identificada destinada à internação de um paciente dentro de um hospital, localizada em um quarto ou enfermaria, que se constitui no endereço exclusivo de um paciente durante sua estadia no hospital e que está vinculada a uma unidade de internação ou serviço (BRASIL 2011).

Na IX Região de Saúde existem 777 leitos para internação dos quais 612 são do SUS, representando 79% do número total (SCNES, 2022). A tabela abaixo apresenta a distribuição dos leitos públicos e privados por mil habitantes nos municípios da IX Região de Saúde. Analisando a tabela observa-se um déficit na oferta de leitos, segundo o parâmetro do Ministério da Saúde de 2,5 a 3 leitos por mil habitantes.

Tabela 107: Distribuição de Leitos de Internamento por habitantes na IX Região de Saúde de Pernambuco, 2022.

Municípios	Leitos		
	Público	Privado	Total
Araripina	3,0	0,56	3,56
Bodocó	0,80	-	0,80
Exu	1,3	-	1,3
Granito	3,1	-	3,1
Ipubi	1,4	-	1,4
Moreilândia	1,8	-	1,8
Ouricuri	1,7	0,2	1,9
Parnamirim	1,3	-	1,3
Santa Cruz	2,1	-	2,1
Santa Filomena	1,6	-	1,6
Trindade	1,0	1,5	2,5

Fonte: SCNES. Abr, 2022. **Unidade de medida**: Leitos /1.000 hab.

Em virtude da situação de Pandemia pelo COVID-19, que apresentou elevada taxa de mortalidade, como também a sazonalidade da influenza, foi

necessária adotar medidas em caráter de emergência em saúde pública para estruturação da rede.

De acordo com a tabela abaixo, verificamos que sob gestão municipal a IX Região de Saúde tem 114 leitos de enfermaria Adulto COVID19 média complexidade II com o objetivo de internar pacientes em tempo oportuno, sendo leitos de menor complexidade. Destaca-se que nos meados de 2021 os municípios chegaram a implantar 154 leitos de enfermaria, e com o avanço da vacinação e redução de casos graves de COVID, os municípios reduziram os leitos gradativamente.

Tabela 108: Distribuição de leitos de internação média complexidade II SRAG/COVID- 19 existentes, na IX Região de Saúde de Pernambuco sob gestão municipal.

Município	Quantitativo	Tipologia dos de Leito	Local
Araripina*	35	Média Complexidade II	Hosp. Filantrópico
Bodocó	6	Média Complexidade II	Hosp. Municipal
Exu	15	Média Complexidade II	Hosp. Municipal
Granito	4	Média Complexidade II	Hosp. Municipal
Ipubi	8	Média Complexidade II	Hosp. Municipal
Moreilândia	8	Média Complexidade II	Hosp. Municipal
Ouricuri	0	Média Complexidade II	Hosp. de Campanha
Parnamirim	11	Média Complexidade II	Hosp. Municipal
Santa Cruz	10	Média Complexidade II	Hosp. Municipal
Santa Filomena	7	Média Complexidade II	Hosp. Municipal
Trindade	10	Média Complexidade II	Hosp. Municipal

Fonte: Resolução CIR 06/2022.

Verificamos a seguir que os leitos de média complexidade tipo I (referência regional de maior complexidade) e UTI foram implantados IX Região de Saúde sob gestão estadual para referência a rede PEBA, totalizando 70 leitos. Vale destacar que estes são regulados pela Central de Regulação Interestadual de Leitos – CRIL e a taxa de ocupação dos mesmos é acompanhada diariamente pelo censo da CRIL e pela IX Regional de Saúde.

Tabela 109: Distribuição de leitos de internação média complexidade Tipo I e UTI SRAG /COVID 19 existentes, na IX Região de Saúde de Pernambuco sob gestão Estadual.

Município	Quantitativo	Tipologia dos de Leito	Local
Araripina	40	Média Complexidade I	HMSM

	20	UTI	
Ouricuri	0	Média Complexidade I	HRFB
	10	UTI	

Fonte: Resolução CIB 5331, de 03 de agosto de 2020.

Quanto à disponibilidade de leitos SUS por especialidade, apresentado na tabela abaixo, verifica-se que 321 são de clínica geral, 57 cirúrgicos, 89 obstétricos e 89 pediátricos. Os leitos de Saúde Mental correspondem a 6 destes leitos. Analisando o CNES, verificou-se que há 01 (um) leito integral de saúde mental cadastrado no Hospital Regional Fernando Bezerra, porém o mesmo ainda se encontra inativo. Em virtude da Pandemia vivenciada a partir do ano de 2020 o cenário de leitos da IX Regional teve uma mudança, calculando assim como um saldo positivo da Pandemia, em virtude que alguns leitos de COVID/SRAG foram reduzidos e transformados em outros leitos complementares como UTI GERAL (20) e UTI PEDIÁTRICO (10) localizado no Hospital e Maternidade Santa Maria.

Tabela 110: Número de leitos de internação existentes, segundo especialidades da IX Região de Saúde de Pernambuco, 2022.

Especialidade	SUS	Não SUS	Total
Cirúrgicos	57	24	81
Clínicos	321	27	348
Obstétrico	89	18	107
Pediátrico	89	9	98
Neonatologia	7	-	7
UTI GERAL Adulto	20	10	30
UTI Pediátrico	10	-	10
UTI NEONATAL	-	10	10
UTI ADULTO SRAG	-	60	60
UTI PED SRAG	-	5	5
Saúde Mental	6	-	6
Outras Especialidades	14	-	14

Fonte: SCNES. Situação da base de dados nacional em 02/06/2022.

9.3 SERVIÇOS REGIONAIS DE SAÚDE EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA

O processo de estruturação das Redes de Atenção à Saúde no SUS pressupõe a organização dos serviços de Atenção Especializada (AE) em lógica regional, respeitando-se os princípios da qualidade, do acesso e da economia de escala. Nessa perspectiva, houve necessidade de se instituir um processo de planejamento regional voltado para dimensionar ou redimensionar essa rede,

que considere em primeiro lugar a adequação da distribuição geográfica das unidades, incluindo os serviços ambulatoriais especializados e os centros de referência (OPAS, 2011).

A região conta com o Ambulatório Médico Especializado do Hospital Regional Fernando Bezerra e com a Unidade Pernambucana de Atendimento Especializado – UPAE, localizados no município de Ouricuri e administrados pelo Instituto Social das Medianeiras da Paz, respectivamente, atendendo à demanda da região regulada pela Gerência Estadual de Regulação Ambulatorial - GRAMB.

A Farmácia de Pernambuco é um componente especializado da assistência farmacêutica que atua de forma contínua, humanizada e racional, ofertando seu serviço aos residentes do estado. A Unidade Sertão do Araripe, localizada em Ouricuri, funciona como referência para dispensação de medicamentos do componente especializado e estratégico (PERNAMBUCO, 2019a).

Em Ouricuri funciona uma unidade do HEMOPE, referência no estado em diagnóstico laboratorial e tratamento das patologias do sangue, atuando, também, no desenvolvimento da medicina transfusional e no apoio aos serviços de transplante de órgãos em Pernambuco, no particular aspecto da histocompatibilidade de doadores e receptores (PERNAMBUCO, 2019b).

A IX Regional de Saúde, localizada em Ouricuri, conta com uma unidade do Laboratório Regional de Saúde Pública da IX GERES, que disponibiliza uma série de serviços para diagnóstico, dentre eles: chikungunya, dengue, hepatites virais (marcadores HbsAG, Anti-HbC total, Anti-HCV e anti-HbS), leishmaniose visceral humana, leishmaniose visceral canina, malária, doença de Chagas aguda e análise microbiológica de água. Oferece outros serviços como: fornecimento de insumos do teste do pezinho (assim como distribuição dos laudos) e apoio diagnóstico para a coleta de amostras em casos suspeitos de Covid-19, influenza, coqueluche e doenças exantemáticas, apoio logístico no transporte de amostras biológicas ao LACEN – Recife, análises entomológicas da espécie transmissora de arboviroses, classificação e análise de espécies transmissoras de Doença de Chagas.

A população do Sertão do Araripe também encontra suporte do SUS no Hospital Regional Fernando Bezerra - HRFB, localizado no município de

Ouricuri. O hospital de média complexidade é referência em atendimento de Urgência e Emergência, que conta com especialistas em várias áreas da medicina, como neonatologia, neurologia, cirurgia, pediatria, obstetrícia e ortopedia.

O Hospital e Maternidade Santa Maria-HMSM, localizado no município de Araripina, é um estabelecimento filantrópico, mantido pelo Instituto Social das Medianeiras da Paz, pessoa jurídica sem fins lucrativos e não econômicos.

Desde o início de 2018, a IX Região de Saúde conta com o Centro de Nefrologia do Araripe - CNA, funcionando no Hospital e Maternidade Santa Maria - HMSM. O equipamento foi resultado de assinatura de convênio entre a unidade de saúde com o Governo de Pernambuco, por meio da Secretaria Estadual de Saúde (SES). Em torno de 150 pessoas têm a assistência de hemodiálise mais próxima de casa, sem precisar se deslocar para outras regiões. Os pacientes do CNA chegam ao serviço por meio da Central de Regulação Ambulatorial da SES/PE.

9.4 EQUIPAMENTOS

O uso dos equipamentos vem aumentando com intensidade no setor saúde. Sua utilização no apoio ao diagnóstico e em algumas terapias ou processos terapêuticos fez com que se tornassem essenciais na investigação de patologias e na demanda dos serviços. Os insumos e equipamentos de uso médico destacam-se pelo nível crescente de sua base tecnológica e pelo caráter social inerente aos serviços de saúde (GUTIERREZ; ALEXANDRE, 2004). Na tabela abaixo podemos observar que a região conta com uma grande diversidade de equipamentos, sendo a grande maioria utilizado pelo SUS.

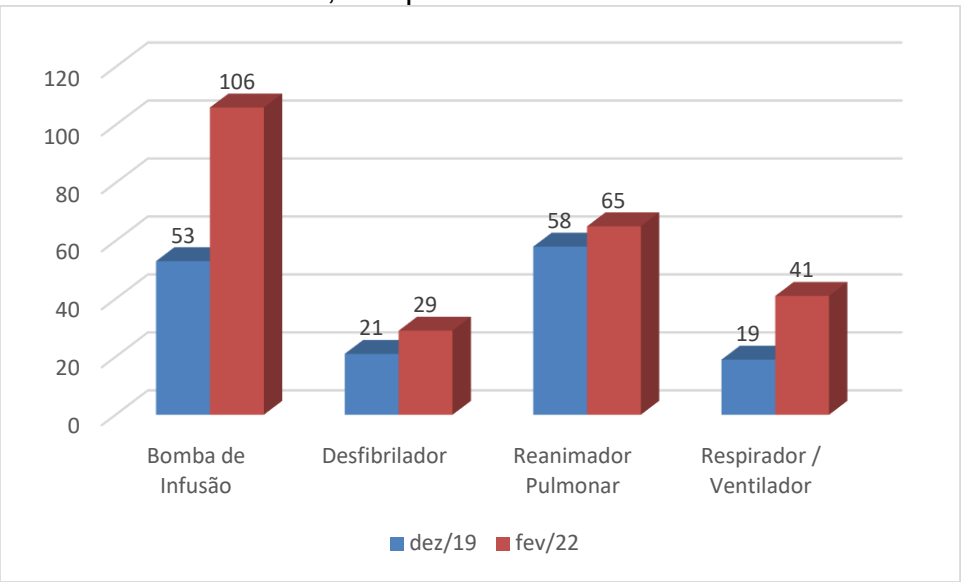
Tabela 111: Distribuição dos Equipamentos de Saúde na IX Região de Saúde de Pernambuco, 2022.

Categoria	Existente	Em uso	Em uso SUS
Bomba de Infusão	106	106	106
Berço Aquecido	17	17	17
Câmara gama	1	1	1
Desfibrilador	29	29	29
Eletrocardiógrafo	43	43	34
Eletroencefalógrafo	8	8	8
Endoscópio Digestivo	14	14	12
Endoscópio das Vias Respiratórias	3	3	1
Endoscópio das Vias Urinárias	2	2	2
Equipamento para Hemodiálise	26	26	26
Equipamento Odontológico	155	155	135
Incubadora	15	14	14
Laparoscópico vídeo	4	4	2
Mamógrafo comando simples	5	5	4
Mamógrafo computadorizado	1	1	1
Processadora de filme para Mamografia	4	4	4
Respirador / Ventilador	43	43	41
Reanimador Pulmonar / AMBU	65	65	65
Ressonância Magnética	3	3	2
RX até 100Ma	9	9	9
RX de 100 a 500Ma	12	12	9
RX com mais de 500Ma	1	1	1
RX para Desindometria Óssea	4	4	3
Tomógrafo computadorizado	6	6	3
Ultrassom Convencional	21	21	18
Ultrassom Doppler Colorido	45	44	29
Ultrassom Eco grafo	10	8	6
Usina de O2	02	02	02

Fonte: SCNES 02/2022

Ao analisar o quantitativo de equipamento referente a competência de dezembro de 2019 e fevereiro de 2020 verificamos na figura 84 um aumento significativo nos equipamentos relacionados a atendimentos a pacientes que necessitam de suporte ventilatório, lembrando que em março de 2020 o Brasil entrou em situação de Pandemia do Novo Coronavirus. Em virtude disso, a rede Estadual, Municipal e de complementar ao SUS aumentou a sua capacidade de equipamentos para atender a demanda da população. Dentre esses equipamentos, ressalta-se o quantitativo de Respiradores e Bomba de Infusão onde observa-se um acréscimo de 115% e 100% comparando as duas competências referidas.

Figura 82: Comparativo dos Equipamentos de Saúde- SUS na IX Região de Saúde de Pernambuco, competência 12/2019 e 02/2022.



Fonte: SCNES. Fev, 2022.

A tabela a seguir mostra o quantitativo de equipamentos públicos e privados da IX Região de Saúde/PE. Verifica-se que os equipamentos encontram-se dentro dos parâmetros exigidos pela Portaria GM n.º 1.101/2002 do Ministério da Saúde quanto a cobertura dos equipamentos analisados.

Tabela 112: Cobertura de equipamentos segundo parâmetros da Portaria GM n.º 1.101/2002 do Ministério da Saúde, IX Região de Saúde de Pernambuco, 2022.

Equipamento	Parâmetro	IX Região de Saúde
Mamografia	1 / 240 mil hab.	4,2 / 240 mil hab.
Ressonância	1 / 500 mil hab.	2,8 / 500 mil hab.
Raio X	1 / 25 mil hab.	1,8/ 25 mil hab.
Tomografia Computadorizada	1 / 100 mil hab.	1,4 / 100 mil hab.
Ultrassonografia	1 / 25 mil hab.	5,2 / 25 mil hab.

Fonte: SCNES. Fev, 2022.
Cálculo: numero de equipamentos/população residente.

9.5 PROFISSIONAIS

Com a municipalização, os municípios responsabilizaram-se pela assistência local, devendo prover a capacidade instalada suficiente para atender

às necessidades da população, incluindo os profissionais para a produção dessa assistência (CAMPOS, 2009).

As desigualdades no acesso aos serviços de saúde ocasionadas pela carência e má distribuição geográfica de seus profissionais, especialmente médicos, têm sido apontadas como um problema grave, persistente ao longo do tempo e resistente às mais variadas estratégias adotadas para seu enfrentamento na maioria dos países. O problema de provisão de profissionais das diversas áreas na saúde pública é anterior a criação do SUS, mas quando a necessidade é do profissional médico os problemas tornam-se mais difíceis de superar (GIRARDI, 2011).

Segundo a tabela abaixo, em 2022 estão registrados 290 médicos na IX Região atendendo pelo SUS, o parâmetro ideal é de pelo menos 1 médico para cada 1.000 habitantes, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), portanto a nossa região apresenta deficit 70 profissionais. Quando calculado o coeficiente de profissionais de saúde da região por 100.000 habitantes, os melhores índices são dos técnicos de enfermagem, seguidos de enfermeiros. Percebe-se uma carência em relação aos demais profissionais, com destaque para o terapeuta ocupacional, presente apenas no município de Araripina. Deve-se considerar que se um profissional possuir mais de um vínculo por estabelecimento, ele será contado tantas vezes houver vinculos.

Pode-se citar como dificuldade para fixação dos profissionais da região os investimentos insuficientes na educação continuada, a escassez de universidades, dentre outros, apontam também para o pouco incentivo dos gestores nas condições de trabalho e a inexistência de uma política de qualificação e valorização do profissional. A escassez e os desequilíbrios na distribuição da força de trabalho em saúde são problemas sociais e políticos que, juntamente com a desigualdade socioeconômica, reduzem o acesso da população aos serviços de saúde (GIRARDI,2011).

Tabela 113: Distribuição dos profissionais que atendem ao SUS na IX Região de Saúde de Pernambuco. Pernambuco, 2022.

Profissionais / Município	Araripina	Bodocó	Exu	Granito	Ipubi	Moreilândia	Ouricuri	Parnamirim	Santa Cruz	Santa Filomena	Trindade	Total
Médico	69	43	24	7	10	11	89	19	6	3	9	**290**
Cirurgião Dentista	12	10	19	5	15	7	23	14	7	3	9	**124**
Enfermeiro	62	26	27	9	27	13	76	16	15	8	16	**295**
Fisioterapeuta	18	10	7	3	10	3	10	5	3	3	0	**70**
Fonoaudiólogo	3	1	0	1	0	0	3	2	0	0	1	**11**
Nutricionista	6	4	3	1	4	1	10	1	1	0	2	**32**
Farmacêutico	4	0	3	1	2	2	8	1	0	2	2	**25**
Biomédico	6	1	4	2	5	0	11	3	0	0	6	**26**
Assistente Social	4	5	6	0	7	0	14	2	0	0	5	**43**
Terapeuta Ocupacional	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	**2**
Psicólogo	4	5	4	3	4	4	8	1	3	3	2	**41**
Auxiliar de Enfermagem	3	0	4	2	2	0	49	5	0	0	1	**66**
Técnico em Enfermagem	98	32	22	14	30	14	74	26	22	9	22	**363**

Fonte: SCNES. Dados tabulados em: 04/2022 .

10 CONSIDERAÇÕES FINAIS

É possível identificar através deste documento que a maioria dos municípios da IX Região de Saúde são de pequeno porte: dentre os 11 municípios que compõem a região, 6 possuem população abaixo de 30 mil habitantes, e apenas 02 (Araripina e Ouricuri) têm população maior que 50 mil habitantes.

Percebe-se ainda que a economia da região é caracterizada pela exploração da gipsita no chamado Pólo Gesseiro, pelas culturas de subsistência nas áreas de sequeiro e pela pecuária extensiva (bovino/caprinonocultura) e agricultura diversificada na Chapada do Araripe (produção da mandioca).

A IX Região de Saúde registra carências nas condições de vida de sua população, notadamente nas áreas de renda, esgotamento sanitário, abastecimento d'água, mortalidade infantil e educação básica, tendo como maior desafio alcançar um desenvolvimento mais equilibrado e distributivo, oferecendo melhores condições de renda e de vida à sua população. Ressalta-se que estes indicadores socioeconômicos e culturais são determinantes sociais que

influenciam e modelam a saúde da população do território, impactando nas diversas facetas do processo saúde-dença.

O perfil epidemiológico da região caracteriza-se principalmente pelas elevadas taxas de mortalidade infantil, uma questão histórica do território que reflete as condições de desenvolvimento socioeconômico e infraestrutura ambiental, bem como o acesso e a qualidade de recursos disponíveis para atenção à saúde materna e da população infantil.

Historicamente a região Nordeste apresenta os maiores índices de mortalidade infantil. Porém ao longo dos anos podemos observar em Pernambuco uma redução deste coeficiente, bem como na IX Região de Saúde, que vem apresentando consistente tendência de redução. Na região, o último triênio apresentou taxas de mortalidade diminuídas quando comparado com o início da série histórica. No entanto, ainda percebemos a necessidade de qualificação técnica das equipes que atuam na realização dos pré-natais, seja de risco habitual ou alto risco. Também o aprimoramento do Comitê de Prevenção de Mortalidade Infantil para melhoria da definição da causa do óbito, o que contribuiria para a qualidade dos registros, estatísticas oficiais de saúde e resultaria em ações de promoção e assistência mais efetivas.

Visando contribuir para a redução da Mortalidade Infantil na região, foram desenvolvidas ações e investido em serviços nos últimos anos. Em 2017 foi definida como referência para parto de risco habitual na região, além da Maternidade do HRFB, o Hospital e Maternidade Santa Maria, fortalecendo a assistência ao parto na região. No ano de 2018/2019 a IX GERES realizou um estudo sobre a Mortalidade Infantil na região, analisando os indicadores e as maternidades referência.

Em 2019 foi elaborado Plano de Ação para redução da Mortalidade Infantil na IX Região de Saúde, na Maternidade do HMSM e nos municípios de Araripina, Ipubi e Trindade. Também foi sendo desenvolvido o projeto de redimensionamento das maternidades de Pernambuco, um convênio SES e OPAS, com início em 2020 na Maternidade do HRFB. Em 2022 foi implantado 10 leitos de UTI pediátrica e 10 de UTI neonatal no HMSM no fim de 2021, referência para Região, Macrorregião e Rede PEBA. A região conta também com o Programa Mãe Coruja Pernambucana, que se tornou nessa região um serviço

de referência na promoção de política pública voltada à mulher gestante e à primeira infância, impactando positivamente na mortalidade infantil.

A mortalidade por acidentes de transporte terrestre - ATT também se constitui uma preocupação na região, em especial os acidentes relacionados a motociclistas. Os acidentes de trânsito são o principal responsável pelo indicador mortalidade por causas externas de morbidade e mortalidade, sendo necessário implementar ações de promoção e educação em parceria coma a população na prevenção e redução dos acidentes

A taxa de mortalidade específica por ATT foi decrescente entre os anos 2014 e 2021 e o ano de 2014 apresenta o maior número de notificações de ATT. Em relação ao ano de 2021, percebemos uma diminuição do número de ATT na região, podendo ser atribuída às ações integradas entre os órgãos públicos na região e do Comitê Regional de Prevenção aos Acidentes de Moto - CRPAM.

Segundo o Boletim de Acidentes de Transportes Terrestres, em 2013, a IX Região de Saúde ocupava o primeiro lugar no Estado de Pernambuco por Regiões de Saúde com a taxa de ocorrência de 79,7%. Em 2019 a região ocupa o sexto lugar entre as regionais do estado em número de óbitos, de acordo com o último boletim estadual de mortalidade por ATT.

No que conserne à Atenção Primária, a IX Região de Saúde apresenta uma baixa taxa de internação por condições sensíveis à Atenção Primária e boa cobertura de ESF, possuindo ao final de 2021 uma cobertura de Estratégia Saúde da Família de 89,18%, no entanto, ainda persiste dificuldades para fixação do profissional médico na região.

As desigualdades no acesso aos serviços de saúde ocasionadas pela carência e má distribuição geográfica de seus profissionais, especialmente médicos, têm sido apontadas como um problema grave, persistente ao longo do tempo e resistente às mais variadas estratégias adotadas para seu enfrentamento. O problema de provisão de profissionais das diversas áreas na saúde pública é anterior a criação do SUS, mas quando a necessidade é do profissional médico os problemas tornam-se mais difíceis de superar.

Pode-se citar como dificuldade para fixação dos profissionais na região os investimentos insuficientes na educação continuada, a escassez de universidades, o pouco incentivo em melhores condições de trabalho e a ineficiência de uma política de qualificação e valorização do profissional.

Quanto à capacidade instalada da rede de serviços de saúde da região, vem aumentando consideravelmente em número e resolutividade nos últimos anos, com implantação de novos serviços, como Unidade Pernambucana de Atenção Especializada (UPA E); leitos de UTI adulta no HRFB; Centro de Nefrologia; Leitos Integrais de Saúde Mental, Leitos de UTI Geral, Neonatal e Pediátrica no HMSM; Leitos de Retaguarda, dentre outros.

A pandemia de Covid-19 impactou nos diversos setores da sociedade, desencadeando inúmeros desafios para os serviços de saúde públicos e privados e seus gestores. Para seu enfrentamento, o território da IX Região de Saúde chegou a possuir 60 leitos de enfermaria e 60 leitos de UTI estaduais para COVID 19, além de leitos municipais. Este investimento e estruturação de serviços contribuiu para a mitigação da doença na nossa população.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANDRADE, S. S. C. DE A.; JORGE, M. A. P. DE M. Estimativa de sequelas físicas em vítimas de Acidentes de Transporte Terrestre internadas em hospitais do Sistema Único de Saúde**. Revista Brasileira de Epidemiologia**, v.19, n.1, p.100-111, jan-mar 2016.

ANDRADE, S. S. C. DE A.; JORGE, M. A. P. DE M. Internações hospitalares por lesões decorrentes de Acidente de Transporte Terrestre no Brasil, 2013: permanência e gastos. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v.26, n.1, p.31-38, jan-mar 2017.

ANTUNES, M.B; ROSSI, R.M; PELLOSO, S.M. Relationship between gestational risk and type of delivery in high risk pregnancy. **Rev Esc Enferm** USP. 2020;54:e03526. doi: http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2018042603526.

BRAND, A. F. et al. Atuação Estratégica da Área de Gestão de Pessoas em Organizações de Saúde: Um Estudo a Luz da Percepção dos Profissionais da Área. **Gestão & Regionalidade** - Vol. 24 - Nº 71 - edição especial - XI Semead 2008. Disponível em: <http://www.iqg.com.br/uploads /biblioteca/Gest%C3%83%C2% A3o%20de%20Pessoas%20para%20Sa%C3%83%C2%BAde.pdf>.

BRASIL. Manual de Recomendações para a Assistência à Gestante e Puérpera frente à Pandemia de Covid-19 [recurso eletrônico]. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Brasília : Ministério da Saúde, 2020. Acesso em 06 de junho de 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde, **DIGISUS**, Módulo Planejamento, Ministério de Saúde, 2019 Disponível em: <http://digisusgmp.saude.gov.br/>.

BRASIL. **3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde;** estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nºs 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Brasília, 2012. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/ LCP/Lcp 141.htm>

BRASIL. **A vigilância, o controle e a prevenção das Doenças Crônicas Não Transmissíveis:** DCNT no contexto do Sistema Único de Saúde brasileiro – Situação e Desafios Atuais –. Brasília: Ministério da Saúde,Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação de Saúde. 2005.

BRASIL. **ABC do Câncer:** Abordagens Básicas para o Controle do Câncer. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva. 2014.

BRASIL. APIWEB-**Sistema de Informação de Avaliação do Programa de Imunizações versão WEB**. Acessado em 23/12/2020.

BRASIL. **Cadernos de Atenção Básica:** Atenção ao Pré-Natal de Baixo Risco. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. 2013.

BRASIL. **Cadernos de Atenção Básica:** Estratégias para o Cuidado da Pessoa com Doença Crônica – Diabetes Mellitus. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. 2013.

BRASIL. **Cadernos de Atenção Básica:** Estratégias para o Cuidado da Pessoa com Doença Crônica. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. 2018.

BRASIL. **Dados de Saúde** – SIASUS. DATASUS. Ministério da Saúde, 2019.

BRASIL. Emenda Constitucional nº 29, de 13 de setembro de 2000. **Altera os arts. 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde.** Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Brasil, 2000. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Emendas/Emc/emc29.htm>.

BRASIL. Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990. **Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funciona**

BRASIL. Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990. **Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.**Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos, 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm>.

BRASIL. Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012. **Regulamenta o §**

BRASIL. **Manual dos comitês de prevenção do óbito infantil e fetal**. Brasília: Ministério da Saúde; 2005

BRASIL. Ministério da Saúde, **Sistema de Apoio a Relatório Anual de Gestão – SARGSUS**. Ministério da Saúde, 2019. Disponível em:<https://sargsus.saude.gov.br/ sargsus/login!usuarioLogado.action?SARGSUS_TOKEN=MM8B-7KB7-V06G-KI8K-OHZM-LV4M-Z77I-EMX1>.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes da política nacional de saúde bucal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 1.631, de 1º de outubro de 2015**. Brasília, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria Nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011**. Brasília, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Hanseníase**. Disponível em: http://portal.saude.gov.br portal /saude/profissional/area. cfm?id_area=1466 Acesso em 07de fevereiro de 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. (Série E. Legislação em Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo de Manejo Clínico para o Novo Corona virus**. 1a ed. Brasília, 2020. Disponível em: https://portalarquivos2.saude.gov.br/ images/pdf/2020/fevereiro/11/protocolomanejo-coronavirus.pdfAcessado em 20 de maio de 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Cadernos de Atenção Básica:** Saúde Mental. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. **Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha**. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas. **Saúde da Criança e Aleitamento Materno**. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Coordenação Geral de Informação e Análise Epidemiológica. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. **Diretrizes para a implantação de complexos reguladores** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. – 2.ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010. 56 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária em Saúde.**Programa Academia da Saúde**. Brasília, Distrito Federal. Disponível em: https://aps.saude.gov.br/ape/academia. Acesso em: 15/12/2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Articulação Interfederativa. **Caderno de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores:** 2013-2015 – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Nota Técnica nº 14/2008 PNCH/DEVEP/SVS/MS**. Brasília, 2008e.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Portaria n. 737, de 16 de maio de 2001.**Aprova a Política Nacional de Redução da Morbimortalida- de por Acidentes e Violências**. Diário Oficial da União, Brasília, p. 3, 18 maio 2001. Seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. **Sistema de planejamento do SUS:** uma construção coletiva: instrumentos básicos / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Planejamento do SUS (PlanejaSUS):** uma construção coletiva – trajetória e orientações de operacionalização / Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 318 p. – (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Secretaria de Planejamento e Investimentos Estratégicos. **Plano Mais Brasil PPA 2012-2015:** Relatório Anual da avaliação: ano base 2012 / Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão/SPI. - Brasília: MP/SPI, 2013.

BRASIL. **Nota Técnica nº 2, de 14 de março de 2019**. CGAIG/DAI/SE/MS. Ministério da Saúde, 2019. Disponível em:<http://www.saude.ms.gov.br/wp-content/ uploads/ 2019/03/SEI_MS-8340039-Nota-T%C3%A9cnica_2.pdf>.

BRASIL. Plano Nacional de Operacionalização da Vacinação Contra a COVID-19. 1 ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2020. Acesso em 05 de junho de 2022.

BRASIL. Plano Nacional de Operacionalização da Vacinação Contra a COVID-19. 13 ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2022. Acesso em 05 de junho de 2022.

BRASIL. **Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências**. Brasília: Ministério da Saúde,Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação de Saúde. 2005.

BRASIL. **Portaria Conjunta nº 1.163, de 11 de outubro de 2000**. Ministério da Saúde. Procuradoria Geral. Brasil, 2000. Disponível em: <http://siops.datasus.gov.br/Documentacao/Portaria%20SIOPS%201163.htm>.

BRASIL. Portaria de Consolidação nº 6, de 28 de setembro de 2017. **Consolidação das normas sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde**. Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/ prc0006_03_10_2017.html>.

BRASIL. **Portaria Interministerial nº 446, de 16 de março de 2004**. Ministério da Saúde. Procuradoria Geral. Brasil, 2004. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/pri0446_16_03_2004.html>.

BRASIL. Portaria nº 1.101, de 12 de junho de 2002. Ministério da Saúde, 2002. Regovada pela Portaria nº 1.631, de 1º de outubro de 2015. **Aprova critérios e parâmetros para o planejamento e programação de ações e serviços de saúde no âmbito do SUS**. Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. Portaria nº 1.559, de 11 de junho de 2018. Altera o Anexo da Portaria nº 2.358/GM/MS, de 27 de outubro de 2014, publicada no **Diário Oficial da União** nº 210, 30 de outubro de 2014, Seção 1, pagina 93, que estabelece recurso a ser incorporado ao Limite Financeiro de Média e Alta Complexidade do Estado e Municípios de Pernambuco. Ministério da Saúde, 2018a. Disponível em: <http://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/ 25211480/do1-2018-06-12-portaria-n-1-559-de-11-de-junho-de-2018-25211408>.

BRASIL. Portaria nº 1.600, de 07 de julho de 2011. **Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS).** Ministério da Saúde, 2011a. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1600_07_07_2011.html>.

BRASIL. Portaria nº 1.646, de 2 de outubro de 2015. **Institui o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES).**Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1646_02_10_2015.html>.

BRASIL. Portaria nº 1.996, de 20 de agosto de 2007. **Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Ministério da Saúde, 2007. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1996_20_08_2007.html>.

BRASIL. Portaria nº 2.338, de 03 de outubro de 2011**. Estabelece diretrizes e cria mecanismos para a implantação do componente Sala de Estabilização (SE) da Rede de Atenção às Urgências**. Ministério da Saúde, 2011b. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2338_03_10_2011.html>.

BRASIL. Portaria nº 2.358 de 27 de outubro de 2014. **Estabelece recurso a ser incorporado ao Limite Financeiro de Média e Alta Complexidade do Estado e Municípios de Pernambuco**. Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt2358_27_10_2014.html>

BRASIL. Portaria nº 2.395, de 11 de outubro de 2011. **Organiza o Componente Hospitalar da Rede de Atenção às Urgências no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).** Ministério da Saúde, 2011c. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2395_11_10_2011.html >

BRASIL. Portaria nº 2.653, de 24 de agosto de 2018. **Estabelece recurso do Bloco de Custeio das Ações e Serviços Públicos de Saúde a serem incorporados ao Grupo de Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar do Estado do Pernambuco e Município de Santa Cruz**. Ministério da Saúde, 2018b. Disponível em: <http://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/38536295 /do1-2018-08-28-portaria-n-2-653-de-24-de-agosto-de-2018-38536163>.

BRASIL. Portaria nº 204, de 29 de janeiro de 2007. **Regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle.** Ministério da Saúde, 2007. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov. br/bvs/ audelegis/gm/2007/prt0204_29_01_2007_comp.html>.

BRASIL. Portaria nº 3.720, de 23 de dezembro de 2019. **Estabelece recurso do Bloco de Custeio das Ações e Serviços Públicos de Saúde** - Grupo de Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar - a ser incorporado ao limite financeiro de Média e Alta Complexidade (MAC) do Estados e Municípios. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-3.720-de-23-de-dezembro-de-2019-235344146>.

BRASIL. Portaria nº 3.757, de 24 de dezembro de 2019. **Estabelece recurso do Bloco de Custeio das Ações e Serviços Públicos de Saúde** - Grupo de Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar a ser incorporado ao limite financeiro de Média e Alta Complexidade - MAC do Estados e Municípios. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-3.757-de-24-de-dezembro-de-2019-235344820>.

BRASIL. Portaria nº 3.992, de 28 de dezembro de 2017. **Altera a Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços públicos de saúde do Sistema Único de Saúde. Mistério da Saúde**, 2017. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017 /prt3992 28122017.html>.

BRASIL. Portaria nº 511, de 29 de dezembro de 2000. **Aprovar a Ficha Cadastral dos Estabelecimentos de Saúde** – FCES, o Manual de Preenchimento e a planilha de dados profissionais constantes no Anexo I, Anexo II, Anexo III, desta Portaria, bem como a criação do Banco de Dados Nacional de Estabelecimentos de Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde/ Ministério da Saúde. Brasília, 2000. Disponível em: <https://www.diariodasleis.com.br/busca/exibelink.php?numlink=1-136-29-2000-12-29-511>

BRASIL. Portaria nº 825, de 25 de abril de 2016. **Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e atualiza as equipes habilitadas**. Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saude legis/gm/2016/prt0825_25_04_2016.html>.

BRASIL. **Programa Nacional de Imunização:**Coberturas Vacinais no Brasil, período 2010 – 2014. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasília, 2015. Notas Técnicas da SVS/MS

BRASIL. **Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS** – SIASUS. DATASUS. Ministério da Saúde, 2019.

BRASIL. **Sistema de Informações Hospitalares do SUS** – SIHSUS. DATASUS. Ministério da Saúde, 2019.

BRASIL. SI-PNI - **Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações**, 2020

CARDOSO, A. H. R. P.; ASADA, N. F. B.; DAMASCENO, M. L. Evolução do acesso à energia elétrica: estudo de caso do estado de Pernambuco. **XIX ENCONTRO NACIONAL DE GEOGRAFIAS**. 2018.

CAMPOS, F.E.; MACHADO, M.H.; GIRARDI, S.N. A fixação de profissionais de saúde em regiões de necessidades. **Divulg em Saúde para Debate.** 2009; 44 (maio):13-24.

CECCIM, R. B. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação, Botucatu**, v.9, n.16, p.61-177, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v9n16/v9n16a13.pdf>.

CECCIM, R. B; FEUERWERKER, L. C. M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis:Rev. Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 41-65, 2004. Disponível em: <http://www.scielo .br/ scielo.php?pid=S010373312004000100004&script=sci_abstract&tlng=pt>.

COENFICIENTE DE MORTALIDADE GERAL POR CAUSAS**. Atlas Econômicos do Rio Grande do Sul**. 2020. Disponível em: https://atlassocioeconomico.rs.gov.br/ coeficiente-de-mortalidade-geral-e-por-causas. Acesso em 17 de dezembro de 2020.

CORASSA, R.B. et al. Evolução da mortalidade por causas externas em Diamantina (MG) 2001 A 2012. **Caderno de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro 25 (3): 302 -3014. 2017.

ENTRINGER, A.P, et al. Impacto orçamentário do parto vaginal espontâneo e da cesariana eletiva sem indicação clínica no Brasil. **Rev Panam Salud Publica**. 2018;42:e116.

FERRARI, R. A. P. et al. Fatores determinantes da mortalidade neonatal em um município da Região Sul do Brasil. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v.47, n.3, p.531-8, 2013.

FRANCISCO, P. M. S. B.; BARROS, M. B. A.; CORDEIRO, M. R. D. Vacinação contra influenza em idosos: prevalência, fatores associados e motivos da não - adesão em Campinas, São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v.27, n.3, p.417 - 426. Rio de Janeiro. 2011.

GADELHA, C.A.G.; COSTA, L.S. Saúde e desenvolvimento nacional: a gestão federal entre 2003 e 2010. In: MACHADO, C.V.; BAPTISTA, T.W.F.; LIMA, L.D. organizadores. **Política de saúde no Brasil:** continuidades e mudanças. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2012. p.61-90.

GAWRYSZEWSKI, V. P. et al. Perfil dos atendimentos a acidentes de transporte terrestre por serviços de emergência em São Paulo, 2005. **Revista de Saúde Pública**, v.43, n.2, p.275-82, 2009.

GIRARDI, S. N. et al. **Índice de escassez de médicos no Brasil:** estudo exploratório no âmbito da Atenção Primária.

GUIMARÃES, E. A. A. et al. Prevalência e fatores associados à prematuridade em Divinópolis, Minas Gerais, 2008-2011: análise do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v.26, n.1, p.91-98, jan-mar 2017.

HADDAD, J.; ROSCHK, M.A.C.; DAVINI, M.C. **Educacion Permanente de Personal de Salud**. Organizacion Panamericana de La Salud. Washington, D.C., 1994.

JORGE, M. H. P. M.; LAURENTI, R. GOTLIEB, S. L. D. Avaliação dos sistemas de informação em saúde no Brasil. **Cad. Saúde Colet**., Rio de Janeiro, n.1, v. 18, p.07-18, 2010.

KROPIWIECA, M. V.; FRANCOA, S. C.; DO AMARAL, A. R. Fatores associados à mortalidade Infantil em município com Índice de Desenvolvimento Humano elevado. **Revista Paulista de Pediatria**, v.35, n.4, p.391-398, 2017.

LANSKY, S. et al. Birth in Brazil survey: neonatal mortality, pregnancy and childbirth quality of care. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.30, p.1-15, 2014.

LEAL, M.C, et al. Saúde reprodutiva, materna, neonatal e infantil nos 30 anos do Sistema Único de Saúde (SUS) [Reproductive, maternal, neonatal and child health in the 30 years of the Unified Health System (SUS)]. **Cien Saude Colet**. 2018; 23.

MACHADO, A. S., et al. Perfil das internações por neoplasias no Sistema Único de Saúde: estudo de séries temporais**. Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v 55. 2021.

MALLMANN, M. B. et al. Evolução das desigualdades socioeconômicas na realização de consultas de pré-natal entre parturientes brasileiras: análise do período 2000-2015. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v.27, n.4, p.1-11, 2018.

MALTA, D.C et al. Doenças crônicas não transmissíveis e a utilização de serviços de saúde: análise da Pesquisa Nacional de Saúde no Brasil. **Revista Saúde Pública**. 2017.

MARINHEIRO, V. L.V. et al. Prevalência da violência contra a mulher usuária de serviço de saúde**. Rev Saúde Pública**, São Paulo, 2006. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/rsp/nahead/ao-5008.pdf

MASCARENHAS, M. D. M.; BARROS, M. B. DE A. Evolução das internações hospitalares por causas externas no sistema público de saúde – Brasil, 2002 a 2011. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v.24, n.1, p.19-29, jan-mar 2015.

MATOS, G.C.; BERALD, L.P.; SOUZA, M.D. de. Violência doméstica contra a mulher: caracterização dos casos notificados em um município do interior paulista. **Rev. enferm**. UERJ. [Internet]. 2017 [acesso em 11 dezembro 2020]. Disponível em: http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2017.11173.

MEDEIROS, F.F., et al. Prenatal follow-up of high-risk pregnancy in the public service. **Rev Bras Enferm**. 2019;72(Suppl 3):204-11. doi: http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0425.

MEDEIROS, M. S.; HURTADO-GUERRERO, J.C.; SILVA, L. G. A. A Saúde no Contexto do Polo Gesseiro de Araripina-Pernambuco, Brasil. **Saúde e Sociedade**, v.19, n.2, p.358-370, 2010.

mento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Casa Civil. Subchefia para Assntos Jurídicos, 1990. Disponível em: <http://www.planalto.

NEVES, A.C.M; GARCIA, L.P. Mortalidade de jovens brasileiros: perfil e tendências no período 2000-2012. Epidemiologia Serviços de Saúde, Brasília, 2015.

NICOLAU, A.I.O. et al. Laqueadura tubária: caracterização de usuárias laqueadas de um serviço público**. Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 45, n. 1, p. 55-61, Mar. 2011

OLIVEIRA, T. G. et al. Escore de Apgar e mortalidade neonatal em um hospital localizado na zona sul do município de São Paulo. einstein (São Paulo), 10(1), 22-28. 2012. https://doi.org/10.1590/S1679-45082012000100006

OPAS. Organização Pan-Americana da Saúde. **A atenção à saúde coordenada pela APS:** construindo as redes de atenção no SUS: contribuições para o debate. / Organização Pan-Americana da Saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.111 p.: il. (NAVEGADORSUS, 2).

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. OMS. **Maternidade segura**. Assistência ao parto normal: um guia prático. Genebra, 1996.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE – OPAS. **Conceitos para a saúde no Brasil:** Conceitos e aplicações/ Rede interagencial de informações para a saúde –RIPSA, 2002.Disponivel em <http:// tab net. Data sus.gov.br. > Acesso em: 16 de dez.2020.

PERNAMBUCO, Comissão Intergestores Regional/ IX GERES. **Sessão Ordinária nº 04, de 23 de maio de 2018**. IX Gerência Regional de Saúde de Pernambuco/ Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco. Ouricuri, 2018.

PERNAMBUCO, **Farmácia de Pernambuco**. Diretoria Geral de Assistência Farmacêutica/Secretaria Executiva de Atenção à Saúde. Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco, 2019a. Disponível em: <http://www.farmacia.pe.gov.br/>.

PERNAMBUCO, **Plano de Regional da Rede de Atenção às Urgências da IX Região de Saúde de Pernambuco IX Gerência Regional de Saúde de Pernambuco**/ Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco. Ouricuri, 2013.

PERNAMBUCO, **Política Estadual de Regulação Assistencial**. Secretaria Executiva de Regulação em Saúde/Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco. Recife, 2012b. Disponível em: <http://portal.saude.pe.gov.br/sites/portal.saude.pe. gov.br/ files/ politica_estadual_de_reg._assist.2012.pdf>

PERNAMBUCO, **Resolução nº 1.527, de 17 de novembro de 2010**. Comissão Intergestores Bipartite Estadual de Pernambuco, 2010.

PERNAMBUCO, **Resolução nº 1.820, de 13 de fevereiro de 2012**. Comissão Intergestores Bipartite Estadual. Pernambuco, 2012a.

PERNAMBUCO,**Fundação Hemope**. Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco, 2019b. Disponível em: <http://www.hemope.pe.gov.br/fund-apresentacao.php>

PERNAMBUCO. **Análise Situacional da IX Região de Saúde Pernambuco**. Ouricuri: Secretaria Estadual de Saúde – IX Gerência Regional de Saúde. 2013.

PERNAMBUCO. Decreto nº 30.859 de 04 de Outubro de 2007. Cria o Programa Mãe Coruja Pernambucana, e dá outras providências. Recife, 2007.

PERNAMBUCO. IX Gerência Regional de Saúde. **Resolução CIR IX GERES nº 05/2017, de 26 de setembro de 2017**. Aprova Pactuação da Rede Obstétrica da IX Regional de Saúde, Ouricuri, 2017.

PERNAMBUCO. Lei nº 13.959 de 15 de dezembro de 2009. **Dispõem sobre o Programa Mãe Coruja Pernambucana**. Recife, 2009.

PERNAMBUCO. Nota Técnica Nº 35/2022- SIDI - Superintendência de Imunizações e Vigilância das Doenças Imunopreveníveis - PE. Trata da atualização sobre dose de reforço de vacinas contra a Covid-19 no estado de

Pernambuco. Recife: Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco, 2022. Acesso em 06 de junho de 2022.

PERNAMBUCO. Resolução CIB/PE Nº 5578 de 23 de setembro de 2021 - Pactua a quadragésima nona distribuição do montante das doses recebidas provenientes das farmacêuticas Pfizer/Cominarty, Janssen e Astrazeneca/Fiocruz destinadas para o Estado de Pernambuco. Recife: Diário Oficial do Estado de Pernambuco, 2021. Acesso em 06 de junho de 2022.

PERNAMBUCO. Secretaria de Saúde de Pernambuco. Secretaria Executiva de Regulação em Saúde. Diretoria Geral de Monitoramento e Auditoria da Gestão do SUS. Gerência de Acompanhamento da Gestão Municipal. **Pactuação Interfederativa Indicadores 2018:** Orientações, metas e resultados. Macrorregião IV. Recife: 2018.

PERNAMBUCO.**Central de Marcação de Exames**. Secretaria Executiva de Regulação em Saúde/ Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco, 2019.

PÍCOLE, R.P; CAZOLA, L.H.O; NASCIMENTO, D.D.G. Mortalidade Infantil e Classificação de sua Evitabilidade por cor ou raça em Mato Grosso do Sul. **Ciênciae Saúde Coletiva**. 24(9): 3.315- 3.3324,2019.

PIERANTONI, C.R.; DAL POZ, M..R.; FRANÇA, T. Organizadores. **O trabalho em Saúde:** abordagens quantitativas e qualitativas. Rio de Janeiro: Cepesc/IMS/UERJ, ObservaRH; 2011. p. 171-186.

PONTES, B. R. **Administração de Cargos e Salários**. São Paulo: LTr, 1987.

REIS, C. S.; NORONHA, K.; WAJNMAN, S. Envelhecimento populacional e gastos com internação do SUS: uma análise realizada para o Brasil entre 2000 e 2010. **Revista Brasileira de Estudos de População**, v.33, n.3, p.591-612, set-dez 2016.

SANTOS, A.M.; GIOVANELLA, L. Governança Regional: estratégias e disputas para gestão em saúde**. Rev Saúde Pública** 2014;48(4):622-631. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S003489102014000400622&script=sci_arttext&tlng=pt>.

SANTOS, J. L. G. et al. Acidentes e Violências: caracterização dos atendimentos no pronto-socorro de um hospital universitário. **Saúde e Sociedade**, v.17, n.3, p.211-218, 2008.

SCHARDOSIM, J. M.; RODRIGUES, N. L. DE A.; RATTNER, D. Parâmetros utilizados na avaliação do bem-estar do bebê no nascimento. **Avances em Enfermagem**, v. 36, n.2, p.197-208, 2018.

SETUMBA, M. J. et al. Mortalidade em recém-nascidos de baixo peso ao nascer: limites e desafios para o acesso universal. **Portuguese Journal of Public Health**, v.36, p.95–101, 2018.

SILVA, MJS et al. Influência das Iniquidades Sociais e dos Cuidados de Saúde na Incidência e Mortalidade por Câncer. **Revista Brasileira de Cancerologia**. 2018.

SILVA, Rafaela Niels da et al. Avaliabilidade do Programa Academia da Saúde no Município do Recife, Pernambuco, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 4, e00159415, 2017

SOUTO, C. C. et al. Perfil das vítimas de acidentes de transporte terrestre relacionados ao trabalho em unidades de saúde sentinelas de Pernambuco, 2012 – 2014. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v.25, n.2, p.351-361, abr-jun 2016.

SOUZA, D.P.F. **Estudo Exploratório da Atenção de Alta Complexidade prestada pelos hospitais do Sistema Único de Saúde**. Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz/MS. 2004. Disponivel em: <https://www.arca.fiocruz. br/ handle /icict/5067>

SOUZA, E. R. et al. Morbimortalidade de homens jovens brasileiros por agressão: expressão dos diferenciais de gênero. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.17, n.12, p. 3243-3248, 2012.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (OMS). Preventing violence and reducing its impact: How development agencies can help. France. **[Internet]** 2008. [Acesso em 22 ago 2019]. Disponível em: http://whqlibdoc. who.int/publications/2008/9789241596

ZAMBONATO, A. M. K. et al. (2004). Fatores de risco para nascimento de crianças pequenas para idade gestacional. **Revista de Saúde Pública**, 38(1), 24-29.